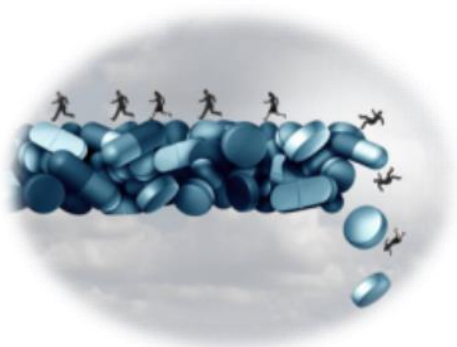




Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας & Τεχνολογίας Τροφίμων
Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας



Πτυχιακή Εργασία

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ
ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ»

ΜΑΚΑΡΑΤΖΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ - ΚΡΙΤΣΙΝΗ ΚΟΥΣΤΕΝΗ ΟΛΓΑ

ΑΜ:1920 - 1888

Επιβλέπων καθηγητής: ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ

ΣΗΤΕΙΑ, Ιανουάριος 2019



Technological Educational Institute of Crete

School of Agriculture, Food & Nutrition

Department of Nutrition & Dietetics



THESIS

SUBJECT: «Food Insecurity Intravenous Drug Users in Attica Area»

EDITORS: MAKARATZI VASILIKI – KRITSINI KOYSTENI OLGA

YD 1920 - 1888

SUPERVISOR PROFESSOR: AIKATERINI HARONITAKI

SITIA, January 2019

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στον Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Άγγελο Χατζάκη και στην Επίκουρη Καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. Β. Σύβα για το υλικό που μας παρείχαν σχετικά με τη διατροφική ανασφάλεια από το πρόγραμμα "ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ" που διεξήχθη από τον Αύγουστο του 2012 έως τον Ιούνιο του 2013 από το Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ προκειμένου να αντιμετωπίσουν την επιδημία μεταξύ των ΧΕΝ.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Β. Μπενέτου για την απόδοση στα ελληνικά του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για τη διατροφική ανασφάλεια και τη γενικότερη επιμέλεια που είχε πάνω σε αυτό το θέμα στο πλαίσιο του προγράμματος «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ».

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Μαθηματικό – Βιοστατιστικό κ. Σωτήρη Ρούσσο για την καθοριστική και πολύτιμη βοήθεια του και για τον χρόνο που αφιέρωσε στο κομμάτι της στατιστικής ανάλυσης αλλά και για τις συμβουλές και τις γνώσεις του κατά την συγγραφή της εργασίας.

Τέλος θέλουμε να εκφράσουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας για την στήριξη και την εμπιστοσύνη που μας έδειξαν όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μας. Πέρα απ' όλα αυτά όμως μας έδωσαν αξίες για όλη μας την ζωή.

Περίληψη

Η χρήση ουσιών και η εξάρτηση από αυτές προξενεί σημαντική επιβάρυνση στα άτομα και στις κοινωνίες σε ολόκληρο τον κόσμο. Η τοξικοεξάρτηση και η χρήση παράνομων ουσιών σχετίζονται με προβλήματα υγείας, την ανέχεια, τη βία, την εγκληματική συμπεριφορά, και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Παρ'όλα αυτά, η εξάρτηση από τα ναρκωτικά είναι δυνατόν να προληφθεί και να θεραπευτεί, καθώς είναι διαθέσιμες αποτελεσματικές παρεμβάσεις πρόληψης και θεραπείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η διατροφική κατάσταση ατόμων που κάνουν χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, να ανιχνευτούν οι ανησυχίες τους ως προς την δυνατότητα της σίτισής τους και να σκιαγραφηθούν οι τρόποι με τους οποίους, τα άτομα αυτά, δύνανται να εξασφαλίσουν την τροφή τους και σε τι βαθμό. Επίσης, μέσα από τις απαντήσεις που θα δοθούν από τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα, θα προσδιοριστούν οι τρόποι, με τους οποίους τα συγκεκριμένα άτομα αναζητούν βοήθεια, σε περίπτωση που την χρειαστούν, καθώς και το πού απευθύνονται.

Μεθοδολογία: Η παρούσα έρευνα που διενεργείται στα πλαίσια της εργασίας μας χρησιμοποιεί την μέθοδο του ερωτηματολογίου. Η έρευνα διεξήχθη από τον Αύγουστο του 2012 έως τον Ιούνιο του 2013 από το Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ προκειμένου να αντιμετωπίσουν την επιδημία μεταξύ των ΧΕΝ υλοποίησαν ένα πρόγραμμα στην κοινότητα με το όνομα «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» σε ένα κτίριο του ΟΚΑΝΑ στο κέντρο της Αθήνας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή 3320 χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών που έχουν κάνει χρήση τους τελευταίους 12 μήνες, ηλικιακών ομάδων από 18 ετών και άνω, ανδρών και γυναικών. (Hatzakis et al, 2015). Για τις ανάγκες της παρούσας πτυχιακής συλλέχτηκαν 200 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια των χρηστών με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με το μέρος που απευθύνονται για να εξασφαλίσουν την τροφή τους, την ανησυχία ως προς την εξασφάλιση του φαγητού, την ικανότητα ή ανικανότητα εξασφάλισης της τροφής εξαιτίας οικονομικών ή άλλων παραγόντων, και τον περιορισμό των γευμάτων λόγω έλλειψης τροφής.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι, τα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα έδειξαν να απευθύνονται στο συσσίτιο του δήμου Αθηνών(59,7%), σε συγγενείς/φίλους/γνωστούς (40,31%), στην εκκλησία/ενορία (17,83%) και ένα μεγάλο ποσοστό τις τάξης του 19,83% απευθύνεται κάπου αλλού τόσο ως προς την σίτισή τους, όσο και ως προς την αποκατάστασή τους. Μεγάλο ποσοστό των χρηστών δεν είχαν την δυνατότητα να σιτιστούν με τροφές της επιλογής τους αλλά και με την επαρκή ποσότητα για να καλύψουν τις ανάγκες τους.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος για εμφάνιση υποθρεψίας μειώνεται σημαντικά όταν τα άτομα-χρήστες παρακολουθούν κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης. Επιπλέον θα πρέπει οι χρήστες να προσλαμβάνουν την απαραίτητη ποσότητα τροφής από τα σημεία εστίασης ώστε να αποφεύγεται ο κίνδυνος εμφάνισης διατροφικών ελλείψεων. Τόσο οι αρμόδιοι φορείς όσο και η πολιτεία θα πρέπει να δραστηριοποιηθούν και να εντάξουν στα προγράμματα απεξάρτησης και το διαιτολογικό κομμάτι το οποίο παίζει καθοριστικό ρόλο για την ενδυνάμωση του οργανισμού όσο και για την αποφυγή πολλών παθολογικών καταστάσεων.

Λέξεις – Κλειδιά

Διατροφική ανασφάλεια, χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών

Abstract

Substance use and dependence causes significant burden on individuals and societies throughout the world. Drug addiction and the use of illegal drugs are associated with health problems, poverty, violence, criminal behavior, and social exclusion. Nevertheless, drug dependence may be prevented and cured, as effective prevention and treatment interventions are available.

Purpose: the purpose of this study is to examine the nutritional status of individuals who use illegal addictive substances and crawl their concerns as to the ability of their feeding and to outline the ways in which they may obtain their food and to what extent. Also, through the responses of the participants in this investigation, all the ways in which these people seek help, if needed, will be identified.

Methodology: this research had been carried out in the context of our work using the questionnaire method. The survey was conducted from August 2012 until June 2013. The survey was conducted with the participation of 3320 drug users who have used any addictive substance in the past 12 months, aged from 18 years and older, men and women (Hatzakis et al,2015). For the purposes of this award were collected 200 completed surveys of users for the purpose of gathering information about the part aimed to ensure their food, the concern about securing food, ability or inability to secure food for economic or other factors, and limiting meals due to lack of food.

Results: the results have shown that the people who participated in this research did not show to reach out to non-governmental organizations that were activated in this area and provide support and assistance to current and former addicts, both in feeding them, and for their rehabilitation.

Conclusions: in conclusion, it was found that the risk to show ypothrepsias is greatly reduced when the people participate in a drug rehabilitation program.

Keywords

Food insecurity, intravenous drug users

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Abstract	6
Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων	11
Κατάλογος Πινάκων	14
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια	15
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	17
Εισαγωγή	17
1.Ορολογία και κατηγοριοποίηση Ναρκωτικών Ουσιών	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
1.1 Ορισμός Ναρκωτικών Ουσιών	18
1.1.1 Κατάχρηση.....	19
1.1.2 Εξάρτηση	19
1.1.3 Ανοχή.....	20
1.2. Κατάταξη Ναρκωτικών Ουσιών	20
1.3 Ιστορική Ανασκόπηση	28
1.3.1 Ιστορική Ανασκόπηση της Τοξικοεξάρτησης	29
2.Αίτια και Επιπτώσεις	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης. 30
2.1 Παράγοντες που Οδηγούν στη Χρήση	32
2.2 Οι Επιδράσεις των Ναρκωτικών στον Ανθρώπινο Οργανισμό	35
3.Νομικό Πλαίσιο	41
3.1 Νομοθεσία για τα Ναρκωτικά	44
3.2 Ευρωπαϊκή και Εθνική Πολιτική Ναρκωτικών Ουσιών.....	46
4.Στατιστική Ανάλυση	46

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

4.1 Επιπολασμός στον Ελληνικό Πληθυσμό	49
4.2 Στατιστικά Στοιχεία Χρήσης Ναρκωτικών.....	51
4.3 Στοιχεία από Έρευνες Προηγούμενων Χρόνων	51
4.4 Επικράτηση Μολυσματικών Ασθενειών σε Ενδοφλέβιους Χρήστες.....	52
4.5 Θάνατοι από Ναρκωτικά	53
5. Διατροφική Ασφάλεια χρηστών	52
5.1 Ορισμός Διατροφικής Ασφάλειας	55
5.2 Διατροφική Αξιολόγηση.....	56
5.3 Διατροφική Αξιολόγηση σε Πληθυσμούς	56
5.4 Ιστορικό	58
5.5 Ανθρωπομετρία.....	60
5.6 Μεταβολές Βάρους.....	63
5.7 Φυσική Εξέταση	64
5.8 Βιοχημικές Αναλύσεις	65
5.9 Μελέτη Ερευνών για τη Διατροφική Κατάσταση Χρηστών Παράνομων Ουσιών	65
6. Το πρόγραμμα "ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ"	68
6.1 Το πρόγραμμα "ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ"	71
6.2 Δεδομένα.....	71
6.3 Στατιστική ανάλυση.....	72
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	73
ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	73
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	73
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	74
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	103

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	104
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	105
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	105
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ	106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	108

Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων

Γράφημα 4.2.3.1 Αριθμός αναφερθέντων και βεβαιωθέντων θανάτων από ναρκωτικά 2000 - 2008	51
Γράφημα 4.2.3.2 Ποσοστό βεβαιωθέντων θανάτων ανά έτος και περιοχή 2000 – 2008.....	52
Σχήμα 8.1: Κατανομή του φύλου των 200 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.....	77
Σχήμα 8.2: Κατανομή της εθνικότητας των 200 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.....	77
Σχήμα 8.3: Ηλικιακή κατανομή των 200 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα	78
Σχήμα 8.4: Κατανομή των ετών εκπαίδευσης των 200 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.....	79
Σχήμα 8.5: Κατανομή της διαβίωσης των 200 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.....	80
Σχήμα 8.6α: Απόκριση των 200 ερωτηθέντων στην ερώτηση για το αν υπάρχει μέρος που να μπορούν να απευθυνθούν με σκοπό την εξασφάλιση της τροφή τους.....	81
Σχήμα 8.6β: Κατανομή φύλου των 200 ερωτηθέντων, που συμμετείχαν στην έρευνα για την στην ερώτηση για το αν υπάρχει μέρος που να μπορούν να απευθυνθούν με σκοπό την εξασφάλιση της τροφή τους.....	81
Σχήμα 8: Κατανομή του τόπου που απευθύνονται για την εξασφάλιση τροφής, οι 200 ερωτηθέντες.....	83
Σχήμα 8.8: Αποκρίσεις των 200 ερωτηθέντων σχετικά με το αν υπήρχε ανησυχία για την ύπαρξη επαρκούς φαγητού.....	84
Σχήμα 8.9: Κατανομή της συχνότητας ανησυχίας των 200 ερωτηθέντων για την ύπαρξη επαρκούς φαγητού.....	84
Σχήμα 8.10: Ποσοστιαία κατανομή της έλλειψης δυνατότητας σίτισης με τις προτιμητέες τροφές, λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή, των 200 ερωτηθέντων.....	86

Σχήμα 8.11: Κατανομή της συχνότητας εμφάνισης του φαινομένου, δεδομένου ότι υπήρχε η έλλειψη της δυνατότητας σίτισης με τις προτιμητέες τροφές, των 200 ερωτηθέντων.....	88
Σχήμα 8.12: Αναγκαστική σίτιση με περιορισμένη σε ποικιλία τροφή, λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες.....	89
Σχήμα 8.13: Κατανομή της συχνότητας αναγκαστικής σίτισης με περιορισμένη σε ποικιλία τροφή, λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, των 200 ερωτηθέντων.....	89
Σχήμα 8.14: Αναγκαστική σίτιση με τροφές που στην πραγματικότητα δεν θα ήταν επιθυμητές, λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή.....	91
Σχήμα 8.15: Συχνότητα αναγκαστικής σίτισης με τροφές που στην πραγματικότητα δεν θα ήταν επιθυμητές, λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή...	91
Σχήμα 8.16: Αναγκαστική κατανάλωση μικρότερου γεύματος από το επιθυμητό, κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, λόγω έλλειψης επαρκούς ποσότητας φαγητού.....	92
Σχήμα 8.17: Συχνότητα αναγκαστικής κατανάλωσης μικρότερου γεύματος από το επιθυμητό, κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, λόγω έλλειψης επαρκούς ποσότητας φαγητού (Γράφημα από 99 άτομα).....	93
Σχήμα 8.18: Κατανάλωση φαγητού λιγότερες φορές την ημέρα αναγκαστικά, λόγω της έλλειψης επαρκούς ποσότητας φαγητού.....	93
Σχήμα 8.19: Συχνότητα κατανάλωσης φαγητού λιγότερες φορές την ημέρα αναγκαστικά, λόγω της έλλειψης επαρκούς ποσότητας φαγητού.....	94
Σχήμα 8.20: Παντελής έλλειψη φαγητού κάποια στιγμή μέσα στις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες.....	95
Σχήμα 8.21: Συχνότητα παντελούς έλλειψης φαγητού κάποια στιγμή μέσα στις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες.....	96
Σχήμα 8.22: Πέσιμο για ύπνο με αίσθημα πείνας, μέσα στο διάστημα των προηγούμενων τεσσάρων εβδομάδων.....	97

Σχήμα 8.23: Συχνότητα πεσίματος για ύπνο με αίσθημα πείνας, μέσα στο διάστημα των προηγούμενων τεσσάρων εβδομάδων.....	97
Σχήμα 8.24: Μη λήψη τροφής για μια ολόκληρη μέρα και πέσιμο για ύπνο με αισθήματα πείνας.....	98
Σχήμα 8.25: Συχνότητα μη λήψης τροφής για μια ολόκληρη μέρα και πέσιμο για ύπνο με αισθήματα πείνας.....	99

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.2.1 Είδος επίδρασης που παρουσιάζει κάθε ουσία.....	34
Πίνακας 5.4.2.1 Διεθνής Ταξινόμηση ελλιποβαρών, υπέρβαρων και παχύσαρκων ενηλίκων σύμφωνα με το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ).....	60
Πίνακας 8.1: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 200 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.....	72
Πίνακας 8.2: Στατιστικό κριτήριο X^2 για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ανησυχίας για το αν θα είχαν αρκετό φαγητό και της ύπαρξης κατοικίας για τους 200 ερωτηθέντες, σχετικά με το αν υπήρχε ανησυχία για την ύπαρξη επαρκούς φαγητού.....	85
Πίνακας 8.3: Στατιστικό κριτήριο X^2 για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της δυνατότητας σίτισης με τις προτιμητέες τροφές και του φύλου.....	87
Πίνακας 8.4: Στατιστικό κριτήριο X^2 για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της αναγκαστικής σίτισης με περιορισμένη ποικιλία τροφής λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων και το φύλο.....	90

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

Αγγλικά

DA: Ντοπαμίνη

MUAC: Measuring mid upper arm circumference

MUST: Malnutrition Universal Screening Tool

THC: Τετραοδροκανναβιόλη

Ελληνικά

ΑΝΣ: Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα

BMI: Body Mass Index

ΓΣ: Γενική Σύνοδος

ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος

Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά

Ε.Π.Ι.Ψ.Η: Ερευνητικό Πανεπιστήμιο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

ΕΓΚ: Εγκύκλιος

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΚ: Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου

ΗΕ: Ηνωμένων Εθνών

ΗΕΓ: Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.: Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

ΚΝΣ: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Ο.Κ.Α.Ν.Α: Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών

ΧΕΝ: Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Με αφορμή την επιδημία κρουσμάτων HIV-1 που ξέσπασε στην Αθήνα κατά τους πρώτους μήνες του 2011, στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (Paraskevis et al. 2011) και προκειμένου να εξακριβωθεί το επίκεντρο της επιδημίας και να εντοπιστεί ο τρόπος μετάδοσης του ιού ξεκίνησε μια έρευνα ονόματι "Αριστοτέλης". Ο φορέας υλοποίησης ήταν το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και συνεργαζόμενοι φορείς ο Οργανισμός κατά των ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης νοσημάτων (ΚΕΛΠΝΟ). Η έρευνα διεξήχθη από τον Αύγουστο του 2012 έως τον Ιούνιο του 2013.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών που έχουν κάνει χρήση τους τελευταίους 12 μήνες, ηλικιακών ομάδων από 18 ετών και άνω, ανδρών και γυναικών. Για τις ανάγκες της παρούσας πτυχιακής συλλέχθηκαν 200 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια των χρηστών με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με το μέρος που απευθύνονται για να εξασφαλίσουν την τροφή τους, την ανησυχία ως προς την εξασφάλιση του φαγητού, την ικανότητα ή ανικανότητα εξασφάλισης της τροφής εξαιτίας οικονομικών ή άλλων παραγόντων, και τον περιορισμό των γευμάτων λόγω έλλειψης τροφής. Καθώς έχει παρατηρηθεί ότι η διατροφική ανασφάλεια των ενδοφλέβιων χρηστών και ακόμα περισσότερο στους φορείς HIV σχετίζεται με αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας, σε σχέση με εκείνους που σιτίζονται ασφαλώς-ισορροπημένα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν τα επίπεδα της διατροφικής ανασφάλειας των ατόμων με ιστορικό χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.

1. Ορολογία και Κατηγοριοποίηση Ναρκωτικών Ουσιών

1.1 Ορισμός Ναρκωτικών Ουσιών

Τα ναρκωτικά αποτελούν ουσίες ποικίλης χημικής δομής που δρουν στο ΚΝΣ (είτε διεγερτικά είτε κατασταλτικά), αλλάζουν την θυμική κατάσταση του ανθρώπου, και προξενούν εθισμό ποικίλου βαθμού, ψυχικό ή και σωματικό. Εξαιτίας της αντίφασης που έπεται από το ότι διατελούν ουσίες με διεγερτική δράση που χαρακτηρίζονται «ναρκωτικά», στη διεθνή βιβλιογραφία και όχι μόνο χρησιμοποιείται το ορθότερο «εξαρτησιογόνα φάρμακα» (Bonovas, 2012).

Τα ναρκωτικά όπως προαναφέραμε είναι ουσίες που δρουν στον εγκέφαλο και γι' αυτό προκαλούν εθισμό. Οι άνθρωποι που τα μεταχειρίζονται επιθυμούν να ζήσουν τις συνέπειες των ναρκωτικών. Μερικά φάρμακα επίσης δρουν στον εγκέφαλο, όπως για παράδειγμα φάρμακα για την επιληψία, αλλά δεν λαμβάνονται από τους χρήστες για αυτό το λόγο, για την θεραπευτική τους δηλαδή λειτουργία. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία αναφέρεται σε «ναρκωτικά» όπου αυτές τις ουσίες λαμβάνονται από τον χρήστη με επιδίωξη να βρεθεί κάτω από την επίδραση τους (Bonovas, 2012).

Τα ναρκωτικά δύνανται να παρατηρηθούν σε ομάδες με διάφορους τρόπους για παράδειγμα νόμιμες (νομικά αποδεκτές) και παράνομες (απαγορευμένες) ουσίες. Το αλκοόλ και ο καπνός είναι νόμιμα. Η έννομη κατάσταση των ναρκωτικών συναρτάται από ορισμένους παράγοντες. Για παράδειγμα το αλκοόλ είναι ένα έννομο ναρκωτικό αλλά δεν είναι νόμιμο υπό τις περισσότερες περιπτώσεις για να αγοράζεται από άτομα κάτω των 18 ετών. Το χασίς, η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες, το ΧΤC και η ηρωΐνη είναι παράτυπα (Bonovas, 2012).

Η πιο συχνή κατάταξη είναι αυτή που βασίζεται στις συνέπειες που έχει η κάθε ναρκωτική ουσία στην ανθρώπινη αντίληψη. Αυτό διακρίνει τα ναρκωτικά σε 3 κατηγορίες, ναρκωτικά που ησυχάζουν και ηρεμούν, ναρκωτικά που εξάπτουν ή δίνουν ενέργεια. Τα διεγερτικά επισπεύδουν το κεντρικό νευρικό σύστημα και τα μηνύματα που πηγαίνουν από, και προς τον εγκέφαλο. Τα διεγερτικά περιλαμβάνουν τα νόμιμα όπως η νικοτίνη η καφεΐνη και εφεδρίνη (εντοπίζεται μέσα στα φάρμακα για το βήχα) και τα άνομα όπως κοκαΐνη, SPEED, LSD, έκσταση, ναρκωτικά που μεταβάλλουν την αντίληψη, όταν, για παράδειγμα, το άτομο που κάνει χρήση, βλέπει και ακούει πράγματα με έναν διαφορετικό τρόπο από ότι πραγματικά είναι. Στα παραισθησιογόνα περιλαμβάνονται τα άνομα μαγικά μανιτάρια, μεσκαλίνη, έκσταση, μαριχουάνα, LSD.

1.1.1 Κατάχρηση

Σαν "κατάχρηση" θεωρείται η χρήση κάποιας ουσίας με ένα τρόπο που διαφέρει από τον γενικά αποδεκτό και έρχεται σε αντιπαράθεση με την πρόθεση για την οποία κατασκευάστηκε, τόσο σε ποιοτικό όσο και σε ποσοτικό επίπεδο. Στην κατάχρηση συνυπολογίζονται και οι σημασίες του εθισμού και της εξάρτησης, χωρίς όμως οι σημασίες αυτές να ταυτίζονται μεταξύ τους (Κουτσελίνης 2002).

Για παράδειγμα το τσιγάρο, το χασίς, η κοκαΐνη δεν έχουν καμία "χρήση" στην καθημερινότητα, σύμφωνα με τον ορισμό της χρήσης που αναφέρθηκε παραπάνω. Το οινόπνευμα έχει χρήση στην καθημερινότητα, αφού δύναται να συμπληρώσει και να πλουτίσει ένα γεύμα. Η λήψη όμως οινοπνεύματος σε τέτοιες ποσότητες, ώστε να λειτουργήσει σαν ψυχοτρόπος ουσία, για να αντικαταστήσει δραστικά την ψυχική διάθεση, θεωρείται κατάχρηση. Το ίδιο μετράει και για την κατάχρηση φαρμάκων (ηρεμιστικών, αγχολυτικών κ.τ.λ.), όταν αυτά δεν λαμβάνονται για την εξάλειψη κάποιας συγκεκριμένης ψυχοπαθολογίας, αλλά για την μεταβολή της ψυχικής διάθεσης του χρήστη (Γρίβας, 1999).

1.1.2 Εξάρτηση

Η εξάρτηση εκδηλώνεται από την έντονη προσοχή του ατόμου σε ένα αντικείμενο ή άλλο άτομο. Σύμφωνα με τον Γρίβα (1995), η εξάρτηση είναι ένα πολύπλευρο, πρωτίστως βιολογικό και δευτερευόντως ψυχικό γεγονός, στο οποίο εισχωρούνε μερικοί κοινωνικοί παράγοντες. Πιο αναλυτικά, για την εξάρτηση από μια ουσία, ο Λιάππας (1999) κρίνει ότι είναι μια ψυχολογική ή σωματική κατάσταση που εκδηλώνεται από την ανάγκη για λήψη της ουσίας σε συνεχή ή περιοδική βάση, με πρόθεση να ζήσει ο χρήστης τα αποτελέσματα της επίδρασης της ουσίας ή να γλιτώσει τη δυσανασχέτηση που προκαλείται από τη στέρησή της. Μια κατάσταση (ένα άτομο, μια δραστηριότητα) δύναται να προξενήσει ψυχολογική εξάρτηση ενώ μια ουσία δύναται να προξενήσει ψυχολογική εξάρτηση, σωματική εξάρτηση ή και τα δύο. Η ψυχολογική εξάρτηση είναι η κατάσταση που συμπληρώνει σχεδόν τα περιστατικά εξάρτησης και εκδηλώνεται από την λαχάρα ή την διάθεση για επανάληψη όποιας δραστηριότητας ή ουσίας από την οποία έπεται χαρά, ευαρέσκεια ή ικανοποίηση (Κουτσελίνης 2002). Σύμφωνα με τους Λιάππα (1999) και Γρίβα (1995), η ψυχολογική εξάρτηση είναι όρος πολύ υποκειμενικός και δύσκολα υπολογίσιμος. Στην πραγματικότητα η

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

ψυχολογική εξάρτηση είναι η δυσκολότερη για να αντιμετωπιστεί. Η σωματική εξάρτηση ή όπως μερικές φορές αναφέρεται ως φυσική εξάρτηση είναι η κατάσταση του οργανισμού κατά την οποία το σώμα έχει συνηθίσει τόσο πολύ στη λήψη της ουσίας που η παύση της παροχής της εκδηλώνεται με δυνατές σωματικές διαταραχές. Οι σωματικές αυτές διαταραχές απαρτίζουν το σύνδρομο στέρησης, το οποίο είναι χαρακτηριστικό για κάθε τύπο ουσίας. Τα συμπτώματά του είναι σχεδόν τα αντίθετα σε σχέση με αυτά που προκαλούνται κατά τη διάρκεια χρήσης της ουσίας και συναρτώνται και από ψυχολογικούς παράγοντες, την προσωπικότητα, την ψυχολογική κατάσταση του χρήστη και τον περίγυρο του (Γρίβας 1999; Κουτσελίνης 2002).

1.1.3 Ανοχή

Η ανοχή είναι ο ευρύτερος όρος από τον εθισμό σε μια ουσία. Είναι μια κατάσταση που εκδηλώνεται από μειωμένη ανταπόκριση στη λήψη της ποσότητας ή από το γεγονός ότι χρειάζεται μεγαλύτερη δόση για να προκληθεί το ίδιο αποτέλεσμα (Γρίβας, 1999; Κουτσελίνης, 2002). Θεωρητικά φανερώνει ότι ο οργανισμός «συνηθίζει» την επιρροή της ουσίας.

1.2. Κατάταξη Ναρκωτικών Ουσιών

ΚΑΝΝΑΒΙΣ

Λαμβάνεται από διάφορες ποικιλίες του φυτού *Cannabis sativa* (πχ. *Varindica*) Δράση: Κύρια δραστική ουσία φαίνεται η Δ 9 - Τετραϋδροκανναβινόλη (THC), αφού δεν έχει ακόμα εξακριβωθεί εάν οι επιδράσεις που φαίνονται με το κάπνισμα είναι επακόλουθο και άλλων συστατικών. Η ουσία αυτή προξενεί ευφορία που συνοδεύεται από νάρκη και χαλάρωση. Οι επιδράσεις συναρτώνται από την περίσταση-κοινωνικό χώρο που γίνεται η χρήση. Η THC διακόπτει την βραχυχρόνια μνήμη και την νοητική δραστηριότητα, περιορίζει την μυϊκή ισχύ και αποτρέπει τις κινητικές δραστηριότητες που ζητούν μεγάλη επιδεξιότητα, όπως την οδήγηση. Πολλαπλασιάζει την όρεξη, προξενεί ξηροστομία, οπτικές ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις και έξαρση της αισθητικής δραστηριότητας. Ο μηχανισμός δράσης της είναι άγνωστος (Anyfantakis, 2012).

Ανεπιθύμητες ενέργειες:

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Τα προϊόντα της καννάβεως δεν προξενούν αμέσως τον θάνατο με την σημασία της οξείας δηλητηριάσεως.

Τοπικές:

Ερεθισμός αναπνευστικού βλεννογόνου, βήχας (επί καπνίσματος), διαρροϊκό σύνδρομο που μεταβάλλεται σε δυσκοιλιότητα.

Εξ απορροφήσεως:

Μεγέθυνση καρδιακού ρυθμού, αρτηριακής πίεσεως, σε μεγάλες δόσεις τοξική ψύχωση (αμφισβητούμενη, φαίνεται με την μορφή ονειρικού παραληρήματος στο οποίο υπερισχύει αίσθημα ευφορίας ή, σπανιότερα, αντίδρασης τρόμου). Ο χρήστης χωρίς να απωλέσει απολύτως την αντίληψη του περιγύρου προάγει προοδευτικά επιθυμία για πανανθρώπινη σχέση και επικοινωνία, μείωση ή απώλεια των αναστολών, αυξημένη φαντασία, παραγωγικότητα, χιούμορ. Εκφράζονται ακόμα τάσεις προσήλωσης σε ασαφείς λεπτομέρειες του περιγύρου, ψευδαισθήσεις, αλλαγή στην συναίσθηση του περιβάλλοντος, εμπλουτισμός των αισθητικών εμπειριών, υποκειμενικές εντυπώσεις ήχων και γεύσεων. Η αντίδραση τρόμου παρουσιάζεται σπανιότερα και έχει διαφορετική εξέλιξη (Anyfantakis, 2012).

Αρχικά επέρχεται ζάλη, ναυτία, έμετος, συνακολουθεί αναστάτωση και ψευδαισθητικό παραλήρημα θλιβερού περιεχομένου. Ο ύπνος είναι κατά κανόνα ταραχώδης εξαιτίας των εφιαλτικών ονείρων, κατά την διάρκεια των οποίων δύναται να παρουσιαστούν επιληπτοειδείς σπασμοί. Ο χρήστης ενδέχεται να γίνει άγριος ή και επικίνδυνος.

Οι αντιδράσεις αυτές δεν παρουσιάζονται και δεν εξελίσσονται με τον ίδιο τρόπο σε όλα τα άτομα κάτι που συναρτάται από τον βαθμό μύησης ή και εξάρτησης προς το ευφοριστικό (Anyfantakis, 2012).

Εξάρτηση:

Η εξάρτηση (τύπου χασίς) εκδηλώνεται από την διάχυτη λαχτάρα για την συνέχιση λήψης με επιδίωξη την επανεμφάνιση των ενεργειών της ουσίας (ψυχική εξάρτηση). Σωματική εξάρτηση και στερητικά φαινόμενα λείπουν. Εφόσον δεν υφίσταται θέμα ανοχής, η επιθυμία αύξησης της δόσης είναι από μικρή έως και ελάχιστη (Anyfantakis, 2012).

LSD (ΔΙΑΙΟΥΛΑΜΙΔΙΟ ΤΟΥ D - ΛΥΣΕΡΓΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ)

Ημισυνθετικό προϊόν του λυσεργικού οξέος που παραλαμβάνεται από την ερυσιβώδη όλυρα (το σκληρώτιο του μύκητα *Claviceps purpurea*) (Gigi, 2013).

Δράση:

Φαίνεται το κατά εξοχήν παραισθησιογόνο που φανερώνει την φαρμακολογική ενέργειά του σε αρκετά μικρές δόσεις. Οι δράσεις του περικλείουν διαταραχές του θυμικού και της συμπεριφοράς και διαταραχές των συναισθήσεων. Χαρακτηριστικά λέγεται ότι η ουσία αυτή προξενεί διαταραχές στο χρωματισμό, στο περιβάλλον και στο χρόνο, και το «ονειρικό ταξίδι» συγκροτεί την κλινική τους εκδήλωση. Ευαισθητοποιεί τον δικτυωτό σχηματισμό και προξενεί μεταβολές στο ΗΕΓ. Αξίζει να αναφερθεί ότι προξενεί βαριές χρωμοσωμικές βλάβες με επιδράσεις και στους απογόνους. Η ουσία επιδράει και στο ΑΝΣ (Αυτόνομο νευρικό Σύστημα) με προεξάρχουσα δράση στο συμπαθητικό, όπως εκσεσημασμένη μυδρίαση, υπερθερμία, ανόρθωση των τριχών, υπεργλυκαιμία, ταχυκαρδία και υπέρταση (Gigi, 2013).

Ανεπιθύμητες ενέργειες:

Ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες, τις οξείες αντιδράσεις- κρίσεις πανικού, τα ανάδρομα βιώματα (flashbacks) και τις παρατεταμένες ψυχώσεις, όπως διαταραχής ή και παράνοιας ακόμα και μετά την πάροδο της δηλητηρίασης.

