

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:
«ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ»

Όνομ/νο Φοιτ.: Τρίπκου Ουρανία

A.M. 3837/2012

Εποπτεύων Καθ.: Κατσίκης Ηλίας

2018

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑ.....	2
1.1 Ορισμός Εγκυμοσύνης.....	2
1.2 Η Εγκυμοσύνη ως Διαδικασία και η Λοχεία.....	2
1.2.1 Ενδοκρινολογικές Διαταραχές.....	4
1.3 Επιπτώσεις Εγκυμοσύνης.....	5
1.4 Η Συμπεριφορά της Εγκυμοσύνης κατά την Διάρκεια της Κήσης.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	12
2.1 Ορισμός Εξαρτησιογόνων Ουσιών.....	12
2.2 Είδη Εξαρτησιογόνων Ουσιών.....	13
2.3 Εγκυμοσύνη και Χρήση Ουσιών Εξάρτησης.....	28
2.4 Επιπτώσεις Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών στο Έμβρυο.....	28
2.5 Κίνδυνοι από την Χρήση Ουσιών Εξάρτησης κατά την Διάρκεια της Εγκυμοσύνης.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	33
3.1 Ευρωπαϊκή Πολιτική και Νομικό Πλαίσιο σχετικά με τις Έγκυες Γυναίκες και την Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών.....	33
3.2 Πρόληψη Ουσιών Εξάρτησης κατά την Διάρκεια της Εγκυμοσύνης.....	34
3.3 Αντιμετώπιση Ουσιών Εξάρτησης κατά την Διάρκεια της Εγκυμοσύνης.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΕΡΕΥΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΥΤΗ.....	43
4.1 Διεθνείς Μελέτες Ερευνών.....	43
4.2 Μελέτες Ερευνών στον Ελλαδικό Χώρο.....	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑ

1.1 Ορισμός Εγκυμοσύνης

Η εγκυμοσύνη είναι μια διαδικασία κατά την οποία μία γυναίκα φέρει ένα γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο αναπτύσσεται και εξελίσσεται μέσα της και διαρκεί μέχρι και τη γέννηση του βρέφους. Στην ιατρική, οι όροι που χρησιμοποιούνται για χαρακτηρίσουν μια γυναίκα στη διαδικασία της εγκυμοσύνης είναι «έγκυος» ενώ πριν ολοκληρωθεί η διαδικασία της εγκυμοσύνης το μωρό χαρακτηρίζεται ως «έμβρυο» (Στεργιόπουλος, 2012).

1.2 Η Εγκυμοσύνη ως Διαδικασία και η Λοχεία

Φυσιολογικά η εγκυμοσύνη διαρκεί εννέα ημερολογιακούς μήνες ή 40 εβδομάδες ή 280 ημέρες. Η διάρκεια της εγκυμοσύνης, υπολογίζεται από την πρώτη μέρα της τελευταίας περιόδου (ΤΕΠ), μέχρι την ημέρα του τοκετού (ΠΗΤ) (Stoppard, 2009).

Η διάρκεια της εγκυμοσύνης, ταξινομείται σε τρεις περιόδους, τα τρίμηνα. Κατά το πρώτο στάδιο, εμφανίζονται διάφορες μεταβολές στη μητέρα όπως πληρότητα και ερεθισμός των μαστών, συχνουρία, ναυτία, κόπωση, μεταβολές της διάθεσης καθώς αρχίζουν να γίνονται αισθητές οι κινήσεις του εμβρύου. Η περίοδος αυτή, είναι κρίσιμη καθώς μπορούν να συμβούν τα ακόλουθα: αυτόματη, επαπειλούμενη, αναπόφευκτη αποβολή καθώς και ατελής εκβολή (Davila, 2007).

Η φαινομενική μεγέθυνση της μήτρας κατά το πρώτο τρίμηνο προκαλείται από υψηλά επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Η αρχική μεγέθυνση της μήτρας προκύπτει από την αυξημένη αγγείωση και τη διαστολή αιμοφόρων αγγείων, την υπερπλασία (παραγωγή νέων μυϊκών ινών και του ινώδους ελαστικού ιστού), και την υπερτροφία (μεγέθυνση των προϋπαρχόντων μυϊκών ινών και του ινώδους ελαστικού ιστού), καθώς και την ανάπτυξη του φθαρτού. Κατά την έβδομη εβδομάδα της κύησης, η μήτρα έχει το μέγεθος ενός αυγού κότας, κατά τη δέκατη εβδομάδα κύησης έχει το μέγεθος ενός πορτοκαλιού (το διπλάσιο από το μέγεθος της

μη εγκύμονος μήτρας) και κατά την δωδέκατη εβδομάδα κύησης έχει το μέγεθος ενός γκρέιπφρουτ. Μετά τον τρίτο μήνα, η μεγέθυνση της μήτρας είναι κυρίως το αποτέλεσμα της μηχανικής πίεσης που ασκείται από το αναπτυσσόμενο έμβρυο (Davila, 2007).

Κατά το δεύτερο μισό της κύησης, εμφανίζονται σημαντικές αλλαγές, καθώς το έμβρυο αναπτύσσεται, σχηματίζονται τα συστήματά του, τα χαρακτηριστικά του, η μητέρα αρχίζει να νιώθει το έμβρυο να κινείται έντονα, να «κλωτσάει». Σε αυτή την περίοδο η έγκυος αρχίζει να παίρνει τα κιλά της εγκυμοσύνης αλλά και να ενώνεται συναισθηματικά με το κυοφορούμενο έμβρυο. Ωστόσο, σοβαρές επιπλοκές εμφανίζονται σε αυτό το μισό της εγκυμοσύνης και μέχρι τον τοκετό. Κάποιες από τις πιο σοβαρές είναι ο προδρομικός πλακούντας, η αποκόλληση του πλακούντα, η ρήξη προδρομικών αγγείων, ο τραυματισμός του κόλπου και το σημάδι της επιτόκου (Davila, 2007).

Οι πρώτες μία ή δύο ώρες μετά τον τοκετό, περίοδος που ονομάζεται λοχεία ή και τέταρτο στάδιο του τοκετού, είναι μια κρίσιμη περίοδος για τη μητέρα και το νεογνό. Και οι δύο δεν αναρρώνουν μόνο από τη φυσική διεργασία του τοκετού, αλλά εξοικειώνονται, επίσης, μεταξύ τους και με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Κατά την περίοδο αυτή, το γεννητικό σύστημα της γυναίκας προσαρμόζεται στην προηγούμενη, προ της κύησης, κατάστασή του καθώς και οι λειτουργίες των άλλων συστημάτων του σώματος, αρχίζουν να σταθεροποιούνται (Stoppard, 2005).

Κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, οι κλινικές εξετάσεις της μητέρας είναι συχνές. Οι μαστοί διογκώνονται για τη γαλουχία, ενώ εκκρίνονται τα λόγια που είναι αίμα και αιματηρό υγρό από τη μήτρα που συσπάται μέχρι να αδειάσει από τα υπολειπόμενα υγρά. Η περίοδος αυτή αποτελεί την πιο σημαντική στιγμή της μητέρας, καθώς αγγίζει το μωρό της μετά από μία εξουθενωτική και επίπονη διαδικασία και το μωρό απολαμβάνει τα χάδια. Η μητέρα χρήζει φροντίδας και συναισθηματικής τόνωσης από το σοκ που έχει περάσει τόσο σωματικά όσο και ψυχικά (Stoppard, 2005).

Συχνά, μετά τον τοκετό, εμφανίζεται μελαγχολία που ενίοτε οδηγεί σε κατάθλιψη. Λόγω της απότομης αλλαγής στις ορμόνες καθώς και από τις νέες ευθύνες και συνθήκες που εμφανίζονται, συχνά οι λεχώνες αντιμετωπίζουν την επιλόχειο κατάθλιψη (Stoppard, 2009).

1.2.1 Ενδοκρινολογικές Διαταραχές

Η ωκυτοκίνη είναι μία ορμόνη που αποδεσμεύεται από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Ο ρόλος της ρίνης αυτής δεν έχει αποσαφηνιστεί με ακρίβεια, αλλά σχετίζεται με την πρόκληση του τοκετού και τη συστολή της μήτρας στο αρχικό της μέγεθος. Διαδραματίζει επίσης, σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της έκκρισης γάλακτος από το στήθος κατά τη γαλουχία (δηλαδή συμμετέχει ενεργά στην έξοδο του γάλακτος από το στήθος). Η προλακτίνη αποδεσμεύεται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Η προλακτίνη μοιάζει να ενεργεί απευθείας στους ιστούς - στόχους, χωρίς να διεγείρει άλλους αδένες και όπως και οι γοναδοτροπίνες, εμπλέκεται ιδιαίτερος στον έλεγχο της αναπαραγωγής (Ιατράκης, 2006).

Η προλακτίνη, στο γυναικείο φύλο, διεγείρει την παραγωγή γάλακτος από το στήθος. Όταν είναι παρούσα σε μεγάλες ποσότητες, αναστέλλει την ωοθυλακιορρηξία και τον εμμηνορυσιακό κύκλο. Μετά τον τοκετό, η έκκριση και των δύο προαναφερθέντων ορμονών διεγείρεται από το θηλασμό. Μετά από την διαδικασία της εγκυμοσύνης, οι μεταβολές που παρουσιάζονται στον οργανισμό της γυναίκας είναι και ορμονικές οι οποίες δύναται να παρουσιάσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνονται πολύ δύο ρίνες, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη (Ιατράκης, 2006).

Στις πρώτες 24 ώρες μετά από τον τοκετό, παρουσιάζεται μείωση των ορμονών αυτών σε φυσιολογικά επίπεδα πριν την διαδικασία της εγκυμοσύνης. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι αυτή η ταχεία αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών, μπορεί να οδηγήσει στην επιλόχεια κατάθλιψη, ακριβώς όπως και οι μικρότερες αλλαγές στις ορμόνες μπορούν να έχουν επιπτώσεις στις διαθέσεις μιας γυναίκας πριν αρχίσει την εμμηνορροϊκή περίοδο της (το γνωστό προεμμηνορυσιακό σύνδρομο). Περιστασιακά, τα επίπεδα ορμονών του θυρεοειδούς αδένος δύναται επίσης να μειωθούν μετά τον τοκετό. Ο θυρεοειδής είναι ένας μακρύς αδένος στο λαιμό που βοηθά στη ρύθμιση του μεταβολισμού (Ιατράκης, 2006).

Τα χαμηλά επίπεδα ορμονών του θυρεοειδούς, μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης, του μειωμένου ενδιαφέροντος για τα πράγματα, της οξυθυμίας, της κούρασης, της δυσκολίας συγκέντρωσης, των προβλημάτων του ύπνου, και της αύξησης του βάρους (Ιατράκης, 2006).

1.3 Επιπτώσεις Εγκυμοσύνης

Η πρώτη ενέργεια για να προσαρμοστεί η εγκυμονούσα στο ρόλο της μητέρας είναι η αποδοχή της εγκυμοσύνης από την ίδια. Ο βαθμός αποδοχής εκφράζεται από την ετοιμότητα της γυναίκας να μείνει έγκυος και τη συναισθηματική της αντίδραση (Mackonochie, 2008).

Στην αρχή, πολλές γυναίκες αισθάνονται δυσάρεστα όταν ανακαλύπτουν την εγκυμοσύνη τους. Όταν η γυναίκα αποδέχεται την εγκυμοσύνη της αυτό σημαίνει ουσιαστικά ότι αποδέχεται και την πραγματικότητα ενός παιδιού. Η μη αποδοχή της κύησης δεν πρέπει απαραίτητα να εκληφθεί ως απόρριψη ενός παιδιού. Υπάρχει περίπτωση μια γυναίκα να μην επιθυμεί την εγκυμοσύνη της, αλλά να νιώθει αγάπη για το παιδί που πρόκειται να γεννήσει. Η γυναίκες που αισθάνονται ευτυχισμένες και ευχαριστημένες για την εγκυμοσύνη τους, την αντιμετωπίζουν συνήθως ως βιολογική ολοκλήρωση και ως επίτευξη ενός από τους πιο σημαντικούς στόχους στην ζωή τους. Έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση και είναι αισιόδοξες για το μέλλον τους, το μέλλον των παιδιών τους και των άλλων μελών της οικογένειας (Edenhofer 2010).

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης φυσικό είναι να υπάρξουν διάφορες αλλαγές στην εγκυμονούσα οι οποίες συμβαίνουν σε δύο επίπεδα: οι σωματικές και οι ψυχολογικές αλλαγές. Για παράδειγμα καθώς το έμβρυο αναπτύσσεται το σώμα της γυναίκας αλλάζει. Κάποιες από τις μεταβολές αυτές μπορεί να μην επηρεάζουν, άλλες όμως υπάρχει πιθανότητα να ενοχλήσουν την κυοφορούσα ή ακόμα και να της παρουσιάσουν προβλήματα και επιπλοκές. Ακόμη όμως και σε μία εγκυμοσύνη χωρίς προβλήματα οι ψυχολογικές διακυμάνσεις είναι πολύ συνηθισμένες και αυτό συμβαίνει γιατί το σώμα της εγκύου υφίσταται μία διαδικασία η οποία ξεφεύγει από τον έλεγχο αυτής (Ιατράκης, 2006).

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Τα συμπτώματα τα οποία θα αναφέρουμε δεν αποτελούν κάποιο γενικό κανόνα, αλλά είναι τα πιο συχνά εμφανιζόμενα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Glade, & Schuler, 2011). Στους εννιά μήνες της κύησης, από την σύλληψη μέχρι και τον τοκετό οι αλλαγές στο σώμα της γυναίκας κάνουν έντονη την παρουσία τους όσο ποτέ άλλοτε. Τις αλλαγές αυτές δεν μπορεί να τις αντιληφθεί ή βιώσει κανείς πέρα από τις ίδιες τις εγκυμονούσες. Αξιοσημείωτο είναι ότι αν όλες αυτές οι αλλαγές δεν

ήταν ένα φυσιολογικό γυναικείο βιολογικό γεγονός, θα ήταν όλες αβάσταχτες (Bertherat, 2017).

Σώμα. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών αντιμετωπίζει τις σωματικές αλλαγές της κύησης με ανάμεικτα συναισθήματα. Για τις περισσότερες η διογκωμένη κοιλιά παρέχει ένα αίσθημα περηφάνιας καθώς θεωρείται ότι με την εγκυμοσύνη εκπληρώνουν τον σκοπό τους. Έτσι καμαρώνουν για το νέο τους σχήμα. Άλλες όμως, παρά το γεγονός ότι βρίσκουν μια ιδιαίτερη ομορφιά στην μεγάλη τους κοιλιά, δυσκολεύονται να αποδεχθούν ότι αυτή η κοιλιά είναι δική τους. Υπάρχει βέβαια και η περίπτωση οι γυναίκες να μην αποδέχονται την νέα τους εμφάνιση παραπονούμενες συνεχώς για το πώς δείχνουν (Bertherat, 2017).

