

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ
ΚΕΝΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΓΙΑΧΑΛΗ ΕΛΕΝΑ

ΔΑΣΚΑΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΜΕΛΙΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΡΙΤΣΑΣ

ΠΑΤΡΑ 2014

H.T.E.I. PATRA
SCHOOL OF HEALTH AND WELFARE
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

DESSERTATION TASK

**SUBSTANCE ABUSE AND THE EFFECTIVENESS OF CENTERS
FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION IN GREECE**



STUDENTS: GIAXALI ELENA

DASKALAKI MARIA

PAPAVASILEIOY MELINA

PROFESSOR: DRITSAS IOANNIS

PATRA 2014

Η Επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή

Υπογραφή

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν στην εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας, που χωρίς την πολύτιμη βοήθεια τους μπορεί να μην τα είχαμε καταφέρει. Πρωτίστως, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον υπεύθυνο καθηγητή μας Δρ. Δρίτσα Ιωάννη για τις αξιόλογες παρατηρήσεις και συμβουλές κατά τη συγγραφή αυτής της εργασίας.

Επίσης, οφείλουμε να δώσουμε τις ειλικρινές μας ευχαριστίες στους Επιστημονικά Υπεύθυνους των Κέντρων Πρόληψης που μεσολάβησαν πρόθυμα για την ολοκλήρωση της ερευνάς μας.

Τέλος, ευχαριστούμε όλους εκείνους που με τον τρόπο τους συνέβαλαν ώστε να διεκπεραιωθεί η συγκεκριμένη μελέτη και ο στόχος μας και ελπίζουμε να τους το ανταποδώσουμε με την ακόλουθη έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι κάτι περισσότερο από ένα απλό κοινωνικό φαινόμενο όπου οι περισσότεροι πιστεύουν ότι δεν μπορεί να τους αγγίξει. Είναι όμως εδώ, ανάμεσα μας, μια «σύγχρονη» μάστιγα που κανείς δεν μπορεί να την αφήσει απαρατήρητη. Στην Ελλάδα έχουν ασχοληθεί πληθώρα επιστημόνων όταν άρχισαν να εντοπίζουν ότι το φαινόμενο οξύνεται.

Σκοπός της ερευνάς μας είναι η παρουσίαση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης αλλά και της πρόληψης του φαινομένου. Η ερευνά μας αυτή συμβάλλει και στην ευαισθητοποίηση των προγραμμάτων πρόληψη.

Τέλος, στην έρευνα μας επιχειρούμε να συμπεριλάβουμε και της αντιλήψεις και τις στάσεις που υιοθετούν οι επαγγελματίες στα Κέντρα Πρόληψης αλλά και η κοινωνία γενικότερα.

Συγκεκριμένα, η έρευνα μας περιλαμβάνει τα εξής κεφάλαια:

Στο Πρώτο Κεφάλαιο ορίζεται το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης . Επίσης, αναλύονται αποδεκτοί ορισμοί που έχουν σχέση με τη χρήση ουσιών.

Στο Δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνονται τα αίτια της χρήσης ουσιών. Παρουσιάζονται αναλυτικά οι αιτιολογικοί παράγοντες, οι βιολογικοί- γενετικοί παράγοντες καθώς επίσης αναλύονται οι ατομικοί παράγοντες αλλά και οι κοινωνικοί που ωθούν ένα άτομο στη χρήση.

Στο Τρίτο Κεφάλαιο παρουσιάζονται οι συνέπειες της ουσιοεξάρτησής. Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται οι σωματικές, κοινωνικές, ψυχοπαθολογικές και οικογενειακές επιπτώσεις που είναι απόρροια από τη χρήση ουσιών.

Στο Τέταρτο Κεφάλαιο γίνεται εκτενείς αναφορά στο ευρωπαϊκό αλλά και ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο. Επίσης, δίδονται πληροφορίες για τη στρατηγική των ναρκωτικών σε Ελλάδα και Ευρώπη.

Στο Πέμπτο Κεφάλαιο περιλαμβάνεται η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Παρουσιάζονται οι αρχές των προγραμμάτων πρόληψης αλλά και οι τύποι της πρόληψης καθώς επίσης και η πολιτική και η φιλοσοφία των προγραμμάτων αυτών. Ωστόσο, γίνεται αναφορά και στα εκπαιδευτικά μοντέλα.

Στο Έκτο Κεφάλαιο παρουσιάζονται τα προγράμματα που υλοποιούνται στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή ένωση.

Τέλος, στο Έβδομο Κεφάλαιο περιγράφετε η μεθοδολογία της έρευνας αλλά και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων μας. Επίσης, ακολουθούν συμπεράσματα και προτάσεις.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

- ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ
- ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Εισαγωγή	1
1.2. Σκοπός της έρευνας	2
1.3. Ορισμοί όρων	3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2.1. Εισαγωγή	7
2.2. Αιτιολογικοί Παράγοντες	8
2.2.1.Βιολογικοί – Γενετικοί Παράγοντες	8
2.2.2.Νευροδιαβιβαστές	10
2.2.3.Προσωπικότητα	22
2.2.4.Οικογένεια	15
2.2.5.Σχολικό Περιβάλλον	18
2.2.6.Κοινωνικό Περιβάλλον και Συναναστροφές	19
2.2.7.Κοινωνικοπολιτισμικοί Παράγοντες	20
2.3. Ανακεφαλαίωση	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

3.1. Εισαγωγή	23
3.1.1. Σωματικές Επιπτώσεις	23
3.1.2. Ψυχοπαθολογικές Επιπτώσεις	24
3.1.3. Οικογενειακές και Κοινωνικές Επιπτώσεις	25
3.2. Ψυχοπαθολογία και ουσιοεξάρτηση	26
3.3. Ανακεφαλαίωση	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV
ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

4.1. Εισαγωγή	33
4.2. Θεσμικό Πλαίσιο	35
4.3. Νομοθετικό Πλαίσιο	35
4.3.Α. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση	35
4.3.Β. Στην Ελλάδα	36
4.4. Μείωση της Ζήτησης	37
4.4.1. Πρόληψη	38
4.4.2. Θεραπεία	40
4.4.3. Κοινωνική Επανάταξη	40
4.5. Μείωση της Προσφοράς	41
4.6. Τρόποι Αντιμετώπισης του Προβλήματος των Παράνομων και Νόμιμων Ουσιών στην Ευρώπη	42
4.6.1. Πρόληψη	42
4.6.2. Θεραπεία	43
4.7. Αρχές του Εθνικού Σχεδίου Δράσης	44
4.8. Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα Ναρκωτικά	45
4.9. Πολυμορφία Εθνικών Στρατηγικών για τα Ναρκωτικά	45

4.10.Εθνικές Στρατηγικές και Σχέδια Δράσης για τις Παράνομες και Νόμιμες ουσίες	46
4.11.Ολοκληρωμένη Στρατηγική για τις Νόμιμες και Παράνομες Ουσίες	47
4.12.Περιβαλλοντικές Στρατηγικές Πρόληψης	48
4.13.Ανακεφαλαίωση	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

5.1. Εισαγωγή	51
5.2. Η Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης	51
5.3. Αρχές Προγραμμάτων Πρόληψης	52
5.4. Τύποι Πρόληψης	54
5.5. Πολιτική και Φιλοσοφία της Πρόληψης	58
5.6. Εκπαιδευτικά Μοντέλα για Προγράμματα Πρόληψης Χρήσης Ουσιών	61
5.7. Ανακεφαλαίωση	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

6.1. Εισαγωγή	65
6.2.Προγράμματα Πρόληψη	66
6.3. Προγράμματα Πρόληψης που εφαρμόζονται στην Ελλάδα	66
6.3.1. Η Πορεία του Ο.ΚΑ.ΝΑ. το 2004-2005	68
6.3.2. Κέντρο Πρόληψης ‘Πυξίδα’ στη Θεσσαλονίκη	71
6.4. Πρωτογενής Πρόληψη στην Οικογένεια	74
6.4.1. Σχολές Γονέων	76

6.5. Προγράμματα Πρόληψης στην Ευρύτερη Κοινότητα	79
6.6. Σχολικά Προγράμματα Πρόληψης	81
6.6.1. Προγράμματα Πρόληψης για Εκπαιδευτικούς	85
6.6.2. Παραδείγματα Προγραμμάτων Πρόληψης στην Ελληνική Εκπαίδευση	87
6.6.3.Ο κήπος με τις 11 γάτες	89
6.7. Θεατροπαιδαγωγικά Προγράμματα Πρόληψης	91
6.8. Βιντεοπαιχνίδια Resit (Αντιστάσου) για την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης	92
6.9. Η αποτελεσματικότητα των Κέντρων Πρόληψης στην Ελλάδα	94

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

6.10. Προγράμματα Πρόληψης που εφαρμόζονται στο Εξωτερικό	95
6.10.1. Το Παράδειγμα της Μ. Βρετανίας	95
6.10.2. Το Παράδειγμα της Αυστραλίας	99
6.11.Ανακεφαλαίωση	101

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΕΡΕΥΝΑ

7.1.1. Διαχείριση Σχεδιασμού Έρευνας	103
7.1.2. Πληθυσμός – Δείγμα	103
7.1.3. Τόπος και Χρόνος Έρευνας	104
7.1.4. Συλλογή Δεδομένων	104
7.1.5. Κριτήρια Εισαγωγής και Αποκλεισμού Δεδομένων	104
7.1.6. Ζητήματα Βιοηθικής	105
7.1.7. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση	105
7.2. Υλοποίηση Ερευνητικής Διαδικασίας	106
7.2.1. Μεθοδολογία της Έρευνας	106

7.2.2. Το Εργαλείο της Έρευνας	106
7.2.3. Η Επιλογή των Δεδομένων της Έρευνας	107
7.2.4. Πιλοτική Έρευνα	109
7.2.5. Αξιοπιστία – Εγκυρότητα	109
7.2.6. Ανάλυση των Δεδομένων στον Υπολογιστή	110
7.2.7. Οι Περιορισμοί της Έρευνας	111
7.3. Αποτελέσματα Έρευνας	112
7.4. Συζήτηση	132

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	135
-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	139
- <u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α</u>	146
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ	
- <u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β</u>	148
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ουσιοεξάρτηση μπορεί να δημιουργηθεί από ένα σύνολο αλληλοεπιδράσεων. Το να κάνει χρήση ουσιών λοιπόν ένα άτομο μπορεί να έχει να κάνει με την ψυχολογική του κατάσταση, τον κοινωνικό του περίγυρο, αλλά και με κάποια ψυχοπνευματικά γεγονότα της ζωής του. Το άτομο δέχεται κάποιες σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές κατά την χρήση μίας ουσίας, έτσι με την διαδικασία της μάθησης ή θα ελαττωθεί ή θα αυξηθεί η πιθανότητα να συνεχιστεί η χρήση.

Παρόλο που σημαντικό ρόλο παίζει η επίδραση της ουσίας δεν είναι μόνο αυτός ο παράγοντας που καθορίζει την συνέχιση ή την διακοπή της χρήσης. Καθοριστικής σημασίας είναι και η κοινωνική αποδοχή προς την ουσία, η διαθεσιμότητα της, οι ιδιοσυστατικοί παράγοντες(γενετικοί παράγοντες), αλλά και η νομοθεσία. Για παράδειγμα τα παιδιά των αλκοολικών γονέων διατρέχουν περισσότερο κίνδυνο να γίνουν αλκοολικά από ότι τα παιδιά των μη αλκοολικών.

Καταλήγουμε λοιπόν στο ότι η χρήση ουσιών σπάνια είναι αποτέλεσμα ενός μόνο αιτιολογικού παράγοντα. Τις περισσότερες φορές κατά την παιδική ηλικία δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για την εμφάνιση της εξάρτησης. Αυτή η ηλικία είναι και η πιο ευάλωτη αφού οι επιδράσεις που δέχεται εκείνη την περίοδο της ζωής του είναι καθοριστικές για την μετέπειτα ζωή του. Ωστόσο μπαίνουν και οι βάσεις για την δημιουργία αξιών, στάσεων και αρχών. Σ' αυτήν την ηλικία το άτομο καθορίζεται άμεσα από την οικογένεια, το σχολείο αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Πιο συγκεκριμένα κάποιοι από τους επιβαρυντικούς παράγοντες είναι:

- Η ανοχή ως προς τη χρήση ουσιών
- Η διαθεσιμότητα των ουσιών
- Ο κοινωνικός αποκλεισμός
- Η αποξένωση
- Η έλλειψη υποστηρικτικών κοινωνικών δομών
- Ο καταναλωτικός τρόπος ζωής

- Η πίεση, το άγχος
- Η έλλειψη ευκαιριών επαγγελματικής απασχόλησης
- Η παρέα με χρήστες ουσιών
- Το χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον
- Η χρήση και κατάχρηση ουσιών από τους γονείς
- Η έλλειψη συναισθηματικών δεσμών στην οικογένεια
- Η βία, η παραμέληση, οι υπέρμετρες οικογενειακές συγκρούσεις
- Η αναποτελεσματική επίβλεψη από τους γονείς
- Οι υπέρμετρες και μη ρεαλιστικές προσδοκίες
- Ο ψυχικός πόνος
- Η μοναξιά
- Η χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Η έλλειψη ορίων
- Η αβεβαιότητα ως προς αξίες, στόχους, προτεραιότητες
- Η έλλειψη δεξιοτήτων ζωής (λήψης αποφάσεων, αυτοελέγχου, υπευθυνότητας, αντίστασης, διεκδίκησης κ.α.)
- Η έλλειψη επικοινωνίας
- Η αδυναμία διαχείρισης έντονων συναισθημάτων και ματαιώσεων
- Η ασυγκράτητη παρορμητικότητα
- Η ανία, η πλήξη
- Η αναζήτηση διαρκούς ευτυχίας και ευχαρίστησης
- Η αρχική χρήση ουσιών κατά την προεφηβεία
- Η σχολική αποτυχία σε σταθερή βάση
- Η πρόωρη αντικοινωνική συμπεριφορά

(www.klimaka.org.gr {πρόσβαση 1 Νοεμβρίου 2012} & www.kethea.gr {πρόσβαση 1 Νοεμβρίου 2012})

1.2.ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της ερευνάς μας είναι να εξεταστούν οι προοπτικές της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης στη χώρα μας καθώς η πρόληψή είναι ένα θέμα που συνιστά την

πρώτη γραμμή άμυνας σε σχέση με το σύνθετο θέμα των εξαρτήσεων. Πως δηλαδή η πρόληψη, αφού επιτευχθεί σωστά μπορεί να αποτελέσει διέξοδο της ουσιοεξάρτησης και αυτό θα διαπιστωθεί από τη στάση των πολιτών αλλά και γενικότερα από την τοπική κοινωνία και το κράτος.

Ειδικότερα, οι στόχοι της μελέτης αυτής είναι:

- Να μελετηθεί η αναγκαιότητα και η αποτελεσματικότητα των Κέντρων Πρόληψης στη χώρα μας.
- Να αναφερθούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες στα Κέντρα Πρόληψης και ιδιαίτερα σε μια εποχή οικονομικής κρίσης.
- Διερευνάτε η αναγκαιότητα της δράσης του εθελοντισμού στη πρόληψη.
- Τέλος, παρουσιάζονται και αναλύονται προτάσεις και εναλλακτικές δράσεις για την αποτελεσματικότερη λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης.

1.3.ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

ΠΡΟΛΗΨΗ: Κατά την Χουρδάκη (1995) «Πρόληψη είναι η σταδιακή διαμόρφωση συγκροτημένης, θετικής και υπεύθυνης προσωπικότητας του νέου ανθρώπου, που θα έχει ο ίδιος τη δύναμη να πει όχι στο σταυροδρόμι των ναρκωτικών ένα όχι θαρρετό προς κάθε απειλή ζωής». (Χουρδάκη, 1995)

Σύμφωνα με τους ειδικούς η πρόληψη χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες, την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη.

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ: Κατά την Χουρδάκη (1995) πρωτογενής πρόληψη είναι «Όλες εκείνες οι δραστηριότητες που θα έχουν στόχο τη διαμόρφωση θετικής και συγκροτημένης προσωπικότητας του εφήβου-νέου ώστε να μπορεί να πει όχι στα ναρκωτικά και να προτιμήσει ένα θετικό τρόπο ζωής» (Χουρδάκη, 1995)

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ: Σύμφωνα με την Εθνική σχολή δημόσιας υγείας-Υγειονομική σχολή Αθηνών 1929-1994 «Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει μέτρα, που εφαρμόζονται όταν έχουν ξεκινήσει οι νοσογόνοι παθογενετικοί μηχανισμοί, και στοχεύει πρώτον, στην προσυμπτωματική διάγνωση, δηλ. στη διάγνωση της νό-

σου πριν παρουσιάσει συμπτώματα, ή στη διάγνωση της πάθησης σε πρώιμο στάδιο, δεύτερον, στην καταστολή των παθογενετικών μηχανισμών και τρίτον, στη μη εμφάνιση των κλινικών εκδηλώσεων της πάθησης ή στον πλήρη έλεγχο και στην ύφεσή τους χωρίς να προκαλούνται λειτουργικές ή άλλες υπολειμματικές βλάβες». (www.nspth.gr {πρόσβαση 18 Δεκεμβρίου 2013})

ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ: Σύμφωνα με το Κέντρο πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας Ηρακλείου Κρήτης (2013) «Τριτογενής πρόληψη εννοείται η πρόληψη της υποτροπής μιας ασθένειας ή ο περιορισμός των επιπτώσεων των υπολειμματικών συμπτωμάτων στην περίπτωση της κλινικά εμφανούς ασθένειας ή του προβλήματος συμπεριφοράς στα πρώτα του στάδια. Αυτό το επίπεδο πρόληψης συνδέεται συνήθως στενά με τη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη.» (www.kesan.gr. {πρόσβαση στις 18 Δεκεμβρίου 2013})

ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ: Στην κατηγορία αυτή ανήκουν όλες οι ψυχοδραστικές ουσίες που μπορούν να οδηγήσουν σε εξάρτηση, σωματική ή και ψυχική.(ΕΠΨΥ-ΟΚΑΝΑ,2003)

ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ: Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι εξής ουσίες: Αμφεταμίνες, Ινδική Κάνναβη (Χασίς), Κοκαΐνη, Κρακ, το όπιο και τα παράγωγά του, Μαγικά μανιτάρια, Έκσταση.

ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ: Είναι η επαναλαμβανόμενη χρήση μιας εξαρτησιογόνου ουσίας, που μπορεί είτε να είναι συνεχής, είτε να γίνεται κατά διαστήματα σε βαθμό που να υπερβαίνει το αποδεκτό της χρήσης από την ιατρική ή την κοινωνική πλευρά, προκαλώντας έκπτωση στη ζωή του ατόμου, χωρίς όμως να πληρούνται τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση της εξάρτησης. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑΝΑ, 2003).

ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗ: Σύμφωνα με το Κέντρο πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας Ηρακλείου Κρήτης, τοξικοεξάρτηση είναι η «συνάντηση» της ουσίας με το άτομο μέσα σ' ένα συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον. Αίτια: Η κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών είναι φαινόμενο πολυαιτιολογικό και καθορίζεται από την αλληλεπίδραση ποικίλων παραγόντων. Η ύπαρξη και η διαθεσιμότητα των ουσιών και η άμεση ή έμμεση διαφήμιση τους από μόνα τους δεν εξηγούν την έξαρση του προβλήματος. Γιατί τόσο ο άνθρωπος όσο και οι ουσίες υπάρχουν αιώνες τώρα, χωρίς όμως το φαινόμενο της χρήσης να πάρει ποτέ τις δια-

στάσει που έχει σήμερα. Οι ρίζες του προβλήματος πρέπει να ανακτηθούν στην κρίση θεσμών (οικογένεια, εκπαίδευση, κ.λπ.) και αξιών, χωρίς την παράλληλη αντικατάσταση τους. Στη συνεχή παθητικοποίηση και περιθωριοποίηση του απλού πολίτη. Στον αμείλικτο ανταγωνισμό και την καταναλωτική υστερία. Στην καταστροφή του περιβάλλοντος. Στη μοναξιά και την καλλιέργεια της εντύπωσης ότι όλες οι ανάγκες του ανθρώπου μπορούν να καλυφθούν ή να υποκατασταθούν από κάποιο προϊόν. Η παραπάνω κοινωνική πραγματικότητα παράγει συνεχώς ανθρώπους ευάλωτους και ανώριμους, υποψήφιους χρήστες που χρειάζονται κάποιες ουσίες για να λειτουργήσουν ως προσωπικότητες ή για να δραπετεύσουν από τις δυσκολίες. (www.kesan.gr. {πρόσβαση στις 18 Δεκεμβρίου 2013})

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην κοινωνία μας είναι πολλά εκείνα τα άτομα που δεν έχουν γερά θεμελιωμένη την προσωπικότητα τους έτσι όταν κυριαρχεί η δυσαρέσκεια και η απογοήτευση, όταν δεν έχουν θέσει έναν σκοπό στην ζωή τους, όταν ο ανταγωνισμός και η κοινωνική αδικία είναι εμφανές και όταν οι κοινωνικές αναστατώσεις είναι έντονες ενυπάρχει ο κίνδυνος τα άτομα αυτά να καταφύγουν στα διάφορα ηρεμιστικά, καταπραϋντικά και τέλος να μπουν σε ένα «φανταστικό κόσμο» όπου όλα θα φαντάζουν πιο εύκολα και δεν θα έχουν να αντιμετωπίσουν την αλήθεια. Αυτός ο κόσμος είναι ο κόσμος των ναρκωτικών, με την χρήση ουσιών το άτομο προσπαθεί να βρει την πληρότητα που του λείπει, την ευτυχία αλλά και να ‘πατήσει’ πάνω στις δικές του δυνάμεις που θεωρεί πως έχει με την χρήση ουσιών.

Με τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο η έξαρση των ναρκωτικών ουσιών αυξήθηκε. στις σύγχρονες βιομηχανικές και μεταβιομηχανικές κοινωνίες χρήστες ουσιών πλέον δεν είναι μόνο αυτοί παλιά αποκαλούσαν το «ρεμάλι» της κοινωνίας ή πόρνη ή ο αλήτης αλλά και οι νέοι, άτομα από ‘ευυπόληπτες οικογένειες’, άτομα από μεσαία κοινωνικοοικονομικά στρώματα που δεν είχαν έρθει άλλοτε σε σύγκρουση με τον νόμο είναι γενικά άτομα από όλα τα κοινωνικά στρώματα και τάξεις και από όλων των ηλικιών. Διαφορές υπάρχουν συνήθως στο είδος του ναρκωτικού. Για παράδειγμα το “χασίς” χρησιμοποιείται από τα «κατώτερα» κοινωνικά στρώματα και η κοκαΐνη από την «ανώτερη» κοινωνική τάξη.

Γενικά κάθε άτομο αλλά περισσότερο οι νέοι είναι εκείνοι όπου με την διάλυση της οικογένειας, με την αλλαγή των συνθηκών της ζωής τους και με την τεχνολογική απότομη πρόοδος συντρίβονται και αποπροσανατολίζονται. Ο άνθρωπος έτσι στις σύγχρονες κοινωνίες αισθάνεται μόνος και αποξενώνεται. Είναι συχνό πλέον στις μέρες μας το γεγονός του ότι οι νέοι γίνονται περισσότερο ευάλωτοι αφού έχουν χάσει πλέον τα ιδανικά τους, δεν είναι ικανοί να λύσουν τα προβλήματά τους και αυ-

τό τους πανικοβάλλει. Κατά αυτόν τον τρόπο δεν μπορούν να οργανώσουν τις απαραίτητες αναστολές. Έτσι καταφεύγουν στην χρήση ουσιών. Θεωρούν ότι με αυτόν τον τρόπο μπορούν να είναι ελεύθεροι, ανεξάρτητοι χωρίς άγχη, προβλήματα και πόνο. Κάτι τέτοιο βέβαια δεν ισχύ απλά «ένας κόσμος φανταστικός όπου φαντάζει παράδεισο» πάντα τους προκαλεί και τους φέρνει την αίσθηση της ξεγνοιασιάς. Ανώριμος όπως είναι δεν καταλαβαίνει ότι όλα αυτά είναι ψευδαισθήσεις και ότι έτσι δεν μπορεί να λύσει τα πραγματικά προβλήματα στην ζωή του. (Αβραμίδης , 1981)

2.2.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2.2.1.ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ-ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι γενετικοί παράγοντες ως αιτιολογία της τοξικοεξάρτησης στηρίχτηκε σε μελέτες που έγιναν σε οικογένειες με υιοθετημένα ή δίδυμα παιδιά. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι παρόλο που τα υιοθετημένα παιδιά μεγάλωναν σε διαφορετικό περιβάλλον από τους γονείς τους οι πιθανότητες να εμπλακούν σε ουσίες ήταν αυξημένες όταν και οι ίδιοι αυτοί οι βιολογικοί τους γονείς ήταν χρήστες ουσιών. Παρόλα αυτά δεν έχει αποδειχτεί κάποιο συγκεκριμένο γονίδιο το οποίο να σχετίζεται άμεσα με την εγκαθίδρυση της τοξικοεξάρτησης. Σημαντικό είναι να τονιστεί το ότι το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να περιορίσει ή να ενισχύσει την προδιάθεση αυτή των χρηστών.

Έρευνες που αφορούσαν αποκλειστικά υιοθετημένα παιδιά (Cadoret et al, 1986), τα οποία είχαν αποχωριστεί τους βιολογικούς τους γονείς αμέσως μετά την γέννηση τους, δείχνουν ότι η κατάχρηση ουσιών σχετιζόταν άμεσα με την αντικοινωνική προσωπικότητα την οποία παρουσίαζαν και οι βιολογικοί γονείς. Επιπλέον, τα προβλήματα χρήσης αλκοόλ στους βιολογικούς γονείς αποτελούσαν παράγοντα πρόβλεψης της κατάχρησης ουσιών ακόμη και σε υιοθετημένα παιδιά που δεν είχαν αντικοινωνική προσωπικότητα. Περιβαλλοντικοί παράγοντες, ωστόσο όπως το διαζύγιο ή οι ψυχιατρικές διαταραχές στις οικογένειες υιοθεσίες επίσης συνδέονταν με την αυξημένη κατάχρηση ουσιών. Οι μελέτες κατέληξαν ότι οι γενετικοί δρόμοι προς την κατάχρηση ουσιών είναι δύο: ο πρώτος μέσα από βιολογικούς γονείς με αντικοινωνική προσωπικότητα και ο δεύτερος μέσα από βιολογικούς γονείς με προβλήματα αλ-

κόλ, οι οποίοι όμως δεν είχαν αντικοινωνικοί προσωπικότητα. Ωστόσο, δεν δίνεται επαρκής εξήγηση γιατί η επίδραση των γονέων είναι βιολογικοί και όχι εξωγενής.

Σε άλλη μελέτη (Pickens et al, 1991) που αφορούσε δίδυμους βρέθηκε ότι ανάμεσα σε 114 άντρες 63.4 % των μονοζυγωτικών έναντι 43.8($p= 0.05$) των διζυγωτικών διδύμων εμφάνιζαν παράλληλα κατάχρηση αλκοόλ, ενώ συγκρίσιμα είναι και τα στοιχεία για την κατάχρηση άλλων ουσιών. (Πουλόπουλος, 2009)

Τα τελευταία χρόνια, μετά από έρευνες που έγιναν, εντοπίστηκαν συγκεκριμένα γονίδια που επηρεάζουν την κατάχρηση και εξάρτηση σε ουσίες. Συγκεκριμένα, πρόκειται για γονίδια που επηρεάζουν την εξωτερίκευση ψυχοπάθειας και που μεταβολίζουν την αλκοόλη και βοηθούν στη μετάδοση σημάτων στα νευρικά κύτταρα και στη διαφοροποίηση της δραστηριότητας των νευρικών κυττάρων (γ-αμινοβουτικού οξέος [GABA] , ακετυλοχολινικής νευροδιαβίβασης και τα ενδογενή συστήματα οπιοειδών και κανναβινοειδών) .Οι συγκεκριμένοι γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη μιας ποικιλίας μορφών ψυχοπαθολογίας. Δηλαδή, ψυχιατρικές διαταραχές που αναστέλλουν τη συμπεριφορά όπως η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, διαταραχή υπερκινητικότητας, αντικοινωνική διαταραχή και διαταραχή της συμπεριφοράς.

Ύστερα από πρόσφατες έρευνες, αποδείχτηκε πως η παράνομη κατάχρηση και εξάρτηση ουσιών έγκειται σε σημαντική γενετική επιρροή. Μελέτες σε ενήλικα δείγματα, εκτίμησαν ότι η κληρονομικότητα κυμαίνεται σε 45%-79%. (Agrawal) Ωστόσο, ορισμένα στοιχεία από μελέτη δίδυμων παραγόντων που έγινε από τη Virginia Registry, δείχνουν πως συμβάλλουν στη συνολική διακύμανση εξάρτησης και ενήλικης αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Επίσης εντοπίστηκε αντικοινωνική συμπεριφορά λόγω της εξάρτησης ουσιών και από άλλες διαταραχές εξωτερίκευσης (Kendler et al 2003).

Επιπρόσθετα, έπειτα από ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες καταγράφηκε η ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου. Οι μελέτες διεξάγονται χρησιμοποιώντας ηλεκτρόδια τοποθετημένα στο τριχωτό της κεφαλής του ατόμου. Παράγεται λοιπόν ένα προβλέψιμο μοτίβο του ύψους και της συχνότητας των κυμάτων του εγκεφάλου που προσδιορίζει την παρουσίαση χαρακτηριστικών ανωμαλιών σε άτομα με ορισμένους τύπους εγκεφαλικής δυσλειτουργίας.

Για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί ηλεκτροφυσιολογική ανωμαλία σε ανθρώπους με ποικίλες μορφές διαταραχών εξωτερίκευσης καθώς και σε παιδιά ανεπηρέαστα από αυτούς τους ανθρώπους. Μια κοινή μέτρηση ηλεκτροφυσιολογικού χαρακτηριστικού είναι η λεγόμενη συνιστώσα P3, μια ακίδα δηλαδή στην εγκεφαλική δραστηριότητα που λαμβάνει χώρα περίπου 300 χιλιοστά του δευτερολέπτου όταν το άτομο εκτεθεί σε ήχο ή φως. Οι ερευνητές παρατήρησαν πως το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι αυτή η ανωμαλία είναι ένας δείκτης για μια προδιάθεση εξάρτησης ουσιών (Porjesz et al 2005) και άλλα προβλήματα εξωτερίκευσης (Hicks et al 2007).

Προσπάθειες βρίσκονται σε εξέλιξη για την εντόπιση συγκεκριμένων γονιδίων που συμβάλλουν στην ευπάθεια ενός ατόμου στην εξάρτηση από τα ναρκωτικά. Επιπλέον, οι περιβαλλοντικές επιδράσεις έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη χρήση ουσίας (Health et al 2002). Παρά τις αρχικές απογοητεύσεις, σημειώθηκαν πρόοδοι που βοηθούν να καθορίσουν μια ποικιλία κλινικών φαινοτύπων. Πρώτον: η πρόοδος στη τεχνολογία γονοτύπου που επιτρέπει την υψηλή ανάλυση ολόκληρου του γονιδιώματος. Δεύτερον: η ολοκλήρωση διάφορων ερευνητικών προσπαθειών όπως το πρόγραμμα του ανθρώπινου γονιδιώματος του διεθνούς HarMap Project και άλλων κυβερνητικών και ιδιωτικών χρηματοδοτούμενων προσπαθειών και, Τρίτον: αυτές οι εξελίξεις συμπληρώθηκαν ύστερα από προόδους στην στατιστική ανάλυση των γενετικών δεδομένων.

2.2.2.ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΕΣ

Άλλος αιτιολογικός παράγοντας που έχει σχέση με την λειτουργία του εγκεφάλου είναι οι νευροδιαβιβαστές. Αυτοί είναι χημικές ουσίες που παράγονται ενδογενώς και μεταφέρουν μηνύματα σε συγκεκριμένους υποδοχείς του εγκεφάλου. Η ενδορφίνη, η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη είναι οι νευροδιαβιβαστές εκείνοι που συνδύαστηκαν περισσότερο με την ουσιοεξάρτηση και είναι αυτοί που σχετίζονται με την ψυχική διάθεση και την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

Από μελέτες που έχουν γίνει έχει αποδειχτεί ότι η κληρονομικότητα στην κατάχρηση έχει κάποια βάση, στην γενετική όμως η επίδραση ακόμα είναι αδιευκρίνιστη. Η κληρονομική προδιάθεση μπορεί να έχει τη μορφή μίας βιοχημικής ενζυμικής ή νευρολογικής δυσλειτουργίας ή μπορεί να είναι και συνδυασμός και των δύο. Στην

γενετική όμως δεν έχουν όλα τα άτομα τον ίδιο βαθμό κρισιμότητας. Κατ' αυτόν τον τρόπο λοιπόν μπορούμε να συνάγουμε ότι η κατάχρηση ουσιών είναι μια αλληλοεπίδραση γενετικών, βιοχημικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και ψυχιατρικών παραγόντων.

Ύστερα από έρευνες διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχουν κατ' αποκλειστικότητα γονίδια που να αφορούν την κατάχρηση ουσιών. Τα γονίδια αφορούν περισσότερο τις τροποποιήσεις στην ισορροπία των νευροδιαβιβαστών, όπου αυτό έχει σαν αποτέλεσμα διαρκές συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές άγχους και εξάρτησης. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι για αυτές τις διαταραχές δεν ευθύνεται μόνο ένα γονίδιο αλλά ίσως ένας μικρός αριθμός σημαντικών και ένας μεγάλος αριθμός τροποποιημένων γονιδίων, ανάμεσα στα οποία ιδιαίτερο ρόλο φαίνεται να έχουν εκείνα που επηρεάζουν την ισορροπία ορισμένων νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. (Πουλόπουλος, 2009)

2.2.3.ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Σημαντικό για την εξερεύνηση της χρήσης ουσιών είναι να ξέρουμε αν υπάρχει σταθερή σχέση ανάμεσα στην εξάρτηση και την προσωπικότητα, που θα ανήκει ειδικά σε ότι θα όριζε κανείς ως τοξικομανιακή δομή προσωπικότητας. Πρόσφατες εργασίες βασισμένες σε έγκυρες επιδημιολογικές έρευνες, έδειξαν ότι δίπλα στις προσωπικότητες που είναι αντικειμενικά εξαρτημένες από ένα τοξικό προϊόν, υπάρχει στις μέρες μας ένας σημαντικός αριθμός ατόμων που θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως προσωπικότητες υποψήφιας για ναρκωτικά, δηλαδή ως προσωπικότητες που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμπλακούν σε κάποιας μορφής τοξικοεξάρτηση. Είναι χρήσιμο να τονιστεί ότι τα άτομα που αναφέρονται ως προσωπικότητες υποψήφιας για ναρκωτικά, διατρέχουν περισσότερο από άλλες προσωπικότητες τον κίνδυνο να γίνουν χρήστες ουσιών. Βέβαια αυτά τα άτομα δεν είναι τα μόνα που μπορούν να γίνουν εξαρτητικά.

Οι συναισθηματικές συνθήκες φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο για να οδηγηθεί ένα άτομο στην τοξικοεξάρτηση, όχι όμως και τον αναγκαστικό· μπορούμε να θεωρήσουμε ότι αποτελούν αξιοσημείωτες προδιαθέσεις. Ωστόσο στα άτομα αυτά δεν μπορούμε να αποδώσουμε έναν ορισμό τοξικομανιακού χαρακτήρα.

Λίγες μέχρι σήμερα είναι οι έρευνες που επικεντρώνουν στην προσωπικότητα του τοξικοεξαρτημένου. Στις έρευνες του INSERM (1971), αναφέρονται ως υποκείμενα υψηλού κινδύνου, άτομα που αντιστοιχούν σε προσωπικότητες διαχυτικές, μη συμβατικές, κοινωνικές, είτε αντίθετα σε προσωπικότητες ελάχιστα διαχυτικές, απομονωμένες και άτομα με ανία. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι δεν γίνεται να καθοριστεί από αναγνωρισμένους ειδικούς μια τοξικομανιακή προσωπικότητα. Θα ήταν χρήσιμο να προεξαχθεί μια αξιόπιστη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών που θα ερευνά την επίδραση των τοξικών προϊόντων στο σύνολο της προσωπικότητας του τοξικοεξαρτημένου και θα επικεντρώνεται ταυτόχρονα σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς, συναισθηματικούς, βιολογικούς και άλλους παράγοντες. (Bergeret, 1999)

Το κέντρο Marmotan στο Παρίσι ήταν ένα από τα πρώτα κέντρα στην Ευρώπη που ασχολήθηκε με το πρόβλημα του εθισμού. Σύμφωνα με τον διευθυντή του κέντρου αυτού λοιπόν, τον Olivenstein, η εξαρτητική διαδικασία μπορεί να περιγραφεί σαν ένα τρίγωνο που αποτελείται με το συγκεκριμένο περιβάλλον του ασθενή, την συγκεκριμένη ουσία που χρησιμοποιεί και την συγκεκριμένη προσωπικότητα που έχει ο χρήστης.

Σύμφωνα με ψυχολογικές προσεγγίσεις θεωρείται ότι η χρήση ουσιών συνδέεται ιδιαίτερα κατά την εφηβεία με την ανάγκη των ατόμων για νέες εμπειρίες και ερεθίσματα. Για μια ζωή γεμάτη συγκινησιακή φόρτιση και όσος πιο έντονη μπορεί να γίνει. Κατά αυτόν τον τρόπο διάφοροι ερευνητές έχουν αναφερθεί στο θέμα της 'ιδιοσυγκρασίας' η οποία αφορά ένα συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας, τα ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου αλλά και την νοητική του υπόσταση. (www.klinikilyrakoy { πρόσβαση στις 9 Δεκεμβρίου 2013 })

Σύμφωνα με τον Madden J.S συναισθηματικού τύπου προβλήματα που προέρχονται από την 'ιδιοσυστασία' ενός ατόμου, αλλά και από γενετικούς παράγοντες και επιδράσεις που δέχτηκε το άτομο αυτό στην παιδική του ηλικία, φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση ενός μελλοντικού συνδρόμου ουσιοεξάρτησης. Όπως αναφέρει ο Γιάννης Α. Λιάππας η «αντικοινωνική προσωπικότητα» είναι πολύ συχνή διάγνωση ανάμεσα στους χρήστες ουσιών, παρόλα αυτά η σχέση μεταξύ χρήσης ουσιών και αντικοινωνικής προσωπικότητας δε φαίνεται να έχει επαρκώς διευκρινιστεί.

Σαν σύνδρομο της ‘δύσκολης ιδιοσυγκρασίας (Thomas & Chess, 1984) θεωρείται όταν ένα παιδί βρίσκεται σε κακή διάθεση, όταν έχει δυσκολίες προσαρμογής σε νέες καταστάσεις, όταν δεν μπορεί να εστιάσει και δεν συγκεντρώνεται, όταν έχει έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις σε ερεθίσματα και ανωμαλίες σε βασικές βιολογικές λειτουργίες όπως είναι ο ύπνος και η διατροφή. Επιπρόσθετα η υπερκινητικότητα και η ελλειμματική προσοχή κατά την παιδική ηλικία έχουν συνδεθεί με την κατάχρηση ουσιών στην εφηβεία.

Καταλήγουμε λοιπόν στο ότι τα άτομα που καταφεύγουν στα ναρκωτικά παρουσιάζουν μια διαταραχή της προσωπικότητας, με περισσότερες ή λιγότερες δυσχέρειες στην συγκινησιακή σφαίρα, με δυσκολία στο να αντιμετωπίσουν ή να αντικρούσουν μια δυσάρεστη πραγματικότητα, με ατέλειες και κενά στην διαμόρφωση και εξέλιξη του «εγώ» τους και του «υπέρ-εγώ». Δεν έχουν την δυνατότητα να αντέξουν σε εντάσεις αλλά και ούτε να περιορίσουν και να αναβάλλουν την ικανοποίηση των επιθυμιών τους. Λειτουργούν ακόμη σαν βρέφη όπου ότι και αν θελήσουν το θέλουν εκείνη την στιγμή σύμφωνα με την «αρχή της ευχαριστήσεως» και όχι σαν ώριμα άτομα σύμφωνα με την «αρχή της πραγματικότητας». Αυτά τα άτομα συνήθως δεν έχουν αυτοεκτίμηση και δεν επιτυγχάνουν να πραγματοποιήσουν τους σκοπούς της ζωής τους, διότι φοβούνται σε όλη τους την ζωή τον ψυχικό πόνο.

Οι δυσκολίες και οι αρνητικές καταστάσεις της ζωής εύκολα μπερδεύουν αυτά τα άτομα και ο πιο εύκολος δρόμος για να νιώσουν ασφάλεια και καλά με την ζωή τους είναι η χρήση ναρκωτικών. Όσο οι ανάγκες και οι δυσκολίες αυξάνονται τόσο αυξάνεται και η επιθυμία για την χρήση των ναρκωτικών και έτσι σχηματίζεται ο φαύλος κύκλος της επανάληψης της χρήσης. Το άτομο έτσι μπαίνει χωρίς να το συνειδητοποιεί στη πιο δεσμευτική εξάρτηση που είχε ποτέ φανταστεί και γίνεται άβουλο υποκείμενο. (Αβραμίδης 1981 & Λιάππας 2003 & Πουλόπουλος 2009)

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας και με την Ετήσια Έκθεση 2012 πραγματοποιήθηκε έρευνα στον γενικό πληθυσμό για την επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών. Κατά αυτόν τον τρόπο αναφέρεται:

Η χρήση ναρκωτικών στον γενικό ή στον μαθητικό πληθυσμό μετράται μέσω ερευνών σε αντιπροσωπευτικά δείγματα, οι οποίες παρέχουν εκτιμήσεις για το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ότι έκαναν χρήση συγκεκριμένων ουσιών σε καθορισμένες χρονικές περιόδους. Οι έρευνες παρέχουν επίσης χρήσιμες πληροφορίες σχε-

τικά με τα πρότυπα χρήσης, τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών και τις αντιλήψεις περί κινδύνων και διαθεσιμότητας.

Το ΕΚΠΙΝΤ, σε στενή συνεργασία με εθνικούς εμπειρογνώμονες, ανέπτυξε ένα σύνολο κοινών βασικών θεμάτων (πρότυπο ευρωπαϊκό ερωτηματολόγιο) προς χρήση σε έρευνες σε ενήλικες. Το πρωτόκολλο αυτό εφαρμόζεται πλέον στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ. Παρά ταύτα, εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά τη μεθοδολογία και το έτος συλλογής των στοιχείων. Συνεπώς, οι μικρές διαφορές, ιδίως μεταξύ χωρών, πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.

