



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

Διπλωματική Εργασία

Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ ΛΥΚΕΙΟΥ. ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

του

ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΚΟΛΑΡΙΚΗ

Επιβλέπων Καθηγητής
Φώτης Κιλιπίρης

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος
ειδίκευσης στη διοίκηση & οργάνωση εκπαιδευτικών μονάδων

Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος 2018



Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια άδεια πνευματικών δικαιωμάτων CreativeCommons:

Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή



Μπορείτε να:

- Μοιραστείτε: αντιγράψετε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο
- Προσαρμόστε: αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό

Υπό τους ακόλουθους όρους:

- Αναφορά Δημιουργού: Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
- Μη Εμπορική Χρήση: Δε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
- Παρόμοια Διανομή: Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε, ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια CreativeCommonsόπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

Υπεύθυνη Δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στη Διοίκηση & Οργάνωση Εκπαιδευτικών Μονάδων του Αλεξάνδρειου ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου Εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης(βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Θεσσαλονίκη, 24, Νοεμβρίου, 2018

Ο/Η Δηλών/ούσα: Νικόλαος Σκολαρίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες είναι γνωστές στην πλειονότητά τους από την αρχαιότητα. Λόγω των ιδιαίτερων ιδιοτήτων τους να επιδρούν και να επηρεάζουν τον ψυχισμό και τη συμπεριφορά του χρήστη (αλκοόλ, παραισθησιογόνα) καθώς και ορισμένες να αντιμετωπίζουν τον πόνο (όπιο), χρησιμοποιήθηκαν άλλες για λατρευτικούς άλλες για θεραπευτικούς και άλλες για ψυχαγωγικούς σκοπούς.

Οι παρενέργειές τους και ιδιαίτερα η ιδιότητά τους να δημιουργούν εθισμό παρατηρήθηκαν επίσης από πολύ παλιά και γι' αυτό η χρήση τους περιορίστηκε από τους περισσότερους λαούς σε αυστηρά πλαίσια.

Σήμερα η χρήση του μεγαλύτερου αριθμού των ουσιών αυτών (είτε προέρχονται από τη φύση είτε παράγονται τεχνητά) είναι γενικά απαγορευμένη, με εξαίρεση τον καπνό, το αλκοόλ και ορισμένα φάρμακα (παισιόνα, ηρεμιστικά κ.λ.π) που η χρήση τους επιτρέπεται μόνο στα πλαίσια θεραπευτικής αγωγής με επίβλεψη γιατρού. Παρά τις απαγορεύσεις όμως η χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών είναι εξαιρετικά διαδεδομένη με πολλά εκατομμύρια χρήστες σ' ολόκληρο τον κόσμο να είναι εξαρτημένοι απ' αυτές.

Στην Ελλάδα όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών τα τελευταία χρόνια, είναι διαδεδομένες κυρίως οι νόμιμες ουσίες (αλκοόλ – καπνός) στο γενικό πληθυσμό, με ποσοστά πάντως που κυμαίνονται κοντά ή και κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, ενώ η χώρα μας είναι πολύ κάτω (στην τελευταία θέση στην Ε.Ε) από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο στη χρήση παράνομων ουσιών. Από τις έρευνες που γίνονται στο μαθητικό πληθυσμό φαίνεται ότι οι νέοι είναι η πιο ευάλωτη ηλικιακή ομάδα καθώς οι περισσότεροι χρήστες ουσιών ξεκινούν τον πειραματισμό πρώτα με τις νόμιμες και ορισμένοι στη συνέχεια με παράνομες ουσίες στην ηλικία των 13 – 17 ετών.

Στην Κέρκυρα όπως δείχνουν τα στοιχεία των ερευνών η χρήση στο μαθητικό πληθυσμό τόσο νόμιμων όσο και παράνομων ουσιών είναι αρκετά διαδεδομένη και μάλιστα στις περισσότερες ουσίες, είναι πάνω από τον πανελλαδικό μέσο όρο στις ηλικίες 13-17 ετών. Πιο διαδεδομένες ουσίες είναι το αλκοόλ και ο καπνός (με τάση όμως μείωσης τα τελευταία χρόνια) και από τις παράνομες η κάνναβη.

SUMMARY

Most of the addictive substances have been known since antiquity. Due to their special nature to influence and affect the psyche and the behavior of the user (alcohol, hallucinogen) or to treat the pain (opium), some of them were used either for worship or recreational purposes or by therapists as well. Since their side effects, and in particular their addictive nature, have also been observed since ancient times, most people have restricted their use by setting strict rules. Nowadays, the use of the largest part of these substances (either naturally or artificially produced) is generally banned, with the exception of tobacco, alcohol and certain medicines whose use is subjected to certain restrictions. Despite the prohibitions, the use of addictive substances is largely diffused and many millions of users around the world are dependent on them. In Greece, as it turns out by the results of several surveys in recent years, the legal substances (alcohol - tobacco) are prevalent in the general population, with rates, in any case, close to or below the European average, while our country rates much lower from the European average (at the last position in the EU) regarding the use of illegal substances. Researches among the student population have shown that teenagers constitute the most vulnerable age group, as most drug users start experimenting, first, with legal substances and only some of them continue, with illegal substances at the age of 13-17 years old. In Corfu, according to survey data, the use of both legal and illegal substances in the student population is quite widespread, well above the nationwide average rate at the ages of 13-17 in the use of most substances. The use of alcohol and tobacco (with a tendency to decline in recent years) is more widespread while cannabis is among the most diffused illegal drugs.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°	σελ. 13
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	σελ. 13
1.2. ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ	σελ. 15
1.3. ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ	σελ. 16
1.4. ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	σελ. 17
1.5. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	σελ. 19
1.6. Η ΧΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ Ε.Ε.	σελ. 21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΝΟΜΙΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ (ΑΛΚΟΟΛ – ΚΑΠΝΟΣ)	σελ. 23
2.1. ΑΛΚΟΟΛ	σελ. 24
2.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ	σελ. 24
2.1.2 ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	σελ. 25
2.1.3 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ.	σελ. 26
2.1.4 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ	σελ. 27
2.1.5 Η ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	σελ. 29
2.1.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ	σελ. 30
2.1.7 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΕΠΙΨΥ 2016	σελ. 33
2.1.8 Η ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ	σελ. 35
2.1.9 ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΥΡΩΠΗ	σελ. 37
2.1.10 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ	σελ. 38
2.2 ΚΑΠΝΟΣ	σελ. 40
2.2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	σελ. 40
2.2.2 ΤΟ ΦΥΤΟ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΙΟΝΤΑ ΤΟΥ	σελ. 40
2.2.3. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	σελ. 41

2.2.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	σελ. 46
2.2.5. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ	σελ. 46
2.2.6. ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΕΠΨΥ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ...	σελ. 47
2.2.7. ΓΙΑΤΙ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ	σελ. 48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ (ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ)	σελ. 50
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ	σελ. 50
3.2 ΚΑΝΑΒΗ	σελ. 51
3.2.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΚΑΝΑΒΗΣ	σελ. 51
3.2.2. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΝΑΒΗΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ	σελ. 52
3.2.3 ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΡΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΝΑΒΗ.....	σελ.53
3.2.3.1. ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑ	σελ. 53
3.2.3.2. ΧΑΣΙΣ	σελ. 54
3.2. 4 Η ΧΡΗΣΗ ΚΑΝΑΒΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ	σελ. 55
3.3 ΟΠΠΟΥΧΑ – ΟΠΠΟΕΙΔΗ	σελ. 56
3.3.1. ΟΠΠΟ: ΙΣΤΟΡΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΑ-ΔΡΑΣΗ	σελ. 56
3.3.2. ΜΟΡΦΙΝΗ	σελ. 58
3.3.3. ΗΡΩΙΝΗ	σελ. 61
3.3.4. ΚΩΔΕΙΝΗ	σελ. 66
3.3.5. ΜΕΘΑΔΟΝΗ	σελ. 67
3.4 ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΔΙΕΓΕΙΡΟΥΝ ΤΟ Κ.Ν.Σ.	σελ. 68
3.4.1 . ΚΟΚΑΪΝΗ – ΚΡΑΚ	σελ. 68
3.4.2. ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ – ΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ	σελ. 73
3.4.3. ΕΚΣΤΑΣΗ	σελ. 78
3.4.4. ΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ (Speed).....	σελ. 81
3.5. ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ	σελ. 81
3.5.1 ΤΟ ΔΙΑΙΘΥΛΑΜΙΔΙΟ ΤΟΥ ΛΥΣΕΡΓΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ (LSD)	σελ. 82
3.5.2. ΤΑ ΜΑΓΙΚΑ ΜΑΝΙΤΑΡΙΑ (MAGIC MUSHROOMS)	σελ. 84

3.5.3. Η ΜΕΣΚΑΛΙΝΗ	σελ. 84
3.5.4. ΤΟ Ρ.Σ.Ρ. (ΦΑΙΝΣΥΚΛΙΔΙΝΗ)	σελ. 85
3.6. ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ– ΥΠΝΩΤΙΚΑ - ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ	σελ. 86
3.6.1. ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ	σελ. 87
3.6.2. ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ (ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ)	σελ. 89
3.7 Η ΧΡΗΣΗ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΥΡΩΠΗ	σελ. 92
3.8 Η ΧΡΗΣΗ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	σελ. 97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	σελ. 100
ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΟΜΙΜΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ ΛΥΚΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΕΡΚΥΡΑ	σελ. 100
4.1. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	σελ. 100
4.2. ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ	σελ. 101
4.3. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	σελ. 102
4.4. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	σελ. 103
4.4.1. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΝΟΜΙΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ (ΑΛΚΟΟΛ - ΚΑΠΝΟΣ)	
4.4.1.Α. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ	σελ. 103
4.4.1.Β. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΠΝΟΥ	σελ. 106
4.4.2. ΧΡΗΣΗ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	σελ. 110
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο . ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ	σελ. 115
5.1. Η ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΕΠΨΥ ΤΟ 2011 ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΜΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	σελ. 116
5.2. Η ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΕΠΨΥ ΤΟ 2017 ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	σελ. 120
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ. 123
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ. 128
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	σελ. 134

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2	σελ. 140
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3	σελ. 142

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ

1. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ	σελ. 103
2. ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΑΛΚΟΟΛ ΠΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΑΙ Σ' ΕΝΑ ΒΡΑΔΥ	σελ. 103
3. ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΤΙ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΒΛΑΠΤΕΙ	σελ. 104
4. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΑΝΑ ΦΥΛΟ	σελ. 104
5. ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕΘΗΣ	σελ. 104
6. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΕΘΗΣ	σελ. 105
7. ΠΟΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΤΙΜΟΥΝ	σελ. 105
8. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΠΝΟΥ	σελ. 106
9. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	σελ. 107
10. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ	σελ. 107
11. ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	σελ. 109
12. ΧΡΗΣΗ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	σελ. 110
13. ΧΩΡΟΙ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΡΟΥΝ ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	σελ. 110
14. ΠΟΣΟΣΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑ ΟΥΣΙΑ	σελ. 111
15. ΕΧΟΥΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	σελ. 113
16. ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ	σελ. 114
17. ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	σελ. 123
18. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΝΟΜΙΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	σελ. 123
19. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	σελ. 125
20. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ ΑΠΟ ΤΟ 2004 ΣΤΟ 2011 ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	σελ. 126

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρώ υποχρέωσή μου να αφιερώσω την παρούσα μελέτη στη μνήμη του εξαίρετου συναδέλφου και φίλου Πέτρου Δημάκου που έφυγε πρόωρα από κοντά μας, του οποίου η συμβολή ως υπεύθυνου προγραμμάτων σχολικών δραστηριοτήτων υπήρξε πολύτιμη στην πραγματοποίηση της έρευνας που έκανα το 2004 και η οποία υπήρξε αφορμή για τη σημερινή εργασία.

Θέλω να ευχαριστήσω επίσης την ψυχίατρο κ Αννέτα Τσελέντη υπεύθυνη της Δημοτικής Μονάδας Πρόληψης Κέρκυρας «Νίκος Μώρος» για τη βοήθειά της κατά την εκπόνηση της ίδιας έρευνας .

Ένα θερμό ευχαριστώ οφείλω στους μαθητές μου που συμμετείχαν στο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στα πλαίσια του οποίου εκπονήθηκε η έρευνα καθώς και στους συναδέλφους διευθυντές και εκπαιδευτικούς που δέχθηκαν να βοηθήσουν στη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων όπως και τους μαθητές που δέχθηκαν να πάρουν μέρος και συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια.

Θερμές ευχαριστίες στον πρώην περιφερειακό διευθυντή εκπαίδευσης Ιονίων Νήσων κ. Χρήστο Άνθη ο οποίος ενθάρρυνε και παρείχε κάθε διευκόλυνση για την εκπόνηση αλλά και τη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω τον παιδίατρο και φίλο κ. Θεόδωρο Οικονομόπουλο για τις πολύτιμες συμβουλές του.

Παράλειψη θα ήταν να μην ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της εργασίας μου κ. Φώτη Κιλιπίρη, που μου έδωσε τη δυνατότητα να αξιοποιήσω την έρευνα που είχα εκπονήσει το 2004 καθώς και για τις πολύτιμες συμβουλές του κατά την εκπόνηση της παρούσας μελέτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει τη διερεύνηση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών από το μαθητικό πληθυσμό και ιδιαίτερα από το μαθητικό πληθυσμό των Λυκείων της Κέρκυρας. Αφορμή για την εκπόνηση της μελέτης αυτής, ήταν το γεγονός ότι ήδη από τη δεκαετία του '90 που διορίστηκα ως καθηγητής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε σχολεία της Κέρκυρας, παρατήρησα ακόμη και στο χώρο του σχολείου χρήση κυρίως νόμιμων ουσιών από τους μαθητές. Είχα διαπιστώσει τόσο κατά τη διάρκεια των εφημεριών μου στην αυλή του σχολείου, όσο και σε άλλες σχολικές εκδηλώσεις, όπως ημερήσιες και πολυήμερες εκδρομές στις οποίες συμμετείχα, ότι πολλοί μαθητές κάπνιζαν, ή έπιναν οινοπνευματώδη ποτά στις βραδινές εξόδους. Μάλιστα είχε συμβεί να δω και μαθητές είτε από το δικό μου είτε από άλλα σχολεία, τα οποία συναντούσαμε σε χώρους διασκέδασης να έχουν μεθύσει. Σε κάποιες περιπτώσεις μου δημιουργήθηκε η εντύπωση από τις αντιδράσεις των παιδιών ότι ενδεχομένως έχουν κάνει χρήση και άλλων παράνομων ουσιών.

Έτσι αποφάσισα να ασχοληθώ διεξοδικά με το ζήτημα της χρήσης ουσιών, πρώτα με τη μελέτη των διαφόρων ουσιών και τις επιπτώσεις τους στην υγεία, μέσα από προγράμματα Αγωγής Υγείας που εκπονούσα με τους μαθητές μου κάθε χρόνο.

Στη συνέχεια αποφάσισα να διερευνήσω την έκταση του φαινομένου με μια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από το μαθητικό πληθυσμό του Λυκείου, την οποία εκπόνησα στα πλαίσια ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας που έκανα με ομάδα μαθητών του σχολείου μου, το σχολικό έτος 2003-2004, σε συνεργασία με τον τότε υπεύθυνο προγραμμάτων σχολικών δραστηριοτήτων της Δ/σης Β/θμιας Εκπ/σης Κέρκυρας αείμνηστο Πέτρο Δημάκο και τη Δημοτική Μονάδα Πρόληψης Κέρκυρας «Νίκος Μώρος». Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δημοσιοποιήθηκαν στην κερκυραϊκή κοινωνία, μέσω τριών ημερίδων που οργάνωσε ο τότε Περιφερειακός Διευθυντής Εκπαίδευσης Ιονίων Νήσων κ. Χρήστος Άνθης το 2005 και δημοσιεύτηκαν σε τοπικές εφημερίδες.

Η παρούσα μελέτη είναι μια ιστορική μελέτη βιβλιογραφίας, με στοιχεία συγκριτικής ανάλυσης, που σκοπό έχει να δώσει απαντήσεις στα παρακάτω ερωτήματα:

1. Τι είναι οι εξαρτησιογόνες ουσίες, πως κατηγοριοποιούνται και πως επιδρά η καθεμιά στον ανθρώπινο οργανισμό;
2. Γίνεται χρήση ουσιών από τους μαθητές; Αν ναι σε τι είδους ουσίες γίνεται χρήση (νόμιμες / απαγορευμένες) και σε τι ποσοστά ανά φύλο;
3. Πόσο εύκολη είναι η πρόσβαση σε απαγορευμένες ουσίες και ποιοι παράγοντες συμβάλουν στο να αρχίσει ένα νέο παιδί να πειραματίζεται με τη χρήση ουσιών;
4. Σε τι βαθμό εμφανίζεται το φαινόμενο στο μαθητικό πληθυσμό της Κέρκυρας και ποια είναι η εξέλιξη του από το 2004 μέχρι σήμερα;

Για την απάντηση των ανωτέρω ερωτημάτων, θα γίνει πρώτα μια εκτενής αναφορά στις διάφορες εξαρτησιογόνες ουσίες, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε μιας, καθώς και τις επιπτώσεις για την υγεία και τη ζωή των χρηστών τους. Στη συνέχεια θα γίνει παρουσίαση των στοιχείων της έρευνας που εκπόνησα το 2004. Τέλος θα γίνει συγκριτική ανάλυση των στοιχείων της έρευνας αυτής, με τα στοιχεία νεώτερων ερευνών που υπάρχουν για το μαθητικό πληθυσμό της Κέρκυρας, ώστε ο κάθε ενδιαφερόμενος (εκπαιδευτικοί, γονείς, δημόσιες αρχές κ.λ.π.) να μπορεί να αντλήσει χρήσιμες πληροφορίες για την έκταση και την εξέλιξη του φαινομένου.

Η μελέτη αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει ένα εργαλείο για την αποτίμηση των αποτελεσμάτων των μέχρι τώρα εφαρμοζόμενων πολιτικών πρόληψης και ενημέρωσης σε τοπικό αλλά και εθνικό επίπεδο, καθώς και για το σχεδιασμό νέων δράσεων πρόληψης.

Δυστυχώς δεν κατέστη εφικτό να εξασφαλίσω την απαιτούμενη άδεια από το ΥΠΠΕΘ για την επανάληψη της έρευνας που εκπόνησα το 2004, καθώς το ΙΕΠ γνωμοδότησε ότι μια τέτοια έρευνα θα μπορούσε έμμεσα να προάγει τη χρήση ουσιών στους μαθητές, παρά το γεγονός ότι δίνεται κάθε τέσσερα χρόνια άδεια στο ΕΠΠΨΥ να διεξάγει ανάλογη έρευνα. Για το λόγο αυτό οι όποιες συγκρίσεις θα γίνουν με τα στοιχεία που υπάρχουν από δύο νεώτερες έρευνες που εκπονήθηκαν από άλλους φορείς. Συγκεκριμένα αυτή που πραγματοποίησε το ΕΠΠΨΥ το 2011 στο πλαίσιο της πανευρωπαϊκής διερεύνησης του φαινομένου (έρευνα ESPAD), και αυτής που πραγματοποίησε το ΕΠΠΨΥ για λογαριασμό της Περιφέρειας Ιονίων Νήσων το 2017. Ο λόγος που επελέγησαν αυτές οι δύο έρευνες για να γίνουν οι συγκρίσεις,

είναι για την μεν πρώτη ότι τα στοιχεία δημοσιοποιήθηκαν όχι μόνο για το σύνολο της χώρας, αλλά και για κάθε νομό χωριστά, οπότε μπορούσαμε να κρατήσουμε μόνο αυτά που αφορούσαν το μαθητικό πληθυσμό της Κέρκυρας, η μεν δεύτερη αφορά βέβαια εκτός της Κέρκυρας και την Κεφαλονιά, τη Ζάκυνθο και τη Λευκάδα, αλλά αφενός είναι η τελευταία έρευνα που έχει γίνει σε μαθητικό πληθυσμό που το δείγμα προέρχεται και από την Κέρκυρα, και αφετέρου τα τέσσερα νησιά παρουσιάζουν σημαντικές ομοιότητες στα πολιτιστικά, ιστορικά, οικονομικά και κοινωνικά τους χαρακτηριστικά ώστε να μπορούν να γίνουν συγκρίσεις με σχετική ασφάλεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Εξαρτησιογόνος ουσία είναι κάθε φυσική ημισυνθετική ή συνθετική ουσία που επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του ατόμου που τη χρησιμοποιεί και επηρεάζει τη διάθεση και τον ψυχισμό του. Στη βιβλιογραφία τις συναντάμε και ως ψυχοτρόπες ή εθιστικές λόγω της ιδιότητας που έχουν να δημιουργούν εθισμό στο χρήστη.

Πολλές από τις φυσικές εξαρτησιογόνες ουσίες είναι γνωστές από τα πανάρχαια χρόνια σε διάφορους λαούς και έχουν χρησιμοποιηθεί άλλες για λατρευτικούς σκοπούς, λόγω της ιδιότητάς τους να δημιουργούν παραισθήσεις και να φέρνουν το χρήστη σε έκσταση, (π.χ. ινδική κάνναβη, αλκοόλ, παραισθησιογόναμανιτάρια κ.α.), άλλες για θεραπευτικούς σκοπούς (π.χ. όπιο), και άλλες για να δίνουν ενέργεια και να βελτιώνουν τη διάθεση (π.χ. φύλλα κόκαας)

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές στον τρόπο που επιδρούν στον ανθρώπινο οργανισμό, είτε στο σώμα είτε στον ψυχισμό του χρήστη.

Ανεξάρτητα όμως από τον τρόπο που επιδρούν στον άνθρωπο όλες προκαλούν εθισμό, μια κατάσταση δηλαδή, όπου ο χρήστης διακατέχεται από μια μη ελεγχόμενη επιθυμία χρησιμοποίησης των ουσιών αυτών, που οδηγεί σε μια ψυχική και σωματική κατάρπτωση και συνοδεύεται από πολύπλοκα συμπτώματα δυσφορίας, πόνου και εξαθλίωσης. (Μ. Μαλλιώρα 2010)

Οι επιστήμονες θεωρούν ότι ο εθισμός μπορεί να διακριθεί σε τρία στάδια:
α) ανοχή, β) εξάρτηση και γ) παθολογική συμπεριφορά αναζήτησης της ουσίας

1) Η ανοχή (μεταβολική ανοχή – κυτταρική ανοχή) είναι μια κατάσταση κατά την οποία σταδιακά απαιτούνται όλο και μεγαλύτερες δόσεις της ουσίας για να προκαλέσουν αποτελέσματα που στην αρχή προκαλούνταν από μια πολύ μικρή δόση. (Κ. Κοκκώλης 2017)

2) Η φυσική εξάρτηση γίνεται αντιληπτή όταν διακοπεί η χρήση της ουσίας. Ο εγκέφαλος έχοντας συνηθίσει στην παρουσία του ναρκωτικού δεν μπορεί να επαναλειτουργήσει φυσιολογικά με αποτέλεσμα να δημιουργούνται οργανικά συμπτώματα, όπως ναυτία, διάρροια, μη ελεγχόμενοι σπασμοί, ζαλάδα, αισθήματα αφόρητου πόνου, οδύνης, συναισθηματικής καταπίεσης και ψύχωσης. (Αναγνώστου Α, Κοκκώλης Κ. 2015)

3) Η παθολογική συμπεριφορά αναζήτησης ναρκωτικού, η τρίτη φάση της τοξικομανίας, είναι η αιτία πολλές φορές της εγκληματικής συμπεριφοράς των χρηστών ναρκωτικών ουσιών. Δύο είναι οι λόγοι αυτής της συμπεριφοράς, ο πρώτος αφορά στις βιολογικές αλλαγές που έχουν επιφέρει τα ναρκωτικά στο χρήστη με τρόπο ώστε να του έχουν αλλοιώσει τον ψυχισμό και να του έχουν μειώσει τις κοινωνικές άμυνες και ο δεύτερος περιλαμβάνει τον νοσηρό κοινωνικό περίγυρο του χρήστη που έχει να κάνει με τα παράνομα κυκλώματα διακίνησης των ουσιών.

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

1. Διεγερτικές ουσίες: Καφεΐνη, Νικοτίνη, Αμφεταμίνη, Μεθαμφεταμίνες, Κοκαΐνη, Crack, Έκσταση
2. Οποιοειδή : Μορφίνη, Ηρωίνη, Κωδεΐνη.
3. Κατασταλτικές ουσίες : Οινόπνευμα (αλκοόλ), Βαρβιτουρικά, Βενζοδιαζεπίνες
4. Ινδική Κάνναβη (Χασίς, Μαριχουάνα)
5. Παραισθησιογόνες ουσίες (LSD, P.C.P., Peyot, Magic mashrooms)
6. Εισπνεόμενες ουσίες (Αεροζόλ, Κόλλες, Διαλύτες χρωμάτων, Βενζίνη)
(<https://kkeram1441.wordpress.com/2009/05/28/εξαρτησιογονες-ουσιες>)

Στη μελέτη μας θα κάνουμε διάκριση των ουσιών σε νόμιμες και παράνομες. Το κριτήριο της διάκρισης αυτής είναι το κατά πόσο επιτρέπεται από το νόμο η χρήση και η εμπορία τους και επομένως πόσο εύκολη είναι η πρόσβαση για τον έφηβο στην ουσία και στη χρήση της.

Ο λόγος που επιλέξαμε να υιοθετήσουμε τη διάκριση των ουσιών με βάση το συγκεκριμένο κριτήριο είναι το γεγονός ότι οι εξαρτησιογόνες ουσίες που

κυκλοφορούν νόμιμα είναι εύκολα προσιτές και συχνά είναι σχετικά απενοχοποιημένες στη συνείδηση της κοινής γνώμης, ώστε να δημιουργείται στους εφήβους η αντίληψη ότι η χρήση τους δε δημιουργεί ιδιαίτερο πρόβλημα (αλκοόλ, καπνός), σε αντίθεση με τις παράνομες ουσίες (ναρκωτικά), για τις οποίες υπάρχει έντονα η αίσθηση ότι δημιουργούν σοβαρό πρόβλημα στην υγεία του χρήστη, ενώ παράλληλα η προμήθειά τους προϋποθέτει την επαφή του χρήστη με κυκλώματα του υποκόσμου που τις διακινούν. Εξάλλου τη διάκριση αυτή υιοθετούν όλες σχεδόν οι έρευνες στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση ουσιών.

Με βάση την ανωτέρω διάκριση επομένως θα χωρίσουμε τις ουσίες σε αυτές που κυκλοφορούν νόμιμα όπως το αλκοόλ, ο καπνός και ορισμένες εισπνεόμενες ουσίες (κόλλες, βενζίνη) και αυτές που η χρήση και η εμπορία τους είναι παράνομη για τις οποίες έχει επικρατήσει ο όρος ναρκωτικά. Σ' αυτές περιλαμβάνονται η ινδική κάνναβη και τα παράγωγά της (μαριχουάνα, χασίς), τα οπιοειδή, (ηρωίνη, μορφίνη) οι αμφεταμίνες, τα παραισθησιογόνα κ.τ.λ.

Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει και μια τρίτη κατηγορία στην οποία ανήκουν τα διάφορα φάρμακα (αγχολυτικά, ηρεμιστικά) τα οποία κυκλοφορούν μεν νόμιμα, αλλά χορηγούνται με ειδική ιατρική συνταγή. Πολλές φορές όμως χρησιμοποιούνται και από χρήστες ουσιών ως υποκατάστατα και για το λόγο αυτό σε πολλές έρευνες ταξινομούνται μαζί με τα ναρκωτικά.

1.2 ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται το φαινόμενο ο πειραματισμός με τη χρήση ουσιών να ξεκινάει από ολοένα και μικρότερη ηλικία. Φαίνεται ότι τα παιδιά ξεκινούν τη χρήση από νόμιμες ουσίες και κάποια από αυτά στη συνέχεια πειραματίζονται και με τη χρήση παράνομων ουσιών.

Οι αιτίες που οδηγούν στη χρήση ουσιών συνήθως είναι

1. Η μικρή ηλικία 14 έως 20 ετών, όπου το άτομο βιώνει με μεγαλύτερη ένταση τα προβλήματά του, είναι ευκολόπιστο και ψάχνει δυνατές συγκινήσεις.
2. Τα προβλήματα στη οικογένεια, που πολλές φορές είναι τέτοια που οδηγούν τα παιδιά σε αδιέξοδο, σε απόρριψη και σε φυγή από την καθημερινότητα.
3. Η ροπή των νέων για μιμητισμό, η ξενομανία και η αναζήτηση «δυνατών» συγκινήσεων μπορεί να οδηγήσουν στη χρήση ουσιών ιδιαίτερα όταν στο φιλικό περιβάλλον του παιδιού υπάρχουν άτομα που ήδη κάνουν χρήση.

4. Οι τάσεις αυτοκαταστροφής πολλών ατόμων ή η θέληση, προκειμένου να πληγώσουν κάποιους άλλους (γονείς, αγαπημένα πρόσωπα), να κάνουν κακό στον εαυτό τους.
5. Η άγνοια γύρω από το θέμα των ουσιών είναι μια από τις κυριότερες αιτίες της διάδοσής τους. Η αντίληψη ότι κάποιες ουσίες δεν βλάπτουν ή βλάπτει μόνο η κατάχρηση και όχι η χρήση, οι φράσεις κλισέ «κάνε ένα ... τσιγάρο» ή «αυτός είναι χρήστης χασίς χωρίς να έχει κανένα πρόβλημα», είναι παράγοντες που μειώνουν τις αναστολές που μπορεί να έχουν οι νέοι να δοκιμάσουν ουσίες.
6. Ο τρόπος με τον οποίο τα παράνομα κυκλώματα που διακινούν τις ουσίες υποχρεώνει τα άτομα που έχουν ήδη εξαρτηθεί να κάνουν χρήση όλο και μεγαλύτερων δόσεων αλλά και περισσότερων και πιο ισχυρών ουσιών. Για το λόγο αυτό είναι χαρακτηριστικό των περισσότερων χρηστών παράνομων ουσιών η πολυτοξικομανία όπως βεβαιώνεται από διάφορες έρευνες που έχουν δημοσιευτεί τα τελευταία χρόνια που το φαινόμενο μελετάται συστηματικά διεθνώς αλλά και στη χώρα μας. (<https://kkeram1441.wordpress.com/2009/05/28/εξαρτησιογονες-ουσιες>)

1.3 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ

Η χρήση παράνομων ουσιών (ναρκωτικών) ξεκινά συνήθως στην εφηβεία και αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την ψυχοκοινωνική υγεία.

Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του ΚΕΘΕΑ τα στάδια της χρήσης είναι τα εξής:

Στάδιο 1: Πειραματική χρήση. Σε αυτό το στάδιο ο έφηβος ανακαλύπτει την δυνατότητα που του δίνουν τα ναρκωτικά να αλλάζει την διάθεσή του. Παρότι φοβάται και διστάζει, αρχίζει να πειραματίζεται με την χρήση και τα αποτελέσματά της. Ξεκινάει στην ηλικία των 13-14 ετών με ουσίες όπως χασίς - εισπνεόμενα. Αρχίζουν να εμφανίζονται προβλήματα στο σχολείο και συχνές κοπάνες. Ο γονιός μπορεί να μην έχει αντιληφθεί τίποτα (Λιάππας, Ι.Α., Πομίνι, Β., 2004)

Στάδιο 2: Κοινωνική χρήση. Σε αυτό το στάδιο ο έφηβος επιδεικνύει την ανακάλυψη του στο πώς να αλλάζει τα συναισθήματά του και στο κοινωνικό του περιβάλλον. Αναζητά και άλλους συνομηλίκους του που να κάνουν χρήση και χαιρείται που μοιράζεται τις κοινές τους εμπειρίες γύρω από τις ουσίες. Ξεκινάει στην ηλικία των 14-15 ετών με χάπια – δοκιμή ηρωίνης. Εμφανίζεται μειωμένη απόδοση στο σχολείο και συστηματικές κοπάνες. Ο γονιός πιθανόν να έχει αντιληφθεί αλλά

δεν παρεμβαίνει είτε γιατί δεν ξέρει πως είτε γιατί αρνείται τα πρόβλημα (Λιάππας, I.A., Πομίνι, B., 2004)

Στάδιο 3: Λειτουργική χρήση. Στο στάδιο αυτό ο χρήστης απορροφάται απόλυτα από τη χρήση που χάνει το ενδιαφέρον του για οτιδήποτε άλλο. Παραμελεί τις υπόλοιπες δραστηριότητες του και τα άλλα του ενδιαφέροντα. Η ενασχόλησή του με την χρήση του τρώει τον περισσότερο χρόνο του. (Λιάππας, I.A., Πομίνι, B., 2004)

Στάδιο 4: Εξάρτηση. Σε αυτό το στάδιο ο χρήστης πρέπει να έχει κάνει χρήση για να μπορεί να λειτουργήσει. Τα ναρκωτικά έχουν μια σταθερή θέση στην ζωή του, δεν υπάρχει χώρος για τίποτα άλλο. Όλα τα άλλα δεν έχουν σημασία, το μόνο που τον/την νοιάζει είναι πώς, πότε και τι θα πει. Το παράξενο είναι ότι σε αυτό το στάδιο παρότι η ζωή του είναι χάλια, τα θεωρεί όλα αυτά πολύ φυσιολογικά. Πιστεύει ότι έτσι μόνο μπορεί να είναι η ζωή του. (<http://www.kethea-strofi.gr/article.php?cat=99>)

1.4 ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Τα τελευταία χρόνια μετά από μακροχρόνιες έρευνες έχει αποκωδικοποιηθεί ο τρόπος με τον οποίο δρουν οι εξαρτησιογόνες ουσίες στον εγκέφαλο και μεταβάλλουν την ψυχοσύνθεση του χρήστη ενώ παράλληλα τον κάνουν εξαρτημένο από την ουσία. Οι ναρκωτικές ουσίες δρουν σε επίπεδο νευροδιαβιβαστών και σε συγκεκριμένα σημεία στόχους, που διαθέτουν ειδικούς υποδοχείς. Οι μελέτες σε αυτή την κατεύθυνση απέδειξαν ότι οι δέκτες των ναρκωτικών ήταν διασκορπισμένοι σε πολύ ευδιάκριτους τόπους του εγκεφάλου, όπου βρίσκονται τα κέντρα του πόνου. (Erickson C. K 2008). Ακόμη και επιδράσεις ναρκωτικών που δεν σχετίζονται με τον πόνο μπορούν να εξηγηθούν από την κατανομή των υποδοχέων. Για παράδειγμα τα ναρκωτικά στενεύουν την κόρη του ματιού. Η διάμετρος της κόρης ρυθμίζεται από μια ποικιλία κυτταρικών δομών που υπάρχουν στον εγκέφαλο και οι οποίες είναι γεμάτες με υποδοχείς ναρκωτικών.

Μερικές από τις πιο συναρπαστικές συναθροίσεις υποδοχέων μπορούν να αρχίσουν να εξηγούν πως τα ναρκωτικά προκαλούν ευφορία και πώς πυροδοτούν τη διαδικασία εθισμού. Διάφορες εγκεφαλικές δομές που βρίσκονται κάτω από τον εγκεφαλικό φλοιό αναφέρονται συνολικά ως κυκλικό ή επιχείλιο σύστημα επειδή σχηματίζουν ένα δακτυλίδι ή «λίμπους» που περιβάλλει τον εγκέφαλο. Αυτές οι δομές είναι οι βασικοί ρυθμιστές της συναισθηματικής συμπεριφοράς. Το επιχείλιο

σύστημα συνδέεται με τον υποθάλαμο, το μέρος του εγκεφάλου που ευθύνεται για την έκκριση των ορμονών. Έτσι, η συναισθηματική μας κατάσταση μπορεί να διαφοροποιήσει το επίπεδο των ορμονών και να επηρεάσει την υγεία του ατόμου. Η εντυπωσιακή αφθονία των υποδοχέων στο επιχέλιο σύστημα του εγκεφάλου δίνει μια γενική εξήγηση για τις συναισθηματικές αλλαγές που προκαλούνται από τα ναρκωτικά και ειδικά για την ψυχική ευφορία που προκαλείται από τις ενέσεις ηρωίνης. (Erickson C. K. 2008)

Οι αιτίες του εθισμού είναι πολύ πιο περίπλοκες απ' ό τι οι διαδικασίες με τις οποίες τα ναρκωτικά επηρεάζουν τα συναισθήματα και δεν έχουν μέχρι σήμερα απολύτως αποσαφηνισθεί. Οι επιστήμονες υπέθεσαν ότι πρέπει να υπάρχουν στον εγκέφαλο ουσίες που μοιάζουν με τη μορφίνη και να συνδέονται με τους υποδοχείς δέκτες των ναρκωτικών. Ο Hughes και Kosterlitz ήδη από το 1974 ήταν οι πρώτοι που με επιτυχία απομόνωσαν και ανέλυσαν τη δομή του συστατικού που μοιάζει με ναρκωτική ουσία. Τα συστατικά αυτά τα ονόμασαν εγκεφαλίνες. Άλλοι επιστήμονες ο Rabi Simantov και ο Solomon H. Snyder χρησιμοποίησαν για τα συστατικά αυτά τον όρο ενδορφίνες για να τονίσουν τις ομοιότητες με την μορφίνη. Πειράματα που ακολούθησαν απέδειξαν με εντυπωσιακό τρόπο ότι οι εγκεφαλίνες είναι νευροδιαβιβαστές, που αλληλεπιδρούν με τους δέκτες των ναρκωτικών.

Στη δεκαετία του 1990, ο κατάλογος των εγκεφαλικών μεγάλωσε και σήμερα είναι γνωστά πάνω από πενήντα πεπτίδια με παρόμοιο ρόλο νευροδιαβιβαστή, που ρυθμίζουν την εγκεφαλική λειτουργία και ελέγχουν την συναισθηματική συμπεριφορά. Οι φυσικές εγκεφαλίνες του σώματος δεν είναι τοξικές επειδή καταστρέφονται γρήγορα από ειδικά ένζυμα με αποτέλεσμα ο χρόνος που παραμένουν συνδεδεμένα με τον υποδοχέα να είναι πολύ μικρός. Αντίθετα οι ναρκωτικές ουσίες παραμένουν προσκολλημένες στους υποδοχείς για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα. Η παρατεταμένη αυτή κάλυψη οδηγεί σε μεταβολές της στερεοδιάταξης των υποδοχέων και σε μείωση των επιπέδων των εγκεφαλικών, με συνέπεια τελικά όλο το σύστημα να προσαρμόζεται στη παρουσία των ναρκωτικών ουσιών. (<https://kkeram1441.wordpress.com/εγκεφαλίνες>) Η απότομη διακοπή της χορήγησης ναρκωτικών οδηγεί σε δυσλειτουργία των νευρωνικών κυκλωμάτων, αφού τα ενδογενή πεπτίδια δεν επαρκούν για την φυσιολογική επαναλειτουργία του συστήματος ή λόγω της αλλαγής της στερεοδιάταξης δεν μπορούν να αναγνωρίσουν τους υποδοχείς. Ο μηχανισμός αυτός προκαλεί την σωματική εξάρτηση. (Erickson C. K. 2008)

1.5 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Οι συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ποικίλουν και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό τόσο από την ουσία, όσο και από τον τρόπο και διάρκεια της χρήσης. Μιλώντας συχνά για τις συνέπειες της εξάρτησης, συνήθως αναφερόμαστε στις συνέπειες της λεγόμενης «προβληματικής χρήσης», δηλαδή ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών, ή μακροχρόνιας συστηματικής χρήσης οπιούχων, κοκαΐνης ή αμφεταμινών.

Η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών συνδέεται άμεσα με την αύξηση στη διάδοση μεταδιδόμενων και λοιμωδών νοσημάτων, όπως το HIV/AIDS, η ηπατίτιδα Β και Γ, η φυματίωση και η ενδοκαρδίτιδα, καθώς και επιπλοκές όπως τα αποστήματα ή η μη θανατηφόρα λήψη υπερβολικών δόσεων, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας στους ενδοφλέβιους χρήστες οπιούχων είναι 20 φορές υψηλότερο από το αντίστοιχο στο γενικό πληθυσμό. .(<https://kkeram1441.wordpress.com/tag/εγκεφαλίνες/>)

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και η εξάρτηση πέρα από τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του χρήστη, έχει προεκτάσεις σε ατομικό και σε οικογενειακό επίπεδο, και συγκεκριμένα

α) Στην οικογένεια όπου οι αλλαγές στη συμπεριφορά μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στην οικογένεια ή στο γάμο με συνεχείς συγκρούσεις καυγάδες οικονομικά προβλήματα παραμέληση υποχρεώσεων κ.τ.λ.

β) Στην εργασία όπου η απόδοση στη δουλειά μπορεί να σημειώσει κάμψη, να απουσιάζει ο χρήστης πιο συχνά να μην είναι συνεργάσιμος κ.τ.λ.

γ) Στις κοινωνικές σχέσεις όπου μπορεί κάποιος να αποξενωθεί ή να χάσει παλιούς φίλους

δ) Στο σχολείο όπου μπορεί να παρουσιαστεί μείωση στη σχολική απόδοση, μείωση στη διάθεση για μελέτη, συχνές απουσίες και σχολική αποτυχία.

ε) Οικονομικές επειδή η προμήθεια παράνομων ουσιών απαιτεί, σε συνδυασμό με τη συχνότητα της χρήσης πολλά χρήματα, τα οποία ο χρήστης αφαιρεί από τον οικογενειακό του προϋπολογισμό στερώντας από την οικογένειά του τη δυνατότητα να καλύψει μ' αυτά άλλες ανάγκες

στ) Τέλος ο χρήστης παράνομων ουσιών είναι πολύ πιθανό να έχει προβλήματα με το νόμο είτε λόγω της εμπλοκής με τα παράνομα κυκλώματα διακίνησης των ουσιών είτε λόγω της ανάγκης να εξασφαλίσει τα απαιτούμενα χρήματα για την

προμήθεια των ουσιών οπότε μπορεί να καταφύγει σε παράνομες δραστηριότητες όπως κλοπές, πορνεία, διακίνηση ουσιών κτλ. (<http://www.healthweb.gr/2013/04/Ναρκωτικά-οι-συνέπειες-στη-ζωή-των-χρ/>)

Ταυτόχρονα το φαινόμενο της χρήσης ουσιών έχει σημαντικές ευρύτερες συνέπειες για τις εθνικές οικονομίες, σε όρους συνολικής δαπάνης υγείας για την αντιμετώπιση της εξάρτησης και των συνδεδόμενων με αυτή προβλημάτων υγείας, αλλά και σε όρους δαπάνης για την καταπολέμηση της σχετιζόμενης με την εξάρτηση εγκληματικότητας, την αύξηση των επιδομάτων και παροχών και την απώλεια εθνικών πόρων εξαιτίας της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών ουσιών. Επιπλέον η αύξηση λόγω της χρήσης στην εμφάνιση μεταδιδόμενων και λοιμωδών νοσημάτων (ηπατίτιδας, AIDS), επιβαρύνει βαριά τη δημόσια υγεία του πληθυσμού (σε όρους θνησιμότητας και νοσηρότητας) αλλά και τους πόρους που το σύστημα υγείας θα χρειαστεί να δαπανήσει για να τα διαχειριστεί αποτελεσματικά υπέρ του κοινωνικού συνόλου.

Με βάση τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι τόσο οι ατομικές και οικογενειακές όσο και οι ευρύτερα κοινωνικές επιπτώσεις της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών είναι τεράστιες και το κόστος για τα εξαρτημένα άτομα τις οικογένειες τους αλλά και την πολιτεία δυσβάστακτο. (<https://kkeram1441.wordpress.com/2009/05/28/εξαρτησιογονες-ουσιες/>)

Για το λόγο αυτό η μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο και η παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών γύρω από το θέμα αποτελεί σημαντικό μέλημα της πολιτείας. Έτσι έχει οργανωθεί για το σκοπό αυτό το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ), που είναι αρμόδιο για τη συλλογή επίσημων αντιπροσωπευτικών στοιχείων για τον ελληνικό χώρο και αποτελεί εθνικό εστιακό σημείο του Ευρωπαϊκού Δικτύου Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (REITOX) του EMCDDA. Το ΕΚΤΕΠΝ παρουσιάζει κάθε χρόνο τα στοιχεία που συγκεντρώνει συστηματικά στις Ετήσιες Εθνικές Εκθέσεις, που αποστέλλει στο Ευρωπαϊκό Κέντρο για τα Ναρκωτικά (EMCDDA) και στις Ετήσιες Εκθέσεις για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, που εκδίδει για τους Έλληνες επαγγελματίες υγείας, τους ερευνητές και τους υπεύθυνους φορείς για τη χάραξη πολιτικής.

Αξιοποιώντας τα στοιχεία που προκύπτουν από τις έρευνες τόσο σε Εθνικό όσο και σε Πανευρωπαϊκό επίπεδο η πολιτεία σχεδιάζει σε συνεργασία και με άλλους

φορείς (π.χ. OKANA) δράσεις με τις οποίες το φαινόμενο της χρήσης ουσιών θα περιοριστεί. Μέσα από τέτοιες δράσεις επιδιώκεται η όσο το δυνατό πλατύτερη και πληρέστερη ενημέρωση του πληθυσμού και κυρίως των νέων για τα προβλήματα που δημιουργεί η χρήση ουσιών στην υγεία και το επίπεδο ζωής των χρηστών και του περιβάλλοντος τους καθώς και η προσπάθεια δημιουργίας κινήματος αποχής από αυτές.

1.6 Η ΧΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ Ε.Ε.

Από μια έρευνα που έκανε η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών διαπιστώθηκε ότι ήδη από το 1993, περισσότερα από 120.000 άτομα έκαναν χρήση ναρκωτικών ουσιών και ο αριθμός των ατόμων που έκαναν κατά διαστήματα χρήση οπιούχων ξεπερνούσε τα 80.000 άτομα. (Κ. Στεφανής 1993)

Μια νεότερη στατιστική μελέτη που έγινε από τη θεραπευτική κοινότητα «Στροφή» και στοιχεία της οποίας μεταδόθηκαν από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, έδειξε ότι μέσα σ' ένα χρόνο από το 1995 μέχρι το 1996 το ποσοστό των νέων που έκαναν χρήση ναρκωτικών αυξήθηκε κατά 66% και κατά τη διετία 1994-1996 η αύξηση αυτή έφτασε το 114%. Ακόμη ότι η μέση ηλικία έναρξης των λεγόμενων μαλακών ναρκωτικών (χασίσ, μαριχουάνα) ήταν το 14^ο έτος και για σκληρά ναρκωτικά (ηρωίνη, κοκαΐνη κλπ) το 17^ο έτος της ηλικίας. (<http://www.kethea-strofi.gr>)

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία που έδωσε στη δημοσιότητα το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Εξάρτησης, η Ελλάδα παρουσίασε το 2000 σε σχέση με το 1985 τη μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση θανάτων από ναρκωτικά (2.930%) σε σχέση με τα υπόλοιπα 14 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), ακολουθούμενη από το Λουξεμβούργο και την Πορτογαλία.. (EMCDDA Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά. Τάσεις και εξελίξεις)

Η πλέον «δημοφιλής» ουσία στην Ευρώπη είναι η κάνναβη με 65 εκατομμύρια χρήστες, ακολουθεί το Ecstasy με 8,5 εκατ. χρήστες, η κοκαΐνη με 3,5 εκατ. χρήστες και οι αμφεταμίνες με 2 εκατομμύρια χρήστες. Το αποτέλεσμα είναι κάθε χρόνο να αναφέρονται 7.000-8.000 θάνατοι από ναρκωτικά στην Ευρώπη, αριθμός που αντιστοιχεί στο 3% των θανάτων των ενηλίκων κάτω των 40 ετών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας έκθεσης (2006) του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, οι θάνατοι από τα ναρκωτικά των

ατόμων κάτω των 25 ετών άγγιξαν το 38% των συνολικών θανάτων σε αυτές τις ηλικίες. Η Ελλάδα περιλαμβάνεται στις πέντε χώρες οι οποίες βρίσκονται στην κορυφή του ευρωπαϊκού καταλόγου με τα ποσοστά θανάτων από ναρκωτικά νέων ανθρώπων. Επίσης, οι σχετιζόμενοι με τα ναρκωτικά αιφνίδιοι θάνατοι αποτελούν το 7% των θανάτων σε Έλληνες ηλικίας 15-39 ετών, έναντι 3% στην ΕΕ. (ΕΚΠΙΝΤ 2006 Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΝΟΜΙΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ (ΑΛΚΟΟΛ – ΚΑΠΝΟΣ)

Υπάρχουν διάφορες εξαρτησιογόνες ουσίες που μπορεί κάποιος να προμηθευτεί νόμιμα, όπως ορισμένα φάρμακα (υπνωτικά χάπια βαρβιτουρικά κτλ) αλλά και ορισμένες εισπνεόμενες (βενζίνη, νέφτι, κόλλες). Όμως οι πλέον διαδεδομένες νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες είναι το αλκοόλ και ο καπνός. Οι ουσίες αυτές όχι μόνο κυκλοφορούν νόμιμα σε πολλές χώρες (και στην Ελλάδα) αλλά είναι προσβάσιμες ακόμη και σε ανήλικα παιδιά χωρίς περιορισμούς. Μάλιστα λόγω του γεγονότος ότι χρησιμοποιούνται ευρέως και από μεγάλα τμήματα του πληθυσμού σε διάφορες εκδηλώσεις της καθημερινότητας, είναι απενοχοποιημένα στη συνείδηση της κοινής γνώμης με αποτέλεσμα η πλειοψηφία να θεωρεί ότι δεν δημιουργούν ιδιαίτερο πρόβλημα στην υγεία ιδιαίτερα όταν γίνεται «λελογισμένη χρήση». Αυτό ισχύει κυρίως για το αλκοόλ το οποίο μάλιστα συνεχίζει να διαφημίζεται στα ΜΜΕ, και λιγότερο για τον καπνό καθώς τα τελευταία χρόνια λόγω της σύνδεσης του καπνίσματος με ορισμένες μορφές καρκίνου και άλλων ασθενειών (καρδιοπάθεια, εγκεφαλικό επεισόδιο), έχει αναπτυχθεί μια σημαντική αντικαπνιστική εκστρατεία στο δυτικό κόσμο και έχουν διακοπεί οι διαφημίσεις προϊόντων καπνού στα ΜΜΕ παρά την αντίσταση της πανίσχυρης καπνοβιομηχανίας παγκοσμίως. Για το λόγο αυτό θα αναφερθούμε ιδιαίτερα σ' αυτές τις δύο ουσίες.

