



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΓΚΕΤΣΙ ΕΖΜΕΡΑΛΝΤΑ,
ΞΕΝΟΥΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ,**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ:
ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ**

ΠΑΤΡΑ 2017

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα «Ουσιοεξάρτηση και νοσηλευτική παρέμβαση στο χώρο του Νοσοκομείου», αποβλέπει στην παρουσίαση ενός θέματος με υψηλό νοσηλευτικό ενδιαφέρον, που συνδυάζει το θεωρητικό κομμάτι της ουσιοεξάρτησης ως φαινόμενο με την κλινική πράξη μέσα από τις μεθόδους και τα προγράμματα που απαιτούνται για τη θεραπεία αυτού του φαινομένου. Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης αποτελεί ένα από τα πιο γνωστά είδη εξάρτησης το οποίο τα τελευταία χρόνια έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις και αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της εποχής μας. Είναι ένα θέμα με σύγχρονο ενδιαφέρον με το οποίο η ελληνική και η διεθνής βιβλιογραφία έχει απασχοληθεί. Για τους λόγους αυτούς επιλέξαμε το συγκεκριμένο θέμα για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κα. Σαμαρτζή Κυριακή, επόπτριά μας, που με τη συνεργασία της και τις πολύτιμες οδηγίες της, μας καθοδήγησε αλλά και μας ενθάρρυνε ώστε να την βγάλουμε εις πέρας, καθώς και όλους τους καθηγητές του Τμήματος της Νοσηλευτικής για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν σε όλα τα έτη σπουδών. Ένα μεγάλο ευχαριστώ και στις οικογένειές μας που ήταν δίπλα μας και μας στήριζαν κατά τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η παρουσίαση των κύριων ζητημάτων που αφορούν στην ουσιοεξάρτηση και την νοσηλευτική παρέμβαση για τη φροντίδα των ατόμων που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της χρήσης ή κατάχρησης ουσιών. Στόχος της είναι να ενημερώσει τους νοσηλευτές σε θέματα ουσιοεξαρτήσεων, καθώς και να τους ευαισθητοποιήσει στο πρόβλημα αυτό. Επιπλέον στόχος της είναι η ενημέρωση για την νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων, για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών που απαιτείται, τόσο στο χώρο του νοσοκομείου, όσο και γενικότερα, αλλά και για την κατάρτιση και την επαγγελματική αυτό-ανάπτυξη που πρέπει να φροντίσουν να αποκτούν οι νοσηλευτές που εργάζονται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης.

Η εργασία μας αναφέρεται στα θεραπευτικά προγράμματα που πραγματοποιούνται για την απεξάρτηση από τις ουσίες. Παρουσιάζουμε τον ρόλο που έχει ο νοσηλευτής σε θέματα θεραπείας, φροντίδας, πρόληψης, στα Κέντρα Απεξάρτησης και τους πιο συγκεκριμένους ρόλους που αναλαμβάνει ως συντονιστής αντιμετώπισης περίπτωσης. Επιπλέον, παρουσιάζονται και ορίζονται ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ και το ΜΑΖΙ που υπάρχουν στην Ελλάδα και αναλύονται οι στόχοι, οι υπηρεσίες και τα θεραπευτικά προγράμματα που διαθέτουν.

Μέσα από την ανάλυση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης, ενδιαφέρον αποτελούν και τα προβλήματα που προκαλούνται στο πλαίσιο της επείγουσας βοήθειας κατά τη διαδικασία της φροντίδας που είναι απαραίτητη για τους χρήστες. Αυτά τα εμπόδια, σχετίζονται είτε με τους επαγγελματίες υγείας που προσφέρουν τη βοήθειά τους είτε με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι οι χρήστες που έχουν την ανάγκη της άμεσης βοήθειας.

Βαθύτερος σκοπός της εργασίας, είναι η διερεύνηση ελλείψεων σε γνώσεις και ικανότητες που υπάρχουν στο υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας και των στελεχών πρόληψης, και οδηγούν στην ανάγκη εκπαίδευσής τους σε προπτυχιακό επίπεδο και μέσα από σεμινάρια.

Για τις ανάγκες διεκπεραίωσης της πτυχιακής, απαραίτητη ήταν η εξαντλητική αναζήτηση βιβλιογραφίας, ελληνικής και ξενόγλωσσης, με πρόσφατα στοιχεία και περιεχόμενο συναφές με τις ενότητες που θέλαμε να συμπεριλάβουμε.

Λέξεις – κλειδιά: Ουσιοεξάρτηση, νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων, κέντρα απεξάρτησης, επαγγελματίες υγείας, θεραπευτικά προγράμματα

SUMMARY

The purpose of this dissertation is to present the main issues related to substance dependence and nursing intervention for the care of people who are facing the problem of substance abuse or addiction. The aim is to inform nurses about substance dependencies and to raise awareness of this problem. Its further aim is to provide information to nursing students, to continue the nursing education required both in the hospital sector and in general, but also in the training and professional development that nurses should take care of who work in the field of substance dependence.

Our work refers to treatment programs that are made for substance detoxification. We present the role of the nurse in terms of treatment, care, prevention, at Centers of Independence and the more specific roles he takes as a case co-ordinator. Furthermore, OKANA, KETHEA and MAZI are presented and defined in Greece and their objectives, services and treatment programs are analyzed.

Through the analysis of substance abuse, the problems caused by emergency care during the care process necessary for users are also of interest. These barriers are related either to healthcare professionals who offer their help or to the difficulties faced by users who need immediate help.

The underlying purpose of the work is to investigate deficiencies in the knowledge and skills that exist in the background of health professionals and prevention staff, and lead to the need for them to be educated at undergraduate level and through seminars.

For the needs of the dissertation, the exhaustive search of bibliography, Greek and foreign, was necessary, with recent data and content related to the modules we wanted to include.

Key words: substance abuse, intervention, addiction nursing, detox centers, health professionals, treatment programmes

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	4
2. ΕΘΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ.....	7
2.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ	7
2.2. Η ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ	8
2.3. ΣΥΓΧΥΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΟΡΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ.....	9
2.4. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ: ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ	10
3. ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	13
3.1. ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	13
3.2. ΟΠΙΟΕΙΔΕΙΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	14
3.2.1. ΟΠΙΟ.....	15
3.2.2. ΜΟΡΦΙΝΗ	15
3.2.3. ΗΡΩΙΝΗ	16
3.2.4. ΜΕΘΑΔΟΝΗ	16
3.3. ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	16
3.3.1. ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΑ ΜΕ ΠΡΑΞΕΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	17
3.3.2. ΑΛΚΟΟΛ	17
3.4. ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	17
3.4.1. ΚΟΚΑΪΝΗ	17
3.4.2. ΝΙΚΟΤΙΝΗ.....	18
3.4.3. ΚΑΦΕΪΝΗ.....	19
4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ.....	20
4.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ – ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	21
4.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	21
4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	23
4.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ.....	25
4.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ.....	26
4.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΟΝΤΟΣ	26
4.7. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	28
5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ.....	30
5.1. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	30
5.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	32
5.3. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	32
5.4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ.....	34
5.5. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	35

5.6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	36
5.7. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	37
5.8. ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	37
6. ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	39
6.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΕΘΙΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	39
6.2. ΟΚΑΝΑ: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	40
6.3. ΜΑΖΙ: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ	42
6.4. ΚΕΘΕΑ: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	43
7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	47
7.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	48
7.1.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ	49
7.1.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	53
7.1.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ	54
7.1.3.1. ΟΙ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ.....	55
7.1.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....	56
7.1.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	60
7.1.5.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΑΛΚΟΟΛ.....	61
7.2. ΛΟΓΟΙ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ	62
8. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	65
8.1. ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ	65
8.2. ΜΥΘΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ.....	66
8.3. Η ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ ΠΕΠΟΙΘΗΣΗ ΟΤΙ Ο ΧΡΗΣΤΗΣ ΕΙΝΑΙ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΔΙΑΚΡΙΝΕΙ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΙ ΟΤΙ ΛΕΕΙ ΨΕΜΑΤΑ.....	66
8.4. Η ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	67
8.5. Ο ΦΟΒΟΣ.....	67
8.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΩΤΗΡΑ ΚΑΙ Η ΥΠΕΡΕΜΠΛΟΚΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ	68
8.7. ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	68
8.8. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΞΟΥΣΙΑΣ	68
8.9. Η ΝΤΡΟΠΗ.....	69
9. ΑΝΑΓΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	70
9.1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΑΠΟ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	70
9.1.1. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΟ ΒΑΣΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	71
9.2. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	73
9.3. ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ	74

10. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	76
10.1. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	76
10.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ.....	78
11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	83
11.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	83
11.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	88

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΚΤΕΠΙΝ	Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά
ΚΕΘΕΑ	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΚΝΣ	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
ΟΚΑΝΑ	Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
ΤΕΠ	Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης είναι ένα σύγχρονο πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε στην κοινωνία μας τα τελευταία χρόνια και έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις λόγω του καταστροφικού του χαρακτήρα. Αποτελεί από τα πιο γνωστά είδη εξάρτησης και ορίζεται ως η ανάγκη που έχουν κάποια άτομα να λάβουν μία ουσία, την λεγόμενη εξαρτησιογόνο ουσία, προκειμένου να δράσει στον οργανισμό τους και να αποφευχθούν τα συμπτώματα στέρησης που παρουσιάζουν. Υπάρχει η περίπτωση της σωματικής εξάρτησης, όπου λόγω της διακοπής χρήσης ουσιών προκαλείται αντίδραση στο σώμα και η περίπτωση της ψυχολογικής εξάρτησης όπου ο χρήστης επιθυμεί έντονα να λάβει την ουσία από την οποία είναι εξαρτημένος και δεν αντέχει χωρίς αυτήν. Αυτές οι εξαρτησιογόνες ουσίες, οδηγούν τους χρήστες σε σωματική και ψυχική κατάρπτωση και τους προκαλούν πόνο και δυσφορία.

Οι χρήστες οφείλουν να απευθυνθούν στα κατάλληλα κέντρα απεξάρτησης προκειμένου να ενταχθούν στα θεραπευτικά προγράμματα που έχουν ανάγκη, σύμφωνα με το βαθμό εξάρτησής τους. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να έχουν μια πολύ καλή σχέση και συνεργασία με τα άτομα που συναναστρέφονται έτσι ώστε μέσα από τη χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής να αλλάξει η συμπεριφορά τους και ως εκ τούτου να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα και να ξεκινήσουν μια καινούργια και κανονική ζωή. Αυτό που πρέπει να τονίσουμε, είναι η ανάγκη που υπάρχει για εκπαίδευση στους επαγγελματίες υγείας και στα στελέχη πρόληψης, προκειμένου να μη χαρακτηρίζονται από ελλείψεις και μη ικανοποιητικές γνώσεις αλλά αντιθέτως να μπορούν να κάνουν μία έγκαιρη και σωστή διάγνωση μέσα από την οποία ο χρήστης θα κατορθώσει να ανεξαρτητοποιηθεί.

Στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται συνοπτικά η ανάλυση του προβλήματος που διερευνούμε στην παρούσα εργασία και αναφέρονται οι στόχοι στους οποίους αποσκοπεί. Στο δεύτερο κεφάλαιο, ξεκινάμε ορίζοντας τον εθισμό και την εξελικτική πορεία του, και επεξηγώντας τη σύγχυση που υπάρχει ανάμεσα σε διάφορους όρους που σχετίζονται με την έννοια του εθισμού. Συγκεκριμένα, εστιάζουμε στην εξάρτηση, μια κατάσταση στην οποία ο οργανισμός συνηθίζει μια ουσία. Για να φτάσει στο στάδιο αυτό προηγούνται τα στάδια της χρήσης ουσιών, της κατάχρησης και του εθισμού. Εστιάζουμε στην ουσιοεξάρτηση που αποτελεί από τα πιο γνωστά είδη εξάρτησης, όπως προαναφέραμε, και που αποτελεί το κύριο θέμα της εργασίας μας.

Συνεχίζοντας με το τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται και αναλύονται οι εξαρτησιογόνες ουσίες και η κατηγοριοποίησή τους με βάση τη δράση τους στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Σύμφωνα, λοιπόν, με αυτήν την ταξινόμηση, υπάρχουν οι οπιοειδείς ουσίες, τα κατασταλτικά του ΚΝΣ, τα εισπνεόμενα, τα διεγερτικά του ΚΝΣ, την ινδική Κάνναβη, τα Ψευδαισθησιογόνα και τις νέες ψυχοδραστικές ουσίες.

Στο τέταρτο και στο πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας, παρουσιάζονται οι παράγοντες που οδηγούν τα άτομα στην ουσιοεξάρτηση, και οι επιπτώσεις που προκαλούνται από αυτήν, αντίστοιχα. Όσον αφορά τους παράγοντες, έχουν κατηγοριοποιηθεί στους βιολογικούς-γενετικούς που αφορούν στην κληρονομικότητα, στους ψυχολογικούς παράγοντες, όπου εντάσσονται φαινόμενα παραβατικής και επιθετικής συμπεριφοράς, στην επίδραση που ασκεί η οικογένεια, το σχολείο, οι συνομήλικοι και το κοινωνικό περιβάλλον. Τέλος, υπάρχουν και κάποιοι άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο την εξάρτηση από το αλκοόλ και από το τσιγάρο.

Όσον αφορά τις επιπτώσεις που προκαλεί το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, έχουν ταξινομηθεί σε σωματικές επιπτώσεις, όπως η ερυθρότητα προσώπου, η σύγχυση στην ομιλία και η αστάθεια στις κινήσεις, σε ψυχολογικές επιπτώσεις, όπως η σχιζοφρένεια και η μανιακή κατάθλιψη. Επιπλέον, η πιο σημαντική επίπτωση είναι η θνησιμότητα και προκαλείται από όλες της μορφές ουσιοεξάρτησης, είτε μέσα από καρκίνο και καρδιοπάθειες, είτε μέσα από οξεία και χρόνια νοσηρότητα, είτε μέσα από το κώμα. Συνεχίζοντας, περνάμε στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες που επιφέρει το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει η κατηγορία «γονιμότητα και εγκυμοσύνη» όπου αναλύονται τα προβλήματα που προκαλούνται στον άντρα και τη γυναίκα μέσα από την ουσιοεξάρτηση και εν συνεχεία οι συνέπειες που προκαλούνται στο έμβρυο. Όπως και στους παράγοντες έτσι και στις επιπτώσεις δεν θα μπορούσε να λείπει η κοινωνία, δηλαδή το αντίκτυπο που έχουν σε αυτήν για παράδειγμα ένας βιασμός ή μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που έχει προκληθεί υπό την επήρεια της ουσιοεξάρτησης. Τέλος, παρουσιάζουμε και κάποιες γενικές επιπτώσεις που δεν έχουν ταξινομηθεί σε κάποια κατηγορία.

Στο έκτο και έβδομο κεφάλαιο περνάμε στη νοσηλευτική παρέμβαση για την ουσιοεξάρτηση. Στο έκτο κεφάλαιο, συγκεκριμένα, παρουσιάζονται τα Κέντρα Απεξάρτησης από εξαρτησιογόνες ουσίες που υπάρχουν στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, ορίζουμε τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) και τις υπηρεσίες που παρέχει, το σωματείο

ΜΑΖΙ και τους στόχους που έχει θέσει και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) με τα θεραπευτικά προγράμματα που περιλαμβάνει.

Στο έβδομο κεφάλαιο, αναλύουμε το ρόλο του νοσηλευτή. Αρχικά μιλάμε για τον ρόλο που έχει γενικά ο νοσηλευτής απέναντι στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, τον ρόλο που έχει στην πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια πρόληψη, τον ρόλο του στη θεραπεία και τη φροντίδα με σκοπό την προάσπιση της υγείας του ασθενούς. Τέλος, αναφερόμαστε στο ποιοι είναι οι πιο συγκεκριμένοι ρόλοι που αναλαμβάνει ως συντονιστής – σύμβουλος, έπειτα από την πρώτη αξιολόγηση και ένταξη των ασθενών.

Συνεχίζοντας στο όγδοο κεφάλαιο, αναλύουμε τα προβλήματα που υπάρχουν από τη λήψη ψυχοδραστικών ουσιών στο πλαίσιο της επείγουσα βοήθειας. Αναφορικά, τα λεγόμενα εμπόδια που παρουσιάζονται στη φροντίδα, είναι η έλλειψη ικανοποιητικών γνώσεων των επαγγελματιών υγείας, οι μύθοι που υπάρχουν γύρω από την εξάρτηση, η λανθασμένη πεποίθηση που έχει ο χρήστης ότι γνωρίζει το πρόβλημά του, ο φόβος και το άγχος των επαγγελματιών υγείας, ο ρόλος κάποιων επαγγελματιών υγείας ως «σωτήρες», το στίγμα της εξάρτησης, τα ζητήματα εξουσίας και τέλος, το αίσθημα της ντροπής.

Στο ένατο κεφάλαιο, εστιάζουμε σε αυτήν την έλλειψη γνώσεων που έχουν οι επαγγελματίες υγείας και αναλύουμε την ανάγκη εκπαίδευσής τους πάνω σε θέματα φροντίδας εξαρτημένων ατόμων από ουσίες. Αναλύουμε, επίσης, τις αλλαγές που επιβάλλονται στο πρόγραμμα σπουδών της νοσηλευτικής με την ενσωμάτωσης της νοσηλευτικής εξαρτημένων ατόμων.

Στο δέκατο κεφάλαιο, αναφερόμαστε στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, δηλαδή στη λήψη κατάλληλων μέτρων προκειμένου να περιοριστούν ή να αποφευχθούν οι συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Ορίζεται η παρέμβαση της πρόληψης και παρουσιάζονται οι τρεις τύποι παρεμβάσεων που υπάρχουν. Τέλος, ορίζεται η πρόληψη της υποτροπής και η αποτελεσματικότητα που έχει.

Κλείνοντας την παρούσα εργασία, παρουσιάζουμε συνοπτικά τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την ανάλυσή μας και παραθέτουμε κάποιες προτάσεις για περαιτέρω έρευνα, και κάποιους τρόπους με τους οποίους θα μπορούσαν να μειωθούν τα κρούσματα του φαινομένου αυτού, αλλά και με τους οποίους οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να εξελίξουν το θεραπευτικό τους έργο.

1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι ένα φαινόμενο παγκόσμιας κλίμακας που αγγίζει τα σύνορα της οικονομίας, της κοινωνίας, του πολιτισμού, της θρησκείας και των εθνών. Στη σύγχρονη εποχή, οι διαστάσεις που έχει πάρει το πρόβλημα της χρήσης και εξάρτησης από ουσίες είναι μεγαλύτερες από ποτέ, παρότι το φαινόμενο παρατηρείται από την τρίτη χιλιετία π. Χ. (Μισουρίδου, 2015). Πιο συγκεκριμένα, στο παρελθόν η ίδια η κοινωνία καθόριζε τη διάσταση θεραπευτικού ή θρησκευτικού χαρακτήρα που είχε η χρήση ουσιών, αποτελώντας με αυτόν τον τρόπο κομμάτι της κοινωνικής ζωής. Το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο γίνονταν η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ήταν αυτό που όριζε το δικαίωμα στο άτομο να κάνει αυτή τη χρήση, αλλά και το νόημά της (Μάτσα, 2001).

Σε αντίθεση με τις παλαιότερες εποχές, σήμερα το να κάνει κάποιος χρήση ουσιών είναι καθαρά ατομική επιλογή. Πολλοί άνθρωποι θεωρούν πως μέσω αυτής της διόδου ανακουφίζονται από τα άσχημα γεγονότα που υπάρχουν στη ζωή τους και πως με αυτόν τον τρόπο αποκτούν πρόσβαση στη μέθη και νιώθουν ηδονή. Αυτό οδηγεί στην απόκτηση μαζικού χαρακτήρα του προβλήματος, μέσα σε μία μεγάλη οικονομική και κοινωνικοπολιτιστική κρίση ((Berridge, 2013), (Μισουρίδου, 2015)).

Για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι ως προς την έκταση του προβλήματος, αξίζει να σημειώσουμε ότι ένα στα επτά άτομα ετησίως πεθαίνουν από το κάπνισμα, καθιστώντας το με αυτόν τον τρόπο τη συχνότερη αιτία θανάτου. Στη χώρα μας, σύμφωνα με έρευνα του 2015, ένα στα πέντε αγόρια κάτω των δεκαπέντε ετών και ένα στα οκτώ κορίτσια της ίδιας ηλικίας, καπνίζουν (WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking, 2015). Στην Ελλάδα, επίσης, ένα στα πέντε άτομα σε εφηβική ηλικία πίνει τρία ποτά κατά μέσο όρο όταν θα βγει για διασκέδαση (Κοκκέβη, Φωτίου, Καναβού, & Σταύρου, 2014). Η καλλιέργεια του οπίου σήμερα καταγράφεται να είναι στα υψηλότερα επίπεδα από ποτέ (UNODC, 2015). Στη χώρα μας, ένας στους πέντε άντρες έχει εμπειρία με ναρκωτικά, ενώ οι μαθητές που κάνουν χρήση παράνομων ουσιών έχει τριπλασιαστεί μέσα στα τελευταία 25 χρόνια. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί η ανησυχητική αύξηση της χρήσης κάνναβης από εφήβους δεκαπέντε ετών τα τελευταία χρόνια, ακόμα και για μία φορά, αφού το ποσοστό έχει υπερδιπλασιαστεί (Μισουρίδου Ε. , 2015).

Παρόλο που το πρόβλημα της καταπολέμησης της ουσιοεξάρτησης απασχολεί εδώ και πάρα πολλά χρόνια σχεδόν όλες τις χώρες, καμία σχεδόν από αυτές δε θα μπορούσε να ειπωθεί πως

ανακάλυψε κατάλληλους και αποτελεσματικούς τρόπους για την πρόληψη του προβλήματος, αν και καταβάλλονται σημαντικές προσπάθειες στον τομέα αυτό (Κοκκέβη Α. , 1988). Μπορεί, βέβαια, οι μέθοδοι αυτοί πρόληψης να μην είναι αποτελεσματικές, αλλά σίγουρα είναι υποσχόμενες, λόγω της σημαντικής προόδου που έχει σημειωθεί στον τομέα της έρευνας.

Όπως κάθε καταναλωτική συμπεριφορά, έτσι και η εξάρτηση από τις ουσίες χαρακτηρίζεται από τη ζήτηση και την προσφορά. Ακριβώς εδώ επικεντρώνεται και μία από τις μάχες για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Για παράδειγμα, όσον αφορά την εξάρτηση από τα ναρκωτικά, όπως το όπιο και η κοκαΐνη, υπάρχει η δυνατότητα κατασκευής συνθετικών προϊόντων με επίδραση ανάλογη με την επίδραση των παράνομων ουσιών. Ακόμα, λοιπόν, και αν οι διεθνείς και οι κυβερνητικές προσπάθειες μπορούσαν να ελέγξουν την παραγωγή φυσικών προϊόντων, ο έλεγχος των συνθετικών προϊόντων είναι πολύ δύσκολος (Κοκκέβη Α. , 1988). Με λίγα λόγια, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, όσο υπάρχει η ζήτηση για ναρκωτικά, ο εφοδιασμός της αγοράς θα διαιωνίζεται.

Η εξάρτηση αποτελεί τεράστιο πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Τόσο οι νόμιμες όσο και οι παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες προκαλούν προβλήματα που ξεπερνούν το άτομο, επηρεάζοντας συνάμα την οικογένειά του αλλά και τις κοινότητες στις οποίες ανήκει (Μισουρίδου, 2015).

Οι διαστάσεις που έχει πάρει το φαινόμενο της εξάρτησης από ουσίες τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και στην Ελλάδα είναι πολύ σοβαρές. Για τον λόγο αυτό, απαιτείται από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και από τους νοσηλευτές, να διαχειριστούν στρατηγικά και αποτελεσματικά τα προβλήματα χρήσης και κατάχρησης ουσιών που έρχονται να αντιμετωπίσουν σε καθημερινή βάση. Οι νοσηλευτές συναντούν πολύ συχνά στην κλινική τους πράξη, τόσο στον νοσοκομειακό χώρο όσο και στην κοινότητα, άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα με χρήση ή κατάχρηση ουσιών (Μισουρίδου, 2015).

Στη φροντίδα των ατόμων αυτών εμπόδιο αποτελεί η ανεπαρκής εκπαίδευση των νοσηλευτών όσον αφορά στα θέματα των διαταραχών που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και την εξάρτηση από αυτές. Ένα ακόμα εμπόδιο στη φροντίδα των ατόμων με διαταραχές, λόγω της χρήσης ουσιών και της εξάρτησης, αποτελούν οι δυσλειτουργικές στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς αυτούς (Μισουρίδου Ε. , 2015).

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, έχει αποδειχθεί από πολλές έρευνες ότι η έγκαιρη παρέμβαση στα γενικά νοσοκομεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας είναι αποτελεσματική. Προκειμένου να μειωθεί η χρήση ουσιών, οι επαγγελματίες υγείας παρεμβαίνουν σύντομα στους χώρους αυτούς με αποτέλεσμα να μειωθούν οι βλάβες που προκαλούνται από τη χρήση ουσιών, να προληφθεί η κλιμάκωση της χρήσης αυτής, καθώς επίσης και να κινητοποιηθούν τα άτομα για θεραπεία (Μισουρίδου Ε. , 2015).

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η παρουσίαση των κύριων ζητημάτων που αφορούν στην ουσιοεξάρτηση και στην νοσηλευτική παρέμβαση για τη φροντίδα των ατόμων που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της χρήσης ή κατάχρησης ουσιών. Στόχος της είναι να ενημερώσει τους νοσηλευτές σε θέματα ουσιοεξαρτήσεων, καθώς και να τους ευαισθητοποιήσει στο πρόβλημα αυτό. Επιπλέον στόχος της είναι η ενημέρωση για την νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων, για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών που απαιτείται, τόσο στο χώρο του νοσοκομείου, όσο και γενικότερα, αλλά και για την κατάρτιση και την επαγγελματική αυτό-ανάπτυξη που πρέπει να φροντίσουν να αποκτούν οι νοσηλευτές που εργάζονται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης.

2. ΕΘΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

2.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ

Ο εθισμός έχει πολλούς και διαφορετικούς ορισμούς. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι θρησκευτικοί και κοινωνικοί οργανισμοί, καθώς και διαφόρων ειδικοτήτων ιατροί, έχουν προσπαθήσει να ορίσουν την έννοια «εθισμός». Το μεγαλύτερο μέρος της κοινωνίας, είτε είναι ασθενείς είτε άτομα που συμμετέχουν στο τομέα της υγείας, παρερμηνεύουν την έννοια του εθισμού. Μέσα από τις διάφορες λανθασμένες αντιλήψεις, αλλά και από τους πολλούς μύθους που υπάρχουν γύρω από την έννοια του εθισμού, δημιουργείται το αίσθημα του άγχους και του φόβου (Κοκκέβη Α. , 1988).

Ο εθισμός είναι μια πολύπλοκη ασθένεια, που αφορά το σώμα μας αλλά και το μυαλό μας. Είναι ένα κοινωνικό, ψυχολογικό και βιολογικό φαινόμενο, καθώς ο εθισμός αφορά την κοινωνική κατάσταση ενός ατόμου, την γενετική συγκρότηση που έχει και γενικότερα το περιβάλλον του (Κοκκέβη Α. , 1988). Στην ουσία, με την έννοια εθισμός, ορίζουμε κάθε συνήθεια που ακολουθεί ένα άτομο χωρίς μέτρο, και ξέρει πως είτε δυσκολεύεται είτε δεν έχει τη δύναμη να τη μετριάσει αλλά ούτε και να την διακόψει (Παπαδόπουλος, 1997).

Για να γίνει πιο κατανοητή η έννοια του εθισμού, πρέπει να αντιληφθούμε το γεγονός ότι ο άνθρωπος από τη φύση του, τείνει να επαναλαμβάνει πράγματα που του προσφέρουν ικανοποίηση και μέσα από αυτά μπορεί να αποφεύγει καταστάσεις που τον δυσαρεστούν. Στην προσπάθειά του να ελέγξει οτιδήποτε τον δυσαρεστεί, στρέφεται σε λύσεις που του προσφέρουν ευτυχία και τον βοηθούν να ξεχαστεί (Lyraκος).

Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ο εθισμός ορίζεται από τους γιατρούς ως κάποιο φάρμακο και ο ασθενής θα πρέπει αναγκαστικά να λαμβάνει αυτό το φάρμακο. Έτσι, προκαλείται δυσλειτουργία στη ζωή του ασθενούς ο οποίος, παρόλα αυτά, συνεχίζει αυτή την αναγκαστική λήψη του φαρμάκου. Ο ασθενής, φτάνει σε σημείο να χάσει τον έλεγχο μέσα από τον εθισμό του στη συνεχόμενη λήψη ουσιών και προκαλεί βλάβες στον οργανισμό του. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με το αποτέλεσμα που θέλουν να επιτύχουν οι γιατροί στην προσπάθειά τους να θεραπεύσουν μέσω φαρμάκων τους χρόνιους πόνους. Στόχος των γιατρών είναι να προσπαθήσουν να βελτιώσουν τη λειτουργία των ασθενών μέσα από τη συνεπή χορήγηση φαρμάκων (Κοκκέβη Α. , 1988).

Οι γιατροί στην προσπάθειά τους να χορηγήσουν κάποιο φάρμακο, αναζητούν έναν δείκτη βελτίωσης που να είναι αντικειμενικός, καθώς ο κάθε ασθενής νιώθει με διαφορετικό τρόπο τον πόνο. Με τη χρήση αυτού του δείκτη βελτίωσης, εάν ο ασθενής μπορέσει μέσα από τη χορήγηση ενός φαρμάκου να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του, καθώς και τις δραστηριότητές του, τότε το φάρμακο κρίνεται ως αποτελεσματικό. Με λίγα λόγια, στην περίπτωση όπου ενώ μέχρι πριν τη χορήγηση κάποιου φαρμάκου ο ασθενής υπέφερε από πόνους και δεν μπορούσε να πραγματοποιήσει τις καθημερινές, βασικές του δραστηριότητες, μετά την λήψη του φαρμάκου είχε τη δυνατότητα να τις ολοκληρώσει, τότε το φάρμακο θεωρείται επιτυχημένο. Δεν πρέπει να ξεχνάμε, πως όταν ο ασθενής εθίζεται σε κάποιο φάρμακο, η απόδοσή του δεν βελτιώνεται, αλλά αντιθέτως αρχίζει και μειώνεται (Κοκκέβη Α. , 1988).

2.2. Η ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ

Ο εθισμός είναι μία σειρά από εμπειρίες, οι οποίες προκαλούν στον εσωτερικό κόσμο του ατόμου αλλαγές. Προσπαθώντας, ο εθισμένος, να ανταποκριθεί σε αυτές τις εσωτερικές αλλαγές, μπαίνει στη διαδικασία να λειτουργήσει με τρόπο ώστε να ικανοποιήσει τον εθισμό του. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, ο εθισμός εξελίσσεται συνεχώς και τα άτομα ωθούνται στο να κάνουν πράγματα που να τους ικανοποιούν και να αποφεύγουν όλα όσα τους ενοχλούν (Μαγκλής, 2017).

Ο όρος «εθισμός», σημαίνει το να μην έχεις τον έλεγχο. Όταν κάποιος αντιμετωπίζει μια σειρά από δυσάρεστα συναισθήματα και από αρνητικές εμπειρίες, είναι πιο ευάλωτος στο να στραφεί στο αλκοόλ, στο τσιγάρο ή στα ναρκωτικά, καθώς το βλέπει σαν μία διέξοδο από όλα αυτά που τον περιβάλλουν. Όταν είναι υπό την επήρεια αυτών των ουσιών, νιώθει πιο ευτυχισμένος και ξεχνάει τη θλίψη του. Φυσικά αυτό δεν επιτυγχάνεται από την αρχή, έτσι ξεκινάει η εξελικτική πορεία του εθισμού (Μαγκλής, 2017)

Ο εθισμός δεν δημιουργείται από τη μία μέρα στην άλλη, αντιθέτως, υπάρχουν πολλά στάδια εθισμού. Υπάρχουν διάφοροι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες που αφορούν όλους τους εθισμούς, με την επιμονή να αποτελεί τον κύριο παράγοντα που καθορίζει τον εθισμό. Ο εθισμένος χρησιμοποιεί τις ουσίες αλκοόλ, ναρκωτικά, τσιγάρο με τέτοιο τρόπο ώστε να

είναι ήρεμος και μέσα από τις ουσίες έχει την ψευδαίσθηση ότι όλα είναι εντάξει. Μέσα από την προσπάθειά του να έχει μία ισορροπία στην καθημερινότητά του συνεχίζεται η εξελικτική πορεία του εθισμού. Ο εθισμένος, πλέον, μπερδεύεται και ζει μία καθημερινότητα στην οποία αποφεύγει κάθε πραγματικότητα (Μαγκλής, 2017).

Χαρακτηριστικό γνώρισμα του εθισμού, είναι το γεγονός ότι τα άτομα ωθούνται στο να καταναλώνουν όλο και περισσότερο, καθώς και συχνότερα τις διάφορες ουσίες, προκειμένου να ξεχάσουν τα δυσάρεστα συναισθήματα που νιώθουν. Αισθάνονται ισορροπημένοι μέσα από τη χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών και τσιγάρου, και πολύ πιο ισχυροί (Μαγκλής, 2017)

2.3. ΣΥΓΧΥΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΟΡΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ

Οι διάφοροι όροι που σχετίζονται με την έννοια του εθισμού, πολλές φορές συγχέονται στο μυαλό μας. Ένα παράδειγμα σύγχυσης, το οποίο εντάσσεται στον κλάδο της ιατρικής, είναι ο όρος «σωματική εξάρτηση». Ως «σωματική εξάρτηση» ορίζεται η εξάρτηση που έχει το σώμα ενός ατόμου από κάποια ουσία. Όταν αφαιρεθεί η ουσία αυτή από τον οργανισμό, δημιουργείται κάποια αντίδραση, η λεγόμενη «στέρηση», κάτι το οποίο μπορεί και να είναι επικίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς (Κοκκέβη Α. , 1988).

