Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης,
Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας,
Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Παράρτημα Σητείας

Πτυχιακή Εργασία

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Φοιτητές: Ιωάννου Αθηνά
Πυρλή Παναγιώτα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μπορμπουδάκη Λένα

Ιούνιος 2013

ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Διατροφικές Συνήθειες Ατόμων σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης

Nutritional Habits at a Drug Treatment Program

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμά ευχαριστώ στον αξιόλογο Δρ. Βερεσιέ για την άμεση ανταπόκριση και φιλοξενία στην Ιδιωτική Κλινική του, καθώς και στην ψυχολόγο της ίδιας κλινικής για την βοηθειά της.

Εύχαριστούμε όλους τους συμμετέχοντες της έρευνα μας για την κατανόηση τους και την ευγενική βοήθειά τους.

Τέλος, ιδιαίτερα ευχαριστούμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κ. Λένα Μπορμπουδάκη για την πολύτιμη βοήθεια και στήριξη της καθ΄όλη τη διάρκεια της πτυχιακής μας εργασίας.

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο 1. Βασικές έννοιες - ορισμοί ναρκωτικών ουσιών 12

1.1 Τι είναι τα ναρκωτικά 12

1.2 Χρήση 13

1.3 Κατάχρηση 14

1.4 Εθισμός 15

1.5 Ανοχή 17

1.6 Στερητικό σύνδρομο 18

1.7 Απεξάρτηση 18

Κεφάλαιο 2. Δεδομένα για τη χρήση ουσιών 20

2.1 Ιστορική αναδρομή 20

2.2 Στατιστικά στοιχεία στην Ελλάδα, την Κύπρο και παγκοσμίως 23

2.3 Αιτίες της χρήσης ναρκωτικών και της κατάχρησης 35

2.3.1 Παράγοντες εφηβικής ανάπτυξης 35

2.3.2 Ψυχική ασθένεια 36

2.3.3 Παράγοντες του περιβάλλοντος 37

2.3.4 Η ευρεία διαθεσιμότητα των ναρκωτικών 37

2.4 Στάδια της χρήσης ναρκωτικών και της κατάχρησης 38

Κεφάλαιο 3. Κατηγορίες ουσιών – συνέπειες χρήσης τους 40

3.1 Οπιούχα ή οπιοειδή 42

3.2 Κατασταλτικά Κεντρικού Νευρικού Συστήματος 45

3.2.1 Βαρβιτουρικά....46

3.2.2 Βενζοδιαζεπίνες....47

3.3 Διεγερτικά κεντρικού νευρικού συστήματος....48

3.3.1 Μεθαμφεταμίνη....48

3.3.2 Κοκαΐνη....51

3.3.3 MDMA ή έκσταση....54

3.3.4 Κατ (Khat)....56

3.3.5 Καφεΐνη....58

3.3.6 Νικοτίνη....59

3.4 Παραισθησιογόνα....63

3.4.1 LSD (Lysergic Acid Diethylamide)....64

3.4.2 Μεσκαλίνη (peyote)....66

3.4.3 Μαγικά Μανιτάρια (PSILOCYBIN)....67

3.4.4 P.C.P. (Φαινσυκλιδίνη)....68

3.5 Κάνναβη....70

Κεφάλαιο 4. Διατροφική αξιολόγηση εξαρτημένων ατόμων....75

4.1 Θρέψη και μορφές κακής θρέψης....75

4.2 Διατροφική αξιολόγηση....76

4.2.1 Διατροφική αξιολόγηση σε πληθυσμούς....76

4.2.2 Ανθρωπομετρία....80

4.2.3 Μέθοδος Δυναμομετρίας....85

4.2.4 Μεταβολές βάρους....86

4.2.5 Φυσική εξέταση....87

4.2.6 Βιοχημικές αναλύσεις....87

4.3 Μελέτη ερευνών για την διατροφική κατάσταση χρηστών παράνομων ουσιών....88

Κεφάλαιο 5. Μέθοδοι και θεραπεία....95

5.1 Συμβουλευτικά κέντρα: Ενημέρωση, κινητοποίηση, προετοιμασία....96

5.2 Τα θεραπευτικά προγράμματα για απεξάρτηση από ναρκωτικά....96

5.3 Μορφές προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης....96

5.3.1 Ουσίες υποκατάστασης....96

5.3.2 Η θεραπεία «επί εξωτερικής βάσης», χωρίς χορήγηση φαρμάκων....100

5.3.3 Θεραπευτικές κοινότητες....101

5.3.4 Κέντρα κοινωνικής επανένταξης: η ολοκλήρωση της προσπάθειας....102

5.3.5 Κέντρα κοινωνικής υποστήριξης: Η δουλειά με την οικογένεια....102

5.4 Εθνικό πλαίσιο Κύπρου....103

5.5 Εθνικό πλαίσιο Ελλάδας....105

Κεφάλαιο 6. Εθνικές στρατηγικές - Ρόλος κράτους....107

6.1 Κύπρος: Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά....107

6.2 Ελλάδα: Εθνικό Σχέδιο Καταπολέμησης Εξαρτήσεων (ΕΣΚΕ)....109

Κεφάλαιο 7. Μεθοδολογία....112

7.1 Σκοπός της έρευνας....112

7.2 Δείγμα....112

7.3 Μετρήσεις –μέθοδοι συλλογής δεδομένων....112

7.3.1 Μέτρηση σωματικού βάρους....113

7.3.2 Μέτρηση αναστήματος 113

7.3.3 Δείκτης μάζας σώματος 113

7.3.4 Περίμετρος στο μέσο του βραχίονα (MUAC) 114

7.3.5 Ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων και στοιχείων σχετικά με τη λήψη ουσιών 115

7.3.6 Ερωτηματολόγιο MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) 116

7.3.7 Ερωτηματολόγιο ανάκλησης εικοσιτετράωρης διαιτητικής πρόσληψης 118

7.3.8 Ερωτηματολόγιο όρεξης Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ) 119

7.3.9 Ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet Score 120

7.4 Ανάλυση 24ώρης ανάκλησης τροφίμων 122

7.5 Στατιστική Ανάλυση 122

Κεφάλαιο 8. Αποτελέσματα 123

8.1 Ανάλυση Διαιτολογίου 123

8.1.1 Μακροθρεπτικά Συστατικά 125

8.1.2 Μικροθρεπτικά συστατικά 128

8.2 Αποτελέσματα Στατιστικής Επεξεργασίας 130

Κεφάλαιο 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ 152

Κεφάλαιο 10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 162

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 163

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α 180

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β 191

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αυξάνεται δραματικά, προκαλώντας ένα βαθύτατο πρόβλημα στην υγεία του του πληθυσμού παγκοσμίως. Πλήθος αυτών των ουσιών εμφανίζονται συνεχώς και ο αριθμός των χρηστών αυξάνεται ραγδαία. Οι επιδράσεις της χρήσης και κατάχρησης αυτών φαίνεται να αποδυναμώνει τον οργανισμό καθώς και την όρεξη αυτών των ατόμων με αποτέλεσμα πολλαπλές ελλείψεις θρεπτικών συστατικών καθώς και υποσιτισμό.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η διατροφική κατάσταση ατόμων που κάνουν χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών και παρακολουθούν πρόγραμμα απεξάρτησης όπως επίσης και η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της διατροφικής κατάστασης με άλλους παράγοντες όπως η χρήση ή κατάχρηση ουσιών αλλά και οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων.

Μεθοδολογία: Κατάλληλοι για την συμμετοχή στη μελέτη κρίθηκαν 18 ενήλικες χρήστες που παρακολουθούν πρόγραμμα απεξάρτησης στην ιδιωτική Κλινική ΄΄Βερεσιέ΄΄ Λάρνακας Κύπρου, στους οποίους χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet Score για τη διερεύνηση των διατροφικών τους συνηθειών, το ερωτηματολόγιο όρεξης SNAQ (Simplified Nutritional Appetite Questionnaire) για τον εντοπισμό υποσιτισμένων ασθενών, το ερωτηματολόγιο MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) για την αξιολόγηση υποσιτισμού ή παχυσαρκίας στα άτομα αλλά και ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων. Επίσης, έγιναν ανθρωπομετρήσεις, όπως μέτρηση αναστήματος, βάρους, περιμέτρου στο μέσο του βραχίονα και μέτρηση του ολικού σωματικού λίπους καθώς και της μυϊκής μάζας. Επιπλέον, έγινε 24ωρη ανάκληση τροφίμων. Τέλος, ακολούθησε περιγραφή των δεδομένων, συσχέτιση μεταβλητών και λογιστική παλινδρόμηση. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (PASW Statistics) version 18.0.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Αποτελέσματα: Έπειτα από την ανάλυση, έγινε φανερό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος εμφανίζει φυσιολογικό Δείκτη Μάζας Σώματος και ποσοστό σωματικού λίπους. Παρατηρείται μικρή έλλειψη μικροθρεπτικών συστατικών, χωρίς αυτό να επηρεάζει την εμφάνιση υποθρεψίας καθώς το ποσοστό εμφάνισής της ανέρχεται μόλις στο 5,6% με βάση το BMI και το MUST. Από την άλλη η ανάλυση του ερωτηματολογίου SNAQ εμφανίζει ένα ποσοστό δείγματος 55,6%, το οποίο έχει κίνδυνο απώλειας βάρους 5% σε διάστημα 6 μηνών.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος για εμφάνιση υποθρεψίας μειώνεται σημαντικά όταν τα άτομα-χρήστες παρακολουθούν κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης.

Λέξεις κλειδιά: χρήστες ουσιών, διατροφικές συνήθειες, απεξάρτηση

ABSTRACT

Background: The dramatic increase in psychoactive substances use has caused remarkable problems to the field of global health. A great variety of drugs makes its appearance in everyday life and the number of addicted people has been significantly increased. Both use and drug abuse, appear to weaken the human organism as well as to decrease the food appetite. Due to these negative effects, people who are drug addicted, are in lack of various nutrients but can also be lead to undernourishment.

Objectives: The purpose of this study is to assess the nutritional status of drug addicted people, who attend a rehabilitation program. The study also investigates the relation between nutritional status and drug use, as well as eating habits.

Methodology: Eligible for participation in the study, were 18 subjects who got in the rehabilitation program of the 'Veresie'Clinic, located in Larnaca. In order to evaluate their nutritional status, the Mediterranean Diet Score questionnaire was given. Furthermore, the SNAQ (Simplified Nutritional Appetite Questionnaire) provided information about undernourishment and the MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) was used in order to assess the malnutrition or obesity of the subjects. In addition, a demographic data questionnaire was given. Also, anthropometric measurements were made, such as height and weight measurements, mid-upper arm circumference, body fat percentage and skeletal muscle percentage. Moreover, a 24 hour dietary recall questionnaire was used. Regarding the statistical analysis, descriptive analysis, correlations and logistic regression were performed. Statistical analysis was performed with the use of SPSS (PASW Statistics) version 18.0.0 (SPSS Inc, Chicago IL, USA).

Results: After conducting the research and analyzing the results it appears that the biggest part of the sample has normal Body Mass Index and low fat level. The results also illustrated some lack of micro-nutrients. However, this does not appear to be correlated with malnutrition, since the percentage of suspicion of malnutrition, according to BMI and MUST tests, barely reaches the 5.6%. On the other hand, according to the SNAQ test, 55.6% of the sample is in danger of losing about 5% of their weight in 6 months time.

Conclusions: In conclusion, the results of the research illustrated that malnourishment occurrence is significantly reduced when drug addicted people get in a rehabilitation program.

Key words: drug addicts, dietary habits, detoxification

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Βασικές έννοιες - ορισμοί ναρκωτικών ουσιών

1.1 Τι είναι τα ναρκωτικά

Ο όρος «ναρκωτικά» προέρχεται από την ελληνική λέξη «λήθαργος» και αναφερόταν αρχικά σε μια ποικιλία ουσιών που άμβλυναν τις αισθήσεις και ανακούφιζαν από τον πόνο (Drug enforcement administration, U.S. Department of Justice, 2011). Η κάθε ψυχοδραστική ή εξαρτησιογόνος ουσία πρόκειται για φυσική ή χημική ουσία, χωρίς θρεπτική αξία (King, 2000) η οποία δεν ελέγχεται από τις συμβάσεις των Ηνωμένων Εθνών για τα ναρκωτικά και μπορεί να αποτελέσει απειλή για τη δημόσια υγεία σε σύγκριση με τις ουσίες που απαριθμούνται στις εν λόγω συμβάσεις.

Με βάση το Άρθρο 1: «Ορισμός ναρκωτικών» του Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, *«Ψυχοτρόπες ουσίες νοούνται ουσίες με διαφορετική χημική δομή και διαφορετική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα αλλά με κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα την μεταβολή της θυμικής κατάστασης του χρήστη και την πρόκληση εξάρτησης διαφορετικής φύσης (ψυχικής ή/και σωματικής) και ποικίλου βαθμού».* Η επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) φέρνει αλλαγές στη συμπεριφορά, στη συναισθηματική κατάσταση του χρήστη, στην αντίληψη και τη σκέψη του.

Υπάρχουν νόμιμες και παράνομες ναρκωτικές ουσίες. Οι νόμιμες περιλαμβάνουν συνταγογραφούμενα φάρμακα όπως η μορφίνη, τα ηρεμιστικά κ.α. ενώ οι παράνομες περιλαμβάνουν την ηρωίνη, την κοκαΐνη, την κάνναβη, το LSD, το ecstasy, τις αμφεταμίνες και το κρακ. Οι ναρκωτικές αυτές ουσίες μπορούν να ομαδοποιηθούν σε πέντε κατηγορίες με βάση τα αποτελέσματα της χρήσης τους: (1) καταπραϋντικές-υπνωτικές ουσίες, (2) διεγερτικά του ΚΝΣ, (3) αναλγητικά (οπιούχα), (4) αντιψυχωτικά και (5) ψυχεδελικά-παραισθησιογόνα (Segal, 1994).

1.2 Χρήση

Κοινωνική ή ψυχαγωγική χρήση ναρκωτικών είναι ένα επίπεδο κατανάλωσης που προκαλεί ελάχιστη ή καμία βλάβη. Αυτό είναι συχνά θέμα μάθησης από τις αρνητικές εμπειρίες (Heyman, 2001). Η χρήση ναρκωτικών, ειδικά μεταξύ των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων, έχει γίνει αρκετά διαδεδομένη κατά τη διάρκεια των 25 τελευταίων ετών σε σημείο που η αύξηση να αγγίζει διαστάσεις επιδημίας. Μολονότι αυτό δεν αποτελεί έκπληξη, καθώς πολλοί έφηβοι πειραματίστηκαν κάποια στιγμή με διάφορες εξαρτησιογόνες ουσίες, τα προβλήματα αρχίζουν να προκύπτουν όταν η πειραματική χρήση γίνεται τακτική ή κατάχρηση (Maddahian et al. 1986). Επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών έχει σαν αποτέλεσμα χημικές και μοριακές μεταβολές στον εγκέφαλο με μακροπρόθεσμες επιδράσεις που περιλαμβάνουν την ανοχή, την ευαισθητοποίηση, την εξάρτηση και την απόσυρση (Segal, 1994). Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) εκτιμά ότι η χρήση ναρκωτικών στην ΕΕ ευθύνεται για 6.500-9.000 θανάτους (από υπερβολική δόση) το χρόνο. Τα ενέσιμα ναρκωτικά επίσης ευθύνονται για τη μεγάλη μετάδοση λοιμώξεων, όπως του HIV / AIDS και της ηπατίτιδας Β και C.

Η στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2005-2012) περιλαμβάνει την προώθηση του υγιεινού τρόπου ζωής και λαμβάνει υπόψη τους διάφορους κινδύνους για την υγεία που συνδέονται με διάφορες ναρκωτικές ουσίες, την ηλικία και τις περιστάσεις (εγκυμοσύνη, οδήγηση, κ.λπ.). Επίσης, παρακολουθεί και αξιολογεί τις ενέργειες που λαμβάνονται από τις χώρες της ΕΕ για να επιτευχθεί μείωση της χρήσης ναρκωτικών και πρόληψη της λήψης ναρκωτικών, του εγκλήματος και της παράνομης διακίνησης.

1.3 Κατάχρηση

Συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες και κλινικά σημαντικές δυσμενείς συνέπειες που σχετίζονται με την επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών, όπως μη ανταπόκρισης στις μείζονες υποχρεώσεις, η χρήση φαρμάκων σε περιπτώσεις στις οποίες είναι φυσικώς επιβλαβής, εμφάνιση φαρμακοεξαρτώμενων νομικών προβλημάτων και συνέχιση χρήσης ναρκωτικών παρά την παρουσία επίμονων ή επαναλαμβανόμενων κοινωνικών ή διαπροσωπικών ψυχολογικών ή σωματικών προβλημάτων (πλην των οινοπνευματωδών ποτών και του καπνού) (Banys, 2003 & Ndambuki, 2003). Ο αποκλεισμός του αλκοόλ και του καπνού από τον ορισμό αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι σε γενικές γραμμές η χρήση δεν απαγορεύεται από το νόμο, ακόμη και αν από την άποψη της υγείας είναι οι δύο πιο επιβλαβείς ουσίες που χρησιμοποιούνται τακτικά (Payne, Keys & Jerreat, 2005).

Η κατάχρηση ναρκωτικών περιγράφεται συχνά ως μία χρόνια διαταραχή και οι τοξικομανείς χρήστες περιγράφονται ως ψυχαναγκαστικοί. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται καθώς φαίνεται πως άτομα εθισμένα όταν βρίσκονται σε θεραπεία συνήθως επαναλαμβάνουν τη χρήση ναρκωτικών μέσα σε έξι μήνες (Heyman, 2001).

Οι διαταραχές λόγω κατάχρησης ουσιών σε εφήβους είναι ευρέως διαδεδομένες και φαίνεται να έχουν υψηλό επιπολασμό συννοσηρότητας με άλλες ψυχολογικές διαταραχές. Η πιο συχνή διαταραχή που συνυπάρχει με τη χρήση ουσιών είναι η διαταραχή συμπεριφοράς. Συναισθηματικές διαταραχές, το άγχος και η βουλιμία, επίσης, συνήθως συνυπάρχουν με την εφηβική κατάχρηση ουσιών. Κοινή είναι η συνύπαρξη άγχους, κατάθλιψης και άλλων διαταραχών μεταξύ ενηλίκων και εφήβων. Η σχέση μεταξύ της κατάχρησης ουσιών και της εμφάνισης βουλιμίας είναι λιγότερο σαφής και φαίνεται πως η υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ βουλιμίας και διαταραχών της διάθεσης μπορεί να ευθύνεται για τη σχέση μεταξύ βουλιμίας και κατάχρησης ουσιών (Heyman, 2001).

Τέλος η σχέση μεταξύ της κατάχρησης ουσιών και της εγκληματικότητας είναι ένα από τα συνεχώς αυξανόμενα φαινόμενα σε παγκόσμια βάση. Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω των επιπτώσεων που σχετίζονται με το νομικό σύστημα, επειδή ορισμένες ουσίες είναι

παράνομες (πχ. κατοχή ή προμήθεια) και δεύτερον επειδή τα ναρκωτικά μεταβάλλουν τη συμπεριφορά του ατόμου με αποτέλεσμα αυτός/ή να συμπεριφέρεται έξω από τους κανόνες της κοινωνίας ή του νόμου (Payne, Keys & Jerreat, 2005).

Τα κριτήρια σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, τέταρτη έκδοση (DSM-IV), για την κατάχρηση ουσιών παρουσιάζονται παρακάτω:

α) Δυσπροσαρμοστικό μοτίβο της χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική βλάβη ή ταλαιπωρία, όπως εκδηλώνεται από 1 (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, που συμβαίνουν μέσα σε χρονικό διάστημα 12 μηνών:

- επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών με αποτέλεσμα την αποτυχία να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις το άτομο στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι
- επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών σε καταστάσεις στις οποίες είναι φυσικώς επιβλαβής (π.χ. οδήγηση υπό την επήρεια)
- επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών που σχετίζεται με νομικά προβλήματα (π.χ., άτακτη συμπεριφορά)
- συνέχιση της ουσίας παρά το γεγονός ότι εμφανίζονται επίμονα ή επαναλαμβανόμενα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιπτώσεις της ουσίας (π.χ.,η βίαιη συμπεριφορά του/ης συζύγου απέναντι στην/ον σύζυγο λόγω μέθης)

β) Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για την εξάρτηση από ουσίες (Pridmore, 2010).

1.4 Εθισμός

Ο εθισμός εμφανίζεται πιο συχνά από τη χρήση των ναρκωτικών. Μπορεί να οριστεί ως μια ασθένεια του εγκεφάλου. Πρόσφατες επιστημονικές έρευνες παρέχουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία ότι τα ναρκωτικά δεν επηρεάζουν μόνο την ομαλή λειτουργία του εγκεφάλου, αλλά επίσης έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στο μεταβολισμό του

εγκεφάλου και τη δραστηριότητα του. Οι εθισμένοι στα ναρκωτικά εμφανίζουν ψυχαναγκαστικό πόθο και δεν μπορούν να σταματήσουν μόνοι τους. Η κατανάλωση ναρκωτικών είναι ακούσια ή παρά τη θέληση του ατόμου. Η θεραπεία είναι απαραίτητη για να τερματιστεί αυτή η ψυχαναγκαστική συμπεριφορά. Οι περισσότεροι ασθενείς πιστεύουν ότι ο εθισμός είναι μια μορφή αυτοθεραπείας για βαθύτερες υποκειμενικές διαταραχές όπως το άγχος, κατάθλιψη κ.τ.λ.

Όπως ορίζεται από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, ένα σύνολο γνωστικών συμπεριφορών και φυσιολογικών συμπτωμάτων υποδηλώνουν ότι ένα άτομο συνεχίζει να χρησιμοποιεί μια ουσία παρά το γεγονός ότι η χρήση ουσιών σχετίζονται με προβλήματα.

Πίνακας 0.1 DSM-IV Ορισμός της εξάρτησης από ουσίες (Εθισμός)

Ένα απροσάρμοστο πρότυπο χρήσης ουσιών, που οδηγεί σε κλινικά σημαντικό ηπατικό ή άλλο πρόβλημα, όπως εκδηλώνεται με τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα, που συμβαίνουν ανά πάσα στιγμή σε διάστημα 12-μηνών:
1. Ανοχή, όπως ορίζεται από ένα από τα ακόλουθα:
α) Η ανάγκη για σημαντικά αυξημένες ποσότητες της ουσίας για να επιτευχθεί δηλητηρίαση ή επιθυμητό αποτέλεσμα.
β) Μειώθηκε σημαντικά η επίδραση με τη συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας.
2. Στέρηση, όπως εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα:
α) Το χαρακτηριστικό σύνδρομο απόσυρσης για την ουσία.
β) Η ίδια (ή μια στενά σχετιζόμενη) ουσία λαμβάνεται για να ανακουφίσει ή για να αποφεύγονται τα συμπτώματα στέρησης.
3. Η ουσία λαμβάνεται συχνά σε μεγαλύτερες ποσότητες ή σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ό, τι είχε προβλεφθεί.

4.	Υπάρχει μια επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να περιορίσουν ή να ελέγξουν τη χρήση της ουσίας.
5.	Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για να επιτευχθεί η ουσία, η χρήση της ουσίας ή να ανακάμψει από τις επιπτώσεις της.
6.	Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες παραμελούνται ή μειώνονται λόγω της χρήσης της ουσίας.
7.	Η χρήση της ουσίας συνεχίζεται παρά τη γνώση ότι επίμονο ή επαναλαμβανόμενο σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή να επιδεινώνεται από την ουσία. (Banys, 2003)

1.5 Ανοχή

Η ανοχή μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα φυσικό επακόλουθο της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Με τον όρο αυτό εννοούμε ότι ο χρήστης δεν ανταποκρίνεται πλέον στο φάρμακο με τον τρόπο που αρχικά ανταποκρίθηκε αλλά χρειάζεται μια υψηλότερη δόση της ουσίας για να επιτευχθεί το ίδιο επίπεδο απόκρισης που επιτυγχάνεται αρχικά (NIDA 2007, Marsden 2004). Καλό θα ήταν όμως σε αυτό το σημείο να επισημανθεί ότι η ανάπτυξη της ανοχής δεν ταυτίζεται με τον εθισμό, αν και πολλά φάρμακα που προκαλούν ανοχή έχουν επίσης πολλές εξαρτησιογόνες ουσίες.

Οι τρόποι ανάπτυξης της ανοχής ποικίλλουν ανάλογα με την ουσία που χρησιμοποιείται επανειλημμένα στην πάροδο του χρόνου. Άτομα που είναι συνεπείς σε ουσίες όπως η ηρωίνη αλλά και η μορφίνη είναι πιθανόν να παρατηρήσουν αύξηση στην ανοχή. Στην περίπτωση αυτή για παράδειγμα, η ανοχή αναπτύσσεται ταχύτατα στις αναλγητικές επιδράσεις του φαρμάκου μέσω των κυττάρων. Όταν δηλαδή η μορφίνη συνδέεται με υποδοχείς οπιοειδών , πυροδοτεί την αναστολή ενός ενζύμου (αδενυλική κύκλαση) που σε συνδυασμό με διάφορες χημικές ουσίες στο κύτταρο να έχει ως αποτέλεσμα την άμεση επίδραση της ουσίας. Μετά από επαναλαμβανόμενη ενεργοποίηση του υποδοχέα οπιοειδών με τη μορφίνη, το ένζυμο προσαρμόζεται έτσι ώστε η μορφίνη δε μπορεί πλέον να προκαλέσει αλλαγές στην πυροδότηση των κυττάρων. Έτσι, το αποτέλεσμα μιας δεδομένης δόσης της μορφίνης ή ηρωίνης ελαττώνεται (NIDA, 2007).

1.6 Στερητικό σύνδρομο

Χρήστες με μακροχρόνια λήψη εξαρτησιογόνων ουσιών στο ιστορικό τους, κατά τη διακοπή ή την μείωση της λήψης των ουσιών είναι πολύ πιθανόν να παρουσιάσουν συμπτώματα στερητικού συνδρόμου. Επιπρόσθετα συμπτώματα στέρησης εμφανίζονται με την λήψη ουσίας ανταγωνιστή της εξαρτησιογόνου ουσίας, με αποτέλεσμα την απόφραξη των δράσεων της, για παράδειγμα η ουσία ναλοξόνη σε εθισμό στην ηρωίνη (Banys, 2003). Το σύνδρομο στέρησης επέρχεται συνήθως χρησιμοποιώντας μια ψυχοτρόπο ουσία κατά επανάληψη, σε μέτριες ή υψηλές δόσεις για παρατεταμένη χρονική περίοδό. Τα συμπτώματα του συνδρόμου διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο της εξαρτησιογόνου ουσίας , καθώς και της δοσολογίας που λαμβάνεται αμέσως πριν τον τερματισμό ή την μείωση της συχνότητας χρήσης της. Κοινό όμως χαρακτηριστικό του στερητικού συνδρόμου αποτελεί το μικρό χρονικό διάστημα που εμφανίζονται τα συμπτώματα. Πρωταρχικό σύμπτωμα μετά την απόσυρση οπιοειδών ουσιών είναι κατά κύριο λόγο η αναζήτηση της ουσίας, που συνοδεύεται παράλληλα από ρινόρροια (συνάχι), δακρύρροια, ρίγη, ανατριχίλα και σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, επαγγελματική, ή άλλους τομείς της ατομικής λειτουργικότητας. (Pridmore, 2010). Στη συνέχεια, κατά τη διάρκεια των 24 – 48 ωρών, όπου το άτομο σταμάτα να λαμβάνει την εξαρτησιογόνο ουσία εμφανίζονται σωματικές κράμπες στους μυς και στην κοιλιακή χώρα. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι ο χρήστης δεν παύει να αναζητά την ουσία καθ' όλη την διάρκεια αλλά και με το πέρας του στερητικού συνδρόμου. Τέλος η στέρηση είναι μία από τις αιτίες της καταναγκαστικής λήψης ουσιών και των βραχυπρόθεσμων υποτροπών (Banys, 2003).

1.7 Απεξάρτηση

Απεξάρτηση είναι μια ακολουθία θεραπευτικών σταδίων που στοχεύει στην αποτελεσματική απαλλαγή από την εξαρτησιογόνα ουσία αλλά και στην ομαλή διαχείριση των συμπτωμάτων στέρησης (NIDA, n.d., WHO, n.d.). Στις πλείστες των περιπτώσεων η συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί το πρώτο βήμα σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης. Στη περίπτωση που ο χρήστης μπαίνει στη διαδικασία αποτοξίνωσης με φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να ακολουθήσει την μέθοδο στην οποία θα του χορηγείται η εθιστική ουσία

αυτούσια ή υποκατάστατο της. Η χορηγούμενη δόση υπολογίζεται με σκοπό να ανακουφίσει το άτομο από τα αναπόφευκτα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης τα οποία αντιμετωπίζει ο χρήστης κατά τη θεραπεία. Κατά την διάρκεια της θεραπείας, ενώ το εξαρτημένο άτομο αναρρώνει, η δόση μειώνεται σταδιακά χωρίς να προκαλεί εθισμό (WHO,n.d.). Αξίζει να αναφερθεί ότι η απεξάρτηση χωρίς ουσιαστική παρακολούθηση δεν είναι αποτελεσματική θεραπεία, (NIDA,n.d.) η αυτό-αποτοξίνωση είναι όρος που χρησιμοποιείται περιγράφοντας την ανάρρωση του ατόμου χωρίς βοήθεια, όπως για παράδειγμα από μία περίοδο συμπτωμάτων στέρησης. Η κλινική διαδικασία περιλαμβάνει την πλήρη επίβλεψη του ατόμου μέχρι την ανάρρωση, από ενδεχόμενα φυσικά συμπτώματα συνδρόμου στέρησης και δηλητηρίασης από τις ουσίες (WHO, n.d.).

Κεφάλαιο 2. Δεδομένα για τη χρήση ουσιών

2.1 Ιστορική αναδρομή

Η εξοικείωση των αρχαίων πολιτισμών με τις εξαρτησιογόνες ουσίες είχε αρχίσει να εμφανίζεται σύμφωνα με τις πρώτες σαφείς αναφορές κατά τον 3^{ο} αιώνα π.Χ. (Knapp, 2002). Ο άνθρωπος από τη φύση του ψάχνοντας πάντα διέξοδο από την ταλαιπωρία, βρίσκει στις ουσίες αυτές κάποιου είδους ανακούφιση , αφού αρχικά χρησιμοποιούνταν για απαλοιφή του πόνου ως φάρμακα. Ανακαλύπτοντας τις ξεχωριστές ιδιότητες των φυσικών συστατικών, που αποδίδουν στον οργανισμό θετικά αποτελέσματα στη δοσολογία που χρησιμοποιούσαν, έκαναν τις ουσίες αυτές πολύ γνωστές και περιζήτητες με την πάροδο του χρόνου (Eddy, 1957). Οι πολιτισμοί τότε, έχοντας κάποια γνώση ως προς τη χρήση τους άρχισαν να τους δίνουν ιδιαίτερη σημασία έχοντας τις εθιστικές αυτές ουσίες στο πρώτο πλάνο της καθημερινότητας τους αξιοποιώντας τις σαν τρόφιμα, πρώτη ύλη για υφάσματα, θαυματουργά βότανα , σε θρησκευτικές τελετές και σαν φάρμακα όπως προαναφέρθηκε.

Ίσως η μεγαλύτερη κατηγορία από τις εθιστικές ουσίες στην ιστορία είναι το όπιο και τα οπιοειδή παράγωγά του. Κάνοντας αναδρομή φαίνεται ότι από τη Τρίτη Χιλιετία, οι πολιτισμοί καλλιεργούσαν και εξήγαγαν σε γειτονικές χώρες το φυτό παπαρούνα του οπίου που το ονόμαζαν «φυτό χαράς». Πολύ γρήγορα οι αρχαίοι πρόγονοί μας, όπως ο Ιπποκράτης, το 460 π.Χ. , είχαν αναγνωρίσει την χρησιμότητα του οπίου ως ναρκωτικό και τις σηπτικές ικανότητες του στη θεραπεία των εσωτερικών παθήσεων, ασθενειών των γυναικών και των επιδημιών (Martin, 1996).

Σύμφωνα με αναφορές το 1806, ο Γερμανός χημικός Fredrich Saturner απομόνωσε από το όπιο μια καθαρή ουσία, τη μορφίνη (Knapp, 2002). Καθοριστικό ρόλο στην ονομασία της ουσίας που είχε ανακαλύψει ήταν ότι οδηγούσε τον χρήστη σε μια εντελώς μουδιασμένη, γεμάτη ευφορία ονειρική κατάσταση, ονομάζοντας την έτσι από τον έλληνα θεό των ονείρων Μορφέα. Η μορφίνη ήταν ένα από τα πρώτα φάρμακα που απομονώθηκαν από μια φυσική πηγή. Κατά τη διάρκεια του αμερικανικού εμφύλιου πολέμου, η μορφίνη

χρησιμοποιήθηκε ως αναλγητικός παράγοντας (Knapp, 2002). Οι αρχές των Ηνωμένων Πολιτειών γνωρίζοντας όμως το πρόβλημα της εθιστικής δράσης της μορφίνη, ανησυχούσαν μήπως προκληθεί εξάρτηση στους τραυματισμένους στρατιώτες και έτσι οι γιατροί να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν την νέα αυτή επιδημία.

Το 1874 ο φαρμακοποιός Alder Wright με βρασμό μορφίνης με οξικό ανυδρίτη παράγει την ηρωίνη , όπου εν συνεχεία ο Heinrich Dreser σε ειδικό εργαστήριο στη Γερμανία ανέπτυξε μια μέθοδο για τη σύνθεση μεγάλων ποσοτήτων της ουσίας αυτής. Η ηρωίνη κάνει την εμφάνιση της στην αγορά το 1898 με την ιδιότητα αντιβηχικού φαρμάκου και για την θεραπεία κάποιων αναπνευστικών προβλημάτων (Knapp, 2002). Οι πωλήσεις ήταν άμεσες στους αμερικάνους ιατρούς, αφού υπήρχε η εντύπωση ότι η ηρωίνη ήταν ασφαλής, μη εθιστική , σε αντίθεση με όσα ενοχοποιούσαν την μορφίνη (Eddy, 1957).

Ένα άλλο παρασκεύασμα από το όπιο που χρησιμοποιείτο για την διάρροια ήταν το Πραϋντικό. Τέλος, άλλο φάρμακο με ένα από τα κύρια συστατικά του το όπιο είναι η Σκόνη Ντόβερ, η οποία αποτελείται από τη σκόνη του φυτού ipecacuanha, που είναι ένα ισχυρό εμετικό και χρησιμοποιήθηκε ως εφιδρωτικό φάρμακο. Τα περισσότερα από τα προϊόντα αυτά περιλαμβάνονται στην κατηγορία «καταπραϋντικών σιροπιών» που χρησιμοποιούνταν για τη διαδικασία καταστολής σε βρέφη, μια πρακτική που μπορεί να οδηγήσει στην μειωμένη ανάπτυξη πολλών παιδιών στη συνέχεια (Knapp, 2002).

Στην προσπάθεια εύρεσης υποκατάστατου για τον εθισμό της μορφίνης , κάνει για πρώτη φόρα την εμφάνιση της η ουσία μεθαδόνη, η οποία παρόλα τα θετικά πλεονεκτήματα της σε σύγκριση με την μορφίνη, μετά από αρνητικές αναφορές αποτελεσμάτων ανοχής και στερητικού συνδρόμου είχε αποσυρθεί (Eddy, 1957). Συμπερασματικά, κάθε νέα μορφή θεραπείας από τον εθισμό σε οπιούχα αναπόφευκτα άρχιζε και ένα νέο είδος έξαρσης του προβλήματος (Banys, 2003).

Στα μέσα του 20^{ου} αιώνα οι κυβερνήσεις των ΗΠΑ άρχισαν να παίρνουν δραστικά μέτρα απαγορεύοντας τη νόμιμη πώληση ναρκωτικών ουσιών, αναγκάζοντας τους χρήστες να αγοράζουν από παράνομους εμπόρους στους δρόμους. Έτσι γύρω στο 1978 οι κυβερνήσεις των ΗΠΑ και του Μεξικού αποφασίζουν να ψεκάσουν αποτελεσματικά και να καταστρέψουν τις καλλιεργημένες εκτάσεις οπίου. Μια άλλη όμως πηγή καλλιέργειας

του οπίου βρέθηκε σε περιοχές του Ιράν , Αφγανιστάν και Πακιστάν δημιουργώντας μια δραματική αύξηση στην παραγωγή και το εμπόριο της παράνομης ηρωίνης και τον άλλων ουσιών (Martin, 1996)

Στην ιστορία των ναρκωτικών ουσιών βλέπουμε την κάνναβη, σπόροι της οποίας φημολογούνται από το 6000 π.Χ. όπου άνθρωποι της Κίνας χρησιμοποιούσαν σπόρους της στα τρόφιμα τους και γύρω στο 4000 π.Χ. κατασκεύαζαν κλωστοϋφαντουργικά προϊόντα από το φυτό αυτό.

Σε κάθε μέρος του κόσμου γύρω στο 2700 π.Χ. καλλιεργείται η κάνναβη και χρησιμοποιείται ως φάρμακο σε ένα μεγάλο εύρος από προβλήματα υγείας.

Τα επόμενα χρόνια η κάνναβη εξαπλώνεται σε όλη την Ευρώπη, όπου γίνεται γνωστή η ψυχοδραστικότητα των εδεσμάτων με σπόρους της. Το 1840 στην Αμερική, παρασκευάστηκαν φαρμακευτικά σκευάσματα με βάση την κάνναβη και ήταν διαθέσιμα σε Περσικά φαρμακεία. Μετά το 1850 το χασίς εμφανίζεται και στην Ελλάδα και κατά το 1875 αρχίζουν να διαδίδονται οι καλλιέργειες κάνναβης σε όλη τη χώρα. Σύντομα, αρχές του 1900 το χασίς γίνεται πολύ δημοφιλές και συνάμα απαγορεύεται η χρήση του για ψυχαγωγικούς λόγους σε πολλά μέρη του κόσμου, όπως για παράδειγμα Ελλάδα, Τουρκία, Μεγάλη Βρετανία και ΗΠΑ.

Η ιστορία των Βαρβιτουρικών φαρμάκων ξεκινάει από το 1903, όπου κατασκευάστηκαν για ιατρική χρήση κυρίως ως συνταγογραφούμενα υπνωτικά χάπια. Αρχικά παρουσιάζονταν ως απολύτως ασφαλή και χωρίς παρενέργειες, με σημαντικό επακόλουθο η χρήση τους να αυξηθεί δραματικά τη δεκαετία 1950 – 1960. Σύμφωνα με αναφορές το 1966 υπήρχαν πάνω από 16 εκατομμύρια ιατρικές συνταγές για βαρβιτουρικά στο Ηνωμένο Βασίλειο, σε κάποιες περιπτώσεις συνταγογραφούμενα από ιατρούς, είτε κλεμμένα από ιατρικές προμήθειες ή μάλλον από την αγορά τους λαθραία στο «δρόμο». Σε αντίθεση με τα αρχικά θετικά σχόλια ως προς την καταλληλότητα της χρήσης τους, επακολούθησαν πολλά θανατηφόρα περιστατικά λόγω των υπερβολικών δόσεων, τη σωματική εξάρτηση και άλλες δυσάρεστες επιπτώσεις που επέφεραν. Έρευνες εκτιμούν ότι 27.000 άνθρωποι έχασαν την ζωή τους από τη χρήση βαρβιτουρικών ουσιών, το διάστημα μεταξύ 1959 – 1974.

Την περίοδο που ακολούθησε η παράνομη χρήση των βαρβιτουρικών, η πώληση τους στους δρόμους και ιδίως η λήψη τους που γινόταν με ενέσιμη μορφή, συνέβαλαν καθοριστικά στην καταγραφή αρκετών θανάτων και προβλημάτων (Drugs Scope, 2005).

Οι βενζοδιαζεπίνες, είναι ηρεμιστικά χάπια, όπου κατασκευάστηκαν για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1960. Θεωρούνταν ασφαλή , μη εθιστικά φάρμακα που δίνονταν από γιατρούς για τη θεραπεία του άγχους και χάρη στην ιδιότητα τους ως υπνωτικά χάπια. Η συνταγογράφηση των φαρμάκων από τους γιατρούς για τα επόμενα 20 χρόνια είχε αύξουσα πορεία, παρόλο που πολλοί άνθρωποι, ιδίως γυναίκες υπέστησαν σοβαρές παρενέργειες και εξάρτηση (Drug Scope, 2006).

Η ιστορία της έκστασης δείχνει να έχει ενδιαφέρουσα σημασία από την πρώτη εμφάνιση της το 1913 από τη γερμανική εταιρία Merck, αφού πρωταρχικά κατασκευάστηκε ως χάπι διατροφής, για μείωση βάρους, όμως η εταιρεία μέχρι τότε δεν την προώθησε στο εμπόριο και έτσι δεν υπήρχαν δοκιμές στο ευρύ κοινό. Μάλιστα υπάρχει ένας μύθος που αναφέρεται στον αμερικανικό στρατό του 1953, εξιστορώντας δοκιμές της έκστασης σε στρατιώτες με σκοπό τη χρήση της ως ορός αλήθειας, χωρίς όμως να υπάρχουν εμπεριστατωμένα στοιχεία κρίνοντας το μύθο αυτό αληθή.

Στα μέσα του 19ου αιώνα στην Νότια Αμερική, σε περιοχές όπως η Βολιβία και το Περού, κατάφεραν να εξάγουν καθαρή κοκαΐνη από τα φύλλα της κόκας Erythroxylon, γεγονός πρωτοφανές για την εποχή. Μετά από ένα χρονικό διάστημα, συγκεκριμένα στις αρχές της δεκαετίας του 1990, η κοκαΐνη αποκτά άλλη σημασία αφού καθορίζεται ως η κύρια διεγερτική ουσία που χρησιμοποιείται όχι μόνο στα περισσότερα τονωτικά αλλά και σε ελιξίρια που αναπτύσσονταν για τη θεραπεία μιας μεγάλης ποικιλίας ασθενειών (Narconon International, n.d.)

2.2 Στατιστικά στοιχεία στην Ελλάδα, την Κύπρο και παγκοσμίως

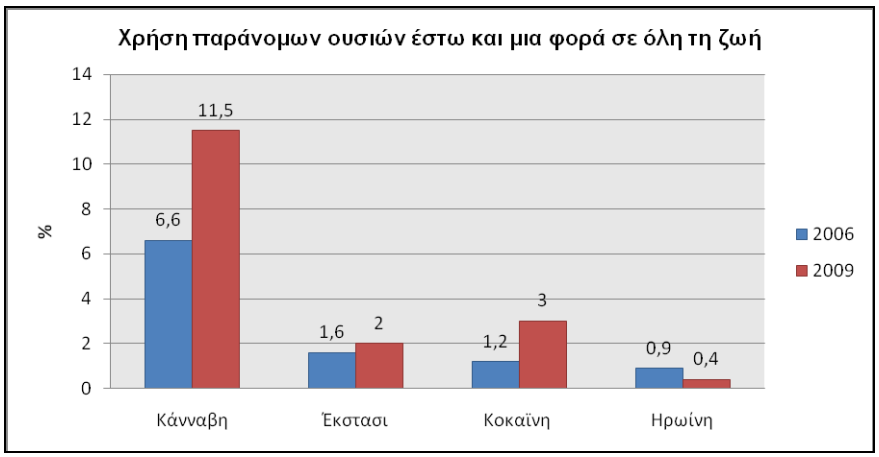
Η κατακόρυφη αύξηση της χρήσης ναρκωτικών τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναδείξει το πρόβλημα των ναρκωτικών σε ένα καίριο κοινωνικό πρόβλημα, αλλά και σε ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα Δημόσιας Υγείας παγκοσμίως. Η παραγωγή, διακίνηση και χρήση ναρκωτικών και εξαρτησιογόνων ουσιών είναι ένα φαινόμενο άμεσα συναρτούμενο

με την εξέλιξη των οικονομικών, πολιτισμικών και κοινωνικών δομών της παγκόσμιας κοινωνίας. Το άνοιγμα των συνόρων, η εντατικοποίηση του παγκόσμιου μεταναστευτικού ρεύματος, η ραγδαία ανάπτυξη της κοινωνίας της πληροφορίας και η διάδοση του καταναλωτικού τρόπου ζωής, παρουσιάζουν νέες ευκαιρίες και προκλήσεις, αλλά και νέους κινδύνους στον αγώνα που καταβάλουν οι σύγχρονες κοινωνίες για την καταπολέμηση της εξάρτησης. Η διαιώνιση του φαινόμενου σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση νέων πηγών προσφοράς και νέων μεθόδων διακίνησης ναρκωτικών ουσιών, αλλά και με την εξέλιξη της ζήτησης που υποστηρίζεται από νέες πολιτισμικές και κοινωνικές αξίες που ευνοούν την χρήση ναρκωτικών ουσιών (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, 2008).

2.2.1 Κύπρος

Στην Κύπρο, όπως και στα υπόλοιπα κράτη μέλη της ΕΕ, η παρακολούθηση του φαινομένου της χρήσης παράνομων ουσιών, γίνεται από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ). Το ΕΚΤΕΠΝ, που ιδρύθηκε το 2003, και βρίσκεται υπό τη διοικητική εποπτεία του Αντιναρκωτικού Συμβουλίου Κύπρου (ΑΣΚ), αποτελεί τον επίσημο φορέα του κράτους για την καταγραφή της κατάστασης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στην Κύπρο.

Σε ό, τι αφορά τη χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό πληθυσμό, το ΑΣΚ διενήργησε το 2006 την πρώτη έρευνα Γενικού Πληθυσμού, υπό την εποπτεία του ΕΚΤΕΠΝ τηρώντας πιστά τις μεθοδολογικές κατευθυντήριες γραμμές του Ευρωπαϊκού Κέντρου. Με στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τις διαχρονικές τάσεις που παρουσιάζονται σε ό,τι αφορά τη χρήση ουσιών εξάρτησης, η έρευνα αυτή θα επαναλαμβάνεται κάθε τρία χρόνια. Σύμφωνα με αποτελέσματα της πρόσφατης έρευνας γενικού πληθυσμού (ΑΣΚ, 2009) η κάνναβη παραμένει η πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία χρήσης στο γενικό πληθυσμό (Εικόνα 1.1).



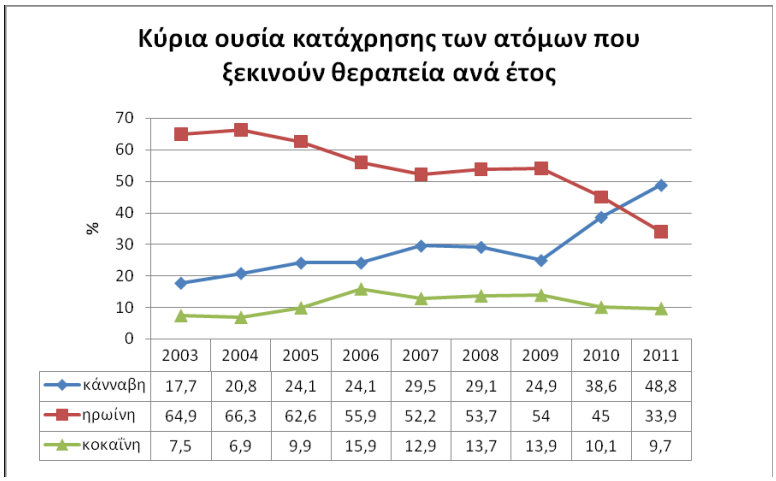
Εικόνα 1.1

Θεραπεία

Σε ό,τι αφορά την αίτηση θεραπείας λόγω χρήσης παράνομων ουσιών, το ΕΚΤΕΠΝ Κύπρου συλλέγει στοιχεία για όλους τους χρήστες που αποτείνονται για βοήθεια στις δομές τοξικοεξάρτησης. Από το έτος 2003 μέχρι το έτος 2007, ο αριθμός των χρηστών που αποτάθηκαν για θεραπεία έχει σχεδόν διπλασιαστεί με 265 άτομα το 2003 και 778 το 2007 (ΑΣΚ, 2009). Σε μετέπειτα έρευνα φαίνεται πως το 2009, καταγράφηκαν στη θεραπεία 785 χρήστες παράνομων ουσιών ενώ το 2011, καταγράφηκαν στη θεραπεία 1057 χρήστες. Στην έρευνα των περασμένων ετών φαίνεται πως η ηρωίνη ήταν η κύρια ουσία κατάχρησης λόγω της οποία τα άτομα αιτούνται θεραπείας εκτός του 2004 όπου για πρώτη φορά η κάνναβη αποτελεί την κύρια αυτή ουσία (ΕΚΠΝΤ, 2006).

Εικόνα 1.2

Κατά το 2011, παρατηρούμε μια σταθεροποίηση μέχρι και μείωση των αιτημάτων θεραπείας με κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη, η οποία συνεχίζεται σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη, και παρατηρείται μεγάλη αύξηση στα αιτήματα θεραπείας ατόμων λόγω κατάχρησης κάνναβης (Εικόνα 1.3).



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
κάνναβη	17,7	20,8	24,1	24,1	29,5	29,1	24,9	38,6	48,8
ηρωίνη	64,9	66,3	62,6	55,9	52,2	53,7	54	45	33,9
κοκαΐνη	7,5	6,9	9,9	15,9	12,9	13,7	13,9	10,1	9,7

Εικόνα 1.3

Μολυσματικές ασθένειες

Η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών αποτελεί κοινό παρονομαστή των πιο σοβαρών βλαβών στην υγεία, που σχετίζονται με τη χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, όπως το HIV, η ηπατίτιδα Β και Γ, η φυματίωση, κ.ά. Λόγω της μεγάλης διάδοσης της ενδοφλέβιας χρήσης και της χρήσης κοινής σύριγγας ανάμεσα σε χρήστες, παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ενδοφλέβιων χρηστών, οι οποίοι έχουν προσβληθεί από τον ιό της ηπατίτιδας Γ, ποσοστό το οποίο το έτος 2007 έφτασε στο 20,7% (σε σχέση με 11,5% το 2005). Το φαινόμενο αυτό φαίνεται να αυξάνεται κατά το πέρας των ετών με ποσοστό 46,5% κατά το 2009 , ενώ φαίνεται να αγγίζει το 53% το έτος 2011. Η πλειοψηφία των θετικών περιστατικών στην ηπατίτιδα Γ είναι αλλοδαποί. Συγκεκριμένα, 49% αποτελούν περιπτώσεις ατόμων της ΕΕ, 20% ατόμων από τρίτες χώρες και 31% αφορούν Κύπριους υπηκόους. Ένα σημαντικό ποσοστό χρηστών που αναζήτησαν θεραπεία το 2011 ανέφεραν ενδοφλέβια χρήση έστω και μια φορά στην ζωή τους (314 άτομα) καθώς επίσης και χρήση κοινής σύριγγας με ποσοστό 38,5% (ΑΣΚ, 2009).

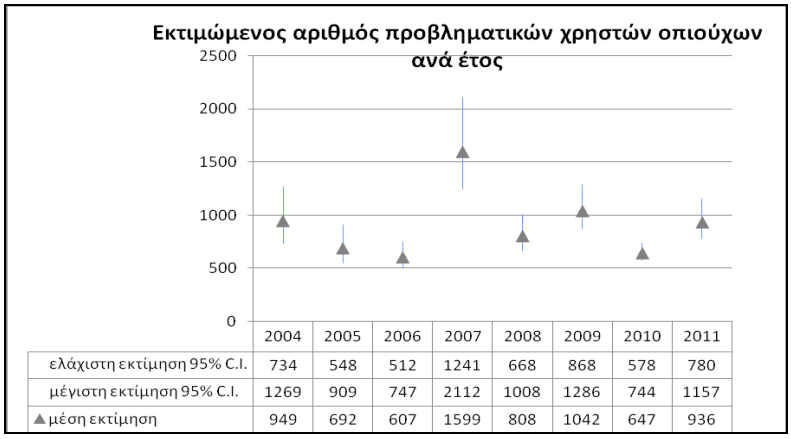
Θάνατοι από χρήση παράνομων ουσιών εξάρτησης

Τη σοβαρότερη συνέπεια της χρήσης παράνομων ουσιών στην υγεία αποτελούν οι θάνατοι τόσο λόγω λήψης υπερβολικής δόσης όσο και ως έμμεση συνέπεια της χρήσης (ηπατίτιδα, AIDS, ενδοκαρδίτιδα, κ.ά.) Από το 2004 μέχρι το 2007, έχουν καταγραφεί επίσημα 70 θάνατοι που σχετίζονται με τη χρήση παράνομων ουσιών εξάρτησης. Από το 2007 έως το 2009 παρατηρούνται 28 θάνατοι και ακόμα 31 μέχρι το 2011. Τα οπιούχα, και συγκεκριμένα η ηρωίνη, φαίνεται να ευθύνεται για τη πλειοψηφία των θανάτων αυτών (ΕΚΠΝΤ, 2011).

Προβληματική χρήση

Η προβληματική χρήση, βάσει του ορισμού του Ευρωπαϊκού Κέντρου, ορίζεται ως η «ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ή/και μακροχρόνια / συστηματική χρήση οπιούχων, κοκαΐνης ή/και αμφεταμινών» (ΕΚΠΝΤ, 2006). Η προβληματική χρήση παράνομων ουσιών εξάρτησης, αποτελεί την αιτία για σημαντικό ποσοστό προβλημάτων υγείας, καθώς και

κοινωνικών προβλημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Με βάση τα στοιχεία αίτησης θεραπείας για το έτος 2006, (ενδοφλέβιοι χρήστες ή/και χρήστες ηρωίνης ή/και κοκαΐνης) υπολογίστηκαν να κυμαίνονται από 684 μέχρι 966 ενώ για το έτος 2011, ο συνολικός αριθμός των χρηστών οπιούχων ουσιών (τόσο αυτών που καταγράφηκαν στις διάφορες δομές θεραπείας, όσο και ο «κρυμμένος» αριθμός τους που δεν αιτήθηκε θεραπείας), υπολογίστηκε να κυμαίνεται από 780 μέχρι 1157, σημειώνοντας μικρή αύξηση σε σχέση με το προηγούμενα έτη (Εικόνα 1.4).



Εικόνα 0.4

Με βάση τους υπολογισμούς για τα διάφορα έτη προκύπτει ότι η πλειοψηφία του εκτιμώμενου συνολικού αριθμού των προβληματικών χρηστών οπιούχων ουσιών, είναι αλλοδαποί.

Εγκληματικότητα και Διαθεσιμότητα παράνομων ουσιών εξάρτησης

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Υπηρεσίας Καταπολέμησης Ναρκωτικών, κατά το έτος 2011 καταγράφηκαν 940 υποθέσεις σχετιζόμενες με τα ναρκωτικά, σε σχέση με 851 το 2010, στις οποίες εμπλέκονται 1052 άτομα σε σχέση με 973 το 2010. Η πλειοψηφία των αδικημάτων εξακολουθεί να αφορά κατοχή και χρήση φυτικής κάνναβης και να εμπλέκει την πλειοψηφία των ατόμων. Το γεγονός αυτό φαίνεται να συνδέεται με το ότι η κάνναβη είναι η πιο διαδεδομένη ουσία χρήσης στην Κύπρο.

Σε ότι αφορά τις κατασχέσεις, κατά το έτος 2011 συνεχίστηκε η μείωση στις κατασχεθείσες ποσότητες ρητίνης κάνναβης, φυτών κάνναβης και φυτικής κάνναβης σε

σχέση με το 2010. Σημαντική μείωση παρατηρήθηκε και στις ποσότητες έκστασης που κατασχέθηκαν.

