



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ-ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΛΟΓΙΑ»

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**«Διερεύνηση και σύγκριση των νοσηλειών με κατάχρηση
ουσιών στα τμήματα οξέων του ΨΝΑ τα έτη 2014 και 2017-
Ανάλυση δεδομένων»**



Επιμέλεια διπλωματικής: Φράγκου Μάρθα,

Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής ΨΝΑ «ΔΑΦΝΙ»

Α.Μ: 20170996

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Οικονόμου Μ.

Τριμελής Επιτροπή: Οικονόμου Μ., Σύψα Β., Μαλλιώρα Μ.Μ

Αθήνα,

Ιούνιος 2019

DEPARTMENT OF MEDICINE

“MASTER OF ADDICTOLOGY”

THESIS TITLE:

“Investigation and comparison for the provision of medical care and treatment in the departments of the acute incidents and for drug abuse at the Psychiatric Hospital of Attica (Athens, Greece) in the years 2014 and 2017. Data analysis”

Thesis editor: Fragkou Martha, Intern in psychiatry, Psychiatric Hospital of Attica “DAFNI”

Thesis supervisor: Oikonomou M.

Three-member committee: Oikonomou M.,
Malliori M., Sipsa B.

Athens, Greece

June 2019

Registry number: 20170996

Copyright© Φράγκου Μάρθα, 2019

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στην «Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων-Εξαρτησιολογία» στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητα και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Φράγκου Μάρθα.

Ευχαριστίες.

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους εργαζόμενους του ΨΝΑ-διοικητικούς και μη- και ειδικότερα τους νοσηλευτές που εργάζονται στο ΤΕΠ, για την πολύτιμη βοήθεια τους στην προσπάθεια μου να συλλέξω τα απαραίτητα δεδομένα για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα. Οικονόμου για την καθοδήγηση της, όπως επίσης και την συντονίστρια του μεταπτυχιακού προγράμματος κα. Μαλλιώρα, για την πολύτιμη στήριξη της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Τέλος, θα ήθελα να αφιερώσω την εργασία αυτή στην οικογένεια μου, η οποία υπέδειξε αμέριστη αγάπη και υπομονή σε όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος, και πιο συγκεκριμένα στην προσπάθεια μου να συγγράψω τη συγκεκριμένη διπλωματική εργασία. Είμαι περήφανη που έχω τέτοιους ανθρώπους δίπλα μου.

...Στους γονείς μου,
Ελένη και Χρυσόστομο.

...Στην αδερφή μου,
Μαρία.

...Στον λατρεμένο
μου σύντροφο, Παναγιώτη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.

Ως φάρμακο ορίζεται κάθε ουσία που υπεισέρχεται στον οργανισμό και λόγω αυτής προκαλούνται αλλαγές τόσο στην δομή και στην λειτουργία του σώματος όσο και στο ψυχικό «όργανο». Τα φάρμακα που επιδρούν στην βιολογική και ψυχική σφαίρα ενός ατόμου και ευθύνονται για σημαντικές αλλαγές στη σωματική λειτουργία και τον ψυχισμό του λήπτη ονομάζονται ψυχοτρόπα και διακρίνονται σε εξαρτησιογόνα και μη-εξαρτησιογόνα. Οι κυριότερες εξαρτησιογόνες ουσίες είναι ο καπνός, το αλκοόλ, οι αμφεταμίνες, τα ευρείας κατανάλωσης ηρεμιστικά, τα βαρβιτουρικά και τα οπιούχα-οπιοειδή (μορφίνη-ηρωίνη). Από την άλλη πλευρά, η κάνναβη και τα παράγωγα αυτής (μαριχουάνα-χασίς) συνθέτουν τη κατηγορία των μη-εξαρτησιογόνων φαρμάκων.

Η φάρμακο-εξάρτηση ή αλλιώς η τοξικομανία αφορά την κατανάλωση ενός ναρκωτικού με επαναλαμβανόμενο ρυθμό ακόμα και με καταναγκαστικό τρόπο, ενώ παράλληλα παρουσιάζεται αυτόματη τάση αύξησης της δόσης από την στιγμή που ο οργανισμός προσαρμόζεται (ανοχή) στις επενέργειες της ουσίας. Το πρόβλημα των ουσιο-εξαρτήσεων (συμπεριλαμβανομένων και των νόμιμων ουσιών-καπνού, αλκοόλ, ψυχοδραστικών φαρμάκων) αποτελεί σήμερα ένα μείζον και συνεχώς μεταβαλλόμενο πρόβλημα τόσο στη χώρα μας, όσο και στις άλλες χώρες.

Τα τελευταία χρόνια έχει παρουσιαστεί αυξητική τάση των ατόμων, που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και συγκεκριμένα στα τμήματα οξέων περιστατικών λόγω ψυχικών διαταραχών, αλλά και διαταραχών της συμπεριφοράς, οι οποίες μπορεί να οφείλονται στη χρήση πολλαπλών φαρμάκων ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών. Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Νόσων και των Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) έχει κατατάξει τις συγκεκριμένες νοσολογικές καταστάσεις στο V κεφάλαιο ταξινόμησης της ICD-10. Ειδικότερα, ο τριψήφιος κωδικός που τις περιλαμβάνει είναι ο F19, ο οποίος και αποτελείται από 9 επιμέρους υποκατηγορίες (F19.1-F19.9).

Το θέμα της παρούσας διπλωματικής εργασίας εστιάζει στην ιδιαίτερη αυτή πληθυσμιακή ομάδα (άτομα με κατάχρηση και εξάρτηση από τις ουσίες), χαρακτηριστικό της οποίας είναι η πολυπλοκότητα των προβλημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει, προβλήματα που δεν περιορίζονται στα αμιγώς ζητήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, αλλά έχουν και αρνητικό αντίκτυπο στην κοινωνική ζωή του πάσχοντα.

Η διπλωματική εργασία διακρίνεται σε δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό.

Στο πρώτο και θεωρητικό μέρος θα συζητηθεί η έννοια του επείγοντος, οι ψυχικές διαταραχές που αφορούν τους χρήστες ουσιών, τον ρόλο της επείγουσας ψυχιατρικής αντιμετώπισης καθώς και το τι καλείται να αντιμετωπίσει η ψυχιατρική κοινότητα στο πλαίσιο μιας νοσηλείας (ακουσίας και εκούσιας) στα τμήματα οξέων περιστατικών του ΨΝΑ.

Στο δεύτερο μέρος, το ερευνητικό, θα παρουσιαστούν τα στατιστικά στοιχεία που θα προκύψουν ανάλογα με τα στοιχεία που θα συλλεχθούν και θα συζητηθούν. Ακολουθούν τα συμπεράσματα της έρευνας, όπως τελικώς αυτά προκύπτουν από την επεξεργασία των ευρημάτων και την αιτιολογική και συσχητική τους ανάλυση.

Λέξεις-κλειδιά: Εξαρτησιογόνες ουσίες, νοσηλείες, τμήμα οξέων, ψυχιατρείο, ψυχικές διαταραχές, σωματικές επιπτώσεις, F19.

ABSTRACT.

Medicine is defined any substance which is inserted in the body and because of it many changes are happening both to the structure and function of the body as well as the emotional and mental intelligence.

The medication which affects the biological and psychological globe of an individual and those that are responsible for the important changes of the body function and the psychology of a person are called psychotropic. They can be described as addictive and non-addictive. The most common addictive substances are smoking, alcohol, amphetamines and all the sedatives which are widely used, barbiturates and everything that they are considered opiates (morphine and heroin). On the other hand, cannabis and all similar substances (marijuana-hashish) belong to non-addictive medicine.

The drug addiction to medicine or toxicomania is about the consumption of a drug which is taken repeatedly and sometimes in a compulsory way. At the same time, there is an increase of the dose because the body is already adjusted to these substances. Addiction to those addictive substances (including smoking, alcohol and all the psychodrastric medication) is a major issue in our country and elsewhere.

In the last few years more and more people are hospitalised because of psychiatric issues, in mental health departments because of psychiatric disorders as well as behavior disorders which are based on the use of various medication or on other psychodrastric substances. The International Statistic classification of diseases and similar health problems (ICD-10) has classified these specific disease situations in V Chapter classification of ICD-10. Specifically, the code which includes them is F19 and it is consisted of nine subcategories. (F19.1-F19.9).

This thesis is focused on the specific population group (people who are addicted and overuse this substances) and the main feature are the multiple problems that they have to face. There are not only matters of the body and mind, but they have negative effects on the social life of the individual.

This thesis is consisted of two parts: the academic part and the research.

The academic part will deal with the meaning of emergency, the mental disorders concerning the addicts and the role of the urgent psychiatric treatment. In addition, it will deal with the psychiatric community when it comes to treatment (unintentional and intentional) during acute incidents at the Psychiatric Hospital of Attica.

On the investigating part, the statistic element that will be resulted from the collection and discussion, will be presented. After processing the findings of the relative analysis, we will have conclusions of the research.

KEYWORDS: addictive substances, treatments, psychiatric emergency department, psychiatric comorbidity, medical consequences, psychiatric institution, mental disorder, F19

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη.....	6
Abstract.....	8
Εισαγωγή.....	12
<u>ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	14
Κεφάλαιο 1^ο : Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).....	14
1.1 Εισαγωγή Κεφαλαίου.....	14
1.2 Νομοθετικό Πλαίσιο.....	14
1.2.1 Υπουργική Απόφαση.....	15
1.2.2 Νόμος 2071/92.....	15
1.3 Επείγον Περιστατικό.....	16
1.3.1 Επείγον Ψυχιατρικό Περιστατικό.....	16
1.3.2 Επείγουσα Ψυχιατρική.....	18
Κεφάλαιο 2^ο : Χρήση και Κατάχρηση.....	19
2.1 Ιστορική Αναδρομή.....	19
2.2 Ορισμοί και βασικές έννοιες.....	22
2.3 Ταξινόμηση των εξαρτησιογόνων φαρμάκων.....	24
2.4 Χαρακτηριστικά και συμπτώματα εξαρτησιογόνων ουσιών.....	25
Κεφάλαιο 3^ο : Ο «εξαρτημένος» εντός του Ψυχιατρικού Ιδρύματος.....	42
3.1 Εθισμός σε ουσίες.....	42
3.2 Ψυχιατρική και σωματική συννοσηρότητα.....	42
3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την αιτιολογία και τη θεραπεία των εξαρτήσεων.....	43
3.4 Αποτοξίνωση/Αποκατάσταση ασθενούς.....	44
3.5 Διερεύνηση μόνιμων βλαβών στον εξαρτημένο λόγω χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.....	46
3.6 Θεραπευτικές προσεγγίσεις ανάλογα με την ουσία.....	49
<u>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	53
Κεφάλαιο 4^ο : Μεθοδολογία της έρευνας.....	53
4.1 Σκοπός.....	53

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	53
4.3 Δείγμα-Τόπος έρευνας.....	54
4.4 Μέθοδος της έρευνας.....	54
4.5 Ζητήματα Βιοηθικής.....	54
4.6 Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση.....	55
Κεφάλαιο 5^ο : Αποτελέσματα έρευνας.....	56
5.1 Συνολικό δείγμα.....	56
5.2 Δείγμα χρηστών.....	57
5.2.1 Προσελεύσεις.....	59
5.2.2 Συχνότητα προσελεύσεων.....	60
5.2.3 Ηλικιακή κατανομή προσελεύσεων.....	61
5.2.4 Συνοδοί και τρόπος προσέλευσης.....	66
5.2.5 Αποχώρηση και νοσηλεία.....	72
5.2.6 Διαγνώσεις.....	73
5.2.7 Χρήση ουσιών ανά έτος και φύλο.....	75
5.2.8 Στοιχεία για την F19.....	83
5.2.9 HCV και πρόσθετες παρατηρήσεις.....	86
Κεφάλαιο 6^ο : Συμπεράσματα/Συζήτηση.....	87
Βιβλιογραφία.....	92
Παράρτημα 1.....	98

Εισαγωγή.

Εν έτει 1925, δρομολογείται η ίδρυση του Δαφνιού, του πρώτου Κρατικού Ψυχιατρικού Νοσοκομείου, όπου και μεταφέρονται οι ασθενείς από την Αγία Ελεούσα. Στον ίδιο χώρο υπάρχουν και ποινικοί κρατούμενοι.

Το 1956 λαμβάνει χώρα η εγκαθίδρυση τμημάτων απασχολησιοθεραπείας, κοινωνικής υπηρεσίας, εξωτερικών ιατρείων και άλλων μονάδων. Παρατηρείται βελτίωση του επιπέδου μετανοσοκομειακής μέριμνας, την ίδια στιγμή που προωθείται και ο επαγγελματικός προσανατολισμός των νοσούντων.

Το 1999, μετά το πέρας του ισχυρού σεισμού που συγκλόνισε την Αθήνα και που προκάλεσε σοβαρότατες ζημιές στις εγκαταστάσεις του νοσοκομείου ξεκινάει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο ΨΝΑ «ΔΑΦΝΙ». Το ψυχιατρείο μπήκε σε διαδικασία αναδιοργάνωσης, χωρίς ωστόσο να ακολουθείται συγκεκριμένο πλάνο ή κάποιος στρατηγικός σχεδιασμός.

Δυο χρόνια μετά, το ΨΝΑ εντάσσεται σταδιακά στο σύστημα ανοιχτών εφημεριών όπου οι εισαγωγές των ασθενών γίνονται στις νεοσύστατες κλινικές του νοσοκομείου, οι οποίες ονομάστηκαν Ψυχιατρικά Τμήματα Εισαγωγών (ΨΤΕ) και είναι δέκα στον αριθμό. Παράλληλα, μέσα από ειδικά προγράμματα και επιχορηγήσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προσλαμβάνεται μεγάλος αριθμός εξειδικευμένων ατόμων στον ψυχικό τομέα.

Από το σημείο αυτό και μετά, είναι χαρακτηριστική στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) η μαζική ακούσια προσέλευση των ατόμων ώστε να εξεταστούν, αλλά και η νοσηλεία των ψυχικά ασθενών, την ίδια στιγμή που στις διαδικασίες αυτές συμμετέχουν ενεργά διάφορες αρχές και υπηρεσίες, όπως η εισαγγελία και η αστυνομία. Ειδικά, για τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με F-19 (Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών), η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας αφορά το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων.

Το ΤΕΠ έχει σαν απώτερο στόχο να αντιμετωπίζει άμεσα τα επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά και ταυτόχρονα να παραπέμπει τον εκάστοτε ασθενή στην κατάλληλη γι' αυτόν ψυχιατρική δομή, ώστε να

παρακολουθείται τακτικά από καταρτισμένο προσωπικό και σε μακροπρόθεσμη βάση.

Στα πλαίσια του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική 2014-2020» αναμένεται η δημιουργία Μονάδας Σωματικής Αποτοξίνωσης (detox) στο ΨΝΑ, ούτως ώστε να υπάρξει αύξηση των θέσεων για αποτοξίνωση βραχείας νοσηλείας. Σήμερα, το μόνο ψυχιατρικό νοσοκομείο με μονάδα detox είναι αυτό της Θεσσαλονίκης.

Ακόμα, σύμφωνα με το καινούργιο νομοσχέδιο της υπουργικής απόφασης τέσσερα νοσοκομεία και τρεις οργανισμοί θα δημιουργήσουν Χώρους Εποπτευομένης Χρήσης Ναρκωτικών. Μέσα σε αυτά τα νοσοκομεία συγκαταλέγεται και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (άλλα είναι: ο ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, το Κέντρο Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων Ελαιώνα Θηβών, το Γενικό Νοσοκομείο Ιωάννινων «Χατζηκώστα» και το Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας «Αγία Ειρήνη») στο οποίο προβλέπεται ότι θα παρέχεται συμβουλευτική ενημέρωση για ασφαλή χρήση ναρκωτικών, την ίδια στιγμή που θα είναι εφικτή η διασύνδεση με προγράμματα απεξάρτησης, ενώ θα υπάρχουν και δομές ιατρικής περίθαλψης. Η υλοποίηση του σχεδίου προβλέπει την φιλοξενία δώδεκα χρηστών σε κάθε τέτοιο χώρο και η ελάχιστη λειτουργία τους θα είναι οκτώ ώρες την ημέρα. Οι χώροι αυτοί θα απαρτίζονται από μόνιμο εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο θα αποτελείται από ψυχολόγο, ψυχίατρο, γενικό γιατρό, νοσηλεύτη και κοινωνικό λειτουργό.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.

Κεφάλαιο 1^ο : Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

1.1 Εισαγωγή Κεφαλαίου.

Σκοπός της ίδρυσης και της λειτουργίας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) στο ΨΝΑ «Δαφνί» ήταν να αντιμετωπιστούν με άμεσο και αποτελεσματικό τρόπο, όλες εκείνες οι επείγουσες καταστάσεις, που θέτουν την ανθρώπινη ζωή σε κίνδυνο. Μέσω του ΤΕΠ, λοιπόν, έχει αποφευχθεί ένας μεγάλος αριθμός άσκοπων εισαγωγών, με αποτέλεσμα να μην ζημιωθεί ακόμα περισσότερο ο προϋπολογισμός του νοσοκομείου (Λάμπρου Π. 2005). Η επιτακτική ανάγκη να βελτιωθεί το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται, και η συνεχής αύξηση των αναγκών των ασθενών, έχουν καταστήσει απαραίτητη την σωστή στελέχωση του ΤΕΠ και τη λειτουργία αυτού βάσει των διεθνών προτύπων.

Η ακούσια ιατρική φροντίδα που αφορά τον ψυχιατρικό ασθενή και η οποία αποφασίζεται από τον εφημερεύοντα ψυχίατρο, δεν μπορεί να κριθεί μόνο από το βαθμό επικινδυνότητας ή τη πιθανότητα επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενούς (εφόσον δε ληφθεί η θεραπευτική αγωγή), αλλά και από ένα συνδυασμό αλληλοεπιδράσεων μεταξύ του προσωπικού ηθικού κώδικα του εκάστοτε ψυχιάτρου (ηθικοί προβληματισμοί), του δεοντολογικού κώδικα των επαγγελματιών υγείας (δεοντολογικοί προβληματισμοί) και των νόμων του κράτους (νομικοί προβληματισμοί).

1.2 Νομοθετικό πλαίσιο.

Το νομοθετικό πλαίσιο της λειτουργίας του ΤΕΠ εμπερικλείει τη δημιουργία ενός πλαισίου, ούτως ώστε να αντιμετωπιστεί και να διευθετηθεί κάθε νομικό, δεοντολογικό και ηθικό ζήτημα εντός αυτού, αλλά και για να επιτευχθεί η εύρυθμη και χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα λειτουργία του τμήματος. Κύριος στόχος του συγκεκριμένου τμήματος, αλλά και κάθε τμήματος που υπάγεται στο νοσηλευτικό ίδρυμα ΨΝΑ «Δαφνί» είναι να διασφαλιστεί το δικαίωμα στην υγεία, στην ασφάλεια και το σεβασμό, την ίδια στιγμή που πρέπει να προστατευτεί με όλα τα μέσα η ανθρώπινη αξιοπρέπεια εκείνων των ανθρώπων που υπεισέρχονται για εξετάσεις και παροχή πρώτων βοηθειών.

1.2.1 Υπουργική απόφαση.

Η οργάνωση και ο τρόπος που λειτουργούν και στελεχώνονται τα ΤΕΠ των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) καθορίζονται από την υπ' αριθμόν Υ4δ/Γ. Π. οικ. 22869 υπουργική απόφαση (αριθμός ΦΕΚ 874, 20 Μαρτίου 2012). Βάσει αυτής της απόφασης, προβλέπεται να δημιουργηθεί αυτοτελές ΤΕΠ σε νοσοκομείο με περισσότερες από 300 κλίνες με εξειδικευμένο εξοπλισμό και καταρτισμένο προσωπικό. Ταυτόχρονα, λαμβάνει χώρα ο προσδιορισμός του βασικού χωροταξικού σχεδιασμού, των κανόνων συνεργασίας με άλλους δημόσιους φορείς, της διοικητικής ιεραρχίας, της διαλογής και της αντιμετώπισης των περιστατικών που προσέρχονται, της επιμόρφωσης των εργαζομένων για υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, του κλινικού θεραπευτικού έργου, των υπηρεσιών που παρέχονται και της τελικής τους έκβασης.

1.2.2 Νόμος 2071/92.

Μέσω του νόμου 2017/92 προσδιορίζεται η επικινδυνότητα- η οποία οφείλεται συνήθως στην επιθετική συμπεριφορά- ως λόγος ακούσιας νοσηλείας και θεραπείας σε ασθενείς ψυχικά διαταραγμένους, δίνοντας ιδιαίτερη βάση στο να διασφαλιστούν τα δικαιώματα της συγκεκριμένης ομάδας πασχόντων. Καθ' αυτό τον τρόπο γίνεται ο καθορισμός της εκούσιας νοσηλείας (άρθρο 94), των προϋποθέσεων αυτής (άρθρο 95), της διαδικασίας εισαγωγής (άρθρο 96), των ένδικων μέσων (άρθρο 97), των συνθηκών (άρθρο 98) και της διάρκειας/λήξης της ακούσιας νοσηλείας. Στην Ελλάδα, οι ψυχικά πάσχοντες που νοσηλεύονται με ακούσια νοσηλεία είναι πολύ περισσότεροι, εν συγκρίσει με τους ψυχικά ασθενείς άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με τα λεγόμενα των Χριστοδούλου Χ. και Ρίζου Ε. (2008), *«Η ανάγκη για ακούσια φροντίδα στην ψυχική υγεία, οφείλει να συνυπολογίσει τρία διαφορετικά και αμφιλεγόμενα θέματα: τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα των νοσοούντων, που πρόκειται να υποστούν αναγκαστική νοσηλεία, την κοινωνική ασφάλεια και την ανάγκη επαρκούς φροντίδας και θεραπείας των ατόμων αυτών»*.

1.3 Επείγον περιστατικό.

Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη Γ. (2002), ως επείγοντα περιστατικά (είτε σε νοσοκομεία, είτε σε ιατρείο) ορίζονται «οι περιπτώσεις εκείνες που πρέπει να αντιμετωπιστούν ιατρικώς άμεσα». Επείγον περιστατικό θεωρείται ένας ασθενής αντιμέτωπος με μία επείγουσα κατάσταση, η οποία θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του πάσχοντος και χρήζει άμεσης εκτίμησης και αντιμετώπισης μέσα σε πολύ σύντομο χρόνο. Σε ξένες βιβλιογραφίες πέραν του όρου «επείγον περιστατικό» γίνεται χρήση και του όρου «έκτακτο περιστατικό». Πρόκειται για δύο όρους συνώνυμους και όχι ταυτόσημους (Λάμπρου Π. 2005). Με την ίδρυση του ΤΕΠ έγινε προσπάθεια να αντιμετωπίζονται άμεσα, γρήγορα και κυρίως αποτελεσματικά όλους εκείνες οι επείγουσες καταστάσεις που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών. Απώτερος σκοπός του συγκεκριμένου τμήματος είναι να παρέχει επείγουσα ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, ενώ οι κύριοι στόχοι του είναι η διαλογή των περιστατικών, η βραχεία νοσηλεία των πασχόντων, η διακομιδή αυτών στις εξειδικευμένες κλινικές δομές του ψυχιατρείου, η εκπαίδευση και η έρευνα στον τομέα της επείγουσας φροντίδας, η σωστή ενημέρωση και η επιμόρφωση των ασθενών, αλλά και των συγγενών αυτών.

1.3.1 Επείγον ψυχιατρικό περιστατικό.

Εννοιολογικά, το ψυχιατρικό επείγον και η ψυχολογική κρίση συνδέονται αρκετές φορές μεταξύ τους, ενώ συχνά ταυτίζονται λανθασμένα. Η ψυχολογική κρίση αφορά σοβαρές διαταραχές στο βασικό λειτουργικό επίπεδο του ατόμου, σε σημείο τέτοιο που οποιαδήποτε στρατηγική αντιμετώπισης δεν είναι αρκετή για να επανέλθει η ισορροπία. Πρόκειται, ουσιαστικά, για ένα συναισθηματικά σημαίνον συμβάν, μέσω του οποίου μπορεί να βελτιωθεί ή να επιδεινωθεί η κατάσταση του ατόμου. Δεν είναι απαραίτητο να υποβόσκει κίνδυνος σοβαρών σωματικών βλαβών ή θανάτου (όπως στο επείγον). Οι εργαζόμενοι των ψυχιατρικών υπηρεσιών επειγόντων αξιολογούν καθημερινά έναν μεγάλο αριθμό ψυχολογικών κρίσεων. Μεταξύ άλλων, καλούνται να διακρίνουν τις κρίσεις επείγοντος χαρακτήρα και τις κρίσεις με μη επείγοντα χαρακτήρα.

Στα επείγοντα ψυχιατρικά προβλήματα, μπορεί να παρατηρηθούν διαταραχές στη διαδικασία της σκέψης, στα συναισθήματα, καθώς και στη

συμπεριφορά. Οι διαταραχές αυτές χρήζουν άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Σύμφωνα με τους Allen MH. et all (2002), ως επείγουσα κατάσταση ορίζεται *«μία οξεία διαταραχή της σκέψης, της διάθεσης, της συμπεριφοράς ή των κοινωνικών σχέσεων που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση, όπως αυτή ορίζεται από τον ασθενή, την οικογένεια του ή την κοινότητα»*.

Ένα επείγον ψυχιατρικό πρόβλημα, ανάλογα με το πόσο βαρύ είναι, μπορεί να χαρακτηριστεί ως **μείζον** ή **ελάσσον**.

Μείζον αποκαλείται το περιστατικό που θέτει τη ζωή του πάσχοντος σε ρίσκο, το άμεσο περιβάλλον αυτού, καθώς επίσης τους γιατρούς και το παραϊατρικό προσωπικό που ασχολούνται με την εκάστοτε περίπτωση. Παραδείγματα τέτοια είναι η απόπειρα αυτοκτονίας, η βίαιη συμπεριφορά και η αιφνίδια εικόνα αποδιοργάνωσης, λόγω της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Από την άλλη, ελάσσον αποκαλείται το περιστατικό που δεν θέτει τη ζωή του πάσχοντος και του άμεσου περιβάλλοντος αυτού σε κίνδυνο. Παραδείγματα τέτοια είναι ορισμένες έντονες αντιδράσεις που μπορεί να οφείλονται σε άγχος του ασθενούς, στα πλαίσια μίας κρίσης πανικού, διαταραχές μετατροπής, υποχονδριακές διαταραχές, και ορισμένες καταστάσεις όπως η απώλεια αγαπημένου προσώπου.

Ως επείγον ψυχιατρικό περιστατικό μπορούμε να αποκαλέσουμε κάθε κατάσταση, κατά την οποία η σωματική ακεραιότητα ενός ατόμου βρίσκεται σε κίνδυνο, λόγω ενός ψυχιατρικού νοσήματος ή μίας φαρμακευτικής αγωγής. Το άτομο υπό κίνδυνο δεν είναι απαραίτητο ότι είναι ο ασθενής. Τέτοια περιστατικά είναι η απόπειρα αυτοκτονίας και η επίθεση σε άλλο άτομο. Βέβαια, καταθλιπτικές καταστάσεις, που δεν επιτρέπουν στον ασθενή να καλύψει βασικές του ανάγκες, αποτελούν και αυτές επείγουσες. Μέσω της φαρμακευτικής αγωγής που θα δοθεί, (αντιψυχωτική αγωγή) μπορεί να εμφανιστούν ανεπιθύμητες αντιδράσεις, ή να προκληθεί επείγον περιστατικό, ακόμα και λόγω υπερβολικής δόσης. Οι πιο συνήθεις παρενέργειες είναι οι παρακάτω:

- Διαταραχές της ψυχικής λειτουργίας.
- Απρόβλεπτη συμπεριφορά, χωρίς ανταπόκριση στους μηχανισμούς του κοινωνικού ελέγχου.

Παράλληλα, συνυπάρχουν χαρακτηριστικά, όπως είναι η οξύτητα και η ένταση, ο υψηλός κίνδυνος, και η επιτακτική ανάγκη παρέμβασης, χωρίς την οποία μπορεί να επέλθει σοβαρή βλάβη ή και θάνατος.

