



ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ
ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ
ΔΗΜΟΥ ΞΑΝΘΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ: ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, ΑΜ: 2010076

ΔΑΓΓΑΣ ΜΑΡΚΟΣ ΑΜ: 2010023

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΦΩΤΟΥΛΑ

Καλαμάτα 2017

Ευχαριστίες

Θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας **κα Φωτούλα Αργυροπούλου** για την ειλικρινή υποστήριξη και την πολύτιμη καθοδήγησή της. Επιπλέον, θέλουμε να ευχαριστήσουμε το προσωπικό του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Ξάνθης για την βοήθεια που μας πρόσφεραν στην συγκέντρωση των στοιχείων, καθώς και όλους όσους διέθεσαν χρόνο και απάντησαν στο ερωτηματολόγιο της έρευνάς μας.

Τέλος, οφείλουμε να αφιερώσουμε την πτυχιακή μας εργασία **στην οικογένεια μας** για την αμέριστη συμπαράσταση που μας παρείχε σε όλα τα χρόνια της φοίτησής μας στο Τ.Ε.Ι. Πελοποννήσου.

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία ασχοληθήκαμε με το ζήτημα της εξάρτησης ατόμων από ουσίες, το οποίο αποτελεί ένα σημαντικό κοινωνικό φαινόμενο, που απασχολεί όχι μόνο την χώρα μας, αλλά και την Ευρώπη.

Στην εργασία γίνεται αναφορά στις συνέπειες που επιφέρουν οι ουσίες στον χρήστη, αλλά και στο περιβάλλον του και στις προσπάθειες που καταβάλλονται στην Ελλάδα, αλλά και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Επίσης στις μεθόδους θεραπείας, αλλά και στην επανένταξη των χρηστών στην κοινωνία.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας αφορά στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Ξάνθης, μία περιοχή με ιδιαίτερη φυσιογνωμία, λόγω της θρησκευτικής μειονότητας, που ζει στη Θράκη καθώς και των συνόρων με την Τουρκία. Τα συμπεράσματα της έρευνας είναι ότι η εξάρτηση από ουσίες αποτελεί ένα διαχρονικό και δυσεπίλυτο πρόβλημα, και αντιμετωπίζεται τόσο με την πρόληψη όσο και με μέτρα απεξάρτησης και επανένταξης. Όλα αυτά λειτουργούν σε έναν αρκετά ικανοποιητικό βαθμό στην περιοχή της έρευνας.

Λέξεις κλειδιά: Ναρκωτικά, εξαρτησιογόνες ουσίες, Δήμος Ξάνθης, Ο.ΚΑ.ΝΑ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	4
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....	11
1.1 Ορισμός και κατάταξη των ναρκωτικών.....	11
1.2 Επιδράσεις των ναρκωτικών.....	11
1.3 Συνέπειες των ναρκωτικών στο άτομο και την κοινωνία.....	14
1.4 Η πρόληψη στην Ελλάδα.....	24
1.4.1 Οι δράσεις πρόληψης.....	26
1.5 Ο ρόλος της οικογένειας, του σχολείου και του κράτους.....	27
1.6 Αποτοξίνωση – Μέθοδοι θεραπείας.....	29
1.6.1 Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα.....	31
1.6.2 Οι θεραπευτικές κοινότητες.....	32
1.7 Κοινωνική επανένταξη.....	33
1.8 Στόχοι του Ο.ΚΑ.ΝΑ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	37
2.1 Το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρώπη.....	37
2.2 Η Ευρωπαϊκή εφαρμογή της πρόληψης.....	39

2.2.1	Πρόληψη στη δημόσια υγεία	40
2.2.2	Καθολική πρόληψη στα σχολεία	41
2.2.3	Επικεντρωμένη πρόληψη	42
2.2.4	Επικεντρωμένη πρόληψη στα σχολεία.....	42
2.2.5	Πρόληψη στην οικογένεια.....	42
2.2.6	Πρόληψη σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας.....	43
2.3	Μεθαδόνη και Ευρώπη.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.....		48
3.1	Περιοχή έρευνας -Ξάνθη.....	48
3.2	Η μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης –εθνικά, πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά στοιχεία	48
3.3	Στοιχεία για την διακίνηση ναρκωτικών στην περιοχή της Ξάνθη.....	55
3.4	Κέντρα αντιμετώπισης των ουσιών στην περιοχή της Ξάνθης	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΡΕΥΝΑ		59
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....		75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		78
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ		80

