

ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ -
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΩΝ ΟΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ

"Πουθενά σε κανένα άλλο μέρος του κόσμου,
ο ήλιος και η Σελήνη δε συμβασιλεύουν τόσο αρμονικά,
δε μοιράζονται τόσο ακριβοδίκαια την ισχύ τους,
όσο επάνω σε αυτό το κομμάτι της γης που κάποτε,
ποιος ξέρει, σε τι καιρούς απίθανους,
ποιος θεός, για να κάνει το κέφι του,
έκοψε και φύσηξε μακριά ίδιο πλατανόφυλλο
καταμεσής του πελάγους."

Οδυσσέας Ελύτης

ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑ – ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Νίκη Αξιώτου

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΦΩΤΟΥΛΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 2014

Στην γιαγιά μου Νίκη,

Σε ευχαριστώ για όλα

Μου λείπεις ...

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα « Κοινωνική πολιτική των ΟΤΑ για την πρόληψη και θεραπεία εξάρτησης από ουσίες. Η περίπτωση του δήμου Μυτιλήνης » πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών της σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πελοποννήσου.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μου σε όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας :

Στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Κα Αργυροπούλου Φωτούλα για την καθοδήγηση, την υποστήριξη, καθώς και για τις συμβουλές που μου παρείχε όλο αυτό το διάστημα.

Επίσης σε όσους έλαβαν μέρος στην έρευνα, συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια, καθώς και το προσωπικό του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων Μυτιλήνης (ΚΕΘΕΑ) και του Κέντρου πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας της περιφερειακής ενότητας Λέσβου « ΠΝΟΗ » για τις σημαντικές πληροφορίες που μου έδωσαν.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στις φίλες μου Μαίρη και Νίκη για την βοήθειά τους .

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου και την αδερφή μου που με στερήσεις, με στήριξαν όλα αυτά τα χρόνια.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΚΠΙΝΤ	Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών & Τοξικομανίας
ΕΚΤΕΠΝ	Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά
ΕΠΙΨΥ	Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας
ΟΚΑΝΑ	Οργανισμός Κατά Τον Ναρκωτικών
ΚΕΘΕΑ	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών & Τοξικομανίας
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων
ΥΠΕΘΑ	Υπουργείο Εθνικής Αμύνης
Ε.Κ.Α.Ε.	Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων
ESSPROS	European System of integrated Social Protection Statistics Ευρωπαϊκό Σύστημα Ολοκληρωμένων Στατιστικών Κοινωνικής Προστασίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία γίνεται προσπάθεια να παρουσιαστεί η κοινωνική πολιτική που ασκείται από τον Δήμο Μυτιλήνης για την πρόληψη και θεραπεία εξάρτησης από ουσίες, μέσα από την έρευνα που πραγματοποιείται στους δημότες για τις υπηρεσίες που προσφέρει ο Δήμος στα εξαρτημένα άτομα από ουσίες.

Αρχικά αναλύεται ο όρος κοινωνική πολιτική, αναπτύσσεται το μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα των ναρκωτικών και παρουσιάζεται το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται το πρόβλημα της εξάρτησης από ουσίες και η αντιμετώπισή του, αναπτύσσονται οι λόγοι που οδηγούν στην χρήση και στην εξάρτηση, ο κοινωνικός αποκλεισμός των εξαρτημένων ατόμων, γίνεται αναφορά στις πολιτικές παρεμβάσεις σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο και τέλος αναλύονται τα κέντρα συμβουλευτικής υποστήριξης, απεξάρτησης και επανένταξης στην Ελλάδα.

Μετά έχουμε την παρουσίαση του Δήμου Μυτιλήνης από δημογραφικής, οικονομικής, πολιτιστικής άποψης, παρουσιάζονται τα κοινωνικά προβλήματα του τόπου, η αντιμετώπιση των προβλημάτων από τον Δήμο και τέλος τα κέντρα στήριξης των εξαρτημένων ατόμων ΚΕ.Θ.Ε.Α και Ο.ΚΑ.ΝΑ.(ΠΝΟΗ) Μυτιλήνης.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να γίνουν γνωστές οι απόψεις των δημοτών όσο αναφορά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα εξαρτημένα άτομα, τις ανάγκες τους αλλά και την άποψη τους για την κοινωνική πολιτική του Δήμου προς τα εξαρτημένα άτομα.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ: Κοινωνική πολιτική, ναρκωτικά, ΚΕ.Θ.Ε.Α Μυτιλήνης, Ο.ΚΑ.ΝΑ.(ΠΝΟΗ) Μυτιλήνης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ- ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ.....	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ	
ΠΙΝΑΚΩΝ.....	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ-ΕΙΚΟΝΩΝ.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Κοινωνική πολιτική ενάντια στην εξάρτηση από ουσίες	
1.1.Ορισμός κοινωνικής πολιτικής	16
1.2 Τα ναρκωτικά ένα μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα.....	17
1.2.1 Εγκληματικότητα.....	17
1.2.2 Αιτίες θανάτου από ναρκωτικά.....	18
1.2.3 Ατυχήματα.....	18
1.3 Η χρήση ναρκωτικών στην Ελλάδα.....	19
1.3.1 Η χρήση στους έφηβους – μαθητές.....	19
1.3.2 Θνησιμότητα από ναρκωτικά.....	20
1.3.3 Μολυσματικές ασθένειες και χρήστες.....	21
1.4 Η χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη.....	21
1.4.1 Μολυσματικές ασθένειες στην Ευρώπη και χρήση.....	22
1.4.2 Θνησιμότητα από ναρκωτικά στην Ευρώπη.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:Το πρόβλημα της εξάρτησης από ουσίες και η αντιμετώπιση του	
2.1 Τι είναι εξάρτηση.....	24
2.2 Λόγοι που οδηγούν στην εξάρτηση.....	27
2.3 Επιβαρυντικοί παράγοντες.....	29
2.4 Εξάρτηση και κοινωνικός αποκλεισμός.....	30
2.5 Πολιτικές παρεμβάσεις σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο.....	34
2.5.1 Η Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά.....	34
2.5.2 Η κοινωνική ένταξη στην Ελλάδα.....	35
2.5.3 Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα ναρκωτικά.....	37
2.5.4 Η ευρωπαϊκή αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού.....	38
2.5.5 Η νομοθεσία για τα ναρκωτικά στην Ευρώπη.....	40

2.5.6 Η νομοθεσία για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα.....	40
2.6 Τα κέντρα συμβουλευτικής υποστήριξης, απεξάρτησης και επανένταξης στην Ελλάδα	42
2.6.1 Οι θεραπευτικές μονάδες του ΚΕ.Θ.Ε.Α.....	44
2.6.2 Τα θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ.....	44
2.6.3 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.....	45
2.6.4 Προγράμματα κοινωνικής υποστήριξης και επανένταξης του ΚΕ.Θ.Ε.Α...	45
2.6.5 Μονάδες επανένταξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ.....	46
2.6.6 Η επανένταξη στο Ψ.Ν.Α.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο Δήμος Μυτιλήνης.....	47
3.1 Παρουσίαση της περιοχής έρευνας	47
3.2 Η ιστορία της Λέσβου.....	48
3.3 Διοικητική διαίρεση	49
3.4 Η οικονομία της Λέσβου.....	49
3.5 Τα κοινωνικά προβλήματα της περιοχής.....	50
3.6 Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην αντιμετώπιση των κοινωνικών Προβλημάτων.....	52
3.7 Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων Μυτιλήνης.....	55
3.7.1 Η ταυτότητα του ΚΕ.Θ.Ε.Α.....	55
3.7.2 Το ΚΕΘΕΑ Μυτιλήνης	57
3.7.3 Το προσωπικό.....	58
3.7.4 Οι υπηρεσίες	58
3.8 Κέντρο πρόληψης των εξαρτημένων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας της Λέσβου « ΠΝΟΗ».....	59
3.8.1 Η ταυτότητα της ΠΝΟΗΣ.....	59
3.8.2 Το προσωπικό	60
3.8.3 Ο Σκοπός	60
3.8.4 Οι Στόχοι.....	60
3.8.5 Οι Δραστηριότητες	61
3.8.6 Τα εκπαιδευτικά προγράμματα	62
3.8.7 Η Συμβουλευτική	64
3.8.8 Έρευνα και αξιολόγηση.....	65
3.8.9 Συνεργασίες.....	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Στατιστική έρευνα	
4.1 Μεθοδολογία της έρευνας	67
4.2 Αποτελέσματα της έρευνας.....	68
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ.....	94
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	96
Ερωτηματολόγιο	97

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	10
Πίνακας 4.1 Φύλο.....	69
Πίνακας 4.2 Ηλικία	70
Πίνακας 4.3 Επίπεδο εκπαίδευσης	71
Πίνακας 4.4 Οικογενειακή κατάσταση	72
Πίνακας 4.5 Εργασιακή κατάσταση	73
Πίνακας 4.6 Εισόδημα	74
Πίνακας 4.7 Τόπος διαμονής	75
Πίνακας 4.8 Υπηρεσία του δήμου Μυτιλήνης για την στήριξη των εξαρτημένων από ναρκωτικά	76
Πίνακας 4.9 Αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών από τον δήμο Μυτιλήνης	77
Πίνακας 4.10 Ύπαρξη μονάδας απεξάρτησης στο Δήμο Μυτιλήνης	78
Πίνακας 4.11 Δημιουργία μονάδας απεξάρτησης στο δήμο Μυτιλήνης	79
Πίνακας 4.12 Τα σημαντικότερα προβλήματα των χρηστών στο δήμο Μυτιλήνης	80
Πίνακας 4.13 Οι ανάγκες του ΚΕΘΕΑ Μυτιλήνης	82
Πίνακας 4.14 Οι ανάγκες του ΟΚΑΝΑ Μυτιλήνης	83
Πίνακας 4.15 Το προσωπικό στα κέντρα του δήμου Μυτιλήνης	84
Πίνακας 4.16 Η βοήθεια του δήμου Μυτιλήνης προς τα κέντρα	85
Πίνακας 4.17 Η κοινωνική πολιτική του Δήμου για την πρόληψη και την θεραπεία ης εξάρτησης από ουσίες	86
Πίνακας 4.18 Η αιτία του προβλήματος στο δήμο Μυτιλήνης	87
Πίνακας 4.19 Κοινωνική πολιτική και κρίση στο δήμο Μυτιλήνης	88

Πίνακας 4.20 Απόψεις για το ποιες κοινωνικές δράσεις θα θέλατε να πραγματοποιεί η αρμόδια υπηρεσία του δήμου Μυτιλήνης για την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων.....	89
---	----

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ-ΕΙΚΟΝΩΝ	12
Διάγραμμα 2.1 Παράγοντες που έχουν σχέση με την χρήση ναρκωτικών & τον κοινωνικό αποκλεισμό	33
Διάγραμμα 4.1 Φύλο.....	69
Διάγραμμα 4.2 Ηλικία	70
Διάγραμμα 4.3 Επίπεδο εκπαίδευσης	71
Διάγραμμα 4.4 Οικογενειακή κατάσταση	72
Διάγραμμα 4.5 Εργασιακή κατάσταση	73
Διάγραμμα 4.6 Εισόδημα	74
Διάγραμμα 4.7 Τόπος διαμονής	75
Διάγραμμα 4.8 Υπηρεσία του δήμου Μυτιλήνης για την στήριξη των εξαρτημένων από ναρκωτικά	76
Διάγραμμα 4.9 Αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών από τον δήμο Μυτιλήνης	77
Διάγραμμα 4.10 Ύπαρξη μονάδας απεξάρτησης στο Δήμο Μυτιλήνης	78
Διάγραμμα 4.11 Δημιουργία μονάδας απεξάρτησης στο δήμο Μυτιλήνης ...	79
Διάγραμμα 4.12 Τα προβλήματα των ατόμων που είναι χρήστες ή πρώην χρήστες και προσπαθούν να απεξαρτηθούν και να επανενταχθούν στην κοινωνία.....	81
Διάγραμμα 4.13 Οι ανάγκες του ΚΕΘΕΑ Μυτιλήνης	82
Διάγραμμα 4.14 Οι ανάγκες του ΟΚΑΝΑ Μυτιλήνης	83
Διάγραμμα 4.15 Το προσωπικό στα κέντρα του δήμου Μυτιλήνης	84
Διάγραμμα 4.16 Η βοήθεια του δήμου Μυτιλήνης προς τα κέντρα	85
Διάγραμμα 4.17 Η κοινωνική πολιτική του Δήμου για την πρόληψη και την θεραπεία της εξάρτησης από ουσίες	86
Διάγραμμα 4.18 Η αιτία του προβλήματος στο δήμο Μυτιλήνης	87
Διάγραμμα 4.19 Κοινωνική πολιτική και κρίση στο δήμο Μυτιλήνης	88

Διάγραμμα 4.20 Απόψεις για το ποιες κοινωνικές δράσεις θα θέλατε να πραγματοποιεί η αρμόδια υπηρεσία του δήμου Μυτιλήνης για την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων.....90

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα των ναρκωτικών αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που απασχολεί κάθε κοινωνία ενώ για την αντιμετώπισή του κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή όλων και της πολιτείας και των πολιτών. Όποια μέτρα και να παρθούν όμως, χρειάζεται πρώτα από όλα η στήριξη των παραδοσιακών θεσμών, της οικογένειας, της εργασίας, της μόρφωσης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει την κοινωνική πολιτική που ασκείται από τον Δήμο Μυτιλήνης για την πρόληψη και θεραπεία εξάρτησης από ουσίες. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται ο όρος κοινωνική πολιτική, αναπτύσσεται το μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα των ναρκωτικών και παρουσιάζεται το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το πρόβλημα της εξάρτησης από ουσίες και η αντιμετώπισή του, αναπτύσσονται οι λόγοι που οδηγούν στην χρήση και στην εξάρτηση, ο κοινωνικός αποκλεισμός των εξαρτημένων ατόμων, γίνεται αναφορά στις πολιτικές παρεμβάσεις σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο και τέλος αναλύονται τα κέντρα συμβουλευτικής υποστήριξης, απεξάρτησης και επανένταξης στην Ελλάδα.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση του Δήμου Μυτιλήνης από δημογραφικής, οικονομικής, πολιτιστικής άποψης, παρουσιάζονται τα κοινωνικά προβλήματα του τόπου, η αντιμετώπιση των προβλημάτων από τον Δήμο και τέλος τα κέντρα στήριξης των εξαρτημένων ατόμων ΚΕ.Θ.Ε.Α και Ο.ΚΑ.ΝΑ.(ΠΝΟΗ) Μυτιλήνης ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να γίνουν γνωστές οι απόψεις των δημοτών όσο αναφορά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα εξαρτημένα άτομα, τις ανάγκες τους αλλά και την άποψη τους για την κοινωνική πολιτική του Δήμου προς τα εξαρτημένα άτομα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνουμε ότι υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχει ο Δήμος για το πρόβλημα των ναρκωτικών, την ανάγκη των πολιτών για περισσότερη ενημέρωση σχετικά με το θέμα αλλά και την επιθυμία τους για την δημιουργία μιας μονάδας απεξάρτησης.

Το πρόβλημα των ναρκωτικών* μαστίζει πολλές οικογένειες στην Μυτιλήνη. Η δημιουργία μονάδας απεξάρτησης αποτελεί υπόσχεση 8 περίπου χρόνων και συνάντησε πολλά εμπόδια από την αρχή αφού πολλοί κάτοικοι διαμαρτυρήθηκαν για

την περιοχή όπου θα στεγαζόταν το κτίριο, θεωρώντας ότι θα υποβάθμιζε την περιοχή τους και ότι θα γινόταν στέκι τοξικομανών. Βασικό όμως πρόβλημα, στην ουσία, ήταν η έλλειψη ενημέρωσης του κόσμου όσο αναφορά την προσφορά και τον τρόπο λειτουργίας της μονάδας. Όπως έλλειψη ενημέρωσης υπήρξε και από την πλευρά του Δήμου αφού, δεν μπορούσε να επιλέξει αν θα δημιουργούσε μονάδα υποκατάστασης ή μονάδα με «στεγνό πρόγραμμα», αν λάβουμε υπόψη ότι το νησί έχει πολλούς χρόνιους χρήστες ηρωίνης. Οι υποσχέσεις δίνονται ακόμα, αλλά δεν υλοποιούνται.

Κάνεις δεν μπορεί να γνωρίζει πόσα προβλήματα μπορεί να αντιμετωπίζει μια οικογένεια ενός εξαρτημένου ατόμου, αν το «πρόβλημα» δεν χτυπήσει και την δική του πόρτα. Τα τελευταία χρόνια χάθηκαν πολλά νέα παιδιά, αφού οι γονείς τους αδυνατούσαν να αντέξουν το κόστος της απεξάρτησης, αφού οι μονάδες βρίσκονται μακριά από το νησί. Ας μην χαθούν και άλλα...

* <http://www.emprosnet.gr/emprosnet-archive/50df7d28-fb55-440f-bc3c-b355f7b726fd>
<http://www.translatum.gr/forum/index.php?topic=30989.0>
http://iraveris.blogspot.gr/2010/10/blog-post_15.html
<http://www.emprosnet.gr/emprosnet-archive/f76eadb6-33d6-46e5-8839-66fdc019e709>
http://www.dimokratis.gr/index.php?id=8006&view_option=subject&year=09
http://www.dimokratism.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=2267:-1-----
http://k-proothisi.blogspot.com/2009/06/sos_19.html#.U5CBTnLV9cQ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ

1.1 Ο ορισμός της Κοινωνικής Πολιτικής

Ο σύνθετος χαρακτήρας της κοινωνικής πολιτικής καθιστά δύσκολη την αποτύπωση ενός ορισμού της. Παραπέμπει σε δύο έννοιες στην πολιτική και στην κοινωνική.

Αναφέρεται τόσο σε ένα σύνολο μορφών και μεθόδων κοινωνικής δράσης και παρέμβασης, όσο και σε ένα αντικείμενο μελέτης και επιστημονικής ανάλυσης των επί μέρους πολιτικών που την συγκροτούν. Αν και κατά καιρούς έχει υποστηριχθεί ότι η κοινωνική πολιτική αποτελεί ένα ξεχωριστό επιστημονικό αντικείμενο γίνεται ευρύτερα αποδεκτό ότι πρόκειται για ένα διεπιστημονικό πεδίο που για την ανάπτυξη του θεωρητικού της υποβάθρου αντλεί από ένα φάσμα άλλων κοινωνικών επιστημών.¹

Ο όρος *κοινωνική πολιτική* συνδέεται με την καταγραφή, την ιεράρχηση και την κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών μέσα από ρυθμίσεις και παροχές στους τομείς της υγείας, της ασφάλισης, της απασχόλησης, της στέγασης και τις προνοιακές υπηρεσίες, που έχουν να κάνουν με την παιδική μέριμνα, την προστασία της τρίτης ηλικίας, την ενίσχυση της οικογένειας και την υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες.

Σύμφωνα με το ευρωπαϊκό σύστημα ολοκληρωμένων στατιστικών κοινωνικής προστασίας (ESSPROS), ο όρος *κοινωνική πολιτική* αναφέρεται στο σύνολο των παροχών σε χρήμα ή σε είδος από πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση ενός καθορισμένου συνόλου κινδύνων και αναγκών.²

Ο Erskine ορίζει την κοινωνική πολιτική σαν όρο που χρησιμοποιείται για να περιγραφούν δράσεις που στοχεύουν στην προαγωγή της ευημερίας και σαν όρο που χρησιμοποιείται και για να περιγράψει την ακαδημαϊκή μελέτη αυτών των δράσεων. (Erskine 1998)

¹ Στασινοπούλου Ο. (2003), Κράτος Πρόνοιας – Ιστορική Εξέλιξη. Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις, Αθήνα, Gutenberg (σελ. 80-81)

² Κοινωνική πολιτική και Τοπική αυτοδιοίκηση, Τελική Έκθεση, Αθήνα, Δεκέμβριος 2006. (σελ. 7)

Ο Kemsall θεωρεί ως στόχο της κοινωνικής πολιτικής την αντιμετώπιση κινδύνου. Οι κίνδυνοι που μπορούν να μετρηθούν και να προβλεφθούν, δεν έχουν μόνο την μορφή δυσάρεστων γεγονότων αλλά και αλλαγών, ενώ στις σύγχρονες κοινωνίες διακινδύνευσης, οι κοινωνικά ευπαθείς ομάδες είναι πιο εκτεθειμένες σε αυτούς.³

1.2 Τα ναρκωτικά ένα μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα

Η αύξηση της χρήσης ναρκωτικών τα τελευταία χρόνια έχει αναδείξει το πρόβλημα των ναρκωτικών σε ένα τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα..

Το άνοιγμα των συνόρων, ο σύγχρονος καταναλωτικός τρόπος ζωής, η ραγδαία ανάπτυξη της κοινωνίας και η έντονη μετανάστευση πέρα των όλων θετικών στοιχείων που μπορεί να έχουν, εμφανίζουν και πολλούς κινδύνους σε σχέση με τον αγώνα που καταβάλουν οι κοινωνίες για την καταπολέμηση της εξάρτησης. Είναι ένα πρόβλημα το οποίο είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστεί μιας και ανακαλύπτονται συνεχώς νέοι τρόποι προσφοράς και νέοι μέθοδοι διακίνησης ουσιών. Η παραγωγή, η διακίνηση και η χρήση ουσιών είναι ένα φαινόμενο το οποίο έρχεται σε συνάρτηση με την εξέλιξη των οικονομικών, πολιτισμικών και κοινωνικών δομών της παγκόσμιας κοινωνίας.

Τα ναρκωτικά πέρα από τα προβλήματα που δημιουργούν στους ίδιους τους χρήστες, δημιουργούν σοβαρό πρόβλημα και στην κοινωνία. Εγκληματικότητα, μείωση της παραγωγικότητας, θάνατοι ,ατυχήματα, λοιμώξεις είναι μερικά από αυτά.

1.2.1 Εγκληματικότητα

Η εγκληματικότητα⁴ και η χρήση ναρκωτικών συνδέονται άμεσα. Χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες :

- εγκλήματα λόγω ψυχοφαρμακευτικής αιτιολογίας, εγκλήματα που διαπράττονται υπό την επήρεια ψυχοδραστικής ουσίας

³ Kemsall H., (2002) Risk Social Policy and Welfare, Philadelphia, Open University Press, (p.121)

⁴ Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά 2008- 2012 (σελ.17)

- Εγκλήματα με οικονομικό κίνητρο: εγκλήματα που διαπράττονται για την εξασφάλιση χρημάτων για την προμήθεια ναρκωτικών ή για την εξασφάλιση των ίδιων των ναρκωτικών.
- Συστημικά εγκλήματα: εγκλήματα που διαπράττονται στο πλαίσιο της λειτουργίας παράνομων αγορών ναρκωτικών ουσιών και αποτελούν μέρος της παράνομης δραστηριότητας της διακίνησης και της πώλησης ναρκωτικών.
- * Αδικήματα που εμπίπτουν στον νόμο περί ναρκωτικών και περιλαμβάνει την χρήση, την κατοχή και την εμπορία.(αποτελούν την μεγαλύτερη κατηγορία).

1.2.2 Αιτίες θανάτου από ναρκωτικά

Ο θάνατος από τα ναρκωτικά μπορεί να οφείλονται σε διάφορες αιτίες όπως :

α) **Η οξεία δηλητηρίαση:** είναι μια από τις πιο συνηθισμένες αιτίες θανάτου των χρηστών. Η ανάγκη που δημιουργούν πολλά από αυτά για λήψη μεγαλύτερης δόσης, λόγω εθισμού, μπορεί να σταθεί μοιραία για τη ζωή του χρήστη γιατί μπορεί να κάνει χρήση υπερβολικής δόσης. Αποτέλεσμα να δηλητηριάζεται ο οργανισμό του, να παραλύει η αναπνοή και η κυκλοφορία και να οδηγείται στο θάνατο.

β) **Η τοξικομανία:** είναι η χρόνια δηλητηρίαση του οργανισμού από την χρήση ναρκωτικών.

γ) **Οι λοιμώξεις:** από ηπατίτιδα Β και C καθώς και από HIV. Κύρια αιτία είναι η χρήση ενέσιμων ουσιών.

1.2.3 Ατυχήματα

Η χρήση ουσιών μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την οδήγηση, με αποτέλεσμα να προκαλούνται ατυχήματα και τραυματισμοί. Τα ναρκωτικά δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα του ατόμου μειώνοντας την ικανότητα του για οδήγηση. Επίσης κάποιες ουσίες προκαλούν υπνηλία και ελάττωση των αντανακλαστικών, πράγμα που τις καθιστά πολύ επικίνδυνες.⁵

⁵Σχέδιο Δράσης για τα ναρκωτικά 2008 – 2012,(σελ. 17)

1.3 Η χρήση ναρκωτικών στην Ελλάδα

Τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία για την *χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό πληθυσμό* προέρχονται από την έρευνα του ΕΠΙΨΥ (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής) «Πανελλήνια έρευνα στο γενικό πληθυσμό για την ψυχοκοινωνική υγεία και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών», η οποία υλοποιήθηκε το 2004 (n = 4.774, 12-64 ετών, προσωπική συνέντευξη στο νοικοκυριό).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας, σχεδόν 1 στα 11 άτομα ηλικίας 15 – 64 ετών (9% του δείγματος, περίπου 670.000 άτομα του πληθυσμού ηλικίας 12 – 64) ανέφεραν χρήση παράνομης ουσίας (κυρίως κάνναβης) έστω και μία φορά στη ζωή του. Ένα 4% δοκίμασαν 1 – 2 φορές, ενώ το 5% επανέλαβαν τη χρήση τουλάχιστον 3 φορές. Χρήση τους τελευταίους 12 μήνες ανέφεραν το 2% των ερωτώμενων και χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες το 1%.

Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης παρατηρήθηκαν στους άνδρες (13% έναντι 4% των γυναικών), στις ηλικιακές ομάδες 25 – 34, 18 – 24 και 35 – 44 ετών (περίπου 12%), στα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (15%) και στην Αθήνα (12%), έναντι της Θεσσαλονίκης (8%) και των λοιπών αστικών περιοχών (7%).⁶

1.3.1 Η χρήση στους εφήβους – μαθητές

Πρόσφατα στοιχεία (έτος 2011) για την *χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό*⁷ έχουμε από την έρευνα του ΕΠΙΨΥ « Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ». Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2011 με την χρηματοδότηση του ΟΚΑΝΑ και τη συμμετοχή των Κέντρων Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Στην έρευνα συμμετείχε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα περίπου 37.000 μαθητών ηλικίας 13 – 19 ετών από συνολικά 676 σχολεία της χώρας. Τα αποτελέσματα της έρευνας :

⁶ Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ 2013 (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά),(σελ. 13)

⁷ Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ 2013, (σελ. 13-14)

- Χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή ανέφερε το 2011 σχεδόν 1 στους 6 μαθητές ηλικίας 15 – 19 (15,3 %)
- Η κάνναβη (13,4%) και οι εισπνεόμενες ουσίες (14,1%) είναι οι ουσίες που αναφέρονται συχνότερα από τους μαθητές. Η χρήση των άλλων ουσιών δεν ξεπερνά το 3% το 2011.
- Διπλάσιο ποσοστό αγοριών (21,1%) από ότι κοριτσιών (9,4%) αναφέρουν χρήση ουσιών. Σημαντικές διαφορές στα φύλα χαρακτηρίζουν όλες τις παράνομες ουσίες.
- Με την ηλικία αυξάνεται το ποσοστό των μαθητών που αναφέρουν χρήση : αναφέρουν χρήση παράνομων ουσιών το 7,4% των 15χρονων, ενώ το ποσοστό τριπλασιάζεται στην ηλικία των 18 ετών (21,9%). Σημειώνεται ότι το 40,2% των 19χρονων που βρίσκονται ακόμα στο σχολείο αναφέρουν χρήση παράνομων ουσιών, αν και το δείγμα αυτής της ηλικίας δεν είναι αντιπροσωπευτικό για το σύνολο της χώρας.
Ποσοστό 1,7% των 13 – 14χρονων μαθητών ανέφεραν χρήση κάνναβης έστω και μία φορά ε όλη τη ζωή .
- Η επικράτηση της χρήσης είναι υψηλότερη στην Αθήνα (19,3%) και στην Θεσσαλονίκη (19,4%) συγκριτικά με τις υπόλοιπες περιοχές της χώρας (12,0%).

1.3.2 Θνησιμότητα από ναρκωτικά

Ο αριθμός των θανάτων στην Ελλάδα⁸ από 321 το 2001, μειώθηκε σε 217 το 2003, για να αυξηθεί και πάλι σε 284 το 2005 (E.M.C.D.D.A. 2007) ενώ από το 2006 και μετά παρατηρείται μείωση των θανάτων. Οι θάνατοι από υπερβολική δόση παραμένουν μια από τις σημαντικότερες αιτίες θνησιμότητας των νέων ενηλίκων.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας⁹, το 2012 αναφέρθηκαν 77 θάνατοι σχετιζόμενοι με τη χρήση ουσιών ,από τους οποίους επιβεβαιώθηκαν με τις απαραίτητες εξετάσεις οι 32 (41.6%). Εννέα στις δέκα περιπτώσεις σχετίζονται με την χρήση ηρωίνης / μορφίνης.

⁸ Εθνικό Σχέδιο Δράσης 2008-2012, σελ. 15

⁹ Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ 2013, Θάνατοι που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, (σελ 82)

1.3.3 Μολυσματικές ασθένειες και χρήστες

Με βάση τα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) από τις 1180 περιπτώσεις μόλυνσης από τον HIV που δηλώθηκαν το 2012, οι 522 είχαν την ενέσιμη χρήση ως πιθανή κατηγορία μετάδοσης (44,2%). Αριθμός που είναι διπλάσιος σε σχέση με το 2011 (260) και 35 φορές μεγαλύτερος με το 2010 (μόλις 15). Οι χρήστες ενέσιμων ουσιών ήταν κυρίως άνδρες (82,2%). Στην Ευρώπη το ποσοστό για την ενέσιμη χρήση ως κατηγορία μετάδοσης του ιού έφτανε μόλις το 6,1 %. Αύξηση υπήρξε και στον επιπολασμό της HIV λοίμωξης, που κυμάνθηκε στην Ελλάδα μεταξύ 5 – 8%. Υψηλότερα ήταν τα επίπεδα επιπολασμού στην Αθήνα.

Επίσης υψηλά παραμένουν (60% και 73% το 2012) τα επίπεδα επιπολασμού της HCV λοίμωξης στην κοινότητα των χρηστών ενέσιμων ουσιών, με το υψηλότερο επίπεδο να βρίσκεται και πάλι στην Αθήνα σε σχέση με άλλες περιοχές. Τα υψηλά επίπεδα της λοίμωξης αυτής αντικατοπτρίζουν την υιοθέτηση μιας επικίνδυνης ενέσιμης συμπεριφοράς.¹⁰

1.4 Η χρήση ναρκωτικών στην Ευρώπη

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά 2013 ένας στους τέσσερις ενήλικες Ευρωπαίους έχει κάνει χρήση παράνομων ουσιών. Τουλάχιστον 85 εκατομμύρια ενήλικες Ευρωπαίοι έχουν κάνει χρήση παράνομης ουσίας κάποια στιγμή στη ζωή του, αριθμός που αντιστοιχεί στο 25% περίπου του πληθυσμού ενηλίκων στην Ευρώπη.

Στην πλειονότητα τους αναφέρουν χρήση κάνναβης (77 εκατ.), ενώ οι εκτιμήσεις για χρήση άλλων ουσιών, τουλάχιστον μια φορά, κινούνται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα : 14,5 εκατ. έκαναν χρήση κοκαΐνης, 12,5 εκατ. έκαναν χρήση αμφεταμινών και 11,4 εκατ. έκαναν χρήση έκστασης . Παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση στα επίπεδα χρήσης ναρκωτικών σε όλη τη διάρκεια της ζωής που αναφέρονται στην Ευρώπη, σε ένα φάσμα που ξεκινά από 1 στους 3 ενήλικες σε Γαλλία, Δανία και το

¹⁰ Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ 2013, Μολυσματικές ασθένειες στους χρήστες ενέσιμων ουσιών, (σελ.75)

Ηνωμένο Βασίλειο και φθάνει σε λιγότερο από 1 στους 10 σε Βουλγαρία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ρουμανία και Τουρκία.¹¹

Η χρήση κάνναβης από μαθητές στην Ευρώπη είχε αυξητική τάση από το 1995 έως το 2003 ενώ το 2007 υπήρξε μείωση και έκτοτε παραμένει αμετάβλητη. Την ίδια στιγμή σε χώρες με υψηλά επίπεδα χρήσης παρατηρήθηκε πτωτική τάση ενώ από την άλλη σε πολλές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης τα επίπεδα χρήσης κάνναβης από μαθητές αυξήθηκαν. Σύμφωνα με την τελευταία έρευνα του ESPAD η χρήση κάνναβης από μαθητές παραμένει σταθερή ή καταγράφει ελαφρά μείωση.

Η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες και η έκσταση είναι οι ευρύτερα διαδεδομένες παράνομα διεγερτικές ουσίες στην Ευρώπη, με την κοκαΐνη να επικρατεί περισσότερο στη Νότια και Δυτική Ευρώπη, τις αμφεταμίνες στην Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη και την έκσταση στις χώρες της Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης.

Τέλος, *είσοδο στην αγορά των παράνομων διεγερτικών έχουν κάνει οι συνθετικές καθινόνες, που περιλαμβάνουν και την μεφεδρόνη, προς το παρόν όμως τις συναντάμε στο Ηνωμένο Βασίλειο. Βάση στοιχείων ποσοστό 1,1% των ενηλίκων (16–59ετών) σε Αγγλία και Ουαλία κάνει χρήση μεφεδρόνης τον τελευταίο χρόνο, πράγμα που την κατατάσσει στην τέταρτη πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία.*

1.4.1 Μολυσματικές ασθένειες στην Ευρώπη και χρήση

Η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών αποτελεί σημαντική αιτία για την μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων. Στην Ευρώπη γενικά από το 2004 μέχρι και το 2010 παρατηρήθηκε πτωτική τάση στα κρούσματα HIV, που είχαν σχέση με την χρήση ενέσιμων ναρκωτικών. Όμως από το 2011 και μετά, υπήρξε αύξηση των κρουσμάτων σε Ελλάδα και Ρουμανία, γεγονός που σταμάτησε την πτωτική αυτή τάση. Στις δύο αυτές χώρες διαγνώστηκαν 353 νέα κρούσματα (ποσοστό 23 % του συνόλου),ενώ το 2010 το ποσοστό έφτανε περίπου στο 2% .

Στην Βουλγαρία , την Εσθονία και την Λετονία υπήρξε μια πολύ μικρή αύξηση των κρουσμάτων ενώ στην Ιρλανδία, Ισπανία και Πορτογαλία συνεχίστηκε η πτωτική τάση των κρουσμάτων του ιού HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών.¹²

¹¹ Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά 2013,Χρήση ναρκωτικών και συναφή προβλήματα, (σελ 31)

¹² Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά 2013, (σελ. 43)

Όσο αναφορά την Ηπατίτιδα C στην Ευρώπη, παρατηρείται υψηλός επιπολάσμος στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Το 2010 – 2011 τα ποσοστά στα εθνικά δείγματα κυμάνθηκαν από 18% έως 80% ενώ 8 από τις 12 χώρες που διαθέτουν στοιχεία εθνικής εμβέλειας κάνουν λόγο για ποσοστά άνω του 40%. Τέτοια ποσοστά ή και υψηλότερα αποτελούν κίνδυνο για νέα επιδημική έκρηξη του HIV, μέσω ενέσιμης χρήσης. Σε Νορβηγία, Πορτογαλία και Ιταλία παρατηρείται μείωση του επιπολασμού της ηπατίτιδας C ενώ σε Ελλάδα και Κύπρο αύξηση.

Η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ευθύνεται για το 58% των κρουσμάτων της ηπατίτιδας C και το 41% των οξέων περιστατικών της. Γενικότερα η χρήση ναρκωτικών μπορεί να ευθύνεται και για άλλες λοιμώξεις, όπως ηπατίτιδα A και D, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, φυματίωση, τέτανο και αλλαντίαση.

Τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη έχουν κάνει την εμφάνιση τους κρούσματα άνθρακα, που μπορεί να οφείλονται σε μολυσμένη ηρωίνη. Το 2012 – 2013, αναφέρθηκαν 15 τέτοια κρούσματα, που είχαν σχέση με χρήση ναρκωτικών, τα 7 εκ των οποίων θανατηφόρα.¹³

1.4.2 Θνησιμότητα από ναρκωτικά στην Ευρώπη

Η χρήση ναρκωτικών είναι μια από τις κύριες αιτίες θανάτου¹⁴ στους νέους της Ευρώπης, τόσο άμεσα λόγω υπερβολικής δόσης (θάνατοι οφειλόμενοι στα ναρκωτικά) όσο και έμμεσα, λόγω συνδεόμενων με τα ναρκωτικά νοσημάτων και ατυχημάτων, βίας και αυτοκτονιών.

Η κύρια αιτία θανάτου των χρηστών είναι η υπερβολική δόση και ακολουθούν τα οπιοειδή, συνήθως σε συνδυασμό με άλλες ουσίες όπως το αλκοόλ. Περίπου το 90% των ατόμων που πεθαίνουν από υπερβολική δόση είναι άνω των 25 ετών ενώ τα περισσότερα θύματα είναι άνδρες (80%).

Συνολικά το 2011 σημειώθηκαν περίπου 6.500 θάνατοι από υπερβολική δόση, αριθμός μειωμένος έναντι των 7.000 θανάτων το 2010 και των 7.700 το 2009. Ο αριθμός των θανάτων βέβαια, διαφέρει από χώρα σε χώρα και μερικές σημειώνουν αυξημένα ποσοστά έναντι άλλων.

¹³ Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά 2013, (σελ. 44)

¹⁴ Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά, (σελ. 44 – 45)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ

2.1 Τι είναι εξάρτηση

Εξάρτηση είναι η κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από την ανάγκη του ατόμου για λήψη της ουσίας σε συνεχή ή περιοδική βάση, με σκοπό να βιώσει τα αποτελέσματα της δράσης της ουσίας ή να αποφύγει τη δυσφορική κατάσταση που προκαλεί η στέρηση της. Η εξάρτηση, διαφοροποιείται από τη χρήση και την κατάχρηση παρά το ότι σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να συμπίπτουν. Η εξάρτηση διακρίνεται σε ψυχολογική και σωματική.

Ψυχολογική εξάρτηση ονομάζεται η κατάσταση που συνοδεύει όλες σχεδόν τις περιπτώσεις της εξάρτησης και κατά την οποία η προοπτική λήψης της ουσίας προκαλεί ένα συναίσθημα ευχαρίστησης. Έτσι γίνεται ισχυρότερο το κίνητρο για την επανάληψη της χρήσης, με σκοπό την ένταση της ευχαρίστησης ή την αποφυγή της δυσφορίας από την πιθανή στέρηση της ουσίας.

Σωματική εξάρτηση είναι μια κατάσταση του οργανισμού, που εκφράζεται με την παρουσία σωματικών και ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων στις περιπτώσεις που το ποσό της ουσίας, στην οποία γίνεται κατάχρηση, μειώνεται απότομα σε σημαντικό βαθμό.¹⁵

Για να θεωρηθεί ένα άτομο εξαρτημένο¹⁶ από ουσίες θα πρέπει να ισχύουν τρία από τα παρακάτω για μεγάλο χρονικό διάστημα :

- Έντονη επιθυμία χρήσης : χρήση της ουσίας σε μεγάλες ποσότητες ή για μεγάλες χρονικές περιόδους
- Ανάπτυξη ανοχής στη χρήση
- Ανάγκη για συνεχή αύξηση των δόσεων της ουσίας που χρησιμοποιείται

¹⁵ Εθισμός και εξάρτηση, <http://ethismos-kai-eksartisi.blogspot.gr/>

¹⁶ Εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες, <http://www.pvxida.org.gr>

- Μείωση της επίδρασης της ουσίας παρά το ότι χρησιμοποιείται η ίδια ποσότητα ουσίας
- Εμφάνιση στερητικού συνδρόμου, όταν διακοπεί ή μειωθεί η χρήση
- Ανάλωση σημαντικού χρόνου γύρω από την χρήση ουσιών ή την αναζήτησή τους
- Εγκατάλειψη σημαντικών δραστηριοτήτων (κοινωνικών, επαγγελματικών, εκπαιδευτικών, ψυχαγωγικών και άλλα) λόγω της χρήσης
- Σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που προκαλούνται από την χρήση
- Εμμονή στη χρήση, παρά την επίγνωση των σωματικών ή ψυχολογικών προβλημάτων που επιφέρει
- Ανεπιτυχείς προσπάθειες ελέγχου ή διακοπής της χρήσης.

Θα ήταν σκόπιμο να αναφερθούν και να αναλυθούν οι παρακάτω όροι : *ναρκωτικά, εθισμός, τοξικομανία, στερητικό σύνδρομο, ανοχή και κατάχρηση ουσίας* καθώς αναφέρονται σε αυτό το κεφάλαιο της εργασίας.

Με τον όρο «**Ναρκωτικά**»¹⁷ θεωρούμε κάθε φυσική ή χημική ουσία (σε υγρή μορφή, σκόνη, ταμπλέτα, φυτική σύσταση, σπρέι) που επιδρά στο κεντρικό νευρικό σύστημα και αλλάζει την αντίληψη, το συναίσθημα, τη διάθεση, την συμπεριφορά και τον τρόπο λειτουργίας του σώματος του ατόμου που τα χρησιμοποιεί .Ναρκωτικά δεν θεωρούνται μόνο οι παράνομες ουσίες όπως χασίς, κοκαΐνη κ.α αλλά και ουσίες που η χρήση τους είναι νόμιμη, όπως είναι ο καπνός, το αλκοόλ, τα χάπια (ηρεμιστικά, αγχολυτικά) η κατάχρηση των οποίων οδηγεί σε εξάρτηση και προκαλεί προβλήματα υγείας.

Εθισμός¹⁸ : είναι μια σύνθετη διαταραχή που μπορεί να χαρακτηριστεί και από την καταναγκαστική χρήση ναρκωτικών. Οι άνθρωποι που εθίζονται αισθάνονται μια ανεξέλεγκτη ανάγκη για ναρκωτικά παρά τις αρνητικές συνέπειες.

¹⁷ <http://www.kethea.gr/el-gr/faq.aspx>

¹⁸ <http://www.lyrakos.gr/katahrisi-narkotikon-ousion-kai-ethismos>

Τοξικομανία¹⁹ : Θεωρείται μια κατάσταση περιοδικής ή χρόνιας δηλητηρίασης, επιζήμιας για το άτομο (και το κοινωνικό σύνολο), οποία προκαλείται από επανειλημμένη χρήση φυσικής ή σύνθετης ουσίας.

Στερητικό σύνδρομο²⁰ : Πρόκειται για την ανάπτυξη σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στην περίπτωση που μια ουσία στην οποία υπάρχει σωματικός εθισμός διακόπτεται ή ελαττώνεται σε σημαντικό βαθμό με απότομο τρόπο. Τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι συνήθως αντίθετα από τα συμπτώματα που προκαλεί η δράση της ουσίας κατά την διάρκεια της χρήσης της. Για παράδειγμα, οι αμφεταμίνες που καταστέλλουν την όρεξη και μειώνουν το αίσθημα κόπωσης, προκαλούν κατά τη διάρκεια της στέρησης τους υπερφαγία και μείωση της ενεργητικότητας. Το σωματικό στερητικό σύνδρομο δεν διαφέρει ουσιαστικά μεταξύ των διαφόρων ουσιών που το προκαλούν και εκδηλώνεται με έντονες διαταραχές κυρίως από το νευροφυτικό σύστημα με μυδρίαση, ωχρότητα, έντονη εφίδρωση, ίλιγγο, εμετό, διάρροια, υπέρπνοια, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία και πυρετό. Συνήθως υπάρχει τρόμος, μυϊκές κράμπες, πόνος στην κοιλιά, στα άκρα και στη ράχη, διεγερτική συμπεριφορά, πανικός και ψυχοκινητική ανησυχία. Τα συμπτώματα φθάνουν στη μεγαλύτερη ακμή τους 48 ώρες περίπου μετά τη διακοπή της ουσίας, διαρκούν 2-3 μέρες και αργότερα υποχωρούν βαθμιαία σε 8-10 μέρες.

Ανοχή²¹ : Είναι η κατάσταση κατά την οποία απαιτείται υπερβολικά αυξημένη ποσότητα της ουσίας για τη επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, ή η περίπτωση του ιδιαίτερα ελαττωμένου αποτελέσματος με την τακτική χρήση της ίδιας της ουσίας.

Κατάχρηση ουσίας²² : είναι η συνεχής ή υπερβολική χρήση μιας ψυχοτρόπου ουσίας με τρόπο που να διαφέρει του γενικά αποδεκτού. Παράδειγμα αποτελεί το αλκοόλ. Μπορεί κάποιος να κάνει χρήση αλκοόλ, χωρίς να είναι εξαρτημένος.

¹⁹ <http://emmanouilidismanos.blogspot.gr/>

²⁰ http://www.imlarisis.gr/index.php?dispatch=categories.view&category_id=815

²¹ http://www.imlarisis.gr/index.php?dispatch=categories.view&category_id=815

²² http://www.pyxida.org.gr/substances_principles.asp?mid=3

2.2 Λόγοι που οδηγούν στην χρήση και στην εξάρτηση

Η χρήση ναρκωτικών από ένα άτομο *σπάνια οφείλεται σε έναν και μόνο λόγο*. Συνήθως *οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχή και γενικότερα την ζωή του ατόμου*. Πολύ σημαντική είναι η παιδική ηλικία, στην οποία πλάθεται ο χαρακτήρας του. Εκεί μπαίνουν οι πρώτες βάσεις ,γίνονται ραγδαίες αλλαγές και οι επιδράσεις που δέχεται σε αυτή την ηλικία είναι καθοριστικές για την μετέπειτα εξέλιξή του. Παράλληλα στην διαμόρφωση της προσωπικότητας του συμβάλλουν η οικογένεια, το σχολείο καθώς και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Η προσωπικότητα : Ο τρόπος που έχει μεγαλώσει ένα άτομο, τα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζει αλλά και οι επιδράσεις που δέχεται παίζουν ρόλο για την διαμόρφωση του χαρακτήρα του. Η αντικοινωνική συμπεριφορά, η ψυχοπαθολογικές διαταραχές, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κακή σχολική επίδοση, το χαμηλό επίπεδο εκπαιδευτικής φιλοδοξίας, αποτελούν επίσης μερικούς από τους λόγους. Οι περισσότεροι χρήστες έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά που συνθέτουν την προσωπικότητα τους και κατ' επέκταση τη συμπεριφορά τους. Άγχος, κατάθλιψη, ανάγκη για συναισθηματική εξάρτηση, έλλειψη τάσης για συμμόρφωση, συναισθηματική αστάθεια, αμυντικότητα, επιθετικότητα είναι μερικά από αυτά.

Η οικογένεια: Η οικογένεια θα μπορούσαμε να πούμε ότι παίζει έναν πάρα πολύ σημαντικό ρόλο. Πίσω από την χρήση ναρκωτικών ουσιών κρύβεται η κρίση του παιδιού αλλά πιο βαθιά η κρίση της οικογένειάς του. Πολλές φορές σε οικογένειες που δεν υπάρχουν όρια και κανόνες, επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της, ενδοοικογενειακή βία, εξαρτήσεις, ένας αδιάφορος πατέρας ή μια υπερπροστατευτική μητέρα, θα συναντήσουμε χρήστες ναρκωτικών, χωρίς βέβαια αυτό να είναι και κανόνας.

Η οικογένεια είναι ο πρώτος και κύριος παράγοντας κοινωνικοποίησης του ατόμου. Όταν περνά στην ωριμότητα φεύγει από την αγκαλιά της οικογένειας προσπαθώντας να βρει την δική του ταυτότητα και σε αυτή του την αναζήτηση θα πρέπει να υπάρχει στήριξη από την οικογένεια.

Χωρίς κοινωνική αναγνώριση δεν μπορεί να γίνει ένα υπεύθυνο άτομο και να ωριμάσει. Πιέζεται από εσωτερικές συγκρούσεις που οδηγούν στην κρίση. Αυτό το

γεγονός μπορεί να το οδηγήσει σε ακραίες καταστάσεις όπως η αυτοκτονία, παραπτωματικές συμπεριφορές, χρήση ουσιών κ.λ.π.

Όταν ένα άτομο μεγαλώνει σε μία οικογένεια και γενικότερα ζει σε ένα περιβάλλον που νιώθει ασφάλεια, υπάρχει ηρεμία και όχι καθημερινές εντάσεις, επικοινωνία με τους γονείς, υπάρχουν όρια σε συμπεριφορές, ανάληψη ευθυνών για πράξεις του που το βοηθά να ωριμάσει και οι γονείς δείχνουν ουσιαστικό ενδιαφέρον για την μόρφωση του, για την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του, μάθουν να το "ακούν", δημιουργείτε ένα τέτοιο κλίμα και χτίζετε μια τόσο γερή και δυνατή σχέση, που καταρχήν αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για να οδηγηθεί κάποιος στη χρήση και κατά δεύτερον ακόμη και αν υπάρξει μια τέτοια περίπτωση ή κάποιο άλλο πρόβλημα, το άτομο αυτό δεν θα φοβηθεί να το συζητήσει ανοιχτά με τους γονείς του γιατί έχει μάθει πως αποτελούν μια «ομάδα» και θα είναι δίπλα του να το στηρίζουν.

Το περιβάλλον (κοινωνικό – πολιτιστικό) : Πολλές φορές το άτομο επηρεάζεται από το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει και συναναστρέφεται. Όταν το άτομο βρίσκεται σε μια παρέα όπου τα περισσότερα μέλη της κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών τότε οι πιθανότητες να εθιστεί το άτομο στα ναρκωτικά αυξάνονται. Τέτοιες αντιδράσεις έχουμε πιο συχνά στην προεφηβική ηλικία, όπου αποδυναμώνεται σημαντικά η οικογενειακή επιρροή και ξεκινά η προσκόλληση και η εμπιστοσύνη στους φίλους και γίνονται πιο έντονες αν αντιμετωπίζει και διάφορα προβλήματα όπως οικογενειακά, ερωτική απογοήτευση και άλλα.

Σημαντικό ρόλο στην εξάπλωση των ναρκωτικών, παίζει το πόσο εύκολα μπορεί κάποιος να προμηθευτεί τις ουσίες και όσο πιο εύκολα διατίθεται μια ουσία τόσο πιο πολύ διαδίδεται καθώς επίσης και οι έμποροι ναρκωτικών, με το άσχημο παιχνίδι που παίζουν εις βάρος των αθώων ψυχών, με στόχο πάντα τα τεράστια οικονομικά κέρδη.

Την χρήση ουσιών την συναντάμε σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας. Δεν έχει να κάνει με το εάν κάποιος είναι οικονομικά ευκατάστατος ή όχι. Σημασία έχει η έλλειψη στήριξης και η ύπαρξη συναισθηματικού κενού με την οικογένεια.

Τα πιο σοβαρά προβλήματα ουσιών είναι πιθανό να συνδέονται με την φτώχεια, τη στέρηση, σε κοινωνίες όπου η ανεργία βρίσκεται σε υψηλά ποσοστά και έχει κλονιστεί η οικονομία αλλά και η ίδια η κοινωνία. Για τους νέους που ζουν σε αυτές τις συνθήκες οι ουσίες μπορεί να επιτελέσουν μια σειρά λειτουργίες : έναν τρόπο να απωθούνται τα προβλήματα, μια καθημερινότητα που έχει σαν σκοπό την εύρεση

χρημάτων για αγορά ναρκωτικών καθώς και μια πηγή εισοδήματος, από την πώληση ναρκωτικών.

Άλλοι παράγοντες που οδηγούν στην χρήση-εξάρτηση μπορεί να είναι:

-Η περιέργεια. Πολλοί είναι αυτοί που δοκιμάζουν ναρκωτικά από περιέργεια και ανάλογα την επίδραση που έχουν στον οργανισμό τους, τους κάνει να σκέφτονται την συνέχεια της χρήσης τους ή όχι.