Η νομιμότητα, βέβαια, του οινοπνεύματος δεν ήταν πάντα δεδομένη. Η ποτοαπαγόρευση στις ΗΠΑ στη δεκαετία του 1920, ή η απαγόρευση που ισχύει για τους περισσότερους μουσουλμάνους, καθιστούν τη κατανάλωση του οινοπνεύματος αρκετά αμφιλεγόμενο θέμα. Ειδική επιτροπή του Βασιλικού Κολεγίου Ψυχιάτρων της Μ. Βρετανίας επισημαίνει ότι το οινόπνευμα, όπως και οι άλλες ψυχοδραστικές ουσίες, έχουν θεωρηθεί από ορισμένες κυβερνήσεις και κοινωνίες σημαντική απειλή για τη δημόσια τάξη και ηθική, ενώ από άλλες αβλαβής πηγή απόλαυσης. Σε ορισμένες εποχές η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών σε διάφορους λαούς έλαβε μεγάλες διαστάσεις με σημαντικές επιπτώσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

2.1 ΑΛΚΟΟΛ

2.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη "al kohl". Το αλκοόλ που βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο C_2H_5OH . Ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης. Αυτή είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση, ταξινομείται φαρμακολογικά, ως γενικό κατασταλτικό και μπορεί να προκαλέσει καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. (<http://www.chemist.gr/αλκοόλ-και-χημεία>)

Δεν έχει εξακριβωθεί πότε αρχίζει στην ανθρώπινη ιστορία, η χρήση του αλκοόλ, ούτε η εμφάνιση του μπορεί να συσχετισθεί με την ύπαρξη ορισμένων ιστορικών και κοινωνικών συνθηκών.

Η παραγωγή και πώληση οινοπνευματωδών ποτών είναι διαδικασίες ρυθμισμένες με νόμους από τους πρώτους κίχλας πολιτισμούς. Ο κώδικας του Χαμουραμπί περιείχε διατάξεις που ρύθμιζαν το κανονισμό λειτουργίας των "οίκων οινοποσίας". Οι Σουμέριοι και οι Αιγύπτιοι ιατροί χρησιμοποιούσαν την μύρα και τα κρασί σαν συστατικό στοιχείο των ιατρικών συνταγών. (Τσαρούχας Κ. 2000 σελ. 20)

Η εισαγωγή των οινοπνευματωδών ποτών στο τυπικό πολλών θρησκειών συνδέεται με την ιδιότητα τους να φέρνουν τους ιερείς σε μια επιθυμητή κατάσταση έκστασης. Η ιδιότητα αυτή θεωρούνταν αποτέλεσμα της παρουσίας υπερφυσικών πνευμάτων και θεών. Το κόκκινο κρασί, στα πλαίσια των θρησκευτικών του χρήσεων, ταυτίστηκε από την αρχή με το σύμβολο του αίματος της ζωής και με αυτή την πνευματική σημασία πέρασε ως συστατικό στοιχείο στο χριστιανικό μυστήριο της
Θείας Ευχαριστίας.
(<http://www.beststrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction /alcoholhistory/>)

Οι μύθοι και οι μαρτυρίες που σώζονται από τον αρχαιοελληνικό πολιτισμό αποκαλύπτουν την προέλευση της γνώσης της οινοπαραγωγής από τους λαούς της ανατολής. Μάλιστα υπήρχε και θεός προστάτης της αμπελουργίας και του κρασιού ο Διόνυσος, που ήταν γιος του Δία. Μια από τις μεγάλες γιορτές στην αρχαία Αθήνα τα Λήναια (λήνος ονομαζόταν το πατητήρι που έβγαινε ο μούστος) ήταν αφιερωμένη στο θεό. (H.W.PARKE Οι εορτές στην αρχαία Αθήνα. 2000)

Στην αρχαία Ελλάδα έπιναν κρασί, όχι όμως άκρατο (οίνος) γιατί αυτό θεωρούνταν βαρβαρική συνήθεια, αλλά αναμιγμένο με νερό. (Τσαρούχας Κ., 2000, σελ.21)

Ως ποτό η μύρα ήταν επίσης γνωστή από τους προϊστορικούς ακόμα χρόνους. Παρασκευάζονταν από αλεύρι ή σπόρους δημητριακών, στην Ασσυρία, τη Βαβυλωνία και την Αίγυπτο [5.000 - 2.500 π.Χ.]. Στην Αίγυπτο η βιομηχανία της προστατευόταν από τους ίδιους τους Φαραώ. (Τσαρούχας Κ., 2000, σελ.22)

Οι Κινέζοι απέσταξαν ένα ποτό από μύρα ρυζιού γύρω στα 800 π.Χ. ενώ το αράκ αποσταζόταν στις Ανατολικές Ινδίες από καλαμοσάκχαρο και ρύζι.

Οι Άραβες ανέπτυξαν μια μέθοδο απόσταξης για την παραγωγή ποτού από κρασί. Ποτά με υψηλή συγκέντρωση οινοπνεύματος παρήχθησαν για πρώτη φορά με τη χρήση της απόσταξης από τους Αλχημιστές.

2.1.2 ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Από τον ιστορικό Ηρόδοτο είναι γνωστό ότι η ελληνική ιατρική από τότε ήδη γνώριζε τη θεραπευτική αποτοξίνωση.

Το φαινόμενο του αλκοολισμού από ιατρικής άποψης αναφέρεται επίσης από το Ρωμαίο διδάσκαλο Domitius Ulpianus (170 – 228 μ. Χ.), ο οποίος στα νομικά κείμενα αναφέρει τον αλκοολισμό μαζί με τους ψυχικά ασθενείς.

Επίσης, η Παλαιά Διαθήκη αναφέρεται στις απολαύσεις από τη μετριοπαθή κατανάλωση οινοπνεύματος, αλλά και στις δυσάρεστες επιπτώσεις της μέθης.

Το πρώτο δημοσίευμα κατά του αλκοολισμού ήταν το «Ελεγείες κατά της μέθης» του 1516. Τον αιώνα του εκβιομηχανισμού, μαζί με τη μεταβολή των κοινωνικών δομών, παρατηρείται συγχρόνως σφοδρή αύξηση του αλκοολισμού, μεταξύ των Άγγλων και Γερμανών εργατών.

Η περιγραφή του αλκοολισμού ως ασθένειας διαμορφώθηκε αρχικά στην Αμερική από τον Βενιαμίν Rusch το 1784. Στην Ευρώπη το βήμα αυτό το έκανε ο Θωμάς Trotter το 1788, ο οποίος το έτος 1804 δημοσίευσε ένα βιβλίο για την Ιατρική, τη φιλοσοφική και χημική ιδιότητα της μέθης και τα αποτελέσματά της στον ανθρώπινο οργανισμό. Ο Trotter ήταν άλλωστε αυτός που κατέταξε το πάθος της μέθης στις ψυχασθένειες.

Κατά το τέλος του 19ου αιώνα έλαβε ο αλκοολισμός τέτοια εξάπλωση στην περιοχή της κεντρικής Ευρώπης, που δεν είχε παρατηρηθεί ποτέ ξανά, τουλάχιστον σε τόση ένταση.

Ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος επέδρασε ώστε να μειωθεί αισθητά ο αριθμός των αλκοολικών, ενώ τα χρόνια μετά τον τερματισμό του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου σημειώνεται εκ νέου μια διαρκής αύξηση.

Στα μέσα του 19ου αιώνα αρχίζουν εντατικές προσπάθειες θεραπείας κατά του αλκοολισμού. Το 1851 άνοιξε στη Γερμανία το πρώτο θεραπευτικό άσυλο για αλκοολικούς. Το 1940 παρατήρησε ο Meggendorfer ότι εξωτερικοί παράγοντες, όπως η ευημερία και η οικονομική ευμάρεια επιδρούν θετικά στον αλκοολισμό. Αυτό είναι μια διαπίστωση που ισχύει μέχρι σήμερα. (Healthier World 2014)

2.1.3 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Το οινόπνευμα (αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη), αν και είναι το παλαιότερο και πιο διαδεδομένο νόμιμο ναρκωτικό, σε μεγάλες ποσότητες αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου, που σχετίζεται με πολλές παθολογικές καταστάσεις (σωματικές και ψυχικές) και με σοβαρά κοινωνικά προβλήματα. (Τούντας Ι., 2000, σελ.262)

Το αλκοόλ και στιγμιαία αλλά και σταδιακά, επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου καθώς δημιουργεί βλάβη στους δενδρίτες των εγκεφαλικών κυττάρων. Οι δενδρίτες είναι κάτι σαν ίνες των κυττάρων οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη μεταφορά εξωτερικών μηνυμάτων μέσα στο ίδιο το κύτταρο για το οποίο υπηρετούν.

Η επίδραση του αλκοόλ στον ανθρώπινο εγκέφαλο προκαλεί αλλοίωση της ομιλίας, αργά αντανακλαστικά, αδεξιότητα και σε περιπτώσεις κατάχρησης απώλεια συνείδησης ακόμα και θάνατο. (<https://coolweb.gr/alkool-kaiei-katastrefei-egfalika-kyttara/>)

Το αλκοόλ επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου ως εξής: Διαστέλλει τα κανάλια στην κυτταρική δομή του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τη ροή του ασβεστίου. Όταν λόγω της διαστολής περνά περισσότερο ασβέστιο στα εγκεφαλικά κύτταρα, τότε δημιουργείται αυξητική δραστηριότητα στον οργανισμό και γι αυτό επέρχεται αρχικά ευθυμία στο χρήστη. Όμως σε βάθος χρόνου η αυξανόμενη ροή ασβεστίου νεκρώνει τις άκρες των δενδριτών, με αποτέλεσμα να μη γίνεται σωστά η μεταφορά

των μηνυμάτων στο εσωτερικό των εγκεφαλικών κυττάρων. Έτσι αν και δεν καταστρέφονται τα κύτταρα, καταστρέφονται οι αγγελιοφόροι των μηνυμάτων (οι δενδρίτες) με αποτέλεσμα τα κύτταρα να μην λαμβάνουν μηνύματα και επομένως να μην επεξεργάζονται τις πληροφορίες που θα έπρεπε να λάβουν κι έτσι ο εγκέφαλος δε λειτουργεί σωστά.

Το καλό είναι ότι η βλάβη που γίνεται δεν είναι ανεπανόρθωτη αν και δεν επιδιορθώνεται απόλυτα. Ο εγκέφαλος αυτοεπιδιορθώνεται (έχει τη δυνατότητα να επιδιορθώνει σταδιακά τη βλάβη στους δενδρίτες των εγκεφαλικών – νευρικών κυττάρων), με αποτέλεσμα να επανέρχεται σταδιακά. Αν όμως η χρήση αλκοόλ είναι μεγάλη και συχνή ο ρυθμός επιδιόρθωσης των βλαβών είναι μικρότερος από το ρυθμό δημιουργίας τους και έτσι επέρχονται μόνιμες βλάβες. Επίσης η βλάβη δεν επιδιορθώνεται πλήρως. Όσο μεγαλύτερη γίνεται τόσο μεγαλύτερο μέρος της δε θα επιδιορθωθεί. Επομένως αν και το αλκοόλ δεν «καίει» εγκεφαλικά κύτταρα όπως φημιολογείται, καταστρέφει τον τρόπο με τον οποίο αυτά επικοινωνούν μεταξύ τους και η βλάβη που δημιουργείται επιδιορθώνεται εν μέρει αλλά με το πέρασμα του χρόνου εφόσον η χρήση συνεχίζεται γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη. (<https://coolweb.gr/alkool-kaiei-katastrefei-egefalika-kyttara/>)

2.1.4 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι νόσος του εγκεφάλου που χαρακτηρίζεται από προκαλούμενες από το αλκοόλ διαταραχές στη δομή του εγκεφάλου, τη νευροχημεία και τη συμπεριφορά. (<https://www.lundbeck.com/gr/patients/others/alcohol>)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την εξάρτηση από το αλκοόλ ως μία οργανική και συμπεριφορική διαταραχή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, με υψηλό κίνδυνο να έχει μία χρόνια, υποτροπιάζουσα και προοδευτική πορεία. (WHO, ASAM website 2012).

Η εκτενής έρευνα τα προηγούμενα είκοσι χρόνια συνέβαλε στην κατανόηση της νόσου, έτσι ώστε η εξάρτηση από το αλκοόλ να πάψει να θεωρείται ένα ηθικής φύσεως ελάττωμα του χαρακτήρα, αλλά ιατρικό πρόβλημα που μπορεί (και θα πρέπει) να θεραπευτεί (Gunzerath L, Hewitt BG, etc. 2011, 1–23)

Το αλκοόλ έχει τοξική δράση για τα περισσότερα όργανα του σώματος, και το επίπεδο κατανάλωσης παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με τη μακροπρόθεσμη νοσηρότητα και θνητότητα. Το αλκοόλ είναι αιτιολογικός παράγοντας σε περισσότερους από 60 τύπους διαταραχών και τραυματισμών και η υπερβολική

κατανάλωσή του αυξάνει τον κίνδυνο του ατόμου να νοσήσει από περισσότερες από εξήντα άλλες ασθένειες.

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ συσχετίζεται επίσης με υψηλή οικονομική επιβάρυνση για την κοινωνία λόγω των βίαιων συμπεριφορών, της απώλειας παραγωγικότητας και των δαπανών για την υγεία.

Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι σημαντικοί για την έναρξη της κατανάλωσης αλκοόλ. Η οικογένεια, οι συνομήλικοι και η κοινωνία καθορίζουν το επίπεδο έκθεσης στο άγχος και το αλκοόλ. Η επιδεκτικότητα απώλειας ελέγχου της κατανάλωσης αλκοόλ προδιατίθεται γενετικά και γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν περίπου στο 60% του κινδύνου για τη νόσο.

Ο κίνδυνος για εξάρτηση από το αλκοόλ αυξάνεται με την κατανάλωση αλκοόλ. Η κατανάλωση αλκοόλ εκτιμάται ότι προκαλεί 20-50% των περιστατικών κίρρωσης του ήπατος, επιληψίας, δηλητηρίασης, τροχαίων ατυχημάτων, βίας και πολλών ειδών καρκίνου.

Βασικό χαρακτηριστικό της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι η συχνά συντριπτική επιθυμία κατανάλωσης αλκοόλ. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην προσπάθεια να ελέγξουν την κατανάλωση αλκοόλ και συνεχίζουν να πίνουν αλκοόλ παρ' όλες τις επιβλαβείς συνέπειες. Συχνά οι ασθενείς βιώνουν συμπτώματα απόσυρσης, όπως ναυτία, εφίδρωση, και τρόμο όταν σταματούν το ποτό. (MayoClinic.com.Alcoholism.2010)

Στατιστικά στοιχεία

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είναι συχνή σε πολλά μέρη του κόσμου, ειδικά στην Ευρώπη. Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι μια από τις πιο συχνές ψυχικές νόσους στην Ευρώπη. Περισσότεροι από 14 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ σε οποιοδήποτε έτος. Το συνολικό κόστος λόγω της εξάρτησης από το αλκοόλ στην Ευρώπη υπολογίζεται γύρω στα 58 δισεκατομμύρια ευρώ. Στην Ευρώπη, το μέσο ποσοστό διάγνωσης της κατάχρησης και εξάρτησης από το αλκοόλ είναι 15%. Από αυτούς τους ασθενείς, πολύ λίγοι αντιμετωπίζονται στην Ευρώπη. Το θεραπευτικό κενό για την κατάχρηση και την εξάρτηση από το αλκοόλ είναι 92% που σημαίνει ότι μόνο το 8% των περιστατικών αντιμετωπίζονται.

Η θεραπεία για την εξάρτηση από το αλκοόλ περιλαμβάνει συμπεριφορική θεραπεία, η οποία εφαρμόζεται συνήθως σε συνδυασμό με κάποια φαρμακευτική αγωγή. (Gunzerath L, Hewitt BG, etc. 2011, 1–23).

Η υποστήριξη από το περιβάλλον του ασθενούς είναι επίσης εξαιρετικής σημασίας. Είναι πολύ σημαντικό οι άνθρωποι που είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ να συμβουλευούνται κάποιον ειδικό πριν αναζητήσουν θεραπεία.

2.1.5 Η ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβική ηλικία έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια ενώ, σύμφωνα με τις πρόσφατες έρευνες, η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ έχει μειωθεί και εντοπίζεται τώρα γύρω στα 12 έτη. (MayoClinic.com.Alcoholism. 2010)

Οι λόγοι που οι έφηβοι καταναλώνουν αλκοόλ είναι ποικίλοι και δεν σχετίζονται απλά και μόνο με την αντιγραφή μιας ενήλικης συμπεριφοράς ή με την προσπάθεια ταύτισης με τους ενήλικες. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβεία είναι η διαφήμιση, η οικογένεια και οι συνομήλικοι.

Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στις διαφημίσεις ποτών και στην πιθανότητα χρήσης από τους εφήβους. Στη διαφήμιση το ποτό παρουσιάζεται σαν φυσιολογική κοινωνική δραστηριότητα, αν θέλει κάποιος να περνά καλά και να είναι επιτυχημένος στις κοινωνικές και ερωτικές του σχέσεις. Έτσι εύκολα μπορούν οι έφηβοι να συνδέσουν την κοινωνικότητα και τη διασκέδαση με το αλκοόλ. Αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως πιο επιτυχημένο κοινωνικά και ερωτικά μετά τη χρήση αλκοόλ. (Λούγκλου Φ., www.limnosfm100.gr)

Επιπλέον, η οικογένεια είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη στάση των εφήβων απέναντι στο αλκοόλ. Αν και οι περισσότεροι γονείς θεωρούν ότι τα παιδιά τους δεν πρέπει να εκτίθενται στο αλκοόλ και να πίνουν σε δημόσιους χώρους πριν την ενηλικίωσή τους, οι ίδιοι δίνουν στα παιδιά αλκοόλ σε μικρές ηλικίες στο σπίτι, είτε γιατί επαναλαμβάνουν δικές του παιδικές εμπειρίες, είτε γιατί το βλέπουν ως θετική γονική στρατηγική.

Η χρήση αλκοόλ έχει επίσης συνδεθεί με χαμηλά επίπεδα γονικής στήριξης και ελέγχου. Η έλλειψη στήριξης και ο χαλαρός έλεγχος οδηγεί όχι μόνο στη χρήση αλκοόλ, αλλά και σε χαμηλή αυτοπεποίθηση και φτωχότερες κοινωνικές δεξιότητες. Έτσι το αλκοόλ γίνεται σχεδόν απαραίτητο για να υπάρξει το παιδί κοινωνικά, καθώς το χαλαρώνει και του μειώνει τις αναστολές.

Να τονιστεί ακόμα ότι στην προσπάθειά τους να είναι δημοκρατικοί, οι γονείς δείχνουν πολλές φορές περισσότερη εμπιστοσύνη και δίνουν περισσότερη ελευθερία

από αυτή που μπορεί να διαχειριστεί ένας έφηβος. Αποφεύγουν να είναι αυστηροί με ζητήματα όπως το αλκοόλ φοβούμενοι ότι καταπιέζουν τα παιδιά.

Ο τελευταίος παράγοντας που επηρεάζει την κατανάλωση αλκοόλ είναι οι φίλοι και οι συνομήλικοι. Οι γονείς μπορεί να έχουν αυστηρούς κανόνες για τη χρήση αλκοόλ, αλλά δεν μπορούν να ελέγξουν τα πάντα. Οι έφηβοι που θέλουν να πιουν για να περάσουν καλά με τους φίλους τους θα βρουν τρόπο να το πετύχουν. Τα παιδιά δε θέλουν να ξεχωρίζουν από την ομάδα και σε πολλές παρτές η αποχή από το αλκοόλ θεωρείται αφύσικη. Κανείς δεν θέλει να αποκλειστεί από την παρέα, να γίνει στόχος πειραγμάτων ή να μείνει μόνος. Έτσι η ανάγκη για να ανήκει κάπου υπερισχύει του φόβου για τους οικογενειακούς κανόνες ή τις αρνητικές συνέπειες. (Λούγκλου Φ., www.limnosfm100.gr)

2.1.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Η κατανάλωση αλκοόλ από τους έφηβους εγκυμονεί πολλούς κινδύνους τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας του ΕΠΙΨΥ (ESPAD 2011), η κατανάλωση αλκοόλ από έναν έφηβο μπορεί να τον οδηγήσει βραχυπρόθεσμα σε:

α) Ατυχήματα, τραυματισμούς ή μεταφορά σε νοσοκομείο

Ένας από τους κύριους κινδύνους από την κατανάλωση αλκοόλ κατά την εφηβεία είναι τα ατυχήματα. Η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για μια ποικιλία ατυχημάτων: τραυματισμός από όχημα, πτώσεις, πνιγμούς, εγκαύματα, τραύματα από εμπλοκή σε καυγά και άλλα. Ωστόσο, τη μερίδα του λέοντος καταλαμβάνουν τα τροχαία ατυχήματα. Υπολογίζεται ότι το 50% τέτοιων ατυχημάτων οφείλεται στο αλκοόλ. Οι έφηβοι οδηγοί διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τους ενήλικους καθώς: Λόγω της εφηβείας είναι πιο επιρρεπείς σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Έχουν ανεπαρκείς δεξιότητες οδήγησης ενώ οι νοητικές λειτουργίες που είναι απαραίτητες σε έναν οδηγό. Βρίσκονται ακόμα υπό ανάπτυξη.

Υπολογίζεται ότι οι έφηβοι που κατανάλωσαν μεγάλη ποσότητα αλκοόλ είχαν διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν πριν την ηλικία των 34 σε σχέση με έφηβους που έκαναν μέτρια κατανάλωση. Κύρια αίτια θανάτου: Τροχαίο Ατύχημα

β) Ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και Εγκυμοσύνη

Η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ κατά την εφηβεία σχετίζεται με:

- Υψηλότερο κίνδυνο για επαφή χωρίς προφυλάξεις
- Μεγαλύτερο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων.
- Υψηλότερο ποσοστό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
- Αυξημένη πιθανότητα εγκυμοσύνης
- Αυξημένη συχνότητα εκτρώσεων

Η εγγενής παρορμητική συμπεριφορά του εφήβου φαίνεται ότι επιτείνεται από την άρση των αναστολών που προκαλεί το αλκοόλ και τον ωθούν σε επαφές χωρίς προφυλάξεις που μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες/εκτρώσεις και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

γ) Επιθετικότητα και σεξουαλική κακοποίηση

Είτε ως θύτης είτε ως θύμα, ένας έφηβος είναι πιθανότερο να συμμετάσχει σε μια επίθεση ή σεξουαλική κακοποίηση αν βρίσκεται υπό την επήρεια μέθης. Το 30% των βίαιων επιθέσεων και 15-20% των σεξουαλικών κακοποιήσεων συμβαίνουν υπό την επήρεια αλκοόλ. Οι έφηβες βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο για «βιασμό σε ραντεβού», καθώς στο πλαίσιο ραντεβού ή άλλης κοινωνικής δραστηριότητας εξαναγκάζεται σε ανεπιθύμητη σεξουαλική επαφή από άτομο που γνωρίζει. Σε αυτές τις περιπτώσεις αναφέρεται και πάλι η κατανάλωση αλκοόλ τόσο από το θύτη όσο και από το θύμα. Τα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, νευρογενή ανορεξία, μετατραυματικό στρες, και τείνουν να αναπτύσσουν σχέσεις ασταθείς στις οποίες μπορεί και να πάλι να είναι θύματα κακοποίησης.

δ) Παχυσαρκία και λοιπή εμφάνιση

Το αλκοόλ περιέχει τις ίδιες περίπου θερμίδες με το καθαρό λίπος, συνεπώς η κατανάλωση αλκοόλ οδηγεί σε αύξηση του βάρους και μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο σε παχυσαρκία, σε μια περίοδο μάλιστα που η εξωτερική του εμφάνιση παίζει κυρίαρχο ρόλο στην αυτοεκτίμησή του.

Το αλκοόλ, επιπλέον, είναι διουρητικό και αφυδατώνει το σώμα, κάνοντας το δέρμα να δείχνει ωχρο και γκριζό. Τέλος, το αλκοόλ επηρεάζει τον ύπνο και οδηγεί σε χρόνια κόπωση.

ε) Χαμηλή επίδοση στο σχολείο ή την εργασία

στ) Χρήση άλλων ουσιών. Φαίνεται ότι η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με μετέπειτα χρήση χασίς και άλλων απαγορευμένων ουσιών.

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες για τους εφήβους από τη χρήση αλκοόλ είναι

α) Ηπατική βλάβη

Φαίνεται ότι ακόμα και η πιο μέτρια κατανάλωση κατά την εφηβεία μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη στο συκώτι του εφήβου, αυξάνοντας τις πιθανότητες για μακροχρόνια προβλήματα κατά την ενήλικη ζωή, όπως κίρρωση.

Οι άνδρες που αρχίζουν την κατανάλωση αλκοόλ στην περίοδο της εφηβείας, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν ηπατική νόσο, σύμφωνα με μελέτη δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο *Journal of Hepatology* από Σουηδούς ερευνητές (<https://www.onmed.gr/ygeia/story/363337/kirrosi-ipatos-ta-epikindyna-oria-katanalosis-alkool-stoys-andres>)

β) Προβλήματα στην ανάπτυξη του εγκεφάλου:

Οι περιοχές του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για την συμπεριφορά, τα συναισθήματα, τη λογική και την κρίση αναπτύσσονται ακόμα κατά την εφηβεία. Η κατανάλωση αλκοόλ κατά την περίοδο αυτή μπορεί να επηρεάσει μακροπρόθεσμα την μνήμη, την ικανότητα μάθησης, τις αντιδράσεις και το εύρος της προσοχής. Μελέτες δείχνουν ότι το αλκοόλ είναι νευροτοξικό ιδιαίτερα για την περιοχή του ιπόκαμπου που σχετίζεται με την μνήμη.

Μια μελέτη που αξιολόγησε τη συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ και της νευρογνωστικής επίδοσης χρηματοδοτήθηκε από το National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism και δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* (S. M. Hartz, M. Oehlert 2017)

Οι ειδικοί επισημαίνουν ότι οι νέοι που αρχίζουν να πίνουν πριν από την ηλικία των 14 ετών, είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν ψυχοκοινωνικές και ψυχιατρικές δυσκολίες σε σχέση με εκείνους που αρχίζουν να πίνουν μετά την ηλικία των 20 ετών.

Οι ερευνητές εξέτασαν δεδομένα από μια διαχρονική μελέτη σχετικά με τις νευρογνωστικές επιδράσεις της χρήσης ουσιών σε εφήβους. Η μελέτη διαπίστωσε ότι η πρόωγη έναρξη κατανάλωσης αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για νευρογνωστικές ευπάθειες.

Το συμπέρασμα ήταν πως η έναρξη χρήσης αλκοόλ, ακόμη και σε εβδομαδιαία βάση, σε νεότερες ηλικίες, αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για φτωχότερη

νευροψυχολογική λειτουργία. Πιο συγκεκριμένα, οι ειδικοί διαπίστωσαν ότι η απόδοση στους τομείς της ψυχοκινητικής ταχύτητας και της οπτικής προσοχής είναι σημαντικά φτωχότερη. Οι συγγραφείς είπαν ότι τα ευρήματα αυτά είναι σημαντικά για τις δημόσιες πολιτικές που σχετίζονται με τη νόμιμη ηλικία κατανάλωσης αλκοόλ και τις στρατηγικές πρόληψης. (<https://www.onmed.gr/ygeia/story/361413/alkool-stin-efiveia-oi-epiptoseis-sti-neurologiki-anaptyxi>)

Η χωρίς μέτρο κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβεία μπορεί επίσης να επιφέρει αλλαγές σε περιοχές του εγκεφάλου, που σχετίζονται με τον έλεγχο της μνήμης και της μάθησης.

Η έκθεση σε αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εφηβείας, προτού δηλαδή ο εγκέφαλος αναπτυχθεί πλήρως, μπορεί να οδηγήσει σε ανωμαλίες που έχουν διαρκείς και αρνητικές συνέπειες στη συμπεριφορά ενός ατόμου. (M. L. Risher 2015)

Οι επιστήμονες προειδοποιούν ακόμη, ότι το αλκοόλ μπορεί να επιβραδύνει τη συναισθηματική ωριμότητα. (<https://www.onmed.gr/ygeia-eidhseis /story/329366/to-alkool-stin-efiveia-epireazei-ti-mnimi-kai-ti-mathisi>)

γ) Αυξημένος κίνδυνος αλκοολισμού στην ενήλικη ζωή

Η συχνή κατανάλωση αλκοόλ κατά την εφηβεία φαίνεται πως σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για αλκοολισμό μετά την ενηλικίωση. Η συσχέτιση αυτή φαίνεται να είναι ισχυρότερη όσο περισσότερη είναι η κατανάλωση κατά την εφηβεία και όσο πιο νωρίς ξεκινά η επαφή με το αλκοόλ.

Μελέτες δείχνουν πως νέοι που ξεκινούν να πίνουν πριν τα 15 έτη έχουν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν εξάρτηση από το αλκοόλ στη μετέπειτα ζωή του. (<http://www.socped.gr/O0EwvqYmdggmkAhp>)

2.1.7 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΕΠΨΥ 2016

Σύμφωνα με τα στοιχεία πανελλήνιας έρευνας του ΕΠΨΥ σε 16χρονους μαθητές που δημοσιεύτηκε το 2016 η χρήση αλκοόλ είναι πολύ διαδεδομένη στους εφήβους.

Αυτό που είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι η πρόσβαση στο αλκοόλ είναι πολύ εύκολη καθώς και ότι θεωρούν σε μεγάλο ποσοστό ακίνδυνη τη χρήση αλκοόλ. Συγκεκριμένα η συντριπτική πλειονότητα των μαθητών (91,3%) θεωρούν «εύκολη» την πρόσβαση σε οινοπνευματώδη ποτά (απάντησαν στην σχετική

ερώτηση «πολύ εύκολο» ή «αρκετά εύκολο»). Δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις περί «εύκολης» πρόσβασης σε οινοπνευματώδη ποτά μεταξύ των φύλων ή των γεωγραφικών στρωμάτων.

Θετικό είναι ότι διαχρονικά, από το 2003 στο 2015, παρατηρείται μείωση στο ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν ότι είναι «εύκολη» η πρόσβαση σε οινοπνευματώδη ποτά (από 96,0% σε 91,3%).

Σχετικά με τη χρήση αλκοόλ στην ίδια έρευνα διαπιστώνονται τα εξής:

Πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ (τον τελευταίο μήνα) αναφέρεται από δύο στους τρεις 16χρονούς μαθητές (66,2%), ενώ συχνή κατανάλωση (τουλάχιστον 10 φορές τον τελευταίο μήνα) αναφέρει ένας στους δεκατρείς (7,6%). Τα φύλα δεν διαφέρουν στην πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ, αλλά τα αγόρια αναφέρουν συχνή κατανάλωση σε υψηλότερο ποσοστό από τα κορίτσια (9,6% και 5,6%, αντίστοιχα).

Ως προς τα ποτά που προτιμούν τα αγόρια καταναλώνουν συχνότερα μύρα, τα κορίτσια κρασί.

Σχετικά με την υπερβολική κατανάλωση και τη μέθη διαπιστώνεται ότι

Ένας στους 10 μαθητές (9,9%) αναφέρει υπερβολική κατανάλωση (5 ή περισσότερων ποτών στη σειρά τουλάχιστον 3 φορές τον τελευταίο μήνα), τα αγόρια σε υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τα κορίτσια (12,2% και 7,7%, αντίστοιχα). Μειώνεται από το 2011 στο 2015 το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν υπερβολική κατανάλωση τουλάχιστον 3 φορές τον τελευταίο μήνα, από 13,3% σε 9,9%.

Ποσοστό 6,2% των μαθητών αναφέρουν ότι μέθυσαν τουλάχιστον 3 φορές τον τελευταίο χρόνο, αγόρια και κορίτσια σε παρόμοια ποσοστά. Μειώνεται σημαντικά από το 2003 στο 2015 το ποσοστό των 16χρονων που αναφέρουν ότι μέθυσαν τουλάχιστον 3 φορές τον τελευταίο χρόνο, από 10,9% σε 6,2%.

Τέλος σχετικά με τις επικίνδυνες συμπεριφορές μετά από κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους διαπιστώνεται ότι

Ποσοστό 9,7% των εφήβων αναφέρουν ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου οδήγησαν (σκούτερ, μηχανή, αυτοκίνητο ή άλλο μηχανοκίνητο όχημα) οι ίδιοι μετά από κατανάλωση αλκοόλ σε ποσοστό 0,9% ενεπλάκησαν σε τροχαίο ατύχημα ενώ οδηγούσαν οι ίδιοι μετά από κατανάλωση αλκοόλ. Ποσοστό 7,3% των εφήβων απαντούν για τον τελευταίο χρόνο ότι, εξαιτίας της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, είχαν σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό.

Τα αγόρια και οι έφηβοι στις Λοιπές περιοχές υιοθετούν σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά επικίνδυνες συμπεριφορές εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ, συγκριτικά με τα κορίτσια και τους εφήβους στο Ν. Αττικής, αντίστοιχα.

Τρεις στους 5 εφήβους (60,9%) αναφέρουν ότι ήπιαν κάποιο οινοπνευματώδες ποτό σε μπαρ, κλαμπ, καφετέρια ή εστιατόριο τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, ενώ ποσοστό 3,5% αναφέρει κατανάλωση τουλάχιστον 10 φορές κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.

Όσον αφορά τη στάση των εφήβων απέναντι στο αλκοόλ διαπιστώνεται ότι

Ένας στους 4 μαθητές (26,1%) θεωρεί «ακίνδυνο» να πίνει κανείς 1-2 ποτά σχεδόν καθημερινά, με το αντίστοιχο ποσοστό να είναι σημαντικά υψηλότερο στα αγόρια (30,8%) συγκριτικά με τα κορίτσια (21,6%). Το ποσοστό μειώνεται καθώς αυξάνεται ο αριθμός των ποτών Έτσι ποσοστό 5,7% των μαθητών θεωρούν «ακίνδυνο» να πίνει κανείς 4-5 ποτά σχεδόν καθημερινά, τα αγόρια σε υπερδιπλάσιο ποσοστό (8,4%) συγκριτικά με τα κορίτσια (3,0%). (Κοκκέβη Α, Φωτίου Α, etc (2016). Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (16χρονοι) – Έρευνα ESPAD, 2015, ΕΠΙΨΥ).

2.1.8 Η ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Έκθεση του ΟΟΣΑ που δημοσιεύτηκε το 2015 αποκαλύπτει τις χώρες στις οποίες οι άνθρωποι κατανάλωσαν τη μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ για το 2013, και τη συγκρίνει με την κατανάλωση του 2000.

Σύμφωνα με τα στοιχεία, η Λιθουανία είχε την υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ με περίπου 14 λίτρα ανά πολίτη το χρόνο. Ακολουθεί κατά πόδας η Αυστρία, η Εσθονία και η Τσεχία, με περίπου 11-12 λίτρα ανά κάτοικο.

Από την άλλη πλευρά, η χαμηλότερη κατανάλωση αλκοόλ αναφέρθηκε στην Ινδονησία και ήταν σχεδόν μηδενική. Στη συνέχεια ακολουθεί η Τουρκία, η Ινδία και το Ισραήλ, όπου το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 1-3 λίτρα ανά πολίτη. Βέβαια στις συγκεκριμένες χώρες ο περιορισμός στην κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών οφείλεται σε θρησκευτικούς κυρίως (μουσουλμάνοι) ή πολιτιστικούς λόγους.

Στις περισσότερες χώρες, οι άνθρωποι καταλάωσαν λιγότερο αλκοόλ το 2013 σε σχέση με το 2000. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες όπως η Λιθουανία, η Πολωνία, η Ρωσία η κατανάλωση αυξήθηκε κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου.

Σύμφωνα με τα στοιχεία, η Ελλάδα κατατάσσεται 13η από το τέλος και μάλιστα η κατανάλωση αλκοόλ μειώθηκε αρκετά σε σχέση με το 2000.

Ο ΟΟΣΑ όρισε την «κατανάλωση αλκοόλ», από τις ετήσιες πωλήσεις της καθαρής αλκοόλης σε λίτρα ανά άτομο ηλικίας 15 ετών και άνω. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι από τα δεδομένα τους εξαιρούνται προϊόντα που παράγονται στο σπίτι για ιδιωτική χρήση όπως το κρασί και το τσίπουρο πράγμα που συμβαίνει ευρύτατα σε πολλές περιοχές της υπαίθρου στη χώρα μας (π.χ. Κέρκυρα). (Ιστοσελίδα THE TOC Times of change 2015)

Τα ανωτέρω στοιχεία επιβεβαιώνονται και από νεώτερη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). που διενεργήθηκε το 2014 και δημοσιεύτηκαν στη βρετανική εφημερίδα Daily Telegraph

Την κορυφή της λίστας καταλαμβάνει η Λευκορωσία και την πρώτη δεκάδα συμπληρώνουν κατά σειρά: Μολδαβία, Λιθουανία, Ρωσία, Ρουμανία, Ουκρανία, Ανδόρα, Ουγγαρία, Τσεχία και Σλοβακία. (WHO - Global Status Report on Alcohol 2014).

Στον αντίποδα, στις χώρες με τη μικρότερη κατανάλωση καθαρού αλκοόλ, βρίσκονται ως επί το πλείστον μουσουλμανικές χώρες όπου η πώληση και η κατανάλωση αλκοόλ υπόκειται σε περιορισμούς. Για παράδειγμα, στο Πακιστάν, τη Μαυριτανία, τη Λιβύη και το Κουβέιτ η κατά κεφαλή κατανάλωση αντιστοιχεί σε μόνο 100 ml καθαρού αλκοόλ ετησίως, δηλαδή περίπου όσο ένα μπουκάλι κρασί.

Ο μέσος όρος των 196 χωρών που έδωσαν επίσημα στοιχεία στον ΠΟΥ είναι 6,2 λίτρα και τα αποτελέσματα προέκυψαν με βάση την καθαρή ποσότητα αλκοόλ που έχει καταναλώσει κατά μέσο όρο ένας πολίτης της κάθε χώρας, ηλικίας άνω των 15 ετών.

Και στη συγκεκριμένη έρευνα τα στοιχεία καταγράφουν ότι η Ελλάδα βρίσκεται, χαμηλότερα σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο κατανάλωσης κατά κεφαλήν (10,3 λίτρα) καθαρής αλκοόλης, και συγκεκριμένα 14,6% για τους άντρες και 6,2% για τις γυναίκες. Επίσης, σχετικά υψηλό εμφανίζεται το ποσοστό αυτών που απέχουν τελείως από την κατανάλωση αλκοόλ (33,8%), ειδικότερα 28,3% για τους άντρες και 39,1% για τις γυναίκες.

Με βάση τα στοιχεία των ανωτέρω ερευνών η κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα συγκαταλέγεται ανάμεσα στις μεσαίες μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών και φαίνεται να παρουσιάζει μείωση. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. η κατανάλωση «σκληρών» αλκοολούχων ποτών στην Ελλάδα φαίνεται να μειώνεται, η κατανάλωση κρασιού να παραμένει περίπου σε σταθερά επίπεδα, ενώ να αυξάνεται εντυπωσιακά η κατανάλωση της μπίρας. (WHO - Global Status Report on Alcohol 2014).

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. (2007) οι συνήθειες χώροι κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών μπορεί να είναι είτε στο σπίτι, είτε να σχετίζονται με κάποια μορφή διασκέδασης/ εξόδου.

Όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοολούχων στους διάφορους χώρους διασκέδασης, οι γυναίκες συνήθως καταναλώνουν αλκοολούχα σε χώρους, οι οποίοι δεν αποτελούν μέρη αποκλειστικής κατανάλωσης αλκοόλ, όπως οι ταβέρνες και τα εστιατόρια, ως συνοδευτικό του φαγητού, ενώ οι άνδρες προτιμούν σε μεγαλύτερο ποσοστό να καταναλώνουν αλκοολούχα στους χώρους διασκέδασης όπως «μπαρ/ ντίσκο/ κλαμπ», καθώς και στο «καφενείο/ καφετέρια»

2.1.9 ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΥΡΩΠΗ

Το πρόβλημα κατανάλωσης αλκοόλ φαίνεται να είναι σημαντικό στους νέους της Ελλάδας. Στην έρευνα HBSC (Currie et al. 2004) οι έφηβοι ερωτήθηκαν πόσο συχνά καταναλώνουν αλκοόλ μέσα σε μια εβδομάδα. Τα αποτελέσματα από όλες τις χώρες έδειξαν συχνή κατανάλωση οποιουδήποτε αλκοολούχου ποτού για το 5% των εφήβων 11 ετών, το 11% των εφήβων 13 ετών και το 29% των εφήβων 15 ετών, ποσοστά τα οποία είναι ανησυχητικά για την εξάπλωση του αλκοόλ στις μικρές ηλικίες. Επιπλέον, οι έφηβοι φαίνεται να προτιμούν συγκεκριμένους τύπους ποτών, με την μπίρα να κατέχει την υψηλότερη θέση σε καταναλωτική προτίμηση, τα «σκληρά ποτά» να ακολουθούν στις περισσότερες περιπτώσεις και τελευταίο στην κατανάλωση να έρχεται το κρασί.

Στον ευρωπαϊκό χώρο, έχει αρχίσει να αναπτύσσεται μεταξύ των νέων μια επικίνδυνη πρακτική κατανάλωσης, η οποία συνίσταται στη στοχευμένη και εντατική κατανάλωση αλκοόλ («binge drinking» - στο εξής «βαριά χρήση αλκοόλ»), η οποία αντιπροσωπεύει μια νέα απειλή, που πρέπει να αντιμετωπισθεί.

Τα στοιχεία που δίνει ο Π.Ο.Υ. για τη «βαριά χρήση αλκοόλ» μεταξύ των νέων είναι ιδιαίτερα αποθαρρυντικά, με τη χώρα μας να καταλαμβάνει μία από τις μεσαίες θέσεις.

Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που καταδεικνύει η μελέτη του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. (2007) σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ από τους έφηβους και νέους είναι το γεγονός ότι η μεγάλη πλειοψηφία (65,4%) των εφήβων καταναλώνει αλκοολούχα σε χώρους όπου σύμφωνα με τον υφιστάμενο νόμο απαγορεύεται η κατανάλωση τους από άτομα ηλικίας κάτω των 17 ετών. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2007).

Το ποσοστό μεγαλώνει ακόμα περισσότερο, αν προστεθεί σε αυτό και το 4,6% που αναφέρει ότι καταναλώνουν αλκοολούχα σε ταβέρνα/ εστιατόριο.

Σύμφωνα με άλλη νεώτερη πρότυπη πανευρωπαϊκή έρευνα για το αλκοόλ και τη συνδεδεμένη βλάβη στον πληθυσμό, η οποία δημοσιοποιήθηκε το Μάρτιο του 2017 στη χώρα μας από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), το 21,8% των Ελλήνων ηλικίας 18 – 34 ετών παραδέχεται ότι κατανάλωσε περισσότερα από 6 ή 4 ποτά για άνδρες και γυναίκες, αντίστοιχα, σε μία μόνο περίπτωση, τον τελευταίο χρόνο. (Κοκκέβη Α, Φωτίου Α, etc (2016). Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (16χρονοι) – Έρευνα ESPAD, 2015, ΕΠΨΥ).

2.1.10 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Η θνησιμότητα από νοσήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ είναι πολύ μεγάλη και το θέμα αυτό έχει πάρει παγκόσμιες διαστάσεις.

Η κατανάλωση αλκοόλ θεωρείται ότι έχει αιτιολογική σχέση με 60 τύπους διαταραχών και σωματικών κακώσεων. Εκτιμάται ότι η χρήση αλκοόλ προκαλεί το 20 - 30% των καρκίνων του οισοφάγου και του ήπατος, των κιρρώσεων του ήπατος, των φόνων, των επιληπτικών κρίσεων και των τροχαίων ατυχημάτων παγκοσμίως.

Η θνησιμότητα που οφείλεται στο αλκοόλ εκτιμάται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ότι φτάνει παγκοσμίως σε 1,8 εκατ. θανάτους, που αντιπροσωπεύουν το 3,2% της παγκόσμιας θνησιμότητας. Μετρώντας το μέγεθος του προβλήματος με βάση τον δείκτη DALY's, που συνδυάζει τα χαμένα έτη ζωής από την πρόωμη θνησιμότητα ή αναπηρία, ο Π.Ο.Υ. εκτιμά ότι στην κατανάλωση αλκοόλ

οφείλεται παγκοσμίως το 4,0% των χαμένων ετών ζωής από πρόωμη θνησιμότητα ή ανικανότητα (58,3 εκατ.), ποσοστό που ειδικά για τους άνδρες ανέρχεται σε 6,5% έναντι 1,3% για τις γυναίκες.

Εντούτοις, στον ευρωπαϊκό χώρο το ποσοστό των χαμένων ετών ζωής από πρόωμη θνησιμότητα ή ανικανότητα εξαιτίας του αλκοόλ ανέρχεται στο 9,2%. Ειδικά στους άνδρες το ποσοστό των χαμένων ετών ζωής από πρόωμη θνησιμότητα ή ανικανότητα εξαιτίας του αλκοόλ φτάνει στο 14%, έναντι 3,3% στις γυναίκες.

Οι εκτιμήσεις αυτές αναγάγουν το αλκοόλ στο δεύτερο σημαντικότερο συμπεριφορικό παράγοντα κινδύνου για την Ευρώπη, μετά το κάπνισμα (WHO - Global Status Report on Alcohol 2004).

Η οξεία νοσηρότητα και θνησιμότητα περιλαμβάνει τους τραυματισμούς από πτώση, τους τραυματισμούς από πρόθεση, τους τραυματισμούς από ατυχήματα και τις τυχαίες δηλητηριάσεις.

Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα και μια από τις υψηλότερες από τυχαίες δηλητηριάσεις.

Σε έρευνα για τους τραυματισμούς από τροχαία που έκαναν εισαγωγή σε νοσοκομεία της Αθήνας, υπολογίσθηκε ότι το 10% των τραυματισμών μπορούν να αποδοθούν άμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ. Από τους οδηγούς που ενεπλάκησαν σε τροχαία ατυχήματα την περίοδο 1995 - 1997, το 41% διαπιστώθηκε ότι είχε κάνει χρήση αλκοόλ πριν την οδήγηση, ενώ στο 33% η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα ήταν πάνω από 80mg/dl. Σύμφωνα με στοιχεία της τροχαίας, κατά τα έτη 2005 και 2006, το ποσοστό των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων που οφείλονται σε μέθη ήταν 28% και 25,4% αντίστοιχα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2007).

Η χρόνια νοσηρότητα και θνησιμότητα από αλκοόλ περιλαμβάνει τις παθήσεις που συνδέονται με αυτό και συγκεκριμένα τις αλκοολικές διαταραχές, την κίρρωση του ήπατος, τους καρκίνους που παρουσιάζουν άμεση συσχέτιση με το αλκοόλ και την ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2007) περίπου 200.000 Έλληνες πάσχουν από αλκοολική εξάρτηση, ενώ εκτιμάται ότι περίπου 5.000 θάνατοι ετησίως οφείλονται σε αιτίες που σχετίζονται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

Αναλογικά, οι νέοι πλήττονται περισσότερο: στον ευρωπαϊκό χώρο, στην ηλικιακή ομάδα των 15 - 29 ετών, το 10% των θανάτων μεταξύ των κοριτσιών

οφείλεται σε κατάχρηση αλκοόλ, ενώ το ποσοστό ανεβαίνει στο 25% για τα αγόρια. (BeStrong.org.gr, 2014)

2.2 ΚΑΠΝΟΣ

2.2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο καπνός είναι είδος του φυτού "Νικοτιανή", που οφείλει το όνομα της στον Γάλλο πρεσβευτή Ιωάννη Νικότ (Nicot), που την εισήγαγε και τη διέδωσε στη Γαλλία το 1560. Ο καπνός κατάγεται από την Αμερική και ειδικότερα από περιοχές νοτιότερα από το Μεξικό. Αρχαιολογικές έρευνες διαπίστωσαν ότι εκεί η χρήση του καπνού ήταν γνωστή 500 χρόνια πριν από την ανακάλυψη της Αμερικής. (<http://www.beststrong.org.gr/el/health/nosmoking/historyoftobacco/>)

Στην Ευρώπη ο καπνός μεταφέρθηκε από τους Ισπανούς το 1519. Στα μέσα του ΙΖ' αιώνα ο καπνός ήταν γενικά διαδεδομένος στη Δύση. Η καλλιέργεια του καπνού στην Αγγλία απαγορευόταν μέχρι το 1910, παρόλο που η εισαγωγή της συνήθειας του καπνίσματος στην Ευρώπη οφείλεται στους Άγγλους, που το 1586 από την αποικία τους, τη σημερινή Βιρτζίνια της Αμερικής, έφεραν υλικό και όργανα καπνίσματος στον Ουώλτερ Ρώλι (Raleigh). Οι άποικοι, που ο Ρώλι εγκατέστησε στη Βιρτζίνια, άρχισαν τη συστηματική καλλιέργεια του καπνού στην Αμερική. (<http://www.beststrong.org.gr/el/health/nosmoking/historyoftobacco/>)

Στο διάστημα του ΙΖ' αιώνα το κάπνισμα διαδόθηκε ταχύτητα σε όλο τον κόσμο, παρά τις απαγορεύσεις της Πολιτείας και της Εκκλησίας. Έκτοτε σταδιακά οι χώρες η μία μετά την άλλη επιδόθηκαν στην εκμετάλλευση του καπνού με εργοστάσια, βιομηχανίες, ταμεία, γραφεία, εμπορία, εξαγωγές, εισαγωγές κλπ.

Στη Βαλκανική ο καπνός καλλιεργούνταν από το 1636. Στην Ανατολική Μακεδονία και Θράκη η συστηματική καλλιέργεια του καπνού άρχισε στις πρώτες δεκαετίες του 19ου αιώνα. Το κύριο εξαγωγικό εμπόριο προς την Ευρώπη γίνονταν από το Λιμάνι της Καβάλας. Η πόλη από τα τέλη του 19ου αιώνα ήταν έδρα πολλών προξενείων που εξυπηρετούσαν τους εμπορικούς οίκους. (Ι. Ιωαννίδη 1998).

2.2.2 ΤΟ ΦΥΤΟ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΙΟΝΤΑ ΤΟΥ

Ο καπνός είναι φυτό ετήσιο, ποώδες και φθάνει έως το ύψος των 3 μέτρων.

Η ναρκωτική επίδραση των φύλλων του καπνού οφείλεται στην νικοτίνη, η οποία είναι αλκαλοειδές υγρό, άχρωμο και δηλητηριώδες σε τέτοιο βαθμό ώστε μία σταγόνα αρκεί για να θανατώσει ένα σκύλο μετρίου μεγέθους. Γι' αυτό άλλωστε χρησιμοποιείται κατά διαφόρων ζωικών και φυτικών ασθενειών. (<http://www.bestrong.org.gr/el/health/nosmoking/historyoftobacco/>)

Την ναρκωτική επίδραση των φύλλων του καπνού δέχεται ο καπνιστής, αφού τα φύλλα ξηραθούν και επεξεργαστούν κατάλληλα.