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1:1 Θάνατοι χρηστών ουσιών (1995 – 2005)	16
Πίνακας 1:2 Ηλικία θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004).....	16
Πίνακας 1:3 Φύλο θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004).....	17
Πίνακας 1:4 Υπηκοότητα θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004).....	18
Πίνακας 1:5 Περιοχή θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2005)	19
Πίνακας 1:6 Οικογενειακή κατάσταση θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)...	20
Πίνακας 1:7 Επαγγελματική κατάσταση θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)	21
Πίνακας 1:8 Γραμματικές γνώσεις θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)	22
Πίνακας 1:9 Είδος ναρκωτικού (1995 – 2004)	23
Πίνακας 3:1 Στοιχεία αστυνομίας για την περιοχή της Ξάνθης αναφορικά με τα ναρκωτικά.....	56
Πίνακας 3:2 Κατασχεθείσες Ποσότητες Ναρκωτικών (σε γραμμάρια).....	57
Πίνακας 4:1 Φύλο	59
Πίνακας 4:2 Ηλικία	60
Πίνακας 4:3 Θρησκεία	61
Πίνακας 4:4 Ηλικία όπου έγινε για πρώτη φορά χρήση εξαρτησιογόνου ουσίας	62
Πίνακας 4:5 Χρόνος εξάρτησης.....	63
Πίνακας 4:6 Βοήθεια για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ουσίες	64
Πίνακας 4:7 Λήψη βοήθειας.....	65

Πίνακας 4:8 Γνώση προγραμμάτων απεξάρτησης που λειτουργούν στη περιοχή του Δήμου Ξάνθης.....	66
Πίνακας 4:9 Από πού έγινε γνωστή η ύπαρξη προγραμμάτων απεξάρτησης	67
Πίνακας 4:10 Πρόταση για ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης	68
Πίνακας 4:11 Από πού έγινε η πρόταση για ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης	69
Πίνακας 4:12 Ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης αυτή την στιγμή.....	70
Πίνακας 4:13 Διάρκεια ένταξης σε πρόγραμμα απεξάρτησης	71
Πίνακας 4:14 Ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης στο παρελθόν.....	72
Πίνακας 4:15 Επιθυμητό αποτέλεσμα από την ένταξη σε πρόγραμμα απεξάρτησης	73
Πίνακας 4:16 Διάρκεια ένταξης σε πρόγραμμα απεξάρτησης στο παρελθόν.....	74

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1:1 Ηλικία θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)	17
Διάγραμμα 1:2 Φύλο θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004).....	18
Διάγραμμα 1:3 Υψηλότητα θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004).....	19
Διάγραμμα 1:4 Περιοχή θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2005)	20
Διάγραμμα 1:5 Οικογενειακή κατάσταση θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004).....	21
Διάγραμμα 1:6 Επαγγελματική κατάσταση θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)	22
Διάγραμμα 1:7 Γραμματικές γνώσεις θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004).....	23
Διάγραμμα 1:8 Είδος ναρκωτικού (1995 – 2004).....	24
Διάγραμμα 3:1 Στοιχεία αστυνομίας για την περιοχή της Ξάνθης αναφορικά με τα ναρκωτικά	56
Διάγραμμα 3:2 Κατασχεθείσες Ποσότητες Ναρκωτικών (σε γραμμάρια)	57
Διάγραμμα 4:1 Φύλο	59
Διάγραμμα 4:2 Ηλικία	60
Διάγραμμα 4:3 Θρησκεία	61
Διάγραμμα 4:4 Ηλικία όπου έγινε για πρώτη φορά χρήση εξαρτησιογόνου ουσίας ..	62
Διάγραμμα 4:5 Χρόνος εξάρτησης	63
Διάγραμμα 4:6 Βοήθεια για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ουσίες	64
Διάγραμμα 4:7 Λήψη βοήθειας	65
Διάγραμμα 4:8 Γνώση προγραμμάτων απεξάρτησης που λειτουργούν στη περιοχή του Δήμου Ξάνθης	66

Διάγραμμα 4:9 Από πού έγινε γνωστή η ύπαρξη προγραμμάτων απεξάρτησης.....	67
Διάγραμμα 4:10 Πρόταση για ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης.....	68
Διάγραμμα 4:11 Από πού έγινε η πρόταση για ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης	69
Διάγραμμα 4:12 Ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης αυτή την στιγμή.....	70
Διάγραμμα 4:13 Διάρκεια ένταξης σε πρόγραμμα απεξάρτησης.....	71
Διάγραμμα 4:14 Ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης στο παρελθόν	72
Διάγραμμα 4:15 Επιθυμητό αποτέλεσμα από την ένταξη σε πρόγραμμα απεξάρτησης	73
Διάγραμμα 4:16 Διάρκεια ένταξης σε πρόγραμμα απεξάρτησης στο παρελθόν.....	74

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα εργασία γίνεται μνεία σ' ένα σύγχρονο κοινωνικό πρόβλημα, αυτό της εξάρτησης από τις ουσίες. Η εξάρτηση δεν σχετίζεται μόνο με τα ναρκωτικά, αλλά και το αλκοόλ, αφού προκαλεί τα ίδια προβλήματα στον οργανισμό (σωματική και ψυχική εξάρτηση) και επιφέρει κοινωνικό αποκλεισμό.