Γεννητικά όργανα. «Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα και ο κόλπος στην εγκυμοσύνη χαρακτηρίζονται από μεγάλη υπεραίμια και το χρώμα τους γίνεται ιώδες. Αντίστοιχα, η μήτρα στο σύνολό της παρουσιάζει διάφορες μεταβολές στην διάρκεια της κύησης, για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες του προοδευτικά αυξανόμενου όγκου του περιεχομένου της. Το βάρος της αυξάνεται από 60 – 100 γραμμάρια σε 1.100 γραμμάρια στο τέλος της κύησης» (Glade, & Schuler, 2011).

Αμηνόρροια. «Η διακοπή της περιόδου είναι συνήθως το πρώτο σημάδι μίας εγκυμοσύνης. Ωστόσο, σε μερικές γυναίκες παρατηρήθηκαν λιγιστά έμμηνα έως και τον έκτο μήνα και μερικές φορές καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης» (Bertherat, 2017).

Αίμα. Ο συνολικός όγκος του αίματος αυξάνεται κατά 48% στις απλές και κατά 52% στις πολύδυμες κυήσεις, δηλαδή περίπου 1.500 – 2000 cm³. Εξ' αιτίας της ταχείας αύξησης του πλάσματος (75%) στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και της βραδύτερης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (30%), ο αιματοκρίτης της γυναίκας μειώνεται κατά 10% περίπου μέχρι και το τέλος του δεύτερου τριμήνου. Αυτό βοηθά την μητέρα να αντιμετωπίζει την μεγάλη απώλεια αίματος και την υπόταση όταν παραμένει για αρκετή ώρα όρθια, ύπτια ή όταν κάθεται (Bertherat, 2017).

Συχνουρία. Είναι συνηθισμένη η ανάγκη για αυξημένη ούρηση εξ' αιτίας των ορμονικών αλλαγών. Οι ορμόνες της υπόφυσης επιδρούν στα επινεφρίδια με αλλάζοντας την ισορροπία του νερού μέσα στο σώμα της γυναίκας με αποτέλεσμα να κατακρατείται περισσότερο νερό. Επιπρόσθετα με την μεγέθυνση της μήτρας πιέζεται

η ουροδόχος κύστη (Bertherat, 2017).

Εξάντληση. Υπάρχει περίπτωση η εγκυμονούσα να αισθάνεται συνεχώς κόπωση και ότι είναι κουρασμένη και εξαντλημένη. Αυτό συμβαίνει καθώς το σώμα της υπερλειτουργεί προκειμένου να στηρίξει και να θρέψει το έμβρυο που βρίσκεται μέσα της (Glade, & Schuler, 2011).

Ορμόνες. Οι δύο πιο σημαντικές ορμόνες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Και οι δύο εξίσου θεωρούνται ότι ευθύνονται για τις αλλαγές στην διάθεση της γυναίκας. Άξια αναφοράς είναι και μία τρίτη ορμόνη με την ονομασία ανθρώπιος χοριακή γοναδοτροπίνη η οποία παράγεται από το έμβρυο στην αρχή της κύησης. Η ορμόνη αυτή την δέκατη εβδομάδα της εγκυμοσύνης φτάνει στο υψηλότερο επίπεδο το αίμα της εγκύου το οποίο μετά πέφτει σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα. Θεωρείται επίσης ότι η εν λόγω ορμόνη ευθύνεται για τις ναυτίες τους τρεις πρώτους μήνες (Bertherat, 2017).

Ναυτία. Παρά το γεγονός ότι η ναυτία είναι πιο συνηθισμένη τις πρωινές ώρες, μπορεί παρ' όλα αυτά να επέλθει σε οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας ή ακόμα και να είναι συνεχής. Αυτή οφείλεται στα επίπεδα οιστρογόνου και στο χαμηλό επίπεδο σακχάρου στο αίμα. Επίσης η ναυτία μπορεί να είναι ελαφριάς μορφής ή και αρκετή ώστε να οδηγήσει στον εμετό, ο οποίος συμβαίνει λόγω των βιοχημικών αλλαγών που κάνουν τις γυναίκες πιο ευαίσθητες. Σύμφωνα πάντως με την ψυχαναλυτική ερμηνεία, η ναυτία και οι εμετοί θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως μια ένδειξη αρνητικής διάθεσης απέναντι στην κύηση (Bertherat, 2017).

Αλλαγές στο στήθος. Οι αλλαγές στο στήθος γίνονται ορατές από την αρχή της εγκυμοσύνης. Συνήθως τα στήθη μεγαλώνουν και υπάρχει φαγούρα, πόνος ή παλμοί στους μαστούς. Στο σημείο αυτό οι γαλακτικοί αδένες αρχίζουν να αναπτύσσονται και καθώς η ποσότητα του αίματος αυξάνεται, οι φλέβες μπορεί να φαίνονται περισσότερο. Οι θηλές και η περιοχή γύρω από την θηλή πιθανών να σκουρύνουν και να φαρδύνουν (Bertherat, 2017).

Ύπνος. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ο ύπνος και οι παροδικές διαταραχές του βρίσκονται τις περισσότερες φορές στο επίκεντρο της προσοχής της εγκυμονούσας. Η αύξηση ή η ελάττωση αυτού γίνονται πηγή ανησυχίας (Glade, & Schuler, 2011).

Αναπνοή. Στην προχωρημένη εγκυμοσύνη παρατηρείται πολύ συχνά το κόψιμο της αναπνοής της εγκυμονούσας. Αυτό συμβαίνει καθώς η μήτρα πιέζει τους πνεύμονες και το διάφραγμα μπορεί να μετατοπιστεί προς τα επάνω μέχρι και 2,5 εκατοστά. Παρ' όλα αυτά κατά την διάρκεια της κύησης οι γυναίκες εισπνέουν περισσότερο αέρα αφού ο θωρακικός κλωβός διευρύνεται (Bertherat, 2017).

Βάρος. «Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η συνιστώμενη αύξηση βάρους για μία γυναίκα με κανονικό βάρος και η οποία έχει μια κανονική εγκυμοσύνη είναι περίπου 8,8 – 14,2 κιλά για ολόκληρη την περίοδο της κυοφορίας. Από αυτά, τα 2,6 – 3,5 κιλά προορίζονται για το έμβρυο και 6,3 – 10,6 κιλά για το σύστημα συντήρησης του εμβρύου. Οι περισσότερες γυναίκες παίρνουν πολύ λίγο βάρος κατά την διάρκεια του πρώτου μήνα. Κατά τον τελευταίο μήνα της εγκυμοσύνης μερικές γυναίκες χάνουν βάρος» (Glade, & Schuler, 2011).

Γεύσεις και επιθυμίες. Είναι αρκετά σύνηθες αλλαγή να υπάρχει και στην γεύση στο στόμα της εγκύου σε αντιστοιχία με τα αυξημένα επίπεδα ορμονών που επηρεάζουν το σάλιο της. Αποτέλεσμα αυτού είναι να απεχθάνεται φαγητά και ποτά που συνήθιζε να απολαμβάνει (όπως ο καφές) ή στο να αναζητά τροφές που παλιότερα δεν έτρωγε. Είναι επίσης πιθανό μια εγκυμονούσα να καταναλώνει ουσίες οι οποίες δεν είναι φαγώσιμες όπως χόμα, κάρβουνο ή ασβέστη από τους τοίχους. Η πρακτική αυτή είναι γνωστή ως «αφύσικη όρεξη» η οποία θεωρείται ότι εμφανίζεται λόγω έλλειψης ιχνοστοιχείων στο σώμα της εγκύου (Bertherat, 2017).

Άλλες αλλαγές που μπορεί να παρατηρηθούν είναι οι ξινίλες στο στομάχι οι οποίες μετριάζονται αποφεύγοντας τα βαριά φαγητά και τα μπαχαρικά, η δυσκοιλιότητα η οποία αντιμετωπίζεται συνήθως με δαμάσκηνα, σύκα και σταφίδες και το πρήξιμο στα πόδια, τα δάχτυλα των χεριών και το πρόσωπο όπου φανερώνουν την αυξημένη ποσότητα νερού στους ιστούς του σώματος. Η τελευταία από αυτές τις αλλαγές μπορεί να αποτελεί και την πρώτη ένδειξη για κάποια από τις ονομαζόμενες αρρώστιες της εγκυμοσύνης όπως την προεκλαμψία. Τέλος μερικές εγκυμονούσες έχουν περισσότερο σάλιο ή ιδρώνουν περισσότερο, το οποίο βοηθά στην αποβολή άχρηστων ουσιών και κράμπες στα πόδια λόγω κυκλοφοριακών διαταραχών (Bertherat, 2017).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Σύγχυση. Πολλές γυναίκες παρατηρούν τις μεταβολές στο σώμα τους με ανάμεικτα συναισθήματα. Η σύγχυση είναι ένα από τα εν λόγω συναισθήματα. Στην εγκυμοσύνη οι γυναίκες αλλάζουν όψη· δεν είναι πια λεπτές αλλά αντίθετα αποκτούν μεγάλη κοιλιά. Μερικές γυναίκες προσπαθούν να μην φανερώσουν την εγκυμοσύνη τους συνεχίζοντας να ντύνονται για κάποιο διάστημα με τα ίδια ρούχα ή φορώντας ρούχα πολύ φαρδιά με αποτέλεσμα να προσπαθούν να κρύψουν εντελώς το σχήμα του σώματός τους (Edenhofer 2010).

Φόβος. Οι περισσότερες γυναίκες φοβούνται μήπως το έμβρυο δεν είναι φυσιολογικό. Ένα μεγάλο ποσοστό από αυτές βλέπουν εφιάλτες ή έχουν φαντασιώσεις. Επιπλέον, νιώθουν φόβο μήπως πεθάνουν οι ίδιες ή το παιδί τους. Φοβούνται ακόμα ότι ίσως να μην καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στον νέο ρόλο στον οποίο θα πρέπει άμεσα να προσαρμοστούν (Bertherat, 2017).

Ενοχή. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες συχνά νιώθουν ενοχή σχετικά με τους φόβους τους. Ενοχή μπορεί να νιώσουν και στις περιπτώσεις όπου το παιδί δεν είναι επιθυμητό από τις ίδιες τους πρώτους μήνες της κύησης (Bertherat, 2017).

Σεξουαλική επιθυμία. Η σεξουαλική σχέση είναι επηρεασμένη από βιολογικούς και συναισθηματικούς παράγοντες, από την αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο συντρόφων αλλά και από μύθους σχετικά με τη σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τη σεξουαλική δυσλειτουργία και τις σωματικές μεταβολές της γυναίκας. Καθώς η εγκυμοσύνη προχωράει οι αλλαγές στο σώμα, στην εικόνα αυτού και στην ένταση των ενοχλήσεων επηρεάζουν την επιθυμία και των δύο συντρόφων για σεξουαλική δραστηριότητα. Το πρώτο τρίμηνο η γενετήσια επιθυμία της γυναίκας ίσως μειωθεί εφόσον νιώσει ευαισθησία στο στήθος, ναυτία, κόπωση ή υπνηλία. Αφού η γυναίκα μπει στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης της, το αίσθημα ευεξίας σε συνδυασμό με την αυξημένη πυελική συμφόρηση που παρατηρείται σε αυτή την χρονική περίοδο, μπορεί να κάνουν πιο έντονη την επιθυμία της για σεξουαλική επαφή. Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, τα σωματικά ενοχλήματα και οι μεταβολές στο σώμα υπάρχει περίπτωση να την κάνουν να νιώθει άσχημα και να μειώσουν την γενετήσια επιθυμία. Οι μαιές μπορούν να κάνουν πιο εύκολη την επικοινωνία μεταξύ του ζευγαριού εξηγώντας στους μελλοντικούς γονείς τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές που μπορεί να εκδηλώσουν στην

πορεία της κύησης (Glade, & Schuler, 2011).

Άγχος. Το άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης επηρεάζει αυτήν αφού μπορεί να παρατείνει την διάρκειά της. Το άγχος που υποβόσκει είναι δυνατόν να έχει δυσμενή επίδραση στη λειτουργία της μήτρας και δημιουργείται από το ότι πολλές γυναίκες νιώθουν μεγάλη έγνοια σχετικά με την υγεία του παιδιού που θα φέρουν στον κόσμο. Αγχώνονται επίσης να μην χάσουν τη δουλειά τους και συχνά επηρεάζονται από γυναίκες που είχαν πολύ δύσκολη εγκυμοσύνη (Mackonochie, 2008).

Τα επίπεδα άγχους παρατηρούνται συνήθως σε μεγάλο βαθμό τους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και ελαττώνονται στους επόμενους. Αυτό, ίσως οφείλεται στην ανάγκη προσαρμογής στην νέα κατάσταση, που συχνά επιτυγχάνεται μέχρι και το τέλος του τρίτου μήνα. Η κορύφωση του επέρχεται καθώς πλησιάζει η ώρα του τοκετού, αφού αντανακλώνται οι τεράστιες αλλαγές που γίνονται στο σώμα της γυναίκας, καθώς πλησιάζει η γέννα και το μωρό (Edenhofer 2010).

Άλλες αλλαγές. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών παρουσιάζει αυξημένη ευερεθιστότητα, εκρήξεις δακρύων και θυμού αλλά και αισθήματα απέραντης ευτυχίας, τα οποία μπορεί να προκληθούν από ασήμαντες ή και ανύπαρκτες αφορμές (Glade, & Schuler, 2011).

Οι εγκυμονούσες πολλές φορές εμφανίζουν *συναισθηματική αμφιθυμία* κατά την κύηση. Η αμφιθυμία, δηλαδή η ταυτόχρονη ύπαρξη έντονων, αλληλοσυγκρουόμενων συναισθημάτων, θεωρείται ως κάτι φυσιολογικό στα άτομα που προετοιμάζονται για ένα νέο ρόλο. Ακόμα και οι γυναίκες που νιώθουν ευτυχία με την εγκυμοσύνη τους, υπάρχει περίπτωση μερικές φορές να έχουν εχθρικά συναισθήματα με την κατάστασή τους ή προς το αγέννητο παιδί τους. Αφού γεννηθεί ένα υγιές παιδί τα αμφιθυμικά συναισθήματα συνήθως ξεχνιούνται. Εφόσον όμως το παιδί γεννηθεί με κάποιο πρόβλημα, η γυναίκα ίσως ανατρέξει πίσω στις περιόδους που δεν επιθυμούσε το παιδί της και να νιώσει έντονη ενοχή. Υπάρχει περίπτωση να πιστέψει ότι η αμφιθυμία της προκάλεσε την ανωμαλία στο παιδί. Οι σημαντικές μεταβολές που υφίσταται ο οργανισμός της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης προκαλούν παρόμοιες μεταβολές στην ψυχική κατάσταση αυτής. Η πεποίθηση όμως ότι οι κυοφορούσες είναι υστερικές, επιθετικές, εκτός εαυτού και γεμάτες από έμμονες ιδέες, έχει τη βάση της σε πλατιά διαδεδομένες προκαταλήψεις

(Edenhofer 2010).

