



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ»**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ANNA ΠΑΠΑΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΔΕΛΗΓΑΚΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2018**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ενσωματωμένες στην κουλτούρα των κοινωνιών του παρελθόντος, οι διάφορες φυσικές ψυχοτρόπες ουσίες δεν αποτελούσαν πρόβλημα και συνεπώς, δεν θεωρούνταν επικίνδυνες για το κοινωνικό σύνολο, γιατί η ενσωμάτωσή τους στην κοινωνική ζωή είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία και τη λειτουργία διαφόρων μηχανισμών αυτορύθμισης της χρήσης τους, με τρόπο που δεν υπονόμεινε αλλά αντίθετα ενδυνάμωνε την κοινωνική συνοχή. Αυτός είναι ο λόγος της μαζικής τελετουργικής χρησιμοποίησης τους στα θρησκευτικά μυστήρια όλων σχεδόν των λαών. Οι διάφορες φυσικές ψυχοτρόπες ουσίες αποτελούν μια από τις εν χρήση δυνατότητες για την ικανοποίηση της θεμελιώδους ανάγκης του ανθρώπου να υπερβαίνει τα όρια της ύπαρξης του ή να ξεφεύγει από διάφορες καταστάσεις δυσαρέσκειας και πόνου ή απλώς να βιώνει καινούργιες εμπειρίες.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη του εθισμού των εξαρτησιογόνων ουσιών κατά τη διάρκεια της κήσης. Πιο συγκεκριμένα μελετώνται τα είδη των εξαρτησιογόνων ουσιών, παρουσιάζονται ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία, εξετάζεται η ευρωπαϊκή νομοθεσία, οι επιπτώσεις των εξαρτησιογόνων ουσιών στο μωρό και τη μητέρα και τέλος μελετάται ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή.

Για την συγγραφή του παρόντος πονήματος χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονα βιβλία, άρθρα και έγκυρες διαδικτυακές πηγές από επιστημονικές ιστοσελίδες όπως είναι το pubmed.

Ο εθισμός από ναρκωτικές ουσίες είτε είναι νόμιμες είτε παράνομες αποτελεί ένα πολύπλευρο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα στο οποίο έχουν πολύ σημαντικό ρόλο η προσωπικότητα του ατόμου, το οικογενειακό περιβάλλον και το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο που το περιβάλλει. Την τελευταία εικοσαετία, μετά από πολλές προσπάθειες καθώς το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει αυξηθεί πραγματοποιούνται προγράμματα τα οποία αφορούν την πρόληψη και την ενημέρωση προκειμένου να υπάρξει από το κοινωνικό σύνολο ευαισθητοποίηση.

## **ABSTRACT**

Integrated into the culture of societies of the past, the various physical psychotropic substances were not a problem and therefore were not considered to be dangerous to society as their integration into social life resulted in the creation and operation of various mechanisms of self-regulation of their use, in a way that did not undermine but instead strengthen social cohesion. This is the reason for their mass ritual use in the religious mysteries of almost all peoples. The different physical psychotropic substances are one of the possibilities in use to satisfy the fundamental need of man to go beyond the limits of his existence or to escape from various states of dissatisfaction and pain or simply to experience new experiences.

The purpose of this dissertation is to study the addiction of addictive substances during pregnancy. More specifically, addictive substances, epidemiological evidence, are presented. In addition, it is mentioned the European legislation, the impact of addictive substances in baby and mother and the role of Community nurse.

Articles and authoritative online sources from scientific websites such as Pubmed were used to comprehend this essay.

Addiction to drugs, legal or not is a multifaceted psychosocial problem. Personality, the family environment, social and cultural context are playing an important part. The last twenty years, many prevention programs are implemented for community awareness.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	2
ABSTRACT .....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	9
ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	9
1.1 ΑΛΚΟΟΛ.....	9
1.2 ΗΡΩΙΝΗ- ΜΟΡΦΙΝΗ.....	10
1.3 ΝΙΚΟΤΙΝΗ .....	12
1.4 ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ .....	14
1.5 ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑ.....	15
1.6 ΚΟΚΑΪΝΗ .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	19
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	19
2.1 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	19
2.2 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	24
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ .....	24
3.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ .....	24
3.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	25
3.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΟΚΑΪΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ .....	27
3.4 ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ.....	28
3.5 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΗΡΩΙΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	31
3.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΧΑΣΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ .....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	33
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΓΚΥΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ .....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	35
ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ.....	35
5.1 ΕΙΔΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ.....	35
5.2 ΕΙΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ & ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ .....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	38
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΧΡΗΣΗΣ ΕΘΙΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.....	38
6.1 ΠΡΟΛΗΨΗ .....	38
6.2 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	38
6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ .....	44
6.4 ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΘΙΣΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΟΥΣΙΑ ΑΤΟΜΩΝ.....	46
6.5 ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	49
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ .....	49
7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ .....	49
7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΕΟΓΝΟΥ ΕΚΤΕΘΕΙΜΕΝΟΥ ΣΕ ΟΥΣΙΕΣ .....	51
7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ, ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ .....	53
7.4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ, ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....	54
7.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ, ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	58
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	58
8.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1 .....	58
8.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2.....	60

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι έγκυες γυναίκες με εθισμό στις εξαρτησιογόνες ουσίες αντιμετωπίζουν συχνά τις προκλήσεις του στιγματισμού, οικονομικές δυσκολίες, κακή κοινωνική στήριξη, έλλειψη πρόσβασης στην περίθαλψη και ενδοοικογενειακή βία, που εμποδίζουν την ικανότητά τους να αναζητούν και να επωφελούνται από τη χρήση ουσιών και την ψυχική υγεία. Οι περιορισμοί στον τομέα αυτό περιλαμβάνουν την ανεπάρκεια των δεδομένων σχετικά με τους κινδύνους της προγεννητικής χρήσης συγκεκριμένων ουσιών για τη μητρική και την εμβρυϊκή χρήση. Παρόλο που πολλοί εθνικοί οργανισμοί συστήνουν ότι όλες οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να εξετάζονται για χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, στο σημερινό νομικό κλίμα, αυτό γίνεται όλο και πιο δύσκολο να εφαρμοστεί.

Η διεπιστημονική ομάδα που εργάζεται με αυτούς τους ασθενείς πρέπει να παραμένει ενημερωμένη σε έναν ταχέως μεταβαλλόμενο τομέα και να καθιερώσει ισχυρή θεραπευτική σχέση με ασθενείς που σπάνια εμπιστεύονται τους ιατρικούς παροχείς τους και μπορούν να εμπνεύσουν ισχυρή αντίθετη μεταβίβαση. Παρά τις προκλήσεις αυτές, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης των γυναικών είναι στην ιδανική θέση να επιφέρουν διαρκή σημαντική επίδραση στη γενική υγεία και ευτυχία των μητέρων, των μωρών και των οικογενειών τους, συμμετέχοντας αποτελεσματικά και παρέχοντας τεκμηριωμένη θεραπεία σε έγκυες γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα με εξαρτησιογόνες ουσίες.

Στην προσπάθεια αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτημένων γυναικών, είναι χρήσιμο και αποτελεσματικό να προτείνονται από τον νοσηλευτή, αρχικά βραχυπρόθεσμοι θεραπευτικοί στόχοι, που να είναι εύκολοι και αποδεκτοί από τη χρήστρια και να παρέχουν τη δυνατότητα να αναπτυχθεί μια σχέση ανάμεσα στον θεραπευτή και στη θεραπευόμενη. Έτσι, θα δοθεί η ευκαιρία να τεθούν μελλοντικά πιο ουσιαστικοί μακροχρόνιοι στόχοι, που θα μπορούσαν να τρομάξουν τη χρήστρια και να βλάψουν τη σχέση με τον νοσηλευτή, εάν είχαν προταθεί από την αρχή. Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία αποτελεί πάντα το κλειδί για κάθε θεραπευτική προσπάθεια και δεν φαίνεται να υπάρχει ένας και μόνος τρόπος αντιμετώπισης για όλες τις χρήστριες. Ο νοσηλευτής λοιπόν, που προσφέρει τις υπηρεσίες του σ' ένα πλαίσιο απεξάρτησης πρέπει να είναι εκπαιδευμένος (και σε διαρκή εκπαίδευση), έμπειρος, αποφασιστικός, αντικειμενικός, να σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα της εξαρτημένης, να έχει ο ίδιος μια στάση ζωής που χαρακτηρίζεται από αρχές, αξίες, μαχητικότητα, πνευματικότητα, ενδιαφέροντα. Πρέπει να βρίσκεται ο ίδιος σε εποπτεία του έργου του και το σπουδαιότερο να έχει μια καλά συγκροτημένη προσωπικότητα. Πρέπει να γνωρίζει ότι

μπορεί να επιτελεί το συγκεκριμένο έργο, με το χαρακτήρα που αυτό έχει, μόνο ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας και εφόσον ανήκει στο συγκεκριμένο πλαίσιο. Παράλληλα, στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα που το επιθυμούν και μπορούν, να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την ανεξάρτηση. Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε έναν κανονικό τρόπο ζωής, που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

### 1.1 ΑΛΚΟΟΛ

Ο γιατρός Coakly Letterson είναι ο πρώτος που προσδιόρισε τον αλκοολισμό σαν μια ασθένεια. Με τον όρο αλκοολισμό εννοούμε την δηλητηρίαση από το αλκοόλ και διακρίνεται σε 2 κατηγορίες: την οξεία και την χρόνια μέθη. Η οξεία μέθη είναι ένα είδος αλκοολισμού που προκαλείται από την κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας αλκοόλ. Ο βασικός παράγοντας για να εκδηλωθεί η οξεία μέθη είναι η κατάσταση του ατόμου όπως για παράδειγμα το φύλο, η ιδιοσυγκρασία κλπ. Οι συνέπειες που έχει η οξεία μέθη είναι οι εξής: α) οι διαταραχές συνείδησης, β) η αναστολή φραγμών, γ) η μειωμένη αντίληψη μέχρι το κώμα και δ) ο θάνατος. Η δεύτερη κατηγορία του αλκοολισμού είναι η χρόνια μέθη η οποία αποτελεί μια κατάσταση όπου καταναλώνεται καθημερινά υπερβολική ποσότητα αιθανόλης. Τα άτομα τα οποία βρίσκονται σε αυτή την κατάσταση δεν αντέχουν χωρίς αλκοόλ ούτε μπορούν να προβάλλουν αντίσταση με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η λειτουργία τους.

Το αλκοόλ προκαλεί εθισμό όταν καταναλώνεται για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Το αλκοόλ απορροφάται με πολύ γρήγορο ρυθμό από το στομάχι και κατόπιν πηγαίνει σε όλα τα υγρά του σώματος. Σε ένα μεγάλο ποσοστό γίνεται διάσπαση από τα ένζυμα του ήπατος και ένα μικρό ποσοστό αποβάλλεται από τους πνεύμονες, τα ούρα και τον ιδρώτα. Τα ποτά που εμπεριέχουν αλκοόλ καθώς καταναλώνονται χαλαρώνουν τον οργανισμό και προσφέρουν μια ευφορία. Το άτομο καθώς κάνει κατάχρηση αλκοολούχων ποτών εμφανίζει συμπτώματα τα οποία επηρεάζουν το ανθρώπινο σώμα αλλά και την ψυχολογία του και ονομάζονται μέθη. Στα ψυχολογικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: α) η επιθετικότητα, β) η αδυναμία κριτικής σκέψης, γ) η αδυναμία συγκέντρωσης, δ) η ευερεθιστότητα, ε) η ευφορία ή η κατάθλιψη κλπ. Στα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται: α) το κόκκινο πρόσωπο, β) η συγκεχυμένη ομιλία, γ) η αστάθεια στις κινήσεις (Shapiro, 2009)

Άλλο ένα επιπλέον χαρακτηριστικό στην κατάσταση μέθης είναι η άρση αναστολών. Καθώς το άτομο στην αρχή μπορεί να είναι αρκετά ευδιάθετο, ευχάριστο, κοινωνικό όσο περισσότερο καταναλώνει εμφανίζεται μελαγχολικό, με μειωμένη την ικανότητα σκέψης και στη συνέχεια μπορεί να χάσει τις αισθήσεις του. Τα περισσότερα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα που συμβαίνουν οφείλονται στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

## 1.2 ΗΡΩΙΝΗ- ΜΟΡΦΙΝΗ

Τα οπιούχα όπως είναι η ηρωίνη προκαλούν βλάβη στο σύστημα επικοινωνίας του εγκεφάλου. Στον εγκέφαλο συμπεριλαμβάνονται οι νευρώνες που έχουν το χαρακτηριστικό της επικοινωνίας μεταξύ τους. Ο εγκέφαλος δεν λειτουργεί σωστά όταν οι νευρώνες δεν έχουν καλή επικοινωνία. Η κυκλοφορία μιας πληροφορίας γίνεται καθώς οι νευρώνες στέλνουν τους νευροδιαβιβαστές οι οποίοι είναι χημικοί αγγελιοφόροι και οι οποίοι διατηρούν μια ισορροπία από την οποία εξαρτώνται οι φυσικές λειτουργίες του οργανισμού. Οι νευροδιαβιβαστές εισέρχονται στους κατάλληλους υποδοχείς του εγκεφάλου ώστε η πληροφορία να περάσει από τον ένα νευρώνα στον άλλο. Μέσα από την ανακάλυψη που έγινε το 1970 διαπιστώνεται ότι η ηρωίνη και η μορφίνη εισέρχονται σε αυτούς τους υποδοχείς και κατόπιν η επιστημονική κοινότητα συμπεραίνει ότι ο εγκέφαλος εκκρίνει ουσίες οι οποίες σε φυσιολογικές συνθήκες ταιριάζουν σε αυτούς τους υποδοχείς, είναι απαραίτητες για την ύπαρξη μας και ονομάζονται οπιοειδή πεπτίδια. Οι συγκεκριμένες ουσίες ενεργοποιούνται όταν ο ανθρώπινος οργανισμός βρίσκεται σε μια αγχωτική ή επώδυνη κατάσταση. Η δράση τους είναι αναλγητική και δίνει τη δυνατότητα στον οργανισμό να αντιμετωπίσει μια τέτοια κατάσταση. Επιπλέον, σταματούν αυτή την αγχωτική και επώδυνη κατάσταση δίνοντας μια ευχαρίστηση στον οργανισμό (Φωτόπουλος, 1997).

Η μορφίνη έχει σαν χαρακτηριστικό να διεγείρει όλους τους υποδοχείς και να γεμίζει όλο το νευρικό σύστημα. Δεν αποτελεί μια φυσιολογική διαδικασία καθώς υπό φυσιολογικές συνθήκες όταν ο οργανισμός βρίσκεται σε μια αγχωτική ή επώδυνη κατάσταση διεγείρονται συγκεκριμένα κυκλώματα και παράγονται οπιοειδή πεπτίδια σε ορισμένες συνάψεις. Η δράση της ηρωίνης ή της μορφίνης δεν προκαλεί μόνο καταστολή του πόνου αλλά σταματά και την ροή πληροφοριών καθώς επεμβαίνει στο σύστημα πέδησης του εγκεφάλου το οποίο ελέγχεται από τον ονομαζόμενο νευροδιαβιβαστή Gaba. Ο Gaba λειτουργεί σαν επιβραδυντής ο οποίος φυσιολογικά φρενάρει τους νευρώνες και καθυστερεί την αποστολή αγγελιοφόρων στον εγκέφαλο. Λαμβάνοντας ηρωίνη και μορφίνη ο gaba δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά καθώς δεν μπορεί να επιβραδύνει την απελευθέρωση ντοπαμίνης, η οποία είναι ένας νευροδιαβιβαστής που παίζει ρόλο στην αίσθηση της ευχαρίστησης. Η ντοπαμίνη πλημμυρίζει τους νευρώνες και έτσι δημιουργείται το γνωστό «φλας» της ηρωίνης. Η συγκεκριμένη διαδικασία λαμβάνει χώρα στον επικληνή πυρήνα ο οποίος είναι μια πολύ μικρή περιοχή στην οποία προκαλείται αύξηση της ντοπαμίνης από την χρήση ουσιών και το οποίο συνεπάγεται με το αυξημένο αίσθημα της ευχαρίστησης. Καθώς γίνεται

χρήση ναρκωτικών ουσιών προκαλείται εθισμός λόγω αυτού του αυξημένου αισθήματος ευχαρίστησης και έτσι ανοίγει ο δρόμος προς την εξάρτηση.

Εκτός από αυτή την εξάρτηση που έχει ο τοξικομανής αντιμετωπίζει και άλλα προβλήματα όπως είναι:

- Η δυσκοιλιότητα.
- Η μειωμένη όρεξη για φαγητό.
- Καμία επιθυμία για σεξουαλική επαφή.
- Μειωμένη ενεργητικότητα.

Στην συνέχεια, γίνεται μια αναφορά για τον τρόπο που γίνεται η σύνδεση της εξάρτησης και της τοξικομανίας με τον εγκέφαλο. Στον εγκέφαλο περιλαμβάνονται υποδοχείς οι οποίοι λειτουργούν με διαφορετικό τρόπο. Φυσιολογικά, εκκρίνονται από τον εγκέφαλο ουσίες με τη συμβολή των υποδοχέων οι οποίες ονομάζονται οπιοειδή πεπτίδια και οι οποίες είναι απαραίτητες για να ζήσουμε καθώς μέσα από αυτές προκαλείται το αίσθημα της ευχαρίστησης και το άτομο αντιμετωπίζει τις αγχωτικές και επώδυνες καταστάσεις. Λαμβάνοντας ηρωίνη, παρόλο που προκαλούνται ευχάριστα αισθήματα και σταματά ο πόνος και το άγχος η χρόνια χρήση της όμως καταστέλλει την παραγωγή αυτών των απαραίτητων ουσιών από τον εγκέφαλο. Αυτό συμβαίνει διότι καθώς η ηρωίνη εισέρχεται στον ανθρώπινο οργανισμό, επεμβαίνει στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να δημιουργεί προβλήματα στην κανονική λειτουργία των υποδοχέων οι οποίοι ελέγχουν την έκκριση αυτών των ουσιών και των οποίων η παραγωγή γίνεται πλέον μόνο κάνοντας χρήση ηρωίνης και ναρκωτικών ουσιών γενικότερα. Μέσα από αυτή τη διαδικασία συμπεραίνεται ότι ο τοξικομανής για να αντιμετωπίσει τον πόνο και το άγχος που έχει θα πρέπει να καταναλώσει ναρκωτικές ουσίες. Οπότε, με βάση τα προαναφερθέντα, το σύνδρομο στέρησης παρουσιάζεται καθώς ο τοξικομανής δεν κάνει χρήση ηρωίνης με αποτέλεσμα να υποφέρει από ισχυρούς πόνους στο σώμα του, να αλλάζει ξαφνικά και απότομα η θερμοκρασία του, να αισθάνεται έντονα το κρύο, να ιδρώνει συνεχώς, να ανατριχιάζει, να φτερνίζεται, να παρουσιάζει διάρροια και να υποφέρει από αϋπνίες (Φωτόπουλος, 1997).

Το στερητικό σύνδρομο οφείλεται στην λειτουργία του εγκεφάλου ο οποίος για να μπορέσει να λειτουργήσει φυσιολογικά θα πρέπει να αλλάξει την λειτουργία του. Αυτό σημαίνει ότι καθώς το άτομο σταματάει να καταναλώνει ηρωίνη, παρουσιάζονται τα συμπτώματα στέρησης τα οποία διαρκούν περίπου δυο εβδομάδες με την απόλυτη κορύφωση τις πρώτες 36 με 72 ώρες και κατόπιν παύουν ολοκληρωτικά να υπάρχουν. Σε αυτή τη φάση πλέον, ο ανθρώπινος οργανισμός λειτουργεί φυσιολογικά και δεν χρειάζεται την ηρωίνη. Καθώς το

άτομο έχει αποτοξινωθεί, το μόνο πρόβλημα που θα παρουσιάζει θα είναι η αϋπνία και χρειάζεται μεγάλο χρονικό διάστημα ίσως και ένας μήνας για να επανέλθει ο φυσιολογικός ύπνος. Επιπλέον, θα παρουσιάζει μεγάλη αδυναμία, δεν θα είναι σε θέση να εργαστεί και θα είναι συνεχώς κουρασμένο. Ψυχολογικά θα έχει καταρρεύσει παρουσιάζοντας κατάθλιψη. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι εάν το άτομο δεν υποστηρίξει τον εαυτό του δείχνοντας δύναμη έχει πολλές πιθανότητες να υποτροπιάσει.

Η αποτοξίνωση η οποία δεν περιλαμβάνει πόνους στο σώμα πραγματοποιείται λαμβάνοντας ο χρήστης μια εξαρτησιογόνο ουσία που ονομάζεται μεθαδόνη η οποία είναι υποκατάστατο της ηρωίνης και παρουσιάζει διαφορετικές συνέπειες από αυτή. Για να κάνει χρήση μεθαδόνης το άτομο θα πρέπει να παρακολουθείται στενά από τους γιατρούς και το εξειδικευμένο προσωπικό και είναι πολύ βασικό να μειώνεται σταδιακά η αρχική δόση ώστε να επέλθει η ολοκληρωτική απεξάρτηση. Δεν είναι δυνατό να αναφερθεί το διάστημα που χρειάζεται το άτομο για να απεξαρτηθεί ολοκληρωτικά καθώς είναι πολλοί οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται και ο κάθε χρήστης αντιδρά διαφορετικά. (Φωτόπουλος, 1997).

### 1.3 ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η ουσία που εμπεριέχεται στο τσιγάρο είναι η νικοτίνη η οποία είναι ναρκωτικό το οποίο απομνημονεύεται στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα ο οργανισμός καθώς δεν μπορεί να λειτουργήσει χωρίς αυτήν οδηγείται στην εξάρτηση. Το αίμα μεταφέρει οξυγόνο σε όλα τα σημεία του σώματος. Όταν καπνίζουμε η νικοτίνη μεταφέρεται με το αίμα και μειώνεται το οξυγόνο. Καθώς γίνεται πολύ γρήγορα η μεταφορά της νικοτίνης στον εγκέφαλο σε ειδικούς υποδοχείς καταστρέφονται ευαίσθητοι ιστοί.

