

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ
ΠΑΤΡΑΣ**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ – ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Κος. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :

ΜΑΝΙΑΤΑΚΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΜΟΣΧΟΥ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ

ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ ΝΙΚΟΛΙΤΣΑ

ΠΑΤΡΑ – ΙΟΥΝΙΟΣ 2004

Η εργασία αυτή αφιερώνεται σε κάθε νέο,
που έχει δεθεί και πασχίζει να απελευθερωθεί
από τα δεσμά του αλκοόλ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας χρειάστηκε από την πλευρά μας αρκετός ζήλος και επιμονή. Θα ήταν άδικο αν δεν ευχαριστούσαμε τα άτομα που μας εμπύχωσαν κατά τη διάρκεια συγγραφής αυτής της εργασίας. Καταρχήν θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κο.Δετοράκη Ι. υπεύθυνο καθηγητή της εργασίας, όλους όσους συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο, καθώς επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μας για τις προσπάθειες που έχουν καταβάλει για την ολοκλήρωση των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	9
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	9
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	10
1.3 Ορισμός του αλκοολισμού.....	14
1.4. Τύποι Αλκοολικών.....	15
Α. Ο ανύποπτος αλκοολικός.....	16
Β. Ο κανονικός και συγκρατημένος αλκοολισμός.....	16
Γ. Ο παθολογικός αλκοολικός.....	16
Δ. Ο νευρωτικός αλκοολικός.....	17
Ε. Ο συμπτωματικός αλκοολικός.....	17
ΣΤ. Ο εκ περιτροπής πότης.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο.....	20
2.1 Αιθυλική Αλκοόλη.....	20
2.2 Παραγωγή αιθυλικής αλκοόλης.....	21
2.3 Απορρόφηση και μεταβολισμός αιθυλικής αλκοόλης	22
2.4 Μέθη και παρεπόμενα μέθης.....	22
2.4.1 Μέθη.....	22
2.4.2 Παρεπόμενα μέθης.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	27
3.1 Αίτια αλκοολισμού	27
3.1.1. Ψυχολογικοί Παράγοντες.....	28
3.1.2. Κοινωνικοί Παράγοντες.....	29
3.1.3 Πολιτισμικοί παράγοντες.....	32
3.1.4 Βιολογικοί και Γενετικοί παράγοντες.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	37
4.1 Τα στάδια του Αλκοολισμού	37
4.1.1 Προαλκοολική Φάση.....	37
4.1.2 Πρώιμος αλκοολική φάση.....	38
4.1.3 Πραγματική Αλκοολική Φάση.....	39
4.1.4 Ισχυρός Αλκοολικός Εθισμός.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	44
5.1 Επιπλοκές.....	44
5.1.1 Αλκοολική Τοξίκωση.....	44

5.1.2 Αλκοολική Ηπατίτιδα.....	45
5.1.3 Κίρρωση του Ήπατος – Laene	45
5.1.4 Επιπλοκές στο πάγκρεας-Παγκρεατίτιδα.....	46
5.1.5. Τρομώδες Παραλήρημα	47
5.1.6 Σύνδρομο Korsakoff.....	47
5.1.7 Αλκοολική Ψευδαισθήτωσις.....	49
5.1.8 Στερητικό Αλκοολικό Σύνδρομο	50
5.1.9 Αλκοολική Άνοια	51
5.1.10 Εγκεφαλοπάθεια του Wernicke.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	54
6.1 Θεραπεία.....	54
6.1.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων – επιπλοκών του αλκοολισμού.....	54
6.1.2 Μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού.....	56
6.2 Θεραπευτικά προγράμματα	57
6.2.1 Ανώνυμος (σύνδεσμος) Αλκοολικών.....	57
6.2.2 Ξενώνες	58
6.2.3 Κέντρα Θεραπείας του Αλκοολισμού.....	58
6.3 Ψυχολογική προσέγγιση	58
6.3.1 Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς.....	59
6.3.2 Άλλα είδη ψυχοθεραπείας.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	63
7.1 Μέτρα πρόληψης	63
7.1.1 Ατομικά μέτρα πρόληψης	63
7.1.2 Γενικά μέτρα πρόληψης	64
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ (ΕΡΕΥΝΑ).....	66
Εισαγωγή.....	67
Υλικό και Μέθοδος.....	69
Αποτελέσματα.....	71
Συζήτηση.....	107
Βιβλιογραφία	113

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε κάποιο μπιστρό της Μονμάρτης υπάρχει η ακόλουθη επιγραφή: «Λένε πως το πιωτό είναι ένας αργός θάνατος. Σκοτούρα μας! Δεν βιαζόμαστε!»

Η επιγραφή αυτή έχει γραφτεί περίπου στον Μεσαίωνα και παρ' όλο που έχουν περάσει τόσα χρόνια το πιωτό εξακολουθεί να είναι ένας αργός θάνατος και η κοινωνία μας είναι ανεκτική σ' αυτές που ονομάζουμε νόμιμες τοξικές ουσίες όπως είναι το αλκοόλ.

Ανησυχητικές διστάσεις έχει πάρει τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Χτυπάει κυρίως τη νεολαία, που όλο και περισσότερο αναζητά «λύσεις» στους τεχνιτούς παραδείσους.

Αυτό ήταν και το ερέθισμα που μας οδήγησε να ασχοληθούμε με το πρόβλημα του αλκοολισμού.

Η διεθνής βιβλιογραφία, η σχετική με τον αλκοολισμό και τα προβλήματα του, είναι πλουσιότερη και συνεχώς ενημερώνεται. Αντίθετα στην Ελλάδα δεν συμβαίνει το ίδιο, αφού η βιβλιογραφία για το θέμα αυτό είναι πάρα πολύ φτωχή και ποτέ δεν δόθηκε η ανάλογη σημασία στον τομέα της έρευνας, παρά μόνο τα τελευταία χρόνια.

Γι' αυτό σαν σπουδαστές ευαισθητοποιηθήκαμε από την αύξηση των αλκοολικών στη χώρα μας και αποφασίσαμε η πτυχιακή μας εργασία να έχει σαν θέμα της τον αλκοολισμό. Δώσαμε ιδιαίτερη έμφαση στην νεαρή ηλικία και κάναμε μια έρευνα για να δούμε πως αντιμετωπίζει η ηλικία αυτή το πρόβλημα του αλκοολισμού.

Τα τελευταία χρόνια, εξαιτίας της ελεύθερης διακίνησης ιδεών, της ξενομανίας, της ψυχικής μοναξιάς, της παραλυσίας των ηθών και της ανεργίας, οι νέοι οδηγούνται σε αρνητικούς τρόπους ψυχαγωγίας, που είναι απόπειρες φυγής από την αποσαθρωμένη κοινωνία.

Ο αλκοολισμός είναι μια ύπουλη απειλή, που απλώνεται αργά αλλά σταθερά, χωρίς «τυμπανοκρουσίες», με πολύ όμως καταστρεπτικά αποτελέσματα για την υγεία των ανθρώπων και με μεγάλο οικονομικό κόστος, όταν πλέον αποφασίσουμε να τον αντιμετωπίσουμε.

Επιχειρήσαμε αυτή τη μικρή έρευνα στην περιοχή της Πάτρας και πήραμε δείγματα από τυχαίο πληθυσμό νέων, για να δούμε αν υπάρχει αύξηση της αλκοολοκατανάλωσης και σε ποια ποσοστά κυμαίνεται.

Πιστεύουμε, με την προσπάθεια που καταβάλλαμε για την συγγραφή αυτής της πτυχιακής εργασίας και με τις γνώσεις που αποκτήσαμε δουλεύοντας πάνω σ' αυτή, να μπορέσουμε κι εμείς να βοηθήσουμε έστω και λίγο όσους αντιμετωπίζουν, ή για να μην αντιμετωπίσουν αυτό το πρόβλημα.

Θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον κ.Δετοράκη για την επίβλεψη και την βοήθεια του στην υλοποίηση αυτής της ιδέας.

Τον κ. Αλεξόπουλο που προσφέρθηκε και μας βοήθησε σε θέματα κομπιούτερ.

Όλους τους καθηγητές μας που μας βοήθησαν με τη διδασκαλία τους να φτάσουμε και εμείς στο πτυχίο αυτής της σχολής που λέγεται Νοσηλευτική και στην αφετηρία της επαγγελματικής μας καριέρας, ώστε να προσφέρουμε την βοήθεια μας στο κοινωνικό σύνολο, σε ένα πολύ δύσκολο χώρο, που αφορά την ισορροπία της ψυχικής και σωματικής υγείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1⁰

1.1 Ιστορική αναδρομή

Το οινόπνευμα έγινε πιθανότατα γνωστό στον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του, όταν τυχαία ανακάλυψε την δράση των χυμών των φρούτων που είχαν υποστεί κάποια ζύμωση. Πηγές αναφέρουν ότι ήδη από το 3.500 π.χ στην Μεσόγειο καλλιεργούνταν αμπέλια. Υπάρχουν επίσης περιγραφές σε Αιγυπτιακούς πάπυρους για την φαρμακολογική δράση του οينوπνεύματος και την επίπτωση της μέθης.

Στην Αρχαία Ελλάδα αναφέρονται συνήθειες οινοποσίας από συγγραφείς όπως ο Όμηρος και ο Πλάτωνας. Εκτός από την χρήση του οينوπνεύματος για λόγους διασκέδασης το κρασί ήταν συνηθισμένο γιατρικό για εσωτερική και εξωτερική χρήση, όπως στην περιποίηση τραυμάτων. Ο Διόνυσος ή Βάκχος ήταν Θεός του κρασιού και είναι γνωστές οι γιορτές που γινόταν προς τιμήν του.

Στην Ρώμη είναι σε όλους γνωστά τα οργιώδη συμπόσια.

Οι Ρωμαίοι επέμεναν στην υπερβολική κατανάλωση τροφής και κρασιού που συνήθως γινόταν με την πρόκληση εμετού για την συνέχιση του γεύματος. Στην Ρώμη ο αλκοολισμός έφερε ολέθρια αποτελέσματα και συντέλεσε στην εξαφάνιση της ισχυρότερης αυτοκρατορίας στην ιστορία του κόσμου. Η δημιουργία κοινωνικών προβλημάτων από κατάχρηση οينوπνεύματος, αρχίζει τον 12^ο αιώνα με την ευρεία πλέον κατανάλωση αποστάγματος οίνου.

Ο αλκοολισμός ως νόσος αναλύεται για πρώτη φορά το 1972 από τον γιατρό John Loakley Lettsoin, ο οποίος περιγράφει συγκεκριμένες νοσολογικές οντότητες που συνοδεύουν την κατάχρηση οينوπνεύματος, όπως πεπτικό έλκος, καχεξία, πυλωρική στένωση.

Η ιατρική του 19^{ου} αιώνα χρησιμοποιεί επισήμως την αιθυλική αλκοόλη ως τονωτικό του νευρικού συστήματος.

Στην Ελλάδα με εισήγηση του ψυχιάτρου Βλαβιανού το 1903 δημιουργείται η Πανελλήνια Αντιαλκοολική Αδελφότητα και το 1952 υπό την Αιγίδα του Δρ. Ποταμιάνου ιδρύθηκε ο πρώτος οργανισμός εναντίον του αλκοολισμού «Ο Χριστιανικός Σύνδεσμος Γυναικών», ενώ το 1957 ιδρύει την «Πανελλήνια Αντιαλκοολική Σταυροφορία» που δίνει έμφαση στο πρόβλημα και την θεραπεία τους.

Το αλκοόλ είναι μία από τις πρώτες ουσίες που «συνοδεύουν» την εξέλιξη του πολιτισμού. Η χρήση του αλκοόλ με τη μορφή της «κοινωνικής κατανάλωσης» είναι από τα κύρια χαρακτηριστικά της σύγχρονης ανθρώπινης συναλλαγής. Ωστόσο, η μετάβαση από την «κοινωνική» στην «προβληματική» κατανάλωση δεν είναι καθόλου σπάνια. Σε μια τέτοια περίπτωση, είμαστε αντιμέτωποι, με αυτό που ονομάζουμε «εξάρτηση από το αλκοόλ»

1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Στατιστικές μελέτες σε διάφορες χώρες και με την επιφύλαξη των διαφόρων ορισμών του τι συνιστά πρόβλημα με το αλκοόλ, υπολογίζουν την αύξηση των αλκοολικών σε 5-15% μεταξύ του πληθυσμού κάθε χώρας. Φαίνεται καθαρά ότι ο αλκοολισμός και η κατανάλωση αλκοόλ γενικότερα, είναι σήμερα από τα μεγαλύτερα προβλήματα (ψυχοκοινωνικά), των οποίων οι καταστρεπτικές συνέπειες θα φανούν σε μερικά χρόνια.

Μεταξύ 1960 – 1972 η παγκόσμια παραγωγή κρασιού αυξήθηκε κατά 29%, της μπίρας κατά 68% και των άλλων οινοπνευματωδών ποτών κατά 61%.

Το 1979 όλες οι Ευρωπαϊκές χώρες είχαν κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών πάνω από 10 lt. το χρόνο και δύο χώρες (Ολλανδία

και Γερμανία) είχαν κατά κεφαλή κατανάλωση πάνω από 300 lt. το χρόνο.

Το 1992 στις χώρες της ΕΟ.Κ είχαμε 17.000 νεκρούς και 560.000 σοβαρά τραυματίες από αυτοκινητιστικά ατυχήματα που προκλήθηκαν από οδηγούς που αποδεδηγημένα είχαν κάνει κατάχρηση αλκοόλ .

Έρευνες στα άλλα Ευρωπαϊκά κράτη μας δείχνουν ότι το πραγματικό πρόβλημα των κρατών αυτών δεν είναι τα απαγορευμένα ναρκωτικά αλλά το νόμιμο, εμπορευματοποιημένο, βιομηχανοποιημένο και διαφημιζόμενο οινοπνευματώδες ποτό.

Αναλυτικότερα παρακάτω δίνονται επιδημιολογικά στοιχεία για μερικές χώρες, που έχουν διαπιστωθεί προβλήματα από την κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, αρχίζοντας από τη χώρα μας.

Ελλάδα

- Στη χώρα μας στα τέλη της δεκαετίας του '70 η κατά κεφαλή και κατ' έτος κατανάλωση ήταν 18 – 20 λίτρα καθαρού οινοπνεύματος (στοιχεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας).
- Στη δεκαετία 1970 – 1980 η συνολική ετήσια αύξηση στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών στη χώρα μας ήταν 18,6%
- Σήμερα η κατά κεφαλή και κατά χρόνο κατανάλωση κρασιού στην Ελλάδα είναι περίπου 40 lt. Προβλέπεται ότι στα επόμενα 5 χρόνια και η ετήσια κατά κεφαλή κατανάλωση μύρας θα φτάσει τα 40lt το χρόνο.
- Η χώρα μας το 1982 ήταν 22^η μεταξύ 37 χωρών σε κατά κεφαλή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και 17^η σε θανάτους από κίρρωση του ήπατος με 12,3 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Το 1983 ανέβηκε στους 13,6 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.

Γαλλία

- Σε κάθε άτομο αναλογούν 22,5 λίτρα καθαρού οινοπνεύματος το χρόνο.

- Το αλκοόλ είναι η 4^η στη σειρά αιτία θανάτων: το 1971 πέθαναν 33.500 άτομα.
- Το 9% των οδικών ατυχημάτων οφείλονται σε νέους που οδηγούσαν υπό την επήρεια αλκοόλ.
- Το 7% του πληθυσμού καταναλώνει καθημερινά ποσότητα οινοπνευματωδών που περιέχει 200ml αιθανόλης.
- Το 1974 η θνησιμότητα από ηπατική κίρρωση ανήλθε στα 32,8 ανά 100.000 άτομα.
- 5.000.000 άτομα είναι αλκοολοτοξικοί (2.000.000 αλκοολικοί και 3.000.000 που πίνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ).
- Το κόστος στη εθνική οικονομία της Γαλλίας είναι αστρονομικό: για το 1969 υπολογίζεται σε 1.091.000.000 φράγκα. Το ποσό αυτό σήμερα έχει υπερδιπλασιαστεί.

Αγγλία

- Ο αριθμός των καταδίκων μεθυσμένων νεαρών ανέβηκε από 5.000 περίπου το 1958 στις 12.000 περίπου το 1968 και έχει υπερδιπλασιαστεί στις μέρες μας.
- Μεταξύ 1949 και 1974 οι θάνατοι από ηπατική κίρρωση αυξήθηκαν κατά 70%.

Γερμανία

- Μεταξύ 1950 και 1975 έχουμε αύξηση των θανάτων από κίρρωση του ήπατος κατά 176%.
- Ο αριθμός των αλκοολικών νέων (κάτω των 20 ετών) ανέρχονταν το 1957 στις 16.000 ενώ το 1974 ανέβηκε στις 96.000.
- Υπάρχουν 1,8 εκατομμύρια αλκοολικοί ασθενείς που χρειάζονται θεραπεία.
- Τα ποσοστά των αλκοολικών εφήβων φθάνει το 8 – 9% του συνόλου των αλκοολικών της χώρας.

Σοβιετική Ένωση

- Το 25% των αλκοολικών άρχισε να πίνει συστηματικά πριν το 15^ο έτος της ηλικίας τους.
- Επίσημα στοιχεία ενοχοποιούν την κατάχρηση οινοπνεύματος στις 80% των περιπτώσεων ληστείας, 90% των φόνων και 35% των αυτοκινητιστικών δυστυχημάτων.

Πολωνία

- Υπάρχουν πάνω από 12.000 κέντρα για περισσότερους από 500.000 αλκοολικούς νέους.
- Το 1976 η κατά κεφαλή κατανάλωση αιθανόλης ήταν 10,8 λίτρα το χρόνο.

Ελβετία

- Μεγάλο κίνδυνο για τα παιδιά αποτελούν οι σοκολάτες που περιέχουν ποτά μιας και έτσι συνηθίζουν να αισθάνονται το οινόπνευμα ικανοποιητικά.
- Σε ηλικία 16 ετών το 34% των νέων πίνει και καπνίζει συστηματικά, στα 17 το ποσοστό ανεβαίνει στο 40% και στα 18 στο 50% των περιπτώσεων.

Σουηδία

- Τα παιδιά μεταξύ 12 – 16 ετών καταναλώνουν τακτικά οινοπνευματώδη ποτά σε ποσοστό 75%.
- Το 1976 η κατά κεφαλή κατανάλωση αιθανόλης ήταν 5,9 λίτρα το χρόνο.

Η.Π.Α.

- Η θνησιμότητα από ηπατική κίρρωση το 1974 ήταν 15,8 ανά 100.000 άτομα.
- Το 1976 η κατά κεφαλή κατανάλωση αιθανόλης ήταν 8,1 λίτρα το χρόνο.

- Τα ποσοστά του αλκοολισμού σε παλιότερες εκτιμήσεις ανέρχονται σε 4.390 ενήλικα άτομα ανά 100.000 κατοίκους.
- Οι εξαρτημένοι από το οινόπνευμα ασθενείς ανέρχονται στο 7,3% των ανδρών (4,4 εκατομ.) και 1,3 των γυναικών (0,8 εκατομ.) του γενικού πληθυσμού άνω των 20 ετών.

1.3 Ορισμός του αλκοολισμού

Η λέξη AL – COHOL είναι αραβική και σημαίνει λεπτό. Τον όρο «Αλκοολισμός» επινόησε ο καθηγητής της Στοκχόλμης MAGNOYS HUSS το 1852 για να χαρακτηρίσει το σύνολο των αποτελεσμάτων που προκαλούνται από την αλκοολική δηλητηρίαση του νευρικού συστήματος.

Αλκοολισμός είναι μια συγκεκριμένη κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της υγείας και ειδικούς τρόπους συμπεριφοράς. Ο αλκοολισμός δεν είναι σε θέση να ελέγχει, δηλαδή απολαμβάνει ποσότητες οινόπνευματος με τέτοιο τρόπο



που προκαλεί βλάβες τόσο στην υγεία του, όσο και στις προσωπικές του σχέσεις άλλους.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. αλκοολισμός είναι κάθε κατανάλωση οινόπνευματωδών ποτών η οποία ξεφεύγει από την παράδοση και ειδική χρήση οινόπνευματος ή δεν ανταποκρίνεται στα πλαίσια της κοινωνικής συναναστροφής, μέσα σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, ανεξάρτητα από τους αιτιολογικούς παράγοντες μιας τέτοιας συμπεριφοράς.

Ο Π.Ο.Υ. ορίζει ως αλκοολικό το άτομο, που χαρακτηρίζεται από υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματος και του οποίου η εξάρτηση από αυτό έχει φθάσει σε τέτοιο βαθμό, ώστε διακρίνονται έντονα

σημεία βλάβης της υγείας του – σωματικά και ψυχικά – διαταραχές στην επικοινωνία του με τους συνανθρώπους του, όπως και βλάβες στο κοινωνικό και οικονομικό του περιβάλλον ή πρόδρομα σημεία μιας τέτοιας εξέλιξης. Το αλκοόλ περιλαμβάνει στις ουσίες αυτές που χαρακτηρίζονται ουσίες εξάρτησης.

Η λήψη οινοπνευματωδών είναι κοινωνικό και σχεδόν παγκόσμιο φαινόμενο. Συνίσταται άλλοτε σε καθημερινή κατανάλωση (συνηθισμένη περίπτωση σε οινοπαραγωγούς ή ζυθοπαραγωγούς χώρες) και άλλοτε σε ευκαιριακή κατανάλωση, περιορισμένη στις εξόδους του Σαββατοκύριακου ή σε εξαιρετικές περιστάσεις, π.χ. κοινωνικές εκδηλώσεις. Η πλειοψηφία των καταναλωτών είναι μετριοπαθείς πότες (*buveurs moderes*) και περιορίζουν χωρίς δυσκολία την κατανάλωση οινοπνεύματος σε λογικές ποσότητες. Οι αλκοολικοί (με στενή έννοια της εξάρτησης από το οινόπνευμα) αντιπροσωπεύουν μια μικρή μειοψηφία που υπολογίζεται στο 6% του συνόλου των καταναλωτών. Οι βαρείς πότες (*buveurs excessifs*) είναι αυτοί που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες χωρίς να είναι εξαρτημένοι. Παρόλα αυτά η εξάρτηση μπορεί να εγκατασταθεί μετά από πολυετή υπερβολική κατανάλωση (δευτερογενής αλκοολισμός). Οι βαρείς πότες είναι εκτεθειμένοι στις σωματικές επιπλοκές, που οφείλονται στην κατάχρηση οινοπνεύματος.

1.4. Τύποι Αλκοολικών

Τα πρότυπα των αλκοολικών μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές που είναι αρκετά διαφορετικές μεταξύ τους.

Η αναγνώριση και η διάκριση των τύπων των αλκοολικών είναι σημαντικές τόσο για τη σωστή διάγνωση όσο και για το σωστό σχεδιασμό των υπηρεσιών περίθαλψης και το σύστημα θεραπείας που ακολουθεί.

Οι τύποι των αλκοολικών είναι οι ακόλουθοι:

A. Ο ανύποπτος αλκοολικός

Μερικοί πίνοντας οδηγούνται στον αλκοολισμό χωρίς να αντιλαμβάνονται ότι είναι εθισμένοι. Αυτοί μπορεί να μην έχουν κάτι φανερά αφύσικο στην προσωπικότητά τους. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ανθρώπους έχουν εθιστεί στο αλκοόλ με ύπουλο τρόπο, αλλά επειδή έχουν πετύχει μεγάλη αντοχή, δεν έχουν ποτέ εμφανιστεί μεθυσμένοι. Συνεπώς αυτοί δεν μπορούν να έχουν την ιατρική προσοχή που χρειάζεται μέχρι να αναπτυχθούν θρεπτικές διαταραχές.

B. Ο κανονικός και συγκρατημένος αλκοολισμός

Χρησιμοποιούμε αυτόν τον όρο για να περιγράψουμε τον αλκοολικό που πρέπει να πίνει κάθε μέρα. Η καθημερινή ποσότητα μπορεί να είναι αξιοσημείωτη αλλά δε βιάζεται να ξοδέψει τα χρήματα που έχει μαζί του. Είναι ικανός να ρυθμίζει την υπερβολική του κατανάλωση. Επιπλέον δεν αντέχει περισσότερο από μια μέρα χωρίς ποτό αλλά σπάνια φτάνει στη βαριά μέθη. Χαρακτηριστικό αυτού του τύπου αλκοολικού είναι ότι μπορεί να ελέγχει ποσότητα που πίνει κάθε στιγμή.

Γ. Ο παθολογικός αλκοολικός

Σε αυτό τον τύπο ο αλκοολικός μια φορά ξεκινά να πίνει και δεν μπορεί να σταματήσει. Συνεχίζει μέχρι να ξοδέψει όλα τα χρήματα ή να του τελειώσουν τα εφόδια ή μέχρι να συμβεί κάποιο ατύχημα. Τέτοιοι πότες μπορεί να έχουν περιόδους αποχής αλλά όσο γρήγορα ξανά ξεκινήσουν να πίνουν δεν μπορούν να περιορίσουν την ποσότητα. Αυτό το φαινόμενο έχει ευστόχως ονομαστεί «απώλεια του ελέγχου».

Σε μεσαίες περιπτώσεις η ποσότητα του ποτού σταδιακά αυξάνει για μερικές ημέρες μετά από μια περίοδο αποχής. Τελικά, όμως, η μέθη γίνεται εφικτή.

