

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ, ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗ ΕΥΣΤΡΑΤΙΑ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΟΣΧΟΥ- ΚΑΚΚΟΥ ΑΘΗΝΑ, MSc

ΠΑΤΡΑ 2005

“Δεν θα τραβήξουμε
μπροστά ένας- ένας
αλλά δύο.

Κι αν γνωριζόμαστε δύο-δύο
Θα γνωριστούμε όλοι...”

Paul Elyard

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ	7
1.1. Ιστορική Αναδρομή	7
1.2. Αιθυλική αλκοόλη	12
1.3. Απορρόφηση αιθυλικής αλκοόλης	13
1.4. Κατανομή αιθυλικής αλκοόλης	17
1.5. Μεταβολισμός αιθυλικής αλκοόλης	17
1.6. Φαρμακολογικές ιδιότητες αιθυλικής αλκοόλης	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	21
ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ	21
2.1 Ορισμός	21
2.2 Τύποι αλκοολισμού	22
2.3 Φάσεις αλκοολισμού	23
2.4 Εξάρτηση από το αλκοόλ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	26
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ	26
3.1 Επιδημιολογία αλκοολισμού	26
3.2 Αιτιολογία αλκοολισμού	29
3.2.1 Ψυχολογικοί παράγοντες (η αλκοολική προσωπικότητα)	29
3.2.2 Κοινωνικοί παράγοντες	30
3.2.3 Πολιτισμικοί παράγοντες	33
3.2.4 Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	36
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ	36
4.1 Σωματικές εκδηλώσεις	36
4.1.1 Αλκοολική Τοξίκωση	36
4.1.2 Αλκοολική περιφερική νευροπάθεια	38
4.1.3 Εγκεφαλοπάθεια Wernicke	40
4.1.4 Οξεία και Χρόνια γαστρίτιδα	40
4.1.5 Οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα	41
4.1.6 Λιπώδες Ήπαρ	42
4.1.7 Αλκοολική Ηπατίτιδα	43
4.1.8 Αλκοολική Κίρρωση	44
4.1.9 Καρκίνος	45
4.1.10 Αλκοολική καρδιομυοπάθεια	45
4.1.11 Αλκοολικό εμβρυϊκό σύνδρομο	46
4.1.12 Άλλες επιδράσεις στον οργανισμό	48
4.2 Ψυχιατρικές αλκοολικές διαταραχές	49

4.2.1 Στερητικό αλκοολικό σύνδρομο.....	49
4.2.2 Αλκοολική ψευδαισθήτωση.....	50
4.2.3 Αλκοολικό τρομάδες παραλήρημα.....	50
4.2.4 Σύνδρομο Korsakoff.....	51
4.2.5 Αλκοολική Άνοια.....	52
4.2.6 Διαταραχές της διάθεσης.....	53
4.3 Κοινωνικές αλκοολικές συνέπειες.....	53
4.4 Εκτίμηση του αλκοολικού.....	54

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	58
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	58
Πρόληψη αλκοολισμού.....	58
5.1 Πρωτογενής πρόληψη.....	59
5.2 Δευτερογενής πρόληψη.....	65
5.3 Τριτογενής πρόληψη.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	68
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	68
Βραχύχρονη θεραπεία του αλκοολισμού.....	68
6.1. Νοσηλευτική αντιμετώπιση της οξείας μέθης.....	68
6.2. Νοσηλευτική αντιμετώπιση του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου.....	70
6.3 Νοσηλευτική αντιμετώπιση της αλκοολικής παγκρεατίτιδας.....	73
6.4. Νοσηλευτική αντιμετώπιση της αλκοολικής κίρρωσης.....	75
Μακρόχρονη Θεραπεία Αλκοολισμού.....	75
6.5. Θεραπεία με Δισουλφιράμη (Antabuse).....	79
6.6. Ατομική ψυχοθεραπεία.....	80
6.7. Οικογενειακή ψυχοθεραπεία.....	81
6.8. Ανώνυμοι Αλκοολικοί.....	83
6.9. Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	85

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	90
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.....	90
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	90
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1 ^η	90
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2 ^η	94
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	97
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	99
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	101

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στη χώρα μας, τόσο οι προσπάθειες της πολιτείας και των κοινωνικών φορέων, όσο και η σχετική βιβλιογραφία έχει μέχρι σήμερα περιοριστεί στη μελέτη και στη αντιμετώπιση των «παράνομων» ουσιών εξάρτησης (ναρκωτικά), ενώ ελάχιστη έως ανύπαρκτη είναι η αντίστοιχη ενασχόληση με τις «νόμιμες» ουσίες εξάρτησης, όπως είναι το αλκοόλ.

Παρόλο που η μελέτη της χρήσης και της κατάχρησης της αλκοόλης θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο όλου του φάσματος των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών, η παρούσα προσπάθεια περιορίζεται μοιραία στην παρουσίαση ορισμένων διαστάσεων του πολύπλοκου αυτού φαινομένου. Συγκεκριμένα, εξετάζονται οι έννοιες του αλκοολικού και προβληματικού πότη, οι επιπτώσεις του αλκοόλ στο άτομο και την κοινωνία και τέλος περιγράφονται και αξιολογούνται οι σχετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Η εργασία αυτή έχει ως στόχο να θίξει ορισμένα ζητήματα που σχετίζονται με τη χρήση και την κατάχρηση αλκοόλ, όπως είναι οι δυσμενείς επιπλοκές που έχει στην σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου. Φιλοδοξεί επίσης, να κάνει ένα βήμα μπροστά, όσον αφορά την πρόληψη του αλκοολισμού, πριν πάρει τρομακτικές διαστάσεις. Εκείνο που χρειάζεται είναι η ευαισθητοποίηση του πολίτη και της κοινωνίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου κ.Μόσχου για την επίβλεψη και την βοήθειά της στην υλοποίηση αυτής της εργασίας και όλους αυτούς που με βοήθησαν να συγκεντρώσω τις πληροφορίες που ήθελα. Οφείλω, επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ στη μητέρα μου για την αμέριστη συμπαράσταση, υλική και πνευματική, όλα αυτά τα χρόνια

ώσπου να φτάσω στο πτυχίο της σχολής, αυτής που λέγεται Νοσηλευτική και στην αφετηρία της επαγγελματικής μου καριέρας, προσφέροντας τη βοήθειά μου στο κοινωνικό σύνολο.

Ευχαριστώ,

Καλογιάννη Ευστρατία

Μέρος Πρώτο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ

1.1. Ιστορική Αναδρομή

Το οινόπνευμα έγινε πιθανότατα γνωστό στον άνθρωπο κατά την απαρχή της ιστορίας του, όταν τυχαία ανακάλυψε τη δράση διαφόρων χυμών φρούτων που είχαν υποστεί ζύμωση. Ιστορικές πηγές αναφέρουν την καλλιέργεια αμπελιών, κυρίως στη Μεσόγειο, ήδη από το 3500 π.Χ. Την ίδια εποχή έχουμε περιγραφές σε αιγυπτιακούς παπύρους, καθώς και σε επιγραφές ναών για την φαρμακολογική επίδραση του κρασιού σε συγκεκριμένη αναφορά στη μέθη. Είναι προφανές ότι οι αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν συνδέσει τη μέθη με τη διασκέδαση, γεγονός που αντανακλάται στις περιγραφές αυτές. Οι Αιγύπτιοι γνώριζαν και τη μύρα, για την οποία αναφέρουν ότι «πρέπει κανείς να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες οينوπνευματωδών για να έλθει σε κατάσταση ευθυμίας».

Εκτός από τη χρήση οينوπνευματωδών για λόγους διασκέδασης, το κρασί ήταν συνηθισμένο γιατρικό για εσωτερική και εξωτερική χρήση (περιποίηση τραυμάτων). Τα Ομηρικά έπη κάνουν συχνή και σαφή μνεία για τις ιατρικές εφαρμογές του οίνου. Ο Μαχάων, γιος του Ασκληπιού που πήρε μέρος στον Τρωικό πόλεμο ως γιατρός των Αχαιών, περιθάλλει τον πληγωμένο Ευρύπυλο προσφέροντάς του κρασί.

Στην κλασική Ελλάδα η χρήση του οίνου, άκρατου ή κεκραμένου, αναφέρεται συχνότατα σε ιστορικές πηγές, με χαρακτηριστικότερο ίσως παράδειγμα το Συμπόσιο του Πλάτωνα. Είχε, άλλωστε, συνδεθεί με τις δημοφιλείς θρησκευτικές τελετές των Διονυσίων.

Λεπτομερείς φαρμακολογικές αναφορές για την επίδραση του κρασιού στον οργανισμό και για τη συμπεριφορά του μεθυσμένου ανθρώπου μας δίνει ο Πλίνιος ο πρεσβύτερος. Άλλωστε, ο Αθηναίος περιγράφει τα έθιμα σχετικά με την οινοποσία σε βάρβαρους λαούς, όπως οι Λύδιοι, οι Πέρσες, οι Σκύθες και οι Καρχηδόνιοι. Ειδικότερα για τους Μακεδόνες, αναφέρει ότι ήταν τόσο γεροί πότες, ώστε από το πολύ κρασί στο τέλος του συμποσίου ήταν αδύνατο να φάνε. Κατ'ανάλογο τρόπο, ο Σενέκας δίνει λεπτομερείς περιγραφές οινοποσίας σε ρωμαϊκά οργιαώδη συμπόσια. Είναι γνωστός ο τρόπος με τον οποίο οι Ρωμαίοι επέμεναν στη υπερβολική κατανάλωση τροφής και κρασιού, που συνήθως γινόταν με την πρόκληση εμετού για τη συνέχιση του γεύματος.

Τόσο οι Έλληνες όσο και οι Ρωμαίοι είχαν πλήρη επίγνωση της φαρμακολογικής ενέργειας του κρασιού, την οποία επεδίωκαν προκειμένου να φτάσουν σε κατάσταση μέθης. Την εποχή εκείνη δεν ήταν γνωστό το απόσταγμα οίνου, η δε καθημερινή πρακτική επέβαλλε την αραίωση του άκρατου (εν τοις συμποσίας μη πίνειν άκρατον), του οποίου η περιεκτικότητα σε αιθυλική αλκοόλη υπολογίζεται περίπου σε 18%. Ο οίνος δεν περιορίζεται με νομοθετικές διατάξεις, αλλά αντίθετα εμπεριέχεται σε πλείστες όσες εθιμοτυπικές και θρησκευτικές τελετουργίες. Τα θρησκευτικά αυτά έθιμα διατηρούνται στο Μεσαίωνα με τη συμβολή της εκκλησίας, η οποία αποδέχεται το οινόπνευμα και δεν επιβάλλει ηθικούς φραγμούς για τη χρήση του. Στη Μεσόγειο παράγεται συστηματικά κρασί, που εξάγεται και στη Βόρεια Ευρώπη, όπου η παραγωγή είναι περιορισμένη λόγω των κλιματολογικών συνθηκών. Υπάρχουν πάρα πολλές μαρτυρίες για τις συνήθειες γύρω από τη χρήση οινοπνεύματος κατά το Μεσαίωνα,, αλλά ιδιαίτερο

ενδιαφέρον παρουσιάζουν διάφορες περιγραφές για την προσθήκη ποικίλων καρυκευμάτων και άλλων συστατικών, προκειμένου η έντονη γεύση του ποτού να αποτρέπει την υπερκατανάλωσή του.

Η δημιουργία κοινωνικών προβλημάτων από κατάχρηση οινοπνεύματος αρχίζει το 12^ο αιώνα, με την ευρεία πλέον κατανάλωση αποστάγματος οίνου. Η τεχνική της απόσταξης του οινοπνεύματος τοποθετείται περίπου στο 1100 μ.Χ και θεωρείται αραβική επινόηση, η οποία αναπτύχθηκε και βελτιώθηκε με την άνθηση της Αλχημείας. Τους πρώτους αιώνες μετά την εφεύρεση του αποστακτήρα και μέχρι τον 16^ο αιώνα, η χρήση του περιορίζεται συνήθως μέσα σε μοναστήρια. Πηγή της αιθυλικής αλκοόλης είναι ο χυμός του σταφυλιού μέχρι το 17^ο αιώνα, όταν ο Sylvius, καθηγητής στην Ιατρική Σχολή του Leyden, διαπιστώνει ότι μπορεί να αποστάξει καθαρό οινόπνευμα από χυλό δημητριακών. Το προϊόν αυτό ονομάζεται από τον Sylvius Aqua Vitae και αρωματίζεται συνήθως με καρπούς κέδρου. Επειδή το αρτυματικό αυτό φυτό λέγεται στα γαλλικά genièvre, το παρασκεύασμα του Sylvius πήρε το συντετμημένο όνομα Gin. Το Gin αποτέλεσε πατροπαράδοτο ολλανδικό προϊόν, το οποίο από το 17^ο αιώνα άρχισε να εξάγεται και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Παράλληλα, έχουμε και τις πρώτες προειδοποιήσεις για τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από την κατάχρηση Gin, Brandy και άλλων δυνατών οινοπνευματωδών ποτών. Έχουμε επίσης την απαρχή κρατικού ελέγχου στη χρήση του καθαρού οινοπνεύματος, που επιδιώκεται με την επιβολή βαριάς φορολογίας. Παρά τα αυστηρά κατασταλτικά μέτρα, η απόσταξη καθαρού οινοπνεύματος διατηρείται και εξαπλώνεται, επειδή μεταξύ των άλλων παρείχε και κάποια ασφαλή αξιοποίηση των δημητριακών προϊόντων. Δεν πρέπει να ξεχνά κανείς και τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης που

επικρατούσαν τότε στις αγροτικές περιοχές της βόρειας και κεντρικής Ευρώπης, ειδικά τους χειμερινούς μήνες. Έτσι, η πείνα και η φτώχεια έβρισκαν καταφύγιο στη θαλπωρή του οينوπνεύματος με επακόλουθο την κατάχρηση.

Κατά το πρώτο ήμισυ του 18^{ου} αιώνα, η ευρεία χρήση οينوπνεύματος οδηγεί στις πρώτες κλινικές παρατήρησης για τις επιπτώσεις του στη διατροφή και την υγεία των καταναλωτών. Παρ'όλα αυτά, ιδιαίτερη σημασία δίνεται κυρίως στις κοινωνικές επιπτώσεις από την κατάχρηση του οينوπνεύματος. Την εποχή της βρετανικής ποτοαπαγόρευσης (1736), ο Thomas Wilion δημοσιεύει μια πραγματεία για τις επιπτώσεις του οينوπνεύματος στους εργάτες, τους οποίους κατηγορεί ότι «καταναλώνουν τον ελεύθερο χρόνο τους όχι στην ξεκούραση, αλλά στην καταπόνηση του σώματος με το ισχυρό αυτό δηλητήριο». Κείμενα αυτού του είδους είδαν τη δημοσιότητα και αργότερα, ενώ διάφοροι ζωγραφικοί πίνακες παρουσιάζουν με λεπτομερείς σκηνές ομαδικής μέθης. Στην Αγγλία, η γενικότερη αυτή στάση απέναντι στο θέμα του αλκοολισμού οδήγησε το 1751 στη θέσπιση ειδικού νόμου (Gin Act), που επέβαλε φορολογία στο καθαρό οινόπνευμα, απαγόρευσε την ελεύθερη χρησιμοποίηση των αποστακτήρων, καθώς και την αποθήκευση οينوπνεύματος.

Οι ιστορικοί γνωρίζουν ότι τα αυστηρά αυτά νομοθετικά μέτρα μπορεί να περιόρισαν την εμπορική διακίνηση του καθαρού οينوπνεύματος, δεν περιόρισαν όμως την ευρεία κατανάλωσή του στην κεντρική και βόρεια Ευρώπη. Την εποχή εκείνη, επικρατούν και ορισμένα κοινωνικά στερεότυπα σχετικά με το οινόπνευμα, που έχουν επιβιώσει μέχρι σήμερα. Για παράδειγμα, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων δυνατών ποτών θεωρείται ένδειξη ανδροπρέπειας. Σε

ορισμένες επαγγελματικές ομάδες, η κατανάλωση οινοπνεύματος ήταν ιδιαίτερα επιθυμητή, όπως στους ναυτικούς και τους στρατιωτικούς, επειδή δημιουργούσε κάποια φαινομενική ευεξία, βοηθώντας έτσι την αντιμετώπιση δυσμενών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας.

Η ευρεία κατανάλωση οινοπνεύματος από υποσιτιζόμενα άτομα οδήγησε σε πρώιμες παρατηρήσεις σχετικά με τις επιβλαβείς συνέπειές του στη διατροφή του ανθρώπου. Ο αλκοολισμός, ως νόσος, αναλύεται για πρώτη φορά το 1972, από τον Lettson, ο οποίος σε ανακοίνωσή του στην Ιατρική Εταιρεία του Λονδίνου περιγράφει συγκεκριμένες νοσολογικές οντότητες που συνοδεύουν την κατάχρηση οινοπνεύματος, όπως το πεπτικό έλκος, την πυλωρική στένωση, την καχεξία των αλκοολικών κ.α.

Πληρέστερος κατάλογος των δυσμενών επιπτώσεων του αλκοολισμού στην υγεία δίνεται το 1804 από τον Trotter, όπου μέσα σε έναν καταγισμό υπερβολών αναγνωρίζει κανείς και ορισμένες παθήσεις οι οποίες υπάρχουν μέχρι και σήμερα στα ιατρικά συγγράμματα, όπως δυσπεψία, υδρωπικία, ανικανότητα, ηπατοπάθεια, ονειρικές καταστάσεις με τρομακτικό περιεχόμενο κλπ. Σ' αυτόν οφείλεται και η πρώτη λεπτομερής περιγραφή της ανορεξίας των αλκοολικών.

Η ιδεοληπτική κατανάλωση οινοπνεύματος περιγράφεται για πρώτη φορά με επιστημονική ακρίβεια από τον Brühl- Cramer, το 1819, και χαρακτηρίζεται ως «διψομανία». Στο γιατρό αυτόν, επομένως, οφείλεται η απαρχή της σύγχρονης επιστημονικής αντίληψης ότι ο αλκοολισμός έχει ψυχολογικά αίτια. Η Ιατρική επιστήμη του 19^{ου} αιώνα χρησιμοποιεί επισήμως την αιθυλική αλκοόλη ως τονωτικό του νευρικού συστήματος. Είναι χαρακτηριστικό ότι στα συγγράμματα Φαρμακολογίας της εποχής

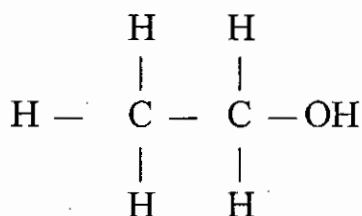
εκείνης, το οινόπνευμα και ο οίνος περιγράφονται αναλυτικότερα και κατατάσσονται στα Remedia excitantia (διεγερτικά φάρμακα).

Οι δεκαετίες που ακολούθησαν, με την πρόοδο της Ιατρικής, έδωσαν λεπτομερείς μελέτες για τις τοξικές επιπτώσεις του οινοπνεύματος, αν και η ακριβής φύση της φαρμακολογίας και της τοξικολογίας της αιθανόλης εξακολουθεί να παραμένει σε πολλά σημεία σκοτεινή. Ωστόσο, είμαστε σε θέση να κατανοούμε πολλές ιδιότητες του πανάρχαιου αυτού φαρμάκου.

Στη σύγχρονη Φαρμακολογία, η αιθυλική αλκοόλη, αναφέρεται συνήθως μαζί με τα αντισηπτικά. Αξίζει, εντούτοις, να σημειωθεί ότι αρκετές Εθνικές Φαρμακοποιίες εξακολουθούν να περιγράφουν αναλυτικά το οινόπνευμα, τόσο για την ευρεία του χρήση στη Φαρμακοβιομηχανία ως διαλυτικού εκδόχου, όσο και για συγκεκριμένες παλαιές θεραπευτικές του ιδιότητες. Για παράδειγμα, το Spiritus Vini, που είναι μια μορφή δυνατού ποτού (Brandy), συνίσταται για την πρόληψη των πρώιμων οδονών κατά το τέλος της κύησης. Τέλος, δεν μπορεί να αγνοηθεί η μεγάλη εμπειρική χρήση οινοπνεύματος ως μέσου διασκέδασης και ως «λαϊκού» ηρεμιστικού και υπνωτικού φαρμάκου.

1.2. Αιθυλική αλκοόλη

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη «al kohl». Το αλκοόλ το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο C₂H₅ OH



Όπως δείχνει το παραπάνω διάγραμμα, ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο αποτελούν τα μόνα στοιχεία της αιθυλικής αλκοόλης.

Είναι προϊόν αλκοολικής ζύμωσης της γλυκόζης, που συνήθως γίνεται με την παρουσία σακχαρομυκητών. Υπόστρωμα για τη ζύμωση αποτελούν ορισμένα φυσικά προϊόντα, όπως τα σταφύλια, το άμυλο των δημητριακών, τα σάκχαρα του σακχαροκάλαμου κτλ. Το οινόπνευμα που αποστάζεται μετά από τη ζύμωση αυτών των προϊόντων φτάνει συνήθως σε μέγιστη καθαρότητα 95%. Για την επίτευξη 100% καθαρού οινόπνευματος απαιτείται η χημική επεξεργασία με ειδικές υγροσκοπικές ενώσεις, οι οποίες δεν στερούνται τοξικότητας.

Η αιθυλική αλκοόλη, είναι υγρό, άχρωμο, με μάλλον ευχάριστη γεύση και οσμή. Διαλύεται εύκολα στο νερό. Η ευρεία της κατανάλωση στη Φαρμακοβιομηχανία και η μεγάλη της διάδοση με τη μορφή ποικίλων σκευασμάτων και παρασκευασμάτων, όπως και οινόπνευματωδών ποτών, οφείλεται στο γεγονός ότι το οινόπνευμα είναι αφενός υδροδιαλυτό και αφετέρου μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οργανικός διαλύτης λιποδιαλυτών ενώσεων.