Τα ανάδρομα βιώματα παρατηρούνται περαιτέρω σε τρεις κατηγορίες:

A. Αντίληψης: Το άτομο διακρίνει ζωνρά χρώματα και ακούει ήχους από περασμένα «ταξίδια» του.

B. Σωματικό: Το άτομο έχει ψευδαισθήσεις και ταχυπαλμία.

Γ. Συναισθηματικό -συγκινησιακό:

Παρουσιάζονται συναισθήματα απομόνωσης, πανικού και κατάθλιψης, τα οποία ενδέχεται να οδηγήσουν ακόμα και στην αυτοχειρία

Εξάρτηση:

Η ουσία προξενεί ψυχικό εθισμό (Gigi, 2013).

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ

Η αμφεταμίνη είναι χημικώς η β – φαίνυλο - ισοπροπυλαμίνη, συνθετική ουσία με συμπαθομιμητική δράση (ΟΚΑΝΑ 2012).

Δράσεις:

Οι αμφεταμίνες προξενούν δυνατή διέγερση του ΚΝΣ (Κεντρικού Νευρικού Συστήματος) αποδεσμεύοντας κατεχολαμίνες στους κεντρικούς συναπτικούς χώρους και διακόπτοντας την επαναπρόσληψή τους από τις νευρικές απολήξεις. Αυτή και τα παράγωγά της χρησιμοποιούνταν παλιά σε διάφορα περιστατικά στην θεραπευτική, όπως στην ναρκοληψία, στον έλεγχο ορισμένων παρκινσονικών συμπτωμάτων, στην θεραπεία του αλκοολισμού, στην θεραπεία της υπότασης, στην ανάταξη της κινητικότητας του γαστρεντερικού, στην παχυσαρκία κ.α. Τώρα, η χρήση τους έχει περιοριστεί στην ναρκοληψία, στην βραχυχρόνια αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και στην υπερκινητικότητα των παιδιών, κυρίως εξαιτίας της εξαρτησιογόνου δράσης που παρουσιάζει σε χρόνια χρήση, αλλά και λόγω της υπερευαισθησίας που πολλά άτομα εκδηλώνουν προς αυτήν. Η φενφλουραμίνη είναι μεν παράγωγο της αμφεταμίνης, όμως η βιολογική της δράση φέρνει περισσότερο με αυτή των αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης. Χρησιμοποιήθηκε ευρέως, παλιά, σε συνενώσεις φαρμάκων για την ρύθμιση της παχυσαρκίας (ΟΚΑΝΑ 2012).

Κλινικές εκδηλώσεις οξείας δηλητηρίασης:

Οι εκδηλώσεις που παρουσιάζονται μετά από λήψη αμφεταμινών ποικίλλουν ανάλογα με την δόση. Έτσι, επί λήψεως μικρών ποσοτήτων, το άτομο εμφανίζει πνευματική διαύγεια, πνευματική υπερδιέγερση, αϋπνία, πονοκέφαλο, ανορεξία, ενώ σε μεγαλύτερες δόσεις ενδέχεται να παρουσιαστούν μεγέθυνση της πίεσης, ταχυπαλμία, εφίδρωση, προκάρδιο άλγος, στρες, σπαστικά «τικ», αιμοδίες των άκρων. Η δηλητηρίαση με αμφεταμίνη ενδέχεται να προξενήσει επίσης μεγέθυνση των αντανακλαστικών, υπερκινητικότητα, αναταραχή, πίεση, ταχύπνοια, παραμιλητό, ψύχωση, αρρυθμίες, σπασμούς, κώμα. Το χαρακτηριστικότερο σημείο δηλητηρίασης είναι η παρουσία υπερπυρεξίας, οπότε και η θερμοκρασία του σώματος ενδέχεται να ξεπεράσει ακόμα και τους 43° C (ΟΚΑΝΑ 2012).

Αμφεταμινική ψύχωση:

Η αμφεταμινική ψύχωση εκφράζεται με ευφορία και αυταπάτες. Η ευφορία συγκροτεί σημαντικό παράγοντα για την διάδοση της τοξικομανίας των αμφεταμινών, ενώ οι

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

αυταπάτες, ακουστικές ή και οπτικές, είναι κατά κανόνα αποπνικτικές και παρουσιάζονται σε χρόνιους χρήστες ή μετά από την εφάπαξ λήψη μεγάλης δόσης (οπτικές). Η ψύχωση κατά κανόνα δεν διαρκεί παραπάνω από μια εβδομάδα με τις αυταπάτες να μειώνονται πρώτες. Η ψύχωση αυτή αντιμετωπίζεται με φαινοθειαζίνες, χλωροπρομαζίνη ή αλοπεριδόλη. Αυτά τα δυο φάρμακα είναι και άμεσοι αντίπαλοι της αμφεταμίνης. Αν υφίσταται υπόνοια πρόκλησης σπασμών, τότε χρησιμοποιείται διαζεπάμη αντί των προηγούμενων (ΟΚΑΝΑ 2012).

Ανοχή - εξάρτηση:

Σε συχνή χρήση, αναπτύσσεται ανοχή σε πολλές από τις κεντρικές δράσεις των αμφεταμινών, όπως στην ανορεξιογόνο και την ευφοριστική δράση, με επακόλουθο οι χρήστες να πολλαπλασιάζουν την δόση τους κατά εκατοντάδες mg κάθε μέρα. Μετά από συνεχή χρήση αυτών των ουσιών για μήνες, ενδέχεται να παρουσιαστεί τοξική τρέλα, ενώ καθώς ο ουδός των σπασμών βαδίζει συνεχώς μειούμενος με τον καιρό, ο κίνδυνος πρόκλησης θανατηφόρας αντίδρασης μεγαλώνει επικίνδυνα (ΟΚΑΝΑ 2012).

ΚΟΚΑΪΝΗ

Η κοκαΐνη λαμβάνεται από τα φύλλα του φυτού *Erythroxylon coca*, θάμνου αυτοφυούς της Νοτίου Αμερικής, πάντα δε χρησιμοποιούνταν από τους ιθαγενείς σαν ευφραντικό μέσο (δια της μάσησης των φύλλων του φυτού) (Φωτίου, 2013).

Δράση:

Ο μηχανισμός δράσης της κοκαΐνης πιθανολογείται ότι συμπεριλαμβάνει αναστολή της επαναπρόσληψης πολλών νευρομεταβιβαστών, ιδίως όμως της ντοπαμίνης, της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης. Ως επακόλουθο αυτών των επενεργειών εμφανίζονται διάφορα σημεία, όπως ελαφρά υπερδιέγερση του ΚΝΣ (σε μικρές δόσεις), υπερδιέγερση της κινητικής σφαίρας του εγκεφάλου (σε μεγάλες δόσεις), τονικοκλονικοί σπασμοί (σε ακραίες δόσεις). Η τοπική αναισθητική ιδιότητα της κοκαΐνης ίσως να αποδίδεται σε επίσχεση από την ουσία της εκπόλωσης της κυτταρικής μεμβράνης. Η ουσία αυτή δίνει την ικανότητα ελάττωσης του αισθήματος του καμάτου και διευκόλυνσης της μυϊκής εργασίας και για αυτό μάλλον χρησιμοποιήθηκε αρχικά. Σήμερα, η διευρυμένη διάδοσή της αποδίδεται κυρίως στις ψυχοτρόπες ιδιότητές της, που εμπερικλείουν συναίσθημα υπεροχής, διαφάνειας πνεύματος, δύναμης, και φυσικά ευφορίας (Φωτίου, 2013).

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Κλινικές εκδηλώσεις οξείας δηλητηρίασης:

Σε λήψη μικρών δόσεων διακρίνονται: ταχυπαλμία, ταχύπνοια, χλομάδα προσώπου, μυδρίαση, εμβοές των ωτών, υπερκινητικότητα, απτικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, υπερδιέγερση, ευφορία, κοινωνικότητα. Σε μεγαλύτερες δόσεις οι παραπάνω εκδηλώσεις γίνονται εντονότερες, παρουσιάζονται διαταραχές του σφυγμού, απώλεια των αισθήσεων, σπασμοί, υπερθερμία. Λήψη πολύ υψηλών δόσεων προξενεί αμέσως σπασμούς, αναπνευστική και κυκλοφορική ανεπάρκεια, ή και άμεση μυϊκή παράλυση, που φέρνουν τον θάνατο (Φωτίου, 2013).

Χρόνια δηλητηρίαση (κοκαϊνομανία):

Κατά την μύηση του ατόμου στην χρήση κοκαΐνης, η ευφοριστική της δράση δεν φαίνεται, παρά μόνο αργότερα, οπότε ο χρήστης βιώνει ψυχική και σωματική ευεξία, αφού οι κινήσεις φαίνονται ευκολότερες, ιδέες εισβάλλουν στο νου, οξύνεται η γενετήσια επιθυμία (ιδίως σε γυναίκες), το κοινωνικό περιβάλλον φαίνεται πιο φιλικό. Προοδευτικά η λήψη της ουσίας γίνεται αναγκαία για να κρατάνε τα ευχάριστα συναισθήματα του χρήστη, ενώ συγχρόνως εγκαθίσταται ανοχή στις δράσεις της. Η ημερήσια δόση μεγεθύνεται με μεγάλους ρυθμούς και στα διαστήματα που υφίσταται έλλειψη το άτομο πέφτει σε σωματική και πνευματική εξάντληση. Η συνεχής χρήση κοκαΐνης επιφέρει απίσχναση, ανορεξία, δυσπεψία, καταστολή της γενετήσιας λειτουργίας, κατάρρευση της θύμησης, αναστάτωση, αγρυπνίες (Φωτίου, 2013). Ο χρήστης καταλαμβάνεται από απάθεια για το περίγυρο του, και συχνά διατελεί υπό την επιρροή οπτικών, ακουστικών, οσφρητικών και γευστικών ψευδαισθήσεων που καταλήγουν τελικά σε παρανοϊκή ψύχωση που εκδηλώνεται από υπερδιέγερση και επιθετικότητα (Φωτίου, 2013).

ΟΠΙΟΕΙΔΗ – ΜΟΡΦΙΝΗ - ΗΡΩΙΝΗ

Το όπιο είναι ο αποξηραμένος γαλακτώδης οπός που λαμβάνεται από τις άωρες ωδίες του φυτού *Papaver somniferum* (μήκων η υπνοφόρος). Το σημαντικότερο αλκαλοειδές που περιέχεται σε αυτό, είναι η μορφίνη. Η ηρωίνη, ένα ημισυνθετικό παράγωγο της μορφίνης, έχει παρεμφερείς δράσεις, όμως θεωρείται περισσότερο τοξική και προξενεί ευκολότερα εξάρτηση, για αυτό και δεν χρησιμοποιείται στην θεραπευτική. Σε γενικές γραμμές, με

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

παρεμφερή τρόπο ενεργούν και τα άλλα παράγωγα της μορφίνης, φυσικά και συνθετικά, με διαφοροποιήσεις ως προς την ένταση και την διάρκεια των δράσεων (Andropoulou, 2012).

Δράση:

Η μορφίνη και τα άλλα οπιοειδή ενεργούν μέσω ειδικευμένων υποδοχέων, των μ, κ, δ (κυρίως) και άλλων (ε, λ, σ), για ενδογενείς οπιοειδείς ουσίες του οργανισμού.

Η κύρια δράση τους αφορά το ΚΝΣ, και αναλυτικά τα κέντρα της αναπνοής, του βήχα, του πόνου, του εμέτου. Μέσω του ΚΝΣ επίσης επηρεάζονται και πολλά ακόμα συστήματα όπως το γαστρεντερικό και το καρδιαγγειακό.

Αποτελέσματα αυτών των ενεργειών είναι η μύση, η πρόκληση εμέτων, η καταστολή του βήχα, η ελάττωση του αριθμού αναπνοών (και η αύξηση του βάθους τους), η δυσκοιλιότητα, η μείωση της διούρησης και γενικά της ανταλλαγής της ύλης, καθώς και η μείωση της θερμοκρασίας. Σημείο κλειδί για την δράση των οπιοειδών φαίνεται ο υπομέλας τύπος (Andropoulou, 2012).

Μετά από επαναλαμβανόμενη χρήση των οπιοειδών που ενεργούν μέσω υποδοχέων, εγκαθίσταται ανοχή που αποδίδεται στην μείωση της ευαισθητοποίησης αυτών των υποδοχέων στις ουσίες. Η μορφίνη, πέρα από τους κινδύνους που ενέχει η χρήση της, είναι ένα πολύ σημαντικό φάρμακο για την θεραπευτική.

Κλινικές εκδηλώσεις οξείας δηλητηρίασης (μορφίνη):

Η μορφή και η ένταση των εκδηλώσεων της οξείας δηλητηρίασης συναρτάται από πολλούς παράγοντες, ουσιαστικότεροι των οποίων είναι η ληφθείσα δόση και η πιθανή ευαισθησία του ατόμου στην μορφίνη.

Σε λήψη μικρών δόσεων διακρίνεται ερυθρήμα του προσώπου, εφίδρωση, αίσθημα ζέστης, ευφορία. Μεγαλύτερες δόσεις προξενούν ξηροστομία, δίψα, χλομάδα δέρματος, επιβράδυνση σφυγμού και αναπνοής, μύση, ναυτία, έμετο, δυσκοιλιότητα. Μεγάλες δόσεις δύναται να προξενήσουν διάρροια, εμβοές, ολιγουρία, βαθύ ύπνο που μεταβάλλεται σε κώμα, επιπλέον επιβράδυνση της αναπνοής και του σφυγμού, κυάνωση, υποθερμία, μυδρίαση στα τελικά στάδια, θάνατο σε 7- 12 ώρες από την λήψη από παράλυση του κέντρου της αναπνοής (Andropoulou, 2012).

Χρόνια δηλητηρίαση (μορφίνη): Οι εκδηλώσεις χρόνιας δηλητηρίασης με μορφίνη περικλείουν ψυχικές και λειτουργικές διαταραχές.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Ψυχικές διαταραχές: Ψυχική διέγερση, ευφορία, ευχάριστη διάθεση (αρχικά), ελάττωση της μνήμης και της αντίληψης, δυσκολία διεκπεραίωσης διανοητικής εργασίας, διανοητική εξάντληση, που ενδέχεται να καταλήξει σε ψευδαισθήσεις, μανία καταδίωξης.

Λειτουργικές διαταραχές: Γενική εξασθένηση των εκκρίσεων (εκτός του ιδρώτα) με σημαντικές επιδράσεις από το γαστρεντερικό, απώλεια όρεξης, αναιμία, χλομάδα προσώπου, λεύκανση και απόπτωση των τριχών της κεφαλής, εύθραυστα νύχια, χαλασμένα δόντια, ελάττωση γενετήσιας επιθυμίας, συγχύσεις του έμμηνου κύκλου, σπάνιος και ταραχώδης ύπνος, αυξημένα αντανακλαστικά, εξασθένηση του μυϊκού τόνου, δυσκολία στην ομιλία, χαλάρωση των σφιγκτήρων, εξασθένηση της καρδιακής λειτουργίας, δυσκολίες στην όραση, διάφορες δερματοπάθειες. Σταθερό σημείο είναι η μύση (Andropoulou, 2012).

Θεραπευτική αντιμετώπιση:

Σε οξεία δηλητηρίαση με μορφίνη ή παράγωγά της, πέρα από την συμπτωματική και υποστηρικτική θεραπεία και τα γενικά θεραπευτικά μέτρα που λαμβάνονται, δύναται να χρησιμοποιηθεί η ναλοξόνη, ένας ειδικός αντίπαλος των οπιοειδών. Η ναλοξόνη διώκει τις μ-δράσεις αυτών των ουσιών και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην μεταστροφή του κόματος από οπιοειδή. Θέλει όμως προσοχή στην χορήγηση, καθώς είναι πιθανό να παρουσιαστούν απροσδόκητα οι εκδηλώσεις συνδρόμου στέρησης. Σε αυτήν την περίπτωση χορηγείται το φάρμακο που προξένησε την δηλητηρίαση, ή αν αυτό δεν είναι εφικτό, μεθαδόνη (Andropoulou, 2012).

Σήμερα, γίνονται πολλοί αγώνες για να αντιμετωπισθεί η ηρωινομανία, και μια από αυτές, η ελεγχόμενη παροχή μεθαδόνης σε χρήστες, εγκαινιάσθηκε τα τελευταία χρόνια και στην χώρα μας. Η μεθαδόνη, ένας συνθετικός μ-αγωνιστής με μικρότερη δράση από την ηρωίνη, χορηγείται ώστε να περιορίσει την ανάγκη των χρηστών για ηρωίνη και συγχρόνως να παρεμποδίσει την παρουσία του συνδρόμου στέρησης. Οι δόσεις προχωρούν μειούμενες με την πάροδο του χρόνου μέχρι που δυνητικά το άτομο απεξαρτάται από την ηρωίνη. Η αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας, όπως και όλων των άλλων προγραμμάτων που βρίσκονται σε εφαρμογή, αμφισβητείται (Andropoulou, 2012).

1.3 Ιστορική Ανασκόπηση

Η χρησιμοποίηση ψυχοτρόπων ουσιών παρουσιάζεται πρόωρα στην ιστορία των ανθρώπινων κοινωνιών. Ωστόσο, η εμφάνιση και η λειτουργία τους αλλάζουν μεταξύ των κοινωνιών και των ιστορικών περιόδων και καλύπτουν διαφορετικές σε κάθε περίπτωση κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες.

Η Κάνναβη καλλιεργούνταν στην Ασία για την κατασκευή υφασμάτων ήδη από το 8.500 π.Χ., ενώ η ιατρική της χρήση επιβεβαιώνεται από γραπτό του αυτοκράτορα Σεν – Νουγκ του 2.700 π.Χ. Οι Σουμέριοι προκύπτει ότι κάτεχαν το όπιο σχεδόν 6.000 χρόνια πριν ενώ το φυτό της κόκας, που προέρχεται από τις Άνδεις τις Νότιας Αμερικής, περιέχεται σε αναφορές πριν το 500 π.Χ. Τα φύλλα της χρησιμοποιούνταν σε θρησκευτικές τελετές καθώς και για την εξάλειψη της εξασθένησης που προξενούσε το μεγάλο υψόμετρο. Το 1.500 μ.Χ. εισάγεται στη Δυτική Ιατρική το όπιο από τον Δημιουργό της Αλχημείας Παράκελσο, που παρασκεύασε το λάβδανο (εκχύλισμα οπίου) (Κούτρας, 1990).

Η ανεύρεση του πρώτου ενεργού συστατικού του οπίου, της μορφίνης, έγινε πριν διακόσια περίπου χρόνια, ενώ ακολούθησε σύντομα η ανακάλυψη της κοδεΐνης. Οι ουσίες αυτές χρησιμοποιούνταν ευρύτατα ως αναλγητικά και η μεγάλη διάδοσή τους αποδίδεται στην χρησιμοποίησή τους για την καταπράυνση των τραυματισμένων στρατιωτών οι οποίοι συχνά συνήθιζαν στα οπιούχα (η λεγόμενη «νόσος των στρατιωτών»). Στα τέλη του 19ου αιώνα η Bayer παρασκεύασε την ηρωίνη η οποία ήταν πολύ πιο δραστική από τη μορφίνη και φαίνονταν μη εθιστική. Η μεθαδόνη παρασκευάστηκε από τους Γερμανούς κατά τη διάρκεια του Β΄ παγκοσμίου πολέμου εξαιτίας της μεγάλης ζήτησης παυσίπων φαρμάκων για τους τραυματίες (Σιμώνη, 2002).

Αναφορές υπάρχουν και για τη χρησιμοποίηση κοκαΐνης. Η κοκαΐνη (σύνθετο χημικό που πηγάει από τα φύλλα της κόκας) ανακαλύφθηκε το 19ο αιώνα. Ο Φρόνιτ μάλιστα παρείχε κοκαΐνη σε ασθενείς του εντυπωσιασμένος από τη δραστική καλύτερευση της διάθεσης των ασθενών που νοσούσαν από κατάθλιψη (Σιμώνη, 2002).

Στην Ελλάδα, μέχρι τη δεκαετία του 1970, η χρησιμοποίηση ναρκωτικών ήταν μικρή και αφορούσε κυρίως τη χρήση χασίς. Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1970 δεν υφίσταται τοξικομανία στην Ελλάδα ούτε δημόσιος λόγος γύρω από το ζήτημα (Τσίλη, 1995). Από τη δεκαετία, όμως, του 1980 ξεκινάει να γίνεται έκδηλη η μετάδοση της ηρωίνης και να εξαπλώνεται σταδιακά σε ευρύτερα στρώματα πληθυσμού, προξενώντας την ανησυχία της

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

κοινής γνώμης (Παρασκευόπουλος, 2004). Σε απάντηση της αύξησης της χρήσης ναρκωτικών ιδρύεται το 1983 η πρώτη θεραπευτική κοινότητα η «Ιθάκη», η οποία μετεξελίχθηκε στον ΚΕΘΕΑ ενώ το 1987 ψηφίζεται ο ν. 1729/1987 (ΦΕΚ Α 114/1987) ο οποίος διευθετεί την ποινική καταστολή της εξάπλωσης ναρκωτικών. Έκτοτε η πολιτική κατά των ναρκωτικών στην Ελλάδα εμπλουτίζεται συνέχεια με νέα προγράμματα.

1.3.1 Ιστορική Ανασκόπηση της Τοξικοεξάρτησης

Η τοξικοεξάρτηση, προσδιορίζεται ως φαινόμενο πρώτα από όλα ιστορικό και κοινωνικό. Δεν είναι δυνατόν να περιοριστεί στο στενό πλαίσιο μιας ιστορικής ψυχοπαθολογίας. Η εξέλιξή της μέσα στο χρόνο της δίνει τα γνωρίσματα της εποχής, ανάγοντας τη σε μία κοινωνική πρώτα από όλα συμπεριφορά, έκφραση μιας κοινωνικής, κατά βάση, παθολογίας.

Η Ευρώπη του 19ου αιώνα, σημαδεύτηκε από βαθιές κοινωνικές και οικονομικές μεταβολές. Είναι η εποχή της βιομηχανικής επανάστασης, της θεμελίωσης του προλεταριάτου, της εξέλιξης της επιστήμης. Όλα αυτά, προξενούν βαθιές αντικρούσεις στους όρους ζωής των ανθρώπων. Πολλά δεδομένα από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα, το προλεταριάτο, τις διπλά πιεσμένες στο σπίτι και στη δουλειά γυναίκες, αποζητούσαν την προσωρινή έστω απολύτρωση από τους απάνθρωπους όρους εξαντλητικής εργασίας, φτώχειας και δυστυχίας, προστρέχοντας στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, τα παράγωγα των οποίων χορηγούνταν ελεύθερα από τα φαρμακεία. Το λάβδανο για παράδειγμα, ήταν το φάρμακο που χορηγούνταν στα παιδιά και ανέκοπτε τη διάρροια, τα κατεύναζε και τα έκανε να μην κλαίνε τις ώρες που οι γονείς τους εργάζονταν στα εργοστάσια (Μάτσα, 2001).

Η πορεία της χρήσης ουσιών στους μοντέρνους καιρούς, σημαδεύτηκε από δύο περιστατικά μεγάλης ιστορικής σπουδαιότητας, την πρόοδο της ιατρικής και τους μεγάλους πολέμους. Η ανεύρεση της σύριγγας από τον Pravaz το 1850, έκανε δυνατή την υποδόρια ένεση της μορφίνης. Με την ανεύρεση της μορφίνης, μεταβάλλεται και η σχέση του ανθρώπου με τον πόνο, το σωματικό αρχικά και τον ψυχικό στη συνέχεια. Αυτή αναλαμβάνει, μέσα από την ένεση της μορφίνης, να παύσει το σωματικό πόνο και να απολυτρώσει το σώμα. Έτσι καταγράφει μία τεράστια επιτυχία. Την ίδια στιγμή όμως, συνεργεί και αυτή, μέσα από την πρόδό της, στην εγκατάσταση του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Στη βάση της ίδιας λογικής τα ψυχοφάρμακα που ανακαλύπτονται μετά από έναν αιώνα, έρχονται να διαμεσολαβήσουν στη σχέση του ατόμου με τον ψυχικό πόνο, στο όνομα της δυνατότητας που δίνουν στο άτομο να γεμίσει με ένα χάπι τα κενά του και να απαλλαγεί από τα βάσανα, συμβάλλοντας φυσικά και αυτά με τη σειρά τους στην ανάπτυξη του σημερινού κύματος της τοξικοεξάρτησης (Μάτσα, 2001).

Τα ναρκωτικά συνδέθηκαν επίσης και με την καλλιτεχνική δημιουργία. Η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης τους έδωσε ξεχωριστή θέση. Οι πρώτες δεκαετίες του 19ου αιώνα, προσφέρονταν για καινούριες εμπειρίες στα όρια του ποιητικού και του ιατρικού. Τότε ξεκινούν να γίνονται και τα μεγάλα κύματα των τοξικοεξαρτημένων, με τη μορφίνη πρώτα ανάμεσά τους, πραγματική μάλιστα σε Ευρώπη και Αμερική.

Μετά τη μορφίνη ήρθε η σειρά της κοκαΐνης, που απομονώθηκε από τα φύλλα της κόκας στη δεκαετία του 1980 και χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως φάρμακο κατά της τοξικοεξάρτησης. Το επόμενο φάρμακο κατά της μορφινομανίας ήταν η ηρωίνη που ανακαλύφθηκε το 1898.

Ανάλογη ήταν η εξάπλωση του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης και στην Αμερική. Τα ναρκωτικά χρησιμοποιούνταν ευρύτατα τόσο από πλούσιους, όσο και από φτωχούς. Στις γειτονιές των Κινέζων, των μαύρων και των μεταναστών οι καπνιστές του οπίου, στις αρχές του αιώνα, ξεπερνούσαν το μισό εκατομμύριο.

Προκύπτει λοιπόν ότι σε κάθε περίοδο κοινωνικής κρίσης παρουσιάζεται ένα κύμα τοξικοεξάρτησης. Το πρώτο μεγάλο κύμα μορφινομανίας τάσσεται γύρω στα 1875-1900 και το δεύτερο κατά τη διάρκεια του Πρώτου Παγκόσμιου πολέμου (Μάτσα, 2001).

Στη συνέχεια η μορφινομανία έγινε κοκαΐνομανία και μετά ηρωϊνομανία. Ακολούθησε η μεθαδόνη, η ναλαζόνη, η ναλτρεξόνη και έπεται συνέχεια. Ο εικοστός αιώνας σηματοδοτεί την επιρροή ενός νομικού καθεστώτος απαγόρευσης των ναρκωτικών ουσιών. Σηματοδοτεί επίσης την εξάπλωση της τοξικοεξάρτησης και στα κράτη- παραγωγούς των ναρκωτικών. Καταδικασμένες από τους ιμπεριαλιστές στη φτώχεια και την υπανάπτυξη, αυτά τα κράτη υποχρεώνονται να στηρίζουν το εθνικό τους εισόδημα και συχνά ολόκληρη την οικονομία τους στα ναρκωτικά.

Το μεγάλο άλμα στην παραγωγή και μεταφορά των ναρκωτικών έγινε τη δεκαετία του 1980 με την όξυνση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Όταν έπεσαν οι τιμές των πρώτων υλών, οι αγροτικές οικονομίες των κρατών της Λατινικής Αμερικής αλλά και των κρατών της

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Ασίας, μετατράπηκαν σε ναρκοοικονομίες. Τότε αυξήθηκε τρομερά η παροχή ναρκωτικών ουσιών, στα ανεπτυγμένα βιομηχανικά κράτη (Μάτσα, 2001).

Σήμερα τα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται ως μέσον εξασφάλισης μιας καινούριας γεωπολιτικής και οικονομικής ισορροπίας, ανάμεσα στα κράτη παραγωγούς του Τρίτου Κόσμου και τις ιμπεριαλιστικές μητροπόλεις. Ολόκληρες οικονομίες στηρίζονται σε παράνομες, υπόγειες οικονομικές δοσοληψίες, που ελέγχονται σε μεγάλο βαθμό από τη μαφία και τις παρακρατικές οργανώσεις, ευνοώντας μεγάλα οικονομικά και πολιτικά συμφέροντα (Μάτσα, 2001).

Την ίδια στιγμή, όσο μεγαλώνει η ανεργία, η φτώχεια, η εξαθλίωση στις ιμπεριαλιστικές μητροπόλεις, τόσο μαζικότερα εισδύουν τα ναρκωτικά στα πιο εξαθλιωμένα κοινωνικά στρώματα που τα καταναλώνουν ή και τα διακινούν στο πλαίσιο μιας εκ των προτέρων αποτυχημένης στρατηγικής επιβίωσης. Όμως η εξάρτηση από ουσίες, είναι κατά βάση ένα κοινωνικό φαινόμενο με τη δική του δυναμική. Οι όροι ζωής του σημερινού ανθρώπου μορφώνουν το πλαίσιο της συστηματικής ιατροκοποίησης του ψυχικού πόνου και τελικά ολόκληρης της ύπαρξης. Κάνουν πιο εύκολη την καταφυγή στην ουσία, τα χάπια, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά. Μεταβάλλουν τη χρήση, σε κοινωνική συμπεριφορά. Της δίνουν το χαρακτήρα στερεότυπου, που αποσκοπεί μέσα από κάποια ουσία την εξασφάλιση της ατομικής ηρεμίας, έστω και μέσα σε συνθήκες ακραία κοινωνικής έντασης και δυστυχίας.

2. Αίτια και Επιπτώσεις

2.1 Παράγοντες που Οδηγούν στη Χρήση

Οι αιτίες που κατά κανόνα κατευθύνουν έναν άνθρωπο στη χρήση "εθιστικών" ουσιών και προπάντων ναρκωτικών ουσιών είναι πάρα πολλές. Οι αιτίες όμως αυτές δεν δύνανται να υπαχθούν σε ένα γενικό κανόνα, ώστε να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι όταν διατελούν αυτές οι αιτίες ο άνθρωπος θα στραφεί προς τα ναρκωτικά σίγουρα και συνεπώς αν γίνει προσπάθεια να αφανιστούν τα γενεσιουργά αίτια, θα σταματήσει η χρήση των ναρκωτικών. Αυτό γιατί η επιδεξιότητα που φέρει ο κάθε άνθρωπος να αμύνεται στις αιτίες αυτές είναι διαφορετική και συναρτάται από την προσωπικότητά του, την ηλικία του, την παιδεία, τον περίγυρο και την πίεσή του σε μερικές αξίες και πρότυπα (Φωτίου, 2013).

Οι σημαντικότερες λοιπόν αιτίες που δύνανται να στρέψουν τον άνθρωπο στη χρήση ναρκωτικών είναι:

Η επιθυμία για νέες απολαύσεις: Η λαχτάρα για μεγαλύτερη απόλαυση από όση παρέχουν τα άλλα γνώριμα μέσα απόλαυσης, δηλαδή η λαχτάρα για νέου είδους απολαύσεις και η κατάχρηση της επιθυμίας, ιδιαίτερα των νέων και απείρων από άτομα χωρίς χρήματα, ενδέχεται να στρέψει κάποιον στα ναρκωτικά.

Οι έμποροι ναρκωτικών με τη διάθεση των ναρκωτικών επωφελούνται τεράστια χρηματικά ποσά, οπότε μεταχειρίζονται οποιοδήποτε τρόπο και κόλπο (κατά κανόνα στην αρχή παρέχουν δωρεάν τη δόση στο υπονήφιο θύμα τους) για να προτρέψουν κάποιον στην χρήση των ναρκωτικών ώστε να συνηθίσει και να εξαρτάται ολοκληρωτικά από αυτούς, για να τον εκμεταλλεύονται (Φωτίου, 2013).

Η τάση για φυγή από την πραγματικότητα: Κάποιοι άνθρωποι, αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα κατά πρόσωπο, καθώς και τα δημιουργούμενα σοβαρά προβλήματα, όπως το θάνατο αγαπημένου προσώπου, την αποτυχία στην εργασία ή στις σπουδές, την οικονομική συμφορά από τυχαία γεγονότα ή κακή διαχείριση και αναζητάν διαφυγή στα ναρκωτικά.

Γενικά κάθε πρόβλημα, μεγαλύτερο ή πιο λίγο σοβαρό, ανάλογα με την αποτίμηση που κάνει αυτός που το αντιμετωπίζει, δύνανται, προπάντων αν το άτομο δεν έχει δυνατή

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

προσωπικότητα, να στρέψει κάποιον στη χρήση των ναρκωτικών. Οποσδήποτε η ηλικία, οι γνώσεις της ζωής, η παιδεία, η καλή ψυχική υγεία είναι παράγοντες που εμποδίζουν, αλλά πάνω, από όλα, η ολοκληρωμένη προσωπικότητα είναι εκείνη που θα εμποδίσει κάθε συλλογισμό ή παρότρυνση άλλων για χρήση ναρκωτικών (Γεωργακοπούλου, 2012).

Η αδιαφορία των γονέων: Η αμέλεια των γονέων, για τη σωστή διαπαιδαγώγηση, διασκέδαση και παιδεία των παιδιών και η ένδεια επίβλεψης αυτών, γιατί ο χρόνος τους λόγω της δουλειάς τους είναι περιορισμένος ή γιατί απασχολούνται με τη διασκέδαση ή γιατί έχουν "μοντέρνες" ιδεολογίες, δηλ. ότι δεν αρμόζει να περιορίζεται το παιδί με πολλές συστάσεις και υποδείξεις, αλλά χρειάζεται να αφήνεται ελεύθερο να κάνει ότι θέλει, έστω και αν δημιουργεί με τη διαγωγή του προβλήματα στους γύρω του, δύναται να οδηγήσει το παιδί στα ναρκωτικά.