-Η άγνοια. Μπορεί κάποιος να ξεκινήσει την χρήση θεωρώντας ότι οι ουσίες δεν είναι τόσο επικίνδυνες όπως είναι γνωστό και όταν αρχίσει να το αντιλαμβάνεται να είναι πολύ δύσκολο να σταματήσει τη χρήση.

Γενικότερα οι λόγοι που οδηγούν στη χρήση – εξάρτηση από ουσίες δεν οφείλονται σε έναν και μόνο παράγοντα. Φαίνεται ότι *η χρήση ναρκωτικών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο ναρκωτικό και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου και του περιβάλλοντός του.*²³

2.3 Επιβαρυντικοί παράγοντες

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι λόγοι χρήσης – εξάρτησης από ουσίες σπάνια είναι αποτέλεσμα ενός και μόνο παράγοντα. Η εξάρτηση δεν εμφανίζεται ξαφνικά στη ζωή ενός ανθρώπου. Οι παράγοντες²⁴ που συντελούν και δημιουργούν προϋποθέσεις για την εμφάνιση της αναπτύσσονται τις περισσότερες φορές κατά την παιδική ηλικία. Μερικοί από τους επιβαρυντικούς παράγοντες είναι :

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

²³ <http://www.kethea-strofi.gr/article.php?id=235>

²⁴ <http://www.kethea.gr>

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

2.4 Εξάρτηση και κοινωνικός αποκλεισμός

Η πορεία ενός ατόμου προς την εξάρτηση περιλαμβάνει τέσσερα (4) βασικά στάδια²⁵. Τον πειραματισμό, την ενεργή αναζήτηση, την ενασχόληση και τέλος την εξάρτηση. Η πορεία αυτή δεν είναι προδιαγεγραμμένη ή δεδομένη.

²⁵ <http://www.kethea.gr>

Το άτομο μπορεί να σταματήσει αυτή την εξέλιξη σε κάθε ένα από τα στάδια, ιδιαίτερα αν λάβει υποστήριξη. Παρακάτω γίνεται ανάλυση αυτών των σταδίων :

Πειραματισμός : Η χρήση γίνεται μαζί με άλλους ή μόνος. Συνήθως όμως η ουσία προσφέρεται από άλλους. Η περιέργεια και η πίεση της ομάδας λειτουργούν ενισχυτικά σε αυτή την φάση. Η ζωή του ατόμου δεν επηρεάζεται . Το να δοκιμάσει κάποιος δεν σημαίνει ότι θα εξαρτηθεί. Όμως όλοι οι εξαρτημένοι ξεκίνησαν από μια δοκιμή.

Ενεργή αναζήτηση : Μιλάμε για συναναστροφή με χρήστες ουσιών και αναζήτηση της ουσίας με στόχο την αλλαγή της διάθεσης. Αρχίζουν να φαίνονται μικρές επιπτώσεις στα οικονομικά αλλά και σε τομείς όπως η εργασία και η υγεία. Σημειώνεται αλλαγή στις παρέες και πιθανά στις σχολικές επιδόσεις.

Ενασχόληση : παρουσιάζεται σημαντική αύξηση της χρήσης. Η ψυχική ή και η σωματική εξάρτηση κάνουν την εμφάνισή τους. Άμεσες επιπτώσεις στα οικονομικά. Παρουσιάζονται προβλήματα διατροφής και διαταραχές στον ύπνο. Το άτομο θέτει τη ζωή του σε πολλούς κινδύνους (ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, τροχαία ατυχήματα). Το άτομο που κάνει χρήση χαρακτηρίζεται από ασυνέπεια και χαμηλή απόδοση σε ότι σχετίζεται με την οικογένεια, την εργασία, το σχολείο. Οι σχέσεις με τους γύρω του διαταράσσονται, το άτομο απομονώνεται.

Εξάρτηση : Η χρήση είναι πλέον το επίκεντρο της ζωής του ατόμου. Οι φίλοι είναι κυρίως χρήστες. Βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εμπλοκή σε παράνομες δραστηριότητες και νομικά προβλήματα. Κάνει χρήση μόνος του και παίρνει υψηλές δόσεις. Είναι πολλά πλέον τα συμπτώματα στην υγεία (σωματική – διανοητική ψυχική – κοινωνική).

Όπως βλέπουμε από την ανάλυση που γίνεται στα στάδια, κάθε ένα από αυτά έχει και ορισμένες επιπτώσεις. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν την κοινωνική και προσωπική ζωή του ατόμου.

Με προβλήματα στην εργασία, στα οικονομικά, στην μόρφωση, στις προσωπικές και οικογενειακές σχέσεις, με τον νόμο αλλά και προβλήματα που μπορούν να στοιχήσουν την ίδια του την ζωή, μιας και η χρήση επηρεάζει μυαλό και σώμα, το άτομο αρχίζει σιγά σιγά να περιθωριοποιείται από την κοινωνία και παράλληλα, *επιδεινώνεται η κατάσταση του καθώς αναζωπυρώνονται οι αιτίες της χρήσης.*

Η χρήση ναρκωτικών μπορεί να θεωρηθεί συνέπεια αλλά και αιτία του κοινωνικού αποκλεισμού²⁶ (Carpentier,2002) όμως η σχέση μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και του κοινωνικού αποκλεισμού δεν είναι μία σχέση αιτιώδους συνάφειας « διότι ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν ισχύει για όλους τους χρήστες ναρκωτικών»²⁷. (Tomas,2001)

Η έννοια του « κοινωνικού αποκλεισμού » αναφέρεται σε μια διαδικασία κατά την οποία αποτρέπεται σε άτομα ή ομάδες η πλήρης συμμετοχή τους στην οικονομική, πολιτική και κοινωνική ζωή και / ή όταν η πρόσβαση ενός ατόμου ή μιας ομάδας σε εισοδήματα ή άλλους πόρους είναι τόσο ανεπαρκής έτσι ώστε να τους αποκλείει από το να απολαμβάνουν ένα αποδεκτό επίπεδο διαβίωσης στην κοινωνία όπου ζουν.(Gallie, D Paugam)²⁸ Ο κοινωνικός αποκλεισμός χαρακτηρίζεται και από τον **στιγματισμό** του ατόμου ή τις ομάδες που τον υφίσταται. Σύμφωνα με τον **Goffman**²⁹ το στίγμα είναι ένα χαρακτηριστικό ενός ατόμου που είναι αντίθετο σε κάποιο πρότυπο της κοινωνίας, όπου το πρότυπο ορίζεται σαν μία κανονιστική προσδοκία κατά την οποία ένα άτομο πρέπει να κατέχει ένα συγκεκριμένο σύνολο γνωρισμάτων σε κάποια κοινωνική συνεύρεση. Η δυσκολία ανταπόκρισης κάποιου ατόμου στις ισχύουσες κοινωνικές προσδοκίες αποτελεί αδυναμία επιβεβαιώσεως των κοινωνικών κανόνων και ερμηνεύεται στην ουσία ως καταπάτηση των κανόνων της κοινωνικής συνάντησης.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός, που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα άτομο που κάνει χρήση ναρκωτικών αλλά και ένα απεξαρτημένο άτομο, το επηρεάζει τόσο κοινωνικά όσο και οικονομικά..

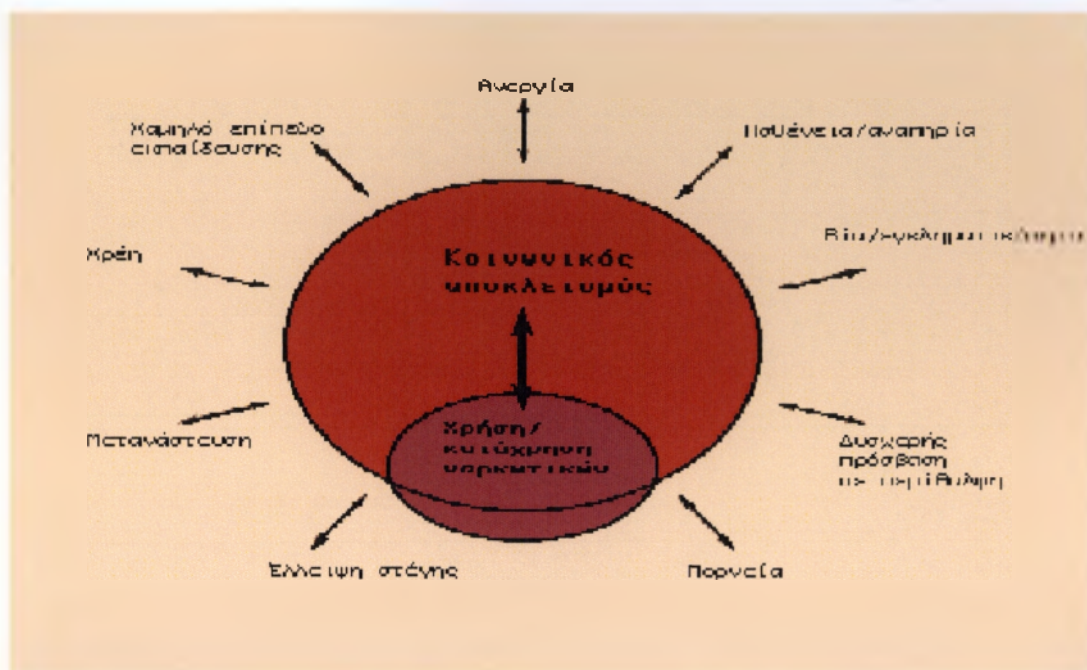
Οι χρήστες, λόγω το ότι συχνά εγκαταλείπουν πρόωρα το σχολείο, με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, είναι πολύ δύσκολο, ακόμη και μετά την απεξάρτηση, να βρουν κάποια δουλειά η οποία να τους εξασφαλίζει μια « κανονική » ζωή, όπως επίσης και στέγαση.

²⁶ <http://ar2003.emcdda.europa.eu/el/page073-el.html>

²⁷ <http://ar2003.emcdda.europa.eu/el/page073-el.html>

²⁸ Gallie, D Paugam, S Social Precarity and social Integration Eurobarometer 56. 1 Έκθεση προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Γενική διεύθυνση Απασχλησης ,EORG : Βρυξέλλες, (2002) (σελ. 111)

²⁹ Goffman E. (2001) Στίγμα – Σημειώσεις για την διαχείριση της Φθαρμένης ταυτότητας, Αθήνα : Αλεξάνδρεια, (σελ. 64)



Διάγραμμα 2.1
 Παράγοντες που έχουν σχέση με την χρήση ναρκωτικών & τον κοινωνικό αποκλεισμό

Αυτή η κατάσταση πολλές φορές τους οδηγεί στην εγκληματικότητα αλλά και στην πορνεία, με κίνδυνο να μολυνθούν από HIV, ηπατίτιδα ή κάποιο άλλο νόσημα αλλά και να αντιμετωπίσουν προβλήματα με τον νόμο, προσπαθώντας να εξασφαλίσουν χρήματα είτε για την δόση τους είτε για την επιβίωση τους.

Επίσης, μία από τις συνέπειες του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου τους, καθώς και της ανεργίας, είναι ότι τα άτομα μένουν ανασφάλιστα, μη μπορώντας να έχουν την κατάλληλη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και φροντίδα, πράγμα που επιβαρύνει την ήδη ταλαιπωρημένη υγεία τους, μιας που έκτος των προβλημάτων υγείας που προκύπτουν από την χρήση και ειδικά από την χρήση ενέσιμων ναρκωτικών, οι συνθήκες διαβίωσης τους είναι πολύ άσχημες.

Ένα άλλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα, είναι ότι απομακρύνονται από το οικογενειακό, φιλικό και γενικότερα από το κοινωνικό τους περιβάλλον, αφού λόγω της χρήσης, συναναστρέφονται συνήθως με άλλα εξαρτημένα άτομα. Έτσι αργότερα, όταν απεξαρτηθούν προσπαθούν να ξαναχτίσουν τις σχέσεις αυτές, πράγμα που απαιτεί μεγάλη δύναμη και θάρρος. Αυτό το στάδιο, δηλαδή η αποκατάσταση των διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου, είναι πολύ σημαντικό λόγω του κινδύνου που υπάρχει για υποτροπή λόγω της απόρριψης.

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω ο κοινωνικός αποκλεισμός χαρακτηρίζεται και από τον στιγματισμό του ατόμου που τον υφίσταται. Οι χρήστες ναρκωτικών έρχονται σε αντίθεση με τα « πρότυπα της κοινωνίας » (Goffman), γεγονός που τους στιγματίζει. Δυστυχώς όμως ο στιγματισμός, τους ακολουθεί ακόμα και όταν απεξαρτηθούν. Έτσι, είναι δύσκολο για ένα απεξαρτημένο άτομο να καταφέρει να βρει εργασία, ειδικά εάν είχε προβλήματα με τον νόμο την περίοδο που έκανε χρήση, μιας που τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζεται με καχυποψία και προκατάληψη. Το ίδιο ισχύει και για τις κοινωνικές του συναναστροφές, καθώς και όταν προσπαθεί να δημιουργήσει προσωπικές σχέσεις.

2.5 Πολιτικές Παρεμβάσεις σε Ευρωπαϊκό και Εθνικό επίπεδο

2.5.1 Η Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά

Η Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά 2006 – 2012, στηρίζεται σε δυο πυλώνες, την μείωση της ζήτησης και την μείωση της προσφοράς. Ενισχύεται δηλαδή η πρόληψη αλλά και παράλληλα η καταπολέμηση του οργανωμένου εγκλήματος που διακινεί τις ναρκωτικές ουσίες.³⁰ Στοχεύει γενικότερα στην προστασία της υγείας και στην ευημερία των πολιτών, καθώς και στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής.³¹

Οι στόχοι του άξονα της Μείωσης της Ζήτησης³² είναι :

Στην **Πρόληψη** η πλήρης γεωγραφική κάλυψη της χώρας σε επίπεδο νομού, η αξιολόγηση των αναγκών, η αναβάθμιση των υπηρεσιών, η οργάνωση των εκπαιδευτικών δράσεων σε επαγγελματίες πρόληψης, καθώς και η διεύρυνση των δράσεων των Κέντρων Πρόληψης σε θέματα προαγωγής ψυχικής υγείας – πρόληψης των εξαρτήσεων (καπνός, αλκοόλ, παράνομες ουσίες, διαδίκτυο).

Στη **Θεραπεία και στην Επανάταξη** η αύξηση της διαθεσιμότητας της θεραπείας και της προσβασιμότητας σε αυτήν για όλους τους τύπους θεραπευτικών προσεγγίσεων, η επέκταση της θεραπείας σε ειδικές ομάδες πληθυσμού εξαρτημένων χρηστών (Ένοπλες Δυνάμεις, εξαρτημένοι κρατούμενοι, μετανάστες), ο περιορισμός

³⁰ Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά 2006-2012,(σελ. 2)

³¹ Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά 2006-2012,(σελ. 7)

³² Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ 2011, (σελ. 30-31)

της λίστας αναμονής για το Πρόγραμμα Υποκατάστασης, η αναβάθμιση υπηρεσιών θεραπείας και η εντατικοποίηση των προσπαθειών επαγγελματικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης των απεξαρτημένων ή των σταθεροποιημένων στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης ατόμων.

Η Έρευνα και η Αξιολόγηση τονίζονται ως άξονες και πιο συγκεκριμένα, η ενίσχυση της έρευνας και η αξιοποίηση των ερευνητικών δεδομένων στο σχεδιασμό πολιτικής, η αξιολόγηση των δράσεων και ο εντοπισμός των επιστημονικά τεκμηριωμένων πρακτικών στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, καθώς και η αξιολόγηση των διεθνών βέλτιστων πρακτικών αξιολόγησης, η θεσμοθέτηση της αξιολόγησης φορέων με ενιαία κριτήρια και τέλος η αξιολόγηση του ίδιου του Σχεδίου.

Σημαντικός άξονας είναι επίσης η **Ενημέρωση και η Ευαισθητοποίηση του πληθυσμού**, δηλαδή η προβολή δράσεων των φορέων, η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και η μεταστροφή των αντιλήψεων σχετικά με τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων, καθώς και η ενημέρωση ειδικών πληθυσμιακών και επαγγελματικών ομάδων με στόχο τη διευκόλυνση δράσης των φορών.

Οι στόχοι του άξονα της Μείωσης της Προσφοράς είναι :

Η ενίσχυση της καταστολής και της διεθνής συνεργασίας των διωκτικών αρχών, η βελτίωση των υποδομών σε εθνικό επίπεδο, η δικτύωση με φορείς μείωσης της ζήτησης και η εκπαίδευση για ισόρροπη, συμπληρωματική και πολυεπίπεδη ανάπτυξη πολιτικών καταστολής και πρόληψης.

2.5.2 Η κοινωνική ένταξη στην Ελλάδα

Ως **επανάταξη ορίζεται**³³ κάθε κοινωνική παρέμβαση με **στόχο** την ένταξη πρώην ή νυν προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στην κοινότητα. Η επανάταξη *μπορεί να χωριστεί σε τρεις βασικούς τύπους παρεμβάσεων*: α) στην εκπαίδευση (στην οποία περιλαμβάνεται και η κατάρτιση), β) στην απασχόληση και γ) στη στέγαση. Είναι επίσης δυνατό να *χρησιμοποιούνται και άλλα μέτρα* για την κοινωνική επανάταξη όπως η συμβουλευτική και οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες, υπηρεσίες υποστήριξης και φροντίδας, νομική υποστήριξη, μεταθεραπευτική φροντίδα.

Στην Ελλάδα η επανένταξη έπεται της διαδικασίας απεξάρτησης και αποτελεί το τελευταίο, αλλά αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι υπηρεσίες επανένταξης παρέχονται είτε στο τελευταίο στάδιο μιας ενιαίας θεραπευτικής διαδικασίας είτε σε εξειδικευμένες δομές επανένταξης. Η προγραμματισμένη διάρκεια των προγραμμάτων επανένταξης είναι περίπου ένα έτος (382 ημέρες).

Το 2012 λειτουργούσαν συνολικά στην Ελλάδα 27 προγράμματα επανένταξης τα οποία χωρίζονται στους ακόλουθους τύπους : έξι Κέντρα Επανένταξης Εφήβων και Νεαρών Ενηλίκων, δεκαεννέα Κέντρα Επανένταξης Ενηλίκων και δύο Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Επανένταξης (ΕΚΚΕΕ)

Σύμφωνα με το *Σχέδιο Δράσης 2008 – 2012*³⁴ οι στόχοι όσο αναφορά την επανένταξη είναι η ολοκλήρωση της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής κατάρτισης, η ενδυνάμωση των ευκαιριών επαγγελματικής απασχόλησης, η σύνδεση και η ένταξη στην αγορά εργασίας, η πρόληψη της υποτροπής, η αντιμετώπιση και η επίλυση νομικών εκκρεμοτήτων, η ανάπτυξη και η ενίσχυση κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων, η υποστήριξη για την εξασφάλιση στέγης, η αποκατάσταση των σχέσεων με το οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον, η οργάνωση προσωπικής-κοινωνικής-επαγγελματικής ζωής και η πλήρη αυτονομία από τα προγράμματα απεξάρτησης και η κοινωνική ένταξη.

Επίσης προβλέπεται να δημιουργηθεί η *Χάρτα των Δικαιωμάτων του Χρήστη* που έχει σαν σκοπό την αναλυτική περιγραφή των ανθρωπίνων, υγειονομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων του χρήστη από το Ε.Κ.Α.Ε. και η ανάδειξή τους σε εθνικό και τοπικό επίπεδο με στόχο την καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού και την υποστήριξη του αγώνα για κοινωνική επανένταξη. *Πρόγραμμα για την Καταπολέμηση του Κοινωνικού Στίγματος* με στόχο την ενημέρωση του κόσμου της εργασίας των φορέων και των κοινωνικών ομάδων για τα δικαιώματα και τις ιδιαίτερες δυνατότητες των χρηστών και *Προγράμματα Επαγγελματικής Κατάρτισης για πρώην χρήστες που στοχεύουν στην υποστήριξη της επαγγελματικής και κοινωνικής επανένταξης των απεξαρτημένων πρώην χρηστών*. Επίσης δημιουργείται ο *Συνήγορος του Χρήστη*, που θα ενισχύσει το νομικό τμήμα του Ε.Κ.Α.Ε. και στοχεύει στην υποστήριξη των χρηστών που παρακολουθούν ή παρακολούθησαν

³³ Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΠΝ 2013. (σελ.109)

³⁴ Σχέδιο Δράσης 2008 – 2012. (σελ. 82 – 87)

προγράμματα απεξάρτησης στη διαδικασία επίλυσης των νομικών εκκρεμοτήτων έτσι έτσι ώστε να διευκολυνθεί η κοινωνική τους επανένταξη και στην ενημέρωση για τις προβλέψεις του νόμου για τα εξαρτημένα και απεξαρτημένα άτομα και τα δικαιώματά τους.

2.5.3 Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά

Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά (2013 – 2020)³⁵ εγκρίθηκε από το Συμβούλιο στις 7 Δεκεμβρίου 2012 και θα αποτελέσει τη βάση για δύο διαδοχικά τετραετή σχέδια δράσης της ΕΕ για τα ναρκωτικά. Η στρατηγική αποσκοπεί να συμβάλει στη μείωση της ζήτησης και της προσφοράς ναρκωτικών στην ΕΕ, καθώς και στον περιορισμό των κινδύνων για την υγεία και των κοινωνικών κινδύνων και των βλαβών που προκαλούν τα ναρκωτικά.

Οι στόχοι της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά είναι: να συμβάλει σε μετρήσιμη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών, της εξάρτησης από τα ναρκωτικά και από των λόγω ναρκωτικών κινδύνων και την υγεία και των κοινωνικών κινδύνων και βλαβών, να συμβάλει ώστε να μην τροφοδοτείται η αγορά παράνομων ναρκωτικών, καθώς και στη μετρήσιμη μείωση της διαθεσιμότητας παράνομων ναρκωτικών, να ενθαρρύνει τον συντονισμό μέσω της ενεργού συζήτησης και ανάλυσης των εξελίξεων και των προκλήσεων στον τομέα των ναρκωτικών σε ενωσιακό και σε διεθνές επίπεδο, να ενισχύσει περαιτέρω το διάλογο και τη συνεργασία μεταξύ της ΕΕ και τρίτων χωρών και διεθνών οργανισμών για θέματα ναρκωτικών, να συμβάλει στην καλύτερη διάδοση της παρακολούθησης, της έρευνας και της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων και στην καλύτερη κατανόηση όλων των πτυχών του φαινομένου των ναρκωτικών και των επιπτώσεων των παρεμβάσεων, προκειμένου να παρέχουν ορθή και πλήρη τεκμηριωμένη βάση για πολιτικές και δράσεις. Οι δράσεις διαρθρώνονται γύρω από τους δύο τομείς πολιτικής της στρατηγικής: τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών και τη μείωση της προσφοράς ναρκωτικών και τα τρία οριζόντια θέματα της στρατηγικής: το συντονισμό, τη διεθνή συνεργασία και την ενημέρωση, την έρευνα, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση.

³⁵ Ευρωπαϊκή στρατηγική για τα Ναρκωτικά 2013- 2020, (σελ. 1-16)

Η μείωση της ζήτησης ναρκωτικών περιλαμβάνει την πρόληψη (περιβαλλοντική, καθολική, επιλεκτική και ενδεδειγμένη), την έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση, τη μείωση των κινδύνων και τον περιορισμό των βλαβών, τη θεραπεία, την αποκατάσταση, την κοινωνική επανένταξη και την ανεξάρτηση και έχει σαν στόχο να συμβάλει στη μετρήσιμη μείωση της χρήσης παράνομων ναρκωτικών και στην καθυστέρηση της ηλικίας έναρξης.

Η μείωση της προσφοράς ναρκωτικών περιλαμβάνει την πρόληψη και την αποτροπή και διατάραξη του συνδεόμενου με τα ναρκωτικά, ιδίως του οργανωμένου, εγκλήματος, μέσω της συνεργασίας μεταξύ δικαιοσύνης και υπηρεσιών επιβολής του νόμου, της απαγόρευσης, της κατάσχεσης περιουσιακών στοιχείων από εγκληματικές πράξεις, των ερευνών και της διαχείρισης των συνόρων.

Ο στόχος του συντονισμού είναι διττός, καθώς έγκειται στη διασφάλιση συνεργειών, επικοινωνίας και αποτελεσματικής ανταλλαγής πληροφοριών και απόψεων προς στήριξη των στόχων πολιτικής, ενθαρρύνοντας παράλληλα την ενεργό πολιτική συζήτηση και την ανάλυση των εξελίξεων και των προκλήσεων στον τομέα των ναρκωτικών στην ΕΕ και διεθνώς.

Όσο αφορά την διεθνή συνεργασία στόχος είναι η περαιτέρω ενίσχυση του διαλόγου και της συνεργασίας της ΕΕ με τρίτες χώρες και διεθνείς οργανισμούς σε θέματα ναρκωτικών, με συνολικό και ισορροπημένο τρόπο.

Στόχος όσον αφορά την ενημέρωση, την έρευνα, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση είναι να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση όλων των παραμέτρων του φαινομένου των ναρκωτικών και του αντίκτυπου των σχετικών μέτρων, προκειμένου να διατεθούν ορθά και ολοκληρωμένα τεκμήρια για τις πολιτικές και τις δράσεις της.

2.5.4 Η ευρωπαϊκή αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού

Στο Έκτακτο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισσαβόνας³⁶ (2000) ζητήθηκε από τα κράτη μέλη και την Επιτροπή να προχωρήσουν προς τη δραστική εκρίζωση της φτώχειας έως το 2010. Συμφωνήθηκε επίσης ότι τα κράτη μέλη πρέπει να συντονίσουν τις πολιτικές τους για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού με βάση την ανοικτή μέθοδο συντονισμού, η οποία συνδυάζει κοινούς στόχους, εθνικά σχέδια δράσης και κοινούς δείκτες, με στόχο την προώθηση πιο φιλόδοξων και πιο αποτελεσματικών στρατηγικών για την κοινωνική ένταξη. Τα κράτη μέλη πρέπει να διασφαλίσουν την ύπαρξη σταθερού δεσμού μεταξύ

των πολιτικών κοινωνικής ένταξης και των πολιτικών τους στον οικονομικό τομέα και τον τομέα της απασχόλησης. Οι έξι (6) βασικές δραστηριότητες είναι :

-Ενίσχυση της επένδυσης σε ενεργητικά και εξειδικευμένα μέτρα για την αγορά εργασίας, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ατόμων που αντιμετωπίζουν τη μεγαλύτερη δυσκολία ως προς την ένταξη στην αγορά εργασίας, και καλύτερη διασύνδεση των πολιτικών κοινωνικής προστασίας, διά βίου μάθησης και αγοράς εργασίας, με στόχο την αλληλοενίσχυσή τους.