1.3. Απορρόφηση αιθυλικής αλκοόλης

Η αιθυλική αλκοόλη απορροφάται με μεγάλη ευκολία από ολόκληρο το πεπτικό σύστημα και επειδή είναι ήδη σε υγρά μορφή δεν έχει ανάγκη να διαλυθεί στο στομάχι όπως τα χάπια. Το 20% της καταναλωθείσας αλκοόλης απορροφάται από το στομάχι, ενώ το υπόλοιπο 80% από το έντερο. Επειδή, είναι ένα λιποδιαλυτό μόριο διεισδύει εύκολα στις μεμβράνες του σώματος. Αν εξατμιστεί μπορεί να απορροφηθεί αμέσως από τους πνεύμονες. Γι'αυτό το λόγο, οι εισπνοές αιθυλικής αλκοόλης (καθαρού αλκοόλ) είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες, αν λάβει κανείς υπόψη

ότι η ταχεία απορρόφηση και η κατανομή αυτής της ουσίας στον εγκέφαλο μπορεί να προκαλέσει αιφνίδια καταστολή των κέντρων ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος.

Η ταχύτητα με την οποία διέρχεται το αλκοόλ από το στομάχι ή το λεπτό έντερο διέπεται από ένα αριθμό παραγόντων:

1. Ποσότητα φαγητού στο στομάχι

Εάν υπάρχει παρουσία φαγητού στο στομάχι, η επίδραση των οινόπνευματών ποτών ελαττώνεται σημαντικά. Το φαγητό βραδύνει την απορρόφηση του αλκοόλ στο κυκλοφορικό μέχρι και 50%. Λιπαρές ουσίες, όπως λάδι και μερικές πρωτεΐνες, όπως το γάλα, επιβραδύνουν την ταχύτητα της απορρόφησης του αλκοόλ και αυτό βοηθά τον πότη να αποφύγει την γρήγορη μέθη.

2. Άλλα συστατικά στο ποτό.

Το κρασί και η μύρα που περιέχουν μεγάλη ποσότητα θρεπτικών στοιχείων έναντι των αποσταγμένων ποτών, απορροφούνται με πολύ βραδύ ρυθμό. Τα αλκοολούχα ποτά, όπως η βότκα και το τζιν, τα οποία δεν περιέχουν κανένα συστατικό εκτός από το αλκοόλ, νερό και άρωμα, απορροφούνται σχεδόν αμέσως. Το διοξείδιο του άνθρακα- η σαμπάνια- οδηγεί ταχύτερα στη μέθη από οποιοδήποτε ποτό της αυτής περιεκτικότητας σε αλκοόλ, πολλές φορές μάλιστα και γρηγορότερα από ποτά με μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε αλκοόλη. Αυτό γίνεται γιατί το διοξείδιο του άνθρακα διέρχεται γρηγορότερα από το στομάχι, στο λεπτό έντερο και από εκεί στο κυκλοφορικό. Αντίθετα με αυτό που πιστεύει η κοινή γνώμη, το ανακάτεμα διαφόρων τύπων ποτών κατά τη διάρκεια ενός απογεύματος δεν αυξάνει την ταχύτητα απορρόφησης του

αλκοόλ. Αλλά το συνολικό άθροισμα του αλκοόλ που μεταβόλισε αυτό, καθορίζει τη μέθη και όχι ο τύπος του ποτού.

3. Συγκέντρωση αλκοόλ στο ποτό.

Η συγκέντρωση της αλκοόλης σ'ένα δεδομένο ποτό, θα καθορίσει πόσο γρήγορα θα περάσει στο αίμα. Τεστ έχουν δείξει ότι τα ποτά με υψηλή συγκέντρωση αλκοόλης, όπως το ρούμι και ουίσκι, απορροφώνται ταχύτερα από τα ποτά που το αλκοόλ τους είναι διαλυμένο, όπως το κρασί.

Επομένως, το επίπεδο της αλκοόλης στο αίμα θα είναι υψηλότερο μετά από ένα ποτό περιεκτικότητας 50% σε αλκοόλη, όπως το ρούμι και όχι τα τρία ποτήρια κρασί ίσης ποσότητας αλκοόλης.

4. Πόσο γρήγορα καταναλώνεται το αλκοόλ.

Στο ήπαρ το αλκοόλ διασπάται σε νερό και διοξείδιο του άνθρακα. Εφ'όσον το ήπαρ μπορεί να διατηρεί την ταχύτητα με την οποία η ποσότητα του αλκοόλ καταναλίσκεται, η μέθη αποφεύγεται. Ο μέσος άνθρωπος μπορεί να αφομοιώσει περίπου 1 ½ ποτό κάθε μια ώρα χωρίς να μεθύσει. Το επίπεδο αλκοόλης στο αίμα θα παραμείνει χαμηλό, εάν κάποιος πίνει αργά και νωχελικά.

5. Το βάρος σώματος του πότη.

Όσο μεγαλύτερο είναι το βάρος ενός ανθρώπου τόσο περισσότερο αφομοιώνει το αλκοόλ χωρίς να παρουσιάζει σημεία μέθης. Άτομο βάρους 64 κιλών δεν θα αντέξει οινοπνευματώδη ποτά όπως αυτός που ζυγίζει 91 κιλά. Το ελαφρύτερο άτομο έχει λιγότερο αίμα και λιγότερους ιστούς, όπου το αλκοόλ μπορεί να διανεμηθεί και να διαλυθεί, έτσι, το επίπεδο αλκοόλ στο αίμα θα αυξηθεί γρηγορότερα απ'ότι σ'ένα βαρύτερο άτομο. Στην πραγματικότητα, το ελαφρύτερο άτομο αντέχει

λιγότερο στο αλκοόλ από ένα βαρύτερο και αυτό έχει να κάνει με το βάρος του σώματος και όχι με την έλλειψη του αυτοελέγχου.

6. Δραστηριότητα του στομάχου.

Φόβος, νευρικήτητα και θυμός μπορούν να επηρεάσουν την ταχύτητα με την οποία το αλκοόλ διέρχεται από το στομάχι στο κυκλοφορικό. Αυτά τα συναισθήματα συχνά αυξάνουν το περιεχόμενο του οξέος στο στομάχι και βοηθούν την γρηγορότερη απορρόφηση του αλκοόλ. Η συναισθηματική κατάσταση του πότη επηρεάζει την απορρόφηση του αλκοόλ και δημιουργεί διαφορετικό ρυθμό μέθης κάθε φορά.

7. Εθισμός του πότη από το αλκοόλ.

Συνήθως, οι μεγάλοι πότες έχουν μεγάλη ανοχή στο αλκοόλ από εκείνα τα άτομα που πίνουν μόνο περιστασιακά. Τα άτομα αυτά (οι μεγάλοι πότες) για να μεθύσουν θα πρέπει να καταναλώσουν μεγάλη ποσότητα αλκοόλ. Εάν οι μεγάλοι πότες συνεχίζουν να πίνουν με τον ίδιο ρυθμό και καταλήξουν στον εθισμό, τότε παρατηρείται το αντίθετο δηλ. αποκτούν χαμηλή ανοχή και μεθούν με μικρή μόνο ποσότητα αλκοόλης.

8. Χημικά που συνθέτονται από το σώμα.

Δύο άτομα που πίνουν θα περιμένουμε να έχουν το ίδιο ποσό απορρόφησης αλλά αυτό δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα. Άτομα που έχουν το ίδιο βάρος και πίνουν την ίδια ποσότητα κάτω από τις ίδιες συνθήκες, μπορεί να δρουν διαφορετικά στο αλκοόλ. Πιστεύεται ότι κάθε άτομο διαφέρει στα χημικά του σώματος τα οποία ποικίλουν από άτομο σε άτομο.

1.4. Κατανομή αιθυλικής αλκοόλης

Η κατανομή της αιθυλικής αλκοόλης γίνεται ομοιόμορφα μέσα στην υδατική φάση του οργανισμού, με την κυκλοφορία του αίματος. Η συγκέντρωσή της στον εγκέφαλο εξομοιώνεται ταχύτατα με τη συγκέντρωση στο αίμα. Επειδή το οινόπνευμα δεν παρεμποδίζεται από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, διέρχεται κατά μείζονα λόγο, με μεγάλη ευκολία τον αιματοπλακοντιακό φραγμό.

1.5. Μεταβολισμός αιθυλικής αλκοόλης

Από την ποσότητα αλκοόλης που καταναλώνει το άτομο, το 80% μεταβολίζεται στο ήπαρ, το 10% αποβάλλεται με την εκπνοή και την ούρηση και το υπόλοιπο μεταβολίζεται σε άλλα σημεία του σώματος. Περίπου το 98% του οινόπνευματος που εισέρχεται στον οργανισμό οξειδώνεται προς ακεταλδεΐδη (αλκοολική αφυδρογονάση) με τη βοήθεια ενός ενζύμου που φέρει το όνομα αλκοολική δεϋδρογενάση. Έπειτα, η ακεταλδεΐδη μετατρέπεται σε οξεικό οξύ (αλδεϋδική αφυδρογονάση). Ο ρόλος της ακεταλδεΐδης φαίνεται ότι είναι καθοριστικός για το βαθμό της ιστολογικής βλάβης που προκαλείται από αυτήν την ουσία.

Ο ρυθμός μεταβολισμού των περισσότερων φαρμάκων στο ήπαρ εξαρτάται από τη συμπύκνωση του φαρμάκου στο αίμα. Όσο περισσότερη είναι η συμπύκνωση του φαρμάκου, τόσο γρηγορότερος είναι ο μεταβολισμός. Η αλκοόλη όμως διαφέρει από άλλες χημικές ουσίες/ φάρμακα. Κατά τον Julien (Julien 1978), ο ρυθμός μεταβολισμού της αιθυλικής αλκοόλης δεν επηρεάζεται τόσο από τη συμπύκνωση της ουσίας στο αίμα, όσο από το χρόνο. Για παράδειγμα, στον ενήλικα πότη ο μέσος όρος του ρυθμού του μεταβολισμού της

αλκοόλης είναι περίπου 10 ml (1/3 της ουγκιάς) 100% αλκοόλ ανά ώρα. Για ένα δυνατό ποτό όπως το ούζο, που έχει περιεκτικότητα οινόπνευματος 45% απαιτούνται 2-3 ώρες για να μεταβολιστεί το οινόπνευμα μιας συνηθισμένης «δόσης» (30 ml). Αυτό δείχνει ότι ο ρυθμός μεταβολισμού της αλκοόλης είναι σχετικά αργός, σταθερός και ανεξάρτητος από το ποσόν που καταναλώνεται. Με βάση τα παραπάνω, η μέθη είναι αποτέλεσμα κατανάλωσης περισσότερης αλκοόλης (ανά ώρα) απ'ότι μπορεί «να αντέξει» ο ρυθμός μεταβολισμού σ'αυτήν την ώρα.

Επειδή, το προϊόν οξείδωσης της ακεταλδεΐδης, το οξικό οξύ μπορεί να εισέλθει σε φυσιολογικές μεταβολικές οδούς του οργανισμού, είναι φυσικό η οξείδωση της αιθανόλης να αποδίδει ενέργεια. Έχει υπολογιστεί ότι ένα γραμμάριο αιθανόλης αποδίδει περίπου 7 Kcal, με αποτέλεσμα να μεταβάλλεται σημαντικά το ισοζύγιο ενέργειας, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις κατάχρησης.

1.6. Φαρμακολογικές ιδιότητες αιθυλικής αλκοόλης

Η αντίληψη των φαρμακολόγων του περασμένου αιώνα, ότι η αιθανόλη ανήκει στα «διεγερτικά φάρμακα», έχει σήμερα αποδειχθεί πλάνη. Στην πραγματικότητα, πρόκειται για αμιγώς κατασταλτικό φάρμακο, που προκαλεί φαινομενική ψυχοδιεγερτική δράση κατά τα αρχικά στάδια της μέθης, εξαιτίας της καταστολής των εγκεφαλικών λειτουργιών ανώτερης απαρτίωσης. Με την πρόοδο της μέθης επέρχεται καθολική εγκεφαλική καταστολή, που φτάνει μέχρι και την τοξική παράλυση των ζωτικών λειτουργιών.

Στις βασικότερες ενέργειες της αιθανόλης, περιλαμβάνονται εκείνες που αφορούν το ΚΝΣ. Συμπτώματα από το ΚΝΣ θα εμφανιστούν μετά

από κατανάλωση ποσού που αντιστοιχεί σε δύο μπουκάλια μπύρας ή σε δύο δυνατά ποτά. Επειδή η κατανάλωση αυτή οδηγεί σε δημιουργία επιπέδων περίπου 0,5 ‰. Τα επίπεδα αυτά θεωρούνται οριακά, επειδή ισοδυναμούν με την έναρξη των νευρολογικών συμπτωμάτων. Για το λόγο αυτό, στις περισσότερες χώρες απαγορεύεται η οδήγηση ή ο χειρισμός επικίνδυνων μηχανημάτων με επίπεδα οινοπνεύματος μεγαλύτερα από το όριο αυτό.

Οι επιπτώσεις της αιθανόλης στο ΚΝΣ χαρακτηρίζονται από σωματοαισθητηριακές διαταραχές, που περιλαμβάνουν δυσαρθρία, ασυντόνιστες κινήσεις και επιβράδυνση των αντανακλαστικών. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται, καθώς ανεβαίνει το επίπεδο της αλκοόλης στο αίμα.

Από άποψη ψυχικής διάθεσης, μικρές δόσεις οινοπνεύματος δημιουργούν τόνωση της αυτοπεποίθησης. Το άτομο έχει την εντύπωση ότι είναι σε θέση να επιτελέσει διάφορα δύσκολα έργα, η οποία όμως δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Το φαινόμενο αυτό είναι μια ακόμη πλευρά του πολύπλοκου προβλήματος της οδήγησης υπό την επήρεια του οινοπνεύματος. Ενώ στην πραγματικότητα επιβραδύνονται τα αντανακλαστικά, ο μεθυσμένος οδηγός νομίζει ότι διαθέτει εξαιρετικές ικανότητες.

Από άποψη φυσιολογικών λειτουργιών, το οινόπνευμα έχει σαφή επίδραση στο κυκλοφορικό, το πεπτικό και το ενδοκρινικό σύστημα, καθώς και στον ενδιάμεσο μεταβολισμό του οργανισμού.

Από το κυκλοφορικό σύστημα, παρατηρείται αγγειοδιαστολή στο δέρμα με το χαρακτηριστικό αναψοκοκκίνισμα του πότη, που αποδίδεται σε κεντρική δράση. Επίσης, κεντρικής αιτιολογίας είναι και μια ελαφρά πτώση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης.

Μερικές φορές, παρατηρείται έντονη εφίδρωση, ωχρότητα και απότομη πτώση της πίεσης, με τελική κατάληξη τη λιποθυμία.

Στο πεπτικό σύστημα, η αιθανόλη ερεθίζει το γαστρικό βλεννογόνο, επειδή διεγείρει την έκκριση πεπτικών υγρών. Το φαινόμενο αυτό ξεκινά ως ήπια γαστρίτις και μπορεί να καταλήξει σε γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος. Επίσης, αυξάνεται η έκκριση παγκρεατικών υγρών και δημιουργούνται έτσι οι προϋποθέσεις για ανάπτυξη χημικής παγκρεατίτιδας. Ακόμη και μικρές ποσότητες αιθανόλης προκαλούν αναστολή της έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης, η οποία οδηγεί σε συχνουρία. Η επιθυμία για ούρηση είναι ιδιαίτερα έντονη μετά από λήψη μεγάλων ποσοτήτων υγρών, όπως συμβαίνει με την κατανάλωση μπύρας.

Όσον αφορά τον διάμεσο μεταβολισμό, η αιθανόλη είναι δυνατόν να προκαλέσει στην αρχή υπεργλυκαιμία, με την απελευθέρωση ενδογενών κατεχολαμινών, η οποία αργότερα μεταπίπτει σε υπογλυκαιμία. Επίσης, επηρεάζει σημαντικά το μεταβολισμό των λιπιδίων, οδηγώντας σε οξεία υπερλιπιδαιμία, που αποδίδεται αφενός στην ενεργοποίηση του συμπαθητικού και αφετέρου στη μείωση της δραστηριότητας του ενζύμου λιποπρωτεϊνική λιπάση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ

2.1 Ορισμός

Η κατανάλωση οινοπνεύματος έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης, επειδή ακριβώς παρουσιάζει ιδιαίτερο κοινωνικό ενδιαφέρον και ποικιλομορφία. Ο ορισμός του αλκοολισμού παρουσιάζει μεγάλα προβλήματα, επειδή εξαρτάται από το πολιτιστικό πλαίσιο μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση οινοπνεύματος. Είναι προφανής η δυσκολία διάκρισης ανάμεσα στη χρήση και την κατάχρηση.

Ωστόσο, ο αλκοολισμός ή εθισμός στην αιθανόλη ή χρόνια δηλητηρίαση με οινόπνευμα είναι μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς που εκδηλώνεται με επαναλαμβανόμενη λήψη οινοπνευματωδών ποτών σε ποσότητα ασυμβίβαστη με τις διαιτητικές συνήθειες και τα παραδεκτά όρια του κοινωνικού περιβάλλοντος και που σε κάποιο βαθμό επηρεάζει την υγεία του χρήστη ή και την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητά του.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), σε μια προσπάθεια να δώσει τον ορισμό, θέτει ορισμένα κριτήρια και θεωρεί ως αλκοολισμό:

«Κάθε μορφή κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών η οποία ξεφεύγει από την παραδοσιακή και εθιμική (με το φαγητό) χρήση οινοπνεύματος ή δεν ανταποκρίνεται στα πλαίσια της κοινωνικής συναναστροφής, μέσα σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, ανεξάρτητα από τους αιτιολογικούς παράγοντες μιας τέτοιας συμπεριφοράς».

Κατά αντιστοιχία, ως αλκοολικός χαρακτηρίζεται:

«το άτομο του οποίου η εξάρτηση από το οινόπνευμα έχει προκαλέσει σαφείς διαταραχές, τόσο στη σωματική όσο και στην πνευματική του υγεία, έχει επιδεινώσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις, όπως επίσης την κοινωνική και οικονομική του κατάσταση. Επίσης, το άτομο το οποίο δείχνει πρόδρομα σημεία προς αυτή την κατεύθυνση».

Σύμφωνα με αυτούς τους ορισμούς, οποιαδήποτε υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματος, είτε οξεία είτε χρόνια, είναι δυνατόν να χαρακτηριστεί ως αλκοολισμός.

2.2 Τύποι αλκοολισμού

Ο Jellinek (1960) ταυτοποίησε πέντε (5) τύπους αλκοολισμού, τους οποίους προσδιόρισε με ελληνικά γράμματα ως εξής:

Τύπος -α: Ψυχολογική εξάρτηση που έχει σχέση με την ανάγκη του ατόμου για καταπράυνση κάποιας ψυχικής έντασης. Τυχόν επιβλαβείς συνέπειες αφορούν μόνο την κοινωνική θέση του ίδιου του ατόμου.

Τύπος -β: Δεν παρατηρείται ούτε ψυχολογική ούτε σωματική εξάρτηση σε σημαντικό βαθμό, με αποτέλεσμα το άτομο να ελέγχει πλήρως την κατανάλωση του οινόπνευματος. Παραβλάπτεται μόνον η σωματική υγεία του πότη.

Τύπος- γ: Προοδευτική σωματική εξάρτηση. Όταν το άτομο αρχίζει να πίνει, χάνει τον έλεγχο, με αποτέλεσμα να οδηγείται συνήθως σε υπερβολική λήψη οινόπνευματος. Τα άτομα αυτά μπορούν, κατά κανόνα, να διακόψουν τη συνήθεια του ποτού.

Τύπος -δ: Η εξάρτηση έχει όλους τους παραπάνω χαρακτήρες, αλλά το άτομο αδυνατεί πλέον να αποδεσμευτεί από τη συνήθεια του ποτού.

Τύπος –ε: Είναι ο τύπος που έχει χαρακτηριστεί ως διψομανία. Περιλαμβάνει την περιστασιακή καταχρηστική κατανάλωση οινοπνεύματος. Τον υπόλοιπο καιρό ο πότης πίνει πολύ λίγο ή και απέχει τελείως από το οινόπνευμα.

Ο Jellinek πιστεύει ότι οι τύποι α, γ και ε απαντούν με μεγαλύτερη συχνότητα στη βόρεια Αμερική και στη βόρεια Ευρώπη, ενώ οι τύπο β και δ είναι συχνότεροι στις υπόλοιπες χώρες.

2.3 Φάσεις αλκοολισμού

Η κατανάλωση οινοπνεύματος, σε γενικές γραμμές, μπορεί να εμπίπτει σε τρεις (3) κατηγορίες, που εμφανίζουν χρονική διαδοχή: (1) προαλκοολική ή προδρομική, (2) κρίσιμη και (3) χρόνια.

Η προαλκοολική φάση χαρακτηρίζεται από προοδευτική αλλαγή στην περιστασιακή λήψη οινοπνεύματος, η οποία γίνεται συχνότερη και μεγαλύτερη στα πλαίσια της καταπράυνσης από κάποια ψυχολογική φόρτιση. Η κατανάλωση του οινοπνεύματος, δημιουργεί ενοχές και άγχος, που τροφοδοτούν ένα φαύλο κύκλο χρήσης. Στη φάση αυτή αρχίζουν να εμφανίζονται σημεία αντοχής, και το άτομο με την πάροδο του χρόνου καταναλώνει πολύ μεγαλύτερες ποσότητες οινοπνεύματος για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος της μέθης. Παθογνωμικό σημείο της προαλκοολικής φάσης είναι τα «κενά μνήμης» (blackouts), που έχουν αποδοθεί σε διάφορες ψυχολογικές συγκρούσεις ή σε γνήσιες λειτουργικές διαταραχές του εγκεφάλου.

Η κρίσιμη φάση χαρακτηρίζεται από την αναμφισβήτητη εγκατάσταση ψυχολογικής εξάρτησης για τη λήψη οινοπνεύματος. Παρόλα αυτά, το άτομο είναι ακόμη σε θέση να επιβάλλεται στον εαυτό του και να απέχει της οινοποσίας. Χαρακτηριστικό συνοδό εύρημα

σ' αυτή τη φάση είναι οι έντονες ενοχές, που ενισχύουν τη συμπεριφορά υπερκατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, προκειμένου να απαλλαγεί ο πότης από τα δυσάρεστα συναισθήματα που τον διακατέχουν. Τα χρονικά όρια μέσα στα οποία γίνεται η κατανάλωση του οινοπνεύματος διευρύνονται, και το άτομο αρχίζει να πίνει νωρίτερα το απόγευμα. Η κοινωνική συμπεριφορά επιδεινώνεται, δεδομένου ότι ο πότης έχει τάση απομόνωσης. Παράλληλα, αρχίζει να παραμελεί την προσωπική του υγιεινή, την εμφάνισή του και την διατροφή του. Η φάση αυτή αποτελεί ένδειξη για την έγκαιρη και την ουσιαστική παρέμβαση των ανθρώπων του στενού του περιβάλλοντος.