Παρ' όλα αυτά, ακόμα και σε μια απόλυτα φυσιολογική εγκυμοσύνη υπάρχουν στιγμές κατάθλιψης, άγχους, σύγχυσης. Αυτές οι στιγμές συνδέονται με προσωπικά ψυχολογικά προβλήματα, απωθημένους φόβους που έχουν τη βάση τους στην παιδική μας ηλικία, αμφιβολίες που οφείλονται στο «μυστήριο» που χαρακτηρίζει την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, προβλήματα οικονομικής φύσεως και σχέσεων με τους άλλους (Edenhofer 2010).

1.4 Η Συμπεριφορά της Εγκυμοσύνης κατά την Διάρκεια της Κύησης

Στις πρώτες εβδομάδες της κύησης τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης αυξάνονται ταχύτατα και φτάνουν σε σημείο – την έκτη εβδομάδα της κύησης - να τριπλασιάζονται σε σχέση με τα ανώτατα φυσιολογικά όρια που καταγράφονται σε μη εγκυμονούσες. Είναι γνωστό ότι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη έχουν τεράστιες επιπτώσεις στην λειτουργία του εγκεφάλου. Για παράδειγμα, τα οιστρογόνα συνδέονται με την αύξηση της ντοπαμίνης και σεροτονίνης στους αισθητήρες του εγκεφάλου που ευθύνονται για τα αισθήματα, τη συμπεριφορά και την διάθεση. Έχει μάλιστα διαπιστωθεί ότι στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, όταν πια έχουν αποκατασταθεί οι μηχανισμοί του οργανισμού που ελέγχουν τις ορμόνες, πολλές γυναίκες δηλώνουν ότι αισθάνονται λιγότερο ευέξαπτες (Glade, & Schuler, 2011).

Οι αλλαγές στο σώμα προκαλούν πόνο, κούραση, αλλαγές στον μεταβολισμό, γεγονότα που συμβάλουν στην έκφραση αρνητικών συναισθημάτων. Σε αυτά θα πρέπει να προστεθούν το άγχος της μέλλουσας μητέρας για την υγεία του παιδιού της, τον φόβο για την γέννα, η ανησυχία για την ανατροφή του παιδιού αλλά και τα οικονομικά προβλήματα που ενδεχομένως να προκληθούν μετά την γέννα, που επιβαρύνουν την ψυχολογική κατάσταση της εγκύου (Mackonochie, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ

ΟΥΣΙΕΣ

2.1 Ορισμός Εξαρτησιογόνων Ουσιών

Με τον όρο εξαρτησιογόνος ουσία νοείται η φυσική, ημισυνθετική ή συνθετική ουσία η οποία έχει την δυνατότητα να επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του ανθρώπου και να προκαλεί αλλαγή στην διάθεση του (Χαραλαμπίδης, 2013).

Η εξάρτηση αφορά την κατάσταση κατά την οποία ο οργανισμός επιθυμεί επιτακτικά να κάνει χρήση μιας ουσίας και χωρίζεται σε δύο κατηγορίες: την ψυχολογική και την σωματική (Χατζηγιάννης, 2017).

Κατά την σωματική εξάρτηση, ο οργανισμός του ατόμου που έχει εθιστεί δεν είναι σε θέση να λειτουργήσει φυσιολογικά χωρίς την λήψη μιας εθιστικής ουσίας. Όσον αφορά την ψυχική εξάρτηση, το άτομο που έχει εθιστεί έχει την ανάγκη να χρησιμοποιήσει μια εθιστική ουσία προκειμένου να έχει ψυχική ισορροπία και συνοχή (Λιάπας, 2012).

Για να θεωρηθεί ένα άτομο εξαρτημένο από μια ουσία θα πρέπει να έχει τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω συμπτώματα (Κουτσελίνης, 2012):

- Εμφανή ανάγκη για χρήση της ουσίας.
- Εμφάνιση ανοχής στην χρήσης της ουσίας.
- Με την μείωση ή την διακοπή της λήψης της ουσίας να προκύπτει σύνδρομο στέρησης.
- Σπατάλη σημαντικού χρονικού διαστήματος γύρω από την συμπεριφορά χρήσης.
- Απομάκρυνση του ατόμου από σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες λόγω λήψη της ουσίας.
- Παρά την εμφάνιση σωματικών ή ψυχολογικών συμπτωμάτων λόγω χρήσης της ουσίας, το άτομο παρουσιάζει εμμονή να συνεχίσει την χρήση ουσίας.

2.2 Είδη Εξαρτησιογόνων Ουσιών

ΟΠΙΟΥΧΑ (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 απιοειδή 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 (Ψαρούλης, 2009).

Εικόνα_1: Ηρωίνη.



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 τους 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 (Ψαρούλης, 2009).

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 επικλινή πυρήνα ο οποίος είναι μια πολύ μικρή περιοχή στην οποία προκαλείται αύξηση της τυπασμένης 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 (Gossop, & Grant, 2014).

Εκτός από αυτή την εξάρτηση που έχει ο τοξικομανής αντιμετωπίζει και άλλα προβλήματα όπως είναι (Ψαρούλης, 2009):

- 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 (Χατζηγιάννης, 2017).

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 (Ψαρούλης, 2009).

Η αποτοξίνωση η οποία δεν περιλαμβάνει πόνους στο σώμα πραγματοποιείται λαμβάνοντας ο χρήστης μια εξαρτησιογόνου 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 εξαρτηθεί ολοκληρωτικά καθώς είναι πολλοί οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται και ο κάθε χρήστης αντιδρά διαφορετικά (Χαραλαμπίδης, 2013).

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 (Ψαρούλης, 2009).

Εικόνα_2: Ηρεμιστικά χάπια.



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 (Ψαρούλης, 2009).

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 (Gossop, & Grant, 2014).

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 (Ψαρούλης, 2009).

ΑΛΚΟΟΛ

Ο γιατρός Coakley Lettson είναι ο πρώτος που προσδιόρισε τον αλκοολισμό σαν μια ασθένεια. Με τον όρο αλκοολισμό εννοούμε την δηλητηρίαση από το αλκοόλ και διακρίνεται σε δύο 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 (Τσαρούχας, 2013).

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 (Τσαρούχας, 2013).

Εικόνα_3: Αλκοολισμός.



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 (Τσαρούχας, 2013).

ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη συμπεραίνεται ότι (Λιάππας, και συν., 2012):

- Η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη που κάνει χρήση καπνού.
- Το 85% των ανθρώπων που καπνίζουν θα προσβληθεί από καρκίνο του πνεύμονα.
- Στη χώρα μας πεθαίνουν ετησίως από το παθητικό κάπνισμα 3000 άνθρωποι.
- Κάθε τσιγάρο αφαιρεί 5,5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή.
- Το κάπνισμα σχετίζεται με ασθένειες όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις.
- Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα και άλλες μορφές καρκίνου, μειωμένη γονιμότητα και ανικανότητα.
- Στην Ευρώπη περίπου 80.000 άνθρωποι πεθαίνουν ετησίως από το παθητικό κάπνισμα.
- Εκτιμάται ότι το 2025 θα πεθάνουν 10.000.000 άνθρωποι από το κάπνισμα.
- Το κάπνισμα έχει προκαλέσει περισσότερους θανάτους από ασθένειες όπως χολέρα, μαλάρια, αλλά και από άλλα αφροδίσια νοσήματα, όπως η σύφιλη.

Η πλειοψηφία των ατόμων που ξεκινά το κάπνισμα είναι από περιέργεια. Ένας πολύ βασικός παράγοντας που οδηγεί τα άτομα στο να δοκιμάσουν το κάπνισμα και στην συνέχεια να εξαρτηθούν από αυτό είναι οι εταιρείες πώλησης και οι καπνοβιομηχανίες οι οποίες με τις διαφημίσεις τους προβάλλουν το κάπνισμα σαν κάτι ευχάριστο που θα τονώσει την αυτοπεποίθηση τους και θα ικανοποιήσει τις ανάγκες τους και έχουν σαν βασικό σκοπό το κέρδος (Σουρουβάλης, & Νάκας, 2005).

Εικόνα_4: Χρήση τσιγάρου.



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 (Σουρουβάλης, & Νάκας, 2005).

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 στερεητικό 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 (Λιάπας, & Πομίνη, 2014):

- Η πίσσα.
- Η αμμωνία.
- Το κυανούχο άλας.
- Το μονοξείδιο του άνθρακα.
- Η φορμαλδεΐδη.
- 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 (Σουρουβάλης, & Νάκας, 2005).

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 (Λιάπας, & Πομίνη, 2014).

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 (Χαραλαμπίδης, 2013).

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 (Χαραλαμπίδης, 2013).

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 (Χαραλαμπίδης, 2013):

- ✓ 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 (Λιάπας, & Πομίνη, 2014).

ΚΑΝΝΑΒΗ

Η κάνναβη είναι ένα φυτό από το οποίο φτιάχνονται οι ναρκωτικές ουσίες όπως είναι η μαριχουάνα και το χασίς. Αποτελεί μια παραισθησιογόνα ουσία όπου η καλλιέργεια και η χρήση της λαμβάνει χώρα πάνω από 2000 χρόνια (Χατζηγιάννης, 2017).

Εικόνα_5: Κάνναβη.



Στην κάνναβη εμπεριέχονται τουλάχιστον 400 χημικές ουσίες με βασικότερη το THC το οποίο είναι μια παραισθησιογόνος ουσία που δημιουργεί μεταβολές στην λειτουργία του εγκεφάλου και η ποσότητα αυτού στο φυτό της κάνναβης καθορίζει την ισχύ του ναρκωτικού. Οι βασικότεροι παράγοντες που καθορίζουν την ποσότητα αυτού είναι ο καιρός και το έδαφος. Η χρόνια και συνεχόμενη χρήση του διαταράσσει την λειτουργία του μυαλού και μεταβάλλει την αντίληψη του ατόμου για τον κόσμο. Τα συναισθήματα που νιώθει το άτομο που κάνει χρήση είναι η ευφορία και η ικανοποίηση αλλά με την παύση της δράσης του ναρκωτικού το άτομο χαρακτηρίζεται από θλίψη και μεγαλοθυμία (Ψαρούλης, 2009).

ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑ (ΧΑΣΙΣ)

Η μαριχουάνα αποτελεί ένα μείγμα από αποξηραμένα άνθη, σπόρους και φύλλα του φυτού της ινδικής κάνναβης. Είναι γνωστή και με άλλες ονομασίες όπως χόρτο, 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. 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 (Χατζηγιάννης, 2017).

Εικόνα_6: Μαριχουάνα.



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 μόνιμες. Η πλειοψηφία των χρηστών ταλαιπωρείται από παραισθήσεις και ψυχώσεις (Ψαρούλης, 2009).

Όσον αφορά τους μαθητές που κάνουν χρήση παρατηρείται ελλιπής συγκέντρωση, μειωμένη αντίληψη της πραγματικότητας και ανικανότητα να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των μαθημάτων τους και γι αυτό το λόγο οι επιδόσεις τους βρίσκονται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν σε χρήστες μαθητές αποδεικνύεται ότι οι μαθητές που κάπνισαν μαριχουάνα τουλάχιστον 27 μέρες πριν την έρευνα, είχαν μειωμένες βασικές δεξιότητες που βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την προσοχή, τη μνήμη και τη μάθηση. Πιο συγκεκριμένα, δεν είναι σε θέση να θυμηθούν και να οργανώσουν κατάλληλα τις πληροφορίες που δέχονται (Ψαρούλης, 2009).

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 (Gossop, & Grant, 2014).

Στις αρνητικές συνέπειες περιλαμβάνεται και η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς ο οργανισμός γίνεται πιο επιρρεπής σε διάφορες ασθένειες όπως είναι το κρυολόγημα 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 (Gossop, & Grant, 2014).

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 (MacGregor, 2013).

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 προκλινη 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 (Ψαρούλης, 2009).

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 (Χατζηγιάννης, 2017).

Εικόνα_7: Κοκαΐνη.



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 (Λιάππας, και συν., 2012).

Η κοκαΐνη χρησιμοποιείται από τα αρχαία χρόνια και στην αρχή αποτελούσε μια θρησκευτική παράδοση στις Άνδεις καθώς οι αρχαίοι Ίνκας προκειμένου να καλυτερέψουν την λειτουργία της καρδιάς και της αναπνοής τους, για να μην αποκτήσουν πρόβλημα καθώς ζούσαν σε πολύ μεγάλο υψόμετρο όπου το οξυγόνο

είναι λιγότερο, μασούσαν φύλα κόκας. Ταυτόχρονα, μασούσαν φύλα κόκας και οι ιθαγενείς του Περού καθώς ήταν μέρος της θρησκευτικής τους παράδοσης (Χαραλαμπίδης, 2013).

Με το πέρασμα των χρόνων όμως η χρήση κοκαΐνης έγινε μια εθιστική συνήθεια παγκοσμίως. Επισήμως, επέρχεται η απαγόρευση της το 1913. Μέχρι τότε είχαν ήδη καταγραφεί 5000 θάνατοι. Στην συνέχεια, και ειδικότερα την δεκαετία 1970 η χρήση της κοκαΐνης αποτέλεσε μια νέα μόδα ιδιαίτερα στον επιχειρηματικό κόσμο και στον χώρο της ψυχαγωγίας. Στα πανεπιστήμια της Αμερικής παρατηρείται τις δεκαετίες 1970 και 1980 ότι οι σπουδαστές που έκαναν χρήση κοκαΐνης είχαν δεκαπλασιαστεί. Στις αρχές της δεκαετίας 1980 πρωτοεμφανίζεται το εμπόριο κοκαΐνης με πρωτεργάτες τους Κολομβιανούς οι οποίοι περνούσαν λαθραία κοκαΐνη στις ΗΠΑ (Χαραλαμπίδης, 2013).

Στα τέλη της δεκαετίας 1980 στήνεται ένα ολόκληρο δίκτυο εμπορίου κοκαΐνης όπου η παραγωγή και οι εξαγωγές ξεπερνούσαν τους 500 τόνους κοκαΐνης κάθε χρόνο. Κατόπιν γύρω στο 1995 διαλύονται τα μεγάλα καρτέλ από τις δυνάμεις επιβολής του νόμου και τη θέση τους παίρνουν μικρότερες ομάδες. Μέχρι και σήμερα είναι πλέον γνωστές 300 οργανώσεις εμπορίου κοκαΐνης στην Κολομβία (Χαραλαμπίδης, 2013).

Στην αρχή, επειδή η τιμή της κοκαΐνης ήταν σε αρκετά υψηλά επίπεδα είχε θεωρηθεί το ναρκωτικό του πλούσιου κόσμου. Στην συνέχεια όμως μειωνόταν σταδιακά η τιμή της καθώς διαδιδόταν ευρέως το οποίο είχε σαν αποτέλεσμα και άτομα χαμηλού οικονομικού επιπέδου να είναι σε θέση να την προμηθευτούν (Χαραλαμπίδης, 2013).

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 (Λιάππας, και συν., 2012).

