



## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ.**

Η πτυχιακή εργασία έχει θέμα «Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου και ο ρόλος του κοινωνικού κεφαλαίου». Στα πλαίσια του θεωρητικού μέρους της εργασίας, αναφέρονται οι όροι: υγεία, συμπεριφορές υγείας, χρήση, ψυχότροπες ουσίες, κοινωνικό κεφάλαιο.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι: η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου, σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο των μαθητών. Οι επιμέρους στόχοι είναι τέσσερεις (4) και αφορούν: τη μελέτη των μοντέλων και θεωριών των συμπεριφορών υγείας των εφήβων, το φαινόμενο της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από τους εφήβους, τη διερεύνηση του ρόλου του κοινωνικού κεφαλαίου των εφήβων (γειτονιά, γενική κοινωνική εμπιστοσύνη, σχέσεις με συνομήλικους και ευρύτερη κοινωνία, δίκτυα, οικογένεια). Τέλος, ο σημαντικότερος στόχος σε ολόκληρη την εργασία, είναι να μελετηθεί ο βαθμός εμπλοκής της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου, με τα επίπεδα του κοινωνικού τους κεφαλαίου (υψηλά - χαμηλά).

Η έρευνα της πτυχιακής εργασίας, πραγματοποιήθηκε μέσω της ποσοτικής μεθόδου. Συνολικά, συμμετείχαν δεκαεπτά (17) σχολεία του Νομού Ηρακλείου και επτακόσιοι τρεις (703) μαθητές. Το βασικό ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν: το δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ποσοτική έρευνα ήταν, ότι τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου διαφέρουν, ως προς τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους εφήβους.

**Λέξεις – κλειδιά:** Υγεία και συμπεριφορές υγείας, χρήση, ψυχότροπες ουσίες, κοινωνικό κεφάλαιο.

## **SUMMARY.**

The graduation thesis, is entitled " Drugs use by students of First Grade Secondary Education of Heraklion and the role of the social capital." Within the theoretical part of the thesis, are referred the conditions: health, health behavior, use, drugs, social capital.

The purpose of this study is the use of drugs by students of the First Grade Secondary Education of Heraklion, which is related with the social chapter of the students. The specific objectives are four and they are relating to: the investigation of the models and the theories of health behavior of adolescents, the phenomenon of using drugs among adolescents, the exploration of the role of the social capital of teenagers (neighborhood, general social trust, relationships with peers and wider society, networks, family). Finally, the most important purpose of this project is to consider the degree of involvement of using drugs by students of First Grade Secondary Education of Heraklion, with the levels of their social capital (low-high).

The research, of the degree thesis, is carried out through the quantitative method. In total, seventeen (17) schools of Heraklion and seven hundred and three students (703) are participated in this project. The basic research tool, that is used, was : the structure questionnaire, which included closed and opened style questions.

The results, of this quantitative survey, were that the levels of the social capital are different in the use of drugs by adolescents.

**Key - Words :** health and health behavior, use, psychotropic drugs, social capital.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.**

Αρχικά, να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στην υπεύθυνη καθηγήτρια μας, κ. Κούτρα Κλειώ, για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, τη συνεχή καθοδήγηση, την αμέριστη υποστήριξη και τις ουσιώδεις συμβουλές που μας έδωσε, ώστε να φέρουμε εις πέρας την παρούσα πτυχιακή εργασία.

Στη συνέχεια, θα θέλαμε να απευθύνουμε ευχαριστίες σε όλους τους καθηγητές που είχαμε όλα τα χρόνια της μέχρι στιγμής ακαδημαϊκής μας ζωής, για τις πολύτιμες γνώσεις που μας μετέδωσαν.

Η πτυχιακή εργασία είναι αφιερωμένη στο Α. Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης που μας φιλοξένησε και που θα το σκεφτόμαστε πάντα με νοσταλγία, σε αγαπημένους συμφοιτητές-συναδέλφους και στους γονείς μας, που με τη στήριξη και την εμπιστοσύνη που μας έδειξαν όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μας, συνέβαλαν στην ολοκλήρωση του στόχου μας.

Γαλακτοπούλου Ιωάννα-Ιουλία, Τόγια Αφροδίτη

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....10

### **ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ (1<sup>ο</sup>): ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....13

1.1) ΟΡΟΣ: ΥΓΕΙΑ.....13

1.2) ΕΝΝΟΙΕΣ ΠΟΥ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΟΥΝ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....14

1.3) ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....15

1.4) ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....17

1.4.1) Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΟΓΗΣ ΔΡΑΣΗΣ (THE THEORY OF RATIONAL ACTION).....17

1.4.2) Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (THE THEORY OF PRE – DESIGNED BEHAVIOR) .....20

1.5) ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΕΦΗΒΟΥΣ.....23

2.1) ΟΡΟΙ: ΧΡΗΣΗ, ΨΥΧΟΤΡΟΠΗ ΟΥΣΙΑ.....23

2.2) ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....23

2.3) ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....27

2.4) ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.....30

2.5) ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΟ (ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ) .....32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ**.....36

3.1) ΟΡΟΙ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....36

3.2) ΜΟΡΦΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....39

3.3) ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.....43

|  |    |
|--|----|
| 3.4) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ..... | 46 |
|--|----|

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΕΦΗΒΟΥΣ (ΜΑΘΗΤΕΣ Α' ΛΥΚΕΙΟΥ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ), ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΚΑΙ ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ (Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ, Η ΠΙΕΣΗ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ, Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ) .....</b> | <b>49</b> |
|---|-----------|

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| 4.1) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ..... | 50 |
|-----------------------------------|----|

|   |    |
|---|----|
| 4.2) Η ΠΙΕΣΗ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ..... | 52 |
|---|----|

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 4.3) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ..... | 53 |
|--------------------------------|----|

### **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ (2<sup>ο</sup>): ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b> | <b>56</b> |
|---|-----------|

|  |    |
|--|----|
| 5.1) ΤΥΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ, ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ, ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΥΣΗΣ, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ – ΥΠΟΘΕΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ..... | 56 |
|--|----|

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 5.2) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 60 |
|--------------------------------|----|

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b> | <b>79</b> |
|---|-----------|

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 6.1) ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ..... | 79 |
|------------------------------|----|

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 6.2) ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ..... | 83 |
|--------------------------------|----|

|                        |    |
|------------------------|----|
| 6.3) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 84 |
|------------------------|----|

|   |    |
|---|----|
| 6.4) ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΣΚΟΠΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΩΝ ΣΤΟΧΩΝ..... | 85 |
|---|----|

|   |    |
|---|----|
| 6.5) ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 85 |
|---|----|

|                     |    |
|---------------------|----|
| 6.6) ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... | 85 |
|---------------------|----|

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b> | <b>90</b> |
|--------------------------|-----------|

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.**

|  |    |
|--|----|
| ΣΧΗΜΑ 1: ΔΡΟΜΟΙ Ή ΣΤΑΔΙΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ<br>ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....   | 29 |
| ΣΧΗΜΑ 2: ΕΠΙΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ<br>ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ..... | 30 |

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.**

|   |    |
|---|----|
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΩΝ 703 ΕΦΗΒΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ , ΗΛΙΚΙΑΣ 16 ΕΩΣ 18 ΕΤΩΝ.....  | 60 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΣΤΟΥΣ 703 ΕΦΗΒΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ.....  | 64 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ 703 ΕΦΗΒΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ, ΑΝΑ ΦΥΛΟ.....   | 67 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ, ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ 703 ΕΦΗΒΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ.....   | 70 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ 703 ΕΦΗΒΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ, ΑΝΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....   | 73 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΕΠΙΠΕΔΑ ΜΕΣΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ, ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ (ΕΚΤΟΣ ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑΣ Ή ΧΑΣΙΣ) ΑΠΟ ΤΟΥΣ 703 ΕΦΗΒΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ..... | 77 |



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.

|   |    |
|---|----|
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: ΦΥΛΟ.....  | 61 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....   | 61 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ.....  | 62 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΓΟΝΙΩΝ.....  | 62 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: ΤΥΠΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....   | 63 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ, ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ.....   | 65 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ, ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ.....  | 65 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΣΙΓΑΡΟΥ Ή ΑΛΛΗΣ ΨΥΧΟΤΡΟΠΗΣ ΟΥΣΙΑΣ, ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑ Ή ΧΑΣΙΣ, ΑΠΟ ΤΟΥΣ 703 ΕΦΗΒΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ..... | 66 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: ΧΡΗΣΗ ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑΣ Ή ΧΑΣΙΣ (ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ ΤΣΙΓΑΡΟ), ΑΝΑ ΦΥΛΟ.....   | 68 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10: ΧΡΗΣΗ ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑΣ Ή ΧΑΣΙΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ, ΑΝΑ ΦΥΛΟ.....   | 69 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: ΧΡΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΟΥΣΙΩΝ (ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑ ΦΟΡΑ), ΑΝΑ ΦΥΛΟ.....  | 69 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12: ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.....  | 71 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13: ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑ ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ, ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ Ή ΜΗ.....  | 71 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ, ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ Ή ΜΗ.....   | 72 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15: ΧΡΗΣΗ ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑΣ Ή ΧΑΣΙΣ (ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ ΤΣΙΓΑΡΟ) ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ Ή ΜΗ.....   | 74 |

|  |    |
|--|----|
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16: ΧΡΗΣΗ ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑΣ Ή ΧΑΣΙΣ ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ, ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΥΠΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ..... | 75 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17: ΧΡΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΟΥΣΙΩΝ (ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΜΙΑ ΦΟΡΑ), ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΥΠΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....    | 76 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18: ΧΡΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ, ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ.....                 | 78 |

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ.**

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους, όπως προκύπτει από επιδημιολογικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει πάρει μεγάλη έκταση στη σύγχρονη κοινωνία και είναι ένα συνεχές αυξανόμενο φαινόμενο (Miller & Plant, 1996 στη Χριστοφίλη, 2002) και (Hibbell, 1997 στη Χριστοφίλη, 2002). Αυτό το φαινόμενο δείχνει να συνεισφέρει στην εγκληματικότητα, τη σωματική υγεία, τη ψυχική υγεία και τέλος στην υιοθέτηση επικίνδυνων συμπεριφορών, ακόμη και αυτοκτονιών (Gould, et al., 1996 στη Χριστοφίλη, 2002) και (Gilvarry, Ramrakha, et al., 2000 στη Χριστοφίλη, 2002).

Επίσης το κοινωνικό κεφάλαιο τα τελευταία χρόνια έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών σε διάφορα επιστημονικά πεδία (Halpern, 2004).

Οι όροι που θα αναφερθούμε γενικότερα είναι: η χρήση ψυχότροπης ουσίας και το κοινωνικό κεφάλαιο. Επίσης θα αναφέρουμε μοντέλα και θεωρίες, σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας των εφήβων.

Ο όρος χρήση είναι: η απλή, δοκιμαστική, περιστασιακή λήψη μιας ουσίας, η οποία γίνεται είτε από περιέργεια, είτε για απόλαυση. Δε σημαίνει ότι θα οδηγήσει το άτομο στην εξάρτηση. Το άτομο κάνει χρήση μιας ουσίας, ώστε να αντιμετωπίσει τα ψυχικά και λειτουργικά του προβλήματα (Γεωργάκας, 2007).

Ο όρος ψυχότροπη ουσία είναι: μια τεχνητή ουσία, η οποία επιδρά στη ψυχή και το σώμα του ατόμου. Συνδέεται με την χαλάρωση, την υπνηλία, την καταστολή (Μαρσέλος, 1997 στον Γεωργάκα, 2007).

Ο όρος κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει πολλές και διαφορετικές έννοιες, οι οποίες κάποιες φορές είναι αντικρουόμενες μεταξύ τους. Εμείς θα αναφερθούμε στην επίδραση που έχει το κοινωνικό κεφάλαιο στον τομέα της υγείας των ατόμων, στον οποίο υπάγεται η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Στο κοινωνικό κεφάλαιο υπάγεται (γειτονιά, γενική κοινωνική εμπιστοσύνη, σχέσεις με συνομήλικους + ευρύτερη κοινωνία, δίκτυα, οικογένεια) (Κριτσωτάκης, Μαϊόβης, Κούτης, 2009).

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι: η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου, σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο των μαθητών.

Οι επιμέρους στόχοι είναι τέσσερεις (4) και αφορούν: τη μελέτη των μοντέλων και θεωριών των συμπεριφορών υγείας των εφήβων, το φαινόμενο της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από τους εφήβους, τη διερεύνηση του ρόλου του κοινωνικού κεφαλαίου των εφήβων

(γειτονιά, γενική κοινωνική εμπιστοσύνη, σχέσεις με συνομήλικους και ευρύτερη κοινωνία, δίκτυα, οικογένεια). Τέλος, ο σημαντικότερος στόχος σε ολόκληρη την εργασία, είναι να μελετηθεί ο βαθμός εμπλοκής της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου, με τα επίπεδα του κοινωνικού τους κεφαλαίου (υψηλά - χαμηλά).

Η έρευνα μας θα πραγματοποιηθεί με την χρήση της ποσοτικής μεθόδου. Το βασικό ερευνητικό εργαλείο που θα χρησιμοποιήσουμε είναι: το δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο θα περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, το κοινωνικό κεφάλαιο (γειτονιά, γενική κοινωνική εμπιστοσύνη, σχέσεις με συνομήλικους και ευρύτερη κοινωνία, δίκτυα, οικογένεια), τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και την υγεία.

Η πτυχιακή εργασία δομείται σε δυο (2) μέρη: το πρώτο μέρος περιλαμβάνει το θεωρητικό υπόβαθρο και το δεύτερο, το ερευνητικό υπόβαθρο. Στο πρώτο μέρος αναλύονται τέσσερα (4) κεφάλαια.

Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται: στους νέους και στις συμπεριφορές υγείας, στα μοντέλα και στις θεωρίες των συμπεριφορών (ορισμός της υγείας, έννοιες που αλληλεπιδρούν με την υγεία, συμπεριφορές υγείας, μοντέλα συμπεριφοράς υγείας, νέοι και συμπεριφορές υγείας).

Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει: τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους (ορισμοί της χρήσης και της ψυχότροπης ουσίας, γενική αναφορά στις ψυχότροπες ουσίες, στάδια εξάρτησης από ψυχότροπες ουσίες και ανάλυση τους, αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν τους εφήβους στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, επιπτώσεις των ψυχοτρόπων ουσιών στους εφήβους σε επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας).

Το τρίτο κεφάλαιο αποτελείται από: το κοινωνικό κεφάλαιο (ορισμοί κοινωνικού κεφαλαίου, μορφές και διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου, κοινωνικό κεφάλαιο και υγεία).

Το τέταρτο κεφάλαιο περιέχει: την επιρροή του κοινωνικού κεφαλαίου στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους (μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου), οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο (ο ρόλος της οικογένειας, η πίεση των φίλων και συνομηλίκων, ο ρόλος του σχολείου).

Στο δεύτερο μέρος αναλύονται δύο (2) κεφάλαια. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται: στη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας (τύπος έρευνας, ερευνητικό εργαλείο, επιλογή δείγματος, διεξαγωγή της έρευνας, τεχνικές συλλογής στοιχείων, μέθοδοι ανάλυσης, ερευνητικά ερωτήματα, υπόθεση έρευνας, δυσκολίες

κατά τη συλλογή πληροφοριών, αποτελέσματα έρευνας). Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη διεξαγωγή συζήτησης-συμπερασμάτων-προτάσεων.

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ (1<sup>ο</sup>)

### **ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:**

#### **ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

##### **1.1) ΟΡΟΣ: ΥΓΕΙΑ.**

Η υγεία έχει συνδεθεί με την έλλειψη της ασθένειας, ωστόσο τα τελευταία χρόνια η υγεία έχει συσχετιστεί εκτός από σωματικούς παράγοντες, με νοητικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Ο επικρατέστερος ορισμός της υγείας, αφορά την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά την απουσία ασθένειας ή την ύπαρξη αναπηρίας. Μέσα από τον ορισμό αυτό η υγεία οριοθετείται από δύο παράγοντες: την ευεξία και την απουσία της ασθένειας. Η ευεξία δε συνδέεται τόσο με κοινωνικούς, όσο με ψυχικούς παράγοντες (Wright, 1982).

Η απουσία ασθένειας και συγκεκριμένα συμπτωμάτων δυσφορίας και πόνου, αλλά και η παρουσία ευεξίας, στην οποία περιλαμβάνονται η ψυχική, η σωματική ευεξία και η ισορροπία, είναι οι παράγοντες εκείνοι οι οποίοι συνδέονται στενά με την υγεία (Herzlich, 1973).

Η νόσος, αφορά τις παθολογικές αλλαγές στο σώμα για τις οποίες γίνεται διάγνωση και υπάρχει θεραπεία. Η ασθένεια, αφορά την έλλειψη σωματικής δύναμης και τις αλλαγές που υφίσταται το σώμα κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Επίσης η ασθένεια έχει συνδεθεί και με την έλλειψη σωματικού αλλά και ψυχικού σθένους (Radeley, 1994).

Ο ορισμός της υγείας μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελείται από δύο (2) πλευρές. Η πρώτη, αφορά τη βιολογική πλευρά της υγείας και δίνει έμφαση στις ασθένειες και την ύπαρξη δυσλειτουργιών των μελών του ανθρωπίνου σώματος. Η δεύτερη, αφορά την κοινωνική πλευρά, κατά την οποία οι εμπειρίες και οι καταστάσεις που βιώνει το άτομο μπορούν να συμβάλλουν στην ύπαρξη καλής υγείας ή στην εμφάνιση ασθένειας του ατόμου (Gostin, 2007).

Η υγεία γίνεται συνήθως αντιληπτή ως, φυσική ευεξία, ψυχοκοινωνική ευεξία, συναισθηματική ηρεμία, ομαλές διαπροσωπικές σχέσεις, απουσία συμπτωμάτων ασθένειας, ελευθερία κινήσεων, αποτελεσματικότητα ενεργειών (Herzlich, 1973).

## 1.2) ΕΝΝΟΙΕΣ ΠΟΥ ΑΛΛΗΛΕΠΗΔΡΟΥΝ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.

Οι προσπάθειες διαφύλαξης της υγείας, αφορούν συνήθως θέματα πρόληψης της υγείας σε τομείς κοινωνικούς, ψυχολογικούς αλλά και βιολογικούς. Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή (Howe, 1989).

Η πρόληψη, η διαφύλαξη και η προαγωγή της υγείας δεν είναι όροι που ταυτίζονται. Έχουν ως κοινό γνώμονα την υγεία και οι παράγοντες που εμπλέκονται είναι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Η πρόληψη της υγείας, αφορά τα μέτρα, τα οποία αποσκοπούν στον περιορισμό της εμφάνισης ασθενειών. Οι ενέργειες της πρόληψης στοχεύουν στην προαγωγή, τόσο της ατομικής, όσο και της συνολικής υγείας των ατόμων. Ένας από τους κυριότερους σκοπούς της πρόληψης είναι η εξασφάλιση της φυσικής και της διανοητικής ευεξίας των ατόμων. Η πρόληψη παράλληλα ενισχύει τη δημιουργικότητα της ενεργού συμμετοχής του ατόμου στο κοινωνικό περιβάλλον. Ο περιορισμός των παραγόντων που επιδρούν αρνητικά στη φυσική κατάσταση, την ψυχολογική κατάσταση αλλά και στην κοινωνική κατάσταση του ατόμου, είναι ένας ακόμη στόχος της πρόληψης της υγείας του ατόμου (Bury, 2001).

Η πρόληψη διακρίνεται σε δύο είδη: την καθολική πρόληψη, η οποία αφορά στρατηγικές, οι οποίες στοχεύουν στο σύνολο του πληθυσμού και αποσκοπούν στην πρόληψη εμφάνισης μιας νόσου και την επικεντρωμένη πρόληψη, η οποία αφορά στρατηγικές που απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού. Η επικεντρωμένη πρόληψη αποσκοπεί στην πρόληψη εμφάνισης μιας νόσου με την ενίσχυση παραμέτρων, όπως η αυτοεκτίμηση, η διαχείριση κρίσεων, η δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων. Η προστασία της υγείας περιλαμβάνει τα μέτρα, τα οποία θα πρέπει να εφαρμοστούν με σκοπό να υιοθετηθεί ένας υγιεινός τρόπος ζωής και διαβίωσης των ατόμων. Τα μέτρα αυτά αφορούν συνήθως το φυσικό αλλά και το ανθρώπινο περιβάλλον. Η προαγωγή της υγείας αποτελεί συνδυασμό μέτρων πρόληψης αλλά και προστασίας της υγείας των ατόμων. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας των ατόμων (Wright, 1982).

Η άποψη που έχει το άτομο για τον εαυτό του, αλλά και τα χαρακτηριστικά του, αποτελεί σημαντική πλευρά της προσωπικότητας. Η αυτοεκτίμηση και η αυτοαντίληψη είναι από τους ιδιαίτερα σημαντικούς παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αξία των ατόμων. Η αυτοεκτίμηση συχνά συνδέεται με άλλες παραμέτρους, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η επιθετικότητα αλλά και η παραβατικότητα. Η αυτοαντίληψη αποτελεί τη γνωστική πλευρά της έννοιας του εαυτού, ενώ η αυτοεκτίμηση αποτελεί τη συναισθηματική πλευρά της έννοιας του εαυτού. Όσο υψηλότερη είναι η αυτοαντίληψη του ατόμου τόσο υψηλότερη είναι

η αυτοεκτίμησή του σε αντίστοιχες περιστάσεις που αντιμετωπίζει. Η αυτοεκτίμηση ενισχύεται σημαντικά κατά τη σχέση του ατόμου με τους άλλους και η κοινωνία είναι αυτή που δρα αποφασιστικά στη διαμόρφωση της αυτοαντίληψης του. Η πρόληψη της υγείας έχει σαν στόχο την ενίσχυση μεταξύ άλλων παραμέτρων και της αυτοεκτίμησης των ατόμων. Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης συμβάλλει ιδιαίτερα στη μείωση της εμφάνισης κατάθλιψης, επιθετικότητας αλλά και άγχους των ατόμων (Vaillant, 1977).

Η προαγωγή της υγείας προωθεί δραστηριότητες που καθορίζουν την υγεία, συνδυάζει μεθόδους και τεχνικές που αλληλοσυμπληρώνονται. Σ' αυτές περιλαμβάνονται η επικοινωνία, η εκπαίδευση, η νομοθεσία, η οργάνωση. Οι δράσεις προαγωγής υγείας είναι: η δημιουργία υγιούς πολιτικής, η ανάπτυξη ατομικών δεξιοτήτων, καθώς και ο επαναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας (Σώκου, 1999).

Οι κυριότερες έννοιες οι οποίες αλληλεπιδρούν με την υγεία είναι δύο (2): η ευεξία, η οποία αφορά τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου, αλλά και την αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης από τη ζωή του σε ότι αφορά τομείς, όπως η οικογένεια και η εργασία. Η ποιότητα ζωής, η οποία αφορά την υποκειμενική αίσθηση του ατόμου για τη θέση του στη ζωή μέσα στο πλαίσιο του συστήματος αξιών, αλλά και του πολιτισμού που βρίσκεται το άτομο σε σύγκριση με τους στόχους, τα ενδιαφέροντα, τις προσδοκίες και τα κριτήρια που έχει θέσει το ίδιο το άτομο για τον εαυτό του (Herzlich, 1973).

Για τον προσδιορισμό της υγείας εμπλέκονται, τόσο βιολογικοί, όσο και ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί βρίσκονται σε μια αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Η υγεία ενός ατόμου σχετίζεται στενά, τόσο με τις δυνατότητες του ατόμου, όσο και με τις κοινωνικές αξίες (Καραδήμας, 2005).

Η υγεία και η ασθένεια συνδέονται με τις σχέσεις του ατόμου στην κοινωνία. Η ασθένεια διαταράσσει, τόσο τη βιολογική ισορροπία του ατόμου, όσο και τη λειτουργία του, στο κοινωνικό σύνολο (Kovacs, 1998).

### **1.3) ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

Η συμπεριφορά του ανθρώπου σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια περιλαμβάνει: τη συμπεριφορά της διατήρησης της καλής κατάστασης της υγείας, κατά την οποία το άτομο μέσα από τη συμπεριφορά του μπορεί να ενισχύσει την υγεία του, ακολουθώντας ένα πρότυπο υγιεινής διατροφής. Τη συμπεριφορά της αντιμετώπισης της ασθένειας, όπου το άτομο αναπτύσσει ιδιαίτερη δραστηριότητα μετά την εμφάνιση της ασθένειας μέσα από την αναζήτηση πληροφοριών που περιγράφουν την ασθένεια. Επίσης περιέχει τη συμπεριφορά, που σχετίζεται με το ρόλο του ατόμου ως ασθενούς. Στην



περίπτωση αυτή η συμπεριφορά του ατόμου συνδέεται με τη διαχείριση της ασθένειας και την αποκατάσταση της υγείας του (Ajzen, 1991).

Συχνά οι συμπεριφορές υγείας είναι: είτε προστατευτικές και περιλαμβάνουν την υιοθέτηση της υγιεινής διατροφής με κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, περιορισμό της κατανάλωσης του λίπους, επαρκή ύπνο, συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες, προληπτικούς ιατρικούς ελέγχους, είτε επιβλαβείς και περιλαμβάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, κάπνισμα, κατανάλωση ιδιαίτερα λιπαρών τροφίμων, κατανάλωση ζάχαρης σε μεγάλο βαθμό (Steptoe, et al., 2010).

Η μελέτη των συμπεριφορών υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο η μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε θέματα υγείας. Οι άνθρωποι συμπεριφέρονται με διαφορετικό τρόπο σε θέματα υγείας και ασθένειας. Με βάση τη μελέτη αυτή, είναι δυνατή η μελέτη της θνησιμότητας των πληθυσμών, οι οποίοι συχνά ακολουθούν συγκεκριμένα πρότυπα, τα οποία οδηγούν σε προβλήματα υγείας, εμφάνιση ασθενειών αύξηση των θανάτων. Ωστόσο, κατά την ψυχολογία, τα πρότυπα συμπεριφοράς είναι δυνατόν με κατάλληλες μεθόδους, να τροποποιηθούν (Stroebe, 2000).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στην προσπάθεια μείωσης των κινδύνων και την προαγωγή της υγείας επισημαίνει ότι οι κυριότεροι παράγοντες, που απειλούν την παγκόσμια υγεία είναι: η αύξηση βάρους, η έλλειψη των φυσικών δραστηριοτήτων, η υψηλή αρτηριακή πίεση, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, το κάπνισμα. Οι παράγοντες, που επιβαρύνουν την υγεία είναι δυνατόν να τροποποιηθούν μέσα από αλλαγές στη συμπεριφορά των ατόμων σε ότι αφορά τα θέματα υγείας (WHO, 2013).

Στις σύγχρονες κοινωνίες τα κυριότερα αίτια, τα οποία σχετίζονται με την εμφάνιση ασθενειών και την αύξηση της θνησιμότητας, έχουν συνδεθεί με συμπεριφορές υγείας (Καραδήμας, 2005).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία των ατόμων διακρίνονται σε: συναισθηματικούς, στους οποίους εμπεριέχονται η αυτοεκτίμηση και η αυτοαντίληψη των ατόμων, δημογραφικούς στους οποίους εντάσσονται το φύλλο, η ηλικία, το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον του ατόμου, γνωστικούς στους οποίους ανήκει η γνώση για θέματα υγείας και των παραγόντων που εμπλέκονται στην εμφάνιση ασθενειών, γενετικούς, οι οποίοι αφορούν τη γενετική προδιάθεση των ατόμων (Martin, et al., 2010).

Μια άλλη διάκριση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά, ως προς την υγεία των ατόμων αφορά τους: α) ενδογενείς παράγοντες, οι οποίοι αναφέρονται στις εσωτερικές διεργασίες αντίληψης και ερμηνείας του κάθε ατόμου και με βάση αυτούς τους

παράγοντες εκφράζει τη συμπεριφορά του, β) εξωγενείς παράγοντες, στους οποίους περιλαμβάνονται η νομοθεσία που παίρνει η πολιτεία σε ότι αφορά τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και την κατανάλωση του αλκοόλ, που επιδρούν σημαντικά στη συμπεριφορά του ατόμου (Stroebe, 2000).

Η μελέτη των συμπεριφορών υγείας μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση της υγείας των ατόμων, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής αυτών. Επίσης η καλύτερη υγεία των μελών ενός κράτους μειώνει τις δαπάνες υγείας, έχοντας σημαντικές θετικές επιπτώσεις στην οικονομία (Σώκου, 1999).

Για τη μελέτη των συμπεριφορών υγείας απαιτείται η μελέτη του νου. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι βλέπουν τον εαυτό τους, τη θέση τους στην κοινωνία και τους άλλους παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη μελέτη των συμπεριφορών υγείας. Μέσα από την κατανόηση των λειτουργιών του νου είναι δυνατόν να παρατηρηθούν και να ερμηνευτούν οι συμπεριφορές του ανθρώπου (Longino, 2013).

Η μελέτη των ψυχολογικών λειτουργιών του ατόμου ερμηνεύει τις αντιλήψεις του για το περιβάλλον στο οποίο βιώνει. Υπάρχει ένα πλήθος θεωριών, το οποίο ερμηνεύει αυτές τις λειτουργίες, οι οποίες διακρίνονται σε: αντιληπτικές, μνημονικές, αξιολογικές. Σκοπός της μελέτης αυτών των λειτουργιών είναι η κατανόηση των σχέσεων μεταξύ του συναισθήματος και της συμπεριφοράς (Mitani, et al., 2010).

#### **1.4) ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

Τα πιο γνωστά μοντέλα συμπεριφοράς υγείας, τα οποία έχουν αναπτυχθεί έως σήμερα και τα οποία έχουν επηρεαστεί από την κοινωνιολογία και την ψυχολογία αφορούν: α) τη θεωρία της έλλογης δράσης, β) το μοντέλο της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς.

Στα μοντέλα αυτά συμμετέχουν και τα μοντέλα δράσης και προαγωγής της υγείας. Όλα αυτά τα μοντέλα έχουν ως βάση τις πεποιθήσεις και τις αξίες του ατόμου. Συγκεκριμένα, οι πεποιθήσεις, αφορούν όλα όσα το άτομο γνωρίζει και πιστεύει και οι αξίες συνδέονται στενά με τις ηθικές αξίες του ατόμου, οι οποίες το διακρίνουν και χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά του (Septoe, et al., 2010).

##### **1.4.1) Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΟΓΗΣ ΔΡΑΣΗΣ (the theory of rational action).**

Η θεωρία της έλλογης δράσης δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στη μελέτη και ερμηνεία των παραγόντων που οδηγούν στη διαμόρφωση της πρόθεσης για τη δράση που πραγματοποιεί το άτομο. Στη διαμόρφωση της πρόθεσης εμπλέκονται διάφοροι παράγοντες μεταξύ των οποίων

είναι τα κοινωνικά εμπόδια. Η πρόθεση του ατόμου να πραγματοποιήσει μια συμπεριφορά είναι αυτή που αποτελεί το αίτιο της συμπεριφοράς. Το κίνητρο είναι αυτό που εκφράζει την πρόθεση του ατόμου, το οποίο πραγματοποιεί μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Glanz, et al., 2008)

Κατά τη θεωρία αυτή η διαμόρφωση των στάσεων είναι αποτέλεσμα της αξιολόγησης των διαθέσιμων πληροφοριών. Τα κύρια σημεία της θεωρίας αυτής περιλαμβάνουν: α) την πρόθεση του ατόμου, που αποτελεί την κεντρική έννοια της θεωρίας αυτής, σύμφωνα με την οποία το κίνητρο είναι αυτό που οδηγεί το άτομο, δηλαδή υπάρχει ένα συγκεκριμένο πλάνο δράσης και μια προβλέψιμη συμπεριφορά. β) Τη στάση του ατόμου, η οποία είναι δυνατόν να είναι θετική ή αρνητική και εξαρτάται από τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς και την αξιολόγηση των ενδεχόμενων αποτελεσμάτων. Οι στάσεις αποτελούν συνδυασμό πεποιθήσεων του ατόμου, σχετικά με τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς του. Οι συνέπειες της συμπεριφοράς επηρεάζονται από την πιθανότητα ότι η συμπεριφορά είναι δυνατόν να φέρει ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα, το οποίο θα πρέπει να αξιολογηθεί. Η στάση αποτελεί το σύνολο των αποτελεσμάτων, που αναμένονται και τα οποία προκύπτουν από μια μαθηματική σχέση, σύμφωνα με την οποία η πιθανότητα της συμπεριφοράς να οδηγήσει σε ένα αποτέλεσμα πολλαπλασιάζεται με την αξία του αποτελέσματος. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης αυτής διατηρούνται στη μνήμη του ατόμου και έρχονται στην επιφάνεια όταν αυτό απαιτείται. Οπότε η στάση αφορά τη συμπεριφορά μέσα από τη διαμόρφωση της πρόθεσης (Ajzen, 1991).

γ) Τις υποκειμενικές αντιλήψεις, σύμφωνα με τις οποίες οι πεποιθήσεις του ατόμου εξαρτώνται από την αντίληψη του και τις επιρροές που δέχεται από άλλα πρόσωπα, τα οποία επιδοκιμάζουν ή αποδοκιμάζουν τη συμπεριφορά του, αντίστοιχα. Επίσης οι υποκειμενικές αντιλήψεις εξαρτώνται από το κίνητρο του ατόμου να δεχθεί τις αντιλήψεις των άλλων και να συμβαδίσει σύμφωνα με αυτές. Οι υποκειμενικές αντιλήψεις εκφράζουν τις αντιλήψεις των κοινωνικών πιέσεων από τους άλλους για την πραγματοποίηση της συμπεριφοράς. Οι υποκειμενικές αντιλήψεις εκφράζουν το σύνολο των πεποιθήσεων σε σχέση με την πιθανότητα κάποια άτομα ή ομάδες ατόμων, να πραγματοποιήσουν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Η σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων συμπεριφοράς και των υποκειμενικών πεποιθήσεων είναι συνήθως υψηλή (Hayden, 2009).

δ) Το Συμπεριφορικό έλεγχο σύμφωνα με τον οποίο, υπάρχουν περιορισμοί στη δυνατότητα της δράσης του ατόμου, οι οποίοι αντίστοιχα επηρεάζουν την ευκολία ή τη δυσκολία πραγματοποίησης της συμπεριφοράς. Ο συμπεριφορικός έλεγχος διακρίνεται σε: πραγματικό συμπεριφορικό έλεγχο και αντιλαμβανόμενο συμπεριφορικό έλεγχο.