Η **χρόνια φάση** χαρακτηρίζεται από περιόδους παρατεταμένης μέθης, που υποσημαίνουν την ήδη εγκατεστημένη φυσική εξάρτηση. Τυχόν διακοπή του οινοπνεύματος, στη φάση αυτή θα οδηγήσει αναμφίβολα σε σύνδρομο στέρησης. Το άτομο είναι κοινωνικώς απομονωμένο και βρίσκεται συνήθως σε άθλια κατάσταση, από άποψη συνθηκών διαβίωσης.

2.4 Εξάρτηση από το αλκοόλ

Η μακροχρόνια λήψη οινοπνεύματος οδηγεί σε εγκατάσταση φαρμακευτικής εξάρτησης, η οποία είναι και ψυχολογική και σωματική. Χαρακτηριστικό της εξάρτησης αυτής, ιδιαίτερα όσον αφορά την αντοχή, είναι η βραδύτητα της εγκατάστασης. Υπάρχουν άτομα τα οποία καταναλώνουν οινόπνευμα, για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα και σε καθημερινή βάση, με αποτέλεσμα να έχουν εγκαταστήσει σωματική εξάρτηση χωρίς καν να το γνωρίζουν. Στις περιπτώσεις αυτές η απότομη διακοπή του οινοπνεύματος θα οδηγήσει σε σύνδρομο στέρησης. Αν πει κανείς στα άτομα αυτά ότι έχουν πρόβλημα αλκοολισμού, δεν πρόκειται να το δεχτούν επειδή πιστεύουν πως πίνουν

κατά απολύτως αποδεκτό και συνεπώς ακίνδυνο τρόπο. Αυτό είναι λογικό, αν λάβει κανείς υπόψη του τις συνθήκες οινοποσίας, κυρίως σε αγροτικές περιοχές των νότιων ευρωπαϊκών χωρών, όπου το κρασί αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του καθημερινού φαγητού.

Τα σημεία της εξάρτησης είναι:

α) Η ανάγκη για όλο και μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλης για να φθάσει στο επίπεδο της μέθης και της ικανοποίησης, με έναρξη οινοποσίας από το πρωί,

β) η έλλειψη αλκοόλης προκαλεί το χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης,

γ) η έλλειψη επιλογής ποτού (χρησιμοποιεί οτιδήποτε περιέχει αλκοόλη, ακόμη και μετουσιωμένο φωτιστικό οινόπνευμα ή αλκοολούχα καλλυντικά),

δ) υπάρχει συνεχής επιθυμία απομάκρυνσης από την αλκοόλη, ανεπιτυχής όμως,

ε) κατανάλωση όλο και περισσότερου χρόνου για την ανεύρεση αλκοόλης,

στ) διακόπτονται σοβαρές κοινωνικές ή οικονομικές δραστηριότητες λόγω της χρήσης αλκοόλης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΟΝ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟ

3.1 Επιδημιολογία αλκοολισμού

Ο αλκοολισμός αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα και σοβαρότερα κοινωνικά προβλήματα που απασχολούν τις κοινωνίες σε ολόκληρο σχεδόν τον κόσμο. Η χρήση νόμιμων τοξικών ουσιών, όπως το οινόπνευμα αρχίζει νωρίς στην εφηβεία, φθάνει στα ανώτερα της όρια στην αρχή της ενήλικης ζωής και παραμένει σχετικά σταθερή μέχρι την ηλικία των 50 ετών περίπου, σε αντίθεση με τη χρήση παράνομων ουσιών που παρουσιάζει κάμψη μετά τα 30.

Τα στοιχεία της Εθνικής μας Στατιστικής Υπηρεσίας υποδηλώνουν ότι στα τέλη της δεκαετίας του '70 η κατά κεφαλή και κατ'έτος κατανάλωση ήταν 18-20 λίτρα καθαρού οινόπνεύματος, επίπεδο που βρίσκεται σε συμφωνία με αυτά άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Χώρα μίας, στο σύνολο του πληθυσμού, το 1982 κατείχε την 22^η θέση μεταξύ 37 χωρών σε κατά κεφαλή κατανάλωση οινόπνευματωδών ποτών. Πρέπει να αναφέρουμε ότι τα στατιστικά στοιχεία δεν περιλαμβάνουν την κατανάλωση οινόπνευματωδών που παρασκευάζονται στο σπίτι ή αυτά που εισάγονται λαθραία.

Σήμερα, οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν φθάσει σ'ένα επίπεδο κατανάλωσης 10-15 λίτρων καθαρής αιθανόλης κατά κεφαλή, πράγμα που αντιπροσωπεύει μια κατανάλωση 24-27 γραμμαρίων οινόπνεύματος ημερησίως κατά ενήλικο άτομο. Ίδια είναι και η πορεία

κατανάλωσης εκτός Ευρώπης, όπως δείχνουν δεδομένα από ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία και Ιαπωνία.

Έρευνες έδειξαν ότι τα $\frac{2}{3}$ των ενηλίκων πίνουν συχνά οινοπνευματώδη ποτά, ενώ 5-10% του γενικού πληθυσμού στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες κάνει κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών. Το 10% των ενηλίκων που πίνουν συχνά οινοπνευματώδη ποτά έχουν κοινωνικοοικονομικά, ψυχολογικά και ιατρικά προβλήματα, άμεσα συνδεδεμένα με τη χρήση οινοπνεύματος, ενώ το ήμισυ του ποσοστού αυτού είναι άτομα απόλυτα εξαρτημένα από αυτό. Η συχνότητα του αλκοολισμού στους νοσοκομειακούς ασθενείς στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνεται από 12% στις γυναικολογικές κλινικές, μέχρι 25-30% στις παθολογικές και ψυχιατρικές κλινικές και 75% περίπου στα μεγάλα ηπατολογικά κέντρα.

Στατιστικές της τελευταίας δεκαετίας στις ΗΠΑ δείχνουν, ότι οι αλκοολικοί υπερβαίνουν τα 10 εκατομμύρια.

Σε μεγάλα νοσοκομειακή κέντρα των ΗΠΑ οι κλινικές επιπλοκές από την κατάχρηση οινοπνεύματος έρχονται σε συχνότητα αμέσως μετά από τα νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος.

Σύμφωνα με πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα σε ολόκληρο τον κόσμο ο αλκοολισμός αποτελεί την πιο σημαντική κατάχρηση από όλες τις τοξικές ουσίες συμπεριλαμβανομένων των ναρκωτικών. Πάνω από τα μισά όλων των τροχαίων ατυχημάτων και ανθρωποκτονιών σχετίζονται με την κατανάλωση οινοπνεύματος. Ποσοστό 25% περίπου των αυτοκτονιών συντελούνται από αλκοολικούς άνδρες άνω των 35 ετών.

Το φαινόμενο γίνεται ιδιαίτερα ανησυχητικό σε σχέση με τον εφηβικό πληθυσμό. Η εφηβεία είναι η πρώτη περίοδος επαφής του ατόμου με ψυχοτρόπες ουσίες γενικώς και ιδιαίτερα με τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Για τους περισσότερους νέους το ποτό φαίνεται να αποτελεί στάδιο της πορείας της ανάπτυξής τους, αλλά για μερικούς από αυτούς η πρώτη τους εμπλοκή με τη χρήση μπορεί να είναι η αρχή μιας πορείας σοβαρής κατάχρησης.

Επιδημιολογικές μελέτες σε πληθυσμούς εφήβων και μαθητών εκτιμούν, ότι το ποσοστό συστηματικής χρήσης οινοπνευματωδών ποτών κυμαίνεται μεταξύ 0,8% και 24%. Ο μέσος όρος για 22 χώρες και από έναν πληθυσμό μεγαλύτερο από 200.000 μαθητές είναι 7,9%. Στην Ευρώπη η συχνότητα της συστηματικής χρήσης κυμαίνεται μεταξύ 1% και 24% με μέσο όρο 5,9%, απέχουν δε του ποτού 22,8% των νέων ηλικίας 15-18 ετών. Τα επίπεδα είναι παντού υψηλά και μάλιστα, όπου η χρήση έχει τάσεις αύξησης ο ρυθμός της είναι μεγαλύτερος στα κορίτσια.

Πρόσφατες έρευνες αναφέρουν πως και στη χώρα μας υπάρχει υπολογίσιμο πρόβλημα κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτών από εφήβους. Το 77,2% των μαθητών της μέσης εκπαίδευσης αναφέρουν κάποια χρήση τον τελευταίο χρόνο, 2% πίνουν συστηματικά δύο φορές την εβδομάδα ή και περισσότερο για χρονικό διάστημα πάνω από ένα χρόνο, ενώ μόνο 22,8% δεν πίνουν καθόλου.

Αλκοολικοί υπάρχουν σε όλες τις κοινωνικές τάξεις, αλλά παρατηρείται σαφής υπερίσχυση των ανδρών έναντι των γυναικών (5 προς 1). Υπάρχει μικρή μόνο σχέση μεταξύ τιμής της αλκοόλης και κατανάλωσης (υψηλότερη τιμή, μικρότερη κατανάλωση), ούτε ο αλκοολικός αποτελεί ιδιαίτερη προσωπικότητα.

3.2 Αιτιολογία αλκοολισμού

Είναι γνωστό πλέον, ότι «αλκοολικοί» δεν είναι μόνο οι ακραίες αυτές περιπτώσεις των άστεγων 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 δημοσιογράφους. Οι «αλκοολικοί» είναι δυνατό να προέρχονται από όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, από κάθε επαγγελματική κατεύθυνση και μορφωτικό επίπεδο.

Τα κυριότερα αίτια του αλκοολισμού μπορεί να συνοψισθούν ως εξής:

3.2.1 Ψυχολογικοί παράγοντες (η αλκοολική προσωπικότητα)

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 την εξέλιξη των χαρακτηριστικών που συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου. Έτσι, ο κύριος προβληματισμός στην προκειμένη περίπτωση ήταν αν οι αλκοολικοί έχουν μια «ιδιόμορφη» προσωπικότητα που μοιραία οδηγεί στον αλκοολισμό.

Παρόλο που η κλινική πρακτική και εμπειρία με αλκοολικούς έδειχναν στοιχεία που τεκμηριώναν 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».

Η «εφεύρεση» της φαίνεται να «εξυπηρετούσε» τόσο τους ψυχολόγους και ψυχιάτρους που επεξεργάστηκαν μια ακόμα διάσταση της «ψυχοπαθολογίας του αλκοολισμού», 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 του Taylor είναι χαρακτηριστικό:

«...Πριν από μερικά χρόνια είχαν γίνει επίπονες προσπάθειες για τον εντοπισμό της αλκοολικής προσωπικότητας, δηλ. 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...».

3.2.2 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 την 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 κλπ. 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).

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 τη 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 εγκληματικότητα που τη συνόδευσε είναι παράδειγμα προς αποφυγή. Είναι γεγονός όμως ότι υπάρχει μια στενή σχέση μεταξύ της δυνατότητας πρόσβασης στο αλκοόλ και αριθμού αλκοολικών. Ο γάλλος επιδημιολόγος (Requiquot et al 1947) έδειξε ότι κατά την περίοδο 1941-1947, όταν η παραγωγή και κατανάλωση κρασιού μειώθηκε λόγω του πολέμου από πέντε σε ένα λίτρο την εβδομάδα, η θνησιμότητα εξαιτίας κίρρωσεως του ήπατος μειώθηκε επίσης κατά 80%. Μείωση της θνησιμότητας, εξαιτίας κυρώσεως 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 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.

Χαρακτηριστική είναι η δήλωση μιας νεαρής γυναίκας που κάνει κατάχρηση του αλκοόλ, η οποία 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 στους κανόνες της «ομαδικής» συμπεριφοράς.

Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Τα ΜΜΕ και ιδιαίτερα η διαφήμιση, που εκτός από την ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη ενός προϊόντος, στοχεύει στην αύξηση των πωλήσεων, φαίνεται να συμβάλλει 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 τη νεανική κουλτούρα. Δεν είναι τυχαίο, βέβαια, το ότι η συντριπτική πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά «συνδέουν» την κατανάλωση του αλκοόλ, με κοινωνική 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 (πχ. ναυτικοί, στρατιωτικοί) έχει θεωρηθεί ως παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης. Τέλος, επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (ιδιοκτήτης μπαρ ή μπάρμαν) 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 έκφραση... να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό... τα λέει όλα!!!

3.2.3 Πολιτισμικοί παράγοντες

Έχει ήδη αναφερθεί ότι υπάρχουν κοινωνίες που για θρησκευτικούς λόγους (όχ. 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'αυτόν τον τρόπο, η χρήση είναι αποδεκτή, ενώ η μέθη ή η κατάχρηση του αλκοόλ είναι αξιόποινες

συμπεριφορές. Η κατάχρηση, πάνω από όλα, θεωρείται «μη σημαντική» συμπεριφορά.

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. Σ' αυτές τις χώρες έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και παιδιά που προέρχονται από γονείς οι οποίοι δεν κάνουν χρήση αλκοόλ μπορεί να καταλήξουν σε αλκοολισμό. 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 αλκοόλης.

3.2.4 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 κτλ.) στη γένεση του αλκοολισμού απέβησαν άκαρπες και εγκαταλείφθηκαν πολύ γρήγορα.

Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού διαμέσου γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά τη σχετική επιστημονική κοινότητα. Οι έρευνες που εστιάζονται στο θέμα της κληρονομικότητας του αλκοολισμού μελετούν τη 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.

Η έρευνα των Roe και 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.

Τελειώνοντας με 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.

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» τον αλκοολισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Οι επιπλοκές του αλκοολισμού είναι πολλές, σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές.

4.1 Σωματικές εκδηλώσεις

Όσον αφορά τις σωματικές επιπλοκές, το οινόπνευμα ασκεί βλαπτικές επιδράσεις στο κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα, στο γαστρεντερικό, στο καρδιαγγειακό, αιμοποιητικό και στο μυοσκελετικό σύστημα.

4.1.1 Αλκοολική Τοξίκωση

Οι χρόνιοι πότες έχουν την τάση να καταναλώνουν πολύ μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, προκειμένου να επιτύχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα και να αποφύγουν τα συμπτώματα στέρησης. Ο εθισμός στο οινόπνευμα (αλκοολική τοξίκωση, αλκοολική μέθη) είναι πραγματικός εθισμός, που μοιάζει μ'αυτόν που παρατηρείται μετά από υπερβολική δόση οποιουδήποτε άλλου κατασταλτικού του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Η επίδραση της αιθανόλης στο ΚΝΣ είναι ανάλογη με τη συγκέντρωσή της στο αίμα. Έχει αποδειχθεί, ότι επίπεδα στο αίμα κάτω από 50mg/100ml σπάνια μπορεί να προκαλέσουν κινητική δυσλειτουργία. Η αλκοολική τοξίκωση παρουσιάζεται, όταν τα επίπεδα του οινόπνευματος στο αίμα είναι μεγαλύτερα από 150mg/100ml, ενώ όταν τα επίπεδα της αιθανόλης στο αίμα φθάνουν τα 200mg/100dl επηρεάζονται σημαντικά κινητικές περιοχές του εγκεφάλου, μειώνοντας

τα αντανακλαστικά και παρουσιάζεται έντονη υπογλυκαιμία. Όταν τα επίπεδα είναι πάνω από 300mg/dl, παρουσιάζεται πλήρης αποπροσανατολισμός, ενώ η ψυχοκινητική δραστηριότητα και η λεκτική επικοινωνία αναστέλλονται. Σε επίπεδα πάνω από 400mg/dl εμφανίζεται κύμα και έλλειψη αντίδρασης στα επώδυνα ερεθίσματα, ενώ σε συγκεντρώσεις πάνω από 500mg/dl φθάνουμε σε θανατηφόρες περιπτώσεις, που επέρχονται από την παράλυση του αναπνευστικού κέντρου και τη μεταβολική οξέωση.

Το κύριο χαρακτηριστικό της αλκοολικής τοξίκωσης είναι διαταραχές της συμπεριφοράς, οι οποίες οφείλονται σε πρόσφατη λήψη αλκοόλης και επηρεάζουν δυσμενώς την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Στην αρχή της μέθης, το οινόπνευμα λειτουργεί ως διεγερτικό και ο άνθρωπος είναι χαρούμενος, διαχυτικός, υπερδραστήριος, αστειεύεται, «αισθάνεται πολύ καλά», οι συνειρμικές λειτουργίες βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο εγρήγορσης και επίσης εμφανίζεται άρση ελέγχου σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων, με ανάλογες εκδηλώσεις στη συμπεριφορά. Παρουσιάζεται επίσης λογόρροια, συναισθηματική ευμεταβλητότητα, μείωση της κρίσεως και της προσοχής, υπνηλία, σφάλματα κατά την εκτέλεση διαφόρων κινήσεων ή διαταραχές στο συντονισμό των κινήσεων, αστάθεια στο βάδισμα, κατάργηση των αναστολών, δυσαρθρία, αταξία, νυσταγμός και ερυθρότητα στο πρόσωπο. Σε βαριές καταστάσεις εμφανίζεται εκσεσημασμένη καταστολή της αναπνοής, λήθαργος, σύνδρομο καταπληξίας και θάνατος.

Η αλκοολική τοξίκωση έχει ως επακόλουθο βίαιη συμπεριφορά, απουσίες ή απώλεια εργασίας, ενώ μετά την αποδρομή από αυτή την κατάσταση ο ασθενής δεν θυμάται τίποτα. Στις περιπτώσεις που δεν

προκαλείται αλκοολική τοξίκωση, ο ασθενής παρουσιάζει μόνο μερικές μεταβολές στη συμπεριφορά.

4.1.2 Αλκοολική περιφερική νευροπάθεια

Περίπου 10% των αλκοολικών παρουσιάζουν προσβολή των περιφερικών νεύρων. Η αλκοολική νευροπάθεια καλύπτει περίπου το 1/3 του συνόλου των νευροπαθειών στις δυτικές χώρες. Στις αλκοολικές γυναίκες έχει παρατηρηθεί μεγαλύτερη τάση για ανάπτυξη νευροπάθειας σε σχέση με τους άντρες, με αναλογία 3: 1 η οποία μέχρι σήμερα δεν έχει εξηγηθεί.

Βασικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της περιφερικής νευροπάθειας είναι η μεγάλη σε ποσότητα και συγκέντρωση και η διάρκεια κατάχρησης του οινοπνεύματος (άμεση τοξική δράση της αλκοόλης), καθώς και η διαιτητική ανεπάρκεια, η οποία αφορά όλες τις θρεπτικές ουσίες. Πολλές έρευνες έχουν αποδείξει ότι δεν υπάρχει πιθανότητα αλκοολικής νευροπάθειας σε αλκοολικούς, οι οποίοι τρέφονται επαρκώς. Η διαιτητική στέρηση και η μειωμένη απορρόφηση των τροφών και των ιχνοστοιχείων στο έντερο, είναι πολύ συχνές, έτσι στην κλινική εικόνα του ασθενούς με αλκοολική νευροπάθεια είναι εμφανή, εκτός από τα νευρολογικά συμπτώματα, και τα συμπτώματα της διαιτητικής ανεπάρκειας όπως η μεγάλη απώλεια βάρους, η γενικευμένη ξηρότητα και καπολέπιση ή μελάγχρωση του δέρματος και η αναιμία από ανεπάρκεια φυλλικού οξέος.

Κατά τη διάρκεια του υποκλινικού ή ασυμπτωματικού σταδίου, ο ασθενής αναφέρει ήπιες παραισθήσεις και ευαισθησία στην πίεση των μυών των κάτω άκρων και μείωση ή κατάργηση των τενόντιων αντανακλαστικών.

Ο ασθενής με αλκοολική νευροπάθεια, λόγω της αναιμίας που τον χαρακτηρίζει, έχει μελαγχρωματικό δέρμα του προσώπου, ιδιαίτερα στο μέτωπο και στις παρείες, ενώ το δέρμα της μύτης είναι κόκκινο και υπερτροφικό.

Στην κλινική εικόνα της αλκοολικής νευροπάθειας συνήθως εμφανίζονται παράλληλα συμπτώματα της χρόνιας προοδευτικής περιφερικής νευροπάθειας, η οποία αρχίζει από τα κάτω και μπορεί να επεκταθεί κατά άνω άκρα. Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν κινητικά συμπτώματα, άλλοι πόνους και παραισθήσεις, μια τρίτη κατηγορία πλήρη κλινική εικόνα της μεικτής πολυνευροπάθειας, ενώ δεν είναι σπάνιες και οι μονομευροπάθειες από οξεία ή χρόνια πίεση ή βλάβη των νεύρων κατά τη διάρκεια μέθης ή του τύπου των συνδρόμων χρόνιας συμπίεσης.

Εύκολη κόπωση, συμμετρική μυϊκή ατροφία, αδυναμία των περιφερικών μυών των κάτω άκρων και της κνήμης μέχρι την πλήρη παράλυση των άκρων και μυϊκή ευαισθησία στην πίεση, είναι χαρακτηριστικά κινητικά συμπτώματα της αλκοολικής νευροπάθειας.

Οι παραισθήσεις, ο πόνος, σε μερικούς το αίσθημα καύσου και θερμότητας, σε άλλους το αίσθημα ψύχους «παγώματος» στους άκρους πόδες και σπανιότερα σε μια τρίτη κατηγορία με τη μορφή αιμωδιών, είναι αισθητικά συμπτώματα της αλκοολικής νευροπάθειας.

Η πρόγνωση της αλκοολικής νευροπάθειας είναι καλή, ιδιαίτερα στους νέους και ακόμη και στους ασθενείς που έχουν και άλλες επιπλοκές του αλκοολισμού, εφόσον διακοπεί η λήψη του οινοπνεύματος και αποκατασταθούν οι ανεπάρκειες θρεπτικών συστατικών. Η βελτίωση παρατηρείται συνήθως μετά από 5-6 μήνες, ενώ στις βαριές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστούν και μερικά χρόνια.