Το κάπνισμα προκαλεί εθισμό επειδή μέσα στον καπνό εμπεριέχεται νικοτίνη η οποία είναι μια ναρκωτική ουσία. Με το κάπνισμα ανεβαίνει η πίεση του αίματος και οι παλμοί της καρδιάς. Δημιουργείται στερητικό σύνδρομο όταν υπάρχει έλλειψη νικοτίνης. Μέσα στον καπνό εμπεριέχονται 4.000 χημικές ουσίες. Οι 43 από αυτές έχουν καρκινογόνο δράση. Στη συνέχεια αναφέρονται οι πιο επικίνδυνες ουσίες οι οποίες είναι:

- Η πίσσα.
- Η αμμωνία.
- Το κυανούχο άλας.
- Το μονοξειδίο του άνθρακα.
- Η φορμαλδεϋδη.
- Το μεθάνιο.

- Το κάδμιο.
- Το βουτάνιο.
- Η ακετόνη.
- Η γομολάκα.

Επιπλέον, εκτός από τα σοβαρά προβλήματα που δημιουργούνται στον οργανισμό από το κάπνισμα παρουσιάζονται και κάποιες άλλες παρενέργειες όπως είναι: α) η ουλίτιδα, β) η πτώση των οδόντων, γ) καταρράκτης στα μάτια, δ) η οστεοπόρωση και ε) το κιτρίνισμα των δαχτύλων. Με τον όρο παθητικό κάπνισμα νοείται η εισπνοή καπνού που προέρχεται από τα τσιγάρα άλλων ανθρώπων. Το παθητικό κάπνισμα μπορεί να εκδηλώσει καρκίνο και προβλήματα στους πνεύμονες καθώς επίσης και διαταραχές στην καρδιά.

Μια από τις ουσίες που εμπεριέχονται στον καπνό και προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα είναι η πίσσα σε αντίθεση με την νικοτίνη η οποία λειτουργεί σαν ένα μέσο εθισμού. Αρκετά περιστατικά καπνιστών που εκδήλωσαν καρκίνο του πνεύμονα κατέληξαν μέσα σε λίγους μήνες καθώς δεν μπορούσε να πραγματοποιηθεί χειρουργική επέμβαση για να αφαιρεθεί ο όγκος. Περαιτέρω ασθένειες που οφείλονται στο κάπνισμα είναι καρκίνος στα χείλη, τη στοματική κοιλότητα, το λαιμό, το λάρυγγα, την ουροδόχο κύστη, στο πάγκρεας, το στομάχι, τη μήτρα και τα νεφρά (Gratacos et.al. 1993).

Οι χημικές ουσίες νικοτίνη και μονοξειδίο του άνθρακα που εμπεριέχονται στον καπνό οφείλονται για καρδιαγγειακές παθήσεις. Επίσης, με το κάπνισμα δημιουργούνται προβλήματα γονιμότητας και στο γυναικείο αλλά και στο ανδρικό φύλο. Οι γυναίκες που καπνίζουν είναι λιγότερο γόνιμες και έχουν περισσότερες πιθανότητες εάν συλλάβουν να αποβάλλουν από αυτές που δεν καπνίζουν. Στο ανδρικό φύλο υπάρχουν πιθανότητες ανικανότητας καθώς με το κάπνισμα ζημιώνονται τα αιμοφόρα αγγεία.

Στις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος περιλαμβάνονται και τα χαμηλά επίπεδα ορμόνης καθώς μειώνεται το σύνολο της ορμόνης των οιστρογόνων στον ανθρώπινο οργανισμό. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι όταν οι γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια καπνίζουν έχουν μεγάλες πιθανότητες να εκδηλώσουν καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικό.

Οι αρνητικές συνέπειες όμως επηρεάζουν και τα νεογνά τα οποία γεννιούνται από μητέρες καπνίστριες και τα οποία έχουν μεγάλες πιθανότητες να γεννηθούν πρόωρα ή λιποβαρή. Όσον αφορά στα παιδιά των οποίων οι γονείς είναι καπνιστές αυξάνονται οι πιθανότητες να:

- Νοσήσουν από πνευμονία και βρογχίτιδα στον πρώτο χρόνο της ζωής τους.
- Εκδηλώσουν κρίσεις άσθματος.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι εκτός από τις σωματικές βλάβες του ανθρώπινου οργανισμού που οφείλονται στο κάπνισμα παρουσιάζεται και έλλειψη διαύγειας πράγμα που σημαίνει ότι οι χρόνιοι καπνιστές δεν είναι ικανοί να συγκεντρωθούν και χάνουν την αντίληψη τους σε σχέση με τους μη καπνιστές (Kandall , 1991).

#### **1.4 ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Η χρήση των ηρεμιστικών φαρμάκων γίνεται για την εξάλειψη των συμπτωμάτων μιας αγχωτικής και επίπονης κατάστασης. Το άγχος στον κάθε άνθρωπο υπάρχει και θεωρείται φυσιολογικό και αναγκαίο. Ορισμένα άτομα όμως έχουν την τάση να αγχώνονται σε υπερβολικό βαθμό και τους είναι απαραίτητο να χρησιμοποιήσουν ηρεμιστικά φάρμακα. Η κατάσταση στην οποία υποβάλλεται το άτομο πριν την χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων ονομάζεται κρίση πανικού και έχει τα εξής συμπτώματα: α) τρέμουλο σε υπερβολικό βαθμό, β) εσωτερικά ρίγη, γ) αίσθημα πόνου, δ) φόβος ότι κάτι άσχημο θα τους συμβεί.

Από τη στιγμή που θα λάβουν το ηρεμιστικό τότε επέρχεται η μείωση των συμπτωμάτων και κατόπιν η εξάλειψη τους. Με τη χορήγηση των ηρεμιστικών φαρμάκων περιορίζεται το σύστημα επιβράδυνσης του εγκεφάλου Gaba. Τα άτομα τα οποία κατακλύζονται από υπερβολικό άγχος και υποβάλλονται σε κρίσεις πανικού παρουσιάζουν πρόβλημα στο σύστημα Gaba του εγκεφάλου το οποίο δεν έχει τη σωστή λειτουργία με αποτέλεσμα να μην έχει τη δυνατότητα να εξαλείψει την κρίση όπως θα συνέβαινε στα άτομα που αγχώνονται φυσιολογικά. Το σύστημα Gaba ονομάζεται επιβραδυντής καθώς διατηρεί το άγχος στον οργανισμό μας σε φυσιολογικά πλαίσια. Από τη στιγμή που το σύστημα Gaba δεν έχει τη σωστή λειτουργία γίνεται η χρήση ηρεμιστικών και αγχολυτικών φαρμάκων για την εξάλειψη της κρίσης πανικού η οποία προκαλείται από μια υπερβολική, άνευ ορίων αγχωτική κατάσταση. Οι ουσίες οι οποίες εμπεριέχονται στα ηρεμιστικά φάρμακα και σταματούν την κρίση πανικού ονομάζονται βενζοδιαζεπίνες. Η χρήση αυτών των φαρμάκων έχει την αρνητική συνέπεια να δημιουργεί εθισμό. Ορισμένα άτομα όπως έχει αποδειχθεί είναι πιο επιρρεπή και εθίζονται με μεγαλύτερη ευκολία στα ηρεμιστικά φάρμακα από ότι στην ηρωίνη (Gratacos et.al. 1993).

Είναι πάρα πολύ βασικό, τα άτομα που λαμβάνουν ηρεμιστικά χάπια να παρακολουθούνται από τον γιατρό τους ο οποίος θα αποφασίσει για την ποσότητα και για το χρονικό διάστημα χρήσης τους και να είναι ενημερωμένοι ότι η χρήση των συγκεκριμένων φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται για μικρό χρονικό διάστημα ώστε να μην υπάρξει εθισμός. Το πρώτο πράγμα που θα πρέπει να γίνεται στις περιπτώσεις όπου το άτομο κατακλύζεται από υπερβολικό άγχος

πριν την λήψη ηρεμιστικών είναι η αναζήτηση της αιτίας αυτού και η αντιμετώπιση του με φυσικό τρόπο.

## 1.5 ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑ

Η μαριχουάνα αποτελεί ένα μείγμα από αποξηραμένα άνθη, σπόρους και φύλλα του φυτού της ινδικής κάνναβης. Είναι γνωστή και με άλλες ονομασίες όπως χόρτο, μπάφος, weed, ganja κλπ. Η ισχύς του χασίς είναι πολύ πιο δυνατή από την μαριχουάνα. Αυτό συμβαίνει διότι δημιουργείται από ρητίνες του φυτού ινδικής κάνναβης το οποίο είναι το ρετσίνι που εκκρίνεται τον φλοιό της (Gerald et.al 1998).

Η χρήση της μαριχουάνας γίνεται με διάφορους τρόπους εκτός από το τσιγάρο όπως η ανάμειξη με το φαγητό και σαν ρόφημα όπως το τσάι. Οι αρνητικές συνέπειες που προκαλεί η χρήση της μαριχουάνας αφορά την νόσηση πράγμα που σημαίνει ότι οι χρήστες έχουν ασθενέστερη μνήμη και μειωμένη διανοητική αντίληψη. Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνες αποδεικνύεται ότι η μακροχρόνια χρήση της προκαλεί εγκεφαλικές διαταραχές και βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με την ασθένεια της ψύχωσης. Αυτό σημαίνει ότι κάνοντας για πολλά χρόνια χρήση μαριχουάνας υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες το άτομο να νοσήσει από σχιζοφρένεια ή παράνοια.

Ακόμη, για τις γυναίκες που κάνουν χρήση ενώ βρίσκονται σε περίοδο κύησης αυξάνονται οι πιθανότητες το νεογνό να παρουσιάσει γενετικές ανωμαλίες, λευχαιμία καθώς επίσης μπορεί να γεννηθεί πρόωρα και λιποβαρή. Επίσης δημιουργούνται και μελλοντικά αρνητικές συνέπειες στην ανάπτυξη του, στην διανοητική ικανότητα του και στην συγκέντρωση του. Με την μακροχρόνια χρήση μαριχουάνας η μνήμη του ατόμου εξασθενεί καθώς ζημιώνονται τα αγγεία και τα κύτταρα του εγκεφάλου και εμφανίζονται κακώσεις στον εγκέφαλο οι οποίες είναι πολύ πιθανό να είναι νόμιμες. Η πλειοψηφία των χρηστών ταλαιπωρείται από παραισθήσεις και ψυχώσεις (Gratacos et.al. 1993).

Από τα σοβαρότερα προβλήματα που προκαλεί η χρήση μαριχουάνας αφορά τη γονιμότητα καθώς αλλάζει η δομή των σπερματικών κυττάρων με αποτέλεσμα την παραμόρφωση τους. Είναι πιθανό στο ανδρικό φύλο ακόμα και η ελάχιστη χρήση να προκαλέσει στειρότητα. Στο γυναικείο φύλο διαταράσσεται ο εμμηνορροϊκός κύκλος και δημιουργούνται προβλήματα στην κύηση.

Στις αρνητικές συνέπειες περιλαμβάνεται και η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς ο οργανισμός γίνεται πιο επιρρεπής σε διάφορες ασθένειες όπως είναι το κρουλόγημα και η βρογχίτιδα. Τελειώνοντας, η προσωπικότητα του χρήστη μεταβάλλεται Τέλος

παρουσιάζονται αλλαγές στην προσωπικότητα και η διάθεση του χρήστη μεταβάλλεται με αποτέλεσμα να μην μπορεί να έχει τη σωστή αντίληψη για τον κόσμο που τον περιβάλλει.

Η ανοχή είναι ένα χαρακτηριστικό της μακροχρόνιας χρήσης μαριχουάνας πράγμα που σημαίνει ότι με το πέρασμα του χρόνου για να ικανοποιηθεί ο χρήστης θα πρέπει να αυξήσει τις ποσότητες κατανάλωσης της. Ο ψυχολογικός παράγοντας παίζει μεγάλο ρόλο στην εξάρτηση του χρήστη καθώς πολλές φορές χωρίς όμως να είναι αυτονόητο αρκετοί χρήστες προκειμένου να ικανοποιηθούν περισσότερο και να απαλλαγθούν από τα αρνητικά συμπτώματα που έχουν προκληθεί από τη χρήση της μαριχουάνας στρέφονται σε ισχυρότερες ναρκωτικές ουσίες οι οποίες είναι γεγονός ότι θα οδηγήσουν σε μεγαλύτερη εξάρτηση. Σε μια μελέτη που διεξήχθη αποδεικνύεται ότι τα άτομα νεαρής ηλικίας που είναι χρήστες μαριχουάνας έχουν πολύ αυξημένες πιθανότητες να κάνουν χρήση κοκαΐνης (Φωτόπουλος, 1997).

## 1.6 ΚΟΚΑΪΝΗ

Η κοκαΐνη αποτελεί μια ναρκωτική ουσία που στην αρχή χρησιμοποιούταν ως παυσίπονο και είναι σε μορφή σκόνης ή σε κρυσταλλική μορφή. Οι τρόποι με τους οποίους λαμβάνεται είναι μέσω της ρινικής οδού με αποτέλεσμα η σκόνη να εισέρχεται στο αίμα μέσω των ρινικών ιστών και από τη στοματική κοιλότητα. Η κοκαΐνη σε μορφή σκόνης διαλύεται συνήθως σε αδρανείς ουσίες όπως είναι το άμυλο καλαμποκιού, η σκόνη ταλκ και η ζάχαρη ή άλλα ναρκωτικά όπως η προκαΐνη ή οι αμφεταμίνες. Σύμφωνα με στατιστικές μελέτες αποδεικνύεται ότι η κοκαΐνη είναι το δεύτερο διαδεδομένο ναρκωτικό παγκοσμίως και οι χρήστες της ανήκουν σε όλες τις ηλικίες, σε όλα τα επαγγέλματα και σε όλες τις κοινωνικές τάξεις (Χαραλαμπίδης, 2003).

Με τη χρήση κοκαΐνης επέρχεται θάνατος λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας συμφόρησης, καρδιακής προσβολής ή εγκεφαλικής αιμορραγίας. Οι έγκυες γυναίκες που είναι εθισμένες στην κοκαΐνη αυξάνουν τις πιθανότητες να γεννήσουν τα παιδιά τους εθισμένα και τα ίδια και τα οποία δύναται να παρουσιάσουν αρκετές γενετικές ανωμαλίες και πολλά προβλήματα όπως είναι η πρόωρη γέννηση, το χαμηλό βάρος, η μειωμένη ανάπτυξη, αναπηρίες και προβλήματα στον εγκέφαλο και στο νευρικό σύστημα. Δυστυχώς, η χρήση της κοκαΐνης συνεχώς αυξάνεται και από τη στιγμή που το άτομο φτάσει στο σημείο του εθισμού είναι πολύ δύσκολο να ξεφύγει.

Η κοκαΐνη προκαλεί έντονη ψυχολογική εξάρτηση. Η κοκαΐνη αποτελεί μια από τις πιο επικίνδυνες ναρκωτικές ουσίες που οφείλεται για δυσλειτουργίες του εγκεφάλου καθώς



εισχωρεί σε κάποιους υποδοχείς του. Με βάση έρευνες που έχουν διεξαχθεί, αποδεικνύεται ότι τα παιδιά που έρχονται στον κόσμο από μητέρες εθισμένες στην κοκαΐνη ζημιώνονται περισσότερο από όλους καθώς πέφτουν θύματα εκμετάλλευσης από τους ίδιους τους γονείς τους προκειμένου να ικανοποιήσουν τον εθισμό τους. Επίσης, τα περισσότερα ατυχήματα αλλά και θάνατοι οφείλονται στα άτομα που είναι εξαρτημένα και υπό την επήρεια όχι μόνο κοκαΐνης αλλά και άλλων ναρκωτικών ουσιών. (Ψαρούλης, 2009)

Όπως και σε όλες τις ναρκωτικές ουσίες, έτσι και στην κοκαΐνη υπάρχει το στάδιο της ανοχής όπου ο χρήστης θα πρέπει να αυξάνει συνεχώς τις ποσότητες κατανάλωσης του όσο περνάει ο καιρός για να ικανοποιηθεί. Πολλές φορές γίνεται συνδυασμός της κοκαΐνης με άλλες ναρκωτικές ουσίες όπως είναι η αμφεταμίνη, η μαριχουάνα και η ηρωίνη. Κάτι τέτοιο μπορεί να οδηγήσει στον εθισμό δυο ναρκωτικών με αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις τον θάνατο από υπερβολική δόση.

Επιπλέον, περαιτέρω αρνητικές συνέπειες που προκαλούνται από τη χρήση κοκαΐνης είναι:

- Απώλεια όρεξης.
- Ταχυπαλμίες.
- Υψηλή πίεση.
- Αυξημένη θερμοκρασία του σώματος.
- Συστολή των περιφερειακών αιμοφόρων αγγείων.
- Αυξημένος ρυθμός αναπνοής.
- Διεσταλμένες κόρες των ματιών.
- Διαταραχές στον ύπνο.
- Ναυτία.
- Υπερδιέγερση.
- Βίαη συμπεριφορά.
- Παραισθήσεις.
- Υπερβολικές εξάρσεις.
- Οξυθυμία.
- Παραισθήσεις αφής.
- Ανησυχία και παράνοια.
- Κατάθλιψη που μπορεί να οδηγήσει και σε αυτοκτονία.
- Πανικός και ψύχωση.
- Ξαφνικός θάνατος ακόμη και με μία φορά χρήσης.
- Μόνιμες βλάβες στα αγγεία της καρδιάς.

- Υψηλή πίεση αίματος, που οδηγεί σε εγκεφαλικά επεισόδια και θάνατο.
- Βλάβες στο συκώτι στα νεφρά και τους πνεύμονες.
- Καταστροφή των ρινικών ιστών.
- Αναπνευστική ανεπάρκεια.
- Υποσιτισμός.
- Απώλεια βάρους.
- Καταστροφή δοντιών.
- Σεξουαλικές δυσλειτουργίες και υπογονιμότητα. (Χαραλαμπίδης, 2003)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### 2.1 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί από εθνικούς και παγκόσμιους οργανισμούς πληροφόρησης για τα ναρκωτικά η κατάσταση του προβλήματος στην Ελλάδα σχετικά με τον επιπολασμό και τις τάσεις που επικρατούν, διερευνάται διαρκώς, καθώς μέσα απ την παρατήρηση υπάρχουν διακυμάνσεις στα ποσοστά εξάρτησης ανά χρονολογική περίοδο. Τα πιο πρόσφατα δεδομένα σχετικά με την χρήση ουσιών εξάρτησης του μαθητικού πληθυσμού στην Ελλάδα, απορρέουν μέσα από ένα σύνολο ενεργειών έρευνας του ΕΠΠΨΥ(Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας). Η Πανελλήνια έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό εντάχθηκε στην Πανευρωπαϊκή έρευνα ESPAD(European school survey project on alcohol and other drugs) το 1999 και έκτοτε επαναλαμβάνεται ανά τετραετία.

Η πιο σύγχρονη μελέτη με τίτλο «Πανελλήνια έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές» υλοποιήθηκε το έτος 2015 σε μαθητές ηλικίας 16 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας βασίστηκαν στα στοιχεία 3.202 συμπληρωμένων ερωτηματολογίων από 175 λύκεια της χώρας σε παρόμοιο αριθμό αγοριών και κοριτσιών.

Το 2015, ποσοστό 39,2% των 16χρονων μαθητών στη χώρα είχαν καπνίσει τσιγάρο τουλάχιστον μία φορά σε όλη τους τη ζωή. Ποσοστό 11,1% και 2,9% κάπνιζαν καθημερινά και ήταν «βαρείς» καπνιστές, αντίστοιχα, σε υψηλότερο ποσοστό τα αγόρια απ' ότι τα κορίτσια. Το 19,1% ανέφερε πειραματισμό με το ηλεκτρονικό τσιγάρο, κυρίως τα αγόρια και οι 16χρονοι που κάπνιζαν τα κλασικά τσιγάρα.

Τις 30 ημέρες πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας, είχαν καταναλώσει οινοπνευματώδη ποτά έστω και μία φορά ποσοστό 66,2% και δέκα ή περισσότερες φορές το 7,6%, σε σχεδόν διπλάσιο ποσοστό τα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια. Τουλάχιστον ένα περιστατικό πολύ πρόσφατης υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών (τουλάχιστον 5 ποτά στη σειρά σε μία περίπτωση) ανέφερε το 38,2% του δείγματος, σε υψηλότερο ποσοστό τα αγόρια απ' ότι τα κορίτσια. Το 27,6% ανέφερε τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης το τελευταίο έτος.

Περίπου 10,6% είχαν δοκιμάσει στη ζωή τους κάποια παράνομη ουσία, οι μισοί από τους οποίους (5,8%) τουλάχιστον 3 φορές. Υψηλότερο ποσοστό αγοριών απ' ότι κοριτσιών ανέφεραν χρήση «οποιασδήποτε παράνομης ουσίας». Η κάνναβη ήταν η πιο συχνά αναφερόμενη ουσία (9,1%), με σχεδόν τους μισούς από όσους είχαν χρησιμοποιήσει κάνναβη

(4,1%) να καταγράψουν χρήση της ουσίας κατά τον τελευταίο μήνα. . Η έρευνα ESPAD, καταδεικνύει αύξηση της χρήσης της κάνναβης στην Ελλάδα, σε σχέση με το 2007, ενώ σε όλες τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες η επικράτηση της κάνναβης διατηρήθηκε στα ίδια επίπεδα κατά το ίδιο χρονικό διάστημα (Κοκκέβη et.al.2016).