Κοινωνικός Αποκλεισμός

Το ποσοστό των άστεγων χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών στην Κύπρο είναι χαμηλό. Το 2011 το ποσοστό των χρηστών με ασταθή διαμονή ήταν 4.1% (το 2010 ήταν 4.6 %), ενώ υπήρξε και ένα πολύ μικρό ποσοστό (0.3%) αστέγων. Σημειώνεται όμως, ότι οι άστεγοι ήταν πολύ ολιγάριθμοι, εφόσον επρόκειτο για 3 άτομα αλλοδαπής καταγωγής. Στην Ευρώπη ο αντίστοιχος πληθυσμός χρηστών χωρίς σταθερή στέγη το 2011 ήταν 9%.

Το 37.7% των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών στην Κύπρο το 2011 ήταν άνεργοι και το 13.3% μη-δραστήριοι οικονομικά. Αντίστοιχα ποσοστά για ολόκληρη την Ευρώπη στο πιο πρόσφατο έτος μέτρησης (2010) είναι 35.4%5 – 9.5% άνεργοι και 13.6% – 17.0% μη-δραστήριοι οικονομικά. Το 49.6% των άνεργων χρηστών το 2011 είχαν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Το 19.6 % στο ίδιο χρονικό έτος είχε εγκαταλείψει το γυμνάσιο (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

2.2.2 Ελλάδα

Η διεθνής αναφορά για τη στρατηγική ελέγχου ναρκωτικών, στις ΗΠΑ 2010, εκτιμά ότι στην Ελλάδα υπάρχουν 20.000 – 30.000 τοξικομανείς και ο πληθυσμός αυτός συνεχίζει να αυξάνεται (International Narcotics Control. Strategy Report, 2010). Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, σε μια έρευνα που διεξήγαγε και δημοσιοποίησε το 2007, έδειξε ότι το 2004, από το γενικό πληθυσμό 15 – 64 ετών στην Ελλάδα, το 1,7% ήταν χρήστες κάνναβης, 0,1% κοκαΐνης, το 1,3% χρησιμοποιούν ενέσιμα ναρκωτικά και το 2,6% του πληθυσμού έκαναν προβληματική χρήση (ο όρος αυτός συνηθίζεται για τα άτομα που κάνουν χρήση συστηματικά ή για μεγάλο χρονικό διάστημα ναρκωτικά ενέσιμης μορφής και οπιούχων).

Πίνακας 0.1 Ποσοστό (%) χρήσης ναρκωτικών, σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία

Ουσία	Κάνναβη	Κοκαΐνη	Ενέσιμη χρήση	Προβληματική χρήση
Χώρα				
Αυστρία (2004)	7,5	0,9	-	5,4
Γαλλία (2005)	8,6	0,6	-	
Γερμανία (2003)	6,9	1,0	1,7	3,3
Ελλάδα (2004)	**1,7**	**0,1**	**1,3**	**2,6**
Ισπανία (2005-06)	11,2	3,0	-	8,5
Ιταλία (2005)	11,2	2,2	-	7,9
Μ. Βρετανία (2004)	10,3	2,3	4,2	10,2
Νορβηγία (2004)	4,6	0,8	3,3	-
Ολλανδία (2005)	5,4	0,6	0,9	3,2
Σουηδία (2006)	2,0	-	-	4,5

Πηγή: E.M.C.D.D.A. 2007.

Στην παρένθεση εμφανίζεται το έτος αναφοράς για κάθε χώρα μεταξύ του πληθυσμού ηλικίας 15 - 64 ετών, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (πηγή: Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά 2008 – 2012, Αθήνα 2008)

Θνησιμότητα και ναρκωτικά

Οι αιφνίδιοι θάνατοι που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών και οφείλονται συνήθως σε υπερβολική δόση ηρωίνης ή άλλων οπιοειδών, παρουσίασαν στην Ευρώπη ανοδική πορεία μέχρι το 2000. Στη συνέχεια, και μέχρι το 2003, παρατηρήθηκε μείωση, η οποία όμως δεν συνεχίστηκε και στα έτη 2004 και 2005. Η ίδια πορεία παρατηρήθηκε και στη χώρα μας: ο αριθμός των θανάτων από 321 το 2001, μειώθηκε σε 217 το 2003, για να αυξηθεί και πάλι σε 284 το 2005 (E.M.C.D.D.A., 2007). Οι θάνατοι από υπερβολική δόση παραμένουν μια από τις σημαντικότερες αιτίες θνησιμότητας των νέων ενηλίκων, που μπορεί να αποφευχθεί.

Η μείωση των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά είναι ένας σημαντικός στόχος της Δημόσιας Υγείας. Ο θάνατος λόγω υπερβολικής δόσης δεν είναι όμως ο μόνος κίνδυνος για την υγεία που αντιμετωπίζουν όσοι κάνουν προβληματική χρήση ναρκωτικών. Μελέτες του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης της Ελλάδας (2008-2012) καταδεικνύουν ότι η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες είναι σημαντικά υψηλότερη στους προβληματικούς χρήστες σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το γεγονός

αυτό αναδεικνύει σε προτεραιότητα, την ανάγκη να αναπτυχθεί μια περισσότερο ολοκληρωμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών της συγκεκριμένης ομάδας σε επίπεδο τόσο σωματικής, όσο και ψυχικής υγείας, προκειμένου να περιορισθούν ουσιαστικά η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που συνδέονται με τη χρόνια χρήση ναρκωτικών.

Λοίμωξη HIV

Το E.M.C.D.D.A. εκτιμά ότι κατά το 2005, η ενέσιμη χρήση ήταν υπεύθυνη για περίπου 3.500 νέες διαγνώσεις περιπτώσεων HIV στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Παρ' όλα αυτά, ο συνολικός αριθμός ατόμων με λοίμωξη HIV που κάνουν ή έκαναν στο παρελθόν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών εκτιμάται ότι ενδέχεται να φθάνει έως και τις 200.000. Στην Ελλάδα, η επικράτηση της μόλυνσης HIV μεταξύ των χρηστών βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, τα οποία πρέπει όχι μόνο να διατηρηθούν αλλά και να περιορισθούν.

Λοίμωξη από ηπατίτιδα Β και Γ

Οι προσπάθειες που καταβλήθηκαν για τον περιορισμό της λοίμωξης από ηπατίτιδα Β μεταξύ των χρηστών φαίνεται ότι απέφεραν αρκετά οφέλη, αφού το ποσοστό επικράτησης της ηπατίτιδας Β περιορίζεται μεταξύ των χρηστών. Στην Ελλάδα, το ποσοστό αυτό κυμαίνεται στο 2 - 3% των χρηστών. Αντίθετα, η κρυφή επιδημία της Ευρώπης που συνδέεται με τη χρήση ναρκωτικών είναι η ηπατίτιδα Γ. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του E.M.C.D.D.A., είναι πιθανόν να υπάρχουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) περίπου ένα εκατομμύριο χρήστες ή πρώην χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών που έχουν μολυνθεί με τον ιό της ηπατίτιδας Γ (HCV). Η ηπατίτιδα Γ μπορεί να έχει σοβαρότατες επιπτώσεις στην υγεία, όπως πρόκληση ηπατικού καρκίνου και τελικά το θάνατο, ενώ η ικανοποίηση των αναγκών όσων έχουν μολυνθεί με HCV είναι πιθανό να επιβαρύνει σημαντικά τους εθνικούς προϋπολογισμούς για την υγεία. Η επικράτηση της μόλυνσης HCV μεταξύ των χρηστών φτάνει στη χώρα μας και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες σε επίπεδα 40 - 60%, ποσοστά που δείχνουν το μέγεθος του προβλήματος που η μόλυνση μπορεί να αντιπροσωπεύει για τη Δημόσια Υγεία.

Αύξηση ατυχημάτων και τραυματισμών

Οι ψυχοδραστικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένης της κάνναβης και βενζοδιαζεπινών, μπορούν να επιδράσουν αρνητικά στην ικανότητα οδήγησης και να οδηγήσουν σε αύξηση του κινδύνου ατυχημάτων και τραυματισμών, γεγονός που επιβάλλει ιδιαίτερη προσέγγιση στην πρόληψη και στη νομική αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού (E.M.C.D.D.A., 2004).

Εγκληματικότητα που συνδέεται με τα ναρκωτικά

Η χρήση ναρκωτικών συνδέεται με την αύξηση της εγκληματικότητας μεταξύ των χρηστών. Η έννοια της «εγκληματικότητας που συνδέεται με τα ναρκωτικά» περιλαμβάνει σε γενικές γραμμές τέσσερις κατηγορίες εγκλημάτων:

- Εγκλήματα ψυχοφαρμακευτικής αιτιολογίας, που διαπράττονται υπό την επήρεια κάποιας ψυχοτρόπου ουσίας.
- Εγκλήματα με οικονομικό κίνητρο, που διαπράττονται για εξασφάλιση χρημάτων, αγαθών ή ναρκωτικών, προκειμένου να υποστηριχθεί η χρήση ναρκωτικών.
- Συστηματικά εγκλήματα, τα οποία διαπράττονται στο πλαίσιο της λειτουργίας παράνομων αγορών ναρκωτικών ουσιών.
- Αδικήματα που εμπίπτουν στο νόμο περί ναρκωτικών, περιλαμβανομένης της χρήσης, κατοχής και εμπορίας, τα οποία και αποτελούν τη μεγαλύτερη κατηγορία εγκλημάτων (E.M.C.D.D.A., 2004).

Θάνατοι σχετιζόμενοι με τα ναρκωτικά

Με βάση τα στοιχεία της βάσης δεδομένων του E.M.C.D.D.A., το 2005 αναφέρονται στη χώρα μας 284 θάνατοι συσχετιζόμενοι με ναρκωτικά. Ο αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με ναρκωτικά σημείωσε ραγδαία αύξηση κατά την περίοδο 1990 - 2001, όπου οι θάνατοι από 79 έφτασαν στους 321. Στη συνέχεια, ο αριθμός σημείωσε μείωση σε 259 θανάτους κατά το 2002 και 217 το 2003, αλλά από το 2004 σημειώνεται και πάλι αύξηση: το 2004 οι θάνατοι έφτασαν στους 250 και το 2005 στους 284.

Συχνότητα μολυσματικών ασθενειών μεταξύ των χρηστών

Σύμφωνα με τα στοιχεία του E.M.C.D.D.A. (2004), τα οποία προέρχονται από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων των ιατρικών εξετάσεων στους χρήστες που προσεγγίζουν τις υπηρεσίες για τα ναρκωτικά, η μόλυνση από ηπατίτιδα Γ στους ενδοφλέβιους χρήστες ναρκωτικών βρίσκεται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα, τα οποία κυμαίνονται μεταξύ 43,3% και 61,7%, ενώ η μόλυνση από ηπατίτιδα Β βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, γύρω στο 3%. Σύμφωνα με την ίδια πηγή, τα επίπεδα οροθετικότητας για HIV, καθώς και ο αριθμός κρουσμάτων AIDS μεταξύ των χρηστών παραμένουν στη χώρα μας σε πολύ χαμηλά επίπεδα, σημαντικά χαμηλότερα από ότι στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

2.2.3 Παγκόσμια

Αίτηση για θεραπεία

Εκτιμάται ότι το 20 τοις εκατό των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών το 2010 έλαβε θεραπεία για την εξάρτηση από τα ναρκωτικά. Τα οπιοειδή (και κυρίως η ηρωίνη) εξακολουθούν να είναι το κυρίαρχο ναρκωτικό που οδηγεί τα άτομα στη ζήτηση θεραπείας στην Ασία και την Ευρώπη (ιδιαίτερα στην Ανατολική Ευρώπη και τη Νότιο-Ανατολική Ευρώπη). Τα οπιοειδή επίσης φαίνεται να συμβάλουν σημαντικά στη ζήτηση θεραπείας στην Αφρική, τη Βόρεια Αμερική και την Ωκεανία. Μόνο στη Νότια Αμερική η ζήτηση για θεραπεία λόγω χρήσης οπιοειδών είναι αμελητέα (αντιπροσωπεύοντας το 1 τοις εκατό του συνόλου).

Η κάνναβη, το πλέον ευρέως παράνομο ναρκωτικό παγκοσμίως, θεωρείται ότι είναι το λιγότερο επιβλαβές από τα παράνομα ναρκωτικά. Ωστόσο, είναι το κυρίαρχο ναρκωτικό για τη ζήτηση θεραπείας στην Αφρική, τη Βόρεια Αμερική και την Ωκεανία. Επίσης, συμβάλλει στη ζήτηση θεραπείας στη Νότια Αμερική και είναι ο δεύτερος πιο σημαντικός παράγοντας για την εν λόγω θεραπεία στην Ευρώπη.

Η θεραπεία για τη χρήση κοκαΐνης σε μεγάλο βαθμό συνδέεται με την Αμερική, και κυρίως τη Νότια Αμερική, όπου αντιπροσωπεύει σχεδόν το ήμισυ του συνόλου των

ατόμων που λαμβάνουν μέρος στη θεραπεία, ενώ στην Ασία, την Ανατολική Ευρώπη, τη Νότιο-Ανατολική Ευρώπη και την Ωκεανία, το μερίδιο της ζήτησης για θεραπεία από τη χρήση ναρκωτικών λόγω χρήσης κοκαΐνης είναι αμελητέα (λιγότερο από 1%).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπολογίζεται ότι η ζήτηση για τη θεραπεία για τη χρήση του ATS (ως επί το πλείστον μεθαμφεταμίνη), είναι πιο αισθητή στην Ασία, όπου αυτά τα φάρμακα είναι ο δεύτερος σημαντικός συνεισφέρων παράγοντας στη ζήτηση θεραπείας, και σε μικρότερο βαθμό στην Ωκεανία, Δυτική και Κεντρική Ευρώπη και Βόρεια Αμερική (UNODC, 2012)

Μολυσματικές ασθένειες μεταξύ χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών

Τα ενέσιμα ναρκωτικά φέρουν ένα υψηλό κίνδυνο μόλυνσης μεταδιδόμενων ιών όπως ο HIV, η ηπατίτιδα Γ και η ηπατίτιδα Β. Η χρήση των μολυσμένων βελονών και συριγγών είναι ένας σημαντικός τρόπος μετάδοσης των ιών αυτών, οι οποίες αποτελούν ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας, συνεπάγονται σημαντικές δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας και συχνά οδηγούν σε πρόωρο θάνατο.

Από τους περίπου 16 εκατομμύρια ανθρώπους που κάνουν ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, τα 3 εκατομμύρια ζουν με τον ιό HIV. Ενώ η χρήση μολυσμένων βελόνων και συριγγών εδώ και πολύ καιρό είναι η κύρια αιτία των μολύνσεων από τον HIV μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών, αρκετές μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι η χρήση της κοκαΐνης, του «κρακ» και της ATS σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από ιό HIV ως αποτέλεσμα της σεξουαλικής επαφής χωρίς προφύλαξη.

Ο UNODC εκτιμά επίσης ότι η παγκόσμια επικράτηση της ηπατίτιδας Γ στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, το 2010 ήταν 46,7 τοις εκατό, ή περίπου 7,4 εκατομμύρια χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών μολύνονται με ηπατίτιδα Γ σε όλο τον κόσμο (με βάση τα δεδομένα από 54 χώρες), ενώ ο παγκόσμιος επιπολασμός της ηπατίτιδας Β εκτιμάται σε 14,6 τοις εκατό, ή περίπου 2,3 εκατ. χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών μολύνονται με ηπατίτιδα Β (με βάση τα δεδομένα από 46 χώρες). (World Drug Report, 2012)

Θάνατοι συνδεόμενοι με τα ναρκωτικά

Οι θάνατοι που προκύπτουν από τη χρήση παράνομων ναρκωτικών, οι περισσότεροι από τους οποίους είναι πρόωροι και δύσκολο να προληφθούν, είναι σαφώς η πιο ακραία

εκδήλωση της βλάβης που μπορεί να προκληθεί από την παράνομη χρήση των φαρμάκων. Ορισμοί και μέθοδοι καταγραφής των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά διαφέρουν ανάλογα με τη χώρα, αλλά περιλαμβάνουν το σύνολο ή μέρος των εξής: ακούσια υπερβολική δόση, αυτοκτονία, μόλυνση HIV ιού και AIDS μέσω της ανταλλαγής των μολυσμένων συνέργων χρήσης των ναρκωτικών και τραύματα (όπως αυτοκινητιστικά δυστυχήματα που προκαλούνται από την οδήγηση υπό την επήρεια παράνομων ναρκωτικών) . Σε παγκόσμιο επίπεδο, το UNODC (2012) εκτιμά ότι υπήρχαν μεταξύ 99.000 και 253.000 θανάτους το 2010, ως αποτέλεσμα της παράνομης χρήσης ναρκωτικών, ή μεταξύ 22,0 και 55,9 θανάτους ανά εκατομμύριο πληθυσμού ηλικίας 15-64 ετών. (World Drug Report, 2012)

2.3 Αιτίες της χρήσης ναρκωτικών και της κατάχρησης

2.3.1 Παράγοντες εφηβικής ανάπτυξης

Σε ορισμένους νεαρούς εφήβους οι χημικές ουσίες χρησιμοποιούνται ως μια ιεροτελεστία. Η χρήση τους χρησιμεύει ως απόδειξη της ωρίμανσης, αποδεικνύοντας πως έχουν αφήσει την παιδική ηλικία και έχουν πλέον εισέλθει στην εφηβεία και ότι αποτελούν μέρος του συνόλου (Ondieki A. G. & Ondieki Z. M., 2012). Από ανθρωπολογική άποψη, μια σειρά από κοινωνίες έχουν γιορτάσει ή σηματοδοτήσει την άφιξη της εφηβείας και / ή την ενηλικίωση με διάφορες κοινωνικές και θρησκευτικές τελετές, με ή χωρίς τη χρήση ναρκωτικών. Παρατηρώντας την κοινωνία των ενηλίκων και το πρόβλημά της με χημική εξάρτηση απλώς επιβεβαιώνει την απόφαση του εφήβου να δοκιμάσει ναρκωτικά (Wills et al. 2001). Όχι μόνο οι ενήλικες καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ και τσιγάρα, αλλά πολλοί γονείς μεγάλωσαν καπνίζοντας μαριχουάνα και συνέχισαν να κάνουν χρήση μαριχουάνας (και άλλων παράνομων ναρκωτικών) και αργότερα στη μέση ηλικία.

Η εφηβεία είναι μια περίοδος όπου παρατηρούνται δραματικές βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές οι οποίες προετοιμάζουν το άτομο για την ενήλικη ζωή. Το κεντρικό νευρικό σύστημα του νεαρού εφήβου υφίσταται βαθιές νεύρο – βιολογικές αλλαγές. Ο μεταβαλλόμενος εφηβικός εγκέφαλος είναι πιο ευαίσθητος στις επιδράσεις των φαρμάκων από ότι είναι ο ενήλικος εγκέφαλος και αυτό μπορεί να οδηγήσει στην

κατανάλωση μεγαλυτέρων ποσοτήτων αυτών των χημικών ουσιών και μεγαλύτερη προκύπτουσα τοξικότητα.

Η ψυχολογική ανάπτυξη στην εφηβεία χαρακτηρίζεται από την ανάγκη για χειραφέτηση από τους γονείς για να δημιουργηθεί στον έφηβο μια ασφαλής ταυτότητα (NIDA, 2007). Σημαντικοί αναπτυξιακοί παράγοντες που επηρεάζουν την εξέλιξη των προτύπων χρήσης ναρκωτικών είναι η αίσθηση του άτρωτου και της αθανασίας, σε συνδυασμό με την απουσία της ανησυχίας για τις αρνητικές συνέπειες. Πολλοί έφηβοι δεν συνειδητοποιούν τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών και της κατάχρησης· μερικοί ακόμα πιστεύουν ότι είναι φυσιολογικό να χρησιμοποιούν διάφορα ναρκωτικά.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για μακροχρόνιες δυσλειτουργικές μορφές κατάχρησης ουσιών είναι η έναρξη της χρήσης πριν από την ηλικία των 15 ετών. Ένας φαύλος κύκλος μπορεί να δημιουργηθεί όταν νεαρά άτομα αρχίσουν να πειραματίζονται με τα ναρκωτικά. Τα ναρκωτικά- πύλη (δηλαδή, το αλκοόλ, ο καπνός και η μαριχουάνα) μπορεί να οδηγήσουν σε πολλαπλή κατάχρηση από τα μέσα έως τα τέλη της εφηβείας (δηλαδή, ηλικίας 14 έως 19 ετών). Σωματική και/ή ψυχολογική εξάρτηση μπορεί να αναπτυχθεί πολύ πριν το άτομο το αντιληφθεί καθώς οι περισσότεροι χρήστες ναρκωτικών δεν γνωρίζουν πραγματικά το περιεχόμενο των ναρκωτικών δρόμου που αγοράζουν και τον εθισμό που προκαλούν. Δυστυχώς, πολλοί έφηβοι αθλητές είναι πεπεισμένοι ότι η χρήση ορισμένων φαρμάκων (δηλαδή, οι αμφεταμίνες, τα αναβολικά στεροειδή, περίσσεια βιταμινών, και άλλα) θα βελτιώσει τις επιδόσεις και την εμφάνιση τους. (Lowinson et al. 2005)

2.3.2 Ψυχική ασθένεια

Οι ψυχικές διαταραχές οι οποίες συχνά εμφανίζονται σε συνδυασμό με την κατάχρηση ουσιών περιλαμβάνουν διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές προσοχής, και αντικοινωνικές διαταραχές της προσωπικότητας. Τα ναρκωτικά μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν από τους έφηβους ως μέρος μιας προσπάθειας να επαναστατήσουν ενάντια στην εξουσία (όπως τους γονείς ή τους καθηγητές κ.τ.λ.) ή απλά κάποιες φορές υποκύπτουν στην παρότρυνση των συνομηλίκων τους να πειραματιστούν με τα ναρκωτικά. Έτσι, η χρήση ναρκωτικών είναι κοινή ανάμεσα των ανήλικων παραβατών, με άτομα που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, φυγάδες και

γενικά παρατηρείται συχνά ανάμεσα σε άτομα τα οποία παρουσιάζουν μια προβληματική – επαναστατική ή ακόμα παραβατική συμπεριφορά (NIDA, 2007). Η χρήση ναρκωτικών και η αντικοινωνική συμπεριφορά μπορεί να είναι στενά συνυφασμένες σε έναν ιστό προκαλώντας σημαντικά προβλήματα για τους νέους. Οι έφηβοι μπορούν να στραφούν σε εγκλήματα, όπως ληστείες, διαρρήξεις ή την πορνεία για να συνεχίσουν να μπορούν να κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Όσοι εμπλέκονται σε τέτοιο τρόπο ζωής συχνά βρίσκουν αποδεκτή τη χρήση ναρκωτικών. Ο φαύλος κύκλος εθισμού που ακολουθεί μπορεί να καταστρέψει τόσο τον χρήστη όσο και την οικογένεια του. (Nasibi, 2003).

2.3.3 Παράγοντες του περιβάλλοντος

Νέοι και ενήλικες μπορούν να στραφούν στα ναρκωτικά για να ξεφύγουν από το χάος του περιβάλλοντος και την ένταση της καθημερινότητας τους. Σημαντικά προβλήματα μπορούν να θεωρηθούν η οικονομική αστάθεια, τα υψηλά ποσοστά διαζυγίων, η δυσλειτουργία της οικογένειας, τα υψηλά ποσοστά εγκληματικότητας (συμπεριλαμβανομένου του βιασμού και της αιμομιξίας), αναποτελεσματικοί γονείς και τα ανεπαρκή σχολεία (Deas-Nesmith, Brady & Campbell, 1998). Νεολαία με περιορισμούς, όπως η φυσική αναπηρία, νοητική δυσλειτουργία, και άτομα που βιώνουν την σχολική αποτυχία μπορεί να είναι σε πιο αδύναμη θέση για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις που παρουσιάζονται στο καθημερινό τους περιβάλλον. Η χρήση των φαρμάκων μπορεί να παρέχει το «θάρρος» στη νεολαία για να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές πιέσεις, συμπεριλαμβανομένου και του σεξουαλικού πειραματισμού. Οι νέοι στις αρχές του 21ου αιώνα θα πρέπει επίσης να αντιμετωπίσουν ένα όλο και πιο πολύπλοκο και απαιτητικό κόσμο. Καθώς η κλασική εποχή έχει δώσει τη θέση της στη σύγχρονη τεχνολογία του Διαδικτύου, πολλοί δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν αυτές τις πιέσεις και στρέφονται στα ναρκωτικά ως έναν τρόπο απόδρασης από την πιθανό πόνο και το άγχος της σύγχρονης ζωής (Nasibi, 2003).

2.3.4 Η ευρεία διαθεσιμότητα των ναρκωτικών

Είναι εύκολο να βρει κανείς τα ναρκωτικά στη σύγχρονη κοινωνία. Οι κυβερνήσεις και η παγκόσμια κοινωνία ήταν ανίκανη ή απρόθυμη να σταματήσει την ευρεία διαθεσιμότητα όλων των τύπων των φαρμάκων. Πράγματι, για να σταματήσει η ευρεία χρήση και

κατάχρηση των ναρκωτικών από τους νέους, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε τους κινδύνους των ναρκωτικών και την ανάγκη να μειωθεί η διαθεσιμότητα των ναρκωτικών.

Σύμφωνα με τον Coombs (2002), εκτός από τις καμπάνιες καπνοβιομηχανιών και των παρασκευαστών αλκοολούχων ποτών, τα μέσα ενημέρωσης διαδραματίζουν έναν ισχυρό ρόλο στη δημιουργία εσφαλμένης εντύπωσης σχετικά με τη χρήση ουσιών. (Coombs, 2002)

Οι νέοι άμεσα ενθαρρύνονται από ταινίες, τηλεοπτικές εκπομπές, εφημερίδες, περιοδικά, τηλεοπτικές διαφημίσεις και να καταναλώνουν αλκοόλ και άλλα ναρκωτικά. Εικόνες από αστέρες του κινηματογράφου να κάνουν χρήση αλκοόλ, καπνού και μαριχουάνας, και άλλων ναρκωτικών είναι σχεδόν αδύνατο να αποφευχθούν. Αναγνωρισμένης αξίας, διάσημοι αθλητές ενθαρρύνουν τη χρήση ορισμένων φαρμάκων για τη βελτίωση αθλητικών επιδόσεων (Donald, Greydanus & Patel, 2005).

2.4 Στάδια της χρήσης ναρκωτικών και της κατάχρησης

Η πορεία ενός ατόμου προς την εξάρτηση περιλαμβάνει τέσσερα βασικά στάδια. Η πορεία αυτή δεν είναι προδιαγεγραμμένη ή δεδομένη. Το άτομο μπορεί να σταματήσει αυτή την εξέλιξη σε κάθε ένα από τα στάδια που αναφέρονται στη συνέχεια, ιδιαίτερα αν λάβει υποστήριξη.

Πειραματισμός: Η χρήση γίνεται μαζί με άλλους ή μόνος. Συνήθως, όμως, η ουσία προσφέρεται από άλλους. Η περιέργεια και η πίεση της ομάδας λειτουργούν ενισχυτικά σ' αυτή τη φάση. Τομείς, όπως η εργασία, το σχολείο, η υγεία, τα οικονομικά, δεν επηρεάζονται. Το να δοκιμάσει κάποιος δεν σημαίνει ότι θα εξαρτηθεί. Όλοι, όμως, οι εξαρτημένοι ξεκίνησαν από μια δοκιμή.

Ενεργή αναζήτηση: Μιλάμε πια για συναναστροφή με χρήστες ουσιών και αναζήτηση της ουσίας με στόχο την αλλαγή της διάθεσης. Αρχίζουν να φαίνονται μικρές επιπτώσεις στα οικονομικά αλλά και σε τομείς όπως η εργασία και η υγεία. Σημειώνεται αλλαγή στις παρέες και πιθανά στις σχολικές επιδόσεις.

Ενασχόληση: Παρουσιάζεται σημαντική αύξηση της χρήσης. Η ψυχική ή και η σωματική εξάρτηση κάνουν την εμφάνισή τους. Άμεσες είναι οι επιπτώσεις στα οικονομικά. Παρουσιάζονται προβλήματα διατροφής και διαταραχές στον ύπνο. Το άτομο θέτει τη ζωή του σε πολλούς κινδύνους (πχ ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, τροχαία ατυχήματα). Το άτομο που κάνει χρήση χαρακτηρίζεται από ασυνέπεια και χαμηλή απόδοση σε ό,τι σχετίζεται με την οικογένεια, την εργασία, ή το σχολείο. Οι σχέσεις με τους γύρω του διαταράσσονται, το άτομο αρχίζει να απομονώνεται.

Εξάρτηση: Η χρήση είναι πλέον το επίκεντρο της ζωής του ατόμου. Οι φίλοι είναι κυρίως χρήστες. Βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εμπλοκή σε παράνομες δραστηριότητες και νομικά προβλήματα. Κάνει χρήση μόνος του και παίρνει υψηλές δόσεις. Είναι πολλά πλέον τα συμπτώματα στην υγεία (σωματική - διανοητική - ψυχική - κοινωνική). Τα περισσότερα παιδιά μεγαλώνουν χωρίς αυτή την επιλογή ζωής. Δυστυχώς, όμως, υπάρχουν και νέοι που καταλήγουν σ' αυτή την επιλογή, αποκτώντας έτσι σταδιακά σοβαρά και μεγάλα προβλήματα (ΚΕΘΕΑ, n.d)

Κεφάλαιο 3 Κατηγορίες ουσιών – συνέπειες χρήσης τους

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν βάση της επίδρασης που επιφέρουν στον οργανισμό του χρήστη. Κάποιες από αυτές έχουν την δυνατότητα να αλλοιώνουν την αντίληψη , να διεγείρουν ακόμη και να καταστέλλουν τις λειτουργίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), κάτι το οποίο έχει ως επακόλουθο τη μεταβολή της διανοητικής κατάστασης του χρήστη (Vale, 2007).

Λαμβάνοντας υπόψη τις μεταβλητές απορρόφηση και επίδραση, που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό όταν χορηγηθούν εθιστικές ουσίες, το άτομο έχει το περιθώριο επιλογής του τρόπου με τον οποίο θα τις χορηγηθεί. Ένας από τους τρόπους λήψης μίας ουσίας, είναι όταν αυτή λαμβάνεται με κατάποση, για παράδειγμα τέτοιες ουσίες είναι τα συμπαθομιμητικά, τα αντιχολινεργικά φάρμακα, προϊόντα φυτών, οι βενζοδιαζεπίνες, κλομεθυαζόλη, η αιθανόλη, κάποια οπιοειδή αναλγητικά όπως η κωδεΐνη και η διϋδροκωδεΐνη. Η κατάποση είναι ένα βολικό μέσο πρόσληψης για τον χρήστη, όμως η απορρόφηση από αυτή την οδό είναι πιο αργή και η επίδραση της ουσίας στον εγκέφαλο είναι εξίσου μειωμένη. Άλλος τρόπος λήψης είναι με την εισπνοή, όπου με αυτή τη μέθοδο υπάρχει ταχεία απορρόφηση των ουσιών όπως κοκαΐνη, κάνναβη, νικοτίνη, οργανικά νιτρώδη, οπιοειδή αναλγητικά και πτητικές ουσίες.

Ένας εναλλακτικός τρόπος λήψης, είναι η απορρόφηση μέσω βλεννογόνων μεμβρανών, δηλαδή ο χρήστης σε αυτή τη περίπτωση εκτελεί την διαδικασία εισπνοής της ουσίας από τη μύτη. Η ταχύτερη όμως μέθοδος χορήγησης ουσιών είναι η έγχυση. Πιο συγκεκριμένα αυτή η μέθοδος αφορά την υποδόρια και ενδοφλέβια ένεση, την οποία προτιμούν η πλειοψηφία των χρηστών που λαμβάνουν οπιοειδή και ηρωίνη. Σημαντικό να αναφερθεί, ότι η ενδοφλέβια ένεση παρέχει το μεγαλύτερο κίνδυνο αφού οι περισσότεροι χρήστες δεν έχουν τη γνώση του πως να χρησιμοποιούν μία ένεση αλλά και επειδή η μορφή με την οποία λαμβάνεται η ουσία δημιουργεί απρόσμενη αυξημένη δραστικότητα ιδιαίτερα αν χορηγηθεί σε υπερβολική δόση, με αποτέλεσμα να οδηγεί το χρήστη σε πιο περίπλοκες καταστάσεις. Σε αυτή την περίπτωση, λόγω της χρήσης παράνομων ουσιών δεν επιζητούν ιατρική βοήθεια κι έτσι αφήνονται στα χέρια των υπόλοιπων τοξικομανών που μερικές φορές αυτό μπορεί να επιφέρει αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη (Vale, 2007). Επίσης

χρήστες ουσιών που παίρνουν την δόση τους κυρίως με ένεση ενδοφλέβια, αναπτύσσουν έλκη στο δέρμα και δευτερογενείς λοιμώξεις, αφού προκαλείται άμεση ερεθιστική επίδραση και σε συνδυασμό με επαναλαμβανόμενα τραύματα και οιδήματα δεν μπορούν οι πληγές να επουλώσουν σύντομα (Liu, Lien & Fenske, 2010).

Αναμφισβήτητα, η κατάχρηση ουσιών επιφέρει στον οργανισμό σοβαρές επιπλοκές, που ίσως κάποιες από αυτές να αποβούν μοιραίες. Οι εσκεμμένες προσμίξεις ουσιών με σκοπό να αραιωθεί η ποσότητα της καθαρής ουσίας είτε από τους χρήστες είτε από πωλητές, ακόμα και προσμίξεις ουσιών που καθιστούν την ουσία κατάλληλη για χρήση μέσω ενέσιμης μορφής, προκαλούν τέτοια σοβαρά μακροχρόνια προβλήματα. Με την διαδικασία αυτή αυξάνονται οι πιθανότητες εισβολής μολυσμένων σωματιδίων στο άτομο με αποτέλεσμα σε κάποιες περιπτώσεις να προκληθεί σταδιακή πνευμονική κοκκιωματώδη βλάβη (Vale, 2007).

Άλλοι κίνδυνοι από την κατάχρηση ουσιών μπορεί να είναι διάφορες λοιμώξεις όπως Ηπατίτιδα Β, Γ, Δ και του ιού HIV. Ακόμη σε πολλά περιστατικά ατόμων που χρησιμοποιούν ως μέσο τις ενέσεις παρατηρούνται αποστήματα στο σημείο όπου χορηγούνται, προκαλώντας μολύνσεις ή και διαρροή της ουσίας εντός των ιστών. Επίσης πιθανός κίνδυνος είναι η βακτηριακή λοίμωξη των φλεβών και των βαλβίδων της καρδιάς, όπως και κάποιες μυκητιάσεις γενικότερα στο σώμα όπως η Κατιντίαση (Vale, 2007).

Είναι δυστυχώς αναμφισβήτητο, λόγω της παράνομης πώλησης ναρκωτικών ουσιών, ο άνθρωπος να καταφεύγει σε παράλογες και απερίγραπτες λύσεις έτσι ώστε να κάνει διακίνηση και πώληση του 'προϊόντος' του χωρίς να γίνει αντιληπτός πέρα από τα εθνικά σύνορα ή σε φυλακές. Ένας τρόπος για να το πραγματοποιήσουν αυτό είναι η συσκευασία σώματος. Δηλαδή, τα άτομα αυτά προσλαμβάνουν με κατάποση πακέτα που περιέχουν παράνομες ουσίες, έτσι ώστε να τις μεταφέρουν και μετέπειτα να τις ανακτήσουν, με διαδικασίες όπως εμετό, κόπρανα και εγχείρηση. Φαινόμενα όπως αυτά οδηγούν τα άτομα μέχρι και το θάνατο αφού έχουν καταγραφεί στο παρελθόν συμπτώματα όπως, οξείες εντερικές αποφράξεις, κίνδυνος έκρηξης της συσκευασίας και έγχυση στο οργανισμό μεγάλης δοσολογίας της ουσίας (Vale, 2007).

3.1 Οπιούχα ή οπιοειδή

Το όπιο και τα φυσικά παράγωγα του, όπως η μορφίνη και η κωδεΐνη προέρχονται από ένα φυτό, την παπαρούνα Papaver somniferum, ενώ τα συνθετικά οπιοειδή, όπως η μεπεριδίνη, η φαιντανύλη, προποξυφαίνη, πενταζοκίνη, η μεθαδόνη (Segal, 1994) και η βουπρενορφίνη κατασκευάζονται ολοκληρωτικά σε χημικά εργαστήρια. Τέλος, τα ημι – συνθετικά οπιοειδή, όπως οξυκωδόνη, υδροκωδόνη και υδρομορφόνη, κατασκευάζονται από φυσικά προϊόντα του οπίου (Vosburg et al. 2012).

Η παπαρούνα και τα προϊόντα της συχνά χρησιμοποιούνται παράνομα για λόγους ψυχαγωγίας όπως και για ιατρικούς σκοπούς (Lee et al. 2011). Η ιατρική χρήση των οπιοειδών ουσιών είναι για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου, του πόνου του καρκίνου , την καταστολή του βήχα, τη θεραπεία της διάρροιας αλλά και ως υπνωτικά, εντούτοις δημιουργούν μια γενική αίσθηση ευημερίας, μειώνοντας την ένταση, το άγχος και την επιθετικότητα. Αν και χρήσιμα σε θεραπευτικό πλαίσιο, ωστόσο η κατάχρηση τους μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές επιδράσει στον εγκέφαλο (Højsted & Sjøgren, 2007). Τα ανεπιθύμητα αυτά αποτελέσματα είναι η υπνηλία, η αδυναμία συγκέντρωσης, η απάθεια και η ψυχολογική εξάρτηση. Πέραν όμως από τις επιδράσεις που επιφέρει η χρήση των οπιοειδών ουσιών στον εγκέφαλο, υπάρχουν εξίσου σημαντικά αρνητικά αποτελέσματα και στο σώμα (DEA, 2011). Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται επιβράδυνση της σωματικής δραστηριότητας, μεταβολή της θερμοκρασίας του σώματος (Jermaine, Mogali & Comer, 2012) και ως εκ τούτου εφίδρωση του προσώπου και του λαιμού, δυσκοιλιότητα, ναυτία, εμετός και μείωση του ρυθμού αναπνοής, μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας που πιστεύεται ότι σχετίζεται με τη μείωση των ορμονών του φύλου και στα δύο φύλα (Segal, 1994), μείωση της γαστρεντερικής διέλευσης και τέλος επιδράσεις στα ούρα (Jermaine, Mogali & Comer, 2012). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι επιδράσεις αυτές εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη δόση και τον τρόπο που λαμβάνεται η ουσία ακόμη και από την ανοχή που έχει αναπτύξει το άτομο. Καθώς η δόση αυξάνεται γίνεται πιο έντονη η ανακούφιση του πόνου και οι πιο πάνω αναφερθείσες επιπτώσεις (DEA, 2011).

Η υδρομορφόνη ανήκει στην κατηγορία των οπιοειδών, η οποία περιλαμβάνει μορφίνη. Έχει μια αναλγητική δραστικότητα από δύο έως οκτώ φορές μεγαλύτερη από εκείνη της μορφίνης, αλλά έχει βραχύτερη διάρκεια δράσης και μεγαλύτερη καταπραϋντικές

ιδιότητες. Η υδρομορφόνη, γνωστή και ως dillies, σε σκόνη, νομίμως παρασκευάζεται και διανέμεται στις Ηνωμένες Πολιτείες και συναντάται με την μορφή δισκίων, υποθέτων ή ως ενέσιμο σκεύασμα. Ωστόσο, οι χρήστες μπορούν να αποκτήσουν υδρομορφόνη από πλαστές συνταγές, από κλοπές από τα φαρμακεία, καθώς και από φίλους και γνωστούς.

Οι χρήστες μπορούν να κάνουν κατάχρηση υδρομορφόνης μέσω κατάποσης των δισκίων ή χρήσης των ενέσιμων διαλυμάτων, καθώς και των δισκίων που έχουν συνθλιβεί και διαλυθεί σε ένα διάλυμα που μπορεί να εγχυθεί ως ένα υποκατάστατο για την ηρωίνη.

Όταν χρησιμοποιείται ως φάρμακο κατάχρησης, και όχι κάτω από την επίβλεψη γιατρού, η υδρομορφόνη λαμβάνεται κυρίως για την πρόκληση συναισθημάτων ευφορίας, χαλάρωσης, καταστολής και μείωσης του άγχους. Μπορεί, επίσης, να προκαλέσει διανοητική θόλωση, αλλαγές στη διάθεση, νευρικότητα, και ανησυχία. Λειτουργεί κεντρικά (στον εγκέφαλο) για να μειώσει τον πόνο και να καταστείλει το βήχα.

Η χρήση υδρομορφόνης συνδέεται τόσο με σωματικές όσο και ψυχολογικές εξαρτήσεις αφού μπορεί να προκαλέσει δυσκοιλιότητα, συστολή της κόρης, κατακράτηση ούρων, ναυτία, έμετος, αναπνευστική καταστολή, ζάλη, διαταραχή συντονισμού, απώλεια της όρεξης, εξάνθημα, αργή ή γρήγορη αρρυθμία, και αλλαγές στην πίεση του αίματος.

Οξεία υπερδοσολογία της υδρομορφόνης μπορεί να προκαλέσει σοβαρή αναπνευστική καταστολή, υπνηλία η οποία εξελίσσεται σε λήθαργο ή κώμα, έλλειψη σκελετικού μυϊκού τόνου, κρύο και υγρό δέρμα και μείωση στη πίεση του αίματος και του καρδιακού ρυθμού. Υπερβολική δόση μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο λόγω αναπνευστικής καταστολής (Drug of Abuse, 2011).

Η ηρωίνη (diacetylmorphine (INN) είναι οπιοειδές ναρκωτικό, που ανήκει στην κατηγορία των σκληρών ναρκωτικών λόγω του εξαιρετικά υψηλού σημείου εθισμού που προκαλεί, και είναι κατασταλτικό. Λήψη της ηρωίνης γίνεται με διάφορους τρόπους: ενδοφλέβια, ρινικά και εισπνέοντας τους καπνούς της θερμαίνοντας ποσότητα σε φύλλο αλουμινίου (Levinthal, 2005). Η ηρωίνη είναι γνωστή στους δρόμους και σημεία διακίνησης ως και πρέζα, ζα,ζαπρέ,ζαμπόν, ζου, ζουζου, ρούχλα, "παραμύθα", "άσπρη".

Οι επιπτώσεις στο σώμα ενός τοξικομανούς από τη συνεχή χρήση αυτού του ναρκωτικού είναι καταστροφικές. Οι συχνές ενέσεις μπορεί να καταστρέψουν τις φλέβες και μπορεί να

οδηγήσουν σε μολύνσεις των αιμοφόρων αγγείων και των βαλβίδων της καρδιάς. Η φυματίωση μπορεί να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα της γενικής κακής κατάστασης του σώματος. Η αρθρίτιδα είναι μια ακόμη μακροπρόθεσμη συνέπεια του εθισμού στην ηρωίνη.

Ο τρόπος ζωής των εθισμένων ατόμων, όπου συχνά χρησιμοποιούν πολλοί την ίδια βελόνα, οδηγεί στο AIDS και σε άλλες μολυσματικές ασθένειες. Εκτιμάται ότι από τα 35.000 νέα κρούσματα ηπατίτιδας C (ασθένεια του συκωτιού) κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες, πάνω από το 70% είναι χρήστες ναρκωτικών που χρησιμοποιούν βελόνες (Drug of Abuse, 2005).

Ως συνέπεια της χρόνιας χρήσης οπιοειδών, είναι η σωματική και φυσική εξάρτηση, που συχνά αρχικά περιλαμβάνουν εφίδρωση, δακρύρροια, χασμουρητό, ρινική καταρροή. Καθώς η κατάσταση επιδεινώνεται παρατηρείται ευερεθιστότητα, απώλεια όρεξης, ανησυχία, ναυτία, ρίγη, ακατάσχετη επιθυμία της ουσίας, κατάθλιψη, εμετός, αύξηση του καρδιακού ρυθμού όπως και της πίεσης του σώματος (DEA, 2011). Το όπιο και τα παράγωγά του μπορούν να παραμείνουν στο σώμα για 2 – 3 μέρες (Segal, 1994).

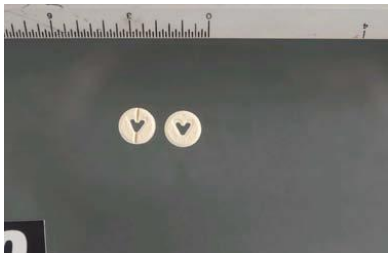
Η εξάρτηση από τα οπιοειδή είναι μια περίπλοκη ασθένεια που απαιτεί μακρόχρονη θεραπεία και αποκατάσταση με κύριους στόχους την εξάλειψη ή τη δραματική μείωση της εξάρτησης από τα οπιοειδή, τη βελτίωση της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης, τη διακοπή της εγκληματικής συμπεριφοράς και την κοινωνική επανένταξη.

Δεν υπάρχει μία συγκεκριμένη αποτελεσματική θεραπεία για τον εθισμό στα οπιοειδή, αλλά απαιτείται ο συνδυασμός θεραπευτικών προγραμμάτων που περιλαμβάνουν την αποτοξίνωση από τα οπιοειδή, τη φαρμακολογική θεραπεία, καθώς και προγράμματα συμβουλευτικής.

Σπάνια η αποτοξίνωση από μόνη της θεραπεύει αποτελεσματικά την εξάρτηση από τα οπιοειδή. Ωστόσο, είναι το πρώτο και υποχρεωτικό βήμα όλων των αξιόπιστων μεθόδων θεραπείας. Η αποτοξίνωση μαζί με το επακόλουθο πρόγραμμα ψυχολογικής απεξάρτησης και τη θεραπεία συντήρησης για αρκετούς μήνες αποτελούν απαραίτητα συστατικά στοιχεία μιας επιτυχημένης θεραπείας και μιας μακρόχρονης ανάρρωσης (Stanton & Thomas, 1982).

3.2 Κατασταλτικά Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Τα κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) όπως δηλώνει και το όνομα τους επιβραδύνουν τη λειτουργία του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα τη μείωση της νευρικής δραστηριότητας και του επιπέδου της ευαισθητοποίησης (Sega, 1994). Δύο κατηγορίες φαρμάκων έχουν συνταγογραφηθεί ως κατασταλτικά του ΚΝΣ για πολλά χρόνια. Περιλαμβάνουν βαρβιτουρικά και μη βαρβιτουρικά φάρμακα , όπως ένυδρη χλωράλη και μεπροβατάμη, σεκοβαρβιτάλη, πεντοβαρβιτάλη, μεθακαλόνη και δεύτερον τις βενζοδιαζεπίνες (Jerrold, 2007). Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνεται και η αλκοόλη, η οποία έχει χαρακτηρισθεί ως ηρεμιστικό-υπνωτικό, λόγω των αποτελεσμάτων της στην συμπεριφορά των χρηστών, αλλά δεν σχετίζεται δομικά με τα βαρβιτουρικά ή άλλες τέτοιες ενώσεις.



Οι πιο πάνω ενώσεις δρουν κατασταλτικά στο ΚΝΣ και συγκεκριμένα στον εγκέφαλο επηρεάζοντας τον νευροδιαβιβαστή γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA). Οι νευροδιαβιβαστές είναι χημικές ουσίες του εγκεφάλου που διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ των κυττάρων του εγκεφάλου. Συγκεκριμένα οι διάφορες κατηγορίες φαρμάκων προκαλούν αύξηση της δραστηριότητας του GABA που παράγει υπνηλία ή προκαλεί κατευναστική επίδραση. Παρατηρείται μείωση της αρτηριακής πίεσης και της αναπνοής, αργή ομιλία και αλλαγή συνείδησης. Αν υπάρξει συνδυασμός με άλλα φάρμακα που προκαλούν υπνηλία ή κατανάλωση αλκοόλ, ο καρδιακός ρυθμός και η αναπνοή μπορεί να επιβραδυνθεί επικίνδυνα (Segal, 1994).

3.2.1 Βαρβιτουρικά

Τα βαρβιτουρικά είναι συνθετικά ναρκωτικά τα οποία αναφέρονται με διάφορα ονόματα όπως *Barbs, barbies, blue bullets, blue devils, gorillas, nembies, pink ladies, red devils, sleepers* (DrugScope, 2005). Ήταν κάποτε τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα υπνωτικά φάρμακα, πλέον όμως είναι τα πιο σπάνια συνταγογραφούμενα φάρμακα, τα οποία συνταγογραφούνται μόνο με το νόμο των φαρμάκων, δηλαδή μπορούν να πωλούνται μόνο από τα φαρμακεία σύμφωνα με συνταγή γιατρού (King, 2000). Τα βαρβιτουρικά τα οποία χρησιμοποιούνται για το άγχος, την κατάθλιψη, την αϋπνία και λιγότερο για την θεραπεία της επιληψίας είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα ναρκωτικά λόγω της μικρής διαφοράς μεταξύ της κανονικής δόσης και της υπερβολικής δόσης και πολλοί άνθρωποι πεθαίνουν είτε κατά λάθος είτε εσκεμμένα για να αυτοκτονήσουν. Μια μικρή δόση κάνει τα άτομα να αισθάνονται χαλαροί, κοινωνικοί και ευδιάθετοι. Η πρόσληψη μεγαλύτερων δόσεων προκαλεί εχθρότητα και άγχος ενώ μπορεί να ακολουθήσει απώλεια συντονισμού, μπερδεμένη ομιλία και δυσκολία των χρηστών να μείνουν ξύπνιοι το οποίο είναι πιθανό να οδηγήσει σε τροχαία ατυχήματα σε ποσοστό που κυμαίνεται από 2 έως 9% (Sharma, 1976). Μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει και σε θανατηφόρους σπασμούς . Ο κίνδυνος υπερδοσολογίας είναι υψηλός, καθώς η θανατηφόρος δόση είναι αρκετά κοντά στο κανονικό επίπεδο δόσης. Δέκα δισκία μπορούν να αποβούν μοιραία και ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται αν η χρήση βαρβιτουρικών συνδυαστεί με άλλα ναρκωτικά φάρμακα όπως η ηρωίνη, τα ηρεμιστικά ή με κατανάλωση αλκοόλ.

Η ενέσιμη χρήση βαρβιτουρικών παράγει μία άμεση αίσθηση ζεστασιάς και υπνηλία. Εκτός από τους συνήθεις κινδύνους που προκαλεί όμως η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών (ηπατίτιδα, HIV κ.λπ.), η χρήση βαρβιτουρικών συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης γάγγραινας και αποστημάτων του δέρματος. Χρήστες υψηλών δόσεων εμφανίζουν βρογχίτιδα και πνευμονία επειδή το αντανακλαστικό του βήχα καταστέλλεται, καθώς και υποθερμία. (Henn & DeEugenio, 2007)

3.2.2 Βενζοδιαζεπίνες

Οι βενζοδιαζεπίνες είναι από τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα ψυχότροπα φάρμακα στον κόσμο (Jermaine, Mogali & Comer, 2012). Αυτά τα φάρμακα αποτελούν μια ευρέως χρησιμοποιούμενη και αποτελεσματική θεραπεία για αγχώδεις διαταραχές, και συμπληρωματική θεραπεία σε διάφορες ψυχιατρικές και νευρολογικές ασθένειες (Bateson, 2004). Ένας αριθμός βενζοδιαζεπινών έχει αποδειχθεί σε πειράματα σε τρωκτικά και μη-ανθρώπινα πρωτεύοντα ότι χρησιμεύουν ως ενισχυτές · μερικές από αυτές είναι: διαζεπάμη, χλωροδιαζεποξείδιο, φλουραζεπάμη, λοραζεπάμη, μεδαζεπάμη και μιδαζολάμη. Βενζοδιαζεπίνες όπως η αλπραζολάμη (valium) είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνται κυρίως για την ανακούφιση του άγχους. Είναι διαθέσιμα για τουλάχιστον 50 χρόνια, αλλά η χρήση τους έχει αυξηθεί σημαντικά κατά τα τελευταία 15 χρόνια (Winkelmayer, Mehta & Wang, 2008). Η μακροχρόνια χρήση τους μπορεί να οδηγήσει σε σωματική εξάρτηση και συχνά σε κατάχρηση (SAMHSA,2011). Όπως τα οπιοειδή, έχουν μια κατασταλτική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα και ως εκ τούτου μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική καταστολή σε υψηλές δόσεις. Βρίσκονται συχνά σε συνδυασμό με οπιοειδή αναλγητικά στην τοξικολογία μεταθανάτια, αλλά σπάνια αναγνωρίζονται ως το μόνο φάρμακο που εμπλέκεται (Paulozzi, 2012).

Κατάχρηση βενζοδιαζεπινών συνήθως ορίζεται ως χρήση για αναψυχή, μη ιατρική χρήση, με απώτερο σκοπό τη μέθη ή το «ανέβασμα» (Griffiths & Johnson, 2005). Πολλά στοιχεία καταδεικνύουν ότι η κατάχρηση βενζοδιαζεπίνης παραμένει πολύ διαδεδομένη. Το 2010 Διεθνής Έρευνα για τη χρήση ναρκωτικών και την υγεία διαπίστωσε ότι υπήρχαν περίπου 186.000 νέοι χρήστες της βενζοδιαζεπίνης (Κατάχρηση Ουσιών και Αγωγής Υγείας Διοίκηση Υπηρεσιών, 2010). Σύμφωνα με την έρευνα, ο αριθμός των ατόμων που ζητούν θεραπεία για κατάχρηση βενζοδιαζεπινών σχεδόν τριπλασιάστηκε μεταξύ των ετών 1998 και 2008 (Κατάχρηση Ουσιών και Αγωγής Υγείας Διοίκηση Υπηρεσιών, 2011b). Τα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι η χρήση βενζοδιαζεπινών γίνεται συνήθως σε συνδυασμό με άλλα ναρκωτικά, τις περισσότερες φορές τα οπιοειδή (Crane & Nemanski, 2004).

