



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
—ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837—

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

‘ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ – ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΛΟΓΙΑ’

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

‘ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΕ ΕΓΚΥΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΕΣ ΚΑΙ Η
ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΞΙΚΩΣΗΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ’

‘INVESTIGATION OF USAGE OF PSYCOACTIVE SUBSTANCES IN PREGNANT WOMEN UNDER
TREATMENT AND THE INFLUENCE OF TOXICITY OF THE EMBRYO’

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ (Α.Μ.20160913)

ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

1. Ηλίας Τζαβέλλας, Επίκουρος Καθηγητής (Επιβλέπων)
2. Μαρία Παναγιωτακοπούλου, Καθηγήτρια
3. Ιωάννης Ζέρβας, Καθηγητής

ΑΘΗΝΑ 2019

Περίληψη

Ψυχοτρόπες ουσίες (ή εξαρτησιογόνες ουσίες) είναι φυσικές (παίρνονται απ' ευθείας από τη Φύση), ημισυνθετικές (εξάγονται με τη χημική επεξεργασία μιας φυσικής πρώτης ύλης) ή συνθετικές (κατασκευάζονται με καθαρά χημικό και εργαστηριακό τρόπο) ουσίες που επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και προκαλούν εθισμό, μια κατάσταση δηλαδή, όπου ο χρήστης διακατέχεται από μια μη ελεγχόμενη επιθυμία χρησιμοποίησης των ουσιών αυτών, που οδηγεί σε μια ψυχική και σωματική κατάπτωση και συνοδεύεται από πολύπλοκα συμπτώματα δυσφορίας, πόνου και εξαθλίωσης.

Η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθήθηκε είναι αυτή της ποσοτικής ανάλυσης με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Η συγκεκριμένη μελέτη θα προχωρήσει και σε βιβλιογραφική διερεύνηση. Σκοπός της είναι να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των ψυχοτρόπων ουσιών και της πιθανής τοξίκωσης των εγκύων που βρίσκονται σε θεραπεία καθώς και η πιθανότητα της τοξίκωσης του εμβρύου. Το φαινόμενο της τοξίκωσης ή πιο γνωστό ως το φαινόμενο της δηλητηρίασης, είναι μια συμπεριφορά με ποικίλες εκδηλώσεις που συνδέεται με τη λήψη ψυχοδραστικών ουσιών.

Συμπερασματικά, η εργασία παρήγαγε το πόρισμα πως οι έγκυες γυναίκες και χρήστριες, πέρα από το μεγάλο σωματικό ρίσκο για τις ίδιες και το έμβρυο, καταπονούνται αρκετά και στο ψυχολογικό κομμάτι, πράγμα που μπορεί να επηρεάσει τη μετέπειτα υγεία του εμβρύου.

Λέξεις κλειδιά: χρήσεις ουσιών – έγκυες γυναίκες – δηλητηρίαση εμβρύου

ABSTRACT

Psychoactive substances are those that interfere with and modify the mental mood, causing changes in the physical functions and soul of the recipient. They are distinguished into addictive and non-addictive, depending on whether the systemic use results in the dependency of the user. Addictive substances, including among others, tobacco, alcohol, amphetamines, broad consumer tranquilizers, barbiturates and opioids, with their main representatives being morphine and heroin.

The methodological approach we have followed is the quantitative analysis of the questionnaire method. Moreover, the current study will also go further on a bibliographic inquiry. Its purpose is to investigate the relationship between psychotropic substances and the potential toxicity of pregnant woman in treatment, as well as the likelihood of the embryo's toxicity. The phenomenon of intoxication, also known as the phenomenon of poisoning, may result in a wide variety of manifestations associated with taking psychoactive substances.

Consequently, this research has led to the conclusion that pregnant women and users, beyond their own major physical risk and the embryo's, they also suffer quite a lot psychologically, which may affect the subsequent health of the fetus.

Key words : Use of substances – pregnant women – poisoning of the embryo

Περιεχόμενα

1.Εισαγωγή.....	5
2. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	7
2.1. Ψυχοδραστικές Ουσίες.....	7
2.1.1 Κατηγοριοποίηση των ψυχοδραστικών ουσιών	7
2.1.2 Κατηγορία 1 Οπιοειδείς ουσίες.....	7
2.1.3 Κατηγορία 2 Κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ.....	9
2.1.4 Κατηγορία 3 εισπνεόμενα.....	10
2.1.5 Κατηγορία 4 Διεγερτικές ουσίες.....	11
2.1.6 Κατηγορία 5 Ινδική κάνναβη.....	13
2.1.7 Κατηγορία 6 Ψευδαισθησιογόνες ουσίες.....	15
2.1.8 Κατηγορία 7 Νέες ψυχοδραστικές ουσίες.....	16
<u>2.2.....Κίνδυνοι κατά την κύηση από την χρήση ουσιών.....</u>	16
2.2.1. Χρήση Κάνναβης κατά την κύηση.....	17
2.2.2. Χρήση Κοκαΐνης και Αμφεταμινών κατά την κύηση	17
2.2.3. Χρήση Οπιοειδών κατά την κύηση	18
2.2.4. Χρήση Αλκοόλ και Καπνού κατά την κύηση	18
2.2.5. Προγεννητική φροντίδα	19
2.3 Χορήγηση υποκατάστατων κατά την εγκυμοσύνη	20
2.3.1. Χορήγηση μεθαδόνης	20
2.3.2. Χορήγηση βουπρενορφίνης.....	21
2.4 Αντιμετώπιση από τη χρήση ουσιών.....	22
2.4.1. Κοκαΐνη κατά την κύηση.....	22
2.4.2. Βενζοδιαζεπίνες κατά την κύηση	22
2.4.3. Νικοτίνη κατά την κύηση	22
2.4.4 Αλκοόλ κατά την κύηση.....	22
3 Μεθοδολογία.....	23
4. Ανάλυση Έρευνας και Δημογραφικά δεδομένα	24
5. Γενικά Συμπεράσματα	49
6. Παράρτημα 1.....	50
7. Βιβλιογραφία	56

1.Εισαγωγή

Οι ορισμοί που ακολουθούν, αποτελούν τη βάση για την κατανόηση των ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίες θα περιγραφούν στη συνέχεια :

Εθισμός: Επαναλαμβανόμενη χρήση μιας ή περισσότερων ψυχοδραστικών ουσιών σε βαθμό ώστε ο χρήστης να εκδηλώνει καταναγκασμό για λήψη της επιθυμητής ουσίας ή των ουσιών, να έχει μεγάλη δυσκολία στην εκούσια διακοπή ή τροποποίηση της χρήσης της ουσίας και να φαίνεται αποφασισμένος να εξασφαλίσει τις ψυχοδραστικές ουσίες σχεδόν με οποιοδήποτε τρόπο. Ο όρος εθισμός εστιάζει στο φαινόμενο της προοδευτικής ευαισθησίας ενός βιολογικού συστήματος σε μια ουσία που λαμβάνεται κατ' επανάληψη, ενώ ο όρος εξάρτηση σε μια ψυχολογική ή και σωματική κατάσταση χαρακτηρίζεται από την επιτακτική ανάγκη για λήψη της ουσίας σε συνεχή ή περιοδική βάση, με σκοπό να βιώσει ο χρήστης τα αποτελέσματα της δράσης της ουσίας ή να αποφύγει τη δυσφορία που προκαλεί η στέρησή της (Λιάππας,2003)²¹,(Κουτσελίνης,2002)²⁰.

Στερητικό σύνδρομο: Ομάδα συμπτωμάτων με ποικιλία μορφών και βαθμών βαρύτητας, που εκδηλώνεται με τη διακοπή ή ελάττωση μιας ψυχοδραστικής ουσίας που λαμβανόταν κατ' επανάληψη, συνήθως για παρατεταμένη περίοδο και/ή σε υψηλές δόσεις.

Αποτοξίνωση: Η σταδιακή υποχώρηση και εξάλειψη των ψυχοφυσιολογικών συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης. Τα έντονα στερητικά συμπτώματα υποχωρούν μετά από έναν αριθμό ημερών, ανάλογα με το είδος της ουσίας. Ηπιότερα συμπτώματα διατηρούνται και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Τοξίκωση: Μια κατάσταση που ακολουθεί τη λήψη μιας ψυχοδραστικής ουσίας και οδηγεί σε διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, γνώσης, αντίληψης, κρίσης, συναισθήματος ή συμπεριφοράς ή άλλων ψυχοφυσιολογικών λειτουργιών και αντιδράσεων.

Υπερβολική δόση: Η χρήση οποιασδήποτε ουσίας σε ποσότητα η οποία προκαλεί οξείες σωματικές ή ψυχικές επιδράσεις. Η σκόπιμη λήψη υπερβολικής δόσης από κάποια ουσία αποτελεί κοινό τρόπο περατωμένης αυτοκτονίας και απόπειρας αυτοκτονίας. Η θανατηφόρος δόση σε μια συγκεκριμένη ουσία διαφέρει ανάλογα με το άτομο και τις περιστάσεις.

Διπλή διάγνωση: Γενικός όρος που αναφέρεται στη συννοσηρότητα ή την κοινή εμφάνιση στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής από χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής. Συνώνυμο του αποτελεί ο όρος συννοσηρότητα.

Σύμφωνα με το Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM V) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA,2013) τα κριτήρια για τη διάγνωση διαταραχής από χρήση ουσιών είναι τα ακόλουθα:

- i) Λήψη συνεχώς αυξανόμενων ποσοτήτων κάποιας ουσίας ή για μεγαλύτερο διάστημα σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου.
- ii) Αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής ή τροποποίησης της λήψης κάποιας ψυχοδραστικής ουσίας.
- iii) Σημαντικός χρόνος σπαταλείται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την προμήθεια της ουσίας, τη χρήση της ή την ανάρρωση από τα αποτελέσματά της.
- iv) Λαχτάρα ή σφοδρή επιθυμία χρήσης της ουσίας.
- v) Επαναλαμβανόμενη χρήση που έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία ανταπόκρισης σε μείζονες υποχρεώσεις, στη δουλειά, στο σχολείο, ή το σπίτι.
- vi) Συνεχόμενη χρήση παρόλα τα επίμονα ή επαναλαμβανόμενα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα, τα οποία προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τη χρήση της ουσίας.
- vii) Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή ελαττώνονται εξαιτίας της χρήσης.
- viii) Επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας σε καταστάσεις που είναι σωματικά επικίνδυνα.
- xi) Συνεχιζόμενη χρήση παρόλη τη γνώση ύπαρξης ενός επίμονου ή επαναλαμβανόμενου σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, το οποίο μπορεί να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί εξαιτίας της ουσίας.
- x) Ανάγκη χρήσης αυξανόμενων ποσοτήτων ουσίας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος (ανοχή).

ΒΑΡΥΤΗΤΑ: Ήπια: 2-3 κριτήρια. Μέση: 4-5 κριτήρια. Βαριά: 6 ή περισσότερα κριτήρια.

Η συγκεκριμένη μελέτη θα προχωρήσει σε διερεύνηση και ανάλυση του όρου της χρήσης της ψυχοδραστικής ουσίας από έγκυο θεραπευόμενη υπό υποκαταστάση, καθώς και τις επιρροές της στην τοξίκωση του εμβρύου.

2. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1. Ψυχοδραστικές Ουσίες

2.1.1 Κατηγοριοποίηση των ψυχοδραστικών ουσιών

Οι ψυχοδραστικές ουσίες κατηγοριοποιούνται με πολλούς τρόπους ανάλογα με τη δράση τους, τη νομιμότητα της χρήσης τους ή άλλα κριτήρια. Μια ιδιαίτερα χρήσιμη ταξινόμησή τους αφορά στον τρόπο δράσης τους στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ). Σύμφωνα με αυτήν, οι κατασταλτικές ουσίες μειώνουν τα επίπεδα δραστηριότητας του νευρικού συστήματος σε αντίθεση με τις διεγερτικές ουσίες, οι οποίες αυξάνουν τη φυσιολογική δραστηριότητα του ΚΝΣ. Από την άλλη οι Ψευδαισθησιογόνες ουσίες προκαλούν ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Επίσης, περιγράφεται ο τρόπος χρήσης της κάθε ουσίας και ο τρόπος δράσης της στον οργανισμό και γίνεται μια γενικότερη αναφορά σε επιδημιολογικά στοιχεία. Στη συνέχεια αναλύεται διεξοδικά η κλινική επίδραση της κάθε ουσίας καθώς και οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της χρήσης της. Τέλος, συζητούνται τα χαρακτηριστικά του στερεητικού συνδρόμου της κάθε ουσίας καθώς και η ανάπτυξη ανοχής.

2.1.2 Κατηγορία 1 Οπιοειδείς ουσίες

Όπιο, κοινώς αφιόνι, ονομάζεται ο αποξηραμένος γαλακτώδης χυμός που προέρχεται από ένα είδος παπαρούνας που ονομάζεται μήκων η υπνοφόρος (*Papaver Somniferum*). Το όπιο περιέχει περίπου 25% αλκαλοειδή. Στην ομάδα των οπιοειδών ουσιών ανήκουν τα: α) φυσικά οπιοειδή (μορφίνη, Κωδεΐνη), β) ημισυνθετικά οπιοειδή (ηρωίνη), γ) συνθετικά οπιοειδή (πεθιδίνη, μεθαδόνη). Πρόκειται για ισχυρά αναλγητικά με κατασταλτική δράση σε πολλές εγκεφαλικές περιοχές.

Η καλλιέργεια του οπίου ξεκινά από τη Νεολιθική εποχή. Οι Σουμέριοι, οι Ασσύριοι, οι Αιγύπτιοι, οι Έλληνες, οι Ρωμαίοι και οι Άραβες έκαναν εκτενή χρήση του οπίου που την εποχή εκείνη ήταν το πιο διαδεδομένο παυσίπονο, επιτρέποντας ακόμη την περάτωση διαφόρων μικρών εγχειρήσεων. Το όπιο σε συνδυασμό με κώνειο χρησιμοποιούνταν για να αποφέρει άμεσο και ανώδυνο θάνατο. Η χρήση του ακατέργαστου οπίου συνεχίστηκε έως τον 19ο αιώνα οπότε τη θέση του πήρε η μορφίνη και τα παράγωγά της που μπορούσαν πλέον να χορηγηθούν σε ακριβή δόση. Την ίδια περίοδο (1840-1842) ξεσπά ο πόλεμος του οπίου μεταξύ Κίνας και Αγγλίας. Ο Αυτοκράτορας της Κίνας, ανήσυχος από την αυξανόμενη κατανάλωση οπίου, την οποία υποβοηθούσε το προστατευόμενο λαθρεμπόριο των Άγγλων, απαγόρευσε την εισαγωγή οπίου. Με την απόφαση αυτή 20.000 κιβώτια οπίου ρίχθηκαν στη θάλασσα, ενώ οι Άγγλοι απάντησαν με κήρυξη πολέμου. Μετά την κατάληψη της Σαγκάης οι Άγγλοι πέτυχαν τη συνθήκη του Νανκίν σύμφωνα με την οποία άνοιξαν πολλά λιμάνια για το ευρωπαϊκό εμπόριο, κι έτσι άνοιξαν οι πύλες της Κίνας στους δυτικούς.

Εκτός όμως από τον πόλεμο αυτό έγινε και δεύτερος πόλεμος του οπίου στα 1856-1860 μεταξύ Αγγλογάλλων και Κίνας. (Young, P. And Snyder, S. 1988).

Μορφίνη: Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα απομονώθηκε ένα φυσικό αλκαλοειδές του οπίου, η μορφίνη, που πήρε το όνομα της από το Μορφέα, τον θεό του ύπνου στην αρχαία ελληνική μυθολογία, και η οποία χρησιμοποιήθηκε για την ισχυρή αναλγητική δράση της αλλά και για την καταπολέμηση της οπιομανίας (Λιάππας, 2003)²⁷. Η εφεύρεση της σύριγγας το 1850 από τον Pravaz κατέστησε δυνατή την υποδόρια ένεση της μορφίνης και τη χρήση της σε ευρεία κλίμακα για την ανακούφιση τραυματιών πολέμου. Έτσι, η ανακάλυψη της μορφίνης, άλλαξε τη σχέση του ανθρώπου με τον πόνο (Μάτσα, 2001)²⁸. Η ιατρική επιστήμη μέσα από την ένεση της μορφίνης καταργεί τον σωματικό πόνο καταγράφοντας έτσι μια τεράστια επιτυχία. Η μορφίνη χρησιμοποιείται ακόμη και σήμερα σε περιπτώσεις όπου απαιτείται ισχυρή αναλγησία, όπως σε καρκινοπαθείς. Προκαλεί: α) αίσθημα ευφορίας, β) ελαφρά άρση των αναστολών, γ) επιβράδυνση της σκέψης, δ) άμβλυνση του συναισθήματος, ε) καταστολή της αίσθησης του πόνου και της αναπνευστικής λειτουργίας. Σε υψηλές δόσεις προκαλεί: σπασμούς, διέγερση, κώμα και μπορεί να επιφέρει το θάνατο (Λιάππας, 2003)²⁷.

Ηρωίνη: ή διαμορφίνη παράγεται με μικρή τροποποίηση της χημικής δομής της μορφίνης και μιμείται τη δράση των ενδορφινών. Οι ενδορφίνες (ενδογενείς μορφίνες), γνωστές ως «ορμόνες της ευτυχίας» ρυθμίζουν τον πόνο, την έκκριση ορμονών και τα συναισθήματα ευεξίας. Η ηρωίνη παράχθηκε στο τέλος του 19^{ου} αιώνα και αντικατέστησε τη φαρμακευτική χρήση της μορφίνης, ενώ χρησιμοποιήθηκε για την καταπολέμηση της μορφινομανίας. Στην αρχή προωθήθηκε στην αγορά ως μη εθιστική ουσία εξαιρετικά αποτελεσματική ως αναλγητικό και αντιβηχικό φάρμακο. Η διαπίστωση ότι η ηρωίνη είναι τρεις φορές περίπου πιο εξαρτησιογόνος από τη μορφίνη, οδήγησε στην απαγόρευση της κυκλοφορίας της. Η ηρωίνη περνά γρήγορα τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και εισέρχεται στον εγκέφαλο, όπου δεσμεύεται από τους μ-οπιοειδείς υποδοχείς. Οι άμεσες επιπτώσεις της χρήσης ηρωίνης στον οργανισμό είναι: συναίσθημα «ευφορίας» και «ηρεμίας», αναλγησία, υπνηλία, αναπνευστική καταστολή και μείωση καρδιακών παλμών, μύση, ναυτία, έμετος, μειωμένη κινητικότητα του εντέρου, καταστολή του αναπνευστικού του βήχα, υποθερμία, μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας εξαιτίας της μείωσης έκκρισης τεστοστερόνης. Η χρήση της ηρωίνης προκαλεί έντονη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Οι χρήστες οργανώνουν όλη τη ζωή τους γύρω από την ουσία, η χρήση της οποίας γίνεται πια αυτοσκοπός. Η έντονα εθιστική επίδραση της ηρωίνης αφορά όλους τους τρόπους χρήσης της, παρότι οδοί χρήσης που επιτρέπουν την πιο γρήγορη είσοδο στον εγκέφαλο αυξάνουν τον κίνδυνο εξάρτησης.