Δ. Ο νευρωτικός αλκοολικός

Ο αλκοολικός με νεύρωση πίνει για να ελαττώσει την υποκειμενική του λύπη, να μειώσει τις συναισθηματικές του συγκρούσεις. Η κατανάλωση αλκοόλ, παρουσιάζεται σαν μια προσπάθεια για τη θεραπεία από τα συμπτώματα της υποκείμενης κατάστασης. Όμως καθώς το ποτό είναι κοινωνικά ανεπίτρεπτο, αυτό χειροτερεύει την εσωτερική του κατάσταση. Πίνει αλκοόλ σε μια προσπάθεια να μειώσει τα συμπτώματά του που προέρχονται από τις διαταραγμένες προσωπικές σχέσεις. Ακόμα αυτός μπορεί να επιμείνει σε αυτό για πολλά χρόνια. Η σωματική εξάρτηση αναπτύσσεται με τον καιρό, με αποτέλεσμα τον εθισμό. Η θεραπεία στηρίζεται στην εξεύρεση λύσης για την ψυχολογική διαταραχή που έχει.

Ε. Ο συμπτωματικός αλκοολικός

Μερικές φορές ο αλκοολισμός συμβαίνει σε ένα ασθενή, που ήδη υποφέρει από μια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή.

Ο αλκοολισμός μπορεί να είναι το σύμπτωμα που μας κάνει να δώσουμε προσοχή σε ανθρώπους που υποφέρουν από κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια, από ψυχιατρική ασθένεια που οφείλεται σε ασθένεια του εγκεφάλου ή από νοητική διαταραχή.

Ο αλκοολισμός μπορεί περιστασιακά να είναι μια πρόιμη εκδήλωση της ψύχωσης που προέρχεται από σύφιλη στον εγκέφαλο (γενική πάρεση), οιδήματα στον εγκέφαλο ή σαν μέρος της γενικής εικόνας γεροντικής νοητικής χειροτέρευσης.

ΣΤ. Ο εκ περιτροπής πότης

Υπάρχουν άνθρωποι που για τρεις ή έξι μήνες, και μερικές φορές περισσότερο, πίνουν μόνο σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Τότε ξαφνικά αρχίζουν να πίνουν υπερβολικά, να πίνουν όλη την ημέρα, αμελώντας όλες τις ευθύνες τους στη δουλειά ή στις οικογένειές τους. Μερικές φορές βλάπτουν σοβαρά τον εαυτό τους ή τους άλλους. Μέρες ή εβδομάδες αργότερα σταματούν ξαφνικά.

Το κύριο χαρακτηριστικό της εκ περιτροπής κατανάλωσης είναι ότι αυτή προέρχεται από αυτή τη σύντομη αλλά παθολογική κατανάλωση με τις μεγάλες φάσεις κανονικότητας. Αυτός ο ασυνήθιστος τύπος κατανάλωσης συνηθίζεται να ονομάζεται διμομανία ή περιοδικός αλκοολισμός.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Αιθυλική Αλκοόλη

Το οινόπνευμα είναι μια οργανική ένωση ($\text{CH}_3 \text{CH}_2 \text{OH}$), η οποία ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη.



Χημική δομή της αιθυλικής αλκοόλης

Η αιθυλική αλκοόλη αποτελεί προϊόν αλκοολικής ζυμώσεως των υδατανθράκων. Η χρήση οινοπνευματούχων ποτών αποτελεί παραδεκτή κοινωνική συνήθεια που η έναρξη της συμπίπτει με την αρχή της ιστορίας του ανθρώπου. Έτσι το Whisky, που σημαίνει «νερό της ζωής» υποστηρίχθηκε πως προκαλεί «μακροζωία», όξυνση του νου και διέγερση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Με βάση τις τρέχουσες διατάξεις στον τόπο μας, οινοπνευματώδη ποτά ορίζονται «αυτά που περιέχουν σαν βασικό συνθετικό την αιθυλική αλκοόλη ποτοποιίας». Η περιεκτικότητα οινοπνεύματος στα πιο συνηθισμένα ποτά του τόπου μας είναι: μύρα 3,6 gr%, κρασί 9 – 13gr%, ηδύποτα διάφορα 20gr%, τσίπουρο 30gr%, ούισκι 40gr%. Η χρήση αυτών προσφέρει 7 θερμίδες για κάθε γραμ. αιθυλικής αλκοόλης και προκαλεί "διαταραχές" ως αποτέλεσμα της φαρμακολογικής δράσεως του οινοπνεύματος.

2.2 Παραγωγή αιθυλικής αλκοόλης

Οι διάφοροι τύποι οινοπνευματωδών ποτών μπορεί να διαιρεθούν σε δύο κατηγορίες, σύμφωνα με τη μέθοδο παραγωγής τους. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται ποτά που παράγονται από φυσική ζύμωση όπως το κρασί και η μύρα. Η δεύτερη κατηγορία αποτελείται από ποτά που γίνονται με τη μέθοδο της απόσταξης όπως: ουίσκι, βότκα, τζίν.

Το κρασί παράγεται από τη ζυμωτική δράση της μαγιάς στους χυμούς των φρούτων. Κρασιά μπορούν επίσης να γίνουν από δαμάσκηνα, μήλα, βερίκοκα και άλλα φρούτα.

Εάν η περιεκτικότητα σακχάρου στους χυμούς των φρούτων είναι υψηλή το αποτέλεσμα είναι να έχουμε «γλυκό» κρασί. Εάν η περιεκτικότητα όμως σε σάκχαρο είναι χαμηλή τότε το κρασί θεωρείται «ελαφρύ» ή «ξηρό».



Τέλος, και πάντα με το κ. Δετοράκη η διαφορά μεταξύ κρασιού, μύρας και αποσταγμένων ποτών είναι ότι:

Πρώτον: Το κρασί και η μύρα περιέχει θρεπτικά στοιχεία, βιταμίνες, μέταλλα. Τα στοιχεία αυτά επιβραδύνουν την απορρόφηση των ποτών αυτών, από τον οργανισμό με αποτέλεσμα τα άτομα να μην μεθούν γρήγορα όπως με τα αποσταγμένα ποτά .

Δεύτερον: Τα ενισχυμένα κρασιά περιέχουν 18-21% αλκοόλη, έναντι των επιτραπέζιων κρασιών που περιέχουν 12-14%. Οι μύρες περιέχουν 4,5% αλκοόλη ανά όγκο, ενώ τα οινοπνευματώδη ποτά 45% αλκοόλη.

2.3 Απορρόφηση και μεταβολισμός αιθυλικής αλκοόλης

Η αιθυλική αλκοόλη απορροφάται εύκολα απ' όλα τα τμήματα του πεπτικού συστήματος (ταχύτερη απορρόφηση στο λεπτό έντερο). Η ταχύτητα της απορροφήσεως εξαρτάται από την περιεκτικότητα οινοπνεύματος στο οινοπνευματώδες ποτό, από το περιεχόμενο του στομάχου και από την ταχύτητα διαβάσεως στο έντερο. Μετά την απορρόφηση διαχέεται μέσω του αίματος σε όλους τους ιστούς και σε βιολογικά υγρά. Έτσι ανιχνεύεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, στον εκπνεόμενο αέρα, στα ούρα, και σε περίπτωση εγκυμοσύνης στην κυκλοφορία του εμβρύου. Η ταχύτητα με την οποία η αλκοόλη περνάει από το αίμα στους ιστούς εξαρτάται από την αιμάτωση των οργάνων.

Ο μεταβολισμός της αλκοόλης γίνεται κατά 80% στο συκώτι. Η μέγιστη όμως μεταβολική ικανότητα δεν ξεπερνάει τα 200-240gr. το 24ωρο, γεγονός που σημαίνει πως σε μεγαλύτερες παροχές αυξάνει συνεχώς η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα και στους ιστούς. Υπογραμμίζεται επίσης πως η παρουσία αλκοόλης «θέτει» απόλυτη προτεραιότητα στο μεταβολισμό της, σε βάρος όλων των άλλων μεταβολικών λειτουργιών του ήπατος, γεγονός που συνεπάγεται διαταραχές της θρέψης.

2.4 Μέθη και παρεπόμενα μέθης

2.4.1 Μέθη

Άπαξ το αλκοόλ περάσει στο κυκλοφορικό από το στομάχι ή το λεπτό έντερο, αρχίζει να το διαμένει ομοιόμορφα με τα υγρά σε ολόκληρο το σώμα. Ιστοί που περιέχουν μεγάλη ποσότητα υγρού απορροφούν

περισσότερο αλκοόλ από ότι τα οστά ή οι λιπώδεις ιστοί, οι οποίοι δεν έχουν υψηλή περιεκτικότητα υγρών. Το κυκλοφορικό σύστημα σκορπίζει το αλκοόλ σε όλο το σώμα, τελικώς το μεταφέρει και στον εγκέφαλο. Το αλκοόλ είναι αυτό που επηρεάζει τον εγκέφαλο και προκαλεί μέθη, μια κατάσταση που μειώνει τον έλεγχο της σωματικής και ψυχικής δύναμης.

Αν και το αλκοόλ θεωρείται ότι είναι διεργετικό, ταξινομείται από τους επιστήμονες σαν κατασταλτικό. Λίγη ποσότητα αλκοόλ, αναστέλλει την λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Για το λόγο αυτό το αλκοόλ χρησιμοποιήθηκε σαν γενικό αναισθητικό μέχρι την ανακάλυψη του αιθέρα στα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα.

Το πρώτο κομμάτι του εγκεφάλου που επηρεάζεται από το αλκοόλ είναι ο εγκεφαλικός φλοιός. Εδώ-συμπεριφορά, μνήμη και λογική- που είναι η ανώτερη λειτουργία του εγκεφάλου ελέγχεται. Η ζωηρότης σχετίζεται με την αρχή της μέθης που δίνει την εντύπωση ότι ο εγκέφαλος έχει διεργεθεί. Στην πραγματικότητα συμβαίνει το αντίθετο. Η αλλαγή της συμπεριφοράς οφείλεται στην καταστολή των ανωτέρων κέντρων του εγκεφάλου που συνήθως ελέγχουν τη συμπεριφορά.

Καθώς η ποσότητα του αλκοόλ αυξάνεται, επηρεάζεται με τη σειρά το κινητικό κέντρο του εγκεφάλου που αυτό αργότερα δέχεται καταστολή, απώλεια συντονισμού και ακολουθεί βραδύτης των αντανακλαστικών. Μετά επηρεάζεται ο μεσεγκέφαλος ο οποίος ελέγχει τους μυς της ομιλίας και την κίνηση του οφθαλμού.

Μετά από το σημείο αυτό, αναπνευστικό και κυκλοφορικό-δραστηριότητες του κατώτερου εγκεφάλου-απειλούνται. Βαρεία μέθη, μπορεί να οδηγήσει σε κώμα. Εάν η αλκοολική καταστολή του κατώτερου εγκεφάλου είναι αρκετά δυνατή σταματά την αναπνοή και οδηγεί το άτομο στο θάνατο.

Σε υψηλά επίπεδα αλκοόλης στο αίμα παρατηρούμε πτωχή όραση και η αντίδραση των μυών μειώνεται. Ο οδηγός που συλλαμβάνεται και έχει στο αίμα του 0,10-0,15% αλκοόλ καταδικάζεται.



2.4.2 Παρεπόμενα μέθης

Άλλα σωματικά προβλήματα που προέρχονται από την πόση αλκοολικών ποτών είναι τα «παρεπόμενα μέθης». Τα παρεπόμενα μέθης είναι από πονοκέφαλο, ναυτία, κόπωση, τρέμουλο, ζαλάδα, δίψα και αφυδάτωση, κοινά φαινόμενα αυτά προέρχονται όταν την προηγούμενη ημέρα πίνεις τόσο πολύ αλκοόλ σε μικρό χρονικό διάστημα. Τα παρεπόμενα μέθης οφείλονται σε τέσσερις με πέντε παράγοντες:

α) Συγκέντρωση ακεταλδεϋδης προκαλεί τοξική αντίδραση στον εγκέφαλο. Η ακεταλδεϋδη είναι υπεύθυνη για τον πονοκέφαλο που έχει σχέση με τα παρεπόμενα μέθης

β) Η υπερβολική ενεργητικότητα που μερικά άτομα έχουν όταν πίνουν, συγκεντρώνουν επιπλέον χημικά τοξικά στο σώμα που προκαλούν την κόπωση στα άτομα αυτά την επόμενη μέρα

γ) Οι επιδράσεις από πρόσθετα στα αλκοολικά ποτά. Τα πρόσθετα προκαλούν ναυτία, δυνατό έμετο όταν υπάρχουν επιπλέον στο σώμα και επιφέρουν και άλλες σωματικές επιδράσεις όπως τρέμουλο και ζαλάδα. Κάθε τύπος αλκοολικού ποτού έχει την δική του ποσότητα και τύπο

προσθέτων. Τα λευκά κρασιά έχουν πάρα πολύ λίγα, τα κόκκινα κρασιά έχουν πολύ. Τα σκοτσέζικα ουίσκι έχουν μέτρια ποσότητα προσθέτων. Η vodka στην αρχή της παραγωγής της έχει πολλά πρόσθετα μετά περνά από φίλτρα ξυλάνθρακος και αφαιρούνται όλα τα προσθετικά πριν πουληθεί. Όταν ανακατέψουμε διαφορετικούς τύπους ποτών αυξάνουμε τα δυσάρεστα αποτελέσματα τους στην παρεπόμενη μέθη.

δ) Η επίδραση του ίδιου του αλκοόλ. Το ίδιο το αλκοόλ βοηθά στη γρήγορη έκκριση του νερού από τα νεφρά. Το αλκοόλ το πετυχαίνει με την παρεμπόδιση της έκκρισης της αντιουρητικής ορμόνης (ορμόνες που επιβραδύνουν τη ροή των ούρων από το υποφυσιακό αδένιο). Η αύξηση της έκκρισης των ούρων ενώ πίνουν αλκοολικά ποτά, αφυδατώνουν το σώμα και παράγουν έντονη δίψα που συνήθως έχει σχέση με την παρεπόμενη μέθη.

ε) Άλλος σπουδαίος παράγων είναι η μεγάλη ποσότητα τσιγάρων που καπνίζει το άτομο ενώ πίνει. Η αύξηση του καπνίσματος τσιγάρων ελαττώνει το επίπεδο οξυγόνου που υπάρχει στο δωμάτιο και αυξάνει το επίπεδο του μονοξειδίου του άνθρακα. Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι δηλητήριο που προκαλεί πονοκέφαλο και σε μερικά άτομα μπορεί να επιφέρει ημικρανία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Αίτια αλκοολισμού

«Δεν φαντάστηκα ποτέ ότι θα γινόμουν αλκοολικός... τα μεσημέρια έπινα γιατί είχα πελάτες να συναντήσω... μετά άρχισα να πίνω και το βράδυ... ύστερα ανακάλυψα ότι το ποτό μου ήταν απαραίτητο...αν δεν έπινα δεν μπορούσα να σκεφτώ...».

Το παραπάνω είναι απόσπασμα από συνεδρία με έναν Βρετανό επιχειρηματία που δεν «κατάλαβε» πως έγινε αλκοολικός.

Τέτοιες αναφορές είναι πολύ συχνές και δεν ηχούν παράξενα στον κλινικό επιστήμονα που ασχολείται με το πρόβλημα.

Είναι γνωστό πλέον, ότι «αλκοολικοί» δεν είναι μόνο οι ακραίες αυτές περιπτώσεις των αστέγων και άμοιρων ατόμων που τώρα πια σπάνια συναντά κανείς στους δρόμους να περιφέρονται μεθυσμένοι και να γίνονται αντικείμενο σχολίων από τους περαστικούς και από τους ενδιαφερόμενους για το θέμα αυτό δημοσιογράφους.

Οι «αλκοολικοί» είναι δυνατό να προέρχονται από κάθε επαγγελματική κατεύθυνση και μορφωτικό επίπεδο.

Δυστυχώς στη χώρα μας η έλλειψη παιδείας και ευαισθητοποίησης στο θέμα αυτό των «νομίμων» ουσιών εξάρτησης όπως το αλκοόλ μας οδηγούν στην συνειδητή ή ασυνείδητη άρνηση της ύπαρξης του φαινομένου.

Προσπάθειες για την καταγραφή των αιτιών του αλκοολισμού υπήρξαν πολλές. Τα τελευταία 15-20 χρόνια έχει καταγραφεί μια τάση για την επανεξέταση των αιτιών του αλκοολισμού και για την ομαδοποίηση των παραγόντων που οδηγούν στην κατάχρηση της αλκοόλης. Η πληθώρα τέτοιων μελετών προέρχεται από τις χώρες της Β. Ευρώπης και τις Η.Π.Α.

Τα κυριότερα αίτια του αλκοολισμού μπορεί να συνοψισθούν στα εξής:

3.1.1. Ψυχολογικοί Παράγοντες

Η μελέτη της προσωπικότητας παραμένει ένα από τα πιο προσφιλή θέματα των κλινικών ψυχολόγων και έχει δημιουργήσει σωρεία αντικρουόμενων επιχειρημάτων όσον αφορά στη φύση και στην εξέλιξη των χαρακτηριστικών που συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου. Σε αντίθεση με τα συγκεκριμένα στοιχεία της προσωπικότητας τα οποία φαίνεται να οδηγούν στην κατάχρηση του αλκοόλ, ο κύριος προβληματισμός στην προκειμένη περίπτωση είναι αν οι αλκοολικοί έχουν μια «ιδιόμορφη» προσωπικότητα που μοιραία οδηγεί στον αλκοολισμό. Παρόλο που η κλινική πρακτική και εμπειρία από αλκοολικούς έδειχναν στοιχεία που τεκμηρίωναν την ύπαρξη της «αλκοολικής προσωπικότητας», οι σύγχρονες διαχρονικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δεν έφεραν στο φως πειστικά στοιχεία που να εδραιώνουν αυτή την άποψη.

Τρεις από τις πιο αξιόλογες ανασκοπήσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας (Sutherland et al 1950, Syme 1957 και Miles-Cox 1979) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να τεκμηριώσουν την προτεινόμενη έννοια της «αλκοολικής προσωπικότητας». Ο Sutherland και οι συνεργάτες του ανέφεραν ότι «...μελέτες που έχουν εκπονηθεί μέχρι τώρα, παρουσιάζουν σοβαρή έλλειψη στοιχείων ώστε να είναι σε θέση να υποστηρίξουν ότι άτομα μιας συγκεκριμένης δομής της προσωπικότητας έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν αλκοολικοί από άτομα με άλλη προσωπικότητα...».

Οι Syme και Miles - Cox άσκησαν κριτική στη μεθοδολογία των δημοσιευθέντων σχετικών ερευνών. Ο πρώτος υποστήριξε ότι το χαρακτηριστικό των περισσότερων ερευνών που χρησιμοποιούσαν

προβολικές μεθόδους ήταν «...η αυθαίρετη και ασαφής ερμηνεία των αποτελεσμάτων...». Με τον ίδιο τρόπο, ο δεύτερος συγγραφέας παρατηρεί ότι η πληθώρα των σχετικών ερευνών παρουσιάζει αδικαιολόγητα μεθοδολογικά προβλήματα, ιδιαίτερα στα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για τον ορισμό των «αλκοολικών» και «μη-αλκοολικών» δειγμάτων του πληθυσμού που εξετάστηκε.

Είναι εμφανές από τα συμπεράσματα των παραπάνω συγγραφέων, αλλά και από μελέτες για τις οποίες ο χώρος δεν επιτρέπει ειδική αναφορά, ότι η «αλκοολική προσωπικότητα» δεν είναι υπαρκτή. Η «εφεύρεση» της φαίνεται να «εξυπηρετούσε» τόσο τους ψυχολόγους ή/και ψυχιάτρους που επεξεργάστηκαν μια ακόμα διάσταση της «ψυχοπαθολογίας του αλκοολικού» όσο και τους ίδιους τους αλκοολικούς, μερικοί εκ των οποίων εξακολουθούν να «δικαιολογούν» την κατάχρηση αλκοόλης σαν ένα μοιραίο και αναπόφευκτο γεγονός, αφού τους έτυχε να είναι «αλκοολικές προσωπικότητες».

Το παρακάτω σχόλιο από τον Taylor (1981), είναι χαρακτηριστικό των σύγχρονων απόψεων για την «αλκοολική προσωπικότητα»:

«Πριν από μερικά χρόνια είχαν γίνει επίπονες προσπάθειες για τον εντοπισμό της αλκοολικής προσωπικότητας, δηλαδή τον τύπο του ατόμου που εμφάνιζε ένα σύνολο από χαρακτηριστικά τα οποία είχαν άμεση σχέση με την ανάπτυξη του αλκοολισμού...Σήμερα οι εμπειρογνώμονες πιστεύουν ότι ο καθένας μπορεί να γίνει αλκοολικός κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες...».

3.1.2.Κοινωνικοί Παράγοντες

Είναι γεγονός ότι το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή κοινωνική συναλλαγή. Η διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναλλαγών, από κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση μέχρι και σοβαρές επαγγελματικές συσκέψεις, περιλαμβάνουν κατανάλωση της αλκοόλης.

Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται διαμέσου των κοινωνικών προβλημάτων όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων κ.λ.π. το λιγότερο που μπορούν να κάνουν είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό.

(Ας μην ξεχνάμε τον αυξανόμενο αριθμό αυτοκτονιών που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια σε ενήλικες αλλά και σε νεαρά άτομα λόγω κοινωνικών πιέσεων). Δεν είναι τυχαίο βέβαια ότι οι σύγχρονες απόψεις περί κατάχρησης της αλκοόλης κατατάσσουν τον αλκοολισμό στα κοινωνικά φαινόμενα, σε αντίθεση με αυτούς που διακρίνουν μόνο «τάσεις αυτοκαταστροφής» και «ψυχοπαθολογίας» στον αλκοολικό.

Οι κοινωνικοί παράγοντες που συντελούν στη γένεση του αλκοολισμού είναι πολλοί. Η παρακάτω περιγραφή αναφέρεται σε αυτούς που εντοπίστηκαν στην πλειοψηφία των μελετών σχετικά με την «κοινωνική διάσταση» του αλκοολισμού.

Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ

Η διάσταση αυτή θα μπορούσε να συνοψιστεί με την δήλωση «όσο υπάρχει αλκοόλ σε μια δεδομένη κοινωνία θα υπάρχουν και αλκοολικοί».

Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι η χρήση της αλκοόλης θα πρέπει να «περάσει» στην παρανομία. Η εμπειρία της ποτοαπαγόρευσης στις ΗΠΑ και η σχετική εγκληματικότητα που την συνόδευσε είναι παράδειγμα προς αποφυγή. Είναι γεγονός όμως ότι υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ της δυνατότητας πρόσβασης στο αλκοόλ και στον αριθμό αλκοολικών. Ο Γάλλος επιδημιολόγος Peguignot (Peguignot et al 1974), έδειξε ότι κατά την περίοδο 1941-1947, όταν η παραγωγή και η κατανάλωση του

κρασιού μειώθηκε λόγω του πολέμου από πέντε σε ένα λίτρο την εβδομάδα, η θνησιμότητα εξαιτίας κίρρωσεως του ήπατος μειώθηκε κατά 80%. Μείωση της θνησιμότητας, εξαιτίας κίρρωσεως του ήπατος, αναφέρεται επίσης από τον Martini et al (1970) στις ΗΠΑ κατά την περίοδο της ποτοαπαγόρευσης.

Τιμή, «νομιμότητα», κοινωνική αποδοχή.

Σε σύγκριση με τις «παράνομες ουσίες εξάρτησης» το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Και οι τρεις αυτές κοινωνικές διαστάσεις διατηρούν και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξάνουν την κατανάλωση ή /και την κατάχρηση αυτής της ουσίας.

Κοινωνικό περιβάλλον

Παρατηρείται συχνά το γεγονός ότι πολλά άτομα, κυρίως νέοι, κάνουν χρήση αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση. Η ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα και ο φόβος απόρριψης για τη μη συμμετοχή στα κοινά, δημιουργούν πίεση για την εκδήλωση συμπεριφορών όπως η κατανάλωση αλκοόλης. Σε μια πρόσφατη συνεδρία που είχα με μια νεαρή γυναίκα που έκανε κατάχρηση του αλκοόλ, παραδέχτηκε ότι πίεσε τον εαυτό της να μάθει να πίνει ούισκι, παρόλο που η γεύση και μυρωδιά του συγκεκριμένου ποτού της ήταν δυσάρεστες, για να μην θεωρηθεί «απροσάρμοστη» όσον αφορά τους κανόνες της «ομαδικής» συμπεριφοράς.

Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Τα ΜΜΕ και ιδιαίτερα η διαφήμιση εκτός από την ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη ενός προϊόντος, στοχεύει στην αύξηση των πωλήσεων, φαίνεται να συμβάλει ουσιαστικά στην αύξηση κατανάλωσης

της αλκοόλης με δύο τρόπους. Είτε με τη δημιουργία «προτύπων» τα οποία «υιοθετούνται» από τους νέους (μιμητική συμπεριφορά), είτε με το να «επιβεβαιώνει» υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν την νεανική κουλτούρα.

Δεν είναι τυχαίο, βέβαια, το ότι η συντριπτική πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά «συνδέουν» την κατανάλωση του αλκοόλ με κοινωνική ή/ και σεξουαλική επιτυχία.

Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία

Πολλές φορές, η βραδινή (π.χ. καλλιτέχνες) και η μονότονη εργασία (ανειδίκευτοι εργάτες) ωθούν σε μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλης για ευνόητους λόγους. Επίσης η μακρόχρονη απουσία από την οικογένεια (π.χ. ναυτικοί) έχει θεωρηθεί ως παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης. Τέλος, επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (ιδιοκτήτης μπαρ, κάβας ή μπαρμαν) φαίνεται ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες προσωπικής κατανάλωσης.

Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου (το γνωστό life style) θεωρείται παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης του αλκοόλ. Ιδιαίτερα ευάλωτα φαίνεται ότι είναι άτομα που ζουν και εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης όπως για παράδειγμα στελέχη επιχειρήσεων, δημοσιογράφοι, δικηγόροι κλπ.

Όσον αφορά στην ψυχαγωγία, η συνηθισμένη πλέον έκφρασης «...να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό...» τα λέει όλα!

3.1.3 Πολιτισμικοί παράγοντες

Έχει ήδη αναφερθεί ότι υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς (π.χ. μουσουλμάνοι) ή άλλους λόγους απαγορεύουν τη χρήση του αλκοόλ. Είναι ευνόητο ότι σε τέτοια πολιτισμικά πλαίσια δεν παρατηρείται το φαινόμενο του αλκοολισμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως

παρουσιάζουν κοινότητες όπου ενώ η χρήση της αλκοόλης είναι κοινωνικά αποδεκτή, οι περιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες. Σύμφωνα με τον Snyder (1958), η εβραϊκή κοινότητα αποτελεί ένα παράδειγμα «ελεγχόμενης χρήσης» του αλκοόλ.

Στην προκειμένη περίπτωση τα παιδιά μαθαίνουν να κάνουν χρήση του αλκοόλ στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Μ' αυτό τον τρόπο, η χρήση είναι αποδεκτή, ενώ η μέθη ή η κατάχρηση του αλκοόλ είναι αξιόποινες συμπεριφορές. Η κατάχρηση, πάνω απ' όλα θεωρείται «μη σημιτική» συμπεριφορά (unJewish behaviour).

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, χώρες όπως η Ιρλανδία και οι ΗΠΑ όπου η χρήση του αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού, πιθανώς γιατί εκλείπει το στοιχείο της «ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς» του αλκοόλ. Σε αυτές τις χώρες έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και παιδιά που προέρχονται από γονείς οι οποίοι δεν κάνουν χρήση αλκοόλ μπορεί να καταλήξουν στον αλκοολισμό (O' Connor 1978, Grant 1979).

Τέλος, σε χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία όπου η χρήση του αλκοόλ επιτρέπεται σε σχετικά μικρές ηλικίες, ενώ παρουσιάζεται σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού, φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη «αντικοινωνική» συμπεριφορά σχετικά με την κατανάλωση της αλκοόλης.

3.1.4 Βιολογικοί και Γενετικοί παράγοντες

Οι προσπάθειες για τον εντοπισμό βιολογικών παραγόντων (π.χ. η αναζήτηση σημαντικών διαφορών μεταξύ αλκοολικών και μη αλκοολικών όσον αφορά ζητήματα ανατομίας, φυσιολογίας, παθολογίας κλπ.) στη γένεση του αλκοολισμού απέβησαν άκαρπες και εγκαταλείφθηκαν πολύ γρήγορα. Στα μέσα της δεκαετίας του '40 μερικοί επιστήμονες προώθησαν τη «θεωρία» σύμφωνα με την οποία οι αλκοολικοί παρουσιάζουν έναν «αλλεργικό παράγοντα» στη Βιολογική

τους σύνθεση που είναι υπεύθυνος για την εξάρτησή τους από το αλκοόλ. Η «αλλεργική θεωρία» του αλκοολισμού κατέρρευσε σύντομα μετά τη δημοσίευση των εργαστηριακών πειραμάτων των Robinson I Voegthin.

Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού διαμέσου γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά τη σχετική επιστημονική κοινότητα (Cadoret 1976, Goodwin 1976). Οι έρευνες που εστιάζονται στο θέμα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού μελετούν την πιθανότητα εκδήλωσης του αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς.

Τα πορίσματα αυτών των ερευνών έχουν αφήσει αναπάντητο το ερώτημα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού λόγω των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων. Όπως είναι γνωστό, η εκπόνηση τέτοιων ερευνών είναι εξαιρετικά δύσκολη, γιατί τόσο η ανεύρεση του δείγματος όσο και η μεθοδολογία τους παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα.

Η έρευνα των Roel & Burks (1945) αναφέρει έλλειψη στοιχείων προς υποστήριξη της κληρονομικότητας του αλκοολισμού.

Σε αντίθεση, η έρευνα των Goodwin et al (1973) έδειξε ότι το ποσοστό αλκοολισμού ήταν μεγαλύτερο σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά που ο πατέρας δεν ήταν αλκοολικός. Παρόμοια αποτελέσματα με αυτά του Goodwin έδειξε και η έρευνα των Cadoret & Gath (1977).

Όπως σχολιάζουν οι παραπάνω ερευνητές «... ο εντοπισμός του αλκοολισμού σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός αποτελεί σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων...».

Η σοβαρότητα με την οποία αντιμετωπίζονται οι γενετικοί παράγοντες που πιθανόν να συμβάλλουν στον αλκοολισμό, το επιστημονικό

ενδιαφέρον γι αυτό το θέμα και τα μέχρι τώρα αντικρουόμενα αποτελέσματα, αντανakλώνται σε μια σειρά από σοβαρές επιστημονικές δημοσιεύσεις στα περιοδικά «Lancet» (1979) και «British Medical Journal» (1980) που θεωρούνται διεθνώς από τα πιο έγκυρα ιατρικά περιοδικά.

Τελειώνοντας το θέμα της αιτιολογίας του αλκοολισμού θα πρέπει να τονισθούν τα εξής : Πρώτον, ο κάθε ένας από τους παράγοντες που αναφέρθηκε παραπάνω δεν οδηγεί αυτόματα και απαραίτητα στον αλκοολισμό, αλλά αυξάνει δραματικά τις πιθανότητες εκδήλωσης αυτού του φαινομένου και δεύτερον, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι παράγοντες του αλκοολισμού δεν λειτουργούν ατομικά αλλά συλλογικά. Με άλλα λόγια «αλληλεξαρτώνται» και υπόκεινται σε συνεχή αλληλεπίδραση για να «παράγουν» του αλκοολισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Τα στάδια του Αλκοολισμού

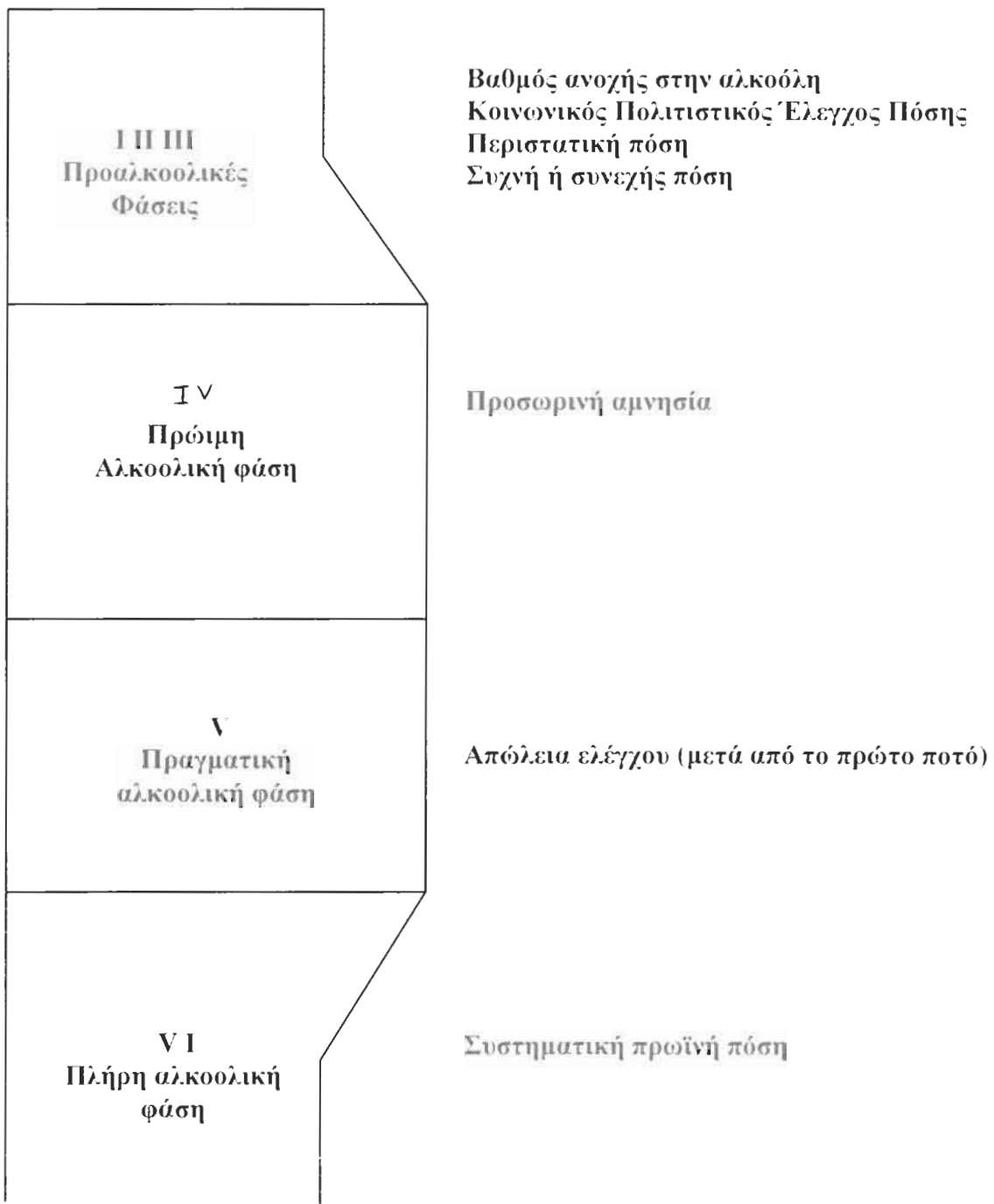
4.1.1 Προαλκοολική Φάση

Άτομα που πίνουν κατά τη διάρκεια κοινωνικών συγκεντρώσεων μαθαίνουν στο αίσθημα φυγής από τις καθημερινές φροντίδες με τη βοήθεια του αλκοόλ που μπορεί να του προσφέρει (Φάση I). Εάν πίνεις συχνά για ορισμένο σκοπό για να διαφύγει την υπερένταση, έχεις προχωρήσει στη δεύτερη προαλκοολική φάση (Φάση II).

Περίπου 20% απ' όλους τους πότες πέφτουν στη φάση αυτή. Εάν ένα άτομο προορίζεται να γίνει αλκοολικό, η χρήση του αλκοόλ που έπινε για να διαφύγει από την καθημερινότητα τώρα γίνεται όλο και περισσότερο συχνά (Φάση III).

Καθώς η πόση γίνεται πιο συχνή τότε αναπτύσσεις ανεκτικότητα στο αλκοόλ. Πίνεις περισσότερο για να κατορθώσεις να έχει το ίδιο αποτέλεσμα. Στην αρχή η ανεκτικότητα αυξάνει βαθμιαία, αλλά ξαφνικά πηδά προς τα πάνω.

Η κατακόρυφη γραμμή στη γραφική παράσταση δεικνύει το σχετικό βαθμό ανοχής του αλκοόλ ή με άλλα λόγια την ποσότητα του αλκοόλ που απαιτείται για να φθάσει κανείς στο βαθμό μέθης.



4.1.2 Πρώιμος αλκοολική φάση

Αμέσως μετά την αύξηση της ανεκτικότητας, οι μεγάλοι πότες μπορεί να αποκτήσουν την εμπειρία της πρώτης Αλκοολικής Συσκότισης (Φάση IV).

Μία αλκοολική συσκότιση είναι μια περίοδος «προσωρινής αμνησίας» που συμβαίνει σαν αποτέλεσμα της πόσης του ατόμου. Αντίθετα από την



λιποθυμία, που είναι αποτέλεσμα απώλειας των αισθήσεων, στην αλκοολική συσκότιση έχεις επίγνωση του τι κάνεις τη συγκεκριμένη στιγμή και μπορείς να κάνεις όλα τα πράγματα που φυσιολογικά κάνεις. Αλλά μετά που θα βγεις από τη συσκότιση δεν θυμάσαι τίποτα από ότι έκανες κατά την διάρκειά της. Ο μηχανισμός της συσκότισης δεν είναι ακόμη γνωστός. Μπορεί να έχει φυσιολογική προέλευση ή μπορεί να είναι μια ψυχολογική μηχανική συμπεριφορά.

4.1.3 Πραγματική Αλκοολική Φάση

Άλλο αναγνωρισμένο ορόσημο της ανάπτυξης του αλκοολισμού είναι η απώλεια του ελέγχου (Φάση V). Αυτό σημαίνει την απώλεια της ικανότητας του ατόμου να πίνει οινοπνευματώδη ποτά με μέτριο ελεγχόμενο τρόπο. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο αλκοολικός πάντοτε αισθάνεται υποχρεωμένος να αρχίσει να πίνει, αλλά όταν αρχίσει δεν μπορεί να σταματήσει μετά από προκαθορισμένη μέτρια ποσότητα αλκοόλης. Αυτοί συνεχίζουν να πίνουν μέχρι να φθάσουν σε επίπεδο μέθης ή ακόμη να αρρωστήσουν. Εάν εσύ αποφασίσεις πότε θα αρχίσεις να πίνεις αλλά δεν μπορείς να σταματήσεις, με οποιονδήποτε ορισμό του αλκοολισμού, εσύ χαρακτηρίζεσαι αλκοολικός.

Όπως δείχνει το σχήμα υψηλό επίπεδο ανεκτικότητας διατηρείται σ' αμφότερες τις φάσεις IV και V μέχρι το άτομο να φθάσει στον εθισμό όπου υπάρχει απώλεια της ανεκτικότητας. Πολλά άλλα συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά σ' ένα αλκοολικό κατά τη διάρκεια αυτών των φάσεων.

Τα συμπτώματα αυτά κατατάσσονται σε σειρά, από τα χαρακτηριστικά του πρώιμου αλκοολισμού μέχρι αυτών του όψιμου αλκοολισμού:

1. Κρυφή πόση
2. Αποκλειστική ενασχόληση με το αλκοόλ
3. Τα πρώτα ποτά τα κατεβάζει μονορούφι ή τα πίνει γρήγορα

4. Ενοχές για την πόση
5. Περίοδοι πλήρους αποχής
6. Αλλαγή προτύπου πόσης
7. Η συμπεριφορά εστιάζεται στο αλκοόλ
8. Επίδραση στην οικογένεια
9. Αδικαιολόγητη εχθρότητα
10. Κρύψιμο φιάλης ποτού
11. Αμέλεια για κατάλληλη τροφή
12. Μειώνει την σεξουαλική ορμή

4.1.4 Ισχυρός Αλκοολικός Εθισμός

Η φάση VI είναι η αρχή του πραγματικού σωματικού εθισμού στο αλκοόλ. Αλκοολισμός και εθισμός στα ναρκωτικά έχουν την ίδια εξέλιξη. Οι κύριες διαφορές είναι η διάρκεια του χρόνου και η απαιτούμενη δόση που απαιτείται για την ανάπτυξη της σωματικής εξάρτησης. Το 1970 η Ειδική Επιτροπή για το Αλκοόλ και Αλκοολισμό της ΠΟΥ δήλωσε : πρόσφατα στοιχεία κάνουν να φαίνεται ότι υπάρχει περισσότερη ομοιότητα μεταξύ των αντιδράσεων αποστέρησης από το αλκοόλ και οπιούχων παρά ότι επιστεύετο προηγουμένως. Εάν σοβαρά συμπτώματα συνοδεύονται με την αποστέρηση του αλκοόλ, τα ίδια σχεδόν επιμένουν με εκείνα που συνοδεύονται με την αποστέρηση οπιούχων.

Όταν φθάσουν στον εθισμό, παρατηρούμε τα ακόλουθα κοινά χαρακτηριστικά :

1.Κανονική πρόιμη πόση. Μετά από χρόνια κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ, φθάνεις στο επίπεδο του εθισμού, το οποίο απαιτεί τη συνεχή παρουσία του αλκοόλ στο σώμα για να το προφυλάξει από τα συμπτώματα της αποστέρησης. Αυτό το επίπεδο της σωματικής εξάρτησης υποδεικνύει χρόνιο αλκοολικό εθισμό (Φάση VI).Ο αλκοολικός πρέπει τώρα να αρχίσει την ημέρα του με πότο. Εάν στερηθεί

το αλκοόλ, το πρώτο σύμπτωμα της αποστέρησης είναι συνήθως το τρέμουλο των χεριών, ποδιών ή του σώματος.

Η ψυχική διάθεση του αλκοολικού αλλάζει, μπορεί να παρουσιάσει φοβία και ψευδαισθήσεις. Ένας αλκοολικός από το στάδιο αυτό και μετά δεν θα πρέπει να πεισθεί για να ξεμεθύσει χωρίς ιατρική βοήθεια, γιατί υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάσει σπασμούς και ακόμη και θάνατο.

2. Μέθη κατά τη διάρκεια της εργασίας ή τις σχολικές ώρες. Ο αλκοολικός όταν είναι μεθυσμένος το πρωί, στη δουλειά ή το πρωί στο σχολείο και είτε χάνει τη δουλειά του ή το σχολείο ή βουτά ποτά κατά τη διάρκεια της ημέρας. «Αυτή είναι η αρχή του τέλους».

3. Απώλεια της Ανεκτικότητας (Αντοχής). Ο αλκοολικός αρχίζει τώρα να χάνει την ανεκτικότητα στο αλκοόλ που προηγουμένως απέκτησε. Η απώλεια αυτή ίσως οφείλεται στη μείωση της ικανότητας του ήπατος να οξειδώσει το αλκοόλ. Μετά την απώλεια της ανεκτικότητας, η μέθη μπορεί να συμβεί σχεδόν σε οποιαδήποτε ποσότητα αλκοόλ και η πορεία του ξεμεθύσματος γίνεται αργά. Ένας αλκοολικός τώρα παραμένει μεθυσμένος καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου με μέτρια κατανάλωση αλκοόλ.

4. Πνευματική διαταραχή. Πολλοί αλκοολικοί υποφέρουν από σοβαρή προσωπική κατάρρευση. Εάν συνεχίζουν να πίνουν τότε παρουσιάζονται μόνιμα συμπτώματα εγκεφαλικής βλάβης. Ένας τύπος ψύχωσης που συνήθως παρουσιάζεται στο προχωρημένο αλκοολικό είναι το τρομώδες παραλήρημα. Μετά από μερικές κρίσεις τρομώδους παραληρήματος, μια άλλη πιο σοβαρή κατάσταση αναπτύσσεται, γνωστή σαν «Υγρό Εγκέφαλου». Αυτή είναι μόνιμη εγκεφαλική βλάβη.

5. Τερματισμός του Αλκοολισμού. Ο αλκοολισμός συνήθως καταλήγει σε ένα από τους δύο τρόπους:

α) Υγρός Εγκέφαλος, επειδή η εγκεφαλική βλάβη είναι μόνιμη, η λειτουργία σκέψης διακόπτει τελείως τον κανονικό ρυθμό της και όλες οι

άλλες λειτουργίες του νευρικού συστήματος είναι διαταραγμένες. Ο αλκοολικός που φθάνει σ' αυτό το στάδιο είτε πεθαίνει ή τελειώνει τη ζωή του σε κάποιο ίδρυμα.

β) Τερματισμός του συστήματος εκλογίκευσης. Τελικώς το πολύπλοκο σύστημα εκλογίκευσης που έχει διατηρήσει τον αλκοολικό μπορεί να καταρρεύσει, συνήθως στην αντίδραση μερικών σοβαρών συναισθηματικών κρίσεων (ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα προκαλώντας το θάνατο κ.λ.π.) Εάν ο αλκοολικός την συγκεκριμένη αυτή στιγμή μπορεί να δεχθεί την συντριβή, αυτός, ή γίνεται ευπρόσιτος στην Θεραπεία και συχνά επιτυχώς ανακτά εγκράτεια.

Ευτυχώς, δεν είναι απαραίτητα για ένα αλκοολικό να περάσει όλα τα στάδια του αλκοολισμού. Εάν ένας αλκοολικός δεχθεί ότι είναι αλκοολικός και θέλει να κάνει κάτι γι' αυτό, τότε μπορεί ν' αρχίσει τη θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Επιπλοκές

5.1.1 Αλκοολική Τοξίκωση

Πρόκειται για τη γνωστή μας μέθη, που χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές μεταβολές της συμπεριφοράς - έκπτωση της κρίσης, κατάργηση των αναστολών των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων (τσακωμοί, απρέπειες, κ.ά), ευμετάβλητο συναίσθημα, παρεμπόδιση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας και άλλα συμπτώματα όπως δυσarthρική ομιλία, αστάθεια του βαδίσματος, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων, νυσταγμός, εξέρυθρο προσωπείο, ευερεθιστότητα, έκπτωση της προσοχής και της μνήμης.

Επιπλέον, χαρακτηριστικά του ατόμου μπορούν να αλλοιωθούν κάτω από την επίδραση του αλκοόλ. Έτσι, π.χ. ένα καχύποπτο άτομο μπορεί να γίνει παρανοϊκό, ή κάποιος που αποτραβιέται και αισθάνεται άβολα με κοινωνικές καταστάσεις μπορεί να γίνεται υπερβολικά ζωηρός και κεφάτος.

Η ένταση της τοξίκωσης αυξάνει με το επίπεδο του αλκοόλ στο αίμα.

Μολονότι υπάρχουν ευρείες ατομικές διαφορές, τα περισσότερα άτομα παρουσιάζουν σημεία τοξίκωσης με επίπεδα αλκοόλ στο αίμα μεταξύ 100-200 mg/dl θάνατος έχει αναφερθεί με επίπεδα 400-700 mg/dl είτε λόγω καταστολής της αναπνοής είτε λόγω εισρόφησης εμέτου.

Τροχαία ατυχήματα, αυτοκτονίες και πιθανή καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος που μπορεί να οδηγήσει σε λοίμωξη είναι ιδιαίτερα συχνά.

5.1.2 Αλκοολική Ηπατίτιδα

Η αλκοολική ηπατίτιδα αν και αρκετές φορές είναι αναστρέψιμη, είναι η πιο συνηθισμένη αιτία κίρρωσης του ήπατος στις ΗΠΑ όπου η κίρρωση έρχεται ως 4^η αιτία θανάτου.

Στα χρόνια που εφαρμόστηκε η ποτοαπαγόρευση στις ΗΠΑ οι θάνατοι από κίρρωση είχαν ελαττωθεί σημαντικά, μετά την άρση των μέτρων όμως αυξήθηκαν πάλι.

Εάν υπολογισθεί ότι το 1/3 των περιπτώσεων αλκοολικής ηπατίτιδας εξελίσσεται σε κίρρωση, και ότι το 10% των χρόνιων αλκοολικών είναι κίρρωτικοί, τότε έχουμε γύρω στο 80-90% των ασθενών με αλκοολική κίρρωση που έχουν ιστορικό λήψεως οινοπνεύματος από χρόνια.

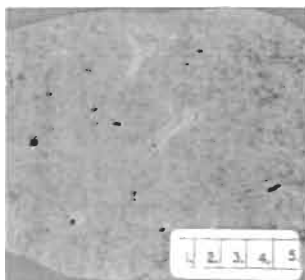
Η ασφαλής δόση οινοπνεύματος δεν έχει καθοριστεί ακόμα, φαίνεται όμως ότι η πιθανότητα ανάπτυξης αλκοολικής ηπατίτιδας είναι μικρή σε ποσότητα κάτω από 60g την ημέρα. Η διάρκεια της λήξεως αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Κατά τη στατιστική, ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα κατά 80% εμφανίζουν εκδηλώσεις μετά από λήψη 5 χρόνων.

Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι το οινόπνευμα δεν έχει άμεση ηπατοτοξική δράση και ότι ο αλκοολισμός γίνεται κίρρωτικός λόγω υποθρεψίας κυρίως σε πρωτεΐνες και βιταμίνες.

Η αλκοολική ηπατίτιδα παρουσιάζει πολλές φορές σε οξεία φάση με ψηλό πυρετό, ίκτερο, πόνους στην κοιλιά, ναυτία, έμετο και διάρροια.

Το ήπαρ είναι αρκετά διογκωμένο επώδυνο και ο ασκίτης δεν είναι σπάνιος.

5.1.3 Κίρρωση του Ήπατος – Laene



Η αλκοολική κίρρωση αποτελεί το τελικό στάδιο της αλκοολικής ηπατοπάθειας και χαρακτηρίζεται από ηπατομεγαλία, ίκτερο, ασκίτη,

αιμορραγίες από κίρσους του οισοφάγου ή κλινικά συμπτώματα που σχετίζονται με την ηπατική εγκεφαλοπάθεια. Σε προχωρημένες καταστάσεις το ήπαρ συνήθως είναι μικρό και συρρικνωμένο μέχρι την πλήρη σχεδόν εξασφάλιση του ενός ηπατικού λοβού, κυρίως του αριστερού. Όταν υπάρχουν αστεροειδείς ευρυαγγείες, ερύθημα παλαμών, γυναικομαστία, ατροφία των όρχεων ή σύσπαση της παλαμιαίας απονεύρωσης τύπου Dupuytren, είναι διαγνωστικά ενδεικτικά. Η πρόγνωση της αλκοολικής κίρρωσης εξαρτάται από την παρουσία ή απουσία των επιπλοκών (ασκίτη ή αιμορραγίας από τον πεπτικό σωλήνα) και τη διακοπή στη χρήση οινοπνεύματος.