Ιδιαίτερα η απομάκρυνση από τους συγγενείς και το κράτος, των ανηλίκων ορφανών και των εξώγαμων, των μειονεκτούντων σωματικά και πνευματικά και γενικά κάθε ανθρώπου, που χρειάζεται φροντίδα, φτιάχνει το κατάλληλο έδαφος, για την έγκριση της πρότασης του κερδοσκόπου εμπόρου ναρκωτικών, για δοκιμή της ναρκωτικής ουσίας (Παρασκευόπουλος, 2013).

Η φυγοπονία - η τηλεόραση - ο κινηματογράφος. Η νωθρότητα, κυρίως και η ένδεια ενδιαφερόντων στους νέους, φέρουν επιζήμια αποτελέσματα. Η προσοχή, πολλές φορές, κάποιων γονέων εξαντλείται σε επουσιώδη πράγματα, όπως για το αν θα πάρει το παιδί καλό βαθμό στο σχολείο, πιο λίγο όμως, ασχολούνται με το τι θα κάνει το παιδί στον ελεύθερο χρόνο του. Η τηλεόραση και ο κινηματογράφος θα επιληφθεί, ατυχώς, σε διεθνή κλίμακα, πολλές φορές όχι εσκεμμένα, να μάθει στο παιδί ότι κατά κανόνα υπερισχύει το δίκαιο του δυνατότερου, όπως και στη ζούγκλα και θα του υπογραμμίσει ότι η βία είναι εκείνη που κυριαρχεί σε όλες τις ανθρώπινες εκδηλώσεις. Επιπλέον, θα τον εκπαιδεύσει για τις σεξουαλικές ανωμαλίες ως φυσιολογικές και όλα αυτά με τη δικαιολογία της τέχνης, για να καταλήξει ο νέος στο συμπέρασμα ότι για να επιζήσει, χρειάζεται να διενεργεί όπως οι ήρωες των διαφόρων έργων που προβάλλονται στην τηλεόραση. Δίκαια επομένως ενδέχεται να αναφέρεται ότι μερικές ταινίες "απαρτίζουν ανεύθυνα φροντιστήρια αντικοινωνικής και αντιανθρώπινης αγωγής" αν έχετε χρησιμοποιήσει επακριβώς την πρόταση θα ήθελα να γράψετε αριθμό σελίδας. (Γεωργακοπούλου, 2012).

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Ο μιμητισμός και η περιέργεια: Ο "μιμητισμός", η παρακολούθηση της μόδας και η ερευνητικότητα, για δοκιμή του καινούργιου, που μερικές φορές ακούσια, από αδεξιότητα και αμάθεια την προξενούν άνθρωποι που επιζητούν την ενημέρωση του κοινού, για τους κινδύνους από τα ναρκωτικά, ενδέχεται να κάνουν το νέο να επιχειρήσει να δοκιμάσει και τα ναρκωτικά. Αυτό αναμφίβολα γίνεται γιατί δεν δύνανται να καταλάβουν οι άπειροι νέοι ότι ο εθισμός στα ναρκωτικά προκαλείται πολύ γρήγορα και η θεραπεία για αποτοξίνωση, σύμφωνα με διεθνή στατιστικά δεδομένα είναι όχι μόνο δύσκολα, αλλά απογοητευτικά κατώτερα κάθε προσδοκίας (ΚΕΘΕΑ 2013).

Η αδικία, ή έλλειψη επικοινωνίας και οι άθλιες συνθήκες ζωής: Οι εξαθλιωμένες συνθήκες ζωής, η αδικία, η προκαλούμενη από αυτή παράπονο και απόγνωση, όπως επίσης η έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά και γενικά στους ανθρώπους, δύνανται, ανάλογα με την ένταση και το είδος της προσωπικότητας, να οδηγήσουν στη λήψη ναρκωτικών.

Πάντως αυτοί που παίρνουν ναρκωτικά δεν είναι συνήθως φτωχοί και δεν κατέληξαν σε αυτά λόγω φτώχειας. Αντίθετα, είναι μέσου και μερικές φορές υψηλού εισοδήματος. Από αυτό δύνανται να ανακύψουν πολλά συμπεράσματα και κυρίως ότι οι οικονομικοί λόγοι δεν έχουν βασική σημασία στη λήψη της απόφασης, για χρήση ναρκωτικών (Φωτίου, 2013).

Ο τρόπος ζωής: Ο τρόπος ζωής, ο κορεσμός, το στρες για την επιτυχία, την απόκτηση περισσότερων αγαθών και την κοινωνική άνοδο, η αβεβαιότητα, η φοβία ενός πολέμου και η μοναχικότητα είναι λόγοι που δύνανται να επιφέρουν το πρόσφορο έδαφος, για τη λήψη των ναρκωτικών, σαν εύκολη λύση στα προκαλούμενα προβλήματα, από τους λόγους αυτούς. Μερικές φορές και η μεγαλύτερη πεποίθηση, που έχουν μερικά άτομα στον εαυτό τους καθοδηγεί στη δοκιμή των ναρκωτικών, χωρίς, όμως, να καταφέρνουν μετέπειτα να σταματήσουν τη χρήση τους (Γεωργακοπούλου, 2012).

Από την ιατρική χρήση τους: Οι ασθενείς που λαμβάνουν, κυρίως, για αναλγητικό ή για καταπράυνση από το στρες ή για θεραπεία, ναρκωτικές ουσίες, ενδέχεται μετά από μακροχρόνια χρήση να εξελιχθούν σε τοξικομανείς. Για αυτό πρέπει να καταβάλλουν ιδιαίτερη προσοχή, ιδίως οι γιατροί. Πάντως, το ποσοστό των περιστατικών εθισμού στους ασθενείς, που λαμβάνουν ναρκωτικά, δεν υπερβαίνει το 0,1% (Παρασκευόπουλος, 2013).

Η σκόπιμη διάδοση των ναρκωτικών, για πολιτικούς λόγους: Τα ναρκωτικά χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται ακόμη εσκεμμένα και για πολιτικούς λόγους. Ειδικότερα, προωθείται ότι, κάποιιο "τα εναποθέτουν στο δρόμο των νέων, για να

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

προξενήσουν μια διάσπαση σε αυτούς, για να μη δύνανται να αντιδρούν σωστά, για να εξουδετερωθεί, δηλαδή, το πιο ζωντανό αυτό κομμάτι του λαού ή για να καθιερώσουν την εξουσία τους, κυρίως την οικονομική, σε άλλους πληθυσμούς κλπ.".

2.2 Οι Επιδράσεις των Ναρκωτικών στον Ανθρώπινο Οργανισμό

Δεν υφίσταται άνθρωπος στην σημερινή εποχή που να μην ξέρει ότι τα ναρκωτικά φέρνουν τον χρήστη σιγά - σιγά στον θάνατο, είτε αυτός το επιζητάει, είτε όχι.

Οι παρενέργειες όλων των ναρκωτικών ουσιών είναι περίπου ίδιες στον ανθρώπινο οργανισμό. Αρχικά, το σώμα και το μυαλό αισθάνονται ευφορία, με την παρέλευση της ώρας πέφτουν σε τέλμα και τέλος σε ανυπόφορους πόνους που φέρνουν τον θάνατο του χρήστη είτε αυτό είναι αποτέλεσμα της υπερβολικής δόσης, είτε της στέρησης.

Παρακάτω παρατίθεται στον **πίνακα 2.2.1** με το είδος της επίδρασης που παρουσιάζει κάθε ουσία:

Πίνακας 2.2.1 Είδος επίδρασης που παρουσιάζει κάθε ουσία.

	Μορφίνη Ηρωίνη	Κοκαΐνη	Βαρβιτουρικά	Κάνναβη	LSD	Αμφεταμίνες	Αλκοόλη
Σωματική Εξάρτηση	+	-	+	-	-	-	+
Ψυχική εξάρτηση	+	+	+	+	+	+	+
Ανοχή	+	-	-	-	+	+	-
Ανοχή Ατελής και Αντίστροφη	-	-	+	-	-	+	+
Διάθεση για συνέχιση λήψης του ευφοριστικού	+	+	+	+	+	+	+

Πηγή: Ginieri-Coccosis, M., Rotsika, V., Skevington, S., Papaevangelou, S., Malliori, M., Tomaras, V., Kokkevi, A. (2013). "Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

(SpLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports."
Child: care, health and development 39(4): 581-591.

Μορφίνη

Η χρόνια χρήση μορφίνης έχει σαν αποτέλεσμα το σχηματισμό χρόνιας δηλητηρίασης οι εκδηλώσεις της οποίας εκφράζονται με την μορφή ψυχικών και λειτουργικών διαταραχών. Αναπτύσσεται δηλ. έντονη ψυχική ευφορία, με το πέρασμα όμως του χρόνου ο εθισμός της ψυχικής αυτής υπερδιέγερσης εξελίσσεται σε αναμφίβολο πάθος για τη μορφίνη. Ο χαρακτήρας εξαντλείται, η συναίσθηση και το μνημονικό περιορίζεται και το άτομο καταντάει σωματικό και ψυχικό ράκος.

Από τις λειτουργικές διαταραχές οι πιο συχνές είναι η ξηρότητα του στόματος και του φάρυγγα, η μείωση της έκκρισης του γαστρικού υγρού, η ελάττωση της όρεξης, η δυσκοιλιότητα και η μύση. Το άτομο έχει κατά κανόνα όψη καχεκτική. Οι τρίχες της κεφαλής λευκαίνουνται και εξασθενίζουν ενώ τα δόντια και τα νύχια γίνονται ξηρά και εύθραυστα.

Το σύνδρομο στέρησης είναι πολύ δυσάρεστο και εκφράζεται με ψυχικές και σωματικές διαταραχές, αντικειμενικές και κοινές για όλους τους εξαρτημένους από τα οπιούχα. Εκδηλώνεται από αχαρακτήριστο στρες, υπερδιεγερσιμότητα, πανικό, πονοκέφαλο, οσφυαλγία, παραμιλητό, γενικευμένους σπασμούς, shock. Σε κάποιες περιπτώσεις, το σύνδρομο αυτό φτάνει σε θάνατο. Υφίσταται ανοχή του οργανισμού απέναντι στην ουσία, ο οποίος ζητάει την δόση σε συχνά χρονικά διαστήματα ώστε να ανταπεξέλθει, κάθε φορά όμως σε μεγαλύτερη ποσότητα από την προηγούμενη.

Γενικά οι κίνδυνοι από την χρήση της μορφίνης συνοψίζονται στα εξής:

- ✓ Έντονα φαινόμενα σωματικής εξάρτησης.
- ✓ Σοβαρή ψυχική εξάρτηση.
- ✓ Μεγάλος βαθμός ανοχής
- ✓ Διάθεση για συνέχιση της λήψης του ευφοριστικού (Ginieri-Coccosis, 2013).

Ηρωίνη

Η εξάρτηση από την ηρωίνη είναι όπως και της μορφίνης, τόσο ψυχικώς, όσο και σωματικώς, οι δε στερητικές εκδηλώσεις που παρουσιάζονται στο διάστημα των 12 ωρών από τη λήψη της τελευταίας δόσης αντιμετωπίζονται πολύ δύσκολα.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Η ψυχική εξάρτηση ταυτίζεται με έντονες ψυχικές εκδηλώσεις όπως στρες, εκνευρισμός, φόβοι και ψευδαισθήσεις. Ενώ η σωματική έχει να κάνει με την παρουσία μυαλγιών, διάχυτά κοιλιακά άλγη, γαστρεντερικές διαταραχές, σύγκρυα, τρεμούλα των άνω άκρων, κ.λπ.

Εκτός από την γενική εξάντληση που εμφανίζουν τα άτομα, είναι επισφαλή και σε διάφορες μολύνσεις και ασθένειες. Αναλυτικά, συχνά οι χρήστες πλήττονται από ηπατίτιδα και AIDS από τις μολυσμένες σύριγγες, ενώ οι βαριές διαταραχές του DNA και του συστήματος αναπαραγωγής είναι συχνότατες.

Και σε αυτή την περίπτωση υφίσταται ανοχή του οργανισμού απέναντι στην ουσία, καθώς και επιθυμία για συνέχιση αυτής.

Οι κίνδυνοι λοιπόν από τη χρήση της ηρωίνης συνοψίζονται στα εξής:

- ✓ Μεγάλη σωματική εξάρτηση
- ✓ Μεγάλη ψυχική εξάρτηση
- ✓ Έντονη ανάπτυξη ανοχής
- ✓ Διάχυτη διάθεση για συνέχιση λήψης της ουσίας (Giniერი-Coccosis, 2013).

Κοκαΐνη

Τα άτομα που έχουν εθιστεί στην χρήσης της κοκαΐνης επιδεικνύουν μια συνεχή ψυχική υπερδιέγερση ή αστάθεια λόγω της μεταβατικής κατασταλτικής δράσης της κοκαΐνης. Οι αυταπάτες ότι το δέρμα τους διατρέχεται από διάφορα έντομα ή ερπετά είναι συχνές και στην προσπάθειά τους να ξεφύγουν αυτοτραυματίζονται. Επιπλέον ο ύπνος τους γίνεται ανάστατος, αδυνατίζει η μνήμη και γενικά όλες οι πνευματικές λειτουργίες. Τα συναισθήματα χάνονται και οι κοκαΐνομανείς αμελούν τα καθήκοντά τους, τείνουν στην αλητεία και τις διαρρήξεις και γίνονται ψυχικά ράκη. Σε μερικά περιστατικά έχουμε σοβαρές ψυχικές διαστροφές.

Σωματικός εθισμός δεν εμφανίζεται. Μερικές εκδηλώσεις σωματικής εξάντλησης που δέχεται ο χρήστης είναι ανορεξία, διάρροια και πολυουρία, το πρόσωπό του γίνεται υποκίτρινο και διακρίνεται αδράνεια των οφθαλμών.

Τέλος επειδή δεν υφίσταται σωματικός εθισμός δεν διακρίνονται και εκδηλώσεις ανοχής και αποστέρησης, ενώ η διάθεση για συνέχιση της κοκαΐνης υφίσταται.

Γενικά οι συνέπειες της κοκαΐνης στον άνθρωπο είναι:

- ✓ Έλλειψη φυσικής εξάρτησης και κατά συνέπεια έλλειψη του συνδρόμου στέρησης.
- ✓ Ψυχική εξάρτηση από τα αποτελέσματα του ναρκωτικού.
- ✓ Έλλειψη ανοχής στα αποτελέσματα του ναρκωτικού σε περίπτωση συνεχούς χορήγησης.
- ✓ Λαχτάρα ή ακαταμάχητη ανάγκη συνέχισης της ουσίας (Ginieri-Coccosis, 2013).

Βαρβιτουρικά

Η παροχή βαρβιτουρικών για μεγάλο χρονικό διάστημα επιφέρει χρόνια δηλητηρίαση, τα γνωρίσματα της οποίας είναι ίλιγγος, νάρκη, θόλωση της διάνοιας, μυϊκή χαλάρωση, πανικός και οπτικές ψευδαισθήσεις. Ο σωματικός εθισμός είναι δυνατός, με επακόλουθο οι στερητικές εκδηλώσεις από την μη συχνή χρήση βαρβιτουρικών να παρουσιάζονται μέσα στο πρώτο 24ωρο με τις ενδείξεις που ήδη αναφέραμε, καθώς επίσης και με απώλεια της όρεξης, δυσκοιλιότητα και ακράτεια ούρων. Σε πολλά περιστατικά οι εκδηλώσεις μειώνονται μετά από 48 ώρες με την αρμόζουσα θεραπεία, ενώ σε άλλες το άτομο καταρρέει, πέφτει σε κώμα και αποβιώνει σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα.

Φυσικά εκτός από την πρόκληση του σωματικού εθισμού, η συνεχής χρήση της ουσίας προξενεί και ψυχικό εθισμό ο οποίος σε ορισμένα περιστατικά είναι πιο επικίνδυνος και από αυτή των οπιούχων.

Χαρακτηριστικό είναι ότι σε αυτά τα περιστατικά η διαγωγή του ατόμου γίνεται εντελώς παιδόμορφη τόσο ώστε να χρίζει πάντα της ανάγκης συνοδού.

Η χρήση των βαρβιτουρικών δεν σχετίζεται με το φαινόμενο της ανοχής. Δηλαδή τα άτομα που κάνουν συχνή λήψη βαρβιτουρικών δεν εμφανίζουν αυτό το φαινόμενο, αντίθετα εκδηλώνονται από το φαινόμενο της ατελούς και αντίστροφης ανοχής, δηλαδή οι παρενέργειες των βαρβιτουρικών εκφράζονται με την λήψη μια μικρότερης δόσης από την προηγούμενη. Και φυσικά η διάθεση για συνέχιση της λήψης των βαρβιτουρικών είναι διάχυτη στον οργανισμό τους.

Γενικά λοιπόν, οι συνέπειες στον οργανισμό του χρήστη των βαρβιτουρικών συνοψίζονται στα εξής:

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

- ✓ Πολύ έντονη σωματική εξάρτηση
- ✓ Μεγάλη ψυχική εξάρτηση
- ✓ Απουσία στο φαινόμενο της ανοχής
- ✓ Ισχυρή ατελής και αντίστροφη ανοχή
- ✓ Διάθεση για συνέχιση λήψης του ευφοριστικού (Ginieri-Coccosis, 2013).

Κάνναβη

Οι εμφανιζόμενες ενέργειες κατά τη διάρκεια της "μέθης" με κάνναβη, δύναται να φέρουν το γνώρισμα του ονειρικού παραμιλητού, με οπτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις, και πιο σπάνια την αντίδραση του πανικού. Όπως είναι κατανοητό ο ψυχικός εθισμός από την κάνναβη - χασίς είναι διάσπαρτη στον ανθρώπινο οργανισμό. Η μακροχρόνια χρήση μάλιστα και σε μεγάλες δόσεις ενδέχεται να επιφέρει την ελάττωση του συντονισμού των κινήσεων του χρήστη και της δεξιότητας ακολούθησης ενός κινούμενου αντικειμένου (διακινδύνευση στην οδήγηση), στην έλλειψη ενδιαφέροντος για τα κοινά, σε εγκληματικές ενέργειες, σε συμβιβαστικότητα και ενδοτικότητα σε πιέσεις και γενικά σε κοινωνική απενεργοποίηση.

Οι σωματικές εκδηλώσεις από τον εθισμό της ουσίας έχουν να κάνουν με την παρουσία δυνατής υπνηλίας, υπογλυκαιμίας, με την εξάντληση της πρόσφατης μνήμης, με την μεγέθυνση του ενδεχομένου πνευμονοπάθειας ή καρκίνου των πνευμόνων, καθώς και με το σχηματισμό σοβαρότατων προβλημάτων στο ορμονικό σύστημα παραγωγής ωαρίων των γυναικών.

Το φαινόμενο της ανοχής δεν συνάγεται να εγκαθίσταται στον χρήστη της κάνναβης - χασίς όπως και ο σωματικός εθισμός, ενώ η ανάγκη για συνέχιση της χρήσης υφίσταται.

Γενικά η εξάρτηση από την κάνναβη - χασίς χαρακτηρίζεται:

- ✓ Από διάχυτη επιθυμία ή "ανάγκη" για συνέχιση λήψης με στόχο την επανεμφάνιση των φαρμακολογικών ενεργειών του φαινομένου, γεγονός που συνεπάγεται ψυχικός εθισμός.
- ✓ Από απουσία σωματικού εθισμού και κατά συνέπεια ανυπαρξία στερητικών φαινομένων.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

- ✓ Από μικρή ή όχι διάθεση αύξησης της δόσης εφόσον δεν υφίσταται θέμα ανοχής.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα προϊόντα της κάνναβης δεν προξενούν άμεσο θάνατο, ενδέχεται όμως να προξενήσουν έμμεσα, στην περίπτωση που το άτομο βρίσκεται σε ευφορία., π.χ. από τροχαίο ατύχημα ή πτώση από ύψος (Ginieri-Coccossis, 2013).

Παραισθησιογόνα (LSD, κ.λπ.).

Τα ναρκωτικά αυτής της ομάδας διαλύουν το φιλτράρισμα που κάνει φυσιολογικά ο εγκέφαλος στα διάφορα αισθητήρια ερεθίσματα με επακόλουθο την παρουσία ψευδαισθήσεων και την παρουσία πολλές φορές εκδηλώσεων σοβαρής ψύχωσης, με κύριες εκδηλώσεις την διαρκή τάση αυτοκτονίας, καθώς και την ενεργοποίηση ψυχικών προδιαθέσεων.

Από τα πιο επικίνδυνα παραισθησιογόνα είναι το LSD, διότι αναπτύσσεται ταχύτατα εθισμός σε αυτό (σε 3-4 δόσεις) και δυνατός ψυχικός εθισμός με επακόλουθο το άτομο να γίνεται ανίκανο να αμυνθεί στην ναρκωτική ουσία.

Σωματικός εθισμός δεν παρουσιάζεται ξεκάθαρα. Από τις σοβαρότερες σωματικές εκδηλώσεις είναι ο τρόμος των χεριών, η πυρετική κίνηση και οι σοβαρές χρωμοσωματικές διαταραχές.

Το φαινόμενο της ανοχής υφίσταται στην χρήση αυτής της ουσίας, ενώ η διάθεση για συνέχιση ή όχι της ουσίας συναρτάται από την ψυχική διάθεση του ατόμου και την δύναμη που έχει να αμυνθεί σε αυτήν, εφόσον καταλάβει το κακό που δέχεται.

Γενικά οι κίνδυνοι από τα παραισθησιογόνα συνοψίζονται στα εξής:

- ✓ Σωματικός εθισμός δεν διακρίνεται
- ✓ Έντονος ψυχικός εθισμός
- ✓ Ύπαρξη του φαινομένου της ανοχής
- ✓ Μερική διάθεση για συνέχιση της ουσίας (Ginieri-Coccossis, 2013).

Αμφεταμίνες

Το σύνδρομο που παρουσιάζεται μετά την παροχή των ουσιών αυτών, για μεγάλο χρονικό διάστημα, εκδηλώνεται από ζωηρές οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις, αλλαγές στην συμπεριφορά ακόμη και λειτουργικές διαταραχές με απώλεια της όσφρησης, ελαττωμένη έκκριση βλέννας, ξηρότητα του στομάχου και κατερυθρότητα του λαιμού και του προσώπου, ψυχρότητα και αιμορραγίες του δέρματος.

Το φαινόμενο της ανοχής παρουσιάζεται βαθμιαία στον χρήστη με επακόλουθο η διερεύνηση κάθε φορά μεγαλύτερης ποσότητας να επιφέρει στο άτομο απεγνωσμένες και βίαιες πράξεις, προκειμένου να εξασφαλίσει την δόση του. Σωματικός εθισμός δεν υφίσταται, αφού γενικά οι αμφεταμίνες χρησιμοποιούνται από άτομα που είναι υποχρεωμένα να αποδώσουν παραπάνω από τις δυνάμεις τους.

Δυστυχώς, όμως, εμφανίζεται διάθεση για συνέχιση της λήψης από το άτομο, αφού αυτό μαθαίνει να αποδίδει χάρη σε αυτές και λησμονεί τις πραγματικές του δυνατότητες.

Γενικά τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης από αμφεταμίνες θεωρούνται:

- ✓ Ο ασήμαντος σωματικός εθισμός
- ✓ Ο έντονος ψυχικός εθισμός ο οποίος είναι ποικίλος και ευμετάβλητος.
- ✓ Η βαθμιαία εγκατάσταση ανοχής επί λήψης της ουσίας από το στόμα ή παρεντερικά.
- ✓ Έντονη επιθυμία για συνέχιση της λήψης της ουσίας (Ginieri-Coccosis, 2013).

Αλκοόλη

Η αιθυλική αλκοόλη, ανάλογα με την πυκνότητά της στο αίμα, ασκεί φαρμακολογική δράση που επιδράει στη λειτουργία πολλών συστημάτων και οργάνων. Η κύρια δράση της αφορά το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) με αποτέλεσμα να αδυνατίζει η μνήμη και η προσοχή, ο λόγος να γίνεται φλύαρος και να περιορίζεται η αυτοπεποίθηση. Προοδευτικά διακρίνονται διαταραχές στο συναισθηματικό και δεν είναι σπάνια τα συναισθηματικά ξεσπάσματα. Σε μεγάλες συσσωρεύσεις αλκοόλης η συνείδηση προοδευτικά εξαφανίζεται και επακολουθεί το κώμα, ενώ ο θάνατος είναι σπάνιος.

Όταν ο χρήστης φτάσει σε αυτό το σημείο τότε είναι φυσικό να επακολουθήσει και σωματικός εθισμός, ο οποίος δεν εγκαθίσταται από τα πρώτα στάδια της χρήσης αλκοόλης.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Οι σωματικές εκδηλώσεις που παρουσιάζονται στον αλκοολικό είναι ταχυπαλμία, πτώση της πίεσης, πολυουρία, γαστρίτιδα και δυσκολία στην απορρόφηση πολλών σημαντικών θρεπτικών συστατικών.

Από την χρήση αλκοόλης παρουσιάζεται το σύμπτωμα της αντίστροφης και ατελούς ανοχής, οπότε πια μιλάμε για άτομα εξαρτημένα σωματικά και ψυχικά από την αλκοόλη, οι οποίοι ως γνωστόν ονομάζονται αλκοολικοί, και είναι πλέον αδύνατο να κόψουν την χρήση της. Γενικά τα αποτελέσματα του εθισμού των ανθρώπων με αλκοόλη είναι:

- ✓ Σταδιακή εμφάνιση σωματικού εθισμού
- ✓ Έντονος ψυχικός εθισμός
- ✓ Ανάπτυξη του φαινομένου της ανοχής που είναι ακανόνιστη, ατελής και συχνά δε αντίστροφη.
- ✓ Έντονη διάθεση για συνέχιση της κατανάλωσης αιθυλικής αλκοόλης (Ginieri-Coccosis, 2013).

3. Νομικό Πλαίσιο

3.1 Νομοθεσία για τα Ναρκωτικά

Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) για τα Ναρκωτικά, την οποία ακολουθεί και η Ελλάδα, συναρτάται σε μια ολοκληρωμένη, πολύ - τομεακή και ισόρροπη προσέγγιση, στην οποία συνδυάζεται η ελάττωση της προσφοράς με τη μείωση της ζήτησης, μέσω της διεθνούς συνεργασίας και του συντονισμού. Σκοπός της Στρατηγικής της Ε.Ε είναι να προσδώσει προστιθέμενη αξία στις εθνικές στρατηγικές, τηρουμένων των αρχών της επικουρικότητας και της αναλογικότητας. Η Στρατηγική έχει επίσης ως σκοπό να αφήνει περιθώριο για τοπικές, περιφερειακές, εθνικές και διακρατικές δυναμικές και δυνατότητες, καθώς και να αξιοποιεί τους διαθέσιμους πόρους με το βέλτιστο δυνατό τρόπο. Λαμβάνονται επίσης υπόψη οι οργανωτικοί και δημοσιονομικοί περιορισμοί των κρατών-μελών και των οργάνων της Ε.Ε. Η Στρατηγική της Ε.Ε. για την περίοδο 2005 - 2012, επικεντρώνεται σε δύο τομείς πολιτικής (α) τη μείωση της ζήτησης και (β) τη μείωση της προσφοράς, καθώς και σε δύο εγκάρσια ζητήματα (α) τη διεθνή συνεργασία και (β) την έρευνα, την πληροφόρηση και την εκτίμηση. Παρακάτω εμφανίζονται οι σχετικοί νόμοι και οι μεταποιήσεις που έχουν γίνει μετά την στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην Ελλάδα.

- Υπουργική απόφαση Φ.429.1/5/150045 (ΦΕΚ Β' 34/18.1.2006) του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας. Η υπουργική απόφαση αφορά στην αναστολή της κατάταξης εξαιτίας της θεραπευτικής αγωγής σε κέντρα θεραπείας εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες, του εσωτερικού ή του εξωτερικού.
- Εγκύκλιος ΕΓΚ 2/2006/0-0 ΕΓΚ. ΣΣ. 2/2006: αρ. 4 νόμος 3424/2005: τροποποίηση νόμου 2331/1995 Περί νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες Η εγκύκλιος αφορά στην τροποποίηση, προσθήκη και υποκατάσταση του νόμου 2331/1995 και προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία 2001/97/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την πρόληψη της χρησιμοποίησης του χρηματοπιστωτικού συστήματος με στόχο την νομιμοποίηση εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και άλλες διατάξεις.
- Κοινοτικός νόμος 3424/2005 Περί νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματική δραστηριότητα, αφορά στην κοινοποίηση των διατάξεων του νόμου 3424/2005 περί

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

τροποποίησης και υποκατάστασης των διατάξεων του πρώτου κεφαλαίου του νόμου 2331/1995, προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία 2001/97/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την πρόληψη της χρησιμοποίησης του χρηματοπιστωτικού συστήματος, με στόχο τη νομιμοποίηση εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και άλλες διατάξεις και την παροχή οδηγιών για την χρήση των ανωτέρω διατάξεων.

- Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3γ/38075 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Υπαγωγή φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος στις διατάξεις του Ν3459/2006 περί ναρκωτικών. Η υπουργική απόφαση αναφέρεται στην υπαγωγή του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος SUBOXONE, που περιλαμβάνει την ουσία BUPRENORPHINE σε συνδυασμό με την ουσία NALOXONE, του νόμου 3459/2006. Η διάθεση αυτού θα γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρ. 2 του άρθρου 22 του νόμου 3459/2006.
- Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3γ/52708 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Υπαγωγή φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων στις διατάξεις του νόμου 3459/2006 περί ναρκωτικών. Η υπουργική απόφαση αφορά στην υπαγωγή των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων FENTADUR και MATRIFEN, που περιλαμβάνουν την ουσία FENTANYL, του νόμου 3459/2006.
- Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3γ/80696 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Υπαγωγή φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος στις διατάξεις του νόμου 3459/2006 Περί ναρκωτικών. Η υπουργική απόφαση αναφέρεται στην υπαγωγή του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος OXXALGAN, που περιλαμβάνει την ουσία TRAMADOL. Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3γ/63672 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Καθορισμός τρόπου διάθεσης των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που περιλαμβάνουν την ουσία ΦΑΙΝΤΑΝ, ύλη υπό μορφή διαδερμικών εμπλάστρων.
- Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3γ/50153/06 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Καθορισμός μέγιστης ημερήσιας δόσης τραμαδόλης. Η υπουργική απόφαση καθορίζει τη μέγιστη ημερήσια δόση για την ουσία ΤΡΑΜΑΔΟΛΗ (TRAMADOL) σε 400 mg.

3.2 Ευρωπαϊκή και Εθνική Πολιτική Ναρκωτικών Ουσιών

Στη χώρα μας το ζήτημα των ναρκωτικών συγκροτεί μια πρόκληση ιδιαίζουσας σημασίας που θέτει σε κίνδυνο τον ιστό της παραγωγής, το μέλλον του νέου και επομένως το μέλλον της κοινωνίας. Η εθνική στρατηγική της χώρας μας για τα ναρκωτικά εναρμονίζεται με την ευρωπαϊκή πολιτική αφού είναι ένα ζήτημα που ξεπερνά τα όρια κράτους, σηματοδοτεί και καταδικάζει την εποχή μας, έτσι απορρίπτει την έννοια της κοινωνικής συμμετοχής και της «οριζόντιας αντιμετώπισης» (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, 2008-2012). Η Στρατηγική αυτή επιχειρεί να απαντήσει σε ένα φαινόμενο διεθνούς βεληνεκούς βασιζόμενη στις αρχές που έχει διατυπώσει η Ευρωπαϊκή ένωση.

Σημαντικοί πυλώνες της στρατηγικής αυτής είναι η ταυτόχρονη εξάλειψη προσφοράς και ζήτησης. Στρατηγική προϋπόθεση είναι η προσέγγιση για θεραπεία και η κοινωνική επανένταξη. Αυτό που αναφέρεται στην εθνική στρατηγική 2005- 2012 με ιδιαίζον στόμφο είναι η υπόληψη στον άνθρωπο και η ασφάλεια δικαιώματος του χρήστη στη θεραπεία. Αυτό συντελείται με υποστηρικτή τις αρμόδιες υπηρεσίες που είναι συνεχώς στον δρόμο με σύμμαχο τις τοπικές κοινωνίες. Για να επιλυθεί πραγματικά το πρόβλημα ολόκληρη η κοινωνία, με πρωτοστάτη το κράτος, χρειάζεται να κατασκευάσει κοινωνικό μέτωπο ενάντια στις εξαρτησιογόνες ουσίες. Η εκτίμηση της πρώτης Εθνικής Στρατηγικής επισήμανε κενά και εξακρίβωσε αρκετές αδυναμίες σε σχέση με την προσφορά υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Βασιζόμενοι στις εξακριβώσεις αυτής της εκτίμησης, διαμορφώθηκε η Εθνική Στρατηγική που καλύπτει την περίοδο 2009 -2012.