4) Μεθαδόνη: Πρόκειται για συνθετικό παράγωγο του οπίου. Η μεθαδόνη απορροφάται εύκολα από το γαστρεντερικό σύστημα και η διάρκεια της δράσης της είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από αυτήν της ηρωίνης και της μορφίνης.

Στα προγράμματα υποκατάστασης η λήψη σιροπιού μεθαδόνης καλύπτει το χρήστη για 24 ώρες. Προκαλεί έντονη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Το στερητικό της σύνδρομο είναι ηπιότερο από αυτό της ηρωίνης αλλά διαρκεί πολύ περισσότερο. Η παράλληλη χρήση της μεθαδόνης με άλλα ναρκωτικά ή αλκοόλ μπορεί να επιφέρει ακόμη και το θάνατο.

5) Κωδεΐνη: είναι ένα φυσικό αλκαλοειδές του οπίου όπως και η μορφίνη, η εθιστική της όμως και αναλγητική επίδραση είναι μικρότερη από αυτή της μορφίνης (Λιάππας,2003)²⁷ Αποτελεί ένα από τα συχνότερα συνταγογραφούμενα οπιούχα για την καταστολή του βήχα και του πόνου. Εκτός από αναλγησία προκαλεί και ευφορία.

2.1.3 Κατηγορία 2 Κατασταλτικά του ΚΝΣ

1)Βαρβιτουρικά: Τα βαρβιτουρικά έχουν υπνωτικές, αντισπασμωδικές, μυοχαλαρωτικές και ισχυρές εθιστικές ιδιότητες. Επίσης χρησιμοποιούνται ευρύτατα στην αναισθησιολογία χάριν της ιδιότητάς τους να επιφέρουν νάρκωση. Ανάλογα με τη διάρκεια της δράσης τους διακρίνονται σε: ταχείας δράσης, π.χ. θειοπεντάλη , μέσης δράσης, π.χ. πεντοβαρβιτάλη, μακράς δράσης, π.χ. φαινοβαρβιτάλη. Η φαινοβαρβιτάλη αποτελεί το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο βαρβιτουρικό (EMCDDA,2011)⁵.

Τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης από βαρβιτουρικά μοιάζουν με αυτά του συνδρόμου στέρησης από αλκοόλ και περιλαμβάνουν: ανησυχία, άγχος, αδυναμία, κοιλιακές κράμπες, ναυτία ή έμετο, αϋπνία, εφιάλτες.

Βενζοδιαζεπίνες: Χρησιμοποιούνται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του άγχους και της αϋπνίας. Οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά, ως κατασταλτικά του ΚΝΣ, επιδρούν στο γ-αμινοβουτιρικό οξύ. Η δράση του GABA είναι κατασταλτική, δηλαδή περιορίζει την εγκεφαλική δραστηριότητα. Οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά αυξάνουν το GABA προκαλώντας υπνηλία (NIDA,2011)¹². Η συμπτωματολογία του συνδρόμου στέρησης από βενζοδιαζεπίνες μοιάζει με αυτή των βαρβιτουρικών, μόνο που κυμαίνεται από ήπια μέχρι έντονη και δυνητικά απειλητική για τη ζωή. Οι βενζοδιαζεπίνες με βραχύ χρόνο ημιζωής μπορεί να προκαλέσουν στερητικό σύνδρομο με πιο σοβαρά συμπτώματα συγκριτικά με τις βενζοδιαζεπίνες μακράς δράσης. Απαιτείται ενδονοσοκομειακή νοσηλεία καθώς τα παραπάνω συμπτώματα στέρησης μπορεί να οδηγήσουν σε θάνατο. Μπορεί επίσης να συνυπάρχουν άγχος, ανησυχία, δυσφορία, ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου, αϋπνία, καθώς και συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως ταχυκαρδία, τρόμος, εφίδρωση καθώς επίσης και αντιληπτικές διαταραχές, αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση κ.λπ. Χρήση βενζοδιαζεπινών για τουλάχιστον 2 εβδομάδες απαιτεί πρόγραμμα σταδιακής διακοπής τους.

2)Αλκοόλ: Το οινόπνευμα (με βασικό συστατικό την αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη) είναι κατασταλτικό του ΚΝΣ. Η χρήση οινόπνευματος ευθύνεται για πληθώρα παθολογικών προβλημάτων και για περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη ψυχοδραστική ουσία.

Στη χώρα μας παρατηρείται σταθεροποίηση της χρήσης στον γενικό πληθυσμό, υπάρχει όμως αύξηση στους εφήβους και νέους τόσο όσον αφορά την περιστασιακή χρήση όσο και τη συστηματική χρήση (ΕΚΤΕΠΝ,2013)²⁵. Σε μικρές δόσεις η χρήση οινόπνευματος προκαλεί: μείωση των αναστολών, αίσθημα χαλάρωσης και ευεξίας .Μεγάλες δόσεις αλκοόλ (τοξίκωση) προκαλούν: ερυθρότητα προσώπου, αστάθεια στη βάδιση, αδυναμία συντονισμού. Το αλκοόλ είναι ιδιαίτερα τοξικό για τον οργανισμό. Διαλύεται εύκολα, απορροφάται γρήγορα και διεισδύει σε όλους τους ιστούς του οργανισμού προκαλώντας: εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιαγγειακά νοσήματα, κακοήγη νεοπλασμάτα, κίρρωση του ήπατος, αλκοολική γαστρίτιδα, αλκοολική παγκρεατίτιδα, κατάθλιψη, κίνδυνο αυτοκτονικής και ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς, ελλείμματα γνωστικών λειτουργιών, αμνησία, παραισθήσεις, σύνδρομο εμβρυϊκού αλκοολισμού (δυσπλασίες, νοητική έκπτωση, στερητικό σύνδρομο).

3) Ναρκωτικά συνδεδεμένα με πράξεις σεξουαλικής κακοποίησης:

Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε έξι ευρωπαϊκές χώρες (Γερμανία, Ιρλανδία, Λιθουανία, Φινλανδία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο), το 20% των γυναικών στην Ευρώπη έχουν κάποια εμπειρία σεξουαλικής επίθεσης στην ενήλικη ζωή τους (EMCDDA,2008a)⁴. Οι ουσίες που συνδέονται με περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης προστίθενται εν αγνοία του θύματος στο ρόφημά του, επειδή προκαλούν απώλεια μνήμης και αδυναμία αντίστασης. Σε αυτές συγκαταλέγονται ορισμένες βενζοδιαζεπίνες, όπως η φλουνιτραζεπάμη και το γ-υδροξυβουτυρικό οξύ (GHB). Στις περισσότερες περιπτώσεις η χρήση αυτών των ουσιών συνδυάζεται με αλκοόλ. Βέβαια, η επίδραση των περισσότερων υπνωτικών και αγχολυτικών φαρμάκων αυξάνεται με την παράλληλη χρήση αλκοόλ.

2.1.4 Κατηγορία 3 Εισπνεόμενα

Οι εισπνεόμενες ουσίες είναι πτητικά αέρια που λαμβάνονται από τη μύτη και το στόμα, με την εισπνοή των αναθυμιάσεων που προκαλούν (και όχι των ίδιων των ουσιών). Αποτελούν βιομηχανικά προϊόντα που προορίζονται για διάφορες χρήσεις (οικιακές, βιοτεχνικές, βιομηχανικές κ.ά.). Στις εισπνεόμενες ουσίες περιλαμβάνονται κόλλες, πετρελαϊκά προϊόντα (πετρελαϊκός αιθέρας, βενζίνη, κηροζίνη κ.λπ.), καθαριστικά (στεγνό καθάρισμα κ.λπ.), διάφοροι διαλύτες (π.χ. ασετόν, μπλάνκο, διαλυτικό μπογιάς), ψυκτικά και αεροζόλ (αποσμητικά χώρου, λακ, αποσμητικά, κρέμα σαντιγί σε σπρέι). Λόγω της ταχείας απορρόφησης των ουσιών αυτών από τους πνεύμονες, η έναρξη της τοξίκωσης είναι ταχεία (συνήα εντός πέντε λεπτών) και η διάρκεια της είναι μικρή (περίπου σε μισή ώρα έχουμε υποχώρηση των συμπτωμάτων). Η τοξίκωση χαρακτηρίζεται από: ζάλη, αίσθημα ευφορίας, διανοητική σύγχυση, έκπτωση της κρίσης, επιθετικότητα, εριστική συμπεριφορά, επιβραδυνόμενη ομιλία, αστάθεια, τρόμο, νυσταγμό, διπλωπία ή θάμβος όρασης, μείωση αντανακλαστικών, γενικευμένη μυϊκή αδυναμία.

2.1.5 Κατηγορία 4 Διεγερτικές ουσίες

1) Η κοκαΐνη περιέχεται στα φύλλα του φυτού κόκα (Erythroxylon coca), το οποίο ευδοκίμει στα μεγάλα υψόμετρα των Περουβιανών και Βολιβιανών Άνδεων. Η κοκαΐνη είναι ένα ισχυρό διεγερτικό του ΚΝΣ, το οποίο αυξάνει τα επίπεδα της νευροδιαβιβαστής ουσίας ντοπαμίνη στα εγκεφαλικά κέντρα που ρυθμίζουν την ευχαρίστηση και την κίνηση (NIDA,2010b, 2014a)^{11,19}. Από τα φύλλα του φυτού κόκα παράγεται με υποτυπώδη κατεργασία μια ομογενοποιημένη μάζα, η οποία ονομάζεται πάστα κοκαΐνης.

Η κοκαΐνη είναι μία λευκή, άοσμη σκόνη που συνήθως εισπνέεται από τη μύτη σε δόσεις 10-30 mg την ημέρα. Μπορεί όμως να διαλυθεί και να γίνει ενέσιμη. Η ελεύθερη βάση της κοκαΐνης (κρακ) είναι αδιάλυτη στο νερό. Γι' αυτό τον λόγο το κρακ συνήθως καπνίζεται μαζί με μαριχουάνα ή θερμαίνεται και εισπνέεται ο καπνός του σε ειδικές γυάλινες πίπες. Έτσι, περνά στην κυκλοφορία του αίματος διαμέσου των πνευμόνων. Το όνομά «κρακ» οφείλεται στον χαρακτηριστικό ήχο που προκαλεί όταν θερμαίνεται. Επίσης, η κοκαΐνη μπορεί να αναμειχθεί με ηρωίνη («speedball»), ένας συνδυασμός αρκετά επικίνδυνος, που μπορεί να επιφέρει ακόμη και θάνατο. Η ένταση και η διάρκεια της επίδρασης της κοκαΐνης εξαρτάται από τον τρόπο λήψης της. Η ενέσιμη λήψη της και το κάπνισμα έχουν άμεση και πολύ έντονη επίδραση στον χρήστη, γιατί μεταφέρουν την κοκαΐνη στην κυκλοφορία του αίματος και στον εγκέφαλο στιγμιαία. Έτσι, η συναισθηματική ευφορία που προκαλείται παράγεται πιο σύντομα αλλά διαρκεί λίγο, δηλαδή από πέντε έως δέκα λεπτά. Αντίθετα, η επίδραση της εισπνεόμενης κοκαΐνης διαρκεί δεκαπέντε με τριάντα λεπτά (NIDA,2013)⁸. Συνήθως η χρήση της κοκαΐνης γίνεται σε μεγάλες ποσότητες για μικρά χρονικά διαστήματα και όχι καθημερινά. Αρκετά συχνά το διάστημα της επαναλαμβανόμενης χρήσης της διαρκεί ώρες ή και μέρες και ακολουθείται από διάστημα αποχής μερικών ημερών.

Οι επιπτώσεις από τη μακροπρόθεσμη χρήση κοκαΐνης είναι οι εξής: Χρόνια ρινική καταρροή, ρινική αιμορραγία, διάτρηση των ρινικών μεμβρανών και του διαφράγματος, απώλεια της αίσθησης της όσφρησης, ανορεξία και σημαντική απώλεια βάρους, διαταραχές του ύπνου, αρρυθμίες, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιομυοπάθεια, έμφραγμα του μυοκαρδίου, μείωση της ικανότητας για συγκέντρωση, μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας, ανικανότητα, σε περίπτωση εγκυμοσύνης αποβολή, αιμορραγίες, πρόωρος τοκετός και γέννηση νεκρού εμβρύου, σωματικές δυσπλασίες, άγχος, κρίσεις πανικού, κατάθλιψη και αυτοκτονικός ιδεασμός, ψύχωση, κοινωνικά προβλήματα εξαιτίας βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς-ιδίως σε χρήση κρακ από περιθωριοποιημένες ομάδες ατόμων. Η οξεία τοξίκωση και οι χρόνιες επιπτώσεις πολύ συχνά οδηγούν χιλιάδες χρήστες κοκαΐνης στο ΤΕΠ κάποιου νοσοκομείου (EMCDDA,2014)⁶.

Σύνδρομο στέρησης εξάρτηση από την κοκαΐνη είναι ψυχολογική. Το στερητικό σύνδρομο εξελίσσεται σε τρεις φάσεις (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων): στην πρώτη φάση κυριαρχεί η κατάθλιψη, το άγχος, η μεγάλη επιθυμία για χρήση, το αίσθημα κόπωσης και μεγάλη όρεξη, στη δεύτερη φάση εμφανίζεται

ανηδονία, άγχος και έντονο αίσθημα στέρησης του φαρμάκου, ενώ στην τρίτη φάση μετά από 1-10 εβδομάδες η επιθυμία για χρήση της ουσίας εμφανίζεται περιοδικά κατά περιπτώσεις.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του συνδρόμου είναι τα εξής: κατάθλιψη, άγχος, έντονη επιθυμία για χρήση (craving), αίσθημα κόπωσης, δυσάρεστα όνειρα, διαταραχές του ύπνου, αύξηση της όρεξης και ψυχοκινητική διέγερση ή καταστολή.

2)Αμφεταμίνες – Μεταμφεταμίνες: Η αμφεταμίνη και η μεθαμφεταμίνη αυξάνουν τα επίπεδα της ντοπαμίνης, μιας νευροδιαβιβαστικής ουσίας η οποία βρίσκεται στις περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν την κίνηση, το συναίσθημα, τη βούληση και την ευχαρίστηση (NIDA,2014a)¹⁸. Η αμφεταμίνη είναι γνωστή στους χρήστες ως «σπιντ», «fast», «uppers», «μαύρη καλλονή», «μπλουζ» και η μεθαμφεταμίνη ως «μέθ», «πάγος» (ice), «σπιντάκι», «γυαλί», «κρύσταλλο» κ.ά. Πρόκειται για άσπρη, άοσμη σκόνη η οποία είτε καπνίζεται (αναμεμειγμένη με καπνό) είτε εισπνέεται από τη μύτη είτε διαλύεται και γίνεται ενέσιμη είτε λαμβάνεται από το στόμα. Ένα μικρό ποσοστό της σκόνης αυτής είναι καθαρή αμφεταμίνη ή μεθαμφεταμίνη. Το υπόλοιπο συχνά περιέχει τοξικές ουσίες ιδιαίτερα επιβλαβείς στον οργανισμό. Επίσης, εμφανίζεται και σε μορφή μικρών, συμπαγών κομματιών. Κατά την ενέσιμη χρήση τους, αν δεν έχουν διαλυθεί πολύ καλά, οι ουσίες αυτές μπορεί να προκαλέσουν θρομβώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα και σε κάποιες περιπτώσεις τον θάνατο. Σαν ενέσιμο διάλυμα ή όταν καπνίζονται έχουν άμεση επίδραση, η οποία διαρκεί αρκετές ώρες σε αντίθεση με την κοκαΐνη, της οποίας η δράση σταματά πολύ πιο σύντομα (SHAMSHA,1999)²² (NIDA,2013a)¹³. Η κατάποση των ουσιών επιδρά μετά από 15-20 λεπτά, ενώ η εισπνοή επιδρά μέσα σε 3-5 λεπτά. Η επίδραση των αμφεταμινών στο ΚΝΣ εξαρτάται από την ποσότητα της ουσίας και τον τρόπο χρήσης της (Λιάππας,2003)²⁷,(SHAMHSA,1999)²². Σε μέτριες δόσεις προκαλούν αίσθημα ευεξίας, διαύγειας και όξυνση της πνευματικής λειτουργίας. Υπό την επήρειά τους οι χρήστες συχνά βιώνουν μια προσωρινή ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους και αισθάνονται ιδιαίτερη ενεργητικότητα καθώς μειώνουν την ανάγκη για ύπνο, την κούραση και την πείνα. Σε μεγάλες δόσεις δημιουργούν ένα απότομο και βίαιο συναίσθημα ευφορίας. Μετά από μια περίοδο παρατεταμένης χρήσης, το άτομο οδηγείται στην πλήρη εξάντληση. Η χρόνια χρήση μπορεί να προκαλέσει σημαντικές οργανικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο. Μελέτες σε χρόνιους χρήστες έχουν δείξει ότι τα άτομα παρουσιάζουν σοβαρές δομικές και λειτουργικές αλλαγές σε περιοχές του εγκεφάλου, οι οποίες συνδέονται με τη συγκίνηση και τη μνήμη. Ως αποτέλεσμα, σε πολλούς χρήστες παρατηρούνται διάφορα συναισθηματικά, γνωστικά και μαθησιακά προβλήματα (NIDA,2013a)¹⁴.

3)Νικοτίνη: Μέχρι το 1492, όταν ο Χριστόφορος Κολόμβος ανακάλυψε την Αμερική, το φυτό του καπνού –κύριο συστατικό του οποίου είναι η νικοτίνη-παρέμενε άγνωστο στους Ευρωπαίους.

Πεντακόσια χρόνια αργότερα 650.000 Ευρωπαίοι πεθαίνουν πρόωρα εξαιτίας της κατανάλωσης καπνού κάθε χρόνο (European Commission 2004), ενώ υπολογίζεται ότι ο αριθμός των καπνιστών υπερβαίνει το ένα δισεκατομμύριο παγκοσμίως (WHO,2011)²³. Στα Βαλκάνια η καλλιέργεια του καπνού ξεκίνησε το 16ο αιώνα. Στην Ελλάδα καλλιεργήθηκαν για χρόνια τα φημισμένα καπνά της ποικιλίας «τσεμπέλια» στην Αιτωλοακαρνανία και «μπασμά» στη Μακεδονία αλλά και άλλες ποικιλίες.