Στην Ελλάδα, επίσης, παρατηρείται το υψηλότερο ποσοστό χρήσης εισπνεόμενων ουσιών στις χώρες της έρευνας ESPAD. Ποσοστό 2,5% ανέφερε χρήση «νέων ψυχοδραστικών ουσιών», κυρίως συνθετικών κανναβινοειδών. Η επικράτηση της χρήσης άλλων παράνομων ουσιών –εκτός κάνναβης και «νέων ψυχοδραστικών ουσιών»– δεν υπερέβαινε το 2% (χρήση έστω και μία φορά σε ολόκληρη τη ζωή). Διαχρονικές τάσεις καταδεικνύουν μείωση στο κάπνισμα (σε όλους τους σχετικούς δείκτες) και στην πρόσφατη κατανάλωση (τον τελευταίο μήνα) οινοπνευματωδών ποτών το 2015 σε σύγκριση με το 2011 και το 2007. Μειώσεις παρατηρήθηκαν και στην υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών αλλά μόνο το 2015 σε σχέση με το 2011, και μόνο στα αγόρια. Την τελευταία δετία, δεν καταγράφηκαν σημαντικές μεταβολές στη χρήση «οποιασδήποτε παράνομης ουσίας» ή κάνναβης. Διαχρονικές τάσεις 30 ετών (1984–2015) καταδεικνύουν γραμμικές μειώσεις στο κάπνισμα σε ολόκληρη τη ζωή και στο πρόσφατο κάπνισμα, παρόμοιες και στα δύο φύλα, και μειώσεις στο «βαρύ» κάπνισμα μετά το 1999 στα κορίτσια και το 2003 στα αγόρια, καθώς και στο καθημερινό κάπνισμα μετά το 1999 στα αγόρια. Μειώσεις καταγράφηκαν επίσης στην κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, με τη μείωση στη συχνή και τη βαριά κατανάλωση να παρατηρείται από το 2011 και μετά (Κοκκέβη et.al.2016).

Από το 2003 και ύστερα, τα ποσοστά στη χρήση παράνομων ουσιών σταθεροποιήθηκαν, ακολουθώντας αυξήσεις έως και το 1999. Παρά τις μειώσεις στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τους 16χρονους στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, οι παρεμβάσεις οφείλουν να συνεχιστούν. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην πρόληψη της υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών και των νέων προτύπων χρήσης, που περιλαμβάνουν το ηλεκτρονικό τσιγάρο και τις «νέες ψυχοδραστικές ουσίες».

Ακόμα περιγράφονται παλαιότερα στοιχεία τα οποία προέρχονται από την Πανελλήνια Έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών η οποία υλοποιήθηκε το 2014 από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) στο πλαίσιο της διεθνούς επιδημιολογικής έρευνας WHO-HBSC. Στην έρευνα συμμετείχε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 4.141 μαθητών ηλικίας 11, 13 και 15 ετών οι οποίοι ρωτήθηκαν μεταξύ άλλων για τη συχνότητα και τη βαρύτητα χρήσης οινοπνευματωδών. Σχεδόν ένας στους τρεις εφήβους ανέφερε ότι ήπια αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά τις τελευταίες 30 ημέρες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας, ένας στους δέκα ότι

κατανάλωσε τουλάχιστον τρία ποτά σε μία περίπτωση και ένας στους πέντε ότι μέθυσε τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του. Η μύρα είναι το είδος αλκοολούχου ποτού που οι περισσότεροι 15χρονοι έφηβοι προτιμούν να πίνουν τουλάχιστον σε μηνιαία βάση : {ΕΠΨΥ 2015 (Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Καναβού Ε., Σταύρου Μ. Εξαρτητικές συμπεριφορές στην εφηβεία: Μέρος Α. Χρήση ουσιών. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2015)}. Όσο αφορά το κύριο είδος αλκοολούχου ποτού, παρατηρείται μείωση στα ποσοστά κατανάλωσης για οινοπνευματώδη υψηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ ξενικής προέλευσης, όπως ούισκι, βότκα, κονιάκ κτλ. και μια αντίστοιχη αύξηση στα ποσοστά κατανάλωσης για οινοπνευματώδη υψηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ εγχώριας προέλευσης, όπως ούζο, τσίπουρο, ρακί, κτλ. γεγονός που οφείλεται κυρίως στο ότι οι τιμές αγοράς των πρώτων είναι αρκετά υψηλότερες σε σχέση με τις τιμές αγοράς των δεύτερων { Δοκιμή / χρήση παράνομων ουσιών χρηστών αλκοόλ (2011 - 2014)-ΕΚΤΕΠΝ 2016}.

Σχετικά με την επικράτηση της χρήσης ουσιών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας τα πιο πρόσφατα στοιχεία απορρέουν απ την εργασία με τίτλο " πανελλήνια έρευνα για την κατανάλωση οινοπνευματωδών και την συνδεδεμένη βλάβη στον γενικό πληθυσμό η οποία πραγματοποιήθηκε από το ΕΠΨΥ το έτος 2015 στο πλαίσιο της υλοποίησης της Κοινής Δράσης για τον περιορισμό της Βλάβης από το Αλκοόλ (Joint Action, [www.rarha.eu](http://www.rarha.eu)) σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.519 ατόμων ηλικίας 18-64 ετών με τηλεφωνικές συνεντεύξεις.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, και παρά τις διαφορές στη μεθοδολογία μεταξύ των δύο πιο πρόσφατων ερευνών, το 2015 σε σχέση με το 2004, αυξάνεται η χρήση κάνναβης στους ώριμους ενήλικες, άτομα ηλικίας 35-49 ετών, όχι μόνο στο επίπεδο του πειραματισμού με την ουσία, αλλά και της πρόσφατης χρήσης. Τα στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου που αφορούν την Ελλάδα, φαίνεται ότι στους νέους, ηλικίας 15-24 ετών, το 2014 το ποσοστό της χρήσης «νέων» ψυχοδραστικών ουσιών ήταν αυξημένο κατά περίπου 3 ποσοστιαίες μονάδες συγκριτικά με το 2011, αύξηση παρόμοια με εκείνη που παρατηρήθηκε και στο σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών.

Από το 1998 το Δίκτυο του Συστήματος Έγκαιρης Προειδοποίησης (ΣΕΠ) του ΕΚΤΕΠΝ συλλέγει στοιχεία για νέες ουσίες και αναδυόμενες τάσεις στη χρήση ουσιών. Τα τελευταία πέντε χρόνια (2011-2015) παρατηρείται αύξηση στον αριθμό νέων ουσιών που εντοπίζονται στη χώρα μας. Αυτές οι ουσίες ανήκουν κυρίως σε δύο μεγάλες χημικές ομάδες, τα παράγωγα συνθετικών καθινόνων που έχουν διεγερτική δράση και οι συνθετικοί αγωνιστές υποδοχέων κανναβινοειδών (συνθετικά κανναβινοειδή) που μιμούνται τις επιδράσεις της δέλτα-9-

τετραϋδροκανναβινόλης (THC), το βασικό δραστικό συστατικό της κάνναβης. Κατά τη χρονική περίοδο 2011-2015 εντοπίστηκαν στη χώρα μας 38 νέες ψυχοδραστικές ουσίες, εκ των οποίων οι δέκα πέντε (N=15) αφορούν συνθετικά κανναβινοειδή, οι δώδεκα (N=12) παράγωγα συνθετικών καθινόνων και οι πέντε (N=5) φαιραιθυλαμίνες (με διεγερτική, εντακτογόνα και παραισθησιογόνα δράση). Το 2015 ο αριθμός των νέων ψυχοδραστικών ουσιών που εντοπίστηκαν για πρώτη φορά στη χώρα μας ήταν μεγαλύτερος σε σχέση με τα προηγούμενα έτη. Η συντριπτική πλειοψηφία των νέων ψυχοδραστικών ουσιών ανήκουν στην κατηγορία των συνθετικών ουσιών (ΕΚΤΕΠΝ 2016).

## **2.2 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

Σύμφωνα με προκαταρκτικά στοιχεία της έρευνας HBSC του 2010, που δημοσιεύονται στην ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου (Ευρωπαϊκό Κέντρο, 2011), η διαγραφόμενη τα τελευταία χρόνια (2006-2010) τάση στη χρήση κάνναβης είναι σταθερή ή και μειούμενη σε αρκετές χώρες, ενώ αύξηση στα ποσοστά καταγράφεται εκτός από την Ελλάδα στη Δημοκρατία της Τσεχίας, στη Λετονία, στη Λιθουανία, στη Ρουμανία και στη Σλοβενία. Σύμφωνα με στοιχεία της έρευνας Ευρωβαρόμετρο, που υλοποιήθηκε σε 27 ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα από τη Metronanalysis την άνοιξη του 2011 σε 504 νέους ηλικίας 15-25 ετών με τηλεφωνική συνέντευξη, χρήση κάνναβης αναφέρεται από το 10% των νέων του δείγματος, με την πλειονότητα αυτών (7%) να αναφέρει χρήση τον τελευταίο χρόνο.

Ο ευρωπαϊκός μέσος όρος ήταν 26%, με το 14% να αναφέρει χρήση τον τελευταίο χρόνο. Η Ελλάδα μαζί με την Ουγγαρία, τη Μάλτα και την Κύπρο καταγράφουν τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης κάνναβης. Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας Ευρωβαρόμετρο, οι νέοι στην Ελλάδα σε σύγκριση με το μέσο όρο των 27 ευρωπαϊκών χωρών που συμμετείχαν στην έρευνα: (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

- Αναφέρουν από τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης των legal highs (ποικιλία νέων ουσιών με τη μορφή σκόνης, χαπιών ή βοτάνων).
- Σε υψηλότερο συγκριτικά ποσοστό αναφέρουν ότι υπάρχουν «σοβαροί κίνδυνοι» από τη 1-2 φορές χρήση κάνναβης (38%, έναντι 23% του ευρωπαϊκού μέσου) και κοκαΐνης (72%, έναντι 66%), ενώ σε χαμηλότερο ποσοστό βλέπουν κινδύνους από τη 1-2 φορές χρήση της ουσίας Έκσταση (54%, έναντι 59% του ευρωπαϊκού μέσου).

- Σε ποσοστό διπλάσιο συγκριτικά με το μέσο ευρωπαϊκό όρο θεωρούν ότι είναι «αδύνατον» να έχουν πρόσβαση στην ηρωίνη (47%, έναντι 24% του ευρωπαϊκού μέσου), στην κοκαΐνη (42%, έναντι 19%), στην ουσία Έκσταση (41% έναντι 20%), στην κάνναβη (28% έναντι 11%). Μεταξύ των χωρών που συμμετείχαν στην έρευνα μόνο η Κύπρος και η Φιλανδία καταγράφουν παρόμοια ποσοστά με την Ελλάδα. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)
- Σε χαμηλότερο συγκριτικά ποσοστό αναφέρουν ότι προκειμένου να ενημερωθούν για τις ουσίες και τη χρήση θα χρησιμοποιούσαν το ίντερνετ (45%, έναντι 64% του ευρωπαϊκού μέσου), τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (9%, έναντι 15%) ή κάποιον φίλο (23%, έναντι 37%), ενώ σε υψηλότερο ποσοστό αναφέρουν τους γονείς και τους συγγενείς (35%, έναντι 28%) και ιδιαίτερα τις εξειδικευμένες υπηρεσίες (ειδικούς, κέντρα πρόληψης, θεραπευτικά κέντρα) (38%, έναντι 20%).
- Τέλος, σε χαμηλότερο συγκριτικά ποσοστό θα υποστήριζαν αυστηρά μέτρα (ποινές) για τους χρήστες ναρκωτικών ως μέτρα αντιμετώπισης του προβλήματος (17%, έναντι 33% του ευρωπαϊκού μέσου) (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

#### **3.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**

Τα κύρια παράγωγα του καπνού που ευθύνονται για τη δυσμενή του επίδραση στην έκβαση της κύησης, είναι το μονοξειδίο του άνθρακα και η νικοτίνη. Μέσω της διαπλακουντικής επικοινωνίας της μητέρας με το έμβρυο, η νικοτίνη ανιχνεύεται στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου σε υψηλότερα επίπεδα από τη νικοτίνη που ανιχνεύεται στις ίδιες τις μητέρες κατά  $1,12 + 0,30$ . Επίσης και τα επίπεδα νικοτίνης που ανιχνεύτηκαν στο αμνιακό υγρό είναι υψηλότερα από εκείνα που ανιχνεύτηκαν στο πλάσμα του αίματος των μητέρων κατά 1,54. Με αποτέλεσμα η νικοτίνη να μειώνει την παροχή του οξυγόνου προς το έμβρυο, συντελώντας στη μη φυσιολογική ανταλλαγή των αερίων μέσα στον πλακούντα. Ως εκ τούτου η έκθεση αυτή οδηγεί στην αύξηση της μέσης αρτηριακής πίεσης του εμβρύου.

Ομοίως το μονοξειδίο του άνθρακα διαπερνά τον πλακούντα και μπορεί να ανιχνευθεί στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου σε επίπεδα άνω του 15% των επιπέδων του μονοξειδίου του άνθρακα που ανιχνεύονται στις μητέρες, προκαλώντας μείωση του διαθέσιμου οξυγόνου προς το έμβρυο. Αποτέλεσμα της στέρησης οξυγόνου είναι τα νεογνά αυτά να γεννιούνται με μικρότερο βάρος και μήκος και να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας κατά τη νεογνική περίοδο (Cole et.al.2002).

Αποτέλεσμα του καπνίσματος κατά την κύηση είναι να συνδέεται μεταξύ άλλων με πρόωρο τοκετό και με αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα. Το ποσοστό της αύξησης της περιγεννητικής θνησιμότητας λόγω του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη ανέρχεται στο 150% και της αύξησης των πρόωρων τοκετών στο 15%. Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι αυξημένη στα νεογνά των εγκύων καπνιστριών ανεξάρτητα από τον αριθμό των τσιγάρων που αυτές καπνίζουν ημερησίως. Κύρια αιτία είναι η ανοξία και η προωρότητα, που οφείλεται στις συχνές αιμορραγίες από αποκόλληση πλακούντα ή προδρομικό πλακούντα και πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων. Η περιγεννητική θνησιμότητα μειώνεται σε σημαντικό βαθμό όταν οι έγκυες σταματήσουν το κάπνισμα το τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Επίσης η κατανάλωση καπνού βρέθηκε ότι προκαλεί πρόωρη γήρανση του πλακούντα, εντάσσοντας τις εγκύους καπνίστριες σε πρόγραμμα κύησης υψηλού κινδύνου.

Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που ευθύνονται για τις παραπάνω επιπτώσεις είναι η έκθεση τόσο της μητέρας, όσο και του εμβρύου στη νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα. Η νικοτίνη έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί την απελευθέρωση κάποιων ουσιών που προκαλούν



σύσπαση των αγγείων με αποτέλεσμα τη μείωση της «μητροπλακουντιακής ροής αίματος» και της μεταφοράς θρεπτικών ουσιών και οξυγόνου στο έμβρυο. Έχει υπολογιστεί ότι η συγκέντρωση νικοτίνης στο έμβρυο είναι 10% έως 15% υψηλότερη σε σχέση με τα επίπεδα νικοτίνης που ανιχνεύονται στη μητέρα. Το μονοξειδίο του άνθρακα συνδέεται με την αιμοσφαιρίνη και παράγεται μια ουσία η οποία εμποδίζει τη μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς (Gerald et.al. 1998). Μέσω της εφαρμογής των υπερήχων ελέγχονται κάποια ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά του εμβρύου. Έχει λοιπόν διαπιστωθεί ότι έμβρυα όπου οι μητέρες τους καπνίζουν έχουν μειωμένο μήκος σώματος, περίμετρο κεφαλής αλλά και διαστάσεων των σπλάχνων. Αυτά βέβαια ποικίλουν ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνει η εγκυμονούσα.

Πιθανή είναι επίσης η εμφάνιση τερατογένεσης στο έμβρυο, η οποία κλινικώς εκδηλώνεται ως ανεγκεφαλία, διαμαρτίες του κεντρικού νευρικού συστήματος και συγγενείς καρδιοπάθειες. Υπάρχει και η περίπτωση κάποιο νεογνό να γεννηθεί με το «σύνδρομο εμβρύου καπνίσματος» (fetal tobacco syndrome). Τα χαρακτηριστικά των εμβρύων αυτών είναι ότι το σωματικό τους βάρος είναι μικρότερο από 2.500 γραμμάρια, έχουν ρυτίδες στο πρόσωπο και έκφραση δυσaréσκειας (Πουλόπουλος, 1995).

Όσον αφορά στην ίδια την εγκυμονούσα, έχει παρατηρηθεί ότι αν αυτή καπνίζει μπορεί να της παρουσιαστούν συχνές αιμορραγίες, αυτόματες αποβολές, πρόδρομος πλακούντας, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα και άλλες μαιευτικές επιπλοκές. Επίσης οι γυναίκες αυτές έχουν μικρότερη μέση αρτηριακή πίεση από τις μη καπνίστριες και αν εκδηλώσουν τοξιναιμία έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να χάσουν το παιδί τους έναντι των μη καπνιστριών. Τέλος, αναλύσεις του πλακουντιακού υλικού σε μητέρες καπνίστριες έχουν δείξει νεκρωτικές βλάβες σε ιστούς, μικροέμφρακτα, ατροφικά αγγεία ως αποτέλεσμα αγγειοσύσπασης και ισχαιμίας (Μισουρίδου, 2004).

### **3.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**

Οι πιθανές επιπτώσεις που τυχόν να έχει η κατάχρηση της αλκοόλης στο έμβρυο είχαν γίνει ήδη γνωστές το 18ο αιώνα στη Μεγάλη Βρετανία. Την εν λόγω εποχή, παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση στην κατανάλωση του τζιν ιδιαίτερα από τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Το παραπάνω γεγονός ανάγκασε το «Βασιλικό Κολλέγιο των Ιατρών του Λονδίνου» να απευθύνει αίτηση στη Βουλή για τον περιορισμό κατανάλωσης της αλκοόλης λόγω του μεγάλου αριθμού νεογέννητων παιδιών με σοβαρές διαταραχές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλές από τις αλκοολικές μέλλουσες μητέρες να συλληφθούν και όπως είναι φυσικό

αναγκάστηκαν να γεννήσουν στη φυλακή προκειμένου να περιοριστεί σημαντικά ο αριθμός των 'προβληματικών' νεογνών (Πομίνη, κ.α. 2002.).

Ως εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται «το άθροισμα μορφολογικών και κλινικών στοιχείων που εμφανίζει το νεογέννητο, του οποίου η μητέρα καταναλώνει οινόπνευμα κατά τη κύηση». Ο όρος αυτός επικράτησε κατά τη δεκαετία του 1970 και περιγράφει μια χαρακτηριστική εμβρυοπάθεια. Και όταν ακόμα δεν εκδηλώνεται το σύνδρομο αυτό σε πλήρη μορφή, πολλά νεογέννητα παρουσιάζουν επιμέρους κλινικές εκδηλώσεις και σημεία του συνδρόμου. Στις περιπτώσεις αυτές αναφέρονται οι εμβρυικές αλκοολικές συνέπειες, διαταραχές ανάπτυξης νευρικού συστήματος λόγω αλκοόλ ή προγεννητική έκθεση στο αλκοόλ. Η συχνότητα του συνδρόμου και των επιμέρους κλινικών εκδηλώσεων κυμαίνεται, ανάλογα με τον πληθυσμό και τα κριτήρια, από 1: 25.000 έως 1: 500 γεννήσεις, ενώ σε γυναίκες αλκοολικές παρατηρείται στο 1/3 των γεννήσεων. Το εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο αποτελεί την πιο χαρακτηριστική και εντυπωσιακή κλινική εκδήλωση από όλες τις παθήσεις και προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ από έγκυες και θηλάζουσες μητέρες. Χαρακτηρίζεται από ευρύ φάσμα ανωμαλιών, που κυμαίνονται από ελαφρές παρεκκλίσεις από το φυσιολογικό μέχρι την πλήρη έκφρασή του. Το πλήρες σύνδρομο παρουσιάζει μορφολογικές διαταραχές, διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος, της σωματικής ανάπτυξης και τέλος άλλες συγγενείς ανωμαλίες (Kaltenbach et.al. 1998).

Οι μορφολογικές διαταραχές αφορούν στο πρόσωπο, το οποίο παρουσιάζει επιπέδωση, φαινόμενο, που κάνει τα παιδιά με το σύνδρομο να μοιάζουν αρκετά μεταξύ τους. Ακόμη, χαρακτηριστικά του συνδρόμου αυτού είναι η μικροκεφαλία, το λεπτό άνω χείλος, οι μικρές βλεφαρικές σχισμές, ο στραβισμός, η καθίζηση της ρίζας της μύτης και η μεγάλη απόσταση στόματος μύτης. Συνήθως η κάτω γνάθος είναι μικρή κατά τη γέννηση και κάποιες φορές αυτή η μικρογναθία παραμένει σε όλη τη ζωή. Σε μεγαλύτερη ηλικία είναι δυνατόν το άτομο να παρουσιάζει προγναθισμό (Kaltenbach et.al. 1998).

Η συχνότερη εκδήλωση βλάβης του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι η νοητική καθυστέρηση, συνήθως μετρίου μορφής (δείκτης νοημοσύνης, IC 50- 80). 51 Άλλες νευρολογικές εκδηλώσεις, που εμφανίζονται συχνά κατά τη νεογνική περίοδο είναι ο τρόμος και η υπέρτονια· εντούτοις, οι σπασμοί σε αυτή την ηλικία είναι σπάνιοι. Επιπλέον, αλλοιώσεις και προβλήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος μπορεί να είναι συναισθηματική αστάθεια, διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχή του ύπνου, έλλειψη προσοχής. Ακόμη, ευερεθιστότητα, σύνδρομο υπερκινητικότητας, μειωμένο αντανακλαστικό θηλασμό, διαταραχή της κινητικής ανάπτυξης, χαμηλό βάρος, μήκος σώματος και κρανιακής

περιμέτρου τόσο κατά τη γέννηση όσο και αργότερα. Συχνές συγγενείς ανωμαλίες είναι οι καρδιοπάθειες, το λυκόστομα, ανωμαλίες του ουροποιητικού και μυοσκελετικού συστήματος. Τα παιδιά που πάσχουν από αυτό το σύνδρομο έχουν προδιάθεση για ωτίτιδα και απώλεια της ακοής (Kaltenbach et.al. 1998).