Σύμφωνα με τα δεδομένα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, 2008-2012) το πρόβλημα των ναρκωτικών προξενεί τα εξής:

- ❖ Διεθνής εκτός ορίων εξάπλωση παραγωγής, διακίνησης και διάθεσης
- ❖ Αύξηση διαθεσιμότητας
- ❖ Αύξηση καθαρότητας των ναρκωτικών ουσιών
- ❖ Μείωση των τιμών στην αγορά
- ❖ Η παρουσία νέων μορφών ναρκωτικών ουσιών π.χ. συνθετικά
- ❖ Μείωση της ηλικίας (12 – 13 ετών) των χρηστών
- ❖ Συνένωση και χρήση πολλών ουσιών (Πολυτοξικομανία – χαοτική πολυτοξικομανία)
- ❖ Η κοκαΐνη γίνεται το γνωστότερο διεγερτικό για πολλούς νέους με αυξητική τάση της χρήσης αμφεταμινών και έκστασης

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

- ❖ Η κάνναβη παραμένει το πιο δημοφιλές ναρκωτικό.
- ❖ Γύρω στα 2 εκατ. εκτιμώνται οι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών, ενώ 850.000 έως 1,3 εκατ. εκτιμώνται αυτοί που κάνουν ενδοφλέβια χρήση.

Πιο αναλυτικά στην Ελλάδα (σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, 2008-2012):

- ❖ Η χρήση παράνομων ουσιών από τους Έλληνες μαθητές ανέρχεται στο 10%.
- ❖ Το ποσοστό των αγοριών είναι κατά προσέγγιση διπλάσιο από εκείνο των κοριτσιών
- ❖ Η κάνναβη παραμένει διαχρονικώς η πλέον διαδεδομένη παράνομη ουσία.
- ❖ Το 8,6% των ατόμων, 12 – 64 ετών, έχουν κάνει χρήση μια ή περισσότερες φορές στη ζωή τους κάποια παράνομη ουσία, (13,3% άνδρες και 3,9% γυναίκες) με επικρατέστερη πάντοτε την κάνναβη.
- ❖ Η επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή των άλλων παράνομων ουσιών κυμαίνεται σε ποσοστό κάτω του 1%.
- ❖ Ο αριθμός των προβληματικών χρηστών κυμαίνεται παραπάνω από 20.000 με τη μέθοδο των πολλαπλών εγγράφων.

Η νέα Εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά 2005-2012 (σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Εθνικής Αλληλεγγύης), που καταστρώθηκε για να συγκροτήσει βάση για δύο διαδοχικά τετραετή σχέδια δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, βασίζεται κατά κύριο λόγο στις θεμελιώδεις αρχές του δικαίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης και προστατεύει από κάθε άποψη τις ιδρυτικές αξίες της Ένωσης και συγκεκριμένα τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, την ανεξαρτησία, τη δημοκρατία, την ισότητα, την συναδελφικότητα, το κράτος δικαίου και τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Έχει ως σκοπό την προφύλαξη και καλύτερευση της ευημερίας της κοινωνίας και των ατόμων, την προφύλαξη της δημόσιας υγείας, την προσφορά προστασίας ανώτερου επιπέδου για το ευρύ κοινό και την αποδοχή ισόρροπης, ολοκληρωμένης προσέγγισης της δυσκολίας των ναρκωτικών.

Η ευρωπαϊκή στρατηγική στηρίζεται επίσης στις σχετικές συμβάσεις των Ηνωμένων Εθνών του 1961, 1971, 1972 και 1988, οι οποίες συγκροτούν σημαντικότερες νομικές πράξεις για τον χειρισμό του προβλήματος των ναρκωτικών. Πυλώνες, εξάλλου της Στρατηγικής συγκροτούν εκείνες που προσδιόρισε η Ειδική Σύνοδος της Γ.Σ. των Η.Ε. για τα ναρκωτικά το 1998, δηλαδή η ελάττωση της παροχής και της διάθεσης, ως

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

αλληλοενισχυόμενα δεδομένα της πολιτικής στον τομέα των ναρκωτικών, πολιτικής που κατευθύνει σε μια ολοκληρωμένη και ισόρροπη προσέγγιση του προβλήματος.

Συνοπτικά για την επίτευξη αυτού του σκοπού τα κράτη μέλη προάγουν σε τοπικό, περιφερειακό και διακρατικό επίπεδο κινήσεις, οι οποίες θα συντελέσουν στην αποτελεσματικότερη χρήση των υφιστάμενων δυνατοτήτων στα κράτη μέλη, καθώς και στην αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων που έχουν για την πραγματοποίηση της πολιτικής τους. Οι ετήσιες Εκθέσεις του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα ναρκωτικά και της Ευροpol επιδεικνύουν τα αναγκαία στατιστικά δεδομένα για την περιγραφή της κατάστασης, σχετικά με τα ναρκωτικά, τα οποία ενισχύουν την αντίστοιχη εκπόνηση νέων δράσεων.

Στο τέλος του 2012 απαιτείται να έχει υπάρξει πρόοδος σε όλες τις προτεραιότητες ανά τομέα. Αυτό χρειάζεται να επιτευχθεί με επεμβάσεις και ενέργειες στο επίπεδο του κάθε κράτους-μέλους, σε ομάδες κρατών μελών ή στο επίπεδο της Ε.Ε. στο σύνολο της και σε συνεργία με τρίτα κράτη και διεθνείς οργανισμούς, όπως το Συμβούλιο της Ευρώπης και τα Ηνωμένα Έθνη. Η αρμοδιότητα ελέγχου της χρήσης του, ανετέθη στον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ. - Ν.2955/ΦΕΚ 256/Τ.Α/02/11/2001).

Τέλος, η Ελλάδα έχει προαγάγει σημαντικό δίκτυο διμερών συμφωνιών αστυνομικής συνεργίας, με τις οποίες επιχειρούν να καλύπτονται όλες οι μορφές οργανωμένου εγκλήματος.

4. Στατιστική Ανάλυση

4.1 Επιπολασμός στον Ελληνικό Πληθυσμό

Το φαινόμενο της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ξεκίνησε να επεκτείνεται το 1970, καθώς τη συγκεκριμένη εποχή ο διχασμός της νεολαίας με το υφιστάμενο κοινωνικό σύστημα είχε εκταθεί σε υψηλό σημείο. Η εξέλιξη του φαινομένου αυτού στην Ελλάδα παρουσιάζεται ξεκάθαρα στις πανελλήνιες επιδημιολογικές έρευνες που επιτελεί το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.).

Τα νεότερα στατιστικά στοιχεία, που παρουσιάζουν μια γενική εικόνα της χρήσης ουσιών, πηγάζουν από την μελέτη που συντελέστηκε το 1998. Η συγκεκριμένη μελέτη συγκροτεί επανάληψη δύο προηγούμενων συνδεδεμένων μελετών, που συντελέστηκαν το 1984 και το 1993. Πραγματοποιήθηκε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού, ατόμων ηλικίας 12 – 64 χρονών, της ευρύτερης περιοχής Αθηνών και σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του μαθητικού πληθυσμού, ατόμων ηλικίας 13 – 18 ετών σε όλη την Ελλάδα.

Η μελέτη αυτή επέδειξε ποσοστό αυξημένο της υπερίσχυσης της χρήσης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών (12,2%) σε όλο το δείγμα της ηλικίας 12 – 64 ετών σε σχέση με τα στοιχεία του 1984 και του 1993 (4% και 9,5% αντίστοιχα). Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης εμφανίζονται στους νέους 18 – 35 ετών (22%). Επίσης, αυξημένος παρουσιάζεται ο αριθμός αυτών που τελούν συστηματικότερη χρήση, οι οποίοι είναι οι νέοι 18 – 24 ετών (12,9%). Βέβαια, στους άνδρες παρατηρήθηκαν τριπλάσια ποσοστά χρήσης σε σχέση με αυτά των γυναικών, κάνοντας περισσότερη χρήση κάνναβης. Η κάνναβη είναι η πιο γνωστή εξαρτησιογόνος ουσία σε συντριπτική συχνότητα σε σχέση με τα υπόλοιπα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. Ετήσια έκθεση 2010 για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.).

Στα μαθητικό πληθυσμό επέδειξε ότι η υπερίσχυση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών είχε υπερδιπλασιαστεί το 1998 σε σχέση με το 1993 για τις ηλικίες 15 – 26 ετών (από 4,8% σε 11,4%), ενώ επίσης και η χρήση της κάνναβης τριπλασιάστηκε το 1998 (10,2%) σε σχέση με το 1993 (3%) για την ίδια ηλικιακή ομάδα. Ακόμη, σημαντική αύξηση εμφανίζει η χρήση εισπνεόμενων ουσιών κυρίως για τα αγόρια (18,2%) σε σχέση με τα κορίτσια (9,7%) (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.).

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Η πανευρωπαϊκή έρευνα ESPADE (EUROPE – A RESEARCH PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS), που έγινε το 1999, συγκαταλέγει την Ελλάδα τρίτη, μεταξύ 30 ευρωπαϊκών κρατών, στην κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους, μετά τη Δανία και τη Βρετανία. Ενώ στις ηλικίες των 16 ετών η Ελλάδα κατέχει την 4η θέση στα αγόρια, με ποσοστό 19% και την τρίτη στα κορίτσια, με ποσοστό 11% μετά από άλλα κράτη. Είναι γενικά παραδεκτό ότι όλες οι μελέτες συγκλίνουν στην εξακρίβωση της αύξησης της εξάπλωσης των εξαρτησιογόνων ουσιών ιδιαιτέρως σε νεανικούς πληθυσμούς. Η χρησιμοποίηση κάνναβης υπερέχει σημαντικά σε σχέση με όλες τις άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες και γίνεται διαχωρισμός της χρήσης «ναρκωτικών» ουσιών από τη χρήση καπνού και οينوπνευματωδών. Έτσι, έχει παρατηρηθεί αύξηση της χρήσης αλλά και εξάπλωσης της κάνναβης σε συνδυασμό με την εξάπλωση και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών και η πολιτεία δεν οργανώνει κανένα σχέδιο για την πρόληψη ενάντια στη χρήση ουσιών, συμπεριλαμβανομένων του καπνού και του οينوπνεύματος (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ)

Ένα άλλο γνώρισμα της εξάπλωσης των εξαρτησιογόνων ουσιών στην σύγχρονη εποχή, είναι ότι η χρήση τους σχετίζεται με καθορισμένους τρόπους συμπεριφοράς και ψυχαγωγίας, απαρτίζοντας προοδευτικά τρόπο επικοινωνίας ιδίως μεταξύ των νέων. Έτσι, διάφορες ουσίες «συμβολοποιούνται», εντείνοντας με αυτόν τον τρόπο τη δράση τους, συνδεδεμένες όχι μόνο μέσω της εξαρτησιογόνου δράσης τους, αλλά απαρτίζοντας χαρακτηριστικό στοιχείο της συμπεριφοράς του ατόμου.

Αφού λοιπόν οι παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες διένυσαν την περίοδο της συμβολοποίησής τους σαν «επαναστατική» πράξη και «αντίθεση» ενάντια στο υφιστάμενο κοινωνικό σύστημα, κατακτούν προοδευτικά το χώρο της καθημερινότητας, γίνονται στοιχεία της συνηθισμένης ψυχαγωγίας, εμφυτεύονται στις «φυσιολογικές» συμπεριφορές των νέων, αργά αλλά σταθερά, με την αρωγή διαφόρων άλλων κοινωνικών παραγόντων. Αυτό έχει ως επακόλουθο η χρήση τους να έχει μεταδοθεί σε όλο και περισσότερους χώρους καθημερινής συνάθροισης.

Το φαινόμενο της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών παρακολουθείται από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), με την ιδιότητα του Εθνικού Κέντρου στο δίκτυο των αντίστοιχων κέντρων των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (REITOX), που διευθύνει το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (EMCDDA).

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Σύμφωνα με το Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., κατά το έτος 2001, διακρίνεται επιπλέον ελάττωση της ενέσιμης χρήσης οπιούχων σε σχέση με τα περασμένα χρόνια, γεγονός στο οποίο αποτυπώνονται τα επακόλουθα των θεραπευτικών μεσολαβήσεων. Ακόμα, διακρίνεται για πρώτη φορά μετά από πολλά χρόνια πτώση στο ρυθμό αύξησης των θανάτων από οξείες δηλητηριάσεις (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.).

Όπως προκύπτει από τις Ετήσιες εκθέσεις του Ευρωπαϊκού Κέντρου, η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση σε ρυθμό αύξησης θανάτων από ναρκωτικά και η πτώση των θανάτων συγκροτεί επί μακρόν την κύρια φροντίδα της πολιτείας.

Αντίθετα, υφίσταται κορύφωση όσον αφορά στην προβληματική κατάσταση που κυριαρχεί στις ελληνικές φυλακές. Παρά το ότι ο συνολικός αριθμός των κρατουμένων για παραπτώματα που έχουν σχέση με τα ναρκωτικά είναι σταθερά μεγάλος, οι μεσολαβήσεις που αποβλέπουν στη θεραπεία διαμένουν μεμονωμένες. Επίσης, συνάγεται ότι η διαθεσιμότητα των ουσιών στις φυλακές, η χρήση ουσιών από τους κρατούμενους και η κοινή χρήση σύριγγας είναι περιστατικά που δύσκολα αμφισβητούνται και ακόμα πιο δύσκολα αντιμετωπίζονται. Βέβαια, η παρακολούθηση της υγείας των κρατουμένων συστηματοποιείται σταδιακά κι αυτό ενδιαφέρει ιδιαίτερα τον πληθυσμό των χρηστών, των οποίων η υγεία έγκειται σε αυξημένο κίνδυνο (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.).

4.2 Στατιστικά Στοιχεία Χρήσης Ναρκωτικών

Τα στοιχεία έρχονται από το υλικό που διατίθεται σε ετήσια βάση στην ετήσια έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ), για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα για το 2006 από πρόσωπα και φορείς στην Ελλάδα που δραστηριοποιούνται ερευνητικά στον τομέα της χρήσης παράνομων ουσιών.

4.3 Στοιχεία από Έρευνες Προηγούμενων Χρόνων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της επαναλαμβανομένης τα τελευταία είκοσι τρία χρόνια έρευνας του ΕΠΠΨΥ στο γενικό πληθυσμό του 2004 (πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 4.774 άτομα, 12 – 64 χρονών, προσωπική συνέντευξη, ανώνυμο ερωτηματολόγιο προσαρμογή του ερωτηματολογίου του Ευρωπαϊκού Κέντρου, χρηματοδότηση ΟΚΑΝΑ), το

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

8,6% του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 12 – 64 χρόνων αναφέρουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει μια ή περισσότερες φορές στη ζωή τους κάποια παράνομη ουσία (το 3,8% έχει δοκιμάσει κάποια παράνομη ουσία 1 έως 2 φορές σε όλη τη ζωή, ενώ το 4,8% έχει χρησιμοποιήσει τρεις ή και περισσότερες φορές). Μεγαλύτερο ποσοστό εμπειρίας με παράνομες ουσίες παρατηρείται στους άντρες (13,3% έναντι των γυναικών με 3,9%) και στις ηλικιακές ομάδες 25 – 35 ετών (12,4%) και 18 – 24 χρονών (12%) (ΕΚΤΕΠΝ 2006).

4.4 Επικράτηση Μολυσματικών Ασθενειών σε Ενδοφλέβιους Χρήστες

Τα θεραπευτικά προγράμματα βάζουν ως όρο για την εισαγωγή των χρηστών στα προγράμματά τους τις ιατρικές εξετάσεις για τις μολυσματικές ασθένειες (Ηπατίτιδες Β και C, HIV/AIDS καιφυματίωση).

Σύμφωνα με τις αξιολογήσεις, σχεδόν το 2%-2,5% του γενικού πληθυσμού της χώρας έχει χρόνια λοίμωξη Ηπατίτιδας C (ΕΚΤΕΠΝ 2009. Σύμφωνα με τα δεδομένα του 2008, η λοίμωξη από τον ιό της Ηπατίτιδας C στον πληθυσμό των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών (XEN) στην Ελλάδα καταγράφηκε μεταξύ 44,2% και 55,5%, ανάλογα με τα προγράμματα θεραπείας (στεγνά ή με υποκατάσταση ουσιών) και τα διαφορετικά γνωρίσματα των ανθρώπων που πλησιάζουν τα προγράμματα αυτά για θεραπεία. Παρά τις διακυμάνσεις τους στα ενδιάμεσα έτη, μεταξύ 2002 και 2008 τα ποσοστά λοίμωξης από Ηπατίτιδα C στους XEN στην Ελλάδα διαμένουν σταθερά σε υψηλά επίπεδα. Αυτό αποδίδεται στο ότι σχεδόν το 54,4% των XEN έχουν κάνει κοινή χρήση, έστω και μια φορά στη ζωή τους, κάποιου ενέσιμου ή μη συνέργου (σύριγγα, βαμβάκι, κουτάλι, νερό, καλαμάκι κτλ.) (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

Το ποσοστό των «φορέων» της Ηπατίτιδας Β στην Ελλάδα εκτιμάται γύρω στο 2% με 3%, ενώ διατελούν γεωγραφικές εστίες με μεγάλη ενδημικότητα (ΕΚΤΕΠΝ 2009). Η διάδοση του ιού αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στην παρεντερική χρήση ναρκωτικών. Το 2008 στην Ελλάδα τα ποσοστά λοίμωξης στους XEN από τον ιό της Ηπατίτιδας Β με βάση το δείκτη HBsAg κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα, μεταξύ 0% και 2,7% (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2008) από τις αρχές του 2008 έως και τις 31-10-2008 δηλώθηκαν 547 νέα HIV οροθετικά άτομα στην Ελλάδα. Από τα άτομα αυτά τα 8 (1,5%) είναι XEN και κυρίως άνδρες. Από το συνολικό αριθμό των δηλωθέντων HIV οροθετικών ατόμων (9.229) στην

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

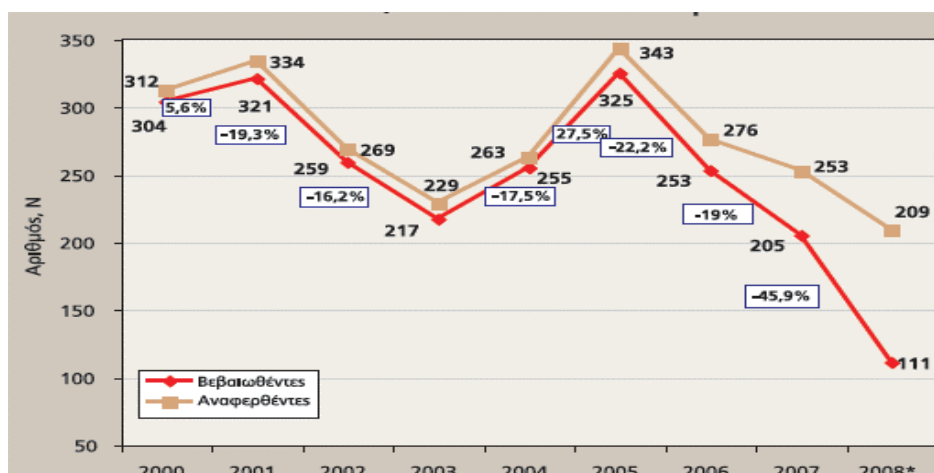
Ελλάδα από το 1984 μέχρι και τις 31-10-2008, οι 317 (3,4%) είναι ΧΕΝ. Διαχρονικά, από το 1984 έως και το 2008, το ποσοστό των περιστατικών HIV στις οποίες η λοίμωξη αποδίδεται σε χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών διαμένει χαμηλό (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2008).

Όσον αφορά τη φυματίωση, το 47,3% των 112 εξετασμένων ΧΕΝ από τα δεδομένα του Δικτύου ΕΚΤΕΠΝ ήταν το 2008 θετικοί στο τεστ Mantoux, ενώ ποσοστό 0,7% των 287 εξετασμένων ΧΕΝ είχαν θετική ακτινογραφία θώρακος (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

4.5 Θάνατοι από Ναρκωτικά

Τα περιστατικά θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά περιέχουν θανάτους από λήψη υπερβολικής δόσης, θανάτους ως επακόλουθο μακροχρόνιας χρήσης, αυτοχειρίες λόγω της απελπισίας για τις συνθήκες ζωής των χρηστών και ατυχήματα που δημιουργούνται υπό την επίδραση ναρκωτικών ουσιών. Ως κύριες αιτίες θανάτου καταγράφονται η ενέσιμη χρήση, το μακροχρόνιο ιστορικό εθισμού από οπιούχες ουσίες, η ταυτόχρονη χρήση άλλων ουσιών, το ποσοστό καθαρότητας του ναρκωτικού, η έλλειψη εγκαρτέρησης μετά από περίοδο αποχής και η χρήση μη ελεγχμένων ουσιών (ΣΟΔΝ, 2008). Μέχρι σήμερα δεν γίνεται ειδική καταγραφή θανάτων που έχουν έμμεση αιτία τα ναρκωτικά όπως, θάνατοι από AIDS, ηπατίτιδα, αυτοχειρίες, ατυχήματα κλπ. για τον λόγο αυτό, οι θάνατοι που αναφέρονται πιο κάτω συνδέονται άμεσα με τη χρήση ναρκωτικών.

Γράφημα 4.2.3.1 Αριθμός αναφερθέντων και βεβαιωθέντων θανάτων από ναρκωτικά 2000 - 2008.

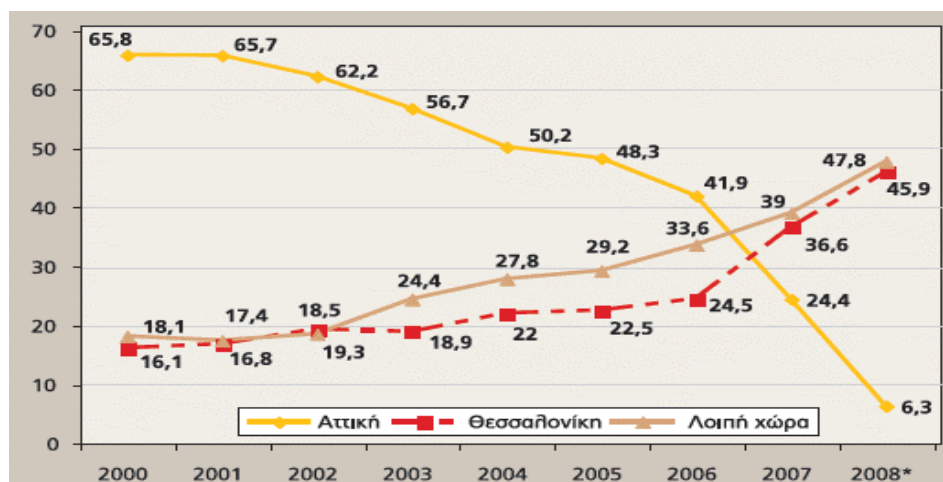


Πηγή: (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Όπως φαίνεται και από το **Γράφημα 4.2.3.1** το έτος 2008 αναφέρθηκαν 209 θάνατοι από ναρκωτικά, από τους οποίους οι 111 (53,1%) έχουν επιβεβαιωθεί με τις αναγκαίες τοξικολογικές εξετάσεις. Μελετώντας διαχρονικά τον αριθμό των βεβαιωθέντων θανάτων από ναρκωτικά στο **Γράφημα 4.2.3.2**, το 2008 συνάγεται να εξακολουθεί η πτώση του αριθμού που έχει αρχίσει να καταγράφεται ήδη από το 2005 αν και –ειδικά για την περίοδο 2006-2008– η πτώση αυτή επίκειται να είναι σημαντικά μικρότερη όταν θα έχει περατωθεί από τις αρμόδιες αρχές η διαδικασία επιβεβαίωσης των αναφερθέντων θανάτων.

Γράφημα 4.2.3.2 Ποσοστό βεβαιωθέντων θανάτων ανά έτος και περιοχή 2000 – 2008.



Πηγή: (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

Η συντριπτική πλειονότητα των θανάτων (98,2%), συνδέονται με τη χρήση ηρωίνης και το 1,8% με τη χρήση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών, εκτός κοκαΐνης, μορφίνης και συνδυασμού κάνναβης και αλκοόλ (ΕΚΤΕΠΝ, 2009).

Οι έως τώρα βεβαιωθέντες θάνατοι για το 2008 περιορίζονται σε περιοχές εκτός Αττικής (λοιπή χώρα, 47,8% και Θεσσαλονίκη 45,9%), τάση που είναι διαχρονική όπως φαίνεται από το **Γράφημα 4.2.3.2** Το γεγονός αυτό αποδίδεται στην έλλειψη δομών και υπηρεσιών ελάττωσης της βλάβης και δουλειάς στο δρόμο σε περιοχές εκτός Αττικής και υπογραμμίζει την επείγουσα ανάγκη να καλυφτεί αυτό το κενό (Καρακώστα, 2010).

5. Διατροφική Ασφάλεια χρηστών

5.1 Ορισμός Διατροφικής Ασφάλειας

Ο ορισμός της «διατροφικής ασφάλειας», που παρουσιάζεται ευρέως αποδεκτός είναι ο εξής (Chavagneux, 2008): «*Η διατροφική ασφάλεια εξασφαλίζεται όταν το σύνολο των ατόμων, σε όλους τους καιρούς, έχουν οικονομική, κοινωνική και φυσική πρόσβαση σε διατροφή επαρκή, ασφαλή και θρεπτική και η οποία ικανοποιεί τις διατροφικές τους ανάγκες, καθώς και τις διατροφικές τους προτιμήσεις, που τους επιτρέπει να διάγουν βίο ενεργό και υγιή*». Οι ποσοτικές του πλευρές δύνανται να συνοψιστούν στην ανάγκη διασφάλισης επάρκειας πρωταρχικών ειδών διατροφής για το σύνολο του πληθυσμού της γης, διαψεύδοντας, έτσι, την απαισιόδοξη θεωρία του κλασικού οικονομολόγου Malthus, ο οποίος στον 18^ο αιώνα ισχυρίστηκε ότι ο πληθυσμός της κόσμου εξελίσσεται με γεωμετρική πρόοδο, ενώ τα μέσα διατροφής μόνο με αριθμητική. Αυτή η εξακρίβωση δηλώνει ότι η λιμοκτονία, κάποτε, θα είναι αναγκαία. Η θεωρία αυτή, αφού για μια χρονική περίοδο φάνηκε λαθεμένη, αιφνίδια αναγεννήθηκε, λόγω της πείνας το 2008, όμως διόλου επαληθεύεται με βάση τα επίσημα στατιστικά δεδομένα. Αντίστροφα, σχετικά πρόσφατη παρουσίαση του FAO ισχυρίζεται ότι ο πλανήτης είναι πλήρως σε θέση να σιτίσει τον πληθυσμό του (FAO 2009-2010). Αντιθέτως, οι υπαίτιοι της κακής διατροφής και της λιμοκτονίας μεγάλου κομματιού του διεθνούς πληθυσμού, μεταξύ άλλων, είναι ο κακός καταμερισμός, η ανεξέλεγκτων πια διαστάσεων ανισότητα καταμερισμού της απολαβής και της ευμάρειας, αλλά και η χρηματιστηριακή αισχροκέρδεια πρωταρχικών ειδών σίτισης. Εκτός, όμως, από την ποσοτική έλλειψη των πρωταρχικών ειδών σίτισης υφίσταται και το συνεχώς εντονότερο πρόβλημα της επικινδυνότητας των τροφών που καταναλώνονται, λόγω της περιεκτικότητάς τους σε τοξικές και συχνά δηλητηριώδεις ουσίες. Αναμφισβήτητα, διατελούσαν πάντα τέτοιες ουσίες στα τρόφιμα, αλλά όμως μετά την επικράτηση, στην υφήλιο της διεθνοποίησης και ενός αμιγούς νεοφιλελευθερισμού, έχει διογκωθεί σε ανεξέλεγκτο πια βαθμό αυτό το πρόβλημα της ποιότητας των τροφών.

Ποσοτική και ποιοτική έλλειψη τροφίμων είναι εφικτό να αποδοθεί, γενικά, σε ελλείψεις της αγοράς. Ωστόσο, δεν είναι διόλου εκτός πραγματικότητας το επιχείρημα, ότι τα όσα δραματικά γίνονται στο χώρο της σίτισης δεν αποδίδονται μόνο σε ατυχήματα, αλλά και σε

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

ενσυνείδητες επιλογές (Lapage, 2013), που δηλώνει ότι η ζωτικότητα και η υγεία των κατοίκων της γης τίθεται σε συνεχή κίνδυνο, προκειμένου να ικανοποιηθούν επιδιώξεις, οι οποίες κατά καιρούς συγκεντρώνουν υψηλότερο βαθμό προτεραιότητας.

5.2 Διατροφική Αξιολόγηση

Κατά τη διατροφική εκτίμηση ελέγχεται κατά πόσο η διατροφή είναι ολοκληρωμένη και η πρόσληψη βασικών θρεπτικών συστατικών αρκετή (Grant & DeHoog, 1991). Με τη διατροφική εκτίμηση δύναται να αναγνωρισθεί εάν υφίσταται και σε τι βαθμό υποσιτισμός ή υπερσιτισμός. Με τη διατροφική εκτίμηση συγκεντρώνονται τα άτομα που χρειάζονται εντατική διατροφική, συμπάρσταση για να ανακτήσουν μια υγιή κατάσταση θρέψης. Όταν εντοπιστεί ότι ένα άτομο χρειάζεται εντατική διατροφική στήριξη, γίνεται πρόγραμμα αρμόζουσας διαιτητικής υποστήριξης και στη συνέχεια παρακολουθείται η αποτελεσματικότητα της προσέγγισης (Briony, 2001).

Η εκτίμηση της κατάστασης θρέψης είναι μια δουλειά που χρειάζεται να γίνεται για κάθε άτομο και συγκροτεί βασικό παράγοντα της διαιτητικής πράξης. Εξαιτίας διαφόρων περιορισμών είναι ανεπίτευκτο να συντελεστεί η διατροφική εκτίμηση, για όλους τους ασθενείς ενός νοσοκομείου ή για όλους τους κατοίκους μιας πληθυσμιακής ομάδας. Για το λόγο αυτό, απαιτείται να συντελείται, αρχικά, η διαδικασία της «ταυτοποίησης» (screening) των ατόμων που έχουν ανάγκη από διαιτητική φροντίδα. Με την ταυτοποίηση αναγνωρίζονται τα άτομα που βρίσκονται, ή υφίσταται υπόνοια ότι διατελούν, σε διατροφικό κίνδυνο εξαιτίας της διατροφής τους, ή της ασθένειάς τους, ή της φαρμακευτικής αγωγής που συνοδεύουν.

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

5.3 Διατροφική Αξιολόγηση σε Πληθυσμούς

Η διατροφική εκτίμηση προσφέρει την ικανότητα να εκτιμηθεί η κατάσταση θρέψης ενός ατόμου. Συνήθως όμως ο επαγγελματίας υγείας καλείται να μεταχειριστεί τη διατροφική εκτίμηση για να συνάγει ανεκτίμητα συμπεράσματα για την κατάσταση θρέψης όχι μόνο

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

ενός ατόμου αλλά ενός συνόλου ατόμων. Το σύνολο ατόμων δύναται να πραγματεύεται άτομα που κατοικούν στον ίδιο δήμο ή άτομα που κατοικούν στην ίδια επαρχία ή στο ίδιο κράτος. Επίσης, η ομάδα ατόμων ενδέχεται να συμπεριλαμβάνει άτομα όχι μόνο με κριτήριο τον τόπο κατοικίας τους αλλά με δεδομένο άλλα κριτήρια όπως το γένος και την ηλικία τους. Η αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης ενός ατόμου, μέσω της διατροφικής εκτίμησης είναι, συχνά, μία κατά το δυνατόν ολοκληρωμένη διαδικασία που συμπεριλαμβάνει όλα ή κατά προσέγγιση 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 καθορίσει, εκ των προτέρων, τα θρεπτικά συστατικά που την ενδιαφέρουν και μεταχειρίζεται από το σύνολο των μεθόδων διατροφικής εκτίμησης, εκείνες που υπολογίζουν τα συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά (Whitney, Cataldo & Rolses, 1998).

Οι μέθοδοι διατροφικής εκτίμησης που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης μιας πληθυσμιακής ομάδας δε ξεχωρίζουν από εκείνες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης ατόμων. Και για τους πληθυσμούς χρησιμοποιούνται οι μέθοδοι εκτίμησης όπως: το ιστορικό, η ανθρωπομετρία, η σωματική εξέταση και οι βιοχημικές αναλύσεις.

Η μελέτη της κατάστασης θρέψης πληθυσμιακών ομάδων μέσω της διατροφικής εκτίμησης υπάρχει πιθανότητα να έχει δύο διαφορετικές μορφές. Δηλαδή δύο τύποι μελέτης συντελούνται σε πληθυσμιακές ομάδες σε ό,τι αναφέρεται στη διατροφή τους: η μελέτη κατανάλωσης τροφίμων και η μελέτη κατάστασης θρέψης.

Η έρευνα κατανάλωσης τροφίμων καθορίζει το είδος και τις ποσότητες τροφίμων που καταναλώνει ο υπό διερεύνηση πληθυσμός. Στη συνέχεια οι μελετητές με βάση το πώς τρέφεται η πληθυσμιακή ομάδα εκτιμούν την ενέργεια και τα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων που καταναλώνονται από τα μέλη του πληθυσμού. Στη συνέχεια παραβάλλονται η ενέργεια και η ποσότητα των καταναλισκόμενων θρεπτικών συστατικών από την πληθυσμιακή ομάδα και στη συνέχεια παραβάλλεται με τις Συνιστώμενες Ημερήσιες Προσλήψεις (Recommended Daily Allowances) για τα υπό διερεύνηση θρεπτικά συστατικά.

