

*Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ*

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Η ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ, Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ
ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΕΘΙΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ, ΤΗΝ
ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ, ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.*

*ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΑΝΑΒΑΚΗ ΒΙΚΤΩΡΙΑ
ΨΑΡΑΚΗ ΑΡΓΥΡΩ-ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ*

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ : ΑΓΓΕΛΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2004

Στους γονείς μας.



«Τα πρώτα βήματα». Γ.Ιακωβίδης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- **ΕΙΣΑΓΩΓΗ.**

- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο**
 - ❖ Ανατομία των γυναικείων γεννητικών οργάνων.
 - ❖ Πώς δημιουργείται η ανθρώπινη ζωή.
 - ❖ Διάγνωση της κύησης.
 - ❖ Αλλαγές οργάνων της εγκύου.
 - ❖ Η ανάπτυξη του εμβρύου.
 - ❖ Φυσιολογία της λοχείας.
 - ❖ Θηλασμός.
 - ❖ Δέκα βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό.
 - ❖ Γενικοί κανόνες για επιτυχή μητρικό θηλασμό.

- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο**
 - ❖ Γενικές έννοιες σχετικά με την ουσιοεξάρτηση.
 - ❖ Ανοχή.
 - ❖ Εξάρτηση.
 - ❖ Συμπτώματα στέρησης/Σύνδρομο στέρησης.
 - ❖ Η έκταση του φαινομένου της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα.

- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο**
 - ❖ Καπνός.
 - ❖ Ιστορικά στοιχεία.
 - ❖ Αποτελέσματα του καπνίσματος στον οργανισμό.
 - ❖ Τι συμβαίνει όταν κάποιος καπνίζει.
 - ❖ Πώς το κάπνισμα επηρεάζει το δέρμα.
 - ❖ Στατιστικά στοιχεία.
 - ❖ Παθητικό κάπνισμα.
 - ❖ Γυναίκα και κάπνισμα.
 - ❖ Κάπνισμα και εγκυμοσύνη.
 - ❖ Ψυχολογικά-ψυχιατρικά προβλήματα στα παιδιά.
 - ❖ καπνιστριών.
 - ❖ Η ψυχολογία του καπνιστή.
 - ❖ Διακοπή του καπνίσματος.
 - ❖ Ιατρείο διακοπής του καπνίσματος.
 - ❖ Βελονισμός.
 - ❖ Υποκατάστατα νικοτίνης.

- ❖ **Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης στην εγκυμοσύνη.**
- ❖ **Άλλοι φαρμακευτικοί τρόποι διακοπής του καπνίσματος.**
- ❖ **Μελλοντικές ελπίδες για την καταπολέμηση της συνήθειας του καπνίσματος.**

- ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο***

- ❖ **Οινοπνευματώδη.**
- ❖ **Ιστορικά στοιχεία.**
- ❖ **Οινοπνευματώδη μεγάλης κατανάλωσης.**
- ❖ **Αποτελέσματα της χρήσης αλκοόλ στον οργανισμό.**
- ❖ **Πότε κάποιος χαρακτηρίζεται ως αλκοολικός.**
- ❖ **Κατανάλωση αλκοόλ και επιπτώσεις στα παιδιά.**
- ❖ **Εμβρυϊκό Σύνδρομο Οινοπνεύματος.**
- ❖ **(Fetal Alcohol Syndrome-FAS).**
- ❖ **Κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου.**
- ❖ **Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση FAS.**
- ❖ **Η κατανάλωση αλκοόλ κατά την κύηση προκαλεί αλκοολισμό στα παιδιά.**
- ❖ **Αλκοόλ και θηλασμός.**
- ❖ **Απεξάρτηση από το αλκοόλ.**
- ❖ **Ομάδες συνάντησης αλκοολικών.**
- ❖ **Γιατί υποτροπιάζει και πίνει ξανά.**

- ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο***

- ❖ **Παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες.**
- ❖ **Αμφεταμίνες.**
- ❖ **Ινδική κάνναβη (χασίς).**
- ❖ **Κοκαΐνη.**
- ❖ **Κρακ.**
- ❖ **Όπιο και παράγωγά του.**
- ❖ **Οπιούχα και οπιοειδή.**
- ❖ **Παραισθησιογόνα.**
- ❖ **Συνθετικά ναρκωτικά.**
- ❖ **Η εξαρτημένη γυναίκα.**
- ❖ **Ναρκωτικά και εγκυμοσύνη.**
- ❖ **Χρήση φαρμάκων στην εγκυμοσύνη(γενικά).**
- ❖ **Επωφελείς και δυσμενείς επιπτώσεις.**
- ❖ **Σχέση φαρμάκου-βλαπτικού αποτελέσματος.**
- ❖ **Η κατανάλωση φαρμάκων στην εγκυμοσύνη.**
- ❖ **Κλινική φαρμακοκινητική.**
- ❖ **Φαρμακοκινητική και κύηση.**
- ❖ **Εμβρυικές βλάβες από φάρμακα που χορηγούνται**

για παθήσεις άσχετες με την κύηση.

- ❖ Φάρμακα που επιτρέπονται.
- ❖ Αντιβίωση.
- ❖ Εναλλακτικές μέθοδοι βελτίωσης της υγείας.
- ❖ Συμπεράσματα.
- ❖ Ναρκωτικά, φάρμακα και θηλασμός.
- ❖ Ο ρόλος της οικογένειας στην εξάρτηση.
- ❖ Ο ρόλος της οικογένειας στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης.
- ❖ Απεξάρτηση από εθιστικές ουσίες.
- ❖ Θεραπεία με φαρμακευτικά υποκατάστατα.
- ❖ Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα.
- ❖ Θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης.
- ❖ Ουσίες υποκατάστασης.
- ❖ Μονάδα κοινωνικής επανένταξης.

- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο {ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ}**

- ❖ Εισαγωγή.
- ❖ Μέθοδος διεξαγωγής της έρευνας.
- ❖ Ερωτηματολόγιο.
- ❖ Πίνακες απαντήσεων εγκυμοσύνης-λοχείας.
- ❖ Διαγράμματα.
- ❖ Συζήτηση.
- ❖ Σχολιασμός ερευνητικών αποτελεσμάτων.
- ❖ Συμπεράσματα.
- ❖ Περιορισμοί της έρευνας.

- **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

- **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί αναμφισβήτητα το μεγαλύτερο θαύμα της φύσης. Ο ερχομός του όμως, εκτός από χαρά συνεπάγεται και ευθύνες, οι οποίες ξεκινούν από τη στιγμή της σύλληψης, αλλά και πριν απ'αυτήν. Το μεγαλύτερο βάρος των ευθυνών πριν, αλλά και κατά την διάρκεια της κύησης, φέρει η μητέρα, η οποία οφείλει να προετοιμάσει το σώμα της για να δεχτεί μια νέα ζωή.

Είναι πολλά αυτά που δεν επιτρέπεται να κάνει η γυναίκα μόλις διαπιστωθεί μια εγκυμοσύνη. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να επισημάνει τους κινδύνους από τη συνήθεια του καπνίσματος, την κατανάλωση αλκοόλ, τη χρήση εθιστικών ουσιών και φαρμάκων, όχι μόνο για τη μητέρα, αλλά ειδικότερα για το παιδί της και να τονίσει τα οφέλη από την αποφυγή ή διακοπή αυτών. Η έγκυρη και έγκαιρη ενημέρωση αποτελεί το υπόβαθρο για μια φυσιολογική, χωρίς δυσάρεστες συνέπειες, εγκυμοσύνη.

Ο Γερμανός Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Dr. Gerhard Doring, σε ένα από τα βιβλία του ξεκινάει με την εξής φράση: «Όταν καταλαβαίνει κανείς ένα πράγμα, δεν φοβάται πια από αυτό». Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό, οι μέλλουσες μητέρες να κατανοήσουν τις βλάβες που μπορεί να προκαλέσουν οι ουσίες αυτές στην υγεία του εμβρύου-νεογνού. Η διαφύλαξη της υγείας του παιδιού, προερχόμενη από την αγάπη της μητέρας, είναι η βάση στην οποία θα στηριχτεί η μετέπειτα εξέλιξη του.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας διακρίνονται σε εξωτερικά και εσωτερικά.

Εξωτερικά γεννητικά όργανα.

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο. Αυτό έχει σχήμα τριγωνικό, με τη βάση του στην ηβική πτυχή και την κορυφή του στο κέντρο του περινέου. Στη μέση εμφανίζει κάθετη σχισμή, την αιδοϊκή.

Το αιδοίο αποτελείται από το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδρομο του κόλπου, τους βολβούς του προδρόμου, τους Bartholinείους αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες.

Εφηβαίο.

Αυτό αποτελείται από ποσότητα ινολιπώδους ιστού, ανάλογη με την πάχυνση της γυναίκας. Όταν η γυναίκα φτάσει στην ήβη, το δέρμα, που καλύπτει το εφηβαίο, εμφανίζει τρίχωμα, που διακόπτεται οριζόντια προς το μέρος του υπογαστρίου. Το δέρμα του εφηβαίου περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.

Μεγάλα χείλη.

Αυτά παριστάνουν δύο δερμάτινες πτυχές, που μέσα τους περιέχουν συνδετικό ιστό και δεσμίδες από λείες μυϊκές ίνες. Η κατάληξη τους είναι το περίνεο.

Οι εξωτερικές επιφάνειες των μεγάλων χειλέων καλύπτονται από τρίχωμα, που αποτελεί τη συνέχεια του τριχώματος του εφηβαίου. Οι εσωτερικές επιφάνειές τους έχουν χρώμα ρόδινο και μοιάζουν με βλεννογόνο. Το δέρμα των μεγάλων χειλέων είναι πλούσιο σε μελαγχρωστική και περιέχει ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες.

Μικρά χείλη.

Αυτά παριστάνουν, όπως και τα μεγάλα χείλη, δύο δερμάτινες πτυχές, αλλά λεπτότερες, γιατί περιέχουν λιγότερο λιπώδη ιστό. Προς τα έξω αποτελούν συνέχεια των μεγάλων χειλέων και προς τα μέσα αποτελούν τα πλάγια όρια του προδρόμου του κόλπου.

Το δέρμα των μικρών χειλέων δεν καλύπτεται από τρίχωμα, περιέχει μελαγχρωστική, σημηματογόνους και, σπάνια, ιδρωτοποιούς αδένες. Ο λιπώδης ιστός, που βρίσκεται κάτω από αυτό, περιέχει συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες, πολυάριθμα αιμοφόρα αγγεία και στυτικό ιστό, που κάνουν τα μικρά χείλη εξαιρετικά ευαίσθητα.

Τα μικρά χείλη προς τα εμπρός αποσχίζονται σε δύο άλλες μικρότερες δερμάτινες πτυχές, που ενώνονται μεταξύ τους και αποτελούν προς τα πάνω την πόσθη και προς τα κάτω το χαλινό της κλειτορίδας.

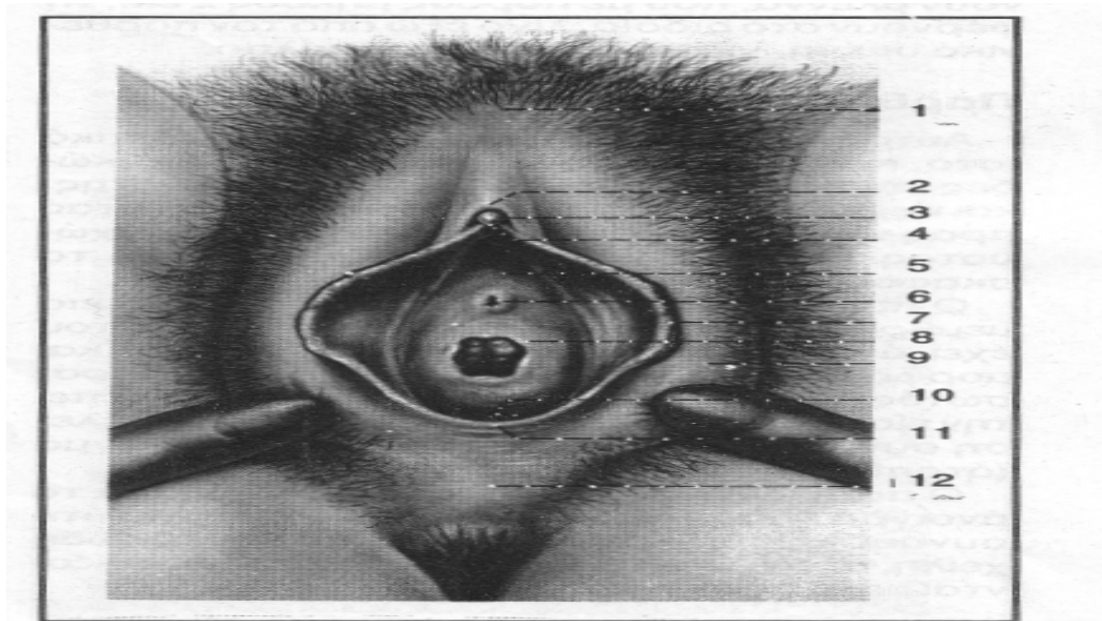
Προς τα πίσω τα μικρά χείλη ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το χαλινό τους. Μπροστά στο χαλινό των μικρών χειλέων σχηματίζεται κοίλανση, που λέγεται σκαφοειδής βόθρος.

Κλειτορίδα.

Θεωρείται αρσενικής προέλευσης. Έχει μήκος 3-4 εκ. και αποτελείται από τα σκέλη, το σώμα και τη βάλανο. Στο επάνω μέρος της προσφύεται στην πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης και σχηματίζει τον κρεμαστήρα σύνδεσμο.

Πρόδρομος.

Είναι η περιοχή, που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη και το χαλινό τους. Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα και ο κόλπος και καταλήγουν τα στόμια παρακείμενων αδένων.



Αιδοίο παρθένου.

1. Εφηβαίο, 2. Πόσθη κλειτορίδας, 3. Κλειτορίδα, 4. Χαλινός της κλειτορίδας, 5. Πρόδρομος, 6. Ουρήθρα, 7. Μικρά χείλη, 8. Παρθενικός υμένας, 9. Μεγάλα χείλη, 10. Σκαφοειδής βόθρος, 11. Οπίσθιος σύνδεσμος, 12. Περίνεο.

Βολβοί του προδρόμου.

Είναι δύο αμυγδαλοειδείς σχηματισμοί που βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου και αποτελούνται από πυκνά φλεβικά πλέγματα. Στη σεξουαλική διέγερση διογκώνονται από συγκέντρωση αίματος και στενεύουν τον κόλπο.

Βαρθολίνειοι αδένες.

Αυτοί είναι δύο μικροί, σε σχήμα φασολιού αδένες, που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδρόμου, βαθιά, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων. Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής διέγερσης εκκρίνουν βλέννα, που με πόρους μήκους 2 εκ., τη φέρνουν στο αιδοίο, λίγο έξω από τον παρθενικό υμένα, για να υγράνει τον κόλπο.

Παρθενικός υμένας.

Είναι λεπτή μεμβράνη από συνδετικό ιστό, που καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και από τις δύο επιφάνειές της, και περιβάλλει το στόμιο του κόλπου έχοντας προς τα πάνω την κάτω

επιφάνεια του τοιχώματος της ουρήθρας και προς τα κάτω το σκαφοειδή βόθρο.

Ο παρθενικός υμένας δεν αποτελεί τέλεια μεμβράνη, αλλά διάτρητη, γιατί στο κέντρο του έχει άνοιγμα, που ποικίλλει σε μέγεθος και μορφή (κυκλικός, δίθυρος, ηθμοειδής, κροσσωτός). Σπάνια, δεν υπάρχει άνοιγμα (άτρητος υμένας).

Ο παρθενικός υμένας, συνήθως σχίζεται στην πρώτη συνουσία της γυναίκας και αφήνει σαρκώδη χείλη, που λέγονται μύρτα και που εξαφανίζονται μετά από τοκετούς.

Εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας.

Βρίσκεται στην πάνω γωνία του προδρόμου του αιδοίου και κάτω από την κλειτορίδα.

Παραουρηθρικοί αδένες.

Βρίσκονται ανάμεσα από την κλειτορίδα και το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και γύρω από αυτό και φέρνουν το έκκριμα τους στην ουρήθρα. Δύο από αυτούς είναι μεγαλύτεροι και λέγονται αδένες του Skene.

Εσωτερικά γεννητικά όργανα.

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν: ο κόλπος ή κολεός, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωοθήκες.



Έσω γεννητικά όργανα γυναίκας.

Κόλπος ή κολεός.

Αποτελεί μυϊκό σωλήνα, μήκους 8-10 εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα από τον παρθενικό υμένα και τη μήτρα. Η φορά του είναι τέτοια, ώστε να σχηματίζει με τη μήτρα σχεδόν ορθή γωνία.

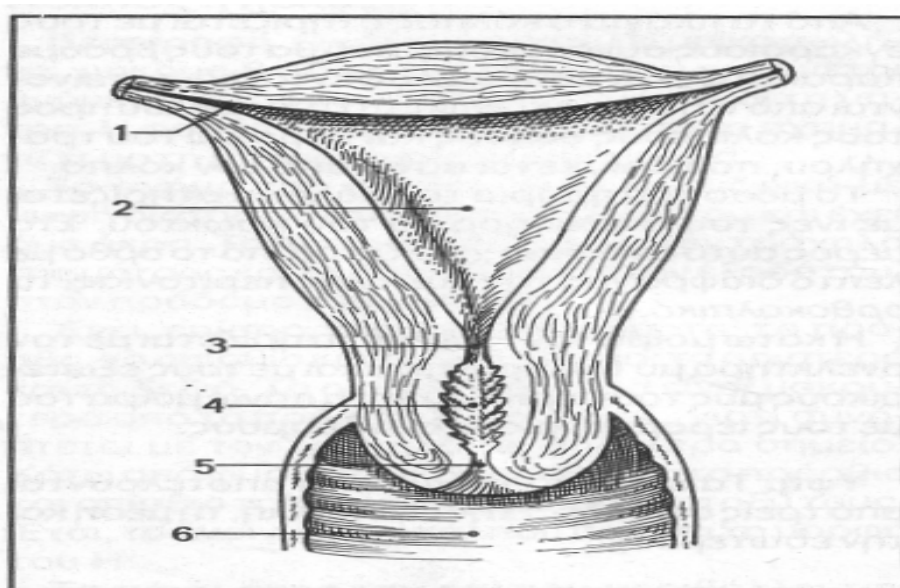
Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό με μικρή διάταση στο ανώτερο τμήμα του και έχει δύο άκρα. Το άνω άκρο συνδέεται με τον τράχηλο της μήτρας και το κάτω οδηγεί στην έξοδό του, στον πρόδομο του κόλπου.

Το άνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι, ώστε η κάτω μοίρα του τραχήλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο

Μήτρα.

Η μήτρα είναι κοίλο όργανο με παχιά μυϊκά τοιχώματα. Έχει σχήμα αχλαδιού. Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γραμ. και, στη γυναίκα που γέννησε, 70 γραμ. Τα τοιχώματά της έχουν πάχος 2 εκ. και το μήκος της είναι 7,5 εκ. περίπου.

Η μήτρα αποτελείται από δύο τμήματα: Το πάνω, που είναι ογκώδες και τριγωνικό και λέγεται σώμα, και το κάτω, που είναι στενό και κυλινδρικό, και λέγεται τράχηλος. Ανάμεσα στον τράχηλο και το σώμα υπάρχει ο ισθμός.



Μήτρα 1. Σαλπγγικό στόμιο, 2. Κοιλότητα σώματος, 3. Εσωτερικό τραχηλικό στόμιο, 4. Τραχηλικός αυλός, 5. Εξωτερικό τραχηλικό στόμιο, 6. Κόλπος.

Το τμήμα του σώματος της μήτρας, που βρίσκεται πάνω από τη γραμμή, που ενώνει τα δύο σημεία εισόδου των σαλπίνγων, λέγεται πυθμένας. Το σχήμα της ενδομήτριας κοιλότητας είναι τριγωνικό με τη βάση προς τον πυθμένα και την κορυφή προς το μέρος της συμβολής του σώματος με τον τράχηλο, όπου σχηματίζεται το εσωτερικό τραχηλικό στόμιο.

Στις γωνίες της βάσης της ενδομήτριας κοιλότητας βρίσκονται τα στόμια, που οδηγούν στις σάλπιγγες. Το τμήμα της κοιλότητας, που αντιστοιχεί στις γωνίες αυτές, λέγεται κέρας της μήτρας.

Ο αυλός του τράχηλου λέγεται ενδοτράχηλος, έχει σχήμα ατράκτου και προς τα πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο και προς τα κάτω στην κολπική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο.

Η μήτρα βρίσκεται μέσα στην πυελική κοιλότητα, ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το ορθό και γέρνει προς τα εμπρός, έτσι ώστε η οπίσθια επιφάνειά της να έρχεται προς τα πάνω και η πρόσθια προς τα κάτω.

Οι σύνδεσμοι που κρατούν τη μήτρα στη θέση της είναι:

- Στρογγύλοι σύνδεσμοι.
- Πλαττείς σύνδεσμοι.
- Πλάγιοι σύνδεσμοι
- Ιερομητριάιοι σύνδεσμοι.
- Μητροκυστικοί σύνδεσμοι.
- Ανεκκτήρας μυς.

Σάλπιγγες ή ωαγωγοί.

Οι σάλπιγγες αποτελούν δύο λεπτούς σωλήνες, μήκους 10-12 εκ., που εκτείνονται από τα κέρατα της μήτρας ως τις ωοθήκες. Αποστολή τους είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους, για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να επιτευχθεί η σύλληψη.

Τα στόμια των σαλπίνγων προς τα κέρατα της μήτρας είναι λεπτά και λέγονται μητριάια. Τα στόμια, που εκβάλλουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα, είναι μεγαλύτερα και λέγονται περιτοναϊκά. Οι σάλπιγγες διακρίνονται σε τέσσερα τμήματα: το διάμεσο ή ενδοτοιχωματικό, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον κώδωνα.

- Διάμεσο ή ενδοτοιχωματικό

Το τμήμα αυτό αντιστοιχεί στο μέρος εκείνο των σαλπίνγων που ξεκινάει από τα κέρατα της μητριάιας κοιλότητας. Το μήκος του είναι 1-1,5 εκ.

- Ισθμός.

Το τμήμα αυτό αποτελεί το στενότερο μέρος των σαλπίνγων και έχει μήκος 3-4 εκ.

- Λήκυθος.

Το τμήμα αυτό αποτελεί το ευρύτερο μέρος των σαλπίνγων και έχει μήκος 5-6 εκ.

- Κώδωνας.

Το τμήμα αυτό έχει σχήμα χοάνης, βρίσκεται κοντά στις ωοθήκες και καταλήγει σε 10-15 κροσσούς. Ένας από αυτούς είναι μεγαλύτερος, συνδέεται με την ωοθήκη και λέγεται ωοθηκικός κροσσός

Ωοθήκες.

Οι δύο ωοθήκες αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Έχουν το σχήμα και το μέγεθος αμυγδάλου και το βάρος τους ανέρχεται σε 7-12 γραμ.

ΠΩΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙΤΑΙ Η ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΖΩΗ.

Από ποια στιγμή και μετά μπορούμε να μιλήσουμε για την αρχή της ζωής, είναι ένα θέμα για το οποίο έχουν διαφορετική γνώμη μεταξύ τους, βιολόγοι, γιατροί, νομικοί και θεολόγοι. Η έρευνα όμως στον κλάδο της βιολογίας διαπίστωσε ξεκάθαρα ποιές προϋποθέσεις πρέπει να πληρούνται στον άνδρα και τη γυναίκα για να δημιουργηθεί μια νέα ανθρώπινη ζωή.

Για να δημιουργηθεί και να αναπτυχθεί ένας νέος άνθρωπος, πρέπει να συναντηθεί το ωάριο που δημιουργήθηκε στο σώμα μιας γυναίκας, με ένα από τα σπερματοζωάρια που μεγάλωσε μέσα στα γεννητικά όργανα ενός άνδρα. Μέσω της ένωσης αυτής, που ονομάζεται 'σύλληψη' δημιουργείται η νέα ζωή, που αναπτύσσεται μέσα στο σώμα της γυναίκας, η οποία, εάν όλα πάνε καλά, γίνεται μητέρα ενός παιδιού.

Διάγνωση της κήσεως.

Η διάγνωση της κήσεως δεν παρουσιάζει δυσκολία. Τις περισσότερες φορές η ίδια η γυναίκα αντιλαμβάνεται ότι είναι έγκυος, γι' αυτό και επισκέπτεται το γιατρό της. Η διάγνωση στηρίζεται στα υποκειμενικά συμπτώματα, στα πιθανά και στα βέβαια σημεία.

Συμπτώματα αρχόμενης εγκυμοσύνης.

1.Καθυστέρηση εμφανίσεως εμμήνου ρύσεως.

Μετά τη σύλληψη παρουσιάζεται διακοπή της περιόδου. Η παρατηρούμενη δευτεροπαθής αμηνόρροια πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από λειτουργικές ή οργανικές διαταραχές του άξονα υποθαλάμου-υποφύσεως-ωοθηκών, από την αραιομηνόρροια καθώς και από ψυχικές διαταραχές ή καταστάσεις 'stress' που δρουν στο φλοιό του εγκεφάλου. Εξάλλου δεν πρέπει να αγνοείται το γεγονός ότι, σε μερικές περιπτώσεις, η έμμηνος ρύση συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια της κήσεως.

2.Γαστρεντερικές διαταραχές.

Η πρωινή ναυτία, οι εμετοί και η σιελόρροια είναι πρώιμα συμπτώματα της εγκυμοσύνης. Πολλές γυναίκες παρουσιάζουν αποστροφή σε ορισμένα είδη τροφής και στο κάπνισμα, ενώ αντίθετα άλλες εμφανίζουν περίεργη διάθεση για λήψη τροφής ή βουλιμία. Παράλληλα επηρεάζονται οι κενώσεις. Πολλές γυναίκες εμφανίζουν δυσκοιλιότητα, ενώ αντίθετα άλλες που πάσχουν από δυσκοιλιότητα, παρουσιάζουν βελτίωση των κενώσεων.

3.Μαστοί.

Παρουσιάζεται διόγκωση και τάση των μαστών με σύγχρονη αύξηση της θερμοκρασίας τους.

4.Εύκολη κόπωση.

5.Διαταραχές από το ουροποιητικό.

Η πίεση της ουροδόχου κύστεως από την εγκύμονα μήτρα και η επίδραση των ορμονών της κύησης επί της ουρήθρας, προκαλούν συχνουρία.

6.Αύξηση του βάρους σώματος.

Φυσιολογικά παρατηρείται αύξηση του βάρους σώματος κατά 1 Kgr περίπου μηνιαίως. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην αύξηση του κήματος, του αμνιακού υγρού και του πλακούντα, καθώς και στην αύξηση του σώματος της εγκύου.

Πιθανά σημεία και κριτήρια της εγκυμοσύνης.

Τα πιθανά σημεία της εγκυμοσύνης παρουσιάζονται από το δέρμα, τους μαστούς, το αιδοίο, τον κόλπο, τον τράχηλο και το σώμα της μήτρας.

Βέβαια σημεία της εγκυμοσύνης.

1.Οι εμβρυϊκοί καρδιακοί παλμοί.

Οι παλμοί του εμβρύου κυμαίνονται φυσιολογικά από 120-140 κατά λεπτό και ανιχνεύονται από την 9η-10η εβδομάδα με τους υπερήχους ή από τη 17η -20η εβδομάδα με το κοιλιοσκόπιο.

2.Το υπερηχογράφημα.

Μπορεί να ανιχνεύσει την κύηση από τις πρώτες κιόλας εβδομάδες.

3.Οι κινήσεις του εμβρύου.

Πρόκειται για σκιρτήματα του εμβρύου, τα οποία γίνονται αντιληπτά μετά τον 5^ο μήνα. Οι κινήσεις γίνονται αντιληπτές από την ίδια την έγκυο ή το γιατρό με την εναπόθεση της παλάμης στα κοιλιακά τοιχώματα. Οι κινήσεις αυτές γίνονται νωρίτερα αντιληπτές όταν πρόκειται για αδύνατο άτομο, με λεπτά κοιλιακά τοιχώματα.

4.Η ψηλάφηση των μελών του εμβρύου.

Διαφορική διάγνωση συμπτωμάτων της κύησης.

1.Η καθυστέρηση της εμμήνου ρύσεως πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από όλες τις καταστάσεις που κάνουν δευτεροπαθή αμηνόρροια.

2.Οι γαστρεντερικές διαταραχές είναι πιθανό να οφείλονται σε άλλες παθήσεις του πεπτικού συστήματος.

3.Η διόγκωση των μαστών πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο ή άλλες παθήσεις των μαστών.

4.Η συχνουρία είναι δυνατόν να οφείλεται σε ουρολοίμωξη, ενώ η διόγκωση της κοιλιάς σε ενδοκοιλιακό όγκο, ασκίτη, διαταραχή της εντερικής λειτουργίας ή σε ψευδοκύηση.

ΑΛΛΑΓΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ.

Γεννητικό σύστημα.

Η αρχή της κήσεως χαρακτηρίζεται από αλλαγές όλου του οργανισμού και ιδιαίτερα των γεννητικών οργάνων. Η μήτρα, της οποίας το μήκος στην ενήλικη γυναίκα είναι περί τα 7 εκ. μετατρέπεται σε ένα λεπτό μυώδη σάκο, ικανό να περιλάβει το κύημα, τον πλακούντα και το αμνιακό υγρό. Περί το τέλος της κήσεως, η μήτρα έχει μήκος 35 εκ. περίπου, ενώ η χωρητικότητα της μεγαλώνει 500-1000 φορές. Η μεταβολή αυτή της μήτρας οφείλεται στην ικανότητα του τοιχώματός της να αυξάνει σε μέγεθος και αργότερα, μετά τον τοκετό, να επανέρχεται στη φυσιολογική μορφή.

Η συνολική αύξηση του μεγέθους της μήτρας δεν είναι συμμετρική. Είναι όμως ανάλογη με την ηλικία της εγκυμοσύνης και πιο έκδηλη στον πυθμένα. Η θέση των σαλπίγγων και των συνδέσμων των ωοθηκών είναι επίσης χαρακτηριστική. Τέλος, η θέση του πλακούντα επηρεάζει το μέγεθος και το σχήμα της μήτρας, δεδομένου ότι η περιοχή αυτή υπερτρέφεται.

Καθώς η μήτρα αυξάνει σε μέγεθος, αλλάζει σε σχήμα. Στις πρώτες εβδομάδες διατηρεί την αρχική της μορφή, αργότερα όμως, μέχρι τον 3^ο μήνα αποκτά σφαιρικό σχήμα. Μετά τον 3^ο μήνα αυξάνει περισσότερο σε ύψος, ώστε το σχήμα της να μετατρέπεται σε ωοειδές. Γύρω στον 4^ο μήνα, το ύψος της μήτρας φτάνει στο μισό της αποστάσεως μεταξύ ομφαλού και ηβικής συμφύσεως, ενώ στον 5^ο μήνα φτάνει το ύψος του ομφαλού. Το πάχος του τοιχώματος της μήτρας μεταβάλλεται επίσης κατά την κύηση. Το αρχικά παχύ τοίχωμα της μήτρας λεπτύνεται, φτάνοντας τελικά τα 5 mm.

Η αύξηση του μεγέθους της μήτρας συνοδεύεται με ανάλογη αύξηση της αιματώσεώς της. Τα αγγεία της μήτρας αυξάνουν σε μέγεθος και πληρούν τις προϋποθέσεις για τη αιμάτωση του πλακούντα.

Ο τράχηλος της μήτρας έναν περίπου μήνα μετά τη σύλληψη παρουσιάζεται μαλακότερος στη σύσταση και κυανέρυθρος, έτσι ώστε τα στοιχεία αυτά να συνιστούν διαγνωστικά σημεία αρχόμενης κήσεως. Οι μεταβολές αυτές στον τράχηλο θεωρούνται αποτέλεσμα υπερπλασίας των τραχηλικών αδένων και αυξημένης αγγειοβρίθειας και οιδήματος όλου του τραχήλου. Οι ενδοτραχηλικοί αδένες παράγουν άφθονη και παχύρρευστη βλέννα, η οποία εκκρίνεται καθ'όλη τη διάρκεια της κήσεως.

Ο κόλπος από το 2^ο-3^ο μήνα της κήσεως αλλάζει χρώμα και παρουσιάζεται κυανέρυθρος και οιδηματώδης. Ο βλεννογόνος είναι δυνατό να παρουσιάσει αιμορραγικές εστίες, ιδίως όταν συνυπάρχει

κολπίτιδα. Στο κοιλικό επίχρισμα ανευρίσκονται κύτταρα κατά σωρούς με παχιά κυτταρική μεμβράνη.

Το αιδοίο προοδευτικά εμφανίζεται οιδηματώδες λόγω υπεραιμίας, η οποία είναι χαρακτηριστική προς το τέλος της κήσεως. Προς το τέλος της κήσεως παρουσιάζονται πιο έντονοι οι κίρσοι του αιδοίου, αν υπάρχουν.

Μαστοί.

Από τις πρώτες εβδομάδες της κήσεως οι μαστοί εμφανίζουν διόγκωση, ενώ η γυναίκα αισθάνεται ιδιαίτερη τάση ή και αύξηση της θερμοκρασίας. Καθώς η αύξηση του μεγέθους συνεχίζεται, οι θηλές και η άλως γίνονται πιο έκδηλες και εκκρίνεται το πύαρ. Παράλληλα, γύρω από τη θηλή παρουσιάζονται σμηγματογόνοι αδένες, οι οποίοι υπερτρέφονται και σχηματίζουν τα φυμάτια του Montgomery.

Ενδοκρινείς αδένες.

Η υπόφυση διογκώνεται κατά τη διάρκεια της κήσεως. Μερικοί μάλιστα ερευνητές πιστεύουν ότι η διόγκωση είναι τέτοια ώστε να πιέζει το οπτικό χίασμα, χωρίς όμως να δημιουργούνται προβλήματα όρασης.

Ο θυρεοειδής αυξάνει λίγο σε μέγεθος κατά τη διάρκεια της κήσεως και είναι δυνατόν να ψηλαφηθεί. Η διόγκωση του θυρεοειδούς είναι αποτέλεσμα αυξημένης αιματώσεως και υπερπλασίας του, ενώ διαπιστώνεται προοδευτική αύξηση του βασικού μεταβολισμού μέχρι και 25%.

Η λειτουργία των παραθυρεοειδών αδένων κατά την κύηση δεν έχει πλήρως μελετηθεί, πιστεύεται όμως ότι κι αυτοί υπερλειτουργούν σε κάποιο βαθμό. Η λειτουργία τους συνδέεται με το μεταβολισμό του ασβεστίου και του φωσφόρου, τα οποία διερχόμενα μέσω του πλακούντα συντελούν στη διάπλαση του σκελετού του εμβρύου.

Κατά τη διάρκεια φυσιολογικής κήσεως δε διαπιστώνονται ιδιαίτερες μεταβολές στη μορφολογία των επινεφριδίων. Παρατηρείται όμως μερική αύξηση της ελεύθερης κορτιζόλης χωρίς να προκαλούνται οι ανάλογες κλινικές εκδηλώσεις. Από τη 15^η εβδομάδα της κήσεως παράγονται επίσης προοδευτικά αυξημένες ποσότητες αλδοστερόνης.

Τέλος, ο μεταβολισμός των υδατανθράκων και η παραγωγή ινσουλίνης από το πάγκρεας παρουσιάζουν διαταραχές στην κύηση, χωρίς όμως να αναφέρεται υπερλειτουργία του παγκρέατος.

Δέρμα.

Εκτός από τις μεταβολές που περιγράφηκαν για το στήθος, προς τους τελευταίους μήνες της κήσεως παρατηρούνται στην κοιλιά

χαρακτηριστικές κυανέρυθρες ραβδώσεις, ενώ σε μερικές περιπτώσεις ανευρίσκεται το μητρικό χλόασμα λόγω εναποθέσεως χρωστικής υπό μορφή κηλίδων στο πρόσωπο.

Κυκλοφορικό σύστημα.

Κατά τη διάρκεια της κύησης παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές στη λειτουργία της καρδιάς και στην κυκλοφορία. Η καρδιά, λόγω της αύξησης του μεγέθους της κοιλιάς μετατοπίζεται προς τα πάνω και αριστερά. Ακτινολογικά διαπιστώνεται σχετική αύξηση του μεγέθους της καρδιάς. Σε φυσιολογική κύηση, τόσο η συστολική, όσο και η διαστολική αρτηριακή πίεση δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες μεταβολές. Παράλληλα, όταν η έγκυος βρίσκεται σε ύπτια θέση, η μήτρα πιέζει το κεντρικό φλεβικό δίκτυο, εμποδίζοντας την επαναφορά του αίματος στην καρδιά.

Αιματολογικές μεταβολές.

Από το πρώτο τρίμηνο της κύησης διαπιστώνεται αύξηση του όγκου του αίματος, η οποία γίνεται πιο αισθητή στο δεύτερο τρίμηνο, ενώ παραμένει σταθερή κατά το τρίτο τρίμηνο. Η αύξηση αυτή είναι αποτέλεσμα αρχικά της αυξήσεως του όγκου του πλάσματος και κατόπιν και των ερυθροκυττάρων. Η αιμοσφαιρίνη ωστόσο, όπως και ο αιματοκρίτης παρουσιάζονται ελαττωμένα.

Οι απαιτήσεις σε σίδηρο αυξάνονται με την εξέλιξη της κύησης. Ως εκ τούτου, η χορήγηση σιδήρου από το δεύτερο τρίμηνο και μετά είναι αναγκαία αφού, ούτε ο σίδηρος από την τροφή, ούτε και τα αποθέματα επαρκούν.

Κατά το φυσιολογικό τοκετό χάνονται περίπου 600 ml αίματος. Στην καισαρική τομή, η απώλεια αίματος είναι περίπου διπλάσια. Παράλληλα με το γεγονός ότι και στο μητρικό γάλα περιέχεται σίδηρος, φανερώνεται η ανάγκη χορηγήσεως σιδήρου ακόμη και στη λοχεία.

Ο αριθμός των λευκοκυττάρων κατά τη διάρκεια της κύησης κυμαίνεται μεταξύ 5000-12000 ανά κυβ.χιλιοστό. Κατά τη διάρκεια του τοκετού και της λοχείας μπορεί να φτάσουν έως και 25000 ανά κυβ.χιλιοστό.

Παρατηρούνται επίσης μεταβολές σε ορισμένους παράγοντες πήξεως. Το ινωδογόνο κατά την κύηση αυξάνει μέχρι και 50%, ενώ τα αιμοπετάλια, οι χρόνοι ροής και πήξεως επηρεάζονται ελάχιστα.

Αναπνευστικό σύστημα.

Με την αύξηση του μεγέθους της μήτρας, το διάφραγμα απωθείται προς τα πάνω, η διάμετρος του θώρακα αυξάνεται κατά 2 εκ. και η

περίμετρος κατά 6 εκ. Η ζωτική χωρητικότητα και η μέγιστη αναπνευστική ικανότητα δεν επηρεάζονται ιδιαίτερα. Απεναντίας, κατά τη διάρκεια της κύησης διαπιστώνεται υπεραερισμός των πνευμόνων.

Γαστρεντερικό σύστημα.

Το στομάχι και το έντερο απωθούνται από τη διογκωμένη εγκύμονα μήτρα. Η σκωληκοειδής απόφυση μετατοπίζεται προς τα πάνω παράλληλα με την εξέλιξη της κύησης.

Οι πρωϊνοί έμετοι είναι ένα από τα πρώιμα διαγνωστικά σημεία της εγκυμοσύνης. Οι γαστρικές εκκρίσεις και η κινητικότητα του πεπτικού σωλήνα μεταβάλλονται και κλινικά, εκτός των εμέτων διαπιστώνονται σιελόρροια, βουλιμία ή και αποστροφή στην τροφή.

Το ήπαρ δεν παρουσιάζει ιστολογικές μεταβολές. Ωστόσο έχει βρεθεί ότι στη φυσιολογική κύηση, η τιμή της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού σχεδόν διπλασιάζεται.

Η λειτουργία της χοληδόχου κύστεως φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά. Πιστεύεται μάλιστα ότι η κύηση προδιαθέτει στη δημιουργία χολόλιθων. Λαπαροτομίες κατά την κύηση παρουσιάζουν τη χοληδόχο κύστη διογκωμένη.

Ουροποιητικό σύστημα.

Κατά την κύηση διαπιστώνεται αύξηση της πλασματοκαθάρσεως έως και 50% και ελάττωση της ουρίας και της κρεατινίνης του πλάσματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις διαπιστώνεται σακχαρουρία, η οποία δεν οφείλεται σε παθολογικά αίτια, αλλά είναι αποτέλεσμα της αυξημένης πλασματοκαθάρσεως, η οποία δε συνοδεύεται από την ανάλογη επαναπορρόφηση της γλυκόζης από τα εσπειραμένα σωληνάκια.

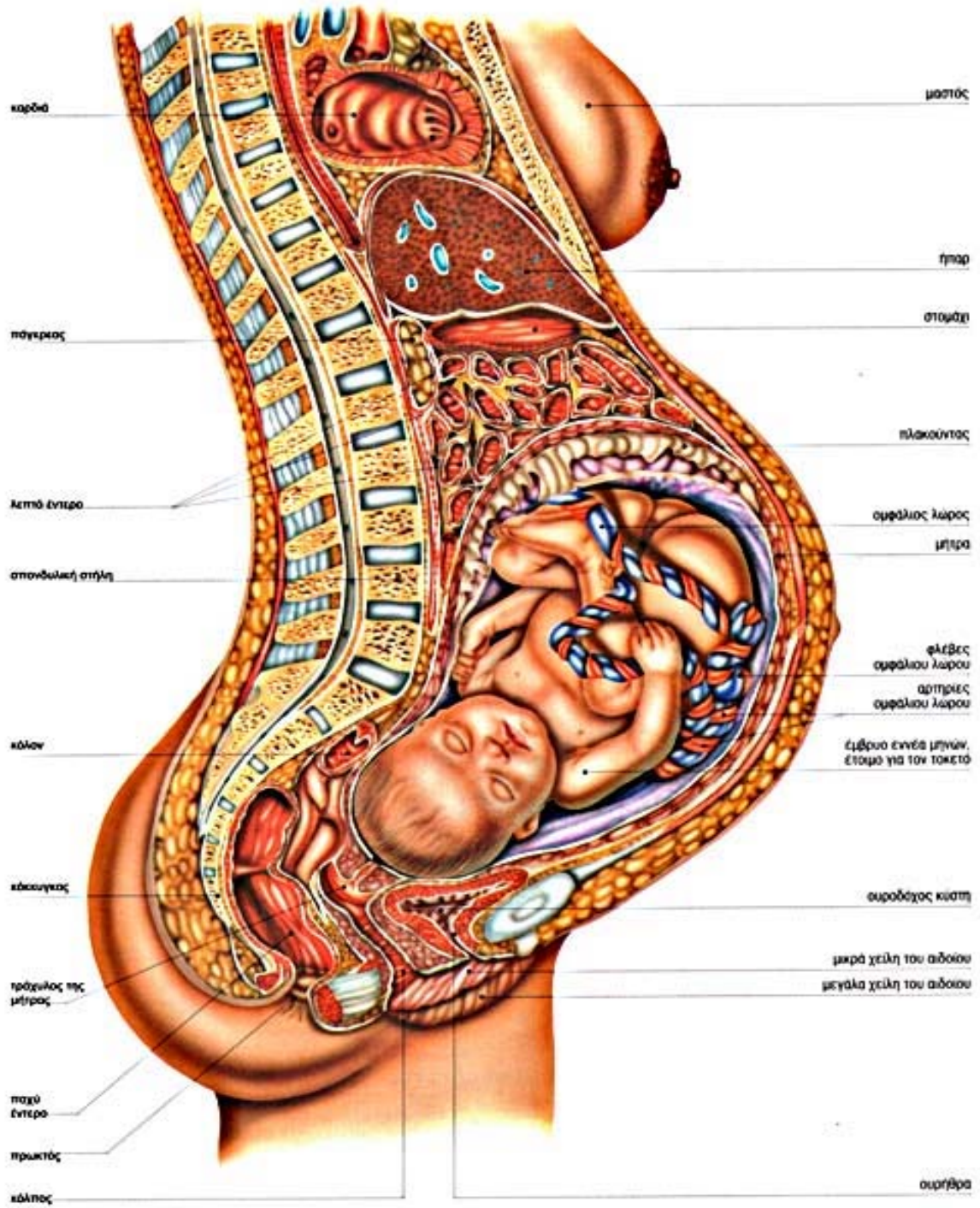
Στους ουρητήρες και τη νεφρική πύελο διαπιστώνεται διάταση που αποδίδεται, είτε στην πίεση από την εγκύμονα μήτρα, είτε σε ορμονικά αίτια.

Παρατηρούνται επίσης μεταβολές στο βλεννογόνο της ουροδόχου κύστεως. Η συχνουρία, εκτός από την πίεση της μήτρας αποδίδεται και στην επίδραση ωοθηκικών ορμονών στην κύστη και την ουρήθρα.

Μυοσκελετικό σύστημα.

Εκτός από τη λόρδωση της εγκυμοσύνης, παρατηρείται χαλαρότητα των συνδέσμων και των αρθρώσεων της πυέλου.

ΚΟΙΛΙΑ ΕΓΚΥΟΥ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ



Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ.

Στο διάστημα των πρώτων επτά-οκτώ ημερών της «προεγκυμοσύνης», δηλαδή στο διάστημα από την ημέρα της σύλληψης μέχρι την εγκατάσταση του ωαρίου στο βλεννογόνο της μήτρας, το ωάριο αλλάζει συνεχώς αφού τα κύτταρα διχοτομούνται και πολλαπλασιάζονται ασταμάτητα. Αν και το ωάριο δεν μεγαλώνει σημαντικά, δημιουργείται ωστόσο μια σφαίρα από κύτταρα που ονομάζεται «μορίδιο». Αυτό αρχίζει να μεγαθύνεται μετά την εγκατάσταση του στη μήτρα, οπότε αρχίζει και η πραγματική εγκυμοσύνη.

1^{ος} – 3^{ος} μήνας.

Η περίοδος αυτή, από την εγκατάσταση του ωαρίου στη μήτρα έως το τέλος του 3^{ου} μήνα της εγκυμοσύνης ονομάζεται «πρώτη εμβρυϊκή» ή «εμβρυονική» περίοδος. Μόλις το έμβryo φτάσει στη μήτρα, παίρνει την τροφή που χρειάζεται από το αίμα της μητέρας και αρχίζει να μεγαλώνει. Η ταχύτητα αυτής της αύξησης είναι μοναδική: Το ανθρώπινο έμβryo αυξάνει το βάρος του τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες έως και 20000 φορές. Το 2^ο μήνα η αύξηση σε βάρος είναι 50 φορές σε σχέση με τον πρώτο μήνα, ενώ τον 3^ο μήνα μόνο 10 φορές. Όταν πια έχουν περάσει 10 εβδομάδες από τη σύλληψη το έμβryo διαθέτει πια όλα τα απαραίτητα για τη ζωή όργανα. Από νωρίς, η καρδιά του έχει αρχίσει να χτυπάει, ο εγκέφαλος έχει πάρει τη δική του μορφή, το στομάχι και το συκώτι έχουν ξεκινήσει τις φυσιολογικές τους λειτουργίες. Τα οστά του σκελετού έχουν σχηματιστεί. Διακρίνονται καθαρά τα άνω και κάτω άκρα, τα μάτια του εμβρύου καλύπτονται από τα βλέφαρα, τα γεννητικά όργανα έχουν ήδη διαφοροποιηθεί και ο ομφάλιος λώρος μπορεί να θεωρείται τελειωμένος. Εξωτερικά αναγνωρίζεται ένας «μικρός άνθρωπος».

4^{ος}-6^{ος} μήνας.

Το έμβryo δεν αυξάνει πια το βάρος του τόσο γρήγορα όπως στους τρεις πρώτους μήνες. Η αύξηση του ωστόσο είναι ακόμα σημαντική. Στο τέλος του 4^{ου} μήνα το σώμα του εμβρύου καλύπτεται από λεπτό χνούδι. Κατά τον 5^ο μήνα οι κινήσεις του εμβρύου γίνονται αρκετά έντονες ώστε να τις αισθάνεται η μητέρα. Στο έντερο μαζεύεται το «μηκόνιο», ενώ στα δάκτυλα αρχίζουν να μεγαλώνουν τα νύχια και εμφανίζονται οι γραμμές που παραμένουν σε όλη τη ζωή σαν «δακτυλικά αποτυπώματα». Το δέρμα του εμβρύου είναι ρυτιδωμένο, τα μαλλιά μεγαλώνουν και η όψη του είναι πιο ροδόχρωμη.

7^{ος}-9^{ος} μήνας.

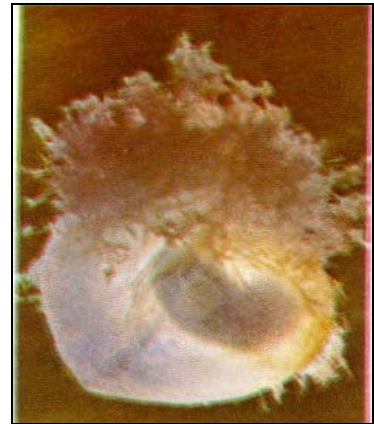
Στο τέλος του 7^{ου} μήνα έχουν ωριμάσει οι ζωτικές λειτουργίες σε τέτοιο βαθμό, ώστε ένα παιδί που θα γεννηθεί τόσο νωρίς να έχει ορισμένες πιθανότητες να επιζήσει, εάν έχει κατάλληλη περιποίηση στην κλινική. Την περίοδο αυτή, ζυγίζει λίγο περισσότερο από 1000 γραμμάρια. Στο τέλος του 8^{ου} μήνα, οι πιθανότητες για να επιζήσει έχουν αυξηθεί σημαντικά. Οι πιθανότητες να επιβιώσει αυξάνονται όσο πλησιάζει ο σωστός χρόνος γέννησης, όταν δηλαδή θα έχουν συμπληρωθεί 40 εβδομάδες.

Εβδομάδα κύησης	Μήκος σώματος	Βάρος σώματος
1 ^η	1/10 χιλιοστού	1 εκατομ.γραμμαρίου
4 ^η	0,5 εκ.	1/50 γραμ.
8 ^η	3,5 εκ.	1,1 γραμ.
12 ^η	7,0 εκ.	14,2 γραμ.
16 ^η	15 εκ.	108 γραμ.
20 ^η	25 εκ.	316 γραμ
24 ^η	30 εκ.	630 γραμ
28 ^η	35 εκ.	1045 γραμ
32 ^η	40 εκ.	1700 γραμ
36 ^η	45 εκ.	2380 γραμ
40 ^η	50 εκ.	3300 γραμ





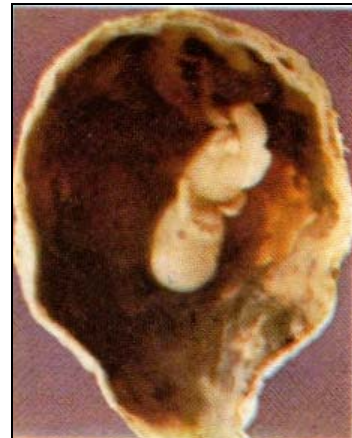
Έμβρυο 6,5 εβδομάδων.



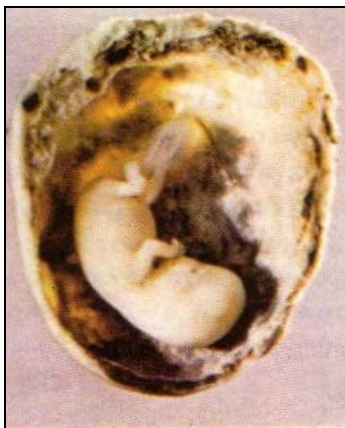
Έμβρυο 7 εβδομάδων



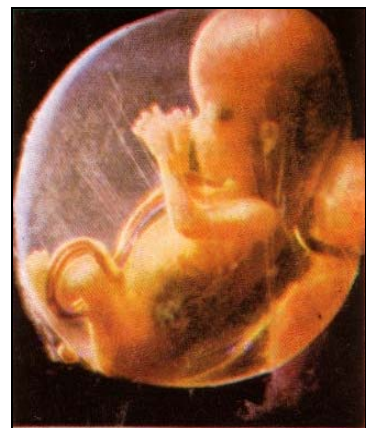
Έμβρυο 7,5 εβδομάδων.



Έμβρυο 8 εβδομάδων.



Έμβρυο 9 εβδομάδων.



Έμβρυο 10-11 εβδομάδων.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ.

Λοχεία ονομάζεται η περίοδος που ακολουθεί τον τοκετό και διαρκεί περίπου 6 εβδομάδες. Κατά τη λοχεία, τόσο η μήτρα, όσο και τα άλλα όργανα του ουροποιογεννητικού συστήματος επανέρχονται σταδιακά στην αρχική, πριν την εγκυμοσύνη, κατάσταση τους. Αλλαγές λιγότερο εντυπωσιακές παρατηρούνται και σε άλλα συστήματα του οργανισμού, όπως το καρδιαγγειακό, το αιμοποιητικό, το αναπνευστικό κλπ. Παράλληλα, την περίοδο αυτή ξεκινάει μια νέα σημαντική λειτουργία που σκοπό έχει την εξασφάλιση διατροφής στο νεογέννητο, η γαλουχία.

Το σώμα της μήτρας, που στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει αυξηθεί σημαντικά, παλινδρομεί ταχύτατα μετά τον τοκετό. Την έξοδο του πλακούντα ακολουθεί σύσπαση της μήτρας, ο πυθμένας της οποίας ψηλαφάται στο ύψος περίπου του ομφαλού, ενώ το βάρος της ανέρχεται στα 1000 γρ. περίπου. Στο τέλος της πρώτης εβδομάδας το μέγεθος της μήτρας αντιστοιχεί περίπου σε κύηση 12 εβδομάδων και ψηλαφάται στο ύψος της ηβικής σύμφυσης. Η παλινδρόμηση της μήτρας οφείλεται κυρίως σε σμίκρυνση των μυϊκών κυττάρων, ενώ ο αριθμός τους δεν ελαττώνεται σημαντικά. Στο τέλος της λοχείας, το βάρος της μήτρας είναι λίγο μεγαλύτερο απ' ό τι πριν από την κύηση (μήτρα ατόκου).

Η παλινδρόμηση της μήτρας συνοδεύεται από την έξοδο των λοχείων που αποτελούνται από επιθηλιακά κύτταρα, ερυθροκύτταρα, λευκοκύτταρα κλπ. Τις πρώτες 2-3 ημέρες τα λόχεια είναι αιματηρά, προοδευτικά μεταπίπτουν σε οροαιματηρά και μετά τη 10^η περίπου ημέρα σε ορώδη, για να σταματήσουν εντελώς μετά την 4^η εβδομάδα. Στις πρωτοτόκες, η παλινδρομούσα μήτρα παραμένει συνεχώς σε τονική σύσπαση, ενώ στις πολύτοκες είναι συχνή η παροδική γάλαση του μυομητρίου που ακολουθείται από έντονη μαζική μυϊκή συστολή, η οποία δημιουργεί στη λεχωίδα την αίσθηση της επώδυνης σύσπασης (υστερόπονοι). Η αναγέννηση του ενδομητρίου αρχίζει αμέσως μετά τον τοκετό και ολοκληρώνεται τη 3^η εβδομάδα της λοχείας, εκτός από την περιοχή πρόσφυσης του πλακούντα, όπου για την απόπτωση των νεκρωθέντων κυτταρικών στοιχείων και την αναπαραγωγή του ενδομητρίου, χωρίς το σχηματισμό ουλής, απαιτούνται 5-6 εβδομάδες.

Ο τράχηλος της μήτρας κλείνει και παχύνεται σταδιακά μετά τον τοκετό. Στο τέλος μάλιστα της 3^{ης} εβδομάδας έχει επανέλθει στην αρχική του μορφή, ταυτόχρονα με τον υπερδιεσταλμένο κόλπο.

Η επιμήκυνση, διάταση και υποτονία των ουρητήρων και οι ανάλογες μεταβολές της ουροδόχου κύστεως εξαφανίζονται σε μικρό χρονικό διάστημα από τον τοκετό. Η πολουρία των πρώτων ημερών της λοχείας

συνοδεύεται από φυσιολογική πρωτεϊνουρία (1-2 ημέρες) λόγω του έντονου καταβολισμού που παρατηρείται στο μυομήτριο.

Αμέσως μετά τον τοκετό και λόγω της εξόδου των προϊόντων της κύησης (έμβρυο, πλακούντας, αμνιακό υγρό) παρατηρείται απώλεια βάρους, περίπου 5500 γρ. και η οποία ακολουθείται στις επόμενες, λίγες ημέρες από απώλεια βάρους 2-3 κιλών ακόμη, λόγω της έντονης διούρησης.

Η παροδική αιμοσυμπύκνωση, που παρατηρείται μετά τον τοκετό, οφείλεται στην έξοδο υγρών από την κυκλοφορία στους ιστούς, με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου του αίματος. Τόσο οι μεταβολές αυτές, όσο και η υπερπηκτικότητα του αίματος, που δημιουργεί προδιάθεση για θρομβώσεις τις πρώτες ημέρες της λοχείας, επανέρχονται στη φυσιολογική κατάσταση μέχρι το τέλος της πρώτης εβδομάδας.

Τα τοιχώματα της κοιλιακής χώρας έχουν χαλαρώσει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα τελευταία χρόνια συνίσταται η γυμναστική της λοχείας, η οποία πρέπει να ξεκινά την επόμενη κιόλας ημέρα από τον τοκετό (εκτός εάν η γυναίκα έχει υποβληθεί σε καισαρική τομή). Οι ασκήσεις, βοηθούν τους μύες των κοιλιακών τοιχωμάτων να επανακτήσουν την ελαστικότητά τους και να επανέλθουν στην προ της εγκυμοσύνης κατάσταση. Το μόνο που δεν επανέρχεται πλήρως είναι οι ραβδώσεις στο δέρμα, εφόσον έχουν δημιουργηθεί.

Οι περισσότερες λεχωίδες έχουν συνήθως έντονο το αίσθημα της δίψας λόγω φαρμάκων που τους χορηγήθηκαν ή επειδή έχουν χάσει πολλά υγρά με τα ούρα και τα λόχεια. Συχνά εμφανίζεται δυσκοιλιότητα αφού οι μύες της κοιλιακής χώρας έχουν χάσει το μυϊκό τους τόνο και δεν ασκούνται οι βοηθητικές δυνάμεις που διευκολύνουν την αφόδευση. Αυτό όμως συνήθως ρυθμίζεται μέσα σε λίγες ημέρες.

Η ψυχική κατάσταση της λεχωΐδας συχνά παρουσιάζει αστάθεια, για λόγους που σχετίζονται με την ταλαιπωρία του τοκετού, τη συναισθηματική φόρτιση, τους φόβους για την υγεία του νεογνού και τις ανησυχίες για το ρόλο και τις ευθύνες της ως μητέρας. Η κατάλληλη στήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και κυρίως από το οικογενειακό περιβάλλον είναι απαραίτητη. Σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι δυνατό να κριθεί αναγκαία η χορήγηση απλών ηρεμιστικών φαρμάκων.

Με την εξέταση στο τέλος της λοχείας ελέγχεται η επάνοδος της λεχωΐδας στην προ του τοκετού κατάσταση. Το σωματικό βάρος πρέπει να έχει επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα, διαφορετικά συνιστάται ειδική διαίτα. Τα λόχεια πρέπει πια να έχουν σταματήσει. Με τη γυναικολογική εξέταση ελέγχεται η επούλωση της περινεορραφής και των τυχόν τραυμάτων του κόλπου και του τραχήλου. Λαμβάνεται κυτταρολογική εξέταση (test Παπανικολάου) και διαπιστώνεται η παλινδρόμηση της μήτρας με την αμφίχειρη εξέταση. Παρατηρούνται

επίσης οι μαστοί και ελέγχεται η λειτουργικότητα των κοιλιακών και περινεϊκών μυών.

Στις γυναίκες που δε θηλάζουν, η πρώτη μετά τον τοκετό έμμηνος ρύση παρουσιάζεται συνήθως μετά από 6-8 εβδομάδες. Ο πρώτος αυτός κύκλος συνήθως είναι ανωορρηκτικός. Ο θηλασμός μπορεί να αναστείλει παροδικά την ωορρηξία και την εμφάνιση εμμήνου ρύσεως λόγω των υψηλών τιμών προλακτίνης.

ΘΗΛΑΣΜΟΣ.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι μαστοί της γυναίκας προετοιμάζονται για το θηλασμό. Από το δεύτερο κιάλας μήνα, αυξάνονται σε μέγεθος, η άλως παίρνει ένα πιο σκούρο χρώμα και οι θηλές μεγεθύνονται. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης, με την πίεση των θηλών βγαίνει ένα υγρό υποκίτρινο, το πύαρ. Μετά τη γέννηση, το πύαρ μετατρέπεται σε γάλα, η υφή και η σύνθεση του αλλάζει ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες του βρέφους αμέσως μετά τον τοκετό.

Η ορμόνη που προάγει την έκκριση του γάλακτος είναι κυρίως η προλακτίνη, αλλά και τα κορτικοστεροειδή, η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη, τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη και τέλος η ινσουλίνη. Οι ορμόνες αυτές βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης, αλλά παρόλα αυτά η έγκυος γυναίκα δεν παράγει γάλα. Αυτό συμβαίνει γιατί τα οιστρογόνα ενώ αυξάνουν την έκκριση της προλακτίνης και ετοιμάζουν το μαστό για τη γαλουχία, εντούτοις μπλοκάρουν την δράση της προλακτίνης στο μαζικό αδένια και έτσι εμποδίζεται η παραγωγή γάλακτος κατά την κύηση. Αμέσως μετά τον τοκετό, η απότομη πτώση του επιπέδου των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, σε συνδυασμό με τα υψηλά επίπεδα των άλλων ορμονών συντελούν στην έναρξη της γαλουχίας.

Απαραίτητη στη γαλουχία είναι η καλή και απρόσκοπτη λειτουργία του 'αντανακλαστικού του θηλασμού'. Καθώς ερεθίζεται η θηλή από το στόμα του βρέφους, μεταβιβάζονται ερεθίσματα στον υποθάλαμο, με αποτέλεσμα να παράγονται οι εκλυτικοί παράγοντες που προάγουν την έκκριση της προλακτίνης από τον πρόσθιο λοβό της υποφύσεως. Έτσι τα επίπεδα της προλακτίνης στον ορό της μητέρας τετραπλασιάζονται με την έναρξη του θηλασμού και μετά πέφτουν σιγά-σιγά, ώσπου να έρθει ο επόμενος θηλασμός.

Η διεγερση του υποθαλάμου με το 'αντανακλαστικό του θηλασμού' προκαλεί επίσης την παραγωγή και έκκριση της ωκυτοκίνης από τον οπίσθιο λοβό της υποφύσεως. Η ωκυτοκίνη συσπά τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα των κυψελίδων του μαζικού αδένια και έτσι το γάλα προωθείται προς τους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους για να καταλήξει στην θηλή.

Αντενδείξεις θηλασμού.

- Από μέρος της μητέρας.
 1. Οξέα ή χρόνια λοιμώδη νοσήματα.
 2. Πνευμονική φυματίωση (εκτός από τον κίνδυνο μόλυνσης του παιδιού, υπάρχει η πιθανότητα ο θηλασμός να επιδεινώσει τη

- φυματίωση της μητέρας).
3. Αναπνευστική, καρδιακή ή νεφρική ανεπάρκεια.
 4. Νεοπλασίες.
 5. Λήψη διαφόρων φαρμάκων (κυτταροστατικών, χημειοθεραπευτικών, αντιθυρεοειδικών κ.α.).
 6. Παθήσεις από το μαστό όπως, έλλειψη ή εσολκή θηλής, σοβαρή μαστίτιδα, επίπεδη θηλή κ.α.).
- Από μέρους του βρέφους.
1. Νωθρό βρέφος λόγω κάποιου νοσήματος.
 2. Νεογνικός ίκτερος.
 3. Συγγενείς διαμαρτίες όπως λαγώχειλο, λυκόστομα, μικρογναθία.

Μειονεκτήματα της φυσικής διατροφής.

Το μόνο μειονέκτημα του μητρικού γάλακτος είναι ότι περιέχει μειωμένη ποσότητα βιταμίνης Κ. Υπάρχει συνεπώς ο κίνδυνος της αιμορραγικής νόσου των θηλαζόντων νεογνών, καθώς και της εμφάνισης ικτέρου. Για το λόγο αυτό συχνά συνίσταται η χορήγηση βιταμίνης Κ στα βρέφη που θηλάζουν.

Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού.

- Για τη μητέρα.
1. Ταχεία παλινδρόμηση της μήτρας της λεχωίδας.
 2. Προστασία από καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών μετά από την εμμηνόπαυση.
 3. Μείωση της συχνότητας καρκίνου του ενδομητρίου.
 4. Προστασία από οστεοπόρωση.
 5. Σε σημαντικό βαθμό, προστασία από σύντομη, νέα εγκυμοσύνη.
 6. Ευκολότερη απώλεια του βάρους που αποκτήθηκε με την εγκυμοσύνη, καθώς το αποθηκευμένο λίπος καταναλώνεται για την παραγωγή γάλακτος.
 7. Ψυχική ολοκλήρωση της γυναίκας ως μητέρας.
 8. Ευκολία στη σίτιση του παιδιού.
 9. Οικονομία στον προϋπολογισμό της οικογένειας από την αποφυγή αγοράς έτοιμου γάλακτος.
- Για το παιδί.
1. Ιδανική σύνθεση γάλακτος για τη σωματική ανάπτυξη του νεογνού.
 2. Ενισχύει την ανοσία του νεογνού, λόγω των κυττάρων που περιέχει.
 3. Με το μητρικό γάλα, χορηγούνται απευθείας στο νεογνό έτοιμα

αντισώματα και αντιφλεγμονώδεις παράγοντες, με αποτέλεσμα την προστασία του από ιώσεις και από λοιμώξεις του αναπνευστικού και του γαστρεντερικού συστήματος.

4. Προλαμβάνει αλλεργικές καταστάσεις.
5. Προστατεύει από αναιμίες.
6. Αυξάνει σημαντικά την επιβίωση στα πρόωρα νεογνά. Για τα συγκεκριμένα νεογνά μάλιστα, φαίνεται ότι είναι η ιδανική διατροφή, αφού τελευταίες έρευνες έδειξαν ότι το γάλα μητέρων που γεννούν πρόωρα έχει σημαντικά μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε λευκώματα σε σχέση με το γάλα μητέρων που γεννούν κανονικά.
7. Το μητρικό γάλα είναι έτοιμο, στείρο μικροβίων και προσφέρεται στην κατάλληλη θερμοκρασία καθώς χορηγείται απευθείας από το μαστό.
8. Συντελεί στην αύξηση του δείκτη νοημοσύνης των παιδιών. Το μητρικό γάλα, σε αντίθεση με όλες τις εμπορικά διαθέσιμες συνθετικές τροφές, περιέχει τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου (αραχιδονικό και δοκοεξανικό οξύ) από τη σειρά ω-3 λιπαρών οξέων, τα οποία είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος.
9. Προστατεύει από την εμφάνιση νεανικού διαβήτη.
10. Προλαμβάνει την παχυσαρκία.
11. Ελαττώνει τις πιθανότητες για εμφάνιση παιδικού καρκίνου.
12. Προστατεύει από την εμφάνιση τερηδόνας.
13. Προλαμβάνει το μελλοντικό κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου.
14. Αποτελεί την πιο κατάλληλη τροφή για πολλές ασθένειες της νεογνικής και βρεφικής ηλικίας όπως είναι το σύνδρομο δυσαπορρόφησης, η δυσανεξία στο αγελαδινό γάλα, η επίμονη διάρροια, η ελκώδης κολίτιδα, η νεκρωτική εντεροκολίτιδα, η ανεπάρκεια της IgA ανοσοσφαιρίνης κ.α.
15. Το βρέφος παίρνει όσο γάλα του χρειάζεται.
16. Το μητρικό γάλα περιέχει ορμόνες που συμβάλλουν στην ηρεμία του βρέφους.
17. Επιτυγχάνεται πλήρης ψυχική επαφή μεταξύ μητέρας-παιδιού, η οποία είναι απαραίτητη, τόσο για τη σωματική, όσο και για την ψυχική ανάπτυξη του βρέφους.


ΔΕΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ


1. Να υπάρχει γραπτή πολιτική και η πολιτική αυτή να ακολουθείται απ' όλους τους φορείς του Μαιευτηρίου που ασχολούνται με την φροντίδα του νεογέννητου.
2. Οι φορείς να εκπαιδεύονται ώστε να γίνουν ικανοί να εφαρμόσουν την πολιτική αυτή.
3. Να ενημερώνονται όλες οι μητέρες για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.
4. Ο θηλασμός να αρχίζει το πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό με την βοήθεια εκπαιδευμένου προσωπικού.
5. Οι μητέρες να εκπαιδεύονται στην τέχνη του θηλασμού. Σε περίπτωση πρόωρου τοκετού και αναγκαστικού αποχωρισμού από το παιδί τους, οι μητέρες να εκπαιδεύονται στην διατήρηση της γαλουχίας.
6. Στο νεογέννητο να δίνεται μόνο μητρικό γάλα, ούτε υγρά, ούτε συμπλήρωμα ξένου γάλακτος, εκτός εάν υπάρχει ειδικός ιατρικός λόγος.
7. Να εφαρμόζεται το σύστημα "rooming-in", που σημαίνει το νεογέννητο δίπλα στη μητέρα του, 24 ώρες το 24ωρο.
8. Ο θηλασμός να είναι ελεύθερος και απεριόριστος.
9. Να μην δίνονται πιπίλες στα παιδιά που θηλάζουν.
10. Να ιδρυθούν ομάδες υποστήριξης του μητρικού θηλασμού και μετά την έξοδο του νεογέννητου από το Μαιευτήριο, στις οποίες να μετέχουν και μητέρες.





ΓΕΝΕΥΗ 1989


ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΘΗΛΑΣΜΟ


 Έγκαιρη και πλήρης ενημέρωση της μητέρας για τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για την ίδια και το νεογνό.


 Άμεση τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας. Ο θηλασμός πρέπει να αρχίζει, εάν είναι δυνατόν, το πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό με την βοήθεια εκπαιδευμένου προσωπικού.

 Τήρηση της συχνότητας του θηλασμού, ανάλογα με τις απαιτήσεις του νεογνού. Η φύση έχει προβλέψει έτσι ώστε η παραγωγή του μητρικού γάλακτος να είναι ανάλογη με τις ανάγκες του νεογέννητου και του βρέφους, ανεξαρτήτως του μεγέθους του μαστού, το οποίο δεν παίζει κανένα απολύτως ρόλο στην ικανότητα παραγωγής γάλακτος.

 Η εκπαίδευση της μητέρας στην τέχνη του θηλασμού και στην διατήρηση της γαλουχίας. Το νεογέννητο είναι απαραίτητο να βρίσκεται στο ίδιο δωμάτιο με την μητέρα του στο μαιευτήριο. Η τοποθέτηση του μωρού σε μεγάλους θαλάμους μαζί με 20-30 άλλα μωρά ελλοχεύει πολλούς κινδύνους αλλά και αποτελεί καίριο πλήγμα για τον θηλασμό.