### **3.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΟΚΑΙΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**

Η κοκαΐνη προκαλεί εσπευσμένα εθισμό τη μητέρα και θεωρείται ευρέως ότι με το πέρασμά της στο πλακούντα έχει διάφορες καταστρεπτικές επιπτώσεις στο έμβryo, συμπεριλαμβάνοντας την αποβολή, την ανεπαρκή ανάπτυξη, τα εγκεφαλικά επεισόδια και τις συγγενείς ανωμαλίες. Επιπρόσθετα, λόγω του ότι προκαλεί συσπάσεις στα αγγεία και λιγότερο στη μήτρα, επηρεάζει αρνητικά τη κυκλοφορία του αίματος στο έμβryo. Προκαλεί ακόμα, αγγειοσύσπαση στον πλακούντα με αποτέλεσμα εμβρυική υποξία και ισχαιμικές νεκρώσεις διαφόρων μελών και οργάνων του εμβρύου. Κάποιες άλλες συνέπειες της χρήσης αυτής της ουσίας είναι η αποκόλληση του πλακούντα, ο πρόωρος τοκετός, η περιγεννητική θνησιμότητα και η τερατογένεση, όπως και άλλες διαταραχές στην διάπλαση των νεογνών.

Άλλες συνέπειες στο έμβryo μπορεί να είναι η καθυστέρηση της ουρηθρικής του ανάπτυξης, το χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης, η μικρή περιφέρεια κεφαλής, η μικροκεφαλία και το μειωμένο μήκος του σώματος. Επίσης σε πιο σπάνιες περιπτώσεις παρατηρείται εγκεφαλοπάθεια και ισχαιμία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Αυτά, μπορεί να σχετίζονται και με την ελλιπή ή κακή διατροφή της μητέρας, με την έλλειψη προγεννητικής φροντίδας αλλά και με την πολλαπλή χρήση διαφορετικών τοξικών ουσιών (Unicri, 2013).

Άξιο αναφοράς είναι και το ενδεχόμενο μειωμένης ή και ανύπαρκτης μεταφοράς θρεπτικών ουσιών διαμέσου του πλακούντα. Μωρά που είχαν συνεχή έκθεση στην κοκαΐνη πριν γεννηθούν, εμφανίζουν μερικές φορές δυσκολίες στην πρόσληψη τροφής και διαταραχές ύπνου. Ως νεογνά, κάποια παρουσιάζουν τρέμουλο και μπορεί να ξεκινήσουν να κλαίνε με το παραμικρό, ακόμα και με ένα απαλό άγγιγμα ή έναν ήχο. Συνεπώς, αυτά τα παιδιά μπορεί να έχουν δυσκολίες στο να νιώσουν άνετα και βολικά και θα μπορούσαν να περιγραφούν ως ακοινώνητα, εσωστρεφή και αδιάφορα (Center for Evaluation of Risks to Human Reproduction). Η χρήση κοκαΐνης μπορεί να επιφέρει βλάβες και στην διανοητική εξέλιξη του παιδιού. Τέτοιες είναι προβλήματα στην μάθηση, στην λεπτή κινητικότητα, στην ταχύτητα αντανακλαστικών και στην συμπεριφορά. Τα μωρά που γεννιούνται από μητέρες που κάνουν

χρήση της συγκεκριμένης ουσίας, χαρακτηρίζονται ως ευερέθιστα, έχουν υπερβολική αντίδραση στα ερεθίσματα και δεν έχουν συντονισμό (Κώσταλος, 1996).

### **3.4 ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ**

Ο όρος κατάχρηση ουσιών αναφέρεται στη συνεχή χρήση ουσιών, παρά τα σχετικά προβλήματα που δημιουργούνται σε οργανικό και κοινωνικό επίπεδο καθώς και στις διαπροσωπικές σχέσεις (Λυκερίδου κ.α. 2006). Η επαναλαμβανόμενη κατάχρηση έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να αδυνατούν να εκπληρώσουν τις βασικές υποχρεώσεις που προϋποθέτει ο γονεϊκός ρόλος, ενώ παράλληλα μπορεί να υπάρξουν νομικά προβλήματα σχετικά με τη χρήση ουσιών. Οποιαδήποτε κατανάλωση αλκοόλ ή παράνομων ουσιών στην κύηση θεωρείται κατάχρηση (APA). Η χρήση και η εξάρτηση από ψυχοτρόπους ουσίες αναγνωρίζεται πλέον ως ένα σύνθετο φαινόμενο, που προκύπτει ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ατομικών, οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων μεταξύ τους. Ένα φαινόμενο με συνιστώσες οικονομικές, πολιτιστικές, ιστορικές, αλλά και πολιτικές. Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός γυναικών χρηστριών, αρκετές από τις οποίες είναι μητέρες ή εγκυμονούσες, είναι φαινόμενο που παρουσιάζεται στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες τα τελευταία χρόνια (Λυκερίδου κ.α. 2006). Συμπερασματικά, οι γυναίκες που εθίζονται σε ναρκωτικές ουσίες συνήθως έχουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα από ότι οι άνδρες, έχουν υπάρξει πιο πολλά τραυματικά γεγονότα στην ζωή τους και γι αυτό είναι και πιο ευάλωτες στην χρήση ουσιών. Η χρήση ουσιών είναι πολλές φορές ένας τρόπος για να ξεπεράσουν τους προσωπικούς τους φόβους και τις τραυματικές εμπειρίες. Μια εξαρτημένη γυναίκα είναι εκτεθειμένη σε περισσότερους κινδύνους και σε πιο πολλές απειλές από έναν άνδρα (Λυκερίδου κ.α. 2006). Συνήθως η εγκυμοσύνη γίνεται αντιληπτή από την χρήστρια μητέρα σε προχωρημένο στάδιο, είτε λόγω της αμηνόρροιας και της ψευδούς πεποίθησης ότι επειδή κάνουν χρήση ναρκωτικών δεν υπάρχει πιθανότητα να μείνουν έγκυες, είτε λόγω της παραμέλησης και έκθεσης του σώματός τους στη σεξουαλική επαφή χωρίς αντισυλληπτικές προφυλάξεις, παρότι ο κίνδυνος μόλυνσης από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες είναι πραγματικά πολύ μεγάλος στις σχέσεις τους. Πολλοί λένε ότι το παιδί αυτής της μάνας δεν έχει «προϊστορία», εννοώντας μ' αυτό ότι δεν βιώθηκε από την ίδια αρχικά ως επιθυμία, ως φαντασίωση. Η εξαρτημένη μητέρα, πολλές φορές βιώνει την εγκυμοσύνη σαν ατύχημα, σαν απρόβλεπτο γεγονός και μπορεί να επιδιώξει την άμβλωση. Το παιδί, ως σημείο αναφοράς, θα αποκαταστήσει την χαμένη ενότητα και θα της δώσει τον σκοπό που της διαφεύγει. Ο

ενθουσιασμός αυτός βέβαια, πολλές φορές ξεφουσκώνει γρήγορα μετά την γέννηση του παιδιού, όταν συνειδητοποιεί τις τεράστιες απαιτήσεις του καινούριου της ρόλου και τη δυσκολία της να ανταποκριθεί σε αυτόν. Κι εκεί, βιώνει το δίλημμα «το παιδί ή την ουσία», το οποίο χαρακτηρίζει την αμφιθυμική στάση της προς το βρέφος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, άλλες φορές να είναι φροντιστική απέναντι στο παιδί, να του προσφέρει αγάπη και γενικά να του καλύπτει τις ανάγκες και την επόμενη στιγμή να έχει αλλάξει τελείως συμπεριφορά. Η έλλειψη σταθερότητας στην γονεϊκή συμπεριφορά, μια συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από στιγμές τραυματικής απουσίας και στιγμές έντονης παρουσίας, η τόσο μεγάλη ανικανότητα του παιδιού να προβλέψει την συμπεριφορά της μητέρας, προκαλούν έντονο άγχος στο παιδί (Λυκερίδου κ.α. 2006). Επειδή πολλές γυναίκες διστάζουν να αποκαλύψουν ότι έκαναν χρήση ουσιών πριν ή κάνουν χρήση κατά τη διάρκεια της κύησης αυτής, τα στοιχεία αναφορικά με τον επιπολασμό της χρήσης ουσιών είναι ποικίλα. Το 15% περίπου, των εγκύων κάνουν κατάχρηση ουσιών (Κώσταλος, 1996). Από τυφλές έρευνες που διενεργήθηκαν στα ούρα εγκύων γυναικών, που νοσηλεύονταν σε νοσοκομεία των ΗΠΑ προέκυψε, ότι τα ποσοστά των γυναικών που έκαναν κατάχρηση ουσιών ήταν παρόμοια ανεξαρτήτως ηλικίας, φυλής και κοινωνικής τάξης, παρά το γεγονός, ότι οι ουσίες διέφεραν μεταξύ τους ανάλογα με τη φυλή και την κοινωνική τάξη. Οι Αφροαμερικάνες και φτωχές γυναίκες, καταλάωναν σε μεγαλύτερο ποσοστό απαγορευμένες ουσίες, ιδιαίτερα κοκαΐνη, ενώ οι λευκές γυναίκες, καταλάωναν συχνότερα αλκοόλ (Κώσταλος, 1996). Το 10% των εγκύων, που συμμετείχαν σε μία εθνική έρευνα ανέφεραν ότι είχαν καταναλώσει αλκοόλ, το 4% ότι είχαν μεθύσει και τι 1% περίπου ότι είχαν κάνει κατάχρηση αλκοόλ το μήνα πριν τη διεξαγωγή της έρευνας. Οι καταστροφικές συνέπειες του αλκοόλ και των παράνομων ουσιών στις εγκύους και τα αγέννητα παιδιά τους είναι καλά τεκμηριωμένες. Το αλκοόλ και τα άλλα ναρκωτικά διέρχονται εύκολα τον πλακούντα. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, όπως αιμορραγικές επιπλοκές, αυτόματες εκτρώσεις, θνησιογένεια, προωρότητα, χαμηλό βάρος γέννησης και σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου. Συγγενείς ανωμαλίες παρατηρούνται επίσης στα νεογνά μητέρων που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Με μία εξαίρεση, η ασφαλέστερη κύηση είναι εκείνη κατά την οποία η μητέρα δεν κάνει χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών παρόλα αυτά στις γυναίκες που είναι εθισμένες στα οπιοειδή, η συνέχιση της θεραπείας με μεθαδόνη είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της κύησης. Λιγότερες από 10% των γυναικών που κάνουν κατάχρηση ουσιών κατά τη διάρκεια της κύησης υποβάλλονται σε θεραπεία. Ο κοινωνικός στιγματισμός, ο χαρακτηρισμός και οι ενοχές αποτελούν σημαντικούς ανασταλτικούς φραγμούς. Οι γυναίκες συχνά δεν αναζητούν βοήθεια στο πρόβλημα τους φοβούμενες μήπως χάσουν την κηδεμονία

του παιδιού ή παιδιών τους ή μήπως κατηγορηθούν. Οι έγκυες, που κάνουν κατάχρηση ουσιών, αγνοούν συνήθως τους τρόπους με τους οποίους οι ουσίες αυτές βλάπτουν τις ίδιες, την κύηση και το βρέφος τους. Συχνά, οι έγκυες που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, είναι αποδέκτες αρνητικής ανατροφοδότησης από την κοινωνία, καθώς και από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι όχι μόνο τις κατηγορούν για έκθεση της ζωής του εμβρύου τους σε κίνδυνο, αλλά πιθανόν και να αρνηθούν την υποστήριξή τους. Επιπρόσθετα, οι φραγμοί των συστημάτων απεξάρτησης από τις ουσίες αυτές ενδέχεται να αποθαρρύνουν τις γυναίκες αυτές. Τα προγράμματα απεξάρτησης στο παρελθόν, δεν ασχολούνται με θέματα που αφορούν τις έγκυες γυναίκες, όπως η ταυτόχρονη ανάγκη για νοσηλευτική φροντίδα και φροντίδα του νεογνού και των μεγαλύτερων παιδιών. Οι μεγάλες λίστες αναμονής και έλλειψης ασφάλειας υγείας, αποτελούν πρόσθετους φραγμούς στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Οι έγκυες που κάνουν κατάχρηση ουσιών και παράλληλα πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές, βρίσκονται αντιμέτωπες με μεγάλους φραγμούς, λόγω του κοινωνικού στιγματισμού σχετικά και με τις δύο καταστάσεις, της επαρκούς ενημέρωσης και εκπαίδευσης για τη διαχείριση των διαταραχών αυτών. Λόγω του κινδύνου που διατρέχει το έμβρυο, οι γυναίκες που κάνουν κατάχρηση ουσιών συχνά έρχονται αντιμέτωπες με κατηγορίες εγκληματικότητας, υπό την ευρεία έννοια της κακοποίησης των παιδιών και της θεσπισμένης νομοθεσίας σχετικά με τις παράνομες ουσίες. Σε ορισμένες πολιτείες, οι έγκυες που κάνουν κατάχρηση ουσιών κατηγορούνται επειδή έμειναν έγκυες ενώ είναι εξαρτημένες. Ορισμένοι νομοθέτες πρότειναν τη φυλάκιση, τον κατοίκον περιορισμό και την παραπομπή σε ψυχιατρικές κλινικές για το υπόλοιπο της κύησης των εγκύων που κάνουν κατάχρηση ουσιών. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προστατεύουν τις γυναίκες αυτές από τη δίωξη. Στην περίπτωση αυτή, που οι γυναίκες αυτές διωχθούν νομικά, το πιθανότερο είναι να αποφεύγουν τις επισκέψεις στο σύστημα υγείας και να λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα (Κώσταλος, 1996).

### **3.5 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΗΡΩΙΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**

Τα βρέφη μητέρων που είναι εθισμένες στην ηρωίνη ή στη μεθαδόνη, είναι πιθανών να γεννηθούν πρόωρα, με χαμηλό σωματικό βάρος και να είναι ευάλωτα σε αναπνευστικές παθήσεις. Έχουν τις διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν λίγο μετά τη γέννησή τους, σε σχέση με τα βρέφη μη εθισμένων μητέρων της ίδια κοινωνικοοικονομικής τάξης. Άλλο χαρακτηριστικό αυτών είναι ότι γεννιούνται με τον εθισμό και πρέπει να τους χορηγηθεί, σύντομα μετά τη γέννηση, μια από τις δυο ουσίες. Αυτό συμβαίνει προκειμένου να αποφευχθεί η δοκιμασία του στερητικού συνδρόμου, το οποίο μπορεί να απειλήσει τη ζωή τους (Κώσταλος, 1996). Όταν η μητέρα είναι χρήστρια αυτών των ουσιών, το αγέννητο παιδί, εθίζεται παθητικά σε αυτές καθώς διαπερνούν εύκολα την πλακουντική μεμβράνη και εισέρχονται στην εμβρυική κυκλοφορία. Όταν λάβει χώρα ο τοκετός, το νεογνό αποστερείται την ουσία με την οποία έχει εθιστεί με αποτέλεσμα να εμφανίσει συμπτώματα τα οποία αποτελούν το « σύνδρομο αποστέρησης » ή « σύνδρομο εξάρτησης ». παρά το γεγονός ότι τα νεογνά φαίνονται φυσιολογικά κατά τον τοκετό, παρ' όλα αυτά αρχίζουν να εκδηλώνουν συμπτώματα αποστέρησης της ηρωίνης μέσα σε 12 έως 24 ώρες. Αν η μητέρα έκανε χρήση μεθαδόνης τα συμπτώματα εμφανίζονται κάπως αργότερα, από μία ή δύο μέρες μέχρι μία εβδομάδα ή περισσότερο μετά την γέννηση. Οι εκδηλώσεις γίνονται περισσότερο έντονες ανάμεσα στις 48 έως 72 ώρες της ηλικίας του νεογνού και μπορεί να διαρκέσουν από έξι μέρες μέχρι οχτώ εβδομάδες, ανάλογα με την βαρύτητα της αποστέρησης (Λούφτη κ.α. 2009).

Οι κλινικές εκδηλώσεις της αποστέρησης είναι η υπερευερεθιστότητα, η οποία μπορεί να επιμείνει για τρεις με τέσσερις μήνες, ο τρόμος (τρεμούλιασμα), οι αφύσικες κραυγές, η ανησυχία, η μυϊκή υπερτονία, το υψίσυγχο και διαπεραστικό κλάμα, ο αχόρταγος θηλασμός των χεριών, οι φτωχές διατροφικές συνήθειες, η υπερδραστηριότητα, η αδυναμία προσοχής, ο ελάχιστος και διαταραγμένος ύπνος, ο μειωμένος κινητικός έλεγχος η εφίδρωση, η ταχύπνοια, οι εκδορές γονάτων και προσώπου, το συχνό φτέρνισμα και χασμουρητό, οι αναγωγές και οι εμετοί μετά την σίτιση, ο χαμηλός πυρετός, η διάρροια και οι σπασμοί (Μαρσέλος, 1994).

### **3.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΧΑΣΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**

Η μαριχουάνα πολλές φορές λανθασμένα θεωρείται ως ένα «ασφαλές ναρκωτικό». Παρόλα αυτά η έκθεση σε κανναβιδοειδή μπορεί να επηρεάσει και να επιβραδύνει την πρώιμη

εμβρυική ανάπτυξη καθώς και να μειώσει την διάρκεια της εγκυμοσύνης οδηγώντας σε μία πρόωρη γέννηση. Και οι δύο αυτοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν στο να έχει το νεογνό χαμηλό βάρος γέννησης. Μετά την γέννηση κάποια μωρά που εκτίθονταν συχνά σε μαριχουάνα παρουσιάζουν τρέμουλο, ρίγος και άλλα συμπτώματα όπως το εκτεταμένο και χωρίς αιτία κλάμα (ΕΚΤΕΠΝ, 2016)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΓΚΥΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Σε κάποια κράτη μέλη όσον αφορά στη νομοθεσία που αφορά τις έγκυες που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η εγκυμοσύνη αποτελεί κριτήριο το οποίο μπορεί να διευκολύνει τη διαδικασία για αίτηση θεραπείας υποκατάστασης, στην περίπτωση της χρήσης οπιοειδών. Η θεραπεία βέβαια απαιτεί τη συναίνεση της μητέρας, εντούτοις όπως αναφέρουν χώρες όπως η Φινλανδία και η Σουηδία, είναι πολύ δύσκολο από νομικής άποψης να προστατευθεί η υγεία του εμβρύου. Για παράδειγμα, με σκοπό την προστασία της υγείας του εμβρύου, μπορεί η μητέρα να υποχρεωθεί σε θεραπεία. Εντούτοις, λόγω του ότι τα δικαιώματα ξεκινούν να υφίστανται με τη γέννηση, η προστασία του εμβρύου δεν μπορεί να παραβιάσει τα δικαιώματα της μητέρας για προσωπική επιλογή για θεραπεία (ΕΚΤΕΠΝ, 2016). Όσον αφορά στην υποχρεωτική θεραπεία της εγκύου, και στις δυο προαναφερθείσες χώρες, υπάρχουν προτάσεις για αλλαγή της. Στην Ολλανδία, η αναγκαστική θεραπεία υπό μορφή προγεννητικής επίβλεψης είναι νομικά εφικτή όταν η έγκυος έχει ολοκληρώσει κύηση 24 εβδομάδων. Είναι επίσης πιθανή η αναγκαστική εισαγωγή της εγκύου σε ψυχιατρική πτέρυγα νοσοκομείου, ο νόμος αυτός όμως σπάνια εφαρμόζεται αφού έχει θεσπιστεί για την αντιμετώπιση θεμάτων ψυχικής υγείας. Παρόλα αυτά, ένα από τα νομικά θέματα που προκύπτουν είναι οι αντιφάσεις μεταξύ των διάφορων νόμων. Για παράδειγμα, η προστασία της ευημερίας του παιδιού, μπορεί να συγκρούεται με το δικαίωμα του γονέα στην ανατροφή των παιδιών του και πολλές φορές οι μητέρες κρύβουν ή αρνούνται την εγκυμοσύνη τους από φόβο μήπως χάσουν την κηδεμονία του παιδιού (ΕΚΤΕΠΝ, 2016).

Όσον αφορά στη διαθέσιμη θεραπεία στην Ευρώπη, η θεραπεία υποκατάστασης σε συνδυασμό με κοινωνική εργασία και συμβουλευτική, είναι η βασική πρακτική που εφαρμόζεται για τη θεραπεία της χρήσης ηρωίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η μεθαδόνη είναι το υποκατάστατο που χορηγείται συνήθως για τη θεραπεία οπιοειδών στην Ευρώπη. Εντούτοις, σε κάποιες χώρες, μπορεί να συνταγογραφηθεί βουπρενορφίνη ή μορφίνη, όταν είναι διαθέσιμες. Σε αριθμό χωρών (Γερμανία, Ιρλανδία, Λετονία, Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο) η μεθαδόνη αναφέρεται ως η κύρια ουσία υποκατάστασης, ενώ σε άλλες χώρες (Νορβηγία, Εσθονία), η βουπρενορφίνη είναι η πρώτη επιλογή θεραπείας (ΕΚΤΕΠΝ, 2016).

