



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Τίτλος Πτυχιακής Εργασίας:

*«Συσχέτιση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με τη χρήση
Εξαρτησιογόνων Ουσιών»*

Οι Φοιτήτριες:

Καρεφυλλάκη Ειρήνη ΥΝ6727

Καρζή Αικατερίνη ΥΝ6663

Επιβλέπων καθηγητής:

Δρ Κριτσωτάκης Γεώργιος

ΗΡΑΚΛΕΙΟ – 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Μέσα από την καρδιά μας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας, Δρ Γεώργιο Κριτσωτάκη, Επίκουρο Καθηγητή του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κρήτης.

Χωρίς την πολύτιμη βοήθεια του δεν θα είχαμε καταφέρει να υλοποιήσουμε πλήρως την πτυχιακή μας εργασία, καθώς, πέρα από τις γνώσεις που μας μετέφερε, μας στήριζε ψυχολογικά συστηματικά.

Τις ευχαριστίες μας θα θέλαμε να δώσουμε και σε όλες και όλους εκείνους που συμμετείχαν στη μελέτη.

Ειδική μνεία αξίζουν όσοι μας στήριξαν και μας προσέφεραν πληροφορίες και έμπρακτη βοήθεια.

Χωρίς, όμως, την απόλυτη κατανόηση και στήριξη της οικογένειας μας δεν θα είχαμε καταφέρει να προχωρήσουμε με υπομονή και επιμονή έως το τέλος.

Το σημαντικότερο ίσως είναι ότι μέσα από την άψογη συνεργασία μας, αποκτήσαμε μια φίλια που θα μας συντροφεύει σε όλη μας τη ζωή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το κοινωνικό κεφάλαιο, ως δείκτης συνοχής και οργάνωσης των κοινωνιών, θεωρείται ότι σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα σε πληθώρα υγειονομικών παραμέτρων και μεταβλητών. Η ανησυχία εντοπίζεται στο κατά πόσο η χρήση και εξάρτηση από ουσίες, όπως, το κάπνισμα, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, θα επηρεαστούν από το κοινωνικό κεφάλαιο των ατόμων στην μεταβατική φάση της ενηλικίωσης.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην παρούσα μελέτη, σκοπός είναι να τεκμηριωθεί και να διερευνηθεί η αλληλεπίδραση μεταξύ του Κοινωνικού κεφαλαίου (συλλογική αποτελεσματικότητα, αμοιβαία βοήθεια, ενσωμάτωση) και των εξαρτησιογόνων ουσιών (κάπνισμα, αλκοόλ, και άλλες ουσίες). Αυτή η μελέτη αφορούσε τους νεοεισαχθέντες φοιτητές και φοιτήτριες του Τ.Ε.Ι. Κρήτης στο πλαίσιο της μελέτης ΛΑΤΩ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει το σύνολο των 1033 φοιτητών και φοιτητριών στο Τ.Ε.Ι. Κρήτης με έτος εισαγωγής το 2012. Οι φοιτητές και φοιτήτριες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο με βάση τις μελέτες HBSC, ESPAD με σκοπό να διερευνηθεί η συσχέτιση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, όπως είναι, το κάπνισμα, το αλκοόλ καθώς και οι ναρκωτικές ουσίες. Οι στατιστικές αναλύσεις και τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκαν με το πρόγραμμα SPSS 24.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σχετικά με το Κοινωνικό Κεφάλαιο των φοιτητών της έρευνας φάνηκε ότι αρκετοί ήταν αυτοί που έκαναν χρήση του αλκοόλ συστηματικότερα σε σχέση με τις υπόλοιπες εξαρτησιογόνες ουσίες. Ωστόσο, έδειξε η ηλικία να επιδρά

στην χρήση των ναρκωτικών ουσιών, καθώς, και το υψηλότερο εισόδημα φάνηκε να αυξάνει την χρήση του οινοπνεύματος. Εξίσου, φάνηκε ότι η χρήση του αλκοόλ σχετίζεται με το Κοινωνικό Κεφάλαιό στις φοιτήτριες. Η ηλικία φάνηκε να μειώνει την χρήση του οινοπνεύματος, ενώ, το εισόδημα να επηρέασε και αύξησε την συχνότητα καπνίσματος των κοριτσιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πολύπλευρη και πολυδιάστατη έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου έδειξε να σχετίζεται με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Κοινωνικό Κεφάλαιο, Κάπνισμα, Αλκοόλ, Ναρκωτικές Ουσίες, Φοιτητές, Φοιτήτριες, ΤΕΙ Κρήτης

ABSTRACT

Introduction: Social capital, as an indicator of cohesion and organization of societies, is considered to be associated with positive results in a variety of health parameters and variables. The effect of Social Capital on usage and addiction to alcohol, smoking or drugs, during the transition phase of adulthood, is an important inquietude.

The Purpose: In the present study, the aim is to document and investigate the interaction between Social Capital (collective effectiveness, mutual aid, integration) and addictive substances (smoking, alcohol, and other substances). This study concerned the newly enrolled students and TEI of Crete students in the framework of the LATO study.

Material and Methods: The present study includes the aggregate of 1033 students of TEI of Crete, and is transacted annually during the period of October to December, since 2012. The students supplemented an interrogatory based on HBSC, ESPAD surveys in order to investigate the interaction between Social Capital and the usage of addictive substances like smoking, alcohol and drugs. Statistical analysis and regression accounting models were conducted with SPSS 24.0.

Results: Concerning to the male students' Social Capital it appears that many of them consume alcohol more frequently in compare with the other addictive substances. However, the age seems to affect on the drug use, whereas the higher financial income appears to have a positive impact on alcohol consumption. On the other hand it is proved that the female students are also influenced by the Social Capital in relation with the alcohol consumption. The age seems to reduce the alcohol consumption, and the financial income increases the frequency of smoking, withal.

Conclusion: The multi-dimensional meaning of Social Capital seemed to create important or not correlations with the smoking, the alcohol consumption and use of drugs. Additionally, the Social Capital consists of the Neighborhood connections, and civil organizations that according to literature avert the usage of addictive substances.

Key Words: Social Capital, Smoking, Alcohol, Drugs, Students, TEI Crete.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ		ΣΕΛΙΔΕΣ
Περίληψη		3
<i>Abstract</i>		5
<u><i>Α' Μέρος</i></u>		10
<i>Εισαγωγή</i>		11
<i>Κεφάλαιο Πρώτο: Κοινωνικό Κεφάλαιο</i>		17
<i>1.1 Ορισμός</i>		17
<i>1.2 Ιστορική Αναδρομή</i>		17
<i>1.3 Προσεγγίζοντας τον όρο Κοινωνικό Κεφάλαιο</i>		19
<i>1.4 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου με την υγεία</i>		24
<i>1.4.1 Θετική Αλληλεπίδραση</i>		24
<i>1.4.2 Αρνητική Αλληλεπίδραση</i>		25
<i>Κεφάλαιο Δεύτερο: Κάπνισμα</i>		28
<i>2.1 Ορισμός</i>		28
<i>2.2 Ιστορική Αναδρομή – Πορεία Καπνού</i>		28
<i>2.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία</i>		30
<i>2.4 Αίτια Έναρξης Καπνίσματος – Παράγοντες</i>		32
<i>2.5 Επιπτώσεις Καπνίσματος</i>		36
<i>2.6 Πρόληψη Καπνίσματος</i>		40
<i>2.7 Αντιμετώπιση – Διακοπή Καπνίσματος</i>		43
<i>2.8 Παθητικό Κάπνισμα</i>		47
<i>2.9 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου με το Κάπνισμα</i>		50

Κεφάλαιο Τρίτο: Αλκοόλ	52
3.1 Ορισμός	52
3.2 Ιστορική Αναδρομή	52
3.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία	54
3.4 Χρήση και Κατάχρηση	56
3.5 Επιπτώσεις του Αλκοόλ	57
3.6 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου με το Αλκοόλ	63
Κεφάλαιο Τέταρτο: Ναρκωτικές Ουσίες	66
4.1 Ορισμός	66
4.2 Επιδημιολογικά Στοιχεία	66
4.3 Κατηγορίες Ναρκωτικών	69
4.4 Παράγοντες Ουσιοεξάρτησης	72
4.5 Πρόληψη χρήσης ουσιών	76
4.6 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου με τα Ναρκωτικά	77
<u>Β' Μέρος</u>	79
Κεφάλαιο Πέμπτο: Μεθοδολογία	80
5.1 Εισαγωγή	80
5.2 Σκοπός Έρευνας	81
5.3 Ερευνητικά Ερωτήματα	81
5.4 Πληθυσμός της Έρευνας	83
5.5 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	83

5.6 Δεοντολογία και Διασφάλιση Ανωνυμίας	84
5.7 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων	85
Κεφάλαιο Έκτο	87
Αποτελέσματα	87
Κεφάλαιο Έβδομο	106
7.1 Συζήτηση	106
7.2 Περιορισμοί της Μελέτης	112
Κεφάλαιο Όγδοο: Συμπεράσματα	113
8.2 Εξαρτησιογόνες Ουσίες	114
Βιβλιογραφία	117

Α' ΓΕΝΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με το λεξικό της Οξφόρδης, το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στα δίκτυα σχέσεων μεταξύ ανθρώπων που ζουν και εργάζονται σε μια συγκεκριμένη κοινωνία, επιτρέποντας στην κοινωνία να λειτουργεί αποτελεσματικά. Ακόμη, η Παγκόσμια Τράπεζα έχει αναγνωρίσει τη συμβολή του κοινωνικού κεφαλαίου στην ευημερία μιας χώρας. Η αμοιβαία εμπιστοσύνη, η εκούσια αμοιβαιότητα της βοήθειας και η συμμετοχή των πολιτών περιγράφονται ως τρεις συγκεκριμένοι δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου.

Στην κοινωνιολογία, οι ρίζες του κοινωνικού κεφαλαίου μας οδηγούν πίσω στον Durkheim. Στη δεκαετία του 1980 ο όρος χρησιμοποιήθηκε στα κοινωνιολογικά γραπτά του γαλλικού κοινωνιολόγου Pierre Bourdieu ενώ ως πρωτεργάτης θεωρείται ο Αμερικανός πολιτικός επιστήμονας Robert Putnam, ο οποίος ανέλυσε το κοινωνικό κεφάλαιο σε σχέση με την υγεία. Και οι δύο αυτοί συγγραφείς θεωρούνται σημαντικοί θεωρητικοί συντελεστές με τον Bourdieu να υποστηρίζει μια ατομική προσέγγιση και τον Putnam να έχει μια πιο συλλογική προσέγγιση στο κοινωνικό κεφάλαιο. Το αν το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένα άτομο ή ένα συλλογικό χαρακτηριστικό εξακολουθεί να συζητείται (Kawachiet al., 2008).

Ακόμη, με τις έννοιες του φυσικού κεφαλαίου και του ανθρώπινου κεφαλαίου -εργαλεία και κατάρτιση που ενισχύουν την ατομική παραγωγικότητα, το Κοινωνικό Κεφάλαιο» αναδεικνύεται μέσα από εκείνα τα χαρακτηριστικά κοινωνικής οργάνωσης όπως δίκτυα, κανόνες και κοινωνική εμπιστοσύνη που διευκολύνουν το συντονισμό και τη συνεργασία προς αμοιβαίο όφελος. Για διάφορους λόγους, η ζωή είναι ευκολότερη σε μια κοινότητα ευλογημένη με ένα σημαντικό απόθεμα κοινωνικού κεφαλαίου. Πρώτον, τα δίκτυα εμπλοκής πολιτών

ενδυναμώνουν ανθεκτικούς κανόνες γενικευμένης αμοιβαιότητας και ενθαρρύνουν την εμφάνιση κοινωνικής εμπιστοσύνης. Τα δίκτυα αυτά διευκολύνουν το συντονισμό και την επικοινωνία, ενισχύουν τη φήμη και επιτρέπουν έτσι την επίλυση των διλημάτων συλλογικής δράσης. Όταν οι οικονομικές και πολιτικές διαπραγματεύσεις εντάσσονται σε πυκνά δίκτυα κοινωνικής αλληλεπίδρασης, μειώνονται τα κίνητρα για ομορτισμό (Bourdieu, 1986).

Μια πτυχή του ανεπίσημου κοινωνικού κεφαλαίου, για την οποία συμβαίνει να έχουμε λογικά αξιόπιστα δεδομένα χρονοσειρών περιλαμβάνει τη γειτνίαση. Σε κάθε Γενική Κοινωνική Έρευνα από το 1974 οι συμμετέχοντες έχουν ερωτηθεί: "Πόσο συχνά περνάτε μια κοινωνική βραδιά με έναν γείτονα;". Το ποσοστό των Αμερικανών που κοινωνικοποιούνται με τους γείτονές τους περισσότερο από μία φορά το χρόνο μειώθηκε σταδιακά αλλά σταθερά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, από 72% το 1974 σε 62% το 1993. Από την άλλη μεριά η κοινωνικοποίηση με " φίλους που δεν ζουν στη γειτονιά" φαίνεται να αυξάνεται, μία τάση που μπορεί να αντικατοπτρίζει την ανάπτυξη των κοινωνικών συνδέσεων που βασίζονται στο χώρο εργασίας. Οι κανόνες και τα δίκτυα συμμετοχής των πολιτών επηρεάζουν επίσης έντονα τις επιδόσεις της αντιπροσωπευτικής κυβέρνησης. Αυτό τουλάχιστον ήταν το συμπέρασμα της 20ετούς έρευνας του Robert D. Putnam, σχεδόν πειραματικής μελέτης των υπό-εθνικών κυβερνήσεων σε διάφορες περιοχές της Ιταλίας. Σε πρόσφατη παγκόσμια συζήτηση η έννοια της "κοινωνίας των πολιτών" διαδραμάτισε κεντρικό ρόλο για τις προϋποθέσεις για δημοκρατία και εκδημοκρατισμό.

Συστηματική έρευνα έδειξε ότι η ποιότητα της διακυβέρνησης καθορίστηκε από τις μακροχρόνιες παραδόσεις της εμπλοκής των πολιτών (ή της απουσίας της).

Συμμετοχή ψηφοφόρων, αναγνώστες εφημερίδων, συμμετοχή σε χορωδιακές κοινωνίες και ποδοσφαιρικούς συλλόγους, αυτά ήταν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα μιας επιτυχημένης περιοχής. Στην πραγματικότητα, από την ιστορική ανάλυση προέκυψε ότι αυτά τα δίκτυα οργανωμένης αμοιβαιότητας και αλληλεγγύης των πολιτών, που δεν αποτελούσαν επιφύλιο του κοινωνικοοικονομικού εκσυγχρονισμού, αποτελούσαν προϋπόθεση γι' αυτό. Αναμφισβήτητα οι μηχανισμοί μέσω των οποίων η συμμετοχή των πολιτών και η κοινωνική συνοχή παράγουν τέτοια αποτελέσματα, καλύτερα σχολεία, ταχύτερη οικονομική ανάπτυξη, χαμηλότερα επίπεδα εγκληματικότητας. Χρονολογικά, η δύναμη της κοινοτικής διακυβέρνησης τονίστηκε από πολλούς φιλόσοφους από την αρχαιότητα μέχρι τον 18ο αιώνα, από τον Αριστοτέλη έως τον Θωμά Ακινά και τον Edmund Burke (Bowles & Gintis, 2002).

Αυτό το όραμα επικρίθηκε έντονα στα τέλη του 18ου αιώνα, με την ανάπτυξη της ιδέας του Homo Economicus και στη συνέχεια με τη θεωρία της ορθολογικής επιλογής. Ένα τέτοιο σύνολο θεωριών κυριαρχούσε τους τελευταίους αιώνες, αλλά πολλοί στοχαστές αμφισβήτησαν την περίπλοκη σχέση μεταξύ της σύγχρονης κοινωνίας και τη σημασία των παλαιών θεσμών, ιδιαίτερα των οικογενειακών και παραδοσιακών κοινοτήτων (Ferragina, 2010). Η συζήτηση της κοινότητας εναντίον του εκσυγχρονισμού της κοινωνίας και του ατομικισμού ήταν το πιο συζητημένο θέμα μεταξύ των ιδρυτών της κοινωνιολογίας, οι οποίοι ήταν πεπεισμένοι ότι η εκβιομηχάνιση και η αστικοποίηση μεταμόρφωσαν της κοινωνικές σχέσεις με έναν μη αναστρέψιμο τρόπο (Tonnies 1887, Durkheim 1893, Simmel 1905, Weber 1946). Παρατήρησαν μία κατανομή των παραδοσιακών δεσμών και την προοδευτική ανάπτυξη της ανωνυμίας και της αλλοτρίωσης στην

κοινωνία (Wilmott, 1986). Μετά τα έργα των Tonnies και Weber, ο προβληματισμός για τους κοινωνικούς δεσμούς στη σύγχρονη κοινωνία συνέχισε με ενδιαφέρουσες συνεισφορές στη δεκαετία του 1950 και στη δεκαετία του 1960, ιδιαίτερα με τη θεωρία της κοινωνίας της μάζας (Bell 1962, Nisbet 1969). Πρότειναν θέματα παρόμοια με αυτά των ιδρυτών, με πιο απαισιόδοξη έμφαση στην ανάπτυξη της κοινωνίας (Ferragina, 2010). Ο Stein, το 1960, αναφέρει ότι η τιμή για τη διατήρηση μιας κοινωνίας που ενθαρρύνει την πολιτισμική διαφοροποίηση και πειραματισμό είναι αναμφισβήτητα η αποδοχή ενός ορισμένου αριθμού αποδιοργάνωσης τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Όλοι αυτοί οι προβληματισμοί συνέβαλαν αξιοσημείωτα στην ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου τις επόμενες δεκαετίες. Μεγάλο ερώτημα στην επιστημονική ατζέντα αποτελεί το εάν μπορεί να υπάρξει μία συγκρίσιμη διάβρωση του κοινωνικού κεφαλαίου σε άλλες προηγμένες δημοκρατίες, ή σε διαφορετικές θεσμικές και συμπεριφορικές μορφές. Επιπλέον ερώτημα αποτελεί το πώς να αντιστραφούν αυτές οι δυσμενείς τάσεις στην κοινωνική σύνδεση, αποκαθιστώντας έτσι την εμπλοκή και την εμπιστοσύνη των πολιτών.

Ομοίως, η έρευνα σχετικά με τις διαφορετικές οικονομικές επιδόσεις διαφόρων εθνοτικών ομάδων στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει καταδείξει τη σημασία των κοινωνικών δεσμών σε κάθε ομάδα. Αυτά τα αποτελέσματα είναι συνεπή με την έρευνα σε ένα ευρύ φάσμα ρυθμίσεων που αποδεικνύει τη ζωτική σημασία των κοινωνικών δικτύων για την τοποθέτηση θέσεων εργασίας και πολλών άλλων οικονομικών αποτελεσμάτων. Το ποσοστό των Αμερικανών που ανέφερε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι νιώθουν κοινωνική εμπιστοσύνη μειώθηκε κατά περισσότερο από ένα τρίτο μεταξύ του 1960 και του 1993, από 58% σε 37%

(University of Michigan, 1994). Η ίδια τάση είναι εμφανής σε όλες τις εκπαιδευτικές ομάδες. Πράγματι, επειδή η κοινωνική εμπιστοσύνη συσχετίζεται επίσης με την εκπαίδευση και επειδή τα εκπαιδευτικά επίπεδα έχουν αυξηθεί δραματικά, η συνολική μείωση της κοινωνικής εμπιστοσύνης είναι ακόμη πιο εμφανής αν ελέγξουμε την εκπαίδευση.

Η πρώην πρόεδρος του Royal College of Psychiatrists, Sheila Hollins, αναφέρει ότι όταν το κοινωνικό κεφάλαιο είναι υψηλό, αυξάνεται το ατομικό κεφάλαιο αντενδείκνυσης, αλλά όταν είναι χαμηλό, τα ποσοστά εγκληματικότητας, το διαζύγιο και η οικογενειακή βία αυξάνουν (Sheila Hollins, Past President, Royal College of Psychiatrists).

Σημαντικά κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η φυλή, η εθνικότητα, ο πολιτισμός, η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η απασχόληση και η εκπαίδευση έχουν μελετηθεί σε σχέση με τους παράγοντες συμπεριφοράς κινδύνου (Hu et al. 2011, Kang et al 2015). Ωστόσο μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη μέτρηση και κατανόηση τους ανά φύλο εξακολουθεί να λείπει, με μερικές εξαιρέσεις, ιδίως όσον αφορά τη σεξουαλική υγεία, την κατάχρηση ψυχαγωγικών ουσιών, τη βία και την επικίνδυνη οδήγηση (Marcos et al. 2013, Koutra et al. 2014). Επομένως, το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να αποτελέσει σημαντικό καθοριστικό παράγοντα της υγείας. Έρευνα των Weitzman και Kawachi αποδεικνύει ότι υψηλά μέσα κοινωνικού κεφαλαίου αντιστοιχούν με χαμηλότερα ποσοστά κατάχρησης ουσιών. Ομοίως μια δεύτερη έρευνα κατέγραψε ότι μαθητές που έκαναν χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών (Taylor, 2006).

Αξιοσημείωτο λοιπόν είναι το γεγονός ότι η στέρηση κεφαλαίου, κοινωνικού ή οικογενειακού αυξάνει την πιθανότητα στροφής των εφήβων σε εξαρτησιογόνες ουσίες, όπως και γονείς και αδέρφια χρήστες ναρκωτικών μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο για χρήση αντίστοιχα. Οι μειωμένες εμπειρίες κατά την ανάπτυξη παρακωλύουν περαιτέρω την απόκτηση κοινωνικού κεφαλαίου στους εφήβους, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα χρήσης ναρκωτικών (Brook & Whiteman 1999).

Το κοινωνικό κεφάλαιο σύμφωνα με μία συγχρονική μελέτη στη Σουηδία, συνδέεται με ποικίλες συμπεριφορές και αποτελέσματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων της ψυχικής, σωματικής υγείας και της θνησιμότητας. Η κατανάλωση οινοπνεύματος, το κάπνισμα και η χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου σε σχέση με τη δημόσια υγεία. Αυτές οι συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία καθορίζονται συχνά κατά την εφηβεία και μπορεί να επηρεάσουν τόσο τη βραχυπρόθεσμη όσο και τη μακροπρόθεσμη υγεία των νέων. Ωστόσο, το γεγονός ότι η κοινωνική συνάφεια και η κοινωνική συμμετοχή σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ, καπνού και ναρκωτικών, δεν αποτελεί έκπληξη. Η κοινωνική συμμετοχή, μέσω της κοινωνικής επιρροής και της κοινωνικής σύγκρισης, τείνει να ενθαρρύνει τα κυρίαρχα κοινωνικά πρότυπα (Ferlander, 2007). Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από έρευνα του 1991, κατά την οποία καταγράφηκε ότι τα κοινωνικά ενεργά άτομα πίνουν περισσότερο. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται να επιβεβαιώσει τις ιδέες του Bourdieu ότι τα άτομα χρησιμοποιούν μια πολύτιμη συμπεριφορά ως μέσο για να διεκδικήσουν και να ενισχύσουν τη θέση τους στις κοινωνικές ιεραρχίες (Lunnay Ward & Borlagdan, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Κοινωνικό Κεφάλαιο (Social Capital)

1.1 Ορισμός

Το «κοινωνικό κεφάλαιο» αποτελεί έναν όρο που χρησιμοποιείται αρκετά στη βιβλιογραφία, ωστόσο, ο ορισμός του υστερεί σε επίπεδο εννοιολογικής κατανόησης (Moore & Kawachi, 2017). Αυτό συμβαίνει επειδή το κοινωνικό κεφάλαιο, ως δείκτης συνοχής και οργάνωσης των κοινωνιών, θεωρείται ότι σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα σε πληθώρα υγειονομικών παραμέτρων και μεταβλητών (Κριτσωτάκης & συν 2009). Βασίζεται σε κοινωνικά δίκτυα του πληθυσμού, θεσμικά δίκτυα ενημέρωσης και πληροφόρησης, συλλογική δράση, αμοιβαία εμπιστοσύνη, θέματα ασφάλειας και κοινά αποδεκτούς κανόνες συμπεριφοράς που ενισχύουν την συνεργασία (Kritsotakis & Gamarnikow, 2004).

1.2 Ιστορική αναδρομή.

Αποτελεί μια έννοια η οποία προέρχεται από το παρελθόν, αλλά ο όρος έχει διαμορφωθεί σχετικά πρόσφατα (Lazega et al, 2001). Πιο συγκεκριμένα, κατά το διάστημα της δεκαετίας 1990 - 2000 το «κοινωνικό κεφάλαιο» έγινε ολόένα και πιο δημοφιλές σε ένα ευρύ φάσμα επιστημονικών κλάδων καθώς και στο πολιτικό γίγνεσθαι (Haynes, 2009).

Παρόλο που οι συγγραφείς φαίνεται να συμφωνούν για την ιστορική προέλευση της έννοιας, οι απόψεις δίστανται όσον αφορά την πρώτη χρήση του όρου «κοινωνικό κεφάλαιο». Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι η πρώτη χρήση του έγινε από τον Hanifan (1916), ωστόσο άλλοι αναγνωρίζουν τον Jacobs (1961) ως πρωτεργάτη (Schuller et al 2000, Felkins 2002). Στη συγκεκριμένη εργασία φαίνεται ο Hanifan ως πρωτεργάτης του συγκεκριμένου όρου καθώς χρονολογικά

αναφέρθηκε πρώτος στην έννοια αυτή. Ο Hanifan, ένας κοινωνικός μεταρρυθμιστής, επέλεξε το 1916 τον όρο «κοινωνικό κεφάλαιο» για να αναφερθεί στην καλή θέληση, την υποτροφία, την αμοιβαία συμπάθεια και την κοινωνική επαφή μεταξύ μιας ομάδας ατόμων και οικογενειών (Mac Gillivray & Walker 2000, Winter 2000, Woolcock & Narayan 2000, Smith & Kulynych 2002). Οι Routledge και Von Amsberg (2003) αναγνώρισαν ότι ο Hanifan χρησιμοποίησε τον όρο «κεφάλαιο» ειδικά για να υπογραμμίσει τη σημασία της κοινωνικής δομής σε ανθρώπους που έχουν επιχειρηματική και οικονομική προοπτική. Οι Woolcock και Narayan (2000) στη συνέχεια έδωσαν μια πιο λεπτομερή περιγραφή του έργου του Hanifan που αναγνώρισε ότι ο όρος χρησιμοποιήθηκε για να εξηγήσει τη σημασία της συμμετοχής της κοινότητας στη βελτίωση της σχολικής επίδοσης.

Ακολουθώντας την πιο σύγχρονη εξέλιξη του όρου, ο όρος του «κοινωνικού κεφαλαίου» συνδέθηκε με έννοιες όπως η κοινωνία των πολιτών (civil society) και η κοινωνική συνοχή (social connectedness) (Adam & Roncevic, 2003). Συνδέθηκε επίσης, με ιστορικούς συγγραφείς όπως οι Durkheim, Simmel, Marx και Weber, καθώς και με θεωρίες, όπως η θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής (social exchange) και η θεωρία των ψυχολογικών συμβάσεων (psychological contract theory) (Watson & Paramarcos, 2002). Στη νεότερη εποχή, τρεις βασικοί συγγραφείς, οι Bourdieu, Coleman και Putnam, συντέλεσαν στην εδραίωση και ανάπτυξη του από έναν απλό όρο σε μια διεπιστημονική θεωρία. Σε πρακτικό επίπεδο ο όρος «κοινωνικό κεφάλαιο» αναφέρεται σε εκείνα τα αποθέματα κοινωνικής εμπιστοσύνης, κανόνων και δικτύων τα οποία μπορούν να αντλήσουν οι άνθρωποι έχοντας ως στόχο την επίλυση κοινών προβλημάτων. Ιστορικά αποτελεί μια πολύ σημαντική εννοιολογική καινοτομία ιδιαίτερα μεταξύ των κλάδων της κοινωνιολογίας και της οικονομίας

(Adam & Roncevic, 2003). Εξ αρχής υιοθετήθηκε ως λύση για κοινωνικά προβλήματα τόσο διαφορετικά όσο η αστική φτώχεια και η εγκληματικότητα, η οικονομική υπανάπτυξη και η αναποτελεσματική κυβερνητική δύναμη (Boix & Posner, 1998).

Τα τελευταία 15 χρόνια έχει παρατηρηθεί εξαιρετική αύξηση των αναφορών του «κοινωνικού κεφαλαίου» στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία (Halpern 2001, Aldridge et al, 2002). Η συγκεκριμένη αύξηση της έρευνας και της εφαρμογής σε διάφορους τομείς αντιπροσωπεύει μια άνευ προηγουμένου αποδοχή, μελέτη και εφαρμογή αυτής της εννοιολογικής αντίληψης (Adam & Roncevic, 2003). Συγκεκριμένα, οι Fine και Green (2000) ισχυρίστηκαν πως το κοινωνικό κεφάλαιο θα αποτελέσει τέτοια δύναμη η οποία θα οδηγήσει στην αναδιατύπωση της κοινωνικής θεωρίας μέσα από το πρίσμα του συγκεκριμένου όρου. Η έννοια του «κοινωνικού κεφαλαίου» προσφέρεται σε διαφορετική εφαρμογή, καθώς είναι πολύ ευρεία, και μπορεί να προσεγγίσει σχεδόν κάθε κοινωνική οντότητα ή κατάσταση μέσω του εννοιολογικού πλαισίου του «κοινωνικού κεφαλαίου» (Grootaert & Van Bastelaer, 2002).

Σε επίσημη βάση, το «κοινωνικό κεφάλαιο» ορίστηκε το 2001 από το Organisation for Economic Co-operation & Development (OECD) ως τα δίκτυα εκείνα που περιλαμβάνουν κοινές νόρμες, αξίες και τρόπους κατανόησης, στοιχεία τα οποία διευκολύνουν τη συνεργασία εντός και μεταξύ των ομάδων.

1.3 Προσεγγίζοντας τον όρο Κοινωνικό Κεφάλαιο

Η έννοια του «κοινωνικού κεφαλαίου» ερμηνεύεται διαφορετικά με βάση τις ποικίλες θεωρίες. Ως αποτέλεσμα, έχει αναπτυχθεί πληθώρα ορισμών με

διαφορετικό περιεχόμενο, πολλές φορές αντικρουόμενων, κάτι το οποίο οδηγεί σε ασάφεια και σύγχυση, σχετικά με το τι ουσιαστικά μπορεί να εξηγήσει (Dolfsma et al, 2003). Η ύπαρξη πολλών και διαφορετικών ορισμών του «κοινωνικού κεφαλαίου» οφείλεται στο γεγονός πως ο εκάστοτε συγγραφέας εξετάζει τον όρο υπό το πρίσμα διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων και συνθηκών (Putnam, 2000). Ορισμένες από τις παραμέτρους που λαμβάνουν υπόψη είναι οι κανόνες, η εμπιστοσύνη και οι κοινωνικές νόρμες που καθορίζουν κάθε κοινωνική αλληλεπίδραση, κοινωνική πράξη, τα κοινωνικά δίκτυα και όλα τα χαρακτηριστικά των δικτύων αυτών (Hean, 2002).

Όπως προαναφέρθηκε και στην Ενότητα 1.1., τρεις κυρίως ερευνητές βρίσκονται στο προσκήνιο της ανάπτυξης της έννοιας του «κοινωνικού κεφαλαίου»: ο Pierre Bourdieu, ο James Coleman και ο Robert Putnam.

Συγκεκριμένα, ο Pierre Bourdieu (1986) μελέτησε γενικά την έννοια του κεφαλαίου και διέκρινε τέσσερις διαφορετικές μορφές: το οικονομικό, το πολιτισμικό, το συμβολικό και το κοινωνικό. Σύμφωνα με τον Bourdieu, η συγκεκριμένη έννοια αποτελείται από δύο διαστάσεις: τα κοινωνικά δίκτυα και τις συνδέσεις/σχέσεις καθώς και την κοινωνικότητα. Επίσης, διευκρίνισε, με σχετικό ορισμό, πως το «κοινωνικό κεφάλαιο» αποτελεί ένα σύνολο των πραγματικών ή συμβολικών πόρων οι οποίοι συνδέονται με την κατοχή ενός ανθεκτικού δικτύου περισσότερο ή λιγότερο θεσμοθετημένων σχέσεων αμοιβαίας αποδοχής και αναγνώρισης. Ουσιαστικά σύμφωνα με τον Bourdieu, το «κοινωνικό κεφάλαιο» αντιπροσωπεύει το άθροισμα των πλεονεκτημάτων που αποκομίζουν όσοι άνθρωποι ανήκουν σε κοινά δίκτυα ή σε ομάδες. Ο βαθμός του «κοινωνικού κεφαλαίου» που διαθέτει κάποιος εξαρτάται από το μέγεθος του δικτύου των

διασυνδέσεων που μπορεί να κινητοποιήσει με επιτυχία, καθώς και από τον όγκο του κεφαλαίου (πολιτισμικού, οικονομικού ή συμβολικού) που διαθέτει ο καθένας από εκείνους με τους οποίους συνδέεται (Bourdieu, 1986). Σύμφωνα με την κριτική του Portes (1998) για τον ορισμό του Bourdieu, ο τελευταίος αναφέρει με σαφήνεια πως το «κοινωνικό κεφάλαιο» αναλύεται σε δυο συστατικά στοιχεία:

1. την ίδια την κοινωνική σχέση που παρέχει στα άτομα τη δυνατότητα να διεκδικήσουν πρόσβαση σε πόρους που ανήκουν στους συνεργάτες τους (τα κοινωνικά δίκτυα και τους συστατικούς δεσμούς τους)
2. τον αριθμό και την ποιότητα των συγκεκριμένων πόρων δηλαδή των κοινωνικών πόρων.

Ο James Coleman (1990), ως ένας σημαντικός εκπρόσωπος του «κοινωνικού κεφαλαίου», υποστήριξε ότι τα οικογενειακά συστήματα απαρτίζονται από το οικονομικό, το ανθρώπινο κεφάλαιο και τέλος, από το κοινωνικό κεφάλαιο. Αν και οι δυο αρχικές έννοιες εστιάζουν στις γονικές οικονομικές και γνωστικές ικανότητες, ο τελευταίος όρος επικεντρώνεται συγκεκριμένα στις πιο κοινωνικές και διαπροσωπικές πλευρές της οικογενειακής ζωής. Επίσης, ο Coleman αναγνώρισε δύο διαφορετικά στοιχεία του «κοινωνικού κεφαλαίου»:

1. το «κοινωνικό κεφάλαιο» ως ένα σύμπλεγμα σχέσεων
2. το «κοινωνικό κεφάλαιο» ως πηγή πόρων μέσω των σχέσεων με άτομα.