Ειδικότερα, ο αντιλαμβανόμενος συμπεριφορικός έλεγχος αφορά την πιθανότητα να εμφανιστούν ή να μην εμφανιστούν παράγοντες, οι οποίοι θα διευκολύνουν ή θα παρεμποδίσουν την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς του ατόμου (Glanz, et al., 2008).

Ο συμπεριφορικός έλεγχος εξαρτάται άμεσα από την παρουσία παραγόντων διευκόλυνσης ή παρεμπόδισης αλλά και από τη δυνατότητα του κάθε παράγοντα να διευκολύνει ή να παρεμποδίσει τη συμπεριφορά του ατόμου. Οι αξιολογήσεις του συμπεριφορικού ελέγχου διαμορφώνονται με βάση τις αντιλήψεις που αφορούν την πρόσβαση του ατόμου στα μέσα και τις ευκαιρίες εκτέλεσης της συμπεριφοράς, οι οποίες επηρεάζονται από την δύναμη των επιμέρους παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί είναι δυνατόν να είναι εσωτερικοί, στους οποίους περιλαμβάνονται η έλλειψη ικανοτήτων και δεξιοτήτων των ατόμων αλλά και εσωτερικοί όπως εμπόδια, στα οποία περιλαμβάνονται και οι άλλοι. Τα άτομα τα οποία έχουν τα μέσα εκείνα που ευνοούν τη συμπεριφορά τους παρουσιάζουν ένα ιδιαίτερα υψηλό βαθμό ελέγχου της συμπεριφοράς τους (Hayden, 2009).

ε) Τη συμπεριφορά, η οποία εξαρτάται από την ύπαρξη θετικών προθέσεων καθώς και τον υψηλό επιπέδου έλεγχο. Ο τύπος της συμπεριφοράς παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη μελέτη των πληθυσμών. Υπάρχουν δύο βασικοί παράμετροι της συμπεριφοράς, η πρόθεση και ο αντιλαμβανόμενος συμπεριφορικός έλεγχος. Οι προσωπικοί παράγοντες των ατόμων, οι στάσεις, οι γνώσεις, η προηγούμενη εμπειρία, επηρεάζει σημαντικά τη συμπεριφορά των ατόμων. Η ευαισθησία των ατόμων σε συγκεκριμένα θέματα, η αντίληψη της σοβαρότητας της κατάστασης, τα αντιλαμβανόμενα οφέλη και οι δυσκολίες από τη δράση καθώς και η αποτελεσματικότητα, επηρεάζουν ιδιαίτερα τη συμπεριφορά (Abraham, et al., 2000).

Η στάση και η συμπεριφορά θα πρέπει να συνδέονται με τα εξής στοιχεία: στόχος ή αντικείμενο, δράση, πλαίσιο, περίσταση. Όταν δεν υπάρχει σύνδεση με τις παραμέτρους αυτές, τότε η σχέση μεταξύ στάσης και συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα ασθενής. Η αντιστοιχία μεταξύ στάσης και συμπεριφοράς είναι μέγιστη όταν οι παράμετροι αυτοί λαμβάνονται υπόψη στον ίδιο βαθμό (Ajzen, 1991).

Η κάθε συμπεριφορά αποτελείται από: δράση η οποία πραγματοποιείται σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο και ως προς ένα συγκεκριμένο στόχο, σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο και σε ένα συγκεκριμένο χρόνο ή στιγμή. Οι συμπεριφορές υγείας έχουν συχνά ως αντικείμενο την επαναλαμβανόμενη εκτέλεση μιας συμπεριφοράς ή μιας ομάδας συμπεριφορών, όπως είναι η υγιεινή διατροφή. Οι στάσεις και η συμπεριφορά θα είναι στενότερα συνδεδεμένες μεταξύ τους όταν μετρώνται στο ίδιο επίπεδο συγκεκριμενοποίησης σε ότι αφορά τις εξεταζόμενες παραμέτρους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι γενικές στάσεις να

προβλέπουν γενικές ομάδες συμπεριφορών, ενώ οι συγκεκριμένες στάσεις θα πρέπει να προβλέπουν συγκεκριμένες συμπεριφορές (Glanz, et al., 2008).

Κατά την εφαρμογή της μελέτης της συμπεριφοράς, είναι ιδιαίτερα σημαντική η εξέταση γνωστικών παραγόντων, όπως αυτές των πεποιθήσεων, των στάσεων και των αξιών. Η εφαρμογή της μελέτης συμπεριφορών των ατόμων έχει πραγματοποιηθεί για συμπεριφορές όπως τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, το κάπνισμα, με ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Στην περίπτωση που απαιτούνται παρεμβάσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο σχεδιασμός των παρεμβάσεων αυτών. Στο σχεδιασμό των παρεμβάσεων θα πρέπει να ληφθούν υπόψη όλες οι παράμετροι που συμμετέχουν, έτσι ώστε να είναι αποτελεσματική η παρέμβαση (Abraham, et al., 2000).

Η εφαρμογή της θεωρίας αυτής στην προαγωγή της υγείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μελέτη και κυρίως στην ταυτοποίηση των αιτιών της συμπεριφοράς. Ωστόσο, η εφαρμογή αυτή απαιτεί: γνώσεις, όπως μελέτη συγκεκριμένων μεταβλητών, στατιστική επεξεργασία, ερμηνεία αποτελεσμάτων και χρόνο για τη διεξαγωγή της, η οποία είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα. Συνήθως, για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιούνται συνεντεύξεις στις οποίες συμμετέχουν άτομα του πληθυσμού σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα (Septoe, et al., 2010).

#### **1.4.2) Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (the theory of pre-designed behavior).**

Η θεωρία αυτή αποτελεί μια εξέλιξη της θεωρίας της έλλογης δράσης. Δίνει έμφαση στη δράση, η οποία είναι προϊόν μιας διαδικασίας βούλησης, σκέψης αλλά και αξιολόγησης των διαθέσιμων πληροφοριών. Η θεωρία αυτή βρίσκεται υπό το βουλευτικό έλεγχο του ατόμου, είτε σε μικρό, είτε σε μεγάλο ποσοστό και αποτελεί μια συνειδητή επιλογή του ατόμου. Υπάρχει η γενική αντίληψη ότι οι περισσότερες συμπεριφορές δέχονται κάποιο βαθμό ελέγχου. Η θεωρία της έλλογης δράσης αφορά, αποκλειστικά και μόνο τις συμπεριφορές που υπόκεινται σε βουλευτικό έλεγχο. Η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς περιλαμβάνει συμπεριφορές, οι οποίες δεν υπόκεινται αποκλειστικά σε βουλευτικό έλεγχο αλλά στις συμπεριφορές αυτές, εμπεριέχεται η μέτρηση της αντίληψης άσκησης ελέγχου, στην πραγματοποίηση αυτής της συμπεριφοράς (Glanz, et al., 2008).

Η θεωρία της έλλογης δράσης συνδέεται με τις ψυχολογικές διαδικασίες κάτω από τις οποίες οι στάσεις του ατόμου προκαλούν τη συμπεριφορά αυτή. Στο παρελθόν επικρατούσε η άποψη ότι η στάση του ατόμου για ένα θέμα, θα ήταν εκείνη η οποία θα καθόριζε τη συμπεριφορά του. Ωστόσο, αναλύσεις οι οποίες αφορούσαν την αποτυχημένη πρόβλεψη της συμπεριφοράς, είχαν ως αντικείμενο εφαρμογής το θεωρητικό πλαίσιο της

αναμενόμενης αξίας. Με βάση τις μελέτες αυτές, ήταν δυνατή η επεξήγηση και η ερμηνεία των σχέσεων, μεταξύ πεποιθήσεων και στάσεων. Στις παραμέτρους που μελετήθηκαν συμπεριλαμβάνονταν οι εξής: πεποίθηση, στάση και πρόθεση.

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων οδήγησε στις συνθήκες κάτω από τις οποίες αναμένεται η ύπαρξη ισχυρής σχέσης, μεταξύ στάσεως και συμπεριφοράς (Ajzen, 1991).

Η πρόθεση για την πραγματοποίηση μιας συμπεριφοράς αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς. Στην πρόθεση αυτή συμβάλλουν η στάση του ατόμου, η οποία αφορά την αντιμετώπιση ενός θέματος με καλό ή με κακό τρόπο, η πίεση που δέχεται το άτομο από το κοινωνικό του περιβάλλον. Οι παράγοντες αυτοί, συμβάλλουν σημαντικά στην πρόθεση της πραγματοποίησης μιας συμπεριφοράς (Longino, 2013).

Οι μεταβλητές, που αφορούν τη μελέτη της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς είναι εξωτερικές μεταβλητές, στις οποίες περιλαμβάνονται: οι δημογραφικές μεταβλητές, όπως ηλικία, φύλο, επίπεδο μόρφωσης, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως εξωστρέφεια, εσωστρέφεια, το περιβάλλον, όπως το κοινωνικο-οικονομικό, το οποίο βιώνει ο άνθρωπος. Η επίδραση των μεταβλητών αυτών είναι καθοριστική στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς (Zastrow & Ashman, 2010).

Σύμφωνα με τη θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς τα άτομα συμπεριφέρονται με συγκεκριμένο τρόπο μέσα από τις πεποιθήσεις: οι οποίες συνδέονται με την πορεία της συμπεριφοράς, με τις προσδοκίες και με την παρουσία ή την απουσία παραγόντων, οι οποίοι με τη σειρά τους, είτε εμποδίζουν, είτε διευκολύνουν μια συμπεριφορά.

Η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς αποτελεί ένα σημαντικό μέσο της συμπεριφοράς. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες, οι οποίοι συμμετέχουν στην εκδήλωση της συμπεριφοράς και οι οποίοι συμβάλλουν στην εφαρμογή της θεωρίας αυτής. Στους παράγοντες αυτούς συμμετέχουν, μεταξύ άλλων και οι ηθικές αξίες των ατόμων (Abraham, et al., 2000).

### **1.5) ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

Η διαμόρφωση υγιεινών συμπεριφορών, όπως αποφυγή καπνίσματος, χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, αποτελεί έναν από τους κυριότερους στόχους προαγωγής υγείας των

νέων, γεγονός που θα διαμορφώσει θετικές στάσεις για την υγεία κατά την ενηλικίωσή τους (Τούντας, 2001).

Η εφηβεία αποτελεί μια περίοδο, κατά την οποία οι άνθρωποι εκδηλώνουν καλή υγεία με χαμηλά επίπεδα νοσηρότητας. Την περίοδο αυτή οι έφηβοι εκτίθενται σε ένα μεγάλο εύρος εσωτερικών και εξωτερικών πιέσεων, οι οποίες συχνά εκδηλώνουν ψυχοσωματικά συμπτώματα. Η καλή κατάσταση της υγείας των εφήβων προϋποθέτει την παρουσία παραγόντων που ευνοούν και ενισχύουν την ευεξία (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και αφορούσε την αξιολόγηση από πλευράς εφήβων της υγείας τους, προέκυψε ότι ένα σημαντικό ποσοστό θεωρεί την υγεία του πολύ καλή. Το ποσοστό αυτό διαφοροποιούνταν με την ηλικία. Οι εντεκάχρονοι έφηβοι θεωρούσαν την υγεία τους ως πολύ καλή, σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τους δεκατριάχρονους και τους δεκαπεντάχρονους. Επίσης ένα άλλο αντικείμενο της μελέτης αυτής, αφορούσε την αυτοαντίληψη που είχαν οι έφηβοι. Οι παράμετροι που εξετάστηκαν, αφορούσαν τις διαταραχές της διαγωγής, του συναισθήματος και των σχέσεων με τους άλλους εφήβους. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν απέδειξαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των εφήβων παρουσιάζει διαταραχές αγωγής και ένα μικρότερο ποσοστό διαταραχές αισθήματος (Κοκκέβη, κ.ά., 2010).

Η εφηβεία αποτελεί την κύρια ηλικία, κατά την οποία διαμορφώνονται οι συνήθειες υγιεινής διαβίωσης. Κατά την εφηβεία, το άτομο αποκτά την ευθύνη της υγείας του και η αγωγή της υγείας του είναι αυτή, η οποία θα καθορίσει και την ποιότητα ζωής του. Για τη σωστή συμπεριφορά υγείας των νέων, σημαντικό ρόλο παίζουν οι εκστρατείες ενημέρωσης από επιστημονικούς φορείς σε θέματα υγιεινής διατροφής και παραγόντων που ευνοούν την υγεία. Η ενημέρωση σε θέματα ψυχοτρόπων ουσιών και άλλων θεμάτων που αφορούν την αγωγή υγείας, συμβάλλουν σημαντικά για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των νέων για την υγεία (Κωνσταντουλάκη, 2008).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:**

### **ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΕΦΗΒΟΥΣ.**

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους έχει πάρει μεγάλη έκταση στις σύγχρονες κοινωνίες και αποτελεί ένα συνεχώς αυξανόμενο φαινόμενο. Οι έφηβοι που επιλέγουν να κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, παραβλέπουν τις συνέπειες, οι οποίες μπορεί να είναι σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές.

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών είναι το σύμπτωμα, δηλαδή η κορυφή του παγόβουνου. Πίσω από το σύμπτωμα υπάρχει πάντα ένα 'γιατί' που ζητάει απάντηση (Τζωρτζακάκη, 2012).

#### **2.1) ΟΡΟΙ: ΧΡΗΣΗ, ΨΥΧΟΤΡΟΠΗ ΟΥΣΙΑ.**

Ο όρος χρήση είναι: η απλή, δοκιμαστική, περιστασιακή λήψη μιας ουσίας, η οποία γίνεται είτε από περιέργεια, είτε για απόλαυση. Δε σημαίνει ότι θα οδηγήσει το άτομο στην εξάρτηση. Το άτομο κάνει χρήση μιας ουσίας, ώστε να αντιμετωπίσει τα ψυχικά και λειτουργικά του προβλήματα (Γεωργάκας, 2007).

Ο όρος ψυχοτρόπη ουσία είναι: μια τεχνητή ουσία, η οποία επιδρά στη ψυχή και το σώμα του ατόμου. Συνδέεται με την χαλάρωση, την υπνηλία, την καταστολή (Μαρσέλος, 1997 στον Γεωργάκα, 2007).

#### **2.2) ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.**

Στην σημερινή εποχή οι πιο διαδεδομένες ψυχοτρόπες ουσίες που κάνουν χρήση οι έφηβοι είναι: το αλκοόλ, ο καπνός, οι εισπνεόμενες ουσίες (π.χ. κόλλα ή βενζίνη), τα ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα (χωρίς τη σύσταση γιατρού), οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στις νόμιμες ουσίες και η μαριχουάνα, τα Club drugs, οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στις παράνομες ουσίες. Στην κατηγορία Club drugs περιέχονται (οι αμφεταμίνες, το LSD, το έκσταση) (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2011α).

Στην πτυχιακή εργασία θα γίνει περαιτέρω ανάλυση στις παρακάτω ψυχοτρόπες ουσίες: μαριχουάνα, Club drugs (αμφεταμίνες, LSD, έκσταση), εισπνεόμενες ουσίες (π.χ. κόλλα ή βενζίνη), ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα (χωρίς τη σύσταση γιατρού).

Η χρήση των Club drugs (αμφεταμίνες, LSD, έκσταση) από τους εφήβους, είναι συνηθέστερη σε πάρτι και συνδέονται με τη ψυχαγωγία. Αυτό το φαινόμενο συνέχεια διευρύνεται. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι η χρήση των Club drugs στα πάρτι από τους



εφήβους, προκαλούν επιπτώσεις στην υγεία, που μπορεί να επιφέρουν και το θάνατο (Pearson, 1999 στην Χριστοφίλη, 2002).

Οι ψυχότροπες ουσίες, που θα αναφερθούν, κατηγοριοποιούνται σε τρεις (3) ομάδες. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν η μαριχουάνα, τα Club drugs (LSD, έκσταση) και οι εισπνεόμενες ουσίες, ψευδαισθησιογόνες ουσίες. Οι ουσίες αυτές μεταβάλλουν την αισθητηριακή αντίληψη. Στην δεύτερη ομάδα ανήκουν από τα Club drugs (οι αμφεταμίνες), διεγερτικές ουσίες. Οι ουσίες αυτές δημιουργούν στον χρήστη ενεργητικότητα και του ανεβάζουν την διάθεση. Στην τρίτη ομάδα ανήκουν τα ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα, καταπραϋντικές ή κατασταλτικές ουσίες. Οι ουσίες αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την καταπράυνση της συμπεριφοράς του χρήστη (Barlow & Durand, 2001).

Από την παλιότερη εποχή μέχρι και σήμερα, πολλοί υποστηρίζουν ότι οι ψυχότροπες ουσίες χωρίζονται σε δύο (2) κατηγορίες: η πρώτη είναι οι 'σκληρές' και η δεύτερη είναι οι 'μαλακές' ουσίες, ανάλογα με την εξάρτηση που προκαλούν στο χρήστη και τις ποινές που υπάρχουν γι' αυτό. Αυτή η άποψη στην πραγματικότητα δεν ισχύει ούτε νομικά, ούτε φαρμακολογικά. Για παράδειγμα, στη Μεγάλη Βρετανία και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.) οι ποινές για την κατοχή και διακίνηση ηρωίνης, κοκαΐνης, έκσταση, LSD είναι εξίσου αυστηρές. Επίσης πρώην χρήστες ηρωίνης, υποστηρίζουν ότι η διακοπή του καπνού ήταν πιο δύσκολη, από ότι τη διακοπή ηρωίνης (Shapiro, 2009).

**Μαριχουάνα** (ινδική κάνναβη, χόρτο, τσιγαριλίκι, μαύρο, φούντα, χασίς, μπάφος, σοκολάτα, τούβλο, πλάκα, χορτάρι, παπάς, τρίφυλλο, βρόμα, λάδι, χασισέλαιο, Μαρόκο, λιβάνι, νταφού, Μαίρη, γεμιστάκι, αμερικανάκι, blow, bud, chronic, skunk, dope, puff): προέρχεται από φύλλα και τις ανθοφόρες κορυφές του φυτού της κάνναβης (Shapiro, 2009).

Το ενεργό συστατικό της μαριχουάνας είναι το THC (τετρα-υδρο-κανναβινόλη) και οι διαφορετικές ποικιλίες μαριχουάνας, έχουν διαφορετικά επίπεδα περιεκτικότητας σε THC (Rock, στην Κοσμά, 2001).

Ο πιο συνηθισμένος τρόπος χρήσης της μαριχουάνας είναι: το κάπνισμα, είτε με πίπα, είτε τυλίγοντας τη σε ένα (1) μεγάλο τσιγαρόχαρτο ή σε τρία (3) μικρά τσιγαρόχαρτα (το λεγόμενο τσιγαριλίκι) (Rock, στην Κοσμά, 2001).

Η επίδραση της μαριχουάνας ξεκινά μερικά λεπτά μετά το κάπνισμα και διαρκεί μέχρι και μία (1) ώρα, με χαμηλές δόσεις. Με μεγαλύτερες δόσεις διαρκεί μέχρι και τρεις (3) ώρες. Αντίθετα, όταν η μαριχουάνα λαμβάνεται τρώγοντας ή πίνοντας, χρειάζεται τουλάχιστον μία (1) ώρα για να επιδράσει (Shapiro, 2009).

Κάνοντας χρήση μαριχουάνας ενεργοποιούνται οι κανναβικοί υποδοχείς του εγκεφάλου. Προκαλεί χαλάρωση, διευρύνει την αντίληψη της σκέψης σε άλλα επίπεδα, εμπλουτίζει τους μουσικούς ήχους. Θεωρείται η ουσία της παρέας (Shapiro, 2009).

Από τη μαριχουάνα παρασκευάζεται: σχοινί, ύφασμα, χαρτί, έλαιο, σαπούνι. Παγκοσμίως, υπάρχουν αρκετά μαγαζιά με την ονομασία 'cannabis shop', τα οποία πουλούν τα παραπάνω προϊόντα (Shapiro, 2009).

**Αμφεταμίνες** (speed, uppers, black beauties, bennies, brown και clears, pep pills, white cross): αποτελούν ένα ισχυρό συνθετικό διεγερτικό, το οποίο είναι σε μορφή σκόνης, κρυστάλλων, χαπιού. Η χρήση των αμφεταμινών μπορεί να γίνει, είτε μέσω εισπνοής από την μύτη, είτε ενδοφλέβια μέσω σύριγγας, είτε από την στοματική κοιλότητα, καταπίνοντας. Οι αμφεταμίνες δρουν διεγερτικά κατευθείαν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του ατόμου και προσδίδουν ενεργητικότητα. Υπάρχουν διάφορα είδη αμφεταμινών: η ίδια η αμφεταμίνη, η μεθαμφεταμίνη, η δεξτροαμφεταμίνη, η δεξτρομεθαμφεταμίνη (Rock, στην Κοσμά, 2001).

Η αμφεταμίνη είναι από τις πιο νοθευμένες ψυχότροπες ουσίες και συχνά πωλούνται στο χρήστη ψυχότροπες ουσίες που της μοιάζουν, όπως είναι: η φαινυλπροπανολαμίνη, η εφεδρίνη ή και απλές ταμπλέτες καφεΐνης, σκόνης. Η απομίμηση της αμφεταμίνης έχει έντονη μυρωδιά, η οποία προκαλείται από τα διάφορα χημικά, με τα οποία παρασκευάζεται (Shapiro, 2009).

Οι αμφεταμίνες δημιουργούν στο χρήστη: αισθήματα ευθυμίας, ενεργητικότητας, αυτοπεποίθησης, βελτιωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, μείωση των αναγκών ύπνου, φαγητού. Οι αμφεταμίνες επιδρούν στο χρήστη μετά από μισή ώρα, αφού ληφθεί μέτρια δόση από το στόμα και διαρκεί τρεις (3) μέχρι τέσσερις (4) ώρες, συνολικά. Αντίθετα, οι αμφεταμίνες, οι οποίες εισπνέονται από την μύτη, επιδρούν πιο γρήγορα, μόλις σε είκοσι (20) λεπτά και διαρκούν τέσσερις (4) μέχρι έξι (6) ώρες. Επιπροσθέτως, η ενδοφλέβια λήψη αμφεταμινών, επιδρά ακόμη γρηγορότερα στο χρήστη (Shapiro, 2009).

**LSD** (άσιντ, trips, tabs, boomers, doses, Superman, πάκι, φακή, πακιτρί, Νάξος και άλλα ονόματα που προέρχονται από τα σχέδια στο εμποτισμένο χαρτί του LSD, τριπάκι, κρύσταλλος, φράουλες, άσπρη αστραπή, ζαχαρωτό κ.ά.): ή αλλιώς, διαιθυλαμίνη του λυσεργικού οξέος, αρχικά παρασκευάστηκε από την ερυσίβη (παρασιτικός μύκητας, ο οποίος αναπτύσσεται στη σίκαλη και σε άλλα χορτάρια). Εμφανίζεται σε διάφορες μορφές, όπως υγρή, χάπι, εμποτισμένη σε στυπόχαρτο, σε ζελατίνη που έχει τετράγωνο σχήμα. Σχεδόν σπάνια γίνεται χρήση LSD, ενδοφλέβια μέσω σύριγγας (Shapiro, 2009).

Το LSD είναι μία πολύ ισχυρή ψυχότροπη ουσία. Η επίδραση του, ξεκινά περίπου μισή ώρα με μία (1) ώρα, αφού γίνει η λήψη του από τον χρήστη και κορυφώνεται σε δύο (2) μέχρι έξι (6) ώρες. Η επίδραση του διαρκεί οκτώ (8) μέχρι δώδεκα (12) ώρες, ανάλογα τη δόση (Μάνου, 1997).

**Έκσταση** (MDMA, XTC, EAVES MIDEA, περιστερία, περιστερία αγάπης, ροζ Κάντιλακ, Φίντο Ντίντο, οραματιστές της Κάλι, Τζουράσικ Παρκ, μπανάνα σπλίτς): το έκσταση είναι ένα συνθετικό χημικό παρασκεύασμα, το οποίο ονομάζεται MDMA (Μεθυλενο-Διοξυ-Μεθ-Αμφεταμίνης). Ταξινομείται ως παραισθησιογόνα αμφεταμίνη, διότι η επίδραση του μοιάζει με την ανάμειξη της αμφεταμίνης με το LSD. Το έκσταση προέρχεται από έλαια φυτικών προϊόντων (μοσχοκάρυδο, κρόκος, ζαφορά, σασαφράς) (Rock, στην Κοσμά, 2001).

Το έκσταση εμφανίζεται σε μορφή χαπιού ή κάψουλας και σκόνης. Οι τρόποι χρήσης είναι: μέσω της στοματικής ή ρινικής κοιλότητας, ενδοφλέβια με σύριγγα, καπνίζοντας. Η επίδραση του ξεκινά είκοσι (20) με εξήντα (60) λεπτά μετά τη λήψη και διαρκεί τρεις (3) μέχρι είκοσι τέσσερις (24) ώρες. Η λήψη έκστασης, δημιουργεί στο άτομο έντονα το αίσθημα της αγάπης και της οικειότητας προς όλους τους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά του, εκείνη την στιγμή, καθώς ανοίγει και ελευθερώνει τα κέντρα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνα για την αγάπη. Επίσης το έκσταση διεγείρει τον χρήστη σεξουαλικά (Λιάππας, 1992).

**Εισπνεόμενες ή πτητικές ουσίες ή διαλύτες.** Οι διαλύτες δημιουργούνται από τις αναθυμιάσεις πολλών βιομηχανικών και οικιακών προϊόντων, όπως είναι τα καθαριστικά υγρά, η κόλλα, τα βερνίκια, το ασετόν, τα αντιψυκτικά, τα διορθωτικά υγρά, τα σπρέι, οι βαφές, το υγρό μπαταρίας, το υγρό πυροσβεστήρα, η βενζίνη, το πετρέλαιο. Οι πτητικές ουσίες έχουν διάφορους τρόπους χρήσης. Κάποια προϊόντα εισπνέονται από τον χρήστη, απευθείας από τα δοχεία τους. Τα υγρά εμποτίζονται σε ένα πανί ή χύνονται σε μια πλαστική σακούλα και οι αναθυμιάσεις αυτών, εισπνέονται από εκεί, μέσω της στοματικής και ρινικής κοιλότητας. Ο τελευταίος τρόπος χρήσης είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος, διότι σε περίπτωση που ο χρήστης πέσει αναίσθητος και κολλήσει στο στόμα και τη μύτη η πλαστική σακούλα, θα προκληθεί ασφυξία. Ακόμη τα σπρέι ψεκάζονται σε μια σακούλα και εισπνέονται, αλλιώς ψεκάζονται απευθείας στο στόμα. Η εισπνοή από τη μύτη, διαφορετικά λέγεται και σνυφάρισμα. Το βουτάνιο και κάποια είδη κόλλας είναι οι πιο εξαρτησιογόνες ουσίες, από την ομάδα των διαλυτών (Rock, στην Κοσμά, 2001).

Η λήψη εισπνεόμενων αναθυμιάσεων των πτητικών ουσιών, απορροφούνται μέσω των πνευμόνων και φτάνουν γρήγορα στον εγκέφαλο. Ο χρήστης νιώθει ευφορία, ζαλάδα, μιλά ψευδή, έχει λανθασμένη όραση, έχει ναυτία και υπνηλία. Νιώθει συναισθηματικά

φορτισμένος. Οι επιδράσεις ξεθυμαίνουν γρήγορα, αν όμως η δόση είναι μεγαλύτερη, διαρκούν για περισσότερο χρονικό διάστημα (Barlow & Durand, 2001).

**Ηρεμιστικά** (υπνωτικά φάρμακα, βενζοδιαζεπίνες, tranx, roofies, roche, forget-me, ύπνος, κουμπιά, μπούμπλε, ύπνοι, άρτοι, μπιφτέκια, πνου) (χωρίς τη σύσταση γιατρού): το όνομα ηρεμιστικά, έχει δοθεί στις ουσίες, που ελαχιστοποιούν τα αισθήματα άγχους και νευρικής συμπεριφοράς. Προκαλούν μια κατάσταση ηρεμίας και διαχωρίζονται σε δύο (2) κατηγορίες. Η πρώτη αποτελείται από τα μείζονα ηρεμιστικά (αντιψυχωτικά) και η δεύτερη από τα ελάσσονα ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες), τα οποία έχουν τέσσερεις (4) αισθητές επιδράσεις: αγχολυτικές, σπασμολυτικές, μυοχαλαρωτικές, καταπραυντικά ή υπνωτικά. Αυτά τα ηρεμιστικά χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία αγχώδη διαταραχών, μυϊκών σπασμών, αιφνίδιων κρίσεων, αϋπνίας, ενσυνείδητων καταστολών (προ χειρουργικές) (Shapiro, 2009).

Η συνηθέστερη επίδραση των ηρεμιστικών φαρμάκων είναι το αίσθημα κόπωσης και υπνηλίας. Οι τάσεις υπνηλίας υποχωρούν ύστερα από μία εβδομάδα λήψης αυτών, καθώς το σώμα δημιουργεί ανοχή για την ουσία (Barlow & Durand, 2001).

### **2.3) ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥΣ.**

Τα στάδια της εξάρτησης είναι στο σύνολο πέντε (5) και περιέχουν διαδοχικά: τον πειραματισμό ή πρώτη δοκιμή της ψυχότροπης ουσίας, την κοινωνική χρήση της ψυχότροπης ουσίας, την προγραμματισμένη και ενεργή αναζήτηση της ψυχότροπης ουσίας, τη συστηματική χρήση της ψυχότροπης ουσίας, την εξάρτηση από την ψυχότροπη ουσία. Στην συνέχεια θα γίνει ανάλυση αυτών των πέντε (5) σταδίων της εξάρτησης (Πουλόπουλος, 2005).

**Πρώτο στάδιο:** πειραματισμός ή πρώτη δοκιμή της ψυχότροπης ουσίας. Στο πρώτο στάδιο βρίσκεται ο έφηβος δεκατεσσάρων (14) ετών, που ξεκινά δειλά και πειραματίζεται με τις ψυχότροπες ουσίες. Το πρώτο στάδιο θεωρείτε αόρατο, διότι δεν φαίνεται εξωτερικά, ούτε γίνεται αντιληπτό από το οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο του εφήβου. Επίσης ο πειραματισμός μιας ψυχότροπης ουσίας, δεν αξιολογείται ως επικίνδυνη από τον ίδιο τον έφηβο. Το πρώτο στάδιο αποτελεί μια κατάσταση στον έφηβο, που δεν τον αναγκάζει να τη συνεχίσει, αλλά ούτε και να μην τη συνεχίσει. Σ' αυτό το στάδιο ο έφηβος έχει καλή υγεία, οι σχολικές του υποχρεώσεις δεν επηρεάζονται, πιέζεται όμως από εξωτερικές ή εσωτερικές συνθήκες.

**Δεύτερο στάδιο:** κοινωνική χρήση της ψυχότροπης ουσίας. Στο δεύτερο στάδιο ο έφηβος είναι δεκατεσσάρων (14) ή δεκαπέντε (15) ετών. Θεωρείται και αυτό το στάδιο,

αόρατο. Ο έφηβος κάνει χρήση της ψυχότροπης ουσίας με άλλα άτομα, συνήθως συνομήλικα του και πιο συχνά. Ο έφηβος πιστεύει ακόμη ότι η χρήση μιας ψυχότροπης ουσίας, ανά χρονικά διαστήματα, δεν είναι κάτι επικίνδυνο. Ο ίδιος μάλιστα θεωρεί ότι ακόμη πειραματίζεται με τις ψυχότροπες ουσίες, ενώ στην πραγματικότητα έχει περάσει στο στάδιο της κοινωνικής χρήσης. Ο έφηβος τη χρονική στιγμή που βρίσκεται μπροστά στην ουσία μαζί με άλλα άτομα, νιώθει ακόμα περιέργεια και πίεση από τον περίγυρο του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να κάνει χρήση της ψυχότροπης ουσίας μαζί τους και να βιώνει μια κατάσταση ευφορίας. Βρίσκεται σε καλή φυσική και συναισθηματική κατάσταση. Συγχρόνως, νιώθει το αίσθημα της μοναδικότητας, το οποίο προέρχεται από την αλλαγή των συναισθημάτων του, αλλά και την παρανομία που συνοδεύει τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Επιπλέον ο έφηβος ενθαρρύνεται από την παρά πάνω εμπειρία και θέλει να την ξανά βιώσει.

**Τρίτο στάδιο:** προγραμματισμένη και ενεργή αναζήτηση της ψυχότροπης ουσίας. Στο τρίτο στάδιο ο έφηβος είναι δεκαπέντε (15) ή δεκαέξι (16) ετών. Εξακολουθεί να παραμένει αόρατο στάδιο, τουλάχιστον στο μεγαλύτερο διάστημα αυτού. Αυτό σημαίνει ότι δεν έχει δημιουργήσει ακόμη στον έφηβο προβλήματα. Τα προβλήματα ξεκινούν όταν η ανοχή στην ουσία, δημιουργεί στον έφηβο την ανάγκη για μεγαλύτερη ποσότητα ουσίας. Τα προβλήματα αυτά οδηγούν στο τέταρτο στάδιο της εξάρτησης, το οποίο είναι η συστηματική χρήση (ΚΕ.Θ.Ε.Α. Αριάδνη, 2013).

Ο όρος ανοχή είναι: ο χρήστης δεν ικανοποιείται ούτε από την ποσότητα, ούτε από την συχνότητα της χρήσης της ψυχότροπης ουσίας, ύστερα από ένα χρονικό διάστημα, το οποίο είναι διαφορετικό για κάθε άνθρωπο. Αυτό οφείλεται στην ανοχή της συγκεκριμένης ουσίας, στον οργανισμό του (Γεωργάκας, 2007).

Στο τρίτο στάδιο ο έφηβος κάνει χρήση της ψυχότροπης ουσίας, όσο συχνά θέλει, καθώς την προγραμματίζει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την φανέρωση των πρώτων προβλημάτων στον έφηβο, που κάνουν τη χρήση ορατή στον οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Αυτά τα προβλήματα είναι: η ανάγκη του εφήβου για περισσότερα χρήματα, ώστε να πληρώσει την ουσία, δεν είναι συνεπής στις υποχρεώσεις του και στο σχολείο, έχει περισσότερη συναναστροφή με άλλους χρήστες, παρά τους φίλους του. Επιπροσθέτως, αυξάνεται η ανοχή στην ουσία (ΚΕ.Θ.Ε.Α. Αριάδνη, 2013).

