

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



Η ΝΕΑΝΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ
ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΠΑΤΡΑΣ
ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :

ΚΟΚΚΟΒΟΥ ΗΛΙΑΝΑ

ΓΛΑΡΕΛΗ ΕΛΕΝΗ

ΨΑΡΡΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	11
SUMMARY	12
Α΄ ΜΕΡΟΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	13
1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΛΚΟΟΛ.....	13
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	14
1.3 ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ.....	16
1.4 ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ-ΚΑΤΑΝΟΜΗ-ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	20
ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ.....	20
2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ.....	21
2.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ	23
2.3 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ.....	23
2.4 ΠΑΡΕΠΟΜΕΝΑ ΜΕΘΗΣ (HANGOVER)	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	29
ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ	29
3.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Η ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ.....	29
3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	30
3.3 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	33
3.4 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	35
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	35

4.1 ΟΞΕΙΑ ΜΕΘΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΙΣΟΖΥΓΙΟΥ ΥΓΡΩΝ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ	36
4.2 ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΘΑΝΟΛΗ	37
4.3 ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ.....	38
4.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟ	38
4.5 ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΑΙΘΑΝΟΛΗ.....	39
4.6 ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	45
ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	45
5.1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ	48
5.2 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	49
5.3 ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	52
5.4 ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΦΥΛΟ.....	57
5.5 ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΑΝΔΡΙΚΟ ΦΥΛΟ.....	58
5.6 ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ-ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΒΙΑ	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	65
ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ.....	65
6.1 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	65
6.1.1 ΣΥΝΔΡΟΜΟ WERNISKE-KORSAKOFF	66
6.1.2 ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ.....	66
6.2 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	67
6.3 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΡΕΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	68
6.4 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	68
6.5 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	68

6.6 Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	69
6.7 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	70
6.8 ΣΧΕΣΗ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	70
6.9 ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ.....	72
6.10 ΚΙΡΣΟΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	82
6.11 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	83
6.12 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	85
ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	85
7.1 ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΠΙΝΟΥΝ ΟΙ ΝΕΟΙ	88
7.1.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	90
7.1.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	91
7.1.3 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	91
7.1.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	92
7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	93
Β ΜΕΡΟΣ	97
ΕΡΕΥΝΑ	97
Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	107
Β1. ΜΟΝΟΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	107
Β2. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	107
Β3. ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	133
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΣΥΖΗΤΗΣΗ	156
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	160
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	164

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς που μας στήριζαν καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μας, καθώς και τον Καθηγητή που μας έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθούμε με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα και ήταν συνεχώς δίπλα μας στην διάρκεια της έρευνάς μας.

Σα βρεις στον πηγαϊμό για την Ιθάκη,
να εύχεται να ναι μακρύς ο δρόμος,
γεμάτος περιπέτειες, γεμάτος γνώσεις.
Τους Λαιστρυγόνας και τους Κύκλωπας,
τον θυμωμένο Ποσειδώνα μη φοβάσαι,
τέτοια στον δρόμο σου ποτέ σου δεν θα βρεις,
αν μέν' η σκέψις σου υψηλή, αν εκλεκτή
συγκίνησις το πνεύμα και το σώμα σου αγγίζει.
Τους Λαιστρυγόνας και τους Κύκλωπας,
τον άγριο Ποσειδώνα δεν θα συναντήσεις,
αν δεν τους κουβαλείς μες στην ψυχή σου,
αν η ψυχή σου δεν τους στήνει εμπρός σου.

«Πάντα στον νου σου νά χεις την Ιθάκη.

Το φθάσιμον εκεί είν' ο προορισμός σου».

Κ.Π.ΚΑΒΑΦΗΣ

*ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΟΣΟΥΣ
ΔΙΝΟΥΝ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥΣ ΑΓΩΝΑ
ΓΙΑ ΕΝΑ ΑΥΡΙΟ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΑΠΟ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ !!*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αλκοόλ είναι μία από τις πρώτες ουσίες που συνόδευσαν την εξέλιξη του πολιτισμού. Ο όρος “αλκοόλ” προέρχεται από την αραβική λέξη “al Kohl”. Λαοί και φυλές, κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης των διαφόρων πολιτισμών, έκαναν χρήση ή και κατάχρηση διάφορων ουσιών που κύριο χαρακτηριστικό τους ήταν η τοξικότητα. Μία από αυτές τις ουσίες ήταν και το αλκοόλ. Δεν είναι σαφές πότε ακριβώς το αλκοόλ εμφανίστηκε στην ιστορία του ανθρώπου, αλλά ούτε και πότε το αλκοόλ άρχισε να συνδέεται με τις ιστορικές και κοινωνικές συνθήκες. Ωστόσο, νόμοι και ρυθμίσεις σχετικά με την παραγωγή και πώληση οινοπνευματωδών ποτών υπάρχουν από τους πρώτους πολιτισμούς.

Σε διάφορους πολιτισμούς, σε διάφορες χρονικές περιόδους, το αλκοόλ χρησιμοποιήθηκε ως αναλγητική ουσία, ακόμη και ως αναισθητικό στη χειρουργική. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε ως ουσία που διευκολύνει τις διαπροσωπικές και κοινωνικές διαδικασίες. Τελικά, το αλκοόλ αποτελεί ένα “νόμιμο κοινωνικό ψυχοτρόπο” για χρήση από τους ενήλικους. Στις σημερινές πλέον κοινωνίες το αλκοόλ αποτελεί μια ουσία που στα πλαίσια της κοινωνικής κατανάλωσης, δεν θεωρείται επιζήμιο, αλλά ένα από τα βασικά στοιχεία των ανθρώπινων συναλλαγών και συναναστροφών.

Τα όρια ανάμεσα στην κοινωνική κατανάλωση του αλκοόλ και στην προβληματική κατανάλωση αλκοόλ, που θεωρείται πλέον εξάρτηση δεν είναι δύσκολο να περαστούν. Πρώτος ο σουηδός γιατρός Hass εισηγήθηκε τον όρο «αλκοολισμός».

Η κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα βρίσκεται περίπου στη μέση της καταστατικής λίστας στις ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο, ανησυχητικά

είναι τα ποσοστά κατανάλωσης του στους νέους. Οι έφηβοι βέβαια εκφράζουν την προτίμηση τους για συγκεκριμένους τύπους ποτών. Σύμφωνα με έρευνα του National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2013) ένα στα τέσσερα παιδιά μεγαλώνει μέσα σε σπίτι όπου τουλάχιστον ένα μέλος της οικογένειας πίνει ή πίνει πολύ.

Κύριος στόχος της έρευνας είναι να δοθούν εκείνες οι πληροφορίες που θα προστατεύσουν τα παιδιά και τους έφηβους, έτσι ώστε να μην αρχίσουν την κατανάλωση αλκοόλ σε μικρή ηλικία και παράλληλα να προσφέρουν ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για την αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης αλκοόλ σε όλες τις ηλικίες.

Οι ειδικοί επισημαίνουν ότι στην εφηβεία οι νέοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εθιστούν στο αλκοόλ, καθώς σε αυτή την ηλικία η μετάβαση από τη χρήση στην κατάχρηση και τελικά στην εξάρτηση γίνεται με γρηγορότερους ρυθμούς από ότι στους ενήλικους. Πλείστοι παράγοντες συντελούν στη χρήση αλκοόλ κατά την εφηβεία οι οποίοι αναλύονται στο κυρίως μέρος της εργασίας.

Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών έχουν αποδείξει ότι η ανάπτυξη του εγκεφάλου συνεχίζεται και στην πρόωρη ενηλικίωση (πρώτη νεανική ηλικία) και ότι η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει μια τέτοια ανάπτυξη.

Σε σύγκριση με τη χρήση από ενήλικους, η χρήση αλκοόλ από τους εφήβους είναι πολύ πιο πιθανό να είναι επεισοδιακή και πιο βαριά. Οι διαταραχές από τη χρήση του είναι ένας παράγοντας κινδύνου για απόπειρες αυτοκτονίας, ψυχικές διαταραχές που είναι πιθανότερο να συνυπάρχουν με διαταραχές της χρήσης αλκοόλ ή άλλων ουσιών που περιλαμβάνουν διαταραχές της διάθεσης, ιδιαίτερα κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, διάσπαση προσοχής (ADHD), διαταραχές συμπεριφοράς, βουλιμία και ψυχωτικές διαταραχές.

Σημαντικά συμπεράσματα προκύπτουν από την πρόωρη έναρξη αλκοόλ η οποία έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερη σεξουαλική ανάληψη κινδύνου (σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις, πολλαπλούς συντρόφους, κατάσταση μέθης κατά τη σεξουαλική επαφή και κίνδυνος εγκυμοσύνης). Τα ίδια ζητήματα προκύπτουν και στην ενηλικίωση, κατά την όψιμη εφηβεία.

Στη χώρα μας τα δεδομένα διαφοροποιούνται αφού οι έφηβοι και τα νέα παιδιά καταναλώνουν συχνότερα αλκοολούχα ποτά, σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όμως δεν κάνουν υπερβολική ή επικίνδυνη χρήση αλκοόλ και σπάνια μεθούν. Τελικά, η Ελλάδα κατέχει την τρίτη θέση μετά τη Δανία και τη Βρετανία στην κατανάλωση αλκοόλ από εφήβους. Χωρίς αμφιβολία, η χρήση του αλκοόλ είναι ο κύριος συντελεστής για τις κύριες αιτίες θανάτου των εφήβων (π.χ. τροχαία ατυχήματα, η βίαιη συμπεριφορά και οι εγκληματικές ενέργειες, οι αυτοκτονίες) αλλά έχει και επιπτώσεις σε σοβαρές διαταραχές της υγείας.

Σημαντικό ρόλο έχουν και οι παιδίατροι οι οποίοι σε αυτές τις ηλικίες μπορούν να διαγνώσουν και να παραπέμψουν σε μια συστηματική αντιμετώπιση από ειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Με τη συνεργασία παιδιάτρων και των ΜΜΕ μπορεί να προωθηθεί το ζήτημα και στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για την πρόληψη, τον έλεγχο και την ταυτοποίηση, την σύντομη παρέμβαση, καθώς και τη διαχείριση και τη θεραπεία της χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών από τους εφήβους καθώς και τις λύσεις που προτείνονται.

Σημαντικό ρόλο στην κατανάλωση του αλκοόλ παίζει το πολιτισμικό πλαίσιο, γι' αυτό η πρόληψη αρχίζει από τους γονείς. Υπάρχουν βασικά στοιχεία που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα προγραμμάτων πρόληψης με επίκεντρο την οικογένεια και μιας

πολιτισμικά εστιασμένης κατάρτισης σε μακροπρόθεσμη πρόληψη της κατάχρησης αλκοόλ.

Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι κανένα αλκοολούχο ποτό δεν είναι αθώο για νεαρές ηλικίες, και γι' αυτό πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση αλκοόλ από παιδιά και εφήβους. Για την χρήση αλκοόλ ο Σαίξπηρ έγραφε «...το αλκοόλ σου ξυπνά την επιθυμία αλλά σου στερεί την ικανότητα να την πραγματοποιήσεις». Ενώ, σ' ένα παλιό γιαπωνέζικο ρητό διακρίνεται ο κίνδυνος της απώλειας του μέτρου στο ποτό: «πρώτα το άτομο παίρνει ένα ποτό, μετά το ποτό παίρνει ένα ποτό, και στο τέλος το ποτό παίρνει το άτομο». (Ποταμιάνος 2005)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι γεγονός ότι, ενώ όλων μας το ενδιαφέρον έχει στραφεί στις λεγόμενες «παράνομες ουσίες εξάρτησης» οι οποίες δυνητικά μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα υγείας, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, όλο αυτό φαίνεται να μας αφήνει μάλλον αδιάφορους, ωστόσο υπάρχουν και οι νόμιμες ουσίες εξάρτησης, μια από τις οποίες είναι και το αλκοόλ.

Μια ιδιόμορφη ουσία, αφού από τη μία μεριά η χρήση της κάνει καλό στην υγεία, όπως τουλάχιστον δείχνει μία σειρά μελετών τα τελευταία 30 χρόνια, αλλά από την άλλη μεριά η υπερβολική χρήση μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία, ακόμα και στο θάνατο αν λάβουμε υπόψη και το αρκετά γνωστό φαινόμενο της οδήγησης υπό την επήρεια μέθης.

Η Ελλάδα κατέχει την Τρίτη θέση μετά την Δανία, και την Βρετανία στην κατανάλωση αλκοόλ από εφήβους. Η χρήση του αλκοόλ είναι ο κύριος συντελεστής για τις κύριες αιτίες θανάτου των εφήβων, όπως τα τροχαία ατυχήματα και οι αυτοκτονίες, έχει επίσης σοβαρές επιπτώσεις στην διαταραχή της υγείας όπως είναι η βίαιη συμπεριφορά και οι εγκληματικές ενέργειες.

SUMMARY

Indeed, while the interest of all has turned us into so-called “illegal addictive substances” that potentially can cause serious health problems, both physically and mentally, all this seems to leave us rather uninterested. However there are legal addictive substances such as alcohol.

A peculiar substance, since on the one hand, its use is good for health, as shows a series of researches over the past 30 years, but on the other hand, excessive use can endanger the health, causing even death if we take into account the well known phenomenon of driving under the influence of intoxication.

Greece holds third place after Denmark and Britain in alcohol consumption by adolescents. Alcohol use is the major factor to the leading causes of death for adolescents, such as traffic accidents and suicides, also have serious effects on health disorder such as violent behavior and criminal actions.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΛΚΟΟΛ

Ο Όρος αλκοόλ προέρχεται όπως έχει ήδη λεχθεί από την αραβική λέξη «al kohl». Η επιστημονική του ονομασία είναι αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη.

Το οινόπνευμα ή αιθυλική αλκοόλη είναι υγρό άχρωμο, εύφλεκτο με δική του οσμή και γεύση καυστική, βράζει στους 78°C και αναμιγνύεται σε κάθε αναλογία με το νερό. Το αλκοόλ που περιέχεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει χημικό τύπο C₂H₅OH.

Η αιθυλική αλκοόλη είναι το μοναδικό είδος αλκοόλης που κρίνεται ασφαλές για κατανάλωση από τον άνθρωπο σύμφωνα με τον Julian (1978), ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό το οποίο έχει την δυνατότητα να προκαλέσει γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος

Εκτός του αλκοόλ και του νερού, τα αλκοολούχα ποτά περιέχουν αρωματικό άρτυμα και χρωστικό παράγοντα. Τα αλκοολούχα ποτά δεν έχουν σχεδόν καμία διατροφική αξία, γιατί δεν περιέχουν βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, λίπη, πρωτεΐνες ή ασταθείς υδατάνθρακες. Η μόνη εξαίρεση είναι η μπύρα, η οποία περιέχει σημαντική ποσότητα θρεπτικών συστατικών.

Τα αλκοολούχα ποτά είναι πλούσια σε θερμίδες. Οι περισσότερες θερμίδες προέρχονται από το ίδιο το αλκοόλ και δεν χρησιμοποιούνται αμέσως από το σώμα. Θερμίδες από το αλκοόλ μετατρέπονται σε σωματικό λίπος και ξαναμετατρέπονται σε σάκχαρο του αίματος. (Ποταμιάνος, 2005)

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από την Αρχαία εποχή, η παραγωγή, η πώληση και η κατανάλωση αλκοόλ ήταν εξαρτώμενη από ιδιαίτερα αυστηρούς νόμους. Τόσο οι Σουμέριοι όσο και οι Βαβυλώνιοι αποτελούν υπόδειγμα νομοθεσίας στην ρύθμιση όλων των παραγόντων γύρω από το αλκοόλ. Αργότερα οι κάτοικοι της Μεσοποταμίας και της Αιγύπτου έκαναν χρήση αλκοόλ κάθε βράδυ ως μέσο ανακούφισης. Γνωρίζουμε επίσης ότι στην Αρχαία Αίγυπτο υπήρχαν χώροι συνάθροισης και διασκέδασης για τους πολίτες και τους δούλους με τη συνοδεία οινοποσίας, μουσικής, αλλά και διαφόρων παιχνιδιών. Σύμφωνα με πηγές που ανάγονται σε εκείνη την ιστορική περίοδο Σουμέριοι και Αιγύπτιοι χρησιμοποιούσαν την μύρα και το κρασί ως συστατικό στοιχείο των ιατρικών τους πράξεων ενώ είναι ευρέως διαδεδομένη και η χρήση του για θρησκευτικούς σκοπούς. Πιο συγκεκριμένα το κόκκινο κρασί, στα πλαίσια των θρησκευτικών του χρήσεων, ταυτίστηκε με το σύμβολο του αίματος και με αυτήν την πνευματική σημασία πέρασε ως συστατικό στοιχείο στο Χριστιανικό Μυστήριο της Θείας Ευχαριστίας. Εκτός των παραπάνω κρίνεται απαραίτητη και η αναφορά στην Αρχαία Ελλάδα, όπου συναντάμε τον θεό του δράματος και του παιχνιδιού, τον Διόνυσο, ως προστάτη του οίνου και των αμπελουργών.

Ονομαστές γιορτές προς τιμήν του ήταν τα Κατ' αγρούς Διονύσια, το Ληναίο, τα Ανθεστήρια, και τα Μεγάλα Διονύσια που τιμούσαν την καρποφορία και την ιερή τρέλα που προκαλεί η οινοποσία. Μεγάλη παράδοση είχαν οι πρόγονοί μας και στα σκεύη, τα οποία χρησιμοποιούσαν για να αποθηκεύουν και να διατηρούν τον οίνο, όπως ο αμφορέας, για την αποθήκευση και την μεταφορά κρασιού, ο κρατήρας, ο οποίος χρησίμευε στην ανάμειξη νερού και κρασιού κατά τις

ιεροτελεστίες και τα συμπόσια, ο ψυκτήρας, που με την χρήση κρύου νερού βοηθούσε στην ψύξη του κρασιού, η κύλικα ,δηλαδή το βασικό κρασοπότηρο που χρησιμοποιούσαν οι Αρχαίοι στα συμπόσια και άλλα. Τη σκυτάλη πήραν αργότερα οι Ρωμαίοι μαθαίνοντας την τέχνη της αμπελουργίας από τους Έλληνες. Οι Έλληνες και οι Ετρούσκοι έμαθαν στους Ρωμαίους την τεχνική της αμπελουργίας και της παραγωγής οίνου. Την παράδοση αυτή αργότερα ανέλαβαν να συνεχίσουν οι κληρικοί και οι μοναχοί. Στον Ελλαδικό χώρο κατά τα Βυζαντινά χρόνια συνεχίστηκε με αμειώτο ρυθμό η αμπελοκαλλιέργεια. Η περίοδος της Τουρκοκρατίας δε περιόρισε την παραγωγή του οίνου.

Στην Ευρώπη η παραγωγή και το εμπόριο του αλκοόλ γνώριζε σημαντική άνθιση μετά τον Μεσαίωνα. Τον 13^ο αιώνα οι Άραβες έφεραν την καλλιέργεια του αμπελιού στην Ιβηρική Χερσόνησο, συντελώντας έτσι στην μεγάλη ανάπτυξη της «τέχνης του κρασιού» στην Δύση. Η εποχή εκείνη χαρακτηρίζεται από πολλές καινοτομίες, όπως η χρήση γυάλινης φιάλης και φελλού. Στην συνέχεια γεννήθηκαν και νέοι τύποι κρασιού ενώ δημιουργήθηκε η αμπελοκαλλιέργεια στην Νότια Αφρική και στην Αυστραλία αλλά και στις χώρες του Νότου. Από τον 15^ο αιώνα μέχρι τον 18^ο αιώνα υπάρχει μια σημαντική αύξηση τόσο στην παραγωγή όσο και στην κατανάλωση.

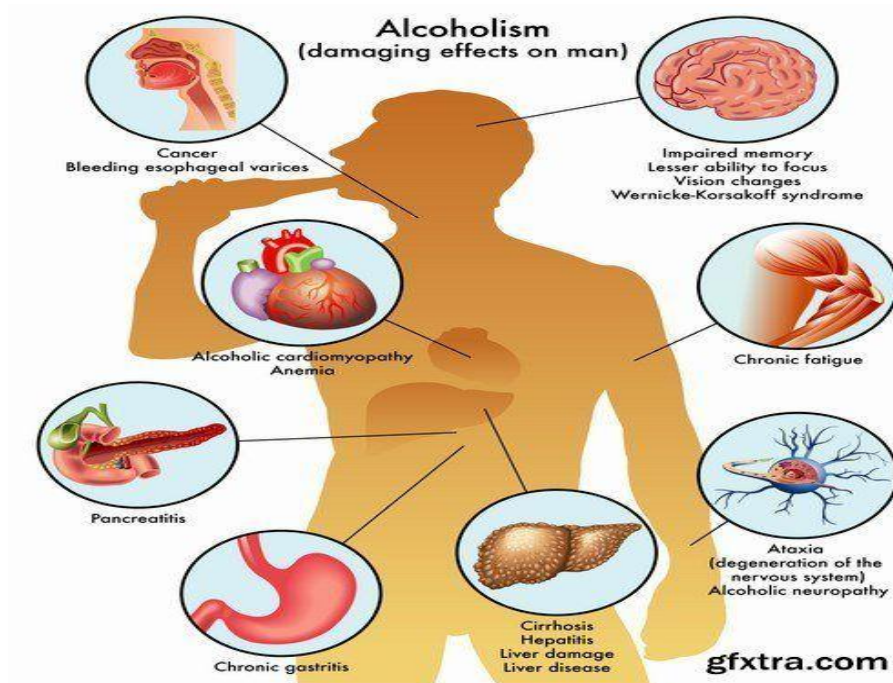
Συμπεραίνουμε από τα παραπάνω ότι το αλκοόλ σε όλες τις ιστορικές περιόδους έως σήμερα αποδεικνύεται ότι έχει συνοδεύσει τον άνθρωπο σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής και της εξέλιξης του. (Δετοράκης, 2015)

1.3 ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ

Τα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα εκφράζονται συνήθως σε mg αλκοόλης, που περιέχονται στα 100 ml αίματος ή σαν ποσοστό επί τοις εκατό. Η επιτροπή ειδικών της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας ανέφεραν για την αλκοόλη πως είναι αδύνατο να αποφύγουμε το συμπέρασμα ότι η πυκνότητα 50ml αλκοόλης στα 100 ml αίματος (0,05%) προκαλεί στατιστικά σημαντική επιδείνωση στην οδήγηση. Το νόμιμο όριο ποτού για να μπορεί κάποιος να χρησιμοποιεί κάποιο δικό του μέσο μεταφοράς είναι 80mg /100ml στην Αγγλία, στην Γαλλία και σε μερικές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, 50mg στην Σουηδία και 100mg σε μερικές πολιτείες των Η.Π.Α.

Η περιεκτικότητα των 80mg ή 0,08% εντοπίζεται, όταν ένας άνθρωπος με κανονικό βάρος καταναλώνει μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ σε ταχύ ρυθμό. Η αλκοόλη ευθύνεται για πολλές καταστάσεις στον οργανισμό του εφήβου καθώς επιβραδύνει την ανάπτυξη τόσο του εγκεφάλου όσο και του σώματος.

1.4 ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ-ΚΑΤΑΝΟΜΗ-ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ



ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ

Το αλκοόλ απορροφάται ταχέως από το γαστρεντερικό σωλήνα και επειδή είναι ήδη σε υγρή μορφή δεν έχει την ανάγκη να διαλυθεί στο στομάχι όπως τα χάπια. Αν εξατμιστεί μπορεί να απορροφηθεί σχεδόν αμέσως από τους πνεύμονες. Γι' αυτό το λόγο, οι εισπνοές της αιθυλικής αλκοόλης (καθαρού αλκοόλ) είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες, αφού η ταχεία απορρόφηση και η κατανομή αυτής της ουσίας στον εγκέφαλο μπορεί να προκαλέσει αιφνίδια καταστολή του κέντρου έλεγχου του αναπνευστικού συστήματος.

Ο ρυθμός απορρόφησης της αιθυλικής αλκοόλης είναι μεταβλητός. Επίσης ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει το ρυθμό απορρόφησης είναι η ποσότητα των ρευστών μέσα στην οποία

εμπεριέχεται η αλκοόλη. Για παράδειγμα ένα αραιωμένο διάλυμα όπως η μπίρα απορροφάται πιο αργά από ένα συμπυκνωμένο διάλυμα όπως ένα κοκτέιλ. Το 20% της καταναλωθείσας αλκοόλης απορροφάται από το στομάχι. Το υπόλοιπο 80% απορροφάται από το έντερο και η απορρόφηση μέσω του εντέρου εξαρτάται από την ποσότητα τροφής που βρίσκεται στο στομάχι. Επομένως, η απορρόφηση αλκοόλης γίνεται με δυο τρόπους, δηλαδή όσο περισσότερη είναι η τροφή στο στομάχι τόσο μπορεί να καθυστερήσει η απορρόφηση της σε σχέση με ένα άδειο στομάχι και αντίθετα. Τονίζουμε λοιπόν ότι όλη η καταναλωθείσα αλκοόλη απορροφάται από τον οργανισμό.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Επειδή το αλκοόλ είναι ένα μικρό μόριο ευδιάλυτο στο νερό και το λίπος, παρουσιάζει ίση κατανομή σε όλα τα υγρά του σώματος και σε όλους τους ιστούς, συνεπώς η αλκοόλη διαχέεται σε όλους τους μύες του σώματος. Ένα χαρακτηριστικό είναι ότι ένα παχύ άτομο έχει χαμηλότερα ποσοστά αλκοόλης στο αίμα σε σχέση με ένα αδύνατο άτομο. Το αποτέλεσμα που συνάγεται είναι ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος του σώματος, τόσο μεγαλύτερη είναι και η διάρκεια της τοξικότητας, λόγω της κατανάλωσης αλκοόλης.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τον βρετανό Καθηγητή T.Peters η μελέτη του μεταβολισμού είναι σημαντική για την κατανόηση των βιοχημικών, κλινικών και παθολογικών παραμέτρων του αλκοολισμού. Επομένως από την ποσότητα αλκοόλης που καταναλώνει ένα άτομο το 80% μεταβολίζεται στο ήπαρ, 10% αποβάλλεται με την εκπνοή και την

ούρηση και το υπόλοιπο μεταβολίζεται σε άλλα σημεία του σώματος. Αντίθετα ο Vessel υποστηρίζει ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην κατανόηση όσο και για τον μεταβολισμό της αλκοόλης. (Ποταμιάνος, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Ο αλκοολισμός είναι ένα εκτεταμένο, συγκεκαλυμμένο και πολυπαραγοντικό ζήτημα που απασχολεί την δημόσια υγεία. Θεωρείται ότι είναι το τρίτο μεγαλύτερο πρόβλημα δημόσιας υγείας με υψηλότατο κόστος και σοβαρές κοινωνικές επιπλοκές. Το 1,4% της παγκόσμιας συνολικής επιβάρυνσης από νοσήματα κατέχει ο αλκοολισμός.

Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας κατά 50% και το ποσοστό της εξάρτησης κυμαίνεται στις ανεπτυγμένες χώρες μεταξύ του 1-5%. Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει το εθιμικό μοντέλο κατανάλωσης αλκοόλ και η χώρα μας παρουσιάζει αύξηση της κατανάλωσης. Αυτή η αύξηση της κατανάλωσης από νέους και κυρίως άνδρες εμπίπτει στη νομιμότητα, τη διαθεσιμότητα και τη μεγάλη ευχέρεια στην προμήθεια του αλκοόλ, ενώ είναι γεγονός ότι παραγκωνίζεται η σημασία του, διότι μεγαλύτερη δημοσιότητα καταλαμβάνει η παράνομη χρήση ουσιών, λόγω της ευαίσθητης πληθυσμιακής ομάδας την οποία αφορά.

Στο Γενικό Νοσοκομείο σημαντικό ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύονται για οποιοδήποτε λόγο, παρουσιάζουν σε ποσοστό που πλησιάζει το 30% νοσηρότητα λόγω προβλημάτων κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ. Αυτή η νοσηρότητα συνήθως διαφεύγει της προσοχής όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς. Συχνά οι συνθήκες νοσηλείας των ασθενών με εξάρτηση από το αλκοόλ παρουσιάζει δυσκολίες τόσο γιατί το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό δεν έχουν πλήρη αντίληψη της συνθετότητας του προβλήματος όσο και γιατί πολύ συχνά οι αλκοολικοί παρουσιάζουν συννοσηρότητα με διάφορες ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, άγχος και διαταραχές προσωπικότητας, (αντικοινωνική και μεθοριακή).

Επίσης σοβαρά προβλήματα σωματικής υγείας τα οποία καθιστούν την κατάσταση ακόμη πιο πολύπλοκη. Ο αλκοολικός ο οποίος για οποιοδήποτε λόγο νοσηλεύεται στο Γενικό Νοσοκομείο χρήζει πολυεπίπεδης αξιολόγησης σε όλα τα επίπεδα - βιολογικό, ψυχολογικό, ψυχιατρικό και κοινωνικό προκειμένου να βοηθηθεί ώστε να παραμείνει μακριά από την εξάρτηση και ταυτόχρονα να ενισχυθούν οι πιθανότητες για την ένταξη του σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης. Αυτή η προσπάθεια είναι δύσκολη διότι ο αλκοολικός με το υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας ψυχικών διαταραχών και την εξαρτητική συμπεριφορά κινητοποιεί πρώιμους μηχανισμούς άμυνας όπως άρνηση, προβολή, διάσπαση, προσβλητική ταύτιση, παραμόρφωση, οι οποίοι καθιστούν δύσκολη την θεραπευτική σχέση και χαμηλό το κίνητρο απεξάρτησης. (Μπικηρόπουλος, 2015)

2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Ο αλκοολισμός προσδιορίζεται ως δηλητηρίαση από αλκοόλ και παρουσιάζεται σε δύο μορφές, την οξεία και την χρόνια μέθη.

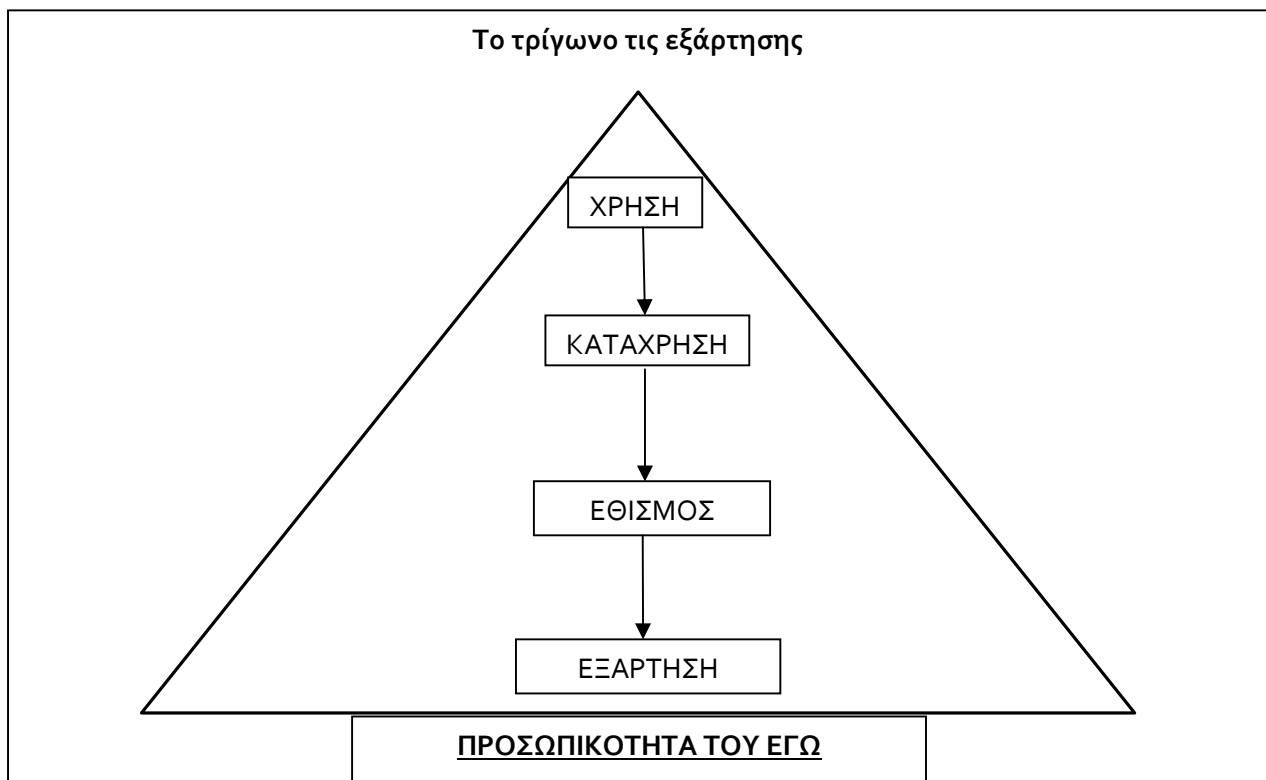
Στην οξεία μέθη, ανάλογα με την ποσότητα του οινοπνεύματος που έχει καταναλωθεί και την κατάσταση του ατόμου (βαθμό πληρώσεως στομάχου, ιδιοσυγκρασία, φύλο κ.τ.λ.) υπάρχουν διαταραχές συνειδήσεως, αναστολή φραγμών, μειωμένη αντίληψη έως κώμα και θάνατος. Στη χρόνια μέθη έχουμε καθημερινή χρήση μεγάλης ποσότητας αιθανόλης. Οι πάσχοντες από χρόνια μέθη είναι ανίκανοι να αντισταθούν στην αυξημένη επιθυμία τους, οδηγούνται σιγά-σιγά σε αδυναμία να λειτουργήσουν εάν δεν πιούν (συμπτώματα στέρησης), πράγμα καταστροφικό τόσο για τους ίδιους όσο και για τον περίγυρο.

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

- Ø Αδυναμία έλεγχου ποσότητας.
- Ø Αδυναμία διακοπής στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.
- Ø Αδυναμία συγκέντρωσης.
- Ø Δυσκολία στον προσανατολισμό.

Για να θεωρηθεί κάποιος αλκοολικός πρέπει να περάσει κάποιο διάστημα και αυτό εξαρτάται από:

- § Το κοινωνικό περιβάλλον.
 - § Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες.
 - § Ψυχολογικοί Παράγοντες.
 - § Το είδος, την συχνότητα και ποσότητα αλκοόλ.
- (Μπικηρόπουλος,2015)



2.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Το σύνδρομο της εξάρτησης ορίζεται ως εξής: Ως σύνδρομο στέρησης χαρακτηρίζεται μια ομάδα συμπεριφοριστικών, γνωστικών και φυσιολογικών φαινομένων που αναπτύσσονται μετά από επαναλαμβανόμενη χρήση ουσίας και που τυπικά περιλαμβάνουν την έντονη επιθυμία του ατόμου να πάρει το φάρμακο, τις δυσκολίες στον έλεγχο της χρήσης του, το γεγονός ότι το άτομο επιμένει στη χρήση της ουσίας παρά τις βλαπτικές συνέπειες. Η διαπίστωση που είναι δυνατόν να γίνει, αφορά στο γεγονός ότι δίνεται βέβαια υψηλότερη προτεραιότητα στη χρήση ναρκωτικών από ότι σε άλλες εξαρτησιογόνες καταστάσεις.

2.3 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

- ✓ Εκτεταμένο.
- ✓ Συγκεκαλυμμένο.
- ✓ Πολυπαραγοντικό.

ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ

Οι διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ αναφέρονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) σαν ένα μεγάλο πρόβλημα υγείας το οποίο σύμφωνα με τελευταίες εκτιμήσεις αναλογεί στο 1,4% της συνολικής παγκόσμιας επιβάρυνσης από νοσήματα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το αλκοόλ έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο της θνησιμότητας έως και 50%, ανεξάρτητα από το επίπεδο κατανάλωσης οινοπνεύματος και στην χώρα αυτή ο επιπολασμός της εξάρτησης από

το αλκοόλ είναι στο 3.8%. Επιπλέον η εξάρτηση από το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας έως και 50%, ανεξάρτητα από το επίπεδο κατανάλωσης οινοπνεύματος, και ο επιπολασμός της εξάρτησης από το αλκοόλ κυμαίνεται από 1-5%, σύμφωνα με τον ΠΟΥ για τις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται και η Ελλάδα. Το κόστος της εξάρτησης από το αλκοόλ στο επίπεδο των απωλειών υγείας, του κοινωνικού και οικονομικού κόστους είναι τόσο μεγάλο που αποτελεί μια σημαντική προτεραιότητα στα προγράμματα δημόσιας υγείας.

Συνολικά, σε Ευρωπαϊκό επίπεδο στην κατάχρηση/εξάρτηση από το αλκοόλ αποδίδονται 1,8 εκατομμύρια θάνατοι (3,2%) από το σύνολο των θανάτων, και 58,3 εκατομμύρια (4%) του συνόλου ετών ζωής σε αναπηρία. Στην χώρα μας η επιδημιολογία της χρήσης του αλκοόλ παρουσιάζει μεταβολές του παραδοσιακού τρόπου κατανάλωσης αλκοόλ και σύμφωνα με μελέτη του 2004 καταλαμβάνει την 10η θέση μεταξύ 26 ευρωπαϊκών χωρών και με δείκτη επιβλαβούς χρήσης. Στην Ελλάδα, τα στοιχεία δείχνουν μια σταθερή και σημαντική αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ, και των συνεπειών που συνοδεύουν αυτή την αύξηση. Επίσης τα στοιχεία δείχνουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα είναι μια πολύ διαδεδομένη συνήθεια, ότι ένας στους τέσσερις πίνει συχνά (τουλάχιστον 10 φορές μέσα στον τελευταίο μήνα), και ότι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (5 ή περισσότερα ποτά μέσα στον τελευταίο μήνα) αφορά ένα στα δέκα άτομα, και κυρίως άνδρες, σε πενταπλάσιο αριθμό. Αυτού δε του τύπου η κατανάλωση αφορά επίσης την ομάδα των νέων ενηλίκων (18-24), με υπερίσχυση και πάλι των ανδρών .

Συνολικά οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, αποδεικνύουν ότι σε ανεπτυγμένες δυτικές κοινωνίες όπως οι ΗΠΑ, η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ, είναι το τρίτο πρόβλημα δημόσιας υγείας εάν συνυπολογισθούν, και οι επιπτώσεις αυτής της ουσίας από τις έμμεσες

επιπλοκές υγείας, όπως πχ. τροχαία ατυχήματα, εργατικά ατυχήματα, πρόωρες συνταξιοδοτήσεις, αυτοκτονικές συμπεριφορές, προβλήματα σωματικής υγείας.