-Διασφάλιση της επάρκειας των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων ελάχιστου εισοδήματος, προκειμένου να εξασφαλίζεται επαρκές εισόδημα για όλους, το οποίο να τους επιτρέπει να ζουν με αξιοπρέπεια, και να δίνονται αποτελεσματικά κίνητρα για την εύρεση εργασίας από όσους είναι σε θέση να εργαστούν.

-Αύξηση της πρόσβασης των πλέον ευάλωτων ατόμων και των ατόμων που απειλούνται περισσότερο από κοινωνικό αποκλεισμό σε συνθήκες αξιοπρεπούς στέγασης, σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και υπηρεσίας περίθαλψης σε μακροπρόθεσμη βάση, καθώς και σε ειδικές και τακτικές ευκαιρίες διά βίου μάθησης και πολιτιστικών δραστηριοτήτων για όλους.

-Συντονισμένη προσπάθεια για την πρόληψη της πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου και άλλων ιδρυμάτων επίσημης εκπαίδευσης και κατάρτισης και για την αντιμετώπιση του συνεχιζόμενου προβλήματος της μετάβασης από το σχολείο στην εργασία, ιδίως όσον αφορά τα νεαρά άτομα που εγκαταλείπουν το σχολείο διαθέτοντας χαμηλής ποιότητας προσόντα.

-Επικέντρωση στον τερματισμό της παιδικής φτώχειας ως σημαντικό βήμα για την καταπολέμηση της μεταβίβασης της φτώχειας από γενιά σε γενιά, με ιδιαίτερη εστίαση σε πρωτοβουλίες έγκαιρης παρέμβασης και έγκαιρης εκπαίδευσης, με στόχο τον εντοπισμό και τη στήριξη των φτωχών παιδιών και οικογενειών.

-Συντονισμένη πορεία προς τη μείωση των επιπέδων φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού και την αύξηση της συμμετοχής των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων στην αγορά εργασίας στον ίδιο βαθμό με την πλειονότητα του πληθυσμού.

³⁶ Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική επιτροπή και την επιτροπή των Περιφερειών <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX:52003DC0773>

2.5.5 Η Νομοθεσία για τα Ναρκωτικά στην Ευρώπη

Στα κράτη μέλη της ΕΕ³⁷, παρά τις διαφορετικές θέσεις και αντιλήψεις, μπορούμε να δούμε μια τάση (στα περισσότερα από αυτά) να αντιμετωπιστεί η παράνομη χρήση ναρκωτικών (συμπεριλαμβανομένων των προπαρασκευαστικών πράξεών της) ως σχετικά ήσσονος σημασίας παράβαση, για την οποία δεν κρίνεται απαραίτητο να εφαρμοστούν ποινές που περιλαμβάνουν την στέρηση ελευθερίας. Σε αυτές τις χώρες, οι ποινές φυλάκισης δεν φαίνονται να είναι το αποτελεσματικότερο όργανο για να αποτρέψουν (και να τιμωρήσουν) τη χρήση ναρκωτικών. Αν και η κατοχή και χρήση για προσωπικές ανάγκες είναι η πλειοψηφία των υποθέσεων σχετικών με τα ναρκωτικά που παραπέμπονται στη δικαιοσύνη, εν τούτοις τα δικαστήρια δείχνουν να προτιμούν τη θεραπεία, άλλα μέτρα κοινωνικής υποστήριξης και, μέχρις ενός σημείου, κυρώσεις που δεν περιλαμβάνουν τη στέρηση της ελευθερίας, όπως διοικητικές ποινές, επιπλήξεις και πρόστιμα καθώς και αναστολή της ποινικής διαδικασίας, κυρίως για μικρές ποσότητες και όταν η απλή χρήση ναρκωτικών δεν συνοδεύεται από επιβαρυντικές περιστάσεις. Από την ανάλυση των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά, τη θεωρία, τη νομοθεσία και τη νομολογία προκύπτει ότι σε ορισμένες χώρες της ΕΕ, η κρατική παρέμβαση επικεντρώνεται σε α) ισχυρή έμφαση στην θεραπεία, αντί για την τιμωρία β) μία αίσθηση δυσαναλογίας ανάμεσα σε ποινές κράτησης (που συχνά καταγράφονται στο ποινικό μητρώο) και παράνομης χρήσης ναρκωτικών και γ) στην αντίληψη ότι η κάνναβη είναι λιγότερο επικίνδυνη για την υγεία, συγκρινόμενη με άλλες ουσίες.

2.5.6 Η Νομοθεσία για τα Ναρκωτικά στην Ελλάδα

Μια πρώτη προσπάθεια ποινικοποίησης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στην Ελλάδα έγινε το 1919 με έναν νόμο « περί αλητείας και επαιτείας ».(Ν.1681/19). Η προβλεπόμενη ποινή φυλάκισης ήταν μέχρι ένα έτος και επί υποτροπής μέχρι δύο έτη σε όσους έκαναν χρήση ή πουλούσαν χασίς ή είχαν χώρους στους οποίους επιτρεπόταν το χασίς.

³⁷ Καθημερινή, Γιάννης Παλαιολόγου,11/1/14, <http://www.kathimerini./ellada/allazovn-die8nws-oi-nomoi-gia-ta-narkwtika>

Την δεκαετία του '80 έχουμε την καταγραφή πέντε επίσημων θανάτων από ηρωίνη ενώ το 1987 ψηφίζεται ένας νέος νόμος (Ν.1729/87), ο οποίος αποτέλεσε τον κύριο νόμο για τα ναρκωτικά και έκτοτε έχει δεχτεί πολλές τροποποιήσεις.

Σήμερα ισχύει ο Ν.4139/13 « Ο Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών». Κύρια φιλοσοφία του νόμου είναι ο χαρακτηρισμός του τοξικομανούς ως « ασθενούς » αντί εγκληματία και η διάκριση μεταξύ τοξικομανών και μη τοξικομανών κατά την σωφρονιστική τους μεταχείριση.

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν.4139/13 με τον όρο «ναρκωτικά», κατά την έννοια του νόμου αυτού, νοούνται ουσίες με διαφορετική χημική δομή και διαφορετική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα και με κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα τη μεταβολή της θυμικής κατάστασης του χρήστη και την πρόκληση εξάρτησης διαφορετικής φύσης, ψυχικής ή και σωματικής και ποικίλου βαθμού, καθώς και την ανακούφιση των χρονίως πασχόντων από τα συμπτώματα συγκεκριμένης νόσου, για την οποία αυτές κρίνονται ιατρικά επιβεβλημένες.

Με τον νέο νόμο νομιμοποιείται η παραγωγή, η κατοχή, η μεταφορά, η αποθήκευση, η επεξεργασία, η κυκλοφορία και η μεσολάβηση στη διακίνηση των ναρκωτικών γίνεται : Από το κράτος μέσω του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) και από νομικά και φυσικά πρόσωπα μέσω του Κρατικού μονοπωλίου Ναρκωτικών ύστερα από γνωμοδότηση της Επιτροπής Ναρκωτικών (άρθρο 2. Ν.4139/2013)

Όσο αναφορά την διακίνηση ναρκωτικών, ως έγκλημα διακίνησης ναρκωτικών νοείται κάθε πράξη με την οποία συντελείτε η κυκλοφορία ναρκωτικών ουσιών ή προδρόμων ουσιών, οι οποίες αναφέρονται στο άρθρο 1 παράγραφος 2 του Ν.3459/2006 και κυρίως : η εισαγωγή, η εξαγωγή, η διαμετακόμιση, η πώληση, η αγορά – προσφορά, διανομή – διάθεση, αποστολή – παράδοση, αποθήκευση – παρακατάθεση, κατοχή, μεταφορά και νόθευση. (αρθρ. 20 παρ. 2 Ν. 4139/2013).

Οι ποινές για το έγκλημα της διακίνησης ναρκωτικών είναι κάθειρξη τουλάχιστον οκτώ (8) ετών και χρηματική ποινή μέχρι τριακόσιες χιλιάδες ευρώ (300.000).

Η κατοχή και προμήθεια για προσωπική χρήση παραμένει πλημμέλημα και τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι πέντε μήνες, αντί για φυλάκιση ενός χρόνου που ίσχυε έως σήμερα. Επομένως, οποιοσδήποτε συλληφθεί έστω και για ένα «τσιγάρο» αντιμετωπίζει αυτόφωρη διαδικασία και ποινή φυλάκισης πέντε μηνών, ενώ θα υπάρξει σχετική καταγραφή και στο ποινικό του μητρώο.³⁸

Ο σκοπός κάλυψης προσωπικών αναγκών και εξυπηρέτησης αποκλειστικής χρήσης γίνεται με συνεκτίμηση του είδους, της καθαρότητας, της ποσότητας του συγκεκριμένου ναρκωτικού, της συχνότητας χρήσης, του χρόνου χρήσης, της ημερησίας δόσης και των ιδιαίτερων αναγκών χρήσης του συγκεκριμένου χρήστη.

Όσο αναφορά τους ανήλικους, ο νόμος προβλέπει ειδική μεταχείριση, σύμφωνα με τα άρθρα 121-132 Π.Κ εφόσον είναι καλύτερη γι αυτούς, καθώς επίσης σε περίπτωση που καταδικαστούν για διακίνηση ενώ είναι εξαρτημένοι, μπορεί να τους επιβληθεί αντί ποινής, παρακολούθηση ειδικού προγράμματος απεξάρτησης ανηλίκων. (αρθρ. 39 Ν. 4139/2013)

Για τα εξαρτημένα άτομα, (ενήλικα, όταν συλληφθούν και όταν καταδικαστούν) προβλέπεται ειδική μεταχείριση σε όσους απέκτησαν έξη στην χρήση ουσιών και δεν μπορούν να απεξαρτηθούν με δικές τους δυνάμεις, μπορεί να εισαχθούν σε ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης αντί κράτησης (προσωρινής ή μη) μετά από δήλωση τους ενώ ο χρόνος παραμονής τους στο θεραπευτικό κατάστημα υπολογίζεται ως χρόνος προσωρινής ή μη κράτησης (άρθρο 31 Ν. 4139/13).³⁹

2.6 Τα κέντρα συμβουλευτικής υποστήριξης, απεξάρτησης και επανένταξης στην Ελλάδα

Τα κέντρα απεξάρτησης⁴⁰ που υπάρχουν στην Ελλάδα και προσφέρουν επίσημα θεραπεία σε εξαρτημένα άτομα από τα ναρκωτικές ουσίες είναι : ο *Ο.ΚΑ.ΝΑ.*, το *ΚΕ.Θ.Ε.Α*, το *Ψ.Ν.Α (18 ΑΝΩ)*, *Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.*, *Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών*, *Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία.*, *Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής*, και *Ορισμένοι φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης*.

Σε όλη τη χώρα, λειτουργούν σήμερα 50 θεραπευτικές μονάδες ή προγράμματα για εξαρτημένα από ουσίες άτομα. Οι βασικοί τύποι θεραπείας που παρέχονται στην Ελλάδα είναι : α) τα στεγνά προγράμματα εσωτερικής διαμονής, β) τα στεγνά προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων και εφήβων και γ) τα προγράμματα

³⁸ www.in2life.gr/evervdav/modernlife/article/276961/kannavh-ti-allaxe-o-neos-nomos-gia-katohh-kai-hrhsh.html

³⁹ Παρουσίαση της νομοθεσίας, 2013, «Η σύγχρονη εγκληματικότητα και η αντιμετώπισή της», Ανδρουλάκη, Κατάκη, Παπαδόπουλος.

⁴⁰ Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά 2008-2012, (σελ : 22-29)

υποκατάστασης με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη, για χρήστες οπιοδών.

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (**Ο.ΚΑ.ΝΑ.**) ιδρύθηκε το 1993 και αποτελεί τον εθνικό φορέα που είναι επιφορτισμένος με : τη χάραξη εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά, το συντονισμό όλων των δράσεων και προγραμμάτων κατά των ναρκωτικών, την ανάπτυξη υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης και τη μελέτη και παρακολούθηση του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων και την παροχή πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού. Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει αναπτύξει μια πολύπλευρη δραστηριότητα και έχει ιδρύσει ένα σύνολο υπηρεσιών και προγραμμάτων σε όλη την χώρα.

Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (**ΚΕ.Θ.Ε.Α**) ιδρύθηκε το 1987, με κύριο σκοπό τη οργάνωση υπηρεσιών και προγραμμάτων θεραπείας και ψυχικής απεξάρτησης από τα ναρκωτικά. Η δραστηριότητα του επεκτείνεται επιπλέον στους τομείς της πρωτογενούς πρόληψης, της εκπαίδευσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας και της έρευνας.

Το πρόγραμμα απεξάρτησης « **18 ΑΝΩ** » που λειτουργεί στο πλαίσιο του Ψ.Ν.Α. άρχισε να λειτουργεί το 1969 έως το 1995 που χωρίστηκε σε δύο ανεξάρτητα τμήματα, των τοξικομανών και των αλκοολικών.

Σημαντική επίσης είναι η βοήθεια από το Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία καθώς και της Διακομματικής Κοινοβουλευτικής Επιτροπής για τα Ναρκωτικά.

Το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.) ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1994 με σκοπό την έρευνα και τη διαχρονική παρακολούθηση της χρήσης ουσιών. Από το 1998 αποτελεί το εθνικό κέντρο αναφοράς για τα ναρκωτικά - μέλος του δικτύου REITOX, το οποίο συνεργάζεται με το European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Ε.Μ.Σ.Δ.Δ.Α).

Η Διακομματική Κοινοβουλευτική Επιτροπή για τα Ναρκωτικά συγκροτήθηκε το 1998, με σκοπό τη συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση των νέων δεδομένων του προβλήματος, την εισήγηση μέτρων και τη διαμόρφωση προτάσεων για την αποτελεσματικότερη δράση σε εθνικό επίπεδο.

2.6.1 Οι θεραπευτικές μονάδες του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Το δίκτυο υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α., που ξεκίνησε το 1983 με την πρώτη θεραπευτική κοινότητα, καλύπτει πλέον διαφορετικές περιοχές της χώρας και περιλαμβάνει: Συμβουλευτικά κέντρα για τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, λειτουργούν υπηρεσίες συμβουλευτικής στήριξης των ενδιαφερομένων και παραπομπής τους σε μονάδες απεξάρτησης και μονάδες απεξάρτησης, με βασικό στόχο την ψυχική απεξάρτηση των μελών τους. Διαθέτει : θεραπευτικές κοινότητες ενηλίκων εσωτερικής διαμονής και εξωτερικής ημερήσιας φροντίδας (ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ), (ΙΘΑΚΗ), (ΕΞΟΔΟΣ), (ΝΟΣΤΟΣ), (ΔΙΑΒΑΣΗ) (ΑΡΙΑΔΝΗ) καθώς και μονάδες απεξάρτησης εφήβων ή/ και νεαρών ενηλίκων εξωτερικής ημερήσιας φροντίδας (ΣΤΡΟΦΗ, ΠΛΕΥΣΗ), (ΕΞΑΝΤΑΣ), (ΑΝΑΔΥΣΗ), (ΠΙΛΟΤΟΣ) (ΟΞΥΓΟΝΟ).

2.6.2 Τα θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. άρχισε να εφαρμόζει πειραματικά προγράμματα υποκατάστασης στην Ελλάδα από το 1995. Σήμερα διαθέτει σε όλη την Ελλάδα: 8 θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, 9 μονάδες υποκατάστασης, σε συνεργασία με τις Δ.Υ.Π.Ε., είτε με τη μορφή αυτόνομων μονάδων είτε με τη μορφή εξωτερικών ιατρείων, σε συνεργασία με τα κατά τόπους νοσοκομεία

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. απευθύνονται σε ενήλικες και εφήβους και υλοποιούνται σε συνεργασία με άλλους φορείς. Σήμερα, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. διαθέτει σε όλη την Ελλάδα : 3 «στεγνά» προγράμματα ενηλίκων, στην Αθήνα (ΑΘΗΝΑ), στη Θεσσαλονίκη και στην Πάτρα (ΓΕΦΥΡΑ), 4 «στεγνά» προγράμματα εφήβων στην Αθήνα (ΑΤΡΑΠΟΣ), στη Θεσσαλονίκη (ΝΑΥΤΙΛΟΣ), στη Λάρισα και στο Ρέθυμνο και 1 ιατρείο υποστήριξης εξαρτημένων ατόμων, σε συνεργασία με το Ι.Κ.Α. (Περιστέρι).

Επιπλέον, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει αναπτύξει ορισμένες υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης, για την προσέγγιση και την παροχή βοήθειας σε χρήστες που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν : ένα Κέντρο Βοήθειας στην Αθήνα, ένα Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων στην Αθήνα, την

Τηλεφωνική Γραμμή SOS (1031), Υπηρεσία Νομικής Υποστήριξης και παροχή προσωρινής στέγασης σε άστεγους χρήστες.

2.6.3 Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Η Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών Ψ.Ν.Α. «18 ΑΝΩ», η οποία έχει συμπληρώσει 20 χρόνια λειτουργίας στο Ε.Σ.Υ., μετά από την πρόσφατη στελέχωσή της με εξειδικευμένο προσωπικό και τη μεταστέγαση σε νέα πιο λειτουργικά κτίρια πολλών δομών περιλαμβάνει έξι τομείς, όπου υλοποιούνται πολλά προγράμματα εσωτερικής διαμονής και εξωτερικής παρακολούθησης, λειτουργικά ανεξάρτητους, που αποτελούν, όμως, ένα ενιαίο σύνολο, το «18 ΑΝΩ». Αποτελούνται από συμβουλευτικούς σταθμούς για εξαρτημένα άτομα και για τις οικογένειες τους, τμήματα ψυχολογικής υποστήριξης και κοινωνικής ένταξης, κέντρα για εξαρτημένες γυναίκες,, τμήματα για εφήβους και νέους και προγράμματα πρόληψης.

2.6.4 Προγράμματα κοινωνικής υποστήριξης και επανένταξης του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

*Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. αναπτύσσει σημαντική δραστηριότητα στον τομέα της κοινωνικής υποστήριξης και επανένταξης, με μια σειρά προγραμμάτων και υπηρεσιών που περιλαμβάνουν : *Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης*, για την υποστήριξη της κοινωνικής και εργασιακής ένταξης των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει την κυρίως φάση θεραπείας σε μονάδα απεξάρτησης, *Κέντρα Οικογενειακής Υποστήριξης* για οικογένειες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα χρήσης ουσιών, *Εναλλακτικά -Μεταβατικά Σχολεία* για πρώην χρήστες ουσιών που είναι ενταγμένοι σε θεραπευτικά προγράμματα, *Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης*, *Υπηρεσία Νομικής Υποστήριξης*, *Μονάδα Συμβουλευτικής Κρατουμένων*, *Κέντρο Υποδοχής και Επανένταξης Αποφυλακισμένων*, *το πρόγραμμα ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ*, με προγράμματα συμβουλευτικής κρατουμένων και Θεραπευτική Κοινότητα σε φυλακές της Αττικής και *Κέντρο Υποδοχής Αποφυλακισμένων στην Αθήνα*, *το ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΕΞΕΛΙΞΙΣ*, για την στήριξη εξαρτημένων ατόμων που είναι αποκομμένα από τις κοινωνικές υπηρεσίες ή δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε θεραπευτική διαδικασία, *το ΚΕ.Θ.Ε.Α. MOSAIC*, για τη συμβουλευτική στήριξη, την κοινωνική φροντίδα και την*

εκπαίδευση μεταναστών, παλιννοστούντων και προσφύγων, *τηλεφωνική Γραμμή Ψυχολογικής Υποστήριξης ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΙΘΑΚΗ*, για χρήστες ουσιών, τους συγγενείς και τους φίλους τους, *Ξενώνες φιλοξενίας* εφήβων και ενηλίκων που παρακολουθούν θεραπευτικά προγράμματα, *Club* εργασίας στην Αθήνα, για να συνδέονται με την αγορά εργασίας τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το θεραπευτικό πρόγραμμα ΔΙΑΒΑΣΗ και *μονάδα γραφικών τεχνών*, για την οικονομική ενίσχυση της του οργανισμού και την επαγγελματική κατάρτιση μελών των θεραπευτικών προγραμμάτων. Με παρόμοιους στόχους λειτουργεί επίσης ξυλουργείο, εργαστήριο κεραμικής και αγρόκτημα στην ίδια περιοχή.

2.6.5 Οι Μονάδες Επανάταξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. λειτουργεί : *Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης* στην Αθήνα, με σκοπό την ψυχοκοινωνική στήριξη, κοινωνικοποίηση και ένταξη στην αγορά εργασίας των απεξαρτημένων ατόμων και *δύο Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης*, σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, με κύριο στόχο την κατάρτιση και εξειδίκευση των υπό απεξάρτηση ή των απεξαρτημένων ατόμων, με στόχο την επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και στην αγορά εργασίας.

2.6.6 Η επανένταξη στο Ψ.Ν.Α «18 ΑΝΩ»

Στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης το Ψ.Ν.Α. «18 ΑΝΩ» λειτουργεί 4 Τμήματα Κοινωνικής Επανάταξης, 4 ξενώνες, 3 εργαστήρια, 6 ομάδες, ένα Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης και το Σχολείο του «18 ΑΝΩ».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΗΜΟΣ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ

3.1 Παρουσίαση της περιοχής έρευνας

Η Λέσβος⁴¹ είναι το τρίτο μεγαλύτερο νησί μετά την Κρήτη και την Εύβοια, με έκταση 1.636 τ.χλμ, ακτογραμμή 370χλμ., πληθυσμό 85.330 κατοίκους (απογραφή του 2011) και βρίσκεται απέναντι από τις Τουρκικές ακτές. Απελευθερώθηκε από τους Τούρκους τον Νοέμβριο 1912 και η πλήρης ενσωμάτωσή με την Ελλάδα έγινε το 1914. Διοικητικά ανήκει στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου και στο νομό Λέσβου. Πρωτεύουσα του νησιού είναι η Μυτιλήνη. Η οικονομία του νησιού στηρίζεται στο λάδι και στα προϊόντα του, στην μεταποίηση αγροτικών προϊόντων, στην παραγωγή του ούζου και στην τουριστική βιομηχανία. Έχει 2 κόλπους, τον κόλπο της Καλλονής και τον κόλπο της Γέρας.

Η Μυτιλήνη είναι χτισμένη στο νοτιοανατολικό άκρο του νησιού, είναι μια σύγχρονη πόλη με διοικητικό εμπορικό και πνευματικό κέντρο. Είναι η έδρα του νομού και της περιφέρειας καθώς και του Υπουργείου Αιγαίου. Αποτελεί επίσης έδρα του Πανεπιστημίου Αιγαίου το οποίο αποτελείται από 2 σχολές, την σχολή κοινωνικών επιστημών και την σχολή περιβάλλοντος.

Τα πιο γνωστά αξιοθέατα της Μυτιλήνης αποτελούν : το γενί τζαμί, η πινακοθήκη, το αρχαίο θέατρο, το μουσείο Θεοφίλου, το κάστρο της Μυτιλήνης καθώς και του Μολύβου, το αρχαιολογικό μουσείο, το μουσείο μοντέρνας τέχνης – βιβλιοθήκη Teriande , το άγαλμα της ελευθερίας που βρίσκεται στο λιμάνι της και άλλα πολλά.

Αξίζει να αναφερθεί και το Απολιθωμένο Δάσος της Λέσβου μιας και αποτελεί διατηρητέο μνημείο σύμφωνα με το προεδρικό διάταγμα 443/85, το οποίο δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 160, που εκδόθηκε στις 19 Σεπτεμβρίου του 1985. Από το 2000, το Μουσείο Φυσικής Ιστορίας Απολιθωμένου Δάσους Λέσβου, που ιδρύθηκε το 1994, είναι ιδρυτικό μέλος του δικτύου Ευρωπαϊκών Γεωπάρκων και το 2004 εντάχθηκε στο Παγκόσμιο Δίκτυο Γεωπάρκων της UNESCO.

Το Νοέμβριο του 2011, ο δήμος Λέσβου έστειλε φάκελο στην UNESCO, με σκοπό όλο το νησί να ενταχθεί στο Παγκόσμιο Δίκτυο Γεωπάρκων αυτής.

⁴¹ <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9B%CE%AD%CF%83%CE%B2%CE%BF%CF%82>

Στις 21 Σεπτεμβρίου του 2012, η UNESCO ενέκρινε την υποψηφιότητα της Λέσβου και την ενέταξε στο Παγκόσμιο Δίκτυο Γεωπάρκων, έπειτα από απόφαση που λήφθηκε στο Οπόρτο. Την επιτροπή αξιολόγησης απάρτιζαν ο δόκτωρ Ζ. Μαρτινί, διευθυντής γεωπάρκου στις Γαλλικές Άλπεις και ο δόκτωρ Α. Σίλερ, διευθυντής γεωπάρκου στο Φούλκαν Αϊφελ της Γερμανίας .