Η ψυχότροπος επίδραση της νικοτίνης βιώνεται με διαφορετικό τρόπο από άτομο σε άτομο ή και από το ίδιο το άτομο κάτω από διαφορετικές συνθήκες. Σε γενικές γραμμές, επικρατεί η αντίληψη ότι η νικοτίνη δρα διεγερτικά ή ηρεμιστικά ανάλογα με την προϋπάρχουσα ψυχική διάθεση. Έτσι, οι χρήστες συχνά αναφέρουν ότι η νικοτίνη προκαλεί αίσθημα χαλάρωσης ή ευφορίας, μειώνει το άγχος και βοηθά στην καλύτερη επεξεργασία των πληροφοριών. Παράλληλα αυξάνονται ο σφυγμός και η αρτηριακή πίεση. Τα άτομα που κάνουν για πρώτη φορά χρήση νικοτίνης παρουσιάζουν συχνά ναυτία ή έμετο. Η χρόνια χρήση νικοτίνης συνδέεται με: στεφανιαία νόσο, καρκίνο του πνεύμονα, του φάρυγγα, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστης, της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του παγκρέατος, χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες, αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου, βρεφική θνησιμότητα και εμβρυϊκές επιπλοκές κατά την κύηση .

4)Καφεΐνη: Στην Ευρώπη ο καφές πέρασε από τη Βενετία, η οποία διατηρούσε ισχυρές εμπορικές σχέσεις με τον αραβικό κόσμο μόλις τον 17ο αιώνα, ενώ η Αμερική γνώρισε τον καφέ μόλις στις αρχές του 18ου αιώνα. Η Ελλάδα, σαν τμήμα της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας, δοκίμασε τον καφέ πριν από την υπόλοιπη Ευρώπη.

Η προέλευση του τσαγιού είναι κινέζικη (2737 π. Χ.). Οι Πορτογάλοι έφεραν το τσάι στην Ευρώπη. Το έτος 1618 μ. Χ. οι Κινέζοι έστειλαν στον τσάρο Αλέξανδρο σαν δώρο, τσάι. Κατά το 18ο αιώνα το τσάι της Κίνας έγινε το πρώτο “παγκόσμιο” προϊόν. Παρότι στα φύλλα του τσαγιού η περιεκτικότητα καφεΐνης είναι περίπου 3.5%, ένα φλιτζάνι τσάι είναι πιο ελαφρύ από ένα αντίστοιχο φλιτζάνι καφέ, γιατί χρησιμοποιείται μικρότερη ποσότητα για την παρασκευή του.

Η καφεΐνη προκαλεί τόσο ανοχή όσο και εξάρτηση (ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ,2003)²⁴. Καθημερινή κατανάλωση 300 mg καφεΐνης (περίπου 4 φλιτζάνια καφέ) μπορεί να προκαλέσει στερεοτικά συμπτώματα όπως: ανησυχία, ευερεθιστότητα, αίσθημα κόπωσης, έντονη κεφαλαλγία. Σε μεγαλύτερες δόσεις προκαλούνται: ταχυκαρδία, εμβοές, τρόμος, αϋπνία, γαστρεντερικά προβλήματα.

2.1.6 Κατηγορία 5 Ινδική Κάνναβη

Η κάνναβη είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία παγκοσμίως. Προέρχεται από το φυτό cannabis sativa. Το βασικό ψυχοδραστικό της συστατικό είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC).

Από την ινδική κάνναβη παρασκευάζονται φάρμακα για ορισμένες ασθένειες, όπως το γλαύκωμα, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νευρική ανορεξία, κάποιες μορφές καρκίνου, το AIDS κ.λπ. Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλούν τα στοιχεία περί αυξημένης δραστηριότητας της φυτικής κάνναβης καθώς και η χρήση συνθετικών κανναβινοειδών (EMCDDA,2014a)⁷.

Ιστορικά στοιχεία : Η κάνναβη είναι φυτό αυτοφυές σε πολλές περιοχές της γης εξαιτίας της μεγάλης ικανότητας προσαρμογής του σε διάφορες κλιματολογικές συνθήκες. Έχει χρησιμοποιηθεί από τα αρχαία χρόνια στη μαγειρική, στην ιατρική και στην οικιακή βιοτεχνία για την παρασκευή υφασμάτων, σχοινιών κ.λπ. (Λιάππας,2003)²⁷. Σύμφωνα με τον Ηρόδοτο οι αρχαίοι Σκύθες χρησιμοποιούσαν το φυτό για τις ευφορικές του ιδιότητες, ενώ θεραπευτικές του ιδιότητες περιγράφονται από τον Πλούταρχο και τον Γαληνό. Κατά την εποχή της Βυζαντινής και της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας η χρήση του ήταν διαδεδομένη στους μουσουλμανικούς πληθυσμούς της Μ. Ασίας, της Συρίας και της Κωνσταντινούπολης. Στη Γαλλία χρησιμοποιήθηκε από μια ομάδα διάσημων καλλιτεχνών (Μπαλζάκ , Μπωντλαίρ , Ντελακρουά, Δουμάς κ.ά.), γνωστή ως «λέσχη των χασισοποτών», με στόχο την αύξηση της δημιουργικότητας περίπου στα μέσα του 19ου αιώνα. Η λέσχη αυτή είχε βέβαια ελιτίστικο και όχι περιθωριακό χαρακτήρα. Στην Ελλάδα η χρήση της κάνναβης ήταν συχνή σε περιθωριοποιημένες κοινωνικές ομάδες στις αρχές του 20ού αιώνα, συνδέθηκε με το ρεμπέτικο τραγούδι και απαγορεύτηκε το 1920. Από το 2000 περίπου πολλές Ευρωπαϊκές χώρες περιόρισαν τις ποινές που επιβάλλουν για το αδίκημα της απλής χρήσης ή κατοχής. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, η δημόσια συζήτηση για τον έλεγχο της κάνναβης στην Ευρώπη τείνει να θέτει στο στόχαστρο περισσότερο την προμήθεια και τη διακίνηση της ουσίας παρά τη χρήση της (EMCDDA,2014)⁶.

Όταν η κάνναβη καπνίζεται, περνά γρήγορα από τους πνεύμονες στην κυκλοφορία του αίματος και στη συνέχεια στον εγκέφαλο. Όταν η λήψη γίνεται από το στόμα η επίδραση της κάνναβης ξεκινά περίπου 30 λεπτά αργότερα. Η τετραϋδροκανναβινόλη συνδέεται με τους κανναβινοειδείς υποδοχείς, οι οποίοι υπάρχουν σε μεγαλύτερη πυκνότητα σε περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν την ευχαρίστηση, τη μνήμη, τη σκέψη, τη συγκέντρωση, τις αισθήσεις και την αντίληψη του χρόνου καθώς και τον συντονισμό της κίνησης (NIDA,2012a, 2014b)¹⁶.

Η ονομασία «μαριχουάνα» αποδίδεται συνήθως στα αποξηραμένα μέρη του φυτού (φύλλα, άνθη, βλαστοί, σπόροι) ενώ η ονομασία «χασίς» υποδηλώνει παρασκεύασμα ρητίνης του φυτού. Η ρητίνη (φούντα) αποξηραίνεται και στη συνέχεια συμπιέζεται σχηματίζοντας σκουρόχρωμες πλάκες χασίς, γνωστές ως «μαύρο» εξαιτίας του χρώματός τους. Το χασισέλαιο αποτελεί συμπυκνωμένο προϊόν της ουσίας υψηλής περιεκτικότητας. Η κάνναβη συνήθως καπνίζεται με ή χωρίς προσθήκη κοινού καπνού σε ένα στριφτό τσιγάρο, πίπα, ή ναργιλέ. Επίσης, χρησιμοποιείται για την παρασκευή γλυκών και ροφημάτων.

Τα είδη της κάνναβης, αν και μοιάζουν μορφολογικά μεταξύ τους, παρουσιάζουν και σημαντικές διαφορές με κυριότερη την περιεκτικότητα του κάθε είδους σε ορισμένες δραστικές ουσίες, όπως είναι η τετραϋδροκανναβινόλη (THC) – η ψυχοδραστική ουσία της κάνναβης.

Τα συνθετικά κανναβινοειδή μιμούνται τη δράση της κάνναβης παρότι έχουν διαφορετική χημική σύσταση (EMCDDA,2014a)⁷. Τα προϊόντα αυτά παρασκευάζονται από συνθετικές χημικές ουσίες οι οποίες εισάγονται στην Ευρώπη και στη συνέχεια αναμειγνύονται με ή ψεκάζονται σε αποξηραμένα βότανα και συσκευάζονται προς πώληση σαν νόμιμα διεγερτικά στο διαδίκτυο ή σε καταστήματα («smartshops» ή «headshops»). Οι συνθετικές αυτές ουσίες διακρίνονται για την ιδιαίτερα υψηλή δραστικότητα με αποτέλεσμα μια μικρή ποσότητά τους να οδηγεί στην παρασκευή χιλιάδων προϊόντων συνθετικών κανναβινοειδών. Η άμεση επίδραση στον οργανισμό περιλαμβάνει : αίσθημα ευεξίας, ευφορίας και χαλάρωσης ,όξυνση της αισθητηριακής αντιληπτικότητας όλων των αισθήσεων (π.χ. βλέπει τα χρώματα πιο λαμπερά), αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας, αίσθημα βραδύτητας του χρόνου, υπνηλία (κυρίως όταν η χρήση δεν γίνεται σε ομαδικό πλαίσιο), ξηροστομία, αίσθημα πείνας ιδιαίτερα για γλυκά, μείωση της ικανότητας για βραχυπρόθεσμη μνήμη, μείωση της ικανότητας προσοχής, κρίσης και άλλων γνωστικών λειτουργιών, μειωμένο συντονισμό κινήσεων και ικανότητα ισορροπίας, αύξηση του καρδιακού ρυθμού, ψυχωσικά επεισόδια. (NIDA,2012a)¹⁷, (NIDA2014b)²⁰.(Λιάππας,2003)²⁷. Η μακροπρόθεσμη χρήση κάνναβης περιλαμβάνει: μείωση της ικανότητας μνήμης και των μαθησιακών ικανοτήτων, διαταραχές ύπνου, εξάρτηση, χρόνιο βήχα, βρογχίτιδα, αυξημένο κίνδυνο για σχιζοφρένεια, αυξημένο κίνδυνο αγχώδους διαταραχής, κατάθλιψης και συνδρόμου έλλειψης κινήτρων (Amotivational syndrome). Χρόνιοι χρήστες κανναβινοειδών μπορεί να εμφανίσουν το «σύνδρομο έλλειψης κινήτρων» με συμπτώματα: κοινωνική απόσυρση ,απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητα (ακόμη και όσον αφορά την κάλυψη των καθημερινών αναγκών), αδυναμία επίτευξης μακροχρόνιων στόχων. (NIDA,2012a)¹⁷.

2.1.7 Κατηγορία 6 Ψευδαισθησιογόνες Ουσίες

Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται ουσίες που επηρεάζουν σημαντικά τις ανώτερες πνευματικές λειτουργίες της αντίληψης, της σκέψης και των συναισθημάτων. Ονομάζονται ψευδαισθησιογόνες, γιατί προκαλούν ψευδαισθήσεις. Επίσης είναι γνωστές ως ψυχεδελικές ουσίες (από τις λέξεις «ψυχή» και «δηλώ» ως αναφορά στις ψυχοδελωτικές τους, δηλαδή αποκαλυπτικές της ψυχής ιδιότητες) και ως παραισθησιογόνες ουσίες, γιατί προκαλούν παραισθήσεις.

Ιστορικά τα ψευδαισθησιογόνα φυτά έχουν χρησιμοποιηθεί σε θρησκευτικές τελετουργίες για να προκαλέσουν αποστασιοποίηση από την πραγματικότητα καθώς και «οράματα», τα οποία πίστευαν ότι πρόσφεραν μυστικιστική ενόραση ή ότι βοηθούσαν την επαφή με ένα πνευματικό κόσμο ή μια «ανώτερη δύναμη» (NIDA,2014c)²¹.

Τη δεκαετία του 1960 η χρήση των ψευδαισθησιογόνων συνδέθηκε με τα νεανικά κινήματα της εποχής που αναζητούσαν σε αυτές τρόπους διεύρυνσης της συνείδησης, έκφρασης του ασυνειδήτου και επίτασης της δημιουργικότητας.

Επιδρούν σε κέντρα του εγκεφάλου στα οποία δρα ο νευροδιαβιβαστής σεροτονίνη (NIDA,2014c)²¹. (Λιάππας,2003)²⁷ προκαλώντας σοβαρές αλλοιώσεις της αντίληψης και ψευδαισθητικά βιώματα όπως: αυξημένη αισθητηριακή αντιληπτικότητα (οι ήχοι ακούγονται πιο έντονοι και τα χρώματα φαίνονται πιο λαμπερά), υποκειμενικό αίσθημα της αύξησης των διανοητικών δραστηριοτήτων, διαφοροποιημένη αντίληψη του σωματικού εγώ, π.χ. σώμα με πολύ μικρό πόδι ή χέρι), ασαφή όρια του εγώ, με αποτέλεσμα το άτομο να μην μπορεί να οριοθετήσει τον εαυτό του από τον περιβάλλοντα χώρο, παραποιημένη αντίληψη του χώρου και του χρόνου (το άτομο αισθάνεται ότι ο χρόνος επιταχύνεται ή κυλάει πολύ αργά), αίσθηση απώλειας ελέγχου της σκέψης, διασταύρωση των αισθήσεων: οι αισθήσεις μπερδεύονται, π.χ. ήχοι ή μουσική γίνονται αντιληπτά με συγκεκριμένο χρώμα ή σχήμα («ηχηρά χρώματα», «χρωματιστοί ήχοι»). Οι χρήστες περιγράφουν τα ψευδαισθητικά βιώματα υπό την επήρεια της ουσίας ως «ταξίδια».

2.1.8 Κατηγορία 7 Νέες Ψυχοδραστικές Ουσίες

Νέες ψυχοδραστικές ουσίες είναι όλες οι ψυχοτρόπες ουσίες, οι οποίες δεν ελέγχονται από την ενιαία σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα ναρκωτικά του 1961 ή τη σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών του 1971 αλλά ενδέχεται να απειλούν τη δημόσια υγεία εξίσου σοβαρά με τις ουσίες οι οποίες περιλαμβάνονται στις εν λόγω συμβάσεις. Η υψηλή δραστικότητα των νέων συνθετικών ουσιών περιπλέκει την ανίχνευσή τους, επειδή οι συγκεντρώσεις τους στο αίμα είναι πολύ χαμηλές (EMCDDA2014)⁶. Η εμφάνιση υψηλής δραστικότητας συνθετικών ουσιών δυσχεραίνει και το έργο των διωκτικών αρχών, αφού ακόμη και μικροποσότητες των ουσιών αυτών μπορούν να μετατραπούν σε μεγάλο αριθμό δόσεων. Στην Ευρώπη ο ρυθμός εμφάνισης των ουσιών αυτών, οι οποίες κυκλοφορούν στην παράνομη αγορά ως «νόμιμα διεγερτικά», αυξάνεται συνεχώς. Κατά το έτος 2013 κοινοποιήθηκαν 81 νέες ψυχοδραστικές ουσίες μέσω του συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ανεβάζοντας τον αριθμό των παρακολουθούμενων ουσιών σε περισσότερες από 350 (EMCDDA2014)⁶. Οι κύριες ομάδες των νέων ψυχοδραστικών περιλαμβάνουν τα συνθετικά κανναβινοειδή και τις συνθετικές καθινόνες. Η διαθεσιμότητα των ουσιών αυτών μέσω του διαδικτύου αλλά και εμπορικών καταστημάτων (“headshops”, “smartshops”) ή αυτοσχέδιων καταστημάτων σε μεγάλες μουσικές διοργανώσεις καθιστούν την πρόσβαση στις συγκεκριμένες ουσίες ιδιαίτερα εύκολη.

2.2 Κίνδυνοι κατά την κύηση από τη χρήση ουσιών

Είναι σημαντικό για το ιατρικό προσωπικό να γνωρίζει ότι μερικές από τις επιδράσεις της χρήσης κάποιων ναρκωτικών ουσιών κατά την κύηση παρουσιάζουν ομοιότητες μεταξύ τους και σε μεγάλο βαθμό δεν αποτελούν αποκλειστικό γνώρισμα μιας συγκεκριμένης ουσίας.

Για παράδειγμα, ενδομήτρια αναπτυξιακή καθυστέρηση και πρόωρος τοκετός συμβάλλουν στην αύξηση της έλλειψης βάρους κατά τη γέννηση και την αύξηση των ποσοστών της περιγεννητικής θνησιμότητας. Οι συνέπειες αυτές είναι πιθανό να οφείλονται σε πολλαπλούς παράγοντες σχετιζόμενους με δυσμενείς κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες, συμπεριλαμβανομένου και του καπνίσματος (Kaltenbach & Finnegan, 1997). Όπως προαναφέρθηκε, μεγάλες πιθανότητες διακοπής της κύησης κατά τα πρώιμα στάδια αυτής, καθώς και ρήξη του πλακούντα κατά το τρίτο εξάμηνο εμφανίζονται ως σημαντικές επιπλοκές της χρήσης κοκαΐνης από τη μητέρα. Αυξημένες τιμές θνησιγένειας (stillbirth), νεογνικού θανάτου και βρεφικού συνδρόμου αιφνιδίου θανάτου έχουν βρεθεί σε εγκύους που κάνουν χρήση κοκαΐνης. Οι μητέρες που κάνουν χρήση ηρωίνης έχουν υψηλότερες πιθανότητες να γεννήσουν μικρόσωμα μωρά και να γεννήσουν πρόωρα, ακόμα και όταν συνεκτιμώνται άλλοι πιθανοί παράγοντες, οι οποίοι συντελούν σε αυτές τις περιπτώσεις. Επίσης, η χρήση κοκαΐνης, οπιοειδών και πιθανώς και άλλων ναρκωτικών ουσιών κατά την κύηση, μπορεί συχνά να οδηγήσει σε στερητικό σύνδρομο από οπιοειδή των νεογνών (EMCDDA, 2012)⁵. Για παράδειγμα, έρευνες στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ότι το 68% των βρεφών, τα οποία γεννήθηκαν από μητέρες, οι οποίες έκαναν χρήση οπιοειδών κατά την εγκυμοσύνη, παρουσιάζουν νεογνικό στερητικό σύνδρομο από οπιοειδή (Scottish Executive, 2006). Τα συμπτώματα στερητικού συνδρόμου από οπιοειδή στα νεογνά χαρακτηρίζονται από σημάδια ευερεθιστότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος, γαστρεντερικές δυσλειτουργίες, αναπνευστικά προβλήματα και άλλα πιο γενικευμένα συμπτώματα, όπως φτέρνισμα και πυρετός. Σύμφωνα με το EMCDDA (2012)⁵, όλες οι ψυχοτρόπες ουσίες, συμπεριλαμβανομένων του αλκοόλ, του καπνού και κάποιων συνταγογραφούμενων φαρμάκων, μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην έγκυο, το έμβρυο και το νεογνό. Ωστόσο, διαφορετικές ουσίες επιδρούν με διαφορετικό τρόπο. Οι διαφορές αυτές μπορεί να οφείλονται και σε άλλους παράγοντες πέρα από τη χρήση κάποιας ουσίας, όπως στη γενικά κακή κατάσταση της υγείας της εγκύου, την κακή διατροφή, καθώς και στο πόσο συχνή είναι η χρήση ουσιών κατά την κύηση.