Αρα, σύμφωνα με τον Kleespies (2008) ως ψυχιατρικό επείγον ορίζεται *«μία οξεία κλινική κατάσταση στην οποία επίκειται κίνδυνος σοβαρής βλάβης ή θανάτου του ασθενή ή άλλων, στην περίπτωση που δεν υπάρχει άμεση παρέμβαση αντιμετώπισης»*.

Τα πιο συχνά επείγοντα ψυχιατρικά προβλήματα είναι τα εξής:

- Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.
- Βίαιες και επιθετικές συμπεριφορές.
- Οργανικές ψυχικές διαταραχές.
- Παρενέργειες από ψυχιατρικά φάρμακα ή τοξικές ουσίες.
- Οξείες αγχώδεις αντιδράσεις.

1.3.2 Επείγουσα Ψυχιατρική.

Επείγουσα ψυχιατρική (ή αλλιώς ψυχιατρική εκτάκτου ανάγκης) έχουμε, όταν η ψυχιατρική εφαρμόζεται στη κλινική πράξη σε περιπτώσεις ψυχιατρικού επείγοντος ή ψυχιατρικής κρίσης. Καταστάσεις κατά τις οποίες μπορεί να χρειαστεί να παρέμβει άμεσα ένας ψυχίατρος, είναι οι απόπειρες αυτοκτονίας, η κατάχρηση ουσιών, η καταθλιπτική συνδρομή, η ψύχωση, η βίαιη συμπεριφορά και οι αιφνίδιες αλλαγές της συμπεριφοράς. Η επείγουσα ψυχιατρική μπορεί να ασκηθεί από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, από τη πρωτοβάθμια έως και την τριτοβάθμια περίθαλψη υγείας, κάνοντας χρήση τεχνικών αποκλιμάκωσης της ψυχολογικής έντασης και δημιουργώντας παράλληλα θεραπευτικό πλαίσιο. Το κάθε άτομο μπορεί να φτάσει σε ψυχιατρικό ΤΕΠ είτε από δική του απόφαση (εκούσια προσέλευση), είτε λόγω παραπομπής από κάποιον γιατρό, είτε μέσω εισαγγελικής παραγγελίας (ακούσια προσέλευση), ώστε να εξεταστεί. Ένα ψυχιατρικό ΤΕΠ έχει τις παρακάτω βασικές αρμοδιότητες:

- Να προλαμβάνει αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες και βιαιοπραγίες.
- Να αξιολογεί και να διαγιγνώσκει ψυχικές διαταραχές.
- Να αναγνωρίζει την νευρολογική ασθένεια ως αίτιο για κάποιο ψυχιατρικό σύμπτωμα.
- Να καθορίζει το απαιτούμενο επίπεδο ψυχιατρικής φροντίδας
- Να παρέχει θεραπεία σε περίπτωση ψυχικής νόσου.

Κεφάλαιο 2^ο : Χρήση και Κατάχρηση.

2.1 Ιστορική Αναδρομή.

Το πρόβλημα της ουσιο-εξάρτησης ξεκινάει από πολύ παλιά. Αναφορές από το 5000 π.Χ. δηλώνουν ότι οι Σουμέριοι χρησιμοποιούσαν το όπιο, οι Αιγύπτιοι το 3500 π.Χ. ξεκίνησαν την παραγωγή του αλκοόλ, ενώ το 2700 π.Χ. γίνεται η πρώτη καταγραφή της χρήσης κάνναβης στην Κίνα για φαρμακευτικούς λόγους.

Μετά την εποχή του Μεσαίωνα, κυρίως λόγω της ανάπτυξης της βιομηχανίας και της ανάπτυξης του διεθνούς εμπορίου, επήλθαν πολλές αλλαγές στον παγκόσμιο χάρτη της τοξίκωσης. Η τεχνολογία δημιούργησε το κατάλληλο έδαφος για την εφεύρεση νέων ναρκωτικών ουσιών (βαρβιτουρικό οξύ, απομόνωση της κοκαΐνης από τον φλοιό της κόκας κ.α.), ενώ η αίσθηση του παγκόσμιου εμπορίου βοηθούσε την εμπορευματοποίηση και την εξάπλωση τους.

Η πορεία των ναρκωτικών στους μοντέρνους καιρούς σημαδεύτηκε από μεγάλα ιστορικά γεγονότα, όπως η ανακάλυψη της σύριγγας από τον Pravaz το 1850, η οποία κατέστησε δυνατή την υποδόρια ένεση της μορφίνης και ο πόλεμος του 1870, ο οποίος δημιούργησε τους όρους για τη χρησιμοποίηση της μορφίνης σε ευρεία κλίμακα, με σκοπό την ανακούφιση των τραυματιών του πολέμου. Η ανακάλυψη της μορφίνης αλλάζει και την σχέση του ανθρώπου με τον πόνο, αρχικά τον σωματικό και μετέπειτά τον ψυχικό. Αυτή η ανακάλυψη θα καταγράψει ένα μεγάλο επίτευγμα για τον άνθρωπο, ταυτόχρονα όμως θα σηματοδοτήσει και την έναρξη της τοξικοεξάρτησης.

Μετά τη μορφίνη ήρθε η σειρά της κοκαΐνης, που απομονώθηκε από τα φύλλα της κόκας στη δεκαετία του 1980 και χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως φάρμακο κατά της τοξικοεξάρτησης.

Το επόμενο φάρμακο κατά της μορφινομανίας ήταν η ηρωίνη που ανακαλύφθηκε το 1898.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα σημειώνεται μια ακόμα σημαντική αλλαγή στην σχέση των ανθρώπων με τις τοξικές ουσίες. Οι Η.Π.Α αποτελούν

πρωτοπόρο με την ψήφιση του νόμου του Harrison το 1914, την απαγόρευση της ελεύθερης διακίνησης και της χρήσης ουσιών. Ακολούθως, ο δυτικός κόσμος άρχισε διαδοχικά να αντιμετωπίζει με διαφορετικούς τρόπους την χρήση ναρκωτικών (άλλες χώρες πιο αυστηρά και άλλες με μεγαλύτερη επιείκεια), κατάσταση η οποία ισχύει μέχρι και σήμερα πλην ορισμένων εξαιρέσεων.

Στην Ελλάδα, η πρώτη θεραπευτική μονάδα που ιδρύθηκε είναι το «Δρομοκαΐτειο» θεραπευτήριο. Η συγκεκριμένη μονάδα φιλοξένησε τον πρώτο εξαρτημένο το 1901, την ίδια στιγμή που ο πρώτος ασθενής με χρήση κάνναβης εισήχθη στο ίδιο θεραπευτήριο 11 χρόνια μετά. Περί το 1905 ιδρύεται το «Αιγινήτειο». Ο πρώτος ασθενής εκεί χρονολογείται το 1909, ωστόσο υπάρχει η περίπτωση να έχει υπάρξει και νωρίτερα ασθενής, λόγω του ότι τα πρώτα μητρώα έχουν χαθεί.

Στο «Δαφνί» ο πρώτος ασθενής συναντάται το 1906. Το συγκεκριμένο θεραπευτήριο αρχίζει να λειτουργεί το 1924 και θεωρείται η μετεξέλιξη ορισμένων ασύλων. Ειδικότερα, οι αλήτες, οι επαίτες και οι υπόλοιποι κρατούνταν από την αστυνομία, ορισμένα χρόνια πιο πριν, σε ένα άσυλο ειδικά γι' αυτό το σκοπό. Όσοι δεν χώραγαν εκεί, μεταφέρονταν σε βίλλα στο Μοσχάτο ή στη Καλλιθέα (το γνωστό άσυλο της Αγίας Ελεούσης). Ωστόσο, από τη στιγμή που ο αριθμός των ατόμων αυτών αυξανόταν συνεχώς, ήταν αναγκαία η εύρεση μίας λύσης. Έτσι, άρχισαν να δημιουργούνται τα πρώτα παραπήγματα, εκεί που στεγάζεται το ΨΝΑ τη σήμερον ημέρα.

Έπειτα, εν έτει 1928 χρονολογείται η δημιουργία των πρώτων παραγκών. Ορισμένοι εξαρτημένοι πριν τη δημιουργία του Δαφνιού είχαν μεταφερθεί εκεί. Βάσει των επίσημων μητρώων, ο πρώτος εξαρτημένος στο Δαφνί (σύμφωνα με τον Υφαντή Δ.) συναντάται το 1926. Περί το 1960, δημιουργείται η πρώτη κλινική στην οποία φιλοξενούνται ειδικά εξαρτημένοι τοξικομανείς και αλκοολικοί. Είκοσι χρόνια αργότερα περίπου (δεκαετία '80) τίθεται ένα πολύ σημαντικό ζήτημα από ορισμένους εργαζομένους της κλινικής αυτής και το οποίο αφορούσε την είσοδο των ασθενών αυτοβούλως και όχι με εισαγγελική παραγγελία. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει ο ασθενής να δώσει τη συγκατάθεση του για να νοσηλευτεί και όχι η προσέλευση αυτού να γίνει με καταναγκαστικό τρόπο. Την ίδια εποχή, προέκυψε και το θέμα της ψυχοθεραπείας αποκλειστικά, χωρίς τη χρήση φαρμακοθεραπείας, ενώ στα ίδια πλαίσια εντάχθηκε και η τέχνη.

Όπως γίνεται αντιληπτό, διαμορφώθηκαν διαφορετικές αντιλήψεις για το τι ακριβώς είναι η «εξάρτηση» και μετά για το τι είναι «εξαρτημένος».

Ουσιαστικά, περί το 1980 χρονολογείται η δημιουργία των πρώτων κέντρων απεξάρτησης, τα οποία διαφοροποιούνταν από την κλασική ψυχιατρική και έτσι τέθηκαν διάφορα ζητήματα της εποχής αυτής, όπως το ότι οι τοξικομανείς δεν είναι ασθενείς σύμφωνα με τον κλασσικό ορισμό και πως ορισμένοι από αυτούς μπορούν να θεραπευτούν.

Τέλος, το 1983 ιδρύεται το ΚΕΘΕΑ, ενώ 3 χρόνια αργότερα δημιουργείται και το 18 Άνω.



Εξαρτημένοι του μεσοπολέμου με νοσηλεία στο «Λαφνί».

Πηγή: Υφαντής Δ.

2.2 Ορισμοί και Βασικές Έννοιες.

- Έννοια των Ναρκωτικών.

Με τον όρο ναρκωτικά εννοούμε όλες εκείνες τις χημικές ουσίες που προκαλούν μεταβολές στο επίπεδο της νοητικής σφαίρας, του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς του ατόμου και έχουν εξαρτησιογόνες ιδιότητες. (Μαρσέλος, 2005).

Τα ναρκωτικά διακρίνονται συνηθώς ανάλογα με τα αποτελέσματα που προκαλεί η χρήση τους. Εκτεταμένη διάκριση των ναρκωτικών θα γίνει στην επόμενη ενότητα.

Υπάρχουν και αρκετές ουσίες που η κατηγοριοποίηση τους δεν είναι τεκμηριωμένη, λόγω της καθημερινής παραγωγής νέων και διαφορετικών ουσιών με ταχύτατους ρυθμούς.

- Έννοια της κατάχρησης.

Ως κατάχρηση ορίζεται η χρήση κατά τρόπο, ο οποίος δεν συνάδει με τον αποδεδειγμένο ιατρικό ή κοινωνικό τρόπο χρήσης, στα πλαίσια μίας κοινωνίας με δικιά της νοοτροπία ή πνευματικό επίπεδο.

- Έννοια του εθισμού.

Με τον όρο αυτό εννοούμε πως μειώνεται η ευαισθησία ή αυξάνεται η αντοχή ενός οργανισμού σε ένα φάρμακο, με αποτέλεσμα ο οργανισμός αυτός να χρειάζεται συνέχεια να αυξηθούν οι δόσεις από το συγκεκριμένο φάρμακο, ώστε να υπάρξει το ίδιο αποτέλεσμα.

- Έννοια της εξάρτησης (Ψυχολογική+Φυσική).

Εξάρτηση έχουμε όταν το εσωτερικό αυτοκαθοριζόμενο στήριγμα αδυνατεί και υποτάσσεται σε κάτι εξωτερικό. Η ουσιοεξάρτηση είναι ουσιαστικά μία κατάσταση πλήρους εθισμού, κατά τη διάρκεια της οποίας το εκάστοτε άτομο αισθάνεται τεράστια ανάγκη να λάβει μία συγκεκριμένη ουσία.

1. Ψυχολογική εξάρτηση: Η ψυχολογική εξάρτηση υπάρχει όταν το άτομο θέλει να κάνει χρήση μίας ουσίας για να αισθανθεί καλύτερα, για να αποσυμφορήσει τον εαυτό του από το stress, ή για να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητας του. Το συγκεκριμένο είδος εξάρτησης διέπεται από συγκεκριμένα



χαρακτηριστικά γνωρίσματα, από τα οποία τα πιο σπουδαία είναι τα εξής:

A. Επιθυμία για συνεχή χρήση ή κατάχρηση μίας ουσίας, η οποία μπορεί να πραγματοποιείται και περιστασιακά (περιστασιακή κατάχρηση).

B. Απουσία ή μικρή τάση για να αυξηθεί η δόση.

Γ. Ψυχική μόνο εξάρτηση, μέσω κάποιας ευχάριστης ενέργειας της ουσίας.

Δ. Δυσάρεστες συνέπειες, αν αυτές δημιουργηθούν, έχουν κυρίως να κάνουν με τον χρήστη.

- *Το πόσο έντονη θα είναι η ψυχική εξάρτηση συνδέεται άμεσα με την ουσία που χρησιμοποιείται και με την προσωπικότητα του χρήστη.*

2. Φυσική εξάρτηση: Η φυσική εξάρτηση εμφανίζεται μετά την προσαρμογή του οργανισμού στην ουσία, την ίδια στιγμή που εμφανίζεται συμπτωματολογία μετά τη διακοπή της χρήσης (στερητικό σύνδρομο). Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά της φυσικής (σωματικής) εξάρτησης είναι τα εξής:

A. Ο χρήστης με ψυχαναγκαστικό τρόπο ψάχνει να βρει τη συγκεκριμένη ουσία και να κάνει χρήση αυτής.

B. Υπάρχει σταθερή τάση για να αυξάνεται συνεχώς η δόση.

Γ. Αφού διακοπεί απότομα η εκάστοτε ουσία, ο χρήστης εμφανίζει και ψυχική αλλά και σωματική εξάρτηση, απόρροια του συνδρόμου στέρησης.

Δ. Δυσάρεστες συνέπειες είναι πάντα υπαρκτές και έχουν να κάνουν τόσο με τον χρήστη, όσο και με το κοινωνικό σύνολο στο οποίο εντάσσεται.

- *Λόγω του συνδρόμου στέρησης διαταράσσονται σε μεγάλο βαθμό διάφορες φυσιολογικές λειτουργίες. Το πόσο έντονη είναι η φυσική εξάρτηση εξαρτάται άμεσα από το πόσο σοβαρά είναι τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης.*

2.3 Ταξινόμηση των εξαρτησιογόνων φαρμάκων.



Όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα, τα ναρκωτικά κατατάσσονται σε τέσσερις ομάδες ανάλογα με την ένταση της ψυχικής εξάρτησης, την ύπαρξη ή μη σωματικής εξάρτησης, καθώς και από το αν υπάρχει η όχι ανοχή.

▪ Οπιούχα/Οπιοειδή.

Τα Οπιούχα ή αλλιώς τα ναρκωτικά αναλγητικά χωρίζονται με τη σειρά τους σε 4 ομάδες:

Φυσικά Οπιούχα	Συνθετικά Οπιούχα	Ημισυνθετικά Οπιούχα	Ανταγωνιστές Οπιούχων
1.Μορφίνη	1.Πεθιδίνη	1.Ηρωΐνη	1.Ναλορφίνη
2.Κωδεΐνη	2.Πενταζοκίνη	2.Διυδρομορφινόνη	2.Ναλοξόνη
	3.Προποξυφαΐνη		3.Ναλτρεξόνη
	4.Λεβαλορφάνη		
	5.Μεθαδόνη		

- Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.
 - ♦ Αιθυλική αλκοόλη
 - ♦ Βενζοδιαζεπίνες (Διαζεπάμη, Χλωροδιαζεποξείδη κ.ά.)
 - ♦ Βαρβιτουρικά (Πεντοβαρβιτάλη, Φαινοβαρβιτάλη κ.ά.)
 - ♦ Μεπροβαμάτη
 - ♦ Γλουτεθιμίδη
 - ♦ Μεθακαλόνη
 - ♦ Εισπνεόμενα (Αιθέρας, Χλωριούχο αιθύλιο κ.ά.)
- Ψυχοδιεγερτικά.
 - ♦ Κοκαΐνη
 - ♦ Αμφεταμίνες
 - ♦ Μεθυλοξανθίνες (Καφεΐνη και Θεοφυλλίνη)
- Άλλα εξαρτησιογόνα φάρμακα.
 - ♦ Νικοτίνη
 - ♦ Κανναβινοειδή (Χασίς ή Μαριχουάνα)
 - ♦ Ψυχωσεομιμητικά ή Ψευδαισθησιογόνα (LSD, Μεσκαλίνη, Ψιλοκυβίνη κ.ά.)
 - ♦ Αντιχολινεργικά (Ατροπίνη, Σκοπολαμίνη)

2.4 Χαρακτηριστικά και συμπτώματα εξαρτησιογόνων ουσιών.

Στην εν λόγω εργασία, εξετάζονται συγκεκριμένες ουσίες από κάθε προηγούμενη κατηγορία, και για τον λόγο αυτό θα αναλυθούν μόνο αυτές που θα μας απασχολήσουν παρακάτω.

▪ Όπιο.

Αναφερόμενοι στο όπιο εννοούμε τον αποξηραμένο χυμό, ο οποίος προέρχεται από τις τομές των παπαρουνών. Η γεύση του είναι πικρή και τσουχτερή. Σήμερα στην ιατρική χρησιμοποιείται θεραπευτικά σε περιπτώσεις διάρροιας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε μετεγχειρητικούς ασθενείς, ώστε να περιοριστεί η κινητικότητα του εντέρου. Ακόμα, ενδείκνυται για την ανακούφιση του πόνου σε

περιπτώσεις εμφράγματος, πολλαπλών καταγμάτων, καρκίνου, βήχα ή δύσπνοιας. Το όπιο κατέχει ισχυρή ναρκωτική ιδιότητα. Η συλλογή του χυμού γίνεται μετά τη χάραξη της κωδίας, όταν ακόμα αυτή είναι νωπή. Αρχικά το χρώμα του είναι λευκό. Όταν ο χυμός αλληλεπιδράσει με τον αέρα σκληραίνει και το χρώμα μεταβάλλεται σε καστανό. Το εκχύλισμα, ειδικά άμα καίγεται, έχει μία πολύ ιδιαίτερη οσμή. Το όπιο που δεν εμπεριέχει αδρανή φυσικά συστατικά, χρησιμοποιείται σαν πρώτη ύλη για τη παραγωγή των καθαρών αλκαλοειδών, τόσο στην επίσημη φαρμακοβιομηχανία, όσο και στο εμπόριο της παράνομης ηρωΐνης.

Μέσω του όπιου και των παραγώγων του προκαλείται σωματική και ψυχολογική εξάρτηση.

▪ Ηρωΐνη.

Πρόκειται για ναρκωτικό, το οποίο ταξινομείται στην κατηγορία των ημισυνθετικών ναρκωτικών. Το όπιο αποτελείται από τη μορφίνη, από την όποια και παράγεται η ηρωΐνη. Βέβαια, τη σήμερον ημέρα, η ηρωΐνη δεν μπορεί να πουληθεί σε τέτοιες δόσεις. Η ηρωΐνη πριν φτάσει στα χέρια του χρήστη έχει νοθευτεί με διάφορες άλλες ουσίες, όπως είναι η καφεΐνη, η παρακεταμόλη, ή οι ταμπλέτες καραμέλας ή αμύλου. Αν και το χρώμα της ηρωΐνης χρησιμοποιείται για να αναδείξει το πόσο καθαρή είναι αυτή, εντούτοις δεν είναι και ο πιο αξιόπιστος δείκτης. Η ηρωΐνη μπορεί να μπορεί να κυκλοφορήσει σαν ακατέργαστη λευκή σκόνη, ενώ λόγω νοθείας μπορεί και να εμπεριέχει κάποιες φορές κίτρινα ή καφέ κομμάτια.

Όπως ειπώθηκε προηγουμένως, με τον όρο σωματική εξάρτηση εννοούμε την αντίδραση του σώματος μετά τη διακοπή της χρήσης μίας ουσίας (στερητικό σύνδρομο). Σε αντίθεση με άλλες ουσίες, η ηρωΐνη το προκαλεί όλο αυτό πολύ πιο εύκολα. Αν κάποιος κάνει χρήση ηρωΐνης μία φορά δεν σημαίνει ότι έχει αναπτύξει και εξάρτηση. Εάν η χρήση γίνει συχνότερη, τότε είναι εύκολη η ανάπτυξη σωματικής εξάρτησης, λόγω της δημιουργίας ανοχής. Αναφερόμενοι στην ανοχή εννοούμε ότι η ηρωΐνη συνηθίζεται ταχύτατα από τον οργανισμό και ξεκινάει η εμφάνιση των στερητικών συμπτωμάτων. Για την ακρίβεια ο χρήστης νιώθει άρρωστος, κρυώνει, ιδρώνει, πονάει στα άνω και κάτω άκρα, ενώ μπορεί να έχει και στομαχόπονο. Οι έμετοι και οι διάρροιες είναι επίσης συχνά συμπτώματα. Όταν ο χρήστης επαναλάβει την χρήση ηρωΐνης, η παραπάνω συμπτωματολογία εξαφανίζεται και ο ασθενής υπεισέρχεται σε έναν φαύλο κύκλο.

Ο χρήστης δεν μπορεί εύκολα να σταματήσει την κατανάλωση ηρωίνης. Η προσπάθεια για απότομη χρήση της, χωρίς να ακολουθείται συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή, μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία πολύ έντονων συμπτωμάτων τα οποία και διαρκούν από μία βδομάδα έως και δέκα μέρες. Ο εθισμός στην ηρωίνη μπορεί, ακόμα, να αντιμετωπιστεί με τη βοήθεια ενός γιατρού, ο οποίος θα προτείνει τη χορήγηση μειωμένης δόσης μεθαδόνης. Πρόκειται ουσιαστικά για τεχνητό οπιούχο, πολύ δραστικό, και μέσω της κατανάλωσης του οποίου, ο χρήστης δεν αποζητά συνεχώς ηρωίνη.

Η ηρωίνη προκαλεί σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Ωστόσο, η υπερβολική χρήση ηρωίνης μπορεί να επιφέρει μέχρι και θάνατο, καθώς προκαλείται αργή αναπνευστική ανεπάρκεια. Ακόμα, από κακή χρήση της ένεσης μπορεί να προκληθεί φλεγμονή ή κάποια λοίμωξη.

Ένας επίσης πιθανός κίνδυνος της ηρωίνης είναι ότι ο χρήστης μπορεί να αποτύχει να ανακαλύψει κάποια πάθηση αυτού, λόγω της ανακούφισης του πόνου από την ουσία.

Τέλος, σε περιπτώσεις νεογνών, μπορεί να παρουσιαστούν σε αυτά συμπτώματα στερητικού συνδρόμου, λόγω του εθισμού της μητέρας.



Πηγή: thessalianews.gr

Η ηρωίνη μπορεί να καταναλωθεί μέσω ενός κανονικού τσιγάρου, όπου μέρος του καπνού αντικαθίσταται με την ηρωίνη, μέσω ενδοφλέβιας ένεσης ή με υποδόριο τρόπο. Ακόμα, μπορεί να γίνει χρήσης της με εισπνοή αυτής από τη μύτη (το λεγόμενο «σνιφάρισμα»). Η υπερδοσολογία οφείλεται στο πόσο καθαρή ή όχι ήταν η ηρωίνη που καταναλώθηκε. Η διαφορά μεταξύ της υπερβολικής δόσης και της θανατηφόρου δόσης είναι μηδαμινή και οφείλεται στην ποιότητα της ηρωίνης. Ο κίνδυνος να γίνει υπερβολική δόση αυξάνεται αν γίνεται ταυτόχρονη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών η ψυχοφαρμάκων.

▪ **Βαρβιτουρικά.**

Τα βαρβιτουρικά συνήθως χορηγούνται σε περιπτώσεις γαστρεντερικών διαταραχών και προ-νάρκωσης, ως ηρεμιστικά υπνωτικά και αντικαταθλιπτικά. Ο μεταβολισμός γίνεται εντός του ήπατος και μόνο λίγο από το φάρμακο μπορεί να αποβληθεί χωρίς αλλοιώσεις. Τα βαρβιτουρικά δρουν για περίπου έξι ώρες. Όταν χορηγούνται σε κάποιον βαρβιτουρικά σε μικρή δόση, τότε αυτός μπορεί να αισθανθεί χαλαρωμένος, ενώ πιο παλιά χρησιμοποιούνταν για λόγους αγχόλυσης. Όταν επίσης χορηγούνται βαρβιτουρικά σε μικρές δόσεις, μπορεί να προκληθεί ελαφριά σύγχυση ή και να αποσυντονιστούν οι κινήσεις. Σε χορήγηση μεγαλύτερων δόσεων η συμπτωματολογία περιλαμβάνει υπνηλία, δυσαρθρία και αστάθεια κατά το περπάτημα.



Σε σύγκριση με τα οπιούχα, τα οποία συνήθως προκαλούν ευφορία στο χρήστη, τα κατασταλτικά φάρμακα και άρα τα βαρβιτουρικά παρουσιάζουν έντονη συμπτωματολογία στην ψυχική σφαίρα, η οποία εξαρτάται από το πώς είναι δομημένη η προσωπικότητα του ατόμου και από την προηγούμενη διάθεση του. Σε έναν αριθμό ατόμων προκαλείται αίσθημα ευφορίας και χαλάρωσης, ενώ σε κάποια άλλα άτομα μπορεί να προκληθεί stress και καταθλιπτικά συμπτώματα. Συχνά, προκύπτουν και βίαιες συμπεριφορές.

Μετά την διακοπή των βαρβιτουρικών εμφανίζονται στερητικά συμπτώματα τόσο ψυχικά όσο και σωματικά. Στην αρχή ο χρήστης αγχώνεται και είναι σωματικά αδύναμος, ενώ μετά αρχίζει να τρέμει και να έχει πυρετό. Μπορεί επίσης να προκληθούν νευρολογικά συμπτώματα, ή συμπτώματα όπως έμετος, ταχυκαρδία, ανορεξία, μυϊκή σύσπαση.

Η αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου περιλαμβάνει τη χορήγηση φαινοβαρβιτάλης ή διαζεπάνης σε πιο δύσκολες περιπτώσεις.

Τύπος	Πώς αποκαλείται;	Με τι μοιάζει;	Πώς χρησιμοποιείται;
Βαρβιτουρικά	Downers, Barbs, Blue Devils, Red Devils, Yellow Jacket, Yellows, Nembutal, Tuinals, Seconal, and Amytal	Κόκκινες-Κίτρινες-Μπλέ ή Κίτρινες - Μπλε κάψουλες	Από το στόμα

Πηγή: Μαρσέλος Μ.

▪ Βενζοδιαζεπίνες.

Η χορήγηση βενζοδιαζεπίνης, ανάλογα με την δόση, μπορεί να σημάνει αγχόλυση, ύπνο, κατατονία μέχρι και θάνατο. Παρόλο που μία απλή δόση δεν μπορεί να προκαλέσει αναισθητικά αποτελέσματα, αρκετοί χρήστες βενζοδιαζεπινών εμφανίζουν προσωρινά απώλεια μνήμης, κάτι που τους οδηγεί στο συμπέρασμα ότι χάνουν τις αισθήσεις τους.

Χαρακτηριστικό της δράσης των βενζοδιαζεπινών είναι η μυοχάλαση, που ασκείται στον νωτιαίο μυελό.

Όταν οι βενζοδιαζεπίνες καταναλώνονται ενδοφλεβίως σε άτομα με ιστορικό χρόνιας βρογχίτιδας ή αναπνευστικής ανεπάρκειας, μπορεί να αποβούν μοιραίες. Η υπερδοσολογία των βενζοδιαζεπινών παρουσιάζει πάντως καλύτερη πρόγνωση εν συγκρίσει με τη δηλητηρίαση από άλλα κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Μελέτες έχουν αποδείξει πως τα άτομα με αυτές τις δηλητηριάσεις σπανίως αποβιώνουν.