Οι ασθενείς που διακόπτουν το οινόπνευμα έχουν καλή πρόγνωση, αυτοί που δεν παρουσιάζουν επιπλοκές σε 90% των περιπτώσεων έχουν πενταετή επιβίωση, ενώ αντίθετα η παρουσία επιπλοκών μειώνει το ποσοστό αυτό σε 60%.

5.1.4 Επιπλοκές στο πάγκρεας-Παγκρεατίτιδα

Η παθογένεση της οξείας παγκρεατίτιδας που έχει σχέση με το αλκοόλ, δεν είναι εντελώς κατανοητή. Η παγκρεατίτιδα αντιμετωπίζεται συνήθως συντηρητικά ιδιαίτερα όταν οφείλεται σε υπερβολική λήψη αλκοόλης. Η δημιουργία ψευδοκύστεως που οδηγεί στη δημιουργία αποστήματος είναι συχνότερη στην παγκρεατίτιδα από αλκοόλη σε σχέση με τις παγκρεατίτιδες άλλων τύπων και η σοβαρότερη επιπλοκή μιας παγκρεατίτιδας αφού συχνά οδηγεί σε θάνατο.

Κακή απορρόφηση

Το αλκοόλ προκαλεί βλάβες στο ήπαρ και στο πάγκρεας με αποτέλεσμα να έχουμε κακή απορροφητικότητα των λιπών και των λιποδιαλυτών βιταμινών Β1 και Β12.

5.1.5. Τρομώδες Παραλήρημα

Είναι μια πολύ σοβαρή κατάσταση που παρουσιάζεται μέσα σε μια εβδομάδα (συνήθως τη δεύτερη ή τρίτη μέρα) από την τελευταία λήψη ποτού και μπορεί να διαρκέσει μέχρι δύο εβδομάδες (συνήθως δύο έως τρεις μέρες). Η ηλικία εμφάνισης του τρομώδους παραληρήματος είναι γύρω στα 30-40, γιατί χρειάζονται 5-15 χρόνια πολύ ποτού για να εμφανιστεί. Τα συμπτώματα και σημεία του είναι κυρίως έντονες ψευδαισθήσεις-οπτικές και απτικές κυρίως που αφορούν ζώα ή έντομα ή ακουστικές, αλλά και παρερμηνείες, παραισθησίες και παραλυτικές ιδέες, θόλωση της συνείδησης, αποπροσανατολισμός, ασυνάρτητη ομιλία, αυξημένη (μερικές φορές και ελαττωμένη) ψυχοκινητική δραστηριότητα, έντονη υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, υπερπυρεξία, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η θνησιμότητα φθάνει το 15%.

Την εμφάνιση του Αλκοολικού Στερητικού Παραληρήματος υποβοηθά η παρουσία κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης όπως πνευμονίας, ηπατικής ανεπάρκειας, γαστρεντερικής αιμορραγίας, υπογλυκαιμίας, τραύματος της κεφαλής, ηλεκτρολυτικής διαταραχής μετεγχειρητικής κατάστασης.

5.1.6 Σύνδρομο Korsakoff

Είναι μια χρόνια κατάσταση που μπορεί να παραμείνει μετά τη θεραπεία της εγκεφαλοπάθειας του Wernicke. Μπορεί όμως να εμφανιστεί και ύστερα από ένα ή περισσότερα επεισόδια τρομώδους παραληρήματος.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου Korsakoff είναι η έκπτωση της βραχύχρονης (ή πρόσφατης) μνήμης που εμφανίζεται κυρίως σαν αδυναμία εκμάθησης καινούργιων πληροφοριών (π.χ. το όνομα του γιατρού).

Άλλα συμπτώματα που μπορεί να υπάρχουν είναι η περιφερική νευροπάθεια, η αταξία και η οφθαλμοπληγία. Εκτός όμως από τη βραχύχρονη μνήμη εκπίπτει και η μακρόχρονη μνήμη, οπότε το άτομο αδυνατεί να θυμηθεί πληροφορίες που στο παρελθόν τις γνώριζε.

Κλασικά, οι ασθενείς αυτοί περιγράφονται ότι καταφεύγουν στη μυθοπλασία, δηλαδή κατασκευάζουν απαντήσεις στις διάφορες ερωτήσεις σε μια προσπάθεια να συμπληρώσουν τις λεπτομέρειες που δεν θυμούνται. Η ύπαρξη των μυθοπλασιών, όμως δεν είναι απαραίτητη για να μπει η διάγνωση, γιατί συχνά δεν υπάρχουν.

Το σύνδρομο Korsakoff βελτιώνεται στο 75% των ασθενών που σταματούν το αλκοόλ και διατηρούνται σε επαρκή διατροφή για 6 μήνες έως 2 χρόνια. Μόνο όμως 25% των ασθενών αναρρώνει πλήρως. Η πρόληψη των συνδρόμων Wernicke – Korsakoff είναι φυσικά η επαρκής διατροφή.

Άλλες σωματικές επιπλοκές είναι κίρσοι του οισοφάγου και αιμορροΐδες λόγω της ηπατικής βλάβης, τρόμος, αστάθεια, βάδισμα, αϋπνία, διαταραχές της στύσης, ατροφία των όρχεων και γυναικομαστία (λόγω μείωσης του επιπέδου της τεστοστερόνης). Σε έγκυες γυναίκες μπορεί να συμβεί αποβολή του εμβρύου ή ν' αναπτυχθεί αλκοολικό εμβρυϊκό σύνδρομο (χαρακτηριστικά του είναι η μικρή διάμετρος της κεφαλής και/ ή η επιπέδωση των χαρακτηριστικών του προσώπου, ο χαμηλός δείκτης ευφυΐας και άλλες δυσμορφίες).

Άτομα με ιστορικό επιληψίας ή τραυμάτων κεφαλής μπορεί να αναπτύξουν σπασμούς. Πτώσεις και ατυχήματα στη διάρκεια Αλκοολικής Τοξίκωσης μπορεί να προκαλέσουν κατάγματα, υποδόρια αιματώματα και άλλες βλάβες του εγκεφάλου. Επανελημμένα επεισόδια Αλκοολικής Τοξίκωσης μειώνουν την ανοσοαντίσταση του οργανισμού και προδιαθέτουν σε λοιμώξεις (π.χ. πνευμονία) και καρκίνους.

Η παθολογική χρήση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο ατυχημάτων, βίας και εγκληματικών πράξεων. Το αλκοόλ θεωρείται υπεύθυνο για πάνω από το 50% των θανάτων σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα.

Επίσης, τόσο η κατάθλιψη που συχνά συνοδεύει την Αλκοολική Τοξίκωση, όσο και η κατάθλιψη που προκαλείται από το αλκοόλ με απευθείας δράση του αλκοόλ στον εγκέφαλο αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Οι Διαταραχές Χρήσης Αλκοόλ και οι διαταραχές προκαλούμενες από Αλκοόλ έχουν ακόμα σαν συνέπεια απουσίες από την εργασία, ατυχήματα στη δουλειά, χαμηλή παραγωγικότητα, διαπροσωπικά προβλήματα στην οικογένεια και στην εργασία.

5.1.7 Αλκοολική Ψευδαισθήτωση

Παραισθήσεις μπορούν να συμβούν κατά τη διάρκεια της στέρησης του αλκοόλ αλλά περιστασιακά προβληματικοί πότες έχουν τέτοιες παραισθήσεις και σε άλλες στιγμές.

Η συνηθισμένη άποψη είναι ότι υπάρχει ένα σύνδρομο ακουστικών παραισθήσεων, όπως βούισματα, χτυπήματα, κροταλίσματα, ή μουσικοί ήχοι, τα οποία κατόπιν μετατρέπονται σε πραγματικές ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Αυτές παίρνουν τον τύπο μερικές φορές διαταγών ή συζητήσεων (φωνών) οι οποίες καλούν τον ασθενή. Συνήθως οι φωνές δεν είναι ευχάριστες και μπορεί να αναγνωρισθούν σαν φωνές φίλων ή εχθρών.

Δευτερεύουσες ψευδαισθήσεις συνήθως διωκτικού περιεχομένου συμβαίνουν καθώς το θύμα αρχίζει να φαντάζεται ότι κάποια φοβερή σκευωρία δημιουργείται εις βάρος του. Αυτές οι αυταπάτες είναι καθαρά συνειδησιακές καταστάσεις. Συνήθως είναι μικρής διάρκειας και συμβαίνουν συχνά κατά την περίοδο αποχής από το αλκοόλ. Μερικές φορές είναι μακρά περίοδος αποχής, αν και περιστασιακή έχουν

αναφερθεί ασθενείς να έχουν εξάρσεις κατά τη διάρκεια μιας περιόδου στέρησης του αλκοόλ, αλλά μπορεί επίσης να έχουμε εξάρσεις και όταν το άτομο πίνει. Στις περισσότερες περιπτώσεις υποχωρούν μέσα σε μία εβδομάδα και σε πολύ λίγες παραμένουν πέραν των 6 μηνών.

5.1.8 Στερητικό Αλκοολικό Σύνδρομο

Το στερητικό αλκοολικό σύνδρομο εμφανίζεται μέσα σε 24-72 ώρες ή και μέχρι μια εβδομάδα μέχρι 10 ημέρες μετά από σημαντική μείωση ή και διακοπή χρήσης οινοπνευματωδών ποτών και εκτείνεται από άγχος και τρόμο μέχρι το έκδηλο παραλήρημα (delirium tremens) μέσω αυξανόμενης ευερεθιστότητας και υπεραντιδραστικότητας. Τα κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνουν αδρό τρόμο των χεριών, της γλώσσας ή των βλεφάρων, ναυτία, έμετο, κεφαλαλγία, αδυναμία, ταχυκαρδία και άλλες



καρδιαγγειακές ανωμαλίες, αυξημένη αρτηριακή πίεση και μέχρι το έκδηλο τρομώδες παραλήρημα που συνίσταται σε οξεία οργανική ψύχωση και χαρακτηρίζεται από διανοητική σύγχυση, καταθλιπτικό συναίσθημα, τρόμο, ευερεθιστότητα, αισθητική υπερδιεγερσιμότητα και παραληρηματικές

ιδέες, παραισθήσεις, παροδικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, θόλωση της συνείδησης, διαταραχές του προσανατολισμού, της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, του συναισθήματος και του ύπνου και επίσης διαταραχές της μνήμης, αποδιοργάνωσης της σκέψης και παραγνωρίσεις προσώπων. Συνυπάρχει υπερδραστηριότητα του αυτόνομου συστήματος, εφίδρωση, αφυδάτωση, διαταραχές ηλεκτρολυτών, υπερθερμία, ιδρώτες και σπασμοί. Μετά την αποδρομή ο ασθενής ή δεν έχει ανάμνηση της περιόδου αυτής ή η ανάμνησή του είναι συγκεχυμένη. Το ποσοστό θνησιμότητας φτάνει 15-25% και οι αιτίες είναι οι λοιμώξεις, οι

καρδιακές αρρυθμίες, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η αφυδάτωση, η αυτοκτονία κλπ.

5.1.9 Αλκοολική Άνοια

Σε πολλούς από αυτούς που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες οινοπνεύματος για μεγάλο χρονικό διάστημα παρατηρείται μια σειρά αλλοιώσεων διανοητικής, συναισθηματικής και ηθικής φύσεως.

Η προσωπικότητα και ο χαρακτήρας αυτών των ατόμων παρουσιάζει βαθμιαία κάμψη η οποία κυμαίνεται από την απλή χειροτέρευση του χαρακτήρα μέχρι την οργανική ουσία: εξασθένηση των διανοητικών του λειτουργιών προσοχής, προσανατολισμού, κρίσεως κλπ αλλά και ηθικο-συναισθηματική εξασθένηση: αδιαφορία, μείωση του αισθήματος ευθύνης ηθική και κοινωνική χαλάρωση και κατάπτωση.

Στην αρχή τα άτομα αυτά συνεχίζουν να εκπληρώνουν τα επαγγελματικά τους καθήκοντα, αλλά οπωσδήποτε αδυνατούν να φθάσουν το προηγούμενο επίπεδο επίδοσης και απόδοσής τους. Η συμπεριφορά τους στο εξωτερικό περιβάλλον σε σύγκριση με το οικογενειακό είναι τελείως διαφορετική. Στο εξωτερικό περιβάλλον είναι ευχάριστοι, φιλικοί, ευγενικοί, καλόκαρδοι, ενώ στο οικογενειακό τους περιβάλλον είναι κακοί, βίαιοι, υβριστές και σκληροί, εύκολα βρίζουν, χτυπούν τη γυναίκα τους και τα παιδιά τους χωρίς να αισθάνονται ντροπή ή ενοχές για αυτό που κάνουν.

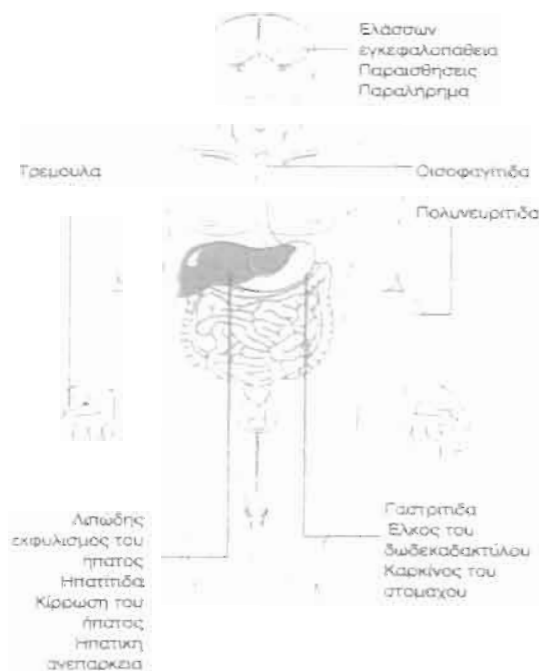
Η χρόνια εξέλιξη της νόσου είναι δυνατόν να πλαισιωθεί με παρανοϊκά συμπτώματα ζηλοτυπίας ή και με συγχυτικά φαινόμενα με τρόπο.

5.1.10 Εγκεφαλοπάθεια του Wernicke

Αποτελεί αρκετά συχνή πάθηση και οφείλεται σε κακή διατροφή. Η αβιταμίνωση Β1 παίζει καθοριστικό ρόλο. Η βασική αιτία είναι ο χρόνιος αλκοολισμός, που είναι υπεύθυνος για την έλλειψη θειαμίνης είτε

εξαιτίας ελαττωμένης πρόσληψης (ανορεξία, διαταραχή του διαιτητικού ισοζυγίου με τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και φτωχές σε πρωτεΐνες) είτε εξαιτίας ελαττωματικής απορρόφησης (γαστρίτιδα, διαταραχές των εντερικών λειτουργιών, συνέπειες γαστρεκτομής).

Η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke είναι μια οξεία κατάσταση, δυνητικά θανατηφόρα, που χαρακτηρίζεται από θόλωση της συνείδησης, οφθαλμοπληγία (αδυναμία των μυών που ελέγχουν την κίνηση των οφθαλμών) και αταξία (βάδισμα ευρείας βάσης, πτώση ή ανικανότητα του ατόμου να περπατήσει ή να σταθεί όρθιο). Στην αυτοψία ανευρίσκονται αιμορραγίες στο εγκεφαλικό στέλεχος ιδιαίτερα στην περιοχή των μαστίων. Η κατάσταση εξελίσσεται γρήγορα και απαιτείται άμεση θεραπεία με θειαμίνη για ν' αποτραπεί ο θάνατος και να ελαχιστοποιηθεί η υπολειμματική εγκεφαλική βλάβη. Γι' αυτό οποιοδήποτε άτομο με ιστορικό χρόνιου αλκοολισμού εμφανίζει οξέα ψυχιατρικά ή νευρολογικά συμπτώματα πρέπει να του δοθούν 100mg θειαμίνης ενδομυϊκά. Τα συμπτώματα συχνά απαντούν δραματικά στη θεραπεία αλλά συχνή είναι και η υπολειμματική βλάβη.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Θεραπεία

Η θεραπεία του αλκοολισμού διακρίνεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση των επείγουσών καταστάσεων που παρουσιάζονται ως επιπλοκές του αλκοολισμού και στην μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού.

6.1.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση επείγουσών καταστάσεων – επιπλοκών του αλκοολισμού

Κάθε άτομο που εμφανίζει βαριά τοξίκωση – μέθη, που απειλεί την αναπνευστική του λειτουργία ή έντονα στερητικά φαινόμενα όπως τρομώδες παραλήρημα ή σπασμούς πρέπει να εισαχθεί αμέσως σε παθολογικό τμήμα ή μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Ο χειρισμός αυτών των καταστάσεων ανήκει στην παθολογία και περιγράφεται στα βιβλία παθολογίας.

Αυτό που έχει σημασία είναι να προλάβουμε τα μείζονα φαινόμενα στέρησης – σπασμούς και τρομώδες παραλήρημα κυρίως – με την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση των πρώτων εκδηλώσεων του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου πριν γίνουν σοβαρές, γιατί τότε είναι πολύ πιο δύσκολο ν' αναχαιτισθούν.

Η θεραπεία των πρώτων σημείων και συμπτωμάτων του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου γίνεται με τη χλωροδιαζεποξείδη (Librium), που είναι ένα αποτελεσματικό υποκατάστατο για το αλκοόλ.

Η χλωροδιαζεποξείδη έχει ευρύ όριο ασφαλείας, μικρή καταστολή της αναπνοής, μικρό κίνδυνο εθισμού και μακρό χρόνο υποδιπλασιασμού της δραστηριότητας της (24-20 ώρες).

Η θεραπεία αρχίζει αμέσως, εφόσον ο ασθενής δείξει τα πρώτα στερητικά σημεία : σφυγμό πάνω από 100 σφύξεις το λεπτό, αυξημένη

αρτηριακή πίεση, ιδρώτα, πυρετό. Υποκειμενικά συμπτώματα όπως το άγχος και η διέγερση δεν θεωρούνται αξιόπιστα, γιατί μπορεί να οφείλονται και σ' άλλους λόγους εκτός του στερητικού συνδρόμου.

Η αγωγή αρχίζει με 50-100mg χλωροδιαζεποξείδης από το στόμα, που μπορεί να επαναληφθούν σε μια ώρα, αν τα συμπτώματα επιμένουν. Εφόσον τα στερητικά φαινόμενα συνεχίζουν, η αγωγή διαμορφώνεται σε 25-100mg χλωροδιαζεποξείδης κάθε 4 ώρες από το στόμα. Τα ζωτικά σημεία ελέγχονται συνεχώς έως ότου σταθεροποιηθούν. Έτσι την πρώτη μέρα ο ασθενής θα χρειασθεί 300-400mg (η ολική ημερησία δόση δεν πρέπει να ξεπεράσει τα 600mg). Εάν υπάρχει διέγερση, υπέρταση ή ταχυκαρδία, θα δοθούν έξτρα δόσεις. Οδηγός είναι η ταχυκαρδία, που πρέπει να διατηρείται κάτω από 100 σφύξεις στο λεπτό. Μετά το πρώτο 24ωρο, εάν τα συμπτώματα ελέγχονται, η δόση της χλωροδιαζεποξείδης μπορεί να αρχίσει να μειώνεται κατά 20% κάθε μέρα, έως ότου σε πέντε με επτά ημέρες προοδευτικά διακοπεί.

Σε άτομα με ιστορικό σπασμών (κατά τη διάρκεια του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου) είναι καλό να δώσουμε προληπτικά φαινοτοΐνη (100mg τρεις φορές την ημέρα για 5 μέρες).

Όσον αφορά την επιπλοκή της αλκοολικής ψευδαισθήτωσης που έχει οξεία έναρξη, η αγωγή είναι με αντιψυχωτικά φάρμακα (π.χ. 2-5 mg αλοπεριδόλης δύο φορές την ημέρα).

Την πιθανότητα ύπαρξης αλκοολικού στερητικού συνδρόμου πρέπει να την έχουμε πάντα στο μυαλό μας, γιατί μπορεί να εμφανισθεί σε ασθενείς που μπήκαν στο νοσοκομείο για άλλους ψυχιατρικούς ή ιατρικούς λόγους, που όμως λόγω της νοσηλείας τους στερήθηκαν το αλκοόλ, που προφανώς έπιναν σε μεγάλες ποσότητες και για μεγάλο χρόνο.

Όταν τα συμπτώματα του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου ελεγχθούν τότε προχωρούμε σε άλλες μορφές μακρόχρονης θεραπείας.

Πρέπει όμως να σημειώσουμε ότι η αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου αφορά και τους ασθενείς που δεν ήρθαν σε μας σε επείγουσα κατάσταση, αλλά που συμφώνησαν να προσπαθήσουν να νικήσουν τον αλκοολισμό. Πρώτο στάδιο, λοιπόν, της θεραπείας κι αυτών των αλκοολικών πριν τη μακρόχρονη θεραπεία τους είναι η αποτοξίνωση, ιδιαίτερα εφόσον μας πουν στο ιστορικό τους ότι εμφανίσθηκαν σημαντικά συμπτώματα στέρησης, όταν σταμάτησαν να πίνουν στο παρελθόν. Η αποτοξίνωση, γίνεται πάντα σε παθολογικό ή ψυχιατρικό τμήμα και συνίσταται στην αποκατάσταση της σωματικής κατάστασης του ασθενή (κακή θρέψη, υποβιταμίνωση, σωματικές ασθένειες), στην προσεκτική παρακολούθηση ώστε ν' ανακαλυφθούν αμέσως πιθανά πρώτα σημεία αλκοολικού στερητικού συνδρόμου και να θεραπευθούν προτού προχωρήσουν σε επικίνδυνα επίπεδα και στη σχετική προφύλαξη για κάποιο διάστημα του αλκοολικού από το να ξαναπιεί. Στη διάρκεια της παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο για αποτοξίνωση αρχίζει και η πολυεπίπεδη μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού.

6.1.2 Μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού

Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο αλκοολισμός είναι ασθένεια κι όχι ηθική κατάπτωση ή αμαρτία. Επομένως δεν φορτώνουμε ενοχή τον αλκοολικό, που τις περισσότερες φορές νιώθει ήδη αρκετή. Αυτό δεν σημαίνει, όμως, ότι δεν προσπαθούμε ν' αναλάβει ο αλκοολικός την ευθύνη για το ότι πίνει και δεν προσπαθούμε να πείσουμε τον στενό κύκλο του να μην τον υπερπροστατεύει. Η θεραπεία του αλκοολισμού είναι μακρά και δύσκολη για τους ασθενείς, την οικογένεια τους και τους ίδιους ακόμη τους θεραπευτές. Η θεραπεία μπορεί να αποβεί αποτελεσματική αν : α) δώσει στους ασθενείς ένα μη χημικό υποκατάστατο για την ουσία που χάνουν, β) τους θυμίζει συνέχεια ότι ακόμα κι ένα ποτό είναι αρκετό να τους κάνει να υποτροπιάσουν, γ) αποκαταστήσει την κοινωνική και σωματική

βλάβη που έχουν υποστεί από το αλκοόλ, δ) αποκαταστήσει την αυτοεκτίμησή τους. Ταυτόχρονα, βέβαια, η θεραπευτική αντιμετώπιση του αλκοολικού θα πρέπει να απευθυνθεί και σε συνοδούς ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές.

6.2 Θεραπευτικά προγράμματα

Από μια ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του αλκοολισμού ως πιο αποτελεσματικές θεωρούνται οι παρακάτω:

6.2.1 Ανώνυμος (σύνδεσμος) Αλκοολικών

Ξεκίνησε στις ΗΠΑ και σήμερα υπάρχει σε πολλές χώρες και στη χώρα μας. Θεωρείται ως η πιο αποτελεσματική θεραπεία για τους αλκοολικούς και παρέχει συνεχή και σταθερή ομαδική υποστήριξη από άτομα που και οι ίδιοι ήταν αλκοολικοί. Οι συναντήσεις, που αρχίζουν πολλές φορές ενώ ο αλκοολικός είναι ακόμη στο νοσοκομείο και έχει προχωρήσει αρκετά η αποτοξίνωση του, γίνονται στις ΗΠΑ στις περισσότερες πόλεις, σε πολλά διαφορετικά μέρη των πόλεων και σε οποιαδήποτε ώρα της μέρας ή της νύχτας. Οι συναντήσεις, με βάση ένα πρόγραμμα 12 βημάτων χαρακτηρίζονται από αλληλοϋποστήριξη του ενός αλκοολικού με τον άλλο και προσεκτική αμφισβήτηση του τρόπου που ο αλκοολικός πίνει και του τρόπου που αρνείται την αρρώστια του. Ο ΑΑ αντικαθιστά τον παθολογικό συντροφικό κύκλο του αλκοολικού με μια νέα ομάδα υποστήριξης και κοινού αγώνα, όπου ο αλκοολικός βοηθιέται αλλά και βοηθώντας ο ίδιος άλλους αποκαθιστά την αυτοεκτίμησή του.

6.2.2 Ξενώνες

Ο βασικός στόχος της δημιουργίας των ειδικών ξενώνων για αλκοολικούς είναι η επανένταξή τους στην κοινότητα μετά από εντατική νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα θεραπευτικά προγράμματα των ξενώνων ποικίλουν παρόλο που ο κύριος στόχος είναι η αποχή από την κατανάλωση του αλκοόλ.