Με βάση προτάσεις οι οποίες ακολουθούν διεθνή πρότυπα, σε κάποιες χώρες οι έγκυες γυναίκες έχουν προτεραιότητα όσον αφορά στην ένταξη τους για θεραπεία. Από την άλλη

όμως, τα πρωτόκολλα που αφορούν στη θεραπεία των εγκύων γυναικών που κάνουν χρήση οπιοειδών, αυτά ενδέχεται να διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Σε αρκετές χώρες η θεραπεία υποκατάστασης συστήνεται σε οποιαδήποτε στιγμή της εγκυμοσύνης, ενώ η αποτοξίνωση πρέπει να αποφεύγεται αυστηρά, ειδικά κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης για να αποτρέψει τυχόν γενετικές ανωμαλίες και αποβολή και κατά το τρίτο τρίμηνο, για αποτροπή πρόωρου τοκετού (Συλλογικό έργο, 2010). Οκτώ χώρες ανέφεραν κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την παροχή υπηρεσιών που απευθύνονται σε έγκυες γυναίκες και τα νεογνά τους, η πλειοψηφία των οποίων αφορούν στη θεραπεία υποκατάστασης. Σε χώρες όπως η Γερμανία, το Ην. Βασίλειο, η Ιρλανδία και η Ρουμανία, παρέχονται κατευθυντήριες γραμμές στο γενικότερο πλαίσιο θεραπείας υποκατάστασης, όπου οι έγκυες γυναίκες αποτελούν ειδική υπό- ομάδα, ενώ στην Ουγγαρία, τη Νορβηγία και τη Σουηδία, έχουν αναπτυχθεί ξεχωριστές ειδικές κατευθυντήριες γραμμές (Συλλογικό έργο, 2010).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ**

#### **5.1 ΕΙΔΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ**

Το Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες δημιουργήθηκε από το θεραπευτικό πρόγραμμα ΙΘΑΚΗ το Νοέμβριο του 2001. Προσφέρει υπηρεσίες σε εξαρτημένες μητέρες παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας, καθώς και σε εξαρτημένες εγκύους. Πρόκειται για το πρώτο πρόγραμμα στην Ελλάδα που δίνει τη δυνατότητα σε εξαρτημένες μητέρες να ενταχθούν σε μακροχρόνια θεραπευτική διαδικασία προσφέροντάς τους ταυτόχρονα λύση στο θέμα της φύλαξης και της φροντίδας των παιδιών τους. Οι μητέρες - μέλη του προγράμματος παρακολουθούν το καθημερινό πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας ΙΘΑΚΗ (9 π.μ. με 5 μ.μ.) συμμετέχοντας σε όλες τις δραστηριότητες. Τον υπόλοιπο χρόνο (απογεύματα, βράδια και Σαββατοκύριακα) βρίσκονται μαζί με τα παιδιά τους. Επίσης, το Πρόγραμμα είναι εξωτερικής παρακολούθησης και οι μητέρες μπορούν να συνεχίσουν να εργάζονται και να μένουν στο σπίτι τους. Για εκείνες που δεν μπορούν να διαμένουν σε αυτό, έχουν κατασκευαστεί και χρησιμοποιούνται πέντε ανεξάρτητα σπίτια στο χώρο της ΙΘΑΚΗΣ (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Για τις ώρες που τα παιδιά δεν βρίσκονται μαζί με τις μητέρες τους υπάρχει ειδικά διαμορφωμένος χώρος φύλαξης και δημιουργικής απασχόλησης που λειτουργεί με τη φροντίδα βρεφονηπιοκόμου και παιδοψυχολόγου, καθώς και υπαίθριος παιδότοπος. Εκεί προσφέρονται δραστηριότητες οργανωμένου παιχνιδιού, κουκλοθέατρου, θεατρικού παιχνιδιού, μουσικοκινητικής και εικαστικών. Βασικός στόχος του προγράμματος είναι και η υποστήριξη της σχέσης μητέρας και παιδιού και η ενίσχυση των μητέρων στο γονικό τους ρόλο μέσα από την παροχή εκπαίδευσης για θέματα διατροφής, εξελικτικής ανάπτυξης του παιδιού, σχέσεων στην οικογένεια, παιδικών ασθενειών και εμβολιασμών και άλλα. Επίσης παρέχεται ιατρική παρακολούθηση στα παιδιά (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

#### **5.2 ΕΙΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ & ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ**

Η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ διαμόρφωσε το 2006 το πρώτο Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες και τα παιδιά τους, που λειτουργεί στην Ελλάδα, στα πλαίσια του

ΕΣΥ. Σε αυτό γίνεται η πρώτη επαφή της εξαρτημένης γυναίκας και μητέρας με το θεραπευτικό πρόγραμμα. Συγκεκριμένα:

- Πραγματοποιείται η ευαισθητοποίηση της εξαρτημένης μητέρας στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης, η σταθεροποίηση της απόφασής της, η εμπλοκή της στη θεραπευτική διαδικασία και η ένταξή της στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα μέσα από ατομικές συνεδρίες, ομάδες ψυχοθεραπείας, ομάδες έκφρασης
- Παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες και στήριξη ως προς την αντιμετώπιση των πολλαπλών ψυχοκοινωνικών και ιατρικών προβλημάτων της ίδιας και του παιδιού της σε άμεση συνεργασία με φορείς κι υπηρεσίες που σχετίζονται με τη φροντίδα του παιδιού (νομικές εκκρεμότητες, ιατρικές εξετάσεις, εκτίμηση της αναπτυξιακής πορείας του παιδιού) και με ειδική μέριμνα για τις περιπτώσεις απώλειας της επιμέλειας (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

### **Τμήμα ψυχολογικής απεξάρτησης, Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γυναικών και Μητέρων**

Σε αυτό πραγματοποιείται η Β΄ φάση του προγράμματος, κατά την οποία η εξαρτημένη γυναίκα και μητέρα μέσα από διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες (ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, δραματοθεραπεία, εργοθεραπεία, μουσικοθεραπεία, κ.α.) προσπαθεί να συνειδητοποιήσει τους πραγματικούς λόγους που την οδήγησαν στην εξάρτηση και να αναζητήσει καινούριους τρόπους ζωής, χωρίς ωστόσο να αναγκαστεί να αποχωριστεί το παιδί της για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Κατά τη φάση αυτή:

- Οι μητέρες, έγκυες ή με παιδιά μικρότερα των πέντε χρόνων, διαμένουν σε ένα περιβάλλον προστατευμένο και απόλυτα προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες τους.
- Έχουν πλήρη ιατρική παρακολούθηση και κάλυψη.
- Συμμετέχουν σε όλες τις θεραπευτικές δραστηριότητες του προγράμματος.
- Συμμετέχουν σε ειδικές δραστηριότητες, με τη σταθερή στήριξη ψυχολόγων , βρεφονηπιοκόμων και ειδικών θεραπειών, με στόχο την αντίληψη των σωματικών , συναισθηματικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών των παιδιών, την ανταπόκριση σε αυτές και την ενδυνάμωση του μεταξύ τους δεσμού.

Τα παιδιά:

- Συμμετέχουν σε δραστηριότητες ομαδικές ή ατομικές, ψυχοπαιδαγωγικού χαρακτήρα και δημιουργικής απασχόλησης.

- Παρακολουθούνται συστηματικά από εξειδικευμένους ψυχολόγους, ενώ λαμβάνεται μέριμνα για την κάλυψη όποιων αναπτυξιακών, ιατρικών ή άλλων αναγκών
- Παρακολουθούν το πρόγραμμα του νηπιαγωγείου ή του παιδικού σταθμού της περιοχής αν αυτό κρίνεται θεμιτό. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες το παιδί μιας θεραπευόμενης είναι άνω των πέντε χρονών και δεν μπορεί να ακολουθήσει τη μητέρα, εξασφαλίζεται η τακτική επαφή σε όλη τη διάρκεια της κλειστής φάσης. Για το διάστημα αυτό το παιδί παρακολουθείται από εξειδικευμένο ψυχολόγο (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

### **Τμήμα κοινωνικής επανένταξης**

Πρόκειται για την Γ' φάση του προγράμματος, όπου προετοιμάζεται η επάνοδος κι ένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Εκτός από την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία οι θεραπευόμενες καλούνται να συμμετέχουν σε ομάδες θεάτρου, μουσικής, τέχνης, φωτογραφίας και άλλες. Για τις μητέρες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα διαμονής λειτουργεί κοινωνικός ξενώνας. Η μητέρα στηρίζεται, ώστε να αναλάβει πλέον την ευθύνη ανατροφής του παιδιού καθώς και την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών του (φροντίδα, υγειονομική κάλυψη, συμμετοχή στο εκπαιδευτικό σύστημα, και άλλα) (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΧΡΗΣΗΣ ΕΘΙΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ**

#### **6.1 ΠΡΟΛΗΨΗ**

Με τον όρο πρόληψη εννοούμε τα μέτρα τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται για να αποφευχθεί η χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών και των συνεπειών τους οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την ανθρώπινη υγεία και σωματικά και ψυχολογικά. Το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς αποτελεί μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να διερευνά και να αντιμετωπίζει τις αιτίες και τους παράγοντες που δημιουργούν έξαρση σε αυτό το φαινόμενο και να αποτρέπει την εκδήλωσή του. Η πρόληψη σε γενικές γραμμές έχει τεράστιες διαστάσεις που αφορά τους τομείς όπως είναι ο κοινωνικός, ο επιστημονικός και ο ιατρικός. Εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και διακρίνεται σε πολλά επίπεδα. Η ανάπτυξη της αφορά μια συνολική στρατηγική που αναφέρεται στην επιστημονική έρευνα και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της (Συλλογικό έργο, 2010).

#### **6.2 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Αναμφίβολα, στις περισσότερες περιπτώσεις οι έγκυες από φόβο ή ντροπή αποκρύπτουν από τους αρμόδιους την έλξη τους στα ναρκωτικά ή δεν απευθύνονται καθόλου σε αυτούς μέχρι κάποιο πολύ προχωρημένο στάδιο της κύησης. Πρέπει να καταστεί σαφές ότι η προγεννητική φροντίδα κρίνεται απαραίτητη και ότι και η τοξικομανής έγκυος πρέπει να συμμετέχει σε αυτή (Πουλόπουλος, 2005). Σε κάθε φάση της ζωής της χρήστριας, το κίνητρο για θεραπεία ποικίλλει. Άλλες φορές η χρήστρια αισθάνεται τόσο καταπονημένη και φοβισμένη από τις δυσκολίες και τις συνέπειες (στερητικά συμπτώματα ή άλλα κοινωνικά προβλήματα), τις οποίες προκαλεί η χρήση, που επιθυμεί διακαώς την αποχή, ενώ σε άλλες περιόδους η ίδια η χρήστρια μπορεί να αρνείται να εγκαταλείψει την χρήση, να φοβάται τη στέρηση ή να αισθάνεται ακόμα και υπερήφανη για τον τρόπο ζωής της, εκτιμώντας τον εαυτό της ως άτομο έξυπνο, χειριστικό και αντισυμβατικό. Για τους παραπάνω λόγους, η θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να σχεδιάζεται για κάθε χρήστρια σε σχέση με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον της, καθώς και το βαθμό της επιθυμίας της για αλλαγή. Η μη επικριτική προσέγγιση, υποστηρίζεται ότι ενθαρρύνει τις γυναίκες να αναζητήσουν τις υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας, και επιπλέον έχει αναγνωριστεί η ανάγκη για παροχή

των πρόσθετων υπηρεσιών. Οι επαγγελματίες υγείας προκειμένου να προσελκύσουν και να διατηρήσουν τις έγκυες χρήστριες στην προγεννητική φροντίδα, θα πρέπει να εξετάσουν και να τις βοηθήσουν στα σύνθετα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στη ζωή τους (Λιαππάς κ.α.2004).

Ο στόχος της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι δώσει ώθηση στο άτομο αλλά και στην κοινωνία να αντιληφθεί τους κινδύνους που εγκυμονούν με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών καθώς μέσα στο κοινωνικό σύνολο υπάρχει η αντίληψη ότι οι ναρκωτικές ουσίες προσφέρουν ευχαρίστηση και λύνουν κάθε είδους πρόβλημα.

Ο εθισμός από ναρκωτικές ουσίες είτε είναι νόμιμες είτε παράνομες αποτελεί ένα πολύπλευρο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα στο οποίο έχουν πολύ σημαντικό ρόλο η προσωπικότητα του ατόμου, το οικογενειακό περιβάλλον και το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο που το περιβάλλει. Την τελευταία εικοσαετία, μετά από πολλές προσπάθειες καθώς το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών είχε αυξηθεί πραγματοποιούνται προγράμματα τα οποία αφορούν την πρόληψη. Ορισμένοι θεωρούν ότι η πρόληψη θα πρέπει να γίνεται με την ενημέρωση και κάποιοι θεωρούν ότι ο εκφοβισμός έχει καλύτερα αποτελέσματα.

Όσον αφορά το κοινωνικό περιβάλλον καταβάλλονται προσπάθειες πρόληψης ώστε να μειωθεί το πρόβλημα μέσα από τα μέτρα επιβολής του νόμου και τον κοινωνικό έλεγχο. Μέχρι και σήμερα όμως το πρόβλημα διαιωνίζεται χωρίς να υπάρχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα από αυτές τις προσπάθειες.

Η εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες αποτελεί ένα φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα, έχει πολλές διαστάσεις και αφορά όλες τις κοινωνικές και οικονομικές τάξεις. Στην επιστημονική κοινότητα, οι επαγγελματίες υγείας συνειδητοποιώντας την εξάρτηση του προβλήματος και τις αρνητικές συνέπειες που δημιουργούνται από την εξάρτηση στον ανθρώπινο οργανισμό και στην ψυχική υγεία του προσάρμοσαν τα προγράμματα πρόληψης σε προγράμματα που επικεντρώνονται στην αρωγή και στην ενίσχυση των παραγόντων που προστατεύουν την ψυχική υγεία του ατόμου. Απευθύνονται σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και έχουν σαν στόχο να μειώσουν τη ζήτηση και να διαμορφώσουν στο κάθε άτομο μια υγιή προσωπικότητα με αισιοδοξία για τη ζωή (Unicri, 2013).

Η πρωτοβάθμια πρόληψη εστιάζεται σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτου ηλικίας στοχεύοντας περισσότερο στα άτομα τα οποία είναι υπεύθυνα για την διαπαιδαγώγηση και την ανατροφή παιδιών όπως είναι οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί.

Πρακτικά η πρωτοβάθμια πρόληψη στην κοινότητα εφαρμόζεται σε μια μονάδα κοινωνικής ψυχιατρικής όπου υπάρχει και λειτουργεί η επιτροπή ψυχικής υγείας. Ο νοσηλευτής καθώς

αποτελεί μέλος αυτής της ομάδας παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο και μπορεί να εστιάσει στα πιο σημαντικά σημεία (Χαραλαμπίδης, 2003).

Η ενημέρωση αποτελεί τον βασικότερο ρόλο για την πρόληψη. Ο κοινοτικός νοσηλευτής καθώς ανήκει στην ομάδα ψυχικής υγείας σχεδιάζει εκπαιδευτικά προγράμματα έχοντας σαν βάση την ενημέρωση. Μέσα από έρευνες αποδεικνύεται ότι τα προγράμματα πρωτοβάθμιας πρόληψης που είχαν σαν βάση την πληροφόρηση δεν προσέφεραν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Αυτό συμβαίνει διότι τα μηνύματα που μεταδίδονταν μέσα από αυτά τα προγράμματα επικεντρώνονταν στους κινδύνους και στις τεράστιες αρνητικές συνέπειες από τη χρήση προσπαθώντας να δημιουργήσουν συναισθήματα φόβου. Αρκετές φορές όμως όλες αυτές οι πληροφορίες ήταν υπερβολικές με αποτέλεσμα να αμφισβητούνται και να χάνουν την αξιοπιστία τους (Συλλογικό έργο, 2010).

Όσον αφορά τις στρατηγικές πρόληψης είναι πολύ βασικό για να είναι εκπαιδευτική η πληροφόρηση να επικεντρώνεται στο γεγονός ότι βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με τη διαπαιδαγώγηση του ατόμου. Επιπλέον στις στρατηγικές πρόληψης θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην ανάγκη να προσαρμοστεί η πληροφορία στο επίπεδο της ικανότητας του πληθυσμού ο οποίος θα μπορεί να την αφομοιώσει ανάλογα με το στάδιο ανάπτυξης του.

Όσον αφορά την «συναισθηματική προσέγγιση», επικεντρώνεται στους παράγοντες οι οποίοι είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με την τοξικομανία και όχι με την συμπεριφορά του εξαρτημένου ατόμου.

Οι προσπάθειες που καταβάλλονται για την πρόληψη του φαινομένου θα πρέπει να έχουν σαν στόχο να αναπτύξουν τις κατάλληλες γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες στο κάθε άτομο ώστε να μπορέσει να προβάλλει αντίσταση απέναντι στον κόσμο των ναρκωτικών. Παράλληλα είναι πάρα πολύ σημαντικό να υπάρξει το κατάλληλο οικογενειακό και κοινοτικό περιβάλλον που θα του παρέχει θετική υποστήριξη. Επιπλέον, η ένταξη της πρωτοβάθμιας πρόληψης στον εκπαιδευτικό τομέα μέσω ειδικών προγραμμάτων μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα καθώς το σχολικό περιβάλλον είναι το πιο κατάλληλο πλαίσιο εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων διότι κατακλύζεται από νέους οι οποίοι είναι πιο επιρρεπή. Επιπλέον, ένας πολύ σημαντικός ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να συμβάλλει στην ένωση των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών με το εκπαιδευτικό σύστημα.

Η μεθοδολογία που εφαρμόζεται στο σχολικό περιβάλλον έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

• Την προσπάθεια να δοθεί η δυνατότητα στα άτομα να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία, τις κοινωνικές τους δεξιότητες και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

• Την προσπάθεια ενίσχυσης της εκτίμησης του εαυτού τους και της μείωσης σημείων αποξένωσης.



Û Την προσπάθεια να δοθεί στους νέους η δυνατότητα να διευκρινίσουν τις αξίες.

Û Την προσπάθεια να ενθαρρύνουν τη λήψη αποφάσεων, την ενεργητική μάθηση και την ελευθερία επιλογής ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Ο εκπαιδευτικός κλάδος ο οποίος μπορεί να λειτουργήσει προληπτικά πάνω σε αυτό το φαινόμενο φαίνεται να είναι αναγκαίος αλλά όχι αρκετός. Αυτό συμβαίνει διότι τα άτομα νεαρής ηλικίας επηρεάζονται ως επί το πλείστον από άτομα εκτός σχολικού περιβάλλοντος με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να προβάλλει αντίσταση. Είναι αποδεδειγμένο μέσα από έρευνες ότι οι χρήστες ουσιών που μέλη οικογένειας μαθητών ή φίλοι αποτελούν πολύ σημαντικούς παράγοντες κινδύνου.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής αποτελεί έναν κρίκο που συνδέεται με την κοινότητα και την οικογένεια. Αποτελεί το άτομο εκείνο όπου έχει γνώση των ιδιαιτεροτήτων του κάθε οικογενειακού περιβάλλοντος και ότι ο τρόπος που οι γονείς διαπαιδαγωγούν τα παιδιά τους βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Οι γονείς θα πρέπει να βάζουν όρια στα παιδιά τους, να θεσπίζουν κανόνες και να προσπαθούν να ενισχύσουν την αυτονομία και την υπευθυνότητα τους.

Για να πραγματοποιηθεί όμως κάτι τέτοιο είναι πολύ βασική η συμβολή του κοινοτικού νοσηλευτή ο οποίος παρεμβαίνοντας θα δώσει τις κατάλληλες συμβουλές ώστε να έχουν την ικανότητα οι γονείς να συζητούν με τα παιδιά τους ανοιχτά και με απόλυτη ειλικρίνεια δημιουργώντας μια σχέση εμπιστοσύνης.

Αρκετές περιπτώσεις ατόμων που έχουν απεξαρτηθεί είχαν σοβαρά προβλήματα στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες παρατηρείται ότι τα νεαρά άτομα τα οποία είναι ανώριμα και έχουν προβλήματα συμπεριφοράς προέρχονται από ένα οικογενειακό περιβάλλον όπου οι γονείς τους είναι ήδη εξαρτημένοι από ουσίες ή από το αλκοόλ χωρίς να έχουν θετική αντίληψη για τη ζωή, εμφανίζοντας συμπτώματα κατάθλιψης. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει το κατάλληλο πρότυπο με το οποίο τα παιδιά να ταυτιστούν.

Ο απώτερος στόχος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να συμβάλλει στην καθοδήγηση των ατόμων που είναι υπεύθυνοι για τη διαπαιδαγώγηση και την ανατροφή παιδιών ώστε να μπορέσουν με τον κατάλληλο τρόπο να βοηθήσουν τα παιδιά τους να προβάλλουν αντίσταση στις ναρκωτικές ουσίες (Shapiro, 2009).

Τα παιδιά όπως είναι γνωστό μέσα από το οικογενειακό τους περιβάλλον μαθαίνουν να χρησιμοποιούν ουσίες όπως είναι το αλκοόλ ή τα φάρμακα. Χρησιμοποιώντας στο σπίτι ορθά και με μέτρο ουσίες όπως είναι το αλκοόλ μειώνεται ο κίνδυνος χρήσης ουσιών από τα παιδιά. Οι γονείς είναι πολύ βασικό με κάθε τρόπο να προστατεύουν τα παιδιά τους.

Τις περισσότερες φορές οι έφηβοι δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και έχουν διάφορες ανησυχίες. Γι αυτό το λόγο είναι πολύ βασικό οι γονείς να τους παρέχουν αυτό το αίσθημα εμπιστοσύνης και αξιοπιστίας και να αναγνωρίζουν τις αξίες των παιδιών τους ενδυναμώνοντας την προσωπικότητα τους συμβάλλοντας στην αντιμετώπιση των δυσκολιών τους. Οι γονείς θα πρέπει να ενθαρρύνουν τα παιδιά τους και να τα επαινούν για τις προσπάθειες που καταβάλλουν (Συλλογικό έργο, 2010).

Επιπλέον σημαντικός είναι και ο χρόνος που ξοδεύουν οι γονείς για τα παιδιά τους καθώς όσο περισσότερο χρόνο ξοδεύουν τόσο καλύτερα αντιλαμβάνονται τις σκέψεις και τους προβληματισμούς των παιδιών τους κάτι το οποίο συμβάλλει στην αποφυγή χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Ένα από τα σημαντικότερα λάθη που κάνουν οι γονείς στα παιδιά τους προκειμένου να τα προστατέψουν είναι να τα απομονώνουν από τους φίλους και τις παρέες τους. Τα νεαρά άτομα που βρίσκονται στην εφηβική ηλικία είναι πολύ πιο επιρρεπή στην χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών καθώς τις περισσότερες φορές μιμούνται άτομα από τον περίγυρο τους. η απομόνωση τους όμως από τις παρέες τους δεν βοηθάει αλλά δημιουργεί τα αντίθετα αποτελέσματα. Αυτό που είναι πολύ βασικό και θα πρέπει να πράξουν οι γονείς είναι να διδάξουν στα παιδιά τους να μην επηρεάζονται από τους φίλους τους που είναι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών.