Η διεξαγωγή ερευνών στοιχίζει και, ως εκ τούτου, λίγες είναι οι ευρωπαϊκές χώρες που συγκεντρώνουν στοιχεία σε ετήσια βάση —πολλές συγκεντρώνουν ανά δύο, τρία ή τέσσερα έτη. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στην παρούσα έκθεση βασίζονται στις πλέον πρόσφατες διαθέσιμες έρευνες σε κάθε χώρα, οι οποίες στις περισσότερες περιπτώσεις χρονολογούνται μεταξύ 2006 και 2010. Τα στοιχεία σχετικά με την επικράτηση της χρήσης στο Ηνωμένο Βασίλειο αφορούν την Αγγλία και την Ουαλία, εκτός αν δηλώνεται διαφορετικά, παρότι διατίθενται χωριστά στοιχεία για τη Σκωτία και τη Βόρεια Ιρλανδία.

Από τα τρία καθιερωμένα χρονικά πλαίσια που χρησιμοποιούνται στην υποβολή στοιχείων, η επικράτηση σε όλη τη διάρκεια της ζωής (χρήση ναρκωτικού κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του ατόμου) είναι το ευρύτερο πλαίσιο. Αυτός ο δείκτης δεν απηχεί την τρέχουσα χρήση ναρκωτικών μεταξύ ενηλίκων, αλλά χρησιμεύει στην κατανόηση των προτύπων χρήσης και της συχνότητας εμφάνισης. Για τους ενήλικες, οι πρότυπες ηλικιακές ομάδες του ΕΚΠΙΝΤ είναι 15–64 έτη (σύνολο ενηλίκων) και 15–34 έτη (νεαροί ενήλικες). Στις χώρες που χρησιμοποιούν διαφορετικά ανώτατα ή κατώτατα όρια ηλικίας περιλαμβάνονται η Δανία (16), η Γερμανία (18), η Ουγγαρία (18), η Μάλτα (18), η Σουηδία (16) και το Ηνωμένο Βασίλειο (16–59). Το ενδιαφέρον εστιάζεται στη χρήση κατά το τελευταίο έτος και κατά τον τελευταίο μήνα (χρήση στους 12 μήνες ή στις 30 ημέρες που προηγήθηκαν της έρευνας). Στον μαθητικό πληθυσμό, η επικράτηση σε όλη τη διάρκεια της ζωής και η επικράτηση κατά το τελευταίο έτος είναι συνήθως παρόμοιες, καθώς είναι σπάνια η χρήση παράνομων ουσιών πριν από τα 15.

Το ευρωπαϊκό πρόγραμμα ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών (ESPAD) χρησιμοποιεί τυποποιημένες μεθόδους και εργαλεία για τη μέτρηση της χρήσης ναρκωτικών και οινόπνευματων σε αντιπροσω-

πεντικά δείγματα μαθητών οι οποίοι συμπληρώνουν το δέκατο έκτο έτος της ηλικίας τους στη διάρκεια του ημερολογιακού έτους. Το 2011 έγινε συλλογή στοιχείων σε 36 χώρες, μεταξύ αυτών σε 24 κράτη μέλη της ΕΕ, στην Κροατία και τη Νορβηγία, τα δε αποτελέσματα δημοσιεύθηκαν το 2012. Επιπλέον, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο διεξάγουν εθνικές έρευνες για τη χρήση ουσιών στον μαθητικό πληθυσμό, τα αποτελέσματα των οποίων είναι συγκρίσιμα με τα αποτελέσματα της έρευνας ESPAD. (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, Ετήσια Έκθεση, 2012)

2.2.4.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Όπως συμβαίνει στην πραγματικότητα αλλά και επιστημονικώς εγγεγραμμένα ως αφορά την πρόληψη της χρήσης ουσιών καθοριστικό ρόλο παίζει η οικογένεια. Είναι το πρώτο και το σημαντικότερο περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνει το παιδί και από αυτό δέχεται τους πρώτους ερεθισμούς των ανθρώπινων και κοινωνικών σχέσεων. Επίσης σύμφωνα με την επιστήμη της Ψυχολογίας η προσωπικότητα του ατόμου διαμορφώνεται στα βασικά της στοιχεία, στα πρώτα χρόνια της ζωής.

Τα διεθνή συνέδρια και οι δημοσιεύσεις της “Διεθνούς Ομοσπονδίας για την Εκπαίδευση των Γονέων” ενισχύουν αυτήν την άποψη και πιο συγκεκριμένα τονίζουν. Πρώτον η UNESCO έχει χαρακτηρίσει τους γονείς «αναντικατάστατους παιδαγωγούς». Δεύτερον το Συμβούλιο της Ευρώπης αναφέρεται στην ανάγκη «εκπαίδευσης των γονέων» και επιμένει ότι όλα τα προγράμματα πρόληψης και εκπαίδευσης «πρέπει να επεκτείνονται και στους γονείς». Τρίτον η Εισηγητική έκθεση της Διακομματικής Επιτροπής της Βουλής για τα ναρκωτικά, διατυπώνει την άποψη πως «η οικογένεια θεωρείται ο πρώτος βασικός πυρήνας της ανάπτυξης της προσωπικότητας του παιδιού και στη συνέχεια έρχεται το σχολείο» τέταρτον ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τοποθετεί την εκπαίδευση των γονέων στις βασικές στρατηγικές πρόληψης επισημαίνοντας, ότι μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργία της οικογένειας σε πολλούς τομείς, όπως είναι η βελτίωση της επικοινωνίας των συζύγων, αλλά και των συζύγων-παιδιών, η απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων σχετικά με τα στάδια ανάπτυξης των παιδιών για την έγκαιρη ανίχνευση τυχόν προβλημάτων.

Εκτός από τα παραπάνω, και οι ίδιοι οι νέοι τα τελευταία χρόνια δίνουν μεγάλη σημασία στη διατήρηση της οικογένειας, δεν αμφισβητούν την αξία της, επιζητούν όμως την ανανέωσή της και τον επαναπροσδιορισμό της, ζητώντας διάλογο με τους γονείς, δικαιώματα λόγου και απόψεων, άρνηση καταπιεστικής εξουσίας και ενημέρωση των γονέων ως προς τη στάση τους, κυρίως στη φάση της εφηβείας (Χουρδάκη, 2000 & World Health Organization-WHO, 2003).

Οι γονείς πίστευαν και πιστεύουν μέχρι σήμερα ότι επειδή διαθέτουν ένστικτο και αγάπη, έχουν εξασφαλισμένη τη σωστή αγωγή του παιδιού τους. Όμως για την προαγωγή της ψυχικής και της σωματικής υγείας του παιδιού, τη διαμόρφωση σωστής προσωπικότητας, και ιδιαίτερα σε ότι αφορά το θέμα της χρήσης ουσιών, οι γονείς χρειάζονται περισσότερα εφόδια από εκείνα που τους προσφέρει η αγάπη και το ένστικτο τους. Ειδικότερα, χρειάζονται γνώσεις και δεξιότητες, συνεχή ενημέρωση, διαρκή προβληματισμό και αναζήτηση, επαγρύπνηση και αφύπνιση, η οποία θα οδηγήσει τους γονείς στην αυτοσυνειδησία, στη γνωριμία με τον εαυτό τους, στην αυτοαποδοχή και τελικά στην αποδοχή των άλλων, και κυρίως των παιδιών τους. Σε αυτό βοηθούν και οι Σχολές Γονέων (Παππά, 2006).

Με βάση, λοιπόν, όσα αναφέραμε σχετικά με τη σημασία της οικογένειας στην διαμόρφωση της ψυχικής υγείας του ατόμου, μπορούμε να πούμε ότι η οικογένεια μπορεί και οφείλει να παίξει το βασικότερο ρόλο στην πρόληψη της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Με την παρέμβαση των γονέων, τόσο στο επίπεδο του ατόμου όσο και στο επίπεδο του κοινωνικού περιβάλλοντος, ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες υιοθέτησης από τα μέλη της, συμπεριφορών τέτοιων όπως η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (www.kesan.gr {πρόσβαση στις 15 Δεκεμβρίου 2012}).

Κατά αυτόν τον τρόπο λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι η εξάρτηση από ουσίες αποτελεί φαινόμενο βιοψυχοκοινωνικό, πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό. Η εξάπλωσή του φαίνεται να σχετίζεται έντονα με το σύγχρονο αναπτυξιακό μοντέλο και τους όρους που θέτει στην καθημερινότητα του ατόμου, καθώς για πολλούς αιώνες η συνύπαρξη ανθρώπου και ουσιών δεν είχε οδηγήσει στην σημερινή ανεξέλεγκτη έκταση του φαινομένου (Ζαφειρίδης 2009, Λιάππας 1992 & Komman 1993).

Καθαυτό ο ρόλος της οικογένειας είναι πολύ σημαντικός στον χώρο της τοξικοεξάρτησης. Οι γονείς πολλές φορές δεν βοηθούν στην υγιή και προοδευτική ανά-

πτυξη και ωρίμανση αλλά και ούτε στην υπεύθυνη οικονομική ανεξαρτητοποίηση των παιδιών τους. Δεν είναι ούτε αυτοί οι ίδιοι ενημερωμένοι ώστε να πληροφορήσουν σωστά και έγκαιρα τα παιδιά τους. Έτσι αυτά τα οποία χρειάζεται τα μαθαίνουν από κακούς συμβούλους.

Όπως αποδεικνύεται από έρευνες όσον αφορά την οικογένεια του τοξικομανούς η εξάρτηση από ουσίες εγκαθίσταται πάνω σε ένα ψυχολογικό υπόστρωμα συναισθηματικής εξάρτησης του παιδιού από τους γονείς. Ο ανώριμος συναισθηματικά έφηβος λοιπόν το να καταφύγει στην χρήση ναρκωτικών ουσιών γίνεται για αυτόν η λύση στα προβλήματα του.

Έτσι αυτή η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση αλλά και η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια ωθούν πολλά παιδιά στην ανάπτυξη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και μέσα σε αυτό το πλαίσιο εμφανίζεται και η χρήση ουσιών. Στις οικογένειες των χρηστών συναντάμε συχνά γονείς με προβλήματα ψυχικής υγείας ή με προβλήματα χρήσης ουσιών. Αυτό το περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει για ανάλογες μελλοντικές συμπεριφορές των παιδιών. Βέβαια είναι χρήσιμο να τονιστεί το ότι οι παράγοντες αυτοί δεν μπορούν να καθορήσουν με σαφήνεια τον τρόπο με τον οποίο συσχετίζονται και επιδρούν με τις μελλοντικές συμπεριφορές τοξικοεξάρτησης των παιδιών.

Ωστόσο ως προς αυτήν την κατεύθυνση παίζουν και άλλοι παράγοντες ρόλο όπως: οι ανεπίλυτες συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια, οι αντιθέσεις, η έλλειψη συναισθηματικών δεσμών και επικοινωνίας αλλά και ορίων.

Η οικογένεια διαδραματίζει μιμητικό ρόλο προτύπων και κοινωνικοποίησης έτσι εάν οι γονείς είναι χρήστες ουσιών τα παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες από άλλους να υιοθετήσουν αυτό το μοντέλο συμπεριφοράς το οποίο ενυπάρχει μέσα στο σπίτι τους και όπου μέσα σε αυτό προσπαθούν να διαχειριστούν τα άγχη τους, τις συναισθηματικές τους δυσκολίες, αλλά και τις ανησυχίες τους.

Από την άλλη μεριά όμως το φαινόμενο της χρήσης ουσιών εμφανίζεται και σε οικογένειες που δεν είναι οι γονείς χρήστες ουσιών. Μπορεί όμως να προέρχονται από δυσλειτουργικές οικογένειες που εμποδίζουν την υγιή ψυχοκινητική τους ανάπτυξη. Μέσα σε αυτές τις οικογένειες η ζωή συχνά είναι χαοτική, ασυνεπής και οι σχέσεις των γονέων είναι ιδιαίτερα δυσλειτουργικές.

Καταλήγουμε λοιπόν στο ότι ο κίνδυνος αφομοίωσης δυσλειτουργικών μορφών συμπεριφοράς όπως η χρήση ουσιών δεν έχει να κάνει μόνο με οικογένειες όπου και οι δύο γονείς είναι χρήστες ουσιών αλλά και με κάθε μορφή δυσλειτουργίας μέσα στην οικογένεια. Τα παιδιά αυτά είναι συχνά χωρίς όρια, παραμελημένα, έχουν ελάχιστα παραδείγματα σταθερής συμπεριφοράς που μπορούν να ακολουθήσουν και γίνονται ‘αποδιοπομπαίοι τράγοι’. Οι γονείς έχουν χάσει την επικοινωνία μεταξύ τους και συνάμα και με τα παιδιά τους. Έτσι παρεμποδίζεται η συναισθηματική ωρίμανση του παιδιού.

Τέλος είναι σημαντικό λοιπόν να τονιστεί ότι η οικογένεια παίζει καταλυτικό ρόλο στην έναρξη της χρήσης ουσιών. Η χρήση ουσιών από τους γονείς, η λεκτική, συναισθηματική και σωματική κακοποίηση, οι οικογενειακές συγκρούσεις και η κοινωνική απομόνωση επιδρούν στην ένταση του φαινομένου. Παρόλα αυτά η οικογένεια δεν αποτελεί τον μοναδικό εξωγενή παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει τον νέο στην χρήση ουσιών. Η μίμηση και η περιέργεια, η ομάδα ομότιμων και το σχολικό περιβάλλον μπορούν και αυτοί να εξωθήσουν έναν νέο στην χρήση ουσιών. (Αβραμίδης Α., 1981 & Λιάππας Γ., 2003 & Μάτσα Κ. στον Παπαχριστόπουλου Ν., Σαμαρτζή Κ., & Πουλόπουλος Χ., 2009)

2.2.5.ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Το σχολείο είναι ένας από τους βασικότερους θεσμούς κοινωνικοποίησης και η επιρροή που ασκεί στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών είναι πολύ σημαντική. Το να προσαρμοστεί λοιπόν ένα παιδί στο σχολείο τον βοηθάει τόσο στην ψυχική του υγεία όσο και στην σωματική. Παράγοντες που σχετίζονται με τον ίδιο τον θεσμό του σχολείου όπως είναι η παιδική εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των συμμαθητών ή μεταξύ καθηγητών και μαθητών, διαμορφώνει το σχολικό περιβάλλον.

Το σχολείο οφείλει να ‘ανοίγει τους ορίζοντες των μαθητών’ και να δημιουργεί ένα κλίμα ώστε να ικανοποιούνται τα ενδιαφέροντα τους. Το σχολικό περιβάλλον χρειάζεται να αναπτύσσει την κρίση των μαθητών, την δημιουργικότητα τους, τις ιδιαίτερες ικανότητες τους, να τα προετοιμάζει ώστε να ενταχθούν ομαλά στην κοινωνία. Όταν γίνεται το αντίθετο. Όταν δηλαδή το εκπαιδευτικό σύστημα είναι αναχρο-

νιστικό, καταπιεστικό και κρατάει μεγάλη απόσταση ανάμεσα στην έδρα και στο θρανίο έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται αρνητική στάση απέναντι στην μάθηση. Δεν δίνει την δυνατότητα στον μαθητή να γνωρίσει τις νέες επαναστατικές κατακτήσεις της ανθρωπότητας ούτε και καλύπτει την ανάγκη κατάκτησης και παλιότερων γνώσεων. Ωστόσο έτσι δεν καλλιεργείται η κριτική σκέψη ώστε ο μαθητής να έχει την δυνατότητα να βλέπει, να καταλαβαίνει και να πράττει από μόνος του.

Πολλοί εκπαιδευτικοί δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά στον ρόλο τους αφού δεν έχουν την κατάλληλη μετεκπαίδευση. Αποτυγχάνεται η ορθή διαπαιδαγώγηση και ο θεσμός του σχολείου δεν συμβάλλει στην άρτια κοινωνικοποίηση των νέων. Μ' αυτόν τον τρόπο οι νέοι δεν ασχολούνται με τους κοινωνικούς προβληματισμούς και με τις δημοκρατικές διαδικασίες ώστε να διεκδικήσουν τα αιτήματά τους.

Ο νέος αντιλαμβάνεται ότι το σχολείο δεν του παρέχει τις γνώσεις εκείνες που είναι απαραίτητες για την εποχή μας αλλά και ούτε τα εφόδια εκείνα που θα τον βοηθήσουν στην επαγγελματική του σταδιοδρομία. Ξέρει επίσης ότι και σε περίπτωση που θα αποφοιτήσει από μια πανεπιστημιακή σχολή ή άλλη μορφή ανώτατης εκπαίδευσης θα περάσει πολύς καιρός ώστε να αποκατασταθεί επαγγελματικά. Και ιδιαίτερα στις μέρες μας όπου η ανεργία στην Ελλάδα είναι πάρα πολύ αυξημένη.

Όλα αυτά συμβάλουν στην μη ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του νέου και αποδιοργανώνουν την προσωπικότητά του. Του είναι δύσκολο να βάζει στόχους στην ζωή του και να τους εκπληρώνει αφού το θεωρεί μάταιο. Έτσι οδηγείται στην χρήση ουσιών. Μ' αυτόν τον τρόπο προσπαθεί να βρει λύσεις στα προβλήματα του. (Εθνικό Συμβούλιο κατά των ναρκωτικών & Ρούσης, 2008)

2.2.6.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΣΥΝΑΝΑΣΤΡΟΦΕΣ

Συχνά οι νέοι την περίοδο της εφηβείας τους μπαίνουν στην διαδικασία να πειραματιστούν ύστερα από προτροπές των συμμαθητών τους ή φίλων τους. Σε κάτι τέτοιο σημαντικό ρόλο παίζει η περιέργεια που έχουν ως νέοι αυτοί και ο μιμητισμός αλλά και η εύκολη πρόσβαση που υπάρχει για τις ουσίες αυτές. Πολλές είναι οι περι-

πτώσεις όπου οι έφηβοι 'πειθονται' από φίλους τους ώστε να κάνουν χρήση ουσιών ώστε να γίνουν μέλη μίας ομάδας. Ωστόσο πίσω από αυτήν τους την επιλογή μπορεί να κρύβονται και άλλοι λόγοι όπως η κατάθλιψη και η δυστυχία που τους προκαλεί είτε το οικογενειακό τους περιβάλλον είτε το ευρύτερο. Οι έφηβοι νιώθουν ότι γίνονται μέλη μίας ομάδας και δεν είναι λίγες οι φορές που η είσοδος τους σε μια τέτοια ομάδα είναι προϋπόθεση η χρήση ουσιών. Έτσι καταλήγουμε στο ότι οι συναναστροφές με ομάδες υποκοουλτούρας αποπροσανατολίζουν τον νέο ιδιαίτερα όταν αυτός έχει την ανάγκη αποδοχής και αναγνώρισης από άλλα άτομα. (Λιάππας , 2003)

2.2.7. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα κοινωνικών παραγόντων είναι το φαινόμενο των νόμιμων ναρκωτικών ουσιών. Μέσα στην κοινωνία μας καθημερινά 'κυκλοφορούν' νόμιμα ναρκωτικά όπως τα διάφορα ηρεμιστικά και καταπραυντικά φάρμακα, τα αλκοολούχα ποτά και τα τσιγάρα. Οι διάφορες φαρμακοβιομηχανίες διαφημίζουν και προωθούν τα φάρμακα αυτά βασισμένοι στον σωματικό και ψυχικό πόνο των ανθρώπων. Όταν αυτοί νιώθουν καλύτερα ολοένα και κάνουν πιο συχνή χρήση τους, εθίζονται, αυτό τους κάνει και πιο εύκολους στο να δοκιμάζουν και τα παράνομα ναρκωτικά. Με τον ίδιο τρόπο λειτουργούν και με τα τσιγάρα και το ποτό. Πολλοί είναι μάλιστα εκείνοι που χρησιμοποιούν τα παράνομα ναρκωτικά αφού πρώτα έχουν καπνίσει και πειί ποτό αλλά και πολλοί είναι και οι έφηβοι που αφού παρατηρούν πολλά χρόνια τους γονείς τους να καπνίζουν και να πίνουν, κάνουν χρήση ουσιών. (Thio , 2007)

Επιπρόσθετα , σύμφωνα με τα παραπάνω μελέτη που έγινε σε 5 Ευρωπαϊκές χώρες σε άτομα από 14-15 ετών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι «η σύνδεση με τη μητέρα» ανέστειλε τη χρήση ουσιών, μια πτυχή της οικογενειακής σχέσης που φαίνεται να είναι πιο σημαντική στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Η έρευνα έδειξε πως αυτό ήταν πιο σημαντικό από το να ζουν και με τους δύο γονείς. Η μελέτη αυτή επίσης ασχολήθηκε με την έναρξη της χρήσης αλκοόλ και κάνναβης και βρέθηκε ότι η έκθεση των εφήβων με άτομα που κάνουν χρήση ουσιών αυξάνει τον κίνδυνο πρόωρης έναρξης της κάνναβης . Εντούτοις, οι γονείς που δεν έχουν θέσει σαφή οικογενειακά πρότυπα, ή παιδιά που ζουν με αυταρχικά οικογενειακά πρότυπα είναι πιο

ευάλωτα στη χρήση ουσιών. Επίσης, το άτομο είναι πιο πιθανό να ξεκινήσει τη χρήση καπνού ή αλκοόλ όταν η οικογενειακή ζωή σχετίζεται με τη χρήση καπνού ή αλκοόλ αντίστοιχα. Ωστόσο από την έρευνα αυτή φάνηκε πως η χρήση κάνναβης δεν σχετίζεται με παθολογικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια σε σχέση με τις άλλες ουσίες. Αν και οι νέοι εκτίθενται σε στρεσογόνους παράγοντες μέσα στην οικογένεια (διατάραξη οικογενειακής δομής, διατάραξη οικογενειακών σχέσεων) είναι πιθανή η χρήση κάνναβης. Από την άλλη και το σχολείο αυξάνει τις πιθανότητες της χρήσης κάνναβης. Τα σχολικά προβλήματα συνδέονται με παιδιά που έχουν «μειονεκτική» κοινωνικά θέση και προβλήματα στη συμπεριφορά τους αλλά και μια δυσλειτουργική οικογενειακή ζωή είναι πιο ευάλωτα στη χρήση κάνναβης. Έτσι παρατηρούμε ότι το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου παίζει καθοριστικό ρόλο στη χρήση ουσιών. (www.emcdda.europa.eu {πρόσβαση στις 9 Δεκεμβρίου 2013})

Σύμφωνα, με τους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες των νόμιμων ουσιών στο προσκήνιο δεν ξεφεύγουν και οι παράνομες ουσίες. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνα του ΕΚΤΕΠΝ αυτό που προκαλεί τεράστια ανησυχία όσο αφορά την υγεία και την κοινωνική αποστέρηση είναι η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ουσιών που σύμφωνα με έρευνα πλήττει λιγότερο από το 0,4% του πληθυσμού της ΕΕ ηλικίας 15 έως 64 ετών. Έτσι, η ενέσιμη χρήση αποτελεί σοβαρές βλάβες στην υγεία που σχετίζονται με τα ναρκωτικά της ΕΕ καθώς παθήσεις όπως η Ηπατίτιδα Β και C, ο ιός HIV, φυματίωση κ.α. πλήττουν το εθνικό σύστημα υγείας στις Ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο, οι διαφορές τοπικές αντιλήψεις, πολιτιστικές παραδόσεις, η κοινωνική απομόνωση, η διαφορά που υπάρχει στην προμήθεια των ναρκωτικών αλλά και ο βραχυπρόθεσμος κίνδυνος και η άμεση ανάγκη για ενδοφλέβια χρήση μεγάλων δόσεων ναρκωτικών εντείνουν το πρόβλημα και δυσκολεύουν στον περιορισμό του.

Το πρόβλημα της ενέσιμης χρήσης στην δημόσια υγεία πρέπει να διερευνάτε στο πλαίσιο της κοινωνικής ευπάθειας και περιθωριοποίησης αυτών που πλήττονται. Η ανεύρεση στρατηγικών που σχετίζονται με την ενέσιμη χρήση μολυσματικών ασθενειών σχετίζεται με θέματα ηθικής, κλινικά και νομικά θέματα, θέματα που αφορούν άμεσα τα ανθρώπινα δικαιώματα καθώς και κοινωνικοπολιτικές ανησυχίες. (emcdda,2006)

2.3. ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Συμπερασματικά, η χρήση και η κατάχρηση ουσιών από ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων σπάνια είναι αποτέλεσμα ενός μόνο αιτιολογικού παράγοντα. Αντίθετα, είναι ένα φαινόμενο πολυαιτιολογικής προέλευσης που καθορίζεται από την αλληλεπίδραση ποικίλων παραγόντων. Ο βαθμός της συμμετοχής των διάφορων παραγόντων διαφοροποιείται σε συνάρτηση με το είδος της ουσίας, το βαθμό της χρήσης, το στάδιο της χρήσης, τη βαρύτητα της εξάρτησης, τη δυνατότητα διακοπής της χρήσης ή την ανταπόκριση για θεραπεία.

Επίσης, οι παράγοντες που συντελούν και δημιουργούν δυνατότητες για την εμφάνιση της αναπτύσσονται τις περισσότερες φορές κατά την παιδική ηλικία. Στην ηλικία αυτή μπαίνουν οι πρώτες βάσεις για τη δημιουργία αρχών, αξιών και στάσεων. Συμβαίνουν ραγδαίες αλλαγές και οι επιδράσεις που δέχεται σε αυτή την ηλικία το άτομο είναι καθοριστικές για τη μετέπειτα εξέλιξη. Αυτή η περίοδος καθορίζεται άμεσα από την οικογένεια, το σχολείο αλλά και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον.

Έτσι, η εμφάνιση της χρήσης, κατάχρησης και εξάρτησης από ουσίες συμβάλλουν πολλοί και σύνθετοι παράγοντες που αλληλεπιδρούν και διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες όπου ο βαθμός συμμετοχής της κάθε μιας είναι διαφορετικός σε κάθε περίπτωση. Πρώτον, το οικογενειακό, κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον το οποίο ζει το κάθε άτομο. Δεύτερον, οι βιολογικοί παράγοντες και η προσωπικότητα του ατόμου και τρίτον η δράση της ουσίας. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στο να είναι οι νέοι πιο ευάλωτοι στη χρήση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

3.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιστήμη προσπαθεί συνεχώς να κατανοήσει τα θέματα που αφορούν στις συνέπειες των διαφόρων ουσιών και κυρίως των καινούργιων. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα έχουν εκφραστεί αρκετές ανησυχίες για την επιβλαβή δράση ιδιαίτερα των νέων συνθετικών ουσιών που χρησιμοποιούνται περισσότερο από νέους σαν μέσο διασκέδασης. Γενικά αποτελεί κοινή αντίληψη ότι το αποτέλεσμα της δράσης μιας ουσίας ποικίλλει σε σημαντικό βαθμό από άτομο σε άτομο, καθώς επίσης και η ίδια ποσότητα μιας ουσίας επιφέρει διαφορετικά αποτελέσματα στο ίδιο άτομο και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Αυτό ονομάζεται παθοπλαστικότητα της ουσίας. Ωστόσο υπάρχουν κάποιες συνέπειες που μπορεί να είναι κοινές στους περισσότερους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών και οι οποίες μπορεί να είναι σωματικές, ψυχολογικές, οικογενειακές, κοινωνικές.

Οι συνέπειες λοιπόν από εξάρτηση διαφόρων ουσιών είναι οι παρακάτω:

3.1.1.ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ο γενικός κανόνας είναι ότι κάθε ψυχοδραστική ουσία που λαμβάνεται σε μεγάλες ποσότητες, συστηματικά και πολύ χρόνο είναι πολύ πιθανό ότι θα προκαλέσει σωματικού τύπου διαταραχές. Βέβαια η εκδήλωση παρενεργειών και σωματικών συμπτωμάτων αυξάνεται ανάλογα με το μέγεθος της ποσότητας της χορηγούμενης ουσίας και τη διάρκεια της κατάχρησης της. Συγκεκριμένα κάποια από τα σωματικά παθολογικά προβλήματα από την εξάρτηση διαφόρων ψυχοδραστικών φαρμάκων είναι τα εξής: οι ουσίες που καπνίζονται, όπως ο καπνός, η κάνναβη κ.α. συχνά επιφέρουν συνέπειες στο αναπνευστικό σύστημα. Οι ουσίες αυτές ερεθίζουν το αναπνευστικό σύστημα και είναι δυνατόν να προκαλέσουν βρογχίτιδα, χρόνια ιγμορίτιδα κ.α. Επίσης υπάρχουν πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου στο αναπνευστικό σύστημα. Επιπλέον άλλα συμπτώματα που παρατηρούνται στους χρήστες ουσιών που εισπνέονται είναι οι συχνές αναπνευστικές λοιμώξεις, ο χρόνιος καθημερινός βήχας, η απόχρεμψη

κ.α. Η καταστροφή του πνευμονικού ιστού προκαλεί επιβάρυνση όλων των σωματικών λειτουργιών.

Άλλες ουσίες όπως το χασίς και η κάνναβη προκαλούν προβλήματα στο καρδιαγγειακό σύστημα, έπειτα από χρόνια και συστηματική χρήση. Για παράδειγμα, η ταχυκαρδία αποτελεί ένα από τα συχνότερα συμπτώματα. Επίσης έπειτα από λήψη μεγάλων ποσοτήτων ακολουθούν συχνές κοιλιακές συστολές, ορθοστατική υπόταση κ.α. Παράλληλα, ένας σημαντικός αριθμός ερευνών έχει αναφέρει ότι η χρόνια λήψη ναρκωτικών όπως το χασίς μπορεί να έχει βλαπτικές επιδράσεις στη λειτουργία του αναπαραγωγικού συστήματος. Από την άλλη υπάρχουν αντικρουόμενες βιβλιογραφικές αναφορές γι' αυτό το θέμα. Η μακροχρόνια ωστόσο χρήση επιφέρει ελάττωση του επιπέδου των διαφόρων ορμονών όπως της τεστοστερόνης, της αυξητικής ορμόνης κ.α. Ακόμη έχει βρεθεί ότι υπάρχουν και βιολογικές διαταραχές που σχετίζονται με την ενδεχόμενη αλλοίωση των γονιδίων και χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ενώ συχνά παρουσιάζονται σύντομες ή χρόνιες οργανικές παθήσεις μικρότερης σημασίας.

Μια άλλη παράμετρος είναι η χρήση τοξικών ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να προκαλέσει μακροχρόνιες επιπτώσεις στα παιδιά, όπως ατέλειες στο ανοσοποιητικό σύστημα, νευρολογικές, αλλά και νοητικές δυσλειτουργίες. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, η συστηματική και βαριά χρήση διαφόρων ουσιών δυνητικά προκαλεί προβλήματα σε δεξιότητες που αφορούν τη μνήμη, την προσοχή και τις μαθησιακές ικανότητες. Τελειώνοντας δεν πρέπει να ξεχάσουμε τον κίνδυνο για τις διάφορες μολυσματικές ασθένειες που είναι πολύ συνηθισμένες ιδιαίτερα λόγω της έλλειψης συνθηκών υγιεινής κατά τη χρήση π.χ. κοινή χρησιμοποίηση παλιών συριγγών κ.α. Όλα τα παραπάνω λοιπόν είναι δυνατόν να επηρεάσουν πολύ αρνητικά το άτομο, μειώνοντας τις φυσικές αλλά και ψυχικές αντοχές του. (Λιάππας , 2002)

3.1.2.ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Οι επιπτώσεις αυτής της κατηγορίας αφορούν κυρίως στην απώλεια της αίσθησης του χώρου και του χρόνου, δηλαδή τη σύγχυση των βιωμάτων του παρελθόντος και του παρόντος. Για να γίνουν κατανοητές οι ψυχοπαθολογικές συνέπειες πρέπει να αναφέρουμε ότι πολλοί ερευνητές έχουν καταλήξει στον όρο «σύνδρομο έλ-

λειψης κινήτρων» για να περιγράψουν τη χρόνια χρήση ουσιών. Συνήθως το άτομο που λαμβάνει την ουσία, τη χρησιμοποιεί για να αντιμετωπίσει τα διάφορα προβλήματα που βιώνει αλλά με τη λήψη της τα προβλήματα στιγμιαία σταματούν και έπειτα από την επίδραση της αυτά διογκώνονται. Σε διάφορες έρευνες έχουν αναφερθεί το οξύ και το έντονο άγχος, οι κρίσεις πανικού, η επιθετικότητα, ο θυμός κ.α. ως συχνά επακόλουθα από την χρήση. Οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές φαίνεται ότι αποτελούν και τις συχνότερες διαταραχές που προκαλεί η λήψη εξαρτησιογόνων ουσιών.

Επιπλέον στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν ευρήματα που υποστηρίζουν ότι η χρήση ναρκωτικών προκαλεί ψυχωσικής τάξης συνδρομές, ενώ φαίνεται ότι επιβαρύνει προϋπάρχουσες ψυχωσικές νόσους, όπως η σχιζοφρένεια και η μανιοκατάθλιψη. Έχει βρεθεί ότι ψυχωσικοί ασθενείς συχνά κάνουν χρήση ουσιών στην προσπάθεια τους να ανακουφιστούν από τα συμπτώματά τους. Αυτή όμως η συμπεριφορά δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο, διότι η συστηματική χρήση επιδεινώνει τα υπάρχοντα συμπτώματα. Ακόμη η λήψη ψυχοδραστικών ουσιών μπορεί να επιφέρει γνωσιακές δυσλειτουργίες, όπως μειωμένη προσοχή, δυσκολία στην οπτική και λεκτική μνήμη κ.τ.λ. Τέλος όλες αυτές οι αρνητικές επιπτώσεις της εξάρτησης προκαλούν δυσάρεστες ψυχολογικές καταστάσεις στους χρήστες, ανηδονία, έλλειψη διάθεσης και νοήματος για τη ζωή, μειωμένη ενεργητικότητα κ.α. (Λιάππας, 2002)

3.1.3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Οι επιπτώσεις αυτές έχουν πυρήνα τους τη διάλυση της οικογένειας, την κοινωνική περιθωριοποίηση του τοξικομανούς και της οικογένειας του, τις οικονομικές δυσκολίες και τη σχέση του με το έγκλημα. Αρχικά δεν είναι δύσκολο να υποθέσουμε ότι η εξάρτηση από ουσίες ενός μέλους μια οικογένειας επηρεάζει όλα τα υπόλοιπα μέλη και προκαλεί «κρίση» στην οικογένεια. Οι καυγάδες, οι ευθύνες που πιθανόν φέρουν κάποια μέλη για την συμπεριφορά της χρήσης κ.τ.λ. προκαλεί συνεχείς ή και καθημερινές συγκρούσεις ανάμεσα στα μέλη της. Μην ξεχνάμε ότι δεν είναι εύκολο κυρίως για τους γονείς να δεχτούν ότι το παιδί τους κάνει χρήση ναρκωτικών, και ακόμη περισσότερο να δεχτούν την δική τους ευθύνη σ' αυτό. Έτσι τόσο οι σχέσεις των μελών της οικογένειας κλονίζονται όσο και η σχέση της με τον κοινωνικό και

φιλικό της περίγυρο. Δεν είναι όμως μονάχα τα ενδοοικογενειακά προβλήματα που εμπλέκονται με τη χρήση. Είναι σύνηθες το φαινόμενο η οικογένεια, ένα μέλος της οποίας είναι χρήστης, να στιγματίζεται από τον κοινωνικό της περίγυρο, να απομονώνεται από γνωστούς και φίλους και να μην της δίνεται καμία βοήθεια και συμπαράσταση.

Παράλληλα, αναφορικά με τη σχέση της τοξικομανίας με την εγκληματικότητα, ο Πανούσης (1981) υποστηρίζει ότι θα πρέπει να ξεφεύγουμε από τη συνηθισμένη άποψη που θέλει το χρήστη να κλέβει, να βιαιοπραγεί για να εξασφαλίσει τη δόση του. Για χρόνια οι εκπρόσωποι της ιατρικής έβλεπαν τον χρήστη σαν άρρωστο ενώ οι εκπρόσωποι της δικαστικής εξουσίας σαν εγκληματία, που κρύβεται πίσω από πολλές εγκληματικές πράξεις. Πίσω από την ετικέτα του χρήστη ή τοξικομανούς κρύβονται πολλοί διαφορετικοί άνθρωποι και προσωπικότητες που χρειάζονται διερεύνηση.

Επιπλέον στις οικογενειακές και κοινωνικές συνέπειες της εξάρτησης θα πρέπει να συμπεριληφθούν και τα ευρήματα πολλών ερευνών που αναφέρουν ότι πολλοί χρήστες δεν είναι σε θέση να διεκπεραιώσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, δεν αποδίδουν στην εργασία τους, δεν παρακολουθούν τις σχολικές τους υποχρεώσεις κ.τ.λ. Σε έρευνα του Thomas (1996) βρέθηκε ότι αρκετοί από τους χρήστες διαφόρων ουσιών αρχίζουν να εγκαταλείπουν διάφορες δραστηριότητες που προηγούμενα τις θεωρούσαν ενδιαφέρουσες και απολαυστικές, ενώ δημιουργούν προβλήματα στην εργασία και στους συναδέλφους τους και έχουν εμπλοκές με το νόμο. Σε άλλες μελέτες με μαθηματικούς πληθυσμούς αναφέρεται ότι οι μαθητές που κάνουν χρήση χασίς έχουν χαμηλή σχολική επίδοση, επιθετικότητα, αντιδραστική και παραπρωματική συμπεριφορά, απομάκρυνση από το γονικό περιβάλλον και προσχώρηση σε παραβατικές ομάδες συνομηλίκων. Όλα λοιπόν τα παραπάνω συνεπάγονται προβλήματα οικονομικά, εργασιακά, κοινωνικά, αλλά και διαπροσωπικών σχέσεων που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των χρηστών. (Λιάππας , 2002)

3.2. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

Ζητήματα που σχετίζονται με τη ψυχοσυναισθηματική κατάσταση και με την προσωπικότητα ενός ανθρώπου φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφω-

ση ενός μελλοντικού εξαρτημένου από ουσίες ατόμου (Λιάππας,1991). Πολλοί είναι οι ερευνητές εκείνοι που συνδέουν τη γέννηση της εξάρτησης με ψυχολογικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν στην παιδική ηλικία του ατόμου και διαμορφώνουν την προσωπικότητά του κατά τέτοιο τρόπο ώστε να αναπτυχθεί μια ροπή προς τις εξαρτήσεις (Γεωργάκας , 2007).

Ο Hofman το 1983 σχολιάζει, ότι, το να ψάχνει κάποιος για «εθιστικό τύπο προσωπικότητας» ελάχιστα βοηθάει στην πληρέστερη κατανόηση του προβλήματος. Χρησιμότερη φαίνεται να είναι η μελέτη ορισμένων κοινών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, τα οποία συναντώνται αρκετά συχνά στους χρήστες, παρά η προσπάθεια να καθοριστεί ένας ειδικός τύπος προσωπικότητας, που να προδικάζει, ότι ένα άτομο θα γίνει μελλοντικός χρήστης ψυχοτρόπων ουσιών. Κοινά χαρακτηριστικά προσωπικότητας που συχνά συναντούμε στους χρήστες, είναι, το άγχος, η κατάθλιψη, η ανάγκη για συναισθηματική εξάρτηση, η έλλειψη τάσης για συμμόρφωση, η συναισθηματική αστάθεια, η αμυντικότητα, η επιθετικότητα, η υποχονδρία, η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων και η δυσκολία ανοχής των ματαιώσεων. (Γεωργάκας, 2007)

Η υπόθεση της «αυτοθεραπείας» υποστηρίζει ότι ορισμένοι άνθρωποι που έχουν ψυχιατρικά προβλήματα επιλέγουν τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών με σκοπό να ανακουφιστούν από τα συμπτώματά τους. Οι διεγερτικές ουσίες μπορεί να μειώσουν τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, ενώ το αλκοόλ, οι βενζοδιαζεπίνες και τα άλλα αγχολυτικά μπορεί προσωρινά να καταστείλουν τα ψυχωτικά συμπτώματα. Παρόλο που η θεωρία αυτή παραμένει δημοφιλής, δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία να την υποστηρίξουν. Οι ασθενείς εξακολουθούν να κάνουν χρήση και με την υποχώρηση των συμπτωμάτων τους και η επιλογή της ουσίας γίνεται βάσει της διαθεσιμότητας και λιγότερο βάσει των συμπτωμάτων του ασθενούς. Ένα πιο γενικό μοντέλο που δικαιολογεί τις υποθέσεις αυτές θα ήταν η ανακούφιση που προσφέρουν οι ουσίες, από τη δυσφορία και το άγχος που συνεπάγονται οι ψυχικές διαταραχές . Όταν σταματήσει η χρήση της ουσίας, π.χ. με την αποτοξίνωση ή τη θεραπεία υποκατάστασης, τα συμπτώματα ενδέχεται να εμφανισθούν εκ νέου. Αιφνίδιες ψυχώσεις οφειλόμενες στη χρήση ναρκωτικών παρουσιάζονται κυρίως σε χρήστες κοκαΐνης, αμφεταμινών και παραισθησιογόνων, αλλά συνήθως υποχωρούν σχετικά σύντομα. Παρόλα αυτά, μπορεί να είναι δύσκολη η διάκριση μεταξύ συμπτωμάτων που οφεί-

λονται σε τοξίκωση από χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και μη συναφών ψυχωτικών επεισοδίων.

Από σχετικές έρευνες προκύπτει ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές της προσωπικότητας προϋπάρχουν συνήθως των διαταραχών που οφείλονται στη χρήση ουσιών, δηλαδή αυξάνουν την ροπή και επιρρέπεια των ατόμων σε τέτοιες συμπεριφορές. Ωστόσο, οι ψυχιατρικές διαταραχές πιθανόν επίσης να επιδεινωθούν λόγω της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών ή να εκδηλωθούν παράλληλα. (Γεωργάκας, 2007)

Ο Krausz (1996) προτείνει τέσσερις κατηγορίες διπλής διάγνωσης:

- κύρια διάγνωση μιας ψυχικής νόσου, με επακόλουθη (διπλή) διάγνωση κατάχρησης ουσίας που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία
- κύρια διάγνωση μιας εξάρτησης από ναρκωτική ουσία με ψυχιατρικές επιπλοκές που οδηγούν σε ψυχική νόσο
- ταυτόχρονη διάγνωση κατάχρησης ουσίας και ψυχιατρικών διαταραχών
- διπλή διάγνωση κατάχρησης ουσίας και μανιοκατάθλιψης, οι οποίες οφείλονται αμφότερες σε βαθύτερη τραυματική εμπειρία, π.χ. διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Από την άλλη ειδικοί διαφοροποιούν τις μη ειδικές ψυχιατρικές διαταραχές που παρουσιάζονται σε χρήστες ναρκωτικών από τις επιπλοκές που συνδέονται ειδικά με την ίδια την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Στις διαταραχές που εμφανίζονται συχνά σε χρήστες ουσιών περιλαμβάνονται οι εξής:

- αγχώδεις-καταθλιπτικές διαταραχές.
- διαταραχές του ύπνου, οφειλόμενες σε κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή ή ψύχωση.
- επιθετική και βίαιη συμπεριφορά, η οποία υποδηλώνει αντικοινωνικές, ψυχοπαθητικές, σχιζοφρενικές ή παρανοϊκές διαταραχές της προσωπικότητας.