Η κατάχρηση του αλκοόλ είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που αφορά όχι μόνο τον χρήστη του αλκοόλ αλλά και το κοινωνικό σύνολο. Με αυτό το δεδομένο, οι προσπάθειες για την πρόληψη του φαινομένου πρέπει να χαρακτηρίζονται από «στρατηγικές» με στόχο τόσο το άτομο όσο και την κοινωνία.

6.2.3 Κέντρα Θεραπείας του Αλκοολισμού

Τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού (ΚΘΑ) έχουν την μορφή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και είναι ευρέως διαδεδομένα στις ΗΠΑ. Τα κέντρα αυτά προσφέρουν μια ποικιλία θεραπευτικών προσεγγίσεων (ομάδες ΑΑ, φαρμακοθεραπεία, ομαδική θεραπεία κλπ.) σε άτομα που παραπέμπονται συνήθως από τα δικαστήρια (22,5%) ή παρακολουθούν το πρόγραμμα εθελοντικά (22%). Τα περισσότερα κέντρα διαθέτουν ερευνητικές μονάδες και στελεχώνονται αποκλειστικά από «Ειδικούς συμβούλους», ενώ ένας ψυχίατρος (για κάθε τρία κέντρα) έχει τη γενική ευθύνη των δραστηριοτήτων των Κέντρων.

Οι μελέτες που αξιολογούν τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα των ΚΘΑ είναι ελάχιστες, αλλά σε σύγκριση με έρευνες άλλων προσεγγίσεων είναι πολύ καλύτερες μεθοδολογικά.

6.3 Ψυχολογική προσέγγιση

Ψυχολογικές προσεγγίσεις στη θεραπεία του αλκοολισμού έχουν εφαρμοστεί από τις αρχές του αιώνα.

Η σημερινή ψυχολογική προσέγγιση του αλκοολισμού περιλαμβάνει:

- α) Τεχνικές Θεραπείας συμπεριφοράς
- β) Άλλα είδη ψυχοθεραπείας

6.3.1 Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς

Μία από τις πρώτες μεθόδους που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της θεραπείας συμπεριφοράς ήταν η τεχνική της αποστροφικής θεραπείας. Συνοπτικά, η τεχνική αυτή βασίζεται στη θεώρηση ότι δυσάρεστα ερεθίσματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς (π.χ. κατανάλωση αλκοόλης).

Η θεραπεία της αποστροφής έχει δύο κυρίως μορφές: ηλεκτρική και χημική. Στην πρώτη περίπτωση ένα μέτριο ηλεκτρικό σοκ διοχετεύεται είτε από τον ασθενή την ώρα που συνειδητά σκέφτεται ή ακόμα και καταναλώνει το αγαπημένο του οινοπνευματώδες ποτό.

Η χημική αποστροφή επιτυγχάνεται με την παροχή ενός φαρμάκου (όπως το Disulfiram), που φέρνει στον αλκοολικό ναυτία ή ακόμα κι εμετό την ώρα που μυρίζει, γεύματα ή καταπίνει το αλκοόλ. Σήμερα υπάρχουν πολύ ισχυρές ενδείξεις ότι η ηλεκτρική μορφή της αποστροφής δεν είναι αποτελεσματική αλλά η χημική μορφή δεν έχει δοκιμαστεί αρκετά ώστε να καταλήξουμε ώστε να καταλήξουμε και γι αυτήν στο ίδιο συμπέρασμα.

Τα τελευταία χρόνια, μεγάλη μερίδα θεραπειών συμπεριφοράς έχει επικεντρώσει την προσοχή της σε τεχνικές που βοηθούν την αντιμετώπιση του άγχους. Θεραπευτικές τεχνικές που έχουν υιοθετηθεί για την αντιμετώπιση του άγχους που παρατηρείται στον αλκοολικό είναι η παρρησιαστική θεραπεία (assertive training) και η θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων (social skills training).

6.3.2 Άλλα είδη ψυχοθεραπείας

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν σα βάση την ψυχαναλυτική θεωρία και η εφαρμογή τους γίνεται σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Η κεντρική άποψη αυτών των προσεγγίσεων είναι ότι ο αλκοολισμός είναι ένα «σύμπτωμα μιας βαθύτερης ασυνείδητης σύγκρουσης ή συγκρούσεων. Ο κύριος στόχος αυτών των προσεγγίσεων είναι η ανάλυση της «σύγκρουσης» και όχι η θεραπεία του συμπτώματος. Είναι ευνόητο ότι η επίλυση της σύγκρουσης θα οδηγήσει και στην καταστολή του συμπτώματος, δηλαδή την εξάρτηση από το αλκοόλ.

Η ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην αποκάλυψη οικογενειακών προβλημάτων ή συγκρούσεων που συντηρούν τον αλκοολισμό του ασθενή. Στην ψυχοθεραπεία του αλκοολισμού πολλές φορές μπορεί να συμμετάσχει και η οικογένεια του. Η ψυχοθεραπεία όμως δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική παρά μόνο αφού ο ασθενής αποτοξινωθεί, γιατί μόνο τότε μπορεί να μιλήσει για τα βαθύτερα συναισθήματα και τα προβλήματα που τον οδήγησαν στο αλκοόλ.

- Ατομική ψυχοθεραπεία

Σε μια πρόσφατη έρευνα, οι Pomelrean et al (1978) σύγκριναν την αποτελεσματικότητα της ατομικής ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με αυτή της θεραπείας συμπεριφοράς σε δύο ομάδες αλκοολικών. Η αξιολόγηση των παραπάνω ομάδων μετά από διαχρονική παρακολούθηση 12 μηνών έδειξε ότι η ομάδα που έλαβε τη θεραπεία συμπεριφοράς είχε ποσοστό βελτίωσης 72% έναντι ποσοστού 50% της άλλης ομάδας. Όπως παρατηρούν αυτοί οι ερευνητές, η διαφορά στην αποτελεσματικότητα μπορεί να οφείλεται στο μεγάλο ποσοστό αποχώρησης (drop-outs) ατόμων από την ομάδα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας.

- Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η ομαδική ψυχοθεραπεία βασίζεται σε παρόμοιες αρχές με αυτές της ατομικής ψυχοθεραπείας. Η ομαδική ψυχοθεραπεία (η συστηματική χρήση της οποίας άρχισε μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο) είναι η πλέον «δημοφιλής» προσέγγιση που υιοθετούν τα περισσότερα ψυχιατρικά θεραπευτικά προγράμματα των ΗΠΑ και της Μ. Βρετανίας. Σε πολλές μελέτες η ομαδική ψυχοθεραπεία αποτελεί μέρος «πολυδιάστατων θεραπευτικών προγραμμάτων» γεγονός που προκαλεί ευνόητα προβλήματα αξιολόγησης.

Σε μια μελέτη των Kissin et al (1970) αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα τριών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ομαδική ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία, πρόγραμμα επανένταξης και ομάδα ελέγχου (καμία θεραπεία). Τα ποσοστά επιτυχίας για τις αντίστοιχες ομάδες ήταν: 35,5%, 21,2%, 15,2% και 4,9%. Τα παραπάνω αποτελέσματα αμφισβητήθηκαν από τους ερευνητές, γιατί πολλοί ασθενείς άλλαξαν τις θεραπείες τους μετά από την τυχαία κατανομή τους στις παραπάνω ομάδες.

- Εργασιοθεραπεία

Σκοπός της εργασιοθεραπείας στους αλκοολικούς είναι να επαναφέρει τον ασθενή στο κοινωνικό επίπεδο λειτουργικής ικανότητας, έτσι ώστε να γίνει και πάλι ο ασθενής ένα ενεργό κύτταρο του κοινωνικού συνόλου. Με την εργασιοθεραπεία αποσπάται η σκέψη του ασθενή από το ποτό, αρχίζει να νιώθει πάλι χρήσιμος και δημιουργικός, απαντά στις παλιές ικανότητές του και η εμπιστοσύνη προς τον εαυτό του καθώς και η αυτοεκτίμηση του επιστρέφουν, δημιουργεί στενούς δεσμούς με την κοινότητα, αναπτύσσει δεξιότητες που είναι απαραίτητες σε κάθε είδους κοινωνικής συναλλαγής, είτε αυτή είναι συζήτηση, συζυγική σχέση ή συνέντευξη για μια δουλειά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 Μέτρα πρόληψης

«Ο Ιπποκράτης πατέρας της ιατρικής έχει πει: «Καλύτερα να προλαμβάνουμε παρά να θεραπεύουμε», οι αιώνες όμως που κύλησαν από τότε επιβεβαίωσαν την ορθότητα αυτής της ρύσης».

Στην Ελλάδα η πρόληψη και η παροχή υπηρεσιών για την θεραπεία του αλκοολισμού βρίσκεται σε τουλάχιστον εμβρυακό στάδιο. Το θέμα των «νομίμων ουσιών εξάρτησης, όπως το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά αντιμετωπίζεται με αδιαφορία.

7.1.1 Ατομικά μέτρα πρόληψης

«Τώρα που σταμάτησες να πίνεις»

- Πρόσφερε στον εαυτό σου ένα πλούσιο και ευχάριστο πρωινό
- Τρώγε όσο μπορείς. Με γεμάτο το στομάχι αισθάνεσαι μικρότερη επιθυμία για ένα ποτό
- Πίνε μπόλικά υγρά. Χυμούς φρούτων με γλυκόζη και καφέ με ζάχαρη
- Να παίρνεις αρκετές ταμπλέτες βιταμινών που περιέχουν το συμπλήρωμα Β (με ιατρική συμβουλή)
- Ποτέ μην κάθεται κοιτάζοντας απλανάς με το μυαλό σου στο κενό. Κάνε κάτι θετικό! Περίπατο, μπάνιο, κάνε ένα τηλεφώνημα
- Κάνε μια ευχάριστη εργασία με τα χέρια σου. Ασχολήσου με τον κήπο, καθάρισε τα ντουλάπια ή ότι άλλο σου αρέσει
- Κάνε ένα δώρο στον εαυτό σου. Ένα πουλόβερ, ένα μπουκέτο λουλούδια, μια αφίσα
- Θυμήσου παλιούς φίλους, δεξ παλιές φωτογραφίες, γράψε ένα γράμμα
- Να έχεις ένα σχέδιο την ημέρα

- Σε στιγμές δυσκολίας, που δεν μπορείς να βρεις βοήθεια, μια προσευχή γαλήνης στο δικό σου Θεό, όπως τον αισθάνεσαι, θα σου φέρει αρκετή πεποίθηση. Αυτός είναι πάντοτε εύκαιρος

7.1.2 Γενικά μέτρα πρόληψης

Οι άμεσες ενέργειες που αφορούν στην πρόληψη του αλκοολισμού μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών τόσο στην κοινότητα όσο και στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου και του ψυχιατρείου. Επίσης, η καταγραφή των παραπτώματων και εγκληματικών πράξεων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλης, παραβάσεων του ΚΟΚ και ατυχημάτων εξαιτίας της χρήσης ή/και κατάχρησης του αλκοόλ βοηθούν στη διαμόρφωση της εικόνας για το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα.

2. Προσπάθειες με στόχο το κοινωνικό σύνολο, οφείλουν να έχουν διπλή κατεύθυνση. Πρώτον, είναι απαραίτητη η επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση του κοινού σε θέματα χρήσης και κατάχρησης της αλκοόλης. Δεύτερον, πρέπει να αντιμετωπίσουμε τις «αρνητικές» στάσεις και αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον προβληματικό πότη. Οι παραπάνω προσπάθειες μπορεί να υλοποιηθούν με ενημερωτικά φυλλάδια, διαλέξεις, ανοιχτές συζητήσεις και αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.

3. Εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης θεωρούνται άκρως απαραίτητα σε προγράμματα σπουδών, όπως της ιατρικής, νομικής, ψυχολογίας, κοινωνικής εργασίας, οικονομίας της υγείας, νοσηλευτική και πολλά άλλα.

4. Πρέπει να αναθεωρηθεί ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και ιδιαίτερα της διαφήμισης. Αν είναι απαραίτητο να ενημερωνόμαστε για την ύπαρξη και την απόλαυση του αλκοόλ, αυτό

θα μπορούσε να γίνει με λίγη φαντασία και όχι με την προβολή της αλκοόλης σαν μέσον κοινωνικής και σεξουαλικής επιτυχίας. Ο προβληματικός πότης συνήθως θέλει... αλλά συχνά δεν μπορεί.

5. Οι δικαστικές αρχές και η αστυνομία θα μπορούσαν να παίξουν θετικό ρόλο στην αναγνώριση και παραπομπή για θεραπεία του προβληματικού πότη. Ο αλκοολικός όπως και ο χρήστης άλλων ουσιών εξάρτησης χρειάζονται βοήθεια. Όχι τιμωρία.

6. Ο ρόλος της οικογένειας είναι ίσως ο πλέον σημαντικός στην πρόληψη του αλκοολισμού για ευνόητους λόγους που δεν χρειάζονται περαιτέρω εξηγήσεις. Αξίζει μόνο να τονιστεί ότι δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η δυναμική του οικογενειακού συστήματος οδηγεί μέλη της οικογένειας στον αλκοολισμό και, γιατί όχι, στη σχιζοφρένεια.



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ (ΕΡΕΥΝΑ)

Εισαγωγή

Ο αλκοολισμός συνήθως αναφέρεται ως το τρίτο σοβαρότερο πρόβλημα για την Δημόσια Υγεία κάποιας χώρας μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τον καρκίνο.

Στη χώρα μας στα τέλη της δεκαετίας του 70 η κατά κεφαλή και κατ' έτος κατανάλωση ήταν 18-20 λίτρα καθαρού οινοπνεύματος (στοιχεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας).

Στην δεκαετία 1970-1980 η συνολική ετήσια αύξηση στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών στη χώρα μας ήταν 18,6%.

Σήμερα η κατά κεφαλή και κατά χρόνο κατανάλωση κρασιού στην Ελλάδα είναι περίπου 40lt. Προβλέπεται ότι τα επόμενα 5 χρόνια και η ετήσια κατά κεφαλή κατανάλωση μπύρας θα φθάσει τα 40lt το χρόνο.

Η χώρα μας το 1982 ήταν 22^η μεταξύ 37 χωρών σε κατά κεφαλή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και 17^η σε θανάτους από κίρρωση του ήπατος με 12,3 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Το 1983 ανέβηκε στους 13,6 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους.

Στην καταναλωτική μας κοινωνία ένα μεγάλο ποσοστό ενηλίκων πίνει οινοπνευματώδη ποτά. Έτσι και το παιδί από μικρή ηλικία δέχεται την επίδραση του οινοπνεύματος με αποτέλεσμα να υπάρξει μεγάλη αύξηση στην κατανάλωση οινοπνεύματος από νεαρές ηλικίες. Συγκεκριμένα, εθνικές έρευνες, σχετικές με τη χρήση αλκοόλ έδειξαν ότι τα επίπεδα κατανάλωσης είναι ιδιαίτερα υψηλά κατά τα σχολικά χρόνια ενώ ένα δείγμα μεγαλύτερο του 30% των τελειοφοίτων έχουν αναφέρει ότι κατανάλωσαν 5 ή περισσότερα ποτά σε μια τουλάχιστον περίπτωση.

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα εμφανίζουν μια γραμμική σχέση με την κατανάλωση του αλκοόλ. Τα προληπτικά μέτρα θα έπρεπε να αποσκοπούν στην ολική μείωση της κατανάλωσης και όχι μόνο στην μείωση των «βαρέων ποτών».

Είναι ευρέως γνωστό ότι τα προληπτικά μέτρα πρέπει να βασίζονται σε επιδημιολογικά στοιχεία που θα μπορούν να προσδιορίσουν τον αντικειμενικό σκοπό συμπεριφοράς.

Ο σκοπός της μελέτης αυτής είναι ερευνήσουμε παράγοντες που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ στο συγκεκριμένο κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον μιας ελληνικής πόλης – συγκεκριμένα στο Νομό Αχαΐας – και ειδικά μέσα από τα νέα άτομα.

Υλικό και Μέθοδος

Η μελέτη μας διεξήχθη από τον Ιανουάριο έως τέλη Απριλίου του 2004. Ακολουθήσαμε την μέθοδο της διερεύνησης και αυτή έγινε με τυχαίο δείγμα.

Έτσι αφού καθορίσαμε τις ερωτήσεις που αναφέρονται στο συγκεκριμένο θέμα που θέλαμε να ερευνήσαμε, μοιράσαμε 401 αντίτυπα του ερωτηματολογίου που συντάξαμε σε 2 ξεχωριστές περιοχές στην περιφέρεια και στο κέντρο της Πάτρας. Το ερωτηματολόγιο ήταν κλειστού τύπου και απάντησαν 401 άτομα. Στο κέντρο απάντησαν 222 άτομα και στην περιφέρεια 179. Η συλλογή των απαντήσεων έγινε γραπτά πλην ορισμένων περιπτώσεων που ήταν προφορική λόγω αναλφαβητισμού. Πρέπει να σημειώσουμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο για να διευκολυνθούν τα άτομα να απαντήσουν ελεύθερα και ειλικρινή.

Το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις προσωπικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο γονέων, επάγγελμα γονέων, μόνιμη διαμονή τα τελευταία χρόνια και τύπος γέννησης), καθώς και ερωτήσεις κατανάλωσης οινοπνευματωδών.

Όλες οι απαντήσεις των ερωτήσεων στους σύνθετους πίνακες ελέγχθηκαν για την στατιστική τους σημαντικότητα με την δοκιμασία Χ-τετράγωνο (χ^2). Η δοκιμασία αυτή ελέγχει την ανεξαρτησία των γραμμών και στηλών σε ένα πίνακα απαντήσεων. Πιθανότητα $p < 0,05$ δείχνει ότι οι απαντήσεις δεν είναι τυχαίες αλλά επηρεάζονται από τις στήλες ή τις γραμμές του πίνακα. Ανάλογα πιθανότητα μεγαλύτερη της παραπάνω τιμής ($p > 0,05$) σημαίνει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Οι βαθμοί ελευθερίας της δοκιμασίας (β.ε) είναι απλά ένα μαθηματικό μέγεθος το οποίο είναι απαραίτητο να παρουσιάζεται μαζί με την τιμή του χ^2 και το ρ .

Όλα τα στοιχεία μπήκαν στο κομπιούτερ και η επεξεργασία τους και η ανάλυση δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα Excel.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την περιοχή δειγματοληψίας

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΚΕΝΤΡΟ	222	55,4	55,4
ΠΡΟΑΣΤΙΟ	179	44,6	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Το δείγμα με βάση την περιοχή δειγματοληψίας είναι μοιρασμένο. Η αναλογία 55% με 45% αντανακλά και την πραγματική κατανομή του πληθυσμού στην περιοχή.

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΑΝΔΡΑΣ	198	49,4	49,4
ΓΥΝΑΙΚΑ	203	50,6	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Τα ποσοστά ανδρών γυναικών είναι μοιρασμένα 50%-50%.

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
16-20	62	15,5	15,5
20-25	160	39,9	55,4
25-30	93	23,2	78,6
30-35	47	11,7	90,3
35-40	31	7,7	98,0
40+	8	2,0	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Σχεδόν το σύνολο του δείγματος (78,6%) αποτελούν νέοι ηλικίας 20-30 ετών. Κατά συνέπεια αναμένεται η έρευνα να διέπεται κυρίως από τις απόψεις των.

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΑΓΑΜΟΣ	301	75,1	75,1
ΕΓΓΑΜΟΣ	100	24,9	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων δηλώνουν **α**γαμοί.

Πίνακας 5: Κατανομή δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του ερωτώμενου

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΑΕΙ	79	19,7	19,7
ΑΤΕΙ	99	24,7	44,4
ΛΥΚΕΙΟ	144	35,9	80,3
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	29	7,2	87,5
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	20	5,0	92,5
ΑΛΛΟ	30	7,5	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Σχεδόν το μισό δείγμα (44,4%) είναι απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης.

Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΑΕΙ	10	2,5	2,5
ΑΤΕΙ	40	10,0	12,5
ΛΥΚΕΙΟ	78	19,5	31,9
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	84	20,9	52,9
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	167	41,6	94,5
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	14	3,5	98,0
ΑΛΛΟ	8	2,0	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Στην περίπτωση αυτή το μισό δείγμα (45,1%) είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (αγράμματοι ή έχουν τελειώσει το δημοτικό) .

Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΑΕΙ	7	1,7	1,7
ΑΤΕΙ	38	9,5	11,2
ΛΥΚΕΙΟ	81	20,2	31,4
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	89	22,2	53,6
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	166	41,4	95,0
ΑΓΡΑΜΜΑ/ΤΗ	19	4,7	99,8
ΑΛΛΟ	1	0,2	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Αντίστοιχα και στην περίπτωση αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα του ερωτηθέντος

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	115	28,7	28,7
ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	111	27,7	56,4
ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	67	16,7	73,1
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	40	10,0	83,0
ΟΙΚΙΑΚΑ	21	5,2	88,3
ΜΑΘΗΤΗΣ	26	6,5	94,8
ΑΝΕΡΓΟΣ	21	5,2	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Σχεδόν το ένα τρίτο του δείγματος είναι μαθητές ή φοιτητές ενώ επίσης ένα τρίτο δηλώνουν ελεύθεροι επαγγελματίες. Σχετικά έντονο είναι και το ποσοστό των ανέργων (5,2%).

Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα του πατέρα

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	196	48,9	48,9
ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	33	8,2	57,1
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	75	18,7	75,8
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	85	21,2	97,0
ΑΝΕΡΓΟΣ	12	3,0	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Το μισό δείγμα δηλώνει ότι οι πατεράδες τους είναι ελεύθεροι επαγγελματίες.

Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα της μητέρας

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΕΛ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	51	12,7	12,7
ΙΔ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	42	10,5	23,2
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	45	11,2	34,4
ΟΙΚΙΑΚΑ	228	56,9	91,3
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	31	7,7	99,0
ΑΝΕΡΓΟΣ	4	1,0	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Σχεδόν το 60% του δείγματος δηλώνει σαν απασχόληση της μητέρας τους τα οικιακά.

Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΠΟΛΙΤΕΙΑ	369	92,0	92,0
ΕΠΑΡΧΙΑ	32	8,0	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων δηλώνει τόπο γέννησης κάποια πολιτεία.

Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής τα τελευταία 5 χρόνια

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΠΟΛΙΤΕΙΑ	391	97,5	97,5
ΕΠΑΡΧΙΑ	10	2,5	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Επίσης η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει κάποια πολιτεία σαν τόπο κατοικίας των τελευταίων 5 ετών.

Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν ήπιαν ποτέ στη ζωή τους

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	388	96,8	96,8
ΟΧΙ	13	3,2	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Το σύνολο του δείγματος δηλώνει ότι έχουν πει αλκοόλ κάποια στιγμή.

Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
-14	44	11,0	11,0
15-14	80	20,0	30,9
16-17	140	34,9	65,8
18-19	84	20,9	86,8
20-21	40	10,0	96,8
22-29	13	3,2	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει σαν ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ τα 16-17 έτη. Ένα 11% δηλώνει ηλικία έναρξης μέχρι 14 ετών, ενώ μόνο ένα 3,2% ηλικίες έναρξης άνω των 22 ετών.

Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν κατανάλωσαν αλκοόλ τον τελευταίο χρόνο

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	351	87,5	87,5
ΟΧΙ	50	12,5	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Η πλειοψηφία δηλώνει ότι έχουν καταναλώσει αλκοόλ τον τελευταίο χρόνο. Το ποσοστό αυτών που ενώ έχουν πει κάποια στιγμή στην ζωή τους αλλά δεν έχουν καταναλώσει αλκοόλ τον τελευταίο χρόνο ανέρχεται στο 9,3% (37 άτομα).

Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος ποτού που καταναλώνουν συνήθως

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΚΡΑΣΙ	114	28,4	28,4
ΜΠΥΡΑ	86	21,4	49,9
ΟΥΖΟ	19	4,7	54,6
ΟΥΙΣΚΥ	90	22,4	77,1
ΑΛΛΟ	80	20,0	97,0
ΤΙΠΟΤΑ	12	3,0	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει κατανάλωση κρασιού, ενώ μοιρασμένα είναι τα ποσοστά για την προτίμηση σε μύρα, ούισκι ή άλλου ποτού.

Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος ποτού που κατανάλωσαν την προηγούμενη μέρα

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΚΡΑΣΙ	59	14,7	14,7
ΜΠΥΡΑ	23	5,7	20,4
ΟΥΖΟ	7	1,7	22,2
ΟΥΙΣΚΥ	43	10,7	32,9
ΑΛΛΟ	25	6,2	39,2
ΤΙΠΟΤΑ	244	60,8	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Η πλειοψηφία δηλώνει ότι δεν κατανάλωσε κανένα ποτό τις τελευταίες 24 ώρες ενώ ένας στους 7 δηλώνει κρασί και ένας στους 10 ουίσκι.

Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ποσότητα αλκοόλ που ήπιαν την προηγούμενη μέρα (σε ποτήρια)

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
0	242	60,3	60,3
1	57	14,2	74,6
2	52	13,0	87,5
3	24	6,0	93,5
4	11	2,7	96,3
5	6	1,5	97,8
6	5	1,2	99,0
7	1	0,2	99,3
10	2	0,5	99,8
15	1	0,2	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Από αυτούς που είχαν καταναλώσει αλκοόλ την προηγούμενη μέρα, οι περισσότεροι δηλώνουν 1-2 ποτήρια ενώ το ποσοστό αυτών με περισσότερα από 3 ποτήρια φθάνει το 12,3%.

Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές συνηθίζουν να πίνουν την εβδομάδα.

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
1 ΦΟΡΑ	130	32,4	32,4
1-2 ΦΟΡΕΣ	184	45,9	78,3
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 2 ΦΟΡΕΣ	77	19,2	97,5
ΚΑΘΟΛΟΥ	10	2,5	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος δηλώνει ότι δεν πίνει μέσα στην εβδομάδα και μάλλον ανταποκρίνεται στο πραγματικό ποσοστό αυτών που δεν έχουν πει (2,5%). Το 78,3% δηλώνει κατανάλωση αλκοόλ μέχρι 2 φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον λόγο κατανάλωσης αλκοόλ

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΠΑΡΕΑ	183	45,6	45,6
ΔΙΑΘΕΣΗ	111	27,7	73,3
ΓΕΥΣΗ	68	17,0	90,3
ΠΕΡΙΕΡΓΕΙΑ	38	9,5	99,8
ΑΛΛΟ	1	0,2	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι αιτία κατανάλωσης αλκοόλ είναι η παρέα (45,6%) και η διάθεση (27,7%), ενώ η γεύση και η περιέργεια αντιστοιχούν στο 26,5%.

Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν μεθύσει ποτέ

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΝΑΙ, ΕΛΑΦΡΑ	141	35,2	35,2
ΝΑΙ, ΒΑΡΙΑ	177	44,1	79,3
ΚΑΘΟΛΟΥ	83	20,7	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Το 79,3% του δείγματος δηλώνει ότι έχει μεθύσει στο παρελθόν ενώ ένα 20,7% ότι δεν έχει μεθύσει ποτέ. Αυτό σημαίνει ότι από όσους δηλώνουν κατανάλωση αλκοόλ, το 17,5% δεν έχει μεθύσει ποτέ (ή ότι οι 4 στους 5 που πίνουν έχουν κάποια στιγμή μεθύσει).

Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές έχουν μεθύσει

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΠΟΤΕ	86	21,4	21,4
1 ΦΟΡΑ	129	32,2	53,6
1-2 ΦΟΡΕΣ	87	21,7	75,3
3-10 ΦΟΡΕΣ	64	16,0	91,3
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 10 ΦΟΡΕΣ	35	8,7	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Αν και υπάρχει μια μικρή διαφοροποίηση σε σχέση με τις παραπάνω απαντήσεις, φαίνεται ότι ένα ποσοστό 24,7% έχουν υποπέσει σε κατάσταση μέθης πάνω από 3 φορές (και σχεδόν ένα 10% πάνω από 10 φορές).

Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποτό που πίνουν το Σαββατοκύριακο

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
ΚΡΑΣΙ	92	22,9	22,9
ΜΠΥΡΑ	48	12,0	34,9
ΟΥΖΟ	10	2,5	37,4
ΟΥΙΣΚΙ	125	31,2	68,6
ΑΛΛΟ	98	24,4	93,0
ΝΕΡΟ	5	1,2	94,3
ΤΙΠΟΤΑ	23	5,7	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Οι προτιμήσεις του δείγματος ως προς τα ποτά διαφοροποιούνται κατά το Σαββατοκύριακο. Φαίνεται ότι κατά τις εξόδους τους προτιμούν σε ποσοστό 31,2% το ουίσκι και σε ένα ποσοστό 24,4% κάποιο άλλο είδος ποτού. Η κατανάλωση κρασιού κατά συνέπεια περιορίζεται στη διάρκεια του φαγητού.

Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ποσότητα ποτού που πίνουν το Σαββατοκύριακο

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστ. Ποσοστό (%)
0	26	6,5	6,5
1	75	18,7	25,2
2	95	23,7	48,9
3	57	14,2	63,1
4	42	10,5	73,6
5	34	8,5	82,0
6	32	8,0	90,0
7	6	1,5	91,5
8	9	2,2	93,8
9	1	0,2	94,0
10	14	3,5	97,5
12	3	0,7	98,3
13	1	0,2	98,5
15	4	1,0	99,5
20	1	0,2	99,8
26	1	0,2	100,0
Σύνολο	401	100,0	

Σχεδόν το 75% του δείγματος καταναλώνει μέχρι 5 ποτά το Σαββατοκύριακο ενώ υπάρχει και ένα άλλο 18% ξεπερνά τα 5 ποτά.

Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και την περιοχή δειγματοληψίας

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΠΟΛΙΤΕΙΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
	ΕΠΑΡΧΙΑ	209 94,1%	160 89,4%	369 92,0%
	ΠΟΛΙΤΕΙΑ	13 5,9%	19 10,6%	32 8,0%
Σύνολα		222 100,0%	179 100,0%	401 100,0%

$\chi^2 = 3.056$ β.ε. = 1 $p = 0.080$

Δεν υπάρχουν διαφορές στην κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και την περιοχή δειγματοληψίας που ανήκουν.

Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο κατοικίας των τελευταίων 5 ετών και την περιοχή δειγματοληψίας

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ 5 ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΕΤΩΝ	ΠΟΛΙΤΕΙΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
	ΕΠΑΡΧΙΑ	214 96,4%	177 98,9%	391 97,5%
	ΠΟΛΙΤΕΙΑ	8 3,6%	2 1,1%	10 2,5%
Σύνολα		222 100,0%	179 100,0%	401 100,0%

$\chi^2 = 2.519$ β.ε. = 1 $p = 0.112$

Επίσης η κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο κατοικίας και την περιοχή δειγματοληψίας στην οποία ανήκουν είναι μοιρασμένη.

Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν πει ποτέ αλκοόλ και την περιοχή δειγματοληψίας

		ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
ΕΧΟΥΝ ΠΙΕΙ ΠΟΤΕ ΑΛΚΟΟΛ	ΝΑΙ	220 99,1%	168 93,9%	388 96,8%
	ΟΧΙ	2 0,9%	11 6,1%	13 3,2%
Σύνολο		198 100,0%	203 100,0%	401 100,0%

$$\chi^2 = 8.689$$

$$\beta.ε. = 1$$

$$p = 0.003$$

Η κατανάλωση αλκοόλ από κατοίκους του κέντρου είναι σχεδόν καθολική ενώ το ποσοστό όσων δεν πίνουν από το προάστιο είναι μεγαλύτερο. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ και την περιοχή δειγματοληψίας

		ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ	14-	28 12,6%	16 8,9%	44 11,0%
	15-14	56 25,2%	24 13,4%	80 20,0%
	16-17	84 37,8%	56 31,3%	140 34,9%
	18-19	36 16,2%	48 26,8%	84 20,9%
	20-21	14 6,3%	26 14,5%	40 10,0%
	22-29	4 1,8%	9 5,0%	13 3,2%
	Σύνολα		222 100,0%	179 100,0%

$$\chi^2 = 24.582$$

$$\beta.ε. = 5$$

$$p = 0.00$$

Οι ηλικίες έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ διαφέρουν στατιστικά ανάμεσα στους κατοίκους του κέντρου και σε αυτούς του προαστίου. Για παράδειγμα φαίνεται ότι μεγαλύτερο ποσοστό όσων μένουν στο κέντρο άρχισαν να πίνουν σε μικρότερη ηλικία.

Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατανάλωση αλκοόλ το τελευταίο 12άμηνο και την περιοχή δειγματοληψίας

		ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
ΠΙΝΟΥΝ ΑΛΚΟΟΛ (ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ 12ΜΗΝΟ)	ΝΑΙ	214 96,4%	137 76,5%	351 87,5%
	ΟΧΙ	8 3,6%	42 23,5%	50 12,5%
Σύνολα		222 100,0%	179 100,0%	401 100,0%

$$\chi^2 = 35.813$$

$$\beta.ε. = 1$$

$$p = 0.00$$

Και εδώ το μεγαλύτερο ποσοστό όσων πίνουν κατά τον τελευταίο χρόνο προέρχεται σαν δείγμα από το κέντρο παρά από το προάστιο. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος ποτού που προτιμούν και την περιοχή δειγματοληψίας

		ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
ΤΙ ΠΟΤΟ ΠΙΝΟΥΝ ΣΥΝΗΘΩΣ	ΚΡΑΣΙ	64 28,8%	50 27,9%	114 28,4%
	ΜΠΥΡΑ	41 18,5%	45 25,1%	86 21,4%
	ΟΥΖΟ	18 8,1%	1 0,6%	19 4,7%
	ΟΥΙΣΚΥ	55 24,8%	35 19,6%	90 22,4%
	ΑΛΛΟ	39 17,6%	41 22,9%	80 20,0%
	ΤΙΠΟΤΑ	5 2,3%	7 3,9%	12 3,0%
	Σύνολα		222 100,0%	179 100,0%

$$\chi^2 = 17.534$$

$$\beta.ε. = 5$$

$$p = 0.004$$

Στατιστική διαφορά δείχνουν και οι προτιμήσεις στο είδος του ποτού που πίνουν με αυτούς από το προάστιο όχι όσον αφορά την κατανάλωση του κρασιού αλλά αυτήν της μπίρας, του ούζου και του ουίσκι.

Πίνακας 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποτό που κατανάλωσαν την προηγούμενη μέρα και την περιοχή δειγματοληψίας

		ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
ΤΙ ΠΟΤΟ ΗΠΙΑΝ ΕΧΘΕΣ	ΚΡΑΣΙ	34 15,3%	25 14,0%	59 14,7%
	ΜΠΥΡΑ	13 5,9%	10 5,6%	23 5,7%
	ΟΥΖΟ	7 3,2%	0 0,0%	7 1,7%
	ΟΥΙΣΚΥ	22 9,9%	21 11,7%	43 10,7%
	ΑΛΛΟ	15 6,8%	10 5,6%	25 6,2%
	ΤΙΠΟΤΑ	131 59,0%	113 63,1%	244 60,8%
	Σύνολα	222 100,0%	179 100,0%	401 100,0%

$$\chi^2 = 6.58$$

$$\beta.ε. = 5$$

$$p = .254$$

Στατιστικές διαφορές όσον αφορά την κατανάλωση της προηγούμενης ημέρας δεν υπάρχουν ανάμεσα σε αυτούς από το κέντρο και το προάστιο της πόλης.

Πίνακας 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ποσότητα ποτού που ήπιαν την προηγούμενη μέρα και την περιοχή δειγματοληψίας

ΠΟΣΑ ΠΟΤΗΡΙΑ ΠΟΤΟ ΗΠΙΑΝ ΕΧΘΕΣ		ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
0		131	111	242
		59,0%	62,0%	60,3%
1		26	31	57
		11,7%	17,3%	14,2%
2		33	19	52
		14,9%	10,6%	13,0%
3		15	9	24
		6,8%	5,0%	6,0%
4		7	4	11
		3,2%	2,2%	2,7%
5		4	2	6
		1,8%	1,1%	1,5%
6		3	2	5
		1,4%	1,1%	1,2%
7		0	1	1
		0,0%	0,6%	0,2%
10		2	0	2
		0,9%	0,0%	0,5%
15		1	0	1
		0,5%	0,0%	0,2%
Σύνολα		222	179	401
		100,0%	100,0%	100,0%

$$\chi^2 = 8.533$$

$$\beta.ε. = 9$$

$$p = .481$$

Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον αριθμό των ποτών που ήπιαν την προηγούμενη ημέρα.

Πίνακας 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ την εβδομάδα σε σχέση με την περιοχή δειγματοληψίας

		ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
ΠΟΣΟ ΠΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	1 ΦΟΡΑ	47 21,2%	83 46,4%	130 32,4%
	1-2 ΦΟΡΕΣ	107 48,2%	77 43,0%	184 45,9%
	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 2 ΦΟΡΕΣ	63 28,4%	14 7,8%	77 19,2%
	ΚΑΘΟΛΟΥ	5 2,3%	5 2,8%	10 2,5%
	Σύνολα	222 100,0%	179 100,0%	401 100,0%

$$\chi^2 = 41.913$$

$$\beta.ε. = 3$$

$$p = 0.00$$

Στην ερώτηση αυτή έχουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι διαφορές αυτές αφορούν την χαμηλή κατανάλωση (μικρότερη στο προάστιο) και την υψηλή κατανάλωση (μεγαλύτερη στο κέντρο).

Πίνακας 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τους λόγους κατανάλωσης αλκοόλ σε σχέση με την περιοχή δειγματοληψίας

		ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΠΙΝΟΥΝ	ΠΑΡΕΑ	87 39,2%	96 53,6%	183 45,6%
	ΔΙΑΘΕΣΗ	73 32,9%	38 21,2%	111 27,7%
	ΓΕΥΣΗ	38 17,1%	30 16,8%	68 17,0%
	ΠΕΡΙΕΡΓΕΙΑ	24 10,8%	14 7,8%	38 9,5%
	ΑΛΛΟ	0 0,0%	1 0,6%	1 0,2%
Σύνολα	222 100,0%	179 100,0%	401 100,0%	

$$\chi^2 = 11.574$$

$$\beta.ε. = 4$$

$$p = 0.021$$

Και εδώ εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις απαντήσεις του κέντρου και του προαστίου. Οι διαφορές εντοπίζονται στην «παρέα» που προτιμούν αυτοί του προαστίου και στην «διάθεση» που προτιμούν αυτοί του κέντρου (υποδηλώνει μοναχικότητα).

Πίνακας 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν μεθύσει ποτέ σε σχέση με την περιοχή δειγματοληψίας

		ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
ΕΧΟΥΝ ΜΕΘΥΣΕΙ ΠΟΤΕ	ΝΑΙ, ΕΛΑΦΡΑ	54 24,3%	87 48,6%	141 35,2%
	ΝΑΙ, ΒΑΡΙΑ	133 59,9%	44 24,6%	177 44,1%
	ΚΑΘΟΛΟΥ	35 15,8%	48 26,8%	83 20,7%
	Σύνολα	222 100,0%	179 100,0%	401 100,0%

$$\chi^2 = 50.48$$

$$\beta.ε. = 2$$

$$p = 0.00$$

Η βαριά μέθη είναι πολύ πιο συχνή σε άτομα από το κέντρο σε αντίθεση με την ελαφρά μέθη που είναι πιο συχνή στο προάστιο. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα που έχουν μεθύσει και την περιοχή δειγματοληψίας

		ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΟΥΝ ΜΕΘΥΣΕΙ	ΠΟΤΕ	35 15,8%	51 28,5%	86 21,4%
	1 ΦΟΡΑ	69 31,1%	60 33,5%	129 32,2%
	1-2 ΦΟΡΕΣ	40 18,0%	47 26,3%	87 21,7%
	3-10 ΦΟΡΕΣ	51 23,0%	13 7,3%	64 16,0%
	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 10 ΦΟΡΕΣ	27 12,2%	8 4,5%	35 8,7%
	Σύνολα	222 100,0%	179 100,0%	401 100,0%

$$\chi^2 = 32.811$$

$$\beta.ε. = 4$$

$$p = 0.00$$

Οι διαφορές (που είναι στατιστικά σημαντικές) εντοπίζονται στην υψηλή συχνότητα μέθης όσων κατοικούν στο κέντρο της πόλης.

Πίνακας 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος ποτού που καταναλώνουν το Σαββατοκύριακο σε σχέση με την περιοχή δειγματοληψίας

		ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
ΤΙ ΠΙΝΟΥΝ ΤΟ ΣΑΒΒΑΤΟΚΥΡΙΑΚΟ	ΚΡΑΣΙ	55 24,8%	37 20,7%	92 22,9%
	ΜΠΥΡΑ	24 10,8%	24 13,4%	48 12,0%
	ΟΥΖΟ	10 4,5%	0 0,0%	10 2,5%
	ΟΥΙΣΚΙ	72 32,4%	53 29,6%	125 31,2%
	ΑΛΛΟ	52 23,4%	46 25,7%	98 24,4%
	ΝΕΡΟ	0 0,0%	5 2,8%	5 1,2%
	ΤΙΠΟΤΑ	9 4,1%	14 7,8%	23 5,7%
	Σύνολα	222 100,0%	179 100,0%	401 100,0%

$$\chi^2 = 18.465$$

$$\beta.ε. = 6$$

$$p = 0.005$$

Οι στατιστική σημαντικότητα έγκειται στις διαφορές των προτιμήσεων για το κρασί, ούζο και ούισκι όσων κατοικούν στο κέντρο της πόλης σε σχέση με όσους διαμένουν στο προάστιο.

Πίνακας 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ποσότητα ποτού που καταναλώνουν το Σαββατοκύριακο και την περιοχή δειγματοληψίας

		ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ		Σύνολα
		ΚΕΝΤΡΟ	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	
ΠΟΣΟ ΠΙΝΟΥΝ ΤΟ ΣΑΒΒΑΤΟΚΥΡΙΑΚΟ	0	10 4,5%	16 8,9%	26 6,5%
	1	19 8,6%	56 31,3%	75 18,7%
	2	57 25,7%	38 21,2%	95 23,7%
	3	38 17,1%	19 10,6%	57 14,2%
	4	24 10,8%	18 10,1%	42 10,5%
	5	23 10,4%	11 6,1%	34 8,5%
	6	21 9,5%	11 6,1%	32 8,0%
	7	5 2,3%	1 0,6%	6 1,5%
	8	9 4,1%	0 0,0%	9 2,2%
	9	0 0,0%	1 0,6%	1 0,2%
	10	8 3,6%	6 3,4%	14 3,5%
	12	3 1,4%	0 0,0%	3 0,7%
	13	1 0,5%	0 0,0%	1 0,2%
	15	3 1,4%	1 0,6%	4 1,0%
	20	1 0,5%	0 0,0%	1 0,2%
	26	0 0,0%	1 0,6%	1 0,2%
Σύνολα	222 100,0%	179 100,0%	401 100,0%	

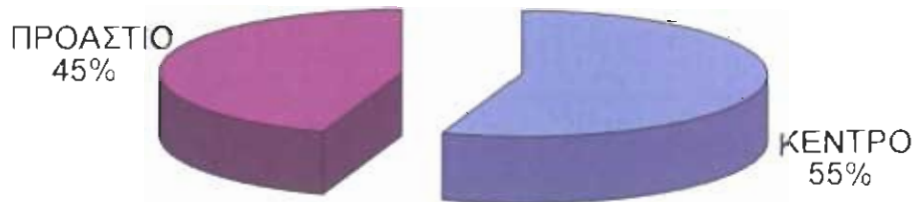
$$\chi^2 = 53.95$$

$$\beta.ε. = 15$$

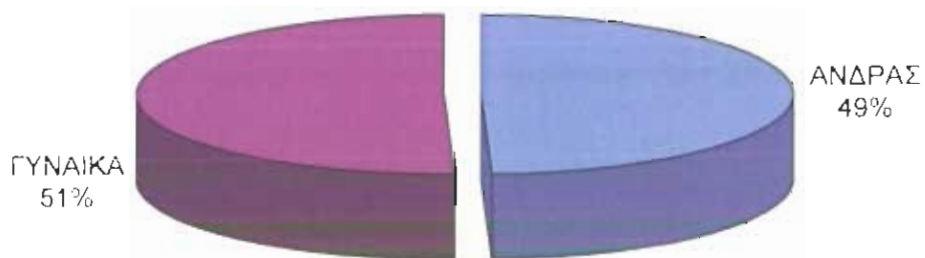
$$p = 0.00$$

Εδώ οι διαφορές (στατιστικά σημαντικές) βρίσκονται στο ότι όσοι διαμένουν στο προάστιο περιορίζονται σε χαμηλή ή καθόλου κατανάλωση ποτών σε σχέση με αυτούς του κέντρου που εμφανίζουν υψηλές καταναλώσεις ποτών.

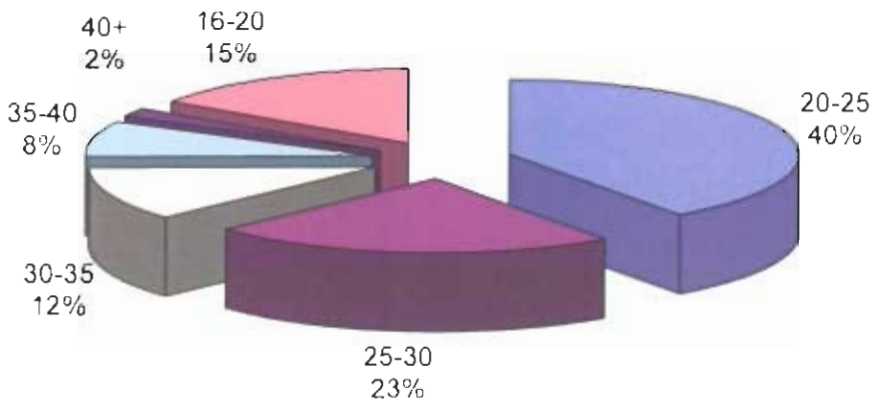
Σχήμα 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την περιοχή δειγματοληψίας



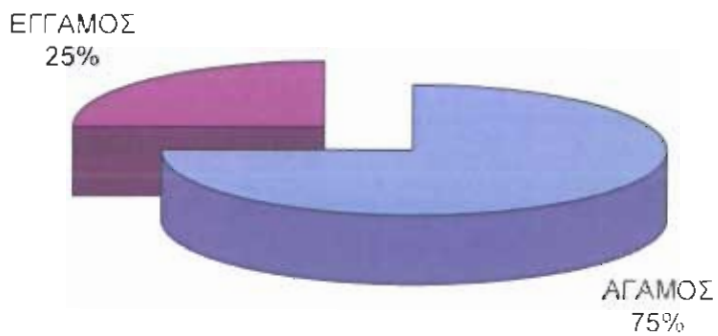
Σχήμα 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο



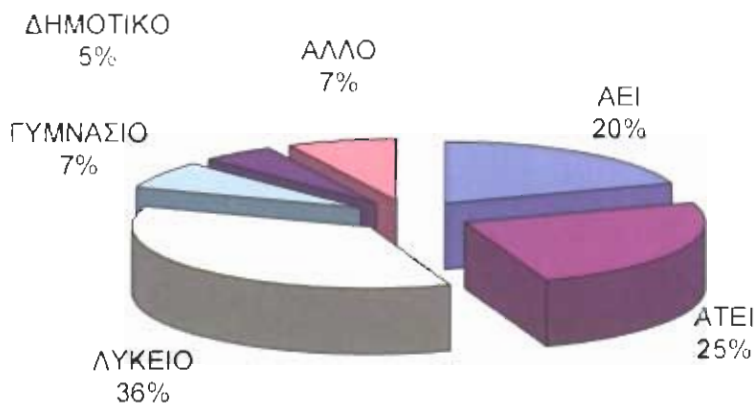
Σχήμα 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία



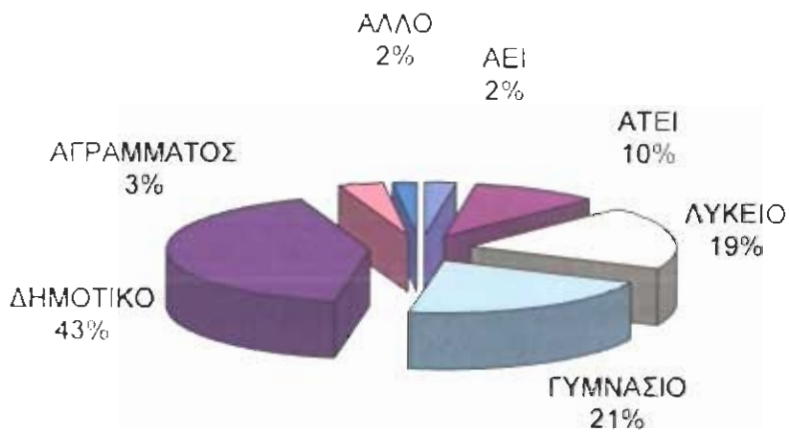
Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση



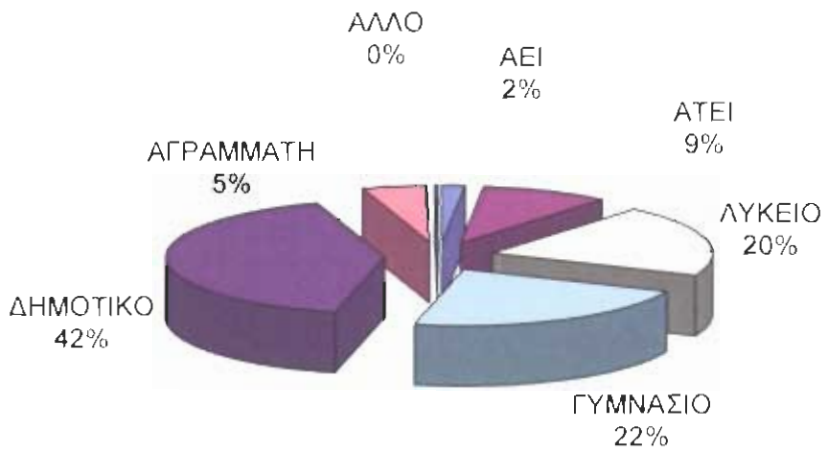
Σχήμα 5: Κατανομή δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του ερωτώμενου