2.2.1 Χρήση Κάνναβης κατά την κύηση

Αρκετές έρευνες (Ολλανδία), οι οποίες έχουν εξετάσει τόσο τις βραχυπρόθεσμες όσο και τις μακροχρόνιες επιδράσεις της χρήσης κάνναβης κατά την κύηση, αναφέρουν ότι η χρήση της μπορεί να συντελέσει σε (α) αποβολή, (β) χαμηλό βάρος του νεογνού, (γ) νοσηρότητα του εμβρύου (π.χ. μειωμένη ανάπτυξη του εμβρύου, μικρότερο μέγεθος του κρανίου του, μειώσεις στον πλακούντα και καρδιακές δυσλειτουργίες) και (δ) αναπτυξιακά προβλήματα κατά την παιδική ηλικία (π.χ. επιθετικότητα και προβλήματα προσοχής) (EMCDDA, 2012).

2.2.2 Χρήση Κοκαΐνης και Αμφεταμινών κατά την κύηση

Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη χρήση της κοκαΐνης και των αμφεταμινών κατά τη διάρκεια της κύησης παρουσιάζουν τις αρνητικές επιδράσεις από τη χρήση των ουσιών αυτών (EMCDDA, 2012).

Αυτές αναφέρονται σε μειωμένη επάρκεια αίματος στην περιοχή του πλακούντα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης καθώς και σε αποκόλληση του πλακούντα, ενδομήτριο θάνατο και πρόωρο τοκετό κατά το τρίτο τρίμηνο. Επίσης, έχει παρατηρηθεί καθυστέρηση στην ανάπτυξη του εμβρύου και μειωμένη περίμετρος εγκεφάλου, αύξηση των περιπτώσεων του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (sudden infant death syndrome), καθώς και κάποιες διαταραχές συμπεριφοράς κατά τα δύο πρώτα έτη ζωής του βρέφους.

2.2.3 Χρήση οπιοειδών κατά την κύηση κατά την κύηση

Αποτελέσματα ερευνών (Γερμανία, Αυστρία) αναφέρουν ότι η πιθανότητα τερατογεννέσεων, λόγω χρήσης οπιοειδών, είναι μικρότερη σε σχέση με ανάλογες επιπτώσεις, που μπορεί να προκαλέσει η χρήση αλκοόλ ή καπνού (EMCDDA, 2012). Δυσμενείς επιπτώσεις κατά την κύηση και τον τοκετό από τη χρήση οπιοειδών περιλαμβάνουν (α) την ανεπαρκή ανάπτυξη του εμβρύου και ειδικότερα του σκελετού του εμβρύου (π.χ. προγεννητική δυστροφία και μικροεγκεφαλία), (β) τον ενδομήτριο θάνατο, (γ) τον πρόωρο τοκετό, (δ) τις ανωμαλίες στις αναπνευστικές κινήσεις, (ε) τα αναπνευστικά προβλήματα και (στ) το νεογνικό στερητικό σύνδρομο (neonatal opioids withdrawal syndrome ή αλλιώς neonatal abstinence syndrome). Επίσης, έχουν παρατηρηθεί αυξημένες πιθανότητες συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου και καθυστέρηση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης του βρέφους κατά το πρώτο έτος ζωής. Η ύπαρξη μικροκεφαλία κατά τη γέννηση μπορεί να παραμείνει σε μερικά παιδιά και μετέπειτα στη ζωή τους και να συντελέσει στην ύπαρξη ήπιας νοητικής υστέρησης. Οι έγκυες που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ουσιών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από κάποια ασθένεια, η οποία μεταδίδεται μέσω του αίματος, καθώς και να μεταδώσουν την ασθένεια αυτή στο έμβρυο (Gyarmathy, Giraudon, Hedrich, Montanari, Guarita, & Wiessing, 2009). Ο ιός της ηπατίτιδας C (hepatitis C virus-HCV) μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο παιδί κατά την κύηση και τον τοκετό, αλλά όχι και μέσω του θηλασμού (EMCDDA, 2012). Επίσης, μετά από συστηματική παρατήρηση σε παγκόσμιο επίπεδο της μεταδοτικότητάς του από τη μητέρα στο νεογνό αναφέρεται ότι αυτή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την παρουσία του ιού της ηπατίτιδας C στο αίμα της μητέρας, καθώς και από το αν η μητέρα έχει επίσης προσβληθεί από τον ιό ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV - Human Immunodeficiency Virus) (Thomas, Newell, Peckham, Ades, & Hall, 1998). Για παράδειγμα, στις εγκύους που έχουν προσβληθεί από τον ιό HIV και τον ιό της ηπατίτιδας C, η πιθανότητα μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας C μπορεί να φτάσει και το 41%, ενώ η πιθανότητα μετάδοσης του ιού HIV είναι επίσης μεγάλη.

2.2.4 Χρήση αλκοόλ και καπνού κατά την κύηση

Η κατάχρηση αλκοόλ έχει συνδεθεί ερευνητικά με μια πληθώρα πιθανών προβλημάτων κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τη γέννηση του μωρού. Οι αρνητικές επιπτώσεις από την κατάχρηση αλκοόλ αφορούν επιπλοκές όπως (α) χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση, (β) αποβολή,

(γ) προγεννητική θνησιμότητα, (δ) εμβρυϊκή νοσηρότητα, (ε) πρόωρο τοκετό, (στ) αναπτυξιακή ανεπάρκεια του εμβρύου, (ζ) νεογνικό στερεοτικό σύνδρομο και (η) αναπτυξιακές δυσκολίες κατά την παιδική ηλικία. Επίσης, η κατάχρηση καπνού από την εγκυμονούσα μητέρα μπορεί να συντελέσει σε διάφορες επιπλοκές, όπως αποβολή, περιγεννητική θνησιμότητα και χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση (EMCDDA, 2012).

2.2.5 Προγεννητική φροντίδα

Οι στόχοι της προγεννητικής φροντίδας αφορούν στη διασφάλιση της φαρμακολογικής, κοινωνικής, ιατρικής και ψυχολογικής σταθερότητας. Δέσμευση στη θεραπεία και συνεχής εποπτεία κατά την προγεννητική φάση είναι ιδιαίτερα σημαντικές ενέργειες για την επίτευξη της σταθερότητας (DHDA, 2007). Ο καλός συντονισμός μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών είναι αναγκαίος προκειμένου να αξιολογηθούν από μια ομάδα ειδικών οι κίνδυνοι και οι ανάγκες της εγκύου κατά τα πρώτα στάδια της κύησης, να τεθούν στόχοι και να δημιουργηθεί ένα δίκτυο υποστήριξης για την έγκυο (DHDA, 2007). Η αξιολόγηση των κινδύνων και των αναγκών θα πρέπει να προέρχεται από μια ομάδα ειδικών διαφόρων ειδικοτήτων (π.χ., ιατρικό προσωπικό μαιευτικών υπηρεσιών, υπηρεσίες αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης, κοινωνικές υπηρεσίες) (NICE, 2010). Οι υπηρεσίες κρίνεται αναγκαίο να πραγματοποιούν συναντήσεις, προκειμένου να διαμορφώσουν ένα εξατομικευμένο στις ανάγκες της κάθε εγκύου σχέδιο φροντίδας και υποστήριξης, καθώς και να αξιολογούν συνεχώς την ομαλή ή μη πορεία των εμβρύων, ιδιαίτερα εάν διαφαίνονται σημαντικοί κίνδυνοι, τους οποίους θα αντιμετωπίσουν τα νεογνά κατά τη γέννησή τους. Οι επαγγελματίες υγείας είναι σκόπιμο να λαμβάνουν εκπαίδευση σχετική με τις κοινωνικές ανάγκες των εγκύων χρηστών. Επίσης, το μη θεραπευτικό/μη-ιατρικό προσωπικό των εμπλεκόμενων υπηρεσιών (π.χ. οι υπάλληλοι στην υποδοχή) θα πρέπει να εκπαιδεύεται σε θέματα επικοινωνίας με τις εγκύους χρήστες (NICE, 2010). Οι μελλοντικοί γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται για όλες τις συναντήσεις και να προσκαλούνται να συμμετάσχουν σε αυτές, παρέχοντάς τους όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Για παράδειγμα, είναι απαραίτητο να προσφέρονται στην έγκυο πληροφορίες σχετικά με (α) τους πιθανούς κινδύνους για το έμβryo και το νεογνό από τη χρήση ουσιών, (β) τα θέματα, τα οποία θα αντιμετωπίσει μόλις γεννηθεί το μωρό (π.χ., την ανάγκη ιατρικής παρακολούθησης του νεογνού), (γ) τις εμπλεκόμενες ιατρικές υπηρεσίες και (δ) την πιθανή εμπλοκή των κοινωνικών υπηρεσιών (NICE, 2010). Επίσης, είναι πρωταρχικής σημασίας η επαρκής αντιμετώπιση πιθανών φόβων της εγκύου σχετικά με την εμπλοκή των κοινωνικών υπηρεσιών όσον αφορά στο νεογνό και στην πιθανότητα απομάκρυνσής του, καθώς και των πιθανών συναισθημάτων ενοχής της εγκύου αναφορικά με τη χρήση ουσιών και των συνεπειών της χρήσης στο βρέφος (NICE, 2010).

2.3 ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η χορήγηση υποκατάστατων μπορεί να πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε στιγμή κατά την κύηση και έχει χαμηλότερο ρίσκο από τη συνέχιση της χρήσης ουσιών (DHDA, 2007). Έχει το πλεονέκτημα ότι επιτρέπει την αναγνώριση και διαχείριση των κοινωνικών και ιατρικών αναγκών της εγκύου. Ακόμα, προσφέρει τη δυνατότητα βραχέων παρεμβάσεων και παροχής συμβουλών για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της κύησης.

Η θεραπεία αποκατάστασης θεωρείται ότι μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της κύησης για τις γυναίκες οι οποίες είναι εξαρτημένες από οπιοειδή. Μια πιθανή βελτίωση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ενός συνδυασμού παραγόντων: α) σταθεροποίηση της χρήσης, β) διευκόλυνση της εγκύου όσον αφορά στην πρόσβασή της σε υπηρεσίες προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας και υποστήριξης, και γ) βελτίωση της διατροφής και της πρόσβασης σε κοινωνικές υπηρεσίες (EMCDDA, 2012- NZMH, 2008).

Είναι σημαντικό για τις εγκύους χρήστες να διατηρούν τα επίπεδα οπιοειδών στο αίμα όσο το δυνατόν πιο σταθερά ώστε να ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι για τη μητέρα και το έμβρυο (NZMH, 2008).

Πολλές μητέρες ζητούν να αποτοξινωθούν. Το πρώτο τρίμηνο, η ασθενής θα πρέπει πρωτίστως να σταθεροποιηθεί, καθώς υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για αποβολή. Η αποτοξίνωση κατά το δεύτερο τρίμηνο μπορεί να δρομολογηθεί με μικρή συχνή μείωση εφόσον η χρήση οπιοειδών δεν συνεχίζεται (NICE, 2010). Παρόλα αυτά πρέπει να γίνονται αργές και ελεγχόμενες μειώσεις στη δόση του υποκατάστατου, εφόσον δεν υπάρχουν γυναικολογικές επιπλοκές.

2.3.1 Χορήγηση μεθαδόνης

Η χορήγηση της μεθαδόνης ως υποκατάστατο της χρήσης οπιοειδών είναι ευρέως διαδεδομένη στον ευρωπαϊκό χώρο. Σε χώρες όπως η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Λετονία, η Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, η μεθαδόνη είναι το βασικό υποκατάστατο για εγκύους. Ο μεταβολισμός της μεθαδόνης μπορεί να αλλάξει σημαντικά κατά την εγκυμοσύνη, οδηγώντας σε χαμηλότερα επίπεδα συγκέντρωσης μεθαδόνης στο αίμα και συμπτώματα στερητικού συνδρόμου. Ωστόσο, οι μεταβολές αυτές μπορεί να ποικίλλουν σημαντικά. (DHDA, 2007- NZMH, 2008).

Αν η έγκυος στην οποία χορηγείται μεθαδόνη, έχει συχνούς εμετούς, τότε το θεραπευτικό της πλάνο χρήζει διαφοροποίησης ώστε να είναι δυνατή η λήψη αντι-εμετικής αγωγής με στόχο τη σταθεροποίηση του επιπέδου οπιοειδών στο αίμα.

Αν προταθούν μειώσεις της δόσης της μεθαδόνης, αυτό θα πρέπει να γίνει το δεύτερο τρίμηνο σε μικρές ποσότητες και μόνο όταν η κύηση είναι σταθεροποιημένη, καθώς είναι σημαντικό να αποφεύγονται συμπτώματα στέρησης στην έγκυο, τα οποία μπορούν να διαταράξουν το έμβρυο. Δεν υπάρχουν δεδομένα, τα οποία συνδέουν τη θεραπεία μεθαδόνης με τερατογενέσεις (NZMH,2008).

2.3.2 Χορήγηση βουπρενορφίνης

Η μεθαδόνη έχει χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια στις εγκύους για πολλά χρόνια. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επί του παρόντος επαρκή ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν με σαφήνεια ότι η χορήγηση της βουπρενορφίνης κατά την κύηση είναι ασφαλής, επαρκής και αποτελεσματική. Για παράδειγμα, η χορήγηση βουπρενορφίνης σε εγκύους και θηλάζουσες μητέρες παραμένει υπό εξέταση και σε άλλες χώρες εκτός Ευρωπαϊκού χώρου, όπως η Νέα Ζηλανδία, αν και ολοένα αυξάνονται τα δεδομένα, τα οποία συνηγορούν υπέρ της ασφαλούς χρήσης της από τις έγκυες και τις θηλάζουσες μητέρες (NZMH, 2008). Από την άλλη, αν και οι κλινικές μελέτες για τη βουπρενορφίνη δεν έχουν εξετάσει επαρκώς τους πιθανούς κινδύνους κατά την κύηση, επί του παρόντος τα διαθέσιμα στοιχεία συγκλίνουν στην άποψη ότι οι κίνδυνοι από τη χορήγηση βουπρενορφίνης είναι πολύ μικρότεροι συγκρινόμενοι με τους κινδύνους που συνδέονται με την κατάχρηση οπιοειδών από την έγκυο. Επίσης, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία η λήψη βουπρενορφίνης κατά την κύηση δεν παρουσιάζει αρνητικές επιδράσεις στην κύηση ή στα νεογνά, όπως η εμφάνιση στερητικού συνδρόμου στα βρέφη (Johnson, Jones, & Fischer 2003). Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρείται ένας αυξανόμενος αριθμός γυναικών, οι οποίες έχουν σταθεροποιηθεί στη λήψη βουπρενορφίνης και έχουν αποκτήσει παιδιά. Συνεπώς, οι γυναίκες, οι οποίες επιθυμούν να παραμείνουν στη χορήγηση της βουπρενορφίνης κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού, είναι σημαντικό να γνωρίζουν ότι η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της βουπρενορφίνης δεν έχει αξιολογηθεί πλήρως μέχρι σήμερα. Μια έγκυος, η οποία είναι σταθεροποιημένη στη βουπρενορφίνη και ενημερωμένη για τους κινδύνους, συστήνεται να παραμείνει στη χορηγούμενη δόση βουπρενορφίνης παρά να της χορηγηθεί μεθαδόνη με τον κίνδυνο του στερητικού συνδρόμου για το έμβρυο (DHDA, 2007). Ωστόσο, αν αποφασισθεί να χορηγηθεί βουπρενορφίνη σε κάποια έγκυο ή θηλάζουσα μητέρα, συνιστάται η χορήγηση βουπρενορφίνης χωρίς τη χρήση ναλοξόνης (δηλ. δεν συνιστάται η χρήση του συνδυαστικού προϊόντος Suboxone®), καθώς δεν είναι γνωστές οι επιδράσεις στο έμβρυο από τη μακρόχρονη έκθεσή του στη ναλοξόνη κατά τη διάρκεια της κύησης.

2.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

2.4.1 Κοκαΐνη κατά την κύηση

Οι γυναίκες, οι οποίες χρησιμοποιούν κοκαΐνη κατά την κύηση, θα πρέπει να καθοδηγηθούν προς το να σταματήσουν εντελώς τη χρήση, καθώς δεν υπάρχει κάποιο ασφαλές υποκατάστατο. Σε αυτές θα πρέπει να προσφέρεται πρόσβαση σε ψυχολογική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειακών παρεμβάσεων (DHDA, 2007).

2.4.2 Βενζοδιαζεπίνες κατά την κύηση

Οι γυναίκες, οι οποίες είναι εξαρτημένες από τις βενζοδιαζεπίνες, θα πρέπει αρχικά να σταθεροποιούνται στη διαζεπάμη και στη συνέχεια να ακολουθούν πρόγραμμα μείωσης της δόσης, όπου αυτό είναι εφικτό, χωρίς να ξαναρχίσει η χρήση παράνομων ουσιών. Για τις εγκύους, στις οποίες χορηγείται μεθαδόνη, θα πρέπει η δόση της μεθαδόνης να παραμένει σταθερή κατά τη μείωση των βενζοδιαζεπινών (DHDA, 2007).

2.4.3 Νικοτίνη κατά την κύηση

Προγράμματα για την παύση του καπνίσματος κατά την κύηση μειώνουν την πιθανότητα για χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση καθώς και για πρόωρο τοκετό και συνεπώς θα πρέπει να συστήνονται στις έγκυες γυναίκες (DHDA, 2007).