Προσπαθώντας να ξεφύγουν τα νεαρά άτομα από τις απαιτήσεις και τα προβλήματα της κοινωνίας καταφεύγουν στον κόσμο των ναρκωτικών. Γι αυτό το λόγο το οικογενειακό περιβάλλον πρέπει να προωθεί τα παιδιά να δραστηριοποιούνται δημιουργικά και να ασχολούνται με την γυμναστική, τα καλλιτεχνικά, τα σχολικά προγράμματα, τα κοινοτικά προγράμματα κλπ. (Συλλογικό έργο, 2010).

Στην περίπτωση που παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα οι πρώτοι που θα πρέπει να το συνειδητοποιήσουν είναι οι γονείς. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να τους ενημερώσει για τις συμπεριφορές που δηλώνουν ανησυχία οι οποίες είναι:

- Αλλαγή στη συνολική νοοτροπία, στάση και στην προσωπικότητα του παιδιού χωρίς να υπάρχει άλλη αναγνωρίσιμη αιτία.
- Αλλαγές στους φίλους, νέοι χώροι στους οποίους συχνάζει το παιδί, αποφυγή των παλιών φίλων.
- Αλλαγή δραστηριοτήτων.
- Πτώση των βαθμών στο σχολείο η της απόδοσης στην εργασία.
- Απώλεια ενδιαφέροντος για την οικογένεια.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση, μνήμη.
- Απώλεια κινήτρων, ενέργειας και αυτοεκτίμησης.

- Ξαφνικές εξάρσεις υπερευαισθησίας, θυμού.
- Ευερεθιστότητα ή νευρικότητα.
- Παρανοϊκές σκέψεις .
- Υπερβολική ανάγκη για απομόνωση.
- Μυστικοπάθεια ή ύποπτη συμπεριφορά.
- Εμπλοκή σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα.
- Ανειλικρίνεια.
- Ανεξήγητη ανάγκη χρημάτων, κλοπή.
- Κατοχή σχετικών για χρήση φαρμάκων και ουσιών.

Όλες οι προαναφερθέντες αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου υποδηλώνουν μια ανησυχία και είναι πολύ σημαντικό να δίνεται η απαραίτητη σημασία και στην περίπτωση προβλήματος η άμεση επέμβαση σε κάποιον ειδικό.

Συνοψίζοντας, οι βασικές αρχές σχεδιασμού και εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων πρόληψης τις οποίες ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει όταν συμμετέχει στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης ως μέλος της επαγγελματικής ομάδας ψυχικής υγείας είναι:

Ø «*Η γνώση για τις συνέπειες της χρήσης δεν αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την αποφυγή της*».

Ø «*Η πρόληψη είναι μια σύνθετη και μακρόχρονη διαδικασία που στοχεύει στην ανάδειξη και συνειδητοποίηση των αιτιολογικών παραγόντων της χρήσης*».

Ø «*Η πρόληψη δεν είναι υπόθεση μόνο των ειδικών αλλά απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα)*».

Ø «*Το περιεχόμενο και η μεθοδολογία εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των πληθυσμιακών ομάδων στις οποίες απευθύνονται, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες τους και τα αιτήματά τους όπως αυτά εκφράζονται*».

Ø «*Η εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης μπορεί να έχει αποτελέσματα μόνο στο βαθμό που εντάσσεται σε ένα πλαίσιο μακρόπνοης πολιτικής της τοπικής κοινότητας αλλά και γενικότερα της χώρας*» (Συλλογικό έργο, 2010).

Στην πρωτοβάθμια πρόληψη ο κοινοτικός νοσηλευτής εργάζεται με σκοπό να δημιουργήσει και να αναπτύξει τη συνεργασία της κοινότητας και της ομάδας ψυχικής υγείας ώστε να

προωθήσει τα προγράμματα πρόληψης προσπαθώντας με τον οποιοδήποτε τρόπο να συμμετάσχουν όσο το δυνατόν περισσότεροι πολίτες.

Γι αυτό το λόγο λοιπόν, θα πρέπει να γνωρίζει άριστα όλο το κοινωνικό προφίλ της κοινότητας, το μορφωτικό επίπεδο της, τα ιστορικά στοιχεία και τη σύνθεση του πληθυσμού της. Δεν θα πρέπει να αντιγράψει προφίλ άλλων κοινοτήτων διότι κάτι τέτοιο θα επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα τα οποία είναι πιθανό να μην μπορέσει να επιλύσει.

Επιπλέον, είναι πολύ βασικό στα πλαίσια της εργασίας του να ευαισθητοποιήσει και τους πολιτικούς παράγοντες της κοινότητας προωθώντας την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης και συμμετέχοντας και όλοι οι οργανισμοί της κοινότητας.

Η επιτυχία των στόχων της πρωτοβάθμιας πρόληψης που αφορά τις εξαρτησιογόνες ουσίες πραγματοποιείται καθώς μειώνεται ο αριθμός των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο της απεξάρτησης (Συλλογικό έργο, 2010).

### **6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η δευτεροβάθμια πρόληψη αναφέρεται κατά κύριο λόγο σε άτομα τα οποία είναι ήδη χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών ή με οξεία έναρξη μιας κατάχρησης ή σε άτομα που νοσηλεύονται για κάποια σωματική πάθηση και εμφανίζουν συμπτωματολογία εξαρτημένου ατόμου ώστε να βοηθηθούν έγκαιρα. Στόχος της είναι να ανιχνευτούν οι χρήστες, να υπάρξει άμεση διάγνωση, να πραγματοποιηθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα γίνεται αποτελεσματική θεραπεία και να αποφευχθούν περισσότερες παθολογικές συνέπειες.

Βασικά, με την δευτεροβάθμια πρόληψη ασχολούνται οι αποκεντρωμένες υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγιεινής οι οποίες έχουν σαν στόχο να φροντίζουν αποτελεσματικά τα άτομα τα οποία έχουν ανάγκη και αυτός που συμβάλλει με τον καλύτερο τρόπο σε αυτή την προσπάθεια είναι ο κοινοτικός νοσηλευτής.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι αυτοί που γνωρίζουν την κατάσταση του κάθε χρήστη, μπορούν να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε προβλήματα παρουσιαστούν, είναι υπεύθυνοι για την καλύτερη φροντίδα τους και για τους παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν περαιτέρω αρνητικές συνέπειες στην υγεία τους (Συλλογικό έργο, 2010).

Παρά το γεγονός ότι ο νοσηλευτής είναι σε χαμηλότερο επίπεδο από τους γιατρούς, ωστόσο η εργασία του είναι υψίστης σημασίας καθώς γνωρίζει απόλυτα τις ανάγκες ενός εξαρτημένου ατόμου, επικεντρώνεται σε αυτό και παρέχει την κατάλληλη βοήθεια με όσα μέσα διαθέτει.

Από τους κυριότερους στόχους του νοσηλευτή είναι να διατηρήσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα το οποίο βέβαια επιτυγχάνεται με πολύ κόπο και θέληση και από τη μεριά του αλλά και από τη μεριά του χρήστη. Θα πρέπει να χρησιμοποιήσει όλες τις τεχνικές προσέγγισης ώστε να καταφέρει να αξιολογήσει τις ψυχικές και σωματικές δυσκολίες του χρήστη. Με αυτό τον τρόπο καθορίζονται οι στόχοι που είναι ρεαλιστικοί και μπορούν να πραγματοποιηθούν με βάση τις ανάγκες του.

Εκτιμώντας ορισμένες παραμέτρους όπως είναι η ηλικία του εξαρτημένου ατόμου, ο βαθμός ωριμότητας των ψυχολογικών του ικανοτήτων, οι κοινωνικές συνθήκες κάθε ηλικίας, η κοινωνικοοικονομική του κατάσταση και οι οικογενειακές του σχέσεις αναπτύσσεται η συνεργασία με το εξαρτημένο άτομο και προσαρμόζεται το πρόγραμμα προσαρμογής του σύμφωνα με αυτά που βιώνει (Gratacos et.al.1993).

Σε αυτό το πρόγραμμα είναι πολύ βασικό να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες που είναι πιθανό να υπάρξουν από κοινού. Αυτές αφορούν κυρίως τη συμπεριφορά και μπορεί να είναι η επιθετικότητα, η λύπη, ο αρνητισμός, οι τάσεις αυτοκαταστροφής, η απογοήτευση, η επιθυμία για χρήση. Σε αυτό ο ρόλος του νοσηλευτή είναι η απόλυτη συμπαράσταση.

Ο νοσηλευτής έχει στη διάθεση του ένα πολύ δυνατό μέσο το οποίο αφορά τη θεραπευτική νοσηλευτική επικοινωνία. Αυτή συμβάλλει στην προσέγγιση και στην νοσηλευτική περίθαλψη των εξαρτημένων ατόμων. Μέσα από αυτή το εξαρτημένο άτομο αναγνωρίζει, κατανοεί και αποδέχεται την κατάσταση που βρίσκεται και προσπαθεί να απεγκλωβιστεί με όλα τα μέσα που διαθέτει.

Ένας από τους κυριότερους ρόλους των νοσηλευτών είναι να διερευνήσουν τις σχέσεις που υπάρχουν στο οικογενειακό περιβάλλον των χρηστών και να προσπαθήσουν να τις διατηρήσουν και να τις δυναμώσουν. Ο χρήστης στα πλαίσια της νοσηλευτικής περίθαλψης θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ευγένεια, με την καλύτερη διάθεση συνεργασίας, με απόλυτη ειλικρίνεια και με μεγάλο ενδιαφέρον.

Θα πρέπει να τηρεί τους κανόνες δεοντολογίας και να έχει την ανάλογη συμπεριφορά χωρίς τάσεις ρατσισμού ανεξάρτητα από το φύλο, την καταγωγή, τις πεποιθήσεις, τη θρησκεία του κλπ. Με αυτό τον τρόπο ενισχύεται η παροχή κλινικής, νοσηλευτικής, θεραπευτικής περίθαλψης κάτι το οποίο τον καθιστά αρτιότερο επαγγελματία (Συλλογικό έργο, 2010).

#### **6.4 ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΘΙΣΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΟΥΣΙΑ ΑΤΟΜΩΝ.**

Η νοσηλευτική περίθαλψη των εθισμένων ατόμων δίνει βάση σε κάποιες παρεμβάσεις οι οποίες έχουν σαν στόχο την ανεξαρτητοποίηση τους και την σωστή λειτουργία του σώματος τους και της ψυχικής τους υγείας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενισχύσει και να βοηθήσει το εθισμένο άτομο που βρίσκεται στο στάδιο της συμμόρφωσης ώστε να συναινέσει και να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες που θα του δοθούν. Όσον αφορά το στάδιο τήρησης τους θα πρέπει να υπάρχει η κατάλληλη και στενή παρακολούθηση από το εξειδικευμένο προσωπικό. Το στάδιο της συντήρησης αφορά νοσηλευτικές και ιατρικές οδηγίες που θα δοθούν ώστε να ενσωματωθεί όσο πιο ομαλά γίνεται στην κοινωνία και να μην χρειάζεται πλέον επίβλεψη .

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συμβάλλει στη διαδικασία της φροντίδας του εθισμένου ατόμου που αφορά τη σωματική του υγιεινή και την καθαριότητα. Αυτή η προσπάθεια είναι υψίστης σημασίας καθώς το εθισμένο άτομο όντας παγιδευμένο δεν είναι σε θέση να φροντίσει τον εαυτό του. Το μόνο πράγμα που είναι στο μυαλό του σε αυτή τη φάση είναι η ανεύρεση της απαραίτητης δόσης τους και δεν δίνουν σημασία στους κανόνες υγιεινής. Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι σε μια συνεχή εγρήγορση και να παρατηρεί με ιδιαίτερη προσοχή τα φάρμακα που χειρίζεται τα οποία θα πρέπει να αποθηκεύονται και να διατηρούνται με ασφάλεια καθώς έρχονται σε επαφή με άτομα εξαρτημένα από εθιστικές ουσίες.

Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρέχει τη σωστή φαρμακευτική περίθαλψη στο εξαρτημένο άτομο και να φροντίζει ώστε να λαμβάνονται σωστά. Στην περίπτωση που δεν υπάρξει σωστή φαρμακευτική περίθαλψη αυξάνονται οι πιθανότητες το άτομο να υποτροπιάσει και να παρουσιάσει επεισόδια κρίσεων.

Μέσα στους ρόλους του νοσηλευτή είναι και η εξερεύνηση των δεξιοτήτων που χαρακτηρίζουν το εξαρτημένο άτομο. Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσει να παρέμβει και να συμβάλλει στην καλλιέργεια και στην ανάπτυξη τους. Κάτι τέτοιο επίσης θα βελτιώσει την κατάσταση λειτουργίας του, θα διατηρήσει τις κατάλληλες ισορροπίες και τελικά μέσα από καθημερινές δραστηριότητες όπως είναι η ατομική φροντίδα θα είναι σε θέση να ανεξαρτητοποιηθεί. Σε όλη αυτή την προσπάθεια βεβαίως ο μεγάλος συμπαραστάτης είναι ο νοσηλευτής (Συλλογικό έργο, 2010).

Στη διαδικασία ανεξαρτητοποίησης του ατόμου πολύ σημαντική θέση έχουν το οικογενειακό περιβάλλον και οι φίλοι του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενδυναμώνει τη σχέση

τους, να την ενισχύει και συνεχώς να εμπνυχώνει το εξαρτημένο άτομο διότι καταβάλλει μεγάλες προσπάθειες και ο δρόμος προς την επιτυχία είναι πολύ δύσκολος.

Μέσα σε όλες τις παρεμβάσεις πολύ σημαντική είναι και η επιβράβευση του νοσηλευτή στο εξαρτημένο άτομο. Με αυτό τον τρόπο η θεραπεία μπορεί να επιφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα στην θεραπεία αντιμετώπισης.

Σε όλη αυτή τη διαδικασία είναι σίγουρο ότι θα υπάρξουν και αποτυχημένες προσπάθειες. Παρόλα αυτά όμως ο νοσηλευτής θα πρέπει να δίνει δύναμη στο άτομο μέσα από την εμπειρία του και να του δίνει ώθηση να συνεχίσει (Συλλογικό έργο, 2010).

## **6.5 ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Όσον αφορά την τριτοβάθμια πρόληψη, προκειμένου να υπάρξουν θετικότερα αποτελέσματα οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, ανέπτυξαν διεπαγγελματικές ομάδες στις οποίες ο κάθε επαγγελματίας παρέχει τις γνώσεις και την εμπειρία του και είναι υπεύθυνος για την περίθαλψη και αποκατάσταση του ασθενούς.

Ο συγκεκριμένος θεσμός, εκτός από τα θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα που έχει επιφέρει τα τελευταία χρόνια προώθησε και την καλύτερη συνεργασία ανάμεσα στους λειτουργούς των διαφόρων επαγγελμάτων και ανάμεσα στο προσωπικό και τον ασθενή.

Στα πλαίσια αυτού του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υποστηρίζεται ότι τα καλύτερα αποτελέσματα θεραπείας πραγματοποιούνται όταν συνδυάζονται φάρμακα ψυχοθεραπευτικής αγωγής και όταν πραγματοποιούνται παρεμβάσεις στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον (Συλλογικό έργο, 2010).

Στην συνέχεια αναφέρονται οι βασικότερες δραστηριότητες του νοσηλευτικού προσωπικού στα πλαίσια της τριτοβάθμιας πρόληψης:

Ø *«Σταθερή και συνεχής παρακολούθηση και στήριξη των ασθενών στον τόπο διαμονής και εργασίας με επακόλουθο την αποτροπή της υποτροπής της ψυχικής τους κατάστασης».*

Ø *«Παρακολούθηση και άλλων ασθενών για λίγους μήνες με παρεμβάσεις ψυχοεκπαιδευτικού κυρίως τύπου και στήριξης».*

Ø *«Ψυχοεκπαίδευση ασθενών και των οικογενειών τους σε θέματα που σχετίζονται με τη νόσο, τη φαρμακευτική αγωγή, το χειρισμό επίλυσης προβλημάτων».*

Ø *«Υποστηρικτική και συμβουλευτική καθοδήγηση ασθενών».*

Ø *«Ενημέρωση του κοινού σε θέματα πρόληψης της τοξικομανίας».*

Ø «Ενημέρωση, καθοδήγηση και συμβουλευτική μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας».

Ø «Συνεργασία με άλλους λειτουργούς υγείας, κοινοτικές αρχές, αστυνομία, σχολεία, υπηρεσίες εφημερίας, τοπικούς παράγοντες, εκπροσώπους της Εκκλησίας, εθελοντικούς οργανισμούς».

Ø «Επιμόρφωση και εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής» (Kandall , 1991).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

#### 7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Κατά την εισαγωγή ενός τοξικομανή σε ένα νοσοκομείο, είναι απαραίτητη η γενική κλινική αξιολόγηση, συμπεριλαμβανομένων τη λήψη και παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και των επιπέδων συνείδησης. Ο νοσηλευτής, χρειάζεται να πάρει το ιστορικό του ασθενούς, το είδος της χρησιμοποιημένης ουσίας, την ποσότητα που έχει ληφθεί καθώς και τον τρόπο λήψης. Σε μία γυναίκα χρήστρια, που κυοφορεί, απαραίτητη είναι η εξέταση του εμβρύου, υπερηχογράφημα και συγκεκριμένες εξετάσεις σχετικά με την κύηση και την υγεία του εμβρύου καθώς και διαγνωστικές εξετάσεις για σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (Πουλόπουλος, 1995).

Κατά την πρώτη προγεννητική επίσκεψη οι ερωτήσεις σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο γενικό προγεννητικό ιστορικό. Το «4P Plus» είναι ένα διαγνωστικό εργαλείο ειδικά σχεδιασμένο για την αναγνώριση των γυναικών, οι συνήθειες των οποίων θα πρέπει να διερευνηθούν σε βάθος. Αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις και διαρκεί λιγότερο από ένα λεπτό. Επειδή οι γυναίκες όταν ερωτώνται ευθέως για κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών το αποκρύπτουν, ο νοσηλευτής μπορεί να ρωτήσει τη γυναίκα σχετικά με την κατάχρηση ουσιών, πριν την κύηση (Cole et.al. 2002).

Συχνά διενεργείται τοξικολογικός έλεγχος ούρων για ανίχνευση της κατανάλωσης απαγορευμένων ουσιών. Τα ναρκωτικά μπορούν να ανιχνευτούν στα ούρα μέρες ή και βδομάδες μετά τη λήψη, ανάλογα με το πόσο γρήγορα μεταβολίζονται και απεκκρίνονται από τον οργανισμό. Μπορεί επίσης, να διενεργηθεί ανάλυση μηκωνίου (από το νεογνό) και τριχών για να προσδιοριστεί η προηγούμενη χρήση, για μεγάλο χρονικό διάστημα (Unicri, 2013).

Εφόσον τα ευρήματα των εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου υποδηλώνουν ότι η γυναίκα κάνει κατάχρηση ουσιών, εφαρμόζεται η διαδικασία φροντίδας για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Λόγω του τρόπου ζωής, που συχνά σχετίζεται με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, οι γυναίκες που κάνουν κατάχρηση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως ο ιός της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου HIV. Στον εργαστηριακό έλεγχο περιλαμβάνεται ο έλεγχος για σύφιλη, ηπατίτιδα Β και για C.

Συνήθως, διεξάγονται αρχικές και επανειλημμένες υπερηχογραφικές μελέτες για να προσδιοριστεί η ηλικία κύησης, διότι οι γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών, πιθανόν να έχουν αμηνόρροια ή να μην θυμούνται την ημερομηνία της τελευταίας έμμηνης ρύσης τους. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος της χρήσης ηρωίνης, είναι η υπερβολική δόση (overdose). Η θεραπεία μίας υπερβολικής δόσης, συνήθως περιλαμβάνει τη χορήγηση ενός ανταγωνιστή ναρκωτικών ουσιών, όπως η ναλοξόνη (Narcan).

Η θεραπεία περιλαμβάνει, τη βοήθεια του χρήστη, στην απόσυρση από το ναρκωτικό. Τα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη, είναι επιτυχή, στο να βοηθούν ασθενείς με εθισμό στην ηρωίνη. Η θεραπεία κατάχρησης διεγερτικών ουσιών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως η κοκαΐνη, περιλαμβάνει τη συμπτωματική θεραπεία και χειρισμό με φάρμακα. Τα αγχολυτικά ή αντιψυχωτικά χρησιμοποιούνται για την επιθετική συμπεριφορά και τα αντικαταθλιπτικά για συμπτώματα κατάθλιξης. Φάρμακα όπως μεθυλφρενιδάτη, αμανταδίνη, φλουοξετίνη, προπρανολόλη και οντασετρόνη χρησιμοποιούνται πειραματικά, ως πιθανές θεραπείες του εθισμού στην κοκαΐνη. Όσον αφορά τη φαρμακευτική θεραπεία των χρηστών ινδικής κάνναβη/ μαριχουάνα, μπορεί να απαιτείται λήψη επειγόντων μέτρων για την παροχή αναπνευστικής υποστήριξης σε άτομα με διαταραγμένη ανταλλαγή αερίων, ως αποτέλεσμα των εισπνεόμενων (Unicri 2013).

Όσον αφορά το κάπνισμα, με την είσοδο στο πρόγραμμα διακοπής το άτομο λαμβάνει τόσο ψυχολογική, όσο και φαρμακολογική υποστήριξη. Το ιατρείο διακοπής καπνίσματος 25 διαθέτει συνεργαζόμενο ψυχολόγο αλλά και ψυχίατρο και μπορεί να παρέχει συμβουλευτική και ψυχική υποστήριξη σε όλα τα μέλη. Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, που εποπτεύεται από ιατρούς, συνίσταται η χορήγηση αυτοκόλλητων βραδείας αποδέσμευσης νικοτίνης και τσιγλών νικοτίνης καθώς και βουπροπριόνης, μιας ουσίας που δρα στον εγκέφαλο και ελαττώνει τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης.