Στη συνέχεια, τόνισε διάφορα οφέλη του «κοινωνικού κεφαλαίου», συμπεριλαμβάνοντας τις προσδοκίες και τις υποχρεώσεις εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας, με την παράλληλη εδραίωση των νορμών και των αξιών στις ανθρώπινες σχέσεις. Σύμφωνα με τον Coleman (1988), δεν υφίσταται η ύπαρξη του «κοινωνικού κεφαλαίου», αν δεν απορρέει εκ των έσω του παραγωγική

δραστηριότητα. Αυτό σημαίνει πως οι σχέσεις που αναπτύσσουν τα μέλη μιας κοινότητας, δεν αποτελούν από μόνες το κοινωνικό της κεφάλαιο, αλλά είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την ανάπτυξη της παραγωγής της. Επιπλέον, υποστήριξε ότι το «κοινωνικό κεφάλαιο» διαμορφώνεται σε πρώτο στάδιο σε επίπεδο οικογένειας και στη συνέχεια εξελίσσεται σε επίπεδο κοινότητας ακολουθώντας κάποιες παραμέτρους.

Μία από τις βασικότερες παραμέτρους είναι αυτή της εμπιστοσύνης που έχουν τα μέλη των δικτύων ότι θα πραγματοποιηθούν όλες οι απαιτούμενες ενέργειες προκειμένου να ολοκληρωθούν ομαλά όλες οι διαδικασίες και να επιτευχθούν οι κοινοί στόχοι που έχουν τεθεί. Εν συνεχεία, βασικό ρόλο παίζει η μετάδοση των πληροφοριών ανάμεσα στα μέλη των δικτύων, αλλά και ανάμεσα σε διαφορετικά δίκτυα. Μέσα από τη σωστή διαρροή των πληροφοριών βελτιώνεται η επικοινωνία στην κοινότητα και παράλληλα προωθείται η συνεργασία. Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας είναι η επιβολή κυρώσεων στα μέλη σε περίπτωση που εκείνα δεν λειτουργούν με βάση τους κοινά αποδεκτούς τρόπους συμπεριφοράς, τους οποίους έχουν καθορίσει τα ίδια μέλη των δικτύων. Οι συγκεκριμένες κυρώσεις αυξάνουν τις υπάρχουσες και συμφωνημένες συμπεριφορές και ενισχύουν το επίπεδο εμπιστοσύνης των μελών των δικτύων σε ότι αφορά τη διεκπεραίωση των διαδικασιών και των λειτουργιών. Επιπλέον, καταγράφονται σχέσεις εξουσίας μεταξύ των μελών. Δηλαδή, παρέχεται σε κάποιον ηγέτη ένα δικαίωμα να χρησιμοποιήσει τα μέσα και το «κοινωνικό κεφάλαιο» που ο ίδιος θεωρεί σωστά, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της οργάνωσης ή της ομάδας. Σημαντικό είναι επίσης, να δημιουργούνται κατάλληλες κοινωνικές οργανώσεις μέσω των οποίων τα άτομα να εκπληρώνουν τους στόχους τους, οι οποίοι θα

καθορίζονται με βάση τις ανάγκες τους. Τέλος, να υπάρχουν κοινωνικές οργανώσεις που στοχεύουν στην άμεση κάλυψη των αναγκών των μελών τους, λαμβάνοντας όμως και τις ανάγκες ατόμων που δεν είναι μέλη τους, ωφελώντας ολόκληρη την κοινότητα στο σύνολο της (Coleman, 1988).

Κάνοντας μια σύγκριση μεταξύ των Coleman, Bourdieu και Putnam ο πρώτος τονίζει την σπουδαιότητα των οικογενειακών και σχολικών συστημάτων ως τις πιο τυπικές θέσεις έρευνας του «κοινωνικού κεφαλαίου». Από την άλλη ο Bourdieu παρουσιάζει μια πιο ατομικιστική εικόνα της δομής. Ενώ τέλος, ο Putnam επεκτείνει τον ορισμό γενικά στις κοινωνίες και τις κοινότητες.

Πιο συγκεκριμένα, ο Robert Putnam κάνει λόγο περί διάκρισης ανάμεσα στο φυσικό κεφάλαιο (φυσικά αντικείμενα), το ανθρώπινο κεφάλαιο (ατομικές ιδιοκτησίες) και το κοινωνικό κεφάλαιο. Σύμφωνα με τα λεγόμενα του, οι έννοιες της εμπιστοσύνης και της αμοιβαιότητας προέρχονται από τις σχέσεις των κοινωνικών δικτύων και επομένως παράγουν την «κοινωνική αρετή» (Putnam, 2000) ή μια αξιόπιστη κοινότητα όπου οι κάτοικοι όχι μόνο γνωρίζουν ο ένας τον άλλο αλλά εμπλέκονται ενεργά ο ένας στη ζωή του άλλου και διατηρούν σχέσεις εμπιστοσύνης και αλληλοβοήθειας (π.χ. προσέχοντας τα παιδιά του γείτονα).

Τέλος, ο Putnam (1993), υποστηρίζει ότι το «κοινωνικό κεφάλαιο» αναφέρεται σε χαρακτηριστικά της κοινωνικής οργάνωσης, όπως είναι η εμπιστοσύνη, οι νόρμες και τα δίκτυα, που μπορούν να βελτιώσουν την αποδοτικότητα της κοινωνίας διευκολύνοντας τη συντονισμένη δράση. Επίσης, πραγματεύεται τον τρόπο με τον οποίο οι κανονιστικές ρυθμίσεις και τα κοινωνικά δίκτυα εξελίσσονται, επισημαίνοντας ότι οι θετικές επιδράσεις του κοινωνικού κεφαλαίου αυξάνονται με τη χρήση τους και μειώνονται αντίστοιχα όταν

παραμένουν σε αδράνεια. Οι κοινωνικές σχέσεις εξασθενούν, εάν δεν ανατροφοδοτούνται, και οι κανονιστικές ρυθμίσεις βασίζονται στη συχνή και ποιοτική επικοινωνία μεταξύ ομάδων και ατόμων (Putnam, 2002).

1.4. Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου με την υγεία

1.4.1 Θετική αλληλεπίδραση.

Η μελέτη αλλά και σύνδεση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία ξεκίνησε μετά το 1990 (Wilkinson 1996, Woolcock 1998). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO, 2011), το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί μείζον ρόλο στην υγεία και ευζωία των ανθρώπων, καθώς εμπεριέχει ένα πλήθος από οικολογικές συνιστώσες, οι οποίες μπορούν να διαμορφώσουν και να επηρεάσουν τους δείκτες οικονομικής, υγειονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης.

Εξετάζοντας την ιδιαίτερη σχέση μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και υγείας, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην κατανόηση της κοινωνικής απομόνωσης. Συγκεκριμένα, η κοινωνική απομόνωση συνδέεται με την κακή υγεία, ειδικά, όταν οι άνθρωποι ζουν σε κοινότητες με χαμηλό επίπεδο «κοινωνικού κεφαλαίου» (Aslund & Nilsson, 2013). Αντίθετα, οι άνθρωποι οι οποίοι εμπιστεύονται τους συνανθρώπους τους έχουν περισσότερες ευκαιρίες συμμετοχής στα τοπικά δρώμενα και σε κοινωνικά δίκτυα. Σύμφωνα με τον Poortinga (2006) η παραπάνω κατάσταση προσφέρει υψηλά ποσοστά καλής υγείας. Ταυτόχρονα, το «κοινωνικό κεφάλαιο» μπορεί να είναι καταλύτης σε συμπεριφορές υγείας, υπό την υιοθέτηση κοινωνικών νορμών, που δύνανται να ευκολύνουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής παροχής. Επιπλέον, παρέχεται η ευκαιρία για την προώθηση

ενεργειών αμοιβαίου σεβασμού και εμπιστοσύνης, οδηγώντας τα άτομα να αναλάβουν δράσεις αλληλοϋποστήριξης (Holtgrave & Crosby, 2004).

Η ενδυνάμωση αποτελεί έναν ακόμα τρόπο με τον οποίο το «κοινωνικό κεφάλαιο» ωθεί οργανισμούς και κοινότητες να αποκτήσουν τέτοιο έλεγχο και δύναμη έτσι ώστε να αναμιχθούν σε θέματα που τους αφορούν. Η έννοια της ενδυνάμωσης μπορεί να εφαρμοστεί σε ατομικό αλλά και σε κοινοτικό επίπεδο. Επιπλέον, το «κοινωνικό κεφάλαιο», το οποίο εξελίσσεται στο επίπεδο της γειτονιάς, μπορεί να προβεί σε ενισχυτή της υγείας των ανθρώπων, προσφέροντας υποστήριξη και παρέχοντας μια καλή προσωπική εικόνα. Αυτό σημαίνει πως κακές συμπεριφορές υγείας, όπως η τάση προς αλκοολισμό, μπορούν να μειωθούν λόγω της ύπαρξης του «κοινωνικού κεφαλαίου» (Sundquist, 2003).

Βιβλιογραφικά, υπάρχουν έρευνες που καταγράφουν πως οι κοινωνικές σχέσεις που απορρέουν από το «κοινωνικό κεφάλαιο» προσφέρουν τόσο υλική όσο και ηθική υποστήριξη (Moudatsou, 2015). Πιο συγκεκριμένα, η ηθική οπτική του «κοινωνικού κεφαλαίου» λειτουργεί ως προληπτικός παράγοντας, ως ένας μηχανισμός μείωσης της κοινωνικής απομόνωσης. Επίσης, η υλική υποστήριξη μπορεί να παρέχει χείρα βοήθειας σε πρακτικά θέματα τα οποία σχετίζονται με θέματα πρόληψης αλλά και θεραπείας ασθενειών (Segerstrom & Miller 2004, Hampton & Ruys 2007).

1.4.2 Αρνητική αλληλεπίδραση.

Η χρήση της έννοιας του «κοινωνικού κεφαλαίου» ως μέσο ανάλυσης, το οποίο χρησιμοποιούν οι κοινωνικοί αναλυτές και επιστήμονες, μπορεί όπως έχει προαναφερθεί να είναι σχετικά πρόσφατη, αλλά ήδη έχει μια ευρεία ποικιλία

εννοιών και χρήσεων σε διάφορες επιστήμες (Portes 1998, Woolcock 1998, Borgatti & Foster 2003). Ωστόσο, έχει εντοπιστεί μια σειρά αδυναμιών σε διάφορες πτυχές της έννοιας και της χρήσης της (Durlauf 1999, Schuller et al 2000, Fine 2002).

Το «κοινωνικό κεφάλαιο» μπορεί να υιοθετήσει εθνοκεντρικό χαρακτήρα, ο οποίος εμφανίζεται στα πλαίσια μιας εθνικής ομάδας με αποτέλεσμα να αποκλείει τις υπόλοιπες. Κάτω από τη συγκεκριμένη κατάσταση επιβάλλεται με τρόπο αδιαπραγμάτευτο, συγκεκριμένος κώδικας ηθικής στα άτομα (Villalonga – Olives & Kawachi, 2017). Επιπλέον, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τονίζεται η αρνητική ή ουδέτερη σύνδεση μεταξύ «κοινωνικού κεφαλαίου» και υγείας των ανθρώπων, κατά την οποία η χρησιμότητα του «κοινωνικού κεφαλαίου» στην υγεία, επηρεάζεται από το είδος τους περιβάλλοντος όπου διαμορφώνεται (Villalonga – Olives & Kawachi, 2017). Αν και η ζωή στη γειτονιά, η εμπιστοσύνη και η ασφάλεια έχουν συνήθως θετική έκβαση στην ψυχική και σωματική υγεία και στην ικανοποίηση των ανθρώπων (Ziersch, 2005), η αποτελεσματικότητά τους εμφανίζεται ως αλληλοεξαρτώμενη με τα χαρακτηριστικά του εκάστοτε κοινωνικού περιβάλλοντος. Για παράδειγμα, οι ισχυρές κοινωνικές σχέσεις μπορούν να γίνουν παράγοντες πίεσης στα άτομα και να δημιουργήσουν εμπόδια στην εξέλιξή τους (Villalonga - Olives & Kawachi, 2017).

Ωστόσο, μια από τις μεγαλύτερες αδυναμίες σχετικά με τη συσχέτιση «κοινωνικού κεφαλαίου» και υγείας αποτελούν τα ελάχιστα ερευνητικά δεδομένα τα οποία επικεντρώνονται σε αυτήν την αλληλεπίδραση (Moore & Kawachi, 2017). Στην πραγματικότητα έχουν αναγνωρισθεί έντονες δυσκολίες στην πλήρη συσχέτιση του «κοινωνικού κεφαλαίου» με την υγεία. Το «κοινωνικό κεφάλαιο» όταν μετριέται σε ατομικό επίπεδο, έχει διαφορετική έκβαση στην υγεία των πολιτών σε

σχέση με το πλαίσιο στο οποίο ζουν σε επίπεδο γειτονιάς, κοινότητας αλλά και έθνους (Villalonga – Olives & Kawachi, 2017). Τέλος, η εξήγηση των αντιφατικών αποτελεσμάτων της συσχέτισης του «κοινωνικού κεφαλαίου» και της υγείας αποδίδονται κυρίως στη μεθοδολογία των πρωταρχικών ερευνών, όπου πέραν της θεωρητικής ασάφειας είχαν έναν απλουστευτικό χαρακτήρα (Moore & Kawachi, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Το Κάπνισμα

2.1 Ορισμός

Το κάπνισμα ορίζεται ως η εισπνοή και η εκπνοή καπνού από φύλλα του φυτού καπνός καθώς αυτά φλέγονται με την μορφή τσιγάρου ή πούρου (Εγκυκλοπαίδεια Υγεία).

2.2 Ιστορική Αναδρομή – Πορεία Καπνού

Ιστορικά στοιχεία καθώς και μαρτυρίες αποδεικνύουν ότι η καλλιέργεια του καπνού ξεκίνησε το 6000π.Χ. στην Αμερική. Έπειτα, από την μεγάλη απόβαση του κορυφαίου θαλασσοπόρου Χριστόφορου Κολόμβου, περίπου το 1500μ.Χ., στην ήπειρο Αμερική, πολλοί ήταν αυτοί που μίλησαν για μεταφορά φύλλων καπνού στην Ευρώπη(Εγκυκλοπαίδεια Υγεία).

Τα επόμενα στοιχεία στην παγκόσμια βιβλιογραφία καταγράφονται το 1850 όταν κατασκευάζονται τα τσιγάρα, ονομαζόμενα τότε ως «σιγαρέτα», και αποκτούν την τελική σύγχρονη μορφή τους (Eriksen, 2012). Την πιο καινοτόμα εφεύρεση της εποχής του 1880 έφερε ο Αμερικανός εικοσάχρονος τότε, James Albert Bonsack. Ο Bonsack κατασκεύασε μια μηχανή που αυξάνει την ταχύτητα παρασκευής αλλά και τον αριθμό των παραγόμενων σιγαρέτων από 3.000 σε 120.000 ανά ημέρα, οδηγώντας την Βιρτζίνια των Ηνωμένων Πολιτειών να κάνει μια μικρή επανάσταση στη βιομηχανία των τσιγάρων (Pranse et al, 2005).

Η είσοδος στον 20ο αιώνα έγινε με την απότομη αύξηση παραγωγής τσιγάρων, καθώς και με την ίδρυση μεγάλων καπνοβιομηχανιών. Συγκεκριμένα στη διάρκεια του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου (1914-1918) το τσιγάρο θεωρείτο ως

απαραίτητο “αξεσουάρ” για τους στρατιώτες. Ο λόγος είναι ότι παρατηρήθηκε αυξημένη ενεργητικότητα και καλύτερη διαχείριση των δύσκολων καταστάσεων λόγω της χαλαρωτικής - ναρκωτικής του δράσης (Goodman, 2005).

Στις δεκαετίες που ακολούθησαν μετά τον μεγάλο πόλεμο, 1920 – 1930, σημειώθηκε μια τεράστια διαφημιστική έκρηξη. Το κάπνισμα πλέον ήταν η νέα τάση της εποχής καθώς χαρακτήριζε μια ζωή ανέμελη και κοινωνικά καταξιωμένη, άποψη η οποία ακόμα και σήμερα δεν έχει εξαλειφθεί πλήρως. Οι βιομηχανίες του καπνού και της διαφήμισης κατάφεραν τον μεγάλο στόχο τους, αφού εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο κυριεύονται από το πάθος του καπνίσματος. Οι ειδικοί υγείας της εποχής χαρακτηρίζουν τη νέα μόδα του καπνίσματος σαν μια εμπρόθετη συμπεριφορά. Δεν θεωρούν ότι οδηγεί σε εθισμό του ανθρώπου ούτε το θεωρούν ως αιτία πρώιμου θανάτου. Το 1924 έρχεται να τους διαψεύσει ο Lewis Lewin, ένας γερμανός φαρμακολόγος όπου κατά την έρευνα του για τις εξαρτησιογόνες ουσίες καταλήγει πρώτος στο συμπέρασμα ότι ο καθοριστικός παράγοντας στη δράση του καπνού είναι η νικοτίνη. Επιστημονικά επιβεβαιώνεται αρκετά χρόνια αργότερα το 1970-1980, παρόλο που το διάστημα αυτό το 1940-1950ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αρχίζει να εντάσσει στις εξαρτησιογόνες ουσίες κάποιες κατασταλτικές, όπως η μορφίνη, και άλλες τοξικές ή αλλιώς μεθυστικές, όπως το αλκοόλ. Ορίζει, ακόμα, και τις συμπεριφορές υγείας που αποκτούν τα εξαρτημένα άτομα, όπως συμπτώματα στέρησης και σπασμούς. Κάτι το οποίο δεν συμβαδίζει με το γεγονός ότι τα άτομα που καπνίζουν είναι αξιοπρεπή μέλη της κοινωνίας, δεν εμφανίζουν διαταραχές συμπεριφοράς, ούτε σύνδρομα στέρησης. Γι’ αυτό το λόγο, το συμπέρασμα ότι το κάπνισμα οδηγεί σε εθισμό θα χρειαστεί λίγο χρόνο ακόμα και θα οριστεί στις αρχές της δεκαετίας του 1990.

Οι ασθένειες που εικάζεται ότι έχουν ως υπόβαθρο το ενεργητικό κάπνισμα είναι ένα θέμα που άρχισε να ερευνάται στην ναζιστική Γερμανία και χρειάστηκαν πολλές δεκαετίες για να καταλήξουν στον πλήρες ορισμό αυτών (Σταυριανόπουλος 2011, Κουράκος 2016). Είναι σήμερα αποδεκτό ότι το κάπνισμα ευθύνεται για την ανάπτυξη χρόνιων νοσημάτων, καθώς και για αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Σταυριανόπουλος, 2011).

2.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Αν και η πλήρης απογραφή του πληθυσμού που χρησιμοποιεί προϊόντα καπνού στον κόσμο είναι δύσκολη εκτιμάται ότι 1,3 δισεκατομμύρια άνθρωποι στον πλανήτη μας κάνουν χρήση αυτού (WHO 2006). Υπολογίζεται, ωστόσο, ότι σχεδόν το 12% όλων των γυναικών του πλανήτη είναι καπνίστριες, ένα ποσοστό που αναμένεται να τριπλασιαστεί την επόμενη γενιά (Pitsiou, 2007). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, WHO) το 2006 είχε αναφέρει ότι ο καπνός προκαλεί περίπου 5 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο, ή αλλιώς 1 θάνατος κάθε 6,5 δευτερόλεπτα (WHO, 2006). Δύο χρόνια αργότερα στον ετήσιο απολογισμό του ανακοινώνει ότι αυτή τη φορά 5,4 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν την ζωή τους από την χρήση του καπνού (WHO, 2008). Ωστόσο, υπολογίζεται ότι κατά τον 20ο αιώνα 100.000.000 θάνατοι προήλθαν από την χρήση του καπνού (Κουτίνου & συν, 2014), και αυτός ο αριθμός αναμένεται τον 21^ο αιώνα να φτάσει το 1 δισεκατομμύριο (WHO, 2006). Οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι 650 εκατομμύρια καπνιστές θα σκοτωθούν τελικά από το κάπνισμα. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση ο αντίστοιχος αριθμός υπολογίζεται ότι είναι 1,2 εκατομμύρια/χρόνο αλλά το 2020 αναμένεται να φτάσουν στους 2 εκατομμύρια (Κουτίνου & συν, 2014).

Η Ελλάδα σήμερα κατακτά την πρώτη θέση στην ευρωπαϊκή κατάταξη και πολύ υψηλή στην παγκόσμια, όσον αφορά τον αριθμό των καπνιστών. Πιο συγκεκριμένα 58,1% των ανδρών της χώρας και το 32,2% των γυναικών δηλώνουν καπνιστές. Ένα ποσοστό αρκετά υψηλό για τα δεδομένα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αν και παρατηρείται μια μικρή μείωση στις ηλικίες 16-24, όπου, το 46,5% των αγοριών και το 43,3% των κοριτσιών είναι καπνιστές (Κουτίνου & συν, 2014). Ωστόσο αίσθηση προκαλεί η καταγραφή ότι ένα ποσοστό 16,4% δηλώνει ότι καπνίζει ενώ βρίσκεται σε ηλικία κάτω των 15 ετών (WHO, 2015). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2015 σε άτομα ηλικίας 16-20 παρατηρήθηκε ότι το 19,1% των καπνιζόντων δήλωσε ότι πειραματίζεται με το ηλεκτρονικό τσιγάρο (Kokkevi et al, 2016).

Στην χώρα μας αναφέρονται μεγάλες ελλείψεις ως προς την έρευνα για την χρήση του καπνού σε άτομα μικρότερης ηλικίας. Μια ανασκόπηση που δημοσιεύτηκε το 2007 επεσήμανε κάποιες επιδημιολογικές μελέτες για την αρχή του 21^ο αιώνα σχετικά με την συνήθεια καπνίσματος ατόμων 16-24 ετών. Το συμπέρασμα που προέκυψε από την έρευνα αναφέρει ότι 32% των μαθητών και το 50% των ατόμων που φοιτούν στην ανώτατη εκπαίδευση, είναι καπνιστές (Αλεξόπουλος, 2010). Μια συγκριτική μελέτη που διεξήχθη το 2013, από τον Filipidis και τους συνεργάτες του, συνέκρινε τα ποσοστά καπνίσματος που αναφέρθηκαν το έτος εφαρμογής του αντικαπνιστικού νόμου (2010) με αυτά του 2006. Το πόρισμα της έρευνας ήταν ότι παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του καπνίσματος στους νέους ενήλικες από 48% (το 2006) στο 36% (το 2010) (Κουράκος, 2016).

Ο Παγκόσμιος οργανισμός Υγείας το 2006 αναφέρει ότι 900 εκατομμύρια καπνιστές στον κόσμο ζουν σε αστικά κέντρα, ανεπτυγμένες και μεταβατικές

οικονομίες. Το 2003 η επιστημονική ομάδα του Πιτσάβου Χρήστου, μέσα από μια έρευνα, απέδειξε ότι αγροτικές περιοχές έχουν χαμηλότερα ποσοστά καπνίσματος συγκριτικά με την Αθήνα (Κουράκος, 2016).

Σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες αναφέρεται ότι καθημερινά πεθαίνουν 30 άτομα από καρκίνο του πνεύμονα με βασική αιτία πρόκλησης το κάπνισμα. Αντίστοιχα, στις ΗΠΑ ο αριθμός ανεβαίνει στους 200 και παρόλο που οι ειδικοί προβλέπουν ότι τα επόμενα χρόνια ο αριθμός θα φτάσει τους 2000, η κατανάλωση καπνού συνεχίζει να αυξάνεται (Εγκυκλοπαίδεια υγεία). Γενικά, το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο (WHO, 2008), καθώς θεωρείται το μόνο καταναλωτικό προϊόν που σκοτώνει όταν χρησιμοποιείται από τους καταναλωτές του (WHO, 2006).

2.4 Αίτια Έναρξης Καπνίσματος – Παράγοντες

Η ανθρώπινη οικογένεια θεωρείται ως μια βίο-κοινωνική μονάδα που αποτελείται από πολλά άτομα αλλά ποικίλλει στις μορφές τις. Παρόλη την ποικιλομορφία της η επιρροή που έχει στα νεότερα μέλη είναι ίδια σε όλες τις εκδοχές της οικογένειας. Γι' αυτό το λόγο ως κυριότερη αιτία έναρξης του καπνίσματος θα χαρακτηρίζαμε το κάπνισμα των γονιών μέσα στο σπίτι (Smith-Simone et al, 2008). Οι νέοι που βρίσκονται στην εφηβεία δυσκολεύονται να καταλάβουν αν η συνήθεια που έχει ο γονιός τους, ο θείος τους ή κάποιο από τα αδέρφια τους είναι η σωστότερη για να την υιοθετήσουν. Με αυτό τον τρόπο βλέπουμε νέα άτομα να κάνουν αυξημένη χρήση του καπνού επειδή είναι μια συμπεριφορά που επικροτείται στο σπίτι τους (Khurshid et al, 2012). Έρευνες έχουν αποδείξει την παραπάνω θεωρία βασιζόμενοι στις αναφορές των ίδιων των

ατόμων. Επιπλέον, το ποσοστό αυξάνεται όταν ένα άτομο τη οικογένειας θεωρείται πρότυπο από τον έφηβο (Περδικάρης & συν, 2015). Ωστόσο, το ενδεχόμενο αυτό ενισχύεται και με βάση το κοινωνικό αλλά και οικονομικό περιβάλλον της οικογένειας και συνεπώς του ίδιου του εφήβου. Άτομα με χαμηλό εισόδημα θα σκεφτούν πιο πολύ την αγορά ενός πακέτου με καπνό και πολλές φορές τα άτομα σε νεαρή ηλικία θα τα χρήματα θα τα επενδύσουν διαφορετικά. Σε σύγκρουση βέβαια με αυτή τη γνώμη έρχεται η άποψη ότι τα συγκεκριμένα άτομα εργάζονται πιο σκληρά και αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα και περισσότερα προβλήματα άρα οδηγούνται πιο εύκολα στο κάπνισμα (Εγκυκλοπαίδεια υγεία).

Σύμφωνα με τον NICE (National Institute of Health & Care Excellence) ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των εφήβων δηλώνει ότι η κυριότερη αιτία του καπνίσματος είναι το φιλικό περιβάλλον. Στην έρευνα αυτή, το 2014, αποδείχθηκε ότι ένας έφηβος ξεκάνει την χρήση καπνού με σημαντικότερη επιρροή των κολλητό του, τον φίλο του ή απλά τον συμμαθητή του. Είναι προφανές ότι στην τρυφερή εφηβική ηλικία η παρέα ενός ατόμου δρα καθοριστικά στην συμπεριφορά του. Ο ένας έφηβος επηρεάζει τον άλλον σε όλους τους τομείς (National Institute, 2014). Λόγο της παρόρμησης της ηλικίας δεν υπάρχουν αναστολές και φρένα, ο ένας αντιγράφει τον άλλον καθώς προσπαθούν να εξερευνησουν τον κόσμο. Ενδιαφέρον, ωστόσο, είναι το γεγονός ότι τα νέα άτομα ακολουθούν πιστά τις καινούριες τάσεις της εποχής. Το κάπνισμα είναι μια διαχρονική μόδα όπου καλά κρατεί εδώ και αρκετά χρόνια. Είναι, το πλέον αναμενόμενο οι έφηβοι να ακολουθούν αυτή την μόδα από την στιγμή που κυκλοφορεί σε όλα τα στέκια τους και τριγυρίζει μέσα στην καθημερινότητά τους. Ωστόσο, το τσιγάρο εντάσσει τον νέο στην παρέα των πιο «κουλ» ατόμων και αυτών που δεν φοβούνται τίποτα. Είναι ένα παιχνίδι ρόλων

και εξουσίας όπου οι έφηβοι δημιούργησαν διαμέσου της χρήσης του καπνού, έτσι ώστε να υπερισχύει ο πιο τολμηρός ή αλλιώς η επονομαζόμενοι μάγκες της εποχής. Οι νέοι άνθρωποι δοκιμάζουν το τσιγάρο με σίγουρη επιρροή το κοινωνικό τους περιβάλλον (Περδικάρης & συν, 2015).

Επίκληση στο συναίσθημα θέλησαν να κάνουν οι χιλιάδες διαφημιστικές εταιρίες που ανέλαβαν την προώθηση των τσιγάρων. Είναι μια διαδικασία όπου συνδέεται ο καταναλωτής με το προϊόν με συγκινησιακά χαρακτηριστικά και τον κοινή υποσυνείδητα ή ακόμα και συνειδητά να ασχοληθεί με το αναφερόμενο προϊόν. Ο στόχος για την προώθηση του καπνού ήταν ένας, να μπορέσουν να εντάξουν το κάπνισμα στην καθημερινότητα όλων. Γι' αυτό το λόγο, το τσιγάρο προσφέρει απόλυτη ανεξαρτησία στο άτομο υποσχόμενο για τα υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης στον ίδιο. Με την διαφήμιση κατάφεραν να προάγουν την προσωπική γοητεία του ανθρώπου καθώς και έναν ευτυχισμένο και ισχυρά ενεργό τρόπο ζωής. Η μεγαλύτερη και πιο σημαντική υπόσχεση που δόθηκε ήταν για την απώλεια του σωματικού βάρους και την διατήρηση της σωματικής ευεξίας. Γυναίκες όλων των ηλικιών κατακλίσθηκαν από την υπόσχεση αυτή και πείστηκαν για την αποτελεσματικότητα του καπνού (Pitsiou et al, 2007). Οι Smith – Simone et al και Kurshid et al αναφέρουν ως συνένοχο σε όλη την πορεία τα διαφήμισης τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης όπου ενισχύουν δυναμικά όλη αυτή την προσπάθεια. Από έναν απλό τρόπο προβολής μιας διαφημιστικής καμπάνιας μέχρι και την ανεξέλεγκτη παρουσίαση ανθρώπων που χρησιμοποιούν τον καπνό. Συνήθως, είναι άτομα με άμεση και γρήγορη επιρροή στο κοινό, άνθρωποι δυναμικοί με θαυμαστά χαρακτηριστικά. Έτσι, ερχόμαστε αντιμέτωποι με τον μιμητισμό των διάσημων ατόμων, των ηθοποιών, των πολιτικών ή των ηθοποιών μέσω της συνεχόμενης

προβολής τους να καπνίζουν σε τηλεόραση και κινηματογράφο (Smith-Simone 2008, Khurshid 2012).

Δυστυχώς, έπειτα, από αρκετές αναφορές διαπιστώθηκε ότι ο καπνός με την μορφή του τσιγάρου υπάρχει άμεσα διαθέσιμος σε ολόκληρη την χώρα μας. Μια βόλτα σε περίπτερα, σε μαγαζιά, σε καφετέριες και θα μπορέσει ο καθένας στην πόλη του να προμηθευτεί οποιαδήποτε εταιρία τον ικανοποιεί. Είναι τόσο κοινή πλέον η χρήση του καπνού όπου αυτόματα καθιστά και την αγορά του και την κατανάλωσή του παιχνιδάκι. Ωστόσο, είναι προφανές ότι η κατάχρηση που γίνεται σε όλους τους κοινόχρηστους και δημόσιους χώρους επηρεάζει ακόμα και τους μη καπνιστές. Ο σωστός αποκλεισμός των καπνιζόντων και η συστηματική και τακτική απαγόρευση του θα διευκόλυνε την καθημερινότητα πολλών. Ουσιαστικά η πρώτη προσπάθεια για να επιτευχθεί η απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους ξεκίνησε το 2002 με όχι τόσο θετικά αποτελέσματα. Η τελική και πιο αυστηρή απόφαση λήφθηκε το 2008 όπου από την 1^η Ιουλίου του 2009 η Ελλάδα θα ενταχθεί και επίσημα στις χώρες που απαγορεύουν αυστηρώς το κάπνισμα σε όλους τους εσωτερικούς χώρους (Περδικάρης & συν, 2015).

Είναι άξιο απορίας, βέβαια, τα βαθύτερα κίνητρα των νέων όπου ωθούνται στην χρήση του τσιγάρου. Έτσι, το εθνικό ινστιτούτο υγείας (NICE) το 2014 εμφάνισε στα αποτελέσματά του επιπλέον λόγους τέτοιας συμπεριφοράς. Άτομα ηλικίας έως 20 χρονών δήλωσαν ότι θεωρούν διασκέδαση την συστηματική κατανάλωση προϊόντων καπνού αφού μπορούν να τα εντάξουν στην καθημερινότητά τους και με τις παρέες τους (National Institute, 2014). Ωστόσο, η σύγχρονη καθημερινότητα έχει προβάλλει πολλές απαιτήσεις στα νέα άτομα. Η ένταση και τα νεύρα που την χαρακτηρίζουν είναι καθοριστικοί παράγοντες έτσι ώστε οι νέοι να καταφύγουν σε

μια γρήγορη λύση που θα τους χαλαρώσει άμεσα. Φυσικά, και τα προϊόντα καπνού είναι η διέξοδος στο αυξημένο άγχος της καθημερινότητας. Η αγχολυτική δράση που προσφέρει η νικοτίνη είναι βάλσαμο στα μάτια των καταναλωτών που βλέπουν με την χρήση του τσιγάρου την ημέρα τους να κυλάει πιο γρήγορα και «ανώδυνα» (Περδικάρης & συν, 2015). Εντούτοις, σημαντικά αποτελέσματα στην έρευνα του NICE δίνει και ο όρος περιέργεια. Άτομα μικρά σε ηλικία επηρεασμένα από τους εξωτερικούς παράγοντες ή από το περιβάλλον τους έρχονται σε πειρασμό για την δοκιμή αυτού του σκευάσματος. Ειδικά όταν αυτό το προϊόν θα τους χαρίσει προσωπική άνοδος και κοινωνική ανεξαρτησία. Αν και τα αίτια πολλά και οι έρευνες ατελείωτες ο κοινός παρανομαστής σε όλα είναι ένας, όσο εύκολη είναι η πρώτη δοκιμή τόσο δύσκολη είναι η ολική απεξάρτηση από τον εθισμό στο τσιγάρο (Περδικάρης & συν, 2015).

2.5 Επιπτώσεις καπνίσματος

Η νικοτίνη είναι το σημαντικότερο αλκαλοειδές από εκείνα που υπάρχουν μέσα στα φύλλα του καπνού. Τα αλκαλοειδή είναι αζωτούχες ενώσεις φυτικής προέλευσης και συμμετέχουν σε αντιδράσεις που επιδρούν στο νευρικό σύστημα των ζώντων οργανισμών. Στα αλκαλοειδή ανήκουν ακόμα η κοκαΐνη, η μορφίνη, η στρυχνίνη, η καφεΐνη.