Πρόσφατες νευροψυχολογικές και νευροβιολογικές έρευνες καθώς και η χρήση τεχνικών που καθιστούν δυνατή την οπτικοποίηση των εγκεφαλικών λειτουργιών οδήγησαν στην διατύπωση υποθέσεων σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ψυχικών και σωματικών τραυμάτων, ανάπτυξης του εγκεφάλου, συνεπειών της χρήσης

ναρκωτικών, του στρες και της νοητικής ανάπτυξης. Το «σύστημα ανταμοιβής» είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην ανάπτυξη της ουσιοεξάρτησης, η οποία συνδέεται με αλλαγές στην δομή του εγκεφάλου αλλά και την λειτουργία της προσαρμογής του σε μικροεπίπεδο και μακροεπίπεδο (Nestler, 2001).

Άλλες θεωρίες συσχετίζουν συγκεκριμένες ουσίες με κάποιες ψυχικές διαταραχές, π.χ. έχει εισηγηθεί η άποψη ότι η χρήση ηρωίνης μειώνει το στρες, μετριάζει τον πόνο και “καταπολεμά” τις απειλητικές και ενοχλητικές φωνές σε σχιζοφρενείς και σε ασθενείς που πάσχουν από οριακή σχιζοφρένεια. Ωστόσο, ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρές ψυχικές ασθένειες συνήθως δεν κάνουν χρήση ηρωίνης. Άλλοι υποστηρίζουν ότι η κοκαΐνη μειώνει τις καταθλιπτικές καταστάσεις, αίρει τις συμπεριφορικές αναστολές και βοηθά τις ναρκισιστικές προσωπικότητες να αποβάλουν τις παραληρητικές ιδέες μεγαλείου. Τέλος, η κάνναβη ανακουφίζει την ένταση και η έκσταση μειώνει τις κοινωνικές αναστολές (Verheul, 2001).

Στη Γερμανία, σε σχετική έρευνα, εξετάσθηκε η σχέση μεταξύ διαταραχών χρήσης ουσιών, κατάθλιψης και αυτοκτονιών και από τα ευρήματα διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνει σημαντικά στα άτομα που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή. Άλλη συναφής μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Νορβηγία, διαπίστωσε ότι υψηλό ποσοστό των χρηστών ναρκωτικών αντιμετώπισε σοβαρά οικογενειακά προβλήματα κατά τη διάρκεια της παιδικής και νεανικής του ηλικίας. Συγκεκριμένα, το 70% είχε παρουσιάσει μαθησιακά και συμπεριφορικά προβλήματα στο σχολείο, ένα 38% υπήρξε θύμα σχολικού εκφοβισμού και ένα 21% είχε υποβληθεί σε ψυχιατρική θεραπεία κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία (Lauritzen., 1997).

Είναι ακόμη σημαντικό να τονιστεί πως η ουσιοεξάρτηση και η διαταραγμένη συμπεριφορά που προκαλεί συχνά είναι κυρίαρχες στην κλινική εικόνα και παραποιούν τα ψυχιατρικά συμπτώματα. Επιπλέον, η χρήση ουσιών μπορεί να προκαλέσει ψυχιατρικά συμπτώματα που ελάχιστα διαφέρουν από εκείνα των ψυχιατρικών διαταραχών, ενώ το σύνδρομο στέρησης ή η οξεία τοξίκωση μπορούν να μιμηθούν σχεδόν όλα τα συμπτώματα των εν λόγω διαταραχών. Επίσης, η κατάθλιψη και το άγχος μπορούν να θεωρηθούν εγγενή συμπτώματα του κύκλου της τοξίκωσης-στερήσης καθώς συμπτώματα που μετριάζονταν λόγω της χρήσης των ουσιών εμφανίζονται κατά την αποχή ή τη θεραπεία υποκατάστασης. (Liappas, 2001)

Η πρόοδος στη μεθοδολογία συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της διάγνωσης τόσο των ψυχιατρικών διαταραχών όσο και των διαταραχών χρήσης ουσιών. Σήμερα είναι διαθέσιμα αρκετά τυποποιημένα και έγκυρα εργαλεία για την αξιολόγηση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και των διαταραχών της προσωπικότητας, καθώς και διάφορα εργαλεία που εκτιμούν το επίπεδο των προτύπων χρήσης ναρκωτικών και της ουσιοεξάρτησης.

Για παράδειγμα, ο Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης (ASI) είναι ένα πολυλειτουργικό εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση, το σχεδιασμό της θεραπείας και την παρακολούθηση, καθώς και για ερευνητικούς σκοπούς. Ο ASI είναι πολυδιάστατος και μετρά παλαιότερα και τρέχοντα ζητήματα που ο χρήστης αντιμετωπίζει σε επτά τομείς: κατάσταση της υγείας, απασχόληση και ανεξαρτησία, χρήση αλκοόλ, χρήση ναρκωτικών, νομικό καθεστώς, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, και ψυχιατρικά συμπτώματα (Krausz, 1999).

Σε μία μετα-ανάλυση διαφορετικών μελετών, ειδικοί κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συχνότερη ψυχιατρική διάγνωση στους χρήστες ναρκωτικών είναι η διαταραχή της προσωπικότητας, η οποία αφορά περίπου το 50-90% των χρηστών, ακολουθούμενη από τη συναισθηματική διαταραχή (20-60 %) και τις ψυχωτικές διαταραχές (20 %). Επιπλέον, ποσοστό που κυμαίνεται από 10 έως 50% των ασθενών εμφανίζει περισσότερες από μία ψυχιατρικές διαταραχές ή διαταραχές της προσωπικότητας.

Συγκριτική μελέτη μεταξύ Ελλάδας και Γαλλίας έδειξε ότι, παρόλο που τα συνολικά ποσοστά ψυχοπαθολογικών καταστάσεων στους χρήστες οπιούχων υπό θεραπεία εμφανίζουν μεγάλη ομοιότητα στις δύο χώρες, τα ψυχοπαθολογικά πρότυπα διαφέρουν: η επικράτηση συναισθηματικών διαταραχών ήταν υψηλότερη στους Γάλλους απ' ό τι στους Έλληνες χρήστες ναρκωτικών (19 έναντι 7 %), ενώ η επικράτηση προτύπων αντικοινωνικής προσωπικότητας ήταν μεγαλύτερη στο ελληνικό δείγμα (20% έναντι 7%). Οι ερευνητές αποδίδουν τις διαφορές αυτές στη χαμηλότερη επικράτηση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών στην Ελλάδα.

Όσον αφορά την επίδραση του φύλου στη σχέση ψυχοπαθολογίας και τοξικοεξάρτησης, Νορβηγική μελέτη εξέτασε τις διαφορές φύλου μεταξύ χρηστών πολλαπλών ουσιών (εκ των οποίων 85 % ήταν χρήστες ηρωίνης) και αλκοολικών που δεν έκαναν χρήση άλλων ουσιών. Το δείγμα περιελάμβανε σημαντικά μεγάλο ποσοστό

ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές της προσωπικότητας (93 %). Τα συμπεράσματα της έρευνας κατέδειξαν πως γενικά, οι γυναίκες εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά σοβαρής κατάθλιψης, ειδικής φοβίας και οριακής διαταραχής της προσωπικότητας εν συγκρίσει με τους άνδρες. Από την άλλη, η συνύπαρξη μιας διαταραχής αντικοινωνικής προσωπικότητας ήταν μεγαλύτερη στους άνδρες χρήστες πολλαπλών ουσιών (Landheim et al., 2003).

3.3. ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω ευρήματα είναι προφανές ότι υπάρχει μία σύνδεση μεταξύ της ουσιοεξάρτησης και της ψυχοπαθολογίας, χωρίς αυτό αν σημαίνει ότι υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ τους. Σε κάποιες περιπτώσεις, η ψυχοπαθολογία προϋπήρχε της έναρξης της χρήσης ουσιών και της ουσιοεξάρτησης, σε άλλες τα παθολογικά συμπτώματα επικαλύπτονται από αυτά της εξάρτησης ενώ σε αρκετές περιπτώσεις από την κλινική εικόνα δεν μπορεί να είναι ξεκάθαρο εάν τα συμπτώματα είναι αποτέλεσμα της διαταραχής ή της χρήσης. Η συγκεκριμένη, είναι σίγουρα μία περιοχή που χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση, μέσα από τις διάφορες εγκεκριμένες μεθόδους, την χρήση έγκυρων και κατάλληλων ψυχομετρικών εργαλείων, με την κλινική συνέντευξη αλλά και μέσα από τα αποτελέσματα της απεξάρτησης και θεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καταρχήν, τα ναρκωτικά αποτελούν μια πολυσύνθετη κοινωνικοπολιτική, πολιτισμική αλλά και ηθική πρόκληση που ξεπερνούν το μέγεθος και την σημασία των εθνικών συνόρων. Ένα από τα σοβαρά ζητήματα της εποχής μας είναι η παραγωγή, διακίνηση και χρήση των ναρκωτικών ουσιών που έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις στις μέρες μας. Επίσης, η κατάχρηση των εξαρτησιογόνων ουσιών που συνοδεύεται από τη βία, την παραβατικότητα αλλά και ασθένειες (π.χ. AIDS, ηπατίτιδα) αυξάνονται με γοργούς ρυθμούς .

Πιο συγκεκριμένα η Ενιαία Σύμβαση για τα Ναρκωτικά του 1961, όπως τροποποιήθηκε από το Πρωτόκολλο του 1972 είναι αποτέλεσμα των σχετικών συμβάσεων των Ηνωμένων Εθνών μέσα από την ισορροπημένη και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του φαινομένου της μείωσης της ζήτησης και τη μείωση της προσφοράς. Επίσης, βασικές νομικές πράξεις είναι η Σύμβαση για της Ψυχοτρόπες ουσίες (1971) αλλά και η Σύμβαση κατά της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών φαρμάκων και ψυχοτρόπων ουσιών το 1988. Το 1998 τονίστηκε η σπουδαιότητα των αρχών και των αξιών σχετικά με την μείωση της ζήτησης και την μείωση της προσφοράς στη διαμόρφωσή των εθνικών στρατηγικών μέσα από τη Διακήρυξη της Ειδικής Συνόδου της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών.

Η Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά το έτος 2009-2012, εφαρμόζει πολιτικές για μια προσέγγιση ισορροπίας όπως αυτή διασφαλίζεται από διεθνής και ευρωπαϊκές συμβάσεις, έχοντας στα υπόψη της όλες της παραμέτρους για τη χώρα μας. Η αντιμετώπιση του φαινομένου πραγματοποιείται μέσα από τη μείωση της ζήτησης και τη μείωση της προσφοράς με απαραίτητο στοιχείο τη σύνδεση των στρατηγικών αυτών. Τα προγράμματα μείωσης της ζήτησης και μείωσης της προσφοράς πρέπει να λειτουργούν ενιαία με την εθνική και διεθνή πολιτική και στρατηγική ώστε να επιφέρουν τα ουσιαστικά αποτελέσματα για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. (Πουλόπουλος, 2009 & www.ask.org.cy {πρόσβαση 28 Οκτωβρίου 2012}).

Πιο συγκεκριμένα η εθνική στρατηγική της ΕΕ για τη χρονική περίοδο του 2005-2012 στον τομέα της μείωσης της ζήτησης αποσκοπεί στην ελάττωση της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών αλλά και στη μείωση των υγειονομικών και κοινωνικών κινδύνων που προξενεί η χρήση. Αυτό θα επιτευχθεί μέσα από ένα ολοκληρωμένο σύστημα μείωσης της ζήτησης όπου θα έχει της ρίζες του στη γνώση και θα περιλαμβάνεται από πρόληψη, θεραπεία, κοινωνική επανένταξη αλλά και μείωση των βλαβερών αποτελεσμάτων στα πλαίσια των κρατών-μελών την ΕΕ.

Από την άλλη πλευρά, στα πλαίσια της μείωσης της προσφοράς η Εθνική Στρατηγική και τα Σχέδια δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά από την περίοδο 2005-2012 αποσκοπούν μέχρι και το 2012 να επιφέρουν αξιόπιστα και μετρήσιμα αποτελέσματα της αποδοτικότητας των παρεμβάσεων αλλά και των δράσεων οι οποίες να στέκονται ενάντια στη διακίνηση, την παραγωγή και την εμπορία των ναρκωτικών ουσιών αλλά και της εκτροπής ουσιών και το ξέπλυμα βρώμικου χρήματος που σχετίζονται με τα ναρκωτικά.

Στην Ελλάδα σημαντικός παράγοντας θα είναι η μετεξέλιξη του Ο.ΚΑ.ΝΑ. σε Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων. Η ανάπτυξη δηλαδή στοχευμένης πολιτικής πρόληψης που θα αποτελεί εθνική στρατηγική για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Ωστόσο, η ελληνική κοινωνία έχει ανάγκη από έναν οργανισμό που θα χαράξει και θα πραγματοποιεί καινοτόμα προγράμματα πάνω στη πρόληψη. Έτσι, θα ήταν πολύ καινοτόμο ο Ο.ΚΑ.ΝΑ να εξελιχθεί σε ένα οργανισμό προάσπισης της πρόληψης. Σε αυτή τη φάση βασική αποστολή του είναι η εξής:

- Η ανάπτυξη νέων καινοτόμων πρακτικών πρόληψης όπως είναι ο εθισμός με το internet, τα ηλεκτρονικά παιχνίδια και ο τζόγος.
- Να φροντίζει στην εφαρμογή των νόμων που αφορούν τη δημόσια υγεία για το κάπνισμα.
- Να πραγματοποιήσει μια καινοτόμα εθνική πολιτική πρόληψης που να αφορά όλες τις εξαρτήσεις.
- Να μεριμνά για τη συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση των στελεχών των Κέντρων Πρόληψης και να αξιολογεί συνεχώς το έργο τους.
- Να φροντίζει για τη συνεχή αναβάθμιση των Κέντρων Πρόληψης
- Να εκπαιδεύει τους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας πάνω στο θέμα των εξαρτήσεων.

- Την πραγματοποίηση πολιτικής πιστοποίησης που θα ολοκληρώνει το προεδρικό διάταγμα.
- Τέλος, να μάχεται για τα δικαιώματα των χρηστών αλλά και την εξάλειψη του κοινωνικού στιγματισμού

Το σχέδιο αυτό αναφέρεται για τη μετονομασία του Ο.ΚΑ.ΝΑ. σε Εθνικό Κέντρο Απεξάρτησης αλλά και την ενσωμάτωση του με προγράμματα του ΕΣΥ. (www.emcdda.europa.eu. {πρόσβαση στις 28 Οκτωβρίου 2012}).

4.2. ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Σύμφωνα με το (ΦΕΚ Α 103) από της 26-6-2006 ξεκίνησε να ισχύει ο καινούργιος νόμος για τα ναρκωτικά (Ν.3459/2006), στο άρθρο 1 του οποίου αποτυπώνεται ο ορισμός των ναρκωτικών και συμπεριλαμβάνονται οι ουσίες που υπάρχουν στα ναρκωτικά. Ο ν. 3459/2006 περιέχει συνολικά 60 άρθρα και έχουν καταταγεί με νέα συστηματική τα τριάντα άρθρα του 1729/1987 καθώς και διατάξεις άλλων σχετικών νόμων. Η σχετική νομοθεσία για τα ναρκωτικά πραγματοποιείται μέσα από ένα άρτιο νομοθέτημα που έχει ρυθμιστική αυτοτέλεια και σειρά ειδικών δικονομικών ρυθμίσεων και αποτελεί ένα δείγμα αυτοτελούς και με ιδιαίτερη πρακτική σημασία, ειδικού ποινικού νόμου. (invenio.lib.auth.gr. {πρόσβαση 29 Οκτωβρίου 2012}).

4.3. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

4.3.A. ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Η Ευρωπαϊκή Ένωση στο Στρασβούργο, το 2011 έδωσε νέα πνοή σχετικά με την πολιτική που εφαρμόζεται για τα ναρκωτικά αναμορφώνοντας τη νομοθεσία για την καταπολέμηση των παράνομων ουσιών, κυρίως των ψυχοτρόπων ουσιών που μιμούνται την κοκαΐνη και την έκσταση. Τα ναρκωτικά αυτά εξαπλώνονται, εν τάχει, μέσω διαδικτύου και διακινούνται σε πολλά κράτη-μέλη τα οποία αδυνατούν να αποτρέψουν την πώληση τους. Με την εφαρμογή της Λισσαβόνας γίνεται προσπάθεια για την καταπολέμηση των ναρκωτικών.

Πιο συγκεκριμένα, για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού εφαρμόζεται η εξής πολιτική:

- Ενισχυμένη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις νέες ψυχότροπες ουσίες όπου απαγορεύει και αντιμετωπίζει την πώληση αυτών των ουσιών μέσω διαδικτύου.
- Αντιμετώπιση της διακίνησης των ναρκωτικών δια μέσου των συνόρων, με αλλαγή των κυρώσεων.
- Να γίνεται περισσότερος έλεγχος των χημικών ουσιών που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή ναρκωτικών.
- Να στερούνται τα οικονομικά οφέλη οι έμποροι. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα λάβει μέτρα για τη κατάσχεση και την ανάκτηση των περιουσιακών στοιχείων που σχετίζονται με σοβαρό έγκλημα περιλαμβανομένου και της διακίνησης.
- Ενίσχυση της συνεργασίας σε διεθνές επίπεδο.

Οι νομοθετικές αλλαγές της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την καταπολέμηση, διακίνηση ναρκωτικών και των έλεγχος χημικών ουσιών που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή ναρκωτικών ουσιών καθώς και η εμφάνιση ψυχοτρόπων ουσιών είναι αποφάσεις του Συμβουλίου 2004/757/ΔΕΥ και 2005/387/ΔΕΥ. (www.europa.eu { πρόσβαση στις 2 Νοεμβρίου 2012})

4.3.B.ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τα ναρκωτικά είναι ο νόμος 1729/1987 που αναφέρεται στην καταπολέμηση και την διάδοση των εξαρτήσεων αλλά και στην προστασία των νέων και τα μέτρα που χρειάζεται να λάβει η κοινωνία για την εξάλειψη του μεγάλου αυτού κοινωνικού ζητήματος. Ωστόσο, τα 25 από τα 31 άρθρα όπου αναφέρονται για την καταστολή.

Με το ν. 1729/1987 έγινε η τελική μεταρρύθμιση της νομοθεσίας. Στη συγκεκριμένη νομοθεσία έγινε διάκριση στους δράστες διακίνησης και χρήστες ουσιών σε τοξικομανείς και μη τοξικομανείς, προνοώντας για τους μεν μειωμένα πλαίσια ποινών και ειδική θεραπευτική μεταχείριση (άρθρα 13 -14). Με το ν. 1729/1987 καταργείται ο όρος τοξικομανείς καθώς προσδίδεται ο κοινωνικός στιγματισμός και προτι-

μάται ο μακροσκελής όρος χρήστες ναρκωτικών ουσιών που υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση. Για ιδεολογικούς λόγους και εξάλειψης του στιγματισμού εγκαταλείπεται το άρθρο 13 παρ 1 του ν. 1729/1987 του όρου τοξικομανείς και προσδίδεται η περιφραση «όσοι απέκτησαν την έξη της χρήσης ναρκωτικών και δεν μπορούν να την αποβάλουν με δικές τους δυνάμεις», που είναι και τα πρόσωπα που υποβάλλονται στην ειδική μεταχείριση που κατά καιρούς ορίζει ο νόμος. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί πως ο ν. 1729/1987 στην πρώτη του διατύπωση πίεσε για την υποχρεωτική θεραπευτική μεταχείριση, ακόμη και του χρήστη που ήταν ατιμώρητος. Οι διατάξεις των άρθρων 13-14 δέχτηκαν πολλές τροποποιήσεις με τους ν.1738/1987, 2161/1993, 2331/1995, 2408/1996, 2479/1997 και 2721/1999 ιδίως στο πεδίο των κανόνων της πραγματογνωμοσύνης. Τέλος με τον Ν.3459/2006 Κώδικας Νόμων για τα Ναρκωτικά (ΚΝΝ) έγινε η κωδικοποίηση των διατάξεων που ισχύουν για τα ναρκωτικά και η ισχύς του αρχίζει από 26-06-2006. Από την έναρξη της ισχύς του καταργείται κάθε διάταξη γενική ή ειδική που αφορά θέματα ρυθμιζόμενα από τον ΚΝΝ. (invenio.lib.auth.gr. {πρόσβαση 4 Νοεμβρίου 2012}).

4.4.ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΖΗΤΗΣΗΣ

Σύμφωνα με τη Στρατηγική της Ε.Ε. στα πλαίσια της μείωσης της ζήτησης για τη χρονική περίοδο 2005-2012 θέτει ως στόχο τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών αλλά και τη μείωση κινδύνων σε κοινωνικό και υγειονομικό επίπεδο που προξενεί η χρήση. Αυτό προϋποθέτει την ανάπτυξη και τη βελτίωση ενός ολοκληρωτικού και δραστικού συστήματος μείωσης της ζήτησης.

Η μείωση της ζήτησης τη χρονική αυτή περίοδο περιλαμβάνει ζητήματα συντονισμού, συνεργασίας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, ενημέρωση, έρευνα και αξιολόγηση. Επίσης, συμπεριλαμβάνει πρακτικές για την ευαισθητοποίηση του κοινού. Έτσι λαμβάνονται αποφάσεις σε επίπεδο πρόληψης, θεραπείας, μείωσης της βλάβης και κοινωνικής επανένταξης.

Οι προτεραιότητες που έχουν ειπωθεί στα πλαίσια της μείωσης της ζήτησης είναι οι εξής:

- Η καλύτερευση της πρόσβασης και της δραστικότητας των προγραμμάτων πρόληψης έχοντας ως βάση την πρόληψη σε επίπεδο οικογένειας και κοινότητας.
- Βελτίωση της πρόσβασης σε προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης για νέους που πειραματίζονται για την αύξηση των εμπειριών τους σε ψυχοτρόπες ουσίες.
- Βελτίωση προγραμμάτων θεραπείας και διευκόλυνση της πρόσβασης τους σε αυτά, περιλαμβάνοντας ολοκληρωμένη φαρμακευτική και ψυχοκοινωνική περίθαλψη.
- Τέλος, προτεραιότητα της είναι η ευκολότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες για την πρόληψη των υγειονομικών και κοινωνικών αποτελεσμάτων που σχετίζονται με τη χρήσης ουσιών π.χ. (ηπατίτιδα, HIV/AIDS). (www.emcdda.europa { πρόσβαση στις 8 Νοεμβρίου 2012})

4.4.1.ΠΡΟΛΗΨΗ

Στην Ελλάδα η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης επιτυγχάνεται από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. που έχει ιδρύσει 71 Κέντρα πρόληψης σε συνεργασία με φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Προγράμματα πρόληψης στην Ελλάδα εφαρμόζονται επίσης από κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς φορείς στο χώρο των εξαρτήσεων αλλά και της υγείας καθώς από το Υπουργείο Παιδείας. Στους μη κερδοσκοπικούς φορείς περιλαμβάνονται το ΚΕΘΕΑ, Το Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης και ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός. Επίσης δύο κρατικοί φορείς η Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω ΨΝΑ και ΨΝΘ αλλά και μια εθελοντική οργάνωση και δύο φορείς της Εκκλησίας .

Τα Κέντρα Πρόληψης πραγματοποιούν παρεμβάσεις σε σχέση με την αγωγή και την προαγωγή υγείας. Στόχοι των Κέντρων Πρόληψης είναι οι εξής:

- Παροχή έγκαιρης πληροφόρησης της τοπικής κοινότητας για τα χαρακτηριστικά των ναρκωτικών αλλά και τα αποτελέσματα της χρήσης ουσιών.

- Η ενίσχυση, η υποστήριξη και η εκπαίδευση των νέων ώστε να αναπτύξουν μια άλλη ιδεολογία απέναντι στην πρόληψη της χρήσης που συνδέεται με τις εξαρτησιογόνες ουσίες.
- Η ενδυνάμωση του παιδαγωγικού ρόλου καθώς και η ενδυνάμωση και η ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών σχετικά με την χρήση ουσιών.
- Οι εκπαιδευτικοί να υλοποιούν παρεμβάσεις πρόληψης σε μαθητές στα πλαίσια εκπαίδευσης και υποστήριξής τους.
- Οι γονείς να εκπαιδεύονται και να υποστηρίζονται ώστε να αναπτύξουν την επικοινωνία με τα παιδιά τους αλλά και να βελτιώσουν το γονεϊκό τους ρόλο.
- Η παρότρυνση των νέων ώστε να αξιοποιούν δημιουργικά τον ελεύθερο τους χρόνο.
- Τέλος, η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση της ευρύτερης τοπικής κοινότητας.

Ωστόσο, σε επίπεδο πρόληψης πραγματοποιούνται στην Ελλάδα και άλλου είδους παρεμβάσεις.

- Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στη σχολική κοινότητα: Μια από τις παρεμβάσεις πρόληψης που πραγματοποιούνται στην Ελλάδα είναι αυτή της σχολικής κοινότητας. Αυτού του είδους πρόληψης εφαρμόζεται αφενός για την χάραξη πολιτικής και αφετέρου για τη συμμετοχή όχι μόνο των μαθητών αλλά και των εκπαιδευτικών και των γονιών.
- Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια: Πολύ βασική ομάδα-στόχος στις καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης αποτελεί η οικογένεια. Στην Ελλάδα το OKANA αλλά και άλλοι φορείς αναπτύσσουν δράσεις στο τομέα της πρόληψης και πραγματοποιούν δύο τύπους παρεμβάσεις. 1) Παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης δηλαδή ανοιχτές συναντήσεις με την οικογένεια που αφορά την πρόληψη και τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους. 2) Παρεμβάσεις εκπαίδευσης (ομάδες / σχολές γονέων) που αφορά ομάδες βιωματικού κυρίως χαρακτήρα που βοηθά στην καλύτερευση της επικοινωνίας των γονιών απέναντι στα παιδιά τους αλλά και πραγματοποιεί παρεμβάσεις για την υποστήριξη του γονεϊκού ρόλου.
- Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην κοινότητα: Αυτού του είδους οι παρεμβάσεις αφορούν τους νέους. Τα Κέντρα Πρόληψης του OKANA δεν περι-

ορίζονται μόνο στη σχολική κοινότητα αλλά δραστηριοποιούνται και εκτός σχολείου.

- Παρεμβάσεις σε τοπικούς φορείς και ομάδες της κοινότητας: Τα Κέντρα Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ κάνουν ενημερωτικές συναντήσεις με μέλη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, τοπικούς φορείς και συλλόγους ώστε να πραγματοποιηθεί συνεργασία και να κάνουν πιο εύκολο το έργο της τοπικής κοινότητας. (www.emcdda.europa { πρόσβαση στις 10 Νοεμβρίου 2012})

4.4.2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν επίσημα και αναγνωρισμένα 77 θεραπευτικά προγράμματα. Τα θεραπευτικά αυτά προγράμματα προσφέρουν θεραπεία σε εξαρτήσεις όπως τα ναρκωτικά, το internet, τις διατροφικές διαταραχές καθώς και την παροχή θεραπευτικών προγραμμάτων σε φυλακισμένα ή αποφυλακισμένα άτομα.

Τα θεραπευτικά προγράμματα είναι διαμονής ή εξωτερικής παρακολούθησης. Στα προγράμματα αυτά συγκαταλέγονται τα λεγόμενα «στεγνά» προγράμματα, τα προγράμματα με υποκατάστατα, προγράμματα με ανταγωνιστές, θεραπευτικές κοινότητες, προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης, μακρόχρονα ή βραχύχρονα προγράμματα διαμονής και θεραπευτικά προγράμματα σε σωφρονιστικά καταστήματα. (Πουλόπουλος, 2009)

4.4.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

Πολύ βασικό ρόλο στην Ελλάδα αποτελεί το κομμάτι της κοινωνικής επανένταξης. Στην Ελλάδα η κοινωνική επανένταξη αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι και βασική προϋπόθεση για το τελικό βήμα της θεραπευτικής διαδικασίας. Αντίθετα στην Ευρώπη η κοινωνική επανένταξη δεν πραγματοποιείται πάντα για την ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας. (www.yyka.gov.gr { πρόσβαση στις 11 Νοεμβρίου})

Χαρακτηριστική Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης είναι του ΟΚΑΝΑ, όπου άρχισε επίσημα τη λειτουργία της το 2000, με οργανωμένο θεραπευτικό και διοικητικό πλαίσιο. Στόχος της Μονάδας αυτής είναι να βοηθήσει μέσω της ψυχοκοινωνικής

στήριξης την κοινωνικοποίηση του ατόμου. Επίσης, συμβάλει στην ώθηση για εξεύρεση εργασίας στα άτομα εκείνα που έχουν ολοκληρώσει σε κάποια μονάδα απεξάρτησης τη θεραπευτική τους διαδικασία. Το πρόγραμμά αυτό διαρκεί από 12- 24 μήνες. Ωστόσο, η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης του OKANA παρέχει θεραπεία σε ατομικό, ομαδικό και οικογενειακό επίπεδο. Επίσης, αντιμετωπίζονται ιατρικά προβλήματα αλλά χορηγείτε και φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα. Εντούτοις, υλοποιούνται πολιτιστικές και αθλητικές δράσεις καθώς και στο πρόγραμμα πραγματοποιούνται τα Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης του OKANA. Επίσης, ο OKANA συνεργάζεται με τον ΟΑΕΔ όπου αξιοποιεί τα μέλη της Μονάδας σε προγράμματα «Επιδότησης Ελευθέρων Επαγγελματιών» και «Επιδότησης Νέων Θέσεων Εργασίας για την απασχόληση απεξαρτημένων ατόμων». Τέλος το OKANA παρέχει νομική υποστήριξη στα μέλη για την εκκαθάριση του ποινικού μητρώου των ατόμων που είναι στη Μονάδα. (www.okana.gr { πρόσβαση στις 11 Νοεμβρίου 2012})

Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί το πρόγραμμά EQUAL αποτελώντας βασικό εργαλείο της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για την απασχόληση. Το πρόγραμμα αυτό χρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και αποσκοπεί στην εξάλειψη των διακρίσεων και της ανισότητας στον τομέα της απασχόλησης. Το πρόγραμμα EQUAL συμβάλλει σε πρακτικές για μια οριζόντια προσέγγιση στις πολιτικές και τις υπηρεσίες ώστε να εξαλειφθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός από την αγορά εργασίας και να εξασφαλιστούν ίσα δικαιώματα στην αγορά εργασίας. (www.equal-greece.gr {πρόσβαση στις 11 Νοεμβρίου 2012})

4.5. ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ

Η Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά τη περίοδο του 2005-2012 στοχεύει μέχρι το έτος του 2012 να επιφέρει μετρήσιμα αποτελέσματα στην αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και στο γνωστικό επίπεδο των παρεμβάσεων και ενεργειών του νόμου της Ε.Ε. και των κρατών-μελών οι οποίες να εναντιώνονται στη παραγωγή, διακίνηση, εμπορία των ναρκωτικών αλλά και της εκτροπής παράνομων ουσιών και του ξεπλύματος βρώμικου χρήματος που συνδέεται με τα ναρκωτικά

Η πολιτική της Ε.Ε. θέτει της ακόλουθες ενέργειες και δράσεις. Συγκεκριμένα παρέχει τη συνεργασία σε χώρες εντός και εκτός της Ε.Ε. σε στρατηγικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο πρόληψης του εγκλήματος. Αυτό για να μην αποδυναμωθούν οι επιχειρησιακές δραστηριότητες όσο αφορά την παραγωγή και εμπορία ναρκωτικών αλλά και πρόδρομων ουσιών καθώς και των εγκληματικών δικτύων που αναμιγνύονται στις ενέργειες αυτές. (www.emcdda.europa { πρόσβαση στις 8 Νοεμβρίου 2012})

4.6. ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΚΑΙ ΝΟΜΙΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφέρονται σε προγράμματα πρόληψης, θεραπείας και χρήσης παράνομων και νόμιμων ουσιών ανεξάρτητα από τις εθνικές στρατηγικές που διαθέτουν. Στόχος τους είναι κυρίως η εξαρτητική συμπεριφορά που δημιουργείται με την κατάχρησή της ουσίας παρά τόσο με την ίδια την ουσία. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί πως τα θεραπευτικά προγράμματα ασχολούνται κυρίως με τις παράνομες ουσίες και όχι τόσο με τις νόμιμες.

4.6.1. ΠΡΟΛΗΨΗ

Ένας τομέας της πρόληψης είναι η καθολική πρόληψη που εκτείνεται στον τομέα της κοινότητας αλλά και του σχολείου. Στόχος της καθολικής πρόληψης είναι να αποτρέψει και να μην εντείνει τη χρήση ουσιών στους νέους αλλά και τις συνέπειες της χρήσης. Η καθολική πρόληψη έχει εμφανή αποτελέσματα.

Ένας άλλος τομέας πρόληψης είναι η επικεντρωμένη πρόληψη όπου παρεμβαίνει σε επίπεδο οικογένειας, κοινότητας και σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων των οποίων τα άτομα λόγω χαλαρών οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών αλλά και πόρων καταφεύγουν στις ουσίες ή στην εξάρτηση. Πολλά κράτη-μέλη στρέφουν τις στρατηγικές τους προς τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες. Η αύξηση αναφέρεται στις παρεμβάσεις για μαθητές με ακαδημαϊκά ή κοινωνικά προβλήματα όπου παρεμβάσεις

αναπτύσσονται εκτενώς ή πλήρως σε 16 χώρες καθώς και για νεαρούς παραβάτες περί ναρκωτικών όπου παρεμβάσεις παρέχονται πλήρως ή εκτενώς σε 12 χώρες. Η αύξηση των παρεμβάσεων για τους νεαρούς παραβάτες οφείλεται σε ένα ψυχοκοινωνικό πρόγραμμα σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και στους νέους που διαπράττουν πολλές φορές αξιόποινη πράξη για πρώτη φορά πραγματοποιούνται παρεμβάσεις σε Λουξεμβούργο, Ιρλανδία αλλά και Ελλάδα.

Η ενδεδειγμένη πρόληψη έχει σκοπό να εντοπίσει τα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα του ατόμου τα οποία μπορεί να οφείλονται στη χρήση. Ενδεδειγμένη πρόληψη υλοποιούν τα μισά κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η Νορβηγία. Η ενδεδειγμένη πρόληψη μπορεί να λειτουργήσει ανάμεσα στην πρόληψη στην κοινότητα και στην εξειδικευμένη θεραπεία που παρέχεται στο κλινικό πλαίσιο, όπως σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες που κάνουν χρήση χασίς και αλκοόλ. (www.emcdda.europa.eu , 2011 {πρόσβαση στις 20 Νοεμβρίου 2012})

4.6.2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην Ευρώπη παρέχονται η εξής θεραπείες ανεξάρτησης οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, η θεραπεία υποκατάστασης αποιδών και η σωματική αποτοξίνωση. Οι θεραπείες σε κάθε χώρα επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένου και τις υγειονομικής περίθαλψης.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν στραφεί στις νόμιμες ουσίες με της σύνηθες παρεμβάσεις στις παράνομες, αυτό έχει γίνει ιδιαίτερα ορατό τα τελευταία χρόνια. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στις νόμιμες ουσίες εφαρμόζεται κυρίως σε Βέλγιο, Γερμανία και Γαλλία. (www.emcdda.europa.eu , 2012 {πρόσβαση στις 23 Νοεμβρίου 2012})

4.7. ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης διέπεται από τις εξής αρχές:

- Αρχή 1^η: Το δικαίωμα του χρήστη. Μια από τις αρχές του Εθνικού Σχεδίου Δράσεις είναι η προστασία των δικαιωμάτων του χρήστη, της οικογένειας του αλλά και της ελληνικής κοινωνίας γενικότερα.
- Αρχή 2^η: Η προώθηση της γνώσης. Στα πλαίσια της αρχής αυτής απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ανάπτυξη της έρευνας και η συλλογή δεδομένων που είναι απαραίτητα για τη χάραξη πολιτικής. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσεις καλείται να φροντίσει την ενίσχυση του ρόλου και της αποστολής του ΕΚΤΕΙΠΝ καθώς και την ανάπτυξη του Υγειονομικού χάρτη της χώρας.
- Αρχή 3^η: Η προώθηση της ισότητας στην Υγεία. Με βάση την αρχή αυτή το Εθνικό Σχέδιο Δράσεις ωθεί την ενσωμάτωση των θεραπευτικών δομών του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στο Ε.Σ.Υ..
- Αρχή 4^η: Η οικονομική αποτελεσματικότητα. Η αρχή αυτή στοχεύει στα οφέλη που θα υπάρξουν από τις επενδύσεις της πολιτείας στις δράσεις που στοχεύουν στην εξάλειψη της ουσιοεξάρτησης. Επίσης βασική αρχή στην οικονομική αποτελεσματικότητα είναι ότι κάθε σύστημα Δημόσιας Υγείας έχει χρέος να θέτει τα θεμέλια για διοικητικές πρακτικές αλλά και την αρτιότερη διαχείριση των πόρων που είναι στη διάθεση μας.
- Αρχή 5^η: Η στοχευόμενη προστασία των νέων και των κοινωνικά ευπαθών ομάδων. Η δραστηριότητα αυτή αποβλέπει για πρώτη φορά στο σχεδιασμό και την πραγματοποίηση στοχευόμενων προγραμμάτων πρόληψης προσαρμοσμένο με βάση την εκτίμηση των αναγκών και των αξιών των ομάδων - στόχων. Ο στόχος αυτός είναι βασικός για την αποστολή του Εθνικού Κέντρου Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων στο δρόμο της εξέλιξης του που αποσκοπεί στην επικοινωνία με την κοινωνία και την εξάλειψη των ναρκωτικών.
- Αρχή 6^η: Η εφαρμογή ευρείας διατομεακής πολιτικής συνεργασίας. Σκοπός της αρχής αυτής είναι η πρόταση του Εθνικού Σχεδίου Δράσεις που κάνει λόγο για την επίτευξη ενός Εθνικού οργάνου που θα συντονίζει δραστηριότητες των συναρμόδιων υπουργείων και φορέων αλλά και την εκπροσώπηση της χώρας σε διεθνή φορά και οργανισμούς. Το νομοσχέδιο αυτό, εφαρμόζεται για πρώτη φορά στη χώρα μας ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα των ναρ-

κωτικών από κοινού με το Υπουργείο Δικαιοσύνης. (www.emcdda.europa { πρόσβαση στις 12 Νοεμβρίου 2012})

4.8. Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα ναρκωτικά συντελεί σε μια ολοκληρωμένη, πολυτμηματική και ισορροπημένη προσέγγιση, στην οποία αποτυπώνεται και συνδυάζεται η μείωση της ζήτησης και η μείωση της προσφοράς, μέσω της διεθνούς συνεργασίας και ρύθμισης.

Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική στοχεύει στη παροχή αξιών στις εθνικές στρατηγικές διαφυλάγοντας αναλλοίωτες της αρχές της επικουρικότητας και της αναλογικότητας. Στοχεύει επίσης στο να αφήσει τη δυνατότητα δράσεως σε τοπικό, περιφερειακό, διακρατικό και εθνικό επίπεδο καθώς επίσης και την αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, έχοντας πάντα υπόψη τα εμπόδια των κρατών-μελών αλλά και των οργάνων της ΕΕ.

Η Εθνική Στρατηγική της Ε.Ε για την περίοδο 2005-2012 έχει κεντρικό σημείο τη μείωση της ζήτησης και τη μείωση της προσφοράς αλλά επικεντρώνεται και στη διεθνή συνεργασία, στην έρευνα, την πληροφόρηση και την αξιολόγηση. (www.emcdda.europa { πρόσβαση στις 14 Νοεμβρίου 2012})

4.9. ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΑ ΕΘΝΙΚΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. έχουν την τάση να υιοθετούν μια εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά. Από το 2003, η Δανία, η Γερμανία, η Σλοβενία και η Λιθουανία διαθέτουν Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά και το ίδιο έπραξε και η Εσθονία με τη Γαλλία το 2004. Ο συνολικός αριθμός των κρατών- μελών της Ε.Ε. που εφαρμόζουν μια ενιαία πολιτική κατά των ναρκωτικών αγγίζει το 21 επί συνόλου 25 κρατών.

Πρώτον, η εφαρμογή μιας ολιστικής προσέγγισης για τα ναρκωτικά, η οποία τοποθετεί δραστηριότητες μείωσης της ζήτησης και μείωσης της προσφοράς γίνεται όλο και πιο σύνηθες. Δεύτερον, όλο και πιο σημαντικός γίνεται ο ρόλος του συντονισμού. Τρίτον, πολύ μεγάλη αξία δίδεται στις επιτόπιες παρεμβάσεις και στη παρακολούθηση και την αξιολόγηση της εφαρμογής τους.

Ωστόσο, υπάρχουν τεράστιες διαφορές στο περιεχόμενο των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά. Επίσης, υπάρχει μεγάλη πολυμορφία με το χρονοδιάγραμμα της εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά. Οι περισσότερες χώρες έχουν ενστερνιστεί ένα διάγραμμα χρονικής περιόδου 3-5 ετών ενώ άλλες καλύπτουν τη χρονική περίοδο 8-10 ετών. Υπάρχουν και οι χώρες που δεν υιοθετούν κανένα χρονοδιάγραμμα.

Εντούτοις, οι Εθνικές Στρατηγικές για τα ναρκωτικά στρέφονται σε δραστηριότητες για τα παράνομα ναρκωτικά, πολλά έγγραφα κάνουν λόγο για τις νόμιμες ουσίες, αλκοόλ και καπνό στα πλαίσια της εκπαίδευσης, της πρόληψης και της θεραπείας. Σε κάποιες χώρες που υπάρχει ο προβληματισμός αυτός εκφράζεται με δράσεις ενώ σε άλλες με απλή αναφορά. Επίσης, υπάρχουν και οι χώρες που μέρος των στρατηγικών τους αποτελεί και το αλκοόλ αυτές περιέχουν εθνικό σχέδιο δράσης για το αλκοόλ. (ar2004.emcdda.europa.eu {πρόσβαση στις 16 Νοεμβρίου 2012}).