ΣΥΓΚΕΚΑΛΥΜΜΕΝΟ

- Û Η νομιμότητα ουσίας: μια από τις πολύ σημαντικές εκφάνσεις του προβλήματος είναι η συγκάλυψη της σημασίας της κατάχρησης και της εξάρτησης, λόγω της νομιμότητας του εξαρτησιογόνου και κοινωνικά αποδεκτού αλκοόλ. Η νομιμότητα αυτή σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο βοηθά στην αποσιώπηση και μείωση της σημασίας αυτής της κατάχρησης, η οποία βαίνει συνεχώς επιδεινούμενη.
- Û Μεγάλος χρόνος πορείας προς εξάρτηση: η εξάρτηση από το αλκοόλ χρειάζεται περίπου 6-8 χρόνια επιβλαβούς χρήσης για τους άνδρες και 3-6 για τις γυναίκες σε αντίθεση από τις λεγόμενες παράνομες ουσίες όπου το χρονικό διάστημα εξάρτησης είναι λίγες εβδομάδες και το φύλο είναι σημαντικός προγνωστικός δείκτης για τις επιπτώσεις από την κατάχρηση αλκοόλ.
- Û Κοινωνικές αντιστάσεις: η επιβλαβής χρήση καθορίζεται από ποικίλους κοινωνικούς, πολιτιστικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες οι οποίοι δυσκολεύουν την αναγνώριση του προβλήματος λόγω ακριβώς της επέκτασης του σε όλο τον κοινωνικό ιστό και των εκτεταμένων μέτρων που απαιτεί η αντιμετώπιση του.
- Û Συγκάλυψη μέσω της Δραματοποίησης από την εξάρτηση σε παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες και κυρίως τα παράγωγα του οπίου.

Û Η κατάσταση των εξαρτήσεων επιδεινώνεται από την κυκλοφορία νέων ουσιών σε νέες μορφές με ισχυρή φαρμακευτική δράση, φθηνή και εύκολη παραγωγή, και σοβαρές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία. Η ευρεία αυτή κυκλοφορία των ουσιών αυτών, με την παράνομη πρακτική που τα συνοδεύει, την ομάδα- στόχο που είναι κυρίως έφηβοι και γενικά νέοι ενήλικοι, στους οποίους απευθύνεται οδηγεί σε θανάτους οι οποίοι συνοδεύονται από τη δραματοποίηση. Αυτή η κατάσταση παρουσιάζει και διαμορφώνει μια σειρά από παρεπόμενες επιπτώσεις, μια εκ των οποίων είναι η απώθηση και η υποβάθμιση της σημασίας της κατάχρησης αλκοόλ από τον Γενικό Πληθυσμό και τους νέους.

ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟ

Ο αλκοολισμός έχει πολλούς παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν την αιτιοπαθογένεια του με διαφορετικό βαθμό συμμετοχής και αυτή η συμμετοχή βρίσκεται σε διαρκή διερεύνηση. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Û Κληρονομικότητα.
- Û Οικογενειακοί παράγοντες.
- Û Κοινωνικοί παράγοντες.
- Û Ψυχολογικοί παράγοντες.

(Αλυσσανδράκης, 2002)

2.4 ΠΑΡΕΠΟΜΕΝΑ ΜΕΘΗΣ (HANGOVER)

Άλλα σωματικά προβλήματα που προέρχονται από την πόση αλκοολούχων ποτών είναι τα «παρεπόμενα μέθης». Τα παρεπόμενα μέθης είναι ο πονοκέφαλος, η ναυτία, η κόπωση, το τρέμουλο, η ζαλάδα, η δίψα και η αφυδάτωση. Είναι συμπτώματα που εμφανίζονται την επόμενη ημέρα μετά από την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ σε μικρό χρονικό διάστημα. Τα παρεπόμενα μέθης οφείλονται σε τέσσερις ή πέντε παράγοντες:

1. Συγκέντρωση ακεταλδεΐδη, προκαλεί τοξική αντίδραση στον εγκέφαλο. Η ακεταλδεΐδη είναι υπεύθυνη για τον πονοκέφαλο που έχει σχέση με τα παρεπόμενα μέθης.
2. Η υπερβολική ενεργητικότητα που μερικά άτομα έχουν όταν πίνουν συγκεντρώνουν επιπλέον τοξικά χημικά στο σώμα που προκαλούν την κόπωση στα άτομα αυτά την επόμενη μέρα.
3. Οι επιδράσεις από πρόσθετα στα αλκοολούχα ποτά. Τα πρόσθετα προκαλούν ναυτία, δυνατό έμετο όταν υπάρχουν επιπλέον στο σώμα και επιφέρουν και άλλες σωματικές επιδράσεις όπως τρέμουλο και ζαλάδα. Κάθε τύπος αλκοολικού ποτού έχει την δική του ποσότητα και τύπο προσθέτων. Τα λευκά κρασιά έχουν πάρα πολύ λίγα ,τα κόκκινα κρασιά έχουν πολλά. Τα Σκωτσέζικα ουίσκι έχουν μέτρια ποσότητα προσθέτων. Η βότκα στην αρχή της παραγωγής της έχει πολλά πρόσθετα τα οποία αφαιρούνται όταν περνά από φίλτρο ξυλάνθρακα πριν πουληθεί. Όταν ανακατέψουμε διαφορετικούς τύπους ποτών αυξάνουμε τα δυσάρεστα αποτελέσματα τους στην παρεπόμενη μέθη.
4. Η επίδραση του ίδιου του αλκοόλ. Το ίδιο το αλκοόλ βοηθά στη γρήγορη έκκριση του νερού στα νεφρά. Το αλκοόλ το πετυχαίνει με την παρεμπόδιση της έκκρισης της αντιουρητικής ορμόνης (ορμόνη που επιβραδύνει τη ροή των ούρων από τον υποφυσιακό

αδένα). Η αύξηση της έκκρισης των ούρων ενώ πίνουν αλκοολικά ποτά, αφυδατώνει το σώμα και παράγει έντονη δίψα που συνήθως έχει σχέση με την παρεπόμενη μέθη.

5. Άλλος σπουδαίος παράγοντας είναι η μεγάλη ποσότητα τσιγάρων που καπνίζει το άτομο ενώ πίνει. Η αύξηση του καπνίσματος τσιγάρων ελαττώνει το επίπεδο του οξυγόνου που υπάρχει στο δωμάτιο και αυξάνει το επίπεδο του μονοξειδίου του άνθρακα.
6. Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι δηλητήριο που προκαλεί πονοκέφαλο και σε μερικά άτομα μπορεί να επιφέρει ημικρανία. (Τυροδήμος,2015)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

3.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Η ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Η μελέτη της προσωπικότητας παραμένει ένα από τα πιο προσφιλή θέματα των κλινικών ψυχολόγων και έχει δημιουργήσει σειρά αντικρουόμενων επιχειρημάτων όσον αφορά την φύση και την εξέλιξη των χαρακτηριστικών που συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου. Το αποτέλεσμα είναι να οδηγούν στην παρουσίαση του ψυχοδυναμικού μοντέλου, δηλαδή στην κατάχρηση του αλκοόλ, ενώ ο κύριος προβληματισμός στην προκείμενη περίπτωση ήταν αν οι αλκοολικοί έχουν ιδιόμορφη προσωπικότητα, παρόλο που η κλινική πρακτική και η εμπειρία με αλκοολικούς έδειχνε στοιχεία αλκοολικής προσωπικότητας.

Υπάρχουν επαρκή στοιχεία ότι μια σειρά από ψυχολογικούς παράγοντες συμβάλλουν στον κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών αλκοόλ. Διάφορες θεωρίες μάθησης παρείχαν αποδείξεις ενός σημαντικού ρόλου της μάθησης στην εξάρτηση από το αλκοόλ. Θεωρίες κλιματισμού παρέχουν μια εξήγηση για την ανάπτυξη της εξάρτησης από το αλκοόλ. Το αλκοόλ, σύμφωνα με αυτές είναι ένα ψυχότροπο φάρμακο που έχει ενισχυτικές ιδιότητες, για παράδειγμα μέσω των ευχάριστων επιδράσεων του και την ικανότητά του να ανακουφίζει αρνητικές καταστάσεις διάθεσης όπως το άγχος. Οι θεωρίες Κλιματισμού μπορούν επίσης να εξηγήσουν γιατί οι άνθρωποι γίνονται ιδιαίτερα ευαίσθητοι σε ερεθίσματα ή συνθήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ.

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης παρέχει επίσης κάποιες εξηγήσεις όσον αφορά τον αυξημένο κίνδυνο της υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος και την ανάπτυξη της εξάρτησης από το

αλκοόλ. Οι άνθρωποι μπορούν να μάθουν από τις οικογένειες και ομάδες συνομηλίκων μια διαδικασία προτύπων μοντελοποίησης της κατανάλωσης και της (προσδοκώμενης) πεποίθησης σχετικά με τις επιπτώσεις του αλκοόλ. Οι έφηβοι με υψηλότερες θετικές προσδοκίες (για παράδειγμα, ότι η κατανάλωση είναι ευχάριστη και επιθυμητή) είναι πιο πιθανό να αρχίσουν να πίνουν σε μικρότερη ηλικία και να πίνουν σε μεγάλο βαθμό με την ιδέα ότι μια συγκεκριμένη «εθιστική προσωπικότητα» οδηγεί στην ανάπτυξη εξάρτησης από το αλκοόλ.

Επιπλέον, συχνά με ασθενείς σε θεραπεία για την εξάρτηση από το αλκοόλ, είναι δύσκολο να προσδιοριστούν επακριβώς οι επιδράσεις του αλκοόλ στην έκφραση της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς από αυτούς τους παράγοντες προσωπικότητας που προηγήθηκε της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Παρ' όλα αυτά, οι άνθρωποι που εξαρτώνται από το αλκοόλ έχουν 21 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας, και τα άτομα με ASPD έχουν υψηλότερο κίνδυνο σοβαρής εξάρτησης από το αλκοόλ. Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν τη σημασία των χαρακτηριστικών στην άρση αναστολών, όπως η καινοτομία και η αναζήτηση αίσθησης, ο κακός έλεγχος των παρορμήσεων και οι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο τόσο της χρήσης αλκοόλ όσο και της εξάρτησης από τα ναρκωτικά, στοιχεία τα οποία μπορεί να έχουν μια βάση στην ανώμαλη εγκεφαλική λειτουργία στον προ-μετωπιαίο φλοιό. (Τυροδήμος,2009)

3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική συναλλαγή. Η διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναναστροφών, όπως κάθε είδους γιορτή, εκδήλωση μέχρι και σοβαρές επαγγελματικές

συσκέψεις περιλαμβάνουν την κατανάλωση της αλκοόλης. Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία, και η κοινωνία φαίνεται να αποτελούν σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας αλκοολισμού. Οι σύγχρονες απόψεις περί κατάχρησης της αλκοόλης κατατάσσουν τον αλκοολισμό στα κοινωνικά φαινόμενα, σε αντίθεση με αυτούς που διακρίνουν μόνο «τάσεις αυτοκαταστροφής» και «ψυχοπαθολογία». Οι κοινωνικοί παράγοντες που συντελούν στην γένεση του αλκοολισμού είναι πολλοί. Η παρακάτω περιγραφή αναφέρει στην κοινωνική διάσταση του αλκοολισμού.

- ▼ Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ.
- ▼ Η διάσταση αυτή μπορεί να συνοψιστεί στο ότι «όσο υπάρχει αλκοόλ ,σε μια δεδομένη κοινωνία θα υπάρχουν και αλκοολικοί». Είναι γεγονός όμως ότι υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ της δυνατότητας πρόσβασης στο αλκοόλ και αριθμό αλκοολικών . Ο Γάλλος επιδημιολόγος Perugino (1974)έδειξε ότι κατά την περίοδο 1941 -1947, όταν η παραγωγή και η κατανάλωση του κρασιού μειώθηκε λόγω πόλεμου από πέντε σε ένα λίτρο την εβδομάδα, η θνησιμότητα εξαιτίας κίρρωσης του ήπατος μειώθηκε επίσης κατά 80%. Μείωση της θνησιμότητας, εξαιτίας κίρρωσεως του ήπατος, αναφέρεται επίσης από τον Martin (2000) στις ΗΠΑ κατά την περίοδο ποτοαπαγόρευσης.
- ▼ Τιμή, «νομιμότητα, κοινωνικοί αποδοχή: Σε σύγκριση με τις «παράνομες ουσίες εξάρτησης» το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Οι τρεις κοινωνικές διαστάσεις διατηρούν και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξάνουν την κατανάλωση ή και την κατάχρηση της ουσίας.

- ✓ Κοινωνικό Περιβάλλον: Παρατηρείται το γεγονός ότι κυρίως νέοι κάνουν κατάχρηση αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση. Η ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα και ο φόβος της απόρριψης για την μη συμμετοχή στα κοινά, δημιουργούν πίεση για εκδήλωση συμπεριφορών όπως κατανάλωση αλκοόλης.
- ✓ Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης: Τα ΜΜΕ και ιδιαίτερα η διαφήμιση, που εκτός από την ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη ενός προϊόντος, στοχεύει στην αύξηση των πωλήσεων, φαίνεται να συμβάλει ουσιαστικά στην αύξηση κατανάλωσης της αλκοόλης με δυο τρόπους: είτε με τη δημιουργία "προτύπων" τα οποία υιοθετούνται από τους νέους (μιμητική συμπεριφορά), είτε με το να επιβεβαιώνει υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν τη νεανική κουλτούρα. Τα αλκοολούχα ποτά συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ ή και την σεξουαλική επιτυχία.
- ✓ Εργασία, Τρόπος Ζωής, Ψυχαγωγία: Πολλές φορές, η βραδινή και η μονότονη εργασία ωθούν σε μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλης. Η μακροχρόνια απουσία από την οικογένεια έχει θεωρηθεί παράγοντας αύξησης κατανάλωσης αλκοόλης. Επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με το αλκοόλ φαίνεται ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες προσωπικής κατανάλωσης ενώ υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκαλέσει υπερβολική κατανάλωση σχετίζονται με προδιάθεση εξάρτησης από αυτό. Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές αργότερα στη ζωή διότι διάφορες καταστάσεις, για παράδειγμα, ένα πένθος ή η απώλεια δουλειάς σηματοδοτούν τη χρήση του από τα άτομα. Αγχωτικές καταστάσεις ζωής ή γεγονότα μπορούν επίσης να προκαλέσουν μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ. Μια βρετανική μελέτη διαπίστωσε ότι το 54% των γυναικών και το 24% των ασθενών αναγνωρίζονται ως θύματα σεξουαλικής

κακοποίησης, λόγω της χρήσης αλκοόλ κυρίως πριν από την ηλικία των 16 ετών. Επιπλέον, ήταν πιο πιθανό να έχουν ένα οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ, συνεπώς άρχισαν να πίνουν και να αναπτύσσουν εξάρτηση από το αλκοόλ νωρίτερα από εκείνους που δεν έχουν τέτοιο ιστορικό.

(Κοκκέβη-Φωτίου,2008)

3.3 ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς ή άλλους λόγους απαγορεύουν την χρήση αλκοόλ. Σύμφωνα με τον Snyder η εβραϊκή κοινότητα αποτελεί παράδειγμα ελεγχόμενης χρήσης του αλκοόλ. Σε αντίθεση με τα παραπάνω στην Ιρλανδία και στις ΗΠΑ όπου η χρήση του αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή παρουσιάζονται σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού, πιθανώς γιατί απουσιάζει το στοιχείο «ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς». Τέλος, υπάρχει ένα ευρύ φάσμα άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων που προδιαθέτουν για την ανάπτυξη διαταραχών χρήσης αλκοόλης.

3.4 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στην δεκαετία του '40 οι βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες στηρίζονταν στην θεωρία σύμφωνα με την οποία οι αλκοολικοί παρουσίαζαν ένα «αλλεργικό παράγοντα» στη βιολογική τους σύνθεση που είναι υπεύθυνος για την εξάρτηση του αλκοόλ. Η αλλεργική θεωρία αργότερα κατέρρευσε μετά την δημοσίευση των εργαστηριακών πειραμάτων των Robinson & Voegtlin (2000). Στην σύγχρονη εποχή έρευνες που έγιναν έδειξαν ότι τα υιοθετημένα παιδιά είχαν μεγαλύτερο ποσοστό να αποκτήσουν εξάρτηση, αν ο βιολογικός πατέρας ήταν

αλκοολικός συμφωνά με τον Roe & Burks. Το αποτέλεσμα ήταν λοιπόν να υπάρχει μια συνεχής αλληλεπίδραση.
(<http://www.fee.org.gr/alcoholism-pieria/196-psychological-factors.html>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ο τρόπος που το αλκοόλ επηρεάζει τον οργανισμό εξαρτάται από την πυκνότητά του στο αίμα, που είναι υψηλότερη όταν κάποιος πίνει γρήγορα. Ποτά με υψηλότερη περιεκτικότητα σε αλκοόλ απορροφώνται γρηγορότερα. Το αλκοόλ στο αίμα αυξάνεται μετά από κάθε ποτό. Το οινόπνευμα απορροφάται από το στομάχι και το λεπτό έντερο. Η απορρόφησή του αρχίζει 10 λεπτά μετά τη λήψη του και επηρεάζεται από την παρουσία ή όχι τροφής. Η παρουσία φαγητού στο στομάχι τη στιγμή που κάποιος πίνει, καθυστερεί την απορρόφηση αλκοόλ στο αίμα.

Γι' αυτό, ένα αλκοολούχο ποτό έχει πιο γρήγορα επιπτώσεις όταν το στομάχι είναι άδειο από όταν κάποιος πίνει κατά τη διάρκεια ενός γεύματος. Η υψηλότερη στάθμη στο αίμα παρατηρείται σε 40 – 60 λεπτά. Το οινόπνευμα διαχέεται σε όλους τους ιστούς σε βραχύ χρονικό διάστημα. Ο μεταβολισμός του αλκοόλ γίνεται στο ήπαρ από το ένζυμο αλκοολική δεϋδρογονάση σε ακεταλδεΐδη, που στη συνέχεια μεταβολίζεται σε διοξείδιο του άνθρακα και νερό. Το συκώτι μπορεί να μεταβολίσει την αλκοόλη με ρυθμό 8g(1 ποτήρι μύρα)/ώρα. Όταν η αλκοόλη καταναλώνεται με μεγαλύτερο ρυθμό, αναγκάζεται να «ταξιδέψει» σε όλα τα μέρη του σώματος μέχρις ότου το συκώτι είναι και πάλι έτοιμο να κάνει τη δουλειά του.

Όμως κατά το μεταβολισμό της αλκοόλης πραγματοποιούνται χημικές αντιδράσεις που τελικά αχρηστεύουν το NAD, δηλαδή το πολύτιμο ενεργειακό νόμισμα του οργανισμού. Χωρίς NAD, η οδός της ενέργειας είναι αποκλεισμένη, και οι εναλλακτικές διαδρομές που λαμβάνονται έχουν σοβαρές σωματικές συνέπειες. Μα υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες όσο αφορά την αντοχή τους στο

αλκοόλ. Το γυναικείο σώμα περιλαμβάνει κατά μέσο όρο λιγότερα υγρά ανά κιλό απ' ό,τι το αντρικό.

Επίσης οι γυναίκες αφομοιώνουν μικρότερη ποσότητα αλκοόλ στο αίμα. Η ποσότητα αλκοόλ που μπορεί κάποιος να κάνει χρήση την εβδομάδα δεν πρέπει να ξεπερνά τις 21 μονάδες για τους άντρες και 14 μονάδες για τις γυναίκες. Τα όρια ασφαλείας για τους εφήβους είναι 14 μονάδες/εβδομάδα για τα αγόρια και 7 μονάδες/εβδομάδα για τα κορίτσια (κάθε μονάδα ισοδυναμεί περίπου με 8 γραμμάρια αλκοόλ, όσο δηλαδή περιέχουν ένα ποτήρι μπύρα, ένα ποτήρι κρασί, ή μια μεζούρα οινοπνευματωδών στο μπαρ). Είναι γνωστό ότι ο γερός πότης βλάπτει σοβαρά την υγεία του και κινδυνεύει από ατυχήματα στο δρόμο, στο σπίτι και στη δουλειά. Η υπερβολική κατανάλωση ποτών είναι επίσης η αιτία του χουλιγκανισμού, της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και της βίας στο σπίτι, καθώς και της διακοπής των προσωπικών σχέσεων. Μερικές επιπτώσεις που αναφέρονται παρακάτω αποδεικνύουν ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος οδηγεί και στον θάνατο. Μερικές επιπτώσεις είναι οι εξής:

4.1 ΟΞΕΙΑ ΜΕΘΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΙΣΟΖΥΓΙΟΥ ΥΓΡΩΝ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ

Αν και είναι υπαρκτός ο κίνδυνος να εμφανίσουν υπογλυκαιμία άτομα με οξεία μέθη, γενικεύσεις του τύπου «κάθε αλκοολικός είναι αφυδατωμένος» είναι υπερβολικές και απαιτείται εξατομίκευση

- Όσον αφορά στις ηλεκτρολυτικές διαταραχές οφείλονται σε έμετο, υποσιτισμό, διάρροια και αυξημένες απώλειες στα ούρα
- Η υπομαγνησισαιμία είναι σοβαρό πρόβλημα σε άτομα που πίνουν συστηματικά.

- Μπορεί να παρατηρηθεί υποασβεστιαμία, συνήθως όμως η διόρθωση των ελλειμμάτων μαγνησίου διορθώνει και την υποασβεστιαμία.
- Βαρεία υποφωσφαταιμία (< 1mg/dl)
- Αύξηση γαλακτικού οξέος.

(<http://www.iatronet.gr/ygeia/pathologia/article/4052/methi-kliniki-eikona-kai-diagnwsi.html>).

4.2 ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΘΑΝΟΛΗ

Υπογλυκαιμία μπορεί να παρατηρηθεί επί οξείας λήψης μεγάλης ποσότητας οινοπνεύματος, σε άτομα με ή χωρίς ιστορικό αλκοολισμού. Επί ενηλίκων παρατηρείται κυρίως σε άτομα με κακή κατάσταση θρέψης, ενώ δεν είναι απαραίτητη η παρουσία ηπατοπάθειας. Σε παιδιά ή εφήβους είναι ευκολότερη η εμφάνιση υπογλυκαιμίας και παρατηρούνται επίπεδα γλυκόζης κάτω από 40mg/dl. Δυνατό να υπάρχουν παράλληλα και αυξημένα επίπεδα γαλακτικού οξέος είτε στα πλαίσια της διαταραχής του μεταβολισμού που προκαλεί το οινόπνευμα είτε ως επακόλουθο σπασμών. Η υπογλυκαιμία μπορεί να προκαλέσει κώμα, σπασμούς, ημιπάρεση, ενώ δεν αποκλείεται και μονιμότερη εγκεφαλοπάθεια. Ενεχόμενοι μηχανισμοί είναι:

- Ασitia και εξάντληση αποθεμάτων ηπατικού γλυκογόνου.
- Αναστολή γλυκονογένεσης που είναι αποτέλεσμα της αύξησης του λόγου NADH / NAD⁺. Ευνοείται αντίθετα η εκτροπή προς παραγωγή γαλακτικού οξέος.
- Μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης πλάσματος.

- Μειωμένα επίπεδα αυξητικής ορμόνης.
- Προαγωγή της έκκρισης ινσουλίνης από την αιθανόλη.
(Junger Ernst, 2003)

4.3 ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ

Παρατηρείται κατά κανόνα σε χρόνια αλκοολικούς με πρόσφατο ιστορικό μαζικής πρόσληψης οινόπνευματος, που ακολουθείται τις επόμενες 1-3 ημέρες από παρατεταμένους εμέτους, διακοπή πρόσληψης τροφής και οινόπνευματος και αφυδάτωση.

Οι ασθενείς με αλκοολική κετοξέωση εμφανίζουν ναυτία, τάση για έμετο, κοιλιακό άλγος, ταχύπνοια και αφυδάτωση. Σε τυπικές περιπτώσεις υπάρχει απόπνοια οξόνης και αναπνοή Kussmaul.

Αντιμετώπιση: Αμέσως μετά την χορήγηση θειαμίνης αρχίζει η χορήγηση γλυκόζης ενώ διορθώνονται τυχόν ελλείμματα υγρών και ηλεκτρολυτών (κάλιο, μαγνήσιο, φώσφορο). Επισημαίνεται ότι τέτοια ελλείμματα μπορεί αρχικά να μην είναι εμφανή. Αν δεν υπάρχουν σοβαρές υποκείμενες διαταραχές η κέτωση αναστρέφεται σε λιγότερο από ένα 24ωρο, ενώ παράλληλα διαπιστώνεται κλινική βελτίωση.

4.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟ

- Σε άτομα που δεν είναι χρόνια αλκοολικοί και δεν έχουν υποκείμενη στεφανιαία νόσο, η οξεία μέθη δεν έχει κατά κανόνα αξίες λόγου αιμοδυναμικές συνέπειες.
- Μετά από έντονη κατανάλωση οινόπνευματος, ιδίως σε αλκοολικούς μπορούν να εμφανιστούν διαταραχές ρυθμού, ακόμα

και χωρίς να υπάρχουν προβλήματα του μυοκαρδίου. Παρατηρείται κυρίως παροξυσμική κολλική μαρμαρυγή ή παροδικά επεισόδια κοιλιακής ταχυκαρδίας. Οι διαταραχές ρυθμού που επιπλέκουν οξεία κατανάλωση οινοπνεύματος, αποκαθίστανται αυτόματα εφόσον δεν υπάρχει υποκείμενη παθολογία από το μυοκάρδιο. Αν δεν έχουν αιμοδυναμικές συνέπειες δεν απαιτούν κάποια άμεση παρέμβαση, πέρα από γενικότερη υποστηρικτική αγωγή και διόρθωση τυχόν διαταραχών υγρών και ηλεκτρολυτών.

- Σε άτομα με προϋπάρχον καρδιολογικό νόσημα, η οξεία μέθη μπορεί να συνοδεύεται από μείωση της καρδιακής παροχής ανεξάρτητα από το αν υπάρχει ή όχι ιστορικό χρόνιου αλκοολισμού. Ακόμα και με δύο ποτά μειώνεται η ανοχή στην άσκηση ατόμων με στεφανιαία νόσο.
- Έχει αναφερθεί σπασμός στεφανιαίων τόσο στα πλαίσια οξείας μέθης όσο και στα πλαίσια στερητικού συνδρόμου.
- Μέχρι και 1/3 των χρόνιων αλκοολικών έχουν δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας με ραδιοισοτοπική κοιλιογραφία. Αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια εμφανίζεται συνήθως σε αλκοολικούς με ιστορικό που υπερβαίνει την δεκαετία και ηλικία άνω των 30 ετών. Υπάρχει αυξημένη πιθανότητα παρουσίας μυοπάθειας σκελετικών μυών. (Dawson,2003)

4.5 ΟΞΕΙΑ ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΑΙΘΑΝΟΛΗ

Σε άτομα με μαζική οξεία κατανάλωση οινοπνεύματος, που δεν είναι κατ' ανάγκη χρόνιοι αλκοολικοί έχει παρατηρηθεί αύξηση τιμών CPK που σε αρκετές περιπτώσεις είναι ασυμπτωματική, άλλοτε όμως συνοδεύεται από μυαλγίες και μυϊκή ευαισθησία. Ενίοτε μπορεί να

προκληθεί σοβαρή οξεία ραβδομύωση, με μυϊκές κράμπες, σημαντική μυϊκή αδυναμία και μυοσφαιρινουρία, με σκουρόχρωμα ούρα.

Σε μία μεγάλη σειρά ασθενών με ραβδομύωση, το αλκοόλ ήταν ο μόνος εκλυτικός παράγων στο 20% των περιπτώσεων ενώ υπήρχε βέβαιη ή πιθανή συμβολή του στα 2/3 των περιπτώσεων. Στους αλκοολικούς η ραβδομύωση μπορεί να είναι αποτέλεσμα:

- άμεσης τοξικής δράσης του οινοπνεύματος,
- συνοδού υποκαλιαιμίας και υποφωσφαταιμίας,
- παρατεταμένης συμπίεσης μελών όσο ο μεθυσμένος είναι σε κωματώδη κατάσταση και
- αλκοολικών σπασμών.

Σε τέτοιες περιπτώσεις επιβάλλεται νοσοκομειακή νοσηλεία. Χορηγούνται υγρά, μανιτόλη και διττανθρακικά (με στόχο pH αρτηριακού αίματος 7,45), στα πλαίσια πρόληψης οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. (Ρίτσου,2004), (Crisprentinss, 2006)

4.6 ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ

Σε κάθε ασθενή που μεταφέρεται σε τμήμα επειγόντων με σπασμούς πρέπει να ελέγχεται η χρήση οινοπνεύματος. Επί 472 ενηλίκων που εισήχθησαν σε νοσοκομείο λόγω σπασμών, η κατάχρηση οινοπνεύματος ενεχόταν στο 41% των περιπτώσεων. Σε αυτή την υποομάδα ασθενών η απόσυρση από το οινόπνευμα ευθυνόταν για το 24% των σπασμών. Το αλκοόλ μπορεί να ενέχεται με τους παρακάτω τρόπους στην πρόκληση σπασμών:

- Στο πλαίσιο απόσυρσης από το οινόπνευμα.

- Ø Ως επιπλοκή μεταβολικών διαταραχών που οφείλονται στην αιθανόλη (υπονατριαιμία, υπογλυκαιμία).
- Ø Σε άτομα με γνωστή επιληψία ο αλκοολισμός μπορεί να ευνοεί την εμφάνιση κρίσεων, κυρίως λόγω πλημμελούς λήψης της αντιεπιληπτικής αγωγής. Η υπομαγνησιαίμια και η αναπνευστική αλκάλωση παρατηρούνται συχνά σε αλκοολικούς και μπορούν να πυροδοτήσουν σπασμούς.
- Ø Είναι δυνατό να προκληθούν σπασμοί ως συνέπεια νευροτοξικής δράσης του οινοπνεύματος και των μεταβολιτών του επί οξείας λήψης μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος.
- Ø Η ίδια η μέθη δεν αποτελεί επιληπτογόνο παράγοντα.

Επί εμφάνισης status epilepticus σε αλκοολικούς συχνότερος εκλυτικός παράγων είναι η διακοπή χρόνιας αντιεπιληπτικής αγωγής και ακολουθούν η απόσυρση από το οινόπνευμα και η οξεία μαζική κατανάλωση οινοπνεύματος. Υπενθυμίζεται ωστόσο, ότι στους αλκοολικούς η εμφάνιση σπασμών μπορεί επίσης να σχετίζεται με:

- Û Οξεία δηλητηρίαση σε συνδυασμό με άλλες ουσίες (αμφεταμίνες, αντιχολινεργικά, αναληπτικά, φαινοθειαζίνες).
- Û Κρανιοεγκεφαλική κάκωση.
- Û Μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα ή εγκεφαλικό απόστημα.
- Û Εγκεφαλοαγγειακά συμβάματα.

Οι σπασμοί στα πλαίσια απόσυρσης από το οινόπνευμα εμφανίζουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Û Γνωστό ιστορικό αλκοολισμού από πολλών ετών.

- Û Απουσία ιστορικού επιληψίας προ της ενηλικίωσης ή προ της εγκατάστασης διαταραγμένης σχέσης με το οινόπνευμα.
- Û Εμφάνιση σπασμών 6-48 ώρες από την διακοπή του οινοπνεύματος.
- Û Πρόκειται κατά κανόνα για σύντομης διάρκειας γενικευμένες τονοκλονικές κρίσεις που επέρχονται αιφνίδια, χωρίς αύρα και δεν ακολουθούνται από σύγχυση. Μετεπιληπτική κατάσταση διάρκειας άνω των 30' είναι κατά της παρουσίας αλκοολικών σπασμών. Στην διάρκεια των τονικοκλονικών αλκοολικών σπασμών δεν παρατηρείται πάντα απώλεια συνείδησης. Εστιακές κρίσεις δεν είναι αδύνατες, η παρουσία τους όμως πρέπει να θεωρείται ενδεικτική δομικής βλάβης μέχρι απόδειξης του εναντίου. Το ίδιο ισχύει όταν έχουμε εστιακές κρίσεις που στην συνέχεια γενικεύονται.
- Û Αν και το status epilepticus δεν είναι αδύνατο, η παρουσία status ή υποτροπιάζουσας επιληπτικής δραστηριότητας για διάστημα που υπερβαίνει τις 6 ώρες πρέπει να οδηγεί σε επίμονη αναζήτηση εναλλακτικών διαγνώσεων (τραύμα, λοίμωξη), ακόμα και αν υπάρχει γνωστό ιστορικό αλκοολικών σπασμών.
- Û Αρκετοί ασθενείς εμφανίζουν πολλαπλά επεισόδια σπασμών (2-4 σε διάστημα 6 ωρών).
- Û Ο ασθενής έχει φυσιολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα μεταξύ των επεισοδίων.
- Û Μπορεί να έχουν προηγηθεί ήπιες ή μέτριας βαρύτητας εκδηλώσεις στερητικού συνδρόμου.

Χωρίς επαρκή αντιμετώπιση, το 1/3 των ασθενών με σπασμούς στο πλαίσιο απόσυρσης από το οινόπνευμα θα εμφανίσει τρομώδες παραλήρημα. Σε μερικές περιπτώσεις η εξέλιξη προς τρομώδες

παραλήρημα είναι προοδευτική και αποτελεί συνέχεια μετεπιληπτικής κατάστασης. Άλλοτε μεσολαβεί ένα φωτεινό μεσοδιάστημα για να ακολουθήσει σε 12 ώρες έως πέντε ημέρες αργότερα τρομώδες παραλήρημα. Η έγκαιρη και επιθετική αντιμετώπιση με βενζοδιαζεπίνες μειώνει αυτό το ενδεχόμενο σε λιγότερο από 5%.

Σε ασθενείς με αλκοολικούς σπασμούς στα πλαίσια απόσυρσης από το οινόπνευμα, πρέπει να χορηγείται αγωγή με βενζοδιαζεπίνες (χλωροδιαζεποξείδη ή διαζεπάμη από το στόμα). Εφόσον η αρχική αξιολόγηση δεν δείχνει κάποιο υποκείμενο πρόβλημα και μετά από 4-6 ώρες παρακολούθησης σε ΤΕΠ δεν παρατηρείται νέο επεισόδιο σπασμών ή εκδηλώσεις στερητικού συνδρόμου, ο ασθενής μπορεί να απέλθει εφόσον μπορεί να εξασφαλιστεί παρακολούθηση από συγγενή ή φίλο που δεν πίνει, για τις επόμενες τρεις ημέρες. Συστήνεται επανεκτίμηση σε δεύτερο χρόνο.

Επισημαίνεται ότι επί σπασμών στα πλαίσια απόσυρσης από το οινόπνευμα η φαινυτίνη είναι αναποτελεσματική, τόσο για τον έλεγχο ενός επεισοδίου σπασμών όσο και για την αποφυγή υποτροπών καθώς και εξέλιξης προς τρομώδες παραλήρημα. Χρήση φαινυτίνης ενδείκνυται:

α) Σε ασθενείς με γνωστή επιληψία που έχουν ανεπαρκή στάθμη αντιεπιληπτικών.

β) Σε ασθενείς με status epilepticus.

γ) Σε ασθενείς με status epilepticus σε έδαφος απόσυρσης από το οινόπνευμα, η φαινοβαρβιτάλη αποτελεί μία πολύ καλή επιλογή, καθώς προλαβαίνει παράλληλα την περαιτέρω εξέλιξη του στερητικού συνδρόμου, ενώ η παρατεταμένη διάρκεια δράσης της την κάνει ελκυστικότερο αντιεπιληπτικό από την διαζεπάμη για αντιμετώπιση status epilepticus.

Ø Επομένως, σε αλκοολικούς με status epilepticus χορηγείται διαζεπάμη (5 mg / min iv μέχρι συνολικής δόσης 20 mg) ενώ σε απουσία ανταπόκρισης μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλεβίως φαινυτίνη ή φαινοβαρβιτάλη, νοσηλεία σε ΜΕΘ και διόρθωση πιθανών μεταβολικών διαταραχών.

Η λοιπή αγωγή δεν διαφέρει από την εν γένει αντιμετώπιση του status epilepticus (εξασφάλιση αεραγωγού):

- ▼ Μερικές φορές μπορεί να παρατηρηθεί μία ήπια μεταβολική οξέωση από ατελή καταβολισμό του οξεικού οξέος που παράγεται κατά τον μεταβολισμό της αιθανόλης.
- ▼ Ενίοτε σε ασθενείς με οξεία μέθη παρατηρείται μία ανεξήγητη υπερχλωραιμική οξέωση.
- ▼ Μπορεί να παρατηρηθεί μεταβολική αλκάλωση λόγω εμετών.
(Carlton-Erickson 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΛΚΟΟΛΗΣ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ έχει σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία και θεωρείται ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για κακή υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο. Στο πλαίσιο αυτού του σχεδίου στρατηγικής, η έννοια της επιβλαβούς χρήσης του αλκοόλ έχει πολλές πτυχές και περιλαμβάνει την κατανάλωση αλκοόλ που καθίσταται επιζήμια για την υγεία ενώ έχει και κοινωνικές συνέπειες, επηρεάζοντας την παρέα, και την κοινωνία γενικότερα. Ακόμη τα πρότυπα του ποσοστού κατανάλωσης αλκοόλ σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αρνητικών αποτελεσμάτων στην υγεία.

Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ θέτει σε κίνδυνο τόσο την ατομική όσο και την κοινωνική ανάπτυξη. Μπορεί να καταστρέψει τις ζωές των ατόμων, τις οικογένειες, καθώς και τον ιστό των κοινοτήτων. Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ έχει μια σημαντική συμβολή στο παγκόσμιο φορτίο της νόσου και καταγράφεται ως ο τρίτος σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για πρόωρο θάνατο και αναπηρία. Εκτιμάται ότι 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως έχασαν τη ζωή τους από αιτίες που σχετίζονται με το αλκοόλ το 2004, συμπεριλαμβανομένων 320.000 νέοι μεταξύ 15 και 29 ετών. Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ ήταν υπεύθυνη για το 3,8% όλων των θανάτων στον κόσμο το 2004 και το 4,5% της παγκόσμιας επιβάρυνσης της νόσου, όπως μετράται με αναπηρία προσαρμοσμένο σε έτη ζωής που χάνονται, ακόμη κι όταν η προσοχή δίνεται στη μέτρια προστατευτική δράση, ειδικά για τη στεφανιαία καρδιακή νόσο, αλκοόλ για μερικούς ανθρώπους ηλικίας 40 ετών και άνω με χαμηλή κατανάλωση.

Η επιβλαβής κατανάλωση είναι ένας σημαντικός παράγοντας για να αποφευχθούν νευροψυχιατρικές διαταραχές και άλλες μη μεταδοτικές

ασθένειες όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η κίρρωση του ήπατος και διάφορες μορφές καρκίνου. Για ορισμένες ασθένειες δεν υπάρχει ένδειξη μιας επίδρασης μεταξύ του κινδύνου και του επίπεδου της κατανάλωσης αλκοόλ. Η επιβλαβής χρήση του οινοπνεύματος συνδέεται επίσης με διάφορες μολυσματικές ασθένειες όπως το HIV / AIDS, η φυματίωση και η πνευμονία. Ένα σημαντικό ποσοστό των νοσημάτων που οφείλονται σε επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ προκύπτει από ακούσιους και εκούσιους τραυματισμούς, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που οφείλονται σε τροχαία, στη βία, και στις αυτοκτονίες. Θανάσιμοι τραυματισμοί που οφείλονται στην κατανάλωση αλκοόλ τείνουν να συμβαίνουν σε σχετικά νέους ανθρώπους.