 Σε κάθε θηλασμό πρέπει να προσφέρονται και οι δύο μαστοί. Το καλύτερο ερέθισμα για την παραγωγή γάλακτος είναι η κένωση και των δύο μαστών. Με 5 λεπτά θηλασμού, το νεογνό λαμβάνει τα 2/3 περίπου του γάλακτος που περιέχει κάθε μαστός. Το νεογνό θηλάζει περίπου 15-20 λεπτά είτε θηλάζοντας από τον ένα και τον άλλον μαστό, είτε εναλλάξ και από τους δύο ταυτόχρονα.

 Χορήγηση στο νεογνό μόνο μητρικού γάλακτος και αποφυγή συμπληρώματος ξένου γάλακτος, εκτός και αν συντρέχει κάποιος ειδικός ιατρικός λόγος που επιβάλλει να γίνει κάτι τέτοιο.

 Αυστηρή τήρηση κανόνων καθαριότητας, όπως πλύσιμο της θηλής και των χεριών της μητέρας, πριν από τον θηλασμό, προστατεύει από επιπλοκές που μπορεί να δυσχεράνουν τον θηλασμό.



Σωστή στάση τόσο της μητέρας , όσο και του παιδιού. Η μητέρα πρέπει να κρατά σωστά το διογκωμένο μαστό, έτσι ώστε να μην αποφράσσονται από αυτόν τα ρουθούνια του νεογνού. Το στομάχι του μωρού πρέπει να έχει επαφή με το επιγάστριο της μητέρας , έτσι που το μωρό να μην χρειάζεται να γυρίσει το κεφάλι του στο πλάι για να θηλάσει αλλά να βλέπει κατευθείαν στο στήθος. Η επαφή με το μωρό της μητέρας θα πρέπει να είναι δέρμα με δέρμα χωρίς την παρεμβολή ρούχων ,τονίζουν οι παιδοψυχίατροι.



Η αποκατάσταση των νυχτερινών γευμάτων με πιπίλα είναι παράλογη.



Η ποσότητα γάλακτος που χρειάζεται ένα βρέφος ημερησίως είναι 150ml/kg , όσες δηλαδή είναι οι ανάγκες του σε νερό. Τις πρώτες μέρες δίνονται λίγο μικρότερες ποσότητες, ενώ στο πρόωρο δίνουμε 200 ml/kg ,γιατί σε οι ανάγκες του τόσο σε νερό όσο και σε λεύκωμα είναι αυξημένες.



Εξήγηση προς την μητέρα ότι οι δυσκολίες , που τυχόν παρουσιάζονται στην αρχή είναι φυσιολογικές και ξεπερνιόνται σιγά-σιγά, ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη του αισθήματος απογοήτευσης, το οποίο θα οδηγήσει στην αποτυχία του θηλασμού.



Από την πλευρά του νεογνού επιτυχής θηλασμός σημαίνει: 1.ικανοποιητικά διαστήματα ύπνου, 2.αύξηση βάρους, 3. φυσιολογικές κενώσεις.



Την 1η-4η ημέρα μετά τον τοκετό αποβάλλεται από τον μαστό το πύαρ ή πρωτόγαλα, που είναι άριστη τροφή για το νεογνό τις πρώτες μέρες. Το πύαρ έχει μεγάλη περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη, βιταμίνη Α, άλατα νατρίου, φωσφόρου, αντισώματα και λευκοκύτταρα, έχει ταυτόχρονα μικρή περιεκτικότητα σε λίπη και υδατάνθρακες και χαρακτηρίζεται από καθαρτική δράση, ενώ συντελεί στον καθαρισμό του γαστρεντερικού σωλήνα του νεογνού, την αποβολή του μηκωνίου και την εγκατάσταση φυσιολογικής χλωρίδας στο έντερο. Μετά την 3η ημέρα το πύαρ γίνεται μεταβατικό γάλα και μετά την 7η-10η ημέρα γίνεται ώριμο γάλα. Παράγεται πλέον σε πιο μεγάλη ποσότητα και περιέχει μοναδική αναλογία σε λευκώματα , λίπη, υδατάνθρακες,

άλατα, βιταμίνες και αντισώματα και είναι αναντικατάστατη τροφή για το νεογνό.



Ο θηλασμός εδραιώνεται τις 6 πρώτες εβδομάδες για το λόγο αυτό θα ήταν προτιμότερο το διάστημα αυτό να αποφεύγονται τα μπιμπερόν και οι πιπίλες. Η χορήγηση έτοιμων αφεψημάτων δεν συνίσταται.

ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ
(ανά 100 ml)
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΟ ΑΓΕΛΑΔΙΝΟ ΓΑΛΑ

Συστατικό γάλακτος	Πύαρ	Ενδιάμεσης ωριμότητας μητρικό γάλα	Ωριμο μητρικό γάλα	Αγελαδινό γάλα
Ενέργεια (Kcal)	57	63	65	65
Λιποδιαλυτές βιταμίνες.				
A (mg)	151	88	75	41
D (IU)	0	0	5	2.5
E (mg)	1.5	0.9	0.25	0.07
K (μg)	0	0	1.5	6
Υδατοδιαλυτές βιταμίνες.				
Θειαμίνη (μg)	1.9	5.9	14	43
Ριβοφλαβίνη (μg)	30	37	40	145
Νιασίνη (μg)	75	175	160	82
Παντοθενικό οξύ (μg)	183	288	246	340
Βιοτίνη (μg)	0.06	0.35	0.6	2.8
B12 (mg)	0.05	0.04	0.1	0.6
C (mg)	5.9	7.1	5	1.1
Πρωτείνες (gr)				
Καζεΐνη			0.4	2.7
Λευκωματίνη			0.4	0.4
Σφαιρίνη			0.2	0.2
Λίπη (gr)			3.8	3.7
Λινολεϊκό οξύ (ποσοστό από όλα τα λιπαρά οξέα)			7%	1%
Υδατάνθρακες (gr)				
Λακτόζη			6.8	4.9
Ιχνοστοιχεία (άλατα)				
Ασβέστιο (mg)			34	117
Φωσφόρος (mg)			15	92
Μαγνήσιο (mg)			4	12
Νάτριο mEq/l			7	22
Κάλιο mEq/L			13	35
Χλώριο mEq/q			11	29
Σίδηρος mg			0.5	0.5
Νερό (gr)			87	87

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ.

Εξαρτησιογόνος ουσία είναι κάθε φυσική, ημισυνθετική ή συνθετική ουσία που επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αλλάξει κάποιο άτομο τη διάθεσή του.

Συνήθως για τις ουσίες αυτές χρησιμοποιείται ο όρος «ναρκωτικά», ο οποίος όμως δεν ανταποκρίνεται με ακρίβεια στις ουσίες αυτές, επειδή κάποιες έχουν κατασταλτική επίδραση (π.χ. υπνωτικά κ.α.) και άλλες διεγερτική (π.χ. αμφεταμίνες, κοκαΐνη κ.α.). Στη βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται και άλλοι όροι για τις ουσίες αυτές όπως «ψυχοτρόπες», «εθιστικές», κ.λ.π.

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες μπορούν να διακριθούν σε:

- Νόμιμες, όπως ο καπνός και τα οινοπνευματώδη.
- Παράνομες, όπως το χασίς, η ηρωίνη κ.α.

Υπάρχει και μια ενδιάμεση κατηγορία ουσιών που αποτελείται από τα ψυχοτρόπα φάρμακα (ηρεμιστικά, υπνωτικά κ.λ.π.), τα οποία -ενώ διατίθενται για ιατρικούς λόγους- συχνά χρησιμοποιούνται από άτομα για να φτιάξουν τη διάθεσή τους, συχνά μάλιστα σε συνδυασμό με άλλες ουσίες (π.χ. αλκοόλ).

Ο όρος «ναρκωτικά» χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά για τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες.

Ο οργανισμός του ατόμου μπορεί να αναπτύξει ανοχή σε μια εξαρτησιογόνο ουσία, ενώ όλες οι ουσίες αυτές προκαλούν - όπως δείχνει και ο όρος εξαρτησιογόνες- σωματική και ψυχική εξάρτηση ή μόνο ψυχική.

Ανοχή

Είναι το φαινόμενο που παρουσιάζεται μετά από κάποιο διάστημα συστηματικής χρήσης μιας εξαρτησιογόνου ουσίας. Το διάστημα αυτό ποικίλλει ανάλογα με την ουσία, τον τρόπο χρήσης, την ταυτόχρονη χρήση και άλλων ουσιών, το μεταβολισμό του κάθε ατόμου κ.α. Πρόκειται για την ανάγκη αύξησης της δόσης της ουσίας, προκειμένου ο χρήστης να έχει τα ίδια αποτελέσματα ή την εμφάνιση στερητικών συνδρόμων όταν διατηρείται σταθερή η δόση.

Εξάρτηση

Είναι η συνεχής ανάγκη για τη χρήση μιας ουσίας. Η εξάρτηση μπορεί να είναι:

- Σωματική, όταν ο οργανισμός του χρήστη μιας ουσίας δεν μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά χωρίς την ουσία αυτή.
- Ψυχική, όταν ο χρήστης έχει την ανάγκη της ουσίας για να διατηρήσει την ψυχική του συνοχή.

Όλες οι περιπτώσεις σωματικής εξάρτησης εμπεριέχουν και την ψυχική, ενώ δεν συμβαίνει πάντα το αντίθετο.

Μετά την εγκατάσταση σωματικής ή ψυχικής εξάρτησης, αν διακοπεί απότομα η χρήση, εμφανίζονται τα συμπτώματα στέρησης (σωματικά ή ψυχολογικά).

Όλες οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν εξάρτηση. Μερικές σωματική και ψυχική, άλλες μόνο ψυχική. Η σωματική εξάρτηση συνήθως αντιμετωπίζεται εύκολα, ενώ η αντιμετώπιση της ψυχικής εξάρτησης απαιτεί μια επίπονη και μακροχρόνια θεραπευτική διαδικασία. Όλοι όσοι κάνουν χρήση μιας εξαρτησιογόνου ουσίας δεν είναι απαραίτητα εξαρτημένοι από την ουσία αυτή. Για να επέλθει η εξάρτηση χρειάζεται ένα χρονικό διάστημα συνεχούς χρήσης της ουσίας, που ποικίλλει ανάλογα με την ουσία, τον τρόπο χορήγησης, την ποσότητα κ.α.

Η εξάρτηση υποδηλώνεται από την παρουσία τριών τουλάχιστον από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Έντονη επιθυμία χρήσης της ουσίας.
- Ανάπτυξη ανοχής στη χρήση της ουσίας.
- Παρουσία στερητικού συνδρόμου με τη μείωση ή τη διακοπή της Χρήσης της ουσίας.
- Ανάλωση σημαντικού χρόνου γύρω από τη συμπεριφορά χρήσης.
- Εγκατάλειψη σημαντικών δραστηριοτήτων (κοινωνικών, επαγγελματικών, ψυχαγωγικών κ.α) λόγω της χρήσης.
- Εμμονή στη χρήση της ουσίας, παρά το γεγονός ότι προκαλεί στο χρήστη σοβαρά σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα, καθώς επίσης δυσλειτουργίες σε κύριους τομείς της ζωής του.

Συμπτώματα στέρησης/Σύνδρομο στέρησης

Ακολουθούν την απότομη διακοπή μιας εξαρτησιογόνου ουσίας, εφόσον έχει εγκατασταθεί η σωματική και ψυχική εξάρτηση. Πρόκειται για μια σειρά σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων ή μόνο ψυχολογικών, που συνήθως είναι αντίθετα από αυτά που προκαλούσε η χρήση της συγκεκριμένης ουσίας. Εάν για παράδειγμα, η χρήση μιας ουσίας προκαλούσε στο χρήστη αίσθημα ηρεμίας και υπνηλίας, το

στερητικό σύνδρομο μπορεί να έχει τη μορφή της υπερδιέγερσης και της αϋπνίας.

Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Τα πιο πρόσφατα στατιστικά στοιχεία προέρχονται από την πανελλήνια έρευνα που έκανε το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) το 1998.

Η έρευνα έγινε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού (12-64 ετών) της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών και σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του μαθητικού πληθυσμού (13-18 ετών) σε όλη την Ελλάδα.

Η έρευνα αυτή αποτελεί επανάληψη των δύο προηγούμενων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στους ίδιους πληθυσμούς το 1984 και το 1993. Αυτό μας επιτρέπει να έχουμε μια συγκριτική εικόνα της εξέλιξης του φαινομένου από το 1984 έως το 1998.

Αποτελέσματα της έρευνας.

➤ Κάπνισμα.

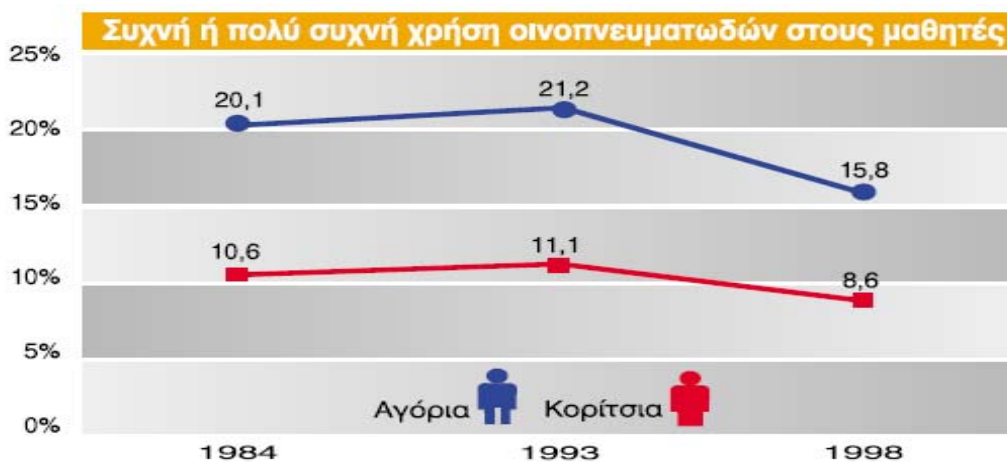
Το συστηματικό κάπνισμα στο γενικό πληθυσμό δείχνει αυξητικές τάσεις μεταξύ του 1984 και του 1998 (από 34,8% σε 37,6%), γεγονός που φαίνεται να οφείλεται στο μεγαλύτερο αριθμό γυναικών που καπνίζει συστηματικά. Τα υψηλότερα ποσοστά συστηματικού καπνίσματος παρατηρούνται στις ηλικίες 25-35 (60% των ανδρών, 38% των γυναικών). Παρόμοιες τάσεις παρατηρούνται και στο μαθητικό πληθυσμό. Ενώ αρχικά υπήρξε μια σημαντική μείωση του συστηματικού καπνίσματος στους μαθητές ανάμεσα στο 1984 (22%) και στο 1993 (14,6%), η πορεία αυτή αναστράφηκε το 1998 και ο αριθμός των συστηματικών καπνιστών ανήλθε στο 20,8 (21,9% για τα αγόρια και 19,7% για τα κορίτσια).



➤ Αλκοόλ.

Περισσότερο από 1/3 του γενικού πληθυσμού κάνει συχνά χρήση οινοπνευματωδών (50% για τους άνδρες και 17% για τις γυναίκες). Η συχνότητα κατανάλωσης οινοπνευματωδών παραμένει σταθερή από το 1984, τόσο στα δύο φύλα, όσο και στις επιμέρους ηλικιακές ομάδες, με εξαίρεση την ηλικιακή ομάδα 18-24 ετών, όπου η συχνή κατανάλωση αυξήθηκε από 27,8% σε 35,6%.

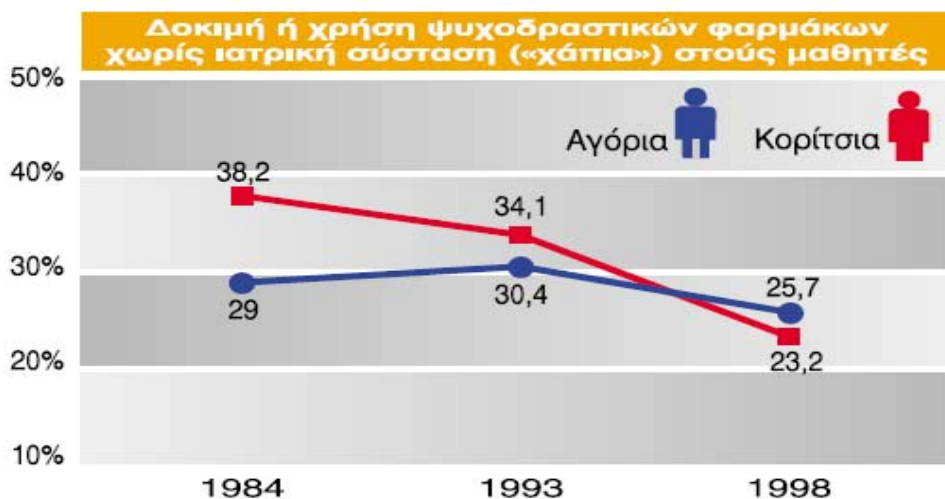
Το 62% των μαθητών καταναλώνει οινοπνευματώδη περιστασιακά, δηλαδή λιγότερο από 10 φορές το μήνα. Περισσότερα αγόρια απ'ότι κορίτσια, δηλώνουν συχνή και πολύ συχνή χρήση οινοπνευματωδών. Διαχρονικά, ενώ δεν παρατηρούνται ουσιαστικές μεταβολές στη συχνή και πολύ συχνή κατανάλωση οινοπνευματωδών ανάμεσα στο 1984 και το 1993, αυτή φαίνεται να παρουσιάζει καθοδική πορεία το 1998, ιδιαίτερα στα αγόρια.



➤ Ψυχοδραστικά φάρμακα (χωρίς ιατρική σύσταση).

Το 9,2% του γενικού πληθυσμού έχει χρησιμοποιήσει κατά τη διάρκεια της ζωής του ψυχοδραστικά φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή, ποσοστό σημαντικά μειωμένο σε σχέση με το 1984, όπου έφτανε το 15,4%. Αν και η μείωση αφορά και τα δύο φύλα, περισσότερες γυναίκες από ότι άνδρες κάνουν χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων χωρίς σύσταση γιατρού.

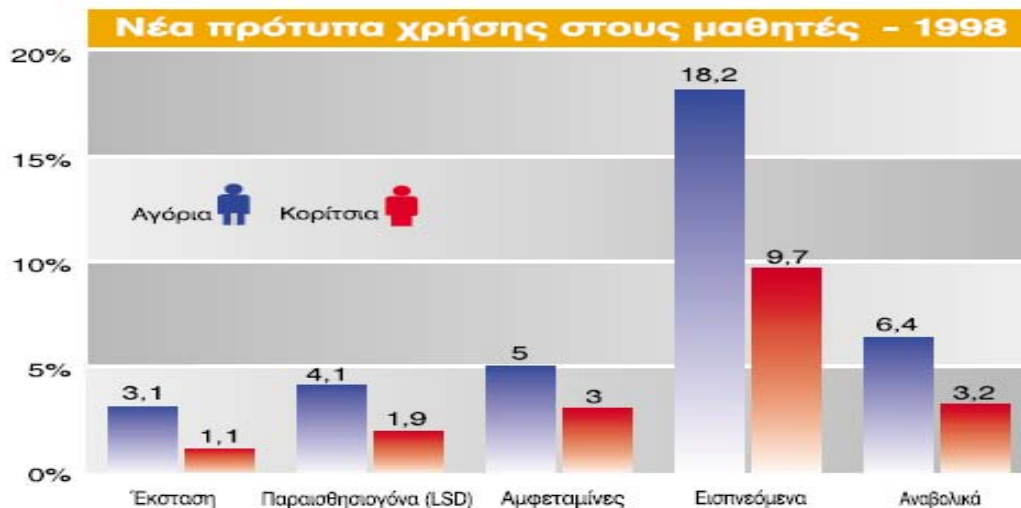
Αντίστοιχη μείωση στη χρήση φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή παρατηρείται και στο μαθητικό πληθυσμό, ιδιαίτερα στα κορίτσια. Το 31,8% των μαθητών έχουν χρησιμοποιήσει ψυχοδραστικά φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή, τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους. Περισσότερο διαδεδομένη χρήση εμφανίζουν τα ισχυρά παυσίπονα και τα κωδεϊνούχα σιρόπια, ενώ λιγότερο τα ηρεμιστικά. Για όλες τις παραπάνω ουσίες δεν παρατηρούνται διαφορές στη χρήση τους ανάμεσα στα δύο φύλα. Επίσης, το 6,4% των αγοριών και το 3,2% των κοριτσιών αναφέρουν πως έχουν κάνει χρήση αναβολικών, τουλάχιστον μία φορά. Για τη χρήση των συγκεκριμένων ουσιών, οι μαθητές ερωτήθηκαν για πρώτη φορά στην έρευνα του 1998.



➤ Παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες (ναρκωτικά).

Από το 1984 έως το 1993 δεν παρουσιάζονται αξιοσημείωτες διαφορές στο ποσοστό των μαθητών που έχουν δοκιμάσει ή έχουν κάνει χρήση παράνομων ουσιών. Αντίθετα, από το 1993 έως και το 1998, παρατηρείται σημαντική αύξηση, όχι μόνο στους μαθητές που έχουν δοκιμάσει έστω μία φορά, αλλά και σε αυτούς που κάνουν συστηματική χρήση (από 6% το 1993 σε 13,7% το 1998).

Σε ότι αφορά τις ουσίες που χρησιμοποιούνται από τους μαθητές, οι περισσότεροι από όσους ερωτήθηκαν στην έρευνα του 1998 δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν κυρίως εισπνεόμενες ουσίες (18,2% για τα αγόρια και 9,7% για τα κορίτσια.)



ΚΑΠΝΟΣ.

Ο καπνός προέρχεται από τα αποξηραμένα φύλλα του φυτού *nicotiana tabacum*, το οποίο φύεται σε πολλά μέρη του κόσμου και στην Ελλάδα. Τα φύλλα του καπνού περιέχουν μια σειρά από ουσίες (περίπου 1200), από τις οποίες η σπουδαιότερη είναι η νικοτίνη. Άλλες ουσίες επίσης γνωστές είναι η πίσσα, η βενζοπυρίνη, το μονοξειδίο του άνθρακα κ.α. Η καθαρή νικοτίνη είναι ισχυρό δηλητήριο (60 χιλιοστά του γραμμαρίου είναι δόση θανατηφόρα για τον άνθρωπο). Στη φυσική της μορφή είναι ένα άχρωμο έλαιο, πικρό και καυτερό που σκουραίνει όταν εκτεθεί στον αέρα. Είναι το σημαντικότερο αλκαλοειδές από όσα υπάρχουν στα φύλλα του καπνού. Τα αλκαλοειδή είναι αζωτούχες ενώσεις, φυτικής προελεύσεως με αλκαλικές αντιδράσεις (απ' όπου προκύπτει και η ονομασία τους), τα οποία επιδρούν βαθιά στο νευρικό σύστημα των ζώντων οργανισμών. Στα αλκαλοειδή επίσης ανήκουν η μορφίνη, η κοκαΐνη, η στρυχνίνη, η καφεΐνη κ.α.

Ιστορικά στοιχεία.

Το κάπνισμα διαδόθηκε στην Ευρώπη από τους εξερευνητές του Νέου Κόσμου. Οι αυτόχθονες κάτοικοι της Αμερικής, οι Ινδιάνοι, είχαν τη συνήθεια να χρησιμοποιούν τον καπνό για λόγους ευφορικούς, θεραπευτικούς και θρησκευτικούς.

Παρ'όλες τις αρχικές αντιδράσεις στη χρήση του καπνού, η συνήθεια του καπνίσματος της πίπας διαδόθηκε και στην Ευρώπη. Το τσιγάρο μαθεύτηκε από τον πόλεμο της Κριμαίας, όπου οι στρατιώτες είδαν τους Τούρκους να τυλίγουν τον καπνό σε χαρτάκια.

Με τη βιομηχανοποίηση του τσιγάρου, η συνήθεια του καπνίσματος επεκτάθηκε σε όλα τα στρώματα του πληθυσμού.

Αποτελέσματα του καπνίσματος στον οργανισμό.

Η νικοτίνη απορροφάται με μεγάλη ταχύτητα και ευκολία από το βλεννογόνο με τον οποίο έρχεται σε επαφή και ιδιαίτερα από το βρογχικό επιθήλιο και το επιθήλιο των πνευμονικών κυψελίδων. Αυτό εξηγεί γιατί οι επιδράσεις ενός τσιγάρου γίνονται αμέσως αντιληπτές από έναν καπνιστή. Επιδρά στην καρδιά, στα αιμοφόρα αγγεία, στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και στα περισσότερα από τα συστήματα του οργανισμού. Προκαλεί αίσθημα χαλάρωσης και βοηθάει το χρήστη να αντιμετωπίσει αγχογόνες καταστάσεις και ανιαρές εργασίες. Αυτοί που δοκιμάζουν για πρώτη φορά να καπνίσουν μπορεί να παρουσιάσουν ναυτία και εμέτους.

Το κάπνισμα των τσιγάρων έχει συσχετισθεί κυρίως με τρεις κατηγορίες νοσημάτων. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο του πνεύμονα, του λάρυγγα και της ουροδόχου κύστης, καθώς και τις χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες, όπως χρόνια βρογχίτιδα και πνευμονικό εμφύσημα.

Το κάπνισμα ευθύνεται ακόμα ή συμμετέχει, στην πρόκληση αγγειοεγκεφαλικών διαταραχών, περιφερικών αρτηριοπαθειών, αγγειακών ανευρυσμάτων, καρκίνου του στόματος, φάρυγγα, οισοφάγου, ήπατος, παγκρέατος, νεφρών, λοιμώξεων του αναπνευστικού και πεπτικού έλκους. Επίσης προκαλεί και κάποια συμπτώματα, τα οποία οι περισσότεροι καπνιστές δεν έχουν αντιληφθεί ότι προέρχονται από εκεί. Μερικά απ' αυτά είναι ότι:

- Κουράζονται ευκολότερα
- Νυστάζουν ευκολότερα
- Αρρωσταίνουν ευκολότερα και πιο πολλές φορές από έναν μη καπνιστή
- Έχουν απώλεια της αίσθησης της γεύσης και της όσφρησης.
- Έχουν βήχα, ιδιαίτερα το πρωί.
- Πολλές φορές έχουν τάση για έμετο.
- Έχουν δέρμα ζαρωμένο και κίτρινα δόντια

Τι συμβαίνει όταν κάποιος καπνίζει.

Σε κάθε ρουφηξιά καπνού εισέρχονται στον οργανισμό οι περισσότερες από τις τοξικές ουσίες του τσιγάρου. Η νικοτίνη είναι επικίνδυνη κυρίως λόγω των επιδράσεών της στο νευρικό σύστημα και υπεύθυνη για το αίσθημα στέρησης, όταν ο καπνιστής προσπαθεί να σταματήσει το κάπνισμα. Η πίσσα είναι κυρίως υπεύθυνη για την καρκινογόνο δράση του καπνού. Το διοξείδιο του άνθρακα θεωρείται υπεύθυνο για τις βλάβες στα αγγεία και την καρδιά. Οι ερεθιστικές ουσίες θεωρούνται κυρίως υπεύθυνες για τις χρόνιες πνευμονικές παθήσεις.

Ο καπνός εισέρχεται στον οργανισμό από το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα και διαχέεται σταδιακά στον λάρυγγα, την τραχεία, τους βρόγχους και τους πνεύμονες. Στη συνέχεια, μέσω του αίματος διαδίδεται σε όλα τα κύτταρα του σώματος.

Πώς το κάπνισμα επηρεάζει το δέρμα.

Εκτός από τις καταστροφικές επιπτώσεις που έχει το κάπνισμα στα εσωτερικά όργανα, κυρίως την καρδιά και τους πνεύμονες, έχει και μια

άμεσα παρατηρήσιμη επίδραση γήρανσης στο δέρμα, αφού επηρεάζει το χρώμα του και συντελεί στην εμφάνιση πρώιμων ρυτίδων.

Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στεγνώνει την επιδερμίδα. Ταυτόχρονα, το κάπνισμα συστέλλει τα αιμοφόρα αγγεία, μειώνοντας την ποσότητα του αίματος που ρέει στο δέρμα και του στερεί το οξυγόνο και τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες. Επιπλέον, οι έρευνες δείχνουν ότι το κάπνισμα μπορεί να μειώσει τα αποθέματα του οργανισμού σε βιταμίνη Α, η οποία προστατεύει το δέρμα από ορισμένους βλαπτικούς παράγοντες που το ίδιο το κάπνισμα δημιουργεί. Επίσης επηρεάζει την επούλωση των πληγών (συμπεριλαμβανομένων και των τομών των εγχειρήσεων).

Στατιστικά στοιχεία

1. Κάπνισμα και καρκίνος των πνευμόνων.

Εντατικές επιδημιολογικές μελέτες στη Μεγάλη Βρετανία και τις ΗΠΑ έχουν αποδείξει, πέρα από κάθε αμφιβολία, ότι το κάπνισμα αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου των πνευμόνων. Υπολογίζεται ότι προκαλεί περίπου το 82% όλων των θανάτων από καρκίνο των πνευμόνων.

Οι καπνιστές που καπνίζουν από 1-14 τσιγάρα την ημέρα, κινδυνεύουν 8 φορές περισσότερο να πεθάνουν από καρκίνο των πνευμόνων, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.

Οι καπνιστές που καπνίζουν περισσότερα από 25 τσιγάρα την ημέρα, κινδυνεύουν 25 φορές περισσότερο να πεθάνουν από καρκίνο των πνευμόνων, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.

2. Κάπνισμα και καρδιοπάθειες.

Το κάπνισμα προκαλεί περίπου το 25% όλων των θανάτων από καρδιοπάθειες στη Μεγάλη Βρετανία. Στις ΗΠΑ το νούμερο αυτό ανέρχεται σε 50%, συμπεριλαμβανομένων και όλων των περιπτώσεων υπέρτασης και εγκεφαλικών.

Αυξάνει κατά δύο-τρεις φορές τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής, σε σχέση με τον κίνδυνο που διατρέχουν οι μη καπνιστές. Περίπου το 90% των περιφερειακών αγγειακών παθήσεων που οδηγούν σε ακρωτηριασμό των σκελών οφείλονται στο κάπνισμα (περίπου 2000 ακρωτηριασμοί το χρόνο).

3. Κάπνισμα και αναπνευστικές παθήσεις.

Αναφέρεται ότι το 83% όλων των θανάτων από βρογχίτιδα και εμφύσημα μπορούν να αποδοθούν στο κάπνισμα.

4. Άλλα στοιχεία.

- Το κάπνισμα σκοτώνει περίπου εξαπλάσιους ανθρώπους στη Μεγάλη Βρετανία απ' ότι όλες οι παρακάτω αιτίες μαζί (βάσει στοιχείων του 1996).
 - Αυτοκινητιστικά ατυχήματα (3698).
 - Ανθρωποκτονίες εκ προθέσεως ή εξ αμελείας (448).
 - Αυτοκτονίες (4175).
 - Δηλητηριάσεις και υπερβολικές δόσεις (1071).
 - AIDS (577).
 - Όλα τα άλλα ατυχήματα (9974).
- Περίπου 480000 Αμερικανοί πεθαίνουν πρόωρα κάθε χρόνο από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα.
- Στις ΗΠΑ, ο καπνός σκοτώνει περισσότερους ανθρώπους κάθε χρόνο απ' ότι το αλκοόλ, η κοκαΐνη, το κρακ, η ηρωίνη, τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα, οι αυτοκτονίες και το AIDS μαζί.
- Κάθε μέρα, περίπου 450 παιδιά στη Μεγάλη Βρετανία και 3000 παιδιά στις ΗΠΑ αρχίζουν να καπνίζουν.

Παθητικό κάπνισμα.

Το παθητικό κάπνισμα (η έκθεση στον καπνό από τα τσιγάρα άλλων ανθρώπων) αποτελείται από:

Άμεσο καπνό, τον καπνό από την άκρη του τσιγάρου που καίγεται.

Έμμεσο καπνό, τον καπνό που εκπνέεται από τον καπνιστή.

Περιβαλλοντικό καπνό, ένα συνδυασμό άμεσου και έμμεσου καπνού, που είναι βασική πηγή ρύπανσης των εσωτερικών χώρων.

Η Υπηρεσία Περιβαλλοντικής Προστασίας των ΗΠΑ έχει δηλώσει επίσημα ότι το παθητικό κάπνισμα ή η έκθεση σε περιβαλλοντικό καπνό αποτελεί καρκινογόνο παράγοντα πρώτης κατηγορίας κι αυτό σημαίνει ότι μπορεί να προκαλέσει καρκίνο στους ανθρώπους.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν συσσωρευτεί πολλές αποδείξεις σχετικά με τον αντίκτυπο του παθητικού καπνίσματος στην υγεία. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται κι εκείνες που υπάρχουν σε αναφορές από την Ανεξάρτητη Επιστημονική Επιτροπή για το κάπνισμα και την υγεία, της Μεγάλης Βρετανίας, του Εθνικού Συμβουλίου Έρευνας των ΗΠΑ και του Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικής Έρευνας της Αυστραλίας.

Τα τελευταία δυο χρόνια, έχουν δημοσιευτεί κι άλλες εκθέσεις γύρω από το παθητικό κάπνισμα, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν μελέτες που διεξήγαγε η Επιστημονική Επιτροπή για τον καπνό και την υγεία, μετά από εντολή της κυβέρνησης της Μεγάλης Βρετανίας. Επίσης έχει γίνει μια αναφορά εμπειρογνομώνων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

των ΗΠΑ σχετικά με το παθητικό κάπνισμα και την υγεία των παιδιών, καθώς και μια αναφορά από την Υπηρεσία Προστασίας του Περιβάλλοντος της Καλιφόρνια.

Όλες οι μελέτες αναγνώρισαν το παθητικό κάπνισμα ως παράγοντα κινδύνου για τα πιο κάτω:

Ασθένειες σε ενήλικους:

- α. Καρκίνος των πνευμόνων.
- β. Ισχαιμία.
- γ. Μειωμένη πνευμονική λειτουργία σε άτομα χωρίς χρόνια αναπνευστικά προβλήματα.
- δ. Αυξημένη ευαισθησία και μειωμένη πνευμονική λειτουργία σε ασθματικούς.
- ε. Ερεθισμός ματιών, μύτης και λαιμού.
- στ. Επιδείνωση αλλεργιών.
- ζ. Αυξημένος κίνδυνος εγκεφαλικού.
- η. Ρινικός καρκίνος.
- θ. Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.

Ασθένειες σε βρέφη και μικρά παιδιά:

- α. Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης της κατώτερης αναπνευστικής οδού.
- β. Αυξημένη σοβαρότητα συμπτωμάτων άσθματος.
- γ. Συχνότερη εμφάνιση χρόνιου βήχα, φλέγματος και ασθματικής αναπνοής.
- δ. Προβλήματα χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση.
- ε. Αυξημένος κίνδυνος αιφνίδιου θανάτου νεογνών στην κούνια τους.
- στ. Χρόνια μόλυνση μέσου ωτός.
- ζ. Βρογχίτιδα και πνευμονία.
- η. Διάφορα είδη καρκίνου και λευχαιμία.
- θ. Μηνιγγιτιδοκοκκικές λοιμώξεις.

Περισσότερα από 17.000 παιδιά μικρότερα από πέντε ετών μπαίνουν στο νοσοκομείο κάθε χρόνο στη Μεγάλη Βρετανία εξαιτίας της επίδρασης του παθητικού καπνίσματος. Περίπου 300.000 παιδιά στις ΗΠΑ προσβάλλονται κάθε χρόνο από λοιμώξεις της κατώτερης αναπνευστικής οδού, που προκαλούνται από παθητικό κάπνισμα. Αξίζει να θυμόμαστε ότι, αντίθετα με τους ενήλικους, τα μικρά παιδιά δεν έχουν επιλογή σε σχέση με την έκθεση τους στο παθητικό κάπνισμα.

Καρκίνος των πνευμόνων.

Σε έρευνα στην οποία αναλύθηκαν 37 δημοσιευμένες επιδημιολογικές μελέτες με τον κίνδυνο καρκίνου των πνευμόνων σε μη καπνιστές (συνολικά 4.626 περιπτώσεις), διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος αυτός για ανθρώπους που δεν είχαν καπνίσει ποτέ στη ζωή τους, αλλά ζούσαν με

κάποιον καπνιστή ήταν 24%. Οποιαδήποτε προσαρμογή παραγόντων όπως η διατροφή είχε μικρή γενικά επίδραση. Επίσης, καρκινογόνες ουσίες που βρίσκονται αποκλειστικά στον καπνό και οι οποίες ανιχνεύτηκαν στο αίμα μη καπνιστών παρέχουν σαφείς αποδείξεις για την επίδραση του παθητικού καπνίσματος. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, μη καπνιστές που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα παρέχουν ακαταμάχητη επιβεβαίωση ότι η αναπνοή του καπνού των άλλων ανθρώπων είναι αιτία καρκίνου των πνευμόνων.

Μια μεγάλη ευρωπαϊκή έρευνα που έγινε σε μη καπνιστές που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα και οι οποίοι ζουν ή εργάζονται μαζί με καπνιστές, έδειξε ότι οι άνθρωποι αυτοί έχουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου των πνευμόνων, που κυμαίνεται γύρω στο 20-30%. Αυτή η εκτεταμένη μελέτη έγινε σε 12 κέντρα, σε 7 ευρωπαϊκές χώρες. Χρησιμοποιήθηκαν 650 ασθενείς με καρκίνο των πνευμόνων και 1.542 υγιή άτομα ηλικίας μέχρι 74 ετών. Τα άτομα αυτά ρωτήθηκαν σχετικά με την έκθεση τους σε παθητικό κάπνισμα κατά την παιδική τους ηλικία και την ενήλικη ζωή τους, στο σπίτι, στο χώρο εργασίας, σε οχήματα και δημόσιους χώρους. Με αυτήν τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι η έκθεση σε καπνό κατά την παιδική ηλικία δεν συνδεόταν με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου των πνευμόνων.

Καρδιοπάθειες.

Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν στις αρχές της δεκαετίας του '90, υπολογίστηκε ότι οι καρδιοπάθειες που προκαλούνται από το παθητικό κάπνισμα ήταν η τρίτη κορυφαία αιτία θανάτου με δυνατότητα πρόληψης στις ΗΠΑ, ενώ η πρώτη ήταν το άμεσο κάπνισμα και η δεύτερη η κατάχρηση αλκοόλ. Η μελέτη έδειξε επίσης ότι οι μη καπνιστές που ζουν για πολλά χρόνια με καπνιστές έχουν αυξημένο κίνδυνο καρδιοπάθειας κατά 30%. Από τότε, έχει αποδειχτεί αναμφισβήτητα και με άλλες μελέτες ότι η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο καρδιοπάθειας σε μη καπνιστές. Φαίνεται πως ακόμα και η χαμηλού επιπέδου έκθεση στον καπνό του τσιγάρου είναι παράγοντας πρόκλησης καρδιοπαθειών, επειδή προκαλεί πήξη του αίματος, ένα φαινόμενο γνωστό ως συσσωμάτωση αιμοπεταλίων. Οι ερευνητές, ύστερα από διάφορες μελέτες, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, αντίθετα με τον κίνδυνο για καρκίνο των πνευμόνων, που είναι περίπου ανάλογος με την έκθεση σε καπνό, ο κίνδυνος του παθητικού καπνιστή για καρδιοπάθεια μπορεί να είναι σχεδόν ο μισός σε σχέση με εκείνον που καπνίζει 20 τσιγάρα την ημέρα, παρά το γεγονός ότι εισπνέει μόνο το 1% του καπνού. Μια εξέταση 19 δημοσιευμένων μελετών σχετικών με τον κίνδυνο καρδιοπάθειας σε μη καπνιστές έδειξε ότι οι μη καπνιστές, όταν ζουν με καπνιστές έχουν γενικά έναν κίνδυνο καρδιοπάθειας αυξημένο κατά 23%. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι, ενώ ο κίνδυνος καρδιοπάθειας

σε μη καπνιστές εκτεθειμένους σε παθητικό κάπνισμα είναι αναλογικά μεγάλος, μέρος της πρώιμης βλάβης στις αρτηρίες που προκαλείται από αυτή την αιτία μπορεί να είναι αναστρέψιμο σε υγιείς ενήλικους, αν αποφευχθεί η περαιτέρω έκθεση σε καπνό για έναν τουλάχιστον χρόνο. Διαπιστώθηκε επίσης ότι μετά από δυο χρόνια διακοπής του παθητικού καπνίσματος υπάρχει ακόμα μεγαλύτερη βελτίωση στους πρώην παθητικούς καπνιστές.

Παθήσεις κυκλοφορικού συστήματος.

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στη Νέα Ζηλανδία, αποκαλύφθηκε ότι η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα αυξάνει κατά 82% τον κίνδυνο εγκεφαλικών σε μη καπνιστές. Συγκριτικά, οι ενεργητικοί καπνιστές είχαν τετραπλάσιο κίνδυνο εγκεφαλικού σε σχέση με ανθρώπους που δεν είχαν καπνίσει ποτέ ή είχαν σταματήσει το κάπνισμα για περισσότερα από 10 χρόνια και δεν είχαν εκτεθεί σε παθητικό κάπνισμα. Με δεδομένο ότι το εγκεφαλικό είναι μια συνηθισμένη πάθηση, αυτό δείχνει πολύ καθαρά ότι το παθητικό κάπνισμα έχει σοβαρή επίδραση στην υγεία των μη καπνιστών.

Αναπνευστικές παθήσεις.

Το παθητικό κάπνισμα έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία του αναπνευστικού συστήματος των ενηλίκων μη καπνιστών, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν βήχα, φλέγμα, δυσφορία στο στήθος και μειωμένη πνευμονική λειτουργία. Στη Μεγάλη Βρετανία υπάρχουν 3,5 εκατομμύρια άνθρωποι που υποφέρουν από άσθμα και το παθητικό κάπνισμα προκαλεί δυσκολίες στο 80% αυτών των ανθρώπων.

Παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας και καρκίνος πνεύμονα.

Γυναίκες που υποβάλλονται σε παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας τους, έχουν 300% ψηλότερο κίνδυνο να εκδηλώσουν καρκίνο του πνεύμονα σε σύγκριση με γυναίκες που εργάζονται σε περιβάλλον που δεν υπάρχουν καπνιστές. Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι τους, έχουν περίπου 200% μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν υποβάλλονται σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι τους.

Τα σημαντικά αυτά δεδομένα προκύπτουν από έρευνα που έγινε από Γερμανούς γιατρούς στη Νυρεμβέργη. Η έρευνα συμπεριέλαβε 234 γυναίκες που είχαν παρουσιάσει καρκίνο του πνεύμονα και 535 γυναίκες χωρίς τον καρκίνο αυτό.

Οι Γερμανοί ερευνητές εξέτασαν την επαγγελματική απασχόληση των γυναικών, την έκθεση τους στο παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας

τους, το οικογενειακό ιστορικό τους για καρκίνο, τις ασθένειες που είχαν παρουσιάσει σε σχέση με τον καρκίνο ή άλλες παθήσεις του πνεύμονα όπως επίσης και τη διατροφή τους.

Βασικά η έρευνα επιβεβαίωσε τα συμπεράσματα και άλλων πρόσφατων ερευνών, που έδειξαν ότι το παθητικό κάπνισμα είναι αιτία πρόκλησης καρκίνου του πνεύμονα σε μη καπνιστές.

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι ένας πιθανός λόγος που εξηγεί τη διαφορά αυτή, είναι η ποσότητα του καπνού στο χώρο εργασίας, σε σύγκριση με το σπίτι. Πράγματι στο χώρο εργασίας, μπορεί να υπάρχουν περισσότερα από ένα άτομα που καπνίζουν και έτσι υποβάλλουν την εργαζόμενη γυναίκα στο παθητικό κάπνισμα.

Ίσως ακόμη ο χρόνος έκθεσης των γυναικών κατά την εργασία τους στο παθητικό κάπνισμα, να είναι μεγαλύτερος παρά στο σπίτι τους.

Είναι σημαντικό επίσης να προσθέσουμε, ότι οι ερευνητές τονίζουν ότι τα ίδια δεδομένα πιθανόν να ισχύουν και για τους άνδρες που υποβάλλονται σε παθητικό κάπνισμα.

Η έρευνα αυτή έφερε στην επιφάνεια και άλλα ενδιαφέροντα στοιχεία:

- Η μελέτη της διατροφής των γυναικών που εξετάστηκαν, έδειξε ότι μια διατροφή πλούσια σε λαχανικά που περιέχουν αντί-οξειδωτικές ουσίες, είχε προστατευτική δράση εναντίον του καρκίνου του πνεύμονα. Το ίδιο φάνηκε και για τις γυναίκες με διατροφή που ήταν πλούσια σε τυροκομικά προϊόντα.
- Ακόμη ένα στοιχείο που προέκυψε ήταν ότι γυναίκες που εργάζονταν για περισσότερο από 10 χρόνια, σε βιομηχανίες με γνωστές καρκινογόνες ουσίες για τον πνεύμονα, είχαν αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση καρκίνου.

Το γεγονός αυτό πολύ συχνά δεν λαμβάνεται υπ' όψη, όσο θα έπρεπε. Θα πρέπει όμως να διευκρινιστούν και οι επιπρόσθετοι και ίσως περισσότεροι κίνδυνοι, που διατρέχουν οι εργαζόμενοι από το παθητικό κάπνισμα και που αφορούν την καρδιά και το αγγειακό σύστημα.

Η θνησιμότητα που προκύπτει από τις νοσηρές επιδράσεις του καπνίσματος, επηρεάζει σε αξιοσημείωτο βαθμό και τους μη καπνιστές, οι οποίοι άθελά τους, είτε στο χώρο εργασίας είτε στο σπίτι τους, υποβάλλονται στο παθητικό κάπνισμα.

Γυναίκα και κάπνισμα.

Με την εισαγωγή του καπνού στην Ευρώπη τον 16^ο αι. οι γυναίκες σπάνια κάπνιζαν μέχρι που έγιναν διαθέσιμα τα τσιγάρα στις αρχές του 20ου αι. Το κάπνισμα το είδαν, ως το πιο τολμηρό απ' τα " καινούρια πράγματα" της δεκαετίας του 1920. Οι γυναίκες όλο και περισσότερο άρχισαν να καπνίζουν, ανταποκρινόμενες στην ανεξάρτητη, σαγηνευτική εικόνα του καπνίσματος. Σε παγκόσμιο επίπεδο έχει καταγραφεί τα τελευταία 25 χρόνια μια ραγδαία αύξηση του αριθμού των γυναικών που καπνίζουν. Σύμφωνα με στοιχεία που παρουσίασε η Dorothy Hatsukami στο ετήσιο συνέδριο της εταιρίας έρευνας για τη νικοτίνη και τον καπνό στην Αμερική, η διακοπή του καπνίσματος είναι δυσκολότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Μέσα από την ίδια μελέτη-έρευνα αλλά κι από έρευνες άλλων ερευνητών έδειξαν ότι οι γυναίκες χρειάζονται μεγαλύτερες δόσεις νικοτίνης, όταν χρησιμοποιούν σκευάσματα υποκατάστασης του καπνίσματος (όπως οι τσίκλες νικοτίνης ή τα αυτοκόλλητα) για να σταματήσουν το κάπνισμα. Επίσης έδειξαν ότι για τις καπνιστικές συνήθειες των γυναικών παίζουν μεγάλο ρόλο οι συναισθηματικοί παράγοντες. Οι έρευνες έδειξαν ότι οι γυναίκες συχνότερα απ' ότι οι άνδρες καταφεύγουν στην επιβλαβή συνήθεια του καπνίσματος στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν τα αρνητικά συναισθήματα που τους δημιουργούν οι καταστάσεις της ατομικής και κοινωνικής ζωής τους. Επίσης ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που φαίνεται να δυσκολεύει τη διακοπή του καπνίσματος στις γυναίκες είναι ο φόβος των παραπάνω κιλών. Η πιθανότητα δηλαδή να παχύνουν μετά τη διακοπή του καπνίσματος αποτελεί ένα πολύ ισχυρό αντικίνητρο και πολλές γυναίκες προτιμούν να υποστούν τις ανθυγιεινές συνέπειες του καπνίσματος, παρά να αυξηθεί το σωματικό τους βάρος.

Σχετικός κίνδυνος για θάνατο σε γυναίκες ηλικίας ≥ 35 ετών που οφείλονται στο κάπνισμα, μεταξύ καπνιστριών και γυναικών που δεν κάπνισαν ποτέ.

Νεοπλάσματα	
Χειλέων, στοματικής κοιλότητας, φάρυγγα	5,6
Οισοφάγου	10,3
Παγκρέατος	2,3
Λάρυγγα	17,8
Τραχείας, πνευμόνων, βρόγχων	11,9
Τραχήλου μήτρας	2,1
Ουροδόχου κύστεως	2,6
Καρδιαγγειακές παθήσεις	
Ισχαιμική καρδιακή νόσος	1,7
Άτομα 35-64 ετών	3,0
Άτομα ≥ 65 ετών	1,6
Αγγειακά εγκεφαλικά νοσήματα	
Άτομα 35-64 ετών	4,8
Άτομα ≥ 65 ετών	1,5
Αθηρωμάτωση	3,0
Αορτικό ανεύρυσμα	3,0
Άλλα νοσήματα αρτηριών	3,0
Αναπνευστικά νοσήματα	
Πνευμονία και γρίπη	2,2
Βρογχίτιδα, εμφύσημα	10,5
Χρόνια απόφραξη αεροφόρων οδών	10,5
Άλλα πνευμονικά νοσήματα	2,2

Ένα σημαντικό αλλά υποεκτιμώμενο γεγονός είναι ότι ο καρκίνος του πνεύμονος προκαλεί σήμερα περισσότερους θανάτους απ' ό,τι ο καρκίνος μαστού. Η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου είχε κάνει την εκτίμηση ότι το 2001 περίπου 67.300 γυναίκες θα πέθαιναν από καρκίνους του πνεύμονος και των βρόγχων, ενώ 40.200 θα πέθαιναν από καρκίνο μαστού. Ένας εναλλακτικός τρόπος μέτρησης του κινδύνου θανάτου από κάπνισμα είναι ο σχετικός κίνδυνος θνησιμότητας από όλες τις αιτίες. Αυτός είναι για τις γυναίκες μεταξύ 35 και 84 ετών, περίπου 90% υψηλότερος για καπνίστριες απ' ό,τι για δια βίου μη καπνίστριες. Οι παρενέργειες του καπνίσματος εκτείνονται πέρα από καρδιοαγγειακή, νεοπλασματική και αγγειακή εγκεφαλική θνησιμότητα. Στο Surgeon's General 2001 report για γυναίκες και κάπνισμα, απαριθμείται πληθώρα άλλων καταστάσεων που οφείλονται ή ενισχύονται από το κάπνισμα, και περιλαμβάνουν διαταραχές ανεπάρκειας οιστρογόνων, κατάγματα λεκάνης και απώλεια οστικής πυκνότητας στην εμμηνόπαυση, γαστρεντερικές παθήσεις (πεπτικό έλκος, νόσο του Crohn), οφθαλμικές παθήσεις (καταρράκτης, εκφύλιση του φακού), ρυτίδες προσώπου και κατάθλιψη. Το κάπνισμα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης νόσου του Parkinson και ελκώδους κολίτιδας, αλλά τα ελάχιστα πιθανά πλεονεκτήματα επικαλύπτονται από τις μυριάδες παρενεργειών σε άλλες καταστάσεις.

Κάπνισμα και εγκυμοσύνη.

Σήμερα, περίπου 12 % των γυναικών παγκοσμίως καπνίζουν. Στις αναπτυγμένες χώρες, περίπου 15% των γυναικών καπνίζουν, και στις αναπτυσσόμενες χώρες, περίπου 8%, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, περίπου 15% - 30% των γυναικών καπνίζουν, πολλές από αυτές ενώ είναι έγκυες. Αυτό είναι ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας όχι μόνο επειδή μπορεί να βλάψει την υγεία μιας γυναίκας, αλλά το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά προβλήματα υγείας στα νεογνά.

Στατιστικές από τις Ηνωμένες Πολιτείες είναι κατηγορηματικές. Εάν όλες οι έγκυες γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες σταματούσαν το κάπνισμα, θα υπήρχε κατ' εκτίμηση 10% μείωση στους θανάτους νηπίων, σύμφωνα με την υπηρεσία Αμερικανικής Δημόσιας Υγείας. Αυτήν την περίοδο, περίπου 12% των γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο καπνός των τσιγάρων περιέχει περισσότερες από 2.500 χημικές ουσίες. Δεν είναι γνωστό ποιες από αυτές τις χημικές ουσίες είναι επιβλαβείς για ένα αναπτυσσόμενο

έμβρυο. Εντούτοις, και η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα θεωρείται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση των δυσμενών εκβάσεων μιας εγκυμοσύνης.

Πώς μπορεί το κάπνισμα να προκαλέσει βλάβες στο νεογέννητο;

Το κάπνισμα διπλασιάζει σχεδόν τον κίνδυνο μια γυναίκα να γεννήσει ένα μωρό χαμηλού βάρους. Το 2001, 11.9% των μωρών που γεννήθηκαν από καπνίστριες στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν χαμηλού βάρους, έναντι 7.3% των μωρών των μη καπνιστριών. Τα μωρά με χαμηλό βάρος γέννησης, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο σοβαρών προβλημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της νεογνικής περιόδου, χρόνιες ανικανότητες (όπως η εγκεφαλική παράλυση, η διανοητική καθυστέρηση και τα μαθησιακά προβλήματα), ακόμη και το θάνατο. Αυτές οι συνέπειες μπορεί να είναι καταστρεπτικές, επιβάλλοντας σημαντικές συναισθηματικές και οικονομικές δαπάνες στις οικογένειες και στις κοινότητες.

Το χαμηλό βάρος γέννησης μπορεί να προκύψει από τη φτωχή ενδομήτρια αύξηση, τον πρόωρο τοκετό ή από συνδυασμό και των δύο. Είναι γνωστό από καιρό ότι το κάπνισμα επιβραδύνει την εμβρυϊκή αύξηση. Οι μελέτες επίσης δείχνουν ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού (πριν από την 37^η εβδομάδα της κύησης) κατά τουλάχιστον 20%. Εντούτοις, εάν μια γυναίκα διακόψει το κάπνισμα μέχρι το τέλος του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης της, έχει τις ίδιες πιθανότητες να γεννήσει ένα μωρό χαμηλού βάρους με μια γυναίκα που δεν κάπνισε ποτέ. Ακόμα κι αν μια γυναίκα δεν ήταν σε θέση να σταματήσει στο πρώτο ή δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης της, η διακοπή κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου μπορεί να βελτιώσει την αύξηση του μωρού της. Σύμφωνα με το αμερικανικό κολέγιο μαιευτικής και γυναικολογίας, σε γυναίκες που διακόπτουν το κάπνισμα οποιαδήποτε στιγμή μέχρι την 30^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, τα μωρά τους έχουν υψηλότερο βάρος γέννησης απ' ότι των γυναικών που καπνίζουν σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι έγκυες γυναίκες που δεν καπνίζουν πρέπει να αποφύγουν την έκθεση στον καπνό άλλων ατόμων. Οι μελέτες δείχνουν ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να μειώσει την εμβρυϊκή αύξηση και επομένως, να αυξήσει τις πιθανότητες γέννησης ενός μωρού με χαμηλό βάρος γέννησης.

Αν και από καιρό ήταν γνωστό ότι το κάπνισμα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ενός πρόωρου τοκετού και του χαμηλού βάρους γέννησης, οι πιο πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι το κάπνισμα μπορεί επίσης να συμβάλει σε ορισμένες ατέλειες γέννησης, ειδικά όταν ορισμένες αλληλεπιδράσεις γονιδίων και περιβάλλοντος είναι παρούσες. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που κάπνισαν τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης ήταν

34% πιθανότερο από τις μη καπνίστριες να έχουν ένα μωρό με παραμόρφωση των κάτω άκρων.

Μπορεί το κάπνισμα να προκαλέσει επιπλοκές στην εγκυμοσύνη;

Το κάπνισμα έχει συνδεθεί με διάφορες επιπλοκές στην εγκυμοσύνη. Φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο μια έκτοπης εγκυμοσύνης. Σ' αυτή την περίπτωση, το έμβρυο εμφυτεύεται είτε σε μία σάλπιγγα, είτε σε άλλη ανώμαλη περιοχή αντί της μήτρας. Πολύ σπάνια αυτές οι εγκυμοσύνες οδηγούν στη γέννηση ενός μωρού. Συνήθως, το έμβρυο πρέπει να απομακρυνθεί χειρουργικά ή με τη χρήση φαρμάκων για να προστατεύσει τη ζωή της γυναίκας. Επιπλέον, είναι αποδεδειγμένο ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο μιας αποβολής. Εμφανίζεται επίσης να διπλασιάζει τον κίνδυνο για επιπλοκές σε σχέση με τον πλακούντα (που εμφανίζονται σε περίπου 1% των εγκυμοσύνων). Αυτές περιλαμβάνουν τον προδρομικό πλακούντα, όπου είναι συνημμένος πολύ χαμηλά στη μήτρα και καλύπτει μέρος ή και όλο τον τράχηλο. Επίσης, την αποκόλληση του πλακούντα όπου ο πλακούντας χωρίζεται από το μητρικό τοίχωμα πριν από την παράδοση. Και οι δύο αυτές ανωμαλίες μπορούν να οδηγήσουν σε τοκετό που διακινδυνεύει τη ζωή της μητέρας και του μωρού, αν και μια καισαρική τομή μπορεί να αποτρέψει τους περισσότερους θανάτους. Οι ανωμαλίες στον πλακούντα συμβάλλουν στον ελαφρώς αυξανόμενο κίνδυνο θνησιγένειας που συνδέεται με το κάπνισμα.

Το κάπνισμα έχει επιπτώσεις στη γονιμότητα;

Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει αναπαραγωγικά προβλήματα προτού ακόμη μια γυναίκα μείνει έγκυος. Οι μελέτες δείχνουν ότι γυναίκες που καπνίζουν μπορεί να έχουν μεγαλύτερο πρόβλημα στο να συλλάβουν, σε σχέση με τις μη καπνίστριες. Μια βρετανική μελέτη του 2000 ανέφερε για τις γυναίκες που κάπνιζαν ότι ήταν περίπου 50% λιγότερο πιθανό να συλλάβουν μέσα σε 12 μήνες σε σχέση με τις μη καπνίστριες. Η ίδια μελέτη επίσης διαπίστωσε ότι το βαρύ κάπνισμα από τον πατέρα μπορεί να συνδεθεί με την καθυστερημένη σύλληψη.

Το κάπνισμα των γονέων προκαλεί προβλήματα στα μωρά ή τα μικρά παιδιά;

Τα μωρά των οποίων οι μητέρες κάπνισαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι τρεις φορές πιθανότερο να πεθάνουν από το σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου νηπίων (SIDS) σε σχέση με τα μωρά των μη καπνιστριών. Τα μωρά που εκτίθενται στον καπνό τσιγάρων των γονέων τους μετά από τη γέννηση μπορούν επίσης να αντιμετωπίσουν έναν αυξανόμενο κίνδυνο SIDS. Εντούτοις, οι πρόσφατες μελέτες

δείχνουν ότι η έκθεση στον καπνό ενώ ακόμα ήταν στη μήτρα τα θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Τα παιδιά που εκτίθενται στον καπνό τσιγάρων πριν από τη γέννηση μπορούν επίσης να διατρέξουν αυξημένο κίνδυνο για μόνιμα προβλήματα, συμπεριλαμβανομένου του άσθματος και του αυτισμού. Μια πρόσφατη Σουηδική μελέτη διαπίστωσε ότι τα μωρά των μητέρων που κάπνιζαν στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης ήταν 40% πιθανότερο να έχουν αυτισμό (μια σοβαρή αναπτυξιακή αναταραχή που χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην επικοινωνία και διανοητική καθυστέρηση), σε σχέση πάντα με μωρά μη καπνιστριών. Τα παιδιά των μητέρων που κάπνισαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί επίσης να διατρέξουν αυξημένο κίνδυνο συμπεριφοριστικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών συμπεριφοράς και των προβλημάτων προσοχής. Σύμφωνα με τις ίδιες μελέτες, τους ίδιους κινδύνους διατρέχουν και τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες ήταν παθητικοί καπνιστές.

Πώς μπορεί μια γυναίκα να προστατεύσει το μωρό της από τους κινδύνους που συνδέονται με το κάπνισμα;

Οι γυναίκες πρέπει να σταματούν το κάπνισμα προτού μείνουν έγκυες και να παραμείνουν έτσι καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και αφότου γεννήσουν. Ο προσωπικός γιατρός μιας γυναίκας μπορεί να την παραπέμψει σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος ή να προτείνει άλλους τρόπους για να την βοηθήσει. Ακόμη και σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, μπορεί να μειώσει τους κινδύνους για το μωρό της με τη διακοπή του καπνίσματος. Όσο λιγότερα τσιγάρα καπνίζει μια γυναίκα, τόσο λιγότερες πιθανότητες έχει το μωρό της να γεννηθεί με τα σχετικά προβλήματα.

Είναι σημαντικό να μείνει μακριά από καπνό ακόμη και αφότου γεννήσει. Και η μητέρα και ο πατέρας πρέπει να απέχουν από το κάπνισμα στο σπίτι και πρέπει να ζητήσουν και από τους επισκέπτες να κάνουν το ίδιο. Τα μωρά που εκτίθενται στον καπνό πάσχουν από πολύ περισσότερες αναπνευστικές ασθένειες και μολύνσεις (αυτιών κυρίως) από τα άλλα μωρά. Συγκεκριμένα, τα νήπια των οποίων οι μητέρες καπνίζουν, είναι 38% πιθανότερο να νοσηλευθούν για πνευμονία κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής τους απ' ό,τι τα μωρά μητέρων που δεν καπνίζουν. Ένα παιδί που εκτίθεται στον καπνό, κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών της ζωής του διατρέχει επίσης αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει άσθμα.

Ψυχολογικά-ψυχιατρικά προβλήματα στα παιδιά καπνιστριών.

Υπερενεργητικά παιδιά.

Οι μητέρες των "υπερκινητικών" παιδιών βρέθηκαν να καπνίζουν έναν μέσο όρο 14 τσιγάρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έναντι μόνο 6 τσιγάρων που κάπνιζαν κατά μέσον όρο οι μητέρες των "κανονικών" παιδιών. Η μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από το τμήμα ψυχολογίας στο πανεπιστήμιο του Σασκατόν του Καναδά, μελέτησε 20 παιδιά (18 αγόρια, 2 κορίτσια) που θεραπεύονταν αυτήν την περίοδο με Ritalin για την υπερδραστηριότητά τους. Αν και ο καπνός των τσιγάρων περιέχει πολλές, ιδιαίτερα δηλητηριώδεις ενώσεις, οι ερευνητές σκέφτηκαν ότι η συσσώρευση του μονοξειδίου του άνθρακα στο εμβρυϊκό αίμα θα μπορούσε να οδηγήσει σε σοβαρές μειώσεις του οξυγόνου στο αναπτυσσόμενο νήπιο.

Χαμηλότερα επίπεδα σε δοκιμασίες μάθησης.

Αυτή η μελέτη ενός πολύ μεγάλου δείγματος των παιδιών δείχνει τους κινδύνους από το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Γνωστή ως «εθνική μελέτη ανάπτυξης παιδιών», στη Μεγάλη Βρετανία, υπήρξαν πάνω από 9.000 παιδιά που μετρήθηκαν. Οι μητέρες τους κάπνιζαν είτε 0-10 τσιγάρα, είτε περισσότερα από 10 τσιγάρα ανά ημέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όταν κάθε παιδί έφθασε σε 7 και 11 έτη, υπήρξαν διάφορες δοκιμές που δόθηκαν για να αξιολογήσουν τη μαθησιακή τους ικανότητα, την ικανότητα ανάγνωσης και τις γενικές φυσικές μετρήσεις. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν τα παιδιά των μητέρων που κάπνισαν 10 ή περισσότερα τσιγάρα ημερησίως να είναι κατά μέσον όρο 1 εκατοστό κοντύτερα και να υστερούν (3-5 μήνες) στην ανάγνωση, τα μαθηματικά και τις γενικότερες δυνατότητες, σε σχέση με τα παιδιά γυναικών που δεν κάπνιζαν.

Μειωμένη ακουστική επεξεργασία.

Η δυνατότητα του να υποβληθούν σε επεξεργασία οι ακουστικές πληροφορίες σε ένα παιδί αφορά τη δυνατότητά του να ακούσει αυτό που ένας δάσκαλος λέει, για να ακολουθήσει τις κατευθύνσεις ή για να θυμηθεί τι ο δάσκαλος έχει πει. Προφανώς, όλες αυτές οι δεξιότητες είναι σημαντικές για την αποτελεσματική ακαδημαϊκή απόδοση στο σχολείο. Αυτή η παρούσα μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από το Δρ Joel S. McCartney, στο τμήμα ψυχολογίας, του πανεπιστημίου του Carleton, στην Οτάβα (Καναδάς), βρήκε τη γενική χειρότερη απόδοση στους κεντρικούς ακουστικούς στόχους επεξεργασίας (SCAN) μεταξύ 110 παιδιών, ηλικίας έξι έως ένδεκα ετών, τα οποία είχαν εκτεθεί προγεννητικά στον καπνό. Τέλος, το μητρικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέθηκε με τη χειρότερη απόδοση στις γενικές δοκιμές SCAN, οι οποίες αξιολόγησαν την ακουστική ικανότητα σε θορυβώδες περιβάλλον.

Μαθησιακά, γλωσσικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς.

Ενενήντα ένα παιδιά μεταξύ των ηλικιών έξι και εννέα ετών, εξετάστηκαν για ένα ευρύ φάσμα αναπτυξιακών, ακαδημαϊκών και συμπεριφοριστικών δεξιοτήτων από τους ερευνητές στο τμήμα ψυχολογίας του πανεπιστημίου του Carleton. Αποτελεί μια από τις πιο λεπτομερείς μελέτες που διερευνούν τα επιβλαβή αποτελέσματα από τον καπνό.

Γενικά τα παιδιά των μητέρων που δεν κάπνιζαν, βρέθηκαν να εκτελούν καλύτερα δοκιμές που εξέταζαν τις δεξιότητες, ομιλίας, γλώσσας, μάθησης, νοημοσύνης, οπτικές δυνατότητες και να παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς (λαμβάνοντας υπ' όψη και την εκτίμηση της μητέρας κάθε παιδιού). Η απόδοση των παιδιών των ενεργητικών καπνιστών βρέθηκε, στις περισσότερες περιοχές, να είναι μεταξύ αυτού του ενεργού καπνίσματος και των non-smoking ομάδων. Οι δοκιμές που δόθηκαν περιελάμβαναν ειδικές κλίμακες για τη μέτρηση της ικανότητας ανάγνωσης, μάθησης, χρήσης της γλώσσας, γραμματικής κατανόησης κ.α. Η συμπεριφοριστική αξιολόγηση έγινε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου από τη μητέρα (κλίμακα Connors). Οι τρεις κύριες διαταραχές που εμφανίζονταν συχνότερα ήταν υπερδραστηριότητα, προβλήματα συμπεριφοράς και επιθετικότητα. Άλλες πέντε μελέτες παρουσιάζουν τα παιδιά των ενεργών καπνιστριών να παρουσιάζουν συχνότερα άσχημη συμπεριφορά, φτωχή απόδοση στο σχολείο και αυξημένα επίπεδα δραστηριότητας. Αντίθετα, τα παιδιά των μη καπνιστριών παρουσιάστηκαν πιο ικανά στην προσοχή και τη συνεργασία.

Επίδραση στα εγκεφαλικά κύτταρα (μελέτη σε πειραματόζωα).

Οι μελέτες, τόσο σε πειραματόζωα, όσο και σε ανθρώπους, έχουν καταγράψει επιταχυνόμενα ελλείμματα των μηχανισμών εκμάθησης και μνήμης στους απογόνους γυναικών που εκτίθενται στη νικοτίνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτή η μελέτη, που πραγματοποιείται από το Δρ. T.S.Roy, στο «Ίδρυμα ιατρικών επιστημών», στο Νέο Δελχί της Ινδίας, είναι η πρώτη που ερευνά τις πραγματικές φυσιολογικές αλλαγές του εγκεφαλικού φλοιού των αρουραίων μετά από έκθεσή τους στη νικοτίνη, κατά την προγεννητική περίοδο. Στα πλαίσια των πειραμάτων, ομάδες αρουραίων εκτέθηκαν σε ποικίλα επίπεδα νικοτίνης, τα οποία έφταναν τα επίπεδα στα οποία εκτίθεται ένας βαρύς καπνιστής. Τα ζώα εξετάστηκαν σε διάφορες περιόδους μετά από τη γέννηση. Τα αποτελέσματα περιελάμβαναν, σημαντικά μειωμένο πάχος του εγκεφαλικού φλοιού, μικρότερους νευρώνες και μειωμένο βάρος εγκεφάλου. Επίσης σημειώθηκε μια συνολική μείωση στη "δενδριτική διακλάδωση" (συνδέσεις σε άλλα κύτταρα εγκεφάλου). Η παρούσα μελέτη επίσης δείχνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η δόση της

νικοτίνης, τόσο σοβαρότερα είναι και τα βιολογικά αποτελέσματα επάνω στον απόγονο. Αυτή η έρευνα παρέχει ένα άριστο βιολογικό πρότυπο για να υποστηρίξει τις πολλές άλλες μελέτες που συνδέουν την έκθεση στον καπνό με αυξανόμενη υπερδραστηριότητα, διάσπαση της προσοχής, χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης και μαθησιακές δυσκολίες στα παιδιά.

Άλλες μελέτες.

Έρευνα του τμήματος δημόσιας υγείας, στο πανεπιστήμιο Oulu, Φινλανδία.

Αρκετές χιλιάδες παιδιών ηλικίας 14 ετών περιλήφθησαν σε μια μελέτη συνέχειας που βρήκε τα περισσότερα ακαδημαϊκά προβλήματα και προβλήματα υγείας μεταξύ των παιδιών, οι μητέρες των οποίων κάπνισαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η μελέτη άρχισε με μια αξιολόγηση 12.068 εγκύων μητέρων σε δύο βόρειες επαρχίες στη Φινλανδία. Ένα ερωτηματολόγιο που δόθηκε σε περισσότερες από 12.000 γυναίκες, παρουσίασε 19,7% των μητέρων να καπνίζουν στην αρχή της εγκυμοσύνης. Εντούτοις, μέχρι το δεύτερο μήνα της εγκυμοσύνης, 15,5% των μητέρων συνέχιζαν να καπνίζουν. Τέλος του 1980 με αρχές του 1981, 11.780 των αρχικών παιδιών (ηλικίας 14 ετών) βρέθηκε για τη συνέχιση της μελέτης. Δόθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο ερεύνησε την υγεία των παιδιών, την αύξηση, τη σχολική απόδοση, τις διάφορες συνήθειες (κάπνισμα, κατανάλωση, συμμετοχή στον αθλητισμό κ.α), και τις οικογενειακές συνθήκες.