3.2 Η ιστορία της Λέσβου

Η Λέσβος απελευθερώθηκε από τους Τούρκους τις 8 Νοεμβρίου του 1912 από το στόλο του ναύαρχου Κουντουριώτη και η πλήρης ενσωμάτωσή της με την Ελλάδα έγινε το 1914. Στον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο στο νησί εγκαθίστανται μονάδες του Αγγλογαλλικού στόλου με εγκαταστάσεις (Λουτρά, Ακόθ, Κόλπος Καλλονής, Θερμή κ.α.). Το Μάιο του 1915 το νησί επισκέφτηκε ο Ελευθέριος Βενιζέλος και μετά πάλι με την Επαναστατική Κυβέρνηση το 1916. Το 1918 η Μεραρχία Αρχιπελάγους πολέμησε στο Μακεδονικό Μέτωπο. (Μάχη του Σκρά)

Μετά τη μικρασιατική καταστροφή και την ανταλλαγή πληθυσμών που ακολούθησε, η Λέσβος δέχεται τους πρόσφυγες, ενώ ο εναπομείναντας πληθυσμός Τούρκων φεύγει. Για την στέγαση των προσφύγων χτίστηκαν στα χωριά οι συνοικισμοί. Η αποκοπή της Λέσβου από τα μικρασιατικά παράλια επέφερε μια σημαντική μείωση στην βιομηχανική παραγωγή του νησιού, αφού η οικονομία του ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με αυτά ως κύρια αγορά των προϊόντων που παρήγαγε. Από την άλλη, οι πρόσφυγες προσέφεραν φτηνά εργατικά χέρια και βοήθησαν στην ανάπτυξη νέων καλλιεργειών. Το 1928 στο νησί ζούσαν 137.160 κάτοικοι. Στον Ελληνοϊταλικό, Ελληνογερμανικό και Εμφύλιο πόλεμο το νησί (1940-1949) δίνει το φόρο αίματος και υφίσταται τις οικονομικές επιπτώσεις. Το νησί κατέλαβε ο γερμανικός στρατός το 1941. Η κατοχή κράτησε ως το 1944. Στη νεότερη ιστορία, η οικονομία του στηρίζεται στο λάδι και στα προϊόντα του, στην κτηνοτροφία και στη βυρσοδεψία, αν και η απόσταση του νησιού από το οικονομικό κέντρο της Ελλάδας τη περίοδο 1950-1970 έδρασε ως τροχοπέδη για την οικονομική ανάπτυξη. Την ίδια περίοδο έγιναν προσπάθειες ανεξάρτησης από τη μονοκαλλιέργεια της ελιάς, η οποία είχε ασταθή παραγωγή και οδήγησε στην εγκατάλειψη του νησιού από τους κατοίκους του. Τη δεκαετία του 1980 αναπτύσσεται η τουριστική βιομηχανία, η

οποία σήμερα είναι ένας από τους κύριους τομείς εισοδήματος του νησιού, μαζί με τη μεταποίηση αγροτικών προϊόντων.

3.3 Διοικητική διαίρεση

Με το Σχέδιο Καποδίστριας η Λέσβος είχε διαιρεθεί σε 13 δήμους : Δήμος Αγίας Παρασκευής, Δήμος Αγιάσου, Δήμος Γέρας, Δήμος Ερεσού-Άντισσας, Δήμος Ευεργέτουλα, Δήμος Καλλονής, Δήμος Λουτροπόλεως Θερμής, Δήμος Μανταμάδου, Δήμος Μήθυμνας, Δήμος Μυτιλήνης, Δήμος Πέτρας, Δήμος Πλωμαρίου, Δήμος Πολιχνίτου

Με το σχέδιο Καλλικράτης από τον Ιανουάριο του 2011 το νησί αποτελεί μαζί με τις κοντινές βραχονησίδες ένα δήμο, το δήμο Λέσβου. Ο δήμος αυτός προέκυψε από την συνένωση των δεκάτριων δήμων του νησιού.

3.4 Η οικονομία της Λέσβου

Ο Νομός Λέσβου είναι από εκείνες τις νησιωτικές περιοχές οι οικονομίες των οποίων στηρίζονται κυρίως στην εκμετάλλευση των εντόπιων πλουτοπαραγωγικών πόρων. Η οικονομία⁴² του Νομού στηρίζεται κατά κύριο λόγο στον πρωτογενή και τριτογενή τομέα και το ακαθάριστο προϊόν ανά κεφαλή είναι περίπου στο 69,1% του αντίστοιχου της Ελλάδος.

Χαρακτηριστικό της τοπικής οικονομίας είναι το γεγονός ότι σήμερα (σε σύγκριση με άλλους νησιωτικούς σχηματισμούς της Ελλάδος), στον Νομό Λέσβου έχουμε προσπάθειες δυναμικής ανάπτυξης αρκετών κλάδων της οικονομίας, αποφεύγοντας τη μονοκαλλιέργεια που τον χαρακτήριζε παλιότερα και που επικεντρώνονταν κυρίως στην καλλιέργεια της ελιάς και του αμπελιού.

Δείγμα αυτής της ανάπτυξης που αρχίζει από τα παλιότερα χρόνια είναι ο μεγάλος αριθμός αρχοντικών που υπάρχουν στο νησί της Λέσβου αλλά και αρκετές σύγχρονες βιομηχανικές εγκαταστάσεις. Έτσι έχουμε στο νησί της Λέσβου ανάπτυξη μιας σειράς επιχειρήσεων ιδιαίτερα στον κλάδο των τροφίμων και ποτών, αρκετά

⁴²<http://www.lesvos-chamber.com>

δυναμικών σε πανελλήνιο επίπεδο. (Συγκεκριμένα υπάρχει μία επιχείρηση του κλάδου ποτών που εντάσσεται στις δέκα (10) μεγαλύτερες επιχειρήσεις της Ελλάδας).

Η απόσταση του Νομού όμως από τον κύριο κορμό της Ελλάδος αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα κατά την περίοδο 1950 – 70. Ο εκσυγχρονισμός των μεταφορών και η πύκνωση των ακτοπλοϊκών και αεροπορικών δρομολογίων και τα κίνητρα των αναπτυξιακών νόμων εξάλειψαν αυτό το πρόβλημα και έτσι σήμερα ο Νομός Λέσβου προσφέρεται για πολλές επενδυτικές ευκαιρίες.

3.5 Τα κοινωνικά προβλήματα της περιοχής

Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα ταλανίζεται από την οικονομική κρίση, κάτι το οποίο δεν άφησε ανεπηρέαστο και τον νομό της Λέσβου. Οι επιπτώσεις της κρίσης πολλές. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που δημιούργησε είναι η ανεργία.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, η ανεργία⁴³ ανήλθε στο 23,1% τον Αύγουστο του 2013, ενώ το πανελλαδικό ποσοστό της ανεργίας για τον ίδιο μήνα διαμορφώθηκε στο 27,3%. Ένα χρόνο πριν, τον Αύγουστο του 2012, η ανεργία στα νησιά του Αιγαίου ήταν 18,1% και σε πανελλαδικό επίπεδο ήταν στο 25,5%. Τον Ιούλιο του 2013 η ανεργία στα νησιά του Αιγαίου ήταν 22,1%, δηλαδή κατά τη διάρκεια του φετινού Αυγούστου, παρά την αυξημένη τουριστική κίνηση, η ανεργία στα νησιά του Αιγαίου αυξήθηκε κατά μία ποσοστιαία μονάδα.

Ο κύριος όγκος των ανέργων του Βορείου Αιγαίου καταγράφεται στις ηλικίες⁴⁴ μεταξύ 30 και 54 ετών και ανέρχεται στα 6.889 άτομα. Πρόκειται για ανθρώπους που βρίσκονται στο φόρτε της παραγωγικότητάς τους. Μόλις 1.017 είναι οι άνεργοι από 55 ετών και άνω. Μελέτη που έγινε από την Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου⁴⁵ διαπιστώθηκε ότι :

- Η Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου γερνάει, οι γεννήσεις μειώνονται, με εξαίρεση τη δυτική Λήμνο. Μόνο η πόλη της Μυτιλήνης, η δυτική Λέσβος και η πόλη της Χίου έχουν σχετικά καλούς δείκτες, σε σχέση με τη γήρανση και τις νέες γεννήσεις.
- Ενδοπεριφερειακές κατανομές: Το εισόδημα μειώνεται έντονα ανάμεσα στα νησιά,

⁴³ <http://www.emprosnet.gr/article/52123-tsakizej-kokala-i-anergia-sto-voreio-aigaio>

⁴⁴ Ν. Μανάβης 12/3/2014, <http://www.emprosnet.gr/artican-kata-2000-oi-dilomenoi-anergoi>

παρατηρούνται ενδοπεριφερειακές ανισότητες, όπως για παράδειγμα το εισόδημα στην ορεινή Μυτιλήνη, στην ανατολική Λήμνο και στη Βόρεια Χίο είναι κατά πολύ μειωμένο σε σύγκριση με τα υπόλοιπα μέρη των νησιών.

- Οι περισσότερες θέσεις εργασίας είναι στο τριτογενή τομέα (εμπόριο ,υπηρεσίες και τουρισμός) που έχει την μικρότερη προστιθέμενη αξία και επηρεάστηκε σημαντικά από την κρίση.

- Η ανεργία αυξάνεται ραγδαία την τελευταία τριετία (τα έτη 2012 και 2013) στα νησιά μας. Ενώ το «τσουνάμι» της κρίσης άρχισε να επηρεάζει τη χώρα από το 2009 στα νησιά του Αιγαίου ήρθε και δεν είναι το μόνο με καθυστέρηση.

- Η αποβιομηχάνιση είναι ιδιαίτερα έντονη στη Σάμο και την Ικαρία, η αγροτική παραγωγή μειώνεται έντονα σε Λήμνο, Λέσβο, Χίο. Ο τουρισμός αναπτύσσεται με μικρότερη ένταση στη Χίο.

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης⁴⁵ της Λέσβου (ΝΠΔΔ), συνολικά 9.641 είναι ο αριθμός των απόρων του νησιού που έχουν ενταχθεί στο πρόγραμμα δωρεάν διανομής τροφίμων που υλοποιεί ο ίδιος. Ο αριθμός αυτός αποτυπώνει με το πιο δραματικό τρόπο τις διαστάσεις που έχει λάβει η οικονομική κρίση στη Λέσβο και την αύξηση των οικογενειών που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας. Να σημειωθεί ότι ο δήμος Λέσβου έχει τους περισσότερους δικαιούχους πανελλαδικά.

Σημαντική είναι η βοήθεια που προσφέρει στους ανασφάλιστους και άπορους δημότες το Κοινωνικό Ιατρείο και Φαρμακείο του δήμου Λέσβου. Μέχρι σήμερα το έχουν επισκεφτεί και έκαναν χρήση των υπηρεσιών του περίπου 4.000 άτομα. Προσφέρει δωρεάν ιατρική περίθαλψη, δωρεάν εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και φάρμακα. Παρέχονται επίσης γυαλιά οράσεως δωρεάν από κατάσταση οπτικών.

Σοβαρό πρόβλημα για τους εμπόρους του νησιού⁴⁷ αποτελεί η έλλειψη ρευστότητας και ζήτησης στην αγορά. Η συνεχόμενη μείωση της αγοραστικής δύναμης

⁴⁵ www.lesvosnews.net 27/2/2014, <http://www.lesvosnews.net/articles/newscategories/oikonomia/375-ekatommyria-eyro-gia-tin-anergia-kai-ti-ftohia-sto-v-aigaiο>

⁴⁶ <http://onnedlesvoublog.wordpress.com>

αποτελεί αγκάθι στην ήδη άσχημη οικονομική κατάσταση που επικρατεί, η οποία συνδέεται με την αύξηση της ανεργίας. Πρόβλημα επίσης αποτελούν η φορολογία, το παρεμπόριο, το κυκλοφοριακό στο εμπορικό κέντρο, οι άδειες δημιουργίας πολυκαταστημάτων καθώς και η απελευθέρωση της κυριακάτικης αγοράς. Όλα αυτά οδηγούν σιγά -σιγά στο κλείσιμο των καταστημάτων και στην επικράτηση άλλων, ξένων συμφερόντων στο νησί. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα αποτελούν οι ακτοπλοϊκές και αεροπορικές συνδέσεις με άλλες περιοχές και το απαγορευτικό μεταφορικό κόστος καθώς επίσης και οι υψηλοί συντελεστές ΦΠΑ που ισχύουν ακόμη στα νησιά μας και δημιουργούν αρνητικό κλίμα διαβίωσης και δραστηριοποίησης στη περιοχή μας.

3.6 Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων

Η τοπική αυτοδιοίκηση αποτελεί τον άμεσο αποδέκτη των κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι δημότες .Ο δήμος παρέχει στους πολίτες ένα δίκτυο δομών κοινωνικής πολιτικής και πρόνοιας με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Σύμφωνα με το πρόγραμμα « Καλλικράτης » το οποίο τέθηκε σε πλήρη ισχύ τον Ιανουάριο του 2011 και ψηφίστηκε από τη ελληνική βουλή το Μάιο του 2010 (Ν. 3852/2010) οι νέοι Δήμοι⁴⁸ αναλαμβάνουν τις αρμοδιότητες της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης ως προς την παροχή επιδομάτων, την άδεια ίδρυσης και εποπτείας ιδρυμάτων πρόνοιας, παιδικών σταθμών και επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ, καθώς επίσης δημόσιας υγείας και υγιεινής. Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής πραγματοποιείται μέσω της «υπηρεσιακής μονάδας άσκησης κοινωνικής πολιτικής », κοινωνική υπηρεσία ενός νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, για τομείς κοινωνικής προστασίας, αλληλεγγύης και παιδείας, μετά την συγχώνευση των νομικών προσώπων που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες στους Δήμους και μιας κοινωφελούς επιχείρησης, μετά τη συγχώνευση των κοινωφελών επιχειρήσεων των συνενωμένων Δήμων.

⁴⁷ <http://www.esmit.gr>

⁴⁸ Μ.Θελερίτη , ηλεκτρονικό περιοδικό κοινωνικής πολιτικής και πρόνοιας, Μάιος – Ιούνιος 2010, http://www.swm.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=213&Itemid=

Με την νέα καλλικρατική δομή, ο Δήμος δημιούργησε τον Οργανισμό «Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης » (Ν.Π.Δ.Δ.) στον οποίο υπάγονται Παιδικόι Σταθμοί και ΚΑΠΗ όλου του νησιού, καθώς επίσης και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι ».

Στις 18/4/2011 δημιουργήθηκε ο Οργανισμός στον οποίο συγχωνεύτηκαν 22 πρώην Νομικά πρόσωπα των παιδικών σταθμών και των ΚΑΠΗ και αργότερα οι 13 δομές του «Βοήθεια στο Σπίτι». Είναι υπεύθυνο 35 δομών και 175 εργαζομένων. Το διοικητικό μέγεθος του οργανισμού είναι όσο του πρώην Δήμου Μυτιλήνης. Όλες οι εργασίες διοικητικές, λογιστικές, ταμειακές, μισθολογικές, προμηθειών και λοιπά εκτελούνται από 6 διοικητικούς – οικονομικούς υπαλλήλους.

Οι σκοποί⁴⁹ του Οργανισμού « Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης » είναι :

- Η εφαρμογή πολιτικών και συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα που αποσκοπούν στη μέριμνα για την υποστήριξη και την κοινωνική φροντίδα των ατόμων βρεφικής, παιδικής και τρίτης ηλικίας με την δημιουργία και λειτουργία ανάλογων δομών
- Η εφαρμογή πολιτικών και συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα που αποσκοπούν στη μέριμνα για την υποστήριξη και την φροντίδα ατόμων που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικής ομάδες και σε ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού
- Η εφαρμογή πολιτικών και συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα που αποσκοπούν στην πρόληψη των ασθενειών και στην προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας των δημοτών.

Ο Δήμος Μυτιλήνης προσφέρει διάφορες υπηρεσίες⁵⁰ αλλά και προγράμματα στους δημότες του που έχουν ανάγκη. Εκτός από τους **παιδικούς σταθμούς, τα ΚΑΠΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»** που αναφέρθηκαν παραπάνω ο Δήμος έχει δημιουργήσει το **Κοινωνικό Ιατρείο και Φαρμακείο, το Κοινωνικό φροντιστήριο, το Κοινωνικό Παντοπωλείο καθώς και την Τράπεζα Εργασίας** .

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες. Σκοπός του προγράμματος είναι η διασφάλιση και

⁴⁹ <http://www.tovima.gr/afieromata/solidarity/solidarityorganizations/place/?placeid=10302>

διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής για τα ηλικιωμένα άτομα και η προσπάθεια βελτίωσης της στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον που έχουν επιλέξει να ζουν. Έχει εξασφαλίσει εργασία σε 74 εργαζόμενους και έχουν ωφεληθεί πάνω από 2000 άτομα – ηλικιωμένοι και άτομα με αναπηρίες.

Η οικονομική κρίση δημιουργεί την ανάγκη της ίδρυσης και λειτουργίας του «**Κοινωνικού Παντοπωλείου**» του Δήμου. Πάνω από 200 οικογένειες έχουν επιχορηγηθεί με τρόφιμα και ρούχα.

Στο **Κοινωνικό Ιατρείο και Φαρμακείο** του Δήμου προσφέρουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους 26 εθελοντές ιδιώτες γιατροί. Εξασφαλίζονται φάρμακα από ιδιώτες και χορηγίες εταιριών. Επίσης διαθέτει νοσοκόμα και ψυχολόγο. Μέχρι σήμερα το έχουν επισκεφθεί και έκαναν χρήση των υπηρεσιών του περίπου 4.000 δημότες. Δίνει την δυνατότητα σε ανασφάλιστους και άπορους δημότες για δωρεάν εργαστηριακές εξετάσεις, δωρεάν ιατρική περίθαλψη καθώς και φάρμακα. Ακόμη παρέχονται δωρεάν γυαλιά οράσεως από χορηγία καταστήματος οπτικών.

Το Δεκέμβριο του 2013 ιδρύθηκε το « **Κοινωνικό Φροντιστήριο**», για την στήριξη μαθητών που οι οικογένειές τους αντιμετωπίζουν σοβαρό οικονομικό πρόβλημα. Φοιτούν δωρεάν 15 μαθητές γυμνασίου και λυκείου και προσφέρουν εθελοντικά την διδασκαλία τους 7 καθηγητές.

Η Τράπεζα Εργασίας λειτουργεί από το 1993. Είναι μια άτυπη τράπεζα εργασίας και ονομάστηκε έτσι γιατί απευθύνονται εργοδότες και άνεργες γυναίκες. Σκοπός της ίδρυσης της ήταν και είναι η καταπολέμηση της ανεργίας, η ένταξη της γυναίκας στην αγορά εργασίας καθώς και η υποστήριξη της οικογένειας και ιδιαίτερα της μονογονεϊκής οικογένειας. 135 ανειδίκευτα άτομα κυρίως γυναίκες έχουν βρει εργασία.

Σε ολόκληρο το νησί υπάρχουν **18 παιδικοί σταθμοί** που έχουν σαν σκοπό την καθημερινή φύλαξη και φροντίδα των παιδιών.

Για την φροντίδα, την περίθαλψη και την προστασία των ηλικιωμένων ατόμων ο Δήμος διαθέτει **4 Κ.Α.Π.Η.**

Ο Δήμος Μυτιλήνης είναι γενικά κοντά στους δημότες του όταν βρίσκονται σε ανάγκη, ειδικά τα τελευταία χρόνια που η οικονομική κρίση έχει πλήξει πολλά νοικοκυριά.

⁵⁰ <http://onnedlesvoublog.wordpress.com>, <http://www.mytilene.gr>

Οργανώνει συσσίτια, βοηθά ανασφάλιστους, άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας και έχει δημιουργήσει ομάδα συμβουλευτικής για γονείς και εφήβους.

Τον τελευταίο καιρό και πιο συγκεκριμένα από τον Απρίλιο του 2013 λειτουργεί **Συμβουλευτικό Κέντρο Γυναικών**⁵¹ όπου παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες πληροφόρησης και συμβουλευτικής στους τομείς, ψυχοκοινωνικής και νομικής στήριξης γυναικών θυμάτων βίας καθώς και νομική βοήθεια σε συνεργασία με τον Δικηγορικό Σύλλογο Μυτιλήνης.

Επίσης είναι παρών στον αγώνα κατά των ναρκωτικών. Έτσι, θέλοντας να στηρίξει τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα καθώς και τις οικογένειές τους, **βοήθησε στη δημιουργία** του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) Μυτιλήνης και του Κέντρου Πρόληψης Ν. Λέσβου « ΠΝΟΠ » που ανήκει στον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Παρακάτω θα αναφερθούμε αναλυτικά στα κέντρα αυτά.

3.7 ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ (ΚΕΘΕΑ)

3.7.1 Η ταυτότητα του «ΚΕΘΕΑ»

Το ΚΕΘΕΑ είναι ο πρώτος οργανισμός που δημιουργήθηκε στην Ελλάδα για την θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης. Ιδρύθηκε το 1987 (Νόμος 1729) δημιουργώντας την πρώτη θεραπευτική κοινότητα την ΙΘΑΚΗ και μέχρι σήμερα διαθέτει περισσότερες από 70 μονάδες σε όλη την Ελλάδα. Το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του ΚΕΘΕΑ (Κώδικας Νόμων για τα Ναρκωτικά 3459/2006), διασφαλίζει τη διοικητική του αυτονομία, τη δυνατότητα να επιτελεί το έργο του χωρίς πολιτικές εξαρτήσεις και τη συμμετοχικότητα στον τρόπο λήψης των αποφάσεων.

⁵¹ <http://www.isotita.gr/index.php/docs/1726>

Το ΚΕΘΕΑ⁵² είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου. Ανώτατο θεσμικό του όργανο είναι η Γενική του Συνέλευση, όπου συμμετέχουν περισσότερα από 900 άτομα από όλη τη χώρα: οι εργαζόμενοι, τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, οι Σύλλογοι Οικογένειας (Δ.Σ.) των προγραμμάτων του ΚΕΘΕΑ και τα επίτιμα (τέως μέλη) του αιρετού Δ.Σ. του ΚΕΘΕΑ. Τα μέλη της Γενικής Συνέλευσης προτείνουν τις υποψηφιότητες για τα 9 από τα 11 τακτικά μέλη και τα για τα 3 αναπληρωματικά του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΕΘΕΑ και αποφασίζουν για τη σύνθεσή του με ψηφοφορία. Τα δύο μη αιρετά μέλη του Δ.Σ. προέρχονται από το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας και το Δ.Σ. του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου. Το Συμβούλιο έχει διετή και άμισθη θητεία και είναι επιφορτισμένο με τη γενική εποπτεία της λειτουργίας του οργανισμού. Ορίζει επίσης το Διευθυντή ΚΕΘΕΑ, ο οποίος φέρει τη διοικητική και θεραπευτική ευθύνη για το ΚΕΘΕΑ.

Το Συμβούλιο Πολιτικής ΚΕΘΕΑ (ΣΠΟΚ) απαρτίζεται από την ολομέλεια των εργαζομένων σε θέσεις ευθύνης σε όλη την Ελλάδα (πάνω από 100 άτομα). Ρόλος του είναι η χάραξη των κατευθυντήριων γραμμών πολιτικής του οργανισμού. Το ΚΕΘΕΑ τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Χρηματοδοτείται με κρατική επιχορήγηση η οποία λόγω της κρίσης έχει σημειώσει σημαντική μείωση. Συνολικά την τριετία 2009-2011 μείωσε τις δαπάνες του κατά 21 %, εντείνοντας συγχρόνως τις προσπάθειες αυτοχρηματοδότησης μέσα από τις παραγωγικές του μονάδες (τυπογραφείο, ξυλουργείο, αγροκτήματα, εργαστήριο κεραμικής),προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης –ΕΣΠΑ και δωρεές – χορηγίες. Στο πλαίσιο του ΚΕΘΕΑ λειτουργεί Τμήμα Εσωτερικού Ελέγχου, ενώ ο οργανισμός ελέγχεται σε ετήσια βάση από εταιρεία ορκωτών ελεγκτών. Η ετήσια έκθεσή τους υποβάλλεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους.

Το ΚΕΘΕΑ παρέχει τις υπηρεσίες του στους χρήστες και στις οικογένειές τους δωρεάν και χωρίς την συνδρομή των ασφαλιστικών ταμείων. Παρά την πανελλήνια εξάπλωση των υπηρεσιών του, οι δαπάνες διοικητικής υποστήριξης διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα, ενώ το κόστος θεραπείας περιορίζεται σημαντικά χάρη στην

⁵² ΚΕΘΕΑ –Απολογισμός έργου 2011

αξιοποίηση εθελοντών και την απουσία βοηθητικού ή φυλακτικού προσωπικού. Οι εργασίες που απαιτούνται για την καθημερινή λειτουργία των θεραπευτικών προγραμμάτων και την διαβίωση σε αυτά γίνονται από τους συμμετέχοντες και αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας. Πολλά κτήρια μονάδων του ΚΕΘΕΑ προέρχονται από δωρεές, χωρίς επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού.

3.7.2 Το ΚΕΘΕΑ Μυτιλήνης

Το ΚΕΘΕΑ Μυτιλήνης⁵³ δημιουργήθηκε το Νοέμβριο του 2008 και λειτουργεί ως μονάδα ψυχολογικής – συμβουλευτικής υποστήριξης και επανένταξης. Δεν λειτουργεί, ακόμη τουλάχιστον, σε αυτό μονάδα απεξάρτησης. Απευθύνεται στους χρήστες ναρκωτικών ουσιών αλλά και στις οικογένειές τους. Λειτουργεί σε κτήριο που έχει παραχωρήσει η Νομαρχία Λέσβου.