Ο βαθμός κινδύνου για επιβλαβή χρήση του αλκοόλ ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και άλλα βιολογικά χαρακτηριστικά των καταναλωτών, καθώς και με τη ρύθμιση του πλαισίου στο οποίο λαμβάνει χώρα η κατανάλωση αλκοόλ. Μερικές ευάλωτες ή σε κίνδυνο ομάδες και άτομα έχουν ευαισθησία στα τοξικά, ψυχοπαθητικά και στην εξάρτηση που παράγουν ιδιότητες της αιθανόλης. Ταυτόχρονα, σχέδια χαμηλού κινδύνου κατανάλωσης αλκοόλ σε ατομικό επίπεδο δεν μπορούν να συνδέονται με την εμφάνιση ή την σημαντικά αυξημένη πιθανότητα αρνητικών υγειονομικών και κοινωνικών συνεπειών.

Έχει υπολογιστεί ότι η συνολική επιβάρυνση της νόσου που οφείλεται στο αλκοόλ, όπως περιγράφεται παραπάνω είναι το 4% του συνόλου της επιβάρυνσης λόγω ασθενειών σε όλο τον κόσμο. Το αλκοόλ είναι η τρίτη κύρια αιτία αναπηρίας στον ανεπτυγμένο κόσμο μετά το κάπνισμα και την υπέρταση. Χρησιμοποιώντας την ίδια μεθοδολογία, παρατηρούμε ότι σχεδόν 15.000 θάνατοι στην Αγγλία προκαλούνται από το οινόπνευμα ανά έτος δηλαδή το 3% του συνόλου των θανάτων. Οι άνδρες είχαν πάνω από διπλάσιο κίνδυνο του αλκοόλ σε σύγκριση με τις γυναίκες, ενώ οι θάνατοι των ατόμων από 16 έως 24

ετών είναι 20 φορές πιο πιθανό να οφείλονται στο αλκοόλ σε σχέση με τους θανάτους των ατόμων ηλικίας 75 ετών και άνω (23% του συνόλου των θανάτων σε 16 έως 24 ετών). Αυτό συμβαίνει κυρίως λόγω της οξείας επίδρασης του αλκοόλ: πρόθεση αυτοτραυματισμού και τα τροχαία ατυχήματα. Σε ηλικίες άνω των 35 ετών, οι θάνατοι που σχετίζονται με το αλκοόλ είναι πιο συχνοί και οφείλονται σε χρόνιες σωματικές ασθένειες από το αλκοόλ, για παράδειγμα τα αλκοολούχα δημιουργούν ασθένεια ήπατος, κακοήθεις καρκίνους του οισοφάγου και του μαστού και υπέρταση. (Costes & Martineau, 2003)

Οι συνέπειες για την υγεία από το αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένων των θανάτων από αλκοολική ηπατική νόσο, αυξάνονται στο Ηνωμένο Βασίλειο σε σύγκριση με τη μείωση σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Περαιτέρω, η ηλικία κατά την οποία προκαλούνται οι θάνατοι από αλκοολική ηπατική νόσο έχει μειωθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο γεγονός το οποίο οφείλεται εν μέρει στην αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ σε νέους. Εισαγωγές στο νοσοκομείο που σχετίζονται με το αλκοόλ αυξήθηκαν κατά 85% μεταξύ 2002-03 και 2008-09. Για τις συνθήκες που σχετίζονται άμεσα με το αλκοόλ, οι εισαγωγές αυξήθηκαν κατά 81% μεταξύ 2002-03 και 2008-09. Το 2008-09 υπήρχαν 945.000 εισαγωγές στο νοσοκομείο στην Αγγλία, όπου το αλκοόλ ήταν είτε μια πρωτογενής ή δευτερογενής διάγνωση. Παραδοχές που σχετίζονται με το αλκοόλ αυξάνουν απότομα με την ηλικία, οξύνοντας στην 60 έως 64 ετών ηλικιακή ομάδα.

Δεδομένα σχετικά με συμμετοχές λόγω του οινοπνεύματος σε τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών συλλέγονται σε εθνικό επίπεδο στην Αγγλία. Ωστόσο, μια 24-ωρη έρευνα Σαββατοκύριακου σε 36 ατυχήματα και επείγοντα περιστατικά των υπηρεσιών υγείας, διαπίστωσε ότι το 40% των τραυματισμών ήταν από το αλκοόλ και ότι κατά τις ώρες αιχμής (τα μεσάνυχτα έως πέντε τα

σαββατοκύριακα) το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 70%. Είναι πολύ πιο πιθανό αυτοί που έπιναν συστηματικά να εμπλακούν σε ατυχήματα και επείγοντα περιστατικά, και παρακολουθούνταν κατά μέσο όρο πέντε φορές ετησίως. Μεταξύ 20 και 30% των ιατρικών εισαγωγών, και το ένα τρίτο των συμμετοχών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είναι που σχετίζονται με το αλκοόλ.

5.1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

Η επιβλαβής κατανάλωση οινοπνεύματος έχει διαπιστωθεί ότι δημιουργεί σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος για το χώρο εργασίας, κυρίως ως αποτέλεσμα της απώλειας παραγωγικότητας.

Τα αποτελέσματα των απουσιών, η κακή απόδοση στην εργασία, τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί σχετίζονται με το αλκοόλ, ενώ το κόστος των θανάτων εξαιτίας του αλκοόλ σε όλο τον κόσμο ανέρχεται σε εκατοντάδες δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως.

Στην Ινδία, το 15% με 20% των απουσιών και το 40% των εργατικών ατυχημάτων αποδίδεται στο συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα. Στη Χιλή επίσης, το 20%-22% των εργατικών ατυχημάτων σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με τη χρήση αλκοόλ ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στη Γαλλία αγγίζει το 10%-20%. Τα επικίνδυνα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ σχετίζονται επίσης με την αύξηση του αριθμού των ημερών αναρρωτικής άδειας που λαμβάνονται.

Αποτελέσματα ερευνών από τη Σουηδία και τη Νορβηγία καταδεικνύουν ότι μια αύξηση κατά ένα λίτρο στη συνολική κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με μια αύξηση 13% στην απουσία ασθένειας στους άνδρες, αλλά το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό μεταξύ των γυναικών. Οι άμεσες επιδράσεις των απουσιών είναι αισθητές όχι μόνο από τους εργοδότες, αλλά και από τους

υπαλλήλους που μπορούν να αναλάβουν πρόσθετη εργασία προκειμένου να αναπληρώσουν τους απόντες συναδέλφους τους. (Δετοράκης,2015)

5.2 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Μοναδική κύρια αιτία θανάτου για παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες μεταξύ των ηλικιών 3-33 χρόνων στις Ηνωμένες Πολιτείες, και η κύρια αιτία ακούσιου θανάτου που συνδέεται με τη ζημία για όλες τις ηλικίες είναι η χρήση αλκοόλ. Κατά τη διάρκεια του 2004, 42.636 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους σε τροχαία ατυχήματα με κυκλοφορία μηχανοκίνητων οχημάτων, καθώς και πάνω από 8.000 από αυτούς που σκοτώθηκαν ήταν βρέφη, παιδιά ή έφηβοι. Μεταξύ αυτών των θανάτων, το 39% τοις εκατό αυτών που προήλθαν από τροχαία σχετίζονται με το αλκοόλ, και το 30% των οδηγών και 50% των επιβαινόντων ήταν ανεξέλεγκτοι. Λόγω της πρόωρης φύσης τους, οι θάνατοι που αποδίδονται στο όχημα, στον κινητήρα είναι η τρίτη κύρια αιτία χαμένων ετών ζωής (1.766.854 χρόνια) για όλες τις ηλικίες, και ξεπέρασε μόνο με τον καρκίνο και ασθένειες της καρδιάς.

Ένας επιπλέον αριθμός 2.788.000 ατόμων υπέστησαν μη θανατηφόρους τραυματισμούς. Το 2000, 32.600 εκατομμύρια \$ δαπανήθηκαν για ιατρική περίθαλψη για τη θεραπεία των τραυματισμών που προκαλούνται από τροχαία ατυχήματα. Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι υψηλότερα μεταξύ των νέων οδηγών και των νεαρών ενηλίκων (16-24 ετών). Τα ποσοστά αυτά είναι δύο έως τρεις φορές υψηλότερα στους άνδρες από τις γυναίκες σε αυτές τις ομάδες, με τη διαφορά μεταξύ των φύλων ιδίως μεταξύ των θανάσιμα τραυματισμένων οδηγών. Οι άνδρες οδηγοί μπορούν να λάβουν περισσότερα ρίσκα και είναι λιγότερο πιθανό να είναι συγκρατημένοι. Ακόμα και κατά τον έλεγχο για τα μίλια που διανύθηκαν, νεαροί ενήλικες έχουν το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας

και παρακολουθούνται στενά από τους οδηγούς που είναι μεγαλύτεροι των 85 ετών. Οι ηλικιωμένοι οδηγοί είναι πιο εύθραυστοι και λιγότερο πιθανό να επιβιώσουν, αλλά η οδήγηση σε μικρότερο συνολικό αριθμό των μιλίων ετησίως, μειώνει την έκθεσή τους.

Θανάσιμα τραυματισμένοι επιβάτες με μεγαλύτερα μηχανοκίνητα οχήματα είναι επίσης πιο πιθανό να γλιτώσουν φορώντας συστήματα συγκράτησης επιβατών και οι ηλικιωμένοι οδηγοί είναι λιγότερο πιθανό να έχουν μια συντριβή που αποδίδεται στο αλκοόλ. Οι επιβάτες των οχημάτων όσον αφορά τα υπόλοιπα που συμβαίνουν μεταξύ μοτοσυκλετιστών, πεζών ή ποδηλάτων αντιπροσώπευαν το 78% του συνόλου των θανατηφόρων ατυχημάτων.

Αύξηση της χρήσης από τους επιβαίνοντες συσκευών συγκράτησης και η μείωση οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ είναι μια από τις πιο σημαντικές μεθόδους συμπεριφοράς για τη μείωση των θανατηφόρων ατυχημάτων οχημάτων που σχετίζονται με κινητήρα. Ενώ επιπλέον 5.839 ζωές θα μπορούσαν να είχαν σωθεί, αν 100% των επιβατών χρησιμοποιούσαν τους περιορισμούς τους. Παράγοντες που επηρεάζουν την αναλογία των θανάτων ανά ταξίδι μεταξύ των ενηλίκων (25-64 ετών) κατά φθίνουσα σειρά είναι το φύλο, SES, όπως μετράται με το μορφωτικό επίπεδο, και τη φυλή/εθνικότητα. Στις γυναίκες αντιστοιχεί το ήμισυ του ποσοστού θανάτου σε σύγκριση με τους άνδρες.

Τα άτομα με λιγότερο από ένα δευτεροβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν τρεις φορές αυξημένο κίνδυνο θανάτου, και καταναλώνουν επίσης περισσότερο αλκοόλ. Η επίδραση της φυλής/εθνικότητας ποικίλλει ανάλογα με SES, τη χρήση ζώνης ασφαλείας, και η χρήση αλκοόλ. Καυκάσιοι άνδρες έχουν το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας μεταξύ εκείνων με λιγότερο από ένα υψηλό επίπεδο σχολικής εκπαίδευσης, αλλά οι Μαύροι έχουν το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας ως εκπαιδευτικό επίπεδο.

Επιπλέον ένα μεγάλο ποσοστό των Ισπανόφωνων έχουν αυξημένα στο αίμα τα επίπεδα αλκοόλ (BAC 0,10), και ένα ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό των Μαύρων προβαίνουν σε ανεξέλεγκτη χρήση. Το 2004, 16.694 θάνατοι με οχήματα που εμπλέκεται το αλκοόλ, αντιπροσωπεύουν το 39% του συνόλου των θανάτων. Από αυτούς τους θανάτους, 14.409 (86%) συνέβησαν σε συγκρούσεις κατά τις οποίες τουλάχιστον ένας οδηγός είχε στο αίμα συγκέντρωση αλκοόλ (BAC) πάνω από το νόμιμο όριο στα περισσότερα κράτη (0,08 γραμμαρίου ανά δέκατο του λίτρου (g/dL) ή υψηλότερη).

Κάτι που είναι σημαντικό να σημειωθεί ακόμη αφορά στα παρατηρητικά δεδομένα από ελεγχόμενες μελέτες, που αποδεικνύουν ότι οδηγοί που εμπλέκονται ή είναι τραυματίες σε τροχαία είναι πιο πιθανό να έχουν μια BAC τουλάχιστον 0,10 από ό,τι είναι οι άλλοι οδηγοί. Τα στοιχεία από πολλαπλές μελέτες χρονοσειρών δείχνουν ότι η αύξηση της νόμιμης ηλικίας κατανάλωσης αλκοόλ ή η μείωση των νόμιμων ορίων συγκέντρωσης του αίματος μπορεί να μειώσει σημαντικά την κατανάλωση οινοπνεύματος.

Στην Αγγλία και την Ουαλία το 2009-10 υπήρχαν 986.000 βίαια επεισόδια όταν το θύμα πίστευε ότι ο δράστης είναι υπό την επήρεια αλκοόλ, αντιπροσωπεύοντας το 50% του συνόλου των βίαιων εγκλημάτων. Σχεδόν το ήμισυ του συνόλου των αδικημάτων και των ποινικών ζημιών που σχετίζονται με το αλκοόλ έχει ενοχοποιηθεί για την ενδοοικογενειακή βία, σεξουαλικές επιθέσεις, διάρρηξη, κλοπή, ληστεία και φόνο. Εκτιμάται το έτος 2008, ότι ένα ποσοστό των τροχαίων ατυχημάτων οφείλονταν στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Ο προσωρινός αριθμός των ατόμων που εκτιμάται ότι έχουν σκοτωθεί σε ατυχήματα οδήγησης σε κατάσταση μέθης ήταν 430 το 2008 (17% του συνόλου των θανάτων από τροχαία ατυχήματα). Περίπου τα δύο τρίτα των ανδρών κρατουμένων και πάνω από το ένα τρίτο των γυναικών

κρατουμένων είναι επικίνδυνοι ή επιβλαβείς πότες, και το ίδιο ισχύει και για το 70% των δοκιμαστών. (National. Highway.Traffic Safety Administration, 2004)

5.3 ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η αυτοκτονία είναι η όγδοη κατά σειρά αιτία θανάτου στις ΗΠΑ, ενώ τα στοιχεία από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζουν αντίστοιχη εικόνα. Κάθε χρόνο, μόνο στις ΗΠΑ αυτοκτονούν πάνω από 30.000 άνθρωποι. Περίπου το 50 % από το σύνολο των περιστατικών, που καταγράφονται ως απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοκτονίες, συνδέονται με τη χρήση αλκοόλ και παράνομων ναρκωτικών και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (σε αυτό περιλαμβάνονται τόσο οι αυτοχειρίες, στις οποίες το αλκοόλ και άλλες ουσίες χρησιμοποιούνται ως μέσο αυτοκτονίας, όσο και τα περιστατικά αυτοκτονίας, όπου τα θύματα απλά βρέθηκε να είναι θετικά σε κάποια ουσία τη στιγμή της απόπειρας), χωρίς να υπάρχει άμεση σύνδεση με τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει.

Περίπου το 25% των αυτοκτονιών αφορά χρήστες ουσιών και εξαρτημένων από το αλκοόλ ατόμων. Τα ποσοστά αυτοκτονιών μεταξύ ατόμων ηλικίας κάτω των τριάντα ετών εμφανίζουν σταθερή αύξηση, αυτό συμβαίνει παράλληλα με την αυξητική τάση, που παρουσιάζει η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών στους νεαρούς ενήλικες. Οι αυτοκτονίες μεταξύ των νέων ατόμων έχουν αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια. Κάθε χρόνο μόνο στις ΗΠΑ, χιλιάδες έφηβοι κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας. Αντίστοιχα είναι τα στοιχεία από την Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την εικόνα που επικρατεί σε όλο τον κόσμο.

Η αυτοκτονία ως η τρίτη αιτία θανάτου στις ηλικίες 15 με 24 ετών και η έκτη στις ηλικίες 5 με 14 ετών προβληματίζει έντονα. Περισσότεροι από τους μισούς εφήβους, που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν έχουν ιστορικό χρήσης αλκοόλ και ψυχοτρόπων ουσιών. Ενώ ένα μεγάλο μέρος των εφήβων με αυτοκτονικό ιδεασμό υποφέρουν από κατάθλιψη. Οι αυτοκτονίες δεν είναι τυχαία γεγονότα. Καθεμία συμβαίνει για συγκεκριμένους λόγους. Στις αιτίες που οδηγούν τελικά στην αυτοκτονία συγκαταλέγονται για παράδειγμα η κλινική κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή καθώς και άλλες ψυχικές διαταραχές ή ακόμα και διαταραχές που προκαλούνται ως αποτέλεσμα της κατάχρησης αλκοόλ και άλλων ψυχοπαθητικών ουσιών.

Κατά συνέπεια, η μελέτη ύπαρξης και επίδρασης αυτών των παραγόντων σε ομάδες υψηλού κινδύνου (όπως είναι τα εξαρτημένα από το αλκοόλ ή άλλες ψυχοπαθητικές ουσίες άτομα) αποτελεί εξαιρετικά σημαντική μέθοδο πρόληψης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης των αυτοκτονιών. Οι άνθρωποι που κάνουν συστηματικά «βαριά» χρήση αλκοόλ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της μέσης ηλικίας τους. Τα εξαρτημένα άτομα από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου από ατυχήματα, ασθένειες και αυτοκτονία. Τα στοιχεία μάλιστα δείχνουν ότι η αυτοκτονία είναι μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες χρήστες ουσιών.

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα μιας απόπειρας αυτοκτονίας είναι η κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές, η κατάχρηση αλκοόλ, οι κοινωνικοοικονομικοί λόγοι (απώλεια οικείου προσώπου, διαζύγιο, απώλεια εργασίας κ.ά.). Στα νεαρά άτομα παράγοντες κινδύνου αποτελούν η κατάθλιψη, ψυχικές διαταραχές από χρήση ουσιών (αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες) καθώς και επιθετικές ή αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

Η μακροχρόνια χρήση ουσιών καθιστά την αυτοκτονία πιο πιθανή. Σχεδόν όλες οι αυτοκτονίες αλκοολικών συμβαίνουν σε ενεργούς εξαρτημένους πότες και συνήθως αναφέρεται κατανάλωση αλκοόλ πριν από την απόπειρα. Αντίθετα, φαίνεται ότι ένα εξαρτημένο από το αλκοόλ άτομο, το οποίο απέχει της χρήσης αλκοόλ, κινδυνεύει λιγότερο από αυτοκτονία. Ο ισχυρότερος δείκτης κινδύνου αυτοκτονίας στους χρήστες ουσιών είναι μια μεγάλη απώλεια σε διαπροσωπικό επίπεδο, όπως είναι ένας χωρισμός ή ένα διαζύγιο. Μεταξύ των νεότερων ατόμων μπορεί να είναι, το διαζύγιο των γονιών, η ενδοοικογενειακή βία, μια ερωτική απογοήτευση, το άγχος απόδοσης και επίτευξης στόχων και η σχολική αποτυχία. Πολλοί αυτοκτονικοί έφηβοι αναφέρουν συναισθήματα εσωτερικής σύγκρουσης, χαοτικό ψυχισμό και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Επίσης η παρουσία απελπισίας και θυμού συντελούν στην εφηβική αυτοκτονικότητα. Όλα τα παραπάνω προβλήματα συνδέονται τις περισσότερες φορές με τη χρήση ουσιών και την αυτοκτονία. Από την άλλη, αλκοολικοί οι οποίοι εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως ασθένειες του ήπατος, έλκη στομάχου κ.α. παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. Μια ακόμη συνέπεια είναι και αυτή της διαπροσωπικής βίας. Σε επίπεδο λοιπόν της σύνδεσης μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και αυτοκτονίας ή απόπειρας αυτοκτονίας, ιδιαίτερα μεταξύ εκείνων που πίνουν βαριά τα στοιχεία είναι αποθαρρυντικά, γιατί σε αυτή την ομάδα, ο κίνδυνος της αυτοκτονικής συμπεριφοράς αυξάνει εάν άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη είναι παρόντες. Περίπου το 7% των ατόμων με εξάρτηση πεθαίνουν από αυτοκτονία. (Sarman,2008).

Τα ποσοστά αυτοκτονίας αυξάνονται με την αύξηση της κατά κεφαλήν κατανάλωσης, και τείνουν να είναι υψηλότερες σε πολιτισμούς που χαρακτηρίζονται από ακανόνιστα βαριά κατανάλωση αλκοόλ, από κοινού με τη διαπροσωπική βία. Αποτελεσματικές παρεμβάσεις που

μειώνουν την βαριά κατανάλωση αλκοόλ μπορούν να μειώσουν τις επιθέσεις και την αυτοκτονία. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η αυτοκτονία είναι η δέκατη κύρια αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ), με σχεδόν 100 αυτοκτονίες να συμβαίνουν κάθε μέρα και πάνω από 36.000 να πεθαίνουν από αυτοκτονία κάθε χρόνο.

Το ποσοστό αυτοκτονιών αυξάνει μεταξύ των 25 έως 34 ετών, για τους οποίους η αυτοκτονία είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου. Ενώ πολλοί πεθαίνουν από αυτοκτονία, κάθε αυτοκτονία αντιπροσωπεύει περίπου το 25% των αποπειρών αυτοκτονίας και ο κίνδυνος της ζωής για τον γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ εκτιμάται ότι είναι μεταξύ 1,9 και 8,7 τοις εκατό. (Η αυτοκτονία έχει επιπτώσεις στο περιβάλλον του ατόχου, και στην κοινότητα. Επιπλέον, απόπειρες αυτοκτονίας απαιτούν εκτενή ιατρική θεραπεία και αποκατάσταση).

Το κόστος της ιατρικής περίθαλψης που προκύπτει από αυτοτραυματισμούς το 2000 εκτιμάται ότι ήταν 1 δισ. \$. Το μέγεθος του προβλήματος έχει οδηγήσει σε αρκετές σημαντικές πρωτοβουλίες για τη δημόσια υγεία και αύξηση της χρηματοδότησης της έρευνας για την πρόληψη των αυτοκτονιών. Παρόμοια με άλλες ανησυχίες για τη δημόσια υγεία, είναι δύο κύριες προσεγγίσεις για την πρόληψη των αυτοκτονιών που συνοψίζονται στο σχήμα:

- ο προσδιορισμός των παραγόντων κινδύνου σε ατομικό επίπεδο, με στόχο την ανάπτυξη στοχευόμενων παρεμβάσεων και
- την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης σε επίπεδο πληθυσμού.

Αρκετές μελέτες αυτοψίας των γεγονότων που οδήγησαν στην αυτοκτονία έχουν συμπεράνει ότι η πλειοψηφία των ατόμων που πεθαίνουν από αυτοκτονία παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης ή άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας πριν από τον θάνατο. Επιπλέον,

περίπου το 32 τοις εκατό των ατόμων έρχονται σε επαφή με μια φροντίδα ψυχικής υγείας και το 77 τοις εκατό έρχονται σε επαφή με την κύρια υπηρεσία παροχής φροντίδας κατά τη διάρκεια του έτους πριν από την αυτοκτονία. Σε μια μελέτη των στοιχείων που περιλαμβάνουν Βετεράνους που πέθαναν από αυτοκτονία στο Όρεγκον, το 22 τοις εκατό ήρθε σε επαφή με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια του έτους πριν από την αυτοκτονία, ποσοστό παρόμοιο με την εκτιμώμενη αντίληψη ότι το ένα τέταρτο των Βετεράνων έχουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη σε ετήσια βάση, ως εκ τούτου, στοχευόμενες παρεμβάσεις έχουν αναπτυχθεί κυρίως για χρήση στον τομέα της υγείας για τη θεραπεία των ατόμων που παρουσιάζουν αυτοκτονικές σκέψεις, απόπειρες, ή άλλους παράγοντες κινδύνου, ή που προσδιορίζονται με άλλο τρόπο σε κίνδυνο (π.χ., ως αποτέλεσμα της αξιολόγησης του κινδύνου αυτοκτονίας).

Προσεγγίσεις σε επίπεδο πληθυσμού δεν απαιτούν προηγούμενη ταυτοποίηση των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο, αλλά έχουν σχεδιαστεί για τη μείωση των αυτοκτονιών χρησιμοποιώντας στρατηγικές όπως η παροχή πόρων στην αναζήτηση βοήθειας (π.χ., ανοικτές γραμμές επικοινωνίας, κοινοτικά κέντρα υγείας), το περιβάλλον τροποποίησης των πιθανών ωθήσεων ή τα διαθέσιμα μέσα (π.χ. κατευθυντήριες γραμμές για τα μέσα ενημέρωσης σχετικά με την υποβολή εκθέσεων αυτοκτονίας, εμπόδια, γέφυρα), εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης (π.χ. ανακοινώσεις δημόσιων υπηρεσιών σχετικά με τα προειδοποιητικά σημάδια της αυτοκτονίας), ή ολόκληρο τον πληθυσμό ελέγχου (π.χ. ο έλεγχος σε όλα τα παιδιά του σχολείου). (Goodman Rally, 2008)

Παρά αυτές και άλλες προσπάθειες για την πρόληψη των αυτοκτονιών, το ποσοστό αυτοκτονιών στις ΗΠΑ έχει αλλάξει σχετικά και είναι λίγο πιο υψηλό από τα τελευταία 100 χρόνια. Οι μεθοδολογικές δυσκολίες στη μελέτη αυτοκτονίας είναι παρόμοιες με εκείνες που συνδέονται με τη μελέτη κάθε φυσικού φαινομένου (π.χ., έλλειψη εκχώρησης κατάστασης), αλλά γίνεται πιο δύσκολη λόγω του σχετικά χαμηλού βασικού επιτοκίου της αυτοκτονίας. Η σπανιότητα των μελετών υψηλής ποιότητας που διατίθενται να προσφέρουν στοιχεία για την αποτελεσματική παρέμβαση δεν είναι έκπληξη.

Επιπλέον, πολλοί παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία συχνά αδυνατούν να προβλεφτούν σε ατομικό επίπεδο και παράγουν πολλά ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Αυτές οι δυσκολίες τονίζουν τη σημασία της αυξημένης έμφασης στην έρευνα και τη συνεχή σύνθεση των αποδείξεων, καθώς διατίθενται, ιδίως σε σχέση με τις προσεγγίσεις παρέμβασης σε ατομικό επίπεδο.

5.4 ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΦΥΛΟ

Οι γυναίκες που καταναλώνουν περισσότερα από δυο αλκοολούχα ποτά την ημέρα έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν την πιο συνήθη μορφή διαταραχής καρδιακού ρυθμού, η οποία μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου. Οι γυναίκες που πίνουν ακόμα και ένα αλκοολούχο ποτό την ημέρα εμφανίζουν κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν πίνουν καθόλου αλκοόλ, οι οποίες έχουν υψηλό κίνδυνο καρκίνου στο μαστό, στο στόμα, στο λάρυγγα, στον ορθό και στον οισοφάγο. Οι καπνίστριες που έπιναν αλκοόλ είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο

στόμα, στο λάρυγγα και στον οισοφάγο που είναι μεγαλύτερος από τον κίνδυνο που σχετιζόταν μόνο με το κάπνισμα.

Οι γυναίκες που καταναλώνουν αρκετά ποτά την ημέρα μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μαστό μέχρι 50%. Όσο περισσότερο αλκοόλ καταναλώνει μια γυναίκα, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να αναπτύξει όγκους θετικούς στους υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης. Μια γυναίκα συνεπώς θα πρέπει να αξιολογεί την κατανάλωση αλκοόλ μαζί με άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου, γιατί το αλκοόλ αυξάνει την ποσότητα των μεταβολιτών οιστρογόνου που μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη καρκίνου στο μαστό επειδή είναι ευαίσθητος στις ορμόνες.

Οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες σε σχέση με τους άνδρες στις συνέπειες του αλκοόλ. Εμφανίζουν άμεσα ατροφία του εγκεφάλου και επηρεάζεται αρνητικά η καρδιά, οι μύες και το συκώτι. Οι βλάβες στον εγκέφαλο που προκαλούνται λόγω χρόνιας υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες για τροχαία δυστυχήματα, όπως επίσης και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, λόγω απουσίας λήψης προστατευτικών μέτρων. Σε έρευνες που έγιναν διαπιστώθηκε ότι τα κορίτσια εφηβικής ηλικίας φαίνεται ήδη να φτάνουν ή και να ξεπερνούν την κατανάλωση των συνομήλικών τους αγοριών.

(Δετοράκης,2015)

5.5 ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΑΝΔΡΙΚΟ ΦΥΛΟ

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 49 άντρες η μικρή γεύση του ποτού μπορεί να ερεθίσει τον εγκέφαλο και να αυξήσει την ανάγκη για κατανάλωση αλκοόλ λόγω της απελευθέρωση ντοπαμίνης, η οποία επιδρά περισσότερο σε ανθρώπους με οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού (ο αντρικός εγκέφαλος αγαπά την γεύση της μπίρας). Οι

άντρες μέσης ηλικίας, που καταναλώνουν πολύ αλκοόλ για χρόνια κινδυνεύουν ταχύτερα από νοητική εξασθένηση, αφού η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει τον εγκέφαλο.

Οι άντρες που πίνουν ελάχιστη ποσότητα δεν αντιμετωπίζουν απαραίτητα κίνδυνο επιτάχυνσης της νοητικής εξασθένησης αλλά οι άνδρες της μέσης ηλικίας καταναλώνουν πιο συχνά αλκοόλ από ότι οι γυναίκες. Οι άντρες επίσης δεν συνειδητοποιούν ότι ένα ζευγάρι που μοιράζεται ένα μπουκάλι κρασί, δεν πρέπει να υπερβαίνει το όριο κατανάλωσης για την ηλικία τους. Ένα συνηθισμένο μπουκάλι κόκκινο κρασί, περιέχει περίπου 9,5 μονάδες αλκοόλ. Ένας άντρας δεν θα έπρεπε να καταναλώνει πάνω από τέσσερις μονάδες και μια γυναίκα όχι περισσότερο από τρεις, ανά ημέρα. Με δύο ημέρες χωρίς αλκοόλ την εβδομάδα, πολλοί άντρες ηλικίας άνω των 45 ετών, πίνουν περισσότερο από το επιτρεπτό όριο, ενώ μεταξύ των γυναικών, μία στις πέντε ηλικίας 45 έως 64 ετών, καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από τις 14 μονάδες την εβδομάδα. Πολλοί άνθρωποι άνω των 45 ετών πίνουν καθημερινά, ιδιαίτερα άντρες με επαγγελματικούς διευθυντικούς χώρους, οι οποίοι πίνουν περισσότερο.

Οι μεσήλικες της μεσαίας τάξης αγνοούν τους κινδύνους για την υγεία τους, γιατί οι άνθρωποι καθώς μεγαλώνουν, μπορεί να είναι πιο εύκολο να πίνουν μερικά επιπλέον ποτήρια, αδιαφορώντας για την υγεία τους. Αντίθετα η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε νεαρούς ενήλικες γίνεται πιο φανερά προς τον κόσμο από ότι, οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας οι οποίοι τείνουν να καταναλώνουν αλκοόλ κρυφά. Σε έρευνες που έγιναν διαπιστώθηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει την πιθανότητα προσβολής από ουρική αρθρίτιδα σε άτομα που καταναλώναν δύο ή περισσότερα ποτήρια μύρας την ημέρα.

Αυτά τα άτομα διέθεταν έως και 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τη νόσο σε σχέση με όσους δεν έπιναν

καθόλου, εξαιτίας του γεγονότος ότι οι ουσίες που υπάρχουν σε μεγάλη ποσότητα στη μύρα και σε πολύ μικρές ποσότητες επιδρούν στο ουρικό οξύ, αυξάνοντας παράλληλα τη δράση του αλκοόλ. Οι άντρες που καταναλώνουν τρία ή περισσότερα αλκοολούχα ποτά ημερησίως, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής. (Λιάππας, 2004)

Ωστόσο, οι λιγότερο μορφωμένοι άνδρες καθώς και οι λιγότερο μορφωμένες γυναίκες είναι πιο πιθανό να καταναλώνουν αλκοόλ σε ποσότητες επικίνδυνες (δηλαδή σε εβδομαδιαία βάση από 140 γραμμάρια και πάνω για τις γυναίκες και 210 για τους άνδρες). Παράλληλα, στις 20 χώρες του ΟΟΣΑ, το ποσοστό των παιδιών που έχουν δοκιμάσει αλκοόλ μέχρι την ηλικία των 15 ετών αυξήθηκε στα αγόρια από το 30% το 2001 στο 43% το 2010 και για τα κορίτσια από το 26% στο 41% για το αντίστοιχο χρονικό διάστημα. Πλέον, οι επιπτώσεις στην οικονομία είναι σημαντικές. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, το κόστος για κατανάλωση αλκοόλ στην Ευρωπαϊκή Ένωση εκτιμάται στο 0,65% του ΑΕΠ για το 2013, δηλαδή στα 84.5 δισ. ευρώ τον χρόνο. Επίσης, το 2003 οι συνολικές δαπάνες για την αστυνομία, τα δικαστήρια, τις φυλακές και τις ζημιές που προκλήθηκαν εξαιτίας του αλκοόλ στις τότε χώρες – μέλη της ΕΕ εκτιμήθηκαν στα 33 δισ. ευρώ.

Τέλος, το 2013 το κόστος για τα αυτοκινητικά δυστυχήματα που προκλήθηκαν στην ΕΕ και για τα οποία ευθύνονταν οι οδηγοί που είχαν καταναλώσει αλκοόλ, εκτιμήθηκε κοντά στα 10 δισ. ευρώ. Πάντως στην Ελλάδα, η κατανάλωση αλκοόλ εξακολουθεί να κινείται σε χαμηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η μέση κατανάλωση σύμφωνα με τα στοιχεία του 2012 αγγίζει τα οκτώ λίτρα τον χρόνο, δηλαδή κάτω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Αυτό σημαίνει ότι συνολικά, πολλοί άντρες ηλικίας άνω των 45 ετών, πίνουν περισσότερο από το συνιστώμενο εβδομαδιαία όριο, ενώ μεταξύ των γυναικών, μία στις πέντε ηλικίας 45 έως 64 ετών, πίνουν περισσότερο από τις συνιστώμενες 14

μονάδες την εβδομάδα. Πολλοί άνθρωποι άνω των 45 ετών πίνουν καθημερινά και εκείνοι που προέρχονται από επαγγελματικούς διευθυντικούς χώρους, συχνά συμβαίνει να πίνουν περισσότερο.

Ενώ η κατανάλωση αλκοόλ μειώνεται μεταξύ των νεότερων ηλικιακών ομάδων, οι μεσήλικες της μεσαίας τάξης αντιμετωπίζουν αμήφιστα τους κινδύνους για την υγεία τους, αυξάνοντας την πιθανότητα να υποφέρουν από ασθένειες όπως η νόσος του ήπατος, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο καρκίνος. Ο καθηγητής Sir Gilmore, ειδικός σύμβουλος του Royal College of Physicians και Πρόεδρος του Health Alliance στη Μ. Βρετανία, δήλωσε: «Είναι ανησυχητικό όταν οι άνθρωποι πίνουν σχεδόν καθημερινά. Αυτό σημαίνει ότι σχεδόν πάντα πίνουν και στο σπίτι και πίνοντας χωρίς περιορισμό στο σπίτι, είναι πιο πιθανό να υπερβαίνουν τα ασφαλή όρια». Καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν, μπορεί να είναι εύκολο να «γλιστρήσουν» στη συνήθεια να πίνουν μερικά επιπλέον ποτήρια στο τέλος ημέρας, αλλά πάντα υπάρχουν σοβαροί κίνδυνοι για την υγεία που συνδέονται με ανθρώπους που συνηθίζουν την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης και της ηπατικής νόσου και αυξημένου κινδύνου ορισμένων τύπων καρκίνου.

Ως απάντηση σε αυτά οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας ισχυρίζονται ότι έχουν μεγαλύτερο έλεγχο όταν πίνουν, στην πραγματικότητα όμως τους είναι δυσκολότερο από ότι στους νέους να απέχουν από το αλκοόλ σε κοινωνικές συναναστροφές. Επίσης, θεωρούν ότι είναι δύσκολο να πουν όχι στους φίλους τους, ακόμη και όταν δεν θέλουν να πιούν. Οι άνδρες της μέσης ηλικίας πίνουν περισσότερο και πιο συχνά από ότι όταν ήταν έφηβοι ή γύρω στα είκοσι τους χρόνια, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία. Επίσης μόνο το 3 τοις εκατό περίπου των νέων πίνουν αλκοόλ για περισσότερο από πέντε ημέρες μέσα σε μια εβδομάδα, σε σύγκριση με το 16 τοις εκατό των ατόμων ηλικίας 45 έως 64 ετών, ενώ ακόμα περισσότεροι ηλικιωμένοι άνθρωποι πίνουν συχνά,

με έναν στους πέντε να παραδέχεται ότι καταφεύγει στο ποτό πέντε ή περισσότερες ημέρες την εβδομάδα. (Binder & Vavrinkova, 2008)

5.6 ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ-ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΒΙΑ

Η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται άρρηκτα με τη διαπροσωπική βία. Η σχέση του αλκοόλ με την συζυγική βία είναι πολύπλοκη καθιστώντας το ρόλο του οινοπνεύματος ασαφή με το δεδομένο ότι τα ποσοστά της βίας διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό. Επίσης η κατάχρηση αλκοόλ δύναται να βλάψει τη λειτουργία του ατόμου σε διάφορους κοινωνικούς ρόλους. Η κατάχρηση οινοπνευματωδών συνδέεται με πολλές αρνητικές συνέπειες τόσο για το χρήστη, όσο και τα παιδιά και η κατανάλωση αλκοόλ από το γονέα συσχετίζεται με την κακοποίηση των παιδιών, ενώ δύναται να επηρεάσει αρνητικά τη λειτουργία του ως μέλος της οικογένειας. Η συγκεκριμένη κατάσταση μπορεί να συμβάλει στην πρόκληση ατυχημάτων στο σπίτι και την εκδήλωση ενδοοικογενειακής βίας.

Άμεση απόρροια της συγκεκριμένης συμπεριφοράς αποτελεί ο κλονισμός της ψυχικής υγείας των μελών της οικογένειας, με αποτέλεσμα να ενεργούν βίαια. Στην Ελλάδα, το 57,6% των ατόμων που αιτήθηκαν θεραπείας το τελευταίο τρίμηνο του 2010 ανέφεραν ότι εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ συμπεριφέρθηκαν βίαια κάποια στιγμή σε μέλος της οικογένειάς τους. Συγκεκριμένα, στο σύνολο των ατόμων που άσκησαν βία, το 56,6% άσκησε λεκτική βία, το 42,1% λεκτική και σωματική βία και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 1,3% αποκλειστικά σωματική βία.

