ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ, ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.»

ΧΑΙΤΟΓΛΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

Α.Μ. 064910109

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ **5**
ABSTRACT **6**
ΕΙΣΑΓΩΓΗ **7**
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΣ 9
1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ 9
1.2 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΑΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ 10
1.3 ΤΟ ΚΥΚΛΩΜΑ ΕΠΙΒΡΑΒΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ 11
1.4 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΘΙΣΜΟΥ 12
1.5 ΝΤΟΠΑΜΙΝΕΡΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ 13
1.6 ΣΥΝΑΠΤΙΚΗ ΠΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ 15
1.7 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΠΟΧΗΣ 16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ..... **18**
ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΤΕΡΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ **18**
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ 18
2.2 ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 18
2.3 ΚΟΚΑΪΝΗ 19
2.4 ΗΡΩΙΝΗ 19
2.5ΑΛΚΟΟΛ 20
2.6 ΝΙΚΟΤΙΝΗ 21
2.7 ΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ 22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ..... **23**
ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ **23**
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ 23
3.2 Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ (SUD) 24
3.3 ΣΥΝΟΨΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 25
3.3.1 Παιδιά (< 18 ετών) 25
3.3.2 Νέοι ενήλικες (18-25 ετών) 26
3.3.3 Ενήλικες (26–64 ετών) 26
3.3.4 Ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (> 65 ετών) 27
3.4 ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ 27

3.4.1 Ανεπιθύμητες εμπειρίες παιδικής ηλικίας (διαταραχή μετατραυματικού στρες) 27
3.4.2 Σωματικό ή συναισθηματικό τραύμα 28
3.4.3. Χρόνια προβλήματα υγείας 29
3.4.4 Περιβαλλοντικοί παράγοντες 30
3.4.5 Οικογενειακό ιστορικό 30
3.4.6 Κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες 31
3.4.7 Θλίψη και απώλεια 31
3.4.8 Ανώτερη εκπαίδευση 32
3.4.9 Στρατιωτική θητεία 32
3.4.10 Επαγγελματίες υγείας 33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 34
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ 34
4.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ 34
4.2 ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ 35
4.3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ 36
4.3.1 πρωτοβάθμια πρόληψη 36
4.3.2 Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια πρόληψη 37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 39
Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ (ΟΚΑΝΑ) 39
5.1 Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ Ο.ΚΑ.ΝΑ 39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 43
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ 43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 47
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 47
7.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1 47
7.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2 51
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 56

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η κατάχρηση ουσιών είναι ένα φαινόμενο όπου οι άνθρωποι καταναλώνουν ουσίες [είτε φάρμακα (συνταγογραφούμενα ή δωρεάν) είτε άλλες ουσίες], οι οποίες είναι επιβλαβείς για τον εαυτό τους ή για άλλους, συμπεριλαμβανομένων τόσο νόμιμων όσο και παράνομων ουσιών.

Σκοπός: σκοπός της μελέτης είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση του εθισμού και των ουσιών που προκαλούν εξάρτηση η διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν σε αυτή και οι διαταραχές στις οποίες οδηγεί καθώς και του ρόλου του νοσηλευτή στη διαχείριση των ατόμων που κάνουν χρήση αυτών των ουσιών..

Μεθοδολογία: για την υλοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε αρθογραφία από τις βάσεις δεδομένων Pub-med και Sience direct.

Συμπεράσματα: Λόγω της σοβαρής κοινωνικής βλαβερότητας και της συνακόλουθης κοινωνικής επιβάρυνσης, η έρευνα για τις διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες αποτελεί συνεχή ανησυχία. Μια ζωή που χάνεται από υπερβολική δόση είναι αναντικατάστατη και το κόστος για την ευτυχία, την επιτυχία και την ευημερία όσων ζουν με εθισμό είναι εξίσου συντριπτικό και ανυπολόγιστο.

ABSTRACT

Introduction: Substance abuse is a phenomenon where people consume substances [either drugs (prescription or over-the-counter) or other substances] that are harmful to themselves or others, including both legal and illegal substances.

Aim: the purpose of the study is the literature review of addiction and addictive substances as well as the role of the nurse.

Methodology: for the implementation of the study, literature from Pub-med and Science direct databases was used.

Conclusions: Because of the serious social harm and consequent societal burden, research on substance-related disorders is an ongoing concern. A life lost to an overdose is irreplaceable, and the cost to the happiness, success, and well-being of those living with addiction is equally overwhelming and incalculable.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο εθισμός στα ναρκωτικά ευθύνεται για εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε όλο τον κόσμο. Ωστόσο, η αντιμετώπισή της ως χρόνια νόσος επισκιάζεται από λανθασμένες αντιλήψεις από το ευρύ κοινό. Πράγματι, οι χρήστες ναρκωτικών συχνά χαρακτηρίζονται ως «αδύναμοι», «ανήθικοι» ή «εξαθλιωμένοι». Κατά συνέπεια, ο εθισμός στα ναρκωτικά συχνά γίνεται αντιληπτός ως ατομικό πρόβλημα και όχι ως κοινωνικό. Με τεχνικούς όρους, ο εθισμός στα ναρκωτικά ορίζεται ως μια χρόνια, υποτροπιάζουσα ασθένεια που προκύπτει από παρατεταμένες επιδράσεις των ναρκωτικών στον εγκέφαλο. Μέσω ενός χαρακτηρισμού των εμπλεκόμενων εγκεφαλικών κυκλωμάτων και των μακροπρόθεσμων τροποποιήσεων του εγκεφάλου που προκαλούνται από εθιστικές χορηγήσεις φαρμάκων, πρώτον, θα μπορούσαμε να αλλάξουμε τον τρόπο με τον οποίο το ευρύ κοινό βλέπει τον ασθενή που πάσχει από εθισμό στα ναρκωτικά και δεύτερον , ίσως μπορέσουμε να βρούμε νέες θεραπείες για την ομαλοποίηση της αλλοιωμένης ομοιόστασης του εγκεφάλου. (Kirk Morton et al 2013)

Οι κοινότητες, τα σχολεία και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν ήδη στη διάθεσή τους επιστημονικά καλά υποστηριζόμενα εργαλεία για να βοηθήσουν στην πρόληψη της χρήσης ουσιών και άλλων σχετικών ψυχικών ασθενειών και συμπεριφορών κινδύνου στην εφηβεία. (Ahn et al 2013)

Σκοπός εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση του εθισμού και των ουσιών που προκαλούν εξάρτηση η διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν σε αυτή και οι διαταραχές στις οποίες οδηγεί καθώς και του ρόλου του νοσηλευτή στη διαχείριση των ατόμων που κάνουν χρήση αυτών των ουσιών..

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο προσδιορισμός του εθισμού και στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι ουσίες που προκαλούν εξάρτηση στον οργανισμό. Στο τρίτο κεφάλαιο οι παράγοντες και η αιτιολογία της ουσιοεξάρτησης ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η διαταραχή χρήσης ουσιών. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η δράση του ΟΚΑΝΑ και στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση των ατόμων που λαμβάνουν εξαρτησιογόνες ουσίες. Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα περιστατικά νοσηλευτικής διεργασίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΣ

1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ

Ο εθισμός στα ναρκωτικά είναι μια χρόνια, υποτροπιάζουσα εγκεφαλική διαταραχή. Πολλαπλά νευρωνικά δίκτυα στον εγκέφαλο, συμπεριλαμβανομένου του συστήματος ανταμοιβής (π.χ. το μεσοκορτικολιμβικό σύστημα), του συστήματος κατά της ανταμοιβής/στρες (π.χ. η εκτεταμένη αμυγδαλή) και του κεντρικού ανοσοποιητικού συστήματος, εμπλέκονται στην ανάπτυξη του εθισμού στα ναρκωτικά και της υποτροπής μετά από απόσυρση από κατάχρηση ναρκωτικών. Προκλινικές και κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι είναι πολλά υποσχόμενος ο έλεγχος του εθισμού στα ναρκωτικά στοχεύοντας φαρμακολογικά τα συστήματα που σχετίζονται με τον εθισμό στον εγκέφαλο. Η νευροβιολογία του εθισμού βρίσκεται σε εξαιρετική τοποθεσία για να επωφεληθεί από πολλές εξελίξεις στις νευροεπιστήμες. Η προηγμένη απεικόνιση που αντικατοπτρίζει τη νευρωνική δραστηριότητα και τη νευροχημεία σε ανθρώπους και πειραματόζωα παρέχει ουσιαστικές γνώσεις για αλλαγές στον εγκέφαλο μέσης κλίμακας που σχετίζονται με εξαρτήσεις. Η πρώιμη υιοθέτηση των οπτογενετικών και χημειογενετικών προσεγγίσεων από τους ερευνητές εθισμού έχει προσφέρει κομψή υποστήριξη και τελειοποίηση υποθέσεων σχετικά με τους ρόλους για συγκεκριμένα κυκλώματα σε συμπεριφορές και φυσιολογία που σχετίζονται με τον εθισμό. (Malliori et al 2013)

Κλινικά, ο εθισμός στα ναρκωτικά/διαταραχή χρήσης ουσιών, που διαγιγνώσκεται με τυποποιημένες εξετάσεις όπως το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V), διακρίνεται από την περιστασιακή χρήση ναρκωτικών κατάχρησης. Για να διαγνωστούν ως εθισμός στα ναρκωτικά από το DSM-V, οι ασθενείς θα πρέπει να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για κάθε φάρμακο κατάχρησης, τα οποία ορίζονται ως ήπια, μέτρια ή σοβαρά, ώστε να υποδείξουν το επίπεδο σοβαρότητας. Γενικά, ο εθισμός στα ναρκωτικά αναπτύσσεται χρόνια με τα ακόλουθα τέσσερα στάδια: περιστασιακή χρήση, ψυχαγωγική χρήση, τακτική χρήση και εθισμός. Οι τρέχουσες μελέτες που διερευνούν τους νευρικούς

μηχανισμούς του εθισμού στα ναρκωτικά εστιάζουν στην καταναγκαστική πρόσληψη όταν είναι εθισμένοι στα ναρκωτικά και στην υποτροπή μετά την αποχή. Μαζί με τις απίστευτα γρήγορες εξελίξεις των προσεγγίσεων της βιολογικής έρευνας, ιδιαίτερα της μοριακής νευροεπιστήμης, φαίνεται ότι έχουμε περάσει σε μια νέα εποχή όπου σημαντικές προσεγγίσεις υπόσχονται να μεταφραστούν σε αποτελεσματικά κλινικά εργαλεία για τη θεραπεία ψυχικών διαταραχών. (Kirk Morton et al 2013)

1.2 Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΑΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η καταχρηστική χρήση εθιστικών ναρκωτικών είναι ένα ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα τόσο παλιό όσο και η καταγεγραμμένη ανθρώπινη ιστορία. Μια ιδιαίτερα αρχαία αναφορά σε αυτό μπορεί να βρεθεί στην Εβραϊκή/Χριστιανική Βίβλο - όπου, στο κεφάλαιο 9 της Γένεσης, στίχοι 20–23, ο Σημίτης Πατριάρχης Νώε περιγράφεται ως μεθυσμένος, ατημέλητος, γυμνός και βρώμικος από την υπερβολική τέρψη στο κρασί. Παρόμοια αρχαίες αναφορές στην κατάχρηση ναρκωτικών μπορούν να βρεθούν στις προφορικές και γραπτές παραδόσεις σχεδόν όλων των εθνοτικών και πολιτισμικών ομάδων στον πλανήτη. Ωστόσο, μόνο περίπου 100 (συμπεριλαμβανομένης της νικοτίνης, της αιθανόλης, των ψυχοδιεγερτικών, των οπιούχων, των βαρβιτουρικών, των βενζοδιαζεπινών και των κανναβινοειδών) προκαλούν εθισμό. Στην πραγματικότητα, το 100 είναι ένα εκπληκτικά μικρό υποσύνολο 30.000.000. Θέτει το ερώτημα - τι κάνει αυτά τα 100 χημικά εθιστικά, ενώ τα υπόλοιπα 30.000.000 χημικά στερούνται αυτή την ιδιότητα; Εξάλλου, μετά από πρόχειρη εξέταση, φαίνονται λίγες φαρμακολογικές ομοιότητες μεταξύ των εθιστικών ναρκωτικών. Μερικά - συμπεριλαμβανομένων των βαρβιτουρικών, της αιθανόλης, των οπιούχων και των βενζοδιαζεπινών - είναι ηρεμιστικά. ενώ άλλα - όπως η νικοτίνη, η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες - είναι διεγερτικά. Μερικά - συμπεριλαμβανομένων των οπιούχων και των κανναβινοειδών - είναι κατά του πόνου, ενώ άλλα (υπό τις κατάλληλες εργαστηριακές ή κλινικές καταστάσεις) είναι υπέρ του πόνου. Μερικά - όπως η αιθανόλη και τα οπιούχα - παράγουν εντυπωσιακούς βαθμούς σωματικής εξάρτησης, ενώ άλλα - όπως η κοκαΐνη - παράγουν ελάχιστη έως καθόλου σωματική εξάρτηση. Ωστόσο, μερικά κοινά σημεία

είναι εμφανή και διδακτικά. Όλα τα εθιστικά φάρμακα είναι υποκειμενικά ανταποδοτικά, ενισχυτικά και ευχάριστα. (Wainwright et al 2015)