Ο εθισμός απασχολεί μεγάλο τμήμα της κοινωνίας, σύμφωνα με τα στοιχεία, τα οποία θα παραθέσουμε στην εργασία και δυστυχώς αφορά πολύ μικρές ηλικίες, διότι οι περισσότεροι ξεκινούν την χρήση από την αρχή της εφηβικής ηλικίας.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον ορισμό των ναρκωτικών ουσιών και στα είδη, τα οποία υπάρχουν, καθώς και στις συνέπειες από την χρήση τους. Τέλος, στους τρόπους θεραπείας και στις προσπάθειες επανένταξης, που πραγματοποιούνται κατά βάση στην Ελλάδα.

Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά την αντιμετώπιση του προβλήματος σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ουσιαστικώς θα γίνει μνεία στις αποφάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αντιμετώπιση, αλλά και την πρόληψη των ναρκωτικών ουσιών στα κράτη-μέλη της Ε.Ε.

Το τρίτο κεφάλαιο έχει σχέση με το ζήτημα των ουσιών στην περιοχή της Ξάνθης, η οποία εμφανίζει κοινωνικές, πολιτικές, θρησκευτικές και οικονομικές ιδιαιτερότητες, λόγω του μουσουλμανικού στοιχείου που ζει στην περιοχή. Αυτό το γεγονός μας απασχόλησε ιδιαίτερα και προσπαθήσαμε να διαπιστώσουμε, εάν λειτουργεί επιβαρυντικά ως προς την χρήση των ουσιών.

Στο κεφάλαιο τέσσερα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε για το συγκεκριμένου ζήτημα στην περιοχή της Ξάνθης, μία περιοχή με ιδιαίτερη φυσιογνωμία, λόγω της θρησκευτικής μειονότητας, η οποία ζει στον νομό, αλλά και στην Θράκη γενικότερα, καθώς και των συνόρων με την Τουρκία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

1.1 Ορισμός και κατάταξη των ναρκωτικών

Με τον όρο ναρκωτικά εννοούμε κάθε χημική ουσία, η οποία επηρεάζει τον τρόπο λειτουργίας των διανοητικών και σωματικών δυνατοτήτων. Τα ναρκωτικά δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, διεγερτικά ή κατασταλτικά, προκαλώντας ψυχική ή σωματική εξάρτηση. Τα ναρκωτικά κατατάσσονται σε ομάδες ως εξής: νόμιμες, δηλαδή είναι αποδεκτές από τον νόμο - το αλκοόλ και το τσιγάρο - παράνομες, όσες απαγορεύονται από τον νόμο, σ' αυτές συγκαταλέγονται το χασίς, η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες (Λιάππας και Πομίνη, 2004).

Η παραπάνω δεν είναι η μοναδική κατηγοριοποίηση, αλλά γίνεται σύμφωνα με τις συνέπειες στις λειτουργίες του εγκεφάλου: στην πρώτη κατηγορία συγκαταλέγονται τα ναρκωτικά, τα οποία ηρεμούν και κατευνάζουν, όπως: τα ηρεμιστικά, βενζοδιαζεπίνες, τα χάπια για τον ύπνο, η μορφίνη, η ηρωίνη και το χασίς. Στην δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται τα διεγερτικά ναρκωτικά, όπως είναι το ΧΤC, η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες.

1.2 Επιδράσεις των ναρκωτικών

Όσον αφορά τα γνωρίσματα των ναρκωτικών, η ηρωίνη μοιάζει με την μορφίνη ως προς την επιρροή που ασκεί, αλλά είναι $2^{1/2}$ φορές πιο ισχυρή. Η λήψη γίνεται από το στόμα με την εισπνοή, καπνίζεται ή λαμβάνεται με ενδοφλέβια ένεση. Η καθαρή ηρωίνη περιέχει 4-80% καθαρής ουσίας και «κόβεται» με την χρήση άλλων ουσιών, όπως είναι η γλυκόζη (Μαρσέλλος, 1994).

Η κάνναβη περιλαμβάνει το χασίς, την μαριχουάνα, την φούντα και το χασισέλαιο. Είναι το πιο συνηθισμένο από τα παράνομα ναρκωτικά. Συνήθως, καπνίζεται με τη μορφή ρητίνης (χασίς), μιας σκούρας συμπαγούς μάζας, που τρίβεται και ανακατεύεται με καπνό.

Η κοκαΐνη είναι μια λεύκη σκόνη, η οποία κατά βάση εισπνέεται από την μύτη, αλλά λαμβάνεται και με ενέσιμη μορφή. Η επίδρασή της είναι άμεση, σχεδόν μετά από πέντε λεπτά και διαρκεί μια ώρα, όταν η λήψη γίνεται με ένεση τα αποτελέσματα είναι πιο έντονα και πιο σύντομα.

Τα διεγερτικά - αμφεταμίνες είναι οι ουσίες, που επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Το πιο γνωστό είναι η αμφεταμίνη, ενώ ο επικρατέστερος όρος είναι «σπίντ». Υπάρχει σε μορφή άσπρης σκόνης και είναι εισπνεόμενη, αλλά λαμβάνεται και με ένεση (Χατζηγιάννης, 1997).