4.1.3 Εγκεφαλοπάθεια Wernicke

Η εγκεφαλοπάθεια Wernicke είναι μια οξεία κατάσταση που εκδηλώνεται με αδιαφορία, απροσεξία, φτώχη συγκέντρωση, ανικανότητα στην διατήρηση της συζήτησης και εξελίσσεται σε σύγχυση, που είναι και συνηθέστερο σύμπτωμα. Επίσης, χαρακτηρίζεται από υπνηλία, αταξία σε όρθια στάση ή βάδιση, καθώς και οφθαλμοπληγία (αδυναμία των μυών που ελέγχουν την κίνηση των οφθαλμών). Στην αυτοψία ανευρίσκονται αιμορραγίες στο εγκεφαλικό στέλεχος, ιδιαίτερα στην περιοχή των μαστίων.

Η κατάσταση εξελίσσεται γρήγορα και απαιτείται άμεση θεραπεία με θειαμίνη για να αποτραπεί ο θάνατος και να ελαχιστοποιηθεί η υπολειμματική εγκεφαλική βλάβη. Γι'αυτό οποιοδήποτε άτομο με ιστορικό χρόνιου αλκοολισμού εμφανίζει ψυχιατρικά ή νευρολογικά συμπτώματα πρέπει να του δοθούν 100mg θειαμίνης ενδομυϊκά.

4.1.4 Οξεία και Χρόνια γαστρίτιδα

Η χρήση μεγάλων συγκεντρώσεων οινόπνεύματος εκδηλώνεται με τη μορφή οξέων διαβρώσεων του βλεννογόνου του στομάχου και ο ασθενής παρουσιάζει την κλινική εικόνα της «οξείας γαστρίτιδας».

Τα συμπτώματα είναι ανορεξία, ναυτία και έμετοι που συνοδεύονται από επιγαστρικό πόνο και πυρετό. Η γλώσσα έχει επίχρισμα και παρατηρείται σιαλόρροια. Αν η κατάσταση είναι πολύ σοβαρή, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει αιμορραγία.

Η οξεία γαστρίτιδα είναι ταχέως αναστρέψιμη, αν ο άρρωστος σταματήσει να πίνει, ρυθμίσει το διαιτολόγιο και του χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή.

Χρόνιοι αλκοολικοί μπορεί να αναπτύξουν επιφανειακή ή ατροφική χρόνια γαστρίτιδα. Τα συμπτώματά της είναι επιγαστρικός πόνος που αντανακλά στη μέση, όξινες ερυγές, οπισθοστερνικός καύσος, μετεωρισμός της κοιλιάς, δυσκοιλιότητα.

Η θεραπεία επίσης περιλαμβάνει ρύθμιση του διαιτολογίου (καθώς γνωρίζουμε ότι ο αλκοολικός δεν τρέφεται σωστά) και διακοπή του αλκοόλ.

4.1.5 Οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα

Αν και δεν υπάρχει εμφανής αιτία για την οξεία παγκρεατίτιδα, ωστόσο ενοχοποιείται ο αλκοολισμός, στο ότι αποτελεί έναν εκκριτικό διεγερτικό παράγοντα.

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι μια βαριά νόσος, οφειλόμενη σε οξεία φλεγμονή του παγκρέατος. Αρχικά, η φλεγμονή δημιουργεί οίδημα, καθώς όμως αναπτύσσεται φλεβική συμφόρηση, προκαλείται νέκρωση του παγκρέατος. Με την ενζυμική καταστροφή του ιστού, προκαλείται ρήξη των αγγείων με αποτέλεσμα την αιμορραγία.

Το κύριο σύμπτωμα της οξείας παγκρεατίτιδας είναι ο έντονος κοιλιακός πόνος στην άνω κοιλιά. Παρουσιάζεται απότομα, συχνά μετά από λήψη μεγάλης ποσότητας αλκοόλ. Η ναυτία και οι έμετοι είναι δεύτερο κοινό σύμπτωμα. Οι έμετοι είναι βίαιοι και συνεχίζονται ακόμα και με άδειο στομάχι.

Η θεραπευτική αγωγή επικεντρώνεται στην απαλλαγή από συμπτώματα και στην υποστήριξη του αρρώστου, ώστε να προληφθεί υποογκαιμία, shock και θάνατος.

Το οινόπνευμα είναι το συχνότερο αίτιο και της χρόνιας παγκρεατίτιδας. Για να αναπτυχθεί η αλκοολική παγκρεατίτιδα

χρειάζεται κατάχρηση οινοπνεύματος συνήθως για 10-20 χρόνια. Η πιο συχνή κλινική εικόνα της χρόνιας παγκρεατίτιδας αποτελείται από επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας. Τα συμπτώματα ακολουθούν 2 στάδια.

Αρχικά, η φλεγμονή προκαλεί οξύ επεισόδιο με κρίσεις κοιλιακού πόνου. Με την ανάπτυξη χρονιότητας, ο πόνος γίνεται σταθερός. Καταστρέφεται μεγάλο μέρος του παγκρεατικού ιστού και παραβλάπεται τόσο η ενδοκρινής, όσο και η εξωκρινής λειτουργία του. Μειώνεται το βάρος του σώματος και ο άρρωστος παραπονείται για ναυτία, εμετούς, αίσθημα πληρότητας και κοιλιακή διάταση. Τέλος, εμφανίζεται κλινικός διαβήτης. Η θεραπεία είναι συντηρητική και χειρουργική. Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των παροξύνσεων της νόσου, όμοια με της οξείας παγκρεατίτιδας. Στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων συνιστάται αποφυγή οινοπνεύματος, σωστή διατροφή και φαρμακευτική αγωγή.

4.1.6 Λιπώδες Ήπαρ

Η συχνότερη συνέπεια του αλκοόλ είναι το λιπώδες ήπαρ, το οποίο ευρίσκεται στα περισσότερα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ.

Η εναπόθεση του λίπους στα ηπατοκύτταρα μπορεί να οφείλεται:

- α) στην αυξημένη είσοδο των λιπαρών οξέων στο ήπαρ.
- β) στην παραγωγή μεγάλων ποσοτήτων NADHP, η οποία προάγει αυξημένη σύνθεση των λιπαρών οξέων και των τριγλυκεριδίων από τα ηπατοκύτταρα.
- γ) από την οξείδωση του οινοπνεύματος παράγεται ακεταλδεΐδη, η οποία μειώνει την οξείδωση των λιπαρών οξέων.

δ) στη μειωμένη διαθεσιμότητα πρωτεϊνών για τη μεταφορά των τριγλυκεριδίων έξω από το ήπαρ.

Οι περισσότεροι ασθενείς με λιπώδες ήπαρ είναι ασυμπτωματικοί ενώ μόνο λίγοι, αναφέρουν συμπτώματα ανορεξίας, ναυτίας, ακαθόριστου πόνου (συνήθως αίσθημα βάρους) στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς και τυχαία μπορεί να διαπιστωθεί ηπατομεγαλία. Σπάνια, παρατηρείται ίκτερος, αιμολυτική αναιμία και υπερλιπιδαιμία.

Γενικά, το λιπώδες ήπαρ είναι μια 100% αναστρέψιμη κατάσταση και δεν αποτελεί προστάδιο ηπατικής κίρρωσης. Όταν η χρήση οινοπνεύματος διακοπεί, τα κλινικά συμπτώματα υποχωρούν μέσα σε μερικές ημέρες, ενώ οι ιστικές βλάβες αποκαθίστανται μέσα σε 2 μέχρι 3 εβδομάδες.

4.1.7 Αλκοολική Ηπατίτιδα

Οι ασθενείς με αλκοολική ηπατίτιδα μπορεί να μην έχουν συμπτώματα ή αντίθετα να εμφανίζουν από την αρχή βαριά κλινική εικόνα με βαθύ ίκτερο και βαριά γενική κατάσταση.

Η νόσος εκδηλώνεται συνήθως με ανορεξία, ναυτία, εμετούς, απώλεια βάρους και ακαθόριστους κοιλιακούς πόνους. Σε πάνω από $\frac{3}{4}$ των περιπτώσεων παρατηρείται ηπατομεγαλία που ορισμένες φορές υπερβαίνει τα 10cm υπό το υποχόνδριο. Ίκτερος, πυρετός, ασκίτης, σπληνομεγαλία και ηπατική εγκεφαλοπάθεια, που είναι δυνατόν να παρατηρηθούν, είναι συμπτώματα των σοβαρών κλινικών περιπτώσεων. Όταν, παρατηρείται πυρετός, πρέπει να αναζητηθεί μια πιθανή μικροβιακή λοίμωξη στους πνεύμονες, στο ουροποιητικό σύστημα ή στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο Ίκτερος μπορεί να είναι έντονος και να έχει γνωρίσματα κολοστατικού ίκτερου. Μπορεί να βρεθούν δερματικά

σημεία της χρόνιας ηπατοπάθειας, όπως αραχνοειδείς σπίλοι, παλαμιαίο ερύθημα και γυναικομαστία, διόγκωση των παρωτίδων, ατροφία των όρχεων και απώλεια των τριχών του σώματος.

Η αλκοολική ηπατίτιδα είναι σοβαρή μορφή ηπατικής νόσου, γιατί οδηγεί σε ποσοστό 40% σε κίρρωση ή σε ηπατική ανεπάρκεια, η οποία καταλήγει στον θάνατο.

4.1.8 Αλκοολική Κίρρωση

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 εξαφάνιση του ενός ηπατικού λοβού, κυρίως του αριστερού. Όταν υπάρχουν αστεροειδείς ευρυαγγείες, ερύθημα παλαμών, γυναικομαστία, ατροφία των όρχεων, είναι διαγνωστικά ενδεικτικά.

Η πρόγνωση της κίρρωσης εξαρτάται από την παρουσία ή απουσία 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%.

4.1.9 Καρκίνος

Αν και δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν ότι το οινόπνευμα είναι καρκινογόνος ουσία, αρκετές μελέτες βεβαιώνουν πως το οινόπνευμα και τα άλλα συστατικά που περιέχει δρουν ως συγκαρκινογόνα στην ανάπτυξη διαφόρων όγκων, ιδιαίτερα του πεπτικού σωλήνα, ενισχύοντας τη δράση ποικίλων χημικών καρκινογόνων ουσιών.

Οι πιο συνηθισμένοι είναι:

- Καρκίνος στόματος
- Καρκίνος λάρυγγα και φάρυγγα
- Καρκίνος οισοφάγου
- Καρκίνος στομάχου και παχέος εντέρου.

Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί καρκίνος παγκρέατος σαν επακόλουθο της χρόνιας παγκρεατίτιδας. Χρόνιοι, τέλος, αλκοολικοί με κίρρωση ήπατος, μπορεί να αναπτύξουν ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

4.1.10 Αλκοολική καρδιομυοπάθεια

Η αλκοολική καρδιομυοπάθεια είναι αποτέλεσμα άμεσης τοξικής βλάβης των οιοπνευματωδών ποτών στο μυοκάρδιο. Η αιθυλική αλκοόλη σε μεγάλες δόσεις είναι τοξική για το μυοκάρδιο και προκαλεί καρδιομυοπάθεια δρώντας με δοσοεξαρτώμενο τρόπο. Η χρήση οιοπνευματωδών ποτών μπορεί να επιδράσει άμεσα στην καρδιά και στο κυκλοφορικό σύστημα, ενώ η επίδραση στην αρτηριακή πίεση και το μεταβολισμό των λιπιδίων μπορεί να επηρεάσει έμμεσα την καρδιακή λειτουργία.

Στην κλινική εικόνα εμφανίζεται δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και αρρυθμίες. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν οξεία αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια και αρρυθμίες οφειλόμενες σε συγκοπτικά επεισόδια. Παρατηρούνται συχνά επίσης παροξυσμική κολπική μαρμαρυγή, δύσπνοια, ορθόπνοια και παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια. Μετά την έναρξη της καρδιακής ανεπάρκειας και κατά τη διάρκεια του προκλινικού σταδίου μπορεί να εμφανιστούν υπερκοιλιακές αρρυθμίες. Η κοιλιακή ταχυκαρδία θεωρείται ως ο πιθανότερος μηχανισμός του αιφνίδιου θανάτου μεταξύ των αλκοολικών.

Ημερήσια λήψη πάνω από 30-60 γραμ. οινοπνεύματος για τους άνδρες (και χαμηλότερη δόση για γυναίκες) συνοδεύεται, με κίνδυνο για υπέρταση, ενώ κατά την οξεία μέθη ή όταν έχει εγκατασταθεί νευροπάθεια μπορεί να παρατηρηθεί ορθοστατική υπόταση. Η αποχή, μετά από χρόνια χρήση οινοπνεύματος, συνοδεύεται με προσωρινή άνοδο και μετά ακολουθεί ελάττωση της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης.

4.1.11 Αλκοολικό εμβρυϊκό σύνδρομο

Από πολλές μελέτες που έχουν γίνει δεν έχει βρεθεί ποσότητα οινοπνεύματος που να θεωρείται ακίνδυνη κατά την κύηση. Η λήψη οποιασδήποτε ποσότητας οινοπνεύματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει βλαπτική επίδραση στην ανάπτυξη του εμβρύου και στη μελλοντική του εξέλιξη.

Η κατανάλωση μικρών ποσοτήτων οινοπνεύματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών, όπως η αποβολή, πρόωρος τοκετός, η μείωση της ενδομήτριας ανάπτυξης των εμβρύων

και η γέννηση βρεφών μικρότερων του φυσιολογικού βάρους και μήκους του σώματος και της περιμέτρου της κεφαλής του νεογνού για τις εβδομάδες κύησης.

Το οινόπνευμα, μπορεί να διαπεράσει ελεύθερα μέσω του πλακούντα και να προκαλέσει τερατογόνό βλαπτική επίδραση στο αναπτυσσόμενο έμβρυο, παρουσιάζοντας αυτό που σήμερα ονομάζεται «εμβρυϊκό σύνδρομο από οινόπνευμα».

Η συχνότητα του «εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου» στη Γαλλία υπολογίζεται σε 1 περίπτωση ανά 1000 γεννήσεις, στη Σουηδία 1: 600, ενώ στις ΗΠΑ σε 1:750.

Το «αλκοολικό εμβρυϊκό σύνδρομο» χαρακτηρίζεται από ποικίλες συγγενείς ανωμαλίες στις αρθρώσεις, στο κρανίο και στο καρδιαγγειακό σύστημα και συνοδεύεται πολλές φορές με ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη, σοβαρές νευρολογικές επιπλοκές και νοητική καθυστέρηση. Το ΕΑΣ, θεωρείται ως η συχνότερη αιτία νοητικής καθυστέρησης αιτιολογίας στο δυτικό κόσμο.

Οι μορφολογικές διαταραχές αφορούν το πρόσωπο, το οποίο παρουσιάζει επιπέδωση, γεγονός που κάνει τα παιδιά με το σύνδρομο αυτό να μοιάζουν πολύ μεταξύ τους.

Άλλες νευρολογικές εκδηλώσεις είναι ο τρόμος και οι εναλλαγές υπερτονίας και υποτονίας, ενώ οι σπασμοί μετά τη νεογνή ηλικία είναι σπάνιοι. Ένα σταθερό και χαρακτηριστικό εύρημα, είναι η υπερκινητικότητα, η οποία είναι παρούσα ακόμα και αν λείπουν τα άλλα μορφολογικά χαρακτηριστικά.

Οι διαταραχές της ανάπτυξης αφορούν όλα τα σωματομετρικά στοιχεία, ενώ η χαρακτηριστική μείωση του υποδόριου ιστού τους δίνει αποσκελετωμένη όψη.

Από τις συγγενείς καρδιοπάθειες, πιο συχνή είναι η μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Το λυκόστομα, οι μυοσκελετικές και ουροποιητικές ανωμαλίες είναι πιο σπάνια. Για τις νέες γυναίκες και τις εγκύους, η βλαπτική επίδραση του οινοπνεύματος στο έμβρυο αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Θα πρέπει να ενημερωθεί η μέλλουσα μητέρα για τους κινδύνους από την κατανάλωση οινοπνεύματος και για την πλήρη αποφυγή του από τη σύλληψη και μέχρι το τέλος του θηλασμού.

4.1.12 Άλλες επιδράσεις στον οργανισμό

Ενδοκρινικό σύστημα: Προκαλείται υπογοναδισμός, ο οποίος είναι συχνά μη αναστρέψιμος.

Αιμοποιητικό σύστημα: Η καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών από το αλκοόλ, αλλά και έμμεσες επιδράσεις αυτού στην αιμοποίηση, έχουν σαν συνέπεια αναιμία, θρομβοπενία καθώς και ανεπάρκεια των αμυντικών μηχανισμών.

Μυοσκελετικό σύστημα: Σε άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ είναι συχνή η ανεύρεση οστεοπενίας. Επίσης, προκαλεί μυοπάθεια οξεία επώδυνη με βαριά ραβδομύολυση, αλλά και χρόνια μυοπάθεια με συνέπεια τη μυϊκή ατροφία.

Μεταβολικές επιδράσεις: Το αλκοόλ παρέχει θερμίδες, αλλά προκαλεί υποθρεψία και έλλειψη βιταμινών (B1, φολλικό οξύ, B6, νιασίνη και A). Προκαλεί υπογλυκαιμία, κυρίως στην φάση της κατάχρησης. Ποικίλες άλλες μεταβολικές διαταραχές είναι η οξέωση,

υποκαλιαίμια, υπομαγνησιαίμια, υποασβεστιαίμια, υποφωσφαταιμία, και υπερουριχαιμία, διαταραχές που είναι ταχέως αναστρέψιμες.

4.2 Ψυχιατρικές αλκοολικές διαταραχές

4.2.1 Στερητικό αλκοολικό σύνδρομο

Το στερητικό αλκοολικό σύνδρομο εμφανίζεται μέσα σε 24-72 ώρες ή και μέχρι μια εβδομάδα μέχρι 10 μέρες μετά από σημαντική μείωση ή διακοπή χρήσης οινοπνευματωδών ποτών και εκτείνεται από άγχος και τρόμο μέχρι το έκδηλο παραλήρημα (delirium tremens). Τα πρώτα σημεία και συμπτώματα του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου είναι:

- Αδρός τρόμος των χεριών, της γλώσσας και των βλεφάρων
- Υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, δηλ. ταχυκαρδία, εφίδρωση, αυξημένη αρτηριακή πίεση.
- Κακουχία ή αδυναμία
- Πυρετός
- Υπέρπνοια, αύξηση των αντανακλαστικών
- Ευερεθιστότητα, διέγερση, άγχος, αϋπνία ή και κατάθλιψη
- Ναυτία, εμετός, κοιλιακό άλγος, διάρροια
- Κεφαλαλγία
- Παροδικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις.

Προοδευτικά επιδεινώνονται τα πρώτα συμπτώματα και ιδιαίτερα η ταχυκαρδία, η εφίδρωση, η διέγερση και ο τρόμος και μπορεί να εμφανιστούν σπασμοί, συνήθως 4-48 ώρες μετά το τελευταίο ποτό, που είναι γενικευμένοι, αυτοπεριοριζόμενοι και προηγούνται συνήθως της μεγάλης διέγερσης και του παραληρήματος. Η θεραπεία θα πρέπει να

είναι άμεση και ενδονοσοκομειακή, επειδή μπορεί να προκύψει μεγάλη νοσηρότητα και δεν είναι δυνατόν να προβλέψει κανείς ποιοι ασθενείς θα αναπτύξουν delirium tremens.

4.2.2 Αλκοολική ψευδαισθήτωση

Η αλκοολική ψευδαισθήτωση εμφανίζεται είτε κατά τη διάρκεια μεγάλης κατανάλωσης οινοπνεύματος, είτε εντός 48 ωρών μετά από στέρηση οινοπνεύματος σε άτομα εξαρτημένα από αυτό.

Χαρακτηρίζεται από παρανοϊκή ψύχωση και από έντονες και ζωηρές ψευδαισθήσεις, οι οποίες είναι οπτικές, ακουστικές ή απτικές, που προκαλούν έντονο άγχος και φόβο στον ασθενή. Δεν υπάρχει τρόμος, σύγχυση, ούτε διαταραχές της αισθητικότητας, πράγμα που την κάνει να ξεχωρίζει από το στερητικό σύνδρομο.

Ο ασθενής παρουσιάζεται φυσιολογικός, εκτός από την παρουσία ακουστικών ψευδαισθήσεων που συχνά είναι δυσάρεστες ή τρομακτικές και ο ασθενής ανταποκρινόμενος σ' αυτές τις ψευδαισθήσεις, μπορεί να προκαλέσει επιθετική συμπεριφορά και να βλάψει έτσι τον εαυτό του και τους άλλους.

4.2.3 Αλκοολικό 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 2 εβδομάδες. 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 διανοητική σύγχυση, καταθλιπτικό συναίσθημα, τρόμος, ευερεθιστότητα και παραληρηματικές ιδέες. Παρουσιάζονται έντονες ψευδαισθήσεις- οπτικές και απτικές-

κυρίως που αφορούν ζώα ή έντομα ή ακουστικές, αλλά και παρερμηνείες και παραισθήσεις. Επίσης, συνυπάρχουν, θόλωση της συνείδησης, αποπροσανατολισμός, ασυνάρτητη ομιλία, έντονη υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, υπερπυρεξία, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

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 την εμφάνισή του υποβοηθά η παρουσία κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης, όπως πνευμονίας, υπατικής ανεπάρκειας, γαστρεντερικής αιμορραγίας, υπογλυκαιμίας, τραύματος της κεφαλής, ηλεκτρολυτικής διαταραχής, μετεγχειρητικής κατάστασης. Η θεραπεία γίνεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας και πρέπει να είναι άμεση.

4.2.4 Σύνδρομο Korsakoff

Το αμνησιακό σύνδρομο, το οποίο είναι γνωστό και ως σύνδρομο Korsakoff, συνήθως ακολουθεί χρονικά την εγκεφαλοπάθεια του Wernicke, μπορεί όμως και να παραμείνει μετά τη θεραπεία της. Είναι μια χρόνια κατάσταση που μπορεί να εμφανιστεί και ύστερα από ένα ή περισσότερα επεισόδια τρομώδους παραληρήματος.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου Korsakoff είναι η έκπτωση της βραχύχρονης (ή πρόσφατη) μνήμης που εμφανίζεται κυρίως σαν αδυναμία μάθησης καινούριων 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 το 25% των ασθενών αναρρώνει πλήρως. Η πρόληψη των συνδρόμων Wernicke- Korsakoff είναι φυσικά η επαρκής διατροφή.