Επιπλέον, περαιτέρω αρνητικές συνέπειες που προκαλούνται από τη χρήση

κοκαΐνης είναι (Baver, 2005):

- 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.
- Βίαιη συμπεριφορά.
- Παισιθήσεις.
- Υπερβολικές εξάρσεις.
- Οξυθυμία.
- Παισιθήσεις 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 υποτονικότητα

2.3 Εγκυμοσύνη και Χρήση Ουσιών Εξάρτησης

Οι κίνδυνοι από τη χρήση ουσιών εξάρτησης κατά την εγκυμοσύνη είναι καλά τεκμηριωμένοι, όπως επίσης και οι επιπτώσεις που ενδεχομένως θα επιφέρει, η χρήση, στην οικογένεια και ειδικότερα στην περίπτωση που υπάρχουν και άλλα παιδιά. Παρ' όλα αυτά, στην πλειοψηφία των χωρών της Ευρώπης δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία και η πραγματική επικράτηση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών κατά την εγκυμοσύνη, είναι πολύ δύσκολο να εκτιμηθεί λόγω των διαφορών που παρατηρούνται είτε μεταξύ χωρών, είτε μεταξύ περιοχών. Τα μόνα διαθέσιμα στοιχεία προέρχονται από μεμονωμένες έρευνες που χρησιμοποιούν διάφορες μεθοδολογίες και τα αποτελέσματα των οποίων δεν είναι συγκρίσιμα. Για παράδειγμα, έρευνα στην Ιρλανδία, αναφέρει πως το ποσοστό των δειγμάτων ούρων που βρέθηκαν θετικά στη χρήση ναρκωτικών ήταν υψηλότερο μεταξύ των γυναικών που εισήχθησαν σε συγκεκριμένο νοσοκομείο για γέννα, σε σχέση με τις γυναίκες που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο για προγραμματισμένους προγεννητικούς ελέγχους. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών εξάρτησης είναι λιγότερο πιθανόν να κάνουν προγεννητικό έλεγχο σε σχέση με τις γυναίκες που δεν κάνουν χρήση. Παρ' όλο που είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η πραγματική επικράτηση της χρήσης σε έγκυες γυναίκες εντούτοις, είναι καλά γνωστό το πρόβλημα στους επαγγελματίες του χώρου και είναι σημαντικό να αντιμετωπιστεί σε όλες του τις διαστάσεις (Μπαρούτης, & Δασοπούλου, 2004).

2.4 Επιπτώσεις Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών στο Εμβryo

Σύμφωνα τη μελέτη, όλες οι ψυχαντικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ, του καπνού και κάποιων συνταγογραφούμενων φαρμάκων μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη, το έμβryo και στη συνέχεια στο νεογέννητο μωρό. Κάθε ουσία επιδρά διαφορετικά και αυτό εξαρτάται από την ουσία αυτή καθ' εαυτή, αλλά και από την κατάσταση της υγείας στην οποία βρίσκεται η ίδια η γυναίκα. Ο βαθμός του αντίκτυπου της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ένταση της χρήσης, η οποία περιπλέκεται περισσότερο από το γεγονός ότι οι χρήστες συχνά κάνουν κατάχρηση περισσότερων της μιας ουσίας (παράνομης ή νόμιμης) και περίπου το 97% των εγκύων γυναικών που είναι εξαρτημένες στα αποιεϊδή είναι συγχρόνως και

καπνίστριες (DeRoo, et al., 2008).

Στην περίπτωση της κάνναβης, γίνεται αναφορά σε μελέτες στην Ολλανδία που έχουν αξιολογήσει τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη επίδραση της χρήσης της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Συγκεκριμένα, παρατηρείται μειωμένη ανάπτυξη του εμβρύου, μικρότερο μέγεθος Κεφαλής του εμβρύου, μειωμένη ροή αίματος στον πλακούντα και στην καρδιά του εμβρύου, καθώς και μειωμένο βάρος του νεογέννητου. Αναφορικά με τις συνέπειες της χρήσης κάνναβης σε συνδυασμό με το κάπνισμα, αυτές φαίνονται να είναι σοβαρότερες όσον αφορά στην ενδομήτρια ανάπτυξη σε σχέση με την απλή έκθεση στον καπνό (Erickson, & Arbour, 2012).

Σημειώνεται ότι στην ηλικία των 18 μηνών, τα κορίτσια που είχαν εκτεθεί στην κάνναβη ή στον καπνό κατά τη διάρκεια που η μητέρα τους κυοφορούσε, παρουσίασαν αυξημένη επιθετικότητα και προβλήματα προσήλωσης. Εντούτοις, καθώς τα παιδιά αυτά μεγαλώνουν, αυτές οι επιδράσεις ενδέχεται να υποχωρούν (Erickson, & Arbour, 2012).

Στην περίπτωση της χρήσης κοκαΐνης και αμφεταμινών κατά την εγκυμοσύνη, μπορεί να παρατηρηθεί μειωμένη ροή αίματος στον πλακούντα, γεγονός που πιθανόν να οδηγήσει, μεταξύ άλλων, σε αποβολή κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή πρόωρο τοκετό (Μπαρούτης, & Δασοπούλου, 2004).

Παρ' όλο που κατά τα πρώτα δύο χρόνια ζωής του παιδιού δεν αναφέρονται αναπτυξιακές ανωμαλίες, εντούτοις κάποιες έρευνες έχουν αναφέρει αυξημένη συχνότητα αιφνίδιου θανάτου και ορισμένες διαταραχές συμπεριφοράς (Μισουρίδου, 2004, Κουτσελίνης, 2012, Μαρσέλος, 2014).

Αναφέρεται συμπερασματικά ότι, «παρόλο που λιγότερες γυναίκες στην Ευρώπη κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε σχέση με τους άντρες, εντούτοις οι γυναίκες που κάνουν χρήση αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας και άλλων συναφών προβλημάτων.

Οι νομοθεσίες στην Ευρώπη, που αφορούν συγκεκριμένα στις εγκύους γυναίκες που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ή στα αγέννητα παιδιά τους, διευκολύνουν την επιλογή για κατάλληλη θεραπεία σε πολλές χώρες. Πέραν από τις νομοθεσίες που υπάρχουν σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες, έχουν αναπτυχθεί και διάφορες παρεμβάσεις (πολλές από αυτές επιστημονικά τεκμηριωμένες), με σκοπό να

παρέχουν βοήθεια στις εγκύους γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών εξάρτησης, σε εθισμένους γονείς και στα παιδιά τους (Λιάπας, & Πομίνη, 2014).

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία όσον αφορά στην επικράτηση της χρήσης ουσιών εξάρτησης μεταξύ των εγκύων γυναικών και για αυτόν τον λόγο, τα προγράμματα που σχεδιάζονται για να παρέχουν υπηρεσίες στις γυναίκες αυτές ενδέχεται να μη γνωρίζουν το πραγματικό μέγεθος της ομάδας στόχου (Λιάπας, & Πομίνη, 2014).

Το γεγονός ότι η λειτουργία των θεραπευτικών προγραμμάτων συχνά εξαρτάται από την κρατική χορηγία και το ότι η οικονομική κρίση επέφερε μειώσεις στα κονδύλια αυτά, οι επιπτώσεις στη λειτουργία των διαφόρων δομών που επηρεάζουν μεταξύ άλλων και τις εγκύους γυναίκες που βρίσκονται στη θεραπεία είναι εμφανείς (Λιάπας, και συν., 2012).

2.5 Κίνδυνοι από την Χρήση Ουσιών Εξάρτησης κατά την Διάρκεια της Εγκυμοσύνης

Όλες οι ψυχαντικές ουσίες συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ, του καπνού και κάποιων συνταγογραφούμενων φαρμάκων, μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη, το έμβρυο και στη συνέχεια στο νεογέννητο μωρό. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, στη συνέχεια, κάθε ουσία επιδρά διαφορετικά και αυτό εξαρτάται από την ουσία αυτή καθαυτή, αλλά και από την κατάσταση της υγείας στην οποία βρίσκεται η ίδια η γυναίκα. Ο βαθμός του αντίκτυπου της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ένταση της χρήσης, η οποία περιπλέκεται περισσότερο από το γεγονός ότι οι χρήστες συχνά κάνουν κατάχρηση περισσότερων της μιας ουσίας (παράνομης ή νόμιμης) και περίπου το 97% των εγκύων γυναικών που είναι εξαρτημένες στα οπιοειδή, είναι συγχρόνως και καπνίστριες (Erickson, & Arbour, 2012).

Πίνακας 1: Επιπτώσεις στην υγεία που συνδέονται με τη χρήση εξαρτησιογόνων

ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

	αλκοόλ	καπνός	κάνναβη	αμφεταμίνες	κοκαΐνη	οπιοειδή
Χαμηλό βάρος νεογνού	x	x	x	x		x
Αποβολή	x	x	x	x	x	
Περιγεννητική θνησιμότητα	x	x				x (σχετιζόμενη με τη στέρηση)
Αναπτυξιακά προβλήματα στην παιδική ηλικία	x		x		x	
Νοσηρότητα εμβρύου	x		x	x	x	
Πρόωρος τοκετός	x			x		x
Μειωμένη εμβρυική ανάπτυξη	x					
Μειωμένη ενδομήτρια ανάπτυξη	x					x
Συμπτώματα στέρησης στο νεογνό	x					x
Πρόωρη ρήξη υμένων, αποκόλληση του πλακούντα				x	x	
Αναπνευστική καταστολή						x

Συγκεκριμένα στην περίπτωση της κάνναβης, μελέτες έχουν αξιολογήσει τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη επίδραση της χρήσης της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Συγκεκριμένα, παρατηρείται μειωμένη ανάπτυξη του εμβρύου, μικρότερο μέγεθος Κεφαλής του εμβρύου, μειωμένη ροή αίματος στον πλακούντα και στην καρδιά του εμβρύου, καθώς και μειωμένο βάρος του νεογνίου. Αναφορικά με τις συνέπειες της χρήσης κάνναβης σε συνδυασμό με το κάπνισμα, αυτές φαίνονται να είναι σοβαρότερες όσον αφορά στην ενδομήτρια ανάπτυξη σε σχέση με την απλή έκθεση στον καπνό. Σημειώνεται ότι στην ηλικία των 18 μηνών, τα κορίτσια που είχαν εκτεθεί στην κάνναβη ή στον καπνό κατά τη διάρκεια που η μητέρα τους κυοφορούσε, παρουσίασαν αυξημένη επιθετικότητα και προβλήματα προσήλωσης (Gilligan, et al., 2009, Friguls, 2012).

Εντούτοις, καθώς τα παιδιά αυτά μεγαλώνουν, αυτές οι επιδράσεις ενδέχεται να υποχωρούν. Στην περίπτωση της χρήσης κοκαΐνης και αμφεταμινών κατά την εγκυμοσύνη, μπορεί να παρατηρηθεί μειωμένη ροή αίματος στον πλακούντα, γεγονός

που πιθανόν να οδηγήσει, μεταξύ άλλων, σε αποβολή κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή πρόωρο τοκετό. Παρόλο που, κατά τα πρώτα δύο χρόνια ζωής του παιδιού δεν αναφέρθηκαν αναπτυξιακές ανωμαλίες, εντούτοις κάποιες έρευνες έχουν αναφέρει αυξημένη συχνότητα αιφνίδιου θανάτου και ορισμένες διαταραχές συμπεριφοράς (Gilligan, et al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

3.1 Ευρωπαϊκή Πολιτική και Νομικό Πλαίσιο σχετικά με τις Εγκυες Γυναίκες και την Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών

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 απιοειδών. 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. 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 (Λιάπας, & Πομίνη, 2014).

3.2 Πρόληψη Ουσιών Εξάρτησης κατά την Διάρκεια της Εγκυμοσύνης

Οι άνθρωποι πάντοτε πίστευαν ότι τα προβλήματα υγείας μπορούν να αντιμετωπιστούν με την πρόληψη. Διάφορες προληπτικές μέθοδοι χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς στις περισσότερες κοινωνίες, όχι μόνο αυθόρμητα από τις μεγάλες λαϊκές μάζες, αλλά επίσης ως αποτέλεσμα συστηματικής υπόδειξης από αυτούς που ασκούσαν το λειτούργημα του θεραπευτή. Ωστόσο, η επιστημονική αντίληψη για την προληπτική παρέμβαση προέκυψε ως αποτέλεσμα της προόδου στην ιατρική γνώση. Η αναγνώριση της μεταδοτικής φύσης ορισμένων νοσημάτων, η ταυτοποίηση συγκεκριμένων συνθηκών που ευνοούν την εμφάνιση τους, η ανακάλυψη αιτιολογικών παραγόντων και της ανοσίας δεν αποτελούν παρά λίγα μόνο παραδείγματα. Τα παραπάνω αποτελούν ορόσημα για την ιατρική ιστορία και οδήγησαν στην λήψη μέτρων που μειώνουν στην επίπτωση των νοσημάτων στην κοινωνία (Κουτσελίνης, 2012).

Στην πρόληψη υπάρχουν τρία επίπεδα, όπου το καθένα έχει το δικό του ξεχωριστό ρόλο. Στο πρώτο επίπεδο βρίσκεται η πρωτοβάθμια πρόληψη, η οποία ως σκοπό έχει την αποφυγή εμφάνισης προβλημάτων. Για να υπάρξουν αποτελέσματα στο συγκεκριμένο επίπεδο, θα πρέπει να είναι πλήρως κατανοητοί οι αιτιολογικοί μηχανισμοί. Παρόλα αυτά, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να δράσει η πρωτοβάθμια πρόληψη χωρίς η πλήρης αιτιολογία να είναι γνωστή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα σε αυτό είναι ο πρώιμος εμβολιασμός για την ευλογιά ή κάποια άλλη παρόμοια ασθένεια, όπου το ακριβές αίτιο δεν είναι γνωστό. Είναι όμως γνωστές οι επιπτώσεις που μπορεί να υπάρξουν από αυτό. Η πρωτοβάθμια πρόληψη είναι αποτελεσματική μέσω της εξάλειψης των παθογενετικών παραγόντων, μέσω του ελέγχου των συμβαλλουσών περιβαλλοντικών συνθηκών αλλά και μέσω της ενίσχυσης της αντιστάσεως του ξενιστή (Χατζηγιάννης, 2017).

Επόμενη είναι η δευτεροβάθμια πρόληψη, η οποία αποσκοπεί στη μείωση της επικράτησης της κατάστασης στα πλαίσια της κοινότητας. Απευθύνεται σε άτομα, τα οποία ήδη υποφέρουν από το υπάρχον πρόβλημα και ονομάζεται παρέμβαση, θεραπεία ή αποκατάσταση. Βασικοί σκοποί της είναι η μείωση της διάρκειας του προβλήματος αλλά και ο περιορισμός της έκτασης της ατομικής και κοινωνικής βλάβης που προκαλεί. Προκειμένου μια τέτοια πρόληψη να είναι εφικτή και

επιτυχημένη, πρέπει να υπάρχουν αξιόπιστα συστήματα πρόωμου προσδιορισμού του προβλήματος και διαθεσιμότητα άμεσης και αποτελεσματικής θεραπείας (Χατζηγιάννης, 2017).