Η νικοτίνη απορροφάται με μεγάλη ευκολία και ταχύτητα από το βλεννογόνο με τον οποίο έρχεται σε επαφή και ιδιαίτερα με το βρογχικό επιθήλιο και το επιθήλιο των πνευμονικών κυψελίδων. Αυτό εξηγεί γιατί οι επιδράσεις ενός τσιγάρου γίνονται αμέσως αντιληπτές. Μόλις εισέλθει στην κυκλοφορία του αίματος, η απορροφημένη νικοτίνη καταστρέφεται κατά μεγάλο ποσοστό από το

συκώτι, και άλλα όργανα άμυνας, και αποβάλλεται από τα ούρα και τον ιδρώτα. Χρειάζεται περίπου μισή ώρα για να αποβληθεί η ποσότητα νικοτίνης που έχει απορροφηθεί.

Υπάρχουν άτομα που έχουν την ικανότητα να απορροφούν μεγαλύτερες ποσότητες νικοτίνης χωρίς την πρόκληση κάποιας βλάβης στον οργανισμό, ίσως επειδή διαθέτουν ένα μεγάλο απόθεμα ενζύμων ικανό να μεταβολίσει γρήγορα τα αλκαλοειδή. Αντίθετα, άλλα άτομα με προδιάθεση σε ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος αδυνατούν να αντιδράσουν και σε μικρότερη ποσότητα νικοτίνης. Γι' αυτό το λόγο οι ασθματικοί, οι εμφυσιματικοί, οι βρογχιτικοί ασθενείς πρέπει να αποφεύγουν αυστηρά το κάπνισμα (Εγκυκλοπαίδεια Υγεία).

Οι κύριες ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως καρκίνος του πνεύμονα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και καρδιαγγειακές παθήσεις επηρεάζουν τις γυναίκες με τον ίδιο τρόπο όπως και τους άνδρες. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται άμεσα με αύξηση του κινδύνου περιγεννητικής θνησιμότητας. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι έχει πιθανώς δυσμενείς επιδράσεις στη γυναικεία γονιμότητα και την οστική πυκνότητα κατά την εμμηνόπαυση (κατά 2% για κάθε 10 χρόνια). Ωστόσο, στις γυναίκες που βρίσκονται πριν από την εμμηνόπαυση, το κάπνισμα δεν σχετίζεται με τη μείωση της οστικής πυκνότητας. Αυτή η διαφορά, πριν και κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης μπορεί να αποδοθεί είτε στη συνολική επίδραση του καπνίσματος στο οστικό σύστημα είτε στην αυξημένη ευαισθησία στη μείωση της οστικής μάζας προοδευτικά (Pitsiou et al, 2007).

Η νικοτίνη επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) οδηγώντας, σε περιπτώσεις βαθιάς τοξίνωσης, σε σπασμωδικά φαινόμενα. Η δράση της στο

νευροφυτικό σύστημα επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις. Τα πρώτα λεπτά ερεθίζει τα παρασυμπαθητικά γάγγλια που προκαλούν καρδιακή αργορυθμία, δηλαδή έντονη διαστολή των αγγείων με αποτέλεσμα την πτώση της αρτηριακής πίεσης. Αυτή η ενέργεια ακολουθείται από τον ερεθισμό των γαγγλίων του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΝΣ) εμποδίζοντας την δράση του παρασυμπαθητικού συστήματος και επιφέροντας ταχυκαρδία, απότομη αύξηση της αρτηριακής πίεσης και επιβράδυνση των περισταλτικών κινήσεων του εντέρου. Η παρουσία νικοτίνης στο αίμα προκαλεί παράλυση τόσο των συμπαθητικών γαγγλίων όσο και των παρασυμπαθητικών με επικίνδυνη μείωση του καρδιακού ρυθμού. Οι τόσο αντιφατικές μεταξύ τους ενέργειες, που θέτονται σε λειτουργία από την νικοτίνη, δημιουργούν μια σειρά από διαταραχές λιγότερο ή περισσότερο σοβαρές ή χρόνιες. Τα αιμοφόρα αγγεία κάτω από μια συνεχή διακύμανση πιέσεων, τείνουν να χάσουν την ελαστικότητά τους και φθείρονται. Στους καπνιστές λοιπόν είναι συχνή η εμφάνιση κάρδιο-κυκλοφοριακών διαταραχών και γενικά αγγειακών διαταραχών. Συχνότατη είναι και η δυσκοιλιότητα, αν και τον πρώτο καιρό η νικοτίνη αυξάνει τις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου.

Επιπλέον, η νικοτίνη παρουσιάζει πολύ αρνητικές επιπτώσεις και στην οπτική ικανότητα. Προκαλεί περιορισμό στον αμφιβληστροειδή χιτώνα, με αποτέλεσμα την μείωση της οξύτητας της όρασης και της ευαισθησίας στα χρώματα.

Ανησυχία προκαλεί εύρημα μελέτης κατά το οποίο ένας άντρας ασυνήθιστος στο κάπνισμα μπορεί να πεθάνει σε διάστημα 5 έως 30 λεπτών ύστερα από κατάποση δύο μόνο γραμμαρίων καπνού. Δημιουργείται μια κωματώδης κατάσταση με σπασμούς που προηγούνται κατά 5 λεπτά του θανάτου.

Πιο κοινή δηλητηρίαση είναι η χρόνια που ονομάζεται «χρόνια δηλητηρίαση καπνού». Αξίζει να σημειωθεί ότι και μόνο το πέρασμα του ζεστού καπνού μέσα από το αναπνευστικό σύστημα και τους πνεύμονες είναι αρκετό για να προκαλέσει ερεθισμό.

Ο καπνός εξάλλου περιέχει πάντα μια μικρή ποσότητα μονοξειδίου του άνθρακα (CO). Το μονοξείδιο του άνθρακα δημιουργείται από την κακή καύση των οργανικών συνθέσεων και είναι πολύ δηλητηριώδες. Όταν το CO φτάνει στους πνεύμονες εναποτίθεται στην αιμοσφαιρίνη, σχηματίζοντας ανθρακοαιμοσφαιρίνη και εμποδίζει τη δημιουργία οξυγονοαιμοσφαιρίνης, συστατικό το οποίο μεταφέρεται από το οξυγόνο στο αίμα. Έτσι ο καπνιστής απορροφά μειωμένη ποσότητα οξυγόνου, σα να ζει συνεχώς σε μεγάλο υψόμετρο.

Μια εξίσου σοβαρή διαταραχή είναι το πνευμονικό εμφύσημα. Αυτή η διαταραχή χαρακτηρίζεται από την μόνιμη διαστολή των κυψελίδων των πνευμόνων, των οποίων τα τοιχώματα κάτω από την επίδραση του καπνού και των συστατικών του σπάζουν, γίνονται ατροφικά χάνουν την ελαστικότητά τους και προκαλούν την συνένωση περισσότερων κυψελίδων σε μια φυσαλίδα, με επόμενο αποτέλεσμα τη μείωση ικανότητας απορρόφησης του οξυγόνου. Η αναπνοή γίνεται συχνότερη και δυσκολότερη και σε μικρό χρονικό διάστημα ο ασθενής χάνει τις δυνάμεις του και την ενεργητικότητα του (Εγκυκλοπαίδεια υγεία).

Τέλος, το κάπνισμα έχει συσχετιστεί και με μειωμένη γονιμότητα και στα δύο φύλα. Συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες που καπνίζουν, παρουσιάζουν μείωση των οιστρογόνων, δυσκολεύονται να συλλάβουν και είναι πολύ πιο πιθανό να έχουν αποβολή κατά την κύηση. Οι άνδρες καπνιστές έχουν

επίσης πιθανότητες να υποφέρουν από ανικανότητα, η οποία οφείλεται σε βλάβη των αιμοφόρων αγγείων του πέους.

Ανησυχία προκαλούν οι επιπτώσεις που μπορεί να έχει το κάπνισμα των γονέων στην υγεία των παιδιών. Έχει αποδειχθεί ότι τα μωρά που γεννιούνται από μητέρες οι οποίες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι πιο πιθανό να έχουν βάρος κάτω του φυσιολογικού κατά τον τοκετό ή να γεννηθούν πρόωρα. Ακόμη, έχουν την τάση να αρρωσταίνουν συχνότερα, να κλαίνε περισσότερο και να κοιμούνται λιγότερο από τα μωρά που γεννιούνται από μη καπνίστριες μητέρες. Επιπλέον, τα παιδιά των οποίων οι γονείς καπνίζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν πνευμονία και βρογχίτιδα στον πρώτο χρόνο της ζωής τους καθώς και να υποφέρουν από πολύ συχνές και σοβαρές κρίσεις άσθματος. Τέλος, είναι πολύ πιθανό να δοκιμάσουν το τσιγάρο ή να γίνουν καπνιστές αν ένας ή και οι δύο γονείς καπνίζουν (www.nosmoke.gr).

2.6 Πρόληψη Καπνίσματος

Ο όρος πρόληψη θα μπορούσε άμεσα να συνδεθεί με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.). Οι σύγχρονες αποτελεσματικές πρακτικές είναι ο απώτερος σκοπός της Π.Φ.Υ., αλλά και για όλα τα επίπεδα φροντίδας είναι μείζων η χρήσιμη μεταξύ τους φροντίδα, όπως επίσης, και η διασύνδεση με φορείς της κοινότητας (Κριτσωτάκης, 2015). Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν την περίοδο 2009-2013 απέδειξαν ότι όσο οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται και ενημερώνονται, είτε σύντομα είτε συστηματικά, για την ενθάρρυνση διακοπής καπνίσματος σε νοσηλευόμενους ασθενείς τόσο πιο θετικά αποτελέσματα προκύπτουν στους δείκτες υγείας του πληθυσμού (The Joanna Briggs Institute 2009, Rice et al 2013,

Kolsgaard et al 2011). Με αφορμή τα παραπάνω αποτελέσματα προτάθηκε η ένταξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας σε ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Είναι μια δράση που θα εστιάσει σε φοιτητές σχολών επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, όπου, η εφαρμογή θα προσφέρει οφέλη πολλαπλά για τον πληθυσμό καθώς όταν ενταχθούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) θα έχουν περισσότερα πράγματα να συνεισφέρουν (Κωνσταντινίδης, 2014). Βέβαια σημαντική παράμετρος θεωρείται η αδιαφορία των εμπλεκόμενων φορέων, κρατικών και μη, αφού εντοπίζονται ελάχιστα κέντρα που προσφέρουν συστηματική κατ' οίκον φροντίδα στους πολίτες (Κριτσωτάκης, 2015). Παρόλα αυτά, είναι πολύ εύκολα να εναποθέσουμε τις ευθύνες σε φορείς και κράτος παραβλέποντας, πολλές φορές, την αδιαφορία των ίδιων των νοσηλευτών για περαιτέρω εκπαίδευση και επιμόρφωση. Στόχος της δράσης είναι οι νοσηλευτές σε βάθος χρόνου να καταφέρουν να μετρήσουν, να ανιχνεύσουν, καθώς, και να μειώσουν – ελαχιστοποιήσουν τους παράγοντες κινδύνου μέσω καινοτόμων και συστηματικών πρακτικών (Κριτσωτάκης 2015).

Είναι γνωστό, ότι παρόλη την εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου είναι αρκετοί αυτοί οι οποίοι δεν σέβονται και παρανομούν καθ' εξακολούθηση. Ένα φαινόμενο το οποίο ενοχλεί καθώς και επηρεάζει άμεσα τα άτομα μη καπνιστές. Η αυστηρότητα του νόμου και η απόλυτη απαγόρευση από επιχειρηματίες, κρατικούς φορείς και η συμμόρφωση του απλού πολίτη είναι πολύ σημαντικό για την υλοποίηση των προγραμμάτων πρόληψης. Τα βαρύτερα πρόστιμα που δίνονται δεν αποτρέπουν αρκετούς στην χρήση προϊόντων καπνού σε κλειστούς κοινόχρηστους χώρους. Το 2016 το υπουργείο Υγείας εναντιώνεται στις μεγάλες καπνοβιομηχανίες και στις 20 Μαΐου το μεγαλύτερο ποσοστό των πακέτων με τσιγάρα αποκτά εικόνες

από ανθρώπους που νόσησαν από την κατάχρηση του. Ένα σπουδαίο βήμα για την Ελλάδα που εντάσσεται στα Ευρωπαϊκά προγράμματα πρόληψης (Pitsiou et al, 2007).

Ως προς το ατομικό πλαίσιο είναι αρκετοί αυτοί που ζητούν περισσότερα προγράμματα ενημέρωσης για τις επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος. Η αύξηση των γνώσεων σχετικά με τις ασθένειες που προκαλεί η κακία συνήθεια θα έπρεπε να ενταχθεί από τα σχολικά χρόνια όπου το παιδί είναι πιο δεκτικό σε νέα δεδομένα και γνώσεις. Ένας άνθρωπος μεγάλος σε ηλικία δυσκολεύεται να αλλάξει τον τρόπο ζωής του ή την καθημερινότητα του. Γι' αυτό η επιμονή των προγραμμάτων ενημέρωσης καθώς και η συνεχής δημοσίευση των νέων επιστημονικών δεδομένων θα βοηθούσε στην καλύτερη κατανόηση του προβλήματος. Απαιτείται, ωστόσο, η άμεση διακοπή των διαφημίσεων και των ενημερωτικών μηνυμάτων σχετικά με το κάπνισμα. Μια πρωτοβουλία η οποία τηρείται αρκετά χρόνια έχοντας πάντα σαν μεγάλο εμπόδιο την κατάχρηση του καπνίσματος που γίνεται από τηλεόραση και κινηματογράφο (Pitsiou et al, 2007).

Το κάπνισμα έχει ταυτιστεί με αρκετές καρδιαγγειακές παθήσεις και θρομβώσεις της στεφανιαίας αρτηρίας γι' αυτό επιστήμονες και ιατροί σύμφωνα προτείνουν ήπια σωματική άσκηση και έντονο περπάτημα με την μορφή του βάρδην (Εγκυκλοπαίδεια Υγεία). Μιλώντας βέβαια για πρόληψη, το 2014 ο Κωνσταντινίδης με τους συνεργάτες του δημοσίευσε μια έρευνα που αναφέρει ότι άτομα που έχουν μη υγιεινή διατροφή καθώς και μεγάλη έλλειψη άσκησης έχουν περισσότερες πιθανότητες να καταφύγουν στην χρήση προϊόντων καπνού (Κωνσταντινίδης, 2014). Η αποθήκευση και αφομοίωση βιταμινούχων τροφών είναι γνωστό ότι προφυλάσσει από τους κινδύνους της νικοτίνης και αρκετές φορές απωθεί την

χρήση της. Η βιταμίνη Α έχει μια αναγνωρισμένη αντικαρκινογόνα ενέργεια και διατηρεί χαμηλά τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα και έτσι προστατεύει το καρδιαγγειακό σύστημα. Δυναμώνει την όραση των καπνιστών. Αν και πρέπει να απορροφάται 25,000 διεθνείς μονάδες βιταμίνης Α όπου συναντάται σε ντομάτες και λαχανικά. Η βιταμίνη C βελτιώνει την κυκλοφορία του αίματος. Εξουδετερώνεται εύκολα από τον καπνό γι' αυτό και πρέπει να απορροφάται περισσότερη ποσότητα από τους μη καπνιστές. Βρίσκεται σε ωμά λαχανικά και εσπεριδοειδή. Χρήσιμη για την αφομοίωση του ασβεστίου κ του φωσφόρου είναι η βιταμίνη D. Τέλος, αποτρέπεται η εξασθένηση της όρασης από την βιταμίνη Ε, όπου, βάση ενδείξεων συμπεραίνεται ότι η συγκεκριμένη βιταμίνη υστερεί (Εγκυκλοπαίδεια Υγεία).

2.7 Αντιμετώπιση Καπνίσματος

Η διαδικασία διακοπής καπνίσματος είναι αδιαμφισβήτητα μια αρκετά δύσκολη κατάσταση στη ζωή ενός ανθρώπου. Η αποφασιστικότητα, όμως, του καθενός θα επιτελέσει σημαντικό παράγοντα. Παρόλα αυτά, ο κάθε άνθρωπος θα χρειαστεί την συμβουλευτική στην καθημερινότητα του, έτσι ώστε, να την κάνει πιο εύκολη και σχετικά ανώδυνη την διακοπή του καπνίσματος (American Psychiatric Association, 2007). Ψυχολόγοι και σύμβουλοι υγείας συμφωνούν στην σωστή προετοιμασία του ατόμου. Ο ορισμός μιας σύντομης ημερομηνίας που θα γίνει η διακοπή και η αλλαγή ολόκληρου του περιβάλλοντος διώχνοντας κάθε τασάκι, τσιγάρο και αναπτήρα από τα σπίτι και το χώρο εργασίας θα βοηθήσει αρκετά σε πρώτο στάδιο. Η παρουσία συγγενικών ανθρώπων ή φίλων είναι ένα θέμα που το επιλέγει το ίδιο το άτομο. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι πιθανότητες αυξάνονται αν

υπάρχει υποστήριξη από το περιβάλλον του ανθρώπου που επιθυμεί την διακοπή καπνίσματος. Εν συνεχεία, είναι ανάγκη να αποσπάσει το άτομο τον εαυτό του από την καθημερινότητα και το άγχος αυτής. Κάτι καινούριο στο πρόγραμμα του καθημερινά καθώς και η κατανάλωση άφθονου νερού και χυμού θα αυξήσει την θέληση του ατόμου να συνεχίσει. Η συνεργασία, βέβαια, με ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος, η συνεχής επαφή, δηλαδή, με επιστήμονες που θα προτείνουν συνεχόμενα λύσεις και η επαφή με ομοιοπαθής θα κάνει το άτομο να νιώσει περισσότερη αυτοπεποίθηση. Ωστόσο, η απογοήτευση θα προκύψει εάν υποκύψει το άτομο σε δύσκολες καταστάσεις. Εάν, δηλαδή παρατηρήσει αύξηση βάρους ή γίνει επιρρεπείς στο αλκοόλ τότε ίσως να διαφύγει πάλι στην εύκολη λύση του, αδίκως (Κουράκος, 2016).

Ο περιορισμός των 20 τσιγάρων ανά ημέρα προτείνεται χρόνια πριν από αρκετές εγκυκλοπαίδειες, όπως, επίσης, και η αντικατάσταση του τσιγάρου με μία πίπα λόγω ότι περιέχει λιγότερες βλαβερές ουσίες. Καλό, επιπλέον, θα προσφέρει η αποφυγή του καπνίσματος τις πρωινές ώρες ενώ το άτομο είναι νηστικό. Τέλος, τα χημικά φίλτρα, επιστόμια, συγκρατούν αρκετή ποσότητα νικοτίνης και λειτουργεί ευνοϊκά για τον οργανισμό του ατόμου (Εγκυκλοπαίδεια Υγεία).

Δυστυχώς υπάρχουν αρκετοί που δεν καταφέρνουν με την απλή συμβουλευτική να επιτύχουν τον στόχο τους. Έτσι, θέση παίρνουν οι φαρμακευτικές εταιρίες. Τρεις είναι οι θεραπείες πρώτης γραμμής που συστήνονται: οι θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης (NRT, Nicotine Replacement Therapy), η βουπροπιόνη και η βερενικλίνη. Αρχικά, οι θεραπείες νικοτίνης ορίζονται με τι εξής πέντε μεθόδους: το αυτοκόλλητο, η τσίχλα, το μασώμενο δισκίο, το ρινικό εκνέφωμα και η εισπνεόμενη μορφή. Η επιλογή της μεθόδου για κάθε άτομο είναι η προσωπική

επιλογή του καθώς όλες οι κατηγορίες είναι εξίσου το ίδιο αποτελεσματικές και ως προς την ανακούφιση των συμπτωμάτων διακοπής καπνίσματος. Η βέλτιστη διάρκεια της θεραπείας είναι αδιευκρίνιστη και συνήθως προσαρμόζεται στις απαιτήσεις και ιδιαιτερότητες του ασθενούς. (American Psychiatric Association, 2007) Ως μέγιστη διάρκεια θεραπείας ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων συστήνει τους τρεις μήνες (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2014). Η δεύτερη ουσία η βουπροπιόνη ή αμφεβουταμόνη με βάση τον Ε.Ο.Φ. είναι ένα αντικαταθλιπτικό, που δρα ως εκλεκτικός αναστολέας της νευρωνικής επαναπρόσληψης κατεχολαμινών (νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης) με αμελητέα δράση στην επαναπρόσληψη ινδολαμιδών (σεροτονίνης). Ωστόσο, έχουν παρατηρηθεί κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η κεφαλαλγία, αϋπνίες, γαστρεντερικά συμπτώματα και ευερεθιστότητα (American Psychiatric Association, 2007). Η διάρκεια θεραπείας από τον Ε.Ο.Φ. ορίζονται οι 7 – 9 εβδομάδες και διακοπή εάν δεν διακοπή το κάπνισμα εντός των επτά εβδομάδων (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2014). Η τελευταία φαρμακευτική λύση, η βαρενικλίνη, συνδέεται με υψηλή συγγένεια και εκλεκτικότητα με τους α4 καιβ2 νευρωνικούς νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλοχολίνης, όπου δρα ως μερικός αγωνιστής. Έχει δράση αγωνιστή με χαμηλότερη εγγενή αποτελεσματικότητα από τη νικοτίνη, αλλά, και δράση ανταγωνιστή παρουσία της νικοτίνης (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014, Connerly & Kleber 2007). Στην περίπτωση που παρατηρηθεί στο άτομο κατάθλιψη, ανησυχία ή αυτοκτονικό ιδεασμό ενδείκνυται άμεση διακοπή της θεραπείας (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων, 2014). Παρόλα αυτά, οι πιο κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες της συγκεκριμένης αγωγής είναι η ναυτία, γι' αυτό,

προτείνεται η λήψη της συνοδεία φαγητού, καθώς και η κεφαλαλγία και οι διαταραχές ύπνου (Connery & Kleber, 2007).

Λόγω της σύγχρονης τεχνολογικής εποχής που διανύουμε είναι λογικό και αναμενόμενο να εκμεταλλευτούμε την τεχνολογία και για την διακοπή του καπνίσματος. Σε αυτή την πρωτοποριακή προσέγγιση εμφανίζονται τα τηλέφωνα, οι ιστοσελίδες, τα ηλεκτρονικά παιχνίδια και οι σελίδες κοινωνικής δικτύωσης (Das et al, 2016). Οι πιο διαδεδομένες πλατφόρμες eHealth ή mHealth χρησιμοποιούν την αγγλική γλώσσα για μεγαλύτερη ευκολία στους χρήστες που εισέρχονται από τα κινητά τους τηλέφωνα, από ολόκληρο τον κόσμο (Borrelli et al, 2015). Τα επονομαζόμενα «apps» είναι τα πιο διαδεδομένα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σε έρευνα του 2013 βρέθηκε ότι υπήρχαν πάνω από 400 εφαρμογές προαγωγής της διακοπής του καπνίσματος (Abrams et al 2014, Zeng et al 2015). Ο Krebs το 2013 με τους συνεργάτες του υποστήριξαν ότι η χρήση ηλεκτρονικών παιχνιδιών είναι η νέα μέθοδος διακοπής του καπνίσματος που δίνουν στον χρήστη την ευκαιρία της εικονικής πραγματικότητας καθώς και εικονική συμβουλευτική παρέμβαση (Krebs et al, 2013). Οι σελίδες κοινωνικής δικτύωσης, «Facebook και Twitter», έρχονται και αυτές με την σειρά τους να προσφέρουν ότι χρειάζεται. Άτομα από ολόκληρο τον πλανήτη έχουν την ευκαιρία να βρεθούν διαμέσου μιας οθόνης και να μοιραστούν το κοινό τους πρόβλημα ανταλλάσσοντας απόψεις και συμβουλές. Υποστήριξη ψυχολογική, συμβουλευτική, προσφορά παρέας και νέων λύσεων διακοπής καπνίσματος είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που προσφέρει αυτή η νέα τεχνολογική επανάσταση (Cobb et al 2014, Pechmann et al 2015).

Ο Perkins το 2001 δημοσιεύει μια μελέτη που αποδεικνύει ότι ο επιπολασμός της διακοπής του καπνίσματος είναι χαμηλότερος στις γυναίκες από

ότι στους άνδρες. Δεν γίνεται όμως, σαφές αν αυτό συμβαίνει λόγω λιγότερων προσπαθειών για διακοπή ή σε περισσότερες υποτροπές διακοπής (Perkins, 2001). Ως τελικό στόχο για την αντιμετώπιση του καπνίσματος θέλουμε την άμεση δημιουργία και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας σε τριτοβάθμια εκπαιδευτικά ιδρύματα. Δύσκολα θα βρει κάποιος στην χώρα μας τέτοιες ανάλογες δράσεις και χρειάζεται γρήγορη παρέμβαση, τουλάχιστον στους φοιτητές σχολών επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας (Κωνσταντινίδης, 2014).

2.8 Παθητικό Κάπνισμα

Ως, η εισπνοή καπνού που προέρχεται από τα τσιγάρα άλλων ανθρώπων και η έκθεση του ατόμου, μη καπνιστή, σε προϊόντα καύσης του καπνού σε κλειστούς χώρους ορίζεται η έννοια του παθητικού καπνίσματος (Βλαχιώτη & συν. 2015, www.nosmoke.gr). Ο Σταυριανόπουλος με τους συνεργάτες του, αναφέρει ότι η έκθεση αυτή διακρίνεται σε «δευτερογενή» ή «τριτογενή». Η δευτερογενής έκθεση αφορά σε ποσοστό 85% στον καπνό του τσιγάρου που εισπνέει ο καπνιστής και σε ποσοστό 15% στον καπνό που εκπνέει. Η τριτογενής έκθεση αφορά στα συστατικά του καπνού που παραμένουν στο χώρο, ακόμη και όταν ο καπνιστής έχει απομακρυνθεί από το χώρο (Σταυριανόπουλος, 2011). Οι παράγοντες κινδύνου χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, σε αναφορά του Κριτσωτάκη με βάση τον WHO, στους μη τροποποιήσιμους και στους τροποποιήσιμους συμπεριφορικούς και μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου. Μεγάλη δυνατότητα προληπτικών παρεμβάσεων παρέχει η δεύτερη κατηγορία που περιλαμβάνει μεταξύ άλλων, το ενεργητικό/παθητικό κάπνισμα, τις λανθασμένες ή ανεπαρκείς διατροφικές συνήθειες, την έλλειψη άσκησης και τον καθιστικό τρόπο ζωής, το υψηλό άγχος,

τους δείκτες χοληστερόλης και την αρτηριακή υπέρταση (Κριτσωτάκης 2015, WHO 2002).

Η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος αρχικά γίνεται στο σπίτι, έπειτα συναντάται στο αυτοκίνητο, στο χώρο εργασίας ακόμα και σε δημόσιους χώρους (Βλαχιώτη & συν, 2015). Αυτό που πραγματικά, όμως, δημιουργεί την ζημιά είναι ένα σύνθετο μείγμα χιλιάδων συστατικών που εκλύονται στον αέρα. Περιέχονται πάνω από 4.000 χημικές ουσίες, από τις οποίες οι 50 είναι γνωστές καρκινογόνες, αλλά οι πλέον πιο επιβλαβείς είναι το μονοξείδιο του άνθρακα, η νικοτίνη και η πίσσα. Το μονοξείδιο του άνθρακα συνδέεται με την αιμοσφαιρίνη και σχηματίζει ανθρακυλαιμοσφαιρίνη. Η νικοτίνη απορροφάται από τα τριχοειδή του πνεύμονα σε ποσοστό 90% και φέρεται με το αρτηριακό αίμα στον εγκέφαλο, ενώ, η πίσσα με τους υδρογονάνθρακες που περιέχει, θεωρείται υπεύθυνη για την καρκινογόνο ιδιότητα του καπνού (Τσουμάκας, 2004).

Πλούσια θεωρείται η ποικιλία ασθενειών και χρόνιων παθήσεων που προσφέρει το παθητικό κάπνισμα. Ως, πιο κοινό και γνωστό είναι ο καρκίνος του πνεύμονα και καρδιακές παθήσεις (www.nosmoke.gr). Η πρώιμη έκθεση σε καπνό μπορεί να αλληλεπιδράσει με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και να επιφέρουν χρόνιες ασθένειες σε μικρά παιδιά. Αιφνίδιος θάνατος στα βρέφη, πνευμονία, βρογχίτιδα, εγκεφαλίτιδα και άσθμα είναι μερικές από τις σοβαρότατες παθήσεις που προκύπτουν σε ένα παιδί που εκτίθεται συνέχεια σε καπνό από τσιγάρο (Βλαχιώτη & συν, 2015). Το 1957 διαπιστώθηκαν σημαντικές αλλαγές στο βάρος γέννησης των νεογνών αλλά και στα σωματομετρικά χαρακτηριστικά, όπως το ύψος, στην περίμετρο κεφαλής, θώρακα και ώμων, σε γυναίκες που κάπνιζαν και σε αυτές που όχι. Το παθητικό κάπνισμα ενός εμβρύου έχει βρεθεί ότι επηρεάζει

την ανάπτυξη των πνευμόνων και του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα να επιβαρύνει την υγεία του. Επιπλέον, ευθύνεται για επιπλοκές στον τοκετό καθώς και για αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα (Μάτζιου 2009, Hofhuis 2003).

Το παθητικό κάπνισμα και η σχέση του με την ασθένεια είναι ένα θέμα που ερευνάται τις τελευταίες δεκαετίες. Το 1981 είχαμε τις πρώτες ισχυρές ενδείξεις για τις βλαπτικές συνήθειες το παθητικού καπνίσματος. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες της Ιαπωνίας, μη καπνίστριες, που παντρεύτηκαν άνδρες οι οποίοι ήταν καπνιστές διαπιστώθηκε ότι είχαν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα(Hirayama, 2000). Από τότε μεγάλος αριθμός ερευνών έχει δημοσιευτεί για τα αρνητικά αποτελέσματα του παθητικού καπνίσματος. Σε έρευνα του 2005 αποδεικνύεται ότι το παθητικό κάπνισμα θέτει σε κίνδυνο τους μη καπνιστές ακόμα και σε μια σύντομη έκθεση όχι μόνο σε παρατεταμένη (Flouris et al, 2005).

Στις ακροάσεις που διεξήγαγε η Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Ασφάλειας και Υγείας (OSHA) για το 1994-1995 σχετικά με τον κανόνα που απαγορεύει στους χώρους εργασίας το κάπνισμα, αρκετοί ισχυρίστηκαν ότι τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται έρευνες για το παθητικό κάπνισμα επειδή τα περιοδικά δεν δημοσίευαν αρνητικές μελέτες για το τσιγάρο λόγω προκατάληψης. Έτσι, η καπνοβιομηχανία υποστήριξε ότι η δημοσίευση μεροληψίας περιελάμβανε ανθρώπους που δεν έκαναν έρευνα τεκμηριωμένη(US Occupational, 1994).

Ως προς τα πειράματα της εποχής έχει γίνει γνωστό ότι το παθητικό κάπνισμα επιδεινώνει την ενδοθηλιακή λειτουργία στα κουνέλια που τρέφονται με λιπίδια, οδηγώντας σε ακατάλληλη αγγειοσύσπαση (Hutchinson et al, 1996). Λίγα χρόνια αργότερα, το 1996, οι Celermajer et al έδειξαν το ίδιο αρνητικό αποτέλεσμα

σε υγιείς νεαρούς ενήλικες. Το παθητικό κάπνισμα επιταχύνει την αθηροσκλήρωση σε κουνέλια και κωπηλάτες. Αναγνωρίζοντας, ωστόσο, ότι το 1,3 βουταδιένιο, ως ειδικό συστατικό, επιταχύνει την ανάπτυξη αθηροσκληρωτικής πλάκας σε κωπηλάτες (Glantz et al, 1996).

2.9 Συσχέτιση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με το Κάπνισμα

Υψηλοί κίνδυνοι συμπεριφορών υγείας διακρίνονται σε έρευνες που μελετήθηκαν πάνω στα πλαίσια των δημογραφικών στοιχείων, όπως για παράδειγμα η οικογενειακή διάσπαση, γεγονός που αυξάνει την εμφάνιση δυσμενών συμπεριφορών, όπως στροφή στις ναρκωτικές ουσίες. Οικογένεια, σχολείο και διάφορες ομάδες δημιουργούν και εξαρτώνται απ' το κοινωνικό κεφάλαιο και το αντίστροφο. Το σχολείο για παράδειγμα είναι κατάλληλο να παρέχει την αφετηρία για εθελοντισμό στην κοινότητα, φροντίζοντας να κινητοποιήσει το άτομο για αναπαραγωγή έργου και δημοσίων σχέσεων.

Ωστόσο μελέτες δείχνουν σημαντική διαφορά στην εμπειρία καπνίσματος από φύλο σε φύλο. Ακόμη ο Stafford, βρήκε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ φύλου και κοινωνικού κεφαλαίου στην προσωπική υγεία. Ακολουθεί ο Siahpush με την ανακάλυψη ότι όσοι διαμένουν σε κοινότητα με υψηλό δείκτη κοινωνικού κεφαλαίου, μετρημένο από την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια, συσχετίζονται με το κάπνισμα. Επαυξάνοντας σε αυτό, ο Roortinga, ανακάλυψε ότι η εμπιστοσύνη και η συμμετοχή στην κοινότητα αποτελούν αιτίες που οδηγούν στην δημιουργία καπνιστών. Αντίθετοι σε αυτό τίθενται οι Paterson, Eberly, Ding και Hargreaves, με το αποτέλεσμα των μελετών τους να δηλώνει ότι όταν μια γεωγραφική περιοχή είναι ενιαία, ασφαλής και αποτελεί ένα ωραίο μέρος για διαμονή, τότε τα άτομα

αναφέρουν χαμηλή τάση προς το κάπνισμα. Ο Lindstrom εισηγήθηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ και το διακοπτόμενο κάπνισμα είναι θετικά συσχετισμένο με την κοινοτική συμμετοχή αλλά αρνητικά σχετίζεται με την εμπιστοσύνη. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι διαστάσεις του Κοινωνικού Κεφαλαίου μπορούν να επιδράσουν στο κάπνισμα και το αλκοόλ, και την υψηλή συμμετοχή, αλλά δεν είναι αναγκαστικό να συσχετίζεται με την εμπιστοσύνη.