2.4.4 Αλκοόλ κατά την κύηση

Στις έγκυες γυναίκες ή στις γυναίκες, οι οποίες προσπαθούν να συλλάβουν, συνιστάται η πλήρης αποφυγή του αλκοόλ. Αν, ωστόσο, επιλέξουν να κάνουν χρήση αλκοόλ, δεν θα πρέπει να καταναλώνουν περισσότερες από μία με δύο δόσεις αλκοόλ μία με δύο φορές την εβδομάδα και θα πρέπει να αποφεύγουν τυχόν μέθη, προκειμένου να μειωθούν οι κίνδυνοι για το έμβρυο (DHDA, 2007). Οι έγκυες γυναίκες, που καταναλώνουν αλκοόλ σε βλαπτικά και επικίνδυνα επίπεδα, παρουσιάζουν συννοσηρότητα και κοινωνικά προβλήματα. Επίσης, ενώ τα νεογνά των μητέρων, οι οποίες πίνουν πάρα πολύ, είναι πολύ πιθανό να υποφέρουν από το πολύ γνωστό σύνδρομο του νεογνικού αλκοολισμού (fetal alcohol syndrome), τα μωρά εκείνων των μητέρων, που παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ, μπορούν εξίσου να αντιμετωπίσουν σημαντικούς κινδύνους από σχετικά προβλήματα (όπως αυτά περιγράφονται από τα συμπτώματα της διαταραχής του φάσματος εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου). Για τις έγκυες γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ θα πρέπει να υπάρχουν βραχύχρονες και, αν κρίνεται σκόπιμο, μακρόχρονες παρεμβάσεις για τη μείωση της λήψης αλκοόλ σε χαμηλότερα επίπεδα ή για την πλήρη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ. Χορήγηση υποκατάστατων μπορεί να πραγματοποιηθεί.

3. Μεθοδολογία

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσουμε την επίδραση της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών σε έγκυες θεραπευόμενες γυναίκες σε προγράμματα υποκατάστασης και η πιθανότητα εμφάνισης τοξίκωσης στο έμβρυο. Στόχος μας είναι να δούμε: α) τους προγεννητικούς κινδύνους τους οποίους διατρέχει η έγκυος κατά τη διάρκεια της κύησης και β) τις συνέπειες της χρήσης ουσιών κατά την κύηση για το έμβρυο. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε έγκυες γυναίκες ηλικίας 18 ως 40 ετών που βρίσκονται υπό παρακολούθηση με χορήγηση (μεθαδόνης και βουπρενορφίνης) από τα έτη 2012 έως 2016 και το δείγμα λαμβάνεται από ειδικούς φακέλους του ΟΚΑΝΑ ΑΤΤΙΚΗΣ .

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με βάση κατάλληλα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο (Keegan και συνεργάτες), το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής για να είναι κατανοητό από τις συμμετέχουσες. Σε κάποιες εξειδικευμένες ερωτήσεις υπήρχε η δυνατότητα συμπλήρωσης και επιπλέον επιλογών. Η έρευνα είναι κυρίως περιγραφική και στηρίζεται στα κριτήρια επιλογής του δείγματος και στα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (έγκυες και έμβρυα).

Συγκεκριμένα, για τις γυναίκες καταγράψαμε ορισμένες δημογραφικές πληροφορίες όπως την ηλικία, το μορφωτικό τους επίπεδο και τον τόπο κατοικίας, ενώ για τα βρέφη καταγράφηκαν αντίστοιχα πληροφορίες σχετικές με τα χαρακτηριστικά τους κατά την γέννησή τους, όπως το βάρος, το μήκος σώματος και η περίμετρος κεφαλής.

Προκειμένου να διαπιστωθούν οι βασικές συνέπειες της χρήσης ουσιών στο έμβρυο χρησιμοποιήθηκε στις περισσότερες περιπτώσεις η επαγωγική στατιστική και το κριτήριο χ^2 . Η στατιστική επεξεργασία του ερωτηματολογίου έγινε με το λογισμικό του στατιστικού πακέτου SPSS 20.0.

2. Ανάλυση Έρευνας και Δημογραφικά δεδομένα

Οι Στατιστικές διαδικασίες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής:

Προβήκαμε σε μία συνοπτική παρουσίαση του δείγματος, οργανώνοντας τα στοιχεία μας σε μορφή πινάκων και εν συνεχεία έγινε χρήση γραφικών και αριθμητικών μεθόδων, προκειμένου να εξαγάγουμε κάποια αρχικά συμπεράσματα. Η πλειοψηφία των μεταβλητών ήταν κατηγορικές και ορισμένες συνεχείς. Για το λόγο αυτό παρουσιάστηκαν σε πίνακες συχνοτήτων, ραβδογράμματα απόλυτων συχνοτήτων και μέτρα θέσης και διασποράς όπου αντιστοιχούσαν.

Εν συνεχεία, χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό έλεγχο χ^2 προκειμένου να διαπιστωθεί η συσχέτιση μεταξύ δύο διατακτικών ή κατηγορικών μεταβλητών. Μας πληροφόρησε επίσης, για την ένταση της συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών. Τα δεδομένα παρουσιάζονται σε πίνακες διπλής εισόδου.

Αρχικά θα παρουσιάσουμε ορισμένα δημογραφικά στοιχεία για τις συμμετέχουσες στην έρευνα, συνολικά 49 γυναίκες. Ακολουθούν **πίνακες συχνοτήτων** και **διαγράμματα** κάποιων από τις μεταβλητές του δείγματος:

Ο παρακάτω πίνακας περιέχει αναλυτικά τις δημογραφικές πληροφορίες των γυναικών, που συμμετείχαν στην έρευνα και κάθε υπό-πίνακας περιέχει και μια μεταβλητή .

Πίνακας δημογραφικών δεδομένων

Ηλικία των γυναικών	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error
Ηλικία	49	23,0	38,0	30,980	4,1957	-1,232	,668
Valid N (listwise)	49						

Μορφωτικό επίπεδο		Frequency	Percent
Valid	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	24	49,0
	ΛΥΚΕΙΟ	24	49,0
	ΤΕΙ	1	2,0
	Total	49	100,0

Υπηκοότητα		Frequency	Percent
Valid	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	29	59,2
	ΑΛΒΑΝΙΚΗ	16	32,7
	ΡΩΣΙΚΗ	1	2,0
	ΠΟΛΩΝΙΚΗ	1	2,0
	ΆΛΛΗ	2	4,1
	Total	49	100,0

Ασφαλιστικός φορέας		Frequency	Percent
Valid	ΙΚΑ	10	20,4
	ΟΓΑ	3	6,1
	ΠΡΟΝΟΙΑ	11	22,4
	ΙΔΙΩΤΙΚΗ	13	26,5
	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΗ	12	24,5
	Total	49	100,0

Κοινωνική κατάσταση		Frequency	Percent
Valid	ΕΓΓΑΜΗ	16	32,7
	ΑΝΥΠΑΝΤΡΗ	31	63,3
	ΧΗΡΑ	1	2,0
	ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	1	2,0
	Total	49	100,0

Τόπος κατοικίας		Frequency	Percent
Valid	ΔΥΤΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ	15	30,6
	NOM.ΠΕΙΡΑΙΑ	9	18,4
	ΑΝΑΤ.ΑΤΤΙΚΗ	10	20,4
	ΑΘΗΝΑ	13	26,5
	ΕΠΑΡΧΙΑ	2	4,1
	Total	49	100,0

Περιοχή κατοικίας		Frequency	Percent
Valid	ΑΣΤΙΚΗ	46	93,9
	ΜΗ	3	6,1
	ΑΣΤΙΚΗ		
	Total	49	100,0

Οι γυναίκες είχαν ελάχιστη και μέγιστη ηλικία 23 και 38 χρόνια αντίστοιχα, ενώ η μέση ηλικία ήταν περίπου τα 31 έτη.

Οι περισσότερες γυναίκες ήταν Ελληνίδες (59,2%), ωστόσο υπάρχουν και άλλες εθνικότητες, όπως Αλβανίδες (32,7%), Ρωσίδες(2%), Πολωνέζες(2%) μεταξύ άλλων εθνικοτήτων, και κάποιες ήταν ανασφάλιστες (24,5%) ενώ ελάχιστα περισσότερες ήταν οι γυναίκες που ασφαλιζονταν μέσω πρόνοιας (22,4%).

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών, οι περισσότερες ήταν άγαμες (63,3%), μερικές ήταν έγγαμες και μικρό ποσοστό βρισκόταν είτε σε διάσταση είτε ήταν χήρες.

Αναφορικά με τον τόπο κατοικίας, οι περισσότερες γυναίκες κατοικούσαν στην Δυτική Αττική και στο Κέντρο της Αθήνας, ενώ η συντριπτική πλειονότητα προέρχεται από αστικές περιοχές.

Με βάση τον επόμενο πίνακα, οι γυναίκες έμειναν κατά μέσο όρο περίπου 5(4,90) χρόνια στον ΟΚΑΝΑ, ενώ η μέση ηλικία που ξεκίνησαν τη χρήση ουσιών ήταν περίπου τα 16(16,43) χρόνια. Αντίστοιχα, η μέση χρονική διάρκεια χρήσης ουσιών πριν την εισαγωγή ήταν περίπου 9 χρόνια (9,39).

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error
ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΟΚΑΝΑ	49	1	13	4,90	2,808	,587	,668
ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΟΥΣΙΩΝ	49	12	21	16,43	1,756	,735	,668
ΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ	49	4	14	9,39	2,581	-,956	,668
Valid N (listwise)	49						

Ανάλυση παραγόντων σχετικά με την κατάσταση των εγκύων

Στην συνέχεια θα παρουσιάσουμε την περιγραφική ανάλυση που σχετίζεται με τις διάφορες κατηγορίες παραγόντων που επηρεάζουν τις έγκυες.

A. Οικογενειακοί παράγοντες

Κοινωνική υποστήριξη:

Οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν πως έχουν συμβεί πολλές αλλαγές στη ζωή τους την τελευταία περίοδο (53,06%), και κάνουν μάλιστα και αρκετά πλάνα για την εγκυμοσύνη τους (55,10%). Στις πιο πολλές περιπτώσεις ο σύζυγος βοηθάει με το παιδί όταν η γυναίκα θα επιστρέψει στο σπίτι, ενώ φαίνεται να σχεδιάζουν πολλές αλλαγές μετά την επιστροφή στο σπίτι (ερώτηση 4, 53%). Οι πιο πολλές γυναίκες έχουν μέτρια έως πολύ καλή σχέση με τον σύντροφό τους (ερώτηση 5, 71,43%) και παρόμοια συμπεράσματα προκύπτουν σχετικά με την μετέπειτα σχέση τους (71,43% στην ερώτηση 6).

B. Μητρικοί παράγοντες

Προγεννητική φροντίδα -Μαθήματα εγκυμοσύνης

Στις πιο πολλές γυναίκες η προγεννητική φροντίδα έγινε συνέχεια, και όχι μόνο στο 3^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (ερώτηση 7), ενώ σε ελάχιστες περιπτώσεις έγιναν έλεγχοι και μαθήματα εγκυμοσύνης (ερώτηση 8), όπως για παράδειγμα μαθήματα ανώδυνου τοκετού (89,8% των περιπτώσεων δεν έκαναν κανένα μάθημα σύμφωνα με την ερώτηση 9).

Συναισθηματική κατάσταση μετά από 20 εβδ. Κύησης

Έπειτα από 20 εβδομάδες κύησης, οι περισσότερες γυναίκες αισθάνθηκαν ούτε χαρά ούτε λύπη, όταν έμαθαν πως είναι έγκυες (ερώτηση 10 σε ποσοστό 59,18%), ενώ πολλές γυναίκες δεν αισθάνθηκαν πολύ διαφορετικά αφού έμαθαν για την εγκυμοσύνη τους (57,14% δήλωσαν εντελώς αδιάφορα στην ερώτηση 11).

Σχέσεις με τους γονείς κατά την παιδική ηλικία

Οι γυναίκες είχαν μέτρια και κακή σχέση με τους γονείς τους στην παιδική τους ηλικία (ερώτηση 12, όπου 63,5% δήλωσαν μέτρια σχέση με τους γονείς), ενώ σε ελάχιστες περιπτώσεις πήραν κάποια μορφή αγάπης από τους γονείς τους (ερώτηση 13 σε ποσοστό 73,47%).

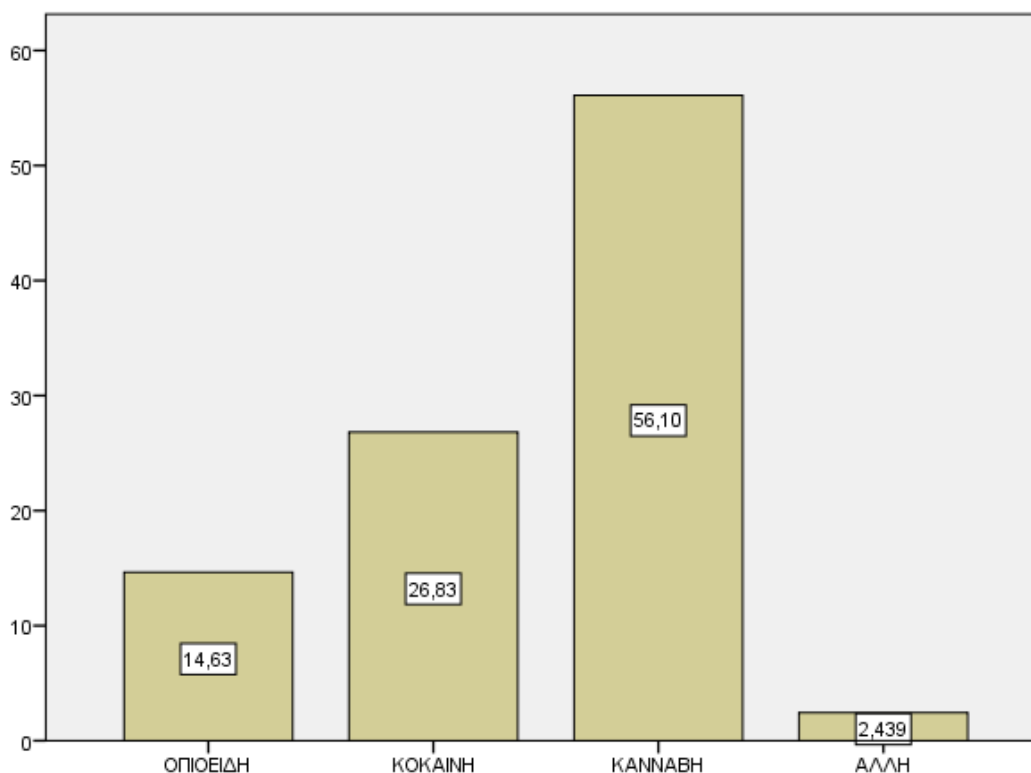
Αυτοεκτίμηση

Σχετικά με την αυτοεκτίμηση, υπάρχουν διάφορα συναισθήματα σχετικά με τις ανησυχίες των ατόμων αν θα γίνουν καλοί γονείς (ερώτηση 14). Ωστόσο, οι περισσότερες γυναίκες δεν είχαν ιδιαίτερα προβλήματα ψυχιατρικών ή συναισθηματικών καταστάσεων (ερώτηση 15, 79,59% δήλωσαν πως δεν είχαν ποτέ κάποιο τέτοιο πρόβλημα). Επίσης, οι περισσότερες γυναίκες δεν είχαν επισκεφτεί ποτέ ψυχίατρο / ψυχολόγο (61,22%, ερώτηση 16), ενώ είχαν και σχετικά καλή διάθεση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (28,57%. Ερώτηση 17).

Γ. Χρήση ουσιών

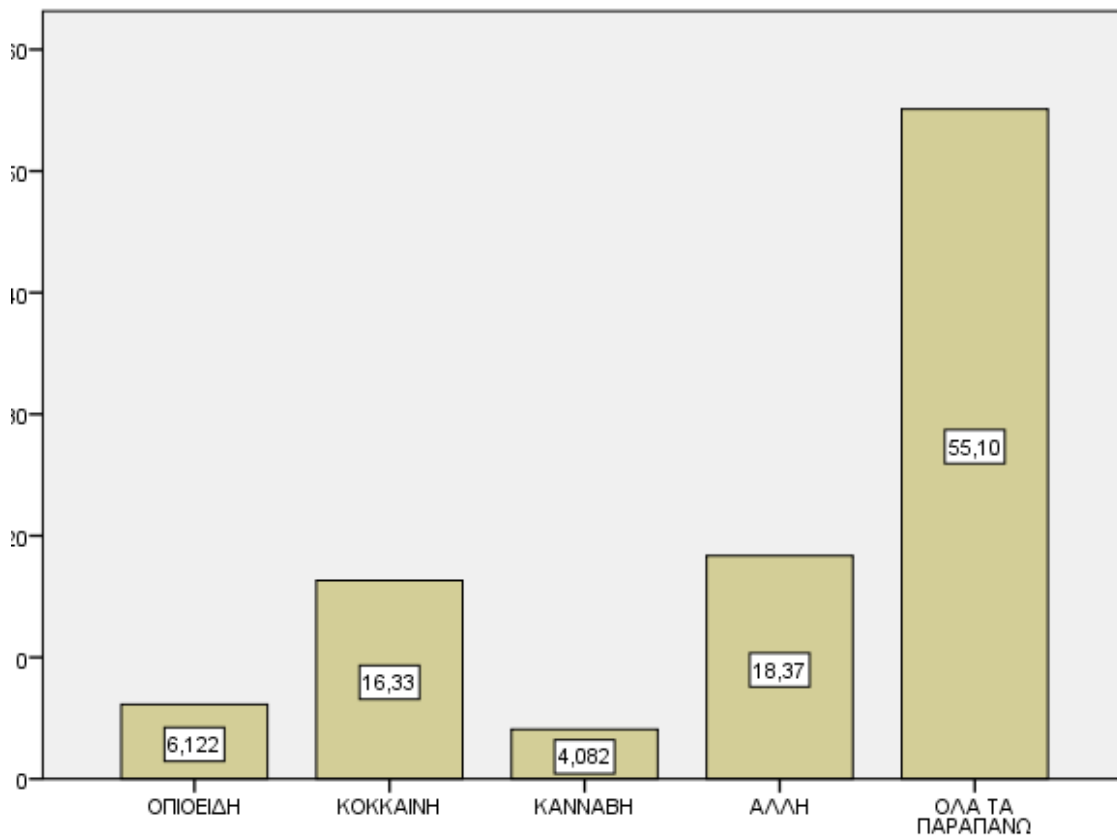
Τα επόμενα γραφήματα παρουσιάζουν πληροφορίες σχετικά με την χρήση ουσιών των συμμετεχόντων, ανάλογα με τη διάρκεια και τον εθισμό σε αυτές τις χρήσεις. Οι πιο πολλές γυναίκες έκαναν μέτρια χρήση αλκοολούχων ποτών ανά εβδομάδα (61,22%, ερώτηση 18), αλλά και μέτρια χρήση ναρκωτικών, είτε μόνες τους είτε με τους συντρόφους τους (55,19%, ερώτηση 19). Οι περισσότερες γυναίκες ήταν εθισμένες σε ουσίες όπως και ο σύντροφος τους (63,27% στην ερώτηση 20).

Σύμφωνα με το επόμενο γράφημα, στην ερώτηση 21 οι περισσότερες ουσίες που οι γυναίκες έχουν κάνει κατά την διάρκεια της κύησης είναι κάνναβη (56,10%) , κοκαΐνη (26,83%) και άλλα οπιοειδή.