Με την μελέτη αυτής της μορφής ο διατροφολόγος έχει τη δυνατότητα να συνάγει πολύτιμα συμπεράσματα για το αν ο υπό διερεύνηση πληθυσμός διατρέφεται σωστά ή αν ο μέσος άνθρωπος του πληθυσμού αυτού, πρέπει να πολλαπλασιάσει ή να ελαττώσει τις ποσότητες που καταναλώνει σε κάποιο ή κάποια τρόφιμα προκειμένου να καλύπτει τις ανάγκες του σε

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

όλα τα θρεπτικά συστατικά και να έχει πλήρη και ισορροπημένη διατροφή (Grant & DeHoog, 1991).

Το δεύτερο είδος μελέτης η μελέτη κατάστασης θρέψης έχει ξεχωριστό σκοπό. Σκοπός αυτής της μορφής μελέτης είναι για κάθε άτομο του εξεταζόμενου πληθυσμού να αξιολογηθεί η κατάσταση θρέψης. Στη συνέχεια τα στοιχεία αυτά συσχετίζονται με την παρουσία χρόνιων εκφυλιστικών ασθενειών. Για παράδειγμα με μία μελέτη κατάστασης θρέψης υπάρχει πιθανότητα να συσχετιστεί η διατροφική πρόσληψη ασβεστίου σε μία πληθυσμιακή ομάδα με την παρουσία οστεοπόρωσης στη καθορισμένη πληθυσμιακή ομάδα.

Τα δεδομένα από πληθυσμιακές έρευνες διατροφικής εκτίμησης δύνανται να απαρτίσουν αξιόλογο σύνεργο τόσο για τη μελέτη διατροφικής πολιτικής σε τοπικό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, όσο και για την παρακολούθηση πραγματοποίησης των σκοπών αυτής.

Η αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης δεν συντελείται με μία και μοναδική απλή μέθοδο αξιολόγησης της κατάστασης θρέψης. Η διατροφική εκτίμηση συγκροτεί μία δραστήρια διαδικασία, που καταχωρεί και συσχετίζει τις φυσικές ανάγκες του ατόμου, τη διατροφική πρόσληψη του και τη σύσταση του σώματός του. Υπάρχει μία ποικιλία καταγραφών και διερευνήσεων μέσω των οποίων ο διατροφολόγος ενδέχεται να συγκεντρώσει τα αναγκαία δεδομένα και στη συνέχεια με την αρμόζουσα ερμηνεία τους να προβεί στον εντοπισμό των διαφόρων προβλημάτων και στην αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης ενός ατόμου. Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη διατροφική εκτίμηση διαχωρίζουν τα δεδομένα που συγκεντρώνουν σε τέσσερις κατηγορίες: α) ιστορικό, β) σωματική διερεύνηση, γ) ανθρωπομετρία και δ) βιοχημικές αναλύσεις. Τα συλλεγόμενα δεδομένα ερμηνεύονται όχι ξεχωριστά αλλά σε συνδυασμό προκειμένου να παραχθεί μια ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης θρέψης του ασθενούς/ατόμου (Grant & DeHoog, 1991).

5.4 Ιστορικό

Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από τη συνομιλία με το εξεταζόμενο άτομο συγκροτούν βασικά δεδομένα στη διαδικασία της αξιολόγησης της κατάστασης θρέψης. Διατελούν τέσσερα είδη ιστορικών: το ιατρικό ιστορικό, το ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής, το κοινωνικό-οικονομικό ιστορικό και το διατροφικό ιστορικό (Grant & DeHoog, 1991).

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Ιατρικό ιστορικό

Το ιατρικό ιστορικό αποβλέπει στη συγκέντρωση πληροφοριών, οι οποίες καλύπτουν τους τομείς της όρεξης και της αποδοχής φαγητού, της χώνεψης και της αφομοίωσης, του μεταβολισμού και της απέκκρισης (Grant & DeHoog, 1991).

Ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής

Το ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής αποβλέπει στην έρευνα της αλληλεπίδρασης τροφής-φαρμάκων. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ του φαγητού και των φαρμάκων δύνανται να επιδράσουν σημαντικά στην κατάσταση θρέψης του ατόμου και αντίστροφα να επιδράσουν στην αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Η φαρμακευτική αγωγή ενδέχεται να επιδράσει:

- ❖ Στη λήψη τροφίμων, προξενώντας για παράδειγμα ελάττωση της όρεξης ή ναυτία στην εικόνα του φαγητού αλλά και με πολλούς άλλους τρόπους.
- ❖ Στην αφομοίωση θρεπτικών συστατικών. Τα φάρμακα δύνανται να προξενήσουν μετατροπή της χλωρίδας του εντέρου και έτσι να αναχαιτίζουν την αφομοίωση κάποιου θρεπτικού συστατικού.
- ❖ Στο μεταβολισμό, αυξάνοντας το μεταβολικό ρυθμό.

Στην απέκκριση θρεπτικών συστατικών. Για παράδειγμα τα διουρητικά, που είναι συνηθισμένη αγωγή για την πίεση και αποβλέπουν στην αυξημένη απέκκριση νατρίου προκειμένου να ρυθμιστεί η αρτηριακή πίεση, προξενούν ταυτόχρονα και αυξημένη απέκκριση ασβεστίου και ψευδαργύρου (Mahan & Escott-Stump, 1996).

Κοινωνικοοικονομικό ιστορικό

Το κοινωνικοοικονομικό ιστορικό φανερώνει πολύτιμα δεδομένα για τον διατροφολόγο. Είναι δυνατόν να φανερώσει οικονομικές δυσκολίες στην παροχή τροφίμων ή μη κατάλληλες συνθήκες διατροφής στο σπίτι. Το περιορισμένο 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 συγκροτούν μερικές μόνο από τις δυσκολίες που ενδέχεται να δυσκολεύουν την χρήση ενός ισορροπημένου διαιτολογίου και συνεπώς αυξάνουν τον κίνδυνο παρουσίας υποσιτισμού (Whitney, Cataldo & Rolses, 1998).

Διατροφικό ιστορικό

Το διατροφικό ιστορικό ωφελεί στη συγκέντρωση δεδομένων που αφορούν τη διαιτητική πρόσληψη. Ο διατροφολόγος μέσω του διατροφικού ιστορικού επιχειρεί να συγκεντρώσει

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

και να ερευνήσει στοιχεία σχετικά με το πώς τρέφεται το εξεταζόμενο άτομο (Grant & DeHoog, 1991).

5.5 Ανθρωπομετρία

Η ανθρωπομετρία είναι η δεύτερη κατηγορία μεθόδων συγκέντρωσης δεδομένων και ενδέχεται και αυτή με τη σειρά της να ωφελήσει στην αποκάλυψη διατροφικών δυσκολιών. Με τον όρο ανθρωπομετρία αναφερόμαστε σε διάφορες μεθόδους. Οι πιο απλές και συνηθισμένες μέθοδοι είναι η μέτρηση του ύψους και του βάρους. Ο διατροφολόγος υπολογίζει το βάρος και το ύψος με σκοπό να αντιπαραβάλλει τις τιμές, που θα ανακύψουν, με παλαιές 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 καθορίσει κατά πόσο ο εξεταζόμενος είναι υπέρβαρος, παχύσαρκος ή ελλιποβαρής (Garrow & James, 1998).

Ύψος, Βάρος

Οι μετρήσεις ύψους και βάρους, που λαμβάνονται για τον εξεταζόμενο σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα, προσφέρουν τη δυνατότητα στον διατροφολόγο να έχει ιστορικό βάρους για τον εξεταζόμενο. Έτσι ο διατροφολόγος είναι δυνατόν να επισημάνει κυμάνσεις σωματικού βάρους με αποτέλεσμα τάσεις υποσιτισμού σε ότι αφορά την ενέργεια, σε περίπτωση που ο εξεταζόμενος επιδεικνύει απώλεια βάρους και τάσεις υπερσιτισμού πάλι σε ότι αφορά την ενέργεια σε περίπτωση αύξησης βάρους. Οι μετρήσεις ύψους-βάρους φέρουν το προνόμιο ότι συντελούνται εύκολα και γρήγορα και δίνουν μια πρώτη εικόνα κατάστασης θρέψης. Όμως τα αποτελέσματα των δύο αυτών καταγραφών είναι μικρής αξίας, όταν χρησιμοποιούνται μόνα τους, αφού δεν προσφέρουν στοιχεία σχετικά με μετατροπές στη σύσταση του σώματος, δηλαδή δε μας επιδείχνουν αν η απώλεια βάρους είναι απώλεια μυϊκής μάζας ή λιπώδους ιστού (Mahan & Escott-Stump, 1996).

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:

$$B.M.I = \text{βάρος (κιλά)} / \text{ύψος}^2 \text{ (μέτρα)}$$

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Ο δείκτης μάζας σώματος συνδέεται πολύ καλά με το ποσοστό λίπους στους ενήλικες και λόγω αυτού ότι τα μεγέθη που περιέχει μετριούνται εύκολα και με ορθότητα, 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.

Ο οδηγός ‘Malnutrition Universal Screening Tool’ (‘MUST’) για ενήλικους, είναι ένα άλλο σύνηγο το οποίο με συγκεκριμένα βήματα τα οποία αφορούν τον ΔΜΣ, την απώλεια βάρους, την ύπαρξη ασθένειας, μας βοηθά να εκτιμήσουμε τον υποσιτισμό ή την παχυσαρκία στο άτομο. Συμπεριλαμβάνει επίσης κατευθυντήριες γραμμές διαχείρισης που δύνανται να χρησιμοποιηθούν για την σωματική ανάπτυξη του καθενός ατόμου (Todorovic, Russell & Elia, 2007).

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

Πίνακας 5.4.2.1 Διεθνής Ταξινόμηση ελλιποβαρών, υπέρβαρων και παχύσαρκων ενηλίκων σύμφωνα με το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ).

Ταξινόμηση	ΔΜΣ(kg/m ²)	
	Πρωτεύον διαχωρισμός	Επιπλέον Διαχωρισμός
Ελλιποβαρή άτομα	<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 παχυσαρκίας	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: World Health Organization - 2004

Δερματοπτυχομετρία

Σε νορμάλ συνθήκες τα συνολικά αποθέματα λίπους στον οργανισμό συγκροτούν ποσοστό 5-15% του σωματικού βάρους στους άνδρες και 12-23% στις γυναίκες. Σε άτομα πρότυπου

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

βάρους σχεδόν 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. Προκύπτει όμως, ότι στις λιπαροθήκες αναπτύσσονται ανάλογες μετατροπές όταν επηρεάζεται το θρεπτικό ισοζύγιο (Lohman T.G. 1992).

Το πάχος της δερματικής πτυχής συγκροτεί φερέγγυο δείκτη της κατανομής λίπους στον υποδόριο ιστό. Η μέτρηση συντελείται 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 αρμόζει να συντελούνται άμεσα μετά από φυσική εκγύμναση ή έκθεση σε μεγάλες θερμοκρασίες, επειδή η συνοδός μετακίνηση υγρών από τα εσωτερικά διαμερίσματα προς το δέρμα έχει ως αποτέλεσμα την φαινομενική μεγέθυνση του πάχους της δερματικής πτυχής.

Επειδή ο καταμερισμός λίπους στο σώμα είναι διαφορετικός στα δύο φύλα, πραγματοποιήθηκαν μελέτες και επιλέχθηκαν επτά διαφορετικές θέσεις ως πλέον χαρακτηριστικές για την αξιολόγηση του ολικού σωματικού λίπους (δερματική πτυχή τρικεφάλου, στήθους, μασχάλης, υποπλατίου χώρας, κοιλιακής χώρας, λαγονίου ακρολοφίας, μηρού). Το σύνολο των όλων των επιμέρους καταμετρήσεων δεν επιδεικνύει σημαντική ανομοιότητα μεταξύ των δυο φύλων. Επισημαίνεται όμως, ότι η καταμέτρηση του πάχους της δερματικής πτυχής σε τρεις διαφορετικές θέσεις μόνο, ενδεχομένως να φτάνει για την εκτίμηση με επαρκή ορθότητα του συνολικού ποσού λίπους, καθώς το σύνολο των τριών τιμών επιδεικνύει μεγάλο βαθμό αναφοράς με το συνολικό άθροισμα των καταγραφών και στις επτά περιοχές. Στους άνδρες, αντίστοιχα και στις γυναίκες, ο συνδυασμός των τιμών του πάχους της δερματικής πτυχής του στήθους, της κοιλιάς και του μηρού συγκροτεί τον καλύτερο δείκτη του μεγέθους των λιπαροθηκών, αφού το σύνολο των τιμών των τριών καθορισμένων επιμέρους καταγραφών, επιδεικνύει πολύ μεγάλη αναφορά με το συνολικό άθροισμα και των επτά τιμών (Γεωργιαννός, 1988).

5.6 Μεταβολές Βάρους

Η απώλεια του σωματικού βάρους, αφού δεν είναι επακόλουθο απώλειας λιπώδους ιστού μετά από δίαιτα, συνδέεται ευθέως ανάλογα με την απώλεια της πρωτεϊνικής μάζας του

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

οργανισμού. Απώλεια βάρους στους τελευταίους 6 μήνες μικρότερη από 10% του συνήθους βάρους αποτελεί ήπια κακή θρέψη, εάν είναι 10-15% αποτελεί μέτρια κακή θρέψη, ενώ εάν είναι μεγαλύτερη από 15% αποτελεί σοβαρή κακή θρέψη. Εξαίρεση στον κανόνα αυτό, συγκροτούν οι ασθενείς με συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση όπου, εξαιτίας της εμφάνισης σημαντικού βαθμού πρηξίματος, η μέτρηση του σωματικού βάρους δεν συγκροτεί φερέγγυο δείκτη της κατάστασης θρέψης (Τούντα, 1989).

5.7 Φυσική Εξέταση

Τρίτη κατηγορία συλλεγόμενων δεδομένων είναι η φυσική εξέταση. Η φυσική εξέταση συντελείται από τον ιατρό. Τα μαλλιά, τα ούλα, η στάση του σώματος, το δέρμα, η γλώσσα, τα νύχια κ.α. συγκροτούν τμήματα του σώματος των οποίων η όψη επηρεάζεται από τη μη επάρκεια των μικροθρεπτικών συστατικών, δηλαδή από τη μη επάρκεια βιταμινών και μετάλλων. Για παράδειγμα ούλα που αιμορραγούν συχνά ενδέχεται να σχετίζονται με έλλειψη βιταμίνης C ή απλά σε κάποιο πρόβλημα της τεχνητής οδοντοστοιχίας. Η φυσική εξέταση έχει όμως μερικούς περιορισμούς σε ό,τι αφορά τη χρησιμότητά της στη διατροφική εκτίμηση, γιατί τα διάφορα σωματικά στοιχεία ενδέχεται να εκφράζουν μη επάρκεια περισσότερων του ενός θρεπτικών συστατικών (π.χ. έλλειψη όχι μίας αλλά περισσότερων βιταμινών) ή είναι δυνατόν να εκφράζουν κάποια ασθένεια που δεν σχετίζεται με τη διατροφή. Για αυτό η σωματική εξέταση αρμόζει να γίνεται με πολύ προσοχή και προϋποθέτει ειδικές δεξιότητες. Π.χ. τα δερματικά εξανθήματα, η τριχόπτωση και γενικώς η πλειοψηφία των κλινικών εκδηλώσεων, τα οποία έχουν αναφερθεί προηγουμένως ως εκδηλώσεις κακής θρέψης ενδέχεται να είναι εκδηλώσεις άλλων ασθενειών που δεν σχετίζονται με τη διατροφή. Όμως ο επαγγελματίας υγείας που έχει εκπαιδευτεί να κρίνει σωστά τις διάφορες εκδηλώσεις είναι σε θέση να διακρίνει την κακή θρέψη και να παίρνει μέτρα για την αποκατάστασή της. Όπως και οι άλλες μέθοδοι εκτίμησης, η φυσική εξέταση από μόνη της δεν κατευθύνει σε τελικά συμπεράσματα. Ενδέχεται όμως να φανερώσει ενδεχόμενες διατροφικές ανισορροπίες, τις οποίες κάποιες άλλες μέθοδοι διατροφικής εκτίμησης να τις επαληθεύουν. Και αντίστροφα, επαληθεύει στοιχεία που πηγάζουν από άλλες μεθόδους διατροφικής εκτίμησης (Μπαρμπάκας, 2003).

5.8 Βιοχημικές Αναλύσεις

Τέταρτη κατηγορία μεθόδων συγκέντρωσης δεδομένων αποτελούν οι βιοχημικές εξετάσεις με τις οποίες ο θεράπωντας ιατρός αποβλέπει να επισημάνει ελλείψεις, ανισορροπίες ή καταστάσεις υπερπρόσληψης και επομένως τοξικότητας. Στις βιοχημικές εξετάσεις παίρνεται δείγμα σωματικού ιστού ή υγρών (αίματος ή ούρων), το δείγμα αναλύεται στο μικροβιολογικό εργαστήριο και τα αποτελέσματα παραβάλλονται με τις φυσιολογικές τιμές. Για παράδειγμα εάν μία γυναίκα εξεταζόμενη κάνει γενικές εξετάσεις αίματος και εντοπιστεί ότι ο αιματοκρίτης της είναι 34%, ενώ τα φυσιολογικά όρια είναι από 36 έως 48% τότε ο ιατρός καταλαβαίνει, ότι ο εξεταζόμενος έχει αναιμία και επιχειρεί και με τη βοήθεια των υπολοίπων μελών της θεραπευτικής ομάδας να καθορίσει την αιτιολογία της, που ενδέχεται να αποδίδεται και σε περιορισμένη πρόσληψη σιδήρου μέσω της διατροφής, δηλαδή η αναιμία ενδέχεται να είναι σιδηροπενική (Garrow & James, 1998).

Σε πληθυσμούς στους οποίους υπερισχύουν 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.

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

5.9 Μελέτη Ερευνών για τη Διατροφική Κατάσταση Χρηστών Παράνομων Ουσιών

Έχουν συντελεστεί αρκετές μελέτες για την διατροφική κατάσταση ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Μελετήθηκαν αρκετές από αυτές και δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα στα συμπεράσματα αυτών. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε για αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών (Karajibani, Montazerifar &

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

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 δεδομένων μετρήθηκε ο ΔΜΣ. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας παρουσίασαν υποσιτισμό διαφόρων βαθμών: ήπιο, μέτριο και σοβαρό. Το 65% των ασθενών βρίσκονταν σε κατάσταση κατάπτωσης. Σε μελέτη των Nazgul Islam, et al (2002) εντοπίστηκε ότι το 60-74% των τοξικομανών είχαν ΔΜΣ κάτω από το φυσιολογικό και παρουσίασαν κλινικά συμπτώματα διατροφικής ανεπάρκειας. Πολλοί τοξικομανείς φέρουν θερμιδικό και πρωτεϊνικό υποσιτισμό ο οποίος συνδέεται με την κακή πρόσληψη τροφής και υγρών. Δεδομένα από το Τρίτο Εθνικό Σύστημα Υγείας και Διατροφής (NHANES III), 1988-1994 φανερώνουν ότι οι χρήστες μαριχουάνας φέρουν ελαφρώς χαμηλότερο ΔΜΣ και καταναλώνουν επίσης λιγότερα φρούτα και τυρί (Smit & Crespo, 2001).

Η σύγκριση της πρόσληψης τροφής με το Food Guide Pyramid (Alves et al. 2011) καθορίζει μακρό-και μικροθρεπτικές ελλείψεις και επιβεβαιώνει ότι υφίσταται συνοχή μεταξύ της διατροφικής κατάστασης και της κατανάλωσης τροφής των τοξικομανών με τη θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη. Τα ανωτέρω ταιριάζουν με την έρευνα από τους Smith et al. που εξακρίβωσε χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών στους χρήστες ναρκωτικών (Smit et al. 1996). Η αποτυχία να ανταποκριθούν στην επιτυχή καθημερινή αποδοχή αποδεκτών επιπέδων σε δημητριακά, φρούτα και λαχανικά ενδέχεται να αποδίδεται στο ότι οι τοξικομανείς επικεντρώνονται μόνο, στο αίσθημα κορεσμού οπότε έχουν αισθήματα περιφρόνησης για το επόμενο γεύμα τους. Τα αποτελέσματα ταιριάζουν με μια άλλη έρευνα, η οποία επέδειξε χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών στους χρήστες ναρκωτικών. Επειδή οι ασθενείς στην έρευνα αυτή υποβάλλονταν σε θεραπεία και έπαιρναν φάρμακα συχνά, χρειαζόταν να παίρνουν τις αναγκαίες βιταμίνες και ανόργανα συστατικά για να καλυτερέψουν την υγεία τους (Nazgul Islam, 2001). Μερικά από τα οπιούχα ελαττώνουν την αφομοίωση των βιταμινών, όπως Α, C και Ε. Οι βιταμίνες έχουν καθορισμένες δραστηριότητες και συνήθως λειτουργούν συνεργικά για να καλυτερέψουν την αντιοξειδωτική ικανότητα του σώματος. Τα στοιχεία επέδειξαν 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 ένδεια της πρόσληψης ενέργειας ενδέχεται να προξενήσει έλλειψη σε τέτοια μακρό-και μικροθρεπτικά συστατικά όπως πρωτεΐνες, λιπαρά οξέα, βιταμίνες και μέταλλα (Nazgul Islam, 2001). Οι Santolaria-Feranoez et al. βρήκαν ότι η μέση θερμιδική πρόσληψη είναι 978

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

± 89 kcal / ημέρα στις γυναίκες χρήστες και 1256 ± 64 kcal / ημέρα στους άντρες χρήστες. Η οξεία οργανική παθολογία χειροτερεύει την κακή διατροφική κατάσταση των ναρκομανών. Διακρίθηκε, σε συνδυασμό με τη μη επαρκή 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 στοιχεία αυτά παρουσιάζουν τα κακά πρότυπα κατανάλωσης τροφίμων σε αυτούς τους ασθενείς (Santolaria-Fernandez et al. 1995). Σε τοξικομανείς, οι οποίοι φέρουν τακτικά έλλειψη αμινοξέων, η διαδικασία τροποποίησης από πρωτεΐνη σε αμινοξέα ενδέχεται να επιβραδυνθεί ή να διακοπεί. Ως εκ τούτου, μια έλλειψη των πηγών πρωτεΐνης, ιδιαίτερα ζωικής πρωτεΐνης ενδέχεται να κατευθύνει σε υποσιτισμό. Συνίστανται ισορροπημένα γεύματα άφθονα σε σύνθετους υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και φυτικές ίνες και χαμηλά σε λιπαρά, με επαρκείς θερμίδες για ένα υγιές σωματικό βάρος. Επομένως οι τοξικομανείς έχουν διαφορετικούς βαθμούς υποσιτισμού και πολλαπλές ανεπάρκειες θρεπτικών συστατικών. Συνεπώς, ταυτόχρονα με την κλινική διαχείριση, τα προγράμματα για την προβολή επαρκούς διατροφικής κατάστασης, προτείνουν ότι αυτά τα άτομα πρέπει να τροποποιήσουν τον τρόπο ζωής, με στήριξη και εκπαιδευτικά προγράμματα (Mahan, 2004).

Σε μια πιλοτική έρευνα που επιδόθηκε στις διατροφικές συνήθειες μεταξύ των μαθητών εναλλακτικών γυμνασίων (Arcan et al. 2011) περιγράφεται η συχνότητα χρήσης τσιγάρου, αλκοόλ, μαριχουάνας και άλλων ουσιών καθώς και στις διατροφικές συνήθειες, όπως την κατανάλωση ζαχαρούχων ποτών, τροφίμων με μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπη, φρούτα και λαχανικά, και τη συχνότητα χρήσης ανθυγιεινών τροφών, τύπου fast food. Τα αποτελέσματά επέδειξαν ότι το τσιγάρο ήταν η ουσία που γίνεται η χρήση του συχνότερα τόσο από άνδρες όσο και γυναίκες. Οι μαθητές που έκαναν χρήση πολλών ουσιών, είχαν βαθμιαία μεγαλύτερη κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε λιπαρά, σε σύγκριση με τους μη χρήστες και τους χρήστες μόνο μιας ουσίας.

Μια άλλη μελέτη (Cowan & Devine, 2008) παρέχει σύγχρονες γνώσεις για την σημασία των τροφίμων και της διατροφής για τους άνδρες στα διάφορα στάδια της αποκατάστασης από την κατάχρηση ουσιών. Οι συμμετέχοντες σε αυτή την μελέτη έδωσαν περιγραφές των μεταβολών βάρους, την σημαντική χρήση των τροφίμων, καθώς και τη διαταραγμένη πρόσληψη. Τα στοιχεία δηλώνουν ότι η απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια του ενεργού εθισμού, ήταν βασική και εκλαμβάνεται ως θετική από τους συμμετέχοντες στην πρόωρη φάση της αποκατάστασης. Αυτό είναι σύμφωνο με τα δεδομένα που θέλουν τους

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

περισσότερους ναρκομανείς να έχουν κακή διατροφή, κατά τη διάρκεια του ενεργού εθισμού και συνήθως είναι υποσιτισμένοι και ελλιποβαρείς όταν μπαίνουν στην αποκατάσταση (Cepik et al. 1995). Το νέο στοιχείο που ανέκυψε από την έρευνα, είναι το γεγονός που δηλώνει ότι η αύξηση του σωματικού βάρους στην πρόωρη φάση της αποκατάστασης, ενδέχεται να ξεπερνά το βάρος που χάνεται κατά τη διάρκεια του ενεργού εθισμού. Αυτό επιδεικνύει ότι η θεραπεία θα πρέπει να βάλει ως σκοπό τα υγιή επίπεδα βάρους από το ξεκίνημα της διαδικασίας αποκατάστασης (Cowan & Devine, 2008).

Προγενέστερες έρευνες σε άτομα που βρίσκονταν σε αποκατάσταση ενισχύουν επίσης την άποψη, ότι οι μεταβολές στις διατροφικές συμπεριφορές και το βάρος ενδέχεται να φανούν ως μέρος αποκατάστασης των τοξικομανών (Hodgkins, Jacobs & Gold, 2003). Το κλασικό «πείραμα πείνας» στην Μινεσότα ενδέχεται επίσης να δώσει κάποια δεδομένα που συνδέονται με τις διατροφικές συμπεριφορές των ανθρώπων στο παρελθόν σε μια κατάσταση ημι-λιμοκτονίας (Keys, 1950). Η δοκιμή αυτή έδωσε μια αποκλειστική και ολοκληρωμένη μέτρηση της αντίδρασης του σώματος, σε διαρκή στέρηση τροφής που συνοδεύεται από περιόδους επανασίτισης. Όπως και οι άνδρες στο πείραμα Μινεσότα που ήταν σε κατάσταση ημι-λιμοκτονίας, έτσι και στην μελέτη αυτή πολλοί από τους συμμετέχοντες στην αποκατάσταση ανέφεραν ότι σπάνια τρεφόντουσαν ενώ ήταν σε ενεργό εθισμό. Μόλις η εγκράτεια επιτεύχθηκε και τα τρόφιμα έγιναν πιο διαθέσιμα στους συμμετέχοντες που μπήκαν σε ταχεία αποκατάσταση, οι τοξικομανείς σε ανάρρωση έβαζαν υπερβολικό βάρος και επέδειξαν διαταραχές στις διατροφικές συμπεριφορές (π.χ. τάσεις βουλιμίας) (Hodgkins, Jacobs & Gold, 2003), παραπλήσιες με αυτές που έχουν καταγραφεί στο πείραμα Πείνα Μινεσότα (Keys, 1950).

Η αύξηση της πρόσληψης τροφής μετά από περιόδους μείωσης της ποσότητας ενδέχεται να οφείλεται στην ανάγκη του οργανισμού να κρατήσει το βάρος του σώματος στα φυσιολογικά επίπεδα. Επομένως, η επαναπρόσληψη βάρους ενδέχεται να οφείλεται στην κατανάλωση τροφίμων μετά από περιόδους μείωσης της λήψης τροφής. Αυτό προκύπτει από τις περιγραφές των συμμετεχόντων για σοβαρή απώλεια βάρους, όταν βρίσκονται στη φάση του εθισμού και σε υπερφαγία όταν βρίσκονται στη πρόωρη φάση της αποκατάστασης. Οι νευρολογικοί μηχανισμοί του εγκεφάλου ενδέχεται να επηρεάζουν τις διατροφικές δυσλειτουργίες, οι οποίες παρατηρήθηκαν σε συμμετέχοντες στην έρευνα, καθώς βρισκότουσαν σε φάση ταχείας αποκατάστασης. Εξαρτησιογόνες ουσίες όπως το αλκοόλ και η κοκαΐνη, θεωρείται ότι φταίει για την παραγωγή ντοπαμίνης (DA) στον

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

νευροδιαβιβαστή του εγκεφάλου, που συνδέεται με τις ευεργετικές ιδιότητες των τροφίμων (Wang, Volkow & Fowlers, 2004). Η ελάττωση της παραγωγής ντοπαμίνης σχετίζεται με λανθασμένες διατροφικές συνήθειες. Η ντοπαμίνη ενεργεί ως δραστικός αναστολέας της πρόσληψης τροφής, αποτρέποντας την έκφανση των νευροπεπτιδίων του υποθαλάμου που φταίνε για την αύξηση της πρόσληψης τροφής (Gillard, Dang, & Stanley, 1993).

Στοιχεία έρευνας (Keys, 1950) επέδειξαν επίσης ότι η τροφή έχει διαφορετικές έννοιες και χρήσεις σε διαφορετικά στάδια της αποκατάστασης. Επομένως, ορισμένες συμπεριφορές - διατροφικές συνήθειες που οι χρήστες ενδέχεται να παρουσιάσουν στα αρχικά στάδια της ανάρρωσης, ενδέχεται να αλλάξουν κατά τη διαδικασία αποκατάστασης. Αυτό οφείλεται στις πλέον διαφορετικές νευρολογικές συνδέσεις του εγκεφάλου. Για παράδειγμα, η υπερβολική καφεΐνη και η χρήση νικοτίνης που είναι επακόλουθο της αποτοξίνωσης (προ-αρχικό στάδιο της ανάκαμψης), συνήθως περιορίζεται με το χρόνο (Gorski, 1989). Τα αναπτυξιακά στάδια ανάκτησης δύνανται να σχετίζονται με την μεταβολή στις δραστηριότητες ντοπαμίνης στον εγκέφαλο με την παρέλευση του χρόνου. Σε πείραμα, που έγινε, το οποίο κάλυπτε τα τρία στάδια της αποκατάστασης, υπήρχαν κάποια δεδομένα που υποστήριζαν μια αναπτυξιακή διαδικασία με την διατροφική συμπεριφορά, καθώς και μεταβολές στο βάρος που αφορούσαν την αποκατάσταση. Οι εμπειρίες αυτών των ανθρώπων παρουσιάζουν ότι οι δυσλειτουργικές πρακτικές βρώσης, όπως η χρησιμοποίηση των τροφίμων ως υποκατάστατο για τη χρήση ναρκωτικών και τη χρήση των τροφίμων για να ικανοποιήσει τον πόθο, παρουσιάστηκαν συχνότερα στις αρχές της ανάκαμψης από ότι στα μέσα ή σε μεταγενέστερη φάση της θεραπείας. Μια έρευνα που διεξήχθη από τους Farkas και Dwyer (1984) διέγινωσε ότι η λαχτάρα για γλυκά και η τροφή γλυκών για να ικανοποιηθεί ο πόθος για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά γίνεται συχνά στα πρόωρα στάδια της αποκατάστασης. Επίσης, συμπεριφορές υπερκατανάλωσης τροφίμων αναφέρθηκαν μόνο από τοξικομανείς σε ταχεία αποκατάσταση, η οποία συνδέεται με προηγούμενες έρευνες (Day & Bartness, 2003) στις οποίες η υπερκατανάλωση τροφίμων παρατηρήθηκε όταν η κανονική διατροφή χορηγήθηκε μετά από φάσεις στέρησης τροφής.

Ένα άλλο ερώτημα που τέθηκε ήταν οι συνθήκες ζωής των ατόμων σε διαφορετικές φάσεις της ανάκαμψης. Οι άνδρες σε διαφορετικά στάδια της αποκατάστασης που άλλαζαν συνεχώς περιβάλλον διαβίωσης ήταν δύσκολο να διαχωρίσουν τη σχέση της διατροφής και του περιβάλλοντος στο κάθε στάδιο της αποκατάστασης (Farkas & Dwyer, 1984). Όμως, ένα ποσοστό συμμετεχόντων σε διαφορετικά στάδια της ανάκτησης διέφεραν στις διατροφικές

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

τους συνήθειες. Το περιβάλλον και η κατανάλωση τροφίμων έχει αναγνωριστεί και σε άλλες έρευνες (Hill & Peters, 1998) Το περιβάλλον διαβίωσης έχει συσχετιστεί άμεσα με την διαλογή τροφίμων η οποία φέρνει υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους με αποτέλεσμα την παχυσαρκία. Οι ανομοιότητες που παρουσιάζονται στην έρευνα από τους συμμετέχοντες είναι πιθανό να οφείλονται στις αλληλεπιδράσεις των συμμετεχόντων μεταξύ του σταδίου ανάκτησης και του περιβάλλοντος διαβίωσης. Επομένως, οι μεταβολές του βάρους των συμμετεχόντων στην έρευνα, οι διατροφικές συμπεριφορές και ο τρόπος με τον οποίο τα τρόφιμα ερμηνεύτηκαν στην ανάκτηση από τους, (Farkas & Dwyer 1984), ενδέχεται να αποτελεί λειτουργία του σταδίου ανάκτησης, καθώς και του περιβάλλοντος των ατόμων σε ανάκτηση. Μια διαχρονική έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα ανδρών στα διάφορα στάδια της αποκατάστασης, σε διαφορετικά περιβάλλοντα, είναι αναγκαία για να επαληθευτούν αυτά τα θέματα.