**Τέταρτο στάδιο:** συστηματική χρήση ή κατάχρηση της ψυχότροπης ουσίας. Στο τέταρτο στάδιο ο έφηβος είναι δεκαέξι (16) ή δεκαεπτά (17) ετών. Αποτελεί πλέον ορατό στάδιο. Ο έφηβος έχει αρχίσει να απομονώνεται από τους φίλους του και την οικογένεια του, καθώς έχει και συχνές συγκρούσεις μαζί τους. Προσπαθεί να δικαιολογήσει την κατάσταση της χρήσης, με πολλαπλά επιχειρήματα. Επίσης έχει ελαττωθεί το αίσθημα ενοχής που ένιωθε για τη χρήση. Ο έφηβος νιώθει δυσφορία, χωρίς τις ψυχότροπες ουσίες και έχει προβλήματα

διατροφής και ύπνου. Νιώθει συνεχής διέγερση, έχει συχνές αλλαγές στη διάθεση του, έχει μειωμένη δημιουργικότητα (ΚΕ.Θ.Ε.Α. Αριάδνη, 2013).

Ο όρος κατάχρηση είναι: οι ψυχότροπες ουσίες παρεμβαίνουν στη ζωή του χρήστη, σημαντικά, δηλαδή επηρεάζουν τον τομέα της οικογένειας, των κοινωνικών σχέσεων, τις σχολικές και λοιπές υποχρεώσεις του ατόμου. Επίσης το άτομο εκτίθεται σε καταστάσεις κινδύνου και έχει προβλήματα με την έννομη τάξη (Barlow & Durand, 1999).

**Πέμπτο στάδιο:** εξάρτηση (εθισμός). Στο πέμπτο στάδιο ο έφηβος βρίσκεται στην ηλικία των δεκαέξι (16) ή δεκαεπτά (17) χρόνων. Σε αυτό το στάδιο σχεδόν όλοι οι φίλοι του εφήβου κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Ο έφηβος λέει συνεχώς ψέματα, κάνει περιέργες συναλλαγές, δανείζεται χρήματα, μπορεί να κλέψει για να βρει χρήματα. Κάνει καθημερινή χρήση και η δόση του είναι υπερβολική. Εγκαταλείπει το σχολείο ή την εργασία του και δεν είναι σε καμία υποχρέωση του συνεπής. Επιπλέον ο έφηβος χρήστης έχει πολλαπλά προβλήματα υγείας (σωματικά και ψυχικά). Σκέφτεται συνέχεια την ουσία και τίποτα άλλο (ΚΕ.Θ.Ε.Α. Αριάδνη, 2013).

Ο όρος εξάρτηση είναι: η συνεχής ανάγκη του ατόμου για χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, που γίνεται με στόχο την αλλαγή της διάθεσης, παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη λήψη τους. Θεωρείται δουλική σχέση μεταξύ ατόμου και ουσίας. Η διακοπή της ουσίας είναι επώδυνη, δυσχερής ή και αδύνατη (Μάνου, 1997).

Τα όρια ανάμεσα στα στάδια της εξάρτησης είναι θολά και δυσδιάκριτα. Αυτό σημαίνει ότι, ακόμη και ο έφηβος που βρίσκεται στο πρώτο στάδιο, βρίσκεται σε κίνδυνο (Πουλόπουλος, 2005).

**ΣΧΗΜΑ 1: ΔΡΟΜΟΙ ΤΗ ΣΤΑΔΙΑ, ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ (ΚΕ.Θ.Ε.Α. Αριάδνη, 2013).**



## **ΣΧΗΜΑ 2: ΕΠΙΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ (ΚΕ.Θ.Ε.Α. Αριάδνη, 2013).**

**ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΣΜΟΣ:** 1) Αρνητική Εμπειρία = Διακοπή.

ή

2) Θετική Εμπειρία = Συνέχιση χρήσης.

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΧΡΗΣΗ:** Περιστασιακή χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, σε οικείο περιβάλλον.

**ΕΝΕΡΓΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ:** Συχνότερη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Αλλαγές στον χρόνο, τις σχέσεις, τη συμπεριφορά και στη διαχείριση χρημάτων.

**ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ:** Προβλήματα στους τομείς: της οικογένειας, των κοινωνικών σχέσεων, των οικονομικών.

**ΕΞΑΡΤΗΣΗ:** Γενική αλλαγή στον τρόπο ζωής. Επιπλέον προβλήματα περι νόμου και υγείας (σωματικά και ψυχικά).

### **2.4) ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.**

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν τους εφήβους στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών είναι στο σύνολο έξι (6): **βιολογικοί, ατομικοί, οικογενειακοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, η επιρροή των συνομηλίκων (φίλοι)** (Γεωργάκας, 2007).

**ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ:** στην περίπτωση που ο έφηβος έχει ή είχε κάποιο μέλος της οικογένειας του, που είναι επιρρεπής στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, έχει την κληρονομική προδιάθεση να γίνει και ο ίδιος χρήστης, δεν είναι όμως απαραίτητο αυτό. Για να εκδηλωθεί μία παρόμοια συμπεριφορά θα πρέπει ο έφηβος να βρεθεί μπροστά στην ψυχοτρόπη ουσία και να αποφασίσει να κάνει χρήση (Barlow & Durand, 2001).

Επίσης με βάση μελετών που έχουν γίνει στο πεδίο της γενετικής έρευνας, στη μοριακή βιολογία, στη νευροφαρμακολογία, καθώς και σε απεικονίσεις εγκεφάλου προβάλλουν την εξάρτηση από μια ψυχοτρόπη ουσία, ως μια χρόνια εγκεφαλική διαταραχή ή αρρώστια, που τη χαρακτηρίζουν η σύνθετη αλληλεπίδραση βιολογικών (γενετικών, αναπτυξιακών) και περιβαλλοντικών (διαθεσιμότητα ουσιών, κοινωνικοί, οικονομικοί λόγοι) παραγόντων (Γεωργάκας, 2007).

**ΑΤΟΜΙΚΟΙ:** ο έφηβος, ο οποίος συνήθως κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση. Νιώθει συναισθηματικό πόνο, άγχος, επιθετικότητα, είναι απογοητευμένος από τον έρωτα, δεν νιώθει εμπιστοσύνη, ούτε σε άτομα της οικογένειας του, ούτε σε άτομα του κοινωνικού του περιγύρου, αδυνατεί να εκφράσει και να διαχειριστεί τα πολλαπλά συναισθήματα του, γι' αυτόν τον λόγο αναζητά ενεργοποίηση και διέγερση μέσω της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Επίσης έχει χαμηλή επίδοση στις σχολικές και μη υποχρεώσεις και δεν διαπρέπει σε καμία δραστηριότητα. Επιπλέον δεν έχει στόχους και επιδιώξεις στη ζωή του. Προτιμά τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, ώστε με αυτό τον τρόπο να αντισταθεί στο οικογενειακό του κατεστημένο, να διασκεδάσει και να κοινωνικοποιηθεί, όμως δεν εκτιμά τις επιπτώσεις της χρήσης, διότι έχει ελλιπείς γνώσεις περι ψυχοτρόπων ουσιών. Ακόμα ο έφηβος τη σημερινή εποχή, λειτουργεί με την φιλοσοφία του καταναλωτισμού, θέλει να πετυχαίνει τα 'πάντα' εύκολα, γρήγορα και χωρίς κόπο (Τζωρτζακάκη, 2012).

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ:** μέλος του οικογενειακού συστήματος (γονείς, αδέρφια, συγγενείς) του εφήβου που κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, ίσως κάνει και το ίδιο χρήση ψυχοτρόπων ουσιών ή έχει άλλη αντικοινωνική συμπεριφορά. Μπορεί να υπάρχουν κάποια αρνητικά συμβάντα στη ζωή του, όπως κάποιος θάνατος σημαντικού ενήλικα, για τον έφηβο (κυρίως σε ηλικία των έντεκα (11) ετών). Υπάρχει υπερβολική εμπλοκή ή έλλειψη αυτής των γονέων με τον έφηβο. Επίσης υπάρχει υπερβολικός γονικός έλεγχος ή έλλειψη αυτού προς τον έφηβο. Επιπλέον υφίσταται χαμηλή ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ γονέων – εφήβου και ελλιπείς ξεκάθαροι όροι και συνέπειες για κάθε εφηβική συμπεριφορά. Επιπροσθέτως, πιθανά να υπάρχει πιεστική ή χαλαρή ενήλικη εποπτεία των δραστηριοτήτων του εφήβου με τους φίλους του (Minuchin, 2003).

**ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ:** ο έφηβος, ο οποίος επιλέγει να κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών ίσως πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, όπως: διαταραχή της διάθεσης (π.χ. κατάθλιψη), αγχώδεις διαταραχές (π.χ. διαταραχή πανικού), σχιζοφρένεια, διαταραχή της διαγωγής, αντικοινωνική διαγωγή ή αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας (Μάνου, 1997).

Επιπλέον ο έφηβος που κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, στη ζωή του είναι συναισθηματικά ασταθής (συχνές αλλαγές διάθεσης), είναι επιθετικό και συγχρόνως νευρικό, νιώθει μελαγχολικά (Minuchin, 2003).

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ:** οι ψυχότροπες ουσίες αν και είναι παράνομες, είναι διαθέσιμες στην ελληνική κοινωνία, λόγω της ανοχής που δείχνει το κράτος στη χρήση αυτών και της οικονομικής ανασφάλειας που βιώνει. Επίσης πολλές φορές οι ψυχότροπες ουσίες, εκτίθενται από τα προγράμματα των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) προς τους πολίτες (Τζωρτζακάκη, 2012).



Συνήθως, οι ψυχότροπες ουσίες είναι διαθέσιμες σε γειτονιές με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, με αυξημένο αριθμό παραβατών και συνεπώς αυξημένη εγκληματικότητα. Στις συγκεκριμένες γειτονιές, επικρατούν η βία, η ανοχή στην κατάχρηση ουσιών, οι απότομες κοινωνικές μεταβολές και μετακινήσεις πληθυσμού και η φτώχεια (E.M.C.D.D.A., 2010).

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) έχουν μεγάλη επιρροή στους εφήβους και αυτό φαίνεται από μία έρευνα που έγινε, σχετικά με τις συνέπειες της διαφήμισης τσιγάρων. Η έρευνα υποστηρίζει ότι οι επιδράσεις της έκθεσης των Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) που προβάλλουν τσιγάρα, είναι περισσότερο σημαντικές, από ότι η πίεση των φίλων του εφήβου (Pierce & Gilpin, 1995 στον Barlow & Durand, 2001).

**ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ:** ο έφηβος έχει την ανάγκη να βρίσκεται σε μια ομάδα, η οποία έχει ίδιες αξίες και στόχους με αυτόν. Αν κάνουν οι φίλοι του χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, το πιο πιθανό είναι να κάνει και ο ίδιος ο έφηβος, ώστε να νιώθει κοινωνικοποιημένος, δημοφιλής και μοντέρνος. Κάποια μέλη της φιλικής παρέας γίνονται πρότυπα για τον έφηβο, ο οποίος προσπαθεί να τους μιμηθεί στον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς. Οι συνομήλικοι του εφήβου υποβαθμίζουν την επικινδυνότητα της χρήσης των ψυχοτρόπων ουσιών, υποστηρίζουν ότι κάνοντας χρήση το άτομο, νιώθει ελευθερία και ευχαρίστηση, γι' αυτό τον λόγο, πείθει τον έφηβο σε μια παρόμοια συμπεριφορά (Πουλόπουλος, 2005).

## **2.5) ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΟ (ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ).**

Πρώτα απ' όλα, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών προκαλεί σωματική και ψυχική εξάρτηση. Ο όρος σωματική εξάρτηση σημαίνει ότι: ο οργανισμός του χρήστη δεν μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά στην καθημερινή του ζωή, χωρίς τη χρήση μιας ψυχότροπης ουσίας. Η σωματική εξάρτηση εμφανίζεται, όταν το σώμα του χρήστη έχει προσαρμοστεί στην ψυχότροπη ουσία και αναπτύσσει συμπτώματα όταν σταματήσει τη χρήση (στερητικό σύνδρομο) (Γρίβας, 1995).

Ο όρος ψυχική εξάρτηση σημαίνει ότι: ο χρήστης έχει την ανάγκη της ψυχότροπης ουσίας, για να διατηρήσει την ψυχική του συνοχή, για να νιώσει καλά, να διώξει το άγχος, τη ψυχική πίεση που νιώθει, για να νιώθει φυσιολογικός και να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητας (Μάνου, 1997).

Η ψυχολογική εξάρτηση, σε σύγκριση με τη σωματική, είναι πιο σημαντική και απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο, για να αντιμετωπιστεί (Shapiro, 2009).

Σε περίπτωση που εγκατασταθεί η εξάρτηση ψυχοτρόπων ουσιών στον έφηβο, η προσωπικότητα του αλλοιώνεται, ο ψυχισμός του συρρικνώνεται και η ζωή του είναι συνυφασμένη με τη χρήση (Τζωρτζακάκη, 2012).

Το πρώτο σημείο του ανθρώπινου οργανισμού, που επηρεάζει η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών είναι ο εγκέφαλος. Πριν τη χρήση ο ανθρώπινος εγκέφαλος (μη χρήστη) είναι λείος, συμμετρικός και πλήρης. Μετά τη χρήση ο ανθρώπινος εγκέφαλος (χρήστη) είναι ζαρωμένος, με κενά και κυματιστή επιφάνεια. Η χρήση ψυχοτρόπης ουσίας μειώνει ή σταματάει τη ροή του αίματος σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και ανάλογα με την περιοχή του εγκεφάλου που επηρεάζεται, εμφανίζονται διαφορετικά προβλήματα. Παρόμοια κατάσταση εγκεφάλου, εμφανίζεται συνήθως σε άτομα, τα οποία έχουν εκτεθεί σε τοξικές αναθυμιάσεις ή έχουν υποστεί – στέρηση οξυγόνου (Amen, 1998).

Εδώ θα αναφερθούν αναλυτικά οι επιπτώσεις που προκαλούν στους εφήβους (σωματικά και ψυχικά) η μαριχουάνα, τα Club drugs (αμφεταμίνες, LSD, έκσταση), οι εισπνεόμενες ουσίες (π.χ. κόλλα ή βενζίνη), τα ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα (χωρίς τη σύσταση γιατρού).

## **ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

Μαριχουάνας: προκαλεί μια σειρά αισθητών, αλλά συνήθως ήπιων σωματικών επιδράσεων όπως είναι: ο αυξημένος σφυγμός, η χαμηλή αρτηριακή πίεση, τα κόκκινα μάτια, τη ξηροστομία και τη περιστασιακή ζάλη. Επιπλέον η χρήση μαριχουάνας αυξάνει την όρεξη (για γλυκό). Επιπροσθέτως, η συχνή εισπνοή του καπνού της για αρκετά χρόνια, δημιουργεί ή επιδεινώνει τη βρογχίτιδα και άλλες αναπνευστικές παθήσεις. Μπορεί επίσης να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα και άλλων περιοχών της πεπτικής οδού. Αυτό συμβαίνει διότι καπνίζοντας τη μαριχουάνα, συγκεντρώνονται στους πνεύμονες σε μεγάλη ποσότητα, καρκινογόνος πίσσα και τοξίνες. Ακόμα βλάπτονται τα ανοσοποιητικά κύτταρα των πνευμόνων, που είναι υπεύθυνα για την καταπολέμηση των λοιμώξεων.

Ο οργανισμός αναπτύσσει, γρήγορα ανοχή στη μαριχουάνα, γεγονός που σημαίνει ότι για να νιώσει το ίδιο ο χρήστης, πρέπει να χρησιμοποιήσει μεγαλύτερη δόση ή μία ψυχοτρόπη ουσία, πιο ισχυρή (Μάνου, 1997).

Αμφεταμίνες: μπορεί να προκαλέσουν μια σειρά από καρδιαγγειακά προβλήματα, τα οποία περιλαμβάνουν: τη ταχυκαρδία, την καρδιακή αρρυθμία, την αυξημένη αρτηριακή πίεση, τη φλεγμονή ενδοκαρδίου. Επίσης μπορεί να βλάψουν μικρά αιμοφόρα αγγεία του εγκεφάλου, που ίσως προκαλέσουν εγκεφαλικό. Ακόμα κάνοντας χρήση αμφεταμινών αναπτύσσεται υπερθερμία (αυξημένη θερμοκρασία του σώματος) και μυϊκοί σπασμοί. Αν

γίνεται χρήση αμφεταμινών ενδοφλέβια, δημιουργούνται αποστήματα στο δέρμα (Μάνου, 1997).

LSD: δεν υπάρχουν γνωστοί κίνδυνοι για το σώμα, που αποδίδονται στη χρήση του. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία που δείχνουν ότι το LSD προκαλεί εγκεφαλική βλάβη (Sharipo, 2009).

Έκσταση: προκαλεί διαστολή των κόρων των ματιών, ρίγος, τρέμουλο στο σώμα και τα χείλη, εφίδρωση, ναυτία και εμετό, το πρόσωπο χλομιάζει, σπασμούς, μειωμένη ή απώλεια όρεξης, αυξάνονται οι παλμοί και ανεβαίνει η αρτηριακή πίεση, υπάρχει απώλεια ελέγχου στις εκούσιες κινήσεις του σώματος, καταστρέφονται εγκεφαλικά κύτταρα (Λιάππας, 1992).

Εισπνεόμενες ουσίες: οι περισσότερες είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες για τα όργανα του σώματος. Η χρήση τους μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον εγκέφαλο και συγκεκριμένα στους νευρώνες ή συνδέτες, δημιουργώντας μόνιμες βλάβες του Κεντρικού και Περιφερειακού Νευρικού συστήματος. Ακόμα σημαντικές ζημιές προκύπτουν στο ήπαρ και στους νεφρούς. Επιπλέον δημιουργούν αρρυθμία στους χτύπους της καρδιάς, το οποίο μερικές φορές μπορεί να προκαλέσουν αιφνίδιο θάνατο. Ο χρήστης εισπνεόμενων ουσιών συχνά έχει απώλεια βάρους, παρουσιάζει ρινορραγίες, ξηροστομία, ναυτία και εμετό, υπερβολική έκκριση σάλιου. Επιπροσθέτως, οι εισπνεόμενες ουσίες καταστέλλουν το αναπνευστικό σύστημα (Rock, στην Κοσμά, 2001).

Ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα (χωρίς τη σύσταση γιατρού): προκαλούν υπνηλία, το οποίο απαγορεύει την οδήγηση και τον χειρισμό επικίνδυνων μηχανημάτων. Δημιουργούν δυσκολίες στην αναπνοή του χρήστη, υπερβολική αύξηση βάρους, δερματικά εξανθήματα, εξασθένηση της σεξουαλικής λειτουργίας, εμμηνορροϊκές ανωμαλίες και ανωμαλίες στο αίμα, αλλά σπάνια (Sharipo, 2009).

## **ΨΥΧΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

Μαριχουάνας: έρευνες προερχόμενες από τη Μεγάλη Βρετανία και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α) αναδεικνύουν ότι η χρήση μαριχουάνας μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση μερικών σχιζοφρενικών διαταραχών. Γι' αυτό το λόγο χρήστες μαριχουάνας που έχουν ιστορικό ψυχικών ασθενειών, είναι ευάλωτοι σε ψύχωση, που επιφέρει η μαριχουάνα. Επίσης επιδρά στη μνήμη, την κρίση, την αντίληψη, την αυτοσυγκέντρωση, τον αυτοέλεγχο, την αίσθηση του χρόνου και τα αλλοιώνει (Sharipo, 2009).

Οι συχνότερες ψυχικές ασθένειες που προκαλεί η χρήση μαριχουάνας είναι: η ψυχωτική διαταραχή με παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις και η αγχώδης διαταραχή (Μάνου, 1997).

Αμφεταμίνες ή Έκσταση: η συχνή χρήση αυτών, πιθανόν να προκαλέσει ψυχωτική διαταραχή, η οποία περιλαμβάνει ακραίες διακυμάνσεις της διάθεσης, ευερεθιστότητα, σύγχυση, αναστάτωση, έκκριση θυμού - επιθετικότητας και βίαιων συμπεριφορών. Επίσης μπορεί να προκαλέσει διαταραχή της διάθεσης, αγχώδης διαταραχή, τοξικό παραλήρημα (Barlow & Durand, 2001).

LSD: δημιουργεί οπτικές ψευδαισθήσεις (έντονα χρώματα, παραμορφωμένα σχήματα και μεγέθη, κίνηση σε σταθερά αντικείμενα). Παράλληλα δημιουργεί και ακουστικές παραισθήσεις (αλλαγές στην αίσθηση του χώρου και του χρόνου). Συνήθως ο χρήστης γνωρίζει ότι οι επιδράσεις αυτές δεν είναι πραγματικές. Η χρήση του LSD προκαλεί επίσης αισθήματα φόβου και παράνοιας. Συνήθως ψυχική διαταραχή εμφανίζεται στους χρήστες, οι οποίοι ήδη πάσχουν από ενεργή ή λανθάνουσα ψυχική νόσο (Shapiro, 2009).

Εισπνεόμενες ουσίες: μπορούν να προκαλέσουν ακουστικές, οπτικές και απτικές ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, παραληρητικές ιδέες (π.χ. να πιστεύει το άτομο ότι μπορεί να πετάξει), άγχος, κατάθλιψη, απώλεια μνήμης και προσοχής. Οι συχνότερες διαταραχές είναι: η ψυχωτική διαταραχή, η αγχώδης, η διαταραχή της διάθεσης, η άνοια (Μάνου, 1997).

Ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα (χωρίς τη σύσταση γιατρού): προκαλούν βλάβες στις λεπτές κινήσεις, τη χειρωνακτική επιδεξιότητα, στις διανοητικές δραστηριότητες και στη μνήμη. Δημιουργεί αυξημένη επιθετικότητα και εχθρικότατα, παραβατικές συμπεριφορές, σεξουαλικές απρέπειες (Barlow & Durand, 2001).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:**

### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ.**

#### **3.1) ΟΡΟΙ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.**

Η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου ερμηνεύεται διαφορετικά με βάση τις διάφορες θεωρίες. Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένα σύνολο κανόνων και προσδοκιών, τα οποία υποστηρίζουν και διευκολύνουν την οικονομική δραστηριότητα και το σύστημα της αγοράς. Το κοινωνικό κεφάλαιο, αφορά το σύνολο των οικονομικών πόρων, οι οποίοι είναι δυνατόν να είναι πραγματικοί ή μη πραγματικοί. Οι οικονομικοί αυτοί πόροι αποδίδονται σε άτομα, ομάδα ή σε δίκτυο κοινωνικών σχέσεων και χαρακτηρίζονται από την εμπιστοσύνη και τους κοινούς κανόνες συμπεριφοράς. Οι κανόνες αυτοί διευκολύνουν τη συνεργασία και τη συλλογική δράση των ανθρώπων και έχουν ως στόχο το κοινό συμφέρον. Η πηγή του κοινωνικού κεφαλαίου βρίσκεται στη συλλογική δράση, ενώ το αποτέλεσμα του αφορά μια ευρεία οικονομική και κοινωνική κλίμακα (Coleman, 1990).

Το σύνολο των πραγματικών ή των συμβολικών πόρων, οι οποίοι συνδέονται με πολλαπλά δίκτυα και σχετίζονται με θεσμοθετημένες σχέσεις αμοιβαίας αποδοχής και αναγνώρισης, αποτελεί ένα ακόμη ορισμό του κοινωνικού κεφαλαίου. Το κοινωνικό κεφάλαιο συνδέεται με τα οφέλη που αποκομίζουν τα άτομα κατά τη συμμετοχή τους σε οργανωμένα κοινωνικά δίκτυα. Αυτό έχει ένα θετικό αποτέλεσμα στην κοινωνία (Bourdieu, 1984).

Το κοινωνικό κεφάλαιο δεν ενσωματώνεται σε ένα συγκεκριμένο άτομο, αλλά εμπεριέχεται στις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων. Το κοινωνικό κεφάλαιο, αφορά τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών οργανισμών, όπως η εμπιστοσύνη και τα δίκτυα. Τα χαρακτηριστικά αυτά μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της κοινωνίας, διευκολύνοντας τις δράσεις των ατόμων, οπότε προκύπτει αμοιβαίο όφελος. Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένας πόρος που τα άτομα ή οι ομάδες ατόμων κατέχουν ή αδυνατούν να κατέχουν. Οι κοινότητες και όχι τα μεμονωμένα άτομα, είναι αυτές που δημιουργούν απόθεμα κοινωνικού κεφαλαίου, με αποτέλεσμα το κοινωνικό κεφάλαιο να αποτελεί ένα ιδιωτικό και ένα δημόσιο αγαθό (Putnam, 1993).

Το κοινωνικό κεφάλαιο εμπεριέχει δομικές αλλά και γνωσιακές, καθώς και πολιτισμικές πτυχές. Κατά τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου, περιλαμβάνονται, τόσο η πολιτισμική διάσταση, όσο και η δομική διάσταση αυτού, δηλαδή τα κοινωνικά δίκτυα και η συμμετοχή των ατόμων σε αυτά. Η κύρια διάσταση, που περιλαμβάνεται στην πολιτισμική διάσταση είναι η εμπιστοσύνη (Παρασκευόπουλος, 2010).

Στις κοινωνίες, στις οποίες υπάρχει εμπιστοσύνη, οι κοινωνίες αυτές ευημερούν περισσότερο σε σχέση με τις κοινωνίες εκείνες στις οποίες δεν υπάρχει εμπιστοσύνη. Το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει τη συλλογική συμπεριφορά, η οποία είναι ανεξάρτητη των κανόνων και των προσδοκιών και η οποία υποστηρίζει την επικερδή οικονομική δραστηριότητα. Πηγές της κοινωνικής εμπιστοσύνης αποτελούν τα δίκτυα και οι κανόνες. Τα πολιτικά κόμματα, οι συνεταιρισμοί, τα αθλητικά σωματεία, αποτελούν στοιχεία των δικτύων που συμβάλλουν στην κοινωνική εμπιστοσύνη. Οι κανόνες που διέπουν τα δίκτυα, οδηγούν στην αμοιβαιότητα. Η συλλογική δράση έχει ιδιαίτερα θετική επίδραση στην ανάπτυξη των κοινωνιών. Το κοινωνικό κεφάλαιο θεωρείται, ως ατομικό αγαθό, το οποίο διευκολύνει το άτομο να συμμετέχει σε δίκτυα μέσα στα οποία αναπτύσσεται η αλληλεγγύη, η οποία είναι ιδιαίτερα ισχυρή μεταξύ των συμμετεχόντων, οι οποίοι με τη σειρά τους αποκομίζουν συγκεκριμένα οφέλη (Field, 2008).

Οι αρχικές θεωρίες που επιχειρήσαν να προσδιορίσουν το κοινωνικό κεφάλαιο θεωρούσαν τα κοινωνικά δίκτυα ως την «καρδιά» του κοινωνικού κεφαλαίου. Τα κοινωνικά δίκτυα διακρίνονται: α) συγγενικού δεσμού, τα οποία περιλαμβάνουν κλειστά δίκτυα, όπου υφίστανται ισχυροί δεσμοί και αναπτύσσονται μέσα σε ομοιογενείς ομάδες, όπως μέλη οικογένειας, φίλοι, β) γεφυρωτικού δεσμού, τα οποία περιλαμβάνουν σχέσεις με μακρινούς φίλους και συναδέλφους, γ) διασυνδετικού δεσμού, τα οποία επιχειρούν να φέρουν κοντά τις διαφορετικές κοινωνικές ομάδες (Mateju & Vutaskova, 2006).

Το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί μια διαδικασία, η οποία συνδέει πολίτες ίδιας ή διαφορετικής καταγωγής και πολιτισμικού επιπέδου, οι οποίοι συνδέονται κοινωνικά δημιουργώντας δίκτυα, ενώσεις ή κοινότητες. Στην ουσία το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί το συνεκτικό μέσο σύνδεσης των μελών της κοινωνίας. Το κοινωνικό κεφάλαιο συνδέεται στενά με το οικονομικό κεφάλαιο, το φυσικό κεφάλαιο, το ανθρώπινο κεφάλαιο και παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των συνεργασιών και των συλλογικών δράσεων των ανθρώπων οι οποίες αποσκοπούν στο γενικό συμφέρον (Lin, 2001).

Οι κοινότητες, αφορούν τις διασυνδέσεις μεταξύ των ατόμων, οι οποίες ευνοούν τη συνεργασία. Οι κοινότητες είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην ευημερία, τόσο των ατόμων, όσο και των ομάδων. Το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί μορφή επένδυσης, η οποία γίνεται από ένα άτομο. Η απόδοση της επένδυσης αυτής είναι κοινωνική. Οι κοινωνικές αποδόσεις εκφράζονται μέσα από πληροφορίες, γνωριμίες και ενισχύουν την ταυτότητα αλλά και την αναγνωρισιμότητα των ατόμων. Το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει, τόσο συμπεριφορικές, όσο και κοινωνικές πλευρές. Με βάση αυτές τις πλευρές το κοινωνικό κεφάλαιο, αφορά το σύνολο των συμπεριφορών και των σχέσεων στις οποίες εντάσσεται η

εμπιστοσύνη. Το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στις σχέσεις, τις πεποιθήσεις, τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ατόμων και ομάδων (Halpern, 2004).

Τα άτομα που αναπτύσσουν δεσμούς εμπιστοσύνης έχουν την τάση να επιλύουν προβλήματα που εμφανίζονται εντός των κοινοτήτων και των δικτύων στα οποία συμμετέχουν (Field, 2008).

Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μια από τις πολλές μορφές του κεφαλαίου, στις οποίες περιλαμβάνονται το οικονομικό, το πολιτισμικό και το συμβολικό κεφάλαιο. Το κοινωνικό κεφάλαιο διαμορφώνει δεσμούς μεταξύ των μελών των κυρίαρχων κοινωνικών τάξεων και χρησιμοποιείται για την αναπαραγωγή άνισων κοινωνικών σχέσεων. Το κεφάλαιο περιλαμβάνει την ανθρώπινη εργασία, για να πραγματοποιηθεί η κεφαλαιακή αναπαραγωγή και απαιτούνται ιδιαίτερα χρονοβόρες διαδικασίες. Στο κεφάλαιο εντάσσονται η έννοια της δύναμης και των πόρων (Bourdieu, 1984).

Η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου έχει χρησιμοποιηθεί με σκοπό να περιγράψει, να ερμηνεύσει και να προσδιορίσει ένα μεγάλο μέρος των κοινωνικών φαινομένων (Lin, 2001).

Το κοινωνικό κεφάλαιο χρησιμεύει στην εκτίμηση των παραμέτρων της κοινωνικής δράσης. Στις παραμέτρους αυτές περιλαμβάνονται τα προνόμια και οι απολαβές που αποκτά το άτομο μέσα από τα κοινωνικά δίκτυα. Μια άλλη σημαντική παράμετρος του κοινωνικού κεφαλαίου, αφορά τα μέσα τα οποία αποκτούν συλλογικοί φορείς για την εξασφάλιση της συνοχής στο εσωτερικό τους. Το κοινωνικό κεφάλαιο μέσα από τα κοινωνικά δίκτυα προωθεί την ανάπτυξη (Bourdieu, 1984).

Το οικονομικό κεφάλαιο του φυσικού κεφαλαίου, στο οποίο περιλαμβάνονται η γη, ο μηχανολογικός εξοπλισμός και το ανθρώπινο κεφάλαιο, στο οποίο περιλαμβάνονται οι δεξιότητες και οι γνώσεις των ατόμων, αποτελούν παραμέτρους του κοινωνικού κεφαλαίου (Coleman, 1990).

Οι μελέτες έχουν αποδείξει ότι ομάδες και περιοχές, οι οποίες διαθέτουν υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να επιτύχουν υψηλά επίπεδα ευημερίας, σε σύγκριση με τις περιοχές εκείνες, στις οποίες το κοινωνικό κεφάλαιο κυμαίνεται σε χαμηλά ποσοστά. Το κοινωνικό κεφάλαιο συμβάλλει ουσιαστικά στην οικονομική ανάπτυξη (Paraskeboroulos, 2001).

### **3.2) ΜΟΡΦΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.**

Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μια από τις πολλές μορφές του κεφαλαίου, στις οποίες περιλαμβάνονται το οικονομικό, το πολιτισμικό και το συμβολικό κεφάλαιο. Το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί ένα ταξικό περιουσιακό στοιχείο, όπου τα μέλη των κυρίαρχων κοινωνικών τάξεων συγκεντρώνουν και μοιράζονται το κεφάλαιο. Τα μέλη των κοινωνικών τάξεων διαμορφώνουν δεσμούς μεταξύ τους, μέσω αμοιβαίας αναγνώρισης και αποδοχής και ενισχύουν τα προνόμια της τάξης τους. Το κοινωνικό κεφάλαιο χρησιμοποιείται έτσι για την αναπαραγωγή των ταξικών σχέσεων (Bourdieu, 1984).

Λόγω των οικονομικών προβλημάτων και την έλλειψη εμπιστοσύνης στους πολιτικούς θεσμούς, ιδιαίτερα στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, το περιβάλλον το οποίο δημιουργήθηκε ήταν ιδιαίτερα ανασφαλές με συνέπεια τα άτομα να καταφύγουν σε ευρύτερες κοινοτικές ή θρησκευτικές ομάδες. Μέσα από την ένταξή τους στις ομάδες αυτές τα άτομα άντλησαν στήριξη που τους παρείχαν οι παραδοσιακές αξίες (Gropas, 2004).

Το θετικό, αντίστοιχα κοινωνικό κεφάλαιο αφορά κυρίως τις κοινωνίες της Δυτικής Ευρώπης. Με βάση αυτό τα άτομα σχηματίζουν πολιτικούς και επιχειρηματικούς κοινωνικούς δεσμούς με άλλα μέλη της κοινωνίας. Οι δεσμοί αυτοί δεν επηρεάζονται από άλλους παράγοντες. Ωστόσο, το αρνητικό κεφάλαιο διευκολύνει τη δημιουργία ανεπίσημων κοινωνικών δικτύων. Τα άτομα που μετέχουν στα δίκτυα αυτά καλλιεργούν την αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ τους (Field, 2008).

Το θετικό κοινωνικό κεφάλαιο αφορά τις αμοιβαίες κοινωνικές και οικονομικές σχέσεις, οι οποίες ενισχύουν τις οικονομικές ανταλλαγές. Το αρνητικό κοινωνικό κεφάλαιο, αφορά τις σχέσεις οι οποίες εμφανίζονται σε συντεχνίες. Ωστόσο, οι σχέσεις αυτές δεν δημιουργούν ιδιαίτερα οφέλη στην κοινωνία. Το θετικό κεφάλαιο οδηγεί στην ενίσχυση της κοινωνίας των πολιτών, ενώ το αρνητικό κεφάλαιο προξενεί κοινωνικούς και πολιτικούς αποκλεισμούς. Οι κοινωνικοί δεσμοί στο αρνητικό κεφάλαιο είναι περιορισμένοι στις μικρής κλίμακας κοινότητες, όπου επικρατούν τα συμφέροντα των συγκεκριμένων ομάδων ανθρώπων. Στις ομάδες αυτές, περιλαμβάνονται οι μειονότητες με κοινά εθνικά και θρησκευτικά χαρακτηριστικά (Lin, 2001).