Το «έκσταση» (MDMA) είναι η ουσία μεθιλενοδιοσιμετααμφεταμίνη, η οποία κυκλοφόρησε στα τέλη της δεκαετίας του '80 στο Λονδίνο και αργότερα διακινήθηκε σε όλη την δυτική Ευρώπη. Σήμερα διοχετεύεται με τη βοήθεια της ρώσικης μαφίας από την Ανατολική Ευρώπη, αλλά παρασκευάζεται στην Ολλανδία. Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης, το «έκσταση» είναι το δεύτερο σε προτίμηση- μετά το χασίς- στους Ευρωπαίους της ηλικίας 15-25 ετών. Θεωρείται από μερικούς ψυχεδελική ουσία, ενώ σύμφωνα με άλλους επιστήμονες ανήκει σε μια διαφορετική κατηγορία ουσιών, τα εντακτογενή, ουσίες που διευκολύνουν τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Οι δόσεις έκστασης στην αγορά θα έπρεπε να περιέχουν 100 मिलिग्राम MDMA, όμως νοθεύεται με άλλες ουσίες, κυρίως, αμφεταμίνες. Διατίθεται σε λευκές, καφέ, ροζ ή κίτρινες ταμπλέτες ή σε χρωματιστές κάψουλες. Το «έκσταση» μειώνει τις αναστολές και προκαλεί στους χρήστες εγρήγορση και ενεργητικότητα. Το έκσταση αρχίζει να «ενεργεί» μέσα σε 20 λεπτά από τη λήψη του, δημιουργώντας αίσθημα ευφορίας, το οποίο γίνεται εντονότερο μετά από μια ώρα, ενώ η δράση του διαρκεί έως οκτώ ώρες. Στην συνέχεια ακολουθεί κατάπτωση, κούραση και εκνευρισμός. Άλλες παρενέργειες από την λήψη αυτής της ουσίας είναι η αύξηση της αρτηριακής πίεση και του καρδιακού σφυγμού, η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, η έλλειψη όρεξης για φαγητό, η εφίδρωση και η τάση για εμετό. Υπάρχουν και άλλες παρενέργειες, όπως είναι το ακούσιο σφίξιμο των σαγονιών, το τρίξιμο των δοντιών, διαστολή της κόρης των οφθαλμών, το άγχος και η αϋπνία. Μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στον θάνατο, διότι το συγκεκριμένο ναρκωτικό προκαλεί

επιθυμία για νερό, όπου η μη κατανάλωση του οδηγεί στην αφυδάτωση, ενώ η υπερβολική κατανάλωση στο πρήξιμο του εγκεφάλου.

Το LSD ανήκει στην κατηγορία των παραισθησιογόνων και πρόκειται για μικρά τετράγωνα κομμάτια απορροφητικού χαρτιού εμποτισμένα με μικρές ποσότητες ναρκωτικού, τα οποία διαλύονται στη γλώσσα.

Το κρακ εμφανίστηκε το 1983 στην Αμερική και είναι επεξεργασμένο προϊόν της υδροχλωρικής κοκαΐνης με κάλλιο και αιθέρα. Είναι δέκα φορές πιο δυνατό από την κοκαΐνη και σαν παραγωγό της, είκοσι φορές φθηνότερο, γεγονός που το καθιστά προσιτό στις φτωχές τάξεις, εξ' ου και η ονομασία «κοκαΐνη του λαού». Ένα μικρό κομματάκι τοποθετείται μέσα στο τσιγάρο ή σε μια γυάλινη πίπα, που συνήθως έχει καπνό και μαριχουάνα ή επάνω σε ένα κομμάτι αλουμινόχαρτο, το οποίο θερμαίνεται και εισπνέονται οι ατμοί του.

Τα ηρεμιστικά – καταπραϋντικά ανήκουν σε μια ομάδα ναρκωτικών γνωστών ως βενζοδιαζεπίνες. Πρόκειται για το Βάλιουμ, το Ατιβάν και το Λίμπριουμ. Τα ναρκωτικά αυτά χορηγούνται με συνταγή για λίγες μόνον εβδομάδες ως βοήθεια για την αντιμετώπιση μιας κρίσης. Ο ανθρώπινος οργανισμός εξαρτάται ψυχολογικά από αυτά και εμφανίζει στερητικά συμπτώματα.

Μία παρατήρηση, η οποία αφορά τις ενέσιμες μορφές των ουσιών είναι η επικινδυνότητα, η οποία απορρέει από την χρήση των μολυσμένων συρίγγων, όπως είναι το AIDS, η Ηπατίτιδα κλπ., και η δηλητηρίαση του αίματος, που προκαλείται από την μόλυνση της πληγής.