4.2.5 Αλκοολική Άνοια

Μετά από μακροχρόνια και υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος σε ασθενείς άνω των 35 ετών μπορεί να παρουσιαστεί η εικόνα του συνδρόμου άνοιας, του οποίου οι βλάβες είναι αναστρέψιμες και υποχωρούν αν διακοπεί η χρήση οινοπνεύματος.

Ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχές της πρόσφατης και της παλαιάς μνήμης, διαταραχές της σκέψης, διαταραχές του λόγου, έκφρασης και κατανόησης (αφασία), απραξία, αγνωσία, κατασκευαστικές δυσκολίες, μειώνεται η γενική ικανότητα αντιμετώπισης βιοτικών προβλημάτων, επηρεάζεται σημαντικά η επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα και ο προσανατολισμός είναι διαταραγμένος στο χρόνο, στο χώρο και στο περιβάλλον.

Η προσωπικότητα του ασθενούς αλλάζει ή ορισμένα χαρακτηριστικά της επιτείνονται, το συναίσθημα είναι ευμετάβλητο και ο άρρωστος χαρακτηρίζεται από αμηχανία, άγχος και κατάθλιψη και με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζεται μείωση των ενδιαφερόντων και

πρωτοβουλιών, αφηρημάδα και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων και κατάργηση των ηθικών αναστολών, είναι επιρρεπής σε ατυχήματα και ευάλωτος σε λοιμώξεις, οι οποίες συχνά είναι θανατηφόρες. Σε προχωρημένες περιπτώσεις οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι συχνές.

4.2.6 Διαταραχές της διάθεσης

Με τον αλκοολισμό μπορεί να συνυπάρχουν κατάθλιψη, μανία ή μια μικτή διαταραχή.

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μια καταθλιπτική διάθεση και από απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες τις δραστηριότητες της ζωής.

Η μανία χαρακτηρίζεται από παθολογικά ευφορική, διαχυτική ή ευερέθιστη συναισθηματική διάθεση.

4.3 Κοινωνικές αλκοολικές συνέπειες

Στη σύγχρονη κοινωνία, το θέμα του αλκοολισμού έχει προσλάβει τράγικες διαστάσεις, με προφανείς επιπτώσεις στο άτομο και στο κοινωνικό σύνολο.

Το κόστος του αλκοολισμού είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, είτε υπολογισθεί ως απώλεια εργασιμων ωρών, είτε εκτιμηθεί ως κοινωνικό κόστος περίθαλψης για όλα τα προβλήματα υγείας που προκύπτουν από την οξεία ή χρόνια κατάσταση οινοπνεύματος.

Στη Μ.Βρετανία, υπολογίζεται ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη προσφέρει ποσοστό εξόδων 15-25% στην κάλυψη τέτοιων περιστατικών. Στις ΗΠΑ, αντίστοιχα, το ετήσιο κόστος περίθαλψης για προβλήματα σχετιζόμενα με την χρήση αλκοόλ είναι 100 δις δολάρια (15% του γενικού κόστους για την υγεία).

Όσον αφορά την εργασία, η υπερβολική χρήση αλκοόλ έχει σαν συνέπεια απουσίες από την εργασία, ατυχήματα στη δουλειά, χαμηλή παραγωγικότητα και διαπροσωπικά προβλήματα στην εργασία, καταστάσεις που οδηγούν στην ανεργία.

Υπάρχουν σοβαρότερες παράμετροι στην υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, που δεν αποτιμώνται με αριθμούς, με την έννοια του οικονομικού κόστους, όπως είναι ο αντίκτυπος στις σχέσεις του ατόμου μέσα στην οικογένεια. Η βία και η κακομεταχείριση παιδιών είναι πολύ συχνά φαινόμενα σε άτομα που συνηθίζουν να πίνουν.

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι τυπικό χαρακτηριστικό του αλκοολικού, με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονιών σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (8 προς 1).

Το αλκοόλ, τέλος, θεωρείται υπεύθυνο για πάνω από το 50% των θανάτων σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα, αν και αρκετοί πιστεύουν ότι πολύ συχνά και στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει κάποια υπόσυνείδητη ατυχηματοθηρική τάση, η οποία εκδηλώνεται μετά από λήψη οινοπνεύματος.

4.4 Εκτίμηση του αλκοολικού

Ο αλκοολισμός, διαφεύγει συχνά τη διάγνωση του γιατρού, κι αυτό γιατί ο αλκοολικός αρνείται τις περισσότερες φορές ότι έχει πρόβλημα με το αλκοόλ. Η εκτίμησή του μπορεί να γίνει από:

A. Ιστορικό.

Αν ο ασθενής δεν θέλει να αποδεχτεί το πρόβλημά του ή δεν συνεργάζεται λόγω τοξίκωσης, το ιστορικό λαμβάνεται από συγγενείς,

φίλους και ανθρώπους από την εργασία του που μπορούν να δώσουν ακριβείς πληροφορίες.

1. Το ιστορικό της συνήθειας για ποτό, συμπεριλαμβανομένου: του τρόπου να πίνει (επεισοδικά, συνεχώς επεισόδια πάνω σε χρόνια χρήση), του χρόνου και της ποσότητας της ημερήσιας κατανάλωσης, του ιστορικού λήψης άλλων ουσιών ή μη πόσιμου αλκοόλ.

Πρέπει να ληφθεί ιστορικό συμπτωμάτων από χρήση αλκοόλ όπως: στερητικών συμπτωμάτων, επεισοδίων αμνησίας- σύγχυσης, σπασμών από στέρηση, τρομώδες παραλήρημα.

Πρέπει να καταγραφούν προσπάθειες διακοπής αλκοόλ (αποτοξίνωση, ομάδες υποστήριξης). Πρέπει να γίνουν ερωτήσεις για επικίνδυνη οδήγηση που σχετίζεται με λήψη αλκοόλ και τυχόν ποινές.

2. Ιστορικό κάθε άλλης σωματικής ή ψυχικής νόσου, ειδικά ιστορικό συμπτωμάτων που σχετίζονται με λήψη αλκοόλ, όπως: κατάθλιψη, κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, κοιλιακών πόνων, εμετών, διάρροιας, παγκρεατίτιδας και ίκτερου.

Είναι σημαντικό να ρωτάμε για συνταγογραφούμενα φάρμακα π.χ ινσουλίνη ή αντιδιαβητικά δισκία (διότι το αλκοόλ μπορεί να προδιαθέσει για σοβαρή υπογλυκαιμία).

B. Φυσική εξέταση

Καθώς προχωρά η βαρύτητα του αλκοολισμού, υπάρχουν και φυσικά σημεία που υποδεικνύουν ότι ένα άτομο μπορεί να είναι αλκοολικό. Τέτοια είναι η διογκωμένη, κόκκινη μύτη, οι κόκκινες παλάμες, τα αραχνοειδή αγγειώματα, η διόγκωση του ήπατος, τα καμένα από τα τσιγάρα δάκτυλα, οι απώλειες συνείδησης, μικροτραυματισμοί,

ατυχήματα στην οδήγηση και σε πιο προχωρημένα στάδια ίκτερος ή ασκίτης, ατροφία των όρχεων, γυναικομαστία.

Η νευρολογική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει εξέταση για αταξία, νυσταγμό, οφθαλμοπληγία (σημεία εγκεφαλοπάθειας Wernicke), σύγχυση.

Γ. Εργαστηριακές εξετάσεις.

Θα πρέπει να περιλαμβάνουν:

Γενική αίματος, σάκχαρο, ηλεκτρολύτες, Ca, Mg, ηπατική λειτουργία. Η αλβουμίνη και ο χρόνος προθρομβίνης θα πρέπει να εκτιμηθούν σαν μέρος της διατροφικής κατάστασης και της συνθετικής ηπατικής λειτουργίας.

Τα επίπεδα αλκοόλ είναι χρήσιμα για επιβεβαίωση της χρήσης αλκοόλ, αλλά δεν είναι χρήσιμα για τη λήψη αποφάσεων. Τα υψηλά επίπεδα μπορεί να αποδεικνύονται αλλά δεν μπορούν να ερμηνευθούν λόγω της ύπαρξης αντοχής στο αλκοόλ. Επίσης, το επίπεδο αλκοόλ που βρίσκουμε στο αίμα του ασθενούς κατά την προσέλευση, δεν μας κατατοπίζει αν βρισκόμαστε σε ανοδική ή καθοδική πορεία.

Όμως, σε μη ανθεκτικούς ασθενείς, ένα επίπεδο 100mg/dl συνήθως καταλήγει σε τοξίκωση και αντιπροσωπεύει το όριο τοξίκωσης σε πολλά κράτη. Οπότε, ένα επίπεδο αλκοόλ στο αίμα 150mg/dl σε ένα άτομο χωρίς σημεία τοξίκωσης είναι ισχυρή απόδειξη αλκοολισμού.

Μέρος Δεύτερο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Πρόληψη αλκοολισμού

Είναι περίεργο το γεγονός ότι μετά από τόσα χρόνια εμπειρίας σχετικά με το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης, λίγα είναι τα μοντέλα που εφαρμόστηκαν διεθνώς για την πρόληψη του φαινομένου.

Ιστορικά η προσπάθεια για την πρόληψη της χρήσης ουσιών, πέρασε από διάφορα στάδια. Προσπάθειες μέσω περιορισμών και νουθεσίας αποδείχθηκαν αναποτελεσματικές. Οι τακτικές εκφοβισμού δεν φάνηκαν χρήσιμες και πολλές φορές αντίθετα αποτελέσματα, κεντρίζοντας περισσότερο την περιέργεια των νέων, παρά ενθαρρύνοντας τους.

Είναι γενική διαπίστωση ότι άλλα μεν άτομα αποφεύγουν τις ουσίες όταν ενημερωθούν για τους κινδύνους, ενώ, αντίθετα, άλλα έλκονται από την πιθανότητα να διακινδυνεύσουν μέσω της χρήσης.

Ένα ευρέως αποδεκτό πλαίσιο για την ανάπτυξη σκεπτικών πρόληψης υπήρξε αυτό που προτάθηκε από τον Gerarld Caplan στη δεκαετία του 1940. Ο συγγραφέας πρότεινε τρεις μορφές πρόληψης:

1. Την πρωτογενή πρόληψη, που στοχεύει στην αποτροπή της χρήσης αλκοόλ και η οποία απευθύνεται σε ομάδες υψηλού κινδύνου.
2. τη δευτερογενή, που περιλαμβάνει προσπάθειες παρέμβασης σε ομάδες ατόμων, που χρησιμοποιούν μεν ουσίες, αλλά δεν έχουν ακόμη εγκαταστήσει σταθερές συμπεριφορές χρόνιου πότη, και
3. την τριτογενή, που μέσω θεραπευτικών και άλλων υπηρεσιών, αποσκοπεί στον περιορισμό της περαιτέρω εμπλοκής των χρόνιων αλκοολικών με το αλκοόλ και της αποκατάστασής τους.

5.1 Πρωτογενής πρόληψη

Από τις τρεις βαθμίδες της πρόληψης, η Πρωτοβάθμια είναι εκείνη που έχει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων, στην οποία εμπλέκονται πολλές επαγγελματικές ομάδες και φορείς της υγείας και της ψυχικής υγείας και καλύπτουν όλες τις φάσεις της ζωής ενός ανθρώπου, από την προγεννητική, τη νεογνική, την παιδικά, την εφηβική, την ενηλικίωση και το γήρας.

Στόχος της πρωτογενούς πρόληψης, είναι σταδιακή διαμόρφωση συγκροτημένης, θετικής, υπεύθυνης προσωπικότητας του νέου ανθρώπου, που θα έχει τη δύναμη ο ίδιος να πει όχι στο σταυροδρόμι του αλκοόλ, ένα όχι θαρρετό προς κάθε απειλή της ζωής.

Έτσι, προσεγγίζουμε το πρόβλημα της αγωγής του νέου ανθρώπου. Αγωγής που γίνεται απ'όλα τα στοιχεία που τον περιβάλλουν: την κοινότητα, την οικογένεια, το σχολείο, τον τρόπο διαβίωσης, τους δρόμους, τους τρόπους διακίνησης, το ραδιόφωνο, την τηλεόραση, τις ομάδες των φίλων, τις επαγγελματικές σχέσεις.

Θα ξεκινήσουμε λοιπόν με τις ομάδες που βρίσκονται άμεσα κοντά στο παιδί. Είναι οι υπεύθυνοι φορείς αγωγής: η οικογένεια και οι εκπαιδευτικοί.

Ο ρόλος της Οικογένειας

Η οικογένεια είναι το πρώτο και σημαντικό περιβάλλον, μέσα στο οποίο μεγαλώνει το παιδί, εκεί που δέχεται τους πρώτους ερεθισμούς των ανθρώπινων και κοινωνικών σχέσεων.

Σκοπός, λοιπόν, της οικογένειας είναι η διαμόρφωση μιας σωστής προσωπικότητας του παιδιού και σαν αναντικατάστατοι παιδαγωγοί, χρειάζονται σήμερα πρώτα απ'όλα γνώσεις αναφορικά με την αγωγή του

σύγχρονου δύσκολου παιδιού. Γνώσεις που είναι φυσικό να αγνοούν, αφού δεν τους τις δίδαξε κανείς.

Η γνώση ξεκινά από την άποψη πως, κοντά στην σωματική υγεία του παιδιού, υπάρχει και η ψυχική υγεία και αυτή τη γνώση μπορούν να την απαντήσουν με το να επισκέπτονται «Σχολές γονέων». Οι σχολές γονέων λειτουργούν τόσο στο εξωτερικό, όσο και στην Ελλάδα. Έχουν αναπτυχθεί 134 παραρτήματα σε γειτονίες της Αθήνας και σε επαρχιακές πόλεις, σε συνεργασία με τους δήμους, πολιτιστικούς συλλόγους κ.α.

Σκοπός των σχολών γονέων, είναι η επιστημονική βοήθεια προς τους γονείς, ώστε να είναι σε θέση να προστατέψουν και να προασπίσουν από νωρίς την ψυχική υγεία του παιδιού, αργότερα του ενήλικου ατόμου. Να βοηθήσουν, επίσης, στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του νέου ανθρώπου, προσωπικότητας με αυτοεκτίμηση, αυτοέλεγχο και ικανότητα στο να αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις.

Εκτός από τις σχολές γονέων υπάρχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες για οικογένειες, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προγράμματα ψυχολογικής ενίσχυσης που μπορούν να τα επισκεφτούν τόσο γονείς, όσο και παιδιά.

Κάποια βασικά σημεία που βοηθούν τους γονείς σ'ότι αφορά την πρόληψη του αλκοολισμού είναι :

Συμβουλές για γονείς:

1. Πρέπει να δίνουν οι ίδιοι το καλό παράδειγμα.
2. Πρέπει να είναι ικανοί να ακούν τα παιδιά τους προσεκτικά και πρέπει να θέτουν σαφείς όρους για την κατανάλωση αλκοόλ στο σπίτι.

Εάν ένα ισχυρό και ξεκάθαρο σύστημα αξιών μεταδοθεί στα παιδιά, τους παρέχει ένα πλαίσιο στήριξης όταν λαμβάνουν αποφάσεις.

3. Αφού τα ΜΜΕ (διαφημίσεις, ταινίες) αποτελούν τις κύριες πηγές πληροφόρησης των παιδιών σχετικά με το αλκοόλ, οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αξιολογούν τα μηνύματα των ΜΜΕ.

4. Οι γονείς μπορούν και πρέπει να μάθουν να ανιχνεύουν τη χρήση του αλκοόλ σε πρώιμο στάδιο. Και να γνωρίζουν τι μπορούν να κάνουν μετά.

5. Οι γονείς μπορούν να συνηθίσουν τα παιδιά τους να αναπτύξουν μια θετική εικόνα εαυτού, ενθαρρύνοντάς τα να επιτύχουν και μην τα συγκρίνουν με άλλα παιδιά.

6. Μπορεί να υποδειχθεί σε άλλους γονείς να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των παιδιών τους σε υγιείς και δημιουργικές δραστηριότητες που ενισχύουν την προσωπική τους ανάπτυξη και βοηθούν στην καταπολέμηση της πλήξης, όταν διαπιστώσουν την συχνή παρέα των παιδιών τους με άλλα παιδιά.

Ο ρόλος του σχολείου

Ο ρόλος του σχολείου, σήμερα, περιορίζεται μόνο στην εκπαίδευση και όχι στην Παιδεία. Οι δάσκαλοι και οι εκπαιδευτικοί ενδιαφέρονται μόνο να μεταφέρουν γνώσεις στα παιδιά και δεν ασχολούνται καθόλου με την προσωπικότητά τους.

Ιδιαίτερα, στην περίοδο της εφηβείας, οι υποχρεώσεις των εκπαιδευτικών ως προς τη διαμορφούμενη προσωπικότητα του μαθητή είναι επιτακτικές, καθώς ζουν πολλές ώρες με εφήβους προβληματιζόμενους, δοκιμαζόμενους σε πολλά επίπεδα: βιολογικής ωρίμανσης, κοινωνιολογίας, σπουδών, επαγγελματικού

προσανατολισμού, υπαρξιακά, σχέσεων με γονείς κ.α. Πάνω σ' αυτά τα θέματα χρειάζεται ο μαθητής ενίσχυση της σκέψης του, πρωτοβουλία, δημιουργική δράση, συναίσθημα αυτοεκτίμησης, ευκαιρίες για την αξιοποίηση των ικανοτήτων του, τη δημιουργία δηλ. μιας ισχυρής προσωπικότητας.

Το σχολείο έχει και μια άλλη δυνατότητα. Οι εκπαιδευτικοί, στην καθημερινή επαφή τους, έχουν την ευκαιρία να διακρίνουν «συμπτώματα» κάποια διαμορφούμενα περιστατικά επικινδυνότητας, κάποια έναρξη χρήσης αλκοόλ, κάποιες δυσαρμονίες σχέσεων με γονείς κ.α., ώστε να προλάβουν να ζητήσουν την έγκαιρη βοήθεια ειδικών.

Τα τελευταία χρόνια, όσον αφορά την πρόληψη του αλκοολισμού γίνονται προσπάθειες- και πρέπει να γίνουν εντονότερες που θα ήταν αποτελεσματικές σαν κατεύθυνση εργασίας. Είναι η κατεύθυνση ενημέρωσης πληροφόρησης των μαθητών για το αλκοόλ και τις συνέπειές του, από ειδικούς, με ευκαιριακές επισκέψεις.

Εκτός από τα παραπάνω, είναι ανάγκη, να οργανωθούν πέρα από τα μαθήματα «εξωταξικές δραστηριότητες». Είναι μοναδικές ευκαιρίες για την ωρίμανση της προσωπικότητας των παιδιών, που προσφέρουν οι ελεύθερες ομάδες απασχόλησης, εορτών, θεάτρου, αθλητικών εκδηλώσεων, περιοδικού, εκδρομών, βιβλιοθήκης, συζητήσεις με ειδικούς σε θέματα επιλογής κ.α. Έτσι, δίνεται ευκαιρία στους εκπαιδευτικούς και μαθητές να αλληλογνωριστούν και να ενταχθούν διάλογοι- συζητήσεις ως προς το αλκοόλ και την πρόληψή του.

Τέλος, η παρουσία ψυχολόγου είναι πλέον απαραίτητη στο σχολείο. Το ζήτημα είναι να ενεργοποιηθεί το Υπουργείο Παιδείας και η πολιτεία, ώστε όλα αυτά τα αιτήματα να υλοποιηθούν και ο δρόμος προς την πρόληψη ης μαστιγας που ξεκινάει από τους νέους να ανοίξει.

Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση αποτελεί σοβαρότατο, βασικό φορέα στον τομέα της πρόληψης του αλκοολισμού. Καθώς είναι μικρός γεωγραφικός, κοινωνικός χώρος έχει άμεση επαφή με τους κατοίκους της περιοχής, τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς, τους νέους, τους δημότες.

Μπορεί να βοηθήσει στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης ως προς την ανάγκη και την αξία της πρωτογενούς πρόληψης, να κινητοποιήσει τους δημότες και να οργανώσει επιτροπές και σχετικά προγράμματα, όπως δείχνουν οι ως τώρα σχετικές προσπάθειες.

Χαρακτηριστικά είναι τα «Κέντρα Πρόληψης» σε όλη την Ελλάδα, όπου ο καθένας, ο πολίτης, ο γονέας, ο νέος, μπορεί να γίνει μέλος, συνεργάτης πάνω σε προγράμματα υγείας, σωματικής και ψυχολογικής, και ενημέρωσης που αφορούν όλο το κοινωνικό σύνολο.

Ο ρόλος της ενημέρωσης

«Μέχρι το 2004, συγχρονισμένες και ουσιαστικά-βασισμένες στα ΜΜΕ- ενημερωτικές εκστρατείες θα πρέπει να έχουν ενεργοποιηθεί σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, ώστε να ευαισθητοποιήσουν και να υποκινήσουν την κοινή γνώμη και τη γενική θέληση για την προώθηση πολιτικής Ελέγχου του αλκοόλ» (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας).

Θεωρείται και έχει στατιστικά αποδειχθεί, ότι η παροχή πληροφόρησης και ενημέρωσης για την αποφυγή εξάρτησης και τις σχετιζόμενες με αυτήν επιπτώσεις, που γίνεται μέσω εκπαίδευσης και επιμόρφωσης και στηρίζεται παράλληλα από τα ΜΜΕ, συνεισφέρει στη διαμόρφωση στάσεων και πεποιθήσεων αποδοκιμαστικών απέναντι στο αλκοόλ.

Όμως, είναι κοινά αποδεκτό, πως τα ΜΜΕ μας βομβαρδίζουν με διαφημιστικά μηνύματα και ανθρώπινες εμπειρίες που οδηγούν στην χρήση και κατάχρηση του αλκοόλ.

Αυτό, γίνεται γιατί τα ΜΜΕ είναι πραγματική όψη της κοινωνίας και όταν παρατηρείται παντού η διάχυτη και πληθωρική διαθεσιμότητα των οίνοπνευματωδών ποτών, λογικό είναι να πλημμυρίζονται και τα ΜΜΕ με εικόνες που αφορούν το αλκοόλ.

Πρώτη, λοιπόν, η πολιτεία πρέπει να ενεργοποιηθεί και να κάνει μικρά και σταθερά βήματα για να ανεβάσει τον δείκτη υγείας και έπειτα ο ρόλος των ΜΜΕ θα είναι να στηρίζουν αυτές τις προσπάθειες σαν μέρος της υποστηρικτικής τους διαδικασίας.