Η περίοδος του πρώτου μήνα είναι καθοριστική για τη συνέχεια της θεραπείας και το δίμηνο είναι ενδεικτικό της θετικής πορείας προς την απεξάρτηση. Αυτό βεβαίως δεν σημαίνει πως αν ένα άτομο δυσκολεύεται να απεξαρτηθεί δεν του χορηγείται παράταση χρόνου, ωστόσο είναι χρήσιμο να έχει από πριν οριστεί μια ημερομηνία, μέχρι την έλευση της οποίας ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να έχει διακόψει το κάπνισμα (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, 2011).

Τέλος, οι νοσηλευτές πρέπει να παραπέμπουν τους ασθενείς σε ατομική, ή ομαδική, ή συμπεριφερική θεραπεία, καθώς και παραπομπή σε προγράμματα. Οι ομάδες αυτές, είναι χρήσιμες για άτομα που προσπαθούν να κάνουν μια μεγάλη αλλαγή στη ζωή τους, όπως η απεξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες. Ένα θέμα που χρειάζεται να επισημανθεί είναι πως οι

επαγγελματίες υγείας, πρέπει να καταλάβουν ότι η κατάχρηση ουσιών είναι ασθένεια και ότι οι γυναίκες αυτές πρέπει να αντιμετωπίζονται με υπομονή, ευγένεια, συνέπεια και σταθερότητα, όταν χρειάζεται. Ακόμα και οι γυναίκες που συνεχίζουν να κάνουν χρήση ουσιών θα αισθανθούν πόνο στον τοκετό και μετά τη γέννηση και μπορεί να χρειαστούν φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές μεθόδους αναλγησίας. Είναι χρήσιμη η ανάπτυξη ενός τυποποιημένου σχεδίου φροντίδας, έτσι ώστε οι ασθενείς να μην έχουν τη ευκαιρία να παραπλανήσουν το προσωπικό. Πρέπει να προάγεται η προσκόλληση μητέρας και παιδιού, προσδιορίζοντας τις δυνάμεις της γυναίκας και ενισχύοντας τα θετικά μητρικά συναισθήματα και τις συμπεριφορές. Το προσωπικό, θα πρέπει να διασφαλίζει την αυστηρή επιτήρηση των επισκεπτών προκειμένου να αποφευχθεί η ανεξέλεγκτη χρήση ουσιών (Μισουρίδου, 2004).

## **7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΕΟΓΝΟΥ ΕΚΤΕΘΕΙΜΕΝΟΥ ΣΕ ΟΥΣΙΕΣ**

Η φροντίδα του εκτεθειμένου σε ουσίες νεογνού, περιλαμβάνει την υποστηρικτική θεραπεία για την αποκατάσταση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών, τη διατροφή, τον έλεγχο των λοιμώξεων, την εξατομικευμένη αναπτυξιακή φροντίδα και τη φροντίδα του αναπνευστικού συστήματος. Το φάσκιωμα, η αγκαλιά, ο περιορισμός των περιβαλλοντικών ενοχλήσεων και η επαρκής σίτιση συμβάλλουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων στέρησης. Παράλληλα ο νοσηλευτής, προάγει τη θετική αλληλεπίδραση μητέρας- νεογνού και ενθαρρύνει το θηλασμό, όταν η μητέρα δεν πάσχει από τον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) (Μισουρίδου, 2004).

Η νοσηλευτική φροντίδα των νεογνών που εκτίθενται σε ουσίες περιλαμβάνει την ίδια εκτίμηση και παρατηρήσεις που διενεργούνται για κάθε νεογνό υψηλού κινδύνου. Οι στρατηγικές παροχής εξατομικευμένης αναπτυξιακής φροντίδας, στοχεύουν στον περιορισμό των επιβλαβών περιβαλλοντικών ερεθισμάτων και την υποστήριξη των 26 αυτορρυθμιστικών μηχανισμών του νεογνού. Υπογραμμίζεται η σημασία της παρακολούθησης της πρόσληψης βάρους, της ανάλυση των συμπεριφορών σίτισης και της επινόησης στρατηγικών για την προαγωγή της διατροφικής πρόσληψης. Έχει παρατηρηθεί ότι τα νεογνά γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπεία με μεθαδόνη έχουν μεγαλύτερο βάρος και περίμετρο κεφαλής κατά τη γέννηση. Το 30% έως 80% ωστόσο των εμβρύων που εκτίθενται ενδομήτρια σε οποιοδήποτε, συμπεριλαμβανομένης της μεθαδόνης, θα πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία του νεογνικού συνδρόμου στέρησης .

Το Νεογνικό Σύνδρομο Στέρησης [Neonatal Withdrawal Syndrome (NWS) ή Neonatal Abstinence Syndrome (NAS)] αναγνωρίζεται μέσα από ένα συνδυασμό δήλωσης της μητέρας

ότι κάνει χρήση ουσιών, μητρικού και νεογνικού ελέγχου για ουσίες, και των συμπτωμάτων του Ν.Σ.Σ. Αν και μερικές φορές είναι δύσκολο να επιτευχθεί, η δήλωση μιας μητέρας ότι έκανε χρήση ουσιών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύτιμη, γιατί έτσι μπορεί να δοθεί στο νεογνό η κατάλληλη ιατρική φροντίδα άμεσα χωρίς καθυστέρηση για αποτελέσματα ελέγχου ναρκωτικών ουσιών (Μισουρίδου, 2004).

Τα νεογνά που παρουσιάζουν Ν.Σ.Σ χαρακτηρίζονται ως εθισμένα. Ωστόσο, τα κατασταλτικά δεν είναι εθιστικά στο έμβρυο, γιατί ο εθισμός χρειάζεται ορισμένους ψυχολογικούς/συμπεριφορικούς παράγοντες που αυτό δεν είναι ικανό να αναπτύξει. Παρόλα αυτά, το έμβρυο μπορεί να αναπτύξει φυσική αντοχή για παράδειγμα, όταν ο εγκέφαλός του εκτείνεται συστηματικά σε κάποιο κατασταλτικό ναρκωτικό, αποσυντονίζεται νευροχημικά. Για να επανακτήσει την ισορροπία, αρχίζει να παράγει περισσότερα φυσικά διεγερτικά για να αντιδράσει στο κατασταλτικό. Αυτό καλείται εξάρτηση. Όταν το ναρκωτικό «αποσύρεται» στη γέννηση, τα φυσικά διεγερτικά συνεχίζουν να παράγονται για αρκετές ημέρες μέχρις ότου το σώμα να επαναπροσαρμοστεί στη νέα κατάσταση. Το αποτέλεσμα της υπέρ-παραγωγής φυσικών διεγερτικών είναι που προκαλεί το Νεογνικό Σύνδρομο Στέρησης (Gerald et.al 1998).

Χαρακτηριστικό νεογνών, που έχουν εκτεθεί προγεννητικά σε εθιστικές ουσίες, είναι να σέρνονται με την κοιλιά μανιωδώς, με αποτέλεσμα να κοκκινίζουν τα γόνατα και τα δάχτυλά τους και να δημιουργούνται εκδορές. Τα περισσότερα νεογνά το μόνο που χρειάζονται είναι λίγες ημέρες ηρεμίας και φροντίδας. Μόνο όταν ο εθισμός είναι πολύ σοβαρός, το Ν.Σ.Σ χρήζει φαρμακευτικής παρέμβασης. Γενικά, ανταποκρίνονται καλά στο φάσκιωμα και στο αργό, ήρεμο κούνημα. Πρέπει να λαμβάνουν επαρκής ποσότητες υγρών για να αποφευχθεί η αφυδάτωση. Επιπλέον, πρέπει να παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία και να διορθώνονται τα διάφορα μεταβολικά προβλήματα που προκύπτουν, όπως η οξέωση. Τα άτομα που φροντίζουν αυτά τα νεογνά πρέπει να είναι υπομονετικά και να επαγρυπνούν για τυχόν εμφάνιση επιπλέον συμπτωμάτων, που σχετίζονται με συγκεκριμένα ναρκωτικά, ώστε να παρέχουν άμεση και κατάλληλη βοήθεια. Μετά από μερικές ημέρες, το σώμα αποκαθιστά τη φυσική του ισορροπία και τα παραπάνω συμπτώματα σταδιακά υποχωρούν. Ο χρόνος που χρειάζεται για να επιλυθεί η στέρηση, εξαρτάται από το πόσο πολύ η ναρκωτική ουσία μένει στο σώμα.

Πριν δοθεί εξιτήριο σε γυναίκα που κάνει χρήση ουσιών, εκτιμάται η οικογενειακή της κατάσταση, για να προσδιορισθεί εάν το περιβάλλον του σπιτιού είναι ασφαλές και εάν υπάρχει κάποιο άτομο που θα μπορεί να καλύπτει τις ανάγκες της φροντίδας του νεογνού, σε περίπτωση που η μητέρα αποδειχθεί μη ικανή να το κάνει. Συνήθως, το τμήμα κοινωνικών

υπηρεσιών του νοσοκομείου πραγματοποιεί συνέντευξη με τη μητέρα πριν την έξοδό της, για να διασφαλιστεί η κάλυψη των αναγκών του νεογνού. Μπορεί να ζητηθεί από μία μαία/νοσηλεύτρια γυναικολογικού τμήματος, που ασχολείται με τη φροντίδα στο σπίτι, να πραγματοποιεί επισκέψεις, για να εκτιμά την ικανότητα της μητέρας, να φροντίζει το βρέφος της, να της δίνει οδηγίες και να παρέχει υποστήριξη. Εάν υπάρχουν σοβαρές αμφιβολίες σχετικά με την καλή κατάσταση του νεογνού, η περίπτωση μπορεί να παραπεμφθεί σε πολιτειακές υπηρεσίες προστασίας παιδών, για περαιτέρω ενέργειες (Gerald, 1998).

### **7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ, ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ**

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στα τμήματα επειγόντων και στα πολυάσχολα εξωτερικά ιατρεία, συχνά συναντούν άτομα που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών. Συνήθως, οι ασθενείς αυτοί θεραπεύονται μόνο για τα παθολογικά προβλήματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η θεραπευτική ομάδα, ενισχύει το σύστημα άρνησης του ασθενούς. Σύμφωνα με στόχους του προγράμματος, Υγιείς Άνθρωποι 2010, μια επαγγελματική προσέγγιση, θα ήταν να χρησιμοποιηθούν αυτές οι τυχαίες επαφές, για τον έλεγχο της κατάχρησης ουσιών και την κατάλληλη παραπομπή αυτών των ασθενών, για την πρόληψη των μακροπρόσθετων επιπλοκών. Η λήψη της απόφασης για εγκράτεια και/ή απομάκρυνση από τη χρήση ουσιών, συχνά απαιτεί αλλαγές του τρόπου ζωής. Οι αλλαγές αυτού του μεγέθους, δεν συμβαίνουν μέσα σε μια νύχτα. Τα εθισμένα άτομα, συχνά χρειάζονται συνεχή ιατρική υποστήριξη από την κοινότητα ανάρρωσης. Οι ασθενείς που προσπαθούν να αναρρώσουν, ενθαρρύνονται να αναζητήσουν βοήθεια και να μετατρέψουν τη διαδικασία ανάρρωσης, σε πρώτη προτεραιότητα. Οι νοσηλευτές, έχουν ένα σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση της δημόσιας ενημέρωσης και στην εκπαίδευση των ασθενών, σχετικά με την υπεύθυνη χρήση και τους απόλυτους κινδύνους των ουσιών, που αλλάζουν τη διάθεση. Οι νοσηλευτές, πρέπει επίσης σε πολιτικό επίπεδο να ζητούν και να συνηγορούν για νομοθεσία που καθορίζει τη διαθεσιμότητα και την πώληση ουσιών, όπως ο καπνός και το αλκοόλ (Kandall, 1991).

Η παρέμβαση στην έγκυο που κάνει κατάχρηση ουσιών ξεκινά με την εκπαίδευσή της σχετικά με τις συγκεκριμένες επιδράσεις κάθε ουσίας στην κύηση, στο έμβρυο και στο νεογνό. Οι συνέπειες της περιγεννητικής χρήσης ναρκωτικών ουσιών πρέπει να γίνουν σαφείς και η αποχή συνιστάται ως το πιο ασφαλές μέτρο, εκτός εάν οι γυναίκα κάνει κατάχρηση οπιοειδών. Οι γυναίκες είναι συχνά πιο δεκτικές στις αλλαγές του τρόπου ζωής κατά τη διάρκεια της κύησης παρά σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο της ζωής τους. Η γυναίκα που κάνει

περιστασιακή, πειραματική ή για λόγους ευφορίας χρήση φαρμάκων μπορεί να επιτύχει και να διατηρήσει την εγκράτεια όταν έχει κατάλληλη υποστήριξη, για το υπόλοιπο της κύησης. Ο περιοδικός έλεγχος στη διάρκεια της κύησης των γυναικών που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών, μπορεί να τις βοηθήσει να συνεχίσουν την αποχή. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να καταλάβουν ότι η χρήση ναρκωτικών είναι ασθένεια που περιλαμβάνει σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Γι' αυτό, πέρα από καθαρά νοσηλευτικές διαδικασίες και πράξεις, θα πρέπει να προσφέρει στην γυναίκα σιγουριά, ασφάλεια, να της εμπνέει εμπιστοσύνη και να αντιμετωπίζει με υπομονή την οποιαδήποτε χειριστική ή απαιτητική κατάσταση. Έτσι, με την ευγενή και υπομονετική συμπεριφορά της μαιίας/νοσηλεύτριας σε μαιευτικό τμήμα με το σταθερό πρόγραμμα και με τον σωστό σχεδιασμό της μαιευτικής φροντίδας, η γυναίκα θα μπορέσει όχι μόνο να φέρει εις πέρας την κύηση με όσο το δυνατόν λιγότερες δυσάρεστες συνέπειες, αλλά και να ξεφύγει από τον δύσκολο και καταστροφικό δρόμο των ναρκωτικών, αφού θα διαθέτει πλέον ένα πολύ ισχυρό κίνητρο: την γέννηση, την φροντίδα και την ανατροφή του παιδιού της (Kandall 1991).

#### **7.4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ, ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ**

Αναμφίβολα, στις περισσότερες περιπτώσεις οι έγκυες από φόβο ή ντροπή αποκρύπτουν από τους αρμόδιους την έλξη τους στα ναρκωτικά ή δεν απευθύνονται καθόλου σε αυτούς μέχρι κάποιο πολύ προχωρημένο στάδιο της κύησης. Πρέπει να καταστεί σαφές ότι η προγεννητική φροντίδα κρίνεται απαραίτητη και ότι και η τοξικομανής έγκυος πρέπει να συμμετέχει σε αυτή (Λούφτη & Αγγελετάκη, 2009). Σε κάθε φάση της ζωής της χρήστριας, το κίνητρο για θεραπεία ποικίλλει. Άλλες φορές η χρήστρια αισθάνεται τόσο καταπονημένη και φοβισμένη από τις δυσκολίες και τις συνέπειες (στερητικά συμπτώματα ή άλλα κοινωνικά προβλήματα), τις οποίες προκαλεί η χρήση, που επιθυμεί διακαώς την αποχή, ενώ σε άλλες περιόδους η ίδια η χρήστρια μπορεί να αρνείται να εγκαταλείψει την χρήση, να φοβάται τη στέρηση ή να αισθάνεται ακόμα και υπερήφανη για τον τρόπο ζωής της, εκτιμώντας τον εαυτό της ως άτομο έξυπνο, χειριστικό και αντισυμβατικό (Λιάππας, 1992). Για τους παραπάνω λόγους, η θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να σχεδιάζεται για κάθε χρήστρια σε σχέση με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον της, καθώς και το βαθμό της επιθυμίας της για αλλαγή (Λιάππας, 1992). Η μη επικριτική προσέγγιση, υποστηρίζεται ότι ενθαρρύνει τις γυναίκες να αναζητήσουν τις υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας, και επιπλέον έχει αναγνωριστεί η ανάγκη για παροχή των πρόσθετων υπηρεσιών. Οι επαγγελματίες υγείας προκειμένου να

προσελκύσουν και να διατηρήσουν τις έγκυες χρήστριες στην προγεννητική φροντίδα, θα πρέπει να εξετάσουν και να τις βοηθήσουν στα σύνθετα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στη ζωή τους (Herbern, 2004). Στο στάδιο της αδιαφορίας, όπου ο στόχος είναι η μείωση της βλάβης, γίνεται η ενημέρωσή τους, γύρω από τους κινδύνους που μπορεί να έχει η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και συγκεκριμένες μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς για την υγεία τους, ώστε να είναι σε θέση να προστατευθούν από το HIV/AIDS, την ηπατίτιδα και άλλα λοιμώδη ή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Στο στάδιο αυτό οι χρήστριες μπορούν ακόμα να ωφεληθούν από προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης, σταθμούς άμεσης παρέμβασης, τηλεφωνικές γραμμές s.o.s. κ.ά. (Πουλόπουλος, 1995). Στο στάδιο του προβληματισμού, η ατομική συμβουλευτική, η ομαδική συμβουλευτική και η οικογενειακή υποστήριξη, οι ομάδες αυτοβοήθειας, τα προγράμματα για χρήστες που βρίσκονται στη φυλακή και οι συμβουλευτικοί σταθμοί, μπορούν να συμβάλλουν στην ενίσχυση της κινητοποίησης του ατόμου για θεραπεία (Πουλόπουλος, 1995). Μέσα στη θεραπευτική διαδικασία, η χρήστρια αποκτά εμπιστοσύνη στις δυνάμεις της και αναπτύσσει τους δικούς της προσωπικούς, προστατευτικούς παράγοντες. Βρίσκει τα κατάλληλα πρόσωπα με τα οποία μπορεί να επικοινωνεί, να εκφράζεται, να στηρίζεται συναισθηματικά, να κάνει παρέα χωρίς να χρησιμοποιεί ουσίες, να μοιράζεται μαζί τους τις ίδιες αξίες, να λειτουργεί συλλογικά. Η θεραπεία της κατάχρησης ουσιών εξατομικεύεται για κάθε γυναίκα ανάλογα με τον τύπο της ουσίας και τη συχνότητα και ποσότητα της χρήσης. Οι γυναίκες είναι πιθανότερο να διακόψουν το κάπνισμα, κατά τη διάρκεια της κύησης από ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο της ζωής τους. Αν και η διακοπή του καπνίσματος πριν τη σύλληψη είναι η ιδανική, η διακοπή του, ακόμη και πριν τη 16η εβδομάδα της κύησης, ελαττώνει σημαντικά τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, κατά τη διάρκεια της κύησης, είναι αποτελεσματικά και θα πρέπει να παρέχονται σε όλες τις γυναίκες που καπνίζουν. Η αποτοξίνωση, η βραχεία ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή θεραπεία, η μακροχρόνια θεραπεία στο περιβάλλον διαμονής, οι υπηρεσίες φροντίδας μετά τη θεραπεία και οι υποστηρικτικές ομάδες αυτοβοήθειας είναι πιθανές επιλογές για άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών. Η οργάνωση «Women for Sobriety», είναι περισσότερο χρήσιμη για τις γυναίκες συγκριτικά με τις οργανώσεις «Alcoholics Anonymous» και «Narcotics Anonymous» που απευθύνονται κατά κύριο λόγο σε άντρες χρήστες. Η έγκυος με αλκοολισμό θα πρέπει να παραπέμπεται σε ειδικό πρόγραμμα απεξάρτησης. Η θεραπεία του συνδρόμου στέρησης από το αλκοόλ συνιστάται στη χορήγηση βενζοδιαζεπινών (Valium), λοραζεπάνη (Ativan). Η δισουλφιδάμη (Antabuse) έχει τερατογόνο δράση, γι' αυτό και η χορήγησή της αντενδείκνυται σε κύηση (Wisner et al., 2007). Η θεραπεία υποκατάστασης με

μεθαδόνη, αποτελεί πλέον τη θεραπεία εκλογής για τις έγκυες που κάνουν χρήση κυρίως ηρωίνης ή άλλων ναρκωτικών ουσιών. Θα πρέπει να αποτελεί μέρος ενός πλήρους προγράμματος φροντίδας, μαζί με τη θεραπεία της συμπεριφοράς και τις υπηρεσίες υποστήριξης. Η υποκατάσταση με μεθαδόνη, έχει αποδειχθεί, ότι περιορίζει τη χρήση οπιοειδών και άλλων φαρμάκων έχοντας αλυσιδωτή επίδραση στη μείωση των εγκληματικών συμπεριφορών, βελτιώνοντας τη λειτουργικότητα του ατόμου και ελαττώνοντας τα ποσοστά λοίμωξης από HIV (Wisner et al., 2007). Στην προσπάθεια αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτημένων γυναικών, είναι χρήσιμο και αποτελεσματικό να προτείνονται από τον νοσηλευτή, αρχικά βραχυπρόθεσμοι θεραπευτικοί στόχοι, που να είναι εύκολοι και αποδεκτοί από τη χρήστρια και να παρέχουν τη δυνατότητα να αναπτυχθεί μια σχέση ανάμεσα στον θεραπευτή και στη θεραπευόμενη. Έτσι, θα δοθεί η ευκαιρία να τεθούν μελλοντικά πιο ουσιαστικοί μακροχρόνιοι στόχοι, που θα μπορούσαν να τρομάζουν τη χρήστρια και να βλάψουν τη σχέση με τον νοσηλευτή, εάν είχαν προταθεί από την αρχή. Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία αποτελεί πάντα το κλειδί για κάθε θεραπευτική προσπάθεια και δεν φαίνεται να υπάρχει ένας και μόνος τρόπος αντιμετώπισης για όλες τις χρήστριες (Λιάππας, 1992). Ο νοσηλευτής λοιπόν, που προσφέρει τις υπηρεσίες του σ' ένα πλαίσιο απεξάρτησης πρέπει να είναι εκπαιδευμένος (και σε διαρκή εκπαίδευση), έμπειρος, αποφασιστικός, αντικειμενικός, να σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα της εξαρτημένης, να έχει ο ίδιος μια στάση ζωής που χαρακτηρίζεται από αρχές, αξίες, μαχητικότητα, πνευματικότητα, ενδιαφέροντα. Πρέπει να βρίσκεται ο ίδιος σε εποπτεία του έργου του και το σπουδαιότερο να έχει μια καλά συγκροτημένη προσωπικότητα. Πρέπει να γνωρίζει ότι μπορεί να επιτελεί το συγκεκριμένο έργο, με το χαρακτήρα που αυτό έχει, μόνο ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας και εφόσον ανήκει στο συγκεκριμένο πλαίσιο (Μάτσα, 2007). Παράλληλα, στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα που το επιθυμούν και μπορούν, να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την απεξάρτηση. Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε έναν κανονικό τρόπο ζωής, που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση (Λούφτη & Αγγελετάκη, 2009).