Έχουν επινοηθεί διάφοροι τρόποι για τη χρήση των φύλλων του καπνού: α) τα καπνίζουν ως βιομηχανοποιημένα σιγαρέτα, πούρα, καπνό σιγαρέτων, καπνό με καπνοσύριγγες, καπνό με φιαλοσύριγγες β) τα εισπνέουν από τη μύτη και γ) τα μασούν στο στόμα, ανάλογα με τις ποικιλίες και επεξεργασίες.

Οι ουσίες του καπνού απορροφώνται στους πνεύμονες και με το αίμα φθάνουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και έτσι επιδρούν στη διάθεση και τη φαντασία.

Τα τελευταία χρόνια έχει εισαχθεί στην αγορά και ένας νέος τρόπος χρήσης της νικοτίνης μέσω του ηλεκτρονικού τσιγάρου το οποίο διαφημίζεται ως πιο υγιεινό από τα κλασικά τσιγάρα καθώς ο καπνός που παράγεται δεν είναι αποτέλεσμα καύσης, αλλά ατμός.

Το φυτό και ο αποθηκευμένος καπνός περνούν από διάφορες διαδικασίες από τις οποίες θα βγουν τα βιομηχανοποιημένα προϊόντα καπνού όπως σιγαρέτα, πούρα καπνός για στριφτά τσιγάρα κλπ, των οποίων η προβολή και η διαφήμιση ενθαρρύνει και προάγει την κατανάλωση, παρά το γεγονός ότι πλέον το Υπουργείο Υγείας προειδοποιεί ότι το προϊόν βλάπτει σοβαρά την υγεία.

2.2.3. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στον καπνό. Ορισμένες από αυτές υπάρχουν ήδη από τη φυτική κατάσταση του καπνού, αλλά οι περισσότερες παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου, στη ζώνη πυρόλυσης, όπου επικρατεί θερμοκρασία 950 βαθμών Κελσίου. Στον καπνό του τσιγάρου έχουν ανιχνευθεί, είτε ως αέρια είτε ως μικροσκοπικά σωματίδια, περισσότερες από 4.000 διαφορετικές ουσίες, μεταξύ των οποίων και η νικοτίνη, καθώς και περισσότερες από 250 γνωστές καρκινογόνες ουσίες. (<http://www.bestrong.org.gr/el/health/nosmoking/historyoftobacco/>)

Σήμερα πολλοί καπνιστές αναζητούν τρόπους και μεθόδους (φίλτρα κ.α.) για να περιορίσουν ή να απαλλαγούν από τη βλαβερή ουσία.

Η νικοτίνη είναι εθιστική, αλλά όχι καρκινογόνος, ενώ το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλότερα επίπεδα πίσσας και νικοτίνης δεν περιορίζει σημαντικά τους κινδύνους για την υγεία.

Το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή ομάδες ασθενειών και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου σε οκτώ από τις 16 κύριες αιτίες θανάτου ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών.

Ένας στους δύο μακροχρόνιους καπνιστές θα πεθάνει πρόωρα εξ αιτίας του καπνίσματος και οι μισοί από αυτούς σε μέση ηλικία. (Α. Βραχάτης, 2015, <https://www.iatropedia.gr/ygeia/kapnisma-dite-ti-prokali-stin-igia/39599/>)

Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης και στην αύξηση της θνησιμότητας των παρακάτω νοσημάτων:

- στεφανιαία νόσο,
- καρκίνο του πνεύμονα, του φάρυγγα, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστης κ.λπ.,
- χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες,
- αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου.

Σημαντικές είναι οι επιπτώσεις στη βρεφική θνησιμότητα και στις εμβρυϊκές επιπλοκές κατά την κύηση.

Ο κίνδυνος από το κάπνισμα αυξάνει:

- Όσο μικραίνει η ηλικία έναρξης του καπνίσματος.
- Όσο αυξάνει η συνολική διάρκεια του καπνίσματος.
- Όσο αυξάνει ο μέσος αριθμός τσιγάρων που καταναλώνονται.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για ένα άτομο ηλικίας 25 ετών, η κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων την ημέρα θα μειώσει το προσδόκιμο ζωής κατά 4,6 έτη, ενώ σε έναν καπνιστή 2 πακέτων την ημέρα, το προσδόκιμο επιβίωσης θα μειωθεί κατά 8,3 έτη. Έναρξη του καπνίσματος σε ηλικία 15 ετών μειώνει κατά μέσο όρο το προσδόκιμο ζωής κατά 8 έτη, ενώ έναρξη σε ηλικία άνω των 25 ετών, επιφέρει μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά 4 έτη (US DHHS 1989).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της ιατρικής έρευνας που έχει αναπτυχθεί πάνω στο θέμα τις τελευταίες δεκαετίες το κάπνισμα σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Το κάπνισμα προκαλεί στένωση των αγγείων και παραγωγή

χοληστερίνης, η οποία προάγει την αρτηριοσκλήρωση. Με τους μηχανισμούς αυτούς το κάπνισμα βλάπτει τη λειτουργία των στεφανιαίων αγγείων, όπως και άλλων αγγείων και οδηγεί στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. (Ε. Φιλόπουλος 2017 <https://stopkarnisma.gr/oi-επιπτώσεις-του-καπνίσματος/>)

Το κάπνισμα ευθύνεται περίπου για το 30 - 40% του συνόλου των θανάτων από τη στεφανιαία νόσο, ενώ ειδικά στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, για το 45% των θανάτων στους άνδρες και το 41% στις γυναίκες (US DHHS 1989). Ο κίνδυνος προσβολής από στεφανιαία νόσο είναι στους καπνιστές περίπου 2-3 φορές υψηλότερος από ότι στους μη καπνιστές. Ο σχετικός κίνδυνος είναι υψηλότερος στις ηλικίες κάτω των 55 ετών (US DHHS 2000). Ο κίνδυνος εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον αριθμό των τσιγάρων.

Στους μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα στην οικογένεια ή στη δουλειά τους, ο κίνδυνος εκδήλωσης καρδιοπάθειας είναι 25 - 30% μεγαλύτερος σε σχέση με τους μη καπνιστές (US DHHS 2000).

Το κάπνισμα έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία πρόκλησης καρκίνου και ευθύνεται για περίπου το 30% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο. Συγκεκριμένα, το κάπνισμα ευθύνεται για:

- Το 70 - 90% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα.
- Το 75 - 85% των θανάτων από καρκίνο του λάρυγγα.
- Το 50 - 75% των θανάτων από καρκίνο στόματος, φάρυγγα και οισοφάγου.
- Το 30 - 50% των θανάτων από καρκίνο της ουροδόχου κύστης και των νεφρών.
- Το 20 - 25% των θανάτων από καρκίνο του παγκρέατος, του στομάχου και μικρότερα ποσοστά άλλων καρκίνων. (Ε. Φιλόπουλος 2017, <https://stopkarnisma.gr/oi-επιπτώσεις-του-καπνίσματος/>)

Η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα είναι στους καπνιστές κατά 23,3 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες και κατά 12,7 φορές στις γυναίκες σε σχέση με τους μη καπνιστές. Αντίστοιχα, πολύ υψηλότερη είναι η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο, στόματος, φάρυγγα, οισοφάγου, αλλά και διπλάσια έως τριπλάσια η πιθανότητα για καρκίνο ουροδόχου κύστης, νεφρών, παγκρέατος, κ.ά.

Παραδοσιακά, ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν μια ασθένεια κυρίως των ανδρών. Από το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και μετά, λόγω του ότι το κάπνισμα στις γυναίκες άρχισε να γίνεται κοινωνικά αποδεκτό, η συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες άρχισε να αυξάνεται προοδευτικά.

Από το 1987 ο καρκίνος του πνεύμονα έγινε η πρώτη αιτία θανάτου στις Αμερικανίδες, ξεπερνώντας ακόμα και τον καρκίνο του στήθους.

Συγκεκριμένα έχει αποδειχθεί, ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης καρκίνου στους καπνιστές εξαρτάται κυρίως από:

- Τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν..
- Την ηλικία έναρξης του καπνίσματος.
- Τη συνολική διάρκεια της καπνιστικής συνήθειας, (IARC 2002).

Σε όσους εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα, ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα είναι κατά 20 - 30% μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές (US DHHS 2000).

Είναι επίσης χαρακτηριστικό, ότι παρά τη μεγάλη μείωση στην περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα και τη χρήση φίλτρων που παρατηρήθηκε μετά το 1980, δεν παρατηρείται ουσιαστική μείωση του κινδύνου στους καπνιστές. Φαίνεται δηλαδή ότι τα «ελαφρά» τσιγάρα ή το φίλτρο δεν μειώνουν τον κίνδυνο (US DHHS 2000).

Το κάπνισμα αποτελεί επίσης την αιτία του 80-85% των κρουσμάτων από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες (χρόνια βρογχίτιδα, άσθμα, πνευμονικό εμφύσημα) (US DHHS 2004). Η κλιμάκωση του κινδύνου εμφάνισης της νόσου σε συνάρτηση με τον αριθμό των καταναλισκόμενων τσιγάρων είναι περίπου ίδια με εκείνη που παρατηρείται στον καρκίνο του πνεύμονα.

Οι μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα και ιδίως τα παιδιά, αντιμετωπίζουν επίσης σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο προσβολής από χρόνιες πνευμονοπάθειες σε σχέση με τους μη καπνιστές (US DHHS 2000).

Το κάπνισμα δημιουργεί επίσης προβλήματα στην κύηση. Τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του εμβρύου.

Το κάπνισμα προσβάλλει σοβαρά όχι μόνο τα εσωτερικά όργανα αλλά και την εξωτερική εμφάνιση του καπνιστή αλλοιώνοντας το δέρμα, το ατομικό βάρος και τη μορφή δημιουργώντας ρυτίδες γύρω από τα μάτια και το στόμα και κιτρινίλα στα δάχτυλα, νύχια και δόντια. (Ε. Φιλόπουλος 2017, <https://stopkapnisma.gr/oi-epiptoseis-tou-kapnismatos/>)

Το κάπνισμα έχει επίσης επιπτώσεις στην αναπαραγωγική ικανότητα του χρήστη. Συγκεκριμένα στους καπνιστές εμφανίζεται μείωση ποσότητας σπέρματος, υπογονιμότητα, μείωση κινητικότητας σπέρματος, , μικρότερη ικανότητα σπέρματος

να εισχωρήσει στο ωάριο, αύξηση των σπερματικών ανωμαλιών, πρόωρη έναρξη εμμηνόπαυσης για τις γυναίκες.

Σοβαρές ασθένειες όπως άσθμα, χρόνια ρινίτιδα (φλεγμονή της μύτης), διαβήτης, οπτική νευρίτιδα εμφανίζουν σοβαρότερα συμπτώματα στους καπνιστές

Ακόμη η εκδήλωση ασθενειών όπως κοινό κρυολόγημα, πνευμονία, νόσος του Crohn, φυματίωση, γρίπη είναι βαρύτερη στους καπνιστές

Το κάπνισμα επηρεάζει το σωματικό βάρος. Όταν κάποιος διακόψει το κάπνισμα αυξάνει το βάρος του κατά 2 - 3 κιλά. Η ακριβής αιτία του φαινομένου αυτού είναι άγνωστη, αλλά μπορεί εν μέρει να συνδεθεί με το ότι το κάπνισμα αυξάνει το μεταβολισμό. Άλλωστε, η νικοτίνη δρα ως κατασταλτικό της όρεξης. Οι καπνιστές φαίνεται να συκρατούν μεγαλύτερες ποσότητες λίπους στο σώμα τους, οδηγούμενοι σε αυξημένο κίνδυνο για διαβήτη, καρδιοαγγειακά νοσήματα, υψηλή πίεση, προβλήματα χοληδόχου κύστης και καρκίνο της μήτρας. (<http://www.bestrong.org.gr/el/health/nosmoking/historyoftobacco/>)

Το κάπνισμα είναι αιτία πρόκλησης διαφόρων χρόνιων προβλημάτων υγείας τα οποία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του καπνιστή και του περιβάλλοντός του. Τέτοια προβλήματα είναι ασθένεια των ούλων, μυϊκές βλάβες, πόνος του λαιμού, πόνος στην πλάτη, νύστα - υπνηλία (ανώμαλη κίνηση ματιών), οφθαλμικές μυκητομολύνσεις, καταρράκτης, οστεοπόρωση, πολύποδας παχέος εντέρου, οστεοαρθρίτιδα, ανικανότητα σύσης, κατάθλιψη, απώλεια ακοής, ψωρίαση, ρυτίδωση δέρματος, στομαχικό έλκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, τραυματισμοί συνδέσμων, πληγές στους τένοντες, εκφυλισμός κηλίδας,

Οι καπνιστές υποφέρουν από τρεμούλιασμα των άκρων, ιλίγγους, νευραλγίες ιδίως βραχιόνων και ώμων, εγκεφαλική υπεραϊμία με βάρος και ζάλη, παλμούς, πόνους στομάχου, εντέρων, επίμονη δυσκοιλιότητα, τοπικό ερεθισμό στα χείλη, στο στόμα, στη γλώσσα, αλλοιώσεις της γεύσης, της ακοής, της όσφρησης, αμβλύτητα της μνήμης ιδίως των λέξεων, μείωση της αντοχής του οργανισμού κ.α. επικίνδυνα για την υγεία και τη ζωή.

Γενικά ο οργανισμός πάσχει, επειδή το κάπνισμα επιφέρει χρόνια δηλητηρίαση με τη νικοτίνη. Επίσης, στους καπνιστές μειώνεται η καλή χοληστερίνη (H.D.L.) με συνέπεια να αυξάνεται ο κίνδυνος αρτηριοσκλήρυνσης. (<http://www.bestrong.org.gr/el/health/nosmoking/historyoftobacco/>)

2.2.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 3,5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο, που ισοδυναμεί με 10.000 θανάτους την ημέρα από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, ενώ οι οφειλόμενοι στο κάπνισμα θάνατοι είναι περισσότεροι από το άθροισμα των θανάτων από τα πυροβόλα όπλα, τα ναρκωτικά, τις αυτοκτονίες, το AIDS και τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα.

Με τον τρέχοντα ρυθμό εξέλιξης, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι θα έχουν αυξηθεί σε περίπου 10 εκατομμύρια ετησίως.

Επίσης, το άμεσο και το έμμεσο κόστος της θεραπείας των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα αποτελεί τεράστια επιβάρυνση για τον προϋπολογισμό της υγείας, παγκοσμίως (WHO 2007).

2.2.5. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

Σύμφωνα με τα στοιχεία πολλών ερευνών που έχουν δει το φως της δημοσιότητας τα τελευταία χρόνια οι περισσότεροι καπνιστές αρχίζουν το κάπνισμα στην εφηβεία ανάμεσα στα 12 και τα 18 έτη. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους. Οι έφηβοι καπνίζουν γιατί καπνίζουν στο περιβάλλον τους, γιατί έτσι νιώθουν ότι έτσι γίνονται αποδεκτοί στην παρέα, για να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους, να φανούν μεγάλοι ή ακόμα για να προσελκύσουν το ενδιαφέρον του άλλου φύλου. Ιδιαίτερα για τα κορίτσια το κάπνισμα έχει συνδεθεί και με την προσπάθειά τους για τον έλεγχο του βάρους.

Το κάπνισμα στην εφηβεία μπορεί να δημιουργήσει πρόσκαιρα σωματικά ενοχλήματα που συνδέονται με τη λειτουργία της αναπνοής, όπως είναι ο βήχας, το λαχάνιασμα, οι ασθματικές ενοχλήσεις, η μείωση της φυσικής ευεξίας και της αντοχής. Τα σοβαρότερα βέβαια προβλήματα που συνδέονται με το κάπνισμα εμφανίζονται στην ενήλικη ζωή.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) θεωρεί το κάπνισμα ως ένα τεράστιο πρόβλημα για την υγεία παγκοσμίως και ιδιαίτερα όσον αφορά στους νέους. Μην ξεχνάμε πως το κάπνισμα ξεκινά στην εφηβεία και ύστερα γίνεται συνήθεια ζωής.

Πρέπει να σημειωθεί πως η έναρξη αυτή του καπνίσματος σε τόσο πρόωρες ηλικίες (πριν ή ίση με τα 13 έτη) αυξάνει τον κίνδυνο για συστηματικό και «βαρύ» κάπνισμα κατά την ενηλικίωση αλλά και τον κίνδυνο χρήσης άλλων ουσιών.

Οι ηλικίες 12 – 18 είναι καθοριστικές για την απόρριψη ή την υιοθέτηση της συνήθειας του καπνίσματος. Εξαιτίας της μεγάλης προσπάθειας που έχει γίνει για την ενημέρωση της ελληνικής κοινωνία, ήδη από το 1990, για τις επιπτώσεις του καπνίσματος, ενεργητικού και παθητικού, υπάρχει τις τελευταίες δεκαετίες πραγματική μείωση των καπνιστών όσον αφορά στους άνδρες. Δυστυχώς όμως, υπήρξε θεαματική αύξηση των γυναικών που καπνίζουν. Στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης υπάρχει μείωση των καπνιστών και στα δύο φύλα.

Στη χώρα μας λοιπόν όσον αφορά στον πληθυσμό ηλικίας 15 ετών και άνω το 27,3 % καπνίζει καθημερινά, το 5,3 % περιστασιακά και το 67,4 % δεν καπνίζει. Οι μη καπνιστές χωρίζονται σε αυτούς που δεν κάπνισαν ποτέ και είναι το 51,4 % και σε αυτούς που έχουν διακόψει το κάπνισμα για πάνω από 6 μήνες και αποτελούν το 16 %. Από το 2009 υπάρχει μείωση 14,4 % στους καθημερινούς καπνιστές και 11,7 % στους περιστασιακούς. Όσον αφορά τη σχέση των δύο φύλων με το κάπνισμα στη χώρα μας καπνίζουν το 39,4 % των ανδρών και το 26,4 % των γυναικών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, σε έρευνα από το 2009 έως το 2014 υπάρχει μείωση του καπνίσματος κατά 33,3 % στους εφήβους ηλικίας 16-24 ετών. Έφηβοι από οικογένειες οικονομικά ασθενέστερες και με κατώτερο μορφωτικό επίπεδο καπνίζουν σε υψηλότερα ποσοστά (25,5 %) από τα παιδιά που προέρχονται από μεσαίες ή ανώτερες κοινωνικές τάξεις (19,1 %). (Κοκκέβη Α, Φωτίου Α, κ.α. (2016). Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (16χρονοι) – Έρευνα ESPAD 2015. ΕΠΨΥ).

2.2.6. ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΕΠΨΥ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνονται και από την πιο πρόσφατη έρευνα που διενεργήθηκε στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές (Έρευνα ESPAD) που πραγματοποιήθηκε το 2015 από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, σε συνεργασία και με την υποστήριξη του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), σε

πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 3.202 μαθητών ηλικίας 16 ετών (μαθητές της Α' Λυκείου) από 175 σχολεία της χώρας με ανώνυμο ερωτηματολόγιο που οι μαθητές συμπλήρωσαν μέσα στην τάξη.

Συγκεκριμένα:

Δύο στους 5 16χρονους (39,2%) έχουν καπνίσει έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή. Από αυτούς, ένας στους 3 κάπνισαν το πρώτο τους τσιγάρο στην ηλικία των 13 ετών ή και νωρίτερα. Σχεδόν ένας στους 5 (18,9%) έχει καπνίσει πρόσφατα (μέσα στον τελευταίο μήνα), ενώ ένας στους 9 (11,1%) είναι καθημερινός καπνιστής.

Ένας στους 5 16χρονους (19,1%) έχει χρησιμοποιήσει ηλεκτρονικό τσιγάρο έστω και μία φορά στη ζωή του.

Τα αγόρια σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό από τα κορίτσια έχουν καπνίσει πρόσφατα (20,9% και 16,9%, αντίστοιχα), καπνίζουν καθημερινά (13,7% και 8,6%, αντίστοιχα), είναι «βαρείς» καπνιστές (3,9% και 1,9%, αντίστοιχα), και έχουν πειραματιστεί με το ηλεκτρονικό τσιγάρο (26,3% και 12,0%, αντίστοιχα). Επιπλέον περισσότερα αγόρια από κορίτσια έχουν ξεκινήσει το τσιγάρο σε πολύ μικρή ηλικία.

Οι συνήθειες του καπνίσματος δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των γεωγραφικών στρωμάτων Ν. Αττικής, Ν. Θεσσαλονίκης και Λοιπών περιοχών, με εξαίρεση το ηλεκτρονικό τσιγάρο, με το οποίο έχουν πειραματιστεί περισσότεροι έφηβοι στο Ν. Θεσσαλονίκης από ότι στις Λοιπές περιοχές.

Το 2015 φαίνεται να συνεχίζεται η μείωση που παρατηρείται την τελευταία 15ετία στους περισσότερους από τους δείκτες που αφορούν το κάπνισμα στους 16χρονους μαθητές στην Ελλάδα. Χαρακτηριστικά, από το 1999 στο 2015 το ποσοστό καθημερινών καπνιστών υποδιπλασιάζεται από 23,4% σε 11,1%, ενώ για την ίδια χρονική περίοδο μειώνεται το ποσοστό εκείνων που καπνίζουν περισσότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα («βαρείς» καπνιστές) από 10,5% σε 2,9%. (Κοκκέβη Α, Φωτίου Α, κ.α. (2016). Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (16χρονου) – Έρευνα ESPAD 2015. ΕΠΨΥ).

2.2.7. ΓΙΑΤΙ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ

Οι μαθητές που καπνίζουν συστηματικά θεωρούν το κάπνισμα ακίνδυνο σε αντίθεση με αυτούς που δεν καπνίζουν. Οι μαθήτριες, μεταξύ άλλων, το συνδέουν και με τον έλεγχο βάρους. Οι έφηβοι καπνιστές αντλούν αρνητικά πρότυπα από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Πρωτίστως, στις μικρότερες ηλικίες, από την οικογένεια.

Καθώς μεγαλώνουν από το φιλικό περιβάλλον, ιδιαίτερος δε αν η πλειοψηφία των φίλων τους είναι καπνιστές και δε θέλουν να αποτελούν εξαίρεση. Όπως φαίνεται και από τις έρευνες στο μαθητικό πληθυσμό, οι μαθητές μαθαίνουν να συνδέουν το κάπνισμα με την διασκέδαση και σε αυτό υπεύθυνα είναι τα πρότυπα της τηλεόρασης, του κινηματογράφου, του τραγουδιού και γενικότερα της ποπ κουλτούρας. Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που οδηγεί τα παιδιά το κάπνισμα είναι ο ψυχολογικός. Επικαλούνται την εξισορρόπηση των συναισθημάτων τους, καπνίζουν από περιέργεια ή μιμητισμό, ψάχνουν την αποδοχή, την αυτοεπιβεβαίωση, θεωρούν πως μεγάλωσαν και πως το κάπνισμα δηλώνει ανεξαρτησία, πιστεύουν πως το τσιγάρο προσδίδει στυλ. Επίσης πιστεύουν πως είναι ένας τρόπος να αντιδρούν στους κανόνες, να καταπολεμούν το άγχος, και να έχουν μία καλή παρέα όταν είναι μόνοι τους και αισθάνονται μοναξιά.

Το πρόβλημα επιτείνεται σοβαρά από τους παρακάτω παράγοντες:

- Από τη διαθεσιμότητα και την εύκολη πρόσβαση στα προϊόντα καπνού
- Τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής αποδοχής των χρηστών καπνού
- Την έλλειψη αντικαπνιστικής νοοτροπίας της κοινωνίας
- Τη μη επιθετική ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος
- Το ευάλωτο της ηλικίας (Ε. Γεωργακοπούλου 2018)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ (ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ)

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Παρά το γεγονός ότι έχει επικρατήσει για τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες ο όρος ναρκωτικά, ο όρος αυτός στην κυριολεξία του δεν είναι σωστός καθώς οι ουσίες δε δρουν μόνο κατασταλτικά (ναρκώνουν). Υπάρχουν και ουσίες που δρουν διεγερτικά στο Κ.Ν.Σ. (κοκαΐνη, αμφεταμίνες). Είναι προφανές ότι ο όρος ναρκωτικά επικράτησε λόγω της κατασταλτικής επίδρασης των οπιοειδών και της κάνναβης, που είναι οι πλέον γνωστές και παλαιότερες εξαρτησιογόνες ουσίες.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει χωρίσει τα ναρκωτικά σε δύο κατηγορίες: 1) στα «βαριά», εκείνα που προκαλούν σοβαρή βλαπτική επίδραση στο άτομο, όπως το όπιο, η μορφίνη, η κοκαΐνη, η ηρωίνη, οι αμφεταμίνες, η μαριχουάνα (χασίς), το LSD, κ.ά. και 2) στα «ελαφρά», σε ουσίες που δεν δημιουργούν υποχρεωτικά εθισμό, όπως τα βαρβιτουρικά.

Σύμφωνα με άλλη διάκριση (Lewin, 1928), τα ναρκωτικά διακρίνονται ανάλογα με τις συνέπειές τους σε: 1) ευφορικά (όπιο, μορφίνη, ηρωίνη), 2) φανταστικά (χασίς, παραισθησιογόνα), 3) υπνωτικά (βαρβιτουρικά), 4) διεγερτικά (αμφεταμίνες, κοκαΐνη) και 5) μεθυστικά τα οποία μπορεί κανείς να προμηθευτεί νόμιμα (αιθέρας, αλκοόλη)

Γενικά μπορούμε να χωρίσουμε τις ουσίες που προκαλούν εθισμό σε:

- 1) Ινδική κάνναβη. (μαριχουάνα, χασίς)
- 2) οπιοειδή (όπιο, μορφίνη, κωδεΐνη, ηρωίνη),
- 3) διεγερτικά (κοκαΐνη, αμφεταμίνες, μεταμφεταμίνες, DOM, MDMA (έκσταση), DOET),
- 4) παραισθησιογόνα ή ψυχεδελικά (LSD, μεσκαλίνη, ψιλοκυβίνη),
- 5) αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες), κατασταλτικά, υπνωτικά (βαρβιτουρικά).
- 6) Τέλος ορισμένα παυσίπονα προκαλούν τοξικομανία. Σε αυτά περιλαμβάνονται η υδροβρωμική φαιναζοκίνη, η πενταζοκίνη, η κυκλαζοκίνη, η μεθαδόνη (χρησιμοποιείται σήμερα για την απεξάρτηση των ηρωινομανών), η πυρρολαμιδόνη, η πεθιδίνη, η κετοβεμιδόνη, κ.ά.

Στη συνέχεια θα εξετάσουμε τις σημαντικότερες από τις ουσίες που περιλαμβάνονται στις ανωτέρω κατηγορίες

3.2 ΚΑΝΑΒΗ

3.2.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΚΑΝΑΒΗΣ

Για πολλά χρόνια η κάνναβη έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην επιβίωση του ανθρώπου (σαν πηγή ενέργειας – διατροφής – ένδυσης) σαν μέσο ψυχικής ευφορίας, και σαν θεραπευτικό μέσο.

Το φυτό της κάνναβης ανακαλύφθηκε πριν από 10.000 χρόνια χωρίς να είναι απόλυτα γνωστή η ακριβής χρήση της στην Κίνα και Κεντρική Ασία. Πριν 5.000 χρόνια η χρήση της εξαπλώθηκε στην Ασία με τις φυλές των νομάδων που ταξίδευαν με εμπορικά προϊόντα (εποχή χαλκού). Οι νομάδες αυτοί κάλυπταν τεράστιες αποστάσεις και έκαναν χρήση η μετέφεραν την κάνναβη. Η κάνναβη αυτή χρησιμοποιείτο για ιατρική θεραπεία, κατασκευή υφασμάτων, για διατροφή και τέλος για αναψυχή. Ο Ηρόδοτος αναφέρεται στους Σκύθες (νομάδες των στεπών) η οποίοι έκαναν χρήση κάνναβης στη χερσόνησο της Κριμαίας. (Ν. Καλλιακμάνης 2016).

Η κάνναβη χωρίζεται στα είδη : 1)Κάνναβη ήμερη (*Cannabis sativa*) και 2) Κάνναβη ινδική (*Cannabis indica*) (Κ Γρίβας 2014).

Οι διαφορές μεταξύ *cannabis indica* και *cannabis sativa* που είναι σημαντικές τόσο μορφολογικά, όσο και σε περιεκτικότητα συστατικών περιγράφηκαν από τον Ζ. Μ. Λαμάρκ ήδη από το 1785

Η *indica* περιέχει υψηλότερη ποσότητα κανναβιόλης (CBC) από την *sativa* όπως και αιθέρια έλαια. Αυτές οι ουσίες προκαλούν τις διαφορές μεταξύ *indica* και *sativa*. Η ευφορία που προκαλείται από ινδική κάνναβη είναι μεγάλη με ευεργετικές ιδιότητες στον πόνο και την αϋπνία (σαν αγχολυτικό). (Κ Γρίβας 2014).

Από την ινδική κάνναβη παρασκευάζεται και το γνωστό χασίς (αποξηραμένη ρητίνη του φυτού).

Η ήμερη κάνναβη (*Cannabis sativa*) : περιέχει ελάχιστη έως καθόλου τετραϋδροκανναβινόλη THC.

Υπάρχουν πάνω από 100 παραλλαγές κάνναβης που διαφέρουν μεταξύ τους από πλευράς περιεκτικότητας και δράσης.

Το φυτό περιέχει 426 χημικές ενώσεις, πάνω από 60 αλκαλοειδή (κανναβινοειδή). Δύο από αυτά η Δ-9-Τετραϋδροκανναβινόλη (THC) και Δ-8-

Τετραϋδροκανναβινόλη ασκούν σωματικές και ψυχικές αντιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. (Κ. Γρίβας 2014).

Από την κάνναβη η οποία έχει πάρα πολλές χρήσεις προέρχονται διάφορα προϊόντα όπως: ίνες, σχοινιά, υφάσματα, έλαια (χασισέλαιο, αιθέριο έλαιο, έλαιο σπόρων κάνναβης), σπόροι κάνναβης κ.τ.λ

Οι σημερινοί στόχοι και έρευνες στρέφονται προς την δημιουργία παρασκευής φαρμάκων τα οποία έχουν βάση τα συστατικά της κάνναβης αλλά χωρίς να προκαλούν ψυχοτρόπες επιδράσεις δηλαδή να δρουν αποκλειστικά στους περιφερικούς ιστούς, περιφερικούς υποδοχείς, με υψηλή αντιφλεγμονώδη δράση.

Σήμερα κυκλοφορούν φάρμακα τα οποία παράγονται απ' ευθείας από το φυτό καθώς και φάρμακα τα οποία κυκλοφορούν νόμιμα και περιέχουν συνθετικά κανναβινοειδή. (Κουρουνακης Π. Ρεκκα Ε., 2014)

3.2.2. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Συνήθως η χρήση κάνναβης προκαλεί αισθήματα ευεξίας, ευφορίας, χαλάρωση, υπνηλία. (Κ. Γρίβας 2014) Άλλες φορές η χρήση κάνναβης προκαλείται αρνητικά συναισθήματα : επηρεάζεται η ισορροπία του σώματος, μειώνονται οι αντιδράσεις ψυχικές και σωματικές σε σύνθετες σκέψεις εμφανίζεται ελάττωση της μυϊκής δύναμης, σταθερότητας των χεριών. Η χρήση μαριχουάνας επιφέρει ξηροστομία, αύξηση όρεξης, ενίσχυση αφής, γεύσης, όσφρησης. Η χρήση μεγαλύτερων δόσεων συνοδεύονται από παραισθήσεις – παρανοϊκές ιδέες – αλλοίωση αντίληψης διανοητική σύγχυση – αποδιοργάνωση της σκέψης – την αρχική ευφορία αντικαθιστά, ανησυχία μέχρι πανικό. (Ν. Καλλιακμάνης 2016)

Η ενέργεια της κάνναβης στην συμπεριφορά του χρήστη εξαρτάται από την δοσολογία, οδό χορήγησης, περιβάλλον, εμπειρία αλλά και προσδοκίες του χρήστη, όπως και την ευαισθησία του ατόμου. (Κ. Γρίβας 2014)

Η μακροπρόθεσμη και συστηματική χρήση κάνναβης επιδρά στις λειτουργίες του εγκεφάλου με εμφάνιση απάθειας, αποχαύνωσης, εξασθένηση μνήμης, συγκέντρωσης, μείωση των φυσιολογικών αντανακλαστικών – διαταραχή προσοχής. (Ν. Καλλιακμάνης 2016)

Το παραπάνω συνοδεύονται από αδιαφορία για την εμφάνιση του χρήστη και των καθημερινών αναγκών του (σύνδρομο έλλειψης κινήτρων). Το καλό είναι ότι

διακοπή της χρήσης κάνναβης μπορεί να οδηγήσει σε σταθερή βελτίωση του συνδρόμου αυτού.

Η φυσική εξάρτηση του χρήστη από την κάνναβη δεν έχει σαφώς αποδειχτεί, αλλά βέβαιη είναι ότι η χρήση μαριχουάνας / χασίς δημιουργεί ψυχολογική εξάρτηση που καταλήγει σε επαναλαμβανόμενη χρήση.

Σε νεαρά άτομα με υπόστρωμα ψυχικών διαταραχών η χρήση κάνναβης συμβάλλει στην εκδήλωση ψυχωσικών επεισοδίων και αύξηση υποτροπών και ψυχικές διαταραχές. Επίσης η χρήση κάνναβης αυξάνει της πιθανότητες χρήσης και άλλων παράνομων ουσιών. (N. Καλλιακμάνης 2016)

Μετά από χρήση μεγάλων δόσεων κάνναβης έχει εμφανιστεί σύνδρομο στέρησης (ευερεθιστικότητα, ανησυχία, νευρική κατάσταση, ελάττωση όρεξης, σωματικού βάρους, αϋπνία, τρόμος, πυρετός. Τα συμπτώματα είναι ήπια και διαρκούν 4 – 5 ημέρες.

Η χρήση κάνναβης επιφέρει μέτρια ανοχή (ανάγκη κατανάλωση ολοένα και μεγαλύτερων δόσεων για την δημιουργία των αρχικών επιδράσεων της ουσίας).

Εδώ και 60 χρόνια απαγορεύτηκε η χρήση της κάνναβης για ψυχαγωγικούς σκοπούς διεθνώς. Σήμερα ορισμένα κράτη της Ευρώπης και κάποιες πολιτείες της Αμερικής επιτρέπουν την χρήση της για ιατρικούς σκοπούς (πρόσφατα τέθηκε το ζήτημα και στη χώρα μας). Επίσης σε κάποιες χώρες (Ολλανδία) επιτρέπεται η χρήση και για ψυχαγωγικούς σκοπούς μέσα όμως σε αυστηρά καθορισμένα πλαίσια.

Στη χώρα μας, η κάνναβη της ποικιλίας *Cannabis sativa* (κλωστική κάνναβη) καλλιεργούνταν για αιώνες για την παραγωγή σκοινιών και υφασμάτων. Είναι χαρακτηριστικό ότι, μέχρι το 1957, οπότε με νόμο απαγορεύθηκε η καλλιέργεια του φυτού, λειτουργούσαν στην Ελλάδα επτά κανναβουργεία που επεξεργάζονταν την ίνα για τη δημιουργία σκοινιών.

3.2.3 ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΡΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΝΝΑΒΗ

Τα κυριότερα προϊόντα της κάνναβης, που χρησιμοποιούνται ως ναρκωτικά είναι η μαριχουάνα και το χασίς

3.2.3.1. ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑ

Πρασινωπό μείγμα αποξηραμένων τμημάτων από το φυτό ολόκληρο. Παρατηρήσεις και πειραματικά δεδομένα έχουν δείξει ότι το κάπνισμα της μαριχουάνας είναι πιο τοξικό από το κάπνισμα του κοινού τσιγάρου

Σήμερα είναι γνωστό ότι 6.000 ίδιες χημικές ουσίες υπάρχουν στον καπνό της μαριχουάνας όπως και στον καπνό του τσιγάρου. Το τσιγαριλίκι κάνναβης περιέχει 50% περισσότερες τοξίνες σε σχέση με το τσιγάρο. (Ν. Καλλιακμάνης 2016)

Το χρόνιο κάπνισμα κάνναβης προκαλεί συμπτώματα βρογχίτιδας (παραγωγή πτύελων, παραγωγικό βήχα, δύσπνοια)

Πειραματικές παρατηρήσεις αναφέρουν ότι η μαριχουάνα επηρεάζει το p53 γονίδιο το οποίο θεωρείται ογκοκατασταλτικό γονίδιο. (Ν. Καλλιακμάνης 2016)

Μακροχρόνια χρήση μαριχουάνας προκαλεί αλλοιώσεις στην ανατομική και λειτουργικότητα του εγκεφάλου του χρήστη όπως διαταραχές μνήμης, προβλήματα μάθησης, κοινωνικής συμπεριφοράς όπως και προδιάθεση προς εμφάνιση ψυχικών παθήσεων. Το κάπνισμα 2 – 7 τσιγαρέτων την εβδομάδα αναφέρεται ότι προκαλεί μείωση του αριθμού των φυσιολογικών χρωμοσωμάτων του χρήστη περίπου στο 1/3. Καθημερινή χρήση, προκαλεί αλλοιώσεις στο 5 -12 συνολικά των χρωμοσωμάτων.

3.2.3.2. ΧΑΣΙΣ

Σκουρόχρωμο αποξηραμένο ρετσίνι που βγαίνει από άνθη, άκρες κλαδιών. Περιέχει 5 – 12% THC. Προέρχεται από την cannabis indica (ινδική κάνναβη). Είναι συμπυκνωμένο στερεό παρασκεύασμα που προέρχεται κυρίως από το φυτό μαζί με φύλλα φυτού – ρητίνη του φυτού. (Κ. Γρίβας 2014)

Ετυμολογικά προέρχεται από την λατινογενή λέξη «assacin» που σημαίνει δολοφόνος. Η λέξη συνδέεται με την μουσουλμανική στρατιωτική θρησκευτική αίρεση των Ασσασίνων (Hash Shashin). Οι Ασσασίνοι που έδρασαν τον 14^ο αιώνα παρασκεύαζαν από κάνναβη χασίς και το προμήθευαν στους πιστούς τους δολοφόνους, όταν ήθελαν να δολοφονηθούν από αυτούς άτομα για πολιτικούς ή θρησκευτικούς λόγους. (Ν. Καλλιακμάνης 2016)

Το χασίς, προκαλεί διέγερση, ευφορία ή κατάθλιψη, αυτοπεποίθηση και ευθυμία, αυξάνει τη φαντασία και προκαλεί ψευδαισθήσεις οπτικές, ακουστικές και απτικές, παραμορφώνει την αίσθηση του χώρου, διαταράσσει την συνείδηση και συνήθως προκαλεί βαθύ ύπνο.

Η χρήση μαριουάνας / χασίς προκαλεί καρδιακές αρρυθμίες, μεταβολές της αρτηριακής πίεσης.

Κατανάλωση 5 τσιγάρων μαριουάνας / χασίς την εβδομάδα ισούται με κατανάλωση 20 κοινών τσιγάρων την ημέρα.

Οι επιδράσεις της κάνναβης εμφανίζονται μέσα σε ολίγα λεπτά μετά το κάπνισμα. Με υψηλές συγκεντρώσεις εντός 7' - 10' και μέγιστο βαθμό 30' - 60'. Τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν από την χρήση ενός και μόνου τσιγάρου δεν διαρκούν πάνω από 3 ώρες (εξαρτάται από την συγκέντρωση ουσίας στο αίμα). (N. Καλλιακμάνης 2016)

3.2.4 Η ΧΡΗΣΗ ΚΑΝΝΑΒΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πανελλήνιας έρευνας του ΕΠΨΥ που έγινε σε μαθητές λυκείου (16 ετών) και δημοσιεύτηκε το 2016, η κάνναβη αποτελεί την πλέον διαδεδομένη παράνομη ουσία χρήσης στους 16χρονους μαθητές.

Περισσότεροι από ένας στους τρεις 16χρονους μαθητές (36,5%) θεωρούν ότι είναι «ακίνδυνη» η δοκιμή κάνναβης (απάντησαν στην σχετική ερώτηση Ακίνδυνο ή Ελαφρύς κίνδυνος). Σχεδόν ένας στους 4 (23,0%) θεωρεί «ακίνδυνη» την περιστασιακή χρήση κάνναβης, ενώ ένας στους 13 (7,8%) θεωρεί «ακίνδυνη» τη συστηματική της χρήση. Σε υψηλότερο ποσοστό τα αγόρια από ότι τα κορίτσια θεωρούν «ακίνδυνη» τη χρήση κάνναβης. Το 2015 σημαντικά υψηλότερο ποσοστό μαθητών θεωρούν «ακίνδυνη» τη χρήση κάνναβης συγκριτικά με το 2011 και το 2007. (Κοκκέβη Α, Φωτίου Α. etc. (2016). Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (16χρονοι) – Έρευνα ESPAD 2015, ΕΠΨΥ).

Η χαλάρωση των αντιλήψεων για τους κινδύνους από τη χρήση κάνναβης διαχρονικά χαρακτηρίζει εξίσου αγόρια και κορίτσια καθώς και όλα τα γεωγραφικά στρώματα.

Ένας στους 11 μαθητές (9,1%) αναφέρει χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή. Διπλάσιο ποσοστό αγοριών (12,4%) από ότι κοριτσιών (5,8%) αναφέρουν χρήση κάνναβης, ενώ δεν παρατηρούνται διαφορές μεταξύ των τριών γεωγραφικών στρωμάτων. Δεν παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές στο ποσοστό χρήσης κάνναβης την τελευταία δετία, ενώ την 12ετία 2003-2015 παρατηρείται προοδευτική

τάση αύξησης από τετραετία σε τετραετία, ώστε το 2015 να υπάρχει σχεδόν διπλάσιο ποσοστό 16χρονων που αναφέρουν χρήση κάνναβης συγκριτικά με το 2003. (Κοκκέβη Α, Φωτίου Α. etc. (2016). Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (16χρονοι) – Έρευνα ESPAD 2015, ΕΠΨΥ.)

3.3 ΟΠΙΟΥΧΑ - ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Τα "οπιούχα" ναρκωτικά προέρχονται από το όπιο και διακρίνονται σε φυσικά (μορφίνη, κωδεΐνη, κ.α) και σε ημισυνθετικά (ηρωΐνη, διυδρομορφινόνη). Τα "οπιοειδή" είναι μια γενικότερη κατηγορία ναρκωτικών ουσιών στην οποία περιλαμβάνονται τα "οπιούχα", αλλά και συνθετικές ουσίες που παρουσιάζουν φυσιολογική δράση ανάλογη με εκείνη των οπιούχων και χαρακτηρίζονται ως ναρκωτικά αναλγητικά (μεθαδόνη, πενταζοκίνη, διφαινοξυλάτη, φαιντανύλη, πεθιδίνη, κ.α.). (Α. Δαβαρούκας, Γ. Σουρέτης, 1981, σ. 26.) Κοινό χαρακτηριστικό των "οπιοειδών" κάθε τύπου είναι ότι όλα "συνδέονται" με τους ονομαζόμενους "υποδοχείς οπιοειδών" των κυττάρων του κεντρικού νευρικού συστήματος.

3.3.1. ΟΠΙΟ: ΙΣΤΟΡΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΑ-ΔΡΑΣΗ

Όπιο, κοινώς αφιόνι, ονομάζεται ο αποξηραμένος γαλακτώδης χυμός (ρητίνη) που προέρχεται από την παπαρούνα μήκων η υπονόφος (OKANA <http://www.okanampa.gr/parartimata/anthologio-psuxodrastikwn-ousiwn>)

Η καλλιέργεια του οπίου ξεκινά από την Νεολιθική εποχή. Οι Σουμέριοι, οι Ασσύριοι, οι Αιγύπτιοι, οι Έλληνες, οι Ρωμαίοι και οι Άραβες έκαναν εκτενή χρήση του οπίου που την εποχή εκείνη ήταν το πιο διαδεδομένο παυσίπονο, επιτρέποντας ακόμη την περάτωση διαφόρων μικρών εγχειρήσεων. Το όπιο σε συνδυασμό με κώνειο χρησιμοποιούνταν για να αποφέρει άμεσο και ανώδυνο θάνατο.

Η παπαρούνα του οπίου είναι και η πηγή των οπιοειδών, που περιλαμβάνουν το όπιο, τη μορφίνη, την ηρωΐνη και κωδεΐνη. Τα οπιοειδή αξιολογήθηκαν σε μεγάλο βαθμό από αρχαιοτάτων χρόνων για την ικανότητα τους να ανακουφίζουν τον πόνο και να προκαλούν αίσθηση ευφορίας. Πήλινες σουμεριακές πλάκες που χρονολογούνται περίπου στο 4000 π.Χ. αναφέρονται στην παπαρούνα του οπίου.

Οι Αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποιούσαν όπιο τόσο για τα ψυχαγωγικά όσο και για τα θεραπευτικά του αποτελέσματα. Ο Έλληνας γιατρός Γαληνός του 2ου αιώνα μ.Χ., αυθεντία της Ιατρικής, χορηγούσε όπιο για να καταπραΐνει τους πονοκεφάλους, τις

ασθένειες της χοληδόχου κύστης, τους κολικούς και τις πέτρες στα νεφρά ή ακόμη για να ανακουφίζει τους ασθενείς που παρουσίαζαν δύσπνοια, άσθμα και καρδιακή ανεπάρκεια.

Στη Μεσόγειο είναι γνωστό ότι έδιναν στα μικρά παιδιά όπιο προκειμένου να σταματήσουν το κλάμα και να κοιμηθούν. Στον εικοστό αιώνα ήταν ακόμα κοινή πρακτική στη νότια Ιταλία, σε περίπτωση αϋπνίας ή ανησυχίας των παιδιών, να τους δίνουν μια πιπίλα από κουρέλι βουτηγμένη σε χυμό παπαρούνας (Paragna), ή άγριο μαρούλι (lattuchiedde). Ακόμη και στην αρχαία Αίγυπτο ήταν μια διαδεδομένη πρακτική του ύπνου στα μωρά μέσα από την χρήση οπιούχων, όπως ο χυμός από άγριο μαρούλι. (Τσαρούχας 1997)

Η χρήση του ακατέργαστου οπίου συνεχίστηκε έως τον 19ο αιώνα οπότε τη θέση του πήρε η μορφίνη και τα παράγωγα της που μπορούσαν πλέον να χορηγηθούν σε ακριβή δόση. Την ίδια περίοδο (1840-1842) ξεσπά ο πόλεμος του οπίου μεταξύ Κίνας και Αγγλίας στον οποίο επικράτησαν οι Άγγλοι και πέτυχαν την υπογραφή της συνθήκης του Νανκίν σύμφωνα με την οποία άνοιξαν πολλά λιμάνια για το ευρωπαϊκό εμπόριο, κι έτσι άνοιξαν οι πύλες της Κίνας στους δυτικούς. Εκτός όμως από τον πόλεμο αυτό έγινε και δεύτερος πόλεμος του οπίου στα 1856-1860 μεταξύ Αγγλογάλλων και Κίνας.

Ο 19ος αιώνας κέρδισε το τίτλο του ως "Ο παράδεισος του ναρκομανή", γιατί τα οπιοειδή ήταν φθηνά, νόμιμα και ευρέως διαθέσιμα. (Brecher, 1972) Πολλά άτομα κατά τον 19ο αιώνα βασίζονταν στα οπιοειδή ως αναλγητικά. Ιατροί και φαρμακοποιοί συνταγογραφούσαν ένα είδος αναψυκτικού που ονομαζόταν λάβδανο, ένα μείγμα οπίου και αλκοόλ ως μέσο αντιμετώπισης για πολλά προβλήματα φυσιολογικής και ψυχολογικής μορφής. Το λάβδανο ανακούφιζε τον πόνο και έκανε το χρήστη να ανακουφίζεται, να χαλαρώνει από τα προβλήματα του χωρίς όμως να τα λύνει. Επειδή μια αρκετά μεγάλη δόση του λάβδανου ήταν θανατηφόρα, ήταν ευρέως διαδεδομένο στις αυτοκτονίες του 19ου αιώνα στην Αγγλία. (Clarke, 1985)

Στις αρχές του 20ού αιώνα, τόσοι πολλοί Αμερικανοί στρατιώτες είχαν εθιστεί στα οπιοειδή, που το 1914 το Αμερικανικό Κογκρέσο πέρασε το νομοσχέδιο του Χάρισον, απαγορεύοντας την μη ιατρική τους χρήση.

Η παπαρούνα που παράγει το όπιο ευδοκιμεί σε αρκετές χώρες. Στη Νότιο Αμερική έχει απαγορευθεί η καλλιέργειά του και μόνο για συγκεκριμένους λόγους υπάρχει σε μεμονωμένα ιδρύματα. Οι μεγαλύτερες οπιοκαλλιέργειες βρίσκονται σε

χώρες της Μέσης Ανατολής, της κεντρικής και νοτιοανατολικής Ασίας (Αφγανιστάν, Πακιστάν Ινδία, Ιαπωνία) την Τουρκία καθώς και σε ορισμένες χώρες της Βαλκανικής (Βουλγαρία, Πρώην Γιουγκοσλαβία) και σε πολλές χώρες της αμερικανικής ηπείρου. Οι χώρες αυτές προμηθεύουν όπιο σε φαρμακευτικά εργαστήρια αλλά πολύ συχνά πωλείται και στη μαύρη αγορά. Το όπιο της φαρμακοβιομηχανίας προέρχεται αποκλειστικά από την Εγγύς Ανατολή και κυρίως από τη Σμύρνη, ενώ τα προϊόντα της Άπω Ανατολής (όπιο των καπνιστών) έχουν ποικίλη σύνθεση, ανάλογα με την προέλευσή τους. Το όπιο της φαρμακοποιίας είναι το όπιο περιεκτικότητας 10% σε μορφίνη το οποίο έχει ληφθεί με κατάλληλη αραίωση.