1.3 ΤΟ ΚΥΚΛΩΜΑ ΕΠΙΒΡΑΒΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Το κύκλωμα ανταμοιβής του εγκεφάλου ανακαλύφθηκε για πρώτη φορά από τους Olds και Milner στο Πανεπιστήμιο McGill στις αρχές της δεκαετίας του 1950. Διαπίστωσαν ότι τα ζώα επέστρεφαν επανειλημμένα σε μια περιοχή του εργαστηρίου στην οποία είχαν λάβει ήπια ηλεκτρική διέγερση υποφλοιωδών δομών που σχετίζονται ανατομικά με τη δέσμη του έσω πρόσθιου εγκεφάλου. Στη συνέχεια, διαπίστωσαν ότι τα ζώα θα εκτελούσαν μανιωδώς εργασίες (π.χ. πιέζοντας τους μοχλούς που ήταν τοποθετημένοι στον τοίχο στους θαλάμους δοκιμής τους) προκειμένου να λάβουν τέτοια εγκεφαλική διέγερση. Στον απόηχο αυτής της ανακάλυψης του φαινομένου της ανταμοιβής διέγερσης του εγκεφάλου, οι Olds and Olds πραγματοποίησαν εκτενείς μελέτες χαρτογράφησης του εγκεφάλου των τρωκτικών, επιβεβαιώνοντας ότι η μεγάλη πλειονότητα των εγκεφαλικών θέσεων που υποστηρίζουν την ανταμοιβή εγκεφαλικής διέγερσης σχετίζονται με τους πυρήνες προέλευσης, με οδούς και τερματικούς τόπους της δέσμης του έσω πρόσθιου εγκεφάλου. Άλλοι ερευνητές μελέτησαν την ανταμοιβή ηλεκτρικής διέγερσης του εγκεφάλου σε πρωτεύοντα πλην του ανθρώπου και επιβεβαίωσε ότι τα ανατομικά υποστρώματα του εγκεφάλου στα πρωτεύοντα ήταν ομόλογα με εκείνα των τρωκτικών. Χρησιμοποιώντας εξελιγμένες ηλεκτροφυσιολογικές τεχνικές, οι Gallistel, Shizgal και Yeomans προσδιόρισαν ότι το πρωταρχικό νευρικό υπόστρωμα που υποστηρίζει την ηλεκτρική ανταμοιβή διέγερσης του εγκεφάλου είναι το μέτριας ταχύτητας αγωγιμότητας μυελινωμένων κατιόντων νευρικών ινών, του συστήματος της δέσμης του έσω πρόσθιου εγκεφάλου. Αυτό το σύστημα προέρχεται από τους πυρήνες της πρόσθιας κλίνης της δέσμης του μέσου πρόσθιου εγκεφάλου (μια συστοιχία βαθιών υποφλοιωδών μεταιχμιακών θέσεων μπροστά από τον υποθάλαμο και την προοπτική περιοχή), κατεβαίνει στην τμηματική περιοχή του μεσεγκεφάλου μέσω της δέσμης του μέσου πρόσθιου εγκεφάλου και στη συνέχεια ανεβαίνει μέσω της δέσμης έσω πρόσθιου εγκεφάλου σε μια επιλεγμένη ομάδα μεταιχμιακών τόπων του πρόσθιου εγκεφάλου - συμπεριλαμβανομένου του επικλινούς πυρήνα, του

οσφρητικού φυματίου και του μετωπιαίου φλοιού. Οι Wise και Bozarth ήταν οι πρώτοι που συνειδητοποίησαν ότι αυτή η ποικιλία θέσεων και οδών του εγκεφάλου αποτελούσε ένα νευρικό κύκλωμα που περιείχε 3 συναπτικά συνδεδεμένα σε σειρά νευρωνικά στοιχεία - έναν φθίνοντα σύνδεσμο που εκτείνεται από τους πυρήνες της πρόσθιας κλίνης της δέσμης του έσω πρόσθιου εγκεφάλου προς την κοιλιακή τμηματική περιοχή, μια ανιούσα ζεύξη που εκτείνεται από την κοιλιακή τμηματική περιοχή προς τον επικλινή πυρήνα, και μια περαιτέρω ανιούσα σύνδεση που εκτείνεται από τον επικλινή πυρήνα προς την κοιλιακή ωχρά. Ο πρώτος σύνδεσμος είναι η κατερχόμενη μυελινωμένη οδός των ινών που εντοπίστηκε για πρώτη φορά από τους Gallistel και τους συνεργάτες, αγνώστου τύπου νευροδιαβιβαστή – αν και πολύ πρόσφατα στοιχεία εγείρουν, συμπερασματικά, την πιθανότητα ότι το γλουταμικό στην κοιλιακή τμηματική περιοχή μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο. Ο δεύτερος σύνδεσμος είναι η ανερχόμενη οδός των ινών από την κοιλιακή τετηγματική περιοχή στον επικλινή πυρήνα, με τη ντοπαμίνη ως νευροδιαβιβαστή της. Ο τρίτος σύνδεσμος είναι η προβολή από τον επικλινή πυρήνα προς την κοιλιακή ωχρότητα, χρησιμοποιώντας γάμμα-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA), την ουσία P και την εγκεφαλίνη ως συνδυασμένους νευροδιαβιβαστές. Αυτό το κύκλωμα σειράς 3 νευρώνων λαμβάνει συναπτικές εισόδους και διαμορφώνεται λειτουργικά από μια μεγάλη ποικιλία άλλων νευρικών κυκλωμάτων - συμπεριλαμβανομένων χολινεργικών, ενδορφινεργικών, σεροτονινεργικών, GABAεργικών, γλουταμινεργικών, εγκεφαλινεργικών, δυσνορφινεργικών και νευρικών στοιχείων P. (Sin et al 2013)

1.4 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΘΙΣΜΟΥ

Οι Koob και Volkow ορίζουν τον εθισμό στα ναρκωτικά ως μια «χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή» που χαρακτηρίζεται από καταναγκαστική αναζήτηση και λήψη ναρκωτικών, απώλεια ελέγχου στον περιορισμό της πρόσληψης και την εμφάνιση αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης όταν αποτρέπεται η πρόσβαση σε ένα φάρμακο. Αυτό το μοντέλο προτείνει τρία στάδια εθισμού με διαταραχές σε τρία κύρια νευροκυκλώματα: το στάδιο μέθης που οφείλεται σε αλλαγές στα βασικά γάγγλια, το στάδιο απόσυρσης/αρνητικού επηρεασμού που οφείλεται σε αλλαγές

στην εκτεταμένη αμυγδαλή και την ενασχόληση/προσμονή που προκαλείται από αλλαγές στον προμετωπιαίο φλοιό (PFC). Μέσα σε αυτούς τους τομείς, οι Koob and Volkow περιγράφουν νευροπροσαρμογές σε 18 υποσυστήματα, συμπεριλαμβανομένου του ανιόντος μεσοκορτικολιμβικού συστήματος ντοπαμίνης, του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF) στον κεντρικό πυρήνα της αμυγδαλής και των προβολών γλουταμινικού φλοιού του φλοιού.

Οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις είναι οι κύριες θεραπείες για τη θεραπεία ανθρώπινων ασθενειών. Ωστόσο, όπως και άλλες ψυχικές διαταραχές, ο εθισμός στα ναρκωτικά επηρεάζεται βαθιά από το συναίσθημα, τη συνείδηση και τη γνώση. Εκτός από τις φαρμακολογικές παρεμβάσεις, οι στρατηγικές συμπεριφοράς είναι επίσης ελπιδοφόρες για τη θεραπεία του εθισμού στα ναρκωτικά. Σε κάποιο βαθμό, οι μη φαρμακευτικές θεραπείες μπορεί να έχουν μεγαλύτερα πλεονεκτήματα λόγω των περιορισμένων παρενεργειών τους. (Hibell 2012)

1.5 ΝΤΟΠΑΜΙΝΕΡΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Όλο και περισσότερες ενδείξεις έχουν εντοπίσει το κρίσιμο μεσολυβιακό ντοπαμινεργικό κύκλωμα καθώς και σημαντικά μόρια σε αυτό το νευρικό μονοπάτι που μεσολαβούν στον εθισμό σε συγκεκριμένα φάρμακα και σε υπερβολικές συμπεριφορές. Η ντοπαμίνη, ένας από τους κύριους νευροδιαβιβαστές στον εγκέφαλο, πιστεύεται ότι είναι ο «ένοχος» που οδηγεί σε «υψηλά» ποσοστά που προκαλούνται από την κατάχρηση ναρκωτικών. Καθώς τα περισσότερα φάρμακα κατάχρησης ενεργοποιούν τελικά το ντοπαμινεργικό σύστημα και αυξάνουν τη μετάδοση της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο, η ρύθμιση του συστήματος ντοπαμίνης θα μπορούσε να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τον περισσότερο εθισμό στα ναρκωτικά, τουλάχιστον θεωρητικά. Για το λόγο αυτό, έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για τη διερεύνηση πιθανών φαρμακολογικών στόχων εντός του ντοπαμινεργικού συστήματος. (Economou et al 2013)

Το σύστημα ντοπαμίνης έχει ανακαλυφθεί για πάνω από 60 χρόνια. Έκτοτε, συσσωρευμένα στοιχεία έχουν δείξει έναν κρίσιμο ρόλο του συστήματος ντοπαμίνης στη ρύθμιση αρκετών εγκεφαλικών ασθενειών, ιδιαίτερα του εθισμού στα ναρκωτικά,

της διαταραχής του Πάρκινσον, της σχιζοφρένειας, του άγχους και της κατάθλιψης. Το σήμα της ντοπαμίνης διαμεσολαβείται από υποδοχείς ντοπαμίνης και αρκετούς μεταγενέστερους αγγελιοφόρους, όπως η κινάση πρωτεΐνης A, η κινάση πρωτεΐνης C, η εξωκυτταρική κινάση που ρυθμίζεται από το σήμα, η $Ca2^{+}$ /εξαρτώμενη από καλμοδουλίνη κινάση II και η DARPP-32. Μεταξύ αυτών, το DARPP-32, το οποίο είναι εμπλουτισμένο στις νευρωμένες από ντοπαμίνη περιοχές του εγκεφάλου, θα μπορούσε να είναι ένας πολλά υποσχόμενος υποψήφιος για τη θεραπεία του εθισμού στα ναρκωτικά. Καθώς τα κατάντη μόρια των υποδοχέων ντοπαμίνης έχουν επίσης κοινούς ρόλους στη μεσολάβηση άλλων σημάτων υποδοχέα συζευγμένων με πρωτεΐνη G, η ενεργοποίηση αυτών των μορίων θα μπορούσε να οδηγήσει σε ανεπιθύμητες παρενέργειες. Έτσι, τα περισσότερα από τα κατάντη μόρια των υποδοχέων ντοπαμίνης δεν είναι κατάλληλοι θεραπευτικοί στόχοι. Η φαρμακολογική στόχευση των υποδοχέων ντοπαμίνης για τη θεραπεία του εθισμού στα ναρκωτικά έχει μεγάλο κλινικό ενδιαφέρον. Οι υποδοχείς ντοπαμίνης στον εγκέφαλο περιλαμβάνουν δύο κύριες υποοικογένειες: υποδοχείς τύπου D1 (D1 και D5) και υποδοχείς τύπου D2 (D2, D3 και D4). Σε σύγκριση με τους υποδοχείς D1, οι υποδοχείς D2 είναι πιο ελκυστικοί ως υποψήφιος στόχος φαρμάκου, καθώς οι υποδοχείς D2 εμπλέκονται κατά προτίμηση στη χρόνια έκθεση σε φάρμακα και στη συμπεριφορά υποτροπής. Άλλοι υποτύποι υποδοχέων ντοπαμίνης, όπως οι υποδοχείς D3, είναι επίσης υποσχόμενοι υποψήφιοι στόχοι φαρμάκων για θεραπεία εθισμού. Λόγω της υψηλής δομικής ομολογίας μεταξύ των υποδοχέων D2 και D3, οι ενώσεις που στοχεύουν τους υποδοχείς D3 είναι συνήθως ικανές να δεσμεύουν τους υποδοχείς D2. Ευτυχώς, πρόσφατες μελέτες έχουν αναπτύξει ορισμένους επιλεκτικούς συνδέτες D3 και αυτές οι ενώσεις έδειξαν δυνατότητες ως τροποποιητές του εθισμού στα ναρκωτικά. Έχει αποδειχθεί ότι ο GSK598809, ένας εκλεκτικός ανταγωνιστής του υποδοχέα D3, είναι αποτελεσματικός στη μείωση των συμπεριφορών που σχετίζονται με τον εθισμό σε προκλινικά μοντέλα υποτροπής. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι το GSK598809 ομαλοποίησε τα ελλείμματα ανταμοιβής σε άτομα που εξαρτώνται από ναρκωτικά. Περαιτέρω αποδείχθηκε ότι το GSK598809 θα μπορούσε να διαμορφώνει επιλεκτικά το νευρωνικό δίκτυο που βρίσκεται κάτω από την πρόβλεψη ανταμοιβής. Το πιο σημαντικό, το GSK598809 βρίσκεται επί του παρόντος σε κλινικές δοκιμές για τη θεραπεία του εθισμού στα ναρκωτικά. (Haddad et al 2014)

1.6 ΣΥΝΑΠΤΙΚΗ ΠΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η πλαστικότητα του εγκεφάλου είναι μια ικανότητα που επιτρέπει την κατάλληλη τροποποίηση της νευρικής δραστηριότητας ως απόκριση σε νέες εμπειρίες και περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Η τροποποίηση της συναπτικής ισχύος μεταξύ των νευρώνων θεωρείται ευρέως ότι είναι ο μηχανισμός με τον οποίο η μνήμη κωδικοποιείται και αποθηκεύεται στον εγκέφαλο. Ως εκ τούτου, είναι ελκυστική η υπόθεση ότι τα ναρκωτικά κατάχρησης προκαλούν μακροπρόθεσμες αλλαγές στη συμπεριφορά αλλάζοντας τη συναπτική πλαστικότητα στα βασικά κυκλώματα του εγκεφάλου. (Kurtz et al 2013)