Ο ρόλος της Νοσηλευτικής

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας, όσον αφορά την πρόληψη του αλκοολισμού, είναι πολύ σημαντικός γι'αυτό και θα πρέπει να είναι ειδικευμένη σ'αυτόν τον τομέα και να έχει γνώσεις, τόσο της ανθρώπινης συμπεριφοράς και του ψυχισμού του ατόμου, όσο και άλλες γνώσεις από συναφείς επιστήμες. Επίσης, πρέπει να έχει αυτογνωσία και να διατηρεί την επαγγελματική της ακεραιότητα για να βοηθήσει αποτελεσματικά το άτομο. Γι'αυτό, δεν πρέπει να αφήνει τις προκαταλήψεις και τις προσωπικές αξίες να επηρεάζουν την κρίση της.

Η νοσηλεύτρια απευθύνεται κυρίως σε άτομα υψηλού κινδύνου για χρήση και κατάχρηση αλκοόλ, τα οποία είναι η έγκυος γυναίκα, ο έφηβος, ο ηλικιωμένος και τα άτομα που έχουν προβλήματα και βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση.

Βασικός, όμως, στόχος των προληπτικών προγραμμάτων είναι ο ίδιος ο γενικός πληθυσμός της κοινότητας, που εκπαιδεύεται συστηματικά σε θέματα ψυχικής υγείας.

Νοσηλευτική, λοιπόν, αρμοδιότητα είναι η αγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η οποία περιλαμβάνει αυτοεκτίμηση, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, ικανότητα δημιουργίας καλών διαπροσωπικών σχέσεων και την εσωτερική ικανοποίηση.

Αρμοδιότητα, επίσης, της νοσηλεύτριας είναι η πληροφόρηση του κοινού για τη φύση του αλκοόλ και τις βλαβερές συνέπειες που μπορεί να προκύψουν από τη χρήση και κατάχρησή του.

Η νοσηλεύτρια, τέλος, συναντά άτομα που είναι σε κρίσιμη κατάσταση, όπως είναι οι έφηβοι, τα άτομα με προβλήματα ή οι ηλικιωμένοι και παρεμβαίνει στην ψυχολογική τους κρίση με προσωπική παρουσία και φροντίδα. Η φροντίδα γίνεται με υποστηρικτικό διάλογο, με καθοδήγηση στη λύση του υποκείμενου προβλήματος και με εκπαίδευση, πώς να βγει το άτομο από την κρίσιμη κατάσταση με αυξημένο δυναμικό για ψυχική υγεία.

5.2 Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη έχει ως στόχο την το κατά δυνατό πρόωρη διάγνωση των ατόμων που έχουν προβλήματα με το αλκοόλ και τη χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, με τελικό σκοπό τη μείωση της σοβαρότητας και διάρκειάς τους και τον περιορισμό των χρόνιων επακόλουθων και ελλειμμάτων, που είναι δυνατό να προκύψουν. Βασική αρχή της δευτερογενούς πρόληψης είναι ότι αποδίδει καλύτερα όταν εφαρμόζεται μέσω υπηρεσιών που έχουν ως χαρακτηριστικό τους την εύκολη προσβασιμότητα του πληθυσμού σε

αυτές, λειτουργούν δηλ. στο πλαίσιο της κοινότητας. Ως τέτοιες, πρώτη θέση κατέχουν οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ και οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Σε αυτού του τύπου τις υπηρεσίες υπάγονται στη χώρα μας τα Κέντρα Υγείας, τα Πολυϊατρεία και τα Αγροτικά Ιατρεία.

Ο γιατρός της Π.Φ.Υ- ή η νοσηλεύτρια αντίστοιχα –θα πρέπει να έχει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες ως εξεταστής, γιατί το άτομο που έχει πρόβλημα με το αλκοόλ, δεν το παραδέχεται εύκολα. Επομένως, ο γιατρός, θα πρέπει να εξετάσει τόσο την αιτία που τον επισκέπτεται το άτομο, όσο και την εξωτερική του εμφάνιση, αλλά και την οικογενειακή του κατάσταση.

Από τη στιγμή, λοιπόν, που ο γιατρός ανακαλύψει κάποια διαταραχή σχετιζόμενη με τη λήψη αλκοόλ, η θεραπεία που μπορεί να ακολουθήσει είναι φαρμακευτική (ηρεμιστικά, αντικαταθλιπτικά, βιταμίνες κ.α) και μη φαρμακευτική (συζήτηση, συμβουλευτική, κοινωνική βοήθεια, παραπομπή σε ειδικό, σωματικές εξετάσεις).

5.3 Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη έχει ως σκοπό τη μείωση των συνεπειών της χρονιότητας του αλκοολισμού και υλοποιείται μέσω προγραμμάτων αποκατάστασης. Αποκατάσταση που είναι σωματική, ψυχική, επαγγελματική, κοινωνική και έχει ως στόχο την απόκτηση του μέγιστου δυνατού επιπέδου λειτουργικότητας και αυτονομίας από το άτομο, ώστε να επανενταχθεί στην κοινωνία στο συντομότερο δυνατό χρόνο.

Από τη στιγμή, λοιπόν, που ο αλκοολικός ξεπεράσει το πρώτο στάδιο που είναι και η οξεία φάση της αρρώστιας του, θα πρέπει να επισκέπτεται κάποια συμβουλευτική υπηρεσία για την περαιτέρω παρακολούθησή του (φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία).

Επίσης, υπάρχουν τα κέντρα ημέρας ή νύκτας για τον ίδιο σκοπό, οι υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας (επείγουσα τηλεφωνική βοήθεια, κινητή ομάδα παρέμβασης σε «κρίση») που στοχεύουν στην έγκαιρη παρέμβαση σε καταστάσεις που το άτομο παρεκτρέπεται και πέφτει πάλι στο αλκοόλ και οι μονάδες για άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ που λειτουργούν ως «ανοικτές» θεραπευτικές κοινότητες, συνεισφέροντας ακόμη σημαντικά στην ενημέρωση αλλά και στην επαγγελματική αποκατάσταση των εξαρτημένων.

Οι μονάδες επαγγελματικής αποκατάστασης εκπαιδεύουν ή επανεκπαιδεύουν ασθενείς που είναι ανειδίκευτοι ή λόγω της νόσου τους αδυνατούν να ανταποκριθούν στις προηγούμενες επαγγελματικές υποχρεώσεις τους λόγω λειτουργικής έκπτωσης.

Η νοσηλευτική, όχι μόνο είναι παρούσα με τα στελέχη της σ' όλα αυτά τα προγράμματα, αλλά και πρωτοπορεί σε πρότυπους σχεδιασμούς-τοπικούς, εθνικούς, και διεθνείς- στο συντονισμό, την εκτέλεση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους. Πάνω από όλα η νοσηλευτική είναι καθημερινά κοντά στον άνθρωπο και γίνεται φρουρός, σύμβουλος και δάσκαλος της ψυχικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Βραχύχρονη θεραπεία του αλκοολισμού

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

6.1. Νοσηλευτική αντιμετώπιση της οξείας μέθης

Από τη στιγμή που το άτομο προσέλθει στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου με βαριά τοξίκωση, η νοσηλεύτρια πρέπει να ενεργήσει γρήγορα μαζί με το γιατρό για την αντιμετώπιση του περιστατικού.

Πρέπει, λοιπόν, να έχει υπόψη της, ότι ο αλκοολικός, κατά τη διάρκεια της οξείας μέθης είναι ιδιαίτερα επιρρεπής στη εμφάνιση των παρακάτω καταστάσεων:

- Υποσκληρίδια αιματώματα
- Υπογλυκαιμία, λόγω ηπατικής βλάβης
- Αιμορραγίες από τον γαστρεντερικό σωλήνα
- Παγκρεατίτιδα
- Κατάγματα
- Λοιμώξεις

Ερχόμενος, λοιπόν, ο ασθενής, η νοσηλεύτρια προσπαθεί να τον ηρεμήσει με προσεκτικές κινήσεις χωρίς να τον προκαλεί. Η εξασφάλιση ενός ήσυχου περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντική. Τον

ξαπλώνει σε αναπαυτική θέση και προσπαθεί να τον ελευθερώσει από ρούχα που τυχόν τον σφίγγουν (γραβάτα, στηθόδεσμος, ζώνη κοιλίας κτλ.)

Κατόπιν, με εντολή γιατρού, η νοσηλεύτρια κάνει για αρκετή ώρα πλύση στομάχου με άφθονο νερό.

Τα απαραίτητα υλικά για την πλύση στομάχου είναι: ο οισοφάγιος σωλήνας, επιπρόσθετος σωλήνας για την εκτέλεση της πλύσεως, νεφροειδές, κάψαμε κομμάτια χαρτοβάμβακα, στοματοδιαστολέας, ποτήρι με νερό και ψεκαστήρας με διάλυμα παντοκαϊνης 1%. Η θέση που τοποθετεί η νοσηλεύτρια το άτομο είναι πλάγια με το κεφάλι λίγο χαμηλότερα από τον κορμό για τυχόν εισρόφηση εμετού. Η τοποθέτηση του σωλήνα είναι η επόμενη ενέργεια της νοσηλεύτριας αφού προηγουμένως τον υγραίνει με νερό. Κρατά με το δεξί της χέρι τον σωλήνα, σε σημείο, ώστε να απέχει περίπου 15-20 εκ. από την κορυφή του και τον εισάγει στη μέση του στόματός του χωρίς να ακουμπά τη γλώσσα και τον σπρώχνει προς τα μέσα προσεκτικά.

Κάνοντας αυτές τις ενέργειες, η νοσηλεύτρια, δίνει συγχρόνως οδηγίες στον ασθενή να κάνει κινήσεις καταπόσεως ώστε να κατέβει ο σωλήνας στο στομάχι. Το βάθος μέχρι του οποίου πρέπει να προωθηθεί ο σωλήνας, καθορίζεται ανάλογα με το ανάστημα και την ηλικία του πάσχοντα.

Εάν το στομάχι του πάσχοντα είναι γεμάτο, πρέπει πρώτα να κενωθεί για να γίνουν οι πλύσεις. Πλύσεις γίνονται τόσες όσες χρειάζονται για να είναι άχρωμο το αναρροφούμενο υγρό. Η αφαίρεση του σωλήνα γίνεται με γρήγορες και σταθερές κινήσεις.

Αν ο ασθενής είναι ανήσυχος, χορηγούνται βενζοδιαζεπίνες με μικρή ημιπερίοδο ζωής, ενώ αν είναι διεγερτικός χορηγούνται νευροληπτικά μεγάλης ισχύος.

Η νοσηλεύτρια, θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στη διόρθωση της ισορροπίας των υγρών και των ηλεκτρολυτών, ενώ σε περίπτωση εφιδρώσεως έως ή εμετού απαιτείται η χορήγηση ορού, τόσο Dextrose 10% όσο και Sodium Chloride 0.9%.

Αφού, ο ασθενής ανακουφιστεί από τα συμπτώματα της μέθης, πρέπει να γίνει μια πλήρης εξέταση με ιδιαίτερη προσοχή στο ήπαρ και στο κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα. Αν βρεθούν κάποια προβλήματα υγείας, θα πρέπει να εισαχθεί σε παθολογική κλινική για την αντιμετώπισή τους.

6.2. Νοσηλευτική αντιμετώπιση του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου

Η αντιμετώπιση του αλκοολικού στερητικού συνδρόμου, πρέπει να γίνεται πάντα ενδονοσοκομειακά γιατί έχει σημασία να προληφθούν τα μείζονα φαινόμενα στέρσης, το τρομώδες παραλήρημα και οι σπασμοί, με την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Όταν, η νοσηλεύτρια αντιληφθεί ότι ο ασθενής παρουσιάζει τρόμο, ταχυκαρδία, εφίδρωση, αυξημένη αρτηριακή πίεση, πυρετό, ναυτία, εμετό, άγχος, παραισθήσεις και γενικά μια υπερδραστηριότητα, θα πρέπει να ενημερώσει αμέσως τον γιατρό.

Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

1. Η ανακούφιση του ατόμου από τα σωματικά στερητικά συμπτώματα, που οφείλονται στη χρόνια λήψη του αλκοόλ.

2. Η υποστήριξη των φυσιολογικών λειτουργιών του σώματος.
3. Η εξασφάλιση ενός ασφαλούς και θεραπευτικού περιβάλλοντος.
4. Ο σεβασμός των δικαιωμάτων του.
5. Η δημιουργία συνθηκών ενθάρρυνσης για μια μακροχρόνια θεραπεία και η προετοιμασία για παραπομπή στα κατάλληλα θεραπευτικά προγράμματα αποκατάστασης.

Μετά από εντολή γιατρού, η νοσηλεύτρια, χορηγεί στον ασθενή χλωροδιαζεποξείδη (Librium), που είναι υποκατάστατο για το αλκοόλ. Η χλωροδιαζεποξείδη έχει ευρύ όριο ασφαλείας, μικρή καταστολή της αναπνοής, μικρό κίνδυνο εθισμού και μακρό χρόνο υποδιπλασιασμού της δραστηριότητάς της (24- 30 ώρες).

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 να υπάρχουν, η αγωγή διαμορφώνεται σε 25-100mg , χλωροδιαζεποξείδης κάθε 4 ώρες από το στόμα.

Τα ζωτικά σημεία πρέπει να ελέγχονται συχνά, έως ότου σταθεροποιηθούν. Σε βαρύτερες καταστάσεις, χορηγείται διαζεπάμη 5-10 mg iiv. με βραδεία χορήγηση κάθε 15-20 λεπτά μέχρις ότου επιτευχθεί η καταστολή και ηρεμήσει ο άρρωστος.

Άμεση, επίσης, θα πρέπει να είναι η χορήγηση θειαμίνη 100mg im ή i.v. και κατόπιν η λήψη 50-100 mg ημερησίως φολλικού οξέως 1mg και πολυβιταμινούχα σκευάσματα p.o. καθημερινά.

Η αγχολυτική θεραπεία παρέχει συμπτωματική ανακούφιση για τον ασθενή και καθιστά ευκολότερο το χειρισμό του. Ρόλος της νοσηλεύτριας είναι να εξασφαλίσει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον με

ήσυχο και επαρκώς φωτισμένο δωμάτιο, γνωστά άτομα κοντά στον ασθενή και προσπάθεια διατήρησης του προσανατολισμού του. Θα πρέπει επίσης, να παρέχει ενυδάτωση και διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, ειδικά αν υπάρχει ψυχοκινητική ανησυχία, έμετοι ή πυρετός και οι απώλειες υγρών είναι σημαντικές. Επιπλέον, η έλλειψη mg είναι συχνή και θα πρέπει να επανορθωθεί. Η υπομαγνησιαιμία σχετίζεται συχνά με επιληπτικές κρίσεις. Θεϊκό μαγνήσιο μπορεί να χορηγείται i.v 2gr. κάθε 6 ώρες, με προσεκτική καταγραφή των επιπέδων mg. Η i.m. οδός είναι επώδυνη και με χαμηλότερη απορρόφηση.

Όταν υπάρχει και ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, μπορούν να αποφευχθούν όπως προείπαμε με Mg. Αν συμβούν όμως κρίσεις «E» πρέπει να δοθούν αντιεπιληπτικά. Το φάρμακο είναι η φαινυτοΐνη (Epanutin) και χορηγούνται 500mg από το στόμα μετά από 4-6 ώρες αλλά 500mg και τις επόμενες μέρες 300mg την ημέρα.

Όσον αφορά την επιπλοκή της αλκοολικής ψευδαισθήτωσης ή του τρομάδους παραληρήματος, η αγωγή ή γίνεται με αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά φάρμακα, αλλά απαιτείται διερεύνηση και θεραπεία τυχόν επιπλοκών (πνευμονία, ηπατική δυσλειτουργία, παγκρεατίτιδα, υποσκληρίδιο αιμάτωμα κ.α).

Κατά τη διάρκεια του στερητικού συνδρόμου, η νοσηλεύτρια, μένει δίπλα στον ασθενή και παρέχει ασφάλεια, σωστή διατροφή και υγιεινή φροντίδα. Διαθέτει χρόνο κοντά στον άρρωστο και δημιουργεί θετική επικοινωνία μαζί του χωρίς πνεύμα κριτικής και καταδίκης. Η τήρηση θετικής, υποστηρικτικής στάσης και η ετοιμότητα συνεργασίας για την ανάρρωσή του, είναι πολύ σημαντικά, καθώς και η συζήτηση μαζί του

για τα αποτελέσματα της κατάχρησης του αλκοόλ στον εαυτό του και το περιβάλλον του.

Τονίζει, ότι πρέπει να μείνει μακριά από το αλκοόλ και ότι πρέπει να αναζητήσει βοήθεια σε προγράμματα υποστήριξης, τόσο αυτός όσο και η οικογένειά του. Η νοσηλεύτρια, μπορεί να βοηθήσει με την επιστήμη και την τέχνη της και προπαντός με υπομονή, επιμονή, αγάπη και σεβασμό προς το πρόσωπο και το πρόβλημα.

6.3 Νοσηλευτική αντιμετώπιση της αλκοολικής παγκρεατίτιδας

Η αλκοολική παγκρεατίτιδα εκδηλώνεται με έντονο κοιλιακό πόνο στην άνω κοιλία με ακτινοβολία στην ράχη. Η ναυτία και οι έμετοι είναι το δεύτερο κοινό σύμπτωμα. Οι έμετοι είναι βίαιοι και συνεχίζονται ακόμα και με άδειο στομάχι. Η κοιλιά είναι διατεταμένη και ευαίσθητη στην εν τω βάθει ψηλάφηση. Με την αύξηση απώλειας υγρών, γίνονται καταφανή τα σημεία υπογλυκαιμίας ή shock. Το δέρμα είναι κρύο και υγρό, η αρτηριακή πίεση είναι χαμηλή και ο σφυγμός μικρός και ισχύος. Είναι πιθανό να συμβεί και αιμορραγία, ενώ μετά την εκδήλωση της νόσου παρουσιάζεται και πυρετός.

Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

1. Απαλλαγή του αρρώστου από τον πόνο
2. Έλεγχος των εμέτων
3. Πρόληψη και αντιμετώπιση shock
4. Μείωση εκκρίσεως και δράσης των παγκρεατικών ενζύμων
5. Πρόληψη και αντιμετώπιση λοιμώξεων
6. Διατήρηση επαρκούς θρέψης

Η νοσηλεύτρια, προσπαθεί να καθησυχάσει τον ασθενή, τον ενημερώνει γι' αυτά που συμβαίνουν και τονίζει ότι πρέπει να διακόψει το αλκοόλ για να αποκατασταθεί η υγεία του και να απαλλαγεί από τα συμπτώματα. Για τον έλεγχο του πόνου, χορηγεί παυσίπονα και εάν είναι έντονος χορηγείται μορφίνη. Η τοποθέτηση του αρρώστου στο ένα πλάγιο με τα γόνατα και τη ράχη σε κάμψη βοηθά πολύ στη μείωση του πόνου.

Παρακολουθεί συνέχεια για την ενέργεια των φαρμάκων που δίνονται και τις τυχόν παρενέργειές τους. Διατηρεί το φυσιολογικό όγκο αίματος με χορήγηση ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων. Γίνεται συχνή και ακριβής μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού για εκτίμηση της υπογκαιμίας. Για τον έλεγχο των εμέτων και για απαλλαγή από τη διάταση και τη μείωση διέγερσης της παγκρεατικής έκκρισης, εφαρμόζεται ρινογαστρικός σωλήνας με διαλείπουσα αναρρόφηση. Η νοσηλεύτρια, σημειώνει τα υγρά του σωλήνα, ώστε να κρατάει το ισοζύγιο και επιπλέον διατηρεί τη συσκευή καθαρή για αποφυγή μολύνσεως. Χορηγεί αντιβιοτικά για τον κίνδυνο λοίμωξης.

Σε περίπτωση που συμβεί αιμορραγία και shock, η νοσηλεύτρια, επιταχύνει τη ροή των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια και μετά από εντολή του γιατρού χορηγεί πλήρες αίμα. Προσπαθεί να διατηρήσει τον ασθενή ζεστό και ελέγχει συνεχώς το ισοζύγιο των υγρών και ηλεκτρολυτών.

Μετά τη βελτίωση της κατάστασής του, ο ασθενής, επιτρέπεται να παίρνει μικρές ποσότητες νερού. Αν τις δέχεται, η διαίτα προχωρεί με υδατανθρακούχα ποτά. Μια εβδομάδα τουλάχιστον μετά την υποχώρηση του πόνου, η διαίτα γίνεται υπολιπούχα και χορηγείται σε μικρά, συχνά γεύματα. Απαγορεύεται η λήψη αλκοόλ, ενώ

χρησιμοποιούνται παγκρεατικά ένζυμα σε δισκία με κάλυμμα που διαλύεται στο έντερο.

6.4. Νοσηλευτική αντιμετώπιση της αλκοολικής κίρρωσης

Η αλκοολική κίρρωση είναι μια από τις χειρότερες επιπλοκές του χρόνιου αλκοολισμού. Χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους, γενικευμένη αδυναμία, ατονία και έκδηλη κόπωση. Ο ασθενής παραπονείται για αίσθημα δυσφορίας στην άνω κοιλία ή αμβλύ πόνο στο δεξιό υποχόνδριο. Συχνό σύμπτωμα είναι η ναυτία και οι έμετοι και μπορεί να αναφέρονται, επίσης, πρωινές ερυγές, δυσκοιλιότητα ή διάρροια. Το δέρμα είναι ξηρό και συχνά υπάρχει μυοσκελετική ατροφία, ενώ η γλώσσα μπορεί να είναι οίδηματώδης και κόκκινη. Ίσως υπάρχει και πυρετός.

Σημειώνεται κάθε παθολογική συλλογή υγρού. Ο ασθενής, εμφανίζει ασκίτη που σύντομα ακολουθείται από περιφερικό οίδημα. Υπάρχει ηπατομεγαλία και ο σπλήνας μπορεί να είναι ψηλαφητός. Η αναιμία συχνά είναι απώλειας αίματος από ρήξη κιστών οισοφάγου, ένδειας φολλικού οξέος, υπερλειτουργείας του σπλήνα και τοξικής επίδρασης του αλκοόλ στο αίμα.

Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

1. Αντιμετώπιση ναυτίας και εμέτων
2. Προαγωγή επαρκούς θρέψης και πρόληψη ενδειών
3. Προαγωγή θεραπευτικής ανάπαυσης
4. Αντιμετώπιση αναιμίας
5. Αποφυγή τραυματισμών
6. Πρόληψη και αντιμετώπιση υδατοηλεκτρολυτικών ανισοζυγίων

7. Προαγωγή επαρκούς αναπνευστικής λειτουργίας
8. Απαλλαγή από πόνο και κνησμό
9. Πρόληψη τοξικών καταστάσεων
10. Βοήθεια για αντιμετώπιση ψυχικών προβλημάτων

Η νοσηλεύτρια, οφείλει να παρέχει δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνη και θερμίδες (2.000- 3000 cal το 24ωρο). Η δίαιτα χορηγείται σε 3-4 μικρά γεύματα με θρεπτικά συμπληρώματα ανάμεσα σ' αυτά. Αρχικά, μπορεί να χρησιμοποιηθούν συμπληρώματα υγρής πρωτεΐνης. Ακόμα, δίνονται συμπληρωματικά πολυβιταμίνες, ενώ το αλκοόλ περιορίζεται τελείως. Γίνεται συχνή φροντίδα στόματος και περιορίζονται οι κινήσεις του αρρώστου, για μείωση ναυτίας και εμέτων. Αν είναι ανάγκη, χορηγούνται αντιεμετικά.

Γίνεται προσεκτική μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και καθημερινή ζύγιση του αρρώστου. Ακόμη, μετρείται καθημερινά η περίμετρος της κοιλιάς.

Ο άρρωστος διδάσκεται από την νοσηλεύτρια να αποφεύγει τις συντηρημένες τροφές, τα υδρογονωμένα λάδια (μαργαρίνη κτλ), τη σόδα φαγητού και γενικά ότι σιτίο περιέχει μεγάλες ποσότητες νατρίου. Ο άρρωστος διδάσκεται να χρησιμοποιεί υποκατάστατα αλατιού, όπως χυμό λεμονιού για βελτίωση της γεύσης.

Η θεραπευτική ανάπαυση μειώνει το αίσθημα κόπωσης και βελτιώνει την όλη κατάσταση του αρρώστου. Όμως, πρέπει να λαμβάνονται όλα τα νοσηλευτικά μέτρα για μείωση των επιπλοκών από αυτόν τον περιορισμό του αρρώστου στο κρεβάτι.

Η αναιμία αντιμετωπίζεται με επαρκή θρέψη, συμπληρώματα σιδήρου και θεραπεία με βιταμίνη B12. Η διδασκαλία του αρρώστου πρέπει να περιλαμβάνει αυτά τα φάρμακα.

Επειδή ο άρρωστος είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις, τα πιθανά σημεία λοίμωξης παρακολουθούνται στενά. Περιοχές φλεβοκέντησης και ρήξης του δέρματος καθαρίζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ενθαρρύνεται η ατομική υγιεινή του αρρώστου. Η θερμοκρασία παρακολουθείται τακτικά και ελαχιστοποιείται η έκθεση του αρρώστου σε πηγές μόλυνσης.

Εξαιτίας του ικτέρου και κνησμού, η ρήξη του δέρματος αποτελεί δυνητικό πρόβλημα. Για έλεγχο του κνησμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί χολεστυραμίνη (Questran), που χορηγείται συνήθως με χυμούς φρούτων. Η κατάσταση του δέρματος πρέπει να ελέγχεται συχνά και ο άρρωστος να γυρίζει συχνά, ενώ πρέπει να του γίνεται τακτικά πρόληψη κατακλίσεων στα σημεία πίεσης. Τα νύχια να κόβονται, για πρόληψη λύσης συνέχεια τους δέρματος. Φάρμακα που μεταβολίζονται στο ήπαρ και αποβάλλονται από αυτό χρησιμοποιούνται με πολλή φειδώ και προσοχή. Αν είναι δυνατό, αποφεύγονται τα ναρκωτικά, τα κατευναστικά, τα υπνωτικά και τα βαρβιτουρικά. Με τον άρρωστο συζητείται το πρόβλημα αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Του δίνεται ευκαιρία να εξωτερικεύσει κάθε σκέψη του.

Αν ο ασκίτης είναι πολύ μεγάλου βαθμού, ώστε να προκαλεί αναπνευστική επιβάρυνση, κήλη ή μεγάλου βαθμού διάταση, μπορεί να γίνει παρακέντηση κοιλίας.

Απαραίτητα αντικείμενα για την παρακέντηση κοιλίας είναι: σύριγγες 10 και 20ml και βελόνα με μήκος ανάλογο προς το πάχος του κοιλιακού τοιχώματος και με εύρος ανάλογο με τον βαθμό της διάτασης, βελόνες

τοπικής αναισθησίας, δοκιμαστικά σωληνάρια, σωλήνας παροχέτευσης, βαμβάκι και γάζες, τετράγωνο κοινό και σχιστό, γάντια και λαβίδα.

Ακόμη, χρειάζεται το τραχήλατο ενέσεων στο οποίο προσθέτουμε τοπικό αναισθητικό (υδροχλωρική προκαΐνη 1%), λευκοπλάστ και ψαλίδι, ογκομετρικό δοχείο και ζώνη κοιλίας.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον άρρωστο για το τι πρόκειται να γίνει και πριν την παρακέντηση του παραγγέλνει να ουρήσει. Παίρνει τα ζωτικά σημεία και αφήνει τον αεροθάλαμο στον βραχίονα για συχνό έλεγχο της αρτηριακής πίεσης. Τοποθετεί τον άρρωστο σε καθιστή θέση στην άκρη του κρεβατιού και αποκαλύπτει την κοιλιακή χώρα. Στη συνέχεια, ανοίγει το δίσκο παρακέντησης με άσκητη τεχνική και ο γιατρός, αφού φορέσει γάντια, κάνει αντισηψία του δέρματος. Έπειτα, προσφέρει στο γιατρό τοπικό αναισθητικό, ο οποίος μετά την τοπική αναισθησία, ετοιμάζει τη σύριγγα με τη βελόνα και παρακεντά. Αναρροφά 15-20ml υγρού, αφαιρεί τη σύριγγα και εφαρμόζει τον ελαστικό σωλήνα, το άλλο άκρο του οποίου καταλήγει στον αποστειρωμένο ογκομετρικό σωλήνα. Έτσι, το υγρό παροχετεύεται στον σωλήνα.

Η νοσηλεύτρια, στη συνέχεια, στερεώνει τη βελόνα παρακέντησης στο κοιλιακό τοίχωμα και κάθεται κοντά στον ασθενή για αρκετή ώρα. Παίρνει ξανά τα ζωτικά σημεία και ελέγχει την ποσότητα του παροχετευόμενου υγρού. Αφαιρούνται 1-2 L υγρού προς ανακούφιση του ασθενή. Μετά την αφαίρεση της βελόνας, τοποθετεί αποστειρωμένη γάζα και εφαρμόζει τη ζώνη κοιλίας. Η μετέπειτα φροντίδα του κίρρωτικού αρρώστου, επικεντρώνεται στη διακοπή χρήσης αλκοόλ, γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να τον βοηθήσει να εντοπίσει τρόπους, ώστε να τροποποιήσει τον τρόπο ζωής του. Πρέπει να τον ενθαρρύνει,

ώστε να λάβει μέρος σε προγράμματα αποκατάστασης αλκοολικών και να αρχίσει έτσι η μακροχρόνια θεραπεία του.

Μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού

Η μακρόχρονη θεραπεία του αλκοολισμού, έχει ως στόχο:

α) την απόλυτη και σταθερή αποχή από το αλκοόλ, β) την κοινωνική επανένταξη, γ) την εργασιακή αποκατάσταση, δ) τη σταθεροποίηση του αλκοολικού σ' ένα τρόπο ζωής σταθερότερο και πιο προσαρμοστικό.

6.5. Θεραπεία με Δισουλφιράμη (Antabuse)

Η θεραπεία αυτή, χρησιμοποιείται ως θεραπεία αποστροφής και στόχο έχει την αποχή του ατόμου από το αλκοόλ.

Η δισουλφιράμη (Antabuse), αναστέλλει τη φυσιολογική οξειδωση του αλκοόλ, οπότε συσσωρεύεται στο αίμα ακεταλδεϋδη, η οποία προκαλεί δυσφορικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδία και έμετο.

Φυσικά, ο ασθενής ενημερώνεται για την δράση του φαρμάκου και η λήψη του γίνεται με τη θέλησή του. Εφόσον, λοιπόν, ο ασθενής πάρει 125-250mg δισουλφιράμης από το στόμα την ημέρα, δεν μπορεί να πει, γιατί φοβάται τα δυσφορικά συμπτώματα που θα παρουσιαστούν αν πει.

Το φάρμακο αυτό, δεν πρέπει να δίνεται σε ασθενείς με καρδιακή ή ηπατική νόσο. Αν ο ασθενής πει, ενώ παίρνει Antabuse, η επακόλουθη αντίδραση είναι συνήθως βαριά ώστε να απαιτήσει ιατρική βοήθεια και έτσι μπορεί να προληφθεί μια παρατεταμένη έξαρση.

Φυσικά, η δισουλφιράμη συνδυάζεται με ψυχοθεραπεία που απευθύνεται σ' αυτό που το φάρμακο δεν μπορεί να καλύψει: την απώλεια της επιθυμητής ουσίας και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση του ασθενή.

6.6. Ατομική ψυχοθεραπεία

«Κλειδί» για την επιτυχία της ατομικής ψυχοθεραπείας, είναι η εμπειρία του θεραπευτή και η ικανότητά του να διαλέγει από το μεγάλο φάσμα των τεχνικών εκείνη που φαίνεται να ταιριάζει περισσότερο στον κάθε χρήστη. Η ψυχοθεραπεία προσφέρεται από ειδικές μονάδες, που είναι συνήθως εγκατεστημένες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Μέσα από επανειλημμένες συναντήσεις με τον χρήστη, γίνεται προσπάθεια να του δοθεί η κατάλληλη ενημέρωση, να συζητηθούν τα προβλήματα και οι σχέσεις του και να κατανοηθούν οι συμπεριφορές που τον οδηγούν στη χρήση. Συνεχής επιδίωξη είναι ο διαχωρισμός ανάμεσα στα τρέχοντα προβλήματα που δημιουργεί η χρήση αυτή καθαυτή και στους υποκειμενικούς βιοκοινωνικούς παράγοντες που συμμετέχουν, συντηρούν και ενισχύουν τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά.

Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία, στοχεύει στην ανάπτυξη κινήτρων για διακοπή της χρήσης, διαμέσου προσπαθειών που θα καλλιεργήσουν τα θετικά στοιχεία τα οποία υπάρχουν στην προσωπικότητα του ατόμου, θα αξιοποιήσουν τις κοινωνικές ευκαιρίες του και θα αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές καταστάσεις που ενισχύουν τη χρήση του αλκοόλ. Τα κίνητρα για θεραπεία, αν και ποικίλουν στους διάφορους χρήστες, είναι δυνατόν να αναπτυχθούν μέσω της συμβουλευτικής προσέγγισης.

Αρχικά, γίνεται προσπάθεια να υποστηριχθεί το άτομο, ώστε να αντιμετωπίσει τους φόβους και τα συμπτώματα που εμφανίζονται καθώς η δόση του αλκοόλ μειώνεται. Η προσπάθεια αυτή απαιτεί συνήθως ενεργητική και δραστήρια παρέμβαση από μέρος του θεραπευτή και για το λόγο αυτό ψυχαναλυτικού τύπου τεχνικές δε φαίνεται να είναι αποτελεσματικές.

Η εγκατάσταση σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στο θεραπευτή και θεραπευόμενο μπορεί να γίνει πολύ χρήσιμο εργαλείο και να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό τη συμπεριφορά του ατόμου. Η ατομική ψυχοθεραπεία οφείλει πολλά από τα θετικά της αποτελέσματα στην «ταύτιση» του ατόμου και του θεραπευτή, και ιδιαίτερα στη προσπάθεια που κάνει ο θεραπευόμενος ώστε να γίνει εξίσου «ικανός» με τον θεραπευτή στο να επιλύει τρέχοντα προβλήματα.

Η ατομική ψυχοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν συνδυαστεί (εκεί που πρέπει) με άλλες συμπεριφερολογικού ή γνωσιακού τύπου τεχνικές. Οι γνωσιακές θεραπείες, ουσιαστικά, είναι προσπάθειες που αποσκοπούν στο να βοηθήσουν το άτομο να αναγνωρίσει και να τροποποιήσει μη προσαρμοστικούς τρόπους σκέψης.

Ο Miller, αναφέρει ότι από τους σημαντικότερους γνωσιακούς παράγοντες που εμπλέκονται στο σύνδρομο της ουσιοεξάρτησης είναι η προσδοκιμότητα του ατόμου, η λανθασμένη εκτίμησή του σχετικά με την αυτοαποτελεσματικότητά του και η προηγούμενη γνώση του αναφορικά με τις ανεπιθύμητες επιπτώσεις του στερητικού συνδρόμου.

Γενικά, η ατομική προσέγγιση φαίνεται να είναι αρκετά αποτελεσματική για αλκοολικούς που καταφεύγουν στο αλκοόλ στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν νευρωτικές καταστάσεις και συναισθηματικού τύπου προβλήματα.

6.7. Οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Η παρέμβαση στην οικογένεια του αλκοολικού, θεωρείται από τα πλέον βασικά εργαλεία στη θεραπευτική προσέγγιση της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Η θεραπεία οικογένειας δεν λύνει όλα τα προβλήματα του ατόμου. Ως θεραπευτική προσπάθεια από μόνη της δεν είναι καθόλου επαρκής και θα πρέπει πάντα να αποτελεί μέρος μιας ολιστικής προσέγγισης. Η θεραπεία οικογένειας αποτελεί μια από τις πλέον υποσχόμενες θεραπευτικές μεθόδους της τελευταίας 20ετίας για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Η θεραπεία αυτού του τύπου επικεντρώνεται σε τρόπους παρέμβασης στα προβλήματα της οικογένειας με μια μεθοδολογία που να αφορά άμεσα τον αλκοολικό και όχι να τον αποκλείει από τις διαδικασίες.

Το πρώτο βασικό βήμα είναι να επισημανθούν και να αναλυθούν τα συστήματα και οι δομές με τα οποία λειτουργεί η οικογένεια του ατόμου. Όπως λέει ο Λ.Τολστόι στο έργο του «Άννα Καρένινα»: «...οι ευτυχισμένες οικογένειες είναι όλες ίδιες, κάθε όμως δυστυχισμένη είναι δυστυχισμένη με το δικό της τρόπο». Οι τύποι σχέσεων και συναλλαγής στις οικογένειες των αλκοολικών περιγράφονται ως πολύ μπερδεμένες, εξαρτητικές και περιοριστικές ή χαλαρές και ανεύθυνες. Στη μεν πρώτη περίπτωση, το άγχος που προκαλεί το γεγονός της εξάρτησης διοχετεύεται ταχύτατα σ'όλα τα μέλη της οικογένειας και ανατροφοδοτείται μέσω αυτών, στη δε δεύτερη τα μέλη δεν είναι σε θέση να προσφέρουν υποστήριξη και βοήθεια στο μέλος- αλκοολικό. Πολλές φορές, οι δεσμοί της οικογένειας είναι σε τέτοιο βαθμό χαλαροί, που το γεγονός της χρήσης αλκοόλ από ένα μέλος προσφέρει στην οικογένεια την ευκαιρία να ενοποιηθεί και να αποκτήσει ένα κοινό σκοπό, που θα είναι η βοήθεια του αλκοολικού.

Βασικοί στόχοι είναι: α) να παροτρύνουμε όλη την οικογένεια να συνεργαστεί, με σκοπό να διακόψει το μέλος- αλκοολικός το αλκοόλ και β) να ενεργοποιήσουμε όλα τα μέλη της ώστε να υποστηρίξουν σταθερά

και χωρίς αμφιθυμία την απόφαση του ατόμου να ακολουθήσει ένα από τα θεραπευτικά προγράμματα.

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία τεχνικών θεραπείας της οικογένειας και οι συνηθέστερες είναι οι συμπεριφορολογικής σχολής, οι ψυχοδυναμικού προσανατολισμού, οι υπαρξιακής σχολής και οι τεχνικές που επικεντρώνονται στην επικοινωνία.

Γενικά, παρέχοντας γνώση στην οικογένεια αναφορικά με το θέμα της εξάρτησης, την καθιστούμε πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Αντικειμενικός στόχος μας είναι να μάθει η οικογένεια να χειρίζεται τα συναισθήματά της, να αντιμετωπίζει επιτυχώς προβλήματα όπως του σχολείου των παιδιών, να ξεκαθαρίσει τους ρόλους των μελών της, να τεθούν όρια ανάμεσά τους και να επικοινωνούν ευθέως μεταξύ τους και με τους άλλους ανθρώπους. Η θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια του αλκοολικού φαίνεται ότι συνεισφέρει σε σημαντικό βαθμό στην αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης.

6.8. Ανώνυμοι Αλκοολικοί

Ο Ανώνυμος (σύνδεσμος) Αλκοολικών ξεκίνησε στις ΗΠΑ το 1935 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 ακόμα στο νοσοκομείο και έχει προχωρήσει αρκετά η αποτοξίνωσή του, γίνονται στις ΗΠΑ στις περισσότερες πόλεις, σε πολλά διαφορετικά μέρη των πόλεων και σε οποιαδήποτε ώρα της ημέρας 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.

Τα 12 βήματα που ακολουθούν οι ΑΑ είναι:

1. Παραδεχθήκαμε ότι είμαστε ανίσχυροι στο αλκοόλ και ότι η ζωή έχει ξεφύγει από τον έλεγχό μας
2. Πιστέψαμε ότι μια δύναμη μεγαλύτερη από μας μπορεί να μας επαναφέρει στη ψυχική και πνευματική υγεία
3. Αποφασίσαμε να παραδώσουμε τη θέλησή μας και τη ζωή μας στη φροντίδα του Θεού, όπως τον αισθανόμαστε
4. Προβήκαμε σε μια διερευνητική και άφοβη ηθική απογραφή του εαυτού μας
5. Παραδεχθήκαμε στον Θεό τον εαυτό μας και σ'έναν άλλον άνθρωπο την ακριβή φύση των σφαλμάτων μας.
6. Είμαστε εντελώς έτοιμοι να αφήσουμε τον Θεό να αποσύρει όλα αυτά τα ελαττώματα του χαρακτήρα μας
7. Ταπεινά του ζητάμε να αποσύρει τις ατέλειές μας
8. Ταξινομήσαμε σ'έναν κατάλογο όλους τους ανθρώπους που βλάψαμε και προθυμοποιηθήκαμε να επανορθώσουμε ότι κακό τους είχαμε κάνει.

9. Επανορθώσαμε το κακό σ'αυτούς τους ανθρώπους, οπότε αυτό ήταν δυνατό και όταν δεν έβλαπτε τους ίδιους ή άλλους.

10. Συνεχίσαμε να κάνουμε την προσωπική μας απογραφή και όταν είχαμε άδικο το παραδεχόμαστε αμέσως

11. Επιδιώξαμε με την προσευχή και την αυτοσυγκέντρωση, να βελτιώσουμε τη συνειδητή επαφή μας με το Θεό, όπως τον αισθανόμαστε προσευχόμενοι, για να μάθουμε τη θέλησή του σχετικά με εμάς και για να αποκτήσουμε τη δύναμη να την προγραμματίσουμε

12. Αφού, σαν αποτέλεσμα των βημάτων αυτών αποκτήσαμε ένα πνευματικό ζύπνημα, προσπαθήσαμε να μεταφέρουμε το μήνυμα αυτό και σε άλλους που πάσχουν από αλκοολισμό και να εφαρμόσουμε τούτες τις αρχές σε όλες μας τις εκδηλώσεις.

6.8. Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις

Τα τελευταία χρόνια, έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις και προγράμματα, τα οποία απευθύνονται στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ.

α) Κέντρα Άμεσης Παρέμβασης και «Ελεύθερες Κλινικές».

Για άτομα νεαρής ηλικίας που θεωρούν τους εαυτούς τους αντισυμβατικούς και ανήκουν σε διάφορες ομάδες υποκοουλτούρας, είναι χρήσιμο να υπάρχουν θεραπευτικά κέντρα που να είναι προσαρμοσμένα στον τύπο τους. Το προσωπικό στα κέντρα αυτά έχει ανάλογη εμφάνιση, μιλάει και συμπεριφέρεται με παρόμοιο τρόπο. Ο αλκοολισμός γίνεται εύκολα αποδεκτός και δεν υπάρχουν πολλές διαδικασίες και περιορισμοί για την εισαγωγή του. βασικές προσφορές των κέντρων αυτών είναι η άμεση βοήθεια για τοξικές αντιδράσεις, απεξάρτηση και στερητικά

συμπτώματα. Τα κέντρα αυτά στεγάζονται στους χώρους των επειγόντων περιστατικών των διαφόρων νοσοκομείων.

β) Σταθμοί Γενικής Πληροφόρησης και Παραπομπής

Είναι συνήθως μέρη όπου κάποιος κάνει χρήση αλκοόλ με προβλήματα μπορεί να απευθυνθεί και να πάρει πληροφορίες, οδηγίες ή να παραπεμφθεί μέσω αυτών στο κατάλληλο θεραπευτικό κέντρο. Μερικά από αυτά προσφέρουν και συμβουλευτική βοήθεια από επαγγελματικό προσωπικό που υπάρχει εκεί. Συνήθως είναι στεγασμένα σε διαμερίσματα, σπίτια και γραφεία στο κέντρο της πόλης ή σε νοσοκομεία, εκκλησίες και σχολεία.

γ) Ανοικτές Τηλεφωνικές Γραμμές Άμεσης Υποστήριξης.

Τηλεφωνικά κέντρα αυτού του τύπου είναι ευρύτατα διαδεδομένα και παρέχουν βοήθεια όλο το 24ωρο σε άτομα που έχουν πρόβλημα και δεν μπορούν να περιμένουν.

Σε πολλές περιπτώσεις το προσωπικό το αποτελούν εθελοντές ειδικά εκπαιδευμένοι για το σκοπό αυτό. Τα τηλέφωνα αυτά μπορεί να είναι εγκατεστημένα οπουδήποτε, όπως σε νοσοκομεία, σε γραφεία, σε σπίτια ή και σε εκκλησίες. Συνήθως συνεργάζονται με κέντρα που έχουν επαγγελματικό προσωπικό.