4.10. ΕΘΝΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΚΑΙ ΝΟΜΙΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Πρωτεύοντα ρόλο της Ευρωπαϊκής πολιτικής για τα ναρκωτικά είναι οι εθνικές στρατηγικές και τα σχέδια δράσεις για τις παράνομες και νόμιμες ουσίες. Σύμφωνα με την εποπτεία του ΕΚΤΕΠΝ εθνικές στρατηγικές και σχέδια δράσεις εκτελούνται σε 30 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα τελευταία 3 χρόνια. Τα έγγραφα αυτά περιγράφουν την κατάσταση σχετικά με τα ναρκωτικά, τους μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους κάθε χώρας, τις δραστηριότητες που εκτελούνται αλλά και το φορέα υλοποίησής τους. Επίσης, πολλαπλασιάζονται συνεχώς οι στρατηγικές και οι δράσεις και υπόκεινται αξιολόγηση.

Συγκεκριμένα, νέες εθνικές στρατηγικές και σχέδια δράσεις έχοντας χρονικό διάστημα από τρία έως εννέα χρόνια ενέκριναν έντεκα χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το τελευταίο χρονικό διάστημα. Η Πορτογαλία, η Ρουμανία και η Τουρκία σύμφωνα με τα έγγραφα πολιτικής τους καλύπτουν το χρονικό διάστημα 2005- 2012. Η Πορτογαλία η Γαλλία και η Ρουμανία διαθέτουν σχέδιο δράσης αποκλειστικά για τις παράνομες ουσίες ενώ η Τουρκία διαθέτει σχέδιο δράσης στα πλαίσια τις εθνικής στρατηγικής για τις παράνομες ουσίες αλλά και τις νόμιμες (καπνό και αλκοόλ). Επίσης, πολλές χώρες διαθέτουν διαφορετικό σχέδιο δράσεις από τις παράνομες και τις νόμιμες ουσίες. Η Ιρλανδία είναι η μόνη χώρα που μπορεί να συνδυάσει στρατηγική για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ. Η Εσθονία και η Σλοβενία υπογράμμισαν την έγκριση νέου εγγράφου πολιτικής για τα ναρκωτικά. Η Ουγγαρία έχει πρόθεση να μην εφαρμόσει τη στρατηγική για τα ναρκωτικά της προηγούμενης κυβέρνησης. Ωστόσο, η Δανία και η Ιταλία διαθέτουν σχέδιο δράσεις για τις παράνομες ουσίες μεταξύ του 2010-2013. Το Ηνωμένο Βασίλειο διαθέτει στρατηγική αποκλειστικά για τις παράνομες ουσίες. Το Λουξεμβούργο υιοθετεί σχέδιο δράσης και στρατηγική για τις παράνομες ουσίες αλλά η στρατηγική ασχολείται και με το κάπνισμα, το αλκοόλ, τα φάρμακά και τις εξαρτητικές συμπεριφορές. Η Λετονία και Λιθουανία διαθέτουν πρόγραμμα για τις παράνομες ουσίες από το 2010 – 2017. Η Ισπανία, η Κύπρος και η Σλοβακία θα ανανεώσουν τις στρατηγικές και τα σχέδια δράσεις τους. Η Ελλάδα διαθέτει παράλληλες στρατηγικές και σχέδια δράσεις για τις παράνομες ουσίες. Τέλος, αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί πως η Αυστρία δεν διαθέτει καμία στρατηγική και σχέδιο δράσεις παρόλο που οι επαρχίες της υλοποιούν περιφερειακή στρατηγική και σχέδιο δράσεις για τα ναρκωτικά. (www.emcdda.europa.eu , 2011 {πρόσβαση στις 17 Νοεμβρίου 2012})

4.11. ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΝΟΜΙΜΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΝΟΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Πέντε είναι οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που έχουν εφαρμόσει ολοκληρωμένες στρατηγικές εμπιριέχοντας τις νόμιμες και παράνομες ουσίες, ενίοτε και τις εξαρτητικές συμπεριφορές. Το Βέλγιο, η Γερμανία, η Γαλλία υλοποιούν σφαιρικές και ολοκληρωμένες πρακτικές. Η Σουηδία διαθέτει συνεκτική πολιτική για τα ναρκω-

τικά, το κάπνισμα, το αλκοόλ και το ντόπινγκ. Επίσης, η Νορβηγία έχει σχέδιο δράσεις για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ και ξεχωριστές στρατηγικές για το κάπνισμα και τα τυχερά παιχνίδια. . (www.emcdda.europa.eu , 2012 {πρόσβαση στις 19 Νοεμβρίου 2012})

4.12. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ (ENVIRONMENTAL PREVENTION STRATEGIES)

Οι περιβαλλοντικές στρατηγικές πρόληψης έχουν στόχο να αλλάξουν το άμεσα πολιτισμικό, κοινωνικό, φυσικό και οικονομικό πλαίσιο μέσα στο οποίο οι νέοι επιλέγουν σχετικά με την κρίση. Οι περιβαλλοντικές στρατηγικές πρόληψης έρχονται αντίθετες με τις άλλες παρεμβάσεις όπου αποσκοπούν στην ανάπτυξη και το σχηματισμό στάσεων και συμπεριφορών του ατόμου.

Συγκεκριμένα, υπάρχει η αντίληψη ότι οι νέοι δεν αναμιγνύονται με τις ουσίες μόνο με βάση την προσωπικότητα τους. Αντίθετα, επηρεάζονται από το περιβάλλον τους όσον αφορά το τι είναι σωστό, τις κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές σε σχέση με την χρήση, τους κοινωνικούς νομούς και κανόνες καθώς και τη διαθεσιμότητα της ουσίας.

Επίσης, οι στρατηγικές αυτές λαμβάνουν μέτρα σχετικά με τον έλεγχο της αγοράς, θέτουν το όριο της ηλικίας για την αγορά καπνού αλλά και τη χρήση οινόπνευματος. Οι περιβαλλοντικές στρατηγικές είναι άξιες δημόσιας συζήτησης καθώς αποτελούν πρόκληση για το τι θεωρεί η κοινωνία για τη δημόσια υγεία.

Οι περιβαλλοντικές στρατηγικές παρότι η ενασχόληση τους είναι με τις νόμιμες ουσίες, παίζουν και ρόλο στην πρόληψη όλων των εξαρτησιογόνων ουσιών καθώς έχουν την αντίληψη ότι η χρήση καπνού και αλκοόλ από την εφηβεία μπορεί να οδηγήσει και στη χρήση παράνομων ουσιών. (www.ekterp.gr {πρόσβαση 26 Νοεμβρίου 2012}).

4.13. ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά η οποία αφορά την περίοδο 2006-2012 ανακοινώθηκε το 2006 και στηρίζεται σε δύο πυλώνες τη μείωση της ζήτησης και τη μείωση της προσφοράς. Την ενίσχυση δηλαδή της πρόληψης καθώς και την αντιμετώπιση του οργανωμένου εγκλήματος που διακινεί τις ναρκωτικές ουσίες. Η πολιτική αυτή θέτει ως θεμέλιο μια ολιστική προσέγγιση για τη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη.

Στόχος της πολιτικής αυτής είναι η κατοχύρωση του δικαιώματος για ολιστική θεραπεία, η θεμελίωση συντονισμένου πεδίου δράσης με αρμόδια υπουργεία, η συμμετοχή της χώρας μας σε διεθνή προγράμματα για την καταπολέμηση της διακίνησης των ναρκωτικών. Επίσης, παρέχει ενίσχυση της έρευνα και εμπλουτισμό των επιστημονικών δεδομένων για τα ναρκωτικά. Συστηματική αξιολόγηση των θεραπευτικών μονάδων και ενεργητική πολιτική πρόληψης και επικοινωνίας. Εντούτοις, προσφέρει συνεχή συνεργασία με την κοινωνία των πολιτών. Τέλος, επεκτείνει και ενισχύει street work παρεμβάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

5.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν ρωτηθούμε για το τι είναι πρόληψη, είναι δύσκολο να επεξεργαστούμε και να προσεγγίσουμε με ακρίβεια τον ορισμό της. Ειδικότερα όμως, σε ότι αφορά την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, βομβαρδισμένοι από την μαζικά διαχεόμενη πληροφόρηση της βιομηχανίας των έντυπων, ραδιοτηλεοπτικών και διαδικτυακών μέσων, να απαντήσουμε ότι πρόκειται για ένα είδος ενημέρωσης, ένας εξορκισμός του προβλήματος που δίνεται ως επίλογος σε μια συζήτηση για το φαινόμενο ή ως ανέξοδη πολιτική ρητορεία στα πλαίσια του εορτασμού άλλης μιας Παγκόσμιας Ημέρας Κατά των Ναρκωτικών. Και αυτό, γιατί όλοι μιλάμε για πρόληψη, αλλά δεν εξηγούμε τι είναι η πρόληψη και εάν είναι δυνατή η εφαρμογή της με συγκεκριμένα μέτρα. Μια αόριστη και νεφελώδης πρόληψη μπορεί να εξυπηρετεί ιδεολογικές και πολιτικές σκοπιμότητες, συντεχνιακά συμφέροντα διαφόρων επαγγελματικών ομάδων αλλά δεν υπηρετεί το συλλογικό συμφέρον και την επιστήμη.

Πρόληψη κατά τους Στωικούς είναι η εκ των προτέρων αντίληψη, η οποία από την αρχή εμφυτεύτηκε στον ανθρώπινο νου.

5.2.Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Η έννοια της πρόληψης συμπεριλαμβάνει το σύνολο των ενεργειών και μέτρων πριν από την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς. Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης σχετίζεται με την διαχείριση των παραγόντων που κάνουν ευάλωτο το άτομο και την ενίσχυση των παραγόντων που το ενδυναμώνουν και το προστατεύουν, πετυχαίνοντας την αποφυγή ή την αναβολή της έναρξης της χρήσης ουσιών και της εμφάνισης του φαινομένου της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες (Botvin & Griffin, 2007).

Στο πλαίσιο αυτό, η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης δεν περιορίζεται στην παροχή πληροφοριών στους νέους και στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Προτείνει την εισαγωγή εκπαιδευτικών διαδικασιών με μεθόδους αλληλεπίδρασης και ενεργού μά-

θησης στοχεύοντας όχι μόνο στον εμπλουτισμό των γνώσεων αλλά και στην ενδυνάμωση, την ενεργό υποστήριξη και την εκπαίδευση των ατόμων ώστε να υιοθετήσουν μια θετική στάση ζωής και να αναπτύξουν δεξιότητες που είναι συνδεδεμένες με την πρόληψη. (Botvin & Griffin 2007)

Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης επιτυγχάνεται μέσα από μία σειρά από παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται εντός διαφόρων πλαισίων ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του κάθε πληθυσμού, τις κοινωνικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, με την εφαρμογή διαφόρων μεθόδων αλλά και βάσει ενός χρονοδιαγράμματος που μπορεί να ποικίλλει από μεμονωμένες παρεμβάσεις μέχρι προγράμματα που αριθμούν μερικούς μήνες ή και χρόνια (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

5.3.ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Τα προγράμματα θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν γενικές αρχές σύμφωνα με την ομάδα ατόμων στην οποία απευθύνονται. Συνεπώς, συγκεκριμένες αρχές πρόληψης πρέπει να διέπουν τα προγράμματα που απευθύνονται σε οικογένειες, άλλες τα προγράμματα που εφαρμόζονται μέσα στο σχολείο και έξω από το σχολείο και απευθύνονται στους εφήβους και άλλες αρχές τα προγράμματα που εφαρμόζονται στην κοινότητα και στοχεύουν σε διάφορες ομάδες ατόμων διαφορετικής ηλικίας. Γενικά όμως, έχουν καθοριστεί γενικές αρχές πρόληψης που αναφέρονται πιο κάτω:

1. Τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να ενισχύουν τους προστατευτικούς παράγοντες και να ανατρέπουν ή να μειώνουν τους παράγοντες κινδύνου.

2. Τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να αφορούν όλες τις μορφές χρήσης ουσιών εξάρτησης. Σ' αυτές συμπεριλαμβάνονται νόμιμες ουσίες όπως το αλκοόλ και ο καπνός που χρησιμοποιούνται από ανήλικους, η χρήση παράνομων ουσιών και η κατάχρηση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

3. Τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να στοχεύουν στην τροποποίηση των παραγόντων και συνθηκών που ευνοούν τη χρήση.

4. Τα προγράμματα πρόληψης, για να είναι αποτελεσματικά, θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και προβλήματα της τοπικής κοι-

νωνίας, έτσι που να ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού.

5. Τα προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται στην οικογένεια θα πρέπει:

- Να ενδυναμώνουν τους δεσμούς και τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και να περιλαμβάνουν τεχνικές βελτίωσης των δεξιοτήτων του γονιού
- Να ενσωματώνουν εκπαίδευση στη δημιουργία κανόνων μέσα στην οικογένεια σχετικά με τη χρήση ουσιών.

6. Τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να σχεδιάζονται ώστε να παρεμβαίνουν σε όσο το δυνατό μικρότερες ηλικίες όπως η προσχολική. Έτσι, θα αντιμετωπίζονται έγκαιρα οι παράγοντες κινδύνου που μπορεί να οδηγήσουν στη χρήση ουσιών και θα ενισχύονται οι παράγοντες προστασίας.

7. Τα προγράμματα πρόληψης για τα παιδιά του δημοτικού σχολείου θα πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση των σχολικών επιδόσεων και της κοινωνικής και συναισθηματικής εκπαίδευσης, προκειμένου να παρέμβουν στους παράγοντες κινδύνου για χρήση ουσιών.

8. Τα προγράμματα πρόληψης για τους μαθητές γυμνασίου και λυκείου θα πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση των σχολικών επιδόσεων και των κοινωνικών δεξιοτήτων των μαθητών.

9. Τα προγράμματα πρόληψης στην κοινότητα τα οποία απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό και εφαρμόζονται σε κύριες μεταβατικές φάσεις (π.χ. μετάβαση στο γυμνάσιο), μπορούν να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα ακόμη και στις οικογένειες και στα παιδιά υψηλού κινδύνου.

10. Τα προγράμματα πρόληψης στην κοινότητα που συνδυάζουν δύο ή περισσότερες πρακτικές μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά από τα μεμονωμένα και αποσπασματικά προγράμματα.

11. Τα προγράμματα πρόληψης στην κοινότητα που προσεγγίζουν πληθυσμούς σε διαφορετικούς χώρους είναι πιο αποτελεσματικά, όταν μεταδίδουν σταθερά μηνύματα που αφορούν στο σύνολο της κοινότητας.

12.Όταν οι κοινωνίες προσαρμόζουν προγράμματα στις ανάγκες, στις αρχές τους ή στις πολιτισμικές τους ιδιαιτερότητες, αυτά θα πρέπει να διατηρούν τα βασικά στοιχεία της αρχικής παρέμβασης, όπως προέκυψαν μέσα από τα ερευνητικά δεδομένα πάνω στα οποία βασίστηκαν.

13.Τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να είναι μακροχρόνια, με προοδευτικά συνδεδεμένες μεταξύ τους παρεμβάσεις, που να ενισχύουν τους αρχικούς σκοπούς της πρόληψης και να λαμβάνουν υπόψη τις αναπτυξιακές αλλαγές που έχουν επέλθει.

14.Τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να περιλαμβάνουν τη σφαιρική κατάρτιση των εκπαιδευτικών στην πρόληψη, συμπεριλαμβάνοντας και αποτελεσματικές πρακτικές διαχείρισης της τάξης.

15.Τα προγράμματα πρόληψης είναι πιο αποτελεσματικά όταν ενσωματώνουν τεχνικές αλληλεπίδρασης που επιτρέπουν την ενεργητική συμμετοχή στη διαδικασία της μάθησης.

16.Τα προγράμματα πρόληψης που βασίζονται σε ερευνητικά δεδομένα μπορεί να είναι αποτελεσματικά και σε σχέση με το κόστος τους. (National Institute on Drug Abuse, 2003)

5.4. ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Οι παρεμβάσεις πρόληψης χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες βάσει του πλέον διαδεδομένου διαχωρισμού σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη:

- Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται στις παρεμβάσεις πριν από την εκδήλωση ενός προβλήματος ή φαινομένου, που στοχεύουν στο να εμποδίσουν ή να καθυστερήσουν την επαφή των νέων με τις ουσίες.
- Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στη μείωση της επικράτησης του προβλήματος μέσω της έγκαιρης διάγνωσης των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο ή των ατόμων που βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο με τις ουσίες.
- Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει τις παρεμβάσεις για τη μείωση της σοβαρότητας ενός προβλήματος και των συνεπειών του.

Ωστόσο, οι σύγχρονοι ερευνητές και επιστήμονες του πεδίου υποστηρίζουν ότι υπάρχουν στην πράξη δυσκολίες των παρεμβάσεων σύμφωνα με αυτή την τυπολογία για αυτό το λόγο οι όροι αυτοί χρησιμοποιούνται πλέον από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα όλο και λιγότερο και αντικαταστάθηκαν με πιο λειτουργικές έννοιες. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Το 1994 το Institute of Medicine¹⁹ (IOM, 1994) εισηγήθηκε ένα καινούριο πλαίσιο κατηγοριοποίησης για την ταξινόμηση της πρόληψης καθολικά, επικεντρωμένα και ενδεδειγμένα, έννοιες που είχαν προταθεί παλαιότερα στην βιβλιογραφία. Τονίζοντας τη σημασία επιβαρυντικών παραγόντων που κάνουν ευάλωτο το άτομο και, αντίθετα, την παρουσία και λειτουργία προστατευτικών παραγόντων που το ενδυναμώνουν, το κριτήριο που διαφοροποιεί τις παρεμβάσεις πρόληψης με βάση αυτή την τυπολογία είναι η ομάδα-στόχος στην οποία απευθύνεται η παρέμβαση και όχι ο στόχος ή το περιεχόμενό της. Στο πλαίσιο αυτό, η ταξινόμηση των παρεμβάσεων πρόληψης πραγματοποιείται με βάση από τη μία το βαθμό επικινδυνότητας και από την άλλη τις ανάγκες των ομάδων και των ατόμων στα οποία απευθύνονται και στοχεύουν. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Οι τρεις τύποι πρόληψης είναι οι εξής:

- Καθολική πρόληψη (universal prevention): Οι καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης έχουν ως ομάδα-στόχο το νεανικό πληθυσμό. Πραγματοποιούνται είτε άμεσα σε παιδιά και νέους /-ες (π.χ. μαθητές, στρατευμένους) είτε έμμεσα μέσα από την υλοποίηση σε άλλες ομάδες (π.χ. εκπαιδευτικούς, γονείς) που έρχονται σε επαφή με νέους. Κυρίαρχος στόχος είναι η αποφυγή ή η αναβολή της έναρξης της χρήσης ουσιών με την παροχή των απαραίτητων γνώσεων και την καλλιέργεια συναφών δεξιοτήτων. Σχετίζεται με παρεμβάσεις ευρείας κλίμακας που υλοποιούνται χωρίς προηγουμένως να έχει γίνει έλεγχος για τη συμπεριφορά και το βαθμό επικινδυνότητας των συμμετεχόντων όσον αφορά τη χρήση ουσιών.
- Επικεντρωμένη πρόληψη (selective prevention): Οι παρεμβάσεις επικεντρωμένης πρόληψης στοχεύουν σε συγκεκριμένες υποκατηγορίες ομάδων του νεανικού πληθυσμού για τις οποίες θεωρείται ότι εμπλέκονται παράγοντες κινδύνου ως προς την εκδήλωση προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (π.χ. μαθητές με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, μαθητές

με προβλήματα χαμηλής σχολικής επίδοσης, νέοι που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, παιδιά των οποίων οι γονείς είναι και οι ίδιοι χρήστες ουσιών, μετανάστες, άνεργοι κ.ά.). Οι παρεμβάσεις υλοποιούνται σε επίπεδο ομάδας, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη και να αξιολογούνται ατομικοί παράγοντες κινδύνου. Συνολικά, πρόκειται για εστιασμένες παρεμβάσεις σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

- Ενδεδειγμένη πρόληψη (indicated prevention): Οι παρεμβάσεις ενδεδειγμένης πρόληψης έχουν ως σημείο εστίασης το άτομο και στοχεύουν μόνο σε άτομα τα οποία έχουν ήδη εκδηλώσει τα πρώτα σημάδια χρήσης ουσιών (χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια για την εξάρτηση διαγνωστικών εγχειριδίων, π.χ. DSM IV), ψυχολογικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών (π.χ. άτομα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, ADHD κ.ά.). Στόχος της είναι η έγκαιρη διάγνωση και η παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο. (ΕΚΤΕΠΝ,2011)

Καθένας από το συγκεκριμένο τύπο παρέμβασης χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.. Όσον αφορά τις καθολικές παρεμβάσεις, μεταξύ των πλεονεκτημάτων συμπεριλαμβάνεται ότι με βάση την φύση των σχετικών παρεμβάσεων, αποφεύγονται οι ετικέτες και ο στιγματισμός ομάδων και ατόμων, αποτελούν ένα πρώτο βήμα για εφαρμογή επικεντρωμένων και ενδεδειγμένων παρεμβάσεων, δίνεται η δυνατότητα αντιμετώπισης και διαχείρισης των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που συνδέονται με την χρήση ουσιών και δυνητικά έχουν επίδραση σε ολόκληρο τον πληθυσμό, είναι ενδεδειγμένοι τρόποι από συμπεριφορικής άποψης, καθώς οι νέοι που συγκαταλέγονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου δεν προσδοκούνται να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους όταν βρίσκονται μεταξύ νέων που επιδεικνύουν την ίδια συμπεριφορά ενώ δεν έχουν αλυσιδωτές επιπτώσεις στην προβληματική συμπεριφορά. Επιπλέον, οι ευάλωτες ομάδες και τα μεμονωμένα τα άτομα που ανήκουν σε αυτές επωφελούνται περισσότερο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και αφορούν το σύνολο μίας ομάδας ή ενός πληθυσμού (Offord, 2000).

Όσον αφορά τα μειονεκτήματα του συγκεκριμένου τύπου παρέμβασης, ενδέχεται το όφελος να είναι μικρό για το γενικό πληθυσμό που δεν ανήκει στις ευάλωτες ομάδες, τα αποτελέσματα δεν είναι μακροχρόνια καθώς μπορεί να εξασθενούν με την πάροδο του χρόνου, μπορεί να έχει μικρότερη επίδραση σε ομάδες υψηλού κινδύνου

εν συγκρίσει με ομάδες που διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο για την έναρξη χρήσης και εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες, δυνητικά το εξατομικευμένο όφελος είναι επίσης μικρό, δεν εκτιμάται εύκολα η συνολική τους επίδραση ενώ τέλος ενδέχεται να έχουν υψηλό κόστος και υψηλή κάλυψη (Offord, 2000).

Από την άλλη, οι ενδεδειγμένες και επικεντρωμένες παρεμβάσεις, προσφέρουν τη δυνατότητα της έγκαιρης παρέμβασης στο συγκεκριμένο πρόβλημα, μπορούν να αντιμετωπίσουν βαθύτερους παράγοντες και χαρακτηριστικών ευαλωτότητας πέρα από τη χρήση ουσιών και είναι πιο αποδοτικές στην κατάλληλη και ουσιαστική διαχείριση πόρων. Στο κομμάτι των μειονεκτημάτων, μπορεί να σχετίζονται με τον πιθανό στιγματισμό ομάδων και ατόμων, δεν παρέχουν μεγάλη δυνατότητα πρόβλεψης της πιθανότητας μελλοντικής διαταραχής σε ατομικό επίπεδο, υπάρχει ενεργός κίνδυνος αλυσιδωτών αντιδράσεων ιδιαίτερα σε περίπτωση παρεμβάσεων στις οποίες συμμετέχουν νέοι και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στο ρόλο των συνομηλίκων. Τέλος, στο πλαίσιο αυτών των παρεμβάσεων δεν είναι εύκολη η προσέγγιση, εμπλοκή και επαφή με τις ευάλωτες ομάδες, η οποία μπορεί να έχει υψηλό κόστος με την ταυτόχρονη επιζήμια υποτίμηση του ρόλου των ευρύτερων κοινωνικών παραγόντων (Offord,2000).

Πρακτικά το παράδειγμα της εφαρμογής ενός προγράμματος πρόληψης σε όλους τους μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ανήκει στο πλαίσιο μίας καθολικής παρέμβασης ενώ από την άλλη ένα σχετικό πρόγραμμα που στοχεύει σε παιδιά ατόμων που υπήρξαν ή είναι εξαρτημένοι από ψυχοδραστικές ουσίες είναι ένα είδος επικεντρωμένης παρέμβασης.

Από τα παραπάνω, προκύπτει ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό τα προγράμματα πρόληψης να είναι εξατομικευμένα στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των ατόμων που αποτελούν τις ομάδες-στόχους, να εστιάζουν στην διαχείριση και αντιμετώπιση των σχετικών επιβαρυντικών παραγόντων αλλά και στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων που μπορούν να ενδυναμώσουν το άτομο μέσα από την προώθηση της ψυχοκοινωνικής τους υγείας και την αποτροπή έναρξης χρήσης εξαρτητικών ουσιών.

5.5.ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η ιδεολογία προσλαμβάνεται και αποκωδικοποιείται από τα κοινωνικά υποκείμενα διαφορετικά, τόσο ανάλογα με τη κοινωνικοοικονομική θέση που κατέχουν μέσα στην κοινωνική διαστρωμάτωση, όσο και σε σχέση με τις κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες που υιοθετούν εντασσόμενοι σε διάφορα θεσμικά και άτυπα συλλογικά μορφώματα. Δε θα πρέπει συνεπώς να θεωρηθεί ότι κάθε κοινωνική τάξη, κάθε κοινωνική ομάδα, χαρακτηρίζεται από μία και μόνο ιδεολογία. Αντίθετα, κυρίαρχες και κυριαρχούμενες τάξεις και ομάδες είναι φορείς ιδεολογιών. Συνεπώς, η κρατούσα ιδεολογία κάθε κοινωνίας είναι η έκφραση του συσχετισμού δυνάμεων ανάμεσα στους φορείς των διαφόρων ιδεολογιών σε μια δεδομένη ιστορική περίοδο.

Η κρατούσα ιδεολογία πραγματώνεται μέσα από την ισχύ ενός εννοιολογικού, λογικού συστήματος που τη στηρίζει. Επιπρόσθετα, υπάρχει ένας ψυχοκοινωνικός μηχανισμός που την υποστηρίζει και διατηρεί την ορθοδοξία της, ο οποίος βασίζεται στις λειτουργίες των κοινωνικών στάσεων, αναπαραστάσεων και στερεοτύπων. Η κρατούσα ιδεολογία για τα ναρκωτικά βασίζεται σε αντίστοιχα εννοιολογικά συστήματα εκλογίκευσης και ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς υποστήριξης και συντήρησης της. (Παπαστάμου, 1990).

Το αποτέλεσμα της εξάρτησης είναι αυτό που η κοινωνία αξιολογεί αρνητικά καθώς, σε μακροκοινωνικό επίπεδο, προσλαμβάνεται ως μία απειλή διάλυσης του κρατούντος κοινωνικοοικονομικού συστήματος, ενώ σε μία μικροκοινωνική κλίμακα, εστιάζοντας στο επίπεδο των κοινωνικών σχέσεων, επιδεινώνει την ανασφάλεια των ατόμων που συνδέουν τον τοξικομανή με την μικροεγκληματικότητα και την ασθένεια (Ζαραφονίτου, 1995).

Ο κυρίαρχος λόγος στα προγράμματα πρόληψης καθώς και αγωγής και προαγωγής υγείας αφορά στην ατομική ευθύνη και στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης μέσω της ανάπτυξης προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Από την άλλη, οι ιδεολογικές πρακτικές εδραίωσης και αναπαραγωγής του κυρίαρχου λόγου δεν μένουν στην επιστημονική επικύρωση και νομιμοποίηση του αλλά χρησιμοποιούν και τα μέσα μαζικής επικοινωνίας. Στα πλαίσια των προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής και προαγωγής υγείας, τα μηνύματα πρόληψης, ευρείας ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού, που προβάλλονται από τα Μ.Μ.Ε. συνήθως προπαγανδίζουν με κοι-

νότυπα συνθήματα τις κοινωνικές αξίες, ενώ συγχρόνως προσπαθούν να αποτρέψουν, προβάλλοντας έμμεσα τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης, το άτομο.

Ιστορικά και ενώ στο πρόσφατο παρελθόν οι κυρίαρχες πολιτικές πρόληψης χρησιμοποιούσαν τεχνικές ελέγχου της αποκλίνουσας συμπεριφοράς που παρέπεμπαν σε μια ποινική πολιτική λόγω της ιδιαίτερης αναφοράς τους στις συνέπειες της ίδιας της χρήσης που συμβολικά τιμωρούσαν ως θεία δίκη τους παραβάτες, φθάνουμε σήμερα στη καταδίκη τέτοιων πρακτικών και την άκριτη υιοθέτηση του ιατρικού μοντέλου ελέγχου της αποκλίνουσας, εξαρτητικής από τις ναρκωτικές ουσίες συμπεριφοράς.

Η υιοθέτηση τρόπων υγιούς συμπεριφοράς διευρύνει το πλαίσιο αναφοράς της καθώς ο ορισμός της υγείας περιλαμβάνει σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σχεδόν όλες τις συμπεριφορές ενός δρώντος υποκειμένου σε ένα κοινωνικό πλαίσιο: «Υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου και όχι απλά η έλλειψη κάποιας νόσου ή αναπηρίας» Οι επίσημες πολιτικές, κάτω από την ομπρέλα «Προαγωγή Υγείας» που επίσημα θεσμοθέτησε η Π.Ο.Υ. το 1986, βασίζονται στην διακήρυξη της, που αποσκοπεί «στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία και στη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών». Οι πολιτικές Προαγωγής Υγείας παράγουν μια ιδεολογία περί ανάπτυξης και ενίσχυσης της υγιούς συμπεριφοράς σε όλες τις φυσικές, κοινωνικές και πολιτισμικές εκδηλώσεις της, με αποτέλεσμα να διχотоμείται μανιχαιστικά η ανθρώπινη συμπεριφορά σε υγιή και ασθενή. Η ιδεολογία αυτή που αποκαλείται και «υγιεινισμός» μπορεί να οδηγήσει σε βαθμιαία εντατικοποίηση του κοινωνικού ελέγχου του ατόμου και να αξιολογήσει, κατηγοριοποιήσει και εν τέλει στιγματίσει όχι μόνο την αποκλίνουσα, σε σχέση με τον ορισμό της υγείας, συμπεριφορά του, αλλά και το ίδιο ως ασθενή . (www.who.int/en {πρόσβαση στις 21 Ιουνίου 2013}).

Η πρόληψη, στα πλαίσια της αγωγής και προαγωγής υγείας, περιλαμβάνει εθνικής κλίμακας δράσεις που αφορούν στη ενημέρωση – ευαισθητοποίηση του κοινού μέσω μηνυμάτων, στο πλαίσιο της δυνατότητας μαζικής επικοινωνίας που παρέχουν ραδιοτηλεοπτικά και έντυπα μέσα, αλλά και μαζικών εκδηλώσεων πολιτιστικού χαρακτήρα. Σε μικρότερη κλίμακα, εστιασμένη αλλά εθνικά ανεπτυγμένη, λειτουργούν προγράμματα που βασίζουν τις δράσεις τους στις ανάγκες της τοπικής κοι-

νωνίας, καθώς οργανικά εντάσσονται και δραστηριοποιούνται στα διοικητικά όρια του Δήμου ή της Κοινότητας ή όμορων Δήμων ή και Κοινοτήτων. Η ενημέρωση – ευαισθητοποίηση σ’ αυτό το πλαίσιο, εκτός της ευρύτερης κοινότητας, επικεντρώνει και σε άλλες κοινωνικές ομάδες του τοπικού πληθυσμού. Οι μικρότερης κλίμακας, επικεντρωμένες παρεμβάσεις, αφορούν σε εκπαιδεύσεις ενδιάμεσων ομάδων – στόχων όπως εκπαιδευτών, φυσικών προσώπων, φορέων κοινωνικοποίησης και τελικών, πρωτογενώς ή και δευτερογενώς κοινωνικοποιούμενων ομάδων - στόχων, σε ατομική ή ομαδική συμβουλευτική και υποδοχή ατομικών συλλογικών αιτημάτων βοήθειας. Η αλλαγή των στάσεων και της συμπεριφοράς επιδιώκεται μέσα από την ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου στα πλαίσια της εκπαίδευσης, της συμβουλευτικής, της εργασίας σε ομάδες, των βιωματικών εργαστηρίων, ειδικών παιχνιδιών αναπαράστασης ρόλων και του εθελοντισμού.

Η πρόληψη, κατ’ αυτό τον τρόπο, θεωρώντας την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σύμπτωμα κοινωνικής και ατομικής παθογένειας, διευρύνει την Αγωγή και Προαγωγή Υγείας, τη δράση της σε όλο τον υγιή πληθυσμό, καθιστώντας τα μέλη του, εν δυνάμει ασθενείς, εν δυνάμει χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών. Αναπτύσσεται ένας νέος μηχανισμός κοινωνικού ελέγχου, που από τη μία αποδίδει την ευθύνη ανάπτυξης υγιούς συμπεριφοράς σε άτομα και ομάδες, φορείς κοινωνικοποίησης όπως γονείς και εκπαιδευτικούς, οι οποίοι ελέγχονται ως προς την κοινωνικοποιητική τους επάρκεια, ενώ από την άλλη συνδέοντας τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών με κάθε έκφραση κοινωνικής και ατομικής παθογένειας, διευρύνουν και εντατικοποιούν τον κοινωνικό έλεγχο σε κάθε εκδήλωση και έκφραση συμπεριφοράς η οποία θεωρείται ότι παρεκκλίνει από τον υγιή, φυσιολογικό ορισμό της ή γίνεται αντιληπτή με όρους επικινδυνότητας, καθώς θεωρείται ότι αποτελεί πιθανό παράγοντα εκδήλωσης κάποιου τύπου παρέκκλισης. Ο βαθμός επικινδυνότητας, αποτελεί βασικό άξονα στην κατηγοριοποίηση και ιεραρχική ταξινόμηση των στόχων της πρόληψης. Οι ομάδες – στόχοι ορίζονται με βάση τα ψυχοκοινωνικά, κοινωνικοοικονομικά και πολιτισμικά τους χαρακτηριστικά, στιγματίζοντας, ως επιρρεπείς στη χρήση, ορισμένες κοινωνικές κατηγορίες του πληθυσμού όπως για παράδειγμα τους έφηβους – νέους .
(www.who.int/en {πρόσβαση στις 21 Ιουνίου 2013})

5.6.ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

Οι προσεγγίσεις για την πρόληψη της χρήσης ουσιών έχουν βασιστεί σε τρία βασικά μοντέλα, το γνωστικό, το συναισθηματικό και το ψυχοκοινωνικό. Σύμφωνα με το γνωστικό μοντέλο, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως, η επαρκής γνώση για τις επιπτώσεις της χρήσης ουσιών μπορεί να διαμορφώσει μία αρνητική στάση απέναντι στις ουσίες και κατά συνέπεια να μειώσει την πιθανότητα χρήσης. Η υπόθεση είναι ότι οι έφηβοι κάνουν χρήση γιατί δεν έχουν την απαραίτητη πληροφόρηση για τις συνέπειες, με αποτέλεσμα να έχουν διαμορφώσει μία θετική ή ουδέτερη στάση ως προς τη δοκιμή. Προγράμματα που βασίζονται σε αυτό το μοντέλο, χρησιμοποιούν συνήθως παραδοσιακές μεθόδους διδασκαλίας.

Μελέτες που έχουν γίνει αποδεικνύουν ότι η απλή γνώση δεν επιφέρει απαραίτητα την ανάλογη αλλαγή στις στάσεις. Αντίθετα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η επικέντρωση της προσοχής απλά και μόνο στην παροχή γνώσεων και πληροφοριών, μπορεί να οδηγήσει σε αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Ακόμη και αν υποθέσουμε ότι υπάρχει αλλαγή στη στάση, δεν είναι απαραίτητο ότι αυτή θα επηρεάσει και τη συμπεριφορά. Το κύριο πρόβλημα είναι ότι οι στάσεις δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας που διαμορφώνει μία συμπεριφορά. Η απόφαση που μπορεί να πάρει κάποιος να καπνίσει, να πει ή να χρησιμοποιήσει άλλες ουσίες επηρεάζεται από πολλούς κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες σε συνδυασμό με τις στάσεις και τις αξίες του ίδιου του ατόμου γενικότερα. Η ενημέρωση, λοιπόν, είναι σημαντική αλλά θα πρέπει να καλύπτει μόνο ένα τμήμα ενός ευρύτερου προγράμματος πρόληψης.

Σε αντίθεση με το γνωστικό μοντέλο που επικεντρώνεται στην ουσία, το συναισθηματικό μοντέλο επικεντρώνεται στο άτομο. Το μοντέλο αυτό προτείνει την εκτίμηση των ατομικών αναγκών και αξιών του ατόμου και τη διερεύνηση του ρόλου που οι ουσίες μπορούν να παίξουν ως προς την κάλυψη αυτών των αναγκών. Ο στόχος είναι η πρόληψη της χρήσης μέσα από την βελτίωση της αυτογνωσίας και της ικανότητας του ατόμου να αποφασίζει συνειδητά και υπεύθυνα.

Το πιο πρόσφατο μοντέλο, το μοντέλο κοινωνικών δεξιοτήτων, βασίζεται στη θεωρητική άποψη ότι τα άτομα κάνουν κατάχρηση ουσιών επειδή δεν έχουν τις ψυχοκοινωνικές δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να καλύψουν τις ανάγκες τους με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους. Τρεις τεχνικές ακολουθούνται για την εφαρμογή του μοντέλου αυτού: διαμόρφωση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία, εκμάθηση δεξιοτήτων για την αντίσταση στις κοινωνικές επιρροές που προωθούν την κατάχρηση ουσιών και ενίσχυση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων (επικοινωνία, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων).

Σε ένα πρόγραμμα που βασίζεται στο μοντέλο αυτό, οι έφηβοι διδάσκονται πώς να αναγνωρίζουν τις πιέσεις συνομήλικων και άλλων και πώς να αντιστέκονται σε αυτές. . Για παράδειγμα, οι έφηβοι μαθαίνουν και δοκιμάζουν με ασκήσεις συγκεκριμένους τρόπους αντίδρασης που μπορούν να χρησιμοποιήσουν όταν έρχονται αντιμέτωποι με τέτοιες πιέσεις.

Τέτοιοι τρόποι μπορεί να είναι:

- Να εξηγήσουν τους λόγους για τους οποίους αρνούνται
- Να δώσουν χιουμοριστικές απαντήσεις
- Να προτείνουν εναλλακτικές δραστηριότητες
- Το παιχνίδι ρόλων είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται συχνά στα προγράμματα που βασίζονται στο ψυχοκοινωνικό μοντέλο. Η μέθοδος αυτή δίνει την ευκαιρία στους νέους να αναπτύξουν επιχειρηματολογία και να αναπαραστήσουν τρόπους αντίστασης στις κοινωνικές επιρροές (www.ektepn.gr {πρόσβαση στις 19 Μαΐου 2013}).

5.7.ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η πρόληψη απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών και φορέων που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα). Το περιεχόμενο και η μεθοδολογία εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες των πληθυσμιακών ομάδων.

Στόχος των μέτρων πρόληψης των ναρκωτικών είναι η μείωση του αριθμού των ατόμων που αρχίζουν τη χρήση ουσιών ή συχνότερα η καθυστέρηση της χρήσης ναρκωτικών σε μεταγενέστερη ηλικία, μειώνοντας τουλάχιστον με τον τρόπο αυτό το

μέγεθος του προβλήματος των ναρκωτικών. Οι αποτελεσματικές στρατηγικές συνδυάζουν την πληροφόρηση σχετικά με τις ουσίες μαζί με επιλεγμένες συμπεριφοριστικές και γνωστικές τεχνικές, οι οποίες θα λειτουργήσουν προληπτικά.

Η πρόληψη ταξινομείται ανάλογα με την ομάδα –στόχο.

- Η καθολική πρόληψη απευθύνεται στον γενικό πληθυσμό (συνήθως στους νέους), π.χ. στα σχολεία, ενώ η επικεντρωμένη πρόληψη στοχεύει σε ευπαθείς ομάδες και η εξειδικευμένη πρόληψη στοχεύει σε ευάλωτα άτομα.
- Η πρωτογενής πρόληψη έχει ως στόχο κυρίως τους νέους γι αυτό και περιλαμβάνει την ενημέρωση του μαθητικού πληθυσμού για τα ναρκωτικά μέσω ειδικών σχολικών και κοινοτικών προγραμμάτων τα οποία εφαρμόζονται στα σχολεία και στους χώρους ψυχαγωγίας. Η πληροφόρηση δεν αφορά μόνο τη νεολαία αλλά και τους γονείς οι οποίοι είναι απαραίτητο να γνωρίζουν τις αρνητικές συνέπειες των ναρκωτικών και της εξάρτησης απ αυτά. Βασικό εργαλείο της πρωτογενούς πρόληψης αποτελούν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και οι ιστοσελίδες στο Διαδίκτυο, προβάλλοντας μια σειρά μηνυμάτων κατά της χρήσης των ναρκωτικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

6.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόληψη από τις εξαρτησιογόνες ουσίες αποτελεί μάστιγα της εποχής, καθώς όλα τα στοιχεία δείχνουν τις αυξητικές τάσεις των ατόμων και ιδιαίτερα των νέων ατόμων στη χρήση ουσιών.

Προγράμματα πρόληψης της ζήτησης των ψυχοτρόπων ουσιών άρχισαν να εφαρμόζονται εδώ και περίπου 40 χρόνια κυρίως στην Αμερική που υπήρξε η πρώτη χώρα της Δύσης που βρέθηκε αντιμέτωπη με την ευρύτατη εξάπλωση της κατάχρησης ναρκωτικών. Η πρόληψη απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών και φορέων που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα). Το περιεχόμενο και η μεθοδολογία εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες των πληθυσμιακών ομάδων.