Τα ναρκωτικά όπως η κοκαΐνη επάγουν ειδική συναπτική πλαστικότητα στο μεσομηλιακό κύκλωμα. Μία μόνο ένεση ενός εθιστικού φαρμάκου μπορεί ήδη να τροποποιήσει τις διεγερτικές συναπτικές δυνάμεις στο VTA. Πράγματι, έχει αποδειχθεί εκτενώς ότι η αναλογία AMPA/NMDA αυξάνεται στους νευρώνες ντοπαμίνης VTA μετά από μία δόση κοκαΐνης και ότι ορισμένοι υποδοχείς AMPA (AMPARs) που περιέχουν γλουταμινικό υποδοχέα AMPA 2 (GluA2) ανταλλάσσονται με υποδοχείς που στερούνται GluA2. Ταυτόχρονα, η λειτουργία του υποδοχέα NMDA (NMDAR) μειώνεται. Όλα αυτά τα στοιχεία προκαλούν βλάβη στην πρόκληση μακροπρόθεσμης ενίσχυσης (LTP). Διαφορετικοί τύποι συναπτικής πλαστικότητας σε νευρώνες ντοπαμίνης VTA που προκαλούνται από εμπειρίες επιβράβευσης και αποστροφής εξετάζονται διεξοδικά από τους Pignatelli και Bonci. Οι νευρώνες ντοπαμίνης του μεσαίου εγκεφάλου είναι κεντρικοί στο μεσολυμβιακό κύκλωμα τόσο για φυσικές ανταμοιβές όσο και για φάρμακα κατάχρησης. Το VTA είναι γνωστό ότι είναι ένας κεντρικός κόμβος που ενσωματώνει πολλές ανασταλτικές εισόδους καθώς οι GABAergic συνάψεις αντιπροσωπεύουν το 50-80% όλων των συνάψεων στους νευρώνες ντοπαμίνης VTA . Η GABAεργική αναστολή των νευρώνων ντοπαμίνης μεσολαβείται τόσο από ταχείς ιοντοτροπικούς υποδοχείς $GABA_A$ όσο και από αργούς μεταβοτροπικούς υποδοχείς GABA. (Higashi et al 2013)

Το 2015, οι Wainwright et al. έδειξαν ότι η κύρια μονοσυναπτική προβολή στους νευρώνες ντοπαμίνης VTA που προέρχονται από το NAc αναστέλλει την πυροδότηση των νευρώνων ντοπαμίνης μέσω της ενεργοποίησης των υποδοχέων $GABA_B$, ενώ οι τοπικοί ανασταλτικοί ενδονευρώνες VTA αναστέλλουν τους νευρώνες ντοπαμίνης μέσω του $GABA_A$. Σήμερα, είναι καλά τεκμηριωμένο ότι η φαρμακολογική ενεργοποίηση των υποδοχέων $GABA_B$ (π.χ. από τη βακλοφένη) μειώνει την επιθυμία για κοκαΐνη που σχετίζεται με τα σημάδια καθώς και τη χρήση κοκαΐνης στους ανθρώπους και μειώνει τις επιβραβευτικές και ενισχυτικές επιδράσεις της κοκαΐνης σε ζωικά μοντέλα. Οι Wainwright et al. έκθεση υποδεικνύει ότι τα θεραπευτικά αποτελέσματα της βακλοφένης μπορεί να περάσουν από τους υποδοχείς $GABA_B$ των νευρώνων ντοπαμίνης VTA. Η ενδοραχιαία βακλοφένη είναι μια αποτελεσματική και ασφαλής μακροχρόνια θεραπεία που χρησιμοποιείται παγκοσμίως για τη θεραπεία της σοβαρής σπαστικότητας. Η από του στόματος βακλοφένη είναι λιγότερο αποτελεσματική και έχει σημαντικά ποσοστά παρενεργειών, όπως καταστολή, υπνηλία, ίλιγγο και πονοκέφαλο, ειδικά όταν συνταγογραφείται εκτός ετικέτας για τον εθισμό στα ναρκωτικά (επειδή χρησιμοποιούνται συνήθως υψηλότερες δόσεις). Πράγματι, αντιφατικά αποτελέσματα σχετικά με την επίδραση της βακλοφένης στη μείωση της λαχτάρας για αλκοόλ και της εξάρτησης από κοκαΐνη πιθανώς οφείλονταν στη διαφορετική σοβαρότητα της εξάρτησης από το αλκοόλ των εγγεγραμμένων ασθενών. Αυτός είναι ο τρόπος που δοκιμάζονται υψηλότερες δόσεις και συχνά συνταγογραφούνται εκτός ετικέτας για τον εθισμό στα ναρκωτικά. Έτσι, η αυτοδηλητηρίαση που θα μπορούσε να οδηγήσει σε σοβαρή τοξικότητα και θάνατο αντιπροσωπεύει μία από τις κύριες ανησυχίες της χρήσης βακλοφένης στον εθισμό στα ναρκωτικά. Επομένως, η βακλοφένη θα πρέπει να συνταγογραφείται με προσοχή και στενή παρακολούθηση.

1.7 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΠΟΧΗΣ

Η περίοδος αποχής μετά τη διακοπή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λαμβάνοντας υπόψη την κλασική εξέλιξη της νόσου, την πιθανότητα υποτροπής και την ευκαιρία για νέους θεραπευτικούς στόχους. Μια φαινομενικά αντίθετη έννοια που ονομάζεται «επώαση της λαχτάρας για κοκαΐνη» εισήχθη από τους Hensel et al. που

μοντελοποίησαν τη συμπεριφορά της λαχτάρας για κοκαΐνη χρησιμοποιώντας αρουραίους που είχαν εκπαιδευτεί να πιέζουν έναν μοχλό για να λάβουν μια ένεση κοκαΐνης και στη συνέχεια αναγκάστηκαν σε μια περίοδο απόσυρσης όπου δεν χορηγούνταν πλέον ανταμοιβή κοκαΐνης. Αυτή η έννοια της «επώασης» δεν προήλθε από την έρευνα για τον εθισμό στα ναρκωτικά, αλλά προήλθε από ένα μοντέλο τεσσάρων σταδίων της δημιουργικής διαδικασίας που προτάθηκε από τον Graham Wallas το 1926. Σε συμφωνία με τις κλινικές παρατηρήσεις σε ανθρώπους, έδειξαν ότι η υποτροπή ήταν προοδευτικά ισχυρότερη σε διάστημα 2 μηνών απόσυρσης της κοκαΐνης και υποδήλωναν ότι ένα σύνδρομο λαχτάρας εξελίσσεται ή «επωάζεται» κατά τους πρώτους 2 μήνες της αποχής από την κοκαΐνη και πιθανώς διαρκεί περισσότερο. Στη συνέχεια, αποδείχθηκε ότι αυτή η αύξηση οφειλόταν στην προσθήκη νέων AMPAR που δεν είχαν GluA2 και ότι αυτοί οι νέοι υποδοχείς μεσολαβούν στην «επώαση της λαχτάρας για κοκαΐνη». Ο Ahmadi 2016 έδειξε ότι μετά από παρατεταμένη απόσυρση από την κοκαΐνη, η προσθήκη συναπτικών AMPAR μαζί με την αυξημένη αγωγιμότητα των AMPAR που στερούνται GluA2 πυροδοτούν υψηλότερη ευαισθησία των νευρώνων NAc σε συνθήματα που σχετίζονται με την κοκαΐνη, οδηγώντας σε ενίσχυση του συνδρόμου λαχτάρας για ναρκωτικά και υποτροπή. Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα, προτάθηκε ότι μόλις επιτευχθεί η αποχή, ο κίνδυνος υποτροπής μπορεί να μειωθεί εάν τα AMPAR που στερούνται GluA2 απενεργοποιηθούν ή αφαιρεθούν από τις συνάψεις του NAc.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΤΕΡΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένας σημαντικός όγκος έρευνας έχει συσσωρευτεί εδώ και αρκετές δεκαετίες και έχει μεταμορφώσει την κατανόησή μας για τη χρήση ουσιών και τις επιπτώσεις της στον εγκέφαλο. Όλες οι εθιστικές ουσίες έχουν ισχυρές επιδράσεις στον εγκέφαλο. Αυτά τα αποτελέσματα ευθύνονται για τα ευφορικά ή έντονα ευχάριστα συναισθήματα που βιώνουν οι άνθρωποι κατά την αρχική τους χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και αυτά τα συναισθήματα παρακινούν τους ανθρώπους να χρησιμοποιούν αυτές τις ουσίες ξανά και ξανά, παρά τους κινδύνους για σημαντικές βλάβες. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι κυριότερες, με βάση τη βιβλιογραφία, ουσίες που προκαλούν εθισμό.

2.2 ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Ο εθισμός στα ναρκωτικά θεωρείται μια ασθένεια που επηρεάζει τα κυκλώματα και τη συμπεριφορά του εγκεφάλου και ταξινομείται ως αδυναμία ελέγχου της χρήσης ναρκωτικών. Τα εθιστικά ναρκωτικά δρουν στο κέντρο ευχαρίστησης στον εγκέφαλο, προκαλώντας μια συντόμευση για την ανταμοιβή που, όταν επαναλαμβάνεται, μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο επεξεργάζεται τις πληροφορίες. Οι εθιστικές ιδιότητες των ναρκωτικών μπορεί να ενισχυθούν από το πόσο καλά κάνουν ένα άτομο να αισθάνεται όταν τα χρησιμοποιεί και πόσο άσχημα μπορεί να κάνουν τους χρήστες να αισθάνονται όταν φθείρονται. Η χρόνια κατάχρηση ναρκωτικών μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση από τα ναρκωτικά, η οποία οδηγεί σε συμπτώματα στέρησης και λαχτάρα για ναρκωτικά χωρίς την παρουσία του φαρμάκου. (Ahmadi 2016)

2.3 ΚΟΚΑΪΝΗ

Ένα διεγερτικό φάρμακο που προέρχεται από το φυτό κόκας που αναπτύσσεται εγγενώς στη Νότια Αμερική, η κοκαΐνη παρασκευάζεται παράνομα είτε σε λευκή σκόνη είτε σε μορφή βράχου («κρακ»). Η σκόνη κοκαΐνης καπνίζεται, χορηγείται με ένεση κλπ ενώ το κρακ γενικά καπνίζεται . Η κοκαΐνη δημιουργεί έντονη διάθεση καθώς πλημμυρίζει τον εγκέφαλο με ντοπαμίνη, τον νευροδιαβιβαστή που εμπλέκεται στην ευχαρίστηση. Τα αποτελέσματα αρχίζουν γρήγορα, σημαντικά και βραχύβια. Η κοκαΐνη αυξάνει την ευφορία, τον ενθουσιασμό και την εγρήγορση, και σύμφωνα με την Υπηρεσία Δίωξης Ναρκωτικών (DEA), είναι εξαιρετικά εθιστική και μπορεί να γίνεται τακτικά κατάχρηση με ένα μοτίβο «υπερβολής». (Nixon et al 2010)

2.4 ΗΡΩΙΝΗ

Η ηρωίνη είναι ένα παράνομο ναρκωτικό που ενεργοποιεί τους υποδοχείς οπιοειδών στον εγκέφαλο, χρησιμεύει για να εμποδίσει τα συναισθήματα του πόνου, να αυξήσει τη χαλάρωση και να παράγει ένα είδος αίσθησης «εξωσωματικής». Προκαλεί επίσης ευφορία δημιουργώντας μια συσσώρευση ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Λόγω των πρόσφατων κανονισμών και των αυστηρότερων ελέγχων στα συνταγογραφούμενα οπιοειδή φάρμακα όπως η οξυκωδόνη (OxyContin), η υδρομορφόνη (Dilaudid) και η υδροκωδόνη (Vicodin, Percocet), η κατάχρηση ηρωίνης και ο εθισμός αυξάνονται, σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC). (Kirk Morton et al 2013)

Οι θάνατοι από υπερβολική δόση ηρωίνης υπερτριπλασιάστηκαν από το 2010 έως το 2014, καθώς περισσότεροι από 10.000 άνθρωποι πέθαναν ως αποτέλεσμα θανατηφόρας υπερβολικής δόσης ηρωίνης το 2014. (Ahmadi 2016)

Η ηρωίνη θεωρείται πολύ εθιστικό ναρκωτικό , καθώς η American Society of Addiction Medicine (ASAM) εκτιμά ότι σχεδόν το ένα τέταρτο όσων τη δοκιμάζουν εθίζονται στο ναρκωτικό. Το 2014, περίπου 586.000 Αμερικανοί (ηλικίες άνω των 11 ετών) ταξινομήθηκαν με διαταραχή χρήσης ηρωίνης. Η εξάρτηση από την ηρωίνη μπορεί να εκδηλωθεί αρκετά γρήγορα με την τακτική χρήση και τα συμπτώματα στέρησης που εμφανίζονται καθώς το ναρκωτικό φεύγει από το σώμα μπορεί να είναι δύσκολα τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά. Τα συμπτώματα που μοιάζουν με

γρίπη, η κατάθλιψη, η αϋπνία και το άγχος είναι κοινά όταν διακόπτεται η χρήση ηρωίνης, μετά τη δημιουργία εξάρτησης, ενθαρρύνοντας έτσι τα άτομα να συνεχίσουν να παίρνουν το φάρμακο για να αποφύγουν τη δυσφορία. (Hibell 2012)

2.5ΑΛΚΟΟΛ

Το αλκοόλ είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη εθιστική ουσία στην Αμερική, με 1 στους 12 ενήλικες να υποφέρει από πρόβλημα κατάχρησης αλκοόλ ή εξάρτησης, αναφέρει το Εθνικό Συμβούλιο για τον Αλκοολισμό και την Εξάρτηση από τα Ναρκωτικά (NCADD). Η κατανάλωση αλκοόλ είναι νόμιμη για άτομα ηλικίας (ηλικίας 21 ετών και άνω), αποτελεί μέρος πολλών κοινωνικών δραστηριοτήτων και καταστάσεων, είναι σχετικά φθηνό και εύκολο να βρεθεί. Από την άλλη το αλκοόλ χρησιμοποιείται υπεύθυνα από εκατομμύρια ανθρώπους. Ωστόσο, η κατάχρηση έχει σοβαρές συνέπειες. (Wainwright et al 2015)