Οι παράγοντες κινδύνου διαπροσωπικής βίας από το οινόπνευμα είναι ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που μπορεί να αυξήσει τους κινδύνους

είτε ο δράστης είτε το θύμα της βίας να σχετίζονται με το αλκοόλ. Για να σας βοηθήσουμε να κατανοήσετε αυτούς τους παράγοντες και πώς αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, ας πάρουμε ένα οικολογικό μοντέλο που χρησιμοποιείται για να διαιρέσει τους παράγοντες κινδύνου σε εκείνους που σχετίζονται με το άτομο, τις σχέσεις μεταξύ των ατόμων, των κοινοτήτων και της κοινωνίας. Το αλκοόλ επηρεάζει καταλυτικά τον ανθρώπινο οργανισμό προκαλώντας ανεπανόρθωτες βλάβες. Πιο αναλυτικά:

- Û **ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ:** Το αλκοόλ επηρεάζει τις «κυψέλες» του εγκεφάλου. Αυτό μπορεί να μεταφραστεί σε ζαλάδες, θολή σκέψη, τρίκλισμα, μπέρδεμα στην ομιλία.
- Û **ΜΑΤΙΑ:** Επειδή το αλκοόλ επηρεάζει το νευρικό σύστημα, είναι δύσκολο για τους μυς των ματιών να λειτουργήσουν και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη θολή όραση.
- Û **ΣΤΟΜΑ –ΛΑΡΥΓΓΑΣ:** Στο αλκοόλ η πέψη δε γίνεται όπως στα άλλα υγρά. Η απορρόφηση αρχίζει μέσω του στόματος και του λάρυγγα, με αποτέλεσμα να προκαλεί πονόλαιμους και έλκος.
- Û **ΣΥΚΩΤΙ:** Το αλκοόλ μπορεί να δηλητηριάσει το συκώτι αφού η μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει κάποιος περνά από αυτό το όργανο.
- Û **ΣΤΟΜΑΧΙ:** Ερεθισμός του πεπτικού συστήματος, εμετοί και πόνοι που προκαλούν έλκος είναι τα άμεσα αποτελέσματα του αλκοόλ στο στομάχι.
- Û **ΝΕΦΡΑ:** Το αλκοόλ μπορεί να σταματήσει τη λειτουργία των νεφρών, που είναι να διατηρούν τη σωστή ισορροπία των υγρών και των μετάλλων στο σώμα.

- Û ΦΛΕΒΕΣ – ΑΡΤΗΡΙΕΣ: Το αλκοόλ διευρύνει τα αιμοφόρα αγγεία με άμεσο αποτέλεσμα τους πονοκεφάλους και την πτώση της θερμοκρασίας του σώματος (υποθερμία).
- Û ΑΙΜΑ: Το αλκοόλ μειώνει τη δυνατότητα του σώματος να παράγει αίμα με αποτέλεσμα την αναιμία και /ή την μόλυνσή του.
- Û ΜΥΣ: Το αλκοόλ προκαλεί αδυναμία των μυών με αποτέλεσμα το τρέκλισμα και την επιρρέπεια στα πεσίματα. (Πασχαλίδης, 2007), (Carter & Smith, 2011)

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O), το 2000, κατέταξε το αλκοόλ στην 4η θέση ως αιτία θανάτων παγκοσμίως. Εξάλλου αξίζει να σημειωθεί ότι ο θάνατος από ασθένειες στο συκώτι είναι 10 φορές πιο συχνός σε αυτούς που καταναλώνουν αλκοόλ, σε αντίθεση με αυτούς που δεν πίνουν. Η υπερβολική χρήση του ποτού είναι επίσης η πιο συνηθισμένη αιτία υψηλής πίεσης και αυξάνει τον κίνδυνο εγκεφαλικών και καρδιακών παθήσεων.

Ο πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης του Ήπατος Δημήτρης Τσαντούλας, ανακοίνωσε τα εξής: «Είναι ανησυχητική στη χώρα μας η αύξηση των κρουσμάτων κίρρωσης του ήπατος από την κατανάλωση αλκοόλ. Μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν οι νέοι λόγω της ευκολίας με την οποία βρίσκουν και καταναλώνουν ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε οινόπνευμα. Οι επιστήμονες εξάλλου προειδοποιούν ότι όσοι πίνουν 60 γραμμάρια αλκοόλ την ημέρα, έχουν 20% πιθανότητες να εκδηλώσουν κίρρωση του ήπατος μέσα σε 10 χρόνια». (Μαλλιώρη, 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Οι επιδράσεις του αλκοόλ στα διάφορα συστήματα του οργανισμού συνιστούν ένα ευρύ πεδίο έρευνας και μελέτης με ενδιαφέροντα συμπεράσματα και προβληματισμούς. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να έχει θετικές επιδράσεις σε πολλά όργανα του σώματος, σε αντίθεση με την κατάχρηση αλκοόλ που είναι επιβλαβής και επιδρά αρνητικά στην ανθρώπινη υγεία. Η γνώση των επιδράσεων του αλκοόλ στα διάφορα συστήματα είναι σημαντική και μπορεί να συμβάλει στην συνειδητοποίηση των πραγματικών διαστάσεων και επιπτώσεων του αλκοολισμού.

6.1 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι Νευρολογικές διαταραχές είναι από τις κύριες επιπτώσεις της κατάχρησης της αλκοόλης και παρουσιάζουν ανάλογο ενδιαφέρον με τις ηπατικές δυσλειτουργίες. Η περιφερική νευροπάθεια, η πολυνευρίτιδα, το σύνδρομο wernicke-korsakoff και η αλκοολική άνοια είναι μια από τις νευρολογικές διαταραχές που έχουν άμεση σχέση με τον αλκοολισμό. Ο ρόλος της ελλιπούς διατροφής έχει σημαντική θέση στις νευρολογικές διαταραχές και στην γενικότερη λειτουργία του εγκεφάλου. Ανεπάρκεια βιταμινών και ιδιαίτερα έλλειψη βιταμίνης B12 είναι το κυριότερο αίτιο νευρολογικών διαταραχών. Η πιο κοινή από τις νευρολογικές διαταραχές είναι η περιφερειακή νευροπάθεια η οποία ποικίλλει από συμωματική νευροπάθεια μέχρι ουσιαστική αδυναμία των μυών και ανεπάρκεια αισθητήριων οργάνων. Εμφανίζεται ανεξάρτητα από την χρόνια

μυοπάθεια των σκελετικών μυών η οποία είναι κοινή διαταραχή για χρόνιους αλκοολικούς. (Μυρωνίδου- Τζουβελέκη, 2002)

6.1.1 ΣΥΝΔΡΟΜΟ WERNISKE-KORSAKOFF

Είναι η πιο σοβαρή περίπτωση νευρολογικής διαταραχής, οφείλεται στην ανεπάρκεια της θειαμίνης και τα κυρία συμπτώματα είναι διανοητική διαταραχή οργανικής μορφής, μυϊκή συνεργασία και αμνησία. Παρόμοια με το σύνδρομο werniske-korsakoff είναι και η αλκοολική άνοια η οποία είναι μια πτυχή της ψύχωσης τύπου korsakoff. Οι κυριότερες επιπτώσεις αυτής της νόσου έχουν σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες. Αποτέλεσμα είναι ότι οι νευρολογικές διαταραχές παρουσιάζονται συχνά «σε χρόνια αλκοολικό» και προσβάλλουν το 10-20% του πληθυσμού.

6.1.2 ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΜΥΟΠΑΘΕΙΑ

Η αλκοολική μυοπάθεια είναι ένα από τα πολλά οργανικά προβλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ. Η ασθένεια αυτή χαρακτηρίζεται από μια βαθμιαία και συνήθως ανώδυνη φθορά και αδυναμία κεντρικών μυών ιδιαίτερα αυτών που βρίσκονται στα πόδια. Η αλκοολική μυοπάθεια εμφανίζεται σε αλκοολικούς με τουλάχιστον 10χρονο ιστορικό κατάχρησης της αλκοόλης και με ελάχιστη καθημερινή κατανάλωση όχι μικρότερη των 10γρ. Η επίπτωση παραμένει απροσδιόριστη. Η αλκοολική μυοπάθεια διακρίνεται σε οξεία και χρόνια.

- ü Η οξεία αλκοολική μυοπάθεια: Είναι σύνδρομο το οποίο προκαλεί οξείς μυϊκούς τραυματισμούς μετά από μια προσωρινή διακοπή

λήψης αλκοόλης. Κλινικά εμφανίζονται πρώιμα συμπτώματα από το μυοσκελετικό ,θρομβοφλεβίτιδα, καθώς και γενικευμένοι σπασμοί. Συχνά επανέρχεται ή οξεία νεφρική ανεπάρκεια και υποκαλιαιμία, με επακόλουθο τον θάνατο του ασθενούς.

Ü B) Χρόνια αλκοολική μυοπάθεια: Σύνδρομο με προοδευτικά επιδεινούμενη κλινική εικόνα γενικευμένης αδυναμίας και μυϊκής ατροφίας . Επέρχεται ατροφία των μυών του ώμου και του μηρού, δίχως την ύπαρξη πόνου και η κλινική εικόνα περιπλέκεται από περιφερική νευροπάθεια και ηπατική δυσλειτουργία. Ο μόνος τρόπος είναι η αποχή από την αλκοόλη.

(Συλλογικό έργο, 2008)

6.2 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Σε σχέση με το αναπνευστικό σύστημα, η κατανάλωση αλκοόλ έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει την βλενοκρωσσητή κάθαρση του αναπνευστικού επιθήλιου. Όσον αφορά την επίδραση του αλκοόλ στον μυϊκό τόνο των αεραγωγών, βρέθηκε ότι η καθαρή αιθανόλη δρα βρογχοδιασταλτικά και χαλαρώνει τον μυϊκό τόνο των αεραγωγών. Η ακεταλδεΐδη μπορεί να προκαλέσει βρογχόσπασμο σε ασθματικούς με γενετικά μειωμένη δραστηριότητα του ενζύμου. Για την συσχέτιση του αλκοόλ με την ΧΑΠ προκύπτει ότι:

- ✓ Υψηλή κατανάλωση αλκοόλ πιθανόν να αυξάνει τον σχετιζόμενο με κάπνισμα κίνδυνο για θάνατο από ΧΑΠ.
- ✓ Η μικρή κατανάλωση πιθανόν να μειώνει τον κίνδυνο για θάνατο από ΧΑΠ. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα μεγάλα πόσα αιθανόλης στο αίμα (400mg/ml και περισσότερο) προκαλούν επικίνδυνη και

θανατηφόρα καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας.
(Μπικηρόπουλος, 2015)

6.3 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΡΕΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ οδηγεί σε οστεοπενικό σκελετό και αυξημένο κίνδυνο για οστεοπόρωση.

6.4 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Σημαντικές είναι οι δράσεις του αλκοόλ στο ενδοκρινικό σύστημα, καθώς πολλές μελέτες δείχνουν ότι ακόμη και χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζει τα επίπεδα άλλων ορμονών.

6.5 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η κατανάλωση αλκοόλ έχει ποικίλες επιδράσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα ανάλογα με την ποσότητα που λαμβάνεται με μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (μέχρι και 40ml). Σχετίζεται με χαμηλή επίπτωση στεφανιαίας νόσου και έχει θετική επίδραση στην αποτροπή εμφάνισης οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Αντιθέτως η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών έχει συνδεθεί με ποικίλες αρνητικές επιπτώσεις όσον αφορά το καρδιαγγειακό σύστημα. Η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος σχετίζεται με την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου, την υπέρταση, την μυοκαρδιοπάθεια, τις καρδιακές αρρυθμίες και την καρδιακή ανεπάρκεια. Η μέτρια κατανάλωση μειώνει τον κίνδυνο, ακόμα και σε σχέση με εκείνους που δεν πίνουν καθόλου, έχει ευνοϊκή επίδραση στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου και μειώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Τέλος, ανταγωνιστικές αιτίες του θανάτου δεν αντιπροσωπεύουν, παρά τη θετική σχέση μεταξύ αλκοόλ και διάφορων τύπων καρκίνου, τραυμάτων και άλλων αιτίων θνησιμότητας. Ως εκ τούτου, σε αυτή τη μεγάλη προοπτική μελέτης κοόρτης με βάση τον πληθυσμό που διεξάγεται στη Νορβηγία, θα αντιμετωπιστούν τα ακόλουθα ζητήματα που σχετίζονται με την επίδραση της κατανάλωσης αλκοόλ σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM) κινδύνου:

1. αν η αντίστροφη σχέση μεταξύ χαμηλής κατανάλωσης αλκοόλ και AMI διατηρείται σε ένα περιβάλλον χαμηλής κατανάλωσης.
2. από το σχήμα της σχέσης δόσης-απόκρισης σε αυτή την κοόρτη με χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ.
3. η σχετική σημασία της συχνότητας και της συνολικής ποσότητας της κατανάλωσης.
4. ο ρόλος των ιατρικών και ψυχιατρικών συνοδών νοσημάτων.
5. το αν ανταγωνίζονται τους κινδύνους οδηγεί την παρατηρούμενη συσχέτιση και
6. τη σημασία του πρώην καταναλωτή αλκοόλ αξιολογείται περίπου 10 έτη πριν από βασική μελέτη. Μελέτες έχουν δείξει ότι η καταναλωτική συχνότητα μπορεί να τροποποιήσει τη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της στεφανιαίας νόσου και ότι η υψηλότερη συχνότητα σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. (Dawson, 2003)

6.6 Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Το αλκοόλ επιδρά ως τοξική ουσία για το αίμα. Υπάρχει συσχετισμός μεταξύ της υπέρμετρης κατανάλωσης οινοπνεύματος και

της υπερφόρτωσης του οργανισμού με σίδηρο. Η μακροχρόνια λήψη οινόπνεύματος οδηγεί σε θρομβοκυτταροπενία λόγω μειωμένης επιβίωσης των αιμοπεταλίων.

6.7 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Στο ανώτερο πεπτικό η συστηματική λήψη αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει στοματίτιδα, δημιουργία σχισμών και απολέπισης του προκειμένου και των γωνιών του στόματος, εξελκώσεις καθώς και οισοφαγίτιδα. Δυσμενέστερη συνέπεια αποτελεί η αυξημένη συχνότητα καρκίνου της γλώσσας του στόματος, του φάρυγγα και του οισοφάγου ιδιαίτερα σε συνδυασμό με κάπνισμα. Επιπλέον το αλκοόλ προκαλεί διάβρωση του βλεννογόνου του στόματος, διαταραχή των αμυντικών του μηχανισμών και αύξηση της γαστρικής έκκρισης. Η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει αλκοολική ηπατίτιδα, στεάτωση, κίρρωση και καρκίνο του ήπατος.

Σχετικά με το πάγκρεας και την κατανάλωση αλκοόλ, για να προκληθούν βλάβες απαιτείται καθημερινή λήψη 150 γραμμάρια αλκοόλ για διάστημα 11-15 χρόνων, μακρόχρονη κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει χρόνια παγκρεατίτιδα. Σε αλκοολικούς και ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα παρατηρείται αυξημένη συχνότητα καρκίνου του παγκρέατος. Επίσης έχει συσχετιστεί για την ανάπτυξη Gram- βακτηρίων στο έντερο. (Chick, 2011) (Σαρρής, 2001)

6.8 ΣΧΕΣΗ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η κίρρωση του ήπατος είναι μη αναστρέψιμη τροποποίηση της ηπατικής ηπατοκυτταρικής, χαρακτηριζόμενη από διάχυτη ίνωση και περιοχές ηπατοκυτταρικής αναγέννησης. Τα αναγεννητικά οζίδια

μπορούν να είναι μικροοζώδη ή μακροοζώδη (διαμέτρου μεγαλύτερης των 3 mm). Τα χαρακτηριστικά της μακροοζώδους κίρρωσης είναι συχνά παρόντα στο ίδιο το ήπαρ. Η σχέση μεταξύ της καταχρήσεως στην κατανάλωση αλκοόλης και της κίρρωσης του ήπατος είναι επαρκώς εδραιωμένη. Η αιθανόλη είναι μια ηπατοξίνη, η οποία οδηγεί στην ανάπτυξη λιπώδους ήπατος, αλκοολικής ηπατίτιδας και τελικά κίρρωσης. Γενικά, υπάρχει μια εξελισσόμενη χρόνια φλεγμονή είτε αποδιδόμενη σε τοξίνες (αλκοόλη, φάρμακα), σε λοιμώξεις (ιός ηπατίτιδας, παράσιτα), σε αυτοάνοσο φαινόμενο (χρόνια ενεργός ηπατίτιδα, πρωτοπαθής χολική κίρρωση), είτε αποδιδόμενη σε χολική απόφραξη (λίθος στο κοινό χοληδόχο πόρο), πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα, με την ακόλουθη ανάπτυξη διάχυτης ίνωσης της κίρρωσης.

Η κίρρωση αποτελεί ένα συχνό νόσημα παγκοσμίως. Οι σημαντικότερες αιτίες της είναι οι ηπατίτιδες C και B και η κατάχρηση αλκοόλ. Η πρόγνωση της κίρρωσης καθορίζεται από την εμφάνιση επιπλοκών που σχετίζονται με την ανάπτυξη πυλαίας υπέρτασης, ηπατικής ανεπάρκειας και συστηματικών λοιμώξεων. Η μοναδική θεραπευτική αντιμετώπιση της μη-αντιρροπούμενης κίρρωσης είναι η μεταμόσχευση ήπατος. Διάχυτη διαδικασία χαρακτηρίζεται από ίνωση και διαταραχή της φυσιολογικής αρχιτεκτονικής του ήπατος με σχηματισμό όζων, με αποτέλεσμα τη διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας και την εμφάνιση πυλαίας υπέρτασης. Η κίρρωση χαρακτηρίζεται από προοδευτική συσσώρευση ινών κολλαγόνου τύπου I και III στο ηπατικό παρέγχυμα, συμπεριλαμβανομένου του χώρου του Disse με συνέπεια τη σκλήρυνση των κολποειδών, την εμφάνιση αναγεννητικών όζων και τη διαταραχή της κυκλοφορίας του αίματος. (Μελέτη του Ύπατος)

6.9 ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ

Οφείλεται σε νευροτοξικές που δεν μεταβολίζονται επαρκώς στο ήπαρ και μέσω της κυκλοφορίας καταφθάνουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα των νευροδιαβιβαστών. Στην ίδια κατηγορία ανήκει και η ηπατική μυελοπάθεια. Χαρακτηριστικό της νόσου είναι το σημείο του πτερυγίου της άκρας χείρας, το οποίο περιγράφηκε πρώτη φορά από τους Adam και Foley. Η αιτιοπαθογένεια της νόσου δεν έχει εξακριβωθεί, με τις θεωρίες να εμπλέκουν ακόμη και μεταβολικούς παράγοντες όπως τις φαινόλες. Η μεγαλύτερη επιπλοκή για τον ασθενή είναι το οίδημα του εγκέφαλου με πιθανό μετέπειτα εγκλεισμό. (Δετοράκης, 2005)

Τι είναι και πώς υπολογίζεται το σκορ Child-Pugh:

Η βαρύτητα της κίρρωσης υπολογίζεται με το σκορ Child -Pugh (μερικές φορές καλείται Child-Turcotte-Pugh score). Το σκορ Child-Pugh χρησιμοποιείται για να καθορισθεί η πρόγνωση της κίρρωσης του ήπατος και περιλαμβάνει τις εξής 5 παραμέτρους:

- § Ολική χολερυθρίνη
- § Λευκωματίνη ή αλβουμίνη ορού
- § Χρόνος προθρομβίνης
- § Ασκίτης
- § Ηπατική εγκεφαλοπάθεια
- § Ανάλογα με το σκορ Child-Pugh, η κίρρωση ταξινομείται σε 3 στάδια: A, B, C
- § Το στάδιο A (5-6 πόντοι) έχει 100% επιβίωση στο πρώτο έτος και 85% επιβίωση στο δεύτερο έτος

- § Το στάδιο B (7-9 πόντοι) έχει 81% επιβίωση στο πρώτο έτος και 57% επιβίωση στο δεύτερο έτος
- § Το στάδιο C (10-15 πόντοι) έχει 45% επιβίωση στο πρώτο έτος και 35% επιβίωση στο δεύτερο έτος. (Βασιλλοπούλου, 2005)

ΣΥΝΔΡΟΜΟ MALLORY –WEISS

Περιγράφηκε για πρώτη φορά ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από αιμορραγία οισοφάγου που προκαλείται από ένα βλεννογόνο δάκρυ στον οισοφάγο, ως αποτέλεσμα το βίαιο έμετο ή αναγούλα. Η αρχική περιγραφή σχετίζεται με την αλκοολούχο πολυφαγία. Ωστόσο, με την έλευση της ενδοσκόπησης, Mallory-Weiss, δάκρυα έχουν διαγνωσθεί σε πολλούς ασθενείς, χωρίς προηγηθείσα ιστορία της πρόσληψης αλκοόλ. Το δάκρυ εμφανίζεται συνήθως μετά από επαναλαμβανόμενα επεισόδια εμετού ή τάση για έμετο, αλλά μπορεί να συμβεί μετά από ένα μεμονωμένο περιστατικό. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες γραπτές εκθέσεις αυτών των δακρύων αφορούν ενήλικες, σύμφωνα με τους Mallory-Weiss, δάκρυα εμφανίζονται επίσης στα παιδιά. Στην παιδιατρική, οι Mallory-Weiss παρατηρούν δάκρυα που αναγνωρίζονται στα παιδιά με προδιάθεση ιατρικών παθήσεων, αφορούν προβλήματα του ήπατος, υπέρταση και γαστροοισοφαγική αιμορραγία. Οι επιπτώσεις σε αυτά είναι αξιοσημείωτες, ειδικά επειδή αυτά τα παιδιά έχουν προδιάθεση για υποτροπιάζουσες αιμορραγίες του ανώτερου γαστρεντερικού. (Good man Rally, 2008)

Πρέπει επίσης να τονιστεί ο σχετικός κίνδυνος νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οποιαδήποτε διαταραχή που εκκινεί έμετο μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ενός σχισίματος Mallory-Weiss, το οποίο αναπτύσσεται ως μια γραμμική πληγή στη διασταύρωση

γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, επειδή ο οισοφάγος και το στομάχι είναι κυλινδρικά. Το κυλινδρικό σχήμα επιτρέπει διαμήκη δάκρυα να συμβούν πιο εύκολα από ό,τι περιμετρικά δάκρυα.

Αυτά τα δάκρυα μπορεί να συμβούν είτε με ταχεία αύξηση της ενδογαστρικής πίεσης και διάτασης, η οποία αυξάνει την ισχυρή εκτόξευση υγρού μέσω του οισοφάγου, ή δευτερογενώς με μια σημαντική αλλαγή στην transgastric πίεση (δηλαδή, διαφορά πίεσης κατά μήκος του γαστρικού τοιχώματος) επειδή η αρνητική ενδοθωρακική πίεση και η θετική ενδογαστρική πίεση, οδηγούν σε στρέβλωση του γαστρικού και καρδιακού ρυθμού, με αποτέλεσμα ένα γαστρικό ή του οισοφάγου δάκρυ. Εκτός από εκείνους τους ασθενείς που εμφανίζουν ανώτερου γαστρεντερικού αιμορραγία είναι πιο εύκολη μία δευτερεύουσα πρόκληση δακρύων λόγω μιας ευκαιριακής άμετρης κατανάλωσης οινοπνεύματος.



Τα Mallory-Weiss δάκρυα συμβαίνουν πιο συχνά σε άτομα με hiatal κοίλες. Αν και οι περισσότερες περιπτώσεις των Mallory-Weiss δακρύων είναι αυτοπεριορισμένη, ασθενείς με σοβαρά ή υποτροπιάζοντα επεισόδια αιμορραγίας που απαιτούν φροντίδες που περιλαμβάνουν εντατικές θεραπείες και επεμβατικές ενδοσκοπήσεις, οι ασθενείς αυτοί έχουν προβλήματα που αφορούν την ανεπάρκεια του ήπατος και της πυλαίας υπέρτασης. Παρά το γεγονός ότι η αιμορραγία του ανώτερου γαστρεντερικού γενικά θεωρείται ότι είναι δευτερεύουσα σε κίρσους σε

αυτούς τους ασθενείς, ο ιατρός πρέπει επίσης να γνωρίζει τις δυνατότητες για Mallory-Weiss δάκρυα. Η κύρια επιπλοκή του ενός δακρύου Mallory-Weiss είναι η αιμορραγία. Οι ασθενείς εμφανίζουν μεταβλητή αιμορραγία, η οποία μπορεί να κυμαίνεται από λίγα στίγματα ή ραβδώσεις του αίματος που αναμιγνύονται με βλέννα μέχρι και άφθονες ποσότητες φρέσκου κόκκινου αίματος.

Στους ενήλικες, σοκ εμφανίζεται στο 20% των ασθενών με αιμορραγία από Mallory-Weiss δάκρυα που παρουσιάζουν οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης καθώς και το γεγονός ότι το 45% των ασθενών αναπτύσσουν ορθοστατική υπόταση. Μάλιστα, μελέτες έχουν δείξει επίσης ότι οι ασθενείς που παρουσιάζονται κλινικά σε κατάσταση σοκ είναι πιο πιθανό να απαιτούν από τη διοίκηση εντατική περίθαλψη και τις επεμβατικές ενδοσκοπικές διαδικασίες. Επιπλέον, αυτοί οι ασθενείς είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν υποτροπιάζοντα επεισόδια αιμορραγίας και δευτερευόντως Mallory-Weiss δάκρυα. Παρά το γεγονός ότι τα παιδιά σπάνια έχουν αιμοδυναμική αστάθεια δευτεροβάθμια στην ανώτερη γαστρεντερική αιμορραγία που σχετίζεται με Mallory-Weiss δάκρυα, ο κίνδυνος για πιθανή επιπλοκή, συμπεριλαμβανομένων σοκ, πρέπει να τονιστεί σε ασθενείς με πυλαία υπέρταση και ηπατική ανεπάρκεια.



Τα συμπτώματα του συνδρόμου Mallory-Weiss περιλαμβάνουν αιματέμεση, Melena, ζάλη, συγκοπή, και κοιλιακό άλγος.

Αναλυτικότερα:

- § Αιματέμεση: αιματέμεση είναι το σύμπτωμα σε όλους τους ασθενείς που διαγιγνώσκονται με ένα δάκρυ Mallory-Weiss. Η διάγνωση δεν εξαρτάται από την ποσότητα της αιματέμεσης, επειδή μπορεί να διαφέρει από κηλίδες αίματος ή ραβδώσεις του αίματος που αναμειγνύονται με γαστρικού περιεχομένου υγρό ή βλέννα σε διάφορα σημεία. Στα περισσότερα παιδιά, προηγείται αιματέμεση από ένα ή περισσότερα επεισόδια εμετού. Ωστόσο, αιματέμεση δευτερεύον σε ένα δάκρυ Mallory-Weiss έχει αναφερθεί να συμβεί κατά τη διάρκεια του πρώτου αγώνα του εμετού.
- § Melena: έχει αναφερθεί ότι συμβαίνουν στο 10% των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με ένα δάκρυ Mallory-Weiss.
- § Ζαλάδα, ζάλη ή συγκοπή: σε ασθενείς με σοβαρό εμετό μπορεί να αναπτυχθεί ζάλη. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως προέρχονται από αφυδάτωση λόγω της υποκείμενης αιτίας του εμετού και δεν είναι δευτερεύουσες σε απώλεια αίματος από το δάκρυ Mallory-Weiss. Μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις, γίνεται ένα Mallory-Weiss δάκρυ να οδηγήσει σε αναιμία που απαιτεί μεταγγίσεις.
- § Κοιλιακό άλγος, δυσπεψία: πολλοί, έως 40% των ασθενών μπορεί να εμφανίσουν πόνο στο υπογάστριο ή συμπτώματα της καούρας. Αυτά τα συμπτώματα συχνά σχετίζονται με την υποκείμενη αιτία του εμετού και όχι ειδικά για το δάκρυ Mallory-Weiss. (Park-Sohn,2004)

Αίτια: Πολλές υποκείμενες παθήσεις που προκαλούν έμετο ή τάση για έμετο έχουν αποτέλεσμα ένα δάκρυ Mallory-Weiss:

- § η νόσος GI.
- § γαστρεντερίτιδα
- § εντερική απόφραξη
- § έλκη
- § hiatal κοίλες
- § συστροφή (Volvulus)
- § φλεγμονές του στομάχου και του εντέρου
- § στην εγκυμοσύνη προκαλεί υπερέμεση εγκυμοσύνης, το οποίο είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από επίμονο σοβαρό έμετο και αναούλα, στο διάστημα του πρώτου τρίμηνου της εγκυμοσύνης η οποία ονομάζεται υπερέμεση εγκυμοσύνης και επίσης σοβαρές αρρυθμίες .
- § Ηπατίτιδα
- § Κίρρωση
- § Νόσο των χοληφόρων οδών: εμφανίζεται σπάνια στα μικρά παιδιά και μπορεί να προκαλέσει εμετό
- § Δημιουργούνται πέτρες στη χολή.
- § Χολοκυστίτιδα.
- § Χολική κίρρωση.
- § Νεφρική νόσος: σε ασθένειες που επηρεάζουν τα νεφρά, συμπεριλαμβανομένων των εξής:
- § λοιμώξεις που αφορούν του ουροποιητικό σύστημα
- § Δημιουργία πετρών στα νεφρά

(Chae - Kim, 2008)

ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση: ενδοκρανιακές βλάβες που προκαλούν υδροκέφαλο ή αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση μπορεί να προκαλέσουν έμετο σε παιδιά. Πιο κοινές αιτίες της υδροκεφαλίας περιλαμβάνουν όγκους, κύστες και συγγενείς ανωμαλίες. Άλλες αιτίες της αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης αποτελούνται από τραύμα, λοιμώξεις (π.χ., μηνιγγίτιδα), τα φάρμακα, και καλοήθους ενδοκρανιακή υπέρταση. Ιατρογενείς αιτίες: Οι επιπλοκές της ενδοσκοπησης μπορεί να προκαλέσουν οισοφαγικά δάκρυα (<0,01% στα παιδιά) και είναι σχεδόν πάντα συνδεδεμένα με έναν ασθενή που έχει τάση για έμετο ή αγωνίζεται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. (Τσαρούχας,2000)

Û ΚΑΡΚΙΝΟΣ: Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος (ΗΚΚ) είναι μία κακοήθεια της οποίας η επίπτωση έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, καθώς αποτελεί τον πέμπτο σε συχνότητα συμπαγή όγκο και την τρίτη σε συχνότητα αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως, ενώ αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου μεταξύ των κυρωτικών ασθενών. Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος είναι ένα ετερογενές νόσημα, όχι μόνο σε ότι αφορά την αιτιολογία του, αλλά και την κλινική και βιολογική του συμπεριφορά. Ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΗΚΚ αναφέρονται παράγοντες όπως ο ιός της ηπατίτιδας Β και C, το αλκοόλ, το κάπνισμα, το μεταβολικό σύνδρομο και άλλοι. Η πλειονότητα των ασθενών που πάσχουν από ΗΚΚ έχουν διαταραγμένη ηπατική λειτουργία, γεγονός που δυσχεραίνει την εφαρμογή αποτελεσματικής θεραπείας. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαία η εφαρμογή πρακτικών που θα οδηγήσουν σε πρόωπη διάγνωση της νόσου, καθώς και στην αναγνώριση των ασθενών που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος

(ΗΚΚ) αποτελεί την πέμπτη σε συχνότητα αιτία καρκίνου παγκοσμίως και την τρίτη σε συχνότητα αιτία θανάτου από κακοήθειες. Το 80% των νέων περιπτώσεων συμβαίνει στις αναπτυσσόμενες χώρες (Αφρική και Ανατολική Ασία), όμως αύξηση της συχνότητας εμφάνισης ΗΚΚ έχει εμφανιστεί στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Αυξημένη επίπτωση εμφανίζεται στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες σε αναλογία 2:1 έως 4:1. Τάση αύξησης του ηπατοκυτταρικού καρκίνου εμφανίζεται επίσης στις νεώτερες ηλικίες, γεγονός που σχετίζεται με αύξηση της συχνότητας της λοίμωξης με τον ιό της ηπατίτιδας C στις ηλικίες αυτές. Η πλειονότητα (60–90%) των περιπτώσεων του ΗΚΚ εμφανίζεται σε ασθενείς με ηπατική κίρρωση και υποκείμενη ηπατική δυσλειτουργία, γεγονός που αποτελεί περιοριστικό παράγοντα για την εφαρμογή χειρουργικής εκτομής ή συστηματικής χημειοθεραπείας. Ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος αποτελεί ένα ετερογενές νόσημα όσον αφορά την αιτιολογία, τη βιολογική και κλινική συμπεριφορά κινδύνου ώστε να μπορέσει να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Πρωτοπαθής καρκίνος ήπατος, ονομάζεται ο καρκίνος που εμφανίζεται στο ήπαρ, εξελίσσεται στο παρέγχυμα του οργάνου και προέρχεται από τα δομικά κύτταρα του οργάνου. Χρησιμοποιώντας τον όρο πρωτοπαθή καρκίνο του ήπαρ διαχωρίζονται τα νεοπλάσματα που κάνουν την εμφάνιση τους στο ήπαρ από εκείνα που οφείλονται σε ηπατικές μεταστάσεις σώματος.

Ανάλογα με την προέλευση των καρκινικών κυττάρων, ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος ταξινομείται ως εξής:

- § Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα: Όταν ο όγκος προέρχεται από διαφοροποιημένα ηπατικά κύτταρα.
- § Χολαγγειοκαρκίνωμα (ενδοηπατικό χολαγγειοκαρκίνωμα). Όταν ο όγκος προέρχεται από τα κύτταρα που σχηματίζουν τα ενδοηπατικά χοληφόρα.
- § Μικτό ηπατικοχολαγγειοκαρκίνωμα (χολαγγειοηπάτωμα). Όταν ο όγκος προέρχεται από τα κύτταρα των ηπατικών κυττάρων και των ενδοηπατικών χολαγγείων.
- § Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα ήπατος. Όταν ο όγκος προέρχεται από αδιαφοροποίητα ηπατικά κύτταρα.
- § Σπανιότεροι ιστολογικοί τύποι ηπατικού καρκίνου είναι το αγγειοσάρκωμα, αμαγγειοσάρκωμα και το ηπατοβλάστωμα που αφορά παιδιά ηλικίας συνήθως κάτω των 4 ετών.
- § Από όλους τους ιστολογικούς τύπους, το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα ή αλλιώς ηπάτωμα είναι ο συχνότερος πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος.
- § Πόσο συχνός είναι ο καρκίνος του ήπατος και σε τι οφείλεται; Ο καρκίνος του ήπατος είναι ο πέμπτος πιο συχνός καρκίνος στους άντρες και ο έβδομος πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Ενώ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σήμερα αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Η συχνότητα εμφάνισής του παρουσιάζει αυξανόμενη τάση, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική και πιθανόν η αύξηση αυτή να σχετίζεται με την ηπατίτιδα C (HCV) και τη μετανάστευση. Η πάθηση εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες σε αναλογία 4/1. Το 95% των ασθενών με καρκίνο του ήπατος είναι μεταξύ 45 και 60 ετών, ενώ σήμερα υπάρχει τάση να εμφανίζεται ακόμα και σε νεώτερες ηλικίες μεταξύ 30 και 35ετών.

Τα αίτια που σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου του ήπατος είναι τα ακόλουθα:

- § Λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας. Η χρόνια φλεγμονή του ήπατος από ιογενείς ηπατίτιδες, (ηπατίτιδα Β και C) αποτελεί την συνηθέστερη αιτία εμφάνισης του καρκίνου του ήπατος. Οι ασθενείς που πάσχουν από ηπατίτιδα Β (HBV) θα εμφανίσουν καρκίνο του ήπατος σε αναλογία 25%, ενώ οι ασθενείς που είναι φορείς της ηπατίτιδας Β, σε αναλογία 10%. Στις ευρωπαϊκές χώρες το 80% των ηπατοκυτταρικών νεοπλασιών σχετίζονται άμεσα με την ηπατίτιδα C, ενώ οι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί και με τους δύο ιούς έχουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιας ηπατίτιδας, κίρρωσης και καρκίνου του ήπατος.
- § Η κίρρωση του ήπατος. Με τον όρο κίρρωση περιγράφεται η μόνιμη καταστροφή των κυττάρων του ήπατος και η αντικατάστασή τους από ουλώδη ιστό. Στα κύρια αίτια της κίρρωσης περιλαμβάνονται ο χρόνιος αλκοολισμός και οι ηπατίτιδες Β και C. Οι ασθενείς με διαγνωσμένη ηπατική κίρρωση (ασχέτου αιτιολογίας) έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του ήπατος σε ποσοστό 65%.
- § Αλκοολισμός. Είναι γνωστό ότι, η χρόνια κατάχρηση οινοπνεύματος οδηγεί σε χρόνια φλεγμονή του ήπατος και τέλος σε ηπατική κίρρωση.
- § Αφλατοξίνες. Πρόκειται για τοξικές, καρκινογόνες ουσίες που παράγονται από μύκητες (την μούχλα) και αναπτύσσονται κυρίως σε ξηρά φρούτα, ξηρούς καρπούς, μπαχαρικά, σιτηρά και τυριά. Η κατανάλωση τέτοιων τροφών σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση της νόσου.

- § Η χρήση αναβολικών ορμονών. Τα αναβολικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται για την αύξηση της μυϊκής μάζας και μετά από μακροχρόνια χρήση σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ηπατοκυτταρικού καρκίνου.
- § Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο του ήπατος είναι η λιπώδης διήθηση του ήπατος, η νοσογόνος παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, καθώς και ορισμένες κληρονομικές μεταβολικές ασθένειες που μπορεί να οδηγήσουν σε κίρρωση, όπως η αιμοχρωμάτωση, η νόσος Wilson και η ανεπάρκεια α1 αντιθρυψίνης. Να σημειωθεί ότι, δεν υπάρχει κληρονομική προδιάθεση στην εμφάνιση του ηπατικού καρκίνου σε αντίθεση με άλλα νεοπλάσματα, όπως για παράδειγμα ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες. Σήμερα είναι γενικά αποδεκτό ότι, κάθε λοίμωξη, νόσος, πάθηση, φάρμακο ή χημική ουσία που προκαλεί χρόνια ή επαναλαμβανόμενη ηπατική βλάβη αποτελεί και αιτιολογικό παράγοντα για την εμφάνιση του ηπατικού καρκίνου. (Μελέτη Ύπατος), (Παπαγεωργίου 2005)

6.10 ΚΙΡΣΟΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Οι κίρσοι οισοφάγου είναι πρησμένα (διογκωμένα) αιμοφόρα αγγεία στον οισοφάγο, δηλαδή στον σωλήνα του πεπτικού συστήματος το οποίο ενώνεται με το στομάχι και την στοματική κοιλότητα. Σε ασθενείς με ανεπάρκεια του ήπατος, εμφανίζονται συχνά κίρσοι οισοφάγου, αυτό ονομάζεται κίρρωση ήπατος. Οι κίρσοι οισοφάγου κατατάσσονται ανάλογα με τον εντοπισμό τους ταυτόχρονα στον οισοφάγο και το θόλο του στομάχου είτε μεμονωμένα στο στομάχι. Κατά τη διάγνωση της κίρρωσης, οισοφαγικοί κίρσοι ανευρίσκονται σε ποσοστό 30% σε ασθενείς με καλά αντιρροπούμενη κίρρωση και 60%

σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση, ενώ η επίπτωση δημιουργίας κισμών υπολογίζεται σε 8% ανά έτος.