Τα θέματα σχετικά με τη διάθεση και την κυκλοφορία του οπίου διέπονται από τη νομοθεσία περί μονοπωλίου των ναρκωτικών. Σύμφωνα με πρόσφατο νόμο που ψηφίστηκε στο Αφγανιστάν (2005), τη μεγαλύτερη οπιοπαραγωγό χώρα, το όπιο υπόκειται σε δραστικούς ελέγχους που αφορούν στην παραγωγή τη μεταφορά και τη διακίνησή του. (<https://el.wikipedia.org/wiki/opio>)

Το όπιο περιέχει περίπου 25% αλκαλοειδή, ενώ μεταξύ αυτών έχει περιεκτικότητα περίπου 10~12% σε μορφίνη, από την οποία εξαρτάται η φαρμακολογική επενέργεια του. Η χημική επεξεργασία της μορφίνης παράγει την ηρωίνη που διακινείται στο παράνομο εμπόριο ναρκωτικών. Περιέχει επίσης κωδεΐνη και άλλα μη ναρκωτικά αλκαλοειδή όπως παπαβερίνη θηβαΐνη και νοσκαπίνη. Το όπιο και τα παράγωγά του αποτελούν ναρκωτικές ουσίες που πάντα προκαλούν σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Σκευάσματα από όπιο (αφέψημα, σκόνη, εκχύλισμα) χρησιμοποιούνται ως αντιδιαρροϊκά και παυσίπονα φάρμακα. Η παραγωγή του οπίου καθορίζεται ποσοτικά σύμφωνα με διεθνές σχέδιο. (<https://el.wikipedia.org/wiki/opio>)

3.3.2. ΜΟΡΦΙΝΗ

Στις αρχές του 18ου αιώνα στη Γερμανία, ο φαρμακοποιός Friedrich Wilhelm Adam Sertürner κατάφερε να απομονώσει ένα συστατικό του οπίου, που το ονόμασε «μορφίνη» από τον Μορφέα, θεό των ονείρων στην αρχαία Ελλάδα επειδή προκαλούσε μια κατάσταση ευτυχισμένης ανεμελιάς. Η χρήση της μορφίνης άρχισε να διαδίδεται το 1853. (<http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,98,0,0,1,0>)

Το 1852, ο Dr Marshall D. Gates Jr. ήταν ο πρώτος που παρασκεύασε συνθετικά τη μορφίνη. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε ευρέως για την ανακούφιση από τον πόνο και ως «θεραπεία» για τον εθισμό από το όπιο και το οινόπνευμα.

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός, ότι κατά τη διάρκεια του αμερικανικού εμφύλιου πολέμου, περισσότεροι από 400.000 στρατιώτες οδηγήθηκαν στη λεγόμενη «ασθένεια του στρατιώτη», δηλαδή εθίστηκαν στη μορφίνη, καθώς τη χρησιμοποιούσαν ευρέως.

Αργότερα όμως, ανακαλύφθηκε ότι η μορφίνη ήταν περισσότερο εθιστική από τις παραπάνω ουσίες, για αυτό και περιορίστηκε η χρήση της.

Σήμερα, η μορφίνη, η κωδεΐνη και το συνθετικό οπιούχο Demerol συνταγογραφούνται συχνά για να ανακουφίσουν τον οξύ πόνο. Η ευφορική και αναλγητική επίδραση των οπιοειδών οφείλεται στη σύναψη τους με τους ενδορφινικούς υποδοχείς, οι οποίοι χρησιμοποιούνται για να εμποδίζουν τα ερεθίσματα του πόνου και να διεγείρουν τα κέντρα ευχαρίστησης του εγκεφάλου. (Levinthal, 1988)

Επίσης, η μορφίνη χρησιμοποιείται στην ιατρική εκτός από ισχυρό παυσίπονο και ως αναισθητικό και αντιβηχικό.

Η μορφίνη ανήκει στην κατηγορία των οπιούχων αναλγητικών εξαρτησιογόνων ουσιών. Στην αρχική της μορφή είναι λευκή (αν και πολλές φορές την παραλλάζουν με διάφορα άλλα χρώματα, κρυσταλλική σκόνη) άοσμη και με πικρή γεύση. Κυκλοφορεί με μορφή δισκίων και σε ενέσιμες αμπούλες. Η μορφίνη, όταν είναι σε στέρεα μορφή, διαλύεται στο νερό και χορηγείται στον οργανισμό υποδόρια, αλλά και ενδοφλέβια.

Η μορφίνη δρα κυρίως στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και εκλεκτικά στα κέντρα του πόνου, του βήχα και της αναπνοής. Η διάρκεια δράσης της ουσίας στον οργανισμό είναι περίπου 8 ώρες, όπου το άτομο έχει ένα αίσθημα ευφορίας και ανακούφισης γενικά. (<https://www.galinos.gr/web/drugs/main/nomcodes/04.11>)

Μετά τη δράση της μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα, όπως: αναπνευστική καταστολή, υπνηλία, ψυχοκινητική επιβράδυνση, κακή άρθρωση της ομιλίας, μειωμένη συγκέντρωση ή μνήμη, μειωμένη κρίση. (Α. Καραγιάννης 2013)

Μετά την εκτεταμένη χρήση της ουσίας εμφανίζονται στο άτομο σωματικά συμπτώματα, όπως: απώλεια βάρους, εξαφάνιση της σφριγηλότητας του δέρματος, λεύκανση της τρίχας, τριχόπτωση, ξηρά και εύθραυστα νύχια.

Η χρήση της μορφίνης προκαλεί ανοχή και εξάρτηση, τόσο σωματική, όσο και ψυχολογική. (Α. Καραγιάννης 2013) Η εξάρτηση από τη μορφίνη εμφανίζεται μετά από μια περίοδο συχνής χρήσης. Είναι μια περίπλοκη κατάσταση της υγείας, η οποία σχετίζεται με κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες και έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. Τα βασικά στοιχεία της εξάρτησης από τη μορφίνη είναι: η ισχυρή επιθυμία για λήψη της ουσίας, η δυσκολία στον έλεγχο της συμπεριφοράς μετά τη λήψη (ανησυχία, ευερεθιστικότητα κ.ά.) και η επιθυμία για μεγαλύτερες δόσεις για να επιτευχθούν τα αποτελέσματα που προηγουμένως δημιουργούνταν με μικρότερες (ανοχή). (Α. Καραγιάννης 2013)

Επίσης, το άτομο αδιαφορεί για τις προηγούμενες δραστηριότητές του και τα ενδιαφέροντά του και συνεχίζει να κάνει χρήση, παρά τις εμφανείς βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία του.

Το στερητικό σύνδρομο αρχίζει να εμφανίζεται μόλις λίγες ώρες (6- 12) από τη χρήση. Αρχικά, εμφανίζονται κάποια ήπια συμπτώματα όπως δακρύρροια, ρινόρροια, χασμουρητά, εφίδρωση και διαταραχές του ύπνου. Καθώς όμως το σύνδρομο εξελίσσεται, εμφανίζονται κάποια επιπρόσθετα δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα όπως αϋπνία, διάρροια, διεσταλμένες κόρες, ανορεξία, ανατριχίλα, τάση για εμετό, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυπαλμία και πόνοι στο σώμα.

Ταυτόχρονα, εμφανίζονται και ψυχολογικά συμπτώματα όπως: έντονο άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, παράνοια, αμνησία.

Η αδυναμία λήψης τροφής και υγρών, ο εμετός, η εφίδρωση και η διάρροια, οδηγούν το άτομο σε ελάττωση του βάρους του και αφυδάτωση, βάζοντας έτσι σε κίνδυνο την υγεία του.

Επίσης, η υπερβολική δόση, αλλά και ο συνδυασμός της μορφίνης με άλλες ουσίες (όπως αλκοόλ, ηρεμιστικά, αμφεταμίνες κ.ά.), είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα, καθώς μπορούν να προκαλέσουν ακόμα και θάνατο.

Στις σημαντικές επιπτώσεις που έχει η χρήση μορφίνης στην υγεία, συγκαταλέγονται: ο υψηλός κίνδυνος αιφνίδιων θανάτων (όταν γίνεται ενέσιμη χρήση) και ο αυξημένος κίνδυνος αιματογενών μολύνσεων (όπως ο ιός HIV και η ηπατίτιδα Β και C), που οφείλονται στη χρήση της ίδιας βελόνας και γενικά, στη μη τήρηση των κανόνων υγιεινής. (<http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,98,0,0,1,0>)

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων που είναι εξαρτημένα από τα οπιοειδή είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Καμία θεραπεία δεν είναι το ίδιο αποτελεσματική για όλους. Τα άτομα που απευθύνονται σε θεραπευτικές δομές, αντιμετωπίζουν διαφορετικούς

κινδύνους και διαφορετικά ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Συνεπώς, οι υπηρεσίες των θεραπευτικών μονάδων ποικίλλουν και προσαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων, τη σοβαρότητα της εξάρτησης, τις προσωπικές συνθήκες, τα κίνητρα και την ανταπόκριση στις παρεμβάσεις. Η αντιμετώπιση της εξάρτησης απαιτεί έναν ισορροπημένο συνδυασμό παρεμβάσεων φαρμακοθεραπείας (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη), ψυχοθεραπείας και ψυχοκοινωνικής επανένταξης. Επομένως, τα άτομα και οι οικογένειές τους μπορούν να απευθυνθούν τόσο σε Στεγνά Θεραπευτικά Προγράμματα, όσο και σε Μονάδες Υποκαταστάτων, προκειμένου να λάβουν την κατάλληλη φαρμακευτική και ψυχολογική βοήθεια. (<http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,98,0,0,1,0>)

3.3.3. ΗΡΩΙΝΗ

Η πρώτη σύνθεση της ηρωίνης, που τότε ονομαζόταν απλώς «διακετυλομορφίνη», έγινε το 1874, απ' τον Τσαρλς Ρόμλι Άλντερ Ράιτ, ένα χημικό με έδρα το νοσοκομείο St. Mary στο Λονδίνο. Έκανε πειράματα με τη μορφίνη (που είχε ανακαλυφθεί το 1806), προσπαθώντας να αποβάλει τις εθιστικές της ιδιότητες.. Παράτησε, όμως, τα πειράματα, γιατί δε θεώρησε ότι είχαν φαρμακευτική αξία. Μετά από 23 χρόνια, ο Φέλιξ Χόφμαν, εργαζόμενος της Μπάγερ, ανακάλυψε ξανά την ηρωίνη, ενώ προσπαθούσε να φτιάξει κωδεΐνη. Παρατήρησε, ότι η νέα ουσία ήταν πολύ πιο δυνατή απ' τη μορφίνη με την υποστήριξη του Χάινρικ Ντρέσερ, διευθυντή των εργαστηρίων της Μπάγερ αποφάσισαν να προχωρήσουν σε περαιτέρω έρευνες. Απ' το 1898, ξεκίνησαν τα πειράματα σε ζώα. Μετά, τα πειράματα συνεχίστηκαν σε ανθρώπους, ανάμεσά τους και ο ίδιος ο Ντρέσερ. Η ηρωίνη πρωτοκυκλοφόρησε ως σιρόπι για τον βήχα από τη φαρμακοβιομηχανία Μπάγιερ και οι δημιουργοί της υπερηφανεύονταν ότι ως φάρμακο δεν ήταν καθόλου εθιστικό. Η ηρωίνη είχε τρομερή επιτυχία. Παρουσιάστηκε στο Κογκρέσο Γερμανών Νατουραλιστών και Ιατρών ως ένα θαυματουργό φάρμακο, που ήταν 10 φορές πιο αποτελεσματικό απ' τη μορφίνη, στην αντιμετώπιση των ασθενειών που «θέριζαν» εκείνη την περίοδο, όπως η πνευμονία και η φυματίωση. Το μοναδικό φάρμακο που χρησιμοποιούνταν ήταν η μορφίνη, η οποία όμως σύντομα αποδείχθηκε φοβερά εθιστική. Ο Ντρέσερ υποστήριζε ότι η Μπάγερ είχε βρει ένα καινούριο φάρμακο, που δεν προκαλούσε εθισμό. (<http://www.mixanitouxronou.gr/h-germaniki-eteria-bayer-kikloforise-tin-iroini-ossiropi-gia-vicha/>)

Το 1889, η διακετυλομορφίνη βγήκε στην αγορά, ως υποκατάστατο της μορφίνης. Πήρε το όνομα ηρωίνη λόγω των «ηρωικών» αποτελεσμάτων της κατά των ασθενειών. Μέσα σε ένα χρόνο, το καινούριο φάρμακο της Μπάγερ είχε «σπάσει τα ταμεία». Πωλούνταν νόμιμα μεταξύ 1898-1913 σε 23 χώρες ως αθώο υποκατάστατο της μορφίνης. Υπολογίζεται ότι παράχθηκε ένας τόνος της ουσίας, μόνο το πρώτο έτος. Η ηρωίνη χρησιμοποιούνταν, όχι μόνο ως σιρόπι για τον βήχα, αλλά και στην αποκατάσταση ναρκομανών, εθισμένων στη μορφίνη. Πολύ γρήγορα, αποδείχτηκε ότι οι δηλώσεις της Μπάγερ περί μη εθισμού, ήταν απολύτως εσφαλμένες. Στην πραγματικότητα, η ηρωίνη είχε πολύ πιο γρήγορη δράση απ' τη μορφίνη κι ήταν πιο εθιστική. Η κυκλοφορία του φαρμάκου, όμως, δε σταμάτησε μέχρι το 1913, όταν πια η κατάσταση είχε γίνει πολύ σοβαρή με δεκάδες χιλιάδες ανθρώπους εξαρτημένους από την ουσία. Η παγκόσμια ποινικοποίησή της θα αργούσε βέβαια ακόμα, αφού σημειώθηκε αργά και προοδευτικά και κράτησε μέχρι τα τέλη της δεκαετία του 1930. (<http://www.mixanitouxronou.gr/h-germaniki-eteria-bayer-kikloforise-tin-iroini-os-siropi-gia-vicha/>)

Η απαγόρευση σε συνδυασμό με τον αριθμό των εξαρτημένων χρηστών παγκοσμίως οδήγησε στην άνθιση του παράνομου εμπορίου οπιοειδών. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '20, τα βασικά παράνομα οπιούχα που χρησιμοποιούνταν ήταν το όπιο και η μορφίνη, αλλά μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, η ηρωίνη διαδόθηκε περισσότερο, καθώς εισαγόταν λαθραία από την Τουρκία μέσω του οργανωμένου εγκλήματος.

Η χρήση της ηρωίνης αυξήθηκε σε όλο τον κόσμο στις δεκαετίες του '60 και του '70, κυρίως (αλλά όχι μόνο) σε περιοχές των ΗΠΑ με έντονα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Με τη διάσπαση του «Γαλλικού Συνδέσμου» στις αρχές της δεκαετίας του '70 (αυτός ήταν ο δρόμος διακίνησης ναρκωτικών της Μαφίας από την Τουρκία στον Λίβανο, τη Μασσαλία και τέλος στη Νέα Υόρκη), δημιουργήθηκαν νέοι δρόμοι διακίνησης στην Άπω Ανατολή.

Υπολογίζεται ότι σήμερα υπάρχουν μισό εκατομμύριο συστηματικοί χρήστες ηρωίνης στις ΗΠΑ με περίπου δύομισι εκατομμύρια Αμερικανούς να παραδέχονται πως έχουν δοκιμάσει το ναρκωτικό αυτό τουλάχιστον μία φορά. Η ηρωίνη (μαζί με το κراك) προκαλεί τα μεγαλύτερα προβλήματα παράνομης χρήσης ναρκωτικών για τα άτομα και τις οικογένειες τους, την τοπική κοινωνία και την κοινωνία ως σύνολο. Σε ολόκληρη την Ευρώπη και μετά την οικονομική κρίση της δεκαετίας του '80 τα

προβλήματα με την ηρωίνη έχουν παγιωθεί. Στη Γερμανία, την Ιταλία, τη Γαλλία, την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Ολλανδία υπάρχουν σημαντικοί πληθυσμοί χρόνιων χρηστών ηρωίνης. Παρά την εικόνα της ευμάρειας και των μυστικών τραπεζικών λογαριασμών, η Ελβετία έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης ηρωίνης στην Ευρώπη, ενώ και η Ρωσία έχει τεράστιο πρόβλημα. (<http://www.healthyliving.gr/2015/11/30/hroinh-xrhsh-parenergeies-exarthsh/>)

Την ηρωίνη μπορεί κάποιος να τη σνιφάρει, να την καπνίσει ή να την πάρει σε ενέσιμη μορφή. Όταν κάποιος τη σνιφάρει, η ηρωίνη απορροφάται στην κυκλοφορία του αίματος μέσω της ρινικής μεμβράνης. Όταν καπνίζεται, οι αναθυμιάσεις εισέρχονται στους πνεύμονες και περνάνε στην κυκλοφορία του αίματος πολύ γρήγορα. Μπορεί να εισαχθεί απευθείας στο αίμα με ενδοφλέβια ένεση, αλλά μερικοί χρήστες προτιμούν να κάνουν την ένεση στους μυς ή στοχεύουν στο λιπώδη ιστό, ακριβώς κάτω από το δέρμα. Όπως και με το κάπνισμα, έτσι και με την ένεση, η δράση είναι άμεση, καθώς δεν χάνεται καθόλου ναρκωτικό πριν μπει στην κυκλοφορία του αίματος.

Τα οπιούχα, όπως είναι η ηρωίνη, είναι αποτελεσματικά παυσίπονα. Όπως και τα καταπραυντικά, καταστέλλουν τη δραστηριότητα του νευρικού συστήματος, επιβραδύνοντας την αναπνοή και τον καρδιακό παλμό, και καταπιέζοντας το αντανακλαστικό του βήχα. Τα οπιούχα αυξάνουν επίσης το μέγεθος συγκεκριμένων αιμοφόρων αγγείων (δημιουργώντας έτσι την αίσθηση της ζεστασιάς) και καταστέλλουν τη λειτουργία του εντέρου (έχοντας συχνά ως αποτέλεσμα τη δυσκοιλιότητα). (Α. Καραγιάννης 2013)

Όταν εισάγεται με ένεση στη φλέβα, τότε όλη η ηρωίνη πηγαίνει μεμιάς στην κυκλοφορία του αίματος. Αυτό μπορεί να εντείνει την αρχική επίδραση με ένα σχεδόν άμεσο, σύντομο ξέσπασμα εξαιρετικά ευχάριστων αισθημάτων. Οι άλλοι τρόποι χρήσης της ηρωίνης προκαλούν λιγότερο έντονα αισθήματα, αν και μετά το κάπνισμα η επίδραση έρχεται πολύ γρήγορα, γιατί ο καπνός διαπερνά αμέσως σχεδόν το αιματοεγκεφαλικό φραγμό.

Η ηρωίνη έχει την πιο γρήγορη δράση απ' όλα τα οπιούχα. Όταν γίνεται χρήση με ένεση, φτάνει στον εγκέφαλο σε 15-30 δευτερόλεπτα. Η ηρωίνη που καπνίζεται φτάνει στον εγκέφαλο σε 7 δευτερόλεπτα περίπου. Το αποκορύφωμα της εμπειρίας με αυτό τον τρόπο διαρκεί το πολύ μερικά λεπτά. Το κύμα της ευχαρίστησης φαίνεται να ξεκινά από την κοιλιακή χώρα. Ένα αίσθημα ζεστασιάς απλώνεται σε όλο το

σώμα. Μετά από μια έντονη ευφορία, ακολουθεί μια περίοδος ηρεμίας, που διαρκεί μέχρι και μία ώρα. Οι έμπειροι χρήστες κάνουν ένεση 2-4 φορές την ημέρα.

Αντί να μπλοκάρει το αίσθημα του πόνου, η ηρωίνη το κάνει πιο υποφερτό, μειώνοντας τις συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι του. Αν και ο χρήστης νιώθει ακόμα τον πόνο, φαίνεται να μην τον πειράζει και τόσο.

Η ηρωίνη προστατεύει το χρήστη από την ψυχολογική επίδραση όχι μόνο του πόνου, αλλά και της πείνας, του φόβου και του άγχους. Αυτή την ανακούφιση από τον πόνο πολλοί άνθρωποι τη νιώθουν ως αίσθημα ικανοποίησης και ευτυχίας. Οι άνθρωποι που αισθάνονται άσχημα για τον εαυτό τους και νιώθουν ότι η ζωή τους δεν έχει νόημα μπορεί να βρουν τη χρήση της ηρωίνης πολύ ελκυστική.

Ακόμα και με δόσεις που προκαλούν αυτά τα αισθήματα, ο χρήστης συνήθως μπορεί να λειτουργήσει ικανοποιητικά. Συνήθως είναι σε θέση να σκέφτεται, να μιλάει και να ενεργεί με λογικό ειρμό. Σε μεγαλύτερες δόσεις αρχίζει η νάρκωση και ο χρήστης νιώθει υπνηλία. Η αρχική εμπειρία της ηρωίνης δεν είναι πάντα ευχάριστη. Μετά από μια ένεση με το ναρκωτικό, ο χρήστης μπορεί να νιώσει άρρωστος και να κάνει εμετό, ειδικά τις πρώτες φορές που κάνει χρήση. (healthyliving.gr/2015)

Παρόλο που η ηρωίνη δεν βλάπτει τα ζωτικά όργανα του σώματος, όπως κάνει το αλκοόλ, ο συστηματικός χρήστης ηρωίνης είναι συχνά άρρωστος τον περισσότερο καιρό, εξαιτίας της κακής διατροφής, του κακού ύπνου, της γενικής παραμέλησης του και πολλών άλλων συνθηκών που είναι συνέπεια της ζωής ενός χρήστη που κάνει ενέσεις (όπως κάνουν οι περισσότεροι συστηματικοί χρήστες).

Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι από λιγότερο σοβαρά, όπως τα αποστήματα στο δέρμα και η δηλητηρίαση του αίματος, μέχρι εκείνα που θέτουν τη ζωή του χρήστη σε κίνδυνο, όπως είναι η ηπατίτιδα και ο ιός HIV. Είτε κάνουν ενέσεις είτε όχι, οι χρήστες ηρωίνης υποφέρουν σε μεγάλο ποσοστό από ασθένειες των πνευμόνων (κυρίως πνευμονία), που προκαλούνται από επαναλαμβανόμενες αναπνευστικές καταστολές, και μειωμένη ανθεκτικότητα στις λοιμώξεις.

Μπορεί επίσης να υπάρχουν μοιραίες αντιδράσεις από τις ουσίες πρόσμειξης, που λαμβάνονται μαζί με την ηρωίνη. Αν και η ηρωίνη σπάνια αραιώνεται με τοξικά χημικά, οι χρήστες πιθανόν να αναπτύξουν αλλεργίες σε μερικά πρόσθετα ή, όπως έχει συμβεί στη Μεγάλη Βρετανία, μερικοί πιθανόν να μολύνονται από επικίνδυνα βακτήρια που ευθύνονται για σοβαρές ή και μοιραίες λοιμώξεις. (healthyliving.gr/2015)

Ο θάνατος από υπερβολική δόση είναι πιο πιθανός σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, π.χ. αν ο χρήστης βρίσκεται υπό την επίδραση και άλλων κατασταλατικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ, τα ηρεμιστικά ή άλλα οπιούχα. Μερικές φορές ο χρήστης μπορεί να χάσει την ανοχή σε ένα οπιούχο, αν διακόψει και ξαναρχίσει. Η αποτυχία να μειώσει τη δόση, όταν ξαναρχίσει, μπορεί να τον οδηγήσει σε υπερβολική δόση και θάνατο. (healthyliving.gr/2015)

Η ηρωίνη μερικές φορές καπνίζεται μαζί με κρακ. Ο συνδυασμός αυτός δημιουργεί ακόμα πιο έντονα ευχάριστη εμπειρία απ' ότι η καθεμιά από αυτές τις ουσίες χωριστά. Τα "speedball" είναι πολύ εθιστικά, εξαιρετικά ακριβά και πολύ επικίνδυνα.

Η σωματική επίδραση της μακροχρόνιας χρήσης της ηρωίνης περιλαμβάνει χρόνια δυσκοιλιότητα και στις γυναίκες ακανόνιστο κύκλο περιόδου. Σε μεγαλύτερες δόσεις μπορεί να επέλθει χρόνια καταστολή, αλλά σε μέτριες δόσεις ο χρήστης μπορεί να λειτουργήσει κανονικά. Οι γυναίκες γενικά παραμένουν γόνιμες, ακόμα και αν πάρουν μεγάλες δόσεις ηρωίνης, και μπορούν να κυοφορήσουν.

Η ηρωίνη είναι εθιστική σε μεγάλο βαθμό. Η επαναλαμβανόμενη χρήση για δύο ή τρεις εβδομάδες οδηγεί συνήθως σε ανοχή, που σημαίνει ότι ο χρήστης πρέπει να πάρει μεγαλύτερη δοσολογία. (Μάλλας Κ. 2002)

Οι χρήστες ανακαλύπτουν ότι πρέπει να αυξήσουν τη δόση και/ή να αλλάξουν μέθοδο χρήσης. Η ενδοφλέβια ένεση μεγιστοποιεί την επίδραση μιας συγκεκριμένης ποσότητας ηρωίνης και προκαλεί μια πολύ πιο έντονη, άμεση εμπειρία. Καθώς αυξάνεται η ανοχή, μπορεί να υπάρχει η τάση να περάσει ο χρήστης από το σνιφάρισμα ή το κάπνισμα στην ένεση. Αυτό μπορεί βραχυπρόθεσμα να ωφελεί οικονομικά, αλλά μακροπρόθεσμα θα είναι πολύ πιο βλαβερό.

Η ανοχή αναπτύσσεται πολύ πιο γρήγορα με την ένεση, γιατί η δόση που έχει αποτέλεσμα είναι μεγαλύτερη, και αυτό απαιτεί μεγαλύτερες ποσότητες και περισσότερα χρήματα. Αν ο χρήστης δεν μπορεί να αυξήσει τη δόση για να ξεπεράσει την ανοχή θα φτάσει σε κάποιο σημείο, που η δόση δεν θα μπορεί να του δημιουργεί την επιθυμητή επίδραση. (Μάλλας Κ. 2002)

Τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου υποχωρούν σε 7-10 μέρες, όμως το αίσθημα αδυναμίας και κακής κατάστασης μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες. Η ξαφνική διακοπή της ηρωίνης σπάνια είναι επικίνδυνη για τη ζωή, και συγκριτικά είναι λιγότερο επικίνδυνη από την αποστέρηση από ουσίες, όπως το αλκοόλ ή τα βαρβιτουρικά. (healthyliving.gr/2015)

Η εμπειρία των συμπτωμάτων στέρησης μπορεί να είναι ένα ισχυρό κίνητρο για τη συνέχιση ή το νέο ξεκίνημα της χρήσης της ηρωίνης, που έχει τότε ως αποτέλεσμα τη σωματική εξάρτηση. Αλλά ακόμα κι όταν υποχωρούν αυτά τα συμπτώματα, πολλοί χρήστες ξαναγυρνούν στην ηρωίνη. Γι' αυτόν το λόγο είναι γενικά αποδεκτό ότι η σωματική εξάρτηση δεν είναι τόσο σημαντική όσο η έντονη ψυχολογική εξάρτηση που μπορεί να αναπτύξει κάποιος με την επίδραση της ηρωίνης και με τη ρουτίνα και τον τρόπο ζωής που έχει ένας συστηματικός χρήστης ηρωίνης. (<http://www.healthyliving.gr/2015/11/30/hroinh-xrhsh-parenergeies-exarthsh/>)

Η χρήση οπιούχων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει ως αποτέλεσμα μικρότερα και ελλιποβαρή μωρά, που είναι πιθανό να έχουν συμπτώματα στερητικού συνδρόμου μετά τη γέννα. Αυτό συνήθως αντιμετωπίζεται με υποστηρικτική θεραπεία (η οποία μπορεί να περιλαμβάνει ή όχι φαρμακευτική αγωγή), μέχρι να κάνει το στερητικό σύνδρομο τον κύκλο του, ωστόσο, αυτό μπορεί να αποβεί μοιραίο, αν δεν υπάρχει ιατρική φροντίδα. (<http://www.healthyliving.gr/2015/11/30/hroinh-xrhsh-parenergeies-exarthsh/>)

Το στερητικό σύνδρομο οπιούχου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί επίσης να προκαλέσει το θάνατο του εμβρύου, οπότε η επιλογή που προτιμάται είναι συνήθως να συνεχίσει η μητέρα (άρα και το έμβρυο) να παίρνει σταθερές δόσεις οπιούχων μέχρι τη γέννηση ή να μειώνεται η δόση αργά, σε ελεγχόμενες συνθήκες. Η κατάλληλη προγεννητική ιατρική φροντίδα μπορεί να ελαχιστοποιήσει τους κινδύνους και για τη μητέρα και για το μωρό. (<http://www.healthyliving.gr/2015/11/30/hroinh-xrhsh-parenergeies-exarthsh/>)

3.3.4. ΚΩΔΕΪΝΗ

Η κωδεΐνη, όπως και τα υπόλοιπα οπιούχα αναλγητικά, προκαλεί αναλγησία καθώς επηρεάζει την αντίληψη και την αντίδραση του οργανισμού στον πόνο. Επίσης αποτελεί άριστο αντιβηχικό καθώς καταστέλλει το αυτοαντανακλαστικό κέντρο του βήχα. Παραδοσιακά η κωδεΐνη χορηγείται από του στόματος ως φωσφορική κωδεΐνη σε σχετικά χαμηλές δόσεις (30 ως 60 mg) για την αντιμετώπιση του βήχα και του πόνου μέτριας έως σοβαρής έντασης. Χαμηλές δόσεις κωδεΐνης συχνά συνδυάζονται με ασπιρίνη και καφεΐνη ή με παρακεταμόλη και καφεΐνη. Η κωδεΐνη χορηγείται και παρεντερικά ως αναλγητικό σε αρκετές περιπτώσεις. Η συνήθης αναλγητική δόση είναι 30 mg κάθε 4 ώρες, ενώ η συνήθης αντιβηχική δόση είναι 5 έως 10 mg κάθε 4

ώρες. (Κουρουνακης Π., Ρεκκα Ε., 2014) Η κωδεΐνη προκαλεί εθισμό και τοξικομανία σαφώς όμως σε μικρότερο βαθμό απ' όσο η μορφίνη. Επίσης μπορεί να προκαλέσει δυσκοιλιότητα και να επηρεάσει το καρδιαγγειακό, το ουροποιητικό και το αναπνευστικό σύστημα. (Π. Κουρουνάκης. 2011)

3.3.5. ΜΕΘΑΔΟΝΗ

Η μεθαδόνη είναι ένα συνθετικό ναρκωτικό αναλγητικό που αναπτύχθηκε στη ναζιστική Γερμανία κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1930. Η παρασκευή νέων συνθετικών αναλγητικών απέβλεπε στην αντιμετώπιση ενδεχόμενης έλλειψης σε ακατέργαστο όπιο κατά τον επικείμενο πόλεμο. Τα νέα αυτά φάρμακα θα χρησιμοποιούνταν σε στρατιωτικούς και αστικούς πληθυσμούς αντί της μορφίνης και άλλων οπιούχων. Κατά το διάστημα 1939-40, η μεθαδόνη δοκιμάστηκε στον γερμανικό στρατό και διαπιστώθηκε ότι η επανειλημμένη χορήγησή της προκαλούσε εξάρτηση με συνέπεια να απορριφθεί η χρήση της (Saxon JA: 2013) Το 1941 οι Bockmühl και Ehrhart κατέθεσαν αίτηση διπλώματος ευρεσιτεχνίας για τη σύνθεση της ουσίας (με το όνομα Hoechst 10820 ή polamidon). Πρέπει να σημειωθεί ότι η χημική δομή της μεθαδόνης διαφέρει σημαντικά από τη δομή της μορφίνης και των άλλων αλκαλοειδών του οπίου.

Το 1947 η μεθαδόνη εισήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες ως αναλγητικό με την εμπορική ονομασία Dolophine από το λατινικό dolor = πόνος). Με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στο Πανεπιστήμιο Rockefeller της Νέα Υόρκης, διαπιστώθηκε η δυνατότητα χρήσης της στη θεραπεία ατόμων εξαρτημένων από ηρωίνη (Dole VP, Nyswander ME: 1967)

Μέχρι σήμερα, η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη (γνωστή ως θεραπευτικό σχήμα Dole - Nyswander) θεωρείται ως η πιο συστηματικά μελετημένη και επιτυχημένη φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση της τοξικομανίας εξαρτημένων από οπιούχα ασθενών. Ωστόσο, η εφαρμογή αυτή έχει τύχει δριμείας κριτικής και έχει δημιουργήσει πολλές παρανοήσεις και πολιτικές αμφισβητήσεις ως προς την αξία της στη θεραπεία των ναρκομανών.

Η δράση της διαρκεί πολύ περισσότερο από της ηρωίνης. Μία δόση είναι αποτελεσματική για τουλάχιστον 24 ώρες, ενώ η ηρωίνη μπορεί να διαρκεί λίγες

μόνο ώρες. Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η μεθαδόνη χορηγείται υπό την μορφή πόσιμου διαλύματος (σιρόπι). (Κουρουνάκης Π. Ρέκκα Ε. 2014)

Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 60 και 120mg, κατά την αρχική φάση. Η δόση αυτή μπορεί κατόπιν να μειώνεται σταδιακά, με αργό ρυθμό, χωρίς τον κίνδυνο εμφάνισης στερητικών φαινομένων.

Όταν η μεθαδόνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης.

Πέραν αυτών επαναφέρει στο φυσιολογικό πολλές λειτουργίες του οργανισμού που έχουν διαταραχθεί από την κατάχρηση ουσιών. Έτσι δίνεται η ευκαιρία να βελτιωθεί η σωματική κατάσταση, η ψυχική υγεία, αλλά και οι κοινωνικές λειτουργίες του ατόμου. (<https://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/therapeutikes-monades-farmakeutikhshs-antimetwpishshs-thshs-eksarthshshs/item/128>)

3.4 ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΔΙΕΓΕΙΡΟΥΝ ΤΟ Κ.Ν.Σ.

3.4.1 . ΚΟΚΑΪΝΗ - ΚΡΑΚ

Η κοκαΐνη, η ουσία την οποία το 1884 ο Σίγκμουντ Φρόιντ χαρακτήρισε ‘μεγαλειώδη’, ήταν άγνωστη στην Ελλάδα έως το 1920. Από τη δεκαετία του ’70 και μετά όμως έλαβε ξεχωριστή θέση στο θανατηφόρο κόσμο των ναρκωτικών. Ονομάζεται το ‘ναρκωτικό των πλουσίων’, καθώς η τιμή της είναι ιδιαίτερα υψηλή, μέχρι και πενταπλάσια από αυτήν της ηρωίνης, και την προτιμούν τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα (πλούσιοι, καλλιτέχνες κ.λπ.) ως μέσο διέγερσης και δημιουργίας ευφορίας. Παρ’ όλα αυτά όμως το συγκεκριμένο ναρκωτικό διαδίδεται με ταχύ ρυθμό σε ενεργές κοινωνικές ομάδες και νέους, με καταστροφικές συνέπειες για την υγεία.

Η κοκαΐνη απομονώθηκε από τα φύλλα του θάμνου *Erythroxylon coca* (ερυθρόξυλο της κόκας), ο οποίος ευδοκimeί σε μεγάλα υψόμετρα της Νότιας και της Κεντρικής Αμερικής. Οι Ισπανοί κατακτητές το 1530 παρατήρησαν ότι οι Ίνκας, πιθανότητα οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν φύλλα κόκας, τα μασούσαν ανάμεικτα με κομματάκια ασβεστόλιθου ή στάχτες για ευχαρίστηση ή για να αντέξουν τις δύσκολες εργασίες, την πείνα και τη δίψα. (<https://www.notodrugs.gr/drugfacts /cocaine /a->

short-history.html) Το μάσημα των φύλλων συνεχίζεται ακόμα στην Κολομβία, το Περού, τη Βολιβία, τον Ισημερινό ακόμα και από τους τουρίστες, καθώς βοηθά στην αντιμετώπιση της νόσου του μεγάλου υψομέτρου.

Ο πρώτος που απομόνωσε την κοκαΐνη στην κρυσταλλική μορφή της από τα φύλλα του ερυθρόξυλου της κόκας ήταν ο Γερμανός χημικός Wohler το 1858· διαπίστωσε επίσης ότι προκαλεί αναισθησία στο βλεννογόνο της γλώσσας.

Το 1884 η κοκαΐνη χρησιμοποιήθηκε στην οφθαλμολογία ως αναισθητικό του κερατοειδούς και του επιπεφυκότος κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων. Παρατηρήθηκε ότι εκτός από αναισθησία στους βλεννογόνους προξενεί και τοπική σύσπαση των αγγείων, περιορίζοντας την αιμορραγία στις χειρουργικές επεμβάσεις, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιηθεί σε επεμβάσεις της μύτης, του φάρυγγα και του λάρυγγα. (<https://www.newsbeast.gr/world/arthro/784951/narkotika-pou-den-tha-pisteuete-oti-itan-nomima>)

Η πιο διαδεδομένη όμως χρήση της κοκαΐνης το 19ο αιώνα ήταν στην ψυχιατρική. Διαθέσιμη σε πολλές μορφές, ακόμα και διαλυμένη στο κρασί τη συνταγογραφούσαν ψυχίατροι και ψυχολόγοι ως φάρμακο για την κατάθλιψη, αλλά και ως θεραπεία για τον εθισμό στο εξαιρετικά ισχυρό οπιούχο μορφίνη. Η χρήση της έφτασε μάλιστα να επεκταθεί και ως γιατρικό για την ίωση και τον βήχα, ενώ όπως είναι γνωστό την περιείχε ακόμα και η πρώτη μυστική φόρμουλα του γνωστού αναψυκτικού Coca-Cola. Ως ναρκωτική ουσία άρχισε να χρησιμοποιείται από τις αρχές του 20ού αιώνα όμως παρά το γεγονός ότι αρκετές ευρωπαϊκές χώρες άρχισαν να την απαγορεύουν σταδιακά, σπανίως διωκόταν η χρήση της πριν από τη δεκαετία του 1970. (<https://www.newsbeast.gr/world/arthro/784951/narkotika-pou-den-tha-pisteuete-oti-itan-nomima>)

Η υδροχλωρική κοκαΐνη (C₁₇H₂₁NO₄) είναι ναρκωτική ουσία που διεγείρει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Πρόκειται για μια λευκή κρυσταλλική σκόνη που εισπνέεται από τη μύτη ως πρέζα, καταπίνεται μαζί με νερό ή λαμβάνεται με ένεση από τους χρήστες. (:<https://www.news247.gr/epistimi/pos-epidra-i-kokaini-ston-anthropino-organismo.6306303.html>)

Στην πρώτη περίπτωση απορροφάται γρήγορα από το ρινικό βλεννογόνο και εισέρχεται στο αίμα και από εκεί στον εγκέφαλο, όπου αλληλεπιδρά με την

ντοπαμίνη, χημική ουσία που δρα ως νευροδιαβιβαστής και σχετίζεται με το αίσθημα της ευχαρίστησης και την κινητικότητα.

Η ενδοφλέβια ένεση κοκαΐνης ή συνδυασμού κοκαΐνης και ηρωΐνης μπορεί να προκαλέσει άμεσο θάνατο, λόγω υπερβολικής δόσης ή νοθευμένων ουσιών.

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΕ, η κοκαΐνη 'διεισδύει' στις κοινωνικά ενεργές ομάδες και υπολογίζεται ότι άτομα ηλικίας 16-34 ετών (ποσοστό 1-6%), καθώς και μαθητές (ποσοστό 1%-2%) έχουν δοκιμάσει τη συγκεκριμένη ουσία τουλάχιστον μία φορά. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι τα ποσοστά για τους εργαζόμενους νέους στα αστικά κέντρα είναι μεγαλύτερα, ενώ σοβαρά προβλήματα έχουν παρουσιαστεί από το κάπνισμα crack κυρίως σε γυναίκες που ασκούν επαγγέλματα σχετικά με το σεξ. (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας 2010, Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη, Ετήσια Έκθεση 2010)

Το 'κρακ' (crack) προκύπτει από την επεξεργασία της υδροχλωρικής κοκαΐνης με κάλιο και αιθέρα το οποίο ο χρήστης καπνίζει μαζί με μαριχουάνα ή θερμαίνει και εισπνέει τον καπνό του. Το όνομά του οφείλεται στο χαρακτηριστικό ήχο που προκαλεί κατά τη διάρκεια του καπνίσματος. Επιδρά άμεσα στον εγκέφαλο, δημιουργώντας έντονες ηχητικές και οπτικές παραισθήσεις και είναι ισχυρό εξαρτησιογόνο, δεδομένου ότι ακόμα και μία μόνο χρήση ενδέχεται να προξενήσει εξάρτηση. Ο χρήστης αυξάνει συνεχώς τη δόση, ενώ υπερβολική δόση οδηγεί σε παραλήρημα, κώμα και παράλυση με κατάληξη το θάνατο (<https://www.notodrugs.gr/drugfacts/crackcocaine.html>).

Υπό την επίδραση μέσης δοσολογίας κοκαΐνης (περίπου 10-25 χιλιοστά του γραμμαρίου ενδοφλεβίως ή 100 από τη μύτη) προκαλείται ταχυκαρδία, αύξηση των παλμών κατά 30-50% και της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 10-15%. Ο S. Freud υποστηρίζει ότι παρατηρείται μεγάλη ποικιλία στις σωματικές και τις ψυχικές εκδηλώσεις, ανάλογα με το χρήστη. Το άτομο στην αρχή είναι εύθυμο, δραστήριο, δεν νιώθει κούραση, ενώ έχουν διαπιστωθεί ανησυχία, νευρικότητα, εριστικότητα και άγχος. (<http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,32,0,0,1,0>). Μεγάλες δόσεις κοκαΐνης και μακροχρόνια χρήση ενδέχεται να οδηγήσουν σε χρόνια δηλητηρίαση και ψυχωτικά επεισόδια. Πολλές φορές έχουν αναφερθεί κοκαϊνική ψύχωση, με διωκτικό παραλήρημα (το άτομο καταλαμβάνεται από πανικό ότι καταδιώκεται και δεν μπορεί να ξεφύγει), οπτικές αλλά και απτικές ψευδαισθήσεις (αίσθημα ότι το σώμα

καλύπτεται από έντομα κ.ά.). (:<https://www.news247.gr/epistimi/pos-epidra-i-kokainiston-anthropinoorganismo.6306303.html>).

Η μακρά ή η εκτεταμένη χρήση έχει ως συνέπεια επίσης την ανάπτυξη χρόνιας φλεγμονής του βλεννογόνου της μύτης, έλκη και ιστική νέκρωση, με κατάληξη τη διάτρηση του ρινικού διαφράγματος.

Η κοκαΐνη συνδέεται και με καρδιακά προβλήματα, όπως χαοτικοί καρδιακοί ρυθμοί και αύξηση της πίεσης, ενώ έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις καρδιακών επεισοδίων και θανάτων.

Καθώς η ουσία προκαλεί ανορεξία, χρόνιοι χρήστες ίσως αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την απώλεια βάρους και τον υποσιτισμό.

Η ανάμειξη οιοπνεύματος και κοκαΐνης είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη, διότι παράγεται κοκαϊθυλένιο, που αποτελεί ισχυρή τοξική ένωση και ευθύνεται για τους περισσότερους θανάτους που αποδίδονται στην κοκαΐνη.

Η κοκαΐνη δεν προξενεί σωματική εξάρτηση, αλλά ψυχική, και έτσι είναι ιδιαίτερα δύσκολη η απεξάρτηση. Κατά τη διαδικασία απεξάρτησης ο ασθενής παρουσιάζει σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά του και η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχει κάποια θετικά αποτελέσματα. Φαρμακευτική αγωγή δεν υπάρχει αυτήν τη στιγμή, μολονότι έχουν δοκιμαστεί κλινικά κάποια φαρμακευτικά σκευάσματα. Σε χρόνιους χρήστες χορηγούνται φάρμακα για την αντιμετώπιση των καρδιακών και άλλων προβλημάτων που πιθανότατα έχουν προκύψει από τη χρήση της ουσίας. (<http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,32,0,0,1,0>).

Οι έγκυοι που λαμβάνουν κοκαΐνη είναι πιθανόν να αντιμετωπίσουν σοβαρά προβλήματα, όπως αποβολή, αιμορραγίες, πρόωρος τοκετός και θνησιγονία (γέννηση νεκρού εμβρύου). Επίσης, μπορεί το έμβρυο να γεννηθεί κανονικά αλλά να έχει μικρότερο μέγεθος και κεφάλι από το φυσιολογικό. Τα μωρά, οι μητέρες των οποίων κάπνιζαν κρακ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, ίσως παρουσιάσουν προβλήματα ανάπτυξης όσο μεγαλώνουν.

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι μπορεί να υπάρξει φαρμακευτική θεραπεία για την απεξάρτηση από την κοκαΐνη ή άλλη ψυχοδιεγερτική εξάρτηση. Ωστόσο, στην ολοκληρωμένη επισκόπησή τους σχετικά με τη χρήση φαρμακοθεραπειών στους χρήστες ψυχοδιεγερτικών ουσιών, οι Shearer και Gowing (2004) καταλήγουν στη διαπίστωση ότι η θεραπεία υποκατάστασης, η οποία είναι επιτυχημένη στην περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή και από τη νικοτίνη

και είναι σε θέση να προσελκύει και να διατηρεί τους χρήστες υπό θεραπεία, δεν έχει δοκιμαστεί ακόμα επαρκώς σε χρήστες διεγερτικών. (<http://web4health.info/el/answers/add-cocaine-safe.htm>)

Το ΕΚΠΠΝΤ δημοσίευσε πρόσφατα μια επισκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας απεξάρτησης από την κοκαΐνη, συμπεριλαμβανομένων τρόπων αντιμετώπισης διαταραχών ψυχικής υγείας σε χρήστες κρακ (www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)

Σε αντίθεση με την εξάρτηση από την ηρωΐνη η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί με αγωνιστές όπως η μεθαδόνη ή ανταγωνιστές όπως η ναλτρεξόνη, δεν υπάρχουν επί του παρόντος ιατρικές θεραπείες για την εξάρτηση από την κοκαΐνη. Αυτό φαίνεται ότι οφείλεται στον μηχανισμό δράσης μέσω του οποίου η κοκαΐνη επιδρά στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου, την ντοπαμίνη και τη σεροτονίνη. Ενώ η ηρωΐνη προσκολλάται σε υποδοχείς οπιοειδών του εγκεφάλου, όπως οι μ-υποδοχείς, και επομένως μιμείται τη δράση των ενδορφινών που παράγει ο ίδιος ο εγκέφαλος, η κοκαΐνη αναστέλλει την επαναρρόφιση της ντοπαμίνης (και της σεροτονίνης) από τη νευρωνική σύναψη από τη στιγμή που αρχίζει να επιδρά, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση του διαβιβαστή, παρατείνοντας και ενισχύοντας έτσι την επίδρασή του.

Αυτό δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι είναι αδύνατη η ανάπτυξη ιατρικής θεραπείας απεξάρτησης από την κοκαΐνη, σημαίνει όμως ότι κάτι τέτοιο θα είναι πιο δύσκολο και ενδέχεται να απαιτεί διαφορετικές προσεγγίσεις από αυτές που χρησιμοποιούνται για την ανάπτυξη θεραπειών απεξάρτησης από την ηρωΐνη.

Ένα ενδιαφέρον ερευνητικό πεδίο είναι η χρήση ανοσοθεραπείας, δηλαδή η ανάπτυξη ενός εμβολίου που θα «εξουδετερώνει» αποτελεσματικά τη δράση της κοκαΐνης, μην επιτρέποντας στη ναρκωτική ουσία να φτάσει στον εγκέφαλο. Η βασική ιδέα έχει υποβληθεί σε περιορισμένες δοκιμές. Ένα εμβόλιο που αναπτύχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο δοκιμάστηκε σε μικρό αριθμό κοκαΐνομανών με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Μια εναλλακτική ανοσοθεραπευτική προσέγγιση βασίζεται στην ανάπτυξη μονοκλωνικών αντισωμάτων κατά της κοκαΐνης, η οποία όμως έχει υποβληθεί μόνον σε προκλινικές δοκιμές.

Ο συνδυασμός διάφορων ψυχοκοινωνικών θεραπευτικών παρεμβάσεων θεωρείται επί του παρόντος η πλέον υποσχόμενη θεραπευτική επιλογή για τους χρήστες κοκαΐνης και άλλων ψυχοδιεγερτικών. Ο συνδυασμός της τεχνικής της κοινοτικής ενίσχυσης (CRA) με τη μέθοδο της συστηματικής συντελεστικής ενίσχυσης (CM) έχει αποδειχθεί ότι μειώνει βραχυπρόθεσμα τη χρήση κοκαΐνης

(Higgins κ.ά., 2003· Roozen κ.ά., 2004). Η CRA είναι μια μέθοδος εντατικής θεραπείας στην οποία συμμετέχουν η οικογένεια, οι φίλοι και άλλα μέλη του κοινωνικού δικτύου του ατόμου που προσφεύγει σε θεραπεία και συνίσταται στην εκπαίδευση των ατόμων υπό θεραπεία για την πραγματοποίηση κοινωνικών επαφών, τη βελτίωση της αυτοεικόνας τους και την εξεύρεση εργασίας και ανταποδοτικών ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, με στόχο την καθιέρωση ενός διαφορετικού τρόπου ζωής (Roozen κ.ά., 2004). Σε συνδυασμό με τη συστηματική συντελεστική ενίσχυση – μια μέθοδο που στοχεύει στον επηρεασμό της συμπεριφοράς των ατόμων υπό θεραπεία μέσω της παροχής ουσιαστικών κινήτρων, π.χ. δώρων, δωροεπιταγών ή προνομίων σε αντάλλαγμα για δείγματα ούρων χωρίς ίχνη κοκαΐνης – επιτεύχθηκαν θετικά αποτελέσματα ως προς τη χρήση ναρκωτικών και την ψυχοκοινωνική λειτουργία κατά τη διάρκεια της θεραπείας και της παρακολούθησης των κοκαϊνομανών μετά την θεραπεία, μολονότι τα αποτελέσματα ως προς τη χρήση κοκαΐνης φαίνεται να περιορίζονται στην περίοδο θεραπείας (Higgins κ.ά., 2003).

3.4.2. ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ - ΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ

Οι αμφεταμίνες είναι συνθετικές διεγερτικές ουσίες. Επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα για να το διεγείρουν και να δώσουν ενέργεια στο χρήστη, περίπου με τον ίδιο τρόπο που ενεργεί και η φυσική αδρεναλίνη του σώματος. Χρησιμοποιείται μερικές φορές στα χάπια αδυνατίσματος γιατί μειώνει την επιθυμία για φαγητό. (<http://HealthyLiving.gr/2015/12/02/amfetamines/>)

Υπάρχουν διάφορα είδη αμφεταμινών: η ίδια η αμφεταμίνη, η μεθαμφεταμίνη, η δεξτροαμφεταμίνη και η δεξτρομεθαμφεταμίνη. Όσον αφορά την επίδραση, δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ τους. Οι διαφορές αφορούν τον τρόπο παρασκευής, καθώς και τη σχετική ισχύ κάθε ουσίας.

Παλιότερα, οι ουσίες αυτές αγοράζονταν νόμιμα και χορηγούνταν κατά εκατομμύρια, κυρίως σε γυναίκες ως χάπια διαίτης και ως μέσο για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Χρησιμοποιούνταν επίσης σε μεγάλες ποσότητες από οποιονδήποτε ήθελε να μείνει ξύπνιος, από σπουδαστές που διάβαζαν για τις εξετάσεις τους μέχρι οδηγούς φορτηγών. (HealthyLiving.gr/2015/12/02/amfetamines/)

Υπάρχει ακόμα μια μεγάλη ποικιλία φαρμάκων τύπου αμφεταμινών, που μειώνουν την όρεξη που διατίθενται για τον έλεγχο του βάρους, και που μπορεί να τα προμηθευτεί κάποιος χωρίς ιατρική συνταγή στο διαδίκτυο, παρά τις αυξανόμενες

ανησυχίες για τον κίνδυνο εξάρτησης. Αυτό που χρησιμοποιείται ακόμα ιατρικά είναι η μεθυλφαινιδάτη για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων υπερκινητικών παιδιών.