Το αλκοόλ δρα στα επίπεδα ντοπαμίνης για να ενισχύσει τη διάθεση, όπως και άλλα φάρμακα, αλλά χρησιμεύει επίσης ως κατασταλτικό του κεντρικού νευρικού συστήματος, επιβραδύνοντας τις νευρικές εκρήξεις και τις λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού. Προάγει επίσης την καταστολή και βλάπτει τις κινητικές δεξιότητες και τη γνωστική λειτουργία. Όταν οι άνθρωποι είναι υπό την επήρεια αλκοόλ, είναι πιθανό να εμπλακούν σε επικίνδυνες συμπεριφορές καθώς μειώνονται οι αναστολές. Μπορεί επίσης να είναι πιο ομιλητικοί και κοινωνικοί και μπορεί να παρουσιάσουν εναλλαγές της διάθεσης και μειωμένες ικανότητες λήψης αποφάσεων και ελέγχου των παρορμήσεων. (Wainwright et al 2015)

Η κατάχρηση αλκοόλ, ειδικά όταν το αλκοόλ καταναλώνεται με βαριά ή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ , μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση από την ουσία. Όταν το αλκοόλ αρχίζει να φεύγει από το σώμα, τα συμπτώματα στέρησης μπορεί να κυμαίνονται από ήπια έως απειλητικά για τη ζωή. Όταν τα αποτελέσματα του αλκοόλ εξαφανιστούν, ο εγκέφαλος μπορεί να προσπαθήσει να αποκαταστήσει μια χημική ισορροπία, προκαλώντας ένα είδος ανάκαμψης από τις νευρικές εκρήξεις που κατεστάλησαν από το αλκοόλ. Άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία, τρόμος, εφίδρωση,

ακανόνιστος καρδιακός ρυθμός, υπέρταση, ναυτία και έμετος, πονοκέφαλοι, κοιλιακό άλγος, ακόμη και ψύχωση και επιληπτικές κρίσεις είναι πιθανά συμπτώματα στέρησης από το αλκοόλ. Η επιθυμία να περιοριστούν αυτά τα συμπτώματα στο ελάχιστο μπορεί να οδηγήσει στη χρήση αλκοόλ ως μια μορφή αυτοθεραπείας για τη στέρηση του αλκοόλ και ως εκ τούτου μπορεί να διαιωνίσει τον εθισμό στο αλκοόλ. (Haddad et al 2014)

2.6 ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Περισσότεροι από 32 εκατομμύρια Αμερικανοί ηλικίας 12 ετών και άνω κάπνιζαν τσιγάρα σε καθημερινή βάση το 2014, σύμφωνα με το NSDUH ενώ παρόμοιο ποσοστό καπνίζει στην Ευρώπη. Οι καπνιστές μπορεί να συνεχίσουν να καπνίζουν εξαιτίας του εθισμού τους στη νικοτίνη, μια από τις κύριες ενεργές χημικές ουσίες στον καπνό του τσιγάρου που θεωρείται εξαιρετικά εθιστικό, αναφέρει το Psychology Today. Η νικοτίνη δρα στο κύκλωμα ανταμοιβής στον εγκέφαλο αφού απορροφηθεί μέσω της βλεννογόνου επένδυσης του στόματος και της μύτης, μέσω των πνευμόνων ή μέσω του δέρματος. Οι ευχάριστες αισθήσεις και η ανύψωσή του τόσο στη διάθεση όσο και στη γνωστική λειτουργία μπορεί να ενθαρρύνουν τους καπνιστές να συνεχίσουν να καπνίζουν. Η νικοτίνη ενεργοποιείται εντός 10 δευτερολέπτων από το κάπνισμα και φθείρεται σε λίγες ώρες, πράγμα που σημαίνει ότι τα άτομα μπορεί να επιθυμούν να καπνίσουν ένα ακόμα τσιγάρο όχι πολύ μετά από το τελευταίο, αναφέρει το NIDA. (Ahmadi 2016)

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη μπορεί να συσσωρευτεί γρήγορα όταν κάποιος καπνίζει τακτικά και η νικοτίνη μπορεί να είναι ένα από τα πιο δύσκολα φάρμακα που πρέπει να σταματήσετε να χρησιμοποιείτε χωρίς βοήθεια. Τα συμπτώματα στέρησης περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα, αυξημένη όρεξη, άγχος, κατάθλιψη, προβλήματα συγκέντρωσης και εστίασης σε πράγματα και σημαντική λαχτάρα. Η νομιμότητα και η επικράτηση της νικοτίνης μπορεί να οδηγήσει σε ανεξέλεγκτη κατάχρησή της και υψηλά ποσοστά υποτροπής. (Ahmadi 2016)

2.7 ΜΕΘΑΜΦΕΤΑΜΙΝΕΣ

Πάνω από 500.000 Αμερικανοί ηλικίας άνω των 11 ετών ταξινομήθηκαν ως τρέχοντες χρήστες μεθαμφεταμίνης το 2014, σύμφωνα με το NSDUH. Η μεθαμφεταμίνη είναι ένα ισχυρό διεγερτικό φάρμακο που κατασκευάζεται από τον άνθρωπο σε κρυφά εργαστήρια είτε σε μορφή σκόνης είτε σε μορφή κρυστάλλου («κρυσταλλική μεθ») για να καπνιστεί, να ρουθουνιστεί ή να χορηγηθεί με ένεση για ένα έντονο «υψηλό» αίσθημα ευφορίας. Η Meth μπορεί να αυξήσει την εστίαση, να μειώσει την ανάγκη για ύπνο και τα επίπεδα όρεξης και να αυξήσει τη διέγερση και την ευχαρίστηση. Σε μεγάλες ποσότητες, μπορεί επίσης να έχει ψυχωσικές παρενέργειες ή να προκαλέσει επιθετικότητα και/ή βία. (Economou et al 2013)

Η ανοχή στη μεθαμφεταμίνη μπορεί να αναπτυχθεί αρκετά γρήγορα, ωθώντας τους χρήστες να θέλουν να πάρουν περισσότερο για να συνεχίσουν να αισθάνονται τα αποτελέσματά της. Οι αυξημένες δόσεις μπορεί να οδηγήσουν σε εξάρτηση από τα φάρμακα. Με την πάροδο του χρόνου, η μεθαμφεταμίνη μπορεί να προκαλέσει βλάβη στις περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη μάθηση, τη μνήμη και τη συναισθηματική ρύθμιση, καθώς και να μειώσει σημαντικά τα επίπεδα ντοπαμίνης και τον τρόπο λειτουργίας των υποδοχέων ντοπαμίνης στον εγκέφαλο, αναφέρει το NIDA. Τα εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα ντοπαμίνης και η αδυναμία της να συνδεθεί σωστά με τους υποδοχείς συμβαίνουν όταν η μεθαμφεταμίνη φεύγει από το σώμα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή κατάθλιψη, πιθανούς ιδεασμούς αυτοκτονίας και σημαντική λαχτάρα για ναρκωτικά. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να διευκολύνουν τις ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές αναζήτησης ναρκωτικών και την επαναλαμβανόμενη κατάχρηση μεθαμφεταμίνης, τα οποία είναι χαρακτηριστικά του εθισμού. (Kurtz et al 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έρευνα των τελευταίων δύο δεκαετιών προσπάθησε να προσδιορίσει πώς αρχίζει και πώς εξελίσσεται η κατάχρηση ναρκωτικών. Πολλοί παράγοντες μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο ενός ατόμου για κατάχρηση ναρκωτικών. Οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να αυξήσουν τις πιθανότητες ενός ατόμου για κατάχρηση ναρκωτικών, ενώ προστατευτικοί παράγοντες μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο. Επίσης, ένας παράγοντας κινδύνου που επηρεάζει ένα άτομο μπορεί να μην ασκεί επιρροή σε κάποιο άλλο. (Sin et al 2013)

Οι παράγοντες κινδύνου και προστασίας μπορεί να επηρεάσουν τα παιδιά σε διαφορετικά στάδια της ζωής τους. Σε κάθε στάδιο εμφανίζονται κίνδυνοι που μπορούν να αλλάξουν μέσω της παρέμβασης πρόληψης. Οι κίνδυνοι της πρώιμης παιδικής ηλικίας, όπως η επιθετική συμπεριφορά, μπορούν να αλλάξουν ή να προληφθούν με παρεμβάσεις της οικογένειας, του σχολείου και της κοινότητας που επικεντρώνονται στο να βοηθήσουν τα παιδιά να αναπτύξουν κατάλληλες, θετικές συμπεριφορές. Εάν δεν αντιμετωπιστούν, οι αρνητικές συμπεριφορές μπορεί να οδηγήσουν σε περισσότερους κινδύνους, όπως ακαδημαϊκή αποτυχία και κοινωνικές δυσκολίες, που θέτουν τα παιδιά σε περαιτέρω κίνδυνο για μελλοντική κατάχρηση ναρκωτικών. (Hensel et al 2014)

Ο παρακάτω πίνακας περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο οι παράγοντες κινδύνου και προστασίας επηρεάζουν τους ανθρώπους σε πέντε τομείς ή περιβάλλοντα όπου μπορούν να πραγματοποιηθούν παρεμβάσεις.

Παράγοντες κινδύνου	Τομέα	Προστατευτικοί Παράγοντες
Πρώιμη επιθετική συμπεριφορά	Ατομο	Αυτοέλεγχος
Έλλειψη Γονικής Επίβλεψης	Οικογένεια	Γονική Παρακολούθηση
Κατάχρηση ουσιών	Συνομήλικος	Ακαδημαϊκή Ικανότητα
Διαθεσιμότητα φαρμάκων	Σχολείο	Πολιτικές κατά της χρήσης ναρκωτικών
Φτώχεια	Κοινότητα	Ισχυρή προσκόλληση γειτονιάς

Οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να επηρεάσουν την κατάχρηση ναρκωτικών με διάφορους τρόπους. Σε όσους περισσότερους κινδύνους εκτίθεται ένα παιδί, τόσο πιο πιθανό είναι το παιδί να κάνει κατάχρηση ναρκωτικών. Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι πιο ισχυροί από άλλους σε ορισμένα στάδια ανάπτυξης, όπως η πίεση των συνομηλίκων κατά την εφηβεία, από την άλλη ορισμένοι προστατευτικοί παράγοντες, όπως ο ισχυρός δεσμός γονέα-παιδιού, μπορούν να έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στη μείωση των κινδύνων κατά τα πρώτα χρόνια. Ένας σημαντικός στόχος της πρόληψης είναι η αλλαγή της ισορροπίας μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων, έτσι ώστε οι προστατευτικοί παράγοντες να υπερισχύουν των παραγόντων κινδύνου. (Hensel et al 2014)

3.2 Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ (SUD)

Η διαταραχή χρήσης ουσιών (SUD) είναι μια θανατηφόρα ασθένεια που επηρεάζει άτομα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η διαταραχή χρήσης ουσιών ξεκινά συχνά ως ένα μοτίβο κατάχρησης ουσιών που χαρακτηρίζεται από τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών χωρίς ιατρική συνταγή ή με τρόπο διαφορετικό από τον προβλεπόμενο (π.χ. χρήση ουσιών πιο συχνά ή για μεγαλύτερη διάρκεια από ό,τι υποδεικνύεται από τις οδηγίες συνταγογράφησης). Κάθε μέρα, περισσότεροι από 4300 έφηβοι, ηλικίας 12 έως 17 ετών, χρησιμοποιούν ουσίες για πρώτη φορά. Ο αριθμός των ατόμων που

τελικά αναπτύσσουν διαταραχή χρήσης ουσιών μετά τη χρήση μιας ουσίας για πρώτη φορά είναι άγνωστος. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ουσίες περιλαμβάνουν νικοτίνη, αλκοόλ, οπιοειδή, κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος (π.χ. βενζοδιαζεπίνες), διεγερτικά (π.χ. Ritalin), μαριχουάνα, αναβολικά στεροειδή, κοκαΐνη, μεθαμφεταμίνη, αμφεταμίνες (π.χ. Adderall), MDMA (π.χ. έκσταση), παραισθησιογόνα και εισπνεόμενα. Η κατάχρηση τόσο νόμιμων όσο και παράνομων ουσιών έχει οδηγήσει σε αύξηση διαταραχής χρήσης ουσιών σε πολλές χώρες όπως στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ). Παρόλο που υπάρχουν αποτελεσματικές, βασισμένες σε στοιχεία θεραπείες για τη διαταραχή χρήσης ουσιών, τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή δεν λαμβάνουν θεραπεία μέχρι τα προχωρημένα στάδια. (Nixon et al 2010)

Κάποτε πίστευαν ευρέως ότι η διαταραχή χρήσης ουσιών ήταν το αποτέλεσμα μιας επιλογής ή ελαττώματος χαρακτήρα. Ωστόσο, η διαταραχή χρήσης ουσιών είναι μια ψυχική ασθένεια που πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως κάθε άλλη χρόνια πάθηση σωματικής υγείας. Η πρωτογενής πρόληψη, η οποία περιλαμβάνει στρατηγικές για την αποφυγή της ανάπτυξης της νόσου, ήταν μια αποτελεσματική στρατηγική για χρόνια προβλήματα σωματικής υγείας (π.χ. διαβήτης και καρδιαγγειακές παθήσεις). Αν και οι παράγοντες κινδύνου και προστασίας για την ανάπτυξη διαταραχής χρήσης ουσιών είναι καλά τεκμηριωμένοι, το σύστημα δημόσιας υγείας δεν έχει αξιοποιήσει αποτελεσματικά στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης για τον εντοπισμό ή την επισήμανση ατόμων που κινδυνεύουν για τη διαταραχή χρήσης ουσιών. (Kurtz et al 2012)