Αξίζει να σημειωθεί πως η δηλητηρίαση μέσω των βενζοδιαζεπινών δεν εκδηλώνεται μέσω σοβαρής κωματώδους κατάστασης, που συνοδεύεται από το αλκοόλ ή τη χρήση βαρβιτουρικών, αλλά εμφανίζει απώλεια συνείδησης, στην διάρκεια της οποίας ο χρήστης αντιδράει σε επώδυνα ερεθίσματα. Το ελαφρύ κόμμα δύσκολα θα ξεπεράσει τις δώδεκα ώρες.

Η μακροχρόνια λήψη βενζοδιαζεπινών δεν παρουσιάζει έντονη σωματική εξάρτηση. Εν αντιθέσει προκαλεί περισσότερα συμπτώματα, όπως είναι το άγχος, η νευρικότητα, η ανησυχία και οι αυπνίες.

Καταλυτικό ρόλο παίζει σε αυτή τη περίπτωση η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, από τη στιγμή που η αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων πρέπει να στραφεί στο ψυχολογικό κομμάτι.

Τέλος, το να αποσυρθεί προοδευτικά η ουσία είναι σχετικά εύκολο και επιτυγχάνεται με τη σταδιακή ελάττωση της δόσης για ένα χρονικό διάστημα ενός με δύο μήνες.

Οι βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται θεραπευτικά στις παρακάτω περιπτώσεις:

Βενζοδιαζεπίνες: Θεραπευτική χρήση

- **Σοβαρής μορφής αγχώδεις διαταραχές** συνοδευόμενες από κατάθλιψη και σχιζοφρένεια (μικρή περίοδος χρήσης λόγω εθισμού)
- **Μυϊκές διαταραχές** (Θεραπεία σπασμών των σκελετικών μυών και της σπαστικότητας από εκφυλιστικές διαταραχές)
- **Αμνησία** (φαρμακευτική προετοιμασία ενδοσκοπικών και βρογχοσκοπικών επεμβάσεων και στην αγγειοπλαστική)
- **Επιληπτικοί σπασμοί** (κλοναζεπάμη: θεραπεία επιληψίας, διεζεπάμη: τερματισμός κρίσεως)
- **Διαταραχές ύπνου**

(α) φλουραζεπάμη: δράση μακράς διάρκειας, για την μείωση του χρόνου επέλευσης του ύπνου και τον αριθμό αφυπνίσεων

(β) τεμαζεπάμη: δράση μέσης διάρκειας σε ασθενείς με συχνες αφυπνίσεις

(γ) τριαζολάμη: δράση μικρής διάρκειας σε ασθενείς με αϋπνίες

Οι βενζοδιαζεπίνες αντενδείκνυνται σε περιπτώσεις που συντρέχει ηπατική νόσος ή σε ασθενείς με οξύ γλαύκωμα κλειστής γωνίας.

▪ **Αμφεταμίνες και παράγωγα.**

Οι αμφεταμίνες ανήκουν στην κατηγορία των ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων, ωστόσο διαφέρουν αρκετά ως προς την ισχύ και ως προς την τοξικότητα σε σχέση με άλλες ουσίες (π.χ. καφεΐνη) που βρίσκονται στην ίδια κατηγορία. Οι αμφεταμίνες γενικά προκαλούν αίσθημα ευεξίας και ευφορικότητας. Ανάλογα με τα προσωπικά χαρακτηριστικά του χρήστη και την ψυχική του κατάσταση, η δράση των αμφεταμινών ποικίλλει από άτομο σε άτομο με συμπτώματα ηπίας ευεξίας μέχρι και τοξική ψύχωση.

Στα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα εκτός από τις αμφεταμίνες συναντάμε και την κοκαΐνη, της οποίας τα χαρακτηριστικά θα αναφερθούν παρακάτω.

Φαρμακοκινητικά, οι αμφεταμίνες δρουν στο ΚΝΣ καθώς διαθέτουν δεξιόστροφα ισομερή με κεντρικές ενέργειες. Εκτός από την χρήση τους για την θεραπεία διαφορών παθήσεων του ΚΝΣ, οι χρήστες αναζητούν το αίσθημα ευεξίας, ευφορίας, πνευματικής διαυγείας και χαλάρωσης. Καθώς η από του στόματος χορήγηση συνήθως φέρνει ηπία αποτελέσματα, αρκετοί χρήστες καταφεύγουν στην ενδοφλέβια έγχυση, ούτως ώστε να πετύχουν ένα μέγιστο ευφορικό συναίσθημα γνωστό και ως «οργανική» ανατριχίλα.

Μέσω των αμφεταμινών διεγείρεται η σεξουαλικότητα, ανυψώνεται η συναισθηματική διάθεση, ενώ ταυτόχρονα προκαλούνται ευχάριστα και αισιόδοξα συναισθήματα. Την ίδια στιγμή, υποχωρεί η κατάθλιψη και μειώνεται η όρεξη, βοηθώντας έτσι τα παχύσαρκα άτομα να απωλέσουν σωματικό βάρος.

Σπάνια καταγράφεται κάποιος θάνατος λόγω δηλητηρίασης από αμφεταμίνες. Όσοι θάνατοι έχουν καταγραφεί, ελέω της κακής χρήσης αμφεταμινών, δεν οφείλονται συνήθως στην ουσία αυτή καθαυτή, αλλά σε άλλους παράγοντες. Ένας τέτοιος ενοχοποιητικός παράγοντας, μπορεί να είναι η μίξη αμφεταμινών με άλλες ουσίες, οι οποίες και χορηγούνται ενδοφλεβίως. Ορισμένες φορές, όταν κατά τη διάρκεια των ενδιάμεσων φάσεων δεν λαμβάνεται το φάρμακο, τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πολύ σοβαρά και μπορεί να προκαλέσουν στο άτομο αυτοκτονικές τάσεις.

Λόγω της διεγερτικής τους ιδιότητας, κατάχρηση αμφεταμινών παρατηρούμε σε ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως φοιτητές, ηθοποιούς, αθλητές, πιλότους, οδηγούς φορτηγών κ.α., έτσι ώστε να επιτύχουν καλύτερες επιδόσεις, μέγιστη ενέργεια, αύξηση της αντοχής και μείωση της σωματικής κούρασης.

Τύπος	Πώς αποκαλείται;	Με τι μοιάζει;	Πώς χρησιμοποιείται;
Αμφεταμίνες	Speed, Uppers, Ups, Black beauties, Pep pills, Copilots, Bumblebees, Hearts, Benzedrine, Dexedrine, Footballs, and Biphetamine	Κάψουλες, χαπάκια, ταμπλέτες	Από το στόμα, με ένεση, από τη μύτη
Μεταμφεταμίνες	Crank, Crystal meth, Crystal methadrine, and Speed	Λευκή σκόνη, χαπάκια, στερεό που μοιάζει με κομμάτι παραφίνης	Από το στόμα, με ένεση, από τη μύτη
Επιπρόσθετα Διεγερτικά	Ritalin, Cylert, Preludin, Didrex, Pre-State, Voranil, Sandrex, and Plegine	χάπια ή κάψουλες	Από το στόμα, με ένεση,

Πηγή: Μαρσέλος Μ.



▪ Κοκαΐνη.

Η πρώτη αναφορά της κοκαΐνης γίνεται το 1533, όταν οι Ισπανοί κονκισταδόροι έφτασαν στο Περού και παρατήρησαν ότι οι ιθαγενείς χρησιμοποιούσαν φύλλα από το φυτό της κόκας για θρησκευτικές τελετές. Χρονικά, η κόκα φτάνει στην Ευρώπη περίπου το 1569 από τον γιατρό Morandes. Ακολουθούν διάφορες έρευνες, με σταθμό την απομόνωση ενός αλκαλοειδούς από τα φύλλα της κόκας, από τον Nieman, ο οποίος θα του δώσει το όνομα **κοκαΐνη**.

Η απομόνωση της κοκαΐνης, από τα φύλλα ενός θάμνου που ονομάζεται *Erythroxylon Coca* και φύεται στη Λατινική Αμερική, σηματοδοτεί την έναρξη ερευνάς για τυχόν θεραπευτικές ιδιότητες και εφαρμογές του φαρμάκου η οποία και απέδωσε. Το 1884 ο Kohler απέδειξε την χρησιμότητας της κοκαΐνης ως τοπικό αναισθητικό στην χειρουργική του οφθαλμού κάτι το οποίο εφαρμόζεται μέχρι και σήμερα.

Τα άλματα της φαρμακολογίας στον τομέα της κοκαΐνης δεν αργήσαν να φέρουν και αρνητικά αποτελέσματα. Λόγω της ισχυρής εξαρτησιογόνου δράσης της παρατηρείται αλόγιστη χρήση της. Διάθεση της σε προϊόντα ευρείας κατανάλωσης, όπως κρασιά, διαιτητικά συμπληρώματα, φαρμακευτικά σκευάσματα επιφέρουν την ταχεία εξάπλωση της, με αποτέλεσμα την απαγόρευση της το 1914.

Η κοκαΐνη έχει παρόμοια δράση με τις αμφεταμίνες. Αναστέλλει την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης, της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης. Η κυριότερη δράση της στο ΚΝΣ αφορά τα φλοιώδη δέντρα και επιφέρει ευφορία, ευεξία και αίσθημα υπέρμετρης αυτοπεποίθησης. Ένας λόγος που ο χρήστης αναζητεί την ουσία σε μικρό χρονικό διάστημα, μετά την χρήση και την συγχορήγηση αυτής, συνήθως με ηρωίνη, είναι η ταχεία παρέλευση των ευφορικών συμπτωμάτων (10-30 λεπτά).

Η κοκαΐνη είναι ένα αρκετά δημοφιλές ναρκωτικό. Ο επικρατέστερος τρόπος χορήγησης του είναι με εισπνοή από τον μύτη, το λεγόμενο «σνιφάρισμα». Τα αποτελέσματα είναι άμεσα αλλά όπως αναφέραμε πρωτίτερα κρατάνε για λίγη ώρα. Η εισπνοή από την μύτη προκαλεί χρόνια φλεγμονή που μπορεί να φέρει σαν αποτέλεσμα και την διάτρηση του ρινικού διαφράγματος. Άλλος τρόπος χορήγησης είναι μέσω σύριγγας, η οποία ελλοχεύει πολλούς κινδύνους, όπως μετάδοση

μολυσματικών ασθενειών (AIDS,HCV), θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό από πυρκαγιά ή έκρηξη κατά την προετοιμασία.

Τέλος, το «**Crack**» είναι μια ουσία καθαρής κοκαΐνης με εξαιρετικά εθιστική δράση, η οποία συνηθώς καπνίζεται και τα αποτελέσματα της είναι εμφανή σε περίπου 10 δευτερόλεπτα. Επίσης, εξαιρετικά επισφαλής είναι και η ταυτόχρονη χρήση κοκαΐνης και ηρωΐνης το γνωστό «**Speedball**».

Αν και υπάρχουν αρκετές διαφωνίες αν η κοκαΐνη προκαλεί σωματική εξάρτηση, είναι αναμφίβολο ότι καταρρακώνει την ψυχική σφαίρα του χρήστη, με τον ίδιο να γίνεται υποχείριο της ουσίας και να την αναζητεί διαρκώς και αυξανόμενα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την υπερδοσολογία και τελικά τον θάνατο. Σε κάθε περίπτωση είναι κοινώς παραδεκτό ότι ο ασφαλέστερος τρόπος χορήγησης είναι δια του στόματος, ακολουθεί ο ερρινισμός και τελευταία και πιο επικίνδυνη η ενδοφλέβια έγχυση.

Ανάλογα με την ευαισθησία του ατόμου και την ποσότητα της δόσης παρατηρείται η ακόλουθη συμπτωματολογία, η οποία και εξαρτάται άμεσα από τον βαθμό βαρύτητας.

Οξεία
συμπτώματα
κοκαΐνης λόγω
υπερδοσολογίας

Ψυχική διέγερση, αίσθημα πανικού, ναυτία,
εμέτους.

Υπερκινητικότητα, τρόμος, μυϊκές
συσπάσεις,ταχυκαρδία,αύξηση της Α.Π,άρρυθμη
αναπνοή, γενικευμένοι επιληπτοειδής σπασμοί.

Γενικά κατασταλτικά φαινόμενα, απώλεια
αντανακλαστικών, αναισθησία, κυκλοφορική και
αναπνευστική ανεπάρκεια,θάνατος.

- ♦ Η θανατηφόρα δόση της κοκαΐνης εκτιμάται στα 1 ή 2 g, ενώ η μέση θανατηφόρα δόση για τον άνθρωπο είναι περίπου 500mg.

Μια επισφαλής ποσότητα είναι τα 100-300 mg διαιρεμένη ημερήσια δόση, ενώ έχουν διαπιστωθεί και επεισόδια τοξικότητας σε χαμηλές δοσολογίες όπως είναι αυτή των 30mg/ημέρα.

Από **ψυχιατρικής άποψης** ένας χρήστης κοκαΐνης, ιδιαίτερα αν είναι χρόνιος, μπορεί να αναπτύξει το φαινόμενο της «αντίστροφης ανοχής», κατά το οποίο το άτομο γίνεται πιο ευαίσθητο και ολοένα και λιγότερο ανθεκτικό στην έκθεση της ουσίας. Στην περίπτωση αυτή λοιπόν, ακόμα και σε χαμηλές δόσεις, ο χρήστης μπορεί να εκδηλώσει **ψυχωτική συμπτωματολογία**, με την παρουσία παραληρήματος, οπτικό-ακουστικών ψευδαισθήσεων και αυτοκτονικότητα. Γενικότερα, τα συμπτώματα υποχωρούν όσο η κοκαΐνη βρίσκεται στο αίμα, ενώ όταν λείπει παρουσιάζονται σημεία στέρησης όμοια με αυτά της **κατάθλιψης**. Κάποια από αυτά είναι το άγχος, η ατονία, η ανησυχία, η ευερεθιστότητα, η μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος κ.α. Η καταθλιπτική ή η ψυχωτική συμπτωματολογία είναι και ο λόγος που ένας χρήστης κοκαΐνης θα βρεθεί εντός ενός τμήματος οξέων Ψυχιατρικού ιδρύματος για επείγουσα ψυχιατρική αντιμετώπιση.



■ Κανναβινοειδή.



Με τον όρο «κάνναβη» αναφερόμαστε σε ένα γένος φυτών, στο οποίο εμπεριέχονται τρία είδη και τα οποία είναι πλούσια σε συστατικά (Κάνναβη η ήμερη, Ινδική κάνναβη, *Cannabis ruderalis*). Πρόκειται, ουσιαστικά, για ένα φυτό που εμφανίζει φυλετικό διμορφισμό (φυτό που έχει διαφορετικά άτομα για κάθε φύλο), και συνήθως η καλλιέργεια του γίνεται σε εύκρατο κλίμα (προέρχεται πάντως από Κεντρική και Δυτική Ασία). Από θέμα όψεως, η φυτική κάνναβη αποτελείται από λουλούδια και υποκείμενα φύλλα και μίσχους θηλυκών φυτών. Είναι, λοιπόν, ένα ανθοφόρο φυτό του γένους των κνιδωδών.



Τα κανναβινοειδή παρουσιάζουν φαρμακο-κινητικές ιδιότητες, η επίδραση των οποίων εξαρτάται άμεσα από το πώς θα χορηγηθούν. Οι ουσίες αυτές όταν λαμβάνονται εκ του στόματος απορροφούνται ικανοποιητικά από τον πεπτικό σωλήνα, ειδικά αν συντρέχει χρήση κάποιου ελαιώδους εκδόχου.

Η φαρμακολογική ενέργεια της κάνναβης γίνεται εμφανής σε πολύ μικρό χρόνο από τις πρώτες κιόλας ρουφηξιές, ενώ όταν αυτή καταναλώνεται από το στόμα, χρειάζεται από μία έως και τρείς ώρες για να δράσει.

Πιο παλιά, το χασίσι συμπεριλαμβανόταν στην κατηγορία των απλών κατασταλτικών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος ή στην κατηγορία των ψευδαισθησιογόνων. Σήμερα, τα κανναβινοειδή αποτελούν μία ξεχωριστή κατηγορία ψυχοτρόπων ουσιών. Θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν και ως «ασθενή παραισθησιογόνα».

Το τελευταίο καιρό, έχει υπάρξει μεγάλη πρόοδος στο να εντοπιστούν και να ταυτοποιηθούν ειδικοί υποδοχείς για τα κανναβινοειδή, οι οποίοι και ανιχνεύονται σε όλο το εγκεφαλικό παρέγχυμα, ενώ συγκεντρώνονται περισσότερο στον φλοιό, στον ιππόκαμπο και στην παρεγκεφαλίδα. Οι υποδοχείς αυτοί σχετίζονται άμεσα με την ρύθμιση της όρεξης, της διάθεσης και της μνήμης.

Το πόσο θα επηρεαστεί η ψυχική σφαίρα του ατόμου μετά την χρήση κάνναβης, δεν εξαρτάται μόνο από την δοσολογία και από τον τρόπο χορήγησης, αλλά σημαντικό ρόλο παίζουν η προσωπικότητα του ατόμου, οι προσδοκίες αυτού σχετικά με την επίδραση του φαρμάκου (πώς περιμένει το ίδιο το άτομο να αισθανθεί), καθώς επίσης και από τις εκάστοτε εξωτερικές συνθήκες.

Πάντως, η **τετραϋδροκανναβινόλη (THC)**, ουσία η οποία εμπεριέχεται στη μαριχουάνα (φούντα) είναι σε πολύ μεγάλο ποσοστό υπεύθυνη για τη δημιουργία *οργανικών και ψυχικών επιπτώσεων* στον χρήστη.

♦ Συνέπειες κάνναβης.

Μέσω της κάνναβης μειώνονται οι πνευματικές ικανότητες, και ειδικότερα ο χρήστης δυσκολεύεται να απομνημονεύσει και να συγκεντρώσει την προσοχή του. Έρευνες έχουν αποδείξει πως όταν κάποιο άτομο είναι

«φτιαγμένο», συνήθως θα έχει και χειρότερη απόδοση σε τεστ λειτουργικής μνήμης.

Η κάνναβη λειτουργεί με **ψυχοδραστικό** τρόπο. Άρα, επηρεάζονται τα συναισθήματα του ανθρώπου, οι σκέψεις και η αντίληψη αυτού. Συνήθως, ο χρήστης κάνναβης νιώθει πιο χαρούμενος και ήρεμος μετά τη χρήση και χαμογελάει περισσότερο. Η αντίληψη του για τον χρόνο και το χώρο είναι διαφορετική. Η συγκέντρωση είναι δύσκολη και η απομνημόνευση νέων πληροφοριών ακόμα δυσκολότερη. Οι καρδιακοί παλμοί ανεβαίνουν, ενώ μπορεί να προκληθεί και ξηροστομία.

Ακόμα, δια μέσου της κάνναβης αποδυναμώνεται ο κινητικός συντονισμός και ειδικότερα η δυνατότητα να αντιλαμβάνεται και να ελέγχει το άτομο, γρήγορα και αποτελεσματικά, τα εμπόδια στο γύρω χώρο.

Όταν γίνουν ορισμένες καλές «ρουφηξιές μπάφου», τότε ένας οδηγός συμπεριφέρεται σαν να είναι θετικός σε αλκοτέστ και έτσι αυξάνεται κατά πολύ η πιθανότητα ενός ατυχήματος. Αν, επίσης, γίνει χρήση κάνναβης, κατά την κυοφορία, τότε θα υπάρξουν δυσάρεστες συνέπειες στην πνευματική ανάπτυξη του εμβρύου.

Σύμφωνα με μελέτη του British Lung Foundation, σήμερα ένα τσιγάρο κάνναβης αποτελείται από 150 milligram τετραϋδροκανναβινόλης, εν συγκρίσει με τα παλαιότερα χρόνια, όπου η περιεκτικότητα σε THC ήταν μόλις 10 mg. Αυτό σημαίνει πως σήμερα οι νοσηρές επιδράσεις είναι πολύ μεγαλύτερες.

Επιπροσθέτως, τρία-τέσσερα τσιγάρα κάνναβης προκαλούν περίπου τις ίδιες επιπλοκές της οξείας και χρόνιας βρογχίτιδας, όπως είκοσι ή και πιο πολλά τσιγάρα καπνού. Σε άτομα που καπνίζουν κάνναβη, παρουσιάζεται κοινή συμπτωματολογία, δηλαδή χρόνιος βήχας, πτύελα, δύσπνοια. Το κάπνισμα μαριχουάνας μπορεί να προκαλέσει λειτουργικές διαταραχές στα κυψελιδικά μακροφάγα και μακροπρόθεσμα να εμφανιστεί πνευμονική λοίμωξη.

Σε σχέση με το πως γίνεται ένα τσιγάρο καπνού, στο τσιγάρο κάνναβης το άτομο συγκρατεί τον αέρα παρατεταμένα τέσσερις φορές περισσότερο, απ'ότι σε ένα κανονικό τσιγάρο, με αποτέλεσμα το αναπνευστικό σύστημα να επιβαρύνεται με περισσότερο μονοξείδιο του άνθρακα και άλλες τοξικές ουσίες.

Στα πλαίσια της σεξουαλικής σφαίρας, μικρή δόση κάνναβης μπορεί να προκαλέσει αύξηση της οργανικής ικανοποίησης, χωρίς την ύπαρξη γνήσιας αφροδισιακής δράσης.

Σύμφωνα με ορισμένες ενδείξεις, τα κανναβινοειδή δρουν ανασταλτικά στον πολλαπλασιασμό κυττάρων που αφορούν το ανοσολογικό σύστημα του χρήστη.

Τέλος, αν υπάρξουν περιπτώσεις με οξεία δηλητηρίαση, τότε αυτές συνδέονται άμεσα με έντονες διαταραχές συμπεριφοράς και στοιχεία **τοξικής ψύχωσης**. Μέχρι σήμερα, δεν έχει επιβεβαιωθεί πλήρως κάποιος θάνατος που να οφείλεται αποκλειστικά στο χασίσι.

♦ Κάνναβη και ψύχωση.

Η κάνναβη φαίνεται ότι σχετίζεται με την εμφάνιση οξέος ψυχωτικού επεισοδίου ανάλογα με την δοσολογία και το χρονικό διάστημα κατά το οποίο λαμβάνεται. Υπεύθυνη είναι η **9δ- τετραϋδροκανναβινόλη (9 delta-THC)**, η οποία δραστηριοποιείται στο σύστημα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο, όπως και η σχιζοφρένεια. Η φύση της παρέμβασης, όμως, της 9delta-THC είναι διαφορετική και εκεί μάλλον οφείλονται και τα διαφορετικά χαρακτηριστικά της. Επίσης, υπάρχει περίπτωση να παρουσιαστεί ψύχωση σε έναν χρήστη, η οποία θα οφείλεται σε έναν αριθμό ορισμένων γενετικών παραγόντων.

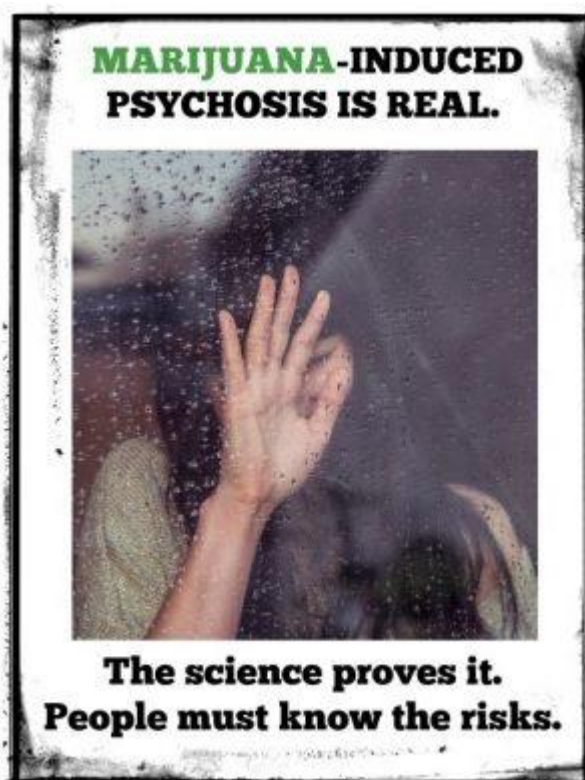
Μεγάλη συζήτηση γίνεται για το αν η ψυχωτική συμπτωματολογία είναι κάτι αυτόνομο και όχι η απαρχή μιας σχιζοφρένειας. Υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά της ψυχωτικής συνδρομής μετά από χρήση κάνναβης, που καθιστούν τη συμπτωματολογία της διαφορετική από αυτή της σχιζοφρένειας. Ειδικότερα:

- ☞ Η ψύχωση της κάνναβης προκαλεί στιγμιαία έναρξη των συναισθημάτων (δηλαδή της χαράς, της λύπης, του θυμού), αλλά και των συμπτωμάτων με παράνοια («κάποιος με κυνηγάει», «κάποιος με δηλητηριάζει», «κάποιος με παρακολουθεί» κ.ά.).
- ☞ Η ψύχωση της κάνναβης θα παρουσιαστεί σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα μετά τη χρήση (από 1 έως 7 μέρες).
- ☞ Η ψύχωση της κάνναβης προκαλεί περίπου τα θετικά συμπτώματα, δηλαδή υπερβολική αυτοπεποίθηση, ψευδαισθήσεις, παραληρήματα, και λιγότερο αρνητικά συμπτώματα, δηλαδή



αδυναμία επικοινωνίας με το περιβάλλον, διαταραχή στον συνειρμό κτλ., τα οποία και χαρακτηρίζουν περισσότερο την σχιζοφρένεια.

- ☞ 1 στους 5 ασθενείς με ψύχωση που προκαλείται από την κάνναβη θα εμφανίσει «κοινωνική φοβία». Πρόκειται για ένα από τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της ψυχωτικής συνδρομής από τη χρήση κάνναβης. Το αντίστοιχο ποσοστό στους σχιζοφρενείς δεν ξεπερνάει το 4%.



Συμπέρασμα: Η ψύχωση από κάνναβη θεραπεύεται πολύ πιο δύσκολα, σε σύγκριση με άλλες θεραπείες, που λαμβάνουν χώρα για ψυχώσεις σχιζοφρενικού τύπου. Αυτό συμβαίνει για προφανείς λόγους. Πιο συγκεκριμένα, ο ασθενής πέρα από τη θεραπευτική αγωγή που θα λάβει, πρέπει να καταφέρει να απεξαρτηθεί κιόλας. Ενδεδειγμένες είναι σε αυτές τις περιπτώσεις οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, η αποτελεσματικότητα των οποίων ωστόσο, δεν είναι μεγάλη.

- ☞ Επειδή η χρήση κάνναβης νομιμοποιήθηκε, έστω και για ιατρικούς σκοπούς, έχει σημειωθεί αύξηση της χρήσης της, αλλά και κατάχρηση αυτής. Ο κίνδυνος αυτός πρέπει να ληφθεί πολύ σοβαρά υπόψη.

Κεφάλαιο 3^ο : Ο «εξαρτημένος» εντός του Ψυχιατρικού Ιδρύματος.

3.1 Εθισμός σε ουσίες.

Σε κάθε Ψυχιατρικό Ίδρυμα (ανήκουν όλα στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας) παρέχεται θεραπεία σε ασθενείς είτε αυτοί χρήζουν νοσηλείας, είτε όχι. Η ασθένεια των ατόμων αυτών αφορά τον εθισμό τους στο **αλκοόλ** ή σε άλλες ουσίες που προκαλούν εθισμό, όπως είναι η **ηρωίνη** και η **κάνναβη** (παράνομες). Ουσίες-νόμιμες- οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν εθισμό είναι και οι **βενζοδιαζεπίνες**.

Ο εθισμός είτε στο αλκοόλ, είτε στις προαναφερθείσες ουσίες μπορεί να χαρακτηριστεί ως χρόνιο ψυχικό νόσημα, που μπορεί να εμφανίσει υποτροπή διαφορετικής συχνότητας κάθε φορά.

Σαν «χρόνια ψυχική διαταραχή» ταξινομείται και στο διεθνές σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών ICD-10.

3.2 Ψυχιατρική και σωματική συννοσηρότητα.