Οι αμφεταμίνες εμφανίστηκαν πρώτη φορά στην αγορά ως φάρμακα που χορηγούνται για την κατάθλιψη και τη θεραπεία της παθολογικής υπνηλίας (ναρκοληψία). Το 1932, η θειική αμφεταμίνη μπήκε στην αγορά από τη φαρμακευτική εταιρεία Smith, Kline & French (SKF) ως Benzedrine για το άσθμα, εισπνεόμενο και σε ταμπλέτες.

Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, οι στρατιώτες σε όλα τα σώματα προμηθεύονταν ελεύθερα αμφεταμίνες σε μια προσπάθεια τόνωσης του ηθικού και αντιμετώπισης της κόπωσης από τη μάχη. Υπολογίζεται ότι 72 εκατομμύρια χάπια χορηγήθηκαν στις Βρετανικές δυνάμεις κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Μετά από αυτό, Αμερικανοί στρατιώτες που πολεμούσαν στην Κορέα πήραν ένα μείγμα από αμφεταμίνη και ηρωίνη, κι έτσι έχουμε την πρώτη καταγεγραμμένη χρήση των “speedballs”.

Καθώς αυξάνονταν οι περιορισμοί και οι έλεγχοι στα φαρμακευτικά προϊόντα, η παράνομη παρασκευή αμφεταμινών απογειώθηκε και το εμπόριο τους συσχετίστηκε κυρίως με τις συμμορίες μοτοσικλετιστών. (HealthyLiving.gr/2015/12/02 /amfetamines/)

Στο δρόμο, το ναρκωτικό διατίθεται στους χρήστες ως μια υπόλευκη ή ροζ σκόνη, η οποία μπορεί να ληφθεί από το στόμα (συχνά με ένα ποτό) ή από τη μύτη, ή να διαλυθεί και να προετοιμαστεί για ένεση.

Η αμφεταμίνη είναι ένα από τα πιο νοθευμένα ναρκωτικά και στους χρήστες συχνά πωλούνται ναρκωτικά που της μοιάζουν, όπως η φαινυλπροπανολαμίνη, η εφεδρίνη ή και απλές ταμπλέτες καφεΐνης ή σκόνη. Η παράνομα παρασκευασμένη αμφεταμίνη έχει συχνά αρκετά έντονη μυρωδιά, σαν «ψαρίλα». Η ασυνήθιστη αυτή μυρωδιά προκαλείται από την παρουσία διάφορων χημικών, που χρησιμοποιούνται κατά τη διαδικασία παρασκευής του ναρκωτικού.

Καθώς είναι ισχυρές διεγερτικές ουσίες, οι αμφεταμίνες παράγουν αισθήματα ευθυμίας, αυξημένης ενεργητικότητας, αυτοπεποίθηση, βελτιωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και μια αξιοσημείωτη μείωση στην ανάγκη για ύπνο και φαγητό. Έτσι, τις προτιμούν ως μια «δραστική» ουσία πολλές ομάδες ανθρώπων, όπως οι σπουδαστές, οι αθλητές, οι οδηγοί φορτηγών, και για ψυχαγωγικούς λόγους όσοι θέλουν να μείνουν ξύπνιοι όλη τη νύχτα σε χορούς και πάρτι. Η δυνατότητα της ουσίας να μειώνει την όρεξη και να προκαλεί και μείωση του βάρους εκτιμάται πολύ

από όσους θέλουν να αδυνατίσουν. (<http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,139,0,0,1,0>)

Με λήψη από το στόμα, μια μέτρια όση αμφεταμινών θα αρχίσει να επενεργεί αργά (μετά από μισή ώρα περίπου) και η επίδραση της θα διαρκέσει 3-4 ώρες. Η σκόνη αμφεταμίνης που σνιφάρεται δρα πιο γρήγορα -μέσα σε 20 λεπτά περίπου- και οι πιο έντονες επιδράσεις μπορούν να διαρκέσουν 4-6 ώρες. Αν το ναρκωτικό ληφθεί με ένεση, η σωματική και η ψυχολογική επίδραση εντείνεται. Μετά από μια δόση 10-20 mg, που λαμβάνεται με ενδοφλέβια ένεση (την οποία οι χρόνιοι χρήστες ίσως επαναλαμβάνουν κάθε 1-2 ώρες), οι χρήστες νιώθουν μια ξαφνική έντονη έξαψη.

Η επίδραση μιας δόσης μέχρι 60 mg μπορεί να διαρκέσει 4-6 ώρες κι έτσι είναι πολύ πιο οικονομική απ' όσο η κοκαΐνη, η επίδραση της οποίας διαρκεί μόνο μερικά λεπτά και όπου απαιτείται μεγαλύτερη ποσότητα για να διατηρηθεί η επίδραση. Ο συστηματικός χρήστης μπορεί να καταναλώσει 250-300 mg τη μέρα, αν και έχει αναφερθεί ημερήσια δόση μέχρι και 1.000 mg από κάποιους χρήστες.

Με λήψη από το στόμα σε χαμηλές δόσεις (5-10 mg καθαρής ουσίας), η σωματική επίδραση μπορεί να περιλαμβάνει έντονη αναπνοή και ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, μείωση της όρεξης, διαστολή στις κόρες των ματιών, ξηροστομία, διάρροια και συχνοουρία. Οι αμφεταμίνες μπορεί να προκαλέσουν αντίδραση με συγκεκριμένες τροφές και ποτά που περιέχουν τυραμίνη, όπως το κόκκινο κρασί Chianti και αρκετά τυριά, που μπορεί να προκαλέσουν πονοκέφαλο και αύξηση αρτηριακής πίεσης. (HealthyLiving.gr/2015/12/02/amfetamines/)

Οι μεγαλύτερες δόσεις (μέχρι 20 mg καθαρής ουσίας σε περίοδο 24 ωρών) μπορεί να συνοδευτούν από ενίσχυση της επίδρασης που έχουν οι χαμηλότερες δόσεις μαζί με κοκκίνισμα, εφίδρωση, πονοκεφάλους, τρίξιμο των δοντιών, σφίξιμο των σιαγόνων και την αίσθηση έντονης ταχυκαρδίας. Το αίμα πιθανόν να εκτραπεί από τα περιφερειακά αγγεία, κι έτσι ο χρήστης να χλομιάζει, ενώ μπορεί επίσης να νιώθει τα άκρα του κρύα.

Οι αμφεταμίνες έχουν επίσης την τάση να εντείνουν τα αισθήματα και τα συναισθήματα του χρήστη για τον εαυτό του και τον κόσμο γύρω του. Οι χαμηλές με μέτριες δόσεις δεν διακόπτουν τον ειρμό της σκέψης. Οι χρήστες μιλούν λογικά, αλλά μπορεί να γίνουν πολύ ομιλητικοί και μερικές φορές επιθετικοί. Αυτό που στο χρήστη μπορεί να φαίνεται μια ευφυής διορατική σκέψη, διατυπωμένη τεκμηριωμένα, για το νηφάλιο ακροατή μπορεί να είναι μια ασυναρτησία. Οι χρήστες συχνά νιώθουν αυξημένη ικανότητα συγκέντρωσης, όμως αυτή επικεντρώνεται με ψυχαναγκαστική

προσήλωση σε ένα συγκεκριμένο έργο. (<http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,139,0,0,1,0>)

Ακόμα και με μικρές δόσεις μπορεί να προκληθεί η λεγόμενη «αμφεταμινική ψύχωση». Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από ακραίες διακυμάνσεις στη διάθεση, καθώς και αναστάτωση, ευερεθιστότητα, σύγχυση και πιθανά ξεσπάσματα ανεξέλεγκτης ή και βίαιης συμπεριφοράς. Με τακτική χρήση σε ψηλές δόσεις, η κατάσταση αυτή μπορεί να γίνει σοβαρή. Η ψύχωση υποχωρεί μόλις το ναρκωτικό αποβληθεί από το σώμα, συνήθως μέσα σε μερικές μέρες.

Η διεγερτική επίδραση δεν ενισχύει τις ενεργειακές πηγές του σώματος, αντίθετα τις εξαντλεί. Έτσι ο χρήστης νιώθει κουρασμένος, μόλις ξεθυμάνει η επίδραση της ουσίας. Το σώμα μπορεί να χρειάζεται 1-2 μέρες μέχρι να συνέλθει. Όταν ο χρήστης διακόπτει τη χρήση, νιώθει ακραία κούραση, και μπορεί να κοιμηθεί μέχρι και 48 ώρες. Το ξύπνημα συχνά συνοδεύεται από πείνα και αίσθημα κατάθλιψης. Ο λήθαργος μπορεί να παραμείνει για μερικές μέρες ή εβδομάδες, που κατά τη διάρκεια τους ο χρήστης μπορεί να νιώσει ξανά άγχος ή κρίσεις πανικού.

Το επίπεδο ανοχής σε κάθε άτομο θα καθορίσει τη δόση, στην οποία θα προκύψει τοξική αντίδραση ή υπερδοσολογία. Αυτή μπορεί να κυμαίνεται από 30-60 mg για ένα χρήστη που δεν έχει ανοχή, μέχρι 500 mg (μισό γραμμαρίο) για έναν τακτικό χρήστη. (HealthyLiving.gr/2015/12/02/amfetamines/)

Αρχάριοι χρήστες έχει αναφερθεί ότι επιβιώνουν με δόσεις αρκετών εκατοντάδων μιλιγκράμ, και συστηματικοί χρήστες με δόσεις αρκετών γραμμαρίων. Τα συμπτώματα της υπερβολικής δοσολογίας περιλαμβάνουν μυϊκούς σπασμούς, ταχυπαλμία και ψηλό πυρετό.

Αν και το ναρκωτικό συνηθίζεται ανάμεσα στους θαμώνες των κλαμπ από τη δεκαετία του 1960, δεν υπάρχουν καταγεγραμμένοι θάνατοι, όπως με το Έκσταση, που να οφείλονται σε θερμοπληξία. Οι θάνατοι σχετίζονται συνήθως με τη λήψη του ναρκωτικού με ένεση, είτε άμεσα ως υπερβολική δόση είτε από επιπλοκές που προέρχονται από την ενδοφλέβια χρήση του ναρκωτικού.

Η λήψη αμφεταμίνης με ένεση μπορεί να είναι εξαιρετικά επικίνδυνη, καθώς επισύρει τους κινδύνους της υπερβολικής δόσης, της φλεβικής βλάβης, καθώς και την πιθανότητα λοιμώξεων, που περιλαμβάνουν την ηπατίτιδα και τον ιό HIV, αν τα σύμμερα της ένεσης τα χρησιμοποιούν πολλοί. Το γεγονός ότι η αμφεταμίνη του δρόμου είναι τόσο νοθευμένη με όλων των ειδών τις ουσίες, καθιστά τον κίνδυνο της βλάβης στις φλέβες, τους μυς και το ήπαρ πολύ πιθανό.

Τα άτομα που κάνουν ενέσεις αμφεταμίνης κάνουν πιο συχνά ένεση απ' ότι όσοι κάνουν ενέσεις ηρωίνης, γεγονός που αυξάνει τους κινδύνους. Επίσης ίσως να είναι σεξουαλικά πιο δραστήριοι από τους χρήστες ηρωίνης, οπότε κινδυνεύουν περισσότερο από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Η λήψη αμφεταμίνης με ένεση σε μακροχρόνια βάση σχετίζεται συχνά με το πολύ ποτό ή τη χρήση ηρωίνης και ηρεμιστικών, που λαμβάνονται για τη μείωση της έντασης και του άγχους που προκαλείται από τις αμφεταμίνες. Μπορεί να συμβεί και το αντίστροφο – η συστηματική χρήση αμφεταμίνης μπορεί να λειτουργήσει ως αντίβαρο στην καταπραϋντική, δράση του αλκοόλ, της ηρωίνης και των ηρεμιστικών.

Οι συστηματικοί χρήστες αμφεταμίνης μπορεί να ξεκινήσουν μια περίοδο συνεχούς χρήσης» που να διαρκεί αρκετές μέρες, παραμελώντας το φαγητό και τον ύπνο. Καθώς ο καιρός περνά, η αρχική ευφορία και αυτοπεποίθηση μπορεί να δώσουν τη θέση τους σε ψύχωση, που χαρακτηρίζεται από ξαφνικές εναλλαγές στη διάθεση, πιθανόν βίαιη ή επιθετική συμπεριφορά, καθώς και παραισθήσεις, οπτικές, ακουστικές, οσφρητικές και απτικές. Ο χρήστης μπορεί να πιστέψει ότι αυτές οι παραισθήσεις είναι πραγματικές ή μπορεί να τις νιώθει γνωρίζοντας ότι είναι προϊόν της φαντασίας και προκαλούνται από το ναρκωτικό. ([HealthyLiving.gr/2015/12/02 /amfetamines/](http://HealthyLiving.gr/2015/12/02/amfetamines/))

Παραισθήσεις άλλου τύπου μπορεί να περιλαμβάνουν δυσάρεστες αισθήσεις, όπως τη μυρωδιά του γκαζιού ή την αίσθηση ότι έντομα κινούνται πάνω στο δέρμα. Υπάρχει επίσης ο κίνδυνος, όσοι έχουν λανθάνουσα σχιζοφρένεια να εμφανίσουν την πάθηση μετά από συστηματική έστω και μέτρια χρήση ή ακόμα και μετά από μια μεγάλη δόση.

Επειδή η αμφεταμίνη απομυζά το ασβέστιο από το σώμα, οι συστηματικοί χρήστες έχουν χαλασμένα δόντια σε συνδυασμό με τρίξιμο των δοντιών, όπως προαναφέρθηκε.

Η συστηματική χρήση μπορεί να επιβαρύνει το καρδιαγγειακό σύστημα.

Η ανοχή στις αμφεταμίνες αναπτύσσεται γρήγορα. Ειδικά όταν το ναρκωτικό λαμβάνεται με ένεση, οι χρήστες μπορεί να παίρνουν δόσεις μέχρι και 2 γραμμαρίων ή περισσότερο, σε μια μάταιη προσπάθεια να επανακτήσουν την αρχική «έξαψη».

Δεν υπάρχουν σωματικά συμπτώματα στέρησης, που να συγκρίνονται με εκείνα των χρηστών οπιούχων. Ωστόσο, το αίσθημα της υπερβολικής κούρασης, της πείνας, της κατάθλιψης και του ακατάστατου ύπνου, που συνοδεύουν μια κρίση μακρόχρονης χρήσης, αποτελούν ένα μοντέλο συμπτωμάτων στέρησης, ειδικά καθώς

τα αισθήματα αυτά εξαφανίζονται με την εκ νέου χρήση του ναρκωτικού. (<http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,139,0,0,1,0>)

Αν η ουσία λαμβάνεται τακτικά, μπορεί ακόμα και σε χρήστες μικρών ποσοτήτων να εμφανιστεί σημαντική ψυχολογική εξάρτηση, σε σχέση με το αίσθημα ευεξίας, αυτοπεποίθησης και ενεργητικότητας, που προκαλείται από την ουσία. Κάποια άτομα, κυρίως γυναίκες, μπορεί να εξαρτηθούν από την αμφεταμίνη στην προσπάθεια τους να κάνουν δίαιτα ή να παραμείνουν αδύνατοι. Η συστηματική χρήση μερικές φορές συσχετίζεται με την ανορεξία και τη βουλιμία. Υπάρχει μεγάλο ποσοστό υποτροπής ανάμεσα στους συστηματικούς χρήστες που διακόπτουν. (<http://www.healthyliving.gr/2015/12/02/amfetamines/>)

Σε πολλές τις ευρωπαϊκές χώρες η δεύτερη πιο συχνά χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία είναι κάποιο είδος συνθετικού ναρκωτικού (αμφεταμίνη και μεθαμφεταμίνη). Τα ποσοστά χρήσης των ουσιών αυτών στον γενικό πληθυσμό είναι συνήθως χαμηλά, αλλά η επικράτηση χρήσης στις ομάδες ατόμων νεαρότερης ηλικίας είναι σημαντικά υψηλότερη και η χρήση των ναρκωτικών αυτών ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα υψηλή σε ορισμένα κοινωνικά περιβάλλοντα ή σε ορισμένες πολιτισμικές ομάδες. Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι αμφεταμίνες και η έκσταση συγκαταλέγονται στα συνθετικά ναρκωτικά με τη μεγαλύτερη επικράτηση. (<http://ar2006.emcdda.europa.eu/el/map-el.html>)

3.4.3. ΕΚΣΤΑΣΗ

Ο όρος έκσταση αναφέρεται σε συνθετικές ουσίες χημικά συναφείς με τις αμφεταμίνες που διαφέρουν όμως σε κάποιο βαθμό ως προς τα αποτελέσματά τους. Η γνωστότερη ουσία από τα ναρκωτικά της ομάδας της έκστασης είναι η 3,4-μεθυλενοδιοξυμεθαμφεταμίνη (MDMA), αλλά στα χάπια έκστασης περιέχονται μερικές φορές και άλλα συναφή χημικά ανάλογα (MDA, MDEA κλπ.). Τα ναρκωτικά αυτά αποκαλούνται επίσης ορισμένες φορές «επαφιογενή» (entactogens), όρος που παραπέμπει στα πολύ συγκεκριμένα αποτελέσματα που έχουν ως προς την αλλαγή της διάθεσης. Μερικές φορές προκαλούν αποτελέσματα που παρατηρούνται συνήθως στις παραισθησιογόνους ουσίες. (<http://www.healthyliving.gr/2015/12/02/amfetamin es/>)

Η φόρμουλα MDMA ανακαλύφθηκε και κατοχυρώθηκε εμπορικά το 1912 από χημικό που δούλευε στα εργαστήρια του φαρμακευτικού κολοσσού Merck στα πλαίσια ενός ερευνητικού προγράμματος. Δοκιμάστηκε για την ανακούφιση από την

ασθένεια του Πάρκινσον, όμως απορρίφθηκε και στη συνέχεια ξεχάστηκε εν πολλοίς μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970. Αυτός όμως που καθιέρωσε το Έκσταση και το έκανε ευρέως γνωστό ήταν ο Αλεξάντερ Σούλτζιν (Alexander Shulgin), καθηγητής ψυχολογίας στο πανεπιστήμιο Berkeley. Ο Σούλτζιν ισχυρίστηκε ότι το Έκσταση βοηθούσε τους ασθενείς του τόσο στην ενδοσκόπηση όσο και στο να είναι πιο δεκτικοί στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις κατά τις συνεδρίες.

Το Ecstasy (ή MDMA) ήταν νόμιμο στη Δύση μέχρι πρόσφατα, τουλάχιστον ως το 1984. Γρήγορα το Έκσταση έγινε δημοφιλές πέρα από τη χρήση του ως ψυχοφάρμακο, έχοντας την τιμητική του στα νυχτερινά κέντρα. Τη δεκαετία του 1980, το Έκσταση διακινούνταν ελεύθερα σε μπαρ και κλαμπ στις ΗΠΑ, μέχρι που επιβλήθηκε ομοσπονδιακή απαγόρευση το 1985. Το Έκσταση διαδόθηκε στις ΗΠΑ, και στη συνέχεια με το κίνημα της ρέιβ πέρασε στη Μεγάλη Βρετανία και στην υπόλοιπη Ευρώπη. Έτσι το Έκσταση χρησιμοποιούνταν πολύ στα ρέιβ πάρτι και στους χώρους όπου χόρευε η νεολαία.

Ωστόσο, το ναρκωτικό ξέφυγε από τα κλαμπ και έγινε μέρος του τρόπου ζωής όχι μόνο πολλών νέων αλλά και μεγαλύτερων που είχαν την εμπειρία της χρήσης του ναρκωτικού, όταν ήταν νέοι, και συνέχισαν να το χρησιμοποιούν περίπου με τον ίδιο τρόπο που πολλοί παίρνουν το Prozac, ένα φάρμακο που έχει πολλές χημικές ομοιότητες με το Έκσταση. (<http://www.healthyliving.gr/2015/12/04/ecstasy-xrhsh-parenergeis/>)

Το MDMA συνήθως έχει τη μορφή χαπιού ή κάψουλας που καταπίνεται. Ως σκόνη (είτε σε κρυσταλλική μορφή είτε ως χάπι σε σκόνη) μπορεί να εισπνευστεί από τη μύτη ή να καπνίζεται σε τσιγαριλίκι.

Το Έκσταση είναι δραστικό σε μια απλή δόση των 75-100 mg. Οι επιδράσεις αρχίζουν να εμφανίζονται μετά από 20-60 λεπτά και μπορούν να διαρκέσουν αρκετές ώρες. Όπως και με άλλες ουσίες, οι εμπειρίες που προκαλεί το Έκσταση, είτε κακές είτε καλές, συχνά εξαρτώνται από τη διάθεση του χρήστη πριν από τη χρήση, από το τι περιμένει να συμβεί, και από το αν το άμεσο περιβάλλον είναι φιλικό ή όχι.

Σε μέτριες δόσεις οι περισσότεροι χρήστες αναφέρουν μια ήπια «έξαψη» ευφορίας, που την ακολουθούν αισθήματα γαλήνης και ηρεμίας, και η εξαφάνιση του θυμού και της εχθρότητας. Το ναρκωτικό φαίνεται να κινητοποιεί την ενσυναίσθηση ανάμεσα στους χρήστες. (<http://www.healthyliving.gr/2015/12/04/ecstasy-xrhsh-parenergeis/>)

Το Έκσταση είναι ως ένα βαθμό ψυχεδελικό, χωρίς να είναι στην πραγματικότητα παραισθησιογόνο. Ωστόσο, κάποια ευαίσθητα άτομα μπορεί να έχουν οπτικές παραισθήσεις, Κάποια άτομα που πήραν την ουσία αρχικά για να ξεπεράσουν την κοινωνική τους αδεξιότητα, ανέφεραν ότι μόνο θεράπευσε την ντροπαλότητα τους, αλλά οι βελτιωμένες κοινωνικές τους δεξιότητες παρέμειναν και μετά τη διακοπή της χρήσης του.

Μόλις περάσει η επήρεια του ναρκωτικού, μπορεί να εμφανιστούν μερικές παρενέργειες ή κατάπτωση, όπως συμβαίνει γενικά με τις αμφεταμίνες.

Το Έκσταση επιδρά στα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, που είναι υπεύθυνα για την ευφορία, όπως η σεροτονίνη. Σε περίπτωση κατάπτωσης, τα χημικά αυτά πέφτουν σε επίπεδα που μπορούν να κάνουν το χρήστη να νιώθει άγχος, κατάθλιψη, παράνοια, κούραση και ζάλη. Τα αρνητικά συμπτώματα μπορούν να διαρκέσουν μέχρι και 3 μέρες, φτάνοντας στο αποκορύφωμα τους την τελευταία μέρα. (<http://www.healthyliving.gr/2015/12/04/ecstasy-xrhsh-parenergieis/>)

Με δόσεις πάνω από 200 mg ή αν το ναρκωτικό χρησιμοποιείται κατ' επανάληψη για πολλές μέρες, όλες αυτές οι επιδράσεις μπορεί να είναι πιο έντονες. Η κατάπτωση μπορεί να διαρκέσει πολύ περισσότερες μέρες, ακόμα και εβδομάδες, κάνοντας τους χρήστες να νιώθουν κατάθλιψη, άγχος, κούραση και να είναι ευσυγκίνητοι.

Γενικά, οι επιδράσεις ή τα συμπτώματα εξαφανίζονται από τη στιγμή που το ναρκωτικό διακόπτεται, αλλά μπορεί να αφήσουν το χρήστη εξασθενημένο ψυχικά και σωματικά για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Στην επίδραση του Έκσταση αναπτύσσεται ανοχή, που σημαίνει ότι οι συστηματικοί χρήστες μπορεί να χρειαστεί να πάρουν μεγαλύτερες δόσεις για να πετύχουν την επιθυμητή επίδραση. Δεν υπάρχει σωματική εξάρτηση ή στερητικά συμπτώματα όπως στα οπιούχα. Ωστόσο, μερικοί χρήστες μπορεί να εξαρτηθούν ψυχολογικά από τη χρήση του ναρκωτικού και την όλη εμπειρία του παραληρήματος.

Πολλά άτομα που κάνουν χρήση το Έκσταση παίρνουν και άλλες ουσίες ενώ βρίσκονται υπό την επήρεια το Έκσταση. Ο συνδυασμός αυτός μπορεί να έχει επικίνδυνες και απρόβλεπτες συνέπειες, ωστόσο πολλοί χρήστες θεωρούν ότι οι εμπειρίες τους από τη χρήση της ουσίας βελτιώνονται. (<http://www.healthyliving.gr/2015/12/04/ecstasy-xrhsh-parenergieis/>)

Στις ΗΠΑ έχουν αναφερθεί περίπου 300-400 θάνατοι που έχουν σχέση με το Έκσταση, από τα μέσα της δεκαετίας του 1990. Οι περισσότεροι πεθαίνουν εξαιτίας

του συνδυασμού ενός ναρκωτικού που επηρεάζει τη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και του πολύ ζεστού περιβάλλοντος ενός χορευτικού χώρου – γεγονός που εξωθεί τη θερμοκρασία του σώματος σε επικίνδυνα επίπεδα. Στη Μεγάλη Βρετανία, έχουν αναφερθεί περίπου 200 θάνατοι που έχουν σχέση με το Έκσταση, και πολύ λίγοι στην Ευρώπη συνολικά. (HealthyLiving.gr/2015/12/02/amfetamines/)

3.4.4 ΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ (Speed)

Το speed είναι διεγερτικό που συχνά κατασκευάζεται από το ανακάτεμα διάφορων διεργητικών φαρμάκων. Ανήκει στην κατηγορία των αμφεταμινών, που μοιάζουν χημικά με την αδρεναλίνη που παράγεται από τον οργανισμό του ανθρώπου. Μπορεί να ληφθεί σε μορφή χαπιού, με ένεση, με εισπνοή από τη μύτη ή και να καπνιστεί. Διαλύεται εύκολα σε υγρά και είναι άσπρο και άοσμο.

Η δράση του speed ξεκινάει σε 15 ως 30 λεπτά από τη λήψη και διαρκεί περίπου 6-8 ώρες. Προκαλεί την αίσθηση ενεργητικότητας, διαύγεια μυαλού, όξυνση της πνευματικής λειτουργίας και απώλεια της αίσθησης της πείνας. Οι κόρες των ματιών διαστέλλονται.

Παρατηρείται έντονη εφίδρωση ή κρυάδες, ταχυκαρδία, λογόρροια και επιθετικότητα. Μετά από επαναλαμβανόμενη μακροχρόνια χρήση, μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα ψύχωσης όπως: παρανοειδής επεξεργασία, διωκτικό παραλήρημα, ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις και αλλαγές στην αντίληψη του σώματος. Η συστηματική χρήση προκαλεί ανοχή και ψυχική εξάρτηση, με συμπτώματα κατάθλιψης, ευερεθιστότητας και έντονο άγχος μετά τη διακοπή της χρήσης. ([okana.gr/2012-01-12-13-29-02/prokhrykseis-diagwnisnoi/itemlist/category/43-#methamfetamini](http://okana.gr/2012-01-12-13-29-02/prokhrykseis-diagwnisnoi/itemlist/category/43-methamfetamini))

3.5 ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ

Τα παραισθησιογόνα είναι μια σειρά από ουσίες που έχουν την ιδιότητα να διαταράσσουν τον ψυχικό κόσμο του ατόμου και να προκαλούν αντιληπτικές διαταραχές όπως οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις καθώς επιδρούν στον εγκέφαλο και αλλοιώνουν την αντίληψη του χρήστη για το τι είναι πραγματικό. Οι ουσίες αυτές που μπορεί να είναι φυσικές ('μαγικά μανιτάρια') ή χημικές (LSD), εξουδετερώνουν ή παρακάμπτουν τους μηχανισμούς που φιλτράρουν τους ήχους, τις σκέψεις και τις εικόνες που συγκεντρώνονται στον εγκέφαλο σε ημερήσια βάση. Οι

χρήστες οποιουδήποτε από αυτά τα ναρκωτικά ισχυρίζονται ότι έχουν εμπειρίες «ηχηρών χρωμάτων» ή «χρωματιστών ήχων» όταν τα παίρνουν. Υπό την επίδραση αυτών των ισχυρών ναρκωτικών, τα οράματα μπορεί να προκαλούν δέος και να κάνουν τη ζωή πιο «όμορφη», αλλά μπορεί να είναι εξίσου τρομακτικά. (<https://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/anakoinoiseis/itemlist/category/43-#paraisthisiogona-lsd-magic-mushrooms-peyote-pcp>)

Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο χρήστης γνωρίζει ότι οι παραισθήσεις δεν είναι πραγματικές. Το πώς ένα άτομο αντιδρά σε αυτά τα ναρκωτικά εξαρτάται κατά πολύ από τις συνθήκες και το περιβάλλον.

Πολλές από αυτές τις ουσίες τις βρίσκουμε σε φυτά που ευδοκιμούν στα δάση, στις έρημους και τις ζούγκλες, και ειδικά στο τροπικό δάσος της Νότιας Αμερικής, απ' όπου προέρχονται τα περισσότερα παραισθησιογόνα είδη φυτών του κόσμου.

Εξαιτίας του γεγονότος ότι πολλά παραισθησιογόνα ναρκωτικά προέρχονται από φυτά σε πολλές διαφορετικές περιοχές σε ολόκληρο τον κόσμο, ίσως και η χρήση τους να χρονολογείται πριν από τη γραπτή ιστορία. Αρχαία θρησκευτικά κείμενα μιλούν για διάφορα φυτά και βότανα, τα οποία είχαν παραισθησιογόνες ιδιότητες, και μεσαιωνικές ιστορίες για ιπτάμενες μάγισσες έχουν επίσης συνδεθεί με τη χρήση συγκεκριμένων φυτών από γυναίκες, οι οποίες θεωρούνταν σοφές. (<http://www.healthyliving.gr/2015/12/07/paraisthisiogona-narkotika>)

Οι ανθρωπολόγοι και άλλοι ερευνητές εξερεύνησαν τη νοτιοαμερικανική ζούγκλα τον 20ό αιώνα ανακάλυψαν μεγάλο αριθμό από παραισθησιογόνα φυτά που χρησιμοποιούνται από τις φυλές των ιθαγενών για τελετουργίες, μύθσεις νέων ανδρών αλλά και ως φάρμακα. (<http://www.healthyliving.gr/2015/12/07/paraisthisiogona-narkotika>)

Οι πιο διαδεδομένες παραισθησιογόνες ουσίες είναι:

3.5.1 ΤΟ ΔΙΑΙΘΥΛΑΜΙΔΙΟ ΤΟΥ ΛΥΣΕΡΓΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ (LSD) (Lysergic Acid Diethylamide)

Το LSD είναι η πιο γνωστή τεχνητή παραισθησιογόνος ουσία. Κυκλοφορεί σε μορφή χαπιών, κάψουλας, κύβους ζάχαρης, στυπόχαρτο ή και σε αυτοκόλλητα με σχέδια που διαφοροποιούν το είδος τους.

Οι ψυχεδελικές ιδιότητες του LSD ανακαλύφθηκαν εντελώς συμπτωματικά από τον ελβετό χημικό Άλμπερτ Χόφμαν το 1943. Σχεδόν αμέσως ένας μύθος γεννήθηκε που αγκαλιάστηκε ολόψυχα από την περιθωριακή κουλτούρα της δεκαετίας του 1960, καθώς η χρήση του LSD για 'ψυχαγωγικό' σκοπό συνδέθηκε με τα νεανικά κινήματα της δεκαετίας του 1960. (<https://www.newsbeast.gr/world/arthro/784951/narkotika-pou-den-tha-pisteuete-oti-itan-nomima>)

Η ουσία χρησιμοποιήθηκε σε αντιιδεοντολογικά πειράματα του αμερικανικού στρατού και της CIA κατά τη δεκαετία του 1950 για τις προοπτικές χρήσης του LSD τόσο ως «ναρκωτικού της αλήθειας» όσο και ως μέσο για πλύση εγκεφάλου. Επίσης κίνησε το ενδιαφέρον ψυχιάτρων και ψυχολόγων, ως μέσο για νέες θεραπευτικές παρεμβάσεις. (<https://www.newsbeast.gr/world/arthro/784951/narkotika-pou-den-tha-pisteuete-oti-itan-nomima>)

Η Καλιφόρνια ήταν η πρώτη παγκοσμίως που απαγόρευσε τη χρήση του LSD το 1966, εξαιτίας της λάθος χρήσης που έκαναν πολλοί χρήστες και η οποία επέφερε τραγικά αποτελέσματα. Αργότερα οι ιατρικοί σύλλογοι της Δύσης κατέληξαν ότι το LSD δεν διαθέτει απτές φαρμακευτικές ή άλλες θεραπευτικές ιδιότητες και η απαγόρευση γενικεύτηκε.

Η παραισθησιογόνος επίδραση του LSD είναι γνωστή στον κόσμο των παράνομων ουσιών ως “ταξίδι” (trip). Το “ταξίδι” ξεκινά μετά από μια ώρα περίπου από τη λήψη της ουσίας και φτάνει στο απόγειό του μετά από 2-3 ώρες, με διάρκεια ως και 12 με 15 ώρες. Τα αποτελέσματα είναι πολύ δύσκολο να προβλεφθούν μιας και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα του χρήστη, από την εμπειρία του, από τις προσδοκίες του και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση. (<https://www.iatronet.gr/narkwtika-alkool/eidi-narkwtikwn>)

Προκαλεί αλλοίωση των αντιλήψεων, διαστρεβλωμένες εικόνες, έντονα χρώματα, φαντασιώσεις και συχνά παραισθήσεις. Παρατηρούνται επίσης αλλοιώσεις στην ακοή, καθώς και στην αίσθηση του χρόνου και του χώρου. Οι κόρες των ματιών συστέλλονται και παρατηρείται έντονη εφίδρωση. Η πίεση ανεβαίνει όπως και ο ρυθμός της καρδιάς και η θερμοκρασία του σώματος.

Παρατηρούνται έντονα ψυχωσικά συμπτώματα που μπορούν να παρομοιαστούν με αυτά της σχιζοφρένειας, μιας και η εναλλαγή των συναισθημάτων και των αντιλήψεων είναι ραγδαία, και χωρίς καμία λογική ή συνοχή. Έτσι λοιπόν οι χρήστες μιλούν και για 'κακά ταξίδια' (bad trips), όταν βιώνουν έντονα τρομακτικά και

δυσάρεστα συναισθήματα. (<https://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/anakoineseis/itemlist/category/43-#paraisthisiogona-lsd-magic-mushrooms-peyote-pcp>)

Το φαινόμενο του flashback, είναι η αναβίωση της εμπειρίας του 'ταξιδιού' μετά τη διακοπή της χρήσης του LSD. Συνήθως διαρκεί από λίγα λεπτά ως και μερικές ώρες. Εάν το flashback επιμένει για αρκετές μέρες, υπάρχει πιθανότητα οργανικής βλάβης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

3.5.2. ΤΑ ΜΑΓΙΚΑ ΜΑΝΙΤΑΡΙΑ (MAGIC MUSHROOMS)

Η πιο παλιά γνωστή παραισθησιογόνος ουσία είναι τα μαγικά μανιτάρια. Πολλά μανιτάρια αυτού του είδους φυτρώνουν στη Βόρεια Αμερική αλλά και στην Ευρώπη. Περιέχουν ψιλοχιμβίνη, μια ουσία με παραισθησιογόνα δράση παρόμοια με αυτή του LSD, αλλά ελαφρότερης μορφής. (<https://www.iatronet.gr/narkwtika-alkool/eidi-narkwtikwn>)

Την ψιλοκυβίνη, τη γνώριζαν Ασιάτες και Αμερικανοί εδώ και πάμπολλες χιλιετίες. Παρά ταύτα, εδώ στη Δύση υπήρχε διχογνωμία μεταξύ των επιστημόνων για το αν πράγματι υπήρχαν ή ήταν μύθος μέχρι και στις αρχές του 20ού αιώνα. Στη δεκαετία του 1950, όταν τα μαγικά μανιτάρια απαθανάτιστηκαν σε άρθρα εφημερίδων και περιοδικών (σταθμός εδώ άρθρο του περιοδικού Life) η Δύση άρχισε να τα καταβροχθίζει μετά μανίας. Από το 1960 μάλιστα μεγάλα ονόματα στον χώρο της ψυχολογίας (όπως ο Timothy Leary) προωθούσαν τη χρήση των παραισθησιογόνων μανιταριών ως θεραπευτικά μέσα. (<https://www.newsbeast.gr/world/arthro/784951/narkotika-pou-den-tha-pisteuete-oti-itan-nomima>)

Τα μαγικά μανιτάρια μπορούν να χρησιμοποιηθούν φρέσκα ή αποξηραμένα, να φαγωθούν ή να βραστούν μέσα σε τσάι.

Τα αποτελέσματα της χρήσης δεν είναι τόσο έντονα όσο του LSD. Μετά τη χρήση δημιουργείται ευφορία, χαρά και παραισθήσεις, συνήθως οπτικές ή και ακουστικές. Αρχίζουν μισή ώρα περίπου μετά τη χρήση και διαρκούν από 4 έως 9 ώρες. Με τη χρήση τους αναπτύσσεται γρήγορα ανοχή. Δεν έχει διαπιστωθεί σωματική εξάρτηση, αλλά πολλά άτομα εξαρτώνται ψυχικά. Έχουν αναφερθεί άσχημα 'ταξίδια' με κρίσεις πανικού, επιθετικότητα, αίσθημα αποπροσωποποίησης, άγχος και μερικές φορές ψυχωσικού τύπου αντιδράσεις. Έχουν αναφερθεί επίσης φαινόμενα 'flashback'. (<https://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/anakoineseis/itemlist/category/43-#paraisthisiogona-lsd-magic-mushrooms-peyote-pcp>)

3.5.3. Η ΜΕΣΚΑΛΙΝΗ (peyote)

Η μεσκαλίνη ήταν γνωστή στις τελετουργίες των γηγενών Αμερικανών εδώ και χιλιάδες χρόνια. Το παραδοσιακό ναρκωτικό των Ινδιάνων απαγορεύτηκε σε κάποιες πολιτείες των ΗΠΑ στις δεκαετίες του 1920 και του 1930, αν και ο ομοσπονδιακός νόμος δεν εμπόδιζε τη χρήση του, παραμένοντας εν πολλοίς νόμιμο μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του 1960. Ακόμα και σήμερα, τα μέλη της αναγνωρισμένης πολιτειακά Εκκλησίας των Γηγενών Αμερικανών μπορούν να την απολαμβάνουν νόμιμα και χωρίς συνέπειες, φτάνει να περιορίζουν τη χρήση της στις παραδοσιακές τελετές τους.

Η μεσκαλίνη προέρχεται από ένα ακανθώδη, στρογγυλό κάκτο συνήθως μπλε-πράσινο που φύεται στο Μεξικό και στις νότιες περιοχές των Η.Π.Α και ονομάζεται Πεγιότ (Peyote) αλλά και μεσκάλ (mescal). Ο κάκτος αυτός έχει εξογκωμένες ρίζες οι οποίες μπορούν να μασηθούν χλωρές ή αποξηραμένες και στις οποίες περιέχονται παραισθησιογόνες ουσίες, η κυριότερη των οποίων είναι η μεσκαλίνη. Η μεσκαλίνη έχει ομοιότητες με ουσίες που παράγει το σώμα μας, όπως η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη. (<https://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/anakoineseis/itemlist/category/43-#paraisthisiogona-lsd-magic-mushrooms-peyote-ppp>)

Η μεσκαλίνη έχει παραισθησιογόνες ιδιότητες και απομονώθηκε το 1896. Μπορεί επίσης να παρασκευαστεί και συνθετικά.

Το πάνω μέρος των κωδεών του κάκτου peyote αποξηραίνεται, κόβεται, και μερικές φορές τοποθετείται σε κάψουλες. Συνήθως, χρησιμοποιείται από το στόμα, αλλά μπορεί και να καπνιστεί. Χρειάζεται περί τις 2 με 3 ώρες για να αρχίσει η επίδρασή της, η οποία και μπορεί να έχει διάρκεια πλέον των 12 ωρών.

Η χρήση του peyote προκαλεί ευφορία, αυξημένη αισθητηριακή αντίληψη, απτικές ψευδαισθήσεις (συνήθως χρωματιστών γεωμετρικών σχημάτων), αλλοιωμένη εικόνα του σώματος, δυσκολία στη συγκέντρωση. Στα δευτερογενή συμπτώματα περιλαμβάνονται ναυτία και εμετοί. Μεγάλες δόσεις της ουσίας μπορεί να προκαλέσουν ισχυρούς πονοκεφάλους, ξηροδερμία, πτώση της πίεσης του αίματος, καρδιακή ανακοπή και μείωση του ρυθμού της αναπνοής. (<https://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/anakoineseis/itemlist/category/43-#paraisthisiogona-lsd-magic-mushrooms-peyote-ppp>)

3.5.4. ΤΟ P.C.P. (ΦΑΙΝΣΥΚΛΙΔΙΝΗ)

Συνθετική ουσία με ψυχότροπη δράση και παραισθησιογόνες ιδιότητες. Έχει κατασταλτική και διεγερτική δράση στο Κ.Ν.Σ., ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του χρήστη.

Συντέθηκε για πρώτη φορά το 1956 από την Parke - Davis ως αναισθητικό. Δε χρησιμοποιήθηκε ποτέ, μετά την ανακάλυψη των ανεπιθύμητων συνεπειών του. (σύγχυση, αποπροσανατολισμό, διέγερση και γενικά συμπτώματα οξέως οργανικού εγκεφαλικού συνδρόμου). (<https://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/anakoinoiseis/itemlist/category/43-#paraisthisiogona-lsd-magic-mushrooms-peyote-pcp>)

Είναι εύκολα παρασκευάσιμο και με χαμηλό κόστος, και για αυτούς τους λόγους μπήκε γρήγορα στο παράνομο εμπόριο.

Η χρήση του απέκτησε επιδημικές διαστάσεις στις δεκαετίες του '70 και '80.

Κυκλοφορεί σε χάπια, κάψουλες και χρωματιστή σκόνη. Πολλά άτομα το παίρνουν άθελά τους, μιας και χρησιμοποιείται στη μαριχουάνα, στο LSD και το έκταση. Συνήθως, λαμβάνεται από το στόμα ή τη μύτη, αλλά μπορεί να γίνει και ενέσιμο αν διαλυθεί. (<https://www.iatronet.gr/narkwtika-alkool/eidi-narkwtikwn>)

Η χρήση του προκαλεί ευφορία, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, αίσθηση ευχάριστης απομόνωσης, ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, αλλοιωμένη εικόνα σώματος, αλλοιωμένη αίσθηση του χρόνου και του χώρου, αποπροσανατολισμό της σκέψης, υπέρταση, νυσταγμό, δυσαρρυθμία, εφίδρωση, εκτεταμένη μείωση της απάντησης στον πόνο, πυρετό και ενίοτε ανακοπή.

Η επίδραση διαρκεί 4 έως 6 ώρες, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να συνεχιστούν για αρκετές ημέρες. Την αμέσως επόμενη περίοδο από τη χρήση, μπορεί να παρουσιαστεί αυτοκαταστροφική ή βίαιη συμπεριφορά. Οι τοξικές επιδράσεις μοιάζουν με αυτές του LSD, αλλά το PCP προκαλεί χαρακτηριστικές βίαιες και ψυχωσικές αντιδράσεις. Οι χρόνιοι χρήστες συχνά υποφέρουν από αποπροσανατολισμό, κενά μνήμης, προβλήματα στο λόγο. (<https://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/anakoinoiseis/itemlist/category/43-#paraisthisiogona-lsd-magic-mushrooms-peyote-pcp>)

3.6 ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ– ΥΠΝΩΤΙΚΑ - ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ

Οι συγκεκριμένες ουσίες είναι φαρμακευτικά σκευάσματα που στην πλειοψηφία τους κυκλοφορούν νόμιμα, μπορεί όμως να τα προμηθευτεί κάποιος μόνο με ειδική ιατρική συνταγή. Όταν λαμβάνονται στο πλαίσιο θεραπείας και στις συνιστώμενες δόσεις, οι παρενέργειές τους είναι σχετικά ήπιες όμως δημιουργούν εξάρτηση και σε ορισμένες περιπτώσεις ισχυρή. Συχνά χρησιμοποιούνται από χρήστες παράνομων ουσιών είτε ως υποκατάστατα είτε για την αντιμετώπιση των παρενεργειών των ουσιών. Πολλές φορές είτε σε υπερβολική δοσολογία είτε σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα ή και αλκοόλ οπότε μπορούν να γίνουν επικίνδυνα για το χρήστη. Μάλιστα η υπερβολική δόση τέτοιων φαρμάκων χρησιμοποιήθηκε ευρύτατα ως μέσο αυτοκτονίας κυρίως από γυναίκες υψηλότερων κοινωνικών στρωμάτων τις προηγούμενες δεκαετίες.

Οι πιο συνηθισμένες είναι τα βαρβιτουρικά (αγχολυτικά - ηρεμιστικά) και οι βενζοδιαζεπίνες που επίσης έχουν αγχολυτική – αντικαταθλιπτική και ηρεμιστική δράση.

3.6.1. ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ

Τα βαρβιτουρικά είναι φάρμακα καταπραϋντικά και υπνωτικά, ουσίες ηρεμιστικές, που σε μεγαλύτερες δόσεις δρουν σαν τα υπνωτικά χάπια.

Τα βαρβιτουρικά καταστέλλουν το νευρικό σύστημα, μέσω της ενίσχυσης της δράσης των υποδοχέων GABA, οι οποίοι έχουν ανασταλτική δράση. Στο παρελθόν χρησιμοποιούνταν κατά κόρον ως αγχολυτικά και για την πρόκληση ύπνου ή αναισθησίας. Τα βαρβιτουρικά σήμερα έχουν αντικατασταθεί από τις βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες έχουν λιγότερες παρενέργειες. (<http://www.healthyliving.gr/2015/11/24/varvitourika-xrhsh-exarthsh/>)

Τα βαρβιτουρικά έχουν συνεργιστική δράση με το αλκοόλ και η δράση τους μπορεί να παραμείνει ακόμη και μετά την αφύπνιση, ενώ αυξάνουν το μεταβολισμό των φαρμάκων στο ήπαρ, μειώνοντας την ενεργότητά τους. Σε τοξικές δόσεις, τα βαρβιτουρικά μπορούν να προκαλέσουν κώμα. Επιπλέον τα βαρβιτουρικά μπορεί να προκαλέσουν εθισμό με πολύ σοβαρό σύνδρομο στέρησης μετά από απότομη διακοπή που μπορεί να οδηγήσει και στο θάνατο. (R.A. Harvey, P.C. Champe, 2007 σελ. 117-119)

Παράχθηκαν από το βαρβιτουρικό οξύ, το οποίο ανακαλύφθηκε το 1864 από τη γερμανική φαρμακευτική εταιρεία Bayer. Τα πρώτα βαρβιτουρικά πουλήθηκαν το

1903 και από τότε έχουν κυκλοφορήσει πάνω από 2.500 διαφορετικά είδη βαρβιτουρικών στην αγορά.

Υπάρχουν τρεις τύποι βαρβιτουρικών, που κατηγοριοποιούνται (όπως και τα ηρεμιστικά) ανάλογα με το χρόνο δράσης τους.

Αυτά με μακρό χρόνο δράσης δρουν για 12-24 ώρες. Περιλαμβάνουν τους πρώιμους τύπους, όπως η βαρβιτάλη ή η φενοβαρβιτάλη, που χρησιμοποιούνται ως ηρεμιστικά κατά τη διάρκεια της ημέρας και για ήπιο άγχος.

Τα βραχείας δράσης, όπως το Seconal και το Nembutal, διαρκούν 6-7 ώρες και εξακολουθούν να χορηγούνται για τη θεραπεία βραχυπρόθεσμης αϋπνίας.

Υπάρχουν μερικοί τύποι βραχείας δράσης που προκαλούν σχεδόν άμεση απώλεια των αισθήσεων και χρησιμοποιούνται ως αναισθητικά (καθώς και μία από τις ουσίες που χρησιμοποιούνται στις εκτελέσεις με ένεση).

Τα βαρβιτουρικά, τα οποία διατίθενται σε ταμπλέτες, αμπούλες, υπόθετα, διαλύματα ή πιο συχνά σε χρωματιστές κάψουλες, καταστéλλουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και προκαλούν παρόμοια επίδραση με εκείνη του αλκοόλ, που διαρκεί γενικά 3-6 ώρες. Μια μικρή δόση (ένα ή δύο χάπια) συνήθως προκαλεί χαλαρότητα, κοινωνικότητα και ευδιαθεσία – όπως και η κατανάλωση 1-2 ποτών. Με τις μικρές δόσεις, όπως συμβαίνει και με πολλά άλλα ναρκωτικά, είναι πιθανό να ελεγχθεί σε ένα βαθμό η επίδραση, όμως με μεγαλύτερες δόσεις αυτό γίνεται δύσκολο και κυριαρχεί η καταπραϋντική επίδραση. (<http://www.healthyliving.gr/2015/11/24/varvitourika-xrhsh-exarthsh/>)

Ενώ η πιο συνηθισμένη επίδραση είναι εκείνη της μέθης ή της καταπράυνσης, μερικές φορές παρουσιάζεται εχθρότητα, κατάθλιψη και άγχος. Όταν χορηγηθούν ενδοφλέβια, τα βαρβιτουρικά μπορεί να προκαλέσουν στο χρήστη μια άμεση αίσθηση ευχάριστης ζεστασιάς και υπνηλίας. Ο συστηματικός χρήστης είναι επιρρεπής στη βρογχίτιδα, στην πνευμονία, στην υποθερμία, και σε επαναλαμβανόμενη τυχαία υπερδοσολογία εξαιτίας της νοητικής σύγχυσης και της ανοχής, που σημαίνει ότι ο συστηματικός χρήστης συχνά παίρνει υπερβολικές δόσεις. Η μακροχρόνια και τακτική χρήση βαρβιτουρικών κατά τα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει στερητικά συμπτώματα στα μωρά.

Η λήψη βαρβιτουρικών με ένεση είναι πιθανόν η πιο επικίνδυνη μορφή χρήσης ναρκωτικών. Η μεγάλη δοσολογία προκαλεί το θάνατο από αναπνευστική ανεπάρκεια. Μόλις 10 χάπια βαρβιτουρικών είναι αρκετά για τη μοιραία δόση. Οι επιδράσεις αυτές και οι κίνδυνοι μεγιστοποιούνται σε συνδυασμό με το αλκοόλ ή

άλλες ουσίες κατασταλτικού τύπου. Για κάποιον που ήδη βρίσκεται σε κατάσταση μέθης από αλκοόλ, ακόμα και η μισή από τη μοιραία δόση είναι θανατηφόρα.