Αποτελέσματα

Δεν υπήρξε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την "αυστηρή" διανοητική καθυστέρηση, το διαβήτη, τις ρευματικές ασθένειες ή άλλες μακροπρόθεσμες ασθένειες, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο που εστάλη στις οικογένειες ή από τις πληροφορίες που παρελήφθησαν από το σχολείο ή τους εθνικούς καταλόγους. Η αναλογία άσθματος ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες, περίπου 2,1% των περιπτώσεων. Εντούτοις, τα παιδιά των καπνιστριών είχαν 50% περισσότερες πιθανότητες να νοσηλευτούν στο νοσοκομείο λόγω σοβαρών αντιδράσεων άσθματος.

Η ψυχολογία του καπνιστή.

Αρχικά πρέπει να εξηγηθεί η διαφορά μεταξύ σωματικής και ψυχικής εξάρτησης.

- Σωματική εξάρτηση: η νικοτίνη θεωρείται η κύρια υπεύθυνη ουσία για το αίσθημα στέρησης που είναι πολύ γνωστό σε πολλούς καπνιστές και εκδηλώνεται με μια ακατανίκητη επιθυμία για κάπνισμα. Η σταδιακή εγκατάσταση αυτής της εξάρτησης οφείλεται στη δράση της νικοτίνης

στο νευρικό σύστημα. Δημιουργεί την ανάγκη για τη διατήρηση ορισμένων επιπέδων νικοτίνης στο αίμα.

- Ψυχολογική εξάρτηση: ένα σημαντικό ποσοστό καπνιστών έχει απλώς ψυχολογική εξάρτηση από τη διαδικασία του καπνίσματος (κινήσεις των χεριών, άναμμα του τσιγάρου κλπ).

Ενώ θα έπρεπε όλοι να έκαναν κάθε δυνατή προσπάθεια να σταματήσουν το κάπνισμα ή τουλάχιστον να το μετριάσουν, αντιθέτως η κατανάλωση τσιγάρων αυξάνει σε όλο τον κόσμο. Η ευχαρίστηση που προσφέρει ο καπνός δεν είναι τόσο δυνατή όσο των ναρκωτικών, των παραισθησιογόνων, των διεγερτικών ή των οιοπνευματωδών. Όμως, οι περισσότεροι καπνιστές συμφωνούν στο γεγονός ότι τα περισσότερα τσιγάρα καπνίζονται αφηρημένα, από συνήθεια, χωρίς ιδιαίτερη ικανοποίηση, ακόμα και χωρίς πραγματική ανάγκη. Είναι αυτονόητο λοιπόν ότι στην πραγματικότητα ο καπνός δημιουργεί σωματική εξάρτηση πολύ μικρότερη σε σχέση με εκείνη των άλλων ναρκωτικών, αφού μάλιστα δεν μεταβάλλει τη συνείδηση και δεν αλλοιώνει το μηχανισμό της αντίληψης. Η εξάρτηση επομένως είναι περισσότερο ψυχολογική παρά σωματική και πράγματι είναι εφικτή η διακοπή του καπνίσματος αρκεί να βρεθούν αρκετοί λόγοι για να γίνει αυτό. Αρκετοί ψυχολόγοι και ψυχαναλυτές θεωρούν μάλιστα ότι δεν υπάρχει ευχαρίστηση του καπνίσματος κι ότι δεν είναι κανείς σε θέση να την περιγράψει. Στην πραγματικότητα υπάρχει μια αρνητική ευχαρίστηση στο κάπνισμα, η οποία προκαλείται εξαφανίζοντας μια έλλειψη που τείνει να γίνει επίπονη ή τουλάχιστον κουραστική. Πολλές φορές τα περισσότερα τσιγάρα ανάβονται υπό την επίδραση συγκεκριμένων ψυχολογικών καταστάσεων όπως είναι η συνήθεια, η μίμηση, η επιθυμία για απόκτηση κύρους, η καταπολέμηση στενάχωρων ψυχολογικών καταστάσεων.

Διακοπή του καπνίσματος.

Όφελος.

Ο καθηγητής Ρίτσαρντ Πέτο του Αυτοκρατορικού Ταμείου Έρευνας κατά του καρκίνου στο Λονδίνο και ο Ρίτσαρντ Ντολ, ο άνδρας που συνέδεσε επιστημονικά το κάπνισμα με τον καρκίνο των πνευμόνων αναφέρουν ότι αν ένας καπνιστής κόψει το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 35 χρόνων, αποφεύγει κατά 90% τον κίνδυνο καρκίνου των πνευμόνων ενώ σε οποιαδήποτε ηλικία μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο καρδιοπάθειας. Αν σταματήσει κάποιος το κάπνισμα ακόμη και μετά από έμφραγμα (οξύ ισχαιμικό επεισόδιο) διπλασιάζει το προσδόκιμο επιβίωσης.

Για να μπει ένας καπνιστής σε διαδικασία διακοπής του καπνίσματος θα πρέπει α) να νοιώσει μια εσωτερική επιθυμία για την αλλαγή αυτή, β) να

αισθανθεί ότι απειλείται από τη συνήθεια του τσιγάρου τόσο αυτός όσο και οι γύρω του , γ) να αισθανθεί ότι η απεξάρτηση από τη νικοτίνη θα επιφέρει σημαντικά οφέλη σε αυτόν και δ) να αισθανθεί ότι είναι ικανός να αντεπεξέλθει στην αλλαγή αυτή. Γενικά οι μη καπνιστές ζουν περισσότερα χρόνια από τους καπνιστές. Αντέχουν περισσότερο στις διάφορες μολύνσεις, γίνονται πιο γρήγορα καλά όταν αρρωστήσουν, υφίστανται καλύτερα τις συνθήκες χειρουργικής επέμβασης, αν κάποτε χειρουργηθούν. Έχει ανακοινωθεί ότι η πιθανότητα εμφράγματος μειώνεται στο μισό ένα χρόνο μετά την διακοπή του καπνίσματος. Απαλλάσσονται επίσης από την κακοσμία του στόματος, τον πονόλαιμο, τους πονοκεφάλους, τον καθημερινό βήχα, τις καούρες στομάχου, την κόπωση, την καταρροή και τη δύσπνοια κόπωσης. Και βελτιώνεται η όσφρηση, η γεύση, η απόδοση στην εργασία, η σεξουαλική συμπεριφορά (διάθεση και ικανότητα).

Χρόνος μετά τη διακοπή του καπνίσματος-Αποτελέσματα.

- 20 λεπτά : Η πίεση του αίματος και ο σφυγμός επιστρέφουν στο φυσιολογικό. Η κυκλοφορία του αίματος, βελτιώνεται.
- 8 ώρες : Τα επίπεδα της νικοτίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα μειώνονται σε μεγάλο βαθμό. Τα επίπεδα του οξυγόνου στο αίμα επιστρέφουν στο φυσιολογικό. Οι πιθανότητες καρδιακής προσβολής αρχίζουν να μειώνονται.
- 24 ώρες : Το μονοξείδιο του άνθρακα εξαλείφεται από το σώμα. Οι πνεύμονες αρχίζουν να καθαρίζουν τη βλέννα και τα άλλα κατάλοιπα του καπνίσματος.
- 48 ώρες : Η νικοτίνη έχει εξαλειφθεί από τον οργανισμό. Η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης οξύνεται σε μεγάλο βαθμό.
- 72 ώρες : Οι βρόγχοι αρχίζουν να χαλαρώνουν. Τα επίπεδα της ενέργειας αυξάνονται. Η αναπνοή γίνεται φανερά ευκολότερη.
- 2-12 εβδ. : Η κυκλοφορία του αίματος σε ολόκληρο το σώμα βελτιώνεται.

- 3-9 μήνες : Η λειτουργικότητα των πνευμόνων αυξάνεται μέχρι και 10%. Κατά συνέπεια, υποχωρούν τα συμπτώματα του βήχα και η αναπνοή βελτιώνεται.
- 5 χρόνια : Ο κίνδυνος για καρδιακή προσβολή μειώνεται περίπου στο μισό σε σχέση με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας καπνιστής.
- 10 χρόνια : Ο κίνδυνος για καρκίνο των πνευμόνων μειώνεται στο μισό σε σχέση με έναν καπνιστή. Ο κίνδυνος για καρδιακή προσβολή γίνεται ο ίδιος με κάποιου που δεν έχει καπνίσει ποτέ.

Ιατρείο διακοπής του καπνίσματος.

Τα άτομα που προσέρχονται στο ιατρείο προέρχονται από όλες τις ηλικίες, τα φύλα και τις βαθμίδες εξάρτησης από τη νικοτίνη και συνήθως μαθαίνουν για την ύπαρξη του ιατρείου από κάποιο γνωστό ή φιλικό πρόσωπο. Σε πρώτη φάση καθορίζεται μια συνάντηση όπου το άτομο συμπληρώνει ένα ειδικό ερωτηματολόγιο, στόχος του οποίου είναι να αναδείξει το βαθμό εξάρτησής του από το τσιγάρο και το βαθμό αποφασιστικότητας του να πετύχει. Στη συνέχεια πραγματοποιείται συνέντευξη μαζί του, ώστε να αντληθούν πληροφορίες για το ιατρικό ιστορικό, για τυχόν κοινωνικά ή οικογενειακά προβλήματα και βεβαίως για τα προσωπικά κίνητρα που οδήγησαν στην απόφαση για την προσπάθεια διακοπής. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις των ατόμων που ζητούν βοήθεια επικαλούμενοι προσωπικά προβλήματα υγείας, γονιμότητας ή ακόμη και δευτερεύουσες, φαινομενικά ασήμαντες αιτίες, όπως τη δυσάρεστη οσμή των ρούχων και των μαλλιών τους.

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

Η περίοδος του πρώτου μήνα είναι καθοριστική για τη συνέχεια της θεραπείας και το δίμηνο είναι ενδεικτικό της θετικής πορείας προς την απεξάρτηση. Αυτό βεβαίως δεν σημαίνει πως αν ένα άτομο δυσκολεύεται να απεξαρτηθεί δεν του χορηγείται παράταση χρόνου, ωστόσο είναι

χρήσιμο να έχει από πριν οριστεί μια ημερομηνία, μέχρι την έλευση της οποίας ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να έχει διακόψει το κάπνισμα.

Καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος, επίσης, υπάρχει τηλεφωνική επικοινωνία, που αποσκοπεί στον έλεγχο της πορείας του ατόμου (τήρηση του προγράμματος, εντοπισμός τυχόν φαρμακευτικών παρενεργειών) και στην παροχή ψυχικής υποστήριξης.

Τέλος, μία φορά το μήνα ορίζονται συναντήσεις των μελών, παρουσία των υπευθύνων του προγράμματος, όπου ανταλλάσσονται απόψεις και παρέχεται η δυνατότητα να λάβουν θάρρος και νέα κίνητρα για να συνεχίσουν την προσπάθεια.

Βελονισμός

Σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά στοιχεία που προέρχονται από τις Ηνωμένες Πολιτείες, 38 εκατομμύρια αμερικανοί έχουν διακόψει το κάπνισμα τα τελευταία 15 χρόνια ενώ 50 εκατομμύρια άτομα (περίπου το 25,7% του ενήλικου πληθυσμού) συνεχίζουν να καπνίζουν. Κάθε χρόνο, 1,3 εκατομμύρια Αμερικανοί σταματούν το κάπνισμα. Οι υπόλοιποι δεν προσπαθούν σοβαρά φοβούμενοι τις παρενέργειες από την έλλειψη νικοτίνης και τις αλλαγές που η έλλειψη τσιγάρου θα φέρει στη ζωή τους. Στοιχεία για την Ελλάδα δεν υπάρχουν, εκτιμάται όμως ότι τα 2/3 (70%) των καπνιστών θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα. Αναφορικά με τα ποσοστά επιτυχίας, μόνο το 2,5 % των καπνιστών καταφέρνουν από μόνοι τους να κόψουν το κάπνισμα. Αντίθετα, οι διάφορες μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στο 20 - 40% των καπνιστών.

Παρόμοιο ποσοστό επιτυχίας ανακοινώνεται και με τον βελονισμό (από 40-75%). Ο βελονισμός είναι μία φυσική μέθοδος απεξάρτησης από τη νικοτίνη, ανώδυνη, ακίνδυνη και προσιτή. Με μία έως πέντε επισκέψεις, ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία, την ψυχική και σωματική κατάσταση του ατόμου, το περιβάλλον στο οποίο ζει και εργάζεται, την χρήση ή όχι ψυχοφαρμάκων κλπ, υπάρχουν πολλές δυνατότητες να απαλλαγεί ο καπνιστής από την εξάρτησή του. Δεν έχουν ιδιαίτερη σημασία τα χρόνια και ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζει. Σημασία έχει να προσπαθήσει όταν αισθανθεί έτοιμος. Πώς όμως δρα ο βελονισμός; Πώς είναι δυνατόν μερικές μεταλλικές βελόνες στο δέρμα ή στους μυς να μειώνουν την ένταση των συμπτωμάτων έλλειψης νικοτίνης (στέρηση), να βοηθούν τον αυτοέλεγχο, να δημιουργούν απέχθεια στον καπνό; Πώς δρα ο βελονισμός σαν μέσο απεξάρτησης από το κάπνισμα; Μετά από χρόνια ερευνών, η απάντηση στα ερωτήματα αυτά έχει δοθεί (αν και όχι

πλήρως). Το σώμα μας διαθέτει ένα σημαντικό οπλοστάσιο το οποίο δεν μπορεί πάντοτε να ενεργοποιηθεί από μόνο του. Με τις ειδικές τεχνικές του βελονισμού, μεγάλος αριθμός ενδογενών ουσιών (ουσίες που παράγονται από κύτταρα ή ιστούς του σώματος) μεταφέρονται με την κυκλοφορία του αίματος, με το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και με τις νευρικές ίνες σε ειδικά κύτταρα - στόχους στον εγκέφαλο (ενδορφινεργικούς, σεροτονινεργικούς και ντοπαμινεργικούς νευρώνες του εγκεφάλου). Εκεί, οι ουσίες αυτές μιμούνται από τη δράση της νικοτίνης "συμπληρώνοντας" με ενδογενείς ουσίες το κενό που δημιουργείται από την έλλειψη της. Πιο συγκεκριμένα, οι μικρές (αλλά συχνές) δόσεις νικοτίνης λειτουργούν διεγερτικά στον οργανισμό (κυρίως στο αυτόνομο νευρικό σύστημα). Το κάπνισμα ωθεί το νευρικό σύστημα σε ταχείς ρυθμούς λειτουργίας. Κατά τη διάρκεια του καπνίσματος αυξάνει η αρτηριακή πίεση (5-10 mmHg), αυξάνουν οι καρδιακοί παλμοί, επιταχύνεται ο ρυθμός της αναπνοής, αυξάνει η επιθετικότητα και η ετοιμότητα, πολλαπλασιάζονται οι περισταλτικές κινήσεις του στομάχου και του εντέρου ενώ παρατηρείται χαλάρωση των σκελετικών και των αναπνευστικών μυών. Η νικοτίνη δρα διεγερτικά και στις ορμόνες. Αυξάνει τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα και τη παραγωγή ινσουλίνης ενώ επιταχύνει τη συμπύκνωση των αιμοπεταλίων παράγοντας θρόμβους. Η χρόνια λήψη αυτού του ψυχοδραστικού φαρμάκου που ονομάζεται νικοτίνη και μάλιστα από την αναπνευστική οδό (οι εισπνεόμενες ουσίες δρουν αμεσότερα) προκαλεί, όπως αναφέρθηκε και στην αρχή, εθισμό. Το νευρικό σύστημα μαθαίνει να ζει, να εργάζεται, να διασκεδάζει, να χαίρεται, να λυπάται, να χαλαρώνει ή να γλεντάει στο ρυθμό που του επιβάλλει η νικοτίνη. Μοιραία λοιπόν, η προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος επηρεάζει άμεσα το νευρικό σύστημα το οποίο με τη δική του γλώσσα δηλώνει την ανισορροπία που εμφανίζεται. Έτσι, λίγες ώρες μετά το τελευταίο τσιγάρο εμφανίζονται τα συμπτώματα έλλειψης νικοτίνης. Σαν τέτοια περιγράφονται: ευερεθιστότητα, εκνευρισμός, νευρικότητα, αίσθημα ανησυχίας, αμηχανία στα χέρια, τρέμουλο στα χέρια, έλλειψη συγκέντρωσης, αϋπνία ή υπνηλία, ακεφία, μελαγχολία, κόπωση, τάση για φαγητό, κεφαλαλγίες, έντονη διάθεση και έντονη σκέψη για τσιγάρο.

Μία από τις δράσεις του βελονισμού είναι να μειώσει την ένταση των συμπτωμάτων αυτών, να ανακουφίσει από την ψυχική πίεση, το άγχος, τη κατάθλιψη, την ένταση και το αίσθημα κενού (έλλειψη) που προκαλείται μετά από τη διακοπή της μακρόχρονης χρήσης μιας εξαρτησιογόνου ουσίας. Πολλές μελέτες που σχετίζονται με απεξάρτηση από ουσίες αναφέρουν ότι ο βελονισμός αυξάνει την ανάγκη για θετική δράση, δημιουργεί ζωτικότητα και ευφορία, βοηθά το μυαλό να σκεφθεί καθαρά και να ελέγξει την επιθυμία.

Εφαρμογή του βελονισμού (μέθοδος που ακολουθείται για καπνιστές).
Ο βελονισμός είναι απλός στην εφαρμογή του. Οι βελόνες που χρησιμοποιούνται είναι μιας χρήσεως. Τοποθετούνται σε ειδικά επιλεγμένα σημεία του σώματος, χωρίς πόνο. Για το κάπνισμα, τοποθετούνται 6-10 βελόνες στον λοβό του αυτιού, στο πρόσωπο και ίσως στα χέρια. Το πρωτόκολλο είναι συγκεκριμένο και αφορά μόνο το κάπνισμα. Δεν έχει καμία παρενέργεια. Οι βελόνες παραμένουν στη θέση τους για διάστημα 15 - 20 λεπτών και στην συνέχεια αφαιρούνται. Το αποτέλεσμα εμφανίζεται σε 6 - 8 ώρες μετά τη θεραπεία. Την επομένη ημέρα ο καπνιστής θα αισθανθεί μειωμένη επιθυμία για κάπνισμα, δεν θα υπάρχουν τα συμπτώματα έλλειψης νικοτίνης, η επιθυμία, όταν υπάρχει, θα είναι ήπια, απόλυτα ελεγχόμενη και λιγότερο βασανιστική απ' ότι συνήθως συμβαίνει, ενώ δεν θα υπάρχουν τα συμπτώματα ενός καπνιστή που κόβει το κάπνισμα. Παράλληλα θα εμφανιστούν κάποια συμπτώματα απέχθειας στον καπνό, τα οποία όσο περνά ο καιρός θα είναι πιο έντονα. Βέβαια, δεν είναι υποχρεωτικό τα πράγματα να πάνε καλά με την πρώτη φορά. Συχνά απαιτείται επανάληψη της αγωγής με βελονισμό και ίσως η χρήση ενός πολυπλοκότερου πρωτοκόλλου θεραπείας. Αυτό θα το αποφασίσει ο ιατρός που είναι υπεύθυνος για την αγωγή. Η θεραπεία επαναλαμβάνεται σε δύο περιπτώσεις: α) αν υπάρχουν βασανιστικά συμπτώματα έλλειψης νικοτίνης και β) αν ο καπνιστής υποκύψει στην επιθυμία του και καπνίσει. Αρκετοί ρωτούν αν μπορούν να καπνίζουν 3-5 τσιγάρα την ημέρα. Ρωτούν αν μπορούν να εξακολουθούν να καπνίζουν τα τσιγάρα εκείνα που πράγματι τους ευχαριστούν. Η απάντηση είναι όχι. Δυστυχώς, τα στοιχεία δείχνουν ότι δεν υπάρχει ούτε ένας καπνιστής στους εκατό που να κατάφερε να μειώσει τον αριθμό των τσιγάρων στο μισό για περισσότερο από ένα μήνα. Εξ άλλου, μελέτη της Mayo Clinic αναφέρει ότι τα επίπεδα των τοξινών στο αίμα δεν μειώνονται, όταν "σκληροί" καπνιστές ελαττώνουν στο μισό την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων.

- > Ο βελονισμός είναι μια φυσική, μη φαρμακευτική ιατρική πράξη.
- > Μπορεί να εφαρμοστεί παράλληλα με οποιαδήποτε άλλη αγωγή.
- > Μπορεί να εφαρμοστεί και στους πέντε πρώτους μήνες εγκυμοσύνης.
- > Στηρίζει ψυχικά και σωματικά τον καπνιστή που θέλει να κόψει το κάπνισμα
- > Μειώνει τα βασανιστικά συμπτώματα έλλειψης νικοτίνης.

Υποκατάστατα νικοτίνης

Τα προϊόντα υποκατάστασης της νικοτίνης παρέχουν στον οργανισμό ανακούφιση από τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου της νικοτίνης που παρατηρείται σε κάθε καπνιστή που προσπαθεί να απεξαρτηθεί από το τσιγάρο. Μέσω αυτών ο καπνιστής λαμβάνει μικρές ποσότητες νικοτίνης χωρίς όμως να λαμβάνει τις υπόλοιπες καρκινογόνες ουσίες που περιέχονται στα τσιγάρα. Τα υποκατάστατα νικοτίνης είναι δύο φορές πιο αποτελεσματικά από τις υπόλοιπες μεθόδους υποβοήθησης ενός καπνιστή να απαλλαγεί από τη "νόσο του καπνού". Σε αυτά περιλαμβάνονται τα αυτοκόλλητα νικοτίνης (patches), οι τσίγλες νικοτίνης, τα ρινικά σπρέι και τα εισπνεόμενα σκευάσματα νικοτίνης.

Σύμφωνα με μία πρόσφατη μελέτη Άγγλων ερευνητών, το 20% των ατόμων που συνδυάζουν τη χρήση σκευασμάτων νικοτίνης με την ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς θα καταφέρουν να διακόψουν το κάπνισμα τουλάχιστον για ένα χρόνο, και το 10% δεν θα ξανακαπνίσει ποτέ. Δεν υπάρχουν στοιχεία υποστηρικτικά της καλύτερης αποτελεσματικότητας του ενός σκευάσματος από το άλλο, ο καθένας μπορεί να επιλέξει βάσει των προσωπικών προτιμήσεων του.

Οι χρήστες υποκατάστατων νικοτίνης δεν θα πρέπει να τα χρησιμοποιούν σε αντικατάσταση του τσιγάρου. Κάθε θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης θα πρέπει να είναι βραχυπρόθεσμη και να αποσκοπεί στην διακοπή του καπνίσματος. Προσοχή χρειάζεται γιατί η παρατεταμένης διάρκειας χρήση των εν λόγω σκευασμάτων δεν στερείται παρενεργειών (πχ. ανάπτυξη αντοχής στην ινσουλίνη με ενδεχόμενο την εμφάνιση διαβήτη μετά από μακροχρόνια χρήση τσίγλας νικοτίνης). Η ταυτόχρονη παρακολούθηση ενός ειδικού προγράμματος ψυχολογικής υποστήριξης θα αυξήσει σημαντικά τις πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος.

Δεν επιτρέπεται το κάπνισμα κατά την διάρκεια χρήσης υποκατάστατων νικοτίνης, αφού υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης τοξικών επιπέδων νικοτίνης στο αίμα. Τα υποκατάστατα νικοτίνης βοηθούν επίσης στην αποφυγή της αύξησης του βάρους κατά την διάρκεια της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να πάρει κανείς κιλά μετά την διακοπή της χρήσης τους

Παρενέργειες

Στις πιο συχνές παρενέργειες περιλαμβάνονται : οι κεφαλαλγίες, η ναυτία και άλλα συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα. Πολλοί άνθρωποι συχνά εμφανίζουν αϋπνίες κατά την διάρκεια των πρώτων ημερών της θεραπείας, ιδίως όταν χρησιμοποιούνται αυτοκόλλητα νικοτίνης,

αλλά η αϋπνία συνήθως αποκαθίσταται σύντομα. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν μεγάλη ποσότητα νικοτινούχων σκευασμάτων έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τέτοιες παρενέργειες και η ελάττωση της χορηγούμενης δόσης οδηγεί σε αποφυγή του εν λόγω κινδύνου.

Ειδικές κατηγορίες ασθενών στη χρήση υποκατάστατων νικοτίνης. Ορισμένες κατηγορίες ασθενών εμφανίζουν κάποιες ιδιαιτερότητες οι οποίες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν τίθεται το ενδεχόμενο να χρησιμοποιήσουν σκευάσματα νικοτίνης. Για παράδειγμα αν και υπάρχει ανησυχία για την χρήση τους από πάσχοντες από καρδιαγγειακά νοσήματα, οι μελέτες δείχνουν ότι δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για αυτή την κατηγορία ασθενών. Η χρήση τους από εφήβους είναι ασφαλής. Αλλά η νικοτίνη είναι ένα δηλητήριο , δυνητικά θανατηφόρο για τα μικρά παιδιά και δεν θα πρέπει ποτέ να τους χορηγείται. Αρκεί να σκεφτεί κανείς ότι η κατάποση ενός τσιγάρου από ένα παιδί έως 4 ετών είναι θανατηφόρος!

Αυτοκόλλητα νικοτίνης (σκευάσματα διαδερμικής χορήγησης)

Πρόκειται για μικρά αυτοκόλλητα εμποτισμένα με νικοτίνη την οποία απελευθερώνουν με βραδύ σταθερό ρυθμό. Η νικοτίνη εισέρχεται στην κυκλοφορία αφού απορροφηθεί από το δέρμα. Το αυτοκόλλητο διατηρεί τα επίπεδα νικοτίνης σταθερά στον ορό. Υπάρχουν αυτοκόλλητα διαφορετικής περιεκτικότητας σε νικοτίνη. Τα πλεονεκτήματα είναι ότι παρέχουν σταθερή δόση νικοτίνης με αποτέλεσμα ο οργανισμός να μη νιώθει την ανάγκη επαναλαμβανόμενων δόσεων νικοτίνης όπως συμβαίνει με το κάπνισμα τσιγάρου το οποίο προκαλεί μία αρχική κορύφωση τη συγκέντρωσης νικοτίνης η οποία σταδιακά φθίνει και έτσι ο καπνιστής κάποια στιγμή νιώθει την ανάγκη να καπνίσει ξανά. Επίσης αν κανείς επιχειρήσει να καπνίσει ενώ το φορά, εμφανίζει συμπτώματα υπερδοσολογίας νικοτίνης που μπορεί να έχουν ακόμη και μοιραία κατάληξη.

Τα μειονεκτήματα τους είναι ότι έχουν σχετικά αυξημένο κόστος, υπάρχει πιθανότητα τοπικού δερματικού ερεθισμού και μπορεί να προκαλέσουν παράξενα όνειρα εάν φοριούνται στον ύπνο.

Ο χρόνος απεξάρτησης από τη νικοτίνη με τη βοήθεια αυτοκόλλητων διαδερμικής χορήγησης ποικίλλει από 8 έως και 12 εβδομάδες. -Κάθε ημέρα θα πρέπει να τοποθετείται σε διαφορετικό σημείο του δέρματος, που δεν έχει τρίχες και να παραμένει εκεί για το χρονικό διάστημα που συνιστούν οι οδηγίες του σκευάσματος. Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται το ίδιο αυτοκόλλητο για πάνω από 24 ώρες. Μπορεί να ξανακολληθεί στην ίδια περιοχή του δέρματος αφού περάσει μια

εβδομάδα από την τελευταία φορά χρήσης της ίδιας περιοχής.
-Την πρώτη φορά που θα τοποθετηθεί ένα αυτοκόλλητο νικοτίνης πιθανόν να προκαλέσει τοπικά φαγούρα ή αίσθημα κνησμού και ερύθημα. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως υφύονται μέσα σε μια ώρα.
-Δεν συνιστάται η χρήση από άτομα με δερματολογικές παθήσεις/αλλεργίες.

Τσίγλα

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης τσίγλας νικοτίνης είναι ότι μπορεί κανείς να την πάρει όποτε νιώθει την ανάγκη να καπνίσει (εφόσον βέβαια δεν ξεπερνά τη μέγιστη ημερήσια δόση νικοτίνης). Είναι σχετικά φθηνή μέθοδος και παρέχει κάποια στοματική ικανοποίηση παρόμοια με αυτή που νιώθει κάποιος όταν καπνίζει ένα τσιγάρο. Μασώντας την κάποιος πολύ γρήγορα μπορεί να προκαλέσει ζαλάδα. Περνάει αρκετή ώρα μετά τη λήψη της για να αρχίσει να γίνεται αισθητή η δράσης της.

Η τσίγλα νικοτίνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί από οποιονδήποτε. Ωστόσο είναι περισσότερο δόκιμη στις παρακάτω περιπτώσεις :
-βαρείς καπνιστές (>10 τσιγάρα την ημέρα) που εμφανίζουν στερητικό σύνδρομο όταν προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα.
-άτομα που προτιμούν να ελέγχουν τη δόση νικοτίνης που λαμβάνουν
-άτομα με δερματική ευαισθησία ή άλλο δερματολογικό νόσημα, αφού δεν τους επιτρέπει να κάνουν χρήση αυτοκόλλητου νικοτίνης
-άτομα που επιθυμούν να μασούν κάτι για να ικανοποιήσουν και την συνήθεια του να έχουν κάτι στο στόμα που να αντικαθιστά το τσιγάρο.

Η τσίγλα νικοτίνης είναι ουσιαστικά ένα φάρμακο που περιέχει νικοτίνη η οποία αποδεσμεύεται σταδιακά και εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος. Απαιτείται ιατρική συμβουλή σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να μασάτε η τσίγλα νικοτίνης καθώς και για την μέγιστη ποσότητα που μπορεί να καταναλωθεί μέσα σε μια ημέρα. Ο συνήθης στόχος είναι η σταδιακή διακοπή της τσίγλας μέσα σε χρονική περίοδο 6 μηνών.

Εισπνεόμενα

Το εν λόγω σκεύασμα μοιάζει με πλαστικό κάλυμμα τσιγάρου στο οποίο μπαίνουν "αμπούλες" νικοτίνης. Όταν αέρας εισέρχεται διαμέσου της συσκευής, εμπλουτίζεται με νικοτίνη, η οποία στη συνέχεια αποδεσμεύεται στο βλεννογόνο του στόματος και στο άνω τμήμα του οισοφάγου. Η απορρόφηση νικοτίνης είναι χαμηλότερη από αυτήν των κανονικών τσιγάρων και η μέγιστη δράση της νικοτίνης παρατηρείται 10-

15 λεπτά μετά την λήψη του σκευάσματος. Χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή.

Τα πλεονεκτήματα των εισπνεόμενων σκευασμάτων σε σύγκριση με τις υπόλοιπες μεθόδους προϊόντων υποκατάστασης νικοτίνης είναι ότι: -παρέχουν ποικίλες δόσεις νικοτίνης ανάλογα τις ανάγκες του καπνιστή -ικανοποιούν την στοματική αίσθηση του χρήστη -το μεγαλύτερο τμήμα της εισπνεόμενης νικοτίνης χορηγείται στο στόμα (αν και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ερεθισμό του λαιμού του χρήστη) Θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε πάσχοντες από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, άσθμα, καρδιακά προβλήματα, υπέρταση, ποικίλες ενδοκρινολογικές και πάντα υπό ιατρική καθοδήγηση.

Ρινικό σπρέι χορήγησης νικοτίνης

Εισπνέεται από τη μύτη μέσω ειδικής δοσομετρικής συσκευής και απορροφάται άμεσα από το ρινικό βλεννογόνο από όπου η νικοτίνη μεταφέρεται ταχύτατα στην κυκλοφορία του αίματος. Ικανοποιεί άμεσα τις ανάγκες του χρήστη για νικοτίνη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλα σκευάσματα θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης. Μπορεί να είναι ερεθιστικό για το λαιμό, τα μάτια και τη μύτη αλλά οι περισσότεροι χρήστες ανέχονται καλά αυτές τις ανεπιθύμητες δράσεις οι οποίες σταδιακά εξαφανίζονται μέσα στις πρώτες ημέρες. Δεν συνιστάται σε άτομα με αλλεργίες, άσθμα, παραρινοκολπίτιδες ή χρόνιες ρινίτιδες. Η χρήση του δεν πρέπει να ξεπερνά τους έξι μήνες. Πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει το ενδεχόμενο ελάττωσης των επιπέδων θεοφυλλίνης σε περίπτωση που ο ασθενής κάνει χρήση αυτού του φαρμάκου.

Δισκία

Τα υπογλώσσια δισκία νικοτίνης βρίσκονται ακόμη σε εργαστηριακό επίπεδο.

Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης στην εγκυμοσύνη.

Η εγκυμοσύνη παρακινεί κάποιο ποσοστό γυναικών να διακόψει το κάπνισμα, οι περισσότερες όμως το ξεκινούν και πάλι μετά τον τοκετό. Η μείωση του καπνίσματος, αν όχι η διακοπή, πρέπει να είναι προτεραιότητα κάθε γυναίκας, όχι μόνο κατά την εγκυμοσύνη της, αλλά και μετά τη γέννηση του παιδιού της. Σκοπός είναι να προστατευθεί, εκτός από το αναπτυσσόμενο έμβρυο και το νεογέννητο παιδί.

Για την εγκυμοσύνη, η απόφαση σχετικά με το κατά πόσο μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια υποκατάστατα νικοτίνης δεν είναι εύκολη. Πιθανόν η θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης να είναι περισσότερο ασφαλής από το κάπνισμα, αυτό ωστόσο δεν έχει ακόμη αποδειχθεί. Εν αντιθέσει, υπάρχει και η άποψη ότι η χρήση τους πιθανόν να μην είναι ασφαλής, καθώς οι έγκυες εμφανίζουν αρκετά μεγάλη ταχυκαρδία υπό την επήρεια νικοτινούχων σκευασμάτων σε σύγκριση με το όταν καπνίζουν ένα τσιγάρο. Συμβατικές δόσεις ίσως να είναι λιγότερο βλαβερές, παραμένει άγνωστο όμως, σε ποιο βαθμό, ο χρόνος έκθεσης στα υποκατάστατα αυτά, επηρεάζει το έμβρυο. Συνολικά, τα πλεονεκτήματα και οι ζημιές από την χρήση υποκατάστατων, εξαρτώνται και από την ψυχολογική υποστήριξη, η οποία προωθείται ιδιαίτερα σε γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης, λόγω της ανησυχίας τους ότι προκαλούν βλάβες στο έμβρυο. Κάθε ζημιά που προκαλείται από το υποκατάστατο, πρέπει να συγκρίνεται με αυτή που προκαλεί το κάπνισμα. Η απόδειξη ασφάλειας και αποτελεσματικότητας είναι απαραίτητη, ώστε να επιλυθεί το παραπάνω πρόβλημα, απαιτούνται όμως κλινικές δοκιμασίες με διακύμανση των δόσεων, έλεγχο των σκευασμάτων και εφαρμογή κανόνων για τη σωστή διεκπεραίωση της όλης προσπάθειας,

Άλλοι φαρμακευτικοί τρόποι διακοπής του καπνίσματος

Zyban

Πρόκειται για ένα φάρμακο το οποίο δεν περιέχει νικοτίνη και βοηθά στη διακοπή του καπνίσματος. Δρα ελαττώνοντας τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης της νικοτίνης καθώς επίσης και την επιθυμία του καπνίσματος. Ο τρόπος δράσης του συγκεκριμένου φαρμάκου δεν έχει διασαφηνιστεί πλήρως ακόμη, αλλά φαίνεται πως επηρεάζει τις ουσίες του εγκεφάλου που δρουν ως νευροδιαβιβαστές και σχετίζονται με την ανάπτυξη εξάρτησης από τη νικοτίνη. Τέτοιες είναι η ακετυλοχολίνη, οι β-ενδορφίνες, η ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη. Το Zyban περιέχει την δραστική ουσία βουπροπριόνη και πωλείται και ως αντικαταθλιπτικό φάρμακο με την εμπορική ονομασία Weellbutrin.

Ένα από τα οφέλη του φαρμάκου είναι η προσωρινή απώλεια βάρους, αν και οι χρήστες ξαναπαίρνουν όλα τα κιλά που έχασαν μετά την διακοπή της αγωγής. Στα άτομα που δεν πάσχουν από κάποια απλή διαταραχή του συναισθήματος δεν εμφανίζει καμία αντικαταθλιπτική δράση.

Στις παρενέργειες του φαρμάκου περιλαμβάνονται προβλήματα του πεπτικού συστήματος, κεφαλαλγία, αϋπνία, ξηροστομία και διέγερση. Σε σπάνιες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί σπασμοί, αν και αυτό συνέβη σε άτομα που υπερέβησαν τη συνιστώμενη δοσολογία ή είχαν ήδη

επιβαρυντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση σπασμών.

Σε γενικές γραμμές η θεραπεία διαρκεί περίπου οκτώ εβδομάδες. Έχουν παρατηρηθεί αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα από την χρήση της (18,4% διακοπή του καπνίσματος όταν χρησιμοποιήθηκε ως μονοθεραπεία και 22,5% όταν το φάρμακο χρησιμοποιήθηκε σε συνδυασμό με κάποιο υποκατάστατο νικοτίνης).

Μελλοντικές ελπίδες για την καταπολέμηση της συνήθειας του καπνίσματος.

Φαρμακευτικά σκευάσματα που ίσως αποδειχθούν ωφέλιμα για τη διακοπή του καπνίσματος αλλά βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο είναι:

-*Νορτρυπτυλίνη*

Αντικαταθλιπτικό που ίσως αποδειχθεί ωφέλιμο για τη διακοπή του καπνίσματος.

-*Βιγαπατρίνη*

Αντιεπιληπτικό με πολύ καλά αποτελέσματα σε πειραματόζωα.

-*Μεθοξαλένιο*

Αντιψωριασικό φάρμακο το οποίο έχει την ικανότητα να αναστέλλει την λειτουργία του ενζύμου που μεταβολίζει τη νικοτίνη.

-*Αντι-καπνιστικό διάλυμα στόματος*

Έχει την ικανότητα να κάνει την γεύση του τσιγάρου ιδιαιτέρως δυσάρεστη έως και οκτώ ώρες μετά από την πλύση με το διάλυμα.

Ο καθένας μπορεί να διακόψει το κάπνισμα εάν είναι αποφασισμένος να το κάνει. Δεν έχει καμία σημασία η ηλικία, ο τρόπος ζωής ή η κατάσταση υγείας του καπνιστή. Αυτό που έχει μεγάλη σημασία είναι να έχει κανείς ένα σχέδιο διακοπής του καπνίσματος καθώς και την αμέριστη υποστήριξη των ατόμων του κοντινού περιβάλλοντος του.

ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ (ΑΛΚΟΟΛ).

Ο όρος οινοπνευματώδη αναφέρεται στα ποτά που κυκλοφορούν στο εμπόριο. Ο όρος αλκοόλ χρησιμοποιείται για το βασικό συστατικό των ποτών αυτών και -παρότι Λατινογενής- έχει επικρατήσει και στην ελληνική επιστημονική κοινότητα.

Το αλκοόλ προέρχεται από την ανάμιξη φρούτων και δημητριακών με μαγιά και ζάχαρη. Τότε δημιουργείται μια διαδικασία που λέγεται ζύμωση. Το κρασί, η μύρα και ο μηλίτης είναι προϊόντα απλής ζύμωσης. Τα βαριά οινοπνευματώδη ποτά, όπως το ουίσκι, η βότκα κ.α., διυλίζονται περισσότερο για να γίνουν ισχυρότερα.

Το αλκοόλ μετρείται σε μονάδες. Κάθε μονάδα αντιστοιχεί σε 8 γραμμάρια καθαρού αλκοόλ. Ο ανθρώπινος οργανισμός μεταβολίζει μία μονάδα αλκοόλ την ώρα. Στην ετικέτα της φιάλης ενός ποτού αναγράφεται η περιεκτικότητά του σε αλκοόλ.

Ιστορικά στοιχεία.

Το αλκοόλ είναι ίσως η αρχαιότερη εξαρτησιογόνος ουσία. Πρώτη ιστορική αναφορά για την παρασκευή οινοπνευματωδών ποτών συναντάμε σε αρχαίο αιγυπτιακό πάπυρο του 3500 π.Χ. Από τον 4^ο αιώνα έχουμε αναφορές στα προβλήματα που προκαλούνται από την κατάχρηση του. (Ιωάννης ο Χρυσόστομος, επίσκοπος Κωνσταντινουπόλεως).

Τα προβλήματα που δημιουργούνται από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αναγκάζουν την Αγγλία, στα μέσα του 1700 περίπου, να αυξήσει την τιμή των οινοπνευματωδών ποτών, σε μια προσπάθεια να αποφευχθεί η κατάχρησή τους.

Οι περιορισμοί αυτοί σιγά-σιγά θα επεκταθούν σε πολλές χώρες του κόσμου. Το 1920 μέχρι το 1933 θα απαγορευθεί η πώληση και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στην Αμερική (ποτοαπαγόρευση). Το αποτέλεσμα ήταν να ανθίσει το παράνομο εμπόριο και σύντομα να αποκτήσουν το μονοπώλιο οργανωμένες συμμορίες κακοποιών. Παρ' όλους τους αυστηρούς περιορισμούς θα υπάρξει αύξηση του αριθμού των αλκοολικών και το μέτρο θα αποσυρθεί. Λέγεται ότι η Αμερική ποτέ δεν ήπια περισσότερο απ' όσο την εποχή της ποτοαπαγόρευσης.

Αποδείχτηκε συνεπώς ότι το αλκοόλ (όπως και οποιοδήποτε άλλο ναρκωτικό), δεν καταπολεμάται αποτελεσματικά με νόμους, αλλά κυρίως με κατάλληλες προπαγάνδες που αποθαρρύνουν τους καταναλωτές.

Σήμερα πιστεύεται ότι το αλκοόλ ευθύνεται για τους περισσότερους θανάτους από κάθε άλλη εξαρτησιογόνο ουσία.

Οινοπνευματώδη μεγάλης κατανάλωσης.

Κρασί.

Είναι το προϊόν της αλκοολικής ζύμωσης του μούστου. Ο μούστος ανάλογα με την ποιότητα του σταφυλιού που χρησιμοποιείται, είναι αφετηρία για αναρίθμητες ποικιλίες κρασιών. Τα κρασιά έχουν περιεκτικότητα σε οινόπνευμα από 9° μέχρι και 18°-19°. Αυτό σημαίνει ότι στο 1 λίτρο κρασιού των 12° υπάρχουν 120 εκατοστόλιτρα καθαρής αιθυλικής αλκοόλης.

Μπύρα.

Είναι το προϊόν της αλκοολικής ζύμωσης αφεψημάτων από βύνη, κριθάρι, λυκίσκο και ζυθόχορτο. Η βύνη ετοιμάζεται κάτω από ορισμένες συνθήκες του περιβάλλοντος από κριθάρι μουσκεμένο στο νερό. Σε αυτή τη διαδικασία σχηματίζονται ένζυμα που διαλύονται και μεταμορφώνουν το άμυλο σε σάκχαρο. Αυτό με τη σειρά του μετατρέπεται σε αιθυλική αλκοόλη.

Ποτά.

Είναι προϊόν ανάμειξης ή άμεσης απόσταξης. Τα πρώτα είναι μείγματα από αλκοόλ, περισσότερο ή λιγότερο διαλυμένο και χυμούς αρωματικών φυτών ή γενικότερα αρωματικά αποστάγματα (εσάνς). Στη δεύτερη κατηγορία υπάγονται ποτά όπως η ρακή, το ούζο, το ούισκι, η βότκα κ.α.

Αποτελέσματα της χρήσης αλκοόλ στον οργανισμό.

Προβλήματα υπάρχουν από τη στιγμή που υπάρχει εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ. Εξάρτηση υπάρχει, όταν το άτομο ικανοποιείται μόνο με τη συνεχή και σε μεγάλη ποσότητα κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ανάλογη με την εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες. Ωστόσο δεν κινδυνεύουν για βλάβη της υγείας μόνο οι αλκοολικοί. Εξ' ίσου κινδυνεύουν και αυτοί που χαρακτηρίζονται ως "κοινωνικοί" πότες, εφ' όσον η καθημερινή τους κατανάλωση ξεπερνάει κάποια όρια.

Οι βλάβες που μπορεί να προκαλέσει το αλκοόλ είναι:

- αφυδάτωση
- στομαχικές διαταραχές (γαστρίτιδα, αιμορραγίες, έλκη)
- υψηλή αρτηριακή πίεση
- έλλειψη βιταμινών
- σεξουαλικές διαταραχές

- εγκεφαλικές βλάβες
- μυϊκές παθήσεις
- προβλήματα στο νευρικό σύστημα
- ηπατικές βλάβες
- καρκίνος στόματος, λάρυγγα και οισοφάγου
- περισσότερες επιπλοκές στους διαβητικούς

Όσο η συχνότητα και η ποσότητα του αλκοόλ αυξάνονται, τόσο αυξάνονται και οι κίνδυνοι. Διεθνώς έχουν θεσπιστεί όρια κατανάλωσης του αλκοόλ για ασφαλή χρήση στους ενήλικες. Αυτά τα όρια σε μονάδες μοιρασμένες μέσα στην εβδομάδα είναι: μέχρι 21 μονάδες (ποτά) για τους άνδρες, μέχρι 14 μονάδες (ποτά) για τις γυναίκες.

Μία μονάδα είναι:

- ή 1 μικρό ποτήρι μπύρα
- ή 1/2 μεγάλο ποτήρι μπύρα
- ή 1 ποτήρι ούισκι ή άλλο ποτό της ίδιας κατηγορίας
- ή 1 ποτήρι κρασί
- ή 1 ποτήρι λικέρ
- ή 1 ούζο

Επιδράσεις του αλκοόλ στο ήπαρ.

Ο αλκοολισμός παραμένει μια από τις βασικότερες αιτίες ηπατικής δυσπραγίας, όχι μόνο στις ΗΠΑ, αλλά και σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, παρά την εκστρατεία ενημέρωσης που έχει αναληφθεί κατά τα τελευταία χρόνια με τις βλαπτικές επιδράσεις της αιθανόλης στο ήπαρ και στα άλλα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Αν και υπάρχουν θετικές ενδείξεις για την τοξική δράση αιθανόλης και των παραγώγων του μεταβολισμού της στο ηπατικό κύτταρο, το φαινόμενο ότι μόνο ένα ποσοστό υπερκαταναλωτών αλκοόλης καταλήγει σε αλκοολική ηπατοπάθεια τελικού σταδίου, δείχνει ότι και άλλοι παράγοντες - εκτός του αλκοολισμού - φαίνεται να είναι απαραίτητοι για την εκδήλωση ηπατικής νόσου. Η κακή διατροφή και η μεταβολή της ανοσολογικής κατάστασης του ατόμου από την παρουσία της αιθανόλης ενδέχεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση αλκοολικής ηπατοπάθειας.

Η διάγνωση της νόσου τίθεται με την αξιολόγηση του κλινικού ιστορικού, του βιοχημικού έλεγχου της ηπατικής λειτουργίας και, κατά κύριο λόγο, όπου είναι δυνατόν, με την ηπατική βιοψία. Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι συνήθως μη ειδικές και κυμαίνονται από την απλή ασυμπτωματική ηπατική διόγκωση μέχρι τις κλινικές εκδηλώσεις

πυλαίας υπερτάσεως και προχωρημένης ηπατικής ανεπάρκειας. Οι ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις είναι αυτές λιπώδους διήθησης του ήπατος (στεατώση), της αλκοολικής ηπατίτιδας (στεατωνέκρωση), της ηπατικής ίνωσης και, τελικά, της αλκοολικής κίρρωσης. Ιστολογικές βλάβες από περισσότερες της μιας μορφές αλκοολικής ηπατοπάθειας μπορεί να συνυπάρχουν. Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα αλκοολικής αιτιολογίας και η αιτιοπαθογενετική σχέση της αιθανόλης με την ηπατοκαρκινογένεση συζητούνται στην τρέχουσα βιβλιογραφία. Εκτός από τη διακοπή της χρήσης οινοπνευματώδη ποτών, την επαρκή θερμιδική υποστήριξη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών, δεν φαίνεται να υπάρχει άλλη θεραπεία αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας. Η ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος για την αντιμετώπιση της αλκοολικής ηπατοπάθειας τελικού σταδίου είναι σήμερα αποδεκτή, υπό ορισμένες προϋποθέσεις.

Αλκοόλ, φίλος η εχθρός; Η σχέση του με τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τον καρκίνο.

Η χρήση του αλκοόλ έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση πολλών νοσημάτων, καταστάσεων και προβλημάτων υγείας. Στην παρούσα ανασκόπηση συζητείται η πρόσφατη βιβλιογραφία που αναφέρεται στο ρόλο του οινοπνεύματος στην καρδιαγγειακή νόσο και στα κακοήθη νοσήματα, μια και οι δυο αυτές κατηγορίες νοσημάτων μαζί με τις κακώσεις και τα ατυχήματα φαίνεται να ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος της συνολικής θνησιμότητας. Αν και η χρόνια κατανάλωση οινοπνεύματος έχει συσχετιστεί με υπέρταση, εγκεφαλικά επεισόδια και αιφνίδιο θάνατο, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός μελετών που δείχνουν ότι η μικρή λήψη αλκοόλ σχετίζεται με μείωση του ρυθμού ανάπτυξης της θνησιμότητας από τις καρδιαγγειακές παθήσεις και ιδιαίτερα από τη στεφανιαία νόσο. Οι περισσότερες επίσης επιδημιολογικές μελέτες φαίνεται να συμφωνούν ότι η χρήση οινοπνεύματος συνδέεται αιτιολογικά με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στόματος, φάρυγγα, λάρυγγα, οισοφάγου και ήπατος, ενώ έμμεση επιδημιολογική απόδειξη φαίνεται να υπάρχει για την πρόκληση του καρκίνου του παγκρέατος. Η αιτιολογική σχέση της κατανάλωσης οινοπνεύματος με τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου παραμένει ακόμη ασαφής και τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αλληλοσυγκρουόμενα. Η γενική θνησιμότητα φαίνεται να είναι μικρότερη στους χρήστες απ' ό,τι στους απέχοντες, με ένα σχετικό κίνδυνο που φαίνεται να είναι μικρότερος του 0,90%. Παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η ποσότητα οινοπνεύματος και άλλες συνήθειες, ιδιαίτερα αυτή του καπνίσματος, φαίνεται να επηρεάζουν τη θνησιμότητα στους καταναλωτές οινοπνευματωδών ποτών. Σχετικά με τα κακοήθη νοσήματα, φαίνεται ότι

η κατανάλωση αλκοόλ συσχετίζεται με διάφορους καρκίνους, κυρίως του ανώτερου πεπτικού, του ήπατος, καθώς επίσης και του πνεύμονα, με πιθανό τριπλάσιο κίνδυνο στους καπνιστές απ' ό,τι στους μη καπνιστές. Πάντως, τα νεότερα δεδομένα, που αφορούν τον καρκίνο, υποστηρίζουν ότι η σχέση του με τη χρήση οινοπνευματωδών είναι ασθενής. Παρά τον προστατευτικό ρόλο που δείχθηκε, σε αρκετές επιδημιολογικές μελέτες, να έχει η κατανάλωση μικρών έως μέτριων ποσοτήτων οινοπνεύματος, όσον αφορά τη γενική θνησιμότητα και γενικότερα αυτή από στεφανιαία νόσο, οι συστάσεις δημόσιας υγείας είναι αντίθετες με την κατανάλωση αλκοόλ. Συζητείται επίσης το πρόβλημα διαμόρφωσης "ασφαλών" ορίων και προσεγγίζονται οι μεθοδολογικές δυσκολίες που συναντούν οι επιδημιολογικές μελέτες, στις οποίες ερευνάται η επίδραση της χρήσης οινοπνεύματος στην υγεία.

Αλκοολική νευροπάθεια

Προσβολή των περιφερικών νεύρων εμφανίζεται σε ποσοστό περίπου 10% των αλκοολικών. Η παθογένεση της αλκοολικής νευροπάθειας δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί και υπάρχει διαφωνία, εάν η νευροπάθεια οφείλεται σε άμεση τοξική δράση της αλκοόλης ή σε κακή θρέψη ή και στα δυο. Η νευροπάθεια εκδηλώνεται ως συμμετρική αισθητικοκινητική πολυνευροπάθεια, κυρίως στα περιφερικά τμήματα των κάτω άκρων. Τα συμπτώματα εμφανίζονται προοδευτικά, αν και σε μερικούς ασθενείς μπορεί να εμφανιστούν οξέως μετά μια περίοδο μεγάλης καταναλώσεως αλκοόλης και ελλιπούς θρέψεως. Οι αλκοολικοί ασθενείς που αναπτύσσουν νευροπάθεια χαρακτηρίζονται, πρώτον από μεγάλη σε βαθμό και διάρκεια κατάχρηση αλκοόλης και δεύτερον από διαιτητική στέρηση, που συνήθως εκδηλώνεται με μεγάλη απώλεια βάρους. Η προσβολή των φυτικών ινών είναι πολύ συχνή και μπορεί να επιβεβαιωθεί με τη μελέτη των καρδιαγγειακών αντανεκαστικών. Η παρατεταμένη κατάχρηση της αλκοόλης μπορεί ακόμη να αυξήσει την ευαισθησία των νεύρων σε μηχανική ή ισχαιμική βλάβη. Η πρωτοπαθής αξονική εκφύλιση χαρακτηρίζει την παθολογία των νευρικών ινών επί αλκοολικής νευροπάθειας. Η πρόγνωση των ασθενών με ήπια η μέσης βαρύτητας νευροπάθεια είναι καλή, εάν διακοπεί η χρήση της αλκοόλης, και η ανάρρωση επέρχεται μετά από πολλούς μήνες. Τα ηλεκτροφυσιολογικά ευρήματα επί της νευροπάθειας αυτής είναι η ελάττωση του ύψους του αισθητικού προκλητού δυναμικού των νεύρων, με καθόλου η μικρή μείωση της αισθητικής ταχύτητας αγωγής νεύρων. Όμοια, αλλά μικρότερου βαθμού, είναι και η μείωση του ύψους του μυϊκού προκλητού δυναμικού των νεύρων και της κινητικής ταχύτητας αγωγής. Το ηλεκτρομυογράφημα αποκαλύπτει τυπικά ευρήματα απονευρώσεως στους μικρούς μυς των κάτω κυρίως, άκρων. Η θεραπεία

της αλκοολικής νευροπάθειας προϋποθέτει την πλήρη και οριστική διακοπή της αλκοόλης και τη διόρθωση της διατροφικής ανεπάρκειας. Αν και η θεραπεία φαίνεται απλή, είναι δύσκολο να επιτευχθεί, κυρίως διότι οι περισσότεροι ασθενείς αρχίζουν πάλι τη λήψη μετά ποικίλλουσα περίοδο διακοπής της αλκοόλης.

Αξονική τομογραφία εγκεφάλου σε χρόνιους αλκοολικούς ασθενείς

Πενήντα αλκοολικοί ασθενείς εξετάστηκαν με αξονική τομογραφία εγκεφάλου. οι περισσότεροι ήταν χρόνιοι χρήστες με ποικίλες νευρολογικές εκδηλώσεις συνδεδεμένες με τον αλκοολισμό. πενήντα μάρτυρες χωρίς νευρολογικές εκδηλώσεις χρησιμοποιήθηκαν για σύγκριση. τα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας δείχνουν την παρουσία σε πολύ υψηλό ποσοστό ατροφίας (90%) στους αλκοολικούς ασθενείς. το υψηλό ποσοστό ατροφίας που διαπιστώθηκε στους ασθενείς μας αποδίδεται στη βαρύτητα της ατροφίας μεταξύ των νεώτερων ασθενών σε αντίθεση με τους νεώτερους μάρτυρες. αν και δεν διαπιστώθηκε σαφής συσχέτιση μεταξύ διάρκειας κατάχρησης και ατροφίας, πιθανολογείται ότι είναι απαραίτητος ένας ελάχιστος χρόνος βαριάς κατάχρησης, ανεξάρτητα από την ηλικία, για την εγκατάσταση της ατροφίας στους αλκοολικούς ασθενείς.

Οι επιδράσεις του αλκοολισμού στο πάγκρεας και στον πεπτικό σωλήνα

Οι τοξικές επιδράσεις του οινοπνεύματος στο πάγκρεας, το ήπαρ και τον πεπτικό σωλήνα, όπως είναι φυσικό, συχνά συνυπάρχουν. οι κλινικές εκδηλώσεις της χρόνιας αλκοολικής παγκρεατίτιδας και των οξέων εξάρσεων της, συνήθως είναι εύκολα διαγνώσιμες, όμως ορισμένες επιπλοκές μιμούνται πολύ και συγχέονται με τα προβλήματα του αλκοολικού ήπατος. αντίθετα, η τοξικότητα στον πεπτικό σωλήνα είναι συχνά λιγότερο θορυβώδης, το μερίδιο της όμως στα προβλήματα θρέψεως και στην εν γένει νοσηρότητα του αλκοολικού είναι σημαντικό.

Αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια

Περιγράφεται η ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα που είναι γνωστή ως αλκοολική μυοκαρδιοπάθεια, αποτέλεσμα άμεσης τοξικής βλάβης της αλκοόλης στο μυοκάρδιο. οι μεταβολές των μιτοχονδρίων επί καταχρήσεως αλκοόλης φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της νόσου. συζητείται η σχέση κοβαλτίου και μολύβδου με την παθογένεση της αλκοολικής μυοκαρδιοπάθειας. στην κλινική εικόνα και τα εργαστηριακά ευρήματα είναι εμφανής η δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και οι αρρυθμίες. τέλος, αναφέρεται η πιθανή

υποστροφή της νόσου, εάν αποφευχθεί η λήψη οινοπνευματωδών, ενώ, εάν συνεχισθεί, η πρόγνωση είναι δυσμενής.

Η ψυχιατρική πλευρά του αλκοολισμού

Γίνεται ανασκόπηση των ψυχιατρικών διαταραχών που σχετίζονται με τον αλκοολισμό: οργανικές διαταραχές (αλκοολική μέθη, αλκοολική ιδιοσυγκρασιακή τοξίκωση, σύννηθες στερητικό σύνδρομο από αλκοόλη, παραλήρημα από στέρηση αλκοόλης, αλκοολική ψευδαισθήτωση από στέρηση αλκοόλης, αλκοολική αμνησιακή διαταραχή, άνοια συνδεόμενη με τον αλκοολισμό), παραληρητικές διαταραχές, συναισθηματικές διαταραχές, αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας αντικοινωνικού τύπου. περιγράφονται η κλινική εικόνα, τα διαγνωστικά προβλήματα και η θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχιατρικών συνδρόμων. επίσης, παρουσιάζονται τα προβλήματα τα σχετιζόμενα με τη θεραπεία του αλκοολισμού, καθώς και οι μέθοδοι απεξαρτήσεως από την αλκοόλη.

Πότε κάποιος μπορεί να χαρακτηριστεί ως αλκοολικός;

Ο όρος "αλκοολισμός" αντιστοιχεί σε μια πολύ συγκεκριμένη χρόνια πάθηση, η οποία πολλές φορές εμφανίζει προοδευτική εξέλιξη. Χαρακτηρίζεται από την επιμονή του ατόμου να πει παρά τα επαναλαμβανόμενα προβλήματα είτε προσωπικά είτε επαγγελματικά (απόλυση από τη δουλειά ή χωρισμός κ.λπ.) είτε υγείας που προκαλεί αυτή η συμπεριφορά του. Θεωρείται ότι η εκδήλωση ή όχι αυτής της πάθησης εξαρτάται από κληρονομικούς αλλά και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στοιχεία που χαρακτηρίζουν τον αλκοολισμό:

- ανυπέρβλητη επιθυμία για ποτό
- έλλειψη αυτοελέγχου
- ανοχή, δηλαδή ανάγκη για όλο και μεγαλύτερες ποσότητες οινοπνεύματος, προκειμένου να νιώσει τις επιδράσεις του.
- φυσική εξάρτηση, δηλαδή συμπτώματα στέρησης μετά τη διακοπή του.

Η θεραπεία του αλκοολισμού είναι πολύ δύσκολη, καθώς προϋποθέτει τη συνεργασία του ασθενή, πολύ καλή ψυχολογική υποστήριξη αλλά και τη χρήση φαρμάκων που θα βοηθήσουν στην ύφεση των συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης. Βασικός στόχος της θεραπείας είναι η αποφυγή υποτροπών.

Κατανάλωση αλκοόλ και επιπτώσεις στα παιδιά.

Πριν από τριάντα χρόνια, οι επιστήμονες απέδωσαν διάφορες ανωμαλίες σε παιδιά στην προγεννητική έκθεση τους στην αιθανόλη - κοινώς αλκοόλη ή οινόπνευμα- την οποία ελάμβαναν οι μητέρες τους από αλκοολούχα ποτά, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Οι ανωμαλίες που παρατηρούνταν ήταν νευρολογικά προβλήματα, μικρό βάρος κατά τη γέννηση, νοητική στέρηση και σειρά δυσμορφιών στο πρόσωπο των παιδιών.

Μέχρι τότε πολλοί γιατροί δέχονταν, εσφαλμένως, ότι η αλκοόλη δεν προξενούσε βλάβες, ώστε μερικές φορές τη χορηγούσαν ενδοφλεβίως σαν φάρμακο σε γυναίκες που νόμιζαν ότι θα απέβαλαν! Ωστόσο στις πρόσφατες δεκαετίες οι επιστήμονες ανακάλυψαν ότι η αλκοόλη μπορούσε να είναι πολύ τοξική στα αναπτυσσόμενα έμβρυα, περισσότερο τοξική από διάφορα άλλα φάρμακα κατάχρησης που κοινώς, ονομάζονται "ναρκωτικά". Νέες τεχνικές απεικόνισης (τομογραφίες) βοηθούν τώρα τους ειδικούς να διαπιστώσουν ποια τμήματα του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου βλάπτονται από την έκθεση των εμβρύων στην αλκοόλη. Βρίσκοντας τις αλλοιωμένες περιοχές του εγκεφάλου, αρχίζουν να κατανοούν τις προελεύσεις των προβληματικών συμπεριφορών των παιδιών και των όσων μαθησιακών αδυναμιών αποδίδονται στην αλκοόλη. Επιστήμονες επικεντρώνουν επίσης το ενδιαφέρον τους σε μια σημαντική πρωτεΐνη για τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο, η οποία επηρεάζεται από την αλκοόλη. Υποθέτουν πλέον ότι είναι δυνατόν να παρασκευαστεί φάρμακο για την προστασία του εγκεφάλου των εμβρύων, ακόμη και όταν οι εγκυμονούσες γυναίκες δεν μπορούν να παύσουν να πίνουν αλκοολούχα ποτά.

Φάσμα συνεπειών

Δεν είναι παράξενο που οι ερευνητές χρειάστηκαν τόσο πολύ χρόνο για να διαπιστώσουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της έκθεσης στην αλκοόλη που καταναλώνουν οι εγκυμονούσες και των ελαττωμάτων που παρατηρούνται στα παιδιά τους μετά τη γέννηση. Ένας λόγος είναι ότι οι συνέπειες από την έκθεση των εμβρύων στην αλκοόλη ποικίλλουν. Μερικά έμβρυα φαίνεται ότι αποφεύγουν τις βλάβες, ακόμη και όταν οι μητέρες τους πίνουν πολύ, ενώ άλλα βλάπτονται σοβαρά. Ουδείς γνωρίζει γιατί. "Με την αλκοόλη προκαλείται φάσμα συνεπειών και βλαβών. Μπορεί να προκληθεί σύνδρομο με πλήρη ανάπτυξη σοβαρών συνεπειών μόνο σε τέσσερις από εκατό περιπτώσεις εγκύων που πίνουν υπερβολικά", όπως είπε η Δρ Sandra W. Jacobson καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Wayne State στο Ντιτρόιτ. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι πολλά βρέφη εμφανίζουν το σύνδρομο σε ήπιο

βαθμό, ώστε αυτό δεν διαγιγνώσκεται. Μερικά παιδιά με ελαφρές δυσλειτουργίες από την επίδραση της αλκοόλης κατά την εμβρυϊκή τους περίοδο μπορούν να φαίνονται σχετικώς φυσιολογικά, αλλά παρουσιάζουν προβλήματα στη συμπεριφορά τους και μαθησιακές αδυναμίες, όπως και τα παιδιά με το σύνδρομο. Άλλος ένας παράγων που περιπλέκει το πρόβλημα είναι το ποια ποσότητα αλκοόλης προκαλεί ποιες βλάβες. Τα τελευταία χρόνια επανειλημμένες μελέτες έχουν δείξει δυσμενείς επιδράσεις από όλο και μικρότερες ποσότητες αλκοόλης. Μια μελέτη που δημοσιεύθηκε τον προηγούμενο χρόνο διαπίστωσε μικρή αλλά σημαντική επίδραση, κατά μέσον όρο, σε παιδιά που γεννήθηκαν από γυναίκες, οι οποίες έπιναν μόνο ενάμιση ποτό την εβδομάδα. "Μας προκάλεσε έκπληξη", είπε η επικεφαλής συγγραφέας Dr Nancy Day, καθηγήτρια ψυχιατρικής. Οι γυναίκες της μελέτης επελέγησαν από προγεννητική κλινική μεταξύ του Μαΐου 1983 και του Ιουλίου 1985. "Τα παιδιά είχαν φυσιολογικό φάσμα ανάπτυξης, αλλά η σύγκρισή τους προς παιδιά των οποίων οι μητέρες δεν έπιναν έδειξε ότι είχαν μικρότερο βάρος, ήταν πιο κοντά και είχαν μικρότερες περιφέρειες εγκεφάλου", είπε η Δρ Day. Η επίδραση περιορισμένων ποσοτήτων αλκοόλης είναι ήπια. "Πιθανώς αντί να έχουν I.Q 120 καταλήγουν να έχουν I.Q 115 ή μπορούν να μην έχουν τις κινητικές δεξιότητες για να μπορούν να συμμετέχουν στην ομάδα του λυκείου τους", είπε ο Δρ James R. West.

Ένας άλλος παράγων που δυσχεραίνει τη διαπίστωση του αντίκτυπου της αλκοόλης είναι ότι αυτή έχει διάφορες και ευρείες επιδράσεις στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο και σώμα. "Η αλκοόλη είναι κακό δηλητήριο. Επηρεάζει διάφορες νευρο-αγγειοφόρες ουσίες και μπορεί να προσληφθεί από όλα τα είδη των κυττάρων, ενώ η κοκαΐνη επηρεάζει μόνον έναν νευρο-αγγειοφόρο" πρόσθεσε ο Δρ West. Η κατανάλωση αλκοόλης το πρώτο τρίμηνο μπορεί να οδηγήσει σε δυσμορφίες του προσώπου του παιδιού, ενώ η κατανάλωση στο δεύτερο τρίμηνο μπορεί να διακόψει τον σχηματισμό των νεύρων του εγκεφάλου, όπως λέει ο Δρ West. Κατά το τρίτο τρίμηνο η αλκοόλη μπορεί να καταστρέψει τα υπάρχοντα νεύρα και να επηρεάσει δυσμενώς την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος.

Μαθησιακές αδυναμίες

Ερευνητές διαπίστωσαν, όπως είπε η Δρ Jacobson, ότι τα παιδιά έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστούν βλάβες εάν οι μητέρες τους πίνουν υπερβολικά, όπως πέντε την ημέρα, αντί ένα ποτό ημερησίως. Επειδή η αλκοόλη επιδρά σε πολλές περιοχές του εγκεφάλου, οι ερευνητές πιστεύουν ότι είναι κατά πολύ χειρότερη για το αναπτύσσουμε έμβρυο

από οποιοδήποτε άλλο "ναρκωτικό". Στη μελέτη της Δρ Jacobson συμμετείχαν μητέρες που έπαιρναν κοκαΐνη και έπιναν διάφορες ποσότητες αλκοόλης. Διαπιστώθηκαν σοβαρότατες μαθησιακές αδυναμίες από αλκοόλη παρά από κοκαΐνη ή άλλα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένων της μαριχουάνας και του κοινού καπνού. Ο Δρ Kenneth, διευθυντής του γραφείου των επιστημονικών υποθέσεων του Αμερικανικού Εθνικού Ινστιτούτου για την κατάχρηση αλκοόλης και τον αλκοολισμό, είπε: "Από ό,τι νομίζω υπάρχει σήμερα συναίνεση ότι οι περισσότερες αρνητικές επιδράσεις οι οποίες είχαν δοθεί στην κοκαΐνη και στο κρακ προέρχονταν στην πραγματικότητα από τη χρήση αλκοόλης".

Το 1973 ερευνητές χρησιμοποίησαν το όνομα **εμβρυϊκό σύνδρομο αλκοόλης** για να περιγράψουν παιδιά που γεννήθηκαν με ορισμένα ελαττώματα, στη νευρολογία και στη φυσιολογία τους από την έκθεσή τους στην αλκοόλη ως έμβρυα.

Τα συμπτώματα του συνδρόμου

Η Δρ Ann P. Streissguth, διευθύντρια του τομέα εμβρυϊκού συνδρόμου αλκοόλης του Πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον και καθηγήτρια της εκεί ιατρικής σχολής, διαμόρφωσε κατάλογο προβλημάτων των παιδιών. Αυτός συμπεριλαμβάνει προβλήματα στη συγκέντρωση της προσοχής, υπερκινητικότητα, μαθησιακά προβλήματα - ιδιαίτερα στην αριθμητική - προβλήματα ομιλίας, μνήμης, προβλήματα κίνησης λεπτής και αδρής φύσεως, ελαττωματικός έλεγχος παρορμήσεων, πτωχή κρίση, ελλειμματική νοητική ικανότητα και δυσκολίες στη χρησιμοποίηση παλαιότερων εμπειριών για τη σχεδίαση και οργάνωση μελλοντικής συμπεριφοράς". Οι ερευνητές διερωτόντουσαν κατά πόσον συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου υφίσταντο συνεχώς βλάβες από την έκθεση στην αλκοόλη κατά την κύηση. Πτωχή κριτική ικανότητα, για παράδειγμα, ίσως δείχνει βλάβη στους μετωπικούς λοβούς. Ο λοβός αυτοί σαν κέντρο ελέγχου του εγκεφάλου συμμετέχουν στη σχεδίαση, οργάνωση και παρεμπόδιση ακατάλληλων αντιδράσεων σύμφωνα με τους ερευνητές.

Σημαντικές βλάβες στον εγκέφαλο.

Πριν από τριάντα χρόνια ο μόνος τρόπος που είχαν οι ερευνητές για να διαπιστώσουν τις επιδράσεις της αλκοόλης στον εγκέφαλο ήταν να μελετούν παιδιά, τα οποία πέθαιναν λίγο μετά τη γέννησή τους. "Γνωρίζαμε από αυτοψίες εγκεφάλων ότι σε σοβαρές περιπτώσεις αυτοί ήταν πάρα πολύ αποδιοργανωμένοι" είπε ο Δρ Edward P. Riley. Τώρα οι ερευνητές χρησιμοποιούν τεχνικές απεικόνισης όπως μαγνητικού συντονισμού (MRI) για να διαπιστώσουν τις βλάβες που προκαλούνται

από την αλκοόλη. Μερικές πρόσφατες μελέτες με MRI έχουν δείξει βλάβη στο μεσολόβιο σώμα μια δέσμη νευρικών ινών που συνδέουν την αριστερά και δεξιά πλευρά του εγκεφάλου. Μια μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2002 σύγκρινε τις σαρώσεις εγκεφάλων ενηλίκων και παιδιών που είχαν σοβαρές ή ήπιες ελλείψεις ικανοτήτων, προερχόμενες από τη χρήση αλκοόλης, με σαρώσεις των εγκεφάλων υγιών ατόμων. Διαπίστωσαν ότι το μεσολόβιο σώμα είχε ανώμαλο σχήμα στο 80% των ατόμων που είχαν εκτεθεί σε αλκοόλη στη μήτρα.

Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι το μεσολόβιο σώμα ήταν μικρότερο και είχε μετακινηθεί προς τα εμπρός σε παιδιά και σε νέους ενήλικες που είχαν το σύνδρομο. Με τη χρησιμοποίηση μιας άλλης τεχνικής απεικόνισης οι ερευνητές από Πανεπιστήμιο Emory παρατήρησαν ανωμαλίες στη μυελίνη, την ουσία που μονώνει τα νευρικά κύτταρα. Όταν η μυελίνη έχει υποστεί βλάβες, τα μηνύματα δεν μεταφέρονται με σαφήνεια δια μέσου των κυττάρων. Μια άλλη μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2002 διαπίστωσε ότι οι δομές του μετωπικού λοβού ήταν μικρότερες σε παιδιά 14-19 ετών και σε νέους ενήλικες που είχαν εκτεθεί στην αλκοόλη πριν τη γέννησή τους.

Με τη διαπίστωση των περιοχών του εγκεφάλου που πιθανώς βλάπτονται από την αλκοόλη, οι ερευνητές ίσως βρουν τρόπους να παρεμποδίζουν τις επιδράσεις της. Προσφάτως, διαπιστώθηκε ότι μερικές από τις επιδράσεις της αλκοόλης ήταν παρόμοιες με ανωμαλίες σε παιδιά που γεννήθηκαν με ελαττώματα σε γονίδια, τα οποία ελέγχουν τα L1 κύτταρα συγκόλλησης. Σε εργαστηριακά πειράματα ο Dr Charness και οι συνεργάτες του του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ απέδειξαν ότι η αλκοόλη μπορεί να επηρεάζει τη συγκολλητική ικανότητα του L1 και επομένως τις συγκολλήσεις κυττάρων. Απέδειξαν επίσης ότι μια πρωτεΐνη, η NAP, μπορεί να παρεμποδίζει την επίδραση της αλκοόλης στο L1.

Εμβρυϊκό Σύνδρομο Οινοπνεύματος/Fetal Alcohol Syndrome (F.A.S.)

Σαν Εμβρυϊκό Σύνδρομο Οινοπνεύματος ορίζεται το σύνολο των συγγενών ανωμαλιών που παρατηρούνται σε παιδιά, οι μητέρες των οποίων κατανάλωναν αλκοόλ κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης τους. Ορίστηκε σαν σύνδρομο το 1973, αν και έχει παρατηρηθεί από αιώνες.

Κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου.

Το εμβρυϊκό σύνδρομο οινοπνεύματος χαρακτηρίζεται από προβλήματα που χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Προβλήματα Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) που περιλαμβάνουν τα συμπεριφοριστικά προβλήματα, την αισθητήρια δυσλειτουργία, υπερβολική/υποτονική δραστηριότητα και μαθησιακές δυσκολίες.
- 2) Μικρά σε μέγεθος ή/και βάρος έμβρυα, συνήθως κάτω από το ποσοστό 5-10% πριν από ή και μετά από τη γέννηση.
- 3) Ένα σύνολο χαρακτηριστικών γνωρισμάτων του προσώπου που περιλαμβάνουν τα εξής:
 - α) Μικρό άνοιγμα ματιών που παρουσιάζουν μόνο την κόρη των ματιών. Το μήκος του ματιού όταν διαιρείται με την απόσταση μεταξύ των δύο πρέπει να είναι περίπου 80% για ασιάτες και μερικούς αμερικανοϊνδούς και περίπου 90% για καυκάσιους και αφροαμερικανούς. Ένα μικρότερο ποσοστό θεωρείται ένα χαρακτηριστικό FAS.
 - β) Η περιοχή μεταξύ του κατώτατου σημείου της μύτης και της κορυφαίας χειλικής γραμμής είναι μεγάλη και ατροφική και το επάνω χείλος είναι πολύ επίπεδο.
 - γ) Μικροκεφαλία όπου το κεφάλι ενός παιδιού με το σύνδρομο είναι περίπου 3% μικρότερο από το μέσο παιδί
 - δ) Μικρή και πεπιεσμένη μύτη.
 - ε) Μικρογναθία που συχνά δημιουργεί προβλήματα κατά την οδοντοφυΐα. Μπορεί επίσης να υπάρχει λαγωχειλία ή λυκόστομα.
 - στ) Μεγάλα αυτιά .

Συχνά υπάρχει έντονη τριχοφυΐα στο πρόσωπο και στο σώμα κατά τη γέννηση, στριμμένα μικρά δάχτυλα, ενιαίες πτυχές στις παλάμες των χεριών. Τα παιδιά αυτά μπορεί επίσης να εμφανίζουν κάποιο αιμαγγείωμα. Συχνά παρουσιάζεται στραβισμός ή μυωπία, αυξανόμενες μολύνσεις αυτιών, δυσκολίες ακοής και άλλα σοβαρότερα προβλήματα όπως σκελετικές ανωμαλίες, συγγενείς καρδιοπάθειες κ.α.

Οποιοδήποτε ή δύο από αυτά τα σημάδια μπορεί να βρεθούν μεταξύ του κανονικού πληθυσμού και φαίνονται να είναι φυσιολογικά ανεξάρτητα από άλλα σημάδια FAS. Όταν αρκετά από αυτά τα σημάδια φαίνονται μαζί με προβλήματα συμπεριφοράς τότε η οικογένεια πρέπει να απευθυνθεί σε ειδικό πάνω στο θέμα των δυσμορφιών ή της γενετικής γενικότερα. Ο παιδίατρος των μέσων παιδιών δεν εκπαιδεύεται για να εντοπίσει FAS.

Η αιτία Fetal Alcohol Syndrome συσχετίζεται άμεσα με την κατανάλωση οινοπνεύματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Εάν μια γυναίκα δεν καταναλώνει οινόπνευμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

της, το μωρό δε θα εμφανίσει το σύνδρομο ακόμα κι αν η ίδια έχει FAS ή ο πατέρας είναι αλκοολικός. FAS έχει παρατηρηθεί στα παιδιά μητέρων που ήπιαν τόσο λίγο, όπως δύο ποτά την εβδομάδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Εμφανίζεται σε δύο νεογνά ανά χίλιες γεννήσεις, δημιουργεί σοβαρές δυσλειτουργίες στην οικογένεια και απαιτεί τη σταθερή και ισόβια επίβλεψη του παιδιού.

Φαίνεται ότι η μπίρα είναι το τοξικότερο ποτό για το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Και αντίθετα προς τη δημοφιλή πεποίθηση, 353 ml μπίρας περιέχουν περισσότερο καθαρό οινόπνευμα απ' ότι ένα ποτήρι δυνατού λικέρ. Εφόσον η κατανάλωση οινόπνευματος υπερβαίνει τα 50 gr/24ωρο, η συχνότητα των ανωμαλιών ανέρχεται σε 40%. Με κατανάλωση 30-50 gr/24ωρο η συχνότητα είναι 10%, ενώ στα 10 gr/24ωρο παρατηρείται μόνο επιβράδυνση της ανάπτυξης του εμβρύου.

Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση FAS.

- 1) Όσο μεγαλύτερη είναι η μητέρα, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να έχει το παιδί FAS.
- 2) Η μακροπρόθεσμη κανονική κατανάλωση από κάθε γονέα μπορεί να βλάψει τα αναπαραγωγικά κύτταρα πριν από τη σύλληψη. Επίσης, η μακροπρόθεσμη κατανάλωση παράγει μια υψηλότερη ανοχή για το οινόπνευμα, συνεπώς κάποιος μπορεί να καταναλώνει όλο και περισσότερο αλκοόλ, άρα αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανιστεί FAS στο παιδί του.
- 3) Εάν η μητέρα είναι λεπτή, τότε είναι πιθανό ότι το οινόπνευμα δεν αποβάλλεται από το σώμα της με μεγάλη αποδοτικότητα.
- 4) Τα προβλήματα υγείας της μητέρας, οι διατροφικές διαταραχές, η κακή διατροφή, η αναιμία, οι διαταραχές στην ηπατική λειτουργία κ.λ.π. έχουν επιπλέον επιπτώσεις στο μωρό της.
- 5) Η κατανάλωση οινόπνευματος πριν από ένα γεύμα ή όταν η μητέρα είναι νηστική είναι περισσότερο επιβλαβής παρά όταν λαμβάνεται κατά τη διάρκεια του γεύματος.
- 6) Ο τρόπος με τον οποίο πίνει μια γυναίκα (π.χ. γουλιά-γουλιά), καθώς επίσης το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των ποτών, επηρεάζει τον τρόπο που το οινόπνευμα μεταβολίζεται από το συκώτι..
- 7) Η πατρική κατανάλωση επηρεάζει επίσης την εμβρυϊκή ανάπτυξη αλλά δεν προκαλεί εμβρυϊκό σύνδρομο οινόπνευματος.

Ο δείκτης νοημοσύνης του παιδιού με FAS μπορεί να κυμανθεί από 40 έως 130. Μαθησιακά προβλήματα είτε είναι υπερβολικά, είτε δεν υπάρχουν σχεδόν καθόλου. Συνήθως τα καταφέρνουν αρκετά καλά στην ορθογραφία Μπορεί να δυσκολεύονται στην ανάγνωση δύσκολη ή να

είναι 2-3 επίπεδα επάνω από το μέσο όρο. Το μέγιστο εκπαιδευτικό πρόβλημά τους βρίσκεται συχνά στον τομέα των μαθηματικών. Αυτό είναι επειδή τα μαθηματικά περιλαμβάνουν την αφηρημένη σκέψη. Άλλα μαθησιακά προβλήματα περιλαμβάνουν την ανικανότητα να ακολουθούν διαδοχικές οδηγίες και την υπέρ/υπο-ευαισθησία στα φώτα, τους ήχους, και την αφή στο σχολικό περιβάλλον.

Ένα παιδί με FAS μπορεί να έχει οπτικά και ακουστικά προβλήματα ή και προβλήματα μνήμης. Ήχοι που σε εμάς ακούγονται κανονικοί, σε αυτά μπορεί να ηχούν πολύ δυνατά και να τους προκαλούν σύγχυση. Η όραση για ένα παιδί με FAS μπορεί να εμφανίζει μυωπία ή μα σημαίνει τη θέα ενός μόνο μέρους του οπτικού πεδίου. Η μνήμη τους είναι επίσης ασύνδετη πολλές φορές. Ότι αναφέρεται σε μια εβδομάδα μπορεί να ξεχαστεί την επόμενη εβδομάδα και να το θυμηθεί πάλι μετά από ένα μήνα. Για όλους τους παραπάνω λόγους, τα παιδιά αυτά φαίνονται στο σχολείο αδιάφορα.

Ένα παιδί με FAS μπορεί να είναι ικανό να επαναλάβει τις οδηγίες που του δίνονται, αλλά το να τις αναπαραστήσει φυσικά μπορεί να αποδειχθεί αδύνατο. Είναι σημαντικό να δίνονται οπτικές ενδείξεις, για παράδειγμα με χρήση φωτογραφιών. Η αποτυχία στο σχολείο μπορεί να τους προκαλέσει απογοήτευση και θυμό.

Τα προβλήματα συμπεριφοράς μπορούν να κυμανθούν από κάτι τόσο απλό όπως το να μην είναι σε θέση να θυμηθούν έως και το να μην μπορούν να διακρίνουν το σωστό από το λάθος. Μπορούν να ξεκινήσουν από την πρόωρη παιδική ηλικία ή να εμφανιστούν ξαφνικά κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Οι κοινωνικές σχέσεις είναι δύσκολες για τα παιδιά με FAS, τα οποία δεν αναγνωρίζουν τα λεκτικά, φυσικά και υπονοούμενα κοινωνικά συνθήματα άλλων ατόμων. Μπορεί να σταθούν πάρα πολύ κοντά, να μιλήσουν πάρα πολύ κοντά, να μην ακολουθήσουν τη ροή της συνομιλίας, να αναφέρονται σε θέματα που είναι ασυνήθιστα. Πολλά παιδιά με FAS δεσμεύονται αρχικά, αλλά συχνά δεν μπορούν να διατηρήσουν τις σχέσεις τους.

Η κατανάλωση αλκοόλ κατά την κύηση προκαλεί αλκοολισμό στα παιδιά

Τα παιδιά που εκτίθενται στο αλκοόλ κατά την εμβρυϊκή ηλικία αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν προβλήματα αλκοολισμού ως ενήλικες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα αμερικανικής μελέτης που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο Archives of General Psychiatry.

Η ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου της Ουάσινγκτον με επικεφαλής τον Δρ Τζον Μπάερ επίκουρο καθηγητή Ψυχολογίας, μελέτησε τις συνήθειες κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών 500 εγκύων γυναικών το 1974 και το 1975 και στη συνέχεια παρακολούθησαν την πορεία της υγείας των παιδιών που γεννήθηκαν μέχρι την ηλικία των 21 ετών. Τότε τα παιδιά κλήθηκαν να απαντήσουν για τις δικές τους συνήθειες αναφορικά με το αλκοόλ.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 14% των εφήβων που είχαν εκτεθεί στο αλκοόλ κατά την εμβρυϊκή ηλικία αντιμετώπιζαν προβλήματα αλκοολισμού συγκριτικά με το 4,5% εκείνων που οι μητέρες δεν έπιναν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Το αποτέλεσμα ήταν το ίδιο ακόμα και ότι οι επιστήμονες έλαβαν υπόψη τους παράγοντες όπως το οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού, την έκθεση των εφήβων στη νικοτίνη και άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες, καθώς και άλλες παραμέτρους που επηρεάζουν τη χρήση αλκοολούχων ποτών.

Η αξιοπιστία του συμπεράσματος ενισχύεται από το γεγονός ότι οι ερευνητές καθόρισαν τα προβλήματα αλκοολισμού μεταξύ των εφήβων με τη χρήση της Κλίμακας Εξάρτησης από το Αλκοόλ, η οποία μετρά την οξύτητα των σχετικών με το αλκοόλ προβλημάτων, όπως τα κενά μνήμης και τα συμπτώματα εξάρτησης.

Οι επιστήμονες εδώ και πολύ καιρό είχαν συνδέσει τον αλκοολισμό με παράγοντες όπως η κληρονομικότητα και το περιβάλλον. Ωστόσο, αυτή είναι η πρώτη μελέτη που διερευνά τη σχέση μεταξύ της μητρικής κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κύησης και τα μελλοντικά προβλήματα των παιδιών με το αλκοόλ".

Αλκοόλ και θηλασμός.

Το αλκοόλ αναμφισβήτητα προκαλεί βλάβες σε κάθε οργανισμό, πόσο μάλλον σε ένα αναπτυσσόμενο νεογνό. Όσα και αν είναι τα οφέλη του θηλασμού, σε περίπτωση που η μητέρα καταναλώνει αλκοόλ, ο θηλασμός, όχι μόνο δεν ωφελεί, αντιθέτως προκαλεί προβλήματα στο νεογνό, τα οποία, είτε εκδυλώνονται άμεσα, είτε αργότερα, στη μετέπειτα ζωή του παιδιού.

Οι συνέπειες από τη χρήση αλκοόλ (και άλλων ουσιών), τόσο στο θηλασμό, όσο και στην εγκυμοσύνη, δεν είναι εύκολο να διερευνηθούν, καθώς συχνά δεν αναφέρονται στο ιστορικό και ούτε υπάρχουν

κατάλληλα ανιχνευτικά προγράμματα. Παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη είναι το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο της μητέρας. Η ανίχνευση των περιπτώσεων αυτών είναι σημαντική, ώστε να ασκηθεί, όσο είναι εφικτό, έλεγχος στις περιβαλλοντικές συνθήκες, που στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελούν επιπρόσθετο αρνητικό παράγοντα στην ανάπτυξη του παιδιού.

Ένας άλλος περιορισμός για τη μελέτη των επιπτώσεων που έχει το αλκοόλ στο νεογνό που θηλάζει, είναι ότι η μητέρα έχει πλέον την εναλλακτική λύση της τεχνητής διατροφής. Έτσι, αντί να προσαρμοστεί η ίδια η γυναίκα που θηλάζει στους βασικούς κανόνες για υγιή και αποτελεσματικό θηλασμό, προσαρμόζει το μωρό της, σύμφωνα με τον τρόπο ζωής της. Με τη συμπεριφορά αυτή, η γυναίκα αρνείται το ρόλο που η ίδια η φύση της έχει δώσει. Δεν είναι τυχαίο ότι αυτό που κάνει τις γυναίκες λιγότερο ανθεκτικές στο αλκοόλ, έναντι των ανδρών είναι η έλλειψη ενός ενζύμου που παράγεται από το ήπαρ και αυξάνει την ανθεκτικότητα του οργανισμού στις βλάβες που προκαλεί το αλκοόλ. Προορισμός της γυναίκας δεν είναι η κατανάλωση αλκοόλ, αλλά η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός, που σε συνδυασμό με μια υγιεινή συμπεριφορά, οδηγεί στο να φέρει στον κόσμο και να μεγαλώσει υγιή παιδιά.

Όπως έχουν δείξει μελέτες που διερευνούν την ενημέρωση των γυναικών σχετικά με τις επιπτώσεις του αλκοόλ στην εγκυμοσύνη και το θηλασμό, αν και στην εγκυμοσύνη υπάρχει η σχετική βεβαιότητα ότι το αλκοόλ φτάνει στο έμβryo, για το θηλασμό συννά υπάρχει η υποψία ότι ίσως το νεογνό λαμβάνει κάποια μικρή ποσότητα οινοπνεύματος. Η πραγματικότητα είναι όμως ότι το αλκοόλ φτάνει στο νεογνό ακόμα και μέσω του θηλασμού. Οι βλάβες που θα προκαλέσει είναι ανάλογες της ποσότητας που η μητέρα καταναλώνει.

Το πρώτο που πρέπει να αναφερθεί είναι ότι το αλκοόλ επιδρά ανασταλτικά στο θηλασμό, αφού μειώνει την παραγωγή γάλακτος (ιδιαίτερα εάν συνδυάζεται με κάπνισμα και χρήση άλλων ουσιών) και σε μερικές περιπτώσεις δεν επερκεί για τη σίτιση του νεογνού. Σε νεογνά που θηλάζαν ενώ η μητέρα τους καταναλώνε ποσότητα αλκοόλ, έχει αναφερθεί μειωμένη ανάπτυξη και επίσης, διέγερση σπασμοί και υπνηλία. Σε ακραίες περιπτώσεις είναι δυνατόν να εκδηλωθεί μέθη και σύνδρομο στέρησης.

Παρ' όλα αυτά, εκτεταμένες έρυνες δεν υπάρχουν. Οι επιπτώσεις ανιχνεύονται τυχαία κυρίως και συνήθως εάν η κατανάλωση οινοπνεύματος έχει υπερβεί σε σημαντικό βαθμό τα επιτρεπόμενα όρια. Όμως οι συνέπειες που είναι γνωστές μέχρι σήμερα,, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη αισθήματος ευθύνης απέναντι στο παιδί που μεγαλώνει, είναι αρκετά ώστε να αποτρέψουν κάθε μητέρα από το να καταναλώνει αλκοόλ ή να ακολουθεί οποιαδήποτε σχετική, ανθυγιεινή συμπεριφορά.

Απεξάρτηση απο το αλκοόλ

12 Βήματα για την απεξάρτηση

- 1^ο Βήμα: Η αρχή είναι το ήμισυ του παντός
Η αυτοκριτική βοηθάει να παραδεχτεί κανείς ότι έχει πρόβλημα με το αλκοόλ και να διαπιστώσει το κακό που έκανε το αλκοόλ στη ζωή του.
- 2^ο Βήμα: Η προσωπική Αποκάλυψη
Το να καταλάβει και να πιστέψει κάποιος ότι το αλκοόλ δεν μπορεί να δώσει λύση στα προβλήματα του. Η μοναδική λύση είναι η απεξάρτηση.
- 3^ο Βήμα: Το ξύπνημα
Για να αντιμετωπίσεις μια ασθένεια πρέπει να μάθεις γι' αυτήν. Πρέπει να πιστέψεις και να κάνεις σύνθημα ζωής το «Δεν υπάρχει δεν μπορώ, υπάρχει δεν θέλω».
- 4^ο Βήμα: Η επιστροφή στο Θεό και η δύναμη της πίστης
Ανακαλύπτοντας την πίστη στο Θεό αγαπής ξανά τον εαυτό σου και τους γύρω σου και μπορείς να πεις «ΝΑΙ» στη ζωή.
- 5^ο Βήμα: Η εσωτερική αναζήτηση
Μέσω της προσευχής και της προσπάθειας για αυτογνωσία μπορείς να ξαναβρείς και να βελτιώσεις τη συνειδητή επαφή με τον Θεό.
- 6^ο Βήμα: Το περιβάλλον
Το περιβάλλον είναι καθοριστικός παράγοντας για την απεξάρτηση. Μέσα σ' αυτό δημιουργούμε, αγαπάμε, υπάρχουμε.
Πρέπει ο χρήστης να αποκτήσει καινούργιες καθημερινές συνήθειες που θα βελτιώσουν την προσωπική ζωή του και τις σχέσεις με την οικογένεια του.
- 7^ο Βήμα: Αλλαγή τρόπου ζωής
Στον αγώνα απεξάρτησης θα βοηθήσει η αλλαγή συνηθειών κι αυτό θα γίνει με την διαπίστωση, ότι πίνει ακολουθώντας

Για ορισμένους τρόπους, αποκτώντας συγκεκριμένες συνήθειες.

παράδειγμα, το μεγάλο πρόβλημα του γεμάτου ποτηριού. Αντικαταστήστε το αλκοόλ με κάποιο χυμό και πίνετε γουλιά-γουλιά, σαν να ήταν ποτό.

8° Βήμα: Αλλαγή στη διατροφή
Ο εμπλουτισμός του καθημερινού διαιτολογίου σε φρούτα, λαχανικά και η αντικατάσταση του αλκοόλ με χυμούς ή αναψυκτικά βοηθούν στη σωματική απεξάρτηση. Επίσης το γάλα και τα γαλακτομικά προϊόντα (γιαούρτι, τυρί κ.λ.π.)

9° Βήμα: Εργασιοθεραπεία
«Νους υγιής εν σώματι υγιές». Ο τελικός στόχος της διαδικασίας της απεξάρτησης. Κάθε μέρα η συνεχής κίνηση και η εργασία βοηθά στο να νιώσει την ικανοποίηση της δημιουργίας.

10° Βήμα: Ελεύθερος χρόνος
Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου σε δημιουργικές δραστηριότητες θα καλύψει το κενό που άφησε το αλκοόλ. Η επαφή με την φύση, η μουσική, ο αθλητισμός, το διάβασμα θα συντελέσουν αποτελεσματικά στην απεξάρτηση.

11° Βήμα: Η αυτοεκτίμηση
Η ανάγκη να πιστέψει κανείς σε κάτι καλύτερο, βοηθάει να ξεαναβρεί την αυτοεκτίμηση του, να αγαπήσει τον εαυτό του και να γίνει αποδεκτός από το ευρύτερο περιβάλλον του.

12° Βήμα: Αφύπνιση
Η ζωή είναι ένα ταξίδι στο χρόνο και στα γεγονότα, ταξίδι άλλοτε συναρπαστικό και άλλοτε τρομακτικό. Η απεξάρτηση από τον αλκοολισμό είναι η ανταμοιβή στο ταξίδι της ζωής.

Ομάδες συνάντησης αλκοολικών

Η ομάδα σύμφωνα με τον Carl Rogers είναι ένα σημαντικό φαινόμενο της ζωής μας. Υπάρχουν φυσικές ομάδες, όπως η οικογένεια, η παρέα, και τεχνητές, όπως η σχολική τάξη ή η ομάδα εργασίας. Βασικά στοιχεία της είναι οι αμοιβαίες διαπροσωπικές σχέσεις, η αλληλεξάρτηση των μελών της, τα οποία συναντώνται σε ένα καθορισμένο χώρο και για συγκεκριμένο χρόνο. Μεταξύ των μελών της ομάδας δημιουργείται μια δυναμική που καθορίζει τη συγκεκριμένη κάθε φορά ομάδα και τους στόχους της.

Οι ομάδες συνάντησης διακρίνονται σε:

α) Οργανωμένες ανθρωποκεντρικά, με στόχο να βοηθηθούν τα μέλη της, να οδηγηθούν σε αλλαγές στον εαυτό τους και τότε είναι ομάδες ψυχοθεραπείας ή με σκοπό αλλαγές στους θεσμούς όπως στην οικογένεια, εκκλησία, σχολείο, επιχειρήσεις, κλπ.

β) Αναφερόμενες σε ένα κοινωνικό κίνημα συνεύρεσης των ανθρώπων με γνωστές σχέσεις ως αντίδοτο της μοναξιάς και της αποξένωσης στις μεγαλουπόλεις.

Ο άνθρωπος έχει απεριόριστες πηγές για αλλαγή και αυτοκατευθυνόμενη συμπεριφορά, εφόσον του προσφερθεί το κατάλληλο κλίμα, δηλαδή αποδοχή, γνήσια και διαυγής σχέση, συναισθηματική κατανόησή του, ώστε να προχωρήσει στην ανάπτυξη σχέσεων όπως σχέση θεραπευτή με θεραπευόμενο, πατέρα με παιδί, δασκάλου με μαθητή, ηγέτη με άτομα ομάδας.

Σε κλίμα ελευθερίας και διευκόλυνσης, τα μέλη της ομάδας τείνουν να γίνουν πιο αυθόρμητα, ευέλικτα, αναγνωρίζουν και αποδέχονται τα συναισθήματά τους, γίνονται ανοικτά στο να επεξεργαστούν τις εμπειρίες τους, εμφανίζονται πιο κοντά και στενά συνδεδεμένα μέσω της έκφρασης στις διαπροσωπικές σχέσεις τους.

Στην ομάδα παρατηρούνται τα συναισθήματα, οι αντιδράσεις, οι στάσεις, οι ενοράσεις, οι συμπεριφορές που αναπτύσσονται και που η εκδήλωσή τους και μόνο είναι αρκετή για να επιφέρει αλλαγές στα άτομα. Ενισχύεται η αυτοεκτίμηση του ατόμου και γίνεται προσπάθεια να αναδειχθούν οι δυνατότητες του κάθε συμμετέχοντα στην ομάδα, ώστε να οδηγηθεί μόνος του μέσα από την αυτοπαρατήρηση, τη συνδιαλλαγή και την αντίδραση με τους άλλους στην προσωπική εξέλιξη και βελτίωση της λειτουργικότητάς του. Το άτομο θα φτάσει να χειρίζεται λιγότερο επώδυνα τις διαπροσωπικές και διομαδικές σχέσεις. Χρησιμοποιώντας σαν μέσο την επικοινωνία, βελτιώνει τη δυνατότητα των μελών της για επικοινωνία στον έξω από την ομάδα κόσμο. Δίνει την ευκαιρία για εξερεύνηση νέων λύσεων στο πρόβλημα της σχέσης.

Οι ομάδες αλκοολικών σε αποχή είναι ομάδες 5-9 ατόμων που έχουν σαν κοινό στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων από το αλκοόλ. Η

ένταξη των ατόμων στις ομάδες γίνεται μετά από δική τους επιθυμία και συγκατάθεση. Ο συντονιστής της ομάδας έχει ρόλο διευκολυντή και όχι ηγέτη ή αρχηγού. Μπορεί να μην είναι επαγγελματίας ψυχικής υγείας. Ο στόχος του δεν είναι να δίνει έτοιμες λύσεις στα μέλη της ομάδας, αλλά να παρεμβαίνει για να ενισχύει ή να επιλύει κρίσεις που τυχόν δημιουργούνται μέσα στην ομάδα. Στις συναντήσεις καλλιεργείται η αποδοχή, η κατανόηση, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, η αλληλοβοήθεια και η υποστήριξη. Μέσα από τις ομάδες τα μέλη πραγματοποιούν μία αργή και σταθερή πορεία βαθύτερης γνωριμίας με τον εαυτό τους, τα πάθη, τα συναισθήματα, τους τρόπους αντίδρασης τους, τους μηχανισμούς που χρησιμοποιούν να ανταπεξέλθουν σε δυσκολίες, το ρόλο του ποτού στη δική τους ζωή και μέσω της συνεργατικής τους σχέσης με τους άλλους προσπαθούν να βρουν και να ενισχύσουν, το δικό του ο καθένας κίνητρο, προκειμένου να μπορέσουν να ελέγξουν το ποτό.

Οι ομάδες συγγενών αλκοολικών ασχολούνται με συμβουλευτική παρέμβαση σε προβλήματα που ανακύπτουν από τις συζυγικές ή οικογενειακές σχέσεις, εξαιτίας ή και όχι μόνο, του αλκοόλ. Τα προβλήματα που εμφανίζονται είναι διαφορετικά ανάλογα με τη φάση που περνά μια οικογένεια. Στόχος είναι η ενημέρωση των συγγενών για τις δυσκολίες του ίδιου του αλκοολικού, τη δυσλειτουργική του σχέση με το ποτό, τη μείωση του άγχους, καθώς και τη μείωση των εντάσεων των συναισθηματικών εκφράσεων στα μέλη της οικογένειας, τη χρησιμοποίηση των θετικών δυναμικών της οικογένειας στην αποκλίνουσα συμπεριφορά του χρήστη, την ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση των υπολοίπων μελών της οικογένειας, την αναγνώριση τυχόν εξωλεκτικών μηνυμάτων που ενισχύουν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του αλκοολικού και την καλύτερη επικοινωνία με τον αλκοολικό.

Γιατί υποτροπιάζει εύκολα και πίνει ξανά;

Αποτελεί ίσως και την μεγαλύτερη απορία κάποιου ο οποίος δεν έχει βιώσει την εξάρτηση του αλκοόλ, γιατί κάποιος ο οποίος έχει ήδη 5 ή 7 ή 1 ολόκληρο χρόνο σε αποχή υποτροπιάζει ξανά. Ας δούμε λοιπόν τί συμβαίνει σε κάποιον αλκοολικό που έχει αρχίσει την προσπάθεια απεξάρτησης.

Μόλις περάσουν οι πρώτοι μήνες της αποχής, αρχίζουν οι εγκεφαλικές και λοιπές λειτουργίες, εφόσον οι βλάβες είναι αναστρέψιμες, να βελτιώνονται. Άμεσο αποτέλεσμα να αρχίσει να συνειδητοποιεί το μέγεθος της καταστροφής, που στον ίδιο του τον εαυτό, αλλά και στους

άμεσα ή έμμεσα από αυτόν εξαρτώμενους, προκάλεσε. Οι τύψεις και οι ενοχές, αληθινές αυτή τη φορά και όχι σαν δικαιολογίες, όπως στο παρελθόν, για να πιεί, τώρα πραγματικά τον γονατίζουν.

Η πρώτη σκέψη είναι η αναδρομή στο παρελθόν. Η μνήμη του θυμίζει τι έκανε τις άλλες φορές που βρισκόταν σε παρόμοια κατάσταση και η απάντηση είναι μόνο μία, «να πιεί ξανά». Το μεγάλο πρόβλημα όπου βρίσκεται και η δυσκολία της κατανόησης από τους άλλους, αυτούς που δεν έχουν βιώσει τον αλκοολισμό, είναι η άρνηση της παραδοχής, εκ μέρους τους, ότι η πράξη του αλκοολικού να καταφύγει στην χρήση του αλκοόλ δεν γίνεται μέσα από την διαδικασία της λογικής.

«Γίνεται μεν συνειδητά αλλά με αυτόματες διεργασίες»

Αυτό φαίνεται καθαρά από μαρτυρίες αλκοολικών σε αποχή και οι οποίοι αναφέρουν ότι στο δεύτερο ή τρίτο ποτό, συνειδητοποίησαν τι έκαναν αλλά τότε ήταν πλέον αργά, καθώς δεν μπορούσαν να σταματήσουν παρά μόνο όταν είχαν πλέον μεθύσει (φυσιολογική αντίδραση εξαρτημένου από το αλκοόλ άτομου).

Αυτό οφείλεται στην δυνατότητα που έχει ο εγκέφαλος να ομαδοποιεί και να αποτυπώνει στην μνήμη του διαδικασίες επαναλαμβανόμενες και να τις αυτοματοποιεί. Πιθανόν να γίνεται για να είναι ελεύθερο το τμήμα το οποίο ασχολείται με την αντιμετώπιση όλων των νέων καταστάσεων, την επίλυση προβλημάτων της καθημερινότητας μέσα στα πλαίσια μιας ευρύτερης αντίληψης και ερμηνείας του όρου «επιβίωση». Για να γίνει αυτό κατανοητό, χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το ακόλουθο. Ο κάθε άνθρωπος, από την στιγμή που θα γεννηθεί, με την βοήθεια των αισθήσεων δέχεται τα ερεθίσματα από το περιβάλλον. Η κάθε αντίδραση ενεργοποιεί τις μνήμες με προέκταση τις πληροφορίες από τα γονίδια που έχει κληρονομήσει, αυτές είναι που τον καθοδηγούν. Αυτό γίνεται, γιατί οι μνήμες του εγκέφαλου έχουν κατά τη βρεφικής ή παιδική ηλικία περιορισμένες δυνατότητες χωρητικότητας. Αυτά είναι τα όπλα για να αντιμετωπίσει ένα εντελώς νέο περιβάλλον για το οποίο δεν γνωρίζει απολύτως τίποτα και αλλιώς δεν θα μπορούσε να επιβιώσει.

Καταλαβαίνει λοιπόν κάποιος την μεγάλη σπουδαιότητα του πρώτου περιβάλλοντος του παιδιού και το πόσο καθοριστικό είναι για την εξέλιξη στην παρθένα κυριολεκτικά, σιγά-σιγά αφυπνιζόμενη παιδική μνήμη, πώς δηλαδή το περιβάλλον διαμορφώνει συμπεριφορές και στάσεις ζωής. Καταλαβαίνουμε όλοι μας την σπουδαιότητα που έχουν οι επιρροές που ασκεί ο αλκοολικός γονέας (γονεϊκό πρότυπο). Αυτές οφείλονται στην μεγάλη χρονική περίοδο που το κάθε παιδί μένει μαζί με την οικογένεια του (περίπου 15 χρόνια). Επίσης γίνεται εύκολα κατανοητό, το σύνολο των εντυπωμάτων από την χρήση του αλκοόλ αλλά και την εξέλιξη-επιδείνωση της εξάρτησης του αλκοολικού γονέα. Εάν αναλογιστούμε ότι ο αλκοολισμός χρειάζεται 10 έως 20 χρόνια για να εκδηλώσει

σοβαρές βλάβες, γίνεται αμέσως κατανοητό ότι ένα παιδί θα έχει βιώσει μαζί με τον αλκοολικό γονέα του τα 20 πρώτα χρόνια της ζωής του.

Την προστασία για το σύνολο που ονομάζουμε ζωή, του την προσφέρουν οι μνήμες των γονιδίων, έως ότου ο εγκέφαλος αποκτήσει τις δικές του μνήμες. Σύγχρονως ο εγκέφαλος ακολουθεί την διαδικασία μεταφοράς και εντύπωσης σε θέση της επιλογής του, ώστε να είναι πιο εύκολη η ενεργοποίηση της συμπεριφοράς, όταν θα του χρειαστεί ξανά.

Οι μνήμες που αποθηκεύονται θα μπορούσαν να χωριστούν σε δύο βασικές ομάδες, βραχείας και μακράς χρονικής περιόδου. Βασικός συντελεστής επιλογής ομάδας είναι η συνάρτηση της συχνότητας των επαναλήψεων και του χρόνου. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς τα εντυπώματα μακράς μνήμης επιστρέφουν και εντυπώνονται ξανά στο αντίστοιχο γονίδιο με αποτέλεσμα την προσθήκη στην κληρονομική προδιάθεση. Στα γονίδια εξακολουθούν και παραμένουν μνήμες, οι οποίες περιμένουν το ερέθισμα της πρώτης φοράς για να ενεργοποιηθούν και να ακολουθήσουν την ίδια διαδικασία. Αυτός είναι και ο βασικός λόγος εκδήλωσης του αλκοολισμού σε διαφορετικές ηλικίες. Μέσα από την ενεργοποίηση της μνήμης του αντίστοιχου γονιδίου, την μεταφορά της όλης διαδικασίας για εντύπωση στον εγκέφαλο, παύει πλέον να ισχύει αυτό που λέμε κληρονομική προδιάθεση, καθώς έχει πλέον εκδηλωθεί.

Αυτό στηρίζεται στον παράγοντα περιβάλλον, αλλά και στην δυνατότητα του εγκεφάλου για αναπαραγωγή αλληλουχίας πράξεων. Διαφορετικό σε κάθε εποχή μεταξύ γεννητόρων και απογόνων είναι το περιβάλλον, αλλά αυτό δεν παρατηρούμε να επηρεάζει το τελικό αποτέλεσμα της προδιάθεσης.

Σε ατομικό ή σε ομαδικό επίπεδο, ο εγκέφαλος του ανθρώπου με αυτήν την διαδικασία θα μπορούσαμε να πούμε ότι απλουστεύει το φόρτο εργασίας του, για να μπορεί πιο ελεύθερος να ασχοληθεί με άλλες εκδηλώσεις. Σύγχρονως αποθηκεύει στην μνήμη του και στο αντίστοιχο τομέα την αλληλουχία των πράξεων πριν την πράξη: ερέθισμα – αντίδραση στην πράξη (τρόπος αντιμετώπισης /τελετουργία) – αποτέλεσμα (προσδοκώμενο αποτέλεσμα).

Ο κάθε χρήστης, όπως είναι λογικό, με την ολοκλήρωση ενός κύκλου της ζωής του έχει πλέον νέα εντυπώματα από μια 7-10ετία. Ειδικά στον αλκοολισμό, είναι η περίοδος (25-35 ετών) που συνήθως συμβαίνουν τα περισσότερα γεγονότα στη ζωή ενός ανθρώπου, δηλαδή γάμος, παιδιά, θάνατος αγαπημένων προσώπων κ.α. Ο εγκέφαλος ενεργοποιεί την αντίστοιχη μνήμη και αντιδρά σύμφωνα με την ανωτέρω αλληλουχία: αιτία-αιτιατό-αποτέλεσμα. Αυτός είναι ο λόγος της ανωτέρω αντίδρασης του αλκοολικού, στο να κάνει χρήση ξανά αλκοόλ και να κερδίσει ξανά το ίδιο αποτέλεσμα. Εάν όμως γίνουν αποδεκτά τα παραπάνω, είναι εύκολα κατανοητό ότι για να ολοκληρωθεί η προσπάθεια της

απεξάρτησης πρέπει να περάσει ίσο χρονικό διάστημα με αυτό της εξάρτησης. Ο λόγος είναι ότι απαιτείται ο ίδιος αριθμός νέων, χωρίς αλκοόλ, εντυπωμάτων.

Ειδικά με τον αλκοολισμό, εξαιτίας του ότι υπάρχει και η σχέση τροφής, η όλη κατάσταση είναι πιο περίπλοκη και πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί. Αυτός είναι και ο λόγος που οι προτεινόμενες συμβουλές για την επιτυχία της απεξάρτησης έχουν σχέση με όλη τη ζωή του κάθε ανθρώπου. Ευτυχώς για τον κάθε άνθρωπο, η ίδια διαδικασία που περιγράφεται ανωτέρω, ακολουθείται από την πρώτη στιγμή της προσπάθειας για απεξάρτηση μέχρι και το τέλος.

Ανάλογα με την απόφαση για καθοριστικές αλλαγές του τρόπου ζωής, εξαρτάται και η επιτυχία της απεξάρτησης, δηλαδή όσο περισσότερες και ουσιαστικές αλλαγές, τόσο καλύτερο το αποτέλεσμα.

ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.

Αμφεταμίνες.

Είναι χημικές ουσίες με διεγερτική επίδραση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Μοιάζουν χημικά με την αδρεναλίνη, ουσία που παράγεται από τον ανθρώπινο οργανισμό.

Ιστορικά στοιχεία.

Παρασκευάστηκαν για πρώτη φορά το 1887 αλλά οι θεραπευτικές τους ιδιότητες ανακαλύφθηκαν το 1927. Χρησιμοποιήθηκαν για τη θεραπεία του άσθματος και της ναρκοληψίας (ασθένεια όπου ο άρρωστος καταλαμβάνεται από ξαφνικές κρίσεις ύπνου). Το 1937 χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των υπερκινητικών παιδιών.

Κατά τη διάρκεια του Β' παγκοσμίου πολέμου οι αμφεταμίνες γνώρισαν μεγάλη διάδοση στους στρατούς των Βρετανών, Γερμανών, Ιαπώνων και Αμερικάνων, λόγω των ιδιοτήτων τους:

- Αύξηση της εγρήγορσης στη μάχη.
- Καταπολέμηση της κόπωσης.
- Άνοδος ηθικού.
- Καταπολέμηση της ανάγκης για ύπνο.

Η πρώτη συστηματική κατάχρηση έγινε στην Ιαπωνία μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο. Αργότερα, έγιναν δημοφιλείς μεταξύ των εργαζομένων τη νύχτα, καθώς και φοιτητών, καθηγητών και επιστημόνων, οι οποίοι τις χρησιμοποιούσαν για να αντιμετωπίσουν την κούραση και να αυξάνουν την αντοχή και την απόδοση τους. Γνώρισαν μεγάλη διάδοση κατά τη δεκαετία του '60 στα νεανικά κινήματα της εποχής. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης από τον αμερικανικό στρατό στον πόλεμο του Βιετνάμ. Μεγάλη χρήση έγινε επίσης από παχύσαρκα άτομα, λόγω της ιδιότητας των αμφεταμινών να «κόβουν» την όρεξη.

Οι αμφεταμίνες από τα τέλη της δεκαετίας του '70 δεν παρασκευάζονται πια φαρμακευτικά και βρίσκονται μόνο στην παράνομη αγορά.

Τρόποι χρήσης.

Συνήθως χρησιμοποιούνται σε μορφή χαπιού ή κάψουλας, αλλά στο παράνομο εμπόριο μπορεί να έχουν και τη μορφή άσπρης, κίτρινης ή ροζ σκόνης. Κυκλοφορούν επίσης σε μορφή μικρών συμπαγών κομματιών. Συνήθως λαμβάνονται από το στόμα. Μπορούν όμως να χρησιμοποιηθούν και εισπνεόμενες από τη μύτη ή να καπνιστούν αναμειγμένες με καπνό. Όταν είναι σε μορφή κομματιών μπορούν να διαλυθούν στο νερό και να γίνουν ενέσιμο διάλυμα. Στην περίπτωση

αυτή, αν δεν έχουν διαλυθεί καλά, η χρήση τους είναι πολύ επικίνδυνη καθώς μπορούν να προκαλέσουν θρομβώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Άμεσα αποτελέσματα της χρήσης αμφεταμινών.

Οι αμφεταμίνες δρουν τόσο στο ΚΝΣ όσο και στο περιφερειακό νευρικό σύστημα, 15-30 λεπτά περίπου μετά τη χρήση και η δράση τους διαρκεί περίπου 6 ώρες. Μπορούν να ανιχνευτούν στα ούρα περίπου 4 ημέρες μετά τη χρήση. Υπάρχουν ομοιότητες με τη δράση της κοκαΐνης. Δημιουργούν στο χρήστη αίσθηση ενεργητικότητας, διαύγεια μυαλού, όξυνση της πνευματικής λειτουργίας και απώλεια της αίσθησης της πείνας. Παρουσιάζονται επίσης σωματικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, υπέρταση, εφίδρωση ή κρυάδες, ναυτία και έμετοι. Οι χρήστες αμφεταμινών παρουσιάζουν επίσης διαστολή της κόρης των ματιών, λογόρροια και συχνά είναι επιθετικοί.

Στην περίπτωση της ενδοφλέβιας χορήγησης της αμφεταμίνης, ο χρήστης έχει ένα απότομο και βίαιο αίσθημα ευφορίας και αυτοπεποίθησης. Αν η δόση είναι μεγάλη, ακολουθεί σύγχυση, συγκεχυμένο λεξιλόγιο, άγχος και ανησυχία. Μπορεί να επέλθει συγκοπή ή πόνος στο θώρακα. Μετά το τέλος της επίδρασης μεγάλων δόσεων ακολουθεί δυσφορία, άγχος, τρέμουλο, αίσθημα κόπωσης και κατάθλιψη.

Αποτελέσματα της μακροχρόνιας χρήσης αμφεταμινών.

Η συστηματική χρήση προκαλεί ανοχή και ψυχική εξάρτηση. Μετά τη διακοπή της χρήσης σημαντικών δόσεων αμφεταμινών για πολλές ημέρες, παρουσιάζονται συμπτώματα στέρησης. Αυτά είναι αίσθηση δυσφορίας, κατάθλιψη, άγχος, ευερεθιστότητα, κόπωση, αϋπνία ή αντίθετα υπνηλία και ψυχοκινητική διέγερση. Κατά την περίοδο αυτή υπάρχει κίνδυνος για αυτοκτονία.

Μετά από επαναλαμβανόμενη μακροχρόνια χρήση μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα ψύχωσης. Η πρώτη διαπίστωση του γεγονότος έγινε πειραματικά το 1938. Παρανοϊκού τύπου ψυχωσική αντίδραση είναι δυνατόν να εμφανιστεί και μετά από 1-5 ημέρες συστηματικής χορήγησης. Μετά από μία εβδομάδα αποχής από τη χρήση αμφεταμινών, ο χρήστης επανέρχεται στο φυσιολογικό. Συνήθη συμπτώματα είναι:

- Παρανοειδής επεξεργασία.
- Διωκτικό παραλήρημα.
- Υπερκινητικότητα.
- Ευερεθιστότητα.
- Οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις.
- Αλλαγές στην αντίληψη του σώματος.

Ινδική κάνναβη (χασίς).

Η κάνναβη είναι ένα θαμνώδες φυτό με οδοντωτά φύλλα και ραβδωτά στελέχη, που διακρίνεται για τη μεγάλη ικανότητα προσαρμογής σε διαφορετικές κλιματολογικές συνθήκες. Χρησιμοποιείται εδώ και χιλιάδες χρόνια για τις ίνες της (από τις οποίες φτιάχνεται σκοινί), για τους σπόρους της (τροφή για τα πουλιά) και κυρίως για το ρετσίνι της, που έχει ψυχότροπη δράση στο άτομο.

Η κάνναβη περιέχει τουλάχιστον εξήντα συστατικές ουσίες. Το πιο ψυχοδραστικό συστατικό της είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC).

Ιστορικά στοιχεία.

Η κάνναβη χρησιμοποιείται από τα αρχαία χρόνια, ενώ μαρτυρίες για τη χρήση της, για θεραπευτικούς σκοπούς, έχουμε από το 2000 π.Χ. κυρίως στην Κίνα και την Ινδία.

Στην Ελλάδα, από τις περιγραφές του Ηροδότου, γνωρίζουμε ότι οι Σκύθες (αρχαίοι κάτοικοι της Θράκης) χρησιμοποιούσαν την κάνναβη για την κατασκευή υφασμάτων, αλλά και σε τελετές για το ευφορικό της αποτέλεσμα.

Το όνομα «χασίς» το πήρε από τα αραβικά, όπου η λέξη σημαίνει «χόρτο». Το χασίς πιστεύεται ότι αντικατέστησε στους ισλαμικούς πληθυσμούς τη χρήση του αλκοόλ, που απαγορευόταν από το Κοράνι.

Από το 13^ο έως και το 19^ο αιώνα, η κάνναβη καλλιεργείται σε όλη σχεδόν την Ευρώπη και την Αμερική. Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα αρχίζει η απαγόρευση της καλλιέργειας και της χρήσης της κάνναβης. Στην Ελλάδα, η καλλιέργεια, το εμπόριο και η χρήση κάνναβης απαγορεύτηκαν το 1920.

Τρόποι χρήσης.

Η κάνναβη συνήθως εμφανίζεται σε διάφορες μορφές:

- Σε μορφή τριμμάτων των φύλλων, των λουλουδιών και των στελεχών (μαριχουάνα: περιεκτικότητα σε THC περίπου 1-3%).
- Σε πλάκα σκουρόχρωμου αποξηραμένου ρετσινιού (χασίς: περιεκτικότητα σε THC περίπου 8-15%).
- Σε μορφή παχύρρευστου και κολλώδους υγρού (χασισέλαιο: περιεκτικότητα σε THC περίπου 40-60%).

Συνήθως η κάνναβη καπνίζεται αναμειγμένη με καπνό ή και σκέτη. Μπορεί επίσης να φαγωθεί, αν ανακατευθεί με το φαγητό (συνήθως με γλυκό). Άλλος τρόπος χρήσης είναι το βράσιμο της κάνναβης μαζί με κάποιο ρόφημα.

Άμεσα αποτελέσματα της χρήσης κάνναβης.

Η αντίδραση στη χρήση της κάνναβης διαφέρει κατά πολύ από άτομο σε άτομο και εξαρτάται από την ποσότητα της THC, από την τεχνική του καπνίσματος, καθώς και από τις προσδοκίες του χρήστη. Υπάρχουν άτομα που δεν έχουν σχεδόν καμία αντίδραση τις πρώτες φορές που καπνίζουν κάνναβη και αντιθέτως, άτομα που έχουν ψευδαισθήσεις ή κρίσεις πανικού με την πρώτη χρήση.

Όταν καπνίζεται, τα αποτελέσματα γίνονται πολύ γρήγορα αισθητά και διαρκούν περίπου μία ώρα αν η ποσότητα είναι μικρή, ή αρκετές ώρες αν η ποσότητα είναι μεγάλη. Όταν τρώγεται τα αποτελέσματα συνήθως εμφανίζονται μετά από μία ή και περισσότερες ώρες.

Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι τάση για πολυλογία, ευφορία και αίσθηση ότι ο χρόνος κυλάει πιο αργά. Συχνά ακολουθούνται από μια περίοδο καταστολής και υπνηλίας. Η κάνναβη επηρεάζει την άμεση μνήμη και την ικανότητα για μάθηση. Αυξάνει τους χρόνους αντίδρασης και γι' αυτό είναι επικίνδυνο να οδηγεί κάποιος υπό την επήρεια της. Υπολογίζεται ότι με μία δόση ίση με ένα ή δύο τσιγάρα υπάρχει μείωση της ικανότητας για οδήγηση για μια περίοδο τεσσάρων έως οκτώ ωρών. Παρουσιάζονται επίσης συμπτώματα όπως ταχυκαρδίες, αύξηση της όρεξης και ξηρότητα στο στόμα. Η ταυτόχρονη χρήση αλκοόλ επιτείνει αρκετά τα αποτελέσματα αυτά. Έχουν εμφανιστεί επίσης ισχυρότερες ποικιλίες κάνναβης, η χρήση των οποίων μπορεί να προκαλέσει άγχος, φοβίες, σύγχυση και παραισθήσεις.

Οι μεταβολίτες της THC μπορούν να ανιχνευτούν στα ούρα πολλές εβδομάδες μετά τη χρήση της κάνναβης, διότι επικάθονται στους λιπώδεις ιστούς του σώματος.

Αποτελέσματα της μακροχρόνιας χρήσης κάνναβης.

Η κάνναβη δεν προκαλεί ανοχή ή σωματική εξάρτηση αλλά προκαλεί σοβαρή ψυχική εξάρτηση. Δεν έχουν αναφερθεί θάνατοι από υπερβολική δόση. Ωστόσο, ο καπνός της περιέχει τρεις φορές πιο καρκινογόνο πίσσα απ' ό τι του τσιγάρου και κατακρατείται περισσότερο στον οργανισμό. Η χρόνια χρήση μπορεί να προκαλέσει βήχα, βρογχίτιδα, λαρυγγίτιδα κ.α. Επίσης, από αρκετούς συγγραφείς έχει περιγραφεί, αν και δεν έχει επαληθευθεί επαρκώς, το λεγόμενο «Σύνδρομο έλλειψης κινήτρων». Παρουσιάζεται σε χρόνιους χρήστες κάνναβης και μπορεί να περιγραφεί σα μια κατάσταση γενικής απάθειας, άμβλυνσης συναισθήματος, δυσκολίας στην κριτική ικανότητα και διαταραχής της προσοχής. Σε μικρό ποσοστό των χρηστών, η συστηματική και σημαντική χρήση κάνναβης μπορεί να προκαλέσει και ψυχωσικόμορφες καταστάσεις.

Κοκαΐνη.

Προέρχεται από την πολτοποίηση των φύλλων του φυτού «ερυθρόξυλο κόκα» που φύεται στη Νότιο Αμερική, στα υψίπεδα των Άνδεων, σε υψόμετρο 500-2000 μέτρων.

Πρόκειται για ουσία με βραχεία διεγερτική επίδραση στο ΚΝΣ και με ιδιότητες τοπικού αναισθητικού. Απορροφάται από όλους τους βλεννογόνους του σώματος (στόμα, μύτη, έντερο, κόλπος).

Η ονομασία του φυτού της κόκας προέρχεται από τους Ίντιος Αϋμάρα και σημαίνει «χόρτο». Η μάσηση των φύλλων του φυτού ήταν διαδεδομένη συνήθεια μεταξύ των ιθαγενών των Άνδεων, επειδή τους βοηθούσε στην αναπνοή στα μεγάλα υψόμετρα.

Χρησιμοποιούταν ως φάρμακο κατά της πείνας και του κρύου και για να αυξήσει την αντοχή και τη δύναμη. Επίσης, κατά της νευρασθένειας, των εντερικών και στομαχικών ενοχλήσεων. Η συνήθεια αυτή υπήρχε και στους Ίνκας, η χρήση όμως περιοριζόταν στην άρχουσα τάξη. Το 1885 ανακαλύφθηκε το ενεργό συστατικό της κόκας, η κοκαΐνη, από τον Γερμανό φυσικό Frederich Gaedcke.

Ιστορικά στοιχεία.

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα αρχίζει να κυκλοφορεί στην Ευρώπη κρασί με απόσταγμα κόκας, από κάποιον κορσικανό που λεγόταν Μαριάνι, το οποίο έγινε πολύ γνωστό σε μικρό χρονικό διάστημα. Η ιδέα του είχε μιμητές στην Αμερική, όπου το 1892 ένας φαρμακοποιός, ο Asa Candler, ιδρύει την Coca Cola company λανσάροντας ένα ποτό που προερχόταν από εκχύλισμα κόκας και φυσικό αεριούχο νερό. Το 1903 η κοκαΐνη τέθηκε εκτός νόμου και έτσι η Coca Cola αναγκάζεται να αντικαταστήσει την κοκαΐνη με καφεΐνη. Η κοκαΐνη αρχίζει να χρησιμοποιείται και ιατρικά ως τοπικό αναισθητικό. Ήδη από το 1884, ο πατέρας της ψυχανάλυσης S.Freud είχε δημοσιεύσει μελέτες του για την κοκαΐνη, όπου τη συνιστούσε ως φάρμακο για την καχεξία, τις γαστρικές διαταραχές, το άσθμα κ.α. Από το 1914, η κατανάλωση κοκαΐνης απαγορεύτηκε στα περισσότερα κράτη του κόσμου, ενώ στη σύγχρονη ιατρική χρησιμοποιείται ως τοπικό αναισθητικό για τους βλεννογόνους (μάτια, αυτιά κ.α.) και ως ισχυρό παυσίπονο σε ορισμένες περιπτώσεις.

Τρόποι χρήσης.

Οι κάτοικοι των Άνδεων εξακολουθούν τη συνήθεια της μάσησης των φύλλων της κόκας. Η επεξεργασία των φύλλων της δίνει την υδροχλωρική κοκαΐνη που παρασκευάζεται σε παράνομα εργαστήρια. Είναι μια άοσμη, λευκή, κρυσταλλική σκόνη, που συνήθως εισπνέεται από τη μύτη, αλλά μπορεί να διαλυθεί και να γίνει ενέσιμη. Άλλο παράγωγο είναι το free-base, ουσία αρκετά διαδεδομένη στις ΗΠΑ. Είναι

λευκή ή κιτρινόμαυρη σκόνη με γλυκιά μυρωδιά, αδιάλυτη στο νερό, για το λόγο αυτό μπορεί μόνο να καπνιστεί. Η υδροχλωρική κοκαΐνη μπορεί να αναμιχθεί με ηρωίνη (speedball), ένας συνδυασμός αρκετά επικίνδυνος που ευθύνεται για πολλούς θανάτους μεταξύ των χρηστών κοκαΐνης.

Άμεσα αποτελέσματα της χρήσης κοκαΐνης.

Η δράση της κοκαΐνης εξαρτάται από τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και από τη δόση. Η διάρκεια και ο χρόνος δράσης εξαρτώνται από τον τρόπο χορήγησης. Εάν χορηγείται ενδοφλεβίως, απορροφάται άμεσα και το άτομο καταλαμβάνεται αμέσως από μια αίσθηση έντονης ευχαρίστησης, που διαρκεί από λίγα δευτερόλεπτα έως μερικά λεπτά και ακολουθείται από μια κατάσταση ελαφράς ευφορίας για περίπου 15-30 λεπτά. Στην περίπτωση της λήψης από τη μύτη, απορροφάται από το βλεννογόνο και η επίδρασή της αρχίζει μετά από τρία περίπου λεπτά.

Η αρχική ευφορία παραχωρεί τη θέση της σε μια κατάσταση δυσφορίας, ευερεθιστότητας και ανησυχίας. Αυτό καθιστά αναγκαία την επανάληψη της χρήσης. Εάν η χρήση επαναληφθεί πολλές φορές, οδηγεί σε υπερεθισμό, που με τη σειρά του μπορεί να καταλήξει σε τοξική ψύχωση, παράνοια, σύγχυση, υπερευαισθησία και ψευδαισθήσεις.

Αποτελέσματα της μακροχρόνιας χρήσης κοκαΐνης.

Η κοκαΐνη είναι ουσία με χαμηλή τοξικότητα. Θανατηφόρα περιστατικά χρήσης έχουν αναφερθεί αλλά συνήθως οφείλονται σε συνδυασμό ουσιών (π.χ. κοκαΐνη-ηρωίνη). Ο θάνατος προκαλείται από αναπνευστική ή καρδιακή ανακοπή. Δεν υπάρχουν πληροφορίες για σωματική εξάρτηση, σίγουρα όμως προκαλεί ισχυρή ψυχική εξάρτηση. Σε χρόνια χρήση αναπτύσσεται το φαινόμενο της «αντίστροφης ανοχής». Πρόκειται για φαινόμενο στο οποίο, αντίθετα απ' ό τι συμβαίνει στην περίπτωση της ανοχής, ο οργανισμός καθίσταται όλο και πιο ευαίσθητος στη δράση της ουσίας. Ακόμη και μια μικρή δόση, που κανονικά θα προκαλούσε απλώς ευφορία, στην περίπτωση της «αντίστροφης ανοχής» μπορεί να προκαλέσει ψυχωσική αντίδραση. Η δυσφορική κατάσταση γίνεται όλο και πιο έντονη και ενοχλητική, πλησιάζοντας προς μια κατάσταση συνδρόμου στέρησης, που όμως μοιάζει πολύ με την κατάθλιψη. Τα κύρια συμπτώματα είναι άγχος, ατονία, ανησυχία, ευερεθιστότητα, έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος κ.α.

Μετά από δόσεις σχετικά μεγάλες ή από συνεχή χρήση μετρίων ή μικρών δόσεων, μπορεί να εμφανιστεί παραληρηματική κατάσταση, η οποία θα καταλήξει σε ψυχωσική αντίδραση. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από την παρουσία παραληρήματος και παραισθήσεων

(οπτικών, απτικών, οσφρητικών και ακουστικών), οι οποίες όμως αναγνωρίζονται από το άτομο και κρίνονται ως ξένες από αυτό.

Το επόμενο στάδιο είναι αυτό της ψύχωσης με καταδιωκτικό παραλήρημα και παραισθήσεις. Στο στάδιο αυτό, το άτομο καθίσταται πολύ επιθετικό και υπό την επήρεια του παραληρήματος και των παραισθήσεων, μπορεί να φτάσει στο σημείο να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους.

Τα συμπτώματα γενικά περιορίζονται στο χρόνο που η κοκαΐνη κυκλοφορεί στο αίμα. Μπορεί παρόλα αυτά να παραμείνουν κάποια ψυχιατρικά συμπτώματα όπως κρίσεις πανικού, κατάθλιψη ή συμπτωματολογία ψυχωσικού τύπου. Η εισπνοή από τη μύτη προκαλεί χρόνια φλεγμονή, που μπορεί να προκαλέσει διάτρηση του ρινικού διαφράγματος.

Κρακ.

Είναι μια μορφή free-base κοκαΐνης που η διαδικασία παραγωγής του είναι σχετικά εύκολη. Αυτό κάνει τη συγκεκριμένη ουσία αρκετά φθηνή στην παράνομη αγορά, άρα και πιο προσιτή. Κυκλοφορεί σε μορφή κομματιών συμπυκνωμένης άσπρης σκόνης με ακαθόριστο σχήμα, που στην «αργκό» ονομάζονται «βραχάκια». Το κρακ ονομάστηκε έτσι από το θόρυβο που κάνει το «βραχάκι» όταν ζεσταίνεται. Καπνίζεται σε ειδικές γυάλινες πίπες ή ανακατεμένο με καπνό. Είναι πολύ πιο δυνατό από την κοκαΐνη και πολύ πιο φτηνό. Προκαλεί πιο έντονη ευφορία αλλά διαρκεί πολύ λίγο και αυτό το καθιστά εξαιρετικά εθιστικό, αφού ο χρήστης αισθάνεται συνεχώς την ανάγκη για επανάληψη της δόσης.

Η χρήση του δημιουργεί ταχύτατα ανοχή. Προκαλεί σχεδόν τα ίδια συμπτώματα με την κοκαΐνη, αλλά λόγω του τρόπου χρήσης μπορεί να προκαλέσει σοβαρότατα αναπνευστικά προβλήματα.

Σε αντίθεση με την κοκαΐνη που έχει συνδεθεί με το γόητρο και την κοινωνική επιτυχία, το κρακ είναι πολύ διαδεδομένο σε φτωχούς πληθυσμούς. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου, οι χρήστες κοκαΐνης είναι συνήθως κοινωνικά ενσωματωμένοι νέοι ενήλικες (20-40 ετών), με ανώτερο του μέσου μορφωτικό ή/και επαγγελματικό επίπεδο.

Όπιο και παράγωγά του.

Το όπιο είναι ο αποξηραμένος και συμπυκνωμένος, γαλακτώδης χυμός του φυτού μήκων ή υπνοφόρος, μιας παπαρούνας που καλλιεργείται σε διάφορες χώρες κυρίως της Ασίας. Ο χυμός αυτός έχει πικρή γεύση και χαρακτηριστικά έντονη μυρωδιά. Η παπαρούνα του οπίου περιέχει

τουλάχιστον 25 ουσίες που χρησιμοποιήθηκαν ή χρησιμοποιούνται ως ισχυρά αναλγητικά (π.χ. μορφίνη) και αντιβηχικά (π.χ. κωδεΐνη).

Ιστορικά στοιχεία.

Το όπιο είναι γνωστό από την προϊστορική εποχή, όπως μαρτυρούν ζωγραφίες που βρέθηκαν στη Β.Ιταλία και υπολογίζονται γύρω στο 20000 π.Χ. Το 5000 π.Χ. το όπιο χρησιμοποιούταν από τους Ασσύριους, τους Σουμερίους και τους Αιγυπτίους. Στην Ελλάδα έχουμε την απεικόνιση της παπαρούνας του οπίου σε κεφάλι αγάλματος από τη Μινωική εποχή. Αναφορές υπάρχουν και από τον Όμηρο (νηπενθές) και τον Ιπποκράτη (υπνωτικό μηκώνιο). Ο Γαληνός, σπουδαίος γιατρός, ελληνικής καταγωγής (130-200 μ.Χ.), συνιστά το όπιο ως φάρμακο για πολλές ασθένειες. Το 1525 ο Παράκελσος εισαγάγει στη φαρμακευτική μια ανάμιξη οπίου με οινόπνευμα, το «λάβδανο». Το 1792 απαγορεύεται για πρώτη φορά η χρήση του στην Κίνα, με ποινή για τους παραβάτες το θάνατο. Το 19^ο αιώνα, το μονοπώλιο του εμπορίου του οπίου θα προκαλέσει δύο πολέμους μεταξύ Άγγλων και Κινέζων, που ονομάστηκαν «πόλεμοι του οπίου». Το 1805, ένας Γερμανός χημικός, ο Φ.Σαρτούρνερ, απομονώνει και περιγράφει τη μορφίνη. Το 1832 απομονώνεται η κωδεΐνη και το 1874 η ηρωΐνη. Στο τέλος του 19^{ου} αιώνα, το κάπνισμα του οπίου μεταδίδεται στην Αμερική από κινέζους μετανάστες που έρχονται κατά χιλιάδες για να δουλέψουν στους σιδηροδρόμους. Το 1914 τα οπιούχα διατίθενται μόνο με ιατρική συνταγή στις ΗΠΑ. Το 1920 παρασκευάζεται η πεθιδίνη και στις αρχές της δεκαετίας του `40 παρασκευάζεται στη Γερμανία το συνθετικό οπιοειδές μεθαδόνη, που από το 1962 θα αρχίσει να χρησιμοποιείται ως θεραπεία υποκατάστασης σε άτομα εξαρτημένα από ηρωΐνη. Στη δεκαετία του `70 έγινε γνωστός ο τρόπος επίδρασης των οπιοειδών στον εγκέφαλο, με την ανακάλυψη ειδικών υποδοχέων για τα οπιοειδή. Έγινε επίσης γνωστό ότι ο ανθρώπινος οργανισμός παράγει ουσίες παρόμοιες με τα οπιοειδή, που βοηθούν στην καταπολέμηση του πόνου (ενδορφίνες, εγκεφαλίνες κ.α).

Τρόποι χρήσης.

Το όπιο καπνίζεται σε ειδικές πίπες, τρώγεται με άλλες ουσίες ή πίνεται.

Οπιούχα και οπιοειδή.

Τα οπιούχα είναι ημισυνθετικές ουσίες που προέρχονται απευθείας από την κατεργασία του οπίου (ηρωΐνη, μορφίνη κ.α), ενώ τα οπιοειδή είναι συνθετικές ουσίες που μιμούνται τη δράση των οπιούχων και παρασκευάζονται σε εργαστήρια (πεθιδίνη, μεθαδόνη).

Μορφίνη.

Παρασκευάζεται κατόπιν επεξεργασίας του οπίου και έχει 10 φορές ισχυρότερη δράση από αυτό. Έχει τη μορφή λευκής κρυσταλλικής σκόνης. Πήρε το όνομά της από το Μορφέα, το Θεό των ονείρων της ελληνικής μυθολογίας.

Στην ιατρική χρησιμοποιείται ως ισχυρό παυσίπονο και αντιβηχικό και συνήθως κυκλοφορεί σε μορφή δισκίων και ενέσιμες αμπούλες. Προκαλεί ανοχή και εξάρτηση, σωματική και ψυχική. Έχει επίσης ισχυρή κατασταλτική επίδραση στο κέντρο της αναπνοής και για το λόγο αυτό, υπερβολική δόση της ουσίας προκαλεί το θάνατο από άπνοια.

Κωδεΐνη.

Παρασκευάζεται από την επεξεργασία της μορφίνης ή της θηβαΐνης (ουσία που περιέχεται στο όπιο). Χρησιμοποιείται ως ελαφρό παυσίπονο και κυρίως ως κατασταλτικό του βήχα. Περιέχεται σε μικρό ποσοστό σε διάφορα αντιβηχικά σιρόπια, αλλά διατίθεται και σε καθαρή μορφή, σε δισκία, σιρόπια και ενέσιμες αμπούλες. Χρησιμοποιείται επίσης ως αντιδιαρροϊκό και ως αναλγητικό. Προκαλεί ανοχή, σωματική και ψυχική εξάρτηση.

Ηρωΐνη.

Είναι παράγωγο της μορφίνης και παρασκευάζεται μόνο για την παράνομη αγορά αφού δεν χρησιμοποιείται πια ιατρικά. Είναι το οπιούχο που χρησιμοποιείται περισσότερο από τα εξαρτημένα άτομα. Έχει τη μορφή λευκής ή μπεζ σκόνης ή μικρών κόκκων.

Τρόποι χρήσης.

Η ηρωΐνη λαμβάνεται από τη μύτη, καπνίζεται, αλλά ο πιο συνηθισμένος τρόπος λήψης είναι η ένεση. Είναι αρκετά πιο ισχυρή ως παυσίπονο από τη μορφίνη.

Η ουσία που κυκλοφορεί στην παράνομη αγορά δεν είναι ποτέ καθαρή ηρωΐνη, αλλά αναμειγνύεται με διάφορες άλλες ουσίες που μοιάζουν με αυτή, για να αυξηθεί το βάρος της και το κέρδος του εμπόρου.

Η χρήση της ηρωΐνης τις τελευταίες δεκαετίες έχει εξελιχθεί σε κοινωνικό πρόβλημα σε όλο σχεδόν τον ανεπτυγμένο κόσμο. Το φαινόμενο αυτό αφορά κυρίως τους νέους κάθε κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Άμεσα αποτελέσματα της χρήσης ηρωίνης.

Τα αποτελέσματα της χρήσης της ηρωίνης εμφανίζονται λίγα δευτερόλεπτα μετά την ενδοφλέβια λήψη της ουσίας. Η πιο δυνατή εμπειρία, σύμφωνα με τους χρήστες είναι το «φλας»(flash). Πρόκειται για μια αίσθηση θερμότητας που εξαπλώνεται σε όλο το σώμα, ξεκινώντας από την κοιλιά. Διαρκεί λιγότερο από ένα λεπτό και συνοδεύεται από σεξουαλικό ερεθισμό και ρίγη. Ακολουθείται από μια ευχάριστη κατάσταση, μεταξύ ύπνου και ζύπνιου, ηρεμίας και ικανοποίησης. Ο πόνος, σωματικός και ψυχικός, εξαφανίζεται ενώ οι νοητικές λειτουργίες παραμένουν ανεπηρέαστες. Παρουσιάζεται συστολή της κόρης των ματιών, δυσκοιλιότητα, ιδρώτας, καταρροή και - ιδίως τις πρώτες φορές- ναυτία και έμετος. Τα δύο τελευταία συμπτώματα καθιστούν την εμπειρία του χρήστη αρκετά δυσάρεστη, ενώ η εμπειρία του «φλας» θεωρείται καθοριστική για τη συνέχιση της χρήσης. Έχει διαπιστωθεί ότι τα αποτελέσματα της χρήσης εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το άτομο και από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνεται η χρήση.

Αποτελέσματα της μακροχρόνιας χρήσης ηρωίνης.