Η μετατροπή του κοινωνικού κεφαλαίου από αρνητικό σε θετικό απαιτεί πόρους. Το επίπεδο των πόρων και του χρόνου που δαπανάται για την αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου εξαρτάται από τη στρατηγική που θα ακολουθηθεί για την επίτευξη αυτού του στόχου. Οι περισσότερες στρατηγικές απαιτούν κοινωνικές αλλαγές και έχουν υψηλό κόστος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση των ποσοστών της επιτυχούς έκβασης της προσπάθειας αυτής (Inglehart, 1999).



Ακολουθώντας συγκεκριμένες στρατηγικές μεταρρύθμισης, όπως η θεσμική ανάπτυξη, η οποία περιλαμβάνει τους πολιτικούς και διοικητικούς θεσμούς και αυτοί με τη σειρά τους ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας, το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι η αύξηση της εμπιστοσύνης, τόσο μεταξύ των ατόμων, όσο και απέναντι στους θεσμούς. Η βελτίωση της λειτουργίας των θεσμών είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου. Η ανάπτυξη της συμμετοχής των ατόμων σε εθελοντικές ομάδες, ενισχύει επίσης την εμπιστοσύνη. Η συλλογική συμμετοχή σε εθελοντικές ομάδες και οργανώσεις ενισχύει σημαντικά την εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται μεταξύ των ατόμων με αποτέλεσμα την αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου (Halpern, 2004).

Η ενεργή συμμετοχή σε οργανώσεις παροτρύνει τους ανθρώπους στη συνεργασία και έχει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα στην αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου. Αντίθετα, η παθητική συμμετοχή δεσμεύει το άτομο και τα αποτελέσματα δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά σε ότι αφορά το κοινωνικό κεφάλαιο (Lin, 2001).

Το μέγεθος ή ο όγκος του κοινωνικού κεφαλαίου είναι ιδιαίτερα σημαντικός σε ότι αφορά τις δράσεις ενός ατόμου, είτε μεμονωμένα, είτε ως μέλος μιας ομάδας. Ο όγκος του κοινωνικού κεφαλαίου εξαρτάται σημαντικά από το μέγεθος του δικτύου των δεσμών, με τους οποίους το άτομο είναι δυνατόν να κινητοποιήσει τον όγκο του κεφαλαίου (Bourdieu, 1984).

Το κοινωνικό κεφάλαιο, αφορά το κοινωνικό πλαίσιο, είτε εντός της οικογένειας, είτε εκτός της οικογένειας. Τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού πλαισίου, αφορούν τις κοινωνικές σχέσεις και διευκολύνουν την εμφάνιση του κοινωνικού κεφαλαίου. Στα χαρακτηριστικά του κοινωνικού πλαισίου εμπεριέχονται, επίσης η εμπιστοσύνη, η αμοιβαιότητα μεταξύ των μελών της ομάδας. Στην περίπτωση κατά την οποία τα χαρακτηριστικά παρουσιάζουν επάρκεια, αυτό δρα ευνοϊκά στην ικανοποιητική λειτουργία των κοινωνικών ομάδων, γεγονός το οποίο ενισχύει το κοινωνικό κεφάλαιο (Coleman, 1990).

Μια άλλη διάκριση του κοινωνικού κεφαλαίου αφορά τη δημιουργία γεφυρών και δεσμών μεταξύ των κοινωνικών ομάδων σε στενό κοινωνικό πλαίσιο. Το κοινωνικό κεφάλαιο δημιουργώντας γέφυρες αποτελείται από σχέσεις μεταξύ ομάδων ή κοινοτήτων, ενώ το κοινωνικό κεφάλαιο το οποίο δημιουργεί δεσμούς αποτελείται από τις σχέσεις της ίδιας ομάδας ή της ίδιας κοινότητας (Aldridge & Halpern, 2002).

Οι τύποι του κοινωνικού κεφαλαίου περιλαμβάνουν: α) δεσμούς, οι οποίοι αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της οικογένειας ή των μελών της ίδιας ομάδας, β) γέφυρες, οι οποίες δημιουργούνται μεταξύ διαφορετικών ομάδων, με διαφορετικά ηλικιακά, εθνικά χαρακτηριστικά, γ) συνδέσμους μεταξύ διαφόρων πολιτικών και κοινωνικών

επιπέδων, στους οποίους περιλαμβάνονται οι σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ των πολιτικών και των πολιτών (Field, 2008).

Το γεφυρωτικό κοινωνικό κεφάλαιο (bridging social capital) δημιουργεί γέφυρες μεταξύ κοινωνικών ομάδων και είναι ανοικτό προς τα έξω. Το διασυνδεδετικό κοινωνικό κεφάλαιο (linkage social capital) συνδέεται με την κοινωνική διαστρωμάτωση. Το διασυνδεδετικό κοινωνικό κεφάλαιο μελετά τα δίκτυα ομάδων που είναι ανομοιογενείς (Wallace & Pichler, 2007).

Το κοινωνικό κεφάλαιο, αφορά τους κανόνες και τις σχέσεις οι οποίες διαμορφώνουν την ποιότητα και την ποσότητα των αλληλεπιδράσεων των μελών μιας κοινωνίας. Οι σχέσεις αυτές είναι ιδιαίτερα απαραίτητες για την ανάπτυξη της κοινωνίας. Τα κύρια στοιχεία του κοινωνικού κεφαλαίου είναι: το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο αναφέρεται στις κοινωνικές δομές, όπου σ' αυτές περιλαμβάνονται τα κοινωνικά δίκτυα και το γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο αναφέρεται στις υποκειμενικές έννοιες, όπου σ' αυτές περιλαμβάνονται οι αξίες και η εμπιστοσύνη (Halpern, 2004).

Το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στα δίκτυα, τις ενώσεις, τους κανόνες και τις διαδικασίες που τις διέπουν. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται, τα αθλητικά σωματεία, οι χορωδίες, οι επιτροπές.

Το γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει άυλα στοιχεία, όπως οι αξίες, η εμπιστοσύνη καθώς και οι τρόποι συμπεριφοράς (Portes, 1998).

Τα δομικά στοιχεία του κοινωνικού κεφαλαίου περιλαμβάνουν δίκτυα και κανόνες και θα πρέπει να εκτιμώνται ξεχωριστά από τα δομικά στοιχεία του γνωστικού κοινωνικού κεφαλαίου, τα οποία περιλαμβάνουν με τη σειρά τους αξίες και πεποιθήσεις. Ο συνδυασμός του δομικού και του γνωστικού κοινωνικού κεφαλαίου είναι σε θέση να οδηγήσει στην αύξηση των θετικών δράσεων εντός των κοινοτήτων (Lesser, 2000).

Οι βασικές μορφές του κοινωνικού κεφαλαίου εστιάζονται στη συμμετοχή και στα κοινωνικά δίκτυα. Η συμμετοχή των πολιτών είναι δυνατόν να ενισχύσει το κοινωνικό κεφάλαιο, είτε μέσω της συμμετοχής των ατόμων σε κοινωνικές οργανώσεις, είτε μέσω της συμμετοχής τους στα κοινά του τόπου διαμονής τους. Το κεφάλαιο με βάση αυτές τις παραδοχές διακρίνεται στο επίσημο κοινωνικό κεφάλαιο, στο οποίο υπάρχει συμμετοχή σε θεσμοθετημένες οργανώσεις και δραστηριότητες και στο άτυπο κοινωνικό κεφάλαιο στο οποίο περιλαμβάνονται τα κοινωνικά δίκτυα, η εμπιστοσύνη, η οποία είναι ο παράγοντας, που συνδέεται ιδιαίτερα μεταξύ των ατόμων των κοινωνικών δικτύων (Wallace & Pichler, 2007).

Οι δύο τύποι αυτού του κοινωνικού κεφαλαίου συνδέονται μεταξύ τους. Το επίσημο κοινωνικό κεφάλαιο οδηγεί σε μορφές άτυπης δικτύωσης, οι οποίες μπορούν να ενδυναμώσουν τις κοινωνικές αξίες της συνεργασίας και της εμπιστοσύνης. Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι σε θέση με την ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών να αναβαθμίσει το ρόλο της κοινωνίας (Coleman, 1998).

Ωστόσο, η άτυπη συμμετοχή θα μπορούσε να προσφέρει αντισταθμιστική στήριξη στις περιπτώσεις της απουσίας των επίσημων οργανώσεων (Wallace & Pichler, 2007).

Το κοινωνικό κεφάλαιο ορίζεται με βάση την ποικιλία των οντοτήτων, οι οποίες διαθέτουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Τα χαρακτηριστικά αυτά, αφορούν την όψη των κοινωνικών δομών και τις ενέργειες των ατόμων, είτε ατομικά, είτε συλλογικά. Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να έχει τρεις μορφές. Αυτή των υποχρεώσεων, των προσδοκιών και των κανόνων.

Οι μορφές των υποχρεώσεων και των προσδοκιών εξαρτώνται από τη αξιοπιστία του κοινωνικού περιβάλλοντος, ενώ η μορφή των κανόνων συνδέεται με τις κυρώσεις (Coleman, 1998).

Η δημιουργία του κοινωνικού κεφαλαίου περιλαμβάνει την προσδοκία της αμοιβαιότητας και την ομαδική εφαρμογή των κανόνων. Η προνομιακή πρόσβαση σε πληροφορίες και η κατάλληλη κοινωνική οργάνωση έχει τη δυνατότητα να παρέχει το πλαίσιο υλοποίησης αποτελεσμάτων του κοινωνικού κεφαλαίου. Η αρνητική πλευρά του κοινωνικού κεφαλαίου περιλαμβάνει τα εξής: τον αποκλεισμό των ατόμων που βρίσκονται εκτός δικτύου, τις υπερβολικές απαιτήσεις προς τα μέλη της ομάδας, τους περιορισμούς των προσωπικών ελευθεριών και τους κανόνες που δεν επιτρέπουν την ανάδειξη των ατόμων

Το κοινωνικό κεφάλαιο προσδιορίζει τις θετικές επιπτώσεις της επίδρασης της κοινωνικότητας, παραμερίζοντας τις αρνητικές επιδράσεις (Portes, 1998).

Η αύξηση της συμμετοχής που παρουσιάζεται στο πλαίσιο των κοινωνικών δικτύων, δημιουργεί πρόσθετες μορφές κοινωνικού κεφαλαίου. Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να γεφυρώνει ή να συνδέει κοινωνικές ομάδες. Με τον τρόπο αυτό τα κοινωνικά δίκτυα αποτελούν τα οχήματα του κοινωνικού κεφαλαίου. Το απόθεμα του κοινωνικού κεφαλαίου εξισώνεται με το επίπεδο συμμετοχής σε ενώσεις, σωματεία και κοινωνικά δίκτυα. Το είδος του κοινωνικού δικτύου και η ένταση συμμετοχής των ατόμων, επηρεάζουν ιδιαίτερα το κοινωνικό κεφάλαιο. Όσο αυξημένη είναι αυτή η συμμετοχή, τόσο περισσότερο αυξάνεται το κοινωνικό κεφάλαιο (Putnam, 1993).

### 3.3) ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ.

Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου εστιάζεται στη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει την πολιτισμική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου και τη δομική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου. Στην τελευταία εμπεριέχονται τα κοινωνικά δίκτυα, τα οποία αφορούν τη συμμετοχή των ατόμων σε εθελοντικές οργανώσεις. Η πολιτισμική διάσταση εκτιμάται με βάση τη διαπροσωπική εμπιστοσύνη. Η δομική διάσταση εκτιμάται αντίστοιχα, με τη συμμετοχή σε οργανώσεις και σε κοινωνικά δίκτυα (Παρασκευόπουλος, 2010).

Το κοινωνικό κεφάλαιο έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τις άλλες μορφές κεφαλαίου, ωστόσο είναι διαφορετικό, καθώς η δημιουργία του προϋποθέτει την αλληλεπίδραση μεταξύ δύο τουλάχιστον ατόμων. Η δημιουργία του κοινωνικού κεφαλαίου περιλαμβάνει μια περίπλοκη διαδικασία, η οποία επηρεάζεται από ιστορικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς αλλά και πολιτικούς παράγοντες. Το κοινωνικό κεφάλαιο αυξάνει, με τη συνεργασία των ανθρώπων σε εθελοντικές οργανώσεις και τη μεταξύ τους επικοινωνία. Η συσσώρευση του κοινωνικού κεφαλαίου διευκολύνει επίσης την επίλυση διαφορετικών συμφερόντων και απόψεων (Putnam, 1993).

Το κοινωνικό κεφάλαιο συνδέεται στενά με την κοινωνία και συμβάλλει στην ανάπτυξη της κοινωνίας. Η ανάπτυξη δε της κοινωνίας οδηγεί στη βελτίωση των κοινωνικών επαφών των ατόμων μεταξύ τους, γεγονός που ενισχύει το κοινωνικό κεφάλαιο. Τα κοινωνικά δίκτυα αποτελούν το κύριο χαρακτηριστικό του κοινωνικού κεφαλαίου και η διαφοροποίησή τους δημιουργεί τις διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου (Woolcock & Narayan, 2000).

Το ισχυρό κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο αναπτύσσεται μεταξύ των μελών μιας οικογένειας και μεταξύ φίλων, περιλαμβάνει δεσμούς εμπιστοσύνης, σεβασμού και φιλίας. Το γαφυροποιό κοινωνικό κεφάλαιο, περιλαμβάνει χαλαρές σχέσεις εμπιστοσύνης, οι οποίες αφορούν κυρίως εργασιακούς χώρους ή κοινωνικές και αθλητικές ομάδες. Το διασυνδεδετικό κοινωνικό κεφάλαιο, αφορά τις σχέσεις, οι οποίες αναπτύσσονται μεταξύ των ατόμων των κοινωνικών ομάδων, οι οποίες περιλαμβάνονται σε ένα δομημένο σύστημα (Portes, 1998).

Το κοινωνικό κεφάλαιο ενισχύεται με :

α) εμπιστοσύνη, η οποία αποτελεί την προσδοκία που δημιουργείται μέσα στο πλαίσιο μιας οργάνωσης, μεταξύ των μελών της οργάνωσης και στηρίζεται στη συμπεριφορά των μελών της, η οποία έχει σαν βάση της συγκεκριμένους κανόνες (Fukuyama, 1995).

β) αμοιβαιότητα, κατά την οποία τα άτομα παρέχουν υπηρεσίες στους άλλους επιδιώκοντας να υπάρχει ανταπόδοση σε απροσδιόριστο χρονικό διάστημα. Αυτό έχει ως

αποτέλεσμα το συνδυασμό του αλτρουισμού, που αναπτύσσεται μέσα σε βραχυπρόθεσμο χρονικό διάστημα μεταξύ των μελών και του συμφέροντος, το οποίο αναπτύσσεται σε μακροπρόθεσμο χρονικό διάστημα μεταξύ των μελών (Lin, 2001).

γ) την εθελοντική συμμετοχή των ατόμων σε δίκτυα, τα οποία διαμορφώνουν σχέσεις οριζόντιου τύπου, μεταξύ των μελών της κοινότητας και της οικογένειας και σχέσεις κάθετου τύπου, μεταξύ των κοινοτήτων και των διαφόρων φορέων (Grand, 2001).

δ) κανόνες, οι οποίοι αφορούν κοινωνικούς κανόνες, μέσω των οποίων πραγματοποιείται ένας κοινωνικός έλεγχος, χωρίς την επιβολή κυρώσεων (Halpern, 2004).

ε) κοινότητα, η οποία είναι ισχυρή όταν συνδυάζονται η εμπιστοσύνη και η αμοιβαιότητα, μεταξύ των μελών των κοινωνικών δικτύων. Η ισχυρή κοινότητα δημιουργεί όφελος προς όλους και ενισχύει το κοινωνικό κεφάλαιο (Putnam, 1993)

στ) ανθρώπινο κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο αντιπροσωπεύει τις γνώσεις, τις δεξιότητες, οι οποίες πηγάζουν από την εκπαίδευση και την εμπειρία των ατόμων. Η κυριότερη μορφή του ανθρώπινου κοινωνικού κεφαλαίου είναι η ομαδική εργασία, η οποία ενισχύει ιδιαίτερα το κοινωνικό κεφάλαιο (Portes, 1998).

Οι διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου αφορούν: την αλληλεγγύη, τη συνεργασία μεταξύ των ατόμων, η οποία ενεργεί προς όφελος των άλλων στα πλαίσια ενός περιβάλλοντος αλτρουισμού, το οποίο ενισχύει ιδιαίτερα τις σχέσεις μεταξύ των ατόμων (Lin, 2001).

Επιπροσθέτως, οι διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου αφορούν την εμπιστοσύνη, η οποία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση του κοινωνικού κεφαλαίου, η οποία οδηγεί στην ανάπτυξή του. Η εμπιστοσύνη συνδέεται με τις κοινωνικές σχέσεις και τις δραστηριότητες των ατόμων και είναι ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο στην επίτευξη των στόχων που θέτουν τα μέλη μιας κοινωνίας, διευκολύνοντας το κοινωνικό σύστημα (Coleman, 1998).

Επίσης, οι διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου αφορούν την κοινωνική συμμετοχή, κατά την οποία τα μέλη μιας κοινότητας συμμετέχουν σε οργανώσεις, σε συλλόγους, σε ομάδες και σε λήψεις αποφάσεων, οι οποίες επηρεάζουν ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής τους. Η κοινωνική συμμετοχή αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο ανάπτυξης των κοινωνιών. Η εθελοντική συμμετοχή δρα επίσης σημαντικά τόσο στην προώθηση της κοινωνίας αλλά και του περιβάλλοντος. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η κοινωνική συμμετοχή είναι αυξημένη υπάρχει ευημερία, τόσο των ατόμων, όσο και των κοινωνιών. Η συμμετοχή σε δίκτυα και σε άλλες κοινωνικές δομές ενισχύουν ιδιαίτερα το κοινωνικό κεφάλαιο (Aldridge & Halpern, 2002).

Μία άλλη διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου αφορά, την ανασφάλεια, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα σε μια κοινότητα. Στις περιπτώσεις όπου σε μια κοινότητα εμφανίζονται υψηλά επίπεδα εγκληματικότητας, αυτό φανερώνει δυσλειτουργία αυτής. Το αίσθημα της ασφάλειας είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους πολίτες μιας κοινότητας και ενισχύει ιδιαίτερα τόσο τις κοινωνικές σχέσεις, μεταξύ των ατόμων, όσο και τη συμμετοχή τους σε κοινωνικά δίκτυα (Portes, 1998).

Ακόμη, περιέχουν τις αξίες, οι οποίες περιλαμβάνουν τις πεποιθήσεις, οι οποίες επιδρούν σημαντικά στη λειτουργία της κοινωνίας και ενισχύουν ιδιαίτερα το κοινωνικό κεφάλαιο μέσα από την εφαρμογή άτυπων κανόνων που διέπουν τη συμπεριφορά των μελών της κοινωνίας (Grand, 2001).

Λόγω των διαφορετικών διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου η μέτρηση του αποτελεί ένα δύσκολο έργο. Για την πραγματοποίηση της μέτρησης χρησιμοποιούνται συνήθως ερωτηματολόγια που περιλαμβάνουν ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν την εμπιστοσύνη, τη συμμετοχή σε ομάδες και σε κοινωνικά δίκτυα. Λόγω της διαφορετικότητας των διαστάσεων και των δομών του κοινωνικού κεφαλαίου, δεν υπάρχει ένας ενιαίος δείκτης μέτρησης. Στις περιπτώσεις που χρησιμοποιείται δείκτης μέτρησης αυτός περιλαμβάνει τις διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου, που είναι η εμπιστοσύνη και η συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα και οργανώσεις.

Οι σχετικές μελέτες μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου, περιλάμβαναν μετρήσεις που αφορούσαν τις εξής παραμέτρους: τις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις των ατόμων, τις σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον, τις σχέσεις στο περιβάλλον της γειτονιάς, τη συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα, το αίσθημα εμπιστοσύνης, το αίσθημα ασφάλειας, τις αξίες και τους κανόνες (Onyx & Bullen, 2000).

Σε ότι αφορά τα κοινωνικά δίκτυα, συμβάλλουν ιδιαίτερα στο κοινωνικό κεφάλαιο, καθώς το σύνολο των κοινωνικών σχέσεων είναι αυτό που συσσωρεύει το κοινωνικό κεφάλαιο. Υπάρχουν (2) είδη κοινωνικών δικτύων: τα προσωπικά κοινωνικά δίκτυα, τα οποία βοηθούν ιδιαίτερα στη μελέτη της λειτουργίας των σχέσεων και τα πλήρη κοινωνικά δίκτυα, τα οποία αφορούν τις κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των μελών μιας οργάνωσης, μιας επιχείρησης (Bourdieu, 1984).

Η κοινωνική συμμετοχή αποτελεί ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου και περιλαμβάνει την έκταση της συμμετοχής των ατόμων σε κοινωνικά δίκτυα και οργανώσεις. Η υποστήριξη και η ενθάρρυνση της κοινωνικής συμμετοχής των πολιτών από πλευράς της πολιτείας, συμβάλλει ουσιαστικά στη διαμόρφωση μιας εύρωστης κοινωνίας με αυξημένο κοινωνικό κεφάλαιο. Ειδικότερα, η συμμετοχή σε

εθελοντικές οργανώσεις, αυξάνει το αίσθημα της αλληλεγγύης, της αμοιβαιότητας, της εμπιστοσύνης και οδηγεί σε σημαντική αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου (Field, 2008).

Η κοινωνική επαφή, μεταξύ των μελών μιας κοινωνίας, οι δεξιότητες των μελών, η αμοιβαιότητα και η αλληλεγγύη των μελών, αποτελούν τις κυριότερες παραμέτρους μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου και αυτές οι παράμετροι ενισχύουν το κοινωνικό κεφάλαιο (Coleman, 1998).

Ειδικότερα στην Ελλάδα, μελέτες έχουν αποδείξει ότι η κοινωνία των πολιτών είναι ιδιαίτερα αδύναμη, οι σχέσεις μεταξύ των πολιτών και του κράτους είναι κάθετες και αναξιοκρατικές. Αυτό δημιουργεί έλλειψη εμπιστοσύνης στους πολίτες, σε ότι αφορά τους θεσμούς της πολιτείας. Επίσης η Ελλάδα διαθέτει ένα ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό συμμετοχής των πολιτών σε άτυπα δίκτυα και συλλόγους, σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης (Christoforou, 2005).

Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου στην Ελλάδα θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τις ιδιαιτερότητες της χώρας. Οι έρευνες σε θέματα κοινωνικής εμπιστοσύνης και κοινωνικών δικτύων, βρίσκονται σε πολύ πρώιμο στάδιο και θα πρέπει να αναπτυχθούν τα ερευνητικά εργαλεία μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου. Οι έρευνες θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους, την ενεργό ή την παθητική συμμετοχή των συμμετεχόντων και δεν θα πρέπει να εστιάζουν στη συλλογική συμμετοχή. Σημαντική είναι η μελέτη των εθελοντικών οργανώσεων, ως προς την τάση τους, η οποία είτε αφορά την παροχή δημοσίων αγαθών, είτε εξυπηρετεί προσωπικά συμφέροντα (Karametou & Apostolopoulos, 2010).

### **3.4) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.**

Τα κοινωνικά δίκτυα επηρεάζουν ιδιαίτερα την υγεία των πολιτών. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στο σημαντικό ρόλο των κοινωνικών δικτύων, μέσα από την υποστήριξη που παρέχουν στα άτομα με σκοπό τον περιορισμό των προβλημάτων υγείας. Η αυξημένη συμμετοχή των ατόμων σε κοινωνικά δίκτυα, όπως οι φιλικές και συγγενικές επαφές, η συμμετοχή σε οργανώσεις, ενισχύει σημαντικά την υγεία (Lindstrom, 2004).

Τα άτομα, τα οποία ανήκουν σε καλά οργανωμένα δίκτυα έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν δυσάρεστες καταστάσεις. Η ύπαρξη κοινωνικών δικτύων και σταθερής συμμετοχής των ατόμων σ' αυτά, ενισχύει την υγεία όλων των πληθυσμών (Bordieu, 1984).

Ωστόσο, το κοινωνικό κεφάλαιο δεν έχει τις ίδιες επιπτώσεις στα άτομα και στις ομάδες. Στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης οι σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους συνδέεται με την αυτοεκτίμηση σε θέματα υγείας. Οι γυναίκες είναι αυτές που συνήθως συμμετέχουν πιο εύκολα στα κοινωνικά δίκτυα, σε σχέση με τους άνδρες. Τα κοινωνικά

δίκτυα που συμμετέχουν γυναίκες είναι συνήθως πιο αποτελεσματικά από αυτά των ανδρών (Fuhrer & Stansfeld, 2002).

Η κοινωνική θέση των ατόμων συνδέεται στενά με την εκτίμηση της υγείας τους. Στις περιπτώσεις που η συμμετοχή των ατόμων σε κοινωνικά δίκτυα είναι περιορισμένες αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους (Carlson, 2004).

Τα άτομα με υψηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο παρουσιάζουν καλύτερη υγεία, σε σύγκριση με τα άτομα χαμηλού μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου. Η κοινωνική τάξη δρα ιδιαίτερα θετικά στην ύπαρξη καλής υγείας. Η ηλικία επηρεάζει σημαντικά το κοινωνικό κεφάλαιο. Όσο αυξάνεται η ηλικία των ατόμων, τόσο μειώνεται το κοινωνικό κεφάλαιο (Bolin & Lindgreen, 2003).

Στην Ελλάδα, όπου η οικογένεια διατηρεί τη συνοχή της ενισχύει συχνά κοινωνικά και ψυχολογικά τα μέλη της. Σε ότι αφορά την υγεία, στη φροντίδα των παιδιών, των ηλικιωμένων, η οικογένεια έχει ουσιαστικό ρόλο σε σχέση με τον αντίστοιχο ρόλο της πολιτείας. Η απομόνωση των ατόμων, τα οποία δε συμμετέχουν σε κοινωνικά δίκτυα και δεν έχουν κοινωνική υποστήριξη, παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένα προβλήματα υγείας, μεταξύ των οποίων οι καρδιαγγειακές παθήσεις (Symeonidou, 1996).

Η υγεία επηρεάζεται ιδιαίτερα από παράγοντες όπως: τα κοινωνικά δίκτυα, τα οποία ευνοούν ιδιαίτερα το επίπεδο, τόσο των ατόμων που μετέχουν σε αυτά, όσο και τις ομάδες που δημιουργούνται, καθώς αυξάνει ιδιαίτερα η αυτοεκτίμηση αυτών για την ατομική τους υγεία. Όσο πιο έντονη είναι η συμμετοχή στα κοινωνικά δίκτυα, τόσο πιο έντονη είναι η θετική επίδραση στην υγεία.

Επίσης η υγεία επηρεάζεται από την κοινωνική, οικονομική θέση των ατόμων επηρεάζει ιδιαίτερα την κοινωνική δικτύωση αυτών και έχει αντίστοιχα θετική επίδραση στην υγεία τους, όσο αυξάνει το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο (Carlson, 2004).

Το κοινωνικό κεφάλαιο παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην υγεία των ανθρώπων, τα δε αποτελέσματα της υγείας, επηρεάζονται τόσο από το ατομικό, όσο και από το κοινοτικό κοινωνικό κεφάλαιο (Coleman, 1998)

Το κοινωνικό κεφάλαιο έχει ακόμη συνδεθεί με συμπεριφορές που έχουν αρνητική επίδραση στην υγεία, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ καθώς και οι συνήθειες διατροφής. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι τα άτομα με ισχυρή συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα δεν καπνίζουν αποδεικνύοντας τη θετική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία. Αντίστοιχα, άτομα τα οποία παρουσιάζουν μειωμένη συμμετοχή στα κοινωνικά δίκτυα είναι συχνά καπνιστές (Lindstrom & Ostegren, 2001).



Τα κοινωνικά δίκτυα και η έντονη συμμετοχή των πολιτών σε αυτά, η ενίσχυση των αξιών, της εμπιστοσύνης, της αμοιβαιότητας, της αλληλεγγύης, αυξάνουν το κοινωνικό κεφάλαιο και έχουν ιδιαίτερα θετική επίδραση στην υγεία των ατόμων και της κοινωνίας (Carlson, 2004).

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.), έχουν αποδείξει ότι η πρόωμη ηλικία έναρξης της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, συνδέεται με τη συμμετοχή σε πολλαπλές συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία, μεταξύ μαθητών Λυκείου (Jessor, 1992).

Ακόμη και κατά την εξέταση κοινωνικο - δημογραφικών παραγόντων, η πρόωμη ηλικία έναρξης της χρήσης του τσιγάρου, ήταν ο ισχυρότερος συσχετισμός του αριθμού των συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία στην οποία οι νέοι έφηβοι είχαν εμπλακεί. Πρόωρη έναρξη της χρήσης άλλων ουσιών συσχετίστηκε επίσης με την ομαδοποίηση των συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία (DuRant et al., 1999).

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος για την υγεία και τις προβληματικές συμπεριφορές, τείνουν να ομαδοποιούνται μεταξύ των εφήβων, με τις ισχυρότερες συσχετίσεις, οι οποίες συμβαίνουν μεταξύ της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και των άλλων συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία (DuRant et al., 1998).

Η κοινωνική ζωή των εφήβων παρέχει ευκαιρίες για την αναγνώριση των κινδύνων και των προβληματικών συμπεριφορών. Ο κίνδυνος για την υγεία συνδέεται με τις ψυχολογικές και αναπτυξιακές λειτουργίες των εφήβων, καθώς και της προσπάθειας τους να αποκτήσουν τις ιδιότητες των ενηλίκων και της αποδοχής τους από τους συνομήλικους. Επίσης ορισμένοι έφηβοι έχουν αναπτύξει σύνδρομο συμπεριφοράς κινδύνου, το οποίο προκαλείται από μια λανθάνουσα μεταβλητή αντισυμβατικότητας, σε συνδυασμό με την έκθεση σε παράγοντες κινδύνου (Jessor et al., 2010).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

### Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΕΦΗΒΟΥΣ (ΜΑΘΗΤΕΣ Α' ΛΥΚΕΙΟΥ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ), ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΚΑΙ ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ (Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ, Η ΠΙΕΣΗ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ, Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ).

Πρώτα απ' όλα το τρίγωνο της εξάρτησης του εφήβου από μια ψυχοτρόπη ουσία, αποτελείται από τρεις (3) παράγοντες, οι οποίοι είναι οι εξής: το άτομο (έφηβος), το οικογενειακό - κοινωνικό του περιβάλλον και οι ψυχοτρόπες ουσίες.

Ο έφηβος, που επιλέγει να κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών έχει κάποια χαρακτηριστικά, ως προσωπικότητα. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι: η χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση που έχει για τον εαυτό του, η αδυναμία έκφρασης και διαχείρισης των συναισθημάτων του, η έλλειψη στόχων, η χαμηλή επίδοση στις σχολικές του υποχρεώσεις, η αδιαφορία που έχει για τη ζωή, η περιέργεια που νιώθει ως έφηβος και η έλλειψη αξιών.

Το οικογενειακό περιβάλλον του εφήβου που επιλέγει να κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά: έλλειψη ορίων, ελλιπής επικοινωνία μεταξύ γονέων - εφήβου, υπερβολικός ή μη γονικός έλεγχος, ελλιπές συναισθηματικό δέσιμο μεταξύ γονέων - εφήβου, απώλεια σημαντικού προσώπου για τον έφηβο σε ηλικία περίπου έντεκα (11) ετών, χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους ίδιους τους γονείς - αδελφών - συγγενών του εφήβου, αρνητική στάση των γονέων προς τον έφηβο, η υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων του εφήβου, τριγωνοποίηση (ΚΕ.Θ.Ε.Α. Αριάδνη, 2013).

Ο όρος τριγωνοποίηση είναι: όταν ένα τρίτο μέλος της οικογένεια (π.χ. ο έφηβος), ο οποίος είναι συνήθως το πιο αδύναμο μέλος της οικογένειας, εμπλέκεται σε μια σύγκρουση μεταξύ δύο άλλων μελών (π.χ. των γονέων) και υπερασπίζεται το ένα από αυτά (Minuchin, 2003).

Το κοινωνικό περιβάλλον του εφήβου, ο οποίος διαλέγει να κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, αποτελείται συνήθως από ομότιμους, οι οποίοι κάνουν χρήση τέτοιων ουσιών και ασκούν πίεση στον έφηβο, να τους ακολουθήσει. Επίσης επειδή η σύγχρονη εποχή περνάει κρίση αξιών, διαδίδει πρότυπα, τα οποία δεν έχουν αξίες, όμως είναι όμορφα και κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, για να είναι κοινωνικοποιημένοι και μοντέρνοι. Ο

έφηβος προσπαθεί να μιμηθεί τα παρά πάνω πρότυπα, ώστε να είναι αρεστός στη σύγχρονη κοινωνία.

Οι ψυχότροπες ουσίες είναι εύκολα διαθέσιμες. Υπήρχαν στο παρελθόν, υπάρχουν στο παρόν και θα υπάρχουν και στο μέλλον, γι' αυτό το λόγο απαραίτητο είναι να ασχοληθεί κάποιος με το άτομο μεμονωμένα και το οικογενειακό - κοινωνικό του περίγυρο γενικά (ΚΕ.Θ.Ε.Α. Αριάδνη, 2013).

Επομένως, γίνεται φανερό ότι η επιλογή του εφήβου να κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, επηρεάζεται από το κοινωνικό κεφάλαιο του εφήβου (οικογενειακός και κοινωνικός περίγυρος).

#### **4.1) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.**

Η οικογένεια αποτελεί ένα δυναμικό πολυσύνθετο σύστημα ιδεών, αξιών, αρχών και συναισθημάτων. Επίσης είναι το πρώτο κοινωνικό περιβάλλον και η πρωταρχική πηγή κύριων προσκολλήσεων του παιδιού (εφήβου). Τα μέλη της αλληλεπιδρούν και επηρεάζονται, συνεχώς μεταξύ τους. Γι' αυτό το λόγο ο ρόλος της οικογένειας θεωρείται ο πιο σημαντικός, σχετικά με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους (Γεωργάκας, 2007).

Στη σημερινή εποχή έχει αποδειχθεί, ότι οι πιθανότητες ανάπτυξης μιας συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, αυξάνονται μέσα από διαδικασίες μάθησης και μίμησης των πρακτικών της οικογένειας (Donovan, 1986, Steinglass, 1988 & Baumrind, 1990 στον Πουλόπουλο, 2005).

Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι η αυξημένη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους στη σύγχρονη κοινωνία, συνδέεται με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους γονείς τους (Wills, 1994 & Hops, 1996 στον Πουλόπουλο, 2005).

Σύμφωνα με μία ποιοτική έρευνα που διεξήχθη το 2001, παράλληλα σε τρεις (3) ευρωπαϊκές χώρες, οι οποίες είναι: η Ιταλία, η Ελλάδα και η Δανία, έγινε φανερό ότι οι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών, είχαν έρθει σε επαφή με αυτές στην παιδική τους ηλικία. Ακόμα το (50%) των χρηστών αυτών, δήλωσαν ότι είχαν αδέρφια ή συγγενείς, οι οποίοι ήταν χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών (Pollo, 2001 στον Πουλόπουλο, 2005).

Πιθανόν, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους γονείς να οδηγεί σε αναποτελεσματικές γονικές πρακτικές, κακή σχέση μεταξύ γονέα – παιδιού (εφήβου), οικογενειακή δυσλειτουργία, αυξημένο άγχος μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον (Chassin, 1991 στον Πουλόπουλο, 2005).

Η οικογένεια αποτελεί το πρώτο μέσο κοινωνικοποίησης των παιδιών της και επιδρά έμμεσα ή άμεσα στη στάση και στη συμπεριφορά αυτών, με τη συνεχή αλληλεπίδραση τη μίμηση των οικογενειακών προτύπων και πρακτικών. Ο έφηβος, ο οποίος μεγαλώνει σε οικογένεια, όπου γίνεται χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους γονείς του ή τα αδέρφια του, έχει περισσότερες πιθανότητες, σε σχέση με άλλους εφήβους, να υιοθετήσει αυτό το μοντέλο συμπεριφοράς, μέσω του οποίου η οικογένεια προσπαθεί να διαχειριστεί τις ανησυχίες, το άγχος, τα αδιέξοδα της (Γεωργάκας, 2007).

Βέβαια, το φαινόμενο της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους, εμφανίζεται και σε οικογένειες, που δεν έχουν καμία σχέση με αυτή την συμπεριφορά, όμως ως οικογένειες έχουν πολλές δυσλειτουργίες και εμποδίζουν τους εφήβους στη φυσιολογική ανάπτυξη τους. Αυτές οι δυσλειτουργίες είναι: η έλλειψη επικοινωνίας (μεταξύ γονέων και γονέων – παιδιών (εφήβων), συναισθηματικών δεσμών, ορίων, οι ανεπίλυτες συγκρούσεις, οι αντιθέσεις μέσα στην οικογένεια, η μειωμένη οικονομική κατάσταση, η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας, η αναποτελεσματική πειθαρχία (χαλαρή, αντιφατική, πολύ αυστηρή), η αντιστροφή ρόλων γονέων – παιδιών (εφήβων) με συνοδό την απώλεια του γονικού ελέγχου (Warner, 1992 στον Γεωργάκα, 2007).

Αυτές οι δυσλειτουργίες γίνονται φανερές από την πανελλήνια έρευνα στον μαθητικό πληθυσμό με θέμα «έφηβοι, συμπεριφορές και υγεία», που ολοκληρώθηκε το 2010. Κατ' αρχάς το 2010, το (15,3%) των εφήβων μαθητών, δήλωσαν ότι είναι πολύ δύσκολο να επικοινωνήσουν με έστω και έναν (1) από τους δύο (2) γονείς, για θέματα που τους απασχολούσαν (έλλειψη επικοινωνίας). Επίσης, το (5,4%) των εφήβων, ανέφεραν ότι δεν είχαν ποτέ συναισθηματική στήριξη από τον πατέρα και το (1,5%), ανέφεραν ότι δεν είχαν ποτέ συναισθηματική στήριξη από την μητέρα (έλλειψη συναισθηματικών δεσμών). Ακόμα, το (5,6%) από τους εφήβους, υποστήριξαν ότι δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι από τις σχέσεις που επικρατούσαν μέσα στην οικογένεια τους. Επιπροσθέτως, το 2010 το (6%) των εφήβων μαθητών, δήλωσαν ότι ο ένας (1) γονιός τους είναι άνεργος. Συνεπώς, το (8,4%) των μαθητών ανέφεραν ότι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας τους ήταν όχι πολύ καλή ή καθόλου καλή (μειωμένη οικονομική κατάσταση). Τέλος, στην έρευνα του 2010, διαπιστώθηκε από τις απαντήσεις των εφήβων μαθητών, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων άνηκαν στην ομάδα «αυστηροί / προσηνεείς γονείς» και το μικρότερο στην ομάδα «ενδοτικοί / συγκαταβατικοί γονείς» (αναποτελεσματική πειθαρχία) (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2011β).

Επιπλέον οι έφηβοι που προέρχονται από μονογονεϊκή οικογένεια ή έχουν βιώσει ένα διαζύγιο των γονέων τους, δεύτερο γάμο των γονέων τους, απώλεια ενός σημαντικού προσώπου από τη ζωή τους (σε ηλικία των έντεκα (11) ετών), εμφανίζουν πιο συχνά, μία προβληματική συμπεριφορά, όπως είναι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Γεωργάκας, 2007).

Σύμφωνα με την παρά πάνω πανελλήνια έρευνα του 2010, το (10,3%) των έφηβων μαθητών, ανέφεραν ότι ζούσαν με έναν (1) βιολογικό γονιό. Επιπλέον, το (2,9%) ζούσαν σε οικογένεια αναδομημένης μορφής, δηλαδή με τον έναν (1) βιολογικό τους γονέα και με πατριό ή μητριά. Διαχρονικά, μεταξύ του 1998 και του 2010 διαπιστώθηκε, ότι το ποσοστό των εφήβων που είχαν δήλωσαν, ότι ζούσαν σε μονογονεϊκή οικογένεια, διπλασιάστηκε, από (5,2%) σε (10,3%), αντίστοιχα (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2011β).

Η απώλεια ενός γονέα, εξαιτίας του διαζυγίου, μακροπρόθεσμα συμβάλλει περισσότερο στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τον έφηβο, σε σχέση με την απώλεια ενός γονέα, λόγω θανάτου (Hope, Power & Rogers, 1998 στη Χριστοφίλη, 2002).

Αντίθετα, κυριαρχεί και η άποψη ότι ένα διαζύγιο γονέων μπορεί να αποτελέσει παράγοντα προστασίας κατά της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών για τον έφηβο, διότι ίσως επιφέρει πρόωρα την ανεξαρτησία και την ωρίμανση του (Hess, 1995 στη Χριστοφίλη, 2002).

Μερικές φορές η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους λειτουργεί εξισορροπητικά για το οικογενειακό σύστημα, επιτρέποντας την έκφραση και λειτουργία ορισμένων συμπεριφορών και απαγορεύοντας άλλες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους να θεωρείται κομμάτι της οικογενειακής ζωής και τα μέλη να δυσκολεύονται να δεχτούν αλλαγές ή να προσαρμοστούν σε νέες καταστάσεις. Ορισμένες φορές, η οικογένεια χρησιμοποιεί ασυνείδητα το πρόβλημα της χρήσης ουσιών, ώστε να επιλύσει κάποια άλλα προβλήματα που την απασχολούν (Γεωργάκας, 2007).

Συμπερασματικά, το οικογενειακό σύστημα από την μία πλευρά μπορεί να συντηρεί το πρόβλημα της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους και από την άλλη πλευρά, μπορεί να αποτελεί αιτία, της οικογενειακής δυσλειτουργίας που βιώνει (Steinglass, 1988 στον Πουλόπουλο, 2005).

#### **4.2) Η ΠΙΕΣΗ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ.**

Η περίοδος της εφηβείας χαρακτηρίζεται κρίσιμη, διότι ο έφηβος αναζητά μια ομάδα συνομηλίκων ατόμων, στην οποία θα ανήκει και θα έχουν ίδιες αξίες, τρόπο σκέψης και φιλοσοφία ζωής. Μελέτες που έχουν γίνει, ανέδειξαν ότι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από φίλους και συνομηλίκους του εφήβου, αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση του εφήβου (Τζωρτζακάκη, 2012).

Στην πανελλήνια έρευνα στον μαθητικό πληθυσμό με θέμα «έφηβοι, συμπεριφορές και υγεία», που ολοκληρώθηκε το 2010, αναδείχτηκε ότι το (20%) των μαθητών, απάντησαν

ότι είχαν έστω και έναν φίλο, ο οποίος έκανε χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (μαριχουάνα) (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2011γ).

Η ανάγκη του εφήβου να ανήκει σε μία ομάδα και η πίεση των φίλων και συνομηλίκων για ομοιογένεια, πιθανόν να έχουν ως αποτέλεσμα, υπό ορισμένες συνθήκες, τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, με σκοπό ο έφηβος να υιοθετήσει παρόμοια συμπεριφορά, προκειμένου να γίνει αποδεκτός από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας (Τζωρτζακάκη, 2012).

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την παρά πάνω έρευνα, οι μαθητές ηλικίας δεκαπέντε (15) ετών, οι οποίοι έχουν φίλους που καπνίζουν, πίνουν οινοπνευματώδη ποτά, μεθούν συχνά ή κάνουν χρήση μαριχουάνας, δήλωσαν σε υψηλότερα ποσοστά, ότι συμπεριφέρονται παρόμοια και ίδια, αναφορικά με τη χρήση αυτών των ουσιών, σε σύγκριση με τους μαθητές που έχουν ελάχιστους ή καθόλου φίλους, που κάνουν χρήση τέτοιων ουσιών. Συνολικά, το (28,9%) των μαθητών αυτών, ανέφεραν ότι έχουν κάνει τουλάχιστον μία (1) φορά χρήση μαριχουάνας, συγκριτικά με τους μαθητές, οι οποίοι δεν έχουν κανένα φίλο που κάνει χρήση μαριχουάνας (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2011γ).

Η πίεση των φίλων και συνομηλίκων στον έφηβο, ώστε να ξεκινήσει να κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, θεωρείται πολύ σημαντική, επειδή οι ίδιοι διαμορφώνουν στον έφηβο τη στάση απέναντι στις ουσίες, διευκολύνουν την πρόσβαση σ' αυτές, ενισχύουν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά (Oetting & Beauvais, 1986 στον Πουλόπουλο, 2005).

Οι φίλοι και συνομήλικοι του εφήβου, ίσως αποτελούν και πρότυπο γι' αυτόν, ο οποίος προσπαθεί να τους μιμηθεί. Σύμφωνα με μια μελέτη, βρέθηκε ότι η σοβαρότερη χρήση μαριχουάνας, συνδέεται με τον παραδειγματισμό και υιοθέτηση ενός μοντέλου συμπεριφοράς (Brook, et al., 1992 στον Πουλόπουλο, 2005).

### **4.3) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ.**

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους έχει διαπιστωθεί ότι συνδέεται με αρνητικές συμπεριφορές, οι οποίες εκφράζονται στο σχολικό περιβάλλον, όπως είναι η αντικοινωνική συμπεριφορά, η παραβατικότητα σε όλες τις εκφάνσεις της, η απουσία από το σχολείο και τέλος η διακοπή από αυτό (Πουλόπουλος, 2005).

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και η εγκατάλειψη του σχολείου από εφήβους, δεν συνδέονται με μια γνησίως αιτιατή σχέση, αλλά κάθε μια από τις συμπεριφορές αυτές μπορεί να εμφανίζεται ή ως αιτία ή ως αποτέλεσμα της άλλης. Ίσως η πρόωμη χρήση ουσιών από εφήβους, να προκαλεί αρνητική επίπτωση στις σχολικές επιδόσεις τους και αυτό να οδηγεί στη διακοπή του σχολείου (Mench & Kandel, 1988 στους Παπανδρέου, Τουλούμη και Πουλόπουλο, 2003).

Συνήθως, οι έφηβοι που επιλέγουν να διακόψουν τη φοίτηση τους στο σχολείο, λόγω της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, έχουν αυξημένες πιθανότητες να περάσουν στο τελευταίο στάδιο της εξάρτησης και να αποκτήσουν περισσότερες αντικοινωνικές συμπεριφορές (Mench & Kandel, 1988 στους Παπανδρέου, Τουλούμη και Πουλόπουλο, 2003).

Οι έφηβοι, οι οποίοι περνούν ραγδαία, από το ένα στάδιο της εξάρτησης στο άλλο, αποκόπτονται από τις σχολικές υποχρεώσεις τους και το σχολικό χώρο, γενικότερα. Προτού πραγματοποιηθεί αυτό, οι έφηβοι εμφανίζουν προβληματική συμπεριφορά, δηλαδή κάνουν συχνές απουσίες, έχουν μειωμένη επίδοση στα μαθήματα, οι αποβολές από τον διευθυντή του σχολείου είναι πολλές (Crundall, 1993 & Swadi, 1992 στον Πουλόπουλο, 2005).

Η αιτιολογική σχέση μεταξύ σχολικού περιβάλλοντος και της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους, δεν έχει διευκρινιστεί με επάρκεια. Δεν είναι γνωστό εάν η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τον έφηβο, οδηγεί σε προβληματική συμπεριφορά στο σχολείο ή αντίθετα εάν η αδυναμία ένταξης του εφήβου στο σχολείο, μπορεί να οδηγήσει στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, από τον ίδιο (Γεωργάκας, 2005).

Σε μια μελέτη εμφανίστηκε, ότι η κακή σχολική επίδοση του εφήβου και η απόρριψη του, από μη παρεκκλίνοντες συνομήλικους του στο σχολείο, σχετίζονται με την ένταξη αυτού του εφήβου, σε ομάδες στην οποία τα μέλη τους έχουν παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Οι συγκεκριμένες συναναστροφές, οδηγούν τον έφηβο στην αδιαφορία για τις σχολικές του υποχρεώσεις και τέλος στην απουσία από αυτό (Dishion, et al. 1991 στον Πουλόπουλο, 2005).

Αναφορικά, με την πανελλήνια έρευνα στον μαθητικό πληθυσμό το 2010, έγιναν φανερές, δυσλειτουργίες που βιώνει ο έφηβος μαθητής στο σχολείο. Πρώτα απ' όλα, το (16,1%) των εφήβων μαθητών, υποστήριξαν ότι δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι από το σχολείο (δυσαρέσκεια από το σχολείο). Επίσης, το (14,1%) αυτών, ανέφεραν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τη σχέση τους με τους καθηγητές. Επιπλέον, το (10,5%) των εφήβων, δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τις σχέσεις τους με αυτούς (δυσαρέσκεια από σχέσεις με τους καθηγητές και τους συμμαθητές). Ακόμα, το (52,4%) των μαθητών, το 2010, ανέφεραν, ότι ένιωθαν πιεσμένοι από την δουλειά στο σχολείο (πιεσμένοι στο σχολείο). Τέλος, το (52,9%) των εφήβων μαθητών, δήλωσαν ότι τουλάχιστον μία (1) φορά τον τελευταίο μήνα, έκαναν αδικαιολόγητη απουσία από το σχολείο (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2011δ).

Συγχρόνως, και η ευρύτερη κοινωνία συμβάλλει στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους, καθώς η διαθεσιμότητα των συγκεκριμένων ουσιών είναι μεγάλη, λόγω οικονομικών συμφερόντων. Η αντίληψη της κοινωνίας και η στάση που διαμορφώνει

απέναντι στις ψυχότροπες ουσίες, επηρεάζουν το σχολικό περιβάλλον, άρα επηρεάζουν και τους εφήβους που συμμετέχουν σε αυτό (Γεωργάκας, 2007).



## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ (2<sup>ο</sup>)

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ:

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.

#### 5.1) ΤΥΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ, ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ, ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΥΣΗΣ, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ – ΥΠΟΘΕΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ.

Η έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε, είχε ως θέμα της: «τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου και τον ρόλο του κοινωνικού κεφαλαίου» και έγινε με τη χρήση της ποσοτικής μεθόδου.

Ο πληθυσμός της μελέτης μας, αποτελείτο από δύο χιλιάδες εκατόν ογδόντα εννέα (2189) μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, που κατοικούν σε αγροτικές και αστικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου, με βάση τις πληροφορίες που παρέχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή. Χρησιμοποιώντας τυχαία δειγματοληψία, επιλέχθηκαν τυχαία το (1/3) από τα σχολεία της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου, ύστερα από έγκριση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Ηρακλείου. Τα σχολεία που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν δεκαεπτά (17). Από τα δεκαεπτά (17) σχολεία του Νομού, συμμετείχαν στη διεξαγωγή της γενικής έρευνας, συνολικά επτακόσιοι εννέα (709) μαθητές και συγκεκριμένα στην έρευνα μας, απάντησαν επτακόσιοι τρεις (703) μαθητές. Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε, αφού χορηγήθηκε στην υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής, γραπτή άδεια, από την Επιτροπή Ηθικής του Ελληνικού Παιδαγωγικού Ινστιτούτου και από το διευθυντή του κάθε σχολείου.

Το βασικό ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν: το δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου. Το ερωτηματολόγιο μας περιείχε: την επεξηγηματική μεταβλητή, των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων (φύλο, έτος γέννησης, χώρα γέννησης, χώρα γέννησης των γονέων, όνομα περιοχής της μόνιμης κατοικίας). Επιπλέον, περιελάμβανε την ανεξάρτητη μεταβλητή, του κοινωνικού κεφαλαίου, το οποίο ταξινομούταν σε δύο (2) παράγοντες: το γνωστικό παράγοντα (δίκτυα, γενική κοινωνική εμπιστοσύνη, ανοχή και ποικιλομορφία) και το δομικό παράγοντα του κοινωνικού κεφαλαίου (σχέσεις με φίλους και συνομήλικους, συμμετοχή στη

γειτονιά και στην κοινότητα, συνδέσεις με αυτή). Παράλληλα, συμπεριελάμβανε τις εξαρτημένες μεταβλητές, της συμπεριφοράς υγείας (χρήση ψυχοτρόπων ουσιών) και της υγείας. Τέλος, το ερωτηματολόγιο μας αναφερόταν στην επεξηγηματική μεταβλητή των οικογενειακών χαρακτηριστικών (τύπος οικογένειας, οικονομική κατάσταση οικογένειας, ικανοποίηση από οικογενειακές σχέσεις, γλώσσα ομιλίας στο σπίτι).

Για την κλίμακα και τις επιμέρους κλίμακες του κοινωνικού κεφαλαίου, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο αναπτύχθηκε για την μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου των νεαρών ατόμων (Onyx, et al., 2005).

Στη συνέχεια, διερευνήθηκε ποσοτικά κάθε μία από τις κοινωνικές διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου, με την προσθήκη των βαθμολογιών των ερωτήσεων, που ορίζει καλύτερα κάθε παράγοντα. Οι υψηλότερες βαθμολογίες σε κάθε μία από αυτές τις υποκλίμακες, αντανakλούσαν υψηλότερο κοινωνικό κεφάλαιο για το μαθητή. Το εργαλείο ήταν πολιτισμικά και ψυχομετρικά, προσαρμοσμένο στην Ελλάδα (Koutra, et al., 2012)

Αναφορικά, με την κλίμακα της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών χρησιμοποιήθηκε ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο, που αναπτύχθηκε από ένα διεθνές δίκτυο έρευνας το HBSC (2006), σε συνεργασία με το Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη (Currie, et al., 2011, Koller, et al., 2009, Roberts, et al., 2009).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό εργαλείο για τις διακρατικές συγκρίσεις των δεδομένων υψηλής ποιότητας (Roberts, et al., 2007). Μέσω του ερωτηματολογίου αυτού, συλλέχθηκαν πληροφορίες, σχετικά με την χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους μαθητές.

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 19.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών των εφήβων, ελέγχοντας για τυχόν διαφορές μεταξύ φύλων μέσω της μεθόδους  $\chi^2$  και ανάλυσης διακύμανσης. Μέσω της μεθόδους πολλαπλής ανάλυσης συνδιακύμανσης, συγκρίθηκαν τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου, μεταξύ των εφήβων που κάνουν χρήση ή όχι ψυχοτρόπων ουσιών. Τέλος, με τη μη παραμετρική μέθοδο Mann Whitney, ελέγχθηκε η συνολική βαθμολογία του κοινωνικού κεφαλαίου, ως προς τη χρήση ή μη, άλλων ψυχοτρόπων ουσιών. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

Τα **ερευνητικά ερωτήματα** που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής:

- 1) Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους σχετίζεται θετικά με την ενεργό συμμετοχή που έχουν στην τοπική κοινότητα; (δομικό κοινωνικό κεφάλαιο).
- 2) Σχετίζεται αρνητικά η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους με την γενική κοινωνική εμπιστοσύνη που νιώθουν; (γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο).

- 3) Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους σχετίζεται με τις αρνητικές σχέσεις που επικρατούν μεταξύ αυτών, συγγενών και φίλων τους; (δομικό κοινωνικό κεφάλαιο).
- 4) Σχετίζεται θετικά η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους με τη διαμονή σε θετή οικογένεια; (δομικό κοινωνικό κεφάλαιο).

Η **ερευνητική υπόθεση** που χρησιμοποιήθηκε ήταν: τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου αυξάνουν τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους εφήβους, αν και διαφοροποιούνται ανά παράγοντα, με το μειωμένο γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο να αυξάνει περισσότερο τη χρήση.

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας δεν αντιμετωπίσαμε κάποια δυσκολία, καθώς η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είχε προηγηθεί από την υπεύθυνη καθηγήτρια μας. Η έρευνα αποτελεί μέρος του διδακτορικού της. Στη συνέχεια, εμείς συγκεντρώσαμε όλες τις απαντήσεις από τα ερωτηματολόγια και προβήκαμε στην ανάλυση αποτελεσμάτων, ώστε να καταλήξουμε στα τελικά συμπεράσματα της πτυχιακής μας εργασίας.

Στην ανάλυση αποτελεσμάτων, δυσκολευτήκαμε να χειριστούμε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 19.0. Για το λόγο αυτό, χρειάστηκε να μελετήσουμε περαιτέρω τα μαθήματα της Μεθοδολογίας Έρευνας και της Στατιστικής, ώστε να είναι έγκυρα και ακριβή τα αποτελέσματα μας.

## **5.2) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.**

### **Σκοπός της μελέτης:**

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου, σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο των μαθητών.

Το κοινωνικό κεφάλαιο διαχωρίζεται σε δομικό και γνωστικό κεφάλαιο. Το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο, αναφέρεται στην ενεργό συμμετοχή των ατόμων στη γειτονιά και την κοινότητα, γενικότερα και τη σύνδεση τους με αυτές. Επίσης, το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο, αναφέρεται στα δίκτυα, τις σχέσεις, τις δομές και έχει ποσοτικό προσανατολισμό. Ενώ, το γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο, αναφέρεται στις αξίες, τις νόρμες, την εμπιστοσύνη και χαρακτηρίζεται από ποιοτικές μεταβλητές (Κριτσωτάκης, κ.ά., 2009).

Η **ερευνητική υπόθεση** που τέθηκε ήταν: τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου αυξάνουν τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους εφήβους, αν και διαφοροποιούνται ανά παράγοντα, με το μειωμένο γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο να αυξάνει περισσότερο τη χρήση.

Τα **ερευνητικά ερωτήματα** που τέθηκαν ήταν τα εξής:

- 1) Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους σχετίζεται θετικά με την ενεργό συμμετοχή που έχουν στην τοπική κοινότητα; (δομικό κοινωνικό κεφάλαιο).
- 2) Σχετίζεται αρνητικά η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους με την γενική κοινωνική εμπιστοσύνη που νιώθουν; (γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο).
- 3) Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους σχετίζεται με τις αρνητικές σχέσεις που επικρατούν μεταξύ αυτών, συγγενών και φίλων τους; (δομικό κοινωνικό κεφάλαιο).
- 4) Σχετίζεται θετικά η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους με τη διαμονή σε θετή οικογένεια; (δομικό κοινωνικό κεφάλαιο).

#### **Μεθοδολογική διευκρίνιση:**

Οι κατανομές των εφήβων, ως προς τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (και το χρόνο χρήσης, αντίστοιχα) είναι πάρα πολύ μικρές, με αποτέλεσμα να περιορίζεται το εύρος και η χρήση μεθόδων ανάλυσης. Ωστόσο, από τις πιο ισχυρές αποτελεί η πολυμεταβλητή ανάλυση του **πίνακα 4**.

Οι όροι «σχέση» - «συσχέτιση» - «συσχετισμός», αφορούν αποκλειστικά και μόνο τη χρήση παλινδρομήσεων. Κατ' επέκταση δεν είναι εφικτή ως πολυμεταβλητή ανάλυση. Γι' αυτό λοιπόν, δεν λέγεται αν «σχετίζεται» η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους εφήβους, με το Κοινωνικό Κεφάλαιο, αλλά αν οι έφηβοι, οι οποίοι κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, έχουν υψηλότερα ή χαμηλότερα επίπεδα Κοινωνικού Κεφαλαίου. Η μελέτη έχει αναδρομικό χαρακτήρα, είναι συγχρονική και δεν μπορεί να ερμηνεύσει «επίδραση» ή «σχέση».

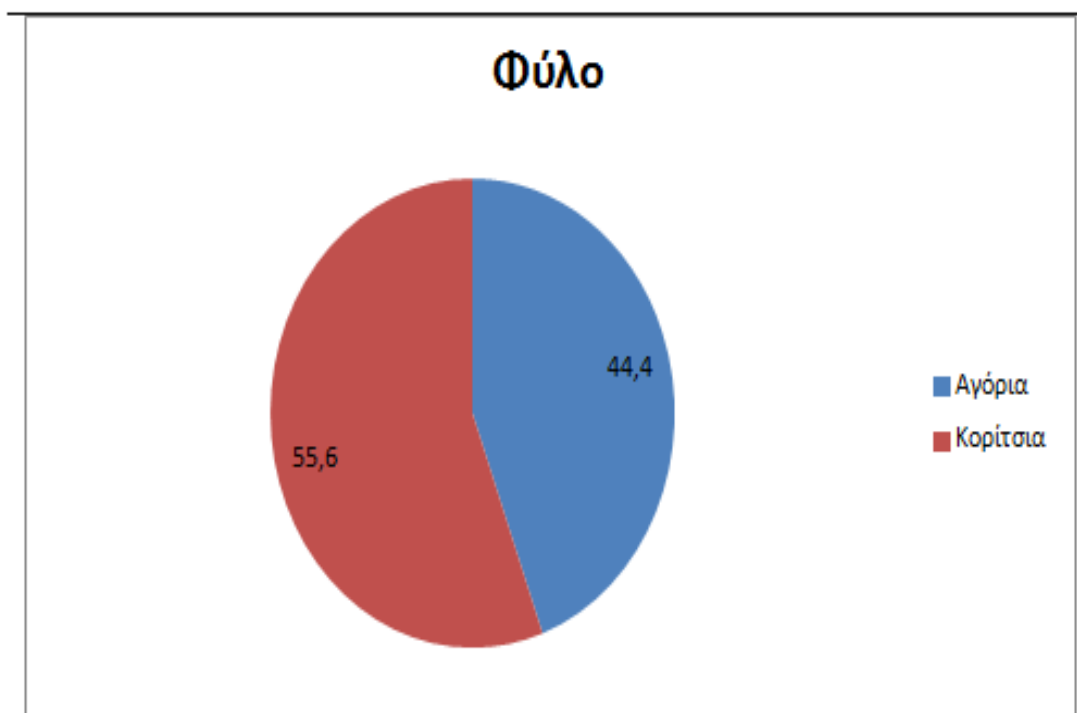
### Αποτελέσματα της έρευνας και επιμέρους σχολιασμός:

Η έρευνα της πτυχιακής εργασίας, πραγματοποιήθηκε σε συνολικά επτακόσιους τρεις (703) έφηβους του Νομού Ηρακλείου (44,4% αγόρια και 55,6% κορίτσια), ηλικίας δεκαέξι (16) έως δεκαοκτώ (18) ετών.

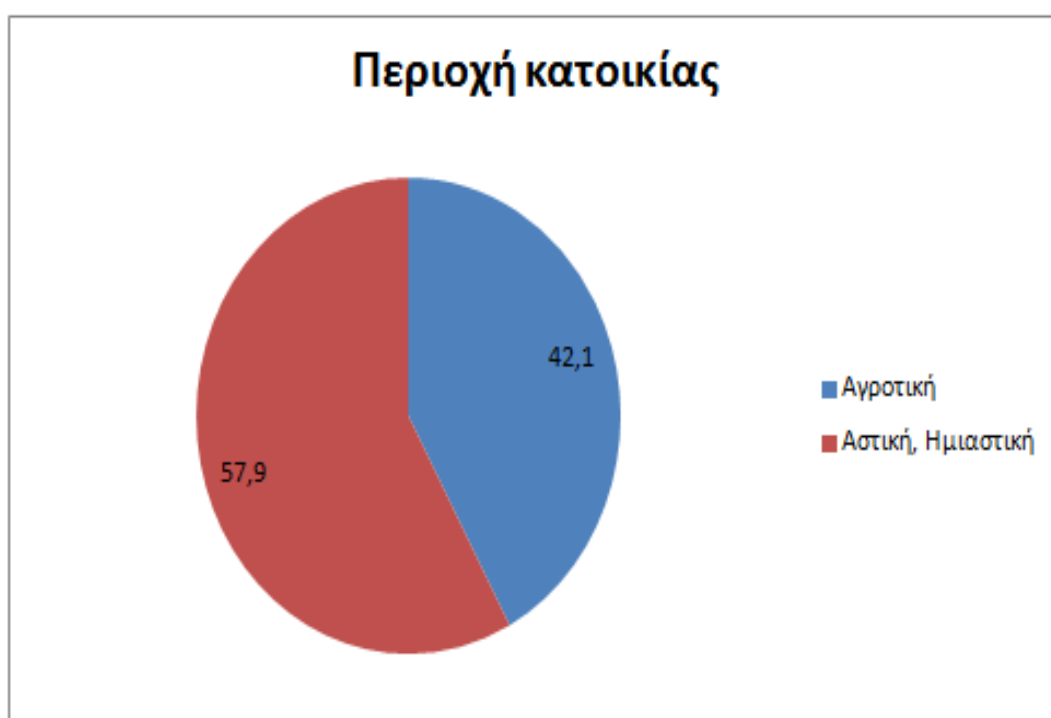
**Πίνακας 1.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος μελέτης των 703 εφήβων του Νομού Ηρακλείου, ηλικίας 16 έως 18 ετών.

|                             |   | N   | %        |
|-----------------------------|---|-----|----------|
| <b>Φύλο</b>                 | <i>αγόρια</i>                               | 312 | 44,4     |
|                             | <i>κορίτσια</i>                             | 391 | 55,6     |
| <b>Ηλικία, χρόνια</b>       | <i>μέση ηλικία ± τυπ. απόκλιση</i>          |     | 16,1±0,4 |
| <b>Περιοχή κατοικίας</b>    | <i>αγροτική</i>                             | 294 | 42,1     |
|                             | <i>αστική, ημιαστική</i>                    | 405 | 57,9     |
| <b>Χώρα καταγωγής</b>       | <i>Ελλάδα</i>                               | 671 | 95,4     |
|                             | <i>άλλη</i>                                 | 32  | 4,6      |
| <b>Χώρα γέννησης γονιών</b> | <i>Ελλάδα</i>                               | 652 | 92,7     |
|                             | <i>Ελλάδα, τουλάχιστον ένας</i>             | 25  | 3,6      |
|                             | <i>άλλη χώρα</i>                            | 26  | 3,7      |
| <b>Τύπος οικογένειας</b>    | <i>μονογονεϊκή</i>                          | 83  | 11,9     |
|                             | <i>πυρηνική</i>                             | 483 | 69,0     |
|                             | <i>εκτεταμένη</i>                           | 114 | 16,3     |
|                             | <i>με θετό, με παππούδες, ανάδοχη, άλλο</i> | 20  | 2,1      |

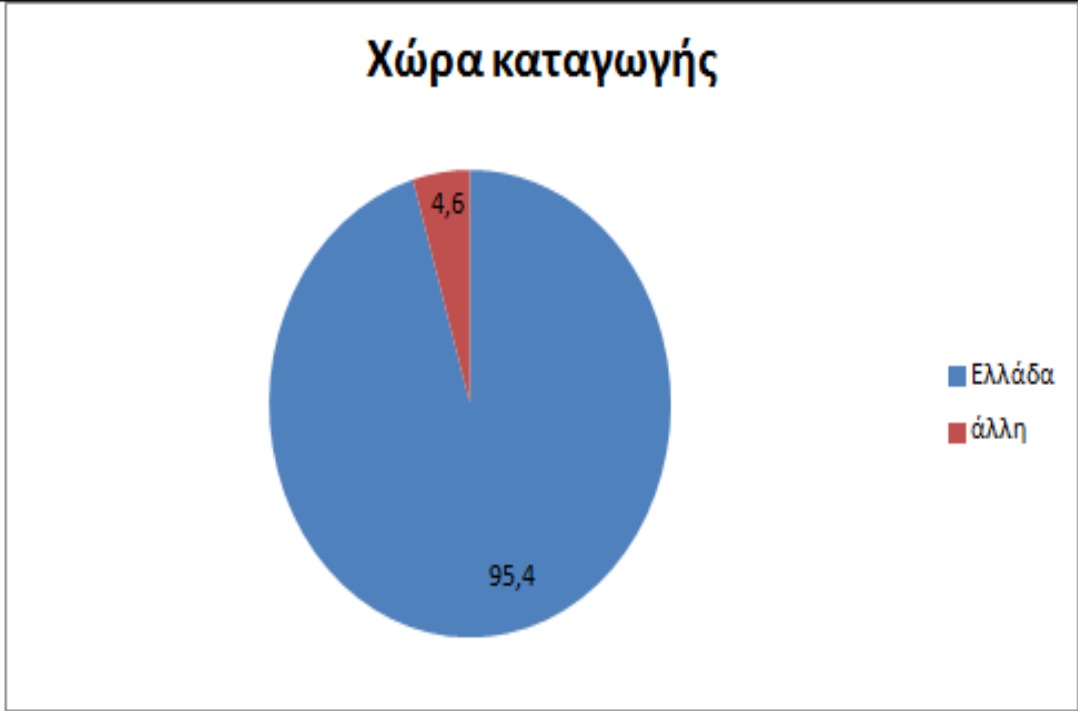
Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές εκτός από την ηλικία όπου τα αγόρια είχαν μεγαλύτερη μέση ηλικία έναντι των κοριτσιών (ανάλυση διακύμανσης: 16,2 έναντι 16,0,  $p<0,001$ ).



Διάγραμμα 1: Φύλο.