Σε χώρες υψηλού εισοδήματος η επικράτηση του καπνίσματος έχει μειωθεί σημαντικά χωρίς όμως να συμβεί ομοιόμορφα σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Σημειώνεται λοιπόν ότι οι υψηλότερες συγκεντρώσεις καπνιστών αφορούν τις χαμηλά κοινωνικές σε εισόδημα τάξεις. Ο εντοπισμός παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του καπνίσματος των ατόμων παραμένει ένα τεράστιο πρόβλημα υγείας. Μελέτες εστιάζουν στη διερεύνηση των αλλαγών στο κάπνισμα των ατόμων λαμβάνοντας υπόψη τους γνωστούς καθοριστικούς παράγοντες του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένου του κοινωνικού κεφαλαίου, που υποτίθεται η παρουσία του μειώνει το κάπνισμα (Lindstrom et al, 2016).

Μηχανισμοί υποστήριξης μέσω της οικογένειας και της απασχόλησης καθώς και τα στοιχεία κοινωνικού κεφαλαίου που μετριοούνται με βάση την εμπιστοσύνη και την κοινωνική συμμετοχή συνδέονται ανεξάρτητα και θετικά με την παύση του καπνίσματος. Η συνεχής έλλειψη ενεργό κοινωνικής συμμετοχής και η απομόνωση συνδέονται με την έναρξη του καπνίσματος. Η διακοπή του συνεπώς, μπορεί να επιτευχθεί μέσω της αύξησης των δραστηριοτήτων ενός ατόμου στην κοινότητα (Giordano et al.,2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Το Αλκοόλ

3.1 Ορισμός

Η αιθανόλη ή πιο συχνά αλκοόλ/οινόπνευμα αποτελεί μια οργανική χημική ένωση, η οποία εμπεριέχει άνθρακα, υδρογόνο και οξυγόνο, υπό το μοριακό τύπο C_2H_6O (Becker, 2013). Το αλκοόλ ανήκει στα νευροτοξικά, ψυχοενεργά ναρκωτικά, καθώς είναι από τα παλαιότερα είδη ψυχαγωγικών ποτών, και ακόμη χρησιμοποιείται για αυτή τη σκοπιμότητα από τους ανθρώπους παγκοσμίως (Brust, 2010).

Βιομηχανικά, η αλκοόλη, προκύπτει μετά από παρασκευή από ζαχαρούχους καρπούς, κυρίως από σταφύλια, έπειτα από τη διαδικασία της ζύμωσης, κατά την διάρκεια της οποίας το υπάρχον ζάχαρο μετατρέπεται σε αλκοόλη, η οποία στη συνέχεια αποστάζεται (IARD, 2016).

3.2 Ιστορική αναδρομή

Ιστορικά, η διαδικασία της ζύμωσης της ζάχαρης σε αιθανόλη ήταν μια από τις παλαιότερες βιοτεχνολογίες που εφάρμοσαν οι άνθρωποι. Η αιθανόλη, και η μεθυστική έκβαση μετά την κατανάλωσή της, ήταν γνωστή στους ανθρώπους από τους προϊστορικούς χρόνους ως μεθυστικό συστατικό των αλκοολούχων ποτών (Brust, 2010). Σύμφωνα με βιβλιογραφικές πηγές, αποξηραμένο υπόλειμμα 9.000 ετών σε κεραμικό δοχείο ανακαλύφθηκε στην Κίνα, γεγονός που αποδεικνύει πως από τη νεολιθική εποχή οι άνθρωποι κατανάλωναν οινόπνευματώδη ποτά (Huang, 2000). Άλλες πηγές αναφέρουν πως η παρασκευή αλκοολούχων ποτών εμφανίστηκε κατά την 6^η χιλιετία Π.Χ. μαζί με την αμπελουργία (Chrzan, 2013).

Το αμπέλι κατά τους παλαιοντολόγους έχει προϊστορία πολλών εκατομμυρίων ετών και η έναρξη του καταγράφεται πριν την εποχή των παγετώνων σε περιοχές της Βόρειας Ευρώπης, την Ισλανδία, την Αλάσκα και σε περιοχές της βορειοδυτικής Ασίας. Οι παγετώνες φάνηκε πως αποτέλεσαν ανασταλτικό παράγοντα για την εξάπλωση της αμπελουργίας. Η κυρίως έναρξη της φαίνεται να συμπίπτει με την αγροτική επανάσταση και την εγκατάσταση πληθυσμών με στόχο την καλλιέργεια το 5000 π. Χ (Chrzan, 2013).

Πληθυσμοί, όπως, οι Αιγύπτιοι χαρακτηρίζονται από πολυετή παράδοση οινοποιίας με έναρξη λίγο πριν το 4000 π. Χ, όπου η διαδικασία της αμπελουργίας συνδέθηκε έντονα με τη θρησκεία του τόπου. Οι προνομιούχες κοινωνικά και οικονομικά τάξεις της Αιγύπτου είχαν το δικαίωμα της κατανάλωσης οίνου. Από την άλλη, οι κατώτερες κοινωνικά τάξεις καταλάβαιναν μόνο ζύθο. Η Παρασκευή ζύθου, γνωστό ως μπύρα, η οποία παρασκευάζεται από την ζύμωση δημητριακών ξεκινά από την περιοχή της Αιγύπτου το 6500 π. Χ (Hassan, 2014). Στη γηραιά ήπειρο, η διάδοση του ζύθου ξεκινά το Μεσαίωνα και παρασκευάζεται κυρίως σε μοναστήρια ενώ ζυθοποιοί είναι οι ίδιοι οι ιερείς των ναών. Αργότερα στη Γερμανία την Παρασκευή του ζύθου αναλαμβάνουν αποκλειστικά οι γυναίκες (Karlsson, 2001).

Στον Μεσαίωνα το κρασί έρχεται να καταλάβει τα ηνία των αλκοολούχων ποτών και υπάρχει σε κάθε κοινωνική εκδήλωση, γάμο, κηδεία, γενέθλια αλλά και σε κάθε διπλωματική συναλλαγή ή συνέλευση, ενώ οι ταξιδιώτες μπορούσαν να απολαύσουν το κρασί σε όλα τα μοναστήρια. Από τη συγκεκριμένη εποχή το αλκοόλ άρχισε να εκλαμβάνεται ως ουσία που αλλάζει τη διάθεση των ανθρώπων και που προσφέρει χαλάρωση και ηρεμία (Chrzan, 2013) .

Καθώς η φύση δεν μπορεί να προσφέρει προϊόντα περιεκτικότητα περισσότερη του 14% σε αλκοόλη, η διαδικασία της απόσταξης ανακαλύπτεται και υιοθετείται από τον άνθρωπο. Η συγκεκριμένη ανακάλυψη τοποθετείται χρονικά περίπου 1000 χρόνια. Πιο συγκεκριμένα φαίνεται να ξεκινάει από την Ισπανία, υπό την κατοχή των Αράβων. Ωστόσο, στη βιβλιογραφία φαίνεται πως τα αποσταγμένα ποτά γίνονται περισσότερο δημοφιλή μετά τον 6^ο αιώνα (Lontchev, 1998).

Το αλκοόλ χρονολογικά γνώρισε τη μεγαλύτερη εξάπλωση κατά το διάστημα μετά τον πρώτο και δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο (Karlsson, 2001). Ωστόσο, μαζί με τη συγκεκριμένη εξάπλωση εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα του αλκοολισμού, που στη συνέχεια ταλάνισε και συνεχίζει αρκετό κόσμο παγκοσμίως.

3.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Η έρευνα σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ σε όλες τις χώρες ανά τον κόσμο εμφανίζεται ως ιδιαίτερα περίπλοκη. Το σφάλμα μέτρησης μπορεί να προκύψει από την ευαισθησία του θέματος και τη δυσκολία των ερωτήσεων. Πιο συγκεκριμένα, όταν το ερωτηματολόγιο χορηγείται πρόσωπο με πρόσωπο, οι συνεντεύξεις είναι πιθανό να συμβάλουν σε αυτό το σφάλμα μέτρησης. Ως αποτέλεσμα, μέρος της διακύμανσης μεταξύ των χωρών μπορεί να οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο οι ερευνητές διαχειρίζονται τα ερωτηματολόγια, αντί για την ύπαρξη πραγματικών διαφορών στην κατανάλωση αλκοόλ (Wurts et al, 2016).

Κάνοντας όμως αναζήτηση και καταγραφή των στατιστικών δεδομένων που υπάρχουν στη βιβλιογραφία, το σύνολο των Ευρωπαϊκών χωρών χαρακτηρίζεται από τα υψηλότερα νούμερα κατανάλωσης αλκοόλ, έχοντας το σχεδόν στην καθημερινότητά τους. Πιο συγκεκριμένα, οι χώρες της ανατολικής Ευρώπης όπως,

Λευκορωσία, Ρωσία, Λιθουανία βρίσκονται στις υψηλότερες θέσεις κατανάλωσης αλκοόλ παγκοσμίως (14-17 λίτρα / άτομο το χρόνο) (Ritchie & Roser, 2018).

Στη συνέχεια, εκτιμάται ότι σε παγκόσμιο επίπεδο περίπου το 1,3% του πληθυσμού εμφανίζει κάποια διαταραχή σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ. Όταν εξετάζετε η διακύμανση του επιπολασμού σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, παρατηρείτε ότι σε παγκόσμιο επίπεδο ο επιπολασμός είναι υψηλότερος σε άτομα ηλικίας από 25 έως 34 ετών (για τα οποία περίπου το 2,5% του πληθυσμού έχει διαταραχή στην κατανάλωση οινοπνεύματος) (ONS, 2016).

Ως προς την ελληνική πραγματικότητα, τα στοιχεία καταγράφουν σχετικά μέτρια σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο κατά κεφαλή κατανάλωση (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. Αξίζει να αναφερθεί ότι το γενικό ποσοστό ανεβάζει η υψηλή κατανάλωση κρασιού (47%), δεδομένου ότι είμαστε οινοπαραγωγός χώρα. Ένα 28% δήλωσε ότι καταναλώνει μπύρα, ένα 24% αλκοολούχα και το υπόλοιπο 1% άλλα προϊόντα (WHO, 2014).

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή επίσης παρουσιάζει ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ στον ελλαδικό χώρο που μεταξύ άλλων καταγράφει και τις συνήθειες σχετικά με το αλκοόλ. Ήδη από έρευνα η οποία είχε ολοκληρωθεί από την Ελληνική Στατιστική Αρχή το 2009 καταγράφηκαν χαμηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ σε σχέση με το παρελθόν.

Σε ακόμα πιο μειωμένα επίπεδα εμφανίζονται οι Έλληνες να καταναλώνουν αλκοόλ, σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έρευνα για την υγεία του ελληνικού

πληθυσμού που εκπόνησε η Ελληνική Στατιστική Αρχή (2014). Πιο συγκεκριμένα, μόλις το 6,9% του ερωτημένου πληθυσμού ανέφερε πως καταναλώνει καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά αλκοολούχα ποτά οποιουδήποτε είδους (μπύρας, κρασιού, ούισκι, λικέρ, ούζου, τσίπουρου, ρακί) καταγράφοντας μείωση 28,9% σε σχέση με το 2009, όταν το αντίστοιχο ποσοστό ανερχόταν στο 9,7%. Επίσης, 5 στους 10 καταναλώνουν αλκοόλ σπανίως ή καθόλου, αφού συγκεκριμένα 3 στους 10 (32,3%) δήλωσαν ότι δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ, ενώ 2 στους 10 (21,8%) καταναλώνουν αλκοόλ μία φορά τον μήνα ή λιγότερο. Η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ διαφοροποιείται μεν κάπως ανάλογα με το φύλο, παραμένοντας δε σε χαμηλά ποσοστά, 11,8% στους άνδρες και 2,5% στις γυναίκες.

3.4 Χρήση και Κατάχρηση του Αλκοόλ

Η προσπάθεια καταγραφής και δημιουργίας ενός ξεκάθਾਰου ορισμού του αλκοολισμού καθώς και ο οριακός του διαχωρισμός από την απλή χρήση του οινοπνεύματος ήταν και είναι αρκετά δύσκολη. Επιπλέον, φαίνεται από τη βιβλιογραφία πως τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για να στηρίξουν τους διάφορους ορισμούς είναι ασαφή και συνεισφέρουν μηδαμινά στη διαφάνεια των ορίων, που δηλαδή τελειώνει η απλή χρήση του οινοπνεύματος και που αρχίζει η κατάχρηση και η εξάρτηση από αυτό.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2018), ο αλκοολισμός αποτελεί έναν όρο ο οποίος αναφέρεται σε χρόνια συνεχή κατανάλωση αλκοόλ ή περιοδική κατανάλωση αλκοόλ που χαρακτηρίζεται από:

- Εξασθενημένο έλεγχο κατανάλωσης αλκοόλ
- Συχνά φαινόμενα μέθης

- Ανησυχία λόγω απώλειας του αλκοόλ
- Χρήση του παρά τις δυσμενείς συνέπειες

Ο όρος αλκοολισμός δημιουργήθηκε αρχικά το 1849 από τον Magnus Huss. Μέχρι τη δεκαετία του 1940 αναφέρεται κυρίως στις φυσικές συνέπειες της μακροχρόνιας υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ. Μία στενότερη έννοια είναι ο αλκοολισμός ως ασθένεια που χαρακτηρίζεται από απώλεια ελέγχου της κατανάλωσης οινοπνεύματος, που προκαλείται από μια προϋπάρχουσα βιολογική ανωμαλία και έχει μια προβλέψιμη προοδευτική πορεία. Αργότερα, ο όρος χρησιμοποιήθηκε από τον Jellinek και άλλους για να δηλώσει την κατανάλωση αλκοόλ που οδηγεί σε κάθε είδους βλάβη (σωματική, ψυχολογική ή κοινωνική, ατομική ή κοινωνική).

Ωστόσο, η ως τότε ανακρίβεια του όρου οδήγησε την επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1979) να προβούν σε νέο ορισμό του, προτιμώντας την ένταξη του συνδρόμου εξάρτησης από το αλκοόλ, στην μεγαλύτερη «ομπρέλα» των προβλημάτων που συνδέονται με το αλκοόλ. Παρά το διφορούμενο κλίμα γύρω από το νόημα της έννοιας, ο αλκοολισμός εξακολουθεί να χρησιμοποιείται ευρέως ως διαγνωστικός και περιγραφικός όρος.

Σημαντική προσθήκη ώστε να επιτευχθεί μια καλύτερη κατανόηση του όρου «αλκοολισμός» αποτελεί ο ορισμός του American Society of Addiction Medicine (2018), μέσα από τον οποίο αναδύονται και τονίζονται οι γενετικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες ως αίτια τα οποία μπορούν να δημιουργήσουν την τάση προς αλκοολισμό.

3.5 Επιπτώσεις του Αλκοόλ

Όπως προαναφέρθηκε η κατάχρηση του αλκοόλ, αποτελεί ένα πρόβλημα σε παγκόσμιο επίπεδο ταλαιπωρώντας ανθρώπους περισσότερο ή λιγότερο σε διάφορες χώρες. Πέρα από τις επιδράσεις στα διάφορα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, οι οποίες είναι αρκετά διαδεδομένες στη βιβλιογραφία, η κατανάλωση αλκοόλ επιδρά αρνητικά και οδηγεί στην εκδήλωση διαταραχών που επηρεάζουν την ψυχική υγεία του ανθρώπου και άμεσα τη συμπεριφορά του σε όλα τα επίπεδα σε κοινωνικό επίπεδο, μεταξύ των οποίων και στο εργασιακό (NIAAA, 2018).

Οι σωματικές επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλ περιλαμβάνουν σύμφωνα με το National Institute on alcohol Abuse and Alcoholism (2018):

- Διαταραχές στον εγκέφαλο, καθώς το αλκοόλ παρεμβαίνει στις οδούς επικοινωνίας του εγκεφάλου και μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο εμφάνισης και λειτουργίας του εγκεφάλου. Αυτές οι διαταραχές μπορούν να αλλάξουν τη διάθεση και τη συμπεριφορά και να δυσκολέψουν τον άνθρωπο να σκέφτεται με καθαρό τρόπο και να μετακινείται με συντονισμό των κινήσεων του σώματος. Τέλος, δύναται η εμφάνιση επιληψίας με σχετικά σοβαρό κίνδυνο.
- Προβλήματα στην καρδιά. Ανάμεσα σε αυτά, καρδιοπάθειες, αρρυθμίες και υψηλή πίεση του αίματος. Η υπέρταση συγκεκριμένα σχετίζεται με βαριές περιπτώσεις κατανάλωσης αλκοόλης σύμφωνα με το Murray (2002), ενώ το οινόπνευμα φέρει ευθύνη για το 11% της υπέρτασης στο ανδρικό φύλο.
- Διαταραχές στο συκώτι όπως κίρρωση, ίνωση και αλκοολική ηπατίτιδα
- Διαταραχές στο πάγκρεας
- Επιπλοκές στο ανοσοποιητικό σύστημα

- Ενώ έχει αναφερθεί η συσχέτιση του με την εμφάνιση καρκίνου, στο στόμα, στον οισοφάγο, στο λάρυγγα, στο συκώτι και στο στήθος. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Cancer Research UK 4,400 περιπτώσεις εκδήλωσης καρκίνου κάθε χρόνο στην Αγγλία συσχετίζονται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Cancer Research UK, 2018).

Σημαντικές ωστόσο είναι επιπτώσεις του αλκοόλ στην ψυχική υγεία των ανθρώπων. Το γεγονός ότι μερικοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν προβλήματα τόσο με την ψυχική τους υγεία, όσο και με τη χρήση αλκοόλ δεν είναι καινούργιο φαινόμενο (Mental Health Foundation, 2006). Πιο συγκεκριμένα:

- Το αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών
- Το αίσθημα εξάρτησης από το αλκοόλ μπορεί να βοηθήσει στην εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών
- Η μέθη μπορεί να συντελέσει σε βραχυπρόθεσμα συμπεριφορικά και ψυχολογικά προβλήματα
- Η απόσυρση ή η αποτοξίνωση από το αλκοόλ μπορεί επίσης να οδηγήσει σε ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα
- Η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να επιδεινώσει ένα προϋπάρχων πρόβλημα ψυχικής υγείας (Crawford, 2001)

Οι ψυχιατρικές διαταραχές οι οποίες αναφέρονται παραπάνω και που είναι δυνατόν να συνυπάρχουν με την υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ είναι η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας κατά 50-90%, οι συναισθηματικές διαταραχές κατά 30-40%, η σχιζοφρένεια κατά 0-20% και οι αγχώδεις διαταραχές κατά 14-40% (Kandel et al 2001, Λιάππας & συν 2003).

Η άνευ ελέγχου κατανάλωση αλκοόλ αλληλοεπιδρά με επιβλαβείς καταστάσεις σε τρία επίπεδα, δηλαδή στον ίδιο το χρήστη, το άμεσο περιβάλλον του, αλλά και το κοινωνικό σύνολο. Το τελευταίο διάστημα παρατηρείται ιδιαίτερη βαρύτητα στις κοινωνικές επιπτώσεις που επιφέρει η χρήση του αλκοόλ, όπως είναι τα εργασιακά και οικογενειακά προβλήματα, η διαπροσωπική βία και τα τροχαία ατυχήματα. Στα πλαίσια των κοινωνικών επιπλοκών μπορεί να συμπεριληφθεί ο αντίκτυπος της υπέρμετρης χρήσης αλκοόλ στην οικονομική ευρωστία των κοινωνιών.

Η πρώτη κοινωνική επίπτωση του αλκοόλ που θα αναλυθεί είναι αυτή των εργασιακών προβλημάτων. Η επιβλαβής κατανάλωση οινοπνεύματος έχει παρατηρηθεί ότι δημιουργεί έντονο, τόσο κοινωνικό, όσο και οικονομικό κόστος στο χώρο εργασίας, κυρίως υπό τη μορφή της απώλειας παραγωγικότητας (Collins & Lapsley, 2008). Περιπτώσεις όπως απουσίες από το εργασιακό καθήκον, η μέτρια έως κακή απόδοση στην εργασία, τα ατυχήματα και οι τραυματισμοί σχετίζονται με το αλκοόλ, ενώ το κόστος των θανάτων εξαιτίας του αλκοόλ σε όλο τον κόσμο ανέρχεται σε εκατοντάδες δισεκατομμύριο δολάρια ετησίως.

Αναφορικά με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί παγκοσμίως, στην Ινδία, το 15 με 20% των εργασιακών απουσιών και το 40% των εργατικών ατυχημάτων αποδίδεται στο συγκεκριμένο παράγοντα (Saxena et al., 2003). Στη Χιλή επίσης, το 20%-22% των εργατικών ατυχημάτων σχετίζεται με άμεσο ή έμμεσο τρόπο με τη χρήση αλκοόλ ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στη Γαλλία αγγίζει το 10%-20% (Costes & Martineau, 2003). Επιπλέον, τα επικίνδυνα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ σχετίζονται με την αύξηση του αριθμού των ημερών αναρρωτικής άδειας που λαβώνονται (Bacharach et al, 2010). Πιο συγκεκριμένα, ερευνητικά δεδομένα από

τη Σουηδία και τη Νορβηγία καταδεικνύουν ότι μια αύξηση κατά ενός λίτρου στη συνολική κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με μια αύξηση 13% στην απουσία λόγω ασθενείας στους άνδρες, ένα ποσοστό που είναι αρκετά μεγαλύτερο σε σχέση με αυτό των γυναικών (Norstrom & Moan, 2009). Οι συγκεκριμένες εργασιακές απουσίες δεν γίνονται αισθητές μόνο από τους εργοδότες, αλλά και από τους συναδέλφους οι οποίοι είναι δυνατόν να επιβαρυνθούν με περισσότερη εργασία προκειμένου να καλύψουν την εργασία των απόντων (Dale&Livingston, 2010).

Η επόμενη κατά σειρά κοινωνική επίπτωση η οποία παρατηρείται αφορά τα οικογενειακά προβλήματα και την παράλληλη διαπροσωπική βία που αναφέρεται, λόγω της χρήσης του οινοπνεύματος. Η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται άρρηκτα με τη διαπροσωπική βία. Η αλληλεπίδραση μεταξύ του αλκοόλ και της συζυγικής βίας είναι πολύπλοκη καθιστώντας το ρόλο του οινοπνεύματος ασαφή υπό την έννοια ότι τα ποσοστά της βίας διαφέρουν ανάλογα με την έρευνα και τη μεθοδολογία. Επίσης, δύναται να βλάψει τη λειτουργία του ανθρώπου σε διάφορους κοινωνικούς ρόλους.

Η κατάχρηση οινοπνευματωδών συνδέεται με πολλές αρνητικές συνέπειες τόσο για το χρήστη, όσο και τα παιδιά. Η κατανάλωση αλκοόλ από το γονέα συνδέεται σε αρκετές περιπτώσεις με την κακοποίηση των παιδιών (Gmel & Rehm, 2003), ενώ μπορεί να επηρεάσει με αρνητικό τρόπο τη λειτουργία του ως μέλος της οικογένειας. Η συγκεκριμένη κατάσταση μπορεί να συμβάλλει στην πρόκληση ατυχημάτων στο σπίτι και την εκδήλωση οικογενειακής βίας (Room et al, 2002). Άμεσο αντίκτυπο της συγκεκριμένης συμπεριφοράς έχει αρνητικές συνέπειες υπό τη μορφή του κλονισμού της ψυχικής υγείας των μελών της οικογένειας. Το παραπάνω γεγονός πιστοποιήθηκε σε έρευνα που διεξήχθη στο Μεξικό όπου

συμμετείχαν γυναίκες με σύζυγο εξαρτημένο από το αλκοόλ. Σύμφωνα με την έρευνα το 73% ανέφερε συναισθήματα άγχους, φόβου και κατάθλιψης, το 62% λεκτική ή σωματική επιθετικότητα εκ μέρους του συζύγου και το 31% επισήμανε σοβαρά οικογενειακά προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τα παιδιά (Rosovsky et al, 1992). Σε μια διαφορετική μελέτη επεισοδίων ενδοοικογενειακής βίας στη Ζυρίχη της Ελβετίας, στο 40% των υπό εξέταση καταστάσεων είχε ενεργό συμμετοχή η αλκοόλη (Maffi & Zumbunn, 2003), ενώ άνθρωποι εξαρτημένοι από το αλκοόλ ενεργούν βίαια προς τους συντρόφους τους (White&Chen, 2002). Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ουγκάντα στην οποία έλαβαν μέρος 5.109 γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας, διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες των οποίων οι σύντροφοι κατανάλωναν αλκοόλ πριν από την ερωτική επαφή αντιμετώπιζαν πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ενδοοικογενειακής βίας από εκείνες των οποίων οι σύντροφοι δεν έπιναν πριν από την ερωτική επαφή (Koenig et al., 2003).Ίδια ερευνητικά αποτελέσματα βρέθηκαν σε μελέτη στην Κολομβία, στην οποία πήραν μέρος 275 γυναίκες. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξε πως η τακτική κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί παράγοντα ενδοοικογενειακής βίας (Tuesca & Borda, 2003).

Στην ελληνική πραγματικότητα, το 57,6% των ανθρώπων που αιτήθηκαν θεραπείας το διάστημα του 2010 ανέφεραν ότι εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ κατέδειξαν βίαιη συμπεριφορά κάποια στιγμή σε μέλος της οικογένειάς τους. Πιο συγκεκριμένα, στο σύνολο των ατόμων που άσκησαν βία, το 56,6% άσκησε λεκτική βία, το 42,1% λεκτική και σωματική βία και ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 1,3% αποκλειστικά σωματική βία (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Τελευταία κοινωνική επίπτωση του αλκοόλ είναι αυτή των τροχαίων ατυχημάτων. Στο πλαίσιο της διερεύνησης των τροχαίων ατυχημάτων ως άμεση

απόρροια της αλόγιστης κατανάλωσης αλκοόλ, έχει καταγραφεί πως με 80mg% αιθανόλης στο αίμα ο κίνδυνος σύγκρουσης είναι διπλάσιος, με 150mg% ο κίνδυνος είναι 10 φορές μεγαλύτερος και με 100 mg% ο κίνδυνος γίνεται 20 φορές μεγαλύτερος (Gruenewald & Johnson, 2010). Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, σχεδόν 30 άνθρωποι πεθαίνουν σε καθημερινή βάση σε τροχαία ατυχήματα τα οποία προκλήθηκαν λόγω του αλκοόλ. Αυτό ισοδυναμεί με ένα θάνατο κάθε 51 λεπτά (NHTSA, 2014). Το ετήσιο κόστος των ατυχημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση οινοπνεύματος ανέρχεται σε πάνω από 59 δις δολάρια (Blincoc et al., 2014). Το έτος του 2012, 10.322 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους σε τροχαία ατυχήματα που οφείλονταν στην υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλης, ποσοστό που αντιπροσωπεύει σχεδόν το ένα τρίτο (31%) του συνόλου των θανάτων που καταγράφονται στις ΗΠΑ (NHTSA, 2014).

Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση της Ελλάδας καθώς εμφανίζει την υψηλότερη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα. Τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν τους Έλληνες οδηγούς και την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων λόγω χρήσης αλκοόλ είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά. Συγκεκριμένα, ετησίως σημειώνονται 2.000 θάνατοι και υπάρχουν 4.000 βαριά και 30.000 ελαφρά τραυματισμένοι, από ατυχήματα που γίνονται εξαιτίας της κατάχρησης αλκοόλ. Το παραπάνω ποσοστό είναι διπλάσιο σε σχέση με τον παγκόσμιο μέσο όρο (WHO, 2012).

3.6 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίο με το αλκοόλ

Έχοντας ως γνώμονα πως η χρήση ουσιών συνδέεται στενά με τους κοινωνικούς κανόνες (norms), που διέπουν μια κοινωνία, δεν αποτελεί έκπληξη το

γεγονός πως αρκετές ερευνητικές μελέτες τόσο σε ενήλικο πληθυσμό, όσο και σε εφήβους, έχουν καταγράψει συσχετίσεις μεταξύ «κοινωνικού κεφαλαίου» και κατανάλωσης αλκοόλ σε παγκόσμιο επίπεδο (Chuang & Chuang 2008, Ahnquist 2008, Aslund & Nilsson 2013, Bryden 2013). Ωστόσο, παρατηρείται πως η μέτρηση του «κοινωνικού κεφαλαίου» στην εκάστοτε έρευνα διαφέρει ανάλογα με την πλευρά της θεσμικής και πολιτικής εμπιστοσύνης (Lindström, 2008), της κοινωνικής συμμετοχής της κοινωνικής εμπιστοσύνης (Chuang & Chuang 2008, Reynoso – Vallejo 2011) ή της κοινοτικής κοινωνικής εμπιστοσύνης (Siahpush, 2006).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, σε σπουδαστές πανεπιστημίων των ΗΠΑ βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ του «κοινωνικού κεφαλαίου» και της κατανάλωσης αλκοόλ καθώς και με τα επιβλαβή αποτελέσματα αυτής (Weitzman & Chen, 2005). Ακόμη, οι μελέτες σε μαθητές γυμνασίων των ΗΠΑ έχουν καταγράψει συσχετίσεις μεταξύ του οικογενειακού κοινωνικού κεφαλαίου και της χρήσης οινόπνευματος, καπνού ή ναρκωτικών ουσιών (Curran, 2007), καθώς και των σχέσεων μεταξύ της εμπιστοσύνης και της κοινωνικής συμμετοχής των πολιτών σε σχέση με τη χρήση ουσιών (Bartkowski, 2007). Αρκετές άλλες αμερικανικές μελέτες έχουν βρει συσχέτιση μεταξύ μιας κοινωνικά διαταραγμένης γειτονιάς και της ύπαρξης χαμηλής κοινωνικής συνοχής, σε σχέση με την εφηβική κατανάλωση οινόπνευματος (Furr-Holden et al, 2011). Επιπλέον, στην Ιαπωνία, η κοινωνική εμπιστοσύνη σε ατομικό επίπεδο, συσχετίστηκε αρνητικά με την κατανάλωση οινόπνευματωδών ποτών (Takakura, 2010).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, σε μια μελέτη στην Αγγλία διαπιστώθηκε ότι η χαμηλή αίσθηση του «ανήκειν» στα πλαίσια της γειτονιάς (σε συνδυασμό με το κάπνισμα), καθώς και η χαμηλή σχολική αίσθηση του «ανήκειν» συνδέονται με τη

χρήση αλκοόλ από τους έφηβους (Morgan & Haglund, 2009). Από την άλλη, στη Σουηδία, βρέθηκαν θετικές συσχετίσεις με την υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος από τους έφηβους (Lundborg, 2005).

Σημαντική ένδειξη της συσχέτισης του «κοινωνικού κεφαλαίου» με την κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί η μελέτη του Calafat και των συνεργατών του (2011). Η ομάδα ελέγχου αποτελείτο από 1363 νέους, που συχνά συμμετείχαν σε νυχτερινή διασκέδαση σε 9 Ευρωπαϊκές πόλεις: Αθήνα, Λιουμπλιάνα, Βερολίνο, Λισαβόνα, Λίβερπουλ, Βενετία, Πάλμα και Βιέννη. Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να διερευνήσουν τις σχέσεις μεταξύ βίας (κατοχή όπλου, απειλώντας ή τραυματίζοντας με όπλο, εμπλοκή σε σωματική πάλη), αλκοόλ και χρήσης ναρκωτικών, με το «κοινωνικό κεφάλαιο». Το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε πως η βίαιη συμπεριφορά συνδέεται με τη νυχτερινή ζωή στα πλαίσια της διασκέδασης, που είναι ένας παράγοντας ο οποίος επηρεάζει ιδιαίτερα αρνητικά τις νεανικές ομάδες του γενικού πληθυσμού.

Από τις παραπάνω έρευνες γίνεται αντιληπτή η αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ του «κοινωνικού κεφαλαίου» και χρήσης αλκοόλ από ενήλικα άτομα αλλά και από εφήβους. Ωστόσο, όπως παρατηρείται στη βιβλιογραφία τα ερευνητικά δεδομένα αυτής της σχέσης δεν είναι αρκετά ώστε να υπάρξει ένα ξεκάθαρο συμπέρασμα. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα τα ερευνητικά δεδομένα είναι ακόμα λιγότερα, γεγονός το οποίο αποδίδεται στην γενικότερα μειωμένη ερευνητική δραστηριότητα της χώρας συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των ΗΠΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Ναρκωτικές Ουσίες

4.1 Ορισμός

Ως ναρκωτικά ορίζουμε τις ουσίες εκείνες που έχουν την ικανότητα να δημιουργήσουν στο άτομο ψυχική καθώς και σωματική εξάρτηση (Λιάππας & Πομίνι, 2004). Η κάθε μία έχει διαφορετική χημική δομή και διαφορετική χημική δράση που δρα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και διεγείρει ή καταστέλλει τα συναισθήματα, την ικανότητα αντίληψης, όπως, επίσης, την εγκεφαλική λειτουργία του χρήστη (Λιάππας, 2011).

4.2 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Η συστηματική διεξαγωγή ερευνών και η προσέγγιση των τοξικομανών είναι γνωστό ότι καθίσταται δύσκολη. Οι περισσότερες δραστηριότητες των χρηστών είναι παράνομες, γι' αυτό το λόγο, η προσπάθεια καταγραφής στοιχείων από την καθημερινότητά τους και την συμπεριφορά τους αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν γίνεται εφικτό (Δαρδαβέσης, 1991) .

Σε τελευταία έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον οργανισμό «World Drug Report» το 2016, δημοσιεύτηκε ότι 275 εκατομμύρια άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο έχει κάνει χρήση ναρκωτικής ουσίας τουλάχιστον μία φορά στην ζωή τους. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί στο 5,6% του παγκόσμιου πληθυσμού σε ηλικίες 15 – 64 ή 1 στους 18 ανθρώπους. Στην συγκριτική μελέτη των ετήσιων αποτελεσμάτων του οργανισμού παρατηρήθηκε ότι από το 2015 έως το 2016 ο αριθμός των χρηστών έχει ανέλθει κατά 20 εκατομμύρια ανθρώπους. Ωστόσο, στην περαιτέρω ανάλυση βρέθηκε ότι τα 31 εκατομμύρια των χρηστών αντιμετωπίζει

διαταραχές στην χρήση των ναρκωτικών. Το 11%, δηλαδή, του πληθυσμού των χρηστών είναι βαθιά εξαρτημένο από τις ουσίες και χρήζει άμεσης θεραπείας. Ένας αριθμός που αυξήθηκε κατά 1 εκατομμύριο από το 2015. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με τον UNODC (United Nations Office on Drugs & Crime) ανέφερε ότι το 2016 τα 11 εκατομμύρια των χρηστών κάνουν έγχυση της ναρκωτικής ουσίας, με εκτίμηση των PWID (People Who Inject Drugs) (WDR 2, 2018).