Αρκετά συχνά, ασθενείς εθισμένοι στις παραπάνω ουσίες είναι πιθανό να εμφανίσουν παράλληλα, πέρα από τον εθισμό τους, κι άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως διαταραχές διάθεσης στις οποίες το αίσθημα του ελέγχου των συναισθημάτων χάνεται, διαταραχές άγχους, διαταραχές προσωπικότητας ή να εθιστούν και σε άλλες ουσίες (π.χ. πολυχρήστες).

Η βιβλιογραφία ορισμένες φορές αναφέρει την συννοσηρότητα αυτή ως «διπλή διάγνωση». Πέρα, ωστόσο, από τον εθισμό στο αλκοόλ ή σε άλλες νόμιμες-παράνομες ουσίες, μπορεί να συντρέχουν και σωματικές διαταραχές, όπως η κίρρωση του ήπατος, η καρδιακή ανεπάρκεια, HCV, HIV, παθήσεις των περιφερικών νεύρων κ.ά.

Μέσω της σύγχρονης προσέγγισης δίνεται παράλληλη θεραπεία σε κάθε μορφή συννοσηρότητας. Ειδικότερα, η αντιμετώπιση της ψυχιατρικής συννοσηρότητας δια μέσου της ίδιας διεπαγγελματικής ομάδας, διευκολύνει τόσο την προσβασιμότητα του ασθενή, όσο και την επικοινωνία ανάμεσα στους θεραπευτές της εκάστοτε διεπαγγελματικής ομάδας.

Πέρα από το σύνηθες εξειδικευμένο προσωπικό, που αποτελείται από ψυχίατρο, νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό και εργοθεραπευτή, μπορεί ενίοτε να υπάρχει και παθολόγος ή γιατρός άλλης ειδικότητας.

3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την αιτιολογία και τη θεραπεία των εξαρτήσεων.

Στο βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο στη Ψυχιατρική του Εθισμού εμπεριέχονται οι σχετικοί με την αιτιολογία και τη θεραπεία βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες.

Οι **βιολογικοί** παράγοντες αφορούν τη γενετική προδιάθεση (DNA, κληρονομικά χαρακτηριστικά, επίδραση του περιβάλλοντος στο DNA) και τη χρήση των θεραπειών με φάρμακα.

Οι **ψυχολογικοί** παράγοντες αφορούν τον ασθενή αυτόν καθ' αυτόν, το «εγώ» του, την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση που τον διακατέχει, τους στόχους ζωής που έχει θέσει, όπως ακόμα και κάθε μηχανισμό άμυνας που έχει επιστρατεύσει για να αντιμετωπίζει το άγχος και τα προβλήματα που προκύπτουν (defense mechanism).

Μέσω των **κοινωνικών** παραγόντων γίνεται αναφορά στα κοινωνικά αίτια των εξαρτήσεων (οικονομική ύφεση, ανεργία, πολιτισμός) και στις κοινωνικές παρεμβάσεις, ώστε να αντιμετωπίζεται και να λογίζεται κάθε εξάρτηση ως κοινωνικό φαινόμενο.

Στη σύγχρονη κοινωνία πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η κουλτούρα. Εννοιολογικά, η κουλτούρα δεν περιορίζεται στη φυλή, στη χώρα, στη γλώσσα, στα θρησκευτικά «πιστεύω», στα έθιμα και τις αξίες, αλλά σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο που ζει ο κάθε άνθρωπος. Μέσω της κουλτούρας καθορίζεται και η πορεία της ζωής του ατόμου (εργασία, διασκέδαση, οικογένεια ή όχι, στόχοι ζωής).

Η επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στον άνθρωπο καθορίζει την επίπτωση και την πρόγνωση του ψυχικού νοσήματος. Οι πιο σημαντικοί κοινωνικοί παράγοντες είναι η ανεργία, η οικονομική άνεση, το ακαδημαϊκό υπόβαθρο, η γλώσσα, η μετανάστευση, η πρόσβαση στους φορείς υγείας, η απόσταση των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την κατοικία του ατόμου, ο πόλεμος, η βία και η εγκληματικότητα στον εκάστοτε τόπο διαμονής του ασθενούς. Οι κοινωνικοί παράγοντες δεν είναι άμεσα συνυφασμένοι μόνο με την επίπτωση και την πρόγνωση της κάθε εξάρτησης, αλλά μπορεί να επηρεάσουν και τις υπόλοιπες ψυχικές

διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχές άγχους) ή ακόμα και τις σωματικές διαταραχές (π.χ. λοίμωξη, παχυσαρκία, υπέρταση).

3.4 Αποτοξίνωση/Αποκατάσταση ασθενούς.

Η αποτοξίνωση και η αποκατάσταση των ασθενών μπορεί να λάβει μέρος εντός των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων σε κλινικές εσωτερικής νοσηλείας, ειδικές γι' αυτόν το σκοπό. Σε κάθε Ψυχιατρικό Ίδρυμα λειτουργεί και εξωτερικό ιατρείο.

Για να αποκατασταθεί/αποτοξινωθεί ένας ασθενής με εξάρτηση, πρέπει να του δοθούν συγκεκριμένα φάρμακα και ταυτόχρονα να γίνουν ορισμένες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στα πλαίσια ενός καλά δομημένου και ολοκληρωμένου προγράμματος.

Η φαρμακευτική αγωγή που θα δοθεί, λοιπόν, έχει σαν κύριους στόχους να βοηθήσει στην αποτοξίνωση/αποκατάσταση του ασθενούς και στην πρόληψη τυχόν υποτροπής του εθισμού του. Ακόμα, μέσω φαρμακευτικής παρέμβασης μπορεί να αντιμετωπιστεί και η ψυχιατρική συννοσηρότητα και πιο συγκεκριμένα διαταραχές, όπως είναι οι αγχώδεις διαταραχές, η ψύχωση και η κατάθλιψη.

Πέρα από τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις υπάρχει η δυνατότητα να διενεργηθούν και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο ανάλογα με το διαθέσιμο εργατικό δυναμικό. Οι παρεμβάσεις αυτές περιλαμβάνουν συμβουλευτική υποστήριξη, οικογενειακή θεραπεία, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, δραστηριότητες εξωτερικού χώρου, θεραπεία δια μέσου της τέχνης κ.ά.

Ταυτόχρονα με την αποτοξίνωση του εκάστοτε ασθενούς ξεκινά και η αποκατάσταση αυτού, μέσω της οργανωμένης και σωστής συνεργασίας των λειτουργών του Ψυχιατρικού Ιδρύματος (ψυχίατρος, νοσηλεύτές, ψυχολόγος, εργοθεραπευτής, κοινωνικός λειτουργός, επισκέπτες υγείας).

Στις αρμοδιότητες των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων συγκαταλέγονται τα παρακάτω:

- Η αποτοξίνωση κάθε αλκοολικού ασθενή, που προσέρχεται όμως στο ψυχιατρείο στα πλαίσια ήπιας στέρησης, ή ασθενή που προσέρχεται στο ψυχιατρείο πωμένος αλλά νηφάλιος (εννοώντας



πως στο αλκοτέστ είναι θετικός, ωστόσο δεν έχει παρουσιάσει κάποια σπουδαία διαταραχή συμπεριφοράς).

- Η πρόληψη τυχόν υποτροπών, η απεξάρτηση, η επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο, και η αποκατάσταση κάθε ασθενή που προηγουμένως έχει ακολουθήσει πρόγραμμα αποτοξίνωσης στο Τμήμα Οξέων Περιστατικών.

Στις αρμοδιότητες των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων **δεν** συγκαταλέγονται τα παρακάτω:

- Η αντιμετώπιση της μέθης. Σε περίπτωση μεθυσμένου ασθενή δίνεται παραπεμπτικό σε αυτόν, ώστε να αντιμετωπιστεί η τοξίκωση μέσω ενδοφλέβιας αγωγής στο ΤΕΠ του κοντινότερου δημόσιου νοσοκομείου,
- Η αντιμετώπιση σοβαρού στερητικού συνδρόμου, ενώ παράλληλα εξελίσσεται τρομώδες παραλήρημα. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς πρέπει να υποστηριχθούν παθολογικά σε εντατική και για το λόγο αυτό δίνεται παραπεμπτικό για ΤΕΠ Γενικού Νοσοκομείου, το οποίο εμπεριέχει ερώτημα σχετικά με το αν ο ασθενής θα νοσηλευτεί σε Παθολογική Κλινική ή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, σύμφωνα πάντα με το πως θα αξιολογήσει την υφιστάμενη κατάσταση ο αρμόδιος ιατρός του ΤΕΠ.
- Η αντιμετώπιση (σοβαρών) χρόνιων επιπλοκών του αλκοολισμού όπως είναι:
 - Η κίρρωση του ήπατος.
 - ΗCV.
 - Καρκίνος του ήπατος.
 - Οξεία παγκρεατίτιδα.
 - Νευροπάθεια των περιφερικών νεύρων.
 - Οπτική νευρίτιδα.
 - Άνοια οφειλόμενη στον αλκοολισμό.
 - Ψύχωση λόγω αλκοολισμού.

Τα παραπάνω άτομα, που η κατάσταση της υγείας τους είναι σοβαρή, δεν μπορούν να νοσηλευτούν σε κάποιο Ψυχιατρικό Ίδρυμα, εκτός και αν κάποιος ασθενής είναι κλινικά σταθεροποιημένος και δεν χρειάζεται να δεχθεί παθολογική φροντίδα, και με την προϋπόθεση πάντα ότι η κατάσταση της υγείας του δεν χαρακτηρίζεται κρίσιμη.

Η αντιμετώπιση των μη κλινικά σταθεροποιημένων ασθενών γίνεται σε παθολογικές κλινικές.

Άλλωστε, αν υπάρξει περίπτωση αποτοξίνωσης καθ' ανάγκη, τότε αυτή λαμβάνει μέρος σε παθολογική/χειρουργική κλινική, μέσω της βοήθειας ψυχιάτρου, ο οποίος θα αξιολογήσει εκείνη τη στιγμή τον ασθενή και ο οποίος θα σχηματίσει το πρόγραμμα αποτοξίνωσης του.

3.5 Διερεύνηση μόνιμων βλαβών στον εξαρτημένο λόγω χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Για όσο καιρό παραμένει ο εξαρτώμενος στο Ψυχιατρικό Ίδρυμα θα υποβληθεί σε έναν αριθμό συγκεκριμένων διαγνωστικών και αιματολογικών εξετάσεων, ώστε να φανεί αν υπάρχει κάποια σοβαρή και μόνιμη βλάβη σε οποιοδήποτε όργανο του σώματος. Μέσω των εξετάσεων αυτών, και ο ασθενής αλλά και ο θεράπων γνωρίζουν τι καλούνται να αντιμετωπίσουν.

Οι εξετάσεις στις οποίες μπορεί να υποβληθεί ο ασθενής είναι οι εξής:

- CT (αξονική) εγκεφάλου, με σκοπό να αναδειχθούν τυχόν εστίες από μειωμένα εγκεφαλικά κύτταρα, πιθανή ατροφία ή ισχαιμία. Σε περίπτωση που υπάρξει κάποιο εύρημα διενεργείται ακολούθως MRI (μαγνητική) εγκεφάλου με χορήγηση σκιαγραφικού, ώστε να απεικονιστεί καλύτερα η βλάβη.
- Α/α (ακτινογραφία) θώρακος, ούτως ώστε να φανεί εάν ο ασθενής φέρει πνευμονικές νόσους.
- Υπερηχογράφημα (u/s) θυρεοειδούς, ώστε να αναδειχθεί τυχόν φλεγμονή του θυρεοειδούς που δεν είχε φανεί κατά τις αιματολογικές εξετάσεις των ορμονών.
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα → Γίνεται έλεγχος για τυχόν οπτικοακουστικές ψευδαισθήσεις ή εγκεφαλικές δυσλειτουργίες.
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα → Για να διαπιστωθεί πιθανή αρρυθμία.

Μέσω των **αιματολογικών εξετάσεων** ελέγχεται η γενικότερη λειτουργία των οργάνων.

Μέσω της **τοξικολογικής εξέτασης ούρων** ανιχνεύονται και μετρούνται οι διάφορες ουσίες στα ούρα με τον πλέον αξιόπιστο τρόπο εν συγκρίσει με τις αιματολογικές εξετάσεις. Μειονέκτημα της συγκεκριμένης εξέτασης είναι πως δεν μπορούμε να αντλήσουμε πληροφορίες σχετικά με τη παρούσα χρησιμοποίηση του φαρμάκου.

Οι μετρήσεις της ναρκωτικής ουσίας εξαρτώνται από: τον χρόνο λήψης, τη δοσολογία, τη συχνότητα χρήσης, την ποιότητα, την φαρμακο-κινητική της ουσίας-φαρμάκου, καθώς και από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του χρήστη (βάρος σώματος, ύψος, ηλικία, τον μεταβολισμό του ατόμου καθώς και την ψυχολογική του κατάσταση).

Ενδεικτικά αναφέρονται ως μέγιστος χρόνος ανίχνευσης ουσιών:

- Κοκαΐνη: 24-72 ώρες
- Αμφεταμίνες: 24-96 ώρες
- Καναβinoειδή: 2-5 ημέρες
- Βαρβιτουρικά: 1-4 ημέρες
- Οπιούχα: 24-72 ώρες

Κατά την εισαγωγή του ο χρήστης δίνει ούρα, τα οποία υπόκεινται σε επεξεργασία στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Είναι σημαντικό να δοθούν ούρα την στιγμή της εισαγωγής, ώστε να ανιχνευθεί άμεσα η ουσία που πήρε ο χρήστης. Αν η διενέργεια της εξέτασης ούρων πραγματοποιηθεί καθυστερημένα, τότε υπάρχει η περίπτωση (μέσω άφθονης διούρησης) να απομακρυνθεί το φάρμακο ή η ουσία από τον οργανισμό του ατόμου. Αργότερα, η ουσία αυτή θα συγκριθεί με τα ψυχωτικά συμπτώματα ή άλλες σωματικές βλάβες, οι οποίες προέκυψαν χρονικά μετά την χρήση.

Στον εργαστηριακό έλεγχο παρέχονται δυο σετ αναλύσεων:

Α' επίπεδο- ανίχνευση 11 ουσιών- ποιοτική μέθοδος.

1. Αμφεταμίνες (AMP)
2. Βαρβιτουρικά (BAR)
3. Βενζοδιαζεπίνες (BZO)
4. Κοκαΐνη (COC)
5. Μαριχουάνα (TCH)
6. Μεθαδόνη (MTD)
7. Μεταμφεταμίνες (MET)
8. Μορφίνη (MOP)
9. Μεθυλενοδιοδιμεταμφεταμίνη (MDMA)
10. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCA)
11. Βουπρενοφρίνη (BUP)

Β' επίπεδο- μέτρηση από 1 έως 5 ουσιών **-ποσοτική μέθοδος** (η οποία εφαρμόζεται και στο μικροβιολογικό εργαστήριο του ΨΝΑ).

Με αυτή την μέθοδο τα αποτελέσματα βγαίνουν με αριθμό, από τον οποίο κρίνεται και ο βαθμός έκθεσης του ατόμου στις συγκεκριμένες ουσίες. Αυτές είναι:

1. Καναβinoειδή
2. Βαρbitουρικά
3. Κοκαΐνη
4. Αμφεταμίνες
5. Οπιούχα
6. Βενζοδιαζεπίνες

- Οι τιμές αναφοράς για κάθε ουσία είναι:

Περιγραφή εξέτασης	Τιμές αναφοράς (μη ανιχνεύσιμη)	Ευρεθείσα τιμή (ανιχνεύσιμη)
Βενζοδιαζεπίνες (BZO)	<200 ng/ml	>200 ng/ml
Οπιούχα (OPI)	<300 ng/ml	>300 ng/ml
Κάnnαβις (THC)	<20 ng/ml	>20 ng/ml
Κοκαΐνη (COC)	<300 ng/ml	>300 ng/ml
Αμφεταμίνες (AMP)	<300 ng/ml	>300 ng/ml
Βαρbitουρικά (BAR)	<200 ng/ml	>200 ng/ml

Σε αλκοολικούς ασθενείς ελέγχονται τα επίπεδα της βιταμίνης B1 και της B12, ώστε να αξιολογηθεί η λειτουργία του νευρικού συστήματος.

3.6 Θεραπευτικές προσεγγίσεις ανάλογα με την ουσία.

▪ Κανναβινοειδή.

Οι χρηστές κάνναβης συνήθως προσέρχονται στα Επείγοντα ενός Ψυχιατρικού ιδρύματος με εικόνα αποδιοργάνωσης, διαταραχές μνήμης, διαταραχές προσανατολισμού, διαταραχές αντίληψης μέχρι και ψυχωτικού τύπου συμπτωματολογία. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις ποικίλουν ανάλογα με την χρονιότητα, τον βαθμό βλάβης και την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού ψυχιατρικών νοσημάτων. Σε γενικές γραμμές, ένας **περιστασιακός χρήστης** χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα μπορεί να αντιμετωπιστεί σε εξωτερικά προγράμματα διάφορων κέντρων αποκατάστασης. Επιπρόσθετα, είναι σημαντική και η συμβολή της γνωσιακής ψυχοθεραπείας, της συμπεριφορικής και της οικογενειακής με την μορφή συνόδριων σε τακτική εξωτερική βάση.

Σε περιπτώσεις **χρονιότητας**, με συνύπαρξη **ψυχωτικού τύπου** εκδηλώσεων, είναι απαραίτητη η εισαγωγή σε κάποιο ψυχιατρικό τμήμα, όπου δίνεται συμπτωματική και βραχεία φαρμακευτική αγωγή και εφαρμόζονται υποστηρικτικού τύπου παρεμβάσεις. Στόχος της θεραπείας είναι να εκλείψει η ψυχωτική συμπτωματολογία, να βελτιωθούν οι διαταραχές που προκύπτουν και να αντιμετωπιστεί η αδυναμία έλευσης ύπνου και χαλάρωσης.

☞ Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της ψύχωσης από κάνναβη είναι:

 Αλοπεριδόλη (Aloperidin)

 Ολανζαπίνη (Zyprexa)

 Ρισπεριδόνη (Risperdal)

 Αριπιπραζόλη (Abilify)

 Καρβαμαζεπίνη (Tegretol)

▪ Διεγερτικές Ουσίες (Κοκαΐνη-Αμφεταμίνες)

Πάρα τις διαφωνίες της επιστημονικής κοινότητας για το αν η κοκαΐνη προκαλεί σωματική εξάρτηση ή όχι, ένα είναι σίγουρο. Η ψυχολογική εξάρτηση είναι αποδεκτή και πολύ ισχυρή. Η θεραπευτική προσέγγιση δεν διαφέρει πολύ από αυτήν των άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών. Στόχος της θεραπείας είναι να αποκατασταθούν οι μεταβολές της διάθεσης, και η ύφεση της καταθλιπτικής συνδρομής που τυχόν θα προκύψει με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Και εδώ, έχουν μεγάλη αξία οι διάφορες ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, που δεν αφορούν μόνο το άτομο αυτό καθαυτό αλλά και την οικογένεια, τους φίλους και τον κοινωνικό του περίγυρο.

▪ Οπιοειδή.(Ηρωίνη-Μορφίνη)

Ένας χρήστης οπιοειδών συνήθως θα βρεθεί σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών ενός Ψυχιατρικού Ιδρύματος, λόγω εντόνων στερητικών συμπτωμάτων. Είναι πολλοί αυτοί που θα εκδηλώσουν τα στερητικά λόγω φυλάκισης ή και λόγω αναγκαστικής- ακουσίας νοσηλείας. Τα σημεία στέρησης από οπιοειδή εμφανίζονται περίπου 8 με 12 ώρες από την τελευταία δόση. Αυτό που καλείται ένας ψυχίατρος στο ΤΕΠ να κάνει, είναι να δράσει υποστηρικτικά και να ανακουφίσει τον χρήστη. Συγκεκριμένα, καλείται να αντιμετωπίσει τα σωματικά συμπτώματα όπως την διάρροια, τον εμετό, τον τρόμο, την εφίδρωση, τον σωματικό πόνο και την ψυχοκινητική διέγερση.

Για την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων που συνοδεύουν το στερητικό σύνδρομο της εξάρτησης από οπιοειδή, και εφόσον ο ασθενής δεν λαμβάνει θεραπεία με μεθαδόνη ή βουπρενοφρίνη, μπορούν να χορηγηθούν τα εξής:

- Για την ναυτία και τον έμετο, αντισταμινικά → Υδροξυζίνη (Atarax, Iremofar), Προμεθαζίνη (Phenergan).
- Για την διάρροια, αντιδιαρροϊκά → Λοπεραμίδη (Imodium, Neo-Septol, Rheostop).
- Για τις κράμπες και τις αρθραλγίες μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη → Μεφαιναμικό Οξύ (Ponstan, Acinic, Aidol, Algopress, Rafreda),

Δικλοφαινάκη (Voltaren, Rheumavek, Vurdon, Fenoclof), Ιβουπροφένη (Brufen, Ibuprofen, Algofren, Advil, Nurofen)

► Για την αντιμετώπιση υπερκινητικών συνδρόμων αντιχολινεργικά→Ορφεναδρίνη (Orphedrin).

► Για την αντιμετώπιση ψυχοκινητικής διέγερσης→Διαζεπάμη, Αλπραζολάμη (Stedon, Xanax)

- Βενζοδιαζεπίνες. (Stedon, Hipnosedon, Vulbegal, Tavor, Lexotanil, Xanax)

Οι βενζοδιαζεπίνες είναι εξαιρετικά χρήσιμα φάρμακα στην Κλινική Ψυχιατρική και χρησιμοποιούνται κατά κόρον από την Ψυχιατρική κοινότητα. Πάραυτα, η αυξημένη διακίνηση τους στην «μαύρη αγορά», η εκτεταμένη χρήση τους, και η αλόγιστη συνταγογράφηση τους από όλες τις ιατρικές ειδικότητες, έχει δημιουργήσει φαινόμενα τοξικομανίας. Οι βενζοδιαζεπίνες είναι εξαρτησιογόνες ουσίες και η διακοπή τους προκαλεί σύνδρομο στέρησης, το οποίο εμφανίζεται από μερικές ώρες μέχρι και μια βδομάδα μετά την διακοπή τους. Τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης είναι ναυτία, έμετος, άγχος, ευερεθιστότητα, ανησυχία, απνία, τρόμος, εφίδρωση και φτάνουν μέχρι παραληρητικού τύπου διαταραχές, επιληπτικές κρίσεις ακόμα και θάνατο (υποξία εγκεφάλου). Η αντιμετώπιση του συνδρόμου στέρησης δεν διαφέρει από αυτή των οπιοειδών, δηλαδή την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων με την διαφορά ότι δεν δίνονται βενζοδιαζεπίνες. Για την αντιμετώπιση της υπερκινητικότητας δίνονται αντιχολινεργικά, όπως χλωριούχος ορφεναδρίνη (Disipal).

- Βαρβιτουρικά. (Αμοβαρβιτάλη, φαινοβαρβιτάλη, πεντοβαρβιτάλη, σεκοβαρβιτάλη, θειοπεντάλη)

Αν και η χρήση τους διαχρονικά μειώνεται, η χρήση και ειδικότερα η κατάχρηση τους δεν έχει εκλείψει. Τα βαρβιτουρικά παλαιότερα ήταν το κύριο θεραπευτικό μέσο για την καταστολή των ασθενών και την αντιμετώπιση των διαταραχών ύπνου. Σήμερα, τα συναντάμε στην Αναισθησιολογία, ενώ δίνονται ως αντιεπιληπτικά και σε κάποιες περιπτώσεις για την αντιμετώπιση του άγχους. Η υπερδοσολογία των

βενζοδιαζεπινών μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση η οποία συνεπάγεται με καταστολή του ΚΝΣ, καταστολή του αναπνευστικού κέντρου της αναπνοής και τελικά τον θάνατο. Γενικά τα χαρακτηριστικά της τοξίκωσης από κατασταλτικά του ΚΝΣ είναι άρση αναστολών (σεξουαλικών και επιθετικών), συναισθηματική αστάθεια, έκπτωση της κριτικής ικανότητας, αστάθεια βάδισης, δυσαρθρία και διαταραχή των συνεργικών/συνδυαστικών κινήσεων.

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τεχνητή αναπνοή και πλύση στομάχου αν το φάρμακο έχει ληφθεί πρόσφατα. Η αιμοκάθαρση μπορεί να είναι απαραίτητη, εάν έχουν ληφθεί μεγάλες ποσότητες φαρμάκου.



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.

Κεφάλαιο 4^ο : Μεθοδολογία της έρευνας.

4.1 Σκοπός.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να αναδείξει αν υπάρχει διαχρονική αύξηση των νοσηλευόμενων με ψυχικές διαταραχές ή διαταραχές της συμπεριφοράς, που οφείλονται στη χρήση πολλαπλών φαρμάκων ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών (F19).

☞ Ειδικότεροι στόχοι της μελέτης είναι:

- η ανάδειξη των ουσιών που χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο.
- η διερεύνηση της κατανομής των φύλων, ως προς την χρήση των ουσιών αυτών (μεγαλύτερος αριθμός χρηστών → άντρες ή γυναίκες).
- Η διερεύνηση της ηλικίας των νοσηλευόμενων, κατά τη διάγνωση εξόδου.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.

- Έχουν αυξηθεί οι χρήστες που νοσηλεύονται στα τμήματα οξέων από το 2014 μέχρι το 2017; (H1)
- Το 2014 ήταν περισσότεροι οι άντρες ή οι γυναίκες που εξέρχονταν από το ΨΝΑ με διάγνωση F19; (H2)
- Αντίστοιχα το 2017 ποια ήταν η κατανομή των φύλων σε σχέση με την συγκεκριμένη διάγνωση; (H3)
- Το 2014 ποια ουσία χρησιμοποιείτο περισσότερο και από ποιους; (άνδρες ή γυναίκες) (H4)
- Το 2017 ποια ουσία χρησιμοποιείτο περισσότερο και από ποιους; (άνδρες ή γυναίκες) (H5)



- Ποιος ήταν ο μέσος όρος ηλικίας των χρηστών που εισέρχονταν για νοσηλεία λόγω ψυχικών διαταραχών στα πλαίσια χρήσης το 2014 και ποιος το 2017; (H6)
- Σε τι ποσοστό ορίζεται ο αριθμός των νοσηλειών με διάγνωση F19 σε σχέση με το σύνολο των νοσηλειών του ΨΝΑ (όλες οι διαγνώσεις από το σύνολο των τμημάτων) για την εκάστοτε χρονιά που τίθεται σε ανασκόπηση . (2014 και 2017) (H7)

4.3 Δείγμα-Τόπος ερευνάς.

Δείγμα της μελέτης θα αποτελέσουν οι ιατρικοί φάκελοι των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στα τμήματα οξέων του ΨΝΑ, κατά τη διάρκεια των ετών 2014 και 2017 αντίστοιχα. Αφού γίνει αναδρομή στα στοιχεία των ασθενών αυτών, θα πραγματοποιηθεί η συλλογή των δεδομένων με βάση την τελική διάγνωση F-19, η οποία βρίσκεται στο εξιτήριο του νοσηλευόμενου. Αναφορικά με το είδος της ουσίας, θα χρησιμοποιηθεί η τοξικολογική εξέταση ούρων, η οποία έλαβε χώρα-βάσει πρωτοκόλλου-κατά την είσοδο του νοσηλευόμενου στο συγκεκριμένο Ειδικό Νοσοκομείο. Δεδομένα σχετικά με την ηλικία του νοσηλευόμενου θα προκύψουν από πληροφορίες, που βρίσκονται στο δελτίο εισαγωγής. Συμπληρωματικά, για την συμπλήρωση ή επεξήγηση στοιχείων, θα χρησιμοποιηθούν οι ιατρικές γνωματεύσεις, οι οποίες συντάσσονται από τους ειδικευμένους ψυχιάτρους κατά την ακούσια εξέταση του ασθενούς, καθώς και στοιχεία από το μηχανογραφικό σύστημα του Γραφείου Κίνησης Ασθενών.

4.4 Μέθοδος της έρευνας.

Η μέθοδος που θα χρησιμοποιηθεί είναι η έρευνα παρατήρησης (observational), με την οποία παρατηρούμε μία νόσο χωρίς να παρεμβαίνουμε στην εξέλιξή της, και συγκεκριμένα η περιγραφική έρευνα, με την οποία μετρούμε τη συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Ομάδα-στόχος είναι οι ασθενείς με εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες.