Τελευταία είναι η τριτοβάθμια πρόληψη, που στόχο έχει την επίτευξη και την διατήρηση του βελτιωμένου επιπέδου ατομικής λειτουργικότητας, όπως η αποκατάσταση. Η επιτυχία της εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατάλληλη παρέμβαση στο δευτεροβάθμιο επίπεδο. Η διατήρηση ή η πρόωμη αποκατάσταση της κοινωνικής επικοινωνίας και των δικτύων υποστήριξης του ατόμου, καθώς και η οργάνωση αποτελεσματικών προγραμμάτων παρακολούθησης, αποτελούν παραδείγματα αντικειμενικών στόχων, που αφορούν και τα δύο επίπεδα πρόληψης. Άλλα είναι η αποφυγή των αρνητικών αποτελεσμάτων της ιδρυματοποίησης, του χαρακτηρισμού και της προκατάληψης (Χατζηγιάννης, 2017).

Βασικός στόχος για την πρόληψη είναι η ενημέρωση. Αυτή πρέπει να είναι ολοκληρωμένη, συστηματική, αντικειμενική, σαφής, ειλικρινής, ανάλογη με τη μόρφωση και κατάλληλη για την κάθε ηλικία και ομάδα ατόμων προκειμένου να είναι πειστική. Επόμενος στόχος επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των αιτιών τόσο από την προσωπικότητα του ατόμου όσο και από την κοινωνία, τα οποία κάνουν τα άτομα ευάλωτα και επιρρεπή προς τα ναρκωτικά. Η διαμόρφωση ανθρώπων με χαρακτήρα και προσωπικότητα με ψυχικά και πνευματικά εφόδια, ώστε να αντέχουν στις δυσκολίες και τις αντιξοότητες της ζωής είναι ο στόχος που ακολουθεί (Κουτσελίνης, 2012).

Πολλές προληπτικές παρεμβάσεις έχουν σκοπό να στηριχτούν στην αγωγή και στην προαγωγή της υγείας με την ένταξη των ανάλογων θεμάτων σε σχολές γονέων και σε σχολικά μαθήματα από τις μικρότερες κιόλας τάξεις, ώστε οι νέοι από νωρίς να αποκτούν σωστή στάση υγιεινής διαβίωσης για καλύτερη ποιότητα ζωής. Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου για ευρύτερη μόρφωση, ανάπτυξη δεξιοτήτων, ψυχαγωγία, άθληση για υγεία, ενεργό συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες και προσπάθειες προαγωγής των περιβαλλοντικών και κοινωνικών συνθηκών ζωής (Κουτσελίνης, 2012).

Πιο συγκεκριμένα, ένας από τους απώτερους στόχους της πρόληψης όσον αφορά στα προβλήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά είναι να εξασφαλιστεί ότι τα μέλη ενός δεδομένου πληθυσμού δεν κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών και συνεπώς

δεν υπόκεινται σε κίνδυνο ατομικής ή κοινωνικής βλάβης. Ωστόσο, η αντίσταση των οργανωμένων συμφερόντων που ωφελούνται από τα κέρδη τα οποία απορρέουν από την διάθεση των ναρκωτικών και η περιορισμένη συμμόρφωση των χρηστών, οι οποίοι δεν είναι διατεθειμένοι αρκετές φορές να διακόψουν τις συνήθειές τους, αποτελούν τα κύρια εμπόδια σε κάθε προσπάθεια για την εξάλειψη της χρήσης (Κουτσελίνης, 2012).

Ένας άλλος στόχος της πρόληψης είναι ο έλεγχος συγκεκριμένων συνεπειών παρά η χρήση των ναρκωτικών καθ' αυτών· αναλυτικότερα, ο σκοπός μπορεί να είναι να μειωθεί η συχνότητα, με την οποία υφίστανται κάποια φαινόμενα, χωρίς όμως απαραίτητα να γίνεται προσπάθεια αλλαγής της συνολικής συμπεριφοράς των χρηστών. Ένα παράδειγμα που αναφέρεται στον παραπάνω σκοπό, είναι ο έλεγχος των αναπνευστικών νοσημάτων στους καπνιστές, που γίνεται όχι με τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζουν, αλλά με τη μείωση της πίσσας που εισπνέουν, ή εναλλακτικά, με την αντικατάσταση των τσιγάρων με άλλα σκευάσματα νικοτίνης, τα οποία δεν χρειάζεται καν να καπνίζονται (Χατζηγιάννης, 2017).

Για μεγάλο χρονικό διάστημα οι προσπάθειες για προληπτικές παρεμβάσεις παρεμποδίστηκαν από την εντύπωση ότι οι παρεμβάσεις έπρεπε να εστιάζονται κυρίως στις εφηβικές ομάδες υψηλού κινδύνου. Απευθύνονταν σε όλες τις ομάδες με τον ίδιο τρόπο και προσπαθούσαν να τις αποτρέψουν από την εμπλοκή με τις ουσίες, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη από τη μια μεριά τις δημογραφικές, τις κοινωνικές, τις μορφωτικές, τις ψυχολογικές και τις πολιτισμικές διαφορές και από την άλλη μεριά τις διαφορές στο είδος της χρησιμοποιούμενης ουσίας και στον τρόπο χρήσης της. Πλέον υπάρχει η αντίληψη ότι εκτός από τους νέους υπάρχουν και άλλες ομάδες πληθυσμού που βρίσκονται σε συνθήκες υψηλού κινδύνου, όπως διάφορες ομάδες γυναικών, ηλικιωμένα άτομα, μετανάστες, άνθρωποι που ζουν απομονωμένοι, άτομα που βρίσκονται σε κρίσιμες φάσεις της ζωής τους, σπουδαστές και άλλοι (Χατζηγιάννης, 2017).

Σε αντίθεση με παλαιότερες προσπάθειες πρόληψης, που δεν αποτελούσαν τίποτε άλλο παρά μεμονωμένες προσπάθειες για ενημέρωση σχετικά με τις ουσίες, οι νεότερες απόψεις για την πρόληψη επικεντρώνονται στη πληροφόρηση πάνω σε θέματα όπως η ανάπτυξη της λειτουργίας της οικογένειας, τα προβλήματα των διαπροσωπικών σχέσεων και άλλα. Οι νεότερες αυτές προληπτικές παρεμβάσεις

επικεντρώνουν το ενδιαφέρον περισσότερο στον χρήστη παρά στην ουσία και προσπαθούν να κατανοήσουν τον ρόλο που παίζει η χρήση στη ζωή του κάθε τοξικομανή. Τα νέα προληπτικά προγράμματα έχουν ως στόχο την εκπαίδευση και την εξάσκηση των ατόμων και όχι την μεμονωμένη παροχή πληροφοριών. Αυτού του είδους η προσπάθεια αποσκοπεί στην ανάπτυξη θετικών μηχανισμών του ατόμου, που θα του επιτρέπουν να αντισταθεί στην χρήση ουσιών και θα μπορέσει να χρησιμοποιήσει άλλους τρόπους άμυνας για να ανταπεξέλθει στα προβλήματά του. Τέτοιες προσπάθειες επικεντρώνουν την προσοχή τους στην οικογένεια, στο σχολείο και στους ίδιους τους εφήβους (Χατζηγιάννης, 2017).

Από το 1992 το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης εναντίον του Αλκοολισμού (Ε.Σ.Δ.Α.) παρέχει μια βάση για την ανάπτυξη και υλοποίηση προγραμμάτων για το αλκοόλ, στα κράτη μέλη. Ο σκοπός του σχεδίου αυτού είναι η πρόληψη και μείωση των επιπτώσεων που μπορεί να προκαλέσει το αλκοόλ στην Ευρώπη. Οι γενικοί στόχοι είναι οι εξής: παροχή εκπαίδευσης και μεγαλύτερη αφύπνιση πάνω στο θέμα, υποστήριξη για τις πολιτικές δημόσιας υγείας που στοχεύουν στην πρόληψη των επιπτώσεων που προκαλεί το αλκοόλ. Μείωση τόσο του εύρους όσο και του βάθους των επιπτώσεων που προκαλεί το αλκοόλ, όπως θάνατος, ατυχήματα, βία, κακοποίηση και εγκατάλειψη παιδιών και οικογενειακές κρίσεις. Παροχή προσιτής και αποτελεσματικής θεραπείας για ανθρώπους που κάνουν επιζήμια κατανάλωση αλκοόλ και για ανθρώπους που είναι εξαρτημένοι από αυτό. Τέλος, παροχή μεγαλύτερης προστασίας στα άτομα που δέχονται πίεση να πιούν, ενώ έχουν επιλέξει να μην πίνουν, όπως παιδιά και νέοι (Λιάππας, και συν., 2012).

Υπάρχουν δέκα στρατηγικές προαγωγής της υγείας και δράσεις για τα οινόπνευματώδη, που αν εφαρμοστούν θα ενισχυθούν οι ηθικές αρχές και οι στόχοι για τη μείωση των επιπτώσεων του αλκοόλ σύμφωνα με τις πολιτισμικές, κοινωνικές, οικονομικές και νομικές δραστηριότητες της κάθε χώρας- μέλους (Λιάππας, και συν., 2012).

1. Πληροφόρηση του κοινού για τις συνέπειες της κατανάλωσης του αλκοόλ στην υγεία, την οικογένεια και την κοινωνία. Αυτό επιδιώκεται με τον σχεδιασμό εκτεταμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων από νεαρή ηλικία.
2. Προώθηση της κατασκευής δημόσιων, ιδιωτικών και εργασιακών χώρων προφυλαγμένων από ατυχήματα και βία καθώς και από άλλες αρνητικές

συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ.

3. Ψήφιση και επιβολή νόμων που να αποτρέπουν αποτελεσματικά τον συνδυασμό ποτού – οδήγησης.
4. Προαγωγή της υγείας μέσω του ελέγχου της διαθεσιμότητας των οινοπνευματωδών για παράδειγμα στους νέους, και μέσω του ελέγχου των τιμών όπως για παράδειγμα με την φορολογία.
5. Εφαρμογή αυστηρού ελέγχου στην άμεση και έμμεση διαφήμιση των οινοπνευματωδών ποτών και διασφάλιση ότι η διαφήμιση αυτή δεν απευθύνεται στους νέους.
6. Διασφάλιση ότι τα άτομα που επιθυμούν βοήθεια για αυτά και την οικογένεια τους, σε ότι αφορά στον αλκοολισμό, μπορούν να απευθυνθούν σε υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης με ειδικευμένο προσωπικό.
7. Προαγωγή της επίγνωσης των επιπτώσεων όσων εμπλέκονται με το εμπόριο ή την προσφορά οινοπνευματωδών ποτών εφαρμόζοντας κατάλληλα μέτρα εναντίον της παράνομης παραγωγής και πώλησης.
8. Ενίσχυση της ικανότητας της κοινωνίας να αντιμετωπίζει τα προβλήματα από την κατανάλωση αλκοόλ μέσα από την εκπαίδευση ειδικών σε διαφορετικούς τομείς όπως η υγεία, η κοινωνική πρόνοια και η δικαιοσύνη.
9. Υποστήριξη μη κυβερνητικών οργανώσεων και κινημάτων αυτοβοήθειας που προάγουν τρόπους υγιεινής ζωής, ειδικά αυτών που στοχεύουν στην πρόληψη ή στην μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ.
10. Διαμόρφωση προγραμμάτων στις χώρες – μέλη λαμβάνοντας υπόψη τον Ευρωπαϊκό Καταστατικό Χάρτη για το Αλκοόλ καθορισμός συγκεκριμένων στόχων και δεικτών αποτελέσματος, παρακολούθηση της πορείας και της προόδου, καθώς και διασφάλιση περιοδικής ενημέρωσης των προγραμμάτων μετά από αξιολόγηση.

Στο κάπνισμα, το βασικό μέτρο πρόληψης είναι οι αντικαπνιστικές εκστρατείες. Ανεξάρτητα από το εύρος τους, αυτές επιδιώκουν δύο βασικούς στόχους. Ο πρώτος είναι να βοηθήσουν τους ήδη καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα και ο δεύτερος να προλάβουν τους μη καπνιστές, ιδιαίτερα τα παιδιά και τους νέους, από το να το αρχίσουν. Η έμφαση του αντικαπνιστικού αυτού αγώνα είναι σκόπιμη για πολλούς λόγους. Καταρχήν, οι περισσότεροι καπνιστές αρχίζουν να

καπνίζουν στην εφηβική ηλικία, ενώ παρατηρείται από χρόνο σε χρόνο μία μείωση του μέσου όρου έναρξης του καπνίσματος. Επίσης, οι υπό ανάπτυξη ιστοί στους νέους είναι περισσότερο ευάλωτοι στην δράση των διάφορων καρκινογόνων που περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου. Ακόμα, είναι ευκολότερο να πειστεί ένας νέος να μην αρχίσει να καπνίζει παρά να διακόψει το κάπνισμα ακόμα και αν το θέλει. Τέλος, η αγωγή υγείας έχει περισσότερα θετικά αποτελέσματα όταν απευθύνεται σε νέους παρά σε ενήλικες. Οι βασικοί άξονες του αντικαπνιστικού αγώνα είναι οι εξής: ο πρώτος αφορά στην ενίσχυση της συμμετοχής των ατόμων σε αντικαπνιστικές δραστηριότητες, οι οποίες να τους ενθουσιάζουν και να τους κινούν το ενδιαφέρον. Επόμενος, είναι η παρουσίαση των άμεσων επιπτώσεων του καπνίσματος προβάλλοντας παραστατικά την τοξική δράση του τσιγάρου στον ανθρώπινο οργανισμό και ακολουθεί η ενσωμάτωση αντικαπνιστικών μηνυμάτων σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα αγωγής υγείας. Αυτό γίνεται εφικτό με μεθόδους αποσαφήνισης αξιών και τεχνικές λήψης αποφάσεων, οι οποίες επιτρέπουν στα άτομα να διερευνήσουν τις προσωπικές τους ιεραρχήσεις και αξίες για να αποφασίζουν με συνέπεια ως προς αυτές. Για το τέλος μένει η άμεση παρακολούθηση διάφορων βιοϊατρικών παραμέτρων, όπως η αρτηριακή πίεση και η αξιολόγηση της εξέλιξής της στο χρόνο και η προώθηση πολυδιάστατων αντικαπνιστικών προγραμμάτων που να περιλαμβάνουν εκτός από το σχολείο, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την οικογένεια και άλλα (Λιάππας, και συν., 2012).

Ένας από τους κυριότερους φορείς πρόληψης στην χώρα μας είναι το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. Το ΚΕΘΕΑ παρέχει υπηρεσίες πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης της χρήσης ουσιών καθώς και εκπαίδευσης επαγγελματιών στους τομείς αυτούς σε όλη την Ελλάδα. Συνεργάζεται με την τοπική αυτοδιοίκηση, το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, εκπαιδευτικούς φορείς, ομοειδείς με το ΚΕΘΕΑ οργανισμούς και διεθνείς φορείς ή δίκτυα πρόληψης. Στις δραστηριότητές του συγκαταλέγεται και η πραγματοποίηση επιστημονικών και ενημερωτικών εκδόσεων (Λιάππας, και συν., 2012).