Στόχος των μέτρων πρόληψης των ναρκωτικών είναι η μείωση του αριθμού των ατόμων που αρχίζουν τη χρήση ουσιών ή συχνότερα η καθυστέρηση της χρήσης ναρκωτικών σε μεταγενέστερη ηλικία, μειώνοντας τουλάχιστον με τον τρόπο αυτό το μέγεθος του προβλήματος των ναρκωτικών. Οι αποτελεσματικές στρατηγικές συνδυάζουν την πληροφόρηση σχετικά με τις ουσίες μαζί με επιλεγμένες συμπεριφοριστικές και γνωστικές τεχνικές, οι οποίες θα λειτουργήσουν προληπτικά.

Πολύ σημαντικό όμως στη πρόληψη είναι η ενημέρωση, η ευαισθητοποίησή και η κινητοποίηση των ατόμων που έρχονται σε επαφή με άτομα όπως στρατιωτικούς, γονείς, εκπαιδευτικούς κ.α τόσο για την ενίσχυση της πρόληψης όσο και για την αναγνώριση της παθολογικής συμπεριφοράς.

6.2.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

6.3.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα υλοποιείται κυρίως από το πανελλαδικό δίκτυο των 71 Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας, το οποίο λειτουργεί στο πλαίσιο της συνεργασίας του ΟΚΑΝΑ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τοπικούς φορείς. Παρεμβάσεις πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών υλοποιούνται επίσης από το Υπουργείο Παιδείας, Διά Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, κατά κύριο λόγο μέσω της υλοποίησης των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Επιπλέον, παρεμβάσεις πρόληψης πραγματοποιούν και άλλοι φορείς από το χώρο των εξαρτήσεων, της υγείας κτλ., οι οποίοι μεταξύ άλλων δραστηριοποιούνται και στον τομέα της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης. Στους φορείς αυτούς συμπεριλαμβάνονται τρεις μη κυβερνητικοί φορείς (ΚΕΘΕΑ, Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης και Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός), δύο κρατικοί φορείς (Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ του ΨΝΑ και Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων του ΑΡΓΩ του ΨΝΘ), μία εθελοντική οργάνωση (Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ για έναν άλλο τρόπο ζωής) και δύο φορείς της Εκκλησίας (Ίδρυμα Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης ΔΙΑΚΟΝΙΑ της Αρχιεπισκοπής Αθηνών και Οργανισμός Προαγωγής της Υγείας ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ ΚΡΙΜΑΙΑΣ της Ιεράς Μητροπόλεως Αιτωλίας και Ακαρνανίας) (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Σε σχέση με το συνολικό σχολικό πληθυσμό της χώρας, κατά το σχολικό έτος 2009-2010 ένα μικρό μόνο ποσοστό σχολείων, εκπαιδευτικών και μαθητών δραστηριοποιήθηκαν στο χώρο της πρόληψης (είτε στο πλαίσιο της υλοποίησης των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας είτε εκτός Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας). Συγκεκριμένα, στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση κατά το σχολικό έτος 2009-2010, το 2,7% των σχολείων, το 0,3% των εκπαιδευτικών και το 1% των μαθητών της χώρας συμμετείχαν σε παρεμβάσεις πρόληψης για τη χρήση ουσιών. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση ήταν 10,2%, 0,2% και 2,3%.

Όσον αφορά την τριτοβάθμια εκπαίδευση, Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση φοιτητών σε θέματα ουσιών και εξαρτήσεων, την απομυθοποίηση στερεοτύπων και την αλλαγή υπερτιμημένων αντιλήψεων όσον αφορά τη χρήση ουσιών από συνομηλίκους, καθώς και την επεξεργασία θεμάτων που απασχολούν τους νέους αυτής της ηλικίας (π.χ. διαχείριση). Κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2009- 2010 συμμετείχαν εννιακόσιοι εβδομήντα τρεις (973) εκπαιδευτικοί από 413 σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και επτακόσιοι εξήντα δύο (762) εκπαιδευτικοί από 255 σχολεία της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Επιπρόσθετα, εκτός από το μαθητικό πληθυσμό, οι παρεμβάσεις των κέντρων πρόληψης στοχεύουν και στον πληθυσμό των γονέων. Στο πλαίσιο αυτό, τα Κέντρα Πρόληψης, καθώς και άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης, σχεδιάζουν και υλοποιούν δύο τύπου παρεμβάσεις.

- Παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης: Βραχείες, ανοιχτές μεμονωμένες συναντήσεις ή κύκλοι συναντήσεων για γονείς σε θέματα πρόληψης, ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και διαπαιδαγώγησης των παιδιών.
- Παρεμβάσεις εκπαίδευσης (ομάδες / σχολές γονέων): Ομάδες (με μέγιστο αριθμό συμμετεχόντων τα 15 άτομα) βιωματικού συνήθως χαρακτήρα με κυριότερους στόχους τη βελτίωση της επικοινωνίας στην οικογένεια και την υποστήριξη των γονέων στο ρόλο τους. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν προκαθορισμένο αριθμό συναντήσεων, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις προβλέπεται η σύνθεση των ομάδων ανάλογα με τις ηλικιακές ανάγκες των παιδιών (γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας, σχολικής και εφηβικής ηλικίας) και αντίστοιχα η επεξεργασία εξειδικευμένων θεμάτων (ΕΚΤΕΠΝ. 2011).

Βάσει των στατιστικών δεδομένων για τις καθολικές παρεμβάσεις το 2010, πραγματοποιήθηκαν 36 παρεμβάσεις ενημέρωσης με 149 ομάδες στις οποίες συμμετείχαν 4.037 γονείς και 121 παρεμβάσεις εκπαίδευσης μέσω 317 ομάδων, στις οποίες συμμετείχαν 4.539 άτομα.

Εκτός όμως από τη μαθητική και φοιτητική κοινότητα αλλά και τις ομάδες γονέων, πραγματοποιούνται καθολικές παρεμβάσεις στην κοινότητα που στοχεύουν σε άλλες κοινωνικές ομάδες. Λαμβάνοντας ως παράδειγμα το έτος 2010, προκύπτει ότι, πραγματοποιήθηκαν 18 παρεμβάσεις για εθελοντές, στις οποίες συμμετείχαν 382 άτομα, 4 παρεμβάσεις σε Σώματα Ασφαλείας με 377 συμμετέχοντες, 13 παρεμβάσεις στις Ένοπλες Δυνάμεις με 7.630 συμμετέχοντες, 7 παρεμβάσεις σε επαγγελματίες υ-

γείας με 131 συμμετέχοντες και τέλος, 9 παρεμβάσεις σε επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με νέους και νέες με 180 συμμετέχοντες (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

6.3.1.Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ Ο.ΚΑ.ΝΑ ΚΑΤΑ ΤΟ 2004-2005

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

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

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

- το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.
- τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού.
- την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης. (ΟΚΑΝΑ, 2006).

Στο διάστημα 2004 -2005, σε επίπεδο πρωτοβάθμιας πρόληψης λειτούργησαν 65 Κέντρα Πρόληψης, στα οποία απασχολούνται περίπου 350 άτομα, ως επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό.

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

- Περισσότερες από 1.645 παρεμβάσεις στην Α΄/θμια εκπαίδευση. Πρόκειται για μακρόχρονες και βραχύχρονες δράσεις σε δασκάλους, νηπιαγωγούς και μαθητές.
- Περισσότερες από 1.287 παρεμβάσεις στην Β΄/θμια εκπαίδευση. Πρόκειται για μακρόχρονες και βραχύχρονες δράσεις σε καθηγητές.
- Περισσότερες από 1.377 παρεμβάσεις σε γονείς. Πρόκειται για μακρόχρονες και βραχύχρονες δράσεις σε γονείς.
- Περισσότερες από 1.433 παρεμβάσεις σε ομάδες εφήβων. Πρόκειται για μακρόχρονες και βραχύχρονες δράσεις σε έφηβους και νέους εντός ή εκτός σχολικού πλαισίου.

- Περισσότερες από 213 παρεμβάσεις στις Ένοπλες Δυνάμεις. Οι παρεμβάσεις αυτές υλοποιούνται σε ομάδες Στελεχών (Αξιωματικών - Υπαξιωματικών) και κληρωτών (Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας, κλπ).
- Περισσότερες από 545 εκδηλώσεις - ημερίδες.
- Περισσότερες από 136 παρεμβάσεις σε εθελοντές. Οι παρεμβάσεις υλοποιούνται με το στόχο οι ομάδες αυτές να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην πρόληψη ως πολλαπλασιαστές - διευκολυντές.
- Περισσότερες από 1.201 παρεμβάσεις στην Ευρύτερη Κοινότητα. Απευθύνονται σε ΜΜΕ, Φοιτητές, Επαγγελματίες Υγείας, στελέχη Αστυνομίας, κ.α. (ΟΚΑΝΑ, 2006).

Επίσης, συνεχίστηκαν και επεκτάθηκαν και μία σειρά από άλλες δράσεις:

- Ανανέωση 43 Προγραμμάτων Πρωτογενούς Πρόληψης.
- Δημιουργία 2 νέων Κέντρων Πρόληψης στο Νομό Λακωνίας (Φεβρουάριος 2005) και στο Δήμο Ηρακλείου Κρήτης (Δεκέμβριος 2005).
- Ολοκλήρωση των διαδικασιών για την άμεση ίδρυση και λειτουργία 5 νέων Κέντρων Πρόληψης στο Νομό Ευρυτανίας, στους Δήμους Ιλίου - Πετρούπολης - Καματερού, στο Δήμο Νέας Ιωνίας, στους Δήμους Νέας Σμύρνης - Αγ. Δημητρίου και στο Επαρχείο Λήμνου.
- Ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της τοπικής κοινωνίας σχετικά με τον εθνικό σχεδιασμό για την ίδρυση Κέντρων Πρόληψης.
- Επιστημονική και διοικητική ευθύνη για την ίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης.
- Σχεδιασμό των τριετών Προγραμμάτων Δράσεων και των Οικονομικών Προϋπολογισμών για την έναρξη ή ανανέωση της λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης.
- Συνεχή επικοινωνία και εποπτεία των επιστημονικών ομάδων των Κέντρων Πρόληψης και τακτική συνεργασία με τα διοικητικά τους συμβούλια.
- Συντονισμό και αποτίμηση της αποδοτικότητας των Κέντρων Πρόληψης και του εκπαιδευτικού έργου που παράγεται από τους φορείς παροχής εκπαίδευσης στα Κέντρα (ΕΠΨΥ, ΚΕ.Θ.Ε.Α.).
- Συμμετοχή σε επιτροπές προσλήψεων υποψηφίων στελεχών Κέντρων Πρόληψης.
- Συνεργασία με Κ.Π. για τη δημιουργία ενημερωτικών ηλεκτρονικών περιοδικών και ιστοσελίδων.

- Διοργάνωση εκπαιδευτικού σεμιναρίου στη Ζάκυνθο, με θέμα "Εκπαίδευση Ομοτίμων στην Πρόληψη της Εξάρτησης".
- Συμμετοχές σε ευρωπαϊκά προγράμματα.
- Διοργάνωση πρώτης Περιφερειακής Συνάντησης Στελεχών Κ.Π. Ν. Αττικής.
- Λειτουργία περιπτέρου ΟΚΑΝΑ στη Διεθνή Έκθεση Θεσσαλονίκης για την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Δημιουργία φυλλαδίου για εφήβους, με στόχο την ενημέρωσή τους για τις δυνατότητες υποστήριξης που μπορούν να βρουν απευθυνόμενοι στα Κέντρα Πρόληψης. (ΟΚΑΝΑ, 2006).

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

- Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) πραγματοποίησε 34 εκπαιδεύσεις με 466 συμμετοχές από στελέχη, ένα συμπόσιο (συμμετείχαν περίπου 200 στελέχη) και ένα συνέδριο. Παράλληλα, υλοποιήθηκαν ο 17ος και 18ος Τρίμηνος Εκπαιδευτικός Κύκλος, στους οποίους συμμετείχαν 30 στελέχη από 24 Κέντρα Πρόληψης και ένα υπό δημιουργία Κέντρο Πρόληψης. Επιπλέον πραγματοποιήθηκαν πολλές εποπτικές συναντήσεις και ομάδες εργασίας με στελέχη των Κέντρων Πρόληψης.
- Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) πραγματοποίησε 6 εκπαιδεύσεις με 149 συμμετοχές από στελέχη προερχόμενα από 51 Κέντρα Πρόληψης και τον ΟΚΑΝΑ..

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

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

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω στοιχεία, ο ΟΚΑΝΑ είναι ένας πραγματικός στυλοβάτης για την ενεργή υποστήριξη, λειτουργία, προώθηση και βελτίωση της οργάνωσης και λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης μέσα από μία σειρά από ποικί-

λες παρεμβάσεις και δράσεις σε διαφορετικά επίπεδα. (www.okana.gr {πρόσβαση στις 6 Ιουνίου 2013})

6.3.2.ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΥΞΙΔΑ-ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Το 1998, με πρωτοβουλία του Δήμου Συκεών και άλλων τοπικών φορέων και με την υποστήριξη του Ο.ΚΑ.ΝΑ., δημιουργήθηκε το πρώτο Κέντρο Πρόληψης στη Θεσσαλονίκη, η ΠΥΞΙΔΑ. Άλλωστε, ο Δήμος Συκεών, ήδη από το 1995, λειτουργούσε τη Σχολή Γονέων και τη Δημοτική Επιτροπή κατά των Εξαρτήσεων, βάζοντας τα θεμέλια της πρόληψης.

Η ΠΥΞΙΔΑ πραγματοποιεί δράσεις σε σχολεία, εργασιακούς χώρους, συλλόγους, τοπικούς φορείς, κατηχητικά, στρατόπεδα και ευρύτερα στην τοπική κοινωνία. Στελεχώνεται από ψυχοκοινωνικούς επιστήμονες, εξειδικευμένους στον τομέα της πρόληψης. Στα διάρκεια λειτουργίας του Κέντρου, χιλιάδες άνθρωποι ενημερώθηκαν και ευαισθητοποιήθηκαν σχετικά με τα αίτια που οδηγούν τους νέους στα ναρκωτικά και για τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να τους στρέψουν σε πιο υγιείς επιλογές και στάσεις ζωής.

Σύμφωνα με τη βασική φιλοσοφία που διέπει τις δράσεις του Κέντρου Πρόληψης ΠΥΞΙΔΑ από την ίδρυσή του, η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες αντιμετωπίζεται ως ένα σύνθετο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα στην εμφάνιση του οποίου συμμετέχουν παράγοντες που συνδέονται με τα ατομικά χαρακτηριστικά (π.χ. προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες), με τις ιδιότητες των ψυχοδραστικών ουσιών (π.χ. χαλάρωση, ευφορία) και με τις συνθήκες του κοινωνικού περιβάλλοντος (π.χ. λειτουργία της οικογένειας ή του σχολείου). Σε όλους τους παραπάνω τομείς εντοπίζονται παράγοντες κινδύνου και παράγοντες προστασίας, στους οποίους και παρεμβαίνει το Κέντρο Πρόληψης ΠΥΞΙΔΑ μέσα από δράσεις του, θεωρώντας ότι όσοι περισσότεροι παράγοντες κινδύνου και λιγότεροι παράγοντες προστασίας συναντιούνται σε ένα άτομο ή σε ένα περιβάλλον, τόσο πιο πιθανή είναι η επαφή με ψυχοδραστικές ουσίες, η χρήση και η εξάρτηση από αυτές.

Σύμφωνα με τον Οδηγό Πρόληψης του National Institute on Drug Abuse (2003), η ύπαρξη παραγόντων κινδύνου ή προστασίας επηρεάζουν την αναπτυξιακή πορεία ενός παιδιού. Οι συγγραφείς μιλούν για μια επικίνδυνη αναπτυξιακή πορεία, η οποία είναι πιθανό να δρομολογηθεί όταν στη ζωή ενός παιδιού παρουσιάζονται πα-

ράγοντες κινδύνου και δεν αντισταθμιστούν έγκαιρα μέσα από παράγοντες προστασίας. Επομένως, τα προγράμματα πρόληψης χρειάζεται να εστιάζουν στην ενίσχυση των παραγόντων προστασίας και στην ανατροπή των παραγόντων κινδύνου παράλληλα, ενισχύοντας συνολικότερα την ψυχοκοινωνική υγεία των παιδιών και εφήβων.

Τα προγράμματα απευθύνονται είτε στα ίδια τα παιδιά και στους εφήβους, είτε στους σημαντικούς ενήλικους που τους περιβάλλουν (γονείς, εκπαιδευτικοί κλπ). Για την αύξηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων επιδιώκεται ο συνδυασμός των παρεμβάσεων, ιδιαίτερα στο πλαίσιο των σχολικών προγραμμάτων. Η παράλληλη ευαισθητοποίηση εκπαιδευτικών και γονέων στο πλαίσιο των σχολικών προγραμμάτων αποτελεί το ζητούμενο, ιδιαίτερα στις μικρές ηλικίες των παιδιών.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη αναλαμβάνουν οι πρώιμες παρεμβάσεις, καθώς όπως επισημαίνεται οι προσπάθειες που γίνονται για να αντισταθμιστούν οι παράγοντες κινδύνου στην προσχολική ηλικία, είναι πολύ πιο αποτελεσματικές, από ότι παρεμβάσεις σε μεγαλύτερη ηλικία, όταν έχει ήδη δρομολογηθεί μια επικίνδυνη αναπτυξιακή πορεία. (National Institute on Drug Abuse, 2003)

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται επίσης σε μεταβατικές φάσεις στη ζωή των παιδιών και εφήβων, είτε αφορούν την φυσική ανάπτυξή τους (εφηβεία), είτε προέρχονται από σημαντικές αλλαγές στη ζωή τους (π.χ. απώλεια ενός γονέα). Στις φάσεις αυτές τα παιδιά και οι έφηβοι γίνονται πιο ευάλωτα στη χρήση ουσιών και ο κίνδυνος της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών είναι αυξημένος. Σύμφωνα με το National Institute on Drug Abuse (2003) οι μεταβατικές φάσεις από την μικρή παιδική ηλικία έως την ενήλικη ζωή θεωρούνται «περίοδοι υψηλού κινδύνου».

Το Κέντρο Πρόληψης ΠΥΞΙΔΑ δραστηριοποιείται από το 1998 στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης με στόχο τη μείωση της εμφάνισης νέων περιστατικών ουσιοεξάρτησης στο γενικό πληθυσμό. Τα προγράμματα πρόληψης απευθύνονται σε όλες τις ψυχοδραστικές ουσίες, είτε μεμονωμένα είτε συνδυασμένα και περιλαμβάνουν:

- τη χρήση νόμιμων ουσιών εφόσον γίνεται κάτω από το ηλικιακά επιτρεπτό όριο.
- την ακατάλληλη χρήση ουσιών που είναι νόμιμες (εισπνεόμενες ουσίες, φάρμακα).

- τη χρήση παράνομων ουσιών (π.χ. κάνναβης, έκσταση) .

Τα προγράμματα δεν εξειδικεύονται ως προς τις ψυχοδραστικές ουσίες στις οποίες αναφέρονται, καθώς οι σύγχρονες σχετικές θεωρίες αντιμετωπίζουν την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες ως ένα ενιαίο πρόβλημα και ως εκ τούτου, οι παρεμβάσεις πρόληψης θα πρέπει να απευθύνονται σε ηλιακές ομάδες και όχι σε συγκεκριμένες ουσίες.

Εκείνο το οποίο ωστόσο λαμβάνεται υπόψη στο σχεδιασμό των προγραμμάτων και στο περιεχόμενό τους, είναι ο συγκεκριμένος τύπος χρήσης που είναι πιο διαδομένος στον πληθυσμό στον οποίο απευθυνόμαστε. Επίσης, το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι νέοι δοκιμάζουν παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες (σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία, ένας στους δέκα μαθητές 15 χρονών έχει δοκιμάσει ή έχει κάνει χρήση κάνναβης, εισπνεόμενων, έκσταση ή άλλων ουσιών) έτσι στους στόχους των προγραμμάτων χρειάζεται πλέον να περιλαμβάνεται και η μείωση της βλάβης κατά τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

Όσον αφορά τον τύπο των προγραμμάτων πρόληψης, η Πυξίδα τα προηγούμενα έτη πραγματοποίησε κυρίως γενικά προγράμματα (universal programs), που απευθύνονται δηλαδή στο σύνολο του πληθυσμού. Τα γενικά προγράμματα απευθύνονται σε όλους τους κατοίκους μιας ορισμένης γεωγραφικής περιοχής, χωρίς οι κάτοικοι να έχουν ζητήσει με δική τους πρωτοβουλία βοήθεια από ειδικούς. Βασικό χαρακτηριστικό των προγραμμάτων αυτών είναι ότι δεν απευθύνονται σε ειδικές ομάδες πληθυσμού. Το πλαίσιο στο οποίο απευθύνονται ενδεχομένως να αποτελεί ένα πλαίσιο ευνοϊκό για την ανάπτυξη της τοξικοεξάρτησης, η προληπτική παρέμβαση ωστόσο δεν απευθύνεται σε κάποια ειδική ομάδα του γενικού πληθυσμού.

Τέλος, το Κέντρο Πρόληψης Πυξίδα συνεργάζεται με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και το Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, συμμετέχει σταθερά στη συντακτική ομάδα του ηλεκτρονικού περιοδικού Διάυλος και είναι ενεργό μέλος του Δικτύου Κέντρων Πρόληψης Κεντρικής Μακεδονίας, ενώ συμμετέχει και σε διεθνή συνέδρια και σεμινάρια που σχετίζονται με προγράμματα πρόληψης και με τις τελευταίες επιστημονικές και ερευνητικές εξελίξεις. (ΕΚΤΕΠΝ, 2003)

6.4. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Σε ότι αφορά στην πρόληψη της χρήσης ουσιών, η ίδια η πραγματικότητα αλλά και τα επιστημονικά δεδομένα, φέρνουν την οικογένεια σε πρώτο επίπεδο σημασίας για ένα βασικό λόγο: Είναι το πρώτο και το σημαντικότερο περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνει το παιδί και από αυτό δέχεται τους πρώτους ερεθισμούς των ανθρωπίνων και κοινωνικών σχέσεων (Χουρδάκη , 2000).

Τις απόψεις αυτές για τη σημασία του οικογενειακού περιβάλλοντος έρχονται να υποστηρίξουν τα διεθνή συνέδρια και οι δημοσιεύσεις της «Διεθνούς Ομοσπονδίας για την Εκπαίδευση των Γονέων» (International Federation for Parent Education-FIEP. Πιο συγκεκριμένα:

- Η UNESCO έχει χαρακτηρίσει τους γονείς «αναντικατάστατους παιδαγωγούς».
- Το Συμβούλιο της Ευρώπης αναφέρεται στην ανάγκη «εκπαίδευσης των γονέων» και επιμένει ότι όλα τα προγράμματα πρόληψης και εκπαίδευσης «πρέπει να επεκτείνονται και στους γονείς».
- Η Εισηγητική έκθεση της Διακομματικής Επιτροπής της Βουλής για τα ναρκωτικά, διατυπώνει την άποψη πως «η οικογένεια θεωρείται ο πρώτος βασικός πυρήνας της ανάπτυξης της προσωπικότητας του παιδιού και στη συνέχεια έρχεται το σχολείο» (Χουρδάκη , 2000).

Εκτός από τα παραπάνω, και οι ίδιοι οι νέοι τα τελευταία χρόνια δίνουν μεγάλη σημασία στη διατήρηση της οικογένειας, δεν αμφισβητούν την αξία της, επιζητούν όμως την ανανέωσή της και τον επαναπροσδιορισμό της, ζητώντας διάλογο με τους γονείς, δικαιώματα λόγου και απόψεων, άρνηση καταπιεστικής εξουσίας και ενημέρωση των γονέων ως προς τη στάση τους, κυρίως στη φάση της εφηβείας (Χουρδάκη, 2000).

Στην Ελλάδα, η συμβουλευτική υποστήριξη γονέων πραγματοποιείται κυρίως με τη συμμετοχή τους στις ομάδες Σχολών Γονέων που εισήχθησαν στον ελληνικό χώρο το 1962, με πρωτοβουλία της Μαρίας Χουρδάκη, και μέχρι σήμερα, έχουν επιτελέσει και επιτελούν εξαιρετικά σημαντικό έργο στο χώρο της πρωτογενούς πρόληψης.

Οι βασικοί σκοποί λειτουργίας τους είναι: α) η στήριξη του δοκιμαζόμενου θεσμού της οικογένειας, β) η διαφύλαξη και προστασία της ψυχικής υγείας και θετικής

εξέλιξης του παιδιού και όλων των μελών της οικογενειακής ομάδας, γ) η διαμόρφωση μιας σαφούς γονικής ταυτότητας, και δ) η εκπαίδευση των γονέων σε μεθόδους αποτελεσματικότερης επικοινωνίας με το παιδί τους. Η δυσκολία στην επικοινωνία μεταξύ γονέων και παιδιών φαίνεται να παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις, αφού πρόσφατα βρέθηκε ότι το 40% περίπου των μαθητών αντιμετωπίζουν προβλήματα με τους γονείς τους και μάλιστα επιλέγουν να μην τα συζητούν με κανένα. Για την υλοποίηση αυτών των σκοπών οι Σχολές Γονέων, σύμφωνα με το «Εξελικτικό Σύστημα» της Μαρίας Χουρδάκη (το οποίο βασίζεται στις αρχές της «Διεθνούς Ομοσπονδίας για την Εκπαίδευση των Γονέων») στοχεύουν: α) στην ενημέρωση-πληροφόρηση (information) των γονέων σχετικά με τα σύγχρονα δεδομένα της Εξελικτικής και της Οικογενειακής Ψυχολογίας και β) στη διαμόρφωση - διαφοροποίηση (formation) της στάσης και της συμπεριφοράς του γονέα, αλλά και όλων των μελών της οικογένειας και διαφοροποιούνται ανάλογα με το ηλικιακό επίπεδο των παιδιών σε: α) Σχολή Γονέων Βρεφικής - Προσχολικής ηλικίας, β) Σχολή Γονέων Σχολικής ηλικίας και γ) Σχολή Γονέων Εφηβικής ηλικίας (Χουρδάκη, 2000).

Σε μικρές ομάδες των 12-15 ατόμων, τις οποίες συντονίζει ειδικός ψυχικής υγείας και μέσα από τη γνωστή εργασία με ομάδες (group work) που ακολουθείται, οι γονείς οδηγούνται προς τη συνειδητοποίηση του ρόλου τους και σταδιακά και προοδευτικά προς τη διαφοροποίησή τους. Οι συναντήσεις γίνονται με εβδομαδιαία ή δεκαπενθήμερη συχνότητα και διαρκούν μία ώρα και τριάντα λεπτά. Η θεματολογία των συναντήσεων είναι ποικίλη και διαμορφώνεται ανάλογα με τα ενδιαφέροντα των γονέων και τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της κάθε ομάδας. Μερικά ενδεικτικά θέματα είναι τα ακόλουθα: επικοινωνία στην οικογένεια, αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της ζωής ενός παιδιού, αυτοεκτίμηση του παιδιού, όρια, πειθαρχία, εφηβεία, αναπτυξιακές αλλαγές, ο ρόλος της οικογένειας, το φαινόμενο της χρήσης και κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών, προστατευτικοί παράγοντες στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, διαχείριση συγκρούσεων, διαχείριση συναισθημάτων, υπερπροστασία, προσδοκίες, σχολείο, θυσία, ενοχές, ζήλεια, χρόνος, ο γονικός μανδύας και ο γονικός ρόλος (Χουρδάκη, 2000)

6.4.1.ΣΧΟΛΕΣ ΓΟΝΕΩΝ

Ανεξαρτήτως του φορέα υλοποίησης, στόχος των Σχολών Γονέων είναι η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση των γονέων σε θέματα που αφορούν: (α) Στη βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και της επικοινωνίας των γονέων με το σχολείο. (β) Στη βελτίωση των γνώσεων των γονέων σχετικά με τις ψυχικές, κοινωνικές, πνευματικές και άλλες ανάγκες των παιδιών σε κάθε στάδιο ανάπτυξής τους. (γ) Στην ανάπτυξη συναισθηματιών δεξιοτήτων των γονέων, όπως αυτές της ενσυναίσθησης και της ενθάρρυνσης, με σκοπό την καλύτερη επικοινωνία γονέα-παιδιού και την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων και συμπεριφορών των παιδιών. Τέλος, (δ) στη βελτίωση των γνώσεων των γονέων ως προς κάποια ειδικά θέματα, όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση η χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Όσον αφορά στη λειτουργία των Σχολών Γονέων, η κάθε ομάδα αποτελείται συνήθως από 10-15 γονείς, οι οποίοι συγκεντρώνονται σε συμφωνημένο από την αρχή χρόνο και προκαθορισμένο χώρο, με συχνότητα μία συνάντηση ανά εβδομάδα για 1 ώρα και 30 λεπτά ή 2 ώρες. Η διάρκεια των συναντήσεων ποικίλει ανάλογα με τη δομή που διοργανώνει κάθε φορά τη Σχολή Γονέων. (Μπεχράκη, 2002)

Σε κάθε περίπτωση πάντως, με την έναρξη των εργασιών ή τουλάχιστον κατά τη δεύτερη ή την τρίτη συνάντηση, η ομάδα «κλείνει», γεγονός που σημαίνει ότι δεν μπορεί κατόπιν να δεχτεί καινούρια μέλη. Αυτό είναι απαραίτητο για να αναπτυχθεί σταδιακά ένα «δέσιμο» ανάμεσα στα μέλη της ομάδας. Τον συντονισμό των Σχολών Γονέων αναλαμβάνουν επιστήμονες ψυχικής υγείας, κυρίως ψυχολόγοι, αλλά και κοινωνιολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί (Μπεχράκη, 2002).

Η μεθοδολογία που ακολουθείται στις Σχολές Γονέων είναι η βιωματική μέθοδος (experiential learning, learning by doing/participating). Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, η οποία βασίζεται στο έργο του Dewey (1938) και αργότερα του Kolb (1984), η μετάδοση της γνώσης γίνεται με την ενεργητική εμπλοκή του συμμετέχοντα στη μαθησιακή διαδικασία, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τις παραδοσιακές παιδαγωγικές εμπειρίες, όπου ο εκπαιδευόμενος παραμένει απλός ακροατής του εκπαιδευτικού.

Στη βιωματική μέθοδο θεωρείται ότι η γνώση μπορεί να αφομοιωθεί και να χρησιμοποιηθεί από το άτομο, όταν και το ίδιο συμμετέχει ενεργά στην απόκτησή της. Η βιωματική προσέγγιση συνήθως, συνδυάζεται με την εφαρμογή προγραμμά-

των που έχουν ως στόχο την κοινωνική και συναισθητική ανάπτυξη, τη βελτίωση των δεξιοτήτων και την αλλαγή του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος των συμμετεχόντων.

Έτσι, στις Σχολές Γονέων, οι γονείς μέσα από την ενεργή συμμετοχή τους στη μάθηση, χάρη σε διάφορες βιωματικές τεχνικές, μπορούν να κατανοήσουν τη θέση των άλλων μελών της οικογένειάς τους καθώς και το δικό τους ρόλο και να οδηγηθούν σε αλλαγές σε επίπεδο γνωστικό, συναισθηματικό και κοινωνικό.

Στις βιωματικές τεχνικές και ασκήσεις περιλαμβάνονται τα παιχνίδια ρόλων, οι μελέτες περίπτωσης, οι συζητήσεις σε δυάδες, σε μικρές ομάδες ή σε ολόκληρη την ομάδα, η δραματοποίηση, ο ελεύθερος συνειρμός και διάφορες άλλες ασκήσεις προσομοίωσης της οικογένειας και των μορφών επικοινωνίας και διαπαιδαγώγησης. Ο συντονιστής φροντίζει να γίνεται αξιοποίηση της ομάδας ως χώρος κοινωνικής μάθησης για τους γονείς, με την έννοια ότι η ομάδα μπορεί να αποτελέσει για τον γονέα ένα προφυλαγμένο χώρο για να δοκιμάσει ο καθένας τους τις νέες δεξιότητες που αποκτάει προτού τις εφαρμόσει σε πραγματικές συνθήκες με τα μέλη της οικογένειάς του. (Μπεχράκη, 2002).

Πιο συγκεκριμένα, διαπίστωσε ότι, από την αρχή ως το τέλος των εργασιών, η ομάδα διέρχεται από διάφορες φάσεις. Κατά τις φάσεις αυτές η στάση, το ύφος, τα συναισθήματα και οι μορφές επικοινωνίας ανάμεσα στους γονείς που συμμετέχουν αλλάζουν.

Κατά το πρώτο στάδιο, το «στάδιο της επιφύλαξης», τα συναισθήματα που συνήθως επικρατούν στην ομάδα είναι η αμηχανία, το άγχος ίσως κι ο εκνευρισμός. Ο κάθε γονέας βρίσκεται αντιμέτωπος με μια καινούρια κατάσταση, σε μια άγνωστη συνθήκη, όπου προσπαθεί να προσανατολιστεί ως προς τους στόχους της ομάδας και τον τρόπο λειτουργίας της και να κατανοήσει το ρόλο του συντονιστή και τον τρόπο επικοινωνίας του με τα άλλα μέλη. Το στάδιο αυτό της επιφυλακτικότητας διαρκεί για την πρώτη ή τις πρώτες λίγες συναντήσεις.

Στη συνέχεια μπορεί κανείς να διακρίνει το δεύτερο στάδιο, το «στάδιο της προσαρμογής». Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, η ανυπομονησία και η αγωνία μειώνονται σταδιακά και αντικαθίστανται από συναισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Το κλίμα της ομάδας γίνεται ζεστό και άνετο, προσφέροντας στους γονείς την δυνατότητα να εκφραστούν και να επικοινωνήσουν γύρω από τα θέματα που τους απασχολούν. Αυτό που έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε αυτό το στάδιο είναι ότι οι γο-

νείς αρχίζουν να κατανοούν ότι το κάθε πρόβλημα έχει πολλές αιτίες και πολλούς τρόπους επίλυσης. Έτσι, παύουν πλέον να πιέζουν την ομάδα και τον συντονιστή για συγκεκριμένες λύσεις στα συγκεκριμένα προβλήματα τους, αλλά ενδιαφέρονται για μια γενικότερη μεθοδολογία επίλυσης συγκρούσεων και απόκτησης δεξιοτήτων που θα τους βοηθήσουν και σε βάθος χρόνου.

Το τρίτο στάδιο είναι το «στάδιο της δημιουργικής συνεργασίας». Σε αυτό το στάδιο μπορεί κανείς να αντιληφθεί την ξεχωριστή ταυτότητα που έχει αποκτήσει η κάθε ομάδα. Η φυσιογνωμία της ομάδας είναι μοναδική, καθώς οι γονείς, μέσα και από μια σειρά βιωματικών δημιουργικών ασκήσεων, συνειδητοποιούν όλο και περισσότερο τις ανάγκες τους, τις προσδοκίες τους και τα συναισθήματα τους. Το κλίμα που επικρατεί είναι αυτό της συνεργασίας.

Το «στάδιο της ικανοποίησης» είναι το τέταρτο στάδιο που διέρχεται στην ομάδα. Σε αυτό το στάδιο, οι γονείς αρχίζουν να αντιλαμβάνονται τις αλλαγές που συντελούνται στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, αλλά και στη σχέση τους με τον ίδιο τους τον εαυτό. Με μεγαλύτερη υπομονή και κατανόηση πλέον επικοινωνούν με το παιδί και το σύντροφό τους, θέτοντας τα όριά τους και βοηθώντας και τους γύρω τους να εκφραστούν. Επιπλέον, αφιερώνουν περισσότερο χρόνο για την προσωπική τους ανάπτυξη και αυτογνωσία. Αυτός ο συνδυασμός αυτοελέγχου, επικοινωνίας και διαχείρισης συγκρούσεων δημιουργεί στους γονείς το αίσθημα της ικανοποίησης και της ηρεμίας.

Το πέμπτο και τελευταίο στάδιο στην εξέλιξη της ομάδας ονομάζεται «στάδιο της ενεργοποίησης». Το ιδιαίτερο αυτό στάδιο μπορεί να παρατηρηθεί μόνο στις ομάδες γονέων και όχι σε άλλου τύπου ομάδες, όπως οι θεραπευτικές. Στις περισσότερες ομάδες που λειτουργούν για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα παρατηρεί κανείς προς το τέλος μια κούραση και μια γενικότερη μείωση του ενθουσιασμού των μελών. Το ενδιαφέρον με τις ομάδες γονέων είναι ότι σε αυτές συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο. Οι γονείς, έχοντας βιώσει αλλαγές που οφείλονται στη συμμετοχή τους στην ομάδα, τώρα ενεργοποιούνται περισσότερο από ποτέ και είτε ζητούν τη συνέχιση της λειτουργίας της ομάδας για βαθύτερη επεξεργασία των θεμάτων, είτε ενδιαφέρονται να εμπλακούν με κάποιο τρόπο σε διάφορα σωματεία και φορείς για την προώθηση του θεσμού.

Οι σχολές γονέων είναι ένα σημαντικό κομμάτι της δραστηριοποίησης στα Κέντρα πρόληψης, καθώς οι γονείς είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας επικινδυνότητας ή και προστασίας κατά περίπτωση από την δοκιμή και χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από εφήβους και νέους. (Μπεχράκη ,2002)

6.5.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Οι βασικοί τομείς δράσης είναι το σχολείο και η οικογένεια, ωστόσο, βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης είναι η επέκτασή τους και σε άλλους φορείς, οργανισμούς, άτομα , οι οποίοι αντίστοιχα, μέσα από το δικό τους ρόλο επιδρούν στη διαμόρφωση υγιών συμπεριφορών και έχουν ρόλο «κλειδί» στα τεκταινόμενα της κοινωνίας.

Ως παράδειγμα εδώ θα εισαχθεί το Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες “ Ορίζοντες” της Περιφέρειας Κοζάνης. Όσον αφορά τα προγράμματα πρόληψης στην ευρύτερη κοινότητα, ο στόχος των παρεμβάσεων είναι η ευαισθητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας σχετικά με το πρόβλημα της εξάρτησης και της πρόληψής του, καταρρίπτοντας κυρίως μύθους και εσφαλμένες αντιλήψεις που αποπροσανατολίζουν από την ουσία του προβλήματος.

Μέσα από αυτή την οπτική, τα κοινοτικά προγράμματα επιδιώκουν την ενεργοποίηση ατόμων και φορέων που επιθυμούν να συμβάλλουν στην εθελοντική προσπάθεια για πρόληψη.

Στα πλαίσια αυτά το Κέντρο Πρόληψης συνεργάζεται με κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς αλλά και με μεμονωμένα άτομα με απώτερο σκοπό την ανάπτυξη κοινωνικού δικτύου, αποτελεσματικού στην πρόληψη της διάδοσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Βασική φιλοσοφία των κοινοτικών προγραμμάτων αποτελεί η πεποίθηση ότι η συμμετοχή των φορέων της τοπικής κοινότητας σε προγράμματα πρόληψης και η ανάπτυξη συνεργασίας και της κοινωνικής δικτύωσης ανάμεσα στα διαφορετικά μέλη μιας κοινωνίας συμβάλλουν στην προώθηση της κοινωνικής συνοχής και συνηγορούν στη μείωση των κοινωνικών αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν στη χρήση ουσιών (π.χ. κοινωνικός αποκλεισμός , περιθωριοποίηση, έλλειψη επικοινωνίας).

Τα κοινοτικά προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης αφορούν μια πολυδιάστατη παρέμβαση, η οποία απευθύνεται μέσα από συντονισμένες δραστηριότητες στο ευρύ κοινό της τοπικής κοινότητας. Οι στόχοι αυτών των προγραμμάτων είναι οι εξής:

- Ενίσχυση του δικτύου πρόληψης στο Νομό Κοζάνης.
- Ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση φορέων και υπηρεσιών σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
- Εκπαίδευση ανθρώπων που κατέχουν "θέσεις κλειδιά" στην τοπική κοινωνία για τη διάχυση μηνυμάτων πρόληψης σε όσο το δυνατόν περισσότερα επίπεδα και με διαφορετικούς τρόπους.

Τα μέσα τα οποία χρησιμοποιούνται είναι οι ομιλίες και ανοιχτές διαλέξεις ημερίδες, σεμινάρια ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης ,συμμετοχή σε εκπομπές τοπικών Μ.Μ.Ε, εκδηλώσεις, αρθρογραφία, έκδοση και διανομή ενημερωτικού εντύπου και παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικού και υποστηρικτικού χαρακτήρα σε γονείς και νέους. Για παράδειγμα, το Κέντρο διοργάνωσε το περασμένο έτος σεμινάριο για δημοσιογράφους του τοπικού Τύπου έχοντας ως στόχους:

- Την ανάπτυξη κλίματος συνεργασίας μεταξύ δημοσιογράφων και στελεχών του κέντρου πρόληψης.
- Την ενημέρωση των δημοσιογράφων για τη φιλοσοφία των προγραμμάτων των κέντρων πρόληψης.
- Την αναζήτηση τρόπων δημοσιοποίησης του προβλήματος των εξαρτήσεων σύμφωνα με τις αρχές και τις αξίες της πρόληψης.

Τέλος, το συγκεκριμένο Κέντρο Πρόληψης συνεργάζεται και με άλλους φορείς όπως τα Μέλη του Νομαρχιακού Συμβουλίου της Νεολαίας Κοζάνης, με την Ομάδα Προσκόπων Κοζάνης αλλά και με μέλη του δημοτικού Συμβουλίου με στόχο την από κοινού προσέγγιση του ζητήματος και την δημιουργία ενός κοινωνικού δικτύου. (www.kproizontes.gr {πρόσβαση στις 15 Μαΐου 2013})

6.6.ΣΧΟΛΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η πρόληψη στο σχολικό περιβάλλον είναι απαραίτητη για μία σειρά από λόγους, όπως ότι το σύνηθες σημείο εκκίνησης της χρήσης τοποθετείται στην ηλικία της εφηβείας, στο σχολείο μπορούμε να προσεγγίσουμε το σύνολο των παιδιών, γιατί η πρόληψη αφορά σε μεγάλο βαθμό την εκπαίδευση των παιδιών σε αξίες, αρχές και σε απόψεις για τη διάδοση της χρήσης ναρκωτικών, γιατί είναι το κατάλληλο πλαίσιο για να εφαρμόσουμε συστηματικά, μακρόχρονα προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας και γιατί μας δίνει τη δυνατότητα να εντοπίσουμε τα παιδιά που «φλερτάρουν» με τη χρήση και ίσως βρίσκονται σε κίνδυνο χωρίς να τα στιγματίσουμε (Tobler et al, 1997).