4.5 Ζητήματα Βιοηθικής.

Η προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών θα αποτελέσει ακρογωνιαίο λίθο για την διεξαγωγή της έρευνας. Θα τηρηθεί η απαραίτητη εχεμύθεια που διέπει το ιατρικό απόρρητο και η οποία επιβάλλει την ανωνυμία και την τυχαιοποίηση του δείγματος. Για την εν

λόγω πτυχιακή εργασία θα ακολουθηθεί το πρωτόκολλο έγκρισης από το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΨΝΑ για την εξασφάλιση πρόσβασης στους ιατρικούς φακέλους του αρχείου του νοσοκομείου.

4.6 Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση.

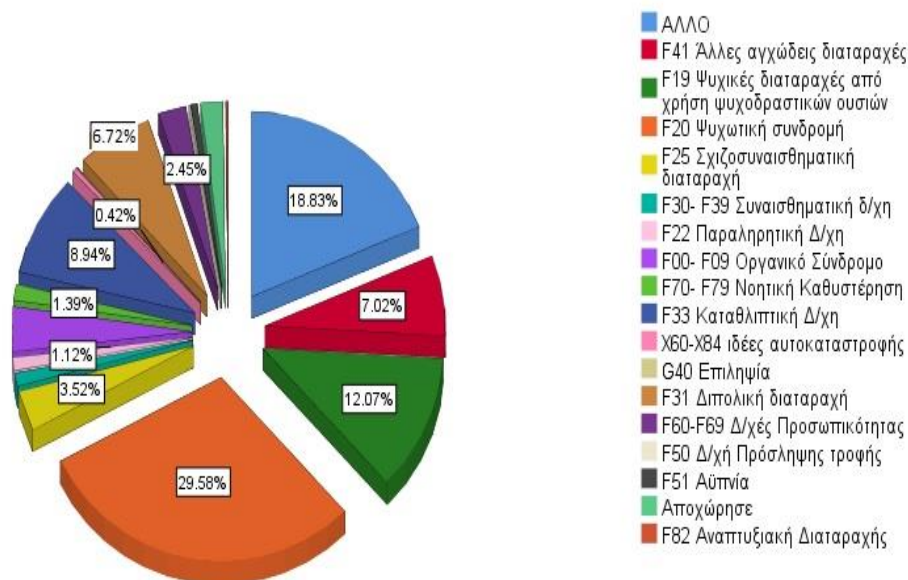
Κάθε απάντηση που θα δοθεί στα ερωτήματα που έχουν τεθεί, θα κωδικοποιηθεί με τη μορφή ενός ακέραιου αριθμού. Έπειτα τα δεδομένα που θα προκύψουν, θα μεταφραστούν από τον ΗΥ σαν μεταβλητές, η καθεμία από τις οποίες θα αντιπροσωπεύει μία ερώτηση. Το ειδικό λογισμικό, που θα χρησιμοποιηθεί για την εισαγωγή των δεδομένων που θα κωδικοποιηθούν και για τη στατιστική επεξεργασία αυτών, είναι το SPSS. Μέσω του συγκεκριμένου στατιστικού πακέτου, ειδικού για Windows, οποιαδήποτε διαφορά ή συσχέτιση εμφανίζεται, θεωρείται στατιστικά σημαντική, εφόσον αντιστοιχεί σε πιθανότητα $p < 0,05$, όπως αυτή προκύπτει κάθε φορά μέσω του αντίστοιχου στατιστικού ελέγχου.

Κεφάλαιο 5^ο: Αποτελέσματα έρευνας.

5.1 Συνολικό δείγμα.

Για το 2014 το δείγμα είναι 3985 άτομα και για το 2017 το δείγμα είναι 3689 άτομα. Στο σύνολο των προσερχόμενων περιστατικών που ερευνήθηκαν για τις χρονιές 2014 και για το 2017 μαζί, τέθηκαν οι παρακάτω διαγνώσεις με τα ακόλουθα ποσοστά:

- | | |
|----------------|---------------------------|
| 1. F20: 29,58% | 6. F25: 3,52% |
| 2. F19: 12,07% | 7. F60-F69: 2,45% |
| 3. F41: 7,02% | 8. F00-F09: 3,91% |
| 4. F25: 3,5% | 9. F31: 6,72% |
| 5. F33: 8,94% | 10. Απροσδιόριστη: 18,83% |



5.2 Δείγμα χρηστών.

Η στατιστική ανάλυση της συγκεκριμένης ενότητας χρησιμοποιεί τις μετρήσεις του συνολικού δείγματος σχετικά με τις προσελεύσεις για εξέταση και τον συνολικό αριθμό ασθενών που νοσηλεύτηκαν, με τις αντίστοιχες διαγνώσεις.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί εδώ, πως στην στατιστική ανάλυση που αφορά τον τόπο κατοικίας, έγινε χρήση των μοναδικών- κατά άτομο- προσελεύσεων που αφορούν προβλήματα κατάχρησης και εξάρτησης από ουσίες.

Η νοσηλεία των ασθενών κατατάσσεται σε δύο κατηγορίες την **ακούσια** και την **εκούσια**. Είναι σημαντικό να αναφερθεί εδώ, πως ακούσια έχουν κατηγοριοποιηθεί και όλες οι περιπτώσεις που εμπίπτουν στο άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα.

Ο διαχωρισμός των συγγενειών ορίστηκε στην συγκεκριμένη έρευνα όπως ακριβώς ορίζεται και στον αστικό Κώδικα, άρθρο 1462 και 1464. Ο διαχωρισμός αυτός είναι ο εξής:

- Α' βαθμού : γονέας, παιδιά, ο/η σύζυγος, πεθερός/α.
- Β' βαθμού: παππούς/γιαγιά, εγγόνια, γαμπρός/νύφη, κουνιάδος/α, αδέρφια.
- Γ' βαθμού: ανιψιά, θείος/α.
- Δ' βαθμού: ξαδέρφια.

Για την ταξινόμηση των διαγνώσεων χρησιμοποιήθηκε η δέκατη αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και των Σχετικών Προβλημάτων Υγείας (ICD10), και συγκεκριμένα:

→ Το κεφάλαιο V, με κωδικό «F00-F99: Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς» και τα περιεχόμενα ομάδας με κωδικούς και τίτλους:

- F00-F09: Οργανικές, (συμπεριλαμβάνονται και οι συμπτωματικές), ψυχικές διαταραχές.
- F10: Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς, λόγω χρήσης αλκοόλ
- F19: Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στην χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

- F20-F29: Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές & παραληρηματικές διαταραχές.
- F30-F39: Συναισθηματικές διαταραχές.
- F40-F48: Νευρωτικές, σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές.
- F60-F69: Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς στον ενήλικα.
- F70-F79: Νοητική υστέρηση.

→ Το κεφάλαιο VI, με κωδικό «G00-G99: Παθήσεις του νευρικού συστήματος»

→ Το κεφάλαιο XI, με κωδικό «K70-K77: Παθήσεις του πεπτικού συστήματος» και τα περιεχόμενα ομάδας με κωδικούς και τίτλους:

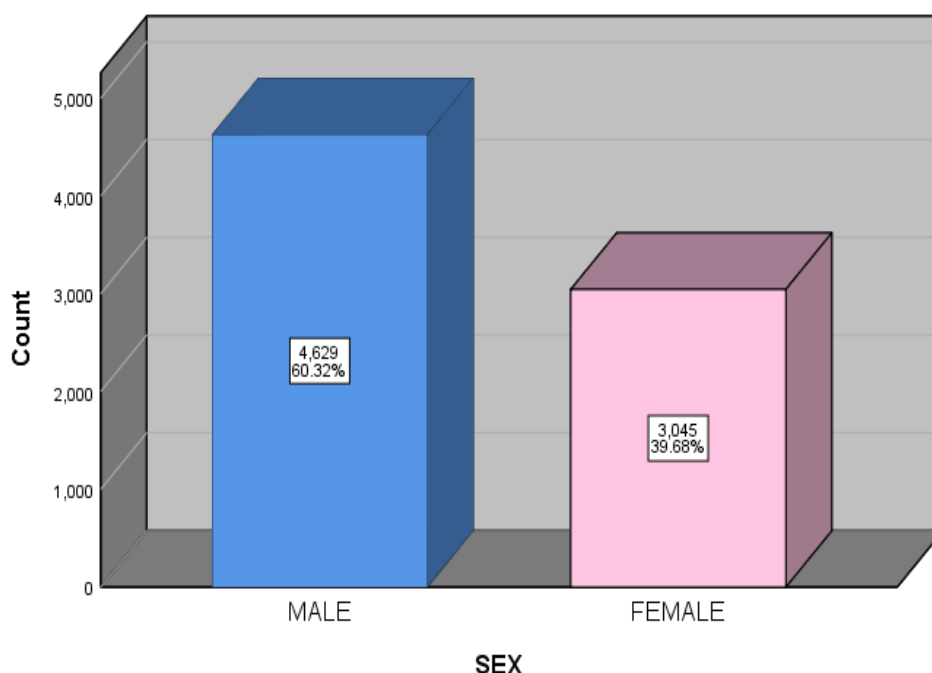
- K70: Αλκοολική νόσος του ήπατος.
- K72: Ηπατική ανεπάρκεια που δεν ταξινομείται αλλού (ηπατική εγκεφαλοπάθεια).

→ Μη ταξινομημένες διαγνώσεις:

- Απεξάρτηση (αίτημα για εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική, πληροφορίες για προγράμματα απεξάρτησης, σε στάδιο απεξάρτησης και αναζήτηση ψυχολογικής υποστήριξης)
- Περιγραφή συμπτώματος ή συμπεριφοράς (ψυχοκινητική ανησυχία, έτερο-καταστροφική συμπεριφορά, αυτοκτονικός ιδεασμός, απόπειρα αυτοκαταστροφής, συγχυτική κατάσταση).
- Κοινωνικό/Συμβουλευτική (περιστατικά τα οποία χρήζουν κοινωνικής μέριμνας ή ψυχολογικής υποστήριξης και συμβουλευτικής).
- Απροσδιόριστη σωματική νόσος: περιγραφή συμπτωματολογίας ή ασαφής ιατρική διατύπωση.
- Απίσχυση.

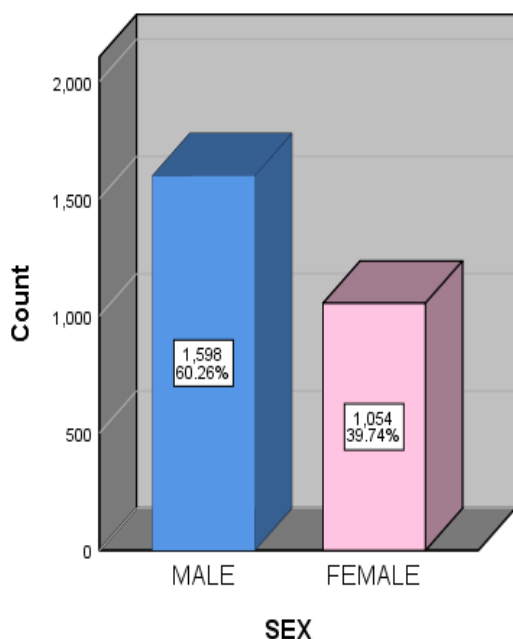
5.2.1 Προσελεύσεις.

Κατά τις χρονιές 2014 και 2017, διαπιστώθηκαν 7674 μοναδικές προσελεύσεις (60,32% άντρες , 39,68% γυναίκες). Αναλυτικότερα το 2014 οι προσελεύσεις ήταν 3985 ενώ για το 2017 οι προσελεύσεις ήταν 3689.

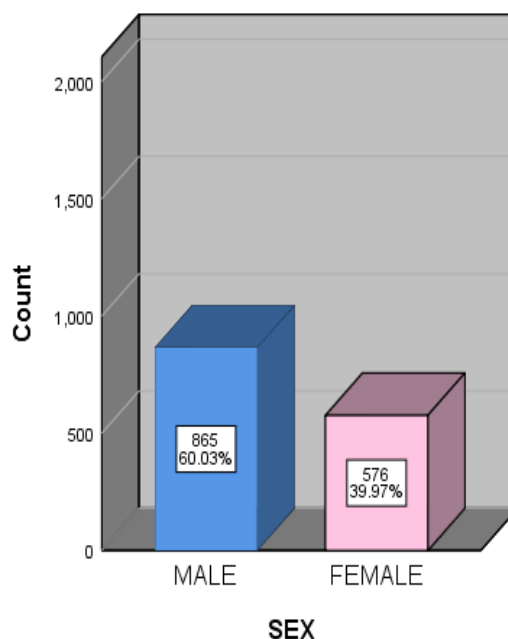


Από αυτές τις προσελεύσεις μόνο το 53,33% κατέληξαν στα τμήματα οξέων του ΨΝΑ «Δαφνί» δηλαδή 4093 άτομα. Οι μοναδικές προσελεύσεις (η Α είσοδος) αντιστοιχούν σε 2652 (60.26% άντρες , 39,74% γυναίκες), ενώ ο αριθμός των επανεξετασθέντων (η επανείσοδος) αντιστοιχεί σε 1441 άτομα (60,03% άντρες , 39,97% γυναίκες).

ΜΟΝΑΔΙΚΗ

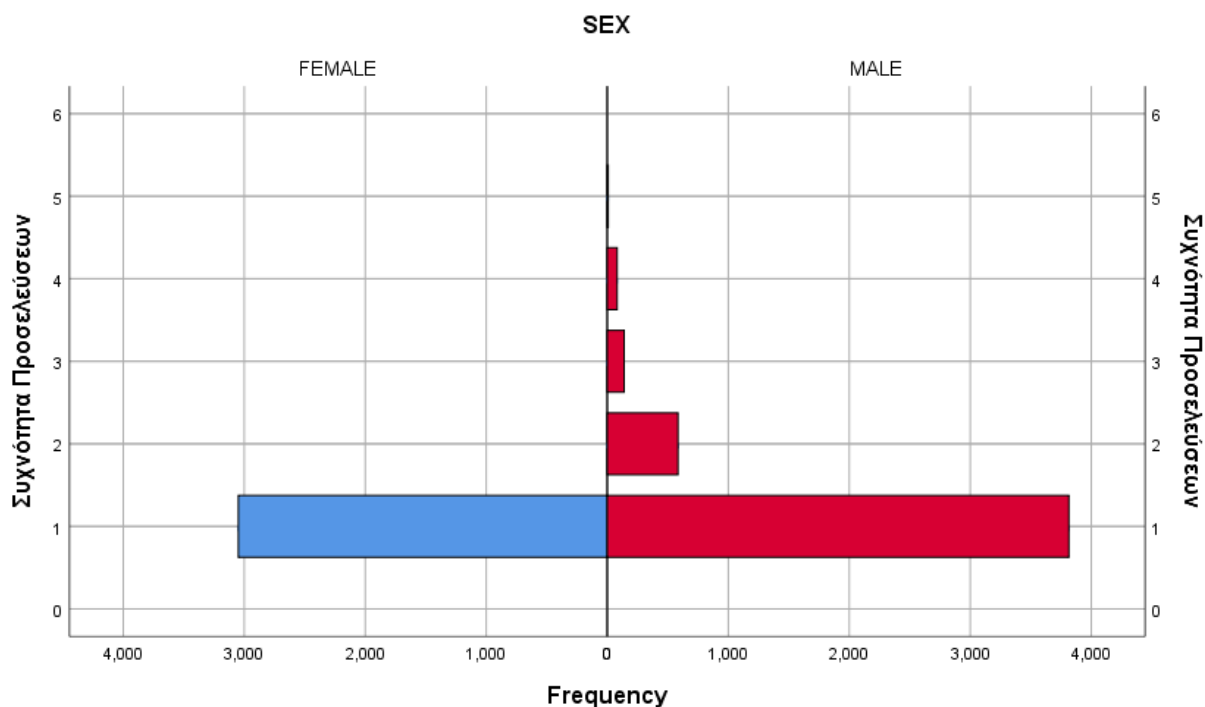


ΕΠΑΝΕΙΣΟΔΟΣ



5.2.2 Συχνότητα Προσελεύσεων.

- Μία (Κατηγοριοποίηση 1)→ 89,41% (άνδρες 53,36% - γυναίκες 36,05%)
- Δύο (Κατηγοριοποίηση 2)→7,61% (άνδρες 4,89% - γυναίκες 2,72%)
- Τρεις (Κατηγοριοποίηση 3)→ 1,81% (άνδρες 1,26% - γυναίκες 0,54%)
- Τέσσερις με εννέα (Κατηγοριοποίηση 4)→ 1,1% (άνδρες 0,71 % - γυναίκες 0,39%)
- Δέκα και πάνω (Κατηγοριοποίηση 5)→ 0,052% (άνδρες 0,052% - γυναίκες 0%)



Παρατηρούμε πως συγκρίνοντας άνδρες και γυναίκες ο αριθμός των προσελεύσεων αυξάνει σε κάθε κατηγορία για τους άνδρες, συγκριτικά με τις γυναίκες. Επιπροσθέτως, έχουν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά στις μη μοναδικές κατηγοριοποιήσεις.

5.2.3 Ηλικιακή κατανομή προσελεύσεων.

☞ **Επίσκεψη στο νοσοκομείο**

Ο μέσος όρος ηλικίας των προσερχόμενων ατόμων είναι **45.06** έτη (άνδρες 42.86 – γυναίκες 48.4). Το παραπάνω αποτέλεσμα προκύπτει από δείγμα **7551** ατόμων. Πρέπει να αναφέρουμε πως **από το αρχικό πλήθος των 7674 αφαιρέθηκαν 123** άτομα καθώς δεν είχαμε στοιχεία για την ηλικία τους.

☞ **Εισαγωγή στο νοσοκομείο με διάγνωση F19**

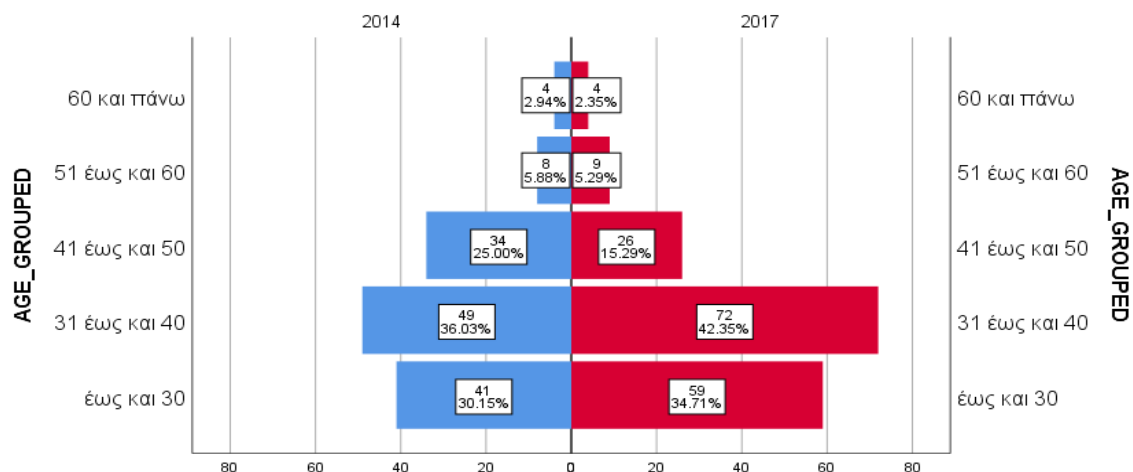
Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που έχουν διαγνωσθεί με F19 είναι **35.64 έτη** (35.66 άνδρες – γυναίκες 35.52). Το παραπάνω αποτέλεσμα προκύπτει από **δείγμα 306 ατόμων** (258 άνδρες και 48 γυναίκες).

H6 Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών είναι 35.64 έτη. (2014: 36.50–2017: 34.94).). Το αποτέλεσμα προκύπτει από δείγμα 306 ατόμων (136 άτομα για το 2014 και 170 για το 2017)

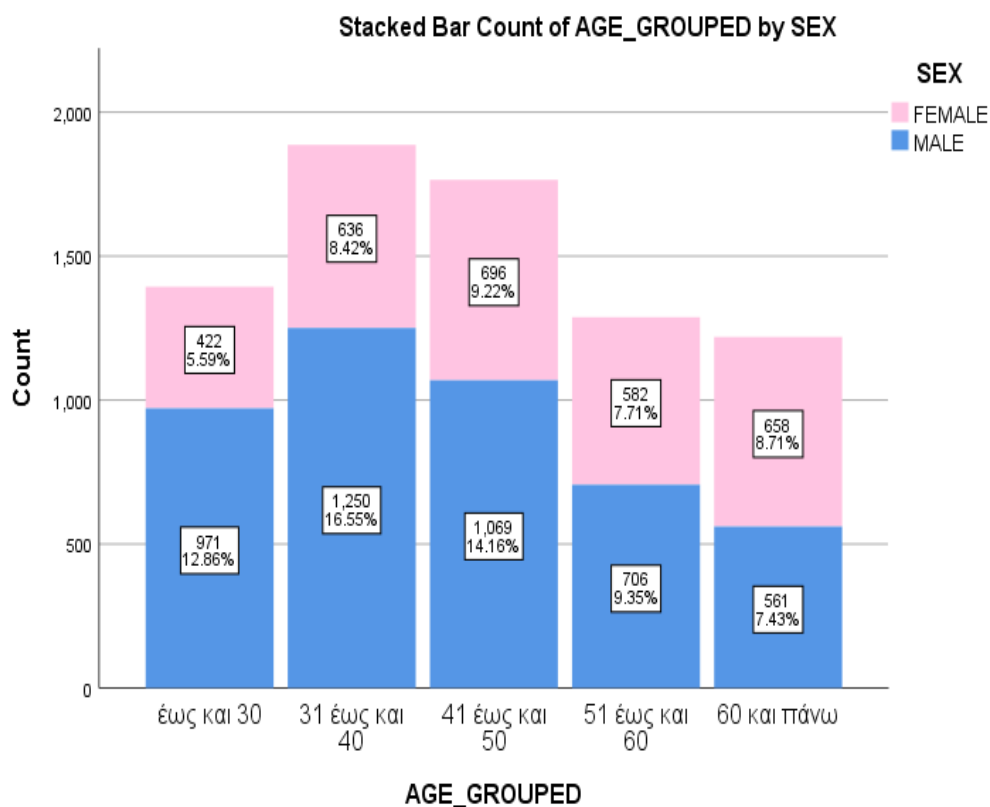
Η κατανομή αυτού του πληθυσμού έχει ως εξής:

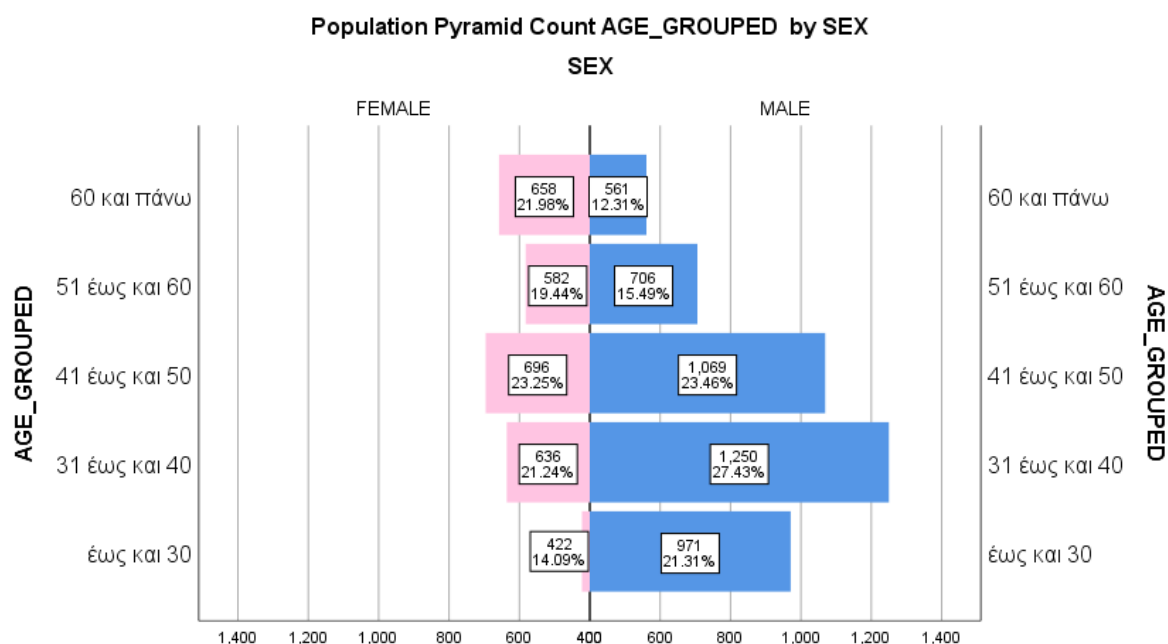
- ☞ Ηλικία μέχρι και **30 ετών: 2014: 41 άτομα (30.15%), 2017: 59 άτομα (34.71%)**
- ☞ Ηλικία από **31 μέχρι και 40 ετών: 2014: 49 άτομα (36.03%), 2017: 72 άτομα (42.35%)**
- ☞ Ηλικία από **41 μέχρι και 50 ετών: 2014: 49 άτομα (25%), 2017: 26 άτομα (15.29%)**
- ☞ Ηλικία από **51 μέχρι και 60 ετών: 2014: 8 άτομα (5.88%), 2017: 9 άτομα (5.29%)**
- ☞ Ηλικία από **61 ετών και πάνω: 2014: 4 άτομα (2.94%), 2017: 4 άτομα (2.35%)**

Είναι σημαντικό να τονίσουμε πως κάποιες λάθος ή κενές τιμές αφαιρέθηκαν από την συγκεκριμένη εξέταση.



Από το 2014 στο 2017 είχαμε σημαντική και αισθητή αύξηση των κρουσμάτων ασθενών με διάγνωση F19 στις μικρές ηλικιακές κατηγορίες. Στις άλλες ηλικιακές κατηγορίες τα ποσοστά παρουσιάζουν μικρή μείωση.



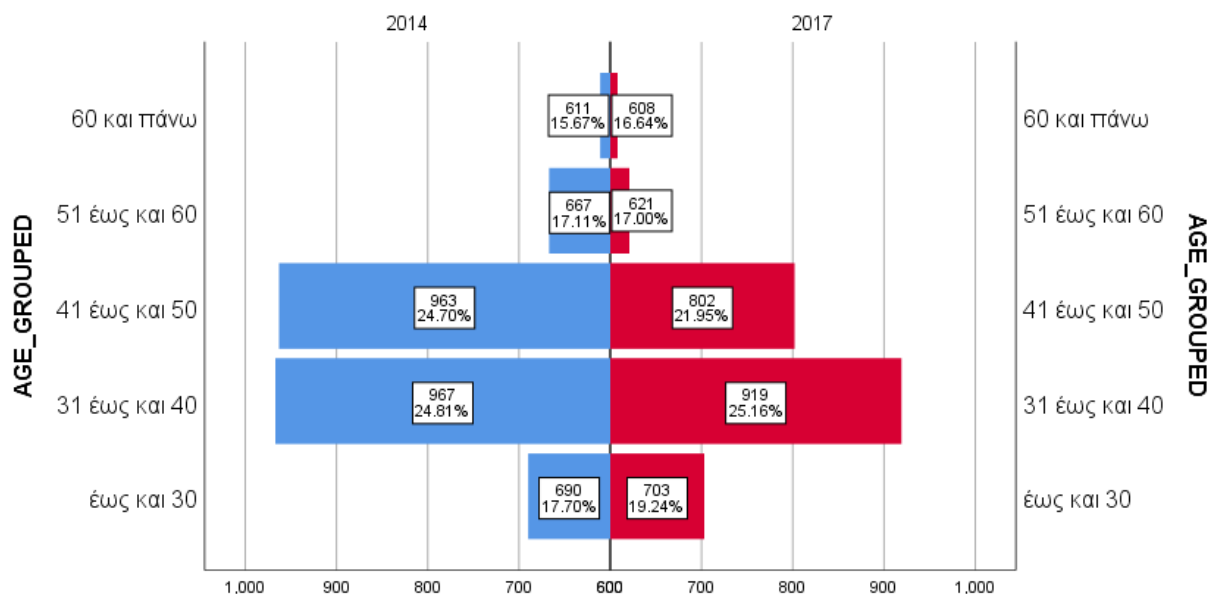


Παρατηρούμε από το παραπάνω γράφημα πως για όλες τις ηλικιακές κατηγορίες, οι άνδρες είναι περισσότεροι αριθμητικά συγκριτικά με τις γυναίκες, εκτός της τελευταίας κατηγορίας (60 και πάνω). Επιπλέον, οι άνδρες παρατηρούνται σε χαμηλότερες ηλικίες να παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες οι γυναίκες παίρνουν το προβάδισμα.