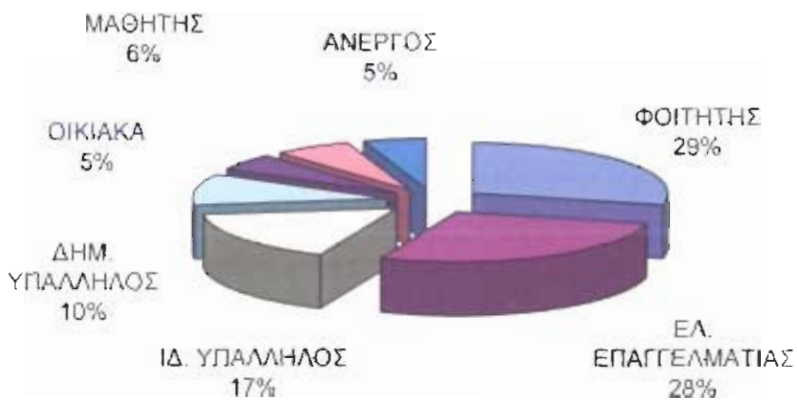
Σχήμα 6: Κατανομή δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα



Σχήμα 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας



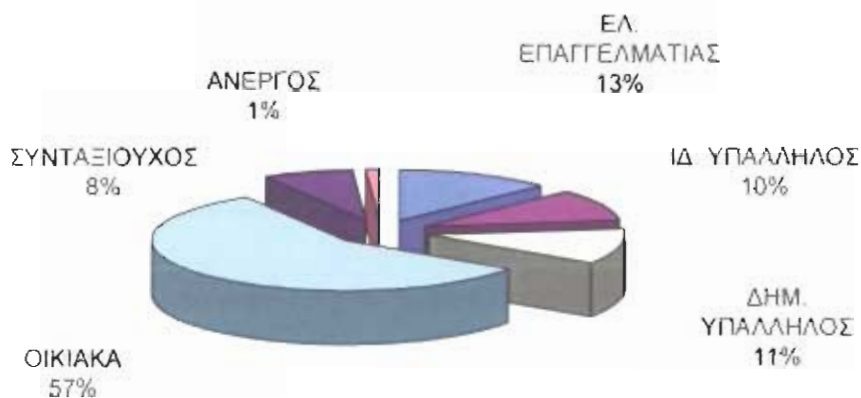
Σχήμα 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα του ερωτηθέντος



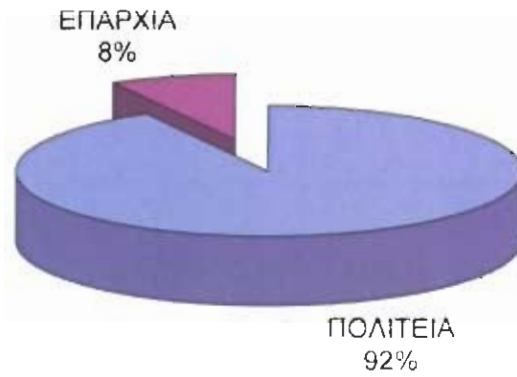
Σχήμα 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα του πατέρα



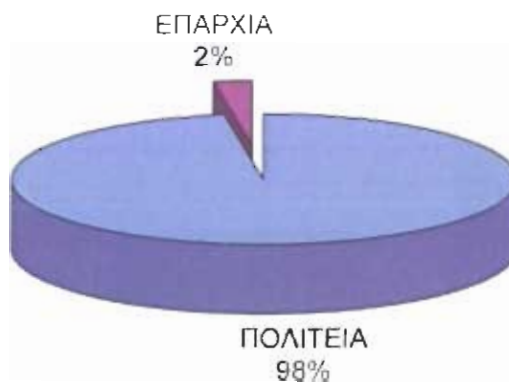
Σχήμα 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα της μητέρας



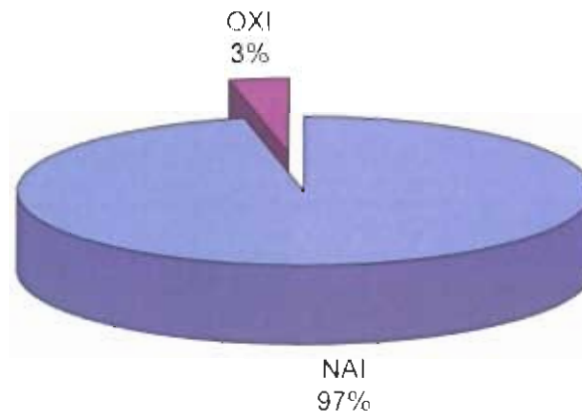
Σχήμα 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης



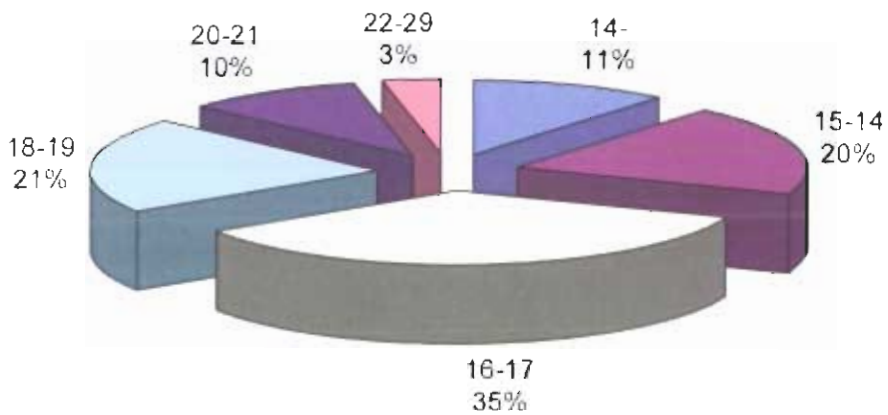
Σχήμα 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής τα τελευταία 5 χρόνια



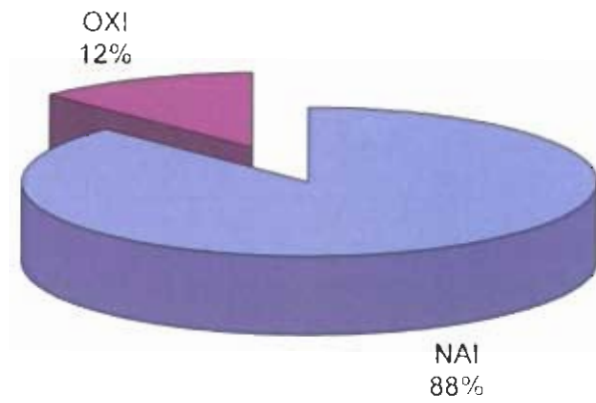
Σχήμα 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν ήπιαν ποτέ στη ζωή τους



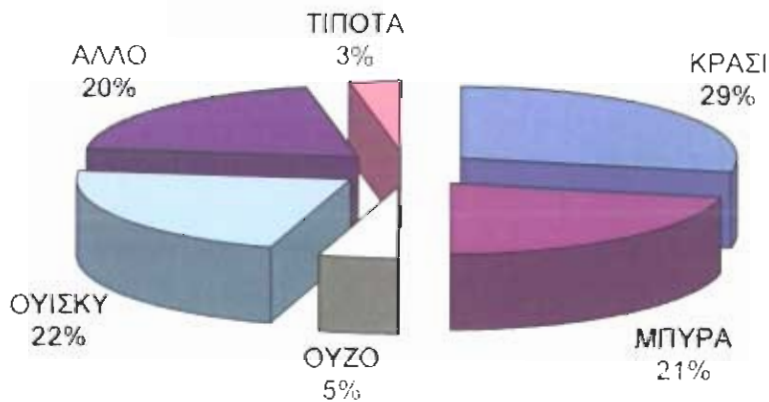
Σχήμα 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ



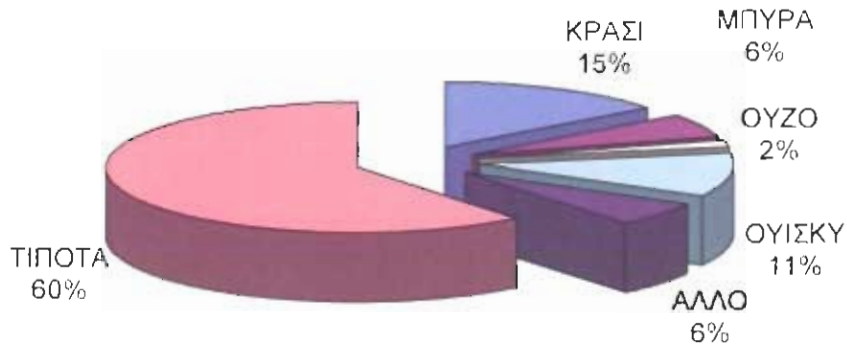
Σχήμα 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν κατανάλωσαν αλκοόλ τον τελευταίο χρόνο



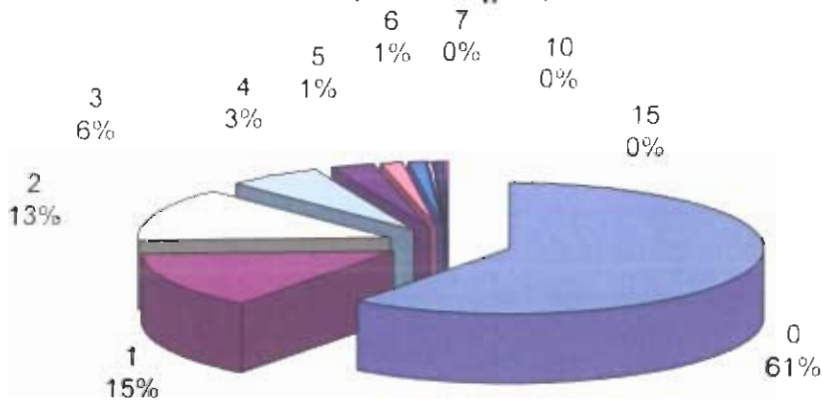
Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος ποτού που καταναλώνουν συνήθως



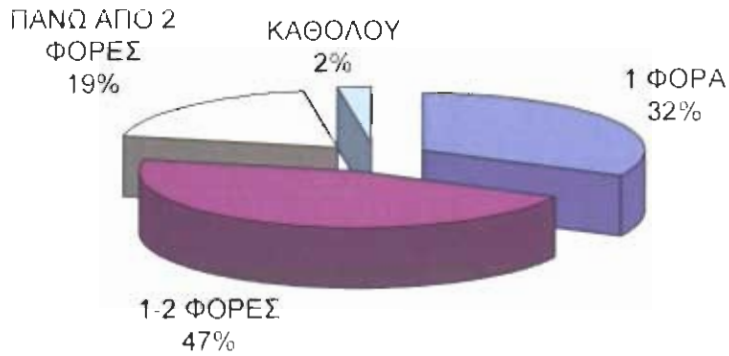
Σχήμα 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος ποτού που κατανάλωσαν την προηγούμενη μέρα



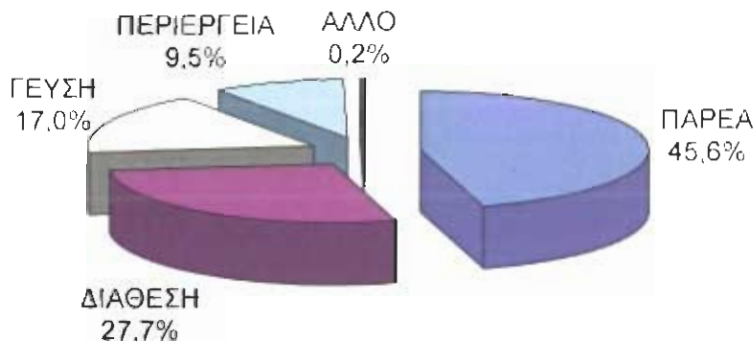
Σχήμα 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ποσότητα αλκοόλ που ήπιαν την προηγούμενη μέρα (σε ποτήρια)



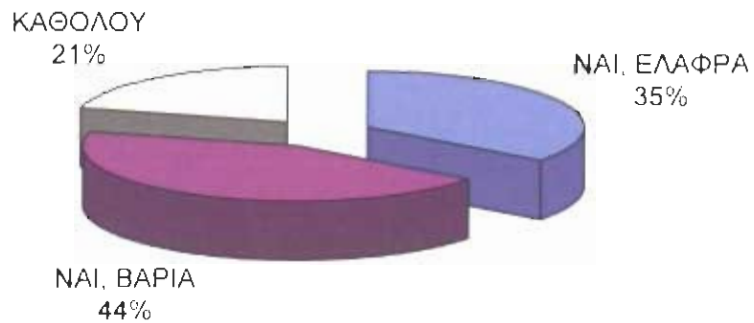
Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ



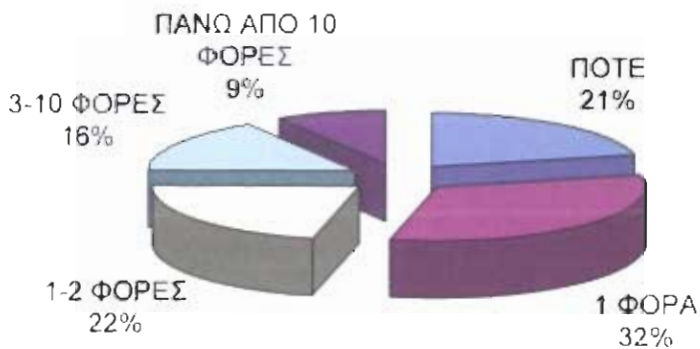
Σχήμα 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον λόγο κατανάλωσης αλκοόλ



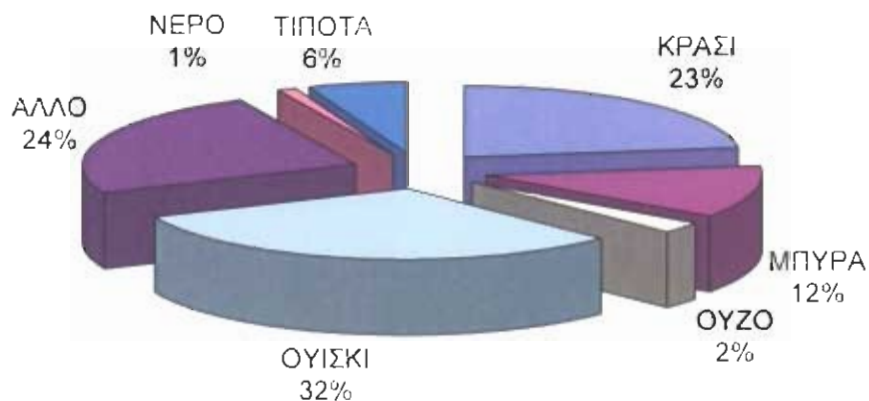
Σχήμα 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν μεθύσει ποτέ



Σχήμα 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές έχουν μεθύσει



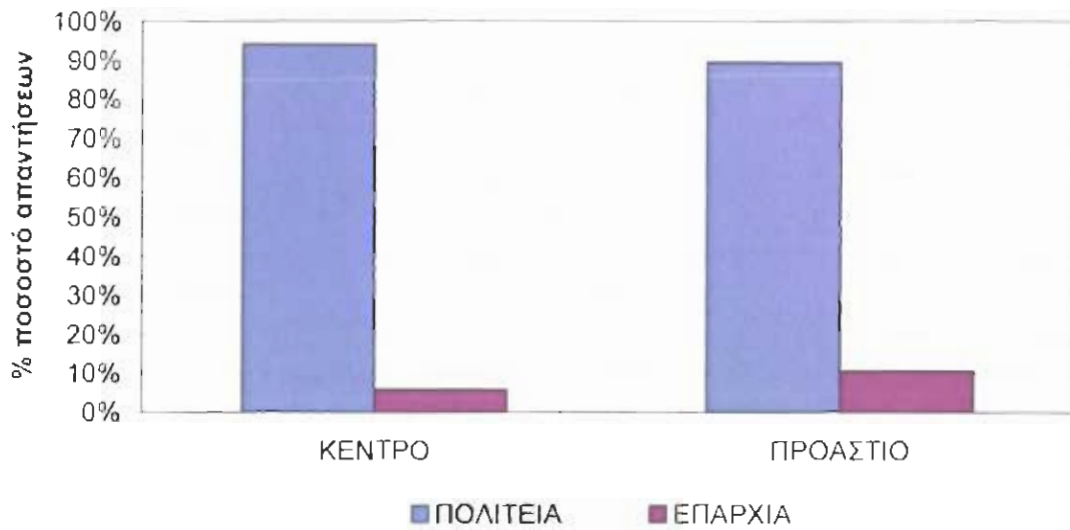
Σχήμα 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποτό που πίνουν το Σαββατοκύριακο



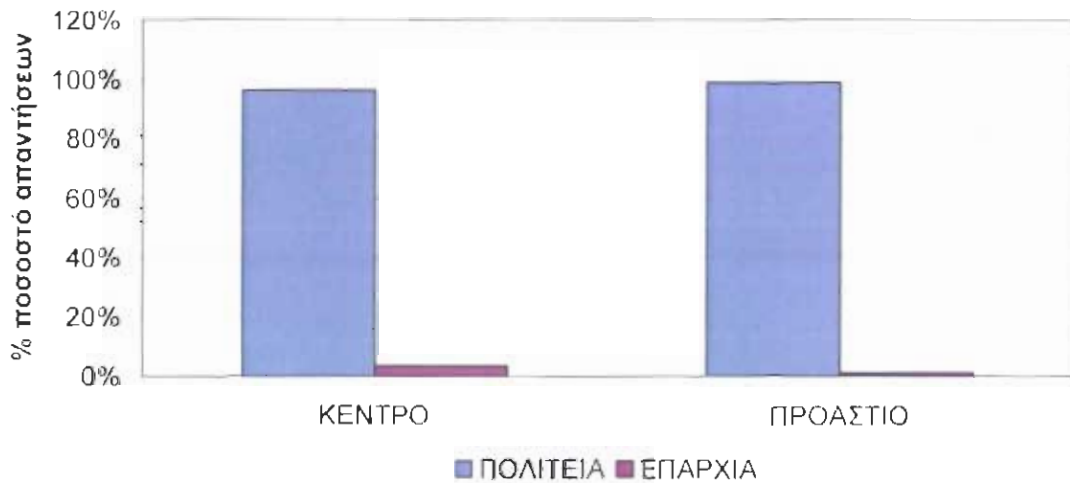
Σχήμα 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ποσότητα ποτού που πίνουν το Σαββατοκύριακο



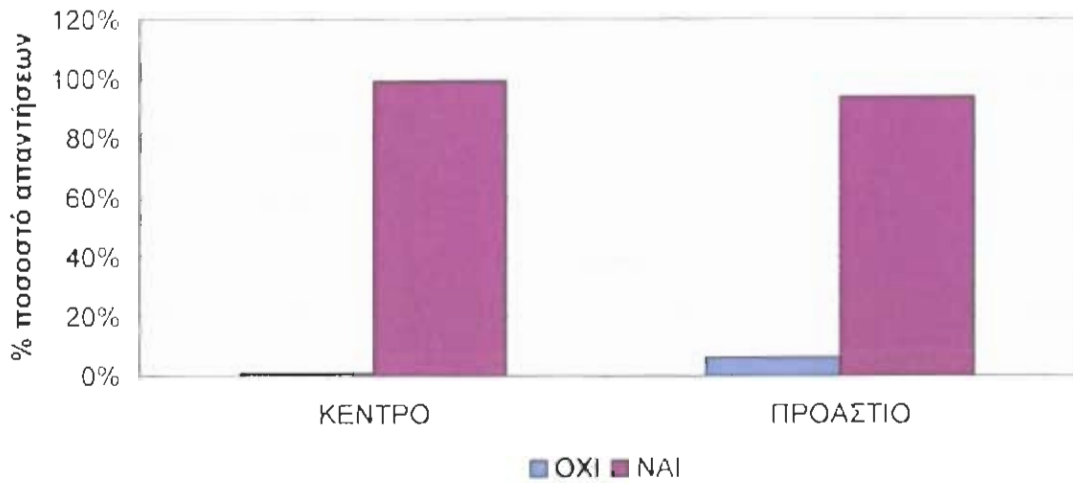
Σχήμα 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο γέννησης και την περιοχή δειγματοληψίας



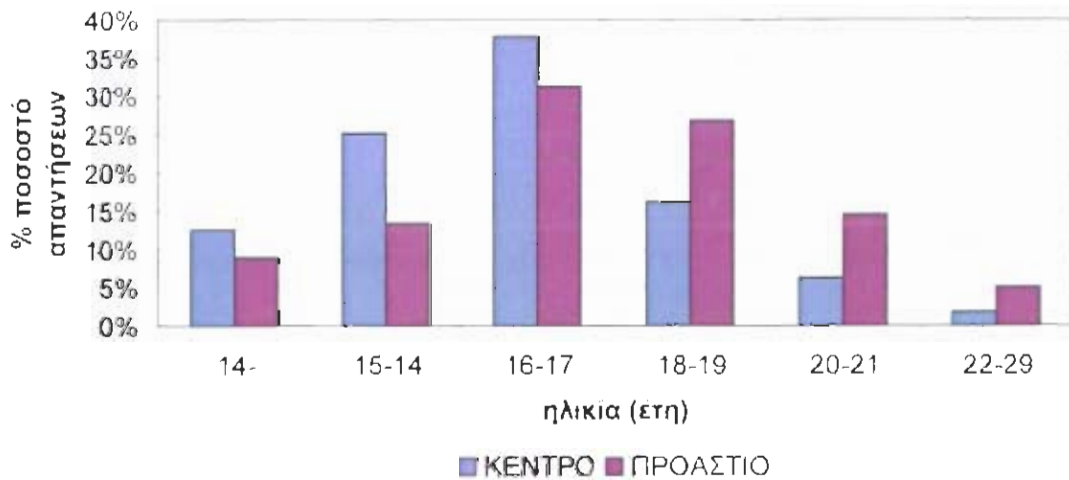
Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο κατοικίας των τελευταίων 5 ετών και την περιοχή δειγματοληψίας



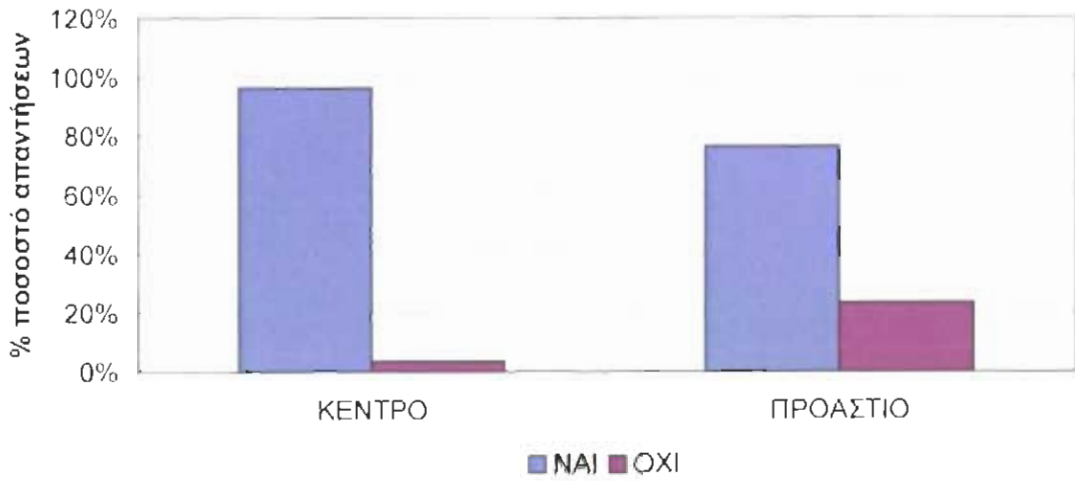
Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν πιεί ποτέ αλκοόλ και την περιοχή δειγματοληψίας



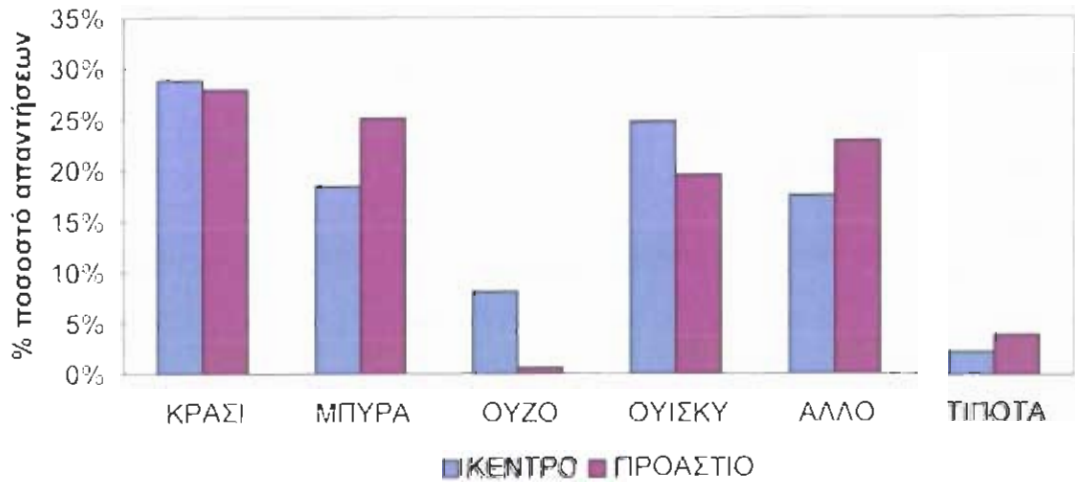
Σχήμα 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ και την περιοχή δειγματοληψίας