δ) Συμβουλευτικοί Σταθμοί

Είναι πιο οργανωμένα κέντρα και συνήθως προσφέρουν συστηματικότερη βοήθεια από τα προηγούμενα. Οι δραστηριότητές τους είναι, ατομική ή ομαδικού τύπου συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και βοηθούν παρεμβαίνοντας σε προβλήματα χρήσης αλκοόλ, σχέσεων, εργασίας και οικογένειας. Οι σταθμοί αυτοί είτε έχουν επαγγελματικό προσωπικό ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και ατόμων

για επαγγελματικό προσανατολισμό είτε χρησιμοποιούν προσωπικό αυτών των ειδικοτήτων από άλλη υπηρεσία με την οποία είναι συνδεδεμένοι. Οι σταθμοί αυτοί υπάρχουν αυτόνομα ή είναι εγκατεστημένοι σε νοσοκομεία και αποτελούν μέρος της λειτουργίας τους.

ε) Κέντρα Ημέρας

Είναι υπηρεσίες διαρθρωμένες και οργανωμένες έτσι, ώστε εξαρτημένοι νεαρής ηλικίας να περνούν το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας εκεί. Συνήθως προσφέρουν ότι και οι συμβουλευτικοί σταθμοί και υπάρχει μέριμνα ώστε οι νεαροί να μην έρχονται σε επαφή με τους παλιούς «σκληρούς» αλκοολικούς.

στ) Ξενώνες- Ημιπροστατευμένα Σπίτια- Σπίτια στην Κοινότητα

Οι υπηρεσίες αυτές βοηθούν συστηματικά τους νεαρούς εξαρτώμενους, οι οποίοι για διάφορους λόγους δεν μπορούν να ζήσουν με την οικογένειά τους ή δεν έχουν κατοικία. Στις περιπτώσεις που οι υπηρεσίες αυτές δεν είναι σωστά σχεδιασμένες και δεν υπάρχει επαρκής επίβλεψη, γίνονται κέντρα διακίνησης αλκοόλ, αναμειγνύοντας καινούριους αλκοολικούς με παλιούς, σκληρούς και βαριά διαταραγμένους.

ζ) Ειδικές Ιατρικές Υπηρεσίες

Αποτελούν εξειδικευμένες ιατρικές μονάδες εσωτερικής ή εξωτερικής νοσηλείας, οι οποίες αντιμετωπίζουν σε βραχυπρόθεσμη βάση, ποικίλα προβλήματα που πηγάζουν από τη χρήση αλκοόλ, όπως σωματικά και ψυχολογικά στερητικά συμπτώματα, τοξικές καταστάσεις από υπερδοσολογία, αντιδράσεις πανικού, ψυχωσικού τύπου αντιδράσεις από χρήση αλκοόλ και γενικότερα ένα μεγάλο φάσμα προβλημάτων

σχετικών με την κατάχρηση, τα οποία θα τρόμαζαν ένα μη εξειδικευμένο προσωπικό.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αυξημένη τάση για ίδρυση νοσηλευτικών μονάδων που αντιμετωπίζουν θεραπευτικά χρήστες οινόπνευματος.

Μέρος Τρίτο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^η

Στις 19.11.04 εισήχθη στην Ψυχιατρική κλινική του Π.Γ.Ν Ρίου, ο κύριος Κ.Π ηλικίας 46 χρονών.

Ο ασθενής είναι χρόνιος αλκοολικός και άρχισε να πίνει από 15 χρονών. Μαζί με το αλκοόλ έκανε και περιστασιακή χρήση ινδικής κάνναβης.

Πήγε κανονικά φαντάρος, έκανε περιστασιακές σχέσεις με γυναίκες από μπαρ, αλλά δεν παντρεύτηκε ποτέ. Είχε πάντα επαγγελματικές αποτυχίες και όταν έπινε υπερβολικά γινόταν βίαιος και επιθετικός. Πριν 12 χρόνια, μετά από μια ακόμα αποτυχία στη δουλειά του, έκανε χειρουργείο μετά από υπαραχνοειδή αιμορραγία, λόγω υπερβολικής λήψης αλκοόλ.

Από τότε και ύστερα, συνέχιζε να πίνει ακόμη περισσότερο, ενώ μετά τη βοήθεια της αδερφής του άρχισε και πάλι να εργάζεται.

Μετά το χειρουργείο όμως, άρχισε να διαταράσσεται η μνήμη, η αντίληψη, η βούληση και η κρίση του, γι' αυτό και από μόνος του αποφάσισε να μπει στην κλινική για να κόψει το αλκοόλ.

Όλες οι εξετάσεις που του έγιναν είναι φυσιολογικές, καθώς και η αξονική και το εγκεφαλογράφημα.

Ο ασθενής παρουσιάζει αλκοολικό στερητικό σύνδρομο με τρόμο των χεριών, ταχυκαρδία και αυξημένη αρτηριακή πίεση, άγχος, ναυτία και εμέτους.

Χορηγείται αντιστερητική αγωγή με:

- Stedon 5mg 1x 3 για ένα μήνα με σταδιακή ελάττωση
- Filicine 1x1
- Neurobion 1x3

Ο ασθενής έχει δεχτεί το πρόβλημά του και είναι αποφασισμένος βγαίνοντας από την κλινική να επισκεφτεί το ιατρείο αλκοολισμού, ώστε να ξεπεράσει το πρόβλημά του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1) Ο ασθενής παρουσιάζει τρόμο των χεριών που οφείλεται σε στερεοτικό σύνδρομο αλκοόλ	Μείωση του τρόμου σε 2h	Να χορηγηθεί: χλωροδιαζεποξείδη 50mg από το στόμα, ώσπου να φύγει ο τρόμος. Να ληφθούν μέτρα για την ηρεμία του ασθενούς από εξωγενείς παράγοντες.	Χορηγείται χλωροδιαζεποξείδη 50mg ανά ώρα, ώσπου να εξαφανιστεί ο τρόμος. Εξασφαλίζεται ήσυχο και επαρκώς φωτισμένο δωμάτιο. Προσπάθεια καθυστέρησης και διατήρησης του προσανατολισμού του αρρώστου.	Ο ασθενής χαλάρωσε. Μετά από 2 ώρες σταμάτησε το τρέμουλο.
2) Ο ασθενής παρουσιάζει ταχυκαρδία και αυξημένη αρτηριακή πίεση, λόγω αύξησης της δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος.	Μείωση της ΑΠ και καθυστέρηση του ασθενούς	Να γίνεται συχνός έλεγχος της ΑΠ. Να χορηγηθεί διαζεπάμη (Stedon) 5mg i.v. με βραδεία χορήγηση. Να δοθεί συμπαράσταση στον ασθενή. Να γίνει ρύθμιση στο φωτισμό, μείωση του θορύβου.	Ελέγχεται συχνά η ΑΠ. Χορηγείται Stedon με βραδεία χορήγηση κάθε 15-20 λεπτά, ώσπου να ηρεμήσει ο ασθενής. Διατηρείται υποστηρικτική στάση απέναντι στον ασθενή. Το δωμάτιο είναι καλά φωτισμένο και μειώνεται ο θόρυβος.	Ο ασθενής ηρέμησε. Η Α.Π. έφτασε στα φυσιολογικά επίπεδα και σταμάτησε η ταχυκαρδία. Ο χαμηλός φωτισμός και το ήσυχο περιβάλλον, βοήθούν στη μείωση της υπερδραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
3) Ο ασθενής νιώθει ναυτία και κάνει εμετό	Ενυδάτωση και διόρθωση ηλεκτρολυτών. Επαρκής θερμιδική πρόσληψη τροφής.	Να χορηγηθεί N/S 0,9% και να ελεγχθούν τα αποβαλλόμενα υγρά. Να χορηγηθεί θειαμίνη 100mg i.m. Να χορηγηθούν αντιεμετικά αν χρειαστεί.	Χορηγείται N/S 0,9% 1000mg και μετρούνται συνεχώς τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Χορηγείται θειαμίνη και επίσης Iamp Primperan i.v. μέσα στον ορρό για να σταματήσουν οι έμετοι. Δεν παίρνει τίποτα από το στόμα.	Ο ασθενής ανακουφίστηκε. Σταμάτησε η ναυτία και οι έμετοι.
4) Ο ασθενής παρουσιάζει έντονο άγχος που οφείλεται μειωμένη αυτοεκτίμηση.	Ο ασθενής να εμφανίζει ελάττωση του άγχους μέχρι την έξοδο του.	Να εφαρμοστούν μέτρα ελάττωσης της ανησυχίας δυσχέρειας λόγω άγχους. Να διατηρήσετε ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον. Να χορηγήσετε αγχολυτικά.	Ενθαρρύνεται ο ασθενής να αναπνέει βαθιά και πιο αργά. Μειώνεται κάθε είδους θόρυβος. Δημιουργείται αίσθημα εμπιστοσύνης και συμπράξεως. Χορηγούνται αγχολυτικά φάρμακα.	Ο ασθενής ηρέμησε. Δεν υπάρχουν σημεία άγχους. Κατά την έξοδο του, επειδή έχει προγραμματιστεί η συνεργασία του με την κοινοτική νοσηλεύτρια.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2^Η

Στις 13.11.04 εισήχθη στην Ψυχιατρική Κλινική του Π.Γ.Ν Ρίου ο κύριος Α.Τ ηλικίας 43 ετών.

Ο ασθενής άρχισε να πίνει κρασί και ουίσκι από 19 χρονών. Πάσχει από σχιζοφρένεια παρανοϊκού τύπου με χαρακτηριστικά συμπτώματα τις ακουστικές ψευδαισθήσεις και τις ιδέες δίωξης.

Έπινε αλκοόλ για να ξεχάσει την αρρώστια του και συχνά μεθούσε με αποτέλεσμα να γίνεται επιθετικός και εριστικός. Ασκούσε βία στα παιδιά τους και τώρα είναι διαζευγμένος.

Άρχισε, στη συνέχεια, να ζει με την μητέρα του αλλά συνέχιζε να πίνει. Δεν ήταν σε θέση να εργαστεί και μετά από ένα οξύ επεισόδιο μέθης, άσκησε βία και στη μητέρα του, η οποία μετά από εισαγγελική παρέμβαση, τον οδήγησε στην ψυχιατρική κλινική.

Οι εξετάσεις που του έγιναν είναι φυσιολογικές, όμως παρουσίασε στερητικά συμπτώματα με ψευδαισθήσεις, έντονη διέγερση, αϋπνία και σπασμούς.

Η θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, καθώς και ομαδική ψυχοθεραπεία. Του χορηγούνται αντιψυχωτικά φάρμακα και αντιστερητική αγωγή. Παραμένει ακόμη στην κλινική και προτρέπεται όταν βγει να συνεχίσει τη θεραπεία, παρακολουθώντας κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1) Ο ασθενής παρουσιάζει ψευδαισθήσεις λόγω στέρησης του αλκοόλ	Κάλυψη θρεπτικών συστατικών. Αγγολυτική θεραπεία για μείωση του φόβου, μέχρι την έξοδό του.	Να χορηγηθεί θειαμίνη 100mg. Να ληφθεί διαζεπάμη 5mg έως ότου επιτευχθεί η αγχώλυση. Να εμψυχωθεί ο ασθενής. Εφησυχασμός του αρρώστου, δημιουργία ήσυχου και καλά φωτισμένου περιβάλλοντος.	Χορηγείται θειαμίνη παρεντερικά ώσπου να εξφανιστούν τα συμπτώματα. Χορηγείται διαζεπάμη 5mg, για να αποβάλλει ο ασθενής το άγχος. Ενθαρρύνεται ο ασθενής και διαβεβαιώνεται ότι όλα θα πάνε καλά.	Ο ασθενής ηρεμεί και παύει να έχει ψευδαισθήσεις.
2) Ο ασθενής παρουσιάζει έντονη κινητικότητα και ανησυχία λόγω στέρησης του αλκοόλ.	Μείωση της κινητικής υπερδραστικότητας.	Να χορηγηθεί ηρεμιστικό ανά δωρο για να ηρεμήσει ο ασθενής. Να ληφθούν μέτρα για την αποφυγή πτώσης από το κρεβάτι.	Χορηγείται ανά δωρο ηρεμιστικό μέχρι να φύγουν τα συμπτώματα. Τοποθετούνται προστατευτικά κάγκελα στο κρεβάτι για την αποφυγή πτώσης.	Ο ασθενής έχει φυσιολογική κίνηση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
3) Ο ασθενής έχει άπνία λόγω στέρωσης του αλκοόλ	Επίτευξη φυσιολογικού ύπνου σήμερα	Να χορηγηθεί ηρεμιστικό και αν χρειαστεί υπνωτικό. Να δοθεί υποστήριξη και καθυστερημένη νοσηλεύτρια. Να τακτοποιηθεί ανάλογα το περιβάλλον.	Χορηγείται ηρεμιστικό και επειδή η άπνία συνεχίζεται χορηγείται υπνωτικό φάρμακο. Η νοσηλεύτρια μένει κοντά στον ασθενή, τον υποστηρίζει και τον καθησυχάζει. Το δωμάτιο είναι ήσυχο χωρίς θορύβους.	Ο ασθενής κοιμήθηκε έξι ώρες.
4) Ο ασθενής παρουσίασε σπασμούς λόγω στέρωσης του αλκοόλ.	Αντιμετώπιση των σπασμών, άμεσα.	Να χορηγηθεί φαινυτοΐνη για την αντιμετώπιση των σπασμών. Να χορηγηθεί οξυγόνο για τον έλεγχο της αναπνοής.	Χορηγείται Eranutin 500mg κάθε 4 ώρες και για τις επόμενες ημέρες ώσπου να ηρεμήσει ο ασθενής. Χορηγείται οξυγόνο με μάσκα.	Σταμάτησαν οι σπασμοί σε 1 ώρα. Ηρέμησε ο ασθενής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι κάνουν κατάχρηση αλκοόλ.

Στις υγειονομικές υπηρεσίες καταφεύγουν όλο και περισσότερα άτομα με έκδηλα τα χαρακτηριστικά του αλκοολισμού. Ο αριθμός των νέων ατόμων που κάνουν χρήση των αλκοολούχων ποτών είναι ιδιαίτερα ανησυχητικός. Εκείνοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας ή δυσχέρειας στην εργασία και το περιβάλλον τους λόγω της συχνής χρήσης αλκοόλ, γίνονται διαρκώς περισσότεροι. Η κοινωνική αποδοχή της χρήσης αλκοόλ γίνεται όλο και πιο φυσιολογική.

Η επέκταση του αλκοολισμού είναι μεγάλη και αν δεν κρουσθεί έγκαιρα ο κώδωνας κινδύνου, δεν θα αργήσει ο καιρός που ο αλκοολισμός θα δημιουργήσει ένα κοινωνικό πρόβλημα, ίσως και μεγαλύτερο από τα ναρκωτικά.

Έτσι, το πρόβλημα του αλκοολισμού δεν είναι κάτι που μπορεί να λυθεί με διάφορες έρευνες ή από ένα άτομο. Είναι θέμα που αγγίζει το σύνολο χωρίς εξαιρέσεις.

Είναι γεγονός ότι περισσότεροι ειδικοί για να μιλήσουν για τα αίτια, τις αφορμές και τα αποτελέσματα της χρήσης του αλκοόλ είναι τα ίδια τα θύματα. Αυτοί οι άνθρωποι ζουν δίπλα μας. Σπάνια όμως μιλούν, ίσως γιατί νιώθουν ένα αίσθημα οίκτου για το «κατάντημα» του ίδιου τους του εαυτού. Ίσως από ντροπή ή από τον φόβο κατακραυγής της κοινωνίας.

Βέβαια, δεν είναι υπερβολή να επισημάνουμε το εξής: το πρόβλημα του αλκοολισμού όταν ξεσπάσει για τα καλά στη χώρα μας θα βρει και

θα χτυπήσει πολλές πόρτες. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν υπάρχει ούτε καν η στοιχειώδης υποδομή. Ο αλκοολισμός πρέπει να αντιμετωπιστεί σαν κοινωνική πληγή, να καυτηριαστεί η ρίζα του, πριν τα κλαδιά του εξαπλωθούν για τα καλά.

Γι' αυτό θα πρέπει η κοινοτική νοσηλευτική να δραστηριοποιηθεί έτσι και αναφέρεται στις προτάσεις:

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αν οι ακόλουθες στρατηγικές παραγωγής της υγείας και δράσης για τα οينوπνευματώδη ποτά εφαρμοστούν, τότε θα μπορούμε να ελπίζουμε για ένα καλύτερο μέλλον.

- **Πληροφόρηση** του κοινού για τις συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ στην υγεία, την οικογένεια και την κοινωνία και για τα αποτελεσματικά μέτρα που μπορούν να ληφθούν σ'ότι αφορά την πρόληψη ή τη μείωση των προβλημάτων, με τον σχεδιασμό εκτεταμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων από τα πρώτα στάδια της ζωής.

- **Προώθηση** της δημιουργίας δημόσιων, ιδιωτικών και εργασιακών χώρων προφυλαγμένων από ατυχήματα και βία καθώς και από άλλες αρνητικές συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ.

- **Ψήφιση** και επιβολή νόμων που να αποτρέπουν αποτελεσματικά τον συνδυασμό ποτού- οδήγησης.

- **Προαγωγή** της Υγείας μέσω του ελέγχου της διαθεσιμότητας των οينوπνευματωδών, για παράδειγμα στους νέους και μέσω του ελέγχου των τιμών, όπως για παράδειγμα με τη φορολογία.

- **Εφαρμογή** αυστηρού έλεγχου στην άμεση και έμμεση διαφήμιση των οينوπνευματωδών ποτών, αναγνωρίζοντας τους ήδη υπάρχοντες σε μικρές χώρες περιορισμούς και απαγορεύσεις και διασφαλίζοντας ότι καμία μορφή διαφήμισης δεν απευθύνεται ειδικά στους νέους, συνδέοντας για παράδειγμα, τα οينوπνευματώδη με τα σπορ.

- **Διασφάλιση** της προσεγγισιμότητας αποτελεσματικών υπηρεσιών θεραπείας και αποκατάστασης με ειδικευμένο προσωπικό, για άτομα

που κάνουν επικίνδυνη και επιβλαβή χρήση αλκοόλ καθώς και για μέλη των οικογενειών τους.

- **Προαγωγή** της επίγνωσης για την ηθική και νομική ευθύνη όσων εμπλέκονται στο εμπόριο ή στην προσφορά οινοπνευματωδών ποτών, διασφάλιση αυστηρού ελέγχου της προστασίας του προϊόντος και εφαρμογή κατάλληλων μέτρων εναντίον της παράνομης παραγωγής και πώλησης.

- **Ενίσχυση** της ικανότητας της κοινωνίας να αντιμετωπίζει τα προβλήματα από την κατανάλωση αλκοόλ μέσα από την εκπαίδευση ειδικών σε διαφορετικούς τομείς όπως η υγεία, κοινωνική πρόνοια, εκπαίδευση και δικαιοσύνη, παράλληλα με την ενδυνάμωση της κοινοτικής ανάπτυξης και της τοπικής ηγεσίας.

- **Υποστήριξη** μη κυβερνητικών οργανώσεων και κινημάτων αυτοβοήθειας που προάγουν τρόπο υγιεινής ζωής, ειδικά αυτών που στοχεύουν στην πρόληψη ή στη μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ.

Η συστηματική πληροφόρηση- ευαισθητοποίηση- ενημέρωση σε σύγχρονα κοινωνικά προβλήματα είναι ένας από τους παράγοντες Παιδείας και αναγκαία επένδυση ζωής. Αν μάθεις σε έναν νέο πώς να επικοινωνεί με το κοινωνικό σύνολο, πώς να αντιμετωπίζει τις καθημερινές δυσκολίες, πώς να επιτυγχάνει τον αυτό-έλεγχο και πώς να αναζητά το αληθινό νόημα της ζωής, τότε του έχεις δώσει τα απαραίτητα εφόδια για να αντιμετωπίσει τους κινδύνους, οι οποίοι συχνά κάνουν τους ανθρώπους να εξαρτηθούν από ουσίες. Τότε έχεις συμβάλει στη δημιουργία μιας κοινωνίας δρώντων πολιτών, στη δημιουργία μιας υγιούς κοινωνίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

1. Αριστοτέλειο Παν/μιο Θεσσαλονίκης, Διευθυντής: Καθηγητής Μ.Παπαδημητρίου, «Εσωτερική Παθολογία», τμήμα Ιατρικής, τομέας Παθολογίας, τόμος 2ος, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1998
2. Δετοράκης Ι : «Σημειώσεις Κοινωνικής Υγιεινής», Τ.Ε.Ι Πάτρας, Πάτρα 2000
3. Λιάπας Γ.: «Ναρκωτικά, εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση», εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1999
4. Μαλγαρινού Μ,Κωνσταντινίδου Σ.: «Γενική-Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική», τόμος Α, έκδοση 22^η, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2001
5. Μάνου Ν.: «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997
6. Μαρσέλος Μ.: «Εξαρτησιογόνες ουσίες», εκδόσεις Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος, Αθήνα 1997
7. Ποταμιανός Γ.: « “Νόμιμες” ουσίες εξάρτησης, ΑΛΚΟΟΛ», εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1993
8. Ραγιά Χρ.Αφροδίτη: «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας», έκδοση 3^η βελτιωμένη, Αθήνα 2001
9. Ράπτη Σ.: «Εσωτερική Παθολογία», τόμος 4^{ος}, Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόρης Παρισιάνος», Αθήνα 1998

10. Σαχίνη- Καρδάση Α., Πάνου Μ.: «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος 2^{ος}, Β' έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000
11. Τσαρούχας Κ.: «Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό», έκδοση 2^η, Εκδόσεις Άγκυρα, Αθήνα 2000
12. Ulrich S., Canale S., Wendell S.: «Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική, Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας», έκδοση 3^η, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 1994
13. Χουρδάκη Μ.: «Ναρκωτικά, Πρόληψη: Πρωτογενής Τομέας, Οικογένεια- Παιδεία- Τ.Αυτοδιοίκηση», Εκδόσεις Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα 1995
14. Χριστοδούλου Γ. και συνεργάτες: «Ψυχιατρική», τόμος 2^{ος}, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2004

- ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Μπαϊζάνης Ν., Παπανικολάου Ε.: «Νοσηλευτική Παρέμβαση στις διαταραχές διαγωγής των εφήβων», Νοσηλευτική τεύχος 3^ο Ιούλιος- Σεπτέμβριος 2002