Η ηρωίνη προκαλεί ανοχή και ισχυρή σωματική και ψυχική εξάρτηση. Όταν επέλθει η σωματική εξάρτηση, ο χρήστης έχει την ανάγκη επανάληψης της δόσης κάθε 4-6 ώρες. Τα διαστήματα ανάμεσα στις δόσεις αυτές καταναλώνονται στην αναζήτηση της επόμενης δόσης. Μετά από μακροχρόνια χρήση παρουσιάζεται υπόταση, ανορεξία, υποθερμία, δυσκοιλιότητα, αναπνευστικά προβλήματα και σεξουαλική ανικανότητα. Στις γυναίκες παρουσιάζεται διακοπή της εμμηνορροίας και μειωμένη πιθανότητα σύλληψης, αλλά και στην περίπτωση που θα συλλάβουν, πολλές φορές παρουσιάζονται επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και αποβολές. Αναφέρονται επίσης στερητικά σύνδρομα νεογνών από μητέρες ουσιοεξαρτημένες. Σοβαρά προβλήματα υγείας παρουσιάζονται επίσης από τη μακροχρόνια ενδοφλέβια χρήση της ουσίας και αφορούν τη μετάδοση μολύνσεων από την κοινή χρήση των συριγγών. Σε όλες τις χώρες του κόσμου, παρατηρείται μεγάλη συχνότητα της ηπατίτιδας και του AIDS μεταξύ των χρηστών της ηρωίνης. Άλλες συνήθειες μολύνσεις είναι οι ενδοκαρδίτιδες, ο τέτανος και η φυματίωση.

Υπερβολική δόση (overdose).

Η υπερβολική δόση μπορεί να γίνει ηθελημένα, να οφείλεται στην καθαρότητα της ουσίας, στη μειωμένη ανοχή του οργανισμού μετά την αποτοξίνωση ή να συμβεί διότι ο χρήστης είναι μεθυσμένος.

Ο χρήστης παρουσιάζει κυάνωση, το πρόσωπο και τα χείλη του παίρνουν μπλε χρώμα από την έλλειψη οξυγόνου. Έχει μειωμένα ή καθόλου αντανακλαστικά, η θερμοκρασία του σώματος, καθώς και η

πίεση του αίματος πέφτουν και συνήθως ακολουθεί κώμα και θάνατος από την παράλυση του κέντρου της αναπνοής ή από πνευμονικό οίδημα άγνωστης αιτιολογίας.

Πολλοί θάνατοι οφείλονται στο συνδυασμό ουσιών. Η συχνότερη αιτία θανάτου των χρηστών ηρωίνης είναι ο συνδυασμός της καταστολής της αναπνοής και του πνευμονικού οιδήματος, που προκαλείται από οξεία αλλεργική αντίδραση.

Σύνδρομο στέρησης.

Παρουσιάζεται στον εξαρτημένο χρήστη οπιούχων, 6-8 ώρες μετά την τελευταία δόση. Έχει τη μορφή βαριάς γρίπης με πυρετό, χασμουρητά, σπασμούς, «κομμάρες» και κράμπες σε όλο το σώμα. Κορυφώνεται γύρω στις 48-72 ώρες και μετά τα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν. Το σύνδρομο στέρησης συνήθως δεν είναι επικίνδυνο και έχει μεταβλητή βαρύτητα, ανάλογα με την ουσία, την ημερήσια δόση και την προσωπικότητα του ατόμου.

Μεθαδόνη.

Είναι συνθετική ουσία που παρασκευάζεται χημικά. Έχει δράση παρόμοια με τα οπιούχα αλλά δεν περιέχεται στο όπιο. Ανακαλύφθηκε στη Γερμανία κατά το Β' παγκόσμιο πόλεμο και χρησιμοποιήθηκε ως αναλγητικό. Έχει μορφή καφεκίτρινου σιροπιού, διατίθεται όμως και σε δισκία και σε ενέσιμη μορφή. Προκαλεί ανοχή και εξάρτηση.

Χρησιμοποιείται για την απεξάρτηση από οπιούχα ή ως υποκατάστατο της εξάρτησης από αυτές τις ουσίες, γιατί έχει το πλεονέκτημα να δρα στον οργανισμό περισσότερο από την ηρωίνη (24 ώρες), συνεπώς χρειάζεται μόνο μία χορήγηση την ημέρα. Επιπλέον, το στερητικό της σύνδρομο είναι ηπιότερο, αλλά διαρκεί περισσότερο.

Παραισθησιογόνα.

Είναι μια σειρά από ουσίες που έχουν την ιδιότητα να διαταράσσουν τον ψυχικό κόσμο του ατόμου και να προκαλούν αντιληπτικές διαταραχές, όπως οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις. Οι ουσίες αυτές μπορεί να είναι φυσικές (μαγικάμανιτάρια) ή χημικές (LSD). Η μόδα της χρήσης των ουσιών αυτών αναπτύχθηκε κυρίως τη δεκαετία του '60 και συνδέθηκε με τις μυστικιστικές τάσεις ορισμένων νεανικών κινημάτων της εποχής. Τα παραισθησιογόνα πιστευόταν ότι έχουν την ικανότητα να «ανοίγουν τις πόρτες» για την έκφραση του ασυνείδητου, δηλαδή εκείνου του μέρους του ψυχισμού μας που -παρόλο που δεν γνωρίζουμε το περιεχόμενο του- επηρεάζει τις σκέψεις και τις πράξεις μας.

LSD.

Είναι η πιο γνωστή παραισθησιογόνος ουσία. Προέρχεται από έναν μύκητα, την ερυσιβώδη ολύρα που είναι παράσιτο της σίκαλης και άλλων δημητριακών. Ανακαλύφθηκε από τον Άλμπερτ Χόφμαν, ένα νεαρό χημικό, στη δεκαετία του '20 στην Ελβετία. Τα ψυχοτρόπα αποτελέσματά του έγιναν αντιληπτά το 1943 όταν κατά λάθος ο ίδιος ο Χόφμαν πήρε μια ελάχιστη δόση της ουσίας.

Ανακαλύφθηκε έτσι ότι το LSD ήταν ένα ισχυρό ψυχοσιμομιμητικό. Μια ουσία δηλαδή που θα μπορούσε να προκαλέσει εργαστηριακά ψύχωση, η μελέτη της οποίας θα αποκάλυπτε τους μηχανισμούς της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχικών παθήσεων. Ακολούθησε ένας πειραματισμός προς την κατεύθυνση αυτή από πολλούς επιστήμονες, σε διάφορα μέρη του κόσμου που όμως δεν είχε διάρκεια. Η χρήση του εγκαταλείφθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '60, εμφανίστηκε όμως και πάλι πριν μερικά χρόνια, μέσα από το κίνημα της Rave μουσικής.

Το LSD τώρα παρασκευάζεται παράνομα, κυρίως στις ΗΠΑ και την Ολλανδία. Το καθαρό LSD είναι μια άσπρη, διαλυτή, κρυσταλλική σκόνη, απίστευτα δραστική, για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η αραίωση του. Μικρές ποσότητες LSD τοποθετούνται επάνω σε χάπια, κάψουλες, κύβους ζάχαρης κ.α.

Άμεσα αποτελέσματα της χρήσης του LSD.

Η δράση του LSD ξεκινά μία ώρα περίπου μετά τη λήψη, φτάνει στο απόγειό της δύο με τρεις ώρες αργότερα και διαρκεί περίπου 12-15 ώρες. Τα αποτελέσματα είναι δύσκολο να προβλεφθούν, μιας και εξαρτώνται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα του χρήστη, από την εμπειρία του, από τις προσδοκίες του και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση.

Μερικά σωματικά αποτελέσματα είναι η αύξηση του ρυθμού της καρδιάς και της πίεσης, η συστολή της κόρης των ματιών και η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Εντονότερα είναι τα ψυχολογικά αποτελέσματα, που περιλαμβάνουν αλλοιώσεις στην εικόνα του σώματος, αλλοιώσεις στο σχήμα και μέγεθος των αντικειμένων και έντονη αίσθηση των χρωμάτων. Αλλοιώσεις παρουσιάζονται και στην ακοή, ενώ η αίσθηση του χώρου και του χρόνου μεταβάλλονται. Παρουσιάζονται συναισθηματικές μεταβολές, ευχάριστες ή δυσάρεστες, που μπορεί να εναλλάσσονται μεταξύ τους.

Ο χρήστης, υπό την επήρεια του παραισθησιογόνου, μπορεί να δράσει ασυλλόγιστα και να προκαλέσει βλάβες στον εαυτό του και σε άλλους. Μερικές φορές εμφανίζεται μελαγχολία και άγχος που μπορούν να διαρκέσουν έως και 24 ώρες μετά τη λήψη της ουσίας. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει κίνδυνος για αυτοκτονία.

Το φαινόμενο του flashback.

Πρόκειται για την αναβίωση της εμπειρίας του «ταξιδιού» μετά από τη διακοπή της χρήσης του LSD. Συνήθως διαρκεί από λίγα λεπτά έως και μερικές ώρες. Τα συμπτώματα αναδύονται συνήθως όταν το άτομο μπαίνει σε σκοτεινό περιβάλλον, μετά από χρήση χασίς κ.α. Οι έμπειροι χρήστες πολλές φορές το επιδιώκουν. Όταν το βιώνουν, έχουν απόλυτη συνείδηση ότι τα συμπτώματα αυτά είναι παραισθήσεις. Το flashback γίνεται επικίνδυνο όταν το άτομο οδηγεί ή χειρίζεται μηχανήματα. Εάν επιμένει για αρκετές ημέρες, υπάρχει πιθανότητα για οργανική βλάβη του Κ.Ν.Σ.

Μαγικά μανιτάρια (Magic Mushrooms).

Η χρήση μανιταριών με παραισθησιογόνες ιδιότητες ανάγεται στις τελετές των φυλών της Κεντρικής Αμερικής, γύρω στο 500 μ.Χ. Πολλά μανιτάρια αυτού του είδους φυτρώνουν επίσης στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη. Περιέχουν ψιλοχιμβίνη, μια ουσία με παραισθησιογόνο δράση, παρόμοια με αυτή του LSD αλλά ελαφρότερης μορφής. Η χρήση τους, όπως και του LSD, για ‘ψυχαγωγικό’ σκοπό, συνδέθηκε με τα νεανικά κινήματα της δεκαετίας του `60. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν φρέσκα ή αποξηραμένα, να φαγωθούν ή να βραστούν μέσα σε τσάι.

Τα αποτελέσματα της χρήσης δεν είναι τόσο έντονα όσο του LSD. Μετά τη χρήση δημιουργείται ευφορία και παραισθήσεις, οπτικές ή και ακουστικές. Ξεκινούν μισή ώρα περίπου μετά τη χρήση και διαρκούν από 4 έως 9 ώρες. Με τη χρήση τους αναπτύσσεται γρήγορα ανοχή. Δεν έχει διαπιστωθεί σωματική εξάρτηση, πολλά άτομα όμως εξαρτώνται ψυχικά. Έχουν αναφερθεί φαινόμενα flashback όπως επίσης κρίσεις πανικού, επιθετικότητα, αίσθημα αποπροσωποποίησης, άγχος και μερικές φορές αντιδράσεις ψυχωσικού τύπου. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι να επιλέξει κανείς μανιτάρια που μοιάζουν με τα παραισθησιογόνα, αλλά είναι δηλητηριώδη.

Peyote (Πεγιότ).

Είναι ένας μη ακανθώδης, στρογγυλός κάκτος, συνήθως μπλε-πράσινος, που φύεται στο Μεξικό και στις νότιες περιοχές των ΗΠΑ και ονομάζεται και μεσκάλ (mescal). Χρησιμοποιείται σε θρησκευτικές τελετές των λαών της Ν.Αμερικής. Ο κάκτος αυτός έχει εξογκωμένες ρίζες οι οποίες μπορούν να μασηθούν, χλωρές ή αποξηραμένες και στις οποίες περιέχονται παραισθησιογόνες ουσίες, η κυριότερη των οποίων είναι η μεσκαλίνη. Η μεσκαλίνη έχει ομοιότητες με ουσίες που παράγει το σώμα μας, όπως η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη.

Η μεσκαλίνη έχει παραισθησιογόνες ιδιότητες και απομονώθηκε το 1896. Μπορεί επίσης να παρασκευαστεί και συνθετικά. Η επίδρασή της ξεκινά μετά από 2-3 ώρες και μπορεί να έχει διάρκεια πλέον των 12 ωρών. Προκαλεί ευφορία, αυξημένη αισθητηριακή αντίληψη, οπτικές ψευδαισθήσεις, αλλοιωμένη εικόνα σώματος, δυσκολία στη συγκέντρωση. Θρησκευτικές και μυστικιστικές εμπειρίες είναι συχνές. Στα δευτερογενή συμπτώματα περιλαμβάνονται ναυτία και έμετοι. Μεγάλες δόσεις της ουσίας μπορεί να προκαλέσουν ισχυρούς πονοκεφάλους, ξηροδερμία, πτώση της πίεσης του αίματος, μείωση του ρυθμού της αναπνοής και καρδιακή ανακοπή.

P.C.P.(Φαινσυκλιδίνη).

Συνθετική ουσία με ψυχότροπη δράση και παραισθησιογόνες ιδιότητες. Έχει κατασταλτική ή διεγερτική δράση στο ΚΝΣ, ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του χρήστη. Χρησιμοποιήθηκε ως αναισθητικό, αλλά εγκαταλείφθηκε λόγω της συχνής εμφάνισης συμπτωμάτων οξέος συνδρόμου, το οποίο χαρακτηρίζεται από σύγχυση, αποπροσανατολισμό, διέγερση και γενικά συμπτώματα οξέος οργανικού εγκεφαλικού συνδρόμου.

Συντέθηκε για πρώτη φορά το 1956 από την Parke-Davis ως αναισθητικό. Δεν χρησιμοποιήθηκε ποτέ, μετά την ανακάλυψη των ανεπιθύμητων συνεπειών του. Είναι εύκολα παρασκευάσιμο και με χαμηλό κόστος, για το λόγο αυτό μπήκε γρήγορα στο παράνομο εμπόριο. Η χρήση του πήρε επιδημικές διαστάσεις τις δεκαετίες '70 και '80.

Κυκλοφορεί σε χάπια, κάψουλες και χρωματιστή σκόνη. Πολλά άτομα το παίρνουν άθελά τους, μιας και χρησιμοποιείται στη μαριχουάνα, στο LSD και το έκσταση. Συνήθως λαμβάνεται από το στόμα ή τη μύτη, αλλά μπορεί να γίνει ενέσιμο αν διαλυθεί.

Η χρήση του προκαλεί ευφορία, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, αλλοιωμένη εικόνα σώματος, αλλοιωμένη αίσθηση του χρόνου και του χώρου, αποπροσανατολισμό της σκέψης, υπέρταση, νυσταγμό, εφίδρωση, μείωση της απάντησης στον πόνο, πυρετό και ανακοπή. Η επίδραση διαρκεί 4-6 ώρες, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να συνεχιστούν για αρκετές ημέρες. Την αμέσως επόμενη περίοδο από τη χρήση μπορεί να παρουσιαστεί αυτοκαταστροφική ή βίαιη συμπεριφορά. Οι τοξικές επιδράσεις μοιάζουν με αυτές του LSD, αλλά το P.C.P. προκαλεί χαρακτηριστικές βίαιες και ψυχωσικές αντιδράσεις. Οι χρόνιοι χρήστες συχνά υποφέρουν από αποπροσανατολισμό, κενά μνήμης, προβλήματα στο λόγο.

Συνθετικά ναρκωτικά.

Πρόκειται για ουσίες που παρασκευάζονται από χημική διαφοροποίηση ήδη υπαρχόντων ουσιών που κυκλοφορούν στο εμπόριο. Η διαφοροποίηση αυτή έχει σκοπό:

- Τη βελτίωση της δράσης τους.
- Την αποφυγή του νομοθετικού ελέγχου.

Σύμφωνα με την έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (Ε.Κ.Π.Ν.Τ.), τα συνθετικά ναρκωτικά τείνουν να γίνουν η δεύτερη πιο συχνά χρησιμοποιούμενη ουσία μετά την κάνναβη, ειδικά στους νέους (2002).

Έκσταση (MDA ή MDMA).

«Έκσταση» είναι το χημικό όνομα μιας ουσίας που είναι γνωστή ως MDMA. Βασικό συστατικό του είναι η αμφεταμίνη. Δεν είναι διαθέσιμο φαρμακευτικά και παράγεται μόνο από παράνομα εργαστήρια. Είναι ένα δύσκολο κατηγοριοποιήσιμο ναρκωτικό και έχει τα αποτελέσματα τόσο των παραισθησιογόνων όσο και των αμφεταμινών.

Ιστορικά στοιχεία.

Παρασκευάστηκε για πρώτη φορά στη Γερμανία, το 1914, από τη φαρμακευτική εταιρία Merck, ως δυνατό ανορεξικό, λόγω της σχέσης του με τις αμφεταμίνες. Δεν πήρε όμως ποτέ το «χρίσμα» του φαρμάκου και έτσι εγκαταλείφθηκε, για να ξαναεμφανιστεί στη δεκαετία του '70. Χρησιμοποιήθηκε για να διευκολύνει την επικοινωνία ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα. Συνδέθηκε με μουσικά κινήματα, όπως της Rave μουσικής.

Τρόποι χρήσης.

Το έκσταση κυκλοφορεί συνήθως σε μορφή χρωματιστών χαπιών ή σε κάψουλες. Τα χάπια του έκσταση συνήθως έχουν διάφορα σχέδια όπως, καρδιές, αστέρια κ.λ.π. Οι χρήστες το χρησιμοποιούν από το στόμα, σε ποσότητες ενός ή περισσότερων χαπιών τη φορά. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις χρήσης από τη μύτη καθώς και ενέσιμη χρήση.

Άμεσα αποτελέσματα της χρήσης του έκσταση.

Η επίδραση του αρχίζει 30 λεπτά μετά την κατάποση, φτάνει στο αποκορύφωμα σε μιάμιση ώρα και διαρκεί περίπου 3 ώρες. Προσφέρει στο χρήστη αίσθημα ηρεμίας, αυξάνοντας ταυτόχρονα την ενεργητικότητα και δημιουργεί μια αίσθηση οικειότητας με τους γύρω του.

Τυπικό χαρακτηριστικό των ουσιών αυτών είναι η ικανότητά τους να προκαλούν αλλοιώσεις της αισθητηριακής αντίληψης. Η αντίληψη των διαστάσεων και των αποστάσεων αλλοιώνεται, καθώς επίσης και η αντίληψη της εικόνας του σώματος. Έχει επίσης αναφερθεί αίσθηση αποκόλλησης μελών του σώματος. Ο χρήστης αντιλαμβάνεται με υπερβολικό τρόπο τα ερεθίσματα που προσλαμβάνει, τόσο από το σώμα του, όσο και από το περιβάλλον. Μπορεί να εμφανιστούν οπτικές παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις. Η αίσθηση της μουσικής γίνεται πιο έντονη. Η πίεση του αίματος, οι παλμοί της καρδιάς και η θερμοκρασία του σώματος αυξάνονται .

Έχουν σημειωθεί και περιστατικά αιφνίδιων θανάτων από υπερθερμία, καθώς το έκσταση χρησιμοποιείται για να αυξήσει την αντοχή των νέων στα ολονύκτια rave party, όπου ο συνδυασμός της ατμόσφαιρας, της έντασης, της κούρασης και της επίδρασης του χαπιού μπορούν να προκαλέσουν θερμοπληξία. Μετά το τέλος της επίδρασής του, συνήθως ακολουθεί αίσθημα κόπωσης και αδιαθεσίας, διάρκειας περίπου 24 ωρών.

Αποτελέσματα της μακροχρόνιας χρήσης του έκσταση.

Επειδή το έκσταση δεν χρησιμοποιήθηκε ποτέ φαρμακευτικά, δεν υπάρχουν σίγουρες πληροφορίες για τις μακροχρόνιες συνέπειές του στον οργανισμό του ανθρώπου. Πιστεύεται ότι δεν προκαλεί σωματική εξάρτηση, αλλά η συγγένειά του με τις αμφεταμίνες δημιουργεί προβληματισμό σχετικά με την άποψη αυτή.

Κεταμίνη.

Συντέθηκε για πρώτη φορά το 1962 και αρχικά χρησιμοποιήθηκε στο Βέλγιο ως αναισθητικό και αναλγητικό, στην κτηνιατρική κυρίως και σπανιότερα στους ανθρώπους.

Συνήθως η χορήγησή της είναι ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή. Λόγω της πολυπλοκότητας της παρασκευής της, πιστεύεται ότι η κεταμίνη που κυκλοφορεί για ευφορική χρήση προέρχεται από παράνομη διάθεση νομίμων αποθεμάτων. Τα χάπια κεταμίνης που κυκλοφορούν στην παράνομη αγορά έχει βρεθεί ότι περιέχουν επίσης εφεδρίνες, καφεΐνη, αμφεταμίνες, MDMA κ.α, σαν ουσίες νοθείας.

Άμεσα αποτελέσματα.

Η κεταμίνη είναι διασπαστικό αναισθητικό. Αυτό σημαίνει ότι προκαλεί δύο βασικές αντιδράσεις. Η πρώτη είναι μια εξασθένηση της ετοιμότητας αντίδρασης στον πόνο και στα γενικότερα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Η δεύτερη αφορά στην εμπειρία του «διαχωρισμού» που προκαλεί μεταξύ πνεύματος και σώματος. Αντίθετα από τα άλλα

αναισθητικά, επιδρά στο καρδιαγγειακό σύστημα, αυξάνοντας τον καρδιακό ρυθμό και την αρτηριακή πίεση. Μπορεί έτσι να προκαλέσει καρδιαγγειακές διαταραχές σε άτομα με καρδιακό πρόβλημα. Άλλες συνέπειες είναι απώλεια της αίσθησης του κινδύνου, άγχος, διέγερση, οπτικές παραισθήσεις κ.α. Τα αποτελέσματα εξαρτώνται κυρίως από την ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε.

Αποτελέσματα της μακροχρόνιας χρήσης κεταμίνης.

Ανοχή στη χρήση κεταμίνης αναπτύσσεται γρήγορα, οδηγώντας σε αύξηση της δόσης, με άγνωστες τοξικολογικές συνέπειες.

Δεν υπάρχουν αρκετά βιβλιογραφικά στοιχεία για περιπτώσεις μακροχρόνιας χρήσης κεταμίνης. Έχουν αναφερθεί από το 1996 θάνατοι στην Ευρώπη, στην τοξικολογική εξέταση των οποίων ανιχνεύθηκε κεταμίνη, αλλά δεν έχει διαπιστωθεί ότι ήταν ο κύριος παράγοντας που οδήγησε στο θάνατο.

Ένας σοβαρός κίνδυνος πηγάζει από το γεγονός ότι η κεταμίνη κυκλοφορεί ως χαπάκι, αρκετά όμοιο με τα χάπια «έκσταση». Το γεγονός αυτό, μπορεί να αποβεί μοιραίο αφού οι χρήστες «έκσταση» μπορεί κατά λάθος να χρησιμοποιήσουν κεταμίνη. Αυτό μπορεί να έχει απρόβλεπτες συνέπειες, με δεδομένο ότι η κεταμίνη είναι δραστικότερη και πιο επικίνδυνη ουσία.

Η ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΓΥΝΑΙΚΑ.

Έχει διαπιστωθεί ότι η πορεία των γυναικών στη χρήση και στην εξάρτηση είναι στενά συνδεδεμένη με τη σχέση τους με το άλλο φύλο. Η πλειονότητα των γυναικών, ξεκινά τη χρήση με προτροπή του ερωτικού συντρόφου (ο οποίος κάνει ήδη χρήση), βασίζεται συνήθως σε κάποιον άντρα για την προμήθεια ουσιών, ενώ συχνά και η πορεία των γυναικών στη χρήση χαρακτηρίζεται από τη συν-εξάρτηση με το σύντροφο χρήστη. Επίσης, πολλές φορές οι γυναίκες υφίστανται κακοποίηση και σεξουαλική εκμετάλλευση. Παράλληλα, η ένταξη στη θεραπεία ή η διακοπή της θεραπευτικής διαδικασίας, συχνά αποτελεί κοινή απόφαση με το σύντροφο, ενώ η θεραπευτική εμπειρία μορφοποιείται με άξονα τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των φύλων.

Η διάσταση του φύλου είναι ιδιαίτερα σημαντική στην ανάλυση της εμπειρίας και συνεπειών της τοξικοεξάρτησης. Η κατάχρηση ουσιών επηρεάζεται από το περιεχόμενο και τη μορφή των δομών και των σχέσεων εξουσίας που χαρακτηρίζουν τις διαφυλικές σχέσεις και έχει μεγαλύτερες ατομικές και κοινωνικές επιπτώσεις για τις γυναίκες. Η τοξικοεξάρτηση καθιστά τις γυναίκες διπλά στιγματισμένες, ως παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, τόσο σε σχέση με τους κοινωνικά

αποδεκτούς κώδικες, όσο και αναφορικά με τους παραδοσιακούς γυναικείους ρόλους της μητέρας και της συζύγου. Αυτό το φαινόμενο εντείνεται σε ειδικές ομάδες γυναικών, όπως οι εξαρτημένες μητέρες και δυσχεραίνει την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες απεξάρτησης. Ακόμη, στο πλαίσιο της μετανάστευσης, η εξάρτηση μπορεί να επιβαρύνει τον ήδη υποβιβασμένο ρόλο των γυναικών, καθώς οι συνθήκες της μετανάστευσης διαταράσσουν περισσότερο την κοινωνική λειτουργικότητα και τη θέση των γυναικών σε σχέση με τους άντρες και ενισχύουν περισσότερο τους μηχανισμούς και τις διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού.

Οι διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών στην εξάρτηση είναι περίπλοκες. Με την έννοια αυτή, η έναρξη της παράνομης χρήσης από τις γυναίκες σε μικρότερη ηλικία, η συντομότερη μετάβαση στην κύρια ουσία κατάχρησης και η μικρότερη διάρκεια της χρήσης μέχρι την επαφή με τις υπηρεσίες, αποτελούν άξονες ιδιαίτερης διερεύνησης. Οι τάσεις που διαμορφώνονται από τη διαχρονική ανάλυση των δεδομένων ως προς το φύλο, θα πρέπει να σταθμιστούν σε σχέση με τον ευρύτερο πληθυσμό των εξαρτημένων γυναικών και να εκτιμηθούν για τη σημασία και τις επιπτώσεις τους. Επιπλέον, ένα τέτοιο εγχείρημα χρειάζεται να εστιάσει στις παραμέτρους που συνθέτουν την κοινωνική κατασκευή του φύλου και της σεξουαλικότητας, στα μεταβαλλόμενα πρότυπα και τις τοπικές συνθήκες της τοξικοεξάρτησης και στα χαρακτηριστικά του αντρικού πληθυσμού των χρηστών.

Στο πλαίσιο της σύγχρονης πολιτικής για την υγεία του πληθυσμού, η κατά φύλο ανάλυση τίθεται ως προτεραιότητα, τόσο για τη διερεύνηση των παραγόντων που επιβαρύνουν την υγεία των γυναικών, όσο και για την ανάπτυξη εστιασμένων δράσεων, με στόχο την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των γυναικών (W.H.O. 2002).

ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.

Η χρήση ναρκωτικών, όπως η κοκαΐνη, τα παραισθησιογόνα και η μαριχουάνα είναι ιδιαίτερα βλαπτική για την εγκυμοσύνη. Τα ναρκωτικά κατά τη διάρκεια της κύησης επηρεάζουν τη διατροφή και την ανάπαυση, εξασθενώντας το ανοσοποιητικό σύστημα της μέλλουσας μητέρας και ταυτόχρονα, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης άλλων νοσημάτων ή επιπλοκών, κυρίως λόγω της πλημμελούς φροντίδας της προσωπικής της ζωής. Έτσι η εξαρτημένη γυναίκα μπορεί να εμφανίσει σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως σύφιλη, βλεννόρροια, AIDS, μπορεί να εμφανίσει λοιμώξεις του ουροποιητικού και αναιμία, εξαιτίας του υποσιτισμού της. Οι έγκυες δε που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών πρέπει να υποβάλλονται συχνά σε ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις για έλεγχο χλαμυδιακής και ερπητικής λοίμωξης, για προσδιορισμού του φυλλικού οξέος, της ουρίας, κρεατινίνης, αντισωμάτων ηπατίτιδας, ενώ απαιτείται διενέργεια καλλιέργειας ούρων ανά δίμηνο. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών παρουσιάζουν αμηνόρροια, γεγονός που καθιστά πολύ δύσκολο τον ακριβή προσδιορισμό της πραγματικής ηλικίας κύησης και για το λόγο αυτό συνιστάται συχνός και έγκαιρος υπερηχογραφικός έλεγχος. Από άποψη δράσης προς το έμβρυο τα ναρκωτικά διέρχονται τον πλακούντα και ασκούν άμεση επίδραση σε αυτό. Οι περισσότερες από αυτές τις ουσίες προκαλούν αγγειοσύσπαση στα αγγεία της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας, γεγονός που συνεπάγεται την μειωμένη προσαγωγή θρεπτικών ουσιών και οξυγόνου. Η πορεία της κύησης και του τοκετού συνήθως παρουσιάζει πλήθος επιπλοκών όπως είναι ο οξύς ή ο πρόωρος τοκετός, η αυτόματη αποβολή, η πρόωρη ρήξη των υμένων, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, ακόμα και η ρήξη της μήτρας. Το δε έμβρυο συνήθως είναι υπολειπόμενου βάρους ενώ μετά τη γέννησή του κατά κανόνα εκδηλώνει συμπτώματα στερητικού συνδρόμου.

Η προσπάθεια οξείας διακοπής των ναρκωτικών ουσιών δεν είναι δόκιμη καθώς ενεργοποιεί πλήθος επιπτώσεων όπως οξεία αποστέρηση μητέρας και εμβρύου, ενδομήτρια υπερδραστηριότητα του εμβρύου και εμβρυϊκούς σπασμούς, έξοδο μηκωνίου και ενδομήτριο ή νεογνικό θάνατο. Η θεραπευτική αντιμετώπιση απαιτεί κατ' αρχάς την αντικατάσταση των ναρκωτικών ουσιών από μεγάλες δόσεις μεθαδόνης, οι οποίες σταδιακά και βαθμιαία ελαττώνονται, με στόχο τη επίτευξη της μεγαλύτερης μείωσης έως τον τοκετό. Για το νεογνό η θεραπεία του στερητικού συνδρόμου πρέπει να αρχίσει το τρίτο 24ωρο από τη γέννησή του με χορήγηση μεθαδόνης ή διαζεπάμης.

Επιπτώσεις από την μητρική χρήση κοκαΐνης.

Πολλές επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι παιδιά που γεννήθηκαν από μητέρες χρήστες κοκαΐνης, κατά την εγκυμοσύνη τους, γεννιούνται πρόωρα, ελλιποβαρή, κοντύτερα και με μικρότερη περιφέρεια κεφαλιού. Η εκτίμηση της πλήρους εκτάσεως των συνεπειών δεν είναι εύκολη. Πολλές αναφορές για παιδιά που γεννήθηκαν από μητέρες χρήστες κοκαΐνης ή «crack babies» είχαν γίνει ήδη από προηγούμενες δεκαετίες. Αυτές προφήτευαν ότι τα παιδιά θα υποφέρουν από σοβαρούς και μη αναστρέψιμους κινδύνους, συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης ευφυΐας. Αργότερα αυτό θεωρήθηκε υπερβολή. Πολλά, εκτεθειμένα στη χρήση ναρκωτικών, έμβρυα που γεννήθηκαν φυσιολογικά, επαλήθευσαν σε κάποιο ποσοστό την άποψη αυτή. Αυτό ωστόσο δεν μπορεί να ερμηνευτεί σαν θετικό σημάδι, με βάση και τις τελευταίες μελέτες. Χρησιμοποιώντας περίπλοκα τεχνολογικά μέσα, οι επιστήμονες κατέληξαν ότι η έκθεση στην κοκαΐνη, κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης, μπορεί να οδηγήσει σε μικρά αλλά σημαντικά ελλείμματα, ειδικά στη συμπεριφορά που καθορίζει και την απόδοση στο σχολείο, αφού επηρεάζει την προσήλωση και τη συγκέντρωση για αρκετή ώρα.

Ειδικότερα όμως για την κρυσταλλοειδή μορφή της κοκαΐνης (crack), οι συνέπειες φαίνεται να είναι τραγικές. Λόγω της αγγειοσύσπασης που προκαλεί, όχι σπάνια, επιφέρει υπέρταση, ταχυκαρδία, στηθάγχη ή εμφράγματα μυοκαρδίου, εγκεφαλικές θρομβώσεις ακόμη και θάνατο. Είναι 3 φορές πιο θανατηφόρος από την ηρωίνη, η δε αποδόμηση της από έμβρυο δεν είναι εφικτή επειδή το ήπαρ του εμβρύου είναι ανώριμο. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται ότι ενώ στο ενήλικα αποβάλλεται εντός 1-2 ημερών στο έμβρυο αποβάλλεται εντός 4-6 ημερών. Τα παιδιά που προέρχονται από μητέρες-χρήστες κοκαΐνης μπορεί να παρουσιάσουν ψυχοκινητικές διαταραχές και σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου της παιδικής ηλικίας. Η θεραπευτική προσέγγιση αυτών των γυναικών απαιτεί μείωση της ψυχοσωματικής κόπωσης, ανάγκη κατανόησης της συχνής παρακολούθησης της κύησης και χρησιμοποίηση ειδικευμένου ιατρικού προσωπικού.

Επιπτώσεις από τη μητρική χρήση κάνναβης.

Οι γυναίκες που καπνίζουν κάνναβη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμποδίζουν την ανάπτυξη του εμβρύου, σύμφωνα με μελέτη ομάδας ερευνητών από τη Βρετανία και τη Νέα Ζηλανδία. Η σχετική μελέτη δημοσιεύτηκε στην British Journal of Obstetrics and Gynaecology.

Όπως επισημαίνουν οι ειδικοί, η επίπτωση που έχει το κάπνισμα ενός τσιγάρου κάνναβης μία φορά την εβδομάδα σε όλη τη διάρκεια της κύησης είναι αντίστοιχη με το κάπνισμα 15 τσιγάρων την ημέρα!

Η μελέτη διενεργήθηκε σε 12.000 μέλλουσες μητέρες. Περίπου μία στις 20 γυναίκες που έλαβαν μέρος παραδέχθηκε πως έκανε χρήση κάπναβης πριν από την εγκυμοσύνη, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό δήλωσε πως συνέχιζε τη χρήση κατά την κύηση.

Αν και οι ερευνητές δεν βρήκαν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι το κάπνισμα κάπναβης αυξάνει τον κίνδυνο αποβολής, εντούτοις κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι τακτικές χρήστριες έχουν περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν μικρότερα σε βάρος μωρά.

Κατά μέσο όρο, τα μωρά των γυναικών που κάπνιζαν κάπναβη πριν από και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης γεννήθηκαν κατά 216 γραμμάρια ελαφρύτερα από εκείνα των οποίων οι μητέρες δεν έκαναν χρήση. Επιπλέον ήταν αρκετά πιο κοντά και είχαν μικρότερο κεφάλι.

Λαμβάνοντας υπόψη και άλλους παράγοντες, όπως το κάπνισμα κανονικών τσιγάρων, οι ειδικοί υπολόγισαν πως η συστηματική χρήση κάπναβης κατά την εγκυμοσύνη μειώνει το βάρος του μωρού κατά 90 γραμμάρια (κατά μέσο όρο).

Επιπτώσεις από τη μητρική χρήση βαρβιτουρικών.

Έχει παρατηρηθεί στα πειραματόζωα ότι η χορήγηση φαινοβαρβιτουρικών στη μητέρα, ενώ αυξάνει τη διάρκεια της άπνοιας στο νεογνό, ενισχύει συγχρόνως την αντοχή του στην ανοξαιμία και έτσι ανανήπτει ευκολότερα. Αυτό αποδίδεται στη μείωση του μεταβολισμού του νευρικού κυττάρου στο έμβρυο, που περιορίζει έτσι τις ανάγκες του σε κατανάλωση οξυγόνου. Έχει παρατηρηθεί επίσης ότι η χορήγηση φαινοβαρβιτάλης στη μητέρα επιδρά στα ηπατικά μικροσωματικά ένζυμα του νεογνού. Για το λόγο αυτό, χορηγείται για την πρόληψη του νεογνικού ίκτερου σε περιπτώσεις ασυμβατότητας Rh. Σαν παρενέργεια θεωρείται η αδρανοποίηση παραγόντων πήξεως του αίματος, σχετικών με τη βιταμίνη K.

ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.

Τα φάρμακα που χορηγούνται στην εγκυμοσύνη, αποσκοπούν συνήθως στη θεραπευτική αντιμετώπιση διαφόρων διαταραχών της εγκύου. Με τη χορήγηση τους όμως, επηρεάζεται τυχαία και το έμβρυο, λόγω της βιολογικής του συμβίωσης με τον οργανισμό που πάσχει πρωτοπαθώς και χρειάζεται τα φάρμακα, δηλαδή τη μητέρα.

Άλλοτε όμως χορηγούνται φάρμακα με στόχο το ίδιο το έμβρυο, με βάση τη δυνατότητα διόδου των φαρμάκων από τον πλακούντα. Η τελευταία αντίληψη, που μέχρι πριν λίγα χρόνια αποτελούσε τη βάση για μια στοιχειώδη αντιμετώπιση των αναγκών του εμβρύου σε σίδηρο και βιταμίνες, πήρε πρόσφατα μεγάλη ώθηση και ήδη βρίσκεται σε εξέλιξη νέος τρόπος θεραπευτικής υποβοήθησης του πάσχοντος εμβρύου *in utero* με τη χορήγηση φαρμάκων στη μητέρα.

Επωφελείς και δυσμενείς επιπτώσεις.

Η χρήση φαρμάκων στην εγκυμοσύνη μπορεί να είναι βέβαια επωφελής για το έμβρυο. Έτσι, εκτός από τη χορήγηση σιδήρου ή βιταμινών, χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η χορήγηση β-μεθαζόνης στη μητέρα για την πρόληψη του συνδρόμου της υαλίνης μεμβράνης στο νεογνό, ή φαινοβαρβιτάλης για την επιτάχυνση του μηχανισμού αποβολής της χολερυθρίνης και την πρόληψη του ίκτερου των νεογνών. Τις περισσότερες, όμως, φορές οι επιδράσεις των φαρμάκων στο έμβρυο είναι δυσμενείς. Παράδειγμα, η λήψη θαλιδομίδης σαν ηρεμιστικού-αντιεμετικού για την έγκυο, που προκάλεσε σημαντικές εμβρυοπάθειες με τρομερές ανθρώπινες και κοινωνικές προεκτάσεις.

Σχέση φαρμάκου – βλαπτικού αποτελέσματος.

Η σχέση του χορηγηθέντος φαρμάκου προς το βλαπτικό αποτέλεσμα δεν είναι πάντα εύκολο να διαπιστωθεί, με εξαίρεση ίσως περιπτώσεις που το αποτέλεσμα αυτό είναι μαζικό και εντυπωσιακό, όπως η περίπτωση της θαλιδομίδης. Η δυσχέρεια της ανιχνεύσεως της σχέσεως φαρμάκου-βλαπτικής επιδράσεως οφείλεται στα εξής αίτια:

1. Σύνθεση των φαρμάκων. Συνήθως τα χορηγούμενα φάρμακα είναι σύνθετα, έτσι ώστε η αναγραφή ενός σκευάσματος συνεπάγεται τη λήψη περισσότερων φαρμάκων. Έτσι όμως είναι δύσκολο να διαχωριστεί η δράση στο έμβρυο καθενός από αυτά ή ακόμη να αποκλειστεί τυχόν συνέργια των επί μέρους φαρμάκων.
2. Αναδρομική έρευνα. Ο έλεγχος της σχέσεως φαρμάκου-βλαπτικού αποτελέσματος βασίζεται συνήθως στην αναδρομική, δηλαδή εκ

των υστέρων, έρευνα του ιστορικού της ασθενούς. Το αποτέλεσμα, λοιπόν, αυτού του ελέγχου είναι συνάρτηση της καλής μνήμης της γυναίκας αλλά και της επιμέλειας και της ικανότητας του προσώπου που διεξάγει την έρευνα.

3. Πρωτοπαθής νόσος. Υπάρχουν συχνά δυσχέρειες στην αξιολόγηση κατά πόσο το βλαπτικό αποτέλεσμα πάνω στο έμβρυο οφείλεται μόνο στην επίδραση του φαρμάκου και όχι της πρωτοπαθούς νόσου, για την οποία και χορηγήθηκε το φάρμακο.
4. Συρροή ενδείξεων. Η τεκμηρίωση της αιτιολογικής σχέσεως φαρμάκου και αποτελέσματος πρέπει να βασίζεται σε πολλές παρατηρήσεις με συρροή ενδείξεων, όπως έγινε προκειμένου για τη θαλιδομίδη και όχι να συμπεραίνεται από μια ή δυο περιπτώσεις.
5. Δοκιμασίες τερατογενέσεως. Για την πρόληψη τυχόν βλαπτικής επιδράσεως στο έμβρυο, κάθε καινούργιο φάρμακο, πριν κυκλοφορήσει, υποβάλλεται σήμερα σε δοκιμασίες τερατογενέσεως σε πειραματόζωα. Όμως, δεν είναι δυνατόν να μεταφέρονται πάντοτε τα συμπεράσματα από παρατηρήσεις σε πειραματόζωα στον άνθρωπο, όχι μόνο λόγω διαφορών στα συστήματα μεταβολισμού και ενζύμων στους δυο οργανισμούς, αλλά και λόγω συγκριτικά υψηλών δόσεων που χρησιμοποιούνται στις πειραματικές εργασίες (Γεωργακόπουλος 1977).

Η κατανάλωση φαρμάκων στην εγκυμοσύνη.

Η κατανάλωση φαρμάκων στις σύγχρονες κοινωνίες αυξάνεται συνεχώς. Από τον κανόνα αυτό δεν ξεφεύγει και η έγκυος, με αποτέλεσμα τη βλάβη του κυήματος σε ορισμένες περιπτώσεις. Η γνώση της δυνατότητας αυτής οδήγησε αρχικά σε φοβία, τόσο τις γυναίκες όσο και τους γιατρούς, με αποτέλεσμα τον περιορισμό της καταναλώσεως αρχικά την εποχή της θαλιδομίδης, δηλαδή το 1964. Αμέσως μετά, όμως, παρατηρήθηκε μια βαθμιαία αύξηση της καταναλώσεως, που συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Έτσι, στις ΗΠΑ, ο μέσος όρος φαρμάκων που καταναλώνουν οι έγκυες κυμαίνεται μεταξύ 3,1 και 4,5 (Blyer και Breckenridge 1970). Στην Ελλάδα, μια έρευνα έδειξε ότι η κατανάλωση φαρμάκων φτάνει κατά μέσο όρο 4,4 ανά έγκυο (Γεωργακόπουλος 1975). Από την έρευνα αυτή φάνηκε ότι περισσότερα από τα μισά φάρμακα παίρνονται στο πρώτο τρίμηνο της κυήσεως. Αυτό εξηγείται από τις διαταραχές που παρατηρούνται στο στάδιο αυτό, λόγω προσαρμογής του οργανισμού της γυναίκας στις συνθήκες της εγκυμοσύνης. Οι διαταραχές αυτές ελαττώνονται στα όψιμα στάδια και έτσι μειώνονται οι ανάγκες για φαρμακευτική παρέμβαση. Όμως, η χρήση των φαρμάκων ακριβώς στην πρώιμη

κύηση συνεπάγεται αυξημένους κινδύνους για το έμβρυο, επειδή επιδρούν σε μια εποχή που είναι ακόμα εύτρωτο σε εξωγενείς επιδράσεις λόγω της εξελισσόμενης οργανογένεσής του.

Κλινική φαρμακοκινητική

Η φαρμακοκινητική συμπεριφορά ενός φαρμάκου χαρακτηρίζεται από τις εξής διαδικασίες:

1. Απελευθέρωση από τη φαρμακοκινητική μορφή.
2. Απορρόφηση και εισαγωγή στην κυκλοφορία.
3. Κατανομή στον οργανισμό.
4. Μεταβολισμός.
5. Αποβολή (ούρα, κόπρανα, ιδρώτας, εκπνοή).

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα φαρμακοκινητικά χαρακτηριστικά ενός φαρμάκου μπορεί να μεταβληθούν σημαντικά από παθοφυσιολογικές συνθήκες ασθενείας (όπως ηπατικές ή νεφρικές ανεπάρκειες) ή ιδιομορφίες του πάσχοντα (ηλικία π.χ. νεογνά, γεροντική ηλικία).

Φαρμακοκινητική και κύηση.

1. Ο πλακούντας θεωρείται μια απλή λιπιδική μεμβράνη, διαμέσου της οποίας περνούν λιποδιαλυτές ουσίες. Ανάλογη με το βαθμό της λιποδιαλυτότητάς τους είναι η διαπερατότητα τους, άρα και η συγκέντρωσή τους στο έμβρυο.
2. Το σύστημα μητέρα-έμβρυο αποτελεί ένα διαμερισματικό, τουλάχιστον μοντέλο. Το πρώτο διαμέρισμα είναι η μητέρα και σε αυτό οι φαρμακοκινητικές διαδικασίες εκτελούνται γρηγορότερα από το δεύτερο διαμέρισμα που είναι το έμβρυο.

Τα δεδομένα που διαθέτουμε, όσον αφορά τη δράση κάθε ενός φαρμάκου στην εγκυμοσύνη και τους συγκεκριμένους κινδύνους για το έμβρυο, είναι περιορισμένα λόγω της πρόδηλης δυσκολίας για την διεξαγωγή μελετών.

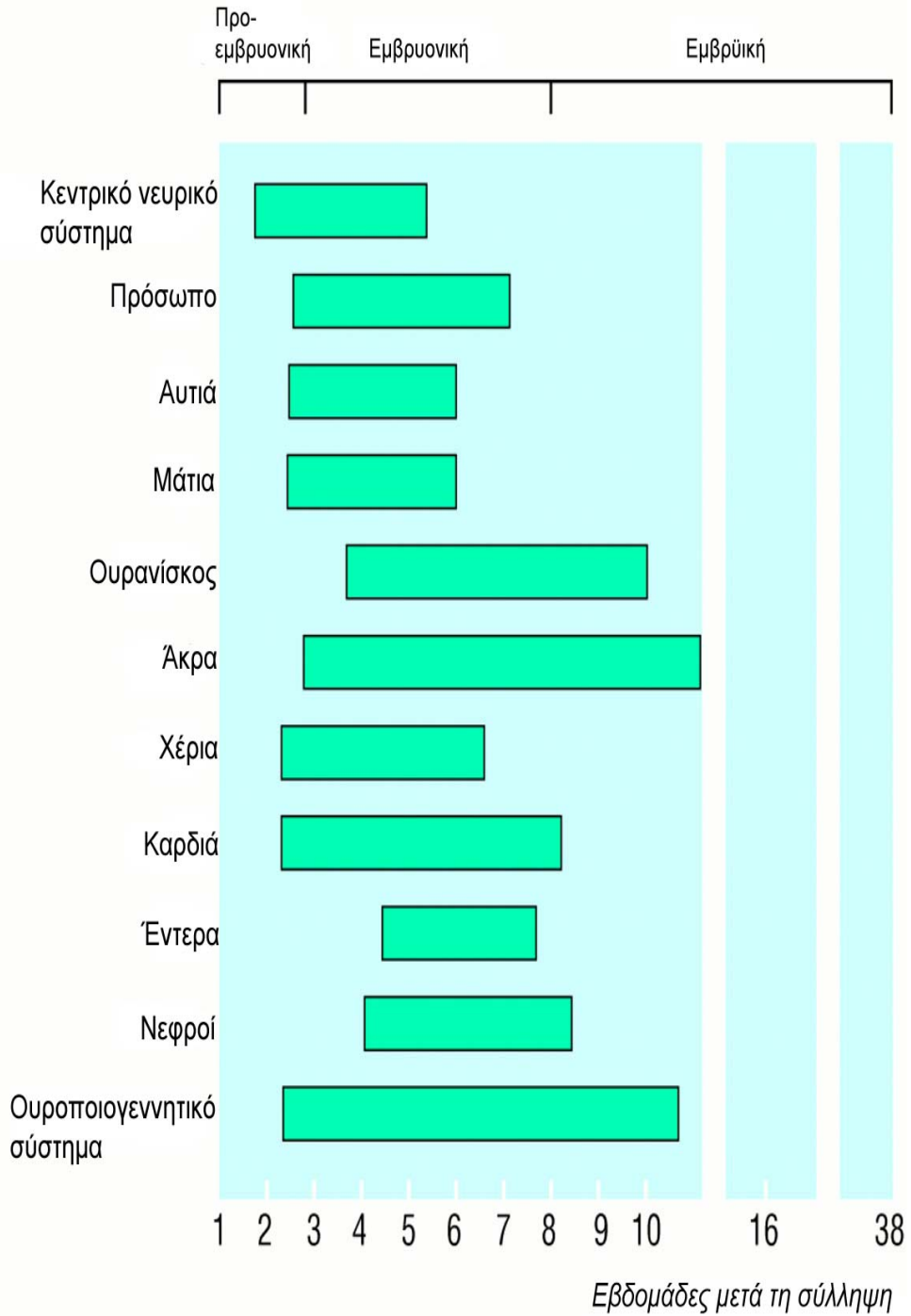
Οι κίνδυνοι τοξικότητας για το έμβρυο από τη χορήγηση φαρμάκων στην έγκυο εξαρτώνται κυρίως:

- Από τη θέση δράσης και άθροισης του φαρμάκου.
- Από τη δόση κατά τη διάρκεια χορήγησης του φαρμάκου.
- Από το γενετικό υλικό, που φαίνεται ότι καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την άμυνα κάθε ατόμου στις φαρμακολογικές επιδράσεις.
- Από παράγοντες που έχουν σχέση με την έγκυο, όπως ηλικία, θρεπτική κατάσταση κλπ.

- Από την ηλικία της κήσεως, η οποία διακρίνεται σε τέσσερις φάσεις: βλαστογένεση (1^η εβδομάδα), οργανογένεση (2^η-4^η εβδομάδα), εμβρυογένεση, τοκετός.

Σημαντικό ρόλο στη φαρμακοκινητική κάποιου χορηγούμενου φαρμάκου παίζει το σύστημα πλακούντα-εμβρύου. Στον πλακούντα υπάρχουν μεταβολικά ένζυμα (οξειδωτικά, υδρολυτικά), που μεταβολίζουν διάφορα φάρμακα (αλδοστενεδιόνη σε οιστρόνη). Η ικανότητα των εμβρυϊκών ιστών (πχ. ήπαρ, αδένες) για μεταβολισμό διαφόρων φαρμάκων ποικίλλει από 2-100% σε σχέση με τους ενήλικες. Μολονότι το μέγεθος του εμβρύου είναι μικρό σε σχέση με τη μητέρα και οι μεταβολές που προκύπτουν είναι μικρές, εντούτοις είναι ικανές να επηρεάσουν τις φαρμακοκινητικές διαδικασίες. Εκτός τούτου, στο έμβρυο παράγονται ειδικοί μεταβολίτες των χορηγούμενων στην έγκυο φαρμάκων που δεν περνούν τον πλακούντα και συσσωρεύονται στο έμβρυο, με αποτέλεσμα την εμφάνιση τοξικότητας ή τερατογένεσης.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ.



Εμβρυϊκές βλάβες από φάρμακα που χορηγούνται στην έγκυο για παθήσεις άσχετες με την κύηση.

Από τη 2^η εβδομάδα και για τις επόμενες 8-10 εβδομάδες μετά τη γονιμοποίηση γίνεται έντονη διαφοροποίηση των εμβρυϊκών κυττάρων και αυτή είναι η κρίσιμη περίοδος στην οποία τα φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές της ανατομικής ακεραιότητας των εμβρύων, δηλαδή εμφανίζεται η τερατογόνος δράση τους.

Κατά το 2^ο και 3^ο τρίμηνο της κύησης δεν δημιουργούνται πλέον σοβαρές ανατομικές ανωμαλίες, αλλά τα φάρμακα επιδρούν και μεταβάλλουν τη λειτουργική κυρίως ανάπτυξη του εμβρύου και ιδιαίτερα το ευαίσθητο και συνεχώς εξελισσόμενο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του.

Φάρμακα χορηγούμενα κατά το 1^ο τρίμηνο της κύησης.

A. Ψυχοτρόπα φάρμακα.

- Φαινοθειαζίνες, είναι μάλλον αβλαβείς ή με ελάχιστο κίνδυνο για τερατογενέσεις.
- Ιμιπραμίνη, δεν έχει τερατογόνο δράση.
- Αντικαταθλιπτικά, δεν υπάρχουν αποδείξεις τερατογένεσης.

B. Κατασταλτικά-Υπνωτικά.

Η διαζεπάμη έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση λυκοστόματος, πράγμα όμως που δεν έχει αποδειχθεί.

Φάρμακα χορηγούμενα κατά το 2^ο και 3^ο τρίμηνο της κύησης.

A. Φάρμακα δρώντα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Διακρίνουμε δύο ειδών δράσεις που εκδηλώνονται στα νεογνά:

- Τις άμεσες φαρμακολογικές δράσεις.
- Το σύνδρομο στέρησης.

1. Ηρεμιστικά

Χορηγούμενα λίγο πριν τον τοκετό, συνήθως προκαλούν αναπνευστική καταστολή στο νεογνό και σε μεγάλες δόσεις συνεπάγονται υποτονία, υποθερμία και άρνηση θηλασμού στο νεογνό.

2. Αντικαταθλιπτικά.

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά παραμένουν δραστικά επί αρκετό χρόνο στο νεογνό και προκαλούν ταχυκαρδία, ταχύπνοια, ευερεθιστότητα, σπασμούς, μυϊκό τρόμο και επίσχεση ούρων.

3. Φαινοθειαζίνες.

Προκαλούν στα νεογνά εξωπυραμιδική συνδρομή και σύνδρομο στέρησης.

B. Φάρμακα που προκαλούν σύνδρομο στέρησης στα νεογνά.

Το σύνδρομο στέρησης στα νεογνά εκδηλώνεται με

ευερεθιστότητα, τρόμο, αύξηση του μυϊκού τόνου, ταχύπνοια, ανησυχία, σπασμούς και ενίοτε θάνατο από αφυδάτωση ή shock. Σύνδρομο στέρησης μπορεί να εκδηλωθεί και στα έμβρυα, με οξεία εμβρυϊκή δυσχέρεια και ενδομήτριο θάνατο. Τα φάρμακα που, λαμβανόμενα από την έγκυο, προκαλούν το σύνδρομο είναι τα παρακάτω.

1. Ναρκωτικά
Ινδική κάνναβη, μορφίνη, ηρωίνη, κοκαΐνη, LSD, κ.α.
2. Αναλγητικά.
Κωδεΐνη, προποξυφένη, κ.α.
3. Βαρβιτουρικά.
4. Διαζεπάμη.
5. Αντιισταμινικά.
6. Οινόπνευμα.
7. Πιθανόν υπάρχουν και άλλα φάρμακα που προκαλούν ήπιο σύνδρομο, με ελαφρά ευερεθιστότητα και τρόμο, το οποίο περνάει απαρατήρητο.

Γ. Εξάρτηση από φάρμακα στην κύηση.

Τα φάρμακα που προκαλούν εθισμό στην έγκυο, εκτός από το σύνδρομο στέρησης στα νεογνά, ευθύνονται για τα παρακάτω.

1. Προωρότητα.
2. Χαμηλό βάρος γέννησης.
3. Υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα.
4. Διαταραχές της σωματικής και διανοητικής ανάπτυξης των παιδιών.

Γενικά για τη χορήγηση φαρμάκων.

Ο ιατρός θα πρέπει να έχει καλό λόγο για την αναγραφή οποιουδήποτε φαρμάκου, ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, όπου το έμβρυο είναι μικρό, και κατά συνέπεια κάθε ουσία ξένη προς τον οργανισμό αποτελεί ιδιαίτερη απειλή γι' αυτό. Αργότερα, που το έμβρυο μεγαλώνει, αποκτά όγκο και βάρος, και έχουν ήδη σχηματιστεί τα όργανά του, είναι λιγότερο εύκολο να βλαφτεί από κάποια ξένη ουσία που θα μπει στον οργανισμό.

Επίσης, εκείνο που θα πρέπει να προσεχθεί, είναι η λήψη φαρμάκων πριν την έναρξη της καθυστέρησης της περιόδου, κατά το διάστημα δηλαδή που η γυναίκα μπορεί να έχει μείνει έγκυος, αλλά να μην το ξέρει. Στην περίπτωση αυτή, το έμβρυο είναι πάρα πολύ μικρό, και η πιθανότητα το φάρμακο να βλάψει το έμβρυο είναι πολύ μεγαλύτερη.

Φάρμακα που επιτρέπονται

Τα φάρμακα που μπορεί να επιτραπούν, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, και πάντα με την συνταγογράφηση του ιατρού, ανήκουν συνήθως στην κατηγορία της παρακεταμόλης. Τα γνωστά ελαφρά παυσίπονα που περιέχουν μόνο παρακεταμόλη (Depon, Panadol κλπ.) είναι σχετικά ασφαλή εάν τα πάρουμε σε μικρές δόσεις, και μόνο κατόπιν των οδηγιών του ιατρού. Εδώ θα πρέπει να πούμε ότι καμία γυναίκα δεν θα πρέπει να παίρνει κανένα φάρμακο χωρίς να το εγκρίνει ο γυναικολόγος που την παρακολουθεί, και ότι το καλύτερο είναι στην εγκυμοσύνη να μην λαμβάνεται κανένα φάρμακο, παρά μόνο εάν υπάρχει απόλυτη ανάγκη, και μόνο κατόπιν της οδηγίας του μαιευτήρα. Έτσι λοιπόν, σε καταστάσεις κρυολογήματος, ή πυρετού, θα πρέπει ίσως, το μόνο φάρμακο που θα χορηγηθεί να είναι η παρακεταμόλη. Από εκεί και πέρα, μπορούν να βοηθήσουν άλλες μέθοδοι πέραν του φαρμάκου, όπως είναι η ξεκούραση, η παραμονή στο σπίτι, η αποφυγή εξόδου στον κρύο αέρα κλπ. Μικρές ποσότητες βιταμίνης C μπορούν επίσης να βοηθήσουν σε ένα κρυολόγημα.

Αντιβίωση

Αντιβίωση δεν θα πρέπει ποτέ να λαμβάνεται από την γυναίκα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, εκτός εάν αυτή δοθεί από τον μαιευτήρα της. Ο ειδικός ιατρός είναι εκείνος που θα κρίνει κατά πόσο μία αντιβίωση θα ωφελήσει περισσότερο από όσο θα βλάψει. Έτσι λοιπόν, σε καταστάσεις μολύνσεων, όπου χρειάζεται η προστασία του εμβρύου, αλλά και της γυναίκας, ο ειδικός μαιευτήρας μπορεί να χορηγήσει κάποια αντιβίωση, η οποία όμως, σύμφωνα με τις γνώσεις του, δεν θα βλάπτει το έμβρυο.

Εναλλακτικές μέθοδοι βελτίωσης της υγείας

Στην περίοδο της εγκυμοσύνης, όπου η φαρμακευτική αγωγή είναι λιγότερο ενδεικνυόμενη, είναι η εποχή να υιοθετήσει η γυναίκα διάφορες εναλλακτικές μεθόδους βελτίωσης της υγείας της, όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, όπως είναι η σωστή διατροφή, η λήψη βιταμινών, και η εφαρμογή οποιασδήποτε μεθόδου η οποία, να μην βλάπτει το έμβρυο, και να βοηθά στην αποφυγή λήψης φαρμάκων. Υπάρχουν φάρμακα τα οποία μπορεί να μην βλάψουν μία γυναίκα ή ένα έμβρυο, αλλά σε μία άλλη γυναίκα ή ένα άλλο έμβρυο, που τυχόν έχουν άλλα στοιχεία, όπως πολύ εξασθενημένο οργανισμό, καχεκτικό οργανισμό, χαμηλή ανάπτυξη εμβρύου για την ηλικία του,

μόλυνση των αμνιακών υμένων ή κάποιο άλλο στοιχείο που προκαλεί πρόβλημα. Στα άτομα αυτά μπορεί το φάρμακο να είναι πιο βλαπτικό από ότι θα είναι σε άτομα που είναι εντελώς υγιή και με μεγαλύτερη άμυνα του οργανισμού. Βέβαια, στα άτομα αυτά το φάρμακο είναι πολλές φορές και πιο απαραίτητο, γι' αυτό το έργο του μαιευτήρα είναι δύσκολο, ώστε να επιλέξει ποια είναι η ιδανική περίπτωση, όπου το φάρμακο μπορεί ελεύθερα να δοθεί χωρίς να βλάψει την γυναίκα ή το έμβρυο.

Συμπεράσματα

Πρέπει να σημειώσουμε, ότι τα περισσότερα από τα φάρμακα που λαμβάνονται από την έγκυο γυναίκα, λαμβάνονται και από το παιδί. Και αυτό συμβαίνει διότι τα περισσότερα από αυτά τα φάρμακα διέρχονται τον πλακουντιακό φραγμό, περνούν δηλαδή από το αίμα της μητέρας στο αίμα του παιδιού. Έτσι, ο γυναικολόγος θα πρέπει να έχει πάντα υπ' όψιν του τα αποτελέσματα του φαρμάκου που δίνει στην μητέρα, ποια θα είναι και στο παιδί. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να αποφεύγει να δίνει στο παιδί φάρμακα, εκτός εάν η κατάσταση το απαιτεί. Στο κομμάτι αυτό όμως παίζει μεγάλο ρόλο και η μητέρα, η οποία θα πρέπει να προσέχει ώστε να μην βρεθεί σε κατάσταση όπου ο μαιευτήρας της θα είναι αναγκασμένος να της δώσει κάποιο φάρμακο, και κατά συνέπεια να μην βρεθεί σε κατάσταση όπου η ίδια θα αναγκάσει τον μαιευτήρα της να δώσει κάποιο φάρμακο και στο έμβρυο, αναγκαστικά. Η έγκυος γυναίκα θα πρέπει να προσέχει να μην κρυολογεί, και γενικά θα πρέπει να προσέχει τον εαυτό της, ώστε να αποφεύγεται η αναγκαστική λήψη φαρμάκων από εκείνη και από το έμβρυο.

Ναρκωτικά, φάρμακα και θηλασμός.

Όπως λοιπόν έχει γίνει κατανοητό απ'όσα προαναφέρθηκαν, οι εθιστικές ουσίες έχουν καταστροφικές συνέπειες για την μητέρα, αλλά και για το έμβρυο. Ο κίνδυνος δεν σταματάει με την γέννηση, συνεχίζεται και κατά την διάρκεια του θηλασμού. Η περίοδος του θηλασμού θεωρείται εξίσου σημαντική μ'αυτήν της εγκυμοσύνης, για το λόγο αυτό η μητέρα οφείλει να προσέχει την διατροφή της και γενικότερα τον τρόπο ζωής της.

Η χρήση ναρκωτικών ή φαρμακευτικών ουσιών πρέπει να αποφεύγεται κι αυτό γιατί απεκκρίνονται στο γάλα, με αποτέλεσμα να προκαλούν παρενέργειες στο βρέφος. Ο εθισμός και οι συγγενείς λοιμώξεις

αποτελούν χαρακτηριστικά καταστροφικά παραδείγματα. Έναι αρκετές οι γυναίκες οι οποίες πιστεύουν πως οι ουσίες αυτές δεν παίρνουν στο έμβryo. Θεωρούν ότι η διακοπή τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν αρκετή για να αποφύγει το παιδί τους οποιοδήποτε κίνδυνο, έτσι συνεχίζουν την χρήση στη λοχεία.

Η ποσότητα εκκρίσεως των φαρμάκων στο μητρικό γάλα εξαρτάται από τη διαλυτότητα αυτών, τον μηχανισμό μεταφοράς, τον βαθμό ιοντισμού και την αλλαγή του ΡΗ πλάσματος. Η υψηλότερη διαλυτότητα των φαρμάκων συνεπάγεται με την υψηλότερη συγκέντρωση τους στο μητρικό γάλα. Η ποσότητα των ελεύθερων ουσιών που μεταφέρεται εξαρτάται από τη σύνδεση πρωτεϊνών του ΡΗ πλάσματος.

Ένας άλλος παράγοντας που επιδρά στην έκκριση των ουσιών είναι η χρονική περίοδος του θηλασμού. Τις πρώτες μέρες της ζωής τα ευδιάλυτα φάρμακα παίρνουν ευκολότερα στο στήθος απ'ότι τις επόμενες ημέρες που έχει αρχίσει η παραγωγή γάλακτος. Η ποσότητα εκκρίσεως στο γάλα και η ποσότητα απορρόφησης εξαρτώνται από την τοξικότητα των ουσιών.

Η χρήση των ακολούθων φαρμάκων κατά την διάρκεια του θηλασμού επανεξετάζεται: αντιπηκτικά, αντιυπερτασικά και διουρητικά, αντιμικροβιακά, φάρμακα που επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα (αλκοόλ, ασπιρίνη, λίθιο), άλλα φάρμακα (αντιισταμινικά, ατροπίνη, νικοτίνη, ιώδιο, θεοφυλίνη), ορμόνες (ινσουλίνη, θυροξίνη) και ραδιοφαρμακευτικά, ενώ σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες διαπιστώθηκε ότι η χρήση μαριχουάνας κατά τον πρώτο μήνα θηλασμού μπορεί να καταστρέψει την ανάπτυξη-εξέλιξη των μυικών κινήσεων του παιδιού.

Υπάρχουν βέβαια και οι περιπτώσεις που μια λεχωίδα, λόγω κάποιων προβλημάτων υγείας, κάνει χρήση φαρμάκων. Τότε θα πρέπει να συεννοείται με τον προσωπικό της γιατρό για το είδος, αλλά και την ποσότητα των φαρμάκων αυτών. Συνήθως προτείνεται η διακοπή του θηλασμού και η χορήγηση εξανθρωποποιημένου γάλακτος.

Αυτό που όλες οι γυναίκες και κυρίως εκείνες που κάνουν χρήση ουσιών, πρέπει να κατανοήσουν, είναι τα οφέλη του θηλασμού για το παιδί τους, αλλά και για τις ίδιες. Μόνο τότε θα καταφέρουν να διακόψουν την χρήση και να προσφέρουν στο βρέφος γερές βάσεις για μια υγιή ζωή.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ.

Ο ρόλος της οικογένειας είναι κρίσιμος για την έναρξη της χρήσης και της κατάχρησης, για την κινητοποίηση των ατόμων για θεραπεία, αλλά και για την παραμονή τους στο θεραπευτικό πλαίσιο και την υποστήριξη τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και μετά από αυτή. Ειδικότερα, έχει διαπιστωθεί ότι η οικογένεια (τόσο η δομή της, όσο και η ποιότητα των σχέσεων μέσα σε αυτή) μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο, είτε στην αποφυγή της χρήσης παράνομων ουσιών, είτε στην ανάπτυξη συμπεριφορών που ενδέχεται να οδηγήσουν στην εξάρτηση. Ειδικότερα στους εφήβους, σε συνδυασμό και με άλλες παραμέτρους, όπως είναι η διαθεσιμότητα των ουσιών και το σύνδρομο αντικοινωνικής συμπεριφοράς στην εφηβεία, ο ρόλος της οικογένειας μπορεί να είναι ρυθμιστικός των συμπεριφορών σε σχέση με τη χρήση.

Ιδιαίτερα στη χώρα μας, η οικογένεια εξακολουθεί να διατηρεί καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση της καθημερινής ζωής και στη συμπεριφορά των μελών της, παρά τις σύγχρονες ανακατατάξεις και τις τάσεις εξατομίκευσης που παρατηρούνται στη δομή και την οργάνωση της ελληνικής κοινωνίας.

Στην έρευνα για τις αντιλήψεις των εφήβων και των νέων της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με τα ναρκωτικά, προκύπτουν ενδιαφέροντα στοιχεία για το ρόλο της οικογένειας στην τοξικοεξάρτηση. Συγκεκριμένα, οι έλληνες ερωτώμενοι έδωσαν μεγάλη έμφαση στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι και οι νέοι στο σπίτι και στο οικογενειακό περιβάλλον. Τον θεωρούν μάλιστα ως έναν από τους κύριους λόγους (δεύτερος σε συχνότητα) που ωθούν τα άτομα στην κατάχρηση ουσιών.

Η αξιοποίηση του δυναμικού της οικογένειας για την κινητοποίηση των ατόμων και την ενίσχυση των αποτελεσμάτων της θεραπείας έχει αναγνωριστεί από τα προγράμματα εφήβων και τα 'ανοικτά' προγράμματα, που προϋποθέτουν τη διαβίωση στο οικογενειακό περιβάλλον. Παράλληλα, η αυξανόμενη προσέλευση των γονιών στα κέντρα οικογενειακής υποστήριξης, δείχνει την ανάγκη για ενίσχυση του ρόλου τους, για συμβουλευτική στήριξη και για ενημέρωσή τους γύρω από όλες τις όψεις του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης.

Ο ρόλος της μητέρας και τα ναρκωτικά στους έφηβους.

Ο ρόλος της μητέρας φαίνεται να είναι ο πλέον καθοριστικός παράγοντας για την πρόληψη στους έφηβους της χρήσης των ναρκωτικών και του αλκοολισμού.

Μια μητέρα, η οποία έχει μια καλά θεμελιωμένη σχέση με το παιδί της στην εφηβική ηλικία και που φροντίζει για αυτό, φαίνεται ότι είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που αποτρέπει τους έφηβους από του να πέσουν στην παγίδα των ναρκωτικών και του αλκοολισμού.

Στην εποχή μας η χρήση των ναρκωτικών από τους έφηβους, ο αλκοολισμός και το AIDS, αυξάνονται απειλητικά.

Είναι μέσα στα πλαίσια αυτά που Βρετανοί ερευνητές διεξήγαγαν μια μεγάλη έρευνα σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες (Αγγλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Γερμανία, Ολλανδία), με στόχο να εξετάσουν την επίδραση της δομής και της λειτουργίας της οικογένειας πάνω στη συμπεριφορά των εφήβων, σε σχέση με τις εξαρτησιογόνες ουσίες.

Η έρευνα συμπεριέλαβε 4.000 έφηβους. Εξετάστηκαν η δομή και λειτουργία της οικογένειας τους, η χρήση από αυτούς της μαριχουάνας, κάνναβης, αμφεταμινών, έκσταση, LSD, ηρεμιστικών φαρμάκων και αλκοόλ.