Πολλά από τα φάρμακα που υπάρχουν, μπορεί να είναι ο λόγος στο να προκληθεί σωματική εξάρτηση, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι είναι εθιστικά. Για παράδειγμα, η κλονιδίνη είναι ένα φάρμακο που χορηγείται για να αντιμετωπιστεί η υψηλή πίεση. Στην περίπτωση που διακοπεί απότομα η χορήγηση αυτού του φαρμάκου, υπάρχει πιθανότητα να δημιουργηθεί στον ασθενή στερητικό σύνδρομο και να τεθεί η ζωή του σε κίνδυνο. Φάρμακα όπως είναι η μορφίνη και άλλα οπιοειδή, μπορεί να είναι υπεύθυνα για την πρόκληση σωματικής εξάρτησης, χωρίς όμως να δημιουργείται στερητικό σύνδρομο για τον ασθενή και κατ' επέκταση κίνδυνος για τη ζωή του. Η γνωστή σε όλους καφεΐνη, είναι μία ουσία που προκαλεί σωματική εξάρτηση. Η ξαφνική διακοπή κατανάλωσης καφεΐνης, μπορεί να προκαλέσει στερητικό σύνδρομο και συνήθως εκδηλώνεται στον ασθενή με πονοκεφάλους (Κοκκέβη Α. , 1988).

Ένα άλλο παράδειγμα σύγχυσης είναι ο όρος «ανθεκτικότητα». Η ανθεκτικότητα έχει σχέση με τις ιδιότητες που έχει ένα φάρμακο και δεν πρέπει να την συνδέουμε με τον εθισμό. Ως

«ανθεκτικότητα», ορίζεται η εξασθένηση του φαρμάκου που δημιουργείται με το πέρασμα του χρόνου στο σώμα του ασθενή. Όσο περνάει ο χρόνος, η χορήγηση ίδιας ποσότητας από κάποιο φάρμακο είναι ολοένα και λιγότερο αποτελεσματική. Για αυτόν τον λόγο, η ανθεκτικότητα είναι μια φαρμακολογική ιδιότητα η οποία δεν είναι απαραίτητο ότι θα προκαλέσει εθισμό (Κοκκέβη Α. , 1988).

Οι γιατροί, θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί όταν χορηγούν φάρμακα στους ασθενείς, καθώς τα περισσότερα προκαλούν εθισμό, και όταν εμφανιστούν σημάδια εθισμού θα πρέπει σταδιακά να ξεκινήσουν να μειώνουν τη χορήγηση του φαρμάκου (Κοκκέβη Α. , 1988).

2.4. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ: ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

Με την έννοια «εξάρτηση» ορίζεται μία συμπεριφορά ενός ατόμου η οποία δεν είναι υπό έλεγχο και είναι πολύ δύσκολο έως αδύνατο να μετριασθεί και να διακοπεί. Ένα εξαρτημένο άτομο εστιάζει τη ζωή του στα αντικείμενα υπό τα οποία εξαρτάται. Το άτομο που συνδυάζει κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες, αποδυναμώνεται και δεν μπορεί να ελέγξει τις συμπεριφορές και τις αντιδράσεις του (ΚΕΘΕΑ). Η εξάρτηση είναι μία κατάσταση στην οποία ο οργανισμός ενός ατόμου συνηθίζει μία ουσία και αν δεν υπάρχει στο αίμα του δεν μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά (Κουτίνου & Κουτουλάκη, 2015).

Το πιο σύνηθες χαρακτηριστικό της εξάρτησης, είναι η έντονη προσήλωση που έχει ένα άτομο προς κάποιο άλλο ή προς κάποιο αντικείμενο. Το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό της εξάρτησης είναι το γεγονός ότι το άτομο νιώθει την ανάγκη να επαναλαμβάνει καθημερινά κάποιες συνήθειες, στρέφεται προς ουσίες και διαδικασίες και δεν έχει τον έλεγχο αυτών των επιθυμιών του. Εξαρτημένα άτομα χαρακτηρίζονται από το γεγονός ότι, ακόμα και αν αντιληφθούν και παραδεχθούν πως οι πράξεις και οι συμπεριφορές τους είναι παράλογες, δεν έχουν την ικανότητα να το ελέγξουν, αντιθέτως εντείνουν τη συμπεριφορά τους και σκοπεύουν στο να νιώθουν ολοένα και περισσότερο ικανοποιημένοι. Μέσα από ένα σύνολο συμπτωμάτων συμπεριφοράς και φυσιολογικών γνωρισμάτων, γίνεται αντιληπτό πως το άτομο συνεχίζει να λαμβάνει ουσίες, παρά τα σημαντικά προβλήματα που έχουν εμφανιστεί εξαιτίας της συνεχιζόμενης χρήσης. Στην περίπτωση που τα εξαρτώμενα άτομα προσπαθήσουν να ελέγξουν τις εξαρτήσεις τους παρουσιάζεται το αίσθημα της δυσφορίας και δεν αργούν τα συμπτώματα στέρησης. Το κατά πόσο αναπτύσσεται στερητικό σύνδρομο,

ανοχή ή καταναγκαστική συμπεριφορά για τη λήψη κάποιας ουσίας, αποτελούν κριτήρια διάγνωσης για την εξάρτηση από ουσίες (Μάνος, 1997).

Είναι προφανές, πως, όταν κάποιο άτομο παρουσιάζει την παραπάνω συμπεριφορά, αυτό δεν σημαίνει πως πρέπει να την χαρακτηρίσουμε εξαρχής ως μια εξαρτητική συμπεριφορά. Θα πρέπει να ακολουθηθεί μια πορεία για να φτάσουμε στο σημείο να μιλάμε για εξαρτητική συμπεριφορά. Η πορεία αυτή έχει ως εξής. Η έναρξη χρήσης κάποιας ουσίας γίνεται συνήθως από περιέργεια και για δοκιμή, καθώς κατακλύζονται από μία επιθυμία να γνωρίσουν κάτι άγνωστο. Η δοκιμή είναι ο πιο καθοριστικός παράγοντας για να εξελιχθεί ένα άτομο σε εξαρτώμενο. Η επιθυμία εξερεύνησης στο άγνωστο εκδηλώνεται πιο έντονα σε άτομα νεαρής ηλικίας και μέσα από την έντονη δραστηριότητα οδηγούνται σε καταστάσεις εξάρτησης (Μάνος, 1997).

Πιο συγκεκριμένα, για να καταλήξει κάποιος σε κατάσταση εξάρτησης περνάει από τέσσερα στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι η χρήση ουσιών για συγκεκριμένες περιπτώσεις και επομένως είναι «κοινωνικά αποδεκτό». Το δεύτερο στάδιο είναι η κατάχρηση και είναι το επόμενο βήμα λόγω της συστηματικής χρήσης μίας ουσίας. Αρχικά, το άτομο αντιλαμβάνεται την κακή χρήση και συνήθως προσπαθεί να επανέλθει στις προηγούμενες συνήθειές του, χωρίς όμως κάποιο αποτέλεσμα. Συχνά, τα άτομα σε αυτό το στάδιο ψάχνουν να βρουν μία ευκαιρία για να κάνουν χρήση ουσιών. Στην συνέχεια, εμφανίζεται το στάδιο του εθισμού. Σε αυτό το στάδιο, το άτομο χάνει τον έλεγχο της χρήσης ουσιών και αρχίζουν να εμφανίζονται οι πρώτες επιπτώσεις, είτε αυτές είναι σωματικές είτε ψυχολογικές είτε κοινωνικές. Τέλος, μετά από όλη αυτή την πορεία εμφανίζεται το τέταρτο και τελευταίο στάδιο που είναι η εξάρτηση. Το βασικό χαρακτηριστικό της εξάρτησης είναι η καθημερινή χρήση και αποτελεί μια φάση χρόνια. Η χρήση αποτελεί τον βασικό άξονα της συμπεριφοράς του ατόμου και στο στάδιο αυτό της εξάρτησης οι επιπτώσεις από τη χρήση μεγιστοποιούνται (Μαγκλής, 2017).

Το πιο σύνηθες φαινόμενο, είναι τα εξαρτώμενα άτομα να έχουν την ανάγκη να λάβουν κάποια ουσία προκειμένου να δράσει και να έχουν να αναμενόμενα αποτελέσματα αλλά και για να αποφύγουν τα συμπτώματα στέρησης που παρουσιάζονται. Αυτό το είδος της εξάρτησης είναι από τα πιο γνωστά είδη εξάρτησης και λέγεται «ουσιοεξάρτηση» (Καπετάνιος, Πασχαλάκης, Υψηλάντη, Καρανίκας, & Φουστέρης, 2014).

Η ουσιοεξάρτηση είναι κατηγοριοποιημένη στη σωματική και στην ψυχολογική. Όταν ένα άτομο μειώνει απότομα και σημαντικά την ποσότητα της ουσίας που καταναλώνει, τότε αρχίζει παρουσιάζει συμπτώματα σωματικά και ψυχοπαθολογικά, και λέμε πως βρίσκεται σε σωματική εξάρτηση. Με πιο απλά λόγια, σωματική εξάρτηση είναι η αντίδραση που δημιουργείται στο ανθρώπινο σώμα εξαιτίας της διακοπής χρήσης οποιασδήποτε ουσίας. Από την άλλη μεριά, η ψυχολογική εξάρτηση εμφανίζεται όταν το άτομο δεν αντέχει χωρίς τις ουσίες από τις οποίες εξαρτάται, και επιθυμεί έντονα να κάνει χρήση αυτών (Καπετάνιος, Πασχαλάκης, Υψηλάντη, Καρανίκας, & Φουστέρης, 2014).

3. ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Ένα εθισμένο άτομο, κυριεύεται από μία επιθυμία να χρησιμοποιήσει διάφορες ουσίες χωρίς έλεγχο, μέσα από τις οποίες θα οδηγηθεί σε μία κατάπτωση, σωματική και ψυχική, και οι οποίες στη συνέχεια θα του προκαλέσουν συμπτώματα δυσφορίας και πόνου. Αυτές οι ουσίες είναι είτε φυσικές είτε χημικές, και ονομάζονται εξαρτησιογόνες ουσίες. Ουσίες όπως το αλκοόλ, η καφεΐνη, η μορφίνη, η νικοτίνη, η ηρωίνη, η μεθαδόνη και άλλες συγκαταλέγονται στις εξαρτησιογόνες ουσίες (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005).

3.1. ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Σύμφωνα με διάφορα κριτήρια, όπως η δράση των ψυχοδραστικών ουσιών, το κατά πόσο είναι νόμιμη η χρήση τους και άλλα κριτήρια, οι ψυχοδραστικές ουσίες, έχουν κατηγοριοποιηθεί με πολλούς τρόπους. Η ταξινόμησή τους με βάση τον τρόπο που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) δείχνει πως, τα επίπεδα δραστηριότητας του νευρικού συστήματος μειώνονται με τη χρήση κατασταλτικών ουσιών ενώ με τη χρήση διεγερτικών ουσιών η φυσιολογική δραστηριότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος αυξάνεται. Τέλος, οι ψευδαισθησιογόνες ουσίες δημιουργούν στα άτομα παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις (Μισουρίδου, 2015).

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί, βλέπουμε πως έχουν ταξινομηθεί όλες οι ψυχοδραστικές ουσίες ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκουν. Η κατηγοριοποίηση έχει γίνει σύμφωνα με τη δράση που έχουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Μισουρίδου, 2015).

Κατηγορία	Ψυχοδραστικές ουσίες
Οπιοειδείς ουσίες	Όπιο Μορφίνη Ηρωίνη Κωδεΐνη Μεθαδόνη
Κατασταλτικά του ΚΝΣ	Αλκοόλ Βαρβιτουρικά-Βενζοδιαζεπίνες- Ναρκοτικά συνδεδεμένα με πράξεις σεξουαλικής κακοποίησης
Εισπνεόμενα	Βενζΐνη Κόλα Διαλύτες Αεροζόλ
Διεγερτικά του ΚΝΣ	Κοκαΐνη Αμφεταμίνες Μεθαμφεταμίνες Νικοτίνη Καφεΐνη
Ινδική Κάνναβη	Μαριχουάνα Χασίς
Ψευδαισθησιογόνα	LSD Ψύλοκωβίνη
Νέες Ψυχοδραστικές Ουσίες	Συνθετικές καθιόνες Συνθετικά κανναβινοειδή

Πίνακας 1 Κατηγοριοποίηση των ψυχοδραστικών ουσιών με βάση τη δράση τους στο ΚΝΣ. (Μισουρίδου, 2015)

Στην συνέχεια, θα παρουσιάσουμε κάποιες από τις παραπάνω ψυχοδραστικές ουσίες και θα αναφερθούμε στον τρόπο δράσης της κάθε μίας, στην κλινική επίδραση που έχουν και στο στερητικό σύνδρομο που προκαλούν (Μισουρίδου, 2015).

3.2. ΟΠΙΟΕΙΔΕΙΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι φυσικές ή συνθετικές ουσίες που προκαλούν φαρμακολογικές επιδράσεις όμοιες με τις επιδράσεις που προκαλεί η μορφίνη ορίζονται ως «οπιοειδή ουσίες». Οι τρεις κατηγορίες στις οποίες έχουν ταξινομηθεί τα οπιοειδή φάρμακα, είναι τα φυσικά οπιοειδή, τα ημισυνθετικά και τα συνθετικά. Είναι ισχυρά αναλγητικά που έχουν κατασταλτική δράση σε πολλές περιοχές του εγκεφάλου ((Φασουλάκη, 2005), (Μισουρίδου, 2015)).

3.2.1. ΟΠΙΟ

Στους αρχαίους λαούς, το όπιο ήταν γνωστό για τις φαρμακευτικές και θεραπευτικές ιδιότητες που είχε (Μισουρίδου, 2015). Είναι από τα αρχαιότερα φάρμακα που ο άνθρωπος γνώρισε και χρησιμοποίησε. Ιστορικά να αναφέρουμε πως το 1803, ο Serturner, απομόνωσε τη μορφίνη από το όπιο. Αργότερα, το 1899 η Γερμανική εταιρεία Bayer, ανακάλυψε ένα νέο φάρμακο το οποίο τόνιζαν πως θα υποκαθιστούσε τη μορφίνη και το πλεονέκτημά του θα ήταν ότι δεν θα προκαλούσε εξάρτηση. Αυτό το φάρμακο ονομάστηκε ηρωίνη και κυκλοφόρησε σαν αντιβηχικό και αναλγητικό. Στην πράξη, όμως, αποδείχθηκε πως ήταν το ίδιο επικίνδυνη με την μορφίνη, ή και περισσότερο ως προς τις εξαρτήσεις που δημιουργούσε (Λιάππας, 1991).

Το όπιο προέρχεται από μία ειδική παπαρούνα που ευδοκίμει σε πολλές χώρες. Οι οπιομανείς, ικανοποιούν το πάθος τους τρώγοντας το όπιο ή καπνίζοντας ειδικούς ναργιλέδες και πίπες. Τα κέρδη που προσφέρει η νόμιμη πώληση του οπίου είναι ασήμαντα συγκριτικά με τα κέρδη που προκύπτουν όταν το όπιο διατίθεται μέσω του λαθρεμπορίου. Για τον λόγο αυτό, οι περισσότερες καλλιέργειες οπίου χρησιμοποιούνται για να τροφοδοτήσουν το λαθρεμπόριο και όχι τις φαρμακοβιομηχανίες (Λιάππας, 1991).

Το κοινό χαρακτηριστικό των οπιούχων ουσιών είναι ότι δεσμεύουν υποδοχές του εγκεφάλου και εξασκούν τη δράση τους επάνω σε αυτούς. Έχουν χαρακτηριστεί κατευναστικά φάρμακα και είναι από τα πιο δυνατά παυσίπονα. Το αρνητικό είναι ότι προκαλούν εξάρτηση (Λιάππας, 1991).

3.2.2. ΜΟΡΦΙΝΗ

Η μορφίνη αποτελεί φυσικό παράγωγο του οπίου. Είναι μία μικροκρυσταλική λευκή σκόνη, με πικρή γεύση που λαμβάνεται είτε από το στόμα είτε παρεντερικά. Πρώτο δημιουργήθηκε για να χρησιμοποιείται μέσω ένεσης για να ανακουφίζονται οι τραυματίες πολέμου. Με αυτόν τον τρόπο, η σχέση του ανθρώπου με τον πόνο άλλαξε, εξαιτίας της ανακάλυψης της μορφίνης (Μάτσα, 2001). Η μορφίνη χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα σε περιπτώσεις όπου η ισχυρή αναλγησία είναι απαραίτητη (Μισουρίδου, 2015).

Η χρήση της μορφίνης, προκαλεί ένα αίσθημα ευφορίας, καταστέλλει την αίσθηση του πόνου και της αναπνευστικής λειτουργίας και επιβραδύνει τη σκέψη. Αν χρησιμοποιηθεί σε υψηλές

δόσεις, προκαλεί σπασμούς, διέγερση, ακόμα και κώμα, και μπορεί να επιφέρει το θάνατο (Μισουρίδου, 2015).

3.2.3. ΗΡΩΙΝΗ

Η ηρωίνη αποτελεί ημισυνθετικό παράγωγο του οπίου. Παράγεται με μία μικρή τροποποίηση στη χημική δομή της μορφίνης. Η ηρωίνη εισέρχεται στον εγκέφαλο διαπερνώντας γρήγορα τον αιματολογικό φραγμό, και δεσμεύεται από τους υποδοχείς. Οι νευροδιαβιβαστές παράγονται στον οργανισμό μας, οι οποίοι συνδέονται με αυτούς τους υποδοχείς του εγκεφάλου και στο σώμα. Η ηρωίνη, μετά την είσοδό της στον οργανισμό μας, μετατρέπεται γρήγορα σε μορφίνη και προκαλεί αναλγησία (Μισουρίδου, 2015).

Η χρήση της ηρωίνης, προκαλεί έντονη ψυχολογική και σωματική εξάρτηση. οι χρήστες ηρωίνης στρέφουν όλη τους τη ζωή γύρω από την ουσία αυτή, και γίνεται αυτοσκοπός. Εφόσον διακοπεί η χρήση της ηρωίνης, μέσα σε 48 με 72 ώρες έχει ξεκινήσει και κορυφωθεί το στερητικό σύνδρομο. Σε κάποιους χρήστες τα συμπτώματα υποχωρούν μέσα σε μία εβδομάδα και σε κάποιους άλλους παραμένουν για αρκετούς μήνες (NIDA, 2014).

3.2.4. ΜΕΘΑΔΟΝΗ

Η μεθαδόνη αποτελεί συνθετικό παράγωγο του οπίου που παράχθηκε κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου στην Γερμανία, εξαιτίας της έλλειψης οπιοειδών ουσιών. Η μεθαδόνη απορροφάται από το γαστρεντερικό σύστημα εύκολα και η δράση της διαρκεί πολύ περισσότερο από ότι η δράση της ηρωίνης και της μορφίνης. Προκαλεί και αυτή έντονη σωματική και ψυχική εξάρτηση και το στερητικό σύνδρομο που προκαλεί είναι πιο ήπιο από το σύνδρομο που προκαλεί η ηρωίνη. Η διάρκεια του στερητικού συνδρόμου, όμως, είναι μεγαλύτερη. Αν κάποιο άτομο κάνει χρήση μεθαδόνης παράλληλα με αλκοόλ ή με άλλα ναρκωτικά, μπορεί να προκληθεί ακόμα και θάνατος (Μισουρίδου, 2015).

3.3. ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι ουσίες που έχουν ταξινομηθεί στην κατηγορία κατασταλτικά, έχουν διαφορετική χημική δομή αλλά η δράση τους στο ΚΝΣ είναι παρόμοια. Συγκεκριμένα, στην κατηγορία αυτή

συγκαταλέγονται ουσίες όπως ναρκωτικές ουσίες που συνδέονται με τη σεξουαλική κακοποίησης, βαρβιτουρικά, αλκοόλ και άλλες ουσίες (Μισουρίδου, 2015).

3.3.1. ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΑ ΜΕ ΠΡΑΞΕΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι ουσίες αυτές συνδέονται με περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης. Προστίθενται στο ρόφημα του θύματος εν αγνοία του, με αποτέλεσμα να μειωθούν οι αντιδράσεις του και να προκαλείται απώλεια μνήμης. Συχνότερα, οι ουσίες αυτές συνδυάζονται με αλκοόλ (Μισουρίδου, 2015).

Σχετικά με το θέμα των ναρκωτικών, οι ουσίες που ορίζονται ως εθιστικές ψυχοτρόπες ή ναρκωτικά, είναι ουσίες που έχουν μια διαφορετική χημική δομή και μία διαφορετική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Έχουν γνωρίσματα που είναι κοινά με το πώς μεταβάλλεται η θυμική κατάσταση του χρήστη καθώς και με την πρόκληση που δημιουργείται μέσα από την εξάρτηση η οποία είναι ποικίλου βαθμού, ψυχικής ή σωματικής φύσης (Καπετάνιος, Πασχαλάκης, Υψηλάντη, Καρανίκας, & Φουστέρης, 2014).

3.3.2. ΑΛΚΟΟΛ

Το αλκοόλ, όπως τα ναρκωτικά, είναι και αυτή μία ψυχοτρόπος ουσία, η οποία επηρεάζει το άτομο προκαλώντας του εξάρτηση και μειώνοντας τα αντανακλαστικά (Καπετάνιος, Πασχαλάκης, Υψηλάντη, Καρανίκας, & Φουστέρης, 2014).

3.4. ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.4.1. ΚΟΚΑΪΝΗ

Η κοκαΐνη είναι ένα διεγερτικό του ΚΝΣ από τα πιο ισχυρά και βρίσκεται στα φύλλα του φυτού κόκα. Επηρεάζει την ευχαρίστηση και την κίνηση του ατόμου, καθώς αυξάνει τα επίπεδα της νευροδιαβιβαστικής ουσίας ντοπαμίνη στα εγκεφαλικά κέντρα, που είναι υπεύθυνα για τις λειτουργίες αυτές. Είναι μία σκόνη λευκή και άοσμη και ανάλογα με τον τρόπο λήψης της προκαλείται η ένταση και η διάρκεια της επίδρασής της (Μισουρίδου, 2015).

Όσον αφορά την κλινική επίδραση της κοκαΐνης, η χρήση αυτής της ουσίας δημιουργεί αυξημένη εγρήγορση, έντονο αίσθημα ευφορίας, ένα αίσθημα αυτοπεποίθησης και σεξουαλική διέγερση. Επιπλέον, μειώνει την ανάγκη για φαγητό και για ύπνο. Μετά από το αίσθημα της ευφορίας, όμως, προκαλείται έντονη δυσφορία και ανησυχία. Επομένως, ο χρήστης καταφεύγει ξανά στη χρήση κοκαΐνης με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας επαναληπτικός κύκλος μέχρι να εξαντληθεί η διαθέσιμη ποσότητα ή ο ίδιος ο χρήστης. Οι δόσεις αυξάνονται ολοένα και περισσότερο προκειμένου να επιτύχει ο χρήστης την επίδραση που επιθυμεί, δεδομένου ότι αναπτύσσεται γρήγορα η ανοχή (Μισουρίδου, 2015).

Η χρήση κοκαΐνης προκαλεί ψυχολογική εξάρτηση και το στερητικό σύνδρομο που δημιουργείται μετά τη διακοπή της εξελίσσεται σε τρεις φάσεις. Στην πρώτη φάση, ο χρήστης χαρακτηρίζεται από μεγάλη επιθυμία για χρήση, νιώθει έντονη κόπωση και άγχος και το στοιχείο που κυριαρχεί είναι η κατάθλιψη. Στη δεύτερη φάση υπάρχει έντονο το αίσθημα της στέρησης της ουσίας και τελικά, στην τρίτη φάση, μετά από μία έως δέκα εβδομάδες η επιθυμία για την ουσία είναι περιοδική (Μισουρίδου, 2015).

3.4.2. ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά προβλήματα των τελευταίων ετών, είναι η εξάρτηση από τη νικοτίνη. Τα άτομα εθίζονται από την νικοτίνη, που είναι ένας μηχανισμός ψυχοφαρμακολογικός και ενισχύει τη συνήθεια του τσιγάρου ή την διατηρεί στα ίδια επίπεδα. Όταν κάποιος εθίζεται στον καπνό, θεωρείται πως αυτός ο εθισμός χαρακτηρίζει δύο διαταραχές, την εξάρτηση από τη νικοτίνη αλλά και τη στέρηση από αυτήν. Οι υπεύθυνοι στον τομέα της υγείας που αναλαμβάνουν περιπτώσεις εθισμένων ατόμων από το τσιγάρο, αρχικά τους αξιολογούν, έπειτα τους κινητοποιούν να προσπαθήσουν να το διακόψουν και τέλος τους στηρίζουν μέσα από την παρακολούθηση, από τη θεραπεία μέσω φαρμάκων αλλά και μέσω της συμβουλευτικής παρέμβασης, να πετύχουν στην προσπάθεια που καταβάλλουν. Κάποιοι από τους παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται αν θα είναι επιτυχημένη ή όχι η διακοπή του καπνίσματος, είναι, το κίνητρο που έχει ο καπνιστής, το βαθμό στον οποίο είναι εξαρτημένος από τη νικοτίνη, η χρήση των φαρμακευτικών μέσων που χρησιμοποιείται και η ποιότητα της στήριξης που τους παρέχεται (Κουτίνου & Κουτουλάκη, 2015).

3.4.3. ΚΑΦΕΪΝΗ

Η καφεΐνη, είναι μία ουσία που προκαλεί εξάρτηση και ανοχή. Η καθημερινή χρήση καφεΐνης έως 300 mg μπορεί να προκαλέσει ανησυχία, αίσθημα κόπωσης και έντονη κεφαλαλγία ως συμπτώματα στέρησης. Η κατανάλωση, όμως, μεγαλύτερων δόσεων, μπορεί να προκαλέσει ταχυκαρδία, αϋπνία, τρόμο και γαστρεντερικά προβλήματα (Μισουρίδου, 2015).

4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

Τα άτομα που έχουν εθιστεί σε κάποια ουσία, όταν βρίσκονται ακόμα στο πρώτο στάδιο, αντιλαμβάνονται, όπως έχουμε ήδη προαναφέρει, πως αν συνεχίσουν την χρήση των ουσιών αυτών θα έχουν δυσάρεστα αποτελέσματα και θα καταστραφούν. Η απόφασή τους σχετικά με το εάν θα συνεχίσουν στη χρήση ή όχι, που αργά ή γρήγορα είναι βέβαιο ότι θα εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα στον οργανισμό τους, εξαρτάται από τον τρόπο ζωής που έχει ο καθένας και γενικότερα από τις πεποιθήσεις του (Παπαδόπουλος, 1997).

Στο πρώτο στάδιο, το άτομο έχει ακόμα τη δυνατότητα να αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται και να συμπεριφερθεί με τέτοιο τρόπο ούτως ώστε να μειώσει τον εθισμό του και όχι να τον ενισχύσει. Εφόσον, λοιπόν, ελέγχουν τον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται το πιο σημαντικό εκείνη τη στιγμή είναι να συλλογιστούν και να κατανοήσουν ποιοι είναι οι παράγοντες που τους οδήγησαν να ξεκινήσουν τη χρήση ουσιών, και έτσι έχουν κάνει ένα βήμα προκειμένου να επιτύχουν την απεξάρτηση (Παπαδόπουλος, 1997).

Σε αυτό το κεφάλαιο, θα παρουσιάσουμε τους παράγοντες και τις κύριες αιτίες που οδηγούν τα άτομα στην ουσιοεξάρτηση. Θα εξετάσουμε κάτω από ποιες συνθήκες οι πιθανότητες να πειραματιστεί ένα άτομο με μία ουσία αυξάνονται, ποιοι είναι οι παράγοντες, προστατευτικοί ή επιβαρυντικοί, που καθιστούν ένα άτομο περισσότερο ή λιγότερο ευάλωτο στην εξάρτηση, και ποιοι είναι τελικά οι παράγοντες που οδηγούν το άτομο να συνεχίσει να κάνει χρήση ουσιών, παρά τις επιπτώσεις που του επιφέρουν.

Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, σύμφωνα με τον Olivienstein (1982), προκαλείται εξαιτίας της αλληλεπίδρασης μίας συγκεκριμένης προσωπικότητας, με μία συγκεκριμένη ουσία, σε μία δεδομένη κοινωνικοπολιτιστική στιγμή. Για τον κάθε χρήστη, υπάρχει μία δυναμική διαδικασία, που οδηγεί από το στάδιο του πειραματισμού με μία ουσία στο στάδιο της εξάρτησης. Μέσα σε αυτήν την μακροχρόνια δυναμική διαδικασία, συνδυάζονται η προσωπικότητα του ατόμου με την ψυχολογία του και την κοινωνία γενικότερα. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών είναι ταξινομημένοι σε ατομικούς παράγοντες, δηλαδή σε βιολογικούς – γενετικούς και σε ψυχολογικούς, σε παράγοντες που σχετίζονται με την επίδραση της οικογένειας, με την επίδραση του σχολείου, με την επίδραση από τους συνομήλικους και γενικά με τη επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος (Μισουρίδου, 2015).

4.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ – ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα τελευταία χρόνια έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους πολλές μελέτες στο κατά πόσο η κληρονομικότητα ενός οργανισμού επηρεάζει και συνδέεται με την ανθεκτικότητα ή όχι κάποιου ατόμου στη χρήση ουσιών. Παρ' όλες τις μελέτες, δεν έχει βρεθεί κάποιο γονίδιο που να συνδέεται. Η έρευνα, εστιάζει τελευταία, στο ρόλο που διαδραματίζουν οι νευροδιαβιβαστές, οι οποίοι, όπως έχουμε προαναφέρει παράγονται στον οργανισμό ενδογενώς. Η ντοπαμίνη, οι ενδορφίνες και η σεροτονίνη, είναι νευροδιαβιβαστές και συνδέονται με τη διάθεση και το συναίσθημα που έχει το άτομο, με την αντίληψή του καθώς και με την ανοχή του στον πόνο. Ο λόγος για τον οποίο απασχόλησαν οι νευροδιαβιβαστές, είναι ότι το σύστημά τους δυσλειτουργεί σε κάποια άτομα και προκειμένου να λειτουργήσει χρειάζονται ψυχοδραστικές ουσίες ώστε να αντικαταστήσουν τους νευροδιαβιβαστές στον οργανισμό ((Kendler, Jacobson, Prescott, & Neale, 2003), (Hyun, Hewitt, Young, Corley, Crowley, & Stallings, 2003)).

4.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όπως έχουμε προαναφέρει, ένα άτομο μπορεί να ξεκινήσει τη χρήση ουσιών εξαιτίας επιβαρυντικών και προστατευτικών παραγόντων. Συνήθειες που μπορεί να χαρακτηρίζουν ένα άτομο μικρής ηλικίας όπως είναι η παραβατική συμπεριφορά που μπορεί να έχει, η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, σεξουαλική δραστηριότητα, ή ακόμη ιστορικό με προβλήματα συμπεριφοράς σε οποιαδήποτε ηλικία, επιθετική συμπεριφορά, κατάθλιψη, άγχος, προβλήματα ψυχικής υγείας, έλλειψη φιλοδοξιών και θετικών προτύπων αποτελούν παραδείγματα επιβαρυντικών παραγόντων. Στους προστατευτικούς παράγοντες, συμπεριλαμβάνονται χαρακτηριστικά όπως η αυτοεκτίμηση, οι κοινωνικές δεξιότητες, η ενασχόληση με τη θρησκεία, η μειωμένη παρορμητικότητα ή ακόμη και η γνώση για τις ουσίες και τις συνέπειες που έχουν (Μισουρίδου, 2015).

Έχουν γίνει προσεγγίσεις οι οποίες εστιάζουν στο γεγονός ότι η εξάρτηση αποτελεί υποκατάστατο από τα παιδικά τραύματα που είχαν τα άτομα σε πρώιμη ηλικία καθώς και της σεξουαλικής ικανοποίησης. Σύμφωνα με τους ασθενείς, έχουν τον πλήρη έλεγχο στη χρήση ουσιών και υποστηρίζουν πως μπορούν να τη διακόψουν όποτε θελήσουν. Μέσα από τις ουσίες, ξεφεύγουν από τον πόνο και από τη δυσκολία που έχουν να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους (Lettieri, Sayers, & Wallenstein, 1980).

Όταν ένα άτομο δυσκολεύεται να διαχειριστεί τα συναισθήματά του, είναι επακόλουθο να δυσκολεύεται και στο να συγκροτήσει μία ταυτότητα. Μέσα από τη χρήση ουσιών, ο ασθενής δημιουργεί μία νέα ταυτότητα, η οποία δεν είναι λειτουργική όπως η παλιά (Μάτσα, 2001). Επιπλέον, όταν ένα άτομο που χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, είναι πιθανόν να κάνει χρήση ουσιών. Δυσκολεύεται να αποδεχθεί τον εαυτό του και απομακρύνεται από τους γύρω του (Dillon, et al., 2007). Αρχίζει να αμφισβητεί μέχρι και το αν αξίζει να ζει και αυτό τον βασανίζει. Μέσα από τη χρήση ναρκωτικών, θεωρεί πως έχει κάποια αξία, νιώθει ξεχωριστός και του δημιουργούν ένα αίσθημα ζωντάνιας ((Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano, & Baglioni, 2002), (Wiklund, 2008)).

Η κατάθλιψη, είναι από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα ψυχικής διαταραχής. Μέσα από πολλές μελέτες έχει διαπιστωθεί πως υπάρχει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στις ψυχικές διαταραχές και στη χρήση ουσιών. Γενικότερα, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, εξαιτίας της ανυπόφορης κατάστασης που δημιουργείται, ψάχνουν μία στρατηγική επιβίωσης την οποία την βρίσκουν χρησιμοποιώντας την εξάρτηση (Μάτσα, 2001).