3.3 ΣΥΝΟΨΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ

3.3.1 Παιδιά (< 18 ετών)

Μεταξύ των παιδιών και των εφήβων, υπάρχουν αρκετοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχής χρήσης ουσιών, συμπεριλαμβανομένων των ανεπιθύμητων παιδικών εμπειριών (ACEs) και του τραύματος. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες

κινδύνου περιλαμβάνουν την πίεση των συνομηλίκων, τη συμμετοχή σε οργανωμένο αθλητισμό και το οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ουσιών. Οι δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου για SUD περιλαμβάνουν τη φυλή, τη σεξουαλικότητα, την ταυτότητα φύλου και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. (Ahn et al 2013)

3.3.2 Νέοι ενήλικες (18-25 ετών)

Για νεαρούς ενήλικες, στους οποίους υπάρχουν ήδη παράγοντες κινδύνου από τη παιδική ηλικία (π.χ. ΜΕΑ), το πρόσθετο άγχος της ενηλικίωσης μπορεί να τους θέσει σε κίνδυνο για κατάχρηση ουσιών. Το λανθάνον οικογενειακό ιστορικό, η έλλειψη θετικών γονικών προτύπων, η απασχόληση και το ακαδημαϊκό άγχος μπορούν επίσης να αυξήσουν την πιθανότητα οι νεαροί ενήλικες να κάνουν κατάχρηση ουσιών. Επιπλέον, η λήψη δυνητικά εθιστικών συνταγογραφούμενων φαρμάκων για πρώτη φορά (π.χ. για μικρές χειρουργικές επεμβάσεις) θέτει τους νεαρούς ενήλικες σε κίνδυνο για διαταραχή χρήσης ουσιών. (Nixon et al 2014)

3.3.3 Ενήλικες (26–64 ετών)

Οι κύριοι παράγοντες άγχους για αυτήν την ηλικιακή ομάδα σχετίζονται με την οικογενειακή ζωή και την καριέρα. Διαφορετικές σταδιοδρομίες συνδέονται με διαταραχή χρήσης ουσιών σε ενήλικες, συμπεριλαμβανομένων θέσεων εργασίας με υψηλό στρες και βαριά σωματικές εργασίες (π.χ. υγειονομική περίθαλψη, στρατιωτική θητεία και νομική). Οι επαγγελματίες αθλητές αυτής της ηλικιακής ομάδας, οι οποίοι έχουν υψηλό στρες και εκτελούν εξαιρετικά σωματικές εργασίες, διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο διαταραχής χρήσης ουσιών. (Malliori et al 2013)

3.3.4 Ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (> 65 ετών)

Ενώ πολλοί από τους παράγοντες κινδύνου (π.χ. διαταραχή μετατραυματικού στρες και ΜΕΑ) σε νεότερες ηλικιακές ομάδες είναι παρόντες σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, αντιμετωπίζουν επίσης μοναδικούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ηλικία για διαταραχή χρήσης ουσιών, όπως η συχνότερη εμπειρία θλίψης και απώλειας, λόγω θανάτων στην οικογένεια ή φίλων. Αυτή η αίσθηση απώλειας μπορεί επίσης να οδηγήσει σε φυσική και κοινωνική απομόνωση που στη συνέχεια οδηγεί σε διαταραχή χρήσης ουσιών. Ακόμα η μεγαλύτερη τάση για χρόνιες σωματικές ασθένειες (π.χ. αρθρίτιδα και άλλες καταστάσεις χρόνιου πόνου), αυξάνει την πιθανότητα κακής χρήσης ουσιών για την ανακούφιση του πόνου. (EMCDDA 2013)

3.4 ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

3.4.1 Ανεπιθύμητες εμπειρίες παιδικής ηλικίας (διαταραχή μετατραυματικού στρες)

Η έρευνα δείχνει ότι τα άτομα που έχουν διαταραχή μετατραυματικού στρες διατρέχουν κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχής χρήσης ουσιών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Σύμφωνα με το Children's Bureau, οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης, παραμέλησης ή άλλης τραυματικής εμπειρίας που εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών συνιστά ACE. Τα άτομα με διαταραχη μετατραυματικού στρες έχουν συνδεθεί με επικίνδυνες συμπεριφορές για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ουσιών. Επιπλέον, τα άτομα με διαταραχη μετατραυματικού στρες έχουν συσχετιστεί με χρόνια νόσο, η οποία ήταν ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για διαταραχή χρήσης ουσιών. Τα άτομα με διαταραχη μετατραυματικού στρες έχει βρεθεί ότι εμπλέκονται σε καταστάσεις μη υγειούς συμπεριφοράς που συχνά συμβαίνει με SUD (π.χ. καταθλιπτικές διαταραχές και αγχώδεις διαταραχές) και, όπως ήταν αναμενόμενο, τα άτομα με διαταραχη μετατραυματικού στρες έχουν επίσης συνδεθεί με αυξημένη αυτοκτονικότητα. (Ahmadi 2016)

3.4.2 Σωματικό ή συναισθηματικό τραύμα

Το τραύμα έχει συσχετιστεί με διαταραχή χρήσης ουσιών σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, το τραύμα μπορεί να είναι σωματικό (π.χ. τραυματισμοί λόγω ατυχήματος) ή συναισθηματικό (π.χ. παρενόχληση). Μελέτες έχουν δείξει ότι ο εκφοβισμός (σωματικός, λεκτικός ή στον κυβερνοχώρο) μπορεί να συμβάλει σε σωματικό και συναισθηματικό τραύμα το οποίο στη συνέχεια οδηγεί σε διαταραχή χρήσης ουσιών. Οι έφηβοι που υπέστησαν εκφοβισμό είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη, γεγονός που έκανε τον εκφοβισμό δευτερεύοντα παράγοντα κινδύνου για διαταραχή χρήσης ουσιών. Οι Kirk Morton et al. διαπίστωσαν ότι οι μαθητές του δημοτικού που βίωσαν εκφοβισμό στην πέμπτη τάξη ήταν πιο πιθανό από τους συνομηλίκους τους που δεν είχαν εκφοβιστεί να κάνουν χρήση ουσιών μέχρι τη δέκατη τάξη. Οι μαθητές της δέκατης τάξης που έκαναν χρήση ουσιών είχαν επίσης περισσότερες πιθανότητες να αναγνωριστούν ως καταθλιπτικοί στην έβδομη τάξη, κάτι που οδηγεί σε κατάχρηση ουσιών αργότερα στη ζωή τους. Η κατάθλιψη και οι κακές δεξιότητες αντιμετώπισης λόγω συναισθηματικού τραύματος ήταν ισχυροί δείκτες πιθανής κατάχρησης ουσιών μεταξύ των νεαρών ενηλίκων. Μικρές χειρουργικές επεμβάσεις (π.χ. εξαγωγή φρονιμίτη) μπορούν να θέσουν τα άτομα σε κίνδυνο εμφάνισης διαταραχής χρήσης ουσιών, ανεξάρτητα από την ηλικία. Για παράδειγμα, μεταξύ των ασθενών που δεν είχαν χρησιμοποιήσει οπιοειδή, εάν η συνταγή οπιοειδών είχε συμπληρωθεί λόγω εξαγωγής φρονιμίτη, οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν οπιοειδή μετά την ανάρρωση από τη διαδικασία. Οι επαγγελματίες αθλητές έχουν επίσης υψηλό κίνδυνο διαταραχής χρήσης ουσιών λόγω πόνου από τραύμα που σχετίζεται με τον αθλητισμό και ο κίνδυνος παραμένει ακόμη και μετά τη συνταξιοδότηση. (Kirk Morton et al 2013)

3.4.3. Χρόνια προβλήματα υγείας

Οι χρόνιες ψυχικές ασθένειες (π.χ. κατάθλιψη, PTSD, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, αντιθετική προκλητική διαταραχή) ή/και σωματικά προβλήματα υγείας (π.χ. διαβήτης, ρευματικές παθήσεις και φλεγμονώδη νόσο του εντέρου) αποτελούν παράγοντες κινδύνου για κατάχρηση ουσιών που οδηγούν σε διαταραχή χρήσης ουσιών στα παιδιά. Κατά μέσο όρο, οι διαταραχές διάθεσης και άγχους εμφανίστηκαν 3 χρόνια πριν από την πρώτη διάγνωση διαταραχής χρήσης ουσιών, ιδιαίτερα όταν συνέβαιναν με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Αυτό σημαίνει ότι οι παράγοντες κινδύνου για διαταραχή χρήσης ουσιών μπορούν να έχουν συσωρευτική επίδραση στην ανάπτυξη διαταραχής χρήσης ουσιών και η έγκαιρη ανίχνευση θα μπορούσε να βοηθήσει στην πρόληψη. Στους νέους που διαγνώστηκαν με χρόνια ψυχική ασθένεια, τα ποσοστά εμφανίστηκαν αυξημένα όσον αφορά τον κίνδυνο διαταραχής χρήσης ουσιών και ιδίως οπιοειδών. (Higashi et al 2013)

Για χρόνιες σωματικές παθήσεις, οι μελέτες υποδεικνύουν ότι ο χρόνιος πόνος σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής αυξάνει την πιθανότητα κατάχρησης οπιοειδών και συνεπώς τον κίνδυνο διαταραχής χρήσης ουσιών. Χρησιμοποιώντας την Εθνική Έρευνα για τη Χρήση και την Υγεία των Ναρκωτικών (NSDUH), ο Han και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι 91,8 εκατομμύρια (37,8%) μη ιδρυματοποιημένοι ενήλικες στις ΗΠΑ χρησιμοποίησαν συνταγογραφούμενα οπιοειδή το 2015, και από αυτά, το 12,5% που ανέφερε κατάχρηση υποκινήθηκε από την επιθυμία ανακούφισης του σωματικού πόνου. Οι επιζώντες από καρκίνο διέτρεχαν κίνδυνο να αναπτύξουν κατάχρηση οπιοειδών λόγω της εύκολης πρόσβασης σε φάρμακα για τον πόνο που σχετίζονται με τη θεραπεία τους, ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιωμένων. Στη μετεγχειρητική διαχείριση του πόνου, οι ασθενείς είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν διαταραχή χρήσης ουσιών ανάλογα με το χρονικό διάστημα που συνταγογραφείται ένα οπιοειδές, ανεξάρτητα από τη δοσολογία. (Higashi et al 2013)

3.4.4 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Η πίεση των συνομηλίκων αναγνωρίστηκε ως κύριος παράγοντας κινδύνου για κατάχρηση οπιοειδών μεταξύ μαθητών γυμνασίου σε περιβάλλοντα ανάρρωσης. Διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες (π.χ. πρόσβαση σε παράνομα ναρκωτικά, συμμετοχή σε οργανωμένο αθλητισμό και στέγαση εκτός πανεπιστημιούπολης), επηρεάζουν την κατάχρηση οπιοειδών μεταξύ των φοιτητών, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή χρήσης ουσιών. Η συμμετοχή σε αθλήματα υψηλής επαφής (π.χ. ποδόσφαιρο, χόκεϊ), αύξησε τον κίνδυνο σωματικών τραυματισμών (π.χ. κατάγματα, διάστρεμμα/διάταση μυών ή διάσειση), που μπορεί να οδηγήσει σε κατάχρηση ουσιών για ανακούφιση από τον πόνο. Οι αθλητές που υπέστησαν τραυματισμούς βρέθηκε ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μη συνταγογραφούμενης κατάχρησης οπιοειδών. (Sin et al 2013)

3.4.5 Οικογενειακό ιστορικό

Το οικογενειακό ιστορικό ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη διαταραχής χρήσης ουσιών μπορεί να είναι ένας συνδυασμός γενετικής κληρονομικότητας και/ή οικιακών περιβαλλοντικών παραγόντων (π.χ. έκθεση/διαθεσιμότητα ουσίας στο σπίτι και ομαλοποίηση της χρήσης ουσιών από μέλη της οικογένειας). Ένα οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ουσιών ή διαταραχής χρήσης ουσιών αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα ένα παιδί να κάνει χρήση ουσιών. Η διαθεσιμότητα παράνομων ουσιών στο σπίτι κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχής χρήσης ουσιών σε έναν νεαρό ενήλικο. Οι σχέσεις μητέρας-παιδιού αποδείχθηκε ότι επηρεάζουν την κατάχρηση οπιοειδών μεταξύ νεαρών ενηλίκων, με χαμηλή αμοιβαία προσκόλληση που σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο κατάχρησης οπιοειδών. Οι γονείς μπορεί να μην γνωρίζουν ότι τα παιδιά τους κάνουν κατάχρηση των συνταγογραφούμενων ουσιών των μελών της οικογένειας και ότι αυτή η κακή χρήση από τα παιδιά οδηγεί σε διαταραχή χρήσης ουσιών. (Haddad et al 2014)

3.4.6 Κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες

Οι παράγοντες κινδύνου υπό τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες μπορεί να είναι είτε δημογραφικοί (π.χ. φυλή, σεξουαλικότητα και ταυτότητα φύλου) είτε κοινωνικοοικονομικοί (π.χ. εισόδημα και επίπεδο εκπαίδευσης). Για παράδειγμα, σε σύγκριση με λευκούς έφηβους της ίδιας ηλικίας, οι Λατινοαμερικανοί και οι μαύροι έφηβοι διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο για κατάχρηση οπιοειδών, με τους Ισπανόφωνους έφηβους να είναι δύο φορές πιο πιθανό να κάνουν κατάχρηση οπιοειδών από τους λευκούς συνομηλίκους. Επιπλέον, τα παιδιά των ιθαγενών Αμερικανών που είχαν υψηλή αντιληπτή συχνότητα φυλετικών διακρίσεων ήταν πιο πιθανό να κάνουν κατάχρηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Θεωρώντας την ταυτότητα φύλου ως παράγοντα κινδύνου, οι διεμφυλικοί νέοι είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχή χρήσης ουσιών σε σχέση με τους συνομηλίκους τους με ισόφυλο φύλο. Μεταξύ των νεαρών ενηλίκων, η έλλειψη στέγης και ορισμένης ταυτότητας φύλου (π.χ. λεσβία, ομοφυλόφιλος, αμφιφυλόφιλος, τρανς ή queer) θέτουν επίσης το άτομο σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής χρήσης ουσιών. Άλλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (π.χ. ανεργία και χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης) μπορεί να οδηγήσουν σε κατάχρηση ουσιών. (Ahn et al 2013)