Η ανάπτυξη κισμών συνήθως συνεπάγεται και αύξηση του μεγέθους τους, ενώ ενίοτε αιμορραγούν. Αύξηση του μεγέθους τους αναφέρεται σε ποσοστό 10-20% στα 1-2 χρόνια από την πρώτη ενδοσκοπική παρατήρησή τους. Έχει παρατηρηθεί ότι μεγάλοι κισοί, μετά από 2 έτη, εμφανίζονται στο 31% των ασθενών χωρίς κισσούς και 70% των ασθενών με κισσούς 1ου βαθμού κατά την πρώτη ενδοσκοπική εκτίμηση. Άλλη μελέτη αναφέρει ότι μεγάλοι κισοί μετά από 6 έτη παρακολούθησης παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 4% σε κυρωτικούς ασθενείς χωρίς κισσούς και σε 25% σε ασθενείς με μικρούς κισσούς κατά την πρώτη ενδοσκοπική εκτίμηση. Οι ανωτέρω διαφορές οφείλονται κυρίως στο διαφορετικό τρόπο ορισμού του μεγέθους των κισμών. (Λιάππας-Πομίνι, 2004)

6.11 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η αιθανόλη έχει διουρητική δράση στην οποία συμβάλει τόσο ο όγκος των υγρών που προσλαμβάνεται με τα αλκοολούχα όσο και η αναστολή της έκκρισης της ADH με αποτέλεσμα την ελάττωση της νεφρικής σωληναριακής απορρόφησης ύδατος. Η διουρητική δράση είναι ανάλογη της συγκέντρωσης στο αίμα και συμβαίνει όταν αυξάνεται η συγκέντρωση και όχι όταν ελαττώνεται ή μένει σταθερή. Αντιθέτως με την αιθανόλη σε επαναλαμβανόμενες δόσεις έχει αντιουρητικής δράση. (Πασχαλίδης, 2007)

6.12 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το αλκοόλ έχει σημαντικές επιδράσεις στο γεννητικό σύστημα τόσο του άνδρα όσο και της γυναίκας. Έχει βρεθεί ότι στους άνδρες δρα επιβαρυντικά στις αναπαραγωγικές τους ορμόνες και στην ποιότητα σπέρματος, οδηγώντας έτσι σε υπογοναδισμό και στειρότητα σε κατάσταση χρόνιας κατάχρησης. Οι επιδράσεις του αλκοόλ είναι εξίσου σημαντικές στο γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα. Συγκεκριμένα, η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με μειωμένη γονιμότητα στις γυναίκες και μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε στέρωση. Παράλληλα, το αλκοόλ φαίνεται ότι διαταράσσει την ωρίμανση του ωαρίου, την ομαλή ωοθυλακιορρηξία, την ανάπτυξη της βλαστανούσης και την εμφύτευση στην μήτρα. (Ερευνητές, 2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Οι νέοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στη χρήση ουσιών για τους εξής λόγους:

- ✓ Τα κέντρα του εγκεφάλου τα οποία είναι υπεύθυνα για την κρίση κατά την εφηβεία είναι σε ανάπτυξη, με αποτέλεσμα πολλοί έφηβοι να είναι απρόσεχτοι σχετικά με τις αποφάσεις που παίρνουν και πιο ανοιχτοί στη λήψη ρίσκου.
- ✓ Τα παιδιά θεωρούν ότι είναι αθάνατα και ότι δεν μπορεί τίποτα να τα σκοτώσει.
- ✓ Οι έφηβοι είναι κομφορμιστές, έτσι πολλοί τείνουν να θέλουν να κάνουν αυτό που κάνουν άλλοι έφηβοι.
- ✓ Η εφηβεία είναι γεμάτη με στρες και προβλήματα. Ακόμα και αν κάποιος έφηβος δραματοποιεί τα γεγονότα, ο πειρασμός να τα αντιμετωπίσει με κάποια ουσία είναι μεγάλος. Είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κάποιος μεταξύ της φυσιολογικής συμπεριφοράς των εφήβων και αυτής που έχει σχέση με τις ουσίες.
- ✓ Για να καταλάβει κάποιος αν ο έφηβος παίρνει ουσίες διαδραματίζει σε μεγάλο βαθμό ρόλο ο βαθμός της χρήσης και η ουσία που χρησιμοποιεί. Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών παραμένει κρυφό και είναι λίγοι οι άνθρωποι για τους οποίους μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι είναι χρήστες παρόλο που υπάρχουν κάποια σημάδια αναγνώρισης τα οποία βέβαια δεν ισχύουν πάντα. Οι γονείς πρέπει να είναι σε εγρήγορση για ένα παιδί που είναι είτε στην προεφηβική είτε στην εφηβική ηλικία, καθώς υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών που κάνουν χρήση ήδη από τα 11 ή τα 12 χρόνια, (χασίς). Θα πρέπει να παρατηρούν αν

υπάρχει κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά, μείωση επιδόσεων στο σχολείο αλλαγή στον τρόπο ομιλίας και στο βλέμμα του παιδιού, το οποίο γίνεται συνήθως απλανές ή χαμένο, μια αλλαγή στην υπομονή και την ανεκτικότητα του παιδιού. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα παιδιά γίνονται ξαφνικά ευερέθιστα, θυμώνουν εύκολα, έχουν λιγότερη υπομονή και γενικά αποφεύγουν τις πολλές συζητήσεις, αρχίζουν να μην προσέχουν τόσο πολύ την εμφάνισή τους και γενικότερα αλλάζει το βλέμμα τους.

Επίσης απομονώνονται και αποφεύγουν τους διαλόγους με την οικογένεια, και ασχολούνται με δικά τους θέματα. (Ρούσσο, 2005) Αυτά μπορεί να συμβούν σε έναν έφηβο και όταν δεν κάνει χρήση, για αυτό και χρειάζεται προσεκτικός και σίγουρος χειρισμός από το κοινωνικό περιβάλλον. Θα πρέπει επίσης να αποφευχθεί η χρήση αστυνομικών μέτρων και ο εξαναγκασμός των παιδιών σε ουρολογική εξέταση. Όταν συμβεί κάτι τέτοιο, όταν παρατηρούν οι γονείς κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά του παιδιού, τότε θα πρέπει να σκεφτούν αν οι ίδιοι μπορεί να ευθύνονται γι' αυτό. Θα πρέπει να σταθούν κοντά στο παιδί εκείνη την ώρα και να μην τους τρομάζει αυτό το πράγμα. Ένα παιδί μπορεί με την αντίδραση αυτή να ζητάει βοήθεια και να χρειάζεται στήριξη και ασφάλεια. Για αυτό το λόγο οι γονείς παίζουν σημαντικό ρόλο καθώς θα πρέπει να τους παρέχουν στήριξη και ασφάλεια λόγω αυτών που συμβαίνουν μέσα τους, τις ψυχοσωματικές αλλαγές της εφηβείας αλλά και από τις πιέσεις που προέρχονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Έρευνες που έγιναν έδειξαν ότι το κάπνισμα στους 16 χρόνους έχει μειωθεί ενώ ένα ποσοστό (19,1%) αναφέρει ότι έχει πειραματιστεί με το ηλεκτρονικό τσιγάρο.

Μείωση παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια και στην υπερβολική κατανάλωση, κυρίως στα αγόρια. Ένα σημαντικό υποσύνολο

16χρονων υιοθετούν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ, όπως η οδήγηση οχήματος υπό την επήρειά του (9,7%) ή σεξουαλική επαφή χωρίς τη χρήση προφυλακτικού (7,3%). Η έρευνα έδειξε ότι τρεις στους πέντε εφήβους (60,9%) ήπιαν πρόσφατα κάποιο οινοπνευματώδες ποτό σε μπαρ, κτλ. Ενθαρρυντικό είναι το εύρημα της έρευνας ότι το ποσοστό των 16χρονων που αναφέρουν χρήση κάποιας παράνομης ουσίας παραμένει το 2015 (10,6%) στα επίπεδα του 2011 (10,8%) και του 2007 (9,5%). Χρήση παράνομων ουσιών αναφέρονται από το σχεδόν διπλάσιο ποσοστό εφήβων το 2015 συγκριτικά με τις αρχές της δεκαετίας του 2000 (6,5% το 2003), οπότε και άρχισε σταδιακά να αυξάνεται η χρήση ουσιών. Η κάνναβη παραμένει το 2015 η δημοφιλέστερη παράνομη ουσία (9,1% ανέφεραν χρήση της ουσίας έστω και μία φορά σε όλη τους τη ζωή). Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό 16χρονων συνεχίζει το 2015 να αναφέρει πειραματισμό με εισπνεόμενες ουσίες (π.χ., κόλλες, διαλύτες, βενζίνη, κτλ., 12,5%) ή χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών χωρίς τη σύσταση γιατρού (4,2%), ουσίες δηλαδή που διατίθενται νόμιμα στο εμπόριο. Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι σε ποσοστό 2,5% οι 16χρονοι αναφέρουν χρήση ουσιών όπως συνθετικών κανναβινοειδών (συνηθέστερα) και καθιόνων (διεγερτικών), ουσίες που δεν υπόκεινται σε έλεγχο καθώς εμφανίζονται στο (διαδικτυακό) εμπόριο σε συνεχώς διαφορετικές μορφές και σύνθεση. Στην έρευνα του 2015 συμμετείχε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 3.202 μαθητών ηλικίας 16 ετών (μαθητές της Α' Λυκείου) από 175 σχολεία της χώρας. Οι μαθητές συμπλήρωσαν ανώνυμο ερωτηματολόγιο μέσα στις τάξεις τους υπό την επίβλεψη εκπαιδευμένων ερευνητών. Η έρευνα του 2015 υλοποιήθηκε με τη μερική χρηματοδότηση του

OKANA και με τη συνεργασία των κατά τόπους Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας OKANA/ Τοπικής Αυτοδιοίκησης. (Πουλόπουλος,2005)

7.1 ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΠΙΝΟΥΝ ΟΙ ΝΕΟΙ

Η χρήση αλκοόλ ενάντια στην αυστηρότητα των γονέων:

- Για διασκέδαση.
- Για κοινωνικοποίηση, αποδοχή, συμμόρφωση ή εξομοίωση.
- Για ευχαρίστηση.
- Θεωρούν ότι έτσι θα είναι πιο αποδεκτοί.
- Για δοκιμή, ρίσκο.
- Για να μειώσουν το άγχος.
- Για να ανακουφιστούν από την ανησυχία, την κατάθλιψη και το φόβο.
- Για να ξεφύγουν από την πλήξη.
- Για να ανακουφιστούν από τον πόνο ενός οικογενειακού προβλήματος.
- Για να λύσουν προσωπικά προβλήματα.
- Κληρονομικότητα: Άνθρωποι με το γονίδιο, RASGRF-2, έχουν αυξημένο κίνδυνο για υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, ενισχύοντας τα επίπεδα της χημικής ουσίας στον εγκέφαλο που δημιουργεί ευεξία και που πυροδοτείται από το αλκοόλ. Σε απεικονιστικές εξετάσεις εγκεφάλου αγοριών στην εφηβεία, έδειξαν ότι όσα είχαν το γονίδιο, είχαν υψηλότερη αντίδραση ντοπαμίνης σε εξετάσεις.
- Σε έρευνες που έγιναν σε αγόρια στην ηλικία των 16, διαπιστώθηκε ότι τα αγόρια με την 'ένοχη' ποικιλομορφία του γονιδίου

RASGRF-2 καταναλώναν αλκοόλ πιο συχνά. Το γονίδιο δεν είναι απόδειξη ότι είναι υπεύθυνο για την κατανάλωση αλκοόλ, ρόλο παίζουν επίσης και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Ο κίνδυνος διαταραχής λόγω χρήσης είναι αυξημένος εάν υπάρχει ιστορικό στην οικογένεια. Ο αυξημένος κίνδυνος ήταν ανεξάρτητος από άλλους σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες, όπως είναι το φύλο, η κοινωνική θέση των γονέων και η ψυχιατρική νοσηλεία των γονέων. Η συγκεκριμένη σχέση φάνηκε να είναι πιο ισχυρή στις γυναίκες, κάτι που υποδεικνύει ότι κληρονομικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη διαταραχή είναι τουλάχιστον το ίδιο σημαντικοί για κόρες και γιούς. Οι γενετικοί παράγοντες παίζουν πιο σημαντικό ρόλο στους άντρες σε σχέση με τις γυναίκες.

- Η κατάχρηση αλκοόλ του γονέα μπορεί να κληρονομηθεί από το παιδί του.
- Τα παιδιά που παρουσιάζουν Σύνδρομο Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας έχουν αυξημένες πιθανότητες για κατάχρηση αλκοόλ στην ενήλικη ζωή τους, λόγω της παρορμητικότητας και της έλλειψης προσοχής που εμφανίζουν, καθώς και λόγω άλλων παραγόντων που συχνά συνυπάρχουν με το Σύνδρομο, όπως η σχολική αποτυχία και άλλα προβλήματα συμπεριφοράς. Όπως έδειξαν οι έρευνες, τα προβλήματα με το ποτό ενδέχεται να αρχίσουν ακόμα και στην ηλικία των 15 ετών. Πρόσθετοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι ο αλκοολισμός των γονέων και οι στρεσογόνες οικογενειακές καταστάσεις. Εάν κατά την εφηβεία προκληθεί τραυματισμός στο κεφάλι και τους αφήσει αναισθητους για περισσότερα από 5 λεπτά ή αν χρειαστούν νοσηλεία στο νοσοκομείο για τουλάχιστον μια ημέρα, αυξάνεται η πιθανότητα χρήσης αλκοόλ και για επικίνδυνες συμπεριφορές, λόγω του γεγονότος ότι ο εγκέφαλος καθορίζει το ποιο είμαστε και

πολλές από τις συμπεριφορές μας και τις σκέψεις μας εξαρτώνται από τη σωστή λειτουργία της καλωδίωσής του. Αγόρια και κορίτσια ήταν περισσότερο πιθανό να καπνίζουν, να χρησιμοποιούν ουσίες, να πίνουν αλκοόλ, αν είχαν δεχτεί χτύπημα στο κεφάλι. (Μαρινοπούλου, 2004)

7.1.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Υπάρχει ροπή προς την εξάρτηση, εάν γίνεται χρήση αλκοόλ από κάποιο μέλος της οικογένειας. Απόγονοι γονέων με εξάρτηση από το αλκοόλ έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να καταστούν αλκοολικοί. Μελέτες, ιδιαίτερα διδύμων, κατέδειξαν μια γενετική συνιστώσα στον κίνδυνο της εξάρτησης από το αλκοόλ. Σε έρευνα στην Αυστραλία και τις ΗΠΑ, μελέτες βρήκαν την κληρονομικότητα της εξάρτησης από το αλκοόλ να είναι άνω του 50%.

Ωστόσο, μια μετα-ανάλυση των μελετών 50 οικογενειών, διδύμων και υιοθεσίας έδειξε την κληρονομικότητα της κατάχρησης αλκοόλ να είναι το πολύ 30 έως 36%. Οι μελέτες αυτές δείχνουν ότι οι γενετικοί παράγοντες μπορούν να εξηγήσουν μόνο ένα μέρος της αιτιολογίας της εξάρτησης από το αλκοόλ. Το υπόλοιπο εξαρτάται από περιβαλλοντικούς παράγοντες και την αλληλεπίδρασή τους με τους γενετικούς παράγοντες, δεν υπάρχουν ακόμα αποδείξεις της σχέσης γονιδίου για την εξάρτηση από το αλκοόλ, όμως έχουν εμπλακεί γονίδια που καθορίζουν την λειτουργία του εγκεφάλου.

Όσον αφορά τη χώρα μας το 28.2% των εφήβων ηλικίας 14-18 ετών, καταναλώνουν αλκοόλ τουλάχιστον 1-2 φορές την εβδομάδα. Οι έφηβοι θεωρούν ότι από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ κίνδυνοι που διατρέχουν είναι τα τροχαία δυστυχήματα, η βίαιη συμπεριφορά, οι εγκληματικές ενέργειες, και οι σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Στην

Ελλάδα, οι έφηβοι καταναλώνουν συχνότερα οινοπνευματώδη ποτά, σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όμως δεν καταναλώνουν υπερβολικά και δεν μεθούν. Σε αναλογία αγοριών- κοριτσιών τα αγόρια, σε σχέση με τα κορίτσια, καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ. (Παπαζήση, 2009)

Η πρώτη μέθη για τα αγόρια είναι στα 14.6 έτη, ενώ για τα κορίτσια στα 15 ετών. Μελετώντας τον παράγοντα της ηλικίας διαπιστώνουμε ότι τα αγόρια αρχίζουν γύρω στα 12 έτη, ένα χρόνο μετά δοκιμάζουν πιο βαριά ποτά, ενώ τα κορίτσια ξεκινούν περίπου ένα χρόνο μετά (στα 13 έτη), και στα 14.5 έτη τους δοκιμάζουν βαριά ποτά. Η κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβεία συμβάλλει στη μετέπειτα ριψοκίνδυνη συμπεριφορά των νέων και στην παραβατικότητα. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι εγκεφαλικές περιοχές, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στην κατανάλωση αλκοόλ το οποίο είναι πολύ τοξικό για το αναπτυσσόμενο νευρικό σύστημα.

7.1.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Για να διασκεδάσουν, να χαλαρώσουν και να ενσωματωθούν ευκολότερα στην παρέα, για να μιμηθούν τους ενήλικες και τέλος από περιέργεια.

7.1.3 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σημαντικός παράγοντας κατανάλωσης αλκοόλ στους εφήβους, είναι το οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού καθώς έρευνες έχουν δείξει ότι παιδιά αλκοολικών γονέων έχουν μεγάλη πιθανότητα να γίνουν αλκοολικοί καθώς κληρονομούν την ικανότητα του σώματος να παράγει ένα ένζυμο του ήπατος που βοηθά στον μεταβολισμό του αλκοόλ. Υψηλό ποσοστό αυτού του ενζύμου, επιτρέπει στους εφήβους να μπορούν να

καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. Μελέτες σε υιοθετημένα παιδιά, των οποίων ο βιολογικός πατέρας ήταν αλκοολικός, φανερώνουν αύξηση της συχνότητας του αλκοολισμού των παιδιών αυτών, ακόμη και με την απομάκρυνσή τους από τους αλκοολικούς βιολογικούς γονείς τους. Άλλες έρευνες επισημαίνουν ότι όσο πιο νωρίς ένα παιδί ή ένας έφηβος πει το πρώτο ποτό, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος για μελλοντική χρήση και τόσο πιο σημαντικός γίνεται ο γενετικός παράγοντας του αλκοολισμού. Οι έφηβοι που αρχίζουν να πίνουν πριν τα 15 τους χρόνια, έχουν αυξημένο γενετικό κίνδυνο εξάρτησης από το αλκοόλ. Όσοι ξεκινούν το ποτό μετά τα 16 χρόνια, κινδυνεύουν να γίνουν αλκοολικοί εξαιτίας των συνθηκών της ζωής τους και όχι των γονιδίων τους.

7.1.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μεγαλύτερες πιθανότητες να ξεκινήσουν τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών σε μικρή ηλικία είναι παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση σωματική ή σεξουαλική, σε σχέση με παιδιά που δεν έχουν κακοποιηθεί. Αυτό συμβαίνει, επειδή αυτά τα παιδιά χτίζουν κακή εικόνα για τον εαυτό τους και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, βρίσκονται σε ομάδα υψηλού κινδύνου για εξάρτηση από το αλκοόλ. Μιλάμε για παιδιά πληγωμένα και θυμωμένα, που συχνά εκδηλώνουν περιττωματική συμπεριφορά και στρέφουν το θυμό τους όχι μόνο στους άλλους, αλλά και στον ίδιο τους το εαυτό. Η χρήση αλκοόλ στην περίπτωση αυτή, οφείλεται κυρίως στην ανάγκη τους να χαλαρώσουν ή να ξεχάσουν ότι τους 'πονάει' ψυχικά. Συχνά τα παιδιά αυτά πάσχουν από κατάθλιψη λόγω των βιωμάτων τους οπότε ο συνδυασμός της με το αλκοόλ επιδεινώνει την κατάθλιψη. (Ρούσος, 2005)

7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η Νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται σε μια σειρά παρεμβάσεων που σαν βασικό σκοπό έχουν την ανεξαρτητοποίηση του εθισμένου ατόμου και την καλή λειτουργικότητα του. Η αντιμετώπιση της οξείας μέθης στον κωματώδη ή ληθαργικό ασθενή γίνεται στο ΤΕΠ και στη συνέχεια στη ΜΕΘ και περιλαμβάνει:

- Û Κινητοποίηση του ασθενή στα πλαίσια εξωτερικών ιατρείων.
- Û Την ψυχολογική στήριξη του ασθενούς στην απόφασή του να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.
- Û Παροχή ειδικής θεραπείας και παρακολούθησης στην φάση του σωματικού εθισμού.
- Û Γενική παρακολούθηση του ατόμου ψυχολογικής απεξάρτησης.
- Û Ο νοσηλευτής με την βοήθεια του ιατρού αναγνωρίζει τα ψυχιατρικά και ψυχολογικά συμπτώματα.
- Û Λήψη ιστορικού για προηγούμενες νόσους, χρήση ουσιών στο παρελθόν.
- Û Αξιολόγηση αεραγωγού και αναπνοής: Αξιολόγηση συνείδησης, τύπος και βάθος αναπνοής, κόρες, οφθαλμοαιδουσαία αντανακλαστικά, μυοσκελετικές αντιδράσεις. Εάν χρειαστεί εφαρμογή διασωλήνωσης για προστασία αεραγωγού από εισρόφηση ή και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής.
- Û Εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών σε ασθενή που βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση.
- Û Παροχή 24 νοσηλευτικής φροντίδας.
- Û Αντιμετώπιση εκδήλωσης πιθανού στερητικού συνδρόμου.
- Û Αξιολόγηση και παρακολούθηση στερητικών συμπτωμάτων και ανάλογη αντιμετώπιση τους.

- Û Ικανοποίηση των αναγκών του συνδρόμου όπως: χορήγηση υγρών και φαγητού, λήψη ζωτικών σημείων, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής όπως:
- Û Χορήγηση θειαμίνης (100 mg) για πρόληψη ή θεραπεία.
- Û Επί υπογλυκαιμίας, 50 gr δεξτρόζης (100 ml διάλυμα D/w 50%).
- Û Σε περίπτωση που δεν είναι εφικτός ο έλεγχος της τιμής της γλυκόζης, άμεση χορήγηση σακχαρούχου διαλύματος.
- Û Ναλοξόνη 2 mg για το ενδεχόμενο παράλληλης λήψης οπιούχων.
- Û Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα για την απομάκρυνση του γαστρικού περιεχομένου, αν έχει περάσει λιγότερο από μία ώρα από την κατανάλωση του, τα καθαρτικά δεν ωφελούν λόγω της ταχύτατης απορρόφησης του οινοπνεύματος.
- Û Ο έλεγχος των ζωτικών σημείων πρέπει να περιλαμβάνει και θερμομέτρηση από τον ορθό για το ενδεχόμενο υποθερμίας. Αντιμετώπιση της υποθερμίας επιτυγχάνεται με θερμό περιβάλλον και σκέπασμα με κουβέρτες.
- Û Λήψη αίματος για αιτιολογικές εξετάσεις.
- Û Τα αναλγητικά αντενδείκνυνται σε κίνδυνο σπασμών, υπέρτασης και αρρυθμίας.
- Û Επί μη κωματώδους ασθενούς χορήγηση γλυκόζης λόγω της υπογλυκαιμίας που μπορεί να αποτελεί επακόλουθο της οξείας μέθης και στενή παρακολούθηση.

Σε Αλκοολικούς η ραβδομύλυση μπορεί να είναι αποτέλεσμα: α) άμεσης τοξικής δράσης του οινοπνεύματος, β) συνοδού υποκαλιαιμίας και υποφωσφαταιμίας, γ) παρατεταμένης συμπίεσης μελών όσο ο μεθυσμένος είναι σε κωματώδη κατάσταση και δ) αλκοολικών σπασμών. Σε τέτοιες περιπτώσεις επιβάλλεται νοσοκομειακή νοσηλεία. Χορηγούνται υγρά, μαννιτόλη και διττανθρακικά (με στόχο pH

αρτηριακού αίματος 7,45), στα πλαίσια πρόληψης οξείας νεφρικής ανεπάρκειας (1,28).

ΣΕ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥΣ ΜΕ ΣΠΑΣΜΟΥΣ

- ✓ Ελέγχεται η χρήση οινόπνευματος. Η έγκαιρη και επιθετική αντιμετώπιση με βενζοδιαζεπίνες μειώνει αυτό το ενδεχόμενο σε λιγότερο από 5%. Χορηγείται αγωγή με βενζοδιαζεπίνες (χλωροδιαζεποξείδη ή διαζεπάμη) από το στόμα. Εφόσον η αρχική αξιολόγηση δεν δείχνει κάποιο υποκείμενο πρόβλημα και μετά από 4-6 ώρες παρακολούθησης σε ΤΕΠ δεν παρατηρείται νέο επεισόδιο, ο ασθενής μπορεί να απέλθει εφόσον μπορεί να εξασφαλιστεί η παρακολούθηση από συγγενή ή φίλο που δεν πίνει, για τις επόμενες τρεις ημέρες. Συστήνεται επανεκτίμηση.
- ✓ Μην κινείται μόνος του ο άρρωστος αν έχει υποστεί κάκωση.
- ✓ Ελέγξτε το επίπεδο ανταπόκρισης του πάσχοντος.

ΣΕ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΕΙΝΑΙ:

- § Αμέσως μετά την χορήγηση θειαμίνης αρχίζει η χορήγηση γλυκόζης.
- § Διόρθωση τυχόν ελλειμμάτων υγρών και ηλεκτρολυτών (κάλιο, μαγνήσιο, φωσφόρο). Επισημαίνεται ότι τέτοια ελλείμματα μπορεί αρχικά να μην είναι εμφανή.
- § Αν δεν υπάρχουν σοβαρές υποκείμενες διαταραχές η κέτωση αναστρέφεται σε λιγότερο από ένα 24ωρο, ενώ παράλληλα διαπιστώνεται κλινική βελτίωση. Σε Οξεία Μυοπάθεια από Αιθανόλη τότε επιβάλλεται νοσοκομειακή νοσηλεία. Χορηγούνται

υγρά, μανιτόλη και διτανθρακικά με στόχο pH αρτηριακού αίματος στα πλαίσια πρόληψης οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. (Dramaix, 2009), (Καραταπάνης, 2012)

B ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ

Στο παρόν κομμάτι της πτυχιακής εργασίας, γίνεται μία συνοπτική παρουσίαση του σκοπού της έρευνας, της ταυτότητας της έρευνας, της μεθοδολογίας έρευνας που ακολουθήθηκε, των στατιστικών ελέγχων και εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν αλλά και των αποτελεσμάτων της έρευνας έπειτα από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχτηκαν. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων επιμερίζεται σε δύο επιμέρους τμήματα, όπου στο πρώτο γίνεται η μονοπαραγοντική ανάλυση των αποτελεσμάτων, για κάθε μία από τις ερωτήσεις που παρατέθηκαν στους συμμετέχοντες.

Στο δεύτερο τμήμα των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν με τη χρήση πολυπαραγοντικής ανάλυσης, όπου εξετάζεται το πώς επηρεάστηκαν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων από κάποιους παράγοντες όπως το φύλλο, το μορφωτικό τους επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων του και των συνηθειών των γονέων τους ως προς την κατανάλωση αλκοόλ.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έγινε στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας, φοιτητριών του τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδος. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση τάσεων, των στάσεων και των συνηθειών των νέων ως προς την κατανάλωση αλκοόλ. Η διεξαγωγή της έρευνας, κατά την περίοδο της κρίσης, αποκτά ιδιαίτερη σημασία αν

αναλογιστούμε πως έχουν αυξηθεί σημαντικά τα ποσοστά αυτοκτονιών και ασθενών με τάσεις κατάθλιψης στην Ελλάδα.

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα συγκαταλέγεται στις ποιοτικές έρευνες των κοινωνικών επιστημών και πιο συγκεκριμένα σε αυτές που σχετίζονται με θέματα υγείας. Η έρευνα έλαβε μέρος το πρώτο τρίμηνο του 2016 και έγινε με τη μορφή δομημένου ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν προέρχονται από αρκετές διαφορετικές περιοχές της χώρας. Ο πληθυσμός αναφοράς της έρευνας ήταν νέοι σε περιοχές κοντά στην νότια Ελλάδα. Συλλέχθηκαν 480 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων τα 467 ήταν πλήρων και ορθά συμπληρωμένα. Το μέγεθος του δείγματος θεωρείται παραπάνω από ικανοποιητικό, αν αναλογιστούμε ότι έχει καλύψει ένα μεγάλο εύρος περιοχών έρευνας. Επίσης, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή ως προς την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος έτσι ώστε να επιλεγθούν νέοι και των δύο φύλλων, σύμφωνα με τα ποσοστά που ισχύουν στον πραγματικό πληθυσμό (πηγή: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

Η μεθοδολογία της έρευνας περιγράφεται μέσα από μία σύνθετη διαδικασία που ακολουθήθηκε, από τον ορισμό του σκοπού της έρευνας έως και την ολοκλήρωσή της. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει επτά βήματα, άλλα ευκολότερα και αμεσότερα και άλλα περισσότερο χρονοβόρα και περίπλοκα. Αρχικά συνοπτικά και έπειτα πιο αναλυτικά, αναφέρονται τα βασικότερα βήματα διεξαγωγής της έρευνας:

Αρχικά ορίστηκε το θέμα της πτυχιακής εργασίας και κατά συνέπεια ορίστηκε και ο σκοπός της παρούσας έρευνας. Έπειτα έγινε η ανασκόπηση στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία και αρθρογραφία, για την ύπαρξη παρόμοιων ερευνών, ώστε να αξιολογηθούν τα εργαλεία έρευνας που χρησιμοποιήθηκαν. Έπειτα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, ήταν δυνατό, μαζί με την καθοδήγηση του επιβλέπων καθηγητή να γίνει η δόμηση του ερωτηματολογίου. Απαραίτητος ήταν ο έλεγχος του ερωτηματολογίου πριν τη χρήση του. Αφού μοιράστηκε αρχικά δοκιμαστικά το ερωτηματολόγιο, ξεκίνησε η δυσκολότερη και πιο χρονοβόρα διαδικασία της έρευνας που περιελάμβανε τη συλλογή των ερωτηματολογίων. Το ρόλο των ερευνητών στην παρούσα έρευνα κατείχαν οι φοιτήτριες και συγγραφείς της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Αφού συλλέχτηκαν τα ερωτηματολόγια, έγινε έλεγχος ως προς την πληρότητα και την ορθότητα συμπλήρωσής τους. Έπειτα κωδικοποιήθηκαν οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες και καταχωρήθηκαν στο στατιστικό πακέτο. Τέλος, και αφού ολοκληρώθηκε η διαδικασία καταχώρησης, ξεκίνησε η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έτσι ώστε να παρουσιαστούν με τρόπο κατανοητό τα ευρήματα και να διεξαχθούν χρήσιμα και ασφαλή συμπεράσματα.

1. Ορισμός του σκοπού της έρευνας

Ο σκοπός της έρευνας προέκυψε από τις ερευνητικές ανησυχίες του επιβλέπων καθηγητή, ο οποίος εντόπισε ερευνητικό ενδιαφέρον στη μελέτη της συμπεριφοράς των νέων ως προς την κατανάλωση αλκοόλ. Η ανάγκη τέτοιων ερευνών, κατά την περίοδο της κρίσης, είναι μεγαλύτερη.

2. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας

Η πρώτη εργασία που ανατέθηκε από τον επιβλέπων καθηγητή στις φοιτήτριες, σχετικά με την έρευνα, ήταν η ανασκόπηση ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας, σχετικά με όμοιες έρευνες που είχαν ήδη πραγματοποιηθεί έτσι ώστε να καταγραφούν τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν αλλά και τα αποτελέσματα των άλλων ερευνών προς σύγκριση με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

3. Δόμηση του ερωτηματολογίου

Η δόμηση του ερωτηματολογίου είναι αρκετά δύσκολη και απαιτεί αρκετή προσοχή. Στο πρώτο κομμάτι του ερωτηματολογίου παρατέθηκαν οι ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα. Παρατέθηκαν ερωτήσεις σχετικά με τις τάσεις και τις συνήθειες των νέων ως προς την κατανάλωση αλκοόλ. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 23 ερωτήσεις εκ των οποίων μόνο δύο ήταν ανοιχτού τύπου, ενώ οι υπόλοιπες ήταν κλειστού τύπου. Μόλις μία εκ των ερωτήσεων ήταν ποσοτική.

4. Έλεγχος ερωτηματολογίου

Πριν το διαμοιρασμό των ερωτηματολογίων, κρίθηκε ως απαραίτητος ο έλεγχος του ερωτηματολογίου. Δοκιμαστικά μοιράστηκε το ερωτηματολόγιο σε 20 άτομα ώστε να διαπιστωθεί αν οι ερωτήσεις ήταν κατανοητές καθώς και να μετρηθεί ο χρόνος που απαιτούσαν για τη συμπλήρωσή του. Το ερωτηματολόγιο κρίθηκε ως εύκολο και κατανοητό και ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης από το δοκιμαστικό δείγμα ήταν περίπου τα δέκα λεπτά.

5. Συλλογή ερωτηματολογίων

Η συλλογή ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά το πρώτο τρίμηνο του 2016 και συλλέχθηκαν ερωτηματολόγια από αρκετές διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας. Συλλέχθηκαν 467 πλήρως και ορθά συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Οι ερευνητές της παρούσας έρευνας ταυτίζονται και με τις συγγραφείς της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Στόχος ήταν η συμμετοχή νέων στην έρευνα, τόσο αντρών όσο και γυναικών. Η έρευνα ήταν ανώνυμη και οποιαδήποτε στιγμή ο ερωτώμενος μπορούσε να αποχωρήσει. Το πλήθος των ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν κρίνεται παραπάνω από ικανοποιητικό για τις ανάγκες της εν λόγω έρευνας.

6. Έλεγχος ορθότητας και πληρότητας

Αφού συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια, ελέχθησαν ως προς το αν απαντήθηκαν όλες οι απαντήσεις και ως προς το αν οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν ορθές σύμφωνα με τον ορισμό τους. Βρέθηκαν 10 ερωτηματολόγια τα οποία ήταν στο μεγαλύτερο μέρος τους αναπάντητα και 3 ερωτηματολόγια με απαντήσεις που δεν σχετίζονταν σε καμία περίπτωση με τις ερωτήσεις που παρατέθηκαν.

7. Κωδικοποίηση των απαντήσεων και καταχώρηση στο στατιστικό πακέτο

Αφού συλλέχθηκαν τα δεδομένα και ελέχθησαν ως προς την ορθότητα και την πληρότητά τους, ξεκίνησε η κωδικοποίηση των απαντήσεων και η καταχώρησή τους στο στατιστικό πακέτο με το οποίο

έγινε η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Η κωδικοποίηση αφορά στην αντιστοίχιση κάθε μία απάντησης με έναν κωδικό αριθμό ο οποίος συμβολίζει την απάντηση αυτή. Η κωδικοποίηση είναι απαραίτητη για την ευκολότερη στατιστική επεξεργασία με οποιοδήποτε στατιστικό πακέτο.

8. Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS και πιο συγκεκριμένο με την έκδοση 23. Η στατιστική επεξεργασία σχετίζεται με την παρουσίαση των ευρημάτων και την εξαγωγή χρήσιμων και ασφαλών συμπερασμάτων από τα στοιχεία που συλλέχτηκαν. Η στατιστική ανάλυση επιμερίζεται σε δύο τμήματα ανάλυσης, αυτό της μονοπαγοντικής ανάλυσης και αυτό της πολυπαγοντικής. Στην μονοπαγοντική ανάλυση έγινε χρήση της περιγραφικής ανάλυσης για την κατάλληλη γραφική και αριθμητική παρουσίαση των απαντήσεων των συμμετεχόντων σε κάθε μία από τις ερωτήσεις που τους παρατέθηκαν. Κατά την πολυπαγοντική ανάλυση ελέχθησαν κατά πόσο επηρεάστηκαν οι απαντήσεις των ερωτώμενων από διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στο κομμάτι της μονοπαγοντικής ανάλυσης έγινε η παρουσίαση των απαντήσεων των συμμετεχόντων νέων σε όλες τις ερωτήσεις που τους παρατέθηκαν. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων αυτών έγινε με τη χρήση κατάλληλων γραφημάτων και κατάλληλων περιγραφικών μέτρων

θέσης και διασποράς. Οι τρεις κατηγορίες γραφημάτων που χρησιμοποιήθηκαν στην μονοπαραγοντική ανάλυση είναι τα ραβδογράμματα, τα κυκλικά διαγράμματα (πίτες) και τα ιστογράμματα. Τα ραβδογράμματα χρησιμοποιήθηκαν στις ποιοτικές μεταβλητές που είχαν περισσότερες από μία επιλογές ως απαντήσεις. Τα κυκλικά διαγράμματα χρησιμοποιήθηκαν στις δίτιμες ερωτήσεις (ΝΑΙ/ΟΧΙ, Άνδρας/Γυναίκα).

Τέλος το ιστόγραμμα και το θηκόγραμμα χρησιμοποιήθηκαν στη μία και μοναδική ποσοτική μεταβλητή. Τα σημαντικότερα περιγραφικά μέτρα που υπολογίστηκαν παράλληλα με τα γραφήματα είναι η διάμεσος, η επικρατούσα τιμή και τα τεταρτημόρια για τις κατηγορικές ερωτήσεις. Στη μία και μοναδική ποσοτική ερώτηση υπολογίστηκαν επίσης ο αριθμητικός μέσος, το εύρος, η διακύμανση και η τυπική απόκλιση.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την περαιτέρω μελέτη των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι υποθέσεων, έτσι ώστε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τις συνήθειες των νέων. Πιο συγκεκριμένα στο κομμάτι της πολυπαραγοντικής ανάλυσης, θα μελετηθεί η επίδραση διάφορων παραγόντων στις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι. Πριν προχωρήσουμε στην πολυπαραγοντική ανάλυση είναι κρίσιμο να αναφέρουμε τι είναι οι έλεγχοι υποθέσεων και πως αξιολογούνται.

ΕΛΕΓΧΟΙ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Κάθε ερευνητής είναι σε θέση να θέσει μία ερευνητική υπόθεση, για την οποία είτε έχει την πεποίθηση, είτε γνωρίζει ότι με βάση τη

βιβλιογραφία θα πρέπει να ισχύει. Η υπόθεση αυτή ονομάζεται μηδενική υπόθεση του ελέγχου και συμβολίζεται συνήθως με H_0 . Ενδέχεται πάντως ο ερευνητής, για δικούς του σκοπούς να ορίσει ως μηδενική υπόθεση μία πρόταση που ενδεχομένως γνωρίζει ότι δεν έχει μεγάλη πιθανότητα να ισχύει. Αφού ορισθεί η μηδενική υπόθεση, ορίζεται αυτόματα και η εναλλακτική, καθώς αφορά την πρόταση που αναιρεί πλήρως τη πρόταση της μηδενικής. Αφού έχουν ορισθεί οι δύο προτάσεις, πρέπει να αποφασιστεί ποιος είναι ο καλύτερος έλεγχος. Οι έλεγχοι χωρίζονται σε δύο ομάδες ελέγχων. Στους παραμετρικούς ελέγχους και στους μη παραμετρικούς.

ΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Οι παραμετρικοί έλεγχοι υποθέσεων ελέγχουν τις τιμές των παραμέτρων ενός πληθυσμού ή την ισότητά τους αν πρόκειται για περισσότερους από έναν πληθυσμούς. Οι παραμετρικοί έλεγχοι στατιστικών υποθέσεων ισχύουν μόνο όταν ικανοποιούνται ταυτόχρονα οι εξής τρεις υποθέσεις:

1. Διενεργούνται σε ποσοτικές μεταβλητές.
2. Ισχύει η κανονικότητα της κατανομής του δείγματος.
3. Ισχύει η ισότητα των διακυμάνσεων μεταξύ δύο πληθυσμών.

Αν δεν ισχύει τουλάχιστον μία από τις παραπάνω τρεις προϋποθέσεις, τότε κρίνεται καταλληλότερη η χρήση των μη παραμετρικών ελέγχων υποθέσεων.

ΜΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΟΙ ΈΛΕΓΧΟΙ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Μεγάλο μέρος των μη παραμετρικών ελέγχων είναι αντίστοιχο των παραμετρικών ελέγχων, αν και η ισχύς τους είναι γενικά μικρότερη σε σχέση με αυτή των παραμετρικών. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δύο μη παραμετρικοί έλεγχοι. Ο δίπλευρος έλεγχος ισότητας των διαμέσων δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (Έλεγχος Mann-Whitney) και ο έλεγχος ισότητας των διαμέσων $k > 2$ ανεξάρτητων δειγμάτων, των Kruskal και Wallis. Ο έλεγχος των Mann-Whitney ορίζει στη μηδενική υπόθεση πως η διάμεσος μεταξύ των δύο ανεξάρτητων δειγμάτων είναι ίση, έναντι της εναλλακτικής που ορίζει πως οι διάμεσοι είναι διάφοροι.

Ο έλεγχος των Kruskal-Wallis ορίζει στη μηδενική του υπόθεση πως οι διάμεσοι και των k ανεξάρτητων δειγμάτων είναι ταυτόχρονα στατιστικά ίσες, έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης που ορίζει ότι τουλάχιστον μία διάμεσος διαφέρει στατιστικά από τις υπόλοιπες.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΛΕΓΧΩΝ

Για κάθε έλεγχο υπόθεσης υπολογίζεται μία p -value, η οποία ορίζει την πιθανότητα του ελέγχου να ισχύει η μηδενική υπόθεση. Επίσης ορίζεται ένα επίπεδο σημαντικότητας και κατά συνέπεια ένα περιθώριο σφάλματος. Αν οριστεί από τον ερευνητή ένα επίπεδο σημαντικότητας 95%, το περιθώριο σφάλματος είναι ίσο με 5%. Δηλαδή, αν επαναληφθεί ένα πείραμα 100 φορές, θέλουμε τουλάχιστον τις 95 να καταλήξουμε στο ίδιο συμπέρασμα, ενώ δεχόμαστε έως 5 φορές να γίνει λάθος.

Η τιμή της p -value είναι αυτή, που σε σύγκριση με το περιθώριο σφάλματος, υποδηλώνει αν απορρίπτεται η μηδενική ή η εναλλακτική υπόθεση. Όταν η p -value είναι μεγαλύτερη από το περιθώριο σφάλματος,

τότε δεν υπάρχουν επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, και κατά συνέπεια απορρίπτουμε την εναλλακτική. Αντίθετα, όταν η p -value είναι μικρότερη από το περιθώριο σφάλματος, τότε υπάρχουν επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση και να μην απορρίψουμε την εναλλακτική.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

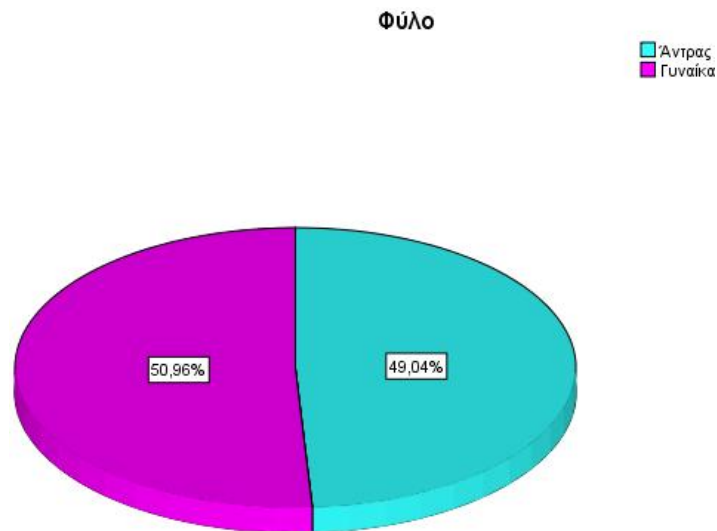
B1. ΜΟΝΟΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στο κομμάτι της μονομεταβλητής ανάλυσης παρουσιάζονται με κατάλληλα γραφήματα και μέτρα θέσης ή διασποράς η κατανομή των απαντήσεων των νέων που συμμετείχαν στην έρευνα. Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης παρουσιάζονται σύμφωνα με τη δομή του ερωτηματολογίου. Έτσι, αρχικά παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, ενώ έπειτα ακολουθεί η παρουσίαση του κύριου μέρους του ερωτηματολογίου, που αφορά ερωτήσεις σχετικά με τις τάσεις και τις συμπεριφορές των νέων ως προς την κατανάλωση αλκοόλ.

B2. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Είναι κρίσιμο, πριν προχωρήσουμε σε οποιαδήποτε ανάλυση, να λάβουμε μία σαφή εικόνα για το δείγμα μας. Η περιγραφή των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος θα μας δώσει μία σαφή εικόνα ως προς τις ιδιαιτερότητες του δείγματος.

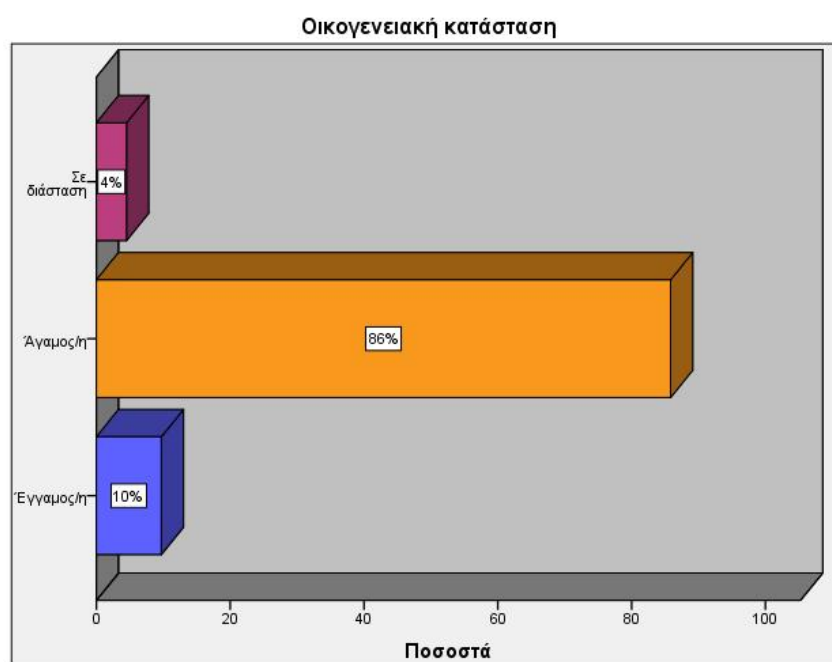
Q1. Φύλο



Διάγραμμα 1 Φύλο

Το 51% περίπου των νέων που συμμετείχαν στην έρευνα είναι γυναίκες, ενώ το 49% είναι άντρες. Το ποσοστό αυτό προσεγγίζει αρκετά ικανοποιητικά την αναλογία ανδρών και γυναικών σε αυτές τις ηλικίες στην περιοχή έρευνας. Στο παραπάνω κυκλικό διάγραμμα (**Διάγραμμα 1**), παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

Q2. Οικογενειακή Κατάσταση



Διάγραμμα 2 Οικογενειακή Κατάσταση

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων τη στιγμή της έρευνας ήταν άγαμοι, λογικό αν αναλογιστούμε ότι η έρευνα αφορούσε τη διερεύνηση της στάσης και των συμπεριφορών νέων ανθρώπων της περιοχής. Το 10% του δείγματος ήταν έγγαμοι τη στιγμή της έρευνας, ενώ το 4% δήλωσαν σε διάσταση. Η κατανομή των απαντήσεων φαίνεται στο παραπάνω ραβδόγραμμα (Διάγραμμα 2).

Q3. Ηλικία

Η μεταβλητή της ηλικία είναι ποσοτική μεταβλητή. Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 1) αναφέρονται τα σημαντικότερα μέτρα θέσης και διασποράς της μεταβλητής ηλικίας.

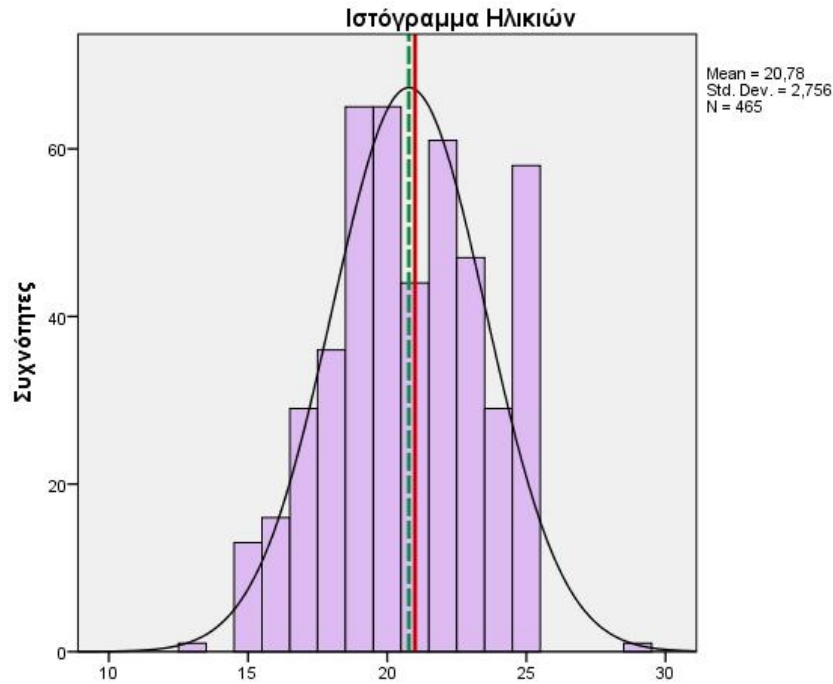
Statistics

Ηλικία		
N	Valid	465
	Missing	2
Mean		20,78
Median		21,00
Mode		19 ^a
Std. Deviation		2,756
Range		16
Minimum		13
Maximum		29
Percentiles	25	19,00
	50	21,00
	75	23,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Πίνακας 1 Περιγραφικά Μέτρα Ηλικίας

Η μέση ηλικία του δείγματος της έρευνας είναι περίπου τα 21 έτη. Επίσης, το 50% των συμμετεχόντων είχαν ηλικία μικρότερη από 21, ενώ το υπόλοιπο 50% είχαν ηλικία μεγαλύτερη από 21, τη στιγμή της έρευνας. Η επικρατούσα τιμή ή αλλιώς η κορυφή της μεταβλητής ηλικίας είναι τα 19 έτη. Η μικρότερη παρατηρούμενη ηλικία ήταν αυτή των 13 ετών, ενώ η μεγαλύτερη τα 29 έτη, συνεπώς το εύρος των ηλικιών ήταν τα 16 έτη. Το 25% του δείγματος ήταν μικρότεροι από 19 ετών, ενώ επίσης το 25% ήταν μεγαλύτεροι από 23. Η τυπική απόκλιση της μεταβλητής της ηλικίας ήταν 2,75 έτη περίπου. Στο ιστόγραμμα που ακολουθεί (**Διάγραμμα 3**) παρουσιάζεται η κατανομή των ηλικιών των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Διάγραμμα 3 Ιστόγραμμα Ηλικιών

Από το σχήμα του ιστογράμματος (**Διάγραμμα 3**) βγάζουμε συμπεράσματα ως προς την κατανομή των ηλικιών των ατόμων του δείγματος. Με τη πράσινη διακεκομμένη γραμμή ορίζεται η θέση της μέσης τιμής της ηλικίας, ενώ με τη κόκκινη έντονη γραμμή η θέση της διαμέσου. Η μέση ηλικία με τη διάμεσο της ηλικίας δεν φαίνεται να απέχουν σημαντικά μεταξύ τους. Παρόλα αυτά το σχήμα της κατανομής δεν φαίνεται να ταυτίζεται σημαντικά με το σχήμα της κανονικής κατανομής. Την εκτίμηση αυτή την επιβεβαιώνουν και οι δύο παρακάτω έλεγχοι κανονικότητας, οι οποίοι εκτελέστηκαν ώστε να δούμε αν ισχύει ή όχι η κανονικότητα για τη μεταβλητή της ηλικίας.

Tests of Normality

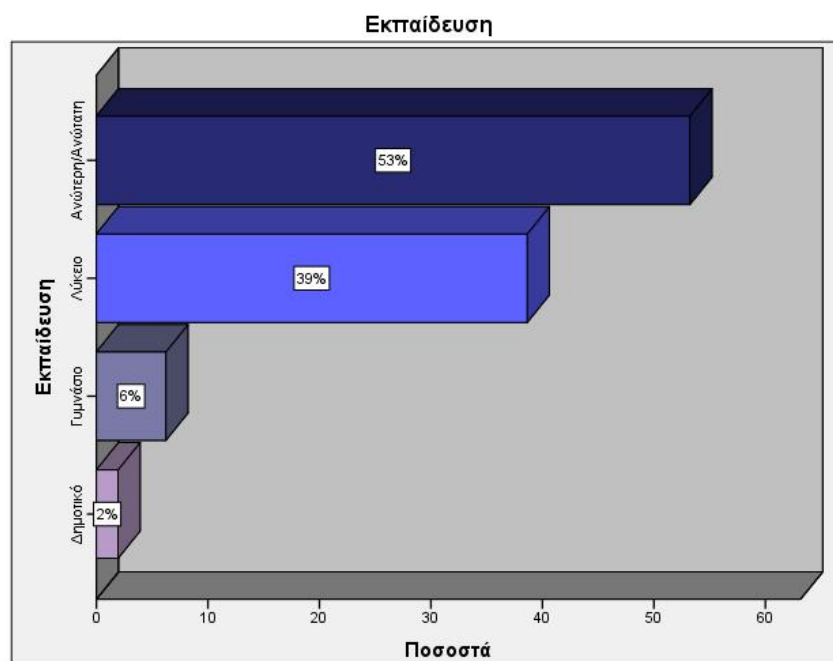
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ηλικία	,095	465	,000	,966	465	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 2 Έλεγχοι Κανονικότητας Ηλικίας

Οι p-values των ελέγχων στον παραπάνω πίνακα (Πίνακας 2), είναι σαφώς μικρότερες από το 0,05. Συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και των δύο ελέγχων και κατά συνέπεια συμπεραίνεται ότι δεν ισχύει η κανονικότητα για τη μεταβλητή της ηλικίας.

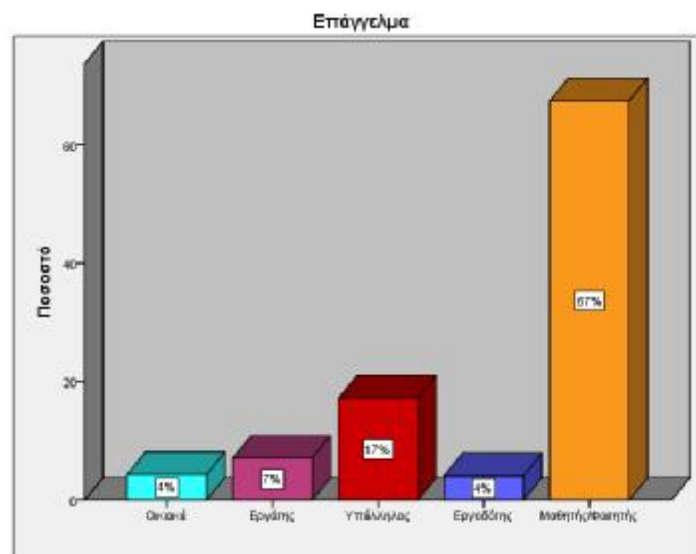
Q5. Ποιο είναι το επίπεδο των σπουδών σας; (Ολοκληρωμένο Επίπεδο)



Διάγραμμα 4 Μορφωτικό Επίπεδο

Το 53% του δείγματος δήλωσαν πως ήταν απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Το 39% των συμμετεχόντων είχαν αποφοιτήσει από το Λύκειο, το 6% ήταν απλώς απόφοιτοι Γυμνασίου, ενώ μόλις το 2% είχαν ολοκληρώσει μόνο τη δημοτική εκπαίδευση. Σύμφωνα με την κατανομή των απαντήσεων στο παραπάνω ραβδόγραμμα (Διάγραμμα 4), μπορούμε να συμπεράνουμε πως το δείγμα αποτελείται στη πλειοψηφία του, από άτομα με αυξημένο μορφωτικό επίπεδο.

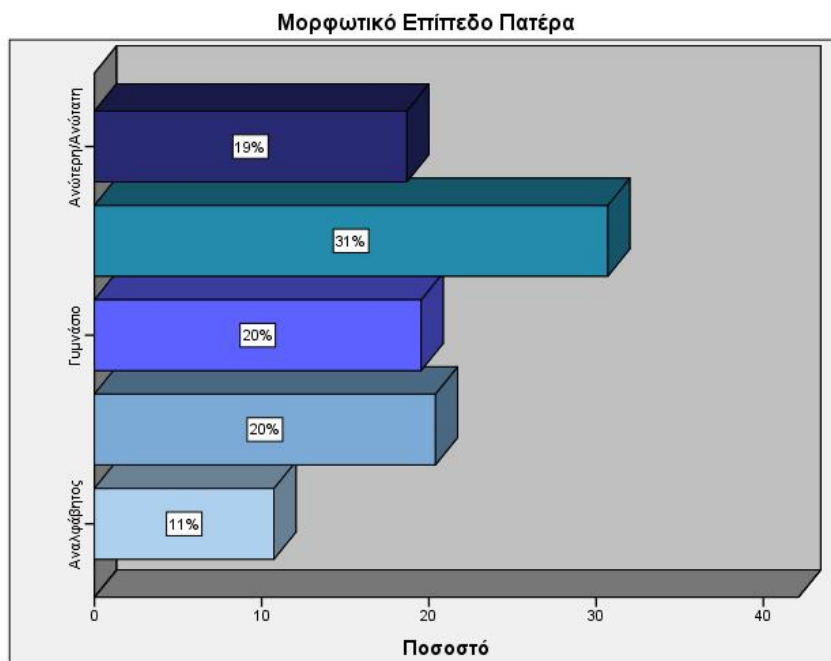
Q6. Επάγγελμα



Διάγραμμα 5 Επάγγελμα

Περίπου 2 στους 3 ερωτώμενους ήταν μαθητής/τρια ή φοιτητής/τρια τη στιγμή της έρευνας. Το 17% δήλωσαν υπάλληλοι, το 7% ήταν εργάτες, ενώ το 4% ασχολούνταν με οικιακά. Η κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων, ως προς το επάγγελμά τους, τη στιγμή της έρευνας, φαίνεται στο παραπάνω ραβδόγραμμα (**Διάγραμμα 5**).

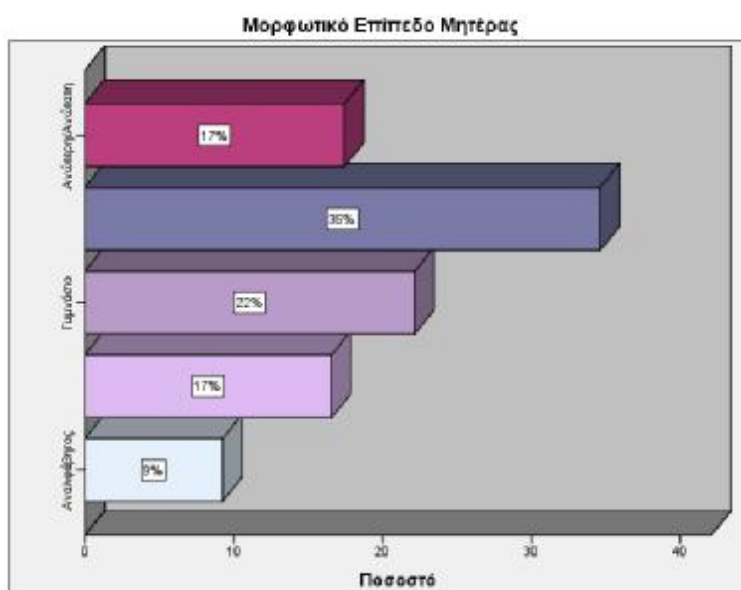
Q7.1 Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα



Διάγραμμα 6 Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα

Η πλειοψηφία των πατεράδων των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν απόφοιτοι λυκείου, σε ποσοστό 31%. Το 19% των πατεράδων ήταν απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, ενώ το 20% είχαν ολοκληρώσει το γυμνάσιο. Επίσης το 20% των πατεράδων είχαν ολοκληρώσει μόνο το δημοτικό, ενώ το 11% αυτών ήταν αναλφάβητοι (Διάγραμμα 6).

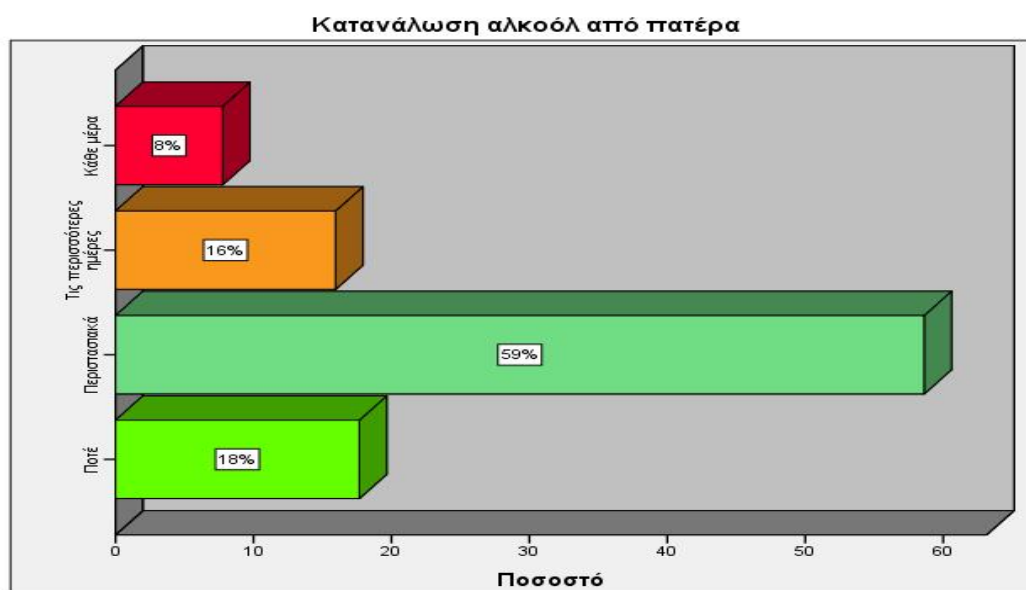
Q7.2 Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας



Διάγραμμα 7 Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρων

Το 35% των μητέρων των συμμετεχόντων στην έρευνα είχαν αποφοιτήσει από το λύκειο. Το 17% των μητέρων είχαν αποφοιτήσει από την Τριτοβάθμια Εκπαίδευση. Περίπου μίας στις πέντε μητέρες είχαν αποφοιτήσει από γυμνάσιο, ενώ το 17% είχαν ολοκληρώσει μόνο τη δημοτική εκπαίδευση. Το 9% των μητέρων δηλώθηκαν ως αναλφάβητες (Διάγραμμα 7).

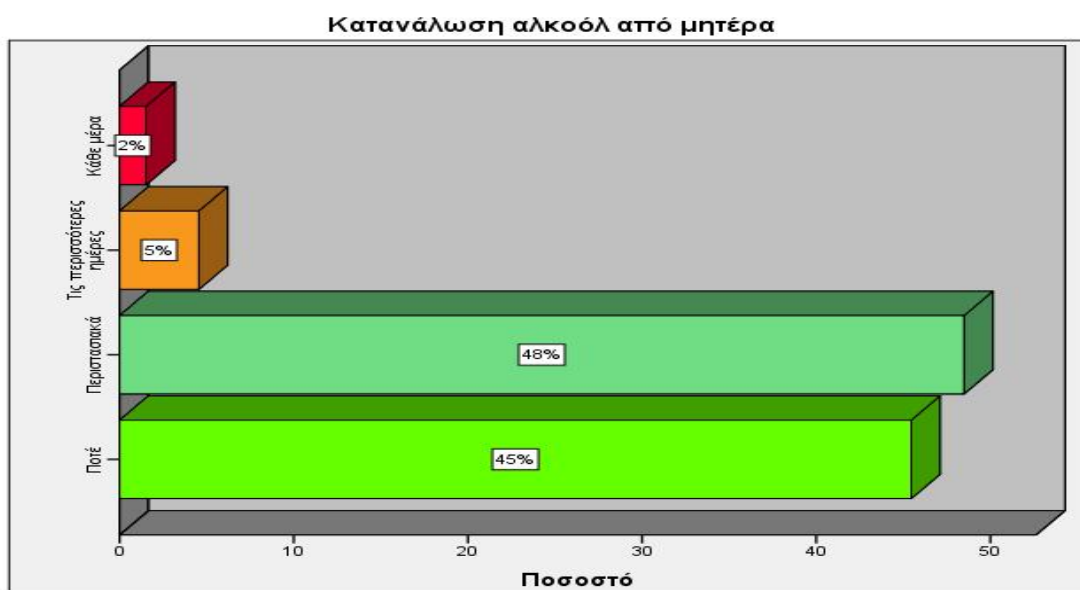
Q8.1 Κατανάλωση αλκοόλ από τον πατέρα.



Διάγραμμα 8 Κατανάλωση αλκοόλ από τον πατέρα

Η πλειοψηφία των πατεράδων των συμμετεχόντων στην έρευνα φαίνεται πως κατανάλωναν αλκοόλ περιστασιακά, σε ποσοστό 59%. Το 16% των πατεράδων κατανάλωναν αλκοόλ τις περισσότερες μέρες, ενώ το 8% των πατεράδων κατανάλωναν αλκοόλ κάθε μέρα. Τέλος, το 16% των πατεράδων δεν κατανάλωναν ποτέ αλκοόλ (Διάγραμμα 8).

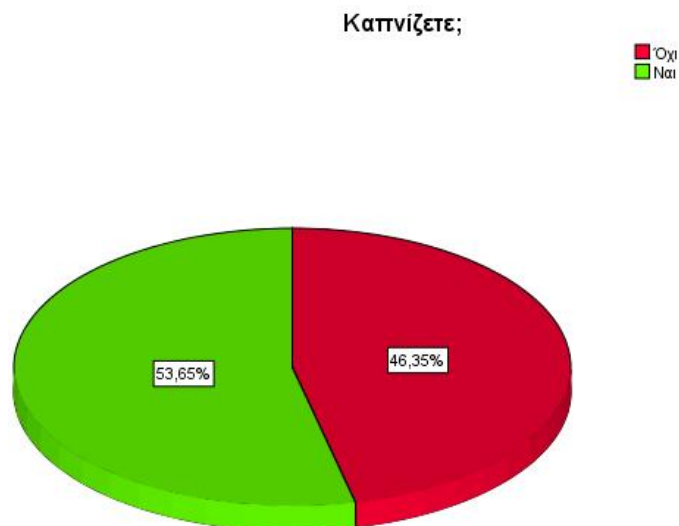
Q8.2 Κατανάλωση αλκοόλ από τη μητέρα



Διάγραμμα 9 Κατανάλωση αλκοόλ από τη μητέρα

Η εικόνα των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τις μητέρες τους, διαφέρει σημαντικά από την αντίστοιχη ερώτηση που αφορά τους πατεράδες. Το 48% των μητέρων πίνουν αλκοόλ περιστασιακά, ενώ το 45% δεν πίνουν ποτέ. Το 5% των μητέρων πίνουν τις περισσότερες μέρες, ενώ το 2% πίνουν κάθε μέρα (Διάγραμμα 9).

Q9. Καπνίζετε;



Διάγραμμα 10 Καπνίζοντες

Το 54% των συμμετεχόντων στην έρευνα, κάπνιζαν τη στιγμή της έρευνας. Δηλαδή οι καπνίζοντες ήταν περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες. Το 46% περίπου δήλωσαν πως δεν κάπνιζαν. Η αναλογία καπνιζόντων και μη καπνιζόντων αποτυπώνεται στο παραπάνω κυκλικό διάγραμμα (Διάγραμμα 10).

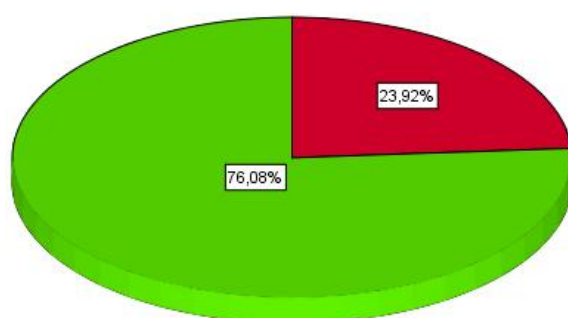
Q10. Έχετε κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών;



Διάγραμμα 11 Έχετε κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών;

Σύμφωνα με το παραπάνω κυκλικό διάγραμμα (**Διάγραμμα 11**), το 18% περίπου των νέων είχαν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών κάποια στιγμή πριν τη διεξαγωγή της έρευνας. Αντίθετα, το 82% περίπου των νέων που συμμετείχαν στην έρευνα, δεν είχαν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών.

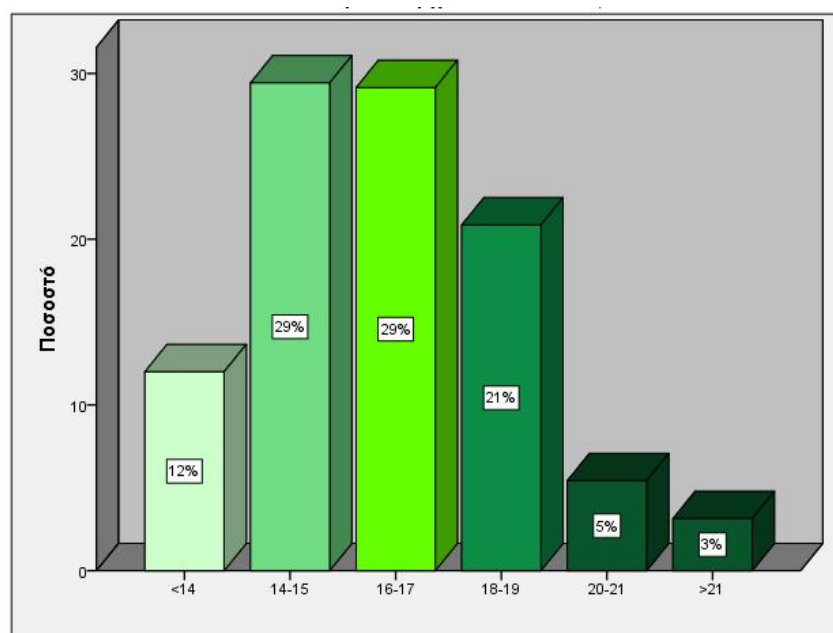
Q11.1 Πίνετε αλκοόλ;



Διάγραμμα 12 Πίνετε αλκοόλ;

Το 76% των νέων που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν πως έπιναν αλκοόλ τη στιγμή της έρευνας. Αντίθετα το 24% δεν έπιναν (Διάγραμμα 12).

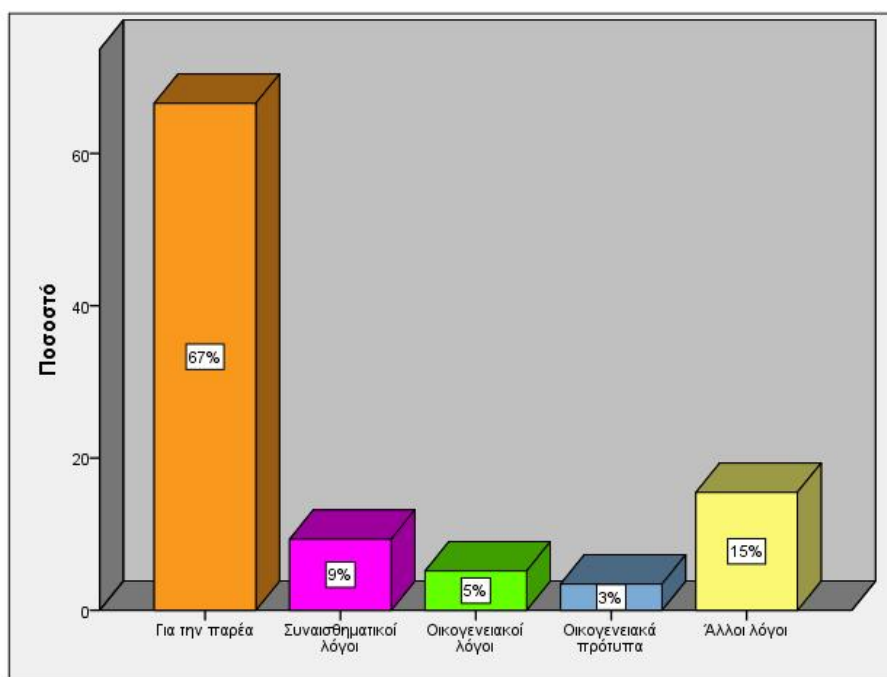
Q11.2 Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε;



Διάγραμμα 13 Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε;

Όπως φαίνεται και στο παραπάνω ραβδόγραμμα (Διάγραμμα 13), η πλειοψηφία των συμμετεχόντων νέων άρχισαν να πίνουν πριν ενηλικιωθούν, δηλαδή πριν συμπληρώσουν τα 18 έτη. Αυτοί ήταν το 70% του νέων που δήλωσαν στην προηγούμενη ερώτηση πως καταναλώναν αλκοόλ. Το 21% απάντησαν πως άρχισαν να πίνουν όταν ήταν 18 με 19 ετών, ενώ μόλις το 8% ξεκίνησαν να πίνουν μετά τα 20 έτη τους.

Q12. Για ποιο λόγο ξεκινήσατε να πίνετε;

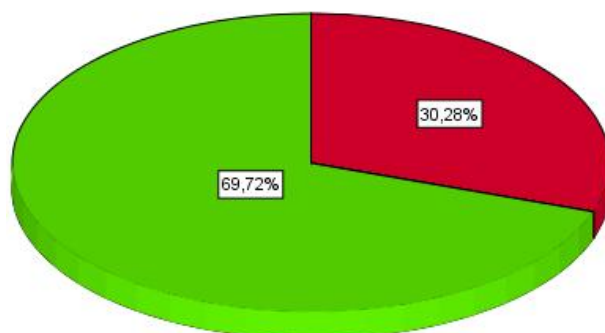


Διάγραμμα 14 Για ποιο λόγο ξεκινήσατε να πίνετε;

Περίπου δύο στους τρεις νέους (67%) δήλωσαν πως ξεκίνησαν να καταναλώνουν αλκοόλ για την παρέα. Το 9% ξεκίνησαν να πίνουν για συναισθηματικούς λόγους, το 5% για οικογενειακούς λόγους, ενώ μόλις το 3% ανέφεραν ως λόγο τα οικογενειακά τους πρότυπα. Το 15% του δείγματος ανέφεραν πως ήταν άλλοι οι λόγοι που ξεκίνησαν να καταναλώνουν αλκοόλ, χωρίς να όμως να τους προσδιορίσουν (Διάγραμμα 14).

Q13. Πίνετε κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο;

■ Όχι
■ Ναι



Διάγραμμα 15 Πίνετε κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο;

Το 70% περίπου του δείγματος δήλωσαν πως έπιναν κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο πριν τη διεξαγωγή της έρευνας. Το 30% των νέων που συμμετείχαν στην έρευνα, δήλωσαν πως δεν κατανάλωναν αλκοόλ αυτό το διάστημα (**Διάγραμμα 15**).

Q15. Χθες ήπιατε;

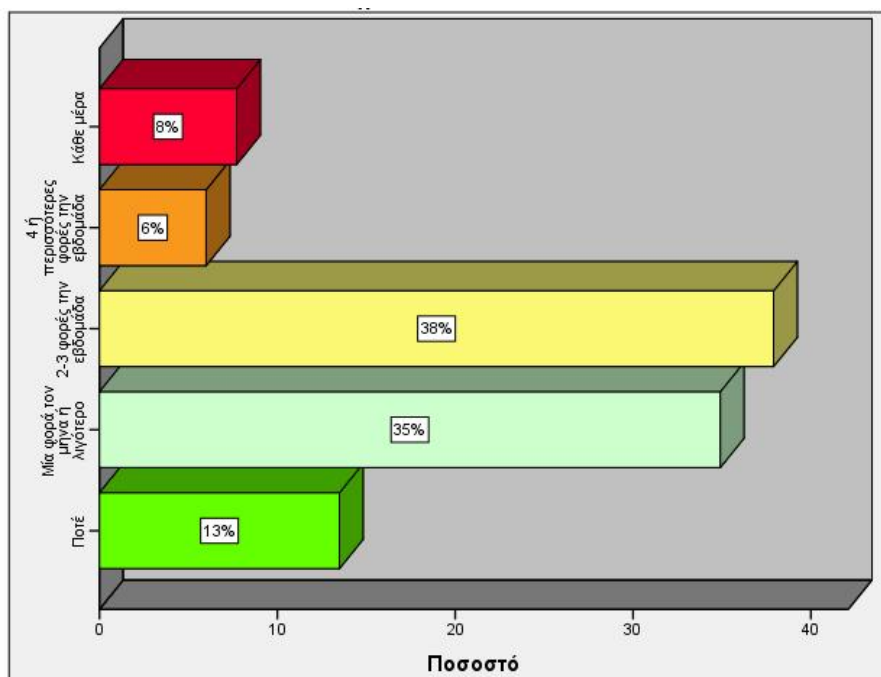
■ Όχι
■ Ναι



Διάγραμμα 16 Χθες τι ήπιατε;

Οι συμμετέχοντες νέοι στην έρευνα ρωτήθηκαν αν είχαν πει τη μέρα πριν την έρευνα. Οι απαντήσεις παρουσιάζονται στο παραπάνω κυκλικό διάγραμμα(Διάγραμμα 16). Το 46% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως είχαν πει, ενώ το 54% πως δεν είχαν καταναλώσει αλκοόλ.