Η χρησιμοποίηση του καπνού ενδέχεται να αποτελεί μια άλλη ερμηνεία για τις ανομοιότητες που διακρίνονται στις διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων σε διάφορα στάδια της ανάκαμψης. Είναι καλά πιστοποιημένο ότι ο καπνός περιορίζει την όρεξη, και ότι η παύση του καπνίσματος, ενδέχεται να επιφέρει υπερφαγία και αύξηση του σωματικού βάρους (Grunberg, 1982). Επομένως, η παύση του καπνίσματος στο ξεκίνημα της διαδικασίας ανάκτησης θα μπορούσε να χειροτερέψει τις συνέπειες της εγκράτειας από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ, στην όρεξη και την αύξηση του σωματικού βάρους. Επιπλέον έρευνα χρειάζεται 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 ενέχονται περισσότερο στην καλύτερευση της προσωπικής τους υγείας, και της διατροφικής κατάστασης είναι πιο πιθανό να ασπαστούν καλύτερες διατροφικές συνήθειες. Επειδή οι τοξικομανείς ενδέχεται να βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο, για χρόνια νοσήματα 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, αρμόζουσα για κάθε στάδιο της ανάκτησης. Επίσης, είναι ζωτικής σημασίας για τους ανθρώπους σε προγράμματα αποκατάστασης να διδαχθούν νωρίς νέους, και υγιείς τρόπους διατροφής, ώστε να αποκτήσουν τις δεξιότητες για την υγιεινή διατροφή, όταν ζουν πλέον μόνοι τους (Johnson, Barzargan, & Cherpitel, 2001).

6. Το πρόγραμμα "ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ"

6.1 Το πρόγραμμα "ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ"

Μέχρι το 2010, η επιδημία του HIV στην Ελλάδα ήταν συγκεντρωμένη μεταξύ των ανδρών που κάνουν σεξ με άνδρες. Τα κρούσματα μεταξύ χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών (XEN) ήταν κατά μέσο όρο 14 ετησίως (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.). Από τις αρχές του 2011, ο αριθμός των δηλωθέντων κρουσμάτων αυξήθηκε σε 260 και το 2012 σε 522. Το Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ προκειμένου να αντιμετωπίσουν την επιδημία μεταξύ των XEN υλοποίησαν ένα πρόγραμμα στην κοινότητα με το όνομα «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ». Το πρόγραμμα αυτό είχε ως κύριο σκοπό τον έλεγχο για anti-HIV και την παροχή πρόληψης, θεραπείας και φροντίδας όπως ορίζεται από διεθνείς οργανισμούς.

Ο πληθυσμός στόχος του προγράμματος ήταν οι XEN ηλικίας άνω των 18 ετών, οι οποίοι διέμεναν στην μητροπολιτική περιοχή της Αθήνας και είχαν ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης τους τελευταίους 12 μήνες. Το δείγμα του «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» συλλέχθηκε με τη μέθοδο κατευθυνόμενης δειγματοληψίας από τους συμμετέχοντες (Respondent-Driven-Sampling, RDS). Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε αιμοληψία και σε συνέντευξη βάσει δομημένου ερωτηματολογίου.

6.2 Δεδομένα

Τα δεδομένα της παρούσας διπλωματικής εργασίας προέρχονται από το πρόγραμμα «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» και αφορά τους 200 πρώτους συμμετέχοντες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο σχετικά με τη Διατροφική Ανασφάλεια, "Food Insecurity", το οποίο μεταφράστηκε από την αναπληρώτρια καθηγήτρια κα Β. Μπενέτου. Ο πληθυσμός στόχος του προγράμματος ήταν οι XEN ηλικίας άνω των 18 ετών, οι οποίοι διέμεναν στην μητροπολιτική περιοχή της Αθήνας και είχαν ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης τους τελευταίους 12 μήνες.

6.3 Στατιστική ανάλυση

Η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει κυρίως ποιοτικές μεταβλητές, για τις οποίες χρησιμοποιήθηκαν ως περιγραφικά στατιστικά μέτρα η απόλυτη συχνότητα (v) και η σχετική συχνότητα (%) καθώς δημιουργήθηκαν και τα αντίστοιχα ραβδογράμματα. Στις περιπτώσεις που ήταν αναγκαία η διερεύνηση ύπαρξης στατιστικά σημαντικής σχέσης ανάμεσα σε δύο ποιοτικές μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο X^2 του Pearson. Προϋποθέσεις εφαρμογής του κριτηρίου αυτού είναι οι ακόλουθες: α) οι αναμενόμενες συχνότητες σε όλα τα κελιά να είναι μεγαλύτερες του 5, ή β) όλες οι αναμενόμενες τιμές να είναι μεγαλύτερες του 1 και το πολύ 20% από αυτές να είναι μικρότερες του 5. Η μηδενική υπόθεση του στατιστικό κριτήριο X^2 του Pearson είναι ο ισχυρισμός πως δεν υπάρχει καμία συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές. Όλη η στατιστική ανάλυση έγινε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS (έκδοση 19.0).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η διατροφική κατάσταση ατόμων που κάνουν χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Να ανιχνευτούν οι ανησυχίες τους ως προς την δυνατότητα της σίτισής τους και να σκιαγραφηθούν οι τρόποι με τους οποίους, τα άτομα αυτά, δύνανται να εξασφαλίσουν την τροφή τους και σε τι βαθμό. Επίσης, μέσα από τις απαντήσεις που θα δοθούν από τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα, θα προσδιοριστούν οι τρόποι, με τους οποίους τα συγκεκριμένα άτομα αναζητούν βοήθεια, σε περίπτωση που την χρειαστούν, καθώς και το πού απευθύνονται.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα που διενεργείται στα πλαίσια της εργασίας μας χρησιμοποιεί την μέθοδο του ερωτηματολογίου. Η έρευνα διεξήχθη από τον Αύγουστο του 2012 έως τον Ιούνιο του 2013 από το Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ προκειμένου να αντιμετωπίσουν την επιδημία μεταξύ των ΧΕΝ υλοποίησαν ένα πρόγραμμα στην κοινότητα με το όνομα «ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ» σε ένα κτίριο του ΟΚΑΝΑ στο κέντρο της Αθήνας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή 3320 χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών που έχουν κάνει χρήση τους τελευταίους 12 μήνες, ηλικιακών ομάδων από 18 ετών και άνω, ανδρών και γυναικών. (Hatzakis et al, 2015). Για τις ανάγκες της παρούσας πτυχιακής συλλέχθηκαν 200 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια των χρηστών με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με το μέρος που απευθύνονται για να εξασφαλίσουν την τροφή τους, την ανησυχία ως προς την εξασφάλιση του φαγητού, την ικανότητα ή ανικανότητα εξασφάλισης της τροφής εξαιτίας οικονομικών ή άλλων παραγόντων, και τον περιορισμό των γευμάτων λόγω έλλειψης τροφής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δεδομένα της παρούσας εργασίας, αποτελούν ένα υποσύνολο του συνολικού δείγματος του προγράμματος ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ. Το πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ ήταν ένα πρόγραμμα παρέμβασης, το οποίο υλοποιήθηκε από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και από τον ΟΚΑΝΑ, όπως έχει αναφερθεί και στο προηγούμενο κεφάλαιο. Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 8.1), παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 200 ατόμων που αποτελούν και το δείγμα της παρούσας εργασίας.

Πίνακας 8.2: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 200 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.

Χαρακτηριστικά	Τιμή
Ηλικία (έτη)	
≤ 25 έτη (v, %)	8 (4,00)
(25 έτη – 35 έτη] (v, %)	98 (49,00)
(35 έτη – 45 έτη] (v, %)	62 (31,00)
(45 έτη – 55 έτη] (v, %)	28 (14,00)
> 55 έτη (v, %)	4 (2,00)
Φύλο	
Άνδρες (v, %)	164 (82,00)
Εθνικότητα	
Έλληνας (v, %)	182 (91,00)
Άλλο (v, %)	18 (9,00)

Χαρακτηριστικά	Τιμή
Άστεγος	
Όχι (v, %)	117 (58,50)
Το περασμένο έτος (v, %)	31 (15,50)
Ναι, τώρα (v, %)	52 (26,00)
Μορφωτικό επίπεδο (έτη)	
≤ 6 έτη (v, %)	55 (27,50)
(6 έτη – 9 έτη] (v, %)	58 (29,00)
(9 έτη – 12 έτη] (v, %)	62 (31,00)
> 12 έτη (v, %)	25 (12,50)
Υπαρξη μέρους για εξασφάλιση σίτισης	
Ναι (v, %)	129 (64,50)
Μέρος	
Συσσίτιο Δήμου Αθηνών (v, %)	77 (59,70)
Κέντρο Ημέρας PRAKSIS (v, %)	1 (0,78)
Στέκι OKANA (v, %)	18 (13,95)
Κλίμακα (v, %)	1 (0,78)
Εκκλησία/ενορία (v, %)	23 (17,83)
Caritas (v, %)	2 (1,55)
Off-club ΚΕΘΕΑ (v, %)	0 (0,00)
Συγγενείς/φίλους/γνωστούς (v, %)	52 (40,31)
Άλλο (v, %)	25 (19,38)

Χαρακτηριστικά	Τιμή
<i>Ανησυχία ότι στο νοικοκυριό διαμονής δεν θα υπήρχε αρκετό φαγητό (τις προηγούμενες 4 εβδομάδες)</i>	
Ναι (ν, %)	109 (54,50)
<i>Συχνότητα</i>	
Σπάνια (μία ή δύο φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	15 (13,76)
Μερικές φορές (τρεις με δέκα φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	50 (45,87)
Συχνά (περισσότερες από 10 φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	44 (40,37)
<i>Αδυναμία φαγητού με τροφές προτίμησης λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή (τις προηγούμενες 4 εβδομάδες)</i>	
Ναι (ν, %)	117 (58,50)
<i>Συχνότητα</i>	
Σπάνια (μία ή δύο φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	24 (20,51)
Μερικές φορές (τρεις με δέκα φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	39 (33,33)
Συχνά (περισσότερες από 10 φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	54 (46,15)
<i>Αναγκασμός περιορισμένης ποικιλίας τροφής λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή (τις προηγούμενες 4 εβδομάδες)</i>	
Ναι (ν, %)	109 (54,50)
<i>Συχνότητα</i>	
Σπάνια (μία ή δύο φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	26 (23,85)
Μερικές φορές (τρεις με δέκα φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	33 (30,28)
Συχνά (περισσότερες από 10 φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	49 (44,95)
Δεν ξέρει/Δεν απαντά (ν, %)	1 (0,92)

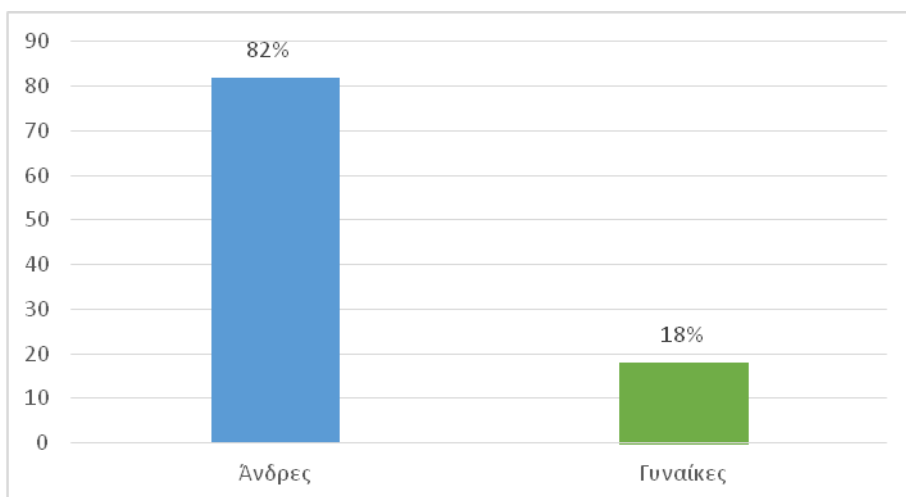
Χαρακτηριστικά	Τιμή
Αναγκαστική σίτιση με τροφές που στην πραγματικότητα δεν θα ήταν επιθυμητές, λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή (τις προηγούμενες 4 εβδομάδες)	
Ναι (ν, %)	84 (42,00)
Συχνότητα	
Σπάνια (μία ή δύο φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	26 (30,95)
Μερικές φορές (τρεις με δέκα φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	25 (29,76)
Συχνά (περισσότερες από 10 φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	33 (39,29)
Αναγκασμός κατανάλωσης μικρότερου γεύματος από επειδή δεν υπήρχε αρκετό φαγητό (τις προηγούμενες 4 εβδομάδες)	
Ναι (ν, %)	100 (50,00)
Συχνότητα	
Σπάνια (μία ή δύο φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	29 (29,29)
Μερικές φορές (τρεις με δέκα φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	31 (31,31)
Συχνά (περισσότερες από 10 φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	39 (39,39)
Αναγκασμός κατανάλωσης φαγητού λιγότερες φορές την ημέρα επειδή δεν υπήρχε αρκετό φαγητό (τις προηγούμενες 4 εβδομάδες)	
Ναι (ν, %)	96 (48,00)
Συχνότητα	
Σπάνια (μία ή δύο φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	23 (23,96)
Μερικές φορές (τρεις με δέκα φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	33 (34,38)
Συχνά (περισσότερες από 10 φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	39 (40,63)
Δεν ξέρει/Δεν απαντά (ν, %)	1 (1,04)
Πτυχιακή Εργασία	77

Χαρακτηριστικά	Τιμή
<i>Καθόλου φαγητό στο νοικοκυριό επειδή δεν υπήρχε η δυνατότητα εξασφάλισης τροφής με κάποιο τρόπο (τις προηγούμενες 4 εβδομάδες)</i>	
Ναι (ν, %)	77 (38,50)
<i>Συχνότητα</i>	
Σπάνια (μία ή δύο φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	27 (35,06)
Μερικές φορές (τρεις με δέκα φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	26 (33,77)
Συχνά (περισσότερες από 10 φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	24 (31,17)
<i>Ύπνος πεινασμένος επειδή δεν υπήρχε αρκετό φαγητό; (τις προηγούμενες 4 εβδομάδες)</i>	
Ναι (ν, %)	85 (42,50)
<i>Συχνότητα</i>	
Σπάνια (μία ή δύο φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	26 (30,59)
Μερικές φορές (τρεις με δέκα φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	32 (37,65)
Συχνά (περισσότερες από 10 φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	27 (31,76)
<i>Μη λήψη τροφής για μια ολόκληρη μέρα και πέσιμο για ύπνο με αισθήματα πείνας (τις προηγούμενες 4 εβδομάδες)</i>	
Ναι (ν, %)	74 (37,00)
<i>Συχνότητα</i>	
Σπάνια (μία ή δύο φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	31 (41,89)
Μερικές φορές (τρεις με δέκα φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	25 (33,78)
Συχνά (περισσότερες από 10 φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες) (ν, %)	18 (24,32)

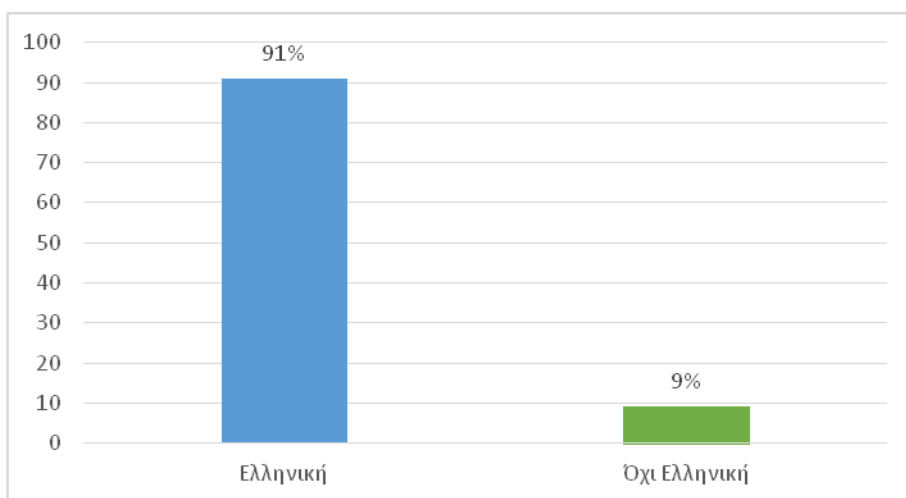
«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Όπως φαίνεται και από τον παραπάνω Πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό, 82%, των συμμετεχόντων ήταν άνδρες (Σχήμα 8.1). Το 91% του δείγματος είχε Ελληνική εθνικότητα (Σχήμα 8.2), ενώ η μέση τιμή της ηλικίας του συνολικού δείγματος ήταν τα 36,76 έτη (τυπική απόκλιση 7,84 έτη).

Σχήμα 8.1: Κατανομή του φύλου των 200 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.

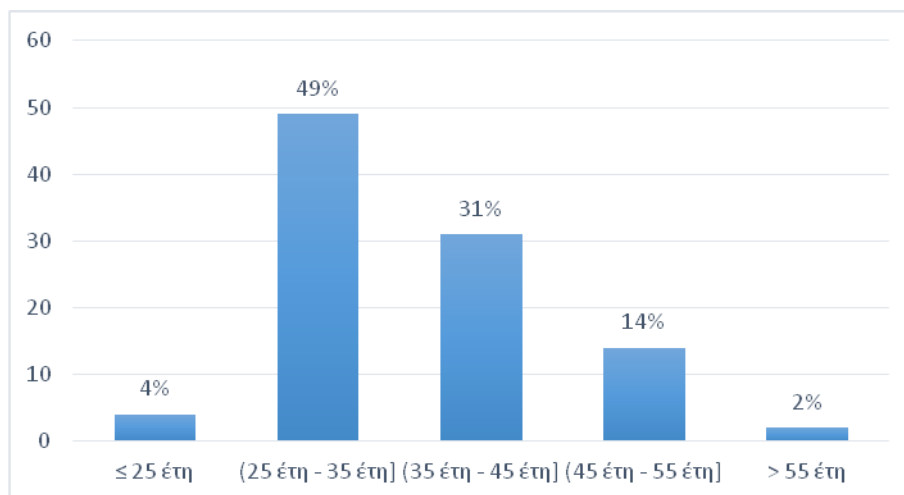


Σχήμα 8.2: Κατανομή της εθνικότητας των 200 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.



Πιο συγκεκριμένα, αξίζει να σημειωθεί ότι, το 80% από τους ερωτηθέντες δήλωσαν ότι έχουν ηλικία που κυμαίνεται μεταξύ των 26 και 35 ετών (49%) ή μεταξύ των 36 με 45 ετών (31%), κάτι που δείχνει ότι, το δείγμα της έρευνας ήταν ιδιαίτερα νέο σε ηλικία, αφού μόλις το 2% από αυτούς δήλωσε ότι, έχει ηλικία που υπερβαίνει τα 56 έτη (Σχήμα 8.3).

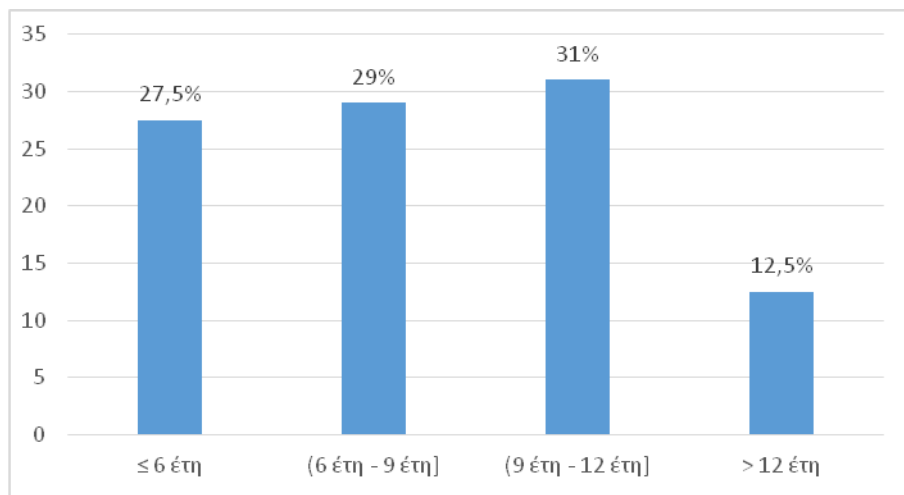
Σχήμα 8.3: Ηλικιακή κατανομή των 200 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.



Ωστόσο, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον το γεγονός ότι, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό (27,50%) από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, δήλωσαν ότι, είχαν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, χωρίς να έχουν συνεχίσει περαιτέρω την μόρφωσή τους. Το τελευταίο ποσοστό είναι αρκετά υψηλό, αφού προσεγγίζει το αντίστοιχο ποσοστό εκείνων που ολοκλήρωσαν το Γυμνάσιο (29%) ή το Λύκειο (31%). Εξάλλου, μόλις το 12,50% από τα άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο είχαν ολοκληρώσει τις σπουδές τους σε κάποιο πανεπιστήμιο ή σε κάποιο ίδρυμα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πίνακας 8.1, Σχήμα 8.4).

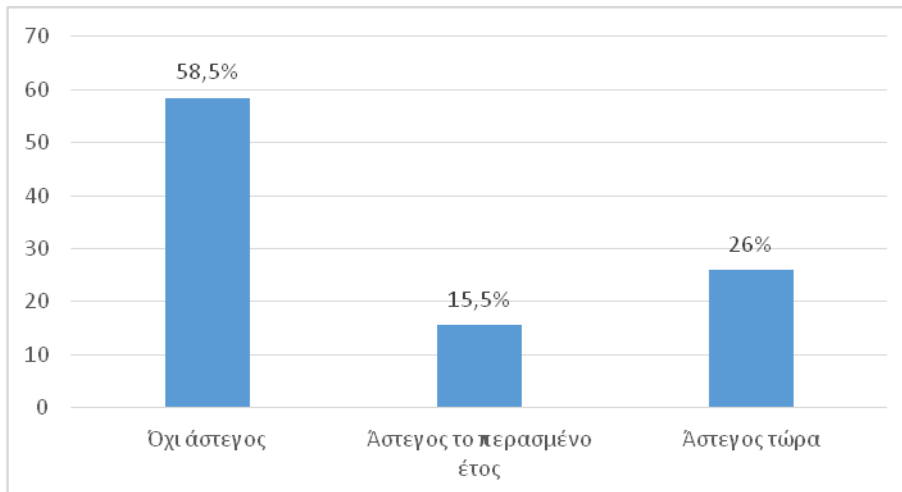
Το τελευταίο εύρημα δείχνει ότι, τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, δεν είχαν ολοκληρώσει κατά πολύ υψηλό ποσοστό την μόρφωσή τους πέρα από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση ή τις πρώτες τάξεις της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, αφού λιγότεροι από τους μισούς (43,50%) συνέχισαν στο Λύκειο και στο Πανεπιστήμιο (Σχήμα 8.4).

Σχήμα 8.4: Κατανομή των ετών εκπαίδευσης των 200 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.



Προκειμένου να εκτιμηθεί η διατροφική ανασφάλεια των ερωτηθέντων, αρχικά σκιαγραφήθηκε ο βαθμός κατά τον οποίο, τα άτομα αυτά ήταν άστεγα, είτε κατά τη χρονική περίοδο που διενεργήθηκε η έρευνα, είτε την προηγούμενη χρονιά. Αξίζει σε αυτό το σημείο, να αναφερθεί ότι ένα αρκετά υψηλό ποσοστό από τους ερωτηθέντες (41,50%) δήλωσε ότι, ήταν άστεγο την στιγμή κατά την οποία συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο που του χορηγήθηκε (26%) ή ότι ήταν άστεγο κατά το προηγούμενο έτος (15,50%). Μόλις λίγο πάνω από τους μισούς (58,50%) είχαν κατοικία (Σχήμα 8.5).

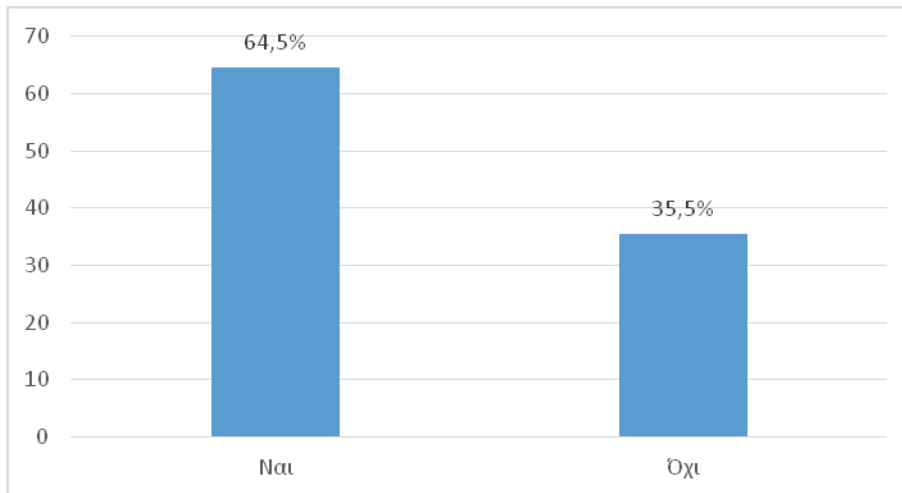
Σχήμα 8.5: Κατανομή της διαβίωσης των 200 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.



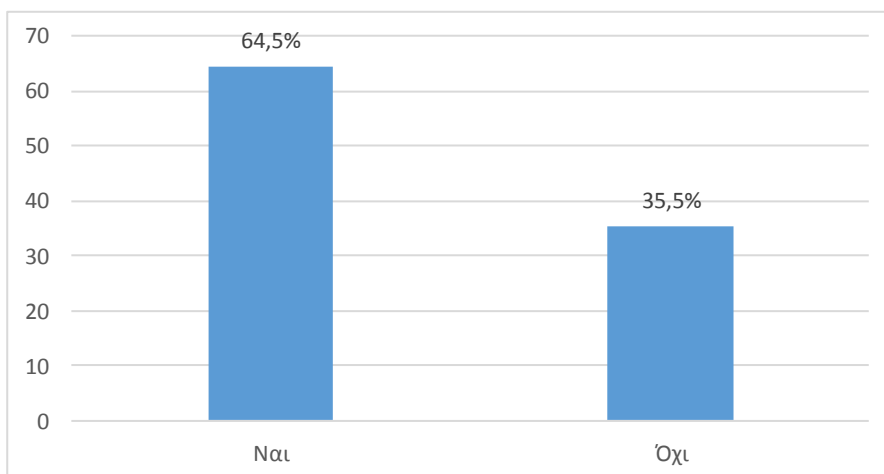
Η επόμενη ερώτηση είχε ως σκοπό να σκιαγραφήσει το κατά πόσον υπάρχει ένα μέρος στο οποίο τα άτομα αυτά μπορούν να απευθυνθούν, προκειμένου να εξασφαλίσουν την σίτισή τους, κάνοντάς τους σαφές ότι, η ερώτηση δεν αφορά στο μέρος που τρώνε (οι ερωτηθέντες), αλλά αντιθέτως αφορά στον τρόπο εξασφάλισης της τροφής τους. Είναι αρκετά ενθαρρυντικό, όπως παρατηρείται και από το Σχήμα 8.6α, το γεγονός ότι, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό από τους ερωτηθέντες (64,50%) δήλωσε ότι, υπάρχει ένα μέρος στο οποίο δύνανται να απευθυνθούν, προκειμένου να εξασφαλίσουν την τροφή τους. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει επίσης ότι, η πλειοψηφία (82%) των ατόμων που αναζητούν βοήθεια είναι άνδρες (Σχήμα 8.6β).

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Σχήμα 8.6α: Απόκριση των 200 ερωτηθέντων, που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, στην ερώτηση για το αν υπάρχει μέρος που να μπορούν να απευθυνθούν με σκοπό την εξασφάλιση της τροφή τους.



Σχήμα 8.6β: Κατανομή φύλου των 200 ερωτηθέντων, που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, στην ερώτηση για το αν υπάρχει μέρος που να μπορούν να απευθυνθούν με σκοπό την εξασφάλιση της τροφή τους.



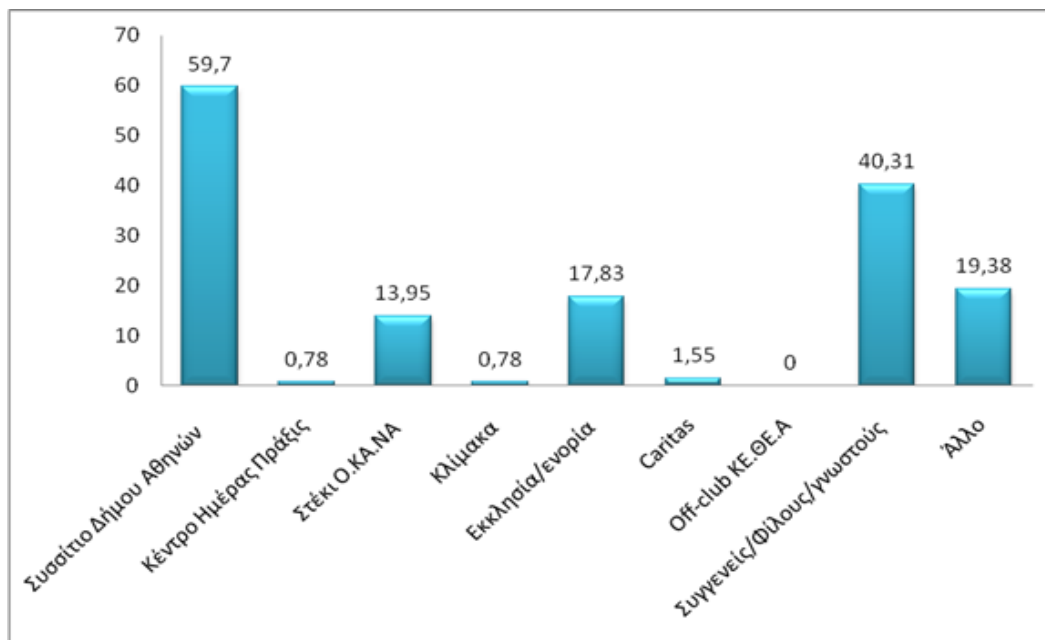
«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Από εκείνους που απάντησαν θετικά στην προαναφερθείσα ερώτηση, ζητήθηκε να αναφερθεί ποιο είναι το μέρος στο οποίο απευθύνονται για να εξασφαλίσουν την σίτισή τους. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, με ποσοστό 100%, τα άτομα αυτά δέχτηκαν να απαντήσουν στην συγκεκριμένη ερώτηση, εκφράζοντας μάλιστα συγκεκριμένη άποψη, κάτι το οποίο αναλύεται ακριβώς παρακάτω. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι, προκειμένου να εξασφαλίσουν την σίτισή τους απευθύνονται στο συσσίτιο του Δήμου Αθηνών (59,69%) ή σε συγγενείς, φίλους ή γνωστούς (40,31%) και σε τρίτη φάση στην Εκκλησία ή στην ενορία τους (17,83%), ενώ ένα αρκετά αξιόλογο ποσοστό (19,38%) δήλωσε ότι, απευθύνεται κάπου αλλού, χωρίς να διευκρινίσει πού, παρόλο που υπήρχε σαν επιλογή στο ερωτηματολόγιο.

Εκείνο που είναι άξιο προβληματισμού σε αυτό το σημείο, είναι το γεγονός ότι, τα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα δεν έδειξαν να απευθύνονται στις μη κυβερνητικές οργανώσεις που δραστηριοποιούνται σε αυτό τον τομέα και παρέχουν υποστήριξη και βοήθεια στους πρώην και νυν χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, τόσο ως προς την σίτισή τους, όσο και ως προς την αποκατάστασή τους.

Ειδικότερα, κανένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα δεν επέλεξε το Off-club ΚΕΘΕΑ και σχεδόν κανένας (0,78%) δεν επέλεξε την ανεξάρτητη μη κυβερνητική οργάνωση Praksis ή την μη κυβερνητική οργάνωση Κλίμακα. Τέλος, μόλις το 1,55% των συμμετεχόντων, δήλωσε ότι, απευθύνεται για βοήθεια, ως προς την εύρεση της τροφής του, στο Caritas, το οποίο είναι το Φιλανθρωπικό Σωματείο της Καθολικής Εκκλησίας. Λίγο υψηλότερο ποσοστό φαίνεται να παρουσιάζει ο Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών (Στέκι ΟΚΑΝΑ), αφού το 13,95% από τους ερωτηθέντες το διάλεξε ανάμεσα από τις δυνατές επιλογές του ερωτηματολογίου (Πίνακα 1, Σχήμα 8)

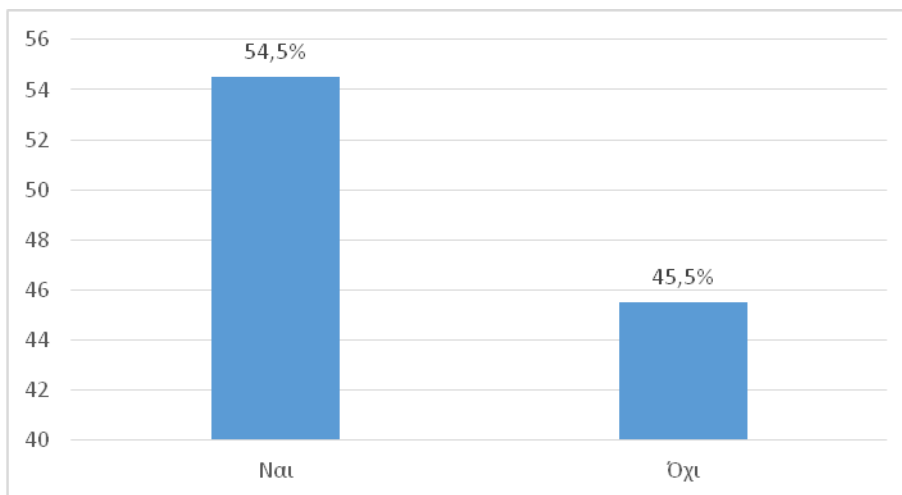
Σχήμα 8: Κατανομή του τόπου που απευθύνονται για την εξασφάλιση τροφής, οι 200 ερωτηθέντες, που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.