3.3 Διεγερτικά κεντρικού νευρικού συστήματος

Τα διεγερτικά δρουν άμεσα στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και αυξάνουν τη διέγερση του εγκεφάλου και του σώματος. Είναι παράγωγα της αδρεναλίνης. Τα δημοφιλέστερα διεγερτικά είναι: η κοκαΐνη, η αμφεταμίνη, το έκσταση, η νικοτίνη και η καφεΐνη. Η κοκαΐνη δρα με τον αποκλεισμό επαναπρόσληψης της ντοπαμίνης, της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης. Αυτός ο μηχανισμός φέρνει ευφορία (από τη ντοπαμίνη), αισθήματα αυτοπεποίθησης (από τη σεροτονίνη) και ενέργειας (από τη νοραδρεναλίνη). Οι αμφεταμίνες ενεργούν κυρίως με την αύξηση της συγκέντρωσης της ντοπαμίνης στη συναπτική σχισμή, με τη μείωση της επαναπρόσληψης της ντοπαμίνης και με τη διέγερση των ευαίσθητων στη ντοπαμίνη νευρώνων. Οι αμφεταμίνες ενισχύουν την αντοχή στην κόπωση επιτρέποντας τη διατήρηση της προσοχής κατά τη διάρκεια παρατεταμένων χρονικών περιόδων (Drug of Abuse, 2011). Το έκσταση (MDMA) ενεργεί ταυτόχρονα ως διεγερτικό και ως παραισθησιογόνο και το άτομο μπορεί να βιώσει αυξημένη ενέργεια και ευφορία. Η διέγερση των υποδοχέων νικοτίνης ενισχύει την έκκριση ντοπαμίνης και η υψηλή συγκέντρωση της ντοπαμίνης συμβάλλει στην δημιουργία της εξάρτησης από νικοτίνη. Η νικοτίνη παράγει αισθήματα ευχαρίστησης, όπως η κοκαΐνη και είναι ιδιαίτερα εθιστική, όπως η ηρωίνη. Η διεγερτική επίδραση της καφεΐνης προέρχεται από τη δράση της στους υποδοχείς αδενοσίνης και στην υπόφυση που εκκρίνει ορμόνες που διευκολύνουν την απελευθέρωση περισσότερης αδρεναλίνης, αυξάνοντας, έτσι, το επίπεδο εγρήγορσης. Οι σοβαρές δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία από την υπερβολική χρήση των διεγερτικών αφορούν την παράνοια, την ανησυχία, την ευερεθιστότητα και την επιθετικότητα. (Drug of Abuse, 2005)

3.3.1 Μεθαμφεταμίνη

Η μεθαμφεταμίνη είναι συνθετική ουσία και αποτελεί εξέλιξη μιας προγενέστερης ουσίας, της αμφεταμίνης. Για πρώτη φορά παρασκευάστηκε το 1919 στην Ιαπωνία και χρησιμοποιήθηκε για φαρμακευτικούς λόγους (π.χ. θεραπεία άσθματος). Για μεγάλο χρονικό διάστημα, η χρήση της μεθαμφεταμίνης και ο εθισμός σε αυτή, ήταν βασικό πρόβλημα στις δυτικές Η.Π.Α. Σταδιακά όμως, άρχισε να εξαπλώνεται

σε αγροτικές και αστικές περιοχές του Νότου, στις Μεσοδυτικές πολιτείες των Η.Π.Α., στην Αφρική, στις ανατολικές περιοχές της Ευρώπης και στην Άπω Ανατολή. Η εξάπλωσή της στην Αφρική και στην ανατολική Ευρώπη οφείλεται και στο γεγονός, ότι οι λαθρέμποροι μπορούσαν εύκολα να προμηθευτούν τις δύο χημικές ουσίες που απαιτούνται για την παρασκευή της, την εφεδρίνη και την ψευδοεφεδρίνη.

Η μεθαμφεταμίνη είναι μια άσπρη, άοσμη, πικρή, κρυσταλλική σκόνη που διαλύεται εύκολα στο νερό ή στο οινόπνευμα και ανήκει στις διεγερτικές εξαρτησιογόνες ουσίες. Άλλες ονομασίες της είναι: *μέθ, πάγος (ice), σπιντάκι, γυαλί, κρύσταλλο*, κ.ά.. Η μεθαμφεταμίνη είτε καπνίζεται, είτε εισπνέεται από τη μύτη, είτε διαλύεται και γίνεται ενέσιμη, είτε λαμβάνεται από το στόμα. Όταν καπνίζεται, που είναι και ο πιο κοινός τρόπος χρήσης τα τελευταία χρόνια, η απορρόφησή της από τον εγκέφαλο γίνεται πολύ πιο γρήγορα. Με αυτό τον τρόπο το άτομο εθίζεται πολύ πιο εύκολα στην ουσία και ταυτόχρονα ενισχύονται οι αρνητικές συνέπειες στην υγεία του (Emmett & Nice, 1998).

Η διάρκεια των ευχάριστων συναισθημάτων της ουσίας, εξαρτάται από το πώς θα χορηγηθεί στο άτομο. Συγκεκριμένα, αν η λήψη γίνει με ένεση ή μέσω καπνίσματος, τότε το άτομο νιώθει μια έντονη ενεργητικότητα και ευφορία, που χαρακτηρίζονται ως εξαιρετικά ευχάριστα συναισθήματα, αλλά διαρκούν μόνο λίγα λεπτά (3-5 λεπτά). Αν γίνει εισπνοή της ουσίας από τη μύτη ή ληφθεί από το στόμα, τότε ο χρήστης νιώθει μια υψηλή, αλλά όχι έντονη, ενεργητικότητα και του δημιουργείται μεγάλη ευφορία που διαρκεί 15-20 λεπτά (Drugs of abuse, 2011)

Όταν το άτομο κάνει χρήση της μεθαμφεταμίνης, αρχικά νιώθει ευφορία, δεν νιώθει κούραση και έχει αυξημένη προσοχή. Μετά το τέλος όμως των εύφορων συναισθημάτων, προκαλείται στο άτομο: ανορεξία, που έχει σαν αποτέλεσμα διάφορα προβλήματα που σχετίζονται με τον υποσιτισμό, καρδιοαγγειακά προβλήματα, καθώς αυξάνεται ακανόνιστα ο καρδιακός ρυθμός, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, υπερθερμία, έντονη εφίδρωση και επιθετικότητα.

Ακόμα, η εκτεταμένη χρήση της ουσίας μπορεί να προκαλέσει σοβαρές αλλαγές στη δομή και στη λειτουργία του εγκεφάλου, απώλεια μνήμης, ανησυχία, αϋπνία, σοβαρά οδοντικά

προβλήματα και σπασμούς, που αν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε θάνατο (Yui et al. 2000).

Με τη μακροχρόνια χρήση της μεθαμφεταμίνης το άτομο είναι πιθανό να παρουσιάσει διάφορα ψυχωσικά συμπτώματα όπως: παρανοειδής σκέψη, διωκτικό παραλήρημα, ακουστικές, οπτικές και απτικές ψευδαισθήσεις (π.χ. αίσθηση εντόμων που προχωράνε κάτω από το δέρμα) και αλλαγές στην αντίληψη του σώματος (Gossop, 2000). Η χρόνια χρήση προκαλεί σημαντικές οργανικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο (Yui et al. 2000). Μελέτες σε χρόνιους χρήστες μεθαμφεταμίνης έχουν δείξει, ότι τα άτομα αυτά υπόκεινται σε σοβαρές δομικές και λειτουργικές αλλαγές σε περιοχές του εγκεφάλου, που συνδέονται με τη συγκίνηση και τη μνήμη. Γι' αυτό το λόγο, σε πολλούς χρήστες παρατηρούνται διάφορα συναισθηματικά, γνωστικά και μαθησιακά προβλήματα. Επίσης, η συστηματική χρήση προκαλεί ανοχή και ψυχική εξάρτηση, με συμπτώματα κατάθλιψης, ευερεθιστότητας και έντονο άγχος μετά τη διακοπή της. Τα ψυχωσικά συμπτώματα μπορεί να συνεχιστούν για μήνες ή και για χρόνια στο άτομο, αφού σταματήσει η χρήση της μεθαμφεταμίνης.

Οι χρήστες, εξαιτίας της σταδιακής τους ανοχής στην ουσία, προκειμένου να εντείνουν τα ευχάριστα επιθυμητά αποτελέσματα, συχνά παίρνουν υψηλότερες δόσεις σε πιο λίγο χρονικό διάστημα ή αλλάζουν τον τρόπο χορήγησης της ουσίας. Λόγω της μικρής χρονικής διάρκειας του συναισθήματος ευφορίας, «αναγκάζονται» να κάνουν πιο συχνή χρήση, παρόλο που δεν έχει φύγει ακόμα η ουσία από το αίμα τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τον εθισμό τους. Ο εθισμός αυτός, είναι τόσο σωματικός όσο και ψυχικός με τα προαναφερθέντα συμπτώματα. Όταν ένας χρήστης απέχει από την μεθαμφεταμίνη, τότε του προκαλείται σύνδρομο στέρησης με συμπτώματα κατάθλιψης, ανησυχίας, κούρασης, αϋπνίας, καθώς και ακόμα πιο έντονη επιθυμία για χρήση.

Η πιο αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση για τον εθισμό από μεθαμφεταμίνη, είναι ανάλογη της κοκαΐνης. Δηλαδή, θεωρείται ότι ο συνδυασμός συμπεριφοριστικής και οικογενειακής θεραπείας (με οικογενειακή εκπαίδευση και ατομική συμβουλευτική) είναι ο πλέον αποτελεσματικός. Ακόμα, είναι σημαντικό το άτομο να έχει τη στήριξη και την ενθάρρυνση που χρειάζεται από τον κοινωνικό του περίγυρο. Με αυτό τον τρόπο, μπορεί να κινητοποιηθεί για να ασχοληθεί με διάφορες δραστηριότητες, παράλληλα με τη

θεραπεία του και να αναπτύσσει δεξιότητες που θα του είναι χρήσιμες για την κοινωνική επανένταξή του (Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης, 2008).

3.3.2 Κοκαΐνη

Η κοκαΐνη ονομάζεται το 'ναρκωτικό των πλουσίων', καθώς η τιμή της είναι ιδιαίτερα υψηλή, μέχρι και πενταπλάσια από αυτήν της ηρωίνης, και την προτιμούν τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα (πλούσιοι, καλλιτέχνες κ.λπ.) ως μέσο διέγερσης και δημιουργίας ευφορίας. Το σημαντικό όμως είναι ότι το συγκεκριμένο ναρκωτικό διαδίδεται με ταχύ ρυθμό σε ενεργές κοινωνικές ομάδες και νέους, με καταστροφικές συνέπειες για την υγεία. Υποκατάστατο της κοκαΐνης στα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα αποτελούν οι αμφεταμίνες, ουσίες με παρόμοια δράση, αρκετά χαμηλότερη τιμή, αλλά εξίσου καταστροφικές.

Η υδροχλωρική κοκαΐνη (C17H21NO4) είναι ναρκωτική ουσία που διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα. Πρόκειται για μια λευκή κρυσταλλική σκόνη που εισπνέεται από τη μύτη ως πρέζα, καταπίνεται μαζί με νερό ή λαμβάνεται με ένεση από τους χρήστες.

Στην πρώτη περίπτωση απορροφάται γρήγορα από τη ρινική βλεννογόνο και εισέρχεται στο αίμα και από εκεί στον εγκέφαλο, όπου αλληλεπιδρά με την ντοπαμίνη, χημική ουσία που δρα ως νευροδιαβιβαστής και σχετίζεται με το αίσθημα της ευχαρίστησης και την κινητικότητα.

Από την επεξεργασία της υδροχλωρικής κοκαΐνης με κάλιο και αιθέρα προκύπτει το 'κρακ' (crack), το οποίο ο χρήστης καπνίζει μαζί με μαριχουάνα ή θερμαίνει και εισπνέει τον καπνό του. Το όνομά του οφείλεται στο χαρακτηριστικό ήχο που προκαλεί κατά τη διάρκεια του καπνίσματος. Επιδρά άμεσα στον εγκέφαλο, δημιουργώντας έντονες ηχητικές και οπτικές παραισθήσεις και είναι ισχυρό εξαρτησιογόνο, δεδομένου ότι ακόμα και μία μόνο χρήση ενδέχεται να προξενήσει εξάρτηση. Ο χρήστης αυξάνει συνεχώς τη

δόση, ενώ υπερβολική δόση οδηγεί σε παραλήρημα, κώμα και παράλυση με κατάληξη το θάνατο (Grabowski, 1984).

Η ενδοφλέβια ένεση κοκαΐνης ή συνδυασμού κοκαΐνης και ηρωίνης μπορεί να προκαλέσει άμεσο θάνατο, λόγω υπερβολικής δόσης ή νοθευμένων ουσιών (Emmett & Nice, 1998) Ταυτόχρονα, αυξάνεται και η πιθανότητα να μεταδοθούν ασθένειες, όπως η ηπτίτιδα και το AIDS, εάν χρησιμοποιηθούν μη αποστειρωμένες βελόνες.

Σύμφωνα με στοιχεία (U.S. Department of Justice, 2011) , η κοκαΐνη «διεισδύει» στις κοινωνικά ενεργές ομάδες και υπολογίζεται ότι άτομα ηλικίας 16-34 ετών (ποσοστό 1-6%), καθώς και μαθητές (ποσοστό 1%-2%) έχουν δοκιμάσει τη συγκεκριμένη ουσία τουλάχιστον μία φορά. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι τα ποσοστά για τους εργαζόμενους νέους στα αστικά κέντρα είναι μεγαλύτερα, ενώ σοβαρά προβλήματα έχουν παρουσιαστεί από το κάπνισμα crack κυρίως σε γυναίκες που ασκούν επαγγέλματα σχετικά με το σεξ (Drug of Abuse, 2011).

Η κοκαΐνη απομονώθηκε από τα φύλλα του θάμνου Erythroxylon coca (ερυθρόξυλο της κόκας), ο οποίος ευδοκιμεί σε μεγάλα υψόμετρα της Νότιας και της Κεντρικής Αμερικής (Niemann, 1860). Οι Ισπανοί κατακτητές το 1530 παρατήρησαν ότι οι Ίνκας, πιθανότητα οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν φύλλα κόκας, τα μασούσαν ανάμεικτα με κομματάκια ασβεστόλιθου ή στάχτες για ευχαρίστηση ή για να αντέξουν τις δύσκολες εργασίες, την πείνα και τη δίψα. Το μάσημα των φύλλων συνεχίζεται ακόμα στην Κολομβία, το Περού, τη Βολιβία, τον Ισημερινό και από τους τουρίστες, καθώς βοηθά στην αντιμετώπιση της νόσου του μεγάλου υψομέτρου. Ωστόσο, η συγκεκριμένη ενέργεια δεν σχετίζεται με τη χρήση της κοκαΐνης ως ναρκωτικής ουσίας, αφού τα φύλλα περιέχουν μόλις 0,5-1% κοκαΐνης, που απορροφάται αργά από τον οργανισμό χωρίς να επιφέρει καμία παρενέργεια.

Ο πρώτος που απομόνωσε την κοκαΐνη στην κρυσταλλική μορφή της από τα φύλλα του ερυθρόξυλου της κόκας ήταν ο Γερμανός χημικός Wohler το 1858· διαπίστωσε επίσης ότι προκαλεί αναισθησία στο βλεννογόνο της γλώσσας (Madge, 2001).

Το 1884 η κοκαΐνη χρησιμοποιήθηκε στην οφθαλμολογία ως αναισθητικό του κερατοειδούς και του επιπεφυκότος κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων.

Παρατηρήθηκε ότι εκτός από αναισθησία στους βλεννογόνους προξενεί και τοπική σύσπαση των αγγείων, περιορίζοντας την αιμορραγία στις χειρουργικές επεμβάσεις, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιηθεί σε επεμβάσεις της μύτης, του φάρυγγα και του λάρυγγα. Ως ναρκωτική ουσία άρχισε να χρησιμοποιείται από τις αρχές του 20ού αιώνα.

Υπό την επίδραση μέσης δοσολογίας κοκαΐνης (περίπου 10-25 χιλιοστά του γραμμαρίου ενδοφλεβίως ή 100 από τη μύτη) προκαλείται ταχυκαρδία, αύξηση των παλμών κατά 30-50% και της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 10-15%. Ο S.Freud υποστηρίζει ότι παρατηρείται μεγάλη ποικιλία στις σωματικές και τις ψυχικές εκδηλώσεις, ανάλογα με το χρήστη. Το άτομο στην αρχή είναι εύθυμο, δραστήριο, δεν νιώθει κούραση, ενώ έχουν διαπιστωθεί ανησυχία, νευρικότητα, εριστικότητα και άγχος. Μεγάλες δόσεις κοκαΐνης και μακροχρόνια χρήση ενδέχεται να οδηγήσουν σε χρόνια δηλητηρίαση και ψυχωτικά επεισόδια. Πολλές φορές έχουν αναφερθεί κοκαΐνική ψύχωση, με διωκτικό παραλήρημα (το άτομο καταλαμβάνεται από πανικό ότι καταδιώκεται και δεν μπορεί να ξεφύγει), οπτικές αλλά και απτικές ψευδαισθήσεις (αίσθημα ότι το σώμα καλύπτεται από έντομα κ.ά.) (Drug of Abuse, 2011).

Η μακρά ή η εκτεταμένη χρήση έχει ως συνέπεια επίσης την ανάπτυξη χρόνιας φλεγμονής του βλεννογόνου της μύτης, έλκη και ιστική νέκρωση, με κατάληξη τη διάτρηση του ρινικού διαφράγματος. Η κοκαΐνη συνδέεται και με καρδιακά προβλήματα, όπως χαοτικοί καρδιακοί ρυθμοί και αύξηση της πίεσης, ενώ έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις καρδιακών επεισοδίων και θανάτων. Καθώς η ουσία προκαλεί ανορεξία, χρόνιοι χρήστες ίσως αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την απώλεια βάρους και τον υποσιτισμό.

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

Η κοκαΐνη δεν προξενεί σωματική εξάρτηση, αλλά ψυχική, και έτσι είναι ιδιαίτερα δύσκολη η απεξάρτηση. Κατά τη διαδικασία απεξάρτησης ο ασθενής παρουσιάζει σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά του και η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχει κάποια θετικά αποτελέσματα. Φαρμακευτική αγωγή δεν υπάρχει αυτήν τη στιγμή,

μολονότι έχουν δοκιμαστεί κλινικά κάποια φαρμακευτικά σκευάσματα. Σε χρόνιους χρήστες χορηγούνται φάρμακα για την αντιμετώπιση των καρδιακών και άλλων προβλημάτων που πιθανότατα έχουν προκύψει από τη χρήση της ουσίας (Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης, 2008).

3.3.3 MDMA ή έκσταση

Έκσταση (Ecstasy) είναι η κοινή ονομασία της Μεθυλενεδιοξυμεθαμφεταμίνης (MDMA). Βασικά είναι ένα διεγερτικό με παραισθησιογόνες ιδιότητες και διατίθεται συχνότερα υπό μορφή χαπιού (εξ ου και το ψευδώνυμο «χάπια») σε ένα πλήθος χρωμάτων που διαφοροποιούνται με «σφραγίδες». Αν και συνήθως καταπίνεται, η Έκσταση μπορεί επίσης να συνθλίβεται ή να εισπνέεται (Halpern et al. 2011).

Τα διεγερτικά στην έκσταση επιταχύνουν τη λειτουργία του κεντρικού νευρικού

συστήματος, ενώ οποιαδήποτε παραισθησιογόνα στο ναρκωτικό επηρεάζουν ταυτόχρονα την αντίληψη. Είναι ένα παραισθησιογόνο αμφεταμίνης που αυξάνει τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, πράγμα το οποίο μειώνει τις αναστολές και κάνει τους χρήστες να έχουν μεγαλύτερη εγρήγορση, στοργικότητα και ενεργητικότητα. Η έκσταση αρχίζει να «ενεργεί» εντός 20 λεπτών από τη λήψη της, παράγοντας αιφνίδιο αίσθημα ευφορίας που κορυφώνεται μετά από άλλη μια ώρα περίπου. Οι επιδράσεις μπορεί να διαρκέσουν έως οκτώ ώρες, ακολουθούμενες από κατάπτωση η οποία μπορεί να συνοδεύεται από κούραση και εκνευρισμό. Οι επιδράσεις αυτές εντείνονται αν συνδυαστεί με άλλα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ (Drug of Abuse, 2011).

Η έκσταση αυξάνει την αρτηριακή πίεση και τον καρδιακό σφυγμό, και αυξάνει τη θερμοκρασία του σώματος. Ο χρήστης χάνει την όρεξη για φαγητό και ιδρώνει πολύ, ίσως ακόμη και να κάνει εμετό. Σε μερικούς ανθρώπους μπορεί να παρουσιαστεί αύξηση της θερμοκρασίας, ενώ υπάρχουν συχνά παρενέργειες όπως το ακούσιο σφίξιμο των σαγονιών, τρίξιμο των δοντιών και διαστολή της κόρης των οφθαλμών, όπως και άγχος και αϋπνία κατά τη διάρκεια της κατάπτωσης. Η λήψη χαπιού σε ζεστό και υγρό περιβάλλον (όπως σε ρέιβ πάρτι ή μος πιτ) μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση και, αν και

σπάνια, καρδιακή ανεπάρκεια και θάνατο. Υπάρχουν επίσης γνωστές περιπτώσεις ατόμων που υπέστησαν υπερενυδάτωση και έπαθαν δηλητηρίαση ύδατος, η οποία οδηγεί σε πρήξιμο του εγκεφάλου (Drug of Abuse, 2005).

Αν και δεν έχουν ακόμη αποδειχτεί, όλο και περισσότερα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η επανειλημμένη χρήση της έκστασης λειτουργεί ως νευροτοξίνη στον εγκέφαλο. Οι συχνοί χρήστες αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης (όπως λήθαργο και μεταπτώσεις στη διάθεση), μειωμένες δεξιότητες συγκέντρωσης και βλάβη μνήμης. Αυτό συμβαίνει επειδή η σεροτονίνη στον εγκέφαλο μειώνεται με τη χρήση της έκστασης. Μελέτες σε πειραματόζωα υποδηλώνουν ότι αυτή η εξάντληση της σεροτονίνης μπορεί να είναι μακροχρόνια (έως τρία χρόνια) και μπορεί να είναι ακόμη και μόνιμη (Maartje et al. 2008). Όπως και με κάθε παράνομο ναρκωτικό που παρασκευάζεται σε πρόχειρα εργαστήρια, δεν υπάρχουν πολλά μέσα ελέγχου ποιότητας. Αν και το δραστικό συστατικό στην έκσταση υποτίθεται ότι είναι η MDMA, τα περισσότερα χάπια δεν την περιέχουν στην πραγματικότητα γιατί είναι δύσκολο να αποκτήσει κανείς πρόσβαση στα βασικά χημικά συστατικά που απαιτούνται για την παρασκευή της και είναι δύσκολο να τα συνθέσει χημικά. Οι περισσότεροι παρασκευαστές χαπιών χρησιμοποιούν απλό εξοπλισμό και προσπαθούν να μειώνουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις δαπάνες. Άσχετα από το τι μπορεί να πιστεύει ή να λέει ο διακινητής ναρκωτικών, είναι πράγματι πολύ αμφίβολο αν ξέρει κι ο ίδιος την προέλευση του εμπορεύματος, για να μπορεί να εγγυηθεί την ποιότητά τους. Συνήθως, απλά επαναλαμβάνουν ό,τι τους έχει πει οποιοσδήποτε τους έδωσε τα χάπια. Κι αυτό απλώς σημαίνει ότι, αντί να αγοράζει κανείς MDMA, είναι πιο πιθανό να του παρέχεται ένα κοκτέιλ μεθαμφεταμίνης και άλλων συνθετικών παραισθησιογόνων, συμπεριλαμβανομένων των Παραμεθοξυμεθαμφεταμινών (PMA). Άλλα φθηνά συστατικά που χρησιμοποιούνται για να φτιάξουν το χαρμάνι για τα χάπια έκστασης μπορεί να περιλαμβάνουν καφεΐνη, κεταμίνη (ηρεμιστικό αλόγων), παρακεταμόλη και ιβουπροφαίνη (Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης, 2008).

3.3.4 Κατ (Khat)

Τα φύλλα του κατ (khat) καλλιεργούνται στα υψίπεδα του Κέρατος της Αφρικής, στη Νότια Αραβία και κατά μήκος της ανατολικής αφρικανικής ακτής. Σε περιοχές της Αιθιοπίας, της Κένυας, της Σομαλίας και της Υεμένης τα φύλλα του κατ μασιούνται εδώ και αιώνες για τις ήπιες διεγερτικές τους ιδιότητες και αποτελούν για πολλούς σύνηθες κομμάτι της κοινωνικής ζωής. Παραδοσιακά, χρήση κατ γινόταν ως επί το πλείστον από άνδρες κατά τη διάρκεια δημόσιων συναθροίσεων χρήσης της ουσίας με έντονα τελετουργικό χαρακτήρα. Εντός περίπου μιας ώρας, ο χρήστης νιώθει σωματική διέγερση και ευφορία. Έπεται μια πιο ήρεμη, εσωστρεφής φάση, η οποία σταδιακά παραχωρεί τη θέση της σε μια κατάσταση αδιαθεσίας που ενδέχεται να συνοδεύεται από ανησυχία, ευερεθιστότητα και μελαγχολία. Τα συνυφασμένα με την πολιτισμική παράδοση μοντέλα κατανάλωσης κατ εντοπίζονταν κοντά στις περιοχές παραγωγής, εμπνέοντας την καλλιτεχνική δημιουργία στην αρχιτεκτονική, τη χειροτεχνία, την ποίηση και το τραγούδι (EMCDDA, 2011).

Από τα τέλη του 19ου αιώνα, οι διαδοχικές βελτιώσεις στις υποδομές των μεταφορών άνοιξαν νέες αγορές για το φυτό. Πιο πρόσφατα, η μαζική μετανάστευση ατόμων από το Κέρας της Αφρικής είχε ως αποτέλεσμα την εξάπλωση της χρήσης κατ σε γειτονικές χώρες, στην Ευρώπη και στον υπόλοιπο κόσμο. Τα σύγχρονα μοντέλα κατανάλωσης τείνουν να έχουν λιγότερο τυπικό χαρακτήρα και υποδεικνύουν μια πιο υπέρμετρη χρήση. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην απαξίωση των προστατευτικών πολιτισμικών παραγόντων που συνέβαλλαν στον έλεγχο της χρήσης κατά το παρελθόν. Δεν υφίστανται στοιχεία για τον ακριβή αριθμό των τακτικών χρηστών κατ σε παγκόσμια κλίμακα. Ωστόσο, σύμφωνα με εκτιμήσεις, ο αριθμός αυτός κυμαίνεται γύρω στα 20 εκατομμύρια.

Το κατ περιέχει διεγερτικές ουσίες που έχουν ιδιότητες παρόμοιες με αυτές της αμφεταμίνης. Οι ουσίες στην καθαρή τους μορφή ελέγχονται διεθνώς, τα φύλλα όμως όχι. Η υπερβολική κατανάλωση μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση. Μπορεί επίσης να

προκαλέσει κινδύνους για τη σωματική και ψυχική υγεία υγιών, κατά τα άλλα, ατόμων. Τα άτομα με προϋπάρχουσες ψυχικές διαταραχές ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα.

Στην Ευρώπη, το κατ ελέγχεται σε κάποιες, αλλά όχι σε όλες τις χώρες, κάτι που είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη τόσο νόμιμων όσο και παράνομων δικτύων διακίνησης. Παρότι τα στοιχεία σχετικά με το διεθνές εμπόριο, τη χρήση και τις κατασχέσεις είναι περιορισμένα, εντούτοις υποδεικνύουν ότι η αγορά κατ στην ΕΕ μεγαλώνει. Το κατ αποτελεί θέμα αντιπαράθεσης στις ομάδες μεταναστών. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι ενισχύει την κοινωνική συνοχή, ενώ άλλοι εγείρουν ενστάσεις για θρησκευτικούς και κοινωνικούς λόγους. Δεν υπάρχουν επί του παρόντος ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τις κοινωνικο-οικονομικές συνέπειες της χρήσης κατ. Το κατ καταναλώνεται κατά κύριο λόγο από πρώτης γενιάς μετανάστες από την υποσαχάρια Αφρική, ενώ λίγες είναι οι ενδείξεις που να υποδεικνύουν ότι η χρήση του έχει επεκταθεί και σε άλλες κοινότητες. Οι πληροφορίες σχετικά με την έκταση του φαινομένου, τα μοντέλα κατανάλωσης και τις συνέπειες της χρήσης είναι περιορισμένες. Τις τρεις τελευταίες δεκαετίες το κατ έχει αναδειχθεί σε μείζονα πηγή απασχόλησης, εισοδήματος και εσόδων για τις παραγωγές χώρες γύρω από το Κέρας της Αφρικής (EMCDDA, 2011).

Τα σωματικά και ψυχικά προβλήματα που έχουν συνδεθεί με τη χρήση κατ είναι πολυάριθμα. Ωστόσο, οι σχετικές έρευνες βρίσκονται σε εμβρυακό στάδιο και οι εμπεριστατωμένες πληροφορίες για το θέμα είναι λίγες. Η μέτρια χρήση κατ δεν θεωρείται γενικά επιβλαβής. Σοβαρές παρενέργειες, όπως ψυχωτικές καταστάσεις οφειλόμενες στην κατανάλωση κατ, σχετίζονται συνήθως με την υπερβολική χρήση. Η εθιστικότητα της ουσίας δεν έχει ακόμη κατανοηθεί επαρκώς και, παρότι η εν γένει εξάρτηση του ατόμου εμφανίζεται σχετικά ήπια σε σύγκριση με άλλες ψυχοδραστικές ουσίες, ορισμένοι χρήστες εκδηλώνουν ψυχαναγκαστικά μοντέλα κατανάλωσης παρόμοια με εκείνα που παρατηρούνται σε εθισμένους στα διεγερτικά. Όλο και περισσότερα στοιχεία συνηγορούν στο ότι το κατ μπορεί να παροξύνει προϋπάρχοντα ψυχικά προβλήματα, καθώς και να πυροδοτήσει ψυχώσεις και επιθετικές συμπεριφορές, ιδίως σε άτομα με προδιάθεση. Σύμφωνα με τα στοιχεία, η χρόνια χρήση κατ συνδέεται με σοβαρά προβλήματα υγείας. Είναι όμως πολλές φορές δύσκολο να προσδιοριστεί η επίδραση της συγκεκριμένης ουσίας σε σχέση με άλλους παράγοντες κινδύνου που επίσης μπορούν να συνδέονται με

την κατανάλωση, όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή ή τα κατάλοιπα παρασιτοκτόνων. Στις αρνητικές σωματικές συνέπειες που συνδέονται με τη χρήση του κατ συγκαταλέγονται: προβλήματα στους βλεννογόνους, υπέρταση, καρδιαγγειακές επιπλοκές, έλκος του δωδεκαδακτύλου, σεξουαλική δυσλειτουργία, ηπατοτοξικότητα και μειωμένο βάρος νεογνών από μητέρες που καταναλώνουν κατ. Γενικά όμως τα στοιχεία δεν επιτρέπουν την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων αναφορικά με την αιτιότητα, ούτε έχουν διερευνηθεί οι πιθανές φαρμακευτικές χρήσεις. Αυτό που είναι σαφές είναι ότι οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας που μπορεί να φροντίζουν μέλη κοινοτήτων μεταναστών συνήθως γνωρίζουν λίγα σχετικά με τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με τη χρήση της συγκεκριμένης ουσίας (Bussemas, Harsch & Ettre, 1994).

3.3.5 Καφεΐνη

Το δραστικό συστατικό του καφέ στο οποίο οφείλονται οι ψυχοδιεγερτικές ιδιότητές του είναι η καφεΐνη (caffeine). Είναι μια λευκή κρυσταλλική ουσία με έντονη πικρή γεύση, που από χημική άποψη υπάγεται στα αλκαλοειδή της ξανθίνης (3,7-διυδρο-πουρινο-2,6-διόνη). Η καφεΐνη βρίσκεται σε πολλές φυτικές ουσίες της διατροφής, αφεψήματα και αναψυκτικά. Δρα ως ψυχοδιεγερτετικό (psychoactive stimulant) φάρμακο και συγχρόνως διαθέτει ήπιες καρδιοτονωτικές και διουρητικές ιδιότητες (Higdon & Frei, 2006)

Η καφεΐνη απομονώθηκε από τον καφέ το 1819 από τον Γερμανό χημικό Friedrich Ferdinand Runge. Από φυτά που παρείχαν αφεψήματα με ανάλογες ψυχοδιεγερτικές ιδιότητες με εκείνες του καφέ, απομονώθηκαν ουσίες όπως η τεΐνη (theine) από το τσάι, η γουαρανίνη (guaranine) από τα guarana berris (καρποί γκουαράνα) και η ματεΐνη (mateine) από το yerba mate (τσάι "ματέ") (Myer, 2007)

Παρ' όλο που είχε διαπιστωθεί μια διαφοροποίηση στη δραστικότητα των ουσιών αυτών, όλες αυτές οι ουσίες αποδείχθηκε πως δεν ήταν παρά καφεΐνη και οι διαφορές οφείλονταν σε προσμίξεις άλλων παραγώγων ξανθίνης.

Ο άνθρωπος χρησιμοποιεί το αφέψημα του καφέ γιατί η καφεΐνη ενισχύει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), καταπολεμά την υπνηλία και την κόπωση και ενισχύει την ικανότητα εγρήγορσης. Τα αφεψήματα και τα αναψυκτικά που περιέχουν καφεΐνη είναι τα

πλέον δημοφιλή και η καφεΐνη είναι η πρώτη σε κατανάλωση ψυχοδιεγερτική ουσία σε όλο τον κόσμο. Η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) θεωρεί ότι η καφεΐνη είναι ασφαλής και επιτρέπει την προσθήκη της σε προϊόντα διατροφής και αναψυκτικά, χαρακτηρίζοντάς την ως "ουσία πολλαπλών χρήσεων - γενικώς θεωρούμενη ως διατροφικά ασφαλής" (multiple purpose generally recognized as safe food substance). Επιπλέον, η καφεΐνη βρίσκεται σε φαρμακευτικά σκευάσματα ήπιων αναλγητικών ουσιών επαυξάνοντας σημαντικά τη δραστικότητά τους.

Η καφεΐνη επενεργεί ως διεγερτικό του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) λόγω της ανταγωνιστικής δράσης της προς την αδενοσίνη. Η αδενοσίνη είναι φυσική ουσία που ενεργεί ως αγγελιαφόρος στη ρύθμιση της δραστηριότητας του εγκεφάλου και στον έλεγχο των καταστάσεων διέγερσης και ύπνου. Η καφεΐνη παρεμποδίζει τους συγκεκριμένους υποδοχείς της αδενοσίνης στο νευρικό ιστό και στον εγκέφαλο (Higdon & Frei, 2006).

Η δέσμευση των υποδοχέων της αδενοσίνης είναι επίσης υπεύθυνη για τη συστολή των αιμοφόρων αγγείων, αυτό ανακουφίζει την πίεση των ημικρανιών και των πονοκεφάλων και εξηγεί γιατί η καφεΐνη είναι συστατικό πολλών αναλγητικών χαπιών. Αναλγητικά που χορηγούνται ελεύθερα (χωρίς ιατρική συνταγή) συνήθως περιέχουν και μικρή ποσότητα καφεΐνης, που αυξάνει τη δραστικότητά τους στην καταπολέμηση του πονοκεφάλου μέχρι και κατά 40%. Καφεΐνη περιέχουν επίσης φαρμακευτικά σκευάσματα κατά του κρυολογήματος όπως και σε ανορεξιογόνα και απισχναντικά φάρμακα (Higdon & Frei, 2006).

3.3.6 Νικοτίνη

Η νικοτίνη είναι ένα υγροσκοπικό, υδατοδιαλυτό ελαιώδες και σχετικά εύφλεκτο υγρό. Το μόριό της αποτελείται από ένα δακτύλιο πυριδίνης και ένα δακτύλιο πυρρολιδίνης. Ως τυπική αζωτούχος βάση σχηματίζει άλατα με οξέα και στον καπνό βρίσκεται ως άλας με διάφορα συνήθη οξέα του φυτικού κόσμου, όπως το κιτρικό και το μηλικό οξύ. Κατά το κάπνισμα μικρό μόνο ποσοστό της νικοτίνης εισπνέεται, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό της καίγεται.

Η παρουσία στον χυμό των φύλλων του καπνού ενός πτητικού συστατικού με βασικές ιδιότητες διαπιστώθηκε για πρώτη φορά από τον Γάλλο χημικό-φαρμακοποιό Louis Nicolas Vauquelin το 1809, ο οποίος παρέλαβε νικοτίνη σε ακάθαρτη μορφή με διαβίβαση υδρατμών μέσω φύλλων καπνού. Σε χημικώς καθαρή μορφή η νικοτίνη παραλήφθηκε από τα φύλλα του καπνού το 1828 από τους Γερμανούς χημικούς Posselt και Reimann του Πανεπιστημίου της Χαϊλδεβέργης. Ο εμπειρικός χημικός τύπος της νικοτίνης βρέθηκε από τον Melsens το 1848 και ο συντακτικός τύπος της από τον Garry Pinner το 1893. Η πρώτη σύνθεσή της νικοτίνης πραγματοποιήθηκε από τους Pictet και Crepieux το 1904.

Η νικοτίνη παράγεται με εκχύλιση των φύλλων καπνού, αφού προηγουμένως αυτά υγρανθούν με διάλυμα ισχυρής βάσης για να απελευθερωθεί η νικοτίνη από τα άλατά της.

Ποσότητες νικοτίνης χρησιμοποιούνται από διάφορες φαρμακευτικές βιομηχανίες για την παρασκευή νικοτινούχων επιθεμάτων ("αυτοκόλλητα νικοτίνης"), ρινικών σπρέυ και άλλων σχετικών προϊόντων που βοηθούν στην απεξάρτηση από το κάπνισμα, μια αγορά που τα τελευταία χρόνια βρίσκεται σε "άνθηση".

Η νικοτίνη ως αλκαλοειδές έχει μερικές από τις πιο ενδιαφέρουσες και πολύπλοκες διεγερτικές ιδιότητες και έχει μελετηθεί συστηματικά τις τελευταίες δεκαετίες. Μικρές και γρήγορες δόσεις νικοτίνης, μέσω του καπνίσματος τσιγάρων, προκαλούν στον καπνιστή εγρήγορση και διέγερση, ενώ μεγαλύτερης διάρκειας δόσεις από «ρουφηξιές» διαρκείας, προκαλούν χαλάρωση έως και νάρκωση. Η νικοτίνη επιδρά θετικά σε πολλές ορμόνες που σχετίζονται με το στρες.

Η νικοτίνη διεγείρει στον εγκέφαλο τον υποθαλαμικό παράγοντα απελευθέρωσης της κορτικοτροπίνης, αυξάνει τα επίπεδα των ενδορφινών των γνωστών ως «φυσικών αναλγητικών», της αδενοκορτικοτροπικής ορμόνης και της αντιδιουρητικής ορμόνης «βασοπρεσσίνη», ανάλογα με τη δόση. Επίσης, η νικοτίνη απελευθερώνει κορτικοστεροειδή ανάλογα με τις συγκεντρώσεις της στο πλάσμα του αίματος (Xiu et al. 2009).

Η νικοτίνη διεγείρει τη βιοδιαθεσιμότητα των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνης και της σεροτονίνης με αποτέλεσμα να επιταχύνει τη λειτουργία της καρδιάς και να αυξάνει την πίεση του αίματος. Επίσης, η νικοτίνη δρα στους εγκεφαλικούς μηχανισμούς

ανταμοιβής, εμμέσως με την ενεργοποίηση των ενδογενών οπιοειδών (opioids) και άμεσα μέσω μηχανισμών της ντοπαμίνης. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι το αίτιο εθισμού προς το κάπνισμα, αλλά και κάθε άλλου είδους εθισμού.

Παρά τις πολυάριθμες έρευνες των τελευταίων χρόνων για τον τρόπο που η νικοτίνη συνδέεται με ορισμένους υποδοχείς στον εγκέφαλο, η ακριβής μορφή του συμπλέγματος της νικοτίνης με τους υποδοχείς της ακετυλοχολίνης (ACh) παρέμενε ένα μυστήριο.

Μυστήριο παρέμενε και ο λόγος σύνδεσης της νικοτίνης αποκλειστικά με υποδοχείς ACh του εγκεφάλου και όχι των μυών. Εάν η νικοτίνη συνδεόταν και ενεργοποιούσε τους υποδοχείς ACh των μυών, δηλ. στις νευρομυικές συνάψεις, όπως με τους αντίστοιχους υποδοχείς της στον εγκέφαλο, το κάπνισμα θα προκαλούσε στον καπνιστή παράλυση έως και θάνατο. Μια πρόσφατη δημοσίευση (Μάρτιος 2009) από την ερευνητική ομάδα του Καθηγητή Dennis Doughert του California Institute of Technology (Caltech) δίνει μια απάντηση στο ερώτημα αυτό (Xiu et al. 2009).

Στην περιοχή σύνδεσης των νικοτινικών υποδοχέων ACh, από παλαιότερες έρευνες είχε διαπιστωθεί η παρουσία ενός χώρου που ονομάστηκε αρωματικό κουτί (aromatic box), λόγω διάταξης μιας πεντάδας αρωματικών αμινοξέων σε σχήμα κουτιού χωρίς το "καπάκι" του. Η περιοχή αυτή βρίσκεται στους νικοτινικούς υποδοχείς ACh τόσο των νευρώνων του εγκεφάλου, όσο και των μυών.

Η ερευνητική ομάδα του Doughert αποδίδει στους υποδοχείς ACh του εγκεφάλου την ικανότητα έντονης δέσμευσης του κατιόντος της νικοτίνης λόγω αλληλεπίδρασης τύπου "κατιόν-π" με ένα από τα αρωματικά αμινοξέα της πεντάδας, τη θρυπτοφάνη. Κοντά στο "αρωματικό κουτί" υπάρχει το αμινοξύ λυσίνη, το οποίο μέσω δεσμού υδρογόνου διαμορφώνει τον χώρο κατά τρόπο που διευκολύνει το κατιόν της νικοτίνης να πλησιάσει και να συνδεθεί με τη θρυπτοφάνη. Επιπλέον, δεσμός υδρογόνου της νικοτίνης με το καρβονύλιο της καρβοξυλικής ομάδας της θρυπτοφάνης σταθεροποιεί επιπλέον τη σύνδεση (Xiu et al. 2009).

Στους νευρομυικούς υποδοχείς ACh δεν ισχύουν τα προηγούμενα. Η διαφορά τους αυτή εντοπίζεται σε μία και μόνη σημειακή μετάλλαξη, η οποία οδηγεί στην παρουσία του αμινοξέος γλυκίνη στη θέση της λυσίνης. Η αντικατάσταση αυτή παραμορφώνει το

"αρωματικό κουτί" κατά τρόπο που δυσχεραίνει τη σύνδεση του κατιόντος της νικοτίνης με τη θρυπτοφάνη. Αυτό επιβεβαιώθηκε από το ότι όταν οι ερευνητές αντικατέστησαν τη γλυκίνη του μυικού υποδοχέα με λυσίνη, ο τροποποιημένος μυικός υποδοχέας συνδεόταν σταθερά πλέον με τη νικοτίνη (Arnaud, 2009).

Το εύρημα αυτό θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό, ειδικά για τον σχεδιασμό νέων φαρμάκων που θα μπορούσαν να προσανατολισθούν ακριβώς προς νικοτινικούς υποδοχείς ACh. Οι υποδοχείς αυτοί αποτελούν στόχο θεραπείας για μια σειρά ασθενειών και καταστάσεων όπως: σχιζοφρένια, ασθένειες Alzheimer και Parkinson, επιληψία, αυτισμός, κατάθλιψη, πόνος, ακόμη και για την απαλλαγή από τη συνήθεια του καπνίσματος.

Είναι γνωστό ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και κατάθλιψης. Μελέτες σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων που πάσχουν από χρόνια κατάθλιψη έδειξαν ότι ο αριθμός των καπνιστών είναι διπλάσιος σε σχέση με τους μη καπνιστές. Επίσης, έρευνες έδειξαν ότι το κάπνισμα είναι αποτέλεσμα της προσπάθειας για μείωση των αρνητικών φαινόμενων της κατάθλιψης και του άγχους, ενώ τα άτομα αυτά είναι ιδιαίτερα δύσκολο να απαλλαχθούν από το κάπνισμα (Sharma & Lertzman, 2008).

Τα κύρια στερητικά συμπτώματα που εμφανίζονται σε κάθε προσπάθεια απεξάρτησης από το κάπνισμα συνοψίζονται στα εξής: Ευερεθιστότητα, ανυπομονησία, εχθρική συμπεριφορά, άγχος, κατάθλιψη, ανησυχία, βραδυκαρδία, αύξηση όρεξης και απόκτηση βάρους.

Η θεραπεία της εξάρτησης από το κάπνισμα και ιδιαίτερα της νικοτίνης αποτελεί εθνική στρατηγική υγείας στις αναπτυγμένες χώρες. Κάθε χρόνο ξοδεύονται τεράστια χρηματικά ποσά από τις Εθνικές Υπηρεσίες Υγείας για την καταπολέμηση του καπνίσματος. Ωστόσο, πολύ μεγαλύτερες είναι οι δαπάνες στις οποίες υποβάλλονται τα Εθνικά Συστήματα Υγείας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που προέρχονται εξαιτίας του καπνίσματος. Πλήθος ερευνητικών εργασιών αναφέρονται στις διαθέσιμες στρατηγικές απαλλαγής από τη συνήθεια του καπνίσματος (Sharma & Lertzman, 2008). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) το κάπνισμα θεωρείται ο σημαντικότερος εξωγενής παράγοντας νοσηρότητας και θνησιμότητας στον άνθρωπο. (WHO, 2013)

3.4 Παραισθησιογόνα

Οι παραισθησιογόνες ουσίες, είτε με τη μορφή φυτών και μανιταριών, είτε με τη μορφή εκχυλισμάτων από τα παραπάνω χρησιμοποιηθήκαν για αιώνες, κυρίως σε θρησκευτικές τελετές. Εξαιτίας της ιδιότητάς τους να προκαλούν αντιληπτικές διαταραχές, όπως οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις, πιστευόταν ότι έχουν την ικανότητα να «ανοίγουν τις πόρτες» για την έκφραση του ασυνειδήτου.

Τα ίδια ακριβώς χαρακτηριστικά που οδήγησαν στην ενσωμάτωσή τους σε θρησκευτικές ή πνευματιστικές τελετουργίες, οδήγησαν και στη διάδοσή τους ως ψυχοτρόπες ουσίες (ουσίες δηλαδή, που λαμβάνονται με πρόθεση την αλλαγή της διάθεσης του ατόμου). Η μόδα της χρήσης των ουσιών αυτών αναπτύχθηκε ιδιαίτερα έντονα τη δεκαετία του ΄60 και συνδέθηκε με τις μυστικιστικές τάσεις ορισμένων νεανικών κινημάτων της εποχής εκείνης (Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης, 2008).

Οι ουσίες αυτές μπορεί να είναι φυσικές (π.χ. μαγικά μανιτάρια) ή χημικές (π.χ. LSD, PCP) και προκαλούν παραισθήσεις, οι οποίες είναι έντονες διαστρεβλώσεις της αντίληψης του ατόμου για την πραγματικότητα. Υπό την επήρεια των ουσιών, το άτομο βλέπει εικόνες, ακούει ήχους και βιώνει αισθήσεις που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν. Κάποιες απ' αυτές προκαλούν ξαφνικές και έντονες συναισθηματικές εναλλαγές. Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο αυτές οι ουσίες ασκούν την παραισθησιογόνο δράση τους, παραμένει ακόμη ασαφής (Segal, 1994).

Το σημαντικό, αναφορικά με τα αποτελέσματα της χρήσης των παραισθησιογόνων ουσιών - αντίθετα από τις περισσότερες άλλες ψυχοτρόπες ουσίες- είναι ότι έχουν διαφορετικές επιδράσεις σε διαφορετικά άτομα ή σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Αυτό κυρίως οφείλεται στις σημαντικές διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στην ποσότητα και την σύνθεση των ενεργών συστατικών τους, ειδικά σε αυτά που παράγονται από φυτά και μανιτάρια. Εξαιτίας της «απρόβλεπτης» φύσης τους, η χρήση των παραισθησιογόνων ουσιών μπορεί να γίνει ιδιαίτερα επικίνδυνη. (Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης, 2008).

3.4.1 LSD (Lysergic Acid Diethylamide)

Το LSD είναι μια από τις πιο ισχυρές παραισθησιογόνες ουσίες. Προέρχεται από ένα μύκητα,την ερυσιβώδη ολύρα, που αναπτύσσεται στη σίκαλη και άλλα δημητριακά. Το 1938, ο Albert Hoffman, χημικός, που εργαζόταν σε Ελβετική φαρμακευτική εταιρία, συνέθεσε για πρώτη φορά το LSD. Καθώς όμως το νέο σκεύασμα δεν ανταποκρινόταν στο σκοπό για τον οποίο κατασκευάστηκε (διέγερση του κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος), εγκαταλείφθηκε. Τα ψυχοτρόπα αποτελέσματά του ανακαλύφθηκαν το 1943, όταν κατά λάθος ο Hoffman δοκίμασε μικρή ποσότητα της ουσίας. Ανακαλύφθηκε έτσι, ότι το LSD ήταν ένα ισχυρό ψυχωσιομιμητικό - μια ουσία που θα μπορούσε να προκαλέσει εργαστηριακά «ψύχωση» και η μελέτη της οποίας θα αποκάλυπτε τους μηχανισμούς της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχικών παθήσεων. Ακολούθησε ένας πειραματισμός προς αυτήν την κατεύθυνση, αλλά τελικά η χρήση του ως εργαστηριακό εργαλείο για μελέτες πάνω στην ψυχική ασθένεια σταμάτησε (Levert, 2006).

Η χρήση του διαδόθηκε τη δεκαετία του ’60 και επανήλθε στο προσκήνιο, μετά από κάμψη, τη δεκαετία του ’90, συνδεόμενο με συγκεκριμένα είδη μουσικής, όπως το Rave. Σήμερα παρασκευάζεται σε παράνομα εργαστήρια, κυρίως στις ΗΠΑ και την Ολλανδία.

Το LSD είναι η πιο γνωστή και η πιο ισχυρή παραισθησιογόνος ουσία. Σε καθαρή μορφή είναι μια άοσμη, άγευστη, άχρωμη και υδατοδιαλυτή ουσία, ιδιαίτερα δραστική. Στην αγορά κυκλοφορεί σε μορφή χαπιών, κάψουλας, κύβους ζάχαρης ή σε μικρά κομμάτια απορροφητικού χαρτιού με σχέδια - που διαφοροποιούν το είδος τους -, πάνω στα οποία έχει ενσταλαχτεί μικρή ποσότητα LSD. Σπάνια, κυκλοφορεί και σε υγρή μορφή. Συνήθως, λαμβάνεται από το στόμα και στο λεξιλόγιο της «πιάτσας» αναφέρεται ως: κρύσταλλος, τριπάκι, φράουλες, Ε.Τ., Κινέζος δράκος κ.α. (Levert, 2006).

Οι επιδράσεις του LSD είναι πολύ δύσκολο να προβλεφθούν μιας και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ποσότητα που λαμβάνεται, την προσωπικότητα του χρήστη, την εμπειρία του, τη διάθεσή του την ώρα της χρήσης, τις προσδοκίες του, καθώς και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση. Συνήθως, το*«ταξίδι» (trip)* του LSD ξεκινά μετά από μια ώρα περίπου από τη λήψη της ουσίας και φτάνει στο απόγειό του μετά από 2-3 ώρες, με διάρκεια ως και 12 με 15 ώρες με τις σωματικές συνέπειες για τον χρήστη να

είναι άμεσες, μερικές από τις οποίες είναι αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης, διαστολή της κόρης των ματιών, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, εφίδρωση, ανορεξία, αϋπνία, ξηροστομία, τρόμος, ρίγη, μυϊκή αδυναμία (Goetz,2005).

Εκτός από σωματικές αλλαγές ο χρήστης LSD αναμένεται ότι θα έχει και σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις όπως αλλοιώσεις στην αντίληψη της εικόνας του σώματος, αλλά και των αντικειμένων, αλλοιώσεις στην αντίληψη του χώρου και του χρόνου, καθώς και στην ακοή, έντονη αίσθηση των χρωμάτων, συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως φόβο, ευτυχία ή θλίψη και ραγδαία εναλλαγή των συναισθημάτων, χωρίς καμία λογική ή συνοχή.

Ο χρήστης μπορεί να βιώνει ταυτόχρονα πολλά διαφορετικά συναισθήματα ή να μεταβαίνει ξαφνικά από μια συναισθηματική κατάσταση σε μια άλλη : από τον απόλυτο τρόμο μέχρι την απόλυτη ευτυχία. Ο χρήστης έχει την αίσθηση ότι ακούει τα χρώματα και βλέπει τους ήχους δηλαδή έχει παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις και παρουσιάζει συμπτώματα σύγχυσης, άγχους και πανικού.

Κάποιοι χρήστες βιώνουν έντονα τρομακτικές σκέψεις, καθώς και απελπισία, φόβο απώλειας του ελέγχου και φόβο παράνοιας ή/και θανάτου. Αυτά αναφέρονται ως *«κακά ταξίδια» (bad trips)*. Ακόμη, ο χρήστης, υπό την επήρεια του LSD, μπορεί να προκαλέσει βλάβες στον ίδιο του τον εαυτό, αλλά και σε άλλους. Μερικές φορές εμφανίζεται έντονη μελαγχολία και άγχος, που μπορούν να διαρκέσουν και 24 ώρες μετά τη χρήση, αυξάνοντας τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Banys, 2003-b)

Με τη συχνή χρήση προκαλείται γρήγορα ανοχή και οι χρήστες χρειάζεται να αυξήσουν την ποσότητα που λαμβάνουν για να έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, γεγονός που αυξάνει την επικινδυνότητα, δεδομένης της «ιδιαιτερότητας» της ουσίας. Παρ' όλα αυτά το LSD θεωρείται ότι δεν προκαλεί εξάρτηση, όπως η ηρωίνη, η κοκαΐνη ή η νικοτίνη. Συνήθως, οι περισσότεροι χρήστες μειώνουν ή διακόπτουν μόνοι τους τη χρήση με τη πάροδο του χρόνου (Levert, 2006).

3.4.2 Μεσκαλίνη (peyote)

Το peyote, ή αλλιώς mescal, είναι ένας μικρός, στρογγυλός κάκτος, του οποίου η κύρια ενεργός παραισθησιογόνος ουσία είναι η μεσκαλίνη. Το συγκεκριμένο φυτό ευδοκιμεί στο Μεξικό και τις νοτιοδυτικές περιοχές των ΗΠΑ και χρησιμοποιείται ευρέως στις θρησκευτικές τελετές των ιθαγενών.

Η μεσκαλίνη απομονώθηκε το 1894 και μπορεί επίσης να παρασκευαστεί και συνθετικά. Έχει ομοιότητες με ουσίες που παράγει το σώμα μας, όπως η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη. Το επάνω μέρος των κωδέων του κάκτου κόβεται και αποξηραίνεται. Συνήθως λαμβάνεται από το στόμα. Τα αποξηραμένα μέρη είτε μασιούνται είτε μουλιάζονται σε νερό για την παράγωγή ενός ιδιαίτερα ψυχοτρόπου αφεψήματος.

Η ποσότητα μεσκαλίνης που μπορεί να προκαλέσει παραισθησιογόνο δράση είναι περίπου 0,3 – 0,5 γραμμάρια και η επίδρασή της έχει διάρκεια έως και 12 ώρες. Με τη χρήση μεσκαλίνης ο χρήστης βιώνει σε σύντομο χρονικό διάστημα αύξηση του καρδιακού ρυθμού, ναυτία, έμετος, έντονη εφίδρωση, αυξημένη θερμοκρασία σώματος, έξαψη, αταξία (έλλειψη συντονισμού κινήσεων) (Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης, 2008).

Στο ψυχολογικό τομέα οι επιπτώσεις που έχει η μεσκαλίνη στον χρήστη περιλαμβάνουν οπτικές ψευδαισθήσεις (συνήθως χρωματιστών γεωμετρικών σχημάτων), αλλοιωμένη εικόνα του σώματος, αυξημένη αισθητηριακή αντίληψη, δυσκολία στη συγκέντρωση και ευφορία (McLain, 1968)

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της χρήσης μεσκαλίνης δεν έχουν γίνει πλήρως γνωστές. Υπάρχουν ωστόσο ενδείξεις ότι οι χρήστες peyote μπορεί να βιώσουν flashbacks, ενώ η χρήση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με ανωμαλίες στο έμβρυο. Καθώς πρόκειται για παραισθησιογόνο ουσία, η επίδραση της χρήσης του peyote είναι δύσκολο να προβλεφθεί μιας και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποσότητα που λαμβάνεται, την προσωπικότητα του χρήστη, την εμπειρία του, τη διάθεσή του την ώρα της χρήσης, τις προσδοκίες του, καθώς και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η

χρήση. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο, η αλόγιστη χρήση του για «ψυχαγωγικούς» σκοπούς μπορεί να αποβεί επικίνδυνη για το άτομο (Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης, 2008).