Τα προγράμματα πρόληψης του ΚΕΘΕΑ σχεδιάζονται με βάση τις ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ομάδων στις οποίες απευθύνονται. Συνδυάζουν στοιχεία από διαφορετικές επιστημονικές προσεγγίσεις με βασικό άξονα την εκπαίδευση σε κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες, οι οποίες λειτουργούν ως προληπτικοί παράγοντες στην ανάπτυξη επιβλαβών για το άτομο μορφών

συμπεριφοράς, όπως η εξάρτηση. Κύριο μεθοδολογικό εργαλείο αποτελεί η δουλειά σε ομάδες, η βιωματική και ενεργητική μάθηση, μέσα από συζήτηση, ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης, δημιουργική έκφραση, ασκήσεις αναπαραστάσεων (role playing), και η παροχή αντικειμενικής και κατάλληλης για κάθε ηλικιακή ομάδα ενημέρωσης. Η αξιολόγηση των προγραμμάτων αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της εφαρμογής τους (Λιάππας, και συν., 2012).

3.3 Αντιμετώπιση Ουσιών Εξάρτησης κατά την Διάρκεια της Εγκυμοσύνης

Η χορήγηση υποκατάστατων μπορεί να πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε στιγμή κατά την κύηση και ενέχει χαμηλότερο ρίσκο από τη συνέχιση της χρήσης ουσιών. Έχει το πλεονέκτημα ότι επιτρέπει την αναγνώριση και διαχείριση των κοινωνικών και ιατρικών αναγκών της εγκύου. Επίσης, προσφέρει τη δυνατότητα βραχέων παρεμβάσεων και παροχής συμβουλών για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της κύησης (Μισουρίδου, 2004).

Η θεραπεία υποκατάστασης θεωρείται ότι μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της κύησης για τις γυναίκες, οι οποίες είναι εξαρτημένες από οπιοειδή. Μια πιθανή βελτίωση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ενός συνδυασμού παραγόντων, όπως: (α) σταθεροποίηση της χρήσης (αποφεύγοντας κύκλους τοξίκωσης και στέρησης), (β) διευκόλυνση της εγκύου όσον αφορά την πρόσβασή της σε υπηρεσίες προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας και υποστήριξης, και (γ) βελτίωση της διατροφής και της πρόσβασης σε κοινωνικές υπηρεσίες σύμφωνα με τις ανάγκες της (Μπαρούτης, & Δασοπούλου, 2004).

Είναι σημαντικό για τις εγκύους χρήστες να διατηρούν τα επίπεδα οπιοειδών στο αίμα όσο το δυνατόν πιο σταθερά, ώστε να ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι για τη μητέρα και το έμβryo. Η θεραπεία των οπιοειδών για τις εγκύους ακολουθεί τις ίδιες γενικές αρχές με εκείνες για τους υπόλοιπους χρήστες. Η συντήρηση σε μια δόση, η οποία σταματά ή ελαχιστοποιεί τη συνέχιση της χρήσης, είναι η πιο ενδεδειγμένη προσέγγιση για να διασφαλιστεί η καλή διαχείριση της θεραπείας κατά την κύηση και μετά τον τοκετό (Λούφτη, & Αγγελετάκη, 2009).

Πολλές μητέρες ζητούν να αποτοξινωθούν. Το πρώτο τρίμηνο, η ασθενής θα πρέπει πρωτίστως να σταθεροποιηθεί, καθώς υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για αποβολή. Κίνδυνος για πρόωρο τοκετό λόγω αποτοξίνωσης είναι υπαρκτός κατά το τρίτο τρίμηνο. Η αποτοξίνωση κατά το δεύτερο τρίμηνο μπορεί να δρομολογηθεί με μικρή συχνή μείωση (για παράδειγμα 2 έως 3 mg μεθαδόνη κάθε 3 έως 5 ημέρες) εφόσον η χρήση οπιοειδών δεν συνεχίζεται. Στην περίπτωση που η έγκυος επιθυμεί να αποτοξινωθεί θα πρέπει να είναι πλήρως ενήμερη για τους κινδύνους, τους οποίους διατρέχει το έμβρυο από την παραμονή της εγκύου στη θεραπεία υποκαταστάτων σε σύγκριση με τους κινδύνους, οι οποίοι προκύπτουν από μια πιθανή επιστροφή της μητέρας στη χρήση οπιοειδών λόγω πιθανής αποτυχίας να αποτοξινωθεί (Gossop, & Grant, 2014).

Αν η χρήση οπιοειδών συνεχίζεται, θα πρέπει να γίνονται εντατικές προσπάθειες σταθεροποίησης της ασθενούς σε ένα υποκατάστατο. Αυτό μπορεί να σημαίνει αύξηση της δόσης του υποκαταστάτου. Περαιτέρω, αποτοξίνωση γενικά δεν θα πρέπει να δρομολογείται κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης, καθώς υπάρχουν δεδομένα ότι ένα στερητικό σύνδρομο της μητέρας, ακόμα και ήπιο, μπορεί να προκαλέσει εμβρυϊκό στρες, δυσκολία στο έμβρυο και θνησιγένεια. Παρ' όλα αυτά, αργές, προσεκτικές και ελεγχόμενες μειώσεις στη δόση του υποκαταστάτου μπορούν ασφαλώς να συνεχιστούν, εφόσον δεν υπάρχουν γυναικολογικές επιπλοκές ή επανέναρξη της λήψης κάποιας ναρκωτικής ουσίας. Σε κάθε περίπτωση, οι αρμόδιες υπηρεσίες σχετικά με τη χορήγηση υποκαταστάτων θα πρέπει να τηρούν λεπτομερή αρχεία σχετικά με τις συμβουλές, τις οποίες έλαβε η έγκυος αναφορικά με τους πιθανούς κινδύνους που συνδέονται με την αποτοξίνωση (για παράδειγμα ακούσια αποβολή) (Baver, 2005).

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 μεθόδων 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 (Wood, et

al., 2008).

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 αποπειδών, 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. 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 (Wood, et al., 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΕΡΕΥΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΥΤΗ

4.1 Διεθνείς Μελέτες Ερευνών

Σύμφωνα με το EMCDDA (2014), όλες οι ψυχοτρόπες ουσίες, συμπεριλαμβανομένων του αλκοόλ, του καπνού και κάποιων συνταγογραφούμενων φαρμάκων, μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην έγκυο, το έμβρυο και το νεογνό. Ωστόσο, διαφορετικές ουσίες επιδρούν με διαφορετικό τρόπο. Οι διαφορές αυτές μπορεί να οφείλονται και σε πρόσθετους παράγοντες πέρα από την χρήση κάποιας ουσίας, όπως στην γενικά κακή κατάσταση της υγείας της εγκύου, την κακή διατροφή, καθώς και στο πόσο συχνή είναι η χρήση ουσιών κατά την κύηση (EMCDDA, 2014).

Αρκετές έρευνες, οι οποίες έχουν εξετάσει τόσο τις βραχυπρόθεσμες όσο και τις μακροχρόνιες επιδράσεις της χρήσης κάνναβης κατά την κύηση, αναφέρουν ότι η χρήση της κάνναβης κατά την κύηση μπορεί να συντελέσει σε (α) αποβολή, (β) χαμηλό βάρος του νεογνού, (γ) νοσηρότητα του εμβρύου (όπως για παράδειγμα μειωμένη ανάπτυξη του εμβρύου, μικρότερο μέγεθος του κρανίου του, μειώσεις στον πλακούντα και καρδιακές δυσλειτουργίες) και (δ) αναπτυξιακά προβλήματα κατά την παιδική ηλικία (όπως για παράδειγμα η επιθετικότητα και τα προβλήματα προσοχής) (Hayatbakhsh, et al., 2011, Muckle, et al., 2011, EMCDDA, 2012).

Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη χρήση της κοκαΐνης και των αμφεταμινών κατά τη διάρκεια της κύησης παρουσιάζουν τις αρνητικές επιδράσεις από τη χρήση των ουσιών αυτών (Γερμανία, Βέλγιο) (EMCDDA, 2012). Αυτές αναφέρονται σε μειωμένη επάρκεια αίματος στην περιοχή του πλακούντα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης καθώς και σε αποκόλληση του πλακούντα, ενδομήτριο θάνατο και τέλος πρόωρο τοκετό κατά το τρίτο τρίμηνο. Επίσης, έχει παρατηρηθεί καθυστέρηση στην ανάπτυξη του εμβρύου και μειωμένη περίμετρος εγκεφάλου, αύξηση των περιπτώσεων του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (sudden infant death syndrome), καθώς και κάποιες

διαταραχές συμπεριφοράς κατά τα δύο πρώτα έτη ζωής του βρέφους (Huizink, & Mulder, 2006).

Αποτελέσματα ερευνών (Γερμανία, Αυστρία) αναφέρουν ότι η πιθανότητα τερατογεννέσεων, λόγω χρήσης οπιοειδών, είναι μικρότερη σε σχέση με ανάλογες επιπτώσεις, που μπορεί να προκαλέσει η χρήση αλκοόλ ή καπνού (EMCDDA, 2012).

Δυσμενείς επιπτώσεις κατά την κύηση και τον τοκετό από τη χρήση οπιοειδών περιλαμβάνουν (α) την ανεπαρκή ανάπτυξη του εμβρύου και ειδικότερα του σκελετού του εμβρύου (όπως για παράδειγμα προγεννητική δυστροφία και μικροεγκεφαλία), (β) τον ενδομήτριο θάνατο, (γ) τον πρόωρο τοκετό, (δ) τις ανωμαλίες στις αντανακλαστικές κινήσεις, (ε) τα αναπνευστικά προβλήματα και (στ) το νεογνικό στερητικό σύνδρομο (neonatal opioids withdrawal syndrome ή αλλιώς neonatal abstinence syndrome). Επίσης, έχουν παρατηρηθεί αυξημένες πιθανότητες συνδρόμου αιφνιδίου βρεφικού θανάτου και καθυστέρηση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης του βρέφους κατά το πρώτο έτος ζωής. Η ύπαρξη μικροεγκεφαλίας κατά τη γέννηση μπορεί να παραμείνει σε μερικά παιδιά και μετέπειτα στη ζωή τους και να συντελέσει στην ύπαρξη ήπιας νοητικής υστέρησης. Οι έγκυες που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ουσιών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από κάποια ασθένεια, η οποία μεταδίδεται μέσω του αίματος, καθώς και να μεταδώσουν την ασθένεια αυτή στο έμβρυο. Ο ιός της ηπατίτιδας C (hepatitis C virus-HCV) μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο παιδί κατά την κύηση και τον τοκετό, αλλά όχι και μέσω του θηλασμού (EMCDDA, 2012). Επίσης, μετά από συστηματική παρατήρηση σε παγκόσμιο επίπεδο της μεταδοτικότητάς του από τη μητέρα στο νεογνό αναφέρεται ότι αυτή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την παρουσία του ιού της ηπατίτιδας C στο αίμα της μητέρας, καθώς και από το αν η μητέρα έχει επίσης προσβληθεί από τον ιό ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV - Human Immunodeficiency Virus). Για παράδειγμα, στις εγκύους που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV και τον ιό της ηπατίτιδας C, η πιθανότητα μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας C μπορεί να φτάσει και το 41%, ενώ η πιθανότητα μετάδοσης του ιού HIV είναι επίσης μεγάλη

Η κατάχρηση αλκοόλ έχει συνδεθεί ερευνητικά με μια πληθώρα πιθανών προβλημάτων κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τη γέννηση του μωρού. Οι αρνητικές επιπτώσεις από την κατάχρηση αλκοόλ αφορούν επιπλοκές όπως (α)

χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση, (β) αποβολή, (γ) περιγεννητική θνησιμότητα, (δ) εμβρυϊκή νοσηρότητα, (ε) πρόωρο τοκετό, (στ) αναπτυξιακή ανεπάρκεια του εμβρύου, (ζ) νεογνικό στερητικό σύνδρομο και (η) αναπτυξιακές δυσκολίες κατά την παιδική ηλικία (Aliyu, et al., 2008). Επίσης, η κατάχρηση καπνού από την εγκυμονούσα μητέρα μπορεί να συντελέσει σε διάφορες επιπλοκές, όπως αποβολή, περιγεννητική θνησιμότητα και χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση (EMCDDA, 2012).

Η χρήση κοκαΐνης, οπιοειδών και πιθανώς και άλλων ναρκωτικών ουσιών κατά την κύηση, μπορεί συχνά να οδηγήσει σε στερητικό σύνδρομο από οπιοειδή των νεογνών (EMCDDA, 2012). Για παράδειγμα, έρευνες στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ότι το 68% των βρεφών, τα οποία γεννήθηκαν από μητέρες, οι οποίες έκαναν χρήση οπιοειδών κατά την εγκυμοσύνη, παρουσιάζουν νεογνικό στερητικό σύνδρομο από οπιοειδή. Τα συμπτώματα στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή στα νεογνά χαρακτηρίζονται από σημάδια ευερεθιστότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος, γαστρεντερικές δυσλειτουργίες, αναπνευστικά προβλήματα και άλλα πιο γενικευμένα συμπτώματα, όπως φτέρνισμα και πυρετός (Wood, et al., 2008, Graham, Hawkins, & Law, 2010, Tuchman, 2010).

Συνοψίζοντας αναφορικά με τους κινδύνους από τη χρήση ουσιών τόσο για την έγκυο όσο και για το έμβryo/βρέφος, παρατηρείται ότι, αν και κάποιες περίοδοι στη ζωή των χρηστών, όπως η περίοδος της κύησης, θεωρούνται καταλυτικές για την αλλαγή των συμπεριφορών χρήσης, οι έγκυες γυναίκες χρήστες είναι πιθανό να μην αναζητήσουν ιατρική φροντίδα στα πρώιμα στάδια της κύησης με πιθανές επιπτώσεις για τις ίδιες και το έμβryo (Arson, 2000, Kesmodel, et al., 2003, Linneberg, et al., 2004, Handmaker, et al., 2006, Strandberg-Larsen, et al., 2008, Signore, et al., 2008). Από την άλλη μεριά, οι έγκυες, οι οποίες εισάγονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα, ακόμα και αν λαμβάνουν μεθαδόνη κατά την κύηση, έχουν καλύτερα μακροπρόθεσμα οφέλη για τις ίδιες και για τα νεογνά τους, λαμβάνουν καλύτερη προγεννητική φροντίδα και παρουσιάζουν συνολικά καλύτερη υγεία (Bandstra, et al., 2010). Συνεπώς, η άμεση, κατά προτεραιότητα, εισαγωγή των εγκύων χρηστών σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα κρίνεται απαραίτητη για την καλύτερη διαχείριση της κατάστασης (Floyd, et al., 2007).

Η χορήγηση της μεθαδόνης ως υποκατάστατου της χρήσης οπιοειδών είναι

ευρέως διαδεδομένη στον ευρωπαϊκό χώρο, αν και σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες είναι πιθανή η χορήγηση βουπρενορφίνης καθώς και της βραδείας αποδέσμευσης από του στόματος μορφίνης (EMCDDA, 2012). Για παράδειγμα, σε χώρες όπως η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Λετονία, η Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο η μεθαδόνη είναι το βασικό υποκατάστατο για εγκύους, ενώ στην Εσθονία και στη Νορβηγία η βουπρενορφίνη θεωρείται πρώτη επιλογή κατά την εγκυμοσύνη (Huizink, & Mulder, 2006).