Αρκετοί θάνατοι διασημοτήτων συνδέθηκαν με αυτές τις ουσίες, που λήφθηκαν είτε κατά λάθος είτε σκόπιμα, όπως συνέβη με τη Μέριλιν Μονρόε την Τζούντι Γκάρλαντ, τον Τζίμι Χέντριξ και τον μάνατζερ των Beatles, Μπράιαν Έπστιν.

Από το 1973 ως το 1976, τα βαρβιτουρικά ευθύνονταν για πάνω από τις μισές αυτοκτονίες με ναρκωτικά. Το 1995, η Διεύθυνση Τροφίμων και Ποτών των ΗΠΑ απαγόρευσε το συνδυασμό φαινοβαρβιτάλης και θεοφυλλίνης, ως επικίνδυνου για μεγάλη δοσολογία. (<http://www.healthyliving.gr/2015/11/24/varvitourika-xrhsh-exarthsh/>)

Η τακτική χρήση οποιονδήποτε καταπραυντικών είναι πιθανό να οδηγήσει σε ανοχή και ψυχολογική εξάρτηση. Αν και η ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων σωματικής εξάρτησης είναι απίθανη σε κανονικές θεραπευτικές δοσολογίες, μετά από τακτική χρήση μεγαλύτερων δόσεων, τα στερητικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα, νευρικότητα, ανικανότητα για ύπνο, τάσεις για λιποθυμία και ναυτία, μυϊκές συσπάσεις και (πιο σπάνια) σπασμούς. (Αναγνώστου Α, Κοκκώλης Κ, 2015)

Μετά από πολύ μεγάλες δόσεις που λαμβάνονται τακτικά (900 mg την ημέρα ή περισσότερα), μπορεί να εμφανιστούν σοβαρά στερητικά συμπτώματα, όπως κρίσεις, αφύσικα χαμηλή αρτηριακή πίεση, παραλήρημα και παραισθήσεις. Η ξαφνική διακοπή μεγάλων δόσεων βαρβιτουρικών μπορεί να είναι μοιραία, και γι' αυτό δεν πρέπει να γίνεται ποτέ χωρίς την κατάλληλη ιατρική επίβλεψη. Η διαδικασία αυτή μπορεί να διαρκέσει μέχρι και δύο εβδομάδες, κατά τη διάρκεια των οποίων η δόση μειώνεται κατά 10% κάθε μέρα υπό επίβλεψη. Με την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχουν σοβαρές επιπλοκές, τα συμπτώματα στέρησης υποχωρούν μέσα σε μία εβδομάδα. (Αναγνώστου Α, Κοκκώλης Κ, 2015)

3.6.2. ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ (BENZODIAZEPINES)

Το όνομα «ηρεμιστικά» έχει δοθεί στις ουσίες που έχουν τη δυνατότητα να μειώνουν τα αισθήματα άγχους και νευρωτικής συμπεριφοράς. Προκαλούν μια κατάσταση ηρεμίας και χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες: τα μείζονα ηρεμιστικά (γνωστά και ως αντιψυχωτικά) και τα ελάσσονα ηρεμιστικά (τις

βενζοδιαζεπίνες). (<https://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/anakoinoseis/itemlist/category/43-#paraisthisiogona-lsd-magic-mushrooms-peyote-pcp>)

Οι βενζοδιαζεπίνες (Lexotanil, Xanax κ.ά.), έχουν τέσσερις αισθητές επιδράσεις:

1. αγχολυτικές (μειώνουν το άγχος), 2. σπασμολυτικές (σταματούν ή ανακουφίζουν τους σπασμούς), 3. Μυοχαλαρωτικές 4.καταπραϋντικές/υπνωτικές (προκαλούν ύπνο). (<http://www.healthyliving.gr/2015/10/16/benzodiazepines/>)

Χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία πολλών παθήσεων, όπως είναι οι αγχώδεις διαταραχές, οι μυϊκοί σπασμοί, οι αιφνίδιες κρίσεις, η αϋπνία και η ενσυνείδητη (προχειρουργική) καταστολή. Έχουν όμως παρενέργειες και μπορούν να προκαλέσουν εξάρτηση.

Η πρώτη βενζοδιαζεπίνη, που κυκλοφόρησε το 1960, ήταν το Librium (χλωροδιαζεποξείδιο), που το ακολούθησε το 1963 το Valium (διαζεπάμη), με νέες παραλλαγές, όπως η τεμαζεπάμη, που διατέθηκε στην αγορά το 1981. Η μικρή θνησιμότητα από οξεία τοξικότητα και υπερβολική δόση, οι λιγότερες παρενέργειες, η μικρότερη δυνατότητα κατάχρησης, καθώς και η μικρότερη δυνατότητα αλληλεπίδρασης με άλλες ουσίες συνέβαλαν στην ευρύτερη αποδοχή των ηρεμιστικών από τους γιατρούς, καθώς και στην αυξημένη χρήση τους για τη θεραπεία του άγχους και της αϋπνίας.

Στα μέσα της δεκαετίας του '70 οι βενζοδιαζεπίνες ήταν τα πλέον συνταγογραφούμενα φάρμακα. Μάλιστα σε μερικές χώρες κυκλοφορούσαν χωρίς ιατρική συνταγή (και ακόμα κυκλοφορούν έτσι, ειδικά στη Μέση Ανατολή και τον αναπτυσσόμενο κόσμο), και η χρήση τους είναι πιο διαδεδομένη απ' ότι σε χώρες που χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή. Οι βενζοδιαζεπίνες σε περίπτωση υπερβολικής δόσης είναι πιο ασφαλείς από τα βαρβιτουρικά τα οποία και αντικατέστησαν σε μεγάλο βαθμό, όμως, η υπόσχεση ότι δεν θα προκαλούσαν μεγάλο εθισμό, αποδείχτηκε ψευδής. (<http://www.healthyliving.gr/2015/11/23/hremistika-venzodiazepines-parenergieis/>)

Οι βενζοδιαζεπίνες χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες, αυτές με μέσο χρόνο δράσης και αυτές με μακρό χρόνο δράσης.

Οι κύριες χρήσεις των βενζοδιαζεπινών είναι:

α) Αγχολυτική. Αν και κανονικά οι βενζοδιαζεπίνες θα έπρεπε να χρησιμοποιούνται μόνο στην περίπτωση που το άγχος είναι τόσο εξουθενωτικό, που παρεμποδίζει τον τρόπο ζωής, τη δουλειά και τις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενή,

στην πραγματικότητα, πολλοί τις χορηγούν αδιάκριτα για μια ολόκληρη ομάδα παθήσεων που έχουν σχέση με το στρες.

Οι βενζοδιαζεπίνες που χρησιμοποιούνται για τη «βραχυπρόθεσμη» ανακούφιση έντονου άγχους περιλαμβάνουν τη διαζεπάμη, της οποίας η επίδραση μπορεί να διαρκέσει για αρκετά μεγάλη χρονική περίοδο.

β) Υπνωτική. Τα υπνωτικά χορηγούνται σε περιπτώσεις βραχυπρόθεσμης, παροδικής αϋπνίας και το πιο συνηθισμένο είναι η νιτραζεπάμη. Επειδή η επίδραση διαρκεί πολύ, μπορεί να χρειάζονται χρόνο για να αποβληθούν από το σώμα, προκαλώντας συχνά πονοκέφαλο στο χρήστη το πρωί.

γ) Άλλες χρήσεις. Πολλές από τις βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία άλλων παθήσεων. Η διαζεπάμη χρησιμοποιείται για τη χαλάρωση των μυών ή την ανακούφιση των μυϊκών σπασμών. Η χλωροδιαζεποξείδη, η κλοραζεπάτη, η διαζεπάμη και η οξαζεπάμη χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης του αλκοόλ. Η κλοβαζάμη, η κλοναζεπάμη, η κλοραζεπάτη, η διαζεπάμη και η λοραζεπάμη χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία συγκεκριμένων σπασμωδικών διαταραχών, όπως είναι η επιληψία.

Οι βενζοδιαζεπίνες δεν παρουσιάζουν κινδύνους και παρενέργειες όσο τα βαρβιτουρικά όμως σε γενικές γραμμές μπορούμε να παρατηρήσουμε τα εξής:

Μια συνηθισμένη επίδραση είναι η αίσθηση κόπωσης και η υπνηλία, και παρατηρείται κυρίως μέσα στις πρώτες ώρες μετά από μεγάλες δόσεις. Παράπονα από ασθενείς για τάσεις υπνηλίας υποχωρούν γενικά μετά την πρώτη εβδομάδα, καθώς το σώμα δημιουργεί ανοχή για την ουσία. Η υπνηλία που προκαλείται από τις βενζοδιαζεπίνες συνεπάγεται ότι η οδήγηση, ο χειρισμός επικίνδυνων μηχανημάτων και παρόμοιες δραστηριότητες πρέπει να αποφεύγονται. (<http://www.healthyliving.gr/2015/11/23/hremistika-venzodiazepines-parenergeies/>)

Οι βενζοδιαζεπίνες μπορούν να αλληλεπιδράσουν με άλλες ουσίες. Έτσι το αλκοόλ και οι βενζοδιαζεπίνες ενισχύουν το ένα την καταπραϊντική δράση του άλλου, και μπορεί να προκληθεί σοβαρή βλάβη. Το ίδιο συμβαίνει και με άλλα κατασταλτικά, όπως τα οπιούχα.

Περιστασιακά οι βενζοδιαζεπίνες προκαλούν παράδοξη, διεγερτική επίδραση, όπως αυξημένη επιθετικότητα και εχθρότητα, παραβατική συμπεριφορά, όπως κλοπές από καταστήματα, σεξουαλικές απρέπειες ή παραπτώματα, όπως παρενόχληση και

επίδειξη, και ακραίες συναισθηματικές συμπεριφορές, όπως γοερό κλάμα ή χαχάνισμα. (Αναγνώστου Α, Κοκκώλης Κ, 2015)

Οι περισσότερες παρενέργειες υποχωρούν με το πέρασμα του χρόνου. Ωστόσο μερικές βλάβες, κυρίως όσες αφορούν τη μνήμη, μπορεί να συνεχιστούν.

Η λήψη υπερβολικής δόσης βενζοδιαζεπινών συμβαίνει συχνά, αλλά σπάνια επέρχεται εξαιτίας της ο θάνατος. Μόνο τα παιδιά και οι αδύναμοι οργανισμοί, ειδικά όσοι έχουν αναπνευστικά προβλήματα, κινδυνεύουν από τις βενζοδιαζεπίνες. Εκείνοι που έχουν πάρει υπερβολική δόση νιώθουν υπνηλία και πέφτουν σε βαθύ ύπνο. Ωστόσο, μπορούν να συνέλθουν και να ξυπνήσουν μετά από 24 ως 28 ώρες.

Υπάρχει αμφιβολία για τη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα των ηρεμιστικών βενζοδιαζεπινών. Είναι σίγουρο ότι όταν χρησιμοποιούνται για να διευκολύνουν τον ύπνο, οι βενζοδιαζεπίνες χάνουν την επίδραση τους μέσα σε λίγες εβδομάδες.

Με τη διακοπή της χρήσης, το 15-35% των μακροχρόνιων χρηστών (πάνω από 6 μήνες) θα έχουν χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο, παρόμοιο με αυτό που ακολουθεί τη χρήση βαρβιτουρικών και που θυμίζει τρομώδες παραλήρημα – πρόκειται για την κατάσταση αγχώδους σύγχυσης, που βλέπουμε μερικές φορές σε αλκοολικούς που σταματούν το ποτό. Μετά από απότομη διακοπή, και ειδικά δόσεων στο ανώτερο όριο της θεραπευτικής κλίμακας, μπορεί να προκληθεί σοβαρή ασθένεια με οξείες καταστάσεις παράνοιας και σύγχυσης, ακόμα και επιληπτικές κρίσεις, που πιθανόν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου. (Αναγνώστου Α, Κοκκώλης Κ, 2015). Οι κρίσεις πανικού είναι συνηθισμένες. Αυτό συμβαίνει γιατί τα επίπεδα αδρεναλίνης στο σώμα έχουν αλλάξει από τη χρόνια χρήση των βενζοδιαζεπινών. Συνήθως η αδρεναλίνη εκκρίνεται ως ανταπόκριση στον κίνδυνο. Εάν διαταραχθεί η ισορροπία, η αδρεναλίνη εκκρίνεται, όταν αυτό δεν είναι αναγκαίο κι έτσι έχουμε κρίσεις πανικού. Το σύνδρομο αυτό συνδυάζεται με πιο συγκεκριμένα στερητικά σύνδρομα. (<http://www.healthyliving.gr/2015/11/23/hremistika-venzodiazepines-parenergieies/>)

Μετά τη διακοπή της βενζοδιαζεπίνης, ακόμα και μετά από προσεκτική και σταδιακή μείωση της δόσης, μπορεί να καθυστερήσει να φανεί η επίδραση της στέρησης. Η καθυστέρηση αυτή αποδίδεται στο ρυθμό με τον οποίο αποβάλλεται το ναρκωτικό από το σώμα καθώς οι βενζοδιαζεπίνες είναι λιποδιαλυτές και γι' αυτό κατακρατούνται στο λιπώδη ιστό για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Η διάρκεια της αγωγής καθώς και η δοσολογία επίσης καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την έκταση και πιθανόν τη σοβαρότητα της στέρησης.. Είναι πολύ πιο πιθανό

να έχουν στερητικά συμπτώματα όσοι παίρνουν μεγάλες δόσεις παρά όσοι διατηρούν μια μέση κλινικά δοσολογία. (Κουρουνάκης Π. Ρέκκα Ε. 2014)

3.7 Η ΧΡΗΣΗ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΥΡΩΠΗ

Σύμφωνα με στοιχεία του European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) που παρουσιάζει σε έκθεση του ο ΟΟΣΑ που δημοσιεύτηκε το 2017 (σελίδες 108 - 110), η Ελλάδα βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις στην χρήση ναρκωτικών σε όλες σχεδόν τις κατηγορίες

Συγκεκριμένα σε ερώτηση που έγινε σε νέους ηλικίας 15 έως 34 για το εάν έκαναν χρήση κάνναβης το τελευταίο δωδεκάμηνο, οι Έλληνες βρίσκονται στην τελευταία θέση με ποσοστό 3,2%, τον ευρωπαϊκό μέσο όρο να βρίσκεται στο 13,3% και την Τσεχία (σ.σ. που βρίσκεται στον αντίποδα της Ελλάδας) στο 23,9%.

Τα ποσοστά είναι ακόμη χαμηλότερα σε ότι αφορά την κοκαΐνη όπου πάλι η Ελλάδα καταλαμβάνει την τελευταία θέση με ποσοστό 0,2% στις ηλικίες που προαναφέρθηκαν. Εδώ ο μέσος όρος της Ευρώπης είναι στο 1,9% με την Βρετανία που βρίσκεται στην κορυφή να έχει ποσοστό της τάξης του 4,2%.

Επίσης με βάση την ίδια έκθεση η χώρα μας κατέχει σχεδόν μηδενικά ποσοστά στην χρήση αμφεταμινών (0,1%) και έκσταση (0,4%) σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Τέλος όπως και σε ότι αφορά την ηρωίνη στην Ελλάδα, με βάση τις εκτιμήσεις του 2015, ο αριθμός των χρηστών είναι από τους χαμηλότερους στην Ευρώπη καθώς αυτοί υπολογίζονται σε μόλις 2,4 ανά χίλιους κατοίκους. (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EKTEΠN GREEK REITOX FOCAL POINT) Ελλάδα Ετήσια έκθεση για τα ναρκωτικά 2017)

Αναλυτικά τα στοιχεία για την Ευρώπη και την Ελλάδα που παρουσιάζονται στην έκθεση έχουν ως εξής:

Γενικότερα, διαπιστώνεται πως η διαθεσιμότητα ναρκωτικών συνολικά είναι υψηλή στην Ευρώπη, ενώ μάλιστα σε ορισμένες περιοχές φαίνεται να αυξάνεται. Μεταξύ άλλων, ο οργανισμός της ΕΕ για τα ναρκωτικά καταγράφει αυξημένη διαθεσιμότητα κοκαΐνης στην Ευρώπη, και τονίζει πως αυτή η εξέλιξη συντελείται

στο πλαίσιο μιας δυναμικής αγοράς ναρκωτικών, η οποία είναι σε θέση να προσαρμόζεται ταχύτατα στα μέτρα ελέγχου.

Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία, στην Ευρώπη (ΕΕ-28, Τουρκία και Νορβηγία), καταγράφηκαν περισσότερες από 1 εκατομμύριο κατασχέσεις παράνομων ναρκωτικών ουσιών το 2016.

Περισσότεροι από 92 εκατομμύρια ενήλικες στην ΕΕ (ηλικίας 15–64 ετών) έχουν κάνει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας στη ζωή τους, ενώ εκτιμάται ότι 1,3 εκατομμύρια άτομα υποβλήθηκαν σε θεραπεία για χρήση παράνομων ουσιών το 2016 (ΕΕ-28). (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΤΕΠΙΝ GREEK REITOX FOCAL POINT) Ελλάδα Ετήσια έκθεση για τα ναρκωτικά 2017)

Ειδικότερα για την Ελλάδα, η έκθεση διαπιστώνει πως η κάνναβη είναι η πιο ευρέως διαδεδομένη παράνομη ουσία στον ενήλικο πληθυσμό της Ελλάδας (ηλικίας 18-65 ετών), ενώ τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν μια ελαφρώς αυξανόμενη τάση από το 2004. Η χρήση αμφεταμινών, κοκαΐνης και MDMA («ecstasy») παραμένει σε χαμηλά επίπεδα.

Επίσης, η Αθήνα συμμετέχει σε μία ευρωπαϊκή μελέτη σχετικά με τα κατάλοιπα ουσιών στα αστικά λύματα. Τα κατάλοιπα κοκαΐνης και MDMA που εντοπίστηκαν, δείχνουν ότι η χρήση αυτών των ουσιών ήταν υψηλότερη τα Σαββατοκύριακα από ότι τις υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας, το 2017.

Γενικότερα όμως, τα επίπεδα όσον αφορά στα κατάλοιπα από αμφεταμίνες και MDMA ήταν χαμηλά, γεγονός που υποδεικνύει την περιορισμένη χρήση τους στην Αθήνα. (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΤΕΠΙΝ GREEK REITOX FOCAL POINT) Ελλάδα Ετήσια έκθεση για τα ναρκωτικά 2017)

Μείωση καταγράφηκε στα επίπεδα των ναρκωτικών και των καταλοίπων τους κατά το διάστημα 2014-2017, που αντικατοπτρίζει μία πιθανή μείωση της χρήσης τους, αν και το 2017 παρατηρήθηκε μικρή αύξηση στα κατάλοιπα κοκαΐνης και μεθαμφεταμίνης..

Η χρήση ναρκωτικών υψηλού κινδύνου στην Ελλάδα αφορά κατά βάση ενέσεις οπιοειδών, κυρίως ηρωίνης. Υπολογίζεται ότι οι χρήστες ηρωίνης υψηλού κινδύνου το 2016 ήταν περίπου 17.000 (2,46 ανά 1.000 ενήλικες). Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν πως ο εκτιμώμενος αριθμός χρηστών ηρωίνης υψηλού κινδύνου έχει μειωθεί από το 2010, παρουσιάζοντας σταθεροποίηση τα τελευταία χρόνια. (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΤΕΠΙΝ GREEK REITOX FOCAL POINT) Ελλάδα Ετήσια έκθεση για τα ναρκωτικά 2017)

Χρήση ναρκωτικών ουσιών στην ΕΕ.

α) Κοκαΐνη:

Αυξημένη διαθεσιμότητα παρατηρείται στην Ευρώπη και μέγιστη καθαρότητα σε μια δεκαετία. Γενικότερα στην Ευρώπη, η πιο ευρέως διαδεδομένη παράνομη διεγερτική ουσία είναι η κοκαΐνη. Περίπου 2,3 εκατομμύρια νεαροί ενήλικες (ηλικίας 15–34 ετών) έχουν κάνει χρήση της ουσίας κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους (ΕΕ-28). Με βάση τις ενδείξεις ότι αυξάνεται η καλλιέργεια κόκας και η παραγωγή κοκαΐνης στη Λατινική Αμερική, η ανάλυση επιβεβαιώνει ότι η αγορά κοκαΐνης της Ευρώπης είναι σε άνθηση, ενώ οι δείκτες υποδηλώνουν πλέον ότι αυξάνεται η διαθεσιμότητα της εν λόγω ουσίας σε διάφορες χώρες.

β) Κάνναβη:

Η κάνναβη παραμένει η πιο ευρέως διαδεδομένη παράνομη ουσία στην Ευρώπη. Περίπου 17,2 εκατομμύρια νέοι Ευρωπαίοι (ηλικίας 15–34 ετών) έχουν κάνει χρήση κάνναβης το προηγούμενο έτος (ΕΕ-28), ενώ περίπου το 1% των ενήλικων Ευρωπαίων (ηλικίας 15–64 ετών) κάνουν χρήση καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά (ΕΕ-28). (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΤΕΠΝ GREEK REITOX FOCAL POINT) Ελλάδα Ετήσια έκθεση για τα ναρκωτικά 2017)

Περισσότερα από τα τρία τέταρτα (77%) των 800.000 αδικημάτων χρήσης ή κατοχής ναρκωτικών ουσιών που καταγράφηκαν στην ΕΕ το 2016 για τα οποία η κύρια ουσία χρήσης ήταν γνωστή αφορούσαν την κάνναβη. Είναι επίσης το ναρκωτικό με τον υψηλότερο αριθμό κατασχέσεων, καθώς το 2016 στην ΕΕ καταγράφηκαν 763.000 κατασχέσεις προϊόντων κάνναβης. Η κάνναβη είναι η κυριότερη αιτία (45%) για την οποία οι χρήστες υποβλήθηκαν για πρώτη φορά σε θεραπεία στην Ευρώπη (ΕΕ-28, Τουρκία και Νορβηγία). Ο αριθμός των ατόμων που ξεκίνησαν για πρώτη φορά θεραπεία για την κάνναβη αυξήθηκε από 43.000 το 2006 σε 75.000 το 2016 στις 25 χώρες, με στοιχεία και για τα δύο έτη. Η έκθεση τονίζει ότι οι πρόσφατες αλλαγές στο κανονιστικό πλαίσιο για την κάνναβη σε διάφορα μέρη της Βόρειας και Νότιας Αμερικής -μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται και η νομιμοποίηση της σε ορισμένες δικαιοδοσίες- έχουν οδηγήσει στη ραγδαία εμφάνιση μιας εμπορικής αγοράς κάνναβης για ψυχαγωγική χρήση σε αυτές τις περιοχές. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε καινοτομίες στα συστήματα παράδοσης και στην ανάπτυξη προϊόντων κάνναβης (π.χ. υγρά ηλεκτρονικών τσιγάρων, εδώδιμα προϊόντα και στελέχη υψηλής δραστηριότητας).

Νέες Ψυχοδραστικές Ουσίες,

Οι νέες ψυχοδραστικές ουσίες (ΝΨΟ/ «νέα ναρκωτικά») εξακολουθούν να αποτελούν σημαντική πρόκληση για την πολιτική και τη δημόσια υγεία στην Ευρώπη, επισημαίνεται στην έκθεση. Οι ΝΨΟ, οι οποίες δεν καλύπτονται από διεθνείς ελέγχους ναρκωτικών, περιλαμβάνουν ευρύ φάσμα ουσιών, όπως συνθετικά κανναβινοειδή, οπιοειδή, καθιόνες και βενζοδιαζεπίνες. Το 2017 καταγράφηκαν για πρώτη φορά 51 ΝΨΟ στο σύστημα έγκαιρης προειδοποίησης της ΕΕ. Στο τέλος του 2017 το EMCDDA παρακολουθούσε περισσότερες από 670 ΝΨΟ (σε σύγκριση με περίπου 350 το 2013). Οι βλάβες για την υγεία που συνδέονται με τα νέα συνθετικά κανναβινοειδή και τα νέα συνθετικά οπιοειδή (μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται η οξεία δηλητηρίαση και ο θάνατος) οδήγησαν το EMCDDA να πραγματοποιήσει για πρώτη φορά εννέα αξιολογήσεις κινδύνου το 2017. Τα νέα συνθετικά κανναβινοειδή, από τα οποία 179 εντοπίστηκαν από το 2008 και μετά (10 το 2017), αντιπροσωπεύουν τη μεγαλύτερη ομάδα χημικών ουσιών που παρακολουθείται από το EMCDDA.

Συνεχώς εντοπίζονται ολοένα και περισσότερα νέα συνθετικά οπιοειδή υψηλής δραστηριότητας (κυρίως παράγωγα φαιντανύλης), τα οποία μιμούνται την επίδραση των οπιούχων που παράγονται με φυσικό τρόπο (π.χ. ηρωίνη και μορφίνη). Μερικές φορές είναι διαθέσιμα σε νέες μορφές (π.χ. ρινικά σπρέι) ή πωλούνται ως παράνομες ουσίες ή αναμειγνύονται με άλλα ναρκωτικά, όπως ηρωίνη ή κοκαΐνη. Συνολικά έχουν εντοπιστεί 38 νέα συνθετικά οπιοειδή στην αγορά ναρκωτικών της Ευρώπης από το 2009 (13 το 2017).

Νέες αγορές

Παρότι συνολικά, από άποψη όγκου, εξακολουθούν να κυριαρχούν οι παραδοσιακές μη διαδικτυακές αγορές ναρκωτικών, οι διαδικτυακές αγορές φαίνεται να αποκτούν ολοένα μεγαλύτερη σημασία, θέτοντας μια νέα πρόκληση για τα μέτρα ελέγχου. Σε μια πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη με τη συνεργασία EMCDDA–Europol, εντοπίστηκαν περισσότερες από 100 αγορές στο «σκοτεινό διαδίκτυο» παγκοσμίως, στις οποίες περίπου τα δύο τρίτα των πωλήσεων αφορούσαν ναρκωτικά. Το διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης φαίνεται επίσης να αποκτούν μεγαλύτερη σημασία, ιδιαίτερα όσον αφορά την προμήθεια ΝΨΟ και την πρόσβαση σε φάρμακα για παράνομη χρήση

Στο πλαίσιο ανάλυσης που δημοσιεύεται παράλληλα με την κεντρική έκθεση, το EMCDDA εξετάζει την κατάχρηση των βενζοδιαζεπινών σε χρήστες οπιοειδών υψηλού κινδύνου στην Ευρώπη. Παρότι κατά κύριο λόγο η συνταγογράφηση αυτών

των φαρμάκων σε χρήστες ναρκωτικών υψηλού κινδύνου πραγματοποιείται για νόμιμους θεραπευτικούς σκοπούς, υπάρχει πιθανότητα εκτροπής και κατάχρησής τους, γεγονός που συντελεί σε αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας στην εν λόγω ομάδα. Περίπου το 40% όσων ξεκινούν θεραπεία για χρήση οπιοειδών ως κύριων ουσιών αναφέρουν τις βενζοδιαζεπίνες ως τη δευτερεύουσα ουσία χρήσης με την οποία αντιμετωπίζουν πρόβλημα.

Στην έκθεση επισημαίνεται και η ανησυχία σχετικά με τον μεγάλο αριθμό θανάτων από υπερβολική δόση ναρκωτικών στην Ευρώπη, ο οποίος καταγράφει άνοδο τα τελευταία τέσσερα έτη. Το 2016, εκτιμάται ότι προκλήθηκαν περισσότεροι από 9.000 θάνατοι στην Ευρώπη (ΕΕ-28, Τουρκία και Νορβηγία) λόγω υπερβολικής δόσης, κυρίως από χρήση ηρωίνης και άλλων οπιοειδών, αν και συχνά σε συνδυασμό με άλλες ουσίες, ειδικότερα αλκοόλ και βενζοδιαζεπίνες. (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EKTEPIN GREEK REITOX FOCAL POINT) Ελλάδα Ετήσια έκθεση για τα ναρκωτικά 2017)

3.8. Η ΧΡΗΣΗ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σύμφωνα με τα στοιχεία όλων των ερευνών που έχουν διενεργηθεί την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας στο μαθητικό πληθυσμό κυρίως από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής και έχουν δημοσιευτεί (2005, 2009, 2011, 2016) η χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό στη χώρα μας με εξαίρεση την κάνναβη είναι περιορισμένη.

Εκείνο που είναι σχετικά ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι αυξάνεται ο αριθμός των μαθητών που δηλώνουν ότι η πρόσβαση στις ουσίες είναι εύκολη ή σχετικά εύκολη, καθώς επίσης και το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι θεωρούν ακίνδυνη ή σχετικά ακίνδυνη τη χρήση «μαλακών» ναρκωτικών όπως η κάνναβη.

Στα συμπεράσματα της πανελλήνιας έρευνας στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές (Ερευνα ESPAD) που πραγματοποιήθηκε το 2015 σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 3.202 μαθητών ηλικίας 16 ετών (μαθητές της Α' Λυκείου) από 175 σχολεία της χώρας από το ΕΠΨΥ, με τη συγχρηματοδότηση του ΟΚΑΝΑ, τα οποία δημοσιεύτηκαν το 2016, προκύπτουν τα εξής σχετικά με τη χρήση παράνομων

ουσιών από τους εφήβους καθώς και με το πόσο εύκολη θεωρούν την πρόσβαση σ' αυτές.

Σχεδόν ένας στους εννέα 16χρονους μαθητές (10,6%) αναφέρει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή (κυρίως κάνναβης), τα αγόρια σε υπερδιπλάσιο ποσοστό (14,8%) συγκριτικά με τα κορίτσια (6,5%).

Ένας στους έντεκα μαθητές (9,1%) αναφέρει χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή. Οι μισοί εξ αυτών (4,6%) επανέλαβαν τη χρήση της ουσίας ≥ 3 φορές, υψηλότερο ποσοστό αγοριών (6,4%) από ότι κοριτσιών (2,8%). Ποσοστό 4,1% αναφέρουν χρήση κάνναβης κατά τις 30 τελευταίες ημέρες πριν από την έρευνα, τα αγόρια σε υψηλότερα ποσοστά από τα κορίτσια.

Δεν παρατηρείται σημαντική μεταβολή στο ποσοστό των 16χρονων μαθητών που αναφέρουν χρήση και επανάληψη της χρήσης κάνναβης κατά τη διάρκεια της τελευταίας οκταετίας. Εντούτοις σημαντικά υψηλότερο ποσοστό εφήβων αναφέρουν χρήση κάνναβης το 2015 συγκριτικά με πριν από μία δωδεκαετία, (από 5,7% το 2003 σε 9,1% το 2015 για χρήση έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή).

Εξαιρουμένης της κάνναβης, η κάθε μία εκ των υπολοίπων παράνομων ουσιών που εξετάστηκαν στην έρευνα (έκσταση, αμφεταμίνες, μεθαμφεταμίνες, κοκαΐνη, κρακ, LSD, ηρωίνη, κεταμίνη, «μαγικά μανιτάρια» και GHB) αναφέρεται από τους 16χρονους σε ποσοστό μικρότερο του 2%

Περισσότερα αγόρια από ότι κορίτσια αναφέρουν χρήση έκστασης, αμφεταμινών, κοκαΐνης, κρακ, «μαγικών μανιταριών» και LSD Δεν παρουσιάζονται διαφορές στα ποσοστά χρήσης των διαφόρων ουσιών ανά γεωγραφικό στρώμα, με εξαίρεση τις λιγοστές περιπτώσεις εφήβων που ανέφεραν χρήση κεταμίνης, οι οποίες αναφέρθηκαν σχεδόν αποκλειστικά σε περιοχές εκτός των Ν. Αττικής και Θεσσαλονίκης.

Ένας στους 8 μαθητές (12,5%) αναφέρει χρήση εισπνεόμενης ουσίας (κόλλα, βενζίνη, κτλ) έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή, ποσοστό 4,2% μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών και ποσοστό 2,5% χρήση «νέων» ψυχοδραστικών ουσιών (κυρίως συνθετικών κανναβινοειδών).

Περισσότεροι από ένας στους τέσσερις 16χρονους μαθητές (28,6%) θεωρούν «εύκολη» την πρόσβαση σε ηρεμιστικά - υπνωτικά (κυρίως κορίτσια). Σχεδόν ένας στους τέσσερις (22,8%) θεωρεί το ίδιο για την κάνναβη (περισσότερο τα αγόρια), ενώ ένας στους επτά (14,2%) θεωρεί «εύκολη» την πρόσβαση σε

συνταγογραφούμενα οπιοειδή παυσίπονα (περισσότερο τα κορίτσια). Σε ποσοστά κάτω του 10% αναφέρουν οι μαθητές εύκολη πρόσβαση σε ουσίες όπως η κοκαΐνη, η ηρωίνη, η έκσταση, οι αμφεταμίνες ή οι μεθαμφεταμίνες.

Ανησυχητικό είναι το ποσοστό των εφήβων που θεωρούν «ακίνδυνη» τη χρήση κάνναβης καθώς περισσότεροι από ένας στους τρεις 16χρονους μαθητές (36,5%) θεωρούν ότι είναι «ακίνδυνη» η δοκιμή κάνναβης.

Οι μακροπρόθεσμες τάσεις δείχνουν μια τάση αύξηση της χρήσης κάνναβης από τους μαθητές, από το 2007, παρότι το 2015 το σχετικό ποσοστό στην Ελλάδα ήταν χαμηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών που ερευνώνται. Επίσης καταγράφεται μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ από τους μαθητές. (Κοκκέβη Α, Φωτίου Α,κ.α. (2016). Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (16χρονοι) – Έρευνα ESPAD 2015.ΕΠΙΨΥ.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΝΟΜΙΜΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ ΛΥΚΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΕΡΚΥΡΑ

Η έρευνα αυτή, που είναι η πρώτη έρευνα με θέμα τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών που έγινε αποκλειστικά σε δείγμα από το μαθητικό πληθυσμό της Κέρκυρας, εκπονήθηκε από το συντάκτη της παρούσας μελέτης το 2004 στο πλαίσιο προγράμματος Αγωγής Υγείας που πραγματοποιούσε με ομάδα μαθητών του 1^{ου} ΓΕΛ Κέρκυρας, σε συνεργασία με τη δημοτική μονάδα πρόληψης Κέρκυρας «Νίκος Μώρος» και το ΕΠΠΨΥ και τα συμπεράσματά της παρουσιάστηκαν σε ημερίδα που οργάνωσε η Περιφερειακή Δ/ση Εκπ/σης Ιονίων Νήσων τον Ιανουάριο του 2005 στην Κέρκυρα.

4.1. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το εργαλείο της έρευνας ήταν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε σαράντα τέσσερις ερωτήσεις κατανεμημένες σε πέντε ομάδες ως εξής:

1^η ομάδα : Στοιχεία οικογενειακής – οικονομικής κατάστασης

2^η ομάδα : Κατανάλωση αλκοόλ

3^η ομάδα : Κάπνισμα

4^η ομάδα : Χρήση άλλων ουσιών

5^η ομάδα : Ενημέρωση που έχουν οι μαθητές (Ν. Σκολαρίκης 2004 Αρχείο 1^{ου} ΓΕΛ Κέρκυρας), (Ελευθερία- Ημερήσια Κερκυραϊκή Εφημερίδα (2005) αρ φύλου 15961)

Το αρχικό σχέδιο του ερωτηματολογίου το οποίο περιελάμβανε τριάντα έξι ερωτήσεις δόθηκε πιλοτικά στους μαθητές της ομάδας που συμμετείχαν στο πρόγραμμα για να συμπληρωθεί παρουσία του συντάκτη του ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχουν απορίες στους μαθητές από τη διατύπωση των ερωτήσεων προκειμένου να γίνουν οι κατάλληλες διορθώσεις ώστε οι ερωτήσεις να είναι απολύτως σαφείς. Τα ερωτηματολόγια αυτά δεν ελήφθησαν υπόψη κατά την τελική επεξεργασία των στοιχείων. Μετά τις παρατηρήσεις που έγιναν κατά τη συμπλήρωση των πιλοτικών ερωτηματολογίων το ερωτηματολόγιο επαναδιαμορφώθηκε και συμπληρώθηκε με επτά επιπλέον ερωτήσεις ενώ αφαιρέθηκαν τρεις που κρίθηκε ότι μπορεί να παρερμηνευτούν από τους μαθητές. Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από σαράντα ερωτήσεις στάλθηκε στο ΕΠΙΨΥ μέσω του υπεύθυνου προγραμμάτων σχολικών δραστηριοτήτων Κέρκυρας, προκειμένου να γίνουν αν χρειαστεί διορθώσεις που θα του εξασφαλίσουν επιστημονικότητα και αντικειμενικότητα. Από το ΕΠΙΨΥ επαναδιατυπώθηκε μία ερώτηση (ερώτηση 27 βλ. ερωτηματολόγιο παράρτημα 2) και προστέθηκαν τέσσερις ερωτήσεις (ερ. 8, 28,30 και 31 παράρτημα 1) οι οποίες σκοπό είχαν κυρίως να επαληθεύσουν προηγούμενες απαντήσεις των μαθητών ώστε να είναι δυνατό να διαπιστωθεί η ειλικρίνεια του μαθητή κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Μετά και την παρέμβαση αυτή το ερωτηματολόγιο έλαβε την τελική του μορφή με σαράντα τέσσερις ερωτήσεις κλειστού τύπου (πολλαπλής επιλογής) το οποίο διανεμήθηκε στους μαθητές. (παράρτημα 1)

4.2. ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 580 μαθητές ηλικίας 15-20 ετών. Αναλυτικά 109 μαθητές 15-16 ετών, 413 17-18 ετών και 58 19-20 ετών, που προέρχονταν από 9 Ενιαία Λύκεια και 3 Τ.Ε.Ε. του νομού Κέρκυρας, πόλης και υπαίθρου τα εξής:

1^ο Ενιαίο Λύκειο Κέρκυρας, 2^ο Ενιαίο Λύκειο Κέρκυρας, 3^ο Ενιαίο Λύκειο Κέρκυρας, 4^ο Ενιαίο Λύκειο Κέρκυρας, 5^ο Ενιαίο Λύκειο Κέρκυρας, 1^ο ΤΕΕ Κέρκυρας, 2^ο ΤΕΕ Κέρκυρας, 3^ο ΤΕΕ Κέρκυρας, Ενιαίο Λύκειο Λευκίμμης, Ενιαίο Λύκειο Αργυράδων, Ενιαίο Λύκειο Καστελάνων Μέσης, Ενιαίο Λύκειο Αγρού. (Ν. Σκολαρίκης 2004 Αρχείο 1^{οο} ΓΕΛ Κέρκυρας) (Ελευθερία- Ημερήσια Κερκυραϊκή Εφημερίδα (2005) αρ φύλου 15961)

Σημειώνεται ότι το κάθε σχολείο εκπροσωπήθηκε αναλογικά με το ποσοστό των μαθητών του σε σχέση με το συνολικό μαθητικό πληθυσμό του νησιού. Ο συνολικός αριθμός που προγραμματίστηκε να λάβει μέρος στην έρευνα ήταν 640 μαθητές σε σύνολο μαθητικού πληθυσμού του νησιού 2600 μαθητές δηλ περίπου 23%. Από τους μαθητές αυτούς αρνήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια είκοσι δύο (22) οπότε παρελήφθησαν 618 ερωτηματολόγια για επεξεργασία. Από αυτά τα τριάντα οκτώ (38) κρίθηκαν αναξιόπιστα γιατί είτε διαπιστώθηκαν ανακολουθίες στις απαντήσεις είτε ήταν πολλές ερωτήσεις αναπάντητες και δεν ελήφθησαν υπόψη. Έτσι τα ερωτηματολόγια τα οποία αποτέλεσαν το υλικό της έρευνας διαμορφώθηκαν σε 580 εκ των οποίων τα 237 προέρχονταν από αγόρια και τα 343 από κορίτσια.

4.3. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Αφού ολοκληρώθηκε σε πρώτη φάση η διαδικασία δημιουργίας του ερωτηματολογίου όπως περιγράφηκε στη συνέχεια ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία:

Με τη συγκατάθεση του Διευθυντή Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, πραγματοποιήσα αρχικά μια συνάντηση με το σύλλογο διδασκόντων κάθε σχολείου από αυτά που πήραν μέρος στην έρευνα, προκειμένου να εξασφαλιστεί τη έγκριση του συλλόγου, καθώς και να επιλεγεί σε ποιο χρόνο θα γίνει η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και ποιος καθηγητής θα αναλάμβανε τη διανομή και συγκέντρωση τους. Στη συνέχεια χορηγήθηκε μια επιστολή στους γονείς των μαθητών (βλ. παράρτημα 2) προκειμένου να δοθεί η συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα. Επίσης δόθηκε και μια επιστολή για τους ίδιους τους μαθητές με την οποία εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας και τονίστηκε ότι η συμμετοχή σ' αυτήν είναι προαιρετική αλλά είναι σημαντικό να απαντήσουν αυθόρμητα και ειλικρινά. (παράρτημα 3)

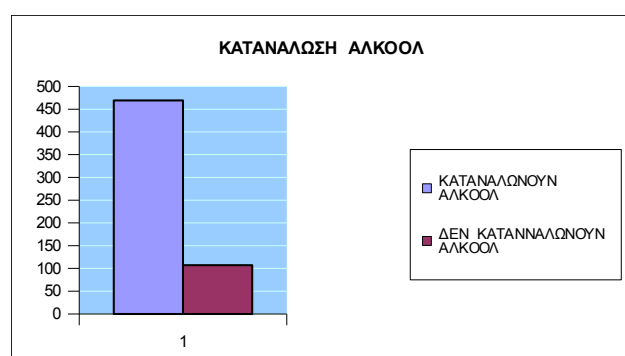
Αφού εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση των γονέων έγινε η διανομή των ερωτηματολογίων και η συμπλήρωσή τους σε μια διδακτική ώρα στο σχολείο με την επίβλεψη ενός εκπαιδευτικού. Στη συνέχεια τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια συγκεντρώθηκαν και επεστράφησαν στον ερευνητή. Μετά από μια πρώτη αξιολόγηση και αφού αποκλείστηκαν τα ερωτηματολόγια που κρίθηκαν αναξιόπιστα τα στοιχεία μεταφέρθηκαν σε μια βάση δεδομένων προκειμένου να γίνει η επεξεργασία τους.

4.4. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

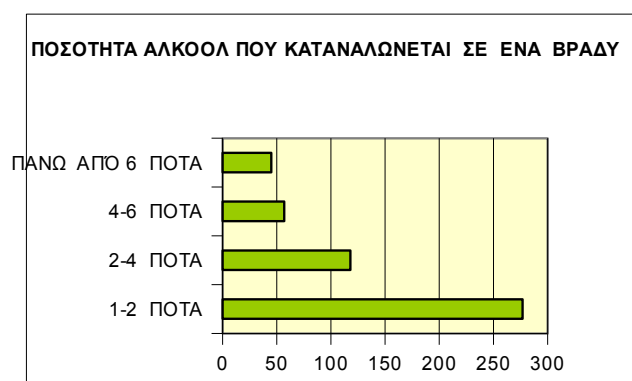
Μετά από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

4.4.1. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΝΟΜΙΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ (ΑΛΚΟΟΛ - ΚΑΠΝΟΣ)

Α. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ



Η κατανάλωση αλκοόλ είναι εξαιρετικά διαδεδομένη μεταξύ των μαθητών. Συγκεκριμένα δηλώνουν ότι έχουν καταναλώσει αλκοόλ 469 από τους 580, ποσοστό 80,86 % ενώ δεν έχουν καταναλώσει αλκοόλ 107 από τους 580 δηλ. μόλις 18,4 %.



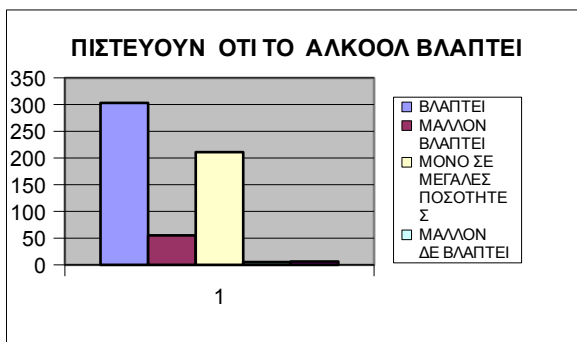
Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλ. 47,75 % καταναλώνει 1 ως 2 ποτά σε ένα βράδυ (277 από τους 580). Τα ποσοστά μειώνονται καθώς αυξάνεται η κατανάλωση : Αναλυτικά 2 ως 4 ποτά καταναλώνουν 118 από τους 580 η ποσοστό 20,34 % , 4ως 6 ποτά



καταναλώνουν 57 στους 580 ή 9,8 %, ενώ πάνω από έξι ποτά καταναλώνουν 45 στους 580 μαθητές ή 7,75 %.

Η πολύ μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ από τα παιδιά είναι προφανές ότι σχετίζεται με το γεγονός ότι η σύγχρονη κοινωνία έχει συνδέσει τη χρήση αλκοόλ, με

κάθε σχεδόν κοινωνική εκδήλωση και ιδίως με τη διασκέδαση, με αποτέλεσμα τα παιδιά να θεωρούν αυτονόητο, ότι για να διασκεδάσουν πρέπει να πιουν.



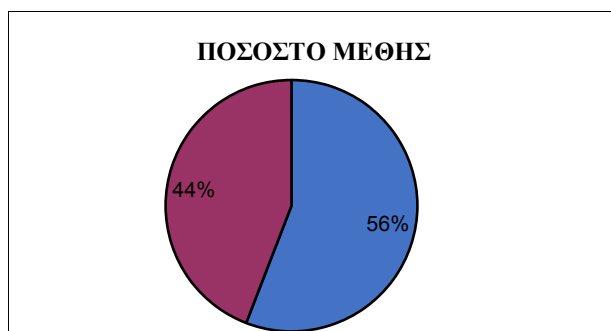
Σχετίζεται ακόμη και με το γεγονός ότι τα παιδιά αν και θεωρούν ότι το αλκοόλ βλάπτει την υγεία (52,24 %) ή μάλλον βλάπτει (9,48 %), αυτό γίνεται μόνο όταν πίνουν μεγάλες ποσότητες (36,3 %) οπότε το να πιουν ένα δυο ποτά σε

κάθε νυχτερινή τους έξοδο, δεν δημιουργεί πρόβλημα.

Η κατανάλωση αλκοόλ είναι μεγαλύτερη στα αγόρια (203 από τα 237 πίνουν, ποσοστό 85,65 %), χωρίς όμως μεγάλη διαφορά από τα κορίτσια (πίνουν 266 από τα 343 ή 77,55 %). Η διαφορά μεγαλώνει καθώς αυξάνεται η κατανάλωση. Συγκεκριμένα σε ένα βράδυ:

- 1 ως 2 ποτά πίνουν 102 αγόρια (43 % του συνόλου των αγοριών) και 175 κορίτσια (51 % του συνόλου των κοριτσιών)
- 2 ως 4 ποτά πίνουν 50 αγόρια (21 % του συνόλου) και 68 κορίτσια (19,8 % του συνόλου).
- 4 ως 6 ποτά πίνουν 34 αγόρια (14,3%) και 23 κορίτσια (6,7 %).
- Τέλος πάνω από 6 ποτά πίνουν 25 αγόρια (10,5 %) και 20 κορίτσια (5,8 %)

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι τα αγόρια καταναλώνουν αλκοόλ περισσότερο από τα κορίτσια, ιδιαίτερα όσο αυξάνονται οι ποσότητες που καταναλώνονται, πράγμα που φαίνεται ότι συνδέεται με το σύγχρονο στερεότυπο του άντρα που οι νέοι προσπαθούν να μιμηθούν.



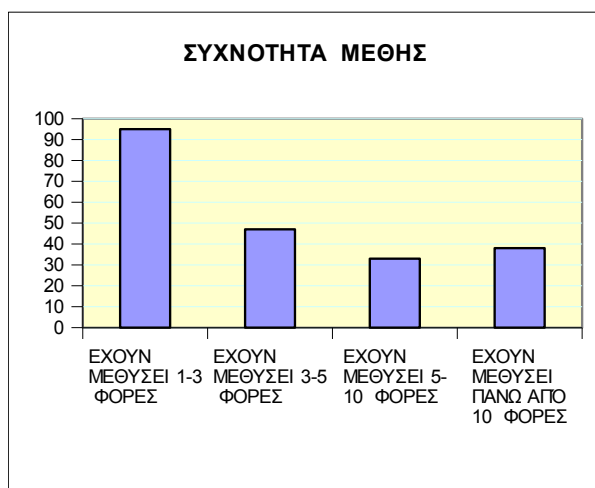
Υψηλό εμφανίζεται και το ποσοστό των μαθητών που δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει. Συγκεκριμένα έχουν μεθύσει 324 από τους 580 μαθητές, ποσοστό 55,8 % του συνόλου.

Το ποσοστό αυξάνεται αν υπολογιστεί μεταξύ αυτών που πίνουν (324 στους 469 ή 69 %). Από αυτούς 140 είναι αγόρια, (59 % του συνόλου των αγοριών), και 184 κορίτσια (53,6 % του συνόλου των κοριτσιών).

- Μία φορά έχουν μεθύσει 108 στους 324 μαθητές ή 33,3 % εκ των οποίων 35 αγόρια (25 % των αγοριών που έχουν μεθύσει) και 73 κορίτσια (39,6 % των κοριτσιών που επίσης δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει).

- 1 - 3 φορές έχουν μεθύσει 95 στους 324 μαθητές ή 29,3 % εκ των οποίων 43 αγόρια (30,7 %) και 52 κορίτσια (28,2 %).

- 3 - 5 φορές έχουν μεθύσει 47 στους 324 μαθητές ή 14,5 % εκ των οποίων 19 αγόρια (13,5 %) και 28 κορίτσια (15,2 %)



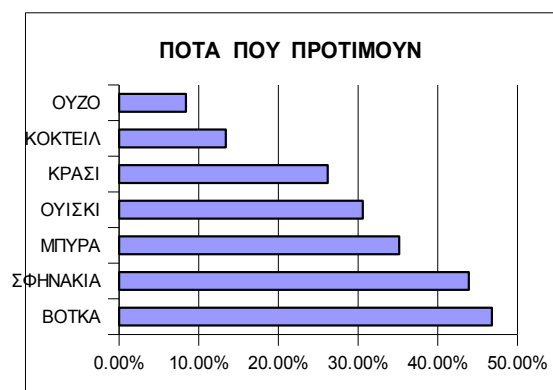
- 5 - 10 φορές έχουν μεθύσει 33 στους 324 μαθητές ή 10,1 % εκ των οποίων 17 αγόρια (12,1 %) και 16 κορίτσια (8,6 %).

- Τέλος πάνω από 10 φορές δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει 38 στους 324 μαθητές ή 11,7 % εκ των οποίων 27 αγόρια (19,2 %) και 11 κορίτσια (5,9 %).