Ανεξάρτητα από το εκπαιδευτικό υλικό στο οποίο βασίζονται τα προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, από σχετικές μελέτες γνωρίζουμε ότι προκειμένου να είναι αποτελεσματικά τα σχολικά προγράμματα ως προς την πρόληψη της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες χρειάζονται να ανταποκρίνονται στα εξής χαρακτηριστικά:

- να εστιάζουν στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων που σχετίζονται με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Δηλαδή να δίνουν έμφαση στους παράγοντες εκείνους που έχουν θετική επίδραση στην ψυχοκοινωνική επάρκεια των νέων και μειώνουν την πιθανότητα για χρήση, ενώ παράλληλα αντιστρέφουν ή μειώνουν την επίδραση γνωστών «παραγόντων κινδύνου».
- να περιλαμβάνουν μεθόδους ενεργητικής μάθησης κατάλληλες για την συγκεκριμένη αναπτυξιακή τους φάση.
- να ενθαρρύνουν την αλληλεπίδραση μεταξύ των συμμετεχόντων μαθητών (π.χ. μέσα από δραστηριότητες σε μικρές ομάδες).
- να επικεντρώνονται στην εκπαίδευση σε δεξιότητες ζωής δηλαδή στις ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές δεξιότητες που ενισχύουν τον αυτοέλεγχο των νέων και την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της ζωής.
- να δίνουν έμφαση στην παροχή έγκυρων στοιχείων σχετικά με την επικράτηση της χρήσης καπνού, οινόπνευματων και άλλων ουσιών από τους εφήβους, ώστε να γίνει αντιληπτό ότι η πλειοψηφία των εφήβων δεν κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (κανονιστική εκπαίδευση).

- να περιλαμβάνουν την έγκυρη ενημέρωση για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες ψυχικές και σωματικές συνέπειες της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών.
- να προβλέπουν την εκπαίδευση και υποστήριξη / εποπτεία των εκπαιδευτικών από τους υπεύθυνους των παρεμβάσεων ή ειδικούς στην πρόληψη.
- να είναι μακροπρόθεσμα (να καλύπτουν όλη τη διάρκεια της σχολικής φοίτησης), με επαναλαμβανόμενες παρεμβάσεις που θα ενισχύουν τους αρχικούς στόχους πρόληψης.
- να εμπλέκουν ενεργά την οικογένεια των μαθητών.
- να προσαρμόζονται στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται.
- να εφαρμόζονται σύμφωνα με το προτεινόμενο περιεχόμενο και τις προτεινόμενες δραστηριότητες του οδηγού του προγράμματος, σε σταθερό χρόνο και τακτικές συναντήσεις (1 φορά την εβδομάδα), για τουλάχιστον 12 συναντήσεις, μετά από συμβόλαιο με τους συμμετέχοντες. Οι συνθήκες αυτές αποτελούν μάλλον και τις πιο βασικές προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος. Ακόμα και όταν οι εκπαιδευτικοί θελήσουν να προσαρμόσουν τα προγράμματα στις ανάγκες μιας συγκεκριμένης είναι σημαντικό να διατηρούνται τα θεμελιακά χαρακτηριστικά ενός προγράμματος που αφορούν τη δομή, το περιεχόμενο και τη μεθοδολογία εφαρμογής και αξιολόγησης τα προγράμματα πρόληψης χρειάζεται να αξιολογούνται ως προς τη διαδικασία και το αποτέλεσμα τους. (Tobler et al, 1997).

Επιπλέον, τα σχολικά προγράμματα πρόληψης δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στις δεξιότητες ζωής. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2000) υπάρχει ένας βασικός πυρήνας δεξιοτήτων που αποτελούν τις «δεξιότητες ζωής» οι οποίες αποτελούν τη βασική προϋπόθεση για την απόκτηση της ψυχοκοινωνικής επάρκειας, οι οποίες είναι οι εξής (ΠΟΥ, 2000):

- Λήψη αποφάσεων
- Επίλυση προβλημάτων
- Δημιουργική σκέψη
- Κριτική σκέψη
- Αποτελεσματική επικοινωνία
- Δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων

- Αυτογνωσία
- Ενσυναίσθηση
- Διαχείριση των συναισθημάτων
- Διαχείριση του άγχους

Προσφέροντας μία παραπάνω περιγραφή της καθεμίας, ξεκινώντας από τη λήψη αποφάσεων θεωρείται ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς είναι απαραίτητη προκειμένου το άτομο να είναι σε θέση να κάνει τις καλύτερες επιλογές ανά περίπτωση. Έτσι λοιπόν στην περίπτωση της ουσιοεξάρτησης είναι σημαντικό ο νέος να έχει ανεπτυγμένη αυτή την δεξιότητα προκειμένου να ζυγίζει αποτελεσματικά τις πιθανές συνέπειες των επιλογών του.

Ομοίως, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων μας επιτρέπει να αντιμετωπίζουμε εποικοδομητικά τα προβλήματα στη ζωή μας καθώς σε πολλές περιπτώσεις, η σύγχυση που προκαλούν τα καθημερινά προβλήματα αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας της έναρξης χρήσης ουσιών (ΠΟΥ, 2000).

Η δημιουργική σκέψη συμβάλλει τόσο στη λήψη αποφάσεων όσο και στην επίλυση προβλημάτων, καθώς δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να διερευνήσει τις υπάρχουσες εναλλακτικές λύσεις και τις ποικίλες συνέπειες που μπορεί να έχουν η ανάληψη ή η μη ανάληψη δράσης. Μας βοηθά να δούμε πέρα από τις άμεσες εμπειρίες μας. Ακόμη και όταν δεν υπάρχουν προβλήματα ή δεν καλούμαστε να λάβουμε αποφάσεις, η δημιουργική σκέψη μας βοηθά να αποκρινόμαστε με ικανότητα προσαρμογής και ευελιξία στις καταστάσεις της καθημερινής ζωής (ΠΟΥ, 2000).

Επιπρόσθετα, η κριτική σκέψη αφορά την ικανότητα ανάλυσης πληροφοριών και εμπειριών με αντικειμενικό τρόπο. Το κριτικό πνεύμα μπορεί να συμβάλει στην υγεία βοηθώντας μας να αναγνωρίσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν στάσεις και συμπεριφορές, όπως οι αξίες, η πίεση των συνομηλίκων και η πίεση των μέσων ενημέρωσης (ΠΟΥ, 2000).

Η αποτελεσματική επικοινωνία αναφέρεται στην ικανότητα αυτοέκφρασης, τόσο με λεκτικά όσο και με μη λεκτικά μέσα, κατά τρόπο που αρμόζει στο εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο και στην εκάστοτε κατάσταση. Τούτο σημαίνει ικανότητα έκφρασης επιλογών και επιθυμιών, αλλά και αναγκών και φόβων όπως επίσης ότι το άτομο είναι ικανό να ζητά συμβουλές όταν τις έχει ανάγκη. (ΠΟΥ, 2000).

Ακόμη, οι δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων μας βοηθούν να σχετιζόμαστε θετικά με τους άλλους. Η ικανότητα να αναπτύσσουμε και να διατηρούμε φιλικές σχέσεις μπορεί να αποδειχθεί ζωτικής σημασίας για την ψυχική και κοινωνική μας ευεξία καθώς η ικανότητα διατήρησης καλών σχέσεων με τους άλλους είναι σημαντική πηγή κοινωνικής υποστήριξης. Η ικανότητα επικοινωνιακής λήξης μιας σχέσης ανήκει επίσης στις διαπροσωπικές δεξιότητες. (ΠΟΥ, 2000)

Η αυτογνωσία σημαίνει ότι γνωρίζουμε τον εαυτό μας, το χαρακτήρα μας, τα προτερήματα και τα ελαττώματα μας, τις προτιμήσεις και τις αντιπάθειές μας. Η ανάπτυξη αυτογνωσίας μας βοηθά να αντιληφθούμε πότε αισθανόμαστε άγχος ή πίεση. Συχνά επίσης αποτελεί προϋπόθεση για την αποτελεσματική επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά και για την ανάπτυξη σχέσεων ενσυναίσθησης με τους άλλους (ΠΟΥ, 2000).

Η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητά μας να φανταστούμε τι μπορεί να βιώνει ένα άλλο άτομο σε μια κατάσταση που δεν μας είναι γνώριμη. Η ενσυναίσθηση μας βοηθά να κατανοήσουμε και να αποδεχθούμε ανθρώπους που διαφέρουν πολύ από εμάς, μπορεί να βελτιώσει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και να ενθαρρύνει τη μέριμνα για ανθρώπους που χρειάζονται φροντίδα, βοήθεια ή ανοχή (ΠΟΥ, 2000).

Η διαχείριση των συναισθημάτων προϋποθέτει αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων και του εαυτού μας, επίγνωση του τρόπου με τον οποίο τα συναισθήματα επηρεάζουν τη συμπεριφορά και ικανότητα κατάλληλης απόκρισης στα συναισθήματα. Τα έντονα συναισθήματα, όπως ο θυμός ή η θλίψη, μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες στην υγεία μας αν δεν αντιδράσουμε κατάλληλα (ΠΟΥ, 2000).

Η διαχείριση του άγχους σημαίνει αναγνώριση των πηγών άγχους στη ζωή μας και του τρόπου με τον οποίο μας επηρεάζουν, αλλά και μέτρα για τον έλεγχο των επιπέδων άγχους. Εδώ συγκαταλέγονται μέτρα που μειώνουν τις πηγές άγχους (π.χ. αλλαγές στο περιβάλλον ή στον τρόπο ζωής μας), αλλά και εκμάθηση τρόπων χαλάρωσης, ώστε οι εντάσεις που δημιουργούνται από το αναπόφευκτο άγχος να μην δημιουργήσουν προβλήματα στην υγεία μας (ΠΟΥ, 2000).

Ποια είναι όμως η αξία της ανάπτυξης αυτών των δεξιοτήτων για τους εφήβους και νέους και πώς συνδέεται με την ουσιοεξάρτηση; Υπάρχουν πολλαπλά παραδείγματα και ερευνητικά συμπεράσματα που αναδεικνύουν την αξία της εκπαίδευσης

σε δεξιότητες ζωής σε ότι αφορά στην προαγωγή της υγείας των παιδιών και των εφήβων και ειδικότερα στην πρόληψη των εξαρτήσεων.

Με βάση λοιπόν τα παραπάνω, τα σχολικά προγράμματα πρόληψης είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την προστασία των εφήβων από την υιοθέτηση ανθυγιεινών τρόπων ζωής και ιδιαίτερα για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Μάλιστα, τα σύγχρονα προγράμματα πρόληψης ξεφεύγουν από την απλή παροχή πληροφοριών σχετικά με την δοκιμή, χρήση και τις συνέπειες της χρήσης ουσιών και στοχεύουν κυρίως στην έμμεση προστασία των νέων από τις ψυχοδραστικές ουσίες μέσα από την ανάπτυξη σημαντικών δεξιοτήτων ζωής, οι οποίες λειτουργούν ως το ανάχωμα μπροστά στην απειλή της τοξικοεξάρτησης. (Tobler et al,1997)

6.6.1.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ

Το σχολείο αποτελεί έναν σημαντικό χώρο, στον οποίο ο νέος άνθρωπος μαθαίνει να επικοινωνεί, να γνωρίζει τον εαυτό του, να κάνει σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους, να αναγνωρίζει και να εκφράζει τα συναισθήματα του. Πρόληψη σε αυτό το πλαίσιο σημαίνει δημιουργία θετικών συνθηκών στο σχολείο, την οικογένεια αλλά και την κοινωνία, με τρόπο ώστε να προάγεται η ποιότητα ζωής.

Πολλά από τα Κέντρα Πρόληψης που λειτουργούν στην Ελλάδα υλοποιούν αντίστοιχα προγράμματα για εκπαιδευτικούς, ενδεικτικά αναφέρεται η περίπτωση του Κέντρου Πρόληψης Εξαρτήσεων και Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Αχαΐας.

Το Κέντρο Πρόληψης Αχαΐας, αναγνωρίζοντας τον σημαντικό ρόλο των εκπαιδευτικών στη διαμόρφωση μιας ώριμης και πιο λειτουργικής προσωπικότητας των μαθητών, σχεδιάζει και υλοποιεί κάθε χρόνο προγράμματα που απευθύνονται σε Εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, τα προγράμματα πρόληψης για εκπαιδευτικούς είναι:

- Βιωματικά Σεμινάρια για τη δυναμική της ομάδας
- Βιωματικά Σεμινάρια για θέματα εξαρτήσεων

- Υποστήριξη εκπαιδευτικών

Τα προγράμματα αυτά δίνουν την δυνατότητα στους εκπαιδευτικούς:

- ✓ να βιώσουν το όφελος από τη συμμετοχή τους σε ομάδες και να «χτίσουν» γέφυρες επικοινωνίας με ανθρώπους με τους οποίους έχουν κοινά ερεθίσματα, ενδιαφέροντα, προβληματισμούς και ανησυχίες
- ✓ να αναζητήσουν καινούργιες εμπειρίες, λύσεις και απαντήσεις σε ερωτήματα που τους απασχολούν, να δώσουν και να πάρουν στήριξη
- ✓ να δοκιμάσουν νέους τρόπους προσέγγισης του μαθήματος καθημερινά μέσα στη τάξη
- ✓ να ενημερωθούν για θέματα που σχετίζονται με την εξάρτηση από ουσίες και συμπεριφορές
- ✓ να προβληματιστούν για το ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν οι ίδιοι στην πρόληψη των εξαρτήσεων είτε μέσα από το ρόλο του εκπαιδευτικού παιδαγωγού είτε του ενεργού πολίτη μεταδίδοντας το δικό τους βίωμα σε όλους τους χώρους που ζουν και κινούνται
- ✓ να εκπαιδευτούν στην εφαρμογή συγκεκριμένων εκπαιδευτικών υλικών που έχει δημιουργήσει η επιστημονική ομάδα του Κέντρου Πρόληψης (Αγγίζοντας τον κύκλο, Αξιοποίηση των σχολικών εκδρομών στην πρόληψη των εξαρτήσεων, Εκπαιδύοντας τους πολίτες του αύριο, Ομαλή μετάβαση των μαθητών από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο κ.λπ.) ή στην αξιοποίηση εκπαιδευτικών υλικών άλλων φορέων όπως Δεξιότητες για παιδιά Δημοτικού Συζητήσεις Εφήβων, Στηρίζομαι στα Πόδια μου κ.λ.π
- ✓ να συνεργαστούν με τα στελέχη πρόληψης στην υλοποίηση συγκεκριμένων ενοτήτων, στα πλαίσια ολοκληρωμένου προγράμματος που εφαρμόζουν οι ίδιοι στους μαθητές τους. (ΚΕΘΕΑ-TACADE,1998)

Τα Προγράμματα πρόληψης για τους Εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης υλοποιούνται από εκπαιδευμένα στελέχη του Κέντρου Πρόληψης (Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί λειτουργοί κ.λπ.) και πραγματοποιούνται είτε στον χώρο του σχολείου -αν πρόκειται για τους μαθητές- εντός ωρολογίου προγράμματος είτε στον χώρο του Κέντρου, ο οποίος είναι κατάλληλα διαμορφωμένος για την υλοποίηση των προγραμμάτων στον εθελοντικό χρόνο των εκπαιδευτικών.

6.6.2. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Το πρόγραμμα «Στηρίζομαι στα πόδια μου»

Το πρόγραμμα με τίτλο «Στηρίζομαι στα πόδια μου» είναι ένα πρόγραμμα πρωτογενούς πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (ναρκωτικά, αλκοόλ, τσιγάρο). Εντάσσεται στα πλαίσια του θεσμού της Αγωγής Υγείας στα σχολεία που εφαρμόζει το Υπουργείο Παιδείας.

Σε αυτό το πρόγραμμα σχολικής παράβασης που απευθύνεται στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση ακολουθείται μια νέα προσέγγιση που δίνει έμφαση στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, της αυτοεκτίμησης, των κοινωνικών δεξιοτήτων και των διαπροσωπικών σχέσεων. Εισάγεται έτσι μια νέα φιλοσοφία στην πρωτογενή πρόληψη κυρίως όσον αφορά στο ρόλο του εκπαιδευτικού μέσα στην τάξη και τον τύπο της σχέσης που αναπτύσσεται μέσα από την διδακτική πράξη. Η εκπαίδευση στηρίζεται σε σύγχρονες μεθόδους ενεργητικής μάθησης ώστε τα μηνύματα Αγωγής Υγείας που ενσωματώνονται στο πρόγραμμα να γίνονται αποδεκτά από τους μαθητές.

Το εκπαιδευτικό υλικό προέρχεται από την Ιρλανδία με τον τίτλο «On my own two feet» και εφαρμόζεται στα σχολεία της από το 1990 και μετά. Έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην Ελληνική πραγματικότητα από την ομάδα του Κέντρου εκπαίδευσης για την πρόληψη της χρήσης των ναρκωτικών και την προαγωγή της υγείας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΠ-ΨΥ-Ο.ΚΑ.ΝΑ, 1996).

Στην εφαρμογή του προγράμματος μπορούν να συμμετέχουν καθηγητές όλων των ειδικοτήτων μετά από σχετική εκπαίδευση, οι οποίοι αναλαμβάνουν να συντονίσουν και να εφαρμόσουν οι ίδιοι το πρόγραμμα και όχι οι ειδικοί. Οι ειδικοί, στελέχη των Κέντρων Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) που λειτουργούν σε κάθε νομό, μπορούν να έχουν έναν εποπτικό και υποστηρικτικό ρόλο ως προς τον συντονισμό και την εφαρμογή του προγράμματος.

Το εκπαιδευτικό αυτό υλικό Αγωγής Υγείας αποτελείται από πέντε θεματικές

ενότητες :

- Ταυτότητα και αυτοεκτίμηση,
- Κατανόηση των επιρροών,
- Αυτοπεποίθηση και αποφασιστικότητα,
- Συναισθήματα,
- Λήψη αποφάσεων.

Το υλικό συνοδεύεται από ένα εγχειρίδιο για τον εκπαιδευτικό, όπου αναφέρονται αναλυτικά η φιλοσοφία, οι στόχοι και οι μέθοδοι εφαρμογής του στο σχολείο και δύο βοηθητικά βιβλία με έτοιμες ασκήσεις - δραστηριότητες για τους μαθητές.

Η μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι η βιωματική και τα στάδια του προγράμματος είναι τα εξής:

Στάδιο 1: Ενεργώ/ Βιώνω. Σε αυτό το στάδιο οι συμμετέχοντες προσεγγίζουν όσα τους απασχολούν μέσα από μια σειρά δραστηριοτήτων όπως παιχνίδια, συζητήσεις περιπτώσεων, παίξιμο ρόλων, αναπαραστάσεις, παρουσιάσεις. Η πληροφορία βγαίνει μέσα από την εμπειρία.

Στάδιο 2: Ανταλλάσσω εμπειρίες. Σε αυτό το στάδιο οι συμμετέχοντες συγκρίνουν τις εμπειρίες τους. Προωθείται η συζήτηση σε μικρές ομάδες για να επιτευχθεί μεγαλύτερη συμμετοχή και να εμπλουτιστεί η οπτική των συμμετεχόντων.

Στάδιο 3: Κατανοώ και ερμηνεύω. Στο στάδιο αυτό οι συμμετέχοντες καλούνται να κατανοήσουν τα συναισθήματα και τις εμπειρίες των δύο προηγούμενων σταδίων.

Στάδιο 4: Γενικεύω. Με τη βοήθεια του συντονιστή, γενικεύονται οι αρχές και τα συμπεράσματα που προέκυψαν στα δύο προηγούμενα στάδια.

Στάδιο 5: Εφαρμόζω. Ο γονέας έχοντας περάσει όλα τα προηγούμενα στάδια, τώρα μπορεί να εφαρμόσει όσα έμαθε στο πραγματικό περιβάλλον, στις σχέσεις με την οικογένειά του. Η ομάδα συνεχίζει να βρίσκεται στο πλευρό του προσφέροντας ένα είδος εποπτείας σχετικά με το πως λειτούργησε στην πράξη, τι έχει ήδη εμποδωθεί από όσα η ομάδα έχει διαχειριστεί, τι μπορεί ακόμα να τροποποιηθεί προς το καλύτερο και σε ποιο βαθμό οι αντιλήψεις του γονέα έχουν αλλάξει. (ΕΠΨΥ-Ο.ΚΑ.ΝΑ, 1996)

6.6.3. “Ο ΚΗΠΟΣ ΜΕ ΤΙΣ 11 ΓΑΤΕΣ”

Το συγκεκριμένο υλικό πρόληψης είναι σχεδιασμένο για παιδιά-μαθητές της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης καθώς ενώ γενικά θεωρείται ότι είναι πολύ νωρίς ώστε να ενημερωθούν οι μαθητές αυτής της ηλικίας, εντούτοις κατά την ευαίσθητη παιδική ηλικία, αρνητικοί παράγοντες όπως φόβοι, φοβίες, ζήλεια, άγχος, μοναξιά, ματαιώσεις, δυσκολία αποδοχής της πραγματικότητας και αδυναμία να δεχθούν την αποτυχία, μετάθεση προβλημάτων κ.ά. μπορεί να τους οδηγήσουν αργότερα στην ενήλικη ζωή σε αυτοκαταστροφικές επιλογές ή πράξεις. Συχνά, οι ενήλικες προσπαθώντας να επιλύσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και να διώξουν το άγχος της καθημερινότητας αναζητούν «μαγικές λύσεις» κι εύκολη επιβίωση.

Με βάση τον πρόλογο του βιβλίου, στόχος του συγκεκριμένου παραμυθιού είναι να ενισχυθεί η συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών και η ενθάρρυνση της συναισθηματικής τους έκφρασης, ώστε να αποθαρρυνθούν στο μέλλον από την υιοθέτηση μίας πλαστής αισιοδοξίας και “μαγικών λύσεων”.

Οι ήρωες του παραμυθιού χωρίζονται σε τρεις τύπους, σε παιδιά, ενήλικες και πειρατές, αυτούς που βάζουν τους άλλους σε πειρασμό. Ο συνδυασμός αυτών των τριών τύπων ηρώων ουσιαστικά αναδεικνύει την πολυπλοκότητα της ζωής και των σημαντικών προσώπων που θα έχουν να αντιμετωπίσουν τα παιδιά-μαθητές ως μεγαλύτερα παιδιά, έφηβοι και ενήλικες.

Οι χαρακτήρες του παραμυθιού είναι οι εξής:

- Ο χιονάτος είναι ματαιόδοξος, επιδειξιομανής και εγωκεντρικός, κάνει τα πάντα για να τον προσέχουν και στο τέλος θα χρησιμοποιήσει ακόμη και μαγικές λέξεις για να ικανοποιήσει το σκοπό του.
- Η μαργαριταρένια είναι αδύναμη και εύθραυστη απέναντι στη γνώμη των άλλων, έχει καλή καρδιά αλλά μερικές φορές είναι αδέξια, δίνει ότι κάνει λάθη, ότι δεν τα καταφέρνει.
- Ο μουσούδης είναι αδύναμος, παθητικός και νάρκισσος ενώ για να γίνει αποδεκτός κάνει πράγματα για τα οποία μετανιώνει στη συνέχεια, αλλά ευτυχώς στο τέλος καταλαβαίνει ότι δεν χρειάζεται να μιμείται το κακό παράδειγμα των άλλων.

- Η λευκή χαρακτηρίζεται ως εγωίστρια, αυταρχική, θαρραλέα και δραστήρια. Ο εαυτός της είναι η αρχή και το τέλος ενώ για τους άλλους ενδιαφέρεται μόνο όταν πρόκειται να τους επιβάλλεται.
- Η βούλα είναι η συνεσταλμένη της παρέας με λεπτούς τρόπους αλλά της λείπει το θάρρος ώστε να μπορεί να προβάλλει και να επιβεβαιώσει τον εαυτό της. Τα καταφέρνει σιγά σιγά βοηθώντας τους άλλους.
- Ενδεικτικά, ως πειρατής αναφέρεται ο Σιάμ, ο οποίος είναι άτομο ακαθόριστης ηλικίας, μυστηριώδης μάγος που υπόσχεται ευτυχία και απαλλαγή από κάθε τι δεινό και αυταπάτη, φθάνει να δεχθείς το παραμύθι του και να δοκιμάσεις το μαγικό φίλτρο που προσφέρει.

Μέσα από συγκεκριμένα επεισόδια με πρωταγωνιστές τους παραπάνω ήρωες, αναμένεται για τα παιδιά:

- Να γνωρίσουν τον εαυτό τους και να τον αποδέχονται.
- Να αναγνωρίζουν τα συναισθήματα και να τα εκφράζουν.
- Να αναπτύξουν φιλίες στο σχολικό και στον ευρύτερο χώρο .
- Να ενισχυθεί η ομοψυχία της ομάδας και να δημιουργηθεί μια ατμόσφαιρα φιλίας.
- Να κατανοηθεί η πολυπλοκότητα της ζωής και η ανάγκη συνεχούς συνεργασίας μεταξύ παιδιών και ενηλίκων για σωστή καθοδήγηση για όσο διάστημα η πείρα των παιδιών δεν είναι ακόμη επαρκής.
- Να παρουσιαστούν οι θετικές και αρνητικές μορφές ενηλίκων, ώστε να ενισχυθούν τα θετικά πρότυπα και να απορριφθούν τα αρνητικά.
- Να βοηθηθούν τα παιδιά μέσα από τις προσωπικότητες των ηρώων, να αποκτήσουν καλύτερη επίγνωση του εαυτού τους και των άλλων.
- Να καλλιεργηθεί η συγκινησιακή ή συναισθηματική δυνατότητα των παιδιών –παιδεία συναισθημάτων- σε ευρύ φάσμα για την ανάπτυξη σωστής κοινωνικής συμπεριφοράς.. (www.pyxida.org.gr {πρόσβαση στις 6 Ιουνίου 2013})

6.7.ΘΕΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟ-ΛΗΨΗΣ

Ένα Θεατροπαιδαγωγικό Πρόγραμμα (Θ.Π.) έχει συγκεκριμένους στόχους και θέμα και συνήθως σχεδιάζεται σε συνεργασία με τα σχολεία με βάση τις ανάγκες των αναλυτικών ή άλλων προγραμμάτων τους. Αφετηρία για το σχεδιασμό ενός Θ.Π. μπορεί να είναι ιστορικά, κοινωνικά ή περιβαλλοντικά θέματα, ζητήματα εφηβείας αλλά και γνωστά θεατρικά έργα. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία μεθόδων σχεδιασμού και εφαρμογής θεατροπαιδαγωγικών προγραμμάτων, όλα όμως περιλαμβάνουν βιωματικό εργαστήριο για μαθητές με χρήση μεγάλης ποικιλίας θεατρικών τεχνικών (εκπαιδευτικού δράματος, Θεάτρου Φόρουμ, επικού θεάτρου κ.α.), παράσταση (συνήθως αλληλεπιδραστική) και σχετικό υλικό για τον εκπαιδευτικό.

Ένα Θεατροπαιδαγωγικό Πρόγραμμα είναι λοιπόν κάτι πολύ περισσότερο από μια παράσταση για παιδιά ή νέους. Στα Θεατροπαιδαγωγικά Προγράμματα οι δραστηριότητες που προηγούνται ή έπονται της παράστασης έχουν μεγαλύτερο βάρος και είναι σχεδιασμένες με τρόπο που να δίνουν την ευκαιρία στους μαθητές να παρεμβαίνουν και να διατυπώνουν απόψεις ή συναισθήματα μέσα στο ασφαλές περιβάλλον της θεατρικής σύμβασης.

Το Θεατροπαιδαγωγικό Πρόγραμμα Διαφυγές από κάθε εξάρτηση οργανώθηκε από το Πανελλήνιο Δίκτυο για το Θέατρο στην Εκπαίδευση και εφαρμόστηκε πρώτη φορά από τη Θεατροπαιδαγωγική Ομάδα ΑΤΡΥΤΟΝ σε σχολεία της Ανατ. Αττικής το 2000-2001. Το 2010-2011 επανασχεδιάστηκε και υλοποιείται σε Γυμνάσια & Λύκεια από τη Θεατροπαιδαγωγική Ομάδα δρα.ν.

Σκοπός του Θεατροπαιδαγωγικού Προγράμματος ...*Διαφυγές από κάθε εξάρτηση* είναι να θέσει ερωτήματα που σχετίζονται με το θέμα της πρόληψης και της λήψης αποφάσεων στους εφήβους. Ερωτήματα που τους οδηγούν μπροστά στη δυνατότητα επιλογών που όλοι μας έχουμε όταν χρειαστεί να αποφασίσουμε για τις ζωές μας. Το ζητούμενο δεν είναι οι απαντήσεις αλλά η «διαδρομή» που διανύουμε για να φτάσουμε σε αυτές. Μια διαδρομή-αναζήτηση που μας φέρνει απέναντι σε προσωπικές και κοινωνικές στάσεις, ιδανικά, επιθυμίες και ευθύνες.

Κύριος στόχος είναι η ευαισθητοποίηση των νέων στα σύγχρονα κοινωνικά προβλήματα όπως η αντιμετώπιση της διαφορετικότητας και του κοινωνικού αποκλεισμού καθώς και στις καταστάσεις που οδηγούν σε κάθε μορφής εξαρτήσεις και στερεότυπα. Πρόκειται για ένα καλά οργανωμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα που χρη-

σιμοποιεί το θέατρο ως εργαλείο και που υλοποιείται με παρέμβαση στο σχολείο από μια ομάδα ηθοποιών-παιδαγωγών (Θεατροπαιδαγωγική Ομάδα Θ.Ο). Με τη βοήθεια τεχνικών διαδραστικού θεάτρου, εκπαιδευτικού δράματος και Θεάτρου Φόρουμ (Augusto Boal) διερευνούνται διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι καθώς και οι διαδικασίες μέσα από τις οποίες παίρνονται οι αποφάσεις.

Η Θεατροπαιδαγωγική Ομάδα έχει σχεδιάσει μια σειρά από θεατρικές δραστηριότητες και μια παράσταση μικρής διάρκειας όπου παρακολουθούμε τα διλήμματα μιας νεαρής έφηβης-μαθήτριας που πιεζόμενη από συμμαθητές, φίλους, οικογένεια και κοινωνικό περίγυρο καλείται να πάρει κρίσιμες αποφάσεις στην προσπάθειά της να βοηθήσει ένα φίλο. Το τέλος της ιστορίας βρίσκει την ηρωίδα να μην ξέρει τι να κάνει και να ζητά βοήθεια. Η εφαρμογή στο σχολείο διαρκεί περίπου 2,5-3 ώρες και περιλαμβάνει τα εξής επτά μέρη: α) εισαγωγή-ενεργοποίηση, β) δημιουργική εμπλοκή, γ) διερεύνηση με το «πακέτο εξερεύνησης», δ) παράσταση Διαφυγές, ε) εμβάθυνση στους χαρακτήρες και στις καταστάσεις, στ) Θέατρο Φόρουμ, ζ) αποφόρτιση – συζήτηση.

Η συγκεκριμένη παρέμβαση έχει λάβει πολύ θετικά σχόλια από όλους όσους συμμετείχαν κατά καιρούς και από τα ίδια τα παιδιά-εφήβους, που είναι γνωστό ότι αποτελούν μία ιδιαίτερα απαιτητική ομάδα-στόχο, μέσα στο γενικότερο πνεύμα αντίδρασης που τους χαρακτηρίζει ιδιαίτερα μάλιστα όταν προσεγγίζονται τέτοια θέματα. Φαίνεται λοιπόν πως και η τέχνη μπορεί να έχει τον δικό της ρόλο σε προγράμματα πρόληψης παρέχοντας εναλλακτικούς τρόπους ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης που ξεφεύγουν από την παραδοσιακή εκπαιδευτική διαδικασία. (dide-anatol.a tt.sch.gr {πρόσβαση στις 25 Μαΐου 2013})

6.8. ΒΙΝΤΕΟΠΑΙΧΝΙΔΙ RESIST (ΑΝΤΙΣΤΑΣΟΥ) ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Το RESIST online είναι ένα video game για νέους από 12 έως 18 ετών, σχεδιασμένο από την καλλιτεχνική ομάδα Νέων Μέσων Personal Cinema, σε συνεργασία με το Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών ΕΛΠΙΔΑ. Ο βασικός χαρακτήρας του παιχνιδιού αντιμετωπίζει μία σειρά από καθημερινές καταστάσεις και προκλήσεις στις οποίες καλείται να ανταπεξέλθει. Το σχολείο, το σπίτι, το πάρτι, το διαδίκτυο,

διαμορφώνουν ένα περιβάλλον εντάσεων, πιέσεων, συγκινήσεων. Πώς μπορεί να αντιδράσει δεχόμενος επιρροές από διαφορετικά περιβάλλοντα;

Το παιχνίδι προσφέρει διαφορετικές δυνατότητες διάδρασης που αντανακλούν διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης των καταστάσεων. Αποφεύγοντας το διδακτισμό, ή την επιβράβευση “καλών” ή “κακών” συμπεριφορών, το παιχνίδι αφήνει την ερμηνεία και τα συμπεράσματα στο χρήστη, ανάλογα με τις εκάστοτε επιλογές του.

Η έκδοση του RESIST online είναι μια πρώτη προσπάθεια δημιουργίας ενός εκπαιδευτικού διαδικτυακού παιχνιδιού που προσβλέπει σε μελλοντικές βελτιώσεις και επεκτάσεις. Τα σχόλια και οι προτάσεις για την περαιτέρω εξέλιξη του είναι ευπρόσδεκτα και ιδιαίτερος σημαντικά. Το RESIST κυκλοφόρησε σε μορφή CD-ROM το 2007 και βραβεύθηκε το 2008 από το Συμβούλιο της Ευρώπης και το Pompidou Group στη Βαρσοβία.

Στην αρχή του παιχνιδιού ο παίκτης βλέπει ένα σινεμάτικ που συνιστά στην ουσία μια διαδρομή στο παιχνίδι, όπου ο ήρωας κάνει ακραίες επιλογές, συγκρούεται με τους γονείς του και καταλήγει μόνος του σε σύγχυση. Στη συνέχεια καλείται να παίξει το παιχνίδι για να δει πως αλλιώς μπορεί να χειριστεί μια σειρά καθημερινών καταστάσεων της ζωής και να σκεφτεί πάνω στους διαφορετικούς τρόπους αντίδρασης και τις συνέπειες που αυτοί μπορεί να έχουν.

Οι καταστάσεις που συναντά ο ήρωας διαδραματίζονται μέσα στο σπίτι με τους γονείς του, στο χώρο του σχολείου με τους συμμαθητές του, στο δρόμο με φίλους, σε ένα πάρτι με φίλους.

Ο ήρωας συνομιλεί με άλλα πρόσωπα, ενώ ο παίκτης έχει τη δυνατότητα να επιλέξει με ποιο χαρακτήρα θα διαδράσει και επίσης έχει τη δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων, οι οποίες τον οδηγούν σε διαφορετικές καταστάσεις.

Επίσης υπάρχει η δυνατότητα να πάρει έγκυρες πληροφορίες γύρω από τη χρήση καπνού, αλκοόλ και χαπιών, αλλά και την υπερβολική χρήση του διαδικτύου και του H/Y. Διάφοροι ήχοι και κυρίως μουσική επενδύουν τους χώρους και τα σινεμάτικ. (www.resist.transludic.net {πρόσβαση στις 21 Ιουνίου 2013})

6.9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σημαντικό σημείο αποτελεί η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών για τη πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στις μέρες μας στην Ελλάδα. Τέσσερις μελέτες πραγματοποιήθηκαν σχετικά με τον συνδυασμό υπηρεσιών των κέντρων πρόληψης και τον συνδυασμό των μοντέλων υπηρεσιών. Οι δύο από αυτές βρήκαν χαμηλή ή μειωμένη την μετάδοση του HCV μετά από τον συνδυασμό υπηρεσιών. Ακόμη μία απέδειξε πως ύστερα από συνεργασία υπηρεσιών και με νοσοκομεία ενισχύθηκε η ιατρική περίθαλψη. Έτσι, όλες οι μελέτες έδειξαν θετικά αποτελέσματα από το να προσφέρουν συνδυασμένες υπηρεσίες πρόληψης. Μια πρόσφατη έρευνα που συμπεριλαμβάνει δεδομένα από δύο μελέτες για τον κίνδυνο μετάδοσης του HCV, διαπίστωσε πως μειώθηκε κατά 75% όταν εντάχθηκαν προγράμματα σε συνδυασμό με πρόσθετες υπηρεσίες.

Σχέδια μελέτης που έγιναν, περιλαμβάνουν σημαντικές ενδείξεις για τα επίπεδα κάλυψης υπηρεσιών και την αποτελεσματικότητα των διάφορων μοντέλων παροχής υπηρεσιών. Τα σχέδια αυτά απέδειξαν πως πλέον είναι υψηλότερα τα επίπεδα κάλυψης της βλάβης παρέμβασης (δίνεται τουλάχιστον μια αποστειρωμένη βελόνα) και είναι πιο αποτελεσματική από χαμηλότερες προσπάθειες για τη κάλυψη παρέμβασης. Το ίδιο υποστηρίζουν μια σύγχρονη μελέτη και μια οικολογική ανάλυση επιβεβαίωσαν τα ευρήματα αυτά.

Τέλος, το Χάρβαρντ με μια οικολογική μελέτη έδειξε ότι ακόμα και σε μια περιοχή όπου οι υπηρεσίες των ναρκωτικών έχουν καθοριστεί εδώ και καιρό, όσον αφορά την κάλυψη της βελόνας / σύριγγας ανά ένεση εξακολουθεί να είναι χαμηλή. «www.emcdda.europa.eu» {πρόσβαση στις 9 Δεκεμβρίου 2013}

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

6.10.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

6.10.1.ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ

Μεγάλες σύγχρονες έρευνες στη Μ. Βρετανία κατέδειξαν πως υπάρχει ετησίως αύξηση στον αριθμό των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών, ιδιαίτερα στην ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα των εφήβων μεταξύ 11 και 15 ετών (NatCen & NFER, 2004). Επιπλέον, σχετικές έρευνες υποστηρίζουν πως έχει αλλάξει και το μοτίβο χρήσης ουσιών καθώς πλέον υπάρχουν οι πολυχρήστες, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό χρηστών είναι εθισμένοι σε μία σειρά από ουσίες και όχι σε μία αποκλειστικά ουσία, κυρίως στη χρήση χασίς, κοκαΐνης και στους νέους αμφεταμινών και διεγερτικών χαπιών. (Ramsay et al., 2001)

Η κυβερνητική στρατηγική για την καταπολέμηση της ουσιοεξάρτησης εστιάζει σε τέσσερα σημεία:

Νέοι άνθρωποι: να υπάρχει υποστήριξη στους νέους ανθρώπους ώστε να αντισταθούν απέναντι στην χρήση και εξάρτηση για να είναι σε θέση να αναπτύξουν το δυναμικό τους ως πολίτες και άνθρωποι.

- Κοινότητες: να προστατευθούν οι κοινότητες από σχετιζόμενες με την χρήση ουσιών εγκληματικές και αντικοινωνικές συμπεριφορές
- Θεραπεία: να παρέχεται η δυνατότητα στους χρήστες να αποζητούν θεραπευτική υποστήριξη ώστε να είναι σε θέση να επανενταχθούν στην κοινωνία ελεύθεροι από εξαρτήσεις και παράνομες συμπεριφορές.
- Διαθεσιμότητα: να καταπολεμηθεί και να περιοριστεί η αγορά ψυχοδραστικών ουσιών στους δρόμους και τις γειτονιές.

Η εστίαση στους παραπάνω στόχους έχει δώσει και την εικόνα μίας διαφορετικής προσέγγισης του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης στην βρετανική κοινότητα. Πλέον το συγκεκριμένο φαινόμενο δεν αντιμετωπίζεται ως ένα μονοδιάστατο και ατομικό φαινόμενο, απομακρυσμένο από την επίδραση κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η στρατηγική Tackling Drugs Together αποτελεί την ισχύουσα πολιτική

πρακτική, είναι πολυπαραγοντική και εστιάζει σε ισχυρότερα μέτρα που σχετίζονται με την εκπαίδευση και την υγεία. (Home Office Drugs Strategy Directorate, 2002)

Μέσα από μία έρευνα μετά-ανάλυσης ειδικοί κατέληξαν σε κάποια συμπεράσματα αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των επιτυχημένων προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης ουσιών, τα επιτυχημένα προγράμματα πρόληψης λοιπόν:

- Παρέχουν γνώση σχετικά με τις συνέπειες των διαφόρων ψυχοδραστικών ουσιών αλλά και των πιθανών κινδύνων που σχετίζονται με αυτές
- Αλλάζουν τις κυρίαρχες αντιλήψεις αναφορικά με τις πραγματικές διαστάσεις του φαινομένου
- Παρέχουν τις δεξιότητες που βοηθούν την αντίσταση των ατόμων απέναντι στην πίεση για δοκιμή και χρήση
- Παρέχουν υποστηρικτικές υπηρεσίες και συγκεκριμένα μοντέλα μίμησης για τη βελτίωση της αυτοπεποίθησης και την εύρεση εναλλακτικών στρατηγικών ώστε να υπάρχει αποδοχή από τους συνομηλίκους, την προσωπική ενδυνάμωση και ενισχυμένα πρότυπα για την αποχή από την χρήση ουσιών.
- Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων είναι μοιρασμένη τόσο σε προγράμματα παρεμβάσεων στο γενικό πληθυσμό αλλά και σε εστιασμένες σε ειδικούς πληθυσμούς παρεμβάσεις (π.χ. σε μαθητές).
- Η εντατικότητα και η διάρκεια των προγραμμάτων είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες για την αποτελεσματικότητά των παρεμβάσεων καθώς όπως φάνηκε τα εντατικά προγράμματα αλλά και αυτά που ολοκληρώνονται σε μία σειρά από δραστηριότητες και ομάδες είναι τα πλέον αποτελεσματικά
- Τα βρετανικά προγράμματα διαφέρουν από άλλα αντίστοιχα ευρωπαϊκά στις ομάδες-στόχους καθώς έχουν σχεδιαστεί και πραγματοποιούνται παρεμβάσεις και σε ομάδες που είναι περισσότερο δύσκολο ή απαιτητικό να συγκεντρώσεις όπως για παράδειγμα ανήλικες εγκυμονούσες ή ομάδες ατόμων από πολιτισμικές μειονότητες που λείπουν από πολλές αντίστοιχες προσπάθειες άλλων χωρών.
- Οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στους διαφορετικούς πληθυσμούς πρέπει να είναι σχεδιασμένες βάσει των αναγκών των ομάδων-στόχων, των συνθηθειών τους και ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που έχουν αυτοί.