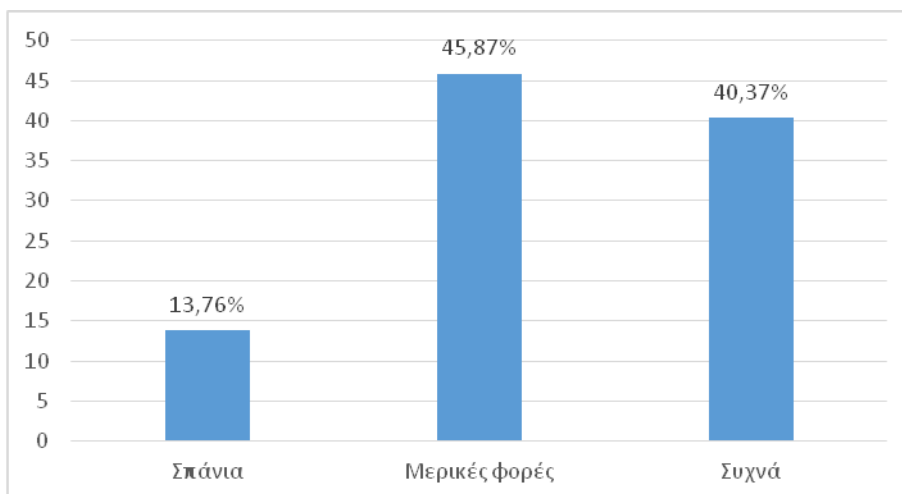
Στη συνέχεια, εκτιμήθηκε κατά πόσον οι ερωτηθέντες ανησυχούσαν ότι δεν είχαν αρκετό φαγητό, είτε είχαν σπίτι να μείνουν είτε ήταν άστεγοι. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός, ότι περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (54,50%) έδειχναν ανησυχία για το αν θα είχαν επαρκές φαγητό στο νοικοκυριό τους, αν δεν ήταν άστεγοι, ή αν θα είχαν φαγητό γενικά, στην περίπτωση που ήταν άστεγοι (Σχήμα 8.8).

Αξίζει επίσης, να ληφθεί υπόψη, ότι από τα άτομα που απάντησαν θετικά στην προαναφερθείσα ερώτηση, στη συντριπτική τους πλειοψηφία (86,24%) δήλωσαν ότι, είχαν βιώσει τα προαναφερθέντα συναισθήματα ανησυχίας τρεις με δέκα φορές, κατά τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες (45,87%) ή και πιο συχνά (40,37%).

Σχήμα 8.8: Αποκρίσεις των 200 ερωτηθέντων, που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών σχετικά με το αν υπήρχε ανησυχία για την ύπαρξη επαρκούς φαγητού.



Σχήμα 8.9: Κατανομή της συχνότητας ανησυχίας, των 200 ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, για την ύπαρξη επαρκούς φαγητού.



¹ Σπάνια: Μία ή δύο φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες

² Μερικές φορές: Τρεις με δέκα φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες

³ Συχνά: Περισσότερες από δέκα φορές τις τελευταίες 4 εβδομάδες

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο χ^2 για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ανησυχίας για το αν οι χρήστες θα είχαν αρκετό φαγητό και της αστεγίας. Βρέθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, ($\chi^2 = 14.28$, β.ε = 2, $p = 0,001$). Ακόμη φαίνεται από τον Πίνακα 2, ότι το 76,92% των ατόμων που είναι τώρα άστεγοι ανησυχούν για την ύπαρξη φαγητού ενώ το 23,08% αναφέρουν πως δεν ανησυχούν.

Πίνακας 8.2: Στατιστικό κριτήριο χ^2 για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ανησυχίας για το αν θα είχαν αρκετό φαγητό και της ύπαρξης κατοικίας για τους 200 ερωτηθέντες, που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών σχετικά με το αν υπήρχε ανησυχία για την ύπαρξη επαρκούς φαγητού.

Μεταβλητή	Ανησυχία για ύπαρξη φαγητού		Σύνολο	¹ Στατιστικός Έλεγχος (p-value)
Άστεγος	Όχι	Ναι		p=0,001
Όχι	62 (52,99%)	55 (47,01%)	117 (100%)	
Ναι, το περασμένο έτος	17 (54,84%)	14 (45,16%)	31 (100%)	
Ναι, τώρα	12 (23,08%)	40 (76,92%)	52 (100%)	
Σύνολο	91 (45,50%)	109 (54,50%)	200 (100%)	

¹ Έλεγχος χ^2

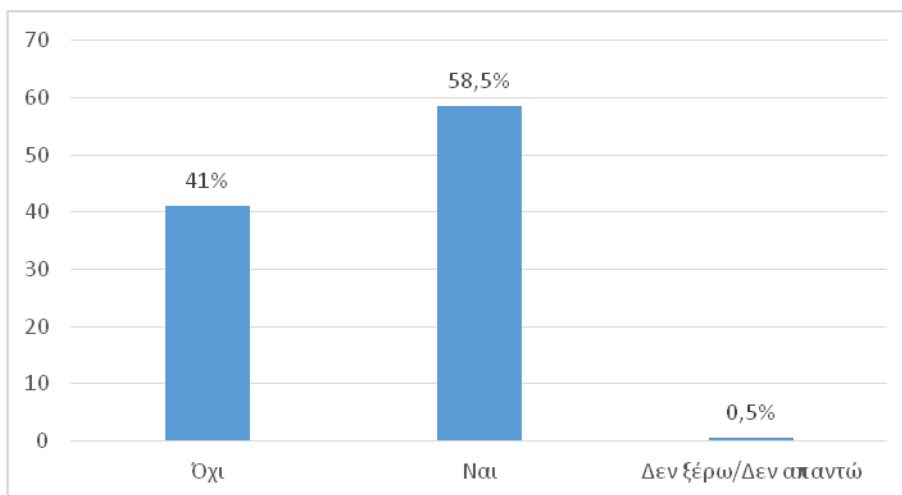
Η επόμενη ερώτηση αφορούσε το κατά πόσον ο κάθε συμμετέχοντας στην έρευνα, κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, είχε καταφέρει να τραφεί με τις τροφές που προτιμάει, είτε ήταν άστεγος είτε όχι (σε αυτήν την περίπτωση, η ερώτηση διαμορφώθηκε κατάλληλα,

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

ώστε να συμπεριλάβει και τα υπόλοιπα μέλη του νοικοκυριού του) λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή.

Το βασικό συμπέρασμα, λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις που δόθηκαν στην συγκεκριμένη ερώτηση, έγκειται στο ότι, περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (58,50%) δήλωσαν ότι, δεν κατόρθωσαν να εξασφαλίσουν τις τροφές που θα επιθυμούσαν, τόσο για τους ίδιους όσο και για τα υπόλοιπα μέλη του νοικοκυριού τους, σε περίπτωση που δεν ήταν άστεγοι (Σχήμα 8.10).

Σχήμα 8.10: Ποσοστιαία κατανομή της έλλειψης δυνατότητας σίτισης με τις προτιμητέες τροφές, λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή, των 200 ερωτηθέντων, που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.



Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο χ^2 για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της δυνατότητας σίτισης με τις προτιμητέες τροφές και του φύλου. Βρέθηκε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, ($\chi^2 = 0,2894$, β.ε = 1, $p = 0,591$). Ωστόσο φαίνεται από τον Πίνακα 3, από το σύνολο των ανδρών, το 57,93% είχαν δυνατότητα σίτισης με τις προτιμητέες τροφές, ενώ από το σύνολο των γυναικών το 62,86%.

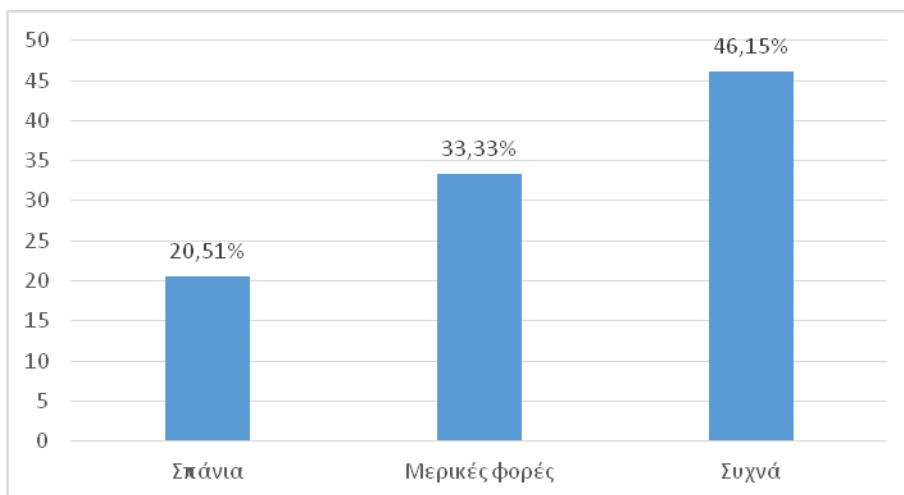
Πίνακας 8.3: Στατιστικό κριτήριο χ^2 για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της δυνατότητας σίτισης με τις προτιμητέες τροφές και του φύλου.

Μεταβλητή	Δυνατότητα σίτισης με τις προτιμητέες τροφές		Σύνολο	¹ Στατιστικός Έλεγχος (p-value)
	Όχι	Ναι		
Φύλο				p=0,591
Άνδρες	69 (42,07%)	95 (57,93%)	164 (100%)	
Γυναίκες	13 (37,14%)	22 (62,86%)	35 (100%)	
Σύνολο	82 (41,21%)	117 (58,79%)	199 (100%)	

¹ Έλεγχος χ^2

Δεδομένου ότι, υπάρχει η προαναφερθείσα έλλειψη, αναφορικά με την εξασφάλιση των προτιμητέων για τον καθένα τροφών, αξίζει να επισημανθεί ότι, ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό από τους ερωτηθέντες (79,48%) δήλωσε ότι, αντιμετώπισε το προαναφερθέν πρόβλημα τρεις με δέκα φορές, κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (33,33%) ή και πιο συχνά (46,15%) (Πίνακα 1, Σχήμα 8.11).

Σχήμα 8.11: Κατανομή της συχνότητας εμφάνισης του φαινομένου, δεδομένου ότι υπήρχε η έλλειψη της δυνατότητας σίτισης με τις προτιμητέες τροφές, των 200 ερωτηθέντων, που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.

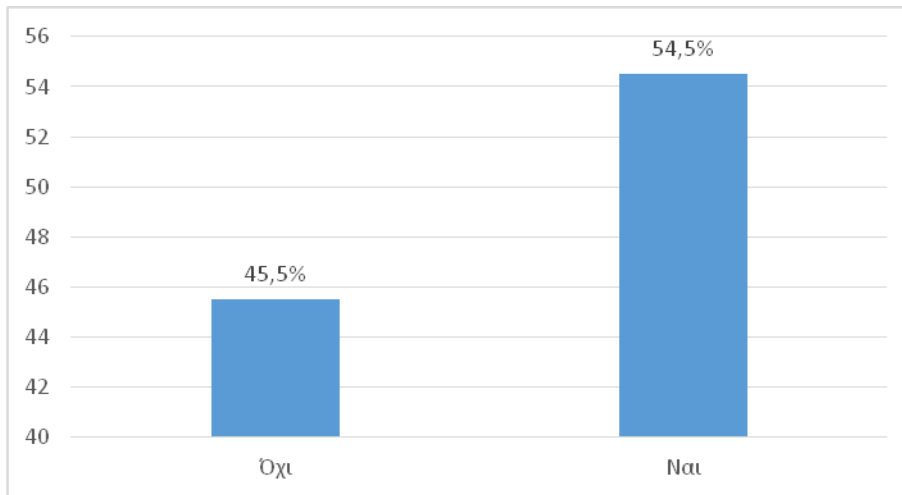


Στη συνέχεια, τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, ρωτήθηκαν αν οι ίδιοι (στην περίπτωση που είναι άστεγοι) ή και κάποιο μέλος του νοικοκυριού τους (στην περίπτωση που δεν είναι άστεγοι) αναγκάστηκε να σιτιστεί με περιορισμένη, ως προς την ποικιλία, τροφή και σε περίπτωση θετικής απάντησης, να προσδιορίσουν σε τι συχνότητα συνέβη αυτό.

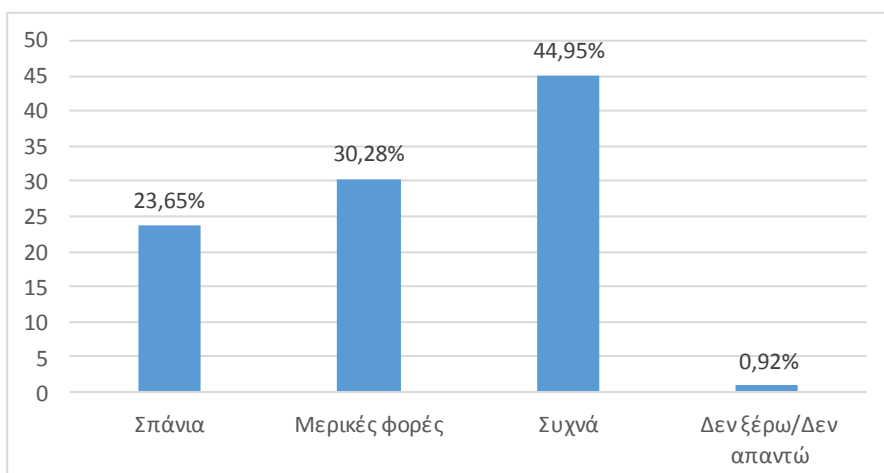
Καταρχάς, περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες και πιο συγκεκριμένα, το 54,50% δήλωσε ότι, κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, υπήρχε περιορισμένη πρόσβαση σε τροφή, αναφορικά πάντα με την ποικιλία της (Πίνακα 1, Σχήμα 8.12), κάτι το οποίο παρατηρήθηκε σε αρκετά υψηλές συχνότητες, αν ληφθούν υπόψη οι απαντήσεις που δόθηκαν στην επόμενη ερώτηση.

Ειδικότερα, μόλις το 0,92% αρνήθηκε να απαντήσει, έναντι του μεγαλύτερου ποσοστού (75,23%) που δήλωσε ότι, αντιμετώπισε αυτό το πρόβλημα μερικές φορές (30,28%) ή και περισσότερες από δέκα φορές, κατά τις τέσσερις τελευταίες βδομάδες (44,95%), ενώ ταυτόχρονα, λιγότερο από το ένα τέταρτο του δείγματος (23,85%) απάντησε ότι, δεν είχε αναγκαστεί να τραφεί με περιορισμένη σε ποικιλία τροφή. (Πίνακα 1, Σχήμα 8.13).

Σχήμα 8.12: Αναγκαστική σίτιση με περιορισμένη σε ποικιλία τροφή, λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες.



Σχήμα 8.13: Κατανομή της συχνότητας αναγκαστικής σίτισης με περιορισμένη σε ποικιλία τροφή, λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, των 200 ερωτηθέντων, που συμμετείχαν στην έρευνα για την εκτίμηση της διατροφικής ανασφάλειας των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.



«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Από το στατιστικό κριτήριο X^2 για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της αναγκαστικής σίτισης με περιορισμένη ποικιλία τροφής λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων και το φύλο, βρέθηκε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, ($X^2 = 0,0197$, β.ε = 1, $p = 0,888$).

Πίνακας 8.4: Στατιστικό κριτήριο X^2 για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της αναγκαστικής σίτισης με περιορισμένη ποικιλία τροφής λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων και το φύλο.

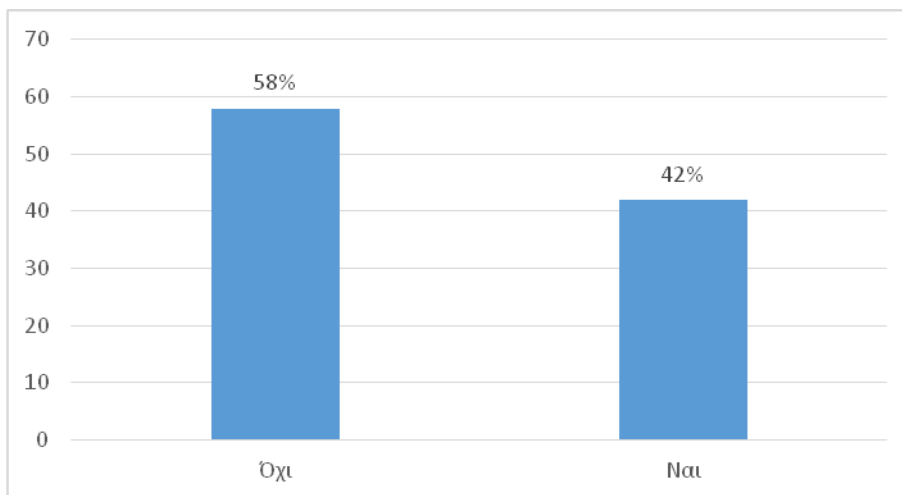
Μεταβλητή	Αναγκαστική σίτιση με περιορισμένη ποικιλία τροφής λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων		Σύνολο	¹ Στατιστικός Έλεγχος (p-value)
Φύλο	Όχι	Ναι		p=0,888
Άνδρες	75 (45,73%)	89 (54,27%)	164 (100%)	
Γυναίκες	16 (44,44%)	20 (55,56%)	36 (100%)	
Σύνολο	91 (45,50%)	109 (54,50%)	200 (100%)	

¹Έλεγχος X^2

Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν θετικά ή αρνητικά στο ερώτημα αν, κατά τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες, οι ίδιοι ή και κάποια μέλη του νοικοκυριού τους (αν δεν είναι άστεγοι) αναγκάστηκαν να σιτιστούν με συγκεκριμένα τρόφιμα, που στην πραγματικότητα δεν θα τα ήθελαν, κάτι που πιθανώς συνέβη και πάλι λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή.

Σε αυτήν την περίπτωση, η κατάσταση είναι λίγο καλύτερη, αφού, σε αντίθεση με τις προηγούμενες ερωτήσεις, στο παρόν ερώτημα περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (58%) απάντησαν αρνητικά. (Σχήμα 8.14).

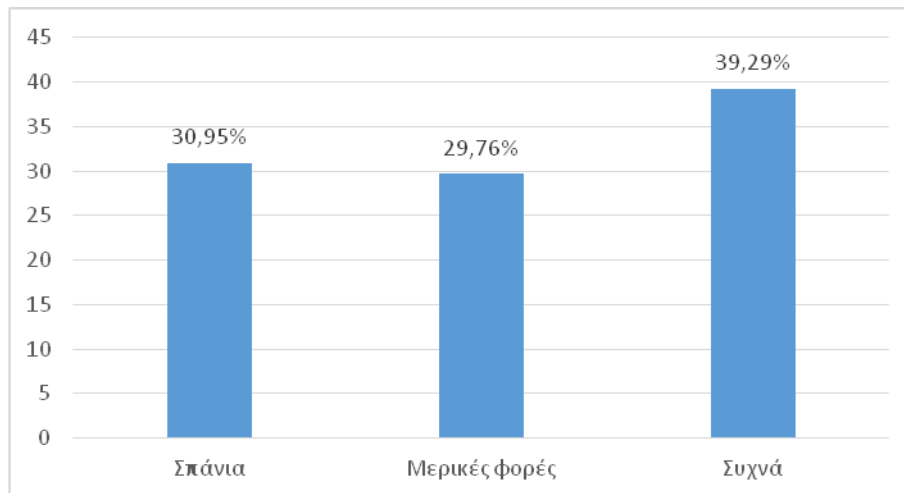
Σχήμα 8.14: Αναγκαστική σίτιση με τροφές που στην πραγματικότητα δεν θα ήταν επιθυμητές, λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή.



Αναφορικά με τους ερωτηθέντες που απάντησαν θετικά στην προαναφερθείσα ερώτηση, το 30,95% εξ' αυτών δήλωσε ότι, σπάνια αναγκάστηκε, μέσα στο χρονικό διάστημα των τεσσάρων προηγούμενων εβδομάδων, να σιτιστεί με τροφές που δεν θα επιθυμούσε, λόγω οικονομικών προβλημάτων ή ελλιπούς πρόσβασης στην τροφή τους, έναντι των υπολοίπων που δήλωσαν ότι, το πρόβλημα αυτό κλήθηκαν να το αντιμετωπίσουν αρκετά (29,76%) έως πολύ συχνά (39,29%), μέσα στο ίδιο χρονικό διάστημα (Πίνακα 1, Σχήμα 8.15).

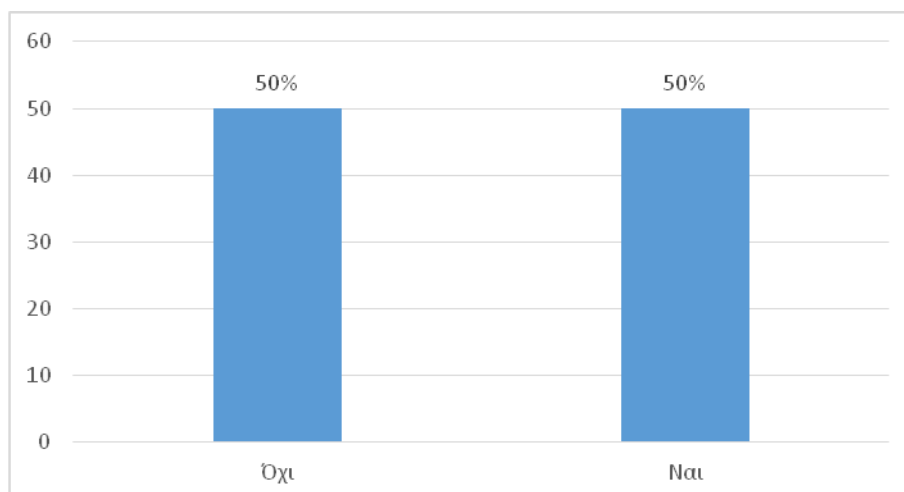
Σχήμα 8.15: Συχνότητα αναγκαστικής σίτισης με τροφές που στην πραγματικότητα δεν θα ήταν επιθυμητές, λόγω έλλειψης χρημάτων ή άλλων δυνατοτήτων πρόσβασης σε τροφή.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»



Η επόμενη ερώτηση αφορούσε το μέγεθος των γευμάτων και ειδικότερα, είχε σαν σκοπό να εκτιμήσει το κατά πόσον οι ερωτηθέντες αναγκάστηκαν, κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, να καταναλώσουν είτε οι ίδιοι, είτε κάποιο μέλος του νοικοκυριού τους, μικρότερο γεύμα από εκείνο που θα επιθυμούσαν, λόγω του γεγονότος ότι, δεν υπήρχε επαρκής ποσότητα φαγητού. Αξίζει να αναφερθεί ότι, ακριβώς τα μισά άτομα (το 50%) απάντησαν θετικά στην προαναφερθείσα ερώτηση (Πίνακα 1, Σχήμα 8.16).

Σχήμα 8.16: Αναγκαστική κατανάλωση μικρότερου γεύματος από το επιθυμητό, κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, λόγω έλλειψης επαρκούς ποσότητας φαγητού.

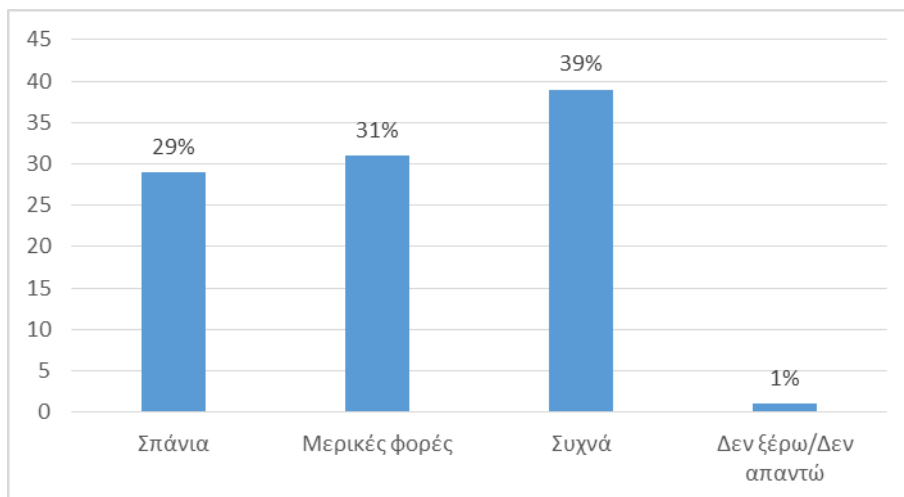


Για την επόμενη ερώτηση, αν απομονώσουμε τους ερωτηθέντες που απάντησαν θετικά στην ερώτηση του αν κατανάλωσαν αναγκαστικά μικρότερο γεύμα από το επιθυμητό, κατά τις

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, λόγω έλλειψης επαρκούς ποσότητας φαγητού, θα παρατηρήσουμε ότι, το 70% εξ' αυτών αντιμετώπισε το συγκεκριμένο πρόβλημα μερικές φορές (31,31%), αλλά και περισσότερο συχνά (39,39%), έναντι του 29,29% από αυτούς, που δήλωσαν ότι, μόλις μία με δύο φορές αντιμετώπισαν αυτό το πρόβλημα, στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα που μελετήθηκε (Πίνακα 1, Σχήμα 8.17).

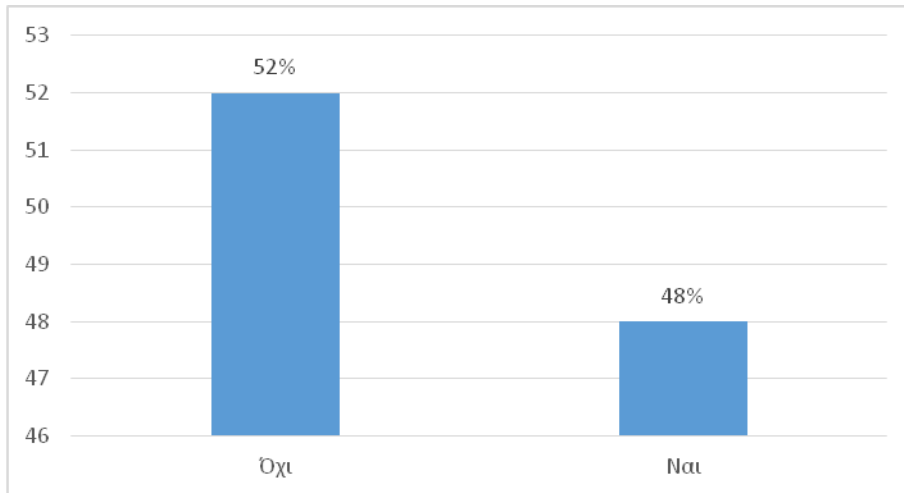
Σχήμα 8.17: Συχνότητα αναγκαστικής κατανάλωσης μικρότερου γεύματος από το επιθυμητό, κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, λόγω έλλειψης επαρκούς ποσότητας φαγητού (Γράφημα από 99 άτομα).



Εν συνεχεία, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ρωτήθηκαν αν, κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, οι ίδιοι (ή κάποιο μέλος του νοικοκυριού τους) αναγκάστηκε να καταναλώσει φαγητό λιγότερες φορές την ημέρα, λόγω του ότι υπήρχε έλλειψη αναφορικά με την ποσότητα του φαγητού. Τα αποτελέσματα ήταν και πάλι αρκετά ομοιόμορφα μέσα στο δείγμα, με λίγο περισσότερους από τους μισούς ερωτηθέντες (52%) να έχουν απαντήσει αρνητικά (Σχήμα 8.18).

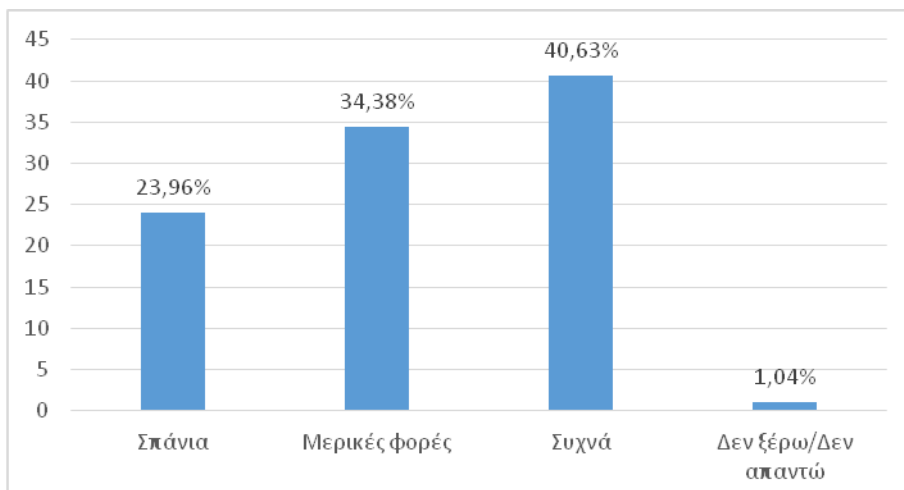
Σχήμα 8.18: Κατανάλωση φαγητού λιγότερες φορές την ημέρα αναγκαστικά, λόγω της έλλειψης επαρκούς ποσότητας φαγητού.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»



Ωστόσο, και πάλι ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και απάντησαν θετικά στην ερώτηση του κατά πόσον κατανάλωσαν φαγητό λιγότερες φορές την ημέρα αναγκαστικά, λόγω της έλλειψης επαρκούς ποσότητας φαγητού (75,01%), δήλωσαν ότι, η συχνότητα με την οποία κλήθηκαν να το κάνουν αυτό ήταν τρεις με δέκα φορές (34,38%) ή και πιο συχνά (40,63%) μέσα στις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (Πίνακα 1, Σχήμα 8.19).

Σχήμα 8.19: Συχνότητα κατανάλωσης φαγητού λιγότερες φορές την ημέρα αναγκαστικά, λόγω της έλλειψης επαρκούς ποσότητας φαγητού.



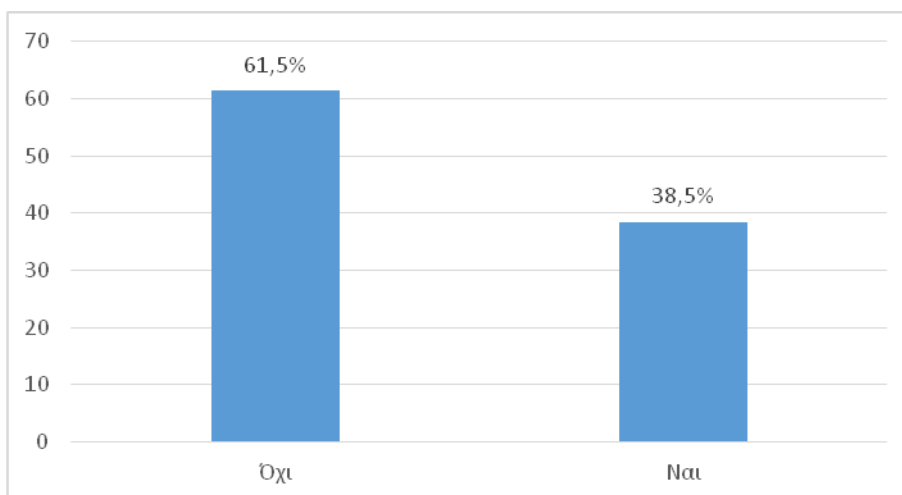
Η επόμενη ερώτηση είχε σαν σκοπό της, να σκιαγραφήσει αν οι ερωτηθέντες (στην περίπτωση που ήταν άστεγοι), ή κάποιο μέλος από το νοικοκυριό τους (αν δεν ήταν άστεγοι)

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

βίωσαν την παντελή έλλειψη φαγητού, κάποια στιγμή μέσα στις προηγούμενες τέσσερις εβδομάδες, λόγω του ότι, δεν υπήρχε η δυνατότητα εξασφάλισης τροφής με κάποιο τρόπο.