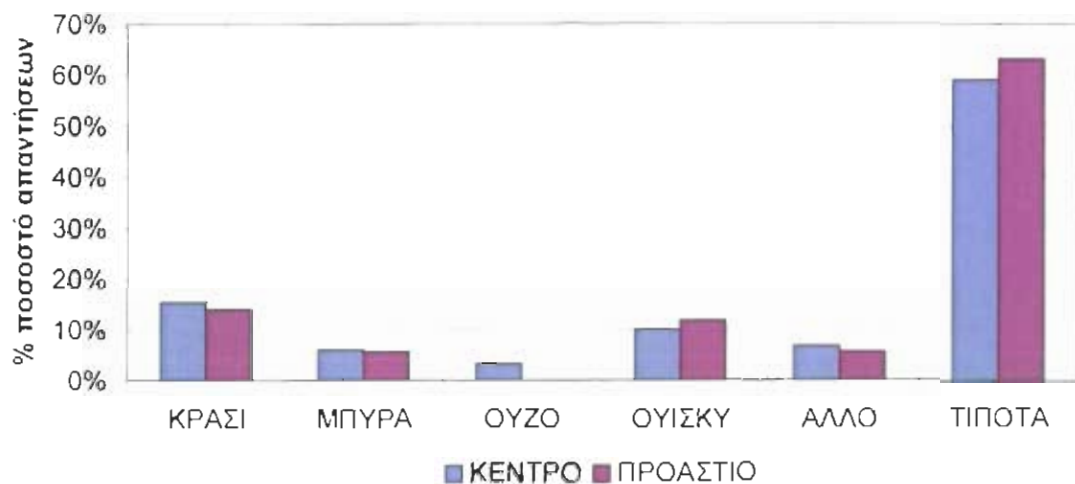
Σχήμα 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατανάλωση αλκοόλ το τελευταίο 12άμηνο και την περιοχή δειγματοληψίας



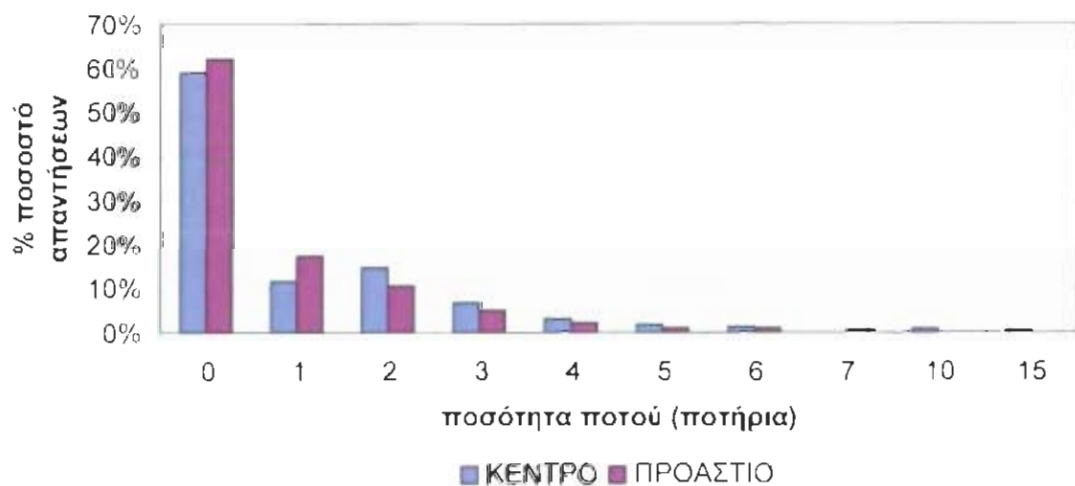
Σχήμα 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος ποτού που προτιμούν και την περιοχή δειγματοληψίας



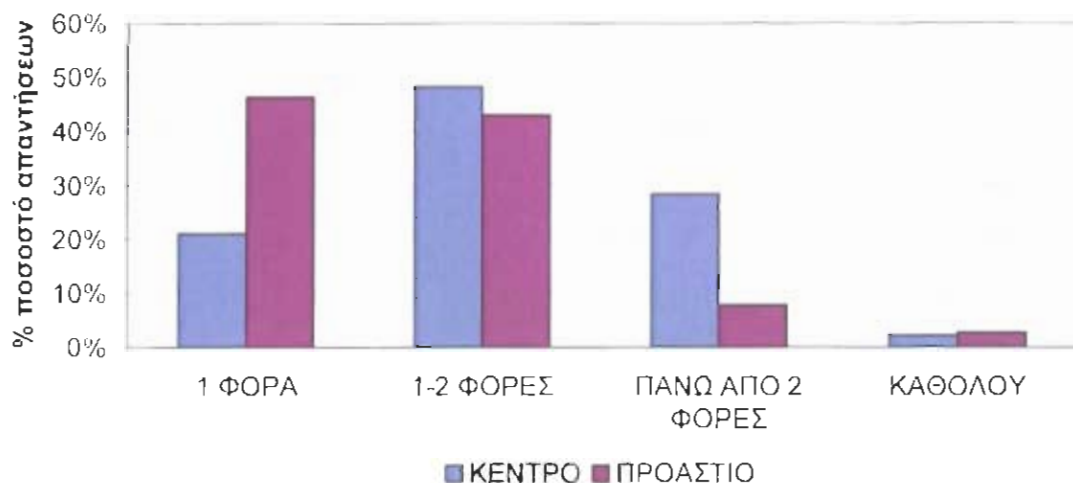
Σχήμα 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το ποτό που κατανάλωσαν την προηγούμενη μέρα και την περιοχή δειγματοληψίας



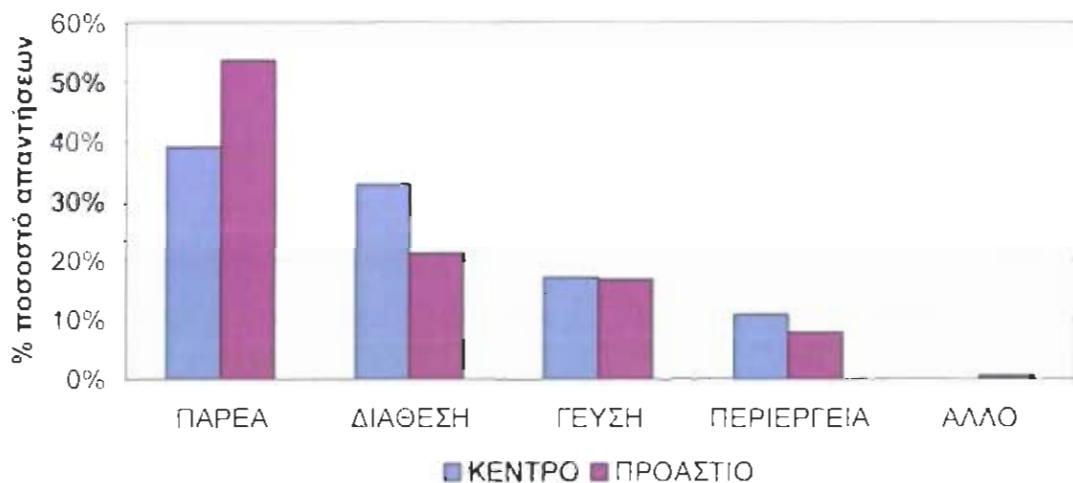
Σχήμα 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ποσότητα ποτού που ήπιαν την προηγούμενη μέρα και την περιοχή δειγματοληψίας



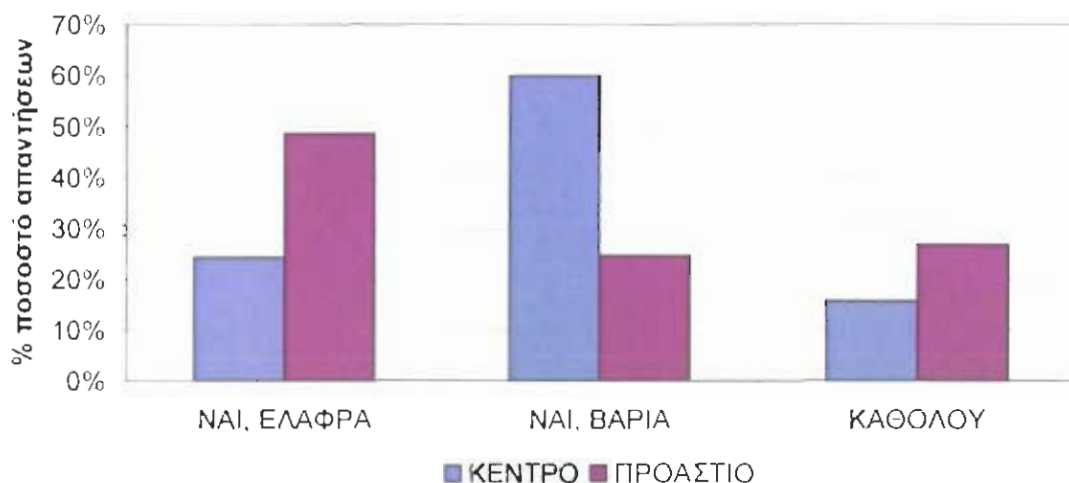
Σχήμα 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με την περιοχή δειγματοληψίας



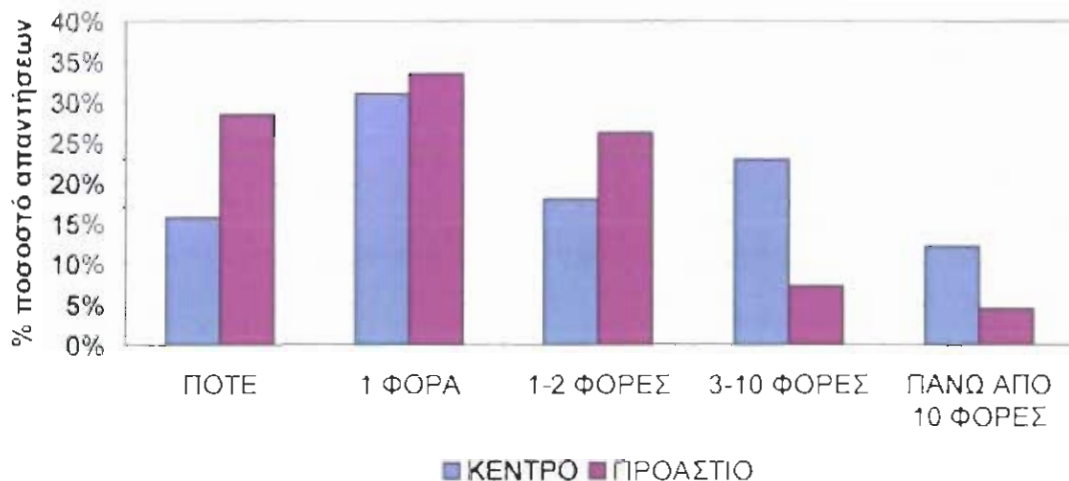
Σχήμα 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τους λόγους κατανάλωσης αλκοόλ σε σχέση με την περιοχή δειγματοληψίας



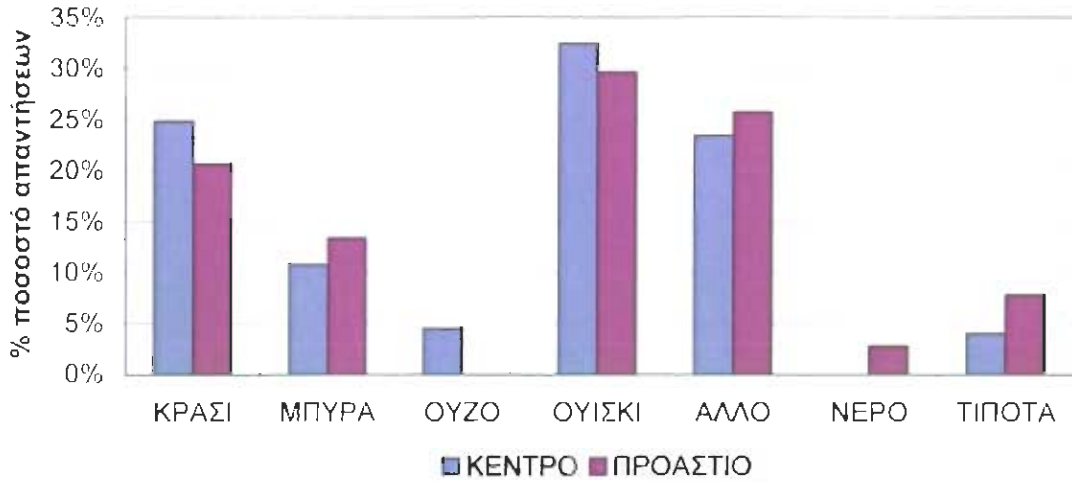
Σχήμα 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν μεθύσει ποτέ σε σχέση με την περιοχή δειγματοληψίας



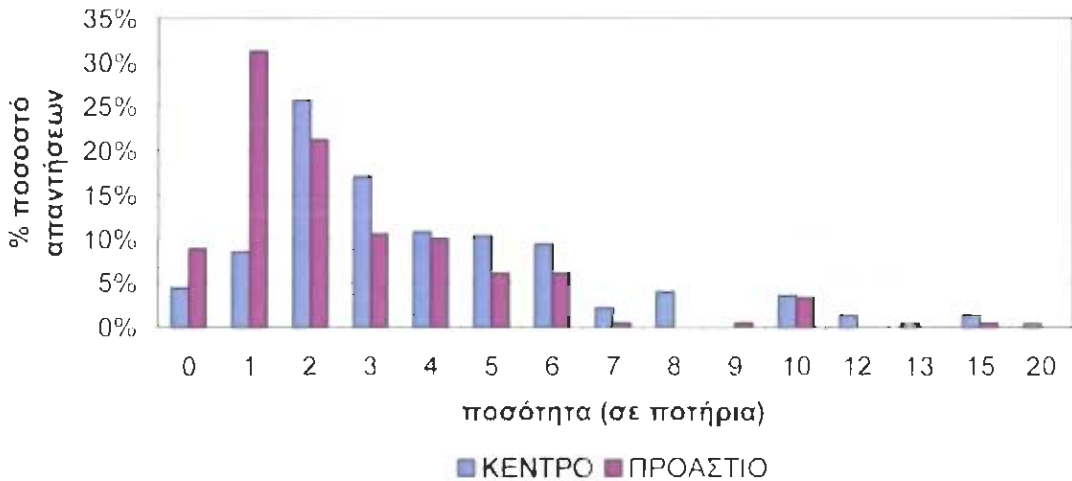
Σχήμα 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα που έχουν μεθύσει και την περιοχή δειγματοληψίας



Σχήμα 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος ποτού που καταναλώνουν το Σαββατοκύριακο σε σχέση με την περιοχή δειγματοληψίας



Σχήμα 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ποσότητα ποτού που καταναλώνουν το Σαββατοκύριακο και την περιοχή δειγματοληψίας



Συζήτηση

Ο πληθυσμός του δείγματος της μελέτης μας είναι σχετικά μικρός αλλά το πλεονέκτημα του δείγματος αυτού είναι ότι είναι τυχαίο δείγμα. Επίσης θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ^{ως} ότι η μελέτη μας περιορίστηκε στο κέντρο της πόλης των Πατρών και στην περιφέρεια. Μεταξύ των δύο περιοχών υπάρχει διαφορά τόσο στο μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο και μας δίνει την εικόνα όλης της Πάτρας.

Έγινε διανομή 401 αντιτύπων του ερωτηματολογίου. Το δείγμα με βάση την περιοχή δειγματοληψίας είναι μοιρασμένο. Από τις 401 απαντήσεις οι 222 προέρχονται από το κέντρο ενώ 179 από προάστιο της Πάτρας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου προήλθε από 198 άνδρες και 203 γυναίκες.

Σχεδόν το σύνολο του δείγματος (78,6%) αποτελούν νέοι ηλικίας 20-30 ετών. Κατά συνέπεια ^{αυαφένεσαλ} η έρευνα να διέπεται κυρίως από τις απόψεις αυτών.

Το μισό δείγμα (44,4%) είναι απόφοιτοι ανώτερης εκπαίδευσης.

Η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει κατανάλωση κρασιού, ενώ μοιρασμένα είναι τα ποσοστά για την προτίμηση σε μύρα, ούισκι ή άλλου ποτού.

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι αιτία κατανάλωσης αλκοόλ είναι η παρέα (45,6%) και η διάθεση (27,7%) ενώ η γεύση και η περιέργεια αντιστοιχούν στο 26,5%.

Το 79,3% του δείγματος δηλώνει ότι έχει μεθύσει στο παρελθόν ενώ ένα 20,7% ότι δεν έχει μεθύσει ποτέ. Αυτό σημαίνει ότι από όσους δηλώνουν κατανάλωση αλκοόλ, το 17,5% δεν έχει μεθύσει ποτέ (ή ότι οι 4 στους 5 που πίνουν έχουν κάποια στιγμή μεθύσει).

Φαίνεται ότι ένα ποσοστό 24,7% έχουν υποπέσει σε κατάσταση μέθης πάνω από 3 φορές (και σχεδόν ένα 10% πάνω από 10 φορές).

Οι προτιμήσεις του δείγματος ως προς τα ποσά διαφοροποιούνται κατά το Σαββατοκύριακο. Φαίνεται ότι κατά τις εξόδους τους προτιμούν σε ποσοστό 31,2% πίνουν ουίσκι σε ένα ποσοστό 24,4% κάποιο άλλο είδος ποτού. Η κατανάλωση κρασιού κατά συνέπεια περιορίζεται στη διάρκεια του φαγητού.

Το 75% του δείγματος καταναλώνει μέχρι 5 ποτά το Σαββατοκύριακο ενώ υπάρχει ένα άλλο 18% που ξεπερνά τα 5 ποτά.

Η κατανάλωση αλκοόλ από κατοίκους του κέντρου είναι σχεδόν καθολική ενώ το ποσοστό όσων δεν πίνουν από το προάστιο είναι μεγαλύτερη. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.

Οι ηλικίες έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ διαφέρουν στατιστικά ανάμεσα στους κατοίκους του κέντρου και σε αυτούς του προαστίου. Για παράδειγμα φαίνεται ότι μεγαλύτερο ποσοστό όσων μένουν στο κέντρο άρχισαν να πίνουν σε μικρότερη ηλικία.

Το μεγαλύτερο ποσοστό όσων πίνουν κατά τον τελευταίο χρόνο προέρχεται σαν δείγμα από το κέντρο παρά από το προάστιο. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.

Στην ερώτηση : «πόσο πίνετε την εβδομάδα;» έχουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι διαφορές αυτές αφορούν την χαμηλή κατανάλωση (μικρότερη στο προάστιο) και την υψηλή κατανάλωση (μεγαλύτερη στο κέντρο).

Επίσης εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις απαντήσεις του κέντρου και του προαστίου. Οι διαφορές εντοπίζονται στην «παρέα» που προτιμούν τα άτομα του προαστίου και στην «διάθεση» που προτιμούν τα άτομα του κέντρου (υποδηλώνει μοναχικότητα).

Η βαριά μέθη είναι πολύ πιο συχνή σε άτομα του κέντρου αντίθεση με την ελαφρά μέθη που είναι πιο συχνή στο προάστιο. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Οι διαφορές (που είναι στατιστικά σημαντικές) εντοπίζονται στην υψηλή συχνότητα μέθης όσων κατοικούν στο κέντρο της πόλης.

Η στατιστική σημαντικότητα έγκειται στις διαφορές των προτιμήσεων για το κρασί, ούζο και ουίσκι όσο κατοικούν στο κέντρο της πόλης σε σχέση με όσους διαμένουν στο προάστιο.

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Όσοι διαμένουν στο προάστιο περιορίζονται σε χαμηλή ή καθόλου κατανάλωσης ποτών σε σχέση με αυτούς του κέντρου που εμφανίζουν υψηλές καταναλώσεις ποτών.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΦΥΛΟ

ΑΡΡΕΝ

ΘΗΛΥ

ΗΛΙΚΙΑ

ΕΓΓΑΜΟΣ

ΑΓΑΜΟΣ

Ποιες είναι οι γραμματικές σας γνώσεις;

1. Πτυχίο Ανώτατης Σχολής ή πλέον
2. Πτυχίο Ανωτέρας Σχολής
3. Απόφοιτος Λυκείου
4. Απόφοιτος Γυμνασίου
5. Απόφοιτος Δημοτικού
6. Αγράμματος

Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις του πατέρα σου;

Ποιες είναι οι γραμματικές γνώσεις της μητέρας σου;

Ποιο είναι το επάγγελμά σου;

Ποιο είναι το επάγγελμα του πατέρα σου;

Ποιο είναι το επάγγελμα της μητέρας σου;

Τόπος γεννήσεως;

Που ζήσατε τα τελευταία πέντε χρόνια;

1. Ήπιατε ποτέ στη ζωή σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Σε ποια ηλικία αρχίσατε να πίνετε (κρασί, μύρα ή άλλο οينوπνευματώδες ποτό);

Κάτω από 14 ετών	14-15	16-17	
	18-19	20-21	22-29

3. Πίνετε τώρα; (κατά το τελευταίο 12μηνο);

ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Τι πίνετε συνήθως;

Κρασί	Μύρα	Άλλου είδους ποτό (ούζο, ουίσκι κτλ)
-------	------	---

Μπορείτε να σημειώσετε περισσότερα από ένα).

5. Χθες τι ήπιατε;

Κρασί (ποτηράκια).....
Μύρα (μπουκάλια μικρά ή μεγάλα).....
Ούζο (ποτηράκια).....
Ουίσκι (ποτήρια).....
Άλλο (λικέρ ποτηράκια).....

6. Πόσο συχνά συνηθίζετε να πίνετε;

Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα
1-2 φορές την εβδομάδα

7. Ποιος ή ποιοι είναι οι σπουδαιότεροι λόγοι που σας κάνουν να πίνετε;

Για την παρέα

Για να φτιάξει η διάθεσή μου, να χαλαρώσω

Για τη γεύση – με το φαγητό

Από περιέργεια ή για κάποιο άλλο λόγο

8. Έχετε ποτέ μεθύσει;

Ελαφριά

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Βαρειά

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Πόσο συχνά?

1 φορά

1-2 φορές

3-10 φορές

Παραπάνω

9. Τι πίνετε και πόσο το Σαββατοκύριακο;

Κρασί (ποτηράκια).....

Μπύρα (μπουκάλια μικρά ή μεγάλα).....

Ούζο (ποτηράκια).....

Ουίσκι (ποτήρια).....

Άλλο (λικέρ ποτηράκια).....

Βιβλιογραφία

ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ – «Η αλήθεια για τα ναρκωτικά και το κάπνισμα», Δ΄ έκδοση, εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα 1988.

ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ – «Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών...και με ελπίδα», έκδοση 3^η, εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα 1994.

ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΣ ΑΠ. –«Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι», Πάτρα 2001.

ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ – «Ναρκωτικά και αυτογνωσία – Ψυχεδέλεια και διαλογισμός», Εκδοτικό τυπογραφείο Πατρών, Γεωργ. Ι. Πετράκη, Πάτρα 1995.

ΓΡΙΒΑΣ ΚΛΕΑΝΘΗΣ – «Κάνναβη, Μαριχουάνα, Χασίσ», εκδόσεις Νέα Σύνορα – Α.Α Λιβάνη, Αθήνα 1993.

ΔΕΤΟΦΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ – «Σημειώσεις Υγιεινής ΙΙ», για το τμήμα Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι Πατρών.

ΚΑΖΑΛΟΤΤΙ ΕΛΙΖΑΜΠΕΤΤΑ – «Χρήση ουσιών – Περιορισμός κινδύνων και πρώτες βοήθειες», εκδόσεις Ακτή, Αθήνα 1998.

ΚΟΚΚΕΒΗ ANNA, ΜΑΔΙΑΝΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ, ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΚΩΣΤΑΣ – «Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα – Η χρήση ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό», Β΄ τόμος, εκδόσεις Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 1992.

ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ – «Κοινωνία και Ψυχική υγεία – Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική», 1^{ος} τόμος, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989.

ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ – «Κοινωνία και Ψυχική υγεία – Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή», 2^{ος} τόμος, τεύχος Α΄, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1989.

ΜΑΝΟΥ ΝΙΚΟΣ – «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1997.

ΜΑΡΣΕΛΟΣ ΜΑΡΙΟΣ – «Εξαρτησιογόνες ουσίες», Εκδόσεις Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα 1997.

ΝΟΜΙΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ – «Εξαρτησιογόνες ουσίες», Πάτρα 2001.

ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ ΓΡΗΓΟΡΗΣ – «Νόμιμες ουσίες εξάρτησης Αλκοόλ», εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1994.

ΣΕΦΕΡΟΥ ΜΑΡΙΑ – «Η κραυγή – ναρκωτικά : Αρρώστια ή επιλογή;», εκδόσεις Ευρώτας, Αθήνα 1997.

ΣΩΤΗΡΙΟΥ Α. ΡΑΠΤΗ – «Εσωτερική Παθολογία», 4^{ος} τόμος, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισσιανός, Αθήνα 1998.

ΤΖΑΦΡΗ Γ., ΠΗΤΕΡΣΟΝ Ρ., ΧΟΝΤΣΟΝ Ρ. – « Ο κύκλος της ζωής Ναρκωτικά – τσιγάρο – αλκοόλ – Προβλήματα και απαντήσεις», εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1981.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ –
«Προληπτική Ιατρική», εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1986.

ΤΣΑΡΟΥΧΑΣ ΚΩΣΤΑΣ – «Αλκοόλ ένα σκληρό ναρκωτικό», 2^η έκδοση,
εκδόσεις Άγκυρα / έρευνα – επικοινωνία, Αθήνα 2000.

ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ ΠΕΤΡΟΣ – «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», έκδοση Β΄,
εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991.

LEMPERIERE – A. FELINE ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ – «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής
ενηλίκων – Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην
Ελλάδα», Α΄ τόμος, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1995.