Ένα άτομο που χαρακτηρίζεται από τη μη ικανότητά του να ρυθμίζει και να αντέχει την οικειότητα στις σχέσεις με άλλα άτομα, συσχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ και με την τοξικομανία. Ένα εξαρτημένο άτομο, από τη μία πλευρά δεν αντέχει την απόσταση και από την άλλη φοβάται την έντονη οικειότητα (Μισουρίδου, 2015). Επίσης, άτομα που είναι εξαρτώμενα, χαρακτηρίζονται από τον παθογενετικό παράγοντα ρύθμισης της παρορμητικότητας. Η αρνητικότητα είναι το συναίσθημα που κυριαρχεί καθώς αντιλαμβάνονται μόνο την αρνητική πλευρά των πραγμάτων και στη σκέψη τους επικρατεί μόνο το κακό και το λάθος. Γίνονται βίαιοι και επιθετικοί και μέσα από αυτή τη συμπεριφορά τους, δίνουν την εντύπωση πως επιζητούν να επιβεβαιωθεί η ταυτότητά τους ((Μάτσα, 2001), (Τσουνής, 2013)).

Η βίαιη συμπεριφορά που χαρακτηρίζει τα εξαρτώμενα άτομα, σχετίζεται με τα βιώματα βίας που είχαν στην παιδική τους ηλικία, μέσα από τα οποία τα άτομα ωθούνται στην περιφρόνηση του ίδιου τους του εαυτού. Επιπλέον, η βίαιη συμπεριφορά σχετίζεται και με την αδυναμία που έχουν τα άτομα να προσαρμοστούν στο περιβάλλον της οικογένειας, του σχολείου και της κοινωνίας γενικότερα. Μέσα από την επιθετική συμπεριφορά, οι χρήστες προσπαθούν να αμυνθούν ενάντια στο φόβο που έχουν εξαιτίας της παρουσίας άλλων ανθρώπων. Νιώθουν ότι προστατεύονται πίσω από τη συμπεριφορά αυτή και σκοπός τους είναι να επιβληθούν μέσα από την ψευδαίσθηση της παντοδυναμίας που τους δημιουργείται μέσα από τη χρήση ουσιών (Μάτσα, 2001).

Μέσα από πολλές μελέτες που έχουν γίνει, έχει προκύψει πως η εξάρτηση συσχετίζεται με τη σωματική και τη σεξουαλική κακοποίηση που έχει δεχτεί κάποιο άτομο σε παιδική ηλικία, με καταστάσεις σύγκρουσης, με θέματα σχετικά με ασθένειες, θανάτους και πρόωρους αποχωρισμούς, δηλαδή με τον ψυχικό τραυματισμό του. Όταν προκαλείται βίαιη διατάραξη στον εσωτερικό κόσμο ενός ατόμου, μέσα από καταστάσεις ή γεγονότα δημιουργείται το ψυχικό τραύμα. Είναι δύσκολο για το άτομο να ξεπεράσει το τραύμα του ακόμα και να το κατανοήσει. Δεν μπορεί να μιλήσει για αυτό και να το εντάξει στη ζωή του ώστε να βρει πάλι το νόημα της ζωής (Μισουρίδου, 2015).

4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η οικογένεια παίζει τον πιο καθοριστικό ρόλο στη ζωή ενός ανθρώπου. Όπως είναι λογικό, λοιπόν, δεν θα μπορούσε να λείπει η επίδρασή της στην εμφάνιση συμπεριφοράς εξάρτησης. Αρχικά, σημαντικό ρόλο έχει γενικά το οικογενειακό περιβάλλον, δηλαδή αν υπάρχουν συγκρούσεις και συμπεριφορές αδιαφορίας, αν υπάρχει δυσκολία στην επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη και συγκρούσεις, οι συνθήκες διαβίωσης αν είναι δύσκολες και αν επικρατεί ένα χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον. Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, οι οποίοι επιβαρύνουν τη σχέση ανάμεσα στη χρήση ουσιών και στο επίπεδο της οικογένειας, όπως η χρήση από γονείς και από άλλα μέλη της οικογένειας και η θετική στάση σε θέματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (Μισουρίδου, 2015).

Σε οικογένειες όπου οι γονείς κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών ή αλκοόλ, απορροφώνται από τα προβλήματα και τις ανάγκες τους. Παραμελούν την οικογένειά τους και επομένως υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να παιδιά που μεγαλώνουν μέσα στις οικογένειες αυτές να κάνουν και αυτοί κατάχρηση ουσιών ((Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano, & Baglioni, 2002), (Kandel, Griesler, Lee, Davies, & Schaffsan, 2001)). Τα μέλη της οικογένειας γνωρίζουν τη σοβαρότητα του προβλήματος αλλά τελικά η εξάρτηση εξαπλώνεται σε όλα τα μέλη της ((Μάτσα, 2001), (Μισουρίδου, 2015)). Το παράδειγμα που δίνουν οι γονείς στα παιδιά τους μέσα στην οικογένεια είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που καθορίζει το αν θα γίνει κάποιος καπνιστής. Έρευνες έχουν δείξει, πως, τρία στα τέσσερα παιδιά που έχουν γίνει καπνιστές, είχαν έναν τουλάχιστον γονέα που κάπνιζε. Μέσα από μελέτες που έγιναν σε οικογένειες σκανδιναβικών χωρών, προέκυψε πως, σε οικογένειες όπου οι γονείς δεν κάπνιζαν και ήταν αντίθετοι σε αυτό, το 10% μόνο ξεκίνησαν να καπνίζουν. Αντιθέτως, σε οικογένειες όπου οι γονείς κάπνιζαν και ήταν υπέρ της

συνήθειας αυτής, το ποσοστό των παιδιών που ξεκινούν το κάπνισμα είναι 70% (Becker, Grossman, & Murphy, 1994).

Οι αιτίες που ωθούν τα παιδιά στη χρήση των ναρκωτικών ξεκινούν συχνά μέσα από την ίδια την οικογένεια σύμφωνα με έρευνες. Οι σχέσεις που αναπτύσσουν οι γονείς με τα παιδιά τους, αποτελούν τη βάση για να μεγαλώσει σωστά ένα παιδί. Δεν πρέπει να καταπιέζουν τα παιδιά αλλά ούτε και να τους δίνεται πλήρης ελευθερία. Θα πρέπει να γνωρίζουν τις πραγματικές συνθήκες που επικρατούν στη ζωή και να μην μεγαλώνουν σε μία ψευδαίσθηση, ούτως ώστε όταν θα βγουν στην κοινωνία να μην απογοητευτούν. Πρέπει να αξιοποιούν οι γονείς το χρόνο με τα παιδιά τους μέσα από διάφορες ψυχαγωγικές δραστηριότητες και να θέτουν στόχους προσπαθώντας να τους επιτύχουν και να φτάσουν όσο ψηλότερα μπορούν. Όταν τα παιδιά μεγαλώνουν μέσα σε ένα κλίμα αρμονίας και αλήθειας, δημιουργείται μια αίσθηση σιγουριάς και θέλησης για να ζήσουν. Στατιστικά στοιχεία έχουν δείξει πως παιδιά που έχουν γίνει χρήστες ναρκωτικών ουσιών είναι κυρίως από διαλυμένες οικογένειες, ανεξαρτήτως εάν είναι διαζευγμένοι ή όχι οι γονείς (Πιπερόπουλος).

Εκτός από τους επιβαρυντικούς παράγοντες που προαναφέραμε, υπάρχουν και προστατευτικοί παράγοντες, οι οποίοι αν συνδυαστούν έχουν στο σύνολό τους μεγάλη επίδραση επάνω στο άτομο. Οι ισχυροί δεσμοί που υπάρχουν ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, η επιβολή πειθαρχίας, η ικανότητα επίλυσης διαφόρων προβλημάτων που προκύπτουν στην οικογένεια καθώς και η συναισθηματική στήριξη, αποτελούν κάποιους από αυτούς τους προστατευτικούς παράγοντες (Μισουρίδου, 2015).

Οι αλληλεπιδράσεις που αντιμετωπίζει ένα εξαρτημένο άτομο με τα μέλη της οικογένειάς του, χαρακτηρίζονται από συναισθηματική απόσταση. Ο εξαρτημένος, νιώθει ότι δεν έχει θέση στην οικογένειά του και μέσα σε αυτό το αρνητικό κλίμα βιώνει την απόρριψη. Η υψηλά φορτισμένη συναισθηματική ατμόσφαιρα που υπάρχει σε συνδυασμό με την προσκόλληση σε ένα από τους δύο γονείς, δημιουργούν ένα περιβάλλον που δεν είναι οικείο με αποτέλεσμα να δημιουργούνται αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές καθώς και συμπεριφορές βίας και επιθετικότητας και μέσα στην οικογένεια αλλά και έξω από αυτήν (Μάτσα, 2001).

Οικογένειες οι οποίες έχουν χαρακτηριστεί από συμπεριφορές προσκόλλησης σε έναν από τους δύο γονείς αλλά και από έλλειψη ορίων, έχει παρατηρηθεί πως αντιμετωπίζουν συχνά

προβλήματα εξάρτησης. Ένα παιδί στην προσπάθειά του να αυτονομηθεί και να ξεφύγει από την υπερπροστασία, επιλέγει σαν στρατηγική επιβίωσης την εξάρτηση. Μέσα από τη χρήση ουσιών πιστεύει πως κάνει ένα βήμα ώστε να απεμπλακεί, στην πραγματικότητα όμως μένει πίσω ((Steinglass, 2009), (Stanton & Todd, 1982)).

Αρκετές μελέτες, έχουν αποδείξει πως οικογένειες οι οποίες αντιμετωπίζουν το φαινόμενο της εξάρτησης, σε προηγούμενες γενιές είχαν αντιμετωπίσει την απώλεια σε υψηλά ποσοστά. Η απώλεια σε οποιαδήποτε μορφή, είτε ως θάνατος, είτε ως ασθένεια, είτε ως αποχώρηση, δημιουργεί τραυματικές εμπειρίες και η δυσφορία που προκαλείται μεταβιβάζεται από γενιά σε γενιά ((Amaro, Brown, Chernoff, Arevalo, & Gatz, 2007), (Coleman & Stancon, 1978)).

4.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Το σχολείο είναι ένας θεσμός με κύριο ρόλο να απασχοληθεί με όλες τις πλευρές ενός μαθητή, να αναπτύξει τις δεξιότητές του, να τον βοηθάει ώστε να νιώθει ασφάλεια και με τους συμμαθητές του αλλά και με τους δασκάλους του. Αυτά τα χαρακτηριστικά καθιστούν ένα θετικό σχολικό περιβάλλον. Όταν ανάμεσα στους συμμαθητές επικρατούν επιθετικές συμπεριφορές ή συμπεριφορές απόρριψης και οι σχέσεις ανάμεσα σε δάσκαλο και μαθητή δεν υποστηρίζονται, δημιουργείται ένα σύνολο αρνητικών εμπειριών και χαρακτηρίζουν ένα αρνητικό σχολικό περιβάλλον. Μέσα από αυτές τις επιβαρυντικές εμπειρίες, είναι πολύ πιθανό οι μαθητές να εμφανίσουν συμπεριφορές ουσιοεξάρτησης (Bond, et al., 2007). Είναι αποδεδειγμένο μέσα από μελέτες που έχουν γίνει πως η σχολική αποτυχία είναι ένα παράγοντας που σχετίζεται άμεσα με την κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών (Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano, & Baglioni, 2002).

Πιο συγκεκριμένα, οι παράγοντες που συνδέουν τη σχολική επίδραση και τη χρήση ουσιών, είναι και πάλι ταξινομημένοι σε επιβαρυντικούς και σε προστατευτικούς παράγοντες. Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται η αντικοινωνική συμπεριφορά, ο σχολικός εκφοβισμός και η δυσκολία να ενσωματωθεί κάποιος μαθητής στη σχολική ζωή, η χαμηλές επιδόσεις του μαθητή και οι χαμηλές προσδοκίες των δασκάλων, η χρήση ουσιών από δασκάλους και άλλα χαρακτηριστικά όπως οι απουσίες και η εγκατάλειψη του σχολείου. Από την άλλη πλευρά, στους προστατευτικούς παράγοντες εντάσσονται οι καλές σχέσεις με τους δασκάλους και η συνεργασία των γονέων μαζί τους, οι θετικές εκπαιδευτικές προσδοκίες που έχουν οι γονείς

και οι στόχοι και οι φιλοδοξίες που θέτουν οι μαθητές καθώς και οι κατάλληλες παρεμβάσεις για μαθητές που έχουν ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες (Μισουρίδου, 2015).

4.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ

Η οικογένεια και το σχολείο παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη ενός παιδιού και, όπως έχει αποδειχθεί μέσα από έρευνες, σχετίζονται με συμπεριφορές εξάρτησης που παρατηρούνται. Κρίσιμο ρόλο, όμως, έχει και η σχέση που δημιουργείται με τους συνομηλίκους. Μελέτες έχουν αποδείξει πως έφηβοι στις παρέες των οποίων συμμετέχουν άτομα που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, έχουν υψηλότερες πιθανότητες να κάνουν και οι ίδιοι χρήση (Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano, & Baglioni, 2002). Στην ουσία, οι έφηβοι δεν δέχονται παθητικά πιέσεις από τους συνομηλίκους τους, αλλά στην προσπάθειά τους να είναι μέλος μίας ομάδας σε συνδυασμό με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι πιο ευάλωτοι. Οι φίλοι που έχουν τη συνήθεια του καπνίσματος, αποτελούν έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για τη διαμόρφωση της συνήθειας αυτής (Becker, Grossman, & Murphy, 1994).

Συγκεκριμένα, χαρακτηριστικά όπως είναι η απομόνωση και ο αποκλεισμός, η χρήση ουσιών από φίλους και η εμφάνιση προβληματικής συμπεριφοράς, αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες που συνδέουν το ρόλο των συνομηλίκων με την χρήση ουσιών. Οι προστατευτικοί παράγοντες, αντίθετα, είναι οι φίλοι που αποδοκιμάζουν την προβληματική συμπεριφορά και δραστηριότητες που σχετίζονται με τη θετική κοινωνική συμπεριφορά (Μισουρίδου, 2015).

4.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Κλείνοντας την ενότητα με τους παράγοντες που οδηγούν στην ουσιοεξάρτηση, θα παρουσιάσουμε το ρόλο που ασκεί το κοινωνικό περιβάλλον. Στις σύγχρονες κοινωνίες, παρατηρείται κρίση στις αξίες και στους θεσμούς, ένα κλίμα επιθετικότητας που στοχεύει στην επιβίωση, τον κόσμο να προσανατολίζεται προς τον καταναλωτισμό και όλα αυτά συνδυαστικά με την κοινωνική ανισότητα που επικρατεί, αποτελούν παράγοντες που οδηγούν τα νέα άτομα όλο και περισσότερο στην κατάχρηση ουσιών (Μισουρίδου, 2015).

Το χαμηλό επίπεδο που επικρατεί στις περιοχές, κοινωνικό και οικονομικό, η εγκληματικότητα, η κοινωνία που ανέχεται κάθε είδους βία και κατάχρηση ουσιών και οι απότομες μεταβολές που υπάρχουν στην κοινωνία αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες του κοινωνικού περιβάλλοντος που συσχετίζονται με την χρήση ουσιών. Αντιθέτως, υπάρχουν και οι προστατευτικοί παράγοντες, οι οποίοι δεν χαρακτηρίζουν στη σύγχρονη κοινωνία αρκετές κοινότητες. Συγκεκριμένα, πρόσβαση σε προγεννητικές φροντίδες υψηλής ποιότητας, σε υψηλής ποιότητας παιδιατρική υγειονομική περίθαλψη, και ψυχιατρική, υψηλό επίπεδο γειτονιάς, κοινωνικό και οικονομικό, καθώς και σταθερότητα και προσφορά εργασίας αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες του κοινωνικού περιβάλλοντος (Μισουρίδου, 2015).

Από τη μία πλευρά επικρατεί μία αφόρητη, για τους νέους, κοινωνία, μέσα στην οποία αρνούνται να ενσωματωθούν και από την άλλη πλευρά είναι η κοινωνία που αρνείται να δώσει τη δυνατότητα στους νέους να ενταχθούν σε αυτήν. Έτσι, οι νέοι δραπετεύουν από την κατάσταση στην οποία βρίσκονται μέσα από τη χρήση ουσιών και ωθούνται προς το κοινωνικό περιθώριο. Τα εξαρτημένα άτομα από αλκοόλ και από άλλες ψυχοδραστικές ουσίες, βιώνουν τον κοινωνικό στιγματισμό και αποκλεισμό (Μάτσα, 2001).

Κοινωνικοί είναι κυρίως οι λόγοι για τους οποίους κάποιος ξεκινάει το κάπνισμα. Η κοινωνική τάξη των καπνιστών, αποτελεί από τις πιο σημαντικές αξίες για τον καπνιστή. Όσο τα χρόνια περνούν, έχει παρατηρηθεί πως οι γυναίκες είναι αυτές που καπνίζουν περισσότερο αλλά και πιο συχνά, και μάλιστα το ξεκινούν σε μικρότερη ηλικία συγκριτικά με τους άντρες. Οι περισσότεροι καπνιστές θεωρούν πως μέσα από το τσιγάρο αποκτούν ένα κοινωνικό γόητρο, και αυτό είναι που τους ωθεί να το ξεκινήσουν (Becker, Grossman, & Murphy, 1994).

Προκειμένου να γίνει κατανοητό το φαινόμενο της εξάρτησης, είναι απαραίτητο να διερευνηθεί η διαδικασία της κοινωνικοποίησης μέσα σε μία συγκεκριμένη πολιτιστική ομάδα, καθώς και η διερεύνηση των όρων μέσα στους οποίους πραγματοποιείται η διαδικασία αυτή. Το άτομο μαθαίνει μέσα στην ομάδα να κάνει χρήση, να αποφύγει διάφορα εμπόδια και να γίνει αποδεκτός από τους ομότιμους του, που είναι και το πιο σημαντικό, σε αντίθεση με τη διάκριση που βιώνει κατά την κοινωνικοποίησή του με άλλες ομάδες (Μισουρίδου, 2015).

4.7. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες που έχουμε αναλύσει σε αυτή την ενότητα, αποτελούν καθοριστικό ρόλο στο να οδηγηθεί ένα άτομο στη χρήση ουσιών. Πριν κλείσουμε την ενότητα, θα εστιάσουμε σε διάφορους άλλους λόγους που οδηγούν ένα άτομο στην εξάρτηση από το κάπνισμα και από το αλκοόλ.

Η εξάρτηση από την ουσία της νικοτίνης είναι μία κατάσταση που κρατάει χρόνια. Προκειμένου να αναλύσουν οι ερευνητές τις αιτίες που οδηγούν τους ανθρώπους στο κάπνισμα, προσπαθούν να απαντήσουν τα εξής ερωτήματα: Γιατί οι άνθρωποι ξεκινούν το κάπνισμα; Γιατί συνεχίζουν το κάπνισμα; Γιατί δεν μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα; Γιατί ενώ καταφέρνουν να διακόψουν το κάπνισμα, το ξανά ξεκινούν; Οι λόγοι για τους οποίους ξεκινάει κάποιος το κάπνισμα είναι κοινωνικοί, ενώ φαρμακευτικοί είναι κυρίως οι λόγοι για τους οποίους το συνεχίζουν (Becker, Grossman, & Murphy, 1994).

Οι κύριοι λόγοι για τους οποίους οι περισσότεροι άνθρωποι ξεκινούν το κάπνισμα, είναι το αίσθημα της περιέργειας, για να εκφράσουν μέσα από αυτό την επανάστασή τους ή και για να μιμηθούν άλλους ανθρώπους, για τους οποίους θεωρούν ότι έχουν μεγαλύτερο κύρος. Όσον αφορά τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι συνεχίζουν το κάπνισμα, έξι φαίνεται να είναι οι κύριοι παράγοντες που τους ασκούν επίδραση. Ο πρώτος παράγοντας είναι ο ερεθισμός, δηλαδή, η ενεργητικότητά τους νιώθουν ότι είναι αυξημένη. Ο δεύτερος λόγος, είναι η ικανοποίηση που νιώθουν όταν ανάβουν ένα τσιγάρο. Μέσα σε μια εποχή εγρήγορσης και έντασης που ζούμε, κάποιοι άνθρωποι μέσα από το τσιγάρο νιώθουν μία ευχάριστη χαλάρωση, και αυτός είναι ο τρίτος παράγοντας για τον οποίο αποφασίζουν να συνεχίσουν το τσιγάρο. Η συνήθεια, είναι ο τέταρτος παράγοντας, καθώς οι καπνιστές δεν νιώθουν πως τους λείπει το τσιγάρο όταν δεν το έχουν, όμως, όταν το έχουν διαθέσιμο αυτόματα το καπνίζουν. Μέσα από το τσιγάρο, μειώνονται τα αρνητικά αισθήματα που νιώθουν, τα αισθήματα έντασης και θυμού, και αυτός είναι ο πέμπτος παράγοντας. Τέλος, ο έκτος και τελευταίος παράγοντας που επηρεάζει τους καπνιστές να συνεχίσουν το τσιγάρο, είναι ο εθισμός. Συνεχίζουν το κάπνισμα για να μην έχουν τη δυσάρεστη αίσθηση της επιθυμίας τους να καπνίσουν, όταν το τσιγάρο τους λείπει. Για να αποκτήσει ακόμα και το πιο ισορροπημένο άτομο εξάρτηση από το κάπνισμα, δε χρειάζεται να χαρακτηρίζεται από κάποια ιδιαίτερη κοινωνική ή ψυχολογική συνθήκη (Becker, Grossman, & Murphy, 1994).

Όλοι οι παράγοντες που έχουμε παρουσιάσει αναλυτικά στις παραπάνω υποενότητες, οδηγούν τους ανθρώπους να καταφύγουν στο κάπνισμα. Οι διάφορες αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στους βιολογικούς-γενετικούς παράγοντες και στους ψυχολογικούς παράγοντες με το κοινωνικό περιβάλλον, διαμορφώνουν και αναπτύσσουν τη συνήθεια του καπνίσματος. Μέσα από το τσιγάρο, αναζητούν να λυτρωθούν από τις διαταραχές που νιώθουν. Όντας ανασφαλή και αδύναμοι, αναζητούν παρηγοριά όταν βρίσκονται σε δύσκολες ψυχολογικές και σωματικές στιγμές, όταν νιώθουν μοναξιά και όταν αναστατώνονται γενικότερα. Όλοι αυτοί οι λόγοι, έχουν ως βάση τους ψυχολογικούς παράγοντες και πρέπει να προσεγγιστούν με την απαιτούμενη προσοχή (Becker, Grossman, & Murphy, 1994).

Υπάρχουν κάποια κρίσιμα στάδια τα οποία συνδέουν το κάπνισμα με διάφορες ψυχικές διεργασίες. Συγκεκριμένα, η προετοιμασία, ο πειραματισμός, η συστηματική χρήση περιστασιακά και τέλος η συστηματική χρήση και η εξάρτηση, οδηγούν το κάπνισμα σε ένα αναπόσπαστο κομμάτι συμπεριφοράς που καλύπτει ξεχωριστές ανάγκες (Becker, Grossman, & Murphy, 1994).

Για τις γυναίκες που καπνίζουν, τις ελκύει το γεγονός πως θεωρείται κάτι το απαγορευμένο, με αποτέλεσμα να έχουν στο μυαλό τους το τσιγάρο σαν μία τολμηρή συνήθεια και κατ'επέκταση ελκυστική. Αποκτά, λοιπόν, μία άλλη αξία στο μυαλό τους πέρα από την ουσιαστική. Από την άλλη πλευρά, δεν υπάρχει αυτή η αίσθηση της αυστηρότητας για τους άντρες. Η κοινωνία, όπως έχουμε ήδη προαναφέρει, είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στο να ξεκινήσει κάποιος το κάπνισμα (Becker, Grossman, & Murphy, 1994).

Όπως έχουμε ήδη προαναφέρει, η ανάπτυξη του αλκοολισμού έχει ευνοηθεί κυρίως μέσα από την έλλειψη στοργής και ενδιαφέροντος μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, μέσα από την αδιαφορία και την καταπίεση που υπάρχει γενικότερα στο κοινωνικό περιβάλλον και μέσα από το μορφωτικό επίπεδο που έχει αναπτυχθεί. Εκτός όμως από αυτούς τους παράγοντες, επίδραση ασκεί και το οικονομικό περιβάλλον που χαρακτηρίζει ένα άτομο. Η ανασφάλεια και ο σκληρός ανταγωνισμός που υπάρχει, σε συνδυασμό με τις οικονομικές δυσκολίες και την μη επαρκή ποσότητα αγαθών, ωθούν τα άτομα στη χρήση αλκοόλ (Weiss & Porriño, 2002).

5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

Τα άτομα που εξαρτώνται από μία ουσία, χάνουν το ενδιαφέρον τους για οτιδήποτε άλλο στη ζωή τους και επικεντρώνονται μόνο στη χρήση αυτών των ουσιών. Δεν ενδιαφέρονται για το σπίτι τους και για τις υποχρεώσεις που έχουν, ούτε για την εύρεση μίας δουλειάς. Οι εξαρτημένοι από το αλκοόλ, έχουν γίνει υπόδουλοι σε αυτό και δεν έχουν πλέον την ελευθερία να επιλέξουν αν θέλουν να το καταναλώσουν ή όχι. Οποιοσδήποτε καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά, θεωρείται ως δυνητικά αλκοολικός, καθώς η εμφάνιση προβλημάτων σωματικής, ψυχικής αλλά και κοινωνικής φύσεως, αποτελούν δείγματα αλκοολισμού (Τσαρούχας, 2000). Το ίδιο ισχύει για τη χρήση οποιασδήποτε ουσίας, είτε είναι αλκοόλ, είτε ναρκωτικά, είτε νικοτίνη είτε οποιαδήποτε οπιοειδή ουσία.

5.1. ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

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

Πρώτα απ' όλα, εμφανίζεται ερυθρότητα στο πρόσωπο του χρήστη, υπάρχει σύγχυση στην ομιλία του, στις κινήσεις του υπάρχουν αστάθειες και δεν μπορεί να τις συντονίσει. Όλα αυτά τα σωματικά συμπτώματα αποτελούν ενδείξεις μέθης. Εμφανίζεται, λοιπόν, ένα άτομο υπερκινητικό και κοινωνικό, που μετατρέπεται σε μελαγχολικό και εσωστρεφές και που χάνει τις αισθήσεις του όσο αυξάνεται η κατανάλωση. Μέσα από τη μέθη πολλοί χρήστες εμφανίζουν εγκληματικές συμπεριφορές (www.bestrong.org.gr, 2014).

Εξαιτίας της μακροχρόνιας κατανάλωσης αλκοόλ, ο χρήστης προσαρμόζεται σε αυτό και δημιουργείται ανοχή και εξάρτηση. Η αϋπνία και η ανησυχία είναι χαρακτηριστικά που παρουσιάζονται στο χρήστη από το στερητικό σύνδρομο του αλκοόλ, ενώ όταν η εξάρτηση είναι σε υψηλότερα επίπεδα και για τη διακοπή του αλκοόλ γίνονται επαναλαμβανόμενες προσπάθειες, τότε παρουσιάζονται συμπτώματα σύγχυσης, διέγερσης καθώς και επιληπτικές κρίσεις (Famy, Streissguth, & Unis, 1998).

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

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

Η χρήση κοκαΐνης διεγείρει τους υποδοχείς της ντοπαμίνης που υπάρχουν στον εγκέφαλο και δημιουργεί ζωντάνια και εγρήγορση. Έπειτα από τη διέγερση εμφανίζεται η κατάθλιψη που αναστέλλει τα ανώτερα εγκεφαλικά κύτταρα και αποδυναμώνει τον χρήστη για οποιαδήποτε δραστηριότητα (Πιπερόπουλος).

Η χρήση οπιοειδών ουσιών, δηλαδή η χρήση μορφίνης, μεθαδόνης, ηρωίνης, και άλλων ουσιών, δημιουργεί αίσθημα της ευφορίας, εξαφανίζει κάθε αίσθημα πόνου και προκαλεί στους χρήστες υπνηλία. Όσοι κάνουν χρήση μορφίνης, παρατηρείται να συστέλλονται οι κόρες των ματιών τους και ο ρυθμός της αναπνοής τους επιβραδύνεται. Είναι πιθανό να προκληθεί στο χρήστη ναυτία, άγχος και παραλήρημα. Το αναπνευστικό κέντρο και τα επίπεδα του νευρικού συστήματος καταστέλλονται. Η μορφίνη έχει επίδραση στο κυκλοφορικό και πεπτικό σύστημα του χρήστη, στο ουροποιητικό σύστημα, στους βρόγχους και γενικά στο μεταβολισμό του. Όταν ο χρήστης λάβει υψηλή δόση, μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση που οδηγεί σε κόμα, βραδύπνοια και μύση, δηλαδή ο χρήστης χάνει τις

αισθήσεις του, η αναπνοή του είναι αργή και οι κόρες των ματιών του μικραίνουν πάρα πολύ (Πιπερόπουλος).

5.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η μέθη, αποτελεί μια από τις πιο απλές διαταραχές της ψυχικής λειτουργίας του χρήστη, που είναι και επανορθώσιμη. Μπορεί να έχει δυσάρεστα αποτελέσματα σε σωματικό και κοινωνικό επίπεδο, χωρίς όμως να συνδέεται με την εξάρτηση απαραίτητα. Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τη μέθη είναι η ευθυμία που επικρατεί, η διευκόλυνση που υπάρχει στην επικοινωνία, η μειωμένη κριτική σκέψη, η συμπεριφορά χωρίς συμβιβασμούς καθώς και η διάθεση που υπάρχει για καυγάδες. Αργότερα εμφανίζονται και τα συμπτώματα κατάθλιψης και δυσκολίες στο περπάτημα και στην ομιλία, δηλαδή παράλυση στο ΚΝΣ (Famy, Streissguth, & Unis, 1998). Η χρήση ναρκωτικών, μπορεί να προκαλέσει σχιζοφρένεια και μανιακή κατάθλιψη, καθώς και διάφορες άλλες διανοητικές ασθένειες και ψυχώσεις (Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2007).

5.3. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Το κάπνισμα, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, αποτελεί την κυριότερη αιτία για την κακή υγεία και για το υψηλό ποσοστό πρόωρων θανάτων. Ο θάνατος προκαλείται μέσα από μία σειρά επιπτώσεων που επιφέρει το κάπνισμα. Από τις πιο σημαντικές επιπτώσεις του τσιγάρου, που αποτελεί και μία από τις πιο κύριες αιτίες θανάτου, είναι ο καρκίνος στον πνεύμονα. Ο καπνιστής μαζί με το οξυγόνο εισπνέει και τη νικοτίνη, και διάφορες άλλες ουσίες που περιέχει ο καπνός. Εισέρχονται στους πνεύμονες και μεταφέρονται σε ολόκληρο τον ανθρώπινο οργανισμό μέσα από την κυκλοφορία του αίματος. Κάποιες ουσίες, όμως, δεν μεταφέρονται στο αίμα, και δεδομένου ότι δεν μπορούν να βγουν από τον οργανισμό παραμένουν στις κυψελίδες που έχουν οι πνεύμονες, συσσωρεύονται εκεί, προκαλώντας αλλοιώσεις στα κύτταρα σιγά-σιγά και τελικά προκαλείται καρκίνος (Health Promotion and Chronic Disease Prevention, 2006).

Ο καρκίνος στον πνεύμονα είναι μία από τις μορφές που προκαλεί το κάπνισμα. Μπορεί να προκαλέσει και άλλες μορφές καρκίνου, με την ίδια διαδικασία περίπου, όπως στον καρκίνο του πνεύμονα. Τα κύτταρα του στόματος και του φάρυγγα είναι εκτεθειμένα στις διάφορες

ουσίες που περιέχει ο καπνός καθώς και στην υψηλή θερμοκρασία. Έπειτα από δέκα έως τριάντα χρόνια, τα κύτταρα αλλοιώνονται και ξεκινάει η ασθένεια του καρκίνου. Μέσα από έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, έχουν δείξει πως το κάπνισμα είναι υπεύθυνο και για την ανάπτυξη του καρκίνου στην ουροδόχο κύστη, στους όρχεις και στη μήτρα (Health Promotion and Chronic Disease Prevention, 2006).

Εκτός από την ασθένεια του καρκίνου, το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για την δημιουργία διάφορων καρδιοπαθειών. Συγκεκριμένα, η στεφανιαία νόσος, η στένωση των αρτηριών, τα εμφράγματα του μυοκαρδίου και άλλες ασθένειες όπως τα εγκεφαλικά επεισόδια και οι θρομβώσεις που σχετικές με το κυκλοφοριακό, δημιουργούνται εξαιτίας του καπνίσματος. Υπεύθυνη είναι η νικοτίνη που επιβραδύνει τη λειτουργία της καρδιάς και δημιουργεί στις αρτηρίες αθηρωματική πλάκα, καθώς και το μονοξείδιο του άνθρακα που αποτελεί εμπόδιο για να φτάσει το οξυγόνο σε ολόκληρο το σώμα σωστά (Porchet, Benowitz, Sheiner, & Jacob, 1988).