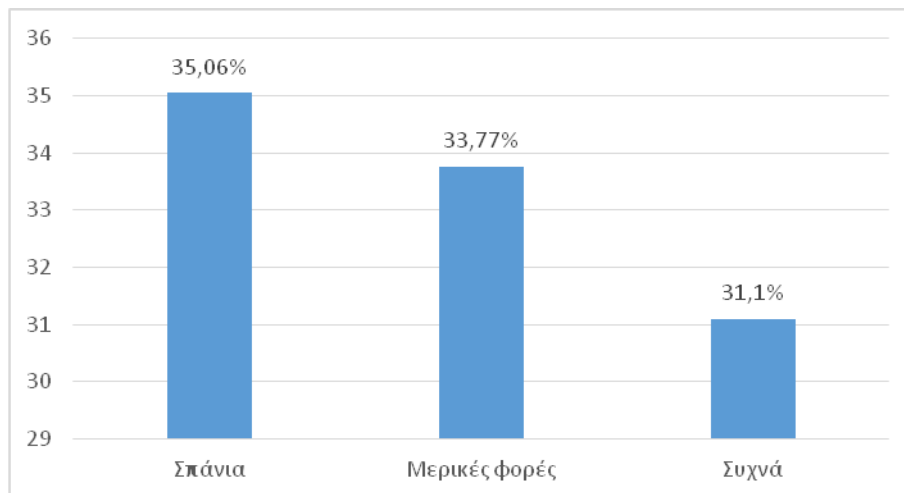
Αξίζει να αναφερθεί ότι, στην συγκεκριμένη ερώτηση το 61,50% των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά, αλλά ωστόσο, τα άτομα που δεν είχαν καθόλου φαγητό κάποια στιγμή μέσα στο χρονικό διάστημα που διενεργήθηκε η έρευνα, ήταν αρκετά υψηλό (Σχήμα 8.20).

Σχήμα 8.20: Παντελής έλλειψη φαγητού κάποια στιγμή μέσα στις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες.



Ωστόσο, αν απομονωθούν τα άτομα που απάντησαν θετικά στην προαναφερθείσα ερώτηση, και εστιάσουμε στην συχνότητα, με την οποία οι τελευταίοι ήρθαν αντιμέτωποι με την παντελή έλλειψη φαγητού κάποια στιγμή μέσα στις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, θα εξαχθεί το συμπέρασμα, ότι αρκετά πιο πολλοί από τους μισούς ερωτηθέντες (64,94%) δήλωσαν ότι, ήρθαν αντιμέτωποι με την συγκεκριμένη δυσάρεστη κατάσταση τρεις με δέκα φορές μέσα στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (33,77%) ή και πιο συχνά (31.17%), κάτι το οποίο αποτελεί μία ένδειξη του προβλήματος που υπάρχει στην σίτιση των ανθρώπων αυτών (Σχήμα 8.21).

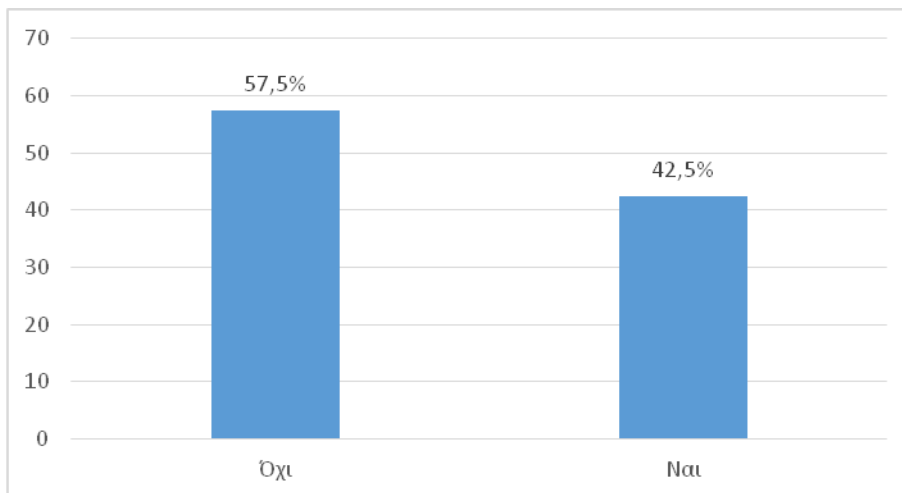
Σχήμα 8.21: Συχνότητα παντελούς έλλειψης φαγητού κάποια στιγμή μέσα στις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες.



Εν συνεχεία, τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, κλήθηκαν να απαντήσουν κατά πόσον τα ίδια, ή κάποιο μέλος του νοικοκυριού τους, έπεσε για ύπνο πεινασμένο, λόγω του ότι δεν υπήρχε αρκετό φαγητό, μέσα στο διάστημα των προηγούμενων τεσσάρων εβδομάδων. Με βάση τα αποτελέσματα που λήφθηκαν από την προαναφερθείσα ερώτηση, στην οποία υποβλήθηκαν τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (57,50%) απάντησαν αρνητικά (Σχήμα 8.22).

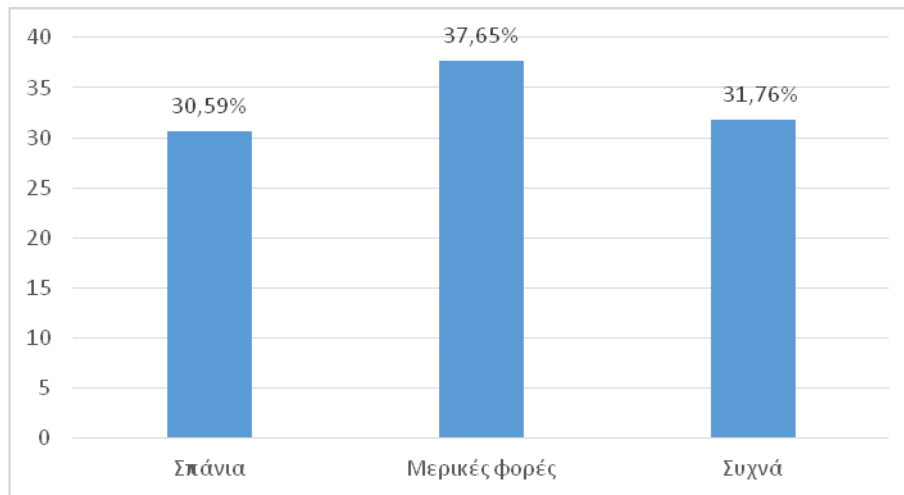
Παρόλα αυτά, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό από τους ερωτηθέντες (69,41%) δήλωσε ότι, κατά τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες, αναγκάστηκε να πέσει για ύπνο πεινασμένο τρεις με δέκα φορές (37,65%) ή και πιο συχνά (31,76%) (Πίνακα 1, Σχήμα 8.23).

Σχήμα 8.22: Πέσιμο για ύπνο με αίσθημα πείνας, μέσα στο διάστημα των προηγούμενων τεσσάρων εβδομάδων.



Σχήμα 8.23: Συχνότητα πεσίματος για ύπνο με αίσθημα πείνας, μέσα στο διάστημα των προηγούμενων τεσσάρων εβδομάδων.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»



Τέλος, οι υποβληθέντες στην παρούσα έρευνα, κλήθηκαν να απαντήσουν με πιο συγκεκριμένο τρόπο για το χρονικό διάστημα της ημέρας που παρέμειναν νηστικοί και κλήθηκαν να πάνε για ύπνο, αισθανόμενοι έντονη πείνα.

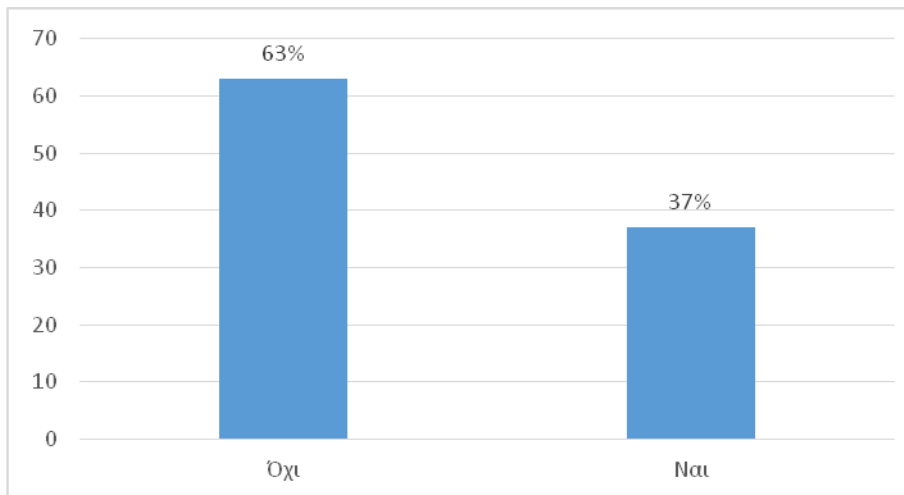
Ειδικότερα, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν αν οι ίδιοι, ή αν κάποιος από τα μέλη του νοικοκυριού τους, στην περίπτωση που δεν ήταν άστεγοι, αντιμετώπισαν κατάσταση στην οποία αναγκάστηκαν να μην φάνε καθόλου φαγητό για μία ολόκληρη ημέρα και, ως εκ τούτου, να πέσουν για ύπνο νηστικοί.

Με βάση τα αποτελέσματα που δόθηκαν, διαπιστώθηκε ότι, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό (37%) εκ των ερωτηθέντων απάντησε θετικά (Σχήμα 8.24).

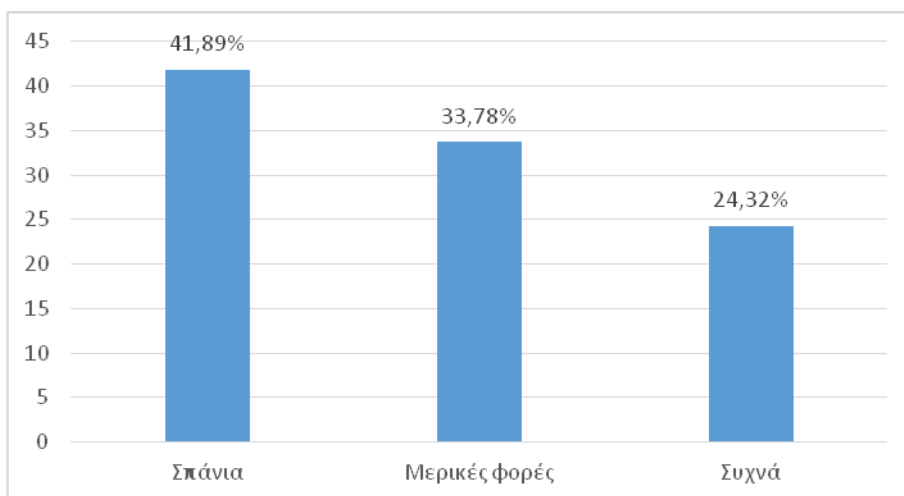
Από αυτή τη μερίδα των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, πάνω από τους μισούς (58,10%) δήλωσαν ότι, έχουν αντιμετωπίσει το συγκεκριμένο πρόβλημα τρεις με δέκα φορές μέσα στις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες (33,78%) ή και πιο συχνά (24,32%) (Πίνακα 1, Σχήμα 8.25).

Σχήμα 8.24: Μη λήψη τροφής για μια ολόκληρη μέρα και πέσιμο για ύπνο με αισθήματα πείνας.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»



Σχήμα 8.25: Συχνότητα μη λήψης τροφής για μια ολόκληρη μέρα και πέσιμο για ύπνο με αισθήματα πείνας.



«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

Μάλιστα, δεδομένου ότι, υπάρχει η προαναφερθείσα έλλειψη, αναφορικά με την εξασφάλιση των προτιμητέων για τον καθένα τροφών, αξίζει να επισημανθεί ότι, ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό από τους ερωτηθέντες (79,48%) δήλωσε ότι, αντιμετώπισε το προαναφερθέν πρόβλημα τρεις με δέκα φορές, κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (33,33%) ή και πιο συχνά (46,15%) (βλ. Σχήμα 20).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αναμφισβήτητα, το παγκοσμίου φήμης πρόβλημα των ναρκωτικών προσπαθεί να επιλυθεί κατά πρώτο λόγο σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Ο τρόπος που θα συντελεστεί η αποτροπή, η νοσηλεία και η επανένταξη θα συσχετισθούν με την ικανότητα της κάθε περιοχής και των κοινωνικοοικονομικών, πολιτισμικών της παραγόντων. Για αυτό οι πολιτικές για τα ναρκωτικά κάνουν λόγο για «συμπαραστάτες» στον σκοπό που έχουν τοποθετήσει τις τοπικές κοινωνίες και τους φορείς της με σκοπό την τοπική ανάπτυξη κάθε περιοχής βάση του προβλήματος που προσπαθεί να επιλύσει. Η κάθε κοινωνία και η κάθε περιοχή είναι ανάγκη να συνθέσει μια γραμμή που να συνδέεται με τα βασικά γνωρίσματα του πληθυσμού της έτσι ώστε να διασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή λύση. Εκεί παρουσιάζονται οι πρωτοπόρες δράσεις των περιφερειών αποβλέποντας στον ουσιαστικό στόχο. Η τοπική ανάπτυξη εκφράζεται κυρίως ως συνάρτηση πολλών παραγόντων όπως οι φυσικοί πόροι, η εργασία, οι υποδομές, η καινοτομία, η τοπική επιχειρηματικότητα, η ικανότητα τοπικής αυτοδιοίκησης, η αναπτυξιακή υποστήριξη, η ικανότητα του τοπικού πληθυσμού (Χριστοφάκης, 2001).

Μελέτες σε τοξικομανείς έχουν επιδείξει διατροφικές ελλείψεις, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας βάρους και τις μεταβολές στις διαιτητικές συνήθειες. Η περιορισμένη πρόσληψη πρωτεϊνών, από τοξικομανείς χρήστες, σχετίζεται με παράγοντες όπως το γυναικείο φύλο, η ένταση του εθισμού, ανορεξία, κακή διατροφή και από μεταβολή των κοινωνικών και οικογενειακών δεσμών του εξαρτημένου. Διατροφικές ελλείψεις τέτοιου είδους ενδέχεται να επιδράσουν σοβαρά και οριστικά σε διάφορες λειτουργίες οργάνων και να προξενήσουν αρκετές διατροφικές διαταραχές (Karajibani, Montazerifar & Shakiba, 2012). Η αρμόζουσα πρόσληψη διατροφικής πρωτεΐνης είναι σημαντική για την προφύλαξη και συντήρηση των επιπέδων της μυϊκής μάζας, των σπλαχνικών πρωτεϊνών και του ανοσολογικού συστήματος. (Ζαμπέλας, 2007)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τα παραπάνω, οι δικές μας παρεμβάσεις όσο αφορά το διαιτολογικό κομμάτι θα μπορούσαν να είναι η ένταξη μικρογευμάτων στα σημεία εστίασης όπως (ΟΚΑΝΑ, συσσίτια δήμου Αθηναίων, Εκκλησία κ.α) τα οποία θα περιέχουν μακροθρεπτικά συστατικά (Πρωτεΐνη, Υδατάνθρακα και Λίπος) σε αναλογία απαραίτητη ώστε να καλύπτει τις διατροφικές ανάγκες των χρηστών. Βάση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας έχει προκύψει ότι υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη για πρωτεΐνη λόγω της αδυναμίας του μυϊκού τους συστήματος θα προτείναμε μια αναλογία της τάξεως 50% πρωτεΐνη, 30% υδατάνθρακα και 20% λίπος.

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. Θα ήταν σημαντικό να υπάρχει ενημέρωση από ειδικούς Διαιτολόγους – Διατροφολόγους προς τους χρήστες σχετικά με την αναγκαιότητα της πρόσληψης τροφής για την διατήρηση της μυϊκής τους μάζας και την πρόληψη ασθενειών λόγω χαμηλού ανοσοποιητικού συστήματος.

Επιπλέον υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα εκτίμησης της θρεπτικής κατάστασης να ενταχθεί στο ευρύ φάσμα της κλινικής εξέτασης έτσι ώστε να προλαμβάνεται η κακή θρέψη με τις αρνητικές επιδράσεις που επιφέρει. Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι η πρώτη φορά που εφαρμόστηκε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο της διατροφής στον πληθυσμό των ΧΕΝ στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στην Αττική, γι' αυτό τον λόγο δεν υπάρχει συσχετισμός με υπάρχουσα βιβλιογραφία για την Διατροφική Ανασφάλεια των ΧΕΝ στην Ελλάδα.

Συμπερασματικά, μια οργανωμένη διατροφική παρέμβαση σε αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες θα μπορούσε να επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στο κομμάτι της επιπλέον επιβάρυνσης του οργανισμού λόγω διατροφικών ελλείψεων, όσο και της διατήρησης της μακροζωίας. Αυτό θα ήταν συμφέρον και για τους ίδιους τους χρήστες αλλά και για το ίδιο το κράτος διότι θα μειωθούν τα έξοδα νοσηλείας αλλά και των αναλγητικών φαρμάκων μακροπρόθεσμα.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δείγμα των ΧΕΝ που συμπλήρωσε τα 200 ερωτηματολόγια της μελέτης ήταν μόνο από τον νομό της Αττικής άρα δεν μπορούμε να μιλήσουμε για τους ΧΕΝ όλης της Ελλάδας. Επιπλέον το ερωτηματολόγιο της Διατροφικής Ανασφάλειας εφαρμόστηκε πρώτη φορά στην Ελλάδα στους ΧΕΝ άρα δεν έχουμε παλαιότερες βιβλιογραφικές παραπομπές για να συγκρίνουμε τα αποτελέσματα της μελέτης μας. Επίσης το ερωτηματολόγιο της Διατροφικής Ανασφάλειας δεν έχει ερωτήσεις που να αφορούν συγκεκριμένες ομάδες τροφίμων ώστε να δούμε πιο λεπτομερώς ποιες ήταν οι διατροφικές τους προτιμήσεις αλλά και σε ποια μακρο-μικροθρεπτικά εντοπίζουμε τις μεγαλύτερες ελλείψεις .

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Οι ΧΕΝ είναι ένας επιβαρυσμένος πληθυσμός και χρειάζονται περαιτέρω μελέτες οι οποίες θα περιέχουν πιο εξειδικευμένες ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο Διατροφικής Ανασφάλειας σχετικά με συγκεκριμένες κατηγορίες τροφίμων ούτως ώστε να έχουμε μια πιο ακριβή εικόνα σχετικά με τις ελλείψεις σε μικρο-μακροθρεπτικά συστατικά. Επιπλέον θα ήταν ενδιαφέρον να γίνουν μελέτες σε μεγαλύτερο δείγμα ΧΕΝ σε όλη την Ελλάδα ούτως ώστε να μπορούν να τεκμηριωθούν και να επαληθευθούν τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αλεβιζόπουλος, Γ., (2008), Εξάρτηση από ναρκωτικά, *Ποινικά Χρονικά*, **6**, 493-500.
- Γεωργακοπούλου, Μ, (2012), *Υποτροπή Ζωής. 5ο Διεθνές Συνέδριο Ορθόδοξων Ψυχοθεραπευτών*, Βόλος, 27-30 Σεπτεμβρίου 2012.
- Γεωργιανός, Σ. Ν. (1988), *Φυσιολογία της θρέψης, μεταβολισμός και τεχνητή εντερική και παρεντερική διατροφή*. Αθήνα: Παρισιανός.
- Γρίβας, Κ., (1995), *Οπιούχα: Μορφίνη – Ηρωίνη – Μεθαδόνη*, Αθήνα: Λιβάνη.
- Γρίβας, Κ., (1999), *Ναρκωτικά: Το τίμημα της καταστολής*, Θεσσαλονίκη:.
- Ε.ΚΕ.ΤΕ.Π.Ν. (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία), (2009), *Ετήσια έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματώδων στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ε.ΚΕ.ΤΕ.Π.Ν..
- Ε.ΚΕ.ΤΕ.Π.Ν. (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία), (2000), *Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των Ναρκωτικών στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ε.ΚΕ.ΤΕ.Π.Ν..
- Ε.ΚΕ.ΤΕ.Π.Ν. (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία), (2002), *Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των Ναρκωτικών στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ε.ΚΕ.ΤΕ.Π.Ν..
- Ε.ΚΕ.ΤΕ.Π.Ν. (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία), (2000), *Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των Ναρκωτικών στην Ελλάδα*,
- Ε.ΚΕ.ΤΕ.Π.Ν. (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία), (2006), *Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των Ναρκωτικών και των Οινόπνευματώδων στην Ελλάδα - Η έκταση της χρήσης στον πληθυσμό*, Αθήνα: Ε.ΚΕ.ΤΕ.Π.Ν..
- Καρακώστα, Ν., (2010), Η πρόσφατη έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά καταγράφει τα θετικά και αρνητικά στοιχεία της διαίτης 2007-2008, *Εφημερίδα Διάγνωση*, **172** 6-12.
- ΚΕΘΕΑ, (2013), *Απολογισμός έργου 2012*. Αθήνα: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

- ΚΕΕΛΠΙΝΟ (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων), (2008), *Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα*, Αθήνα: ΚΕΕΛΠΙΝΟ.
- Κούτρας, Β., (1990), *Ναρκωτικά και Μαθητές Μέσης Εκπαίδευσης, Διδακτορική Διατριβή*, Ιωάννινα: Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
- Κουτσελίνης, Α.,Κ., (2002), *Εξαρτησιογόνες Ουσίες*, Αθήνα: Παρισιανού.
- Λεκάκης, Γ., Λιάππας, Ι., (2000), *Στοιχεία για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες, Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας*, Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., Ο.ΚΑ.ΝΑ..
- Μάτσα, Κ., (2001), *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της τοξικοεξάρτησης*. Αθήνα: Άγρα.
- ΟΚΑΝΑ, (2012), *Απολογισμός έργου διατίνας 2010 - 2012*. Αθήνα, Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών.
- Παρασκευόπουλος, Ν., (2013), Νέοι και ναρκωτικά στη μετανεωτερική εποχή, *Εξαρτήσεις 1* **21, 17-20**.
- Παρασκευόπουλος, Ν., Α., (2004), *Η καταστολή της διάδοσης των ναρκωτικών στην Ελλάδα*, Αθήνα: Σάκκουλα.
- Σιμώνη, Ξ., (2002), *Με λένε Κώστα και είμαι Ναρκομανής σε Ανάρρωση*, Αθήνα: Άγκυρα.
- ΣΟΔΝ/ΕΜΠ, (Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών/Εθνική Μονάδα Πληροφοριών), (2009), *Εκθεση για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα 2008*.
- Τσίλη, Σ., (1995), *Η τοξικομανία ως ιδεολογικό διακύβευμα: η περίπτωση της Ελλάδας*, Αθήνα, ΕΚΚΕ.
- Φωτίου, Α., Κοκκέβη, Α., (2013), *Η Επιδημιολογία της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στην εφηβεία: Διαχρονική πορεία στην Ελλάδα. Εξαρτήσεις στην Εφηβεία*, Αθήνα: Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμινγκ.
- Φωτίου, Α., (2013), *Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό. Η σημασία τους για την πρόληψη*. 9η Πανελλήνια Συνάντηση Φορέων Πρόληψης - "Αλλάζοντας σε μια κοινωνία που αλλάζει", Πάτρα: ΕΠΙΨΥ-ΕΚΤΕΠΝ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Andropoulou, D., (2012), Mass Democracy and Cannabis Use in Adolescence, *The International Lacanian Journal of Psychoanalysis*, **9**, 119-125.
- Anyfantakis, D., Symvoulakis, E., K., et al. (2012), Ruling in the diagnosis of methanol intoxication in a young heavy drinker: A case report. *Journal of Medicine and Life* **3**, 332-334.
- Barendregt, K., Soeters, B., P., Allison, P., S., Kondrup, J., (2008), Basic concepts in nutrition: Diagnosis of malnutrition –Screening and assessment. *e-SPEN the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, **3**, e121-e125.
- Bonovas, S., Nikolopoulos, G., (2012), High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* **3**, 169-171.
- Briony, T., (2001), *Dietetic practice*. Blackwell Science Ltd
- Cepik, A., Arikan, Z., Boratav, C., Isik, (1995), Bulimia in a male alcoholic: A symptom substitution in alcoholism. *International Journal of Eating Disorders*, **17**, 201–204.
- Chavagneux, C., (2008), “Bienvenue au pays de l’insécurité sociale, *Alternatives Economiques No 273*, 1-117.
- Cowan, J. and Devine, C., (2008), *Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction*, New York: Elsevier.
- Day, D., E. and Bartness, T., J., (2010), Fasting-induced increases in food hoarding are dependent on the foraging-effort level. *Physio Behav.* **1542**, 961–975.
- Des Jarlais, D., C., Arasteh, K., Friedman, S., R., (2011), HIV among drug users at Beth Israel Medical Center, New York City, the first 25 years. *Subst Use Misuse*. **46**, 131-139.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

- FAO 2009-2010 (<http://fao.org/publication/sofi/en/>) –Forbes Fennema, J.,S., Van Ameijden, E.,J., Van Den Hoek, A., Coutinho, R.,A., (1997), Young and recent-onset injecting drug users are at higher risk for HIV. *Addiction*. **11**, 457-1465.
- Fotiou, A., Micha, K., Paraskevis, D., Terzidou, M., Malliori, M., Hatzakis, A., (2012), *HIV Outbreak Among Injecting Drug Users in Greece*. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Garric, A., (2013), Monsanto recule sur les OGM en Europe, *Le Monde*
- Garrow, J., S., James, W., P., T., (1998), *Human Nutrition and Dietetics*. 9th ed. London, Churchill Livingstone.
- Gigi, E., Sinakos, E., Sykja, A., Androulakis, G., Tanis, C., Stayridou, V., Tsirogianni, E., Zouridakis, K., Bellou, A., Orfanou, E., Raptopoulou-Gigi, M. (2013), Epidemiology, clinical data and treatment of viral hepatitis in a large cohort of intravenous drug users, *J Addict Med*, **7**, 52-57.
- Gillard, E., R., Dang, D., Q., Stanley, B., G., (1993), *Evidence that neuropeptide Y and dopamine in the perifornical hypothalamus interact antagonistically in the control of food intake*.
- Ginieri-Coccosis, M., Rotsika, V., Skevington, S., Papaevangelou, S., Malliori, M., Tomaras, V., Kokkevi, A., (2013), Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports, *Child: care, health and development*, **39**, 581-591.
- Gorski, T., (1989), *Understanding the Twelve Steps - An Interpretation And Guide For Recovering People*, New York: Prentice Hall Press.
- Grant, A., DeHoog, S., (1991), *Nutritional Assessment and Support (4th ed)*. Seattle: Wash.
- Grunberg, N., E., (1982), *The effects of nicotine and cigarette smoking on food consumption and taste preferences*.
- Hatzakis, A., (2015), Design and baseline findings of a large-scale rapid response to an HIV outbreak in people who inject drugs in Athens, Greece: the ARISTOTLE program. *Society for the Study of Addiction*, **110**, 1453–1467.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

- Hellenic Centre for Diseases Control and Prevention, (2011), *HIV/AIDS Surveillance Report in Greece*, Athens: HCDCP.
- Hellenic Center for Disease Control and Prevention, (2012), *HIV/AIDS Surveillance in Greece: Data Reported Through 31.12.2011*, Athens: HCDCP.
- Hill, J., O., Peters, J., C., (1998), Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, **280**, 1371–1374.
- Hodgkins, C.,C., Jacobs, W.,S., Gold, M.,S., (2003), Weight gain after adolescent drug addiction treatment and supervised abstinence. *Psychiatric Annal*, **33**, 112-116.
- Johnson, K., H., Bazargan, M., Cherpitel., C., J., (2001), 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*, **14**, 430-36.
- Johnson, G., Chamberlain., C., (2008), Homelessness and substance abuse: which comes first, *Aust Soc Work*, **61**, 342-356.
- Karajibani, M., Montazerifar, F., Shakiba, M., (2012), *Evaluation of Nutritional Status in Drug Users Referred to the Center of Drug Dependency Treatment in Zahedan*.
- Keys, A., (1950), *The Biology of Human Starvation*, Available at: http://www.madsciencemuseum.com/msm/pl/great_starvation_experiment
- Lapage, C., (2013), Findus n'est pas un accident mais le fruit du choix de l'insécurité alimentaire, *Tribune*.
- Linton, S., L., Celentano, D., D., Kirk, G., D., Mehta, S., H., (2013), The longitudinal association between homelessness, injection drug use, and injection-related risk behavior among persons with a history of injection drug use in Baltimore, MD, *Drug Alcohol Depend*, **132**, 457-465.
- Lohman T.G. (1992), *Advances in body composition assessment. Current issues in exercise science series, Monograph No 3*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Mahan, L., K., Escott-Stump, S., (1996), *Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy (9th ed.)*, Philadelphia: Saunders Company.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

- Marshall, B., D., L., Kerr, T., Shoveller, J., A., Patterson, T., L., Buxton, J., A., Wood, E., (2009), Homelessness and unstable housing associated with an increased risk of HIV and STI transmission among street-involved youth. *Health Place*, **15**, 753-760.
- Metraux, S., Metzger, D., S., Culhane, D., P., (2004), Homelessness and HIV risk behaviors among injection drug users, *J Urban Health*, **81**, 618-629.
- National Report (2011 data) to the EMCDDA, (2012), Athens, Greece: Greek Reitox Focal Point.
- Nazrul, Islam, S., K., Jahangir, Hossain, K., Ahmed., A., Ahsan., M., (2002), Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle, *The British journal of nutrition*, **88**, 507-13.
- Nikolopoulos, G., Paraskevis, D., Hatzakis, A., (2008), HIV epidemiology in Greece, *Future Microbiol*, **3**, 507-516.
- Paraskevis, D., Nikolopoulos, G., Fotiou, A., (2013), Economic recession and emergence of an HIV-1 outbreak among drug injectors in Athens metropolitan area: a longitudinal study, *PLoS One*, **8**, e78941.
- Paraskevis, D., Nikolopoulos, G., Tsiara, C., (2011), HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report, *Euro Surveill*, **16**, pii19962.
- Pharris, A., Wiessing, L., Sfetcu, O., (2003), Human immunodeficiency virus in injecting drug users in Europe following a reported increase of cases in Greece and Romania, *Euro Surveill*, **16**, pii20032.
- Platt, L., Rhodes, T., Hickman, M., (2008), Changes in HIV prevalence and risk among new injecting drug users in a Russian city of high HIV prevalence, *J Acquir Immune Defic Syndr*, **47**, 623-631.
- European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Prevention and Control of Infectious Diseases among People Who Inject Drugs*, (2011), Sweden: European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Available at: http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/111012_guidance_ecdc-emcdda.pdf.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

- Raoult, D., Foucault, C., Brouqui, P., (2001), Infections in the homeless, *Lancet Infect Dis*, **1**, **77-84**.
- Salazar, L., F., Crosby, R., A., Holtgrave, D., R., (2007), Homelessness and HIV-associated risk behavior among African American men who inject drugs and reside in the urban south of the United States, *AIDS Behav*, **11**, **70-77**.
- Santolaria-Fernandez, F., J., Gomez-Sirvent, J., L., Gonzalez-Reimers, C., E., Batista-Lopez, J., N., Jorge-Hernandez., J., A., Rodriguez-Moreno., F., (1995), Nutritional assessment of drug addicts, *Drug and alcohol dependence*, **38**, **11-8**.
- Smit, E., Crespo, C., J., (2001), Dietary intake and nutritional status of US adult marijuana users: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, *Public health nutrition*, **4**, **781-6**.
- Smit, E., Graham, N., M., Tang, A., Flynn., C., Solomon., L., Vlahov., D., (1996), Dietary intake of community-based HIV-1 seropositive and seronegative injecting drug users, *Nutrition*, **12**, **496-501**.
- Sypsa, V., (2015), Homelessness and Other Risk Factors for HIV Infection in the Current Outbreak Among Injection Drug Users in Athens, Greece, *American Journal of Public Health*, **105**, **196-204**.
- Todorovic, V., Russell, C., Elia, M., A., (2007), *Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults*.
- Uusküla, A., Kals, M., Rajaleid, K., (2008), High-prevalence and high-estimated incidence of HIV infection among new injecting drug users in Estonia: need for large scale prevention programs, *J Public Health*, **30**, **119-125**.
- Wang, G., Volkow, N., and Fowlers, J., (2004), The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies.
- Weiser, S., D., Young, S., L., Cohen, C., R., (2011), Conceptual framework for understanding the bidirectional links between food insecurity and HIV/AIDS, *American Journal of Clinical Nutrition*, **94**, **1729S-1739S**.
- Whitney, E., N., Cataldo, C., B., Rolses, S., R., (1998), *Understanding Normal and Clinical Nutrition (5th ed.)*, New York: West-Wadsworth.

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ»

- Wiessing, L., Likatavicius, G., Hedrich, D., Guarita, B., Van de Laar, M., J., and Vicente, J., (2011), Trends in HIV and hepatitis C virus infections among injecting drug users in Europe, 2005 to 2010, *Euro Surveill*, **16**, pii20031.
- Wolitski, R., J., Kidder, D., P., Pals, S., L., (2009), Randomized trial of the effects of housing assistance on the health and risk behaviors of homeless and unstably housed people
- World Health Organization (WHO), (2010), The World Health Report 2004, living with HIV/AIDS, *Behav.*, **14**, 493-503.
- Yen, Y., F., Rodwell, T., C., Yen, M., Y., (2012), HIV infection risk among injection drug users in a methadone maintenance treatment program, Taipei, Taiwan 2007-2010, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, **38**, 544-550.

Υπέθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.