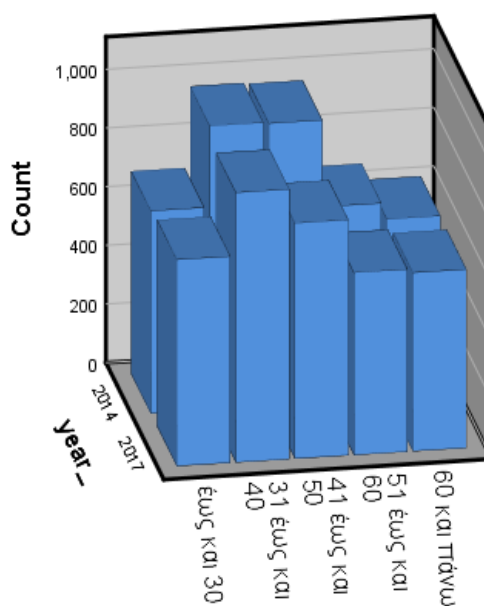
Επιπλέον σημαντικά ευρήματα προκύπτουν από το παρακάτω σχεδιάγραμμα. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών είναι 45.06 έτη. (2014: 44.99– 2017: 45.13). Η κατανομή αυτού του πληθυσμού έχει ως εξής:

- ☞ Ηλικία μέχρι και 30 ετών: **2014:** 11.70%, **2017:** 19.24%
- ☞ Ηλικία από 31 μέχρι και 40 ετών: **2014:** 24.81%, **2017:** 25.16%
- ☞ Ηλικία από 41 μέχρι και 50 ετών: **2014:** 24.70%, **2017:** 21.95%
- ☞ Ηλικία από 51 μέχρι και 60 ετών: **2014:** 17.11%, **2017:** 17%
- ☞ Ηλικία από 61 ετών και πάνω: **2014:** 15.67%, **2017:** 16.64%

Είναι σημαντικό να τονίσουμε πως κάποιες λάθος ή κενές τιμές αφαιρέθηκαν από την συγκεκριμένη εξέταση.



Τα πορίσματα που προκύπτουν από τα παραπάνω στοιχεία γίνονται πιο εμφανή από το ακόλουθο τρισδιάστατο γράφημα.



- ☞ Δηλαδή το 2017 είχαμε λιγότερες αριθμητικά επισκέψεις για κάθε ηλικία. Εξαίρεση αποτελεί η κατηγορία 17-30 καθώς εκεί το 2017 είχαμε οριακά περισσότερες προσελεύσεις σε σύγκριση με το 2014. Σημαντική παρατήρηση είναι ότι τα ποσοστά κάθε κατηγορίας ηλικίας 41-50 έτη πέφτουν αισθητά από το 2014 στο 2017.

5.2.4 Συνοδοί και τρόπος προσελεύσεων.

Τα άτομα που συνόδευαν τους υπό εξέταση ασθενείς κατατάσσονται ως εξής: . Πιο συγκεκριμένα **το πλήθος του δείγματος** για τα ακόλουθα γραφήματα είναι **3985 άτομα για το 2014** και **3689 άτομα για το 2017**.

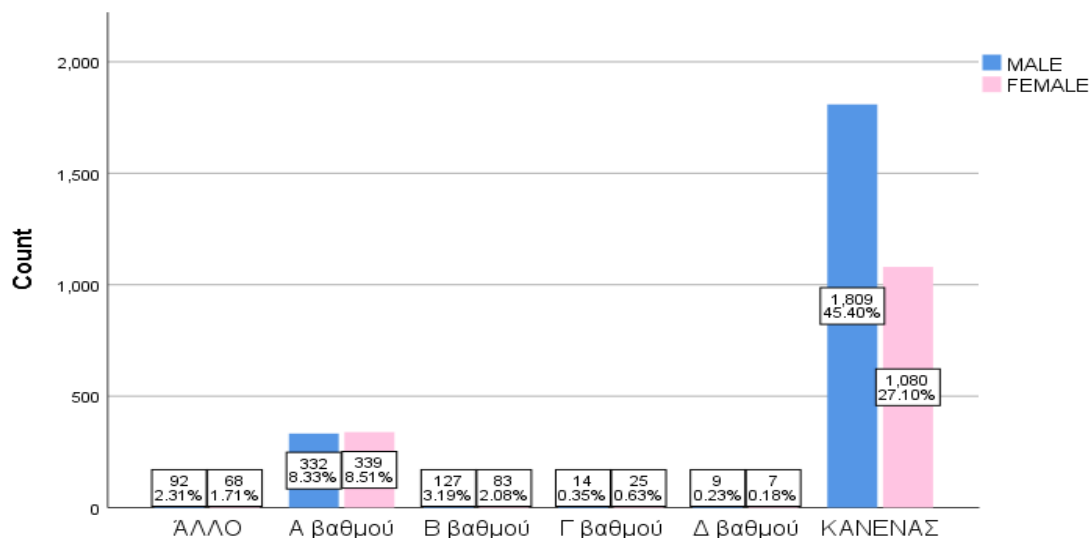
☞ Τα άτομα που συνόδευαν τους υπό εξέταση ασθενείς κατατάσσονται ως εξής για το 2014:

- Α΄ βαθμού συγγενής: **671 άτομα (16.84%)** (332 άνδρες (8.33%) – 339 γυναίκες (8.51%))
- Β΄ βαθμού συγγενής: **210 άτομα (5.27%)** (127 άνδρες (3.19%) – 83 γυναίκες (2.08%))
- Γ΄ βαθμού συγγενής: **39 άτομα (0.98%)** (14 άνδρες (0.35%) – 25 γυναίκες (0.63%))
- Δ΄ βαθμού συγγενής: **16 άτομα (0.41%)** (9 άνδρες (0.23%) – 7 γυναίκες (0.18%))

Επιπλέον, **2889 άτομα (72.5%)** (1809 άνδρες (45.4%) – 1080 γυναίκες (27.10%)), **προσέρχονταν μόνα τους**, χωρίς τη συνοδεία συγγενικού ή φιλικού τους προσώπου.

Τέλος **160 άτομα**, με ποσοστό **4.02%** (92 άνδρες (2.31%) – 68 γυναίκες (1.71%)), **προσέρχονταν από κάποιο άλλο πρόσωπο** (Κληρικός, μεταφραστής, διερμηνέας, υπάλληλο, φίλο κτλ.)

Γράφημα για το 2014:



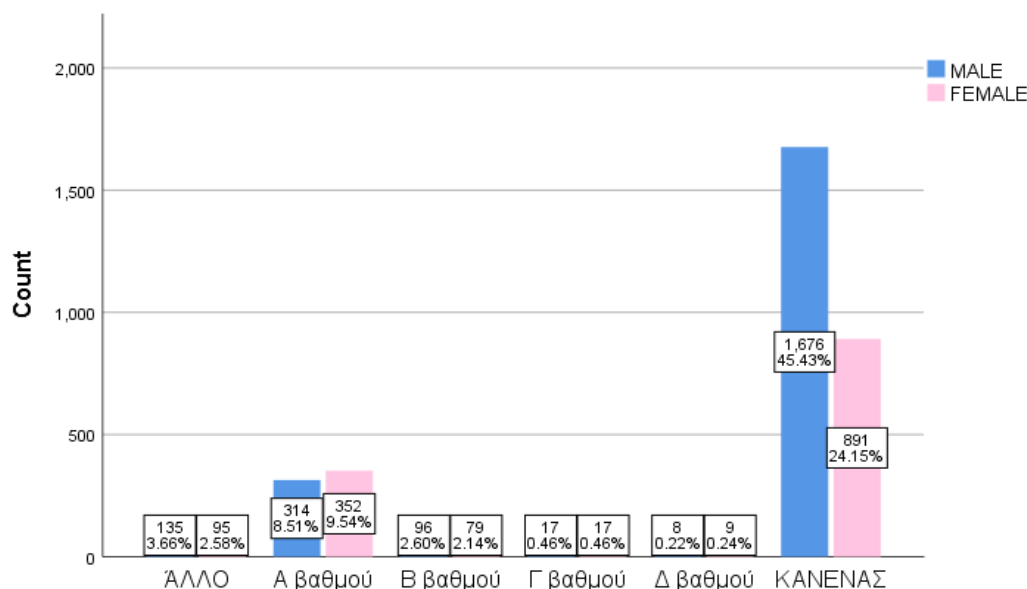
☞ Τα άτομα που συνόδευαν τους υπό εξέταση ασθενείς κατατάσσονται ως εξής για το 2017:

- **Α' βαθμού συγγενής: 666 άτομα (18.05%)** (314 άνδρες (8.51%) – 352 γυναίκες (9.54%))
- **Β' βαθμού συγγενής: 175 άτομα (4.74%)** (96 άνδρες (2.6%) - 79 γυναίκες (2.14%))
- **Γ' βαθμού συγγενής: 34 άτομα (0.92%)** (17 άνδρες (0.46%) – 17 γυναίκες (0.46%))
- **Δ' βαθμού συγγενής: 17 άτομα (0.46%)** (8 άνδρες (0.22%) – 9 γυναίκες (0.24%))

Επιπλέον, **2567 άτομα (69.58%)** (1676 άνδρες (45.43%) – 891 γυναίκες (24.15%)), **προσέρχονταν μόνα τους**, χωρίς τη συνοδεία συγγενικού ή φιλικού τους προσώπου.

Τέλος **230 άτομα, με ποσοστό 6.24%** (135 άνδρες (3.66%) – 95 γυναίκες (2.58%)), **προσέρχονταν από κάποιο άλλο πρόσωπο** (Κληρικός, μεταφραστής, διερμηνέας, υπάλληλο, φίλο κτλ.)

Γράφημα για το 2017:



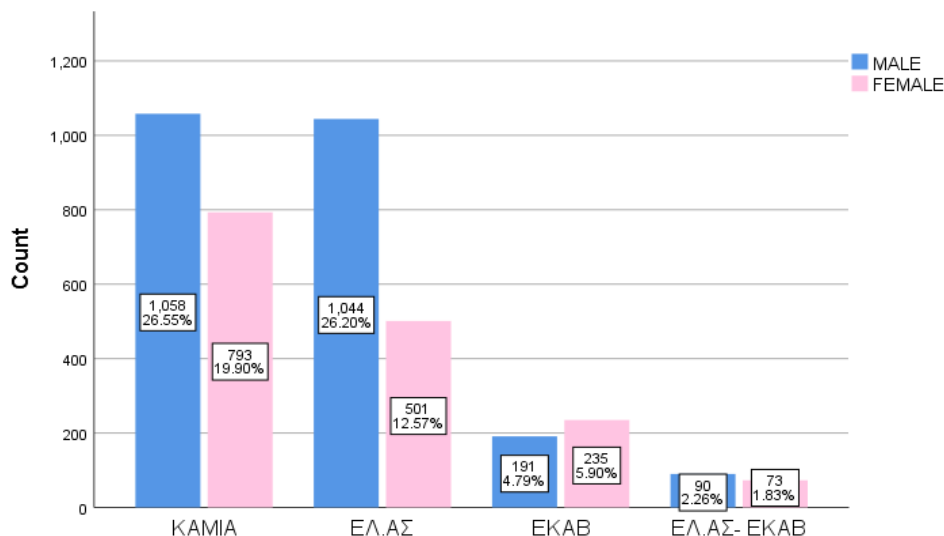
Παρατηρούμε λοιπόν πως οι συνοδοί οριακά είναι οι ίδιοι για άνδρες και γυναίκες ποσοστιαία, εκτός από την περίπτωση της επιλογής «κανένας» που οι άνδρες είναι συγκριτικά περισσότεροι τόσο ως ποσοστό όσο και αριθμητικά σε σχέση με τις γυναίκες και για τις δυο χρονιές.

Για το 2014, οι δημόσιες υπηρεσίες που συνόδευαν τα προς εξέταση άτομα ήταν κατά κύριο λόγο η Ελληνική Αστυνομία (ΕΛΑΣ), το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), και ο συνδυασμός τους.

Πιο συγκεκριμένα η κατανομή προσέλευσης φαίνεται από τα εξής στοιχεία:

- **ΕΛ.ΑΣ:** 1545 άτομα (38.77%) (1044 άνδρες (26.20%) – 501 γυναίκες (12.57%))
- **ΕΚΑΒ:** 426 άτομα (10.69%) (191 άνδρες (4.79%) – 235 γυναίκες (5.9%))
- **ΕΛ.ΑΣ και ΕΚΑΒ:** 163 άτομα (4.09%) (90 άνδρες (2.26%) – 73 γυναίκες (1.83%))
- **Καμία υπηρεσία:** 1851 άτομα (46.45%) (1058 άνδρες (26.55%) – 793 γυναίκες (19.90%))

Γράφημα για το 2014

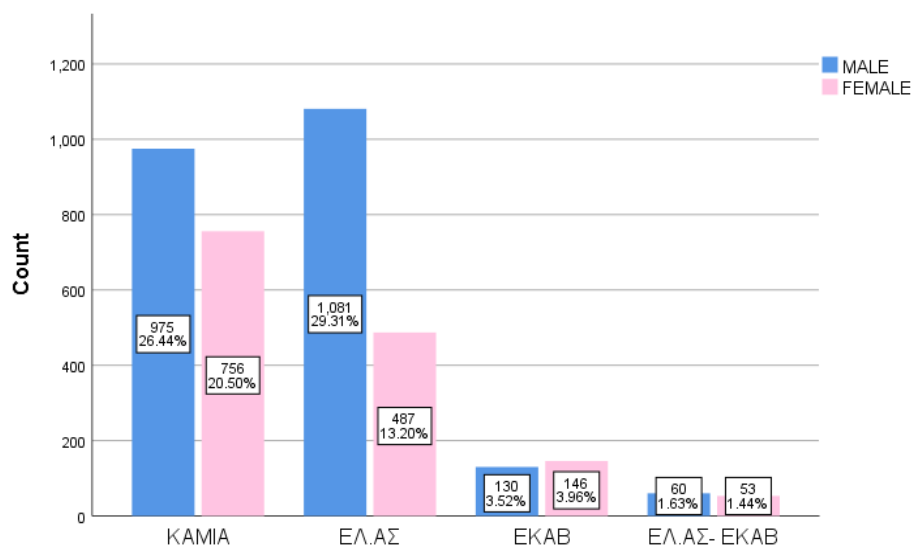


Για το 2017, οι δημόσιες υπηρεσίες που συνόδευαν τα προς εξέταση άτομα ήταν κατά κύριο λόγο η **Ελληνική Αστυνομία (ΕΛΑΣ)**, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (**ΕΚΑΒ**), και ο **συνδυασμός τους**.

Πιο συγκεκριμένα η κατανομή προσέλευση φαίνεται από τα εξής στοιχεία:

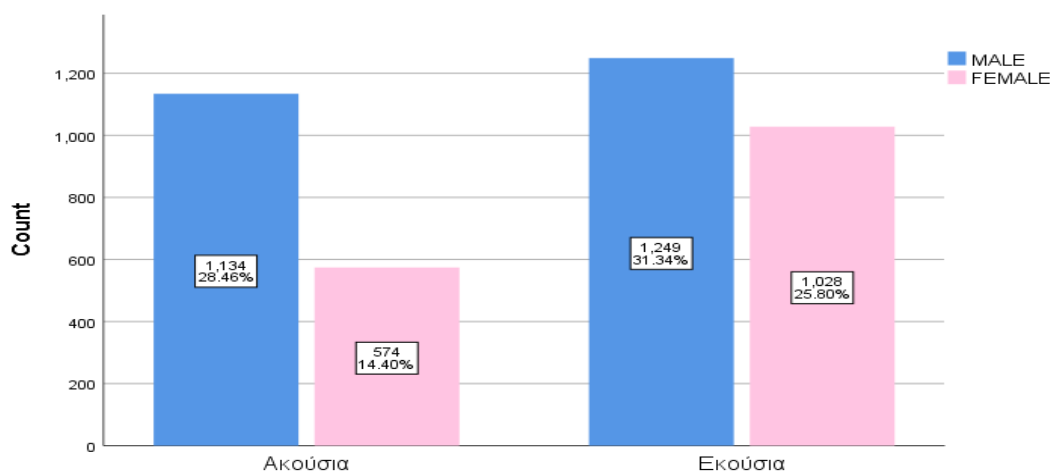
- **ΕΛ.ΑΣ:** 1568 άτομα (42.51%) (1081 άνδρες (29.31%) – 487 γυναίκες (13.2%))
- **ΕΚΑΒ:** 276 άτομα (7.48%) (130 άνδρες (3.52%) –146 γυναίκες (3.96%))
- **ΕΛ.ΑΣ και ΕΚΑΒ:** 113 άτομα (3.07%) (60 άνδρες (1.63%) – 53 γυναίκες (1.44%))
- **Καμία υπηρεσία:** 1731 άτομα (46.94%) (975 άνδρες (26.44%) – 756 γυναίκες (20.50%))

Γράφημα για το 2017:

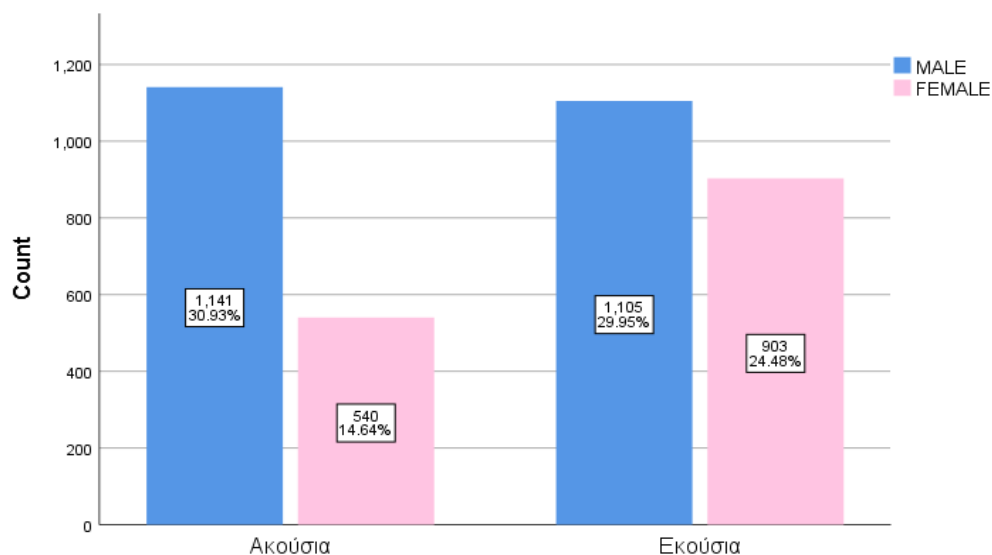


Είδος προσέλευσης

Με βάση το παρακάτω γράφημα παρατηρούμε πως η **προσέλευση** στο νοσοκομείο γίνεται περισσότερο με την **εκούσια επιθυμία** του ασθενή **για το έτος 2014**. Η διαφορά αυτή είναι πολύ μικρή στους άνδρες όμως είναι **σχεδόν διπλάσια στις γυναίκες**, αφού η εκούσια προσέλευση **διαφέρει** ως προς την ακούσια κατά **11.4 ποσοστιαίες μονάδες**. **Πιο αναλυτικά** για την **ακούσια** προσέλευση παρατηρούμε **1134 άνδρες (28.46%)** και **574 γυναίκες (14.40%)**. Για την **εκούσια** προσέλευση παρατηρούμε **1249 άνδρες (31.34%)** και **1028 γυναίκες (25.80%)**.



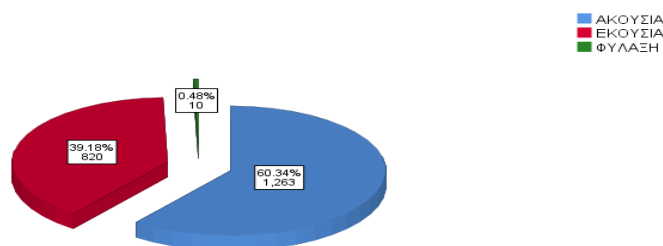
Για το έτος 2017 και πιο συγκεκριμένα για την ακούσια προσέλευση παρατηρούμε 1141 άνδρες (30.93%) και 540 γυναίκες (14.64%). Για την εκούσια προσέλευση παρατηρούμε 1105 άνδρες (29.95%) και 903 γυναίκες (24.48%).



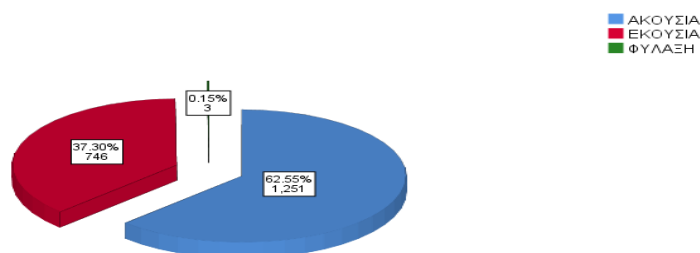
Για το 2017 παρατηρούμε πως για τους άνδρες η ακούσια προσέλευση είναι κατά 36 προσελεύσεις μεγαλύτερη από την εκούσια προσέλευση ενώ για τις γυναίκες η εκούσια είναι κατά πολύ μεγαλύτερη της ακούσιας.

5.2.5 Αποχώρηση και νοσηλεία.

Για το έτος 2014, αποχώρησαν 1892 άτομα, δηλαδή το 47,48% των ασθενών. Τα 1263 άτομα (60.34%) νοσηλεύθηκε ακούσια, ενώ τα 820 άτομα (22.45%) νοσηλεύθηκε εκούσια. Τέλος ένα πολύ μικρό ποσοστό 0.48% που αφορά 10 άτομα βρίσκονταν υπό φύλαξη. Το πλήθος του δείγματος ήταν 3985 άτομα.



Για το έτος 2017, αποχώρησαν 1689 άτομα, δηλαδή το 45.78% των ασθενών. Τα 1251 άτομα (62.55%) νοσηλεύθηκε ακούσια, ενώ τα 746 άτομα (37.30%) νοσηλεύθηκε εκούσια. Τέλος ένα πολύ μικρό ποσοστό 0.15% που αφορά 3 άτομα βρίσκονταν υπό φύλαξη. Το πλήθος του δείγματος ήταν 3689 άτομα.



Συνεπώς από το 2014 στο 2017 ο αριθμός των ατόμων τόσο σε ακούσια, εκούσια και υπό φύλαξη έχει μειωθεί. Το ίδιο συμβαίνει και στα ποσοστά με μόνη εξαίρεση τα ποσοστά της ακούσιας αποχώρησης τα οποία αυξάνονται από το 2014 στο 2017.

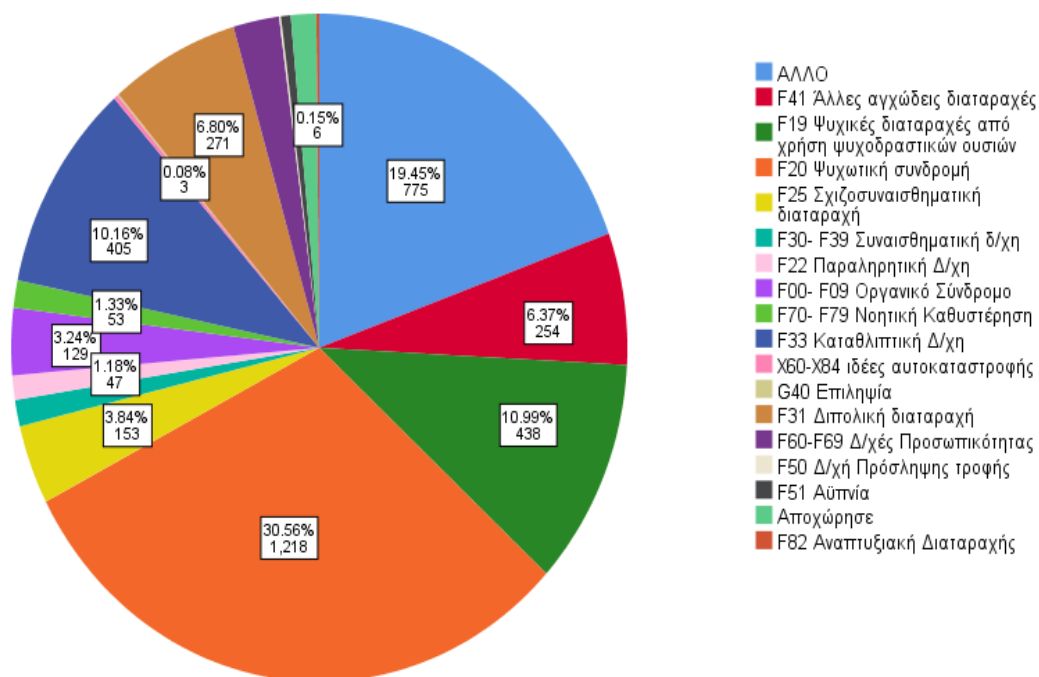
5.2.6 Διαγνώσεις.

Στα παρακάτω σχεδιαγράμματα εμφανίζονται οι ποσοστιαίες διαγνώσεις των εξεταζόμενων για τις χρονιές **2014** και **2017** αντίστοιχα.

Για το **2014** το δείγμα είναι **3985** άτομα και για το **2017** το δείγμα είναι **3689** άτομα.

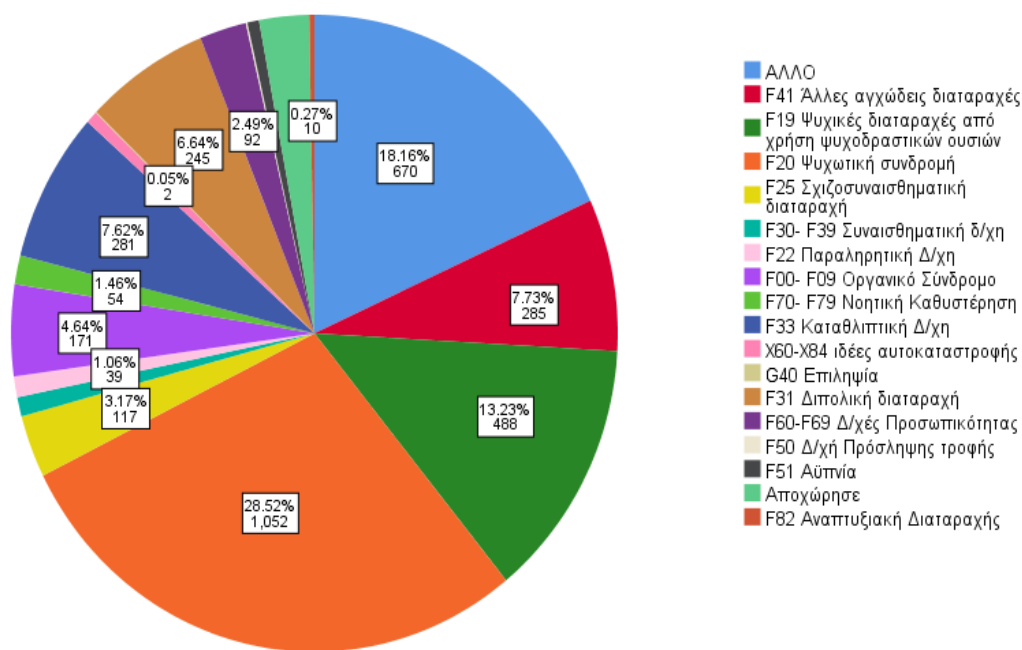
Για την χρονιά **2014**, είναι εμφανές πως οι δύο διαγνώσεις με τη μεγαλύτερη εμφάνιση είναι 1) η ψυχωτική συνδρομή (F20) και 2) οι ψυχικές διαταραχές από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (F19).

Πιο συγκεκριμένα διαγνώστηκαν **1218** άτομα (**30.56%**) και **438** άτομα (**10.99%**), αντίστοιχα. Ακολουθούν οι καταθλιπτικές διαταραχές, η διπολική διαταραχή και άλλες αγχώδεις διαταραχές. Ο αριθμός των ατόμων που διαγνώστηκαν με αυτές τις διαταραχές είναι **405** άτομα (**10.16%**), **271** άτομα (**6.8%**) και **254** άτομα (**6.37%**) αντίστοιχα.