3.4.7 Θλίψη και απώλεια

Σε όλα τα στάδια της ζωής, το πένθος και η απώλεια (π.χ. διαζύγιο, θάνατος στενής οικογένειας ή φίλου) μπορεί να οδηγήσει σε κατάχρηση ουσιών. Για τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, η απώλεια ενός στενού συγγενή ή φίλου οδηγεί σε κατάθλιψη και τελικά σε διαταραχή χρήσης ουσιών μαζί με παρουσία άλλων παραγόντων (π.χ. κοινωνική απομόνωση, σωματική ακινησία και μοναξιά). Οι ηλικιωμένοι που δεν διατηρούν τις δικές τους ανάγκες (π.χ. προσωπική υγιεινή, διατροφή και βασική υγιεινή) λόγω αυτοπαραμέλησης διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο κατάχρησης

συνταγογραφούμενων φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων των οπιοειδών. (Economou et al 2013)

3.4.8 Ανώτερη εκπαίδευση

Διάφοροι παράγοντες (π.χ., διαθέσιμο εισόδημα, διαθεσιμότητα, ακαδημαϊκή πίεση και κακή κρίση) θέτουν τους φοιτητές κάθε ηλικίας σε μεγαλύτερο κίνδυνο για διαταραχή χρήσης ουσιών. Συγκεκριμένα, γυναίκες κολεγίου που υπέστησαν τραύμα και διαγνώστηκαν με διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης οπιοειδών που οδηγούσαν σε διαταραχή χρήσης ουσιών. Οι μαθητές σε ορισμένα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. νοσηλευτές και κάτοικοι αναισθησιολογίας), διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχή χρήσης ουσιών με πιο συχνή κατάχρηση οπιοειδών. Οι μαθητές με κακή ακαδημαϊκή επίδοση και οι μαθητές εκτός πανεπιστημιούπολης ήταν πιο πιθανό να κάνουν κατάχρηση οπιοειδών από τους συνομηλίκους τους με υψηλότερες επιδόσεις στην πανεπιστημιούπολη. (Ahmadi 2016)

3.4.9 Στρατιωτική θητεία

Τα μέλη της στρατιωτικής θητείας και οι βετεράνοι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο διαταραχής χρήσης ουσιών λόγω πολλών παραγόντων (π.χ. PTSD, χρόνιος πόνος και ψυχική υγεία). Το στρατιωτικό προσωπικό που σκότωνε στη μάχη ήταν πιο πιθανό να έχει προβλήματα ψυχικής υγείας και να αναπτύξει διαταραχή χρήσης ουσιών ιδιαίτερα κατάχρησης αλκοόλ. Παρόμοια με τους μη βετεράνους, οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες (π.χ. μικρότερη ηλικία, χαμηλότερο εισόδημα και λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης) συσχετίστηκαν με την κατάχρηση οπιοειδών μεταξύ των βετεράνων. (Nixon et al 2010)

3.4.10 Επαγγελματίες υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας (π.χ. φαρμακοποιοί, νοσηλευτές, οδοντίατροι και αναισθησιολόγοι) έχουν υψηλότερο κίνδυνο κατάχρησης οπιοειδών κυρίως λόγω της πρόσβασης και της διαθεσιμότητας ουσιών στα επαγγέλματά τους, καθώς και του κινδύνου τραυματισμού λόγω εργασίας. Οι μεγάλες βάρδιες εργασίας και ο σωματικός τραυματισμός στην εργασία προσδιορίστηκαν συγκεκριμένα ως παράγοντες κινδύνου διαταραχής χρήσης ουσιών για τους νοσηλευτές. Μεταξύ όλων των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η έλλειψη εκπαίδευσης ευαισθητοποίησης για τη διαταραχή χρήσης ουσιών στο σχολείο μεταφράστηκε σε αυξημένο κίνδυνο στο επάγγελμα, όπως και η τάση να αντιμετωπίζεται η διαταραχή χρήσης ουσιών ως προσωπική και ηθική αποτυχία εντός του επαγγέλματος, παρά όλες τις ενδείξεις για το αντίθετο. Οι θέσεις εργασίας που σχετίζονται με την αναισθησία διέτρεχαν ιδιαίτερα κίνδυνο κατάχρησης οπιοειδών σε σύγκριση με άλλους τύπους εργαζομένων στον τομέα της υγείας. (Kirk Morton et al 2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

4.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Καθώς οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής παλεύουν με το επίμονο κοινωνικό και οικονομικό κόστος της κατάχρησης ουσιών και άλλων επικίνδυνων συμπεριφορών, η ανάγκη για πρόληψη παραμένει προφανής. Υπάρχει επείγουσα ανάγκη να εντοπιστούν καινοτόμοι τρόποι για την κάλυψη των αναγκών ενός αυξανόμενου αριθμού ασθενών με διαταραχή χρήσης ουσιών. Ο εντοπισμός παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την ηλικία για την ανάπτυξη διαταραχής χρήσης ουσιών είναι σημαντικός για την αναγνώριση των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο. Απαιτείται μια ολοκληρωμένη λίστα παραγόντων κινδύνου σε κάθε ηλικιακή ομάδα για την ανάπτυξη εργαλείων προσυμπτωματικού ελέγχου ειδικά για την ηλικία που μπορούν να εντοπιστούν έγκαιρα τα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο. Δεδομένης της έλλειψης επαγγελματιών υγείας συμπεριφοράς, οι προληπτικοί έλεγχοι μπορούν να πραγματοποιηθούν από εκπαιδευμένο μη ιατρικό προσωπικό με γνώσεις για τα άτομα, τις οικογένειές τους και τους φίλους τους. Η χρήση μιας αναπτυξιακής προσέγγισης για την αξιολόγηση κινδύνου θα επιτρέψει επίσης στους κλινικούς γιατρούς να αναπτύξουν προσαρμοσμένες παρεμβάσεις, εκπαίδευση και συστήματα υποστήριξης για άτομα που διατρέχουν κίνδυνο να αναπτύξουν διαταραχή χρήσης ουσιών. (Malliori et al 2013)

Δεδομένου ότι οι στρατηγικές πρωτοβάθμιας πρόληψης μπορεί να μειώσουν τον αριθμό των ατόμων που αναπτύσσουν διαταραχή χρήσης ουσιών, προτείνεται μια προσέγγιση μετριασμού του κινδύνου στην πρωτογενή πρόληψη διαταραχής χρήσης ουσιών με βάση τις ηλικιακές ομάδες, η οποία θα επιτρέψει στους κλινικούς ιατρούς να εξετάζουν τους αναπτυξιακούς στρεσογόνους παράγοντες για κάθε ομάδα. (Malliori et al 2013)

4.2 ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σε περιβαλλοντικό επίπεδο, ορισμένοι παράγοντες φάνηκαν δυνητικά σχετικοί με την προσθήκη υπηρεσιών πρόληψης και προβολής. Ο πρώτος παράγοντας που αναμένεται να διευκολύνει τέτοιες προσθήκες ήταν η τοπική ευμάρεια, καθώς η διαθεσιμότητα πόρων συχνά υποστηρίζει πιο γενναιόδωρα δημόσια αγαθά (π.χ. οι πλούσιες περιοχές έχουν καλύτερες δημοτικές υπηρεσίες). Ο δεύτερος δυνητικά σημαντικός παράγοντας ήταν ο ανταγωνισμός. Προηγούμενα στοιχεία από νοσοκομεία δείχνουν ότι ο ανταγωνισμός ενθαρρύνει ευρύτερες προσφορές υπηρεσιών. Αυτό συνάδει με την τάση των οργανισμών να ανταποκρίνονται στις περιβαλλοντικές πιέσεις με στρατηγικές που αποσκοπούν στη μείωση της εξάρτησης από οποιαδήποτε πηγή εισοδήματος. Εάν οι οργανισμοί γενικά προσθέτουν υπηρεσίες για να ανταποκριθούν στον ανταγωνισμό με τρόπους τέτοιους ώστε να διαφοροποιήσουν τη βάση εσόδων τους, οι μονάδες θεραπείας που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο ανταγωνισμό ενδέχεται να *απέχουν* από την προσθήκη πρόληψης και προβολής. (Hibell 2012)

Οι σχέσεις με άλλους οργανισμούς είναι ένα άλλο ζωτικό στοιχείο των περιβαλλόντων μονάδων. Δύο βασικοί τύποι εξωτερικών συνεργατών είναι οι πληρωτές και οι μητρικοί οργανισμοί. Για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης συμπεριφοράς, ένας ολοένα και πιο σημαντικός τύπος πληρωτών είναι η διαχειριζόμενη φροντίδα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι μονάδες κατάχρησης ουσιών που ασχολούνται με τη διαχειριζόμενη φροντίδα μειώνουν ορισμένες υπηρεσίες, αν και δεν έχουν υπάρξει παρόμοια ευρήματα από άλλους τομείς υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, καμία συγκεκριμένη πρόβλεψη δεν ήταν κατάλληλη για την επίδραση της διαχειριζόμενης φροντίδας στην πιθανότητα προσθήκης πρόληψης ή προσέγγισης. Λόγω του πλέον εξέχοντος ρόλου της διαχειριζόμενης φροντίδας στη συμπεριφορική υγεία αυτός ο παράγοντας συμπεριλαμβανεται στη βιβλιογραφία. (Kurtz et al 2012)

Οι οργανισμοί μπορεί επίσης να βασίζονται σε μητρικούς οργανισμούς που επηρεάζουν τις αποφάσεις τους σχετικά με τις υπηρεσίες. Ένα σημαντικό κίνητρο για

διαφοροποίηση είναι η συμπλήρωση των υφιστάμενων υπηρεσιών. Τα νοσοκομεία γενικά δεν έδωσαν ιστορικά έμφαση στην πρόληψη και την προσέγγιση. Αντιμέτωποι με την αυξανόμενη πίεση να γίνουν περισσότερο προσανατολισμένοι στην πρόληψη και την κοινότητα, μπορεί να έχουν ενθαρρύνει τις μονάδες να προσθέσουν τέτοιες υπηρεσίες. Αντίθετα, οι μονάδες που εδρεύουν σε κέντρα ψυχικής υγείας ενδέχεται να είναι λιγότερο πιθανό να προσθέσουν πρόληψη και προσέγγιση, επειδή αυτές οι υπηρεσίες αποτελούν μέρος των υφιστάμενων χαρτοφυλακίων των μητρικών οργανισμών. (Ahn et al 2013)

4.3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

4.3.1 πρωτοβάθμια πρόληψη

Η αποτελεσματική πρωτοβάθμια πρόληψη αναγνωρίζει τον επιπολασμό και τις επιπτώσεις που προκαλούνται από συνυπάρχουσες διαταραχές και εστιάζει στη μείωση των παραγόντων κινδύνου και στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων που σχετίζονται στενότερα με το πρόβλημα που αντιμετωπίζεται. Αυτή η προσέγγιση βοηθά τους επαγγελματίες να παρέχουν τις κατάλληλες συμβουλές και θεραπεία. Λόγω της αμφίδρομης φύσης αυτών των καταστάσεων, οι προσπάθειες που αποτρέπουν τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών θα μειώσουν τον επιπολασμό των καταστάσεων ψυχικής υγείας και αντίστροφα. (Wainwright et al 2015)

Οι στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης στοχεύουν στη μετατόπιση της εστίασης «ανοδικά» βοηθώντας τους ανθρώπους. Για παράδειγμα, η ενθάρρυνση των ανθρώπων να αποφεύγουν πρόωρα ή βαριά χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών μπορεί να συμβάλει στη μείωση της προσωπικής και κοινωνικής δυσλειτουργίας, των προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας και της ανάγκης για περίπλοκες παρεμβάσεις μέσω των συστημάτων υγείας, νομικής και δικαιοσύνης. (Wainwright et al 2015)

Με την ενίσχυση και την υποστήριξη προσωπικών και κοινωνικών προστατευτικών παραγόντων, μειώνεται η πιθανότητα οι άνθρωποι, ιδιαίτερα οι νέοι, να εμπλακούν σε

προβληματική χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, προάγοντας έτσι την ψυχική και σωματική υγεία και βελτιώνοντας τις ευκαιρίες ζωής τους. (Ahmadi 2016)

Οι προστατευτικοί παράγοντες για τους νέους περιλαμβάνουν:

- διατήρηση θετικών σχέσεων με τους γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας
- απόλαυση του σχολείου
- την ολοκλήρωση του σχολείου ή την αποχώρησή τους για να ακολουθήσουν μονοπάτια απασχόλησης
- τη σταθερή προσκόλληση σε πρότυπα ενηλίκων εκτός σπιτιού (όπως δάσκαλοι, αθλητικοί προπονητές και/ή ηγέτες νέων)
- την ανάπτυξη ψυχαγωγικών αναζητήσεων προσανατολισμένων στο μέλλον
- τη ζωή σε κοινότητες με χαμηλότερα επίπεδα χρήσης ναρκωτικών.