Η θνησιμότητα αποτελεί την σημαντικότερη επίπτωση που προκαλείται και από τη χρήση αλκοόλ. Η θνησιμότητα, σε αυτήν την περίπτωση, σχετίζεται με οξεία και με χρόνια νοσηρότητα. Στην οξεία νοσηρότητα, περιλαμβάνονται περιπτώσεις τραυματισμών από πτώση, από πρόθεση, από ατύχημα καθώς και τυχαίες δηλητηριάσεις. Στην Ελλάδα, υπάρχει η μεγαλύτερη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα αλλά και από τυχαίες δηλητηριάσεις. Ένας χρήστης γίνεται ατρόμητος και παράτολμος μέσα από το αλκοόλ, και αυτό μπορεί να τον οδηγήσει σε δυσάρεστα και τραγικά γεγονότα, όπως ατυχήματα αυτοκινητιστικά. Από την άλλη πλευρά, στη χρόνια νοσηρότητα που σχετίζεται με τη θνησιμότητα, περιλαμβάνονται οι αλκοολικές διαταραχές, η κύρωση του ήπατος, ο καρκίνος, που έχουν άμεση σχέση με το αλκοόλ (Health Promotion and Chronic Disease Prevention, 2006).

Η αυξημένη χρήση αλκοόλ από τον χρήστη, μπορεί επίσης, να του καταστείλει τα αναπνευστικά κέντρα ή να του προκαλέσει αναρρόφηση εμετού, και κατ' επέκταση ο χρήστης να πεθάνει. Μέσα από τη χρόνια κατάχρηση αλκοόλ, οι επιπτώσεις που προκαλούνται στο χρήστη είναι προσβολή του ήπατος, του πάγκρεας, του πεπτικού σωλήνα, προκαλούνται παθήσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα, στα οστά του ΚΝΣ, στους μύες, στο αίμα και στο ενδοκρινικό σύστημα. Με λίγα λόγια, όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος προσβάλλονται μέσα από την κατάχρηση αλκοόλ (Gemma, Vichi, & Testai, 2006).

Τα ναρκωτικά, αποτελούν και αυτά έναν από τους λόγους αυξημένων ποσοστών θνησιμότητας. Συγκεκριμένα, Η χρήση κοκαΐνης σε υπέρ δοσολογία προκαλεί ταχυκαρδία, ψευδαισθήσεις, επιληψία, σπασμούς και γενικά τοξικές εκδηλώσεις. Σπάνιο, αλλά όχι αναπόφευκτό, είναι το φαινόμενο παράλυσης της αναπνοής, μέσα από την υπερβολική δόση, που οδηγεί στο θάνατο (Πιπερόπουλος). Η κοκαΐνη, από την άλλη πλευρά, διασπάται και μεταβολίζεται στο ήπαρ με αποτέλεσμα να προκαλεί σοβαρές βλάβες. Συχνό είναι το φαινόμενο να φθείρεται η ρινική δίοδος του χρήστη και το επίπεδο τοξικότητας που προκαλείται λόγω χρήσης υψηλής δόσης μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο (Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2007).

Οι οπιοειδή ουσίες, επιβραδύνουν τον ρυθμό της αναπνοής καθώς και τους κτύπους της καρδιάς. Αν ληφθούν σε υψηλές ποσότητες, είναι πιθανό να προκαλέσουν κώμα στον χρήστη, και να τον οδηγήσουν μέχρι και στο θάνατο (Nutt, King, Saulsbury, & Blakemore, 2007). Η μεθαδόνη, που όπως έχουμε προαναφέρει είναι ένα ισχυρό αναλγητικό όπως και η ηρωίνη, προκαλεί τοξικομανία με ισχυρή εξάρτηση, σωματική και ψυχική. Είναι υπεύθυνη για θανάτους, όπως και η ηρωίνη, με τη διαφορά ότι η μεθαδόνη λαμβάνεται από το στόμα και όχι με ενέσεις ενδοφλέβιες και η ενέργειά της κρατάει περισσότερο για να μην εμφανίζει ο χρήστης στερητικό σύνδρομο (Κούβελας, 2014).

5.4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ

Η συνήθεια των νέων να καταναλώνουν αλκοόλ και γενικά να κάνουν χρήση ουσιών, αυξάνεται όσο τα χρόνια περνούν. Μέσα από την κατανάλωση αλκοόλ και τις χρήσεις ναρκωτικών και διαφόρων άλλων ουσιών, προκαλούνται επιπτώσεις στη σεξουαλική συμπεριφορά των χρηστών (Rubes, et al., 1998).

Οι επιπτώσεις που προκαλούνται στην σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων, μέσα από την κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών σε μέτριο επίπεδο, επιφέρει θετικά αποτελέσματα στη λίμπιντο, όμως η κατάχρησή τους, οδηγεί σε καταστροφικές συνέπειες. Η πιο απλή επίπτωση που μπορεί να προκληθεί, είναι η υπνηλία κατά τη διάρκεια των προκαταρτικών μέχρι και εμφάνιση προβλημάτων στύσης, που δεν ευνοεί καθόλου τη σεξουαλική ζωή (Rubes, et al., 1998).

Από τις πιο σοβαρές επιπτώσεις, είναι η εμφάνιση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών. Αυτές οι ασθένειες είναι οι εξής: σύφιλη, μαλακό έλκος, αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, βλεννόρροια, βουβονικό κοκκίωμα, τριχομονάδωση, καντιτίαση γεννητικών οργάνων, μη γονοκοκκική γεννητική μόλυνση και χλαμύδια, φθειρίαση του εφηβαίου, ψώρα, οξυτενή κονδυλώματα, έρπης των γεννητικών οργάνων, μολυσματική τέρμινθος, ηπατίτιδα Β και AIDS. Κάποιες από τις παραπάνω ασθένειες είναι οι πιο σοβαρές και πρέπει να θεραπευτούν διαφορετικά θα βλάψουν όργανα του σώματος που δεν σχετίζονται με τη γεννητική περιοχή, κάποιες είναι λιγότερο σοβαρές, δεν έχουν βλαβερές συνέπειες μακροχρόνια και εντοπίζονται στη γεννητική περιοχή και, τέλος, κάποιες, είναι σπάνιες και βλάπτουν εξωτερικά τη γεννητική περιοχή (Sigma Live Network)

5.5. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Το κάπνισμα επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στη γονιμότητα. Επιδρά στους γεννητικούς αδένες του άντρα και της γυναίκας, παραλύει τη γεννητική τους ορμή και ελαττώνει τη ζωτικότητα με αποτέλεσμα να καταστρέφει την γονιμότητα. Οι επιδράσεις φτάνουν μέχρι τα όργανα αναπαραγωγής, με αποτέλεσμα το κάπνισμα να μειώνει την πιθανότητα της γονιμότητας. Όσοι άντρες καπνίζουν περισσότερο από είκοσι τσιγάρα, εμφανίζουν δυσλειτουργία σε υπερβολικά μεγάλο ποσοστό. Επιπλέον, οι κυκλοφοριακές παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα, οδηγεί σε σεξουαλική δυσλειτουργία με επακόλουθο την στειρώση. Όσες γυναίκες καπνίζουν, έχουν μειωμένες πιθανότητες να είναι επιτυχής η γονιμοποίηση του ωαρίου τους. Οι επιπτώσεις του τσιγάρου εμφανίζονται και στις αναπαραγωγικές λειτουργίες της γυναίκας και στις ενδοκρινολογικές λειτουργίες. Οι πιο σύνηθες επιπτώσεις που εμφανίζονται εξαιτίας της χρήσης του τσιγάρου, είναι η περιορισμένη γονιμότητα, οι βλάβες στο έμβryo, η πρόωρη εμμηνόπαυση και η οστεοπόρωση (Rubes, et al., 1998).

Οι γυναίκες που καπνίζουν και τελικά καταφέρνουν να μείνουν έγκυες, αν συνεχίσουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης, εμφανίζονται σοβαρές διαταραχές στην έμμηνο ροή, στειρώση, αιμορραγίες, και συχνό είναι το φαινόμενο της αποβολής, του πρόωρου τοκετού, των επιπλοκών ή ακόμα και της πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα. Η επίδραση του καπνίσματος κατά την κύηση, επιφέρει επιπτώσεις και στο έμβryo. Συγκεκριμένα, είναι συχνό το φαινόμενο να εμφανίζονται ανωμαλίες στη διάπλαση των άκρων του και στην εξέλιξη της ακοής του. Ο καπνός του τσιγάρου, μολύνει το αίμα της εγκυμονούσας και της

κυκλοφορίας αίματος του εμβρύου, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου. Προκαλεί ταχυκαρδίες στο έμβρυο και οι κινήσεις του μειώνονται. Επίσης, προκύπτουν διάφορα είδη όγκων, προβλήματα στη συμπεριφορά του παιδιού κατά την παιδική ηλικία, η συμπεριφορά τους είναι προβληματική και η ικανότητά τους για μάθηση είναι μειωμένη (Castles, Adams, Melvin, Kelsch, & Boulton, 1999).

Οι χρόνια αλκοολικοί, εμφανίζονται παθολογίες οι οποίες σχετίζονται συχνά με την ελλειμματική διατροφή που τους χαρακτηρίζει, εξαιτίας της δίαιτας που δεν είναι ισορροπημένη και της επίδρασης που έχει η αιθανόλη στη διαδικασία απορρόφηση στα λιπίδια, στους υδατάνθρακες και στις βιταμίνες. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι πολύ πιθανό να προκληθούν σοβαρές επιπλοκές λόγω της αιθανόλης. Η πιο γνωστή επιπλοκή προκαλείται είναι η νευρολογική διαταραχή ή αλλιώς το λεγόμενο εμβρυϊκό σύνδρομο ((Gemma, Vichi, & Testai, 2006), (Streissguth, Bookstein, Barr, Sampson, O' Malley, & Young, 2004)).

5.6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Μέσα σε μία κοινότητα, τα άτομα που την αποτελούν είναι ενεργά μέλη και αλληλεπιδρούν σε αυτήν, επομένως, είναι σημαντικό τα άτομα αυτά να μην παρεκκλίνουν και να συμπεριφέρονται ομαλά, όπως αρμόζει σε μία κοινωνία. Όταν κάποιο άτομο συμπεριφερθεί λανθασμένα στη σεξουαλική του ζωή, αυτό θα έχει αντίκτυπο στα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας. Πολλοί χρήστες, οδηγούνται στις τοξικές ουσίες προκειμένου να αυξήσουν τη δυνατότητα να βιώσουν διάφορες παθητικές εμπειρίες. Ο μύθος που προκαλείται μέσα από τις ουσίες αυτές του ερεθίζει ώστε να τις δοκιμάσουν (Bachman, Wadsworth, O' Malley, Johnston, & Schulenberg, 2013).

Μέσα από την πιθανώς λανθασμένη συμπεριφορά ενός χρήστη, μπορεί να δημιουργηθούν καταστάσεις δυσάρεστες, όπως είναι ο βιασμός, κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, καθώς μέσα από τη χρήση ουσιών η χρήση μεθόδων αντισύλληψης από τους νέους μειώνεται, και αυτό έχει ως επακόλουθο την άμβλωση. Όλες αυτές οι επιπτώσεις, επηρεάζουν ολόκληρη την κοινωνία και θα ήταν προτιμότερο να μη συνέβαινε τίποτα από όλα αυτά (Bachman, Wadsworth, O' Malley, Johnston, & Schulenberg, 2013).

5.7. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η χρήση ναρκωτικών, πέρα από τις επιπτώσεις που προκαλεί στο σώμα του χρήστη, στον τομέα της υγείας, στην ψυχολογία τους χρήστη, στη σεξουαλική του ζωή και γενικότερα στην κοινωνία, επηρεάζει επιπλέον τον τομέα της προσφοράς και της ζήτησης. Εξαιτίας της σύλληψης των ναρκωτικών, οι τιμές μπορεί να αυξηθούν και η δυνατότητα προμήθειάς τους να περιοριστεί. Έτσι, λοιπόν, επηρεάζεται ο τομέας της προσφοράς και της ζήτησης, αντίστοιχα. Μέσα από αυτό, υποστηρίζεται πως οι χρήστες μπορεί να οδηγηθούν στην αποχή. Από την άλλη πλευρά, όμως, η περιορισμένη προσφορά και οι αυξημένες τιμές, είναι πιθανό να οδηγήσουν τους χρήστες σε εύρεση χρημάτων μέσω παράνομων τρόπων, προκειμένου να μπορέσουν να αντικαταστήσουν την ουσία που έπαιρναν και τώρα είναι δυσπρόσιτη με κάποια άλλη κατώτερης ποιότητας, πιο φτηνή και πιο καταστροφική για την υγεία του χρήστη (Λαμπροπούλου, 2002).

5.8. ΑΛΛΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Το αλκοόλ, όπως έχουμε ήδη αναλύσει, είναι υπεύθυνο για μία σειρά από προβλήματα που προκαλούνται στον οργανισμό του χρήστη. Επιπλέον, μπορεί να προκαλέσει και άλλες βλάβες στον ανθρώπινο οργανισμό. Μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση, διάφορες στοματικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα γαστρίτιδα ή αιμορραγίες ακόμα και να αυξήσει την αρτηριακή πίεση. Όσον αφορά τις τοξικές βλάβες που προκαλούνται στον εγκέφαλο εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ, οι επιπτώσεις εμφανίζονται σαν ένας συνδυασμός από τα νευροτοξικά αποτελέσματα που προκαλεί το αλκοόλ, της αλληλεπίδραση που έχει το αλκοόλ με τις θρεπτικές ανεπάρκειες της εξάρτησης από αυτό και από τις νευροτοξικές συνέπειες που προκαλεί η διακοπή του αλκοόλ. Προκαλείται ατροφία, συρρίκνωση και νευρωνική απώλεια στον εγκέφαλο. Η δράση του αλκοόλ επιδρά και σε συστήματα που σχετίζονται με τις ορμόνες των γυναικών (Earleywine, Musty, Swift, Martin, & Perrine, 1992).

Το κάπνισμα, εκτός από τον καρκίνο και τις καρδιοπάθειες που προκαλεί, όπως αναλύσαμε στις προηγούμενες υποενότητες, έχει και άλλες επιπτώσεις στην υγεία του χρήστη. Προκαλεί άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα, προβλήματα στο DNA των κύτταρων αναπαραγωγής και εξασθενεί η αίσθηση της όσφρησης και της γεύσης. Τα αναπνευστικά όργανα είναι το πρώτο σημείο στο οποίο ενεργεί ο καπνός του τσιγάρου και οι βλαβερές του ουσίες (Porchet, Benowitz, Sheiner, & Jacob, 1988).

Εκτός από τις επιπτώσεις στην υγεία, το κάπνισμα προκαλεί επιπτώσεις στην εμφάνιση και στην ευεξία του σώματος, είναι υπεύθυνο για τη δημιουργία του παθητικού καπνίσματος για όσους βρίσκονται στο κοντινό περιβάλλον των χρηστών και αποτελεί μία αρκετά δαπανηρή συνήθεια. Το κάπνισμα προκαλεί επιπτώσεις και στην ομορφιά της επιδερμίδας μας. Προκαλεί αφυδάτωση στον οργανισμό του χρήστη και ρυτίδες στις περιοχές του προσώπου που το δέρμα είναι πιο λεπτό. Στην επιδερμίδα εμφανίζονται δυσχρωμίες, ιδιαίτερα στις άκρες στα δάχτυλα και οι χρήστες φαίνονται γηραιότεροι, χωρίς γοητεία, καθώς υπολείμματα των ουσιών του τσιγάρου απελευθερώνονται στους ιστούς του δέρματος (Porchet, Benowitz, Sheiner, & Jacob, 1988).

Τέλος, μέσα από τη μακροχρόνια χρήση ναρκωτικών, ο οργανισμός του χρήστη εξασθενεί και γίνεται αδύναμος. Νιώθει κόπωση, χάνει βάρος και γερνάει νωρίτερα από ότι θα έπρεπε.. Συγκεκριμένα, η ηρωίνη, είναι ουσία που χορηγείται με ενδοφλέβια ένεση στο χρήστη. Μέσα από τη συνεχή λήψη, οι φλέβες του χρήστη καταστρέφονται. Προκειμένου να συνεχίσει ο εξαρτημένος τη χρήση ηρωίνης, αναζητά καινούριες, καταφεύγει σε φλέβες στο λαιμό, στα πόδια και οπουδήποτε αλλού μπορεί, προκειμένου να λάβει την ουσία. Μέσα από τις πολλές ενέσεις δημιουργούνται πληγές στο σώμα του χρήστη αλλά και θρομβώσεις (Πιπερόπουλος).

6.ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

6.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΕΘΙΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Ένας τοξικομανής, είναι απαραίτητο να ενταχθεί σε προγράμματα που αναλαμβάνουν τη σωματική και τη ψυχική απεξάρτηση, με την προϋπόθεση να είναι σύγχρονα και ολοκληρωμένα. Η πολιτεία πρέπει να μεριμνήσει και να ιδρύσει Κέντρα αποτοξίνωσης που να πληρούν τις απαραίτητες προδιαγραφές καθώς είναι απαραίτητα. Σε αυτά τα Κέντρα αποτοξίνωσης, θα πρέπει να λειτουργούν θεραπευτικά προγράμματα τα οποία θα υλοποιούνται από ειδικά εκπαιδευμένους επιστήμονες που γνωρίζουν σε βάθος το πρόβλημα. Ο ψυχίατρος, σύμφωνα με το προφίλ που δημιουργεί για τον κάθε ασθενή είναι υπεύθυνος για να επιλέξει το πιο κατάλληλο πρόγραμμα για αυτόν (Νικόλαος Τ. Χ., 2008).

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν θεραπείες απεξάρτησης ιδιωτικές, καθώς απαγορεύεται. Υπάρχει το ΚΕΘΕΑ και κάποιες άλλες κοινότητες που είναι αρμόδιες για θεραπευτικά προγράμματα. Συγκεκριμένα, υπάρχει το πρόγραμμα στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Αθήνας, το πρόγραμμα στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και το πρόγραμμα «18 ΑΝΩ». Επιπλέον, γίνονται κάποιες θεραπευτικές κινήσεις από τον ΟΚΑΝΑ, και έχουν γίνει και διάφορες μονάδες για έφηβους και θεραπείες υποκατάστασης, οι οποίες γίνονται με βάση τη μεθαδόνη (Νικόλαος, 2008).

Εφόσον χορηγηθεί η ιατρική βοήθεια που είναι απαραίτητη για τα στερητικά συμπτώματα, μεγάλη έμφαση δίνεται στην ψυχοθεραπεία. Το κάθε ένα από τα προαναφερόμενα προγράμματα έχουν τη δική τους ξεχωριστή φιλοσοφία, αλλά όλα προσπαθούν δημιουργώντας ομάδες και μέσα από τις θεραπευτικές δραστηριότητες να βοηθήσουν τους ασθενείς να ανακαλύψουν τους παράγοντες που τους οδήγησαν στη χρήση ουσιών. Όσον αφορά στη θεραπεία που κάνει ο ασθενής, πρέπει να είναι υπομονετικός, καθώς μέσα από αυτήν θα μπορέσει να σώσει τη ζωή του. Το πολύπλοκο με τις θεραπείες είναι το γεγονός ότι ο ασθενής πρέπει να κάνει μία αναδόμηση στον εαυτό του και να αναθεωρήσει για τις επιλογές που έχει κάνει. Επομένως, όπως είναι λογικό, απαιτείται ένα μεγάλο χρονικό διάστημα για να επιτευχθεί αυτό, που συνήθως διαρκεί από ένα έως και δύο χρόνια (Νικόλαος, 2008).

Στη φιλοσοφία τριτογενούς πρόληψης, βασίζονται τα προγράμματα που γίνονται με βάση τη μεθαδόνη. Ουσιαστικά, είναι προγράμματα στα οποία η χρήση υποκαθίσταται με κάτι άλλο. Και πάλι, όμως αν ο ασθενής θέλει να απαλλαγεί από τη χρήση ναρκωτικών, θα πρέπει να υπάρχει ψυχολογική παρέμβαση (Νικόλαος, 2008). Αυτά τα προγράμματα, προσφέρουν στον ασθενή τη δυνατότητα να κάνουν χρονίως χρήση μίας ουσίας, εάν ο ασθενής βοηθιέται μέσα από αυτό να απομακρύνεται από συνήθειες και συμπεριφορές στις οποίες δεν μπορούσε να προσαρμοστεί στην προηγούμενή του ζωή. Επομένως, η πλήρης και η μόνιμη αποχή δεν είναι ο πρωταρχικός στόχος για τα προγράμματα αυτά (ΟΚΑΝΑ, 2008).

Τα προγράμματα εξάρτησης που πραγματοποιούνται στις φυλακές μέσω της χορήγησης φαρμάκων, αποτελούν βοήθεια για τους κρατούμενους, καθώς μέσα από αυτά απαλλάσσονται από τις εγκληματικές συμπεριφορές που έχουν. Το αποτέλεσμα αυτό, είναι ακόμα πιο επιτυχές, όταν, η αγωγή συνεχίζεται και μετά την αποφυλάκιση μέσω προγραμμάτων που πραγματοποιούνται σε θεραπευτικές κοινότητες, και προσφέρουν κοινωνική, συμβουλευτική και επαγγελματική στήριξη (Κοκκέβη Α. , 1988).

Όλοι οι χρήστες που μπαίνουν στη διαδικασία να απευθυνθούν σε θεραπείες απεξάρτησης, στοχεύουν στο να καταφέρουν να απέχουν μόνιμα από τη χρήση ουσιών και να ξεκινήσουν έναν νέο τρόπο ζωής. Το κατά πόσο εφικτή είναι η αποχή αυτή για όλους τους χρήστες, διχάζει εδώ και χρόνια. Οι περισσότεροι θεραπευτές, θεωρούν πως η μόνη θεραπεία που είναι αποδεκτή είναι η πλήρης και μόνιμη αποχή. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και θεραπευτές που υποστηρίζουν πως μέθοδοι όπως η θεραπεία υποκατάστασης που γίνεται με μεθαδόνη και η κατανάλωση αλκοόλ με έλεγχο, για τους χρόνιους χρήστες, δηλαδή η ελεγχόμενη χρήση, αποτελεί αποδεκτή θεραπεία (ΟΚΑΝΑ, 2008).

6.2. ΟΚΑΝΑ: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), ξεκίνησε να λειτουργεί το 1995 και ιδρύθηκε σύμφωνα με το Νόμο 2161/1993. Είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που λειτουργεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι κύριοι σκοποί του ΟΚΑΝΑ, σύμφωνα με τον ιδρυτικό νόμο, είναι πρώτα απ' όλα ο συντονισμός, ο σχεδιασμός, η προώθηση και η εφαρμογή μία εθνικής πολιτικής που είναι σχετική με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ατόμων που είναι

εξαρτημένοι από ουσίες. Επιπλέον, στοχεύουν στο να μελετήσουν σε εθνικό επίπεδο το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης, να παρέχουν έγκυρες και εμπειριστατωμένες πληροφορίες και να ευαισθητοποιούν το κοινό. Τέλος, ο ΟΚΑΝΑ είναι υπεύθυνος για να ιδρύσει κέντρα πρόληψης, μονάδες θεραπείας και κέντρα κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης, τα οποία να λειτουργούν αποτελεσματικά (ΟΚΑΝΑ, 2017).

Από την αρχή της λειτουργίας του έως και τον Μάρτιο του 2013, ο ΟΚΑΝΑ προσπάθησε να ανταποκριθεί και ως εθνικός συντονιστικός φορέας και ως φορέας ανάπτυξης για τα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας. Με το Νόμο 4139/2013 «περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις», από τον Μάρτιο του 2013 οι του ΟΚΑΝΑ άλλαξαν σύμφωνα με το Άρθρο 53, καθώς σύμφωνα με το Άρθρο 49 θεσμοθετήθηκε ως Εθνικός Συντονιστής. Οι καινούριοι σκοποί του ΟΚΑΝΑ, είναι να συμβάλλει στο σχεδιασμό, στην προώθηση και στην εφαρμογή εθνικής πολιτικής και προγραμμάτων που είναι σχετικά με τη πρόληψη της χρήσης και της διάδοσης ουσιών, τη θεραπεία των εξαρτημένων, την επαγγελματική τους κατάρτιση και την κοινωνική τους επανένταξη. Επιπλέον, συμβάλλουν στο να μελετήσουν σε εθνικό επίπεδο το πρόβλημα των ναρκωτικών, να βρουν τους παράγοντες που οδηγούν τα άτομα και κυρίως τους νέους στη χρήση ναρκωτικών και συνεργάζονται με το Εθνικό Κέντρο Πληροφόρησης – Τράπεζας Πληροφοριών ανάλογα με την κατάσταση και το πρόβλημα των ναρκωτικών που επικρατεί στη χώρα. Ο ΟΚΑΝΑ στοχεύει στο να ενημερώνει και να ευαισθητοποιεί το κοινό ως προς τις συνέπειες που επιφέρει η χρήση ουσιών και να ενθαρρύνει και να συντονίζει κάθε ιδιωτική πρωτοβουλία που επιθυμεί να συμμετέχει με στόχο την αντιμετώπιση του προβλήματος (ΟΚΑΝΑ, 2017).

Συνεχίζοντας, ο ΟΚΑΝΑ προτείνει και προωθεί μέτρα, που είναι αναγκαία για την πρόληψη και την καταστολή του προβλήματος των ναρκωτικών. Στοχεύει να εναρμονίσει την εθνική πολιτική προς την πολιτική των κοινωνικών και διεθνών φορέων, μέσα από τη συνεργασία του με αντίστοιχους συντονιστικούς φορείς σε οργανισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με τη ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ τους και με το να συμμετέχει ενεργά σε συναντήσεις που οργανώνουν. Τέλος, ο ΟΚΑΝΑ είναι υπεύθυνος να συντάξει την έκθεση που αναφέρεται στην κατάσταση του προβλήματος και στην πορεία των ερευνών που σχετίζονται με αυτό το πρόβλημα, να καταρτίσει ένα στατιστικό πίνακα με την ανάλυση και την αξιολόγηση των ερευνών, και να τις υποβάλει στο Υπουργείο Υγείας μαζί με τις προτάσεις που είναι αναγκαίες για τη λήψη των κατάλληλων μέτρων (ΟΚΑΝΑ, 2017).

Όσον αφορά την πολιτική που ακολουθεί ο ΟΚΑΝΑ για το πρόβλημα των ναρκωτικών, είναι σε συνεργασία με θεραπευτικά προγράμματα, συναρμόδια υπουργεία και γενικά με φορείς της χώρας αλλά και με οργανισμούς, ευρωπαϊκούς και διεθνείς. Για τη μελέτη αυτού του προβλήματος, είναι σε συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και για την τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΙΝ). Όσον αφορά στον τομέα της πρόληψης, ο ΟΚΑΝΑ έχει συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση και έχει αναπτύξει σε όλη την Ελλάδα ένα εκτεταμένο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης. Παράλληλα, έχει αναπτύξει στον τομέα της θεραπείας και της επανένταξης των ασθενών στην κοινωνία προγράμματα τα οποία καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες που έχει ο κάθε ένας εξαρτημένος (ΟΚΑΝΑ, 2017).

Στο κομμάτι των υπηρεσιών που προσφέρει ο ΟΚΑΝΑ, έχει αναπτύξει ένα συνεχώς διευρυμένο δίκτυο υπηρεσιών προκειμένου να καλυφθούν όσο το δυνατόν καλύτερα οι ανάγκες που υπάρχουν και είναι πολύπλευρες στον τομέα της πρόληψης, της θεραπείας, της επανένταξης σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο και στη μείωση της βλάβης που προκαλείται. Πιο συγκεκριμένα, στον τομέα της πρόληψης, λειτουργούν σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, 75 Κέντρα σε 50 νομούς της Ελλάδας. Στον τομέα της θεραπείας, λειτουργούν 54 θεραπευτικές μονάδες φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης και 4 «στεγνά» θεραπευτικά σε όλη την Ελλάδα. Στον τομέα της επανένταξης στην κοινωνία, λειτουργεί 1 μονάδα στην Αθήνα και 1 εξειδικευμένο κέντρο κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης που έχει έδρα στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη παράρτημα. Τέλος, στις υπηρεσίες που αφορούν στη μείωση της βλάβης, λειτουργούν στην Αθήνα 1 μονάδα άμεσης βοήθειας και υποστήριξης, 1 σταθμός φροντίδας εξαρτημένων ατόμων και 1 τηλεφωνική γραμμή 1031 SOS (ΟΚΑΝΑ, 2017).

6.3. MAZI: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Ένα σύνολο ατόμων που έχουν προσωπική εμπειρία με διαταραχές διάθεσης, φίλοι αυτών των ατόμων και επαγγελματίες με ειδικό ενδιαφέρον συγκροτούν ένα μη κερδοσκοπικό σωματείο, το MAZI. Στόχος του MAZI, είναι να στηρίξει τα άτομα που πάσχουν από διαταραχή διάθεσης, να τους ενδυναμώσει και να τους ενημερώσει, αυτούς αλλά και την οικογένεια και τους φίλους τους. Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί, θα πρέπει να δημιουργηθούν ομάδες αυτοβοήθειας. Οι ομάδες αυτές έχουν δημιουργηθεί εδώ και αρκετά

χρόνια σε χώρες στο εξωτερικό και έχουν αποδείξει πόσο σημαντικές είναι, σε συνδυασμό με τη αντιμετώπιση μέσω της θεραπείας, για να διαχειριστεί αποτελεσματικά η διαταραχή διάθεσης. Το σωματείο, σκοπεύει να ξεκινήσει από τη δημιουργία των ομάδων αυτοβοήθειας αρχικά σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, και έπειτα να εξαπλωθεί και σε άλλες πόλεις. Ο τελικός στόχος του MAZI, είναι να δημιουργήσει και να υποστηρίξει ένα δίκτυο με περιφερειακά παραρτήματα για ενδυνάμωση των ατόμων που πάσχουν από διαταραχή διάθεσης και να προάγουν την ψυχική υγεία, πανελλαδικά. Το MAZI, δεν έχει κλινικό ρόλο, και δεν προσφέρει ούτε υποκαθιστά κλινικές υπηρεσίες, δηλαδή ψυχιατρικές, φαρμακευτικές και ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες (MAZI, 2017).

Εκτός από τον βασικό στόχο του MAZI που προαναφέραμε, το σωματείο έχει και άλλους στόχους. Προσπαθεί να δημιουργήσει προγράμματα και δραστηριότητες ψυχο εκπαίδευσης και ενημέρωσης για την πρόληψη, τη διάγνωση, την αυτοδιαχείριση και τη θεραπεία για τις διαταραχές διάθεσης. Αυτά τα προγράμματα αποσκοπούν στο να πληροφορούν υπεύθυνα τα άτομα που πάσχουν, την οικογένειά τους, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και συνολικά την κοινωνία. Έχει συγγράψει ένα υλικό με πληροφορίες σχετικές με τις διαταραχές διάθεσης, τα άτομα που ενδιαφέρονται έχουν ελεύθερη πρόσβαση μέσα από τον ιστότοπο του σωματείου, και με την πάροδο του χρόνου εμπλουτίζεται. Επιπλέον, στηρίζει, προάγει και εκπονεί μία επιστημονική έρευνα που σχετίζεται με τις διαταραχές διάθεσης και προασπίζει και διεκδικεί τα δικαιώματα των ατόμων που πάσχουν, προκειμένου να καταπολεμηθεί η προκατάληψη, τα στερεότυπα και το στίγμα της ψυχικής ασθένειας που τους χαρακτηρίζει. Το MAZI, συνεργάζεται με ενώσεις ελληνικές και διεθνείς, που είναι συναφή, και με ιδρύματα πανεπιστημιακά και επιστημονικά. Τέλος, συνεργάζεται με εθελοντές επαγγελματίες ψυχικής υγείας που είναι καταρτισμένοι, προκειμένου να δημιουργήσουν ημερίδες ενημέρωσης και να εμπλουτίσουν το πληροφοριακό υλικό που προαναφέραμε (MAZI, 2017).

6.4. ΚΕΘΕΑ: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), είναι στη χώρα μας το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και επανένταξης στην κοινωνία. Από το 1988 με την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, που ήταν η πρώτη ελληνική θεραπευτική κοινότητα, το ΚΕΘΕΑ είναι δίπλα στους χρήστες και στις οικογένειές τους. Δεν υπάρχει λίστα αναμονής για τις υπηρεσίες και

υπάρχει δωρεάν παροχή στο δρόμο, στα σωφρονιστικά καταστήματα και σε μονάδες σε όλη την Ελλάδα. Επιπλέον, το ΚΕΘΕΑ απευθύνεται και σε άτομα που αντιμετωπίζουν και άλλες εξαρτήσεις όπως το αλκοόλ, το διαδίκτυο και ο τζόγος (ΚΕΘΕΑ, 2017).

Το ΚΕΘΕΑ, περιλαμβάνει θεραπευτικά προγράμματα με σκοπό να αντιμετωπιστεί η εξάρτηση και τα προβλήματα που προκαλεί ολοκληρωμένα. Παρέχει συμβουλές, θεραπείες απεξάρτησης, υποστηρίζει τις οικογένειες των ασθενών, φροντίζει για θέματα υγείας και για νομικές εκκρεμότητες, ασχολείται με την εκπαίδευση και την κατάρτιση αλλά και με την επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία. Μέσα από όλα αυτά, το ΚΕΘΕΑ στοχεύει σε μία πλήρη και σταθερή αποχή των ασθενών από τις ουσίες και στην επανένταξή τους στην κοινωνία, χωρίς να χορηγούνται φάρμακα ή υποκατάστατα κατά τη διάρκεια της θεραπείας (ΚΕΘΕΑ, 2017).