Στις ΗΠΑ, η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών έκανε την αιφνιδιαστική της εμφάνιση την δεκαετία του '70, (Des Jarlais, 1968) ενώ, το 1980 οι χρήστες της Νέας Υόρκης υπολογίστηκαν στους 200 χιλιάδες και στους 750 χιλιάδες σε ολόκληρη την χώρα (Des Jarlais, 1980). Το 2016 η εφ' όρου ζωής χρήση «lifetime use», απαγορευμένων ουσιών ανέρχεται στο 48,5% του συνολικού πληθυσμού, με κυρίαρχη ουσία την μαριχουάνα (NIDA, 2016). Αυτό επιβεβαιώνεται από το αποτέλεσμα ότι το 2016 το 12% του πληθυσμού των εφήβων έκανε χρήση αυτής (www.samhsa.gov, Παπαγιαννοπούλου 2017). Σε έρευνα το Δρ Bradley το 2008, διαπιστώθηκε ότι στην Κίνα, την Ρωσία και την Αμερική ο αριθμός των ατόμων που κάνουν χρήση ενέσιμων ναρκωτικών είναι εξαιρετικά υψηλός. Τα 15,9 εκατομμύρια του συνολικού πληθυσμού είναι χρήστες καλύπτοντας σχεδόν το 40% του συνολικού πληθυσμού (Bradley et al, 2008).

Στην Ευρωπαϊκή Έκθεση των ναρκωτικών αναφέρεται ότι το 26% των Ευρωπαίων κάνει χρήση μιας ναρκωτικής ουσίας (EMCDDA, 2017). Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Ε.Κ.Π.Ν.Τ. (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας), 3 εκατομμύρια άτομα καπνίζουν καθημερινά χασίς ενώ, το 25% των Ευρωπαίων έχει κάνει έστω μια φορά χρήση κάνναβης με το 13% να είναι

συστηματικοί χρήστες αυτής (www.europarl.europa.eu). Μια έκθεση του 1998 δείχνει ότι το 3% του ενήλικου ευρωπαϊκού πληθυσμού, κυρίως των νέων, χρησιμοποίησε έστω μια φορά έκσταση (Asbjørg, 2000). Το Ε.Κ.Π.Ν.Τ. το 2007 ανακοίνωσε ότι 4,5 εκατομμύρια Ευρωπαίοι έκαναν χρήση κοκαΐνης. Θλιβερό, βέβαια, είναι το γεγονός ότι 7 – 8 χιλιάδες άτομα στην Ευρώπη, πεθαίνουν, είτε, από υπερβολική δόση ναρκωτικών ουσιών, είτε, από δηλητηρίαση που παθαίνουν με την χρήση των ναρκωτικών (www.europarl.europa.eu). Πιο συγκεκριμένα, το 2017 δημοσιεύονται 8,441 θάνατοι εξαιτίας υπερβολικής δόσης, ένας αριθμός που εμφανίζεται κατά 6% αυξημένος από τα αποτελέσματα του 2014 (EMCDDA, 2017). Το μέλλον δεν φαντάζει ευοίωνο , για τους χρήστες των οπιοειδών υψηλού κινδύνου όπου αναμένεται να ανέλθουν στο 1,3 εκατομμύριο (Παπαγιαννοπούλου, 2017).

Στην χώρα μας, το 60,5% των χρηστών εθιστικών ουσιών είναι νεαρής ηλικίας 19 – 29 ετών, ενώ, το 26,7% ανήκει σε άτομα 30 – 40 ετών (ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ). Το 2017 διαπιστώθηκε ότι, η χρήση της κάνναβης ήταν οριακά αυξημένη σε εθνικό επίπεδο, ενώ, στον ευρωπαϊκό χώρο βρίσκεται στο μέσο όρο (EMCDDA, 2017). Παράλληλα, σε έρευνα που μελετήθηκε το 2006, διαπιστώθηκε ότι το 19,4% του πληθυσμού, των μεγάλων αστικών κέντρων έχει δοκιμάσει παράνομες ναρκωτικές ουσίες έστω μια φορά στην ζωή του. Ταυτόχρονα, το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα ναρκωτικά, παρουσίασε την προβληματική χρήση που κάνουν οι Έλληνες με τον αριθμό να υψώνεται στους 2,6 ανά 1000 κατοίκους, ένας αρκετά ελπιδοφόρος αριθμός για τα δεδομένα της Ευρώπης που είναι αρκετά υψηλότερα. Επιπλέον, στα στατιστικά του αποτελέσματα το Παρατηρητήριο ανακοινώσε ότι το 2004 οι χρήστες ηρωίνης στον ελλαδικό χώρο είναι 19,600, ενώ,

το 2005 οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών είναι κατά 1,000 ανθρώπους περισσότεροι(ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ, Παπαγιαννοπούλου 2017). Την θλιβερή πρωτιά, αποκτάμε σαν χώρα στην θνησιμότητα από την χρήση των ναρκωτικών, που ανέρχεται στο 38% σε ηλικίες κάτω των 25 ετών. Τέλος, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά δημοσίευσε ότι, το 2004 οι θανόντες από την χρήση των ναρκωτικών ήταν στους 250 χρήστες ουσιών και το 2005 ανήλθε στους 284 ανθρώπους (ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ, Παπαγιαννοπούλου 2017).

4.3 Κατηγορίες Ναρκωτικών Ουσιών

Η προέλευση και η δράση κάθε ναρκωτικής ουσίας ταξινομείται διαφορετικά στις επιστήμες της χημείας και της φαρμακολογίας. Με βάση την φαρμακολογική ενέργειά τους θα ταξινομηθούν και στην συνέχεια (Καμβύσης, 1988).

Ως πρώτη κατηγορία θα ορίσουμε τις κατασταλτικές ουσίες στις οποίες ανήκουν τα οπιούχα (ή οπιοειδή) ή αλκαλοειδή του οπίου. Εμφανίζονται με έναν αποξηραμένο γαλακτώδη χυμό, ο οποίος εκλύεται από ένα είδος παπαρούνας που ανθίζει κατά κύριο λόγο στη Νοτιοανατολική Ευρώπη και την Ασία (Λιάππας 2004, ΕΚΤΠΝΤ 2003). Η κατηγορία αυτή υποδιαιρείται στα φυσικά, τα ημισυνθετικά και τα συνθετικά οπιούχα και συνήθως αυτά που συναντάμε είναι η μορφίνη, η κωδεΐνη, τα ημισυνθετικά της ηρωίνης και τα συνθετικά της πεθιδίνης (Καμβύσης, 1988). Στην ίδια κατηγορία ανήκουν τα βαρβιτουρικά κι οι βενζοδιαζεπίνες. Τα βαρβιτουρικά δρουν καταπιέζοντας ορισμένα κέντρα του νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα να δημιουργείται στο χρήστη η αίσθηση της απόλυτης ηρεμίας (Χάιδου, 2016). Οι βενζοδιαζεπίνες είναι η κυριότερη κατηγορία αγχολυτικών

φαρμάκων. Έχουν παρόμοια δράση και λειτουργία με τα βαρβιτουρικά, γι' αυτό δημιουργούν τα ίδια συμπτώματα στο χρήστη, αλλά σε ηπιότερο βαθμό (Χάιδου, 2016). Παράλληλα, διακρίνονται για την μακρά αντιεπιληπτική τους δράση (Λιάππας, 1992).

Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι διεγερτικές ουσίες με κύριους εκπρόσωπους την κοκαΐνη τις αμφεταμίνες και μεθαμφεταμίνες. Η κοκαΐνη ανήκει στα πιο δημοφιλή ναρκωτικά που κυκλοφορούν στον κόσμο και παράγεται από τα φύλλα ενός θάμνου που ονομάζεται «*Erythroxylon Coca*» και καλλιεργείται στη Λατινική Αμερική (Λιάππας & Πομίνι, 2004). Προκαλεί απόλυτη ευφορία και μειώνει, αρκετά, το αίσθημα της πείνας, της κόπωσης καθώς και τα συναισθήματα του χρήστη (Λιάππας, 1992). Σε αντίθεση, με την κοκαΐνη, αμφεταμίνες και μεθαμφεταμίνες δεν βρίσκονται ελεύθερες στην φύση αλλά είναι αποτέλεσμα εργαστηριακών διεργασιών (Λιάππας, 2011). Συχνά, προκαλεί οξέα τοξικά φαινόμενα (Λιάππας & Πομίνι, 2004), ενώ, δημιουργεί μια κλινική εικόνα που χαρακτηρίζεται από πανικό και έντονη εφίδρωση με απότομη αύξηση της θερμοκρασίας του ατόμου (Καμβύσης, 1988).

Οι παραισθησιογόνες ή ψυχοτρόπες – ψυχεδελικές ναρκωτικές ουσίες ανήκουν στην τρίτη κατηγορία και περιλαμβάνουν ουσίες όπως το LSD, την έκσταση (MDMA) και τη μαριχουάνα (Ροκ, 2001). Lysergic Sauer Diethylamind είναι η ολόκληρη ονομασία των αρχικών LSD που θεωρείται μια από τις πιο ισχυρές συνθέσεις των ναρκωτικών ουσιών και παρόλο αυτά, δεν θεωρείται τοξική αν η λήψη της γίνεται σε κανονικές δόσεις (Καμβύσης, 1988). Ο χρήστης ζει υπερβατικές εμπειρίες, βιώνει ισχυρές ψευδαισθήσεις και συχνά έρχεται σε επαφή με μια πανδαισία χρωμάτων, όπου εν τέλει οδηγείται σε αντιληπτικές διαταραχές (Ροκ

2001, Gossop & Grant 1994). Συνήθως, παρατηρείται ανορεξία, μυδρίαση και έντονα αρνητικά συναισθήματα καθώς βρίσκεται υπό την επίδραση της ουσίας (Λιάππας & Πομίни 2004). Ένα αρκετά διαδεδομένο χάπι στην Αμερική θεωρείται η έκσταση η οποία είναι παράγωγο της αμφεταμίνης και ανήκει στα ψευδαισθησιογόνα ναρκωτικά (Λιάππας, 2011). Οι χρήστες αντιμετωπίζουν ηπιότερα αλλά παρεμφερή συμπτώματα με το LSD, ενώ, τους δίνει την δυνατότητα να βιώσουν αισθήσεις σε πολύ υψηλό βαθμό, κυρίως κατά την σεξουαλική πράξη (Ροκ, 2001). Αρκετοί είναι αυτοί που δηλώνουν ότι υποφέρουν από σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, όπως, είναι τα συμπτώματα κατάθλιψης και οι παρανοϊκές συμπεριφορές (www.notodrugs.gr). Από τα πιο οικονομικά και εύκολα στην εύρεση ναρκωτικά θεωρείται η μαριχουάνα. Η τοξικότητά της ενισχύεται όταν συνδυάζεται με οινοπνευματώδη ποτά, καθώς, η δράση της αυξάνεται γρήγορα. Οι χρήστες παρουσιάζουν έντονη επιθυμία και ανάγκη συνεχούς λήψεως της ουσίας, ενώ, δεν εμφανίζουν συστηματικά συμπτώματα στέρησης (Καμβύσης, 1988).

Σαν μια υποκατηγορία των ψυχεδελικών ναρκωτικών ουσιών θα ονομάσουμε τα προϊόντα ινδικής κάνναβης. Από τα φυτικά παράγωγά της ινδικής κάνναβης παρασκευάζεται η κατά γενική ονομασία κάνναβη με διαφορετική μορφή ανά τον κόσμο (Gossop & Grant, 1994). Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής εμφανίζεται η μαριχουάνα και σε Μέση Ανατολή και Αφρική εντοπίζεται το χασίς (Λιάππα, 2011). Για την καθ' αυτό κάνναβη ο επιστημονικός χώρος έχει διχαστεί σε δύο υποστηρικτές. Είναι εκείνοι που τονίζουν ότι θα επιφέρει, μακρόχρονα, αρκετές συμπεριφορικές και ψυχικές διαταραχές (Λιάππα, 2011), και εκείνοι που υποστηρίζουν ότι συμβάλει θετικά στην προσωπικότητα και τη νοημοσύνη του ατόμου (Ροκ, 2001). Το σίγουρο είναι ότι η κάνναβης δρα ως κατασταλτικό, με

πιθανές ψυχοτρόπες ιδιότητες (Gossop & Grant, 1994), όπου, με την προσπάθεια ποινικοποίησης αρκετά μεγάλα οικονομικά συμφέροντα θα εξυπηρετηθούν (Γρίβας, 2006).

4.4 Παράγοντες Ουσιοεξάρτησης

Μεγάλη είναι η συζήτηση που δημιουργείται γύρω από το ζήτημα των παραγόντων που οδηγούν έναν νέο άνθρωπο στην λύση των προβλημάτων του με την ουσιοεξάρτηση. Οι πιο προφανείς ενδείξεις είναι η αποξένωση από την οικογένεια, κάποιες κοινωνικά μη επιθυμητές συμπεριφορές, τα συναισθηματικά προβλήματα καθώς και ο βάλτος της καθημερινότητας (Macdonald, 1987). Η βαθύτερη εξήγηση του προβλήματος παραμένει άγνωστη, πολύπλοκη και φαίνεται, ότι συνυπάρχουν πολλοί αλληλοεπιδρώνενοι κοινωνικοί, ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες (Saluja et al 2007, Gau et al 2007).

Οι ατομικοί παράγοντες που οδηγούν τον καθένα στην χρήση ουσιών θα αναλυθούν ως προς το γενετικό, μαθησιακό πλαίσιο και την προσωπικότητα του ατόμου. Βιολογικά ή γενετικά δεν έχει βρεθεί κάποιο γονίδιο που να ευθύνεται για το φαινόμενο της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών (Πουλόπουλος 2011, Παπαδάτος 2010). Σε ολόκληρη την ερευνητική προσπάθεια που πραγματοποιείται εδώ και χρόνια, τα αποτελέσματα που εμφανίζονται είναι συχνά δυσερμήνευτα και αλληλοαντικρουόμενα. Πρόσφατα η ερευνητική ομάδα, του καθηγητή κύριου Πουλόπουλου, μελέτησε και διαπίστωσε ότι παιδιά τα οποία ανήκαν σε οικογένεια με αλκοολικούς γονείς είχαν περισσότερες πιθανότητες να εξαρτηθούν και εκείνα από αυτό. Άμεση συνάρτηση του αλκοόλ με άλλες ψυχοδραστικές ουσίες παρατηρήθηκε σε αρκετούς οικογενειακούς κύκλους (Πουλόπουλος, 2011). Το

σίγουρο είναι ότι το άτομο βιώνει μεταβολικές αλλαγές, οι οποίες ενισχύουν την ανάγκη για την εξαρτώμενη ουσία (Παπαδάτος, 2010). Ωστόσο, οι απόψεις πολλών θεωρητικών, της κοινωνικής μάθησης, συμβαδίζουν με την αρχή ότι αυτό το φαινόμενο είναι ένα μαθησιακό μοντέλο συμπεριφοράς που διαμορφώνεται μέσα από πολλαπλές διαδικασίες κλασικής και ενεργητικής μάθησης. Είναι, εξαιρετικά, δύσκολο να καταλάβει κάποιος αν οι πρώιμες μαθησιακές εμπειρίες είναι σωματικού τύπου παράγοντας για τη διαμόρφωση μιας κατάστασης ουσιοεξάρτησης. Με γνώμονα, βέβαια, ότι το προφίλ των χρηστών είναι άτομα ευαίσθητα, κυκλοθυμικά και με συναισθηματική ανωριμότητα με μόνο στόχο την ικανοποίηση των επιθυμιών τους, παρατηρείται ότι η αδυναμία θέλησης και η εύθραυστη προσωπικότητα τους είναι πολύ βασικός παράγοντας για την διαφυγή σε ναρκωτικές ουσίες (Παπακωνσταντής, 2006).

Η αυξημένη προστασία που προσφέρει το πλαίσιο της ελληνικής οικογένειας δημιουργεί, εδώ και αρκετά χρόνια, άτομα με παντελής έλλειψη αυτοπειθαρχίας και ανίκανα να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε δυσκολία στη ζωή τους (Δαρδαβέσης, 1993). Η επίδραση που ασκούν οι γονείς στα παιδιά τους είναι πολύ ισχυρή από αρχαιότατων χρόνων. Έτσι, σε κάθε δυσλειτουργική οικογένεια με λανθασμένη διαπαιδαγώγηση των νέων μελών της υπάρχει άμεση σύνδεση με την χρήση ναρκωτικών ουσιών. Γονείς με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας ή εξαρτημένοι από ψυχοτρόπες ουσίες είναι το πιο σύνηθες μοντέλο οικογένειας, όπου, θα συναντήσουμε νέους υποψήφιους χρήστες (Λιάππας, 1991). Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες ως σημαντικότερη αιτία ενοχοποιείται ο τρόπος συμπεριφοράς των γονέων στην αγωγή των παιδιών τους καθώς και στην διαδικασία σωστής κοινωνικοποίησης τους (Παπακωνσταντής, 2006). Η σωστή

επιλογή των φίλων στις ηλικίες της εφηβείας ίσως είναι το πιο καθοριστικό σημείο της ζωής ενός πιθανού χρήστη. Όταν η οικογένεια δεν καλύπτει όλες τις απορίες καθώς και αναζητήσεις ενός νέου, τότε, εκείνος με την σειρά του θα απευθυνθεί σε συνομήλικους που θα τον καθοδηγήσουν με κάθε τρόπο στο δρόμο που άλλοι ορίζουν. Η εξάρτηση που δημιουργείται πλέον στον έφηβο είναι διπλή. Καταλήγει στην άμεση χρήση μίας ουσίας που την συστήνει το νέο μοντέλο εξάρτησης «ο φίλος» (Ντόλτο & Τόλιτς, 2007). Καθοριστικός διαμορφωτικός παράγοντας μια μελλοντικής συμπεριφοράς είναι η στάση και η αντίληψη που έχουν οι συνομήλικοι φίλοι απέναντι στις ναρκωτικές ουσίες. Συχνά, η χρήση μίας εξαρτησιογόνου ουσίας αποτελεί βασική προϋπόθεση μιας κοινωνικής ομάδας για κάθε νέα είσοδος ενός μέλους (Παπακωνσταντής, 2006).

Οι κοινωνικές ομάδες στις οποίες, έρχεται σε επαφή ένα άτομο κατά την διάρκεια της ζωής του, εξετάζονται από τις κοινωνικές θεωρίες (Πουλόπουλος, 2011). Ως μέλος ενός κοινωνικού συνόλου ο κάθε άνθρωπος διαμορφώνει τις θέσεις του, τις τοποθετήσεις του και τις συνήθειες που είναι διατεθειμένος να θεσπίσει και να υιοθετήσει από το σύνολο. Αυτά και μόνο είναι ικανά να επιδράσουν ως προς την τελική έκβαση της συμπεριφοράς του (Λιάππας, 1991). Όταν ο έφηβος προσπαθήσει να αποκτήσει παρέες και να κοινωνικοποιηθεί στο σχολικό του περιβάλλον σε συνδυασμό με άλλα σημαντικά γεγονότα της ζωής του, τον καθιστούν ευάλωτο σε αρνητικές επιρροές, στις οποίες πιθανόν και να υποκύψει (Arnao, 1995). Ο Durkheim και ο Merton το 1989, μίλησαν για την χαλαρότητα στους κοινωνικού θεσμούς καθώς και για την κοινωνική αστάθεια η οποία προκαλεί αντιδράσεις και ανομία στον κόσμο (Παπαγιαννοπούλου, 2017). Η σύγχρονη εποχή που διανύουμε έχει ορίσει νέους κινδύνους εξάπλωσης των

ναρκωτικών. Πέρα από τα κλασσικά – παραδοσιακά ναρκωτικά την εμφάνιση τους κάνουν τα νέας γενιάς ναρκωτικά μέσω της δύναμης του διαδικτύου. Τα «forum» επικοινωνίας προτείνουν ανεξέλεγκτα οδηγίες παρασκευής μιας ναρκωτικής ουσίας ή ακόμα και σημεία πώλησης ανά τον κόσμο. Σε έρευνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης εντοπίζονται εκατοντάδες κάθε χρόνο (www.agelioforos.gr). Ωστόσο, καθόλου αθώα, για μια ακόμα φορά, εμφανίζονται τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) και η διαφήμιση όπου βομβαρδίζουν καθημερινά το κοινό με ξεκάθαρα μηνύματα για την κάθε ανακούφιση που προσφέρει μια εξάρτηση σε κάποια ουσία (Κόνγκερ, 1981).

Ως η απόρροια των ψυχολογικών μεταβολών και συμπλεγμάτων θα μπορούσε να χαρακτηριστεί η ουσιοεξάρτηση. Άσχημες προσωπικές εμπειρίες, ισχυρά παιδικά βιώματα, καθώς, και μια άστατη ψυχολογική διάθεση είναι οι πιο προφανείς παράγοντες που το άτομο θα οδηγηθεί στη χρήση μίας ουσίας. Αρκετοί είναι εκείνοι που παρουσιάζουν προσωπικότητες με σκληρά παιδικά βιώματα οι οποίοι διέφυγαν από τις σκιές του παρελθόντος και κατάφεραν να επαναπροσδιορίσουν την ζωή τους. Είναι προφανές ότι κάθε περίπτωση είναι ανεξάρτητη και το μόνο που χαρακτηρίζει την κατάσταση είναι η προσωπικότητα που έχει δημιουργήσει το κάθε άτομο (Παπαγεωργίου 1990, Ζαφειρίδης 2009). Οι θεωρίες της ψυχής καταλήγουν στο μοναδικό συμπέρασμα ότι η πιο μεγαλύτερη εξάρτηση ορίζεται η ψυχολογική, αφού, την καθιστά δύσκολη στην αντιμετώπιση και την αποτελεσματική θεραπεία.

4.5 Πρόληψη Χρήσης Ουσιών

Η έννοια της πρόληψης συναντά μια πολύ βαθιά ερμηνεία η οποία όσο εύκολη είναι να κατανοηθεί τόσο δύσκολη είναι στην πραγματοποίησή της. Τα μέτρα που απαιτείται να ληφθούν για να αποφύγουμε ή να εμποδίσουμε την εμφάνιση μιας διαταραχής, μιας παθολογίας ή μιας κοινωνικής δυσλειτουργίας είναι η βασική, εννοιολογικά, πρόληψη. Αναγκαίο κρίνεται η συμμετοχή όλων των ευρύτερων κοινωνικών δυνάμεων και κατά πόσο έγκαιρα θα πραγματοποιηθεί η έναρξή της.

Το πλήρωμα του χρόνου βρίσκει του θεσμούς της οικογένειας φανερά πιο διαφορετικούς αλλά καθόλου χαλαρούς (Ερμείδου – Pollet, 1998). Λόγω τις διαφοροποίησης και της εξέλιξης της κοινωνίας οι γονείς γίνονται ολοένα πιο αυταρχικοί και δρουν λανθασμένα σε αρκετές συμπεριφορές των παιδιών τους. Βλέπουμε ότι αυτό δεν γίνεται με κακία αλλά με πλήρης άγνοια. Η πρόληψη είναι σε θέση να ενημερώσει τις οικογένειες για την σωστή διαχείριση των δύσκολων καταστάσεων, έτσι, ώστε, τα νεότερα μέλη να μην καταλήγουν με χαμηλή αυτοεκτίμηση και να διαφεύγουν σε οποιαδήποτε ουσιοεξάρτηση (Τσιμπούκης, 1991).

Μελέτες δείχνουν ότι, πλέον, η πρόληψη δεν χρειάζεται να εστιάζει σε ένα πρόβλημα αλλά να γενικεύει μια κατάσταση και να ερευνά όλους τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες του ατόμου. Έτσι, αρκετοί είναι αυτοί που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι κάθε είδος πρόληψης κρίνεται σωστότερο να γίνεται όσο το δυνατόν σε νεότερη ηλικία (Τάκης, 2008).

Σε όλη αυτή την προσπάθεια, η βοήθεια των μέσων μαζικής ενημέρωσης είναι πολύτιμη. Η συγχρονισμένη, τακτική και σωστότερη ενημέρωση των πολιτών

για τα αποτελέσματα που θα επιφέρει η ουσιοεξάρτηση θα φέρει σαν αποτέλεσμα άτομα διστακτικά προς την χρήση. Ακόμα, η τέταρτη εξουσία είναι σε θέση να προωθήσει το ομαδικό αθλητικό πνεύμα. Η στροφή στον μαζικό λαϊκό αθλητισμό ευνοεί την αποφυγή προβλημάτων ή την καλύτερη αντιμετώπιση αυτών. Παράλληλα, η αυστηρότερη ποινικοποίηση της χρήσης και της προώθησης των ναρκωτικών ουσιών θα περιορίσει την ανεξέλεγκτη κυκλοφορία αυτών.

Το δεδομένο πλέον είναι ότι το θέμα ανήκει στην πολιτεία και αντιμετωπίζεται μέσω των διωκτικών αρχών και της δικαιοσύνης. Δεν χρειάζεται, βέβαια, οι πολίτες και κοινωνία να επαναπαύεται αλλά χρειάζεται να δρα και καταπολεμεί την εξάρτηση των ουσιών.

4.6 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου με την χρήση Ναρκωτικών Ουσιών

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2017, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, οι ερευνητές απέδειξαν τον ρόλο του κοινωνικού κεφαλαίου στην άμβλυνση της υπερβολικής δόσης των ναρκωτικών. Οι Zoorob και Salemi επισημαίνουν στοιχεία τα οποία δηλώνουν πλήρη συσχέτιση του χαμηλού κοινωνικού κεφαλαίου με τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας λόγω λήψης υπερβολικής δόσης ναρκωτικών ουσιών. Αν και χρησιμοποίησαν δεδομένα μεγάλης κλίμακας, σε επίπεδο επαρχίας, οι συνιστώσες που μελετήθηκαν ήταν διαφορετικές από αυτές τι παρούσας έρευνας. Οι συγγραφείς μέτρησαν το κοινωνικό κεφάλαιο όσον αφορά την πυκνότητα των οργανώσεων των πολιτών, το ποσοστό των ενηλίκων που ψήφισαν στις εκλογές, το ποσοστό απάντησης στην απογραφή και τον αριθμό των μη κερδοσκοπικών οργανώσεων του νομού (Zoorob & Salemi, 2017).

Την ίδια χρονιά η Susan Sered, στο βιβλίο της, αναφέρει ότι η αίσθηση που έχει κάποιος, σε έναν κόσμο, που δεν έχει την εξουσία να κάνει τα πράγματα καλύτερα οδηγεί σε μια σχέση χρήσης και κατάχρησης ουσιών με ναρκωτική δράση. Η απελπισία, καθώς, και αδυναμία κάποιων χαρακτήρων είναι ο κινητήριος παράγοντας που οδηγούν τον κόσμο στην χρήση των ναρκωτικών (Susan Sered, 2017).

Β' ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Μεθοδολογία Έρευνας

5.1 Εισαγωγή

Πολλές από τις συμπεριφορές υψηλού υγειονομικού κινδύνου διαμορφώνονται κατά τη διάρκεια της φοιτητικής ζωής, συνεπώς είναι σημαντικό να καταγραφούν και να μελετηθούν, ώστε να μπορέσουν να εφαρμοστούν στη συνέχεια παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών.

Η παρούσα εργασία συντελείται στο πλαίσιο της προοπτικής μελέτης ΛΑΤΩ (LATO, Lifestyles and Attitudes in a Student Population), μιας μελέτη κοορτής, η οποία περιλαμβάνει το σύνολο των πρωτοετών σπουδαστών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης και διεξάγεται κάθε έτος την περίοδο Οκτώβριος – Δεκέμβριος, από το 2012. Σκοπός της μελέτης είναι η παρακολούθηση και η καταγραφή των συμπεριφορών υγείας, του τρόπου ζωής των φοιτητών και των προσδιοριστών των αλλαγών τους 3 διαδοχικά έτη, με ευρύτερο στόχο τη διερεύνηση των παραγόντων που δρουν προστατευτικά στην υιοθέτηση υγειονομικά ορθών συμπεριφορών υγείας σε μια κρίσιμη μεταβατική περίοδο (Kritsotakis et al 2016, 2017, 2018).

Η μελέτη υλοποιείται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος "Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση", Πράξη «Αρχιμήδης ΙΙΙ – Ενίσχυση ερευνητικών ομάδων στο ΤΕΙ Κρήτης» και συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και από εθνικούς πόρους (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013) με Επιστημονικό Υπεύθυνο το Δρ. Γιώργο Κριτσωτάκη, Επίκουρο Καθηγητή στο Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης.

5.2 Σκοπός της Έρευνας

Στην παρούσα μελέτη, σκοπός είναι να τεκμηριωθεί και να διερευνηθεί η αλληλεπίδραση μεταξύ του Κοινωνικού κεφαλαίου (συλλογική αποτελεσματικότητα, αμοιβαία βοήθεια, ενσωμάτωση) και των εξαρτησιογόνων ουσιών (κάπνισμα, αλκοόλ, και άλλες ουσίες) των πρωτοετών φοιτητών του ΤΕΙ Κρήτης στο 1^ο έτος συλλογής (2012). Παράλληλα, θα πραγματοποιηθεί συγχρονική ανάλυση των δεδομένων του 1^{ου} έτους καταγραφής με σκοπό να συσχετιστεί το Κοινωνικό Κεφάλαιο των φοιτητών με την χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών, κάπνισμα, αλκοόλ και ναρκωτικές ουσίες. Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, δεν έχει βρεθεί αντίστοιχη έρευνα σε φοιτητικό πληθυσμό.

Η ερευνητική μας υπόθεση είναι ότι οι φοιτητές με καλύτερη μορφή του κοινωνικού κεφαλαίου κάνουν ελάχιστη ή καμία χρήση των μελετούμενων εξαρτησιογόνων ουσιών (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά).

5.3 Ερευνητικά εργαλεία

Οι ερωτήσεις που επιλέχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν ήταν όσες αφορούσαν τις γενικές πληροφορίες και τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων (και των γονέων) που ελέγχθηκαν ως συγχυτικοί παράγοντες. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την διερεύνηση της αλληλεπίδρασης του Κοινωνικού κεφαλαίου με την χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών των φοιτητών και φοιτητριών του ΤΕΙ Κρήτης αφορούσαν, το Κοινωνικό Κεφάλαιο, το Κάπνισμα, την χρήση του Αλκοόλ και την χρήση ή κατάχρηση των Ναρκωτικών Ουσιών.

Κοινωνικό Κεφάλαιο:

Το Κοινωνικό Κεφάλαιο μετρήθηκε με την Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου (Κριτσωτάκης και συν 2010, Kritsotakis et al 2008). Η «Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου» αναπτύχθηκε στην Αυστραλία. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες εντάσσονται σε οκτώ παράγοντες που μετρούν διαφορετικές διαστάσεις του όρου «κοινωνικό κεφάλαιο» στην αρχική έκδοση και σε έξι στην ελληνική στάθμιση. Οι άξονες καλύπτουν τις έννοιες: «Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα», «Ανάπτυξη στο Κοινωνικό Πλαίσιο», «Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας», «Σχέσεις με τους Γείτονες», «Σχέσεις με Συγγενείς και Φίλους», «Ανοχή στη Διαφορετικότητα», «Εκτίμηση της Ζωής» και «Σχέσεις στην Εργασία». Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν στις ερωτήσεις με βάση μια 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert. Σε όλες τις ερωτήσεις, μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα αποτελεί ένδειξη υψηλότερου κοινωνικού κεφαλαίου. Η βαθμολόγηση γίνεται είτε για το σύνολο της κλίμακας είτε για τους επιμέρους παράγοντες που την αποτελούν.

Κάπνισμα: Η πρώτη εξαρτησιογόνα ουσία που μελετήθηκε ήταν το κάπνισμα. Οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν ως εξής: «Πότε συνέβη (αν συνέβη) για Πρώτη Φορά;», ενώ η επόμενη σχετική ερώτηση ήταν «Αυτή την περίοδο καπνίζεις; Αν ναι πόσο καπνίζεις τις τελευταίες 30 ημέρες;».

Αλκοόλ: Η ερώτηση που αναφερόταν για το αλκοόλ είναι η υπέρμετρη ευκαιριακή χρήση οινοπνεύματος τις τελευταίες 30 μέρες τουλάχιστον μια φορά «Ήπιες ποτέ ένα αλκοολούχο ποτό, Αν ναι, πόσες φορές;»

Ναρκωτικές Ουσίες: Η τελευταία εξαρτησιογόνα ουσία που αναλύθηκε στην μελέτη μας ήταν τα ναρκωτικά. Με βασικό ερώτημα «Έχεις χρησιμοποιήσει ποτέ κάποια από τις παρακάτω ουσίες; Αν ναι, πόσες φορές;»

5.4 Πληθυσμός της Μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης ορίζεται ως όλοι οι νεοεισαχθέντες φοιτητές του ΤΕΙ Κρήτης (Σχολές Ηρακλείου, 11 από τα 17 τμήματα του ΤΕΙ Κρήτης) που εγγράφηκαν και παρακολούθησαν το Α' εξάμηνο σπουδών κατά το χειμερινό εξάμηνο του 2012. Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει το σύνολο των 1033 φοιτητών/τριών, με 459 φοιτητές και 574 φοιτήτριες, στο Τ.Ε.Ι. Κρήτης και διεξάγεται κάθε έτος την περίοδο Οκτώβριο-Δεκέμβριο, από το 2012. Τα κριτήρια επιλογής που τηρήθηκαν για να συμμετέχουν στη μελέτη οι φοιτητές ήταν:

- Ηλικία 18–19 ετών (να είναι η 1^η εισαγωγή σε ΑΕΙ των συμμετεχόντων)
- Γνώση της ελληνικής γλώσσας στο βαθμό που να επιτρέπει τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.
- Συμπλήρωση του εντύπου συγκατάθεσης (Παράρτημα).