4.3.2 Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια πρόληψη

Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση των βλαβών που σχετίζονται με τη διπλή διάγνωση και τη συννοσηρότητα μέσω της αποτελεσματικής δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. (Sin et al 2013)

Η δευτεροβάθμα πρόληψη επιδιώκει τον εντοπισμό παραγόντων κινδύνου και πρώιμων προειδοποιητικών σημείων μέσω προληπτικού ελέγχου για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, με αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των περιπτώσεων διαταραχής ή ασθένειας. (Higashi et al 2013)

Η τριτοβάθμια πρόληψη εστιάζει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση καταστάσεων και στην πρόληψη της επανεμφάνισής τους, καθώς και στην αντιμετώπιση της αμοιβαίας και σύνθετης επίδρασης της αυτοθεραπείας ή της υποθεραπείας. (Higashi et al 2013). Πιο συγκεκριμένα η τριτοβάθμιας πρόληψη αφορά την προσπάθεια κοινωνικής επανένταξης των πρώην χρηστών και την προσπάθεια τους να αποτελέσουν κομμάτι του κοινωνικού συνόλου μέσω της εργασίας, των σχέσεων και τη πλήρους αποδοχής τους στους κόλπους της κοινωνίας.

Μια άλλη βασική προτεραιότητα για τους ειδικούς ιατρούς και υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι να ακολουθήσουν μια προσέγγιση «χωρίς λάθος πόρτα». Αυτό διασφαλίζει ότι τα άτομα που παρουσιάζονται για υποστήριξη ή θεραπεία σε έναν ειδικό μπορούν επίσης να υποβληθούν σε θεραπεία για την πάθησή τους διπλής διάγνωσης από άλλο ειδικό ή πολλούς ειδικούς. (Ahmadi 2016)

Οι υπηρεσίες που υιοθετούν μια προσέγγιση «χωρίς λάθος πόρτα» δεσμεύονται να διασφαλίσουν ότι οποιαδήποτε πόρτα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης θα οδηγήσει ένα άτομο στη θεραπεία που είναι κατάλληλη για αυτούς. (Ahmadi 2016)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ (ΟΚΑΝΑ)

5.1 Η ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ Ο.ΚΑ.ΝΑ

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/93, που ψηφίστηκε από το σύνολο του Κοινοβουλευτικού Σώματος και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995.

Είναι ένα αυτοδιοικούμενο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, που τελεί υπό την εποπτεία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο ΟΚΑΝΑ έχει ως κύριους σκοπούς:

- το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.
- τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπεριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού.
- την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης. (okana, 2011)

Οι κυριότερες δράσεις των Κέντρων Πρόληψης, που έχει ιδρύσει ο ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση Α' και Β' βαθμού, στο διάστημα αυτό ήταν οι εξής :

- Περισσότερες από 1.645 παρεμβάσεις στην Α'/θμια εκπαίδευση. Πρόκειται για μακρόχρονες και βραχύχρονες δράσεις σε δασκάλους, νηπιαγωγούς και μαθητές.
- Περισσότερες από 1.287 παρεμβάσεις στην Β'/θμια εκπαίδευση. Πρόκειται για μακρόχρονες και βραχύχρονες δράσεις σε καθηγητές.
- Περισσότερες από 1.377 παρεμβάσεις σε γονείς. Πρόκειται για μακρόχρονες και βραχύχρονες δράσεις σε γονείς.

- Περισσότερες από 1.433 παρεμβάσεις σε ομάδες εφήβων. Πρόκειται για μακρόχρονες και βραχύχρονες δράσεις σε έφηβους και νέους εντός ή εκτός σχο¬λικού πλαισίου.
- Περισσότερες από 213 παρεμβάσεις στις Ένοπλες Δυνάμεις. Οι παρεμβάσεις αυτές υλοποιούνται σε ομάδες Στελεχών (Αξιωματικών - Υπαξιωματικών) και κληρωτών (Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας, κλπ).
- Περισσότερες από 545 εκδηλώσεις - ημερίδες.
- Περισσότερες από 136 παρεμβάσεις σε εθελοντές. Οι παρεμβάσεις υλοποιούνται με το στόχο οι ομάδες αυτές να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην πρόληψη ως πολλαπλασιαστές - διευκολυντές.
- Περισσότερες από 1.201 παρεμβάσεις στην Ευρύτερη Κοινότητα. Απευθύνονται σε ΜΜΕ, Φοιτητές, Επαγγελματίες Υγείας, στελέχη Αστυνομίας, κ. α. . (ΕΚΤΕΠΝ 2019)

Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκαν μία σειρά από εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και προγράμματα για το προσωπικό που στελεχώνει τα Κέντρα Πρόληψης, οι οποίες συνοψίζονται ως εξής:

- Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) πραγματοποίησε 34 εκπαιδεύσεις με 466 συμμετοχές από στελέχη, ένα συμπόσιο (συμμετείχαν περίπου 200 στελέχη) και ένα συνέδριο.
- Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) πραγματοποίησε 6 εκπαιδεύσεις με 149 συμμετοχές από στελέχη προερχόμενα από 51 Κέντρα Πρόληψης και τον ΟΚΑΝΑ..

Τέλος, προκειμένου να βελτιωθούν οι υπηρεσίες των Κέντρων Πρόληψης αλλά και να πλαισιωθεί περισσότερο αποτελεσματικά η λειτουργία τους, προωθήθηκαν οι εξής νέες δράσεις :

- Κατάρτιση Σχεδίου Κώδικα Δεοντολογίας Στελεχών Πρόληψης.
- Κατάρτιση Σχεδίου Προδιαγραφών Πιστοποίησης Φορέων Πρόληψης για ένταξή τους στο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης ΟΚΑΝΑ.
- Κατάρτιση Προδιαγραφών Στελέχωσης και Οργανογράμματος Λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω στοιχεία, ο ΟΚΑΝΑ είναι ένας πραγματικός στυλοβάτης για την ενεργή υποστήριξη, λειτουργία, προώθηση και βελτίωση της οργάνωσης και λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης μέσα από μία σειρά από ποικίλες παρεμβάσεις και δράσεις σε διαφορετικά επίπεδα . (ΕΚΤΕΠΝ 2019.)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η κατάχρηση ουσιών αποτελεί πρόκληση για κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης λόγω της επιδείνωσης της επίδρασης των ναρκωτικών και του αλκοόλ όχι μόνο στην κατάσταση υγείας, αλλά και στην ικανότητα διατήρησης κοινών κοινωνικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων στέγασης. Έτσι, τα άτομα με μακροχρόνια κατάχρηση ουσιών μπορεί να εξαρτώνται όλο και περισσότερο από τη βοήθεια του κοινού. Όταν βασικές προσωπικές ανάγκες όπως η διατροφή και η προσωπική υγιεινή δεν μπορούν πλέον να καλυφθούν με την υποστήριξη της κατ' οίκον φροντίδας, αυτά τα άτομα συνήθως τοποθετούνται σε οίκους ευγηρίας, καθώς αυτά είναι τα μόνα ιδρύματα που προσφέρουν μόνιμη φροντίδα. Η πρόσφατη νομοθεσία περί υγειονομικής περίθαλψης επέκτεινε την κάλυψη για υπηρεσίες συμπεριφορικής υγείας (ψυχική υγεία και διαταραχή χρήσης ουσιών), αυξάνοντας τις ελπίδες για αυξημένη πρόσβαση και θεραπεία για αυτές τις καταστάσεις. Ιστορικά, η κάλυψη των υπηρεσιών υγείας συμπεριφοράς ήταν πιο δαπανηρή και λιγότερο ολοκληρωμένη από την κάλυψη για άλλες καταστάσεις υγείας. Ο νόμος περί ισοτιμίας και ισότητας ψυχικής υγείας του 2008 απαιτούσε από τους ιδιωτικούς ασφαλιστές που προσφέρουν ομαδικά προγράμματα (σε 51 ή περισσότερους υπαλλήλους) να διασφαλίζουν ότι τα οφέλη για την ψυχική υγεία και την κατάχρηση ουσιών δεν είναι πιο περιοριστικά από εκείνα για την ιατρική και χειρουργική περίθαλψη. Επιπλέον, ο νόμος για την προσιτή περίθαλψη περιλάμβανε τη συμπεριφορική υγειονομική περίθαλψη ως ένα από τα δέκα βασικά οφέλη υγείας που επιβάλλονται στην ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη και αύξησε την επιλεξιμότητα. (Economou et al 2013)

Αυτά τα στοιχεία του νόμου για την προσιτή περίθαλψη αναμενόταν να αυξήσουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας συμπεριφοράς διευρύνοντας την κάλυψη τόσο στη δημόσια όσο και στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Αν και η διευρυμένη ασφαλιστική κάλυψη μείωσε τα οικονομικά εμπόδια στη συμπεριφορική υγειονομική περίθαλψη και οδήγησε σε μέτριες αυξήσεις στη θεραπεία. Απαιτείται αύξηση του εργατικού δυναμικού της συμπεριφοράς στον τομέα της υγείας για να καλύψει τον αριθμό των προσφάτως καλυπτόμενων ατόμων που αναζητούν αυτές τις υπηρεσίες. (Haddad et al 2014)

Οι Νοσηλευτές Ψυχιατρικής Ψυχικής Υγείας (PMHNPs) μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των ελλείψεων εργατικού δυναμικού στον τομέα της συμπεριφοράς. Αρκετές μελέτες διαπίστωσαν ότι η φροντίδα που παρέχεται από Νοσηλευτές είναι υψηλής ποιότητας και οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα για την υγεία της συμπεριφοράς. Μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η οποία απέδωσε 14 εργασίες για τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές στην προηγμένη πρακτική, διαπίστωσε ότι οι υπηρεσίες τους απέφεραν θετικά αποτελέσματα, ειδικά στην ανίχνευση αναγκών ψυχικής υγείας σε περιβάλλοντα μη ψυχικής υγείας. (Haddad et al 2014)

Ωστόσο, οι πόροι δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης είναι σπάνιοι, και υπάρχει μια συνεχής συζήτηση για το ποιος πρέπει να δοθεί προτεραιότητα. Η τοποθέτηση σε μόνιμο ίδρυμα περίθαλψης είναι ένα από τα πιο ακριβά μέτρα σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και θα πρέπει να είναι ένα αποτελεσματικό βήμα, είτε καλύπτοντας ανάγκες που δεν μπορούν να ικανοποιηθούν με άλλους τρόπους είτε αντικαθιστώντας μέτρα που είναι εξίσου ακριβά. Ως εκ τούτου, η ανάγκη για φροντίδα αξιολογείται διεξοδικά σε κάθε ασθενή και οι πελάτες έχουν λάβει κανονικά διάφορες προσφορές στο παρελθόν, συμπεριλαμβανομένης της κατ' οίκον φροντίδας και της δημοτικής στέγασης που υποστηρίζεται από κοινωνικούς λειτουργούς. Ωστόσο, η υγειονομική περίθαλψη και η κοινωνική πρόνοια είναι πολύπλοκα συστήματα και οι οικονομικές πηγές μπορεί να είναι δημοτική, κρατική ή ιδιωτική χρηματοδότηση. Δεν υπάρχει υπερβολική καταγραφή των διαθέσιμων υπηρεσιών, των παρεχόμενων υπηρεσιών ή των σχετικών δαπανών. (Economou et al 2013)

Το κίνητρο για αλλαγή είναι ένα βασικό συστατικό της διαδικασίας αλλαγής συμπεριφοράς καθώς καθοδηγεί και διατηρεί τη συμπεριφορά που σχετίζεται με το στόχο. Μια προσέγγιση για την αλλαγή κινήτρων και επακόλουθη συμπεριφορά είναι η Παρακινητική Συνέντευξη, που εισήχθη από τον William Miller το 1983 για να βοηθήσει άτομα με προβλήματα αλκοόλ να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους στο αλκοόλ. Η προσέγγιση αναπτύχθηκε περαιτέρω στη δεκαετία του 1990 σε «Ένα στυλ συνεργασίας συνομιλίας για την ενίσχυση των κινήτρων και της δέσμευσης ενός ατόμου για αλλαγή» . Η κινητήρια συνέντευξη στοχεύει να διερευνήσει και να επιλύσει την αμφιθυμία που μπορεί να έχουν οι άνθρωποι σχετικά με τη συμπεριφορά

υγείας υπέρ της αλλαγής. Ενθαρρύνει τους ανθρώπους να πουν γιατί και πώς θα μπορούσαν να αλλάξουν και σχετίζεται τόσο με ένα στυλ σχέσης με τους άλλους όσο και με ένα σύνολο δεξιοτήτων για τη διευκόλυνση αυτής της διαδικασίας. Οι τέσσερις αλληλεπικαλυπτόμενες διαδικασίες περιλαμβάνουν: 1) τη συμμετοχή σε μια εργασιακή σχέση. 2) εστίαση σε ένα πρόβλημα που πρέπει να αλλάξει. 3) πρόκληση της επιθυμίας του ατόμου να αλλάξει. 4) προγραμματισμός της αλλαγής. Το 1997 ένας διεθνής οργανισμός εκπαιδευτών ίδρυσε το «The Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT)» με στόχο να βελτιώσει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής και των διαβουλεύσεων για την παροχή επαγγελματιών Παρακινητικών Συνεντεύξεων. Ο οργανισμός έχει αναπτυχθεί και εκπροσωπεί 35 χώρες και 26 γλώσσες, γεγονός που καταδεικνύει την παγκόσμια δημοτικότητα αυτής της παρέμβασης. Ορισμένες ανασκοπήσεις αναφέρουν θετικά αποτελέσματα για την Παρακινητική Συνέντευξη και προτείνουν ότι θα μπορούσε να είναι χρήσιμη για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων συμπεριφοράς και ενώ άλλες είναι πιο προσεκτικοί στα συμπεράσματα και τις συστάσεις τους. (Kirk Morton et al 2013)

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν παρεμβάσεις αλλαγής συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της κινητήριας συνέντευξης, για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να αλλάξουν ή να προσαρμόσουν τη συμπεριφορά τους. Ωστόσο, δεν είναι σαφές για ποια προβλήματα συμπεριφοράς και για ποιους πληθυσμούς η Παρακινητική Συνέντευξη είναι πιο ωφέλιμη, ή σε ορισμένες περιπτώσεις, όπου υπάρχουν ενδείξεις ότι δεν υπάρχει αποτέλεσμα ή πιθανή βλάβη. (Kirk Morton et al 2013)

Στην περίπτωση που παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα οι πρώτοι που θα πρέπει να το συνειδητοποιήσουν είναι οι γονείς. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να τους ενημερώσει για τις συμπεριφορές που δηλώνουν ανησυχία οι οποίες είναι:

Αλλαγή στη συνολική νοοτροπία, στάση και στην προσωπικότητα του παιδιού χωρίς να υπάρχει άλλη αναγνωρίσιμη αιτία.	Ξαφνικές εξάρσεις υπερευαισθησίας, θυμού.
Αλλαγές στους φίλους, νέοι χώροι στους οποίους συχνάζει το παιδί, αποφυγή των παλιών φίλων.	Ευερεθιστότητα ή νευρικότητα.
Αλλαγή δραστηριοτήτων.	Παρανοϊκές σκέψεις .
Πτώση των βαθμών στο σχολείο η της απόδοσης στην εργασία.	Υπερβολική ανάγκη για απομόνωση.
Απώλεια ενδιαφέροντος για την οικογένεια.	Μυστικοπάθεια ή ύποπτη συμπεριφορά.
Δυσκολία στη συγκέντρωση, μνήμη.	Εμπλοκή σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα.
Απώλεια κινήτρων, ενέργειας και αυτοεκτίμησης.	Ανειλικρίνεια.
Κατοχή σχετικών για χρήση φαρμάκων και ουσιών.	Ανεξήγητη ανάγκη χρημάτων, κλοπή.