Ερώτηση 21: Ουσίες που κάνεις χρήση κατά την διάρκεια της κύησης ;

Ενώ στην ερώτηση 22. οι περισσότερες ουσίες που οι γυναίκες έχουν κάνει πριν την διάρκεια της κύησης είναι όλα τα παρακάτω με ποσοστό (55,10%), ενώ η κάνναβη είναι η μικρότερη ουσία που έκαναν με ποσοστό (4,08%) και κοκαΐνη (16,33%) και άλλα οπιοειδή.



Ερώτηση 22: Ποιές ουσίες έκανες χρήση πριν από την κύηση;

Δ. Ενδοοικογενειακή βία

Τα επόμενα ερωτήματα παρουσιάζουν την εμπειρία των γυναικών σχετικά με τους παράγοντες ενδοοικογενειακής βίας που έχουν κατά καιρούς βιώσει. Η σχέση των γυναικών με τους γονείς τους ήταν μέτρια ως κακή, τόσο συναισθηματικά όσο και σεξουαλικά (ερώτηση 23). Σε κάποιες περιπτώσεις (40,82%), ο πατέρας εκφόβιζε ή χτύπαγε τη μητέρα, σύμφωνα με τις συμμετέχουσες, ωστόσο στην πλειονότητα δεν ασκήθηκε βία στις ίδιες (ερώτηση 25, 57,14%). Έπειτα, οι περισσότερες γυναίκες δεν κακοποιήθηκαν σεξουαλικά όταν ήταν παιδιά (71,43%, ερώτηση 26), ενώ ελάχιστες περιπτώσεις (20,4%, ερώτηση 27) οι διαφορές με τον σύντροφο προκαλούσαν εντάσεις, και στις περισσότερες περιπτώσεις έλυναν ειρηνικά τις διαφορές τους με τον σύντροφό τους (71,43%, ερώτηση 28).

Σχετικά με τη σχέση που περιγράφει τις γυναίκες με τους συντρόφους τους, οι πιο πολλές δεν είχαν τσακωθεί άσχημα, καθώς δεν τις είχε χτυπήσει/σπρώξει/χαστουκίσει κάποιος από τους προηγούμενους συντρόφους τους (77,55%, ερώτηση 29), ούτε τις είχαν καταπιέσει σημαντικά και ψυχολογικά (75,51%, ερώτηση 30).

Προηγούμενη κακοποίηση παιδιού από γυναίκα ή σύντροφο

Μερικές περιπτώσεις ωστόσο (36,73%) είχαν δεχτεί έστω και μια φορά κάποια σεξουαλική πίεση (ερώτηση 31), είχαν κάνει και σεξ χωρίς την θέλησή τους (ερώτηση 32). Σχεδόν σε καμία περίπτωση (95,92%) δεν υπάρχουν παιδιά που δεν ζουν με το ζευγάρι (ερώτηση 33), και ούτε έχει χρειαστεί να προσέλθουν σε κάποια υπηρεσία για νομική προστασία ή κάτι ανάλογο (91,84%, ερώτηση 34).

Ανυπακοή σαν παιδιά

Σχετικά με την παιδική τους ηλικία, πολλές γυναίκες ήταν μέτρια ως πολύ ανυπάκουες (ερώτηση 35, 55,10%). Οι περισσότερες είναι διατεθειμένες να χρησιμοποιήσουν διαλογικούς τρόπους με το παιδί τους για να το βάλουν στον ίσιο δρόμο (38,78% στην ερώτηση 36) και όχι βίαιους τρόπους (μόλις 10,20% ερώτηση 37).

Στοιχεία νεογέννητων

Έπειτα θα παρουσιάσουμε ορισμένα δημογραφικά στοιχεία για τα νεογέννητα. Αρχικά, τα μωρά γεννήθηκαν σε διάφορους τόπους, όπως μαιευτήριο, νοσοκομείο, σπίτι και αλλού και έχουμε συνολικά 28 αγόρια και 21 κορίτσια.

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ	9	18,4	18,4	18,4
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	34	69,4	69,4	87,8
Valid ΣΠΙΤΙ	2	4,1	4,1	91,8
ΑΛΛΟΥ	4	8,2	8,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

ΦΥΛΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΓΟΡΙ	28	57,1	57,1	57,1
Valid ΚΟΡΙΤΣΙ	21	42,9	42,9	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Ο επόμενος πίνακας παρέχει στοιχεία σχετικά με το βάρος, το μήκος και την περίμετρο της κεφαλής στα νεογέννητα. Συγκεκριμένα, το μέσο βάρος ενός νεογέννητου ήταν 2300 g, το μέσο μήκος περίπου 42 cm και η περίμετρος της κεφαλής 31cm.

Πίνακας 1. Πληροφορίες βάρους, μήκους & περιμέτρου κεφαλής των νεογέννητων

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error
ΒΑΡΟΣ	49	970	3800	2303,69	622,410	-,257	,668
ΜΗΚΟΣ	49	16	49	41,90	7,321	7,166	,668
ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΚΕΦΑΛΗΣ	49	25	36	30,88	2,635	-,436	,668
Valid N (listwise)	49						

Υπήρξαν κάποιες περιπτώσεις διδυμής κύησης σε μικρό ποσοστό, και τα περισσότερα μωρά γεννήθηκαν σε φυσιολογική κατάσταση, ενώ τα περισσότερα έκλαιγαν κατά την γέννηση.

ΕΙΔΟΣ ΚΥΗΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΟΝΗ	46	93,9	93,9	93,9
	ΔΙΔΥΜΗ	3	6,1	6,1	100,0
	ΤΡΙΔΥΜΗ	0	0	0	0
	ΠΟΛΥΔΥΜΗ	0	0	0	0
	Total	49	100,0	100,0	100,0

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ ΕΠΙΣΚΟΠΙΚΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	46	93,9	93,9	93,9
	ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	3	6,1	6,1	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

ΚΛΑΜΑ ΜΕΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	32	65,3	65,3	65,3
	ΟΧΙ	17	34,7	34,7	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν παρουσιάστηκε κυάνωση κατά τη γέννηση, ενώ τα περισσότερα μωρά επέδειξαν ζωηρότητα.

ΖΩΗΡΟΤΗΤΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	32	65,3	65,3	65,3
	ΟΧΙ	17	34,7	34,7	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

ΚΥΑΝΩΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	21	42,9	42,9	42,9
	OXI	28	57,1	57,1	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Η πλειονότητα των τοκετών ήταν μέσω καισαρικής τομής.

ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	10	20,4	20,4	20,4
	ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	36	73,5	73,5	93,9
	ΙΣΧΙΑΚΗ	3	6,1	6,1	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Τα πιο πολλά μωρά κρατήθηκαν στη θερμοκοιτίδα, μέσω παροχής οξυγόνου, ενώ μερικά εμφάνισαν και ίκτερο, αν και ελάχιστες εκβάσεις είχαν επιπλοκές, μόλις 2 στις 49.

ΘΕΡΜΟΚΟΙΤΙΔΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	34	69,4	69,4	69,4
	OXI	15	30,6	30,6	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

ΟΞΥΓΟΝΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	46	93,9	93,9	93,9
	OXI	3	6,1	6,1	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

ΙΚΤΕΡΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	36	73,5	73,5	73,5
OXI	13	26,5	26,5	100,0
Total	49	100,0	100,0	

ΕΚΒΑΣΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΛΗ	47	95,9	95,9	95,9
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	2	4,1	4,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Βαθμολόγηση κατά APGAR και διάρκεια κύησης

Η βαθμολόγηση APGAR χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της γενικής υγείας των νεογέννητων δηλαδή για το πόσο καλά λειτουργεί ο οργανισμός τους.

Η μέση βαθμολογία κατά APGAR υπολογίστηκε σε 7,84, ενώ η μικρότερη και η μέγιστη τιμή ήταν 2 και 10 αντίστοιχα.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	49	2	10	7,84	1,772	3,226	,668
Valid N (listwise)	49						

Επίσης, η μέση διάρκεια κύησης ήταν περίπου 33 εβδομάδες, αλλά υπήρχαν και περιπτώσεις πρόωρης ή παρατεταμένης εγκυμοσύνης.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error
ΔΙΑΡΚΕΙΑΚΥΗΣΗΣ	49	27	38	33,18	3,154	-1,328	,668
Valid N (listwise)	49						

Σχέση μεταξύ των οικογενειακών παραγόντων

Στην συνέχεια θα ελέγξουμε H_0 =αν οι οικογενειακοί παράγοντες συνδέονται μεταξύ τους, και συγκεκριμένα η οικογενειακή κατάσταση έπεται από την γέννηση του παιδιού και μετά, οπότε θα χρησιμοποιήσουμε το κριτήριο του ελέγχου χ^2 σχετικά με την ανεξαρτησία ποιοτικών μεταβλητών για τις ερωτήσεις 1, 2, και 6 αντίστοιχα. Θα πάρουμε τους πίνακες συνάφειας και τα αποτελέσματα του τεστ. Αρχικά ελέγχουμε την σχέση της ερώτησης 1 (Πως νοιώθει ο σύντροφος & η οικογένεια για την εγκυμοσύνη σου;) με την ερώτηση 2 (Πόσο θα σε βοηθάει ο σύντροφος σου με το παιδί όταν γεννηθεί;

Crosstab

Count

		ΕΡΩΤΗΣΗ2			Total
		ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	
ΕΡΩΤΗΣΗ1	ΛΙΓΟ	4	0	1	5
	ΜΕΤΡΙΑ	7	25	7	39
	ΠΟΛΥ	0	1	4	5
Total		11	26	12	49

Αρχικά, το $\chi^2=20,444$ και $p\text{-value}=0.000<0.01$, οπότε υπάρχει ισχυρή ένδειξη πως ο σύντροφος θα βοηθάει την γυναίκα αφού γεννηθεί το παιδί.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,444 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	19,249	4	,001
Linear-by-Linear Association	10,235	1	,001
N of Valid Cases	49		

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,12.

Έπειτα ελέγχουμε την σχέση της ερώτησης 1: Πώς νοιώθει ο σύντροφος & η οικογένεια για την εγκυμοσύνη σου; -με την ερώτηση 6 : Πώς νομίζεις πως θα είναι η σχέση σας μετά την γέννηση του παιδιού;

Crosstab

Count

		ΕΡΩΤΗΣΗ6			Total
		ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	
ΕΡΩΤΗΣΗ1	ΛΙΓΟ	3	2	0	5
	ΜΕΤΡΙΑ	5	31	3	39
	ΠΟΛΥ	0	2	3	5
Total		8	35	6	49

Εδώ, το $\chi^2=19,273$ και $p\text{-value}=0.000<0.01$, οπότε υπάρχει ισχυρή ένδειξη πως οι μεταβλητές εξαρτώνται η μία από την άλλη.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,273 ^a	4	,001
Likelihood Ratio	14,127	4	,007
Linear-by-Linear Association	12,415	1	,000
N of Valid Cases	49		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,61.

Σχέση μεταξύ των μητρικών παραγόντων

Θα ακολουθήσουμε ανάλογη ανάλυση για τους οικογενειακούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, θα εξεταστεί H_0 =αν συγχέονται μεταξύ τους οι ερωτήσεις 8 (Μαθήματα κατά τον προγεννητικό έλεγχο) , 10 (Αίσθηση όταν η γυναίκα έμεινε έγκυος) και 15 (Αν είχε συναισθηματικά μικρή) μέσω της ανάλυσης χ^2 . Το αποτέλεσμα του ελέγχου ($\chi^2=8,357$, $p=0,079>0,05$) μας δείχνει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην ερώτηση 8 και στην ερώτηση 10. Στον πίνακα διπλής εισόδου παρατηρούμε ότι τα μαθήματα κατά τον προγεννητικό έλεγχο δεν είχαν ιδιαίτερη σχέση με την αίσθηση των γυναικών όταν έμαθαν πως ήταν έγγειες.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8 * ΕΡΩΤΗΣΗ 10

		ΕΡΩΤΗΣΗ 8			Total
		ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	
ΕΡΩΤΗΣΗ 8	ΛΙΓΟ	3	13	5	21
	ΜΕΤΡΙΑ	6	15	3	24
	ΠΟΛΥ	0	1	3	4
Total		9	29	11	49

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,357 ^a	4	,079
Likelihood Ratio	7,585	4	,108
Linear-by-Linear Association	,362	1	,547
N of Valid Cases	49		

Τέλος, η σχέση της ερώτησης 10 με την 15 δίνει $p\text{-value}=0.003<0.05$, οπότε θεωρούμε πως οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες.

ΕΡΩΤΗΣΗ 15 * ΕΡΩΤΗΣΗ 10

Count

		ΕΡΩΤΗΣΗ 10			Total
		ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	ΝΑΙ	0	18	7	25
	ΟΧΙ	9	11	4	24
Total		9	29	11	49

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,492 ^a	2	,003
Likelihood Ratio	14,991	2	,001
Linear-by-Linear Association	7,037	1	,008
N of Valid Cases	49		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,41.

Επίδραση της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών σε έγκυες θεραπευόμενες γυναίκες σε προγράμματα υποκατάστασης

Στην συνέχεια θα ελέγξουμε αν η κατάχρηση ουσιών συσχετίζεται σημαντικά με τις έγκυες γυναίκες που βρίσκονται σε προγράμματα υποκατάστασης υπό παρακολούθηση (μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη). Αυτό θα το διαπιστώσουμε με βάση το κριτήριο του ελέγχου χ^2 σχετικά με την ανεξαρτησία ποιοτικών μεταβλητών, ενώ οι μεταβλητές μας περιλαμβάνουν το είδος παρακολούθησης με βάση την χρήση ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (αντίστοιχες ερωτήσεις 18-21) του ερωτηματολογίου, και σκοπός μας είναι να δούμε κατά πόσο συσχετίζονται μεταξύ τους.

Οι έλεγχοι γίνονται σε επίπεδο εμπιστοσύνης $\alpha=5\%$, και θα έχουμε τους ακόλουθους πίνακες (παράτιθενται οι 2x2 crosstabulation (διασταύρωσης) πίνακες και τα αποτελέσματα του χ^2). Αν το p-value του ελέγχου βρεθεί περισσότερο από $\alpha=5\%$, τότε απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, δηλαδή H_0 =οι μεταβλητές που εξετάζουμε είναι εξαρτημένες σε κάποιο βαθμό.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ * (Χρήση αλκοολούχων ποτών την εβδομάδα)	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ * (Χρήση ναρκωτικών ουσιών)	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ * (Εθισμός στο ποτό ή τις ουσίες)	49	100,0%	0	0,0%	49	100,0%
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ * (Ουσίες κατά την διάρκεια της κύησης)	26	53,1%	23	46,9%	49	100,0%

Αρχικά, σχετικά με τη χρήση αλκοολούχων ποτών, το $\chi^2=1.903$ και $p\text{-value}=0.386>0.05$, οπότε υπάρχει ισχυρή ένδειξη πως είναι ανεξάρτητη η χρήση αλκοολούχων ποτών με το υποκατάστατο θεραπείας.

Crosstab

Count		Χρήση αλκοολούχων ποτών την εβδομάδα			Total
		ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ	Βουπρενορφίνη	5	16	8	29
	Μεθαδόνη	1	14	5	20
Total		6	30	13	49

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,903 ^a	2	,386
Likelihood Ratio	2,081	2	,353
Linear-by-Linear Association	,294	1	,588
N of Valid Cases	49		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,45.

Αρχικά, σχετικά με την χρήση ναρκωτικών ποτών, το $\chi^2=2.645$ και $p\text{-value}=0.267>0.05$, οπότε συμπεραίνουμε πως είναι ανεξάρτητη η χρήση ναρκωτικών ποτών με το υποκατάστατο θεραπείας.

Crosstab

Count		Χρήση ναρκωτικών ουσιών)			Total
		ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ	βουπρενορφίνη	6	14	9	29
	μεθαδόνη	1	13	6	20
Total		7	27	15	49

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,645 ^a	2	,267
Likelihood Ratio	2,941	2	,230
Linear-by-Linear Association	,590	1	,443
N of Valid Cases	49		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,86.

Έπειτα, σχετικά με τον γενικό εθισμό ποτών και ουσιών, το $\chi^2=1.532$ και $p\text{-value}=0.465>0.05$, οπότε συμπεραίνουμε πως είναι ανεξάρτητη η χρήση ναρκωτικών ποτών με το υποκατάστατο θεραπείας.

Crosstab

Count

		Εθισμός στο ποτό ή τις ουσίες)			Total
		NAI	OXI	3	
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ	βουπρενορφίνη	19	9	1	29
	μεθαδόνη	11	9	0	20
Total		30	18	1	49

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,532 ^a	2	,465
Likelihood Ratio	1,883	2	,390
Linear-by-Linear Association	,205	1	,651
N of Valid Cases	49		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

Τέλος, σχετικά με την χρήση ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, το $\chi^2=2,120$ και $p\text{-value}=0.347>0.05$, οπότε συμπεραίνουμε πως είναι ανεξάρτητη η χρήση ναρκωτικών ποτών κατά την διάρκεια της κύησης με το υποκατάστατο θεραπείας.

Crosstab

Count					Total
		ΟΠΙΟΕΙΔΗ	ΚΑΝΝΑΒΗ	ΑΛΛΗ	
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ	βουπρενορφίνη	2	13	1	16
	Μεθαδόνη	0	10	0	10
Total		2	23	1	26

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,120 ^a	2	,347
Likelihood Ratio	3,154	2	,207
Linear-by-Linear Association	,203	1	,652
N of Valid Cases	26		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

Συνέπειες της χρήσης ουσιών στο έμβρυο

Θα εξετάσουμε έπειτα τη χρήση ουσιών και τις πιθανές επιπτώσεις που έχει στο έμβρυο. Συγκεκριμένα, θα πραγματοποιήσουμε την χ^2 ανάλυση για να δούμε H_0 = αν η χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης (ερ.19) **σχετίζεται** με ποιοτικούς παράγοντες (κατάσταση νεογέννητου επισκοπικά, ζωνρότητα και έκβαση) αλλά και με τα ποσοτικά στοιχεία του νεογέννητου (βάρος, μήκος, περίμετρος κεφαλής).

Σχετικά με την κατάσταση του νεογέννητου επισκοπικά, το $\chi^2=1,867$ και $p\text{-value}=0,393>0.05$, οπότε **συμπεραίνουμε πως είναι ανεξάρτητη** η χρήση ναρκωτικών ποτών κατά την διάρκεια της κύησης με την επισκοπική κατάσταση.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,867 ^a	2	,393-
Likelihood Ratio	2,571	2	,276
Linear-by-Linear Association	1,828	1	,176
N of Valid Cases	49		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Σχετικά με την ζωηρότητα του νεογέννητου, το $\chi^2=1.199$ και $p\text{-value}=0,878>0.05$, οπότε συμπεραίνουμε πως είναι ανεξάρτητη η χρήση ναρκωτικών ποτών κατά την διάρκεια της κύησης με την ζωηρότητα.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,199 ^a	4	,878
Likelihood Ratio	1,562	4	,816
Linear-by-Linear Association	,153	1	,696
N of Valid Cases	49		

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

Σχετικά με την έκβαση της επέμβασης, το $\chi^2=1.699$ και $p\text{-value}=0,428>0.05$, οπότε συμπεραίνουμε πως είναι ανεξάρτητη η χρήση ναρκωτικών ποτών κατά την διάρκεια της κύησης με την ζωηρότητα.