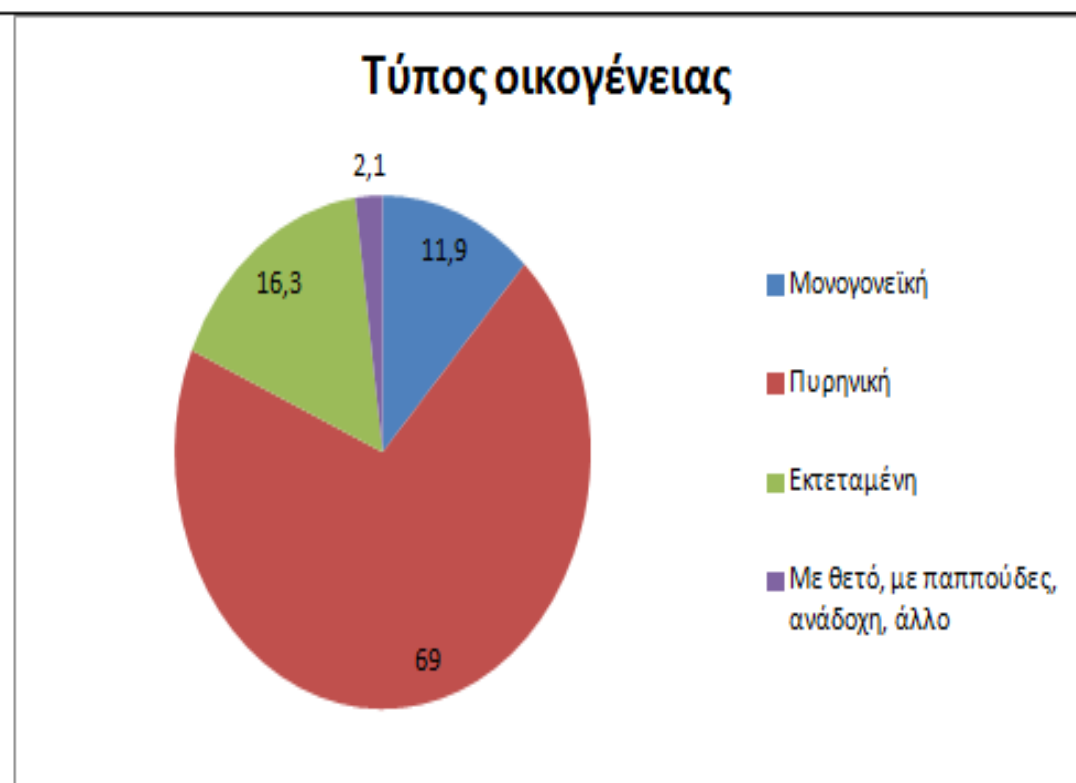
Διάγραμμα 2: Περιοχή κατοικίας.



Διάγραμμα 3: Χώρα καταγωγής.



Διάγραμμα 4: Χώρα γέννησης γονιών.



**Διάγραμμα 5: Τύπος οικογένειας.**

Στον **πίνακα 1** και στα **διαγράμματα 1, 2, 3, 4, 5** παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος μελέτης των 703 εφήβων του Νομού Ηρακλείου, ηλικίας 16 έως 18 ετών.

Πρώτα απ' όλα, η μέση ηλικία όλων των εφήβων του δείγματος ήταν 16,1 χρόνια, με το 42,1% να κατάγεται από αγροτικές περιοχές και το 57,9% από αστικές/ημιαστικές περιοχές. Το 95,4% είναι ελληνικής καταγωγής, έναντι το 4,6%, που είναι άλλης εθνικότητας. Επίσης το 92,7% των εφήβων έχουν και τους δύο γονείς να προέρχονται από την Ελλάδα, το 3,6% των εφήβων έχουν τουλάχιστον έναν από τους δύο γονείς να προέρχεται από την Ελλάδα και μόλις το 3,7% των εφήβων έχουν και τους δύο τους γονείς αλλοεθνείς. Επιπροσθέτως, από μονογονεϊκή οικογένεια προέρχονται το 11,9% των εφήβων, από πυρηνική οικογένεια η πλειοψηφία των εφήβων, το ποσοστό της οποίας είναι 69,0%, από εκτεταμένη οικογένεια το 16,3% των εφήβων και το 2,1% των εφήβων προέρχονται από άλλη μορφής οικογένειας.

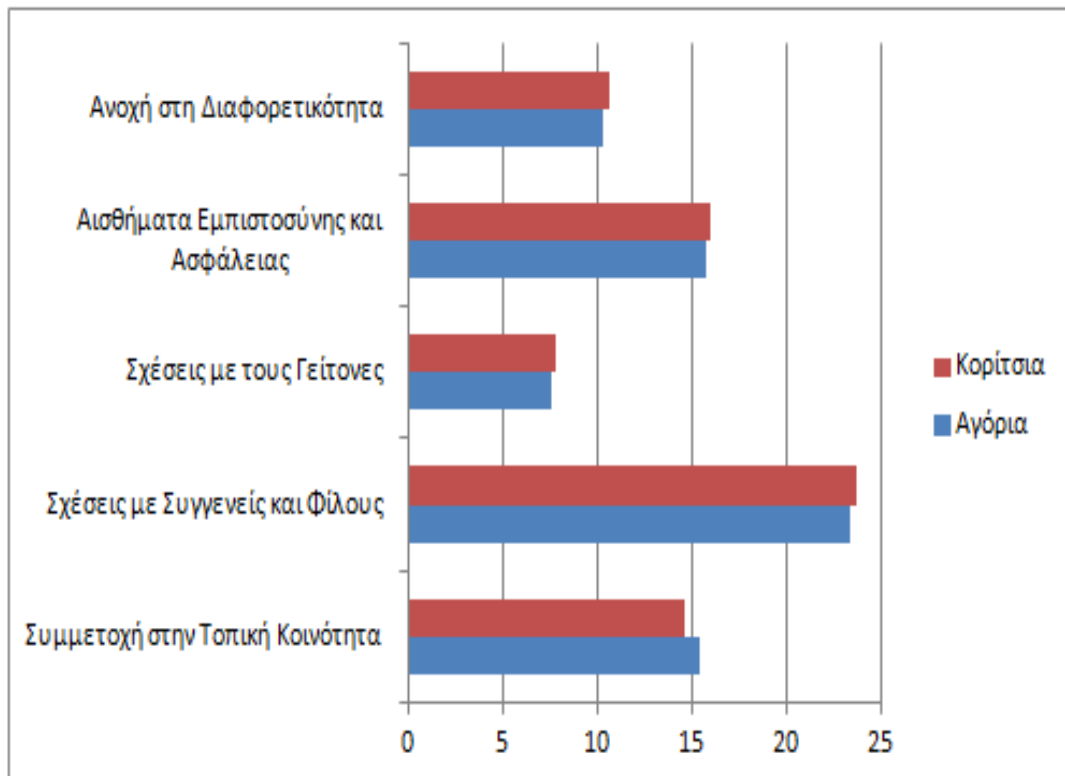


**Πίνακας 2.** Επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου στους 703 εφήβους του Νομού Ηρακλείου.

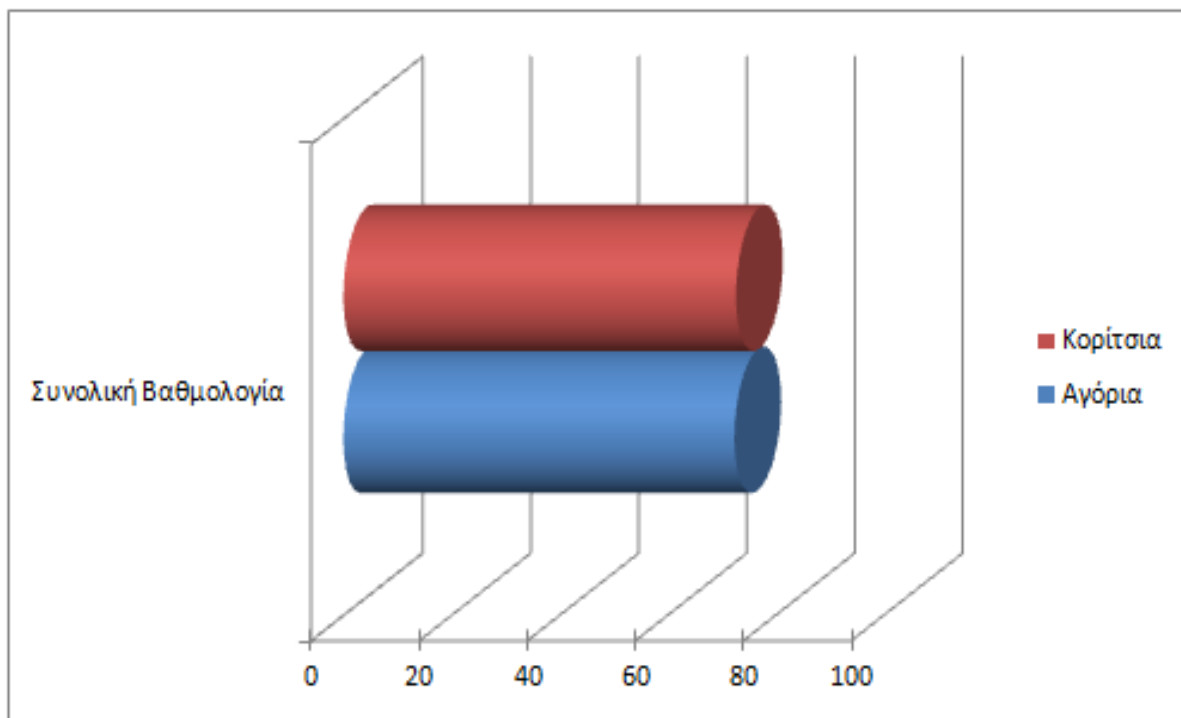
|   | <b>Αγόρια</b> | <b>Κορίτσια</b> |                 |
|---|---------------|-----------------|-----------------|
|   | v=312         | v=391           |                 |
|   | Μέση τιμή±ΤΑ  |                 | <i>p</i> -value |
| <b>Κοινωνικό Κεφάλαιο</b>                   |               |                 |                 |
| <i>Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα</i>      | 15,4±4,4      | 14,6±4,6        | <b>0,031</b>    |
| <i>Σχέσεις με Συγγενείς και Φίλους</i>      | 23,4±3,4      | 23,7±3,1        | 0,293           |
| <i>Σχέσεις με τους Γείτονες</i>             | 7,6±2,7       | 7,8±2,5         | 0,478           |
| <i>Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας</i> | 15,8±2,4      | 16,0±2,2        | 0,245           |
| <i>Ανοχή στη Διαφορετικότητα</i>            | 10,3±2,0      | 10,7±2,1        | <b>0,013</b>    |
| <i>Συνολική βαθμολογία</i>                  | 72,4±9,5      | 72,7±8,9        | 0,707           |

ΤΑ, Τυπική Απόκλιση.

Ανάλυση διακύμανσης (η ετερογένεια ελέγχθηκε με τον Levene έλεγχο).



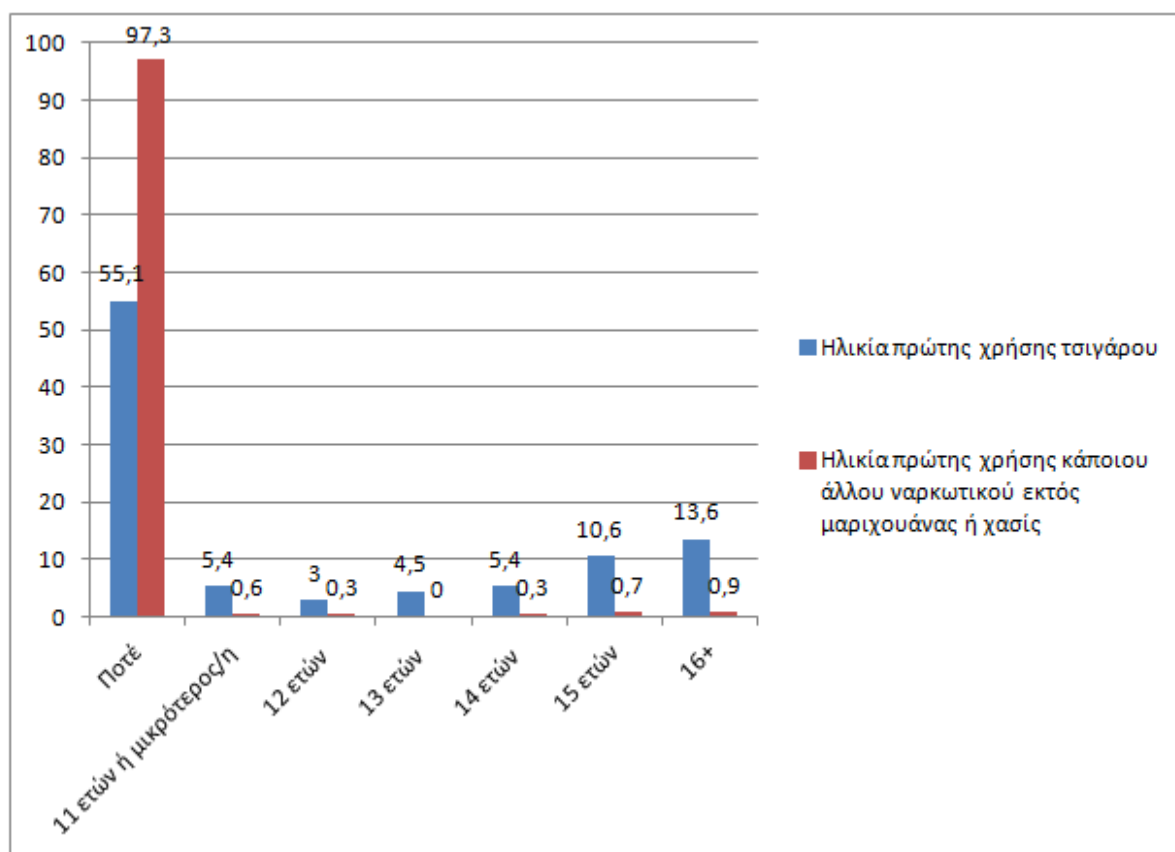
Διάγραμμα 6: Βαθμολογία ανά ενότητα κοινωνικού κεφαλαίου, αναφορικά με το φύλο.



Διάγραμμα 7: Συνολική βαθμολογία κοινωνικού κεφαλαίου, αναφορικά με το φύλο.

Στον **πίνακα 2** και στα **διαγράμματα 6, 7** παρουσιάζονται τα μέσα επίπεδα εκτίμησης του κοινωνικού κεφαλαίου, ως προς το φύλο των 703 εφήβων του Νομού Ηρακλείου.

Συγκεκριμένα, από τις πέντε ενότητες και τη συνολική βαθμολογία του, διαπιστώνεται ότι τα αγόρια είχαν σε σχέση με τα κορίτσια, σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία «*Συμμετοχής στην τοπική κοινότητα*» (15,4 έναντι 14,6, αντίστοιχα,  $p=0.031$ ), αλλά σημαντικά μικρότερη στην «*Ανοχή στη διαφορετικότητα*» (10,3 έναντι 10,7, αντίστοιχα,  $p=0.013$ ). Επιπλέον, φυλετικές διαφορές δεν εντοπίστηκαν στις άλλες ενότητες ή στη συνολική βαθμολογία, δείχνοντας έτσι μια ομοιογένεια των εφήβων, ως προς στα χαρακτηριστικά των ενοτήτων αυτών.



**Διάγραμμα 8:** Συχνότητα πρώτης χρήσης τσιγάρου ή άλλης ψυχοτρόπης ουσίας, εκτός από μαριχουάνα ή χασίς, από τους 703 εφήβους του Νομού Ηρακλείου.

Παράλληλα, με τον **πίνακα 2**, στο **διάγραμμα 8** παρουσιάζεται η συχνότητα της πρώτης χρήσης τσιγάρου ή άλλης ψυχοτρόπης ουσίας, εκτός από χασίς ή μαριχουάνα, από τους 703 εφήβους του Νομού Ηρακλείου. Μόλις, το 55,1% των εφήβων δεν έχει καπνίσει

μέχρι την τρέχουσα στιγμή της μελέτης και το 97,3% δεν έχει κάνει χρήση άλλης ψυχοτρόπης ουσίας, με εξαίρεση χασίς και μαριχουάνα. Για το τσιγάρο, αν και η χρήση του διαπιστώνεται σε όλες τις ηλικίες, ακόμη και σε μικρότερη των 11 ετών (5,4%), τα 14 και 15 χρόνια είναι τα πιο συνηθισμένα στην πρώτη χρήση (10,6% και 13,6%), αντίστοιχα, ενώ στις άλλες ουσίες οι ηλικίες πρώτης χρήσης είναι διαμοιρασμένες. Σημειώνεται πάντως ότι υπάρχουν έφηβοι που δηλώνουν χρήση, όπως και για το τσιγάρο σε ηλικία μικρότερη των 11 ετών (0,3%).

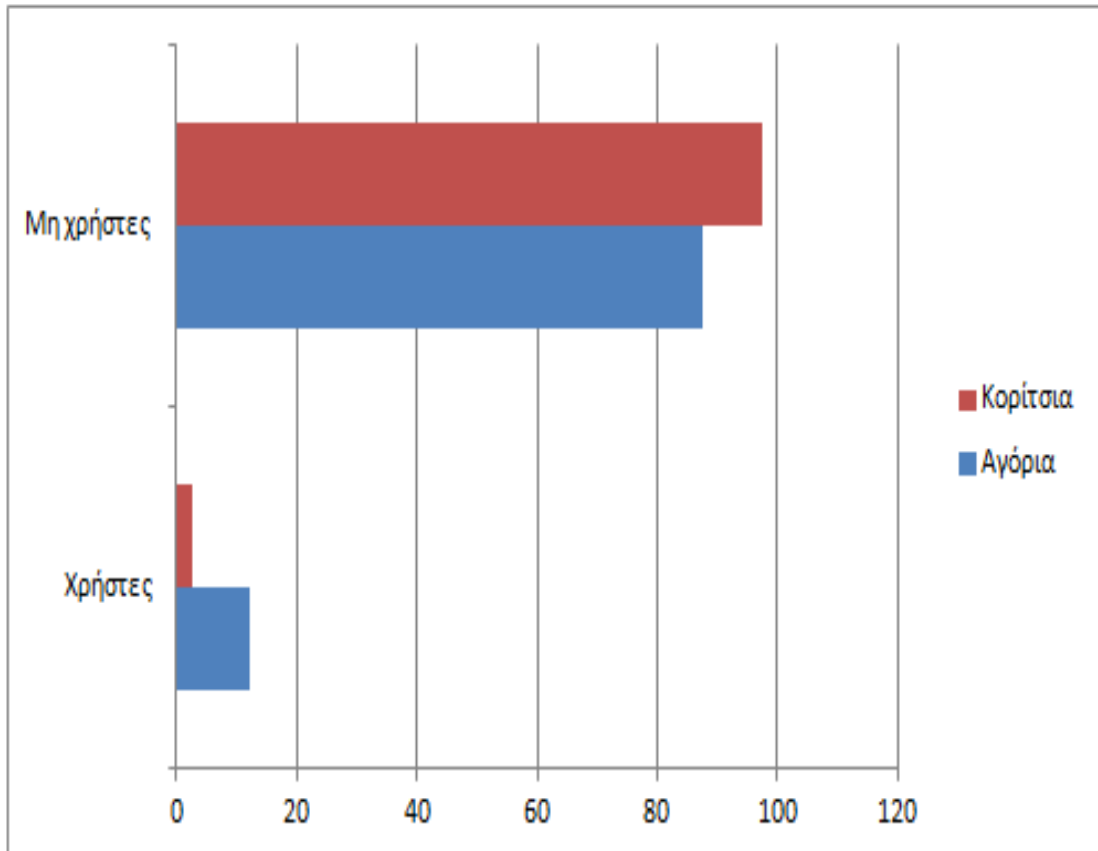
**Πίνακας 3.** Συχνότητα χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από τους 703 εφήβους του Νομού Ηρακλείου, ανά φύλο.

|   |   | <b>Σύνολο</b><br>n=703 | <b>Αγόρια</b><br>n=312 | <b>Κορίτσια</b><br>n=391 |                  |
|---|---|------------------------|------------------------|--------------------------|------------------|
|   |   | n (%)                  |                        |                          | p-value          |
| <b>Χρήση μαριχουάνας ή χασίς</b><br>(τουλάχιστον ένα τσιγάρο) | <i>Ναι</i>  | 48 (6,9)               | 38 (12,3)              | 10 (2,6)                 | <b>&lt;0,001</b> |
|   | <i>Όχι</i>  | 644 (93,1)             | 271 (87,7)             | 373 (97,4)               |                  |
| <b>Χρήση μαριχουάνας ή χασίς τον τελευταίο μήνα</b>           | <i>Ποτέ</i>   | 675 (97,3)             | 292 (94,2)             | 383 (99,7)               |                  |
|   | <i>πάνω από 2-3 φορές/μήνα</i>  | 4 (0,6)                | 4 (1,3)                | -                        |                  |
|   | <i>τουλάχιστον μια φορά/μήνα</i>  | 4 (0,6)                | 3 (1,0)                | 1 (0,3)                  | <b>&lt;0,001</b> |
|   | <i>τουλάχιστον μια φορά/εβδομάδα</i>  | 4 (0,6)                | 4 (1,3)                | -                        |                  |
|   | <i>κάθε μέρα</i>  | 7 (1,0)                | 7 (2,3)                | -                        |                  |
| <b>Χρήση άλλων ουσιών (τουλάχιστον μια φορά)</b>              |   |                        |                        |                          |                  |
|   | <i>Εισπνεόμενη ουσία, π.χ. κόλλα ή βενζίνη για να αλλάξεις τη διάθεσή σου</i> | 46 (6,6)               | 28 (9,1)               | 18 (4,7)                 | <b>0,021</b>     |
|   | <i>Έκσταση ή άλλα συνθετικά ναρκωτικά</i>                                     | 12 (1,7)               | 10 (3,3)               | 2 (0,5)                  | <b>0,007</b>     |
|   | <i>Ηρεμιστικά ή υπνωτικά χάπια χωρίς τη σύσταση γιατρού</i>                   | 21 (3,0)               | 12 (3,9)               | 9 (2,3)                  | 0,266            |
|   | <i>Άλλη ουσία<sup>a</sup></i>   | 20 (3,1)               | 16 (5,4)               | 4 (1,1)                  | <b>0,002</b>     |

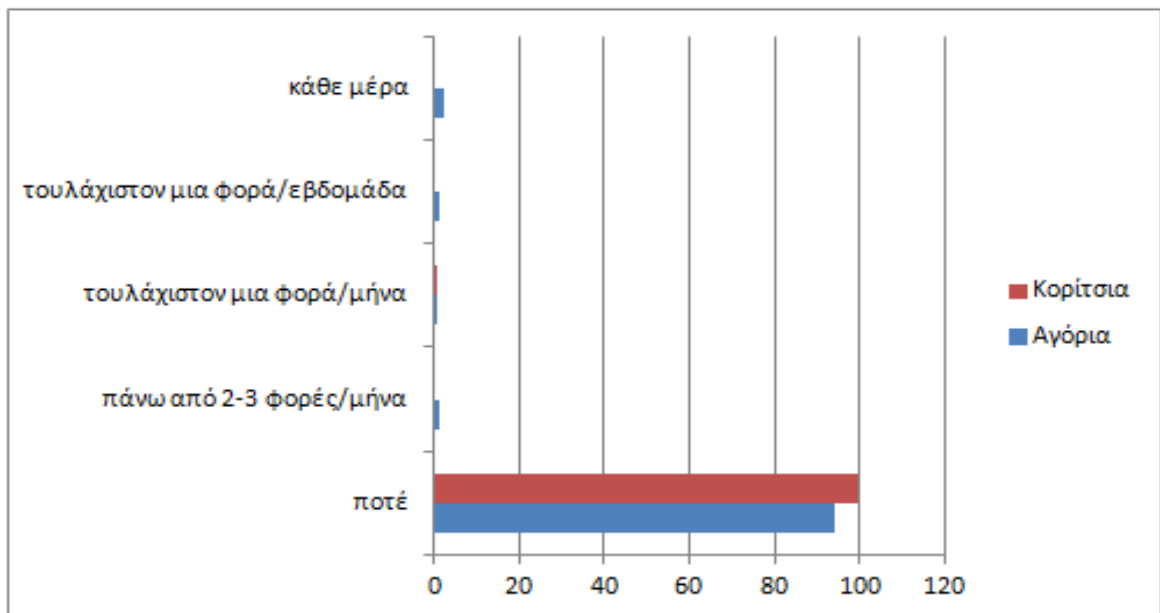
---

Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων.

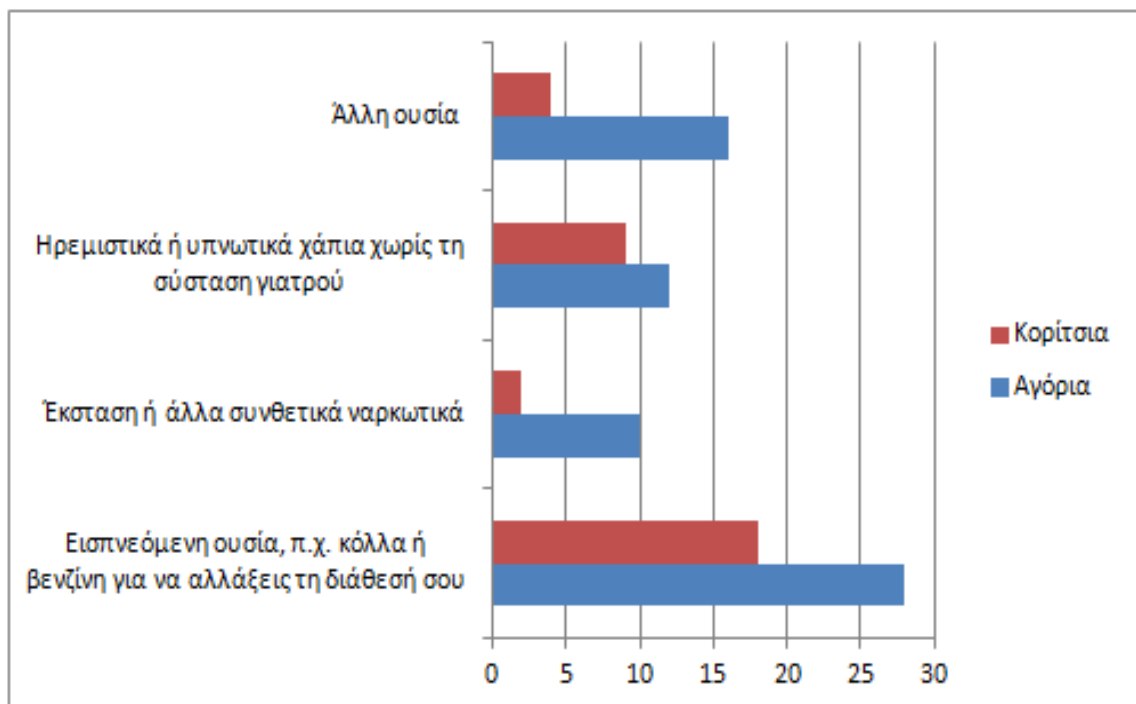
<sup>a</sup> Δραμαμίνη, κόκα, αμφεταμίνη κ.α.



Διάγραμμα 9: Χρήση μαριχουάνας ή χασίς (τουλάχιστον ένα τσιγάρο), ανά φύλο.



Διάγραμμα 10: Χρήση μαριχουάνας ή χασίς τον τελευταίο μήνα, ανά φύλο.



Διάγραμμα 11: Χρήση άλλων ουσιών (τουλάχιστον μια φορά), ανά φύλο.

Στον **πίνακα 3** και στα **διαγράμματα 9, 10, 11** παρουσιάζεται η συχνότητα της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από τους 703 έφηβους του Νομού Ηρακλείου.

Συνολικά, 48 έφηβοι ή το 6,9% ανέφεραν, ότι έχουν κάνει χρήση μαριουάνας ή χασις, με σημαντικά υψηλότερο ποσοστό των αγοριών έναντι των κοριτσιών (12,3% έναντι 2,6%, αντίστοιχα,  $p<0.001$ ). Στη συχνότητα χρήσης επίσης στον τελευταίο μήνα, διαπιστώνεται ότι τουλάχιστον μια φορά το μήνα δήλωσαν το 1,0% των αγοριών, έναντι το 0,3% των κοριτσιών ( $p<0.001$ ), ενώ μόνο αγόρια δήλωσαν καθημερινή χρήση (2,3%). Γενικά, διαπιστώνεται η χρήση και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών από τους έφηβους, όπως το 6,6% «Εισπνεόμενης ουσίας π.χ. κόλλα ή βενζίνη» (αγόρια:9,1%, κορίτσια:4,7%,  $p=0.021$ ), το 1,7% «Έκσταση ή άλλα συνθετικά» (αγόρια:3,3%, κορίτσια:0,5%,  $p=0.007$ ), το 3,0% «Ηρεμιστικά ή υπνωτικά χάπια χωρίς τη σύσταση γιατρού» και το 3,1% άλλων ουσιών, όπως δραμαμίνη, κόκα κ.λπ. (αγόρια:5,4%, κορίτσια:1,1%,  $p=0.002$ ).

**Πίνακας 4.** Επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου, ως προς τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους 703 εφήβους του Νομού Ηρακλείου.

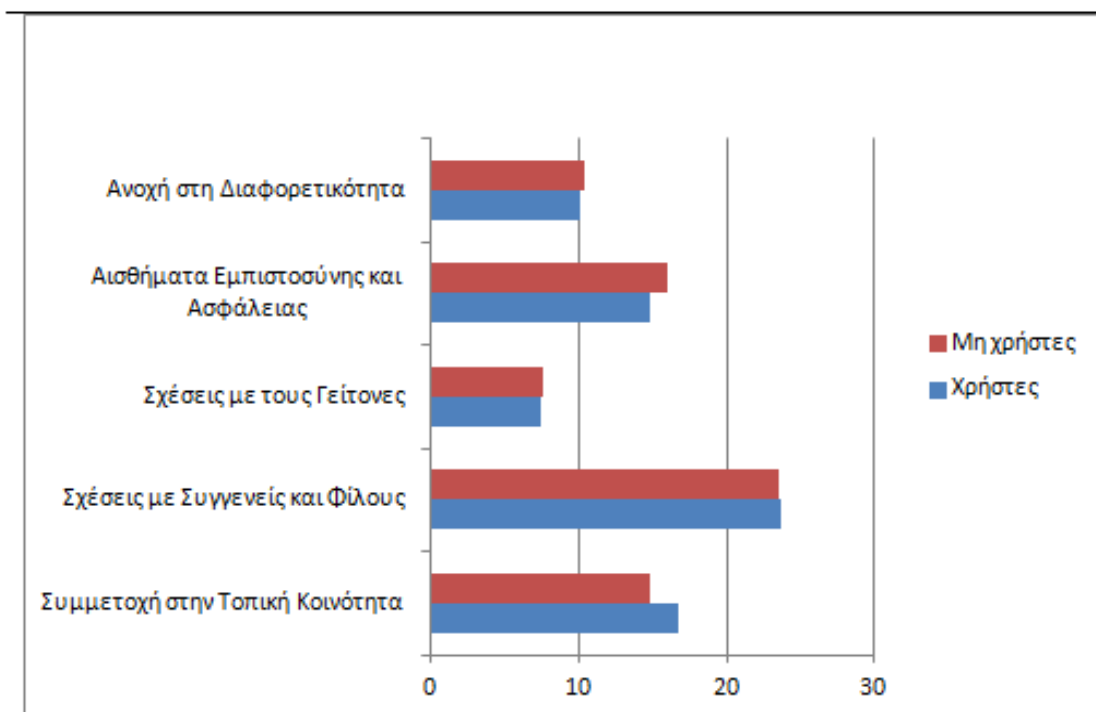
|   | Χρήση        |              | <i>p</i> -value |
|---|--------------|--------------|-----------------|
|   | Ναι<br>v=44  | Όχι<br>v=639 |                 |
|   | Μέση τιμή±ΤΑ |              |                 |
| <b>Κοινωνικό Κεφάλαιο</b>                   |              |              |                 |
| <i>Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα</i>      | 16,8±0,7     | 14,8±0,2     | <b>0,004</b>    |
| <i>Σχέσεις με Συγγενείς και Φίλους</i>      | 23,7±0,5     | 23,6±0,1     | 0,892           |
| <i>Σχέσεις με τους Γείτονες</i>             | 7,5±0,4      | 7,7±0,1      | 0,567           |
| <i>Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας</i> | 14,8±0,4     | 16,0±0,1     | <b>0,001</b>    |
| <i>Ανοχή στη Διαφορετικότητα</i>            | 10,2±0,3     | 10,5±0,1     | 0,313           |
| <i>Συνολική βαθμολογία</i>                  | 72,9±1,4     | 72,6±0,4     | 0,847           |

ΤΣ, Τυπικό Σφάλμα.

Ανάλυση πολλαπλής συνδιακύμανσης. Ως συμεταβλητές ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, η περιοχή κατοικίας, η χώρα καταγωγής, η χώρα γέννησης γονιών και ο τύπος οικογένειας.

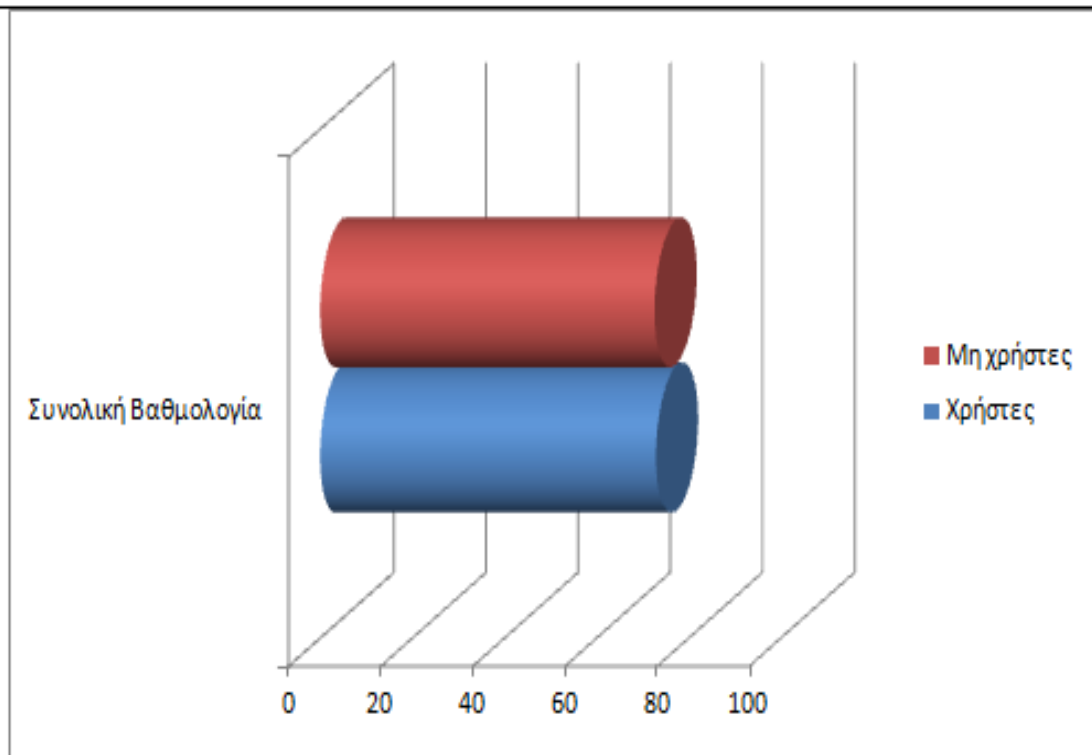


Διάγραμμα 12: Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.