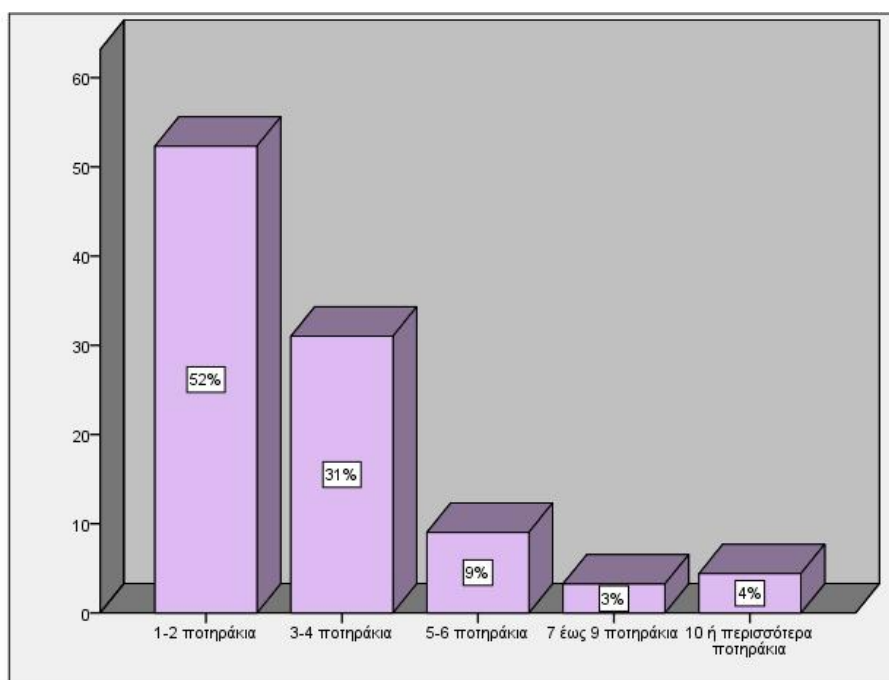
Q16. Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ;



Διάγραμμα 17 Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ;

Ρωτήθηκαν οι συμμετέχοντες σχετικά με τη συχνότητα που κατανάλωναν αλκοόλ κατά τη στιγμή της έρευνας. Μόνο το 13% των νέων δήλωσαν πως δεν πίνουν ποτέ αλκοόλ. Το 35% απάντησαν πως κατανάλωναν το πολύ μία φορά το μήνα αλκοόλ. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, με ποσοστό 38%, δήλωσαν πως πίνουν δύο με τρεις φορές την εβδομάδα. Το 6% απάντησαν πως κατανάλωναν αλκοόλ περισσότερες από 4 φορές την εβδομάδα, ενώ τέλος το 8% δήλωσαν πως κατανάλωναν αλκοόλ κάθε μέρα. Η κατανομή των απαντήσεων των νέων ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, απεικονίζεται στο παραπάνω ραβδόγραμμα (Διάγραμμα 17).

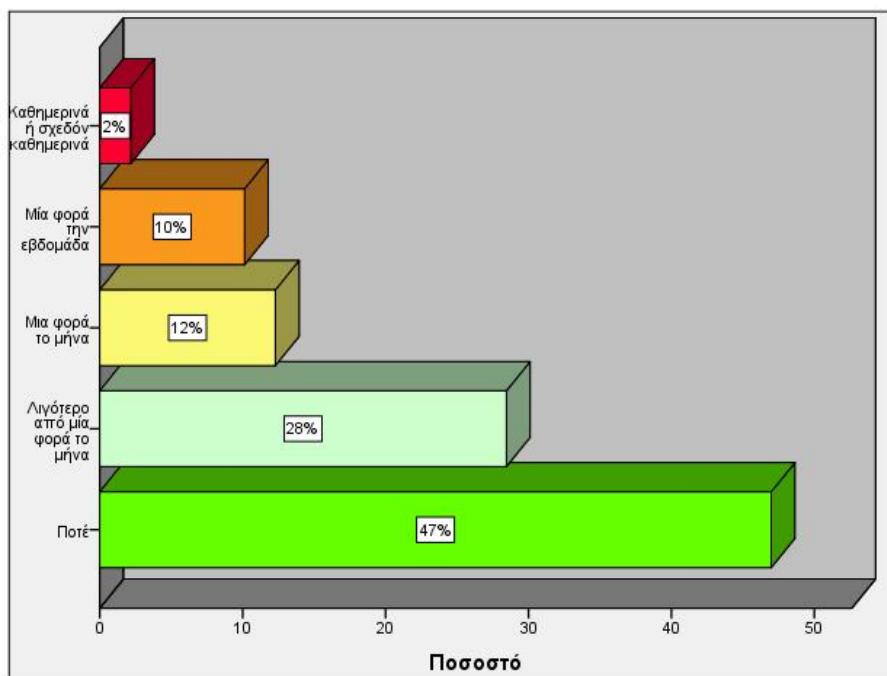
Q17. Ποσότητα αλκοόλ σε μία μέρα όταν πίνετε:



Διάγραμμα 18 Ποσότητα αλκοόλ σε μία μέρα

Λίγοι περισσότεροι από τους μισούς νέους (52%), που συμμετείχαν στην έρευνα, δήλωσαν πως τη μέρα που έπιναν, συνήθως καταναλώναν ένα με δύο ποτηράκια. Το 31% των νέων ανέφεραν ως ποσότητα τρία με τέσσερα ποτηράκια. Το 9% καταναλώναν πέντε με έξι ποτηράκια, μόλις το 3% επτά έως εννιά ποτηράκια, ενώ τέλος το 4% δήλωσαν πως έπιναν 10 ή περισσότερα ποτηράκια σε μία μέρα. Το 48% των νέων καταναλώναν σε μία μέρα περισσότερα από 2 ποτηράκια (Διάγραμμα 18).

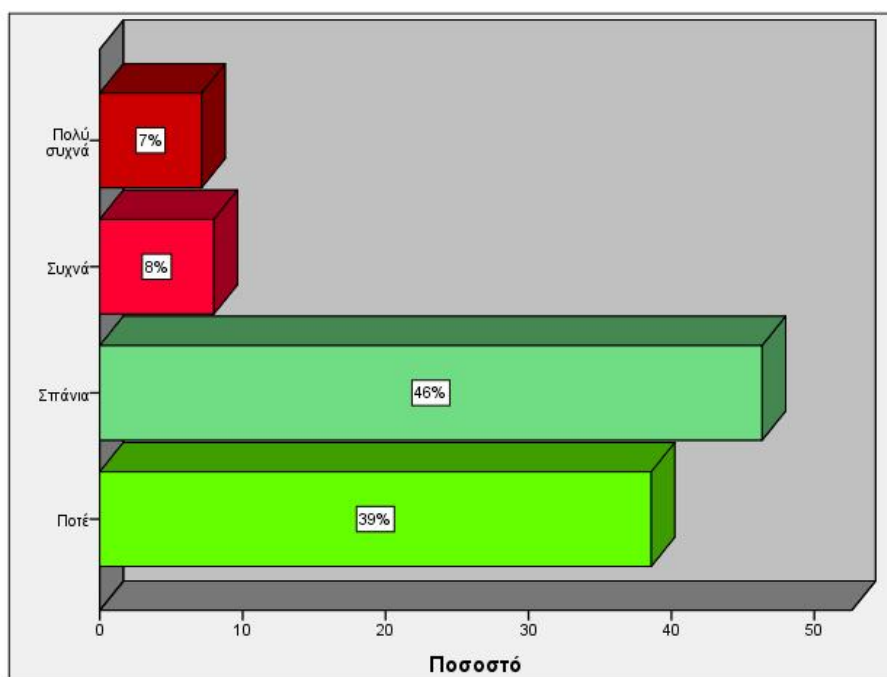
Q18. Πόσο συχνά καταναλώνετε έξι ή περισσότερα ποτά σε μία περίπτωση;



Διάγραμμα 19 Πόσο συχνά καταναλώνετε έξι ή περισσότερα ποτά σε μία περίπτωση

Λιγότεροι από τους μισούς νέους που συμμετείχαν στην έρευνα, δήλωσαν πως δεν είχαν καταναλώσει ποτέ περισσότερα από έξι ποτηράκια σε μία περίπτωση. Το 28% των νέων απάντησαν πως συνήθιζαν να καταναλώνουν έξι ή περισσότερα ποτά σε μία και μόνο περίπτωση για λιγότερο από μία φορά το μήνα. Το 12% των νέων έκαναν αυτή την κατανάλωση μία φορά το μήνα. Ένας στους δέκα ερωτώμενους (10%) δήλωσε πως έκανε αυτή την κατανάλωση μία φορά την εβδομάδα, ενώ μόλις το 2% απάντησαν πως καταναλώναν περισσότερα από έξι ποτηράκια σε μία περίπτωση, κάθε μέρα ή σχεδόν κάθε μέρα (Διάγραμμα 19).

Q19. Πόσο συχνά ξεπερνάτε τα όρια;

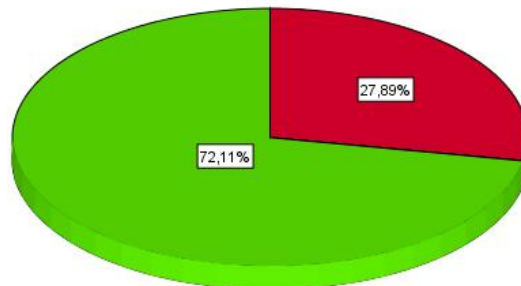


Διάγραμμα 20 Πόσο συχνά ξεπερνάτε τα όρια;

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να απαντήσουν πόσο συχνά θεωρούσαν πως ξεπερνούν τα όρια. Το 46% των νέων απάντησαν πως σπάνια ξεπερνούν τα όρια, ενώ το 39% δήλωσαν πως δεν ξεπερνούσαν τα όρια ποτέ. Η εκτίμηση των νέων ως προς το κατά πόσο συχνά ξεπερνούν τα όρια, δεν φαίνεται να είναι απόλυτα σωστή, αν αναλογιστούμε την εικόνα της προηγούμενης ερώτησης σχετικά με το πόσο συχνά πίνουν έξι ή περισσότερα ποτηράκια σε μία περίπτωση. Το 8% των νέων παραδέχτηκαν πως ξεπερνούσαν τα όρια συχνά, ενώ το 7% των νέων δήλωσαν πως ξεπερνούσαν τα όρια πολύ συχνά (Διάγραμμα 20).

Q20.1. Έχετε μεθύσει ποτέ ελαφριά;

■ Όχι
■ Ναι

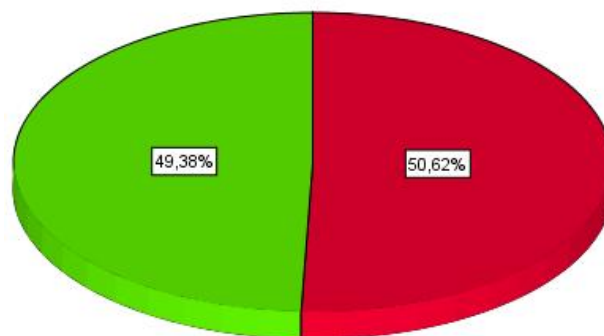


Διάγραμμα 21 Έχετε μεθύσει ποτέ ελαφριά;

Οι νέοι που συμμετείχαν στην έρευνα ρωτήθηκαν αν είχαν ποτέ μεθύσει ελαφριά. Το 72% περίπου των νέων είχαν μεθύσει έστω μία φορά ελαφριά. Αντίθετα το 28% δήλωσαν πως δεν είχαν μεθύσει ποτέ, ούτε σε ελαφριά μορφή (Διάγραμμα 21).

Q20.2. Έχετε μεθύσει ποτέ βαριά;

■ Όχι
■ Ναι

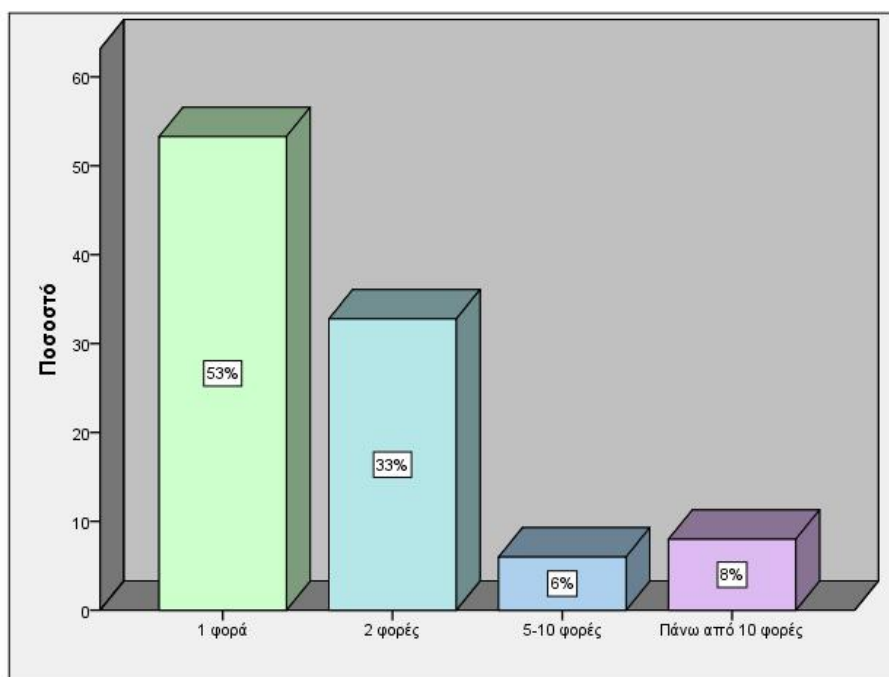


Διάγραμμα 22 Έχετε μεθύσει ποτέ βαριά;

Περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, δήλωσαν πως είχαν μεθύσει έστω μία φορά βαριά. Αντίθετα, λίγοι περισσότεροι

από τους μισούς δήλωσαν πως δεν είχαν μεθύσει ποτέ βαριά (Διάγραμμα 22).

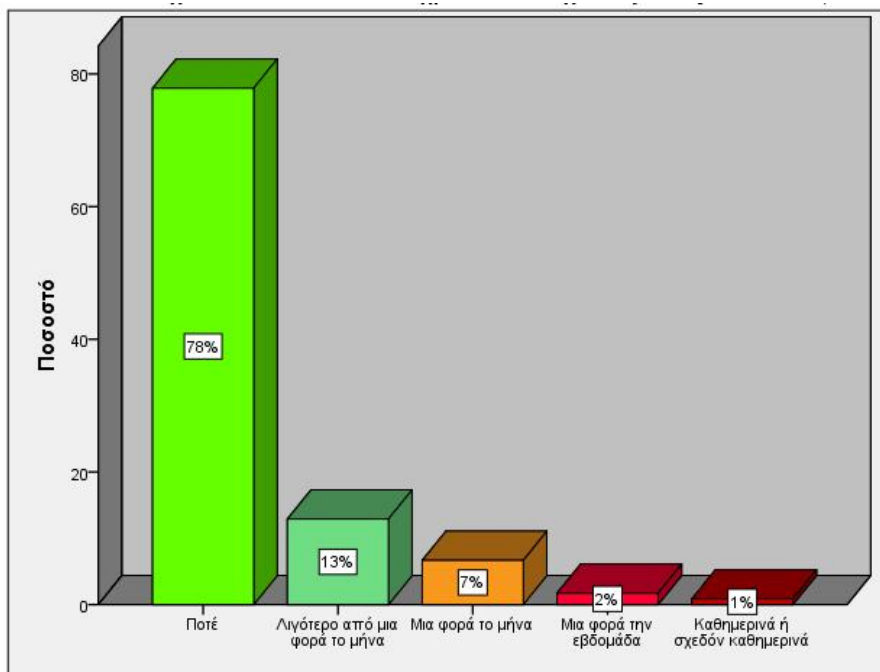
Q20.3. Πόσες φορές έχετε μεθύσει βαριά;



Διάγραμμα 23 Πόσες φορές έχετε μεθύσει βαριά;

Το 53% των νέων που δήλωσαν πως είχαν μεθύσει βαριά, δήλωσαν πως αυτό είχε συμβεί μία και μόνο φορά. Ένας στους τρεις ερωτώμενους απάντησαν πως είχαν μεθύσει βαριά 2 φορές. Το 6% απάντησαν πως αυτό είχε συμβεί από πέντε έως και 10 φορές, ενώ τέλος το 8% δήλωσαν πως είχαν μεθύσει βαριά πάνω από φορές, μέχρι τη στιγμή της έρευνας (Διάγραμμα 23).

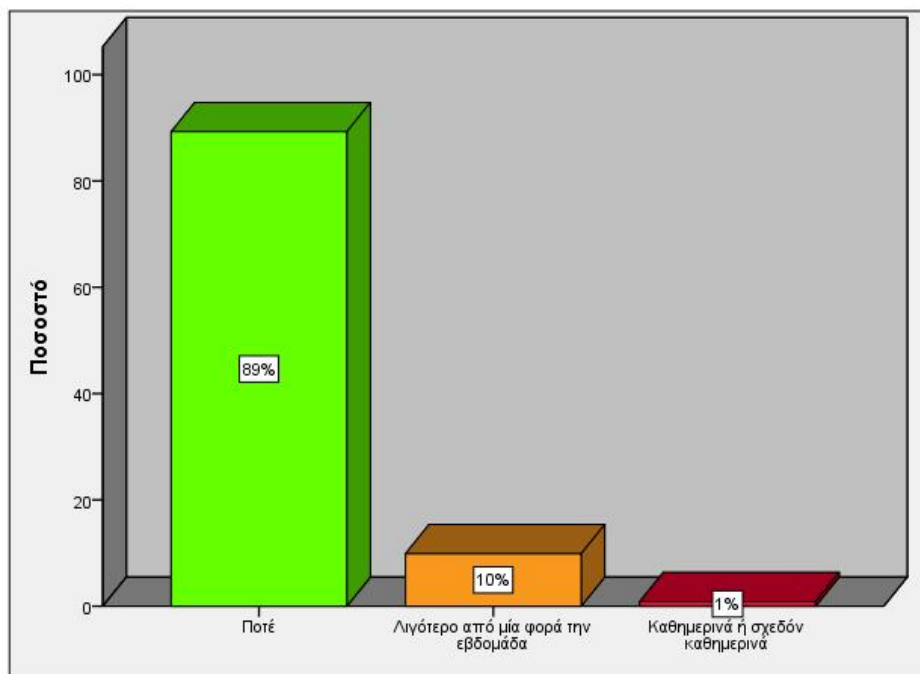
Q21. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο αποτύχατε εξ αιτίας του ποτού;



Διάγραμμα 24 Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο αποτύχατε εξ αιτίας του ποτού;

Η συντριπτική πλειοψηφία των νέων που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν πως ποτέ δεν είχαν αποτύχει εξ αιτίας του ποτού (78%). Αποτύγχαναν για λιγότερο από μία φορά το μήνα εξ αιτίας του ποτού, το 13% του δείγματος. Το 7% δήλωσαν πως τους συνέβαινε αυτό μία φορά το μήνα. Μόλις το 2% και το 1% του δείγματος απάντησαν πως αποτύγχαναν εξαιτίας του ποτού μία φορά την εβδομάδα ή καθημερινά αντίστοιχα (Διάγραμμα 24).

Q22. Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο χρειάστηκε ένα πρώτο ποτό το πρωί, προκειμένου να συνέλθετε μετά από μία κατάχρηση;

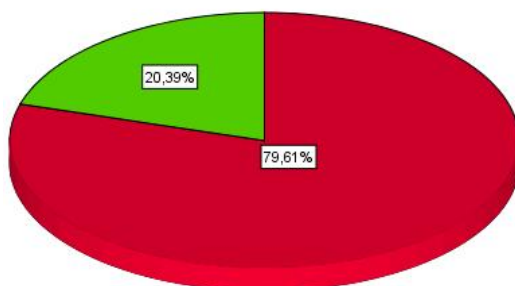


Διάγραμμα 25 Πόσο συχνά κατά τον τελευταίο χρόνο χρειάστηκε ένα πρώτο ποτό το πρωί, προκειμένου να συνέλθετε μετά από μία κατάχρηση;

Το 89% των νέων δήλωσαν πως δεν χρειάστηκε ποτέ κατά τον τελευταίο χρόνο πριν την έρευνα, να πουν ένα πρώτο ποτό το πρωί ώστε να συνέλθουν μετά από μία κατάχρηση. Ένας στους δέκα ερωτώμενους νέους δήλωσαν πως αυτό τους είχε συμβεί με συχνότητα λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα. Μόλις το 1% απάντησαν πως αυτό τους συνέβαινε καθημερινά (Διάγραμμα 25).

Q23. Έχετε τραυματιστεί εσείς ή κάποιος άλλος, εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ;

■ Όχι
■ Ναι

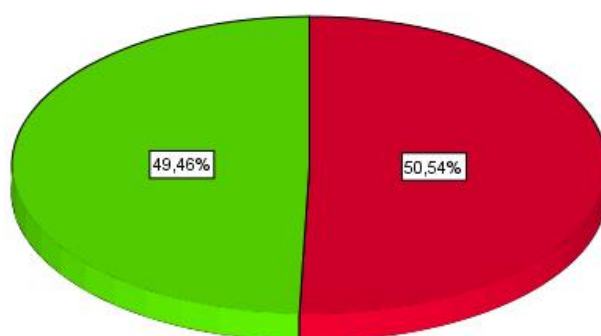


Διάγραμμα 26 Έχετε τραυματιστεί εσείς ή κάποιος άλλος εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ;

Περίπου ένας στους πέντε ερωτώμενους δήλωσε πως είχε τραυματιστεί ο ίδιος ή κάποιος άλλος εξαιτίας του ότι κατανάλωσε αλκοόλ. Το 80% περίπου δήλωσαν πως αυτό δεν είχε συμβεί ποτέ (Διάγραμμα 26).

Q24. Καταναλώνετε αλκοόλ με την οικογένειά σας;

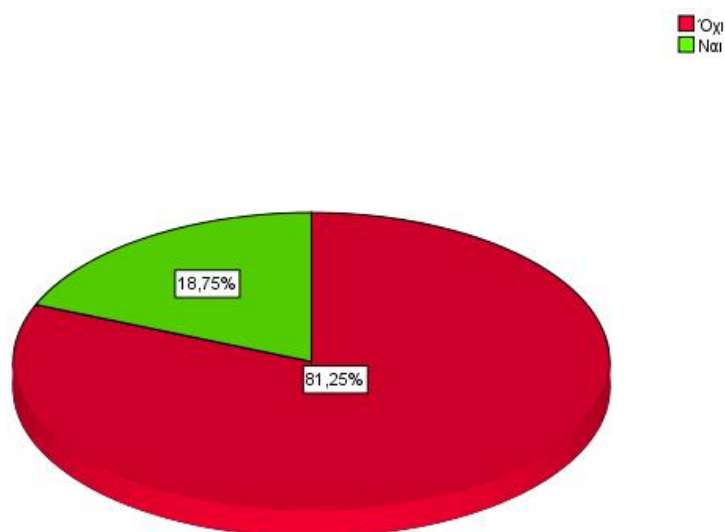
■ Όχι
■ Ναι



Διάγραμμα 27 Καταναλώνετε αλκοόλ με την οικογένειά σας;

Περίπου το 50% των νέων δήλωσαν πως καταναλώναν αλκοόλ μαζί με την οικογένειά τους. Οι υπόλοιποι μισοί απάντησαν πως αυτό δεν συνέβαινε (Διάγραμμα 27).

Q25. Έχετε κάποιον δικό σας που να αντιμετωπίζει προβλήματα αλκοολισμού;



Διάγραμμα 28 Έχετε κάποιον δικό σας που να αντιμετωπίζει προβλήματα αλκοολισμού;

Ρωτήθηκαν οι συμμετέχοντες αν είχαν κάποιον δικό τους που να αντιμετώπιζε προβλήματα αλκοολισμού. Το 19% περίπου του δείγματος απάντησαν πως είχαν κάποιον δικό τους με τέτοιου είδους προβλήματα. Αντίθετα, το 81% περίπου των νέων απάντησαν πως δεν είχαν κάποιον δικό τους που να αντιμετωπίζει τέτοιου είδους προβλήματα (Διάγραμμα 28).

B3. ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι υποθέσεων, έτσι ώστε να διαπιστωθεί αν κάποιοι παράγοντες καθορίζουν τις συνήθειες και τις συμπεριφορές των νέων ως προς την κατανάλωση αλκοόλ. Οι παράγοντες που ελέγχθηκε αν διαφοροποιούν τις απαντήσεις των νέων σχετικά με τη κατανάλωση αλκοόλ που έκαναν είναι το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων τους και η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους γονείς τους.

A. Προσδιοριστικός Παράγοντας: Φύλο

Έλεγχος 1: Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ, ως προς τον παράγοντα φύλο

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Πόσο συχνά καταναλώνεται αλκοόλ are the same across categories of Φύλο.	Independent-Samples Median Test	,055	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 1 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ ως προς το φύλο

Ως προς το πρώτο έλεγχο ελέγχθηκε αν οι διάμεσοι των απαντήσεων ανάμεσα στα δύο φύλα ήταν στατιστικά ίσες ή διάφορες. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου, η p-value είναι μεγαλύτερη από 0,05 και συνεπώς δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση του ελέγχου. Άρα οι απαντήσεις των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα φύλο (Έλεγχος Υπόθεσης 1).

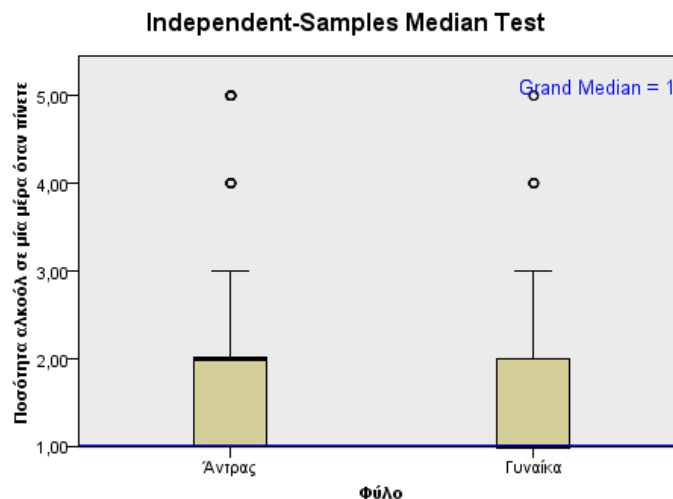
Έλεγχος 2: Ποσότητα αλκοόλ σε μία μέρα, ως προς τον παράγοντα φύλο

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
3	The medians of Ποσότητα αλκοόλ σε μία μέρα όταν πίνετε are the same across categories of Φύλο.	Independent-Samples Median Test	,001	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 2 Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ ως προς το φύλο

Ελέγχθηκε αν διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά η ποσότητα αλκοόλ που καταναλώναν οι νέοι ως προς τον παράγοντα φύλο. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του παραπάνω ελέγχου (Έλεγχος Υπόθεσης 2), η p-value είναι μικρότερη από 0,05 , συνεπώς οι διάμεσοι των απαντήσεων μεταξύ των ανδρών και των γυναικών διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά. Οι άνδρες συμμετέχοντες είχαν στατιστικά μεγαλύτερη διάμεσο, ως προς τη ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ σε σχέση με τις γυναίκες (Διάγραμμα 29).



Διάγραμμα 29 Ποσότητα αλκοόλ ανάμεσα στα δύο φύλα

Έλεγχος 3: Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε, ως προς τον παράγοντα φύλλο

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
5	The medians of Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε; are the same across categories of Φύλο.	Independent-Samples Median Test	,534	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 3 Ηλικία κατανάλωσης ως προς το φύλο

Οι απαντήσεις στην ερώτηση σχετικά με την ηλικία που ξεκίνησαν οι νέοι να καταναλώνουν αλκοόλ, δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά ως προς τον παράγοντα φύλο, σύμφωνα με το αποτέλεσμα του παραπάνω ελέγχου (Έλεγχος Υπόθεσης 3).

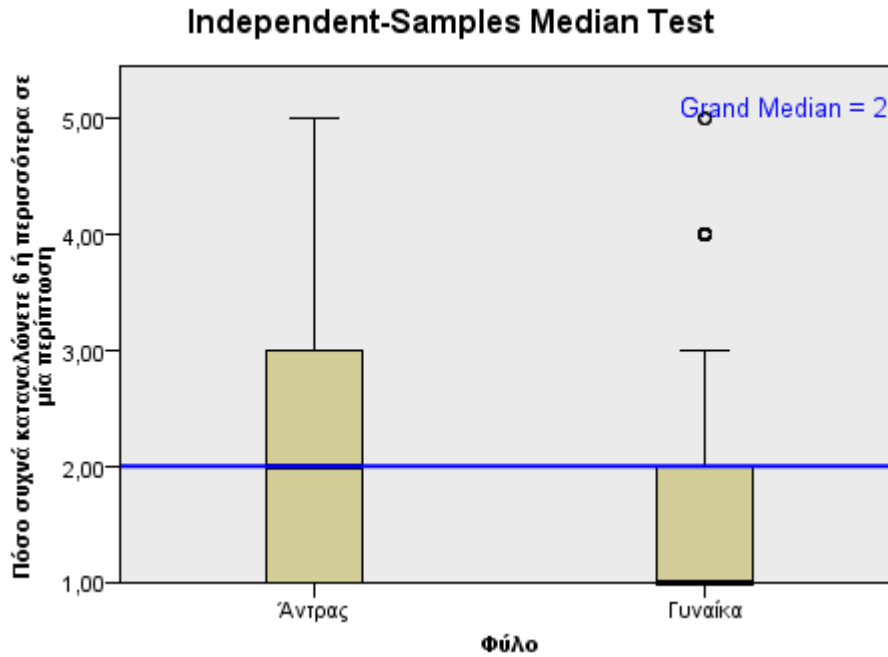
Έλεγχος 4: Πόσο συχνά καταναλώνεται 6 ή περισσότερα ποτά σε μία περίπτωση, ως προς τον παράγοντα φύλο

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
7	The medians of Πόσο συχνά καταναλώνετε 6 ή περισσότερα σε μία περίπτωση are the same across categories of Φύλο.	Independent-Samples Median Test	,001	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 4 Αυξημένη κατανάλωση ως προς το φύλο

Η συχνότητα κατανάλωσης 6 ή περισσότερων ποτών σε μία μόνο περίπτωση, διαφοροποιήθηκε ανάμεσα στα δύο φύλα στατιστικά σημαντικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω ελέγχου (Έλεγχος Υπόθεσης 4). Από τα θηκογράμματα των απαντήσεων ανάμεσα στα δύο φύλα, συμπεραίνουμε πως οι άντρες ερωτώμενοι παρουσιάζονται να κάνουν με μεγαλύτερη συχνότητα αυξημένη κατανάλωση, σε σχέση με τις γυναίκες (Διάγραμμα 30).



Διάγραμμα 30 Αυξημένη κατανάλωση ως προς το φύλο

Έλεγχος 5: Πόσο συχνά ξεπερνάτε τα όρια, ως προς τον παράγοντα φύλο

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
9	The medians of Πόσο συχνά ξεπερνάτε τα όρια; are the same across categories of Φύλο.	Independent-Samples Median Test	,002	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 5 Ξεπερνάτε τα όρια ως προς τον παράγοντα φύλο

Οι απαντήσεις των νέων, ως προς τη συχνότητα που ξεπερνούν τα όρια με τη κατανάλωση αλκοόλ, διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στα δύο φύλα (Έλεγχος Υπόθεσης 5). Οι άνδρες απάντησαν πως ξεπερνούν τα όρια εντονότερα σε σχέση με τις γυναίκες.

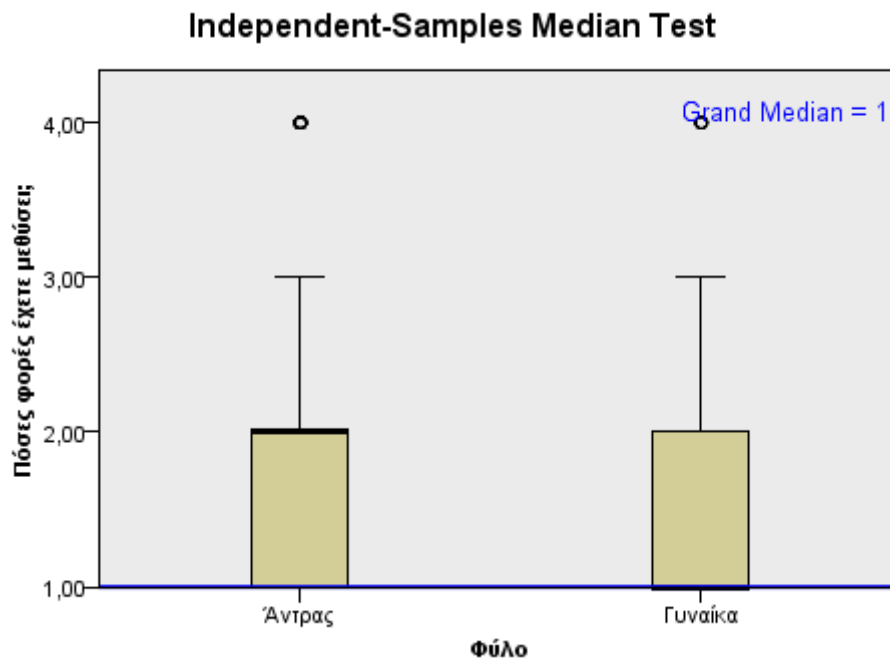
Έλεγχος 6: Πόσες φορές έχετε μεθύσει, ως προς τον παράγοντα φύλο

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
11	The medians of Πόσες φορές έχετε μεθύσει; are the same across categories of Φύλο.	Independent-Samples Median Test	,001	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 6 Φορές που έχετε μεθύσει ως προς το φύλο

Ρωτήθηκαν οι νέοι συμμετέχοντες στην έρευνα, πόσες φορές είχαν μεθύσει. Οι διάμεσοι των απαντήσεων ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες είναι στατιστικά διάφορες, σύμφωνα με το αποτέλεσμα του παραπάνω ελέγχου (**Έλεγχος Υπόθεσης 6**). Οι άντρες ερωτώμενοι δήλωσαν πως είχαν μεθύσει περισσότερες φορές από ότι οι γυναίκες (**Διάγραμμα 31**).



Διάγραμμα 31 Φορές που έχετε μεθύσει ως προς το φύλο

B. Προσδιοριστικός Παράγοντας: Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα

Έλεγχος 1: Πόσο συχνά καταναλώνεται αλκοόλ, ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Πόσο συχνά καταναλώνεται αλκοόλ are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα.	Independent-Samples Median Test	,368	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 7 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα δεν φαίνεται να καθόρισε τις απαντήσεις των νέων σχετικά με το πόσο συχνά κατανάλωναν αλκοόλ, σύμφωνα με το αποτέλεσμα του παραπάνω ελέγχου (Έλεγχος Υπόθεσης 7).

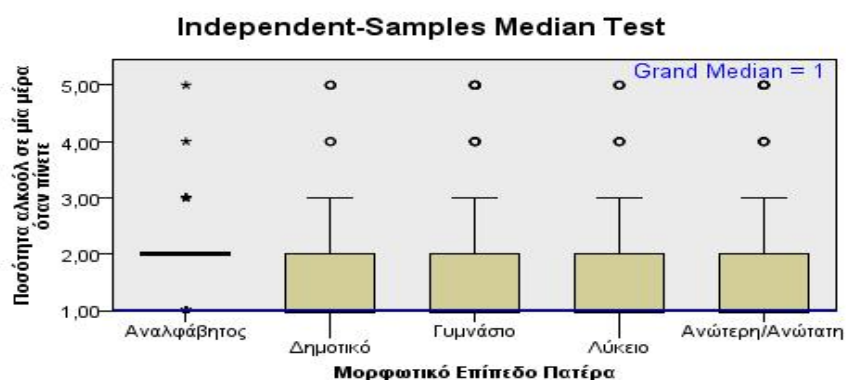
Έλεγχος 2: Ποσότητα αλκοόλ σε μία μέρα, ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
	The medians of Ποσότητα αλκοόλ σε μία μέρα όταν πίνετε are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα.	Independent-Samples Median Test	,000	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 8 Ποσότητα αλκοόλ ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

Οι απαντήσεις των νέων που συμμετείχαν στην έρευνα, φαίνεται να διαφοροποιούνται ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρας τους (Έλεγχος Υπόθεσης 8). Τα άτομα που είχαν πατέρα αναλφάβητο

καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ σε σχέση με τους υπόλοιπους (Διάγραμμα 32).



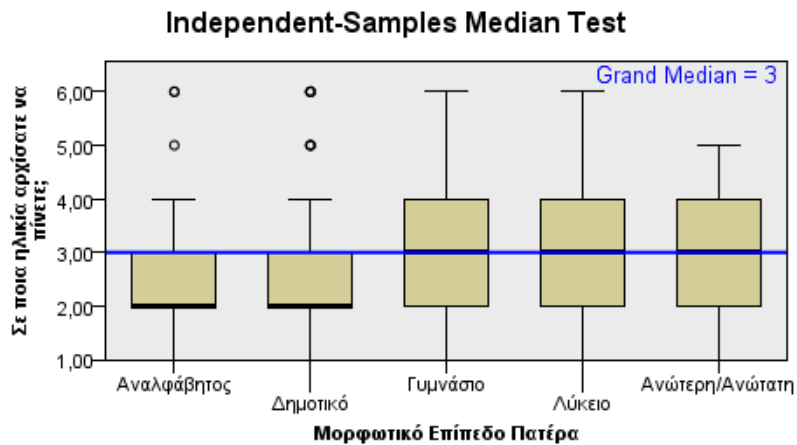
Διάγραμμα 32 Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

Έλεγχος 3: Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε, ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

Hypothesis Test Summary			
Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The medians of Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε; are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα.	Independent-Samples Median Test	,001	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 9 Ηλικία κατανάλωσης αλκοόλ και μορφωτικό επίπεδο πατέρα

Επίσης το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα φαίνεται να επιδρά στατιστικά σημαντικά στις απαντήσεις των νέων σχετικά με την ηλικία που ξεκίνησαν να καταναλώνουν αλκοόλ (Έλεγχος Υπόθεσης 9). Όσο χαμηλότερο το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, τόσο νωρίτερα φαίνεται να ξεκινούν οι νέοι τη κατανάλωση αλκοόλ (Διάγραμμα 33).



Διάγραμμα 33 Ηλικία κατανάλωσης αλκοόλ και μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

Έλεγχος 4: Πόσο συχνά καταναλώνεται 6 ή περισσότερα ποτά σε μία και μόνο περίπτωση, ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

Hypothesis Test Summary

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The medians of Πόσο συχνά καταναλώνετε 6 ή περισσότερα σε μία περίπτωση are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα.	Independent-Samples Median Test	.609	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 10 Υπερκατανάλωση αλκοόλ και μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

Σύμφωνα με τον παραπάνω έλεγχο (**Έλεγχος Υπόθεσης 10**), οι απαντήσεις των νέων δεν διαφοροποιήθηκαν ως προς το μορφωτικό επίπεδο των πατεράδων τους, σχετικά με τη συνήθειά τους για υπερκατανάλωση αλκοόλ.

Έλεγχος 5: Πόσο συχνά ξεπερνάτε τα όρια, ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

Hypothesis Test Summary

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The medians of Πόσο συχνά ξεπερνάτε τα όρια; are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα.	Independent-Samples Median Test	,230	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 11 Φορές που ξεπερνιόνται τα όρια ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του παραπάνω ελέγχου δεν διαπιστώθηκε καμία διαφοροποίηση στις απαντήσεις των νέων ως προς το κατά πόσο συχνά ξεπερνούν τα όρια από τον παράγοντα του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα τους (Έλεγχος Υπόθεσης 11).