- Τα αποτελεσματικά προγράμματα παρέμβασης εστιάζουν στο πώς, πότε και γιατί είναι πιθανό ένα μέλος της ομάδας να ξεκινήσει την χρήση αλλά και ποια είναι η φύση της νοηματοδότησης που καλλιεργεί το άτομο για την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

Αναφορικά με τους κυρίαρχους τύπους προγραμμάτων πρόληψης που εφαρμόζονται στο Ηνωμένο Βασίλειο κανείς διακρίνει τα προγράμματα τα οποία πραγματοποιούνται από την αστυνομία, από τους εκπαιδευτικούς μέσα στο σχολικό πλαίσιο, προγράμματα που υλοποιούνται με την δραστηριοποίηση νέων ανθρώπων-εφήβων και προγράμματα που βασίζονται στο γονικό ρόλο (Allott et al., 1999).

Πιο συγκεκριμένα, το Project DARE και το The PoliceBox – Learning for Life είναι τα δύο πιο γνωστά προγράμματα πρόληψης τα οποία πραγματοποιούνται μέσα από τη συνεργασία των αστυνομικών αρχών με τους αρμόδιους εκπαιδευτικούς φορείς. Ο χαρακτήρας και των δύο αυτών προγραμμάτων είναι καθαρά πληροφοριακός για τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των ψυχοδραστικών ουσιών ενώ σχετικές έρευνες αξιολόγησης υποστηρίζουν ότι αυτή η μονοδιάστατη προσέγγιση και εστίαση μπορεί να έχει βραχυπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα αλλά μακροπρόθεσμα δεν μειώνει τον αριθμό των ατόμων που δοκιμάζουν ναρκωτικά. Επιπλέον, η πληροφοριακή βάση ενός προγράμματος μπορεί να έχει αντίθετα αποτελέσματα καθώς πιθανόν να εξοικειώσει τους νέους με την χρήση και να καλλιεργήσει θετικά πρότυπα για την ουσιοεξάρτηση. (Gibbons, 1995)

Από την άλλη, τα προγράμματα που είναι εστιασμένα στο ρόλο των εκπαιδευτικών χωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες, στα προγράμματα που προβλέπονται από τον κεντρικό εκπαιδευτικό σχεδιασμό, στο πεδίο της Αγωγής υγείας και σε προγράμματα που στηρίζονται στη παροχή κατευθυντηρίων και βιβλιογραφίας για μελέτη. Μεταξύ των προγραμμάτων πρόληψης που είναι ενσωματωμένα στην κεντρική εκπαιδευτική πολιτική, σχετικές έρευνες αποκαλύπτουν πως η εφαρμογή προσεγγίσεων που στοχεύουν στην κατανόηση αλλά και στην εξήγηση της κοινωνικής επιρροής είναι αποτελεσματικά στις ομάδες των παιδιών και εφήβων μαθητών. (Watson, 1997)

Σε σχετικές μελέτες που έγιναν για το Charlie Project και την αποτελεσματικότητά του στους σχολικούς πληθυσμούς, φάνηκε πως οι συμμετέχοντες σε αυτό είναι λιγότερο πιθανό να εκδηλώσουν ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως η έναρξη του

καπνίσματος αλλά και η δοκιμή και χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Hurry and Lloyd, 1997).

Μία εναλλακτική προσέγγιση στα προγράμματα πρόληψης είναι αυτά που πραγματοποιούνται μέσα από την καθοδήγηση εφήβων-συνομηλικών των μελών των ομάδων- στόχων . Η διαδικασία που ακολουθείται σε αυτά τα προγράμματα έχει ως εξής: επιλέγονται από τις σχολικές μονάδες αλλά και από άλλους τόπους και ομάδες στις οποίες συναναστρέφονται νέοι, άτομα τα οποία είναι από τη μία έμπιστα αλλά από την άλλη ταυτόχρονα χαρακτηρίζονται ως άτομα με επιρροή στις ομάδες των συνομηλικών (Hendry et al., 1995).

Ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι το Britain is the Youth Awareness Project (YAP) το οποίο εφαρμόστηκε στο Newham, East London. Οι Shiner και Newburn (1996) σε μία εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος τονίζουν πως οι νέοι μπόρεσαν να οικοδομήσουν την εκπαίδευση γύρω από την χρήση και εξάρτηση ψυχοδραστικών ουσιών στην βάση της προσωπικής εμπειρίας. Η αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων βασίζεται αφενός στο γεγονός ότι ενισχύουν τα πρότυπα και τις πεποιθήσεις αυτών οι οποίοι δεν κάνουν χρήση ουσιών, αφετέρου ότι αποθάρρυναν τους χρήστες μαλακών ναρκωτικών από την εξάπλωση της χρήσης σε άλλες ουσίες, παρέχοντα διαφορετικής μορφής πληροφορίες και στις δύο αυτές ομάδες ώστε να ενδυναμώσουν στο τέλος τις συμπεριφορές αποχής από την χρήση (Shiner & Newburn, 1997).

Σε συνδυασμό με μελέτες που εξέτασαν την αποτελεσματικότητα και άλλων σχετικών παρεμβάσεων προκύπτει πως τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι θετικά και μάλιστα σε κάποιες περιπτώσεις αποδείχθηκε ότι είναι περισσότερο ενισχυτικές σε σύγκριση με άλλου είδους προγράμματα. Ωστόσο, η πολύπλοκη και εναλλακτική φύση τους κάνει ιδιαίτερα δύσκολη την ταυτοποίηση των παραγόντων που σχετίζονται με τα υψηλά ποσοστά επιτυχίας αυτών των προγραμμάτων.

Τέλος, τα προγράμματα παρέμβασης που πραγματοποιούνται με τη συμμετοχή των γονέων έχει βρεθεί ότι έχουν υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας καθώς ενημερώνουν τα παιδιά αναφορικά με τα πραγματικά πρότυπα των γονέων τους και τις πεποιθήσεις που αυτοί κατέχουν σχετικά με την χρήση ουσιών, απομυθοποιώντας συγκεκριμένα στερεότυπα και ενισχύοντας θετικά πρότυπα για την αποχή από την δοκιμή και χρήση (Young et al., 1996). Ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι το PRIDE (Par-

ents' Role In Drug and Safety Education), το οποίο περιελάμβανε δραστηριότητες τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι συνολικής διάρκειας 6 εβδομάδων (Young et al., 1996). Ωστόσο, η εφαρμογή αντίστοιχων προγραμμάτων μπούκοτάρεται από το χαμηλό βαθμό συμμετοχής των γονέων η οποία συνήθως είναι μικρή σε οικογένειες με γονείς που είναι καπνιστές και μη κοινωνικοί πότες ενώ συνδέεται ταυτόχρονα και με το φόβο του στιγματισμού που αποθαρρύνει οικογένειες και παιδιά που αντιμετωπίζουν σχετικά προβλήματα από το να συμμετέχουν (Cohen & Lindon, 1995).

Λαμβάνοντας υπόψη λοιπόν όλα τα παραπάνω, προκύπτει πως η σύγχρονη πρακτική στην Μεγάλη Βρετανία, υποδεικνύει την εφαρμογή προγραμμάτων που ακολουθούν μία πολυπαραγοντική προσέγγιση και μάλιστα με τη συμμετοχή ατόμων που ξεφεύγουν από τα κλασσικά προγράμματα με πρωταγωνιστές ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς ή λειτουργούς του κράτους. Ίσως λοιπόν το κλειδί βρίσκεται στη συμμετοχή ατόμων που είναι μέλη των ομάδων-στόχων, ατόμων όπως οι συνομήλικοι των νέων που αποτελούν και μοχλούς πίεσης ή γονείς αλλά και αντιπρόσωπους των ομάδων μειονοτήτων. Άλλωστε, η πολιτική των προγραμμάτων παρέμβασης στη συγκεκριμένη χώρα είναι ιδιαίτερα προηγμένη σε σύγκριση με την αντίστοιχη της ελληνικής πραγματικότητας και τα παραπάνω προγράμματα αλλά και ερευνητικά ευρήματα θα έπρεπε να αποτελέσουν παράδειγμα προς μίμηση.

6.10.2 ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑΣ

Στην Αυστραλία, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός προγραμμάτων πρόληψης της ουσιοεξάρτησης αλλά και ένας εξίσου σημαντικός αριθμός ερευνών που εξετάζουν τους παράγοντες και τα χαρακτηριστικά των προγραμμάτων που καθορίζουν την αποτελεσματικότητά τους.

Οι Dusenbury και Falco (1995) πραγματοποίησαν μία έρευνα που βασίστηκε σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις με ειδικούς επιστήμονες του συγκεκριμένου πεδίου από τους οποίους ζητήθηκε να ταυτοποιήσουν τους παράγοντες που είναι θετικά συνδεδεμένοι με τα επιτυχημένα προγράμματα πρόληψης της τοξικοεξάρτησης. Τα συμπεράσματά τους αναφορικά με τα συγκεκριμένα κριτήρια επιτυχίας συνοψίζονται στα παρακάτω:

- ✓ Αναφορικά με τα σχολικά προγράμματα παρέμβασης, τα πιο επιτυχημένα είναι αυτά τα οποία είναι ενσωματωμένα στο κεντρικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα των σχολείων, στο οποίο η Αγωγή Υγείας κατέχει βασικό ρόλο.
- ✓ Η εκπαίδευση στα σχολεία που σχετίζεται με την χρήση ουσιών πρέπει να πραγματοποιείται από τους υπεύθυνους εκπαιδευτικούς.
- ✓ Τα προγράμματα παρέμβασης πρέπει να έχουν συνέχεια, ακολουθία και διάρκεια για να είναι αποτελεσματικά.
- ✓ Τα μηνύματα αντίθετα στην χρήση και τοξικοεξάρτηση πρέπει να είναι σταθερά και εμφανή σε όλα τα πλαίσια.
- ✓ Πρέπει να υπάρχει ο συνεπικουρικός ρόλος της παροχής επιπλέον πληροφοριών και πρόσθετου υλικού που υποστηρίζουν το περιεχόμενο των προγραμμάτων.
- ✓ Οι προσεγγίσεις των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να τονίζουν τις αξίες, τα πρότυπα και τις συμπεριφορές της κοινότητας και του ατόμου.
- ✓ Η επιτυχημένη παρέμβαση πρόληψης βασίζεται στην εμπειριστατωμένη έρευνα, στις ανάγκες των μελών των ομάδων-στόχων και στην περίπτωση των μαθητικών πληθυσμών που πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εκπαιδευτικής ατζέντας.
- ✓ Στόχοι των συγκεκριμένων προγραμμάτων πρέπει αρχικά να είναι η γενικότερη υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών αλλά και η ελαχιστοποίηση των συνεπειών των επικίνδυνων προτύπων.
- ✓ Οι στρατηγικές που υιοθετούνται από κάθε πρόγραμμα πρέπει να είναι σε αντιστοιχία με τους στόχους του κάθε προγράμματος.
- ✓ Η έμφαση των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να τοποθετείται στην πιθανότητα της χρήσης ουσιών από τη συγκεκριμένη ομάδα στόχο αλλά και των πραγματικών επιβλαβών συνεπειών της χρήσης και εξάρτησης για το άτομο και την κοινωνία.
- ✓ Η αποτελεσματική εκπαίδευση για την χρήση των ουσιών πρέπει να αντανάκλα την κατανόηση των χαρακτηριστικών του ατόμου, το κοινωνικό πλαίσιο αλλά και τις ιδιότητες κάθε ουσίας.
- ✓ Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να είναι ανάλογα των κυρίαρχων φυλετικών προτύπων, του πολιτιστικού πλαισίου, της γλώσσας και της κοινωνικοοικονομικής προέλευσης των μελών των ομάδων-στόχων.

✓ Η επιλογή των προγραμμάτων πρόληψης, των δραστηριοτήτων αλλά και του σχετικού υλικού θα έπρεπε να στηρίζεται σε μία βάση μίας ικανότητας να προωθούνται μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα από ανάλογες παρεμβάσεις.

Με βάση λοιπόν τα παραπάνω χαρακτηριστικά οικοδομούνται τα βασικά προγράμματα πρόληψης της Αυστραλίας υιοθετώντας όπως φαίνεται παραδοχές που είναι κοινές στην εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων ανά την υφήλιο και ιδιαίτερα στις χώρες της Δύσης όπου οι πληθυσμοί έχουν σχετικά κοινά χαρακτηριστικά και τρόπο ζωής. Στις παραπάνω παραδοχές είναι προφανές ότι επίσης προωθείται η πολυπαραγοντική προσέγγιση μέσα από την εστίαση τόσο σε κοινωνικές όσο και σε προσωπικές μεταβλητές. (Dusenbury και Falco, 1995)

6.11.ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η έννοια της πρόληψης αναφέρεται στη δυνατότητα παρέμβασης πριν την εκδήλωση της συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου. Ως πρωτογενής πρόληψη θεωρούνται οι στρατηγικές - πολιτικές που αναπτύσσονται με στόχο τη μείωση της ζήτησης ουσιών, αντιμετωπίζοντας επί της ουσίας τους παράγοντες εκείνους που θεωρούνται γενεσιουργοί του φαινομένου, τις αιτίες δηλαδή της ουσιοεξάρτησης. Απευθύνεται στον υγιή πληθυσμό που δεν έχει υποκύψει στην έξη της χρήσης ναρκωτικών και κυρίως στις «ομάδες υψηλού κινδύνου», όπως είναι οι έφηβοι, οι άνεργοι νέοι, οι μετανάστες, κ.α. Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στην έγκαιρη παρέμβαση σε άτομα που ήδη κάνουν χρήση ουσιών. Τα προγράμματα θεραπείας και μείωσης της βλάβης εντάσσονται σε αυτήν τη κατηγορία, ενώ η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται στην πρόληψη της υποτροπής αποθεραπευμένων χρηστών ή ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο της κοινωνικής επανένταξης. Στο πλαίσιο λοιπόν της πρόληψης παρουσιάστηκαν διάφορα προγράμματα πρόληψης τόσο στον ελλαδικό χώρο όσο και στον εξωτερικό με διάφορα προγράμματα που χρησιμοποιούνται

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΕΡΕΥΝΑ

7.1.1. ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για τον σχεδιασμό της έρευνας δεν υπάρχει μια συνταγή, αυτός εξαρτάται από την γενική ιδέα της καταλληλότητας για τον σκοπό. Και εν συνεχεία οι σκοποί της καθορίζουν τη μεθοδολογία και τον σχεδιασμό της. Όπως είναι σαφώς πιθανό μπορεί στην έρευνά μας να προκύψουν διάφορα ζητήματα τα οποία και θα κληθούμε να επιλύσουμε ανεξάρτητα από τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της. Για να διαχειριστούμε λοιπόν αυτήν την πολυπλοκότητα στο σχεδιασμό της έρευνας ακολουθήσαμε ένα μοντέλο τεσσάρων φάσεων:

Σε Πρώτη φάση αναγνωρίσαμε τους σκοπούς της έρευνάς μας.

Σε Δεύτερη φάση αναγνωρίσαμε και ιεραρχήσαμε τους περιορισμούς της έρευνας.

Σε Τρίτη φάση σχεδιάσαμε τις δυνατότητες που μας παρέχει η έρευνα λαμβάνοντας υπόψη μας τους περιορισμούς εκείνους που θέσαμε.

Σε Τέταρτη φάση διαμορφώσαμε το πλάνο της έρευνας(Cohen , Manion, Morrison, 2008).

7.1.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ - ΔΕΙΓΜΑ

Κεντρικός άξονας για την επίτευξη της έρευνας αποτέλεσε η συλλογή στοιχείων σε μορφή ερωτηματολογίου, το οποίο συμπληρώθηκε από επιστημονικά στελέχη κέντρων πρόληψης. Το δείγμα επιλέχθηκε ανεξαρτήτως καταγωγής, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, φύλλου, πολιτικών πεποιθήσεων και οικογενειακής κατάστασης.

Ως εργαλείο της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 14 ερωτήσεις κλειστού τύπου όλες εναλλακτικών απαντήσεων.

7.1.3 ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συλλογή των στοιχείων διήρκησε από το μήνα Σεπτέμβριο έως τον Οκτώβριο του 2013 στην Αθήνα, στην Πάτρα, στο Ρέθυμνο, Ηράκλειο και στα Χανιά της Κρήτης. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας στο Κέντρο Πρόληψης όπου εργάζονταν. Σε περιπτώσεις που η συνάντηση δεν ήταν εφικτή η διαδικασία συλλογής των δεδομένων έγινε ηλεκτρονικά, ύστερα από συνεννόηση με τους εργαζόμενους των κέντρων Πρόληψης.

7.1.4. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η έρευνα επιτεύχθηκε σύμφωνα με έγκυρα και επιστημονικά δεδομένα πληροφοριών για την έγκυρη αποτελεσματικότητά του. Για την καλύτερη δυνατή διευκόλυνση του προσωπικού στο Ηράκλειο η διαδικασία εκτελέστηκε ηλεκτρονικώς, λόγω φόρτου εργασίας των στελεχών της υπηρεσίας. Στις υπόλοιπες περιοχές η συμπλήρωση ερωτηματολογίων έγινε ύστερα από προσωπική συνάντηση με το μέλος της ερευνητικής ομάδας. Οι ερωτηθέντες είχαν το περιθώριο χρόνου να σκεφτούν και να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο που εκείνοι επιθυμούσαν. Κατά μέσο όρο, διήρκησε 10 λεπτά.

7.1.5. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν τα εξής:

-ο χώρος εργασίας του ερωτώμενου

-η πόλη που απευθυνθήκαμε

Η ιδιότητα του ερωτώμενου και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

-μη σαφείς απαντήσεις

-μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

7.1.6. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Βασικό παράγοντα στη επίτευξη της έρευνας αποτέλεσε η διαφύλαξη ηθικών ζητημάτων των ερωτηθέντων. Όλα τα μέλη της ερευνητικής ομάδας προσπαθήσαμε να σεβαστούμε τα δικαιώματα που έχουμε όλοι. Κύριοι παράγοντες ήταν η εχεμύθεια, η συγκινησιακή προσέγγιση των ερωτηθέντων σε τυχόν διευκρινήσεις, πλήρης διαφάνεια, ανωνυμία και εμπιστοσύνη. Στην πρώτη επικοινωνία μας με τα μέλη που πήραν μέρος ήταν σαφές σαν άτυπο συμβόλαιο που συμφωνήσαμε πως το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα τυχαίο.

7.1.7. ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και την στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS για Windows. Συγκεκριμένα η χρήση του SPSS, χρησιμοποιείται ευρέως από ακαδημαϊκά ιδρύματα και ερευνητικά κέντρα. Οι εφαρμογές του αφορούν τη συλλογή δεδομένων, την ανάλυση ώστε να βγουν ορισμένα αποτελέσματα και συμπεράσματα.

Η διαδικασία περιελάμβανε τα εξής στάδια:

1. κατοχύρωση δεδομένων με αρίθμηση των ερωτηματολογίων
2. έλεγχος δεδομένων και καταχώρηση στο στατιστικό πρόγραμμα
3. στατιστικός έλεγχος
4. ανάλυση και μελέτη συμπερασμάτων(πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας)
5. παρουσίαση αποτελεσμάτων

Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η καθεμία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Έπειτα τα αποτελέσματα επεξεργάστηκαν και συντάχθηκαν με την μορφή γραφικών παραστάσεων. Αναφέρονται επίσης οι εξεταζόμενες ομάδες και τα σύνολα των απαντήσεων. Σύμφωνα με τα παραπάνω έγινε η ανάλυση συμπερασμάτων όπου αναφέρεται εκτενέστερα στη Συζήτηση.

7.2. ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

7.2.1. Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

A. Κατεύθυνσή της έρευνας

Η έρευνα μας έχει σκοπό να μελετήσει την αποτελεσματικότητα της πρόληψης σύμφωνα με την γνώμη των επαγγελματιών που εργάζονται στα Κέντρα Πρόληψης.

Προχωρώντας στην βιβλιογραφική διερεύνηση παρατηρήσαμε πως μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί ελάχιστες επιστημονικές μελέτες, που να αφορά τις απόψεις των επαγγελματιών στο χώρο τις προλήψεις ως προς τις προοπτικές της. Η συγκεκριμένη εργασία αποσκοπεί στο να συλλέξει δεδομένα και να διεξάγει συμπεράσματα, που θα μπορούν να αξιοποιηθούν από οποιονδήποτε ασχολείται με την πρόληψη.

B. Μεθοδολογική προσέγγιση

Η παρούσα έρευνα είναι επισκόπηση. (Cohen et al ,2008)

Οι ερευνητές επέλεξαν ειδικούς από Κέντρα Πρόληψης. Η έρευνα μελετάει την άποψη των ειδικών για την εξέλιξη της πρόληψης αλλά και τις προοπτικές της στην Ελλάδα. Επίσης, εξετάζει το βαθμό που η κοινότητα και η τοπική κοινωνία συνεργάζονται και εμπλέκονται σε αυτά τα προγράμματα. Τέλος εξετάζεται κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των Κέντρων Πρόληψης αλλά και το κατά πόσο είναι σημαντική η δράση των εθελοντών.

7.2.2 .ΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην διεξαγωγή της έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο είναι ένα ευρέως διαδεδομένο και εύχρηστο εργαλείο συλλογής δεδομένων. Παρέχει δομημένα αριθμητικά δεδομένα ενώ μπορεί να δοθεί

χωρίς την παρουσία του ερευνητή και τέλος μπορεί να αναλυθεί σχετικά εύκολα. (Cohen et al, 2008)

Στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα μας έγιναν κλειστού τύπου ερωτήσεις . Προσπαθήσαμε το ερωτηματολόγιο να δείχνει εύκολο, ενδιαφέρον και όχι περίπλοκο, ασαφές και βαρετό. Επίσης, κάθε τμήμα του ερωτηματολογίου συνοδεύεται από σύντομες και σαφείς οδηγίες. Τέλος, η προσέγγιση της έρευνας ήταν ποσοτική . Ποσοτική καθώς οι πληροφορίες μπορούν να μετρηθούν δηλαδή ποσοτικοποιούνται.

7.2.3. Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

A. Πληθυσμός

Ο πληθυσμός που επιλέχτηκε ήταν Κέντρα Πρόληψης από τον νομό Χανίων, Ρεθύμνου, Ηρακλείου, Πάτρας και Αθήνας. Στόχος της έρευνας μας ήταν όλοι οι επαγγελματίες των Κέντρων Πρόληψης των πόλεων που προαναφέρθηκαν.

B. Δείγμα

Κεντρικός άξονας για την επίτευξη της έρευνας αποτέλεσε η συλλογή στοιχείων σε μορφή ερωτηματολογίου, το οποίο συμπληρώθηκε από επιστημονικά στελέχη κέντρων πρόληψης. Η μέθοδος επιλογής του δείγματος ήταν η τυχαία δειγματοληψία, γιατί μόνο έτσι μπορεί να διατηρηθεί η αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού αλλά και να τηρηθούν οι κανόνες και οι περιορισμοί της στατιστικής αξιοπιστίας. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της έρευνας εξασφαλίστηκαν με βάση συγκεκριμένα κριτήρια (Bell 2001, Cohen et al, 2001)

-το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού.

-τα στοιχεία δε θα αλλοιωθούν αφού θα συλλεχθούν με την διανομή των ερωτηματολογίων στο χώρο της εκπαίδευσης.

-το ερωτηματολόγιο θα διανεμηθεί και θα συλλεχθεί από τους ίδιους τους ερευνητές.

-η συλλογή των δεδομένων θα γίνει κυρίως με ερωτήσεις κλειστού τύπου και η ανάλυσή τους θα είναι ποσοτική.

Η ερευνητική διαδικασία θα δομηθεί έτσι ώστε να εξασφαλιστούν τα παραπάνω. Το δείγμα θα επιλεγεί με βάση τον κατάλογο των κέντρων πρόληψης (Bell 2001, Cohen et al,2001).

Στόχος της ερευνητικής μας εργασίας ήταν να εξασφαλίσουμε την εγκυρότητα. Κατά αυτόν τον τρόπο τονίστηκε στους ερωτηθέντες το ότι μπορούν ανά πάσα στιγμή να διακόψουν την διαδικασία αλλά και να μην συμπληρώσουν καθόλου το ερωτηματολόγιο και τις ερωτήσεις εάν δεν το επιθυμούσαν οι ίδιοι.

Γ. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Ερωτηματολόγιο

Στόχος της ερευνητικής μας εργασίας ήταν να εξασφαλίσουμε την εγκυρότητα. Κατά αυτόν τον τρόπο τονίστηκε στους ερωτηθέντες το ότι μπορούν ανά πάσα στιγμή να διακόψουν την διαδικασία αλλά και να μην συμπληρώσουν καθόλου το ερωτηματολόγιο και τις ερωτήσεις εάν δεν το επιθυμούσαν οι ίδιοι.

Η ερευνά μας πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 2013. Η διαδικασία που ακολουθήσαμε ήταν η εξής:

Ύστερα από σχετική άδεια των υπευθύνων των Κέντρων Πρόληψης ανά πόλη επισκεφτήκαμε τα κέντρα Πρόληψης τις ώρες λειτουργίας τους. Τον χρονικό διάστημα όπου οι ίδιοι οι ερωτηθέντες είχαν χρόνο μας υποδέχτηκαν και ξεκίνησαν την διαδικασία της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Υπήρχαν φορές που οι ίδιοι οι επαγγελματίες το διάνειμαν στους υπόλοιπους ερωτηθέντες σε χρονικό διάστημα που αυτοί μπορούσαν να διαθέσουν χρόνο.

Σε κέντρα Πρόληψης που δεν ήταν δυνατή η πρόσβασή μας ύστερα από τηλεφωνική επικοινωνία στείλαμε ηλεκτρονικώς το ερωτηματολόγιο ώστε αυτό να μπορέσει να συμπληρωθεί.

Η διαδικασία της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων μας με την άμεση επαφή, μας διευκόλυνε διότι υπήρχε επικοινωνία με επαγγελματίες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και πληροφορίες για αυτά.

7.2.4. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΈΡΕΥΝΑ

Η πιλοτική μελέτη προηγήθηκε της κύριας και καθορίστηκαν, τα παρακάτω (Bell, 2001,) :

- Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου
- Η ύπαρξη ασαφών ερωτήσεων
- Οι πιθανές αντιρρήσεις για τη διατύπωση ερωτήσεων
- Η πιθανή παράλειψη κάποιου θέματος
- Η ποιότητα των οδηγιών
- Η ποιότητα και η εμφάνιση του ερωτηματολογίου
- Πιθανά σχόλια πάνω στη διαδικασία

7.2.5. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ- ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία για την αποτελεσματικότητα της έρευνας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα. Για να έχει αξία η έρευνα πρέπει να είναι έγκυρη και αξιόπιστη. Έτσι η εγκυρότητα και η αξιοπιστία αποτελεί βασική προϋπόθεση τόσο για τις ποσοτικές όσο και για τις ποιοτικές. (Robson ,2007)

Στην συγκεκριμένη έρευνα στάλθηκαν ερωτηματολόγια ηλεκτρονικώς ή υπήρχε άμεση επαφή με την υπηρεσία. Η εγκυρότητα των ερωτηματολογίων που δόθηκαν ηλεκτρονικά έχει 2 πλευρές. Αφενός, αν οι ερωτώντες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο με ακρίβεια και ειλικρίνεια αφετέρου, αν αυτοί που δεν επέστρεφαν τα ερωτηματολόγια τους θα έδιναν την ίδια κατανομή απαντήσεων με εκείνους που τα επέστρεψαν συμπληρωμένα.

Το ερωτηματολόγιο έχει περισσότερα πλεονεκτήματα έναντι της συνέντευξης, τείνει να είναι πιο αξιόπιστο :

- Είναι ανώνυμο.
- Παροτρύνει την ειλικρίνεια (είναι δύσκολο βέβαια η ειλικρίνεια και οι λάθος απαντήσεις να αποκαλυφθούν σε ένα ερωτηματολόγιο).
- Απαιτεί λιγότερα χρήματα και χρόνο.

- Μπορεί να σταλεί και ηλεκτρονικά.

Τα μειονεκτήματα του από την άλλη πλευρά είναι:

- Υπάρχει χαμηλός αριθμός επιστροφών.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθούν και να διατυπωθούν διαφορετικά οι ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου.

Ένα άλλο ζήτημα που αφορά την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των επισκοπήσεων μέσω του ερωτηματολογίου είναι αυτό που αφορά τη δειγματοληψία. Ένα το δείγμα είναι μη αντιπροσωπευτικό, μεγάλο ή μικρό υπάρχει κίνδυνος για παραποίηση των δεδομένων.

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της παρούσας έρευνας επιχείρησε να εξασφαλίσει τα εξής κριτήρια.

- Το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού.
- Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτήσεις κλειστού τύπου και μόνο μια ανοιχτού τύπου και η ανάλυση τους ήταν ποσοτική.
- Διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη. (Cohen et al ,2008)

7.2.6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 13.0 για windows. Κάθε απάντηση αντιστοιχεί σε μια ερώτηση που κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των απαντήσεων. Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που αντιστοιχούσαν σε κάθε ερώτηση. Αναφέρονται επίσης οι εξεταζόμενες ομάδες και τα σύνολα των απαντήσεων. Με βάση τα παραπάνω, συγκεντρώσαμε τα συμπεράσματα της έρευνας που αναλύονται στη Συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

7.2.7. ΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

Οι περιορισμοί που προέκυψαν κατά την έρευνα αυτή ήταν ο χρόνος. Λόγω φόρτου εργασίας, δεν υπήρχε ικανοποιητικός χρόνος για τα ερωτηματολόγια. Παρόλα αυτά έγινε η απαραίτητη προσπάθεια ώστε να δοθεί ο κατάλληλος χρόνος έτσι ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να δώσουν την πληρέστερη και αντιπροσωπευτικότερη δυνατή εικόνα για το υπό διερεύνηση θέμα.

Επίσης, ο πληθυσμός μας θα μπορούσε να περιέχει περισσότερες πόλεις αλλά λόγω κόστους της έρευνας αυτό δεν ήταν εφικτό.

7.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

A. Δημογραφικά – ατομικά στοιχεία

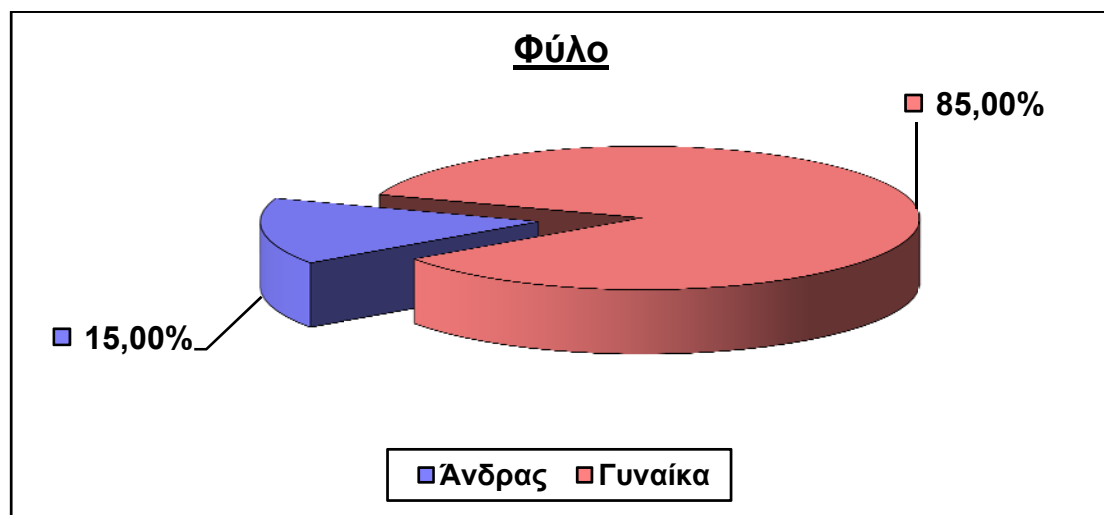
ΕΡΩΤΗΜΑ 1^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

1. Φύλο

Άνδρας	<input type="checkbox"/>
Γυναίκα	<input type="checkbox"/>

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο τους.



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 85,00%) απάντησε ότι είναι γυναίκες.

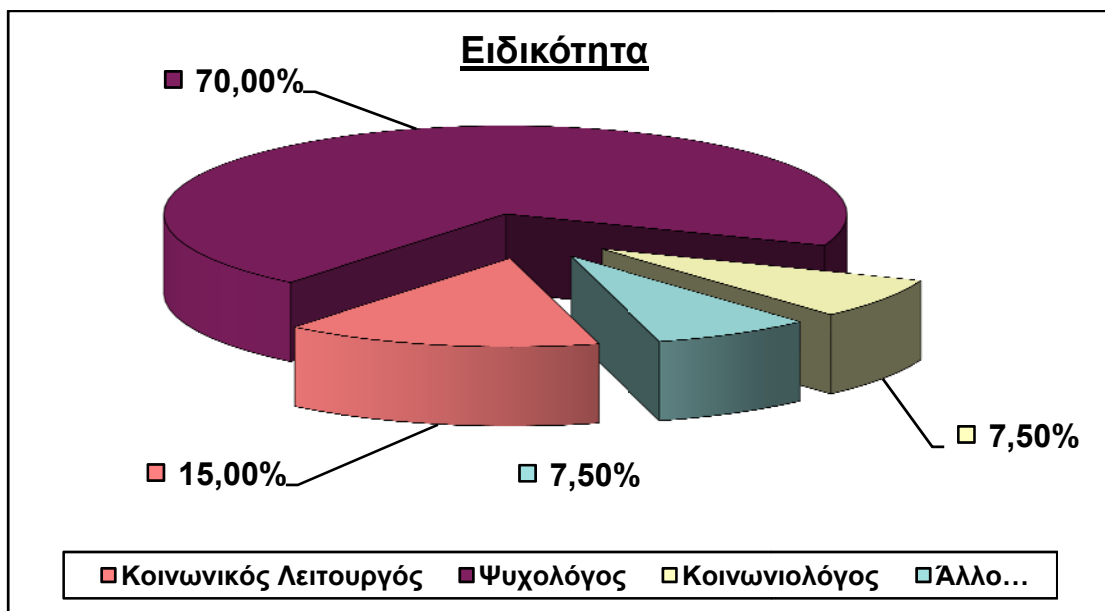
ΕΡΩΤΗΜΑ 2^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

2. Ειδικότητα

Κοινωνικός Λειτουργός	<input type="checkbox"/>
Ψυχολόγος	<input type="checkbox"/>
Κοινωνιολόγος	<input type="checkbox"/>
Άλλο.....	<input type="checkbox"/>

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με την ειδικότητα του ερωτώμενου.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 70,00%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχει ειδικότητα του ψυχολόγου.

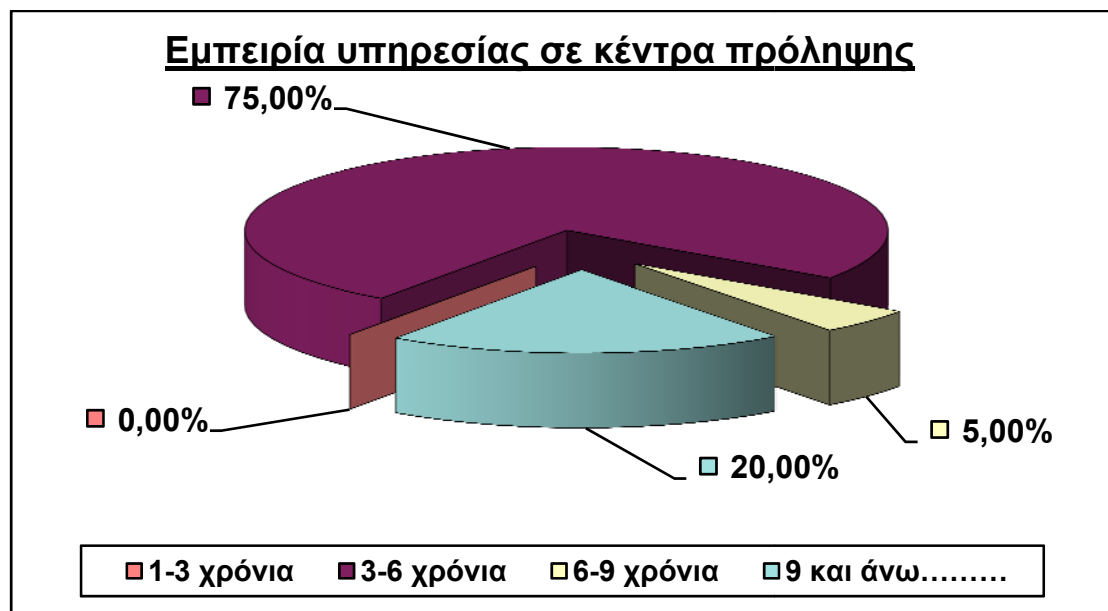
ΕΡΩΤΗΜΑ 3^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

3. Εμπειρία υπηρεσίας σε κέντρα πρόληψης

1-3 χρόνια	<input type="checkbox"/>
3-6 χρόνια	<input type="checkbox"/>
6-9 χρόνια	<input type="checkbox"/>
9 και άνω.....	<input type="checkbox"/>

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με την εμπειρία υπηρεσίας τους σε κέντρα πρόληψης.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 75,00%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχουν εμπειρία 3 έως 6 χρόνια υπηρεσίας σε κέντρα πρόληψης.

B. Μέρος του ερωτηματολογίου

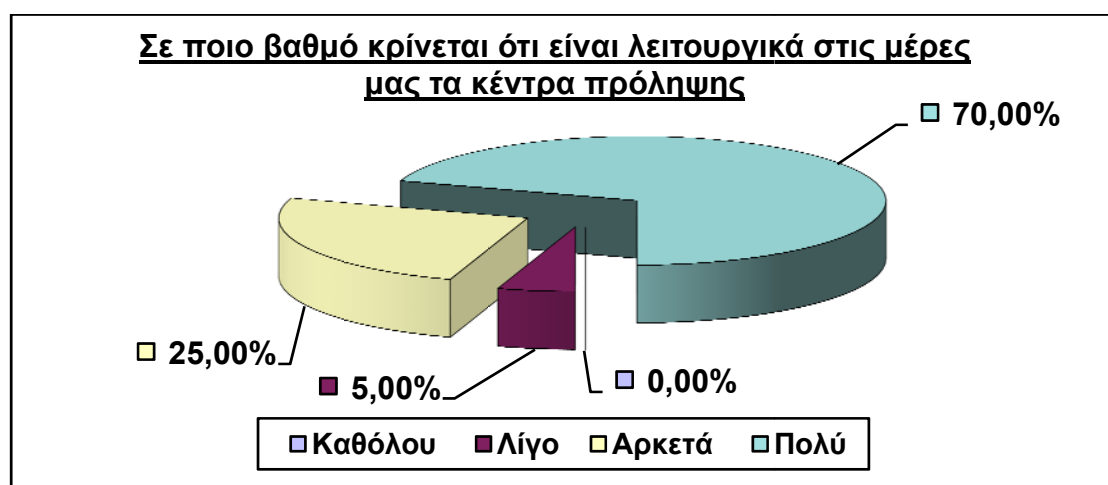
ΕΡΩΤΗΜΑ 4^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

4. Σε ποιο βαθμό κρίνεται ότι είναι λειτουργικά στις μέρες μας τα κέντρα πρόληψης

Καθόλου	<input type="checkbox"/>
Λίγο	<input type="checkbox"/>
Αρκετά	<input type="checkbox"/>
Πολύ	<input type="checkbox"/>

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το σε ποιο βαθμό κρίνουν ότι είναι λειτουργικά στις μέρες μας τα κέντρα πρόληψης.



Η επικρατούσα τιμή (με ποσοστό 70,00%, αποτελεί και την συντριπτική πλειοψηφία των απαντήσεων) σε σχέση με το σε ποιο βαθμό κρίνουν ότι είναι λειτουργικά στις μέρες μας τα κέντρα πρόληψης είναι «**πολύ**» ενώ ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι **3,650**. Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι κρίνουν σε βαθμό «**πολύ**» ότι είναι λειτουργικά στις μέρες μας τα κέντρα πρόληψης. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «**αρκετά**» με ποσοστό 25,00% ανεβάζοντας την θετική επιλογή σε ποσοστό 95,00%(Πολύ + Αρκετά). Ακολουθεί με μικρότερο ποσοστό η επιλογή «**λίγο**» ποσοστό 5,00%, και τέλος η επιλογή απάντησης «**καθόλου**» με μηδενικό (0,00%) ποσοστό. Επομένως η αρνητική επιλογή απάντησης συγκεντρώνει αθροιστικά μόλις το 5,00% (Λίγο + Καθόλου.)

ΕΡΩΤΗΜΑ 5^ο

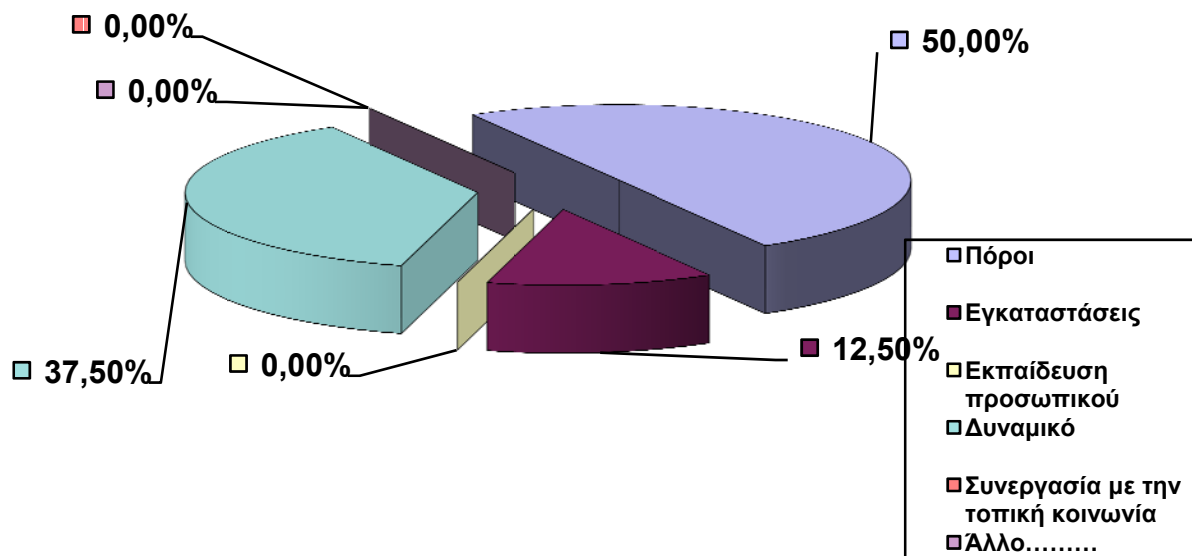
ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

5. Ποιές πιστεύετε ότι είναι οι δυσκολίες για την επίτευξη του προγράμματος στο κέντρο σας

Πόροι	<input type="checkbox"/>
Εγκαταστάσεις	<input type="checkbox"/>
Εκπαίδευση προσωπικού	<input type="checkbox"/>
Δυναμικό	<input type="checkbox"/>
Συνεργασία με την τοπική κοινωνία	<input type="checkbox"/>
Άλλο.....	<input type="checkbox"/>

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιες πιστεύουν ότι είναι οι δυσκολίες για την επίτευξη του προγράμματος στο κέντρο τους.