Διάγραμμα 13: Βαθμολογία ανά ενότητα κοινωνικού κεφαλαίου, αναφορικά με τη χρήση ή μη.





Διάγραμμα 14: Συνολική βαθμολογία κοινωνικού κεφαλαίου, αναφορικά με τη χρήση ή μη.

Στον **πίνακα 4** και στα **διαγράμματα 12, 13, 14** παρουσιάζονται τα μέσα επίπεδα εκτίμησης του κοινωνικού κεφαλαίου, ως προς τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Από τις ενότητες και τη συνολική βαθμολογία του κοινωνικού κεφαλαίου, διαπιστώνεται πρώτα απ' όλα, ότι οι 44 έφηβοι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών, σε σχέση με τους μη χρήστες, είχαν σημαντικά υψηλότερη μέση βαθμολογία στην ενότητα «Συμμετοχής στην τοπική κοινότητα» (16,8 έναντι 14,8, αντίστοιχα,  $p=0.004$ ). Επομένως, στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα «Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους σχετίζεται θετικά με την ενεργό συμμετοχή που έχουν στην τοπική κοινότητα;» η απάντηση είναι η εξής: οι έφηβοι, οι οποίοι κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών συμμετέχουν πιο ενεργά στην τοπική κοινότητα, σε σύγκριση με τους εφήβους που δεν κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.

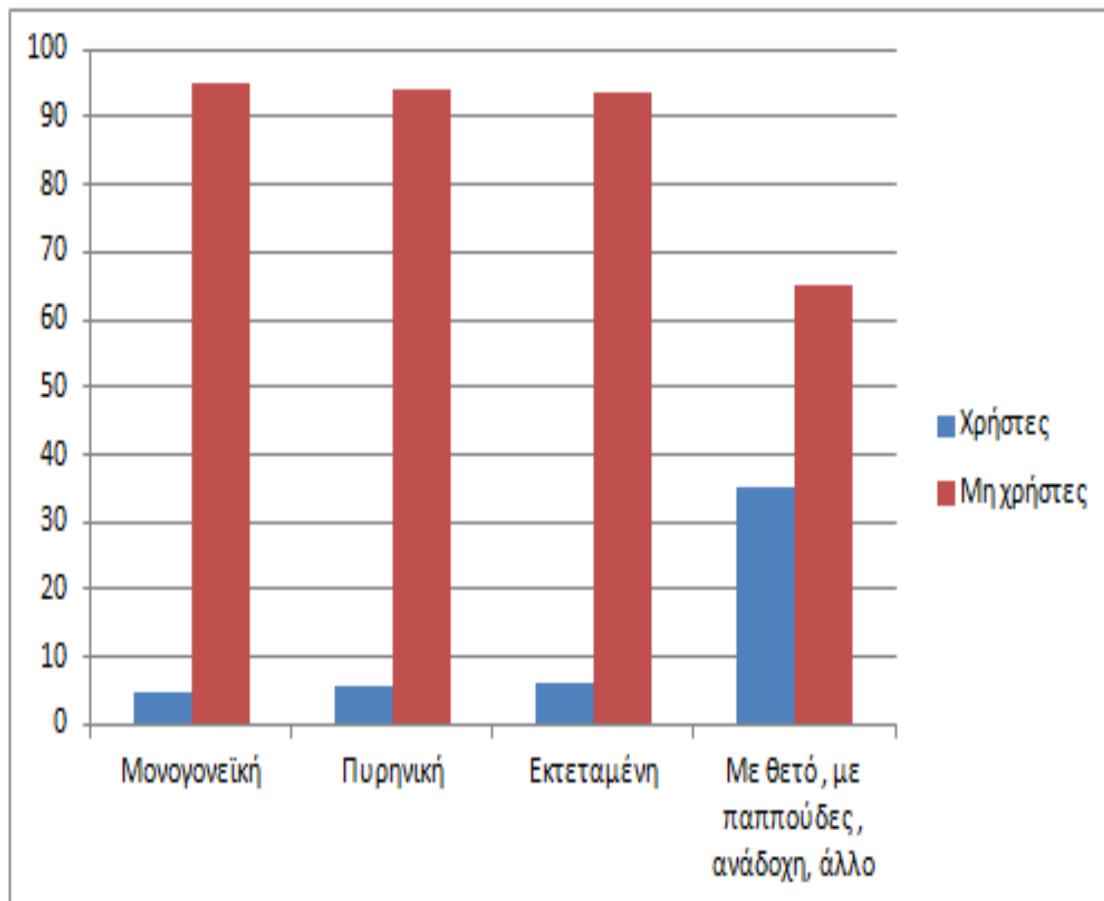
Όμως, οι 44 έφηβοι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών, σε σχέση με τους μη χρήστες, είχαν σημαντικά μικρότερη μέση βαθμολογία στην ενότητα «Αισθημάτων Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας» (14,8 έναντι 16,0, αντίστοιχα,  $p=0.001$ ). Συνεπώς, στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα «Σχετίζεται αρνητικά η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους με την γενική κοινωνική εμπιστοσύνη που νιώθουν;» η απάντηση είναι η εξής: οι έφηβοι, οι οποίοι κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών νιώθουν σε μικρότερο βαθμό τη γενική κοινωνική εμπιστοσύνη, σε αντίθεση με τους εφήβους που δεν κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.

Άλλες σημαντικές διαφορές δεν εντοπίστηκαν στις υπόλοιπες ενότητες ή στη συνολική βαθμολογία μεταξύ χρηστών ή μη. Άρα, στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα «Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους σχετίζεται με τις αρνητικές σχέσεις που επικρατούν μεταξύ αυτών, συγγενών και φίλων τους;» η απάντηση είναι η εξής: δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ εφήβων που κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και μη χρηστών, στις μεταξύ τους σχέσεις με συγγενείς και φίλους.

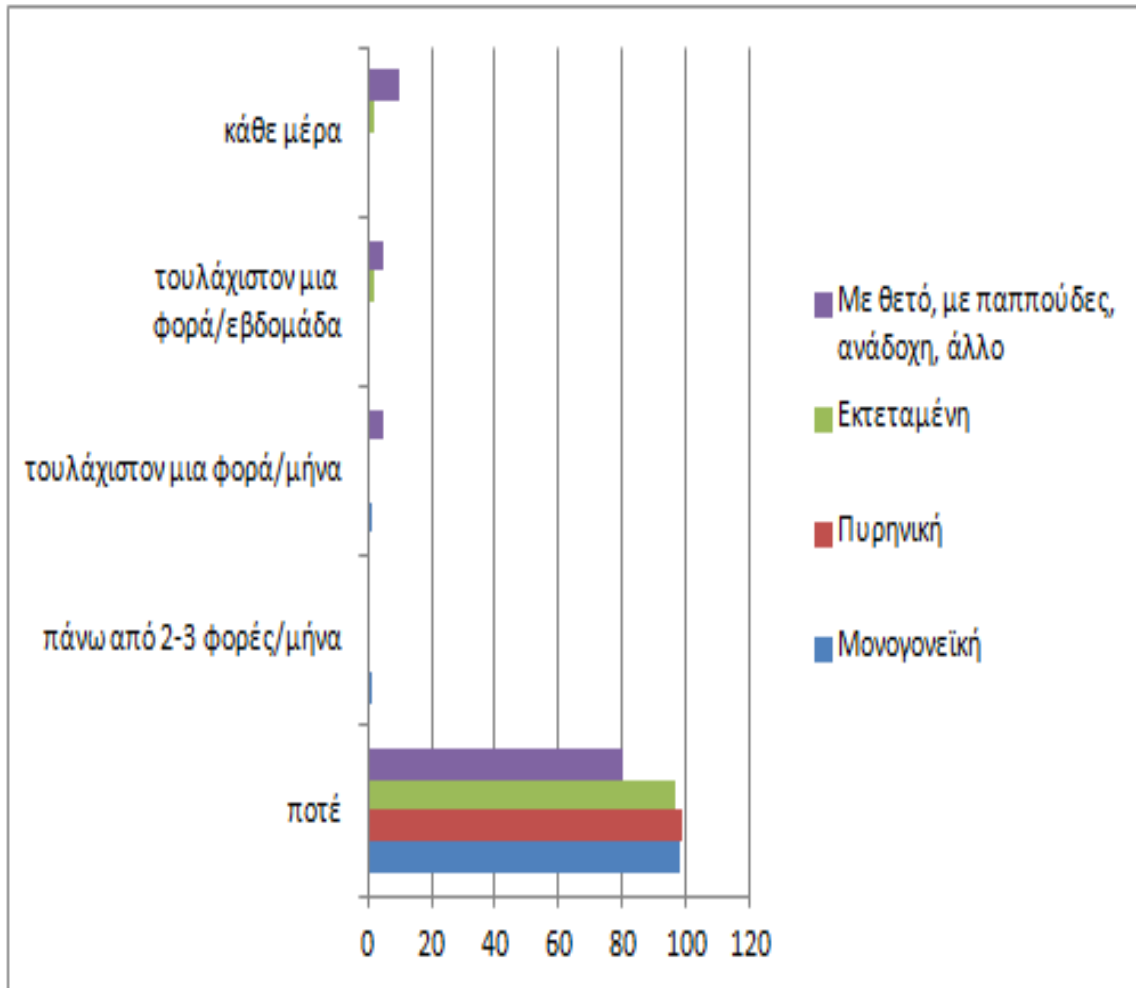
**Πίνακας 5.** Συχνότητα χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από τους 703 εφήβους του Νομού Ηρακλείου, ανά οικογενειακή κατάσταση.

|  |                               | Τύπος οικογένειας |          |            |                                      | p-value |
|--|-------------------------------|-------------------|----------|------------|--------------------------------------|---------|
|  |                               | Μονογονεϊκή       | πυρηνική | εκτεταμένη | με θετό, με παππούδες, ανάδοχη, άλλο |         |
|  |                               | %                 |          |            |                                      |         |
| <b>Χρήση μαριχουάνας ή χασίς (τουλάχιστον ένα τσιγάρο)</b>             | ναι                           | 4,8               | 5,7      | 6,3        | 35,0                                 | <0,001  |
|  | όχι                           | 95,2              | 94,3     | 93,7       | 65,0                                 |         |
| <b>Χρήση μαριχουάνας ή χασίς τον τελευταίο μήνα</b>                    | ποτέ                          | 97,6              | 98,5     | 96,4       | 80,0                                 | <0,001  |
|  | πάνω από 2-3 φορές/μήνα       | 1,2               | 0,6      | 0,0        | 0,0                                  |         |
|  | τουλάχιστον μια φορά/μήνα     | 1,2               | 0,4      | 0,0        | 5,0                                  |         |
|  | τουλάχιστον μια φορά/εβδομάδα | 0,0               | 0,2      | 1,8        | 5,0                                  |         |
|  | κάθε μέρα                     | 0,0               | 0,2      | 1,8        | 10,0                                 |         |
| <b>Χρήση άλλων ουσιών (τουλάχιστον μια φορά)</b>                       |                               |                   |          |            |                                      |         |
| Εισπνεόμενη ουσία, π.χ. κόλλα ή βενζίνη για να αλλάξεις τη διάθεσή σου |                               | 9,8               | 5,2      | 6,3        | 20,0                                 | 0,031   |
| Έκσταση ή άλλα συνθετικά ναρκωτικά                                     |                               | 2,4               | 0,2      | 3,6        | 15,0                                 | <0,001  |

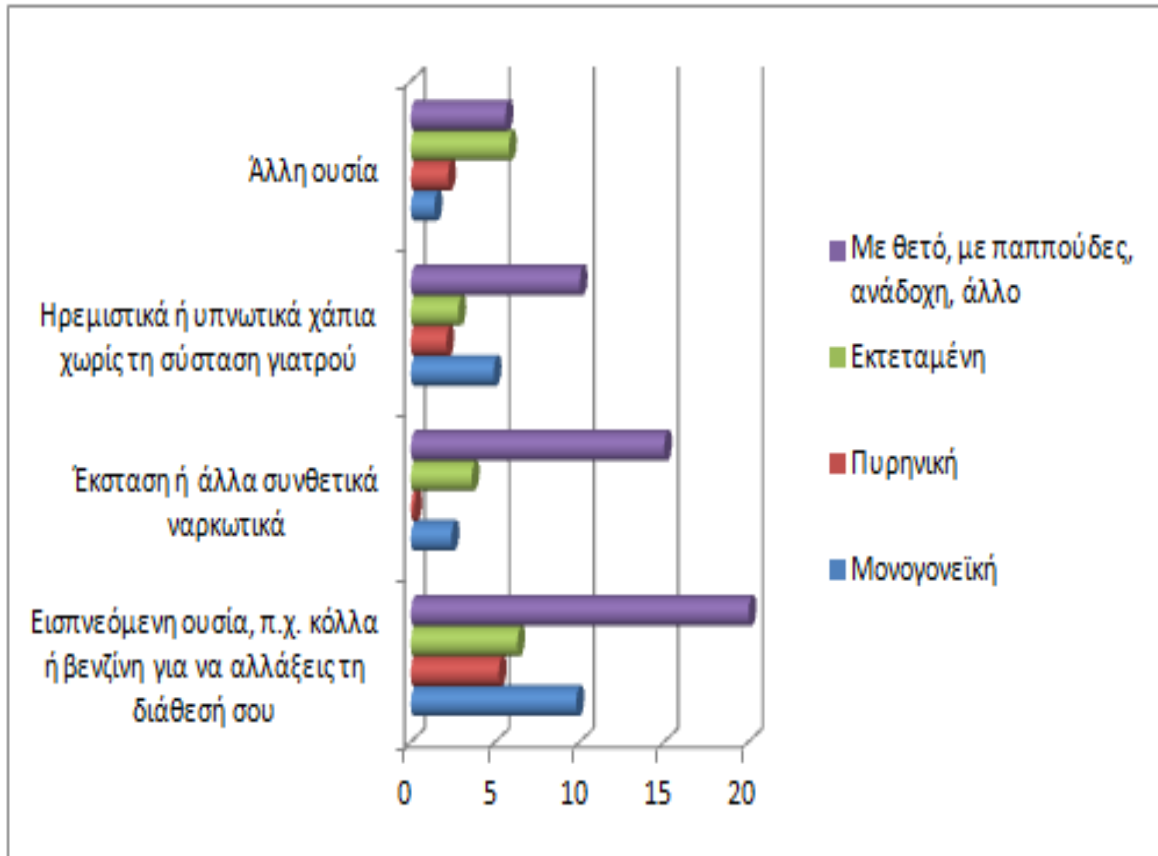
|   |     |     |     |      |       |
|---|-----|-----|-----|------|-------|
| <i>Ηρεμιστικά ή υπνωτικά<br/>χάπια χωρίς τη σύσταση<br/>γιατρού</i> | 4,9 | 2,1 | 2,8 | 10,0 | 0,109 |
| <i>Άλλη ουσία<sup>α</sup></i>                                       | 1,4 | 2,2 | 5,8 | 5,6  | 0,172 |



Διάγραμμα 15: Χρήση μαριχουάνας ή χασίς (τουλάχιστον ένα τσιγάρο), αναφορικά με τη χρήση ή μη.



Διάγραμμα 16: Χρήση μαριχουάνας ή χασίς τον τελευταίο μήνα, αναφορικά με τον τύπο οικογένειας.



Διάγραμμα 17: Χρήση άλλων ουσιών (τουλάχιστον μια φορά), αναφορικά με τον τύπο οικογένειας.

Στον **πίνακα 5** και στα **διαγράμματα 15, 16, 17** παρουσιάζεται η συχνότητα της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από τους 703 έφηβους του Νομού Ηρακλείου, ανά οικογενειακή κατάσταση. Συνολικά, το 4,8% των εφήβων που προέρχεται από μονογονεϊκή οικογένεια, το 5,7% από πυρηνική, το 6,3% από εκτεταμένη και το **35% από οικογένεια με θετό γονέα, παππούδες, ανάδοχη ή άλλο, έχουν κάνει χρήση μαριχουάνας ή χασίς**. Επίσης, σε συντριπτικά μεγαλύτερο ποσοστό οι έφηβοι που προέρχονται από οικογένεια με θετό γονέα, παππούδες, αναδοχή ή άλλο, κάνουν πιο συχνή χρήση μαριχουάνας ή χασίς τον τελευταίο μήνα, από τους εφήβους που προέρχονται από άλλους τύπους οικογένειας. Ακόμα, σχετικά με τη χρήση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (τουλάχιστον μία φορά) το 20% των εφήβων που προέρχονται από οικογένεια με θετό γονέα, παππούδες, αναδοχή ή άλλο, το 9,8% από μονογονεϊκή οικογένεια, το 5,2% από πυρηνική και το 6,3% από εκτεταμένη έχουν κάνει χρήση εισπνεόμενης ουσίας. Επιπροσθέτως, το 15% των εφήβων από οικογένεια με θετό γονέα, παππούδες, αναδοχή ή άλλο, το 2,4% από μονογονεϊκή οικογένεια, το 0,2% από πυρηνική οικογένεια, το 3,6% από εκτεταμένη οικογένεια έχουν κάνει χρήση έκστασης ή

άλλων συνθετικών ναρκωτικών. Επιπλέον, το 10% των εφήβων που προέρχεται από οικογένεια με θετό γονέα, παππούδες, αναδοχή ή άλλο, το 4,9% από μονογονεϊκή οικογένεια, το 2,1% από πυρηνική οικογένεια και το 2,8% από εκτεταμένη οικογένεια έχουν πάρει ηρεμιστικά ή υπνωτικά χάπια χωρίς τη σύσταση γιατρού. Τέλος, έφηβοι από εκτεταμένη οικογένεια έχουν κάνει σε μεγαλύτερο ποσοστό χρήση άλλης ψυχοτρόπης ουσίας.

Εν κατακλείδι, στο τέταρτο ερευνητικό ερώτημα «Σχετίζεται θετικά η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους με τη διαμονή σε θετή οικογένεια;» η απάντηση είναι η εξής: το υψηλότερο ποσοστό των εφήβων που κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, προέρχονται από οικογένεια με θετό γονέα, παππούδες, ανάδοχο ή άλλο.

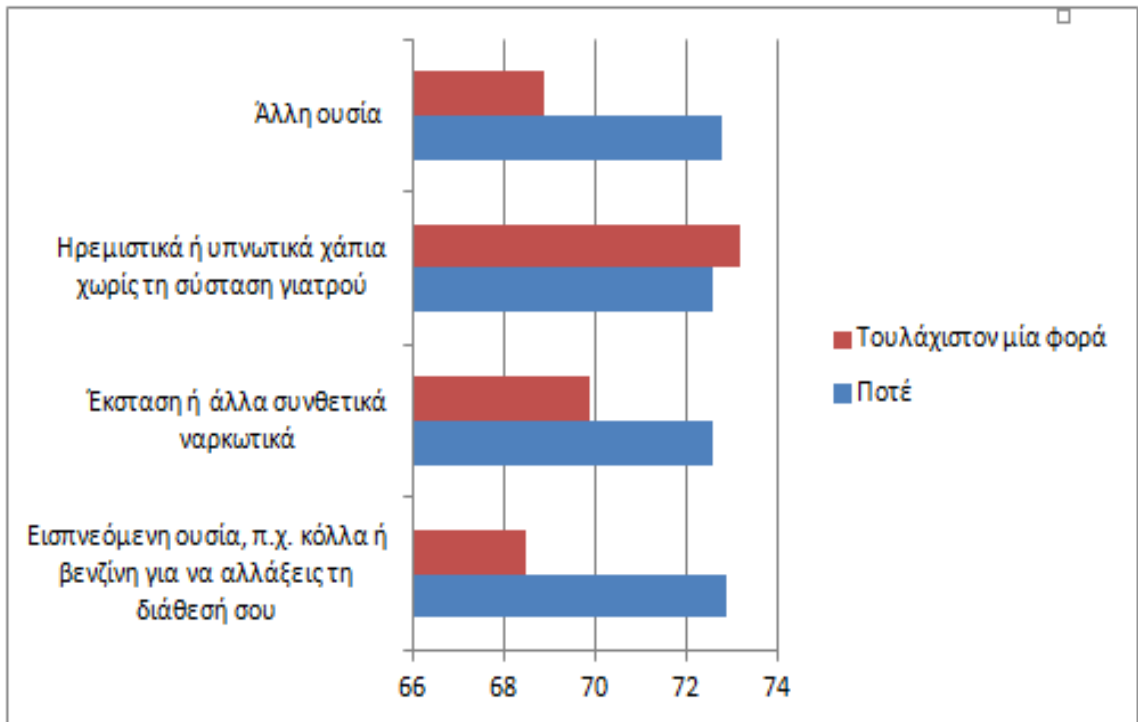
**Πίνακας 6.** Επίπεδα μέσης συνολικής βαθμολογίας κοινωνικού κεφαλαίου, ως προς τη χρήση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (εκτός μαριχουάνας ή χασίς) από τους 703 έφηβους του Νομού Ηρακλείου.

|   | Χρήση άλλων ουσιών     |                      | p-value      |
|---|------------------------|----------------------|--------------|
|   | Ποτέ                   | Τουλάχιστον μια φορά |              |
|   | Μέση βαθμολογία ΚΚ ±ΤΑ |                      |              |
| <b>Εισπνεόμενη ουσία, π.χ. κόλλα ή βενζίνη για να αλλάξεις τη διάθεσή σου</b> | 72,9±9,2               | 68,5±8,8             | <b>0,004</b> |
| <b>Έκσταση ή άλλα συνθετικά ναρκωτικά</b>                                     | 72,6±9,2               | 69,9±11,3            | 0,618        |
| <b>Ηρεμιστικά ή υπνωτικά χάπια χωρίς τη σύσταση γιατρού</b>                   | 72,6±9,1               | 73,2±11,6            | 0,475        |
| <b>Άλλη ουσία <sup>α</sup></b>  | 72,8±9,1               | 68,9±9,9             | 0,155        |

ΤΑ, Τυπική Απόκλιση.

<sup>α</sup> Δραμαμίνη, κόκα, αμφεταμίνη κ.α.

Έλεγχος Mann Whitney.



Διάγραμμα 18: Χρήση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών αναφορικά με τη συχνότητα χρήσης.

Τέλος, στον **πίνακα 6** και στο **διάγραμμα 18** παρουσιάζονται τα επίπεδα της συνολικής βαθμολογίας κοινωνικού κεφαλαίου ως προς τη χρήση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (εκτός μαριχουάνας ή χασίς) από τους 703 έφηβους της Κρήτης. Σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία κοινωνικού κεφαλαίου διαπιστώνεται από τους μη χρήστες «Εισπνεόμενων ουσιών» σε σχέση με εκείνους/ες που έκαναν τουλάχιστον μια φορά (72,9 έναντι 68,5, αντίστοιχα,  $p=0.004$ ). Άρα οι χρήστες, οι οποίοι έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά χρήση εισπνεόμενων ουσιών έχουν χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου σε αντίθεση με τους μη χρήστες.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:**

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.**

Αφού ολοκληρώθηκε, η εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας με θέμα «Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου και ο ρόλος του κοινωνικού κεφαλαίου», θα παρατεθούν η συζήτηση και τα συμπεράσματα των αποτελεσμάτων της, σε συνδυασμό με το θεωρητικό μέρος της.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν: η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου, σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο των μαθητών. Οι επιμέρους στόχοι ήταν τέσσερις (4) και αφορούσαν: τη μελέτη των μοντέλων και θεωριών των συμπεριφορών υγείας των εφήβων, το φαινόμενο της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από τους εφήβους, τη διερεύνηση του ρόλου του κοινωνικού κεφαλαίου των εφήβων (γειτονιά, γενική κοινωνική εμπιστοσύνη, σχέσεις με συνομήλικους και ευρύτερη κοινωνία, δίκτυα, οικογένεια). Τέλος, ο σημαντικότερος στόχος σε ολόκληρη την εργασία, ήταν να μελετηθεί ο βαθμός εμπλοκής της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου, με τα επίπεδα του κοινωνικού τους κεφαλαίου (υψηλά - χαμηλά).

#### **6.1) ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.**

Ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελούνταν από επτακόσιους τρεις μαθητές (703) Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου με μέση ηλικία δεκαέξι κόμμα ένα (16,1) χρόνια. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων κατοικούσαν σε αστικές/ημιαστικές περιοχές, είχαν καταγωγή από την Ελλάδα και προέρχονταν από πυρηνική οικογένεια. Επίσης οι γονείς των περισσότερων εφήβων, είχαν ελληνική καταγωγή.

Οι σαράντα οκτώ (48) από αυτούς τους εφήβους έχουν κάνει χρήση μαριχουάνας ή χασίς, τουλάχιστον μία φορά, με σημαντικά υψηλότερο ποσοστό των αγοριών, έναντι των κοριτσιών.

Επιπλέον, μέσα από την έρευνα διαπιστώθηκε και η χρήση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών, τουλάχιστον μία φορά, από τους εφήβους. Συγκεκριμένα, το υψηλότερο ποσοστό των εφήβων, δήλωσαν χρήση μιας εισπνεόμενης ουσίας, το αμέσως επόμενο ποσοστό δήλωσαν χρήση άλλων ουσιών, όπως για παράδειγμα δραμαμίνη, κόκα κ.λπ., στη συνέχεια παρόμοιο ποσοστό εφήβων με το προηγούμενο, ανέφεραν ότι έχουν κάνει χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών χαπιών χωρίς τη σύσταση γιατρού και τέλος, το μικρότερο ποσοστό των εφήβων δήλωσαν, χρήση έκστασης ή άλλων συνθετικών.



Σε αντίθεση, με την πανελλήνια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον μαθητικό πληθυσμό το 2010, με θέμα «έφηβοι, συμπεριφορές και υγεία», διαπιστώθηκε ότι μεγαλύτερο ποσοστό των δεκαπεντάχρονων εφήβων αγοριών, έναντι των κοριτσιών, δήλωσε ότι έχει κάνει τουλάχιστον μια φορά, χρήση μιας εισπνεόμενης ουσίας. Επίσης το αμέσως επόμενο ποσοστό ανέφερε ότι έχει κάνει χρήση μαριχουάνας ή χασίς και το χαμηλότερο ποσοστό των εφήβων έχει κάνει χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών χαπιών χωρίς τη σύσταση γιατρού. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2011α).

Ταυτόχρονα, με την έρευνα της πτυχιακής εργασίας και την έρευνα του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., γίνεται φανερό ότι οι έφηβοι, οι οποίοι έχουν κάνει χρήση, τουλάχιστον μία φορά, μιας ψυχότροπης ουσίας, είναι αρσενικού γένους, αντί θηλυκού.

Αναφορικά, με τη συχνότητα πρώτης χρήσης τσιγάρου ή άλλης ψυχότροπης ουσίας, εκτός από μαριχουάνα ή χασίς, από τους εφήβους του Νομού Ηρακλείου, έγινε φανερό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ότι δεν έχει κάνει χρήση άλλης ψυχότροπης ουσίας, εκτός από μαριχουάνα ή χασίς. Επίσης, το αμέσως επόμενο υψηλό ποσοστό των εφήβων ανέφερε, ότι δεν έχει καπνίσει ποτέ τσιγάρο, τουλάχιστον μέχρι τη τρέχουσα στιγμή της μελέτης. Επιπλέον, αναφορικά με τη χρήση του τσιγάρου, διαπιστώνεται ότι η πρώτη χρήση ξεκινάει σε ηλικία δεκατεσσάρων – δεκαπέντε (14-15) ετών, ενώ αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό των εφήβων που δήλωσε χρήση τσιγάρου για πρώτη φορά σε ηλικία μικρότερη των έντεκα (11) ετών.

Συγχρόνως, από την πανελλήνια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον μαθητικό πληθυσμό το 2010, με θέμα «έφηβοι, συμπεριφορές και υγεία», διαπιστώθηκε επίσης, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων έχουν δοκιμάσει για πρώτη φορά ή κάνουν καθημερινή χρήση τσιγάρου, σε ηλικία δεκαπέντε (15) ετών (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2011α).

Στην συνέχεια της έρευνας, αναφορικά με τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου ως προς τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους εφήβους, διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι χρήστες συμμετέχουν πιο ενεργά στην τοπική κοινότητα, σε αντίθεση με τους μη χρήστες.

Το παρά πάνω αποτέλεσμα, αντικρούεται με την άποψη, ότι οι έφηβοι, οι οποίοι επιλέγουν να κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, έχουν συνήθως χαμηλή αυτοπεποίθηση, νιώθουν συναισθηματικό πόνο, άγχος, επιθετικότητα και πιθανόν να πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Επομένως είναι ανενεργή (Τζωρτζακάκη, 2012).

Βέβαια, κυριαρχεί και η άποψη ότι κατά την περίοδο της εφηβείας, ο έφηβος κάνει παρέα με συνομήλικους του, συμμετέχει σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις και προσπαθεί να κοινωνικοποιηθεί. Με αυτόν τον τρόπο νιώθει σημαντικός, μαθαίνει να συνεργάζεται με

άλλα άτομα και αποκτά κοινωνική συνείδηση. Η ομάδα των συνομηλίκων του, παίζει αυξανόμενο ρόλο στη ζωή του εφήβου (Καψάλης, 2005 στον Στάμο, 2006).

Η ομάδα των συνομηλίκων που ανήκει ο έφηβος, τον επηρεάζει κυρίως σε ζητήματα της καθημερινής πραγματικότητας, όπως για παράδειγμα την ενδυμασία, την κόμμωση, τη διαμόρφωση του ελεύθερου χρόνου και γενικά του τρόπου ζωής (Μακρή - Μπότσαρη, 2001 στον Στάμο, 2006).

Σε περίπτωση, που οι συνομήλικοι και φίλοι του εφήβου κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, σύμφωνα με μελέτες ο έφηβος να οδηγηθεί σε εξάρτηση ψυχοτρόπων ουσιών (Τζωρτζακάκη, 2012).

Επομένως, ο έφηβος χρήστης, ίσως να είναι ενεργός στην τοπική κοινότητα, με σκοπό να βρίσκετε πιο συχνά με τους φίλους του, που κάνουν και οι ίδιοι χρήση και να εξασφαλίζει πιο εύκολα την ψυχότροπη ουσία. Στη σημερινή εποχή οι ψυχότροπες ουσίες είναι εύκολα διαθέσιμες και υπάρχουν παντού (ΚΕ.Θ.Ε.Α. Αριάδνη, 2013).

Ακόμα, οι έφηβοι που κάνουν χρήση, νιώθουν σε χαμηλότερο βαθμό τα αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας στην κοινότητα τους, ενώ οι μη χρήστες σε υψηλότερο.

Συγκεκριμένα, οι έφηβοι, που κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, δεν νιώθουν εμπιστοσύνη ούτε σε άτομα της οικογένειας τους, ούτε σε άτομα του κοινωνικού τους περίγυρου (Τζωρτζακάκη, 2012).

Πιθανόν όμως, οι έφηβοι χρήστες να νιώθουν εμπιστοσύνη και ασφάλεια με τους φίλους τους, διότι αυτοί αποτελούν πρότυπο και προσπαθούν να τους μιμηθούν με κάθε τρόπο (Brook, et al., 1992 στον Πουλόπουλο, 2005).

Επιπροσθέτως, η σχέση που έχουν οι έφηβοι με τους φίλους τους, δεσπόζει στη ζωή τους, την περίοδο της εφηβείας, η οποία αποτελεί και πορεία προς την κοινωνικοποίηση και της αναζήτησης της προσωπικής ταυτότητας του Εγώ (Μακρή - Μπότσαρη, 2001 στον Στάμο, 2006).

Οι έφηβοι χρήστες και μη, στα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου, που αφορούν τις σχέσεις που επικρατούν μεταξύ αυτών και συγγενών – φίλων τους, μεταξύ αυτών και γειτόνων τους και η ανοχή που νιώθουν στη διαφορετικότητα, δεν διαφέρουν.

Βέβαια, ο υπερβολικός γονικός έλεγχος ή έλλειψη αυτού προς τους εφήβους, η χαμηλή ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ γονέων – εφήβων, οι ελλείψεις ξεκάθαροι όροι και συνέπειες για κάθε εφηβική συμπεριφορά και η πιεστική ή χαλαρή ενήλικη εποπτεία των

δραστηριοτήτων των εφήβων με τους φίλους τους, είναι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, από τους ίδιους (Minuchin, 2003).

Έπειτα, μέσα από την έρευνα γίνεται φανερό, ότι το υψηλότερο ποσοστό των εφήβων που κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, προέρχονται από οικογένεια με θετό γονέα, παππούδες, ανάδοχη ή άλλο.

Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι, οι έφηβοι που προέρχονται από μονογονεϊκή οικογένεια ή έχουν βιώσει ένα διαζύγιο των γονέων τους, δεύτερο γάμο των γονέων τους, απώλεια ενός σημαντικού προσώπου από τη ζωή τους (σε ηλικία των έντεκα (11) ετών), εμφανίζουν πιο συχνά, μία προβληματική συμπεριφορά, όπως είναι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Γεωργιάκας, 2007).

Επιπλέον, σύμφωνα με την πανελλήνια έρευνα στον μαθητικό πληθυσμό με θέμα «έφηβοι, συμπεριφορές και υγεία», που ολοκληρώθηκε το 2010, διαπιστώθηκε ότι, σημαντικό ποσοστό των εφήβων μαθητών, ανέφερε ότι ζούσε με έναν (1) βιολογικό γονιό. Επίσης, όχι αδιάφορο ποσοστό εφήβων, ζούσε σε οικογένεια αναδομημένης μορφής, δηλαδή με τον έναν (1) βιολογικό τους γονέα και με πατριό ή μητριά. Διαχρονικά, μεταξύ του 1998 και του 2010 διαπιστώθηκε, ότι το ποσοστό των εφήβων που είχε δηλώσει, ότι ζούσε σε μονογονεϊκή οικογένεια, διπλασιάστηκε (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2011β).