Τα αποτελέσματα τους έδειξαν:

- Η παρουσία μιας μητέρας που φροντίζει για τον έφηβό της, η οποία έχει μια καλά θεμελιωμένη, δυνατή σχέση μαζί του, είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για την πρόληψη της χρήσης των ναρκωτικών και του αλκοολισμού στην εφηβική ηλικία
 - Οι έφηβοι που ζουν και με τους δύο γονείς τους έχουν λιγότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν προβλήματα με τα ναρκωτικά και το αλκοόλ
 - Ο προστατευτικός ρόλος της καλής σχέσης με τη μητέρα φάνηκε ότι ισχύει σε όλες τις διαφορετικές εθνικές και πολιτιστικές καταστάσεις. Επίσης προστατεύει για όλες τις εξαρτησιογόνες ουσίες
 - Η συχνότητα χρήσης ναρκωτικών από έφηβους που ζούσαν και με τους δύο γονείς τους και είχαν καλή σχέση με τη μητέρα τους ανερχόταν στο 16%. Εάν έστω και ένας από τους δύο παράγοντες έλειπε, τότε το ποσοστό των εφήβων που χρησιμοποιούσε ναρκωτικά θα ανερχόταν στο διπλάσιο ποσοστό, δηλαδή σε 32%.
-

- Μεταξύ των εφήβων που ζούσαν σε μονογονεϊκές οικογένειες, μόνο με τη μητέρα τους και που δεν είχαν καλή σχέση μαζί της, περισσότεροι από 42%, χρησιμοποιούσαν ναρκωτικά

Η έρευνα αυτή τεκμηριώνει τη θεμελιώδη σημασία που έχει η δομή και λειτουργία της οικογένειας για τη ψυχολογική ανάπτυξη και συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων, ιδιαίτερα για την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Η απουσία μιας υγιούς οικογενειακής ζωής, η ποιότητα των σχέσεων μέσα σε αυτή, παίζουν καθοριστικό ρόλο και είναι μέσα στους βασικότερους αιτιολογικούς παράγοντες του προβλήματος των ναρκωτικών στους νέους.

Η πρόληψη για το πρόβλημα των ναρκωτικών και του αλκοολισμού στους έφηβους δεν πρέπει μόνο να κατευθύνεται προς την κατεύθυνση του σχολείου και προς τους ίδιους τους νέους.

Θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι ο ρόλος των γονέων είναι τεράστιας σημασίας και βρίσκεται στη γενεσιουργό πηγή του προβλήματος.

Η πρόληψη θα πρέπει να περιλαμβάνει και την εκπαίδευση των γονέων για τα προβλήματα των ναρκωτικών.

Οι γονείς είναι αναγκαίο να αντιληφθούν ότι ο δικός τους ρόλος και οι σχέσεις τους με τα παιδιά τους, μπορούν να αποτρέψουν από την αρχή τη μάστιγα των ναρκωτικών από του να πλήξει τα παιδιά τους

Ο ρόλος της οικογένειας στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης

"Είμαστε μια κοινωνία που κάνει χρήση και κατάχρηση ναρκωτικών με εκατομμύρια αλκοολικών, καπνιστών και χρηστών διεγερτικών ή ηρεμιστικών ουσιών". Αυτό τονίσθηκε στην ημερίδα με θέμα "Οικογένεια, Εφηβεία και τοξικοεξάρτηση" που πραγματοποιεί το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), στο πλαίσιο του διετούς εκπαιδευτικού προγράμματος με τίτλο "Συμβουλευτική στον τομέα της τοξικοεξάρτησης".

Στην ημερίδα επισημάνθηκε ότι η τοξικοεξάρτηση είναι πολύπλοκο φαινόμενο στο οποίο αλληλεπιδρούν ατομικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες. Στους οικογενειακούς παράγοντες προστασίας του ατόμου από τη χρήση τοξικών ουσιών εντάσσεται η θετική και ζεστή

οικογενειακή σχέση με κοινές δραστηριότητες των μελών της.

Στις σχέσεις που εμποδίζουν τη συναισθηματική ωρίμανση του παιδιού εντάσσονται ο αυταρχικός, βίαιος ή απόμακρος συναισθηματικά πατέρας σε συνδυασμό με αδύναμη μητέρα η οποία τον αμφισβητεί στα παιδιά της. Επίσης εντάσσονται η υπερπροστατευτική μητέρα, η έλλειψη συναισθηματικών δεσμών στην οικογένεια και η απώλεια ενός σημαντικού προσώπου για τη ζωή του παιδιού πριν τα έντεκα χρόνια του.

Στην Ελλάδα όπου υπάρχουν στενές οικογενειακές σχέσεις, από έρευνα του ΚΕΘΕΑ προκύπτει ότι οι επτά στους δέκα χρήστες που ζητούν βοήθεια από τα συμβουλευτικά κέντρα ζουν με την οικογένειά τους. Το ποσοστό διαβίωσης με την οικογένεια ξεπερνά το 80% για την ηλικιακή ομάδα κάτω των δεκαεννιά ετών. Άνω των τριάντα χρόνων το ποσοστό είναι 68,8% για τους άνδρες και 57,6% για τις γυναίκες. Εξάλλου, στο πόρισμα της εξεταστικής επιτροπής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά επισημαίνεται ότι οι γονείς αποτελούν μια από τις συνιστώσες του προβλήματος των ναρκωτικών. Γι αυτό η εκπαίδευση και η ψυχολογική υποστήριξη των οικογενειών που αντιμετωπίζουν πρόβλημα χρήσης ή κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών αποτελεί μια από τις βασικότερες παραμέτρους της θεραπευτικής παρέμβασης.

Είναι μια δύσκολη διαδικασία η οποία περνά από πολλές και διαφορετικές φάσεις, με απαραίτητο τον επαναπροσδιορισμό των ρόλων και των σχέσεων όταν το θεραπευτικό πρόγραμμα θα έχει πλέον ολοκληρωθεί.

ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΕΘΙΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.

Θεραπεία με φαρμακευτικά υποκατάστατα

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές απαιτούν, σε σύγκριση με την ηρωίνη, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει τόσο η δράση όσο και η αποδρομή τους. Αντίθετα, η ηρωίνη προκαλεί, σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της, μια κατάσταση ευφορίας («ανέβασμα») που ακολουθείται, σε σύντομο χρονικό διάστημα, από «πτώση». Έτσι, με τα υποκατάστατα

αποφεύγονται οι γρήγορες μεταπτώσεις του θυμικού που προκαλεί η λήψη της ηρωίνης, οι οποίες οδηγούν με τη σειρά τους στην ανάγκη συχνής επανάληψης της χρήσης της. Επιπλέον, τα υποκατάστατα δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, μάλιστα έχουν και την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί, ενώ μειώνουν σημαντικά και την επιθυμία για χρήση.

Στις Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία, σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συνοσηρότητας. Μέλημα του προγράμματος υποκατάστασης είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων – κοινωνικών και υγείας – καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών. Παράλληλα, στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα -που το επιθυμούν και μπορούν- να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την απεξάρτηση. Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε ένα κανονικό τρόπο ζωής που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση.

Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα οποία η θεραπευτική αυτή μέθοδος καλύπτει περίπου τα 2/3 των θέσεων θεραπείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τα οφέλη της θεραπείας αυτής, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα από τις άλλες χώρες και από την Ελλάδα δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης συμβάλλει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων.

Η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι πανάκεια, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας, όπως η ηλικία και η προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι προτιμότερο να πετύχει ένα άτομο την πλήρη απεξάρτησή του, από το να παίρνει ένα φάρμακο ενδεχομένως για πολλά χρόνια. Υπάρχουν όμως χρόνιοι και βαριά εξαρτημένοι χρήστες που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν στα «στεγνά» προγράμματα (νευροβιολογικές συνιστώσες), και επομένως έχουν ανάγκη από μια θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα. Στα άτομα αυτά οφείλουμε να παρέχουμε τη θεραπεία που χρειάζονται, όπως το κάνουμε και σε άλλους χρόνιους ασθενείς (π.χ. σε όσους πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, επιληψία ή σχιζοφρένια).

Στην Ελλάδα, από τα τέλη της δεκαετίας του '70, σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων, που είχε ήδη παρατηρηθεί στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η αύξηση αυτή καταγραφόταν στους διάφορους δείκτες υπολογισμού της έκτασης του προβλήματος (θάνατοι, συλλήψεις, καταδίκες, κατασχέσεις ναρκωτικών κ.λ.π.), οι οποίοι –ιδιαίτερα μετά το 1985– παρουσίαζαν αλματώδη άνοδο. Η κατάσταση αυτή επιβαρυνόταν από την εμφάνιση του ιού του AIDS και την ταχεία εξάπλωσή του στους χρήστες ηρωίνης ενώ παράλληλα, αυξανόταν και η διάθεση όλων των ναρκωτικών, και ιδιαίτερα της ηρωίνης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, προέκυψε η ανάγκη για αλλαγή της νομοθεσίας στη χώρα μας, ώστε να καταστεί δυνατή η φαρμακευτική αντιμετώπιση των χρονίως εξαρτημένων από ηρωίνη ατόμων με τη χορήγηση φαρμακευτικών υποκατάστατων («πρόγραμμα υποκατάστασης»).

Το 1993, με το Νόμο 2161/1993 (ιδρυτικός νόμος του OKANA) προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης, ενώ με υπουργική απόφαση (ΓΕΟ/25/6-4-95) προσδιορίζονται οι προδιαγραφές για την ίδρυση και τη λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης (ΠΠΥ) για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Τον Ιανουάριο του 1996, ο OKANA ξεκίνησε το πρώτο στη χώρα μας ΠΠΥ με χορήγηση μεθαδόνης και ίδρυσε τις δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη.

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα

Τα λεγόμενα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην ψυχοκοινωνική θεραπεία και στόχο έχουν την απεξάρτηση από όλες τις ουσίες και την κοινωνική επανένταξη. Δε χρησιμοποιούν φάρμακα υποκατάστασης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Η διαπίστωση της ανάγκης πλουραλισμού στη θεραπεία των εξαρτημένων, προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ποικίλες ανάγκες των χρηστών, έδωσε ώθηση στη σταδιακή λειτουργία -από τους προαναφερθέντες και άλλους φορείς- διάφορων τύπων «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, όπως της ημερήσιας παραμονής ή του τύπου των εξωτερικών ιατρείων, της νυχτερινής διαμονής για τους εργαζόμενους, των ειδικών προγραμμάτων για εφήβους, γυναίκες και άτομα με ψυχιατρική συνοσηρότητα, ή των προγραμμάτων υπό μορφή αυτοβοήθειας.

Σήμερα, περίπου το 1/3 των θέσεων θεραπείας στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλύπτεται από τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Κατά κανόνα, τα «στεγνά» προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν, είναι νεαρότερα σε ηλικία, και έχουν λιγότερο βεβαρημένο ιστορικό εξάρτησης. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά»

προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, πριν αυτά αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης

Οι Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση.

Αυτό που διαφοροποιεί τα θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα («στεγνά»), είναι η χορήγηση οπιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη.

Τα φάρμακα αυτά έχουν βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να ελέγξουν ή και να διακόψουν τη χρήση της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών (σιρόπια, παυσίπονα χάπια) και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Με τη χορήγησή τους είναι δυνατό να διακόψει κάποιος τη χρήση της ηρωίνης, χωρίς να εμφανίσει στερητικό σύνδρομο και χωρίς να βασανίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία να κάνει χρήση ηρωίνης. Η δράση τους διαρκεί πολλές ώρες (ή και μέρες) και εξαφανίζονται οι γρήγορες και απότομες μεταβολές διάθεσης που προκαλεί η ηρωίνη. Επίσης, δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, έχουν την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί και μειώνουν σημαντικά την επιθυμία για χρήση.

Επιπλέον, τα φάρμακα αυτά:

- είναι ελεγχμένα και χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση, δεν υπάρχει περίπτωση νοθείας με αδρανείς ή επικίνδυνες ουσίες και μηδενίζεται ο κίνδυνος υπερδοσολογίας (ooverdose)
- χορηγούνται δωρεάν και δε χρειάζεται να καταφεύγει κανείς στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει (δίνεται έτσι η ευκαιρία να διακοπούν οι δεσμοί με τον κόσμο των ναρκωτικών)
- χορηγούνται υπό μορφή πόσιμου διαλύματος ή ταμπλέτας. Έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι από την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χρήση της ηρωίνης (αποστήματα, θρομβώσεις, μετάδοση ασθενειών, κλπ)

Στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, παράλληλα με τη χορήγηση του υποκατάστατου, παρέχεται και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών. Ειδικότερα, παρέχονται:

- Ιατρικές Υπηρεσίες: βασική ιατρική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων (AIDS, ηπατίτιδα, κλπ), ψυχιατρική περίθαλψη, χορήγηση μεθαδόνης

- Ψυχολογικές Υπηρεσίες: ατομική συμβουλευτική, ομάδα αυτοεκτίμησης, πρόληψη υποτροπής.
- Ψυχοθεραπεία: ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία
- Κοινωνικές Υπηρεσίες: ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας
- Νομικές Υπηρεσίες: συμβουλές νομικής φύσης, εκπροσώπηση και υπεράσπιση των θεραπευομένων ενώπιον των δικαστηρίων

Στα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Μακροχρόνιοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρωίνης άνω των 35 ετών μπορεί να γίνουν δεκτοί, έστω κι αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης.

Ουσίες υποκατάστασης

Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές απαιτούν, σε σύγκριση με την ηρωίνη, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει τόσο η δράση όσο και η αποδρομή τους. Αντίθετα, η ηρωίνη προκαλεί, σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της, μια κατάσταση ευφορίας («ανέβασμα») που ακολουθείται σε σύντομο χρονικό διάστημα από «πτώση». Έτσι, με τα υποκατάστατα αποφεύγονται οι γρήγορες μεταπτώσεις του θυμικού που προκαλεί η λήψη της ηρωίνης, οι οποίες οδηγούν με τη σειρά τους στην ανάγκη συχνής επανάληψης της χρήσης της. Επιπλέον, τα υποκατάστατα δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, μάλιστα έχουν και την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί, ενώ μειώνουν σημαντικά και την επιθυμία για χρήση.

Η μεθαδόνη

Η μεθαδόνη ανήκει σε μια κατηγορία φαρμάκων, γνωστή με το όνομα οπιοειδή. Τα φάρμακα αυτά χαρακτηρίζονται από παρόμοια χημική δομή και δράση με τη μορφίνη. Στα οπιοειδή ανήκουν επίσης φυσικά και ημισυνθετικά παράγωγα του οπίου (οπιούχα, όπως η κωδεΐνη, η μορφίνη και η ηρωίνη). Τα οπιοειδή χαρακτηρίζονται ως κατασταλτικά φάρμακα, καθώς επιβραδύνουν τις λειτουργίες του νευρικού συστήματος. Άλλες κατασταλτικές ουσίες είναι το αλκοόλ, η κάνναβη και οι βενζοδιαζεπίνες (όπως το Stedon, το Hipnostedon και το Vulbegal).

Η μεθαδόνη παρασκευάζεται συνθετικά και χρησιμοποιείται στη

θεραπεία υποκατάστασης για άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη, ή άλλα οπιοειδή. Η δράση της διαρκεί πολύ περισσότερο από της ηρωίνης. Μία δόση είναι αποτελεσματική για τουλάχιστον 24 ώρες, ενώ η ηρωίνη μπορεί να διαρκεί λίγες μόνο ώρες. Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η μεθαδόνη χορηγείται υπό τη μορφή πόσιμου διαλύματος (σιρόπι).

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

Τι προσφέρει η μεθαδόνη;

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

Πέραν αυτών, επαναφέρει στο φυσιολογικό πολλές λειτουργίες του οργανισμού που έχουν διαταραχθεί από την κατάχρηση ουσιών. Έτσι δίνεται η ευκαιρία να βελτιωθεί η σωματική κατάσταση, η ψυχική υγεία, αλλά και οι κοινωνικές λειτουργίες του ατόμου.

Πρέπει όλοι να γνωρίζουμε όμως ότι:

- Η μεθαδόνη δεν αρκεί για να αλλάξει η ζωή ενός ατόμου εξαρτημένου από τα ναρκωτικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητες η επαγγελματική συμβουλευτική, η ιατρική παρακολούθηση και η ψυχοκοινωνική στήριξη που προσφέρουν τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης.
- Όσο διάστημα χρησιμοποιεί κάποιος μεθαδόνη διατηρεί τη σωματική του εξάρτηση στα οπιοειδή.
- Η μεθαδόνη δεν προκαλεί αισθήματα ευφορίας.
- Όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο, έτσι και με τη μεθαδόνη μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες.
- Η μεθαδόνη, όπως και η ηρωίνη, είναι ένα ισχυρό φάρμακο και μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη αν δεν χρησιμοποιηθεί σωστά.
- Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μη γίνεται χρήση κατασταλτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ και τα υπνωτικά χάπια (Vulbegal, Hipnoston), μαζί με μεθαδόνη. Τέτοια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε υπερδοσολογία (overdose).

Η βουπρενορφίνη

Είναι και αυτή ένα οπιοειδές φάρμακο, όπως και η μεθαδόνη. Χρησιμοποιείται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από ηρωίνη. Η αποτελεσματικότητά της έχει αποδειχθεί τόσο στη θεραπεία υποκατάστασης της ηρωίνης, όσο και στη σωματική αποτοξίνωση από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Η βουπρενορφίνη, όπως και πολλά άλλα οπιοειδή, έχει χρησιμοποιηθεί και ως ισχυρό αναλγητικό.

Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η βουπρενορφίνη χορηγείται υπό τη μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας. Πρόκειται για μια μορφή χαπιού που δεν πρέπει να το καταπίνουμε ή να το μασούμε, αλλά να το αφήνουμε να λιώσει στο στόμα (χρειάζονται 15-30 λεπτά). Η δράση της αρχίζει μετά από 30 περίπου λεπτά και διαρκεί, ανάλογα με τη δόση, έως και τρεις ημέρες. Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 4 και 16mg.

Τι προσφέρει η βουπρενορφίνη:

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

Επιπλέον αυτών, η βουπρενορφίνη παρουσιάζει και κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με τη μεθαδόνη, όπως:

- Ανταγωνίζεται τη δράση της ηρωίνης. Όταν κάποιος χρησιμοποιήσει ηρωίνη δε θα νιώσει το ευφορικό της αποτέλεσμα. Έτσι, με τη βουπρενορφίνη καταπολεμάται ένας από τους κύριους λόγους για τους οποίους γίνεται η χρήση της ηρωίνης.
- Έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης, όχι μόνο από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Συγκεκριμένα, στην κατάλληλη δόση, μπορεί να είναι αποτελεσματική για έως και 72 ώρες. Έτσι δεν είναι απαραίτητη η καθημερινή προσέλευση στο πρόγραμμα. Η χορήγηση μπορεί να γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα και τα Σαββατοκύριακα να είναι ελεύθερα.
- Αν χρησιμοποιεί κάποιος μόνο βουπρενορφίνη, είναι απίθανο να εμφανίσει υπερδοσολογία (overdose), ακόμη και αν λάβει αρκετά μεγάλη δόση.
- Εμφανίζει πολύ λιγότερα στερητικά συμπτώματα από τη μεθαδόνη και για το λόγο αυτό είναι ευκολότερο να αποτοξινωθεί κανείς από αυτήν. Για τον ίδιο λόγο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όποιους

δυσκολεύονται να αποτοξινωθούν από τη μεθαδόνη.

Πρέπει όλοι να γνωρίζουμε όμως ότι:

- Η βουπρενορφίνη δεν αρκεί για να αλλάξει η ζωή ενός ατόμου εξαρτημένου από τα ναρκωτικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητες η επαγγελματική συμβουλευτική, η ιατρική παρακολούθηση και η ψυχοκοινωνική στήριξη που προσφέρουν τα ΘΠΥ.
- Όσο διάστημα κάποιος χρησιμοποιεί βουπρενορφίνη διατηρεί τη σωματική του εξάρτηση στα οπιοειδή.
- Η βουπρενορφίνη δεν προκαλεί αισθήματα ευφορίας
- Όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο, έτσι και με τη βουπρενορφίνη μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες.
- Η βουπρενορφίνη, όπως και η ηρωίνη, είναι ένα ισχυρό φάρμακο και μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη αν δεν χρησιμοποιηθεί σωστά.
- Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μη γίνεται χρήση κατασταλτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ και τα υπνωτικά χάπια(Vulbegal, Hipnostedon), μαζί με βουπρενορφίνη. Τέτοια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε υπερδοσολογία (overdose).

Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης

Ο κύριος στόχος της Μονάδας είναι να συμβάλλει, μέσω της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, στη σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση, αλλά και στην προώθηση στην αγορά εργασίας των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους στις μονάδες υποκατάστασης και έχουν απεξαρτηθεί. Η διάρκεια του προγράμματος κυμαίνεται από 12 έως 24 μήνες. Σε ειδικό τμήμα της Μονάδας μπορούν να ενταχθούν και θεραπευόμενοι οι οποίοι συνεχίζουν να βρίσκονται υπό θεραπεία με μεθαδόνη, εφόσον παρουσιάσουν σταθερή συμμόρφωση στο πρόγραμμα θεραπείας και έχει εκτιμηθεί ότι είναι ικανοί να διεκδικήσουν και να διατηρήσουν εργασιακή θέση με στόχο την ομαλή κοινωνική επανένταξή τους.

Η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης παρέχει στα μέλη της ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία καθώς και συνεχή παρακολούθηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας τους. Κατά τη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα αντιμετωπίζονται επίσης τα ιατρικά προβλήματα των μελών με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή/και παραπομπή σε άλλα νοσηλευτικά πλαίσια. Η χορήγηση ναλτρεξόνης βοηθά τα άτομα που την έχουν ανάγκη για να διατηρηθούν σε κατάσταση απεξάρτησης.

Στη Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης, τα μέλη κινητοποιούνται και ενισχύονται προκειμένου να συμμετέχουν σε πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες καθώς και στα προγράμματα που υλοποιεί το Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης του ΟΚΑΝΑ. Επίσης, σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ αξιοποιούνται για τα μέλη της Μονάδας τα προγράμματα «Επιδότησης Ελεύθερων Επαγγελματιών» και «Επιδότησης Νέων Θέσεων Εργασίας για την απασχόληση Απεξαρτημένων ατόμων». Ενισχύεται τέλος, η συμμετοχή των μελών, σε δραστηριότητες που αναπτύσσουν πολιτιστικοί και αθλητικοί φορείς της ευρύτερης κοινότητας.

Η νομική υποστήριξη που παρέχεται έχει ως στόχο την εκκαθάριση του ποινικού μητρώου των ατόμων που “αποφοιτούν” από τη Μονάδα ενώ η διατήρηση της επαφής με τα μέλη που ολοκληρώνουν το Πρόγραμμα Κοινωνικής Επανάταξης βοηθά και ενισχύει την αποχή από τα ναρκωτικά ενώ ταυτόχρονα λειτουργεί υποστηρικτικά στις προσπάθειές τους για ανεύρεση εργασίας.

Ψυχολογική υποστήριξη στην απεξάρτηση από εθιστικές ουσίες

Για να αναλύσουμε το κομμάτι της ψυχολογικής υποστήριξης των ατόμων για απεξάρτηση, εκτός από την σχετική βιβλιογραφία, απευθυνθήκαμε στους ειδικούς και πιο συγκεκριμένα στο ΚΕ.Θ.Ε.Α (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) Ηρακλείου. Το προσωπικό ήταν πρόθυμο να μας βοηθήσει και να μας δώσει οποιαδήποτε πληροφορία θελήσουμε. Η συζήτηση μας με την κοινωνική λειτουργό του κέντρου ήταν εποικοδομητική και άκρως ενδιαφέρουσα.

Θα πρέπει πρώτα απ’όλα να διευκρινιστεί ότι το ΚΕ.Θ.Ε.Α δεν έχει κερδοσκοπικό χαρακτήρα και τελεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Οι αρχές του κέντρου αυτού είναι οι ακόλουθες:

1. Δωρεάν παροχή υπηρεσιών, ώστε να δίνεται η δυνατότητα υποστήριξης σε όλους τους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών και τις οικογένειές τους.

2. Παροχή υπηρεσιών χωρίς διακρίσεις ανεξάρτητα από φυλή, δόγμα, θρησκεία, φύλο, εθνικότητα, σεξουαλικές προτιμήσεις, ηλικία, σωματική αναπηρία, πολιτικές πεποιθήσεις, ποινικό μητρώο και οικονομική κατάσταση.

3. Αντιμετώπιση της εξάρτησης χωρίς τη χρήση ουσιών (drug-free programme). Τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α δεν χορηγούν φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Στόχος είναι να υιοθετήσει το άτομο ένα νέο τρόπο ζωής και

συμπεριφοράς και ένα νέο σύστημα αξιών, ώστε να είναι σε θέση να ανταπεξέρχεται στις προκλήσεις και τις δυσκολίες της ζωής, χωρίς να καταφεύγει στη χρήση ουσιών.

4.Οικειοθελής προσέλευση. Η διαδικασία της απεξάρτησης προϋποθέτει όχι μόνο ένα οργανωμένο θεραπευτικό πλαίσιο, αλλά και την ύπαρξη κινήτρου εκ μέρους του θεραπευόμενου.

5.Ενεργητική συμμετοχή. Από τη στιγμή που ένα άτομο αποφασίζει να ενταχθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα, η συμμετοχή του στις καθημερινές θεραπευτικές, εκπαιδευτικές και άλλες δραστηριότητες είναι απαραίτητη για την παραμονή του σ' αυτό.

Αξίζει επίσης να αναφέρουμε ότι το κέντρο λειτουργεί και ως άσυλο. Πράγμα το οποίο σημαίνει ότι δεν επιτρέπεται η είσοδος στην αστυνομία, ακόμα κι αν φέρει ένταλμα από εισαγγελία. Τα στοιχεία των ατόμων που προσέρχονται τηρούνται απόρρητα και κανείς δεν έχει το δικαίωμα να τα κοινοποιήσει. Η πρόσβαση στα αρχεία του κέντρου είναι αδύνατη.

Το εξαρτημένο άτομο, εκτός από τα στοιχεία του, καλείται να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο, στο οποίο αναφέρει τι είδους ουσίας χρήση κάνει, πόσο χρονικό διάστημα, αν κάποιος από την οικογένειά του είναι χρήστης, τι τον ώθησε σ' αυτήν την πράξη, αν προσπάθησε ποτέ να απεξαρτηθεί, πως είναι η σχέση του με το οικογενειακό του περιβάλλον και πολλά ακόμα προσωπικά στοιχεία τα οποία όπως προείπαμε είναι αυστηρά απόρρητα.

Η χρήση ουσιών από τα εξαρτημένα άτομα αποτελεί συνήθως το σύμπτωμα βαθύτερων προβλημάτων ψυχολογικής, διαπροσωπικής ή κοινωνικής προέλευσης. Το άτομο χρησιμοποιεί τις ουσίες για να νιώσει καλά ή απλώς φυσιολογικά. Για τα εξαρτημένα άτομα, η ανάγκη να εξασφαλίσουν τις ουσίες που καταναλώνουν βρίσκεται στο επίκεντρο της ζωής τους και καθορίζει τη δράση και τη συμπεριφορά τους. Η οργάνωση και οι δραστηριότητες των θεραπευτικών κοινοτήτων έχουν σχεδιαστεί έτσι, ώστε να οδηγούν τα μέλη στην αναζήτηση των γενεσιουργών αιτιών της χρήσης και στη συνολική αλλαγή του τρόπου ζωής και συμπεριφοράς. Ο χρήστης μαθαίνει πως να αποκτά εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στους άλλους, πως να αντιμετωπίζει το άγχος και τις συγκρούσεις με εποικοδομητικό τρόπο, καθώς και ότι το να ζητά βοήθεια δεν σημαίνει ότι είναι ανίσχυρος.

Αν και η προσέλευση είναι οικειοθελής, ως προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας, η συμμετοχή στο κοινό καθημερινό πρόγραμμα είναι υποχρεωτική. Οι βασικοί κανόνες απαγορεύουν τη χρήση αλκοόλ, ψυχοδραστικών ή υποκατάστατων ουσιών, τη λεκτική και σωματική βία καθώς και τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των μελών.

Βασικός κανόνας για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας, είναι να το θελήσει το ίδιο το άτομο και όχι να του το επιβάλλει κάποιος. Παρ'όλ'αυτά η συμμετοχή της οικογένειας του στο πρόγραμμα απεξάρτησης επηρεάζει θετικά την θεραπεία. Πρόσωπα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος του χρήστη, όπως οι γονείς, τ'αδέρφια, τα παιδιά, οι σύντροφοι-σύζυγοι συμβάλλουν σημαντικά ώστε να ωριμάσει η ιδέα της απεξάρτησης και να επιτευχθεί ο τελικός στόχος. Η δημιουργία και διατήρηση θεραπευτικής συμμαχίας με την οικογένεια, η θεραπευτική παρέμβαση για την εξομάλυνσηδυσλετουργιών στο οικογενειακό σύστημα, αλλά και η στήριξη της οικογένειας του εξαρτημένου ατόμου και η ενημέρωσή της γύρω από την χρήση, την εξάρτηση και τον τρόπο θεραπευτικής παρέμβασης, είναι μερικοί από τους βασικούς στόχους των προγραμμάτων Οικογενειακής Στήριξης του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Όπως αρχικά αναφέρθηκε, μια από τις βασικές αρχές του κέντρου είναι η παροχή υπηρεσιών χωρίς διακρίσεις. Οι περισσότεροι, αν όχι όλοι, πιστεύουμε ότι μια έγκυος που κάνει χρήση ουσιών, χρήζει και διαφορετικής αντιμετώπισης λόγω της κατάστασής της. Η κοινωνική λειτουργός του ΚΕ.Θ.Ε.Α. μας διέψευσε. Το μητρικό ένστικτο σε μία εξαρτημένη έγκυο απουσιάζει. Μάλιστα, το παιδί που μεγαλώνει μέσα της φαντάζει σε αυτήν σαν ένα ανεπιθύμητο 'βάρος'. Ενώ θα μπορούσε κανείς να πει ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί ίσως το κίνητρο για γρηγορότερη απεξάρτηση, τα γεγονότα λένε ακριβώς το αντίθετο. Η έγκυος αδιαφορεί για τις βλάβες που οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν στο έμβρυο και αργότερα στο νεογνό της, γι' αυτό και δεν είναι διατεθειμένη να σταματήσει τη χρήση. Πολλές είναι αυτές, οι οποίες ακόμα και μέσα στο νοσοκομείο, μετά τον τοκετό, καταφεύγουν στη χρήση ουσιών. Η πλειοψηφία των νεογέννητων παρουσιάζει στερητικό σύνδρομο. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα νεογέννητα τα αναλαμβάνει, είτε το οικογενειακό περιβάλλον της μητέρας, είτε δίδονται για υιοθεσία.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στις εξαρτημένες μητέρες από τα ειδικά προγράμματα είναι:

- ✓ Διαμονή σε προστατευμένο και υποστηρικτικό περιβάλλον.
- ✓ Ατομική και ομαδική θεραπεία με στόχο την απεξάρτηση.
- ✓ Ιατρική παρακολούθηση και ψυχολογική υποστήριξη.
- ✓ Φύλαξη και δημιουργική απασχόληση για παιδιά 0-5 ετών, σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο.
- ✓ Ιατρική παρακολούθηση των παιδιών.
- ✓ Εκπαίδευση των μητέρων σε πρακτικές και συμπεριφορές που προάγουν την υγεία, την δική τους και των παιδιών τους.
- ✓ Συμβουλευτική, σε θέματα που αφορούν τη σχέση μητέρας-παιδιού.
- ✓ Νομική υποστήριξη.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι η κατάχρηση εξρτησιογόνων ουσιών επηρεάζει τον καθένα, όχι μόνο τους ίδιους τους χρήστες, αλλά και τις οικογένειές τους, τους φίλους, την κοινότητα. Αυτοί οι ίδιοι είναι που θα πρέπει να βοηθήσουν το χρήστη να θελήσει να εξερευνήσει και να βιώσει «καθαρούς» τρόπους σκέψης και δράσης, ούτως ώστε να αποδεσμευθεί από ουσίες και εξαρτήσεις. Βέβαια, το πρώτο και σίγουρα το σημαντικότερο βήμα προς την επιτυχία της απεξάρτησης, είναι η θέληση του ίδιου του χρήστη. Εκείνος θα πρέπει να πιστέψει, πως το ότι δεν μπορείς να ξεφύγεις είναι μονάχα μύθος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Κατά καιρούς η επιστήμη έχει προσπαθήσει να διερευνήσει τις αιτίες που προκαλούν συγγενείς ανωμαλίες και χρόνια νοσήματα. Βασικός παράγοντας στην εμφάνιση τέτοιων προβλημάτων φαίνεται να είναι η συμπεριφορά της νέας μητέρας και ο τρόπος ζωής της, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και στη λοχεία.

Ειδικότερα, η χρήση διαφόρων ουσιών κατά τις περιόδους αυτές και πιο συγκεκριμένα, το κάπνισμα, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, καθώς επίσης και ορισμένα φάρμακα, φέρουν μεγάλο μέρος της ευθύνης, σύμφωνα με πολλές μελέτες.

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι, αρχικά να διερευνηθεί η συχνότητα χρήσης αυτών των ουσιών στην περίοδο της εγκυμοσύνης, της λοχείας και του θηλασμού. Εν συνεχεία, η αξιολόγηση του βαθμού ενημέρωσης των (υποψηφίων) μητέρων, σχετικά με τις επιπτώσεις τους στο έμβρυο, στο νεογνό, αλλά και στις ίδιες. Τέλος, να διερευνηθεί εάν γίνονται προσπάθειες διακοπής ή μείωσης, σε περίπτωση χρήσης και ποιες μέθοδοι χρησιμοποιούνται για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός.

Μέθοδος διεξαγωγής της έρευνας.

Η έρευνα βασίστηκε στη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου από τις μέλλουσες/νέες μητέρες, η συμμετοχή των οποίων ήταν εθελοντική. Βασική προϋπόθεση για τη διεξαγωγή της έρευνας αποτελούσε η ενημέρωση της διοίκησης των νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών, προκειμένου να δοθεί η σχετική, έγγραφη άδεια.

Τα νοσοκομεία που επισκεπήκαμε ήταν το Βενιζέλειο-Πανάνειο Νοσοκομείο Ηρακλείου και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Επίσης, ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές εντός της πόλεως του Ηρακλείου.

Η επιλογή των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα έγινε τυχαία. Συνολικά συμπληρώθηκαν 60 ερωτηματολόγια από γυναίκες σε περίοδο εγκυμοσύνης και 60 ερωτηματολόγια από γυναίκες σε περίοδο λοχείας.



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α.Τ.Ε.Ι. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ, ΣΕΥΠ

ΣΧΟΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ, ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΑΛΚΟΟΛ Ή
ΕΘΙΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ, ΤΗΝ ΛΟΧΕΙΑ & ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ

Όνοματεπώνυμο(αρχικά): _____ ΗΛΙΚΙΑ: _____

Οικογενειακή κατάσταση

- Έγγαμη
 Άγαμη

Έχετε άλλα παιδιά:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΡΙΘΜΟΣ

Επάγγελμα:

Εθνικότητα / καταγωγή

Βρίσκεστε σε περίοδο εγκυμοσύνης;

- Α τρίμηνο
 Β τρίμηνο
 Γ τρίμηνο

Βρίσκεστε σε περίοδο λοχείας;

- ΟΧΙ
 ΝΑΙ

ΘΗΛΑΖΕΤΕ;

- ΝΑΙ
 ΟΧΙ

Είχατε αποβολές στο παρελθόν; ΝΑΙ / ΟΧΙ

Εάν ναι πόσες;

Τρόπος σύλληψης

- Φυσιολογική σύλληψη
 Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή
 Εξωσωματική
 Σπερματέγχυση

Μετά από πόσα χρόνια υπογονιμότητας;

Σε ποια ηλικία κύησης γεννήθηκαν τα άλλα παιδιά σας και ποιο ήταν το αντίστοιχο βάρος τους:

Ηλικία κύησης στον τοκετό (σε εβδομάδες)	Βάρος	Αντίστοιχα προβλήματα
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Η παρούσα εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη; ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχετε ενημερωθεί για τις συνέπειες του καπνίσματος, του αλκοόλ και των άλλων εθιστικών ουσιών στην υγεία του εμβρύου και του νεογνού; ΝΑΙ ΟΧΙ

• αν ναι από ποιους φορείς έχετε ενημερωθεί;

- Ιατρός
- Από τον σύζυγο / γονείς / φίλες
- Περιοδικά / εφημερίδες
- Από την τηλεόραση / ραδιόφωνο

Στην παρούσα εγκυμοσύνη ή λοχεία συνεχίζεται το κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ ή άλλων εθιστικών ουσιών; ΝΑΙ ΟΧΙ

αν **ΟΧΙ:**

Σας βοήθησε ο σύζυγος & το οικογενειακό περιβάλλον στην διακοπή συνηθειών επιβλαβών (κάπνισμα, αλκοόλ ή εθιστικές ουσίες) για την υγεία του εμβρύου / νεογνού;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Σχόλιο:.....

αν **ΝΑΙ:**

Τι είδους κατάχρηση γίνεται στην εγκυμοσύνη ή στο θηλασμό;

- Κάπνισμα
- Αλκοόλ
- Ναρκωτικά ή άλλες εθιστικές ουσίες
Διαβάθμιση (σημειώστε σε κύκλο)
 - λίγο
 - μέτρια
 - πολύ

Γίνονται προσπάθειες διακοπής ή μείωσης; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πιστεύεται ότι οι συνήθειες αυτές επηρεάζουν την υγεία του εμβρύου ή του νεογνού;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πιστεύεται ότι το κάπνισμα, το αλκοόλ ή οι εθιστικές ουσίες έχουν κάποιο ευεργετικό αποτέλεσμα στην εμβρυϊκή ή νεογνική ηλικία του παιδιού; ΝΑΙ ΟΧΙ

Σχόλιο:.....

Σημειώστε ποια κατά την γνώμη σας είναι τα οφέλη του θηλασμού:

- Αυξημένος δείκτης νοημοσύνης των παιδιών
- Προστασία από λοιμώξεις
- Ελάττωση της συχνότητας παιδικού καρκίνου
- Πρόληψη για την παχυσαρκία
- Προστασία από ιώσεις αλλεργία και αναιμία
- Όλα τα παραπάνω
- Άλλο.....

Νοιώθετε ενοχές επειδή δεν καταφέρατε ή δεν επιχειρήσατε την διακοπή μιας συνήθειας που πιθανά να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία σας και στην υγεία του παιδιού σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Σχόλιο:.....

ΕΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Καπνίζατε στην προηγούμενη εγκυμοσύνη; ΝΑΙ ΟΧΙ

Καπνίζατε πριν την παρούσα εγκυμοσύνη; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσα τσιγάρα ημερησίως ;.....

Πόσα χρόνια:.....

Καπνίζετε / καπνίζατε στην παρούσα εγκυμοσύνη; ΝΑΙ ΟΧΙ

αν **ΝΑΙ**:

Πόσα τσιγάρα ημερησίως;.....

▪ Έχετε προσπαθήσει να το διακόψετε; ΝΑΙ ΟΧΙ

▪ Με ποιο τρόπο;.....

Είστε παθητικός καπνιστής λόγω του οικογενειακού ή στο εργασιακού περιβάλλοντος σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Σημειώστε τις πιθανές συνέπειες του καπνίσματος στην νέα μητέρα:

- Κακή διατροφή
- Ευπάθεια στις λοιμώξεις
- Προβλήματα από το αναπνευστικό
- Αύξηση του κινδύνου καρκινογένεσης
- Προβλήματα από το καρδιαγγειακό
- Όλα τα παραπάνω

Άλλο.....

Σημειώστε τις πιθανές επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη:

- Ολιγοβαρή νεογνά
 - Αποκόλληση του πλακούντα
 - Διανοητική καθυστέρηση στο παιδί που θα γεννηθεί
 - Πρόωρος τοκετός
 - Βρογχικό άσθμα στο παιδί που θα γεννηθεί
 - Όλα τα παραπάνω
-

Άλλο.....

Σημειώστε τις πιθανές επιπτώσεις του καπνίσματος στην λοχεία ή τον θηλασμό;

- Βρογχικό άσθμα νεογνού / παιδιού
- Εγκαύματα
- Ανθυγιεινό περιβάλλον
- Όλα τα παραπάνω

Μεταφέρονται τα προϊόντα καπνού στο νεογνό μέσω του θηλασμού;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΙΣΩΣ

Το παθητικό κάπνισμα πιστεύεται ότι επηρεάζει το έμβρυο ή το νεογνό;

- ΝΑΙ
 - ΟΧΙ
 - ΙΣΩΣ
-

ΕΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Καταναλώνετε αλκοόλ στην παρούσα εγκυμοσύνη; ΝΑΙ ΟΧΙ

Καταναλώνετε αλκοόλ στην διάρκεια του θηλασμού και της λοχείας; ΝΑΙ ΟΧΙ
αν **ΝΑΙ**:

Τι είδους αλκοόλ;

- Μπύρα
- Κρασί
- Ουίσκι
- Άλλο.....

Πόσα ποτήρια ημηρεσίως και για πόσα χρόνια;.....

Προσπαθήσατε να διακόψτε ή τουλάχιστον να ελαττώσετε το αλκοόλ στην εγκυμοσύνη;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Σημειώστε τις πιθανές επιπτώσεις του αλκοόλ στην εγκυμοσύνη;

- Ολιγοβαρή νεογνά
- Πρόωρος τοκετός
- Διανοητική καθυστέρηση στο παιδί που θα γεννηθεί
- Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης
- Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα
- Όλα τα παραπάνω
- Άλλο.....

Γνωρίζεται τι είναι το «εμβρυϊκό σύνδρομο του οινοπνεύματος»;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Μπορεί το αλκοόλ να φτάσει στο έμβρυο μέσω του πλακούντα;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

Μπορεί το αλκοόλ να φτάσει στο έμβρυο μέσω του θηλασμού;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΙΣΩΣ

ΕΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΕΘΙΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Έχετε κάνει ποτέ χρήση ναρκωτικών ή άλλων εθιστικών ουσιών; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν **ΝΑΙ**:

Τι είδους ουσίες;

- χασίς
- ηρωίνη
- μαριχουάνα
- αμφεταμίνες
- Άλλο.....

Σε ποια συχνότητα για πόσα χρόνια;.....

Συνεχίζετε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, του θηλασμού ή της λοχείας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Προσπαθήσατε να διακόψτε την χρήση τους; ΝΑΙ ΟΧΙ

αν **ΝΑΙ**

Με ποιο τρόπο;

- Μόνη μου
- Με βοήθεια ειδικού

Πιστεύεται ότι η χρήση φαρμάκων πρέπει να αποφεύγεται στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού; ΝΑΙ ΟΧΙ

Σχόλιο:.....

Υπάρχουν φάρμακα τα οποία επιτρέπεται να πάρει μια έγκυος ή μία θηλάζουσα μητέρα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ποια είναι αυτά;

1.
2.
3.

Σημειώστε τις πιθανές επιπτώσεις των εθιστικών ουσιών στο έμβρυο:

- αποβολή
- πρόωρος τοκετός
- διανοητική καθυστέρηση
- όλα τα παραπάνω
- άλλο.....

ΠΙΝΑΚΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

<i>Ηλικίες</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
15-20	5	8,3
21-25	13	21,7
26-30	22	36,7
31-35	11	18,3
36-40	7	11,7
41-45	2	3,3

<i>Έγγαμες</i>	<i>Άγαμες</i>
54	6
90%	10%

<i>Τέκνα</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
0	27	45,0
1	14	23,3
2	13	21,7
3	6	10,0

<i>Επάγγελμα</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	15	25,0
Οικιακά	11	18,3
Δημόσιοι υπάλληλοι	10	16,7
Εκπαιδευτικοί- Νηπιαγωγοί	7	11,7
Ελ. Επαγγελματίες	4	6,7
Δικηγόροι	1	1,7
Ιατροί	2	3,3
Παραϊατρικά επαγγέλματα	2	3,3
Καλλιτέχνες	2	3,3
Νοσηλεύτες	3	5,0
Μαθήτριες- Σπουδάστριες	2	3,3
Άνεργες	1	1,7

<i>Εθνικότητα</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ελληνική	54	90,0
Ρωσική	1	1,7
Πολωνική	1	1,7
Κυπριακή	1	1,7
Αλβανική	1	1,7
Ρουμανική	1	1,7
Βελγική	1	1,7

<i>Τρίμηνο εγκυμοσύνης</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστά (%)</i>
Α τρίμηνο	7	11,7
Β τρίμηνο	27	45,0
Γ τρίμηνο	26	43,3

<i>Αριθμός αποβολών</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
0	50	83,3
1	6	10,0
2	4	6,7

<i>Τρόπος σύλληψης</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Φυσιολογική	60	100,0
Εξωσωματική γονιμοποίηση	0	0,0

<i>Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη</i>	<i>Μη Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη</i>
34	26
56,7%	43,3%

<i>Ενημερωμένες</i>	<i>Μη ενημερωμένες</i>
57	3
95,0%	5,0%

<i>Φορείς ενημέρωσης</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ιατρός	52	86,7
Σύζυγος-γονείς-φίλοι	21	35,0
Περιοδικά-εφημερίδες	37	61,7
Τηλεόραση-Ραδιόφωνο	38	63,3

<i>Χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Κάπνισμα	13	21,7
Αλκοόλ	2	3,3
Ναρκωτικά/Εθιστικές ουσίες	0	0,0
Κάπνισμα και αλκοόλ	2	3,3
Έχουν διακόψει με βοήθεια της οικογένειας	6	10,0
Δεν έχουν κάνει ποτέ χρήση	37	61,7

<i>Οι συνήθειες αυτές επηρεάζουν την υγεία του εμβρύου/νεογνού;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	59	98,3
Όχι	1	1,7

<i>Πιστεύετε ότι οι ουσίες, το κάπνισμα και το αλκοόλ έχουν κάποιο ευεργετικό αποτέλεσμα στο έμβryo/νεογνό;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Όχι	60	100,0
Ναι	0	0,0
<u>Σχόλιο:</u> 1. Είναι ό,τι χειρότερο για το έμβryo 2. Έχουν καταστροφικό αποτέλεσμα		

<i>Ποια είναι τα οφέλη του θηλασμού;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Αυξημένος δείκτης νοημοσύνης των παιδιών	46	76,7
Προστασία από λοιμώξεις	58	96,7
Ελάττωση της συχνότητας παιδικού καρκίνου	45	75,0
Πρόληψη για παχυσαρκία	38	63,3
Παίρνει αντισώματα από τη μητέρα για 6 μήνες	1	1,7
Καλή λειτουργία γαστρεντερικού συστήματος παιδιού	1	1,7
Συναισθηματικό δέσιμο μητέρας και παιδιού	2	3,3
Ηπιότερες παιδικές ασθένειες	1	1,7

<i>Αισθήματα ενοχής</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	17	85
Όχι	3	15

<i>Καπνίζατε στην προηγούμενη εγκυμοσύνη;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	8	22,2
Όχι	28	77,8

<i>Καπνίζατε πριν την παρούσα εγκυμοσύνη;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	20	33,3
Όχι	40	66,7

<i>Κατανάλωση τσιγάρων ημερησίως</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
1-5 τσιγάρα	7	35,0
6-10 τσιγάρα	6	30,0
11-15 τσιγάρα	1	5,0
16-20 τσιγάρα	3	15,0
21-30 τσιγάρα	2	10,0
Περισσότερα από 30 τσιγάρα	1	5,0

<i>Χρόνια καπνίσματος</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
1-5 χρόνια	8	40,0
6-10 χρόνια	6	30,0
11-15 χρόνια	5	25,0
16-20 τσιγάρα	1	5,0

<i>Καπνίζετε/καπνίζατε στην παρούσα εγκυμοσύνη</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Όχι	46	76,7
1-5 τσιγάρα	8	13,3
6-10 τσιγάρα	5	8,3
11-15 τσιγάρα	1	1,7

<i>Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι		
1. Αποφυγή αγοράς τσιγάρων		
2. Τσίγλες νικοτίνης	8	57,1
3. Κομπολόι		
4. Βελονισμός		
Όχι	6	42,9

<i>Είστε παθητικός καπνιστής λόγω του οικογενειακού ή εργασιακού περιβάλλοντος;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	35	58,3
Όχι	25	41,7

<i>Πιθανές συνέπειες του καπνίσματος στην νέα μητέρα</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Κακή διατροφή	35	58,3
Ευπάθεια στις λοιμώξεις	47	78,3
Προβλήματα από το αναπνευστικό	59	98,3
Αύξηση του κινδύνου καρκινογένεσης	57	95,0
Προβλήματα από το καρδιαγγειακό	55	91,7
Πρόωρο γήρας	2	3,3

<i>Πιθανές επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη</i>	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ολιγοβαρή νεογνά	56	93,3
Αποκόλληση πλακούντα	42	70
Διανοητική καθυστέρηση στο παιδί που θα γεννηθεί	40	66,7
Πρόωρος τοκετός	55	91,7
Βρογχικό άσθμα στο παιδί που θα γεννηθεί	51	85

<i>Πιθανές επιπτώσεις του καπνίσματος στη λοχεία ή το θηλασμό</i>	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Βρογχικό άσθμα νεογνού	54	90,0
Εγκαύματα	28	46,7
Ανθυγιεινό περιβάλλον	58	96,7

<i>Μεταφέρονται τα προϊόντα του καπνού στο νεογνό μέσω του θηλασμού;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	51	85,0
Όχι	0	0,0
Ίσως	9	15,0

<i>Το παθητικό κάπνισμα πιστεύετε ότι επηρεάζει το έμβρυο ή νεογνό;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	48	80
Όχι	0	0
Ίσως	12	20

<i>Καταναλώνετε αλκοόλ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	3	5,0
Όχι	57	95,0

<i>Τι είδους αλκοόλ καταναλώνετε;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Μπύρα	1	33,3
Κρασί	1	33,3
Ουίσκι & Βότκα	1	33,3
Άλλο	0	0,0

<i>Πόσα ποτήρια ημερησίως και για πόσα χρόνια;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Περίπου 1 ποτήρι μπύρα για 2 χρόνια	1	33,3
Περίπου 1 ποτήρι κρασί για 1 χρόνο	1	33,3
Περίπου 4-5 ποτήρια ουίσκι ή/και βότκα για 3 χρόνια	1	33,3

<i>Προσπαθήσατε να διακόψετε ή τουλάχιστο να ελαττώσετε το αλκοόλ στην εγκυμοσύνη;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	1	33,3
Όχι	2	66,7

<i>Σημειώστε τις πιθανές επιπτώσεις του αλκοόλ στην εγκυμοσύνη</i>	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ολιγοβαρή νεογνά	54	90,0
Πρόωρος τοκετός	57	95,0
Διανοητική καθυστέρηση στο παιδί που θα γεννηθεί	48	80,0
Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης	42	70,0
Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα	42	70,0
Άλλο (Δυσπλασίες)	1	1,7

<i>Γνωρίζετε τι είναι το "εμβρυϊκό σύνδρομο του οινοπνεύματος";</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	14	23,3
Όχι	46	76,7

<i>Μπορεί το αλκοόλ να φτάσει στο έμβρυο μέσω του πλακούντα;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	50	83,3
Όχι	0	0,0
Ίσως	10	16,7

<i>Μπορεί το αλκοόλ να φτάσει στο νεογνό μέσω του θηλασμού;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	49	81,7
Όχι	1	1,7
Ίσως	10	16,7

<i>Έχετε κάνει ποτέ χρήση ναρκωτικών ή άλλων εθιστικών ουσιών;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι (χασίς, μία φορά πριν 2 χρόνια)	1	1,7
Όχι	59	98,3

<i>Πιστεύετε ότι η χρήση φαρμάκων πρέπει να αποφεύγεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό(%)</i>
Ναι	60	100
Όχι	0	0
Σχόλιο	Επιτρέπονται τα φάρμακα που συστήνει ο γιατρός	

<i>Υπάρχουν φάρμακα τα οποία επιτρέπεται να πάρει μια έγκυος ή μια θηλάζουσα μητέρα;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	58	96,7
Όχι	2	3,3

<i>Ποιά είναι αυτά;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ασβέστιο	34	56,7
Σίδηρος	37	61,7
Μαγνήσιο	6	10,0
Αντιβιώσεις	8	13,3
Παυσίπονα-Αντιπυρετικά	6	10,0
Depon	22	36,7
Κολπικά υπόθετα	1	1,7
Αλοιφές εξωτερικής χρήσης	3	5,0
Βιταμίνες	10	16,7

<i>Σημειώστε πιθανές επιπτώσεις των εθιστικών ουσιών στο έμβρυο</i>	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Αποβολή	58	96,7
Πρόωρος τοκετός	56	93,3
Διανοητική καθυστέρηση	53	88,3
Δυσπλασίες	1	1,7
Συγγενείς καρδιοπάθειες	1	1,7

ΠΙΝΑΚΕΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

<i>Ηλικίες</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
15-20	4	6,7
21-25	12	20,0
26-30	21	35,0
31-35	12	20,0
36-40	9	15,0
41-45	2	3,3

<i>Έγγαμες</i>	<i>Άγαμες</i>
58	2
96,7	3,3

<i>Τέκνα</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
0	27	45
1	21	35
2	9	15
3	0	0
4	3	5

<i>Επάγγελμα</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	15	25,0
Οικιακά	14	23,3
Δημόσιοι υπάλληλοι	10	16,7
Εκπαιδευτικοί- Νηπιαγωγοί	8	13,3
Άλλα επαγγέλματα	7	11,7
Ελ. Επαγγελματίες	5	8,3
Άνεργες	1	1,7
<i>Εθνικότητα</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό(%)</i>
Ελληνική	57	95,0
Αυστριακή	1	1,7
Γερμανική	1	1,7
Βουλγαρική	1	1,7

<i>Μητέρες που θηλάζουν</i>	<i>Μητέρες που δεν θηλάζουν</i>
50	10
83,3%	16,7%

<i>Αριθμός αποβολών</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
0	44	73,3
1	15	25,0
2	1	1,7

<i>Τρόπος σύλληψης</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Φυσιολογική	59	98,3
Εξωσωματική γονιμοποίηση	1	1,7

<i>Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη</i>	<i>Μη Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη</i>
34	26
56,7%	43,3%

<i>Ενημερωμένες</i>	<i>Μη ενημερωμένες</i>
59	1
98,3%	1,7%

<i>Φορείς ενημέρωσης</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ιατρός	50	83,3
Σύζυγος-γονείς-φίλοι	23	38,3
Περιοδικά-εφημερίδες	49	81,7
Τηλεόραση-Ραδιόφωνο	42	70,0

<i>Χρήση ουσιών στη λοχεία</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Κάπνισμα	8	13,3
Αλκοόλ	1	1,7
Ναρκωτικά/ Εθιστικές ουσίες	0	0,0
Έχουν διακόψει με βοήθεια της οικογένειας	10	16,7
Δεν έχουν κάνει ποτέ χρήση	41	68,3

<i>Προσπάθεια διακοπής/μείωσης χρήσης ουσιών</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	7	77,8
Όχι	2	22,2

<i>Οι συνήθειες αυτές επηρεάζουν την υγεία του εμβρύου/νεογνού;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	60	100
Όχι	0	0

<i>Πιστεύετε ότι οι ουσίες, το κάπνισμα και το αλκοόλ έχουν κάποιο ευεργετικό αποτέλεσμα στο έμβρυο/νεογνό;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	1	1,7
Όχι	58	96,6
Δεν γνωρίζω	1	1,7

<i>Ποια είναι τα οφέλη του θηλασμού;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Αυξημένος δείκτης νοημοσύνης των παιδιών;	39	65,0
Προστασία από λοιμώξεις;	58	96,7
Ελάττωση της συχνότητας παιδικού καρκίνου;	44	73,3
Πρόληψη για παχυσαρκία;	43	71,7
Προστασία από ιώσεις, αλλεργία ή αναιμία;	58	96,7
Άλλο	4	6,7

<i>Ενοχές</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	9	75
Όχι	3	25

<i>Καπνίζατε στην προηγούμενη εγκυμοσύνη;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	4	10
Όχι	36	90

<i>Καπνίζατε πριν την παρούσα εγκυμοσύνη;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	18	30
Όχι	42	70

<i>Κατανάλωση τσιγάρων ημερησίως</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
1-5 τσιγάρα	6	33,3
6-10 τσιγάρα	7	38,9
11-15 τσιγάρα	0	0,0
16-20 τσιγάρα	5	27,8

<i>Χρόνια καπνίσματος</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
1-5 χρόνια	12	66,7
6-10 χρόνια	5	27,8
11-15 χρόνια	1	5,6

<i>Καπνίζετε/καπνίζατε στην παρούσα εγκυμοσύνη</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Όχι	52	86,7
1-5 τσιγάρα	5	8,3
6-10 τσιγάρα	2	3,3
11-15 τσιγάρα	1	1,7
<i>Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι (αποφεύγουν την αγορά τσιγάρων)	6	75
Όχι	2	25

<i>Είστε παθητικός καπνιστής λόγω του οικογενειακού ή εργασιακού περιβάλλοντος;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	37	61,7
Όχι	23	38,3

<i>Πιθανές συνέπειες του καπνίσματος στην νέα μητέρα</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Κακή διατροφή	37	61,7
Ευπάθεια στις λοιμώξεις	48	80,0
Προβλήματα από το αναπνευστικό	60	100,0
Αύξηση του κινδύνου καρκινογένεσης	57	95,0
Προβλήματα από το καρδιαγγειακό	55	91,7

<i>Πιθανές επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη</i>	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ολιγοβαρή νεογνά	53	88,3
Αποκόλληση πλακούντα	41	68,3
Διανοητική καθυστέρηση στο παιδί που θα γεννηθεί	37	61,7
Πρόωρος τοκετός	51	85,0
Βρογχικό άσθμα στο παιδί	52	86,7
Δυσμορφίες	2	3,3

<i>Πιθανές επιπτώσεις του καπνίσματος στη λοχεία ή το θηλασμό</i>	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Βρογχικό άσθμα νεογνού	50	88,3
Εγκαύματα	33	55,0
Ανθυγιεινό περιβάλλον	57	95,0

<i>Μεταφέρονται τα προϊόντα του καπνού στο νεογνό μέσω του θηλασμού;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	49	81,7
Όχι	0	0,0
Ίσως	11	18,3

<i>Το παθητικό κάπνισμα πιστεύετε ότι επηρεάζει το έμβρυο ή νεογνό;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	54	90
Όχι	0	0
Ίσως	6	10

<i>Καταναλώνετε αλκοόλ στη διάρκεια του θηλασμού ή της λοχείας;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	2	3,3
Όχι	58	96,7

<i>Τι είδους αλκοόλ καταναλώνετε;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Μπύρα	1	50
Κρασί	1	50
Ουίски	0	0
Άλλο	0	0

<i>Πόσα ποτήρια ημερησίως και για πόσα χρόνια;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Περίπου 1 ποτήρι μπύρα για 2 χρόνια	1	50
Περίπου 1 ποτήρι κρασί για 6-7 χρόνια	1	50

<i>Προσπαθήσατε να διακόψετε ή τουλάχιστο να ελαττώσετε το αλκοόλ στην εγκυμοσύνη;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	1	50
Όχι	1	50

<i>Σημειώστε τις πιθανές επιπτώσεις του αλκοόλ στην εγκυμοσύνη</i>	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ολιγοβαρή νεογνά	50	83,3
Πρόωρος τοκετός	55	91,7
Διανοητική καθυστέρηση στο παιδί που θα γεννηθεί	49	81,7
Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης	47	78,3
Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα	45	75,0
Άλλο (Συγγενείς ανωμαλίες)	1	1,7

<i>Γνωρίζετε τι είναι το "εμβρυϊκό σύνδρομο του οينوπνεύματος";</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	17	28,3
Όχι	43	71,7

<i>Μπορεί το αλκοόλ να φτάσει στο έμβρυο μέσω του πλακούντα;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	51	85
Όχι	0	0
Ίσως	9	15

<i>Μπορεί το αλκοόλ να φτάσει στο νεογνό μέσω του θηλασμού;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	51	85
Όχι	0	0
Ίσως	9	15

<i>Έχετε κάνει ποτέ χρήση ναρκωτικών ή άλλων εθιστικών ουσιών;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	0	0
Όχι	60	100

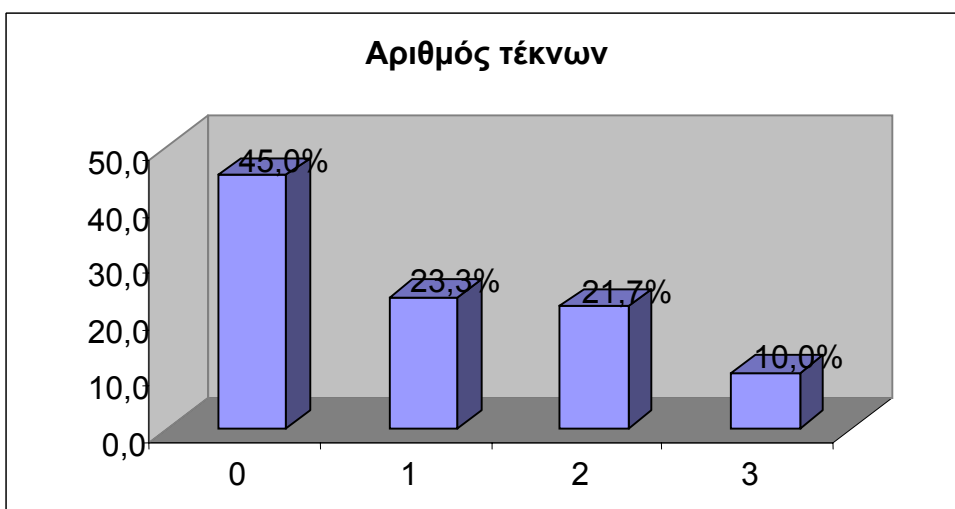
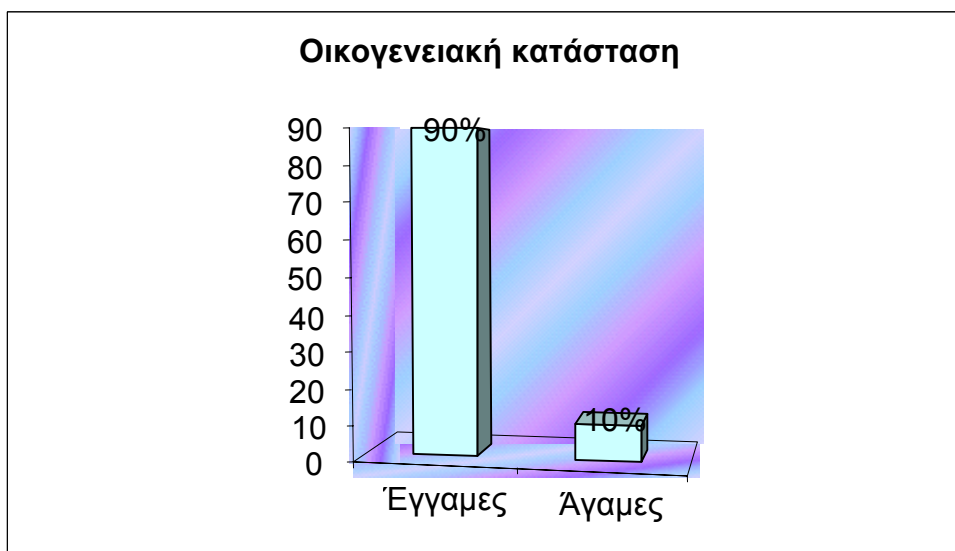
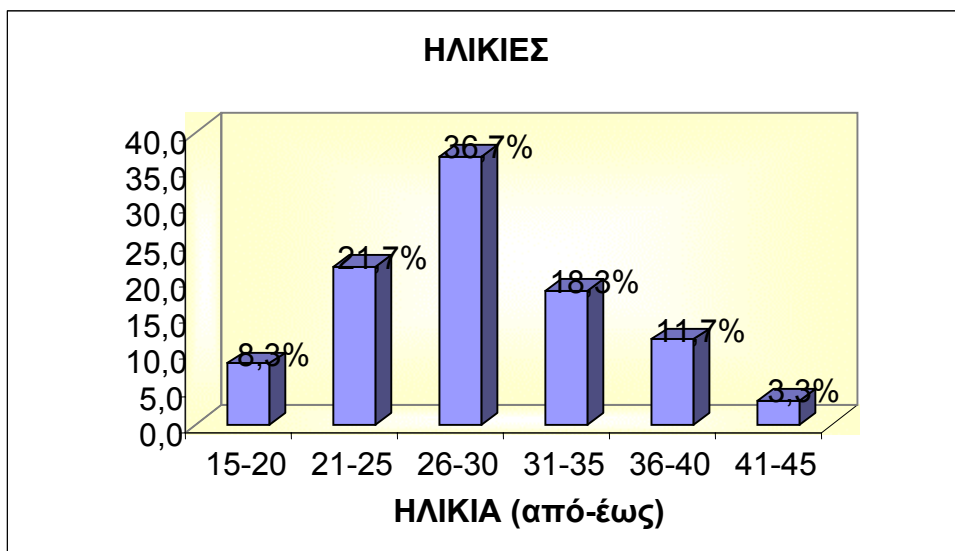
<i>Πιστεύετε ότι η χρήση φαρμάκων πρέπει να αποφεύγεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ναι	60	100
Όχι	0	0
Σχόλιο	Επιτρέπονται τα φάρμακα που συστήνει ο γιατρός	

<i>Υπάρχουν φάρμακα τα οποία επιτρέπεται να πάρει μια έγκυος ή μια θηλάζουσα μητέρα;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό(%)</i>
Ναι	59	98,3
Όχι	1	1,7

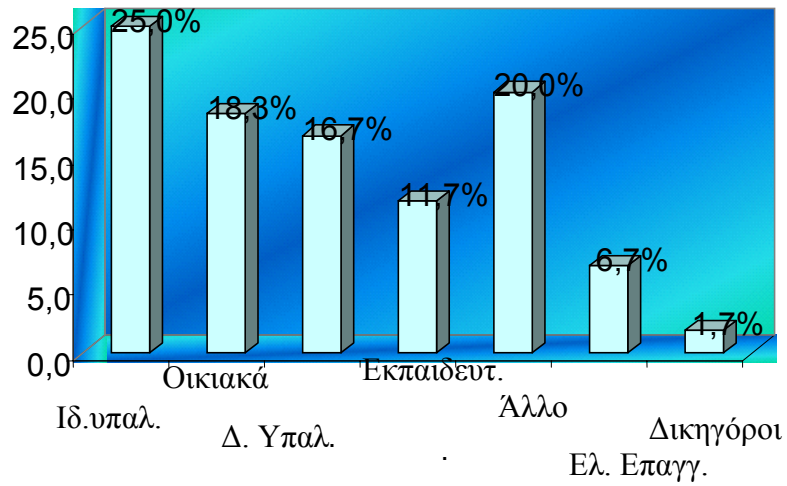
<i>Ποιά είναι αυτά;</i>	<i>Πλήθος</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Ασβέστιο	25	41,7
Σίδηρος	31	51,7
Θεοφυλλίνη	1	1,7
Μαγνήσιο	6	10,0
Αντιβιώσεις	19	31,7
Ceclor	2	3,3
Amoxil	2	3,3
Παυσίπονα-Αντιπυρετικά	6	10,0
Deron	17	28,3
Κολπικά υπόθετα	5	8,3
Αλοιφές εξωτερικής χρήσης	4	6,7
Βιταμίνες	5	8,3
Φάρμακα για συσπάσεις	2	3,3
Αντιβηχικά σιρόπια	1	1,7
Μεθερζίνη	1	1,7

<i>Σημειώστε πιθανές επιπτώσεις των εθιστικών ουσιών στο έμβρυο</i>	<i>Απαντήσεις</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
Αποβολή	60	100
Πρόωρος τοκετός	56	93,3
Διανοητική καθυστέρηση	53	88,3

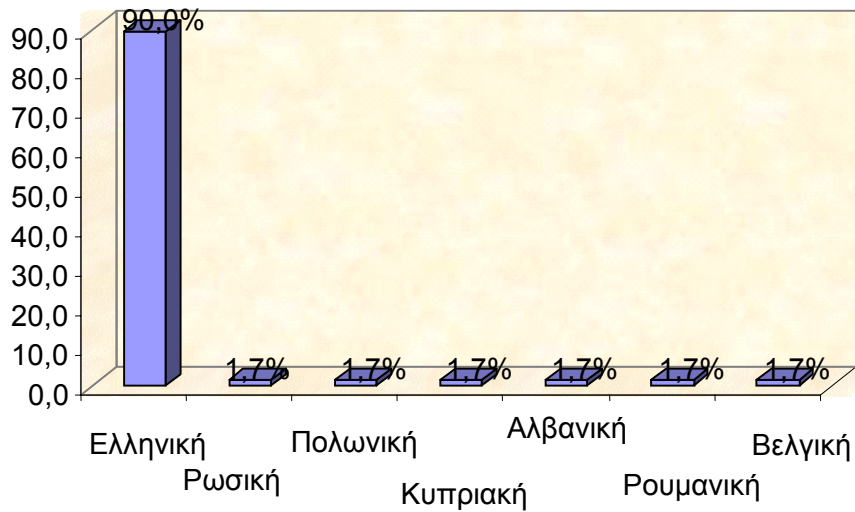
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ



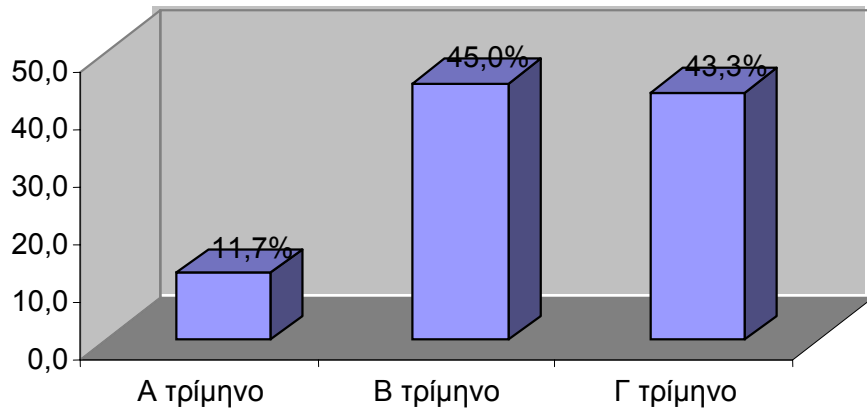
Επάγγελμα



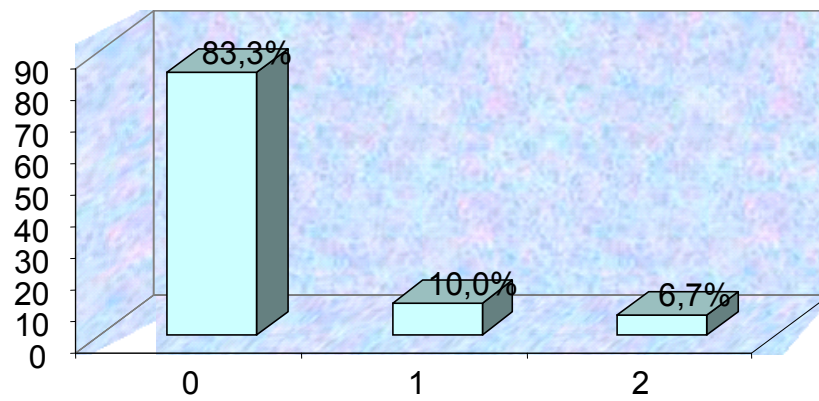
Εθνικότητες



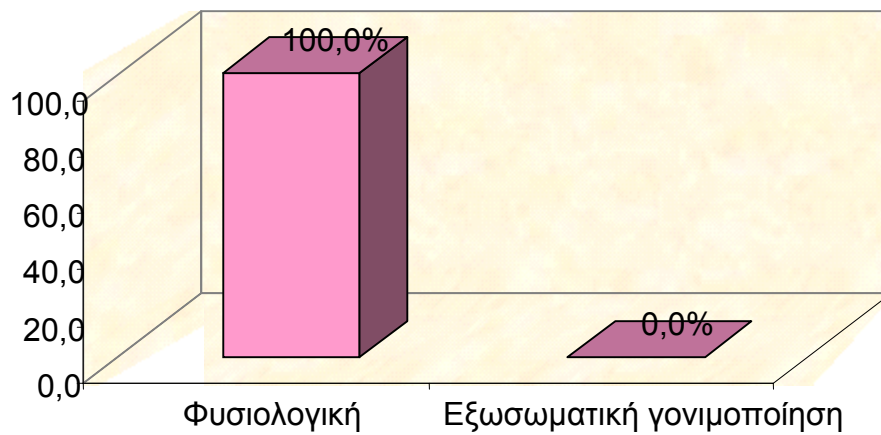
Τρίμηνο εγκυμοσύνης

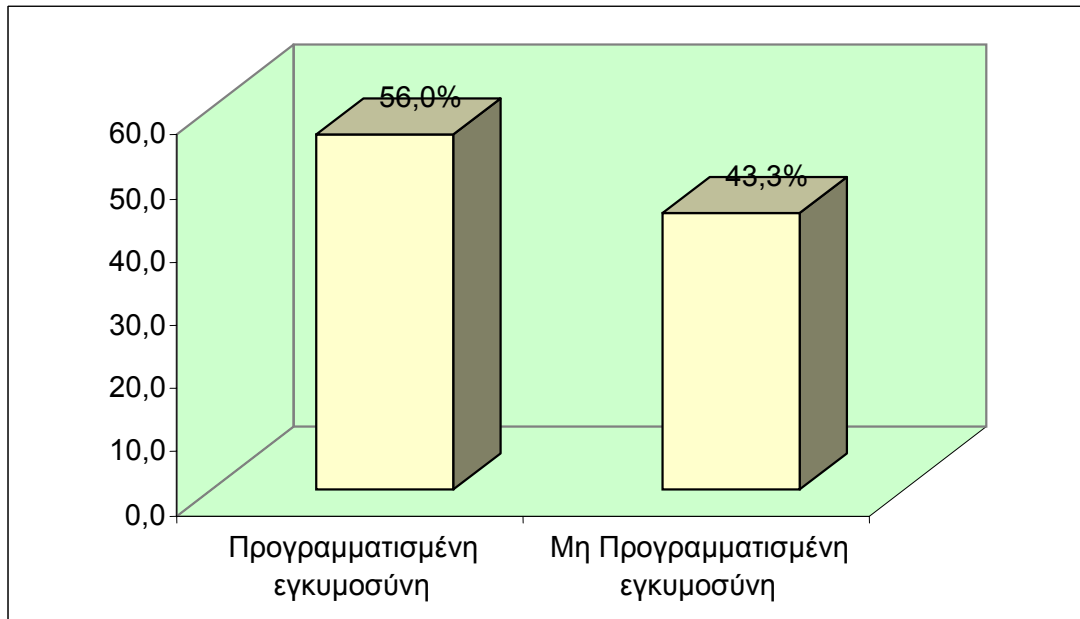


Αποβολές

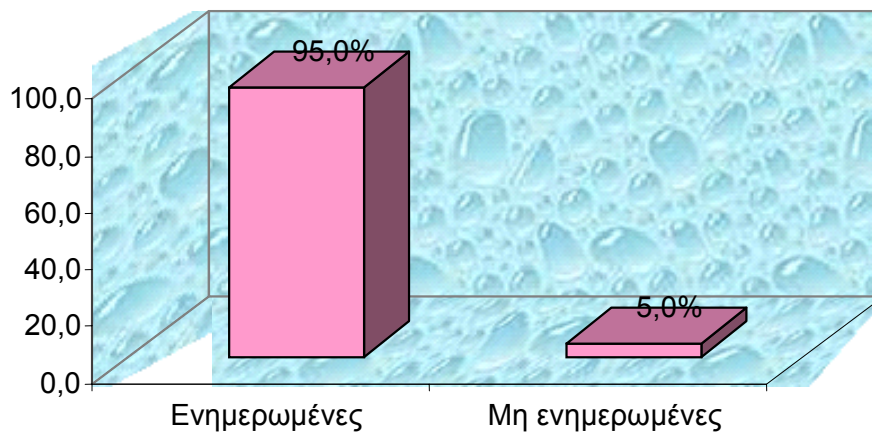


Τρόπος σύλληψης

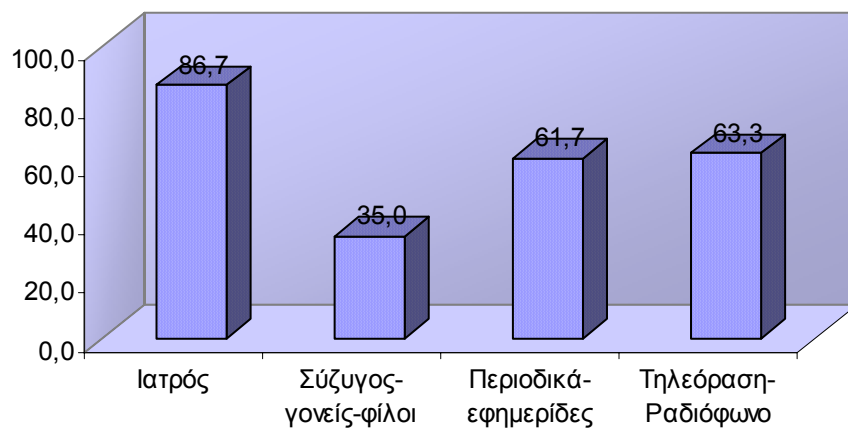




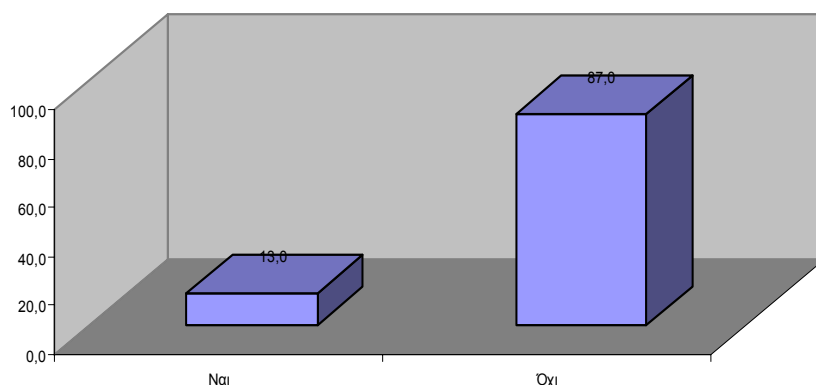
Ενημέρωση για τις συνέπειες του καπνίσματος αλκοόλουσίων



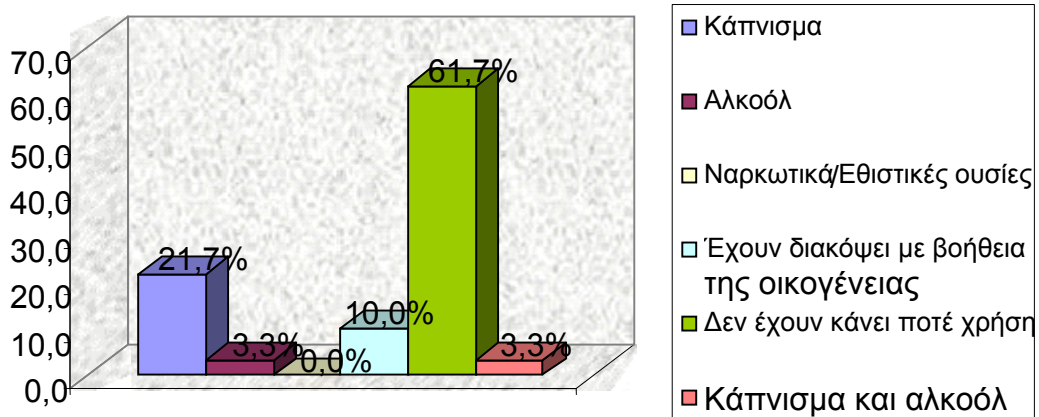
Φορείς ενημέρωσης



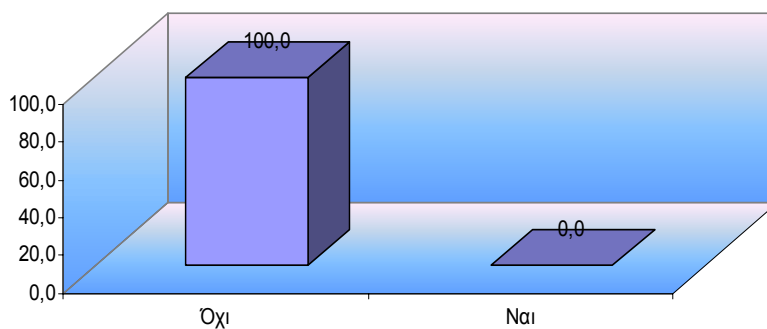
Σας βοήθησε ο σύζυγος & το οικογενειακό περιβάλλον στη διακοπή συνηθειών επιβλαβών (κάπνισμα, αλκοόλ ή εθιστικές ουσίες) για την υγεία του εμβρύου/ νεογνού (%);



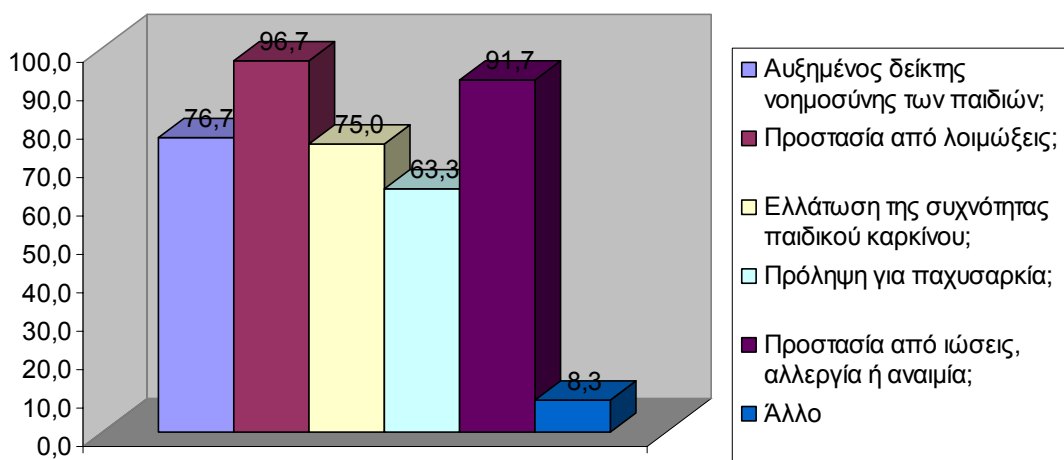
Χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη



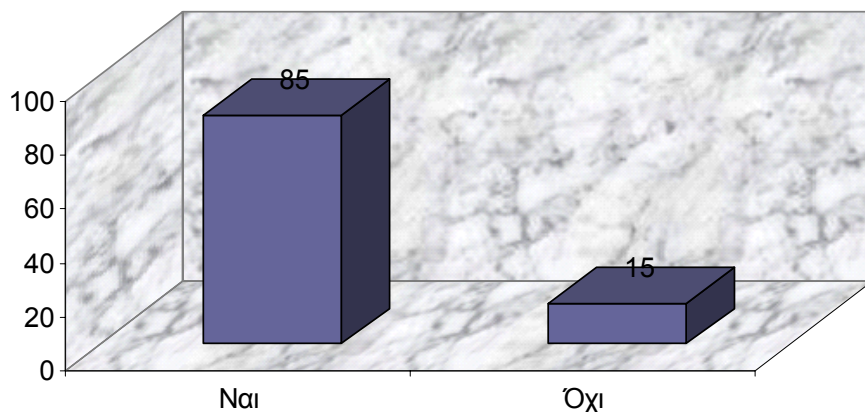
Πιστεύετε ότι οι ουσίες, το κάπνισμα ή το αλκοόλ έχουν κάποιο ευεργετικό αποτέλεσμα στο έμβryo/νεογνό;



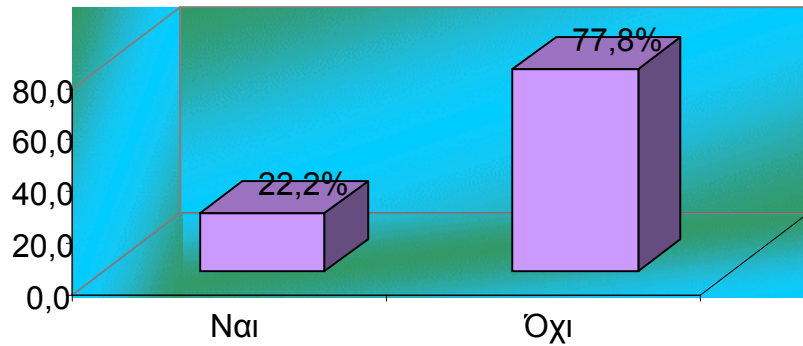
Ποιά είναι τα οφέλη του θηλασμού;



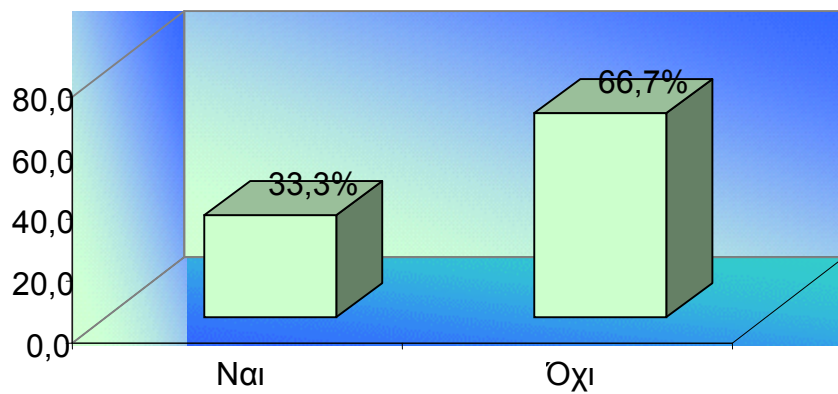
Νοιώθετε ενοχές επειδή δεν καταφέρατε ή δεν επιχειρήσατε τη διακοπή μιας συνήθειας που πιθανά να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία σας και στην υγεία του παιδιού;(γυναίκες που κάπνιζαν είτε πριν είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης)



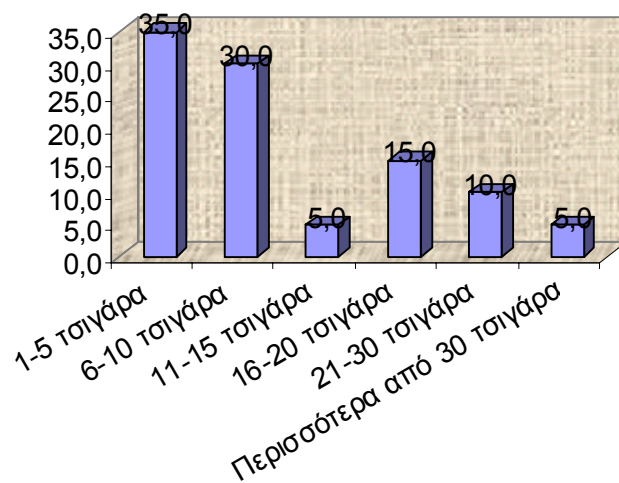
Καπνίζατε στην προηγούμενη εγκυμοσύνη; (Γυναίκες που έχουν κι άλλα παιδιά ή είχαν κάποια αποβολή στο παρελθόν)



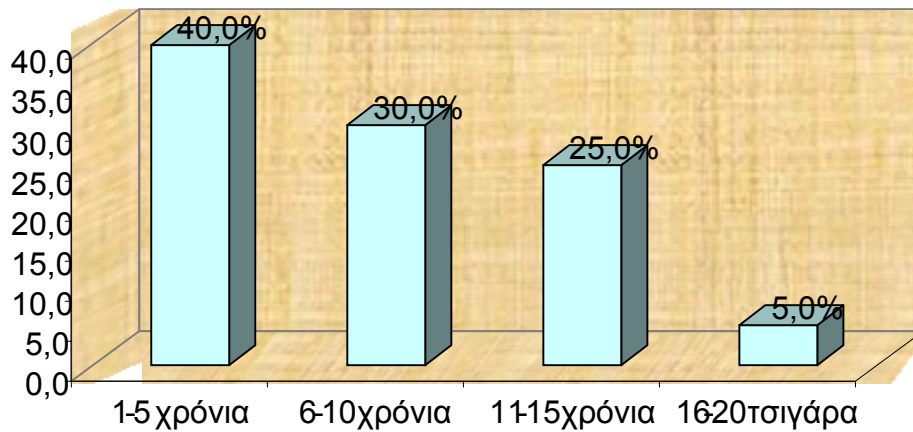
Καπνίζατε πριν την παρούσα εγκυμοσύνη (Γυναίκες που κάπνιζαν κάποια στιγμή στη ζωή τους)



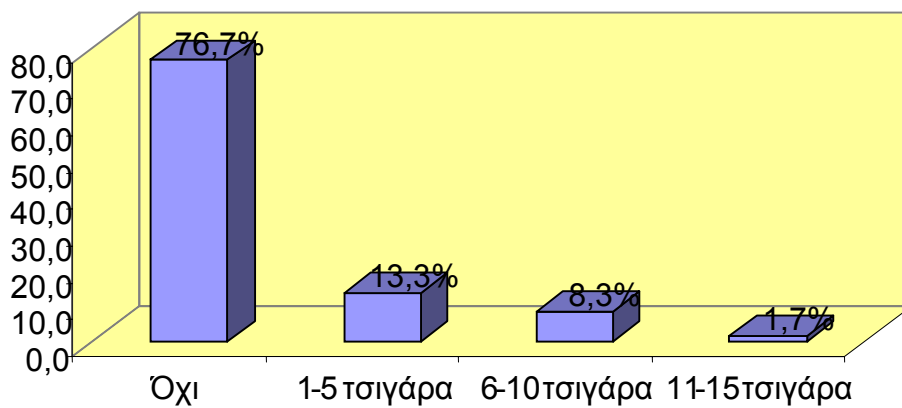
Κατανάλωση τσιγάρων ημερησίως



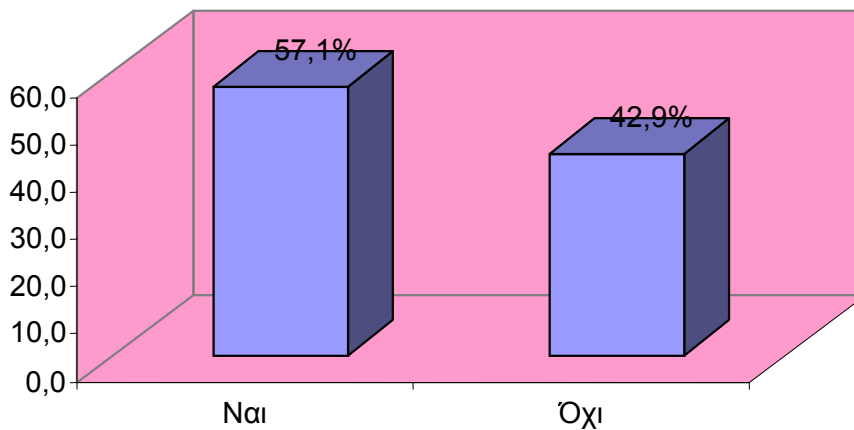
Χρόνια κατανάλωσης τσιγάρων



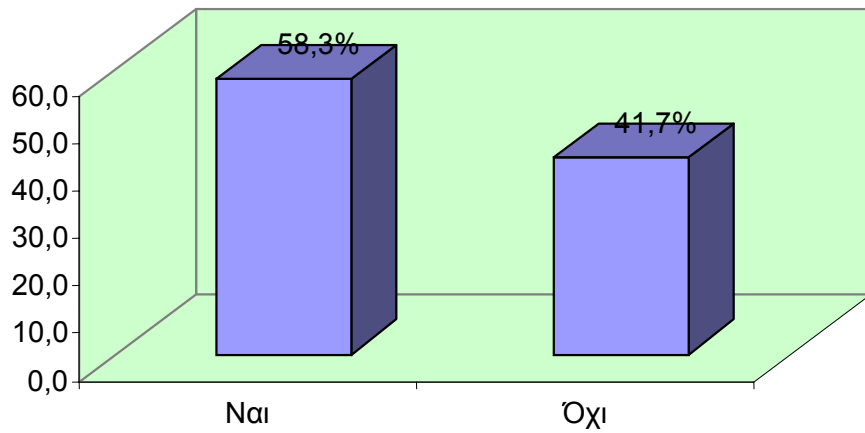
Καπνίζετε ή καπνίζατε στην παρούσα εγκυμοσύνη;



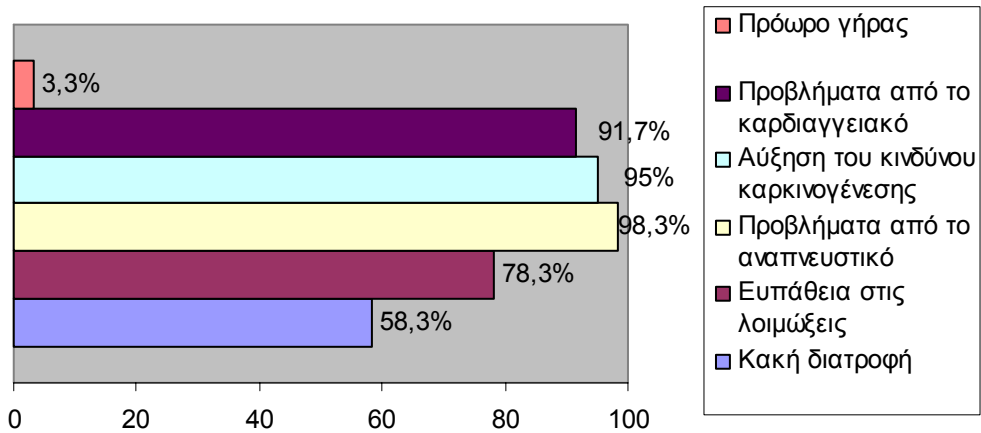
Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα ;



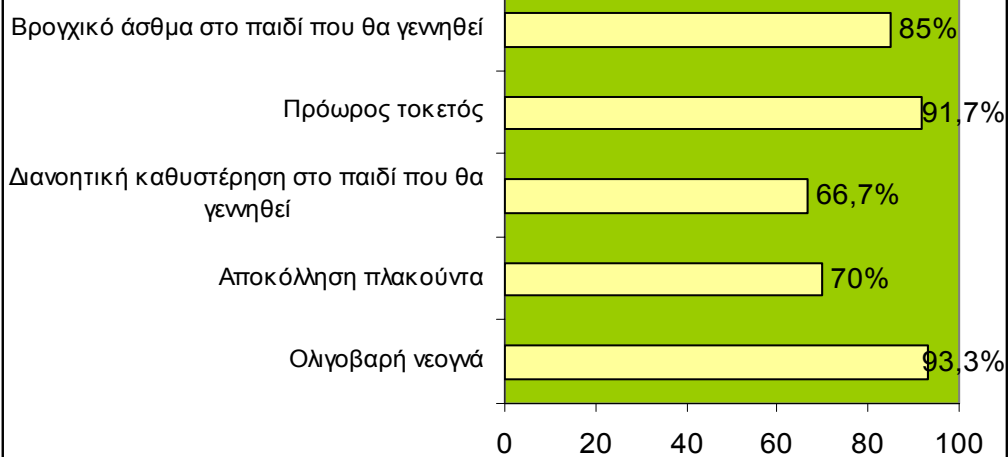
Είστε παθητικός καπνιστής λόγω του οικογενειακού ή εργασιακού περιβάλλοντος ;



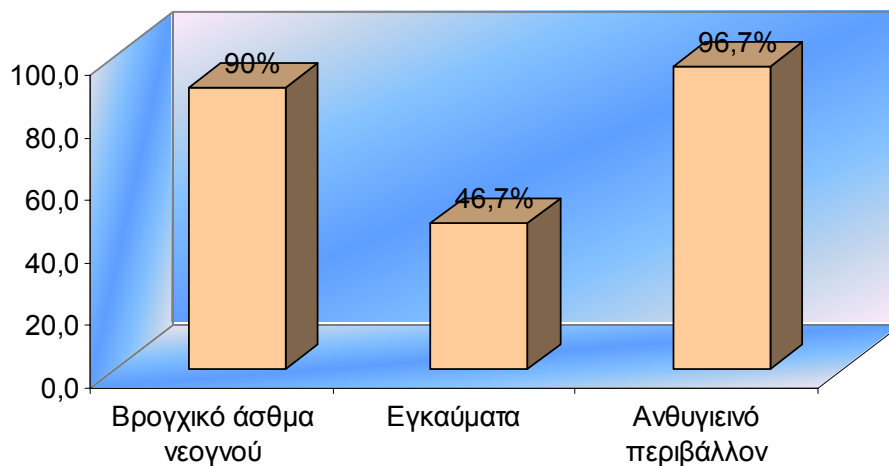
Πιθανές συνέπειες του καπνίσματος στη νέα μητέρα



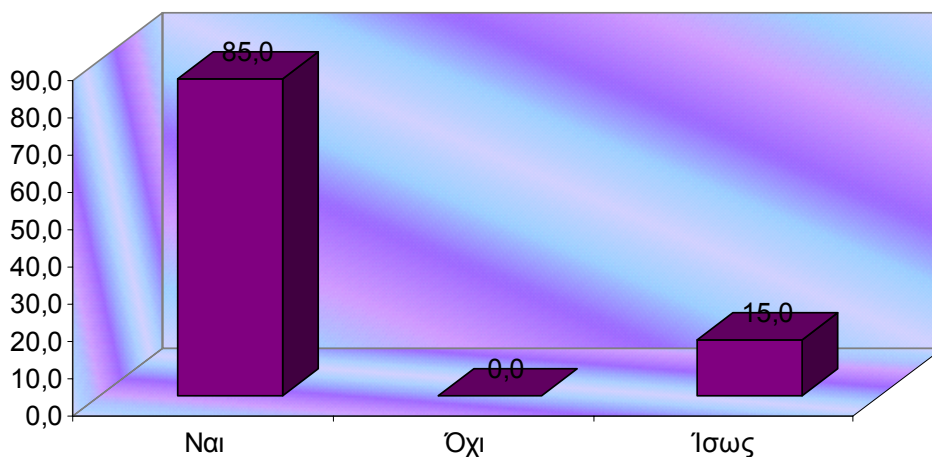
Πιθανές επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη



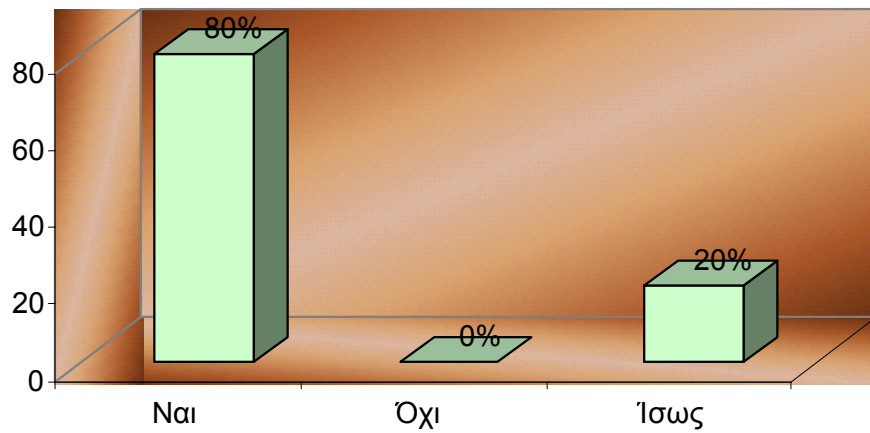
Πιθανές επιπτώσεις του καπνίσματος στη λοχεία ή το θηλασμό



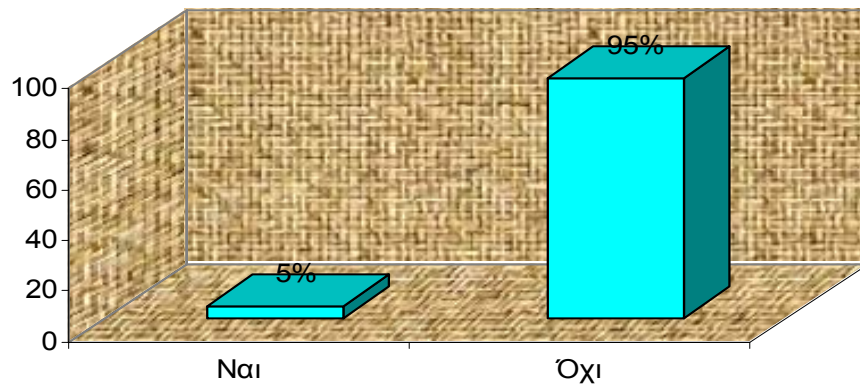
Μεταφέρονται τα προϊόντα καπνού στο νεογνό μέσω του θηλασμού; (%)



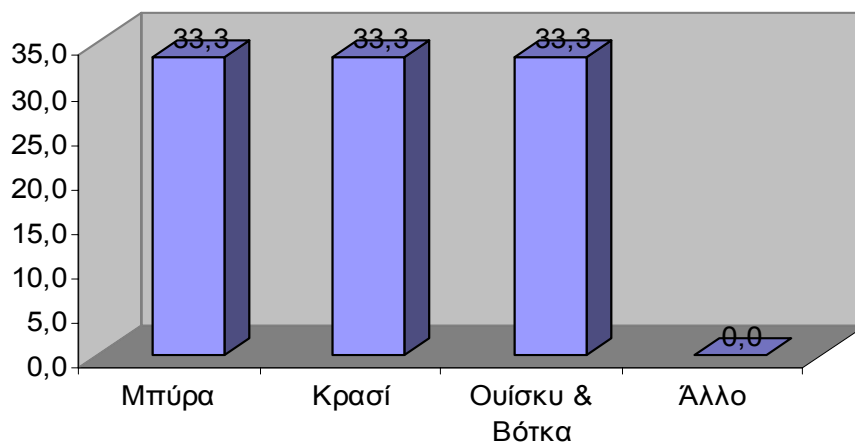
Το παθητικό κάπνισμα πιστεύετε ότι επηρεάζει το έμβρυο ή το νεογνό



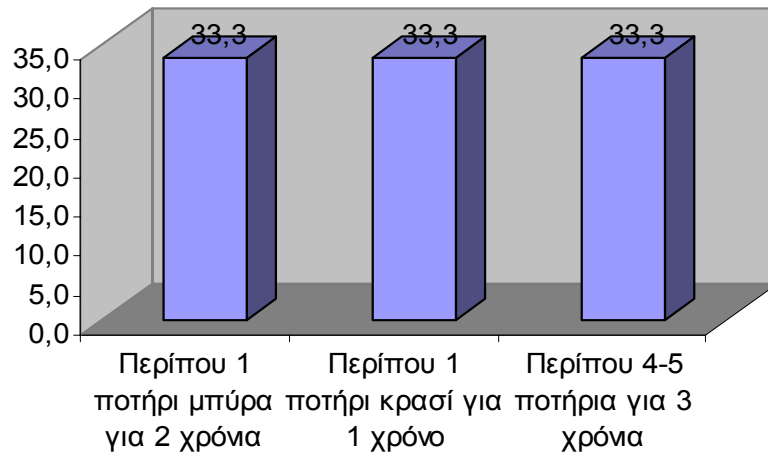
Καταναλώνετε αλκοόλ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης;



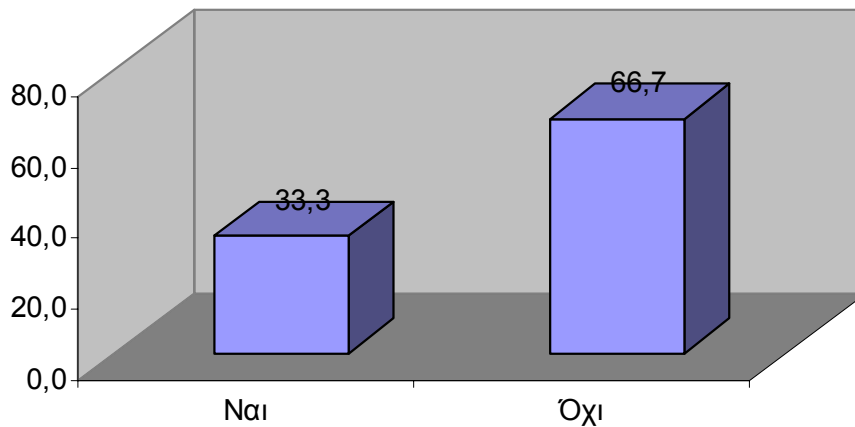
Τι είδους αλκοόλ καταναλώνετε; (%)



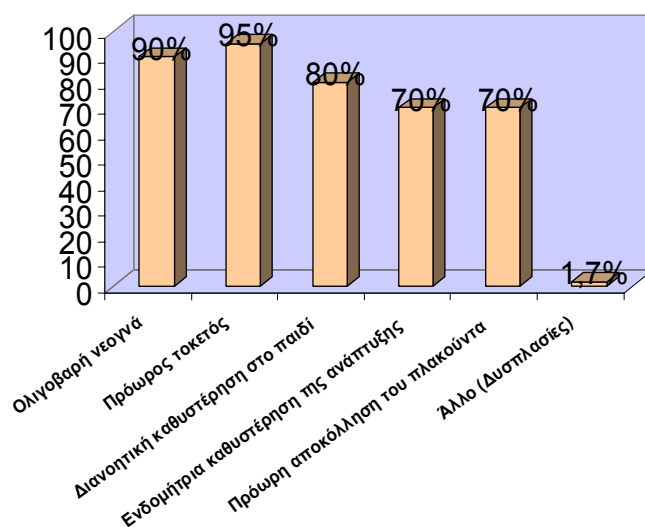
Πόσα ποτήρια ημερησίως και για πόσα χρόνια;



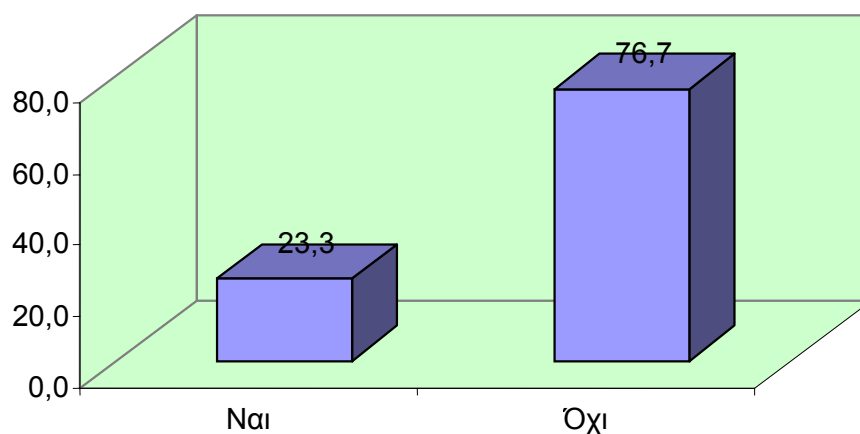
Προσπαθήσατε να διακόψετε ή τουλάχιστο να ελαττώσετε το αλκοόλ στην εγκυμοσύνη;



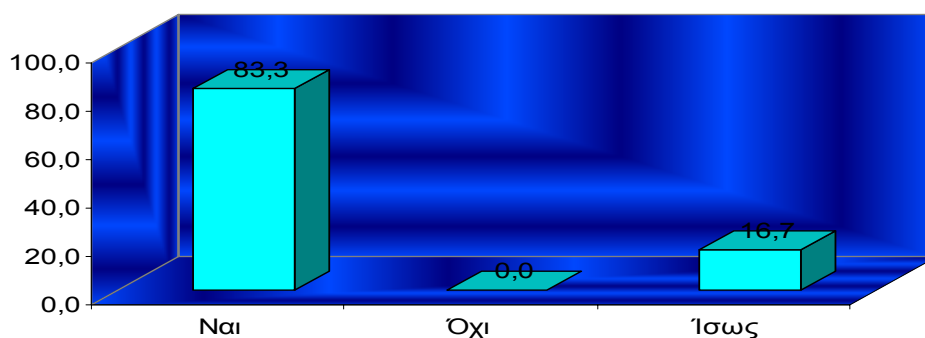
Σημειώστε τις πιθανές επιπτώσεις του αλκοόλ στην εγκυμοσύνη



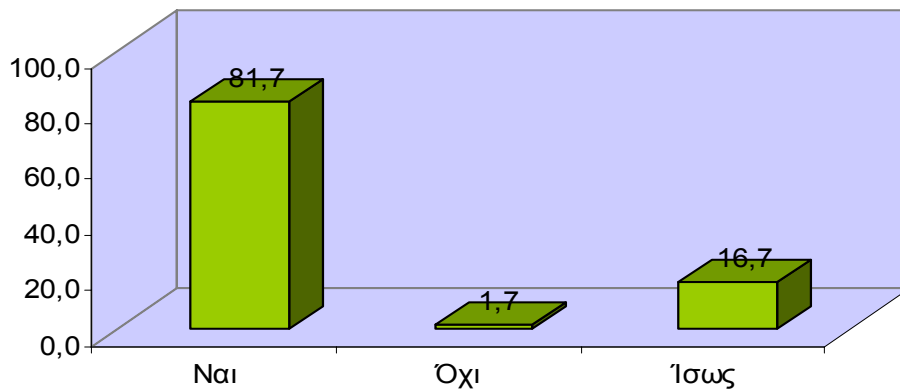
Γνωρίζετε τι είναι το 'εμβρυϊκό σύνδρομο του οينوπνεύματος';



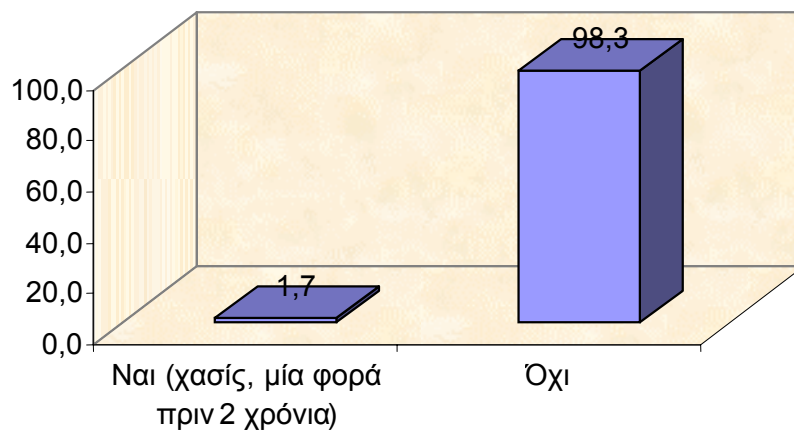
Μπορεί το αλκοόλ να φτάσει στο έμβryo μέσω του πλακούντα;



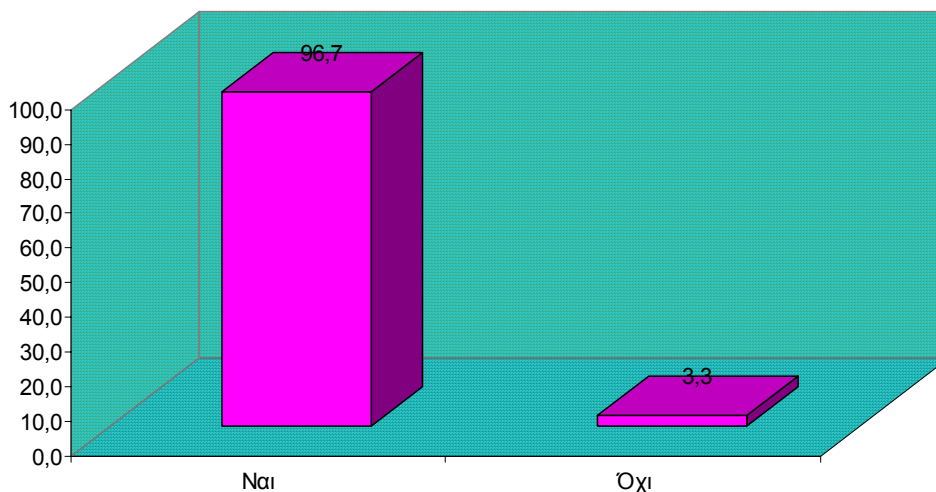
Μπορεί το αλκοόλ να φτάσει στο νεογνό μέσω του θηλασμού;



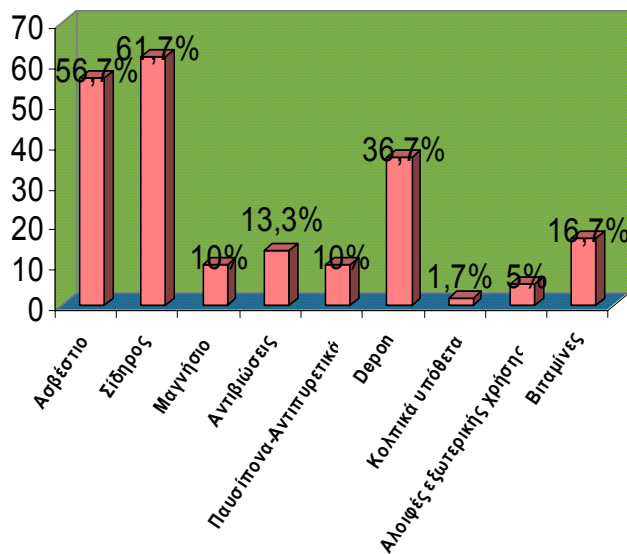
Έχετε κάνει ποτέ χρήση ναρκωτικών ή άλλων εθιστικών ουσιών(%)



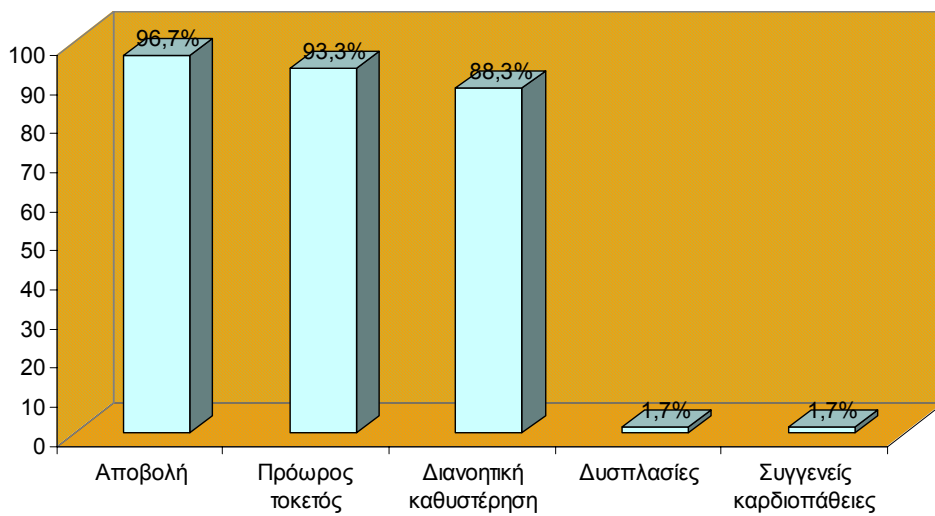
Υπάρχουν φάρμακα τα οποία επιτρέπεται να πάρει μια έγκυος ή μια θηλάζουσα μητέρα; (%)



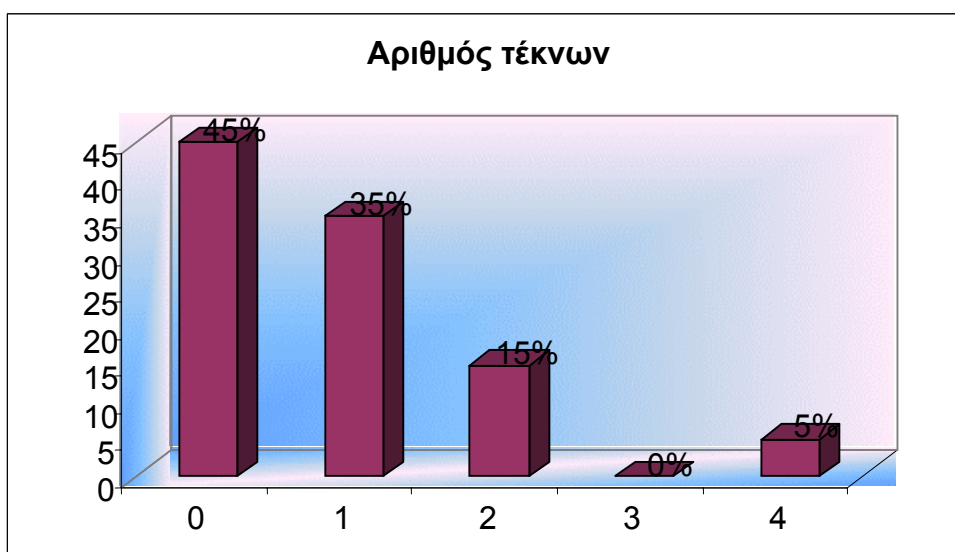
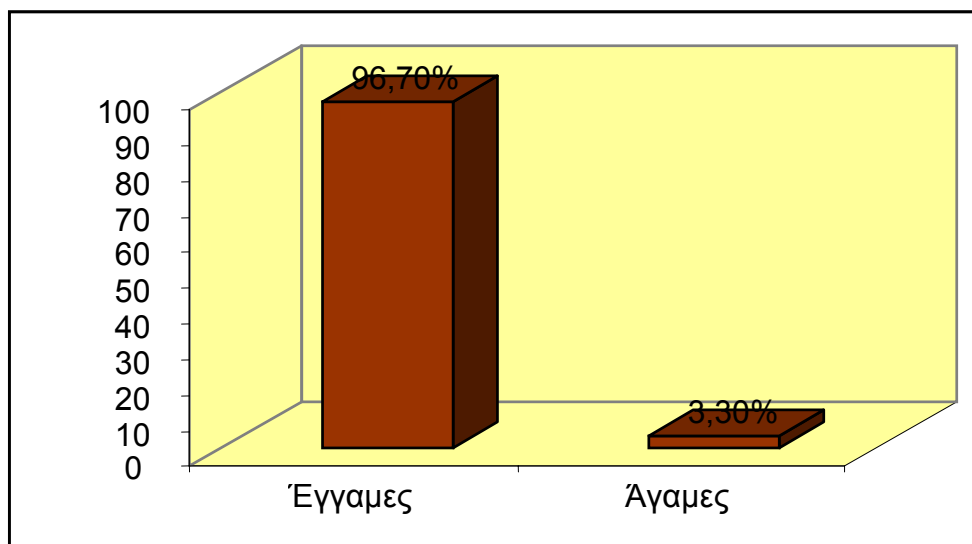
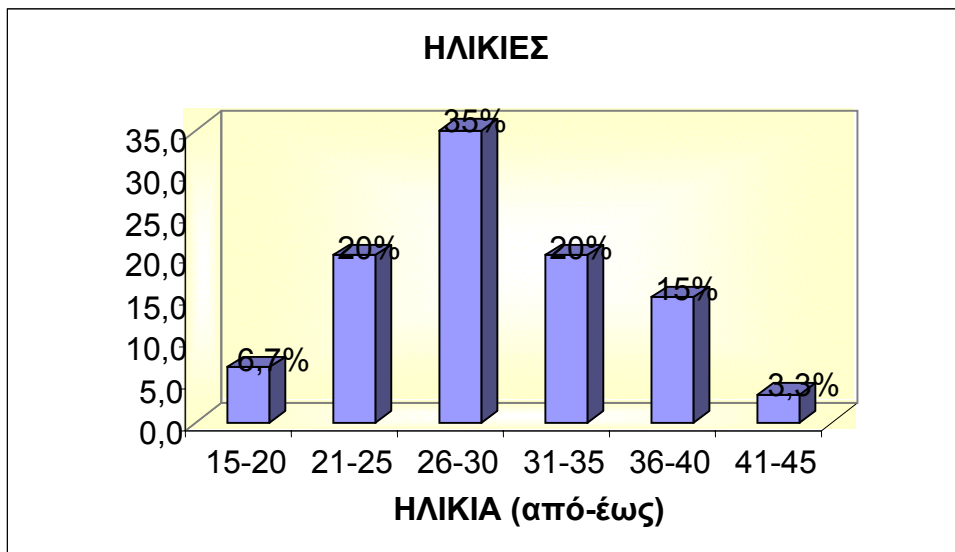
Ποιά είναι αυτά;

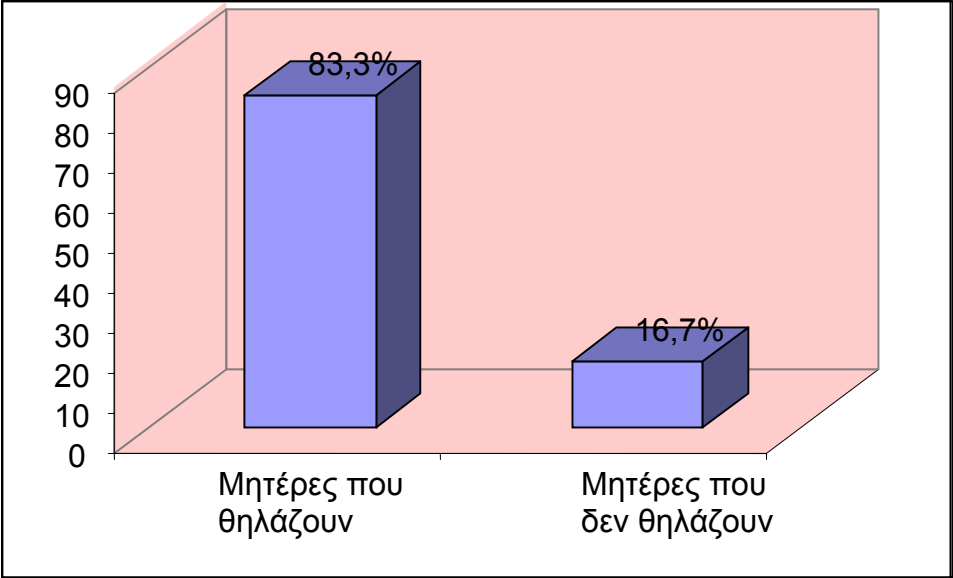
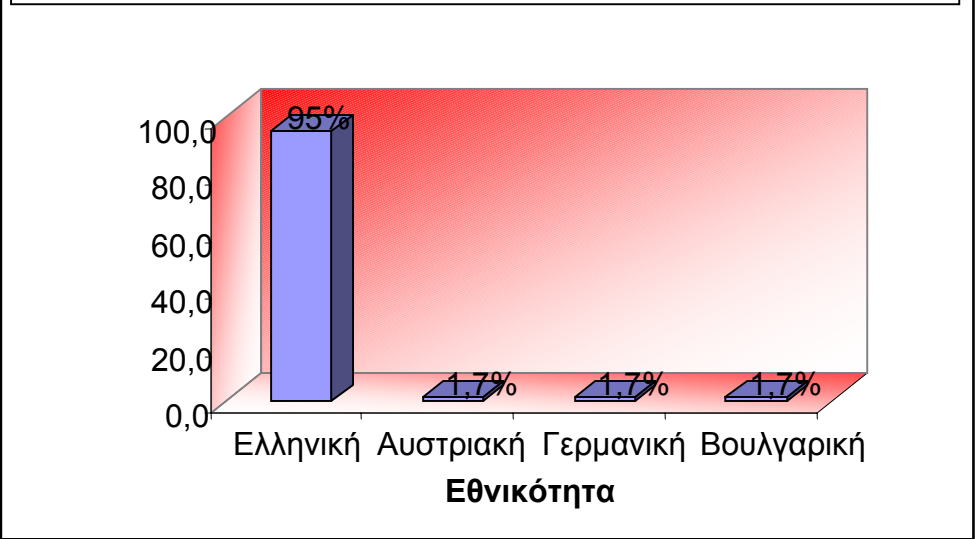
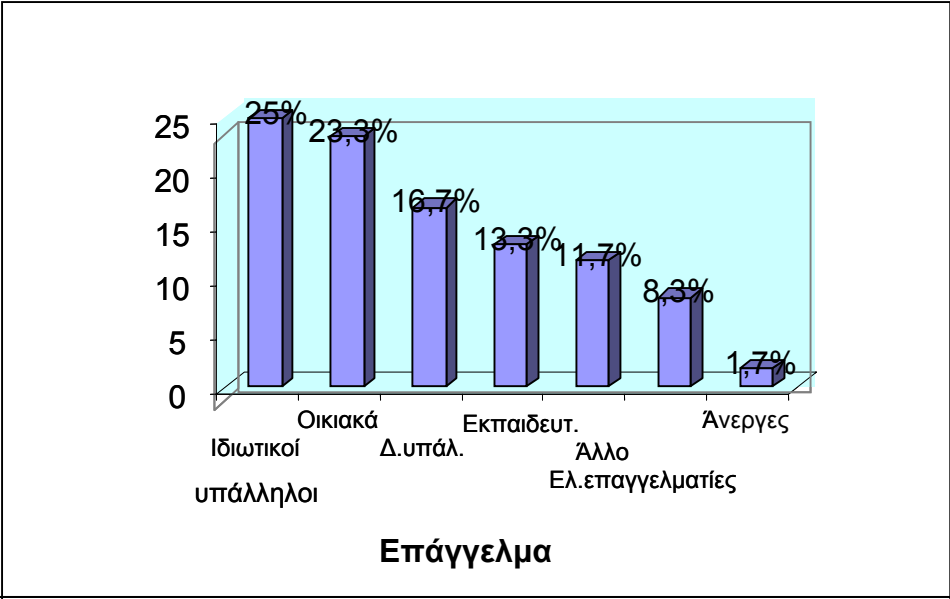


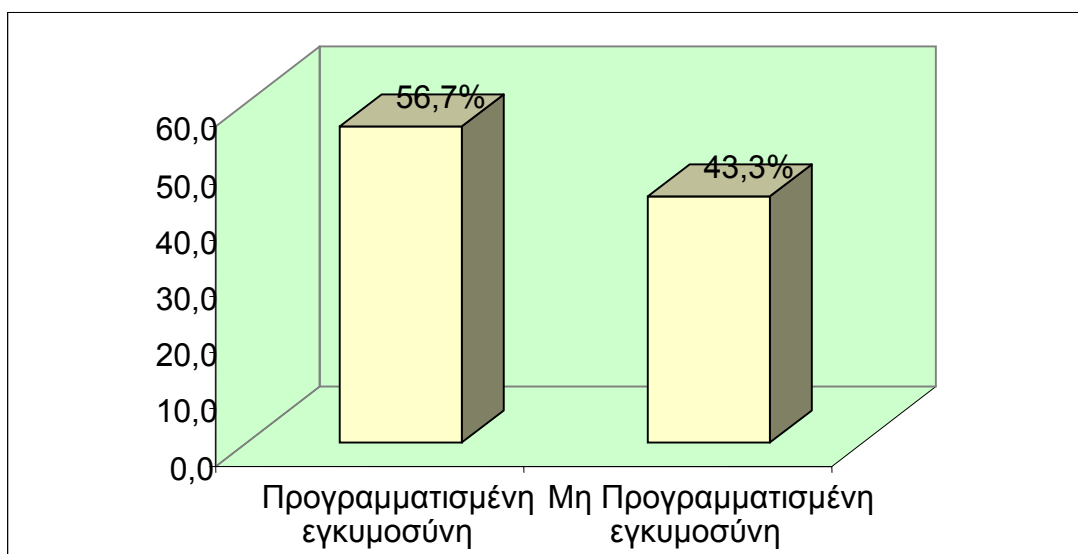
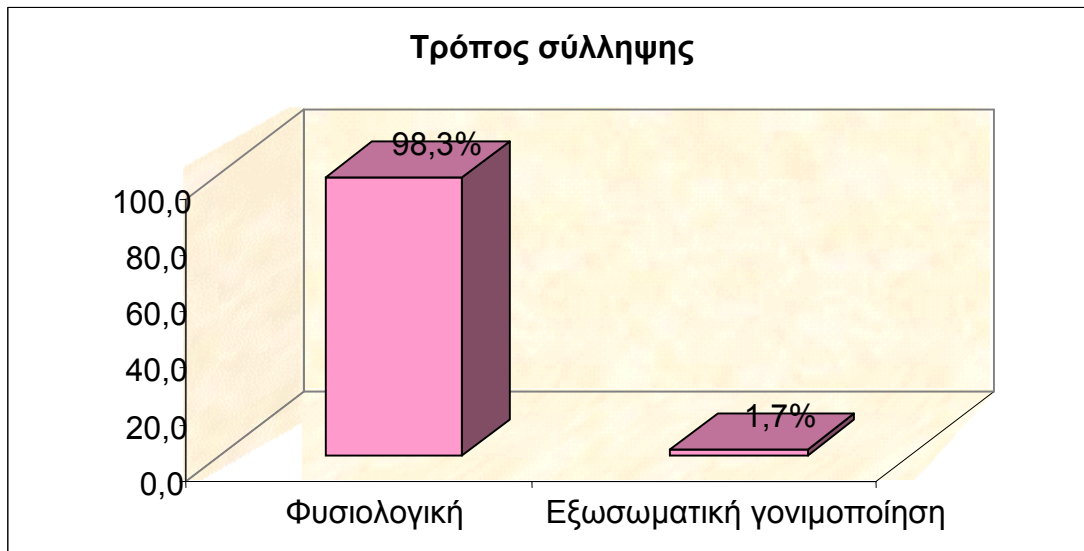
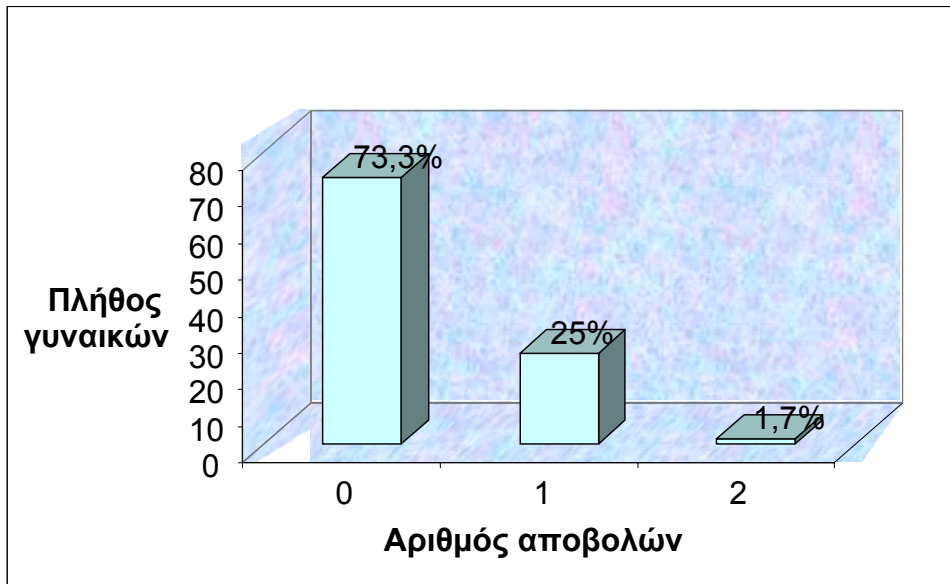
Σημειώστε πιθανές επιπτώσεις των εθιστικών ουσιών στο έμβρυο



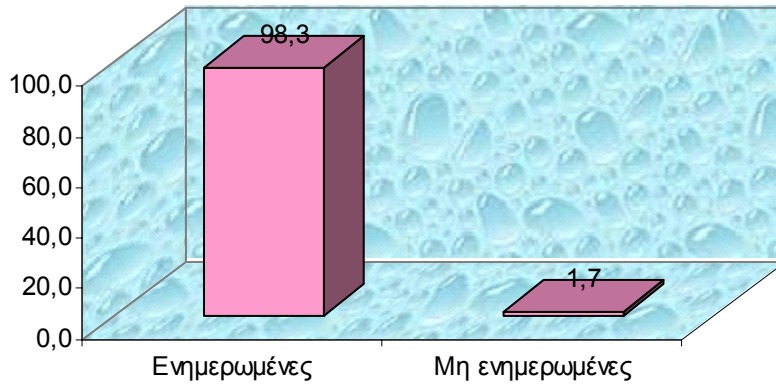
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΟΧΕΙΑΣ



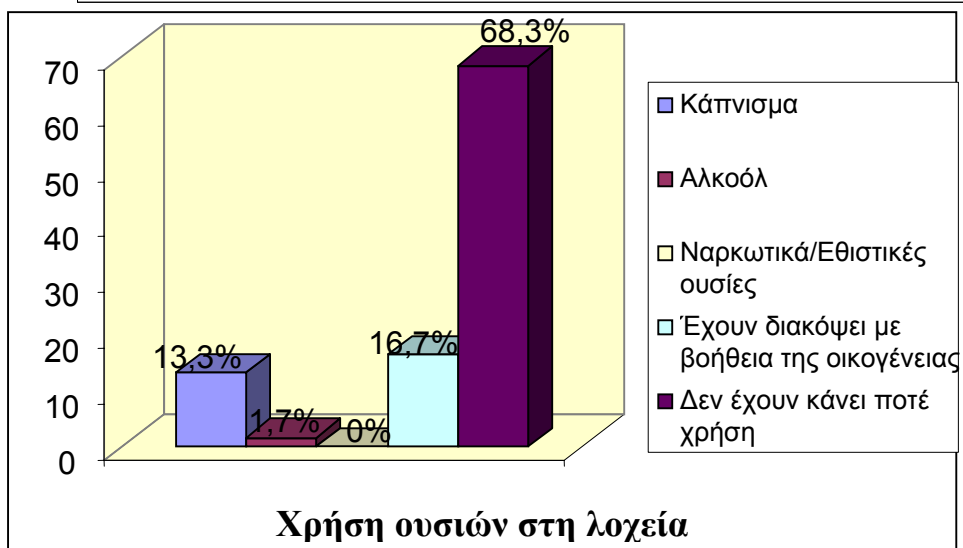
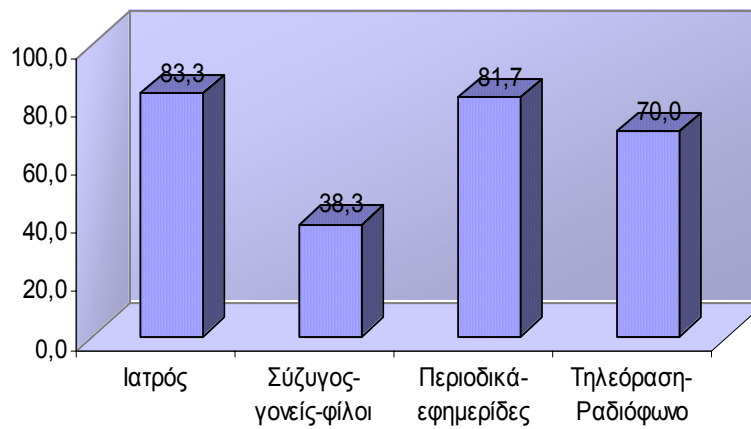




Ενημέρωση για τις συνέπειες του καπνίσματος-αλκοόλ-ουσιών(%)

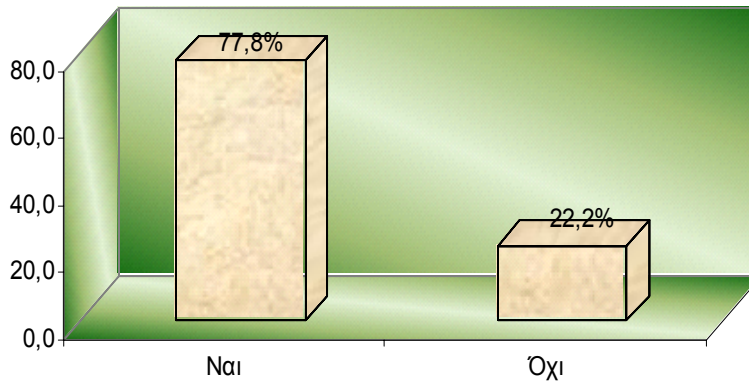


Φορείς ενημέρωσης(%)

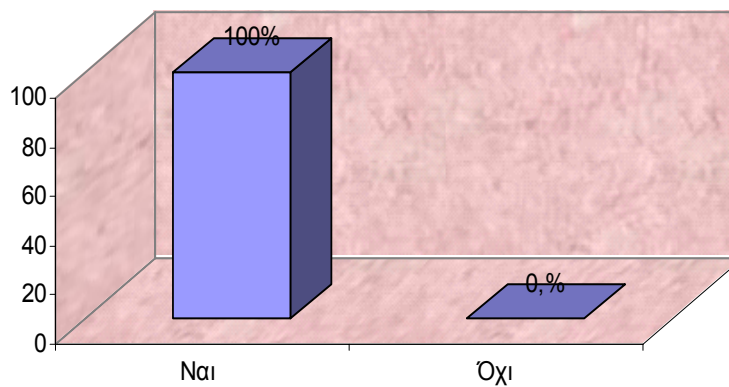


Χρήση ουσιών στη λοχεία

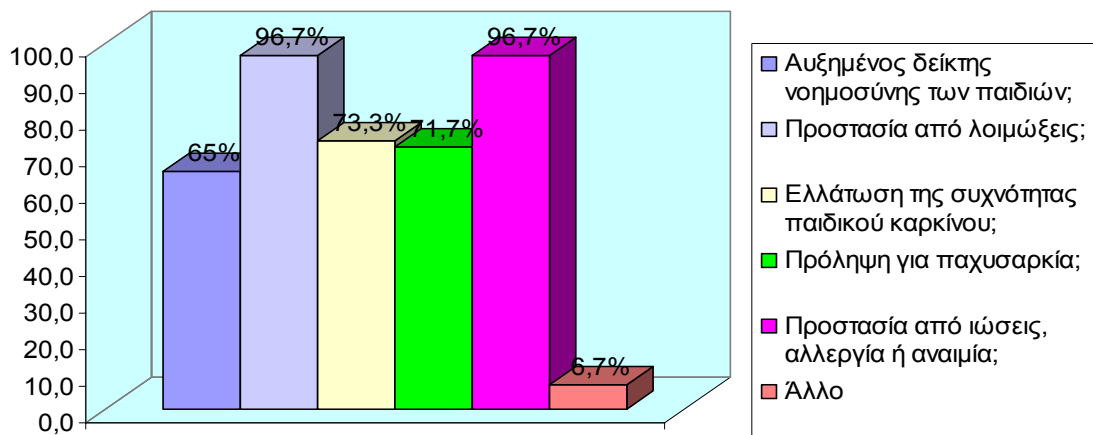
Προσπάθεια διακοπής/μείωσης χρήσης ουσιών (επί των γυναικών που κάνουν χρήση)



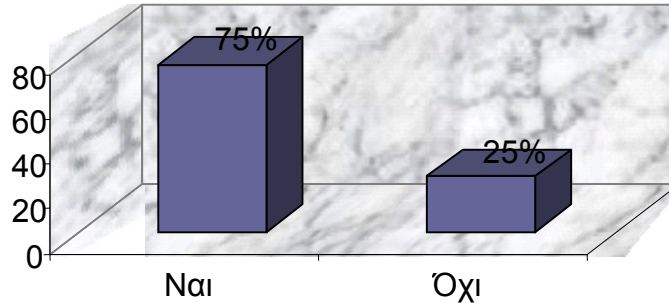
Οι συνήθειες αυτές επηρεάζουν την υγεία του εμβρύου/νεογνού;



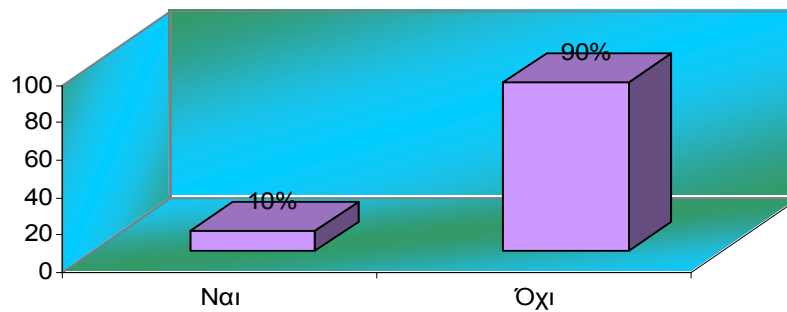
Ποιά είναι τα οφέλη του θηλασμού;



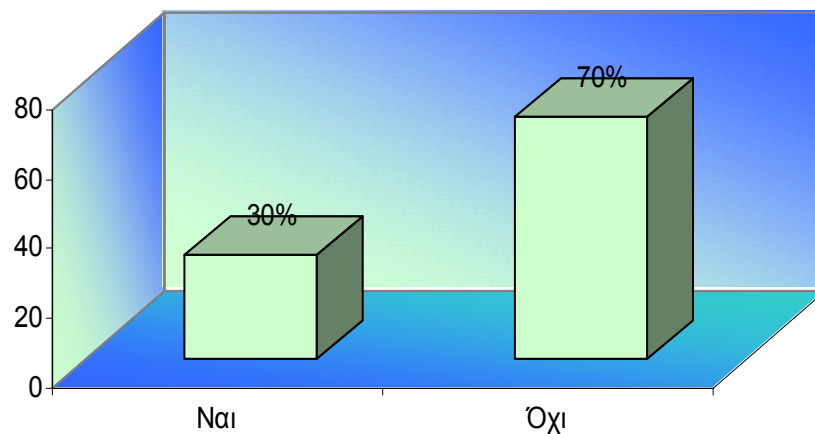
Νοιώθετε ενοχές επειδή δεν καταφέρατε ή δεν επιχειρήσατε τη διακοπή μιας συνήθειας που πιθανά να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία σας και στην υγεία του παιδιού;



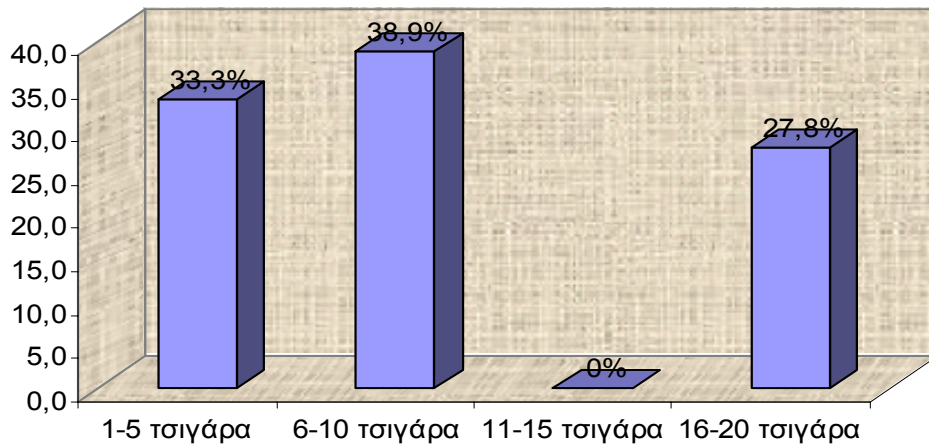
Καπνίζατε στην προηγούμενη εγκυμοσύνη; (Γυναίκες που έχουν κι άλλα παιδιά ή είχαν κάποια αποβολή στο παρελθόν)