3.4.3 Μαγικά Μανιτάρια (PSILOCYBIN)

Η χρήση μανιταριών με παραισθησιογόνες ιδιότητες ανάγεται στις τελετές των φυλών της Κεντρικής Αμερικής, γύρω στο 500 μ.Χ. Πολλά μανιτάρια αυτού του είδους ευδοκιμούν στις τροπικές και υποτροπικές περιοχές της Νότιας Αμερικής, του Μεξικό και των ΗΠΑ. Η χρήση των μαγικών μανιταριών για "ψυχαγωγικό" σκοπό - όπως και αυτή του LSD- συνδέθηκε με τα νεανικά κινήματα της δεκαετίας του 1960 (Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης, 2008).

Η παραισθησιογόνος ουσία που περιέχουν τα μανιτάρια αυτά είναι η ψιλοκυβίνη (psilocybin). Είναι μια ουσία με δράση παρόμοια με αυτή του LSD, αλλά ελαφρότερης μορφής και συνήθως περιέχεται σε αναλογία μικρότερη του 0,5%. Στην αγορά διατίθενται ακατέργαστα, φρέσκα ή αποξηραμένα και συνήθως λαμβάνονται από το στόμα. Οι επιδράσεις της χρήσης τους είναι δύσκολο να προβλεφθούν μιας και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ποσότητα που λαμβάνεται, την προσωπικότητα του χρήστη, την εμπειρία του, τη διάθεσή του την ώρα της χρήσης, τις προσδοκίες του, καθώς και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση. Συνήθως, όμως δεν είναι τόσο έντονες , όσο αυτές του LSD. Η επίδραση ξεκινά 20 λεπτά μετά την κατάποση και διαρκεί για 6 ώρες περίπου (Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης, 2008).

Η ψιλοκυβίνη όταν ληφθεί από το χρήστη προκαλεί διάφορες σωματικές συνέπειες όπως διαστολή της κόρης των ματιών, απώλεια της αίσθησης της γλώσσας, των χειλιών ή του στόματος, αταξία, ναυτία, μυϊκή αδυναμία και δηλητηρίαση (είναι μεγάλος ο κίνδυνος να επιλέξει κανείς μανιτάρια που μοιάζουν με τα παραισθησιογόνα, αλλά είναι δηλητηριώδη).

Ως παραισθησιογόνα παρόμοια με το LSD τα μαγικά μανιτάρια έχουν και ψυχολογικές επιδράσεις στον χρήστη όμοιες με αυτές του LSD, όπως παραισθήσεις (συνήθως οπτικές και ακουστικές), αλλοιωμένη αντίληψη του χρόνου και του χώρου, ανικανότητα

διαχωρισμού της φαντασίας από την πραγματικότητα, πανικός, ψυχωσικές αντιδράσεις (ειδικά σε περιπτώσεις λήψης μεγάλης δόσης) (Szalavitz, 2012).

Με τη συχνή χρήση προκαλείται γρήγορα ανοχή και οι χρήστες χρειάζεται να αυξήσουν την ποσότητα που λαμβάνουν για να έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Δεν έχει διαπιστωθεί σωματική εξάρτηση, αλλά πολλά άτομα εξαρτώνται ψυχικά. Έχουν αναφερθεί άσχημα «ταξίδια» με κρίσεις πανικού, επιθετικότητα, αίσθημα αποπροσωποποίησης (αίσθημα μη πραγματικότητας του εαυτού: είναι το αίσθημα ότι ο εαυτός κάποιου δεν είναι αληθινός, ότι είναι αποκολλημένος από το σώμα του), άγχος και μερικές φορές ψυχωσικού τύπου αντιδράσεις. Τα bad trips μπορούν να αποβούν ιδιαίτερα επικίνδυνα τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και τους άλλους (Van Orden, 2008).

3.4.4 P.C.P. (Φαινσυκλιδίνη)

Η φαινσυκλιδίνη (P.C.P.) συντέθηκε για πρώτη φορά το 1956 από την Parke-Davis ως ενδοφλέβιο αναισθητικό. Όμως, το 1965 η χρήση του διακόπηκε, καθώς οι ασθενείς παρουσίαζαν ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως σύγχυση, αποπροσανατολισμό, διέγερση, παραισθήσεις και γενικά συμπτώματα οξέος οργανικού εγκεφαλικού συνδρόμου. Είναι εύκολα παρασκευάσιμο, με χαμηλό κόστος και για αυτούς τους λόγους μπήκε γρήγορα στο παράνομο εμπόριο, πολλές φορές και αναμεμιγμένο με άλλες ουσίες όπως τη μαριχουάνα, το LSD και το ecstasy. Η χρήση του απέκτησε διαστάσεις επιδημίας στις δεκαετίες του ’70 και ’80, αλλά σχετικά γρήγορα απέκτησε τη φήμη ουσίας που προκαλεί «άσχημες» επιδράσεις και δεν αξίζει το ρίσκο (Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης, 2008).

Η φαινσυκλιδίνη (P.C.P.) είναι συνθετική ουσία με ψυχότροπο δράση και παραισθησιογόνες ιδιότητες. Σε καθαρή μορφή είναι λευκή, υδατοδιαλυτή κρυσταλλική σκόνη, η οποία κυκλοφορεί σε χάπια, κάψουλες και χρωματιστή σκόνη. Συνήθως, λαμβάνεται από το στόμα ή τη μύτη, αλλά μπορεί να χορηγηθεί και ενδοφλέβια. Στο λεξιλόγιο της «πιάτσας» αναφέρεται ως: angel dust, rocket fuel, peace pill και hog.

Το PCP έχει διαφορετική επίδραση από άτομο σε άτομο · μπορεί να δράσει ως διεγερτικό, κατασταλτικό, αναλγητικό ή παραισθησιογόνο, ανάλογα με τη δοσολογία και

τον τρόπο χορήγησής του. Επίσης, ανάλογα με τον τρόπο χρήσης, οι συνέπειές της γίνονται αισθητές μέσα σε λίγα λεπτά έως μια ώρα, ενώ η επίδρασή του μπορεί να διαρκέσει από 4 έως 6 ώρες. Επιπρόσθετα, καθώς το PCP κατασκευάζεται παράνομα, κάτω από μη ελεγχόμενες συνθήκες, οι χρήστες δεν μπορούν να γνωρίζουν την ακριβή ποσότητα PCP που λαμβάνουν με τη χρήση – γεγονός που το καθιστά ιδιαίτερα επικίνδυνο (Petersen & Stillman, 1978).

Οι συνέπειες της χρήσης PCP είναι διαφορετικές από αυτές που προκαλούνται από άλλες παραισθησιογόνες ουσίες, όπως το LCD. Η χρήση του προκαλεί κυρίως αλλοιώσεις στην αντίληψη της εικόνας του σώματος και μια αίσθηση «αποσύνδεσης» από το περιβάλλον: τα άτομα έχουν επίγνωση του που βρίσκονται, αλλά βιώνουν ότι δεν αποτελούν κομμάτι του συγκεκριμένου περιβάλλοντος, ότι δεν ανήκουν σε αυτό. Ακόμη, οι χρήστες συχνά εκδηλώνουν αυτοκαταστροφική ή βίαιη συμπεριφορά.

Οι σωματικές επιδράσεις του PCP εξαρτώνται από την ποσότητα που χρησιμοποιείται. Σε χαμηλές δόσεις μπορεί να προκαλέσει: χαλάρωση, μούδιασμα των άκρων, έλλειψη μυϊκού συντονισμού, αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης, έντονη εφίδρωση, έξαψη, θολή όραση, κενό βλέμμα, ρηχή αναπνοή (Petersen & Stillman, 1978)

Σε μέτριες έως υψηλές δόσεις μπορεί να προκαλέσει: αναλγησία (μειωμένη αντίληψη του πόνου), αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος , πυρετό, πτώση της πίεσης του αίματος και του καρδιακού ρυθμού, ναυτία, έμετο, θολή όραση, απώλεια ισορροπίας, ζαλάδα, αναπνευστική ανεπάρκεια , καρδιακή ανακοπή , κώμα ακόμα και θάνατος (Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης, 2008).

Η χρήση PCP προκαλεί συμπτώματα όμοια των υπόλοιπων παραισθησιογόνων στην ψυχοσύνθεση του χρήστη, όπως σύγχυση, ευερεθιστότητα, οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, αλλοιωμένη αίσθηση του χρόνου και του χώρου, αλλοιωμένη εικόνα σώματος, αποπροσανατολισμό της σκέψης , χαρακτηριστικές βίαιες και ψυχωτικές αντιδράσεις.

Οι χρόνιοι χρήστες συχνά παρουσιάζουν δυσκολίες στο λόγο και τη σκέψη, κενά μνήμης, κατάθλιψη και απώλεια βάρους. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να επιμείνουν

ακόμη και για ένα χρόνο, μετά την διακοπή της χρήσης. Η παράλληλη χρήση του PCP με κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως το αλκοόλ και οι βενζοδιαζεπίνες, μπορεί επίσης να οδηγήσει το άτομο σε κώμα ή και στο θάνατο.

Με τη συχνή χρήση προκαλείται εξάρτηση, τόσο σωματική, όσο και ψυχική. Η σωματική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από σφοδρή επιθυμία για την αναζήτηση της ουσίας και την ανάπτυξη ανοχής (οι χρήστες χρειάζεται να αυξήσουν την ποσότητα που λαμβάνουν για να έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα). Με τη διακοπή της χρήσης εμφανίζονται συμπτώματα στερητικού συνδρόμου, που περιλαμβάνουν τρόμο, ρίγη και μυϊκούς πόνους. (Lowinson et al. 2005)

3.5 Κάνναβη

Κάνναβη (μαριχουάνα) είναι ένα από τα πιο συχνά σε κατάχρηση ναρκωτικά. Το φάρμακο έχει μια σειρά από ονόματα, όπως χασίς, φούντα, και bhang. Το δραστικό προϊόν στη μαριχουάνα προέρχεται κυρίως από την άνθηση των φυτών κάνναβης. Μεταξύ των κανναβινοειδών συγκαταλέγονται η κάνναβη, η κανναβιδόλη, το κανναβιδολικό οξύ, καθώς και πολλές άλλες ομοειδείς ουσίες.

Η πλέον δραστική ένωση υπεύθυνη για τις περισσότερες από τις ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις είναι η δ-τετραϋδροκανναβινόλη (THC). Χαμηλές έως μέτριες δόσεις του φαρμάκου προκαλούν μόνο πολύ λίγα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Οι φαρμακολογικές δράσεις και οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της χρόνιας χρήσης είναι ασαφείς. Το φάρμακο μπορεί κανείς να το καπνίσει, να το μασήσει ή να του χορηγηθεί ενδοφλεβίως. Στον άνθρωπο, η THC έχει έντονες επιδράσεις στο κεντρικό νευρικό και το καρδιαγγειακό σύστημα. Οι επιδράσεις στο νευρικό σύστημα διαφέρουν ανάλογα με τη δόση, την οδό χορήγησης, καθώς και την εμπειρία και την προσδοκία του υποκειμένου. Όταν καπνίζεται, οι ψυχολογικές επιπτώσεις δεν αναπτύσσονται για 20-30 λεπτά. Τα αποτελέσματα μπορεί να διαρκέσουν μέχρι 3 ώρες. Ωστόσο, η THC απορροφάται και συσσωρεύεται σε ιστούς όπως τους όρχεις και τον εγκέφαλο (Cubo & Goetzb, 2003).

Η THC προκαλεί ευφορία, αλλαγές στη μνήμη και στο συντονισμό των κινήσεων, στα συναισθήματα της χαλάρωσης, και αυξημένη σεξουαλική διέγερση. Άλλοι έχουν

αναφέρει αυξημένη καχυποψία, παράνοια, και επιθετικότητα, ενώ μερικοί γίνονται κοινωνικά απομονωμένοι. Το φάρμακο μπορεί να επιταχύνει επιληπτικές κρίσεις σε ασθενείς με επιληπτικές διαταραχές. Επιπλέον, επηρεάζεται η ισορροπία και η σταθερότητα της στάσης και η οδήγηση. Με μόλις ένα ή δύο τσιγάρα μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά η αντίληψη και η προσοχή του χρήστη. Εξαιτίας της πιθανής υψηλής συγκέντρωσης του φαρμάκου σε διάφορους ιστούς, οι νευρολογικές επιπτώσεις του φαρμάκου μπορεί να διαρκέσουν έως και 8 ώρες (Cubo & Goetzb, 2003).

Η κάνναβη επηρεάζει σχεδόν κάθε σύστημα του οργανισμού. Συνδυάζει πολλές από τις ιδιότητες του αλκοόλ, ηρεμιστικά, οπιούχα και παραισθησιογόνα. Είναι αγχολυτικό, ηρεμιστικό, αναλγητικό, ψυχεδελικό. Διεγείρει την όρεξη και έχει πολλές συστημικές επιδράσεις. Επιπλέον, η οξεία τοξικότητα του είναι εξαιρετικά χαμηλή: δεν υπάρχουν αναφορές θανάτων άμεσα λόγω οξείας χρήσης κάνναβης (Webb et al. 1996).

Το κύριο χαρακτηριστικό της κάνναβης είναι ότι παράγει μια ευφορία ή «ανέβασμα». Το «ανέβασμα» μπορεί να προκληθεί με δόσεις της THC τόσο χαμηλές όσο 2.5 mg σε ένα φυτικό τσιγάρο και περιλαμβάνει ένα αίσθημα μέθης, μειωμένο άγχος, εγρήγορση, κατάθλιψη και ένταση καθώς και αυξημένη κοινωνικότητα (αν ληφθεί σε φιλικό περιβάλλον). Το «ανέβασμα» επέρχεται μέσα σε λίγα λεπτά επί του καπνίσματος και στη συνέχεια φθάνει σε ένα πλατώ το οποίο διαρκεί 2 ώρες ή περισσότερο, ανάλογα με τη δόση (Webb et al. 1996). Ωστόσο, η κάνναβη μπορεί να παράγει, επίσης, αντιδράσεις δυσφορίας, συμπεριλαμβανομένης της σοβαρής ανησυχίας και πανικού, παράνοια και ψύχωση. Αυτές οι αντιδράσεις είναι δοσοεξαρτώμενες και πιο συχνά σε αφελείς χρήστες και ψυχολογικά ευάλωτα άτομα.

Η χρήση κάνναβης παρατηρήθηκε ότι προκαλεί αλλαγές στην αντίληψη, τα χρώματα φαίνονται πιο ζωηρά, η μουσική πιο ζωντανή και τα συναισθήματα πιο έντονα. Οι χρήστες κάνναβης έχουν την τάση να έχουν μειωμένη αίσθηση του χρόνου και χώρου καθώς επίσης να παρουσιάζουν και ψευδαισθήσεις αν η κάνναβης ληφθεί σε υψηλές δόσεις.

Δεν αποτελεί έκπληξη ότι η κάνναβη βλάπτει τη γνωστική και ψυχοκινητική απόδοση. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με εκείνα του αλκοόλ και των βενζοδιαζεπινών και περιλαμβάνουν επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης, με έλλειψη συντονισμού, συγκεκριμένα ελαττώματα στη βραχυπρόθεσμη μνήμη. Τα αποτελέσματα είναι

δοσοεξαρτώμενα, αλλά μπορεί να αποδειχθεί ότι προκαλούνται και μετά από σχετικά μικρές δόσεις (5-10 mg THC), ακόμα και σε έμπειρους χρήστες κάνναβης (Cubo & Goetzb, 2003).

Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι η κάνναβη μειώνει την επίδοση στην οδήγηση και έχουν συνδέσει τη χρήση κάνναβης με αυξημένη συχνότητα των τροχαίων ατυχημάτων. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ΗΠΑ, Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία και πολλές ευρωπαϊκές χώρες, η κάνναβη είναι το πιο κοινό ναρκωτικό, εκτός από το αλκοόλ, που ανιχνεύεται σε οδηγούς που ενεπλάκησαν σε θανατηφόρα ατυχήματα. Ένα μεγάλο ποσοστό των οδηγών αυτών δεν έκαναν χρήση αλκοόλ ή παρουσιάζουν συγκεντρώσεις κάτω από το νόμιμο όριο. Για παράδειγμα, σε μελέτη που έγινε (Everest, Tunbridge & Widdop 1989), χωρίς να εντοπιστεί ίχνος αλκοόλ στο αίμα μετά τη νεκροψία σε 70% των θυμάτων σε θανατηφόρα ατυχήματα ήταν θετικοί σε κάνναβη. Στις ΗΠΑ (McBay, 1986) διαπιστώθηκε ότι το 75% του δείγματος των οδηγών με κανναβινοειδή στο αίμα τους ήταν επίσης μεθυσμένοι από αλκοόλ. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1997) κατέληξε στο συμπέρασμα: *«Υπάρχει αρκετή συνοχή και συνέπεια από πειραματικές μελέτες των επιπέδων κανναβινοειδών των θυμάτων σε τροχαία ατυχήματα ... στο συμπέρασμα ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος τροχαίων ατυχημάτων μεταξύ των ατόμων που οδηγούν, όταν βρίσκονται υπό την επήρεια κάνναβης .... Ο κίνδυνος μεγεθύνεται όταν ποσότητες κάνναβης συνδυάζονται με δόσεις αλκοόλ ».*

Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις (Hall et al, 1994), ότι οι επιδόσεις σε χρόνιους χρήστες κάνναβης εξακολουθούν να μειώνονται ακόμη και όταν δεν είναι πραγματικά σε κατάσταση μέθης. Αυτές οι βλάβες, ιδιαίτερα στην προσοχή, τη μνήμη και την ικανότητα να επεξεργάζονται περίπλοκες πληροφορίες, μπορεί να διαρκέσουν για πολλές εβδομάδες, μήνες ή ακόμα και χρόνια μετά τη διακοπή της χρήσης κάνναβης (Hall & Solowij, 1998). Το αν υπάρχει ή όχι μόνιμη γνωστική εξασθένηση σε βαριά μακροχρόνιους χρήστες δεν είναι σαφής.

Τα κανναβινοειδή προκαλούν ταχυκαρδία, η οποία εξαρτάται από τη δόση, η οποία μπορεί να φθάσει τιμές μέχρι και 160 παλμούς / λεπτό ή περισσότερο. Επίσης μπορεί να προκύψει ορθοστατική υπόταση και λιποθυμία. Αυτές και άλλες καρδιαγγειακές επιδράσεις μπορεί να ενέχουν κίνδυνο για τα άτομα με προϋπάρχουσα καρδιακή νόσο και αρκετές

περιπτώσεις οξέων και μερικές φορές θανατηφόρων καρδιακών επεισοδίων έχουν αναφερθεί σε νέους καπνιστές κάνναβης (Paton & Pertwee, 1973).

Ο καπνός από φυτικά σκευάσματα κάνναβης περιέχει τα ίδια συστατικά (εκτός από τη νικοτίνη), όπως ο καπνός, συμπεριλαμβανομένου του μονοξειδίου του άνθρακα. Η πίσσα από ένα τσιγάρο κάνναβης περιέχει υψηλότερες συγκεντρώσεις βενζοπυρηνίων, καρκινογόνες ουσίες, από ότι στον καπνό. Έχει υπολογιστεί ότι το κάπνισμα ενός τσιγάρου κάνναβης συγκεντρώνει τρεις φορές μεγαλύτερη ποσότητα πίσσας από το κάπνισμα ενός τσιγάρου καπνού. Αυτό οφείλεται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο μια κοινή κάνναβη καπνίζεται, με βαθιά και παρατεταμένη εισπνοή και χωρίς φίλτρο. Επιπλέον, η κάνναβη έχει υψηλότερη θερμοκρασία καύσης από τον καπνό (Mills et al, 1988, Benson & Bentley, 1995).

Το χρόνιο κάπνισμα κάνναβης συνδέεται με βρογχίτιδα και εμφύσημα. Έχει υπολογιστεί ότι το κάπνισμα 3-4 τσιγάρων κάνναβης την ημέρα σχετίζεται με τα ίδια στοιχεία οξείας και χρόνιας βρογχίτιδας και τον ίδιο βαθμό βλάβης του βρογχικού βλεννογόνου, όπως 20 ή περισσότερα τσιγάρα καπνού την ημέρα (Benson & Bentley, 1995). Φαίνεται να υπάρχει μια αυξημένη συχνότητα εμφάνισης μιας σπάνιας μορφής καρκίνου του στοματο-φάρυγγα σε νέους ανθρώπους που καπνίζουν κάνναβη για πολλά χρόνια.

Η κάνναβη έχει επίσης ανοσοκατασταλτικές και ενδοκρινικές επιδράσεις, αν και η κλινική σημασία αυτών δεν είναι ακόμη σαφής. Η χρόνια χρήση κάνναβης φαίνεται να προκαλεί κινδύνους στην αναπαραγωγή, τόσο για τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού όσο και για το έμβρυο και το νεογνό, αν και αυτές οι περιοχές χρειάζονται περαιτέρω μελέτη (Ashton, 2001).

Συνοπτικά, οι επιπτώσεις της χρήσης κάνναβης στην υγεία, παρουσιάζονται στον πίνακα 2.1.

Πίνακας 2.1 Επιπτώσεις της χρήσης κάνναβης στην υγεία

Επιπτώσεις στην συμπεριφορά	**Ιατρικές Επιπτώσεις**
Μικρότερη διάρκεια μνήμης	Τροχαία ατυχήματα, όταν συνδυάζεται με την οδήγηση
Σύγχυση	Χρόνιος βήχας, βρογχόσπασμα, βρογχίτιδα
Αλλαγή της αντίληψης του χρόνου	Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
Γνωστική δυσλειτουργία	Καρκίνος του προστάτη
Δυσκολία στην διατήρηση των καθηκόντων (σπίτι, σχολείο, εργασία)	Καρκίνος στο λαιμό
Σύνδρομο έλλειψης κινήτρων	Αμηνόρροια
Άγχος και φόβος, Κατάθλιψη	Μειωμένος αριθμός σπερματοζωαρίων
Αυταπάτες-Ψευδαισθήσεις	Δυσλειτουργία ανοσοποιητικού
Βίαιη συμπεριφορά	Επιδράσεις στο έμβρυο: χαμηλό βάρος γέννησης, πρόωρος τοκετός

(Πηγή: The Adolescent and Substance Abuse: Current Concepts, Donald E. Greydanus, (FAAP, FSAM, FIAP(H), Dilip R. Patel, (FAAP, FACSM, FAACPDM, FSAM). Disease-a-Month. Volume 51, Issue 7, July 2005, Pages 392–431. The Adolescent and Substance Abuse: Current Concepts)

Κεφάλαιο 4. Διατροφική αξιολόγηση εξαρτημένων ατόμων

4.1 Θρέψη και μορφές κακής θρέψης

Τα προβλήματα που σχετίζονται με τη θρέψη του παιδιού και του ενήλικα είναι πολύ πιο συχνά από αυτά που αναγνωρίζονται στην καθημερινή εξάσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, γεγονός το οποίο δε συμβαίνει μόνο στη χώρα μας αλλά και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου.

Γενικά ως κακή θρέψη θεωρούμε κάθε κατάσταση που δημιουργείται από μερική ή παντελή έλλειψη όλων ή μερικών από τις βασικές θρεπτικές ουσίες που έχει ανάγκη ο οργανισμός. Η κατάσταση αυτή είτε είναι εμφανής, δηλ. τη βλέπει κανείς κλινικά (απώλεια π.χ. βάρους) είτε όχι. Στη τελευταία περίπτωση μπορεί να αναγνωρισθεί μόνο από ειδικές εξετάσεις (βιοχημικές, ανθρωπομετρικές κ.λπ). Επίσης παθολογική θρέψη ορίζεται και η παχυσαρκία. Η κλίμακα συνεπώς μέσα στην οποία μπορεί να κινείται η παθολογική θρέψη είναι ευρεία. Βασικά διακρίνουμε επτά κατηγορίες (Τούντα, 1989).

- Ο υποσιτισμός, δηλ. ανεπαρκής τροφή.
- Η πλήρης στέρηση, δηλ. η ασιτία.
- Η ειδική ανεπάρκεια, δηλ. παθολογική κατάσταση που οφείλεται σε σχετική ή απόλυτη έλλεψη ορισμένης τροφής.
- Η έλλειψη βιταμινών, ιχνοστοιχείων και λιπαρών οξέων.
- Το μικτό σύνδρομο. Μεγάλος αριθμός αρρώστων μπορεί να παρουσιάζει συμπτώματα από περισσότερους από ένα τύπους κακής διατροφής.
- Η αστάθεια (imbalance). Παθολογική κατάσταση από περιοδική δυσανάλογη λήψη των βασικών στοιχείων της διατροφής.
- Η παχυσαρκία. Είναι και αυτή παθολογική κατάσταση που δημιουργείται όχι από στέρηση, αλλά από υπερβολική λήψη τροφής για μεγάλο χρονικό διάστημα.

4.2 Διατροφική αξιολόγηση

Κατά τη διατροφική αξιολόγηση εξετάζεται κατά πόσο η διατροφή είναι πλήρης και η πρόσληψη βασικών θρεπτικών συστατικών επαρκής (Grant & DeHoog, 1991). Με τη διατροφική αξιολόγηση μπορεί να αναγνωρισθεί εάν υπάρχει και σε τι βαθμό υποσιτισμός ή υπερσιτισμός. Με τη διατροφική αξιολόγηση εντοπίζονται τα άτομα που χρειάζονται εντατική διατροφική υποστήριξη για να ανακτήσουν μια υγιή κατάσταση θρέψης. Όταν εντοπιστεί ότι ένα άτομο χρειάζεται εντατική διατροφική υποστήριξη διαμορφώνεται σχέδιο κατάλληλης διαιτητικής υποστήριξής του και στη συνέχεια παρακολουθείται η αποτελεσματικότητα της (Briony, 2001).

Η αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης είναι μια εργασία που πρέπει να γίνεται για κάθε άτομο και αποτελεί βασικό στοιχείο της διαιτητικής πράξης. Λόγω διαφόρων περιορισμών είναι ανέφικτο να πραγματοποιηθεί η διατροφική αξιολόγηση για όλους τους ασθενείς ενός νοσοκομείου ή για όλους τους κατοίκους μιας πληθυσμιακής ομάδας. Για το λόγο αυτό, πρέπει να πραγματοποιείται, αρχικά, η διαδικασία της «ταυτοποίησης» (screening) των ατόμων που χρίζουν διαιτητικής φροντίδας. Με την ταυτοποίηση αναγνωρίζονται τα άτομα που βρίσκονται, ή υπάρχει υποψία ότι βρίσκονται, σε διατροφικό κίνδυνο λόγω της διατροφής τους, ή της νόσου τους, ή της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθούν.

Στη συνέχεια και αφού εντοπισθούν τα άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση κακής θρέψης, προχωράμε στο επόμενο στάδιο της διατροφικής αξιολόγησης (Mahan & Escott-Stump, 1996).

4.2.1 Διατροφική αξιολόγηση σε πληθυσμούς

Η διατροφική αξιολόγηση παρέχει τη δυνατότητα να εκτιμηθεί η κατάσταση θρέψης ενός ατόμου. Πολύ συχνά όμως ο επαγγελματίας υγείας καλείται να χρησιμοποιήσει τη διατροφική αξιολόγηση για να εξάγει πολύτιμα συμπεράσματα για την κατάσταση θρέψης όχι μόνο ενός ατόμου αλλά μιας ομάδας ατόμων. Η ομάδα ατόμων μπορεί να περιλαμβάνει άτομα που μένουν στον ίδιο δήμο ή άτομα που μένουν στην ίδια επαρχία ή στην ίδια χώρα. Επιπλέον, η ομάδα ατόμων μπορεί να περιλαμβάνει άτομα όχι μόνο με κριτήριο τον τόπο διαμονής τους αλλά με βάση άλλα κριτήρια όπως το φύλο και την ηλικία τους. Η εκτίμηση της κατάστασης θρέψης ενός ατόμου, μέσω της διατροφικής

αξιολόγησης είναι, συνήθως, μία κατά το δυνατόν ολοκληρωμένη διαδικασία που περιλαμβάνει όλα ή σχεδόν όλα τα βασικά θρεπτικά συστατικά. Όταν όμως η ομάδα διατροφολόγων καλείται να μελετήσει όχι μόνο ένα άτομο αλλά μια πληθυσμιακή ομάδα τότε συχνά αναγκάζεται να προσδιορίσει, εκ των προτέρων, τα θρεπτικά συστατικά που την ενδιαφέρουν και χρησιμοποιεί από το σύνολο των μεθόδων διατροφικής αξιολόγησης εκείνες που μετρούν τα συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά (Whitney, Cataldo & Rolses, 1998).

Οι μέθοδοι διατροφικής αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της κατάστασης θρέψης μιας πληθυσμιακής ομάδας δε διαφέρουν από εκείνες που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της κατάστασης θρέψης ατόμων. Και για τους πληθυσμούς χρησιμοποιούνται οι μέθοδοι αξιολόγησης που έχουν πιο πάνω αναλυθεί: το ιστορικό, η ανθρωπομετρία, η σωματική εξέταση και οι βιοχημικές αναλύσεις.

Η μελέτη της κατάστασης θρέψης πληθυσμιακών ομάδων μέσω της διατροφικής αξιολόγησης μπορεί να έχει δύο διαφορετικές μορφές. Δηλαδή δύο τύποι έρευνας πραγματοποιούνται σε πληθυσμιακές ομάδες σε ό,τι αφορά τη διατροφή τους: η έρευνα κατανάλωσης τροφίμων και η έρευνα κατάστασης θρέψης.

Η έρευνα κατανάλωσης τροφίμων προσδιορίζει το είδος και τις ποσότητες τροφίμων που καταναλώνει ο υπό εξέταση πληθυσμός. Στη συνέχεια οι ερευνητές με βάση το τι τρώει η πληθυσμιακή ομάδα υπολογίζουν την ενέργεια και τα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων που καταναλώνονται από τα μέλη του πληθυσμού. Κατόπιν συγκρίνονται η ενέργεια και η ποσότητα των καταναλισκόμενων θρεπτικών συστατικών από την πληθυσμιακή ομάδα και στη συνέχεια συγκρίνεται με τις Συνιστώμενες Ημερήσιες Προσλήψεις (Recommended Daily Allowances) για τα υπό εξέταση θρεπτικά συστατικά.

Με την έρευνα αυτής της μορφής ο διατροφολόγος είναι σε θέση να εξάγει πολύτιμα συμπεράσματα για το αν ο υπό εξέταση πληθυσμός διατρέφεται επαρκώς ή αν ο μέσος άνθρωπος του πληθυσμού αυτού χρειάζεται να αυξήσει ή να μειώσει τις ποσότητες που τρώει σε κάποιο ή κάποια τρόφιμα προκειμένου να καλύπτει τις ανάγκες του σε όλα τα θρεπτικά συστατικά και να έχει πλήρη και ισορροπημένη διατροφή (Grant & DeHoog, 1991).

Το δεύτερο είδος έρευνας η έρευνα κατάστασης θρέψης έχει διαφορετικό στόχο. Στόχος αυτής της μορφής έρευνας είναι για κάθε άτομο του εξεταζόμενου πληθυσμού να εκτιμηθεί η κατάσταση θρέψης. Στη συνέχεια τα δεδομένα αυτά συσχετίζονται με την εμφάνιση χρόνιων εκφυλιστικών νοσημάτων. Για παράδειγμα με μία έρευνα κατάστασης θρέψης μπορεί να συσχετιστεί η διατροφική πρόσληψη ασβεστίου σε μία πληθυσμιακή ομάδα με την εμφάνιση οστεοπόρωσης στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα.

Τα στοιχεία από πληθυσμιακές μελέτες διατροφικής αξιολόγησης μπορούν να αποτελέσουν σημαντικό εργαλείο τόσο για το σχεδιασμό διατροφικής πολιτικής σε τοπικό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, όσο και για την παρακολούθηση υλοποίησης των στόχων αυτής.

Η εκτίμηση της κατάστασης θρέψης δεν πραγματοποιείται με μία και μοναδική απλή μέθοδο εκτίμησης της κατάστασης θρέψης. Η διατροφική αξιολόγηση αποτελεί μία δυναμική διαδικασία, που καταγράφει και συσχετίζει τις φυσιολογικές ανάγκες του ατόμου, τη διατροφική πρόσληψη του και τη σύσταση του σώματός του. Υπάρχει μία ποικιλία μετρήσεων και εξετάσεων μέσω των οποίων ο διατροφολόγος μπορεί να συλλέξει τα απαραίτητα στοιχεία και στη συνέχεια με την κατάλληλη ερμηνεία τους να προβεί στον εντοπισμό των διαφόρων προβλημάτων και στην εκτίμηση της κατάστασης θρέψης ενός ατόμου. Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη διατροφική αξιολόγηση χωρίζουν τα στοιχεία που συλλέγουν σε τέσσερις κατηγορίες: α) ιστορικό, β) σωματική εξέταση, γ) ανθρωπομετρία και δ) βιοχημικές αναλύσεις. Τα συλλεγόμενα στοιχεία ερμηνεύονται όχι μεμονωμένα αλλά σε συνδυασμό προκειμένου να δημιουργηθεί μια ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης θρέψης του ασθενούς/ατόμου (Grant & DeHoog, 1991).

4.2.1.1 Ιστορικό

Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τη συζήτηση με το εξεταζόμενο άτομο αποτελούν βασικά στοιχεία στη διαδικασία της εκτίμησης της κατάστασης θρέψης. Υπάρχουν τέσσερα είδη ιστορικών: το ιατρικό ιστορικό, το ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής, το κοινωνικο-οικονομικό ιστορικό και το διατροφικό ιστορικό (Grant & DeHoog, 1991).

- **Ιατρικό ιστορικό**

Το ιατρικό ιστορικό στοχεύει στη συλλογή πληροφοριών, οι οποίες καλύπτουν τους τομείς της όρεξης και της λήψης τροφής, της πέψης και της απορρόφησης, του μεταβολισμού και της απέκκρισης (Grant & DeHoog, 1991).

- **Ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής**

Το ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής στοχεύει στη μελέτη της αλληλεπίδρασης τροφής-φαρμάκων. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ της τροφής και των φαρμάκων μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την κατάσταση θρέψης του ατόμου και αντίστροφα να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να επηρεάσει:

Α) τη λήψη τροφίμων, προκαλώντας για παράδειγμα μείωση της όρεξης ή ναυτία στη θέα του φαγητού αλλά και με πολλούς άλλους τρόπους.

Β) την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών. Τα φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν αλλαγή της χλωρίδας του εντέρου και έτσι να εμποδίζουν την απορρόφηση κάποιου θρεπτικού συστατικού.

Γ) το μεταβολισμό, αυξάνοντας το μεταβολικό ρυθμό.

Δ) την απέκκριση θρεπτικών συστατικών. Για παράδειγμα τα διουρητικά, που είναι συνηθισμένη αγωγή για την υπέρταση και στοχεύουν στην αυξημένη απέκκριση νατρίου προκειμένου να ρυθμιστεί η αρτηριακή πίεση, προκαλούν παράλληλα και αυξημένη απέκκριση ασβεστίου και ψευδαργύρου (Mahan & Escott-Stump, 1996).

- **Κοινωνικοοικονομικό ιστορικό**

Το κοινωνικοοικονομικό ιστορικό αποκαλύπτει πολύτιμα στοιχεία για τον διατροφολόγο. Μπορεί να καταδείξει οικονομικές δυσκολίες στην προμήθεια τροφίμων ή ακατάλληλες συνθήκες σίτισης στο σπίτι. Το μειωμένο εισόδημα, η αδυναμία παρασκευής φαγητού, η φυσική ή η πνευματική αναπηρία, η προχωρημένη ηλικία, οι ψυχολογικοί παράγοντες και ο εθισμός στο αλκοόλ ή άλλες ουσίες αποτελούν ορισμένα μόνο από τα προβλήματα που μπορεί να παρεμποδίζουν την εφαρμογή ενός ισορροπημένου διαιτολογίου και επομένως αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης υποσιτισμού (Whitney, Cataldo & Rolses, 1998).

- **Διατροφικό ιστορικό**

Το διατροφικό ιστορικό βοηθάει στη συλλογή στοιχείων που αφορούν τη διαιτητική πρόσληψη. Ο διατροφολόγος μέσω του διατροφικού ιστορικού επιδιώκει να συλλέξει και να αναλύσει πληροφορίες σχετικά με το τι τρώει το εξεταζόμενο άτομο (Grant & DeHoog, 1991).

4.2.2 Ανθρωπομετρία

Η ανθρωπομετρία είναι η δεύτερη κατηγορία μεθόδων συλλογής στοιχείων και μπορεί και αυτή με τη σειρά της να βοηθήσει στην αποκάλυψη διατροφικών προβλημάτων. Με τον όρο ανθρωπομετρία αναφερόμαστε σε διάφορες μεθόδους. Οι πιο απλές και συνήθεις μέθοδοι είναι η μέτρηση του ύψους και του βάρους. Ο διατροφολόγος μετρά το βάρος και το ύψος με στόχο να συγκρίνει τις τιμές, που θα προκύψουν, με παλαιότερες μετρήσεις του εξεταζόμενου, ή με τις τιμές μέσου ύψους-βάρους τις αντίστοιχες για το φύλο και την ηλικία του εξεταζόμενου, που περιέχονται στους καθιερωμένους πίνακες, προκειμένου να προσδιορίσει κατά πόσο ο εξεταζόμενος είναι υπέρβαρος, παχύσαρκος ή ελλιποβαρής (Garrow & James, 1998).

4.2.2.1 Ύψος-Βάρος

Οι μετρήσεις ύψους και βάρους, που λαμβάνονται για τον εξεταζόμενο σε τακτά χρονικά διαστήματα, παρέχουν τη δυνατότητα στον διατροφολόγο να έχει ιστορικό βάρους για τον εξεταζόμενο. Έτσι ο διατροφολόγος μπορεί να εντοπίσει αυξομειώσεις σωματικού βάρους και κατά συνέπεια τάσεις υποσιτισμού σε ό,τι αφορά την ενέργεια, σε περίπτωση που ο εξεταζόμενος παρουσιάζει απώλεια βάρους και τάσεις υπερσιτισμού πάλι σε ό,τι αφορά την ενέργεια σε περίπτωση αύξησης βάρους. Οι μετρήσεις ύψους-βάρους έχουν το πλεονέκτημα ότι πραγματοποιούνται εύκολα και γρήγορα και δίνουν μια πρώτη εικόνα κατάστασης θρέψης. Όμως τα αποτελέσματα των δύο αυτών μετρήσεων είναι περιορισμένης αξίας, όταν χρησιμοποιούνται μόνα τους, αφού δεν παρέχουν πληροφορίες σχετικά με μεταβολές στη σύσταση του σώματος, δηλαδή δε μας δείχνουν αν η απώλεια βάρους είναι απώλεια μυϊκής μάζας ή λιπώδους ιστού (Mahan & Escott-Stump, 1996). Επιπλέον η παρουσία νόσου επηρεάζει την παράμετρο βάρος (για παράδειγμα οι χρήστες κορτιζόνης είναι πιθανό να εμφανίσουν οιδήματα που στις ζυγίσεις καταγράφονται σαν

αυξήσεις βάρους, ενώ μετά τον τερματισμό της θεραπείας με κορτιζόνη και την πάροδο μερικών ημερών τα οιδήματα απομακρύνονται) χωρίς ο ασθενής να έχει αυξομείωση μυϊκού ή λιπώδους ιστού. Κύριες χρήσεις των μετρήσεων βάρους και ύψους σε ό,τι αφορά τον υγιή πληθυσμό είναι η παρακολούθηση της σωματικής ανάπτυξης για τα παιδιά, ο έλεγχος της ομαλής και σταδιακής αύξησης βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο εντοπισμός παχυσαρκίας στους ενήλικες και ο προσδιορισμός του βαθμού παχυσαρκίας (υπέρβαρος, παχύσαρκος και κακοηθώς παχύσαρκος) στους ενήλικες. Στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς οι μετρήσεις βάρους πραγματοποιούνται για διαφορετικούς συνήθως στόχους. Οι αυξομειώσεις συνδέονται και με παθολογικές καταστάσεις (Whitney, Cataldo & Rolses, 1998).

Οι μετρήσεις ύψους είναι πολύτιμες. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνονται ακόμα και για άτομα όπου δεν μπορεί να μετρηθεί το ύψος τους, απ' ευθείας, γιατί δεν μπορούν να σταθούν όρθιοι. Π.χ. για παραπληγικούς, για ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση, οι οποίοι δεν μπορούν να σταθούν όρθιοι, υπάρχουν μέθοδοι έμμεσης μέτρησης του ύψους τους. Δηλαδή ο διατροφολόγος μπορεί για παράδειγμα μετρώντας μόνο το μήκος του βραχίονα του ασθενούς να υπολογίσει με βάση αναγωγικές σχέσεις το ύψος του ασθενούς (Μάνιος, 2006)

4.2.2.2 Δείκτης μάζας σώματος

Ο δείκτης μάζας σώματος προκύπτει από τη διαίρεση του βάρους του ατόμου (σε κιλά) δια του τετραγώνου του ύψους (σε μέτρα). Ο τύπος του Β.Μ.Ι είναι ο εξής:

Β.Μ.Ι = βάρος (κιλά) / ύψος^2 (μέτρα)

Ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζεται πολύ καλά με το ποσοστό λίπους στους ενήλικες και λόγω ότι τα μεγέθη που ενέχει μετριούνται εύκολα και με ακρίβεια, συστήνεται για τη διάγνωση και θεραπεία της παχυσαρκίας στους ενήλικες. Στον παιδικό πληθυσμό η χρήση του Β.Μ.Ι δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς. Αντίθετα συστήνεται η χρήση των εκατοστιαίων θέσεων παρά η απόλυτη τιμή, διότι η τιμή αυτή μεταβάλλεται συνεχώς κατά την ανάπτυξη.

Όσον αφορά στα άτομα άνω των 65 ετών ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει τη χρήση των τιμών της 10ης εκατοστιαίας στήλης, όπως αυτή προκύπτει από την έρευνα

NHANES III. Παρακάτω βλέπουμε το πίνακα τιμών που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του δείκτη μάζας σώματος σε ενήλικες. (WHO, n.d.)

Πίνακας 4.1 Διεθνής Ταξινόμηση ελλιποβαρών, υπέρβαρων και παχύσαρκων ενηλίκων σύμφωνα με το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)

Ταξινόμηση	**ΔΜΣ(kg/m^2)**	
	Πρωτεύον διαχωρισμοί	**Επιπλέον Διαχωρισμοί**
Ελλιποβαρή άτομο	**<18.50**	**<18.50**
Σοβαρά	<16.00	<16.00
Μέτρια	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Ήπια	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Φυσιολογικά όρια βάρους	**18.50 - 24.99**	**18.50 - 22.99**
		23.00 - 24.99
Υπέρβαρο άτομο	**≥25.00**	**≥25.00**
Όριο παχύσαρκιας	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Παχύσαρκο άτομο	**≥30.00**	**≥30.00**
Παχυσαρκία Α βαθμού	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Παχυσαρκία Β βαθμού	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Παχυσαρκία Γ βαθμού	≥40.00	≥40.00

(Πηγή: WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004.)

Ο οδηγός ‘Malnutrition Universal Screening Tool’ (‘MUST’) για ενήλικους, είναι ένα άλλο εργαλείο το οποίο με συγκεκριμένα βήματα τα οποία αφορούν τον ΔΜΣ, την απώλεια βάρους, την ύπαρξη ασθένειας, μας βοηθά να αξιολογήσουμε τον υποσιτισμό ή την παχυσαρκία στο άτομο. Περιλαμβάνει επίσης κατευθυντήριες γραμμές διαχείρισης

που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την σωματική ανάπτυξη του καθενός ατόμου. Η σύγκριση γίνεται μέσω οριζόμενων δεικτών και πινάκων που υπάρχουν συγκεντρωμένοι στον ανωτέρω οδηγό (Todorovic, Russell & Elia, 2007).

Ο Δείκτης MUAC (Measuring mid upper arm circumference) είναι ίσως η καλύτερη μέτρηση για να αξιολογήσουμε το πρόβλημα του υποσιτισμού σε ενήλικες. Είναι εύκολη στη διαδικασία μέτρηση της περιμέτρου στο μέσο του βραχίονα που υπόκεινται σε μικρά σφάλματα (Barendregt et al. 2008).

Με συνδυασμό δεδομένων δείκτης μάζας σώματος, και αντιστοίχιση στοιχείων μέσω πινάκων του Συστήματος, βρίσκουμε τον λόγο του Δείκτη MUAC που μας δείχνει αν το άτομο κινδυνεύει από υποθρεψία.

Αν το MUAC είναι <23.5 cm, τότε ο ΔΜΣ φαίνεται να είναι <20 kg/m2 και αν το MUAC είναι >32.0 cm, τότε ο ΔΜΣ φαίνεται να είναι >30 kg/m2

Ο δείκτης MAMC (Mid-Arm Muscle Circumference), χρησιμοποιείται για να γίνει εκτίμηση της μυϊκής μάζας σώματος, βασισμένη στην περίμετρο βραχίονα (MAC) και στην δερματική πτυχή του τρικέφαλου μυ (TSF), σύμφωνα με τον τύπο:

MAMC= MAC - 3.14 (TSF). 71

Καλή κατάσταση θρέψης, υπάρχει για τιμές MUAC >25,3 cm για τους άνδρες και 23,2 cm για τις γυναίκες, ενώ οι τιμές < 15,2 cm για τους άνδρες και < 13,9 cm για τις γυναίκες, αποτελούν σοβαρή ένδειξη δυσθρεψίας (Hrnciarikova D, Juraskova B, Zadak Z, Hronek M, 2006).

Το ποσοστό λίπους σώματος, μετράται με βάση την περίμετρο βραχίονα καθώς και τη δερματική πτυχή του τρικέφαλου μυ. Χρησιμοποιείται ο εξής τύπος:

$\mathbf{\%BF=200\pi\alpha-100\pi^2\alpha^2}$, όπου: α=TSF(mm)/[MAC(cm)*10]

MAC(mid-arm circumfence) = περίμετρος βραχίονα (σε cm)

TSF (Triceps Skin-fold) = πάχος δερματικής πτυχής τρικεφάλου (σε mm) (Evans EM et. al, 2006)

4.2.2.3 Δερματοπτυχομετρία

Σε φυσιολογικές συνθήκες τα συνολικά αποθέματα λίπους στον οργανισμό αποτελούν ποσοστό 10-22% του σωματικού βάρους στους άνδρες και 20-32% στις γυναίκες. Σε άτομα ιδανικού βάρους περίπου το 1/3 του σωματικού λίπους κατανέμεται στον υποδόριο ιστό, στα ιδιαίτερα αδύνατα άτομα περίπου το 1/4 του συνολικού ποσού ή λιγότερο, ενώ στους παχύσαρκους τα 2/3 ή και περισσότερο. Γενικά η σχέση του υποδόριου λίπους και του λίπους των εσωτερικών διαμερισμάτων του σώματος δεν είναι γραμμική. Φαίνεται όμως, ότι στις λιπαποθήκες αναπτύσσονται ανάλογες μεταβολές όταν επηρεάζεται το θρεπτικό ισοζύγιο (Γεωργιαννός, 1988).

Το πάχος της δερματικής πτυχής αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της κατανομής λίπους στον υποδόριο ιστό. Η μέτρηση πραγματοποιείται με ειδικά παχύμετρα. Η δερματική πτυχή υπεγείρεται μεταξύ του δείκτη και του αντίχειρα του εξεταστή και το παχύμετρο τοποθετείται σε απόσταση 1 cm από τη θέση των δαχτύλων του. Οι μετρήσεις δεν πρέπει να πραγματοποιούνται αμέσως μετά από φυσική άσκηση ή έκθεση σε υψηλές θερμοκρασίες, επειδή η συνοδός μετακίνηση υγρών από τα εσωτερικά διαμερίσματα προς το δέρμα έχει ως συνέπεια την πλασματική αύξηση του πάχους της δερματικής πτυχής.

Επειδή η κατανομή λίπους στο σώμα διαφέρει στα δύο φύλα, πραγματοποιήθηκαν έρευνες και επιλέχθηκαν επτά διαφορετικές θέσεις ως πλέον αντιπροσωπευτικές για την εκτίμηση του ολικού σωματικού λίπους (δερματική πτυχή τρικεφάλου, στήθους, μασχάλης, υποπλατίου χώρας, κοιλιακής χώρας, λαγονίου ακρολοφίας, μηρού). Το άθροισμα των όλων των επιμέρους μετρήσεων δεν παρουσιάζει σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων. Σημειώνεται όμως, ότι η μέτρηση του πάχους της δερματικής πτυχής σε τρεις διαφορετικές θέσεις μόνο πιθανώς να αρκεί για τον υπολογισμό με ικανοποιητική ακρίβεια του συνολικού ποσού λίπους, καθώς το άθροισμα των τριών τιμών παρουσιάζει υψηλό βαθμό συσχέτισης με το συνολικό άθροισμα των μετρήσεων και στις επτά περιοχές. Στους άνδρες ο συνδυασμός των τιμών του πάχους της δερματικής πτυχής του στήθους, της κοιλιάς και του μηρού αποτελεί τον καλύτερο δείκτη του μεγέθους των λιπαποθηκών, αφού το άθροισμα των τιμών των τριών συγκεκριμένων επιμέρους μετρήσεων παρουσιάζει πολύ μεγάλη συσχέτιση με το συνολικό άθροισμα και των επτά τιμών (Γεωργιαννός, 1988).

Δερματική πτυχή τρικέφαλου: Η δερματική πτυχή υπογείρεται κατακόρυφα στο μέσο της απόστασης ακρωμίου-ωλεκράνου στην οπίσθια επιφάνεια του βραχίονα, ενώ ο ασθενείς είναι καθήμενος με το άνω άκρο κρεμάμενο χαλαρά. Για τον υπολογισμό του πάχους της δερματικής πτυχής (Tricept Skinfold Thickness) πραγματοποιούνται τρεις διαδοχικές μετρήσεις και λαμβάνεται ο μέσος όρος. Η ποσοστιαία διαφορά της τιμής από εκείνη η οποία θεωρείται ως ιδανική καθορίζειτο βαθμό υποθρεψίας. (Μάνιος, 2006)

4.2.2.4 Περιφέρεια μυών βραχίονα

Μας χρησιμεύει για να προσδιορίσουμε τη μυϊκή σκελετική μάζα και έμμεσα και την πρωτεϊνική κατάσταση όλου του σώματος. Και εδώ, για τη μέτρηση, καλύτερα είναι να χρησιμοποιείται η μεταλλική μεζούρα που εμποδίζει την αναδίπλωση του δέρματος. Με αυτή προσδιορίζουμε την περίμετρο, στη μεσότητα πάλι του βραχίονα (Mid-Arm Circumference, MAC) (Τούντα, 1989). Έπειτα αφαιρούμε τα χιλιοστά που είχαμε βρει μετρώντας την πτυχή του δέρματος, δηλ. το υποδόριο λίπος, και έχουμε το πάχος των μυών βραχίονα (Mid-Arm Muscle Circumference, MAMC).

Ακολούθως η περιφέρεια των μυών του βραχίονα προσδιορίζεται από την εξίσωση:

MAMC (cm) = MAC (cm) – [3,14*TSF (cm)]

Ο προσδιορισμός αυτός χαρακτηρίζεται σαν πολύ καλός δείκτης της πρωτεϊνικής κατάστασης του οργανισμού και επί πλέον είναι και απλός. Δε μας δείχνει όμως πρόσφατη και εν ενεργεία πρωτεϊνόλυση. Σήμερα όμως και αυτό επιτυγχάνεται με τις βιοχημικές μεθόδους και με τον προσδιορισμό της μεθυλιστιδίνης. . Η ποσοστιαία διαφορά της τιμής από εκείνη η οποία θεωρείται ως ιδανική καθορίζει το βαθμό υποθρεψίας (Μάνιος, 2006)

4.2.3 Μέθοδος Δυναμομετρίας

Η δυναμομετρία είναι μέθοδος με την οποία ελέγχεται η ισχύς των μυών του αντιβραχίου και αποτελεί έμμεσο δείκτη εκτίμησης του μεγέθους της σκελετικής πρωτεϊνικής μάζας. Σημειώνεται, ότι το μέγεθος του πρωτεϊνικού κλάσματος των μυών συνδέεται άμεσα με τη μυϊκή ισχύ. Η υποθρεψία συνοδεύεται από αύξηση του ρυθμού πρωτεόλυσης, κυρίως των πρωτεϊνών των σκελετικών μυών, και κατά συνέπεια, η μυική ισχύς συνήθως

επηρεάζεται πρωιμότερα των υπολοίπων ανθρωπομετρικών παραμέτρων εκτίμησης των διαταραχών θρέψης.

Η μέτρηση της μυικής ισχύος πραγματοποιείται με τη βοήθεια ενός ειδικού ελαστικού ασκού (50mm) σχετικά ανένδοτων τοιχωμάτων, ο οποίος συνδέεται με μια στήλη υδραργύρου. Καθήμενος ο ασθενής συμπιέζει τον ασκό στην παλάμη του χεριού με τη μικρότερη μυική ισχύ, καταβάλοντας όλη του τη δύναμη. Η μυική ισχύς καταγράφεται σε ειδικά βαθμολογημένη κλίμακα (kilopascals). Πραγματοποιούνται τρείς διαδοχικές μετρήσεις, με μεσοδιάστημα ανάπαυσης 15sec, αξιολογείται η καλύτερη προσπάθεια. Ο συντελεστής μεταβλητότητας (cv) είναι 5,45% και τα φυσιολογικά όρια για τους άνδρες είναι 100-180 KPa και για τις θηλείς 55-100 KPa. Η οριακή τιμή στις ασθενείς υψηλού κινδύνου ανάπτυξης επιπλοκών, λόγω της συνοδού υποθρεψίας, τοποθετείται πέραν των τριών σταθερών αποκλίσεων κάτω από τη μέση τιμή. Για τους άνδρες η τιμή αυτή είναι <80 KPa και για τις γυναίκες <40 KPa (Τούντα, 1989).

Διάφοροι παράγοντες είναι δυνατό να επηρεάσουν τις παραπάνω μετρήσεις, όπως η ηλικία, το φύλο, η θέση και η στάση του ασθενούς, η ψυχολογική διάθεση την ώρα της εξέτασης, η λήψη ηρεμιστικών φαρμάκων, η παρουσία καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας, η υποκείμενη νόσος, βλάβες του μυοσκελετικού συστήματος (αρθρίτιδες, μυικές θλάσεις, κατάγματα), αγγειακές και νευρολογικές παθήσεις.

Συμπερασματικά, η δυναμομετρία προσδίδει μία νέα διάσταση στις υπάρχουσες ανθρωπομετρικές μετρήσεις, καθώς η σύγκριση των αποτελεσμάτων της με τα αντίστοιχα, τα οποία προκύπτουν από άμεσους προσδιορισμούς του συνολικού ποσού αζώτου του σώματος «in vivo» ανάλυση με νετρονιακή ενεργοποίηση), αποδεικνύει ότι είναι απλή, οικονομική, ακίνδυνη, ευαίσθητη και αξιόπιστη δοκιμασία ελέγχου του μεγέθους της σκελετικής πρωτεϊνική μάζας (Τούντα, 1989).

4.2.4 Μεταβολές βάρους

Η απώλεια του σωματικού βάρους, εφόσον δεν είναι αποτέλεσμα απώλειας λιπώδους ιστού μετά από δίαιτα, σχετίζεται ευθέως ανάλογα με την απώλεια της πρωτεϊνικής μάζας του οργανισμού. Απώλεια βάρους στους τελευταίους 6 μήνες μικρότερη από 10% του συνήθους βάρους θεωρείται ήπια κακή θρέψη, εάν είναι 10-15% θεωρείται μέτρια κακή

θρέψη, ενώ εάν είναι μεγαλύτερη από 15% θεωρείται σοβαρή κακή θρέψη. Εξαίρεση στον κανόνα αυτό αποτελούν οι ασθενείς με συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση όπου, λόγω της παρουσίας σημαντικού βαθμού οιδήματος, η μέτρηση του σωματικού βάρους δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της κατάστασης θρέψης (Τούντα, 1989).