Έλεγχος 6: Πόσες φορές έχετε μεθύσει, ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
11	The medians of Πόσες φορές έχετε μεθύσει; are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο Πατέρα.	Independent-Samples Median Test	,240	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 12 Φορές που έχετε μεθύσει ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

Οι φορές που δήλωσαν πως έχουν μεθύσει οι νέοι, δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά από το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα τους. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από τον παραπάνω έλεγχο υπόθεσης (Έλεγχος Υπόθεσης 12).

Γ. Προσδιοριστικός Παράγοντας: Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας

Έλεγχος1: Πόσο συχνά καταναλώνεται αλκοόλ, ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
11	The medians of Πόσο συχνά καταναλώνεται αλκοόλ are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας.	Independent-Samples Median Test	,568	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 13 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρων των συμμετεχόντων δεν φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των νέων ως προς τη συχνότητα που καταναλώνουν αλκοόλ (Έλεγχος Υπόθεσης 13).

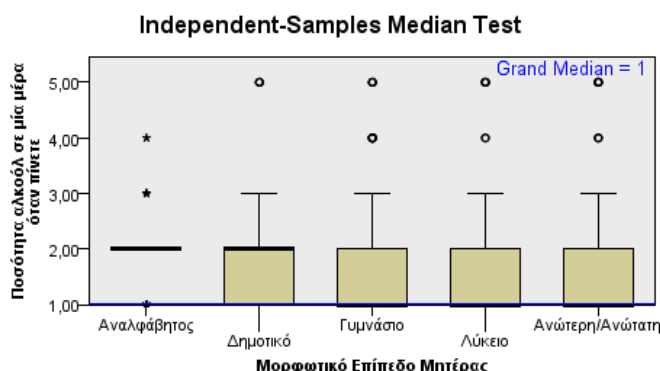
Έλεγχος 2: Ποσότητα αλκοόλ σε μια μέρα, ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
	The medians of Ποσότητα αλκοόλ σε μία μέρα όταν πίνετε are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας.	Independent-Samples Median Test	,000	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 14 Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ, ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, καθόρισε σε σημαντικό βαθμό τις απαντήσεις των νέων ως προς την ποσότητα αλκοόλ που δήλωναν πως καταναλώναν (Έλεγχος Υπόθεσης 14). Νέοι με μητέρες με χαμηλό

μορφωτικό επίπεδο τείνουν να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ (Διάγραμμα 34).



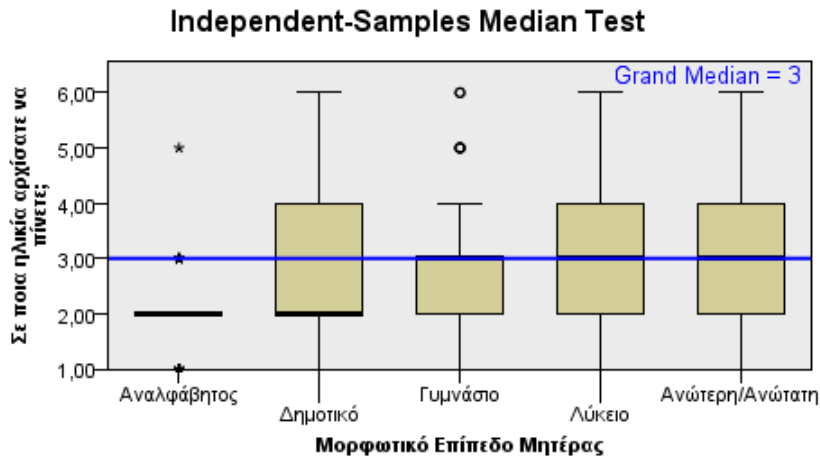
Διάγραμμα 34 Ποσότητα αλκοόλ ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Έλεγχος 3: Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε, σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
9	The medians of Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε; are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας.	Independent-Samples Median Test	,000	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 15 Ηλικία κατανάλωσης ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας καθορίζει σε σημαντικό βαθμό τις απαντήσεις των νέων ως προς την ηλικία που ξεκίνησαν να καταναλώνουν αλκοόλ(Έλεγχος Υπόθεσης 15). Οι νέοι των οποίων οι μητέρες είχαν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, τείνουν να ξεκινούν να καταναλώνουν αλκοόλ σε μικρότερη ηλικία σε σχέση με τους υπόλοιπους (Διάγραμμα 35).



Διάγραμμα 35 Ηλικία κατανάλωσης αλκοόλ και μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Έλεγχος 4: Πόσο συχνά καταναλώνεται 6 ή περισσότερα ποτήρια αλκοόλ σε μία περίπτωση, ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
3	The medians of Πόσο συχνά καταναλώνετε 6 ή περισσότερα σε μία περίπτωση are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας.	Independent-Samples Median Test	,673	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 16 Υπερκατανάλωση αλκοόλ ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας δεν φαίνεται, από τον παραπάνω έλεγχο, να επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των νέων, σχετικά με τη συχνότητα υπερκατανάλωσης αλκοόλ (**Έλεγχος Υπόθεσης 16**).

Έλεγχος 5: Πόσο συχνά ξεπερνάτε τα όρια, ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
5	The medians of Πόσο συχνά ξεπερνάτε τα όρια; are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας.	Independent-Samples Median Test	,615	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 17 Κατανάλωση αλκοόλ πέρα από τα όρια, ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των νέων ως προς το κατά πόσο συχνά υπερέβαιναν τα όρια κατανάλωσης αλκοόλ (Έλεγχος Υπόθεσης 17).

Έλεγχος 6: Πόσες φορές έχετε μεθύσει, ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
7	The medians of Πόσες φορές έχετε μεθύσει; are the same across categories of Μορφωτικό Επίπεδο Μητέρας.	Independent-Samples Median Test	,140	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 18 Φορές που έχετε μεθύσει ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

Τέλος, όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων των συμμετεχόντων στην έρευνα, δεν επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των νέων ως προς τη δήλωσή τους σχετικά με τις φορές που είχαν μεθύσει, μέχρι τη στιγμή της έρευνας (Έλεγχος Υπόθεσης 18).

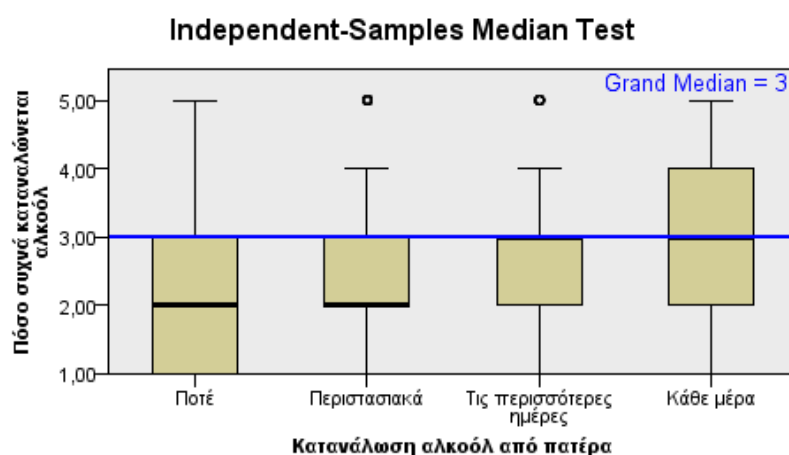
Δ. Προσδιοριστικός Παράγοντας: Κατανάλωση αλκοόλ από τον πατέρα

Έλεγχος 1: Πόσο συχνά καταναλώνεται αλκοόλ, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τον πατέρα

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
11	The medians of Πόσο συχνά καταναλώνεται αλκοόλ are the same across categories of Κατανάλωση αλκοόλ από πατέρα.	Independent-Samples Median Test	,019	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 19 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τον πατέρα

Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους πατέρες των νέων, επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των νέων σχετικά με τη δική τους συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ (Έλεγχος Υπόθεσης 19). Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους νέους φαίνεται να αυξάνει, όσο αυξάνει η συχνότητα κατανάλωσης των πατεράδων τους (Διάγραμμα 36).



Διάγραμμα 36 Κατανάλωση αλκοόλ των νέων ως προς τη κατανάλωση αλκοόλ των πατεράδων

Έλεγχος 2: Ποσότητα αλκοόλ σε μια μέρα, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τον πατέρα

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Ποσότητα αλκοόλ σε μία μέρα όταν πίνετε are the same across categories of Κατανάλωση αλκοόλ από πατέρα.	Independent-Samples Median Test	,253	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 20 Ποσότητα αλκοόλ ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τον πατέρα

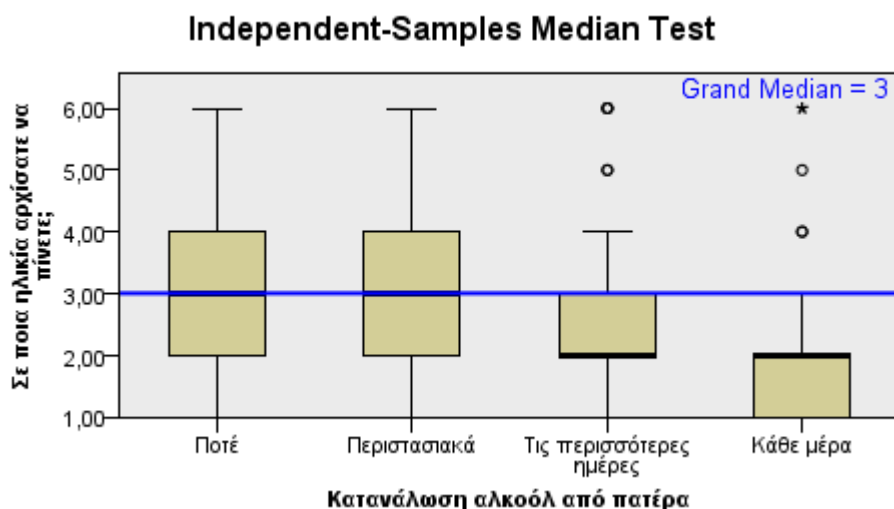
Η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους νέους, δεν φαίνεται να επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από τη συχνότητα με την οποία κατανάλωναν αλκοόλ οι πατεράδες των νέων (Έλεγχος Υπόθεσης 20).

Έλεγχος 3: Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τον πατέρα

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
	The medians of Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε; are the same across categories of Κατανάλωση αλκοόλ από πατέρα.	Independent-Samples Median Test	,000	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 21 Ηλικία κατανάλωσης αλκοόλ, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τον πατέρα

Η ηλικία που ξεκίνησαν οι νέοι να καταναλώνουν αλκοόλ φαίνεται, από τον παραπάνω έλεγχο, να επηρεάζεται σημαντικά από τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους πατεράδες των νέων (Έλεγχος Υπόθεσης 21). Όσο συχνότερα κατανάλωναν αλκοόλ οι πατεράδες των νέων, τόσο μικρότεροι σε ηλικία ξεκίνησαν να καταναλώνουν αλκοόλ οι νέοι (Διάγραμμα 37).



Διάγραμμα 37 Ηλικία κατανάλωσης αλκοόλ και συχνότητα κατανάλωσης από τον πατέρα

Έλεγχος 4: Πόσο συχνά καταναλώνεται 6 ή περισσότερα ποτήρια αλκοόλ σε μία μόνο περίπτωση, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τον πατέρα

Hypothesis Test Summary				
Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision	
The medians of Πόσο συχνά καταναλώνετε 6 ή περισσότερα σε μία περίπτωση are the same across categories of Κατανάλωση αλκοόλ από πατέρα.	Independent-Samples Median Test	,073	Retain the null hypothesis.	

Έλεγχος Υπόθεσης 22 Υπερκατανάλωση αλκοόλ ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ του πατέρα

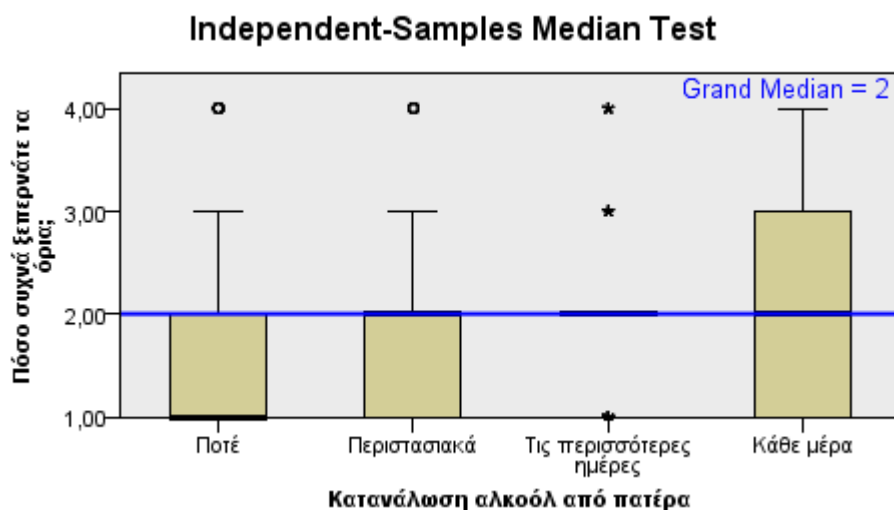
Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους πατεράδες των ερωτώμενων, δεν φαίνεται να επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των νέων ως προς τη συχνότητα υπερκατανάλωσης αλκοόλ (Έλεγχος Υπόθεσης 22).

Έλεγχος 5: Πόσο συχνά ξεπερνάτε τα όρια, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τον πατέρα

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
5	The medians of Πόσο συχνά ξεπερνάτε τα όρια; are the same across categories of Κατανάλωση αλκοόλ από πατέρα.	Independent-Samples Median Test	,003	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 23 Κατανάλωση αλκοόλ πέραν των ορίων ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους πατεράδες

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του παραπάνω ελέγχου, η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους πατεράδες των νέων, φαίνεται να επηρέασε τις απαντήσεις τους ως προς το κατά πόσο συχνά ξεπερνούσαν τα όρια στην κατανάλωση αλκοόλ (Έλεγχος Υπόθεσης 23). Οι νέοι των οποίων ο πατέρας δεν κατανάλωνε ποτέ αλκοόλ, τείνουν να ξεπερνούν σε μικρότερο βαθμό τα όρια σε σχέση με τους υπόλοιπους (Διάγραμμα 38).



Διάγραμμα 38 Κατανάλωση αλκοόλ πέραν των ορίων και συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους πατεράδες

Έλεγχος 6: Πόσες φορές έχετε μεθύσει, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τον πατέρα.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
7	The medians of Πόσες φορές έχετε μεθύσει; are the same across categories of Κατανάλωση αλκοόλ από πατέρα.	Independent-Samples Median Test	,087	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 24 Φορές που μέθυσαν, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους πατεράδες

Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους πατεράδες των νέων που συμμετείχαν στην έρευνα, δεν επηρέασε σημαντικά τις απαντήσεις των νέων ως προς το πόσες φορές είχαν μεθύσει μέχρι τη στιγμή της έρευνας (Έλεγχος Υπόθεσης 24).

Ε. Προσδιοριστικός Παράγοντας: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα

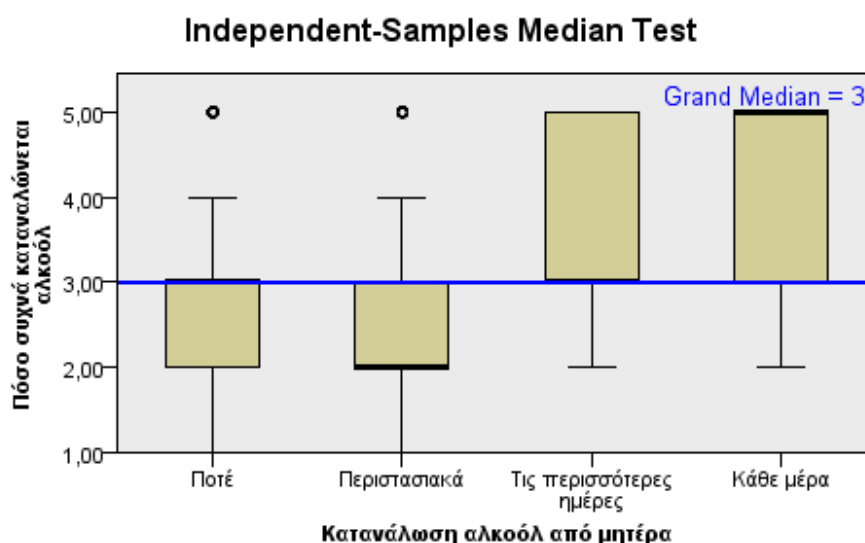
Έλεγχος1: Πόσο συχνά καταναλώνεται αλκοόλ, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
11	The medians of Πόσο συχνά καταναλώνεται αλκοόλ are the same across categories of Κατανάλωση αλκοόλ από μητέρα.	Independent-Samples Median Test	,000	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 25 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ των νέων σε σχέση με τη συχνότητα κατανάλωσης των μητέρων τους

Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ των μητέρων των νέων που συμμετείχαν στην έρευνα, επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των ερωτώμενων σχετικά με τη συχνότητα που αυτή κατανάλωναν αλκοόλ (Έλεγχος Υπόθεσης 25). Οι νέοι, των οποίων οι μητέρες κατανάλωναν συχνότερα αλκοόλ, τείνουν να καταναλώνουν και

οι ίδιοι συχνότερα αλκοόλ, σε σχέση με τους υπόλοιπους (Διάγραμμα 39).



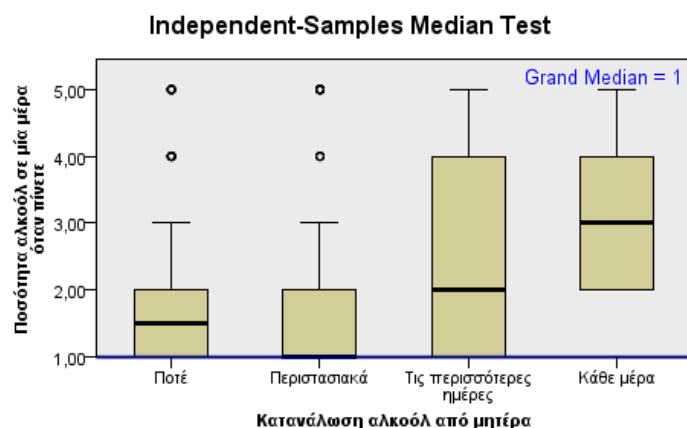
Διάγραμμα 39 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους νέους σε σχέση με τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ των μητέρων τους

Έλεγχος 2: Ποσότητα αλκοόλ σε μία μέρα, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Ποσότητα αλκοόλ σε μία μέρα όταν πίνετε are the same across categories of Κατανάλωση αλκοόλ από μητέρα.	Independent-Samples Median Test	,039	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 26 Ποσότητα αλκοόλ ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα

Η ποσότητα που δήλωσαν οι νέοι πως συνήθιζαν να καταναλώνουν φαίνεται να επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ των μητέρων των ερωτώμενων (Έλεγχος Υπόθεσης 26). Οι νέοι των οποίων οι μητέρες κάνουν συχνότερη κατανάλωση αλκοόλ, τείνουν και να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ σε σχέση με τους υπόλοιπους (Διάγραμμα 40).



Διάγραμμα 40 Ποσότητα αλκοόλ ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα

Έλεγχος 3: Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
9	The medians of Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε; are the same across categories of Κατανάλωση αλκοόλ από μητέρα.	Independent-Samples Median Test	,194	Retain the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 27 Ηλικία κατανάλωσης ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα

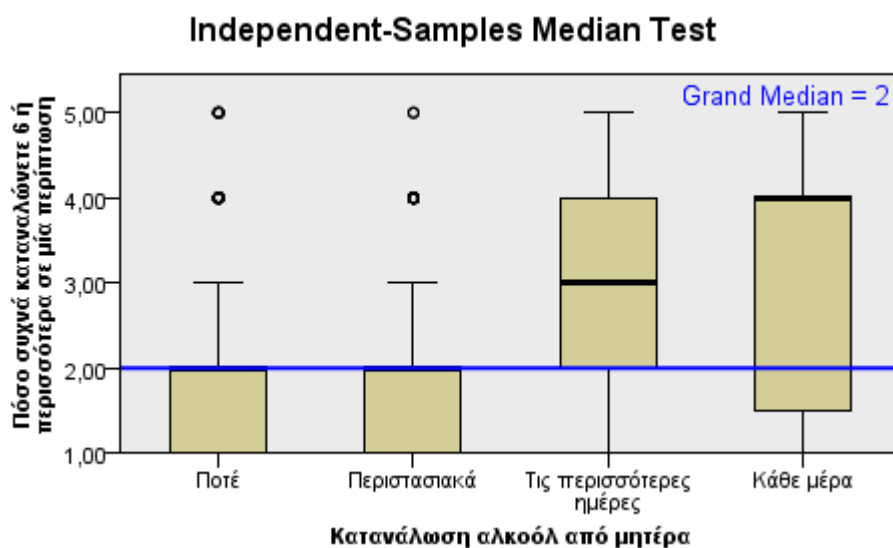
Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από την μητέρα των ερωτώμενων, δεν φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των δεύτερων ως προς την ηλικία που ξεκίνησαν να καταναλώνουν αλκοόλ (Έλεγχος Υπόθεσης 27).

Έλεγχος 4: Πόσο συχνά καταναλώνεται 6 ή περισσότερα ποτήρια αλκοόλ, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ της μητέρας

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
3	The medians of Πόσο συχνά καταναλώνετε 6 ή περισσότερα σε μία περίπτωση are the same across categories of Κατανάλωση αλκοόλ από μητέρα.	Independent-Samples Median Test	,000	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 28 Υπερκατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα

Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα των νέων, φαίνεται από τον παραπάνω έλεγχο, να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τους νέους ως προς τη συνήθεια υπερκατανάλωσης αλκοόλ (Έλεγχος Υπόθεσης 28). Οι νέοι των οποίων οι μητέρες καταναλώνουν αλκοόλ τις περισσότερες μέρες ή κάθε μέρα, τείνουν να κάνουν υπερκατανάλωση αλκοόλ εντονότερα από τους υπόλοιπους (Διάγραμμα 41).



Διάγραμμα 41 Υπερκατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα

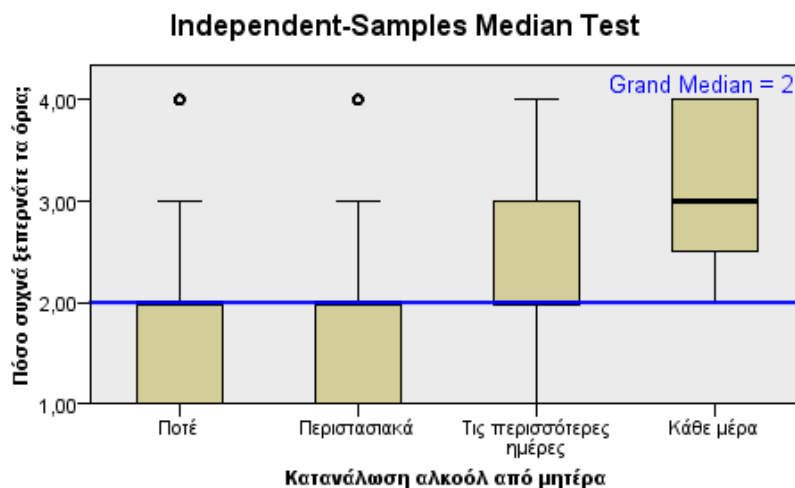
Έλεγχος 5: Πόσο συχνά ξεπερνάτε τα όρια, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
5	The medians of Πόσο συχνά ξεπερνάτε τα όρια; are the same across categories of Κατανάλωση αλκοόλ από μητέρα.	Independent-Samples Median Test	,000	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 29 Κατανάλωση αλκοόλ των νέων πέρα των ορίων, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα

Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τις μητέρες των νέων, φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις που έδωσαν οι ίδιοι ως προς τη συχνότητα κατά την οποία ξεφεύγουν από τα όρια καταναλώνοντας αλκοόλ (Έλεγχος Υπόθεσης 29). Οι νέοι των οποίων οι μητέρες καταναλώναν αλκοόλ τις περισσότερες μέρες ή κάθε μέρα εμφανίζονται να ξεφεύγουν συχνότερα από τα όρια σε σχέση με τους υπόλοιπους (Διάγραμμα 42).



Διάγραμμα 42 Κατανάλωση αλκοόλ των νέων πέρα των ορίων, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα

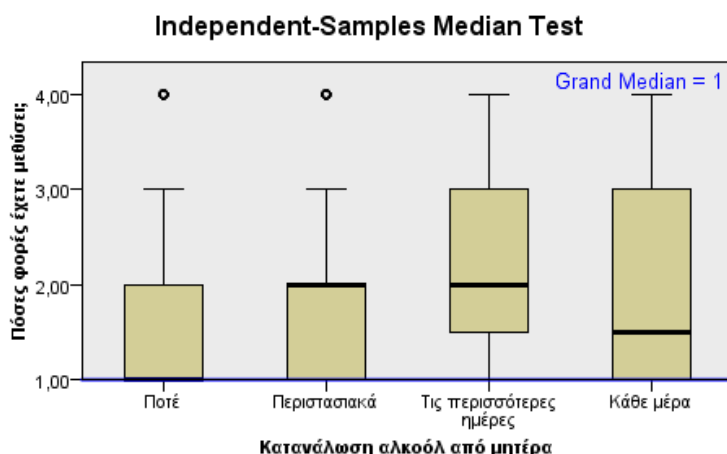
Έλεγχος 6: Πόσες φορές έχετε μεθύσει, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τη μητέρα.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
7	The medians of Πόσες φορές έχετε μεθύσει; are the same across categories of Κατανάλωση αλκοόλ από μητέρα.	Independent-Samples Median Test	.018	Reject the null hypothesis.

Έλεγχος Υπόθεσης 30 Φορές που έχουν μεθύσει οι νέοι ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τις μητέρες τους

Η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τις μητέρες των νέων, φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις φορές που αυτοί δήλωσαν πως έχουν μεθύσει (Έλεγχος Υπόθεσης 30). Οι νέοι των οποίων οι μανάδες κατανάλωναν αλκοόλ περιστασιακά ή τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, τείνουν να έχουν μεθύσει περισσότερες φορές από τους υπόλοιπους (Διάγραμμα 43).



Διάγραμμα 43 Φορές που έχουν μεθύσει οι νέοι ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τις μητέρες τους

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθούν οι τάσεις, οι στάσεις και οι συμπεριφορές των νέων ως προς την κατανάλωση αλκοόλ. Το δείγμα που συλλέχθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας περιλαμβάνει τόσο άντρες όσο και γυναίκες, σύμφωνα με τις αναλογίες που ισχύουν και στον πληθυσμό της περιοχής. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι τα 21 έτη, ενώ η πλειοψηφία ήταν μη οικονομικά ενεργοί, τη στιγμή της έρευνας. Οι περισσότεροι από τους νέους είχαν ολοκληρώσει ή φοιτούσαν στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, ενώ επίσης ιδιαίτερα αυξημένο θεωρείται το μορφωτικό επίπεδο των γονέων τους.

Τα 76% των νέων δήλωσαν πως κατανάλωναν γενικότερα αλκοόλ και το 70% ότι συνέχιζαν να καταναλώνουν και κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο, πριν τη διεξαγωγή της έρευνας. Το 54% του δείγματος ήταν καπνιστές τη στιγμή της έρευνας, ενώ το 18% είχαν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών. Εφτά στους δέκα νέους (70%) είχαν ξεκινήσει να καταναλώνουν αλκοόλ πριν συμπληρώσουν τα 18 έτη. Στην πλειοψηφία τους έπιναν αλκοόλ δύο με τρεις φορές την εβδομάδα, από ένα με δύο ποτηράκια. Επίσης αξίζει να αναφερθεί πως το 53% των νέων κατανάλωναν 6 ή περισσότερα ποτά σε μία μόνο περίπτωση τουλάχιστον μία φορά το μήνα. Παρόλα αυτά μόλις το 15% των νέων θεωρούν ότι ξεπερνούν συχνά τα όρια, ως προς την κατανάλωση αλκοόλ.

Το 25% περίπου των πατεράδων των νέων που συμμετείχαν στην έρευνα κατανάλωναν συχνά αλκοόλ στην καθημερινότητά τους. Το ποσοστό αυτό είναι σαφώς μικρότερο σε ότι αφορά τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τις μητέρες των νέων (7%). Περίπου οι μισοί νέοι (49%) δήλωσαν πως κατανάλωναν αλκοόλ μαζί με την οικογένειά τους.

Το 72% των νέων που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν μεθύσει κάποια στιγμή ελαφριά, ενώ λίγοι περισσότεροι από τους μισούς δήλωσαν πως είχαν μεθύσει και βαριά. Για το 88% των νέων οι οποίοι δήλωσαν πως είχαν μεθύσει, αυτό είχε συμβεί έως και δύο φορές μέχρι τη στιγμή της έρευνας.

Η πλειοψηφία των νέων δεν θεωρεί πως είχε αποτύχει εξαιτίας του ποτού, το τελευταίο διάστημα και ούτε ότι χρειαζόταν ένα πρώτο ποτό το πρωί, ώστε να συνέλθει από μία πρότερη κατάχρηση. Το 20% των συμμετεχόντων είχαν τραυματιστεί, είτε οι ίδιοι είτε κάποιος γνωστός τους, εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ, ενώ παρόμοιο είναι το ποσοστό των νέων που δήλωσαν ότι γνώριζαν κάποιο άτομο που να αντιμετωπίζει προβλήματα αλκοολισμού.

Σημαντικά επίσης ήταν τα συμπεράσματα στην παρούσα έρευνα από τη πολυμεταβλητή ανάλυση που πραγματοποιήθηκε. Ο παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει πιο πολύ από όλους τη συμπεριφορά των νέων, ως προς την κατανάλωση αλκοόλ, ήταν τα πρότυπα που λάμβαναν από την οικογένειά τους.

Παρατηρήθηκαν επίσης αρκετές διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι οι άντρες καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ σε μία μέρα, κάνουν συχνότερα υπερκατανάλωση αλκοόλ σε μία και μόνο έξοδό τους, ξεπερνούν πιο συχνά τα όρια και έχουν μεθύσει περισσότερες φορές σε σχέση με τις νέες γυναίκες.

Ο παράγοντας που φαίνεται να επιδρά σημαντικά στις συνήθειες των νέων, είναι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων τους. Το μορφωτικό επίπεδο, τόσο του πατέρα όσο και της μητέρας των νέων, καθόρισε σε σημαντικό βαθμό τη ποσότητα αλκοόλ που καταλάωναν οι νέοι σε μια μέρα, καθώς και την ηλικία που ξεκίνησαν να καταναλώνουν αλκοόλ. Όσο χαμηλότερο το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, τόσο μεγαλύτερη η

ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ από τους νέους και τόσο μικρότερη η ηλικία κατά την οποία ξεκίνησαν να καταναλώνουν αλκοόλ.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω όμως, ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει τις συνήθειες των νέων είναι τα πρότυπα που λαμβάνουν από τους γονείς τους. Οι νέοι των οποίων οι πατεράδες έκαναν συχνότερη κατανάλωση αλκοόλ εμφανίστηκαν να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ, να καταναλώνουν συχνότερα αλκοόλ και να ξεκινούν την κατανάλωση σε μικρότερη ηλικία. Οι νέοι, των οποίων οι πατεράδες δεν κατανάλωναν ποτέ αλκοόλ, εμφανίστηκαν να κάνουν σπανιότερα υπερκατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Σημαντικότερη όμως φαίνεται να είναι η επίδραση των συνηθειών των μητέρων των νέων ως προς τη συμπεριφορά τους. Οι νέοι, των οποίων οι μητέρες έκαναν συχνή κατανάλωση αλκοόλ, εμφανίστηκαν να κάνουν μεγαλύτερη και συχνότερη κατανάλωση αλκοόλ, να ξεπερνούν συχνότερα τα όρια και να έχουν μεθύσει περισσότερες φορές σε σχέση με τους υπόλοιπους των οποίων οι μητέρες δεν κατανάλωναν τόσο συχνά αλκοόλ.

Από τα παραπάνω ευρήματα της παρούσας έρευνας, είναι εύκολα κατανοητό πως οι νέοι καταναλώνουν αρκετά συχνά αλκοόλ και σε πολλές περιπτώσεις ξεπερνούν τα όρια, χωρίς όμως να δέχονται ότι τα ξεπερνούν. Ξεκινούν από αρκετά μικρή ηλικία να καταναλώνουν αλκοόλ και ήδη σε νεαρή ηλικία είναι μεγάλο το ποσοστό αυτών που έχουν μεθύσει είτε ελαφριά είτε βαριά. Τα πρότυπα που λαμβάνουν από τους γονείς, αλλά και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που φάνηκε να επηρεάζουν τις συνήθειες των νέων, σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ. Είναι σημαντικό να χρησιμοποιηθούν τα παραπάνω ευρήματα ώστε να γίνει κατανοητό από τους επαγγελματίες υγείας ότι έχει μεγάλη σημασία η ενημέρωση των

γονέων, ώστε να πειστούν ότι η συμπεριφορά τους μπορεί να επιδράσει είτε θετικά είτε αρνητικά στην υγεία και τη συμπεριφορά των παιδιών τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ø Ποταμιανός, Γεώργιος, (2005), Νόμιμες Ουσίες Εξαρτήσεις: Αλκοόλ, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Ø Ποταμιανός, Γεώργιος, (2005), Αλκοόλ: Επιστημονικά δεδομένα για την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και τη θεραπεία, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα
- Ø Αλυσσανδράκης, Κωνσταντίνος, (2002), Άνθρωπος και Αλκοόλ, Ηράκλειο, Εκδόσεις: Σύλλογος απεξάρτησης από το αλκοόλ «Επιστροφή», Αθήνα
- Ø Μαλλιώρα, Μαρία, (2008), Λεξικό αναφερόμενο στο αλκοόλ και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- Ø Μπικηρόπουλος, Θεόδωρος, (2015), Αλκοόλ-Αλκοολισμός, Εκδόσεις: Όστρια, Αθήνα
- Ø Τυροδήμος, Ηλίας, (2009) Αλκοολισμός, Εκδόσεις Βήτα, Θεσσαλονίκη
- Ø Πασχαλίδης, Δημήτριος, (2007), Μάθετε για το αλκοόλ και τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτά, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα
- Ø Λιάππας, Βασίλειος, (2004), Ουσιοεξαρτήσεις, Εκδόσεις Σύγχρονα θέματα, Αθήνα
- Ø Λιάππας, Ιάκωβος, Πομίνη, Βασιλική, (2004), Ουσιοεξάρτηση, Εκδόσεις Σύγχρονα θέματα, Αθήνα
- Ø Μίχος, Νικόλαος, (2015), Αλκοόλ, Εκδόσεις Γαβριηλίδης, Αθήνα
- Ø Κοκκέβη, Αθηνά, Φωτίου, Αγγελική, (2008), Τρόπος Ζωής και αντίληψης, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

- Ø Τούντας Γ., (2002) Νέα Υγεία, Εκδόσεις: Σύγχρονα θέματα, Αθήνα
- Ø Ερευνητές (2002) Αλκοόλ από την εξάρτηση στην Θεραπεία, Εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα, Πάτρα
- Ø Ρίτσου, Α., (2004) Η νύχτα τις αιθυλικής αλκοόλης, Εκδόσεις: Ψυχογιός, Θεσσαλονίκη
- Ø Μαρινοπούλου, Μαρια, (2004) Η Εξαρτητική διαδικασία, Εκδόσεις: Χατζηνικολή, Αθήνα
- Ø Παπαγεωργίου, Ε., (2005) Εξαρτήσεις της ζωής, Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα
- Ø Αγγέλου Μ.,(2001) Η σχέση στην διαμόρφωση της ταυτότητας ενός νέου., Πάτρα, Εκδόσεις: Σύγχρονα θέματα
- Ø Μυρωνίδου- Τζουβελέκη, Μ.,(2002) Αλκοόλ και νευρικό σύστημα, Εκδόσεις: UNIVERSITY STUDIO PRESS
- Ø Σαρρής , Μ.(2001) Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα
- Ø Βασιλοπούλου ,Α.,(2005) Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας, Εκδόσεις: Βήτα
- Ø Συλλογικό έργο (2008) Καπνός, Οιοπνευματώδη, Ναρκωτικά, Αθήνα, Εκδόσεις: Σύγχρονα Θέματα
- Ø Τσαρούχας, Κ.,(2000),Αλκοόλ ένα σκληρό ναρκωτικό, Αθήνα, Εκδόσεις: Άγκυρα
- Ø Ασημάκης, Π., (2000), Απελευθερωθείτε από το αλκοόλ και τα Ναρκωτικά, Εκδόσεις: Ασημάκης, Π., Αθήνα
- Ø Παπαζήση, (2009) ,Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από εφήβους, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα
- Ø Δετοράκης, Ι., (2005) Αλκοόλ-Αλκοολισμός, Εκδόσεις: Δετοράκης, Πάτρα

- Ø Ρούσσος, Α.,(2005) Η χρήση ουσιών στην εφηβεία, Εκδόσεις: Ψυχογιός, Πάτρα
- Ø Καραταπάνης, Σ., Παπαστεργίου ,Β., (2012),Αλκοολική Ηπατοπάθεια, Αθήνα
- Ø Μελέτης Ήπατος –ΕΕΜΗ, Εκδόσεις: Ελληνική Εταιρία
- Ø Πουλόπουλος, Χ., (2005), Εξαρτήσεις, Εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα, Αθήνα

ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ø Binder & Vavrinkova, Heilig, & Sarman, (2008), Advisory Council for the Misuse of Drugs (2003)
- Ø Carter K, Olshan- Perlmutter M, Norton H, Smith M (2011) Acupuncture Prospective Trial in Patients with Substance Use Disorders and Seven Common Health Symptoms. *Journal of Medical Acupuncture* 131-135.
- Ø Carlton ,K., Erickson (2008) Η επιστήμη της εξάρτησης
- Ø Costes & Martineau (2003). *Drugs and Dependence Indicators and Trends in 2003*
- Ø Crisprentinss (2006)Αλκοολισμός Η θεραπεία του εθισμού
- Ø Cho YS, Chae HS, Kim HK, et al. Endoscopic band ligation and endoscopic hemoclip placement for patients with Mallory-Weiss syndrome and active bleeding. *World J Gastroenterol.* 2008
- Ø Park CH, Min SW, Sown YH, et al. A prospective, randomized trial of endoscopic band ligation vs. epinephrine injection for actively bleeding Mallory-Weiss syndrome. *Gastrointest Endosc.* 2004 .

- Ø Chick, J.,jonathans(2011)Μάθετε για το αλκοόλ και τα προβλήματα που σχετίζονται μ' αυτό Αλκοόλ
- Ø Dawson, D. (2003), methodological issues in measuring alcohol use, Alcohol research and health.
- Ø Dramaix (2009) Alcohol consumption and the prevalence of metabolic syndrome: a meta-analysis of observational studies. Atherosclerosis.
- Ø Edwards, Griffith (2010)Αποποινικοποίηση της χρήσης ουσιών
- Ø Good man Rally (2008)Το ποτο ,τα ναρκωτικά και το σώμα σου
- Ø Kaplan& Sadock (2007) Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής.
- Ø Junger Ernst (2003) Ναρκωτικά και μέθη .Αθήνα
- Ø Robert .S (2003)Να λες όχι δεν είναι αρκετό

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Ø <http://www.fee.org.gr/alcoholism-pieria/196-psychological-factors.html>
- Ø <http://www.iatronet.gr/ygeia/pathologia/article/4052/methi-kliniki-eikona-kai-diagnwsi.html>