Πιο συγκεκριμένα, τα θεραπευτικά προγράμματα που περιλαμβάνει το ΚΕΘΕΑ θα τα παρουσιάσουμε αμέσως τώρα. Γραμμή βοήθειας για τον τζόγο (1114), γραμμή βοήθειας για την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες (1145), πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας για μετανάστες και πρόσφυγες που είναι εξαρτώμενοι (ΚΕΘΕΑ Mosaic), πρόγραμμα απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια και από το αλκοόλ (ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ), θεραπευτικό πρόγραμμα για εξωτερική παρακολούθηση στους έφηβους ηλικίας 13 – 21 ετών που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών περιστασιακά ή συστηματικά (ΚΕΘΕΑ ΑΝΑΔΥΣΗ), θεραπευτικό πρόγραμμα για εξωτερική παρακολούθηση στους ενήλικες που είναι χρήστες διάφορων μορφών και ανήκουν σε διαφορετικές ομάδες (ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ), θεραπευτικό πρόγραμμα για εξωτερική παρακολούθηση στους ενήλικες που κάνουν χρήση ουσιών (ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ), ΚΕΘΕΑ Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γονέων για τους γονείς των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας, θεραπευτικό πρόγραμμα για συμβουλευτική, θεραπεία και επανένταξη στην κοινωνία στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος για τους κρατούμενους και τους αποφυλακισμένους που είναι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών (ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΗ), μονάδα έγκαιρης και κοινοτικής παρέμβασης για θεραπεία και πρόληψη από την εξάρτηση (ΚΕΘΕΑ ΕΞΑΝΤΑΣ), πρόγραμμα άμεσης πρόσβασης σε χρήστες που δεν έχουν θέληση να ενταχθούν σε μία διαδικασία απεξάρτησης και επανένταξης στην κοινωνία ή είναι στο περιθώριο και αποκομμένοι από τις κοινωνικές υπηρεσίες (ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ) (ΚΕΘΕΑ, 2017).

Συνεχίζουμε με το θεραπευτικό πρόγραμμα για διαμονή σε ενήλικες (ΚΕΘΕΑ ΕΞΟΔΟΣ), θεραπευτικό πρόγραμμα που δραστηριοποιείται στην Ήπειρο για εξωτερική παρακολούθηση σε ενήλικες (ΚΕΘΕΑ ΗΠΕΙΡΟΣ), θεραπευτικό πρόγραμμα για διαμονή σε ενήλικες που κάνουν χρήση ουσιών και στους γονείς τους (ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ), θεραπευτικό πρόγραμμα για εξωτερική παρακολούθηση σε ενήλικες που δεν θέλουν να φύγουν από το περιβάλλον της εργασίας, της οικογένειας, ή της κοινωνίας για τα αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της εξάρτησης (ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ Ανοιχτό Πρόγραμμα), θεραπευτικό πρόγραμμα στις περιοχές της Καβάλας, της Κομοτηνής και της Αλεξανδρούπολης για εξωτερική παρακολούθηση σε ενήλικες που κάνουν χρήση ουσιών (ΚΕΘΕΑ ΚΙΒΩΤΟΣ), θεραπευτικό πρόγραμμα στη νότια Πελοπόννησο για διαμονή σε ενήλικες που κάνουν χρήση ουσιών και στις οικογένειές τους (ΚΕΘΕΑ ΚΥΤΤΑΡΟ), Μονάδα συμβουλευτικής και επανένταξης στη Μυτιλήνη για άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών και για τις οικογένειές τους (ΚΕΘΕΑ ΜΥΤΙΛΗΝΗ), θεραπευτικό πρόγραμμα στον Πειραιά, στην Ελευσίνα και στη Μυτιλήνη για θεραπεία, έγκαιρη παρέμβαση και για πρόληψη σε ενήλικες και εφήβους (ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ – ΕΞΑΝΤΑΣ), θεραπευτικό πρόγραμμα στην Πάτρα για εξωτερική παρακολούθηση σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ) (ΚΕΘΕΑ, 2017).

Το ΚΕΘΕΑ, επίσης, περιλαμβάνει θεραπευτικό πρόγραμμα για διαμονή σε ενήλικες ηλικίας πάνω από 21 ετών που είναι χρήστες ναρκωτικών και για τις οικογένειές τους (ΚΕΘΕΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ), θεραπευτικό πρόγραμμα στο Βόλο για εξωτερική παρακολούθηση σε εφήβους και ενήλικες που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και στις οικογένειές τους (ΚΕΘΕΑ ΠΙΛΟΤΟΣ), πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης για εφήβους που είναι χρήστες ναρκωτικών είτε πειραματικά, είτε περιστασιακά, είτε συστηματικά (ΚΕΘΕΑ ΠΛΕΥΣΗ), θεραπευτικό πρόγραμμα στη Βόρεια Ελλάδα για συμβουλευτική, ψυχολογική υποστήριξη και επανένταξη στην κοινωνία στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος για τους φυλακισμένους και τους αποφυλακισμένους που είναι χρήστες ουσιών (ΚΕΘΕΑ ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ), θεραπευτικό πρόγραμμα για εξωτερική παρακολούθηση σε εφήβους ηλικίας 13-21 ετών που κάνουν χρήση ναρκωτικών και στις οικογένειές τους (ΚΕΘΕΑ ΣΤΡΟΦΗ), παραγωγική μονάδα με γραφικές τέχνες που ενισχύει την αυτοχρηματοδότηση του ΚΕΘΕΑ, επαγγελματική εκπαίδευση και εξειδίκευση των ατόμων απεξάρτησης στο στάδιο της επανένταξης στην κοινωνία (ΚΕΘΕΑ ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ) και τέλος αντιμετώπιση της διπλής διάγνωσης για εφήβους και για ενήλικες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τα ναρκωτικά ή με το αλκοόλ και συγχρόνως και με κάποιου είδους ψυχιατρική διαταραχή (Πολυδύναμα Ψυχοδιαγνωστικά Κέντρα) (ΚΕΘΕΑ, 2017).

Εκτός από τα θεραπευτικά προγράμματα, το ΚΕΘΕΑ εφαρμόζει και προγράμματα για πρόληψη και για αγωγή της υγείας σε όλων των βαθμίδων τις θεραπευτικές κοινότητες, σε ομάδες για χρήση ουσιών με υψηλό κίνδυνο και σε τοπικές κοινωνίες. Το ΚΕΘΕΑ, είναι ένας οργανισμός που δραστηριοποιείται στην εκπαίδευση και στην έρευνα πάνω στον τομέα της εξάρτησης, μέσω προγραμμάτων και δραστηριοτήτων που στοχεύουν στο να κατανοηθεί το φαινόμενο της εξάρτησης καλύτερα, να προωθηθεί η επιστημονική γνώση και να βελτιώνονται συνεχώς οι παρεχόμενες υπηρεσίες για τους εξαρτημένους και για τις οικογένειές τους (ΚΕΘΕΑ, 2017).

7.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο εθισμός είναι μια πολύπλοκη ασθένεια που δέχεται θεραπεία. Ο κάθε ασθενής, σύμφωνα με τις ιδιαίτερες και ανάγκες που έχει, μπορεί να λάβει την κατάλληλη, προσαρμοσμένη σε αυτόν, θεραπεία. Μέσα από τη θεραπεία, τα άτομα προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα του εθισμού που τους έχει κυριεύσει και να έχουν μια κανονική καθημερινότητα ((Κοκκέβη Α. , 1988), (Μάτσα, 2001)).

Σε οποιαδήποτε ουσία είναι εθισμένος ο κάθε ασθενής, υπάρχει η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, ακόμα και για τους εθισμένους στα ναρκωτικά. Μπορούν να λάβουν τα κατάλληλα φάρμακα μέσα από την αγωγή που τους έχει δοθεί και να επιτύχουν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους. Τα φάρμακα βοηθούν στο να καταστέλλεται η ακαταλόγιστη επιθυμία που έχουν οι ασθενείς για τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και τελικά στο να εξουδετερώνουν τις δράσεις που προκαλούν οι ουσίες αυτές στον οργανισμό τους. Μέσα από έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς, τα αποτελέσματα έχουν δείξει πως για τη θεραπεία στον εθισμό της ηρωίνης με κατάλληλες δόσεις μεθαδόνης σε συνδυασμό με συμπεριφορική θεραπεία, έχει επιτευχθεί να μειωθεί η συχνότητα των διαφόρων προβλημάτων που προκαλούνται εξαιτίας της χρήσης ηρωίνης, ακόμα και ο θάνατος. Μιλώντας για συμπεριφορική θεραπεία, είναι το είδος της θεραπείας που περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική παροχή, οικογενειακή θεραπεία και διάφορες ομάδες που βοηθούν ο ένας τον άλλον. Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς δέχονται φαρμακευτική αγωγή προκειμένου να εξαλείψουν το σύνδρομο στέρησης που νιώθουν, χωρίς να λαμβάνουν επιπλέον στήριξη, είναι σαν να μη συμμετέχουν σε καμία θεραπεία στην περίπτωση της χρήσης ναρκωτικών ((Μάτσα, 2001), (Κοκκέβη Α. , 1988)).

Επιπλέον, για την απεξάρτηση από τα ναρκωτικά, υπάρχουν και θεραπευτικά προγράμματα. Τα προγράμματα αυτά, στοχεύουν στο να επιτύχουν μελλοντικά μία διαρκή αποχή από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Στο άμεσο μέλλον, στοχεύουν στο να μειώσουν τη χρήση των ουσιών που τους εθίζουν, να βελτιώσουν τη λειτουργία του ασθενή και να ελαχιστοποιήσουν τις επιπλοκές και τις κοινωνικές επιπτώσεις που προέρχονται από τη χρήση ναρκωτικών ((Μάτσα, 2001), (Κοκκέβη Α. , 1988)).

Οι μορφές των προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης είναι διάφορες. Υπάρχουν μέθοδοι με διάρκεια λιγότερο από έξι μήνες και καλούνται βραχυπρόθεσμες. Οι βραχυπρόθεσμες

μέθοδοι περιλαμβάνουν αγωγή επί εσωτερικής βάσης σε θεραπευτική κοινότητα, καθώς και θεραπεία χωρίς φάρμακα επί εξωτερικής βάσης. Υπάρχουν και οι μακροπρόθεσμες μέθοδοι, που περιλαμβάνουν αγωγή σε θεραπευτική κοινότητα και τη χορήγηση μεθαδόνης σε ασθενείς εθισμένους σε οπιοειδή επί εξωτερικής βάσης (Κοκκέβη Α. , 1988).

Μιλώντας για θεραπεία επί εξωτερικής βάσης χωρίς φάρμακα, συμπεριλαμβάνει διάφορα προγράμματα απεξάρτησης για τους ασθενείς που επισκέπτονται σε τακτά χρονικά διαστήματα εξειδικευμένες κλινικές. Τα περισσότερα από αυτά τα προγράμματα διαθέτουν συμβουλευτική αγωγή και στήριξη, ατομική ή και συλλογική. Όσοι συμμετέχουν σε αυτά τα προγράμματα, είναι ασθενείς που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών εκτός από οπιοειδή, ή χρήστες που έχουν ένα ιστορικό μικρής χρονικής διάρκειας εξάρτησης από ναρκωτικά και έχουν μία ζωή σταθερή και καλά οργανωμένη (Κοκκέβη Α. , 1988).

Οι θεραπευτικές κοινότητες, που προαναφέραμε, είναι προγράμματα αντιμετώπισης που έχουν οργανωθεί πολύ καλά και οι ασθενείς διαμένουν για έξι έως και δώδεκα μήνες σε οικιστικές μονάδες. Οι ασθενείς που συμμετέχουν σε θεραπευτικές κοινότητες, είναι αυτοί που έχουν ένα ιστορικό εξάρτησης από ναρκωτικά μακροχρόνιο, ασθενείς οι οποίοι λόγω της χρήσης ναρκωτικών έχουν συμμετάσχει σε εγκλήματα ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στο πως λειτουργούν μέσα στην κοινωνία. Οι θεραπευτικές κοινότητες, σκοπεύουν να εντάξουν ξανά στην κοινωνία τους ασθενείς χωρίς να είναι εξαρτημένοι από τα ναρκωτικά και χωρίς να σχετίζονται με εγκλήματα και με παρανομίες (Κοκκέβη Α. , 1988).

Τέλος, στις θεραπευτικές κοινότητες πραγματοποιούνται και βραχυπρόθεσμα προγράμματα που στηρίζονται σε εμπειρίες από προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ. Η θεραπεία αυτή επί εσωτερικής βάσης διαρκεί από τρεις έως έξι εβδομάδες και έπειτα ακολουθείται θεραπεία επί εξωτερικής βάσης η οποία περιλαμβάνει συμμετοχή σε ομάδες αλληλοβοήθειας, καθώς και συμμετοχή σε προγράμματα παροχής συμβουλών (Κοκκέβη Α. , 1988).

7.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, οι επαγγελματίες υγείας, και ειδικότερα της ψυχικής υγείας στην περίπτωση που μελετάμε, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο των μονάδων της κοινοτικής ψυχιατρικής, προκειμένου να λειτουργήσουν σωστά και αποτελεσματικά για τη θεραπεία της

εξάρτησης από τις ουσίες. Μέλη αυτής της ομάδας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αποτελούν και οι νοσηλευτές. Ο ρόλος τους, μάλιστα, είναι καθοριστικής σημασίας για τη θεραπεία των ατόμων που είναι εξαρτώμενα σε ουσίες (Edelman & Mandle, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές θα πρέπει να αποκτούν μία πολύ καλή σχέση και συνεργασία με τα εξαρτώμενα άτομα κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Με αυτόν τον τρόπο είναι σε θέση να γνωρίζουν τις μεταβολές στις ανάγκες των ασθενών, κάτι το οποίο είναι συχνό φαινόμενο σε αυτού του είδους τη θεραπεία. Μπορούν να ανακαλύπτουν και τις μεταβολές που πραγματοποιούνται στις δυνατότητες των εξαρτώμενων ατόμων κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Έτσι, είναι σε θέση να τις αξιολογούν, ώστε η θεραπεία του ασθενούς να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες που έχει. Με τον τρόπο αυτό, ο ασθενής μπορεί να αλλάξει τη συμπεριφορά του, αφού του χορηγηθεί θεραπευτική αγωγή μέσω φαρμάκων, να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του και να έχει πια μία κανονική ζωή (Edelman & Mandle, 2009).

7.1.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

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

Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, το πόσο σημαντικό είναι να ενταχθεί η πρόληψη στο εκπαιδευτικό σύστημα μέσα από ειδικά προγράμματα. Το καταλληλότερο μέρος για να εφαρμοστεί ένα πρόγραμμα πρωτογενούς πρόληψης είναι το σχολείο, καθώς εκεί βρίσκεται η πλειοψηφία των νέων (Κοκκέβη Α. , 1988). Τα άτομα αυτών των ηλικιών είναι εκείνα στα οποία οι αρνητικές συνήθειες δεν έχουν εγκατασταθεί για τα καλά. Για τον λόγο αυτό, η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει σε αυτά, εφόσον αποτελούν κατάλληλους δέκτες συμβουλών. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι τεράστιας σημασίας, καθώς καλείται να παρέχει βοήθεια προκειμένου να μπορέσουν να ενωθούν τόσο οι τοπικές υπηρεσίες υγείας όσο και οι κοινωνικές με το σχολικό σύστημα. Οι μέθοδοι αυτοί πρόληψης που ακολουθούν τα σχολεία έχουν σκοπό τη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των παιδιών και της ψυχικής τους υγείας, καθώς επίσης και των κοινωνικών τους δεξιοτήτων. Ένα από τα χαρακτηριστικά της μεθόδου πρόληψης που πρέπει να ακολουθείται στα σχολεία είναι η ενίσχυση της εκτίμησης των ατόμων για τον εαυτό τους και η μείωση της αποξένωσης. Ενθαρρύνει τους νεαρούς μαθητές να παίρνουν αποφάσεις και να είναι ενεργοί κατά τη διαδικασία της μάθησης, καθώς επίσης και να επιλέγουν ελεύθερα έναν τρόπο ζωής υγιούς χαρακτήρα. Τέλος, δείχνουν τον τρόπο με τον οποίο οι αξίες της ζωής μπορεί να έρθουν αντιμέτωπες με την πραγματικότητα, δίνοντάς τους έτσι τη δυνατότητα να μπορούν να διευκρινίσουν τις αξίες αυτές (Κοκκέβη Α. , 1988).

Εκτός από το σχολείο, οι μαθητές επηρεάζονται από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον του. Αυτοί είναι δύο παράγοντες οι οποίοι, σύμφωνα με αποδείξεις ερευνών, αποτελούν σημαντικούς κινδύνους επιρροής στην περίπτωση που κάνουν χρήση ουσιών. Όπως είναι κατανοητό, λοιπόν, το σχολείο από μόνο του δεν αποτελεί επαρκή συνθήκη πρόληψης, καθότι αναγκαία, καθώς δε θα μπορούσε να αμυνθεί σε τέτοιες περιπτώσεις. Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που για άλλη μία φορά συνδέει την οικογένεια με την κοινότητα, καθώς είναι αυτός που γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες που υπάρχουν σε κάθε οικογένεια. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που ξέρει ότι άμεση σύνδεση με την πρόληψη από εξαρτησιογόνες ουσίες αποτελεί ο τρόπος διαπαιδαγώγησης των παιδιών από τις οικογένειές τους (Κοκκέβη Α. , 1988). Οι γονείς πρέπει να βοηθηθούν ιδιαίτερα, μέσω μίας συντονισμένης παρέμβασης στην οικογένεια, προκειμένου να δημιουργηθεί μία σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα σε αυτούς και τα παιδιά τους και έτσι να γίνουν ικανοί, ώστε να μπορέσουν να πραγματοποιήσουν έναν ειλικρινή και ανοιχτό διάλογο με αυτά. Όπως αναφέραμε και παραπάνω, οι επιπτώσεις στο οικογενειακό περιβάλλον ατόμων που εξαρτώνται από ουσίες είναι πολλές, καθιστώντας το οικογενειακό σύστημα δυσλειτουργικό. Η έλλειψη προτύπου από τους γονείς προς τα παιδιά τους, ώστε να μπορέσουν τα τελευταία να ταυτιστούν, οδηγεί σε ελλειμματικές και ανώριμες

προσωπικότητες, με καταθλιπτικές τάσεις, απογοητευμένες και παραιτημένες από τη ζωή, που συχνά καταφεύγουν σε αλκοόλ και ηρεμιστικά, προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες της ζωής (Κοκκέβη Α. , 1988).

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτήν την περίπτωση πρόληψης, είναι να διδάξει τέτοιες μεθόδους και τρόπους στους γονείς οι οποίοι θα βοηθήσουν τα παιδιά να αρνηθούν τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Κοκκέβη Α. , 1988). Πιο συγκεκριμένα, προστατεύουν τα παιδιά, τα οποία τα χαρακτηρίζει η μιμητική συμπεριφορά, διδάσκοντας τα άτομα που έχουν την ευθύνη της διαπαιδαγώγησης και της ανατροφής τους τον τρόπο με τον οποίο να δίνουν το καλό παράδειγμα. Πολύ σημαντικό ρόλο αποτελεί η ενθάρρυνση και ο έπαινος που πρέπει να δίνεται από τους γονείς στα παιδιά τους για τις καταβαλλόμενες προσπάθειές τους, ανεξαρτήτως αποτελέσματος. Η προσωπικότητά τους με αυτόν τον τρόπο ενδυναμώνεται, λόγω της εμπιστοσύνης που νιώθουν από τους γονείς τους, κάτι το οποίο τους βοηθάει να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε δυσκολία ή πρόβλημα τους προκύψει στη ζωή (Κοκκέβη Α. , 1988).

Όσον αφορά το φιλικό περιβάλλον των παιδιών, αυτό αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κομμάτια στη ζωή τους. Πολλοί γονείς, προσπαθούν να απομονώσουν τα παιδιά τους από τις φιλικές τους παρέες, νομίζοντας ότι με αυτόν τον τρόπο θα τα προστατέψουν από τη χρήση ουσιών, κάτι το οποίο δημιουργεί μεγάλη πίεση ιδιαίτερα στους εφήβους, αποφέροντας πολλές φορές τα αντίθετα αποτελέσματα. Αντιθέτως, προτιμώμενοι τρόποι σε αυτές τις περιπτώσεις είναι να διδαχθούν τα παιδιά τρόπους με τους οποίους να μπορέσουν να αντισταθούν στην επιρροή κάποιου φίλου τους που κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, να ενταχθούν σε υγιείς δραστηριότητες και δημιουργικές ασχολίες που τα αφήνουν ευχαριστημένα και τους δίνουν τη δυνατότητα να διαφύγουν από τις πιέσεις της καθημερινότητας (Κοκκέβη Α. , 1988). Οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι εκείνοι που ενημερώνουν τους γονείς για τις συμπεριφορές των παιδιών τους που πρέπει να προσέξουν και να τους κρούσουν τον κώδωνα, καθώς οι γονείς είναι οι πρώτοι που πρέπει να αντιληφθούν κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Συγκεντρωτικά, όσον αφορά στην πρωτοβάθμια πρόληψη, ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει ώστε να δημιουργηθούν αμφίδρομες σχέσεις ανάμεσα στην κοινότητα και την ομάδα ψυχικής υγείας και οι σχέσεις αυτές να παραμείνουν. Σκοπός της εργασίας του είναι να πραγματοποιηθούν και να προωθηθούν προγράμματα πρόληψης όπου να

συμμετάσχει ενεργά όσο το δυνατόν γίνεται μεγαλύτερο μέρος των κατοίκων της κοινότητας. Για να μπορέσει να φέρει εις πέρας όλα τα παραπάνω, θα πρέπει να γνωρίζει την κοινότητα σε άριστο βαθμό, να γνωρίζει το επίπεδο της μόρφωσής της, τα ιστορικά της στοιχεία και τη σύνθεση του πληθυσμού της, καθώς η κάθε κοινότητα είναι ξεχωριστή και διαφορετική, και η προσπάθεια να αντιγράψει μοντέλα άλλων περιοχών μπορεί να αποβεί ως ελάχιστα αποτελεσματική, ακόμα και να αποφέρει περισσότερα προβλήματα σε σχέση με αυτά που θα επιλύσει (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005).

Περνώντας στη δευτερογενή πρόληψη, τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτήν είναι άτομα με μακροχρόνια εξάρτηση από ουσίες, άτομα που έχουν πραγματοποιήσει ή εμπλακεί σε κάποια δραστηριότητα εγκληματικού χαρακτήρα εξαιτίας της χρήσης ουσιών ή άτομα τα οποία δυσκολεύονται να ενταχθούν και να λειτουργήσουν στην κοινωνία (Σαρρής, 2001). Στόχος της είναι να βοηθήσει έγκαιρα τους ασθενείς μέσω φαρμακευτικής, ψυχοθεραπευτικής και συμβουλευτικής παρακολούθησης, τόσο των ίδιων όσο και των οικογενειών τους, αφού πρώτα ανιχνεύσει τους ψυχικά ασθενείς και προβεί στην έγκαιρη διάγνωσή τους. Η δευτερογενής πρόληψη επίσης στοχεύει στο να αποφευχθεί η παραπτωματική συμπεριφορά του ασθενούς και οι περαιτέρω παθολογικές επιπτώσεις ((Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005), (Κούκια, 2014)). Ο νοσηλευτής στη δευτερογενή πρόληψη προκειμένου να προσεγγίσει τα άτομα που εξαρτώνται από ουσίες, αλλά και για να τους προσφέρει νοσηλευτική φροντίδα, χρησιμοποιεί ως ισχυρότερο μέσον τη θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία. Μέσα από την επικοινωνία αυτή το εξαρτώμενο άτομο μπορεί να κατανοήσει και να παραδεχθεί την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, καθώς επίσης με όσες δυνάμεις τον διακατέχουν να προσαρμοστεί σε αυτήν ενεργητικά (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005).

Πολύ σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή είναι να μπορέσει να διερευνήσει εάν τα άτομα που είναι εξαρτημένα από κάποια εξαρτησιογόνο ουσία έχουν απομονωθεί από την οικογένεια και τους φίλους τους, και στην περίπτωση που αυτό δε συμβαίνει, τότε να φροντίσει για τη διατήρηση και τη σύσφιξη των σχέσεών τους. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι έχει να αντιμετωπίσει έναν άνθρωπο και να μην τον αντιμετωπίζει σαν ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο οι προσπάθειές του είναι πιο αποτελεσματικές και γίνεται καλύτερος επαγγελματίας. Για να το κατορθώσει αυτό θα πρέπει να φέρεται με ευγένεια στον χρήστη εξαρτησιογόνων ουσιών, με ενδιαφέρον και ειλικρίνεια, έτσι ώστε και ο ίδιος ο χρήστης με τη σειρά του να είναι ειλικρινής. Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσπαθεί να συζητάει με τον χρήστη και να δείχνει συνεργάσιμος (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005). Η

συνεχής επαφή με τον ασθενή οδηγεί στο να αναγνωρίζει ο νοσηλευτής κάθε φάση της κατάστασης στην οποία βρίσκεται ο πρώτος, όπως για παράδειγμα την έγκαιρη ανίχνευση στην περίπτωση υποτροπών. Τέλος, να αναφέρουμε ότι τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην κοινότητα, η συνεχής παροχή φροντίδας ενισχύεται από τους κανόνες δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας που αφορούν στην ισότιμη αντιμετώπιση των χρηστών, χωρίς οποιουδήποτε είδους ρατσιστικές τάσεις (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005).

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

7.1.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τα άτομα που κάνουν χρήση σε εξαρτησιογόνες ουσίες έχουν πάψει κατά γενική ομολογία να ενδιαφέρονται για την προάσπιση της υγείας τους, έχοντας ξεχάσει εντελώς να συμπεριλαμβάνουν τους κανόνες υγιεινής στη ζωή τους και ακολουθώντας με αυτόν τον τρόπο μία μη ποιοτική ζωή. Για το μόνο πράγμα που νοιάζονται τα άτομα αυτά είναι η διαδικασία ανεύρεσης της απαιτούμενης δόσης της ουσίας από την οποία είναι εξαρτημένα (Σαρρής, 2001). Έτσι, λοιπόν, γίνεται αντιληπτό πως η προσπάθεια να γίνει μία αρχή για την αυτό-φροντίδα των χρηστών είναι τεράστιας σημασίας. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να παρέμβει κατά το μέγιστο δυνατό στη διαδικασία αυτή της αυτό-φροντίδας του εξαρτημένου ατόμου, προκειμένου το δεύτερο να είναι σωματικά υγιές και καθαρό.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνει ο νοσηλευτής σε ότι αφορά τα φάρμακα του ασθενούς που χειρίζεται, οφείλοντας να έχει πολύ μεγάλη παρατηρητικότητα. Πρώτα από όλα, προκειμένου

τα φάρμακα να αποθηκεύονται και να διατηρούνται με ασφάλεια, οι νοσηλευτές πρέπει να βρίσκονται σε μία συνεχή αφύπνιση ώστε να προστατεύουν και να φρουρούν την υγεία των εξαρτώμενων από ουσίες ατόμων με τα οποία έρχονται σε επαφή. Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής έχει καθήκον να τηρεί τη φαρμακευτική αγωγή που παίρνει ο κάθε ασθενής και να φροντίζει να τη λαμβάνει σωστά, καθώς στην περίπτωση που παραλείψει μία λήψη φαρμάκου που πρέπει να δοθεί ή τη χορηγήσει λανθασμένα ή ακόμα και αν τη διακόψει, αυτό μπορεί να προκαλέσει υποτροπές και μεγάλες κρίσεις στον χρήστη (Σαρρής, 2001). Τέλος, όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσέχει κάθε στιγμή μήπως υπάρξουν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη δράση των φαρμάκων (Σαρρής, 2001).

Ο νοσηλευτής πρέπει να καταβάλει προσπάθεια για να ανακαλύψει τις δεξιότητες του χρήστη, ώστε στη συνέχεια με την παρέμβασή του να μπορέσει να τις αναπτύξει. Ο χρήστης κάθε φορά θέτει κάποιες προτεραιότητες οι οποίες μεταβάλλονται συνέχεια, αναλόγως αν η κατάστασή του καλυτερεύει ή χειροτερεύει, και στις οποίες πρέπει ο νοσηλευτής να δίνει μεγάλη σημασία (Σαρρής, 2001). Λόγω του πολύ δύσκολου και επίπονου αγώνα που καταβάλουν οι χρήστες εξαρτώμενων ουσιών προκειμένου να απεξαρτηθούν από αυτές, πολύ σημαντικό ρόλο αποτελεί η επιβράβευσή τους από τον νοσηλευτή, στην οποία πρέπει να στηρίζονται οι παρεμβάσεις του. Αυτός είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο θα έχει αποτέλεσμα η διαδικασία της θεραπείας. Ο νοσηλευτής θα κατορθώσει να κερδίσει όλο και περισσότερο την εμπιστοσύνη του χρήστη παραχωρώντας του κάποιες ευθύνες καθώς και πρωτοβουλίες και διατηρώντας μία υποστηρικτική σχέση. Στην περίπτωση που ο ασθενής αποτύχει, τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να τον κάνει πιο δυνατό χωρίς να τον αφήσει να καταβληθεί λόγω της αποτυχίας αυτής (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2012). Με τον τρόπο αυτό, το εξαρτημένο από ουσίες άτομο θα ξεκινήσει να προσαρμόζεται πιο εύκολα, θα καταλάβει τα προβλήματα που απέκτησε από τις εξαρτησιογόνες ουσίες και θα μπορέσει στο σημείο αυτό να βρει με τη βοήθεια του νοσηλευτή λύσεις οι οποίες θα είναι δημιουργικές (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005) .

7.1.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Συνεχίζοντας, θα παρουσιάσουμε πιο συγκεκριμένους ρόλους που αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ή αλλιώς νοσηλευτές-σύμβουλοι, όπως ονομάζονται, έπειτα από την πρώτη αξιολόγηση και ένταξη των ασθενών.

Πρώτα από όλα, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να σχεδιάσει το θεραπευτικό πλάνο. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να τοποθετήσει το άτομο στις ομάδες στις οποίες θα συμμετάσχει, να καθορίσει το χρόνο πραγματοποίησης της θεραπείας του και το πόσες ατομικές συναντήσεις θα κάνει, να κανονίσει την πιθανότητα της παραπομπής του κ.λπ.. ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, επίσης αναλαμβάνει το συντονισμό της θεραπευτικής προσπάθειας και την οργάνωση των παρεμβάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Παρακολουθώντας το αν υπάρχει βελτίωση στη θεραπευτική προσπάθεια του ασθενούς, επαναξιολογεί και αναθεωρεί το σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου του ανά τακτά χρονικά διαστήματα, καθώς επίσης είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση της διεπαγγελματικής ομάδας. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την καταγραφή στον ατομικό φάκελο της πορείας που έχει κλινικά ο χρήστης. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την κινητοποίηση του εξαρτώμενου από ουσίες ατόμου προκειμένου να βρει εργασία και μέρος όπου να διαμένει, στις περιπτώσεις που χρειάζεται. Όπως αναφέραμε και στην πρόληψη παραπάνω, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την ανάπτυξη και σύσφιξη των σχέσεων του ασθενούς με το οικογενειακό περιβάλλον του. Η εκπαίδευση του εξαρτημένου ατόμου και της οικογένειάς του αποτελεί έναν ακόμα ρόλο που οφείλει να αναλάβει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας. Τέλος, δημιουργεί όλες εκείνες τις συνθήκες που είναι απαραίτητες ώστε να αναπτυχθεί ένας υγιής τρόπος ζωής με εκπαιδευτικές τεχνικές σε κοινωνικές δεξιότητες, συνοδεύοντας για παράδειγμα το άτομο σε δραστηριότητες αθλητικού και ψυχαγωγικού περιεχομένου (Edelman & Mandle, 2009).

7.1.3.1. ΟΙ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ

Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να δράσει ως σύμβουλος των ατόμων που εξαρτώνται από ουσίες και για να είναι αποτελεσματικός, θα πρέπει να έχει κάποιες ιδιότητες. Όπως αναφέραμε και σε προηγούμενη ενότητα, ο χρήστης δε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται χωρίς σεβασμό και με αρνητικό τρόπο. Αντιθέτως, θα πρέπει να γίνεται αποδεκτός χωρίς όρους και προϋποθέσεις και να αντιμετωπίζεται θετικά. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να φέρεται με αξιοπρέπεια, εκτίμηση και σεβασμό προς το εξαρτημένο άτομο και να του δείχνει εμπιστοσύνη (Edelman & Mandle, 2009).

Συνεχίζοντας, ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει την ικανότητα να μπορεί να αντιληφθεί τα συναισθήματα του ασθενούς και αυτό να μπορεί να το νιώθει ο δεύτερος. Αυτό διότι η φροντίδα για ένα άτομο σημαίνει να μπορεί να υπάρχει αντίληψη για τον κόσμο όπως εκείνου (Edelman & Mandle, 2009).

Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να είναι καλός σύμβουλος θα πρέπει να είναι εγκάρδιος και αυθεντικός. Με το να είναι εγκάρδιος δείχνει πως επιθυμεί να έχει μία «ανοιχτή» επικοινωνία με τον ασθενή και αυτό είναι μία ειδική ικανότητα για να προσεγγίζει. Η εγκαρδιότητα δεν απαιτείται να ανταποδίδεται από τον ασθενή. Όσον αφορά την αυθεντικότητα του νοσηλευτή, αυτή είναι μία ιδιότητα που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση ώστε να είναι σύμβουλος (Edelman & Mandle, 2009).

Τέλος, ο νοσηλευτής-σύμβουλος πρέπει να διέπεται από σαφήνεια στη συνεργασία του με τον ασθενή, να είναι ξεκάθαρος και άμεσος, καθώς επίσης ταυτόχρονα θα πρέπει να βοηθάει το εξαρτώμενο άτομο να μπορεί να εκφραστεί με καθαρό και συγκεκριμένο τρόπο (Edelman & Mandle, 2009).

7.1.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από ουσίες μπορεί να νοσηλευθούν για κάποιο διάστημα με σκοπό την αποτοξίνωση, προκειμένου να υποβληθούν σε θεραπευτικά προγράμματα των καταχρήσεών τους. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς, εκτός από το πρόβλημα της κατάχρησης ουσιών, αποκτούν λόγω αυτού γενικότερα προβλήματα στην υγεία τους που είναι τεράστιας σημασίας. Για τον λόγο αυτό, απευθύνονται σε διάφορες εγκαταστάσεις παροχής φροντίδας, όπως είναι οι μονάδες επείγουσας φροντίδας, τα εξωτερικά ιατρεία, τα ιατρεία πόνου, και φυσικά τα κέντρα αποτοξίνωσης ((LeMone, et al., 2011), (Rainstrick, Heather, & Godfrey, 2006)). Ανεξαρτήτως ποιος από αυτούς είναι ο χώρος, οι νοσηλευτές είναι πιθανό να καλεστούν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους προς τους ασθενείς αυτούς.