4.2.5 Φυσική εξέταση

Τρίτη κατηγορία συλλεγόμενων στοιχείων είναι η φυσική εξέταση. Η φυσική εξέταση πραγματοποιείται από τον ιατρό. Τα μαλλιά, τα ούλα, η στάση του σώματος, το δέρμα, η γλώσσα, τα νύχια κ.α. αποτελούν σημεία του σώματος των οποίων η όψη επηρεάζεται από την έλλειψη μικροθρεπτικών συστατικών, δηλαδή από την έλλειψη βιταμινών και μετάλλων. Για παράδειγμα ούλα που ματώνουν συχνά μπορεί να οφείλεται σε έλλειψη βιταμίνης C ή απλά σε κάποιο πρόβλημα της τεχνητής οδοντοστοιχίας. Η φυσική εξέταση έχει όμως ορισμένους περιορισμούς σε ό,τι αφορά τη χρησιμότητά της στη διατροφική αξιολόγηση, διότι τα διάφορα σωματικά ευρήματα μπορεί να αντανακλούν έλλειψη περισσότερων του ενός θρεπτικών συστατικών (π.χ. έλλειψη όχι μίας αλλά περισσοτέρων βιταμινών) ή μπορεί να αντανακλούν κάποιο νόσημα μη σχετιζόμενο με τη διατροφή. Γι' αυτό η σωματική εξέταση πρέπει να γίνεται με πολύ προσοχή και απαιτεί ειδικές δεξιότητες. Π.χ. τα δερματικά εξανθήματα, η τριχόπτωση και γενικώς η πλειοψηφία των κλινικών συμπτωμάτων, τα οποία έχουν αναφερθεί προηγουμένως ως συμπτώματα κακής θρέψης μπορεί να είναι συμπτώματα άλλων νοσημάτων μη σχετιζόμενων με τη διατροφή. Όμως ο επαγγελματίας υγείας που έχει εκπαιδευτεί να αξιολογεί σωστά τα διάφορα συμπτώματα είναι σε θέση να αναγνωρίζει την κακή θρέψη και να λαμβάνει μέτρα για τη διόρθωση της. Όπως και οι υπόλοιπες μέθοδοι αξιολόγησης, η φυσική εξέταση από μόνη της δεν οδηγεί σε οριστικά συμπεράσματα. Μπορεί όμως να αποκαλύψει πιθανές διατροφικές ανισορροπίες, τις οποίες κάποιες άλλες μέθοδοι διατροφικής αξιολόγησης να τις επιβεβαιώσουν. Και αντίστροφα, επιβεβαιώνει δεδομένα που προέρχονται από άλλες μεθόδους διατροφικής αξιολόγησης (Μπαρμπάκας, 2003).

4.2.6 Βιοχημικές αναλύσεις

Τέταρτη κατηγορία μεθόδων συλλογής στοιχείων είναι οι βιοχημικές αναλύσεις με τις οποίες ο διατροφολόγος στοχεύει να εντοπίσει ελλείψεις, ανισορροπίες ή καταστάσεις

υπερπρόσληψης και επομένως τοξικότητας. Στις βιοχημικές αναλύσεις λαμβάνεται δείγμα σωματικού ιστού ή υγρών (αίματος ή ούρων), το δείγμα αναλύεται στο μικροβιολογικό εργαστήριο και τα αποτελέσματα συγκρίνονται με τις φυσιολογικές τιμές. Για παράδειγμα εάν μία γυναίκα εξεταζόμενη πραγματοποιήσει γενικές εξετάσεις αίματος και βρεθεί ότι ο αιματοκρίτης της είναι 34 ενώ τα φυσιολογικά όρια είναι από 35 έως 45 τότε ο ιατρός αναγνωρίζει ότι ο εξεταζόμενος έχει αναιμία και προσπαθεί και με τη βοήθεια των υπολοίπων μελών της θεραπευτικής ομάδας να προσδιορίσει την αιτιολογία της που μπορεί να οφείλεται και σε περιορισμένη πρόσληψη σιδήρου μέσω της διατροφής, δηλαδή η αναιμία μπορεί να είναι σιδηροπενική (Garrow & James, 1998).

Σε πληθυσμούς στους οποίους κυριαρχούν τα προβλήματα του υποσιτισμού, δύο είναι οι πλέον χρησιμοποιούμενες εργαστηριακές εξετάσεις. Η πρώτη είναι η μέτρηση της αλβουμίνης του πλάσματος που χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της ανεπαρκούς πρωτεϊνικής διατροφής και η δεύτερη, η μέτρηση της αιμοσφαιρίνης του αίματος, ως εξέταση για το προσδιορισμό της αναιμίας.

Στις αναπτυγμένες χώρες, περισσότερο χρησιμοποιούμενες εργαστηριακές εξετάσεις είναι ο προσδιορισμός της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων του πλάσματος, η μέτρηση της γλυκόζης και ο προσδιορισμός της καμπύλης ανοχής της γλυκόζης, η μέτρηση της ουρίας, της κρεατινίνης και του ουρικού οξέος και ο προσδιορισμός των ηπατικών ενζύμων (Garrow & James, 1998).

4.3 Μελέτη ερευνών για την διατροφική κατάσταση χρηστών παράνομων ουσιών

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες για την διατροφική κατάσταση ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Μελετήθηκαν αρκετές από αυτές και δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στα συμπεράσματα αυτών. Σε έρευνα που έγινε για εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών (Karajibani, Montazerifar & Shakiba, 2012) μεταξύ 54 εξαρτημένων ατόμων (47 άντρες και 7 γυναίκες) που ζήτησαν απεξάρτηση στο νοσοκομείο Baharan στο Ιράν, μετρήθηκαν η ηλικία, το βάρος και το ύψος και βάσει αυτών των στοιχείων υπολογίστηκε ο ΔΜΣ. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν υποσιτισμό διαφόρων βαθμών: ήπιο, μέτριο και σοβαρό. Το 65% των ασθενών βρίσκονταν σε κατάσταση εξασθένισης. Σε ερεύνα των Nazrul Islam SK. et al βρέθηκε ότι

το 60-74% των τοξικομανών είχαν ΔΜΣ κάτω από το φυσιολογικό και έδειξαν κλινικά σημάδια της διατροφικής ανεπάρκειας (Nazrul Islam et al. 2002). Πολλοί τοξικομανείς έχουν θερμιδικό και πρωτεϊνικό υποσιτισμό ο οποίος σχετίζεται με την κακή πρόσληψη τροφής και υγρών. Στοιχεία από το Τρίτο Εθνικό Σύστημα Υγείας και Διατροφής (NHANES III), 1988-1994 καταδεικνύουν ότι οι χρήστες μαριχουάνας έχουν ελαφρώς χαμηλότερο ΔΜΣ και καταναλώνουν επίσης λιγότερο φρούτα και τυρί (Smit & Crespo, 2001).

Η σύγκριση της πρόσληψης τροφής με το Food Guide Pyramid (Alves et al. 2011) υποδεικνύει μακρο-και μικροθρεπτικές ελλείψεις και αποδεικνύει ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ της διατροφικής κατάστασης και της κατανάλωση τροφής των τοξικομανών με τη θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη. Τα παραπάνω συμφωνούν με τη μελέτη από τους Smith et al. που διαπίστωσε χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών στους χρήστες ναρκωτικών (Smit et al. 1996). Η αποτυχία να ανταποκριθούν στην επιτυχή καθημερινή λήψη αποδεκτών επιπέδων σε δημητριακά, φρούτα και λαχανικά μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι τοξικομανείς επικεντρώνονται μόνο στο αίσθημα κορεσμού οπότε έχουν αισθήματα περιφρόνησης για το επόμενο γεύμα τους. Τα αποτελέσματα υποστηρίζονται από μια άλλη μελέτη, η οποία έδειξε χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών στους χρήστες ναρκωτικών. Επειδή οι ασθενείς στη μελέτη αυτή υποβάλλονταν σε θεραπεία και λαμβάναν φάρμακα τακτικά, έπρεπε να λάμβάνουν τις απαραίτητες βιταμίνες και ανόργανα συστατικά για να βελτιώσουν την υγεία τους. Μερικά από τα οπιούχα μειώνουν την απορρόφηση αυτών των βιταμινών, όπως A, C και E. Ελλείψεις σε αντιοξειδωτικές βιταμίνες σε τοξικομανείς έχουν προηγουμένως αναφερθεί. Έχουν συγκεκριμένες δραστηριότητες και συνήθως λειτουργούν συνεργικά για να βελτιώσουν την αντιοξειδωτική ικανότητα του σώματος. Τα ευρήματα εδώ έδειξαν ότι η αναλογία της πρόσληψης των σιτηρών και του ρυζιού είναι πολύ χαμηλή για την παραγωγή ενέργειας. Παρά το γεγονός ότι, η πρόσληψη θερμίδων δεν προσδιορίστηκε σε αυτή τη μελέτη, η έλλειψη της πρόσληψης ενέργειας μπορεί να προκαλέσει ανεπάρκεια σε τέτοια μακρο-και μικροθρεπτικά συστατικά όπως πρωτεΐνες, λιπαρά οξέα, βιταμίνες και μέταλλα (Nazrul Islam, Jahangir Hossain & Ahsan M, 2001). Οι Santolaria-Feranoez et al. ανακάλυψαν ότι η μέση θερμιδική πρόσληψη να είναι 978 ± 89 kcal / ημέρα στις γυναίκες και 1256 ± 64 kcal / ημέρα στους άντρες. Η οξεία οργανική παθολογία επιδεινώνει την κακή διατροφική

κατάσταση των τοξικομανών. Παρατηρήθηκε, σε συνδυασμό με την ανεπαρκή πρόσληψη από την ομάδα των δημητριακών και η ελλιπής κατανάλωση των τροφίμων από το γάλα και την ομάδα των γαλακτοκομικών προϊόντων και των ομάδων με βάση το κρέας. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν τα κακά πρότυπα κατανάλωσης τροφίμων σε αυτούς τους ασθενείς (Santolaria-Fernandez et al. 1995). Σε τοξικομανείς, οι οποίοι έχουν συχνά ανεπάρκεια αμινοξέων, η διαδικασία μετατροπής από πρωτεΐνη σε αμινοξέα μπορεί να επιβραδυνθεί ή να σταματήσει. Ως εκ τούτου, μια ανεπάρκεια των πηγών πρωτεΐνης, ιδιαίτερα ζωικής πρωτεΐνης μπορεί να οδηγήσει σε υποσιτισμό. Συνίστανται τα ισορροπημένα γεύματα πλούσια σε σύνθετους υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και φυτικές ίνες και χαμηλή σε λιπαρά, με επαρκείς θερμίδες για ένα υγιές σωματικό βάρος Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι τοξικομανείς είχαν διαφορετικούς βαθμούς υποσιτισμού και πολλαπλές ελλείψεις θρεπτικών συστατικών. Ως εκ τούτου, παράλληλα με την κλινική διαχείριση, τα προγράμματα για την προώθηση επαρκούς διατροφικής κατάστασης συνίσταται ότι αυτά τα άτομα όπως τροποποιήσουν τον τρόπο ζωής, με υποστήριξη και εκπαιδευτικά προγράμματα (Mahan, 2004).

Σε μια πιλοτική μελέτη που ασχολήθηκε με διατροφικές συνήθειες μεταξύ των μαθητών εναλλακτικών γυμνασίων (Arcan et al. 2011) περιγράφεται η συχνότητα χρήσης τσιγάρου, αλκοόλ, μαριχουάνας και άλλων ουσιών καθώς και τις διατροφικές συνήθειες, όπως την κατανάλωση ζαχαρούχων ποτών, τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, φρούτα και λαχανικά, και τη συχνότητα χρήσης ανθυγιεινών τροφών, τύπου fast food. Τα αποτελέσματά έδειξαν ότι το τσιγάρο ήταν η ουσία που χρησιμοποιείται πιο συχνά τόσο από άνδρες και γυναίκες. Οι μαθητές που έκαναν χρήση πολλών ουσιών είχαν προοδευτικά μεγαλύτερη κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε λιπαρά σε σύγκριση με τους μη χρήστες και τους χρήστες μόνο μιας ουσίας.

Μια άλλη έρευνα (Cowan & Devine, 2008) προσφέρει νέες γνώσεις για την έννοια των τροφίμων και της διατροφής για τους άνδρες στα διάφορα στάδια της ανάκαμψης από την κατάχρηση ουσιών. Οι συμμετέχοντες σε αυτή την ανάλυση έδωσαν περιγραφές των αλλαγών βάρους, την ουσιαστική χρήση των τροφίμων, καθώς και τη διαταραγμένη πρόσληψη. Τα ευρήματά υποδηλώνουν ότι η απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια της ενεργού εθισμού ήταν κυρίαρχη και εκλαμβάνεται ως θετική από τους συμμετέχοντες στην πρώιμη φάση της ανάκαμψης. Αυτό είναι σύμφωνο με τα στοιχεία που θέλουν τους

περισσότερους τοξικομανείς να έχουν κακή διατροφή κατά τη διάρκεια του ενεργού εθισμού και συνήθως είναι υποσιτισμένα και λιποβαρή όταν εισέρχονται στην ανάκτηση (Cepik et al. 1995). Το νέο εύρημα που προέκυψε από τα δεδομένα, είναι το γεγονός που υποδηλώνει ότι η αύξηση του σωματικού βάρους στην πρώιμη φάση της ανάκαμψης μπορεί να υπερβαίνει το βάρος που χάνεται κατά τη διάρκεια του ενεργού εθισμού. Αυτό δείχνει ότι η θεραπεία θα πρέπει να θέσει στόχο τα υγιή επίπεδα βάρους από την αρχή της διαδικασίας ανάκτησης. (Cowan & Devine, 2008)

Προηγούμενες μελέτες σε άτομα που βρίσκονταν σε ανάκτηση υποστηρίζουν επίσης την ιδέα ότι οι αλλαγές στις διατροφικές συμπεριφορές και το βάρος μπορεί να εμφανιστούν ως μέρος ανάκτηση των τοξικομανών (Hodgkins, Jacobs & Gold, 2003). Το κλασικό «πείραμα πείνας» στην Μινεσότα μπορεί επίσης να παράσχει κάποια στοιχεία σχετικά με τις διατροφικές συμπεριφορές των ανθρώπων στο παρελθόν σε μια κατάσταση ημι-λιμοκτονίας (Keys, 1950). Το πείραμα αυτό παρείχε μια μοναδική και πλήρη καταγραφή της αντίδρασης του σώματος σε διαρκή στέρηση τροφής που ακολουθείται από περιόδους επανασίτισης. Όπως και οι άνδρες στο πείραμα Μινεσότα που ήταν σε κατάσταση ημι-λιμοκτονίας, έτσι και στην έρευνα αυτή πολλοί από τους συμμετέχοντες στην ανάκτηση ανέφεραν ότι σπάνια έτρωγαν ενώ ήταν σε ενεργό εθισμό. Μόλις η αποχή επιτεύχθηκε και τα τρόφιμα έγιναν πιο διαθέσιμα στους συμμετέχοντες που μπήκαν σε ταχεία ανάκαμψη, οι ναρκομανείς σε ανάρρωση έβαζαν υπερβολικό βάρος και παρουσίασαν διαταραχές στις διατροφικές συμπεριφορές (π.χ. τάσεις βουλιμίας) (Hodgkins, Jacobs & Gold, 2003) , παρόμοιες με αυτές που έχουν καταγραφεί στο πείραμα Πείνα Μινεσότα (Keys, 1950).

Αύξηση στην πρόσληψη τροφής μετά από περιόδους περιορισμού των τροφίμων μπορεί να οφείλεται στην ανάγκη να διατηρηθεί το βάρος του σώματος σε κατάλληλα βιολογικά επίπεδα. Κατά συνέπεια, η επαναπρόσληψη βάρους μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην κατανάλωση τροφίμων μετά από περιόδους περιορισμού στη λήψη τροφής, η οποία θα στηρίξει τις περιγραφές των συμμετεχόντων για σοβαρή απώλεια βάρους όταν βρίσκονται σε ενεργό εθισμό και την υπερφαγία στην πρώιμη φάση της ανάκαμψης. Ανωμαλίες των νευρολογικών μηχανισμών του εγκεφάλου μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο στις διατροφικές δυσλειτουργίες που παρατηρήθηκαν σε συμμετέχοντες στη

μελέτη καθώς βρίσκονταν σε ταχεία ανάκαμψη. Εξαρτησιογόνες ουσίες όπως το αλκοόλ και η κοκαΐνη, πιστεύεται ότι ευθύνονται για την απελευθέρωση ντοπαμίνης (DA) στον νευροδιαβιβαστή του εγκεφάλου που σχετίζεται με τις ενισχυτικές ιδιότητες των τροφίμων (Wang, Volkow & Fowlers, 2004). Η μείωση στην απελευθέρωση ντοπαμίνης συνδέεται με δυσλειτουργικές διατροφικές συνήθειες. Η ντοπαμίνη δρα ως ισχυρός αναστολέας της πρόσληψης τροφής, εμποδίζοντας την έκφραση των νευροπεπτιδίων του υποθαλάμου που είναι υπεύθυνες για την τόνωση της πρόσληψης τροφής (Gillard, Dang, & Stanley, 1993).

Ευρήματα της μελέτης (Keys, 1950) έδειξαν επίσης ότι η τροφή έχει διαφορετικές σημασίες και χρήσεις σε διαφορετικά στάδια της ανάκαμψης. Ως εκ τούτου, ορισμένες συμπεριφορές που οι ναρκομανείς σε ανάρρωση μπορεί να εμφανίσουν στις αρχές νηφαλιότητα τους, δεν είναι απαραίτητο να εκτεθούν αργότερα στη διαδικασία ανάκτησης, διότι τα πρόσωπα αλλάζουν, καθώς μαθαίνουν νέες δεξιότητες. Για παράδειγμα, η υπερβολική καφεΐνη και η χρήση νικοτίνης επακόλουθο της αποτοξίνωσης (προ-αρχικό στάδιο της ανάκαμψης), συνήθως μειώνεται με το χρόνο (Gorski, 1989). Τα αναπτυξιακά στάδια ανάκτησης μπορούν να συνδέονται με την αλλαγή στις δραστηριότητες ντοπαμίνης στον εγκέφαλο με την πάροδο του χρόνου. Στο δείγμα των συμμετεχόντων στο πείραμα, το οποίο καλύπτει τα τρία στάδια της ανάκαμψης, υπάρχουν κάποια στοιχεία που υποστηρίζουν μια αναπτυξιακή διαδικασία με την διατροφική συμπεριφορά καθώς και αλλαγές στο βάρος και αφορά στην αποκατάσταση. Οι εμπειρίες αυτών των ανθρώπων δείχνουν ότι οι δυσλειτουργικές πρακτικές βρώσης, όπως η χρήση των τροφίμων ως υποκατάστατο για τη χρήση ναρκωτικών και τη χρήση των τροφίμων για να ικανοποιήσει τον πόθο εμφανίστηκαν πιο συχνά στις αρχές του ανάκαμψη από ό, τι στα μέσα ή σε μεταγενέστερη ανάκτηση. Μια μελέτη που διεξήχθη από Farkas και Dwyer (1984) συμπέρανε ότι η επιθυμία για γλυκά και η βρώση γλυκών για να ικανοποιηθεί ο πόθος για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά συμβαίνει συχνά στα πρώιμα στάδια της ανάκαμψης. Ομοίως, συμπεριφορές υπερκατανάλωσης τροφίμων αναφέρθηκαν μόνο από τοξικομανείς σε ταχεία ανάκαμψη, η οποία σχετίζεται με προηγούμενες μελέτες (Day & Bartness, 2003, Keys, 1950, Wood & Bartness, 1996) στις οποίες η υπερκατανάλωση τροφίμων παρατηρήθηκε όταν η κανονική διατροφή χορηγήθηκε μετά από περιόδους στέρησης τροφής.

Ένα άλλο ερώτημα που τέθηκε ήταν οι συνθήκες διαβίωσης των ατόμων σε διαφορετικά στάδια της ανάκαμψης. Επειδή οι άνδρες σε διαφορετικά στάδια της ανάκαμψης ζούσαν σε διαφορετικά περιβάλλοντα, είναι δύσκολο να διαχωριστεί η σχέση της διατροφής και του περιβάλλοντος στο στάδιο της αποκατάστασης (Farkas & Dwyer, 1984). Ωστόσο, ορισμένοι συμμετέχοντες σε διαφορετικά στάδια της ανάκτησης διέφεραν στις διατροφικές τους συνήθειες. Αυτή η παρατήρηση παρέχει στηρίγματα για ένα στάδιο της ερμηνείας ανάκτησης. Το περιβάλλον και η κατανάλωση τροφίμων έχει αναγνωριστεί και σε άλλες μελέτες (Hill & Peters, 1998) ως επιρροή στην επιλογή τροφίμων που οδηγεί σε υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους και της παχυσαρκίας. Είναι πιθανό ότι οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ σταδίου ανάκτησης και του περιβάλλοντος των ατόμων να παρέχουν μια εναλλακτική εξήγηση για τις διαφορές που περιγράφονται από τους συμμετέχοντες στη μελέτη. Ως εκ τούτου, οι μεταβολές βάρους των συμμετεχόντων στη μελέτη, οι διατροφικές συμπεριφορές, και ο τρόπος με τον οποίο τα τρόφιμα ερμηνεύτηκαν από τους, Farkas & Dwyer 1984, στην ανάκτηση μπορεί να είναι μια λειτουργία του σταδίου ανάκτησης, καθώς και του περιβάλλοντος των ατόμων σε ανάκτηση. Μια διαχρονική μελέτη με μεγαλύτερο δείγμα ανδρών στα διάφορα στάδια της αποκατάστασης, σε διαφορετικά περιβάλλοντα, είναι απαραίτητη για να λυθούν αυτά τα ζητήματα.

Η χρήση του καπνού μπορεί να είναι μια άλλη εξήγηση για τις διαφορές που παρατηρούνται στις διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων σε διάφορα στάδια της ανάκαμψης. Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι ο καπνός μειώνει την όρεξη, και ότι η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να οδηγήσει σε υπερφαγία και αύξηση του σωματικού βάρους (Grunberg, 1982, Schumann et al. 2006). Ως εκ τούτου, η διακοπή του καπνίσματος στην έναρξη της διαδικασίας ανάκτησης θα μπορούσε να επιδεινώσει τις επιπτώσεις της αποχής από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ στην όρεξη και την αύξηση του σωματικού βάρους. Περαιτέρω έρευνα θα πρέπει να μελετήσει το ρόλο των αλληλεπιδράσεων μεταξύ αυτών των παραγόντων στην αύξηση της όρεξης και το βάρος.

Τοξικομανείς σε ανάκτηση που είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι σχετικά με τη διατροφή και οι οποίοι εμπλέκονται περισσότερο στη βελτίωση της προσωπικής τους υγείας και τη διατροφική κατάσταση είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν καλύτερες

διατροφικές συνήθειες. Επειδή οι τοξικομανείς μπορεί να είναι σε αυξημένο κίνδυνο για χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις (στεφανιαία καρδιακή νόσο, υπέρταση, εγκεφαλικό επεισόδιο), ηπατικά προβλήματα, και πεπτικά προβλήματα όπως πεπτικό έλκος και χρόνια παγκρεατίτιδα είναι ιδιαίτερα σημαντικό να παρέχεται διατροφική υποστήριξη, κατάλληλη για κάθε στάδιο της ανάκτησης. Επιπλέον, είναι ζωτικής σημασίας για τους ανθρώπους σε προγράμματα αποκατάστασης να μάθουν νωρίς νέους και υγιείς τρόπους διατροφής, ώστε να αποκτήσουν τις δεξιότητες για την υγιεινή διατροφή, όταν ζουν πλέον μόνοι τους. (Johnson, Barzargan, & Cherpitel, 2001)

Κεφάλαιο 5. Μέθοδοι και θεραπεία

Ο εθισμός στα ναρκωτικά είναι πάθηση που μπορεί να θεραπευθεί. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να λάβουν θεραπεία η οποία να είναι προσαρμοσμένη στις δικές τους ιδιαίτερες ανάγκες. Η θεραπευτική αγωγή, τους επιτρέπει να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα τους και να μπορούν να έχουν μια κανονική και παραγωγική ζωή. Όπως οι ασθενείς που πάσχουν από καρδιακά προβλήματα ή διαβήτη, έτσι και οι εθισμένοι στα ναρκωτικά μπορούν να πετύχουν αλλαγές της συμπεριφοράς τους και να παίρνουν φάρμακα ως μέρος της θεραπευτικής τους αγωγής. Οι συμπεριφορικές θεραπείες περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών, ψυχοθεραπεία, ομάδες αλληλοβοήθειας και οικογενειακή θεραπεία. Τα φάρμακα βοηθούν στην καταστολή του συνδρόμου στέρησης, της ακατάσχετης επιθυμίας λήψης ναρκωτικών και στην εξουδετέρωση των δράσεων των ναρκωτικών στον οργανισμό. Οι έρευνες δείχνουν ότι η θεραπεία για τον εθισμό στην ηρωίνη με τη βοήθεια μεθαδόνης σε κατάλληλες δόσεις ταυτόχρονα με συμπεριφορική θεραπεία, μειώνουν τη συχνότητα θανάτων και πολλών άλλων προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τη χρήση ηρωίνης (Σούγκαρμαν και Ζαφειρίδης, 1990).

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι όσο περισσότερη θεραπεία δίνεται, τόσο καλύτερα τα αποτελέσματα. Οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία για περισσότερο από 3 μήνες, έχουν συνήθως καλύτερα αποτελέσματα και εξέλιξη σε σύγκριση με αυτούς που λαμβάνουν θεραπεία για μικρότερο χρονικό διάστημα. Πολλοί ασθενείς εκτός από τις θεραπείες απεξάρτησης, χρειάζονται και άλλη φροντίδα από υπηρεσίες σωματικής και ψυχικής υγείας όπως επίσης και συμβουλές για πρόληψη του AIDS (Σούγκαρμαν και Ζαφειρίδης, 1990).

Οι ασθενείς που παίρνουν φάρμακα για να τους βοηθήσουν να αντεπεξέλθουν με επιτυχία στο σύνδρομο στέρησης και οι οποίοι δεν λαμβάνουν περαιτέρω στήριξη, δυστυχώς έχουν τα ίδια αποτελέσματα όσον αφορά στη χρήση ναρκωτικών όπως οι χρήστες που δεν έτυχαν ποτέ καμίας θεραπείας. Οι έρευνες κατά τα τελευταία 25 χρόνια, έδειξαν ότι η θεραπευτική αγωγή πετυχαίνει την απεξάρτηση από τα ναρκωτικά και μειώνει την εγκληματικότητα που παρουσιάζεται σε εθισμένους στα ναρκωτικά. Επίσης οι χρήστες

που έλαβαν θεραπείες, έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρουν μια δουλειά (Σούγκαρμαν και Ζαφειρίδης, 1999).

5.1 Συμβουλευτικά κέντρα: Ενημέρωση, κινητοποίηση, προετοιμασία

Η πορεία στο θεραπευτικό πρόγραμμα αρχίζει από τα συμβουλευτικά κέντρα (ή κέντρα ενημέρωσης και εισαγωγής). Το πρώτο αυτό στάδιο διαρκεί από 8 έως 10 εβδομάδες περίπου και είναι εξωτερικής παρακολούθησης. Παρέχοντας ασφαλές περιβάλλον, όπου δεν επιτρέπεται η χρήση ουσιών, τα κέντρα προετοιμάζουν τα εξαρτημένα άτομα για την εισαγωγή τους σε θεραπευτική κοινότητα, ενημερώνοντάς τα για τη λειτουργία της, ενισχύοντας το βαθμό κινητοποίησής τους και ενθαρρύνοντας τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης. Παραπέμπουν για εξετάσεις σε ιατρικές υπηρεσίες της περιοχής και παρέχουν διατροφή και τη δυνατότητα δημιουργικής απασχόλησης. Αποτελούν, επίσης, το χώρο πρώτης επαφής των ατόμων του στενού περιβάλλοντος του χρήστη με το θεραπευτικό πρόγραμμα (Σούγκαρμαν και Ζαφειρίδης, 1990).

5.2 Τα θεραπευτικά προγράμματα για απεξάρτηση από ναρκωτικά

Ο απώτερος στόχος όλων των προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης, είναι η επίτευξη διαρκούς αποχής από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι άμεσοι στόχοι περιλαμβάνουν τη μείωση της χρήσης των εθιστικών ουσιών, τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, την ελαχιστοποίηση των ιατρικών επιπλοκών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της χρήσης ναρκωτικών (Σούγκαρμαν και Ζαφειρίδης Φ, 1990).

5.3 Μορφές προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης

5.3.1 Ουσίες υποκατάστασης

Υπάρχουν διάφορες μορφές προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης. Οι βραχυπρόθεσμες μέθοδοι διαρκούν για λιγότερο από 6 μήνες. Περιλαμβάνουν αγωγή επί εσωτερικής βάσης σε θεραπευτική κοινότητα, φάρμακα και θεραπεία επί εξωτερικής βάσης χωρίς φάρμακα.

Η μακροπρόθεσμη θεραπεία, περιλαμβάνει μεθόδους όπως τη χορήγηση μεθαδόνης σε άτομα που είναι εθισμένα στα οπιοειδή επί εξωτερικής βάσης και αγωγή στα πλαίσια θεραπευτικής κοινότητας. (Herbert et al. 2006).

Στη θεραπεία συντήρησης για τους εθισμένους στην ηρωίνη, χορηγείται από το στόμα ένα συνθετικό οπιοειδές φάρμακο, συνήθως η μεθαδόνη. Χορηγείται δόση ικανή να καταστέλλει τις επιδράσεις της ηρωίνης, δημιουργώντας μια σταθερή μη ευφορική κατάσταση που απαλλάσσει το χρήστη από την ακατάσχετη επιθυμία για τα οπιοειδή ναρκωτικά (Herbert et al. 2006).

Ο χρήστης με τη βοήθεια των φαρμάκων αυτών, απαλλάσσεται από την ανάγκη αναζήτησης ναρκωτικών και την εγκληματική συμπεριφορά που συνεπάγεται. Σύμφωνα με τους Herbert et al (2006), με την κατάλληλη συμβουλευτική αγωγή και τη στήριξη των κοινωνικών υπηρεσιών, μπορεί να γίνει παραγωγικό μέλος της κοινωνίας.

5.3.1.1 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. 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 την 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. 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 (Herbert et al. 2006).

5.3.1.2 Βουπρενορφίνη

Η βουπρενορφίνη είναι και αυτή ένα οπιοειδές φάρμακο, όπως και η μεθαδόνη. Χρησιμοποιείται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από ηρωίνη. Η βουπρενορφίνη (buprenorphine) είναι μερικός αγωνιστής / ανταγωνιστής των οπιοειδών, ο οποίος δεσμεύεται στους μ και κ υποδοχείς του εγκεφάλου. Η δράση της στη θεραπεία συντήρησης με οπιοειδή αποδίδεται στην βραδέως αναστρέψιμη δέσμευσή της με τους μ υποδοχείς, η οποία μπορεί για μακρό χρόνο να μειώσει την ανάγκη των εξαρτημένων ασθενών για ναρκωτικές ουσίες. 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 (Herbert et al. 2006).

Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η βουπρενορφίνη χορηγείται υπό τη μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας (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. Δεδομένου ότι η βουπρενορφίνη είναι ένας μερικός αγωνιστής μ, είναι λιγότερο χρήσιμη από ό, τι η μεθαδόνη σε χρήστες ηρωίνης που χρειάζονται υψηλότερες δόσεις μεθαδόνης (80-150 mg ημέρα) (Newman & Rothman, 2007)

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

- Ανταγωνίζεται τη δράση της ηρωίνης. Όταν κάποιος χρησιμοποιήσει ηρωίνη δεν θα νιώσει το ευφορικό της αποτέλεσμα. Έτσι, με τη βουπρενορφίνη καταπολεμάται ένας από τους κύριους λόγους για τους οποίους γίνεται η χρήση της ηρωίνης (Pirastu et al. 2006).

- 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 (Pirastu et al. 2006).
- Είναι απομακρυσμένο το ενδεχόμενο υπερδοσολογίας (overdose) από κάποιον ο οποίος χρησιμοποιεί μόνο βουπρενορφίνη (Pirastu et al. 2006).
- 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 (Herbert et al. 2006).

5.3.1.3 Ναλτρεξόνη

Η ναλτρεξόνη είναι διαθέσιμη από το 1970 ως θεραπεία για τον εθισμό ηρωίνης. Η ναλτρεξόνη (naltrexone) είναι ένας ειδικός ανταγωνιστής των οπιοειδών. Δρα ανταγωνιστικά καταλαμβάνοντας τους υποδοχείς οι οποίοι εντοπίζονται κυρίως στο κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα. **(**Newman & Rothman, 2007).

Τα άτομα που λαμβάνουν ναλτρεξόνη δεν περιέρχονται σε κατάσταση ευφορίας (δεν «ανεβαίνουν») όταν λαμβάνουν ηρωίνη. Η ναλτρεξόνη δεν προκαλεί ούτε ευφορία ούτε νέο εθισμό. Γι' αυτόν τον λόγο η ναλτρεξόνη δεν αποτελεί θεραπεία υποκατάστασης, καθώς δεν υποκαθιστά μια εθιστική ουσία με μια άλλη (μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη/Subutex). Η ναλτρεξόνη δεν είναι εθιστική και, κατά συνέπεια, όταν διακόπτεται η λήψη της δεν εκδηλώνεται σύνδρομο στέρησης**.** (Newman & Rothman, 2007)

Η θεραπεία με ναλτρεξόνη αποτελεί την καλύτερη επιλογή για τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία το στάδιο της αποτοξίνωσης από τα οπιοειδή και έχουν ισχυρή θέληση να παραμείνουν καθαροί. Το πρόγραμμα ναλτρεξόνης αποτελεί το πλέον κατάλληλο μέτρο προφύλαξης για την αποφυγή τυχόν υποτροπών. Ωστόσο, η ναλτρεξόνη δεν είναι θαυματουργό φάρμακο. Η επιτυχία της θεραπείας με ναλτρεξόνη εξαρτάται επίσης από τη συμμόρφωση του ασθενή με τη θεραπεία και από την υποστήριξη που του παρέχεται. Η ναλτρεξόνη δεν θεραπεύει την έντονη επιθυμία για τα ναρκωτικά. Γι' αυτόν τον λόγο αλλά και για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα από τη θεραπεία με

ναλτρεξόνη, συνιστάται στους ασθενείς να συμμετέχουν παράλληλα σε πρόγραμμα θεραπείας που αντιμετωπίζει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχολογική διάσταση του εθισμού. Επιπλέον, συνιστάται στους ασθενείς να παραμείνουν μακριά από χώρους με άμεση πρόσβαση σε ναρκωτικά (Newman & Rothman, 2007).

5.3.1.4 Ναλοξόνη

Η ναλοξόνη (naloxone) είναι ένας ανταγωνιστής στους μ, δέλτα, και κάππα υποδοχείς των οπιοειδών κα μπορεί να προλαμβάνει ή να αντιστρέφει τις επιδράσεις των οπιοειδών όπως η αναπνευστική καταστολή, καταστολή και υπόταση. Επίσης, μπορεί να αντιστρέψει τις ψυχομιμητικές και δυσφορικές επιδράσεις των αγωνιστών-ανταγωνιστών. (Cubo & Goetzb, 2003)

Η ναλοξόνη αρχικά χορηγείται σε ασθενείς με αναπνευστική καταστολή και κώμα. Ο κλινικός ιατρός πρέπει να γνωρίζει το δυναμικό για την καθίζηση συμπτωμάτων απόσυρσης με την υπερ-χορήγηση ενός ανταγωνιστή. Αν η ηρωίνη λαμβάνεται σε συνδυασμό με κοκαΐνη και αμφεταμίνη, τότε η χρήση ναλοξόνης μπορεί να προκαλέσει παρανοϊκή ψύχωση. Αν τα οπιούχα λαμβάνονται σε συνδυασμό με βαρβιτουρικά ή αιθανόλη μπορεί να προκαλέσουν στον χρήστη κώμα που δεν ανταποκρίνεται στην ναλοξόνη. (Cubo & Goetzb, 2003)

Η δοκιμασία πρόκλησης στερητικού συνδρόμου με τη χρήση ναλοξόνης γίνεται προκειμένου να διαπιστωθεί η φυσική (σωματική) εξάρτηση του ασθενούς από τα οπιοειδή. Η δοκιμασία αυτή δεν πρέπει να εκτελείται σε ασθενή που εμφανίζει σημεία στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή, όπως επίσης σε ασθενή στον οποίο ο τοξικολογικός έλεγχος ούρων σε οπιοειδή ή μεθαδόνη έχει αποβεί θετικός (Cubo & Goetzb, 2003).

5.3.2 Η θεραπεία «επί εξωτερικής βάσης», χωρίς χορήγηση φαρμάκων

Η θεραπεία «επί εξωτερικής βάσης», χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων, μπορεί να συμπεριλάβει διάφορα προγράμματα απεξάρτησης για ασθενείς που επισκέπτονται τις

εξειδικευμένες κλινικές κατά τακτικά χρονικά διαστήματα. Τα περισσότερα προγράμματα έχουν ατομική ή συλλογική συμβουλευτική αγωγή και στήριξη.

Οι ασθενείς που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά, είναι χρήστες ναρκωτικών άλλων εκτός από τα οπιοειδή ή χρήστες οπιοειδών για τους οποίους δεν συστήνεται θεραπεία συντήρησης. Οι τελευταίοι είναι χρήστες που έχουν μια σταθερή, καλά οργανωμένη και ενταγμένη στην κοινωνία ζωή με ιστορικό εξάρτησης σε ναρκωτικά που είναι μικρής χρονικής διάρκειας. (Shannon & Hanser, 2012)

5.3.3 Θεραπευτικές κοινότητες

Η δεύτερη φάση του προγράμματος είναι η θεραπευτική κοινότητα, διάρκειας 12 περίπου μηνών. Αποτελεί το κατεξοχήν στάδιο της θεραπείας. Διακρίνονται σε κοινότητες διαμονής και εξωτερικής ημερήσιας παρακολούθησης.

Η συστηματική χρήση ουσιών αποτελεί συνήθως το σύμπτωμα βαθύτερων προβλημάτων ψυχολογικής, διαπροσωπικής ή κοινωνικής προέλευσης. Τα άτομα χρησιμοποιούν τις ουσίες για να νιώθουν καλά. Η ανάγκη να εξασφαλίσουν τις ουσίες που καταναλώνουν βρίσκεται να είναι το επίκεντρο της ζωής τους και καθορίζει τη δράση και τη συμπεριφορά τους.

Οι θεραπευτικές κοινότητες, είναι πολύ καλά οργανωμένα προγράμματα αντιμετώπισης στα οποία οι ασθενείς διαμένουν σε οικιστικές μονάδες από 6 έως 12 μήνες. Οι ασθενείς που συμμετέχουν, είναι αυτοί που έχουν ένα σχετικά μακροχρόνιο ιστορικό εξάρτησης από ναρκωτικά ή έχουν εμπλακεί σε εγκληματικές δραστηριότητες λόγω χρήσης ναρκωτικών ή παρουσιάζουν δυσλειτουργία μέσα στην κοινωνία.

Ο στόχος στις θεραπευτικές κοινότητες, είναι η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία χωρίς να υπάρχει εξάρτηση από ναρκωτικά και σχέση με παράνομες ή εγκληματικές δραστηριότητες.

Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα σε θεραπευτικές κοινότητες, βασίζονται σε εμπειρίες που έχουν αποκτηθεί από προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν μια περίοδο 3 έως 6 εβδομάδων θεραπείας «επί εσωτερικής βάσης». Στη συνέχεια ακολουθεί θεραπεία «επί εξωτερικής βάσης» με συμμετοχή σε συμβουλευτικά προγράμματα στήριξης ή ομάδες αλληλοβοήθειας. Τα προγράμματα

συντήρησης με χορήγηση μεθαδόνης, πετυχαίνουν καλύτερα όσον αφορά στην απεξάρτηση από τα οπιοειδή σε σύγκριση με τις θεραπευτικές κοινότητες οι οποίες με τη σειρά τους, είναι αποτελεσματικότερες από τα προγράμματα «επί εξωτερικής βάσης» που προσφέρουν ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική στήριξη. Μεταξύ των προγραμμάτων χορήγησης μεθαδόνης, εκείνα που δίνουν ψηλότερες δόσεις μεθαδόνης (συνήθως τουλάχιστον 60 mg), έχουν καλύτερα ποσοστά συμμετοχής. Επίσης όταν τα προγράμματα μεθαδόνης, συνοδεύονται από άλλες υπηρεσίες όπως συμβουλευτική στήριξη και ιατρική περίθαλψη, έχουν καλύτερα αποτελέσματα από τα προγράμματα που παρέχουν τις ελάχιστες αναγκαίες υπηρεσίες.

Τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης με χορήγηση φαρμάκων στις φυλακές, μπορούν να βοηθούν τους κρατουμένους να απαλλάσσονται από την εγκληματική συμπεριφορά. Αυτό επιτυγχάνεται ιδιαίτερα όταν μετά την αποφυλάκιση, η αγωγή απεξάρτησης συνεχίζεται με προγράμματα θεραπευτικής κοινότητας, συμβουλευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής στήριξης (Shannon & Hanser, 2012).

5.3.4 Κέντρα κοινωνικής επανένταξης: η ολοκλήρωση της προσπάθειας

Ολοκληρώνοντας τη θεραπευτική κοινότητα το μέλος του προγράμματος περνάει στη φάση της κοινωνικής επανένταξης (ή κοινωνικής δραστηριοποίησης), που διαρκεί 10 έως 12 μήνες περίπου. Για τα μέλη των προγραμμάτων διαμονής τα κέντρα κοινωνικής επανένταξης διαθέτουν ξενώνες, όπου μπορούν να φιλοξενηθούν μέχρι να βρουν δουλειά και δικό τους σπίτι. Στη φάση αυτή στόχος είναι να μάθει το άτομο πώς να λειτουργεί ως ισότιμο μέλος στην κοινωνία, με τη νέα ταυτότητα που απέκτησε κατά την παραμονή του στη θεραπευτική κοινότητα. Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στην επαγγελματική κατάρτιση και την επαγγελματική αποκατάσταση, καθώς αυτή αποτελεί προϋπόθεση πλήρους κοινωνικής ένταξης και βασικό παράγοντα για την πρόληψη της υποτροπής (Shannon & Hanser, 2012)

5.3.5 Κέντρα κοινωνικής υποστήριξης: Η δουλειά με την οικογένεια

Η συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα απεξάρτησης επηρεάζει θετικά την έκβαση της θεραπείας. Όλα τα θεραπευτικά προγράμματα διαθέτουν παράλληλο πρόγραμμα οικογενειακής στήριξης που απευθύνεται στα πρόσωπα του στενού οικογενειακού

περιβάλλοντος του χρήστη (γονείς, αδέλφια, παιδιά, σύντροφοι-σύζυγοι), και έχει περίπου την ίδια διάρκεια μ' αυτά. Εκεί, ενημερώνονται για τη χρήση, την εξάρτηση και τον τρόπο θεραπευτικής παρέμβασης, για τον καθοριστικό ρόλο που μπορούν να παίξουν στην έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας, ενώ τους δίνεται η δυνατότητα να συμμετάσχουν σε διαδικασίες για την εξομάλυνση δυσλειτουργιών στην οικογένεια. Όταν ένα εξαρτημένο άτομο δεν είναι ενταγμένο σε θεραπευτικό πρόγραμμα, τα μέλη της οικογένειάς του μπορούν να παρακολουθούν τα ανεξάρτητα προγράμματα οικογενειακής στήριξης, όπου, εκτός των άλλων, θα εκπαιδευτούν στους τρόπους με τους οποίους μπορούν να παρακινήσουν το εξαρτημένο άτομο, ώστε να ενταχθεί σε πρόγραμμα απεξάρτησης (Herbert et al. 2006)

5.4 Εθνικό πλαίσιο Κύπρου

Το Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου (ΑΣΚ) αποτελεί το ανώτατο εθνικό φορέα που είναι αρμόδιος για το σχεδιασμό, το συντονισμό και την παρακολούθηση της εφαρμογής της Εθνικής Στρατηγικής για τα Ναρκωτικά. Το Συμβούλιο είναι επίσης υπεύθυνο για το συντονισμό των κυβερνητικών και μη κυβερνητικών υπηρεσιών φροντίδας των ναρκωτικών.

Σύμφωνα με το ΑΣΚ, το σύστημα επεξεργασίας αποτελείται από συμβουλευτική, την αποκατάσταση, την αποτοξίνωση και τα κέντρα υποκατάστασης. Όλα τα προγράμματα συμβουλευτικής, εξωτερικά ιατρεία και ενδονοσοκομειακή αναφέρει τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις ως το κύριο εργαλείο επεξεργασίας τους. Τα συμβουλευτικά κέντρα επικεντρώνονται κυρίως στην ενίσχυση των κινήτρων και τη στήριξη, ενώ ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά προγράμματα αποκατάστασης επικεντρώνονται στην παροχή συμβουλών με ατομική και ομαδική θεραπεία, καθώς και ψυχοθεραπεία. Τα περισσότερα προγράμματα παρέχουν υπηρεσίες σε χρήστες ναρκωτικών, ανεξάρτητα από την ουσία που χρησιμοποιείται.

Πίνακας 5.1 Ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία

	2008	**2009**	**2010**
Σύνολο ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία	595	670	767
% χρήσης οπιοειδών	55.2	57.4	47.5
% χρήσης κοκαΐνης	14.2	14.4	10.5
% χρήσης κάνναβης	29.1	25.1	38.6
% χρήσης διεγερτικών	0.2	1.0	0.4
Νέοι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία	276	319	340
% χρήσης οπιοειδών	35.1	38.9	21.6
% χρήσης κοκαΐνης	15.6	16.9	10.7
% χρήσης κάνναβης	48.2	40.1	63.3
% χρήσης διεγερτικών	0.0	0.3	0.9

Αποτοξίνωση: μόνο δύο κέντρα ανέφεραν ότι παρέχουν υπηρεσίες αποτοξίνωσης. Ένα είναι μια κυβερνητική υπηρεσία («Άνωση») και η άλλη είναι μια ιδιωτική κλινική («Veresies Clinic»), η οποία προσφέρει ένα εξωτερικό ιατρείο και ένα πρόγραμμα νοσηλείας.

Υποκατάσταση: τρία προγράμματα προσφέρουν υποκατάσταση / συντήρηση. Ένας από αυτούς είναι «Veresies Clinic» και τα άλλα δύο είναι κυβερνητικά προγράμματα.

(«Γέφυρα» και «Sosivio»), τα οποία προσφέρουν υπηρεσίες σε Λευκωσία και Λεμεσό, είτε σε μια βάση εξωτερικών ασθενών ή νοσηλείας.

Το 2010, υπήρχαν 10 συμβουλευτικά κέντρα, δύο εκ των οποίων σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες, 16 προγράμματα στα εξωτερικά ιατρεία, και ένα πρόγραμμα απεξάρτησης στις κεντρικές φυλακές. Παρόλο που οι σημερινές προσθήκες στο σύστημα επεξεργασίας έχουν εμπλουτιστεί σημαντικά, η έλλειψη εξειδικευμένων (για φάρμακα, εκτός από την ηρωίνη) υπηρεσίες μεταχείρισης. Την ίδια στιγμή, τα προγράμματα υπάρχουν για τις εθνικές μειονότητες, όπως οι Έλληνες Πόντιοι, στην Πάφο. (Drug treatment overview for Cyprus, 2008)

Πίνακας 5.2 Θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών στην Κύπρο

	2008	**2009**	**2010**
Ασθενείς που έλαβαν θεραπεία	58	286	294
Μεθαδόνης	0	0	0
Βουπρενορφίνης	58	286	111

5.5 Εθνικό πλαίσιο Ελλάδας

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) εκτελεί τη νομική λειτουργία του εθνικού συντονιστή για τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών, η οποία υπάγεται στο Υπουργείο Αλληλεγγύης Υγείας και Κοινωνικής. Επιπλέον, ο ΟΚΑΝΑ είναι ένας από τους μεγαλύτερους φορείς παροχής θεραπείας και επανένταξης στην Ελλάδα. Είναι επίσης ο μοναδικός οργανισμός που έχει νόμιμη άδεια για τη δημιουργία, τη λειτουργία και την παρακολούθηση των προγραμμάτων θεραπείας υποκατάστασης.

Το 2011, εγκρίθηκε το εθνικό σχέδιο κατά του εθισμού το οποίο, μεταξύ άλλων, ζητεί την επέκταση των θεραπευτικών μεθόδων, καθώς και τη διαθεσιμότητά τους.

Το 2010, ο συνολικός αριθμός των επίσημα αναγνωρισμένων προγραμμάτων θεραπείας από τα ναρκωτικά στην Ελλάδα ήταν 75, τα οποία λειτουργούν υπό την αιγίδα κυβερνητικών και μη κυβερνητικών οργανώσεων. Τα προαναφερθέντα προγράμματα χωρίζονται στις εξής κατηγορίες: 12 «στεγνά» προγράμματα νοσηλείας, 32 δωρεάν προγράμματα εξωτερικής παραμονής και 25 θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης και έξι προγράμματα θεραπείας στις φυλακές. Επιπλέον, περίπου 44 συμβουλευτικά κέντρα λειτουργούν στη χώρα και είναι συνήθως ένα σημείο πρόσβασης για τη θεραπεία απεξάρτησης το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών ναρκωτικών. Επιπλέον, η IANOS - μια εξειδικευμένη δομή αποτοξίνωσης - βρίσκεται σε λειτουργία στο Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ατόμων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης με προγραμματισμένη διάρκεια του προγράμματος 21 ημερών.

Πίνακας 5.3 Ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία

	2008	**2009**	**2010**
Σύνολο ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία	**4682**	**5501**	**5645**
% χρήσης οπιοειδών	85.3	84.0	82.7
% χρήσης κοκαΐνης	4.0	4.5	4.4
% χρήσης κάνναβης	8.7	9.6	11.2
% χρήσης διεγερτικών	0.0	0.0	0.2
Νέοι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία	**2224**	**2603**	**2441**
% χρήσης οπιοειδών	80.0	79.3	75.5
% χρήσης κοκαΐνης	5.1	4.5	4.9
% χρήσης κάνναβης	13.0	14.7	18.1
% χρήσης διεγερτικών	0.1	0.0	0.1

Μια σειρά από ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις υπάρχουν για εφήβους χρήστες ναρκωτικών, οι οποίες απευθύνονται σε εφήβους χρήστες κάνναβης, ενώ υπάρχουν και τρεις εξειδικευμένες μονάδες για τις γυναίκες χρήστες ναρκωτικών.

Τα κρατικά κονδύλια είναι η μόνη πηγή χρηματοδότησης για την πλειονότητα των προγραμμάτων, εκτός από ένα πρόγραμμα το οποίο χρηματοδοτείται από τις τοπικές αρχές. Τα κυριότερα θεωρητικά μοντέλα που εφαρμόζονται σε προγράμματα θεραπείας από τα ναρκωτικά είναι υποβοηθούμενη θεραπεία από φάρμακα για τοξικομανείς οπιοειδών, οι θεραπευτικές κοινότητες, οι συστημικές προσεγγίσεις και η ψυχοδυναμική θεωρία.

Η θεραπεία υποκατάστασης παρουσίασε μια συστηματική επέκταση και αποκέντρωση από τα τέλη του 2002. Οι φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης είναι η μεθαδόνη, η οποία εισήχθη το 1993, και η βουπρενορφίνη, η οποία εισήχθη το 2002 και σύμφωνα με Υπουργική Απόφαση, η θεραπεία υποκατάστασης μπορεί να παρέχεται μόνο από επίσημα αναγνωρισμένα θεραπευτικά κέντρα. (Drug treatment overview for Greece, 2008)

Πίνακας 5.4 Θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών στην Ελλάδα

	2008	**2009**	**2010**
Ασθενείς που έλαβαν θεραπεία	5053	5360	6264
Μεθαδόνης	2838	2544	2477
Βουπρενορφίνης	2215	2222	4466

Κεφάλαιο 6. Εθνικές στρατηγικές - Ρόλος κράτους

6.1 Κύπρος: Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά

Η Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά 2009 - 2012, υιοθετεί την αρχή της ισορροπημένης προσέγγισης όπως αυτή διασφαλίζεται από διεθνείς και ευρωπαϊκές συμβάσεις. Η ισόρροπη και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του φαινομένου μέσα από τη μείωση της ζήτησης και τη μείωση της προσφοράς, αποτελεί απόρροια των σχετικών συμβάσεων των Ηνωμένων Εθνών (Ενιαία Σύμβαση για τα Ναρκωτικά του 1961, όπως τροποποιήθηκε με το Πρωτόκολλο του 1972), Σύμβαση για τις Ψυχότροπες ουσίες (1971), και Σύμβαση κατά της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών φαρμάκων και ψυχότροπων ουσιών (1988).

Πέραν από τις διεθνείς συμβάσεις που η Κύπρος έχει επικυρώσει, βασικός οδηγός στη χάραξη της Κυπριακής Στρατηγικής για τα Ναρκωτικά, είναι η Ευρωπαϊκή Στρατηγική 2005 - 2012.

Στον τομέα Μείωσης της Ζήτησης, η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά, έχει θέσει τον εξής στόχο: *«Μετρήσιμη μείωση της χρήσης ναρκωτικών, της εξάρτησης και των υγειονομικών και κοινωνικών κινδύνων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά μέσω της ανάπτυξης και της βελτίωσης ενός αποτελεσματικού και ολοκληρωμένου σφαιρικού συστήματος μείωσης της ζήτησης, που θα βασίζεται στη γνώση και θα περιλαμβάνει μέτρα πρόληψης, έγκαιρης παρέμβασης, θεραπείας, μείωσης των βλαβερών συνεπειών, αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, στο πλαίσιο των κρατών μελών της ΕΕ».*

Συνεπώς, τα μέτρα και οι πρακτικές των κρατών μελών, θα πρέπει να αποσκοπούν στα εξής:

- Πρόληψη της χρήσης
- Αποτροπή της εγκαθίδρυσης της συνήθειας της δοκιμής ναρκωτικών για σκοπούς απόκτησης εμπειριών
- Δημιουργία προγραμμάτων θεραπείας, κοινωνικής επανένταξης και μείωσης της βλάβης

Στον τομέα Μείωσης της Προσφοράς, η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά, έχει θέσει τον εξής στόχο: *«Μετρήσιμη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της γνωστικής βάσης των παρεμβάσεων και δράσεων επιβολής του νόμου της ΕΕ και των κρατών μελών της, οι οποίες να στρέφονται κατά της παραγωγής, της εμπορίας ναρκωτικών, της εκτροπής προδρόμων ουσιών, καθώς και της εκτροπής προδρόμων ουσιών των συνθετικών ναρκωτικών οι οποίες εισάγονται στην ΕΕ, της εμπορίας ναρκωτικών και της χρηματοδότησης της τρομοκρατίας, του ξεπλύματος χρημάτων που συνδέεται με το έγκλημα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά».*

Στον τομέα αυτό, το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης, συμπεριλαμβάνει την ενδυνάμωση των δεσμών και την ενίσχυση των διαδικασιών ανάμεσα στα τα κράτη μέλη της ΕΕ, αλλά και με τρίτες χώρες, έτσι που ο εντοπισμός και η κατάσχεση ναρκωτικών ουσιών να γίνεται με αποτελεσματικότερους τρόπους. Με αφετηρία τις πιο πάνω κατευθυντήριες γραμμές της ΕΕ, η Κυπριακή Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά 2009 - 2012, στηρίζεται στις ακόλουθες αρχές:

- Η ουσιοεξάρτηση αποτελεί θέμα δημόσιας υγείας.
- Αναπόσπαστη διαδικασία στην πρόληψη και αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης είναι η προώθηση αξιών, κανόνων και στάσεων που να αποτρέπουν τη χρήση και εξάρτηση.
- Στρατηγικό θεμέλιο πρέπει να αποτελεί η ολιστική και σφαιρική αντιμετώπιση.
- Τα προληπτικά καθώς και θεραπευτικά προγράμματα, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, που να καλύπτει τις ανάγκες τόσο του γενικού πληθυσμού, αλλά και των ουσιοεξαρτωμένων ατόμων.
- Συνεχής διασφάλιση της πρόσβασης των εξαρτημένων ατόμων στα θεραπευτικά προγράμματα.
- Ο σχεδιασμός, η αξιολόγηση, η αναπροσαρμογή και η υλοποίηση αποφάσεων θα πρέπει να εδράζεται σε επιστημονικά δεδομένα και σε παραδείγματα βέλτιστων πρακτικών σε επίπεδο ΕΕ.