Οι βασικές αρχές σχεδιασμού και εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων πρόληψης τις οποίες ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει όταν συμμετέχει στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτοβάθμιας πρόληψης ως μέλος της επαγγελματικής ομάδας ψυχικής υγείας είναι:

«Η πρόληψη είναι μια σύνθετη και μακρόχρονη διαδικασία που στοχεύει στην ανάδειξη και συνειδητοποίηση των αιτιολογικών παραγόντων της χρήσης».	«Η γνώση για τις συνέπειες της χρήσης δεν αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την αποφυγή της».
«Η πρόληψη δεν είναι υπόθεση μόνο των ειδικών αλλά απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα)».	«Το περιεχόμενο και η μεθοδολογία εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των πληθυσμιακών ομάδων στις οποίες απευθύνονται, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες τους και τα αιτήματα τους όπως αυτά εκφράζονται».

«Η εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης μπορεί να έχει αποτελέσματα μόνο στο βαθμό που εντάσσεται σε ένα πλαίσιο μακρόπνοης πολιτικής της τοπικής κοινότητας αλλά και γενικότερα της χώρας».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

7.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ονοματεπώνυμο: Ι.Κ

Φύλλο: Θήλυ

Ημερομηνία γέννησης:12/09/1992

Ηλικία: 30

Διάγνωση: φαρμακευτική δηλητηρίαση

Οικογενειακή Κατάσταση: άγαμη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γυναίκα ασθενής ηλικίας 30 ετών η οποία είναι χρήστης ινδικής κάνναβης από 8ετίας προσήλθε στα επείγοντα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών και νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική παρουσιάζοντας τα εξής συμπτώματα:

- υπνηλία,
- παραισθήσεις
- πλήρη σύγχυση.

Η ασθενής διεγνώσθη με Φαρμακευτική δηλητηρίαση μετά από λήψη 4 ταμπλετών HYPNOSTEDON.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	**Αντικειμενικός Σκοπός**	**Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας**	**Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας**	**Εκτίμηση Αποτελέσματος**
Πυρετός (39° C)	Υποχώρηση του πυρετού	Τακτική λήψη ζωτικών σημείων Χορήγηση Apotel (1M) κατόπιν ιατρικής οδηγίας Τήρηση ισοζυγίου υγρών Περιποίηση του σώματος του ασθενούς	Τρίωρη Καταγραφή ζωτικών σημείων/ πυρετού Χορήγηση 1amp Apotel ενδομυϊκά Χορήγηση υγρών ανά τακτά χρονικά διαστήματα από το στόμα και χορήγηση ορού Kingers ενδοφλεβίως κατόπιν ιατρικής οδηγίας Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων και σωστό αερισμού του χώρου	Ο πυρετός υποχώρησε

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Διαρροϊκές κενώσεις	Διατήρηση οξεοβασικής ισορροπίας Πρόληψη αφυδάτωσης	Χορήγηση υγρών Εκτίμηση κενώσεων Χορήγηση κατάλληλων τροφών Παρακολούθηση για σημεία επιδείνωσης Σχολαστική καθαριότητα	Χορηγούμε υγρά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες Ελέγχουμε και καταγράφουμε τις κενώσεις στην νοσηλευτική κάρτα και ενημερώνουμε τον γιατρό για την πορεία της ασθενούς Χορηγούμε μαλακές τροφές (όπως σούπες ,ρύζι και ζελατινώδη επιδόρπια) Παρακολουθούμε για σημεία επιδείνωσης Καθαρίζουμε σχολαστικά την περινεϊκή χώρα και σκουπίζουμε καλά	Με την χορήγηση υγρών αποφεύχθηκε η αφυδάτωση Με την καταγραφή ελέγχουμε τις κενώσεις Με την κατάλληλη διατροφή οι διαρροϊκές κενώσεις υποχώρησαν Με την παρατήρηση συμβάλουμε στον έλεγχο της κατάστασης της ασθενούς

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	**Αντικειμενικός σκοπός**	**Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας**	**Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας**	**Εκτίμηση αποτελέσματος**
Ναυτία-έμετος εξαιτίας της γενικής νάρκωσης	Να ανακουφιστεί και να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας και τους εμετούς Να διατηρηθεί το ισοζύγιο υγρών	Τοποθέτηση ασθενούς σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε εμετό Μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών Καταγραφή της ποσότητας, της σύστασης και της συχνότητας των εμετών στο φύλλο νοσηλείας και τη λογοδοσία.	Τοποθετήθηκε η ασθενής σε πλάγια θέση χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι Χορηγήθηκαν υγρά (N/S 0,9%,1000 ccX2 και L/R 500ccx1) Καταγράφηκαν συνολικά 2 εμετοί στο φύλλο νοσηλείας Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο	Αποφεύχθηκε η εισρόφηση με τη σωστή θέση του σώματος-κεφαλής(πτώση επιγλωττίδας και αποφυγή εισροής των εμεσμάτων στην αναπνευστική οδό)

7.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ονοματεπώνυμο: Θ.Σ.

Φύλλο: Άρρεν

Ημερομηνία γέννησης:19/05/1990

Ηλικία: 33

Διάγνωση: Οξεία Δηλητηρίαση με οινόπνευμα (μέθη)

Οικογενειακή Κατάσταση: άγαμος

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γυναίκα ασθενής ηλικίας 33 ετών προσήλθε στα επείγοντα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών και νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική παρουσιάζοντας τα εξής συμπτώματα:

- Βραδύπνοια,
- Υποθερμία
- Έμετος.

Ο ασθενής δήλωσε ότι κατανάλωσε μεγάλη ποσότητα αλκοόλ λόγο συναισθηματικών προβλημάτων που αντιμετώπιζε τον τελευταίο καιρό και από τα οποία δεν μπορούσε να βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Υποθερμία	Αντιμετώπιση υποθερμίας Επαναφορά της θερμοκρασίας σε φυσιολογικές τιμές	Χρήση ζεστών ενδυμάτων/κουβερτών και ροφημάτων, Χρήση ζεστών ή ξηρών κομπρέσων	Κάλυψη του ασθενή με κλινοσκεπάσματα Πόση ζεστών ροφημάτων (π.χ τσάι, χαμομήλι), 3ωρη θερμομέτρηση, Εφαρμογή ζεστών κομπρέσων	Επαναφορά της θερμοκρασίας του σώματος σε φυσιολογικές τιμές (36,6 ο C)

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Βραδύπνοια	Εκτίμηση και αντιμετώπιση βραδύπνοιας	Υποβοήθηση της αναπνοής με την βοήθεια συσκευής μάσκας-ασκού	Εφαρμογή μάσκας venturi 31% Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων	Βελτίωση της βραδύπνοιας

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Έμετος	Αποφυγή τάσεων εμέτου	Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων Σωστή ενυδάτωση για την αποφυγή αφυδάτωσης Ειδική δίαιτα	Εφαρμογή αντιεμετικών φαρμάκων (π.χ. primperan κατόπιν ιατρικής οδηγίας) Εφαρμογή ορών και υγρών για ενυδάτωση Συνεννόηση με το διατροφολόγο για την παροχή ειδικού πλαισίου διατροφής	Μειωμένη επιθυμία για έμετο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στοιχεία από τη βιβλιογραφία υποδηλώνουν ότι η κατάχρηση ουσιών, τα συμπτώματα κατάθλιψης και οι υποκείμενες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες συνδέονται εγγενώς με τις ανισότητες υγείας. Οι διαταραχές χρήσης ουσιών συχνά συνυπάρχουν με άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας, αλλά η προβληματική χρήση ουσιών μπορεί επίσης να εμφανιστεί με κακή σωματική υγεία. Δεδομένης της καθιερωμένης σχέσης μεταξύ του στρες και της αντιμετώπισης και της προβληματικής χρήσης ουσιών και της αντίληψης για την υγεία, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ποιοι παράγοντες μπορούν να ανακουφίσουν τους χρήστες και να ενισχύσουν τις προσπάθειες αντιμετώπισης. Ο σκοπός στη ζωή μπορεί να παρέχει ένα πλαίσιο για τους στόχους και τις ενέργειες των ατόμων και επιτρέπει στα άτομα να προσαρμοστούν σε δύσκολες συνθήκες οργανώνοντας την κατανομή πόρων προς την περιοχή της μεγαλύτερης ανάγκης, ενισχύοντας έτσι την ικανότητα αντιμετώπισης στρεσογόνων παραγόντων, διατήρησης της ψυχολογικής υγείας και αποφυγής κινδύνου για την υγεία συμπεριφορά. Η περιβαλλοντική κυριαρχία είναι ένα άλλο συστατικό της ψυχολογικής ευημερίας. Η κυριαρχία περιλαμβάνει την «ικανότητα ενός ατόμου να επιλέγει ή να δημιουργεί περιβάλλοντα κατάλληλα για τις ψυχικές του συνθήκες». Έτσι, ένα άτομο που σημειώνει υψηλές βαθμολογίες στη μαεστρία θα εξέφραζε την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον και τις δραστηριότητές του, καθώς και να έχει την ικανότητα να ταιριάζει το περιβάλλον με τις ανάγκες του.

Η κρίση, η αντίληψη, η προσοχή και το σώμα του χρήστη θα είναι συχνά εκτός ελέγχου και η δόση είναι συνήθως πολύ μεγαλύτερη από την ιατρική σύσταση. Οι ασθένειες που σχετίζονται με ουσίες, συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης από ουσίες και της κατάχρησης ουσιών, είναι χρόνιες υποτροπιάζουσες ασθένειες που χαρακτηρίζονται από εμμονή και σωματική ή ψυχολογική εξάρτηση.

Υπάρχει επιτακτική ανάγκη να αυξηθεί ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, που διεξάγουν έρευνα για τις διαταραχές χρήσης ουσιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahmadi, J. (2016). Cannabis Induced Psychosis Treatment: An Original Approach. *J Addict Depend* 2(2): 1- 2

Ahn S., Basu R., Smith M. L., Jiang L., Lorig K., Whitelaw N., Ory M. G. (2013). The impact of chronic disease self-management programs: Healthcare savings through a community-based intervention. *BMC Public Health*, 13:1141.

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Paletakis, A., Stefanis, C. (2013). "Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece." *Journal of Affective Disorders* 145: 308-314

EMCDDA (2013). European Drug Report: Trends and Developments. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Haddad P. M., Brain C., Scott J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: Challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measures*.;5:43–62.

Hensel JM, Banayan DJ, Cheng C, Langley J, Dewa CS. (2014) Client and key worker ratings of need in first-episode psychosis early intervention programmes. *Early Interv Psychiatry* , Aug 12.

Hibell (2012). The 2011 ESPAD Report: Substance use among students in 36 countries. Stockholm, *CAN, EMCDDA*, Pompidou Group.

Higashi K., Medic G., Littlewood K. J., Diez T., Granstrom O., De Hert M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*.;3(4):200–218.

Kirk Morton N., Zubek D. (2013). Adherence challenges and long-acting injectable antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*.;51(3):13–18.

Kurtz M. M., Richardson C. L. (2012). Social cognitive training for schizophrenia: A meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophrenia Bulletin*. 38(5):1092–1104.

Malliori, M., Golna, C., Souliotis, K., Hatzakis, A. (2013). "Managing opioid dependence treatment and controlling for HIV incidence among injecting drug users in Greece: A case study of optimism in the face of adversity". *Addiction* 108 (6): 1174-1175.

Nixon, G., Hagen, B., & Peters, T. (2010). Recovery from psychosis: A phenomenological inquiry. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, 620–635.

Sin J, Norman I. (2013) Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry* 74:1145-62.

Wainwright LD, Glentworth D, Haddock G, Bentley R, Lobban F. (2015) What do relatives experience when supporting someone in early psychosis? *Psychology and Psychotherapy* 88(1):105-19.

ΕΚΤΕΠΝ (2019). Ετήσια έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα 2018. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.