Προκειμένου να αποφευχθεί η εξάρτηση από ουσίες, οι νοσηλευτές θα πρέπει να βρουν τον κατάλληλο τρόπο να προαγάγουν την υγεία. Η σωστή πληροφόρηση των ατόμων προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες τους και να μειώσουν το άγχος τους είναι κάποιοι από τους τρόπους αυτούς. Έπειτα, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο προκειμένου δείξει τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να ελεγχθεί το άγχος της καθημερινότητας και των δυσκολιών της ζωής. Επιπλέον, τα άτομα θα πρέπει να ενημερωθούν από τους νοσηλευτές για τις εξαρτησιογόνες ουσίες και τη δράση τους στον οργανισμό του ανθρώπου. Όπως ήδη αναφέραμε και παραπάνω, πολύ σημαντικό ρόλο αποτελεί η στήριξη και η ενθάρρυνση των ατόμων αυτών που βρίσκονται σε περίοδο που

απέχουν από τις εξαρτήσεις τους, αλλά και η βοήθεια στην αλλαγή λόγω του καινούριου τρόπου ζωής ((LeMone, et al., 2011), (Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, 2005)).

Ένας από τους ρόλους του νοσηλευτικού προσωπικού στα κέντρα απεξάρτησης βρίσκεται στην εκτίμηση του ατόμου που κάνει κατάχρηση ουσιών. Οι νοσηλευτές θα πρέπει εξ αρχής να κοιτάζουν το ιστορικό του κάθε ασθενούς και να το λαμβάνουν υπόψη τους. Η συζήτηση την οποία θα πραγματοποιούν με τους ασθενείς να ακολουθεί την ουδετερότητα, με έλλειψη επικριτικού ή απειλητικού ύφους, καθώς επίσης να δίνει την ευκαιρία στα άτομα να απαντούν ανοιχτά και να αναλύουν τις απαντήσεις τους εάν το επιθυμούν. Σε αυτό θα μπορούσαν να βοηθήσουν ήδη υπάρχοντα ερωτηματολόγια, ώστε να μπορέσει να εκτιμηθεί η ύπαρξη συνδρόμου στέρησης και να καθοδηγηθούν για την επόμενη φάση, αυτή της διάγνωσης ((Οδηγός θεραπείας, 2010), (LeMone, et al., 2011), (Μισουρίδου, 2015)).

Περνώντας στην επόμενη αυτή φάση, ο νοσηλευτής αναλύει τα δεδομένα που έχει στην κατοχή του προκειμένου να διαγνώσει εάν υπάρχει ο κίνδυνος να τραυματιστεί, εάν ο ασθενής έχει αναποτελεσματική άρνηση, εάν η ατομική αντιμετώπιση της κατάστασής του είναι αναποτελεσματική, εάν παρουσιάζει διαταραχές στη θρέψη, όπως για παράδειγμα να τρέφεται λιγότερο από ότι έχει ανάγκη ο οργανισμός του. Επίσης, μπορεί να διαγνώσει επίπεδα χαμηλής αυτοεκτίμησης στον ασθενή, ελλείμματα γνώσεων και διαταραχές στην αντίληψη των αισθήσεών του, καθώς και στη διεργασία της σκέψης του ασθενούς ((Μισουρίδου, 2015), (Οδηγός θεραπείας, 2010)).

Στη συνέχεια, εκτιμώντας τα παραπάνω, κατευθύνουν την παρεχόμενη φροντίδα, ανάλογα με τις εκβάσεις των διαγνώσεων αυτών. Επιθυμητές εκβάσεις των ανωτέρω διαγνώσεων είναι η αναγνώριση από το άτομο των πιθανών παραγόντων που προκαλούν κινδύνους στο περιβάλλον του, καθώς και η διόρθωση αυτών, η αναγνώριση την αληθινής κατάστασης στην οποία βρίσκεται και των αναποτελεσματικών συμπεριφορών αντιμετώπισής της, καθώς και των συνεπειών τους. Όσον αφορά την μικρή διατροφική πρόσληψη που προαναφέραμε, επιθυμητή έκβαση θα είναι η αλλαγή του τρόπου ζωής του ασθενούς προκειμένου να ανακτήσει και στη συνέχεια να διατηρήσει τα επιθυμητά κιλά. Η αναγνώριση των αισθημάτων και των αιτιών για την αρνητική αντίληψη του εαυτού του και η επίδειξη ενδιαφέροντος, αλλά και η λήψη ευθύνης για την προσωπική του εκπαίδευση, είναι επίσης επιθυμητές εκβάσεις ((Πατηράκη, 2014), (Μισουρίδου, 2015)).

Για να μπορέσουν να επιτευχθούν οι προαναφερθείσες επιθυμητές εκβάσεις, οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρέμβουν μέσω συγκεκριμένων δραστηριοτήτων (Πατηράκη, 2014). Όσον αφορά στον κίνδυνο τραυματισμού του ασθενούς, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέμβει εκτιμώντας το επίπεδο αποπροσανατολισμού του χρήστη και λαμβάνοντας το ιστορικό του για την κατάχρηση ουσιών. Επίσης, θα πρέπει να λάβει δείγματα αίματος και ούρων από τον ασθενή, προκειμένου να προβεί σε εργαστηριακές αναλύσεις. Προκειμένου να μειωθεί η διέγερση του ασθενούς, να τον τακτοποιήσει σε ήσυχο και ιδιαίτερο δωμάτιο, προσέχοντας να μην τον αφήσει όμως μόνο στις περιπτώσεις έντονης διέγερσης ή αυτοκτονικής τάσης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσανατολίζει στην πραγματικότητα και το περιβάλλον τον ασθενή σε συχνή βάση, προσέχοντας να μην βρίσκονται γύρω του αντικείμενα τα οποία θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει και να προβούν επικίνδυνα. Μέχρι τη σταθεροποίηση του ασθενούς, ενδείκνυται η κάθε δεκαπεντάλεπτη παρακολούθηση των ζωτικών οργάνων του και η εκτίμηση πιθανής δηλητηρίασης ή στέρησης ((Μισουρίδου, 2015), (Πατηράκη, 2014)).

Όσον αφορά την αναποτελεσματική άρνηση, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ειλικρινείς απέναντι στα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών. Η προσέγγιση του ατόμου αυτού να γίνεται με σεβασμό και αποδοχή και σε αυτά τα χαρακτηριστικά να στηριχθεί η θεραπευτική σχέση ανάμεσά τους. Η αναγνώριση των καταστάσεων που έχουν οδηγήσει τον ασθενή σε αυτό το σημείο και έχουν επηρεάσει τη ζωή του, καθώς και τον συμπεριφορών του λόγω της δύσκολης προσαρμογής του, αποτελούν νοσηλευτικές παρεμβάσεις που βοηθούν σε σημαντικό βαθμό. Με το να αναγνωριστεί από τον ασθενή η σχέση ανάμεσα στη χρήση ουσιών και τα προβλήματα στον τρόπο ζωής του, οδηγεί στην καταπολέμηση της άρνησης. Για τον λόγο αυτό οι νοσηλευτές καλό θα ήταν να συζητούν με τον ασθενή τον τρόπο με τον οποίο αυτά τα δύο ενδέχεται να συνδέονται. Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή για τη συμμετοχή του σε δραστηριότητες θεραπευτικών ομάδων (Πατηράκη, 2014).

Η δημιουργία μίας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στον νοσηλευτή και το άτομο που κάνει χρήση ουσιών βοηθάει, επίσης, στο πρόβλημα της αναποτελεσματικής ατομικής αντιμετώπισης της κατάστασης του ασθενούς. Ο νοσηλευτής δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να χειραγωγεί τον ασθενή, αλλά αντιθέτως, να τον ενθαρρύνει ώστε να μπορεί να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αλλά και τους φόβους που μπορεί να έχει. Θα βοηθήσει επίσης η διερεύνηση μεθόδων προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι καταστάσεις που δημιουργούν άγχος και στρες (Μισουρίδου, 2015).

Όσον αφορά τις παρεμβάσεις των νοσηλευτών προκειμένου οι ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης ουσιών να μην παρουσιάσουν διαταραχές θρέψης, θα πρέπει να χορηγούν βιταμίνες και συμπληρώματα διατροφής, σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του γιατρού. Θα πρέπει να παρακολουθούν τα αποτελέσματα των εργαστηριακών ευρημάτων και στην περίπτωση που παρατηρούν κάποια σημαντική μεταβολή να ενημερώνουν το γιατρό. Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συνεργάζεται με τον διαιτολόγο, προκειμένου να καθοριστεί ο αριθμός θερμίδων που απαιτείται να λάβει ο ασθενής. Τέλος, η σημαντικότητα του να προσλαμβάνει μία επαρκή ποσότητα διατροφής ο ασθενής θα πρέπει να γίνεται γνωστή σε αυτόν, μέσω του νοσηλευτή ((Μισουρίδου, 2015), (Πατηράκη, 2014)).

Επιδεικνύοντας συμπεριφορά αποδοχής, αφιερώνοντας χρόνο και ενθαρρύνοντας τους ασθενείς να επικεντρώνουν τις σκέψεις τους στις ικανότητές τους, αλλά και να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες θεραπευτικών ομάδων, οι νοσηλευτές καταφέρνουν να απαλείψουν τη χαμηλή αυτοεκτίμηση των χρηστών. Η μείωση της χαμηλής αυτοεκτίμησης ενισχύεται με τη διδασκαλία στους ασθενείς τεχνικών ώστε να επικοινωνούν αποτελεσματικά (Πατηράκη, 2014).

Προκειμένου να απαλειφθεί το πρόβλημα του ελλείμματος γνώσεων των ασθενών, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να κάνει μία εκτίμηση του επιπέδου των γνώσεων στο οποίο βρίσκεται ο κάθε ένας από αυτούς, καθώς και του πόσο πρόθυμος είναι να ενημερωθεί. Στη συνέχεια, καταρτώντας ένα σχέδιο μαθημάτων, θα πρέπει να ξεκινήσει με απλές και ευνόητες έννοιες και να συνεχίσει με πιο σύνθετα θέματα, προοδευτικά (Μισουρίδου, 2015).

Οι παρεμβάσεις στις οποίες πρέπει να προβεί ο νοσηλευτής, έτσι ώστε να υπάρχει έλεγχος στις διαταραχές της αντίληψης των αισθήσεων των ατόμων που κάνουν κατάχρηση ουσιών, ξεκινούν από την παρατήρηση της εμφάνισης συμπτωμάτων στέρησης. Στη συνέχεια, θα πρέπει να παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του ασθενούς, να εκτιμά το επίπεδο του προσανατολισμού του ανά τακτά χρονικά διαστήματα και πριν τον προσεγγίσει, να εξηγεί τις παρεμβάσεις τις οποίες θα πραγματοποιήσει. Τέλος, θα πρέπει να χορηγεί τα φάρμακα στον ασθενή με βάση το πρόγραμμα της αποτοξίνωσης (Μισουρίδου, 2015).

Ιδιαίτερα προσεκτικός οφείλει να είναι ο νοσηλευτής στις παρεμβάσεις του όσον αφορά στη διαταραχή της διεργασίας της σκέψης του εξαρτημένου ατόμου. Όταν ο χρήστης σκέφτεται και συμπεριφέρεται με κατάλληλο τρόπο, τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να τον επιβραβεύει,

ενισχύοντάς τον θετικά. Το ίδιο θα πρέπει να συμβαίνει και στις περιπτώσεις που ο ασθενής αναγνωρίζει πως οι παραισθήσεις που έχει δε βασίζονται στην πραγματικότητα. Οι οδηγίες οι οποίες χρησιμοποιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό προς τους χρήστες να είναι απλές και όταν επικοινωνεί μαζί τους να βρίσκεται μέσα στο οπτικό τους πεδίο. Στις περιπτώσεις που το εξαρτώμενο από ουσίες άτομο επιμένει σε παρανοϊκές σκέψεις και έχει ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις, τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να μη λογομαχήσει μαζί του, αλλά να εκφράσει τις λογικές αντιρρήσεις του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συζητήσει με το άτομο για τα πραγματικά γεγονότα ((Οδηγός θεραπείας, 2010), (Μισουρίδου, 2015)).

Τέλος, ο νοσηλευτής στο τελευταίο στάδιο του πλαισίου της φροντίδας ατόμων με προβλήματα κατάχρησης θα πρέπει να εκτιμάει τα αποτελέσματα, ελέγχοντας εάν εφαρμόζοντας τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, εκπληρώνονται οι επιθυμητές εκβάσεις (Πατηράκη, 2014).

7.1.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία που πρέπει να εφαρμόζεται από όλους τους επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία ή σε κέντρα πρόληψης της ουσιοεξάρτησης και γενικότερα οπουδήποτε παρέχεται βοήθεια στους ασθενείς, αποτελεί βασική υποχρέωση τους να εφαρμόζεται. Ουσιαστικά στην νοσηλευτική διεργασία θα πρέπει να περιλαμβάνονται όλες οι ενέργειες των νοσηλευτών με στόχο την φροντίδα και την επίλυση των προβλημάτων του ασθενή ώστε να επιτευχθεί η πλήρης σωματική και ψυχική λειτουργικότητα και ευεξία τους (Παπαδαντωνάκη, 2012). Η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά όπλα των νοσηλευτών για την ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και για την νοσηλευτική κοινότητα. Αποτελείται από πέντε στάδια τα οποία είναι, εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή (συλλογή πληροφοριών, ιστορικό, φυσική εξέταση), νοσηλευτική διάγνωση (ανάλυση δεδομένων που προέκυψαν και ορισμός θεραπείας ασθενή), προγραμματισμός του σχεδίου φροντίδας (σχεδιασμός προγράμματος φροντίδας, συζήτηση με τον ασθενή και την οικογένεια του για την θεραπεία), εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας (νοσηλευτικές τεχνικές για την ανακούφιση του ασθενή, παρακολούθηση του ασθενή και καταγραφή αποτελεσμάτων) και εκτίμηση αποτελέσματος (επαναξιολόγηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και επαλήθευση αυτών) (Townsend, 2011).

7.1.5.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Ασθενής 57 χρόνων που είναι εθισμένος χρόνια στο αλκοόλ εισήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.) από συγγενικά του πρόσωπα με μεγάλη ερυθρότητα προσώπου, με αστάθεια στις κινήσεις του, αποδιοργανωμένη σκέψη και σύγχυση στην ομιλία του. Μετά από λεπτομερή λήψη του ιστορικού από τους συγγενείς του προέκυψε ότι ο ασθενής πάσχει από κίρρωση του ήπατος, έχει υπέρταση και οστεοπόρωση.

Εκτίμηση κατάστασης: κίρρωση ήπατος (συνέπεια της χρόνιας ηπατικής νόσου με αποτέλεσμα την εμφάνιση αναγεννημένων οζιδίων ως συνέπεια του από τον κατεστραμμένο ιστό).

Νοσηλευτική διάγνωση: ο ασθενής έχει συλλογή υγρού στην κοιλιά (ασκίτης) και οίδημα στα πόδια.

Προγραμματισμός σχεδίου φροντίδας: διατροφή με περιορισμένο αλάτι για το υγρό στη κοιλιά και το οίδημα στα πόδια, χρήση διουρητικών και παρακέντηση για το υγρό στην κοιλιά.

Εφαρμογή προγράμματος φροντίδας: εφαρμογή θεραπείας, ανακούφιση του ασθενή, μείωση οιδήματος. Υποστήριξη ψυχολογίας του ασθενή και παρακίνηση για βοήθεια για την διακοπή του αλκοόλ.

Εκτίμηση αποτελέσματος: ο ασθενής αισθάνεται ήδη καλύτερα, έχει υποχωρήσει το οίδημα στα πόδια και μετά την παρακέντηση έχει αφαιρεθεί το υγρό στην κοιλιά (www.healthliving.gr, 2014).

Εκτίμηση κατάστασης: υπέρταση (αυξημένη αρτηριακή πίεση) που είναι και συνέπεια της χρήσης αλκοόλ.

Νοσηλευτική διάγνωση: κεφαλαλγία, αίσθημα παλμών.

Προγραμματισμός σχεδίου φροντίδας: μείωση κεφαλαλγίας με παυσίπονα, ηρεμία του ασθενή.

Εφαρμογή προγράμματος φροντίδας: χορήγηση φαρμάκων για κεφαλαλγία, χορήγηση φαρμάκων για υπέρταση. Ψυχολογική υποστήριξη για διακοπή του αλκοόλ.

Εκτίμηση αποτελέσματος: Έχει μειωθεί η αρτηριακή πίεση του ασθενή σε φυσιολογικό επίπεδο αφού του έχει χορηγηθεί φαρμακολογική αγωγή για την υπέρταση, το πρόσωπο του ασθενούς δεν έχει πλέον ερυθρότητα (www.iatropedia.gr).

Εκτίμηση κατάστασης: οστεοπόρωση (πάθηση των οστών όπου παρατηρείται μείωση της πυκνότητας τους και της ποιότητας τους). Η Οστεοπόρωση μπορεί να προκύψει και από την χρόνια χρήση αλκοόλ.

Νοσηλευτική διάγνωση: ο ασθενής έχει πόνο στα οστά.

Προγραμματισμός σχεδίου φροντίδας: χορηγούμε φαρμακευτική αγωγή όπως ασβέστιο και ο ασθενής παραπέμπεται για εξετάσεις.

Εφαρμογή προγράμματος φροντίδας: ο ασθενής παίρνει την αγωγή του.

Εκτίμηση αποτελέσματος: Ο ασθενής δεν πονάει πλέον στα οστά, συνέχιση αγωγής, παραπομπή για επανέλεγχο της οστεοπόρωσης και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Κατά την διάρκεια του ασθενή στο νοσοκομείο ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και βοήθεια για την διακοπή του αλκοόλ.

7.2. ΛΟΓΟΙ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Σε αυτήν την ενότητα, θα αναφερθούμε στα αποτελέσματα που έχουν προκύψει μέσα από μελέτες σχετικά με τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την πρόσληψη και τη διατήρηση των νοσηλευτών στην ενασχόλησή τους με τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα. Προκειμένου να αναλάβουν αυτόν τον ρόλο οι νοσηλευτές, υπάρχουν κάποια στάδια τα οποία θα πρέπει να περάσουν, θα πρέπει να πληρούν κάποια χαρακτηριστικά και να έχουν προσωπικές ποιότητες (Clancy, Oyefeso, & Ghodse, 2006).

Οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές για την ουσιοεξάρτηση, ασχολούνται με έναν αριθμό από ρόλους για τη φροντίδα των ατόμων με προβληματική χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Οι ρόλοι αυτοί περιλαμβάνουν την εκτίμηση, την ενημέρωση, τη συνταγογράφηση, την παροχή συμβουλών και τη μείωση των βλαβών. Σε ένα κλίμα με αυξανόμενη ζήτηση εξειδικευμένων εργαζομένων κατά της εξάρτησης ουσιών και μέσα σε μία τάση προσδιορισμού των βασικών επαγγελματικών ικανοτήτων, υπάρχει η ανάγκη για ένα πλαίσιο στο οποίο να μπορεί να υποστηριχθεί η εξέλιξη της σταδιοδρομίας. Υπάρχουν ελάχιστες μελέτες που έχουν διερευνήσει το θέμα των ρόλων που έχουν οι εξειδικευμένοι κατά των εξαρτήσεων νοσηλευτές και όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσονται οι ρόλοι αυτοί στο πλαίσιο της σταδιοδρομίας ο σχολιασμός είναι λιγότερος, όπως παρατηρείται (Clancy, Oyefeso, & Ghodse, 2006).

Ο ρόλος στον οποίο αναφερόμαστε, εστιάζει στο τι είναι αυτό που κάνουν οι νοσηλευτές που είναι εξειδικευμένοι στη θεραπεία εξαρτημένων ατόμων. Μέσα από την έμφαση που δίνεται τον ρόλο αυτό, είναι αρκετές οι φορές που αποσπάται η απαιτούμενη προσοχή που πρέπει να δοθεί στο πώς το κάνουν, δηλαδή στο ποιες είναι οι απαιτούμενες ικανότητες για να επιτευχθούν οι στόχοι της θεραπείας. Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής έχει να αντιμετωπίσει κάποιες προκλήσεις κατά το έργο του στην κλινική πράξη και αυτές οι προκλήσεις απαιτούν την ύπαρξη αυξημένων ικανοτήτων στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εκτίμηση του κινδύνου και στη διαχείριση των αντιπαραθέσεων (Clancy, Oyefeso, & Ghodse, 2006).

Μέσα από έρευνα που διεξήχθη σε εξειδικευμένους για την ουσιοεξάρτηση νοσηλευτές το 2004, οι θετικοί παράγοντες που εντοπίστηκαν πώς επηρεάζουν την πρόσληψη και τη διατήρησή τους σε αυτήν την ενασχόλησή τους, περιελάμβαναν την προηγούμενη γνώση που έχουν ως φοιτητές νοσηλευτικής στο εργασιακό περιβάλλον, τις ευκαιρίες για αυτόνομη πρακτική, το προφίλ του πελάτη και τη σχετική φιλοσοφία και τη φροντίδα της θεραπείας. Οι νοσηλευτές που επέλεξαν να εργαστούν στον τομέα της εξάρτησης, υπήρχε συναίνεση πώς, εκτός του ότι είναι μη επικριτική, χρειάστηκαν προσωπικές ιδιότητες συμπεριλαμβανομένων της σκληρότητας, της υπομονής και της ανοχής (Clancy, Oyefeso, & Ghodse, 2006).

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έρευνα των Clancy, Oyefeso & Ghodse, (2006), οι λόγοι ενασχόλησης με τη νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων είναι: οι δυνατότητες προαγωγής, η πρόκληση, το ενδιαφέρον και οι δυνατότητες αυτό-ανάπτυξης, η αυτονομία, η δυνατότητα

ενασχόλησης με τη ψυχική υγεία σε ασθενείς που δεν έχουν ψυχιατρική συμπτωματολογία, η έλλειψη ρουτίνας και η υποστήριξη/εποπτεία (Clancy, Oyefeso, & Ghodse, 2006).

Συμπερασματικά, μέσα από την έρευνα δημιουργήθηκαν πέντε στάδια ανάπτυξης ρόλων, με ένα σύνολο περιγραφικών στοιχείων, τη συνάντηση, τη δέσμευση, τη σταθεροποίηση, την ικανότητα και την κυριαρχία. Ο προσδιορισμός των πέντε σταδίων ανάπτυξης ρόλων για τους εξειδικευμένους κατά της εξάρτησης νοσηλευτές, προσφέρει στους εργοδότες, στους διαχειριστές νοσοκόμων, στους εκπαιδευτικούς και στους ίδιους τους νοσηλευτές εξαρτήσεων ένα σημείο εκκίνησης από το οποίο μπορούν να διερευνηθούν περαιτέρω οι ειδικές επαγγελματικές ικανότητες. Επιπλέον, οι συνεχόμενες ανάγκες επαγγελματικής ανάπτυξης μπορούν να χαρτογραφηθούν σε συγκεκριμένα στάδια ανάπτυξης ρόλων. Οι εργοδότες και οι διαχειριστές νοσοκόμων ενδέχεται να επιθυμούν να προσφέρουν αυξημένες ευκαιρίες μάθησης σε φοιτητές νοσηλευτικής έτσι ώστε να αποκτήσουν εργασιακή εμπειρία σε εξειδικευμένες μονάδες εξάρτησης (Clancy, Oyefeso, & Ghodse, 2006).

8. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και σε Μονάδες Τραύματος, η φροντίδα είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ, καθώς έχουν σημαντικό ρόλο σε ατυχήματα, τραύματα και γενικότερα σε πολλές ιατρικές καταστάσεις. Η κατάχρηση ουσιών σχετίζεται με μια πρώτη επίσκεψη σε ΤΕΠ καθώς και με επαναληπτικές επισκέψεις όπου παρέχεται επείγουσα φροντίδα. Το 3,5% από το σύνολο των θανάτων για Ευρωπαίους 15 – 39 ετών ήταν εξαιτίας της υπερβολικής δόσης ναρκωτικών (EUROSTAT, 2014). Η στάση των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς που κάνουν καταχρήσεις στα ΤΕΠ και στα γενικά νοσοκομεία είναι αρνητική (Monks, Topping, & Newell, 2013). Χαρακτηρίζουν τη φροντίδα προς τους ασθενείς που κάνουν χρήση ναρκωτικών ως την πιο άχαρη και δυσάρεστη εμπειρία στην κλινική πορεία τους. Αρκετές φορές η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών δεν ανιχνεύεται με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή μία σημαντική παρέμβαση επάνω στην κρίση (Μισουρίδου Ε. , 2015).

Στο πλαίσιο, λοιπόν, της φροντίδας σε περιπτώσεις επείγουσας βοήθειας για τα άτομα που είναι χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, παρουσιάζονται εμπόδια. Τα εμπόδια αυτά, σχετίζονται είτε με τους επαγγελματίες που προσφέρουν την άμεση βοήθεια είτε με τις δυσκολίες που παρουσιάζουν τα άτομα που είναι οι χρήστες και έχουν ανάγκη από άμεση βοήθεια. Από τη φύση του το πλαίσιο της φροντίδας είναι απαιτητικό, με αποτέλεσμα η δομή και η διάρθρωσή του να έχουν σημαντικό ρόλο ((Monks, Topping, & Newell, 2013), (Μισουρίδου Ε. , 2015)).

8.1. ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ

Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας τείνουν να αποφεύγουν ασθενείς που έχουν προβλήματα εξάρτησης καθώς οι γνώσεις του είναι ελλιπείς και μη ικανοποιητικές. Η εκπαίδευσή τους στο προπτυχιακό πάνω στις απαραίτητες γνώσεις κατείχε ένα πολύ μικρό μέρος στο πρόγραμμα των σπουδών με αποτέλεσμα να είναι ανεπαρκής (Μισουρίδου Ε. , 2015).

8.2. ΜΥΘΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Όπως προαναφέραμε, υπάρχουν κάποιοι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έχουν αρνητική στάση απέναντι στα άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών. Αυτό συμβαίνει διότι υπάρχουν στερεότυπες απόψεις για αυτά τα άτομα στην κοινωνία και γενικά επικρατούν κάποιοι μύθοι για το φαινόμενο της εξάρτησης. Κάποιες από τις γενικές αντιλήψεις που επικρατούν και προκαταβάλουν μία αρνητική στάση είναι οι εξής: «δεν υπάρχει θεραπεία, αργά ή γρήγορα καταφεύγουν όλοι στην υποτροπή», «όλοι οι χρήστες ζουν σε άθλιες συνθήκες» και «όλοι οι χρήστες είναι εξαρτημένοι» (Brissett, 1988).

Για το πρώτο παράδειγμα, σύμφωνα με έρευνες για το κατά πόσο αποτελεσματική είναι μία θεραπεία έχει αποδειχθεί πως για μεγάλο αριθμό ατόμων η αλλαγή είναι εφικτή. Μέσα στα στάδια που υπάρχουν κατά τη διαδικασία της αλλαγής εντάσσεται η υποτροπή που δίνει χρήσιμες πληροφορίες για τις δυσκολίες που έχει ο ασθενής. Ο ασθενής νιώθει ευάλωτος στο πλαίσιο της άμεσης βοήθειας και συνειδητοποιώντας τις επιπτώσεις που του επιφέρει η κατάχρηση ουσιών, βοηθούν στο να είναι η αλλαγή εφικτή. Για το δεύτερο παράδειγμα, η αλήθεια είναι πως πολλά άτομα που κάνουν χρήση ουσιών έχουν την οικογένειά τους, εργάζονται κανονικά και κρύβουν για μεγάλο χρονικό διάστημα τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση. Τέλος, για το τρίτο παράδειγμα, υπάρχουν άτομα που κάνουν χρήση ουσιών περιστασιακά και δεν αντιμετωπίζουν κάποια εξάρτηση, σωματική ή ψυχολογική, αλλά προκαλούνται διάφοροι τραυματισμοί ή και ατυχήματα (Brissett, 1988).

8.3. Η ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ ΠΕΠΟΙΘΗΣΗ ΟΤΙ Ο ΧΡΗΣΤΗΣ ΕΙΝΑΙ ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΔΙΑΚΡΙΝΕΙ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΚΑΙ ΟΤΙ ΛΕΕΙ ΨΕΜΑΤΑ

Συνεχίζοντας με τα εμπόδια που υπάρχουν στη φροντίδα, οι χρήστες θεωρούν λανθασμένα πως μπορούν μόνοι τους να διακρίνουν το πρόβλημά τους και έρχονται σε αντιπαράθεση με αυτούς που προσπαθούν να τους βοηθήσουν, θεωρώντας πως τους λένε ψέματα. Είναι σύνηθες συμπεριφορά των χρηστών να υποβαθμίζουν και να κρύβουν τα προβλήματά τους κατηγορώντας τους άλλους. Ακόμα και όταν είναι φανερές οι επιπτώσεις επιμένουν πως δεν υπάρχει κανέναν πρόβλημα. Υπάρχουν στον οργανισμό μας μηχανισμοί άμυνας που ενεργοποιούνται ασυνείδητα όταν κάτι μας δυσαρεστεί σε μία συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, στο πρόβλημα της εξάρτησης, οι μηχανισμοί αυτοί ενεργοποιούνται με τέτοιο τρόπο που απομακρύνουν τον χρήστη από την πραγματικότητα σε μεγάλο βαθμό. Η άρνηση αποτελεί

επίπτωση της ασθένειας και σχετίζεται με την πεποίθηση ελέγχου που έχουν οι ασθενείς πάνω στη χρήση ουσιών. Το επίπεδο της άρνησης είναι υψηλότερο όσο ο ασθενής μπαίνει βαθύτερα στη χρήση ουσιών (Brissett, 1988).

8.4. Η ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Όταν ο επαγγελματίας υγείας προσπαθεί να έρθει σε αντιπαράθεση με τις άμυνες που δημιουργεί ο χρήστης, προκαλείται θυμός, αντίδραση, και ένα πείσμα προσκόλλησης στην άποψη που έχει, που οδηγούν στο να ενισχυθεί η αντίσταση του ασθενή και να προκληθεί μέχρι και σύγκρουση. Όταν, όμως, ο επαγγελματίας υγείας είναι διατεθειμένος και υπομονετικός να ακούσει τον ασθενή του και να μην έρθει σε αντιπαράθεση με την όποια αντίστασή του, κερδίζει την εμπιστοσύνη του και διερευνά τις ανάγκες του, τότε προσπαθεί πραγματικά να βοηθήσει (Miller & Rollnick, 2009).

8.5. Ο ΦΟΒΟΣ

Ο φόβος που προκαλείται στους επαγγελματίες υγείας όταν έρχονται σε επαφή με εξαρτώμενα άτομα, αποτελεί επίσης ένα από τα εμπόδια που υπάρχουν στο πλαίσιο της φροντίδας. Αγχώνονται για τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίσουν την επιθετική συμπεριφορά των ασθενών και αποφεύγουν να έρχονται σε επαφή με τέτοιους ασθενείς. Οι ασθενείς με τη σειρά τους, αντιλαμβάνονται το φόβο που νιώθουν οι επαγγελματίες με αποτέλεσμα να εναντιώνονται και να αναζητούν μία αντιμετώπιση δίκαιη και αντικειμενική σύμφωνα με τις ανάγκες τους (Monks, Topping, & Newell, 2013). Όταν, όμως, ο επαγγελματίας υγείας δεν αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν χρήστη αλλά προσπαθεί να τον βοηθήσει σαν πρόσωπο, τότε και ο ασθενής εκφράζει με προθυμία τις ανάγκες του και δέχεται τη βοήθεια που του προσφέρεται. Όταν υπάρχει σταθερή στάση, η φροντίδα εξηγείται με λεπτομέρειες και δεν υπάρχει κριτική, οι επιθετικές συμπεριφορές ελαχιστοποιούνται στο πλαίσιο της άμεσης βοήθειας (Μισουρίδου Ε. , 2015).

8.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΩΤΗΡΑ ΚΑΙ Η ΥΠΕΡΕΜΠΛΟΚΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Υπάρχουν και επαγγελματίες υγείας οι οποίοι δεν φοβούνται ούτε αγχώνονται. Αντίθετα, έχουν τον ρόλο του σωτήρα και μπλέκονται με τους ασθενείς συναισθηματικά, ιδίως όταν οι ασθενείς είναι νεαρής ηλικίας. Από την πλευρά τους οι ασθενείς, όντες ευάλωτοι, βλέπουν τους επαγγελματίες που τους προσφέρουν βοήθεια ως παντοδύναμο σωτήρα, κάτι που τους εξουθενώνει και τους διχάζει από τους υπόλοιπους της ομάδας εργασίας (Μισουρίδου Ε. , 2015).

8.7. ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

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

8.8. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΞΟΥΣΙΑΣ

Συχνά, κάποια άτομα που πάσχουν από ουσιοεξάρτηση, φοβούνται πως θα χάσουν την ελευθερία τους εξαιτίας του νοσοκομείου και των επαγγελματιών υγείας, με αποτέλεσμα να τους βλέπουν σαν «κατεστημένο» και να δημιουργούνται ζητήματα εξουσίας. Μέσα από αυτήν την άποψή τους, προσαρμόζονται δύσκολα στην κοινωνία και κοινωνικοποιούνται σε ομάδες που βρίσκονται στο περιθώριο. Οι επαγγελματίες υγείας, με τη σειρά τους, είτε στο νοσοκομείο είτε στο πλαίσιο της άμεσης βοήθειας, έχουν τον έλεγχο της φροντίδας σε μεγάλο βαθμό και αυτό προκαλεί την αντίδραση κάποιων ασθενών που νιώθουν ότι καταπιέζονται. Μέσα από μία συζήτηση ανάμεσά τους, μπορεί να αποφευχθεί το κλίμα

επιθετικότητας και βίας και να δημιουργηθεί ένα κλίμα ασφάλειας και δικαιοσύνης (Monks, Topping, & Newell, 2013).