Τέλος, η αιθυλική αλκοόλη, το αλκοόλ, η κατανάλωση έστω και σε μικρές δόσεις, προκαλεί αλλαγές στην ανθρώπινη συμπεριφορά επηρεάζοντας την κρίση και τον συντονισμό των κινήσεων. Η κατανάλωση μικρών ποσοτήτων προκαλεί επιθετική συμπεριφορά και εξασθενεί την νοητική λειτουργία. Το αλκοόλ μπορεί να επιφέρει και τον θάνατο, όταν καταναλωθεί σε μεγάλη ποσότητα. Δυστυχώς, το αλκοόλ δημιουργεί εξάρτηση και η διακοπή του προκαλεί την εμφάνιση στερητικού συνδρόμου. Οι βλάβες που προέρχονται από την υπερβολική λήψη αλκοόλ είναι μη

αναστρέψιμες, όπως βλάβη στον εγκέφαλο και το συκώτι ή προβλήματα στο έμβρυο, εάν η μητέρα πίνει αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

1.3 Συνέπειες των ναρκωτικών στο άτομο και την κοινωνία

Η χρήση ουσιών εθίζει το άτομο και εθισμός σημαίνει ανεξέλεγκτη κατάσταση. Στον εθισμό υπάρχουν πολλά στάδια, δηλαδή πρόκειται για μία εξελικτική πορεία, κατά την οποία, ενώ ο χρήστης γνωρίζει ότι δημιουργεί πρόβλημα στην υγεία του δεν σταματά. Η πορεία του εθισμού μεταβάλλεται και η αλλαγή, που επέρχεται στερεί την ζωτική ενέργεια του ατόμου, με μοιραία επακόλουθα. Ο εθισμός τροποποιεί τον εσωτερικό κόσμο του ατόμου, με συνέπεια ο εθισμένος να ενεργεί έχοντας μοναδικό γνώμονα την ικανοποίηση του εθισμού του.

Μέσω του εθισμού, ο άνθρωπος επιδιώκει να διατηρεί τη διάθεσή του πάντα στα ίδια επίπεδα. Με τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ο χρήστης προσπαθεί να δημιουργήσει αισθήματα ηρεμίας, έξαψης, ή φαντασίας. Η αλλαγή διάθεσης, που προκαλείται από τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών δίνει στον εθισμένο την ψευδαίσθηση ότι όλα πάνε καλά. Κατ' αυτόν τον τρόπο ξεκινά ένας αέναος κύκλος και στον οποίο το άτομο νιώθει ότι λαμβάνει ικανοποίηση μόνο, όταν κάνει χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών (Μαγκλής, χχ).

Σταδιακώς, ο άνθρωπος οδηγείται σε μία διαδικασία εξάρτησης, στην οποία δεν είναι αυτοκαθοριζόμενο, αλλά υποτάσσεται σε κάτι εξωτερικό, το οποίο το καθορίζει. Η εξάρτηση είναι φυσική-σωματική, δεδομένου ότι εμφανίζονται οργανικές στερήσεις. Στις περιπτώσεις αυτές, εκτός από τον ψυχολογικό παράγοντα, το άτομο εξακολουθεί να παίρνει το φάρμακο, επειδή «πρέπει» να το πάρει, προκειμένου να αποφύγει την εμφάνιση δυσάρεστων στερητικών φαινομένων. (Άττα-Πολίτου, 2011).

Η εξάρτηση οδηγεί στο σύνδρομο στέρησης, το οποίο εκδηλώνεται συνήθως μέσα σε 5 – 8 ημέρες και ο χρήστης εμφανίζει πολλά και ποικίλα συμπτώματα. Το είδος των συμπτωμάτων εξαρτάται από την ουσία, που έχει χρησιμοποιηθεί. Συνήθως το στερητικό σύνδρομο εκδηλώνεται με έντονες διαταραχές, κυρίως, του αυτόνομου

ή φυτικού νευρικού συστήματος, όπως μεταβολές της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία, μεταβολές της κόρης των οφθαλμών (μυδρίαση), ταχύπνοια, ωχρότητα, εφίδρωση, ανόρθωση των τριχών, πυρετός, ίλιγγος, έμετοι και διάρροια. Ενδεχομένως να υπάρξουν κοιλιακά άλγη, μυο-σκελετικά άλγη, μυϊκές κράμπες, τρόμος, ψυχοκινητική ανησυχία, επιληπτικοί σπασμοί, αϋπνία, άγχος, ευερεθιστότητα και διεγερτική συμπεριφορά. Τα συμπτώματα κορυφώνονται 48 ώρες από την διακοπή της ουσίας, διαρκούν 2-3 ημέρες και υποχωρούν βαθμιαία σε 8-10 ημέρες. (Μαρσέλλος, 1994). Η εξάρτηση είναι μία προοδευτική κατάσταση, στην οποία ο εθισμένος εισέρχεται κάνοντας χρήση των ουσιών, αλλά στην πορεία αποδιοργανώνονται όλοι οι τομείς της ζωής του (McLellan, et all. 2009).