Για την χρονιά 2017, είναι εμφανές πως οι δύο διαγνώσεις με τη μεγαλύτερη εμφάνιση είναι οι 1) η ψυχωτική συνδρομή (F20) και 2) οι ψυχικές διαταραχές από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (F19).

Πιο συγκεκριμένα διαγνώστηκαν **1052 άτομα (28.52%)** και 488 άτομα (**13.23%**), αντίστοιχα. Ακολουθούν οι άλλες αγχώδης διαταραχές, οι καταθλιπτικές διαταραχές και η διπολική διαταραχή. Ο αριθμός των ατόμων που διαγνώστηκαν με αυτές τις διαταραχές είναι **285 άτομα (7.73%)**, **281 άτομα (7.62%)** και **245 άτομα (6.64%)** αντίστοιχα.



5.2.7 Χρήση ουσιών ανά έτος και φύλο.

Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε πως η χρήση **ινδικής κάνναβης** στον εξεταζόμενο πληθυσμό **υπερ-διπλασιάστηκε** πηγαίνοντας από το **2014** που ήταν **53 άτομα (1.3%)** (**46 άνδρες (1.2%)** – **7 γυναίκες (0.2%)**) στο **2017** πηγαίνοντας στα **100 άτομα (2.7%)** (**84 άνδρες (2.4%)** – **11 γυναίκες (0.3%)**). Αξίζει να σημειωθεί πως η **αύξηση** ήταν **μεγαλύτερη** στον **ανδρικό** πληθυσμό.

Year			FEMALE	MALE	Total
2014	Έλεγχος (-) για χρήση ινδικής κάνναβης	Count	1595	2337	3932
		% of Total	40.0%	58.6%	98.7%
	(+) Count	7	46	53	
		% of Total	0.2%	1.2%	1.3%
Total	Count	1602	2383	3985	
	% of Total	40.2%	59.8%	100.0%	
2017	Έλεγχος (-) για χρήση ινδικής κάνναβης	Count	1432	2157	3589
		% of Total	38.8%	58.5%	97.3%
	(+) Count	11	89	100	
		% of Total	0.3%	2.4%	2.7%
Total	Count	1443	2246	3689	
	% of Total	39.1%	60.9%	100.0%	

Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε πως η χρήση **κοκαΐνης** είχε μια **ποσοστιαία αύξηση 40%** από το **2014** στο **2017**. Το **2014** η χρήση ήταν **0.5%, 19 άτομα** (18 άνδρες (0.5%) –1 γυναίκα (0%). Το **2017** η χρήση ήταν **0.7%, 25 άτομα** (23 άνδρες (0.6%) -2 γυναίκες (0.1%).

Year			FEMAL E	MALE	Total
2014	Έλεγχος (-) για χρήση κοκαΐνης	Count	1601	2365	3966
		% of Total	40.2%	59.3%	99.5%
	(+)	Count	1	18	19
		% of Total	0.0%	0.5%	0.5%
	Total	Count	1602	2383	3985
		% of Total	40.2%	59.8%	100.0%
2017	Έλεγχος (-) για χρήση κοκαΐνης	Count	1441	2223	3664
		% of Total	39.1%	60.3%	99.3%
	(+)	Count	2	23	25
		% of Total	0.1%	0.6%	0.7%
	Total	Count	1443	2246	3689
		% of Total	39.1%	60.9%	100.0%

Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε πως η **χρήση αμφεταμινών** παρέμεινε **σταθερή**, καθώς το **2014** βρέθηκαν θετικά **15** άτομα, ποσοστό **0.4%** (12 άνδρες (0.3%) – 3 γυναίκες (0.1%)), ενώ το **2017** διαγνώστηκαν θετικά **15** άτομα, ποσοστό **0.4%** (13 άνδρες (0.03%) – 2 γυναίκες (0.1%))

Year			FEMAL E	MALE	Total
2014	Έλεγχος (-) για χρήση αμφεταμι νών	Count	1599	2371	3970
		% of Total	40.1%	59.5%	99.6%
	(+)	Count	3	12	15
		% of Total	0.1%	0.3%	0.4%
	Total	Count	1602	2383	3985
2017	Έλεγχος (-) για χρήση αμφεταμι νών	Count	1441	2233	3674
		% of Total	39.1%	60.5%	99.6%
	(+)	Count	2	13	15
		% of Total	0.1%	0.3%	0.4%
	Total	Count	1443	2246	3689
		% of Total	39.1%	60.9%	100.0%

Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε πως η χρήση **βαρβιτουρικών** έχει **μειωθεί** αισθητά, σχεδόν έχει εκμηδενισθεί, καθώς το **2017** έχουμε **μια** μόνο παρατήρηση χρήσης της. Πιο συγκεκριμένα το **2014** το ποσοστό χρήσης βαρβιτουρικών ήταν **0.1%**, δηλαδή **5** άτομα βρέθηκαν θετικά στην ουσία (1 άνδρας (0%) –4 γυναίκες (0.1%)), ενώ το **2017** ήταν **1** άτομο (**0.0%**) (1 άνδρας (0%) –0 γυναίκες (0%)).

Year			FEMAL E	MALE	Total
2014	Έλεγχος (-) για χρήση βαρβιτουρικών	Count	1598	2382	3980
		% of Total	40.1%	59.8%	99.9%
		(+)	Count	4	1
		% of Total	0.1%	0.0%	0.1%
	Total	Count	1602	2383	3985
		% of Total	40.2%	59.8%	100.0%
2017	Έλεγχος (-) για χρήση βαρβιτουρικών	Count	1443	2245	3688
		% of Total	39.1%	60.9%	100.0%
		(+)	Count	0	1
		% of Total	0.0%	0.0%	0.0%
	Total	Count	1443	2246	3689
		% of Total	39.1%	60.9%	100.0%

Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε πως η **χρήση οπιούχων** έχει **παραμείνει σταθερή**. Το **2014** παρατηρείται **1%** χρήση, δηλαδή **41** άτομα (36 άνδρες (0.9%) – 5 γυναίκες (0.1%)). Το **2017** η χρήση βρίσκεται στο επίπεδο του **1.1%**, δηλαδή **40** άτομα (35 άνδρες (0.9%) – 5 γυναίκες (0.1%)).

Year			FEMAL E	MALE	Total
2014	Έλεγχος (-) για χρήση οπιούχων	Count	1597	2347	3944
		% of Total	40.1%	58.9%	99.0%
	(+) Count	5	36	41	
		% of Total	0.1%	0.9%	1.0%
Total	Count	1602	2383	3985	
	% of Total	40.2%	59.8%	100.0%	
2017	Έλεγχος (-) για χρήση οπιούχων	Count	1438	2211	3649
		% of Total	39.0%	59.9%	98.9%
	(+) Count	5	35	40	
		% of Total	0.1%	0.9%	1.1%
Total	Count	1443	2246	3689	
	% of Total	39.1%	60.9%	100.0%	

Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε πως η **χρήση βενζοδιαζεπινών** είναι **αυξητική** κατά **45%**. Το **2014** η χρήση της ουσίας ήταν **2%**, δηλαδή **79 άτομα** (63 άνδρες (1.6%) –16 γυναίκες (0.4%)). Σε αντίθεση το **2017** η χρήση έφτασε το επίπεδο του **2.9%**, δηλαδή **106** άτομα (88 άνδρες (2.4%) –18 γυναίκες (0.5%)).

Year			FEMAL E	MALE	Total
2014	Έλεγχος (-) για χρήση βενζοδιαζ επινών	Count	1586	2320	3906
		% of Total	39.8%	58.2%	98.0%
		(+) Count	16	63	79
		% of Total	0.4%	1.6%	2.0%
	Total	Count	1602	2383	3985
		% of Total	40.2%	59.8%	100.0%
2017	Έλεγχος (-) για χρήση βενζοδιαζ επινών	Count	1425	2158	3583
		% of Total	38.6%	58.5%	97.1%
		(+) Count	18	88	106
		% of Total	0.5%	2.4%	2.9%
	Total	Count	1443	2246	3689
		% of Total	39.1%	60.9%	100.0%

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω παρατηρούμε πως σαν γενική μεταβολή χρήσης έχουμε:

- Ινδική κάνναβη: υπερ-διπλασιασμός
- Κοκαΐνη: αύξηση χρήσης κατά 40%
- Αμφεταμίνες: Σταθερή
- Βαρβιτουρικά: Οριακά εκμηδένιση της χρήσης
- Οπιούχα: Οριακά σταθερή χρήση (αύξηση 10%)
- Βενζοδιαζεπίνες: Αύξηση 45%.

☞ Ως προς χρήση ανά φύλλο:

Άνδρες

- Ινδική κάνναβη: 100% αύξηση
- Κοκαΐνη: 17% αύξηση
- Αμφεταμίνες: 25% αύξηση
- Βαρβιτουρικά: 100% μείωση
- Οπιούχα: Καμία μεταβολή (0%)
- Βενζοδιαζεπίνες: 50% αύξηση.

Γυναίκες

- Ινδική κάνναβη: 50% αύξηση
- Κοκαΐνη: 100% αύξηση από 1(2014) χρήστη σε 2 (2017).
- Αμφεταμίνες: Καμία μεταβολή (0%)
- Βαρβιτουρικά: 100% μείωση
- Οπιούχα: Καμία μεταβολή (0%)
- Βενζοδιαζεπίνες: 25% αύξηση.

Η ινδική κάνναβη, η κοκαΐνη, καθώς και η βενζοδιαζεπίνες είναι τα ναρκωτικά, που γνώρισαν την μεγαλύτερη αύξηση με κυρίαρχη την ινδική κάνναβη. Αντιθέτως, οι αμφεταμίνες και τα οπιούχα παραμένουν σταθερά σε ποσοστά χρήσης. Τέλος, τα βαρβιτουρικά εκμηδενίζονται.

Για τους άνδρες η ινδική κάνναβη είναι το ναρκωτικό με την μεγαλύτερη αύξηση από το 2014 στο 2017. Οι βενζοδιαζεπίνες ακολουθούν με 50% αύξηση. Η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες ακολουθούν με μικρή αυξητική πορεία. Τέλος, τα οπιούχα δεν φέρουν καμία μεταβολή και τα βαρβιτουρικά έχουν πολύ μεγάλη μείωση.

Στις γυναίκες η κοκαΐνη εμφανίζεται πρώτη από τα εξεταζόμενα ναρκωτικά καθώς έχει την μεγαλύτερη αύξηση από το 2014 στο 2017 ως προς την χρήση του. Ακολουθεί η ινδική κάνναβη. Οι αμφεταμίνες και τα οπιούχα δεν έχουν καμία μεταβολή ως προς την χρήση τους για τις χρονιές 2014 και 2017 για τις γυναίκες. Τέλος, τα ναρκωτικά με την μεγαλύτερη μείωση και πρακτικά εκμηδένιση τους είναι τα βαρβιτουρικά.

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, παρατηρούμε πως ως προς την ένταση χρήσης (με την έννοια πόσοι είναι χρήστες από όσους εξετάστηκαν) έχουμε:

- **H4, H5** Για το 2014 οι βενζοδιαζεπίνες βρίσκονται στην πρώτη θέση χρήσης με ποσοστό 2%. Στην δεύτερη θέση είναι η ινδική κάνναβη με ποσοστό 1.3%. Τα βαρβιτουρικά είναι τα ναρκωτικά που βρίσκονται στην τελευταία θέση από μεριάς έντασης.
- **H4, H5** Για το 2017 οι βενζοδιαζεπίνες βρίσκονται και πάλι στην πρώτη θέση χρήσης με ποσοστό 2.9%. Στην δεύτερη θέση είναι η ινδική κάνναβη με ποσοστό 2.7%. Τα βαρβιτουρικά είναι τα ναρκωτικά που βρίσκονται στην τελευταία θέση από μεριάς έντασης.
- **H4, H5** Όσον αφορά του άντρες, για την χρονιά 2014 οι βενζοδιαζεπίνες βρίσκονται στην πρώτη θέση χρήσης με ποσοστό 1.2%. Το 2017 οι βενζοδιαζεπίνες και η ινδική κάνναβη βρίσκονται στην πρώτη θέση χρήσης με ίσο ποσοστό της τάξεως του 2.4%.

- **H4, H5** Για την χρονιά 2014 στις γυναίκες, οι ναρκωτικές ουσίες που είναι σε μεγαλύτερη χρήση είναι η βενζοδιαζεπίνες και η ινδική κάνναβη. Τα ποσοστά είναι αντίστοιχα 0.4% και 0.2%. Για την χρονιά 2017 τα ίδια ναρκωτικά παραμένουν στις ίδιες θέσεις με τα ποσοστά να διαμορφώνονται αντίστοιχα στα 0.5% και 0.3%.

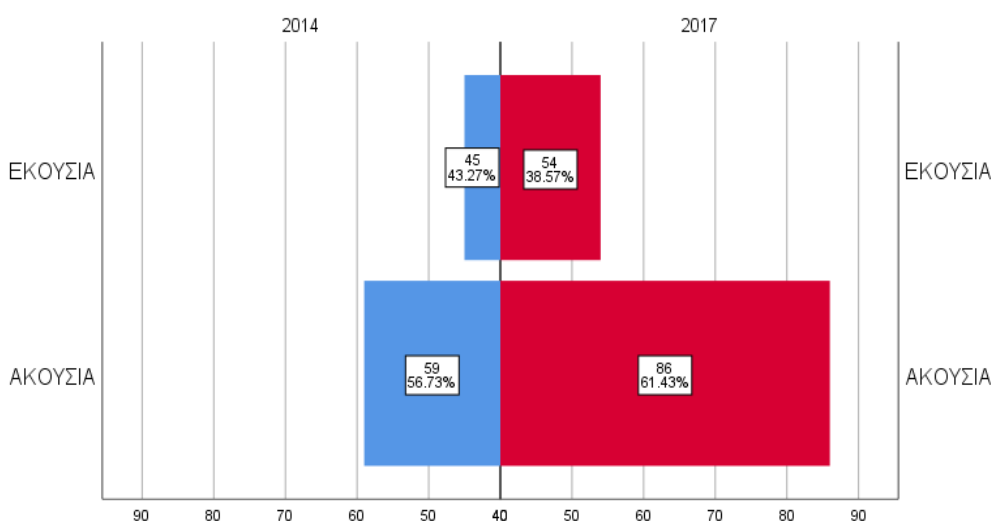
Παρατηρούμε δηλαδή πως όσο αναφορά την ένταση/πλήθος χρηστών, τόσο στο γενικό όσο και στις κατηγορίες με βάση το φύλο, οι βενζοδιαζεπίνες καταλαμβάνουν την πρώτη θέση και την δεύτερη παίρνει η ινδική κάνναβη. Η διαφορά των ποσοστών μεταξύ των δύο ουσιών μειώνεται αισθητά από το 2014 στο 2017. Η μόνη εξαίρεση είναι οι άνδρες στους οποίους το 2017 οι δυο αυτές ουσίες έρχονται στην πρώτη θέση με ισοψηφία.

5.2.8 Στοιχεία για την διάγνωση F19.

H8 Για το έτος 2014 και δεδομένου ότι αναφερόμαστε στην διάγνωση F19 και στο γεγονός πως ο ασθενής έχει γίνει εισαγωγή, παρατηρούμε ορμώμενοι από το ακόλουθο σχεδιάγραμμα πως το 56,73% αφορά ακούσια είσοδο στο νοσοκομείο, δηλαδή 59 άτομα, το 43.27% την εκούσια είσοδο, δηλαδή 45 άτομα.

H8 Για το έτος 2017 και δεδομένου ότι αναφερόμαστε στην διάγνωση F19 και στο γεγονός πως ο ασθενής έχει γίνει εισαγωγή, παρατηρούμε ορμώμενοι από το ακόλουθο σχεδιάγραμμα πως το 61.43% αφορά ακούσια είσοδο στο νοσοκομείο, δηλαδή 86 άτομα, το 38.57% την εκούσια είσοδο, δηλαδή 54 άτομα. Συνεπώς και έχοντας δει το αποτέλεσμα της παραγράφου **2.2.4 Συνοδοί και τρόπος προσελεύσεων** παρόλο που η επίσκεψη στο νοσοκομείο είναι πιο συνήθης με την εκούσια μορφή για το 2014, στις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει ψυχικές διαταραχές από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών τα πράγματα αντιστρέφονται και η νοσηλεία του γίνεται συνήθης με ακούσια μορφή. Επιπλέον παρατηρούμε μια αύξηση και στην ακούσια και στην εκούσια

νοσηλεία από το 2014 στο 2017. Είναι σημαντικό να πούμε πως το **δείγμα** εδώ αφορά **99 άτομα** για το **2014** και **140 άτομα** για το **2017**. Καθώς μόνο για αυτά έχει καταγραφεί το είδος νοσηλείας από τα 136 άτομα και 172 αντίστοιχα που είναι διαγνωσμένα με F19 για τα έτη 2014 και 2017 αντίστοιχα.



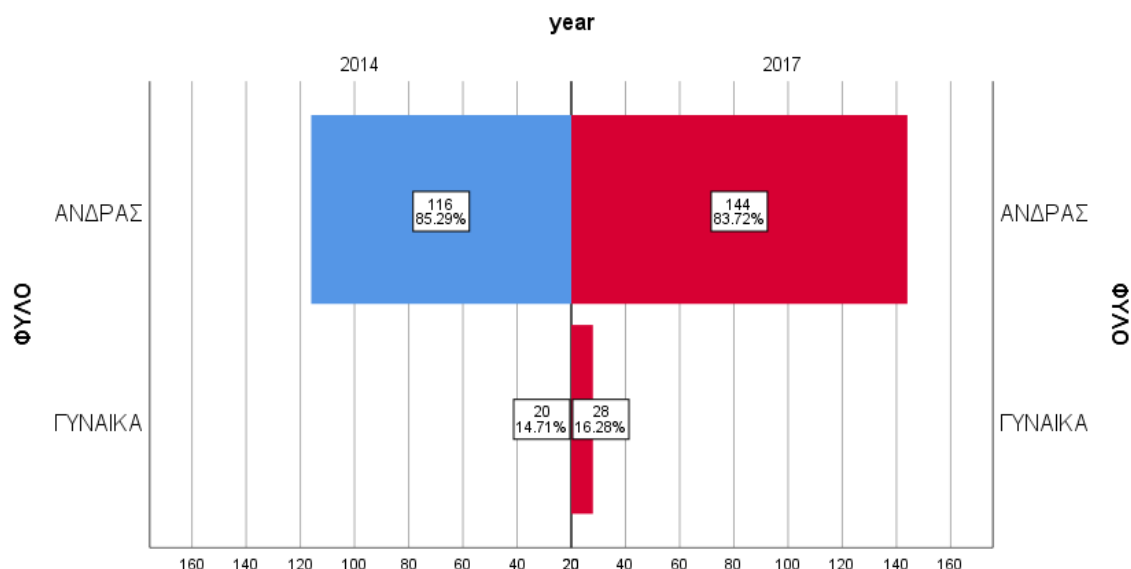
H2 Παρατηρούμε από τα στοιχεία που έχουμε, το 2014 από τους ασθενείς που πήραν εξιτήριο από το νοσοκομείο με διάγνωση F19 το 85.29% ήταν άνδρες (116 άτομα). Το υπόλοιπο 14.71% είναι γυναίκες.(20 άτομα). Συνεπώς, οι άνδρες έχουν περισσότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο συγκριτικά με τις γυναίκες για το έτος 2014.

H3 Όσον αφορά το έτος 2017, παρατηρούμε πως το 83.72% των ασθενών που πήραν εξιτήριο από το νοσοκομείο με διάγνωση F19 είναι άνδρες (144 άτομα) ενώ το υπόλοιπο 16.28% είναι γυναίκες (28 άτομα). Συνεπώς και για το έτος 2017, περισσότεροι άνδρες διαγνώστηκαν με F19 συγκριτικά με τις γυναίκες.

Πρέπει επίσης να αναφερθεί πως τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες παρατηρείται αριθμητική αύξηση στους ασθενείς που εισέρχονται στο νοσοκομείο με διάγνωση F19. **Το 2014 οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με F19 ήταν 136 και το 2017 ήταν 172.** Η αύξηση αυτή αφορά τόσο καθαρό αριθμό όσο και ποσοστιαίο, δηλαδή ως προς το πλήθος των εισαγωγών του εκάστοτε φύλου. Πιο συγκεκριμένα, από **5.54%** που ήταν οι άνδρες που έκαναν εισαγωγή και διαγνώστηκαν με F19, ως προς το πλήθος που έκανε εισαγωγή **το 2014**, πήγαν στο **7.2%** το **2017**. Αντίστοιχα για τις γυναίκες από **0.7%** που ήταν το αντίστοιχο ποσοστό το **2014**, πήγε στο **1.4%**.

H1 Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι χρήστες που νοσηλεύονται στο τμήμα των οξέων να έχουν αυξηθεί από το 2014 στο 2017.

H7 Επιπλέον παρατηρείται και **μια αύξηση από το 2014 στο 2017 στο ποσοστό νοσηλειών με διάγνωση F19 ως προς όλες τις νοσηλείες, από το 4.2% που βρίσκονταν το ποσοστό για το 2014 (136 στους 3210), το 2017 ανεβαίνει στο 5.7% (172 στους 3019).**

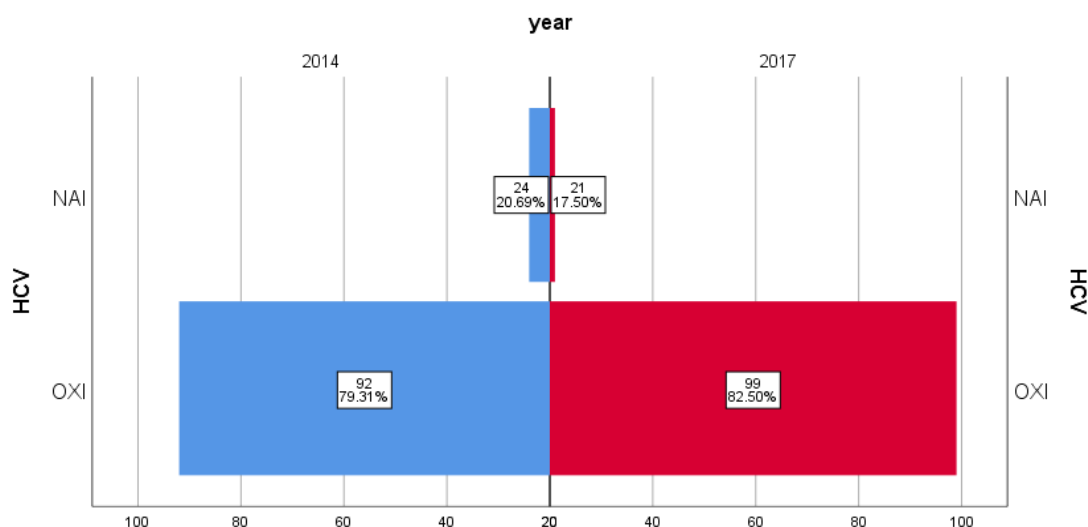


Είδαμε πως υπάρχει πιο ήπια αυξητική τάση (βάσει των δεδομένων από 2014 στο 2017) στην χρήση ουσιών από τις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες. Παρόλα αυτά οι εισαγωγές των γυναικών στο νοσοκομείο έχουν αυξηθεί συγκριτικά με των ανδρών, πράγμα αξιοσημείωτο δεδομένου πως οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη θετική μεταβολή στην χρήση ουσιών πηγαίνοντας από το 2014 στο 2017.

5.2.9 HCV και πρόσθετες παρατηρήσεις.

Το 2014, 116 ασθενείς με ψυχικές διαταραχές από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών εξετάστηκαν για HCV. Από αυτούς οι 24 ασθενείς βρέθηκαν θετικοί, δηλαδή το 20.69% των εξετασθέντων με διάγνωση F19 ήταν θετικοί στην εξέταση για HCV. Το 2017 για τους 120 ασθενείς με ψυχικές διαταραχές από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών που εξετάστηκαν για HCV οι 21 βρέθηκαν θετικοί, ποσοστό 17.5%.

H9 Συνεπώς παρατηρούμε μια ποσοστιαία μείωση των θετικών για HCV ασθενών από το 2014 στο 2017. Η ποσοστιαία αυτή μείωση είναι της τάξης του 15.42%.



Είναι ακόμη αξιοσημείωτο να αναφέρουμε, πως οι συχνότερες περιοχές οι οποίες δηλώνονται ως τόπος κατοικίας από όσους έχουν διαγνωστεί με ψυχικές διαταραχές από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών είναι οι ακόλουθες: Νίκαια, Ίλιον, Πειραιάς, Κάτω Πατήσια, Περιστερί, Κερατσίνι, Καλλιθέα, Αχαρναί, Αιγάλεω, Αγία Βαρβάρα και Κολωνός.

Κεφάλαιο 6^ο: Συμπεράσματα/Συζήτηση.

Από τα στοιχεία που συλλέχθηκαν κατά την διάρκεια της ερευνάς και την σύγκριση τους, με έρευνες της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι τα **κανναβινοειδή** και **κυρίως τα συνθετικά κανναβινοειδή** συνδέονται συνεχώς με **περισσότερα προβλήματα** υγείας και κυρίως **ψυχικής υγείας**. Όπως είδαμε υπάρχει μια αυξητική τάση στην χρήση της ινδικής κάνναβης ιδιαίτερα από μικρές ηλικιακές ομάδες πράγμα που επιβεβαιώνει και η Ευρωπαϊκή έκθεση για τα Ναρκωτικά για το 2018 με δεδομένα που αφορούν την Ελλάδα.

Σχετικά με την **κοκαΐνη**, στην εν λόγω εργασία παρατηρούμε αύξηση χρήσης από το 2014 στο 2017, ιδιαίτερα από τον γυναικείο πληθυσμό πράγμα που επιβεβαιώνεται λόγω της αυξανόμενης παραγωγής της στην Λατινική Αμερική με συνέπεια την αυξημένη προσφορά της στην Ευρώπη. (EMCDDA 2018).

Αναφορικά με τις **βενζοδιαζεπίνες**, το EMCDDA έχει καταγράψει 23 νέες βενζοδιαζεπίνες με 3 από αυτές να έχουν καταγράψει πρώτη φορά στην Ευρώπη για το 2017. Φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλη αύξηση στην λαθραία παραγωγή νέων ψυχοδραστικών ουσιών και κυρίως των βενζοδιαζεπινών, *αφού το 2016 κατασχέθηκαν περισσότερα από μισό εκατομμύριο δισκία που περιείχαν νέες βενζοδιαζεπίνες, αριθμός αυξημένος κατά 2/3 περίπου σε σχέση με το 2015.* (EMCDDA 2018). Ακόμα και στην έρευνα που διεξάχθηκε στο ΨΝΑ «ΔΑΦΝΙ», φαίνεται ότι οι βενζοδιαζεπίνες κατέχουν την πρώτη θέση κατάχρησης σε σχέση με τις άλλες ουσίες.

Όσον αφορά το ερευνητικό ερώτημα (**H3,H4**) που έχει τεθεί στην εν λόγω εργασία για το ποια ουσία χρησιμοποιείται περισσότερο και για τις δυο χρονιές, και ταυτόχρονα απαντώντας και το ερευνητικό ερώτημα (**H5**) σχετικά με το ποια ουσία χρησιμοποιείται περισσότερο και από ποιους το 2017 (άνδρες ή γυναίκες), η χρήση- κατάχρηση βενζοδιαζεπινών βρίσκεται στην πρώτη θέση, ενώ ακολουθεί η χρήση ινδικής κάνναβης **με αυξητική τάση το 2017 (υπερδιπλασιασμός ποσοστού χρηστών από το 2014 στο 2017).**

Επιπρόσθετα η κατανομή των φύλων σε σχέση με την κάθε ουσία κινήθηκε ως εξής:

Για τους άνδρες η ινδική κάνναβη είναι το ναρκωτικό με την **μεγαλύτερη αύξηση** από το 2014 στο 2017. Οι βενζοδιαζεπίνες ακολουθούν με 50% αύξηση. Η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες ακολουθούν με μικρή αυξητική πορεία. Τέλος, τα οπιούχα δεν φέρουν καμία μεταβολή και τα βαρβιτουρικά έχουν πολύ μεγάλη μείωση.