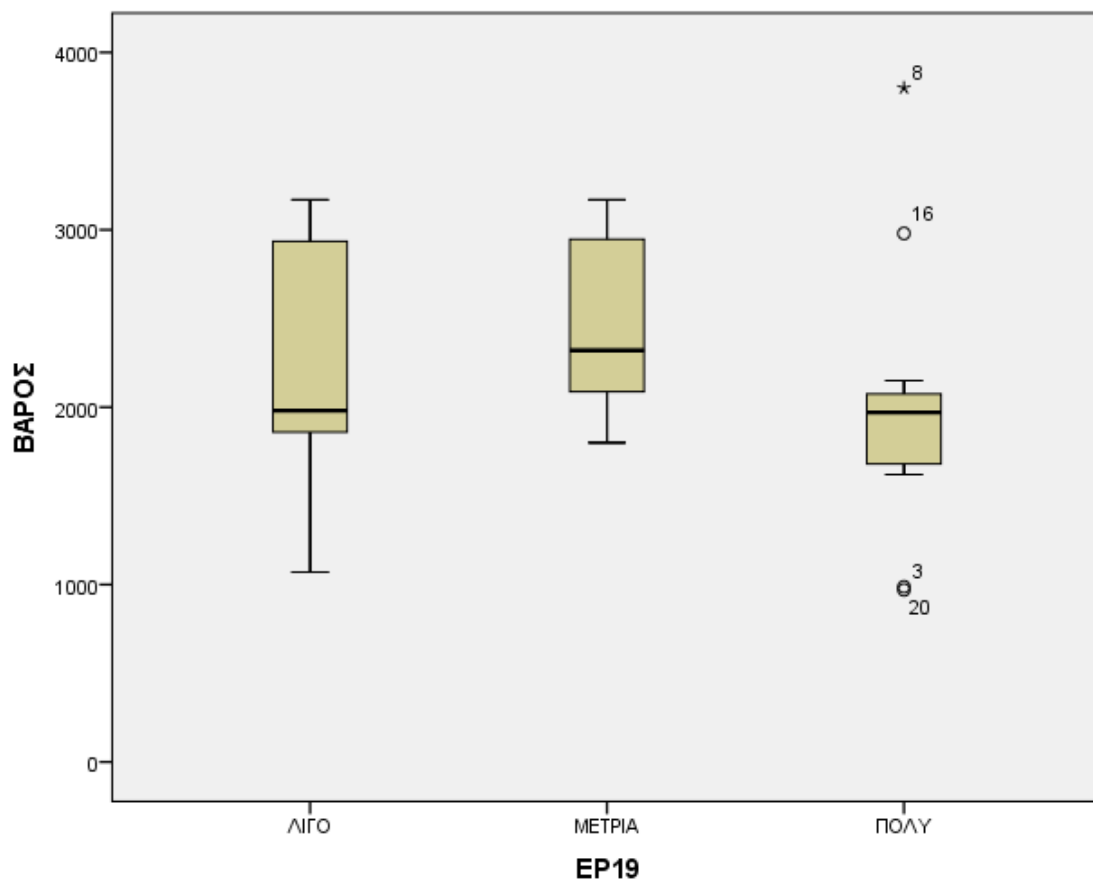
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,699 ^a	2	,428
Likelihood Ratio	2,453	2	,293
Linear-by-Linear Association	,129	1	,720
N of Valid Cases	49		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

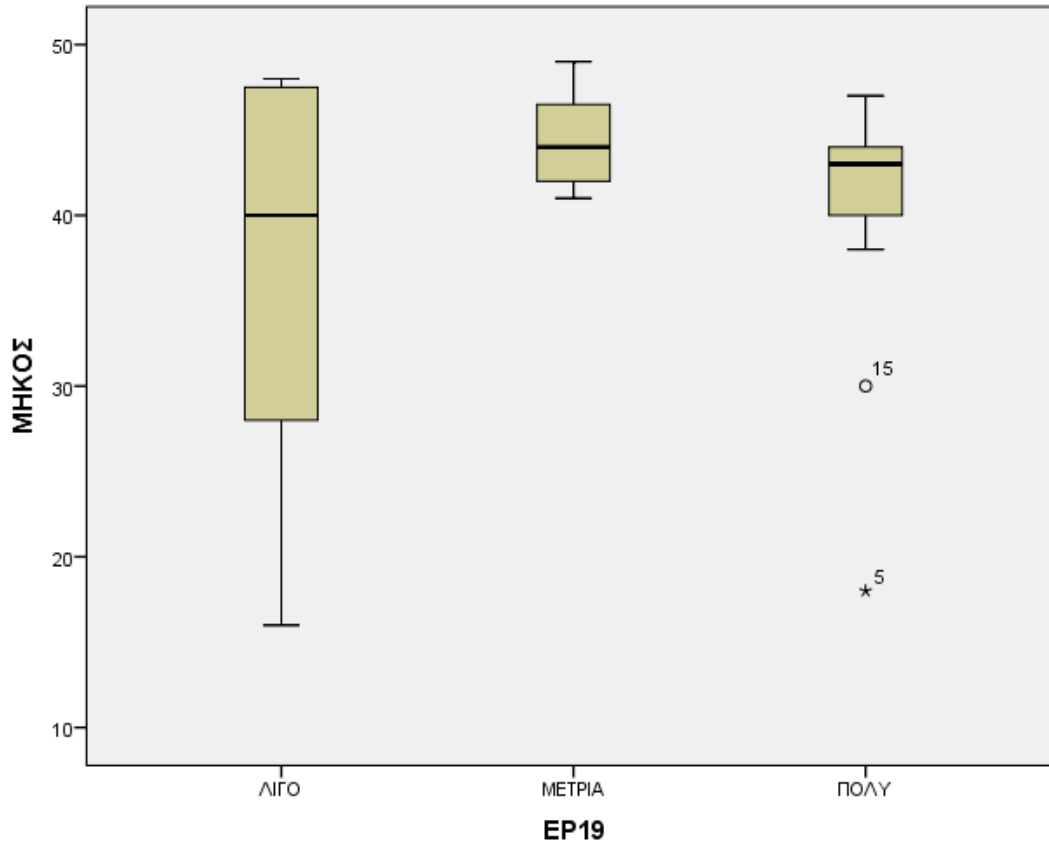
Έπειτα θα διαπιστωθεί αν η χρήση ουσιών κατά την διάρκεια της κύησης επηρεάζει το βάρος, το μήκος και την περίμετρο κεφαλής των νεογέννητων. Η ανάλυση θα γίνει με γραφική μέθοδο, και συγκεκριμένα παρουσιάζονται τα επόμενα θηκογράμματα (boxplots), τα οποία παρουσιάζουν αν διαφέρουν οι μεταβλητές ανά επίπεδο.

Αρχικά, από το επόμενο γράφημα διαπιστώνουμε πως το βάρος κύησης διαφέρει σημαντικά ανά επίπεδο χρήσης ουσιών, και συγκεκριμένα μωρά που γεννήθηκαν από γυναίκες που έκαναν πολλή χρήση ουσιών παρουσιάζουν πολύ μικρότερο βάρος συγκριτικά με τα άλλα επίπεδα.



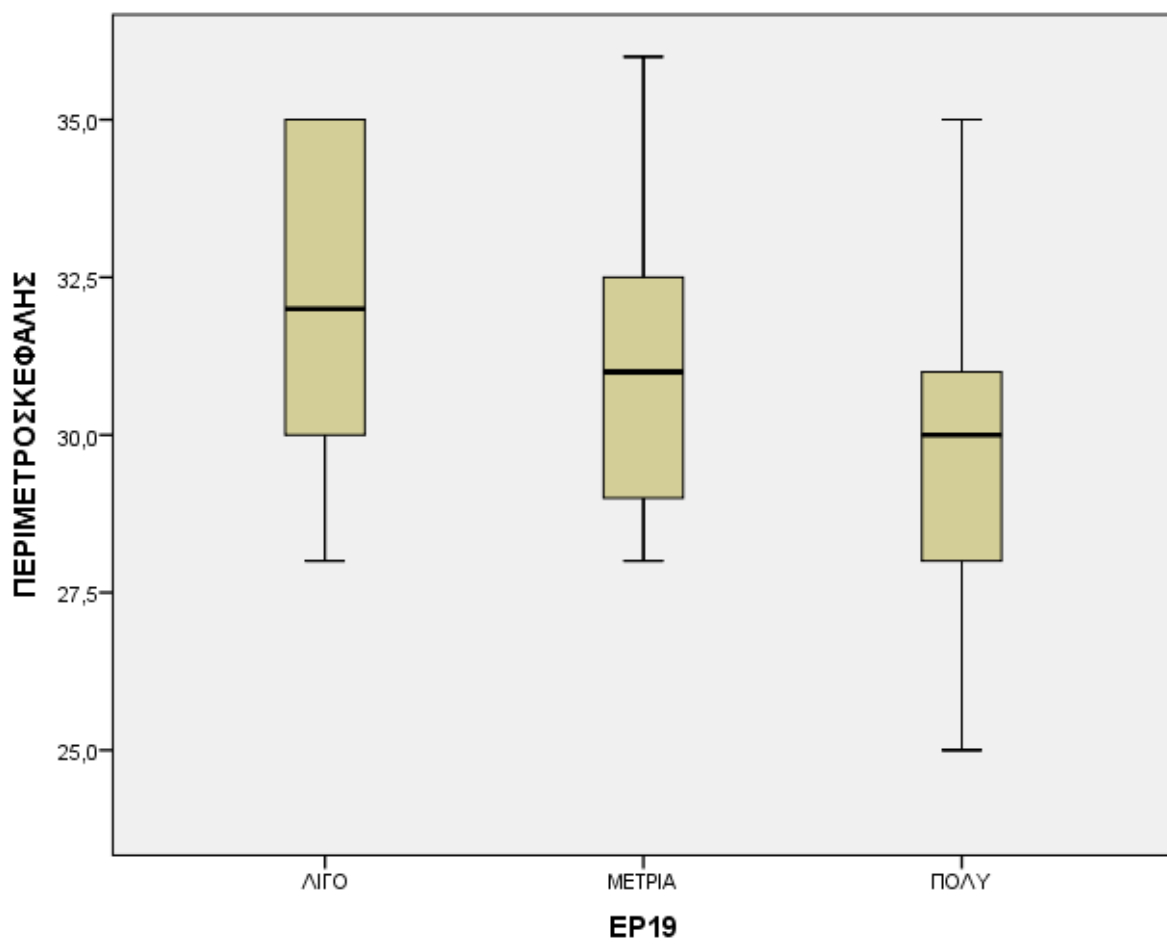
Γράφημα 1: Βάρος κύησης ανά επίπεδο χρήσης ουσιών

Αντίστοιχα, το μήκος των νεογέννητων διαφέρει κατά πολύ ανάλογα με το επίπεδο χρήσης ουσιών. Από το επόμενο θηκόγραμμα διαπιστώνουμε πως οι γυναίκες που έκαναν λίγη χρήση ουσιών γέννησαν παιδιά με πολύ διαφορετικό μήκος αναλογικά με αυτές που έκαναν περισσότερη χρήση.



Γράφημα 2: Μήκος νεογέννητων ανάλογα με την χρήση των ουσιών

Αντίστοιχα, η περίμετρος κεφαλής διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο ουσιών, και μάλιστα είναι αντιστρόφως ανάλογη της χρήσης ουσιών. Δηλαδή, όσο μεγαλύτερη χρήση ουσιών κάνουν οι γυναίκες, τόσο αντίστοιχα μειώνεται η συγκεκριμένη μεταβλητή, ισχυρή ένδειξη πως η συχνή χρήση ουσιών επηρεάζει σημαντικά το έμβρυο έτσι ώστε να αναπτύξει μειωμένη περίμετρο κεφαλής.



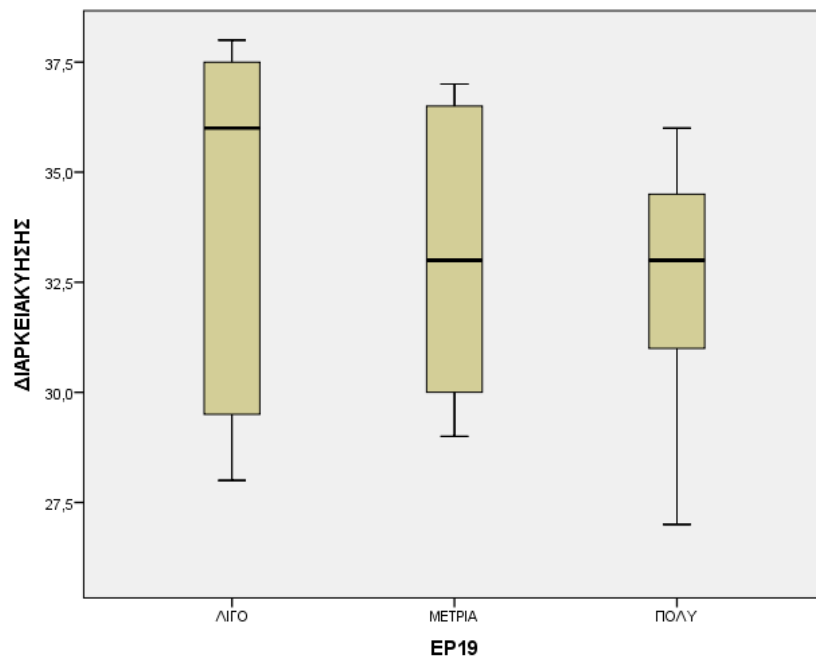
Γράφημα 3: Περίμετρος κεφαλής ανάλογα με χρήση ουσιών

Τέλος, σημαντικό είναι να μελετήσουμε αν η χρήση ουσιών επηρεάζει τη διάρκεια της κύησης, οπότε εξετάζουμε τη συγκεκριμένη μεταβλητή ως προς τη χρήση ουσιών. Θα πάρουμε τον επόμενο πίνακα των περιγραφικών μέτρων, όπου διαπιστώνουμε πως πράγματι η χρήση ουσιών επηρεάζει τη διάρκεια κύησης. Όσο περισσότερη χρήση ουσιών γίνεται, τόσο μικρότερη είναι και η διάρκεια της κύησης. Συγκεκριμένα, γυναίκες που κάνουν λίγη χρήση ουσιών, έχουν μέσο όρο 33,71 εβδομάδες κύησης (βλ. κίτρινο πλαίσιο), γυναίκες που κάνουν μέτρια χρήση 33,26 (βλ. κόκκινο πλαίσιο), και γυναίκες που κάνουν πολλή χρήση 32,80 (βλ. πράσινο πλαίσιο), οπότε η συχνή χρήση ουσιών μειώνει δραστικά τη διάρκεια κύησης.

Descriptives				
	EP19		Statistic	Std. Error
ΔΙΑΡΚΕΙΑΚΥΗΣΗΣ	ΛΙΓΟ	Mean	33,71	1,700
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	29,55	
		Upper Bound	37,87	
		5% Trimmed Mean	33,79	
		Median	36,00	
		Variance	20,238	
		Std. Deviation	4,499	
		Minimum	28	
		Maximum	38	
		Range	10	
		Interquartile Range	9	
		Skewness	-,353	,794
		Kurtosis	-2,473	1,587
	ΜΕΤΡΙΑ	Mean	33,26	,593
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	32,04	
		Upper Bound	34,48	
		5% Trimmed Mean	33,29	
		Median	33,00	
		Variance	9,507	
		Std. Deviation	3,083	
		Minimum	29	
		Maximum	37	
		Range	8	
		Interquartile Range	7	
		Skewness	,000	,448

	Kurtosis	-1,685	,872
	Mean	32,80	,705
	95% Confidence Interval for Lower Bound	31,29	
	Mean Upper Bound	34,31	
	5% Trimmed Mean	32,94	
	Median	33,00	
	Variance	7,457	
ΠΟΛΥ	Std. Deviation	2,731	
	Minimum	27	
	Maximum	36	
	Range	9	
	Interquartile Range	5	
	Skewness	-,729	,580
	Kurtosis	-,197	1,121

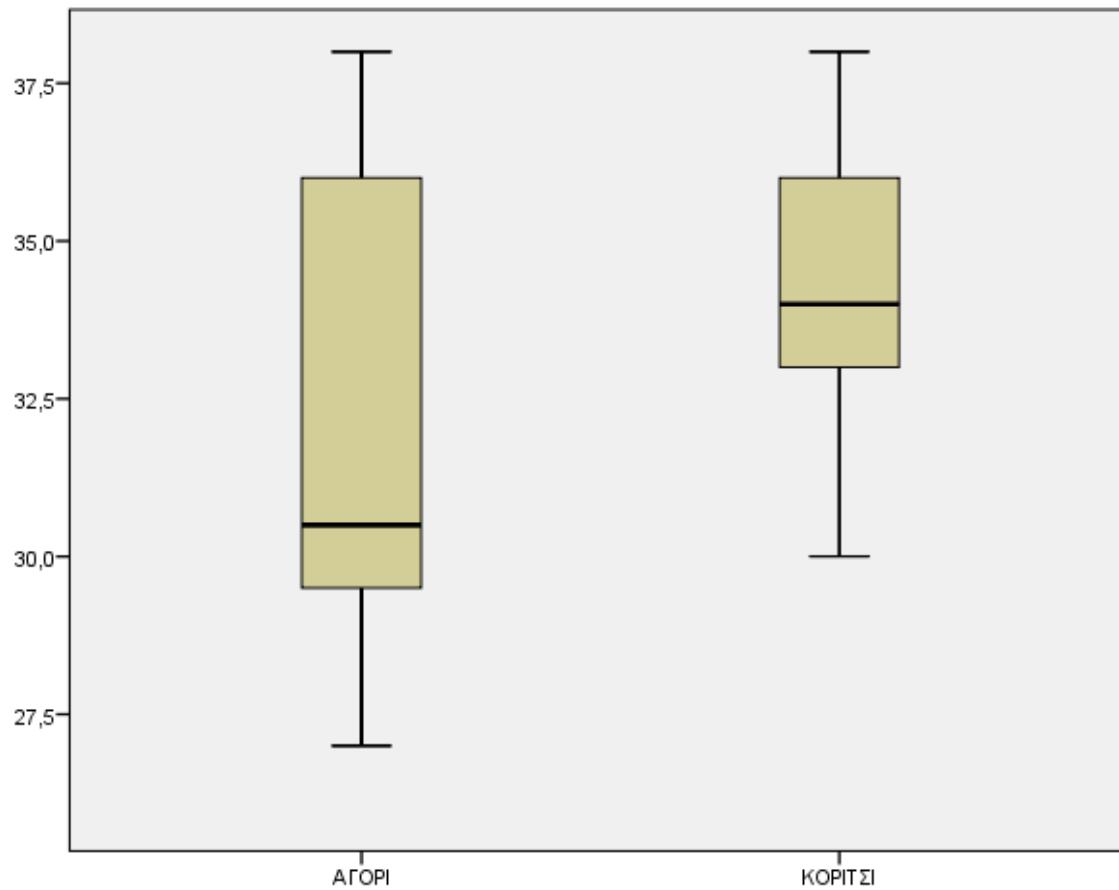
Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουμε με βάση το επόμενο θηκόγραμμα (boxplot), στο οποίο έχουμε μια γραφική απεικόνιση της διάρκειας κύησης ανά τα διαφορετικά επίπεδα χρήσης ουσιών.