8.9. Η ΝΤΡΟΠΗ

Κλείνοντας την ενότητα με τα εμπόδια που υπάρχουν στο πλαίσιο της φροντίδας, η ντροπή αποτελεί ένα από αυτά. Οι χρήστες ουσιών νιώθουν συχνά ντροπή εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν και νιώθουν φόβο, αγωνία και απομόνωση, ακόμα και αν προσπαθούν να το κρύψουν με την προκλητική συμπεριφορά τους. Συχνά είναι καχύποπτοι και δύσπιστοι με τους γύρω τους, αλλά όλα αυτά οφείλονται στο ότι έχουν συνηθίσει να κρύβονται τόσο από τον εαυτό τους όσο και από τους άλλους (Μισουρίδου Ε. , 2015).

9. ΑΝΑΓΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

9.1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΑΠΟ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Το πρόβλημα της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών έχει τεράστια έκταση και αποτελεί μείζον πρόβλημα στη δημόσια υγεία. Οι υπηρεσίες που αναλαμβάνουν το φαινόμενο αυτό απειλούνται ολοένα και περισσότερο από τις περικοπές της χρηματοδότησής τους και ως εκ τούτου, οι εξαρτώμενοι απευθύνονται σε νοσοκομεία για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, καθώς και σε δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Μισουρίδου, 2015). Όπως έχουμε ήδη προαναφέρει στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι επαγγελματίες υγείας έχουν ελλειψείς και μη ικανοποιητικές γνώσεις για να προσεγγίσουν τα άτομα που εξαρτώνται από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Δεν έχουν την ικανότητα να συμβουλευθούν κατάλληλα τους χρήστες και να κάνουν τη σωστή διάγνωση, και όλα αυτά επηρεάζουν το κλινικό τους έργο (Μισουρίδου, 2015).

Στα προγράμματα επαγγελματιών υγείας, που προσεγγίζουν το πρόβλημα της εξάρτησης ως το αποτέλεσμα από την αλληλεπίδραση του χρήστη και της ψυχοδραστικής ουσίας, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ασκεί κριτική. Σε θέματα εξαρτήσεων, η εκπαίδευση εστιάζει στους μηχανισμούς δράσεις των ψυχοδραστικών ουσιών στο ΚΝΣ, στις επιπτώσεις που έχει η χρήση βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα καθώς και στο σύνδρομο της εξάρτησης στο οποίο οδηγούνται οι χρήστες μέσα από την επαναλαμβανόμενη χρήση. Μέσα από όλα αυτά, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, η επίδραση των εφαρμοσμένων πολιτικών, οι στάσεις που επικρατούν απέναντι στους χρήστες, η περιθωριοποίηση που υπάρχει, ο ρόλος της πρόληψης, που θα αναλύσουμε παρακάτω, και η ανάγκη που υπάρχει για μία θεραπεία αποτελεσματική, αγνοούνται. Επιπλέον, δεν υπάρχει κατάλληλη προετοιμασία για τους επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να μπορούν να κάνουν μία έγκαιρη διάγνωση, να υπάρχει εμπιστοσύνη στις ικανότητες που έχουν και να βοηθήσουν στην κινητοποίηση προς την αλλαγή των χρηστών που εξαρτώνται από ψυχοδραστικές ουσίες (Μισουρίδου, 2015).

Μέσα από διάφορες έρευνες που έχουν γίνει, έχει αποδειχθεί, πως, η έγκαιρη επέμβαση των χρηστών στα νοσοκομεία και στις δομές πρωτοβάθμιας υγείας από τους επαγγελματίες υγείας, είναι αποτελεσματική (WHO, 2010). Μέσα από τον έλεγχο της πίεσης του χρήστη, μπορούν να αποκαλυφθούν προβλήματα υγείας και μέσα από αυτά να γίνουν οι κατάλληλες συστάσεις με αποτέλεσμα έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Με τον ίδιο τρόπο, οι επαγγελματίες

υγείας μπορούν να βοηθηθούν μέσα από την αξιολόγηση της χρήσης ουσιών, ώστε να αναγνωρίσουν ένα δυνητικό πρόβλημα υγείας ή ακόμα και να αντιμετωπίσουν ένα πρόβλημα που ήδη υπάρχει πριν επιδεινωθεί και κινδυνέψει η ζωή του ασθενή. Οι σύντομες παρεμβάσεις που γίνονται προκειμένου να μειωθεί η χρήση ουσιών, απευθύνονται σε όλους τους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, που δημιουργούν επιπτώσεις στη ζωή του, ακόμα και εάν δεν είναι εξαρτημένοι από αυτές τις ουσίες. Οι σύντομες, αυτές, παρεμβάσεις, αποτελούν εργαλεία που μειώνουν τη βλάβη, που προλαμβάνουν την κλιμάκωση της χρήσης και που κινητοποιούν τη θεραπεία. Η διάρκειά τους κυμαίνεται χρονικά από τρία λεπτά έως δεκαπέντε και αφορούν, συμπεριλαμβανομένου του καπνού, σε όλες τις ψυχοδραστικές ουσίες (WHO, 2010).

Η εφαρμογή των σύντομων παρεμβάσεων στην πράξη εμποδίζεται, παρόλο που μέσα από ενδείξεις προκύπτει πως είναι αποτελεσματικές. Η έλλειψη της κατάλληλης εκπαίδευσης, οι αρνητικές και στερεότυπες στάσεις που υπάρχουν απέναντι στους χρήστες ναρκωτικών και αλκοόλ, η πεποίθηση που υπάρχει πως οι παρεμβάσεις αυτές δεν συμπεριλαμβάνονται στο ρόλο και στα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας και ο φόρτος εργασίας τους, αποτελεί κάποιους από τους παράγοντες που παρεμποδίζουν τις σύντομες, αυτές, παρεμβάσεις (SAMHSA, 2012), (Geirsson, Bendtsen, & Spak, 2005)). Τις περισσότερες φορές, οι γιατροί, δεν είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην κινητοποίηση των ασθενών αυτών προκειμένου να αλλάξουν τον τόπο με τον οποίο ζουν. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλα χρόνια προβλήματα υγείας που υπάρχουν και στα οποία είναι διατεθειμένοι και προτείνουν αλλαγές και στη συμπεριφορά και στις συνήθειες της καθημερινότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές έχει αποδειχθεί πως είναι περισσότερο μη πρόθυμοι στο να αξιολογήσουν τη χρήση των ψυχοδραστικών ουσιών καθώς και στις σύντομες παρεμβάσεις που απαιτούνται ((Geirsson, Bendtsen, & Spak, 2005), (Johansson, Bendtsen, & Akerlind, 2002)).

9.1.1. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΟ ΒΑΣΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, προκύπτει πως υπάρχει ανάγκη να γίνουν αλλαγές στα προγράμματα σπουδών της νοσηλευτικής, προκειμένου να μπορούν να ανταποκριθούν στα θέματα εξάρτησης που απαιτεί η δημόσια υγεία (Burns, et al., 2012). Η ανάγκη αυτή,

προκύπτει από την ανεπαρκή εκπαίδευση που υπάρχει στους νοσηλευτές και που με τη σειρά της οδηγεί στην ανεπαρκή κλινική πράξη, στην διατήρηση των κοινωνικών στερεότυπων που υπάρχουν σχετικά με τη φροντίδα των εξαρτημένων από τα ναρκωτικά και από το αλκοόλ, καθώς και στην έλλειψη που υπάρχει στην προετοιμασία των αποφοίτων προκειμένου να φροντίσουν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού των ασθενών. Μέσα από έρευνα που έχει γίνει σε 24 τμήματα της νοσηλευτικής στη Βραζιλία, ύψιστη προτεραιότητα αποτελεί να ενσωματωθεί στο βασικό πρόγραμμα σπουδών η εκπαίδευση σε θέματα που σχετίζονται με την εξάρτηση (Pillon, Ramos, Villar-Luis, & Rassool, 2009).

Σε προπτυχιακό επίπεδο, θα πρέπει να προσφέρεται εκπαίδευση που να είναι σχετική με την εξάρτηση ψυχοδραστικών ουσιών, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και με το Διεθνές Συμβούλιο νοσηλευτών. Στο γενικό νοσοκομείο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει επίσης να προσφέρεται παρόμοια εκπαίδευση στους κλινικούς νοσηλευτές. Στην εκπαίδευση αυτή, η κατανόηση, η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση σε θέματα εξάρτησης, η διερεύνηση των πεποιθήσεων και των στάσεων που έχουν οι νοσηλευτές, προσωπικές και κοινωνικές, σε ότι αφορά τα θέματα της κατάχρησης ουσιών, η αναγνώριση σε ενδείξεις καταχρήσεων και η δυνατότητα παραπομπής, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται (Μισουρίδου, 2015).

Μέσα από την εκπαίδευση των νοσηλευτών είναι εφικτή και η πρόληψη από την περαιτέρω επιδείνωση που μπορεί να υπάρξει εξαιτίας των προβλημάτων από την κατάχρηση ουσιών. Επαγγελματίες οι οποίοι δεν έχουν την επαρκή εκπαίδευση σχετικά με την εξάρτηση, έχουν αυξημένες πιθανότητες να μην παρατηρήσουν τις ενδείξεις που υπάρχουν κατά την φροντίδα των ασθενών εξαιτίας της κατάχρησης ουσιών. Για τον λόγο αυτό, η Ένωση Νοσηλευτών για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης με έδρα την Μεγάλη Βρετανία, εξέδωσε εγχειρίδια που περιλαμβάνουν κλινικές οδηγίες και απευθύνονται στους εξής: γενικούς νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, μαίες και νοσηλευτές εξάρτησης (Μισουρίδου, 2015).

Όσον αφορά την άποψη που έχουν οι προϊστάμενοι των τμημάτων νοσηλευτικής σχετικά με τη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας στο βασικό πρόγραμμα των σπουδών, μέσα από έρευνες (Happell & McAllister, 2014) προέκυψε πως αυτό που υιοθετείται συχνά είναι η λεγόμενη «προσθετική μέθοδος». Με βάση αυτήν την προσέγγιση, η πρόσθεση ενός αντικειμένου συνεπάγεται την αφαίρεση κάποιου άλλου αντικειμένου (Ironsides, 2004). Αυτό που πρέπει να τονίσουμε, είναι πως η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας διδάσκεται αρκετές φορές από

καθηγητές χωρίς μεταπτυχιακή εκπαίδευση και χωρίς εμπειρία στο χώρο της κλινικής. Ως εκ τούτου, παραμένει στο περιθώριο, αντανακλώντας τις διακρίσεις που παρατηρούνται στην κοινότητα σε θέματα ψυχικής υγείας (Happell & McAllister, 2014).

Βέβαια, αυτό που πρέπει να τονίσουμε, είναι πως με το να ενσωματωθεί η νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων στο πρόγραμμα των σπουδών του τμήματος της νοσηλευτικής, δεν λύνει το πρόβλημα. Στην αλλαγή της στάσης που έχουν οι νοσηλευτές απέναντι στους εξαρτημένους από ψυχοδραστικές ουσίες μπορεί να συμβάλει η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, σύμφωνα με αποδείξεις (Murray & Li, 2009). Επιπλέον, προλαμβάνεται η επαγγελματική εξουθένωση που προκαλείται εν μέρει από την έλλειψη που υπάρχει στην προετοιμασία για να προσεγγιστούν οι ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης. Η κατάλληλη εκπαίδευση είναι αυτή που αποτελεί σημαντικό εφόδιο για τους νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν μεγάλο φόρτο εργασίας, καθώς και για την ομαλή εργασία της ομάδας υγείας, στο βαθμό που η προσέγγιση που αναφέραμε προκαλεί άγχος, φόβο, αρνητικά συναισθήματα στους νοσηλευτές και ως εκ τούτου δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα και δυσπιστία με τον ασθενή (Μισουρίδου, 2015).

Επιπλέον, το να ενσωματωθεί η νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων στο πρόγραμμα των σπουδών, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την επαγγελματική πορεία των νοσηλευτών εξάρτησης, που είναι σύνηθες να αποκτούν κατά τη διαδικασία της εργασίας τους τις γνώσεις που τους είναι απαραίτητες. Αυτός ο τρόπος απόκτησης της γνώσης, μπορεί να έχει μεγάλη αξία, αλλά όταν ο επαγγελματίας δεν έχει στο αντικείμενό του και κάποιου άλλου είδους εκπαίδευση, δυσκολεύεται να κρίνει την αξιολόγηση της εργασίας του και επομένως η γνώση αυτή είναι μονομερής. Ο ρόλος των νοσηλευτών εξάρτησης στην υπηρεσίες όπου εργάζονται δεν είναι μέχρι σήμερα κομβικός, και αυτό συμβαίνει εν μέρει εξαιτίας της έλλειψης που υπάρχει στη βασική εκπαίδευση σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, στη νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων (Μισουρίδου, 2015).

9.2. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Προκειμένου να υπάρχει καλύτερη κατάρτιση και εξειδικευμένη επιμόρφωση όσον αφορά θέματα ουσιοεξάρτησης για τα στελέχη των Κέντρων Πρόληψης, του προσωπικού του ΟΚΑΝΑ καθώς και άλλων επαγγελματικών ομάδων, στα τέλη του 2011 ο ΟΚΑΝΑ έθεσε σε

λειτουργία το Κέντρο Εκπαίδευσης και Λειτουργίας. Ο πρώτος και ο δεύτερος εβδομαδιαίος κύκλος υλοποιήθηκαν το 2013 στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού προγράμματος για τα στελέχη των Κέντρων Πρόληψης και συμμετείχαν είκοσι επτά στελέχη. Παράλληλα, στο πλαίσιο της συνεχούς επιμόρφωσης των στελεχών, ο ΟΚΑΝΑ ενέκρινε τη συμμετοχή τους σε σεμινάρια, σε συνέδρια, σε ημερίδες και σε συναντήσεις που είχαν άμεση σχέση με την πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας (Στεφάνης, 2015).

Η διοργάνωση των σεμιναρίων εκπαίδευσης που αφορούν στην πρόληψη και ευρύτερα σε θέματα τα οποία είναι σχετικά με την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, συνεχίζεται από το ΚΕΘΕΑ και συμμετέχουν στελέχη πρόληψης. Από την άλλη πλευρά, τα Κέντρα Πρόληψης τα οποία έχουν εκδώσει τα δικά τους εκπαιδευτικά υλικά βασίζονται πάνω σε αυτά για να πραγματοποιήσουν τα εκπαιδευτικά σεμινάρια (Στεφάνης, 2015).

Το 2013, συνεχίστηκε η συνεργασία ανάμεσα στα Κέντρα Πρόληψης και στο Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου (ΑΚΜΑ) που αφορά στις εκπαιδευτικές ανάγκες που έχουν τα στελέχη τους. Όσον αφορά τη παροχή συμβουλευτικής παρακίνησης για την διακοπή του καπνίσματος, υπήρχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον, όπως επίσης και για τους διάφορους κινδύνους που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι, εξαιτίας της χρήσης του διαδικτύου που γίνεται ανεξέλεγκτα καθώς και του φαινομένου του εθισμού, καθώς τα στελέχη που συμμετείχαν σε αντίστοιχα σεμινάρια ήταν αρκετά (Στεφάνης, 2015).

9.3. ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΩΝ

Όσον αφορά στις υπηρεσίες που σχετίζονται με τη θεραπεία μεθαδόνης, μερικές φορές οι τοπικές νομοθεσίες, επιτρέπουν μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα να συνταγογραφούν μεθαδόνη, ενώ σε άλλα μέρη υπάρχει η δυνατότητα να εμπλακούν και γιατροί και κοινοτικά φαρμακεία (Verster & Buning, 2000).

Είναι λογικό πως ένας γιατρός θα πρέπει να έχει καλή γνώση επάνω σε ειδικά θέματα που σχετίζονται με την εξάρτηση από οπιούχα ώστε να χαρακτηριστεί ως κλινικά αποτελεσματικός γιατρός. Για να μπορεί ο γιατρός να εφαρμόζει την κλινική πρακτική καλά, είναι πολύ σημαντικά τα εκπαιδευτικά προγράμματα. Το κατά πόσο τα προγράμματα αυτά αφορούν αποκλειστικά όσους ξεκινούν να απασχολούνται με τον τομέα των εξαρτήσεων, ή

οργανώνονται ως τμήμα της γενικής εκπαίδευσης των γιατρών, δεν μπορεί να απαντηθεί και εξαρτάται από τις συνθήκες που υπάρχουν κατά τόπους. Ο συνδυασμός των δύο θα ήταν η καλύτερη επιλογή. Οι εξαρτήσεις και οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο πρόγραμμα των σπουδών στις σχολές της ιατρικής. Γιατροί οι οποίοι πρόκειται να εργαστούν στον τομέα της ουσιοεξάρτησης καθώς και σε θεραπείες μεθαδόνης, τα εξειδικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να είναι διαθέσιμα (Verster & Buning, 2000).

Για όλους αυτούς που εμπλέκονται στον τομέα της ουσιοεξάρτησης, οι εκπαιδευτικές δυνατότητες είναι εξίσου σημαντικές. Τα μαθήματα αυτά, θα πρέπει να περιλαμβάνουν στο περιεχόμενό του φαρμακολογικές και τοξικολογικές κλινικές, καθώς και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης. Τα σεμινάρια, η εποπτεία και η επικοινωνία με τους συναδέλφους, αποτελούν για τις τρέχουσες εξελίξεις του κάθε τομέα της ιατρικής, ένα σημαντικό κομμάτι (Verster & Buning, 2000).

10. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στα μέσα της δεκαετίας του '80 στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκε πιλοτική εφαρμογή στα πρώτα προγράμματα πρόληψης, και μέσα από την εφαρμογή αυτή, ξεκίνησε η ιστορία πρόληψης της ουσιοεξάρτησης σε γενικό πλαίσιο της προαγωγής και της αγωγής της υγείας. Αυτά τα προγράμματα, ξεκίνησαν υπο το συντονισμό του Συμβουλίου της Ευρώπης, της Παγκόσμιας Οργάνωσης της Υγείας και των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, στο πλαίσιο ενός διακριτικού ευρωπαϊκού προγράμματος, με σκοπό την πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών μέσα από μία πιο ευρεία προσέγγιση που αποσκοπεί να αναπτύξει δεξιότητες οι οποίες μπορούν να προασπίσουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία, αλλά και μία υπεύθυνη συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα, τα προγράμματα εστίαζαν στο να βελτιώσει ο ασθενής την εικόνα του και τις διαπροσωπικές του σχέσεις, να ενισχύσει την αυτοεκτίμησή του και να αναπτύξει γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις μέσα από τις οποίες θα κάνει υπεύθυνες επιλογές και μέσα από αυτές θα προάγεται η υγεία (Κοκκέβη Α. , 1988). Σε τοπικό επίπεδο, παράλληλα, αναπτύσσονταν πρωτοβουλίες που είχαν στόχο την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης και το 1995 από τον ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε σε εθνικό επίπεδο η πρώτη συστηματική προσπάθεια, με τα πρώτα Κέντρα Πρόληψης που σχεδιάστηκαν και ιδρύθηκαν ανά την Ελλάδα (ΟΚΑΝΑ, 2017).

Πριν να εκδηλωθεί μία συμπεριφορά από την πλευρά του εξαρτώμενου, θα πρέπει να έχει ληφθεί ένα σύνολο από μέτρα. Σε αυτό το σύνολο αναφέρεται η έννοια της πρόληψης. Συγκεκριμένα, η πρόληψη από εξαρτησιογόνες ουσίες, αφορά στο να αντιμετωπιστούν οι παράγοντες που ευθύνονται στο να είναι ο ασθενής ευάλωτος και να ενισχυθούν αυτοί που μπορούν να τον προστατέψουν και να τον ενδυναμώσουν. Με αυτόν τον τρόπο συμβάλλουν στο να αποφευχθεί ή να αναβληθεί η έναρξη χρήσης ουσιών και η εμφάνιση της εξάρτησης (Botvin & Griffin, 2007).

10.1. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Όταν αναφερόμαστε στην παρέμβαση της πρόληψης, με τον όρο παρέμβαση, εννοούμε τις συστηματικές και δομημένες δράσεις οι οποίες υλοποιούνται στο πλαίσιο της αγωγής υγείας και σκοπεύουν στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Στις δράσεις αυτές, εκτίθεται ή συμμετέχει η ομάδα/στόχος. Οι παρεμβάσεις πρόληψης πραγματοποιούνται με την εφαρμογή

διαφόρων μεθόδων, έχουν διαφορετικό περιεχόμενο και διαφορετικούς στόχους και γίνονται σε διάφορα πλαίσια. Πρόκειται είτε για μεμονωμένες δράσεις είτε για μακροχρόνιες που υλοποιούνται για μήνες ή ακόμη και για έτη (Μπάφη, 2011).

Σε κάθε περίπτωση, η παρέμβαση ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στα χαρακτηριστικά που έχει η ομάδα/στόχος, έχει καθορισμένη μέθοδο και θεωρητικό πλαίσιο και οι στόχοι της είναι σαφείς. Με λίγα λόγια, είναι σκόπιμο οι παρεμβάσεις πρόληψης να προσαρμόζονται αναλόγως με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε συμμετέχοντα, δηλαδή στο φύλο, την κουλτούρα, την ηλικία, τα διάφορα ψυχοκοινωνικά και αναπτυξιακά χαρακτηριστικά, και παράλληλα να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του (Μπάφη, 2011).

Οι παρεμβάσεις πρόληψης της ουσιοεξάρτησης που γίνονται στην Ελλάδα, αφορούν στη σχολική κοινότητα και απευθύνονται σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, στην οικογένεια, όπου υλοποιούνται συγκεκριμένα δύο τύπου παρεμβάσεις, αυτή της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης και αυτή της εκπαίδευσης, και τέλος παρεμβάσεις πρόληψης που αφορούν στην κοινότητα. Οι τρεις τύποι στους οποίους έχουν ταξινομηθεί οι παρεμβάσεις πρόληψης, είναι η καθολική πρόληψη, η επικεντρωμένη και η ενδεδειγμένη. Ο τύπος της καθολικής πρόληψης, στοχεύει σε πληθυσμό νεαρής ηλικίας και στοχεύει μέσα από την παροχή των απαραίτητων δεξιοτήτων και γνώσεων, να αποφευχθεί η έναρξη της χρήσης ουσιών. Ο τύπος της επικεντρωμένης πρόληψης, απευθύνεται σε υποομάδες πληθυσμού νεαρής ηλικίας για τις οποίες συντρέχει κίνδυνος να εκδηλωθούν προβλήματα σχετικά με τη χρήση ουσιών. Ο τρίτος τύπος παρεμβάσεων, οι παρεμβάσεις ενδεδειγμένης πρόληψης, απευθύνονται καθαρά και μόνο στα άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει σημάδια χρήσης ουσιών στοχεύουν να γίνει η διάγνωση έγκαιρα. Και οι τρεις τύποι παρεμβάσεων πρόληψης, πραγματοποιούνται στο πλαίσιο να διαμορφωθούν γνώσεις και δεξιότητες στον ασθενή. Από την άλλη πλευρά, οι περιβαλλοντικές στρατηγικές πρόληψης στοχεύουν στο να μεταβάλλουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο κάνουν οι νέοι τις επιλογές τους ανάλογα με τη χρήση (Μπάφη, 2011).

Από τα παραπάνω, λοιπόν, προκύπτει πως για όλους τους μαθητές που εντάσσονται στην Πρωτοβάθμια ή τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, θεωρείται η καθολική παρέμβαση πρόληψης. Για παιδιά που είναι αλκοολικοί ή χρήστες ουσιών θεωρείται η επικεντρωμένη παρέμβαση πρόληψης (Μπάφη, 2011). Τέλος, η ενδεδειγμένη παρέμβαση πρόληψης θεωρείται για άτομα που πειραματίζονται ακόμη με τις ουσίες και στόχος είναι είτε η διακοπή της χρήσης τους,

είτε η αποφυγή της εξάρτησης είτε η μείωση των προβλημάτων που προκαλούνται από τη χρήση ουσιών (Botvin & Griffin, 2007).

10.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ

Ένας από τους πιο σύγχρονους όρους που υπάρχει στη βιβλιογραφία για την αντιμετώπιση του προβλήματος του αλκοολισμού, είναι η πρόληψη της υποτροπής. Η κατανάλωση αλκοόλ, λαμβάνει χώρα μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο το οποίο έχει μία ισχυρή επίδραση στην ποσότητα και στα πρότυπα κατανάλωσης στην κοινότητα. Η αποτελεσματικότητα στα μέτρα πρόληψης και ελέγχου, θα διαμορφώσει το συνολικό αριθμό του προβλήματος του αλκοολισμού (Rainstrick, Heather, & Godfrey, 2006).

Στην ανασκόπηση της Σκωτίας, εφαρμόστηκε η πρόληψη υποτροπής σε όλες τις θεραπείες για τους χρήστες υπηρεσιών που είχαν επιτύχει την αποχή μετά από την αποτοξίνωση και για τους οποίους σκοπός της θεραπείας ήταν να μην επιστρέψουν στην κατανάλωση αλκοόλ που είναι επιβλαβής για τον οργανισμό τους. Με αυτή την έννοια, η πρόληψη της υποτροπής, είναι χαρακτηριστικό όλων των θεραπειών για τα προβλήματα αλκοολισμού, όχι μόνο για μετά από τη θεραπεία αποτοξίνωσης, εφόσον η αρχική επίτευξη αποχής ή μέτριας κατανάλωσης είναι σχετικά εύκολη. Το κύριο καθήκον είναι να αποφευχθεί από τους χρήστες υπηρεσιών η υποτροπή σε καταστροφικά πρότυπα κατανάλωσης αλκοόλ. Υπό αυτήν την έννοια, η πρόληψη υποτροπής αποτελεί στόχο της θεραπείας και όχι μία θεραπευτική μέθοδο (Slattery, et al., 2003).

Η πρόληψη υποτροπής, έχει εφαρμοστεί σε μεθόδους θεραπείας με βάση την ιδέα της γνωστικής αναδιάρθρωσης ή γνωστικής επανεκπαίδευσης, χωρίς μεγάλη προσθήκη μεθόδων που βασίζονται στη απόδοση της συμπεριφοράς. Ο όρος «πρόληψη υποτροπής», έχει εφαρμοστεί μερικές φορές σε παρεμβάσεις με τη μορφή αναμνηστικών συνεδριών ή μετεκπαίδευσης που έλαβαν μέρος μετά το πρώτο στάδιο θεραπείας ((Rainstrick, Heather, & Godfrey, 2006), (O' Farrell & Fals - Stewart, 2001)).

Η αρχική μέθοδος πρόληψης υποτροπής που περιγράφεται από τους Marlatt & Gordon (1985) βασιζόταν σταθερά σε γνωστικές τεχνικές συμπεριφοράς, όπως η κατάρτιση των κοινωνικών δεξιοτήτων, η αντιμετώπιση της κατάρτισης δεξιοτήτων και δοκιμή συμπεριφοράς, που

βρήκε ισχυρή υποστήριξη στην ερευνητική βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, Οι Marlatt & Gordon, είναι οι δημιουργοί του μοντέλο πρόληψης της υποτροπής και σε αυτό το μοντέλο αναφέρεται παραδοσιακά η πρόληψη της υποτροπής. Οι Marlatt & Gordon τόνισαν την επίδραση που έχει το Σύνδρομο Παραβίασης της Αποχής, που σχετίζεται με το αντίκτυπο που έχει η πρώτη χρήση μετά από περίοδο αποχής, ή αλλιώς η διολίσθηση (Marlatt & Witkiewitz, 2005). Το Σύνδρομο Παραβίασης της Αποχής, αποτελείται από γνωστική ασυμφωνία, που αφορά στην ασυμβατότητα που υπάρχει ανάμεσα στην εικόνα που έχει ο θεραπευόμενος για τον εαυτό του και στη συμπεριφορά του, και από την απόδοση σε εσωτερικά αίτια για τη διολίσθηση. Αυτά τα αίτια διακρίνονται για τη σταθερότητα και την αδυναμία ελέγχου που έχουν οι ασθενείς (Μισουρίδου, 2015).

Σχετικά με τα αποδεικτικά στοιχεία που υπάρχουν για την αποτελεσματικότητα της πρόληψης υποτροπών (RP) έχουν γίνει δύο ανασκοπήσεις οι οποίες έχουν εξετάσει τη θεραπεία για διαταραχές από τη χρήση ουσιών γενικά και όχι μόνο λόγω προβλημάτων από το αλκοόλ.

Σε μια αφηγηματική ανασκόπηση, ο Carroll (1996) περιλάμβανε 24 μελέτες που είχαν αξιολογήσει μια προσέγγιση που ορίστηκε ως RP ή είχαν βασιστεί ρητά στο πρόγραμμα των Marlatt & Gordon's (1985) (Rainstrick, Heather, & Godfrey, 2006), (Marlatt & Witkiewitz, 2005)). Η ανασκόπηση αυτή κατέληξε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Η πρόληψη υποτροπής (RP) φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική όσο καμία άλλη θεραπεία
- Αν και όχι απαραίτητα η πιο αποτελεσματική από άλλες δραστικές θεραπείες, η RP μπορεί να μειώσει τη σοβαρότητα των επεισοδίων υποτροπής, εάν εμφανιστούν
- Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για συνεχιζόμενες ή καθυστερημένες επιδράσεις της RP
- Η RP μπορεί να είναι πιο κατάλληλη για τους χρήστες ουσιών με υψηλότερα επίπεδα βλάβης. Σε μια μετά-αναλυτική ανασκόπηση των 26 μελετών, οι Irwin και οι συνεργάτες του (1999) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η RP είναι αποτελεσματική στη μείωση της κατάχρησης ουσιών και στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας, ιδιαίτερα μεταξύ των ατόμων που κάνουν κατάχρηση οινόπνευματος και

των χρηστών υπηρεσιών με προβλήματα πολλαπλών ναρκωτικών. Αυτοί οι συγγραφείς σημείωσαν επίσης ότι η RP φαίνεται πιο αποτελεσματική όταν συνδυάζεται με φαρμακολογικές θεραπείες (Rainstrick, Heather, & Godfrey, 2006).

Κατά την εξέταση των συσσωρευμένων στοιχείων σχετικά με την RP, η Αυστραλιανή ανασκόπηση έκανε τα εξής πρόσθετα σημεία:

- Η ψυχοκοινωνική RP μπορεί να έχει μεγαλύτερη επίπτωση στη ψυχοκοινωνική λειτουργία παρά στη μείωση της χρήσης ουσιών
- Η πρόληψη υποτροπής (RP) μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διάφορους χρήστες υπηρεσιών σε διαφορετικά περιβάλλοντα με επιτυχία, συμπεριλαμβανομένων των οικιακών και των εξωτερικών ασθενών (Rainstrick, Heather, & Godfrey, 2006).

Με δύο λόγια, η πρόληψη υποτροπής (RP), υποδηλώνει ένα σύνολο αρχών και τεχνικών θεραπείας, που πρέπει να ενσωματωθούν σε όλες τις εξειδικευμένες θεραπείες για προβλήματα αλκοολισμού σε μια ποικιλία θεραπευτικών εγκαταστάσεων (Rainstrick, Heather, & Godfrey, 2006). Υπάρχουν καλά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου προγράμματος θεραπείας RP που περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους Marlatt & Gordon (1985) και η RP μπορεί να βελτιώσει την ψυχοκοινωνική λειτουργία εκτός από τα προβλήματα με το αλκοόλ (Marlatt & Witkiewitz, 2005).

Όσον αφορά την περίπτωση των καπνιστών, οι καπνιστές, ανάλογα με το αν κινητοποιούνται και αν είναι πρόθυμοι να διακόψουν το κάπνισμα, ταξινομούνται σε διάφορες ομάδες. Η θεραπευτική παρέμβαση που ακολουθείται, στηρίζεται σε αυτήν την ταξινόμηση. Για τους καπνιστές που προσπαθούν να διακόψουν το τσιγάρο, το να ενισχυθούν τα κίνητρα για να το επιτύχουν είναι πολύ σημαντικό. Για τους καπνιστές που έχουν καταφέρει και έχουν διακόψει το τσιγάρο, η πρόληψη της υποτροπής είναι πολύ σημαντική (Ροβίνα & Γκράτζιου, 2005).

Συγκεκριμένα, για την πρόληψη της υποτροπής στην περίπτωση των καπνιστών, όπου εστιάζουμε τώρα, έχουμε διάφορες περιπτώσεις, τις οποίες θα δούμε επεξηγηματικά αμέσως τώρα (Ροβίνα & Γκράτζιου, 2005).

Η πρώτη περίπτωση είναι η έλλειψη υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος. Πρώτα από όλα θα πρέπει να υπάρχει τηλεφωνική επικοινωνία με τον ασθενή ή κάποιες επισκέψεις παρακολούθησης. Θα πρέπει να παρέχεται στον ασθενή βοήθεια, προκειμένου να μπορέσουν να προσδιοριστούν τα μέσα υποστήριξης στο περιβάλλον του. Τέλος, ο ασθενής θα πρέπει να παραπεμφθεί στον φορέα που είναι αρμόδιος για να του προσφέρει η κατάλληλη συμβουλευτική αγωγή καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη που είναι απαραίτητη (Ροβίνα & Γκράτζιου, 2005).