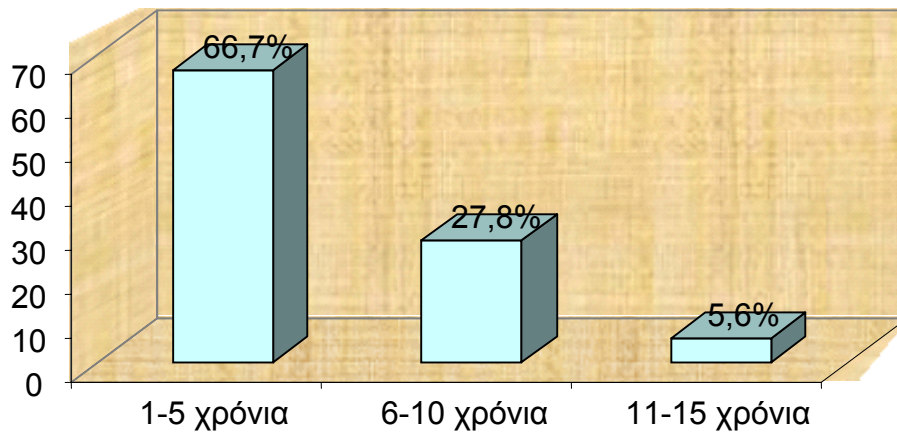
Καπνίζατε πριν την παρούσα εγκυμοσύνη; (Γυναίκες που κάπνιζαν κάποια στιγμή στη ζωή τους)



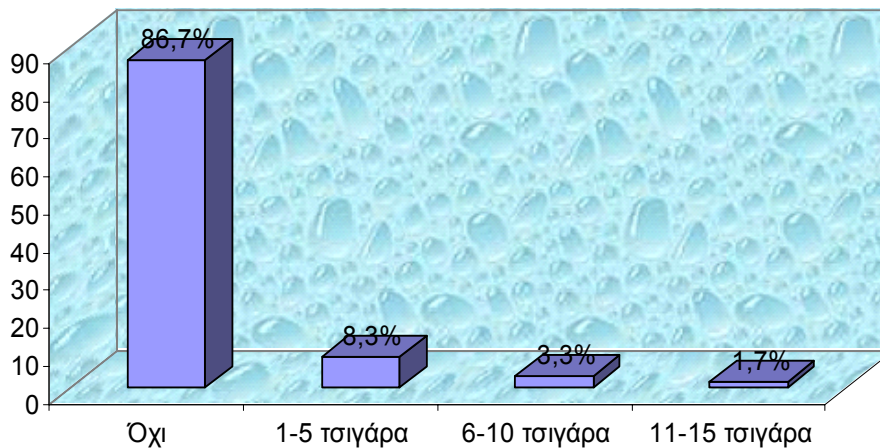
Κατανάλωση τσιγάρων ημερησίως



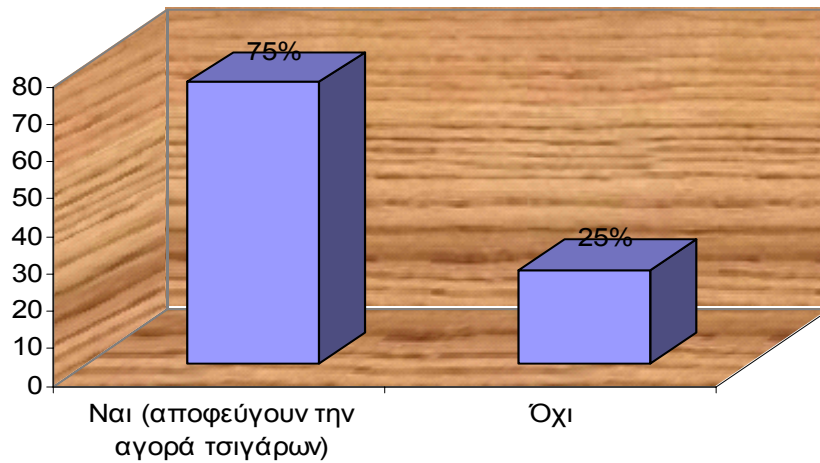
Χρόνια κατανάλωσης τσιγάρων



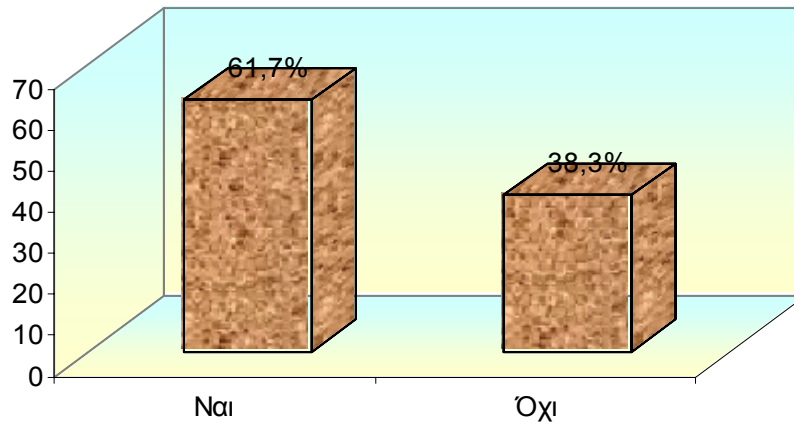
Καπνίζετε ή καπνίζατε στην παρούσα εγκυμοσύνη ;



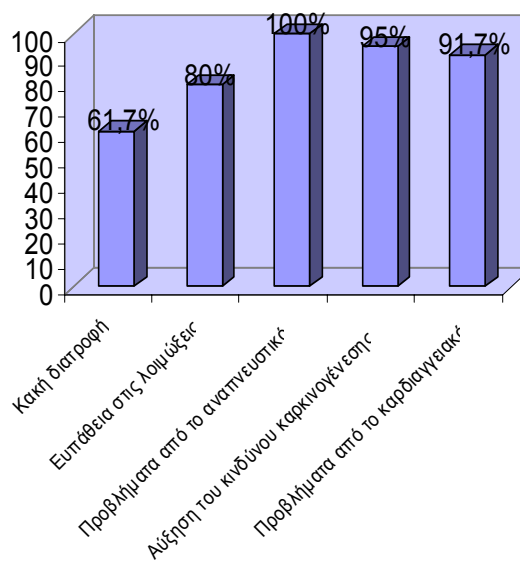
Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα;



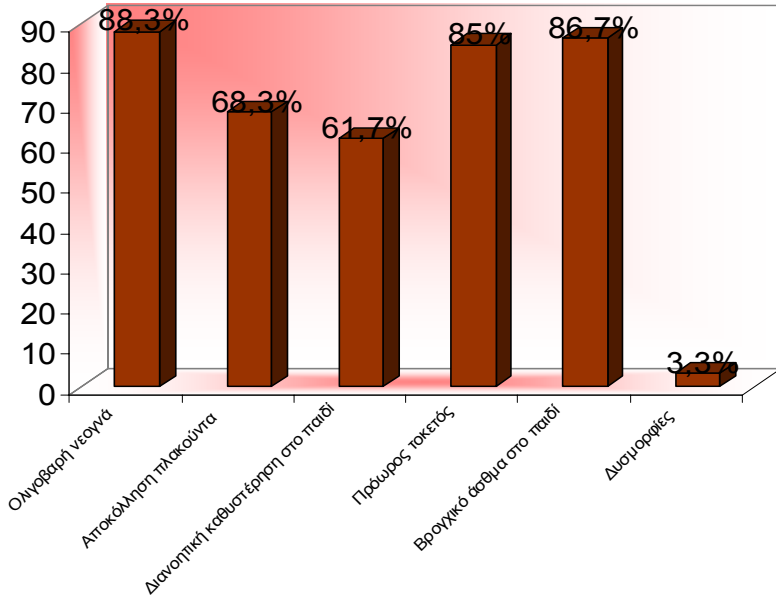
Είστε παθητικός καπνιστής λόγω του οικογενειακού ή εργασιακού περιβάλλοντος;



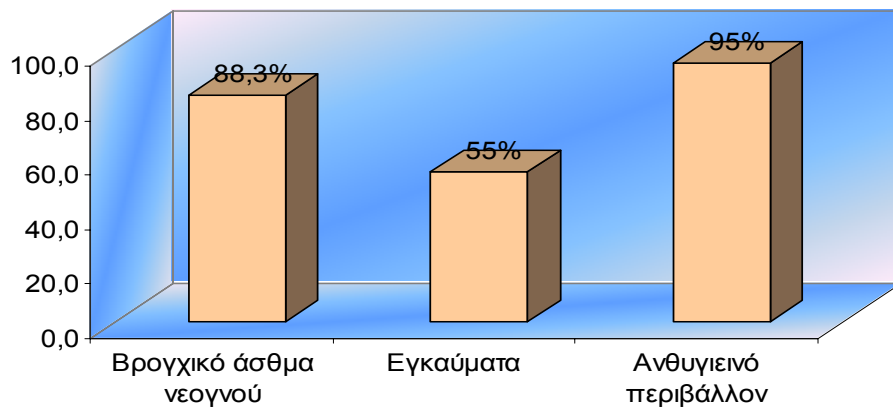
Πιθανές συνέπειες του καπνίσματος στην νέα μητέρα(%)



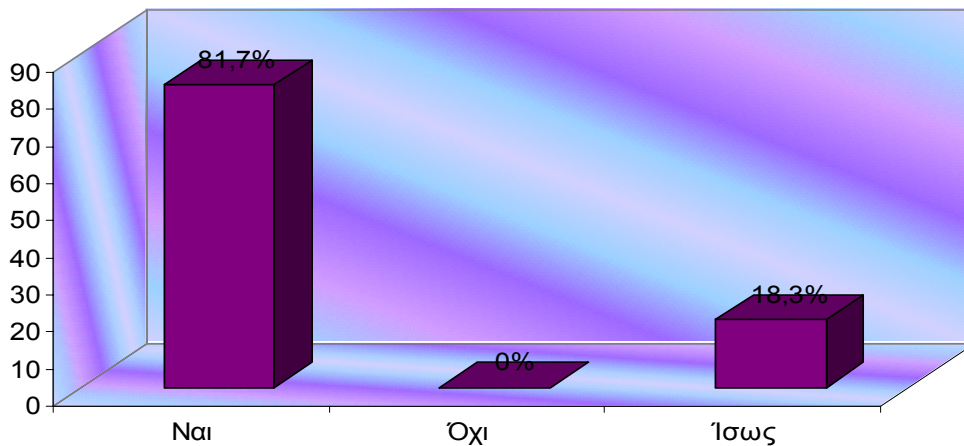
Πιθανές επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη



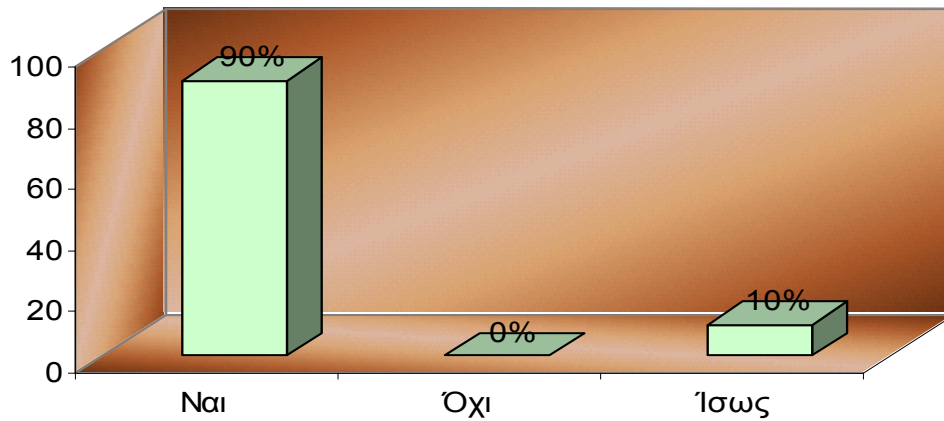
Πιθανές επιπτώσεις του καπνίσματος στη λοχεία ή το θηλασμό



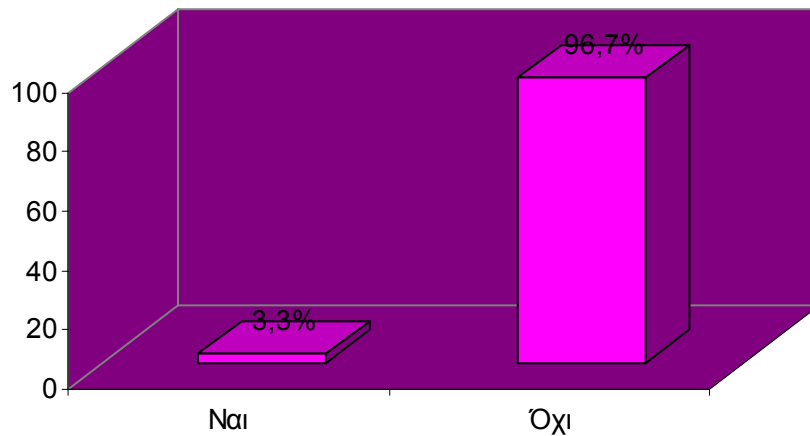
Μεταφέρονται τα προϊόντα καπνού στο νεογνό μέσω του θηλασμού;



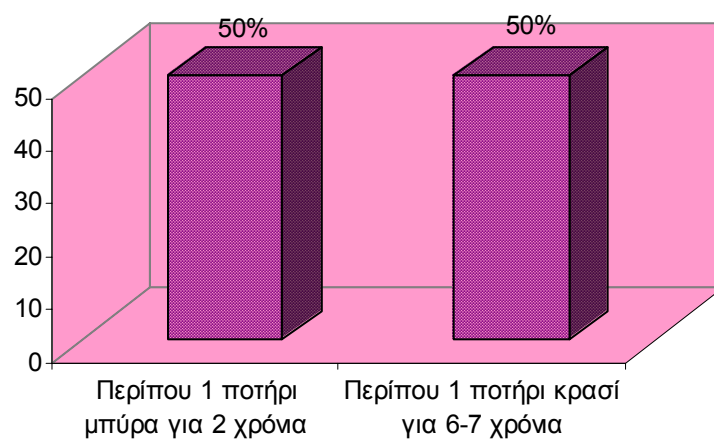
Το παθητικό κάπνισμα πιστεύετε ότι επηρεάζει το έμβryo ή το νεογνό;



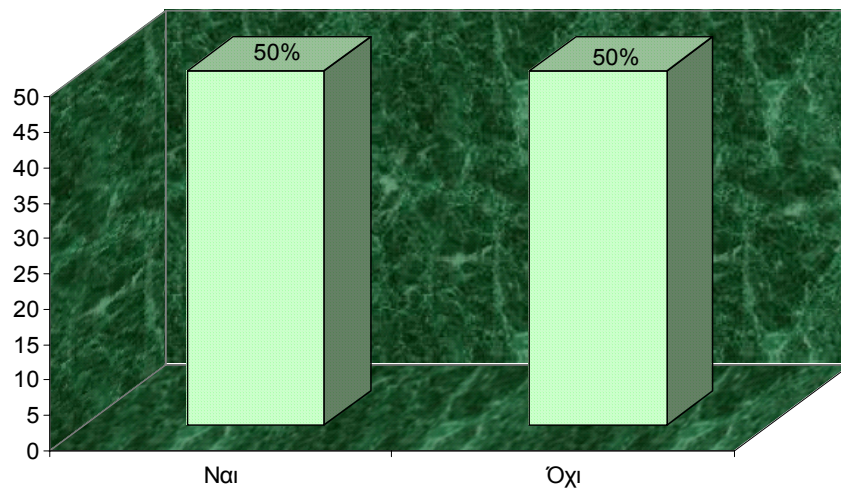
Καταναλώνετε αλκοόλ στη διάρκεια του θηλασμού ή της λοχείας;



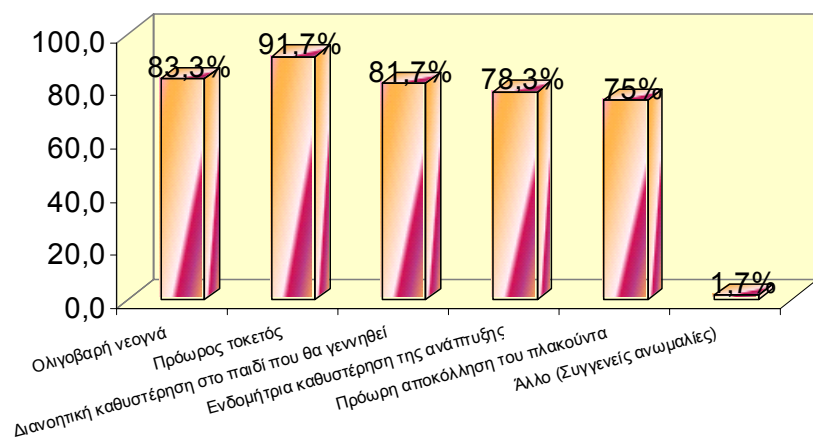
Πόσα ποτήρια ημερησίως και για πόσα χρόνια;



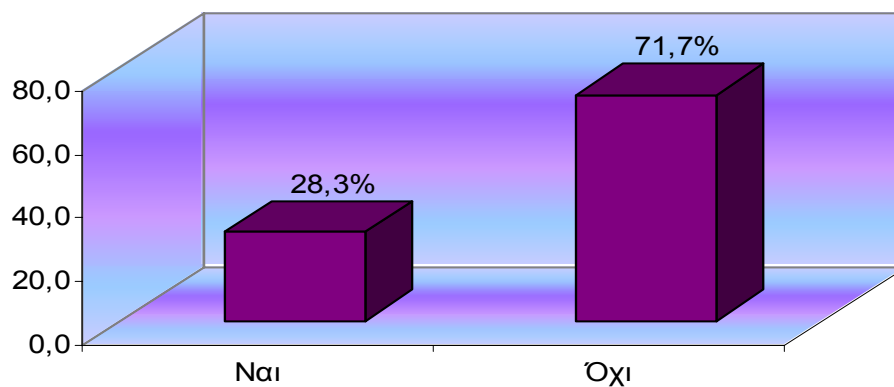
Προσπαθήσατε να διακόψετε ή τουλάχιστο να ελατώσετε το αλκοόλ στην εγκυμοσύνη;



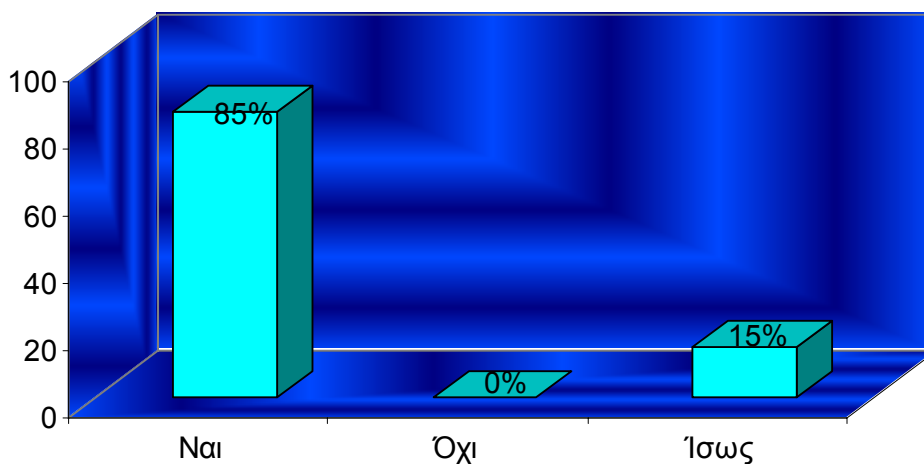
Σημειώστε τις πιθανές επιπτώσεις του αλκοόλ στην εγκυμοσύνη



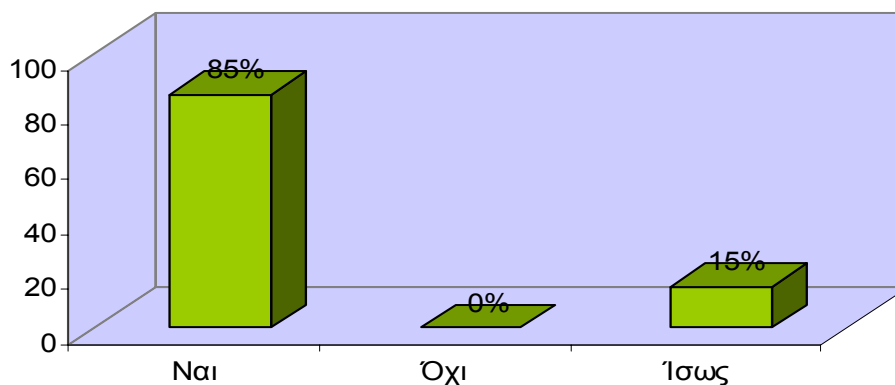
Γνωρίζετε τι είναι το "εμβρυϊκό σύνδρομο του οινοπνεύματος";



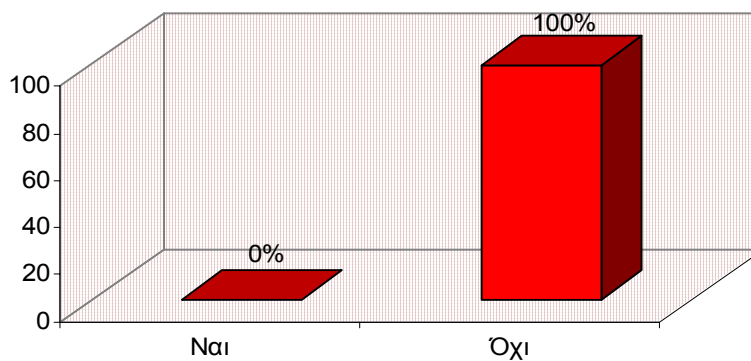
Μπορεί το αλκοόλ να φτάσει στο έμβryo μέσω του πλακούντα;



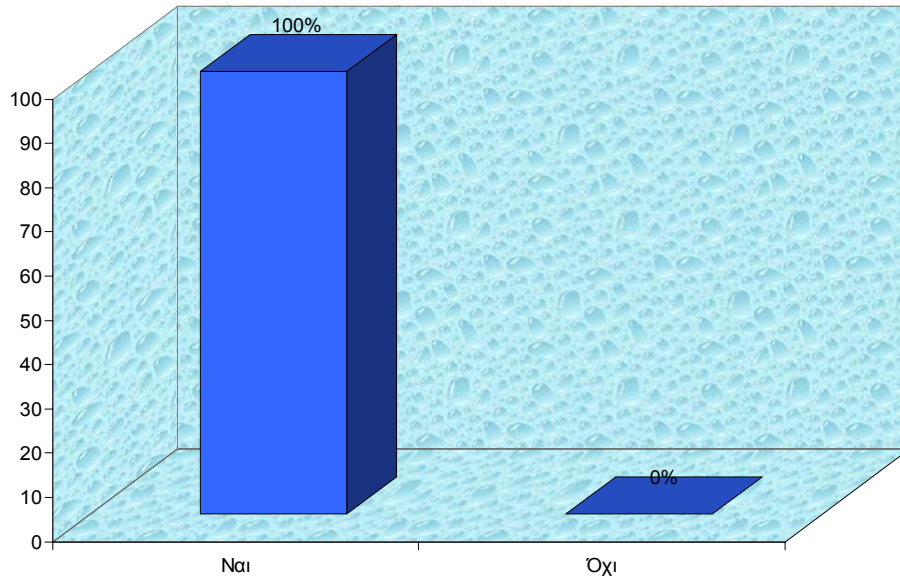
Μπορεί το αλκοόλ να φτάσει στο νεογνό μέσω του θηλασμού;



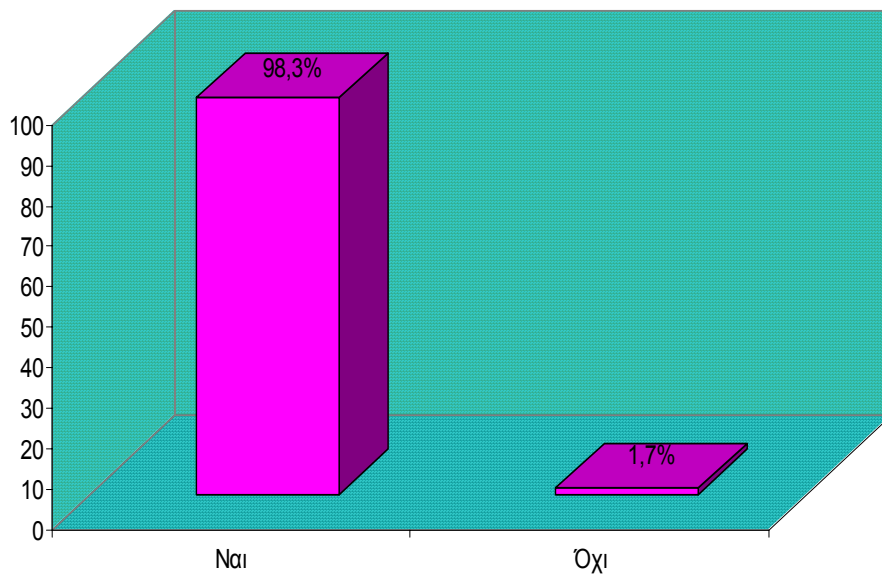
Έχετε κάνει ποτέ χρήση ναρκωτικών ή άλλων εθιστικών ουσιών;



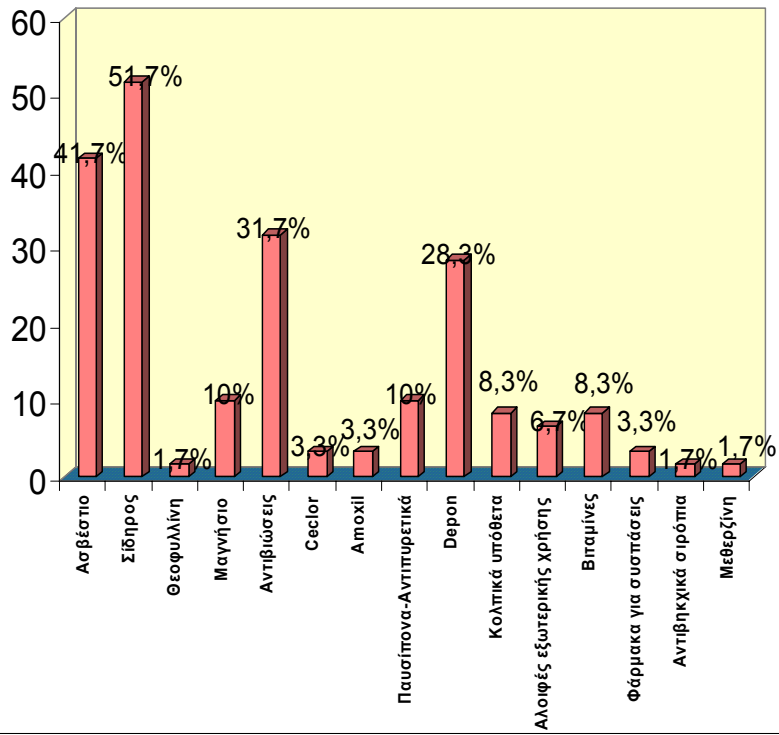
Πιστεύετε ότι η χρήση φαρμάκων πρέπει να αποφεύγεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού;



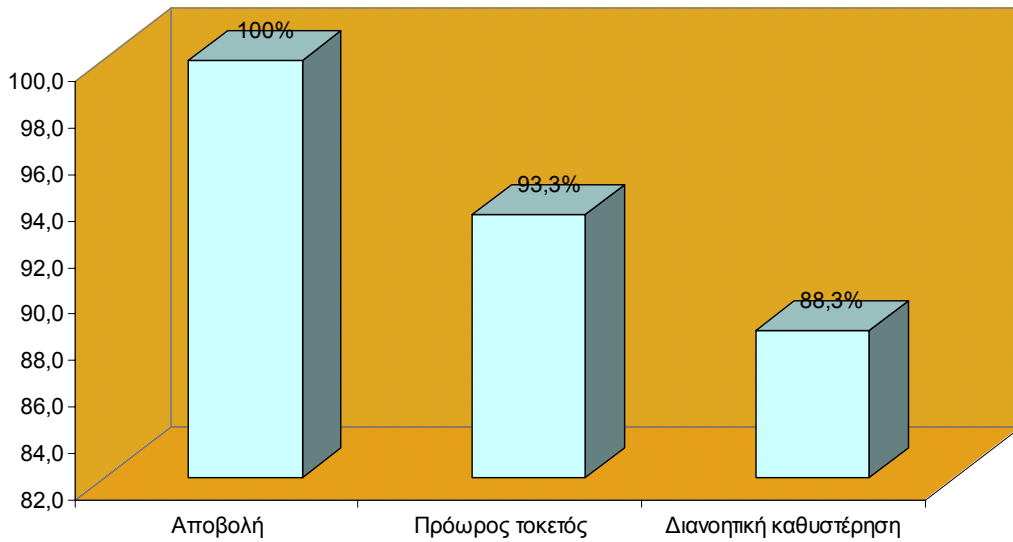
Υπάρχουν φάρμακα τα οποία επιτρέπεται να πάρει μια έγκυος ή μια θηλάζουσα μητέρα;



Ποιά είναι αυτά;



Σημειώστε πιθανές επιπτώσεις των εθιστικών ουσιών στο έμβρυο



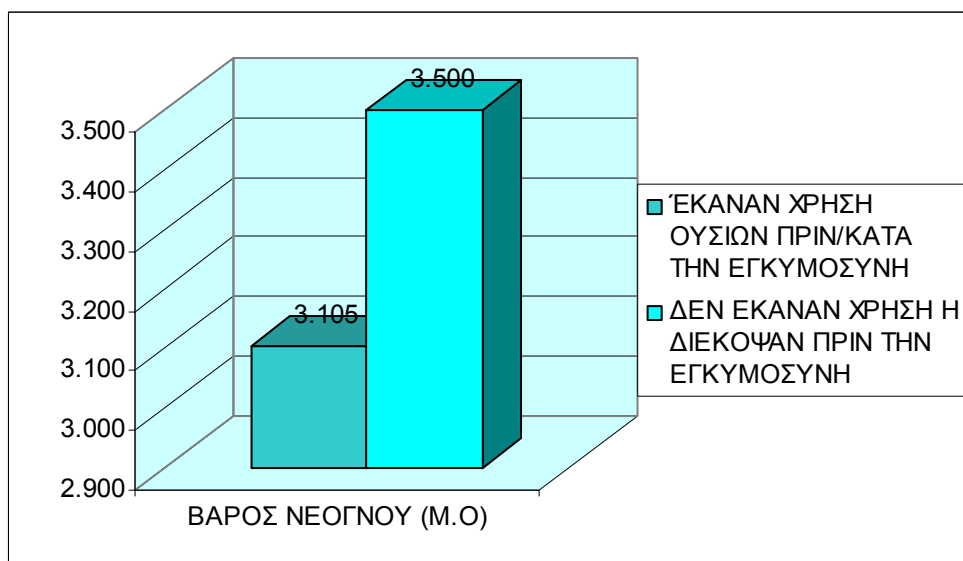
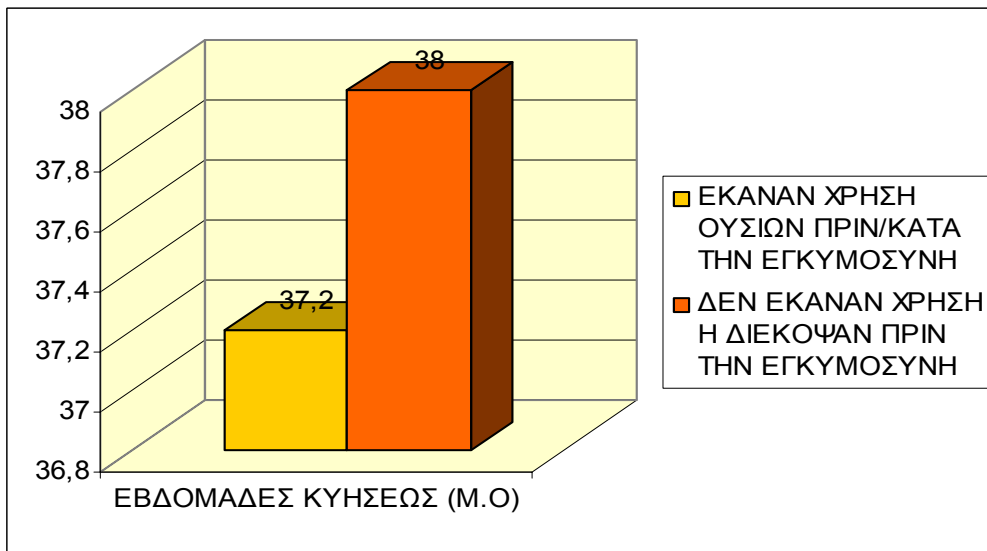
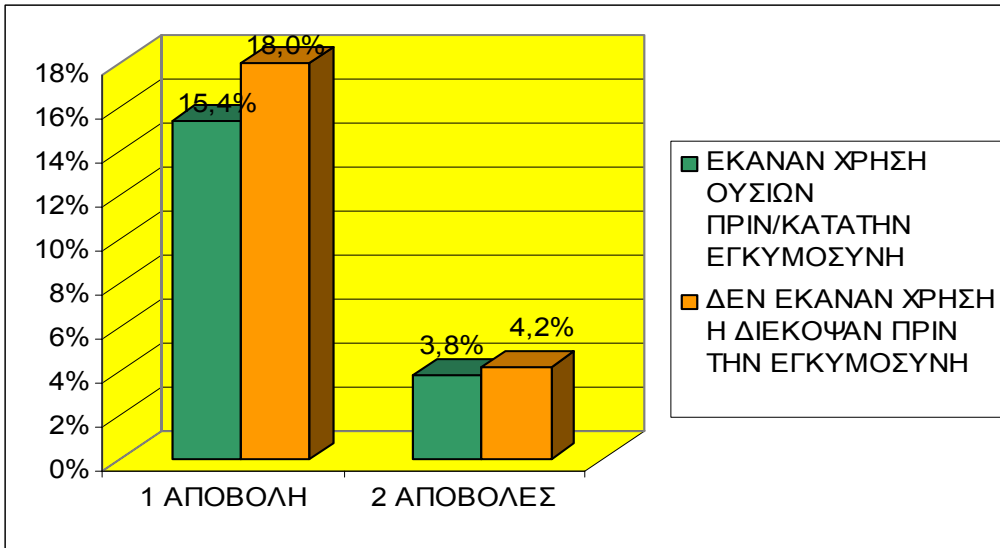
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

	ΕΚΑΝΑΝ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΠΡΙΝ/ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	ΔΕΝ ΕΚΑΝΑΝ ΧΡΗΣΗ Η ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ
1 ΑΠΟΒΟΛΗ	15,40%	18,00%
2 ΑΠΟΒΟΛΕΣ	3,80%	4,20%

	ΕΚΑΝΑΝ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΠΡΙΝ/ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	ΔΕΝ ΕΚΑΝΑΝ ΧΡΗΣΗ Η ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ
ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΚΥΗΣΕΩΣ (Μ.Ο)	37,2	38

	ΕΚΑΝΑΝ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΠΡΙΝ/ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	ΔΕΝ ΕΚΑΝΑΝ ΧΡΗΣΗ Η ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ
ΒΑΡΟΣ ΝΕΟΓΝΟΥ (Μ.Ο)	3.105 γρ.	3.500 γρ.

	ΕΚΑΝΑΝ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	ΔΕΝ ΕΚΑΝΑΝ ΧΡΗΣΗ Η ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Στραβισμός 2. Σύνδρομο Down 3. Βρογχικό άσθμα 	-----



Συζήτηση.

Είναι πλέον αναμφισβήτητο το γεγονός, ότι η ενημέρωση και γενικότερα η πρόληψη γύρω από ένα θέμα υγείας, μπορεί να αποβεί σωτήρια για έναν άνθρωπο. Στον τομέα της Μαιευτικής-Γυναικολογίας, που η εργασία αυτή εστιάζει το ενδιαφέρον και την έρευνα της, η σωστή ενημέρωση των γυναικών και ειδικότερα των μελλοντικών μητέρων, κατέχει το ρόλο του στυλοβάτη για τη γέννηση παιδιών χωρίς προβλήματα υγείας, αλλά και για την διεξαγωγή μιας ομαλής εγκυμοσύνης δίχως επιπτώσεις στη μητέρα ή το έμβρυο.

Αυτά τα οποία, μια μέλλουσα μητέρα θα πρέπει να προσέξει, να αποφύγει, να διακόψει ή ενδεχομένως να προσθέσει στην καθημερινότητα της, είναι πολλά. Ίσως να ακούγεται υπερβολικό, όμως δεν είναι, αν αναλογιστούμε την σπουδαιότητα του να φέρουμε μια νέα ζωή στον κόσμο. Οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν σε μια απρόσεχτη εγκυμοσύνη είναι πολλοί. Η εργασία αυτή εστίασε το ενδιαφέρον της σε κάποιους, ίσως τους σημαντικότερους, απ' αυτούς.

Το κάπνισμα, το αλκοόλ, η χρήση εθιστικών ουσιών, καθώς και η ανεξέλεγκτη χρήση φαρμάκων, βλάπτουν σοβαρά κάθε υγιή οργανισμό προκαλώντας σοβαρά ίσως και μη ιάσιμα προβλήματα υγείας, ακόμα και τον θάνατο. Μια μέλλουσα μητέρα δεν θα ήταν δυνατόν να εξαιρεθεί από τον κανόνα αυτόν. Μελέτες που έγιναν κατά καιρούς, έδειξαν ότι τα προϊόντα καπνού, η κατανάλωση αλκοόλ, η λήψη διαφόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων και η ελάχιστη ακόμα χρήση εθιστικών ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, πριν, αλλά και μετά απ' αυτήν, δηλαδή την περίοδο της λοχείας, ευθύνονται για την εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο, αναπνευστικών και καρδιακών νοσημάτων, καθώς επίσης και σοβαρών εγκεφαλικών διαταραχών.

Σχολιασμός ερευνητικών αποτελεσμάτων.

Η έρευνα χωρίζεται σε δύο κατηγορίες γυναικών, σε αυτές που διανύουν περίοδο εγκυμοσύνης και σε αυτές που βρίσκονται σε περίοδο λοχείας.

Σε ότι αφορά την πρώτη κατηγορία, δηλαδή τις γυναίκες σε περίοδο εγκυμοσύνης, η πλειοψηφία (36,7%) είναι ηλικίας 26-30 ετών. Από το σύνολο των εγκύων, το 90% είναι έγγαμες και το 10% άγαμες. Για το 45% ήταν το πρώτο παιδί, ενώ τρία παιδιά είχε μόλις το 10%. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (25%) και ακολουθούν οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά (18,3%) και οι δημόσιοι υπάλληλοι (16,7%). Το 90% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν Ελληνίδες και το 10% διαφόρων εθνικοτήτων. Στην

πλειοψηφία τους (45%) διένυαν το Β΄ τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους, ενώ το Α΄ και Γ΄ διένυαν το 11,7% και 43% αντίστοιχα. Όσον αφορά τις αποβολές, μόλις το 10% είχε μια και το 6,7% δυο. Ο τρόπος σύλληψης ήταν φυσιολογικός στο 100% και η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη σε ποσοστό 56,7%.

Σχετικά με το κύριο μέρος της έρευνας, δηλαδή σε ότι αφορά την χρήση ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, το 95% των γυναικών που ερωτήθηκαν, δήλωσε ότι έχει ενημερωθεί σχετικά με τις συνέπειες που επιφέρει το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση ουσιών. Η ενημέρωση γίνεται κυρίως από τον ιατρό (86,7%) και εν συνεχεία από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο (63,3%) και από τον τύπο (61,7%) με τελευταία πηγή ενημέρωσης το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον (35%). Το 61,7% δηλώνει ότι δεν έκανε ποτέ χρήση οποιασδήποτε ουσίας, ενώ το 10% έχει διακόψει την χρήση με την βοήθεια της οικογένειας. Το 98,3% πιστεύει ότι οι συνήθειες αυτές επηρεάζουν την υγεία του εμβρύου-νεογνού, ενώ καμία γυναίκα δεν πιστεύει ότι έχουν ευεργετικά αποτελέσματα. Σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού, το 96,7% πιστεύει ότι ο θηλασμός προστατεύει από λοιμώξεις, το 91,7% από ιώσεις, αλλεργίες και αναιμία και ακολουθούν, αυξημένος δείκτης νοσημότητας (76,7%) ελάττωση της συχνότητας του παιδικού καρκίνου (75%), πρόληψη για παχυσαρκία (63,3%). Όσον αφορά τις γυναίκες που δεν κατάφεραν να διακόψουν μια βλαβερή για το έμβρυο συνήθεια, το 85% δηλώνει ότι νιώθει ενοχές.

Από τις γυναίκες που είχαν κι άλλα παιδιά ή κάποια αποβολή στο παρελθόν το 77,8% κάπνιζε κατά την διάρκεια της προηγούμενης εγκυμοσύνης. Ενώ το 66,7% επί του συνόλου κάπνιζαν σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους. Οι περισσότερες (35%) κάπνιζαν 1-5 τσιγάρα ημερησίως, έως και 20 τσιγάρα το 50%, ενώ περισσότερα από 20 το 15%. Αναφορικά με την διάρκεια κατανάλωσης τσιγάρων, το 40% καπνίζει 1-5 χρόνια, το 30% 6-10 χρόνια, το 25% 11-15 και το 5% 16-20 χρόνια. Στην εγκυμοσύνη που διανύουν τώρα το 76,7% δεν καπνίζει, σε αντίθεση με το 13,3% που αναφέρει ότι καπνίζει 1-5 τσιγάρα ημερησίως, το 8,3% 6-10 και το 1,7% 11-15 τσιγάρα καθημερινά. Από το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν, το 57,1% έχει προσπαθήσει να το διακόψει χρησιμοποιώντας τσίχλες νικοτίνης, ενώ το 42,9% δεν έχει κάνει κάποια σοβαρή προσπάθεια για να το διακόψει. Σημαντικό πρόβλημα φαίνεται να αποτελεί και το παθητικό κάπνισμα, αφού το 58,3% των γυναικών (καπνίστριες ή μη) αναφέρει ότι στο οικογενειακό και εργασιακό της περιβάλλον εκτείνεται σ' αυτό. Σε σημαντικό ποσοστό οι γυναίκες βρέθηκαν να γνωρίζουν ποιές είναι οι συνέπειες που προκαλεί στις ίδιες το κάπνισμα, το 98,3% ανέφερε τα προβλήματα από το αναπνευστικό, το 95% την αύξηση του κινδύνου καρκινογένεσης, το 91,7% καρδιαγγειακά προβλήματα, το 78,3% ευπάθεια στις λοιμώξεις, το 58,3% ότι επιδρά

αρνητικά στη διατροφή και το 3,3% πρόωρο γήρας. Το ίδιο ισχύει και για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμβρυο-νεογνό, το 93,3% πιστεύει ότι ευθύνεται για την γέννηση ολιγοβαρών νεογνών, το 91,7% για πρόωρο τοκετό, το 85% για την εμφάνιση βρογχικού άσθματος στο παιδί που θα γεννηθεί, το 70% για αποκόλληση του πλακούντα και το 66,7% για διανοητική καθυστέρηση του παιδιού. Επίσης, αρκετά ενημερωμένες είναι και για τις επιπτώσεις του καπνίσματος κατά την διάρκεια της της λοχείας. Αναλυτικότερα, το 96,7% πιστεύει ότι το κάπνισμα ευθύνεται γενικά για ανθυγιεινό περιβάλλον, το 90% για βρογχικό άσθμα του νεογνού και το 46,7% για εγκαύματα. Για την περίοδο του θηλασμού, το 85% υποστηρίζει ότι τα προϊόντα καπνού μεταφέρονται στο νεογνό, ενώ το 15% δεν είναι σίγουρες για το κατά πόσο ισχυεί αυτό. Παρομοίως, για το παθητικό κάπνισμα το 80% πιστεύει ότι επηρεάζει το έμβρυο-νεογνό και το 20% δεν είναι απολύτως σίγουρο.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες καταναλώνουν αλκοόλ σε ποσοστό μόλις 5%. Από τις γυναίκες αυτές το 33% καταναλώνουν ένα ποτήρι μύρα, για δύο χρόνια, το 33% καταναλώνει ένα ποτήρι κρασί για ένα χρόνο και το 33% τέσσερα εως πέντε ποτήρια ουϊσκι ή βότκα για τρία χρόνια. Το 66,7% δεν προσπάθησε να διακόψει την κατανάλωση αλκοόλ, παρά μόνο το 33,3%. Η πλειοψηφία των γυναικών (95%) πιστεύει ότι το αλκοόλ ευθύνεται για πρόωρο τοκετό, το 90% για ολιγοβαρή νεογνά, το 80% για διανοητική καθυστέρηση παιδιού, το 70% για ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης και πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και το 1,7% για δυσπλασίες. Εντυπωσιακό είναι το ποσοστό το οποίο δεν γνωρίζει τίποτα για το εμβρυϊκό σύνδρομο οينوπνεύματος, το οποίο ανέρχεται στο 76,7% και μόλις στο 23,3% είναι ενημερωμένο ή τουλάχιστον υποψιάζεται τί είναι αυτό. Το 83,3% του συνολικού ποσοστού των γυναικών πιστεύει ότι το αλκοόλ φθάνει στο έμβρυο μέσω του πλακούντα, ενώ το 16,7% δεν είναι σίγουρο. Ομοίως, το 81,7% υποστηρίζει ότι φθάνει και μέσω του θηλασμού, το 16,7% δεν είναι σίγουρο και το 1,7% το θεωρεί αδύνατο.

Σχετικά με την χρήση εθιστικών ουσιών και φαρμάκων το 98,3% των γυναικών δεν έχει κάνει ποτέ χρήση εθιστικών ή άλλων ουσιών, παρά μόνο το 1,7% έκανε χρήση χασίς για μια φορά πριν δύο χρόνια. Το σύνολο των γυναικών είναι κατηγορηματικές όσο αναφορά την αποφυγή χρήσεως φαρμάκων ή εθιστικών ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και του θηλασμού. Παρόλα αυτά, το 96,7% δηλώνει ότι υπάρχουν φάρμακα τα οποία επιτρέπεται να πάρει μια έγκυος ή θηλάζουσα μητέρα. Αυτά είναι, ο σίδηρος (61,7%), το ασβέστιο (56,7%), παρακεταμόλη (36,7%), οι βιταμίνες (16,7%), ορισμένες αντιβιώσεις (13,3%), το μαγνήσιο και παυσίπινα-αντιπυρετικά (10%), αλοιφές εξωτερικής; Χρήσης (5%) και κολπικά υπόθετα (1,7%). Τέλος, το 96,7% πιστεύει ότι οι εθιστικές ουσίες ευθύνονται για αποβολή, το 93,3% για

πρώρο τοκετό, το 88,3% για διανοητική καθυστέρηση του παιδιου και το 3,4% για δυσπλασίες και συγγενείς καρδιοπάθειες.

Όσο αναφορά τη δεύτερη κατηγορία του δείγματος, δηλαδή τις γυναίκες στην περίοδο της λοχείας, η πλειοψηφία (35%), όπως και στην κατηγορία των εγκύων, είναι ηλικίας 26 εως 30 ετών. Οι έγγαμες, από το σύνολο των λεχωίδων, φθάνουν το 96,7% και οι άγαμες το 3,3%. Το 45% αντιπροσωπεύει τις γυναίκες που αποκτούν το πρώτο τους παιδί, ενώ το 35% και 15% το δεύτερο και τρίτο αντίστοιχα. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (25%) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι με δεύτερο κατά σειρά το 23,3% το οποίο ασχολείται με τα οικιακά και το 16,7% που είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Το 955 των λεχωίδων ήταν ελληνίδες και το 5% αυστριακής, γερμανικής ή βουλγαρικής καταγωγής. Στην πλειοψηφία τους, το 83,3% δηλαδή, θηλάζουν κατά την διάρκεια της λοχείας, ενώ το 16,7% όχι. Όσο αναφορά τις αποβολές, το 73,3% δεν είχε καμία, το 25% μία και το 1,7% δύο αποβολές. Ο τρόπος σύλληψης ήταν φυσιολογικός για το 98,3% και μόνο το 1,7% είχε καταφύγει στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη μόνο για το 56,7%.

Σχετικά με το κύριο μέρος της έρευνας, δηλαδή σε ότι αφορά την χρήση ουσιών κατά την διάρκεια της λοχείας, το 98,3% των γυναικών που ερωτήθησαν δήλωσε ότι έχει ενημερωθεί σχετικά με τις συνέπειες που επιφέρει το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση ουσιών. Η ενημέρωση γίνεται κυρίως από τον ιατρό (83,3%) και εν συνεχεία από τον τύπο (81,7%), την τηλεόραση-ραδιόφωνο (70%), με τελευταία πηγή ενημέρωσης το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον (38,3%). Το 68,3% δηλώνει ότι δεν έκανε ποτέ χρήση οποιασδήποτε ουσίας ενώ το 77,8% επί των γυναικών που κάνουν χρήση έχουν προσπαθήσει να την μειώσουν ή να την διακόψουν εντελώς. Το 96,7% του συνόλου πιστεύει ότι οι συνήθειες αυτές επηρεάζουν την υγεία του εμβρύου-νεογνού, ενώ το 3,4% δεν είναι σίγουρο αν έχουν κάποιο ευεργετικό αποτέλεσμα. Σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού, το 96,7% πιστεύει ότι ο θηλασμός προστατεύει από λοιμώξεις, ιώσεις, αλλεργίες και αναιμία και ακολουθούν ελάττωση της συχνότητας του παιδικού καρκίνου (73,3%), πρόληψη παχυσαρκίας (71,7%), αυξημένος δείκτης νοημοσύνης των παιδιών (65%). Όσο αναφορά τις γυναίκες που δεν κατάφεραν να διακόψουν μια βλαβερή για το έμβρυο συνήθεια το 75% δηλώνει ότι νιώθει ενοχές.

Από τις γυναίκες που είχαν κι άλλα παιδιά ή κάποια αποβολή στο παρελθόν το 90% δεν κάπνιζε κατά την διάρκεια της προηγούμενης εγκυμοσύνης. Ενώ το 70% επί του συνόλου κάπνιζαν σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Οι περισσότερες (38,9%) κάπνιζαν 6-10 τσιγάρα ημερησίως, 1-5 το 33,3%, ενώ εως και 20 το 27,8%. Αναφορικά με την διάρκεια κατανάλωσης τσιγάρων, το 66,7% καπνίζει 1-5 χρόνια, το

27,8% 6-10 χρόνια και το 5,6% 11-15 χρόνια. Στην εγκυμοσύνη που διένυσαν τώρα το 86,7% δεν κάπνιζε, σε αντίθεση με το 8,3% που αναφέρει ότι κάπνιζε 1-5 τσιγάρα ημερησίως, το 3,3% 6-10 και το 1,7% 11-15 τσιγάρα καθημερινά. Από το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν, το 75% έχει προσπαθήσει να το κόψει, αποφεύγοντας την αγορά τσιγάρων, ενώ το 25% δεν έχει κάνει κάποια αξιολογή προσπάθεια για να το διακόψει. Σημαντικό πρόβλημα φαίνεται να αποτελεί και το παθητικό κάπνισμα, αφού το 61,7% των γυναικών (καπνήστριες ή μη) αναφέρει ότι στο οικογενειακό και εργασιακό της περιβάλλον εκτείνεται σ' αυτό. Σε σημαντικό ποσοστό οι γυναίκες βρέθηκαν να γνωρίζουν ποιές είναι οι συνέπειες που προκαλεί στις ίδιες το κάπνισμα, στο σύνολο τους αναφέρουν αναπνευστικά προβλήματα, το 95% αύξηση του κινδύνου καρκινογένεσης, το 91,7% καρδιαγγειακά προβλήματα, το 80% ευπάθεια στις λοιμώξεις και το 61,7% αρνητική επίδραση στην διατροφή τους. Το ίδιο ισχύει και για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμβryo-νεογνό, το 88,3% πιστεύει ότι ευθύνεται για τη γέννηση ολιγοβαρών νεογνών, το 86,7% για βρογχικό άσθμα στο παιδί, το 85% για πρόωρο τοκετό, το 68,3% για πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, το 61,7% για διανοητική καθυστέρηση του παιδιού και το 3,3% για δυσμορφίες. Επίσης, αρκετά ενημερωμένες είναι και για τις επιπτώσεις του καπνίσματος κατά την διάρκεια της λοχείας. Αναλυτικότερα, το 95% πιστεύει ότι το κάπνισμα ευθύνεται γενικά για ανθυγιεινό περιβάλλον, το 88,3% για βρογχικό άσθμα του νεογνού και το 55% για εγκαύματα. Για την περίοδο του θηλασμού, το 81,7% υποστηρίζει ότι τα προϊόντα καπνού μεταφέρονται στο νεογνό, ενώ το 18,3% δεν είναι σίγουρες για το κατά πόσο ισχύει αυτό. Παρομοίως, για το παθητικό κάπνισμα το 90% πιστεύει ότι επηρεάζει τι έμβryo-νεογνό και το 10% δεν είναι απολύτως σίγουρο.

Κατά την διάρκεια του θηλασμού ή της λοχείας, οι γυναίκες καταναλώνουν αλκοόλ σε ποσοστό μόλις 3,3%. Από τις γυναίκες αυτές 50% καταναλώνουν ένα ποτήρι μύρα για δυο χρόνια και το υπόλοιπο 50% καταναλώνει ένα ποτήρι κρασί για 6-7 χρόνια. Αντιστοίχως, το 50% προσπαθεί να διακόψει την κατανάλωση αλκοόλ και το υπόλοιπο 50% δεν κάνει καμία προσπάθεια. Η πλειοψηφία των γυναικών (91,7%) πιστεύει ότι το αλκοόλ ευθύνεται για πρόωρο τοκετό, το 83,3% για ολιγοβαρή νεογνά, το 81,7% για διανοητική καθυστέρηση του παιδιού που θα γεννηθεί, το 78,3% για ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, το 75% για πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και το 1,7% για συγγενείς ανωμαλίες. Εντυπωσιακό είναι το ποσοστό το οποίο δεν γνωρίζει τίποτα για το εμβρυικό σύνδρομο οίνοπνεύματος, το οποίο ανέρχεται στο 71,7% και μόλις το 28,3% είναι ενημερωμένο ή τουλάχιστον υποψιάζεται τι είναι αυτό. Το 85% του συνολικού ποσοστού των γυναικών πιστεύει ότι το αλκοόλ φτάνει στο έμβryo μέσω του

πλακούντα, ενώ το 15% δεν είναι σίγουρο. Ομοίως, το 85% υποστηρίζει ότι φτάνει και μέσω του θηλασμού και το 15% δεν είναι σίγουρο.

Σχετικά με την χρήση εθιστικών ουσιών και φαρμάκων, το σύνολο των γυναικών δεν έχει κάνει ποτέ χρήση ουσιών και είναι κατηγορηματικές όσο αναφορά την αποφυγή χρήσεως φαρμάκων ή εθιστικών ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Παρ'όλ'αυτά, το 98,3% δηλώνει ότι υπάρχουν φάρμακα τα οποία επιτρέπεται να πάρει μια έγκυος ή θηλάζουσα μητέρα. Αυτά είναι, ο σίδηρος (51,7%), το ασβέστιο (41,7%), διάφορες αντιβιώσεις (31,7%), η παρακεταμόλη, το μαγνήσιο και διάφορα παυσίπονα-αντιπυρετικά (10%), κολπικά υπόθετα και βιταμίνες (8,3%), αλοιφές εξωτερικής χρήσης (6,7%), φάρμακα για συσπάσεις (3,3%), θεοφυλλίνη, μεθερζίνη και αντιβηχικά σιρόπια (1,7%). Τέλος, το σύνολο των γυναικών πιστεύει ότι οι εθιστικές ουσίες ευθύνονται για αποβολή, το 93,3% για πρόωρο τοκετό και το 88,3% για διανοητική καθυστέρηση του παιδιού που θα γεννηθεί.

Συγκρίνοντας τις γυναίκες που έκαναν χρήση ουσιών (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, εθιστικές ουσίες) ή κατά την εγκυμοσύνη, με εκείνες που δεν έκαναν χρήση καμίας ουσίας ή σε περίπτωση που έκαναν, διέκοψαν πριν την εγκυμοσύνη, διαπιστώνουμε ότι, στην πρώτη κατηγορία το 15,4% των γυναικών είχε μια αποβολή και το 3,8% δυο, ενώ στην δεύτερη κατηγορία μια αποβολή είχε το 18% και δυο το 4,8%. Επίσης, ο μέσος όρος των εβδομάδων κήσεως στην πρώτη κατηγορία φτάνει τις 37,2% ενώ στην δεύτερη τις 38%. Επιπλέον το βάρος των νεογνών των γυναικών που έκαναν χρήση ουσιών πριν/κατά την εγκυμοσύνη, ήταν κατά μέσο όρο 3.105gr και εμφάνισαν προβλήματα υγείας όπως στραβισμό, σύνδρομο Down και βρογχικό άσθμα. Σε αντίθεση με τα νεογνά των γυναικών οι οποίες δεν έκαναν χρήση ή την διέκοψαν πριν την εγκυμοσύνη, τα οποία είχαν βάρος κατά μέσο όρο 3.500gr και δεν εμφάνισαν κανένε πρόβλημα υγείας.

Συμπεράσματα.

Συγκρίνοντας τις απαντήσεις των γυναικών που διανύουν περίοδο εγκυμοσύνης με εκείνες που βρίσκονται στην περίοδο της λοχείας, δεν διαπιστώσαμε καμία ιδιαίτερη διαφοροποίηση. Τα σημαντικότερα ίσως σημεία στα οποία μπορεί να εστιάσει το ενδιαφέρον του ο εκάστοτε αναγνώστης είναι, η ενημέρωση των γυναικών σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και της χρήσεως εθιστικών ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της λοχείας/θηλασμού, καθώς επίσης και η διάθεση αυτών για απεξάρτηση σε περίπτωση ύπαρξης μιας εκ των παραπάνω επιβλαβών συνηθειών. Παρ'όλ'αυτά,

αξίζει τον κόπο να αναφερθούμε εκτενέστερα σε όλο το περιεχόμενο της έρευνας, για να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα.

Αυτό, λοιπόν, που αρχικά παρατηρεί κανείς είναι η ηλικία του δείγματος. Και στις δυο κατηγορίες, η ηλικία των ερωτηθέντων γυναικών κυμαίνεται από 15-45 χρονών με υψηλότερο ποσοστό στο 26^ο-30^ο έτος, οι οποίες δηλώνουν ότι η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη. Πολλές μάλιστα απο αυτές βιώνουν την δεύτερη, τρίτη ή ακόμα και τέταρτη εγκυμοσύνη. Είναι λοιπόν φανερό, ότι οι γυναίκες σήμερα επιδιώκουν να κάνουν πολλά παιδιά, ξεκινώντας από μικρή κιόλας ηλικία.

Συνεχίζοντας την έρευνα και δίνοντας έμφαση στον αρχικό στόχο και σκοπό, στο να διαπιστώσουμε δηλαδή αν και κατά πόσο είναι ενημερωμένες οι γυναίκες για τις συνέπειες του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και της χρήσης εθιστικών ουσιών, τα αποτελέσματα είναι πραγματικά αξιόλογα. Η πλειοψηφία των γυναικών σήμερα ενημερώνεται για το σχετικό θέμα και μάλιστα όχι μόνο από τον προσωπικό τους γιατρό. Σ' αυτό βέβαια βοηθάνε τα Μ.Μ.Ε τα οποία αρκετά συχνά παρουσιάζουν θέματα σχετικά με την εγκυμοσύνη. Αλλά και οι ίδιες οι έγκυες φροντίζουν να εφοδιαστούν με σχετικά βιβλία καθώς επίσης, να συζητήσουν με τις φίλες και την μητέρα τους. Είναι βέβαια περιττό να τονίσουμε ότι η πιο έγκυρη πηγή ενημέρωσης είναι ο γιατρός.

Αναμφισβήτητα το κάπνισμα αποτελεί την πιο σύνηθη επιβλαβή εξάρτηση. Είναι λοιπόν, αρκετές οι γυναίκες αυτές οι οποίες καπνίζουν όχι μόνο πριν, αλλά και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Ικανοποιητικό δε, είναι το ποσοστό των γυναικών και στις δυο κατηγορίες του δείγματος που προσπαθούν να ελαττώσουν ή να το διακόψουν εντελώς, γνωρίζοντας τις επιπτώσεις του στο έμβρυο αλλά και στις ίδιες. Ακόμα όμως κι εκείνες που δεν τα καταφέρνουν ή απλά δεν προσπαθούν, δεν σημαίνει ότι δεν γνωρίζουν τις συνέπειες από την χρήση του. Όπως προαναφέρθηκε, η ενημέρωσή τους είναι κάτι περισσότερο από ικανοποιητική. Άξιο λόγου είναι και το παθητικό κάπνισμα στο οποίο εκτείνεται το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών.

Το ίδιο ισχύει και για την κατανάλωση του αλκοόλ. Βέβαια το ποσοστό των γυναικών που καταναλώνουν αλκοόλ είναι σαφώς μικρότερο από εκείνων που καπνίζουν κι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το κάπνισμα αποτελεί πλέον μια καθημερινή, αναγκαία (για τους καπνιστές) συνήθεια, ενώ το αλκοόλ, λιγότερο διαδεδομένο, έρχεται δεύτερο σε προτίμηση. Έτσι λοιπόν, παρ' όλο που η συχνότητα κατανάλωσης του είναι μικρή, οι επιπτώσεις στο έμβρυο, αλλά και στην ίδια την γυναίκα, είναι αρκετές. Αυτές που είναι κυρίως γνωστές και η πλειοψηφία των γυναικών αναφέρει είναι: ο πρόωρος τοκετός, η διανοητική καθυστέρηση του παιδιού, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, η ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης, τα ολιγοβαρή νεογνά.

Όσον αφορά τη χρήση εθιστικών ουσιών και φαρμάκων, το δείγμα της έρευνας μας, θέλουμε να πιστεύουμε ότι είναι αντιπροσωπευτικό της πραγματικότητας κι αυτό γιατί ένα ελάχιστο ποσοστό, δηλαδή 1-2 γυναίκες έχουν κάνει χρήση εθιστικών ουσιών κι αυτό έγινε πριν μείνουν έγκυες. Προφανώς, ο εθισμός στα ναρκωτικά τρομοκρατεί περισσότερο τις γυναίκες παρά η κατανάλωση αλκοόλ ή το κάπνισμα. Μάλιστα, αν όχι όλες, οι περισσότερες, υποστηρίζουν κατηγορηματικά ότι η χρήση ουσιών αποτελεί την πιο επιβλαβή συνήθεια για το έμβryo/νεογνό. Χαρακτηριστική εξάλλου ήταν η αντίδραση τους όταν απαντούσαν στην ερώτηση, αν οι εθιστικές ουσίες βλάπτουν το έμβryo, πράγμα το οποίο δεν ισχύει, στον ίδιο βαθμό τουλάχιστον, όταν απαντούσαν για το κάπνισμα ή το αλκοόλ. Επίσης, γνωρίζουν ότι υπάρχουν κάποιες κατηγορίες φαρμάκων των οποίων η χρήση επιτρέπεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της λοχείας/θηλασμού, κατόπιν φυσικά συνεννοήσεως με τον γιατρό.

Θα ήταν παράλειψη μας αν δεν αναφέραμε τον ρόλο της οικογένειας στην προσπάθεια των γυναικών για απεξάρτηση. Όπως σε κάθε φάση της ζωής μας, έτσι και στην εγκυμοσύνη, το οικογενειακό, αλλά και το φιλικό περιβάλλον έχουν ρόλο υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό. Στην προκειμένη περίπτωση, ο σύζυγος είναι αυτός που θα βοηθήσει περισσότερο την έγκυο ή λεχώιδα γυναίκα του, να ελαττώσει ή να διακόψει το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ ή την χρήση εθιστικών ουσιών. Τα αποτελέσματα της έρευνας σ' αυτόν τον τομέα δυστυχώς δεν είναι ικανοποιητικά. Το οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται να απέχει από την προσπάθεια αυτή της γυναίκας ή τουλάχιστον να μην επεμβαίνει δραστικά.

Εξίσου σημαντική είναι και η ψυχολογία της γυναίκας η οποία τελικά δεν κατάφερε να διακόψει ή τουλάχιστον να ελαττώσει κάποια από τις βλαβερές, για το έμβryo συνήθειες της. Το ποσοστό των γυναικών που νιώθουν ενοχές γι' αυτή τους την πράξη, είναι πραγματικά μεγάλο. Θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο στην περίπτωση εμφάνισης κάποιων προβλημάτων υγείας στα παιδιά τους, προβλήματα τα οποία οφείλονται είτε στην χρήση ουσιών, είτε στην κατανάλωση αλκοόλ και καπνίσματος.

Συνοψίζοντας λοιπόν, διαπιστώνουμε ότι οι σύγχρονες μητέρες είναι αρκετά ενημερωμένες όσον αφορά τις επιπτώσεις του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και της χρήσης εθιστικών ουσιών στο έμβryo/νεογνό, αλλά και στις ίδιες. Παρ'όλα αυτά όμως παραμένει ένα μεγάλο ποσοστό το οποίο δεν διακόπτει εντελώς τις βλαβερές αυτές συνήθειες ή κι αν ακόμα τα καταφέρει, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που υποκύπτουν ξανά στον πειρασμό. Αξίζει επίσης να τονιστεί το γεγονός ότι η πλειοψηφία των γυναικών που ερωτήθησαν ήταν καπνίστριες, με δεύτερες κατά σειρά εκείνες που καταναλώνουν αλκοόλ και τελευταίες αυτές που κάνουν χρήση ουσιών.

Περιορισμοί της έρευνας.

- ❖ Λόγω της θεματολογίας των ερωτήσεων, ορισμένες γυναίκες ήταν διστακτικές στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ήρθαμε σε επαφή με 132 γυναίκες, από τις οποίες 12 αρνήθηκαν να συμμετέχουν και 18 δέχτηκαν, μετά την επισήμανσή μας ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και έχει προηγηθεί ενημέρωση της διοίκησης και του προσωπικού του νοσοκομείου/κλινικής.
- ❖ Η δυσκολία συνεννόησης με τις αλλοδαπές μητέρες έκρινε απαραίτητη τη λεπτομερέστατη εξήγηση της κάθε ερώτησης. Σε 10 περιπτώσεις, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν αδύνατη, λόγω του συγκεκριμένου προβλήματος.
- ❖ Η κωλυσιεργία της διοίκησης του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου στο να εγκρίνει την αίτησή μας για τη διεξαγωγή της έρευνας, που είχε σαν αποτέλεσμα τη συμπλήρωση ελαχίστων ερωτηματολογίων στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Εν κατακλείδι, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Κο Εμμανουήλ Αγγελάκη, ο οποίος υπήρξε εισηγητής μας και βοηθός μας στην προσπάθεια αυτή.

Επίσης, το προσωπικό του Βενιζελείου νοσοκομείου και των ιδιωτικών κλινικών, για την προθυμία τους να μας εξυπηρετήσουν και να διευκολύνουν το έργο μας.

Ακόμα, την Κα Γιούλη Χαριτάκη (Κοινωνική Λειτουργό) και τον Κο Κωνσταντίνο Αλυσσανδράκη (Σύμβουλο αλκοολισμού), από το ΚΕ.Θ.Ε.Α και τον Σύλλογο Στήριξης Εξαρτημένων από το Αλκοόλ Ατόμων «ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ» αντίστοιχα, για την προθυμία, τον χρόνο και το υλικό που διέθεσαν.

Θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσουμε τον Δημήτρη Μανούσο, σπουδαστή του τμήματος Εφαρμοσμένης Πληροφορικής του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου, για την πολύτιμη βοήθειά του στο να διεκπεραιωθεί η εργασία μας.

Τέλος, τις οικογένειες μας, για την αμέριστη συμπαράσταση, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

➤ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ.

Διονυσίου Ι. Αραβαντινού.

Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου.

Αθήνα 1989.

➤ ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΤΟΥ 6^{ου} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ
ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ
ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ.

«ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ ΕΜΒΡΥΟΥ ΚΑΙ
ΝΕΟΓΝΟΥ».

Εισηγητές: Π.Γεωργακόπουλος, Μ.Σκουρολιάκου,
Μ.Ξάνθου, Μ.Κουμενίδου, Ι.Γαζής.

Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Αθήνα 1989.

➤ ΑΤΛΑΣ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ.

Επιμέλεια Ευαγγελία Θ. Μαυρικάκη.

Εκδόσεις ΠΑΤΑΚΗ.

2^η έκδοση, Αθήνα 2003.

➤ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΑΠΟ 0-6 ΕΤΩΝ (2^η έκδοση).

Δρ. Γκ. Ντέρινγκ – Δρ. Τ. Χελλμπρύγκε.

Εκδόσεις ΝΟΤΟΣ ΕΠΕ.

Copyright Αθήνα 1980.

➤ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ «ΥΓΕΙΑ».

Επιμέλεια Μαρία Μοντέζι.

Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ.

Copyright Αθήνα 1995.

➤ ΚΑΠΝΙΣΜΑ STOP ΣΕ ΜΙΑ ΩΡΑ.

Susan Herburn.

Εκδόσεις Η ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ.

1^η έκδοση στα ελληνικά Οκτώβριος 2002.

➤ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ.

Π.Π. Παναγιώτου.

Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος.

➤ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ
ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.

Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου.

Εκδόσεις Ιαβιθά.

➤ ΒΑΣΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ
ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ.

Σ.Ε. Καρπάθιος.

Εκδόσεις Βήτα.

➤ ΕΠΙΤΟΜΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.

Παν. Α. Γεωργακόπουλος.

Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος.

➤ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ/ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ.

Λώλης Δημήτριος.

Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος.(1995).

➤ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ.

Μιλτιάδης Γ. Καράβης M.D.

Σε αντίστοιχη σελίδα στο Internet.

- «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ».

Επιδημιολογική μελέτη υπό την αιγίδα του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Φαρμάκης Δ, Παναγιωτάκος Δ, Ψαμαδάκη Ζ, Σκούμας Ι, Πίτσαβος Χ, Παπαζαχαρίου Γ, Τούτουζας Π.

Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2001.

- Ενημερωτικά έντυπα από το ΚΕ.Θ.Ε.Α Ηρακλείου και τον Σύλλογο Στήριξης Εξαρτημένων Ατόμων από το Αλκοόλ «Η ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ»

Ξενογλώσση

- NOVAK'S GYNAECOLOGY.

Berek S. Jonathan, Eli Y. Adashi, Paula A. Hillard.
12th Edition, 1996.

- CLINICAL GYNAECOLOGY
ENDOCRINOLOGY AND INFERTILITY.

Speroff L, Glass R, Kase N.
6th Edition, 1999.

- ACUPUNCTURE AS A DETOXIFICATION MODALITY.

Newmeyer 1A, Johnson G, Klot S.

Journal of psychoactive drugs, 16(3): 241-161,
1984.

➤ ACUPUNCTURE DETOXIFICATION FOR
PREGNANT SUBSTANCE USERS.

Ruth W. A.

NADA report, New York, 1991.

➤ THE U.K. SMOKING EPIDEMIC : DEATHS
IN 1995.

C.Callum.

London, 1998.

Διευθύνσεις στο Internet

- <http://www.pediatros.com>
- <http://www.okana.gr>
- <http://www.gynaecology.gr>
- <http://www.iatroclub.gr/index.html>
- <http://www.hon.ch>
- <http://www.iatronet.gr>