5.5 Μέθοδοι Συλλογής Δεδομένων

Οι φοιτητές - φοιτήτριες κλήθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη κατά τη διάρκεια των υποχρεωτικών μαθημάτων του 1ου έτους. Όλοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια του μαθήματος, έπειτα από σχετική συνεννόηση με τους διδάσκοντες. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά σε μια ειδικά διαμορφωμένη σελίδα

στο διαδίκτυο, στην οποία είχαν πρόσβαση μόνο οι σπουδαστές του ΤΕΙ Κρήτης με δικούς τους κωδικούς. Το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε με το ελεύθερο λογισμικό Lime Survey με την υποστήριξη του Γενικού Τμήματος του ΤΕΙ Κρήτης. Στις ελάχιστες περιπτώσεις που υπήρχε πρόβλημα με το διαδίκτυο ή δεν επαρκούσαν οι υπολογιστές, οι φοιτητές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο χειρόγραφα μέσα στην αίθουσα όπου είχαν μάθημα. Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να απευθύνουν ερωτήσεις σε περίπτωση που κάτι δεν καταλάβαιναν.

5.6 Δεοντολογία και Διασφάλιση Ανωνυμίας

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Για να μπορέσουμε να διασφαλίσουμε τα δικαιώματα των ερωτηθέντων, τηρήθηκε η ανωνυμία των φοιτητών και εξασφαλίστηκε με έντυπο συγκατάθεσης η συναίνεση τους, όπου και ενημερώθηκαν για την έρευνα και τον σκοπό αυτής. Το ερωτηματολόγιο δεν αποτελούσε κάποιου είδους εξέταση και τις απαντήσεις μπορούσε να δει μόνο η ερευνητική ομάδα. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν ήταν υποχρεωτική και ο ερωτώμενος μπορούσε να μην απαντήσει κάποια ερώτηση αν δεν ήθελε. Τηρήθηκαν οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας για αποτροπή εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα. Τηρήθηκε εμπιστευτικότητα καθώς επίσης το περιεχόμενο δεν προσβάλλει τη προσωπικότητα των εμπλεκόμενων. Επισημαίνεται ότι καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η

ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Η έρευνα διεξήχθη με βάση τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι για έρευνα σε ανθρώπους. Με βάση τις βασικές αρχές της Διακήρυξης, δεσμευόμαστε ότι τα αιτούμενα και συλλεχθέντα στοιχεία πρόκειται να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για να υλοποιηθούν ο σκοπός και οι στόχοι της παρούσας μελέτης και θα είναι εμπιστευτικά. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι πρόσβαση σε αυτά θα έχουν μόνο όσα μέλη της ερευνητικής ομάδας είναι απολύτως απαραίτητο. Τα στοιχεία (π.χ. συμπληρωμένα ερωτηματολόγια) φυλάσσονται σε ερμάρια που κλειδώνουν και έχουν αγοραστεί ειδικά για αυτό το σκοπό από το Τμήμα Νοσηλευτικής. Παράλληλα, διασφαλίζεται σε κάθε φάση της έρευνας η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Λεπτομερής καταγραφή των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας που δεσμεύουν τους ερευνητές στην παρούσα μελέτη έχουν κατατεθεί και εγκριθεί κατά τη φάση αξιολόγησης της πρότασης και επίσης από την αρμόδια επιτροπή δεοντολογίας του ΤΕΙ Κρήτης.

5.7 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 24.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών των φοιτητών και φοιτητριών ελέγχοντας για τυχόν διαφορές μεταξύ φύλων μέσω της μεθόδου χ^2 & Student t. Μέσω της μεθόδου Student t συγκρίθηκαν τα επίπεδα του Κοινωνικού Κεφαλαίου (ΚΚ) μεταξύ των φοιτητών και

φοιτητριών, ενώ ως προς την επίδραση του στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ακολουθήθηκε πολλαπλή λογιστική και γραμμική παλινδρόμηση, με τα ιδιαίτερα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών και φοιτητριών να χρησιμοποιούνται επιπλέον για έλεγχο τυχόν επιδράσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: Αποτελέσματα

Στον 1^ο πίνακα θα παρατίθενται όλα τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών της μελέτης. Το σύνολο των σπουδαστών που συμμετείχαν ήταν 1033 άτομα, με τους 459 να είναι φοιτητές και τους 574 να είναι φοιτήτριες. Οι ηλικίες του δείγματος ήταν από 18 έως 21 ετών, δηλαδή από το 1^ο μέχρι το 3^ο έτος φοίτησης. Από το τμήμα της Νοσηλευτικής έλαβαν μέρος στην έρευνα 132 άτομα με το 4,8% να είναι φοιτητές και το 19,2% φοιτήτριες. Αντίστοιχα, στο τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας συμμετείχε το 14,4% των φοιτητών, όπου, το 3,7% ήταν φοιτητές και το 23% φοιτήτριες. Στα τμήματα της Λογιστικής, των Δομικών Έργων και των λοιπών τμημάτων συμμετείχαν, αντίστοιχα, 188, 109 και 455 των φοιτητών. Το 57,5% των φοιτητών δήλωσε ότι δεν βρίσκεται σε κάποια σχέση, είναι ανύπαντροι και ελεύθεροι. Την Ελλάδα ως τόπο γέννησης χαρακτήρισαν το 93,9% των φοιτητών, ενώ, το 6,1% έχει γεννηθεί κάπου αλλού.

Οι τύποι οικογένειας των συμμετεχόντων ήταν η μονογονεϊκή, η πυρηνική, η εκτεταμένη και τέλος τα παιδιά χωρίς οικογένεια. Η επικρατέστερη ήταν η πυρηνική με ποσοστό 59,6%, δεύτερη έρχεται η μονογονεϊκή με 25,5%, ενώ, το 8,6% και το 6,3% κατατούν η εκτεταμένη και τα ορφανά, αντίστοιχα. Το 74,6% των φοιτητών ζουν μόνοι τους ή με κάποιο συγκάτοικο. Με την οικογένειά του μένει το 20,8%, ενώ, το 4,5% ζει στην εστία. Οι περισσότεροι φοιτητές, 50,9%, έχει εισόδημα από 50– 250 ευρώ. Έως 50 ευρώ το 4,5%, από 250 – 500 ευρώ είχε το 35,5% και άνω των 500 ευρώ είχε το 9,1%. Τέλος, το 59,3% δηλώνει ότι ο ένας, τουλάχιστον, γονέας έχει Β' βάθμια εκπαίδευση, ενώ, το 31,3% των γονέων είναι απόφοιτη ΑΕΙ/ΤΕΙ. Το

υπόλοιπο 7,4% και 2% είναι απόφοιτη δημοτικού ή δεν γνωρίζουν την εκπαίδευση αντίστοιχα.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των 1033 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας				
		Σύνολο	Φοιτητές	Φοιτήτριες
		n (%)		
Σύνολο		1033	459 (44,4)	574 (55,6)
Ηλικία, χρόνια	μέση ηλικία ± τυπ. απ. (ελαχ. -μεγ)	18,8±0,6 (18-21)	18,9±0,6	18,8±0,5
Εξάμηνο Σπουδών	1ο	1010 (97,8)	450 (98,0)	560 (97,6)
	3ο	23 (2,2)	9 (2,0)	14 (2,4)
Προσωπική κατάσταση	σε σχέση ή παντρεμένος/η	439 (42,5)	148 (32,2)	291 (50,7)
	ελεύθερος/η	594 (57,5)	311 (67,8)	283 (49,3)
Τμήμα Σπουδών	Νοσηλευτικής	132 (12,8)	22 (4,8)	110 (19,2)
	Κοινωνικής εργασίας	149 (14,4)	17 (3,7)	132 (23,0)
	Λογιστικής	188 (18,2)	80 (17,4)	108 (18,8)
	Δομικών Έργων	109 (10,6)	44 (9,6)	65 (11,3)
	άλλα τμήματα	455 (44,0)	296 (64,5)	159 (27,7)
Τόπος γέννησης	Ελλάδα	970 (93,9)	431 (93,9)	539 (93,9)
	αλλού	63 (6,1)	28 (6,1)	35 (6,1)
Τύπος οικογένειας	Μονογονεϊκή	263 (25,5)	109 (23,7)	154 (26,8)
	Κλειστή	616 (59,6)	274 (59,7)	342 (59,6)
	Εκτεταμένη	89 (8,6)	38 (8,3)	51 (8,9)
	Ορφανά, χωρίς γονείς, ζουν μόνοι	65 (6,3)	38 (8,3)	27 (4,7)
Διαμονή	Με την οικογένεια	215 (20,8)	103 (22,4)	112 (19,5)
	Σε εστία	47 (4,5)	18 (3,9)	29 (5,1)
	Μόνος/η ή με συγγάτοικο	433 (74,6)	338 (73,6)	433 (75,4)
Εισόδημα	έως 50 ευρώ	46 (4,5)	14 (3,1)	32 (5,6)
	51-250	526 (50,9)	214 (46,6)	312 (54,4)
	251-500	367 (35,5)	117 (38,6)	190 (33,1)
	>500	94 (9,1)	54 (11,8)	40 (7,0)
Εκπαίδευση γονέων	δεν γνωρίζουν	21 (2,0)	14 (3,1)	7 (1,2)
	έως δημοτικό και οι δύο	76 (7,4)	22 (4,8)	54 (9,4)
	έως Β' βήθμα ο ένας	613 (59,3)	250 (54,5)	363 (63,2)
	έως ΑΕΙ/ΤΕΙ ο ένας	323 (31,3)	173 (37,7)	150 (26,1)
Έλεγχος διαφοράς φύλων: Έλεγχος χ^2 & Student t. $^{\dagger}p<0.05$				

Ο πίνακας 2 της έρευνας σχολιάζει τα επίπεδα κλίμακας του Κοινωνικού Κεφαλαίου στους φοιτητές και στις φοιτήτριες της μελέτης. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές των ανδρών και των γυναικών παρατηρείται ότι αφορούν όλες τις τιμές του Κοινωνικού Κεφαλαίου. Η συμμετοχή στην κοινότητα είναι το πρώτο που μελετήθηκε στην κλίμακα με $p < 0,001$. Ακολουθούν οι φίλοι και συνομήλικοι, με $p = 0,034$ και τα λεγόμενα, δίκτυα γειτονιάς, με $p = 0,001$. Η ασφάλεια και εμπιστοσύνη ($p = 0,002$) μαζί με την ανοχή στην διαφορετικότητα ($p < 0,001$) είναι οι μεσαίες τιμές που αξιολογήθηκαν στον πίνακα και κρίθηκαν ότι έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Την κλίμακα ολοκληρώνει το δομικό Κοινωνικό Κεφάλαιο καθώς και το γνωστικό Κοινωνικό Κεφάλαιο όπου και οι δύο τιμές χαρακτηρίζονται με $p < 0,001$. Τέλος αναφέρεται η συνολική βαθμολογία που συγκεντρώνει το Κοινωνικό Κεφάλαιο με $p = 0,009$.

Πίνακας 2. Επίπεδα κλίμακας Κοινωνικού Κεφαλαίου των 1033 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας.				
	Σύνολο n=1033	Φοιτητές n=459	Φοιτήτριες n=574	
Κοινωνικό Κεφάλαιο ΚΚ	Μέση τιμή (Τυπική Απόκλιση)			<i>p</i> -value
<i>Συμμετοχή στην Κοινότητα</i>	14,6 (4,3)	15,4 (4,5)	14,0 (3,9)	<0,001
<i>Φίλοι και Συνομήλικοι</i>	25,2 (3,2)	25,4 (3,4)	24,9 (3,4)	0,034
<i>Δίκτυα Γειτονιάς</i>	7,4 (2,5)	7,6 (2,5)	7,1 (2,6)	0,001
<i>Ασφάλεια & Εμπιστοσύνη</i>	15,8 (1,9)	15,6 (1,9)	15,9 (2,0)	0,002
<i>Ανοχή στη Διαφορετικότητα</i>	7,4 (2,2)	7,1 (2,3)	7,7 (2,1)	<0,001
<i>Συνολική βαθμολογία ΚΚ</i>	70,3 (8,7)	71,1 (8,9)	69,7 (8,4)	0,009
<i>Δομικό Κ.Κ. (structural)</i>	22,0 (5,5)	23,1 (5,7)	21,1 (5,2)	<0,001
<i>Γνωστικό Κ.Κ. (cognitive)</i>	23,2 (3,2)	22,6 (3,2)	23,6 (3,1)	<0,001
Student έλεγχοι.				

Τα αυξημένα επίπεδα του Κοινωνικού Κεφαλαίου ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών και φοιτητριών της μελέτης αναπτύσσονται στον πίνακα 3. Η ηλικίες που μελετήθηκαν ήταν από 18 έως 21 ετών, δηλαδή από το 1^ο μέχρι το 3^ο έτος φοίτησης. Ωστόσο, δεν παρατηρείται καμία στατιστικά σημαντική διαφορά αφού το $p=0,614$ και $p=0,624$ για τις δύο τιμές αντίστοιχα. Για τα περισσότερα δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν διακρίνεται κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά. Ωστόσο, ως προς την διαμονή φαίνεται, με το $p=0.016$, να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών και των φοιτητριών της έρευνας. Τέλος, στην εκπαίδευση των γονέων σημειώνεται $p=0.248$, άρα, καμία στατιστικά σημαντική διαφορά.

Περνώντας στην ενότητα των εξαρτησιογόνων ουσιών (κάπνισμα, αλκοόλ και ναρκωτικές ουσίες) μελετήθηκε ο πίνακας 4, που ουσιαστικά αναφέρει την συχνότητα χρήσης (δέκα) εξαρτησιογόνων ουσιών από τους φοιτητές και τις φοιτήτριες της έρευνας. Ως προς το κάπνισμα δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων αφού το $p=0,151\%$ στις απαντήσεις που αφορούν το ναι ή όχι. Ακόμα, και στην συχνότητα του καπνίσματος των φοιτητών το $p=0,108$ δηλαδή χωρίς κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά.

Στις ερωτήσεις ναι ή όχι, ως προς την χρήση του αλκοόλ, δεν παρατηρείται κάποια διαφορά, μεταξύ των δύο φύλων, αφού $p=0,167$. Ωστόσο, στην συχνότητα χρήσης του αλκοόλ την τρέχουσα περίοδο του μήνα (ποτέ, 1 ή 2 φορές, 3 ή περισσότερες), το 8,1% των φοιτητών δεν έχει κάνει ποτέ χρήση του αλκοόλ, αντίθετα με το 76,5%, όπου, έχει κάνει χρήση περισσότερες από 3 φορές.

Πίνακας 3. Αυξημένα επίπεδα Κοινωνικού Κεφαλαίου ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 1033 φοιτητών και φοιτητριών της έρευνας.

		Συνολική βαθμολογία ΚΚ (εκατοστιαία θέση κατά φύλο)		p-value
		<75% (v=779)	≥75% (v=254)	
		%		
Ηλικία, χρόνια	18	76,6	23,4	0,614
	19	75,1	24,9	
	20	72,1	27,9	
	21	85,0	15,0	
Εξάμηνο Σπουδών	1ο	75,2	24,8	0,624
	3ο	82,6	17,4	
Προσωπική κατάσταση	σε σχέση ή παντρεμένος/η	75,6	24,4	0,942
	ελεύθερος/η	75,3	24,7	
Τμήμα Σπουδών	Νοσηλευτικής	76,5	23,5	0,669
	Κοινωνικής εργασίας	77,2	22,8	
	Λογιστικής	73,4	26,6	
	Δομικών Έργων	70,6	29,4	
	άλλα τμήματα	76,5	23,5	
Τόπος γέννησης	Ελλάδα	75,6	24,4	0,649
	αλλού	73,0	27,0	
Τύπος οικογένειας	Μονογονεϊκή	78,3	21,7	0,059
	Κλειστή	75,8	24,2	
	Εκτεταμένη	64,0	36,0	
	Ορφανά, χωρίς γονείς, ζουν μόνοι	75,4	24,6	
Διαμονή	Με την οικογένεια	81,4	18,6	0,016
	Σε εστία	78,7	21,3	
	Μόνος/η ή με συγκάτοικο	73,5	26,5	
Εισόδημα	έως 50 ευρώ	87,0	13,0	0,166
	51-250	75,9	24,1	
	251-500	73,6	26,4	
	>500	74,5	25,5	
Εκπαίδευση γονέων	δεν γνωρίζουν	81,0	19,0	0,248
	έως δημοτικό και οι δύο	84,2	15,8	
	έως Β'βάθμια ο ένας	74,1	25,9	
	έως ΑΕΙ/ΤΕΙ ο ένας	75,5	24,5	

Έλεγχοι χ^2 (*Γραμμικής τάσης- linear by linear association).

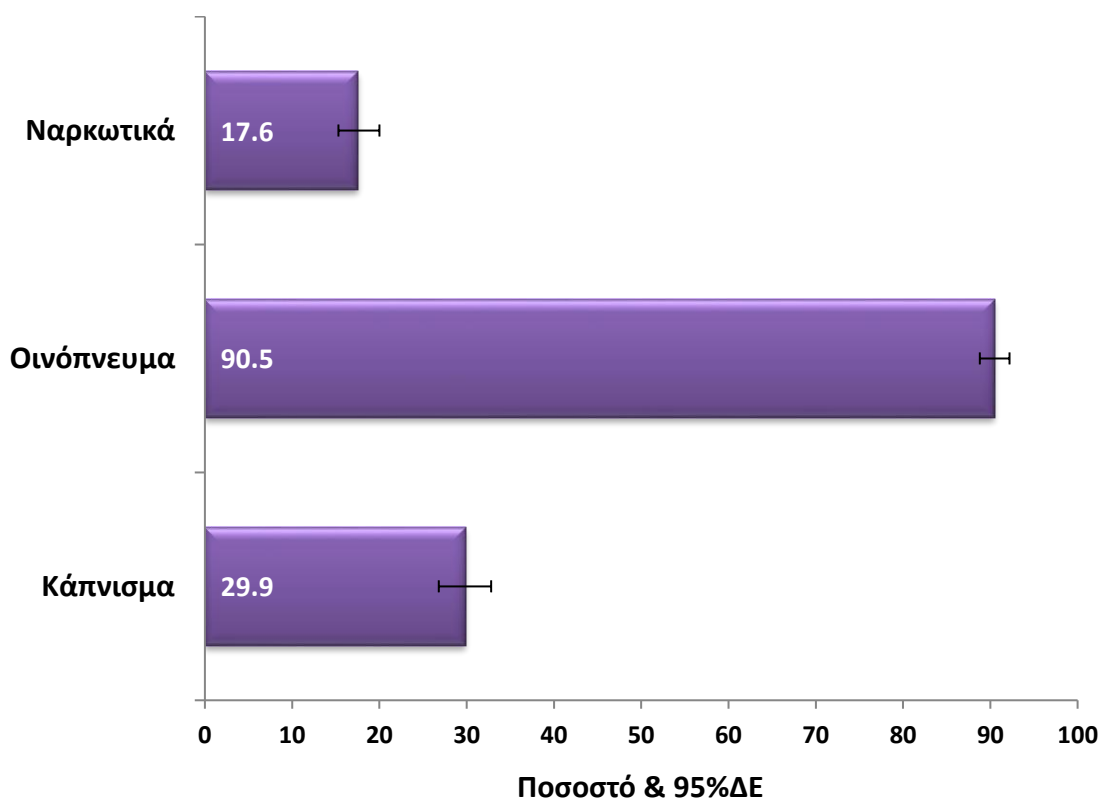
Τα αντίστοιχα ποσοστά των φοιτητριών της έρευνας είναι το 10,6% και 60,8%. Με βάση τα παραπάνω ποσοστά διαπιστώνεται μια στατιστικά σημαντική διαφορά η οποία επιβεβαιώνεται και με την τυπική απόκλιση το $p < 0,001$.

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζεται στην χρήση των ναρκωτικών ουσιών με $p < 0,001$, αφού, το 76,9% των φοιτητών δεν έχει κάνει ποτέ χρήση και το 23,1% είναι χρήστες ουσιών την τρέχουσα περίοδο. Αντίστοιχα, το 86,8% των φοιτητριών δεν κάνει χρήση αυτό το μήνα και το υπόλοιπο 13,2% χρησιμοποιεί ναρκωτικές ουσίες. Αναλυτικότερα, το 2,6% των φοιτητών και το 5,1% των φοιτητριών κάνει χρήση ηρεμιστικών ουσιών, ενώ, παρατηρείται οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων με το $p = 0,046$. Οι αμφεταμίνες με $p = 0,01$ παρουσιάζουν μια διαφορά στατιστικά σημαντική στο σύνολο των αποτελεσμάτων των σπουδαστών με το 2,4% των φοιτητών και το 0,5% των φοιτητριών να κάνουν χρήση αυτής. Οι φοιτητές σε ποσοστό 3,5% και 0,3% οι φοιτήτριες της μελέτης είναι χρήστες LSD, όπου, με το $p < 0,001$ παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών. Εισπνεόμενη χρήση κάνει το 6,5% των φοιτητών και το 3,3% των φοιτητριών, ενώ, το 17% των φοιτητών και το 6,1% των φοιτητριών είναι χρήστες χασίς. Από αυτές τις δύο μελετώμενες ουσίες προκύπτει μια διαφορά στατιστικά σημαντική αφού το είναι $p = 0,015$ και $p < 0,001$ αντίστοιχα. Τέλος, ως προς την ταυτόχρονη χρήση των ουσιών παρατηρείται ότι το 8,5% των φοιτητών κάνει χρήση δύο ή περισσότερες από τις ναρκωτικές ουσίες, ενώ, οι φοιτήτριες έχουν ποσοστό μόλις 3,1%. Η τυπική απόκλιση είναι $p < 0,001$, μια τιμή που ορίζεται ως στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 4. Συχνότητα χρήσης (δέκα) εξαρτησιογόνων ουσιών από τους 1033 φοιτητές και φοιτήτριες της έρευνας.					
		Σύνολο n=1033	Φοιτητές n=459	Φοιτήτριες n=574	
			n (%)		p-value
Κάπνισμα την τρέχουσα περίοδο (μήνα)	όχι	724 (70,1)	311 (67,8)	413 (72,0)	0,151
	ναι	309 (29,9)	148 (32,2)	161 (28,0)	
Δεν έχει καπνίσει ποτέ					
		669 (64,8)	282 (61,4)	387 (67,4)	
έχει καπνίσει αλλά όχι το τρέχον διάστημα ή καπνίζει <1 τσιγάρο/εβδομάδα					
		55 (5,3)	29 (6,3)	26 (4,5)	0,108
καπνίζει 1+ τσιγάρο/ημέρα					
		309 (29,9)	148 (32,2)	161 (28,0)	
Αλκοόλ την τρέχουσα περίοδο (μήνα)	όχι	98 (9,5)	37 (8,1)	61 (10,6)	0,167
	ναι	935 (90,5)	422 (91,9)	513 (89,4)	
ποτέ					
		98 (9,5)	37 (8,1)	61 (10,6)	
1-2 φορές					
		235 (22,7)	71 (15,5)	164 (28,6)	<0,001
3 ή περισσότερες					
		700 (67,8)	351 (76,5)	349 (60,8)	
Ναρκωτικές ουσίες την τρέχουσα περίοδο (μήνα)*	όχι	851 (82,4)	353 (76,9)	498 (86,8)	<0,001
	ναι	182 (17,6)	106 (23,1)	76 (13,2)	
Χρήση ουσιών:	<i>ηρεμιστικά</i>	41 (4,0)	12 (2,6)	29 (5,1)	0,046
	<i>αναβολικά</i>	18 (1,7)	12 (2,6)	6 (1,0)	0,055
	<i>αμφεταμίνες</i>	14 (1,4)	11 (2,4)	3 (0,5)	0,010
	<i>LSD</i>	18 (1,7)	16 (3,5)	2 (0,3)	<0,001
	<i>κρακ</i>	11 (1,1)	8 (1,7)	3 (0,5)	0,070
	<i>ενέσιμα</i>	3 (0,3)	3 (0,07)	-	0,087
	<i>εισπνεόμενα</i>	49 (4,7)	30 (6,5)	19 (3,3)	0,015
	<i>χασίς</i>	113 (10,9)	78 (17,0)	35 (6,1)	<0,001
	<i>καμία ουσία</i>	851 (82,4)	353 (76,9)	498 (86,8)	
	<i>μια τουλάχιστον</i>	125 (12,1)	67 (14,6)	58 (10,1)	<0,001
	<i>2 ή περισσότερες</i>	57 (5,5)	39 (8,5)	18 (3,1)	
Έλεγχοι χ^2. * Η χρήση αφορά τουλάχιστον μια ουσία ναρκωτικών (ηρεμιστικά, αναβολικά κλπ)					

Το σχήμα 1 μελετά την συχνότητα χρήσης των τριών κατηγοριών εξαρτησιογόνων ουσιών. Αυτό το οποίο παρατηρείται είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης, στους φοιτητές της έρευνας, κατέχει το αλκοόλ. Το 90,5%, δηλαδή, των ατόμων που συμμετείχαν στην μελέτη χρησιμοποιούν το αλκοόλ. Ακολουθεί το κάπνισμα με ποσοστό 29,9% των φοιτητών, ενώ, το 17,6% ανήκει στα άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών.

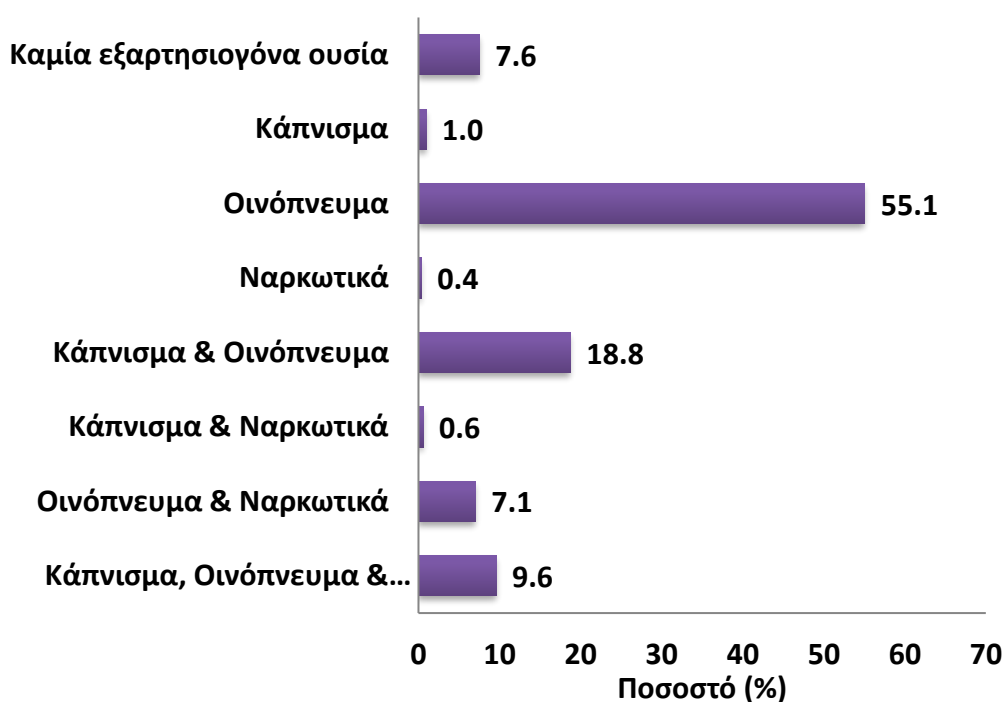
Σχήμα 1. Συχνότητα χρήσης των τριών κατηγοριών εξαρτησιογόνων ουσιών.



Ακολουθεί το σχήμα 2, όπου, μελετά την συχνότητα ομαδοποίησης της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών. Για κάθε ουσία μεμονωμένα παρατηρείται ότι το αλκοόλ αγγίζει το 55,1%, το 1% το κάπνισμα και μόλις το 0,4% οι ναρκωτικές ουσίες. Το 7,6% δήλωσε ότι δεν κάνει καμία χρήση ουσίας που προκαλεί κάθε

είδους εξάρτησης. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι ταυτόχρονα κάπνισμα και χρήση αλκοόλ κάνει το 18,8% των φοιτητών που συμμετείχαν στην έρευνα. Το 0,6% συνδυάζει το κάπνισμα με τα ναρκωτικά, ενώ, το 7,1% κάνει χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών την ίδια χρονική περίοδο. Τέλος, χρήση και των τριών κατηγοριών εξαρτησιογόνων ουσιών (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες) κάνει το 9,6% των ατόμων που μελετήθηκαν.

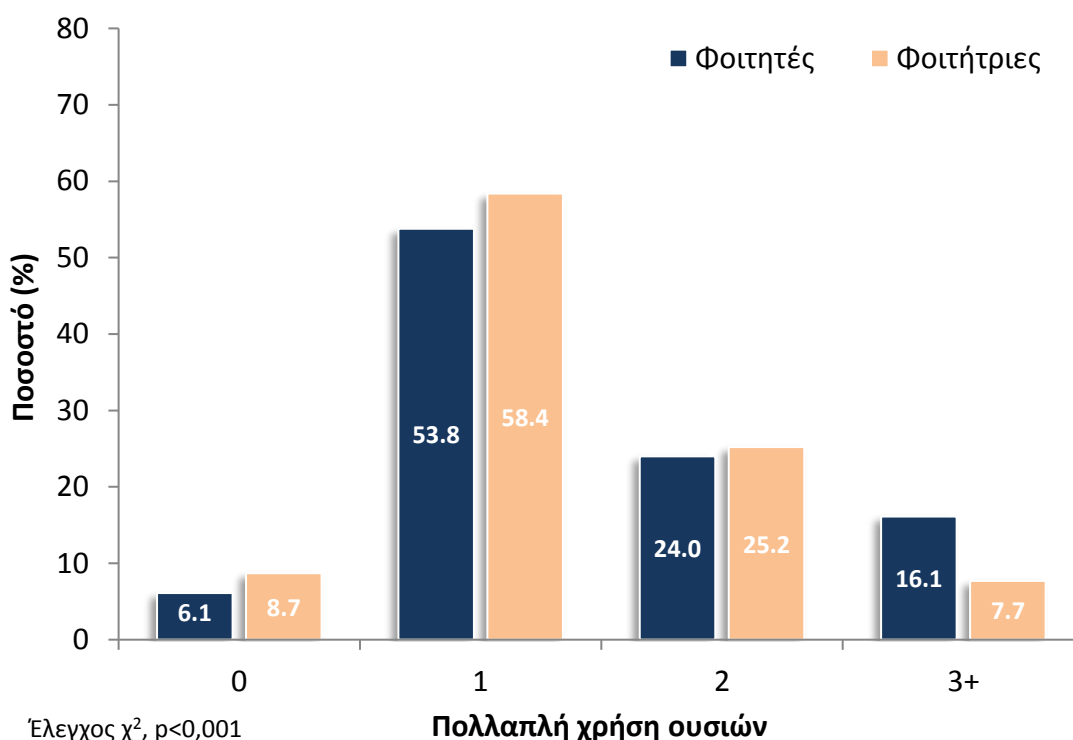
Σχήμα 2. Συχνότητα ομαδοποίησης της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών.



Το σχήμα 3 αναφέρει την συχνότητα πολλαπλής χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών. Στο σύνολο των φοιτητών και φοιτητριών υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, όπως, μας δείχνει και το $p < 0,001$. Το 6,1% των φοιτητών και το 8,7% των φοιτητριών δεν κάνουν καμία χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Το 53,8% και το 58,4%, αντίστοιχα, έχει μικρή συχνότητα χρήσης των μελετώμενων ουσιών.

Συχνότητα της κλίμακας 2 έχει το 24% των φοιτητών και το 25,2% των φοιτητριών. Τέλος, συχνότητα πάνω από 3 φορές έχει το 16,1% των ανδρών και 7,7% των γυναικών.

Σχήμα 3. Συχνότητα πολλαπλής χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (σε σύνολο 10 ουσιών: κάπνισμα, οινόπνευμα, ηρεμιστικά, αναβολικά, αμφεταμίνες κλπ).



Η μελέτη συνεχίζεται με την ενότητα που συσχετίζει το Κοινωνικό Κεφάλαιο με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τους φοιτητές και τις φοιτήτριες της έρευνας. Παρακάτω αναλύονται τα επίπεδα και τα χαρακτηριστικά, καθώς, και οι 5 συνιστώσες του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Η ανάλυση αυτή γίνεται με την χρήση Odds Ratio (95%ΔΕ) και την ανάλυση πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης $p < 0.05$.

Για αρχή ο πίνακας 5.1.1. μελετά τη συσχέτιση των χαρακτηριστικών και των επιπέδων του Κοινωνικού Κεφαλαίου των φοιτητών της έρευνας, με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Ως προς την χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες) παρατηρείται ότι η ηλικία έχει σημαντικό ρόλο, ειδικά στις ναρκωτικές ουσίες. Αυτό που διαπιστώνεται είναι ότι όσο αυξάνει η ηλικία (ανά έτος μεταβολής) των φοιτητών τόσο περισσότερη χρήση ναρκωτικών κάνουν. Η εγκυρότητα της διαπίστωσης γίνεται με την χρήση odds ratio, OR 1.51, 95%ΔΕ (1.05 – 2.17). Έπειτα, παρατηρείται ότι όσο το μηνιαίο εισόδημα (>50€, 51-250€, 251-500€, <500€) είναι υψηλότερο τόσο οι φοιτητές κάνουν περισσότερη χρήση του αλκοόλ, με OR 1.88, 95%ΔΕ (1.09 – 3.23). Τέλος, ο πίνακας αναφέρει ότι η εκπαίδευση των γονέων επηρεάζουν άμεσα την χρήση του καπνού αφού, με βάση το OR 1.40, 95%ΔΕ (1.02 – 1.90), διαπιστώνεται ότι όσο καλύτερη και ανώτερη εκπαίδευση έχουν οι γονείς των φοιτητών, της έρευνας, τόσο πιο συχνά καπνίζουν στην καθημερινότητά του.

Ο πίνακας 5.1.2. αναφέρει τη συσχέτιση των χαρακτηριστικών και των επιπέδων 5 συνιστωσών του Κοινωνικού Κεφαλαίου των φοιτητών της έρευνας, με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Η ηλικία παρατηρείται ότι επηρεάζει άμεσα την χρήση των ναρκωτικών ουσιών στους άνδρες της έρευνας. Όσο αυξάνεται η ηλικία των φοιτητών, τόσο περισσότερη χρήση ναρκωτικών κάνουν, με OR 1.46, 95%ΔΕ (1.01 – 2.12). Αντίθετα, ως προς το εξάμηνο των σπουδών τους φαίνεται ότι όσο το έτος φοίτησης είναι μεγαλύτερο τόσο λιγότερη χρήση του αλκοόλ γίνεται από τους φοιτητές, με OR 0.37, 95%ΔΕ (0.16 – 0.37).