Παρατηρούμε ότι τα ποσοστά στα κορίτσια μειώνονται σημαντικά καθώς αυξάνεται η συχνότητα, πράγμα που συμβαίνει και στα αγόρια όχι όμως στον ίδιο βαθμό. Φαίνεται ότι αυτό σχετίζεται με την αντίληψη ότι το να μεθύσει ένας άντρας δεν είναι και τόσο κακό (παραδοσιακό στερεότυπο).

Είναι προφανές ότι οι ποσότητες που δηλώνουν ότι καταναλώνουν συνδέονται με τα ποσοστά μέθης. Πιο συγκεκριμένα από τα 25 αγόρια που

δηλώνουν ότι καταναλώνουν πάνω από 6 ποτά σε ένα βράδυ, τα 22 (88 %) έχουν μεθύσει και από αυτά τα 12 (48 %) πάνω από 10 φορές.



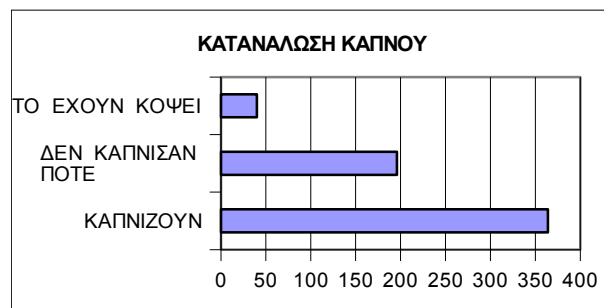
Μεταξύ των ποτών που προτιμούν δημοφιλέστερα είναι η βότκα (46,8 %) και τα σφηνάκια (43,9 %) και έπονται η μπίρα (35,17 %), το ουίσκι (30,6 %), το κρασί (26,2 %), ενώ στις τελευταίες θέσεις των προτιμήσεων βρίσκονται τα κοκτέιλ (13,4 %) και το ούζο (8,4 %).

Από τις προτιμήσεις των μαθητών φαίνονται οι επιρροές από ξενόφερτα πρότυπα αφού από τα παραδοσιακά ποτά μόνο το κρασί εξακολουθεί να έχει σχετικά υψηλό ποσοστό προτίμησης.

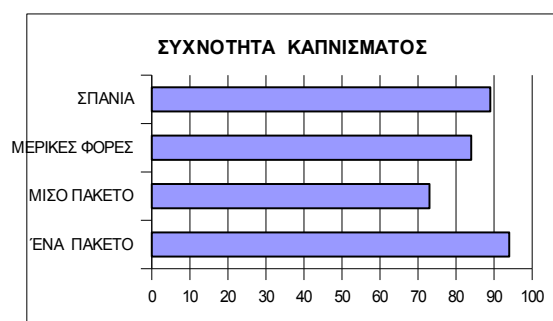
Φαίνεται τέλος ότι η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ συνδέεται και με χρήση άλλων ουσιών. Συγκεκριμένα από τα 27 αγόρια που έχουν μεθύσει πάνω από 10 φορές τα 21 (77,7 %) δηλώνουν ότι καπνίζουν συστηματικά. Τα 18 από τα 21 που καπνίζουν (85,7 %) δηλώνουν ότι έχουν καπνίσει και χασίς ή μαριχουάνα, ενώ τα 9 από τα 21 (42,85 %) δηλώνουν ότι έχουν δοκιμάσει και άλλες ουσίες.

Αξιοπρόσεκτη είναι η σχέση ανάμεσα στην οικονομική κατάσταση και τη χρήση αλκοόλ. Αν και μειώνεται ο αριθμός των μαθητών όσο αυξάνεται το εβδομαδιαίο χαρτζιλίκι, αυξάνεται το ποσοστό αυτών που δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει πάνω από 10 φορές. Έτσι αν και 22 % των μαθητών δηλώνει ότι παίρνει χαρτζιλίκι 15 ευρώ την εβδομάδα, αυτοί είναι μόνο 2 % αυτών που δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει πάνω από 10 φορές. Αντίθετα από το 13,4 % των μαθητών που δηλώνει εβδομαδιαίο χαρτζιλίκι 50 ευρώ ή και περισσότερα, δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει πάνω από 10 φορές το 28,9 %. Είναι προφανές ότι η οικονομική άνεση δίνει στα παιδιά τη δυνατότητα να βγαίνουν για νυχτερινή διασκέδαση πιο συχνά αλλά και να καταναλώνουν περισσότερα ποτά κάθε φορά. (Ν. Σκολαρίκης 2004 Αρχείο 1^ο ΓΕΛ Κέρκυρας, Ελευθερία- Ημερήσια Κερκυραϊκή Εφημερίδα (2005) αρ φύλου 15961)

4.4.1.B. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΠΝΟΥ



Η κατανάλωση καπνού είναι επίσης διαδεδομένη μεταξύ των μαθητών. Συγκεκριμένα δήλωσαν ότι καπνίζουν 364 από τους 580 δηλ. ποσοστό 62,75 %. Από αυτούς οι 191 δήλωσαν ότι καπνίζουν συστηματικά (ποσοστό 32,9 % του δείγματος ή 52,47 % αυτών που καπνίζουν).

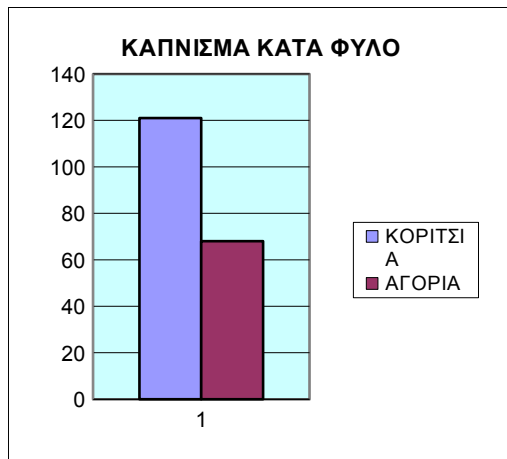


Περιστασιακά (μερικές φορές) δήλωσαν ότι καπνίζουν 84 από τους 580 ποσοστό 14,5 % του συνόλου ή 23 % των καπνιζόντων. Τέλος σπάνια (1-2 φορές) δήλωσαν ότι έχουν καπνίσει 89 από τους 580 δηλ. 15,3 % του συνόλου ή 24,4 % αυτών που δήλωσαν ότι καπνίζουν.

Είναι φανερό ότι οι μισοί και πλέον (52,47 %) από τους μαθητές που έχουν δοκιμάσει καπνό, έχουν μετατραπεί σε συστηματικούς καπνιστές μέσα σε 2 έως 3 χρόνια, πράγμα που συνδέεται με τον εθισμό που δημιουργεί το κάπνισμα.

Είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι οι 2 στους 3 μαθητές καπνίζουν λιγότερο ή περισσότερο, γεγονός που δεν είναι άσχετο με τα πρότυπα που κυριαρχούν στη νεολαία. Μόνο 196 από τους 580 μαθητές (ποσοστό 33,8 %) δήλωσαν ότι δεν κάπνισαν ποτέ, ενώ 40 από τους 580 (6,9 %), δήλωσαν ότι έχουν σταματήσει το κάπνισμα.

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι οι 101 από τους 364 που καπνίζουν, δηλ. 27,75 % δηλώνουν ότι δεν θέλουν να κόψουν το κάπνισμα, ενώ 124 από τους 364 (34 %) δηλώνουν μεν ότι θέλουν να το κόψουν, όμως μόνο 7 από αυτούς (5,6 %) δήλωσαν ότι δεν θα καπνίζουν μετά από πέντε χρόνια. Αντίθετα 77 από τους 124 (62,1 %) που δήλωσαν ότι θέλουν να το κόψουν, πιστεύουν ότι μάλλον θα καπνίζουν και μετά από πέντε χρόνια.

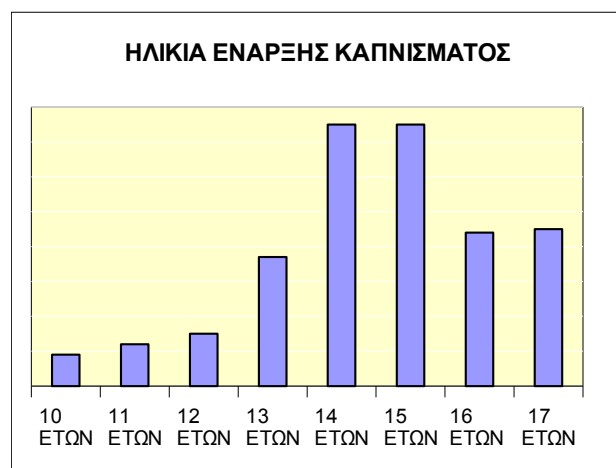


Φαίνεται ότι τα κορίτσια όχι μόνο δεν υστερούν των αγοριών στη χρήση καπνού αλλά το αντίθετο εφόσον από τους 364 μαθητές που καπνίζουν τα 282 είναι κορίτσια ή το 77,4 %. Από το σύνολο των κοριτσιών που είναι 337 καπνίζουν 282 ποσοστό 83,67 %. Με άλλα λόγια 8 στα 10 κορίτσια καπνίζουν. Μάλιστα από τους 191 μαθητές που καπνίζουν συστηματικά τα 121 (63,3 %) είναι κορίτσια και τα 68 (35,6 %) είναι αγόρια.

Τα αγόρια που καπνίζουν συστηματικά καπνίζουν ημερησίως λίγο περισσότερα τσιγάρα από τα κορίτσια. Έτσι ένα πακέτο την ημέρα καπνίζουν 35 αγόρια από τα 68 που καπνίζουν συστηματικά δηλ. 51,4 % και 57 κορίτσια από τα 121 που καπνίζουν συστηματικά δηλ. 47,1 % . Αντίθετα από τους 84 μαθητές που δηλώνουν ότι καπνίζουν περιστασιακά (μερικές φορές αλλά όχι συστηματικά) μόνο 25 είναι αγόρια (29,76 %) ενώ 59 είναι κορίτσια (70,23 %).

Το υψηλό ποσοστό των κοριτσιών που καπνίζουν τόσο μεταξύ των μαθητών που καπνίζουν (77,4 %), όσο και μεταξύ του συνόλου των κοριτσιών (83,67 %), είναι φανερό ότι σχετίζεται με την αλλαγή στη θέση της γυναίκας στην ελληνική κοινωνία τις τελευταίες δεκαετίες, (μόρφωση, επαγγελματική καταξίωση, οικονομική ανεξαρτητοποίηση, χειραφέτηση), που τα προηγούμενα τουλάχιστο χρόνια δημιούργησε πρότυπα που προήγαγαν το κάπνισμα που ήταν ένα από τα παραδοσιακά «προπύργια» των ανδρών που έπρεπε να αλωθεί. Σχετίζεται όμως και με τις αλλαγές που έχουν επέλθει τα τελευταία χρόνια στην ελληνική οικογένεια, όπου τα παιδιά απολαμβάνουν πολύ μεγαλύτερη ελευθερία-ανεξαρτησία απ' ό τι παλιότερα, ενώ οι γονείς, συνήθως καπνιστές και οι ίδιοι, είναι φανερό ότι αδυνατούν να προβάλλουν στα παιδιά τους αντικαπνιστικά πρότυπα. Αντιθέτως τους δημιουργούν υποσυνείδητα την αίσθηση ότι , παρά τα όσο λέγονται και γράφονται, το κάπνισμα δεν είναι και τόσο κακό, παρόλο που η συντριπτική πλειοψηφία (501 από τους 580 μαθητές ή 86,4 %) θεωρεί ότι το κάπνισμα βλάπτει , ή μάλλον βλάπτει (61 στους 580 μαθητές ή 10,5 %), γεγονός που οφείλεται στην ομολογουμένως αυξημένη αντικαπνιστική εκστρατεία των τελευταίων χρόνων.

Αντίθετα από τα κορίτσια, η υποχώρηση του ποσοστού των αγοριών που καπνίζουν δείχνει ότι τείνει να αποσυνδεθεί στα αγόρια το πρότυπο του ανεξάρτητου και δυναμικού άντρα, (διαφήμιση τσιγάρων Marlboro, camel), από τη χρήση καπνού.

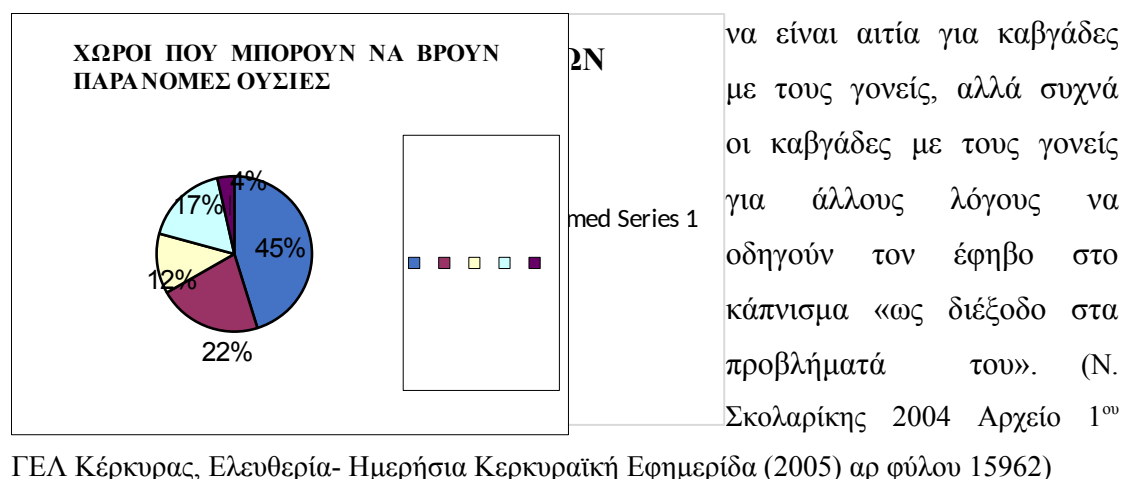


Αξιοπρόσεκτη είναι η ηλικία στην οποία τα παιδιά δήλωσαν ότι ξεκίνησαν το κάπνισμα. Ήδη από τις τελευταίες τάξεις του Δημοτικού κάποια παιδιά δοκιμάζουν το τσιγάρο. Το φαινόμενο εντείνεται στο γυμνάσιο. Τα μισά σχεδόν από τα παιδιά που καπνίζουν (150) άρχισαν στη δευτέρα και την τρίτη γυμνασίου

δηλ. σε ηλικία 14-15 ετών. Πιο συγκεκριμένα ο αριθμός των παιδιών που αρχίζουν το κάπνισμα εμφανίζει σταδιακή αύξηση από τις ηλικίες 10-12 ετών , γνωρίζει πραγματική έκρηξη στις ηλικίες 13-15 ετών, (από 15 που άρχισαν το κάπνισμα στα 12 φτάνουμε στους 37 στα 13 και στους 75 στα 14 και τα 15) και μετά εμφανίζει σταδιακή μείωση (44 στα 16, 45 στα 17).

Αξιοπρόσεκτη είναι τέλος η σχέση που φαίνεται να υπάρχει ανάμεσα στη χρήση καπνού και αλκοόλ. Από τους 191 μαθητές που δήλωσαν ότι καπνίζουν συστηματικά οι 166 (περίπου 87%) δήλωσαν ότι έχουν μεθύσει τουλάχιστο μία φορά, ενώ από τους 84 που καπνίζουν περιστασιακά έχουν μεθύσει 45 (53,5 %). Είναι προφανές ότι ο σύγχρονος τρόπος ζωής και κυρίως διασκέδασης των νέων είναι συνδεδεμένος με τη χρήση ουσιών και κυρίως καπνού και αλκοόλ που θεωρούνται πιο ήπιες και είναι πιο προσιτές.

Τα παιδιά που καπνίζουν συστηματικά έχουν συχνότερες συγκρούσεις με τους γονείς σε σχέση με τα παιδιά που δεν καπνίζουν. Συγκεκριμένα από τους 191 μαθητές που καπνίζουν συστηματικά οι 72 (37,5 %), δηλώνουν ότι καυγαδίζουν συχνά με τους γονείς, ενώ από τους 196 μαθητές που δεν καπνίζουν μόνο 27 (13,7 %) δηλώνουν ότι καυγαδίζουν συχνά με τους γονείς. Φαίνεται ότι υπάρχει διαλεκτική σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και στις προστριβές των εφήβων με τους γονείς τους. Το κάπνισμα του παιδιού πιθανόν



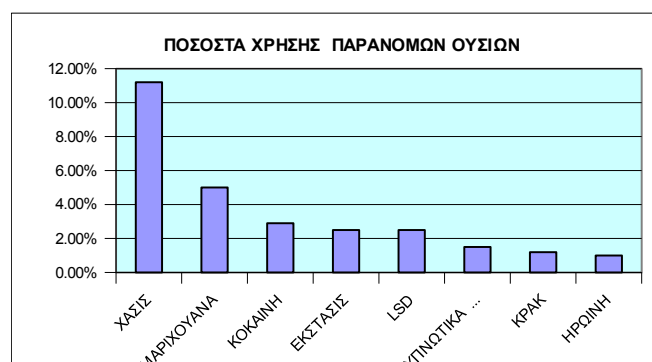
4.4.2. ΧΡΗΣΗ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Επιβεβαιώνεται από την έρευνα η χρήση παράνομων ουσιών από τους εφήβους και συγκεκριμένα 86 από τους 580 (14,8%) δηλώνουν χρήση κάποιας παράνομης ουσίας τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους. Από αυτούς οι 82 (14,1%) δηλώνουν χρήση κάνναβης (χασίς – μαριχουάνα) και 43 από τους 580 (7,4%) δηλώνουν χρήση άλλων ουσιών. Στην ηλικιακή ομάδα 17-18 ετών (413 μαθητές) η χρήση παράνομων ουσιών ανέρχεται σε 18,88% (78 από τους 413 δήλωσαν χρήση κάποιας παράνομης ουσίας), και η χρήση κάνναβης στο 16,2% (67 στους 413). Μάλιστα όπως δηλώνουν 434 από τους 580 (74,8 %), είναι εύκολο να βρουν παράνομες ουσίες σε διάφορους χώρους, κυρίως σε κλαμπ (348 από τους 434 ή 80,1 %), αλλά ακόμη και στο σχολείο (150 από τους 434 ή 34,5 %). Πολλά παιδιά (411 από τα 580 ή το 70,8 %), γνωρίζουν άλλα άτομα που κάνουν χρήση.

Πιο διαδεδομένες ουσίες είναι αυτές που καπνίζονται. Συγκεκριμένα 82 από τους 580 μαθητές (14,1 %) δήλωσαν ότι έχουν καπνίσει κάποια παράνομη ουσία τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους. Από αυτούς μόνο 21 δηλώνουν χρήση πάνω από 10 φορές (3,62%).

Ο μεγαλύτερος αριθμός, (65 ή 11,2 % του συνόλου των μαθητών) έχει δοκιμάσει χασίς, 29 έχουν δοκιμάσει μαριχουάνα (5,0% του συνόλου των μαθητών), ενώ 15 (2,5% του συνόλου των μαθητών) έχουν δοκιμάσει και χασίς και μαριχουάνα.

Στις ηλικίες 15-18 ετών η χρήση κάνναβης περιορίζεται σε 68 στους 522 μαθητές ή 13,02% από τους οποίους οι 21 (4%) πάνω από 5 φορές. Αναλυτικότερα στην ηλικιακή ομάδα 15-16 ετών το ποσοστό χρήσης κάνναβης είναι 3,66% (4 μαθητές) ενώ στην ηλικιακή ομάδα 17-18 ετών 16,22% (67 μαθητές).



Λιγότερο διαδεδομένες είναι οι άλλες ουσίες που κυκλοφορούν. Τέτοιες ουσίες δήλωσαν ότι έχουν καταναλώσει 43 από τους 580 μαθητές ή 7,4 % . Απ' αυτές πιο διαδεδομένη είναι η κοκαΐνη την οποία δηλώνουν ότι έχουν δοκιμάσει 17 από τους 580 η

2,93% (39,5 % αυτών που δήλωσαν χρήση ουσιών). Ακολουθούν τα χάπια «έκσταση» 15 από τους 580 ή 2,58% των μαθητών δήλωσαν χρήση (34,8 % των χρηστών), το LSD 15 από τους 580 ή 2,58% των μαθητών (34,8 % των χρηστών), τα υπνωτικά χάπια 9 από τους 580 ή 1,55% των μαθητών (20,9% των χρηστών), το κρακ 7 από τους 580 ή 1,2% των μαθητών (16,2 % των χρηστών) και τελευταία η ηρωίνη την οποία δηλώνουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει 6 από τους 580 ή 1,03% των μαθητών (13,9 % των χρηστών). Όλα τα παραπάνω αφορούν χρήση τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους και όχι συστηματική χρήση.

Φαίνεται από τα παραπάνω ότι πιο διαδεδομένη (εκτός της κάνναβης) είναι η χρήση ουσιών που διεγείρουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (κοκαΐνη, έκσταση), γεγονός που σχετίζεται με τον έντονο τρόπο διασκέδασης, δηλ. ολονύχτια πάρτι με έντονο χορό κτλ. που απαιτούν μεγάλα αποθέματα ενέργειας τα οποία οι νέοι ψάχνουν στις ουσίες. Είναι προφανής εξάλλου η επίδραση των ξένων προτύπων (ρειβ κουλτούρα) στον τρόπο ζωής και διασκέδασης στα οποία οι έφηβοι πάντα ήταν πιο επιρρεπείς.

Ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι ήδη από την ηλικία των 12 ετών 3 παιδιά δηλώνουν χρήση ουσιών (3,4% των χρηστών). Ο αριθμός αυτός αυξάνεται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας. Έτσι στα 13 άρχισαν χρήση 5 μαθητές

(5,8% των χρηστών), στα 14 8 (9,3% των χρηστών), στα 15 8 (9,3% των χρηστών), στα 16 10 (11,6% των χρηστών), ενώ στα 17 6 μαθητές (6,9% των χρηστών). Επιβεβαιώνεται, όπως και με το κάπνισμα, ότι οι ηλικίες 13 έως 16 ετών είναι οι πιο κρίσιμες για τους εφήβους, τόσο, γιατί την περίοδο αυτή της ζωής τους βρίσκονται σε φάση αναζήτησης ταυτότητας, όσο και γιατί λόγω της σχολικής αλλά και των εξωσχολικών τους δραστηριοτήτων την περίοδο αυτή διευρύνεται το κοινωνικό τους περιβάλλον με νέα άτομα και επομένως αυξάνονται οι πιθανότητες να αναπτύξουν άλλο τρόπο ζωής και συνήθειες απ' ότι στο παρελθόν.

Ο βασικότερος λόγος που έκανε τα παιδιά να οδηγηθούν στη χρήση ουσιών είναι, όπως δηλώνουν, η περιέργεια και ακολουθεί σε μεγάλη όμως απόσταση η μίμηση. Συγκεκριμένα από περιέργεια δοκίμασαν χασίς οι 51 από τους 65 που έχουν δοκιμάσει δηλ. ποσοστό 78,4 %, 8 από τους 65 (12,3 %) γιατί τους παρότρυνε η παρέα τους και 7 από τους 65 (10,7 %) γιατί όλοι οι φίλοι τους το κάνουν. Αντίθετα πολλοί λίγοι είναι εκείνοι που δηλώνουν άλλους λόγους. Έτσι 12 από τους 65 (18,4 %) δήλωσαν ότι το έκαναν για να φτιάξουν τη διάθεσή τους και 9 από τους 65 (13,8 %) για να ξεχάσουν τα προβλήματά τους. Το ίδιο ισχύει και για τη χρήση τόσο μαριχουάνας (19 από τους 29 που δήλωσαν χρήση μαριχουάνας δηλ. το 65,5 % ξεκίνησαν από περιέργεια) όσο και για τη χρήση άλλων ουσιών. Συγκεκριμένα από περιέργεια δοκίμασαν 9 από τους 15 LSD (60 %), 7 από τους 15 έκσταση (46,7 %) και 8 από τους 17 κοκαΐνη (47 %). Αντίθετα όσον αφορά την ηρωΐνη μόνο 2 από τους 6 που δήλωσαν χρήση (33,3 %) ξεκίνησαν από περιέργεια, προφανώς γιατί η χρήση ηρωΐνης είναι πιο συνειδητή σε σχέση με τη χρήση άλλων ουσιών γι αυτό άλλωστε και λιγότερο διαδεδομένη σ' αυτές τις ηλικίες.

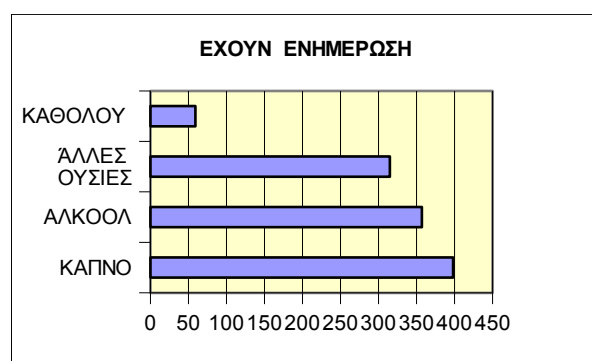
Επιβεβαιώνεται επίσης ότι οι περισσότεροι νέοι αρχίζουν τη χρήση από τα λεγόμενα «μαλακά» ναρκωτικά (χασίς, μαριχουάνα) και στη συνέχεια δοκιμάζουν και σκληρότερες ουσίες. Από τους 86 που δήλωσαν χρήση παράνομων ουσιών οι 82 έχουν κάνει χρήση χασίς / μαριχουάνας. Συγκεκριμένα από τους 43 που δήλωσαν χρήση πιο σκληρών ουσιών (κοκαΐνη, ηρωΐνη, κρακ κτλ.) οι 34 δηλ. το 79 % έχουν καπνίσει χασίς (οι 24 ή το 55,8 %), και οι 18 (δηλ. το 41,8 %) μαριχουάνα.

Τα αγόρια έχουν τα πρωτεία σε σχέση με τα κορίτσια στη χρήση ουσιών, με διαφορά που μεγαλώνει όσο πιο σκληρές γίνονται οι ουσίες. Αναλυτικά από τους 65 που έχουν καπνίσει χασίς τα 37 (56,9 %) είναι αγόρια και τα 28 (43

%) κορίτσια. Από τους 17 που δηλώνουν χρήση κοκαΐνης τα 10 (58,8 %) είναι αγόρια και τα 7 (41,7 %) κορίτσια. Από τους 15 που δηλώνουν χρήση «έκστασης» τα 9 (60 %) είναι αγόρια και τα 6 (40 %) είναι κορίτσια. Από τους 15 που δηλώνουν χρήση LSD τα 12 (80 %) είναι αγόρια και τα 3 (20 %) είναι κορίτσια. Τέλος από τους 6 που δηλώνουν χρήση ηρωΐνης τα 4 (66,7 %) είναι αγόρια και 2 (33,3 %) κορίτσια. Αντίθετα υπνωτικά χάπια παίρνουν περισσότερα κορίτσια (από τους 9 που δήλωσαν χρήση τα 6 δηλ 66,7 % είναι κορίτσια και τα 3 δηλ. το 33,3 % αγόρια.

Φαίνεται ότι ένας παράγων που επηρεάζει σημαντικά το πέρασμα των εφήβων στη χρήση ουσιών είναι το κλίμα που επικρατεί μέσα στην οικογένεια. Συγκεκριμένα από τους 86 που έχουν δοκιμάσει κάποια ουσία οι 43 καυγαδίζουν συχνά με τους γονείς τους και οι 25 μερικές φορές (δηλ το 79% έχει συγκρούσεις με τους γονείς). Αντίστοιχα οι ίδιοι δηλώνουν ότι οι γονείς τους καυγαδίζουν συχνά/μερικές φορές σε ποσοστό 77,9%. Επίσης από τους 82 που έχουν καπνίσει κάνναβη οι 49 (59,7%) δήλωσαν ότι το τελευταίο σαββατοκύριακο πέρασαν λιγότερες από τρεις ώρες με τους γονείς τους μάλιστα οι 28 (34,1%) από καθόλου έως μισή ώρα. Αντίστοιχα από το σύνολο των μαθητών που καυγαδίζουν συχνά με τους γονείς (136 μαθητές) οι 43 (31,6%) δήλωσαν χρήση κάνναβης.

Όπως φαίνεται από τα στοιχεία δεν μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι τα παιδιά που προέρχονται από χωρισμένους γονείς είναι πιο επιρρεπή στη χρήση ουσιών. Συγκεκριμένα από τους 67 που δήλωσαν ότι οι γονείς τους δε ζουν μαζί οι 15 δήλωσαν χρήση κάνναβης, ποσοστό 22,3% λίγο μεγαλύτερο από αυτό του γενικού συνόλου.



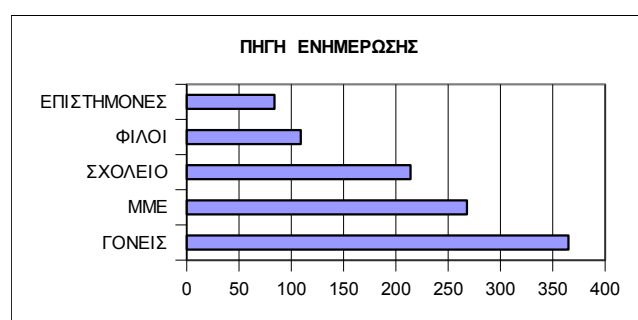
Επίσης από τα στοιχεία δεν επιβεβαιώνεται και το γεγονός ότι το εισόδημα – χαρτζιλίκι παίζει καθοριστικό ρόλο στη χρήση παράνομων ουσιών από τους εφήβους. Συγκεκριμένα από τους 86 που έχουν κάνει χρήση ουσιών περισσότεροι από τους μισούς 51 μαθητές ή 59,9%) δήλωσαν ότι έχουν

οικογενειακό εισόδημα από 800 έως 1500 ευρώ το μήνα, ενώ 33 (38,3%) δήλωσαν οικογενειακό εισόδημα από 1500 έως 3000 ευρώ ή και περισσότερα το μήνα. Επίσης από τους 82 μαθητές που δήλωσαν χρήση κάνναβης οι μισοί (42 ή 51,2%) δήλωσαν εβδομαδιαίο χαρτζιλίκι από 30 έως 50 ευρώ ή και περισσότερα. Επίσης από τους 43

που δήλωσαν χρήση άλλων ουσιών μόνο ένας στους τρεις (14 μαθητές ή 32,5%) δήλωσαν εβδομαδιαίο χαρτζιλίκι 30 ευρώ και πάνω. Προφανώς αυτό σχετίζεται με τον εθισμό που δημιουργούν οι παράνομες ουσίες. Τα παιδιά από τη στιγμή που θα εθιστούν σ' αυτές περιορίζουν όλες τις άλλες δαπάνες τους προκειμένου να προμηθευτούν τη δόση τους.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το τι δηλώνουν τα παιδιά για την ενημέρωση που έχουν σχετικά με τις ουσίες.

Καμία ενημέρωση δηλώνουν ότι δεν έχουν οι 59 από τους 580 (10,2 %). Για το αλκοόλ έχουν ενημέρωση οι 357 από τους 580 ή το 61,5 %. Για τον καπνό έχουν ενημέρωση οι 398 από τους 580 ή το 68,6 % ενώ για τις άλλες ουσίες έχουν ενημέρωση οι 315 από τους 580 ή το 54,3 %. Παρόλα αυτά θεωρούν ότι η ενημέρωσή τους είναι επαρκής μόνο 118 από τους 580 (20,3 %). Αντίθετα 450 από τους 580 (77,5 %) δηλώνουν ότι δεν έχουν επαρκή ενημέρωση.



Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης και η πηγή της ενημέρωσης που δηλώνουν οι μαθητές. Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλ. το 62,9 % (οι 365 από τους 580) δηλώνει ως πηγή ενημέρωσης τους γονείς και

έπονται τα ΜΜΕ τα οποία δηλώνουν ως πηγή ενημέρωσης οι 268 από τους 580 (46,2 %). Το σχολείο δηλώνουν ως πηγή ενημέρωσης οι 214 από τους 580 (36,8 %), τους φίλους 109 από τους 580 (18,7%), ενώ από επιστήμονες δηλώνουν ότι έχουν ενημέρωση μόνο 84 από τους 580 δηλ το 14,4%.

Σχεδόν όλα τα παιδιά ζητούν έγκυρη ενημέρωση, για τις συνέπειες της χρήσης ουσιών, από ειδικούς επιστήμονες (γιατρούς, ψυχολόγους κτλ), μέσα στο σχολείο, είτε από κάποιο ειδικό μάθημα που θα είναι ενταγμένο στο ωρολόγιο πρόγραμμα τους, είτε με ειδικές εκδηλώσεις και διαλέξεις. (Ν. Σκολαρίκης 2004 Αρχείο 1^ο ΓΕΛ Κέρκυρας, Ελευθερία- Ημερήσια Κερκυραϊκή Εφημερίδα (2005) αρ φύλου 15963)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Από το 2004 και εντεύθεν πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (έρευνες ESPAD).

Στην παρούσα μελέτη θα παρουσιάσουμε στοιχεία από την έρευνα που υλοποίησε το ΕΠΠΨΥ το 2011 επειδή είναι η μόνη που παρουσιάζει τα αποτελέσματα όχι μόνο στο συνολικό πληθυσμό αλλά και κατά νομό. Έτσι μας δίνεται η δυνατότητα να επιλέξουμε μόνο τα στοιχεία που αφορούν το νομό Κέρκυρας ώστε το δείγμα να είναι όσο το δυνατό πιο κοντά σ' εκείνο της έρευνας που εκπονήσαμε το 2004 προκειμένου να μπορούν να γίνουν συγκρίσεις και να καταδειχθούν οι τάσεις που διαμορφώνονται όσον αφορά τη χρήση ουσιών αλλά και όσον αφορά τη στάση των νέων απέναντι στις ουσίες.

Βέβαια μια εικόνα μόνο μπορούμε να πάρουμε για την εξέλιξη στη χρήση ουσιών από το μαθητικό πληθυσμό της Κέρκυρας καθώς το δείγμα το 2011 περιλαμβάνει και μικρότερες ηλικίες (13 -18 ετών) σε σχέση με το δείγμα του 2004 (16 – 18 ετών) πράγμα που όπως φαίνεται στην ίδια έρευνα επηρεάζει καθοριστικά τα ποσοστά χρήσης ουσιών, αφού αυτά, όπως είναι φυσικό, μεγαλώνουν όσο μεγαλώνει η ηλικία. Επίσης το ερωτηματολόγιο αν και πάνω κάτω έχει την ίδια δομή, δεν είναι ακριβώς το ίδιο, οπότε ως ένα βαθμό μπορούν να γίνουν συγκρίσεις. Παρ' όλα αυτά μπορούν να καταδειχθούν οι τάσεις που δημιουργούνται στους νέους της Κέρκυρας σε σχέση με τη χρήση ουσιών γενικά αλλά και σε κάθε κατηγορία χωριστά.

Επίσης θα παρουσιάσουμε τα στοιχεία της τελευταίας έρευνας που εκπονήθηκε από τον ίδιο φορέα (ΕΠΠΨΥ) το 2017 μετά από ανάθεση της Περιφέρειας Ιονίων Νήσων, για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό της

Περιφέρειας. Στην έρευνα αυτή βέβαια οι μαθητές του δείγματος δεν προέρχονται αποκλειστικά από την Κέρκυρα αλλά και από τη Ζάκυνθο, την Κεφαλονιά και τη Λευκάδα, το δε ερωτηματολόγιο παρουσιάζει σημαντική ομοιότητα με αυτό της έρευνας του 2011 αρκετές διαφορές όμως με αυτό της έρευνας του 2004. Εξ' αιτίας αυτών των διαφορών, δεν μπορούν επίσης να γίνουν απόλυτες συγκρίσεις με τις προηγούμενες έρευνες παρά μόνο να καταδειχθούν οι τάσεις υπάρχουν τόσο στην Κέρκυρα όσο και γενικότερα στα Ιόνια Νησιά.

5.1. Η ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΕΠΙΨΥ ΤΟ 2011 ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΜΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Στο Ν. Κέρκυρας συμμετείχε στην έρευνα ESPAD του 2011 τυχαίο δείγμα 11 σχολικών μονάδων από όλον το νομό: 6 Γυμνάσια και 5 Λύκεια/ΕΠΑΛ. Κανένα σχολείο δεν αρνήθηκε τη συμμετοχή στην έρευνα. 593 μαθητές συμμετείχαν στην έρευνα (ποσοστό συμμετοχής 91,1%): 275 αγόρια (46,4%) και 318 κορίτσια (53,6%). Ο ποιοτικός έλεγχος των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων οδήγησε στον αποκλεισμό 22 ερωτηματολογίων ως άκυρων (3,7%), εξαιτίας κυρίως του μεγάλου ποσοστού ασυμπλήρωτων ερωτήσεων και συστηματικών ασυνεπειών. Τα αποτελέσματα της έρευνας βασίστηκαν τελικά στα στοιχεία 571 ερωτηματολογίων. Παρουσιάζονται ακολούθως τα αποτελέσματα των σταθμισμένων αναλύσεων για τη χρήση καπνού, οινοπνευματωδών και παράνομων ουσιών (ναρκωτικών) στο Ν. Κέρκυρας.

Νόμιμες Ουσίες

Κάπνισμα

Ένας στους 5 μαθητές (22,1%) που συμμετείχε στην έρευνα αναφέρει ότι κάπνισε (≥ 1 φορά) τον τελευταίο μήνα πριν από την έρευνα. Συστηματικός καπνιστής (καπνίζει καθημερινά) είναι 1 στους 7 (15,1%), ενώ ένας στους 17 (5,9%) είναι βαρύς καπνιστής, καπνίζει δηλαδή τουλάχιστον μισό πακέτο τσιγάρα την ημέρα. Τα κορίτσια καπνίζουν αυτή την περίοδο σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τα αγόρια (25,5% και 18,1%, αντίστοιχα). Σημαντικά υψηλότερο είναι και το αντίστοιχο ποσοστό των κοριτσιών όσον αφορά το συστηματικό κάπνισμα (18,2% και 11,3% για τα κορίτσια και τα αγόρια, αντίστοιχα). Ακόμη, ποσοστό 5,6 % των κοριτσιών και 6,3% των αγοριών καπνίζουν βαριά.

Οι μαθητές ηλικίας 17-18 ετών καπνίζουν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τους μικρότερους τους. Πιο συγκεκριμένα, ένας στους 19 μαθητές

ηλικίας 13-14 ετών (5,2%), ένας στους 6 ηλικίας 15-16 ετών (16,3%) και δύο στους πέντε ηλικίας 17-18 (38,5%) ετών καπνίζουν. Ποσοστό 1,6% των μαθητών ηλικίας 13-14 ετών καπνίζουν συστηματικά ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους μεγαλύτερους μαθητές ανέρχεται στο 8,3% και 28,6% για τους μαθητές 15-16 ετών και 17-18 ετών αντίστοιχα. Ποσοστό 1,9% των 15χρονων και 16χρονων καπνίζουν βαριά ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους 17χρονους και 18χρονους μαθητές φτάνει στο 9,0%. Όσον αφορά τους μαθητές άνω των 18 ετών, ένας στους δύο (47,2 %) καπνίζει συστηματικά και ένας στους τρεις (34,6%) καπνίζει βαριά.

Οινοπνευματώδη ποτά

Τρεις στους πέντε μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνα (59,3%) πίνουν κάποιο οινοπνευματώδες ποτό τουλάχιστον μία φορά το μήνα και ένας στους 10 (10,0%) τουλάχιστον 10 φορές το μήνα. Ένας στους 8 μαθητές (12,6%) έχει μεθύσει τουλάχιστον 3 φορές στη ζωή του, ενώ δύο στους πέντε μαθητές 15-19 ετών (41,4%) ήπιαν τουλάχιστον 5 ποτά στη σειρά τουλάχιστον μία φορά το μήνα πριν από την έρευνα.

Τα αγόρια πίνουν οινοπνευματώδη ποτά σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τα κορίτσια. Έτσι, ποσοστό 63,7% των αγοριών αναφέρουν κατανάλωση οινοπνευματωδών τουλάχιστον μία φορά το μήνα, έναντι του 55,7% των κοριτσιών και ποσοστό 14,3% των αγοριών έναντι του 6,5% των κοριτσιών αναφέρουν κατανάλωση οινοπνευματωδών τουλάχιστον 10 φορές το μήνα. Αγόρια και κορίτσια δεν διαφέρουν σημαντικά όσον αφορά τη μέθη (14,3% και 11,2%, αντίστοιχα, για μέθη τουλάχιστον 3 φορές σε ολόκληρη τη ζωή τους). Μεταξύ των εφήβων ηλικίας 15-19 ετών τα αγόρια αναφέρουν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι πίνουν τουλάχιστον 5 ποτά στη σειρά (49,8% και 34,5%, αντίστοιχα).

Όσον αφορά την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται κυρίως μεταξύ των μαθητών 17-18 ετών και των μικρότερων. Πιο συγκεκριμένα, σχεδόν δύο στους πέντε μαθητές ηλικίας 13-14 ετών (37,0%), τρεις στους πέντε ηλικίας 15-16 ετών (62,3%) και τρεις στους τέσσερις 17-18 ετών (75,6%) πίνουν κάποιο οινοπνευματώδες ποτό τουλάχιστον μία φορά το μήνα.

Τα ποσοστά για κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών τουλάχιστον 10 φορές το μήνα για τις 3 ηλικιακές ομάδες ανέρχονται στο 4,2%, 5,9% και 17,1%, αντίστοιχα. Ένας στους τρεις μαθητές ηλικίας 15-16 ετών (34,0%) και σχεδόν ένας στους δύο ηλικίας 17-18 ετών (46,5%) πίνει τουλάχιστον 5 ποτά στη σειρά. Σημαντικά

υψηλότερο ποσοστό μαθητών ηλικίας 17-18 ετών (23,4%) συγκριτικά με εκείνο μαθητών ηλικίας 15-16ετών (10,8%) και 13-14 ετών (1,6%) έχουν μεθύσει τουλάχιστον 3 φορές στη ζωή τους.

Όσον αφορά τους μαθητές άνω των 18 ετών, πίνουν κάποιο οινοπνευματώδες ποτό τουλάχιστον μία φορά το μήνα σε ποσοστό 73,8% και τουλάχιστον 10 φορές το μήνα σε ποσοστό 25,8%. Ακόμα, ένας στους δύο (53,9%) πίνει τουλάχιστον πέντε ποτά στη σειρά τουλάχιστον μία φορά το μήνα ενώ σχεδόν ένας στους τέσσερις (23,1%) αναφέρει ότι έχει μεθύσει τουλάχιστον 3 φορές στη ζωή του.

Παράνομες Ουσίες

Μαθητές 13-14 ετών:

Ποσοστό 1,0% των μαθητών ηλικίας 13-14, όλοι αγόρια, που συμμετείχαν στην έρευνα, έχουν κάνει χρήση οποιασδήποτε παράνομης (κάνναβης ή/και έκσταση) τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους.

Μαθητές 15-19 ετών:

Ένας στους 6 μαθητές ηλικίας 15-19 ετών (15,8%) έχει κάνει χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας (κάνναβη, ηρωίνη, κοκαΐνη, κρακ, αμφεταμίνες, έκσταση, LSD, μαγικά μανιτάρια, GHB) τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του, τα αγόρια σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τα κορίτσια (18,2% και 13,8%, αντίστοιχα).

Ποσοστό 6,0% ηλικίας 15-16 ετών και 26,5% ηλικίας 17-18 ετών έχει κάνει χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας. Ένας στους πέντε μαθητές άνω των 18 ετών (20,0%) αναφέρει χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του.

Κάνναβη

Ποσοστό 10,1% των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους. Ποσοστό 7,3% αναφέρουν χρήση περισσότερες από 3 φορές στη ζωή τους. Αγόρια και κορίτσια αναφέρουν χρήση κάνναβης σε παρόμοια ποσοστά (για παράδειγμα, 8,3% και 6,5% για χρήση κάνναβης τουλάχιστον τρεις φορές σε ολόκληρη τη ζωή τους για αγόρια και κορίτσια, αντίστοιχα).

Οι μαθητές ηλικίας 17-18 ετών αναφέρουν χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (25,8%) συγκριτικά με εκείνους ηλικίας 15-16 ετών (2,9%) και ηλικίας 13-14 ετών (1,0%). Για χρήση κάνναβης τουλάχιστον 3 φορές σε ολόκληρη της ζωή τους, τα ποσοστά για τις παραπάνω ηλικιακές ομάδες είναι 0,5%, 2,0% και 19,0%, αντίστοιχα.

Ένας στους πέντε μαθητές άνω των 18 ετών (20%) αναφέρει χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του και ένας στους επτά (14,3%) τουλάχιστον 3 φορές στη ζωή του.

Πρόσφατη χρήση (μαθητές 15-19 ετών):

Τουλάχιστον 1 φορά τον τελευταίο χρόνο πριν από την έρευνα, έκαναν χρήση κάνναβης το 2,5% των μαθητών ηλικίας 15-16 ετών και 23,3% εκείνων ηλικίας 17-18 ετών. Τον τελευταίο μήνα πριν από την έρευνα χρήση κάνναβης αναφέρουν ποσοστό 0,9% των μαθητών ηλικίας 15-16 ετών και 13,9% των μαθητών ηλικίας 17-18 ετών.

Ένας στους 12 μαθητές άνω των 18 ετών (8,7%) αναφέρει χρήση κάνναβης τον τελευταίο χρόνο πριν από την έρευνα και ποσοστό 3,1% χρήση κάνναβης τον τελευταίο μήνα πριν από την έρευνα.

Έκσταση

Ποσοστό 1,8% των μαθητών όλων των ηλικιών έχουν κάνει χρήση έκστασης, αγόρια και κορίτσια σε ποσοστό 2,0% και 1,7%, αντίστοιχα.

Εισπνεόμενες ουσίες

Ένας στους 8 μαθητές όλων των ηλικιών (13,2%) έχει κάνει χρήση εισπνεόμενων ουσιών (π.χ. κόλλα, βενζίνη) τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του, τα αγόρια σε ποσοστό 10,3% και τα κορίτσια σε ποσοστό 8,2%. Οι μαθητές 13-14 ετών αναφέρουν χρήση εισπνεόμενων ουσιών σε ποσοστό 9,9%, εκείνοι ηλικίας 15-16 ετών σε ποσοστό 15,5%, και εκείνοι ηλικίας 17-18 ετών σε ποσοστό 16,6%. Οι μαθητές ηλικίας άνω των 18 ετών αναφέρουν χρήση εισπνεόμενων ουσιών σε ποσοστό 2,4%.

Ηρεμιστικά/Υπνωτικά

Ποσοστό 5,9% των μαθητών έχουν κάνει χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών χωρίς τη σύσταση γιατρού (το 3,2% ηλικίας 13-14 ετών, το 7,2% ηλικίας 15-16 ετών και το 5,7% ηλικίας 17-18 ετών). Οι μαθητές ηλικίας άνω των 18 ετών αναφέρουν χρήση εισπνεόμενων ουσιών σε ποσοστό 11,2%. Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στη χρήση ηρεμιστικών/ υπνωτικών (7,8% και 4,3%, για αγόρια και κορίτσια, αντίστοιχα).

Σύγκριση του Ν. Κέρκυρας με την περιφέρεια Ιονίων Νήσων και με το εθνικό δείγμα

Συγκριτικά με τους υπόλοιπους νομούς της περιφέρειας τα ποσοστά του Ν. Κέρκυρας για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι παρόμοια εκείνα των υπόλοιπων νομών της περιφέρειας Ιονίων Νήσων

Τα ποσοστά για τη χρήση των περισσότερων εξαρτησιογόνων ουσιών από τους εφήβους στο Ν. Κέρκυρας βρίσκονται κοντά και σε εκείνα του εθνικού δείγματος. Θα πρέπει, ωστόσο, να ιδωθούν με ιδιαίτερη προσοχή αφού το ποσοστό μαθητών άνω των 18 ετών που συμμετείχαν στην έρευνα στο Ν. Κέρκυρας είναι υψηλότερο (7,8%) από το αντίστοιχο του εθνικού δείγματος (3,8%).

Εξετάζοντας ξεχωριστά τα ποσοστά των τριών άλλων ηλικιακών ομάδων του Ν. Κέρκυρας με τα αντίστοιχα του εθνικού δείγματος παρατηρείται ότι οι έφηβοι 17-18 ετών έχουν τα υψηλότερα ποσοστά στη χρήση κάνναβης στη χώρα, τόσο στην χρήση σε ολόκληρη τη ζωή τους, όσο και στην πρόσφατη χρήση (τον τελευταίο χρόνο και τον τελευταίο μήνα πριν από την έρευνα).

Επιπλέον, όσον αφορά το κάπνισμα, τα κορίτσια στο Ν. Κέρκυρας έχουν το υψηλότερο ποσοστό στη χώρα τόσο στο κάπνισμα αυτή την περίοδο όσο και στο συστηματικό κάπνισμα (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, (2012). Έκθεση αποτελεσμάτων πανελλήνιας έρευνας για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD 2011)

5.2. Η ΕΡΕΥΝΑ ΤΟΥ ΕΠΙΨΥ ΤΟ 2017 ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ

Έρευνα με τίτλο «Επιστημονική έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό των Ιονίων Νήσων για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές», πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Νευροεπιστημών, & Ιατρικής Ακρίβειας ΚΩΣΤΑΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ (ΕΠΙΨΥ).

Η έρευνα –η οποία χρηματοδοτήθηκε από την Περιφέρεια Ιονίων Νήσων– διεξήχθη κατά το σχολικό έτος 2016/17 με την επιστημονική εποπτεία του ΕΠΙΨΥ και τη συνεργασία των Κέντρων Πρόληψης των εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας του ΟΚΑΝΑ/Τοπικής αυτοδιοίκησης των νομών Ζακύνθου, Κέρκυρας, Κεφαλονιάς-Ιθάκης και Λευκάδας. Συνδέεται επιστημονικά με την αντίστοιχη Πανελλήνια έρευνα του ΕΠΙΨΥ, η οποία υλοποιείται στην Ελλάδα ανά τετραετία ήδη από το 1984 (αρχικά από την Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών).

Στην έρευνα συμμετείχαν 3.272 μαθητές ηλικίας 14-17 ετών (Γ΄ Γυμνασίου-Γ΄ Λυκείου) από 79 Γυμνάσια και Λύκεια των τεσσάρων νομών, τα οποία επιλέχθηκαν

τυχαία. Με ανώνυμα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν ομαδικά μέσα στη σχολική αίθουσα

Τα κύρια ευρήματα της έρευνας όπως παρουσιάστηκαν στην έκθεση του ΕΠΨΥ, σχετικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τους μαθητές είναι τα εξής:

Μειώσεις στο κάπνισμα, αλλά ανησυχία για το υψηλό ποσοστό των εφήβων που έχουν δοκιμάσει ηλεκτρονικό τσιγάρο.