## **7.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ, ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ**

Σήμερα, στα δημόσια σχολεία της χώρας μας, θεσμοθετημένος κλάδος σχολικών νοσηλευτών υπάρχει μόνο στα σχολεία ειδικής αγωγής, ενώ για την ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή στα ιδιωτικά σχολεία δεν υπάρχει συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο. Ο σχολικός νοσηλευτής, πέρα από το καθήκον του να περιθάλπει τους μαθητές του σχολείου, σε καθημερινή βάση, από τυχόν τραυματισμούς, στο σχολικό χώρο, κατά τη διάρκεια του καθημερινού προγράμματος, χρήζει και άλλων καθηκόντων. Η ενημέρωση των παιδιών, για τις επιπτώσεις της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στην υγεία τους είναι ένα βασικό θέμα. Σε συνεργασία με τους καθηγητές του σχολείου, ο σχολικός νοσηλευτής θα πρέπει να οργανώνει ημερίδες σχετικά με την αποφυγή χρήσης ναρκωτικών ουσιών, λόγω των σοβαρών προβλημάτων που δημιουργούν τόσο στην υγεία τους όσο και σε κοινωνικό, οικογενειακό και φιλικό επίπεδο. Παράλληλα, ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να δίνεται στο γυναικείο πληθυσμό του σχολείου, παραθέτοντας τα αποτελέσματα- επιπτώσεις που θα αντιμετωπίσουν αργότερα τα παιδιά τους από τη δική τους χρήση. Σκοπός αυτής της κίνησης, είναι η αποθάρρυνση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών καθώς και η προσπάθεια αποφυγής μίας εγκυμοσύνης από χρήστρια μητέρα. Τέλος, υποχρέωση του σχολικού νοσηλευτή είναι να εντοπίζει τυχόν ήδη χρήστες- μαθητές και μέσω διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων να αποθαρρύνει την περαιτέρω χρήση. Ωστόσο, σε περιπτώσεις εξάρτησης, να ενημερώνει υπεύθυνα τον κηδεμόνα, για την κατάσταση που αντιμετωπίζουν και να προτείνει λύσεις και τρόπους, ώστε η οικογένεια να στηρίξει τον/την έφηβο/η στο επόμενο βήμα, την απεξάρτηση (Αλεξανδροπούλου και συν, 2006). Τελειώνοντας, θεώρησα καλό να παραθέσω, κάποια από τα όργανα που το κράτος έχει θεσμοθετήσει για την αντιμετώπιση της μάστιγας των ναρκωτικών, όπως ο ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών), το ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων), το 18 ΑΝΩ κ.α., καθώς είναι προγράμματα που χρησιμοποιούν, ανάλογα με το περιστατικό που αντιμετωπίζουν, στεγνά προγράμματα ή προγράμματα υποκατάστασης που λειτουργούν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με στόχο τον σχεδιασμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής κατά των ναρκωτικών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

#### **8.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1**

##### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Όνοματεπώνυμο: Α.Δ

Φύλλο: Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης: 12/09/1990

Ηλικία: 28

Διάγνωση: φαρμακευτική δηλητηρίαση

Οικογενειακή Κατάσταση: έγγαμη

##### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ασθενής ηλικίας 25 ετών, με ιστορικό χρήσης από πενταετίας και έγκυος 4 μηνών προσήλθε στα επείγοντα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών και νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική παρουσιάζοντας τα εξής συμπτώματα:

- υπνηλία,
- παραισθήσεις
- πλήρη σύγχυση.

Η ασθενής διεγνώσθη με Φαρμακευτική δηλητηρίαση μετά από λήψη 15 ταμπλετών VULBEGAL και 3 ταμπλετών HYPNOSTEDON.

##### **ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

-Βιοχημικές εξετάσεις

-Καλλιέργεια κοπράνων: αρνητικό για salmonella, shigela spp, camplobacterspp, aeromonas spp.plesiomonas ssp.

-Ηλεκτροκαρδιογράφημα: φυσιολογικό.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Πυρετός (39° C)	Υποχώρηση του πυρετού	<p>Τακτική λήψη ζωτικών σημείων</p> <p>Χορήγηση Apotel (1M) κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p> <p>Τήρηση ισοζυγίου υγρών</p> <p>Περιποίηση του σώματος του ασθενούς</p>	<p>Τρίωρη Καταγραφή ζωτικών σημείων/ πυρετού</p> <p>Χορήγηση 1amp Apotel ενδομυϊκά</p> <p>Χορήγηση υγρών ανά τακτά χρονικά διαστήματα από το στόμα και χορήγηση ορού Kingers ενδοφλεβίως κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p> <p>Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων και σωστό αερισμού του χώρου</p>	Ο πυρετός υποχώρησε

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Διαρροϊκές κενώσεις	<p>Διατήρηση οξεοβασικής ισορροπίας</p> <p>Πρόληψη αφυδάτωσης</p>	<p>Χορήγηση υγρών</p> <p>Εκτίμηση κενώσεων</p> <p>Χορήγηση κατάλληλων τροφών</p> <p>Παρακολούθηση για σημεία επιδείνωσης</p> <p>Σχολαστική καθαριότητα</p>	<p>Χορηγούμε υγρά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</p> <p>Ελέγχουμε και καταγράφουμε τις κενώσεις στην νοσηλευτική κάρτα και ενημερώνουμε τον γιατρό για την πορεία της ασθενούς</p> <p>Χορηγούμε μαλακές τροφές (όπως σούπες ,ρύζι και ζελατινώδη επιδόρπια )</p> <p>Παρακολουθούμε για σημεία επιδείνωσης</p>	<p>Με την χορήγηση υγρών αποφεύχθηκε η αφυδάτωση</p> <p>Με την καταγραφή ελέγχουμε τις κενώσεις</p> <p>Με την κατάλληλη διατροφή οι διαρροϊκές κενώσεις υποχώρησαν</p> <p>Με την παρατήρηση συμβάλουμε στον έλεγχο της κατάστασης της ασθενούς</p>

			Καθαρίζουμε σχολαστικά την περινεϊκή χώρα και σκουπίζουμε καλά	
--	--	--	---	--

.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Ναυτία-έμετος εξαιτίας της γενικής νάρκωσης</p>	<p>Να ανακουφιστεί και να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας και τους εμετούς</p> <p>Να διατηρηθεί το ισοζύγιο υγρών</p>	<p>Τοποθέτηση ασθενούς σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης</p> <p>Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετό</p> <p>Μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών</p> <p>Καταγραφή της ποσότητας, της σύστασης και της συχνότητας των εμετών στο φύλλο νοσηλείας και τη λογοδοσία.</p>	<p>Τοποθετήθηκε η ασθενής σε πλάγια θέση χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι</p> <p>Χορηγήθηκαν υγρά (N/S 0,9%,1000 ccX2 και L/R 500ccx1)</p> <p>Καταγράφηκαν συνολικά 2 εμετοί στο φύλλο νοσηλείας</p> <p>Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο</p>	<p>Αποφεύχθηκε η εισρόφηση με τη σωστή θέση του σώματος- κεφαλής(πτώση επιγλωττίδας και αποφυγή εισροής των εμεσμάτων στην αναπνευστική οδό)</p>

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Η ασθενής παρουσιάζει άγχος και φόβο</p>	<p>- Να απαλλαγεί η ασθενής από το άγχος και το φόβο</p> <p>-</p>	<p>Να δοθούν συμβουλές καθώς και ψυχολογική υποστήριξη για την εξάλειψη του άγχους.</p> <p>Να εφαρμοστούν τεχνικές χαλάρωσης όπως βαθιές αναπνοές, απόσπαση της προσοχής και συγκέντρωσης σε άλλα θέματα</p> <p>Εξασφάλιση ήρεμου και αναπαυτικού περιβάλλοντος</p> <p>Να δημιουργηθεί</p>	<p>Εξασφαλίστηκε κατάλληλο περιβάλλον, ήσυχο, με χαμηλό φωτισμό και θέρμανση</p>	<p>Η ασθενής εξωτέρικεψε τις ανησυχίες της, τους φόβους της και τα συναισθήματά της</p> <p>Η εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και οι τεχνικές χαλάρωσης συνέβαλαν στο να είναι η ασθενής ήρεμη</p>

		ζεστό και φιλικό περιβάλλον για την ασθενή  Να παραχθεί ψυχολογική υποστήριξη		
--	--	---	--	--



## **8.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2**

### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Όνοματεπώνυμο: Φ.Ρ.

Φύλλο: Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης: 01/12/1988

Ηλικία: 30

Διάγνωση: πρόωρος τοκετός

Οικογενειακή Κατάσταση: έγγαμη

### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Η Φ.Ρ. ενεργητική καπνίστρια μεταφέρθηκε εσπευσμένα το ΠΓΝΠ στην αίθουσα τοκετών όπου και γέννησε το μωρό της στην 30<sup>η</sup> εβδομάδα. Το νεογνό οδηγήθηκε στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN) λόγω του ότι ήταν πρόωρο. Το νεογνό παρουσίασε ασθενές κλάμα κατά τη γέννηση του ενώ γεννήθηκε 1,250 gr και 36 cm.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η μητέρα κάπνιζε πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα παρά τις προτροπές του ιατρού της να διακόψει εντελώς το κάπνισμα.

### **ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Το νεογνό παρουσιάζει χαμηλή θερμοκρασία σώματος (35°C) ενώ παρουσιάζει και χαμηλό βάρος. Ταυτόχρονα, στον έλεγχο αναπνευστικής λειτουργίας η εξέταση έδειξε 76 mm που συνεπάγεται αναπνευστική δυσχέρεια. Τέλος το νεογνό παρουσίασε λοίμωξη.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Χαμηλό βάρος του νεογνού	Αύξηση του σωματικού βάρους του νεογνού	<p>Κάλυψη θερμιδικών αναγκών</p> <p>Αύξηση ανάπτυξης και σωματικής διάπλασης του νεογνού</p> <p>Χορήγηση κατάλληλης διατροφής στο νεογνό</p>	<p>Σίτιση του νεογνού σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</p> <p>Τοποθέτηση γαστρικού σωλήνα</p> <p>Τακτικό ζύγισμα του νεογνού</p> <p>Χορήγηση ορού Dw 10%</p> <p>Χορήγηση γάλακτος Prematil</p>	Το βάρος του νεογνού αυξάνεται σταδιακά

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Χαμηλή θερμοκρασία του νεογνού	Διατήρηση της θερμοκρασίας σώματος του νεογνού	Συνεχής έλεγχος και αύξηση της θερμοκρασίας σώματος του νεογνού	<p>Τοποθέτηση του νεογνού σε θερμοκοιτίδα</p> <p>Έλεγχος της θερμοκρασίας του νεογνού κάθε ώρα</p> <p>Θέρμανση αντικειμένων που έρχονται σε επαφή με το νεογνό</p> <p>Αποφυγή επαφής νεογνού με παγωμένα χέρια</p>	Η θερμοκρασία του νεογνού αποκαταστάθηκε στους 36,5 °C

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αναπνευστική δυσχέρεια του νεογνού	Ανακούφιση νεογνού από την αναπνευστική δυσχέρεια	Συνεχής έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας	<p>Τοποθέτηση του νεογνού σε θερμοκοιτίδα με διάχυτο O<sub>2</sub></p> <p>Έλεγχος δέρματος του νεογνού για παρακολούθηση ανωμαλιών</p> <p>Σύνδεση του νεογνού με μηχάνημα ελέγχου αναπνευστικής λειτουργίας</p>	Η αναπνευστική λειτουργία του νεογνού αποκαταστάθηκε

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Λοίμωξη	Προφύλαξη από λοιμώξεις	Εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τη λοίμωξη	<p>Χορήγηση αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία :</p> <p>Nabcin 2,7mg x 2 Ampicilline 3.4mg x 2</p> <p>Τήρηση κανόνων υγιεινής σε θερμοκοιτίδα και στα όργανα με τα οποία έρχεται σε επαφή το νεογνό</p>	Η λοίμωξη του νεογνού υποχώρησε

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κοινωνία στην οποία ζούμε στιγματίζει, κριτικάρει, απορρίπτει και αναθεματίζει σαν ξένο σώμα προς αυτή κάθε άτομο εξαρτημένο από τα ναρκωτικά, λες και δεν είναι υπαίτια και η ίδια σε κάποιο βαθμό για την άσχημη θέση στην οποία βρίσκεται ή λες και δεν είναι ένα μέλος του σώματος της που προσπαθεί βάνουσα να αποκόψει αντί να το αγκαλιάσει και να το εξυγιάνει. Μόνο τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες για την απεξάρτηση και επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων σε αυτήν.

Ορισμένοι θεωρούν ότι η πρόληψη θα πρέπει να γίνεται με την ενημέρωση και κάποιοι θεωρούν ότι ο εκφοβισμός έχει καλύτερα αποτελέσματα

Η πρόληψη θεωρείται πολύ σημαντική και έχει τεράστιες διαστάσεις που αφορά τους τομείς όπως είναι ο κοινωνικός, ο επιστημονικός και ο ιατρικός. Εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και διακρίνεται σε πολλά επίπεδα. Η διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης πρέπει να νοηθεί σαν μια διπλή κίνηση, αμφίδρομη, μια πορεία προς τα έξω, προς την κοινωνία, και ταυτόχρονα προς τα μέσα, προς την εσωτερική πραγματικότητα του ατόμου που έχει εθιστεί και τις βαθύτερες ψυχικές ανάγκες του.

Παρά τους κινδύνους που επιφέρει η χρήση εθιστικών ουσιών, κατά τη διάρκεια της κύησης, ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών, συνειδητά, κάνουν χρήση τους ενώ κυοφορούν, ανεξαρτήτως ηλικίας, μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Τα αποτελέσματα τυφλών ερευνών στις Η.Π.Α. έδειξαν ότι ένα 15% των εγκύων κάνουν χρήση ουσιών ενώ κυοφορούν. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι ανάλογα με την οικονομική κατάσταση της κάθε χρήστριας, η προσλαμβανόμενη ουσία αλλάζει. Για παράδειγμα, έρευνες δείχνουν, πως μια Αφροαμερικάνα τείνει να κάνει χρήση κοκαΐνης ενώ μία λευκής φυλής έγκυος αλκοόλης, λόγω της ευκολίας αγοράς της. Οι έρευνες και οι μελέτες που διεξάγονται, χρειάζεται να συνεχιστούν ώστε να προσδιοριστούν επακριβώς οι επιπτώσεις που δημιουργούνται από τη χρήση των εθιστικών ουσιών, τόσο στον οργανισμό της μητέρας όσο και στο έμβρυο, που αναπτύσσεται. Οι επαγγελματίες υγείας, οφείλουν να ενημερώνονται και να εκπαιδεύονται, ώστε να έχουν την πλέον άριστη αντιμετώπιση απέναντι στο φαινόμενο την γυναικείας ουσιοεξάρτησης που μαστίζει στην εποχή μας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να ενισχύσει και να βοηθήσει το εθισμένο άτομο που βρίσκεται στο στάδιο της συμμόρφωσης ώστε να συναινέσει και να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες που θα του δοθούν. Γι αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η στενή παρακολούθηση του ατόμου που βρίσκεται στην απεξάρτηση καθώς επίσης και η συνεργασία του νοσηλευτή με το οικογενειακό περιβάλλον του. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού

είναι θέματα μεγάλης σημασίας, στα οποία εμπλέκονται επαγγελματίες υγείας από διάφορα επιστημονικά πεδία (ιατρική, μαιευτική, νοσηλευτική, κοινωνικές επιστήμες κ.ά.). Η κύηση, αποτελεί χρονική φάση όπου ο νοσηλευτής (που εργάζεται σε γυναικολογικό- μαιευτικό τμήμα) έρχεται σε στενή επαφή με την γυναίκα. Έτσι κερδίζοντας την εμπιστοσύνη της χρήστριας εγκύου, δίνοντάς της συμβουλές, στηρίζοντας και όχι επικρίνοντάς την, μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπιση του φαινομένου και στην επίλυσή του.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Κοκκέβη Ά, Φωτίου Α, Καναβού Ε, Σταύρου Μ, & Richardson C (2016). Πανευρωπαϊκή έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση οινόπνευματωδών και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (έρευνα ESPAD): Η Ελλάδα συγκριτικά με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο το 2015. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Αλεξανδροπούλου, Μ., Καλοκαιρινού, Α., & Σουρτζή, Π. 2006. Σχολικές Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα : Η Θέση του Σχολικού Νοσηλευτή, 45 (3), σελ 308-314
- Κώσταλος Χ, (1996), “*Νεογνολογία*”, (Τόμος α), Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα.
- Λιάπας, Γ., 1992. *Ναρκωτικά : Εθιστικές Ουσίες και Κλινικά Προβλήματα*, Αντιμετώπιση. Αθήνα : Εκδόσεις Πατάκη.
- Λιαππιάς Ι. Α., Πομίνη Β., (2004), “*Ουσιοεξάρτηση – Σύγχρονα θέματα*”, Εκδόσεις ΙΤΑΚΑ, Αθήνα
- Λούφτη Χ.Α., Αγγελετάκη Δ., (2009). Οι επιπτώσεις των Ναρκωτικών ουσιών στην Κύηση, στο Έμβρυο και στο Νεογνό, Αθήνα.
- Λυκερίδου Α., Δελτσίδου Α., (2006), “*Νοσηλευτική Μητρότητα*”, Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος, Αθήνα.
- Μαρσέλος Μ., (1994), “*Ναρκωτικά-Φαρμακολογία και Τοξικολογία των εξαρτησιογόνων – ψυχοτρόπων ουσιών*”, Εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα
- Μισουρίδου, Ε., 2004. Εξάρτηση και Μητρότητα : Βασική φροντίδα και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις. Τετράδια Ψυχιατρικής, τ 88, σελ 59-64. 13. Μπελλάλη, Θ., 2011.Τεκμηριωμένη κλινική πρακτική ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 50 (1), σελ:10-22.
- Μάτσα, Κ., 2007. Ψάξαμε Ανθρώπους και βρήκαμε Σκιές : Το αίνιγμα της Τοξικομανίας. Αθήνα : Εκδόσεις Άργα.
- Πομίνη, Β., Νικολάου, Α., 2002. Women drug users Client’s needs in the drug field. Αθήνα : Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Πουλόπουλος Χ. (2005) *Εξαρτήσιες- Θεραπευτικές Κοινότητες*, Αθήνα: Εκδ. Ελληνικά Γράμματα
- Πουλόπουλος, Χ., (1995). Νέες Προκλήσεις για τις Θεραπευτικές Κοινότητες : Η Ευρώπη σε μεταβατικό στάδιο- Η Θεραπευτική Κοινότητα σε μεταβατικό στάδιο. Κοινοτική εργασία, σελ 105- 107.
- Συλλογικό έργο. (2010). *Εφαρμοσμένη κοινοτική νοσηλευτική*, Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδης
- Φωτόπουλος Ν. (1997) *Ναρκωτικά*, Αθήνα: Σάκκουλας



Χαραλαμπίδης, Ε.(2003). *Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες*. Αθήνα:ΕΠΙΨΥ.

Ψαρούλης Δημήτριος Κ.(2009) *Εξαρτησιογόνες ουσίες*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Ετήσια έκθεση. (2011). Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα. ΕΚΤΕΠΝ, Αθήνα, Διαθέσιμο στο [http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ETHSIA\\_EKUESH\\_2011.pdf](http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ETHSIA_EKUESH_2011.pdf)

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. (2016). *Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης: Κατευθυντήριες Γραμμές και Σχεδιασμός Παρεμβάσεων*. ΕΚΤΕΠΝ, Αθήνα, Διαθέσιμο στο <http://www.epipsi.gr/book/ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ%20ΓΙΑ%20ΤΗΝ%20ΠΡΟΛΗΨΗ%20ΤΗΣ%20ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ%202011.pdf>

#### Ξενόγλωσση

Cole M. & Cole S. (2002) *Η ανάπτυξη των παιδιών*, Αθήνα: Εκδ. Τυπωθήτω

Gerald G. Briggs, Roger K. Fremman, Summer J. Yaffe, (1998), “*Drugs in pregnancy and lactation*”, 4<sup>th</sup> edition, London

Gratacos E., Torres P. J., Antolin E., (1993), “*Use of cocaine during pregnancy*”, *The new England joyrnal of medicine* 329(9): 667

Kaltenbach K., Bergella V., Finnegan L., (1998), “*Opiod dependence during pregnancy – effects and management*”, 25(1): 139-151

Kandall S.R., (1991), “*Perinatal effects of cocaine and amphetamine use during pregnancy*”, *Bulletin of the New York Academy of medicine*

Shapiro, H. (2009). *Drugs*. Αθήνα: Ερευνητές.

Unicri (2013), Dawn Drugs and Alcohol Women Network: Promoting a Gender Responsive Approach to Addiction, ‘The importance of developing a reliable knowledge base in treatment offered: the EU experience’, pp.222-244.

Wisner, K. L., Tomedi, L. E., Bogen, D. L., Hanusa, B. H., & Bodnar, L. M., 2012. A pilot study of the nutritional status of opiate-using pregnant women on methadone maintenance therapy. *Substance use & misuse*, 47(3), 286-295.