Πίνακας 5.1.1 Συσχέτιση χαρακτηριστικών και επιπέδων Κοινωνικού Κεφαλαίου των φοιτητών της έρευνας, με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.			
	Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών		
	Κάπνισμα	Αλκοόλ	Ναρκωτικές ουσίες
	Odds Ratio (95%ΔΕ)		
Ηλικία (ανά έτος μεταβολής)	1,23 (0,88-1,71)	0,84 (0,48-1,50)	1,51 (1,05-2,17)
Εξάμηνο Σπουδών (ανά εξάμηνο μεταβολής)	0,47 (0,16-1,37)	0,42 (0,19-0,92)	1,49 (0,74-2,98)
Προσωπική κατάσταση («ελεύθερος/η» έναντι «σε σχέση ή παντρεμένος/η»)	0,93 (0,60-1,42)	1,59 (0,77-3,29)	0,97 (0,60-1,55)
Τμήμα Σπουδών («Νοσηλευτικής» έναντι «άλλων»)	0,79 (0,29-2,15)	0,70 (0,17-2,84)	0,98 (0,34-2,86)
Τόπος γέννησης («Ελλάδα» έναντι «αλλού»)	1,10 (0,47-2,55)	0,56 (0,14-2,28)	0,58 (0,22-1,58)
Τύπος οικογένειας (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «Ορφανά, χωρίς γονείς, ζουν μόνοι», «Μονογονεϊκή», «Κλειστή», «Εκτεταμένη»)	1,21 (0,92-1,59)	1,13 (0,70-1,82)	0,81 (0,61-1,09)
Διαμονή (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «Με την οικογένεια», «Μονογονεϊκή», «Σε εστία», «Μόνος/η ή με συγκάτοικο»)	1,14 (0,88-1,47)	1,27 (0,84-1,90)	1,23 (0,91-1,65)
Εισόδημα (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «έως 50 ευρώ», «51-250», «251-500», «>500»)	1,19 (0,90-1,58)	1,88 (1,09-3,23)	1,08 (0,79-1,47)
Εκπαίδευση γονέων (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «δεν γνωρίζουν», «έως δημοτικό και οι δύο», «έως Β' βαθμια ο ένας», «έως ΑΕΙ/ΤΕΙ ο ένας»)	1,40 (1,02-1,90)	1,21 (0,73-1,99)	1,36 (0,96-1,94)
Κοινωνικό Κεφάλαιο (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής)	1,02 (0,99-1,04)	1,04 (1,00-1,09)	1,01 (0,99-1,04)
<i>Pseudo R²</i>	0,050	0,111	0,051
Ανάλυση πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης. * p<0.05			

Στον πίνακα διακρίνεται ότι και η εκπαίδευση των γονέων επιδρά στην χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών από τους φοιτητές. Δηλαδή, το OR 1.39, 95%ΔΕ (1.02 – 1.91), δηλώνει ότι όσο καλύτερη και ανώτερη εκπαίδευση έχουν οι γονείς των φοιτητών τόσο περισσότερο καπνίζουν οι νέοι άνδρες της μελέτης. Βέβαια, η

βαθμίδα της εκπαίδευσης των γονέων δεν επηρεάζει ιδιαίτερα την αυξημένη κατανάλωση του αλκοόλ και των ναρκωτικών ουσιών.

Στη συνέχεια, στην μελέτη των πέντε συνιστώσεων του Κοινωνικού Κεφαλαίου σημειώνεται μια συνοχή αποτελεσμάτων, αφού, αναφέρεται ότι οι φίλοι και συνομήλικοι (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής) των φοιτητών επηρεάζουν και οδηγούν τα άτομα σε αυξημένη χρήση του καπνού, του αλκοόλ, καθώς, και των ναρκωτικών ουσιών. Τα αποτελέσματα έχουν την εγκυρότητα το odds ratio, με OR 1.13 95%ΔΕ (1.05 – 1.22), OR 1.33 95%ΔΕ (1.17 – 1.51), OR 1.11 95%ΔΕ (1.02 – 1.21), αντίστοιχα για κάθε ουσία. Με την ίδια διαδικασία αναφέρεται και η ασφάλεια και η εμπιστοσύνη (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής) που νιώθουν οι φοιτητές της έρευνας. Το καλύτερο αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης οδηγεί σε χαμηλότερη κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών με βάση τα αποτελέσματα και την στατιστική ανάλυση odds ratio, OR 0.76 95%ΔΕ (0.61 – 0.94), OR 0.82 95%ΔΕ (0.72 – 0.95), αντίστοιχα. Τέλος, το αυξημένο επίπεδο ανοχής στην διαφορετικότητα οδηγεί τους φοιτητές σε αυξημένη χρήση των ναρκωτικών ουσιών, με OR 1.16, 95%ΔΕ (1.04 – 1.29), ενώ, οριακά δεν οδηγούνται στο κάπνισμα OR 1.05, 95%ΔΕ (0.96 – 1.15).

Πίνακας 5.1.2 Συσχέτιση χαρακτηριστικών και επιπέδων των 5 συνιστωσών του Κοινωνικού Κεφαλαίου των φοιτητών της έρευνας, με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.			
	Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών		
	Κάπνισμα	Αλκοόλ	Ναρκωτικές ουσίες
	Odds Ratio (95%ΔΕ)		
Ηλικία (ανά έτος μεταβολής)	1,20 (0,86-1,68)	0,87 (0,47-1,59)	1,46 (1,01-2,12)
Εξάμηνο Σπουδών (ανά εξάμηνο μεταβολής)	0,47 (0,16-1,35)	0,37 (0,16-0,87)	1,60 (0,79-3,24)
Προσωπική κατάσταση («ελεύθερος /η» έναντι «σε σχέση ή παντρεμένος/η»)	0,92 (0,59-1,42)	2,04 (0,94-4,47)	0,91 (0,56-1,48)
Τμήμα Σπουδών («Νοσηλευτική» έναντι «άλλων»)	0,77 (0,28-2,10)	0,73 (0,17-3,16)	0,90 (0,30-2,70)
Τόπος γέννησης («Ελλάδα» έναντι «αλλού»)	1,06 (0,45-2,48)	0,65 (0,15-2,88)	0,51 (0,19-1,38)
Τύπος οικογένειας (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «Ορφανά, χωρίς γονείς, ζουν μόνοι», «Μονογονεϊκή», «Κλειστή», «Εκτεταμένη»)	1,15 (0,87-1,52)	1,07 (0,64-1,80)	0,81 (0,60-1,10)
Διαμονή (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «Με την οικογένεια», «Μονογονεϊκή», «Σε εστία», «Μόνος/η ή με συγκάτοικο»)	1,22 (0,94-1,60)	1,26 (0,80-2,00)	1,31 (0,96-1,78)
Εισόδημα (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «έως 50 ευρώ», «51-250», «251-500», «>500»)	1,11 (0,83-1,48)	1,57 (0,84-2,95)	1,07 (0,77-1,47)
Εκπαίδευση γονέων (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «δεν γνωρίζουν», «έως δημοτικό και οι δύο», «έως Β' βήθμια ο ένας», «έως ΑΕΙ/ΤΕΙ ο ένας»)	1,39 (1,02-1,91)	1,28 (0,77-2,14)	1,31 (0,91-1,88)
Συμμετοχή στην Κοινότητα (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής)	0,98 (0,94-1,03)	1,03 (0,94-1,14)	1,00 (0,95-1,06)
Φίλοι και Συνομήλικοι (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής)	1,13 (1,05-1,22)	1,33 (1,17-1,51)	1,11 (1,02-1,21)
Δίκτυα Γειτονιάς (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής)	0,97 (0,89-1,06)	1,02 (0,86-1,22)	0,94 (0,85-1,03)
Ασφάλεια & Εμπιστοσύνη (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής)	0,95 (0,84-1,07)	0,76 (0,61-0,94)	0,83 (0,72-0,95)
Ανοχή στη Διαφορετικότητα (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής)	1,05 (0,96-1,15)	0,88 (0,75-1,05)	1,16 (1,04-1,29)
<i>Pseudo R²</i>	0,081	0,229	0,108
Ανάλυση πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης. * p<0.05			

Ο πίνακας 5.2.1. αναλύει εκ νέου την συσχέτιση των χαρακτηριστικών και των επιπέδων του Κοινωνικού Κεφαλαίου για τις φοιτήτριες της έρευνας, με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Η ηλικία είναι φανερό ότι επιδρά θετικά στην

κατανάλωση αλκοόλ από τις φοιτήτριες, αφού, OR 0.52, 95%ΔΕ (0.34 – 0.81) φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερες ηλικιακά είναι οι γυναίκες της μελέτης τόσο λιγότερη χρήση του αλκοόλ γίνεται. Εξίσου και η προσωπική κατάσταση τους («ελεύθερος /η» έναντι «σε σχέση ή παντρεμένος/η») δείχνει να επιδρά στην κατανάλωση του αλκοόλ. Στο OR 1.76, 95%ΔΕ (1.00 – 3.11), παρατηρείται, δηλαδή, ότι οι δεσμευμένες φοιτήτριες κάνουν αυξημένη χρήση του αλκοόλ.

Ως προς τον τύπο οικογένειας των φοιτητριών σημειώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε γυναίκες που ζουν σε κλειστή ή εκτεταμένη οικογένεια, αφού, με το OR 0.64, 95%ΔΕ (0.49 – 0.84) φαίνεται η μειωμένη χρήση του καπνού και με το OR 0.57, 95%ΔΕ (0.37 – 0.88) δείχνει την χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ από τις φοιτήτριες. Επιπλέον, το εισόδημα παρατηρείται ότι επηρεάζει την συχνότητα καπνίσματος στην καθημερινότητα τους με το odds ratio να αποδεικνύει ότι το μεγαλύτερο εισόδημα (>50€, 51-250€, 251-500€, <500€) οδηγεί σε συχνότερο κάπνισμα των φοιτητριών, OR 1.35, 95%ΔΕ (1.03 – 1.78).

Οι εκπαίδευση των γονέων συνεχίζει να επιδρά στην χρήση των ουσιών που προκαλούν εξάρτηση. Οι γονείς με καλύτερο και ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο οδηγούν τις φοιτήτριες σε αυξημένη κατανάλωση των ναρκωτικών, με OR 1.59, 95%ΔΕ (1.05 – 2.42). Τέλος, σημειώνεται ότι το Κοινωνικό Κεφάλαιο στο σύνολο του αυξάνει την κατανάλωση αλκοόλ με το OR 1.04, 95%ΔΕ (1.01 – 1.08), ενώ, οριακά οι άλλες ουσίες δεν επηρεάζονται από την ατομική άνοδο του Κοινωνικού Κεφαλαίου.

Πίνακας 5.2.1 Συσχέτιση χαρακτηριστικών και επιπέδων Κοινωνικού Κεφαλαίου των φοιτητριών της έρευνας, με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.			
	Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών		
	Κάπνισμα	Αλκοόλ	Ναρκωτικές ουσίες
	Odds Ratio (95%ΔΕ)		
Ηλικία (ανά έτος μεταβολής)	0,78 (0,55-1,10)	0,52 (0,34-0,81)	1,28 (0,84-1,95)
Εξάμηνο Σπουδών (ανά εξάμηνο μεταβολής)	1,63 (0,91-2,92)	1,16 (0,52-2,59)	1,24 (0,61-2,50)
Προσωπική κατάσταση («ελεύθερος/η» έναντι «σε σχέση ή παντρεμένος/η»)	0,84 (0,58-1,23)	1,76 (1,00-3,11)	1,47 (0,89-2,43)
Τμήμα Σπουδών («Νοσηλευτικής» έναντι «άλλων»)	0,86 (0,53-1,41)	0,94 (0,47-1,89)	0,82 (0,42-1,57)
Τόπος γέννησης («Ελλάδα» έναντι «αλλού»)	0,74 (0,32-1,71)	1,06 (0,34-3,27)	1,71 (0,70-4,16)
Τύπος οικογένειας (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «Ορφανά, χωρίς γονείς, ζουν μόνοι», «Μονογονεϊκή», «Κλειστή», «Εκτεταμένη»)	0,64 (0,49-0,84)	0,57 (0,37-0,88)	0,73 (0,51-1,04)
Διαμονή (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «Με την οικογένεια», «Μονογονεϊκή», «Σε εστία», «Μόνος/η ή με συγκάτοικο»)	0,91 (0,71-1,17)	1,26 (0,91-1,74)	0,91 (0,66-1,25)
Εισόδημα (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «έως 50 ευρώ», «51-250», «251-500», «>500»)	1,35 (1,03-1,78)	1,12 (0,74-1,69)	0,70 (0,48-1,02)
Εκπαίδευση γονέων (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «δεν γνωρίζουν», «έως δημοτικό και οι δύο», «έως Β' βάρθμια ο ένας», «έως ΑΕΙ/ΤΕΙ ο ένας»)	0,99 (0,73-1,34)	1,13 (0,73-1,76)	1,59* (1,05-2,42)
Κοινωνικό Κεφάλαιο (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής)	1,01 (0,99-1,03)	1,04 (1,01-1,08)	1,01 (0,98-1,04)
<i>Pseudo R²</i>	0,053	0,095	0,061

Ανάλυση πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης. * p<0.05

Ο πίνακας 5.2.2. αναφέρει τη συσχέτιση των χαρακτηριστικών και των επιπέδων 5 συνιστωσών του Κοινωνικού Κεφαλαίου των φοιτητριών της έρευνας, με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Το αλκοόλ φαίνεται να επηρεάζεται άμεσα από την ηλικία των φοιτητριών, αφού, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο λιγότερη χρήση του αλκοόλ γίνεται, με OR 0.56, 95%ΔΕ (0.36 – 0.86). Ως προς την προσωπική κατάσταση των φοιτητριών το odds ratio δείχνει να είναι 1.91, 95%ΔΕ (1.06 – 3.44) για την χρήση του αλκοόλ, έτσι, υπάρχει αυξημένη χρήση του αλκοόλ για τις κατηγορίες των προσωπικών σχέσεων (ελεύθερος/η, σε σχέση ή παντρεμένος/η). Το τμήμα όπου φοιτούν οι φοιτήτριες καθώς και ο τόπος γέννησης αυτών δεν φαίνεται να έχουν κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά.

Ο τύπος οικογένειας που ανήκουν οι σπουδάστριες δείχνει να επηρεάζει κάποιες ουσίες. Το OR 0.66, 95%ΔΕ (0.50 – 0.87) δηλώνει για το κάπνισμα ότι άτομα που ανήκουν σε κλειστή ή εκτεταμένη οικογένεια έχουν μικρότερη συχνότητα χρήσης του καπνού και αντίστοιχα για το αλκοόλ, έχουν μειωμένες πιθανότητες χρήσης αυτού, με OR 0.59, 95%ΔΕ (0.38 – 0.81). Ακόμα, παρατηρείται ότι ως προς την διαμονή, οριακά δεν επηρεάζεται η χρήση του αλκοόλ από τις φοιτήτριες, ενώ, όσο υψηλότερο εισόδημα έχουν τόσο αυξάνεται το κάπνισμα για εκείνες, με OR 1.41, 95%ΔΕ (1.06 – 1.87). Η εκπαίδευση των γονέων δείχνει να επιδρά στην χρήση των ναρκωτικών ουσιών, αφού, όσο ανώτερη και καλύτερη εκπαίδευση έχουν οι γονείς των φοιτητριών τόσο αυξημένη χρήση ναρκωτικών υπάρχει, OR 1.68, 95%ΔΕ (1.10 – 2.58).

Οι πέντε συνιστώσες του Κοινωνικού Κεφαλαίου που μελετώνται φαίνεται να δίνουν ποικίλα αποτελέσματα.

Πίνακας 5.2.2 Συσχέτιση χαρακτηριστικών και επιπέδων των 5 συνιστωσών του Κοινωνικού Κεφαλαίου των φοιτητριών της έρευνας, με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών			
	Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών		
	Κάπνισμα	Αλκοόλ	Ναρκωτικές ουσίες
	Odds Ratio (95%ΔΕ)		
Ηλικία (ανά έτος μεταβολής)	0,80 (0,56-1,14)	0,56 (0,36-0,86)	1,26 (0,82-1,94)
Εξάμηνο Σπουδών (ανά εξάμηνο μεταβολής)	1,43 (0,79-2,59)	0,89 (0,39-2,07)	1,23 (0,60-2,54)
Προσωπική κατάσταση («ελεύθερος/η» έναντι «σε σχέση ή παντρεμένος/η»)	0,84 (0,57-1,24)	1,91* (1,06-3,44)	1,49 (0,89-2,48)
Τμήμα Σπουδών («Νοσηλευτικής» έναντι «άλλων»)	0,86 (0,52-1,42)	0,90 (0,44-1,84)	0,78 (0,40-1,52)
Τόπος γέννησης («Ελλάδα» έναντι «αλλού»)	0,70 (0,30-1,64)	1,21 (0,38-3,89)	1,43 (0,57-3,58)
Τύπος οικογένειας (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «Ορφανά, χωρίς γονείς, ζουν μόνοι», «Μονογονεϊκή», «Κλειστή», «Εκτεταμένη»)	0,66 (0,50-0,87)	0,59 (0,38-0,91)	0,74 (0,53-1,06)
Διαμονή (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «Με την οικογένεια», «Μονογονεϊκή», «Σε εστία», «Μόνος/η ή με συγκάτοικο»)	0,95 (0,74-1,23)	1,38 (0,98-1,93)	0,87 (0,63-1,20)
Εισόδημα (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «έως 50 ευρώ», «51-250», «251-500», «>500»)	1,41 (1,06-1,87)	1,08 (0,71-1,65)	0,79 (0,54-1,16)
Εκπαίδευση γονέων (ανά κατηγορία διαβάθμισης: «δεν γνωρίζουν», «έως δημοτικό και οι δύο», «έως Β' βήθμια ο ένας», «έως ΑΕΙ/ΤΕΙ ο ένας»)	1,04 (0,75-1,44)	1,06 (0,67-1,67)	1,68* (1,10-2,58)
Συμμετοχή στην Κοινότητα (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής)	0,92 (0,88-0,98)	1,00 (0,92-1,09)	1,01 (0,95-1,08)
Φίλοι και Συνομήλικοι (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής)	1,15* (1,07-1,23)	1,25* (1,13-1,37)	0,97 (0,90-1,06)
Δίκτυα Γειτονιάς (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής)	1,11* (1,02-1,20)	1,07 (0,95-1,21)	1,06 (0,95-1,17)
Ασφάλεια & Εμπιστοσύνη (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής)	0,85 (0,76-0,95)	0,82 (0,70-0,96)	0,91 (0,80-1,05)
Ανοχή στη Διαφορετικότητα (βαθμολογία ανά μονάδα μεταβολής)	1,05 (0,95-1,15)	0,97 (0,84-1,11)	1,18* (1,04-1,33)
<i>Pseudo R²</i>	0,120	0,158	0,091

Ανάλυση πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης. * p<0.05

Η καλύτερη δυνατή συμμετοχή στην κοινότητα φαίνεται να μειώνει την χρήση του καπνού στις φοιτήτριες της έρευνας, με OR 0.92, 95%ΔΕ (0.88 – 0.98), ενώ, οριακά δεν επηρεάζονται οι ουσίες του αλκοόλ και των ναρκωτικών. Η πιο έντονη σχέση με φίλους και συνομηλίκους παρατηρείται να αυξάνει το κάπνισμα στις σπουδάστριες, με OR 1.15, 95%ΔΕ (1.07 – 1.23), όπως, επίσης, αυξάνεται και η χρήση του αλκοόλ, με OR 1.25, 95%ΔΕ (1.13 – 1.37). Τα δίκτυα γειτονιάς φαίνεται να αυξάνουν την χρήση του καπνού, με OR 1.11, 95%ΔΕ (1.02 – 1.20), αλλά οριακά δεν επιδρούν στο αλκοόλ και στις ναρκωτικές ουσίες. Ωστόσο, φαίνεται στον πίνακα, ότι όσο μεγαλύτερη ασφάλεια και εμπιστοσύνη νιώθουν οι φοιτήτριες της έρευνας τόσο λιγότερη χρήση του καπνού και του αλκοόλ κάνουν, με OR 0.85, 95%ΔΕ (0.76 – 0.95) και OR 0.82, 95%ΔΕ (0.70 – 0.96), αντίστοιχα. Τέλος, οι φοιτήτριες οι οποίες δείχνουν μεγαλύτερη ανοχή στην διαφορετικότητα κάνουν μεγαλύτερη χρήση των ναρκωτικών ουσιών, με OR 1.18, 95%ΔΕ (1.04 – 1.33).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΈΒΔΟΜΟ

7.1 Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η αλληλεπίδραση μεταξύ του Κοινωνικού Κεφαλαίου και της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών σε δείγμα 1033 φοιτητών στο ΤΕΙ Κρήτης. Ως εξαρτησιογόνες ουσίες μελετήθηκαν το κάπνισμα, το αλκοόλ και οι ναρκωτικές ουσίες. Ωστόσο, όπως αναφέρεται παραπάνω, στο αντίστοιχο κεφάλαιο, ο όρος του κοινωνικού κεφαλαίου περιλαμβάνει πολλές και διαφορετικές έννοιες, συχνά αντικρουόμενες μεταξύ τους (Kritsotakis et al 2004, Pawar 2006). Ο κ. Κριτσωτάκης με τους συνεργάτες του αναφέρουν ότι δεν υπάρχει κοινά αποδεκτή θεωρητική σύλληψη του Κοινωνικού Κεφαλαίου (Κριτσωτάκης & συν, 2009). Στην συγκεκριμένη έρευνα εξετάσθηκαν πέντε συνιστώσες αυτού, η Συμμετοχή στην Κοινότητα, οι Φίλοι κι Συνομήλικοι, τα Δίκτυα Γειτονιάς, η Ασφάλεια και Εμπιστοσύνη και τέλος η Ανοχή στην Διαφορετικότητα. Στην ενότητα αυτή θα γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας με άλλες που μελετάν τα ίδια χαρακτηριστικά.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών και φοιτητριών ανήκει σε κλειστή – πυρηνική οικογένεια, 59,7%, και 59,9%, αντίστοιχα. Σε εστία διέμενε μόλις το 3,9% των φοιτητών και το 5,1% των φοιτητριών. Το 54,5% των γονέων των φοιτητών ήταν απόφοιτοι Β' βάθμιας εκπαίδευσης, ενώ, το αντίστοιχο ποσοστό για τις φοιτήτριες ανεβαίνει στο 63,2%. Σύμφωνα με Μπαρμπαγιάννη και Ζύγα (2011), το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων αποτελεί εμπόδιο στην ενημέρωση και καθοδήγηση των νέων.

Αν και ο πλήρης προσδιορισμός της έννοιας του Κοινωνικού Κεφαλαίου είναι δύσκολος αρκετές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τις βασικές συνιστώσες αυτού. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2008 βρέθηκε ότι μόλις το 3,4% των μαθητών ήταν ενεργό στην συμμετοχή στην κοινότητα (Καράβια & συν., 2008), ενώ, στην παρούσα μελέτη το ποσοστό αυτό, σχεδόν, τετραπλασιάζεται στο 14,6% με εμφανή στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.001$).

Ο σπουδαίος για την εποχή του Dr. Herbert το 1997 όρισε την φιλία ως μια σχέση που τα αλληλοεπιδρώντα μέλη συνδέονται με έναν σκοπό. Με την σειρά της η Berns (2013) όρισε τους φίλους και συνομήλικους ως άτομα με ίδια ηλικία, κοινά ενδιαφέροντα και κοινωνική θέση. Ως αποτέλεσμα αυτών των δύο φαίνεται ότι φίλοι και συνομήλικοι βρίσκονται δίπλα στον νέο για μεγάλο χρονικό διάστημα με συνακόλουθο να ασκούν σημαντική επίδραση στην συμπεριφορά αυτού. Η συγκεκριμένη θεωρία τεκμηριώνεται και μέσα από αυτή την μελέτη αφού φαίνεται μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.034$) στην συνιστώσα του Κοινωνικού Κεφαλαίου, «φίλοι και συνομήλικοι», με το 25,2% του συνόλου των φοιτητών να δηλώνει ότι επηρεάζεται άμεσα από αυτούς. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η κ. Καραβία με τους συνεργάτες της αφού το 36,9% του συνόλου, της έρευνας τους, δήλωσε ότι έρχεται σε μεγάλη επαφή αρκετά συχνά με το φιλικό τους περιβάλλον (Καραβία & συν., 2008).

Τα παλαιότερα χρόνια η γειτονιά αποτελούσε το σημείο έναρξης όλων των δραστηριοτήτων κάθε ηλικίας. Με το πέρασμα των χρόνων και καθώς η τεχνολογία αναπτύχθηκε, παρατηρείται ότι κάθε μορφή δικτύου γειτονιάς εξασθενεί. Το 2013, οι Aslud και Nilson, ανέφεραν ότι μόλις το 16,2% του ερευνητικού συνόλου είχε άμεση επαφή με τα κοινωνικά δίκτυα γειτονιάς. Το ποσοστό αυτό έρχεται σε άμεση

ταύτιση με το 7,4% της παρούσας μελέτης που παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά με το $p=0.001$. Ωστόσο, λίγα χρόνια πριν, το 2008, το ποσοστό αυτό παρουσίαζε αύξηση, καθώς το 32,1% του μελετώμενου συνόλου είχε συνεχόμενη επαφή με την κοινωνική γειτονία τους (Καραβία & συν., 2008).

Μεγάλη διαφοροποίηση συναντάται με την πάροδο των ετών και στην ασφάλεια και εμπιστοσύνη που κατέχουν οι νέοι. Σε προηγούμενη μελέτη, 48,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έχει καθημερινά το αίσθημα της εμπιστοσύνη (Καραβία & συν., 2008). Είναι προφανές ότι το ποσοστό αυτό μειώθηκε δραματικά, στο πέρασμα των χρόνων, με μόλις το 15,8% των φοιτητών της συγκεκριμένης έρευνας να δηλώνει ασφάλεια και εμπιστοσύνη με εμφανή στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.002$). Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάστηκαν σε έρευνα του 2013 με το 15,1% του εξεταζόμενου συνόλου να δηλώνει την επιθυμητή κοινωνική ασφάλεια και εμπιστοσύνη (Aslud & Nilson, 2013).

Στην τελευταία ανάλυση του Κοινωνικού Κεφαλαίου έρχεται η ανοχή στην διαφορετικότητα. Μετά από επαναλαμβανόμενα περιστατικά εκφοβισμού και ρατσισμού σε κοινωνικά σύνολα είναι βέβαιο ότι οι νέοι της χώρας δεν είναι δεκτική στη διαφορετικότητα των ανθρώπων. Με στατιστικά σημαντική διαφορά, $p<0.001$, φαίνεται ότι μόλις το 7,4% των φοιτητών ανέχεται την διαφορετικότητα στην κοινωνία του. Παρατηρείται, ωστόσο, ότι το 2008 το ποσοστό άγγιζε το 36,6%, αρκετά λυπηρό και απαισιόδοξο για τον ελλαδικό χώρο (Καραβία & συν., 2008).

Το 2009 σε έρευνα του Πολυκανδριώτη και των συνεργατών του φαίνεται ότι η κατάχρηση του καπνού και του αλκοόλ είναι ο πιο συνηθισμένος συνδυασμός ουσιών που εθίζονται οι νέοι, ανεξαρτήτως φύλου. Το ίδιο ακριβώς αποτέλεσμα προέκυψε και στην παρούσα μελέτη με το 18,8% (υψηλότερο ποσοστό) να δηλώνει

ότι κάνει χρήση του καπνού και του αλκοόλ, ταυτόχρονα. Δεν παρατηρήθηκε, βέβαια, καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φοιτητών και των φοιτητριών σε σχέση με το κάπνισμα. Ωστόσο, στον ελλαδικό χώρο πραγματοποιείται πλήθος μελετών με σκοπό την πλήρη καταγραφή των καπνιζόντων στην χώρα μας. Στις περισσότερες έρευνες δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά, όπως, σε αυτή των Αποστόλου και συν., το 2017, όπου, το ποσοστό καπνιζόντων μεταξύ των φοιτητών και των φοιτητριών κυμαινόταν στα ίδια επίπεδα. Σε ακόμα, παλαιότερη έρευνα, το 36,8% δήλωσαν ότι είναι καπνιστές (Διομήδους & συν., 2007). Θετικό είναι το γεγονός ότι με τα χρόνια έχει παρατηρηθεί μείωση του ποσοστού αυτού στο 21,4% (Καραβία & συν., 2008) και 29,9% στην παρούσα μελέτη.

Εκτός συνόρων, το 2013, οι Aslud και Nilson απέδειξαν ότι υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στους φοιτητές και στις φοιτήτριες αλλά και ανάλογα με το έτος σπουδών, σε αντίστοιχη μελέτη σε πανεπιστήμιο του εξωτερικού. Πιο συγκεκριμένα, καπνιστές στα πρώτα έτη σπουδών δήλωσαν το 2,1% των φοιτητών και το 3,1% των φοιτητριών, ένα ποσοστό που σχεδόν τριπλασιάζεται στα τελευταία χρόνια φοίτησης, σε 8,0% και 9,6%, αντίστοιχα. Ωστόσο, στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών ετών φοίτησης ή του διαφορετικού φύλλου. Ακόμα, ελπιδοφόρο είναι το γεγονός ότι σε παλαιότερες έρευνες το 88,2% (Διομήδους & συν., 2007) και το 22,6% (με το 53,2% να μην απαντά) (Καραβία & συν., 2008) δήλωσε επιθυμία για διακοπή καπνίσματος.

Αρκετά χρήσιμη είναι και η κατανάλωση αλκοόλ ως παράμετρος της μελέτης αυτής. Το 90,5% του συνόλου των φοιτητών της έρευνας, δήλωσε συχνή χρήση του οινοπνεύματος, παρουσιάζοντας στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο

φύλλων $p < 0.001$). Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει να είναι υπερβολικά υψηλό, γεγονός το οποίο δημιουργεί ανησυχία στους ερευνητές. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσίασαν το 2014 ο Κωνσταντινίδης με τους συνεργάτες του αφού το 82,7% του συνόλου δήλωσε ότι κάνει συχνή χρήση του αλκοόλ. Με την πάροδο των χρόνων φαίνεται ότι τα ποσοστά κατανάλωσης του αλκοόλ έχουν διαφοροποιηθεί αρκετά καθώς το αντίστοιχο ποσοστό το 2007 δεν ξεπερνούσε το 41,2% (Διομήδους & συν., 2007). Οι Αποστόλου και συν μελέτησαν την άμετρη κατανάλωση οινοπνεύματος και κατέγραψαν ότι το 62% των φοιτητών και το 53,3% των φοιτητριών, φτάνει στην μέθη έπειτα από την αλόγιστη χρήση αλκοόλ.

Η οικογενειακή κατάσταση δείχνει να μην επηρεάζει το σύνολο των φοιτητών στην έναρξη και συνεχιζόμενη χρήση του οινοπνεύματος (Διομήδους & συν., 2007). Τα ίδια αποτελέσματα προσφέρει και η παρούσα μελέτη δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στην ενότητα της οικογένειας. Όσον αφορά τη χρήση, ανά εξάμηνο σπουδών, παρατηρήθηκε μια σχέση στατιστικά σημαντικά, αποδεικνύοντας ότι όσο πιο μικρό είναι το εξάμηνο φοίτησης τόσο μεγαλύτερη χρήση του αλκοόλ γίνεται. Η παρατήρηση αυτή έρχεται σε αντίθεση με τα ευρωπαϊκά δεδομένα αφού μόνο το 3,7% των φοιτητών και το 8,1% των φοιτητριών κάνουν χρήση του αλκοόλ στα πρώτα εξάμηνα, ενώ, το ποσοστό αυξάνεται ραγδαία στα τελευταία έτη με το 24% των φοιτητών και το 25,9% των φοιτητριών (Aslud & Nilson, 2013).

Εξίσου σημαντική παράμετρος της μελέτης ήταν η συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την χρήση ναρκωτικών ουσιών. Σε μελέτη του 2003, σε φοιτητές, βρέθηκε ότι μόλις το 22,5% του συνόλου δήλωσε χρήστης ναρκωτικών ουσιών, ενώ, στατικά σημαντικό θεωρήθηκε ότι οι γυναίκες αποτελούσαν μόνο το 20% των

χρηστών (Κωνσταντή, 2003). Λίγα χρόνια αργότερα, το 2009, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόλις το 9,2% για τις γυναίκες και 31,1% για τους άνδρες (Πολυκανδριώτη, 2009). Στην παρούσα έρευνα, αρκετά χρόνια μετά, φαίνεται αύξηση στις γυναίκες στο 13,2%, ενώ, έχει επέλθει μείωση στους άνδρες στο 23,1%. Στο γενικό σύνολο της μελέτης το ποσοστό των χρηστών ανέρχεται στο 17,6%.

Οι Merphy και Denhardt το 2013 πραγματοποίησαν έρευνα σε ευρωπαϊκό πανεπιστήμιο και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το 36% όλου του συνόλου των φοιτητών έκανε χρήση κάποιας ναρκωτική ουσίας. Ο οργανισμός «no to 3drugs» πρόσφατα ανακοίνωσε ότι η Τσεχία κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό, 44%, στην Ευρώπη όσον αφορά στην κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών από νεαρούς σε ηλικία ανθρώπους. Σε άλλη μελέτη του 2013 προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στην χρήση παράνομων ουσιών σε φοιτητές ευρωπαϊκού πανεπιστημίου ανάλογα με το έτος φοίτησης. Φοιτητές στα πρώτα έτη σπουδών έκαναν χρήση ναρκωτικών σε ποσοστό 4,5% και οι φοιτήτριες σε ποσοστό 4,7%. Έπειτα, από λίγα χρόνια, στα τελευταία έτη, φάνηκε το ποσοστό στους φοιτητές να αγγίζει το 12,3% και στις φοιτήτριες το 8,7% (Aslud & Nilson, 2013). Στην συγκεκριμένη έρευνα δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά στην κατανάλωση αλκοόλ ανάλογα με το έτος σπουδών των φοιτητών και των φοιτητριών. Πιο συγκεκριμένα, προκύπτει ότι οι φίλοι και συνομήλικοι καθώς και η ασφάλεια και εμπιστοσύνη δημιουργεί στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την χρήση των ναρκωτικών ουσιών. Αντίθετα, στις φοιτήτριες παρατηρείται ότι μόνο η ανοχή στην διαφορετικότητα δημιουργεί σχέση σημαντική στατιστικά, ενώ, ούτε σε εκείνες παρουσιάζεται διαφορά στο έτος σπουδών.