Ποιές πιστεύετε ότι είναι οι δυσκολίες για την επίτευξη του προγράμματος στο κέντρο σας



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 50,00%) επέλεξε την απάντηση «**πόροι**» θεωρώντας ότι η έλλειψη τους αποτελεί σημαντικό παράγοντα δυσκολίας για την επίτευξη του προγράμματος στο κέντρο πρόληψης τους.

ΕΡΩΤΗΜΑ 6^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

6. Θεωρείτε ότι επαρκούν τα Κέντρα Πρόληψης για την κάλυψη των αναγκών της Ελληνικής κοινωνίας

Ναι

Όχι

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρούν ότι επαρκούν τα Κέντρα Πρόληψης για την κάλυψη των αναγκών της Ελληνικής κοινωνίας.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 85,00%) των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά (**Όχι**) ότι θεωρούν ότι δεν επαρκούν τα Κέντρα Πρόληψης για την κάλυψη των αναγκών της Ελληνικής κοινωνίας.

ΕΡΩΤΗΜΑ 7^ο

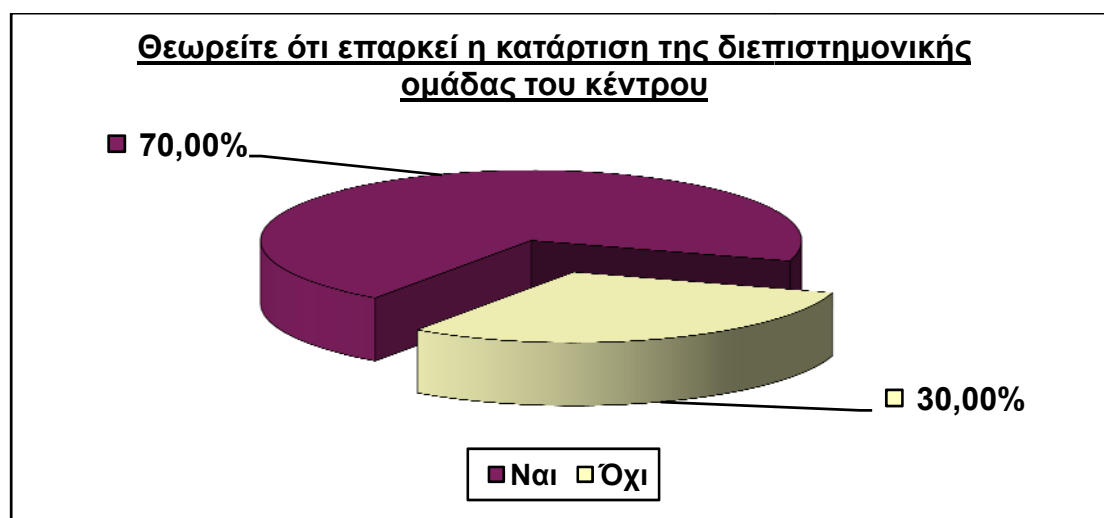
ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

7. Θεωρείτε ότι επαρκεί η κατάρτιση της διεπιστημονικής ομάδας του κέντρου

Ναι

Όχι

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρούν ότι επαρκεί η κατάρτιση της διεπιστημονικής ομάδας του κέντρου.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 70,00%) των ερωτηθέντων απάντησε καταφατικά (**Ναι**) ότι θεωρούν ότι επαρκεί η κατάρτιση της διεπιστημονικής ομάδας του κέντρου που υπηρετούν.

ΕΡΩΤΗΜΑ 8^ο

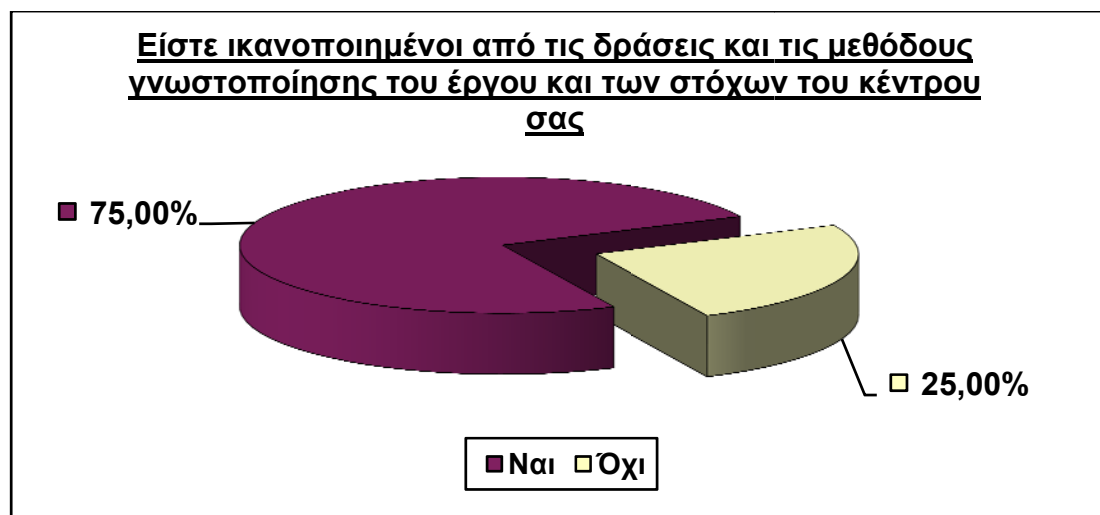
ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

8. Είστε ικανοποιημένοι από τις δράσεις και τις μεθόδους γνωστοποίησης του έργου και των στόχων του κέντρου σας

Ναι

Όχι

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν νιώθουν ικανοποιημένοι από τις δράσεις και τις μεθόδους γνωστοποίησης του έργου και των στόχων του κέντρου τους.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 75,00%) των ερωτηθέντων απάντησε καταφατικά (**Ναι**) ότι νιώθουν ικανοποιημένοι από τις δράσεις και τις μεθόδους γνωστοποίησης του έργου και των στόχων του κέντρου τους.

ΕΡΩΤΗΜΑ 9.α

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

9. α) Είστε ικανοποιημένοι από την αποδοχή και τη συμμετοχή της τοπικής κοινότητας στο πρόγραμμα του κέντρου σας

Ναι

Όχι

ΣΧΗΜΑ 9.α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν νιώθουν ικανοποιημένοι από την αποδοχή και τη συμμετοχή της τοπικής κοινότητας στο πρόγραμμα του κέντρου σας.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 82,50%) των ερωτηθέντων απάντησε καταφατικά (**Ναι**) ότι νιώθουν ικανοποιημένοι από την αποδοχή και τη συμμετοχή της τοπικής κοινότητας στο πρόγραμμα του κέντρου σας.

ΕΡΩΤΗΜΑ 9.β°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

9. β) Τι πιστεύετε ότι συμβάλει στην επίτευξη του προγράμματος του κέντρου σας

Συνεργασία με τους τοπικούς φορείς

Συνεργασία με μη κυβερνητικές οργανώσεις

Εθελοντισμός

Άλλο.....

ΣΧΗΜΑ 9.β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι πιστεύουν ότι συμβάλει στην επίτευξη του προγράμματος του κέντρου τους.



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 75,00%) επέλεξε την απάντηση «**συνεργασία με τους τοπικούς φορείς**» πιστεύουν ότι συμβάλει στην επίτευξη του προγράμματος του κέντρου πρόληψης τους.

ΕΡΩΤΗΜΑ 10^ο

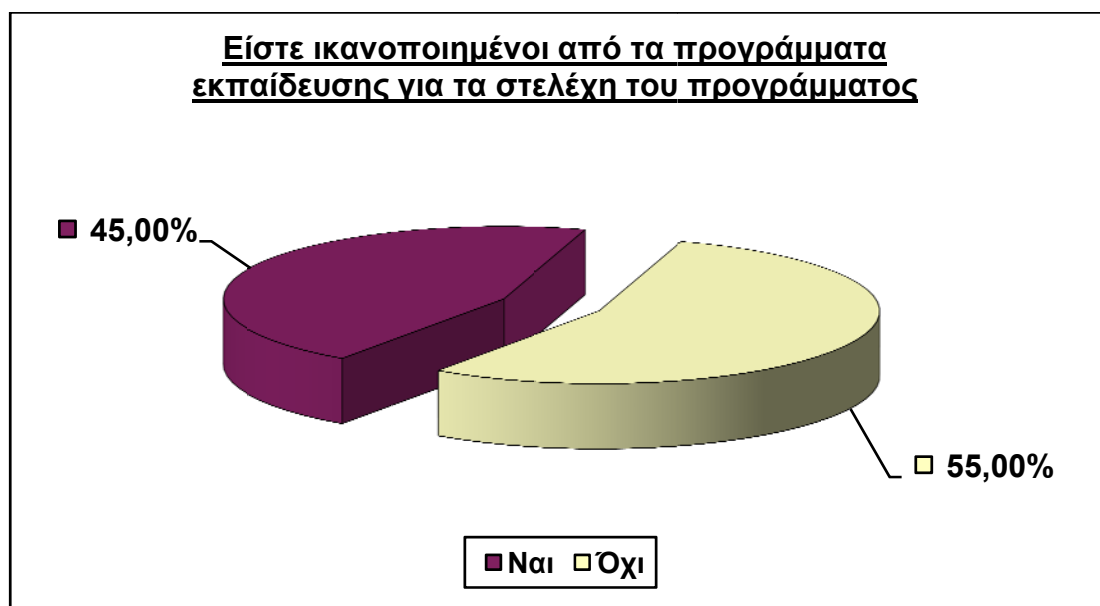
ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

10. Είστε ικανοποιημένοι από τα προγράμματα εκπαίδευσης για τα στελέχη του προγράμματος

Ναι

Όχι

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν νιώθουν ικανοποιημένοι από τα προγράμματα εκπαίδευσης για τα στελέχη του προγράμματος.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 55,00%) των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά (Όχι) ότι δεν νιώθουν ικανοποιημένοι από τα προγράμματα εκπαίδευσης για τα στελέχη του προγράμματος.

ΕΡΩΤΗΜΑ 11^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

11. Θεωρείτε αποτελεσματική τη δράση του κέντρου σας για την πρόληψη και αντιμετώπιση της εξάρτησης σε ουσίες

Ναι

Όχι

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρούν αποτελεσματική τη δράση του κέντρου τους για την πρόληψη και αντιμετώπιση της εξάρτησης σε ουσίες.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 85,00%) των ερωτηθέντων απάντησε καταφατικά (**Ναι**) ότι νιώθουν ικανοποιημένοι από την αποδοχή και τη συμμετοχή της τοπικής κοινότητας στο πρόγραμμα του κέντρου σας.

ΕΡΩΤΗΜΑ 12^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

12. Θεωρείτε πως τα κέντρα πρόληψης στην Ελλάδα ακολουθούν κοινή πολιτική

Ναι

Όχι

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρούν πως τα κέντρα πρόληψης στην Ελλάδα ακολουθούν κοινή πολιτική.



Η απαντήσεις στις απαντήσεις στην παρούσα ερώτηση διχοτομήθηκαν (ποσοστό 50,00%) και δόθηκαν σε απόλυτη ισορροπία.

ΕΡΩΤΗΜΑ 13.α^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

13. α) Πιστεύετε πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των κέντρων πρόληψης

Ναι

Όχι

ΣΧΗΜΑ 13.α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των κέντρων πρόληψης.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 87,50%) των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά (Όχι) ότι η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των κέντρων πρόληψης.

ΕΡΩΤΗΜΑ 13.β°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

13. β) Με ποιο τρόπο

Στελέχωση

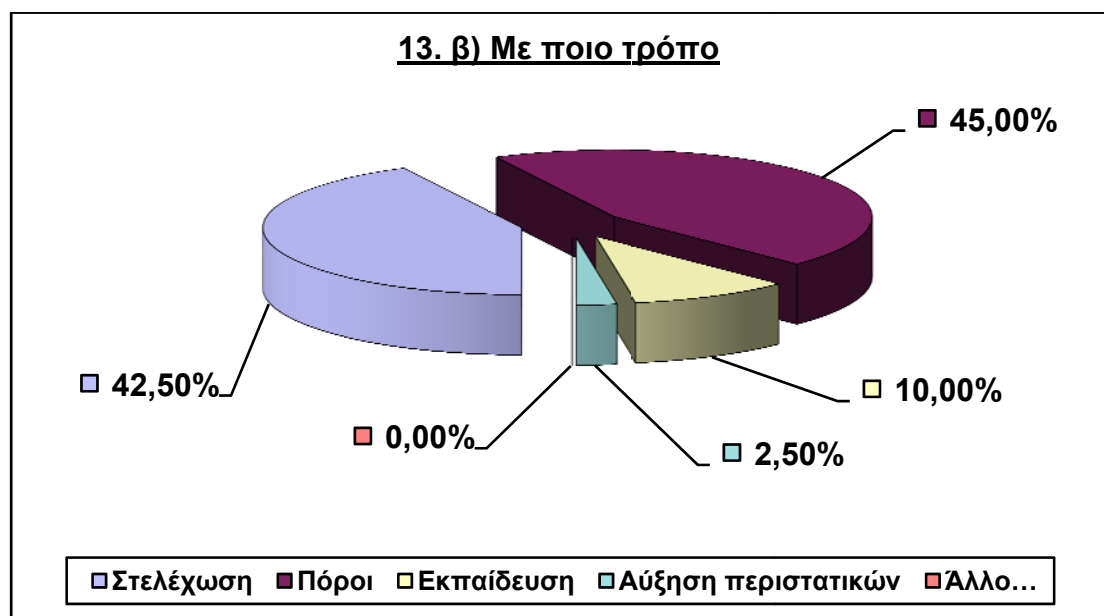
Πόροι

Εκπαίδευση

Αύξηση περιστατικών

Άλλο.....

ΣΧΗΜΑ 13.β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι πιστεύουν ότι συμβάλει στην επίτευξη του προγράμματος του κέντρου τους.



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 42,50%) επέλεξε την απάντηση «**στελέχωση**» διότι πιστεύουν ότι η οικονομική κρίση με αυτό τον τρόπο έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των κέντρων πρόληψης.

ΕΡΩΤΗΜΑ 14^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

14. Θεωρείτε σημαντική τη δράση των εθελοντών

Ναι

Όχι

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 40 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρούν σημαντική τη δράση των εθελοντών.



Όλοι (ποσοστό 100,00%) οι ερωτηθέντες απάντησαν καταφατικά (**Ναι**) ότι θεωρούν σημαντική τη δράση των εθελοντών.

7.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 85,00%) απάντησε ότι είναι γυναίκες, ενώ μόνο 15% των ερωτηθέντων είναι άνδρες.

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 70,00%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχει ειδικότητα του **ψυχολόγου**, ενώ ακολουθούν σε συχνότητα η ειδικότητα κοινωνικού λειτουργού με ποσοστό 15,00% και επίσης ακολουθεί σε συχνότητα η ειδικότητα του **κοινωνιολόγου** με ποσοστό 7,50%. Οι απαντήσεις με ειδικότητα «**άλλο**» με διασπορά ως προς τις απαντήσεις αποτελούν το 7,50% των ερωτηθέντων.

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 75,00%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχουν εμπειρία 3 έως 6 χρόνια υπηρεσίας σε κέντρα πρόληψης. Ακολουθεί σε συχνότητα οι έχοντες την μεγαλύτερη υπηρεσία (9 χρόνια και άνω) με ποσοστό 20% και τέλος με ενδιάμεση υπηρεσία 6 έως 9 χρόνων με ποσοστό 5,00%.

Η επικρατούσα τιμή (με ποσοστό 70,00%, αποτελεί και την συντριπτική πλειοψηφία των απαντήσεων) σε σχέση με το σε ποιο βαθμό κρίνουν ότι είναι λειτουργικά στις μέρες μας τα κέντρα πρόληψης είναι «**πολύ**» ενώ ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι **3,650**. Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι κρίνουν σε βαθμό «**πολύ**» ότι είναι λειτουργικά στις μέρες μας τα κέντρα πρόληψης. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «**αρκετά**» με ποσοστό 25,00% ανεβάζοντας την θετική επιλογή σε σχεδόν απόλυτο ποσοστό 95,00% (Πολύ + Αρκετά). Ακολουθεί με μικρότερο ποσοστό η επιλογή «**λίγο**» ποσοστό 5,00%, και τέλος η επιλογή απάντησης «**καθόλου**» με μηδενικό (0,00%) ποσοστό. Επομένως η αρνητική επιλογή απάντησης ως προς το εάν είναι λειτουργικά στις μέρες τα κέντρα πρόληψης συγκεντρώνει αθροιστικά μόλις το 5,00% (Λίγο + Καθόλου).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 50,00%) επέλεξε την απάντηση «**πόροι**» θεωρώντας ότι η έλλειψη τους αποτελεί σημαντικό παράγοντα δυσκολίας για την επίτευξη του προγράμματος στο κέντρο πρόληψης τους. Ακολουθεί σε συχνότητα η απάντηση «**δυναμικό**» με ποσοστό 37,50% και τέλος οι «**εγκαταστάσεις**» με ποσοστό 12,50%.

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 85,00%) των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά (**Όχι**) ότι θεωρούν ότι δεν επαρκούν τα Κέντρα Πρόληψης για την κάλυψη

των αναγκών της Ελληνικής κοινωνίας, ενώ ποσοστό 15,00% απάντησε θετικά «**Ναι**».

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 70,00%) των ερωτηθέντων απάντησε καταφατικά (**Ναι**) ότι θεωρούν ότι επαρκεί η κατάρτιση της διεπιστημονικής ομάδας του κέντρου που υπηρετούν.

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 75,00%) των ερωτηθέντων απάντησε καταφατικά (**Ναι**) ότι νιώθουν ικανοποιημένοι από τις δράσεις και τις μεθόδους γνωστοποίησης του έργου και των στόχων του κέντρου τους.

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 82,50%) των ερωτηθέντων απάντησε καταφατικά (**Ναι**) ότι νιώθουν ικανοποιημένοι από την αποδοχή και τη συμμετοχή της τοπικής κοινότητας στο πρόγραμμα του κέντρου σας.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 75,00%) επέλεξε την απάντηση «**συνεργασία με τους τοπικούς φορείς**» πιστεύουν ότι συμβάλει στην επίτευξη του προγράμματος του κέντρου πρόληψης τους.

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 55,00%) των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά (**Όχι**) ότι δεν νιώθουν ικανοποιημένοι από τα προγράμματα εκπαίδευσης για τα στελέχη του προγράμματος.

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 85,00%) των ερωτηθέντων απάντησε καταφατικά (**Ναι**) ότι νιώθουν ικανοποιημένοι από την αποδοχή και τη συμμετοχή της τοπικής κοινότητας στο πρόγραμμα του κέντρου σας.

Η απαντήσεις στις απαντήσεις στην παρούσα ερώτηση διχοτομήθηκαν (ποσοστό 50,00%) και δόθηκαν σε απόλυτη ισορροπία.

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 87,50%) των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά (**Όχι**) ότι η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των κέντρων πρόληψης.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 42,50%) επέλεξε την απάντηση «**στελέχωση**» διότι πιστεύουν ότι η οικονομική κρίση με αυτό τον τρόπο έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των κέντρων πρόληψης.

Όλοι (ποσοστό 100,00%) οι ερωτηθέντες απάντησαν καταφατικά (**Ναι**) ότι θεωρούν σημαντική τη δράση των εθελοντών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες παρατηρείται ολοένα και περισσότερο η εξάπλωση των παράνομων ουσιών και το ζήτημα έχει πάρει επικίνδυνες διαστάσεις παγκοσμίως. Σημαντικό ρόλο για την αντιμετώπιση του προβλήματος αποτελεί πρώτα η πρόληψη και ύστερα η θεραπεία. Είναι αδιαμφισβήτητο πως οι περιβαλλοντικές συνθήκες ενός ατόμου από τη νεαρά ηλικία είναι ο βασικότερος παράγοντας ώστε το άτομο να διαχειριστεί τις δυσκολίες του τόσο προς την εφηβεία αλλά και την ενηλικίωση του. Χρειάζεται λοιπόν μια συνεργασία από διάφορους φορείς, αρχές, εκπαιδευτικούς και τους γονείς με σκοπό τη πρόληψη.

Κύριο χαρακτηριστικό της πρόληψης αποτελεί η ενίσχυση της ικανότητας των παιδιών να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις δύσκολες καταστάσεις της ζωής. Οι γονείς μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη με τους εξής τρόπους:

- η εγκυμοσύνη σε μια οικογένεια να είναι επιθυμητή και οι γονείς υπεύθυνοι για το ρόλο τους
- να αντιμετωπίζουν τη διαφορετικότητα του παιδιού με κατανόηση και να το αποδέχονται με τις ιδιαιτερότητές του
- να μαθαίνουν στο παιδί να αυτονομείται και να μην είναι υπερπροστατευτικοί μαζί του
- να το ενθαρρύνουν να εκφράζει τα ταλέντα του και να παίρνει πρωτοβουλίες
- να μην το συγκρίνουν με άλλα παιδιά ή συγγενή του
- να του δημιουργούν το αίσθημα της ασφάλειας και της προστασίας
- να διατηρούν ξεκάθαρους ρόλους απέναντι στο παιδί για να μπορεί το παιδί να παραδειγματίζεται και να αφομοιώνει σωστές συμπεριφορές
- να γίνεται αντιληπτό τι είναι σωστό και τι λάθος
- να επιβραβεύεται το παιδί και να μην τιμωρείται με εκφοβισμό

-να υπάρχει σεβασμός ανάμεσα στο ζευγάρι και σύμπνοια, διαφορετικά το διαζύγιο είναι λύση για την αποφυγή περισσότερων επιπλοκών στις σχέσεις της οικογένειας και στη ψυχολογία του παιδιού

-να μην ελέγχεται το παιδί σε υπερβολικό βαθμό γιατί τότε χάνεται η εμπιστοσύνη

-να δίνεται ελευθερία στο παιδί να εκφράζει ελεύθερα τις επιθυμίες του στις φιλικές και στις συντροφικές του σχέσεις

-να μάθουν στα παιδιά ηθικές αξίες και ιδανικά για τη πορεία της ζωής τους

-να δίνουν στο παιδί καλή ποιότητα παιδείας και μόρφωσης

-είναι καλό να μπορούν οι γονείς να είναι κοντά στα παιδιά τους , να μπορούν να τα ακούν και να δέχονται και τα λάθη τους ώστε να μάθουν και τα ίδια πως το να κάνεις λάθος είναι επιτρεπτό.

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των προοπτικών της πρόληψης στην Ελλάδα και η περιγραφή των προγραμμάτων πρόληψης. Παρατηρήσαμε το ποσοστό των Ελλήνων που κάνουν χρήση παράνομων ουσιών, ερευνήσαμε τον τρόπο που λειτουργούν τα κέντρα πρόληψης και βγάλαμε κάποια συμπεράσματα όσον αφορά τη λειτουργικότητά τους και τις ανάγκες τους.

1^{ov} Τα κέντρα πρόληψης χρειάζονται τη συνεργασία μεταξύ άλλων φορέων και υπηρεσιών για μια κοινή δράση και πορεία.

2^{ov} Τα κέντρα πρόληψης έχουν ανάγκη περισσότερους πόρους για την επίτευξη των προγραμμάτων τους.

3^{ov} Τα κέντρα πρόληψης θεωρούν πολύ σημαντικό τον εθελοντισμό.

4^{ov} Τα κέντρα πρόληψης προτείνουν οριζόντιες συνεργασίες μεταξύ τους.

5^{ov} Τα κέντρα πρόληψης υποστηρίζουν προγράμματα που στοχεύουν στη συνεργασία γονέων και εκπαιδευτικών

6^{ov} Τα κέντρα πρόληψης χρειάζονται υποστήριξη από άλλους φορείς

7^{ov} Τα κέντρα πρόληψης επιθυμούν ευελιξία και προσαρμοστικότητα των κέντρων στις νέες συνθήκες και εξελίξεις

8^{ον} Τα κέντρα πρόληψης χρειάζονται κοινή αντίληψη και πολιτική για την εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων

9^{ον} Τα κέντρα πρόληψης θεωρούν λειτουργικό και αποτελεσματικό τη συμμετοχή σε ερευνητικές διαδικασίες

10^{ον} Τα κέντρα πρόληψης χρειάζονται προσέλκυση, εκπαίδευση και αξιοποίηση των εθελοντών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης Α. (1981). « Η Αλήθεια για τα Ναρκωτικά», Αθήνα, Ακρίτας
- Γεωργάκας Π. (2007). «Εξάρτηση μια ατομική επιλογή, απεξάρτηση μια συλλογική διαδικασία», Θεσσαλονίκη, Επίκεντρο
- Εθνικό Συμβούλιο Κατά των Ναρκωτικών (1990). «Ναρκωτικά Κοινωνικά Αίτια Πρόληψη Θεραπεία», Αθήνα, Σύγχρονη Εποχή
- ΕΚΤΕΠΝ (2011). «Ετήσια έκθεσή του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάστασή του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα» Αθήνα
- ΕΚΤΕΠΝ (2011). «Οδηγός Αξιολόγησης Παρεμβάσεων Πρόληψης της Ουσιοεξάρτησης» Αθήνα: ΕΠΨΥ
- ΕΚΤΕΠΝ (2003). «Οδηγός Υπηρεσιών Πρόληψης και Αντιμετώπισης των Ουσιοεξαρτήσεων (ναρκωτικών και οιοπνευματωδών) » Αθήνα
- Ε.Π.Ι.Ψ.Υ ./Ο.ΚΑ.ΝΑ (1996). Κέντρο Εκπαίδευσης για τη Πρόληψη της Χρήσης των Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας «Επικοινωνία στην Οικογένεια», Αθήνα
- Ε.Π.Ι.Ψ.Υ./Ο.ΚΑ.ΝΑ (2003). «Στοιχεία για τις εξρτησιογόνες ουσίες», Αθήνα
- Ζαραφονίτου Χ.(1995). «Εμπειρική Εγκληματολογία» Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη
- Ζαφειρίδης Φ.(2009). «Εξαρτήσεις και Κοινωνία. Θεραπευτικές κοινότητες: Ομάδες Αυτοβοήθειας» Αθήνα, Κέδρος
- ΚΕ.Θ.Ε.Α– TACADE, (1998). Σημειώσεις διήμερου βιοματικού σεμιναρίου για εκπαιδευτικούς δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με θέμα «Πρόληψη Χρήσης Ναρκωτικών», Αθήνα
- Λιάππας Γ. (2003). « Ναρκωτικά εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση», Αθήνα, Πατάκη
- Λιάππας Γ. (1992). « Ναρκωτικά εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση», Αθήνα, Πατάκη
- Λιάππας Γ. (2002). «Χασίς. Ο Άγνωστος της Διπλανής Πόρτας», Αθήνα, Πατάκη
- Μπεχράκη Κ. (2002). «Σχολές Γονέων», Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γραφείο Ευρώπης (2000). «Η προαγωγή της Ψυχικής και της συναισθηματικής Υγείας στο σχολείο – Εγχειρίδιο για Εκπαιδευτικούς», Katherine Weare & Gay Gray, επιμέλεια Κ. Σώκου, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Παπαστάμου (1990). «Διομαδικές Σχέσεις» μτφρς Ντίνα Τριανταφυλλού, Αθήνα, Οδυσσέας
- Παπαχριστόπουλου Ν., Σμαρτζή Κ. (2009). «Οικογένεια και νέες μορφές συλλογικότητας», Πάτρα, Orportuna
- Παππά Β.,(2006). «Επάγγελμα Γονέας», Αθήνα, Καστανιώτη
- Πουλόπουλος Χ. (2009). «Εξαρτήσεις. Οι Θεραπευτικές Κοινότητες», Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Χουρδάκη Μ.(1995). «Ψυχολογία της Οικογένειας, εξελικτική, σχολική, εφηβείας.» Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Χουρδάκη Μ. (2000). «Ναρκωτικά. Πρωτογενής Τομέας», 3^η έκδοση, Αθήνα, Leader Book
- Χουρδάκη Μ. (2000). «Οικογενειακή Ψυχολογία», 4^η έκδοση, Αθήνα, Leader Book

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allott, R., Paxton, R., & Leonard, R. (1999). «Drug education: a review of British Government policy and evidence of effectiveness» *Health Education Research*
- Bergeret J.(1999). «Τοξικοεξάρτηση και Προσωπικότητα», Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Botvin GJ, Griffin KW, Nichols TR.(2007). «Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach.» *Prevention Science*
- Cadoret, R J, Thoughton, E., O' Gorman, T. W. & Heywood, E (1986). «An adoption study of genetic and environmental factors in drugs abuse.» *Archives of General Psychiatry*

- Cowen EL. (1983). «The wooing of primary prevention. » *American Journal of Community Psychology*
- Cohen, D. & Linton, K. (1995). «Parent participation in an adolescent drug abuse prevention program » *Journal of Drug Education*, 25
- Cohen L., Manion L., Morrison K., (2008). « Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας» μετάφραση: Κυρανάκης Σ., Μαυράκη Μ., Μητσοπούλου Χ., Μπιθαρά Π., Φιλοπούλου Μ., Αθήνα, Μεταίχμιο
- Dusenbury, L. & Falco, M. (1995). «Eleven components of effective drug abuse prevention curricula» *Journal of School Health*, 65
- Gibbons, S. (1995). «Learning for life» *Police Review*.
- Heath A., Todorov A.A., Nelson E.C., (2002). «Gene-environment interaction effects on behavioral variation and risk of complex disorders: The example of alcoholism and other psychiatric disorders.» *Twin Research*
- Hendry, L., Shucksmith, J. and Philip, K. (1995). «Educating for Health: School and Community Approaches with Adolescents» Cassell, London.
- Hicks B.M., Bernat, E.M., Malone S.M. (2007). «Genes mediate the association between P3 amplitude and externalizing disorders.» *Psychophysiology*
- Hurry, J. & Lloyd, C. (1997). «A follow-up evaluation of Project Charlie: A life-skills drug education programme of primary schools, London» Home Office, 16.
- Home Office Drugs Strategy Directorate (2002). «Updated Drug Strategy 2002» UK: Home Office.
- Kendler, K.S., Prescott, C.A., Myers, J., and Neale M.C., (2003). «The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women.» *Archives of General Psychiatry*
- Kooman M, (1993). « The Therapeutic Communities for Addicts: Intimacy, Parent Involvement and Treatment Success» Amsterdam, Swets and Zeitinger Publishers
- Krausz, M. (1996). «Old problems – new perspectives. » *European Addiction Research* 2
- Krausz, M. (1999). «Editorial. Addiction and mental health.» *European Addiction Research* 5

- Landheim, A. S., Bakken, K. e Vaglum, P. (2003). «Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics.» *European Addiction Research* 9
- Lauritzen, G, Waal, H, Amundsen, A. e Arner, O. (1997). «A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings.» *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14
- Liappas, J. (2001). «Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem.» *Itaca* 6
- NatCen and NFER (National Centre for Social Research and the National Foundation for Educational Research) (2004). «Drug use, smoking and drinking among young people in England in 2003» London: Home Office
- National Institute on Drug Abuse (2003). «Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use: Overview of key findings» National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services
- Nestler, E. J. (2001). «Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction.» *Nature Reviews Neuroscience* 2(2)
- Offord, D. R. (2000). « Selection of levels of prevention.» *addict Behav*,
- Ramsay, M., Baker, P., Goulden, C., Sharp, C. and Sondhi, A. (2001). «Drug Misuse Declared in 2000: Results from the British Crime Survey» HORS 224. London: Home Office
- Pikens, R. W., Svikis, D.S., McGue, M., Lykken, D.T., Heston, L.L. & Clayton, P.J. (1991). «Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins.» *Archives of General Psychiatry*
- Porjesz B, Rangaswamy M., Kamarajan, C., (2005). «The utility of neurophysiological markers in the study of alcoholism.» *Clinical Neurophysiology*
- Robson C. (2007). «Η Ερευνά του πραγματικού Κόσμου» μετάφραση: Καλύβα Π. Αθήνα, Gutenberg
- Shiner, M. & Newburn, T. (1997). «Definitely, Maybe Not? The Normalisation of Recreational drug use Amongst Young People» *Sociology*
- Thio A. (2007). «Παρεκκλίνουσα Συμπεριφορά», 2^η ελληνική έκδοση Αθήνα, Ελλην

- Thomas, A. & Chess, S. (1984). «Genesis and evolution of behavioral disorders: From infancy to early adult life.» *American Journal of Psychiatry*
- Tobler N.S. & Stration H.H. (1997). «Effectiveness of school – based drug prevention programs» A meta-analysis of the research : *Journal of primary prevention* 18
- Verheul, R. (2001). «Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders.» *European Psychiatry* 1
- Watson, M. (1997). «An Olympic boost to fight drugs» *Health Education*
- World Health Organization Investing in mental health Geneva, World Health Organization, 2003
- Young, M., Kersten, C. and Werch, C. (1996). «Evaluation of a parent child drug education program» *Journal of Drug Education*

ΑΡΘΡΑ

- Ρούσσης, Αναστάσιος Γ., Κοινωνιολόγος - Εγκληματολόγος, Μ.Α. Εγκληματολογίας Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Μ.Α. Διεθνών Σχέσεων (Ευρωπαϊκή Έδρα Jean Monnet - Ινστιτούτο Διεθνών Σχέσεων) Παντείου Π.Κ. & Π.Ε., Διδάκτορας Κοινωνιολογίας (Τομέας Εγκληματολογίας) Παντείου Π.Κ. & Π.Ε., 2008, ο θεσμός της σχολικής κοινότητας ο ρόλος του στο φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης των ανηλίκων στο <http://www.army.gr>, {πρόσβαση 20/11/2012}

INTERNET

- «Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου»
http://www.ask.org.cy/index.php?option=com_content&view=article&id=124&Itemid=70&lang=el [πρόσβαση στις 28 Οκτωβρίου 2012]
- <http://invenio.lib.auth.gr/record/103169/files/gri-2008-1395.pdf?version=1> [πρόσβαση στις 29 Οκτωβρίου 2012]
- «Ευρωπαϊκή Επιτροπή» europa.eu/rapid/press-release_IP-11-1236_el.do {πρόσβαση στις 2 Νοεμβρίου 2012}

- « Greece Strategy 2006 »
www.emcdda.europa.eu/.../att_35462_EL_Greece%20Strategy%20... { πρόσβαση στις 8 Νοεμβρίου 2012 }
- « Παγκόσμια Ημέρα Κατά των Ναρκωτικών »
http://www.yyka.gov.gr/articles/news/1297-pagkosmia-hmera-kata-twn-narkwtikwn { πρόσβαση στις 11 Νοεμβρίου 2012 }
- Aujean, S., Murphy, R., King, L. et al. (eds) (2001). Annual report on the UK drug situation 2001. London: Drugscope.
www.drugscope.org.uk/druginfo/drugreport.asp
- «www.okana.gr» http://www.okana.gr/2012-02-03-13-16-04/monadeskoinwnikhsepanentakshs { πρόσβαση στις 11 Νοεμβρίου 2012 }
- « www.equal-greece.gr » http://www.equal-greece.gr/mainlinks.asp?aa=1 { πρόσβαση στις 11 Νοεμβρίου 2012 }
- « www.emcdda.europa.eu , 2012»
www.emcdda.europa.eu/.../att_190854_EL_TDAC12001ELC_.pdf { πρόσβαση στις 19 Νοεμβρίου 2012 }
- « www.emcdda.europa.eu , 2011»
www.emcdda.europa.eu/.../att_143743_EL_EMCD_DA_AR2011_EL.... { πρόσβαση στις 22 Νοεμβρίου 2012 }
- « Εθνικές πολιτικές» ar2004.emcdda.europa.eu/el/page021-el.h.. { πρόσβαση στις 16 Νοεμβρίου 2012 }
- «www.ektepn.gr»
http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/EGXEIRIDIOfiNaL.pdf { πρόσβαση στις 26 Νοεμβρίου 2012 }
- World Health Organization www.who.int/en {πρόσβαση στις 21 Ιουνίου 2013 }
- «Πυξίδα» www.pyxida.org.gr {πρόσβαση στις 28 Μαΐου 2013 }
- «ΚΕ.Θ.Ε.Α.» http://www.kethea.gr/ {πρόσβαση 1Νοεμβρίου 2012 }
- «Κλίμακα» http://www.klimaka.org.gr {πρόσβαση 1Νοεμβρίου 2012 }
- «www.emcdda.europa.eu,2006»
www.emcdda.europa.eu/.../att_35462_EL_Greece%20Strategy%202006 {πρόσβαση στις 9 Δεκεμβρίου 2013 }

- Risk factors for cannabis use «www.emcdda.europa.eu» {πρόσβαση στις 9 Δεκεμβρίου 2013}
- dide-anatol.a.tt.sch.gr {πρόσβαση στις 25 Μαΐου 2013}
- «www.kporizontes.gr» www.kphlios.gr. {πρόσβαση στις 15 Μαΐου 2013}
- www.resist.transludic.net {πρόσβαση στις 21 Ιουνίου 2013}
- «www.nsph.gr»<http://www.nsph.gr/?page=deftrpripsikentra#deytero1>){πρόσβαση 18 Δεκεμβρίου 2013}
- «www.kesan.gr.» <http://www.kesan.gr/page/> {πρόσβαση στις 18 Δεκεμβρίου 2013}
- «www.klinikilyrakoy» { πρόσβαση στις 9 Δεκεμβρίου 2013}

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

Προς τον επιστημονικά Υπεύθυνο του Κέντρου Πρόληψης

.....

Αγαπητέ Κύριε/Κυρία,

Επικοινωνούμε μαζί μας για να σας ενημερώσουμε σχετικά με την έρευνα μας που αφορά την αποτελεσματικότητα των Κέντρων Πρόληψης στην Ελλάδα.

Η έρευνα εκτελείται από τις υπογράφουσες σπουδάστριες του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών (Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών) . Ο επιβλέπων καθηγητής του τμήματος είναι ο επίκουρος καθηγητής Δρ. Ιωάννης Δρίτσας.

Τα αποτελέσματα και τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα βοηθήσουν ώστε να μπορέσει να εκπονηθεί η έρευνα μας ώστε να πραγματοποιηθεί η πτυχιακή μας εργασία με τίτλο <<Η Αποτελεσματικότητα των Κέντρων Πρόληψης στην Ελλάδα>>

Σκοπός της ερευνάς μας είναι η αποτελεσματικότητα των Κέντρων Πρόληψης. Δηλαδή να εξεταστούν οι προοπτικές της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης στη χώρα μας. Η πρόληψη, αφού επιτευχθεί σωστά μπορεί να αποτελέσει διέξοδο της ουσιοεξάρτησης.

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας μας χρησιμοποιείται ανώνυμο ερωτηματολόγιο επαρκώς δομημένο και σχεδιασμένο, το οποίο απευθύνεται σε εξειδικευμένο προσωπικό των Κέντρων Πρόληψης. Το ερωτηματολόγιο περιέχει 15 ερωτήσεις εκ των οποίων η μια είναι ανοιχτού τύπου και οι υπόλοιπες είναι κλειστού τύπου.

Οι απαντήσεις θα συλλεχθούν με προσωπική επαφή όμως σε περίπτωση που δεν μπορεί αυτό να γίνει δυνατό και μετά από συνεννόηση με τον υπεύθυνο του Κέν-

ντρου Πρόληψης μπορούν τα αποτελέσματα να συμπληρωθούν και να σταλθούν με ηλεκτρονική μορφή. Ο ερωτώμενος μπορεί ανά πάσα στιγμή εάν δεν το επιθυμεί να διακόψει την συμπλήρωση του ερωτηματολόγιο αλλά και αν εκείνος το επιθυμεί να μην συμπληρώσει κάποια από τις ερωτήσεις. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι σύντομος, δική μας εκτίμηση είναι 8 λεπτά.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων

Γιαχαλή Ελένη

Δασκαλάκη Μαρία

Παπαβασιλείου Μελίνα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο

Ανδρας

Γυναίκα

2. Ειδικότητα

Κοινωνικός Λειτουργός

Ψυχολόγος

Κοινωνιολόγος

Άλλο.....

3. Εμπειρία υπηρεσίας σε κέντρα πρόληψης

1-3 χρόνια

3-6 χρόνια

6-9 χρόνια

9 και άνω.....

4. Σε ποιο βαθμό κρίνεται ότι είναι λειτουργικά στις μέρες μας τα κέντρα πρόληψης

Καθόλου

Λίγο

Αρκετά

Πολύ

5. Ποιές πιστεύετε ότι είναι οι δυσκολίες για την επίτευξη του προγράμματος στο κέντρο σας

Πόροι

Εγκαταστάσεις

Εκπαίδευση προσωπικού

Δυναμικό

Συνεργασία με την τοπική κοινωνία

Άλλο.....

6. Θεωρείτε ότι επαρκούν τα Κέντρα Πρόληψης για την κάλυψη των αναγκών της Ελληνικής κοινωνίας

Ναι

Όχι

7. Θεωρείτε ότι επαρκεί η κατάρτιση της διεπιστημονικής ομάδας του κέντρου

Ναι

Όχι

8. Είστε ικανοποιημένοι από τις δράσεις και τις μεθόδους γνωστοποίησης του έργου και των στόχων του κέντρου σας

Ναι

Όχι

9. α) Είστε ικανοποιημένοι από την αποδοχή και τη συμμετοχή της τοπικής κοινότητας στο πρόγραμμα του κέντρου σας

Ναι

Όχι

9. β) Τι πιστεύετε ότι συμβάλει στην επίτευξη του προγράμματος του κέντρου σας

Συνεργασία με τους τοπικούς φορείς

Συνεργασία με μη κυβερνητικές οργανώσεις

Εθελοντισμός

Άλλο.....

10. Είστε ικανοποιημένοι από τα προγράμματα εκπαίδευσης για τα στελέχη του προγράμματος

Ναι

Όχι

11. Θεωρείτε αποτελεσματική τη δράση του κέντρου σας για την πρόληψη και αντιμετώπιση της εξάρτησης σε ουσίες

Ναι

Όχι

12. Θεωρείτε πως τα κέντρα πρόληψης στην Ελλάδα ακολουθούν κοινή πολιτική

Ναι

Όχι

13. α) Πιστεύετε πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των κέντρων πρόληψης

Ναι

Όχι

13. β) Με ποιο τρόπο

Στελέχωση

Πόροι

Εκπαίδευση

Αύξηση περιστατικών

Άλλο.....

14. Θεωρείτε σημαντική τη δράση των εθελοντών

Ναι

Όχι