Με την μονάδα συμβουλευτικής υποστήριξης έρχονται πρώτα σε επαφή τα άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα χρήσης ουσιών και ζητάνε την βοήθεια του ΚΕΘΕΑ το οποίο προσφέρει τις παρακάτω υπηρεσίες :

- Αξιολόγηση της κατάστασης του χρήστη ναρκωτικών και της δριμύτητας των προβλημάτων του σε σωματικό, ψυχολογικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο
- Σχεδιασμός της θεραπευτικής παρέμβασης
- Μείωση της χρήσης και των συνδεόμενων με αυτή βλαβών
- Φροντίδα της υγείας
- Ενημέρωση για θέματα σωματικής αποτοξίνωσης και ψυχικής απεξάρτησης
- Ατομική και ομαδική συμβουλευτική υποστήριξη
- Εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες
- Πρόχειρα γεύματα και δυνατότητα φροντίδας της ατομικής υγιεινής
- Κινητοποίηση και προετοιμασία για απεξάρτηση
- Συμβουλευτική υποστήριξη οικογενειών

⁵³ ΚΕΘΕΑ Απολογισμός έργου 2011, <http://www.kethea.gr>

- Συλλογή, καταχώρηση και επεξεργασία των κοινωνικό-δημογραφικών και άλλων ατομικών στοιχείων, των προσερχομένων στο πλαίσιο των περιορισμών που θέτει η σχετική με την προστασία προσωπικών δεδομένων νομοθεσία

Η μονάδα υποστηρίζει τις οικογένειες :

- Ενημερώνοντας για τη χρήση ,την εξάρτηση και τις δυνατότητες θεραπείας
- Δίνοντας συναισθηματική στήριξη
- Ευαισθητοποιώντας και κινητοποιώντας τους οικείους για ενεργή συμμετοχή τους στις θεραπευτικές διαδικασίες
- Εκπαιδευοντας και υποστηρίζοντάς τους, ώστε να κινητοποιήσουν τους εξαρτημένους για θεραπεία
- Μαθαίνοντας τους να ξεχωρίζουν συμπεριφορές που ευνοούν την χρήση και να τις τροποποιούν αλλά και την πρόληψη της υποτροπής
- Βελτιώνοντας την επικοινωνία και την λειτουργικότητα της οικογένειας
- Με την προσωπική ανάπτυξη μέσα από ομάδες αυτοβοήθειας και δημιουργικές δραστηριότητες

3.7.3 Το προσωπικό

Το προσωπικό του αποτελείται από 2 υπαλλήλους,1 διοικητική υπάλληλο και 1 θεραπεύτρια. Σημαντική είναι η βοήθεια που προσφέρουν οι εθελοντές στη μονάδα. Η ανάγκη για πρόσληψη νέου προσωπικού είναι μεγάλη αλλά λόγω των μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής, συνεχίζεται η απουσία έγκρισης νέων προσλήψεων. Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά και τους εργαζόμενους οι οποίοι διαθέτουν λιγότερους πόρους για την εκπλήρωση του έργου τους, ενώ παράλληλα έχουν υποστεί σημαντικές μειώσεις στους μισθούς τους.

3.7.4 Οι υπηρεσίες

Η μονάδα παρέχει στους χρήστες ναρκωτικών υπηρεσίες ενημέρωσης, συμβουλευτικής και κινητοποίησης για θεραπεία. Στη συνέχεια, εφόσον το

επιθυμούν, μπορούν να ενταχθούν σε κάποια από τις Θεραπευτικές Κοινότητες διαμονής του ΚΕΘΕΑ σε όλη την χώρα. Παράλληλα, απευθύνεται στο οικογενειακό και προσωπικό περιβάλλον του εξαρτημένου χρήστη ναρκωτικών, ανεξάρτητα από το αν ο ίδιος είναι ενταγμένος σε θεραπεία, παρέχοντας ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη.

Η Μονάδα υποστηρίζει και την κοινωνική επανένταξη όσων έχουν ολοκληρώσει την Θεραπευτική κοινότητα του ΚΕΘΕΑ και σκοπεύουν να εγκατασταθούν στη Μυτιλήνη ή σε κοντινές περιοχές. Σε αυτό το πλαίσιο προβλέπεται και η δημιουργία ξενώνα. Η υπηρεσία επανένταξης μπορεί να προσφέρεται από την μονάδα, αλλά στην πράξη, τα άτομα προτιμούν η επανένταξή τους να γίνεται μακριά από το νησί, ίσως λόγω της κλειστής κοινωνίας και των ρατσισμού που δέχονται. Η ολοκλήρωση του δικτύου υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ στη Μυτιλήνη θα δίνει και την δυνατότητα ένταξης σε Θεραπευτική κοινότητα που θα δημιουργηθεί στην πόλη τα επόμενα χρόνια.

3.8 ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΛΕΣΒΟΥ « ΠΝΟΗ ».

3.8.1 Η ταυτότητα της « ΠΝΟΗΣ »

Το Κέντρο Πρόληψης των Εξάρτησης και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Λέσβου⁵⁴ « Πνοή » ιδρύθηκε το 2000 στη Μυτιλήνη. Η λειτουργία του υπήρξε πρωτοβουλία της Νομαρχίας Λέσβου και τοπικών αρχών σε συνεργασία με τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ).

Θεσμικά η « Πνοή » αποτελεί Αστική Εταιρεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα την επιστημονική εποπτεία της οποίας έχει ο ΟΚΑΝΑ.

Η χρηματοδότηση της προέρχεται κατά ποσοστό 50% από τον ΟΚΑΝΑ και κατά 50% από τον Υπουργείο εσωτερικών και το Υπουργείο Υγείας .

⁵⁴ Περιοδικό «Πνοή» Μυτιλήνη 2012

Τα μέλη της Αστικής Εταιρείας είναι :

- Η περιφερειακή Ενότητα Λέσβου
- Ο Δήμος Λέσβου
- Οι Ιερές Μητροπόλεις Μυτιλήνης και Μηθύμνης
- Ο Ιατρικός σύλλογος
- Ο Φαρμακευτικός σύλλογος
- Το Ν.Π.Δ.Δ. Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης Δήμου Λέσβου

Διοικείται από 7μελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο αποτελείται από εκπροσώπους των μελών της Αστικής Εταιρείας.

3.8.2 Το προσωπικό

Στελεχώνεται από κατάλληλα εκπαιδευμένο σε θέματα πρόληψης επιστημονικό προσωπικό, το οποίο αποτελείται από τρεις ψυχολόγους, δύο κοινωνικούς λειτουργούς και μια διοικητική υπάλληλο.

3.8.3 Ο Σκοπός

Το Κέντρο Πρόληψης <Πνοή> σχεδιάζει και υλοποιεί προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας. Σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι η θωράκιση της ψυχικής και συναισθηματικής υγείας των ατόμων και η πρόληψη της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών.

3.8.4 Οι Στόχοι

- Η ενίσχυση της ψυχικής υγείας των νέων, των κοινωνικών τους δεξιοτήτων και των διαπροσωπικών τους σχέσεων, έτσι ώστε να αναπτύσσουν απρόσκοπτα την προσωπικότητα και το δυναμικό τους
- Η προστασία της κοινότητας από τη βλάβη που προκαλούν σε μακροκοινωνικό επίπεδο συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών

- Η προαγωγή και εξέλιξη της γνώσης και της τεχνογνωσίας στο πεδίο της πρόληψης και της προαγωγής της θετικής υγείας του πληθυσμού
- Η παροχή έγκυρων υπηρεσιών πληροφόρησης σχετικά με θέματα εξαρτήσεων
- Η παροχή υποστηρικτικών και συμβουλευτικών υπηρεσιών σε γονείς, εφήβους, εκπαιδευτικούς και σε κάθε πολίτη
- Η ευαισθητοποίηση φορέων και μελών της κοινότητας με σκοπό την δημιουργία κοινωνικού δικτύου δράσης στην τοπική κοινωνία για την πρόληψη και την προαγωγή της θετικής υγείας
- Η παροχή πληροφοριών σε άτομα που κάνουν χρήσης ουσιών με σκοπό την ενημέρωση, κινητοποίηση και παραπομπή τους στις υπάρχουσες δομές θεραπείας, ανάλογα με τις ανάγκες τους.

3.8.5 Οι Δραστηριότητες

Σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ η << Πνοή >> πραγματοποιεί μια σειρά από δράσεις σε σχολεία, επαγγελματικούς χώρους, συλλόγους, τοπικές αρχές, στο στρατό, κ.α. στην ευρύτερη κοινότητα του νησιού της Λέσβου, ανταποκρινόμενη στις ανάγκες ενός πληθυσμού 100.000 περίπου κατοίκων.

Οι κύριες δραστηριότητες της Πνοής είναι :

- Οι διοργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για γονείς, εφήβους, παιδιά, εκπαιδευτικούς, ειδικούς ψυχικής υγείας και άλλα << πρόσωπα κλειδιά >> της τοπικής κοινωνίας
- Η διοργάνωση ενημερωτικών δράσεων, εκδηλώσεων ευαισθητοποίησης, καθώς και επιστημονικών ομιλιών με στόχο την ενημέρωση της κοινότητας σχετικά με την πρόληψη και την προαγωγή της θετικής υγείας
- Η υποδοχή ατομικών περιστατικών χρήσης ουσιών και η παροχή πληροφοριών σε άτομα που κάνουν χρήση ουσιών και στις οικογένειές τους για τις υπάρχουσες δομές θεραπείας
- Η συμβουλευτική σε ατομικά αιτήματα που αφορούν θέματα ψυχικής υγείας

- Η έρευνα και αξιολόγηση στα πεδία της πρόληψης των ναρκωτικών και της προώθησης της θετικής υγείας
- Η προαγωγή και συμμετοχή σε προγράμματα συνεργασίας με συναφείς φορείς στην Ελλάδα και διεθνώς.

3.8.6 Τα εκπαιδευτικά προγράμματα

i) Για τους γονείς

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε γονείς έχουν ως στόχο τη στήριξη του ρόλου τους, όπως αυτός διαμορφώνεται στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα και τη βελτίωση των σχέσεων και της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Υλοποιούνται σε όλο το νησί, με κριτήρια τις ανάγκες κάθε περιοχής και την υποβολή σχετικών αιτημάτων εκ μέρους συλλόγων γονέων και κηδεμόνων, διευθυντών σχολείων, φορέων της τοπικής κοινότητας κ.λ.π.. Κάθε κύκλος συναντήσεων ολοκληρώνεται σε δέκα το ελάχιστο δίωρες συναντήσεις .

Οι στόχοι που εκπληρώνουν τα προγράμματα γονέων είναι :

- Η ενημέρωση των γονέων για τα στάδια ανάπτυξης του παιδιού, για τις ψυχικές και συναισθηματικές ανάγκες του σε κάθε στάδιο, καθώς και για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και την εκδήλωση επικίνδυνων συμπεριφορών
- Η ενίσχυση της ικανότητας των γονέων να στηρίζουν συναισθηματικά τα παιδιά τους και να τα βοηθούν σε δύσκολες στιγμές
- Η εκπαίδευση των γονέων σε στρατηγικές και δεξιότητες που ενισχύουν την αυτονομία και υπευθυνότητα των παιδιών
- Η στήριξη των γονέων μέσα από την αλληλεπίδρασή τους με άλλους γονείς.

ii) Για τα παιδιά και τους εφήβους

Οι νέοι αποτελούν την κύρια ομάδα στόχο των προγραμμάτων πρόληψης. Σήμερα είναι αποδεκτό ότι τα προγράμματα αυτά είναι περισσότερο

αποτελεσματικά όταν εντάσσονται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο προσωπικής και κοινωνικής εκπαιδευτικής και αγωγής υγείας.

Τα προγράμματα της << Πνοής >> που απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους προβλέπουν στην καλλιέργεια προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, που θωρακίζουν το νεαρό άτομο απέναντι σε εξαρτητικού τύπου συμπεριφορές και το επιτρέπουν να προχωρήσει στη ζωή, αναπτύσσοντας απρόσκοπτα το δυναμικό, τη δημιουργικότητα, τα όνειρά του.

Οι στόχοι του προγράμματος που απευθύνεται σε παιδιά είναι :

- Η βελτίωση των αντιλήψεων των παιδιών για τον εαυτό τους και τους άλλους
- Η αναγνώριση και αξιολόγηση ατομικών δεξιοτήτων και η καλλιέργεια της αυτοεκτίμησης
- Η ενίσχυση των δεξιοτήτων αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας.

Οι στόχοι του προγράμματος που απευθύνεται σε εφήβους είναι :

- Η υποστήριξη στη διαδικασία εξατομίκευσης και απόκτησης προσωπικής ταυτότητας
- Η προσφορά ερεθισμάτων για την αναγνώριση και των σεβασμό της διαφορετικότητας και των διαφορετικών οπτικών γύρω από την πραγματικότητα
- Η καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων ζωής, όπως η ευελιξία και η προσαρμοστικότητα
- Η ενίσχυση του αυτοσεβασμού και η υποστήριξη στη διαμόρφωση μιας θετικής αντίληψης για τον εαυτό.

iii) Για τους εκπαιδευτικούς

Το σχολείο, ειδικότερα αποτελεί ένα συστηματικό πεδίο παρέμβασης για την << Πνοή >>, καθώς αναγνωρίζεται ως το προτιμώμενο περιβάλλον για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στο νεανικό πληθυσμό. Το σχολικό περιβάλλον εγγυάται

μακροπρόθεσμη και συνεχή παρέμβαση, ενώ επιτρέπει την αξιοποίηση ενδιάμεσων ομάδων, όπως είναι οι εκπαιδευτικοί, που μπορούν να δράσουν πολλαπλασιαστικά.

Οι στόχοι των προγραμμάτων σε εκπαιδευτικούς είναι :

- Την ενίσχυση των εκπαιδευτικών στο παιδαγωγικό τους έργο
- Την παροχή γνώσεων σε θέματα που αφορούν την ψυχο-συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη παιδιών και εφήβων
- Την ενδυνάμωση της επικοινωνίας μεταξύ εκπαιδευτικών – γονέων – μαθητών
- Την πραγματοποίηση βιοματικών σεμιναρίων με στόχο την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης από τους εκπαιδευτικούς στη σχολική τάξη\ στην επιστημονική στήριξη – εποπτεία των εκπαιδευτικών που εφαρμόζουν προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας στους μαθητές.

3.8.7 Η Συμβουλευτική

Η « Πνοή » ανταποκρίνεται σε ατομικά και οικογενειακά αιτήματα συμβουλευτικής γύρω από θέματα που έχουν να κάνουν με τις διαπροσωπικές σχέσεις και δυσκολίες, με προβλήματα στις σχέσεις μελών της οικογένειας (γονέων και παιδιών) και στη σχέση του ζευγαριού.

Η υποδοχή αυτών των αιτημάτων βασίζεται στο σκεπτικό ότι οι ατομικές και οικογενειακές δυσκολίες αποτελούν δυνητικά επιβαρυντικούς παράγοντες, για την αντιμετώπιση των οποίων μπορεί να απευθυνθεί κάποιος στη χρήση ουσιών. Επιπλέον, η υποστήριξη στην οικογένεια, μέσα από συνεδρίες συμβουλευτικής, βοηθά τα μέλη της να μαθαίνουν να διαχειρίζονται καλύτερα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και να εκφράζουν ανοιχτά τα μεταξύ τους συναισθήματα, σκέψεις και ανάγκες με τρόπους που προωθούν αφενός την αυτοεκτίμηση και αφετέρου την επικοινωνία και την ίδια τη σχέση. Παράλληλα δέχεται αιτήματα ατόμων, που έχουν εμπλακεί στη χρήση ουσιών ή γονέων που έχουν παιδιά με θέματα εξάρτησης, προκειμένου να παράσχει μια πρώτη ενημέρωση για τα θεραπευτικά προγράμματα που υπάρχουν σε όλη την Ελλάδα και στη Λέσβο και να κινητοποιήσει τον ίδιο τον χρήστη ή την οικογένειά του να κάνει μια πρώτη τηλεφωνική επαφή με το πρόγραμμα.

3.8.8 Έρευνα και αξιολόγηση

Η αξιολόγηση αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης και πραγματοποιείται από τους ίδιους τους αποδέκτες τους μετά την ολοκλήρωση μιας παρέμβασης με την μορφή ανωνύμων ερωτηματολογίων. Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται και αναλύονται με αυτόν τον τρόπο, αξιολογούνται στη συνέχεια κατά το σχεδιασμό για την υλοποίηση νέων παρεμβάσεων με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η έρευνα επιτρέπει την εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων σε σχέση με την εικόνα της κοινωνίας και τις ανάγκες της ως προς ζητήματα που αφορούν την πρόληψη, τα οποία μπορούν να αξιολογηθούν στη συνέχεια στο στρατηγικό σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και την προαγωγή της υγείας των νέων.

Η Πνοή την άνοιξη του 2011 συμμετείχε στην Πανευρωπαϊκή έρευνα του ESPAD για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από εφήβους μαθητές. Την ευθύνη για την διεξαγωγή της έρευνας είχε στην Ελλάδα το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ) σε συνεργασία με τον Οργανισμό Κατά Τον Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) και διεξήχθη στην Ελλάδα σε 35.000 περίπου μαθητές, ηλικίας 13 -18 ετών.

3.8.9 Συνεργασίες

Συνεργασίες που αναπτύχθηκαν από την « Πνοή » πέρα από τις προγραμματισμένες :

- Παρεμβάσεις για τις βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος (στο σχολείο δεύτερης ευκαιρίας Μυτιλήνης, στις ένοπλες δυνάμεις, σεμινάρια διακοπής καπνίσματος)
- Παρέμβαση στη μονάδα φιλοξενίας ασυνόδευτων ανηλίκων προσφύγων της Αγιάσου με αντικείμενο την ευαισθητοποίηση του προσωπικού πάνω σε ζητήματα πρόληψης και χρήση ουσιών

- Υποβολή αίτησης συμμετοχής στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και εμπειρίας Gruntvig σε συνεργασία με φορείς από τρεις ακόμη ευρωπαϊκές χώρες
- Συνδιοργάνωση ημερίδων
- Συνεργασία με την πρωτοβάθμια διεύθυνση εκπαίδευσης για κύκλο ομιλιών σε δημοτικά σχολεία του νησιού.

Κεφαλαίο 4. Στατιστική έρευνα

4.1 Μεθοδολογία έρευνας

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστεί η στατιστική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της πτυχιακής εργασίας .

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η κοινωνική πολιτική του Δήμου Μυτιλήνης για την πρόληψη και θεραπεία εξάρτησης από ουσίες μέσα από τις απόψεις των δημοτών για την λειτουργία και το έργο που προσφέρει.

Για την διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο επιδιώκει την ομοιόμορφη και σαφή λήψη των αναγκαίων πληροφοριών με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων χωρίς αμφιβολίες και λάθη.

Το ερωτηματολόγιο που ερευνά την κοινωνική πολιτική του δήμου Μυτιλήνης για την πρόληψη και θεραπεία εξάρτησης από ουσίες περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις και είναι χωρισμένο σε δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, και πιο συγκεκριμένα το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή κατάσταση, την εργασιακή κατάσταση, το εισόδημα και τον τόπος διαμονής. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις στο οποίο και ερευνά το πως ο δήμος στηρίζει τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα, πως αντιμετωπίζετε το πρόβλημα των ναρκωτικών, την ύπαρξη μονάδας απεξάρτησης, τα σημαντικότερα προβλήματα των χρηστών ή πρώην χρηστών, τις ελλείψεις των κέντρων ΚΕΘΕΑ και ΟΚΑΝΑ, το προσωπικό, την βοήθεια του δήμου προς τα κέντρα , την κοινωνική πολιτική για την πρόληψη και την θεραπεία εξάρτησης του Δήμου, την ευθύνη για το πρόβλημα των ναρκωτικών, την οικονομική κρίση σε σχέση με την κοινωνική πολιτική και τις κοινωνικές δράσεις που θα έπρεπε να πραγματοποιούνται στο Δήμο.

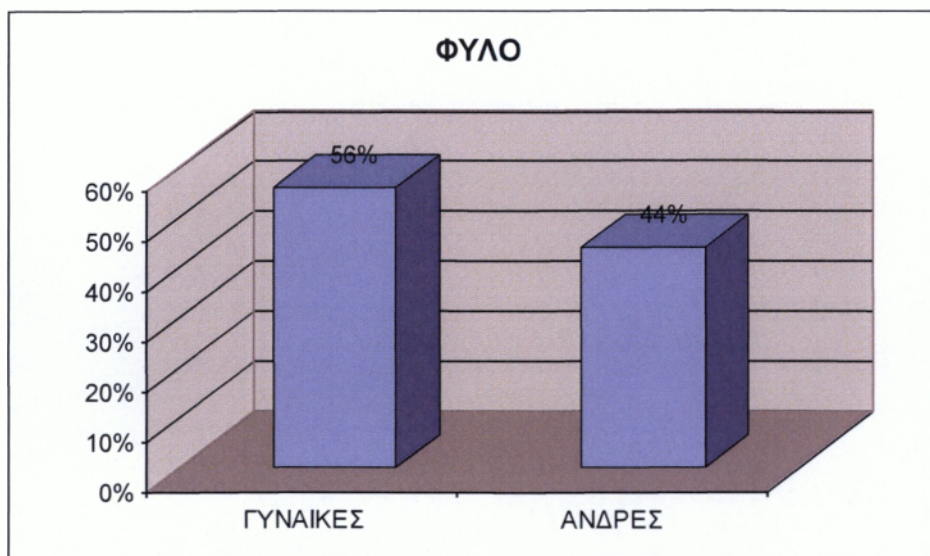
Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε και συμπληρώθηκε από 100 κατοίκους του δήμου Μυτιλήνης. Η διάρκεια της έρευνας ήταν 4 εβδομάδες και συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε από 01/02/2014 και ολοκληρώθηκε στις 01/03/2014.

4.2 Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας διαγραμματικά καθώς επίσης και οι πίνακες με τα αποτελέσματα. Μέσα από τα παρακάτω στοιχεία θα μπορέσουμε να βγάλουμε συμπεράσματα για τις δομές της κοινωνικής πολιτικής που αφορά την πρόληψη και θεραπεία εξάρτησης από ουσίες του δήμου Μυτιλήνης.

Πίνακας 4.1 Φύλο

ΦΥΛΟ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΑΝΤΡΑΣ	44	44%
ΓΥΝΑΙΚΑ	56	56%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

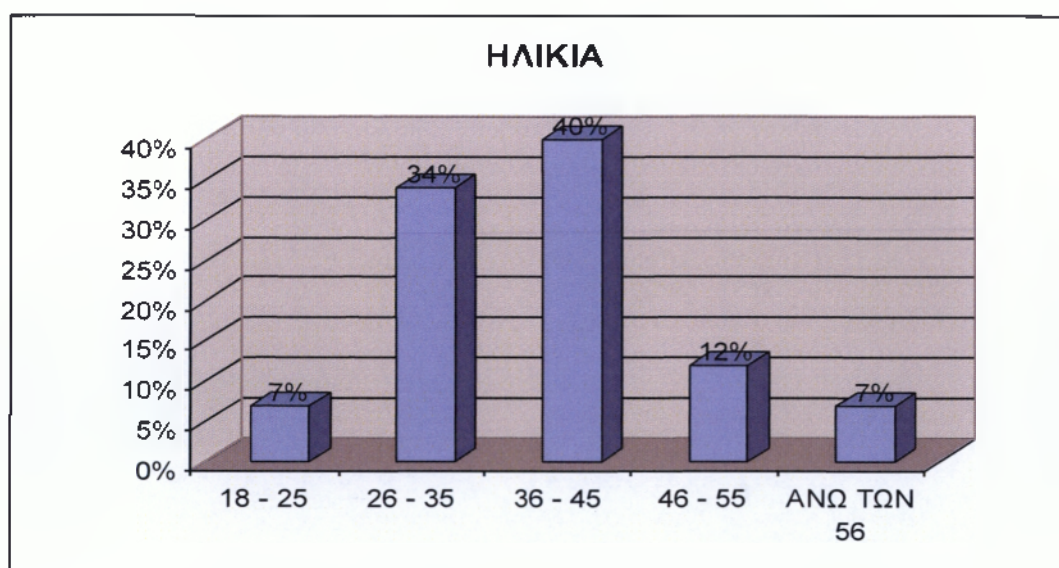


Διάγραμμα 4.1 Φύλο

Στο διάγραμμα 4.1 εμφανίζεται το φύλο των ερωτώμενων. Παρατηρούμε ότι το δείγμα της έρευνας είναι σχεδόν μοιρασμένο, με ένα μικρό προβάδισμα των γυναικών. Το 56% των ερωτώμενων είναι γυναίκες και το υπόλοιπο 44% είναι άνδρες.

Πίνακας 4.2 Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
18 - 25	7	7%
26 - 35	34	34%
36 - 45	40	40%
46 - 55	12	12%
ΑΝΩ ΤΩΝ 56	7	7%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

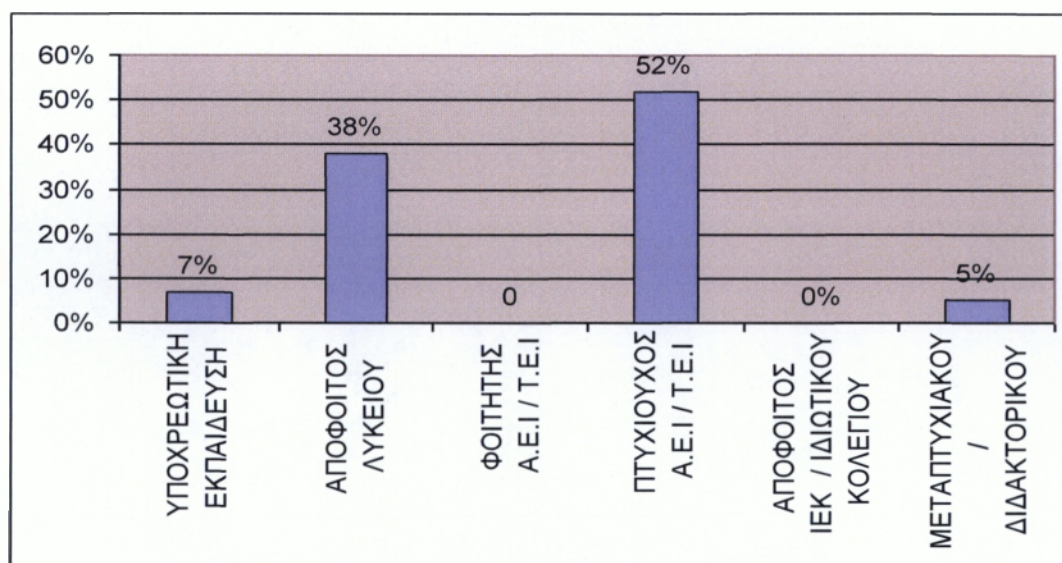


Διάγραμμα 4.2 Ηλικία

Η ηλικία των ερωτώμενων εμφανίζεται στο παρακάτω διάγραμμα. Όπως παρατηρείται για την πραγματοποίηση της έρευνας επιλέχθηκαν άτομα από όλες τις ηλικίες. Πιο συγκεκριμένα, το 40% του δείγματος βρίσκεται μεταξύ 36 και 45 ετών, το 34% είναι μεταξύ 26 και 35 ετών, οι ηλικίες 18 έως 25 και 56 και άνω συγκεντρώνουν το 7% και τέλος το υπόλοιπο 12% είναι από 46 έως 55 ετών.