Η πολύπλευρη και πολυδιάστατη έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου έδειξε να δημιουργεί σημαντικούς ή μη και δυνατούς ή πολύ αδύναμους συσχετισμούς με την χρήση του καπνού, του αλκοόλ και των ναρκωτικών ουσιών.

7.2 Περιορισμοί της Μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρά την σημαντικότητα που προσφέρει στην συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών έχει ορισμένους περιορισμούς που οφείλουν να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία ήταν αυτό-συμπληρωμένα συνεπώς σε ορισμένες μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένων και των συμπεριφορών υγείας, να υπάρχει η πιθανότητα ύπαρξης συστηματικού σφάλματος ανάκλησης (recall bias). Παράλληλα, είναι αναπόφευκτο το ενδεχόμενο οι φοιτητές να απαντούν σκόπιμα σωστά στις ερωτήσεις, χωρίς όμως αυτές οι απαντήσεις να αντικατοπτρίζουν τις πραγματικές τους συμπεριφορές (social desirability bias). Στο σύνολο των σχετικών μελετών συναντάται αυτός ο περιορισμός με τα αυτό-συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, καθώς είναι αναπόσπαστος.

Στην συγκεκριμένη μελέτη είχε διασφαλιστεί πλήρως η ανωνυμία των συμμετεχόντων για να αποκλειστεί, όσο το δυνατόν περισσότερο, οποιαδήποτε μεροληψία. Στην έρευνα το δείγμα δε θεωρείται αντιπροσωπευτικό του φοιτητικού πληθυσμού ολόκληρης της χώρας με αποτέλεσμα να τίθενται θέματα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Παρόλα αυτά, το σημαντικό είναι πως οι φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Κρήτης έχουν εισαχθεί μέσω Πανελλήνιων εξετάσεων και τα μόριά τους καθόρισαν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων την εισαγωγή τους. αυτό γίνεται εμφανές στο

γεγονός ότι προέρχονται από όλη την Ελλάδα αλλά και όλα τα κοινωνικά και οικονομικά επίπεδα, στο ότι έμεναν τόσο σε αστικές όσο και σε αγροτικές περιοχές και στο ότι η αναλογία αγοριών-κοριτσιών είναι αντιπροσωπευτική του συνόλου της χώρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ: Συμπεράσματα – Προτάσεις

Τα τελευταία χρόνια πλήθος ερευνητών σπεύδει να μελετήσει την επιρροή που ασκεί το κοινωνικό κεφάλαιο στην υγεία των ανθρώπων, και αντίστροφα. Η Δημόσια Υγεία έχει βασικό ρόλο, καθώς, με οργανωμένες δραστηριότητες στοχεύει στην πρόληψη των νοσημάτων στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής σύμφωνα με το Ν.3370/2005 άρθρο 1 που αφορά τη Δημόσια Υγεία. Το μεγαλύτερο βήμα στην Δημόσια Υγεία στην χώρα μας έγινε το 2008, με την λήψη μέτρων πρόληψης, αλλάζοντας την νομοθεσία αλλά και άλλους παράγοντες προκειμένου να εξασφαλιστεί το μέγιστο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Έγινε προσπάθεια περιορισμού των παραγόντων κινδύνου και έτσι, δημιουργήθηκε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.

8.1 Εξαρτησιογόνες Ουσίες

Ο πιο μεγάλος παράγοντας κινδύνου για πληθώρα ασθενειών και νοσημάτων είναι το κάπνισμα. Παρόλα αυτά τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση της χρήσης του αλκοόλ και των ναρκωτικών ουσιών από μικρά έτη σπουδών ή, ακόμα, και σε εφήβους. Κάθε πρόγραμμα πρόληψης είναι πιο ελπιδοφόρο αν ξεκινάει σε μικρές ηλικίες και ειδικότερα στους έφηβους. Η στρατηγική που προτείνεται είναι η ολοκληρωμένη δέσμη μέτρων πρόληψης με απώτερο στόχο να εμποδίσουν την έναρξη της χρήσης και κατάχρησης μιας ουσίας στους νέους και να αυξήσουν το ποσοστό διακοπής και αντιμετώπισης αυτών.

Η δημιουργία ενός οικογενειακού συστήματος το οποίο θα επιδιώκει συνεχώς να αναπτύξει στους νέους αυτονομία και προσωπική ταυτότητα είναι ένα βασικό πρόγραμμα πρόληψης. Ο πρωταρχικός σκοπός του ζωντανού αυτού συστήματος είναι η ικανότητα που θα αποκτήσουν οι νέοι να επιλέγουν το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον τους. Έτσι, η κοινωνία με την σειρά της είναι αναγκαίο να δημιουργήσει πλαίσια και φορείς που θα ενισχύσουν τις γνώσεις των γονέων, θα τους ενημερώνει για τα μέτρα πρόληψης, θα προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη μεταξύ των νέων και των γονέων και τέλος, θα τους παρέχει συνεχιζόμενη στήριξη.

Αναμφισβήτητα οι νέοι περνούν το μεγαλύτερο χρόνο τους στους σχολικούς χώρους, γι' αυτό λύση αποτελεί η δημιουργία διαθεματικών προγραμμάτων που θα έχουν ως στόχο την αγωγή και προαγωγή της υγείας. Στα πλαίσια της εκμάθησης, μέσα στο σχολείο, αναγκαίο κρίνεται η εισαγωγή μαθημάτων που θα ενημερώνουν πλήρως τους νέους για κάθε πρόβλημα που δημιουργείται από την έναρξη του καπνίσματος, από την συνεχιζόμενη χρήση του αλκοόλ και από την είσοδο στον κόσμο των ναρκωτικών.

Λύση θα δώσει η παρότρυνση για ενασχόληση με τα κοινά. Όταν το άτομο γίνεται δημιουργικό, εξελίσσεται και δεν μένει πνευματικά στάσιμο, φαίνεται να μην έχει την τάση να οδηγηθεί σε χρήση οποιαδήποτε ουσίας. Προγράμματα εθελοντισμού υπάρχουν σχεδόν σε κάθε δήμο και σε κάθε κοινότητα, άρα, θεωρείται εύκολη η πρόσβαση νεαρών μελών της κοινωνίας σε αυτά. Τέλος, κάθε έφηβος ή νέος που ασχολείται με τον αθλητισμό δημιουργεί έναν στόχο στην ζωή του ο οποίος τον εμποδίζει να εισάγει μια εξάρτησης σε αυτήν.

Ολοκληρώνοντας, αρκετές είναι οι φορές που οι νέοι έχουν την ανάγκη να μιλήσουν σε έναν ειδικό αλλά για διάφορους λόγους δεν επισκέπτονται κάποιον. Η τοποθέτηση ψυχολόγων ή σχολικών νοσηλευτών σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση θα βοηθήσει τους νέους να κάνουν την απαιτούμενη επίσκεψη. Με αυτόν τον τρόπο, οι σχολικοί νοσηλευτές θα έχουν την δυνατότητα να ενημερώνουν συστηματικότερα και πιο σωστά για επιβλαβείς ουσίες καθώς και για την αντιμετώπιση επικίνδυνων καταστάσεων.

Βιβλιογραφία

- Αποστόλου Η., Μανωλά Σ., Ραντιάνοβα Α., (2017), «Συσχέτιση της διαμονής κατά τη φοιτητική ζωή με συμπεριφορές διακινδύνευσης για την υγεία», Πτυχιακή Εργασία.
- Βλαχιώτη Ε., Μάτζιου Β., (2015), «Οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στην υγεία των παιδιών», Νοσηλευτική, 54(2): 131-138.
- Γρίβας Κ., (2006), «Ο Αποδιοπομπαίος Τράγος», Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης.
- Δαρδαβέσης Θ., (1991), «Ιατροκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διασπορά λοίμωξης από HIV στους τοξικομανείς», Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη: Α.Π.Θ.
- Δαρδαβέσης Θ., (1993), «Ηλικίες Έναρξης Χρήσης, Συχνότητα και Είδη Χρησιμοποιούμενων Τοξικομανιογόνων Ουσιών», ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ, 1(1):112-120.
- Διομήδους Μ., Γαλάνης Π., Μπάκουλα Χ., Πιστόλης Ι., Ζήκος Δ., Φρίγγας Α., Λιάσκος Ι., (2007), «Αξιολόγηση των στάσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στο κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ», ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 46(4):523–528.
- Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, (1993), «Οδηγός Υγιεινής: Ο Ενήλικας και το περιβάλλον», Αθήνα: Εκδόσεις Δομική.
- Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, (1993) «Οδηγός Υγιεινής: Νευρικό Σύστημα, Ψυχιατρική, Ψυχανάλυση», Αθήνα: Εκδόσεις Δομική.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία, (2003), «Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα 2002», Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ,.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, (2008-2012), «Η Χρήση των Ναρκωτικών στην Ελλάδα».
- Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων, (2014), «Εθνικό Συνταγολόγιο. In: Επιτροπή Εθνικού Συνταγολογίου», Αθήνα: Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας. (2011), «Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οιοπνευματωδών στην Ελλάδα», Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ.

- Ερμείδου - Pollet Σ., (1998), «Ευρωπαϊκό Φόρουμ για την οικογένεια: παιδιά και εξαρτησιογόνες ουσίες-ευθύνες της οικογένειας και της κοινωνικής πραγματικότητας», Αθήνα: Εκδόσεις Νέα Σύνορα – Λιβάνη.
- Ζαφειρίδης Φ., (2009), «Εξαρτήσεις και Κοινωνία, Θεραπευτικές Κοινότητες, Ομάδες Αυτοβοήθειας», Τόμος 1^{ος}, Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.
- Καμβύσης Ν. Δ., (1988), «Το πρόβλημα και η καταπολέμηση των ναρκωτικών», Σύλλογος προς διάδοσιν ωφέλιμων βιβλίων.
- Καραβία Π., Κλεάνθους Π., Σάββα Ν., (2008), «Ο ρόλος του κοινωνικού κεφαλαίου στη σχέση του εφήβου με το κάπνισμα», Πτυχιακή Εργασία.
- Κόνγκερ Τ., (1981), «Η εφηβική ηλικία, μία καταπιεσμένη γενιά», Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογίος.
- Κουράκος Μ., Καυκιά Θ., Φραδέλος Ε., (2016), «Εξάρτηση από τη νικοτίνη και στρατηγικές διακοπής καπνίσματος», Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 9(1): 8-16.
- Κουτίνου Ε., Πατενταλάκης Μ., Δημητριάδου Μ., Παππά Α., Ευαγγέλου Ε., Κουτελέκος Ι., Χατζόγλου Χ., (2014), «Εξάρτηση από το κάπνισμα και μέθοδοι αντιμετώπισης», Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 1(1): 35-46.
- Κριτσωτάκης Γ., (2015), «Συμπεριφορικοί Παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Προκλήσεις και προτάσεις για τους νοσηλευτές», Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 8(3): 3-5.
- Κριτσωτάκης Γ., Αντωνιάδου Ε., Κούτρα Κ, Κούτης Α., Φιλαλήθης Τ. (2010). Γνωσιακή στάθμιση της Κλίμακας για την Ποσοτική Εκτίμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου στην Ελλάδα. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 49(3): 274–285. (www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=234)
- Κριτσωτάκης Γ., Μαϊόβης Π., Κούτης Α., Φιλαλήθης Α.Ε. (2009), «Ατομική και οικολογική επίδραση κοινωνικών παραγόντων στους δείκτες υγείας. Η περίπτωση του κοινωνικού κεφαλαίου», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 26(4):523-535.
- Κωνσταντή Σ., Σάκουλα Δ., (2003), «Οι Αντιλήψεις και Στάσεις των Σπουδαστών του ΤΕΙ Κρήτης», Πτυχιακή Εργασία.

- Κωνσταντινίδης Θ., Σκανδαλάκη Ν., Τζαγκαράκη Ε., Κλεισιάρης Χ., Κριτσωτάκης Γ., (2014), «Κάπνισμα και Κατανάλωση Οιοπνεύματος σε Προπτυχιακούς Φοιτητές Νοσηλευτικής», ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 53 (1): 65-74.
- Λιάππας Ι. Α. & Πομίни Β., 2004, «Ουσιοεξάρτηση - Σύγχρονα Θέματα», Αθήνα: Εκδόσεις ΙΤΑΑ.
- Λιάππας Ι. Α., (1991), «Ναρκωτικά, Εθιστικές ουσίες – κλινικά προβλήματα – αντιμετώπιση», Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Λιάππας Ι. Α., (1992), «Ναρκωτικά - Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση», Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Λιάππας Ι. Α., (2011), «Ναρκωτικά», 6η Έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Μάτζιου-Μεγαπάνου Β., (2009), «Παθητικό κάπνισμα των παιδιών: Πόσο απαραίτητη είναι η ενεργός δράση», Νοσηλευτική, 48:245–247.
- Μεμόλι Σ., (2009), «Το πρόβλημα των ναρκωτικών και η αντιμετώπιση του: Ο ρόλος των θεραπευτικών κοινοτήτων στην απεξάρτηση», Μεταπτυχιακή εργασία.
- Μπαρμπαγιάννη Ε, Ζυγά Σ. (2011) Η εφηβική σεξουαλικότητα στο προσκήνιο. Μελέτη και προβλεψιμότητα της χρήσης προφυλακτικού μέσω της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10:239–259.
- Ντολτό Φ., Τόλιτς Κ., (2007), «Έφηβοι, προβλήματα και ανησυχίες», 13η έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Παπαγεωργίου Ε. Γ., (1990), «Εξαρτήσεις στη Ζωή μας», 2η Έκδοση, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Παπαγιαννοπούλου Κ., (1989), «Η Θεραπευτική Αντιμετώπιση της Εξάρτησης από Ναρκωτικές Ουσίες», ΙΑΤΡΙΚΗ, 55(1):57-63.
- Παπαδάτος Γ., (2010), «Ναρκωτικά και Εφηβεία», Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Παπακωνσταντής Γ., (2006), «Στοιχεία εγκληματολογίας και εγκληματικής πολιτικής», Αθήνα – Κομοτηνή, Εκδόσεις Α. Ν. Σάκκουλα.
- Περδικάρης Π., Μάτζιου Β., (2015), «Άτομα νεαρής ηλικίας και κάπνισμα – Μέρος 1 Αιτίες έναρξης, επιδημιολογία και επιπτώσεις στην υγεία παιδιών και εφήβων», Νοσηλευτική, 54(2): 93-98.
- Πολυκανδριώτη Μ., Ευαγγέλου Ε., Βασιλείου Δ., Αραγιάννης Δ., Καρυώτη Π., Γυμνοπούλου Ε., και συν. (2009) «Κατάχρηση ουσιών από φοιτητικό πληθυσμό», Νοσηλευτική, 48: 403-411.

- Πουλόπουλος Χ., (2011), «Κοινωνική Εργασία και Εξαρτήσεις: Οι Κοινότητες της Αλλαγής», Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Σκεντέρη Ν, (1988), «Τα ναρκωτικά στην παιδική και εφηβική ηλικία. Στο: University Studio Press», Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πρακτικά.
- Σταυριανόπουλος Θ, Γκουρβέλου Ο, Παπαδημητρίου Μ., (2011), «Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων στα παιδιά», Νοσηλευτική, 50:384–389.
- Τάκης Ν., (2008), «Πρόληψη: Η καλύτερη 'θεραπεία' στην ασθένεια των ναρκωτικών» Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.iatronet.gr> .
- Τσιμπούκης Κ., (1991), «Έφηβοι, αλκοόλ και ναρκωτικά. Τι μπορούν να κάνουν οι γονείς», Αθήνα: Εκδόσεις Έρευνα.
- Τσουμάκας Κ, Τριανταφυλλίδου Α., (2004), «Κάπνισμα: οι επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών. Μέτρα πρόληψης» Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 51:359 367.
- Χάιδου Α., (2016), «Ναρκωτικά», Νομική Βιβλιοθήκη.
- Abroms L., Boal A., Simmens S., Mendel J., Windsor R., (2014), «A randomized trial of Text2Quit: a text messaging program for smoking cessation», American Journal of Preventive Medicine, 47: 242-250.
- Adam F., Roncevic B., (2003), «Social Capital: Recent Debates and Research Trends», Social Science Information, 42:155-183.
- Aldridge S., Halpern D., Fitzpatrick S., (2002), «Social Capital: A Discussion Paper» London: Performance and Innovation Unit.
- Alexopoulos E.C., Jelastopulu E., Aronis K., Dougenis D., (2010), «Cigarette smoking among university students in Greece: a comparison between medical and other students», Environmental Health and Preventive Medicine, 15:115-120.
- American Psychiatric Association, (2007), «Treatment of patients with substance use disorders, second edition», American Journal of Psychiatry, 164: 5-123.
- American Society of Addiction Medicine, (2018), «The Definition of Alcoholism», Minesota: ASAM.
- Arab K, Steghens JP., (2004), «Serum lipid hydro peroxides measurement by an automated xylenol orange method», Analytical Biochemistry, 325:158-163.
- Arnao G.,(1995), Το Δίλημμα Ηρωίνη, Αθήνα: Εκδόσεις Βαβέλ Σέλας.

- Asbjørg S. C., (2000), «Amphetamine designer drugs – an overview and epidemiology author links open overlay», *Toxicology Letters*, 112-113:127-131.
- Aslud C., Nilson W. K., (2013), «Social capital in relation to alcohol consumption, smoking, and illicit drug use among adolescents: a cross-sectional study in Sweden», *International Journal of Equity Health*, 12:33.
- Becker CE, (2013), «The Clinical Pharmacology of Alcohol», *California Medicine*, 113(3):37–45.
- Berns, R. (2013). *Child, family, school, community: Socialization and support*. USA: Wadsworth.
- Boix C, Posner D., (1998) «Social Capital: Explaining its Origins and Effects on Government Performance» *British Journal of Political Science*, 28:686-694.
- Borrelli B., Bartlett YK., Tooley E., Armitage C. & Wearden A., (2015), «Prevalence and frequency of mHealth and eHealth use among US and UK smokers and differences by motivation to quit», *Journal of Medical Internet Research*, 17: e164.
- Bourdieu P., (1986), «The forms of capital», *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, 241-258.
- Brust J., (2010), «Ethanol and Cognition: Indirect Effects, Neurotoxicity and Neuroprotection: A Review», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1540–1557.
- Cancer Research UK, (2018), «How alcohol causes cancer», United Kingdom.
- Celermajer D, Adams M, Clarkson P, Robinson J, McCredie R, Donald A, Deanfield J., (1996), «Passive smoking and impaired endothelium-dependent arterial dilation in healthy young adults», *The New England Journal of Medicine*.
- Chrzan J., (2013), «Alcohol: Social Drinking in Cultural Context», Routledge.
- Chuang YC., Chuang KY., (2008), «Gender differences in relationships between social capital and individual smoking and drinking behavior in Taiwan», *Social Science of Medical*, 67(31):21–1330.
- Cobb N., Jacobs M., Saul J., Wileyto E., Graham A., (2014), «Diffusion of an evidence-based smoking cessation intervention through Facebook: a randomized controlled trial study protocol», *British Medical Journal Open*, 4: e004089.

- Coleman J., (1988), «Social capital in the creation of human capital», *American Journal of Sociology*, 94:95-120.
- Collins D., Lapsley H., (2008), «The avoidable costs of alcohol abuse in Australia and the potential benefits of effective policies to reduce the social costs of alcohol», Australia Government.
- Connery H.S., Kleber H.D., (2007), «Guideline Watch (April 2007): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders» 2nd Edition, *Focus Psychiatry Online*, 5:1-4.
- Crawford V., (2001), «Co-existing problems of mental health and substance misuse ('Dual Diagnosis'): A review of relevant literature», London: RCP College Research Unit.
- Dale C.E., Livingston M., (2010), «The burden of alcohol drinking on co-workers in the Australian workplace», *Medicine Journal*, 193(3):138-140.
- Das S., Tonelli M., Ziedonis D., (2016), «Update on smoking cessation: E-cigarettes, emerging tobacco products trends and new technology-based interventions», *Current Psychiatry Reports*, 18: 51-66.
- Des Jarlais D., (1968), «Heroin influx update New York: New York State Division of Substance in the USA» *J Health Soc Behavior*, 9:120-189.
- Des Jarlais D., Uppa G., (1980), «Heroin activity in New York City, 1970-1979» *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 7:335-346.
- Dolfsma W., Dannreuther C., (2003), «Subjects and boundaries: Contesting social capital-based policies», *Journal of Economic*, 37:405-413.
- Eriksen M., Mackay J., Ross H., (2012), «The tobacco atlas, Atlanta, Georgia», The American Cancer Society.
- Esman J. M., Uphoff N., (1984), «Local Organizations: Intermediaries in Rural Development», Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Felkins P., (2002), «Linked communities and social capital», New Jersey: Hampton Press Inc.
- Flouris AD, Metsios GS, Carrillo AE, Jamurtas AZ, Koutedakis Y, Tzatzarakis M., (2005), «Effects of passive smoking on resting and exercising humans», *Cancer Journal Applied Physiology*, 30:28.

- Furr - Holden CD., Lee MH., Johnson RM., Lee KS., Ialongo NS, (2011), «The growth of neighborhood disorder and marijuana use among urban adolescents: a case for policy and environmental interventions», *Journal Studies of Alcohol and Drugs*, 72(3):371–379.
- Gau SS, Chong MY, Yang P, Yen CF, Liang KY, Cheng AT., (2007), «Psychiatric and psychosocial predictors of substance use disorders among adolescents: Longitudinal study», *British Journal of Psychiatry*, 190:42–48.
- Giordano G.N., Lindstrom M., (2011), «The impact of social capital on changes in smoking behavior: a longitudinal cohort study», *European Journal of Public Health*, 21(3):347-354.
- Glantz SA, Parmley W., (1996), «Passive and active smoking. A problem for adults», *Circulation*, 94:596–598.
- Gmel G., Rehm J., (2003), «Harmful alcohol use. Alcohol Research Health», *National Institute on Alcohol and Alcoholism*, 27(1)52-62.
- Gossop M., Grant. M. (1994). «Κατάχρηση Ουσιών- Πρόληψη και Έλεγχος», Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΕΠΕ.
- Granfield R., Cloud W., (2001), «Social context and natural recovery: the role of social capital in the resolution of drug-associated problems *Subst*», *Use Misuse*, 36:1543-1570.
- Grootaert C., Bastelaer V., (2002), «Introduction and Overview», Melbourne: Cambridge University Press.
- Gruenewald P., Johnson F., (2010), «Drinking, Driving, and Crashing: A Traffic-Flow Model of Alcohol-Related Motor Vehicle Accidents», *Journal Studies of Alcohol and Drugs*, 71(2):237–248.
- Hassan Y., (2014), «Alcohol and the Distillation of Wine in Arabic Sources», *History of Science and Technology in Islam*.
- Herbert, M. (1997), «Ψυχολογική Φροντίδα του Παιδιού και της Οικογένειάς του» Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Hirayama T., (2000), «Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: A study from Japan, 1981», *Bull World Health Organ*, 78:940–942.

- Hofhuis W, De Jongste JC, Merkus PJ., (2003), «Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children» *Archives Disease Child*, 88:1086-1090.
- Huang H.T., (2000), «Science and Civilisation in China», *Fermentations and Food Science*, 5:233.
- Hutchinson S, Ibarra M, Chou T, Sievers R, Chatterjee K, Glantz S, Deedwania P, Parmley W., (1996), «L-arginine restores normal endothelium: medicated relaxation in hypercholesterolemic rabbits exposed to environmental tobacco smoke», *Journal of the American College of Cardiology*, 27:39A.
- Iontchev A., (1998), «Central and Eastern Europe. In Grant, M. *Alcohol And Emerging Markets: Patterns, Problems, And Responses*» Taylor & Francis, :177–202.
- Karlsson T., (2001), «Changes in living conditions and their links to alcohol consumption and drinking patterns in 16 European countries, 1950 to 2000», *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*.
- Kawachi I., Subramanian SV., Kim D., (2008), «Social capital and health: a decade of progress and beyond», New York: Springer.
- Khurshid F., Ansari U., (2012), «Causes of smoking habit among the teenagers», *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3:848-855.
- Kokkevi A., Fotiou A., Kanavou E., Stavrou M., Richardson C., (2016), «Smoking, alcohol, and drug use among adolescents in Greece – 2015 update and secular trends 1984–2015», *Archives of Hellenic Medicine*, 33(2): 249-257.
- Kolsgaard M.L., Joner G., Brunborg C., Anderssen S.A., Tonstad S., Andersen L.F. (2011), «Reduction in BMI z-score and improvement in cardiometabolic risk factors in obese children and adolescents. The Oslo Adiposity Intervention Study - a hospital/public health nurse combined treatment», *BMC Pediatrics*, 27: 11:47.
- Koutra K, Kritsotakis G, Linardakis M, Ratsika N, Kokkevi A, Philalithis T., (2017),«Social Capital, Perceived Economic Affluence and Smoking During Adolescence: A Cross-Sectional Study» *Substance Use & Misuse* 52(2):240-250
- Koutra K., Kritsotakis G., Orfanos Ph., Ratsika N., Kokkevi A., Philalithis A., (2014), «Social capital and regular alcohol use and binge drinking in adolescence: A

- cross-sectional study in Greece», *Drugs: education, prevention and policy*, 21(4):299-309.
- Krebs P., Burkhalter J., Snow B., Fiske J. & Ostroff J., (2013), «Development and alpha testing of Quit IT: an interactive video game to enhance skills for coping with smoking urges», *JMIR Research Protocols*, 2: e35-42.
- Kritsotakis G, Gamarnikow E., (2004), «What is social capital and how does it relate to health?» *International Journal of Nursing Studies*, 41:43–50.
- Kritsotakis G, Koutis A, Alegakis A, Philalithis A., (2008),«Development of the social capital questionnaire in Greece», *Research in Nursing & Health* 31, 217-225.
- Kritsotakis G., Psarrou M., Vassilaki M., Androulaki Z. & Philalithis A.E. (2016),«Gender differences in the prevalence and clustering of multiple health risk behaviours in young adults», *Journal of Advanced Nursing* 72(9):2098–2113. doi: 10.1111/jan.12981
- Kritsotakis G, Papanikolaou M, Androulakis E, Philalithis AE., (2017),«Associations of bullying and cyberbullying with substance use and sexual risk-taking in young adults», *Journal of Nursing Scholarship* 49(4):360-370. doi: 10.1111/jnu.12299
- Kritsotakis G, Konstantinidis T, Androulaki Z, Rizou E, Asprogeraka E-M, Pitsouni V. (2018),«The relationship between smoking and convivial, intimate and negative coping alcohol consumption in young adults», *Journal of Clinical Nursing* 27(13-14):2710-2718. doi: 10.1111/jocn.13889.
- Lazega E., Pattison Ph., (2001), «Social capital as social mechanisms and collective assets: The example of status auctions among colleagues», New York: Aldine de Gruyter.
- Lindstrom M., Giordano G. N., (2016), «Changes in Social Capital and Cigarette Smoking Behavior over Time: A Population-Based Panel Study of Temporal Relationships», *Nicotine and Tobacco Research*, 18(11):2106-2114.

- Lundborg P. (2005), «Social capital and substance use among Swedish adolescents - an explorative study» *Social Science and Medicine*, 61:1151–1158.
- Macdonald MI, (1987), «Patterns of alcohol and drug use among adolescents» *The Pediatric Clinics of North America "Chemical Dependency"*, 34:268-288.
- Mathers B., Degenhard L., Phillips B., Wiessing L., Hickman M., Strathdee S., Wodak A., Panda S., Tyndall M., Toufik A., Mattick R., (2008), «Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review», *Injecting Drug Users Reference Group*, 372(9651):1733-1745.
- Mayet A., Legleye S., Chau N., Falissard B., (2011), «Transitions between tobacco and cannabis use among adolescents: A multi-state modeling of progression from onset to daily use.», *Addictive Behaviors*, 36:1101-1105.
- Mental Health Foundation, (2006), «Cheers? Understanding the relationship between alcohol and mental health», London: MHF.
- Miller JD, (1983), «National Survey on Drug Abuse: main findings. Rockville», Maryland: National Institute of Drug Abuse.
- Moore S., Kawachi I., (2017), «Twenty years of social capital and health research: a glossary», *Journal of Epidemiology Community Health*, 71(5):513-517.
- Morgan A, Haglund BJA., (2009), «Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study», *Health Promotion International*, 24(4):363–372.
- Murphy G. J., Dennhardt A. A., (2013), «Prevention and treatment of college student drug use: A review of the literature», *Addictive Behaviors*, 38(10):2607-2618.
- National Highway Traffic Safety Administration, (2014), «Traffic Safety Facts», Washington: NHTSA.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (2018), «Alcohol's Effects on the Body», USA: NIAAA.
- New York: Routledge.
- OECD, (2001), «The Well-Being of Nations: The Role of Human and Social Capital», Paris: OECD.

- Office for National Statistics, (2018), «Adult drinking habits in Great Britain», United Kingdom: ONS.
- Panagiotakos D., Pitsavos C., Manios Y., Polychronopoulos E., Chrysohoou C., Stefanadis C., (2005), «European Journal of Cardiovascular Prevention Rehabilitation», 12(1):68-74.
- Pawar M., (2006), «“Social” “capital”?», The Social Science Journal, 43:211–226.
- Pechmann C., Pan L., Delucchi K., Lakon C. & Prochaska J., (2015), «Development of a Twitter based intervention for smoking cessation that encourages high quality social media interactions via auto e messages», Journal of Medical Internet Research, 17: e50.
- Perkins KA., (2001), «Smoking cessation in women. Special considerations», CNS Drugs, 15: 391-411.
- Petrou S., Kupek E., (2008), «Social capital and its relationship with measures of health status: Evidence from the health survey for England 2003», Health Economy, 17:127–143.
- Pitsiou G., Argyropoulou-Pataka P., (2007),«Woman and smoking», Pneumon, 20(1).
- Pranse G., Nesbitt M. (eds.) (2005). «The cultural history of plants»
- Putnam R., (1993), «The prosperous community. Social capital and public life», The American Prospect, 4(13):35-42.
- Putnam R., (2002), «Bowling together», The American Prospect, 13(3).
- Reynoso-Vallejo H., (2011), «Social capital influence in illicit drug use among racial/ethnic groups in the United States», Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 10:91–111.
- Rice V.H., Hartmann-Boyce J., Stead L.F., (2013), «Nursing interventions for smoking cessation», Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8 No: CD001188.
- Rock M., (2001), «Η Αλήθεια για τα Ναρκωτικά», Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.
- Room R., (2002), «Alcohol and Developing Societies: A Public Health Approach» Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies & Geneva: World Health Organization.
- Rosovsky H., «Validity of self-reported alcohol consumption in the emergency room: Data from the United States, Mexico and Spain», Journal of studies on alcohol,53:203-207.

- Saluja BS, Grover S, Irpati AS, Mattoo SK, Basu D., (2007), «Drug dependence in adolescents 1978–2003: A clinical-based observation from North India», *Indian J Pediatr*, 74:455–458.
- Saxena D., Kannan B. K., Brandriss C. M., (2003), «Rapamycin treatment results in GATA factor-independent hyperphosphorylation of the proline utilization pathway activator in *Saccharomyces cerevisiae*», *Eukaryote Cell*, 2(3):552-9.
- Schuller T., Baron S., Field J., (2000), «Social capital: a review and critique», Oxford: Oxford University Press, 2(4).
- Siahpush M., Borland R., Taylor J., Singh K. G., Ansari Z., Serraglio A., (2006), «The association of smoking with perception of income inequality, relative material well-being, and social capital», *Social Science and Medicine*, 63(11):2801–2812.
- Sirianni C., Friedland L., (2001), «Civic Innovation in America: Community Empowerment, Public Policy, and the Movement for Civic Renewal» University of California Press, Berkeley and Los Angeles, CA.
- Smith S. S., Kulynych J., (2002), «It may be social, but why is it capital? The social construction of social capital and the politics of language», *Politics & Society*, 30:149-186.
- Smith S. S., Maziak W., Ward K., Eissenberg T., (2008), «Waterpipe tobacco smoking: Knowledge, attitudes, beliefs, and behavior in two US samples», *Nicotine Tobacco Research*, 10:393–398.
- Susan Sered, (2017), «Substance Abuse and Social Capital», *Can't Catch a Break. The Impact of Culture on Economic Development: Theory, Hypotheses, and Some Empirical Tests*, (1994), University of Michigan.
- The Joanna Briggs Institute, (2009), «Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults» Best Practice: evidence based information sheets for health professionals, 13(5): 1-4.
- Tuesca R., Borda M., (2003), «Marital violence in Barranquilla (Colombia): prevalence and risk factors», *Gaceta Sanitaria*, 17(4):302-8.
- United Nations Office on Drugs and Crime, (2018), «World Drug Report», Vienna: U.N.O.D.C.

- US Occupational Safety and Health Administration, (1994), «Indoor Air Quality (Proposed Rule)», *Federal Register*, 59:15968-16039.
- Villalonga E., Kawachi I., (2017), «The dark side of social capital: A systematic review of the negative health effects of social capital», *Social Science and Medicine*, 194:105-127.
- Watson G., Papamarcos S., (2002), «Social capital and organizational commitment», *Journal of Business and Psychology*, 16:537-552.
- Weitzman ER., Chen YY., (2005), «Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and secondhand effects: national survey findings», *Journal of Epidemiology Community Health*, 59(4):303–309
- Woolcock M., Narayan D., (2000), «Social capital: Implications for development theory, research, and policy», *The World Bank Research Observer*, 15:225-249.
- World Health Organization, WHO, (2002), «The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life», Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, WHO, (2006), «Framework Convention on Tobacco Control» Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, WHO, (2008), «Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package», Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, WHO, (2012), «World health statistics», Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, WHO, (2015), «Study Group on Tobacco Product Regulation (Tob Reg), Advisory note: waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators», Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, WHO, (2018), «Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization», Geneva: World Health Organization.
- Zeng E., Vilardaga R., Heffner J., Mull K., Bricker J., (2015), «Predictors of utilisation of a novel smoking cessation smart phone app» *Telemedicine and e-Health*, 21: 998-1004.

Ziersch AM., Baum FE., Macdougall C., Putland C., (2005), «Neighbourhood life and social capital: the implications for health», Social Science and Medicine. 60:71–86.

Zoorob M. J., Salemi J., (2017), «Bowling alone, dying together: The role of social capital in mitigating the drug overdose epidemic in the United States», Drug and Alcohol, 173:1-9.

Ηλεκτρονική Βιβλιογραφία

www.agelioforos.gr

www.emcdda.europa.eu

www.europarl.europa.eu

www.drugabuse.gov

www.iard.org/

www.nice.org

www.niaaa.nih.gov

www.notodrugs.gr

www.samhsa.gov