Εκτός από τα προβλήματα υγείας και τον κίνδυνο του θανάτου, που αντιμετωπίζουν οι χρήστες των ουσιών, προκαλούνται πολλά κοινωνικά προβλήματα τόσο στον χρήστη όσο και την κοινωνία. Συνεπώς, οι συνέπειες είναι υλικές, βιολογικές, συναισθηματικές, ψυχικές και κοινωνικές. Το υλικό κόστος των οικογενειών που έχουν χρήστη ουσιών είναι δυσβάσταχτο και πολλές οικογένειες αδυνατούν να ανταπεξέλθουν σε όλη αυτήν την διαδικασία και καταστρέφονται οικονομικά.

Ο εθισμός του ατόμου σε μία ουσία σταδιακά απαιτεί δόσεις, ενώ η έλλειψη της ουσίας προκαλεί συμπτώματα στέρησης. Επιπλέον, ο χρήστης κινδυνεύει από ασθένειες, όπως είναι η ηπατίτιδα, ο τέτανος, λόγω άγνοιας ή αδυναμίας τήρησης των βασικών κανόνων υγιεινής. Ας μην μας διαφεύγει ότι η ζωή του τίθεται σε άμεσο κίνδυνο, εξαιτίας της υπερβολικής δόσης ή της πρόσμειξη των ναρκωτικών με άλλες ουσίες. Ακόμη πολύ επικίνδυνη είναι η κατάσταση για τις γυναίκες, οι οποίες κάνουν χρήση ναρκωτικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Καταρχάς είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η ηλικία της κύησης, διότι οι γυναίκες χρήστες έχουν αμηνόρροια και γι' αυτό γίνονται συχνοί υπέρηχοι. Η κύηση και ο τοκετός παρουσιάζουν πολλές επιπλοκές, όπως είναι ο πρόωρος ή οξύς τοκετός, η αυτόματη αποβολή, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και η πρόωρη ρήξη των υμένων. Όσον αφορά το έμβρυο συνήθως δεν έχει το κατάλληλο βάρος, αλλά μικρότερο από το φυσιολογικό, ενώ μετά τη γέννησή του εκδηλώνει συμπτώματα στερητικού συνδρόμου (Καρπάθιος,1999).

Σχετικά με την ψυχική εξάρτηση, αυτή είναι πολύ έντονη, αν και αρχικά παρατηρείται μία ψυχική ευφορία, ωστόσο δεν διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι ουσίες ελέγχουν απολύτως την βούληση των ατόμων και επηρεάζουν την ψυχική τους ισορροπία. Επιπροσθέτως, τους δημιουργούν παραισθήσεις, αποχάνωση και αδυναμία αντίληψης της πραγματικότητας. Ο χρήστης εμφανίζει αντικοινωνική συμπεριφορά και ρέπει στις εγκληματικές ενέργειες, προκειμένου να εξασφαλίσει την δόση του (Νοταράς, 2014).

Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται θάνατοι των χρηστών ουσιών, όπου παρατηρείται αυξητική τάση¹.

Πίνακας 1:1 Θάνατοι χρηστών ουσιών (1995 – 2005)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΕΣ ΘΑΝΑΤΟΙ	190	241	241	255	277	312	334	269	229	256	128
ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΕΣ ΘΑΝΑΤΟΙ	176	222	232	245	265	304	321	259	217	236	

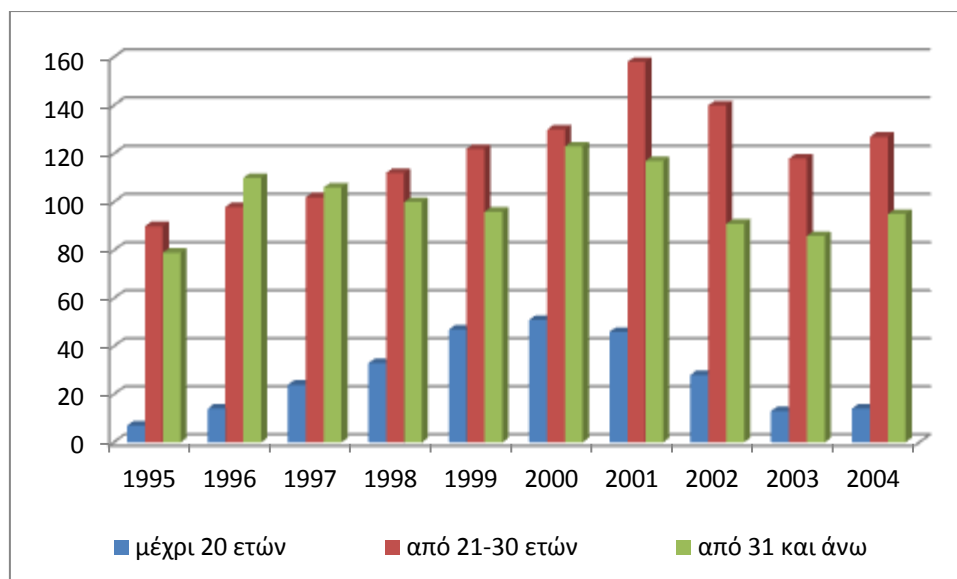
Πηγή: Γενική Αστυνομική Διεύθυνση Αθηνών, 2005