Γράφημα 4: Διάρκεια κύησης αναλογικά με την χρήση ουσιών

Σύγκριση κατάστασης νεογνού ανά ηλικία και φύλο

Τέλος, το παρακάτω θηκόγραμμα (boxplot) παρουσιάζει τη διαφορά στη διάρκεια κύησης ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια, και παρατηρούμε πως γενικά τα αγόρια έχουν μικρότερη διάρκεια κύησης συγκριτικά με τα κορίτσια.



Γράφημα 5: Διάρκεια κύησης ανά το φύλο

Το γενικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως η διάρκεια κύησης επηρεάζεται σημαντικά από τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, ενώ επηρεάζονται αρνητικά και οι υπόλοιπες μεταβλητές ως προς τα χαρακτηριστικά του νεογέννητου, δηλαδή το βάρος, το μήκος σώματος και η περίμετρος της κεφαλής.

4. Γενικά Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, οι κίνδυνοι που επιφέρει η χρήση ουσιών και για τη γυναίκα-μητέρα και για το νεογέννητο βρέφος είναι πολλοί. Έκδηλη είναι η απουσία από τις έγκυες χρήστες, της αναζήτησης βοήθειας από ιατρικό προσωπικό στο πρώτο στάδιο της κύησης, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σημαντικές επιπτώσεις τόσο για την ίδια την μητέρα όσο και για το έμβρυο. Από την άλλη, η έγκυος, η οποία έχει εισαχθεί σε ένα θεραπευτικό ψυχολογικό πρόγραμμα υποστήριξης ή απεξάρτησης, ακόμη και με χρήση μεθαδόνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, φαίνεται, σε μακροπρόθεσμο επίπεδο, να έχει περισσότερα οφέλη για την ίδια και το μωρό της. Αυτό είναι εύλογο, αφού λαμβάνουν καλύτερες προγεννητικές φροντίδες και έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας και ευημερίας. Έτσι, οι άμεσες, κατά προτεραιότητα, εισαγωγές των εγκύων χρηστών στα αντίστοιχα θεραπευτικά προγράμματα θεωρούνται απαραίτητες με στόχο τις καλύτερες πράξεις διαχείρισης των καταστάσεων που βιώνουν.

Η χρήση αλκοόλ, παράνομων ναρκωτικών, κάποιων συνταγογραφούμενων φαρμάκων και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών έχουν επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη, στη μητέρα, στο έμβρυο και στη συνέχεια στο νεογέννητο μωρό.

Η χρήση οινόπνευματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο εμβρυϊκού αλκοολισμού και άλλες βλάβες, όπως αυθόρμητη άμβλωση, θνησιμότητα, χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, πρόωρα σύνδρομα και γενετικές ανωμαλίες.

Οι έγκυες καπνίστριες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν εξωμήτριο εγκυμοσύνη, ενδομήτριο και νεογνικό θάνατο, προδρομικό πλακούντα, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, πρόωρη ρήξη των υμένων ενώ οι πιθανότητες να αποβάλουν στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης είναι περισσότερες από τις μη καπνίστριες. Η κυριότερη και η πιο συχνή επίπτωση στο έμβριο/νεογνό είναι το χαμηλό βάρος.

Στη χρήση κάνναβης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουμε μειωμένη ανάπτυξη του εμβρύου, μικρότερο μέγεθος κεφαλής του, μειωμένη ροή αίματος στον πλακούντα και στην καρδιά του, καθώς και μειωμένο βάρος του νεογέννητου.

Η χρήση οινόπνευματος και άλλων ουσιών από τις μέλλουσες μητέρες και άλλα άτομα που ζουν κοντά τους είναι επιβλαβής για την υγεία της μητέρας και του παιδιού. Η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι μια ευκαιρία για τις γυναίκες και τους ανθρώπους που ζουν στο σπίτι τους να αλλάξουν τα πρότυπα κατανάλωσης οινόπνευματος και άλλων ουσιών.

Τέλος, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας που παρέχουν φροντίδα στις γυναίκες με διαταραχές της χρήσης ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πρέπει να κατανοήσουν την πολυπλοκότητα των κοινωνικών, ψυχικών και σωματικών προβλημάτων της γυναίκας και να παρέχουν τις σωστές συμβουλές και υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της περιόδου μετά τον τοκετό.

5. Παράρτημα 1

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ»

Έντυπο αξιολόγησης ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης εγκύου

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΗΛΙΚΙΑ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

- ☐ ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΗ
- ☐ ΔΗΜΟΤΙΚΟ
- ☐ ΓΥΜΝΑΣΙΟ
- ☐ ΛΥΚΕΙΟ
- ☐ ΤΕΙ
- ☐ ΑΕΙ
- ☐ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ

- ☐ ΕΛΛΗΝΙΚΗ
- ☐ ΑΛΒΑΝΙΚΗ
- ☐ ΡΩΣΙΚΗ
- ☐ ΠΟΛΩΝΙΚΗ
- ☐ ΑΡΑΒΙΚΗ
- ☐ ΤΟΥΡΙΚΙΚΗ
- ☐ ΑΛΛΗ

- ☐ ΙΚΑ
- ☐ ΤΕΒΕ
- ☐ ΔΗΜΟΣΙΟ
- ☐ ΟΓΑ
- ☐ ΠΡΟΝΟΙΑ
- ☐ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΗ
- ☐ ΙΔ.ΑΣΦΑΛΙΣΗ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

- ☐ ΕΓΓΑΜΗ
- ☐ ΑΓΑΜΗ
- ☐ ΧΗΡΑ
- ☐ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ
- ☐ ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

ΠΕΡΙΟΧΗ

- ☐ ΔΥΤΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ
- ☐ ΝΟΜ.ΠΕΙΡΑΙΑ
- ☐ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΑΤΤΙΚΗ
- ☐ ΑΘΗΝΑ
- ☐ ΕΠΑΡΧΙΑ

- ☐ ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ
- ☐ ΜΗ ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟΝ Ο.ΚΑ.ΝΑ

ΗΛΗΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ : ΜΕΘΑΔΟΝΗ-ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ

A) Οικογενειακοί παράγοντες

Κοινωνική υποστήριξη

1) Πόση ικανοποίηση νιώθει ο σύντροφος και η οικογένεια σας για την εγκυμοσύνη σου;

☐ Λίγη ☐ Μέτρια ☐ Πολλή

2) Πόσο θα σε βοηθάει ο σύντροφος σου με το παιδί όταν επιστρέψεις στο σπίτι;

☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ

Πρόσφατες στρεσογόνες καταστάσεις

3) Τι αλλαγές έχουν γίνει στην ζωή σου τον τελευταίο χρόνο;

☐ Καμία ☐ Λίγες ☐ Πολλές

4) Τι αλλαγές σχεδιάζεις να κάνεις με την εγκυμοσύνη σου;

☐ Καμία ☐ Λίγες ☐ Πολλές

Σχέση με σύντροφο

5) Πώς θα περιέγραφες τη σχέση σου με το σύντροφο σου;

☐ Κακή ☐ Καλή ☐ Πολύ Καλή

6) Πώς νομίζεις πως θα είναι η σχέση σας μετά τη γέννηση του παιδιού;

☐ Κακή ☐ Καλή ☐ Πολύ Καλή

B) Μητρικοί παράγοντες

Προγεννητική φροντίδα

7) Η προγεννητική φροντίδα έγινε μόνο στο 3^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ;

☐ Ναι ☐ Όχι

Προγεννητική-Μαθήματα εγκυμοσύνης

8) Έκανες μαθήματα κατά τον προγεννητικό έλεγχο ☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Πολύ

9) Έχεις παρακολουθήσει μαθήματα ανώδυνου τοκετού ☐ Ναι ☐ Όχι

Συναισθηματική κατάσταση μετά από 20 εβδ. Κύησης

10) Πώς αισθάνθηκες όταν έμαθες πως ήσουν έγκυος; ☐ Λύπη ☐ Αδιαφορία ☐ Χαρά

11) Πώς νιώθεις τώρα για την εγκυμοσύνη; ☐ Λύπη ☐ Αδιαφορία ☐ Χαρά

Σχέσεις με γονείς κατά την παιδική ηλικία

12) Ποια ήταν η σχέση σου με τους γονείς σου; ☐ Καλή ☐ Κακή ☐ Πολύ Καλή

13) Πήρες αγάπη από τους γονείς σου; ☐ Ναι ☐ Όχι

Αυτοεκτίμηση

14) Έχεις ανησυχίες που θα γίνεις γονιός; ☐ Λίγο ☐ Καθόλου ☐ Πολλή

Ιστορικό ψυχιατρικών-συναισθηματικών προβλημάτων

15)Είχεις ποτέ συναισθηματικά προβλήματα; ☐Ναι ☐Όχι

16)Έχεις επισκεφτεί ποτέ ψυχίατρο-ψυχολόγο; ☐Ναι ☐Όχι

Κατάθλιψη στην περίοδο της εγκυμοσύνης

17)Πώς είναι η διάθεση σου κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης;

☐Κακή ☐Μέτρια ☐Καλή

Γ) Χρήση ουσιών

Κατάχρηση αλκοόλ/ουσιών

18)Χρήση αλκοολούχων ποτών την εβδομάδα ;

☐Λίγη ☐Μέτρια ☐Πολλή

19)Χρήση ναρκωτικών ουσιών από εσένα ή το σύντροφο σου;

☐Λίγη ☐Μέτρια ☐Πολλή

20)Εθισμός στο ποτό ή στις ουσίες από εσένα ή το σύντροφο σου ☐Ναι ☐Όχι

21)Ουσίες που κάνεις κατά τη διάρκεια της κύησης ;

☐Οπιοειδή ☐Κοκαΐνη ☐Κάνναβη ☐Αμφεταμίνες ☐Άλλη

22)Ουσίες που έκανες πριν την κύηση ;

☐Οπιοειδή ☐Κοκαΐνη ☐Κάνναβη ☐Αμφεταμίνες ☐Άλλη

Δ) Ενδοοικογενειακή βία

Εμπειρία δική σου ή του συντρόφου σου προηγούμενης κακοποίησης

23)Πώς ήταν η σχέση των γονιών σου (συναισθηματικά-σεξουαλικά);

☐Κακή ☐Μέτρια ☐Καλή

24)Ο πατέρας σου εκφόβισε ή χτύπησε ποτέ τη μητέρα σου; ☐Ναι ☐Όχι

25)Οι γονείς σου άσκησαν ποτέ βία σε σένα; ☐Ναι ☐Όχι

26)Έχεις κακοποιηθεί σεξουαλικά όταν ήσουν παιδί; ☐Ναι ☐Όχι

Πρόσφατη κακοποίηση ή κακοποίηση στο παρελθόν

27)Οι διαφορές με το σύντροφο σου προκαλούν εντάσεις ; ☐Ναι ☐Όχι

28)Νιώθεις ποτέ φοβισμένη από κάτι που λέει η κάνει ο σύντροφος σου; ☐Ναι ☐Όχι

29)Σε έχει ποτέ χτυπήσει/σπρώξει/χαστουκίσει κάποιος από τους συντρόφους σου ; ☐Ναι ☐Όχι

30)Σε έχει ποτέ μειώσει ή ψυχολογικά καταπιέσει ο σύντροφος σου με άλλους τρόπους; ☐Ναι ☐Όχι

31) Έχεις δεχτεί ποτέ σεξουαλική πίεση; ☐Ναι ☐Όχι

32)Έχεις κάνει σεξ χωρίς τη θέληση σου; ☐Ναι ☐Όχι

Προηγούμενη κακοποίηση παιδιού από γυναίκα ή σύντροφο

33) Έχεις εσύ ή ο σύντροφός σου παιδιά που δεν ζουν μαζί σας; ☐ Ναι ☐ Όχι

34) Έχεις ποτέ φθάσει να προσφύγεις για προστασία παιδιών με κάποια νομική υπηρεσία; ☐ Ναι ☐ Όχι

Ανυπακοή παιδιών

35) Ήσουν ανυπάκουη σαν παιδί;

☐ Λίγο ☐ Πολύ

36) Θα χρησιμοποιήσεις διαλογικούς τρόπους πειθάρχησης στο παιδί σου ;

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Πολύ

37) Θα χρησιμοποιήσεις βίαιες συμπεριφορές πειθάρχησης στο παιδί σου σε περίπτωση ανυπακοής;

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Πολύ

Στοιχεία νεογέννητου

Τόπος γέννησης: ☐ Μαιευτήριο ☐ Νοσοκομείο ☐ Σπίτι ☐ Άλλου

Φύλο: ☐ Αγόρι ☐ Κορίτσι

Βάρος Γέννησης: _____ (gr) Μήκος σώματος: _____ (cm)
_____ (cm)

Περίμετρος κεφαλής:

ΠΗΤ: _____ ΤΕΡ: _____

Είδος κύησης: ☐ Μονή ☐ Δίδυμη ☐ Τρίδυμη ☐ Πολύδυμη

Είδος τοκετού: ☐ Φυσιολογικός ☐ Καισ. Τομή ☐ Ισχιακή

Κατάσταση Νεογέννητου επισκοπικά: ☐ Φυσιολογικό ☐ Συγγενείς ανωμαλίες

Κλάμα αμέσως μετά τη γέννηση : ☐ Ναι ☐ Όχι

Κυάνωση: ☐ Ναι ☐ Όχι

Ζωηρότητα: ☐ Ναι ☐ Όχι

Θερμοκοιτίδα: ☐ Ναι ☐ Όχι

Οξυγόνο: ☐ Ναι ☐ Όχι

Ίκτερος: ☐ Ναι ☐ Όχι

Έκβαση ☐ Καλή ☐ Επιπλοκές

Ποιες: _____

Βαθμολογία κατά APGAR: _____

Σημεία		Βαθμοί	
	0	1	2
1)Καρδιακή συχνότητα	0	<100/min	>100/min
2)Αναπνευστική λειτουργία	Απουσία	Ασθενές κλάμα	Ζωηρό κλάμα
3)Μυϊκός Πόνος	Απών	Κάμψη κάποιου άκρου	Καλή κάμψη των άνω και κάτω άκρων
4)Αντίδραση σε ερεθίσματα	Απουσία	Κάμψη κάποιου άκρου	Καλή κάμψη των άνω και κάτω άκρων
5)Χροιά του δέρματος	Κυανή	Σώμα ρόδινο, άκρα κυανά	Ρόδινη

Διάρκεια κύησης: _____

6. Βιβλιογραφία

1. EMCDDA (2002) Report on the risk assessment of Ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (p.66-69).
2. APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5.
Arlington, VA: American Psychiatric Association
3. EMCDDA (2005)(2007) Selected issue 3:Buprenorphine —treatment, misuse and prescription practices.Luxenburg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
4. EMCDDA(2008a) SexualAssaultsfacilitatedbydrugsoralcohol. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs.a>.
5. EMCDDA (2011) Drug profile: Barbiturates. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
6. EMCDDA(2014) Ευρωπαϊκή έκθεση για τα Ναρκωτικά: Τάσεις και εξελίξεις. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης
7. .EMCDDA(2014a)PERSPECTIVESONDRUGS: SyntheticcannabinoidsinEurope.
<http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/synthetic-cannabinoids>.
8. European Commission (2004) TOBACCO OR HEALTH IN THE EUROPEAN UNION: PAST, PRESENT AND FUTURE. Belgium: EU.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf.
9. NIDA (2010b) Research Reports: Cocaine. US: National Institute for Drug Abuse.
<http://www.drugabuse.gov/publications/research---reports/cocaine---abuse---addiction>
10. NIDA (2010a) Drug Facts: Club Drugs (GHB, Ketamine and Rohypnol). US: National Institute for Drug Abuse.
11. NIDA (2010b) Research Reports: Cocaine. US: National Institute for Drug Abuse.
12. <http://www.drugabuse.gov/publications/research---reports/cocaine---abuse---addiction>.
13. NIDA (2011) Research Report Series: Prescription Drug Abuse. US: National Institute for Drug Abuse.

14. NIDA (2013) Drug Facts: Cocaine. US: National Institute for Drug Abuse.
15. NIDA (2013a) Research Reports: Methamphetamine. US: National Institute for Drug Abuse.
16. NIDA (2013b) Drug Facts: MDMA ("Ecstasy" or "Molly"). US: National Institute for Drug Abuse.
<http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/mdma-ecstasy-or-molly>.
17. NIDA (2012) Inhalants. US: National Institute for Drug Abuse.
18. NIDA (2012a) Research Reports: Marijuana. US: National Institute for Drug Abuse.
<http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/marijuana/letter-director>.
19. NIDA (2014) Research Reports: Heroin. US: National Institute for Drug Abuse.
<http://www.drugabuse.gov/news-events/news-releases/2014/02/nidas-updated-heroin-research-report-now-available-online>.
20. NIDA (2014a) The science of addiction: Drugs, Brains and Behavior. US: National Institute for Drug Abuse.
21. NIDA (2014b) Drug Facts: Marijuana. US: National Institute for Drug Abuse.
<http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>.
22. NIDA (2014c) Research Report Series: Hallucinogens and dissociative drugs. US: National Institute for Drug Abuse.
23. SAMSHA (1999) Treatment for Stimulant Use Disorders. Treatment Improvement Protocol(TIP) Series, No. 33. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US)
24. .WHO (2011) WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC: Warning about the dangers of tobacco. Italy: World Health Organization.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf?ua=1.
25. ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ (2003) Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

26. ΕΚΤΕΠΝ (2013) Ετήσια Έκθεση 2012: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και οινόπνευματων στην Ελλάδα. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
27. Κουτσελίνης,Α.(2002) Εξαρτησιογόνες ουσίες, ναρκωτικά: φαρμακολογία, τοξικολογία, το πρόβλημα και η αντιμετώπισή του. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισινού.
28. Λιάππας,Ι.(2003) Ναρκωτικά: Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση Αθήνα: Εκδ. Πατάκη.
29. Μάτσα,Κ.(2001) Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας. Αθήνα: Εκδ. Άγρα.