Ο μεταβολισμός της μεθαδόνης μπορεί να αλλάξει σημαντικά κατά την εγκυμοσύνη, οδηγώντας σε χαμηλότερα επίπεδα συγκέντρωσης μεθαδόνης στο αίμα και συμπτώματα στερητικού συνδρόμου. Ωστόσο, οι μεταβολές αυτές μπορεί να ποικίλλουν σημαντικά. Για παράδειγμα, ο μεταβολισμός της μεθαδόνης αυξάνεται κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης και μπορεί να είναι περιστασιακά αναγκαίο να αυξηθεί η δόση του υποκαταστάτου ή να μοιραστεί, από χορήγηση μια φορά την ημέρα σε χορήγηση δύο φορές την ημέρα, ή και τα δύο (Kakko, Heilig, & Sarman, 2008).

Οι δόσεις της μεθαδόνης θα πρέπει να ελέγχονται τις πρώτες ημέρες και/ή εβδομάδες μετά τον τοκετό, καθώς είναι πιθανό να χρειάζονται αναπροσαρμογή. Αν η έγκυος, στην οποία χορηγείται μεθαδόνη, έχει συχνούς εμετούς, τότε το θεραπευτικό της πλάνο χρήζει διαφοροποίησης και εξατομίκευσης, ώστε να είναι δυνατή η λήψη αντι-εμετετικής αγωγής με στόχο τη σταθεροποίηση του επιπέδου οπιοειδών στο αίμα. Αν προταθούν μειώσεις της δόσης της μεθαδόνης, αυτό θα πρέπει να γίνει κατά το δεύτερο τρίμηνο, σε μικρές ποσότητες και μόνο όταν η κύηση είναι σταθεροποιημένη, καθώς είναι σημαντικό να αποφεύγονται συμπτώματα στέρησης στην έγκυο, τα οποία μπορούν να διαταράξουν το έμβρυο. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχει ευελιξία όσον αφορά την ποσότητα και συχνότητα των μειώσεων του υποκαταστάτου και οι μειώσεις αυτές θα πρέπει να ανταποκρίνονται εξατομικευμένα στα συμπτώματα της εγκύου (Passey, et al., 2014).

Δεν υπάρχουν δεδομένα, τα οποία συνδέουν τη θεραπεία μεθαδόνης με τερατογεννήσεις (Ornøy, & Ergaz, 2010). Ωστόσο, φαίνεται να υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στη δόση της μεθαδόνης και στη σοβαρότητα του νεογνικού στερητικού συν- δρόμου. Αν και η χορήγηση της μεθαδόνης είναι ευρέως διαδεδομένη θεραπεία με υποκατάστατα στην Ευρώπη, μία από τις παρενέργειες αυτής είναι το νεογνικό

στερητικό σύνδρομο. Διάφορες έρευνες έχουν επιβεβαιώσει τη σύνδεση ανάμεσα στη χορήγηση της μεθαδόνης και την εμφάνιση στερητικού συνδρόμου σε νεογνά (Binder & Vavrinkova, 2008, Margoun et al., 2008, Clearly, et al., 2011). Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη χορήγηση μεθαδόνης κατά τον τοκετό σε μητέρες φανερώνουν ότι το 28% των βρεφών, τα οποία γεννήθηκαν από μητέρες, οι οποίες έλαβαν μικρές δόσεις μεθαδόνης (5 - 30 mg), παρουσίασε νεογνικό στερητικό σύνδρομο, ενώ το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 43% των βρεφών με μητέρες, οι οποίες ελάμβαναν μέτριες δόσεις μεθαδόνης (31 - 50 mg) και στο 71% για μεγάλες δόσεις χορηγούμενης μεθαδόνης (51 - 95 mg). Η εμφάνιση και η σοβαρότητα του νεογνικού στερητικού συνδρόμου φαίνεται να σχετίζεται και με άλλους παράγοντες, οι οποίοι δεν αφορούν φαρμακολογικές συνέπειες από τη χρήση υποκαταστάτων κατά τη διάρκεια της κύησης. Για παράδειγμα, σχετικά ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι, μετά τον τοκετό και κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο, τα νεογνά που παρέμειναν στο ίδιο δωμάτιο με τις μητέρες τους και όχι στη νεογνική μονάδα εντατικής φροντίδας χρειάστηκαν σε μικρότερο ποσοστό θεραπεία για το νεογνικό στερητικό σύνδρομο, παρέμειναν μικρότερο χρονικό διάστημα στο μαιευτήριο μετά τον τοκετό και είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να επιστρέψουν σπίτι με τις μητέρες τους (Ellsworth, et al., 2010).

Καθώς οι πιθανότητες παρουσίασης στερητικού συνδρόμου σε βρέφη, των οποίων οι μητέρες έλαβαν μεθαδόνη κατά την κύηση είναι μεγάλες, έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν διαφορετικές θεραπείες υποκατάστασης (EMCDDA, 2012). Για παράδειγμα, έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε γυναίκες, οι οποίες έλαβαν διαφορετικά υποκατάστατα κατά την κύηση, έδειξε ότι το 79% των νεογέννητων, των οποίων οι μητέρες είχαν λάβει βουπρενορφίνη συγκρινόμενο με το 32% των βρεφών, των οποίων οι μητέρες έλαβαν μεθαδόνη και το 18% των βρεφών, των οποίων οι μητέρες έλαβαν βραδείας αποδέσμευσης μορφίνη, δεν χρειάστηκαν θεραπεία για στερητικό σύνδρομο (Ebner et al., 2007). Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Φαρμάκων (2009) αναφέρει ότι, αν και συνιστάται η χορήγηση της μεθαδόνης λόγω της μακράς ασφαλούς χρήσης του συγκεκριμένου υποκατάστατου σε εγκύους, υπάρχουν έρευνες, οι οποίες δείχνουν ότι η χορήγηση της βουπρενορφίνης συγκρινόμενη με τη χορήγηση μεθαδόνης μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης νεογνικού στερητικού συνδρόμου. Αν και κρίνεται αναγκαία η συνέχιση των ερευνών προκειμένου να γίνουν σαφέστερα τα

δεδομένα για τη χορήγηση υποκαταστάτων σε εγκύους και την εμφάνιση στερεητικού συνδρόμου στα νεογνά τους, αρκετοί ερευνητές συνιστούν τη χορήγηση βουπρενορφίνης και όχι μεθαδόνης σε εγκύους (Pickett, Wilkinson, & Wakschlag, 2009).

Η μεθαδόνη μπορεί να περάσει μέσα στο μητρικό γάλα σε μικρές ποσότητες και για το λόγο αυτό οι μητέρες, στις οποίες χορηγείται μεθαδόνη και επιθυμούν να θηλάσουν, πρέπει να ενθαρρύνονται, όπου αυτό είναι δυνατό, με εξαίρεση τις σπάνιες περιπτώσεις κατά τις οποίες ο θηλασμός μπορεί να προσβάλει το βρέφος με κάποια μεταδιδόμενη ασθένεια της μητέρας, όπως για παράδειγμα HIV/AIDS (Haley, Handmaker, & Lowe, 2006). Επίσης, θα πρέπει να παρέχονται έγκυρες ιατρικές συμβουλές στις νέες μητέρες σχετικά με την πιθανότητα να περάσουν στο μητρικό γάλα άλλες ουσίες, νόμιμες ή παράνομες, καθώς και για τις πιθανές συνέπειες της χρήσης τους. Για παράδειγμα, τα κατασταλτικά φάρμακα μπορούν να δράσουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και να έχουν επικίνδυνες επιπτώσεις στο νεογνό, όπως να του προκαλέσουν επικίνδυνη ύπνωση και αναπνευστικά προβλήματα (Gyarmathy, et al., 2009).

4.2 Μελέτες Ερευνών στον Ελλαδικό Χώρο

Στις έγκυες γυναίκες ή στις γυναίκες, οι οποίες προσπαθούν να συλλάβουν, συνιστάται η πλήρης αποφυγή του αλκοόλ. Αν, ωστόσο, επιλέξουν να κάνουν χρήση αλκοόλ, δεν θα πρέπει να καταναλώνουν περισσότερες από μία με δύο δόσεις αλκοόλ μία με δύο φορές την εβδομάδα και θα πρέπει να αποφεύγουν τυχόν μέθη, προκειμένου να μειωθούν οι κίνδυνοι για το έμβρυο (Μπαρούτης, & Δασοπούλου, 2004).

Οι έγκυες γυναίκες, που καταναλώνουν αλκοόλ σε βλαπτικά και επικίνδυνα επίπεδα, παρουσιάζουν συννοσηρότητα και κοινωνικά προβλήματα. Επίσης, ενώ τα νεογνά των μητέρων, οι οποίες πίνουν πάρα πολύ, είναι πολύ πιθανό να υποφέρουν από το πολύ γνωστό σύνδρομο του νεογνικού αλκοολισμού (fetal alcohol syndrome), τα μωρά εκείνων των μητέρων, που παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ, μπορούν εξίσου να αντιμετωπίσουν σημαντικούς κινδύνους από σχετικά προβλήματα (όπως αυτά περιγράφονται από τα συμπτώματα της διαταραχής του φάσματος εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου). Για τις έγκυες γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ θα πρέπει να υπάρχουν βραχύχρονες και, αν κρίνεται σκόπιμο, μακρόχρονες παρεμβάσεις για τη μείωση της λήψης αλκοόλ σε χαμηλότερα επίπεδα ή για την πλήρη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ (Μπαρούτης, & Δασοπούλου, 2004).

Οι γυναίκες, οι οποίες χρησιμοποιούν κοκαΐνη κατά την κύηση, θα πρέπει να καθοδηγηθούν προς το να σταματήσουν εντελώς τη χρήση, καθώς δεν υπάρχει κάποιο ασφαλές υποκατάστατο. Σε αυτές θα πρέπει να προσφέρεται πρόσβαση σε ψυχολογική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειακών παρεμβάσεων (Μισουρίδου, 2004).

Οι γυναίκες, οι οποίες είναι εξαρτημένες από τις βενζοδιαζεπίνες, θα πρέπει αρχικά να σταθεροποιούνται στη διαζεπάμη και στη συνέχεια να ακολουθούν πρόγραμμα μείωσης της δόσης, όπου αυτό είναι εφικτό, χωρίς να ξαναρχίσει η χρήση παράνομων ουσιών. Για τις εγκύους, στις οποίες χορηγείται μεθαδόνη, θα πρέπει η δόση της μεθαδόνης να παραμένει σταθερή κατά τη μείωση των βενζοδιαζεπινών (Λιάππας, και συν., 2012).

Η διαχείριση του τοκετού για τις εγκύους χρήστες είναι παρόμοια με εκείνη

οποιασδήποτε γυναίκας. Ωστόσο, συνιστάται οι έγκυες, που λαμβάνουν υποκατάστατα, να γεννούν τα μωρά τους στο μαιευτήριο, όπου είναι δυνατό να τους παρασχεθεί καλύτερη φροντίδα από εξειδικευμένους παιδίατρους. Επίσης, η ανακούφιση του πόνου κατά τον τοκετό χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας και προσοχής, καθώς οι πλήρεις οπιοειδείς αγωνιστές, όπως η διαμορφίνη και η μεθαδόνη και οι μερικοί αγωνιστές, όπως η βουπρενορφίνη, θα καθορίσουν την επιλογή της αναλγησίας για κάθε έγκυο. Συνεπώς, θα πρέπει να υπάρχει ένα χαμηλό όριο για τη χρήση επισκληριδίου, ξεκάθαρη καθοδήγηση σχετικά με τη δράση των αγωνιστών τόσο προς τη μητέρα όσο και προς τις ιατρικές υπηρεσίες, καθώς και μελλοντικός σχεδιασμός για την καλύτερη διαχείριση της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, μπορεί να υπάρξει αυξημένη επίπτωση ανεπάρκειας πλακούντα κατά την κύηση για τη συγκεκριμένη ομάδα εγκύων, ανεπάρκεια που μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο υποξίας κατά τον τοκετό, εμβρυϊκή κόπωση και χρώση μηκωνίου (Λούφτη, & Αγγελετάκη, 2009).

Πολλά νεογνά δεν θα χρειαστούν παιδιατρικές παρεμβάσεις, αλλά είναι σημαντικό να υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης σε εξειδικευμένη νεογνική παιδιατρική φροντίδα. Η χορηγούμενη στη μητέρα μεθαδόνη μπορεί να διαπεράσει τον πλακούντα και συνεπώς το νεογνό, το οποίο έχει εκτεθεί στη μεθαδόνη κατά την κύηση, μπορεί να χρειαστεί ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα για την αντιμετώπιση στερητικών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά χρήζουν θεραπείας καθώς, αν είναι έντονα, μπορεί να απειλήσουν ακόμα και τη ζωή του νεογνού. Ωστόσο, παρά τη σοβαρότητα του συγκεκριμένου συνδρόμου και την αναγκαιότητα για άμεση θεραπευτική παρέμβαση, σε σχετική επιστολή επιφανών επιστημόνων από όλο τον κόσμο προς τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τους φορείς χάραξης κοινωνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά επισημαίνεται ότι (α) η χρήση υποκαταστάτων κατά την κύηση είναι ασφαλής και μπορεί να βοηθήσει τις εγκύους να σταματήσουν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, (β) τα νεογνά που γεννιούνται με νεογνικό στερητικό σύνδρομο δεν «γεννιούνται εθισμένα», χαρακτηρισμός που τους αποδίδεται συχνά από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επισύροντας αρνητικές ιατρικές και κοινωνικές συνέπειες για το νεογέννητο και (γ) το νεογνικό στερητικό σύνδρομο μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά χωρίς να υπάρξουν μακροχρόνιες αρνητικές επιδράσεις για το νεογνό. (Λούφτη, & Αγγελετάκη, 2009).

Τα σημάδια του στερητικού συνδρόμου στα νεογνά λόγω της χρήσης

οπιοειδών από τη μητέρα είναι πολλαπλά και ασαφή και τείνουν να παρουσιάζονται 24 έως 72 ώρες μετά τον τοκετό. Περιλαμβάνουν ένα φάσμα συμπτωμάτων, όπως υψίσυχο κλάμα, ταχεία αναπνοή, πεινασμένο αλλά αναποτελεσματικό θηλασμό και εκτεταμένη εγρήγορση/αϋπνία. Στην άλλη άκρη του φάσματος, κάποια από τα συμπτώματα (αν και όχι συνήθη) παρουσιάζονται με τη μορφή υπερτονικότητας και συσπάσεων. Το νεογνικό στερητικό σύνδρομο μπορεί να καθυστερήσει μέχρι και 7-10 ημέρες, αν η μητέρα κάνει χρήση μεθαδόνης σε συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνες. Επίσης, η λήψη βενζοδιαζεπινών από τη μητέρα μπορεί να προκαλέσει πιο παρατεταμένα συμπτώματα στο νεογνό, συμπεριλαμβανομένων και των αναπνευστικών προβλημάτων (Κουτσελίνης, 2012).

Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή στα νεογνά συνιστάται ο έλεγχος της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας του βρέφους, η παρακολούθηση του θερμιδικού και ηλεκτρολυτικού ισοζυγίου, καθώς και γενικές υποστηρικτικές ενέργειες (Λιάππας, και συν., 2012). Ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων θα πρέπει να χορηγούνται στο νεογνό 2 έως 5 σταγόνες βάμματος οπίου, 0,1 - 0,5 mg μεθαδόνης, και 8 mg φαινοβαρβιτάλης (Κουτσελίνης, 2012).

Η φροντίδα της εγκύου χρήστη και ο ασφαλής τοκετός είναι η αρχή μόνο μιας σειράς ενεργειών, οι οποίες απαιτούνται για την υποστήριξη της εγκύου και του βρέφους. Εάν το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι η παραμονή της μητέρας με το παιδί, θα πρέπει να παρέχεται προς τη μητέρα συνεχής στήριξη, όπως παροχή συμβουλευτικής, εκμάθηση δεξιοτήτων και συμβουλές ψυχικής υγείας (Λιάππας, και συν., 2012).

Όσον αφορά στη μετάδοση κάποιας ασθένειας από τη μητέρα προς το βρέφος κατά την κύηση και τη γέννηση, έχει παρατηρηθεί ότι για την πρόληψη της μετάδοσης του ιού HIV και της ηπατίτιδας C δεν υπάρχει αποτελεσματική και ασφαλής μέθοδος. Σημαντικό είναι, όμως, να αναφερθεί ότι η θεραπεία για τον ιό HIV σε γυναίκες, οι οποίες παρουσιάζουν συννοσηρότητα με τον ιό της ηπατίτιδας C, φαίνεται να μειώνει κατά κάποιο τρόπο την πιθανότητα μετάδοσης και των δύο ιών. Η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας B από τη μητέρα προς το παιδί μπορεί να αποφευχθεί με τη χορήγηση ενός συνδυασμού ανοσοσφαιρίνης ενάντια στην ηπατίτιδα B και μιας σειράς εμβολίων κατά της ηπατίτιδας B. Επίσης, υπάρχουν

ενδείξεις ότι οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες βακτηριδιακές λοιμώξεις (για παράδειγμα η σύφιλη, η γονόρροια και τα χλαμύδια) μπορούν επιτυχώς να θεραπευτούν με αντιβιοτικά και η θεραπεία αυτή μπορεί να αποτρέψει και τη μετάδοση των ασθενειών αυτών από τη μητέρα στο νεογνό (Λιάππας, και συν., 2012).

Τέλος, ο θηλασμός θα πρέπει να ενθαρρύνεται, ακόμα και αν η μητέρα συνεχίζει τη χρήση ουσιών, εκτός εάν χρησιμοποιεί κοκαΐνη ή κρακ κοκαΐνη ή υψηλή δόση βενζοδιαζεπινών. Αν η μητέρα είναι θετική στον ιό HIV ή θετική στην ηπατίτιδα C, θα πρέπει να αναζητηθεί η βοήθεια των ειδικών. Η μετάδοση του ιού HIV από τη μητέρα στο νεογέννητο μέσω του μητρικού γάλακτος είναι δυνατόν να μειωθεί σε ποσοστό μικρότερο του 1% με έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της μητέρας. Αν και δεν υπάρχουν αντενδείξεις για τη χρήση μεθαδόνης όσον αφορά το θηλασμό, η δόση θα πρέπει να διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα και να επιδιώκεται η σταθεροποίηση της μητέρας καθώς και η συνεχής επίβλεψη του βρέφους (Μισουρίδου, 2004).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Ελληνική

Ιατράκης Γ., (2006). *Βιβλίο Γυναικολογίας*, Εκδόσεις: Δεσμός, Αθήνα.

Κουτσελίνη Α.Σ., (2012). *Εξαρτησιογόνες ουσίες (Ναρκωτικά) Φαρμακολογία, τοξικολογία, το πρόβλημα και η αντιμετώπισή του*, Εκδόσεις: Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα.

Λιάπας Γ., & Πομίνη Β., (2014). *Ουσιοεξάρτηση: Σύγχρονα Θέματα*, Εκδόσεις: ΙΤΑΚΑ, Αθήνα.

Λιάπας Γ., (2012). *Ναρκωτικά: Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*, Εκδόσεις: Πατάκη, Αθήνα.

Λιάπας Ι., Παπαρρηγόπουλος Θ., Μουσσάς Γ.Ι., Μέλλος Ε., & Καραϊσκος Δ.Α., (2012). *Θεραπευτικά πρωτόκολλα στην αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτήσεων*, Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.

Λούφτη Χ.Α., & Αγγελετάκη Δ., (2009). *Οι επιπτώσεις των Ναρκωτικών ουσιών στην Κύηση, στο Έμβρυο και στο Νεογνό*, Εκδόσεις: Κέδρος, Αθήνα.

Μαρσέλος Μ., (2014). *Ναρκωτικά – Φαρμακολογία και Τοξικολογία των εξαρτησιογόνων – ψυχοτρόπων ουσιών*, Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα.

Μισουρίδου Ε., (2004). *Εξάρτηση και Μητρότητα: Βασική φροντίδα και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις*, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, (88): 59 - 64.

Μπαρούτης Γ., & Δασοπούλου Μ., (2004). *Επιδράσεις φαρμάκων, αλκοόλης και καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στο έμβρυο και το νεογνό*, *Παιδιάτρική*, (67): 160 – 167.

Σουρουβάλης Α., & Νάκας Δ., (2005). *Η επίδραση του καπνίσματος στο περιγεννητικό αποτέλεσμα*, *Γαληνός*, 47(1): 29 - 37.

Στεργιόπουλος Κ.Ι., (2012). *Νεογνολογία*, Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα.

Τσαρούχας Κ., (2013) *Αλκοόλ: Ένα σκληρό ναρκωτικό*, Εκδόσεις: Άγκυρα, Αθήνα.

Χαραλαμπίδης Ε., (2013). *Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες*, Εκδόσεις: ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Χατζηγιάνης Π., (2017). *Ναρκωτικά, η μάστιγα του αιώνα*, Εκδόσεις: Παρισιάνος, Αθήνα.

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

Β. Ξενόγλωσση - Μεταφρασμένη

Aliyu M.H., Wilson R.E., Zoorob R., Chakrabarty S., Alio A.P., Kirby R.S., Salihu H.M., (2008). Alcohol consumption during pregnancy and the risk of early stillbirth among singletons, *Alcohol*, (42): 369 – 374.

Arson A., (2000). Cocaine addiction pregnancy and the newborn, *Pediatrics*, 37(4): 1 – 10.

Bandstra E.S., Morrow C.E., Mansoor E., & Accornero V.H., (2010). Prenatal drug exposure: infant and toddler outcomes, *Journal of Addictive Diseases*, 29(2): 245 - 258.

Baver C.R., (2005). Επιπτώσεις της έκθεσης κοκαΐνης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, *Αρχεία παιδιατρικής και εφηβικής ιατρικής*, (159): 824 – 834.

Bertherat M., (2017). *Το σώμα μου, η εγκυμοσύνη μου και εγώ*, Εκδόσεις: Φυτράκη, Αθήνα.

Binder T., & Vavrinkova B., (2008). Prospective randomized comparative study of the effect of buprenorphine, methadone and heroin on the course of pregnancy, birthweight of newborns, early postpartum adaptation and course of the neonatal abstinence syndrome (NAS) in women followed up in the outpatient department, *Neuroendocrinology Letters*, 29(1): 80 - 86.

Clearly B.J., Donnelly J.M., Strawbridge J.D., Gallagher P.J., & Fahey T., (2011). Methadone and perinatal outcomes: A retrospective cohort study, *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 204(2): 139.

Davila E., (2007). *Εγκυμοσύνη και τοκετός*, Εκδόσεις: Καλοκάθη –

Κουτσομπός, Αθήνα.

DeRoo L.A., Wilcox A.J., Drevon C.A., & Lie R.T., (2008). First-trimester maternal alcohol consumption and the risk of infant oral clefts in Norway: a population-based case-control study, *Am J. Epidemiol*, (168): 638 – 646.

Ebner N., Rohrmeister K., Winklbaaur B., Bauwert A., & Jagsch R., (2007). Management of neonatal abstinence syndrome in neonates born to opioid maintained women, *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3): 131 - 138.

Edenhofer I., (2010). *Οδηγός μητρότητας: Λοχεία*, Εκδόσεις: Μάλλιαρης Παιδεία, Αθήνα.

Ellsworth M.A., Stevens T.P., & D’Angio C.T., (2010). Infant race affects application of clinical guidelines when screening for drugs of abuse in newborns, *Pediatrics*, 125(6): 1379 - 1385.

EMCDDA, (2014). *Pregnancy and opioid use: strategies for treatment*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Erickson A., & Arbour L., (2012). Heavy smoking during pregnancy as a marker for other risk factors of adverse birth outcomes: a population-based study in British Columbia, Canada, *BMC Public Health*, (12): 102.

EMCDDA, (2012). *Pregnancy, childcare, and the family: Key issues for Europe’s response to drugs*, Lisboa: European Motoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Floyd R.L., Sobell M., Velasquez M.M., Ingersoll K., Nettleman M., Sobell L., Mullen P.D., Ceperich S., von Sternberg K., Bolton B., Johnson K., Skarpness B., Nagaraja J., (2007). Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial, *Am. J. Prev. Med*, (32): 1 – 10.

Friguls X., Joya J., Garcia-Serra M., Gomez-Culebras S., Pichini S., Martinez O., Vall O., Garcia-Algar B., (2012). Assessment of exposure to drugs of abuse during pregnancy by hair analysis in a Mediterranean island, *Addiction*, (107): 1471 -1479.

Gilligan R., Sanson-Fisher C., D’Este S., Eades M., Wenitong A., (2009). Knowledge and attitudes regarding smoking during pregnancy among Aboriginal and

Torres Strait Islander women, *Med. J. Aust.*, (190): 557 – 561.

Glade B., & Schuler J., (2011). *Το βιβλίο της εγκυμοσύνης*, Εκδόσεις: Μέδουσα, Αθήνα.

Gossop M., & Grant M., (2014). *Κατάχρηση ουσιών: Πρόληψη και Έλεγχος*, Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα.

Graham H., Hawkins S.S., & Law C., (2010). Lifecourse influences on women's smoking before, during and after pregnancy, *Soc. Sci. Med.*, (70): 582 – 587.

Gyarmathy V.A., Giraudon I., Hedrich D., Montanari L., Guarita B., & Wiessing L., (2009). Drug use and pregnancy: Challenges for public health, *EuroSurveillance*, 14(9): 33 - 36.

Haley D.W., Handmaker N.S., & Lowe J., (2006). Infant stress reactivity and prenatal alcohol exposure, *Alcohol Clin. Exp. Res.*, (30): 2055 – 2064.

Handmaker N.S., Rayburn W.F., Meng C., Bell J.B., Rayburn B.B., Rappaport V.J., (2006). Impact of alcohol exposure after pregnancy recognition on ultrasonographic fetal growth measures, *Alcohol Clin. Exp. Res.*, (30): 892 – 898.

Huizink A.C., & Mulder E.J.H., (2006). Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring, *Neurosci. Biobehav. Rev.*, (30): 24 – 41.

Hayatbakhsh V.J., Flenady K.S., Gibbons A.M., Kingsbury E., Hurrion A.A., Mamun J.M., & Najman M.R., (2011). Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy, *Nicotine Tob. Res.*, (14): 942 - 951.

Kakko J., Heilig M., & Sarman I., (2008). Buprenorphine and methadone treatment of opiate dependence during pregnancy: Comparison of fetal growth and neonatal outcomes in two consecutive case series, *Drug and Alcohol Dependence*, 96(1-2): 69 - 78.

Kesmodel P.S., Kesmodel A., Larsen N.J., & Secher A., (2003). Use of alcohol and illicit drugs among pregnant Danish women, 1998, *Scand. J. Public Health*, (31): 5 – 11.

Linneberg A., & Petersen J., Gronbaek M., & Benn C.S., (2004). Alcohol during pregnancy and atopic dermatitis in the offspring, *Clin. Exp. Allergy*, (34): 1678 – 1683.

MacGregor S., (2013). *Drug and Alcohol*, London: SAGE Publications Ltd.

Mackonochie A., (2008). *Εγκυμοσύνη, τοκετός βρεφική και παιδική φροντίδα*, Εκδόσεις: Αξιωτέλη, Αθήνα.

Marroun H.E., Tiemeier H., Jaddoe V.W., Hofman A., Mackenbach J.P., Steegers E.A., Verhulst F.C., van den Brink A.C., Huizink H., El Marroun H., Tiemeier V.W.V., Jaddoe A., Hofman J.P., Mackenbach E.A.P., Steegers F.C., Verhulst W., van den Brink A.C., & Huizink A., (2008). Demographic, emotional and social determinants of cannabis use in early pregnancy: the Generation R study, *Drug Alcohol Depend.*, 98: 218 – 226.

Muckle D., Laflamme J., Gagnon O., Boucher J.L., Jacobson S.W., & Jacobson G., (2011). Alcohol, smoking, and drug use among Inuit women of childbearing age during pregnancy and the risk to children, *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, (35): 1081 – 1091.

Ornoy A., & Ergaz Z., (2010). Alcohol Abuse in Pregnant Women: Effects on the Fetus and Newborn, Mode of Action and Maternal Treatment, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 7(2): 364 – 379.

Passey M., Sanson-Fisher R., D’Este C., & Stirling J., (2014). Tobacco, alcohol and cannabis use during pregnancy: Clustering of risks, *Drug and Alcohol Dependence*, (134): 44 – 50.

Pickett R.G., Wilkinson L.S., & Wakschlag K.E., (2009). The psychosocial context of pregnancy smoking and quitting in the Millennium Cohort Study, *J. Epidemiol. Community Health*, (63): 474 – 480.

Signore C., Aros S., Morrow J.D., Troendle J., Conley M.R., Flanigan E.Y., Cassorla F., Mills J.L., (2008). Markers of oxidative stress and systemic vasoconstriction in pregnant women drinking > or =48 g of alcohol per day, *Alcohol Clin. Exp. Res.*, (32): 1893 – 1898.

Stoppard M., (2009). *Από την σύλληψη ως τον τοκετό*, Εκδόσεις: Μίνωας, Αθήνα.

Stoppard M., (2005). *Εγκυμοσύνη και τοκετός*, Εκδόσεις: Ακμή – Κεντικελένη, Αθήνα.

Strandberg-Larsen K., Nielsen NR., Gronbaek M., Andersen P.K., Olsen J., Andersen A.M., (2008). Binge drinking in pregnancy and risk of fetal death, *Obstet Gynecol*, (111): 602 – 609.

Tuchman E., (2010). Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research, *Journal of Addictive Diseases*, (29): 2 – 31.

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): 11 – 34.

Wood K., France K., Hunt S., Eades L., & Slack-Smith A., (2008). Indigenous women and smoking during pregnancy: knowledge, cultural contexts and barriers to cessation, *Soc. Sci. Med.*, (66): 2378 – 2389.