- Ο τομέας της Θεραπείας και ειδικά ο τομέας της Μείωσης της Βλάβης, θεωρείται τομέας προτεραιότητας ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τον περιορισμό των επιπτώσεων στην υγεία.
- Η Μείωση της Προσφοράς, θα πρέπει να εστιασθεί εξίσου στις πτυχές της παραγωγής, της διακίνησης και εμπορίας ναρκωτικών ουσιών, της εκτροπής προδρόμων ουσιών, του ξεπλύματος βρώμικου χρήματος που συνδέεται με το έγκλημα και να επιδιωχθεί η ενίσχυση της συνεργασίας σε τοπικό, διμερές και πολυμερές επίπεδο. (Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου, 2009-2012)

6.2 Ελλάδα: Εθνικό Σχέδιο Καταπολέμησης Εξαρτήσεων (ΕΣΚΕ)

Η Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού δημιουργήθηκε με πρωτοβουλία του Πρωθυπουργού το 2010 με την εντολή να εκπονήσει ένα μεσοπρόθεσμο διετές (2011-2012) Σχέδιο Καταπολέμησης Εξαρτήσεων. Το συντονισμό της Επιτροπής ανέλαβε ο ΟΚΑΝΑ , ο οποίος είναι σύμφωνα με το νόμο Συντονιστής Φορέας. Δέκα Υπουργεία συμμετείχαν στην Επιτροπή, καθώς και οι φορείς θεραπείας (ΚΕΘΕΑ, 18 ΑΝΩ, ΨΝΘ) και το ΕΚΤΕΠΝ.

Οι βασικοί άξονες του ΕΣΚΕ για τη διετία 2011-2012 είναι δύο, η Μείωση της Ζήτησης και η Μείωση της Προσφοράς.

Οι στόχοι του άξονα της Μείωσης της Ζήτησης είναι:

- Στην Πρόληψη η πλήρης γεωγραφική κάλυψη της χώρας σε επίπεδο νομού, η αξιολόγηση των αναγκών, η αναβάθμιση των υπηρεσιών, η οργάνωση των εκπαιδευτικών δράσεων σε επαγγελματίες πρόληψης, καθώς και η διεύρυνση των δράσεων των Κέντρων Πρόληψης σε θέματα προαγωγής ψυχικής υγείας – πρόληψης των εξαρτήσεων (καπνός, αλκοόλ, παράνομες ουσίες, διαδίκτυο)
- Στη Θεραπεία και στην Επανένταξη η αύξηση της διαθεσιμότητας της θεραπείας και της προσβασιμότητας σε αυτήν για όλους τους τύπους θεραπευτικών προσεγγίσεων, η επέκταση της θεραπείας σε ειδικές ομάδες πληθυσμού εξαρτημένων χρηστών (Ένοπλες Δυνάμεις, εξαρτημένοι κρατούμενοι, μετανάστες), ο περιορισμός της λίστας

αναμονής για το Πρόγραμμα Υποκατάστασης, η αναβάθμιση υπηρεσιών θεραπείας και η εντατικοποίηση των προσπαθειών επαγγελματικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης των απεξαρτημένων ή των σταθεροποιημένων στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης ατόμων.

Η Έρευνα και η Αξιολόγηση τονίζονται ως άξονες του ΕΣΚΕ και, πιο συγκεκριμένα, η ενίσχυση της έρευνας και η αξιοποίηση των ερευνητικών δεδομένων στο σχεδιασμό πολιτικής, η αξιολόγηση των δράσεων και ο εντοπισμός των επιστημονικά τεκμηριωμένων πρακτικών στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, καθώς και η αξιοποίηση των διεθνών βέλτιστων πρακτικών αξιολόγησης, η θεσμοθέτηση της αξιολόγησης φορέων με ενιαία κριτήρια και, τέλος, η αξιολόγηση του ίδιου του ΕΣΚΕ.

Σημαντικός άξονας είναι επίσης η Ενημέρωση και η Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, δηλαδή η προβολή δράσεων των φορέων, η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και η μεταστροφή αντιλήψεων σχετικά με τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων, καθώς και η ενημέρωση ειδικών πληθυσμιακών και επαγγελματικών ομάδων με στόχο τη διευκόλυνση δράσης των φορέων.

Ο άξονας της Μείωσης της Προσφοράς βασίζεται στην ενίσχυση της καταστολής και της διεθνούς συνεργασίας των διωκτικών αρχών, στη βελτίωση των υποδομών σε εθνικό επίπεδο, καθώς και στη δικτύωση με φορείς μείωσης της ζήτησης και εκπαίδευση για ισόρροπη, συμπληρωματική και πολυεπίπεδη ανάπτυξη πολιτικών καταστολής και πρόληψης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 7. Μεθοδολογία

7.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθούν οι διατροφικές συνήθειες και διατροφική κατάσταση των ατόμων που βρίσκονται σε πρόγραμμα απεξάρτησης από παράνομες εθιστικές ουσίες στην ιδιωτική κλινική ΄΄Βερεσίε΄΄ στην Λάρνακα Κύπρου.

Για την διεκπεραίωση της πιο πάνω έρευνας έγινε χρήση δημογραφικού ερωτηματολογίου, ανάκληση εικοσιτετράωρης διαιτητικής πρόσληψης, ερωτηματολόγιο MUST (Malnutririon Universal Screening Tool), ερωτηματολόγιο όρεξης-Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ) και ερωτηματολόγιο δείκτη υιοθέτησης μεσογειακής διατροφής (Mediterranean Diet Score). Παράλληλα έγιναν ανθρωπομετρήσεις, όπως περίμετρος μέσου βραχίονα ,δείκτης μάζας σώματος καθώς και το ποσοστό σωματικού λίπους και σωματικής μάζας με τη βοήθεια της μέτρησης BIA.

7.2 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν άτομα του ανοιχτού τύπου ιδιωτικής κλινικής ΄Βερεσίε΄. Ο αριθμός των ατόμων που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα απεξάρτησης με κυρίως ψυχολογική υποστήριξη την περίοδο 3/2/13-15-5/13 ήταν 21 εκ των οποίων μόνο τα 18 άτομα και των δύο φύλων συμμετείχαν στην έρευνα (Response rate: 85,71%) . Πιο συγκεκριμένα όλα τα άτομα (18) είναι ενταγμένα στην ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης . Συνδυαστικά με την ψυχολογική υποστήριξη ποσοστό 44.4%(8 άτομα)ακολουθούν την μέθοδο της αποχής, ενώ ποσοστό 38.9% (7 άτομα) την μέθοδο πρόσληψης υποκατάστατων ουσιών.

7.3 Μετρήσεις –μέθοδοι συλλογής δεδομένων

Οι μετρήσεις περιλάμβαναν ανθρωπομετρικές μετρήσεις όπως μέτρηση του αναστήματος, του βάρους, μέτρηση περιμέτρου μέσου βραχίονα αλλά και βιοηλεκτρική εμπέδηση με την μηχανή OMRON, η οποία είναι μιας υψηλής ποιότητας συσκευή παρακολούθησης σύνθεσης του σώματος (Body Composition Monitor). Με αυτήν την ιατρική συσκευή μετρούνται με ακρίβεια οι παρακάτω παράμετροι της σύνθεσης του σώματος:

• Σωματικό λίπος (σε %)

• Σπλαχνικό λίπος (έως 30 επίπεδα)

• Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)

• Σκελετικός μυς (σε %)

Η μοναδική τεχνολογία 8 αισθητήρων της OMRON που χρησιμοποιεί και τα δύο χέρια και πόδια παρέχει μια από τις πιο ακριβείς μεθόδους μέτρησης του σώματος.

Η Συσκευή παρακολούθησης σύνθεσης του σώματος BF511 της OMRON είναι κατάλληλη για παιδιά από 6 ετών και άνω και για ενήλικες και μπορεί να ζυγίσει άτομα έως και 150 κιλά. (Εγχειρίδιο οδηγιών Συσκευής παρακολούθησης σύνθεσης του σώματος BF511)

Επιπρόσθετα έγινε χρήση διάφορων ερωτηματολογίων ,όπως το MUST (Malnutririon Universal Screening Tool), ερωτηματολόγιο ανάκλησης εικοσιτετράωρης διαιτητικής πρόσληψης, ερωτηματολόγιο όρεξης Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ), το ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet Score αλλά και ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων .

7.3.1 Μέτρηση σωματικού βάρους

Η μέτρηση του σωματικού βάρους έγινε με την χρήση ψηφιακής ζυγαριάς (OMRON Model:BF511). Το δείγμα ζυγίστηκε με ελαφρύ ρουχισμό και χωρίς υποδήματα. Η μέτρηση του σωματικού βάρους καταγράφτηκε στο πλησιέστερο 0,1 kg .

7.3.2 Μέτρηση αναστήματος

Η μέτρηση του αναστήματος έγινε με την χρήση μεζούρας και με ακρίβεια στο πλησιέστερο χιλιοστό. Το άτομο ήταν χωρίς υποδήματα ,με το κεφάλι, τους ώμους, τις φτέρνες και τα οπίσθια τοποθετημένα στον τοίχο και το βλέμμα σε οριζόντια θέση. Οι ώμοι τους ήταν χαλαροί, τα πόδια σε ίσια θέση και τα χέρια στην έκταση.

7.3.3 Δείκτης μάζας σώματος

Ο δείκτης μάζας σώματος προκύπτει από τη διαίρεση του βάρους του ατόμου (σε κιλά) δια του τετραγώνου του ύψους (σε μέτρα). Ο τύπος του B.M.I είναι ο εξής:

B.M.I = βάρος (κιλά) / ύψος^2 (μέτρα)

Ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζεται πολύ καλά με το ποσοστό λίπους στους ενήλικες και λόγω ότι τα μεγέθη που ενέχει μετριούνται εύκολα και με ακρίβεια, συστήνεται για τη διάγνωση και θεραπεία της παχυσαρκίας στους ενήλικες. Στον παιδικό πληθυσμό η χρήση του B.M.I δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς. Αντίθετα συστήνεται η χρήση των εκατοστιαίων θέσεων παρά η απόλυτη τιμή, διότι η τιμή αυτή μεταβάλλεται συνεχώς κατά την ανάπτυξη.

Όσον αφορά στα άτομα άνω των 65 ετών ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει τη χρήση των τιμών της 10ης εκατοστιαίας στήλης, όπως αυτή προκύπτει από την έρευνα NHANES III. Παρακάτω βλέπουμε το πίνακα τιμών που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του δείκτη μάζας σώματος σε ενήλικες. (WHO, n.d.)

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος υπολογίστηκε σύμφωνα με τον τύπο BMI= Weight (kg)/ Height²(m²), και χρησιμοποιήθηκε ως ένας από τους δείκτες διατροφικής κατάστασης, σύμφωνα με την ταξινόμηση του παγκόσμιου οργανισμού υγείας (Πίνακας 3.1).

7.3.4 Περίμετρος στο μέσο του βραχίονα (MUAC)

Ο Δείκτης MUAC (Measuring mid upper arm circumference) είναι ίσως η καλύτερη μέτρηση για να αξιολογήσουμε το πρόβλημα του υποσιτισμού σε ενήλικες. Είναι εύκολη διαδικασία μέτρησης της περιμέτρου στο μέσο του βραχίονα που υπόκεινται σε μικρά σφάλματα (Barendregt et al. 2008).

Ο MUAC είναι η περιφέρεια του αριστερού βραχίονα, που μετράται στο μέσο της απόστασης μεταξύ του άκρου του ώμου και την άκρη του (Nations System of Organization). Στα παιδιά, ο MUAC είναι χρήσιμος για την αξιολόγηση της διατροφικής τους κατάστασης (Shakir A., 1975).

Η μέτρηση MUAC απαιτεί λίγο εξοπλισμό και είναι εύκολο να εκτελεστεί ακόμη και στα πιο εξασθενημένα άτομα. Αν και είναι σημαντικό οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, να είναι σωστά καταρτισμένοι για το πώς να πάρουν τη μέτρηση, προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα σφάλματος, η τεχνική μπορεί εύκολα να διδάχθεί σε ελάχιστα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας (Velzeboer MI, Selwyn BJ, Sargent S, Pollitt E, Delgado H., 1983). Είναι, επομένως, δυνητικά κατάλληλη για εισαγωγές ελέγχου για επισιτιστικά κέντρα κατά τη διάρκεια της έκτακτης ανάγκης. Παρόλα αυτά όμως, ορισμένοι οργανισμοί ανθρωπιστικής βοήθειας παραμένουν επιφυλακτικοί σχετικά με τη

χρήση του MUAC σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (Diskette, P. (1995) Personal communication). Επί του παρόντος, κατά τη διάρκεια της έκτακτης ανάγκης, ο MUAC συνιστάται μόνο για χρήση σε παιδιά μεταξύ ενός και πέντε ετών (Hakewell P, Moren A., 1991). Ωστόσο, χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για την εκτίμηση του υποσιτισμού των ενηλίκων κατά τη διάρκεια της πείνας (Rodrigues VC, Rao RSP, Lena A., 1994).

Τα δεδομένα από την πείνα δείχνουν ότι η σχέση μεταξύ MUAC και ΔΜΣ δεν είναι σταθερή κατά τη διάρκεια του οξέως υποσιτισμού και ότι η ταχεία απώλεια του περιφερικού ιστού κατά τη διάρκεια του οξέως υποσιτισμού έχει μια σχετικά μεγαλύτερη καταθλιπτική επίδραση στο MUAC από ό, τι στο ΔΜΣ (Collins S., 1996). Αυτά τα δεδομένα δείχνουν επίσης ότι κατά τη διάρκεια οξέως υποσιτισμού οι διαφορές MUAC μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι λιγότερο έντονες, ένα εύρημα που υποστηρίζεται από προηγούμενες παρατηρήσεις σε πληθυσμούς που τρέφονται κανονικά (Stini WA., 1973).

Είναι πιθανό, επομένως, σε πληθυσμούς που υποφέρουν από την πείνα, τα σημεία στα οποία ο MUAC δηλώνει μέτρια έως σοβαρή υποθρεψία να πρέπει να προσαρμοστούν. Οι τιμές των 185 χιλιοστών που δηλώνει μέτριο υποσιτισμό και 160 χιλιοστών που δηλώνει σοβαρό υποσιτισμό έχουν προταθεί και χρησιμοποιηθεί και στα δύο φύλα σε περιπτώσεις λιμών (Stini WA., 1973). Δεδομένου ότι υπάρχουν διαφορετικές διατομές βραχιονίου στις περιοχές των οστών σε άνδρες έναντι των γυναικών (Norgan N., 2000), δεν είναι σαφές κατά πόσον κοινά σημεία για τα δύο φύλα θα αποδειχθούν κατάλληλα.

Με συνδυασμό δεδομένων ΔΜΣ και αντιστοίχιση στοιχείων μέσω πινάκων του Συστήματος, βρίσκουμε τον λόγο του δείκτη MUAC που μας δείχνει αν το άτομο κινδυνεύει από υποθρεψία.

Αν το MUAC είναι <23.5 cm, τότε ο ΔΜΣ φαίνεται να είναι <20 kg/m2 και αν το MUAC είναι >32.0 cm, τότε ο ΔΜΣ φαίνεται να είναι >30 kg/m2

7.3.5 Ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων και στοιχείων σχετικά με τη λήψη ουσιών

Τα άτομα με την βοήθεια των εξεταστών συμπλήρωσαν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που παρέχει πληροφορίες για τα δημογραφικά δεδομένα αλλά και στοιχεία που αφορούν την πρόσληψη ουσιών.

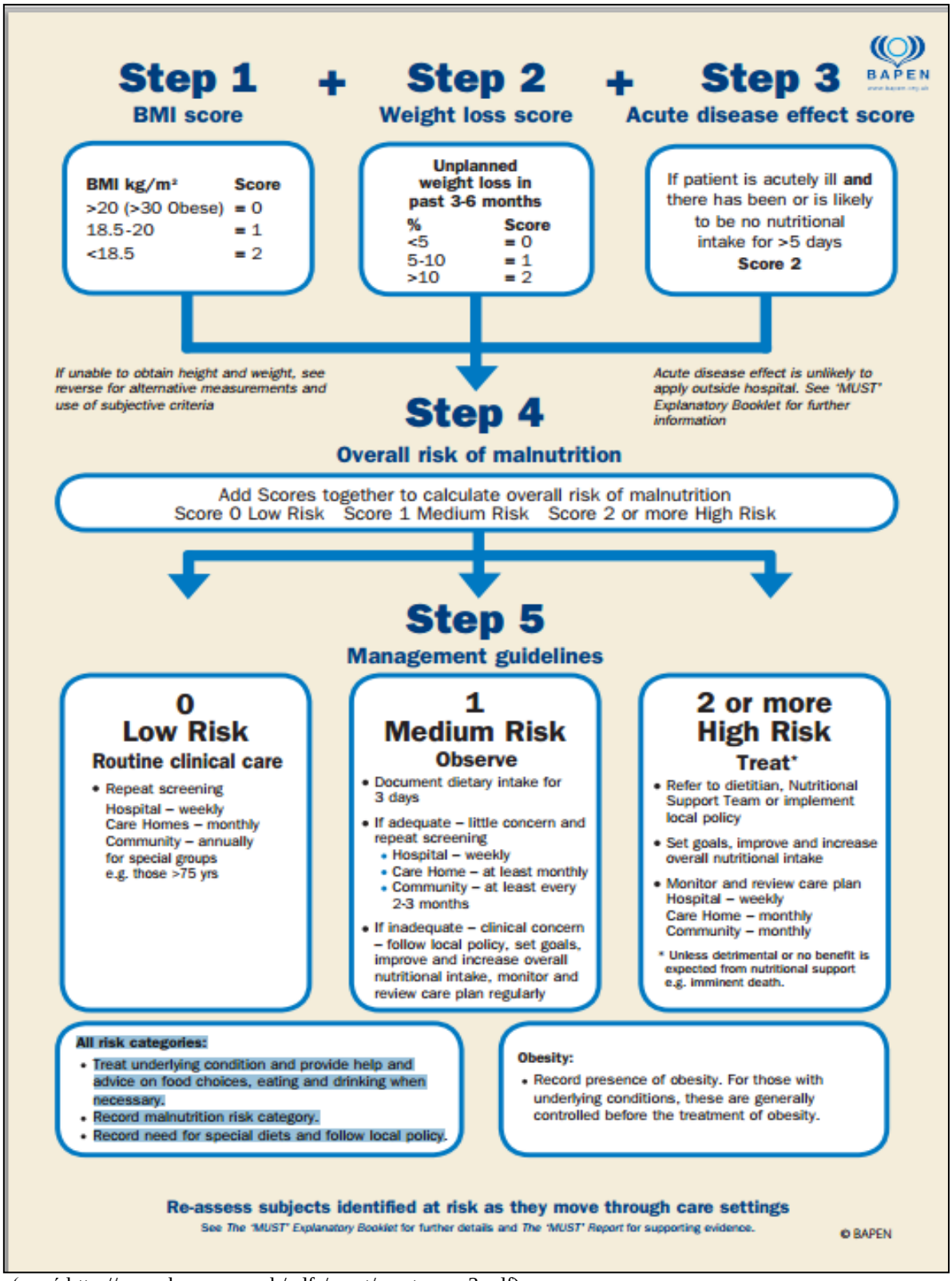
Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 30 ερωτήσεις, στο περιεχόμενο των οποίων εντάσσονται: οικογενειακή –επαγγελματική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, κάπνισμα, διάρκεια χρήσης ουσιών, επιπτώσεις στον οργανισμό από την χρήση ουσιών, παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες αλλά και τις προτιμήσεις τους (Ζαμπέλας Α., Κλινική Διαιτολογία και διατροφή με στοιχεία παθολογίας, 2007, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα)

7.3.6 Ερωτηματολόγιο MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)

Ο οδηγός 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') για ενήλικους, είναι ένα άλλο εργαλείο το οποίο με συγκεκριμένα βήματα τα οποία αφορούν τον ΔΜΣ, την απώλεια βάρους, την ύπαρξη ασθένειας, μας βοηθά να αξιολογήσουμε τον υποσιτισμό ή την παχυσαρκία στο άτομο. Περιλαμβάνει επίσης κατευθυντήριες γραμμές διαχείρισης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την σωματική ανάπτυξη του καθενός ατόμου. Η σύγκριση γίνεται μέσω οριζόμενων δεικτών, κριτηρίων και πινάκων που υπάρχουν συγκεντρωμένοι στον ανωτέρω οδηγό (Todorovic, Russell & Elia, 2007).

Ο οδηγός 'MUST' χρησιμοποιεί τρία ανεξάρτητα κριτήρια. (1) Τρέχον σωματικό βάρος χρησιμοποιώντας τον ΔΜΣ, (2) Ακούσια απώλεια βάρους, (3) Η οξεία επίδραση της νόσου που προκαλεί ή ενδέχεται να προκαλέσει καμία θρεπτική πρόσληψη για περισσότερο από πέντε ημέρες (Stratton R. J. Et. al, 2004). Τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται είναι σύμφωνα με τις συστάσεις από άλλους φορείς εμπειρογνωμόνων (π.χ. Διοικητικό Συμβούλιο ASPEN of Clinical Διευθυντές, 1987). Αυτά τα τρία στοιχεία αντανακλούν τη διαδρομή του ασθενούς από το παρελθόν (απώλεια βάρους), στο παρόν (τρέχον ΔΜΣ) και στο μέλλον (επίδραση της νόσου). Κάθε μια από τις τρεις συνιστώσες μπορεί ανεξάρτητα να προβλέψει την κλινική έκβαση, με τη σημασία των επιμέρους συνιστωσών να μεταβάλλεται με τις κλινικές περιστάσεις. Είναι όμως καλύτερα τα τρία κριτήρια να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό παρά μεμονωμένα (Elia M., 2003).

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του MUST γίνεται με βάση το πιο κάτω εγχειρίδιο.



(πηγή http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_page3.pdf)

7.3.7 Ερωτηματολόγιο ανάκλησης εικοσιτετράωρης διαιτητικής πρόσληψης

Η 24ωρη διαιτητική ανάκληση είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος διαιτητικής αξιολόγησης. (Coulston et al, 2013) Αποτελεί μια ποσοτική μέθοδο (Μανιός Γ., 2006) κατά την οποία ο εξεταζόμενος ή τα άτομα που είναι υπεύθυνα για την διατροφή του (π.χ. οι γονείς) καλείται να ανακαλέσει στη μνήμη του και να αναφέρει με ακρίβεια όλα τα τρόφιμα και ποτά που κατανάλωσε την προηγούμενη μέρα ή τις προηγούμενες εικοσιτέσσερις ώρες (Μανιός, 2006, Coulston et al, 2013) στο πλαίσιο της ανάκλησης εικοσιτετραώρου συμπεριλαμβάνεται η λεπτομερής περιγραφή όλων των τροφίμων, ποτών και αναψυκτικών που καταναλώθηκαν, οι μέθοδοι μαγειρέματος και οι εμπορικές ονομασίες των προϊόντων, αν αυτό είναι δυνατόν. Στην περίπτωση ανάκλησης σύνθετων φαγητών οι ποσότητες των τροφών εκτιμώνται με βάση τις επιμέρους ποσότητες των υλικών που χρησιμοποιήθηκαν στο μαγείρεμα και τον αριθμό των ατόμων για τα οποία προοριζόταν η συγκεκριμένη συνταγή. Πρέπει να αναφερθεί επίσης ότι σημειώνεται και η πρόσληψη συμπληρωμάτων βιταμινών και μετάλλων. Η χρήση βοηθημάτων (π.χ. προπλασμάτων τροφίμων) για την ακριβέστερη εκτίμηση της ποσότητας αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη. (Μανιός, 2006) Συνήθως η ανάκληση γίνεται με προσωπική συνέντευξη ή μέσω τηλεφώνου με τη χρήση υπολογιστή ή σε χαρτί. Για έναν εκπαιδευμένο ερευνητή χρειάζονται συνήθως 30 λεπτά για να ολοκληρώσει μια 24ωρη ανάκληση. Ο ερευνητής πρέπει να είναι πολύ καλά εκπαιδευμένος με αποτέλεσμα την ακριβέστερη συλλογή πληροφοριών μέσω της χρήσης διερευνητικών ερωτημάτων. Σημαντικό είναι η συλλογή των πληροφοριών να γίνεται με λεπτομέρεια, είναι χρήσιμο στην ανάκτηση να μην παραλείπονται κάποια στοιχεία, όπως τυχόν προσθήκη για παράδειγμα βουτύρου στη φρυγανιά ή η παράλειψη σνακ και ποτών στα ενδιάμεσα γεύματα (Coulston et al, 2013).

<u>Πλεονεκτήματα</u>

- Ελάχιστη επιβάρυνση για το συμμετέχοντα
- Δεν υπάρχουν απαιτήσεις στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων
- Δεν επηρεάζεται η συμπεριφορά πρόσληψης τροφής
- Γρήγορη μέθοδος συλλογής δεδομένων
- Παρέχει εκτιμήσεις για τη μέση πρόσληψη μεγάλου μεγέθους δειγμάτων που είναι συγκρίσιμη με άλλες μεθόδους.

Μειονεκτήματα

- Απαιτεί εκπαιδευμένους και έμπειρους ερευνητές
- Η εκτίμηση του μεγέθους των μερίδων φαίνεται να είναι πολύ δύσκολη
- Ο συμμετέχοντας μπορεί να παρακινήσει τη συνέντευξη σε ψευδείς αναφορές διογκώνοντας την αντίληψη κατανάλωσης υγιεινών τροφίμων, διατροφή μειωμένης περιεκτικότητας σε λιπαρά και αλκοόλ.
- Βασίζεται στη μνήμη του συμμετέχοντα (Μανιός Γ., 2006, Coulston et al, 2013)

Στο δείγμα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος 24ωρης ανάκλησης τροφίμων χρησιμοποιώντας 5 βήματα:

1. Τα άτομα αρχικά καλούνταν να περιγράψουν εν συντομία τα τρόφιμα που κατανάλωσαν
2. Επανεξέταση των τροφίμων για να βοηθηθούν τα άτομα να θυμηθούν ξεχασμένα τρόφιμα
3. Ανάκληση του χρόνου και τόπου κατανάλωσης των τροφίμων
4. Τα άτομα καλούνται να περιγράψουν με κάθε λεπτομέρεια τα τρόφιμα και τα ποτά το μέγεθος και την ποσότητα
5. Επανεξέταση των όσων καταγράφηκαν έτσι ώστε τίποτα να μην παραληφθεί.

Με τον τρόπο αυτό επετεύχθητε η μέγιστη δυνατή συλλογή της κατανάλωσης τροφίμων από την προηγούμενη ημέρα, αφού τα περισσότερα άτομα είχαν δυσκολευτεί στην ανάκτηση πληροφοριών. Με τον τρόπο αυτό τους δόθηκε η ευκαιρία να θυμηθούν πλήρως τις διατροφικές προτιμήσεις της προηγουμένης.

7.3.8 Ερωτηματολόγιο όρεξης Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ)

Το SNAQ αποδεικνύεται ότι είναι ένα έγκυρο μέσο για τον εντοπισμό και τη θεραπεία υποσιτισμένων ασθενών σε πρώιμο στάδιο της νοσηλείας τους, χωρίς την ανάγκη να υπολογιστεί η ποσοστιαία απώλεια βάρους ή ο ΔΜΣ. Το SNAQ είναι ένα πολύ πρακτικό μέσο που μπορεί εύκολα να χρησιμοποιηθεί σε όλα τα νοσοκομεία με ενήλικες ασθενείς

και παρέχει ένα σχέδιο θεραπείας (εμπλουτισμός των γευμάτων τόσο για μέτρια όσο και για σοβαρά υποσιτισμένους ασθενείς) (Kruizenga H. M., 2004)

7.3.9 Ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet Score

Το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής συνηθίζεται να παρουσιάζεται με τη μορφή μιας πυραμίδας (τριγώνου), η βάση της οποίας αναφέρεται σε τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται πολύ συχνά και η κορυφή της σε τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται σπάνια, με τα υπόλοιπα τρόφιμα να καταλαμβάνουν τις ενδιάμεσες θέσεις, όπως φαίνεται στο διπλανό σχήμα. Συγκεκριμένα, αυτό το διατροφικό πρότυπο αποτελείται από: (α) καθημερινή κατανάλωση μη επεξεργασμένων δημητριακών και προϊόντων τους (όπως ψωμί ολικής άλεσης, ζυμαρικά, ρύζι, κτλ, 8 μερίδες / ημέρα), λαχανικών (2-3 μερίδες/ ημέρα), φρούτων (4-6 μερίδες/ ημέρα), ελαιολάδου (στο καθημερινό μαγείρεμα ως το κύριο προστιθέμενο λίπος) και άπαχων ή χαμηλών λιπαρών γαλακτοκομικών προϊόντων (όπως τυρί, γιαούρτι, γάλα, 1-2 μερίδες/ ημέρα), (β) εβδομαδιαία κατανάλωση πατάτας (4-5 μερίδες/ εβδομάδα), ψαριών (4-5 μερίδες/ εβδομάδα), ελιών, φασολιών, οσπρίων και καρυδιών (>4 μερίδες/ εβδομάδα) και πιο σπάνια πουλερικών (1-3 μερίδες/ εβδομάδα), αυγών και γλυκών (1-3 μερίδες/ εβδομάδα) και (γ) μηνιαία κατανάλωση κόκκινου κρέατος και των προϊόντων του (4-5 μερίδες/ μήνα). Το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής χαρακτηρίζεται επίσης από τη μέτρια κατανάλωση κρασιού (1-2 ποτήρια κρασιού/ ημέρα), το οποίο συνοδεύει συνήθως τα γεύματα. Επίσης, αν και η πρόσληψη γάλακτος είναι μέτρια, η κατανάλωση τυριού και γιαουρτιού είναι σχετικά υψηλή. Η φέτα προστίθεται πολύ συχνά στις σαλάτες και συνοδεύει γεύματα λαχανικών.

Αποφασίστηκε να συμπεριληφθεί στο διατροφικό δείκτη η κατανάλωση των παρακάτω ομάδων τροφίμων: μη επεξεργασμένα δημητριακά (ψωμί ολικής άλεσης, ζυμαρικά, ρύζι, άλλα σιτηρά, μπισκότα κτλ), φρούτα, λαχανικά, όσπρια, πατάτες, ψάρια, κρέας και προϊόντα κρέατος, πουλερικά, γαλακτοκομικά προϊόντα πλήρη σε λιπαρά (όπως τυρί, γιαούρτι, γάλα), όπως επίσης ελαιόλαδο και κατανάλωση αλκοόλ. Τα τρόφιμα ομαδοποιήθηκαν ανάλογα με την περιεκτικότητά τους σε μακροθρεπτικά και άλλα βασικά συστατικά. Στη συνέχεια, βασιζόμενοι στη προτεινόμενη κατανάλωση χρησιμοποιήθηκαν μονότονες συναρτήσεις (με την εξαίρεση της κατανάλωσης αλκοόλ) ώστε να αξιολογηθούν η συχνότητα κατανάλωσης κάθε τροφίμου.

Συγκεκριμένα, ορίστηκε ξεχωριστή βαθμολόγηση (από 0 ως 5 ή αντίστροφα) για κάθε ένα από τις 11 ομάδες τροφίμων ανάλογα με τη θέση τους στη Μεσογειακή πυραμίδα. Για την κατανάλωση τροφίμων που θεωρούνται ότι είναι «πλησιέστερα» σε αυτό το πρότυπο (π.χ. αυτά που συστήνονται σε καθημερινή βάση ή πάνω από 4 μερίδες την εβδομάδα· μη επεξεργασμένα δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ελαιόλαδο, ψάρια και πατάτες) αντιστοιχήθηκε η τιμή 0 όταν ανέφερε κάποιος καμία κατανάλωση, την τιμή 1 όταν ανέφεραν κατανάλωση από 1 ως 4 μερίδες/ μήνα, την τιμή 2 για 5 ως 8 μερίδες/ μήνα, την τιμή 3 για 9 ως 12 μερίδες/ μήνα, την τιμή 4 για 13 ως 18 μερίδες/ μήνα και την τιμή 5 για πάνω από 18 μερίδες το μήνα. Οι πατάτες, παρόλο που δεν είναι στη βάση της Μεσογειακής πυραμίδας, συμπεριλήφθησαν σε αυτή την ομάδα τροφίμων αφού είναι καλές πηγές βιταμινών C, B_1, and B_2, νιασίνης, υδατανθράκων, φυτικών ινών, καλίου και μαγνησίου, τα οποία έχουν συσχετισθεί με δείκτες καρδιαγγειακού κινδύνου σε πολλές μελέτες. Από την άλλη πλευρά, για την κατανάλωση τροφίμων που θεωρούνται ότι αποκλίνουν περισσότερο από αυτό το πρότυπο (π.χ. σπάνια ή μηνιαία κατανάλωση· κρέας και προϊόντα κρέατος, πουλερικά και πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα) ορίσθηκαν οι τιμές σε αντίστροφη κλίμακα (π.χ. 5 όταν κάποιος ανέφερε καμία κατανάλωση ως 0 όταν ανέφεραν σχεδόν καθημερινή κατανάλωση). Ειδικά για το αλκοόλ δεν χρησιμοποιήθηκε μονότονη συνάρτηση, αλλά αντιστοιχήθηκε η τιμή 5 για κατανάλωση μικρότερη από 300 ml αλκοόλ την ημέρα, η τιμή 0 για κατανάλωση μεγαλύτερη από 700 ml την ημέρα και οι τιμές 1 έως 4 για κατανάλωση 300 – 400, 400 – 500, 500 – 600, και 600 - 700 ml την ημέρα (100 ml περιέχουν συγκέντρωση 12 g αιθανόλης). Συνεπώς, ο δείκτης έχει τιμές από 0 έως 55. Υψηλότερες τιμές αυτού του διατροφικού σκορ υποδεικνύουν την

υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής σε μεγαλύτερο βαθμό (Παναγιωτάκος Δ. Β., Θεοδωράκη Ε., Μανίκα Β., 2005).

7.4 Ανάλυση 24ώρης ανάκλησης τροφίμων

Ανάλυση της προσλαμβανόμενων τροφίμων και ποτών που είχαν καταναλωθεί την προηγούμενη ημέρα από τα συμμετέχοντα άτομα. Η ανάλυση έγινε σύμφωνα με το πρόγραμμα Diet Analysis Plus Version 8.0. Έπειτα, έγινε εκτίμηση με τα DRI's (EAR) σύμφωνα με το φύλο και την ηλικία. Για την αξιολόγηση της πρόσληψης των μακροθρεπτικών συστατικών χρησιμοποιήθηκε το AMDR (Acceptable Macronutrient Distribution Range).

7.5 Στατιστική Ανάλυση

Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσες τιμές (Mean) μαζί με την τυπική απόκλιση(St. Deviation), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως ολικές συχνότητες εκφρασμένες σε ποσοστά (%). Για τα αποτελέσματα χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος t-test για ανεξάρτητα δείγματα, για τη σύγκριση των μέσων όρων και χ2 για τη σύγκριση ποσοστών. Ακολούθησε correlation analysis για τη συσχέτιση μεταβλητών και τέλος πραγματοποιήθηκε λογιστική παλινδρόμηση (Logistic Regression) ώστε να διαπιστωθούν οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης υποθρεψίας ή προστατευτικοί παράγοντες. Οι τιμές που έχουν p-value <0,05 θεωρούνται στατιστικά σημαντικές. Όλοι οι στατιστικοί υπολογισμοί έγινα με τη χρήση του προγράμματος SPSS (PASW Statistics) version 18.0.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Κεφάλαιο 8. Αποτελέσματα

8.1 Ανάλυση Διαιτολογίου

Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για την 24ωρη διαιτητική ανάκληση αποκτήθηκαν από τα ίδια τα συμμετέχοντα άτομα. Οι συνταγές αφορούσαν τόσο στα μαγειρευμένα τρόφιμα (πρωινά, μεσημεριανά, δείπνα), όσο στα μεμονωμένα τρόφιμα όπως στα φρούτα, στα επιδόρπια, στις σαλάτες αλλά και στα συνοδευτικά των κυρίων πιάτων. Οι προαναφερόμενες συνταγές, περιείχαν κατά προσέγγιση με τη βοήθεια προπλασμάτων τροφίμων και ποτών, της ποσότητας της καταναλωθείσας τροφής.

Έπειτα, οι συνταγές καταχωρήθηκαν στο Diet Analysis Plus και αναλύθηκαν τόσο σε μακροθρεπτικά συστατικά όσο και σε μικροθρεπτικά. Τα αποτελέσματα από την ανάλυση αυτή, δηλαδή της καταναλωθείσας τροφής από τα άτομα, συγκρίθηκαν με τις συνιστώμενες τιμές αναφοράς διαιτητικής πρόσληψης (DRI's 2002, 2005, 2011).

Πίνακας 8.1: Η Ανάλυση του Διαιτολογίου σε Μακρο-Μικροθρεπτικά Συστατικά

Μακροθρεπτικό Συστατικό	Πρόσληψη
Kcal	1596,74
Protein gr	65,19
Carbohydrates gr	185,46
Dietary fiber gr	17,48
Total Fat gr	66,02
Saturated Fat gr	18,6
Mono Fat gr	7,93
Poly Fat gr	8,42
Cholesterol mg	188,68
Water gr	316,11

Μικροθρεπτικό Συστατικό	Πρόσληψη
Vitamin A mcg	1.47
Thiamin- B1 mg	1546.9
Riboflavin- B2 mg	1.58
Niacin- B3 mg	6.61
Vitamin B6 mg	1.56
Vitamin B12 mcg	2.96
Vitamin C mg	68.43
Vitamin D mcg	2.35
Vitamin E mg	0.9
Folate mcg	200.04
Calcium mg	280.97
Iron mg	19.13
Magnesium mg	283.27
Alcohol gr	16.67
Potassium mg	2647.77
Sodium mg	686.41
Zinc mg	8.57

8.1.1 Μακροθρεπτικά Συστατικά

Στο παραπάνω γράφημα, φαίνονται τα ποσοστά των μακροθρεπτικών συστατικών που προήλθαν από την ανάλυση του διαιτολογίου για τις 1596,74kcal της πρόσληψης.

Στα παραπάνω γραφήματα φαίνονται τα επιτρεπτά όρια της διακύμανσης για την πρόσληψη των μακροθρεπτικών συστατικών σύμφωνα με τα AMDR (DRI's 2005). Όσον αφορά στις πρωτεΐνες τα αποδεκτά όρια πρόσληψης είναι 10-35%, στους υδατάνθρακες

45- 65% και στο λίπος 20-35%. Παρατηρωντας λοιπόν τα επιτρεπτά όρια με την προσληψη, φαίνεται ότι η ημερήσια πρόσληψη σε πρωτεινες βρίσκεται εντος των επιτρεπτών ορίων με τιμή 16,3%. Επίσης, συγκρίνοντας τα όρια με την πρόσληψη των υδατανθράκων φαίνεται να συμφωνούν με τα επιτρεπτά όρια AMDR. Η ημερήσια πρόσληψη υδατανθράκων ανέρχεται στο 46,5%, ποσοστό ενταγμένο στα επιτρεπτά όρια 45-65% υδατανθράκων. Τέλος η πρόσληψη σε λίπος είναι 37,2%, ενώ τα όρια διακύμανσης για αυτό το μακροθρεπτικό συστατικό είναι 20-35%.

Με αυτές τις παρατηρήσεις οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει κανένας σοβαρός κίνδυνος ανεπάρκειας μακροθρεπτικών συστατικών για τα άτομα αυτά, αφού κυμαίνονται αρκετά κοντά στα επιτρεπτά όρια του AMDR. Αντιθέτως, η πρόσληψη σε λίπος, η οποία βρίσκεται 1,2 % πιο πάνω από τα ανώτερα επιτρεπτά όρια (20-35%), αν συνεχιστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να έχει πιθανές αρνητικές συνέπειες στη υγεία των ατόμων αυτών.

Το EAR για τους υδατάνθρακες, για όλες τις ηλικιακές ομάδες τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών, αγγίζει τα 100gr ανά ημέρα. Άρα με την πρόσληψη να είναι στα 185,46gr, είναι κατανοητό ότι υπάρχει πιθανότητα επαρκής πρόσληψης.

Τέλος, όσον αφορά στην πρωτεΐνη, το EAR τόσο για τους άνδρες ηλικίας 19-30ετών, 31-50 ετών και 51-70 ετών, όσο και για τις γυναίκες στην ηλικιακή ομάδα 19-30, αγγίζει τα 0,66gr/kg ανά ημέρα. Για να ελεγχθεί λοιπόν η πιθανότητα επάρκειας πρόσληψης σε πρωτεΐνη, αναφέρεται ότι το υποκείμενο με το μεγαλύτερο σωματικό βάρος στη μελέτη ζύγιζε ΣΒ= 106kg, οπότε 0,66gr (EAR) * 106= 69.9 gr. Η πρόσληψη της πρωτεΐνης αγγίζει τα 65,19 gr, άρα υπάρχει πιθανότητα ανεπαρκούς πρόσληψης πρωτεΐνης στο συγκεκριμένο υποκείμενο. Επειδή το άτομο αυτό όμως με σωματικό βάρος 106 Kg παρεκλείνει αρκετά από το σωματικό βάρος των υπόλοιπων υποκειμένων, αφού το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο βάρος εξεταζόμενου ατόμου είναι 87,5kg, θα ήταν φυσικό να ελέγξουμε αν τα υπόλοιπα άτομα βρίσκονται σε πιθανό κίνδυνο ανεπαρκούς πρόσληψης πρωτεϊνών. Γνωρίζοντας λοιπόν πως ο μέσος όρος πρόσληψης είναι 65,19 gr και πως το EAR όπως αναφέραμε και πιο πάνω είναι 0,66gr/kg/day, λύνοντας την εξίσωση 0,66gr (EAR) * βάρος = gr πρωτεϊνών, ως προς βάρος βρίσκουμαι πως βάρος(kg)=65,19/0,66=98,8. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα πως άτομα με σωματικό βάρος 98.8Kg και λιγότερο (17 άτομα), σε αυτή την έρευνα έχουν επαρκή πρόσληψη πρωτεινών.

8.1.2 Μικροθρεπτικά συστατικά

Μικροθρεπτικό	Πρόσληψη	EAR άνδρες 19-30	EAR άνδρες 31-50	EAR άνδρες 51-70	EAR γυναικες 19-30 ετών
Βιταμίνη Α	1546,9 μ	625μ	625μ	625μ	500μ
Θειαμίνη- Β1	1,47 mg	1,0 mg	1,0mg	1,0 mg	0,9mg
Ριβοφλαβίνη- Β2	1,58 mg	1,1mg	1,1 mg	1,1mg	0,9mg
Νιασίνη-Β3	6,61mg	12mg	12mg	12mg	11mg
Βιταμίνη- Β6	1,56mg	1,1mg	1,1mg	1,4mg	1,1mg
Βιταμίνη Β12	2,96μ	2,0μ	2,0μ	2,0μ	2,0μ
Βιταμίνη C	68,43mg	75mg	75mg	75mg	60mg
Βιταμίνη D	2,35mcg	AI 5 mcg	AI 5mcg	AI 5mcg	AI 5mcg
Βιταμίνη Ε	0,90 mg	12mg	12mg	12mg	12mg
Φυλλικό οξύ	200,04μ	320μ	320μ	320μ	320μ
Ασβέστιο	280,97mg	AI 1000m	AI 1000m	AI 1200m	AI 1000m
Σίδηρος	19,13mg	6mg	6mg	6mg	8,1mg
Μαγνήσιο	283,27mg	350mg	350mg	350mg	255mg
Αλκοόλ	16,67gr	30gr	30gr	30gr	15gr
Κάλιο	2647,77m	AI 4700mg	AI 4700mgr	AI 4700mgr	AI 4700mgr
Νάτριο	686,41mgr	AI1,5gr	AI 1,5gr	AI 1,3gr	AI 1,5gr
Ψευδάργυρος	8,57mgr	9,4mg	9,4mg	9,4mg	6,8mg

Πίνακας 8.2: Σύγκριση της Πρόσληψης με τις Συνιστώμενες Τιμές Αναφοράς

Στον πίνακα 8.2 φαίνεται η πρόσληψη για το εκάστοτε μικροθρεπτικό συστατικό, όπως επίσης και το EAR (Estimated Average Requirements) για τους άνδρες ηλικίας 19-30, 31-50, 51-70 ετών και τις γυναίκες ηλικίας 19-30 ετών. Στην περίπτωση της Βιταμίνης D, του καλίου και νατρίου, όπου δεν υπάρχει τιμή EAR και RDA, η πρόσληψη εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας το AI (Adequate Intake), για να διευκρινιστεί η επάρκεια πρόσληψης (DRI's 1998, 2001, 2005, 2011).

Πιθανότητα ανεπάρκειας πρόσληψης και στα δυο φύλα υπάρχει για τη νιασίνη, βιταμίνη D, τη βιταμίνη Ε, το φυλλικό οξύ, το Ασβέστιο, το Κάλιο. Επιπρόσθετα για την κατηγορία των ανδρών από όλες τις ηλικιακές ομάδες βλέπουμε και πιθανή ανεπάρκεια από τη βιταμίνη C ,το μαγνήσιο και το ψευδάργυρο. Όσον αφορά στη Νιασίνη, οι απαιτήσεις σε

όλες τις ηλικιακές ομάδες των ανδρών είναι 12mgr και για τις γυναίκες 19-30 ετών αγγίζουν τα 11 mgr, ενώ η πρόσληψη ανέρχεται στα 6,61 mgr. Επιπλέον όσον αφορά στη βιταμίνη C, η πρόσληψη αγγίζει τα 68,43mg ενώ οι απαιτήσεις για τους άνδρες είναι 75mg. Η πρόσληψη σε βιταμίνη D είναι 2,35mcgr, με αποτέλεσμα να μην καλύπτεται το AI, καθώς η τιμή της Επαρκούς Πρόσληψης αγγίζει τα 5mcg σε όλες τις ηλικιακές ομάδες στα δύο φύλα. Όσον αφορά την Βιταμίνη Ε, οι ημερήσιες απαιτήσεις και στα δύο φύλα αγγίζουν τα 12 mgr, ενώ η πρόσληψη των ατόμων της έρευνας ανέρχεται στα 0,90 mgr. Από την άλλη μεριά, η πιθανότητα ανεπάρκειας πρόσληψης φυλλικού οξέως παρατηρείται σε όλο το δείγμα , καθώς η πρόσληψη είναι 200,04mcg ενώ το EAR αγγίζει την τιμή 320mcgr . Στη συνέχεια, η πρόσληψη ασβεστίου αγγίζει τα 280,97mgr, ενώ η τιμή Επαρκούς Πρόσληψης AI για το συγκεκριμένο μικροθρεπτικό συστατικό είναι 1000mgr για τα δύο φύλα. Έπειτα η πρόσληψη μαγνησίου αγγίζει μόλις τα 283,27mg ενώ το EAR για τις ηλικιακές ομάδες των ανδρών είναι 350 mg, άρα υπάρχει πιθανότητα ανεπαρκής πρόσληψης. Επιπλέον, η πρόσληψη Καλίου αγγίζει τα 2647,77mgr με πιθανότητα ανεπαρκής πρόσληψης σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ανδρών και γυναικών, αφού η τιμή Επαρκούς Πρόσληψης AI είναι 4700mgr. Επίσης η πρόσληψη ψευδαργύρου αγγίζει το 8,57 mgr, ενώ οι απαιτήσεις για τους άνδρες όλων των ηλικιακών ομάδων είναι 9,4 mgr, έτσι παρατειρούμε πιθανή ανεπάρκεια σε αυτό το μικροθρεπτικό συστατικό για τους άνδρες.

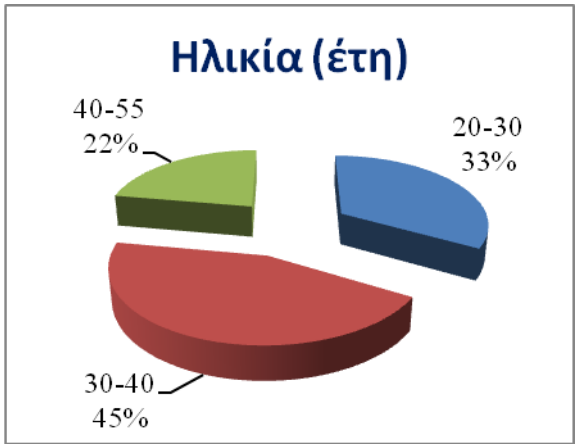
Όσον αφορά την πρόσληψη σε Βιταμίνη Α (1546,9mcgr) και Σίδηρο (19,13mgr) φαίνεται να ξεπερνά κατά πολύ την τιμή EAR από άνδρες και γυναίκες. Συγκρίνοντας τις τιμές ημερήσιας πρόσληψης με τα Ανώτερα επιτρεπτά όριαUL που είναι 3000 mcgr για την Βιταμίνη Α και 45 mgr για το σίδηρο, φαίνεται να μην παραμονεύει κανένας πιθανός κίνδυνος από υπερβολική πρόσληψη αυτών των μικροθρεπτικών συστατικών. (DRI's 2005).

Τέλος παρατηρείται πρόσληψη αιθυλικής αλκοόλης, μεγαλύτερη από το μέσο όρο στις γυναίκες. Η πρόσληψη φαίνεται να είναι κατά μέσο όρο 16.67 gr, ενώ τα επιτρεπτά όρια είναι 15 gr αιθυλικής αλκοόλης. (Ζαμπέλας, 2003)

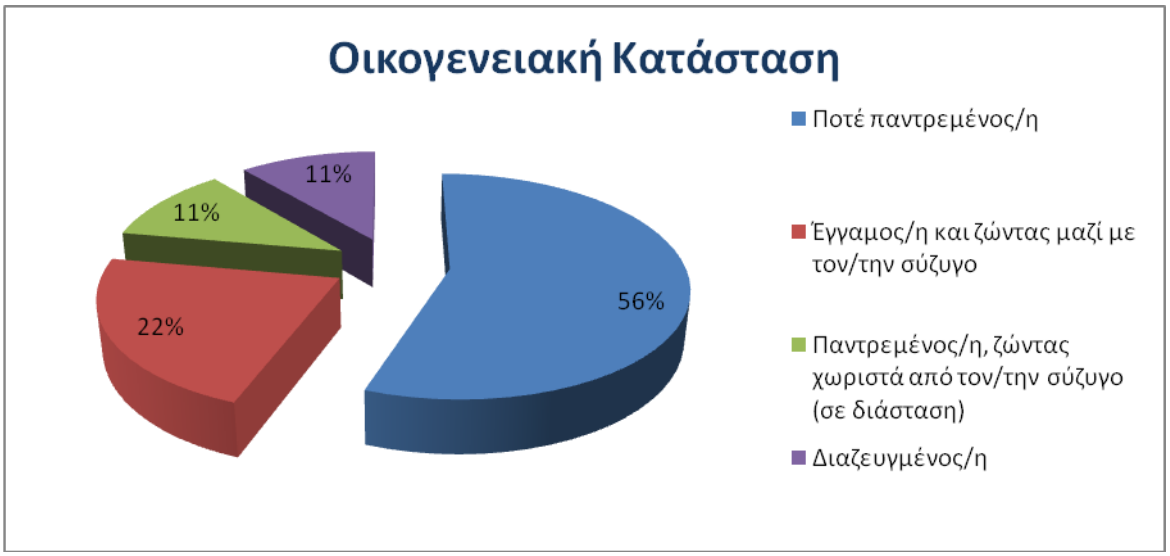
8.2 Αποτελέσματα Στατιστικής Επεξεργασίας

***Table1**. Γενικά Χαρακτηριστικά και Δημογραφικά Δεδομένα Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης (N=18)*

Αποτελέσματα	Συχνότητα(ν)	Ποσοστό (%)
∝ **Φύλο**		
Άντρας	16	88.9
Γυναίκα	2	11.1
∝ **Οικογενειακή Κατάσταση**		
Ποτέ παντρεμένος/η	10	55.6
Έγγαμος/η	4	22.2
Παντρεμένος/η (σε διάσταση)	2	11.1
Διαζευγμένος/η	2	11.1
∝ **Μένετε μόνος**		
Όχι	15	83.3
Ναι	3	16.7
∝ **Μορφωτικό Επίπεδο**		
Καμία Εκπαίδευση	1	5.6
Απολυτήριο Δημοτικού	4	22.2
Απολυτήριο Γυμνασίου	3	16.7
Απολυτήριο Λυκείου (Γενικό/Τεχνικό)	6	33.3
Απολυτήριο Τεχνικής/Επαγγελματικής Σχολής	2	11.1
Πτυχία Ανώτερης Σχολής (ΑΤΕΙ)	2	11.1
∝ **Επαγγελματική Κατάσταση**		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	2	11.1
Άνεργος	12	66.6
Συνταξιούχος	3	16.6
Φροντίδα του σπιτιού ή της οικογένειας	1	5.5


Ηλικία (έτη)
40-55
22%
20-30
33%
30-40
45%

Φύλο
Γυναίκα
11%
Άντρας
89%


Οικογενειακή Κατάσταση
11%
11%
22%
56%
Ποτέ παντρεμένος/η
Έγγαμος/η και ζώντας μαζί με τον/την σύζυγο
Παντρεμένος/η, ζώντας χωριστά από τον/την σύζυγο (σε διάσταση)
Διαζευγμένος/η

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τα γενικά αποτελέσματα αλλά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων, ενώ τα παραπάνω γραφήματα δείχνουν τα κυριότερα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά, τα οποία αφορούν τη χρήση ουσιών που βρίσκονται σε πρόγραμμα απεξάρτησης της Κλινικής Βερεσιέ, στη Κύπρο.