Πίνακας 4.3 Επίπεδο Εκπαίδευσης

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	7	7%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	38	38%
ΦΟΙΤΗΤΗΣ Α.Ε.Ι / Τ.Ε.Ι	0	0%
ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ Α.Ε.Ι / Τ.Ε.Ι	52	52%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΙΕΚ / ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΚΟΛΕΓΙΟΥ	0	0%
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ / ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	5	5%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

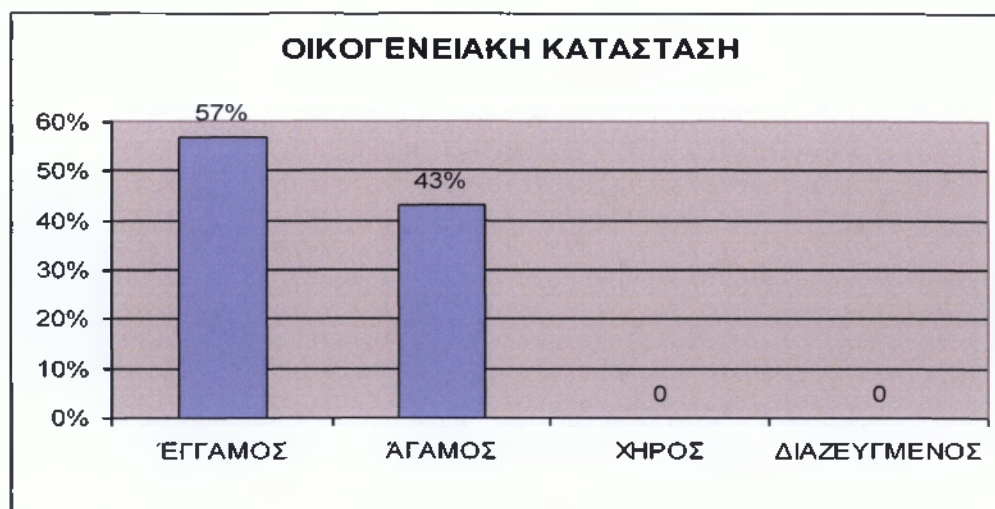


Διάγραμμα 4.3 Επίπεδο Εκπαίδευσης

Στο διάγραμμα 4.3 παρατηρούμε το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτώμενων. Διαπιστώνεται ότι το επίπεδο των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι σχετικά υψηλό. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, πάνω από το μισό είναι κάτοχοι πτυχίου ΤΕΙ /ΑΕΙ καθώς και μεταπτυχιακού. Το 38% είναι απόφοιτοι λυκείου ενώ ένα 7% έχει τελειώσει το δημοτικό. Φοιτητές ΑΕΙ / ΤΕΙ και απόφοιτοι ΙΕΚ / ιδιωτικού κολεγίου δεν απάντησαν το ερωτηματολόγιο.

Πίνακας 4.4 Οικογενειακή Κατάσταση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Έγγαμος	57	57%
Άγαμος	43	43%
Χήρος	0	0%
Διαζευγμένος	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

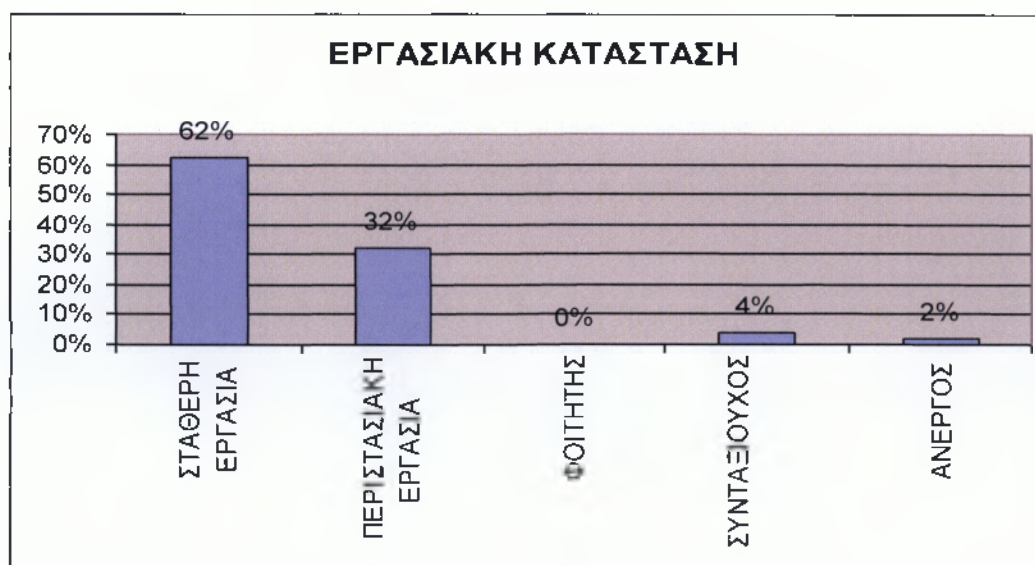


Διάγραμμα 4.4 Οικογενειακή Κατάσταση

Στο διάγραμμα 4.4 παρατηρούμε την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων. Διαπιστώνεται ότι το 57% των ατόμων είναι έγγαμοι ενώ το 43% είναι άγαμοι. Χήροι καθώς και διαζευγμένοι δεν απάντησαν στο ερωτηματολόγιο.

Πίνακας 4.5 Εργασιακή Κατάσταση

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Σταθερή εργασία	62	62%
Περιστασιακή εργασία	32	32%
Φοιτητής	0	0%
Συνταξιούχος	4	4%
Άνεργος	2	2%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

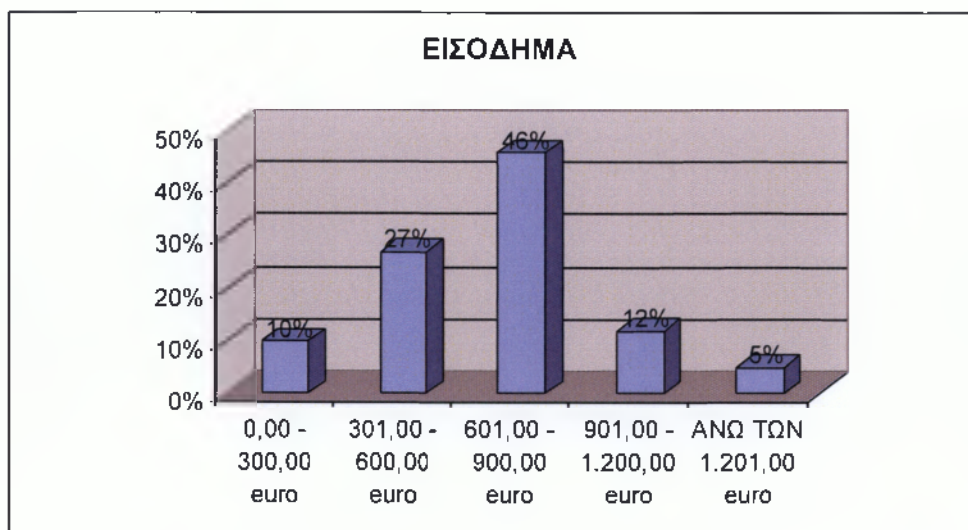


Διάγραμμα 4.5 Εργασιακή Κατάσταση

Στο διάγραμμα 4.5 παρατηρούμε την εργασιακή κατάσταση των ερωτώμενων. Διαπιστώνεται ότι πάνω από τους μισούς ερωτώμενους, το 62% έχουν μια σταθερή εργασία. Το ποσοστό των ατόμων που έχουν περιστασιακή εργασία ανέρχεται στο 32% ενώ οι συνταξιούχοι αποτελούν το 4%. Οι άνεργοι αποτελούν μόλις το 2% ενώ φοιτητές δεν απάντησαν στο ερωτηματολόγιο.

Πίνακας 4.6 Εισόδημα

ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
0,00 – 300,00 euro	10	10%
301,00 – 600,00 euro	27	27%
601,00 – 900,00 euro	46	46%
901,00 – 1.200,00 euro	12	12%
ΑΝΩ ΤΩΝ 1.200,00 euro	5	5%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%



Διάγραμμα 4.6 Εισόδημα

Από το διάγραμμα 4.6 διαπιστώνουμε ότι το μέσο εισόδημα των ερωτώμενων κυμαίνεται στα 601,00 – 900,00 ευρώ με ποσοστό 46%. Το 27% του δείγματος έχει εισόδημα από 301,00 – 600,00 ευρώ ενώ το 12% λαμβάνει μηνιαίως από 901,00 έως 1.200,00 ευρώ. Ένα 10% του δείγματος δεν λαμβάνουν πάνω από 300 ευρώ το μήνα. Τέλος ένα 5% έχει εισόδημα πάνω από 1.200,00 ευρώ.

Πίνακας 4.7 Τόπος Διαμονής

Είστε Δημότες Μυτιλήνης ;	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	100	100%
ΟΧΙ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%



Διάγραμμα 4.7 Τόπος Διαμονής

Σύμφωνα με το διάγραμμα 4.7 όλοι οι ερωτώμενοι (100%) είναι δημότες Μυτιλήνης, αποτέλεσμα που μας οδηγεί στην εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας , καθώς ζουν από κοντά τα κοινωνικά προβλήματα του Δήμου.

Πίνακας 4.8 Υπηρεσία του δήμου Μυτιλήνης για την στήριξη των εξαρτημένων από ναρκωτικά

ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΡΜΟΔΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ;		
ΝΑΙ	16	16%
ΟΧΙ	49	49%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	35	35%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%



Διάγραμμα 4.8 Υπηρεσία του δήμου Μυτιλήνης για την στήριξη των εξαρτημένων ατόμων

Συμφώνα με το διάγραμμα 4.8 για το εάν υπάρχει υπηρεσία του δήμου για την υποστήριξη ατόμων εξαρτημένων από ναρκωτικά, σχεδόν οι μισοί ερωτώμενοι απάντησαν ότι δεν υπάρχει αρμόδια υπηρεσία στο δήμο για την υποστήριξη των ατόμων αυτών. Ένα 35% δεν γνώριζε εάν υπάρχει αρμόδια υπηρεσία ενώ το 16% απάντησε πως υπάρχει αρμόδια υπηρεσία. Δεν μπορούμε να έχουμε ένα σαφές συμπέρασμα σε αυτήν την ερώτηση γιατί μπορεί το σχεδόν 50% να έχει απαντήσει πως δεν υπάρχει αλλά υπάρχει και ένα άλλο σχεδόν 50% που δεν γνωρίζει η θεωρεί ότι γνωρίζει.

Πίνακας 4.9 Αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών από τον δήμο Μυτιλήνης

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ Ο ΔΗΜΟΣ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ;		
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	24	24%
ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕΡΙΜΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΗΜΟ	49	49%
ΜΕ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΚΕΘΕΑ & ΟΚΑΝΑ	27	27%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%



Διάγραμμα 4.9 Αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών από τον δήμο Μυτιλήνης

Στην ερώτηση για το πώς ο Δήμος Μυτιλήνης αντιμετωπίζει το πρόβλημα των ναρκωτικών το 49% των ερωτώμενων απάντησαν ότι δεν υπάρχει μέριμνα (δεν υπάρχει υπηρεσία) από πλευράς του δήμου για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Το 27% απάντησαν ότι το πρόβλημα αντιμετωπίζεται με τα κέντρα ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ ενώ το 24% δεν γνώριζαν τον τρόπο αντιμετώπισης από τον Δήμο Μυτιλήνης .

Πίνακας 4.10 Έγπαρξη μονάδας απεξάρτησης στο δήμο Μυτιλήνης

ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ			
ΝΑΙ	1	1%	
ΟΧΙ	76	76%	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	23	23%	
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%	



Διάγραμμα 4.10 Έγπαρξη μονάδας απεξάρτησης στο δήμο Μυτιλήνης

Στην ερώτηση για το αν υπάρχει μονάδα απεξάρτησης στο δήμο Μυτιλήνης το 76% των ερωτώμενων γνώριζαν ότι δεν υπάρχει μονάδα απεξάρτησης ενώ ένα πιο μικρό ποσοστό το 23% δεν γνώριζαν για το εάν υπάρχει μονάδα. Μόλις 1% απάντησε ότι υπάρχει μονάδα απεξάρτησης στο δήμο.

Πίνακας 4.11 Δημιουργία μονάδα απεξάρτησης στο δήμο Μυτιλήνης

ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΕΙ ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ		
ΝΑΙ	78	78%
ΟΧΙ	20	20%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ / ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2	2%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%



Διάγραμμα 4.11 Δημιουργία μονάδας απεξάρτησης στο δήμο Μυτιλήνης

Στην ερώτηση για το εάν θα θέλατε να δημιουργηθεί μονάδα απεξάρτησης στο δήμο Μυτιλήνης το 78% των ερωτώμενων απάντησαν ότι θα επιθυμούσαν την δημιουργία μιας μονάδας απεξάρτησης ενώ ένα πιο μικρό ποσοστό 23% απάντησε αρνητικά στην δημιουργία της μονάδας . Ένα ελάχιστο ποσοστό μόλις 2% δεν απάντησαν στην ερώτηση. Από αυτήν την ερώτηση διαπιστώνουμε ότι οι κάτοικοι του δήμου Μυτιλήνης είναι θετικοί στην ιδέα της δημιουργίας μιας μονάδας απεξάρτησης.

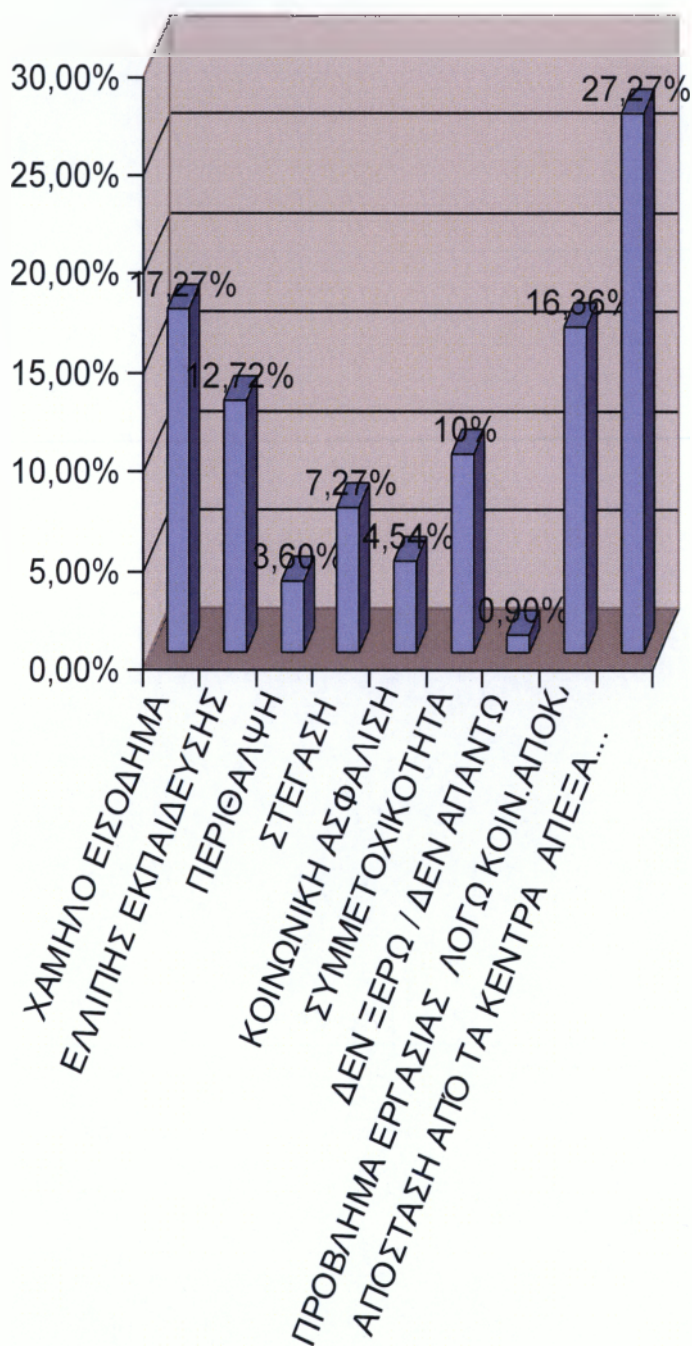
**ΠΟΙΑ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ
ΕΙΝΑΙ ΧΡΗΣΤΕΣ Η ΠΡΩΗΝ ΧΡΗΣΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΠΑΘΟΥΝ ΝΑ
ΑΠΕΞΑΡΤΗΘΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΕΠΑΝΕΝΤΑΧΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ;
(Στο δήμο Μυτιλήνης)**

Χαμηλό Εισόδημα	19	17,27%
Ελλιπής εκπαίδευση	14	12,27%
Περίθαλψη	4	3,63%
Στέγαση	8	7,27%
Κοινωνική Ασφάλιση	5	4,54%
Συμμετοχικότητα	11	10%
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	1	0,9%
Εργασία λόγω κοινωνικού αποκλεισμού	18	16,36%
Απόσταση από τα κέντρα απεξάρτησης	30	27,27%
ΣΥΝΟΛΟ	110	100%

Πίνακας 4.12
Τα σημαντικότερα προβλήματα των χρηστών στο δήμο Μυτιλήνης

Σύμφωνα με το διάγραμμα της προηγούμενης σελίδας σχετικά με τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χρήστες ή πρώην χρήστες στην προσπάθειά τους για απεξάρτηση και επανένταξη στην κοινωνία, στο δήμο Μυτιλήνης, ως σημαντικότερο πρόβλημα θεωρείται η μεγάλη απόσταση από τα κέντρα απεξάρτησης και ακολουθεί το χαμηλό εισόδημα το οποίο συνδυάζεται με την δυσκολία των χρηστών να βρουν δουλειά λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού. Ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά η ελλιπής εκπαίδευση, η συμμετοχικότητα, η στέγαση, η κοινωνική ασφάλιση και η περίθαλψη.

ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ

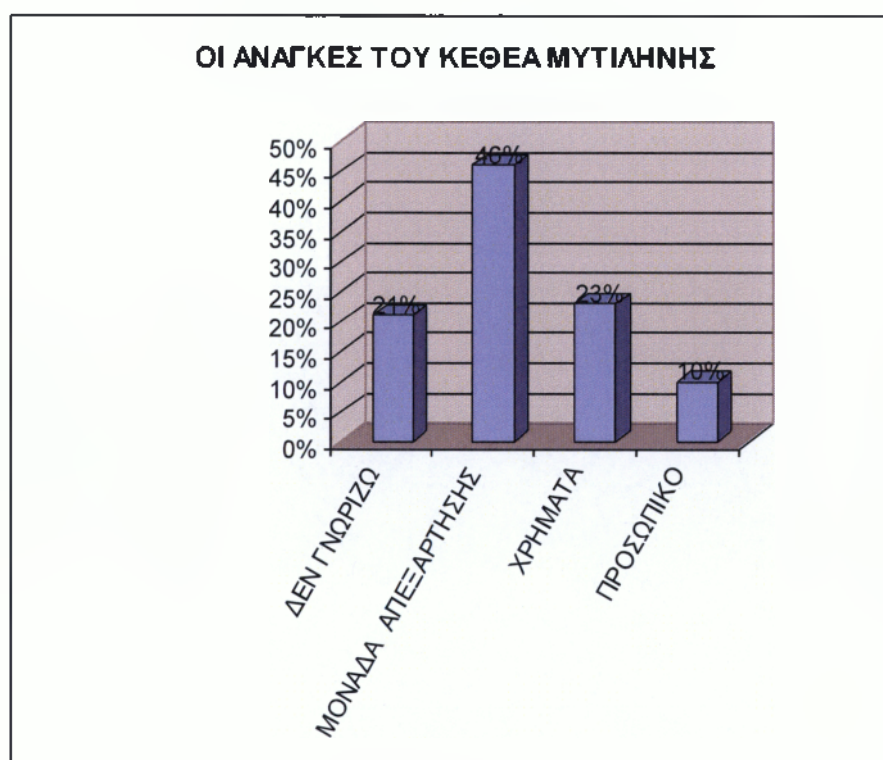


Διάγραμμα 4.12

**Τα προβλήματα των ατόμων που είναι χρήστες ή πρώην χρήστες και προσπαθούν να ανεξαρτηθούν και να επανενταχθούν στην κοινωνία;
(Στο δήμο Μυτιλήνης)**

Πίνακας 4.13
Οι ανάγκες του ΚΕΘΕΑ Μυτιλήνης

ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	21	21%
ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	46	46%
ΧΡΗΜΑΤΑ	23	23%
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	10	10%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

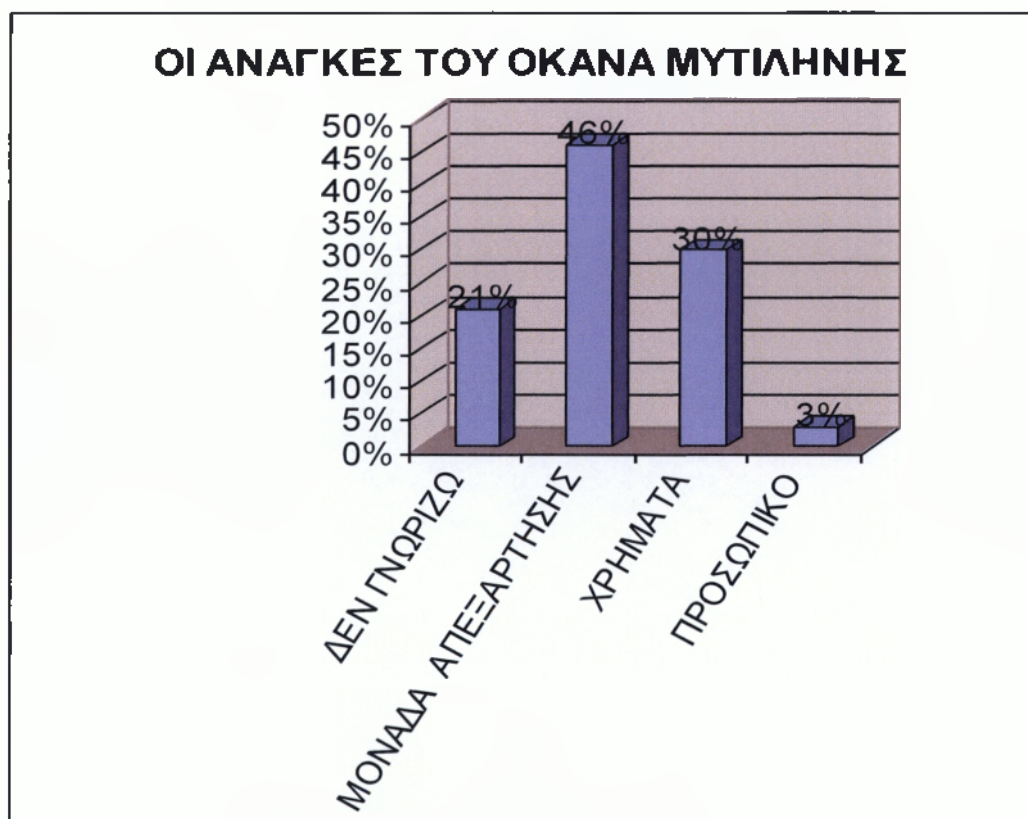


Διάγραμμα 4.13
Οι ανάγκες του ΚΕΘΕΑ Μυτιλήνης

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα 4.13 διαπιστώνουμε ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων 46% θεωρεί ότι μια από τις βασικότερες ανάγκες του ΚΕΘΕΑ Μυτιλήνης είναι η δημιουργία μιας μονάδας απεξάρτησης. Ακολουθούν η έλλειψη χρημάτων και προσωπικού. Ένα 21% δεν γνωρίζει τις ανάγκες που έχει το ΚΕΘΕΑ Μυτιλήνης .

Πίνακας 4.14
Οι ανάγκες του ΟΚΑΝΑ Μυτιλήνης

ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	24	24%
ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	46	46%
ΧΡΗΜΑΤΑ	30	30%
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	3	3%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%



Διάγραμμα 4.14
Οι ανάγκες του ΟΚΑΝΑ Μυτιλήνης

Σύμφωνα με το διάγραμμα 4.14 ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 46% θεωρεί ότι αυτό που έχει ανάγκη το ΟΚΑΝΑ Μυτιλήνης είναι μια μονάδα απεξάρτησης. Το 30% θεωρεί ότι έχει ανάγκη από χρήματα ενώ ένα 3% από προσωπικό. Το 21% δεν γνώριζαν τις ανάγκες του ΟΚΑΝΑ Μυτιλήνης .

Πίνακας 4.15
Το προσωπικό στο κέντρα του δήμου Μυτιλήνης

ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΕΠΑΡΚΕΙ ;	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	0	0%
ΟΧΙ	51	51%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	49	49%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

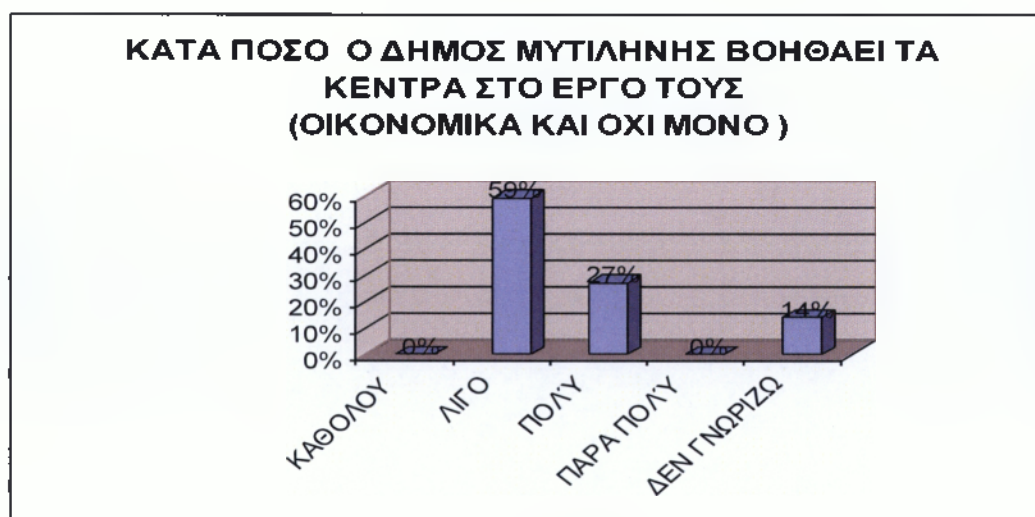


Διάγραμμα 4.15
Το προσωπικό στα κέντρα του δήμου Μυτιλήνης

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα 4.15 το 51% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι το προσωπικό που υπάρχει στα κέντρα ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ του δήμου Μυτιλήνης δεν επαρκεί. Ένα 49% δεν γνώριζε την ερώτηση.