Πίνακας 1:2 Ηλικία θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ	176	222	232	245	265	304	321	259	217	236
ΗΛΙΚΙΑ										
μέχρι 20 ετών	7	14	24	33	47	51	46	28	13	14
από 21-30 ετών	90	98	102	112	122	130	158	140	118	127
από 31 και άνω	79	110	106	100	96	123	117	91	86	95

Πηγή: Γενική Αστυνομική Διεύθυνση Αθηνών, 2005

¹ Τα στοιχεία προέρχονται από έκθεση της Γενικής Αστυνομικής Διεύθυνσης Αθηνών και δημοσιεύονται στην εργασία Α. Λεωνίδου, «Γνώσεις και Τάσεις των Μαθητών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με Θέμα τα Ναρκωτικά», ΑΤΕΙ Αθήνας, 2005.



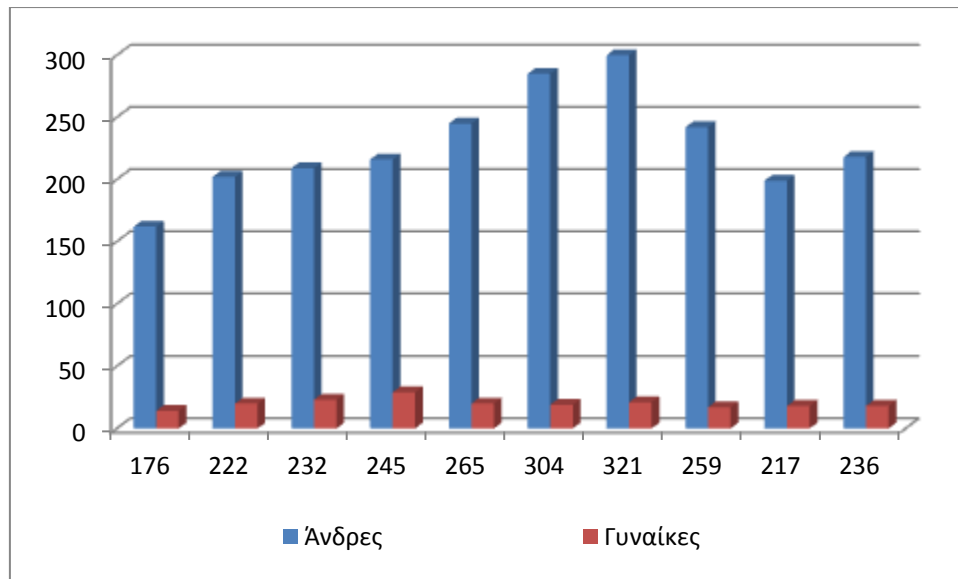
Διάγραμμα 1:1 Ηλικία θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)

Παρατηρούμε στο διάγραμμα ότι η αύξηση των θανάτων από ναρκωτικές ουσίες παρουσιάζει αυξητική πορεία. Μάλιστα, η Ελλάδα κατέχει θλιβερή πρωτιά ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε. στους θανάτους των νέων από τα ναρκωτικά. Οι αιτίες αυτής της κατάστασης εντοπίζονται στην αύξηση των ανθρώπων, που κάνουν χρήση των ουσιών· δυστυχώς έχουν συνδεθεί πλέον με την κουλτούρα ορισμένων χώρων διασκέδασης, καθώς και στην μείξη πολλών ουσιών κάθε φορά, οι οποίες δημιουργούν ένα θανατηφόρο κοκτέιλ για τον ανθρώπινο οργανισμό. Τέλος, αν αναλογιστούμε ότι η πλειοψηφία των χρηστών ναρκωτικών εμφανίζουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως χαμηλή αυτοπεποίθηση, καταλαβαίνουμε ότι η επιδείνωση των οικονομικών συνθηκών, η κρίση που διέρχεται ο θεσμός της οικογένειας και η περιθωριοποίηση ενός μεγάλου τμήματος της κοινωνίας κατευθύνει προς την χρήση των ουσιών.

Πίνακας 1:3 Φύλο θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ	176	222	232	245	265	304	321	259	217	236
ΦΥΛΟ										
Άνδρες	162	202	209	216	245	285	300	242	199	218
Γυναίκες	14	20	23	29	20	19	21	17	18	18