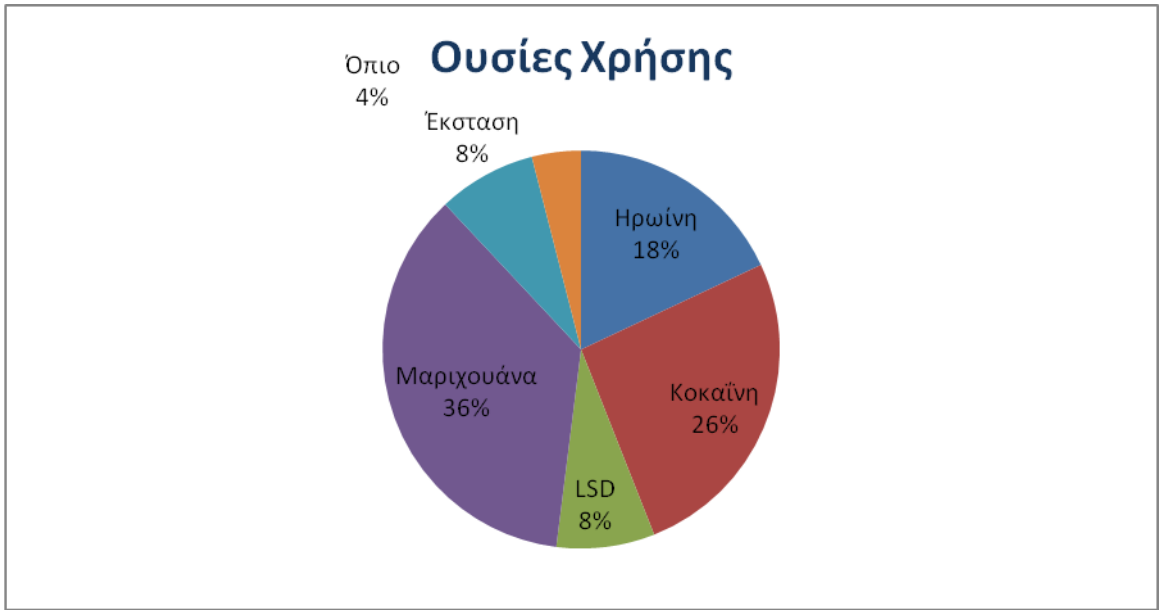
Έτσι λοιπόν παρατηρώντας τόσο τον πίνακα, βλέπουμε ότι το δείγμα αποτελείται κατά 11,1% από γυναίκες και κατά 88,9% από άνδρες , το 33% είναι άτομα ηλικίας 20-30 ετών, ποσοστό 45% είναι μεταξύ 30-40 ετών και το 22% είναι άτομα 40-55 ετών.

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, η πλειονότητα του δείγματος αποτελείται από άγαμους/ες κατά 55,6%, όπως επίσης και από 33,3% των ατόμων να έχουν απολυτήριο λυκείου/ τεχνικής σχολής. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι ποσοστό 83,3% μένει με άλλα άτομα στο σπίτι και όχι μόνο του άλλα και το 66,6 % να δηλώνει άνεργος πληθυσμός.

***Table2**. Χαρακτηριστικά Χρήσης Ουσιών Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης (N=18)*

Αποτελέσματα	Συχνότητα (ν)	Ποσοστό(%)
∝ **Χρόνια χρήσης ουσιών**		
Έως 10	7	38.9
11 μέχρι 20	6	33.3
21 και περισσότερα	5	27.8
∝ **Ουσίες χρήσης**		
Ηρωίνη	9	50.0
Κοκαΐνη	13	72.2
LSD	4	22.2
Μαριχουάνα	18	100.0
Έκσταση	4	22.2
Όπιο	2	11.1
∝ **Ποιες ουσίες προκαλούν το μεγαλύτερο πρόβλημα**		
Ηρωίνη	4	22.2
Κοκαΐνη	8	44.4
LSD	0	0.0
Μαριχουάνα	4	22.2
Έκσταση	0	0.0
∝ **Πιθανά προβλήματα**		
Απώλεια Μνήμης	3	16.7
Ταχυπαλμία	1	5.6
Στερητικοί πόνοι	4	22.2
Δυσκοιλιότητα	4	22.2
Μείωση παλμών	1	5.6
Αϋπνία	1	5.6
Εμετός	2	11.1
Αφυδάτωση	3	16.7
Αναπνευστικά	1	5.6
Απώλεια Δοντιών	1	5.6
Ψύχωση	1	5.6
Μείωση Κιλών	4	22.2

∝ **Κάπνισμα**		
Όχι	6	33.3
Ναι	12	66.7
∝ **Αριθμός τσιγάρων**		
1-30	5	31.1
31-60	6	33.3
61-80	1	5.6



Στον πίνακα 2 , παρατηρούνται τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούν αποκλειστικά τη χρήση ουσιών και καπνού- τσιγάρου. Φαίνεται ότι το 39.0% του δείγματος μας (7 άτομα) έκαναν χρήση ουσιών μέχρι και 10 χρόνια, το 33.5% (6 άτομα) έκανε χρήση 11 μέχρι 20 έτη και το 28.0%, που αντιστοιχεί σε 5 άτομα έκανε χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών για 21 χρόνια και περισσότερο.

Σύμφωνα με την ανάλυση, όλο το δείγμα (100%) , έκανε ή συνεχίζει να κάνει χρήση μαριχουάνας , επίσης το 72,2% ήταν/ είναι χρήστες κοκαΐνης και το 50.0 % χρήστες ηρωίνης. Οι ουσίες που φαίνεται να προκαλούν περισσότερο πρόβλημα στον οργανισμό φαίνεται να είναι στη πρώτη θέση η κοκαΐνη με 44,4% , ενώ ακολουθούν με το ίδιο ποσοστό (22,2 %) η μαριχουάνα και η ηρωίνη. Προβλήματα όπως Μείωση Κιλών, οι στερητικοί πόνοι και η δυσκοιλιότητα είναι τα πιο συχνά με ποσοστό 22,2 % , ενώ ακολουθεί η απώλεια μνήμης και αφυδάτωση με ποσοστό που αγγίζει το 16,7%. Επίσης συναντάται με ποσοστό 11.1% ο έμετος με τη χρήση, παράλληλα ποσοστό 5.6 % παρατηρούν προβλήματα όπως ταχυπαλμία, μείωση παλμών, αϋπνία, αναπνευστικά προβλήματα, απώλεια δοντιών και τέλος ψυχολογικά προβλήματα όπως ψύχωση.

Η πλειονότητα του δείγματος καπνίζει καθημερινά και αυτό φαίνεται με ποσοστό 66.7% να δηλώνουν καταφατικά στην αντίστοιχη ερώτηση. Ποσοστό 27.9% καπνίζει 1 έως 30 τσιγάρα την ημέρα, , 33.4% καπνίζει 31 έως 60 τσιγάρα/ ημέρα και ποσοστό 5.6% καπνίζει 61 έως 80 τσιγάρα ημερησίως. Μετατρέποντας λοιπόν τον αριθμό τσιγάρων σε πακέτα, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ατόμων (ν=6) καπνίζει 3 – 4 πακέτα ημερησίως.

***Table3**. Παράγοντες Που Επηρεάζουν Τις Διατροφικές Συνήθειες Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης (N=18)*

Αποτελέσματα		Συχνότητα(ν)	Ποσοστό(%)
Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες			
∝ **Ευκολία Παρασκευής**			
	Καθόλου	14	77.8
	Μέτρια	2	11.1
	Αρκετά	2	11.1
∝ **Γεύση**			
	Καθόλου	4	22.2
	Μέτρια	7	38.9
	Αρκετά	7	38.9
∝ **Κόστος**			
	Καθόλου	12	66.7
	Μέτρια	3	16.7
	Αρκετά	3	16.7
∝ **Υγιεινή τροφή**			
	Καθόλου	6	33.3
	Μέτρια	3	16.7
	Αρκετά	9	50.0
∝ **Έλεγχος βάρους**			
	Καθόλου	10	55.6
	Μέτρια	2	11.1
	Αρκετά	6	33.3
∝ **Οικογένεια-Φίλοι**			
	Καθόλου	11	61.1
	Μέτρια	3	16.7
	Αρκετά	4	22.2
∝ **Χρόνιο νόσημα**			
	Καθόλου	17	94.4
	Αρκετά	1	5.6
∝ **Αλλεργίες**			
	Καθόλου	18	100.0
∝ **Άλλες παθήσεις**			
	Καθόλου	16	88.9
	Αρκετά	2	11.1

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων της έρευνας , όπως επίσης και ο βαθμός στον οποίο επηρεάζονται από αυτές (καθόλου , μέτρια , αρκετά). Η ευκολία παρασκευής του φαγητού φαίνεται να μην επηρεάζει σχεδόν καθόλου τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων, αφού ποσοστό 77.8% (14 άτομα) δηλώνει πως δεν επηρεάζει καθόλου αυτός ο παράγοντας την διατροφή τους. Η γεύση επηρεάζει από μέτρια μέχρι αρκετά τις συνήθειες στους όσο αφορά τη διατροφή με ίδιο ποσοστό 38.9% . Το κόστος του γεύματος φαίνεται να μην τους επηρεάζει σύμφωνα με το ποσοστό 66.7% όπου δήλωσε <Καθόλου>, όπως όμοια δήλωσαν και στον παράγοντα έλεγχος βάρους ,με ποσοστό 55.6%,. Στην ερώτηση κατά πόσο επηρεάζει την διατροφή σας η επιλογή υγιεινής τροφής , 9 άτομα απάντησαν ότι επηρεάζονται <Αρκετά> , ποσοστό που μεταφράζεται στο 50.0% του δείγματος. Εν κατακλείδι , παράγοντες όπως κάποιο χρόνιο νόσημα, αλλεργίες ή άλλες παθήσεις δεν επηρεάζουν στην πλειονότητα τους καθόλου το δείγμα με ποσοστά 94.4 %, 100.0% και 88.9% αντίστοιχα.

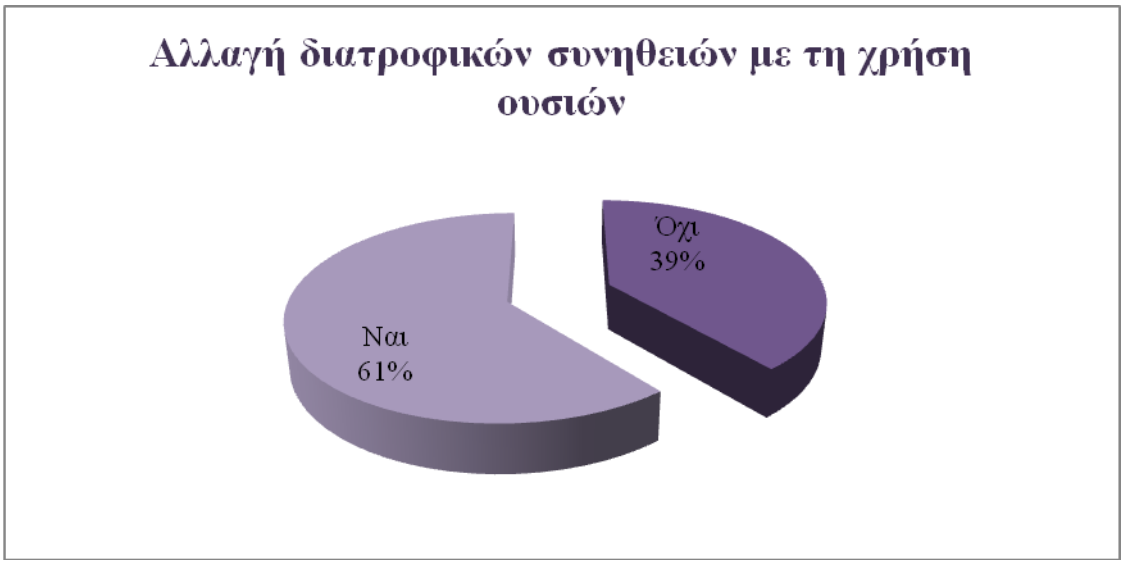
***Table4**. Αποτελέσματα Σχετικά Με Την Επιλογή Fast Food Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης (N=18)*

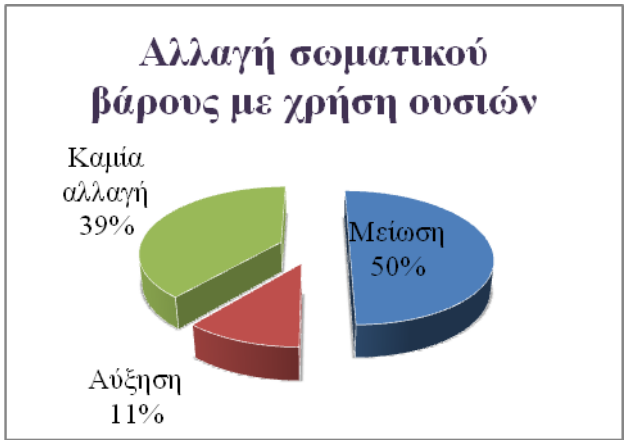
Αποτελέσματα	Συχνότητα(ν)	Ποσοστό(%)
∝ **Fast food**		
Όχι	7	38.9
Ναι	11	61.1
∝ **Λόγοι επιλογής fast food**		
Περιορισμένος χρόνος	1	5.6
Απόλαυση γεύσης	7	38.9
Φαγητό με φίλους	4	22.2
Έλλειψη δεξιοτήτων στο μαγείρεμα	2	11.1
Ποικιλία στις επιλογές	1	5.6
Διαφημίσεις	0	0.0
Ευκολία	7	38.9
∝ **Διατροφή**		
Υγιεινή	6	33.3
Λίγο υγιεινή	9	50.0
Δεν γνωρίζω	3	16.7

Από τον παραπάνω πίνακα είναι φανερό ότι το 61.1 % των ατόμων του δείγματος καταναλώνει φαγητά τύπου Fast Food. Οι λόγοι που οδηγούν τα άτομα αυτά να επιλέγουν τέτοιου είδους φαγητά είναι κατά κύριο λόγο η απόλαυση γεύσης και η ευκολία που παρέχονται , με ποσοστό 38.9%. Ακολουθεί με ποσοστό 22.2 % το φαγητό με φίλους ως λόγος επιλογής τους και με 11.1 % έλλειψη δεξιοτήτων στο μαγείρεμα. Ποσοστό 5.6% δηλώνει ότι ένας λόγος επιλογής των Fast Food είναι ο περιορισμένος χρόνος και με ίδιο ποσοστό η ποικιλία στις επιλογές που παρέχει αυτό το είδος.

***Table5**. Παρατηρούμενες Αλλαγές Συνηθειών, Βάρους Και Απεξάρτησης Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης (N=18)*

Αποτελέσματα	Συχνότητα(ν)	Ποσοστό(%)
∝ **Αλλαγή διατροφικών συνήθειων με χρήση**		
Όχι	7	38.9
Ναι	11	61.1
∝ **Αλλαγή σωματικού βάρους**		
Μείωση	9	50.0
Αύξηση	2	11.1
Καμία αλλαγή	7	38.9
∝ **Μέθοδος απεξάρτησης**		
Υποκατάστατο ναρκωτικών ουσιών	7	38.9
Υποκατάστατα ηρεμιστικά	2	11.1
Αποχή	8	44.4
Ψυχολογική στήριξη	18	100.0
∝ **Αλλαγές που παρατηρούνται από την απεξάρτηση**		
Μείωση επιθυμίας	16	88.9
Αλλαγή όρεξης	16	88.9





Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι αναλύσεις από τις ερωτήσεις σχετικά με της αλλαγές σύμφωνα με τη χρήση ουσιών που παρατηρήθηκαν στις διατροφικές συνήθειες, στο σωματικό βάρος, όπως επίσης και την μέθοδο απεξάρτησης που ακολουθούν και τις αλλαγές που παρατηρούν όσο αφορά την απεξάρτηση. Το 61.1 % φαίνεται να παρατηρεί αλλαγές στις διατροφικές του συνήθειες σε σχέση με την λήψη ουσιών αποκλειστικά και ποσοστό 38.9% να μην έχει παρατηρήσει καμία αλλαγή στις συνήθειες του. Επιπρόσθετα το 50.0% των ατόμων της έρευνας παρατήρησε μείωση του σωματικού του βάρους κατά το χρονικό λήψης ουσιών, το 38.9% δεν παρατήρησε καμία αλλαγή και το 11.1 % (2 άτομα) φαίνετε να παρατήρησαν αύξηση του σωματικού τους βάρους.

Όλα τα άτομα της έρευνας ακλουθούν την μέθοδο απεξάρτησης με ψυχολογική στήριξη από την κλινική. Το 44.4% ακολουθεί τη μέθοδο αποχής, ποσοστό 38.9% λαμβάνει υποκατάστατο ναρκωτικών ουσιών κα το 11.1% λαμβάνει ηρεμιστικά φάρμακα. Οι αλλαγές που παρατηρούνται από την μέθοδο επιλογής του κάθε ατόμου είναι σημαντικές , αφού ποσοστό 88.9% , που μεταφράζεται σε 16 άτομα έχουν μείωση επιθυμίας πρόσληψης ναρκωτικών ουσιών και ίδιο ποσοστό (88.9%) παρατηρούν σταδιακή αλλαγή στην όρεξη τους.

***Table6**. Παρατηρούμενες Μεταβολές Σε Σχέση Με Τη Χρήση Ουσιών Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης (N=18)*

Αποτελέσματα	Συχνότητα(ν)	Ποσοστό(%)
∝ **Ποια ουσία προκαλεί αλλαγή στην όρεξη**		
Ηρωίνη	5	27.8
Κοκαΐνη	7	38.9
Μαριχουάνα	14	77.8
LSD	1	5.6
Έκσταση	1	5.6
∝ **Μεταβολή όρεξης**		
Ηρωίνη		
Αύξηση	1	5.6
Μείωση	3	16.7
Καμία αλλαγή	5	27.8
Κοκαΐνη		
Μείωση	6	33.3
Καμία αλλαγή	6	33.3
Μαριχουάνα		
Αύξηση	13	72.2
Μείωση	1	5.6
Καμία αλλαγή	4	22.2
LSD		
Μείωση	1	5.6
Καμία αλλαγή	2	11.1

Αποτελέσματα	Συχνότητα(ν)	Ποσοστό(%)
Έκσταση		
Μείωση	1	5.6
Καμία αλλαγή	1	5.6
∝ **Ιδιαίτερη προτίμηση σε κάποιο τρόφιμο ή ποτό**		
Όχι	2	11.1
Ναι	16	88.9
Ηρωίνη		
Γλυκό	2	11.1
Κοκαΐνη		
Ποτό(whiskey)	7	38.9
Νερό	1	5.6
Μαριχουάνα		
Γλυκό	10	55.6
Καφεΐνη	1	5.6
Υγρά	1	5.6
Έκσταση		
Νερό	1	5.6

Ο πίνακας 6 αφορά ερωτήσεις σχετικά με την όρεξη και τις προσωπικές προτιμήσεις των ατόμων κατά την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και λίγη ώρα μετά.

Σημαντικό εύρημα είναι η μεταβολή της όρεξης (σε σχέση με τη τροφή) που παρουσιάζεται μετά τη χρήση ουσιών. Την πιο εμφανή αλλαγή στην όρεξη φαίνεται να προκαλεί στα συγκεκριμένα άτομα η Μαριχουάνα με ποσοστό επιλογής 77.8%. Ακολουθεί η Κοκαΐνη με 38.9% , η Ηρωίνη με 27.8% και 5.6 % το LSD και η Έκσταση.

Στην ερώτηση «Κατά τη διάρκεια της λήψης ουσιών και λίγη ώρα αργότερα έχετε παρατηρήσει κάποια ιδιαίτερη προτίμηση και επιθυμία σε κάποιο τρόφιμο ή ποτό;» απάντησε καταφατικά το 88,9%. Ιδιαίτερη προτίμηση φαίνεται να υπάρχει στα αλκοολούχα ποτά (τύπου whiskey) με ποσοστό 38.9 % κατά τη διάρκεια και μετά της χρήσης κοκαΐνης, τα γλυκά τρόφιμα με ποσοστό 11.1 % με τη χρήση ηρωίνης και 55.6% με χρήση κάνναβης. Μικρό ποσοστό της τάξης του 5,6 % (1 άτομο) δηλώνει τη προτίμηση του σε νερό μετά τη χρήση έκστασης.

***Table 7**. Ανάλυση Ημερήσιας Κατανάλωσης Υγρών Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης (N=18)*

Αποτελέσματα	Συχνότητα(ν)	Ποσοστό(%)
∝ **Κατανάλωση νερού (lt)/ημέρα**		
Έως 1.5	10	55.6
1.6- 3.5	8	44.4
∝ **Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (lt)/ ημέρα**		
0	14	77.8
0.7-2.0	3	16.7
2.1– 6.5	1	5.6
∝ **Κατανάλωση χυμών(lt)/ ημέρα**		
0	15	83.3
1-2	3	16.7
∝ **Κατανάλωση καφέ(ποτήρια)/ ημέρα**		
1-5	16	88.9
6-10	2	11.1

Αποτελέσματα	Συχνότητα(ν)	Ποσοστό(%)
∝ **Διατροφικές συνήθειες χωρίς την χρήση ουσιών**		
Καμία	6	33.0
Μείωση ποσότητας τροφής	3	16.7
Υγιεινή διατροφή	3	16.7
Μείωση κατανάλωσης αλκοόλ	1	5.6
Αύξηση ποσότητας τροφής	2	11.1
ΔΓ/ΔΑ	3	16.7

Στον πίνακα 7 παρουσιάζεται η ανάλυση σύμφωνα με την ημερήσια κατανάλωση σε νερό, αλκοολούχων ποτών, χυμών , καφέ . Επίσης στον πιο πάνω πίνακα απαντάται και η ερώτηση < Πιστεύετε ότι αν δεν κάνατε χρήση ουσιών θα είχατε άλλες διατροφικές συνήθειες;>.

Η κατανάλωση νερού μέσα στη μέρα αγγίζει το 55.6% να προσλαμβάνουν έως και 1,5 λίτρο νερού και το 44,5% , να καταναλώνει 1,6 – 3,5 λίτρα ημερησίως.

Σύμφωνα με την ανάλυση το 77.8% δεν πίνει αλκοόλ , ενώ ποσοστό 16.8% καταναλώνει 0,7 – 2 λίτρα αλκοολούχων ποτών ημερησίως. Μόνο το 5.0% (ν=1) φαίνεται να προσλαμβάνει 2.1 – 6.5 λίτρα ποτού/ ημέρα. Μάλιστα, ποσοστό 16.7% καταναλώνουν 1-2 λίτρα χυμών ημερησίως.

Επίσης όλο το δείγμα (100.0%) καταναλώνει καφέ κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ποσοστό 89.0% (ν=16) προσλαμβάνει καθημερινά 1-5 ποτήρια καφέ και ποσοστό 11.2% καταναλώνει 6-10 ποτήρια / ημέρα.

Στην ερώτηση < Πιστεύετε ότι αν δεν κάνατε χρήση ουσιών θα είχατε άλλες διατροφικές συνήθειες;> τα άτομα της έρευνας απάντησαν ότι δεν θα υπήρχε καμία διαφορά με ποσοστό 33.0%. Με ίδιο ποσοστό (16.7%) απαντήθηκαν η μείωση της ποσότητας τροφής (χωρίς την χρήση), πιο υγιεινές επιλογές, και δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ. Το 11.1 πιστεύει ότι χωρίς την χρήση ουσιών θα έτρωγε περισσότερο και το 5.6% θα κατανάλωνε πιο λίγο αλκοόλ.

***Table 8**.Περιγραφική Ανάλυση σε σχέση Ετών Χρήσης Ουσιών με %BF, BMI, Med diet Score,SNAQ*

Μεταβλητές	**Χρόνια Χρήσης Ουσιών**		
	εώς 10 έτη	**11 εώς 20 έτη**	**>21 έτη**
%Σωματικού Λίπους	ν (%)	ν (%)	ν (%)
Χαμήλο	0(0.0)	2(33.3)	1(20.0)
Φυσιολογικό	5(71.4)	2(33.3)	2(40.0)
Υψηλό	1(14.3)	0(0.0)	0(0.0)
Πολύ Υψηλό	1(14.3)	2(33.3)	2(40.0)
Δείκτης Μάζας Σώματος			
Χαμηλό			
>18.49kg/m^2	0(0.0)	1(16.7)	0(0.0)
Φυσιολογικό			
18.5 - 24.9 kg/m^2	4(57.1)	4(66.7)	3(60.0)
Υπέρβαρο			
25.0 - 29.9 kg/m^2	2(28.6)	1(16.7)	2(40.0)
Παχυσαρκία			
≥ 30 kg/m^2	1(14.3)	0(0.0)	0(0.0)
Mediterranean Diet Score			
Μέτρια Συμμόρφωση	5(71.4)	4(66.7)	3(60.0)
Υψηλή Συμμόρφωση	2(28.6)	2(33.3)	2(40.0)
Ερωτηματολόγιο SNAQ			
Score ≤14	6(85.7)	2(33.3)	2(40.0)
Score >14	1(14.3)	4(66.7)	3(60.0)

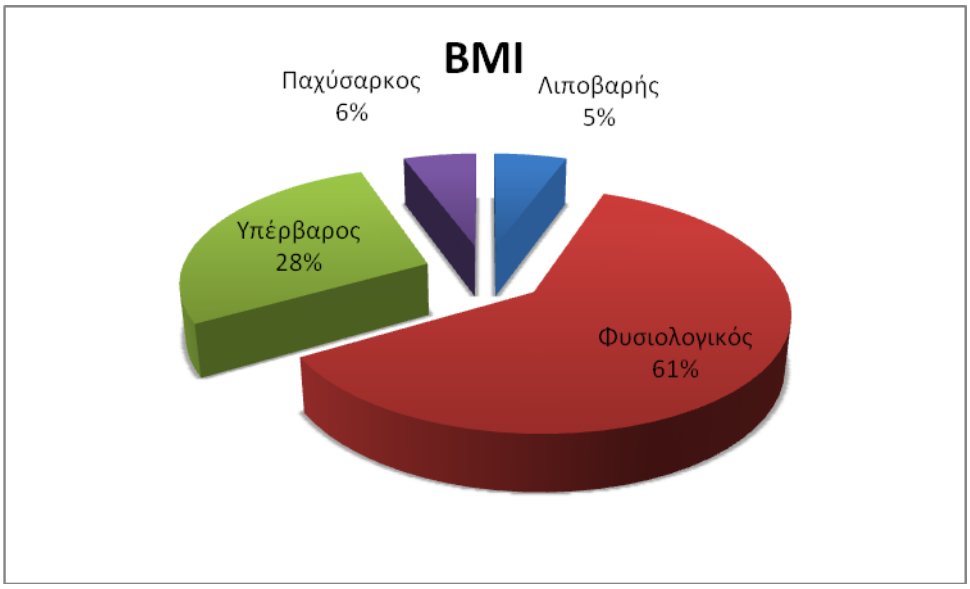
Ο πίνακας 8, παρουσιάζει τη σχέση της διάρκειας χρήσης ουσιών σύμφωνα με την ερώτηση στο ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών και άλλων στοιχείων με το

ποσοστό σωματικού λίπους, δείκτη μάζας σώματος και των δύο ερωτηματολογίων Mediterranean Diet Score και SNAQ. Πιο συγκεκριμένα, άτομα τα οποία κάνουν χρήση ουσιών έως και 10 χρόνια φαίνεται κατά πλειονότητα (71.4%) να έχουν φυσιολογικό %BF, υποκείμενα με ιστορικό χρήσης ουσιών 11- 20 έτη να έχουν κατά 33.3 %, η κάθε κατηγορία, ποσοστό σωματικού λίπους χαμηλό, φυσιολογικό και πολύ υψηλό. Επίσης χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών πάνω από 21 έτη, φαίνεται να έχουν φυσιολογικό και πολύ υψηλό %BF κατά 40.0 % αντίστοιχα.

Στη συνέχεια ο δείκτης μάζας σώματος βρίσκεται στο φυσιολογικό για τα πλείστα άτομα της έρευνες, που ανήκουν σε όλες τις κατηγορίες των ετών , με τα ποσοστά να είναι πάνω από το 50 %. Επίσης χαμηλό δείκτη φαίνεται να έχει μικρό δείγμα κατά 16.7%, μόνο στη κατηγορία 11 μέχρι 20 έτη. Από την άλλη πλευρά υπέρβαρα άτομα βρίσκονται σε όλες τις κατηγοριές ετών χρήσης με ποσοστό 40.0% για άτομα από 21 και περισσότερα χρήσης, 16.7% για άτομα 11 μέχρι 20 χρόνια και με 28.6% για άτομα λιγότερα από 10 χρόνια χρήσης. Όσο αφορά το ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet Score σε σχέση με τα χρόνια χρήσης ουσιών παρατηρείται μέτρια συμμόρφωση ως προς το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής σε όλα τα χρονικά πλαίσια, δηλαδή 71,4% έως 10 έτη, 66.7% για χρήση 11 μέχρι 20 έτη και 60.0% για περισσότερα από 21 έτη. Τέλος, στο ερωτηματολόγιο σύντομης διατροφικής αξιολόγησης SNAQ άτομα με ιστορικό λήψης έως και 10 χρόνια έχουν σημειώσει κατά πλειονότητα (85.7%) score ≤14 (πιθανότητα να χάσουν 5% του σωματικού τους βάρους εντός 6 μηνών). Αντίθετα, άτομα που κάνουν χρήση 11- 20 και περισσότερο από 21 χρόνια έχουν σημειώσει score >14, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει κάποιος κίνδυνος μείωσης του σωματικού τους βάρους.

Table 9. Αποτελέσματα Ανάλυσης Δείκτη Μάζας Σώματος Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης (ν=18)

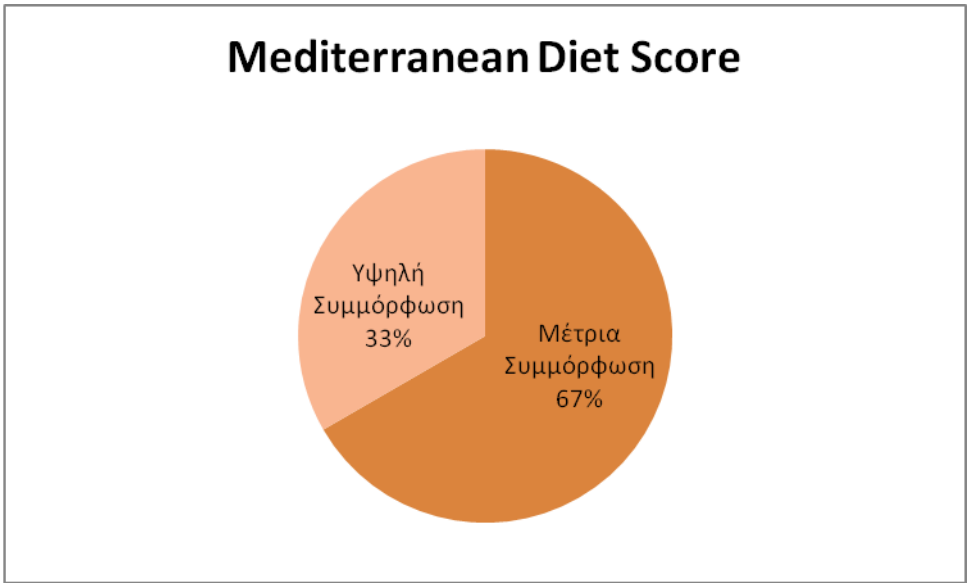
BMI	Συχνότητα(ν)	Ποσοστό(%)
Λιποβαρής <18.49	1	5.6
Φυσιολογικός 18.5- 24.9	11	61.1
Υπέρβαρος 25.0-29.9	5	27.8
Παχύσαρκος >30.0	1	5.6



Στον πίνακα και γράφημα του Δείκτη Μάζας Σώματος των υποκειμένων παρατηρείται με ποσοστό 61.1% ότι τα άτομα βρίσκονται στο φυσιολογικό εύρος κατάταξης. Επιπρόσθετα 27,8% του δείγματος ανήκει στην κατηγορία του υπέρβαρου πλυθησμού. Όπως επίσης με ίδιο ποσοστο της τάξης του 5.6% , ανήκουν στις δυο ακρέες κατηγορίες ελλιποβαρών και παχύσαρκων.

Table 10. Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου Mediterranean Diet Score Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης (ν=18)

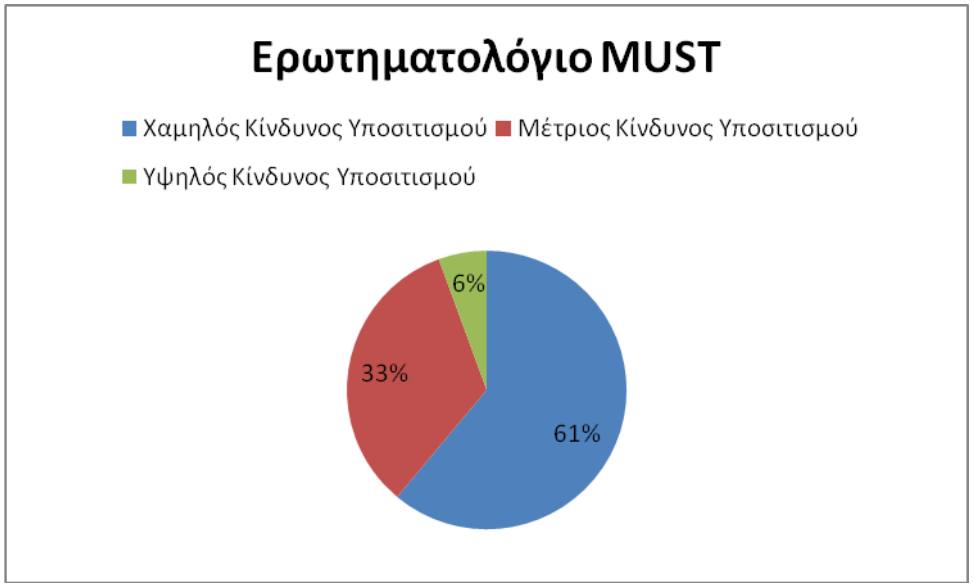
Mediterranean Diet	Συχνότητα (ν)	Ποσοστό (%)
Μέτρια Συμμόρφωση	12	66.7
Υψηλή Συμμόρφωση	6	33.3



Στο πιο πάνω γράφημα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από το ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet Score, όπου φαίνεται ότι ποσοστό 33.3 % φαίνεται να έχει υψηλή συμμόρφωση με το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής. Θετικό είναι το αποτέλεσμα ότι είναι μηδενικό το ποσοστό όσο αφορά την χαμηλή συμμόρφωση, ενώ αντίθετα το 66.7% φαίνεται να έχει μέτρια συμμόρφωση.

Table 10. Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου MUST Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης (ν=18)

Ερωτηματολόγιο MUST	Συχνότητα (ν)	Ποσοστό (%)
Χαμηλός Κίνδυνος Υποσιτισμού	11	61.1
Μέτριος Κίνδυνος Υποσιτισμού	6	33.3
Υψηλός Κίνδυνος Υποσιτισμού	1	5.6



Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο MUST, ο κίνδυνος για υποθρεψία ανέρχεται στο μόλις 6% για υψηλό κίνδυνο, ενώ το 33.3% κατατάσσεται στο μέτριο κίνδυνο υποθρεψίας. Από την άλλη μεριά χαμηλό κίνδυνο υποσιτισμού εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που αγγίζει το 61.1%.

Table 11. Αποτελέσματα Μέτρησης Ποσοστού Σωματικού Λίπους Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης (ν=18)

Ποσοστό Σωματικού Λίπους	Συχνότητα (ν)	Ποσοστό (%)
Χαμηλό	3	16.7
Κανονικό	9	50
Υψηλό	1	5.6
Πολύ Υψηλό	5	27.8

Στο παραπάνω γράφημα παρατηρείται το ποσοστό σωματικού λίπους τω ατόμων της έρευνας, με σημαντικό εύρημα το 50% των υποκειμένων να έχει κανονικό σωματικό λίπος. Επίσης ποσοστό της τάξης του 27.8% φαίνεται να έχει πολύ υψηλό σωματικό λίπος. Αντίθετα, το 16.7% των ατόμων έχει χαμηλό σωματικό λίπος. Υψηλό σωματικό λίπος παρουσιάζει μόνο το 5.6% των ατόμων.

Table 12. Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου SNAQ Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης (ν=18)

Ερωτηματολόγιο SNAQ		Συχνότητα (ν)	Ποσοστό (%)
	≤14	10	55.6
	>14	8	44.4

Στο πιο πάνω γράφημα παρουσιάζονται τα ποσοστά από την ανάλυση του ερωτηματολογίου SNAQ. Ποσοστό 55.6% των ατόμων φαίνεται ότι αντιμετωπίζει σημαντικό κίνδυνο απώλειας της τάξης του 5% στο σωματικό του βάρος μέσα σε 6 μήνες. Παράλληλα, όμως ποσοστό 44.4% από το δείγμα δεν αντιμετωπίζει κανένα κίνδυνο απώλειας βάρους.

Table 13. Ραβδόγραμμα Συχνότητας Δείκτη Μάζας Σώματος Ατόμων Σε Πρόγραμμα Απεξάρτησης Ναρκωτικών Ουσιών (ν=18)

Στο πιο πάνω ραβδόγραμμα παρουσιάζεται η συχνότητα εμφάνισης της ταξινόμησης του Δείκτη Μάζας Σώματος. Είναι φανερό ότι η κατηγορία Φυσιολογικού Δείκτη Μάζας Σώματος (18.5 -24.9 kg/m^2) είναι η πιο συχνά εμφανιζόμενη με τη συχνότητα να φτάνει τα 11 άτομα. Ακολούθως, ο Υπέρβαρος πληθυσμός συναντάται με την δεύτερη κατά σειρά υψηλή συχνότητα , με 5 άτομα. Τέλος, με συχνότητα ενός ατόμου βρίσκεται στη ταξινόμηση Λιποβαρής (<18.49 kg/m^2) και στη κατηγορία Παχυσαρκίας (>30 kg/m^2). Σύμφωνα με την ανάλυση του προγράμματος ο μέσος όρος (mean) των υποκειμένων της έρευνας είναι 23.1 kg/m^2 , αξιολογώντας τους κατά μέσο όρο Φυσιολογικού BMI άτομα (εύρος φυσιολογικού δείκτη μάζας σώματος 18.5-24.9 kg/m^2) , με τυπική απόκλιση (Standard Deviation) 3.6 kg/m^2.

Κεφάλαιο 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- Ανάλυση διαιτολογίου

Έπειτα από την ανάλυση του διαιτολογίου έγινε φανερό, ότι τα άτομα χρήστες παράνομων ουσιών του πληθυσμού στόχου παρουσίαζαν αυξημένη κατανάλωση ολικού λίπους (37,2%), ενώ η πρόσληψη πρωτεϊνών φαίνεται να είναι επαρκής για τα εξεταζόμενα άτομα. Παρατηρείται ότι για άτομα αυξημένου σωματικού βάρους (στη παρούσα έρευνα ένα άτομο 106 κιλών) δεν επαρκεί για να καλύψει την απαιτούμενη πρόσληψη.

Στη συνέχεια, όσον αφορά στα μικροθρεπτικά συστατικά παρατηρείται πιθανή ανεπάρκεια πρόσληψης. Συγκεκριμένα άνδρες και γυναίκες στον εξεταζόμενο πληθυσμό, από την ομάδα των βιταμινών παρουσίασαν ανεπαρκή πρόσληψη στη βιταμίνη D, B3 (νιασίνη) και E, και από την ομάδα των μετάλλων και των ιχνοστοιχείων στο φυλλικό οξύ, στο ασβέστιο και στο κάλιο. Επιπρόσθετα, παρατηρείται στους εξεταζόμενους άνδρες του πληθυσμού στόχου όλων των ηλικιακών ομάδων πιθανή ανεπαρκή πρόσληψη στη βιταμίνη C, το μαγνήσιο και τον ψευδάργυρο.

Μελέτες σε τοξικομανείς έχουν δείξει διατροφικές ελλείψεις, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας βάρους και τις αλλαγές στις διαιτητικές συνήθειες. Η μειωμένη πρόσληψη πρωτεΐνων, από τοξικομανείς χρήστες, συνδέεται με παράγοντες όπως το γυναικείο φύλο, η ένταση του εθισμού, ανορεξία, κακή διατροφή και από αλλαγή των κοινωνικών και οικογενειακών δεσμών του εξαρτημένου. Διατροφικές ελλείψεις τέτοιου είδους μπορεί να επηρεάσουν σοβαρά και μόνιμα διάφορες λειτουργίες οργάνων και να προκαλέσουν αρκετές διατροφικές διαταραχές. (Karajibani, Montazerifar & Shakiba, 2012) Η κατάλληλη πρόσληψη διατροφικής πρωτεΐνης είναι σημαντική για την προστασία και διατήρηση των επιπέδων της μυϊκής μάζας, των σπλαχνικών πρωτεϊνών και του ανοσολογικού συστήματος. (Ζαμπέλας, 2007)

Από την άλλη μια διατροφή υψηλή σε λιπαρά μπορεί να συμβάλλει αρχικά στην αύξηση του σωματικού βάρους, δεδομένου ότι ένα γραμμάριο λίπους έχει περίπου διπλάσιες θερμίδες ανά γραμμάριο, απ' ότι οι υδατάνθρακες και οι πρωτεΐνες. Το υπερβολικό βάρος

μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης υψηλής αρτηριακής πίεσης, διαβήτη, καρδιαγγειακών νοσημάτων (παθήσεις της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων), καθώς και ορισμένες μορφές καρκίνου (Cleveland Clinic,2009).

Από την παρούσα μελέτη φάνηκε μια αυξημένη κατανάλωση λίπους , συμπέρασμα που επαληθεύεται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία . Σε μια πιλοτική μελέτη που ασχολήθηκε με διατροφικές συνήθειες μεταξύ των μαθητών εναλλακτικών γυμνασίων από τον Arcan και τους συνεργάτες του (2011), περιγράφεται η συχνότητα χρήσης τσιγάρου, αλκοόλ, μαριχουάνας και άλλων ουσιών καθώς και οι διατροφικές συνήθειες, όπως η κατανάλωση ζαχαρούχων ποτών, τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, φρούτα και λαχανικά, και η συχνότητα χρήσης ανθυγιεινών τροφών, τύπου fast food. Τα αποτελέσματά έδειξαν ότι το τσιγάρο ήταν η ουσία που χρησιμοποιείται πιο συχνά τόσο από άνδρες και γυναίκες. Οι μαθητές που έκαναν χρήση πολλών ουσιών είχαν προοδευτικά μεγαλύτερη κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε λιπαρά σε σύγκριση με τους μη χρήστες και τους χρήστες μόνο μιας ουσίας (Arcan et al. 2011).

Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, όσο αφορά τις ελλείψεις σε μικροθρεπτικά συστατικά, βλέπουμε ότι τα αποτελέσματα μας υποστηρίζονται από πολλές έρευνες.

Μία μελέτη, έδειξε χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών στους χρήστες ναρκωτικών και σε συνδιασμό με κάποια από τα οπιούχα, τα οποία μειώνουν την απορρόφηση των βιταμινών, τα άτομα φάνηκαν να έχουν έλλειψη από Βιταμίνες C και E. (Nazrul Islam, Jahangir Hossain & Ahsan M, 2001).

Σε μελέτη όπου διερευνάται το προφίλ των βιταμινών χρηστών φάνηκε ότι το 37% των ατόμων είχαν ανεπαρκή πρόσληψη φυλλικού οξέως. Η έρευνα ήταν βασισμένη σε 149 ηρωινομανείς ηλικίας 17-60 ετών που συγκρίθηκαν με 204 υγιή άτομα που δεν χρησιμοποιούν φάρμακα ή βιταμίνες. (Nakah et al, 1979)

Επίσης μια ερευνητική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Kolarzyk και τους συνεργάτες του, σχετικά με την αξιολόγηση των αλλαγών σε διατροφικές συνήθειες των ατόμων που είναι εξαρτημένα από οπιούχα, κατά τη διάρκεια 4 χρόνων παρουσίας τους στην θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη στο Τμήμα Τοξικολογίας του CMUJ στην Κρακοβία, φάνηκε ομοίως να υπάρχει έλλειψη από τα άτομα που ήταν ενταγμένα σε

πρόγραμμα απεξάρτησης, σε νιασίνη- Βιταμίνη Β3 ,ψευδάργυρο και μαγνησίο. Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 30 άτομα (23 άνδρες και 7 γυναίκες)., τα οποία εξετάστηκαν πριν από τη θεραπεία με μεθαδόνη και μετά από 4 χρόνια θεραπείας. Επίσης τους δόθηκε να συμπληρώνουν κάθε φορά το ερωτηματολόγιο 24ωρης ανάκλησης, όπου και αναλύθηκε (Kolarzyk et al. 2005).

Έπειτα, σε χρήστες οπιοειδών και κυρίως της μορφίνης παρατηρήθηκε στη βιβλιογραφική μελέτη που διεξήγαγαν οι Mohs, Watson και Leonard-Green, ότι τα άτομα αυτά έχουν πιθανότητα έλλειψης Βιταμίνης D. (Mohs , Watson και Leonard-Green, 1990)

Στη συνέχεια αναφέρονται συμπτώματα που εμφανίζονται στα άτομα λόγω συνεχούς μειωμένης πρόσληψης μίκρο και μακροθρεπτικών συσταικών.

Ο πόνος και η αδυναμία των εγγύς μυών κυριαρχούν στην κλινική εικόνα της ανεπάρκειας της βιταμίνης D σε ενήλικες. Πόνος στο ισχίο, τη λεκάνη, το μηρό και στα πόδια είναι χαρακτηριστικός. Περισσότεροι διάχυτοι μυϊκοί πόνοι και μυϊκή αδυναμία, συμπεριλαμβανομένων στα άκρα και την πλάτη είναι επίσης κοινά και μπορούν να επισημαίνονται ως ΄΄ινομυαλγία΄΄ ή ως μια σωματοποίηση της κατάθλιψης. Χαμηλή οστική πυκνότητα, οστεοπενία ή οστεομαλακία μπορεί να εμφανίζονται σε ανεπάρκεια της βιταμίνης D (Pearce & Cheetham, 2010). Η έκθεση του σώματος στο ηλιακό φως όμως έχει ως αποτέλεσμα τη σύνθεση βιταμίνης D, η οποία συνήθως επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του ανθρώπινου οργανισμού. (Μάνιος, 2006)

Όλες οι ανάγκες του σώματός για βιταμίνη Β3 μπορούν να καλυφθούν μέσω της διατροφής. Είναι σπάνιο για οποιονδήποτε στον ανεπτυγμένο κόσμο να εμφανίσει ανεπάρκεια Β3. Ο αλκοολισμός όμως φαίνεται να είναι η κύρια αιτία της ανεπάρκειας της βιταμίνης Β3.

Τα συμπτώματα της ήπιας ανεπάρκειας περιλαμβάνουν δυσπεψία, κόπωση, πληγές ελκών, εμετό και κατάθλιψη. Σοβαρή ανεπάρκεια μπορεί να προκαλέσει μια κατάσταση γνωστή ως πελλάγρα. Η πελλάγρα χαρακτηρίζεται από ρωγμές, φολιδωτό δέρμα, άνοια, και διάρροια. Η έλλειψη νιασίνης προκαλεί, επίσης, κάψιμο στο στόμα και ένα πρησμένο, έντονο κόκκινο χρώμα της γλώσσας. (University of Maryland Medical Center, 2011)

Η βιταμίνη Ε είναι μία λιποδιαλυτή βιταμίνη που βρίσκεται σε πολλά τρόφιμα, λίπη και έλαια. Είναι επίσης ένα αντιοξειδωτικό, μια ουσία που μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη των ζημιών στα κύτταρα του σώματος και να παρέχει προστασία κατά των σοβαρών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των καρδιακών παθήσεων και του καρκίνου.

Οι άνθρωποι που δεν μπορούν να απορροφήσουν το λίπος σωστά μπορεί να αναπτύξουν ανεπάρκεια βιταμίνης Ε. Τα συμπτώματα της σοβαρής ανεπάρκειας βιταμίνης Ε περιλαμβάνουν μυϊκή αδυναμία, απώλεια της μυϊκής μάζας, ανώμαλη κινήση των ματιών, προβλήματα όρασης και αστάθεια στη βάδιση.

Ανεπάρκεια που διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί επίσης να προκαλέσει ηπατικά προβλήματα και προβλήματα στα νεφρά.(University of Maryland Medical Center (UMMC),2011)

Επειδή το φυλλικό οξύ δεν αποθηκεύεται στον οργανισμό σε μεγάλες ποσότητες, τα επίπεδα στο αίμα είναι αρκετά χαμηλά μετά από λίγες μόνο εβδομάδες διατροφής χαμηλής σε φυλλικό οξύ. Ανεπάρκεια φυλλικού οξέος μπορεί να προκαλέσει κούραση, εμφάνιση γκρίζων μαλλιών, στοματικά έλκη, κακή ανάπτυξη και πρήξιμο της γλώσσας.(Dugdale, 2011)

Ανεπαρκή πρόσληψη ασβεστίου δεν παράγει εμφανή συμπτώματα σε σύντομο χρονικό διάστημα, διότι το σώμα διατηρεί τα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα φυσιολογικά με τη λήψη από το οστό. Μακροπρόθεσμα, πρόσληψη ασβεστίου κάτω από τα συνιστώμενα επίπεδα έχει επιπτώσεις στην υγεία, όπως η πρόκληση χαμηλής οστικής μάζας (οστεοπενία) και αύξηση του κινδύνου της οστεοπόρωσης και των καταγμάτων των οστών.

Τα συμπτώματα της σοβαρής έλλειψης ασβεστίου περιλαμβάνουν μούδιασμα και φαγούρα στα δάχτυλα, σπασμούς και ανωμαλίες στον καρδιακό ρυθμό που μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο εάν δεν διορθωθεί. Αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται σχεδόν πάντα σε άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας ή που υποβάλλονται σε ορισμένες ιατρικές θεραπείες.(Office of Dietary Supplements, 2013)

Το κάλιο είναι ένα μέταλλο που είναι απαραίτητο για τη σωστή λειτουργεία του σώματος. Χαμηλά επίπεδα καλίου στο αίμα ονομάζεται υποκαλιαιμία. Μπορεί να προκαλέσει αδυναμία των μυών, ανωμαλίες στον καρδιακό ρυθμό και μια μικρή αύξηση της αρτηριακής πίεσης. (Zieve, 2012**)**

Πάρα πολύ λίγη βιταμίνη C μπορεί να οδηγήσει σε σημείο ανεπάρκειας και στην εμφάνιση συμπτώματων, όπως τα εξής: αναιμία, αιμορραγία των ούλων, μειωμένη ικανότητα να καταπολεμά ο οργανισμός τις λοιμώξεις, μείωση ικανότητας επούλωσης των πληγών, ξηρά μαλλιά, ουλίτιδα (φλεγμονή των ούλων), ρινορραγίες, πιθανή αύξηση του σωματικού βάρους, λόγω του ότι επιβραδύνεται ο μεταβολισμός, τραχύ, ξηρό, φολιδωτό δέρμα, οίδημα και πόνος στις αρθρώσεις, αποδυναμωμένο σμάλτο των δοντιών.

Μια σοβαρή μορφή της ανεπάρκειας της βιταμίνης C είναι γνωστή ως σκορβούτο , η οποία πλήττει κυρίως τους μεγαλύτερους υποσιτισμένους ενήλικες (Zieve & David, 2011).

Τα χαμηλά επίπεδα της βιταμίνης C έχουν συσχετιστεί με έναν αριθμό συνθηκών, όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, νόσο της χοληδόχου κύστης, εγκεφαλικό επεισόδιο, ορισμένες μορφές καρκίνου, αθηροσκλήρωση και συσσώρευση πλάκας στα αιμοφόρα αγγεία που μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή προσβολή και εγκεφαλικό επεισόδιο (Ehrlich, 2011).

Πολλά συμπτώματα της ανεπάρκειας ψευδαργύρου είναι αποτέλεσμα κακής διατροφής, αλλά συχνά τα πιο σοβαρά συμπτώματα προέρχονται από άλλους παράγοντες, όπως η υπερβολική χρήση αλκοόλ, ασθένειες του ήπατος, σύνδρομα δυσαπορρόφησης, νεφρική νόσο, εντερική ή παρεντερική τροφοδοσία και δρεπανοκυτταρική νόσο. Συμπτώματα που προκύπτουν από την ανεπάρκεια ψευδαργύρου περιλαμβάνουν μολύνσεις, υπογοναδισμός, απώλεια βάρους, συναισθηματική διαταραχή, δερματίτιδα, αλωπεκία, μειωμένη οξύτητα γεύσης, νυχτερινή τύφλωση, ανορεξία, καθυστερημένη επούλωση τραυμάτων και αυξημένα επίπεδα αμμωνίας στο αίμα. Η χρόνια, σοβαρή, και χωρίς θεραπεία, ανεπάρκεια ψευδαργύρου μπορεί να αποβεί μοιραία (Evans, 1986).

Στη συνέχεια, θα μελετήθουν και θα σχολιαστούν αυξημένες καταναλώσεις που αφορούν το αλκοόλ, το κάπνισμα καθώς και την καφεΐνη. Αναφέρονται λοιπόν παρακάτω όλες οι αρνητικές συνέπειες της υπερκατανάλωσης αυτών των ουσιών.

Η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών για μεγάλο χρονικό διάστημα πέραν του κοινωνικού προβλήματος του αλκοολισμού που δημιουργεί, βλάπτει σοβαρά την υγεία. Έχει συσχετισθεί με αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων στο αίμα, με υπέρταση και ηπατοπάθεια. Η συχνή κατανάλωση οινοπνεύματος αυξάνει τον κίνδυνο

εγκεφαλικών επεισοδίων και καρκίνου του στομάχου και του οισοφάγου, ενώ αυξάνεται και ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού, του ήπατος και του παγκρέατος.

Η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος έχει αρνητικές επιπτώσεις στη διατροφική κατάσταση του ανθρώπου. Το οινόπνευμα προσδίδει ενέργεια (7 θερμίδες/gr), χωρίς να αποτελεί θρεπτικό συστατικό. Έτσι όσο περισσότερα οινοπνευματώδη ποτά πίνει ένας άνθρωπος, τόσο μικρότερη είναι η πρόσληψη τροφίμων που περιέχουν θρεπτικά συστατικά. Επιπλέον, το οινόπνευμα έχει αρνητική επίδραση στο μεταβολισμό των διάφορων θρεπτικών συστατικών στους ιστούς, όπως παραδείγματος χάριν, μειώνοντας την απορρόφηση, από τα εντερικά κύτταρα βιταμινών όπως η θειαμίνη, B6, B12, του φυλλικού οξέος καθώς και του ψευδαργύρου. Επιπλέον τα νεφρά απεκκρίνουν αυξημένες ποσότητες μαγνησίου, ασβεστίου, καλίου και ψευδαργύρου.

Είναι επομένως φανερό ότι η υπερκατανάλωση οινοπνεύματος μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκειες στην πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, ικανές να προκαλέσουν την εμφάνιση ασθενειών που να προέρχονται από αυτές, όπως ο υποσιτισμός, η πελλάγρα, το σκορβούτο.

Ταυτόχρονα όμως, το οινόπνευμα (αιθυλική αλκοόλη), και πιθανά και άλλα συστατικά των ποτών, προστατεύουν από την εκδήλωση καρδιοπαθειών. Έτσι οι οδηγίες καταλήγουν σε μια μέτρια κατανάλωση των 30 γρ. αιθυλικής αλκοόλης (~3 κρασοπότηρα) κατά τη διάρκεια γευμάτων για τους άνδρες. Λιγότερα φαίνεται να είναι τα οφέλη της κατανάλωσης για τις γυναίκες, για τις οποίες συστήνεται η καθημερινή πρόσληψη 15 γρ. αιθυλικής αλκοόλης. (~ 1 1/2 ποτήρι κρασιού) (Ζαμπέλας, 2003).

Στην έρευνα παρατηρείται χρήση αλλά και κατάχρηση καπνού και κατανάλωση καφεΐνης από όλο το δείγμα. Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία παρατηρούνται ορισμένες συμπεριφορές που οι ναρκομανείς σε ανάρρωση μπορεί να εμφανίσουν στις αρχές της νηφαλιότητα τους. Έτσι η εμφάνιση υπερβολικής χρήσης καφεΐνης και νικοτίνης είναι ένα επακόλουθο της αποτοξίνωσης (προ-αρχικό στάδιο της ανάκαμψης), που συνήθως μειώνεται με το χρόνο (Gorski, 1989).