Η δεύτερη περίπτωση, είναι η κατάθλιψη ή η αρνητική διάθεση. Στον ασθενή, θα πρέπει να παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη καθώς και χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής. Στην περίπτωση που κριθεί απαραίτητο, ο ασθενής θα πρέπει να παραπέμπεται σε ειδικό. Η εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης τα οποία είναι έντονα ή παρατεταμένα, αποτελούν μία ακόμη περίπτωση υποτροπής των καπνιστών. Στην περίπτωση αυτήν, θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο να αυξηθεί η χρήση της εγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής ή να χορηγηθεί ένας συνδυασμός φαρμάκων. Με τον τρόπο αυτόν, θα μειωθούν τα έντονα συμπτώματα στέρησης (Ροβίνα & Γκράτζιου, 2005).

Στην περίπτωση που το βάρος του ασθενή αυξηθεί, υπάρχει μια σειρά προτάσεων και λύσεων που μπορεί να ακολουθήσει. Αρχικά, δεν θα πρέπει να ξεκινήσει με εξαντλητικές δίαιτες, αλλά θα πρέπει να ξεκινήσει ή να αυξήσει τη σωματική άσκηση. Μετά από τη διακοπή του καπνίσματος, είναι αναμενόμενο να αυξηθεί το σωματικό βάρος, και ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για αυτό. Με τη πάροδο του χρόνου, το βάρος αυτό θα αρχίσει να περιορίζεται από μόνο του. Η υγιεινή διατροφή, επίσης, έχει πολύ σημαντικό ρόλο όσον αφορά το βάρος. Η χορήγηση φαρμάκων μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή στο να καθυστερήσει η αύξηση του βάρους του και τέλος, η παραπομπή του σε κάποιον ειδικό ή σε κάποιο πρόγραμμα (Ροβίνα & Γκράτζιου, 2005).

Τα συμπτώματα στέρησης ή/και η μείωση των κινήτρων, είναι η τελευταία περίπτωση που θα αναλύσουμε. Ο ασθενής πρέπει να βεβαιωθεί πως τα συναισθήματα αυτά είναι συνήθη. Θα πρέπει να υποδείξουν οι ειδικοί δραστηριότητες επιβράβευσης προς τους ασθενείς. Επιπλέον, θα πρέπει να γίνει έρευνα ώστε να επιβεβαιωθούν πως ο ασθενής δεν καπνίζει περιστασιακά. Τέλος, θα πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής, πως η έναρξη του καπνίσματος ξανά, θα αυξήσει την επιθυμία για κάπνισμα και θα δυσκολέψει την προσπάθειά του να το διακόψει, ακόμη και αν πρόκειται για μια ρουφηξιά (Ροβίνα & Γκράτζιου, 2005)

Κλείνοντας την ενότητα, θα περάσουμε στο πρόβλημα της τοξικομανίας. Σε ένα συνεχώς αυξανόμενο κοινωνικό πρόβλημα, όπως είναι η τοξικομανία, τα θεραπευτικά προγράμματα αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες που δημιουργούνται και διαπιστώνεται πως υπάρχει μικρή και ανεπαρκή αποτελεσματικότητα. Μέσα από αυτό άρχισε να κερδίζει έδαφος στο χώρο της υγείας η πρωτογενής πρόληψη. Είναι δύσκολο να αποτιμηθεί κατά πόσο αποτελεσματική είναι η παρέμβαση της πρόληψης, καθώς τα αποτελέσματα ενεργούν με την πάροδο του χρόνου. Όσον αφορά την επιτυχία τους ως προς την αποτροπή της χρήσης ναρκωτικών είναι μικρή, αλλά όσον αφορά τους επιμέρους στόχους είναι θετικά τα αποτελέσματα (Κοκκέβη Α. , 1988).

Η πρόληψη υποτροπής στην περίπτωση ασθενών που εξαρτώνται από τα ναρκωτικά, πραγματοποιείται αφού ολοκληρωθεί η σωματική αποτοξίνωση. Θα πρέπει να εξασφαλιστεί πως ο εξαρτημένος απείχε από τη χρήση πέντε με δέκα μέρες τουλάχιστον, κάτι το οποίο επαληθεύεται με τοξικολογική εξέταση ούρων, και να έχουν περιοριστεί τα συμπτώματα στέρησης. Εάν εμφανιστούν ίχνη ουσιών επαναλαμβάνεται το ραντεβού μετά από 24 ώρες. Εάν επαληθευτεί η αποχή, ξεκινά η διαδικασία της αγωγής, παρακολουθείται ο ασθενής για 45 λεπτά μήπως εμφανιστούν σημεία στέρησης και από την επόμενη μέρα καθορίζεται η δοσολογία για τουλάχιστον 5 μέρες. Ο κίνδυνος υποτροπής είναι υψηλός και για το λόγο αυτό η αγωγή θα πρέπει να διατηρείται για ένα έτος τουλάχιστον και ο ασθενής να παραπεμφθεί σε πρόγραμμα ειδικευμένο πρόληψης υποτροπής, παράλληλα (Λιάππας, 1991).

Όπως είναι ήδη αντιληπτό, το φαινόμενο της υποτροπής είναι συχνό και στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, θα λέγαμε πως είναι και σχεδόν αναγκαίο. Μέσα από την υποτροπή, ο ασθενής που έχει πλέον απεξαρτηθεί, βιώνει το πόσο εύθραυστος είναι, εγκαταλείπει την αίσθηση ότι έχει απεξαρτηθεί με αποτέλεσμα να μπορεί να βρει τα αίτια και να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που τον οδήγησαν στην υποτροπή και να επεξεργάζεται τα σημάδια που τον προειδοποιούν για υποτροπή. Αρχικά, δυσκολεύονται όλοι οι χρήστες να αρνηθούν τη χρήση ουσιών και αλκοόλ και πολλές φορές διακόπτουν τις σχέσεις τους με άτομα που είναι χρήστες. Οι μεγαλύτερες δυσκολίες εμφανίζονται στα άτομα που έχουν κάποιον χρήστη μέσα στην οικογένεια (Μισουρίδου, 2015).

11.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

11.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα τελευταία χρόνια, η καθημερινότητα ενός ατόμου, χαρακτηρίζεται από άγχος, πίεση και γρήγορους ρυθμούς. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει σε προσωπικό, επαγγελματικό αλλά και οικονομικό επίπεδο του δημιουργούν δυσάρεστα συναισθήματα και μεγάλη ένταση. Το πιο συχνό φαινόμενο, είναι τα άτομα αυτά να καταφεύγουν στη χρήση διαφόρων ουσιών, πιστεύοντας πως μέσα από τη χρήση τους θα ξεφύγουν από τη πραγματικότητα και θα ξεχάσουν οτιδήποτε τους δυσαρεστεί.

Οι διαστάσεις που έχει πάρει το φαινόμενο της κατάχρησης ουσιών είναι τεράστιες, με αποτέλεσμα να αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Οι επαγγελματίες υγείας που είναι οι αρμόδιοι για να αντιμετωπίσουν αυτό το φαινόμενο, νιώθουν ανεπαρκείς και πως δεν έχουν εκπαιδευτεί για να προσεγγίσουν τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα. Μέσα από την αρνητική τους στάση, συμβάλλουν στο να περιθωριοποιούνται οι χρήστες και να φοβούνται να ομολογήσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Όταν ένα άτομο να εξαρτάται από την κατάχρηση ουσιών, έχουν προηγηθεί επιρροές από διάφορους παράγοντες και αλληλεπιδράσεις μέχρι να φτάσει σε αυτό το στάδιο. Πιο συγκεκριμένα, οι κύριοι παράγοντες που φαίνεται να οδηγούν στη χρήση ουσιών είναι, οι βιολογικοί-γενετικοί, δηλαδή κάποιο γονίδιο που κάνει κάποιο άτομο ευάλωτο προς τη χρήση ουσιών, οι ψυχολογικοί που συνδέονται με τη δυσκολία ενός ατόμου να διαχειριστεί τα έντονα συναισθήματά του και να συγκρατήσει μία ταυτότητα που να του επιτρέπει να συνυπάρχει με άλλα άτομα, ο ρόλος της οικογένειας, του σχολείου, των συνομήλικων και ο ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος, καθώς εξαιτίας της κρίσης αξιών και θεσμών που βιώνουμε, σε συνδυασμό με την κοινωνική ανισότητα που υπάρχει, τα άτομα οδηγούνται όλο και περισσότερο στη χρήση ουσιών.

Όσον αφορά τις επιπτώσεις που προκαλούνται από την ουσιοεξάρτηση, είναι και αυτές κατηγοριοποιημένες με την πιο σοβαρή και τελεσίδικη να είναι αυτή του θανάτου. Ο θάνατος προκαλείται μέσα από τη χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών αλλά και οπιοειδών ουσιών. Όμως, το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το υψηλότερο ποσοστό των πρόωρων θανάτων, είτε μέσα από καρδιοπάθειες είτε μέσα από την ασθένεια του καρκίνου. Εκτός από τον θάνατο, οι

επιπτώσεις της ουσιοεξάρτησης γίνονται φανερές και στο σώμα των χρηστών, στη ψυχολογία τους, στη σεξουαλική ζωή με επακόλουθο τη γονιμότητα και τη μητρότητα αλλά και γενικότερα στην κοινωνία.

Προκειμένου τα εξαρτημένα άτομα να καταφέρουν να απέχουν από τη χρήση των ουσιών μόνιμα και να ξεκινήσουν μία καινούρια ζωή, θα πρέπει να ενταχθούν σε κατάλληλα θεραπευτικά προγράμματα που αναλαμβάνουν τη σωματική και τη ψυχική εξάρτηση. Οι κύριοι οργανισμοί που υποστηρίζουν τέτοια προγράμματα είναι ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ και το μη κερδοσκοπικό σωματείο ΜΑΖΙ. Για να λειτουργήσουν σωστά και αποτελεσματικά τα εκάστοτε προγράμματα, οι επαγγελματίες υγείας είναι αυτοί που αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο των μονάδων κοινοτικής ψυχιατρικής. Μέλη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αποτελούν και οι νοσηλευτές.

Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι καθοριστικής σημασίας για τη θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από εξάρτηση σε ουσίες. Θα πρέπει να αποκτούν μία πολύ καλή σχέση και συνεργασία με τους χρήστες κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, να μπορούν να αξιολογούν τις δυνατότητές τους και να προσαρμόζουν την θεραπεία στις ιδιαίτερες ανάγκες του καθένα. Πιο συγκεκριμένα, ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός και στο κομμάτι της πρόληψης. Στην πρωτοβάθμια πρόληψη, είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση μέσα από τη δημιουργία διάφορων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία πρέπει να είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τη διαπαιδαγώγηση του ατόμου. Περνώντας στη δευτερογενή πρόληψη, χρησιμοποιεί ως ισχυρότερο μέσον τη θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία. Μέσα από την επικοινωνία αυτή ο χρήστης μπορεί να κατανοήσει και να παραδεχθεί την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, καθώς με όσες δυνάμεις τον διακατέχουν να προσαρμοστεί σε αυτήν ενεργητικά. Τέλος, περνώντας στην τριτοβάθμια πρόληψη, εφόσον τα άτομα έχουν καταφέρει να απεξαρτηθούν, στόχος είναι να αποκατασταθούν και να συμμετάσχουν στις διαδικασίες της κοινότητας, αλλά και να συνεχίσουν ομαλά την ακαδημαϊκή και επαγγελματική τους κατεύθυνση.

Οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών έχουν πάψει να ενδιαφέρονται για την προάσπιση της υγείας τους, έχοντας ξεχάσει να συμπεριλαμβάνουν τους κανόνες υγιεινής στη ζωή τους ακολουθώντας μία μη ποιοτική ζωή. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να παρέμβει στη διαδικασία της αυτό-φροντίδας του χρήστη, προκειμένου να είναι σωματικά υγιής και καθαρός. Επιπλέον, οι νοσηλευτές ή αλλιώς σύμβουλοι όπως ονομάζονται, όταν έχουν να

αντιμετωπίσουν μια περίπτωση, είναι υπεύθυνοι για να σχεδιάσουν πρώτα απ' όλα το θεραπευτικό πλάνο. Αναλαμβάνουν το συντονισμό της θεραπευτικής προσπάθειας και την οργάνωση των παρεμβάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Παρακολουθούν το αν υπάρχει βελτίωση στη θεραπευτική προσπάθεια του ασθενούς, επαναξιολογούν και αναθεωρούν το σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου του ανά τακτά χρονικά διαστήματα, καθώς επίσης είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση της διεπαγγελματικής ομάδας. Είναι υπεύθυνοι για την καταγραφή στον ατομικό φάκελο της πορείας που έχει κλινικά ο χρήστης. Τέλος, δημιουργούν όλες εκείνες τις συνθήκες που είναι απαραίτητες ώστε να αναπτυχθεί ένας υγιής τρόπος ζωής με εκπαιδευτικές τεχνικές σε κοινωνικές δεξιότητες, συνοδεύοντας το άτομο σε δραστηριότητες αθλητικού και ψυχαγωγικού περιεχομένου.

Οι επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο της άμεσης βοήθειας, είναι απαραίτητο να έχουν τις επαρκείς γνώσεις για τον τρόπο με τον οποίο θα προσεγγίσουν έναν χρήστη ουσιών και τις επιπτώσεις που προκαλούνται στον οργανισμό του. Η έλλειψη που υπάρχει σε αυτές τις γνώσεις, ο φόβος των επαγγελματιών υγείας να αντιμετωπίσουν τους χρήστες, οι στερεότυπες αντιλήψεις που υπάρχουν και η έλλειψη κριτικής διάθεσης, συμβάλουν στην ύπαρξη εμποδίων στο πλαίσιο της φροντίδων των χρηστών. Η έλλειψη ικανοποιητικών γνώσεων των επαγγελματιών υγείας, αποτελεί από τα πιο σημαντικά εμπόδια, και για το λόγο αυτό υπάρχει η ανάγκη για εκπαίδευσή τους. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να προσφέρεται η κατάλληλη εκπαίδευση σε θέματα σχετικά με την εξάρτηση από ουσίες σε προπτυχιακό επίπεδο, αλλά και να υπάρχει η κατάλληλη κατάρτιση και επιμόρφωση μέσα από σεμινάρια, ημερίδες και συνέδρια.

11.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μελετώντας τις έννοιες της ουσιοεξάρτησης, των εξαρτησιογόνων ουσιών, των παραγόντων που οδηγούν σε αυτές, των επιπτώσεων που έχουν και το ρόλο των νοσηλευτών, θα μπορούσαμε να προτείνουμε κάποιους τρόπους με τους οποίους θα μειωθούν τα κρούσματα του φαινομένου αυτού. Επίσης, με τους τρόπους αυτούς οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να εξελίξουν το θεραπευτικό τους έργο.

Πρώτα από όλα, μία σωστή ενημέρωση για πρόληψη και αγωγή της υγείας στα σχολεία θα μπορούσε να βοηθήσει τα παιδιά να μην εμπλακούν με τη χρήση ουσιών, ιδιαιτέρως στα έτη του γυμνασίου κατά τα οποία οι έφηβοι είναι πιο επιρρεπείς. Θα μπορούσε, επίσης, να

ενταχθεί στα σχολεία κάποιο είδος ενίσχυσης των μαθητών που είναι πιο αδύναμοι και διαπραγματεύονται να εγκαταλείψουν το σχολείο, με κίνδυνο να γίνουν πιο ευάλωτοι στη χρήση ουσιών. Με άτομα εξειδικευμένα, όπως ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και σχολικοί ιατροί και νοσηλευτές, θα μπορούσαν τα σχολεία να βοηθήσουν τους νέους να λύνουν προβλήματα διαφόρων ειδών αυτής της ηλικίας, πηγαίνοντας με τον τρόπο αυτό ένα βήμα πιο μακριά από την ουσιοεξάρτηση.

Εκτός από τα σχολεία, η σωστή ενημέρωση μέσα από την οικογένεια, αλλά και από τα Μέσα Μαζικής ενημέρωσης, θα μείωνε τα κρούσματα ατόμων με ουσιοεξάρτηση. Η προβολή ενός προτύπου με ενεργητικό τρόπο ζωής και απομακρυσμένο από τις εξαρτησιογόνες ουσίες, θα μπορούσαν να παίξουν πολύ σημαντικό ρόλο. Η ενθάρρυνση των νέων με άλλες δραστηριότητες, όπως ο αθλητισμός, θα τους έδινε μία άλλη κατεύθυνση, κίνητρα για απασχόληση με τομείς εκτός διαβάσματος, καθώς επίσης θα ήταν ένα είδος εκτόνωσης για αυτούς.

Έπειτα από την παρουσίαση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, θα μπορούσαμε να προτείνουμε κάποιες περαιτέρω μελέτες που θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν, προκειμένου να ενισχυθεί η βιβλιογραφική έρευνα που πραγματοποιήσαμε.

Μία πρόταση για περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει η μελέτη του μεγέθους της έλλειψης γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε νοσοκομεία για τη θεραπεία ατόμων με προβλήματα ουσιοεξάρτησης. Οι ίδιοι οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να επεκταθούν στον τομέα στον οποίο θεωρούν ότι αντιμετωπίζουν ελλείψεις γνώσεων, όσον αφορά την πρόληψη, τη θεραπεία, το συντονισμό των ατόμων που εξαρτώνται από ουσίες, αλλά και σε ποιους τομείς θεωρούν ότι θα μπορούσαν να εκπαιδευτούν οι ίδιοι ώστε να αναπτύξουν τις γνώσεις τους, είτε μέσω σεμιναρίων, μέσω συνεδρίων ή μέσα από ημερίδες.

Έπειτα θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μία ποσοτική έρευνα, ώστε να μελετηθεί κατά πόσο συγκεκριμένες μέθοδοι εκπαίδευσης νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα απεξάρτησης ατόμων, θα μπορούν να αυξήσουν τις απαραίτητες γνώσεις προσέγγισης των ασθενών αυτών και τις ικανότητές τους να συμβουλεύουν τους χρήστες, να κάνουν σωστές διαγνώσεις και να μην επηρεάζεται το κλινικό τους έργο.

Μία περαιτέρω έρευνα που θα μπορούσαμε να πραγματοποιήσουμε είναι μία ποιοτική μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας και θεραπείας εξαρτώμενων από ουσίες ατόμων στην Πάτρα, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Βαθύτερος στόχος της θα μπορούσε να είναι η διερεύνηση των σκέψεων, των εμπειριών και των απόψεών τους όσον αφορά τα εξαρτώμενα από ουσίες άτομα, τις εργασιακές τους συνθήκες και το πόσο ικανοποιημένοι είναι από αυτές.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Amaro, H., Brown, V., Chernoff, M., Arevalo, S., & Gatz, M. (2007, September). Does Integrated Trauma - Informed Substance Abuse Treatment Increase Treatment Retention? *Journal of Community Psychology*, 35 (7), pp. 845-862.

Arthur, M. W., Hawkins, D. J., Pollard, J., Catalano, R. F., & Baglioni, J. (2002, January). Measuring Risk And Protective Factors For Substance Use, Delinquency, And Other Adolescent Problem... *Evaluation Review*, 26 (6), pp. 575-601.

Bachman, J. G., Wadsworth, K. N., O' Malley, P. M., Johnston, L. D., & Schulenberg, J. E. (2013). *Smoking, Drinking, and Drug Use in Young Adulthood: The Impacts of New Freedoms and New Responsibilities*. Psychology Press.

Becker, G. S., Grossman, M., & Murphy, K. M. (1994, June). An Empirical Analysis of Cigarette Addiction. *The American Economic Review*, 84 (3), pp. 396-418.

Berridge, V. (2013). *Demons: Our changing attitudes to alcohol, tobacco, and drugs*. Oxford: Oxford University Press.

Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G., et al. (2007). Social and School Connectedness in Early Secondary School as Predictors of Late Teenage Substance Use, Mental Health, and Academic Outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40 (4), pp. 357.e9-357.e18.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2007, December). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19 (6), pp. 607-615.

Brissett, D. (1988, July 1). Denial in Alcoholism: A Sociological Interpretation. *Journal of drug issues*, 18 (3), pp. 385-402.

Burns, H. K., Puskar, K. R., Flaherty, M. T., Mitchell, A. M., Hagle, H., Braxter, B., et al. (2012, November). Addiction training for undergraduate nurses using screening, brief intervention, and referral to treatment. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2 (4), pp. 169-177.

Castles, A., Adams, K. E., Melvin, C. L., Kelsch, C., & Boulton, M. L. (1999). Effects of Smoking During Pregnancy Five Meta-Analyses. *American Journal of Preventive Medicine*, 16 (3), pp. 208-215.

Clancy, C., Oyefeso, A., & Ghodse, H. (2006, August 7). Role development and career stages in addiction nursing:an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (2), pp. 161-171.

Coleman, S. B., & Stancon, D. M. (1978, January). The Role of Death in the Addict Family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4 (1), pp. 79-92.

Dillon, L., Chivite - Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., et al. (2007). Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences. *Home Office Online Report*.

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

Edelman, C. L., & Mandel, C. L. (2009). *Health Promotion Throughout the Life Span - Pageburst on VitalSource* (7th ed.). St Louis, Missouri: MOSBY.

EUROSTAT. (2014). Retrieved from EUROSTAT: Causes of death statistics: ec.europa.eu/eurostat/

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

Geirsson, M., Bendtsen, P., & Spak, F. (2005, July). ATTITUDES OF SWEDISH GENERAL PRACTITIONERS AND NURSES TO WORKING WITH LIFESTYLE CHANGE, WITH SPECIAL REFERENCE TO ALCOHOL CONSUMPTION. *Alcohol & Alcoholism*, 40 (5), pp. 388 - 393.

Gemma, S., Vichi, S., & Testai, E. (2006). Individual susceptibility and alcohol effects: biochemical and genetic aspects. *Annali dell' Istituto Superiore di Sanita*, 42 (1), pp. 8-16.

Happell, B., & McAllister, M. (2014, April 25). The Views of Heads of Schools of Nursing about Mental Health Nursing Content in Undergraduate Programs. *Issues in Mental Health Nursing*, 35 (5), pp. 330 - 336.

(2006). Health Promotion and Chronic Disease Prevention. Massachusetts: Jones and Bartlett.

Hyun, R. S., Hewitt, J. K., Young, S. E., Corley, R. P., Crowley, T. J., & Stallings, M. C. (2003). Genetic and Environmental Influences on Substance Initiation, Use and Problem Use in Adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 60, pp. 1256-1264.

Ironside, P. M. (2004, January 1). "Covering Content" and Teaching Thinking: Deconstructing the Additive Curriculum. *Journal of Nursing Education*, 43 (1), pp. 5-12.

Johansson, K., Bendtsen, P., & Akerlind, I. (2002). Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. *Alcohol & Alcoholism*, 37 (1), pp. 38-42.

Kandel, D. B., Griesler, P. C., Lee, G., Davies, M., & Schaffsan, C. (2001). *Parental Influences on Adolescent Marijuana Use and the Baby Boom Generation: Findings from the 1979-1996 National Household Surveys on Drug Abuse*. U.S. : Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Kendler, K. S., Jacobson, K. C., Prescott, C. A., & Neale, M. C. (2003). Specificity of Genetic and Environmental Risk Factors for Use and Abuse/Dependence of Cannabis, Cocaine, Hallucinogens, Sedatives, Stimulants, and Opiates in Male Twins. *Am J Psychiatry*, 160 (4), pp. 687-695.

LeMone, P., Burke, K., Dwyer, T., Levett-Jones, T., Moxham, L., Reid-Searl, K., et al. (2011). *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking in Patient Care* (2nd ed.). Australia: Frenchs Forest, NSW Pearson Australia.

Lettieri, D. J., Sayers, M., & Wallenstein, P. H. (1980). THEORIES ON DRUG ABUSE: Selected Contemporary Perspectives. *NIDA Research Monograph 30*. Washington: National Institute on Drug Abuse.

Lyrakos. (n.d.). Retrieved Μαΐος 18, 2017, from www.lyrakos.gr: www.lyrakos.gr/katahrisnarkotikon-ousion-kai-ethismos

Marlatt, A. G., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. In A. G. Marlatt, & D. M. Donovan, *Maintenance strategies in the treatment of addiction behaviors* (p. 416). New York: Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009, February). Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, pp. 129-140.

Monks, R., Topping, A., & Newell, R. (2013, April). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (4), pp. 935-946.

Murray, M. M., & Li, T. -K. (2009, July 12). Expanding the Role of the Generalist Nurse in the Prevention and Treatment of Alcohol Use Disorders. *Journal of Addictions Nursing*, 18 (4), pp. 163-165.

Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007, March). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Health Policy*, 369, pp. 1047-1053.

O' Farrell, T. J., & Fals - Stewart, W. (2001). Family-Involved Alcoholism Treatment An Update. In *Recent Developments in Alcoholism* (Vol. 15, pp. 329-356).

Pillon, S. C., Ramos, L. H., Villar-Luis, M. A., & Rassool, G. H. (2009, July). Nursing Students' Perceptions of the Curricula Content on Drug and Alcohol Education in Brazil: An Exploratory Study. *Journal of Addictions Nursing*, 15 (3), pp. 133-137.

Porchet, H., Benowitz, N. L., Sheiner, L., & Jacob, P. (1988, August). Nicotine absorption and cardiovascular effects with smokeless tobacco use: Comparison with cigarettes and nicotine gum. *Clinical Pharmacology*, 44 (1), pp. 22-28.

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

Rainstrick, D., Heather, N., & Godfrey, C. (2006, November). Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. *National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA)*. London.

Raistrick, D., Heather, N., & Godfrey, C. (2006, Νοέμβριος). Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. 212. National Treatment Agency for Substance Misuse.

Research Reports: Heroin. (2014). Retrieved from National Institute on Drug Abuse: <http://www.drugabuse.gov/news-events/news-releases/2014/02/nidas-updated-heroin-research-report-now-available-online>

Rubes, J., Perreault, S. D., Evenson, D. P., Wyrobek, A. J., Lowe, X., Moore, D., et al. (1998, November). Smoking cigarettes is associated with increased sperm disomy in teenage men. *Fertility and Sterility*, 70 (4), pp. 714-723.

SAMHSA. (2012). *A treatment improvement protocol: Managing Chronic Pain in Adults With or in Recovery From Substance Use Disorders* (Vol. 54). Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration.

Sigma Live Network. (n.d.). Retrieved from SIGMA LIVE NETWORK: <http://www.sigmalive.com>

Slattery, J., Chick, J., Cochrane, M., Craig, J., Godfrey, C., Macpherson, K., et al. (2003). *Health Technology Assessment of Prevention of Relapse in Alcohol Dependence*. Scotland: Health Technology Board for Scotland.

Stanton, D. M., & Todd, T. C. (1982). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: The Guilford Press.

Steinglass, P. (2009, May). Systemic - motivational therapy for substance abuse disorders: an integrative model. *Journal of Family therapy*, 31 (2), pp. 155-174.

Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Barr, H. M., Sampson, P. D., O' Malley, K., & Young, J. K. (2004, August). Risk Factors for Adverse Life Outcomes in Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25 (4), pp. 228-238.

Townsend, M. C. (2011). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing - Concepts of Care in Evidence - Based Practice* (6th ed.). Philadelphia: Davis Plus Company.

UNODC. (2015). *World Drug Report 2015*. Retrieved from United Nations Office on Drugs and Crime: www.unodc.org

Verster, A., & Buning, E. (2000, Ιούνιος). Κατευθυντήριες Γραμμές για τα Προγράμματα Μεθαδόνης. *Methadone Guidelines*. EuroMethwork.

Weiss, F., & Porrino, L. J. (2002, May 1). Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiction: Recent Advances and Challenges. *The Journal of Neuroscience*, 22 (9), pp. 3332-3337.

WHO. (2010). Brief intervention: the ASIIST - linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in primary care. *World Health Organization*. France.

WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking. (2015). World Health Organisation.

Wiklund, L. (2008, September). Existential aspects of living with addiction - Part I: meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (18), pp. 2426-2434.

www.bestrong.org.gr. (2014, Μάρτιος 28). Retrieved from ΜΕΙΝΕ ΔΥΝΑΤΟΣ: Τι είναι αλκοολισμός: www.bestrong.org.gr

www.healthliving.gr. (2014).

www.iatropedia.gr. (n.d.).

Καπετάνιος, Μ., Πασχαλάκης, Γ., Υψηλάντη, Χ., Καρανίκας, Α., & Φουστέρης, Ε. (2014, Μαΐος). ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ & ΝΟΜΙΚΟ / ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΕΔ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ. (Π. Βασιλοπούλου, Ed.) Αθήνα.

ΚΕΘΕΑ. (2017). Retrieved from ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ: www.kethea.gr

ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ. (n.d.). Retrieved Μαΐος 17, 2017, from <http://www.kethea.gr/>: <http://www.kethea.gr/FAQ/tabid/72/language/el-GR/Default.aspx?QuestionID=4&AFMID=524>

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

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

- Κοκκέβη, Α. (1988). Η πρόληψη της τοξικομανίας: Μύθος ή πραγματικότητα;. *Ψυχολογικά Θέματα*, 1 (4), pp. 275 - 283.
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Καναβού, Ε., & Σταύρου, Μ. (2014). Εξαρτητικές συμπεριφορές στην εφηβεία: Μέρος Α. Χρήση ουσιών. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Κούβελας, Α. (2014, Φεβρουάριος 12). *Human Garden*. Retrieved from Human Garden: Συνέπειες και επιδράσεις από τη χρήση οποιούχων: www.humangarden.gr
- Κούκια, Ε. (2014). *Ψυχιατρική νοσηλευτική, ψυχιατρική νοσηλευτικής υγείας*. Αθήνα: ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ.
- Κουτίνου, Ε., & Κουτουλάκη, Γ. (2015). ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ. *ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 4 (1), pp. 128 - 137.
- Λαμπροπούλου, Έ. (2002). *Η αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Λιάππας, Γ. Α. (1991). *Ναρκωτικά. Εθιστικές ουσίες, προβλήματα, αντιμετώπιση*. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ.
- Μαγκλής, Α. (2017, Μαΐος 18). *Australian Greek Welfare Society*. Retrieved from www.agws.com.au: www.agws.com.au/Drug/Docs/G3.doc
- ΜΑΖΙ. (2017). Retrieved from Ελληνική Εταιρεία Διαταραχών Διάθεσης: www.mazi.org.gr
- Μάνος, Ν. (1997). *Στοιχεία Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Παρισιανού.
- Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές...Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: ΑΓΡΑ.
- Μισουρίδου, Ε. (2015). *Νοσηλευτική Εξαρτημένων Ατόμων* (Κάλλιπος ed.). Αθήνα: Βασιλείου Αντώνιος.
- Μισουρίδου, Ε. (2015, Οκτώβριος - Δεκέμβριος). Νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων: Πλαίσιο παροχής φροντίδας. *HELLENIC JOURNAL OF NURSING*, 54 (4), pp. 315-324.
- Μπάφη, Ι. (2011, Σεπτέμβριος). Κατευθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός παρεμβάσεων: Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης. *Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ).
- Νικόλαος, Τ. Ν. (2008, Απρίλιος 7). *Ναρκωτικά: Θεραπευτικά προγράμματα*. Retrieved 2017, from [iatronet](http://iatronet.gr): www.iatronet.gr
- Νικόλαος, Τ. Χ. (2008, Απρίλιος 10). *Θεραπεία: Η " in " επιλογή στα ναρκωτικά*. Retrieved 2017, from [iatronet](http://iatronet.gr): www.iatronet.gr
- Οδηγός Θεραπείας. (2010). Λευκωσία: Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου.
- ΟΚΑΝΑ. (2017). Retrieved from ΟΚΑΝΑ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ: <http://www.okana.gr/>
- ΟΚΑΝΑ. (2008, Απρίλιος 14). *Εξάρτηση από ουσίες: Είναι ασθένεια και απαιτεί θεραπεία*. Retrieved 2017, from [iatronet](http://iatronet.gr): www.iatronet.gr
- Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου, Α. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. ΒΗΤΑ.
- Παπαδαντωνάκη, Α. (2012). Το Έργο της Νοσηλευτικής. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 51 (1), pp. 7 - 9.
- Παπαδόπουλος, Π. (1997, Αυγούστος 03). *Χειροπέδες στον εγκέφαλο: Ο δωδεκάλογος της απεξάρτησης από τη συνεξάρτηση*. Retrieved Μαΐος 17, 2017, from ΤΟ ΒΗΜΑ: πολιτισμός: <http://www.tovima.gr/culture/article/?aid=90143>
- Πατηράκη, Ε. (2014). Εξελίξεις στην Επιστημονική Μέθοδο Οργάνωσης και Τεκμηρίωσης της Νοσηλευτικής Φροντίδας. *Πρόγραμμα Επικαιροποίησης σε Βασικές και Εκπαίδευσης σε Νέες Προηγμένες Νοσηλευτικές Δεξιότητες που απαιτούνται για τη Φροντίδα Υγιών και Ασθενών Ατόμων* (pp. 1 - 23). Διδρυματικό Πρόγραμμα Δια βίου μάθησης για νοσηλευτές.
- Πιτερόπουλος, Γ. (n.d.). Σχέσεις γονέων και παιδιών στην Ελλάδα του 21ου αιώνα. *Ιατρικά θέματα* (36), pp. 17-20.
- Ροβίνα, Ν., & Γκράτζιου, Χ. (2005, Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος). Στρατηγικές διακοπής καπνίσματος. *ΠΝΕΥΜΩΝ*, 18 (3), pp. 245-328.
- Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής* (1η ed.). Αθήνα: Παπαζήσης.

- Στεφάνης, Κ. Ν. (2015). *Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα*. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ). Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ).
- Τσαρούχας, Κ. (2000). *Αλκοόλ ένα σκληρό Ναρκωτικό*. Αθήνα: Άγκυρα.
- Τσούνης, Α. (2013). Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ: ΜΙΑ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ. *encephalos*, 50 (4), pp. 109-113.
- Φασουλάκη, Α. Ι. (2005). *Αναισθησιολογία* (1η ed.). Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Φουντούκη, Α., & Θεοφανίδης, Δ. (2012, Ιανουάριος - Μάρτιος). Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νισηλευτή. *11 (1)*, 503-522. Το Βήμα του Ασκληπιού.