Αναφορικά, με την απώλεια ενός γονέα, εξαιτίας του διαζυγίου, μακροπρόθεσμα έχει αποδειχτεί ότι, συμβάλλει περισσότερο στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τον έφηβο, σε σχέση με την απώλεια ενός γονέα, λόγω θανάτου (Hope, Power & Rogers, 1998 στη Χριστοφίλη, 2002).

Αντίθετα, κυριαρχεί και η άποψη ότι ένα διαζύγιο γονέων μπορεί να αποτελέσει παράγοντα προστασίας κατά της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών για τον έφηβο, διότι ίσως επιφέρει πρόωρα την ανεξαρτησία και την ωρίμανση του (Hess, 1995 στη Χριστοφίλη, 2002).

Τέλος, από την έρευνα διαπιστώνεται ότι, οι έφηβοι, οι οποίοι έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά χρήση εισπνεόμενων ουσιών, έχουν χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου σε αντίθεση με τους μη χρήστες.

## 6.2) ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ.

### Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών - Ενεργό συμμετοχή στην τοπική κοινότητα.

Από τη τιμή του βαθμού σημαντικότητας της πρώτης ενότητας του κοινωνικού κεφαλαίου (Συμμετοχή στη Τοπική Κοινότητα) ( $\text{sig}=0,004$ ), φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, αφού το  $\text{sig}=0,004$  είναι μικρότερο από το 0,05. Άρα το πρώτο ερευνητικό μας ερώτημα «Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους σχετίζεται θετικά με την ενεργό συμμετοχή που έχουν στην τοπική κοινότητα;», **επαληθεύεται**.

### Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών - Γενική κοινωνική εμπιστοσύνη.

Από τη τιμή του βαθμού σημαντικότητας της τέταρτης ενότητας του κοινωνικού κεφαλαίου (Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας) ( $\text{sig}=0,001$ ), φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, αφού το  $\text{sig}=0,001$  είναι μικρότερο από το 0,05. Άρα το δεύτερο ερευνητικό μας ερώτημα «Σχετίζεται αρνητικά η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους με την γενική κοινωνική εμπιστοσύνη που νιώθουν;», **επαληθεύεται**.

### Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών - Σχέσεις με συγγενούς και φίλους.

Από τη τιμή του βαθμού σημαντικότητας της δεύτερης ενότητας του κοινωνικού κεφαλαίου (Σχέσεις με Συγγενείς και Φίλους) ( $\text{sig}=0,892$ ), φαίνεται να μην υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, αφού το  $\text{sig}=0,892$  είναι μεγαλύτερο από το 0,05. Άρα το τρίτο ερευνητικό μας ερώτημα «Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους σχετίζεται με τις αρνητικές σχέσεις που επικρατούν μεταξύ αυτών, συγγενών και φίλων τους;», **δεν επαληθεύεται**.

### Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών - Διαμονή σε θετή οικογένεια.

Από τη τιμή του βαθμού σημαντικότητας των εφήβων που κάνουν χρήση μαριχουάνας ή χασίς (τουλάχιστον ένα τσιγάρο), χρήση μαριχουάνας ή χασίς τον τελευταίο μήνα, Έκσταση ή άλλα συνθετικά και προέρχονται από θετή οικογένεια ( $\text{sig}= < 0,001$ ), φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, αφού το  $\text{sig}= < 0,001$  είναι μικρότερο από το 0,05. Άρα το τέταρτο ερευνητικό μας ερώτημα «Σχετίζεται θετικά η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους με τη διαμονή σε θετή οικογένεια;», **επαληθεύεται**.

### 6.3) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.

Έχοντας φτάσει στο τέλος της παρούσας πτυχιακής εργασίας, αρχικά αυτό που παρατηρήσαμε ήταν, ότι το ποσοστό των εφήβων μαθητών που έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά ή και περισσότερες, χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, είναι πολύ μικρό, σε σχέση με το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού μας. Το γεγονός αυτό μας εξέπληξε ευχάριστα, καθώς μέσα από επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει, προκύπτει ότι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από εφήβους έχει πάρει μεγάλη έκταση στις σύγχρονες κοινωνίες και αποτελεί ένα συνεχώς αυξανόμενο φαινόμενο.

Εν συνεχεία, οι έφηβοι χρήστες αναφορικά με τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου, συμμετέχουν πιο ενεργά στην τοπική κοινότητα, σε αντίθεση με τους μη χρήστες, όμως δεν νιώθουν σε μεγάλο βαθμό τη γενική κοινωνική εμπιστοσύνη και το αίσθημα της ασφάλειας μέσα στην κοινωνία. Επιπλέον ένα σημαντικό στοιχείο που προέκυψε από την έρευνα μας είναι ότι δεν διαφοροποιούνται οι σχέσεις που επικρατούν ανάμεσα στους έφηβους χρήστες ή μη με τους συγγενείς και φίλους τους. Τέλος, άλλο ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που έγινε αντιληπτό, είναι ότι οι έφηβοι, που διαμένουν σε θετή οικογένεια, κάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, σε αντίθεση με τους εφήβους που προέρχονται από πυρηνική, μονογονεϊκή και εκτεταμένη οικογένεια.

Εν κατακλείδι, η απάντηση στην ερευνητική μας υπόθεση «Τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου αυξάνουν τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους εφήβους αν και διαφοροποιούνται ανά παράγοντα με το μειωμένο γνωστικό κοινωνικό κεφαλαίο να αυξάνει περισσότερο τη χρήση» είναι η εξής: το πρώτο μέρος της ερευνητικής υπόθεσης «Τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου αυξάνουν τη χρήση ψυχοτρόπων από τους εφήβους» **επαληθεύεται**, αφού σύμφωνα με τον πίνακα 6 (Επίπεδα μέσης συνολικής βαθμολογίας κοινωνικού κεφαλαίου, ως προς τη χρήση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών (εκτός μαριουάνας ή χασίς) από τους επτακόσιους τρεις (703) έφηβους του Νομού Ηρακλείου.), αποδείχτηκε ότι οι έφηβοι χρήστες, οι οποίοι έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά χρήση εισπνεόμενων ουσιών, έχουν χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, σε αντίθεση με τους μη χρήστες. Το δεύτερο μέρος της ερευνητικής υπόθεσης «αν και διαφοροποιούνται ανά παράγοντα με το μειωμένο γνωστικό κοινωνικό κεφαλαίο να αυξάνει περισσότερο τη χρήση» **επαληθεύεται**, διότι το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που αφορά το γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο, επαληθεύεται.

Επομένως τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου διαφέρουν ως προς τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους εφήβους.

#### **6.4) ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΣΚΟΠΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΩΝ ΣΤΟΧΩΝ.**

Ο σκοπός και οι στόχοι της παρούσας πτυχιακής εργασίας, επιτεύχθηκαν σε μεγάλο βαθμό, καθώς μέσω αυτής καταφέραμε να προσθέσουμε γνώσεις σε εμάς και στους αναγνώστες αυτής, αναφορικά με τα μοντέλα και τις θεωρίες των συμπεριφορών υγείας των εφήβων, το φαινόμενο της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από τους εφήβους, τον ρόλο του κοινωνικού κεφαλαίου των εφήβων - μαθητών Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου (γειτονιά, γενική κοινωνική εμπιστοσύνη, σχέσεις με συνομήλικους και ευρύτερη κοινωνία, δίκτυα, οικογένεια) και το βαθμό εμπλοκής της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου, με τα επίπεδα του κοινωνικού τους κεφαλαίου (υψηλά - χαμηλά).

#### **6.5) ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.**

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας δεν αντιμετωπίσαμε κάποια δυσκολία, καθώς η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είχε προηγηθεί από την υπεύθυνη καθηγήτρια μας. Η έρευνα αποτελεί μέρος του διδακτορικού της. Στη συνέχεια, εμείς συγκεντρώσαμε όλες τις απαντήσεις από τα ερωτηματολόγια και προβήκαμε στην ανάλυση αποτελεσμάτων, ώστε να καταλήξουμε στα τελικά συμπεράσματα της πτυχιακής μας εργασίας.

Στην ανάλυση αποτελεσμάτων, δυσκολευτήκαμε να χειριστούμε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 19.0. Για το λόγο αυτό, χρειάστηκε να μελετήσουμε περαιτέρω τα μαθήματα της Μεθοδολογίας Έρευνας και της Στατιστικής, ώστε να είναι έγκυρα και ακριβή τα αποτελέσματα μας.

#### **6.6) ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.**

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τον εφηβικό πληθυσμό είναι ένα επίκαιρο φαινόμενο, το οποίο διογκώνεται με ασταμάτητους ρυθμούς. Όμως αυτό, δεν έγινε φανερό και από την παρά πάνω πτυχιακή εργασία στο Ηράκλειο Κρήτης, διότι οι κατανομές των εφήβων, ως προς τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (και το χρόνο χρήσης, αντίστοιχα) ήταν πάρα πολύ μικρές, με αποτέλεσμα να περιορίζεται το εύρος και η χρήση μεθόδων ανάλυσης. Σημαντικό ρόλο στην επιλογή του εφήβου να κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, παίζει η προσωπικότητά του, ο οικογενειακός και κοινωνικός περίγυρος του (επιρροή κοινωνικού κεφαλαίου). Γι' αυτούς τους λόγους, θα αναλυθούν παρακάτω ορισμένες προτάσεις, αφού όμως πρώτα απ' όλα αναφερθεί ποίος είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, σχετικά με το πρόβλημα των εξαρτήσεων.

Κατ' αρχάς, ο Κοινωνικός Λειτουργός ασκεί την Κοινωνική Εργασία, σε επίπεδο (υποστηρικτικό, συμβουλευτικό, θεραπευτικό), στο άτομο μεμονωμένα, σε ομάδα και στην ευρύτερη κοινότητα (Καλλινικάκη, 2009).

#### **Βασικές δεξιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα των εξαρτήσεων:**

- Leader
- Να έχει αυτογνωσία.
- Να κάνει αυτοκριτική, ώστε να βελτιώνεται συνεχώς.
- Καλός ακροατής (λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα).
- Κατανόηση και ανταπόκριση στα συναισθήματα του εξυπηρετούμενου (ενσυναίσθηση).
- Όχι έλεγχος και κατεύθυνση της συνεδρίας με τον εξυπηρετούμενο ή την ομάδα.
- Όχι κριτική.
- Όχι καθησυχασμός με χιούμορ ή αλλαγή θέματος.
- Όχι διάγνωση και ετικετοποίηση.
- Όχι υποβολή πολλών ερωτήσεων, ταυτόχρονα.
- Όχι ύφος ψυχρό και επαγγελματικό.
- Όχι διακοπή του εξυπηρετούμενου, όταν μιλάει (ΚΕ.Θ.Ε.Α. Αριάδνη, 2013).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, ανάλογα στο που εργάζεται στον τομέα των εξαρτήσεων, επικεντρώνεται στην πρόληψη, στην πρόιμη παρέμβαση, στην παροχή υποστήριξης με σκοπό την ενδυνάμωση του εξυπηρετούμενου, στη συμβουλευτική με στόχο την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων των εξυπηρετούμενων, την προετοιμασία και ενθάρρυνση των ατόμων ή ομάδων για τη συμμετοχή τους σε δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης (αυτοβοήθεια) και τέλος στο σχεδιασμό για μακροπρόθεσμη ανάπτυξη προγραμμάτων και υπηρεσιών, με αποτέλεσμα (Καλλινικάκη, 2009, σ. 102-103).

Σε αυτό το σημείο, θα αναφερθούν μερικές προτάσεις με σκοπό να μειωθεί στο άμεσο μέλλον το αυξανόμενο φαινόμενο της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών από τους εφήβους.

Αρχικά, τα τελευταία χρόνια της οικονομικής κρίσης, τα κονδύλια του κρατικού προϋπολογισμού, για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες (ανήλικων και ενήλικων ατόμων) έχουν μειωθεί κατά πολύ. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την μέτρια έως κακή ποιότητα παροχής υπηρεσιών, τόσο στον τομέα της πρόληψης, όσο και στο τομέα της θεραπείας. Επομένως, η αύξηση των δαπανών για το μείζονος σημασίας πρόβλημα της εξάρτησης, πρέπει να ληφθεί πολύ σοβαρά υπ' όψιν.

Επιπλέον, μια άλλη πρόταση, η οποία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την προαναφερθείσα, είναι η δημιουργία περισσότερων Κέντρων Πρόληψης και Απεξάρτησης (στεγνά προγράμματα [ΚΕ.Θ.Ε.Α.], προγράμματα υποκατάστασης με μονάδες χορήγησης σε ολόκληρη τη χώρα [Ο.ΚΑ.ΝΑ.]), κι όχι η κατάργησή τους, όπως ακούγεται από τον κρατικό μηχανισμό, λόγω οικονομικών συμφερόντων. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα εξαρτημένα άτομα, τα οποία χρειάζονται βοήθεια, καλό είναι να γίνονται πιο προσιτές, καθώς απαραίτητο είναι, να γίνεται πιο σωστή η ενημέρωσή τους, για τις υπηρεσίες που βρίσκονται στη διάθεσή τους. Επίσης, αναγκαία είναι η διευκόλυνση στη πρόσβαση στα Κέντρα αυτά των εξαρτημένων ατόμων, που χρήζουν άμεσης βοήθειας με την κατάργηση γραφειοκρατικών διαδικασιών.

Ακόμη, χρειάζεται να γίνει στελέχωση των προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης των εξαρτημένων ατόμων, με άμεσες προσλήψεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως Κοινωνικοί Λειτουργοί, Ψυχολόγοι. Οι επαγγελματίες αυτοί θα πρέπει να εκπαιδεύονται σφαιρικά, ώστε να αντιλαμβάνονται τις διάφορες διαστάσεις των προβλημάτων αυτής της ευπαθούς κοινωνικής ομάδας, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση των ψυχοτρόπων ουσιών.

Επιπροσθέτως, απαραίτητο κομμάτι στο πεδίο των πολιτικών της αντιμετώπισης της εξάρτησης από τις ψυχοτρόπες ουσίες, αποτελεί η πρόληψη, η οποία λόγω οικονομικής κρίσης δεν πραγματοποιείται σε μεγάλο βαθμό σήμερα. Αυτό όμως αναγκάστηκε να πρέπει να αλλάξει, ώστε να καταπολεμηθεί το φαινόμενο της χρήσης από τον εφηβικό πληθυσμό (Κυρίτση και Τσιώτρας, 2004 στον Πουλόπουλο, 2012).

Συγκεκριμένα, η πρόληψη της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες (ουσιοεξάρτηση) αφορά, πρώτον την αντιμετώπιση των παραγόντων που κάνουν ευάλωτο το άτομο και δεύτερον την ενίσχυση των παραγόντων που το ενδυναμώνουν και το προστατεύουν. Με αυτόν τον τρόπο η πρόληψη συμβάλλει στην αποφυγή ή στην αναβολή της έναρξης της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και στην εμφάνιση της εξάρτησης (Botvin & Griffin, 2007 στο Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2011).

Τα κύρια πλαίσια υλοποίησης των παρεμβάσεων πρόληψης της ουσιοεξάρτησης είναι: η σχολική κοινότητα, η οικογένεια και η ευρύτερη κοινότητα (Botvin & Griffin, 2007 στο Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2011).

Κατ' αρχάς, οι παρεμβάσεις πρόληψης στη σχολική κοινότητα, αφορά όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης, με δράσεις που είναι κατάλληλα σχεδιασμένες, ώστε να ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των μαθητών. Οι παρεμβάσεις αυτές, ενισχύουν τη σχολική επίδοση και την κοινωνικό - συναισθηματική κατάσταση του μαθητή,



ώστε να αντιμετωπιστούν παράγοντες κινδύνου, όπως είναι: η πρόωρη επιθετικότητα, η σχολική αποτυχία και η σχολική διαρροή. Ακόμα αναπτύσσουν κοινωνικές δεξιότητες του μαθητή, οι οποίες είναι: η διεκδικητικότητα και οι δεξιότητες αντίστασης σε πίεση συνομηλίκων. Τέλος ενισχύουν στους μαθητές τις προσωπικές δεσμεύσεις και τα κίνητρα για αποχή από τις ψυχοτρόπες ουσίες (NIDA., 2003 στο Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2011).

Επιπλέον, οι παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια και συγκεκριμένα στους γονείς ή τους κηδεμόνες των παιδιών, προσφέρουν έγκυρη ενημέρωση, σχετικά με το πρόβλημα των εξαρτήσεων. Οι κύριοι στόχοι των παρεμβάσεων αυτών είναι: η ενδυνάμωση των οικογενειακών δεσμών-σχέσεων και η ανάπτυξη δεξιοτήτων, που σχετίζονται με τον ρόλο του γονέα (NIDA., 2003 στο Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2011).

Επιπροσθέτως, οι παρεμβάσεις πρόληψης στην ευρύτερη κοινότητα αφορά, διάφορες ομάδες, οι οποίες δεν είναι μεμονωμένες και αποσπασματικές μεταξύ τους. Τα μηνύματα που στέλνονται είναι συγκεκριμένα, σαφή και συνεπή. Μερικές από αυτές τις ομάδες είναι: επαγγελματίες ψυχικής υγείας, στελέχη κοινωνικών υπηρεσιών, επιμελητές ανηλίκων, εκπαιδευτικοί και στελέχη της εκπαίδευσης, καθώς και άλλες επαγγελματικές ομάδες που έρχονται σε επαφή με το πρόβλημα της εξάρτησης. Αυτές οι παρεμβάσεις έχουν ως στόχο, την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση (NIDA., 2003 στο Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2011).

Επίσης, θα πρέπει να ενισχυθεί στο πεδίο της πρόληψης, η καθημερινή προβολή τηλεοπτικών, ραδιοφωνικών και διαδικτυακών spot, μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.) κατά των εξαρτήσεων, με ηχηρά μηνύματα ζωής για τους νέους.

Τέλος, καλό θα είναι με εντολή του κράτους, να τυπώνονται και να μοιράζονται παντού, από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και εθελοντές φυλλάδια, τα οποία θα αναφέρουν τις ψυχοτρόπες ουσίες, τι προκαλούν στη ψυχική και σωματική υγεία και τις υπηρεσίες που θα μπορούν να απευθυνθούν, οι ενδιαφερόμενοι.

Συμπερασματικά, για τον λόγο ότι η εξάρτηση αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, πολυδιάστατη θα πρέπει να είναι και η φιλοσοφία της πρόληψης. Συγκεκριμένα, για να είναι αποτελεσματική η πρόληψη, απαραίτητο είναι να αναπτύσσεται σε πολλαπλά επίπεδα και προς όλες τις κατευθύνσεις, να αξιοποιεί τα μέχρι τώρα συμπεράσματα της, να βασίζεται επιστημονικά και να αναλύει τις παραμέτρους που σχετίζονται με τους προστατευτικούς παράγοντες και τα γενεσιουργά αίτια της εξάρτησης. Με γνώμονα όλα αυτά, οι οργανισμοί πρόληψης θα πρέπει να αναζητούν συνεχώς, νέες εφαρμογές, οι οποίες θα συμβάλλουν στην βελτίωση των δράσεων και των αποτελεσμάτων του κλινικού και εκπαιδευτικού έργου της πρόληψης. Βέβαια, για να πραγματοποιηθούν αυτές, θα πρέπει το κράτος να χρηματοδοτήσει τους οργανισμούς πρόληψης, ως αποτέλεσμα στο μέλλον να

μειωθεί το ποσοστό του νεανικού πληθυσμού, που κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Πουλόπουλος, 2012).

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

- Γεωργάκας, Π. (2007) *Εξάρτηση μια ατομική επιλογή. Απεξάρτηση μια συλλογική διαδικασία*. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.
- Γρίβας, Κ. (1995) *Οπιούχα, Μορφίνη - Ηρωίνη - Μεθαδόνη*. Αθήνα: Νέα Σύνορα.
- Καλλινικάκη, Θ. (2009) *Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καραδήμας, Ε. (2005) *Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Σταύρου, Μ., Καναβού, Ε. (2010). Η ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων. *Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής*. Αθήνα.
- Κωνσταντουλάκη, Ε. (2008). Συμπεριφορές Υψηλού Κινδύνου στην Εφηβεία. *1<sup>ο</sup> Εντατικό Σεμινάριο στην Εφηβική Ιατρική*.
- Λιάπης, Ι. (1992) *Ναρκοτικά, Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα, Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Πατάκη.
- Μάνου, Ν. (1997) *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αναθεωρημένη Έκδοση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μαρσέλος, Μ. (2007) «Ορισμοί, Έννοιες και Ερμηνείες» στο: Γεωργάκας, Π. (επιμ.) *Εξάρτηση μια ατομική επιλογή. Απεξάρτηση μια συλλογική διαδικασία*. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο, σ. 15-21.
- Παρασκευόπουλος, Χ. (2010) *Τα Θεμελιώδη επανέρχονται στη Θεωρία του Κοινωνικού Κεφαλαίου*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Πουλόπουλος, Χ. (2005) *Εξαρτήσεις, οι Θεραπευτικές Κοινότητες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σώκου, Κ. (1999). Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Τζωρτζακάκη, Κ. (2012) *Τι σημαίνει εφηβεία σήμερα;* Αθήνα: Καλέντης.
- Τούντας, Γ. (2001) *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας.

## ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ

Barlow, D. & Durand, V. (2001) *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*, μεταφρ. Μπαρπάτση, Μ. Έκδοση (2<sup>η</sup>). Αθήνα: Έλλην.

Donovan, J. (1986), Steinglass, P. (1988) & Baumind, D (1990) «Ο ρόλος της οικογένειας» στο: Πουλόπουλος, Χ. (επιμ.) *Εξαρτήσεις, οι Θεραπευτικές Κοινότητες*.

Pierce, P. & Gilpin, A. (2001) « Συνδεόμενες με ουσίες διαταραχές (κοινωνικές διαστάσεις) » στο: Barlow, D. & Durand, V. (επιμ.) *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*, μεταφρ. Μπαρπάτση, Μ. Έκδοση (2<sup>η</sup>). Αθήνα: Έλλην, σ. 171-201 (199-200).

Rock, M. (2001) *Η αλήθεια για τα 'ναρκωτικά'*, μεταφρ. Κοσμά, Α. Αθήνα: Κέδρος.

Shapiro, H. (2009) *Drugs. Ένας πλήρης οδηγός για τις νόμιμες και τις παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες*, μεταφρ. Τσαγκαράτου, Α. Αθήνα: Ερευνητές – ΚΕ.Θ.Ε.Α.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Abraham, C., Norman, P. and Conner, M. (2000). *Understanding and Changing Health Behaviour*. New York. Psychology Press.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*.

Aldridge S. and Halpen, D. (2002). *Social Capital: A discussion Paper*. London. Cabinet Office.

Amen, D. (1998) *Change your brain. Change your life. The Breakthrough Program for Conquering Anxiety, Depression, Obsessiveness, Anger and Impulsiveness*. U.A.S.: Copyright.

Bolin, K. and Lindgren, B. (2003). Investment in social capital. Implications of social interactions for the production of health. *Social Science and Medicine*.

Bourdieu, P. (1984). *Distinction : A Social Critique of the Judgment of Taste*. Harvard University Press.

Bury, J.A. (2001). *Education pour la santé*. Bruxelles. Université De Boeck.

Carlson, P. (2004). The European health divided. *Social Science and Medicine*.

Christoforou, A. (2005). On the Determinants of Social Capital in Greece. Compared to Countries of the European Union. Oxford. University of Oxford.

Coleman, J. S. (1998). *Foundations of Social Theory*. Harvard University Press.

Crinbaum, J.A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R. (2004). Youth risk behavior surveillance. Morbidity and Mortality Weekly Report. DuRant, R., Smith, J. ,

DuRant R., Krowchuk D, Sinal S. (1998).The relationship between number of male sexual partners of male adolescents, victimization, use of violence, and drug use at school, and other violence and victimization. *Journal of Pediatrics*.

DuRant, R. , Buchanan, C. (2011). *Tobacco, alcohol and other substance use among children and adolescents*. New York. Blackwell Publishers.

Field, J. (2008). *Social Capital*. New York. Routledge Publishers.

Fuhrer, R. and Stansfeld.S. (2002). How gender effects patterns of social relations and their impact on health. *Social Science and Medicine*. 54, 811-825.

Fukuyama, F. (1995). *Trust-The Social Virtues and the Creation Prosperity*. New York. Simon and Schuster Publishers.

Geoffey, R. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*,32, 25-29.

Glanz, K. , Rimer, B. and Viswanath, K.(2008). *Health Behavior and Health Education*. San Francisco. Wiley Publishing.

Gostin, L. (2007). A Theory and Definition of Public Health Law. *Journal Health Care and Policy*.

Gropas, R. (2004). Functional Borders, Sustainable Security and EU-Balkan Relations. *Journal of SEE and Black Sea Studies*.

Halpern, D. (2004). *Social Capital*. Malden, Polity Press.

Harmham, T., Grant, E. and Thomas, E. (2002). Measuring social capital within health surveys : Key issues. *Health Policy Plan*.

- Herlich, C. (1973). *Health and illness. A social psychological analysis*. London. Academic Press.
- Howe, M. (1989). *Alcohol Education*. London. Routledge Publishing.
- Hutchison, E. (2010). *Dimension of Human Behavior*. London. Sage Publishing.
- Inglehart, R. (1999). *Trust, well being and democracy*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescence Health*
- Jessor R. Donovan J. Costa F. (2010). *Beyond Adolescence: Problem Behavior and Young Adult Development*. New York. Cambridge University Press.
- Karametou, P. and Apostolopoulos, C. (2010). The casual nexus between social capital and local development in mountain rural Greece. *International Journal of Social Inquiry*.
- Kovacs, J. (1998). The concept of health and disease. *Medicine Health Care and Philosophy*.
- Kreiter, S., Krowchuk, D. (1999). The Relationship Between Early Age of Onset of Initial Substance Use and Engaging in Multiple Health Risk Behaviors Among Young Adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*.
- Lesser, E. (2000). *Knowledge and Social Capital*. Oxford. Butterworth-Heinemann Publications.
- Lin, N. (2001). *Social Capital*. Cambridge University Press.
- Lindstrom, M. (2004). Social capital, the miniaturization of community and self-reported global and psychological health. *Social Science and Medicine*.
- Lindstrom, M. and Ostergren, P. (2001). Intermittent and daily smokers. *Tobacco control*.
- Longino, H. (2013). *Studying Human Behavior*. Chicago. The University of Chicago Press.
- Martin, L.R., Haskard-Zolnierok, H. and DiMatteo, M.R. (2010). *Health Behavior Change and Treatment Adherence*. Oxford. Oxford University Press.

- Mateju, P. and Vitaskova, A. (2006). Interpersonal Trust and Mutually Beneficial Exchanges. *Czech Sociological Review*.
- Minuchin, S. (2003) *Families and Family Therapy*. U.S.A.: President and Fellows of Harvard College.
- Mitani, J.H., Brockmann, H.J., Roper, T.J., Naquib, M., Wynne-Edwards, K.E. (2010). *Advances in the Study of Behavior*. London. Academic Press.
- Murray, M. and Chamberlain, K. (1998). Qualitative Research in Health Psychology. *Journal of Health Psychology*.
- Nettleton, S. (2006). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge. Polity Press.
- Onyx, J., Bullen, P. (2000). Measuring social capital in five communities. *Journal of applied behavioral science*.
- Paraskevopoulos, C. (2001). Social Capital, Learning and EU Regional Policy. Networks : Evidence from Greece. *Government and Opposition*.
- Portes, A. (1998). Social Capital. Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*.
- Putnam, R.D. (1993). *Making Democracy Work*. New Jersey. Princeton University Press.
- Radley, A. (1994). *Making Sense of Illness*. New York. Sage Publishers.
- Seligman M.E., Csikszentmihalyi M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*.
- Stroebe, W. (2000). *Social Psychology and Health*. Philadelphia. Open University Press.
- Symeonidou, H. (1996). Social protection in contemporary Greece. *Southern European Society and Politics*. London.
- Vaillant, G. (1977). *Adaptation to life*. Boston. Little Brown and Compass Publishers.
- Wallace, C. and Pichler, F. (2007). Brinding and Bonding Social Capital. *European Journal of Social Security*.

Woolcock, M. and Narayan, D. (2000). Social capital : Implication for development theory, research and policy. *World Bank Research Observer*.

Wright, W. (1982). *The definition of Health*. New Brunswick. Rutgers University Press.

Zastow, C. and Ashman, K. (2010). *Understating Human Behavior and the Social Environment*. Belmont. Cengage Learning.

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Riley, S., James, C., Gregory, D., Dingle, H. & Cadger, M. (2002) «Τρόποι χρήσης ουσιών για ψυχαγωγία σε rave πάρτι στο Εδιμβούργο, στη Σκωτία». *Εξαρτήσεις. Επιστημονική περιοδική έκδοση για θέματα εξαρτήσεων. Οι εξαρτήσεις στην Ελλάδα - η διεθνής εμπειρία – για την ενημέρωση του αναγνώστη*, μεταφρ. Χριστοφίλη Γ, τεύχος (1), σ. 30-48.

Mcardle, P., et al. (2002) «Χρήση ουσιών των εφήβων στην Ευρώπη: ο ρόλος της οικογενειακής δομής, της οικογενειακής λειτουργίας και του φύλου». *Εξαρτήσεις. Επιστημονική περιοδική έκδοση για θέματα εξαρτήσεων. Οι εξαρτήσεις στην Ελλάδα - η διεθνής εμπειρία – για την ενημέρωση του αναγνώστη*, μεταφρ. Χριστοφίλη Γ, τεύχος (2), σ.63-64.

Κυρίτση, Ε. και Τσιώτρας, Π. (2004) «Πρόληψη» στο Πουλόπουλος, Χ. (επιμ.) *Εξαρτήσεις. Επιστημονική περιοδική έκδοση για θέματα εξαρτήσεων. Οι εξαρτήσεις στην Ελλάδα - η διεθνής εμπειρία – για την ενημέρωση του αναγνώστη*, τεύχος (20), σ. χ.χ.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010) «Πρόληψη» στο Πουλόπουλος, Χ. (επιμ.) *Εξαρτήσεις. Επιστημονική περιοδική έκδοση για θέματα εξαρτήσεων. Οι εξαρτήσεις στην Ελλάδα - η διεθνής εμπειρία – για την ενημέρωση του αναγνώστη*, τεύχος (20), σ. χ.χ.

Ιωαννίδη, Β. κ.ά. (1999) «Πρόληψη» στο Πουλόπουλος, Χ. (επιμ.) *Εξαρτήσεις. Επιστημονική περιοδική έκδοση για θέματα εξαρτήσεων. Οι εξαρτήσεις στην Ελλάδα - η διεθνής εμπειρία – για την ενημέρωση του αναγνώστη*, τεύχος (20), σ. χ.χ.

WHO (2005), The 6<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion. Bangkok.

WHO (2013), *World Health Report*.



## ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (2001), Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (επιμ.). *Σύγχρονα προβλήματα εφηβείας*, σ.1-115. Αθήνα: Υπουργείο Εθνικής παιδείας και Θρησκευμάτων.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. α) (2011) *Έφηβοι, Συμπεριφορές και Υγεία. Εξαρτησιογόνες ουσίες στην εφηβεία*, σ.1-8. Αθήνα: (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) [http://www.epipsi.gr/pdf/2011/01\\_HBSC\\_2010\\_EPIPSI\\_2011.pdf](http://www.epipsi.gr/pdf/2011/01_HBSC_2010_EPIPSI_2011.pdf) [πρόσβαση 2 Οκτωβρίου 2013].

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. β) (2011) *Έφηβοι, Συμπεριφορές και Υγεία. Η οικογένεια των εφήβων*, σ.1-8. Αθήνα: (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) [http://www.epipsi.gr/pdf/2011/02\\_HBSC\\_2010\\_EPIPSI\\_2011.pdf](http://www.epipsi.gr/pdf/2011/02_HBSC_2010_EPIPSI_2011.pdf) [πρόσβαση 2 Οκτωβρίου 2013].

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. γ) (2011) *Έφηβοι, Συμπεριφορές και Υγεία. Φιλικές σχέσεις και επικοινωνία στους φίλους*, σ.1-8. Αθήνα: (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) [http://www.epipsi.gr/pdf/2011/07\\_HBSC\\_2010\\_EPIPSI\\_2011.pdf](http://www.epipsi.gr/pdf/2011/07_HBSC_2010_EPIPSI_2011.pdf) [πρόσβαση 4 Οκτωβρίου 2013].

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. δ) (2011) *Έφηβοι, Συμπεριφορές και Υγεία. Οι έφηβοι και το σχολείο*, σ.1-8. Αθήνα: (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) [http://www.epipsi.gr/pdf/2011/05\\_HBSC\\_2010\\_EPIPSI\\_2011.pdf](http://www.epipsi.gr/pdf/2011/05_HBSC_2010_EPIPSI_2011.pdf) [πρόσβαση 3 Οκτωβρίου 2013].

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.) (2011) *Κατευθυντήριες γραμμές κα σχεδιασμός παρεμβάσεων. Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Βασικές έννοιες στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης*, σ. 1-88 (25-33). Αθήνα: (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.) <http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/EGXEIRIDIOfiNaL.pdf> [πρόσβαση 12 Νοεμβρίου 2013].

## **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΑΡΘΡΟ (ΣΤΟ INTERNET)**

Κριτσωτάκης, Γ., Μαϊόβης, Π. και Κούτης, Α. (2009) «Ατομική και οικολογική επίδραση κοινωνικών παραγόντων στους δείκτες υγείας. Η περίπτωση του κοινωνικού κεφαλαίου», σ. 1-13. <http://www.mednet.gr/archives/2009-4/pdf/523.pdf> [πρόσβαση 1 Οκτωβρίου 2013].

Koutra, K., Papadovassilaki, K., Kalpoutzaki, P., Kargatzi, M., Roumeliotaki, T. and Koukouli, S. (2012). '*Adolescent drinking, academic achievement and leisure time use by secondary education students in a rural area of Crete*', *Health & social care in the community*, σ.61-69.

[http://scholar.google.gr/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=el&user=Jkn1YNIAAAAJ&citation\\_for\\_view=Jkn1YNIAAAAJ:u-x6o8ySG0sC](http://scholar.google.gr/citations?view_op=view_citation&hl=el&user=Jkn1YNIAAAAJ&citation_for_view=Jkn1YNIAAAAJ:u-x6o8ySG0sC) [πρόσβαση 1 Οκτωβρίου 2013].

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Στάμος, Γ. (2006) *Αντικοινωνική συμπεριφορά των εφήβων: μορφές-αίτια-πρόληψη-αντιμετώπιση*. Ανώτατη σχολή παιδαγωγικής και τεχνολογικής εκπαίδευσης.

## **ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.) Αριάδνη, Ηράκλειο Κρήτης, (2013).