Το κάπνισμα είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης πολλών χρόνιων νοσημάτων, όπως ο καρκίνος των πνευμόνων ή της ουροδόχου κύστης, η στεφανιαία νόσος και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Επίσης, η πρόσληψη θρεπτικών

συστατικών διαφέρει μεταξύ καπνιστών και μη – καπνιστών. Οι καπνιστές συνήθως προσλαμβάνουν μικρότερη ποσότητα φυτικών ινών, βιταμινών, μετάλλων και ιχνοστοιχείων, ακόμα και όταν η πρόσληψη ενέργειας είναι παρόμοια με των μη-καπνιστών (Ζαμπέλας, 2003).

Η καφεϊνη επηρεάζει την απορρόφηση ασβεστίου από τον οργανισμό, αυξάνοντας την αποβολή του από τα ούρα. Οι άνδρες και οι γυναίκες που καταναλώνουν περισσότερο από 2 φλιτζάνια καφέ την ημέρα έχουν μικρότερη οστική μάζα σε σύγκριση με αυτούς που δεν καταναλώνουν, καθώς και διπλάσιο κίνδυνο για πρόκληση καταγμάτων λόγω οστεόπωρησης στις γυναίκες. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η κατανάλωση καφεϊνούχων ποτών όπως κόκα-κόλα, πέπσι-κόλα κ.τλ. Τα ποτά αυτά δεν περιέχουν μόνο καφεϊνη, αλλά και φωσφορικό οξύ το οποίο εμποδίζει την απορρόφηση του ασβεστίου από το γαστρεντερικό σύστημα (Ζαμπέλας, 2003).

- Επιπολασμός της Υποθρεψίας

Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν διάφορα εργαλεία εκτίμησης της υποθρεψίας. Τα εργαλεία αυτά περιελάμβαναν τόσο ανθρωπομετρικές μετρήσεις, όσο και τα: ερωτηματολόγιο MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), ανάκλησης εικοσιτετράωρης διαιτητικής πρόσληψης, όρεξης Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ), Mediterranean Diet Score. Οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις που χρησιμοποιήθηκαν είναι: το %BF με τη χρήση της ζυγαριάς Omron, η εκτίμηση του MUAC (Περίμετρος στο μέσο του βραχίονα) και η εκτίμηση του BMI (Δείκτης Μάζας Σώματος). Τα όρια που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση του MUAC λήφθηκαν από την βιβλιογραφική ανασκόπηση από το Stini WA (Stini WA,1973), για την εκτίμηση του BMI από τον WHO, 1995, 2000 και 2004, ενώ για την εκτίμηση του σωματικού λίπους χρησιμοποιήθηκαν τα όρια που αναφέρονται στο πρωτόκολλο της συγκεκριμένης ζυγαριάς.

Συνεπώς, ο επιπολασμός της σοβαρής υποθρεψίας διαμορφώνεται ως εξής: σύμφωνα με το BMI αγγίζει το 5.6%,σύμφωνα με το % BF αγγίζει το 16.7%, σύμφωνα με το MUST το 5.6%, ενώ σύμφωνα με το SNAQ 55.6%.

Παρατηρώντας τα ποσοστά που εμφανίζονται πιο πάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα, ότι το δείγμα της έρευνας μας εμφανίζει χαμηλό επιπολασμό υποθρεψίας, αν και είναι ένα συμπέρασμα που δεν υποστηρίζεται από τις περισσότερες έρευνες.

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία που στηρίζει το πιο πάνω συμπέρασμα αναφέρει ότι η αύξηση του σωματικού βάρους στην πρώιμη φάση της ανάκαμψης μπορεί να υπερβαίνει το βάρος που χάνεται κατά τη διάρκεια του ενεργού εθισμού. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε σε άντρες σε διάφορα στάδια ανάκμψης Οι συμμετέχοντες σε αυτή την ανάλυση έδωσαν περιγραφές των αλλαγών βάρους, την ουσιαστική χρήση των τροφίμων, καθώς και τη διαταραγμένη πρόσληψη (Cowan & Devine, 2008).

Όσον αφορά στον πληθυσμό των τοξικομανών, φαίνεται μέσω της διεθνούς βιβλιογραφίας, ότι πάσχουν από υποσιτισμό θερμίδων και πρωτεϊνών. Η κακή διατροφή σχετίζεται με το γυναικείο φύλο, την ένταση της εξάρτησης από τα ναρκωτικά, την ανορεξία και την κακή κατανάλωση τροφίμων και ποτών και την διατάραξη των κοινωνικών και οικογενειακών δεσμών. Οξεία οργανική παθολογία οδηγεί σε σημαντική επιδείνωση της διατροφικής κατάστασης των τοξικομανών (Santolaria-Fernández et al. 1995).

- Το επίπεδο θρεπτικής κατάστασης σύμφωνα με το Ποσοστό Σωματικού Λίπους, σε σχέση με τα χρόνια λήψης ουσιών

Τα υποκείμενα που κάνουν χρήση ουσιών μέχρι και 10 χρόνια δεν έχουν χαμηλό %BF (0.0%), ενώ άτομα στην κατηγορία 11 έως 20 έτη χρήσης έχουν κατά 33.3% κινδυνο κακής θρέψης. Επίσης, τα άτομα με 21 και περισσότερα χρόνια χρήσης, έχει ποσοστό χαμηλού σωματικού λίπους κατά 20.0% .

Μια επιστημονική μελέτη , ερευνόντας τη συσχέτηση χαμηλού ποσοστού σωματικού λίπους, σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, ατόμων θετικών και αρνητικών στον ιό HIV, από τρείς πόλεις των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, φτάνει στο συμπέρασμα χαμηλότερου ποσοστού σωματικού λίπους μεταξύ των χρηστών πολυτοξικομανίας, της κοκαΐνης και της ηρωίνης. Επίσης σημαντικό εύρημα ήταν ότι δεν βρέθηκαν διαφορές στη σύσταση σώματος ατόμων που έκανα αποκλειστικά μόνο κοκαίνη σε σχέση με αυτούς που έκαναν αποκλειστικά μόνο χρήση ηρωινης (Tang et al. 2010).

- Το επίπεδο θρεπτικής κατάστασης σύμφωνα με το Δείκτη Μάζας Σώματος, σε σχέση με τα χρόνια λήψης ουσιών

Σύμφωνα με τον δείκτη μάζας σώματος (ΣBkg/Ym^2), σε σχέση με το ιστορικό ετών χρήσης των υποκειμένων είναι κατά 0.0% για χρήση μέχρι και 10 χρόνια, όπως επίσης με μηδενικό ποσοστό από 21 χρόνια και περισσότερα. Παρατηρείται όμως επιπολασμός υποθρεψίας κατά 16.7% για χρήστες ουσιών από 11 μέχρι 20 χρόνια.

Επιστημονικές έρευνες, όπως αυτή του Forrester και συνεργατών του, φαίνεται να δείχνουν ότι η χρήση ναρκωτικών και ιδιαίτερα κοκαΐνης, με ή χωρίς ανάμιξη οπιούχων οδηγούν κυρίως τους άνδρες σε ένα πιο χαμηλό σωματικό βάρος και κατ' επέκταση σε χαμηλό δείκτη μάζας σώματος (Forrester et al. 2005)

Μάλιστα μια άλλη έρευνα με θέμα τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλων παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος μεταξύ των HIV-μολυσμένων ατόμων, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι γενικότερα, ο ΔΜΣ είναι χαμηλότερος σε χρήστες ναρκωτικών από τους μη-χρήστες ναρκωτικών και ειδικά χαμηλότερος σε χρήστες κοκαΐνης (Quach et al. 2008).

Επίσης τα αποτελέσματα μιας άλλης μελέτης, όπου αναφέρεται στους χρήστες ηρωίνης, οι οποίοι ακλουθούν πρόγραμμα απεξάρτησης με μεθαδόνη, αν και το 71.4% στη φάση απεξάρτησης βρίσκεται στο φυσιολογικό εύρος, υπάρχει ποσοστό επιπολασμού υποθρεψίας 10.2% (Alves et al. 2011).

- Το επίπεδο θρεπτικής κατάστασης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο όρεξης SNAQ, σε σχέση με τα χρόνια λήψης ουσιών

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο SNAQ, τα υποκείμενα με ιστορικό χρήσης ναρκωτικών κάτω από 10 χρόνια, φαίνεται να έχουν απώλεια 5% στου σωματικού τους βάρους μέσα σε 6 μήνες, γεγονός που αποδεικνύεται από τη συσχέτιση αφού το δείγμα αυτό ανήκει στο 85.7%. Μάλιστα το 33.3% των ατόμων με ιστορικό χρήσης 11- 20 χρόνια και το 40.0% των ατόμων που κάνουν χρήση 21 και περισσότερα χρόνια, διατρέχουν κίνδυνο απώλειας σωματικού του βάρους. Δεν υπάρχουν έρευνες που να συσχετίζουν το ερωτηματολόγιο SNAQ με τη περίοδο απεξάρτησης ναρκωτικών ουσιών , όμως είναι σημαντικό να αναφερθούν τα δικά μας αποτελέσματα.

Επιστημονική έρευνα που διενεργήθηκε για να επικυρώσει την εγκυρότητα ενός απλού εργαλείου για την αξιολόγηση της όρεξης και την πρόβλεψη της απώλειας βάρους, έδειξε ότι το SNAQ είναι κλινικά αποτελεσματικό. (Wilson et al. 2005)

Επίσης μία ακόμα έρευνα που διεξήχθει σε μια ομάδα ασθενών σε παθολογική κλινική, έδειξε πως χρησιμοποιώντας το Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) μπορεί να προσδιοριστεί ο υποσιτισμός και συνεπώς και η κατάσταση υγείας των ατόμων. Το SNAQ θεωρείται ένα απλό εργαλείο ανίχνευσης υποσιτισμού το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε ασθενείς περίπλοκων καταστάσεων αποδίδοντας έγκυρα αποτελέσματα (Kruizenga et al. 2006).

Κεφάλαιο 10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στη συγκεκριμένη μελέτη, παρατηρήθηκε πως οι μέθοδοι απεξάρτησης, αποδίδουν θετικά αποτελέσματα στους χρήστες. Συγκεκριμένα παρατηρείται μία αύξηση του βάρους σώματος ύστερα από την ένταξη τους, αν και απότομη. Έξάλλου αυτό φαίνεται από τις αναλύσεις της έρευνας που δείχνουν κατά μέσο όρο 61,1% φυσιολογικό Δείκτη Μάζας Σώματος. Επίσης, το ποσοστό σωματικού λίπους για το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος φαίνεται να είναι φυσιολογικό. Δεν παρατηρήθηκαν αυξημένα ποσοστά υποθρεψίας, παρά μόνο ελλείψεις κάποιων μικροθρεπτικών συστατικών. Μόνο μέσω του ερωτηματολογίου SNAQ βρέθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό θα έχει απώλεια 5% του σωματικού του βάρους σε 6 μήνες. Φάνηκε η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών να επηρεάζει το βάρος σώματος των ατόμων, με ποσοστό δείγματος 50% να εμφανίζει μείωση κατά τις περιόδους χρήσης. Τέλος, σε ένα μεγάλο ποσοστό φάνηκε να επηρεάζονται οι διατροφικές συνήθειες μόνο σε περιόδους χρήσης και κατάχρησης. Γενικότερα, παρατηρείται μια μέτρια συμμόρφωση ως προς τα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι τόσο η πολιτεία όσο και οι εμπλεκόμενοι φορείς θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν στο συγκεκριμένο τομέα. Καταδεικνύεται ότι υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης τόσο σε επίπεδο οργάνωσης προγραμμάτων απεξάρτησης όσο και σε επίπεδο διατροφικής υποστήριξης του εν λόγω πληθυσμού στόχου.

Επιπλέον υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα η εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης να ενταχθεί στο ευρύ φάσμα της κλινικής εξέτασης έτσι ώστε να προλαμβάνεται η κακή θρέψη με τις αρνητικές επιδράσεις η οποία επιφέρει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alves D, Costa AF, Custódio D, Natário L, Ferro-Lebres V, Andrade F. Housing and employment situation, body mass index and dietary habits of heroin addicts in methadone maintenance treatment. Assoc Applic Neurosci Knowledge Soci Aims 2011, 13(1):1592-

Anonymous. Barbiturates. Drugs Scope 2005. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.drugscope.org.uk/resources/drugsearch/drugsearchpages/barbiturates (13/5/2013)

Anonymous. Benzodiazepines. Drugs Scope 2006. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.drugscope.org.uk/resources/drugsearch/drugsearchpages/benzodiazepines (13/5/2013)

Anonymous. Guidelines for the use of enteral nutrition in the adult patient A.S.P.E.N. Board of Clinical Directors. *J Parenter Enteral Nutr* 1987, 11, 435–439.

Arnaud CH. Nicotine's binding mystery solved: Study shows why nicotine binds tightly in brain but not in muscle. Chemical & Engineering News 2009, 87(10):8.

Ashton C.H. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. The British Journal of Psychiatry 2001, 178: 101-106

Banys P. Substance Abuse. Encyclopedia of the Neurological Sciences 2003, Pages 427–439. –a

Banys P. Substance Abuse. Encyclopedia of the Neurological Sciences 2003, Pages 503–504. –b

Barendregt K., Soeters B.P., Allison P.S., Kondrup J. Basic concepts in nutrition: Diagnosis of malnutrition –Screening and assessment. e-SPEN the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism 2008, 3:e121-e125

Bateson AN. The benzodiazepine site of the GABAA receptor: an old target with new potential? A discussion of the pharmacological actions of benzodiazepines and other drugs acting at the same sites on GABAA receptors. Sleep Med 2004, 5(Suppl 1):S9–S15.

Benson M., Bentley A. M. Lung disease induced by drug addiction. Thorax 1995, 50, 1125 -1127

Bussemas HH, Harsch, Ettre LS. Friedlieb Ferdinand Runge (1794-1867): "Self-grown pictures" as precursors of paper chromatography. Chromatographia 1994, 38(3-4): 243-254.

Calcium (n.d.). Office of Dietary Supplements. Reviewed 2013 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

http://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium-QuickFacts/

Cepik A., Arikan Z., Boratav C., Isik. Bulimia in a male alcoholic: A symptom substitution in alcoholism. International Journal of Eating Disorders 1995, 17, 201–204.

Chrisa A., Martha Y. K., Jayne A. F., Peter J. H., Mary S. Substance use and dietary practices among students attending alternative high schools: results from a pilot study. BMC Public Health 2011, 11:263

Collins S. Using middle arm circumference to assess severe adult malnutrition during famine. *The Journal of the American Medical Association* 1996, 276(5):391-395

Coombs R. H. Cool Parents Drug-free Kids: A family Survival Guide. Boston: Allyn and Bacon, 2002.

Coulston A.M., Boushey C. J., Ferruzzi M. G. Nutrition in the prevention and treatment of disease. Elsevier 2013, 3rd edition

Cowan Jennifer., Devine C. Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction, 2008

Crane E.H., Nemanski N. Benzodiazepines in drug abuse-related emergency department visits: 1995–2002, U.S. Deparment Of Health & Human Services 2004

Cubo E., Goetzb C.G. "Marijuana. A Hospital de la Zarzuela, Madrid, Spain", Encyclopedia of the Neurological Sciences. 2003, Pages 41.

Day DE, Bartness TJ. Fasting-induced increases in food hoarding are dependent on the foraging-effort level. Physiol Behav 2003

Deas-Nesmith D., Brady K., Campbell S. Comorbid substance use and anxiety disorders in adolescents. Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment 1998, 139-148.

Donald E., Greydanus D. E., Patel D. R. The Adolescent and Substance Abuse: Current Concepts. Disease-a-Month 2005, Volume 51, Issue 7, Pages 392–431

Drug of Abuse. "A DEA Resource Guide" Drug enforcement administration. U.S. Department of Justice. 2011 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.dea.gov (25/5/2013)

Dugdale David C. (n.d.) Folate deficiency. Update Date: 8/24/2011 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000354.htm

Eddy N. B. The History of the Development of Narcotics. Publication Citation, 22 Law and Contemporary Problems 1957, 3-8

Edward J Mills , Ping Wu , Ian Lockhart , Kumanan Wilson , Jon O Ebbert. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. 1988

Ehrlich Steven D. Vitamin C (Ascorbic acid). Reviewed last on: 7/7/2011 by VeriMed Healthcare Network.

Elia M., Chairman, Editor. Screening for Malnutrition: A Multidisciplinary Responsibility. Development and Use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults. Malnutrition Advisory Group (MAG), a Standing Committee of BAPEN. Redditch, Worcs.: BAPEN 2003

Emmett D., Nice G. Understanding drugs: a handbook for parents, teachers and other professionals, 1998

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (n.d.)Drug treatment overview for Cyprus. Διαθέσιμο στο δικτυακό ιστοτόπο : http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (n.d.).Drug treatment overview for Greece . Διαθέσιμο στο δικτυακό ιστοτόπο : http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment

Evans GW. Zinc and its deficiency diseases. Clin Physiol Biochem 1986, 4(1):94-8.

Evans RW, Croghan IT, Offord KP, Schmidt S, Gomez-Dahl LC, Schroeder DR, Patten CA, Hurt RD. Cost-effeciveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. Mayo Clin. Proc. 1997, 72:917-924

Everest, J., Tunbridge, R., Widdop B. The Incidence of Drugs in Road Traffic Fatalities. 1989

Farkas, M. E., Dwyer, J. Nutrition education for alcoholic recovery homes. J Nutrition Education 1984, 16

Forrester JE, Tucker KL, Gorbach SL. The effect of drug abuse on body mass index in Hispanics with and without HIV infection. Public Health Nutr. 2005, 8(1):61-8

Garrow J. S., James W.P.T. Human Nutrition and Dietetics. 9th ed. London, Churchill Livingstone, 1998

Gillard ER, Dang DQ, Stanley BG. Evidence that neuropeptide Y and dopamine in the perifornical hypothalamus interact antagonistically in the control of food intake. 1993

Goetz C. G. Hallucinogens. Encyclopedia of Toxicology (Second Edition) 2005, Pages 750–751.

Gorski, T. Understanding the Twelve Steps - An Interpretation And Guide For Recovering People", New York, New York: Prentice Hall Press, 1989

Gossop M. 'Living with Drugs", 5th edition, 2000.

Grabowski, J. *Cocaine: Pharmacology, Effects, and Treatment of Abuse*. Research Monograph 50, National Institute on Drug Abuse (NIDA), Bethesda, MD, 1984.

Grant A., DeHoog S. Nutritional Assessment and Support (4th ed). Seattle Wash 1991

Griffiths RR, Johnson MW. Relative abuse liability of hypnotic drugs: a conceptual framework and algorithm for differentiating among compound, 2005

Grunberg, N.E. The effects of nicotine and cigarette smoking on food consumption and taste preferences, 1982

Hakewell P, Moren A. 'Monitoring and evaluation of relief programmes. *Tropical Doctor* 1991, 1:24-28

Hall Wayne, Solowij Nadia. Adverse effects of cannabis. The Lancet 1998, Vol 352,

November 14, 1998

Halpern JH, Sherwood AR, Hudson JI, Gruber S, Kozin D, Pope HG Jr. Residual neurocognitive features of long-term ecstasy users with minimal exposure to other drugs. Laboratory for Integrative Psychiatry Biological Psychiatry Laboratory Cognitive and Clinical Neuroimaging Core Brain Imaging Center McLean Hospital, Belmont, MA, USA 2011,106: 777-86

Henn D., DeEugenio D. Barbiturates, 2007. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://books.google.com.cy (23/5/2013)

Herbert D. Kleber et. al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders (Second Edition), 2006

Heyman, G. Is addiction a chronic, relapsing disease? , 2001. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.geneheyman.com/pdf

Higdon JV, Frei B. Coffee and health: a review of recent human research. Crit. Reviews Food Sci Nutr 2006, 46:101-123,

Hill JO., Peters JC. Environmental contributions to the obesity epidemic. Science 1998, 280:1371–1374

Hodgkins CC, Jacobs WS, Gold MS. Weight gain after adolescent drug addiction treatment and supervised abstinence. Psychiatric Annal 2003, 33(2):112-116

Højsted J., Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature review. European Journal of Pain 2007,Volume 11, Issue 5, Pages 490–518

Hrnciarikova D, Juraskova B, Zadak Z, Hronek M. Present state of evaluating malnutrition in the elderly – Analysing indicators. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 2006, 150:217-21

International Narcotics Control: Strategy Report, 2010

Jermaine D. Jones, Shanthi Mogali, Sandra D. Comer. Polydrug abuse: A review of opioid and benzodiazepine combination use. Drug and Alcohol Dependence 2012, Volume 125, Issues 1–2, Pages 8–18

Jerrold B. L. Substance-Related Disorders in Adults. Disease-a-Month 2007, Volume 53, Issue 6, Pages 313–335

Johnson K H, Bazargan M, Cherpitel C. J. Alcohol, tobacco and drug use and the onset of type 2 diabetes among inner-city minority patients. Journal of the American Board of Family Practice 2001, 14(6), 430-36.

Karajibani M., Montazerifar F., Shakiba M. Evaluation of Nutritional Status in Drug Users Referred to the Center of Drug Dependency Treatment in Zahedan, 2012

Kolarzyk E, Chrostek Maj J, Pach D, Janik A, Kwiatkowski J, Szurkowska M. Assesment of daily nutrition ratios opiate-dependent persons before and after 4 years of methadone maintenance treatment,62(6),2005, pp 368-372

Keys A. The Biology of Human Starvation, 1950 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.madsciencemuseum.com/msm/pl/great_starvation_experiment (13/5/2013)

King L.A. Classification including Commercial Drugs. Encyclopedia of Forensic Sciences 2000, Pages 626–631 DRUGS OF ABUS E

Knapp C. M. Opiates. Encyclopedia of the Human Brain 2002, Pages 729–739

Kruizenga H. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ), 2004

Kruizenga H.M., P. de Jonge, J.C. Seidell, F. Neelemaat, A.A. van Bodegraven, N.J. Wierdsma, M.A.E. van Bokhorst-de van der Schueren. Are malnourished patients complex patients? Health status and care complexity of malnourished patients detected by the Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ). European Journal of Internal Medicine 2006,Volume 17, Issue 3, Pages 189-194

Lee S., Park Y., Han E., Choi H., Chung H.,Oh S. M.,Chung K. H. 'Thebaine in hair as a marker for chronic use of illegal opium poppy substances. Forensic Science International 2011, Volume 204, Issues 1–3, Pages 115–118

Levert S. The Facts About LSD, 2006. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://books.google.com.cy/books (13/5/2013)

Levinthal C. F. Drugs, Behaviour and modern society(4th edition). Pearson Education Inc 2005

Liu S. W., Lien M. H., Fenske N. A. The effects of alcohol and drug abuse on the skin. Clinics in Dermatology -Nutrition and the Skin: Part I. 2010, Volume 28, Issue 4, Pages 391–399

Lowinson J., Pedro R., Millman R., Langrod J. Substance abuse: a comprehensive textbook. 2005

Maartje M. L. de Win, Gerry Jager, Jan Booij, Liesbeth Reneman, Thelma Schilt, Cristina Lavini, Sílvia D. Olabarriaga, Gerard J. den Heeten, Wim van den Brink. "Sustained effects of ecstasy on the human brain: a prospective neuroimaging study in novel users. 2008

Maddahian E., Michael D., Newcomb, Bentler P. M. Adolescents' substance use: Impact of ethnicity, income, and availability. Advances in Alcohol and Substance Abuse 1986, 5:63-78

Madge T. White mischief – a cultural history of cocaine. Edinburgh: Mainstream 2001.

Mahan L. K., Escott-Stump S. Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy (9th ed.) Philadelphia, Saunders Company 1996

Mahan LK E-sS. Krause's food, nutrition, and diet therapy (12 ed.) the University of Michigan 2004.

Mansour Karajibani, Farzaneh Montazerifar, Mansour Shakiba. Evaluation of Nutritional Status in Drug Userw Referred to the Center of Drug Dependency in Zahedan. International Journal of High Risk Behaviors & Addiction 2012, Volume 1, Issue 1,

Marsden J. Long-term outcome of treatment for drug dependence. National Institute on Drug Abuse (NIDA), Psychiatry 2004, Volume 3, Issue 1, Pages 47–49.

Marsden J. The Neurobiology of Drug Addiction-Long-term outcome of treatment for drug dependence. National Institute on Drug Abuse (NIDA), Psychiatry 2007

Martin B. Opium: A History. London: Simon & Schuster, Ltd., 1996

McBay A. Drug concentrations and traffic safety, Alcohol, Drugs and driving 2. 1986, 51-59

McLain L. A Study of Peyote. 1968 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://bitnest.ca/external.php?id=%257DbxUg%255BSC%251B%2500%2501ryy%2501%2503_%255BY%250B%255DIr%257B%2560 (13/5/2013)

Mohs ME, Watson RR, Leonard-Green T Nutritional effects of marijuana, heroin, cocaine, and nicotine, journal article,90(9),1990,pp 1261-1267

Molly Broderick. Encyclopedia of Toxicology" (Second Edition). Drugs of Abuse 2005, Pages 102–104. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.dea.gov (25/5/2013)

Myer R. L. The 100 Most Important Chemical Compounds: A Reference Guide. 2007

Nakah A, Frank O, Louria D B, Quinones M A and Baker H. A vitamin profile of heroin addiction. Am J Public Health. 1979 October; 69(10): 1058–1060.

Narconon International, History of Heroin. (n.d.). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: **http://www.narconon.org/drug-information/heroin-history.html** (30/5/2013)

Narconon International, Cocaine Arrives in the Twentieth Century. (n.d.). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

http://www.narconon.org/drug-information/cocaine-circa-1900-1990s.html (30/5/2013)

Narconon International, Cocaine Information.What is cocaine?. (n.d.). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

http://www.narconon.org/drug-information/cocaine-coke.html (30/5/2013)

National Centre for Health Statistics. Analytic and reporting guidelines: The Third National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES III (1988-1994). Hyattsville, Md: National Centre for Health Statistics, 1996

National Institute on Drug Abuse (NIDA): "Heroin: Abuse and Addiction. What are the long-term effects of heroin use? ", The Science of Drug Abuse & Addiction 2005

National Institute on Drug Abuse (NIDA) - Management of substance abuse: "Detoxification", World Health Organization (WHO): "Detoxification".

National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Understanding Drug Abuse and Addiction. Detoxification". Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.drugabuse.gov/publications/teaching-packets/understanding-drug-abuse-addiction/section-iii/7-medical-detoxification157 (30/5/2013)

National Institute on Drug Abuse (NIDA), "Drugs, Brain, and behavior. The Science of addiction". National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services. NIH Pub No. 10-5605. Published April 2007

National Institute on Drug Abuse (NIDA), The Science of Drug Abuse and Addiction, last updated December 2012 Διαθέσιμο στο δυκτιακό τόπο: http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/fentanyl

Nazrul Islam SK, Jahangir Hossain K, Ahmed A, Ahsan M. Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle. The British journal of nutrition 2002, 88(5): 507-13.

Nazrul Islam SK, Jahangir Hossain K, Ahsan M. Serum vitamin E, C and A status of the drug addicts undergoing detoxification: influence of drug habit, sexual practice and lifestyle factors. European journal of clinical nutrition 2001, 55 (11): 1022-7.

Ndambuki E. K. Guidance and counseling in schools. Nairobi: Strong wall Africa. 2003

Newman A.H., Rothman R.B. Addiction. Comprehensive Medicinal Chemistry II. 2007, Pages 169–191. Volume 6: Therapeutic Areas I: Central Nervous System, Pain, Metabolic Syndrome, Urology, Gastrointestinal and Cardiovascular

Niemann A. Über eine neue organische Base in den Cocablättern (On a New Organic Base in the Coca Leaves). 1860

Norgan N. "Personal communication", 2000

Official WEB site Locator for the United Nations System of Organization. Διαθέσιμο στον ιστότοπο http://www.unsystem.org/scn/archives/adults/ch06.htm

Oliwenstein Lori. Caltech researchers find tiny genetic change keeps nicotine from binding to muscle cell. Caltech Media Relations 2009.

Ondieki A. G., Ondieki Z. M. The Preconditioning Factors to Drug Use and Abuse among Secondary School Adolescents in Kiamokma Division, Kisii County. Journal of Emerging Trends in Educational Research and Policy Studies (JETERAPS) 2012, 3(4): 465-470

Paton W.D.M., Pertwee R.G. The pharmacology of cannabis in animals Marijuana, Chemistry, Pharmacology, Metabolism and Clinical Effects . New York: Academic Press Inc1973, 191–285.285ed.

Paulozzi Leonard J. Prescription drug overdoses: A review, Journal of Safety Research.

2012, Volume 43, Issue 4, Pages 283–289

Payne JJ, Keys DW, Jerreat PG. Salivary alcohol measurement: use in clinical forensic medical practice. J Clin Forensic Med 2005, 2: 41–44

Pearce Simon H S, Cheetham Tim D. Diagnosis and management of vitamin D deficiency. BJM 2010, Volume 340

Pirastu R., Fais R., Messina M., Bini V., Spiga S. & Falconieri D. Impaired decision making in opiate-dependent subjets: effect of pharmacological therapies. Drug alcohol Dependence 2006, 83(2), 163-8

Pridmore S. Download of Psychiatry. Chapter 12. Last modified 2010.

Quach LA, Wanke CA, Schmid CH, Gorbach SL, Mwamburi DM, Mayer KH, Spiegelman D, Tang AM. . Drug use and other risk factors related to lower body mass index among HIV-infected individuals. Drug Alcohol Depend. 2008. 1;95(1-2):30-6

Reducing Fat Intake . (n.d.) Διαθέσιμο στο δυκτιακό τόπο:

http://my.clevelandclinic.org/healthy_living/weight_control/hic_reducing_fat_intake.aspx

Robert C. Petersen, Richard C. Stillman, Phencyclidine (PCP) Abuse: An Appraisal, 1978

Rodrigues VC, Rao RSP, Lena A. Utility of arm circumference as an instrument to identify women at nutritional risk. *Tropical Doctor* 1994, 24:164-166

Santolaria-Fernandez FJ, Gomez-Sirvent JL, Gonzalez-Reimers CE, Batista-Lopez JN, Jorge-Hernandez JA, Rodriguez-Moreno F. Nutritional assessment of drug addicts. Drug and alcohol dependence. 1995, 38(1): 11-8.

Santolaria-Fernández Francisco J., Gómez-Sirvent J.L., González-Reimers C.Emilio, Batista-López JoséN., JoséA. Jorge-Hernández, Fermín Rodríguez-Moreno, Antonio Martínez-Riera, Miguel T. Hernández-García. Nutritional assessment of drug addicts. Drug and Alcohol Dependence 1995, Volume 38, Issue 1, Pages 11–18

Segal B. Addiction: General, Encyclopedia of Gerontology (Second Edition), 1994, USA, Pages 36–41

Shakir A. Arm circumference in the surveillance of protein energy malnutrition in Baghdad. *American Journal of Clinical Nutrition 1975*, 26:661-665

Shannon M. B., Hanser R. D. Community-Based Corrections: A Text/Reader. 2012

Sharma S., Lertzman M. Nicotine addiction**.** e-Medicin 2008

Sharma S. Barbiturates and driving. Accident Analysis & Prevention. 1976, Volume 8, Issue 1, Pages 27–31

Smit E, Crespo CJ. Dietary intake and nutritional status of US adult marijuana users: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Public health nutrition 2001, 4(3):781-6.

Smit E., Graham NM., Tang A, Flynn C, Solomon L, Vlahov D. Dietary intake of community-based HIV-1 seropositive and seronegative injecting drug users. Nutrition 1996, 12(7-8):496-501.

Suzanne K. Vosburg, Jermaine D. Jones, Jeanne M. Manubay, Judy B. Ashworth, Irma H. Benedek, Sandra D. Comer. Assessment of a formulation designed to be crush-resistant in prescription opioid abusers. Drug and Alcohol Dependence 2012, Volume 126, Issue 1 , Pages 206-215

Stanton M. D., Thomas C. T. The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction. 1982

Stini WA. Reduced sexual dimorphism in upper arm circumference associated with a protein deficit diet in a South American population. *American Journal of Physical Anthropology* 1973, 36:341-352

Stratton R. J., Hackston A., Longmore D., Dixon R., Price S., Stroud M., King C., Elia M. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool ('MUST') for adults. 2004

Szalavitz M. Magic Mushrooms Expand the Mind By Dampening Brain Activity. 2012

Tang Alice M., Janet E. Forrester, Donna Spiegelman, Timothy Flanigan, Adrian Dobs, Sally Skinner and Christine Wankea. Heavy injection drug use is associated with lower percent body fat in a multi-ethnic cohort of HIV-positive and HIV-negative drug users from three U.S. cities. Am J Drug Alcohol Abuse. 2010. 36(1): 78–86.

T. Briony. Dietetic practice. Blackwell Science Ltd 2001, pp: 70-71

Todorovic V., Russell C., Elia M. A Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults. 2007

Vale A. Substance abuse: routes, hazards and body packing. Medicine 2007, Volume 35, Issue 10, Pages 570–572. Poisoning Part 1 of 3

Van Orden R. C. Determination of Psilocybin and Psilocin in Hallucinogenic Mushrooms by HPLC with Diode Array and MS detection. 2008

Velzeboer MI, Selwyn BJ, Sargent S, Pollitt E, Delgado H. The use of arm circumference in simplified screening for acute malnutrition by minimally trained health workers. *Journal of Tropical Pediatrics* 1983, 29:159-166

Vitamin B3 (Niacin), University of Maryland Medical Center (UMMC) 2011 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.umm.edu/altmed/articles/vitamin-b3-000335.htm

Vitamin E, University of Maryland Medical Center (UMMC)] 2011 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: **http://www.umm.edu/altmed/articles/vitamin-e-000341.htm**

Wang G., Volkow N., και Fowlers J. The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. 2004

Webb E., Ashton C. H., Kelly P., Kamali F. Alcohol and drug use in UK university students. 1996, pages 922–925

Whitney E.N., Cataldo C.B., Rolses S.R. Understanding Normal and Clinical Nutrition (5th ed.) New York, West-Wadsworth 1998

Wills T. A., Snady J. M., Yaeger A. M, Cleary S. D., Shinar O. Coping Dimensions, Life Stress and Adolescent Substance Use: A Latent Growth Analysis. Journal of Abnormal Psychology 2001, 110: 309-323.

Wilson Margaret-Mary G, David R Thomas, Laurence Z Rubenstein, John T Chibnall, Stephanie Anderson, Amy Baxi, Marilyn R Diebold, John E Morley. Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents1,2,3. Am J Clin Nutr 2005, vol. 82 no. 5 1074-1081

Winkelmayer W. C., Mehta J., Wang P. S. Benzodiazepine Use and Mortality of Incident Dialysis Patients in the United States. 2008 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.readcube.com/articles/10.1038/sj.ki.5002548

Wood A. D., Bartness T. J. Food deprivation-induced increases in hoarding by Siberian hamsters are not photoperiod dependant. *Physiology and Behavior 1996*, 60:1137–1145

World Health Organization (WHO) : "Management of substance abuse. Detoxification."

World Drug Report, United Nations, New York, 2012

World Health Organization (WHO): "The World Health Report", 2004.

World Health Organization (WHO): "Tobacco", 2013

World Health Organization: "Marketers of electronic cigarettes should halt unproved therapy claims", 2008.

Xiu X, Puskar NL, Shanata JA, Lester HA, Dougherty DA. Nicotine binding to brain receptors requires a strong cation-pi interaction. Nature 2009, 458(7237):534

Yui K., Ikemoto S., Ishiguro T., Goto k. Studies of amphetamine or methamphetamine psychosis in Japan: Relation of methamphetamine psychosis to schizophrenia. Ann N Y Acad Sci 2000, 914: 1-12

Zieve David, David R. Eltz. Vitamin C. University of Washington Medical Center

Diabetes Care Center. 2011

Zieve David. Potassium in diet. 2012 Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002413.htm

Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου: "Η Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά 2009 – 2012"

Γεωργιαννός Σ. Ν. Φυσιολογία της θρέψης, μεταβολισμός και τεχνητή εντερική και παρεντερική διατροφή. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιανός 1988

Δελτίο του ευρωπαϊκού κέντρου παρακολούθησης ναρκωτικών και τοξικομανίας. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο http://www.emcdda.europa.eu (13/5/2013)

Δελτίο του Ευρωπαϊκού κέντρου παρακολούθησης ναρκωτικών και τοξικομανίας: "Τα ναρκωτικά στο προσκήνιο", 2011. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.emcdda.europa.eu/ (13/5/2013)

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά: "Η Κατάσταση των Παράνομων Εξαρτησιογόνων Ουσιών στην Κύπρο", 2006

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά: "Κατάσταση των Παράνομων Εξαρτησιογόνων Ουσιών στην Κύπρο", 2006

ΕΚΤΕΠΝ: "Κατάσταση των Παράνομων Εξαρτησιογόνων Ουσιών στην Κύπρο", 2011

Ζαμπέλας Αντώνης. Η Διατροφή στα Στάδια της Ζωής. Ιταρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2003, Αθήνα

Ζαμπέλας Αντώνιος. Κλινική διαιτολογία & διατροφή με στοιχεία παθολογίας. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2007, Αθήνα

ΚΕΘΕΑ, Θεραπευτικό πρόγραμμα για έφηβους χρήστες και τις οικογένειες τους, "Υπάρχουν στάδια στη χρήση, κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες;". Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.kethea-strofi.gr/article.php?id=157 (20/5/2013)

Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών, Νομού Ρεθύμνης: "Εκσταση". Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,33,0,0,1,0 (30/5/2013)

Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών, Νομού Ρεθύμνης: "Κοκαϊνη". Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,32,0,0,1,0 (30/5/2013)

Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών, Νομού Ρεθύμνης: "Μαγικά Μανιτάρια". Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,111,0,0,1,0 (28/5/2013)

Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών, Νομού Ρεθύμνης: "Μεθαμφεταμίνη". Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,35,0,0,1,0 (30/5/2013)

Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών, Νομού Ρεθύμνης: "Μεσκαλίνη". Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,137,0,0,1,0 (30/5/2013)

Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών, Νομού Ρεθύμνης: "Παραισθησιογόνα". Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,85,0,0,1,0 (30/5/2013)

Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών, Νομού Ρεθύμνης: "Φαινσυκλιδίνη". Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.prolipsis.gr/index.php?id=29,138,0,0,1,0 (30/5/2013)

Μάνιος Γ. Διατροφική αξιολόγηση: Διαιτολογικό και Ιατρικό Ιστορικό, Σωματομετρικοί, κλινικοί και βιοχημικοί δείκτες. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης 2006

Μπαρμπάκας Δ.: "Διατροφή και Δημόσια Υγεία", 2003

Σούγκαρμαν, Μ., Ζαφειρίδης Φ. Οι θεραπευτικές κοινότητες απάντηση στα ναρκωτικά. Εκδόσεις Κομμούνα 1990

Παναγιωτάκος Δ. Β., Θεοδωράκη Ε., Μανίκα Β. Ένας Δείκτης υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής και η σχέση του με κλινικούς και βιολογικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. 2005,14

Τούντα Κ. Η αποκατάσταση ενός οργανισμού. Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός 1989

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης: "Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά 2008 – 2012", 2008

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Παρακάτω παραθέτονται τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

<< ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ>>

Ημερομηνία: ___/___/___ ΚΩΔΙΚΟΣ _____

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. **Φύλο:** Άνδρας ☐
   Γυναίκα ☐

2. **Ημερομηνία γέννησης:**_____

3. **Γνωρίζετε ποιο είναι το σωματικό σας βάρος**

   Ναι Όχι

Αν ναι, πόσα κιλά είστε _____

4. **Γνωρίζετε ποιο είναι το ύψος σας**

   Ναι Όχι

Αν ναι, τί ύψος έχετε _____

5. **Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση:**

Ποτέ παντρεμένος/η ☐

Έγγαμος/η και ζώντας μαζί με τον/την σύζυγο (όχι σε διάσταση) ☐

Συμβίωση σε μόνιμη βάση ☐

Παντρεμένος/η, ζώντας χωριστά από τον/τη σύζυγο (σε διάσταση) ☐

Διαζευγμένος/η ☐

Χήρος/α ☐

6. **Μένετε μόνος/η σας**; ΝΑΙ ΟΧΙ

7. **Μορφωτικό Επίπεδο:**

Καμία Εκπαίδευση ☐

Απολυτήριο Δημοτικού ☐

Απολυτήριο Γυμνασίου ☐

Απολυτήριο Λυκείου (Γενικό/Τεχνικό) ☐

Απολυτήριο Τεχνικής/Επαγγελματικής Σχολής ☐

Πτυχίο Ανώτερης Σχολής (ΑΤΕΙ) ☐

Πτυχίο Ανώτατης Σχολής (ΑΕΙ) ☐

Μεταπτυχιακό Δίπλωμα σπουδών (Msc, κ.α) ☐

Διδακτορικό Δίπλωμα Σπουδών (Phd) ☐

Άλλο (αναφέρετε): _____

8**. Ποια είναι η τρέχουσα Επαγγελματική σας Κατάσταση:**

1. Δημόσιος Υπ. ☐

2. Ιδιωτικός Υπ. ☐

3. Αγρότης ☐

4. Άνεργος ☐

5. Φοιτητής ☐

6. Συνταξιούχος ☐

7. Σε επαγγελματική εκπαίδευση/ μετεκπαίδευση/ επιμόρφωση/ κατάρτιση ☐

8. Γονική άδεια ☐

9. Μόνιμη ασθένεια ή ανικανότητα ☐

10. Φροντίδα του σπιτιού ή της οικογένειας ☐

Άλλη_____

9.**Πόσο καιρό είστε/ ήσασταν χρήστης ουσιών**

1-2 χρόνια ☐

2-4 χρόνια ☐

4-6 χρόνια ☐

6-8 χρόνια ☐

8-10 χρόνια ☐

10-12 χρόνια ☐

Άλλο _____

10.**Ποιες ουσίες δοκιμάσατε μέχρι σήμερα και για πόσο χρονικό διάστημα**

Ηρωίνη _____

Κοκαΐνη _____

LSD _____

Μαριχουάνα _____

Άλλο _____

11**Ποιες από αυτές πιστεύετε σας προκάλεσαν μεγαλύτερο πρόβλημα στον οργανισμό;**

_____

_____

12. **Τι προβλήματα παρατηρήσατε ;**

_____

_____

13. **Καπνίζετε σήμερα?**

Ναι Όχι

14. **Πόσα τσιγάρα καπνίζετε τη μέρα κατά μέσο όρο?**

_____

15. **Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι επηρεάζουν τις διατροφικές σας συνήθειες**

	Καθόλου	Μέτρια	Αρκετά
Ευκολία παρασκευής	☐	☐	☐
Γεύση	☐	☐	☐
Κόστος	☐	☐	☐
Υγιεινή τροφή	☐	☐	☐
Έλεγχος Βάρους	☐	☐	☐
Οικογένεια-Φίλοι	☐	☐	☐
Χρόνιο Νόσημα	☐	☐	☐
Αλλεργίες	☐	☐	☐
Άλλες Παθήσεις	☐	☐	☐
Χρήση ουσιών	☐	☐	☐

Άλλο……

16. **Τρώτε στα fast food**

Ναι ☐

Όχι ☐

17. **Αν ναι, ποιοι οι λόγοι επιλογής αυτών (μπορείτε να σημειώσετε πάνω από μία απάντηση)**

Περιορισμένος χρόνος ☐

Απόλαυση της γεύσης ☐

Φαγητό με φίλους ☐

Έλλειψη δεξιοτήτων στο μαγείρεμα ☐

Ποικιλία στις επιλογές ☐

Διαφημίσεις ☐

Ευκολία ☐

Άλλο _____

18. **Θα λέγατε ότι η διατροφή σας είναι**

Υγιεινή ☐

Λίγο Υγιεινή ☐

Καθόλου Υγιεινή ☐

Δεν γνωρίζω ☐

19.**Εχουν ή είχαν αλλάξει οι διατροφικές σας συνήθειες και προτιμήσεις με τη χρήση ουσιών ή παραμένουν ίδιες όπως πριν τη χρήση ;**

_____

20. **Κατά διαστήματα τι αλλαγές παρατηρείται ή παρατηρούσατε στο σωματικό σας βάρος το οποίο πιστεύεται ότι οφείλεται στη λήψη ουσιών;**

_____

21. **Παρακολουθείτε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης; Αν ναι, με ποιο τρόπο λειτουργεί το πρόγραμμα αυτό**

Υποκατάστατο ναρκωτικών ουσιών (π.χ. Μεθαδόνη) ☐

Άλλες ουσίες ……..……..

Αποχή ☐

Ψυχολογική υποστήριξη μόνο ☐

22. **Τι αλλαγές παρατηρείτε γενικότερα με το πρόγραμμα το οποίο είστε ενταγμένοι;**

_____

23.**Παρατηρήτε κάποια αλλαγή στην όρεξη σας που δεν είναι συνηθισμένη αμέσως μετά τη λήψη κάποιας ουσίας ;**

Ναι Όχι

24. **Αν ναι, ποια ουσία σας δημιουργεί αυτή την αλλαγή;**

_____

25**. Τι παρατηρείτε μετά την χρήση αυτής της ουσίας σε σχέση με την όρεξη σας;**

_____

26. **Κατά τη διάρκεια της λήψης ουσιών και λίγη ώρα μετά έχετε παρατηρήσει κάποια ιδιαίτερη προτίμηση και επιθυμία σε κάποιο τρόφιμο ή ποτό?**

ΝΑΙ ΟΧΙ

27. **Ποιο είναι αυτό το είδος τροφής και σε σχέση με ποια ουσία;**

_____

28. **Ποια είναι η κατανάλωση σας σε υγρά μέσα στη ημέρα (λίτρα);**

_____

29. **Πιστεύετε πως αν δεν κάνατε χρήση ουσιών θα είχατε άλλες διατροφικές συνήθειες**?

Ναι Όχι

Αν ναι.. τι θα ήταν διαφορετικό ?

_____

_____

_____

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ

Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ)

NO. CODE: _____ Sex (circle): Male Female

Age: _____ Weight: _____ Height: _____

Date: _____

Administration Instructions: Ask the subject to complete the questionnaire by circling the correct answers and then tally the results based upon the following numerical scale: a = 1, b = 2, c = 3, d = 4, e = 5. The sum of the scores for the individual items constitutes the SNAQ score.

SNAQ score ≤ 14 indicates significant risk of at least 5% weight loss within six months.

1. My appetite is

a. very poor

b. poor

c. average

d. good

e. very good

2. When I eat

a. I feel full after eating only a few mouthfuls

b. I feel full after eating about a third of a meal

c. I feel full after eating over half a meal

d. I feel full after eating most of the meal

e. I hardly ever feel full

3. Food tastes

a. very bad

b. bad

c. average

d. good

e. very good

4. Normally I eat

a. less than one meal a day

b. one meal a day

c. two meals a day

d. three meals a day

e. more than three meals a day

Source: Wilson M, Thomas D, Rubenstein L, Chibnall J, Anderson s, Baxi A, et al. Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ

(The Mediterranean Diet Score)

ΚΩΔΙΚΟΣ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

Πόσο συχνά καταναλώσατε	**Συχνότητα κατανάλωσης (μερίδα / εβδομάδα ή καθορισμένα διαφορετικά)**					
Μη ραφιναρισμένα δημητριακά (ολικής αλέσεως ψωμί,	**Ποτέ**	**1-6**	**7-12**	**13-18**	**19-31**	**>32**
	0	1	2	3	4	5
Πατάτες	**Ποτέ**	**1-4**	**5-8**	**9-12**	**13-18**	**>18**
	0	1	2	3	4	5
Φρούτα	**Ποτέ**	**1-4**	**5-8**	**9-15**	**16-21**	**>22**
	0	1	2	3	4	5
Λαχανικά	**Ποτέ**	**1-6**	**7-12**	**13-20**	**21-32**	**>33**
	0	1	2	3	4	5
Όσπρια	**Ποτέ**	**<1**	**1-2**	**3-4**	**5-6**	**>6**
	0	1	2	3	4	5
Ψάρι	**Ποτέ**	**<1**	**1-2**	**3-4**	**5-6**	**>6**
	0	1	2	3	4	5
Κόκκινο κρέας και προϊόντα του	**≤1**	**2-3**	**4-5**	**6-7**	**8-10**	**>10**
	5	4	3	2	1	0
Πουλερικά	**≤3**	**4-5**	**5-6**	**7-8**	**9-10**	**>10**
	5	4	3	2	1	0
Πλήρες σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα)	**≤10**	**11-15**	**16-20**	**21-28**	**29-30**	**>30**
	5	4	3	2	1	0
Χρήση ελαιολάδου στο μαγείρεμα (φορές/εβδομάδα)	**Ποτέ**	**Σπάνια**	**<1**	**1-3**	**3-5**	**Καθημερινά**
	0	1	2	3	4	5
Αλκοολούχα ποτά (ml / ημέρα, 100ml=12gr. αιθανόλης)	**<300**	**300**	**400**	**500**	**600**	**>700 ή 0**
	5	4	3	2	1	0

Demosthenes B. Panagiotakos et al. Adherence to the Mediterranean food pattern predicts the prevalence of hypertension, hypercholesterolemia, diabetes and obesity, among healthy adults; the accuracy of the MedDietScore. *Preventive Medicine 44 (2007) 335–340*

The Mediterranean Diet Score

0-20 (χαμηλή συμμόρφωση)…….

21-35 (μέτρια συμμόρφωση)……

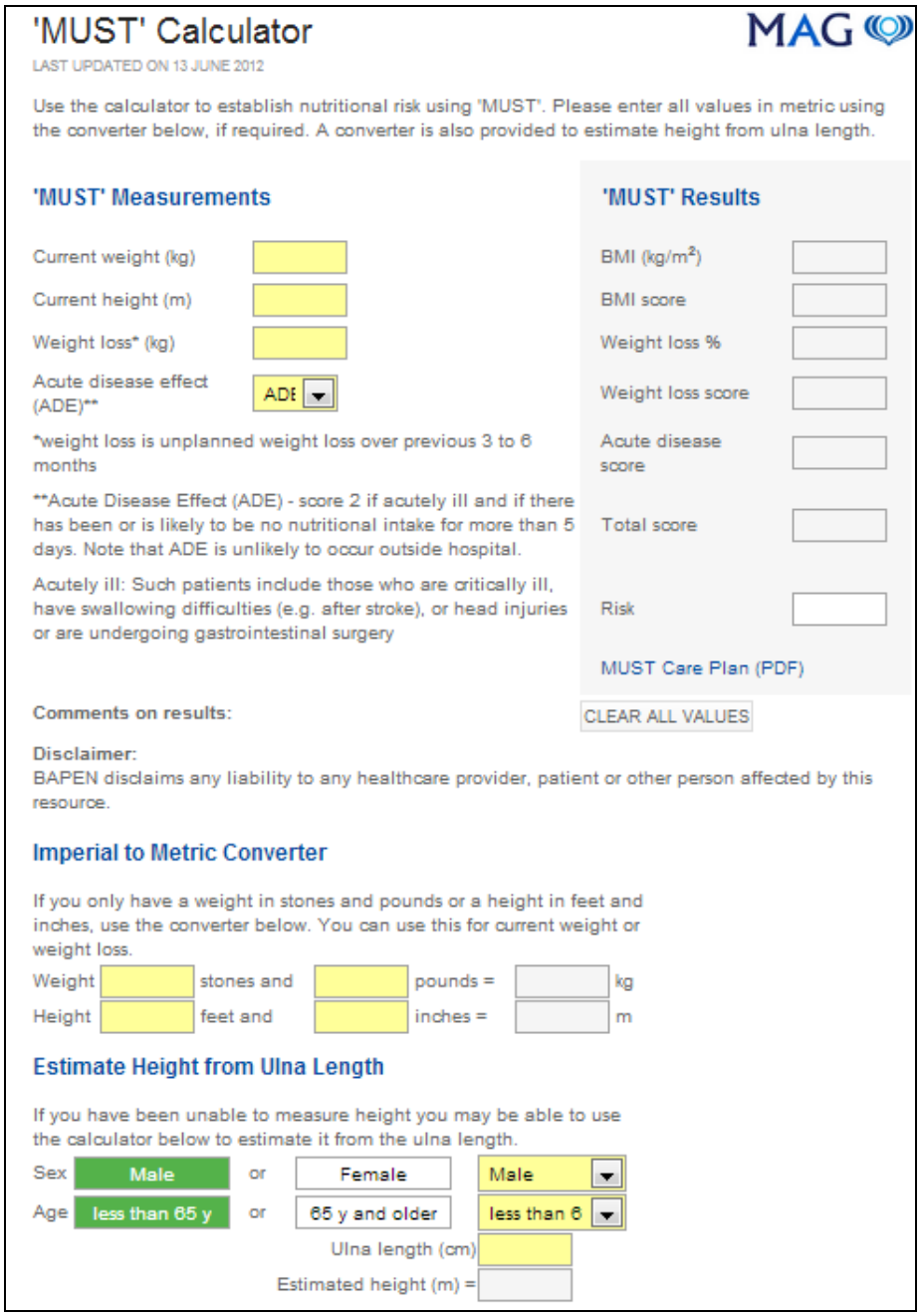
36-55 (υψηλή συμμόρφωση)……

Ανάκληση 24ωρης διαιτητικής πρόσληψης

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: **ΚΩΔΙΚΟΣ:**

ΩΡΑ	ΤΡΟΦΙΜΟ ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ	g	ΠΟΥ;

Ήταν η διατροφή σας αυτή την ημέρα συνηθισμένη;



'MUST' Calculator

MAG

LAST UPDATED ON 13 JUNE 2012

Use the calculator to establish nutritional risk using 'MUST'. Please enter all values in metric using the converter below, if required. A converter is also provided to estimate height from ulna length.

'MUST' Measurements

Current weight (kg)

Current height (m)

Weight loss* (kg)

Acute disease effect (ADE)** ADE

*weight loss is unplanned weight loss over previous 3 to 6 months

**Acute Disease Effect (ADE) - score 2 if acutely ill and if there has been or is likely to be no nutritional intake for more than 5 days. Note that ADE is unlikely to occur outside hospital.

Acutely ill: Such patients include those who are critically ill, have swallowing difficulties (e.g. after stroke), or head injuries or are undergoing gastrointestinal surgery

'MUST' Results

BMI (kg/m^2)

BMI score

Weight loss %

Weight loss score

Acute disease score

Total score

Risk

MUST Care Plan (PDF)

Comments on results:

CLEAR ALL VALUES

Disclaimer:
BAPEN disclaims any liability to any healthcare provider, patient or other person affected by this resource.

Imperial to Metric Converter

If you only have a weight in stones and pounds or a height in feet and inches, use the converter below. You can use this for current weight or weight loss.

Weight stones and pounds = kg

Height feet and inches = m

Estimate Height from Ulna Length

If you have been unable to measure height you may be able to use the calculator below to estimate it from the ulna length.

Sex Male or Female Male

Age less than 65 y or 65 y and older less than 6

Ulna length (cm)

Estimated height (m) =

Ο οδηγός ‘Malnutrition Universal Screening Tool’

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Πίνακες

Πίνακας 1.1 DSM-IV Ορισμός της εξάρτησης από ουσίες (Εθισμός) 16

Πίνακας 1.2 Ποσοστό (%) χρήσης ναρκωτικών, σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία 30

Πίνακας 2.1 Επιπτώσεις της χρήσης κάνναβης στην υγεία.....74

Πίνακας 4.1 Διεθνής Ταξινόμηση ελλιποβαρών, υπέρβαρων και παχύσαρκων ενηλίκων σύμφωνα με το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ).....82

Πίνακας 4.1 Ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία.....104

Πίνακας 4.2 Θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών στην Κύπρο 104

Πίνακας 4.3 Ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία.....105

Πίνακας 4.4 Θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών στην Ελλάδα.....106