Στις γυναίκες η κοκαΐνη βρίσκεται **πρώτο** από τα εξεταζόμενα ναρκωτικά με την μεγαλύτερη αύξηση από το 2014 στο 2017 ως προς την χρήση του. Ακολουθεί η ινδική κάνναβη. Οι αμφεταμίνες και τα οπιούχα δεν έχουν καμία μεταβολή ως προς την χρήση τους για τις χρονιές 2014 και 2017 για τις γυναίκες. Τέλος τα ναρκωτικά με την μεγαλύτερη μείωση και πρακτικά εκμηδένιση τους είναι τα βαρβιτουρικά.

Σχετικά με το ερώτημα ένα **(H1)** για το αν οι νοσηλείες των χρηστών ουσιών, έχουν αυξηθεί στα τμήματα οξέων του ΨΝΑ, φαίνεται ότι **υπάρχει σημαντική αύξηση σε ποσοστιαία αναλογία**. Πιο συγκεκριμένα, από το 6.24% που βρίσκονταν το ποσοστό για το 2014, το 2017 ανεβαίνει στο 8.6%. Ίσως αυτό συμβαίνει, γιατί στα τμήματα οξέων νοσηλεύονται ασθενείς με οξεία έναρξη συμπτωματολογίας, κυρίως ψυχωτικής, η οποία ξέρουμε σήμερα ότι οφείλεται στην δράση των συνθετικών ναρκωτικών. Σύμφωνα με την έκθεση του EMCDDA του 2018, συνεχίζουν να κυριαρχούν οι συνθετικές καθιόνες, τα συνθετικά κανναβινοειδή και έχουν εντοπιστεί 38 περίπου νέα συνθετικά οπιοειδή στην αγορά της Ευρώπης από το 2009.

Συμπληρωματικά, και απαντώντας στα ερευνητικά ερωτήματα δύο **(H2)** και τρία **(H3)** αντίστοιχα, παρατηρούμε ότι το 2014 από τους ασθενείς που πήραν εξιτήριο από το νοσοκομείο με διάγνωση F19 το 85.29% ήταν άνδρες και το υπόλοιπο 14.71% είναι γυναίκες. Συνεπώς, **οι άνδρες έχουν περισσότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο συγκριτικά με τις γυναίκες για το έτος 2014**. Όσον αφορά το έτος 2017, παρατηρούμε πως το 83.72%

των ασθενών που πήραν εξιτήριο από το νοσοκομείο με διάγνωση F19 είναι άνδρες, ενώ το υπόλοιπο 16.28% είναι γυναίκες. Συνεπώς και για **το έτος 2017, περισσότεροι άνδρες διαγνώστηκαν με F19 συγκριτικά με τις γυναίκες.**

Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή, βλέπουμε μία σταδιακή φθίνουσα πορεία του μέσου όρου ηλικίας των χρηστών. Ειδικότερα, και απαντώντας στο ερευνητικό ερώτημα **(H6)** σχετικά με το «ποιος ήταν ο μέσος όρος ηλικίας των χρηστών που εισέρχονταν για νοσηλεία λόγω ψυχικών διαταραχών στα πλαίσια χρήσης το 2014 και το 2017», φαίνεται το ποσοστό αυτό (του μέσου όρου ηλικίας) να έχει μειωθεί εν έτει 2017. Πιο συγκεκριμένα, **ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών είναι 35.64 έτη. (2014→ 36.50 έτη– 2017→ 34.94 έτη).**

Πιθανολογούμε ότι αυτό συμβαίνει λόγω της επικράτησης της χρήσης κάνναβης τον τελευταίο χρόνο (2017) στους νεαρούς ενήλικες 15-34 ετών. Βάσει ερευνών στον γενικό πληθυσμό, περίπου το 1% των ενηλίκων στην Ευρώπη κάνει καθημερινή (ή σχεδόν καθημερινή) χρήση κάνναβης και εκτιμάται ότι 17.2 εκατομμύρια νεαροί ενήλικες ηλικίας 15-34 ετών (ποσοστό 14.1% της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας) έκαναν χρήση κάνναβης τον τελευταίο χρόνο (στοιχεία από EMCDDA). Επίσης, πιθανολογούμε ότι ο μέσος όρος ηλικίας των χρηστών έχει μειωθεί, λόγω της σταδιακής ελάττωσης της χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών και λόγω της αύξησης της κατανάλωσης των πιο «αθώων» και ευρέως διαδεδομένων ναρκωτικών, όπως είναι η κάνναβη. Αυτή η άποψη μπορεί να ενισχυθεί και από τα ερευνητικά αποτελέσματα που προέκυψαν στην εν λόγω εργασία, όπου παρατηρούμε **μια ποσοστιαία μείωση των θετικών για HCV ασθενών-χρηστών από το 2014 στο 2019. Η ποσοστιαία αυτή μείωση είναι της τάξης του 15.42%.**

Η μείωση του επιπολασμού της ηπατίτιδας Β στους χρήστες που εξετάστηκαν, μπορεί να σημαίνει και την σταδιακή μείωση της χρήσης των ενδοφλέβιων ναρκωτικών, καθώς (η ηπατίτιδα Β) είναι η κύρια οδός μετάδοσης στους χρήστες. Θα ήταν χρήσιμο να ερευνηθεί η εν λόγω παρατήρηση σε μία μετέπειτα και πιο ενδελεχή έρευνα.

Σχετικά με το ερευνητικό ερώτημα (**H7**) που αφορά «τον αριθμό των νοσηλειών (ποσοστό) με διάγνωση F19, σε σχέση με το σύνολο των νοσηλειών του ΨΝΑ(όλες οι διαγνώσεις από το σύνολο των τμημάτων) για την εκάστοτε χρονιά που τίθεται σε ανασκόπηση (2014 και 2017)», **το ποσοστό του 2017 φαίνεται να παρουσιάζει αυξητική τάση εν συγκρίσει με το αντίστοιχο του 2014 (8.6% έναντι 6.24%)**. Αυτό πιθανώς μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι υπάρχει αύξηση της χρήσης των συνθετικών ναρκωτικών, τα οποία είναι υπεύθυνα για τις επικρατούσες ψυχωτικές διαταραχές και κυρίως για την αιφνίδια έναρξη ψυχωτικού τύπου εκδηλώσεων.

Ένα επιπρόσθετο και σημαντικό στοιχείο της έρευνας είναι ότι, οι ασθενείς που προσήλθαν για εξέταση στο ΤΕΠ του ΨΝΑ προσήλθαν μόνοι τους, σε ποσοστό 71.09% (άνδρες 45.41% - γυναίκες 25.68%), χωρίς τη συνοδεία συγγενικού ή φιλικού τους προσώπου χαρακτηριστικό της έλλειψης κοινωνικού υποστηρικτού πλαισίου, της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς που βιώνουν οι χρήστες ουσιών.

Αναφορικά με το **είδος** της νοσηλείας παρόλο που η επίσκεψη στο νοσοκομείο είναι πιο συνήθης με την εκούσια μορφή, στις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει ψυχικές διαταραχές από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών τα πράγματα αντιστρέφονται και η **νοσηλεία του γίνεται με ακούσια μορφή**. (61,42% ακουσία νοσηλεία, 38,26% εκούσια νοσηλεία-ποσοστά επί του συνολικού αριθμού εισαγωγών για τις χρονιές 2014 και 2017). Και εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι, αυτή η τάση των ακούσιων νοσηλειών, που αφορά τους ουσιοεξαρτώμενους, είναι μια ωραία ιδέα για περαιτέρω μελέτη η οποία μπορεί να εξηγήσει τους λόγους που συμβαίνει αυτό το φαινόμενο.

Τέλος, οι ασθενείς που προσέρχονται στο ΤΕΠ του ΨΝΑ, διαμένουν κυρίως στο νομό Αττικής, και πιο συγκεκριμένα στα δυτικά προάστια του λεκανοπεδίου. Η εγγύτητα της χιλιομετρικής απόστασης και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των κατοίκων της δυτικής Αττικής, φαίνεται ότι είναι οι παράγοντες που καθορίζουν τη γεωγραφική προσέλευση των



περιστατικών στο ΤΕΠ του ΨΝΑ Δαφνί. Συγκεκριμένα και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης. οι συχνότερες περιοχές οι οποίες δηλώνονται ως τόπος κατοικίας από όσους έχουν διαγνωστεί με ψυχικές διαταραχές από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών είναι οι ακόλουθες: Νίκαια, Ίλιον, Πειραιάς, Κάτω Πατήσια, Περιστέρι, Κερατσίνι, Καλλιθέα, Αχαρναί, Αιγάλεω, Αγία Βαρβάρα και Κολωνός.

Βιβλιογραφία.

☞ Βιβλία.

Ελληνική βιβλιογραφία.

1. Αθανασόπουλος Φ. (1984) Ψυχολογική Υποστήριξη ναρκομανών ΑΘΗΝΑ 1984 Εκδόσεις: Λίστας
2. Γρίβας Κ. (1997) Πλανητική κυριαρχία και ναρκωτικά. Αθήνα : Εκδοτικό οργανισμός ΛΙΒΑΝΗ
3. Γρίβας Κ. (1990). Ναρκωτικά και Εξουσία . Θεσσαλονίκη: εκδόσεις Εκδοτική.
4. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Νευροεπιστημών και Ιατρικής Ακρίβειας. Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ετησία Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ **2017** - σύνοψη κυρίων σημείων.
5. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Νευροεπιστημών και Ιατρικής Ακρίβειας. Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ετησία Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ **2014** - σύνοψη κυρίων σημείων.
6. Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας. Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά 2018 - τάσεις και εξελίξεις. (EMCDDA)
7. Ιεροδιακόνου, Χ., Ιακωβίδης Α. (1997). Η Ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο. Θεσσαλονίκη: εκδόσεις Μαστορίδη
8. Κακουτσάκη Α. (1981) Παράγοντες αναγωγής της χρήσης ναρκωτικών ουσιών ως κοινωνικό πρόβλημα.
9. Κοκκέβη Α. (1994). Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα: η διαχρονική πορεία της χρήσης: η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό και στο μαθητικό πληθυσμό. Αθήνα.
10. Κουτσελίνης Α. (2002). Εξαρτησιογόνες ουσίες, ναρκωτικά: φαρμακολογία, τοξικολογία, το πρόβλημα και η αντιμετώπισή του. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού
11. Κονταξάκη Β. , Χριστοδούλου Γ., (1991) Διαταραχές λόγω χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών.



12. Λιάππας Αθήνα (1992) Ναρκωτικά, Εθιστικές ουσίες , κλινικά προβλήματα και αντιμετώπιση. Εκδόσεις Πατάκη ΜΑΡΤΗΣ
13. Λιάππας Γ. Α., Ναρκωτικά, 6η Έκδοση, Εκδόσεις Πατάκη, 2011.
14. Λάμπρου, Π. (2005). Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: οργάνωση και λειτουργία. Αθήνα: εκδόσεις Mediforce
15. Λειβαδίτης, Μ. (2003). Πολιτισμός και Ψυχιατρική. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση
16. Λύκουρας, Λ., Σολδάτος Κ. (2007). Αλκοολισμός, ιατρικές και ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις. Αθήνα: εκδόσεις Βήτα
17. Μαρσέλος Μ. Αθήνα (1997): Εξαρτησιογόνες ουσίες (Φαρμακολογία, Τοξικολογία, Ιστορία, Κοινωνιολογία, Νομοθεσία) εκδόσεις: τυπωθήτω.
18. Μουσσάς, Γ. (2008). Αλκοόλ και παραβατικότητα. Στο Δουζένης, Α., Λύκουρας, Λ. (επιμ.), Ψυχιατροδικαστική. Αθήνα: εκδόσεις Πασχαλίδη
19. Μουσσάς, Γ., Μαλλιώρα, Μ. (2009). Χρήση Ουσιών. Στο Λύκουρας, Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. (επιμ.), Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Αθήνα: εκδόσεις Βήτα
20. Μπαμπινιώτης, Γ. (2002). Λεξικό της νέας Ελληνικής γλώσσας. Αθήνα: εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας
21. Ποταμιάνος, Γ. (2005). Αλκοόλ: Επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και τη θεραπεία. Αθήνα : εκδόσεις Λιβάνη
22. Σολδάτος, Κ., Καρακώστας, Ι., Κουτσουράδης, Α., Μαλλιώρα Μ. (2006). Ψυχιατρική & Δίκαιο. Αθήνα: εκδόσεις Σάκκουλα.
23. Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση. Μετάφραση: Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος, Β. Μαυρέας. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 1997
24. Τσακλακίδου, Δ., Μέλλος Ε., Λύκουρας, Λ. (2013). Αλκοολισμός, κατάχρηση ουσιών και αυτοκτονικότητα. Στο Κονταξάκης, Β., Λύκουρας, Λ., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ., Χριστοδούλου Χ. (επιμ.), Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά. Αθήνα: εκδόσεις ΒΗΤΑ
25. Τσακλακίδου, Δ., Θ. Παπαρρηγόπουλος, Θ., Λιάππας Ι. (2013). Νευροψυχιατρικές διαταραχές και συννόσηση στα πλαίσια χρήσης εθιστικών-ψυχοτρόπων ουσιών. Στο Παπαδημητρίου, Γ.,



- Λιάππας, Ι., Λ. Λύκουρας, Λ. (επιμ.), Σύγχρονη Ψυχιατρική. Αθήνα: εκδόσεις ΒΗΤΑ
26. Χριστοδούλου, Γ.Ν., Αλεβίζος Β., Μαυρέας Β. (1998). ICD-10: Οι ψυχιατρικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Αθήνα: εκδόσεις Βήτα
27. Χριστοδούλου, Χ., Ρίζος, Ε. (2008). Αναγκαστική Νοσηλεία. Στο Δουζένης, Α., Λύκουρας, Λ. (επιμ.), Ψυχιατροδικαστική. Αθήνα: εκδόσεις Πασχαλίδης Χριστοδούλου, Χ., Δουζένης Α. (2009). Delirium-Ανοϊκά σύνδρομα. Στο Λύκουρας, Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. (επιμ.), Διασυνδετική Ψυχιατρική. Αθήνα: εκδόσεις Βήτα
28. Εθνικό Συνταγολόγιο (2007). Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων Ελλάδος.

Ξένη βιβλιογραφία.

1. Kleespies, P. (1998). Emergencies in mental health practice: Evaluation and management. New York: Guilford publications.

Άρθρα.

2. Geoffrey M Curran, Greer Sullivan, Keith Williams, Xiaotong Han, Elise Allee, Kathryn J Kotrla. (2008). The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. BMC Emergency Medicine 2008, 8:17
3. Regier, DA., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L., Goodwin F. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA, 264(19), 2511–2518
4. Μισουρίδου Ε. (2008) Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και η ιστορία της ψυχιατρικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα. Νοσηλευτική 2008, 47(3), 294-303
5. Ριζάβας Ι. (2017) «Σωματική και ψυχική συννόσηση ασθενών με εξάρτηση ή κατάχρηση αλκοόλ, που προσήλθαν για ψυχιατρική εκτίμηση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "Δαφνί", κατά την δετία 2006 – 2011» Αθήνα.



6. Κατσιμπίρη, Ρ. (2011). Πρόσφυγες – αιτούντες άσυλο. Τα συνήθη προβλήματα και η συμβουλευτική παρέμβαση. Άτη, (2), 21-25.
7. Κώνστα, Α. (2001). Επείγοντα ψυχιατρικά προβλήματα. Θέματα αναισθησιολογίας και εντατικής ιατρικής, 11(23), 166-170
8. Λάγιου, Π., Λάγιου, Α., Καλαποθάκη, Β., Adami, Η.Ο., Τριχόπουλος Δ. (2005). Επιδημιολογική διερεύνηση της αιτιολογίας χρόνιων νοσημάτων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(1), 36–49
9. Μπαλτά, Γ., Παπαρρηγόπουλος, Θ. (2010). Συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης: Διαγνωστικά προβλήματα και θεραπευτική αντιμετώπιση. Ψυχιατρική, 21(2), 107-114
10. Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., Ζυγά, Σ. (2009). Ποιότητα παροχής υπηρεσιών στο Τμήμα Επειγόντων. Το βήμα του Ασκληπιού, 8(1), 25-40
11. Παπαγιανόπουλος Κ. (2017) «Η θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες» Νομική Σχολή -ΕΚΠΑ, Αθήνα.
12. Βασιλόπουλος Χ. (2014) « Πολιτικές Υγείας κατά των εξαρτήσεων- Η περίπτωση των εξαρτημένων στα Ψυχιατρικά Ιδρύματα.» Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
13. Πολίτης, Α., Τρίκκας, Γ., Πεχλιβανίδης, Α., Μουρτζούχου, Π., Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2003). Ακούσια νοσηλεία: Η αναγκαιότητα για εναλλακτική προσέγγιση. Ψυχιατρική, 14(2), 101-109
14. Ζαφείρη Ε., Μαρινάκης Γ., Μασνίκη Ε., (2005) « Η σχέση ψυχοτρόπων ουσιών και βίας στις οικογένειες τοξικοεξαρτημένων. Μια μελέτη σε οικογένειες τοξικοεξαρτημένων Κρήτης.» Ηράκλειο, Κρήτη.
15. Στατιστικά στοιχεία Εγκληματικότητας (2018)- Ελληνική Αστυνομία.
16. Χριστοδούλου, Χ., Μιχόπουλος, Ι., Λύκουρας Ε. (2008). Η διαχείριση της επιθετικής συμπεριφοράς στο γενικό νοσοκομείο, Hellenic Psychiatry at General Hospital, 5(1), 28-36
17. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, “State of the Drug Problem in Europe, 2008”.
18. U.S. Drug Enforcement Agency Fact Sheet on Cocaine.
19. National Institute on Drug Abuse: “NIDA Info Facts: Crack and Cocaine,” April 2008
20. United Nations Office on Drugs and Crime, Drug Report 2008
21. “Cocaine Facts & Figures,” Office of National Drug Control Policy, 2008



22. “Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use Overview of Key Findings 2007,” National Institute on Drug Abuse
23. Psychiatric Times.
24. Fischer B, Imtiaz Z, Rudzinski K, Rehm J. Crude estimates of cannabis-attributable mortality and morbidity in Canada—implications for public health focused intervention priorities. *J Public Health*. 2015; 38:183-188.
25. Bloomfield MA, Morgan CJ, Egerton A, et al. Dopaminergic function in cannabis users and its relationship to cannabis-induced psychotic symptoms. *Biol Psychiatry*. 2014;75:470-478.’
26. Henquet C, Rosa A, Delespaul P, et al. COMT Val158Met moderation of cannabis-induced psychosis: a momentary assessment study of ‘switching on’ hallucinations in the flow of daily life. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119:156-160.

☞ Δικτυακοί τόποι.

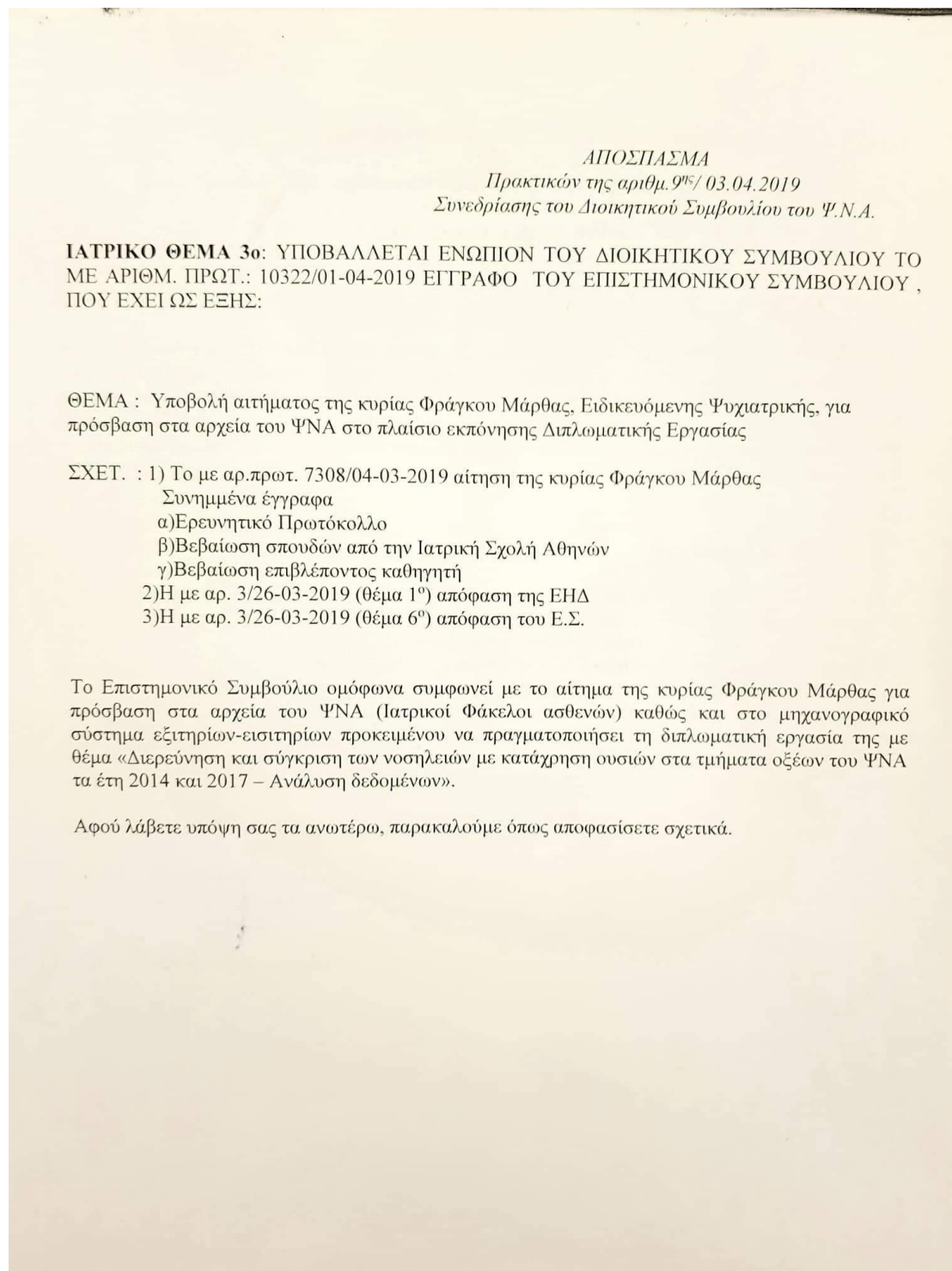
1. Επίσημη ιστοσελίδα <http://olympianshemp.gr/> , Η κάνναβη και τα είδη της, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <http://olympianshemp.gr/i-kannavi/> , ημερομηνία επίσκεψης 6/4/2019
2. Ριζάβας Ι., «Σωματική και ψυχική συννόσηση ασθενών με εξάρτηση ή κατάχρηση αλκοόλ, που προσήλθαν για ψυχιατρική εκτίμηση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "Δαφνί", κατά την δετία 2006 – 2011», Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, ΕΚΠΑ, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο [file:///C:/Users/marth/AppData/Local/Packages/microsoft.windowscommunicationsapps_8wekyb3d8bbwe/LocalState/Files/S0/6841/Attachments/protipo%20diplomatikis\[6883\].pdf](file:///C:/Users/marth/AppData/Local/Packages/microsoft.windowscommunicationsapps_8wekyb3d8bbwe/LocalState/Files/S0/6841/Attachments/protipo%20diplomatikis[6883].pdf) , ημερομηνία επίσκεψης 6/4/2019.
3. Ομάδα νόσων ICD-10: F10-F19 Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <https://www.galinos.gr/web/drugs/main/icdcodes/F10-F19> , ημερομηνία επίσκεψης 6/4/2019.
4. Ζαφείρη Ε., Μαρινάκης Γ., Μασνίκη Ε., Η Σχέση Ψυχοτρόπων Ουσιών και βίας στις οικογένειες τοξικοεξαρτημένων. Μία μελέτη σε οικογένειες τοξικοεξαρτημένων Κρήτης, ΤΕΙ Κρήτης, 2005,



- διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2005/ZafeiriEirini,Mari nakisGrigoris,MasnikiEleni/attached-document-1297331534-167517-15349/zafiri_marinaki_masniki2005.pdf , ημερομηνία επίσκεψης 7/4/2019.
5. Επίσημη ιστοσελίδα OKANA <https://www.okana.gr/> , Στερητικό σύνδρομο από βενζοδιαζεπίνες, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <http://www.okanampa.gr/astunomeusi-k-meiksi-tis-blabis/meiosi-tis-vlavis-stin-praksi-proti-proseggisi/item/99-sterhtiko-sundromo-apo-venzodiazepines-bzd> , ημερομηνία επίσκεψης 7/4/2019.
6. Επίσημη ιστοσελίδα Ριζοσπάστης <https://www.rizospastis.gr/> , Ξενικουδάκης Σ., «Θεραπευτική» κάνναβη ή βήμα για τη νομιμοποίηση των ναρκωτικών;, 2007, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <https://www.rizospastis.gr/story.do?id=9553972> , ημερομηνία επίσκεψης 8/4/2019.
7. Βασιλόπουλος Χ., Πολιτικές υγείας κατά των εξαρτήσεων “Η περίπτωση των εξαρτημένων στα Ψυχιατρικά Ιδρύματα” , Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, 2014, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <http://amitos.library.uop.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/2834/ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ%20ΥΓΕΙΑΣ%20ΚΑΤΑ%20ΤΩΝ%20ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ%20%27%27Η%20ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ%20ΤΩΝ%20ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ%20ΣΤΑ%20ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ%20ΙΔΡΥΜΑΤΑ%27%27.pdf?sequence=1&isAllowed=y> , ημερομηνία επίσκεψης 8/4/2019.
8. Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα, Ετήσια Έκθεση 2014, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο <http://ektepn.gr/Documents/PDF/Cover.pdf> , ημερομηνία επίσκεψης 9/4/2019.
9. Ψυχοδραστικές Ουσίες, διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο http://www.experimentalphysiology.gr/UserFiles/Research/psyYgeia/PSIXODRASTIKES_OYSIES_TEL.pdf , ημερομηνία επίσκεψης 9/4/2019.
10. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Δικτυακός τόπος www.psyhat.gr/el, ημερομηνία επίσκεψης 10/4/2019
11. Δικτυακός τόπος ygeiamou.gr/news, ημερομηνία επίσκεψης 10/04/2019.
12. Ελληνική Αστυνομία, Δικτυακός τόπος www.astynomia.gr , ημερομηνία επίσκεψης 30/4/19

Παράρτημα 1.

- Συγκατάθεση Επιστημονικού Συμβουλίου.



■ *Συγκατάθεση Διοικητικού Συμβουλίου.*

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΑΦΟΥ ΕΛΑΒΕ ΥΠΟΨΗ ΤΟΥ:

Την ανωτέρω εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου και μετά από διαλογική συζήτηση,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

ΕΓΚΡΙΝΕΙ

το αίτημα της κυρίας Φράγκου Μάρθας για πρόσβαση στα αρχεία του ΨΝΑ (Ιατρικοί Φάκελοι ασθενών) καθώς και στο μηχανογραφικό σύστημα εξιτηρίων-εισιτηρίων προκειμένου να πραγματοποιήσει τη διπλωματική εργασία της με θέμα «Διερεύνηση και σύγκριση των νοσηλείων με κατάχρηση ουσιών στα τμήματα οξέων του ΨΝΑ τα έτη 2014 και 2017 – Ανάλυση δεδομένων» με την προϋπόθεση να μην παραβιάζονται προσωπικά δεδομένα ασθενών και οι διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (GDPR)

Στη Συνεδρίαση συμμετείχαν

Σπυριδούλα Κаланτζή
Ξενοφών Παναγιώτου
Γεώργιος Μπαγετάκος
Νικόλαος Μαρκέτος
Γεώργιος Φλούδας

Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου - Διοικήτρια.
Αντιπρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου - Αν. Διοικητής.
Τακτικό Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου
Τακτικό Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου.
Τακτικό Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου – Αιρετός
εκπρόσωπος ιατρών του Ψ.Ν.Α.

Μιχάλης Καρκούλιας

Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου.

Ακριβές απόσπασμα
Ο Γραμματέας των Δ.Σ.

Μιχάλης Καρκούλιας