Σημαντική μειονότητα εφήβων στην περιφέρεια διατηρούν επαφή με το τσιγάρο. Συγκεκριμένα, όπως έδειξε η έρευνα:

- Δύο στους 5 (40%) μαθητές 14-17 ετών (Γ' Γυμνασίου – Γ' Λυκείου) έχουν καπνίσει ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή.
- Ένας στους 5 (20%) κάπνισε τον τελευταίο μήνα.
- Ένας στους 8 (12%) καπνίζει καθημερινά.
- Σε ποσοστό 4% καπνίζουν περίπου μισό πακέτο (≥ 11 τσιγάρα) καθημερινά — καπνίζουν «βαριά».
- Ένας στους 4 (24%) έχει κάνει χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου.

Βελτιωμένη εικόνα στη χρήση οινόπνευματών, αλλά ανησυχία για τα υψηλά ποσοστά των εφήβων που έχουν πρόσβαση στο αλκοόλ σε μπαρ, κλαμπ, κτλ. και των εφήβων που οδηγούν υπό την επήρεια.

Σημαντική μειονότητα εφήβων στο Ιόνιο φαίνεται να έχουν πρόσβαση στο αλκοόλ. Συγκεκριμένα, όπως έδειξε η έρευνα:

- Έξι στους δέκα (62,7) ήπιαν ≥ 1 φορά τις τελευταίες 30 ημέρες
- Τέσσερις στους δέκα (43,3%) ήπιαν ≥ 5 ποτά στη σειρά ≥ 1 φορές τον τελευταίο μήνα
- Ένας στους 9 (11%) ήπια ≥ 10 φορές τον τελευταίο μήνα.
- Ένας στους 8 (13%) ήπια ≥ 5 ποτά ≥ 3 φορές τον τελευταίο μήνα.
- Ένας στους 11 (9%) μέθυσε τουλάχιστον 3 φορές τον τελευταίο χρόνο.
- Ένας στους 2 (56%) ήπια σε μπαρ, κλαμπ, κλπ., τον τελευταίο μήνα · 4% το έπραξαν ≥ 10 φορές.
- Ένας στους 11 (9%) θεωρεί «ακίνδυνη» την κατανάλωση ≥ 5 ποτών στη σειρά σχεδόν κάθε Σ/Κ.
- Ένας στους 5 (22%) οδήγησε τον τελευταίο χρόνο όχημα (π.χ., σκούτερ) υπό την επήρεια αλκοόλ.

Η χρήση παράνομων ουσιών παραμένει σταθερή, αλλά παραμένει υποτιμημένη η χρήση των εισπνεόμενων ουσιών ενώ αυξάνεται και το ποσοστό των μαθητών που θεωρούν τη δοκιμή κάνναβης ‘ακίνδυνη’

Σημαντική μερίδα μαθητών 14-17 ετών αναφέρουν παράνομων χρήση ουσιών. Συγκεκριμένα:

- Ένας στους 8 (13%) έχει κάνει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή.
- Ένας στους 12 (9%) έχει επαναλάβει τη χρήση κάποιας ουσίας ≥ 3 φορές σε όλη τη ζωή.
- Η κάνναβη παραμένει η πιο διαδεδομένη ουσία (11,1 %)· τα ποσοστά των άλλων ουσιών είναι κάτω του 3%.

Συγκεκριμένα:

Κοκαΐνη 3%, LSD 2,7%, Έκσταση 2,3%, Μαγικά μανιτάρια 2%, ηρωίνη 1,7%, Αμφεταμίνες 1,6%, Κρακ 1,6%, Μεθαμφεταμίνες 1,5%, GHB 1,5%, Κεταμίνη 1,1%. Ένας στους 10 (10%) έχει κάνει χρήση εισπνεόμενης ουσίας (π.χ., κόλας, βενζίνης). Ένας στους 4 (27%) θεωρεί ‘εύκολη’ την πρόσβαση στη κάνναβη. Ένας στους 5 (20%) έχει εκτεθεί (χωρίς να υποκύψει) στη χρήση/αγορά κάνναβης. Δύο στους 5 (39%) θεωρούν τη δοκιμή κάνναβης «ακίνδυνη».

(<https://corfutvnews.gr/kerkyra-epistimoniki-erevna-gia-tis-eksartisiogones-ousies-stous-mathites/>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

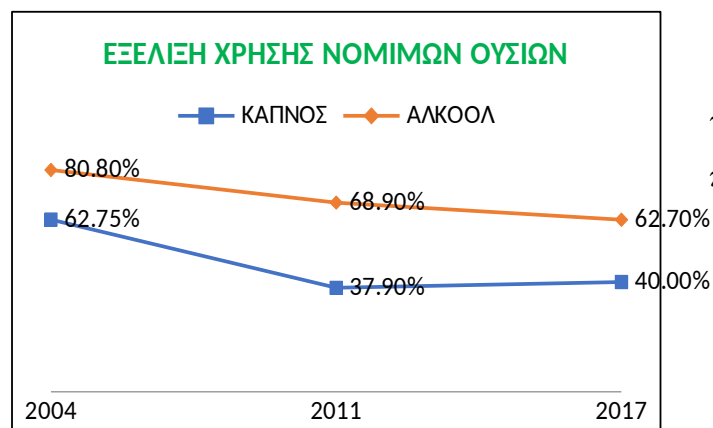
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Απ' όλες τις παραπάνω έρευνες επιβεβαιώνεται η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από το μαθητικό πληθυσμό της Κέρκυρας με ιδιαίτερη έμφαση στις νόμιμες ουσίες (αλκοόλ και καπνό). Από τις παράνομες ουσίες κυρίως γίνεται χρήση κάνναβης ενώ για τις υπόλοιπες ουσίες εμφανίζεται πολύ περιορισμένη χρήση (κάτω του 3%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2004-2011-2017				
ΣΕ ΗΛΙΚΙΕΣ 15 – 19 ΕΤΩΝ				
	2004	2011	2017	
κάπνισμα	62,7%	38,5%	40%	
Συστηματικό κάπνισμα	30,8%	15,1%	12%	
Βαρύ κάπνισμα	26,3%	5,9%	4%	
αλκοόλ	80,8%	68,9%	62,7%	
μέθη	21,5%	12,6%	9%	
Βλάπτει το αλκοόλ	61,7%	-	91%	
Χρήση παράνομων ουσιών	14,8%	15,8%	13%	
κάνναβη	13,0%	14,3%	11,1%	
κοκαΐνη	2,9%	-	3%	
LSD	2,5%	-	2,7%	
Έκσταση	2,5%	1,8%	2,3%	
Ηρωίνη	1%	-	1,7%	
κρακ	1,2%	-	1,6%	
ηρεμιστικά	1,5%	5,9%	-	
Εισπνεόμενες	-	13,2%	10%	
Εύκολη πρόσβαση	74,8%	5,9%	-	

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Όπου υπάρχουν παύλες δεν υπάρχουν στοιχεία



Συγκεκριμένα όσον αφορά το αλκοόλ, φαίνεται ότι το ποσοστό των μαθητών που

πίνουν κυμαίνεται ανάμεσα στους 6 με 8 στους 10 (60 – 80%). Τα αγόρια επιβεβαιώνεται από όλες τις έρευνες ότι πίνουν περισσότερο από τα κορίτσια τόσο όσον αφορά την ποσότητα (αριθμός ποτών σε ένα βράδυ) όσο και τη συχνότητα (φορές το μήνα). Τα ποτά που προτιμούν περισσότερο είναι η μύρα, το κρασί, η βότκα.

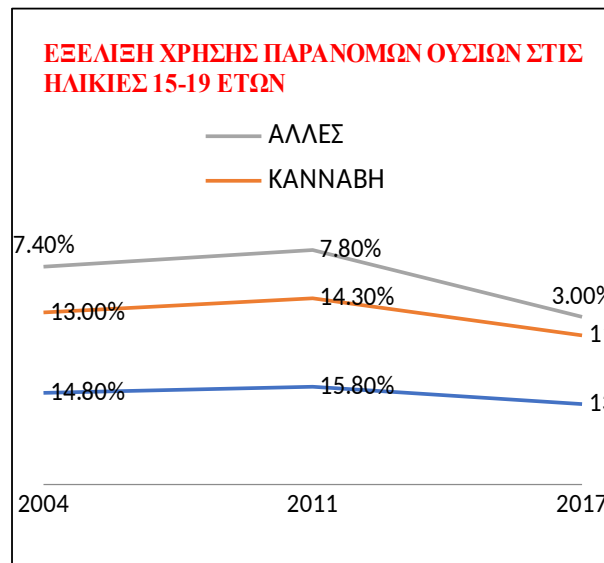
Το ενθαρρυντικό είναι ότι η κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται να εμφανίζει μείωση. Από 80% το 2004 σε 68,9% το 2011 και σε 62,7% το 2017 (το ποσοστό του 2017 αφορά όλα τα Ιόνια). Από την άλλη όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται και η κατανάλωση και στα δύο φύλλα (Έρευνα ΕΠΙΨΥ 2011).

Ανησυχητικό είναι επίσης το γεγονός ότι δημιουργείται μια «κουλτούρα της χρήσης». Δηλαδή τα παιδιά έχουν συνδέσει άρρηκτα τη διασκέδαση με το αλκοόλ με αποτέλεσμα όχι μόνο να θεωρούν αυτονόητο ότι για να διασκεδάσουν πρέπει να πιούν αλλά και ότι είναι κατακριτέο για κάποιον να μην πιεί (ξενέρωτος στη νεανική αργκό είναι αυτός που δεν κάνει καλή παρέα). Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό και στο γεγονός ότι μεγάλος αριθμός παιδιών (4 στους 10) δεν θεωρεί ιδιαίτερα βλαβερή ή επικίνδυνη για την υγεία την κατανάλωση αλκοόλ ιδιαίτερα σε «μικρές» ποσότητες. Επίσης όπως φαίνεται τόσο από την έρευνα του 2011 όσο και από αυτή του 2017 υπάρχει μεγάλη συχνότητα σε επικίνδυνες συμπεριφορές (οδήγηση, ερωτική επαφή χωρίς προφύλαξη κλπ.) λόγω της χρήσης αλκοόλ. Αυτό είναι κάτι που πρέπει να μας ανησυχήσει ιδιαίτερα καθώς πολύ μεγάλο ποσοστό τροχαίων ατυχημάτων και ιδιαίτερα στις μικρές ηλικίες 15-35 ετών οφείλεται στην οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ. Είναι λοιπόν επιτακτική ανάγκη να κινητοποιηθεί η πολιτεία λαμβάνοντας τόσο προληπτικά μέτρα όπως εντατικούς ελέγχους για την τήρηση των περιορισμών στη χρήση αλκοόλ για τους ανηλίκους, αλκοτέστ στους οδηγούς κλπ, όσο και κατασταλτικά μέτρα όπως αυστηρή αντιμετώπιση των παραβατών.

Όσον αφορά τον καπνό επιβεβαιώνεται επίσης ότι είναι μια εξαιρετικά διαδεδομένη συνήθεια μεταξύ των μαθητών, παρά το γεγονός ότι 8 στους 10 γνωρίζουν ότι το κάπνισμα βλάπτει (έρευνα 2004). Ένα μικρό ποσοστό αρχίζει ήδη από τα 10-11 χρόνια, ποσοστό που αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία, έτσι ώστε 1 στους 2 δεκαοχτάχρονους καπνίζουν (47,2%) και 1 στους 3 βαριά (34,6%). (Έρευνα ΕΠΙΨΥ 2011)

Μάλιστα τόσο στην έρευνα του 2004 όσο και σ' αυτή του 2011, τα κορίτσια φαίνεται να υπερτερούν από τα αγόρια ειδικά στις μεγαλύτερες ηλικίες όσον αφορά τόσο το ποσοστό αυτών που καπνίζουν όσο και των συστηματικών καπνιστών (πάνω από 10 τσιγάρα την ημέρα).

Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι όπως φαίνεται από τις έρευνες η συνήθεια του καπνίσματος εμφανίζει σημαντική μείωση στο μαθητικό πληθυσμό της Κέρκυρας. Από 6 στους 10 (62,75) το 2004 σε 4 στους 10 (38,5% στις ηλικίες 15-17 ετών το 2011 και σε 2 στους 5 το 2017 (στην περιφέρεια Ι.Ν.) Βέβαια πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι το ηλικιακό δείγμα διαφοροποιείται κάπως μεταξύ των τριών ερευνών πράγμα που ασφαλώς επηρεάζει τα ποσοστά, οι διαφορές όμως είναι τόσο μεγάλες που σίγουρα καταδεικνύουν μια σαφή τάση μείωσης.

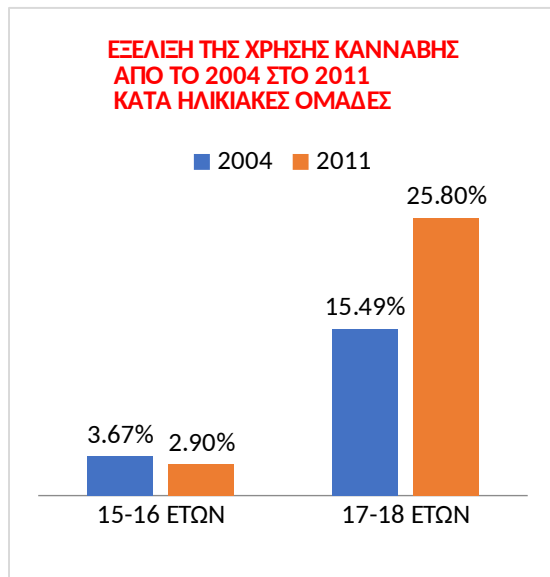


Είναι προφανές ότι η συστηματική αντικαπνιστική εκστρατεία που γίνεται τα τελευταία χρόνια, τόσο πανελλαδικά, με αρνητική διαφήμιση πάνω στη συσκευασία προϊόντων καπνού, καθώς και με την ψήφιση νόμων που απαγορεύουν το κάπνισμα σε διάφορους χώρους (π.χ. κλειστούς χώρους κλπ.), όσο και σε επίπεδο νομού με τη συμβολή και του

Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας το οποίο στέλνει ειδικούς (γιατρούς – ψυχολόγους) στα σχολεία (κυρίως τα Γυμνάσια) για να ενημερώσουν τους μαθητές για τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος, καθώς και τα προγράμματα αγωγής υγείας που εκπονούνται στα σχολεία, σε συνεργασία με τη δημοτική μονάδα πρόληψης, έχουν συμβάλει στο να πάψει να θεωρείται το κάπνισμα μέσο αυτοπροβολής των παιδιών. Αποτέλεσμα είναι η σταδιακή μείωση του αριθμού των μαθητών που αρχίζουν να καπνίζουν ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται αυτοί που διακόπτουν το κάπνισμα.

Σχετικά με τις παράνομες ουσίες όπως δείχνουν τα στοιχεία και των τριών ερευνών που παρουσιάσαμε, υπήρξε μικρή αύξηση από το 2004 στο 2011 και στη συνέχεια μείωση, η οποία στις άλλες ουσίες (πλην κάνναβης) είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία είναι η κάνναβη της οποίας μάλιστα η χρήση φαίνεται να παρουσιάζει σημαντική αύξηση από το 2004 στο 2011 στους μαθητές ηλικίας 17-18 ετών από 15,5% σε 25,8%. Το γεγονός ότι όπως φαίνεται από τις έρευνες (2004 και 2011) τα ποσοστά στις μικρότερες ηλικιακές κατηγορίες είναι πολύ μικρότερα (κοντά στο 3%) δείχνει ότι οι κρίσιμες ηλικίες στην έναρξη της χρήσης παράνομων ουσιών είναι τα 16 - 17 έτη. Επίσης είναι ανησυχητικό το γεγονός

ότι σημαντικό ποσοστό των μαθητών θεωρεί ακίνδυνη τη χρήση κάνναβης (έρευνα ΕΠΨΥ 2017), πράγμα που σίγουρα έχει συμβάλει στην αύξηση που παρατηρείται στη χρήση της ουσίας αυτής ιδιαίτερα από τους μεγαλύτερους εφήβους (16 – 18 ετών) την τελευταία δεκαπενταετία.



Ασφαλώς θα πρέπει να μας προβληματίσει το γεγονός της πολύ μεγάλης αύξησης στη χρήση κάνναβης από τις ηλικιακές ομάδες των 13-16 ετών που είναι κάτω του 3%, στην ηλικιακή ομάδα των 17-18 ετών που είναι 25,8% όπως εμφανίζεται στην έρευνα του ΕΠΨΥ το 2011. Επίσης ανησυχητική είναι η αύξηση της χρήσης κάνναβης στην ηλικιακή ομάδα 17-18 ετών από το 2004 (15,5%) στο 2011 (25,8)%. Αυτό δείχνει ότι υπάρχει έλλειμμα από την πλευρά της Πολιτείας στον τομέα της

πρόληψης και της ενημέρωσης των παιδιών (πράγμα που δηλώνουν και στην έρευνα του 2004), η οποία κατά τη γνώμη μου πρέπει να ξεκινήσει από μικρότερες ηλικίες και να γίνεται πιο συστηματικά. Δε θα ήταν κακή ιδέα η εισαγωγή ενός μαθήματος αγωγής υγείας στο γυμνάσιο μέσω του οποίου όλα τα παιδιά (και όχι μόνο αυτά που συμμετέχουν εθελοντικά στα προγράμματα Αγωγής Υγείας που ήδη γίνονται), θα αποκτούν νωρίς έγκυρη ενημέρωση για τις επιπτώσεις της χρήσης ουσιών στην υγεία και θα μάθουν να υιοθετούν ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής.

Και οι τρεις έρευνες επιβεβαιώνουν ότι η χρήση άλλων παράνομων ουσιών (κοκαΐνη, κρακ, αμφεταμίνες, παραισθησιογόνα, έκσταση, ηρωίνη) βρίσκεται σε επίπεδα κάτω του 3% πολύ κοντά στο συνολικό μέσο όρο της χώρας μας και αρκετά κάτω από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο που κυμαίνεται κοντά στο 7%. Μάλιστα με εξαίρεση την κάνναβη φαίνεται να υπάρχει και μικρή μείωση σε σχέση με το 2004. Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι από το 2011 μέχρι το 2017 η χρήση των παράνομων ουσιών εμφανίζει μείωση. (ΕΠΨΥ 2017). Βέβαια πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι το δείγμα του 2017 προέρχεται από όλα τα Ιόνια Νησιά όμως η τάση μείωσης είναι εμφανής τόσο στην κάνναβη (από 14,3% σε 11,1%), κυρίως όμως στις άλλες παράνομες ουσίες (από 7,8% σε 3%).

Φαίνεται ότι η δραστηριότητα τόσο της Δημοτικής Μονάδας Πρόληψης «Νίκος Μώρος» στην Κέρκυρα, όσο και των κέντρων πρόληψης στους άλλους νομούς της Περιφέρειας Ι.Ν. τα οποία σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ αναπτύσσουν σημαντική δράση στον τομέα της πρόληψης και της ενημέρωσης του μαθητικού πληθυσμού σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς που εκπονούν πλήθος προγραμμάτων Αγωγής Υγείας κάθε χρόνο έχουν αρχίσει να αποδίδουν κάποιους καρπούς. Πιθανόν βέβαια και ο θάνατος αρκετών νέων ανθρώπων ηλικίας 18 – 35 ετών στην Κέρκυρα την τελευταία δεκαετία για λόγους που άμεσα ή έμμεσα σχετίζονται με τη χρήση ουσιών έπαιξε κάποιο ρόλο στη μείωση της χρήσης από τους νέους. Επίσης το γεγονός ότι ή μόδα της «ρειβ κουλτούρας» έχει περάσει, σίγουρα επηρεάζει τις συνήθειες διασκέδασης των νέων που πριν μια δεκαετία ήταν συνυφασμένη για ορισμένους με τη χρήση αμφεταμινών.

Από την άλλη το γεγονός ότι (όπως φαίνεται από την έρευνα του ΕΠΙΨΥ το 2011), το ποσοστό της χρήσης αλκοόλ αλλά και άλλων ουσιών στην Κέρκυρα είναι ψηλότερο από τον αντίστοιχο ελληνικό μέσο όρο δεν είναι άσχετο με το γεγονός ότι τόσο στην Κέρκυρα όσο και στα υπόλοιπα Ιόνια Νησιά όπου υπάρχει αυξημένη τουριστική κίνηση ιδιαίτερα στις ηλικίες 18-30 (Κάβος στην Κέρκυρα, Λαγανάς στη Ζάκυνθο κ.λ.π.), τα νέα παιδιά καθώς έρχονται σε επαφή, συχνά και ως εργαζόμενοι, με τις συμπεριφορές που διαμορφώνουν οι συνομήλικοι ή λίγο μεγαλύτεροί τους τουρίστες στις διακοπές τους, (ολονύκτια διασκέδαση με κατάχρηση αλκοόλ, κάνναβης και ενίοτε άλλων ουσιών), υποσυνείδητα εκλαμβάνουν αυτή τη συμπεριφορά ως τη συνήθη συμπεριφορά που έχουν στην καθημερινότητά τους οι συνομήλικοί τους που προέρχονται από πιο «αναπτυγμένες» χώρες και σπεύδουν να τη μιμηθούν.

Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη χρήση ουσιών στην Κέρκυρα είναι το γεγονός ότι η Κέρκυρα λόγω της γεωγραφικής της θέσης βρίσκεται πάνω στους δρόμους διακίνησης των παράνομων ουσιών ιδιαίτερα από τις χώρες της Βαλκανικής προς την Ευρώπη πράγμα που σημαίνει ότι στην παράνομη αγορά των ναρκωτικών στην Κέρκυρα μπορεί κανείς να βρει σχετικά εύκολα οποιαδήποτε ουσία, όπως επιβεβαιώνεται από τις απαντήσεις των παιδιών. (Σκολαρίκης 2004).

Επίσης η σχετικά υψηλή εισοδηματική στάθμη του πληθυσμού στην Κέρκυρα λόγω της οικονομικής ανάπτυξης που οφείλεται κατά κύριο λόγο στον τουρισμό ευνοεί την έξαρση της χρήσης κυρίως των νόμιμων ουσιών όπως το αλκοόλ (Σκολαρίκης 2004).

Όλα αυτά καταδεικνύουν το πόσο σημαντικό είναι να ενημερώνονται οι νέοι για τις συνέπειες της χρήσης ουσιών, ιδιαίτερα αυτών που κυκλοφορούν νόμιμα και μάλιστα

από τις μικρές ηλικίες και με συστηματικό τρόπο (π.χ. στο σχολείο) από ειδικούς επιστήμονες ώστε να αποκτήσουν μια κουλτούρα ενάντια στη χρήση ουσιών και να υιοθετήσουν υγιεινούς τρόπους ζωής και διασκέδασης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναγνώστου, Α. & Κοκκώλης, Κ. (2015). *Θεραπείες διαταραχών χρήσης ουσιών. Πρακτικός οδηγός αναφοράς για την άμεση αντιμετώπιση της τοξίκωσης και της στέρησης*. Αθήνα: ΟΚΑΝΑ.
- Αποστολάκη, Α. (2004). *Μαθητές και Ναρκωτικά*. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Βραχάτης, Α. (2015). *iatropedia*. Διαθέσιμο σε: <https://www.iatropedia.gr/ygeia/%20/kapnisma-dite-ti-prokali-stin-igia/39599/> (Ανακτήθηκε 21 Ιουλίου, 2018).
- Γεωργακοπούλου, Ε. (2018). *Αθηνοδρόμιο - Υγεία και Διατροφή*. Διαθέσιμο σε: <http://athinodromio.gr/?s=%CE%B5%CF%86%CE%B7%CE%B2%CE%B5%CE%AF%CE%B1+%CE%BA%CE%B1%CE%B9+%CE%BA%CE%AC%CF%80%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%B1#.W84EUvIoTIU> (Ανακτήθηκε 4 Οκτωβρίου, 2018).
- Γρίβας, Κ. (2014). *Enallaktikos.gr*. Διαθέσιμο σε: http://www.enallaktikos.gr/ar8293el_oi-therapeytikes-idiotites-tis-kannavis-kai-oi-pragmatikoi-logoi-tis-apagoreysis-grafei-o-dr-kleanthis-grivas.html (Ανακτήθηκε 13 Οκτωβρίου, 2018).
- Δαβαρούκας, Α. & Σουρέτης, Γ. (1982). *Τοξικομανία. Προβλήματα και αλήθειες*. Αθήνα: Ηρόδοτος.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. (2011). *Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. Ετήσια Έκθεση 2011, Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. (2012). *Έκθεση αποτελεσμάτων πανελλήνιας έρευνας για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές - Έρευνα ESPAD 2011*. Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.
- Erickson, C. (2008). *Η επιστήμη της εξάρτησης*. Αθήνα: Ισόρροπον.

- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας. (2010). *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη, Ετήσια Έκθεση 2010*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας. (2012). *Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά. Τάσεις και εξελίξεις*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Ιωαννίδης, Ι. (1998). *Το Καπνικό στην Καβάλα*. Καβάλα: Δημοτικό Μουσείο Καβάλας.
- Καλλιακμάνης, Ν. (Ιανουάριος 2016). Η ιστορία της κάνναβης. *Ελεύθερη Ζώνη*. Διαθέσιμο σε: <http://www.elzoni.gr/html/ent/730/ent.67730.asp> (Ανακτήθηκε 13 Οκτωβρίου, 2018)
- Καραγιάννης, Α. (2013). *Karagiannisathanasios*. Διαθέσιμο σε: <http://www.karagiannisathanasios.gr/karkinikos-ponos/> (Ανακτήθηκε 15 Οκτωβρίου, 2018).
- Κοκκέβη, Α. & Στεφανής, Κ. (1994). *Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Η διαχρονική πορεία της χρήσης*. Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.
- Κοκκέβη, Α., Κίτσιος, Γ. & Φωτίου, Α. (2007). *Καπνός, οινοπνευματώδη, ναρκωτικά - η πορεία της χρήσης από τη δεκαετία του '80 έως σήμερα*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α. & Κίτσιος, Γ. (2009). *Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από εφήβους μαθητές*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Καναβού, Ε. & Σταύρου, Μ. (2016). *Πανελλήνια έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό για την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές - Έρευνα ESPAD 2015*. Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.
- Κοκκώλης, Κ. (2017). *ΟΚΑΝΑ Οργανισμός κατα των Ναρκωτικών*. Διαθέσιμο σε: <https://www.okana.gr/epistimonika-arthra-meletes?view=docman&start=5> (Ανακτήθηκε 10 Ιουνίου, 2018).
- Κουρουνάκης, Π. & Ρέκκα, Ε. (2014). *Γνωριμία με τη συναρπαστική επιστήμη των Φαρμάκων*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Κυριακίδη.
- Λιάππας, Ι. (2011). *Ναρκωτικά (εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Πατάκης.
- Λιάππας, Ι. & Πομίνι, Β. (2004). *Ουσιοεξάρτηση. Σύγχρονα θέματα*. Αθήνα: Εκδόσεις ITACA.

- Λούγκλου, Φ. (2015). *LimnosFM100*. Διαθέσιμο σε: <https://www.limnosfm100.gr/ugeia/item/17382-i-katanalosi-alkool-stin-efiveia-aities-synepeies-antimetopisi.html> (Ανακτήθηκε 4 Οκτωβρίου, 2018).
- Μαλλιώρη, Μ. (2010). *Λεξικό για το αλκοόλ και τις Λοιπές Ψυχοδραστικές Ουσίες*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Μπάλλας, Κ. (2002). *Ηρωΐνη - Από την εξάρτηση και τη νόσο προς σύγχρονες Θεραπευτικές διαδικασίες - Εναλλακτικές διαδρομές*. Αθήνα: Προσκήνιο.
- Μπόνια, Π. (2014). *Healthier World*. Διαθέσιμο σε: <https://www.inewsgr.com/Healthier-World.htm> (Ανακτήθηκε 24 Αυγούστου, 2018).
- Μώρος, Ν. (2011). *Τα Ψυχιατρικά*. Κέρκυρα: Έψιλον.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2006). Γραφείο Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα. *Θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τα οπιούχα και την πρόληψη του HIV/AIDS*. [χ.τ.]: World Health Organization.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. [χ.τ.]: World Health Organization.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2004). *Global Status Report on Alcohol*. [χ.τ.]: World Health Organization.
- Parke, H. (2000). *Οι εορτές στην Αρχαία Αθήνα*. Αθήνα: Δαίδαλος.
- Σκολαρίκης, Ν. (9 Φεβρουαρίου 2005). Έρευνα για τη χρήση νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών από μαθητές Λυκείου. *Ελευθερία Ημερήσια Κερκυραϊκή Εφημερίδα*, σελίδα 1.
- Τσαρούχας, Κ. (2000). *Αλκοόλ ένα σκληρό ναρκωτικό*. Αθήνα: Άγκυρα.
- Τομαράς, Β. (1992). *Νευρολογία*. Αθήνα: Λίτσας Ιατρικές Εκδόσεις.
- Τσαρούχας, Κ. (1997). *Η Διεθνής των Ναρκωτικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Φιλόπουλος, Ε. (2017). *STOP στο κάπνισμα*. Διαθέσιμο σε: <https://stopkarnisma.gr/οι-επιπτώσεις-του-καπνίσματος/> (Ανακτήθηκε 22 Σεπτεμβρίου, 2018).
- Dole, V. & Nyswander, M. (1967). *Heroin addiction - A metadolic disease*. New York: Arch Intern Med-Vol.
- Gunzerath, L., Hewitt, B., Li, T. & Warren, K. (2011). *Alkool research. past, present and future*. New York: Acad Science.
- Harvey, R. & Champe, P. (2007). *Φαρμακολογία (3η έκδοση)*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Jaffe, J. (1995). *Εθισμός και κατάχρηση τοξικών ουσιών*. Αθήνα: Αρχιτέλαγος.

- Shulgin, A. & Shulgin, A. (1995). *A Chemical love story*. [χ.τ.]: Transform Press.
- Ιστοσελίδες**
- chemist.gr. Διαθέσιμο σε: <http://www.chemist.gr/αλκοόλ-και-χημεία/> (Ανακτήθηκε 20 Μαρτίου, 2018).
 - BeStrong.org.gr. Διαθέσιμο σε: www.bestrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/alcoholhistory/ (Ανακτήθηκε 26 Απριλίου, 2018).
 - bestrong.org.gr. Διαθέσιμο σε: <http://www.bestrong.org.gr/el/health/nosmoking/historyoftobacco/> (Ανακτήθηκε 10 Ιουνίου, 2018).
 - Coolweb.gr. Διαθέσιμο σε: <https://coolweb.gr/alkool-kaiei-katastrefei-egefalika-kyttara/> (Ανακτήθηκε 10 Ιουνίου, 2018).
 - Βιοϊστολόγιο. Διαθέσιμο σε: <https://kkeram1441.wordpress.com/2009/05/28/εξαρτησιογονες-ουσιες/> (Ανακτήθηκε 19 Ιουλίου, 2018).
 - Lundbeck hellas. Διαθέσιμο σε: <https://www.lundbeck.com/gr/patients/others/alcohol> (Ανακτήθηκε 23 Αυγούστου, 2018).
 - The Toc. Times of change. Διαθέσιμο σε: <http://www.thetoc.gr/eng/family-health/> (Ανακτήθηκε 23 Αυγούστου, 2018).
 - corfutvnews.gr. Διαθέσιμο σε: <https://corfutvnews.gr/kerkyra-epistimoniki-erevnagiatis-eksartisiogones-ousies-stous-mathites/> (Ανακτήθηκε 29 Αυγούστου, 2018).
 - www.kethea-strofi.gr. Διαθέσιμο σε: <http://www.kethea-strofi.gr/article.php?cat=99> Ναρκωτικά: Στάδια της χρήσης (Ανακτήθηκε 19 Σεπτεμβρίου, 2018).
 - HealthyLiving.gr. Διαθέσιμο σε: <http://www.healthyliving.gr/2015/12/02/amfetamines/> (Ανακτήθηκε 20 Σεπτεμβρίου, 2018).
 - newsbeast.gr. Διαθέσιμο σε: <https://www.newsbeast.gr/world/arthro/784951/narkotika-pou-den-tha-pisteuete-oti-itan-nomima/> (Ανακτήθηκε 24 Σεπτεμβρίου, 2018).
 - Healthyliving.gr. Διαθέσιμο σε: <http://www.healthyliving.gr/2015/12/04/ecstasy-xrhsh-parenergeis/> (Ανακτήθηκε 24 Σεπτεμβρίου, 2018).

- Healthyliving.gr. Διαθέσιμο σε: <http://www.healthyliving.gr/2015/12/07/paraisthsiogona-narkotika/> (Ανακτήθηκε 24 Σεπτεμβρίου, 2018).
- Ιatronet. Διαθέσιμο σε: <https://www.iatronet.gr/narkwtika-alkool/eidi-narkwtikwn/article/4585/05-paraisthsiogona.html> (Ανακτήθηκε 24 Σεπτεμβρίου, 2018).
- okana.gr. Διαθέσιμο σε: <https://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/prokhyrkseis-diagwnisnoi/itemlist/category/43-> (Ανακτήθηκε 24 Σεπτεμβρίου, 2018).
- Μηχανή του Χρόνου. Διαθέσιμο σε: <http://www.mixanitouxronou.gr/h-germaniki-eteria-bayer-kikloforise-tin-iroini-os-siropi-gia-vicha/> (Ανακτήθηκε 28 Σεπτεμβρίου, 2018).
- Healthyliving.gr. Διαθέσιμο σε: <http://www.healthyliving.gr/2015/11/30/hroinh-xrhsh-parenergeies-exarthsh/> (Ανακτήθηκε 29 Σεπτεμβρίου, 2018).
- Βικιπαίδεια. Διαθέσιμο σε: <https://el.wikipedia.org/wiki/οπιο> (Ανακτήθηκε 29 Σεπτεμβρίου, 2018).
- emcdda.europa.eu. Διαθέσιμο σε: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/el/home-el.html> (Ανακτήθηκε 29 Σεπτεμβρίου, 2018).
- OKANA Οργανισμός κατά των ναρκωτικών. Διαθέσιμο σε: <https://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/therapeutikes-monades-farmakeutikhsh-antimetwpishsh-thsh-eksarthshsh/item/128> (Ανακτήθηκε 29 Σεπτεμβρίου, 2018).
- Healthyliving.gr. Διαθέσιμο σε: <http://www.healthyliving.gr/2015/11/24/varvitourika-xrhsh-exarthsh/> (Ανακτήθηκε 1 Οκτωβρίου, 2018).
- Healthyliving.gr. Διαθέσιμο σε: <http://www.healthyliving.gr/2015/10/16/benzodiazepines/> (Ανακτήθηκε 2 Οκτωβρίου, 2018).
- onmed.gr. Διαθέσιμο σε: <https://www.onmed.gr/ygeia/story/363337/kirrosi-ipatos-ta-epikindyna-oria-katanolosis-alkool-stoys-andres> (Ανακτήθηκε 4 Οκτωβρίου, 2018).
- onmed.gr. Διαθέσιμο σε: <https://www.onmed.gr/ygeia/story/361413/alkool-stin-efiveia-oi-epiptoseis-sti-neyrologiki-anaptyxi> (Ανακτήθηκε 4 Οκτωβρίου, 2018).
- Ιστοσελίδα Ελληνικής Εταιρείας κοινωνικής παιδιατρικής και προαγωγής υγείας. Διαθέσιμο σε: <http://www.socped.gr/O0EwnqYmdggmkAhp> (Ανακτήθηκε 4 Οκτωβρίου, 2018).

- news247.gr. Διαθέσιμο σε: <https://www.news247.gr/epistimi/pos-epidra-i-kokaini-ston-anthropino-organismo.6306303.html> (Ανακτήθηκε 7 Οκτωβρίου, 2018).
- Βιοϊστολόγιο. Διαθέσιμο σε: <https://kkeram1441.wordpress.com/tag/%CE%B5%CE%B3%CE%BA%CE%B5%CF%86%CE%B1%CE%BB%CE%AF%CE%BD%CE%B5%CF%82/> (Ανακτήθηκε 15 Οκτωβρίου, 2018).
- Healthweb. Το ιντερνετ της υγείας. Διαθέσιμο σε: <http://www.healthweb.gr/2013/04/http://www.healthweb.gr/2013/04/Ναρκωτικά-οι-συνέπειες-στην-ζωή-των-χρ/> (Ανακτήθηκε 15 Οκτωβρίου, 2018).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ 2004

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Μην αναφέρετε πουθενά το όνομα ή άλλα στοιχεία της ταυτότητάς σας
Απαντήστε σημειώνοντας απλώς ένα Χ στο κατάλληλο τετραγωνάκι.

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι προαιρετική. **Παρακαλώ αν δεχθείτε να απαντήσετε** στις παρακάτω ερωτήσεις **να είσατε ειλικρινείς** για να εξασφαλιστεί η μέγιστη δυνατή αντικειμενικότητα.

1. **ΦΥΛΟ:** Αγόρι •, Κορίτσι •
2. **ΗΛΙΚΙΑ:** 13 •, 14 •, 15 •, 16 •, 17 •, 18 •
3. **Έχεις Αδέλφια:**
Κανένα •, Ένα •, Δύο •, Τρία •, Περισσότερα •,
4. **Οι Γονείς σου Ζούν;**
Και οι Δύο •,
Ναι, ο Πατέρας •, ,
Ναι η Μητέρα •
5. **Οι Γονείς σου ζουν μαζί;** Ναι •, Όχι •
6. **Αν Όχι, με ποιον από τους δύο Μένεις εσύ:**
Μητέρα •,
Πατέρα •,
Άλλο •

7. **Οι Γονείς σου εργάζονται;**
Μόνο ο Πατέρας •,
Μόνο η Μητέρα •,

- Και οι Δύο •,
Κανείς από τους δύο •
- 8. Πόσες ώρες την ημέρα περνάς με τους γονείς σου;**
Πάνω από 3 •,
1-3 •,
Μισή-1 •,
Λιγότερο από Μισή •,
- 9. Πόσες ώρες το τελευταίο Σαββατοκύριακο πέρασες με τους Γονείς σου;**
Πάνω από 3 •,
1-3 •,
Μισή-1 •,
Λιγότερο από Μισή •
- 10. Οι Γονείς σου καυγαδίζουν μεταξύ τους:**
Ποτέ •,
Σπάνια •,
Μερικές φορές •,
Συχνά •
- 11. Εσύ καυγαδίζεις με τους γονείς σου;**
Ποτέ •,
Σπάνια •,
Μερικές φορές •,
Συχνά •
- 12. Ποιο είναι περίπου το μηνιαίο εισόδημα της οικογένειάς σου ;**
Κάτω από 800€ •,
800- 1.000 € •,
1.000- 1.500 € •,
1.500-2.000 € •,
2 .000-2.500 € •,
Πάνω από 3.000 € •
- 13. Ποιο είναι το εβδομαδιαίο χαρτζιλίκι σου;**
15€ •, 20€ •, 25€ •, 30€ •,
40€ •, 50€ •, Πάνω από 50€ •
- 14. Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα βγήκες για νυχτερινή διασκέδαση ;**
Καμία •, 1-2 •, 3-4 •, 4-8 •, Περισσότερες •
- 15. Όταν διασκεδάζεις, καταναλώνεις ποτά με αλκοόλ;** Ναι •, Όχι •
- 16. Πόσα ποτά συνήθως καταναλώνεις σε ένα βράδυ;**
1-2 •, 2-4 •, 4-6 •, Πάνω από 6 •

17. Έχεις Μεθύσει ποτέ; Ναι •, Όχι •
18. Πόσες φορές ;
Μία •, 1-3 •, 3-5 •, 5-10 •, Πάνω από 10 •
19. Σε τι ηλικία μέθυσες για πρώτη φορά;
17 •, 16 •, 15 •, 14 •, 13 •,
12 •, 11 •, 10 •, Μικρότερη από 10 •
20. Τι Ποτά συνήθως καταναλώνεις;
Κρασί •, Μπύρα •, Ούζο •, Κονιάκ •,
Ουίσκι •, Βότκα •, Λικέρ •, Σφηνάκια •,
Κοκτέιλ •, Άλλο •
21. Πόσα ποτά νομίζεις ότι αρκούν για να μεθύσεις;
1-2 •, 2-4 •, 4-6 •, Πάνω από 6 •
22. Τι από τα παρακάτω νομίζεις ότι θα συμβεί αν καταναλώσεις 3-4 ποτά με αλκοόλ;
Θα φτιάξει η διάθεσή μου •
Θα χαλαρώσω •
Θα βλάψω την υγεία μου •
Θα γίνω χαρούμενος •
Θα γίνω χάλια •
Θα μεθύσω •
Θα γίνω πιο Ανοιχτός και Ευχάριστος στην παρέα μου •
23. Πιστεύεις ότι το αλκοόλ βλάπτει την υγεία;
Ναι •, Όχι •, Μάλλον Ναι •,
Μάλλον Όχι •, Μόνο σε μεγάλες ποσότητες •
24. Συμφωνείς με τη φράση «το αλκοόλ είναι ένα σκληρό ναρκωτικό»;
Μάλλον Ναι •,
Ναι •,
Μάλλον Όχι •,
Όχι •.
25. Έχεις Καπνίσει ποτέ;
Ποτέ •,
1-2 Φορές •,
Μερικές Φορές αλλά Όχι Συστηματικά •,
Συστηματικά στο Παρελθόν •,
Συστηματικά Τώρα •,
Αν στην προηγούμενη ερώτηση απάντησες θετικά, Απάντησε ανάλογα με την

κατηγορία και στην παρακάτω ερώτηση.

26. Σε τι ηλικία κάπνισες για πρώτη φορά;

Μικρότερη από 7 •, 7 •, 8 •, 9 •, 10 •, 11 •,
12 •, 13 •, 14 •, 15 •, 16 •, 17 •

27. Πόσο Συχνά Κάπνισες τις Τριάντα (30) τελευταίες Ημέρες ;

Καθόλου •

Λιγότερο από Ένα (1) Τσιγάρο την Ημέρα •,

1-5 Τσιγάρα την Ημέρα •,

Σχεδόν Μισό πακέτο την Ημέρα •,

Σχεδόν Ένα πακέτο την Ημέρα ή και περισσότερα •,

28. Πότε – εάν έχει συμβεί – άρχισες να καπνίζεις συστηματικά ;

Ποτέ •

Από την ΣΤ Δημοτικού •,

Στην Α Γυμνασίου •,

Στην Β Γυμνασίου •

Στην Γ Γυμνασίου •,

Άλλο –Προσδιόρισε •.

29. Πιστεύεις ότι το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία;

Μάλλον Ναι •, Ναι •, Μάλλον Όχι •, Όχι •

30. Θέλεις να κόψεις το τσιγάρο ;

Δεν Καπνίζω •,

Ναι •,

Όχι •

Έχω σταματήσει το κάπνισμα •

31. Αν καπνίζεις, νομίζεις πώς θα καπνίζεις μετά από Πέντε (5) χρόνια ;

Σίγουρα Ναι •

Μάλλον Ναι •,

Μάλλον Όχι •,

Σίγουρα Όχι •

32. Έχεις Καπνίσει ποτέ κάτι άλλο εκτός από καπνό; Ναι •, Όχι •

33. Αν Ναι, τι άλλο;

Χασίς •, Μαριχουάνα •, Άλλο •

34. Πόσες φορές ; 1 •, 1-5 •, 5-10 •, Περισσότερες •

35. Ποιος ήταν ο λόγος ;

Από περιέργεια •,

Με παρότρυνε η παρέα μου •,

Για να φτιάξω τη διάθεσή μου •

- Όλοι οι φίλοι μου το κάνουν •,
Για να ξεχάσω τα προβλήματά μου •
- 36. Έχεις δοκιμάσει ποτέ άλλες ουσίες που επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα ;**
Ναι • Όχι •
- 37. Τι ουσίες ;**
Υπνωτικά χάπια •, L.S.D •, Έκσταση •,
Ηρωίνη •, Κοκαΐνη •, Κρακ •, Άλλο •
- 38. Σε τι ηλικία δοκίμασες για πρώτη φορά κάποια παράνομη ουσία;**
9 •, 10 •, 11 •, 12 •,
13 •, 14 •, 15 •, 16 •, 17 •
- 39. Γνωρίζεις άλλα άτομα που κάνουν χρήση απαγορευμένων ουσιών;**
Ναι •, Όχι •
- 40. Είναι εύκολο να προμηθευτείς αν θέλεις απαγορευμένες ουσίες ;**
Ναι •, Όχι •
- 41. Σε ποιους χώρους νομίζεις ότι θα μπορούσες να προμηθευτείς παράνομες ουσίες;**
Στο δρόμο •,
Σε κλαμπ •,
Σε καφετέρια •,
Στο σχολείο •,
Στο σπίτι •
- 42. Είχες ποτέ ενημέρωση για τη δράση και τις επιπτώσεις στην υγεία, από:**
Τον καπνό •,
Το αλκοόλ •,
Άλλες ουσίες •,
Καμία ενημέρωση •
- 43. Από ποιον;**
Από ειδικούς επιστήμονες •,
Από τα Μ.Μ.Ε •,
Από τους γονείς μου •,
Από το σχολείο •,
Από φίλους •,
Άλλο •
- 44. Θεωρείς ότι η ενημέρωση που παρέχεται για το θέμα αυτό είναι επαρκής;**
Ναι •, Όχι •

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2
ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΓΟΝΕΙΣ

ΠΡΟΣ

κ.
κηδεμόνα του μαθητή.....
του.....ΓΕΛ Κέρκυρας

Αγαπητέ κύριε-κυρία

Ονομάζομαι Νικόλαος Σκολαρίκης είμαι εκπαιδευτικός με ειδικότητα κοινωνιολόγου και υπηρετώ στο 1^ο ΓΕΛ Κέρκυρας. Στο πλαίσιο προγράμματος Αγωγής Υγείας που εκπονώ στο σχολείο μου, διεξάγω έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (νόμιμων - απαγορευμένων) στο μαθητικό πληθυσμό του Λυκείου. Σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστωθεί αν υπάρχει χρήση και σε ποιο βαθμό, σε τι είδους ουσίες, καθώς και κατά πόσο τα παιδιά γνωρίζουν τις επιπτώσεις στην υγεία τους από τη χρήση ουσιών.

Η έρευνα θα γίνει με ερωτηματολόγιο το οποίο θα περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου δηλαδή οι μαθητές θα καλούνται να επιλέξουν μία από τις πιθανές απαντήσεις που θα τους δίνονται, χωρίς να χρειάζεται να γράψουν πουθενά τίποτα οι ίδιοι. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα γίνει στο σχολείο με τη σύμφωνη γνώμη του διευθυντή και του συλλόγου διδασκόντων και θα απαιτηθούν περίπου 20 λεπτά (μισή διδακτική ώρα).

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα συμβάλουν στο να διαμορφωθεί μια έγκυρη και σαφής εικόνα για το μέγεθος του προβλήματος έτσι ώστε να σχεδιαστούν τα κατάλληλα προγράμματα ενημέρωσης και πρόληψης τόσο σε επίπεδο σχολείου με την υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των μαθητών (αγωγής Υγείας, Περιβαλλοντικών, Πολιτιστικών κλπ) όσο και από άλλους φορείς με την οργάνωση ενημερωτικών δράσεων (ημερίδων, εκδηλώσεων κλπ).

Στόχος είναι τα παιδιά να κατανοήσουν τις αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία τους και τη ζωή τους γενικότερα από τη χρήση ουσιών, ακόμη και αυτών που είναι νόμιμες και συνηθισμένες όπως ο καπνός και το αλκοόλ, ώστε να υιοθετήσουν ένα τρόπο ζωής μακριά από τις εξαρτησιογόνες ουσίες, είτε με το να μην αρχίσουν ποτέ τη χρήση τους, είτε με το να προσπαθήσουν να τη διακόψουν αν ήδη κάνουν χρήση.

Είναι σημαντικό τα παιδιά να απαντήσουν με ειλικρίνεια ώστε να εξασφαλιστεί η όσο το δυνατό μεγαλύτερη εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Για το λόγο αυτό προβλέπεται το ερωτηματολόγιο να συμπληρωθεί **ανώνυμα**, έτσι ώστε να μην είναι δυνατό με κανένα τρόπο να αποκαλυφθεί η ταυτότητα του ατόμου που το συμπληρώνει.

Είναι προφανές ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι **προαιρετική**. Αν ο μαθητής δεν το επιθυμεί ή ο κηδεμόνας του δε συμφωνεί το παιδί δεν θα λάβει μέρος. Ο μαθητής μπορεί οποιαδήποτε στιγμή να διακόψει εφόσον το επιθυμεί τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και να μην το υποβάλλει.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΗΤΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΑΠΟΔΕΧΟΜΑΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ

Αγαπητοί μαθητές

Η συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα είναι προαιρετική. Σε περίπτωση που διαφωνείτε έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο.

Σε περίπτωση που πάρετε μέρος δε θα αναφέρετε πουθενά κανένα στοιχείο της ταυτότητάς σας ή του σχολείου σας. Απλώς θα τσεκάρετε σε κάθε ερώτηση από τη λίστα των έτοιμων απαντήσεων την πρώτη που σας έρχεται στο νου. Αν καμία από τις διαθέσιμες απαντήσεις δε σας εκπροσωπεί αφήστε αναπάντητη την ερώτηση. Στις ερωτήσεις που μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις αυτό αναφέρεται σαφώς. Σε όλες τις υπόλοιπες μπορείτε να επιλέξετε μόνο μία απάντηση.

Είναι σημαντικό να απαντήσετε με ειλικρίνεια ώστε να εξασφαλιστεί η όσο το δυνατό μεγαλύτερη εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Για το λόγο αυτό άλλωστε το ερωτηματολόγιο θα συμπληρωθεί **ανώνυμα**, έτσι ώστε να μην είναι δυνατό με κανένα τρόπο να αποκαλυφθεί η ταυτότητα του ατόμου που το συμπληρώνει.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διαμορφωθεί μια έγκυρη και σαφής εικόνα για το μέγεθος του προβλήματος της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό έτσι ώστε να σχεδιαστούν τα κατάλληλα προγράμματα ενημέρωσης και πρόληψης τόσο σε επίπεδο σχολείου με την υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των μαθητών (αγωγής Υγείας, Περιβαλλοντικών, Πολιτιστικών κλπ) όσο και από άλλους φορείς με την οργάνωση ενημερωτικών δράσεων (ημερίδων, εκδηλώσεων κλπ), προκειμένου να γίνουν απολύτως κατανοητές από όσο το δυνατό περισσότερα άτομα οι αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία και τη ζωή τους γενικότερα της χρήση ουσιών, ακόμη και αυτών που είναι νόμιμες και συνηθισμένες όπως ο καπνός και το αλκοόλ, ώστε να υιοθετήσουν ένα τρόπο ζωής μακριά από τις εξαρτησιογόνες ουσίες είτε με το να μην αρχίσουν ποτέ τη χρήση τους είτε με το να προσπαθήσουν να τη διακόψουν αν ήδη κάνουν χρήση.