Πίνακας 4.16
Η βοήθεια του δήμου Μυτιλήνης προς τα κέντρα

Κατά πόσο ο δήμος Μυτιλήνης βοηθάει τα κέντρα στο έργο τους (οικονομικά και όχι μόνο)	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0%
ΛΙΓΟ	59	59%
ΠΟΛΥ	27	27%
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	0	0%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	14	14%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%



Διάγραμμα 4.16
Η βοήθεια του δήμου Μυτιλήνης προς τα κέντρα

Σύμφωνα με το διάγραμμα 4.16 , διαπιστώνουμε ότι πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες 59% θεωρούν ότι ο δήμος βοηθά λίγο τα κέντρα ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ στο έργο τους (οικονομικά και όχι μόνο). Ενώ ένα 27% θεωρεί ότι τα βοηθάει πολύ. Ένα 14% δεν γνώριζε να απαντήσει στην ερώτηση.

Πίνακας 4.17
Η κοινωνική πολιτική του Δήμου για την πρόληψη και την θεραπεία της εξάρτησης από ουσίες

Πόσο ικανοποιητική κρίνετε την κοινωνική πολιτική του δήμου Μυτιλήνης για την πρόληψη και θεραπεία από ουσίες ;	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΚΑΘΟΛΟΥ	4	4%
ΛΙΓΟ	85	85%
ΑΡΚΕΤΑ	11	11%
ΠΟΛΥ	0	0%
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%



Διάγραμμα 4.17
Η κοινωνική πολιτική του Δήμου για την πρόληψη και την θεραπεία της εξάρτησης από ουσίες

Στην ερώτηση για το πώς κρίνετε την κοινωνική πολιτική του δήμου Μυτιλήνης για την πρόληψη και την θεραπεία της εξάρτησης από ουσίες, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων 85% θεωρεί ότι η κοινωνική πολιτική του Δήμου είναι λίγο ικανοποιητική ενώ ένα μόλις 11% θεωρεί ότι είναι αρκετά ικανοποιητική.

Πίνακας 4.18
Η αιτία του προβλήματος στο δήμο Μυτιλήνης

Πιστεύετε ότι μερίδιο ευθύνης για το πρόβλημα Των ναρκωτικών στο δήμο Μυτιλήνης έχουν ;	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Τα κοινωνικά προβλήματα	40	40%
Η οικογένεια	33	33%
Ο τρόπος ζωής	8	8%
Ο τουρισμός	10	10%
Άλλο *	9	9%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%



Διάγραμμα 4.18
Η αιτία του προβλήματος στο δήμο Μυτιλήνης

Σύμφωνα με το παρακάτω διάγραμμα 4.18 οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι ευθύνη για το πρόβλημα των ναρκωτικών στο δήμο Μυτιλήνης έχουν τα κοινωνικά προβλήματα με ποσοστό 40%. Ακολουθούν οι οικογένεια με 33% και ο τουρισμός με 10%. Ένα 9% θεωρεί ότι μερίδιο ευθύνης έχει κάτι άλλο (το 8% απάντησε την αστυνομία και ένα 1% τις παρέες) από αυτά που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο ενώ το 8% θεωρεί υπεύθυνο τον τρόπο ζωής.

* : Αστυνομία και παρέες

Πίνακας 4.19
Κοινωνική πολιτική και κρίση στο δήμο Μυτιλήνης

Η τρέχουσα οικονομική συγκυρία ,σε ποιο βαθμό έχει επηρεάσει την άσκηση κοινωνικής πολιτικής του Δήμου Μυτιλήνης ;	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0%
ΛΙΓΟ	0	0%
ΑΡΚΕΤΑ	2	2%
ΠΟΛΥ	53	53%
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	45	45%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%



Διάγραμμα 4.19
Κοινωνική πολιτική και κρίση στο δήμο Μυτιλήνης

Στο παραπάνω διάγραμμα απεικονίζονται οι απαντήσεις στο ερώτημα κατά πόσο η τρέχουσα οικονομική συγκυρία, έχει επηρεάσει την κοινωνική πολιτική του δήμου Μυτιλήνης, στο οποίο το 53% θεωρεί ότι η κρίση έχει επηρεάσει πολύ την κοινωνική πολιτική του Δήμου. Από την άλλη ένα 45% θεωρεί ότι η κρίση έχει επηρεάσει πάρα πολύ την κοινωνική πολιτική. Διαπιστώνουμε και με τα δυο αποτελέσματα ότι η κοινωνική πολιτική έχει επηρεαστεί από την κρίση.

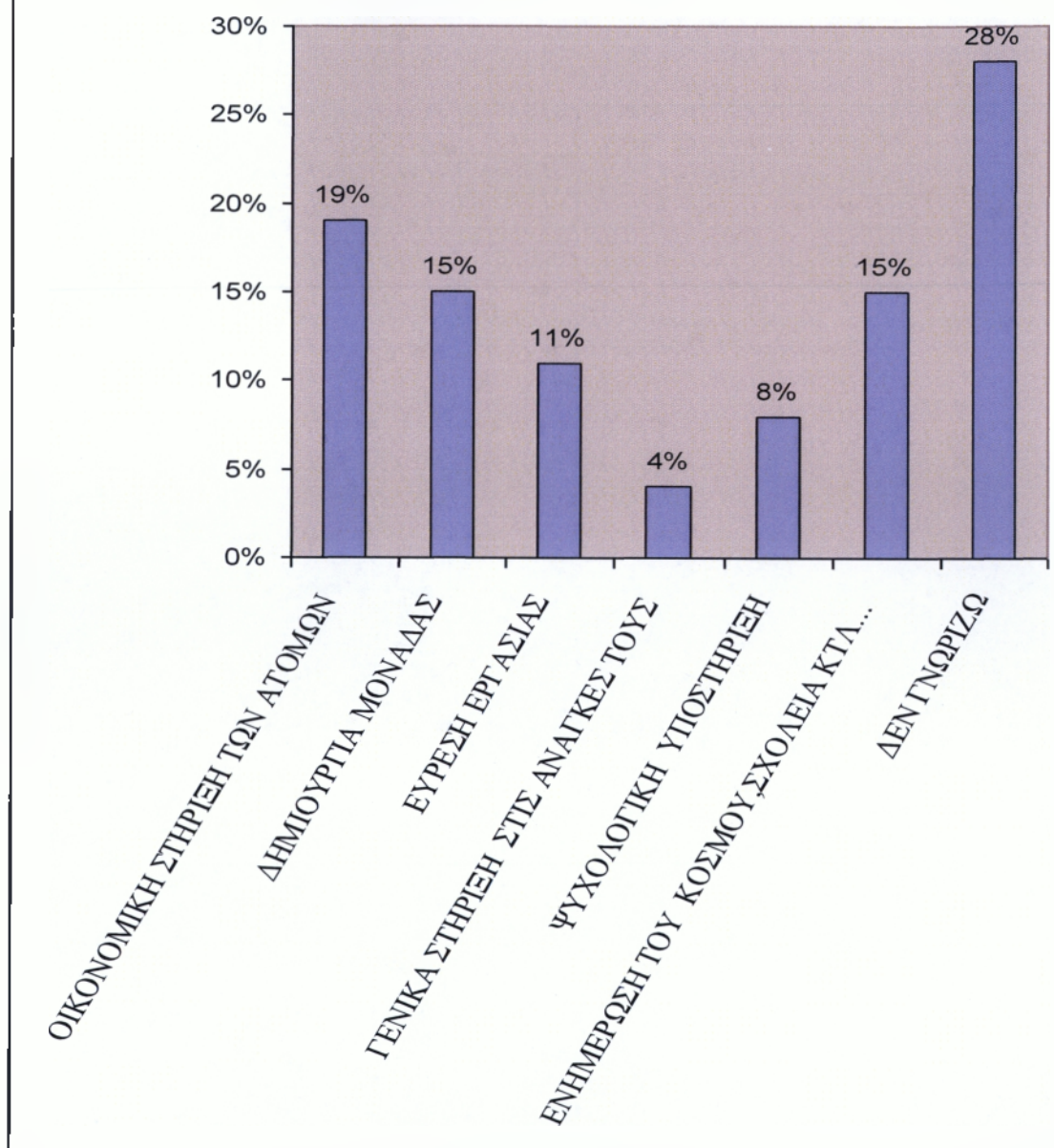
Πίνακας 4.20

Απόψεις για το ποιες κοινωνικές δράσεις θα θέλατε να πραγματοποιεί η αρμόδια υπηρεσία του δήμου Μυτιλήνης για την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων

Ποιες κοινωνικές δράσεις θα θέλατε να πραγματοποιεί η αρμόδια υπηρεσία του δήμου Μυτιλήνης για την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων ;	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Οικονομική στήριξη των ατόμων	19	19%
Δημιουργία μονάδας απεξάρτησης	15	15%
Εύρεση εργασίας	11	11%
Γενικά στήριξη στις ανάγκες τους	4	4%
Ψυχολογική υποστήριξη	8	8%
Ενημέρωση κόσμου, σχολεία κτλ για τις συνέπειες των ναρκωτικών	15	15%
Δεν γνωρίζω	28	28%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Σύμφωνα με το διάγραμμα 4.20 στην ερώτηση για το ποιες κοινωνικές δράσεις θα θέλατε να πραγματοποιεί η αρμόδια υπηρεσία του δήμου Μυτιλήνης για την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων, το 19% απάντησαν ότι θα ήθελαν να στηρίζονται οικονομικά αυτά τα άτομα όταν υπάρχει ανάγκη (π.χ. τα έξοδα μεταφοράς τους για τα κέντρα απεξάρτησης) , ένα 15% θα ήθελε την δημιουργία μιας μονάδας απεξάρτησης καθώς επίσης και την ενημέρωση του κόσμου, των σχολείων κτλ για τις συνέπειες των ναρκωτικών. Επίσης ένα 11% απάντησε ότι η εύρεση εργασίας θα βοηθούσε τα άτομα αυτά και ακολουθεί ένα 8% που θα ήθελαν την ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων και ένα 4% που θα ήθελαν να στηρίζονται γενικά οι ανάγκες αυτών των ατόμων.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙ Η ΑΡΜΟΔΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ;



Διάγραμμα 4.20

Απόψεις για το ποιες κοινωνικές δράσεις θα θέλατε να πραγματοποιεί η αρμόδια υπηρεσία του δήμου Μυτιλήνης για την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να ερευνηθεί τον τρόπο που ασκείται η κοινωνική πολιτική από τον Δήμο Μυτιλήνης για την πρόληψη και θεραπεία της εξάρτησης από ουσίες. Μέσα από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε θελήσαμε να δείξουμε από την μία κατά πόσο ο Δήμος Μυτιλήνης στηρίζει τα εξαρτημένα άτομα από ουσίες και με ποιο τρόπο αντιμετωπίζει το πρόβλημα των ναρκωτικών και από την άλλη το κατά πόσο οι δημότες γνωρίζουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά στην προσπάθεια τους να απεξαρτηθούν, τις ανάγκες τους και την άποψή τους για το αν ο Δήμος Μυτιλήνης τα στηρίζει στον αγώνα τους.

Όλοι οι ερωτώμενοι είναι δημότες Μυτιλήνης και αυτό μας οδηγεί στην εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας, καθώς ζουν από κοντά τα κοινωνικά προβλήματα του Δήμου. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος των ερωτηθέντων όσο αναφορά το φύλο ήταν γυναίκες, οι περισσότεροι που απάντησαν στην έρευνα ήταν πτυχιούχοι Τ.Ε.Ι /Α.Ε.Ι ενώ η ηλικία τους κυμαίνονταν από 36 έως 45.

Ένα μεγάλο ποσοστό των δημοτών δεν γνωρίζει ή θεωρεί ότι γνωρίζει για τις υπηρεσίες που προσφέρει ο Δήμος όσο αναφορά την στήριξη των εξαρτημένων ατόμων. Αυτό μπορεί να οφείλετε στο ότι δεν έχουν έρθει αντιμέτωπη με το πρόβλημα της εξάρτησης ώστε να απευθυνθούν στο Δήμο και να γνωρίζουν για το αν υπάρχει αρμόδια υπηρεσία που να προσφέρει υποστήριξη καθώς επίσης και ότι ο Δήμος δεν παρέχει την ενημέρωση που πρέπει για τις υπηρεσίες που προσφέρει πάνω στο θέμα των ναρκωτικών και γενικότερα. Σημαντικό μέρος των δημοτών πιστεύει ότι δεν υπάρχει κάποια μέριμνα από πλευράς του Δήμου για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών ή δεν γνωρίζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει το πρόβλημα ο Δήμος.

Η μεγάλη απόσταση από τα κέντρα απεξάρτησης, είναι το σημαντικότερο πρόβλημα που πιστεύουν οι δημότες ότι αντιμετωπίζουν τα άτομα που είναι χρήστες ή πρώην χρήστες και προσπαθούν να απεξαρτηθούν και να ενταχθούν στην κοινωνία, άποψη που έρχεται σε συνάρτηση και με την επιθυμία των δημοτών για δημιουργία μονάδας απεξάρτησης, και ακολουθούν το χαμηλό εισόδημα, η εργασία λόγω αποκλεισμού, η ελλιπής εκπαίδευση, η συμμετοχικότητα, η στέγαση, η κοινωνική ασφάλιση και η περίθαλψη.

Η μονάδα απεξάρτησης αποτελεί πρωταρχική ανάγκη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας , για το ΚΕ.Θ.Ε.Α αλλά και για το Ο.ΚΑ.ΝΑ Μυτιλήνης και ακολουθεί η ανάγκη για χρήματα και προσωπικό μιας και μεγάλο ποσοστό θεωρεί ότι δεν επαρκεί.

Αρνητική είναι η εικόνα των δημοτών όσο αναφορά την βοήθεια που προσφέρει ο Δήμος προς τα κέντρα που στηρίζουν τα εξαρτημένα άτομα καθώς επίσης και για την κοινωνική πολιτική του Δήμου για την πρόληψη και θεραπεία της εξάρτησης από ουσίες. Από την άλλη υποστηρίζουν ότι η οικονομική κρίση που υπάρχει στην Ελλάδα έχει επηρεάσει πολύ έως πάρα πολύ την κοινωνική πολιτική του Δήμου Μυτιλήνης , χωρίς αυτό να δικαιολογεί τις πιο πάνω απόψεις τους.

Αιτίες για το πρόβλημα των ναρκωτικών στο Δήμο Μυτιλήνης θεωρούνται τα κοινωνικά προβλήματα, η οικογένεια, ο τουρισμός, ο τρόπος ζωής αλλά και οι αστυνομικές αρχές και οι παρέες.

Όσο αναφορά τις κοινωνικές δράσεις που θα ήθελαν να πραγματοποιεί ο Δήμος Μυτιλήνης για την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων είναι η οικονομική στήριξη των ατόμων αυτών, η δημιουργία μονάδας απεξάρτησης, η ενημέρωση του κόσμου (σχολεία, γονείς, στρατός κ.α.) για το πρόβλημα των ναρκωτικών, βοήθεια για την εύρεση εργασίας, ψυχολογική υποστήριξη και γενικότερα στήριξη στις ανάγκες που προκύπτουν.

Κάποιες προτάσεις που θα μπορούσαν να δοθούν για την καλύτερη ενημέρωση του κόσμου και την καλύτερη στήριξη από πλευράς του Δήμου Μυτιλήνης είναι :

- Θα πρέπει ο Δήμος να παρέχει γενικότερα καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρει στους δημότες του
- Την δημιουργία αρμόδιας υπηρεσίας στο Δήμο Μυτιλήνης για την στήριξη όχι μόνο των εξαρτημένων ατόμων από ναρκωτικά αλλά και της οικογένειάς τους.
- Οικονομική στήριξη των εξαρτημένων ατόμων από ουσίες αλλά και των συνοδών τους, για τα έξοδα μεταφοράς και διαμονής προς τα κέντρα απεξάρτησης (εφόσον δεν υπάρχει στο νησί), σε περίπτωση που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οι ίδιοι.

- Καλύτερη συνεργασία του Δήμου με τις αστυνομικές και λιμενικές αρχές και καλύτερος έλεγχος από μέρους τους, όσο αναφορά την διακίνηση ναρκωτικών ουσιών
- Εύρεση εργασίας στα ανεξαρτημένα άτομα, βοηθώντας τα έτσι στην επανένταξή τους
- Καλύτερη συνεργασία μεταξύ του Δήμου και του Ο.ΚΑ.ΝΑ και ΚΕ.Θ.Ε.Α Μυτιλήνης, ώστε να κατανοούνται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και να επιλύονται.
- Συστηματική ενημέρωση των μαθητών για το θέμα των ναρκωτικών
- Διοργάνωση σεμιναρίων και ημερίδων από το Δήμο σε συνεργασία με το ΚΕΘΕΑ και ΟΚΑΝΑ Μυτιλήνης για την ενημέρωση των γονέων, εκπαιδευτικών και γενικότερα των δημοτών
- Πρόσληψη προσωπικού, ώστε να μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες ολόκληρου του νησιού, για ενημέρωση πάνω στο θέμα των ναρκωτικών
- Πρόταση του Δήμου σε ψυχολόγους, για εθελοντική ενημέρωση σε σχολεία, στρατό κ.α.
- Δημιουργία ξενώνων, για την φιλοξενία των ατόμων που έχουν τελειώσει την θεραπεία, ώστε να τους βοηθήσει στην κοινωνική τους επανένταξη
- Την δημιουργία Μονάδας Απεξάρτησης

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ

- 1) **Θελερίτη Μ.**(Ιούνιος 2010), «Σχέδιο Καλλικράτης : Η άσκηση κοινωνικής πολιτικής στους νέους δήμους από συντρέχουσα σε αποκλειστική αρμοδιότητα », Περιοδικό Κοινωνικής Πολιτικής και Πρόνοιας « Νόημα ».
- 2) **Εμπορικός Σύλλογος Μυτιλήνης**, « Ενημέρωση για τα προβλήματα των εμπόρων της Μυτιλήνης », (Απρίλιος 2014), (<http://www.esmjt.gr/item/245-synantisi-kiritsi.html>)
- 3) **ΝΠΔΔ Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης Δήμου Λέσβου**. (Μάρτιος 2014), (<http://onnedlesvoublog.wordpress.com>)
- 4) Περιοδικό **ΚΕΘΕΑ Απολογισμός 2011** (2011),(www.kethea.gr)
- 5) Περιοδικό « **ΠΝΟΗ** », (Μυτιλήνη 2012),(www.okana.gr)
- 6) (<http://el.wikipedia.org/wiki/D%CF%83%CE%B2%CE%BF%CF%82>)
- 7) **Η οικονομία της Λέσβου**.(<http://www.lesvos-chamber.com/index41&mid=152>)
- 8) **Μανάβης Νίκος**, (2013), «Τσακίζει κόκαλα η ανεργία στο Βόρειο Αιγαίο », δημοσίευση 16/11/2013(<http://www.emprosnet.gr/article/52123-tsokala-i-anergia-sto-voreio-aigaio>)
- 9) **Μανάβης Νίκος**, (2014), « Αυξήθηκαν κατά 2000 οι δηλωμένοι άνεργοι » (<http://www.emprosnet.gr/artican-kata-2000-oi-dilomenoi-anergoi>), δημοσίευση 12/3/2014
- 10) **Ανώνυμος**. (28/2/2014) Η ανεργία και η φτώχεια στο Β.Αιγαίο, (<http://www.newsnowgr.com/article/624278/375-ekatommyria-evro-gia-tin-anergia-kai-ti-ftoxia-sto-v-aigaio.html>)
- 11) **Ανώνυμος**. « Ο σκοπός του οργανισμού », (<http://www.tovima.gr/afieromata/solidarity/solidarityorganizations/place/?placeid=10302>)
- 12) <http://www.mytilene.gr>
- 13) <http://www.isotita.gr/index.php/docs/1726>
- 14) www.pyxida.org.gr
- 15) www.kethea-strofi.gr
- 16) **Gallie, D Paugam, S** Social Precarity and social Integration Eurobarometer 56. 1 Έκθεση προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Γενική διεύθυνση Απασχόλησης ,EORG : Βρυξέλλες, (2002)σελ. 111

- 17) **Goffman E.** (2001) Στίγμα – Σημειώσεις για την διαχείριση της Φθαρμένης ταυτότητας, Αθήνα : Αλεξάνδρεια, σελ : 64
- 18) **Kemsall H.**, (2002) Risk Social Policy and Welfare. Philadelphia Open University Press, p. 121
- 19) **Κοινωνική πολιτική και ΤΑ** , τελική έκθεση , Αθήνα, Δεκέμβριος 2006.σελ. 7
- 20) **Στασινοπούλου Ο.** (2003), Κράτος Πρόνοιας- Ιστορική εξέλιξη. Συγχρονες θεωρητικές Προσεγγίσεις, Αθήνα, Gutenberg (σελ : 80 – 81)
- 21) <http://www.kedke.gr>
- 22) Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης , 2011
- 23) Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά 2008 – 2012
- 24) <http://psychografimata.com/6975/i-prolipsi-ton-narkotikon-ke-i-efarmosmenes-methodi-prolipsis> Ρούλα Βαρτελάτου, κοινωνιολόγος - εγκληματολόγος, 6/12/12
- 25) <http://www.lyrakos.gr/katahrisi-narkotikon-ousion-kai-ethismos>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Με το παρόν ερωτηματολόγιο, σας καλώ να συμμετάσχετε στην έρευνα για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας με τίτλο:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΩΝ ΟΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ

Η έρευνα έχει ως στόχο να απαντήσει σε μια σειρά από καίρια ερωτήματα που αφορούν όλους μας. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οποιαδήποτε πληροφορία παρέχουν οι ερωτώμενοι, έχει σκοπό αποκλειστικά και μόνο την εξυπηρέτηση της συγκεκριμένης έρευνας. Κάθε ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό, με την έννοια ότι οι απαντήσεις που θα επιλέξετε, θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα δικής σας αποκλειστικά επιλογής.

Ερευνήτρια – Σπουδάστρια: Νίκη Αζιώτου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Αργυροπούλου Φωτούλα

Α. ΓΕΝΙΚΑ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Είσαστε άνδρας ή γυναίκα; Άνδρας Γυναίκα
2. Ποια είναι η ηλικία σας;
18 – 25 26 – 35 36 – 45 46 – 55
56 – 65+
3. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας?
Υποχρεωτική Εκπαίδευση Απόφοιτος Λυκείου
Φοιτητής Α.Ε.Ι / Τ.Ε.Ι Πτυχιούχος ΑΕΙ / ΤΕΙ
Απόφοιτος ΙΕΚ / Ιδιωτικού κολεγίου Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό
4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
Έγγαμος Άγαμος Χήρος /α Διαζευγμένος /η
5. Ποια είναι η εργασιακή σας κατάσταση;
Σταθερή εργασία Περιστασιακή εργασία
Φοιτητής Συνταξιούχος Ανεργος

6. Ποιο είναι το εισόδημα σας;

- 0,00 - 300,00 € 301,00 - 600,00 €
601,00 - 900,00 € 901,00 - 1.200,00 € Άνω των 1.201,00 €

7. Είσαστε δημότης Μυτιλήνης;

- Ναι Όχι

Β. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΜΥΤΙΑΛΗΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ

8. Υπάρχει αρμόδια υπηρεσία του Δήμου για τη στήριξη ατόμων εξαρτημένων από ναρκωτικά;

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

9. Με ποιους τρόπους αντιμετωπίζει το πρόβλημα των ναρκωτικών ο δήμος Μυτιλήνης;

.....
.....
.....
.....

10. Υπάρχει μονάδα απεξάρτησης στη Μυτιλήνη;

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

11. Θα θέλατε να δημιουργηθεί μονάδα απεξάρτησης στη Μυτιλήνη;

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

12. Ποια νομίζετε ότι είναι τα προβλήματα των ατόμων στο δήμο Μυτιλήνης που είναι χρήστες ή πρώην χρήστες και προσπαθούν να απεξαρτηθούν και να επανεταχθούν στην κοινωνία;

- Χαμηλό εισόδημα
- Ελλιπής εκπαίδευση
- Περίθαλψη
- Στέγαση
- Κοινωνική Ασφάλιση
- Συμμετοχικότητα
- Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
- Άλλο (προσδιορίστε).....

13. Τι πιστεύετε ότι λείπει από το ΚΕΘΕΑ- Μυτιλήνης;

.....

.....

.....

.....

14. Τι πιστεύετε ότι λείπει από το OKANA της Μυτιλήνης;

.....

.....

.....

.....

15. Το προσωπικό που υπάρχει σε αυτά τα κέντρα επαρκεί;

- Ναι Όχι Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ

16. Κατά πόσο ο Δήμος βοηθάει αυτά τα κέντρα στο έργο τους (οικονομικά και όχι μόνο);

- Καθόλου Λίγο Πολύ Πάρα πολύ Δεν γνωρίζω

17. Πόσο ικανοποιητική κρίνετε την κοινωνική πολιτική του Δήμου για την για την πρόληψη και θεραπεία της εξάρτησης από ουσίες;

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα Πολύ

18. Πιστεύετε ότι μερίδιο ευθύνης για το πρόβλημα των ναρκωτικών στο Δήμο Μυτιλήνης έχουν:

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Τα κοινωνικά προβλήματα | <input type="checkbox"/> | Η οικογένεια | <input type="checkbox"/> |
| Ο τρόπος ζωής | <input type="checkbox"/> | Ο τουρισμός | <input type="checkbox"/> |

Άλλο (προσδιορίστε).....

19. Η τρέχουσα οικονομική συγκυρία, σε ποιο βαθμό έχει επηρεάσει την άσκηση κοινωνικής πολιτικής του Δήμου Μυτιλήνης;

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα Πολύ

20. Ποιες ακόμα κοινωνικές δράσεις θα θέλατε να πραγματοποιεί η αρμόδια υπηρεσία του Δήμου για την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων;

.....
.....
.....
.....

Ευχαριστώ πολύ!