Πηγή: Γενική Αστυνομική Διεύθυνση Αθηνών, 2005



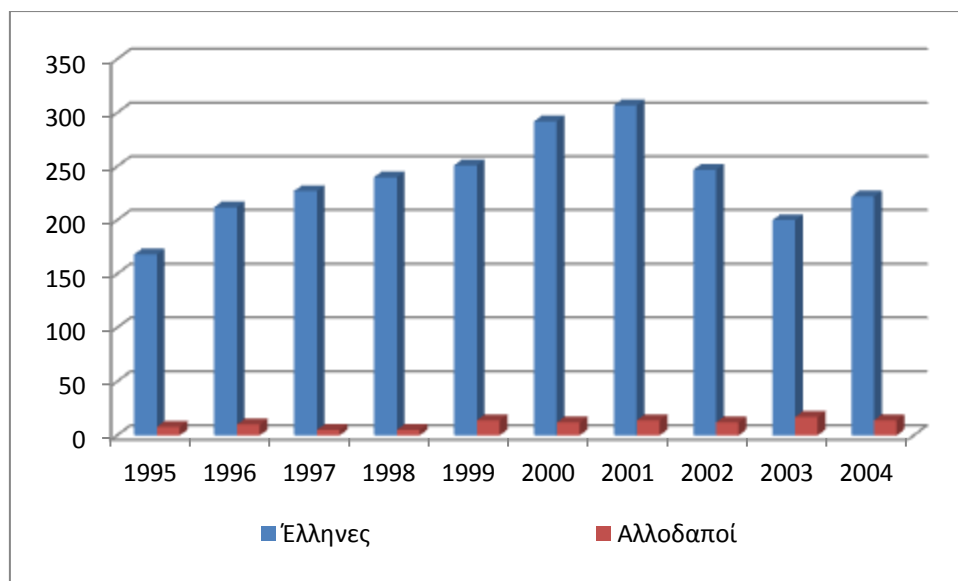
Διάγραμμα 1:2 Φύλο θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)

Σ' αυτό το διάγραμμα επιβεβαιώνεται η διεθνής εμπειρία, η οποία αναφέρει ότι οι περισσότεροι θάνατοι από ναρκωτικές ουσίες εντοπίζονται στην ηλικιακή βαθμίδα από τα 21-30 έτη. Οι νέοι συνήθως ξεκινούν την χρήση των ουσιών στην εφηβεία και η πρώτη ουσία, που χρησιμοποιούν είναι η κάνναβη, δυστυχώς ακολουθεί η ηρωίνη, η οποία είναι θανατηφόρα.

Πίνακας 1:4 Υπηκοότητα θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ	176	222	232	245	265	304	321	259	217	236
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ										
Έλληνες	168	212	227	240	251	292	307	247	200	222
Αλλοδαποί	8	10	5	5	14	12	14	12	17	14

Πηγή: Γενική Αστυνομική Διεύθυνση Αθηνών, 2005



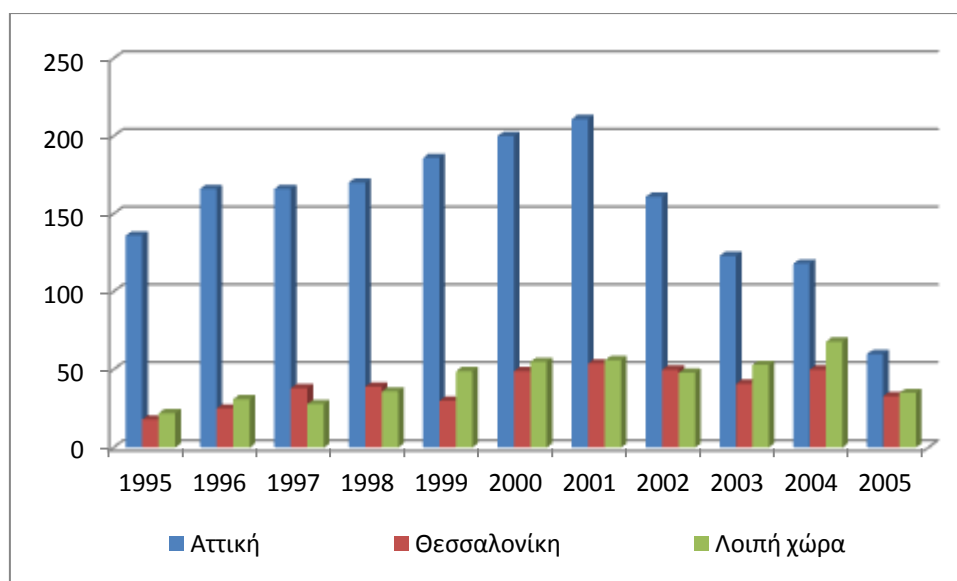
Διάγραμμα 1:3 Υψηλότητα θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)

Διαπιστώνεται ότι οι άντρες κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις γυναίκες και συνήθως παρασύρουν τις γυναίκες προς την χρήση των ναρκωτικών ουσιών.

Πίνακας 1:5 Περιοχή θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2005)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ	176	222	232	245	265	304	321	259	217	236	
ΠΕΡΙΟΧΗ											
Αττική	136	166	166	170	186	200	211	161	123	118	60
Θεσσαλονίκη	18	25	38	39	30	49	54	50	41	50	33
Λοιπή χώρα	22	31	28	36	49	55	56	48	53	68	35

Πηγή: Γενική Αστυνομική Διεύθυνση Αθηνών, 2005



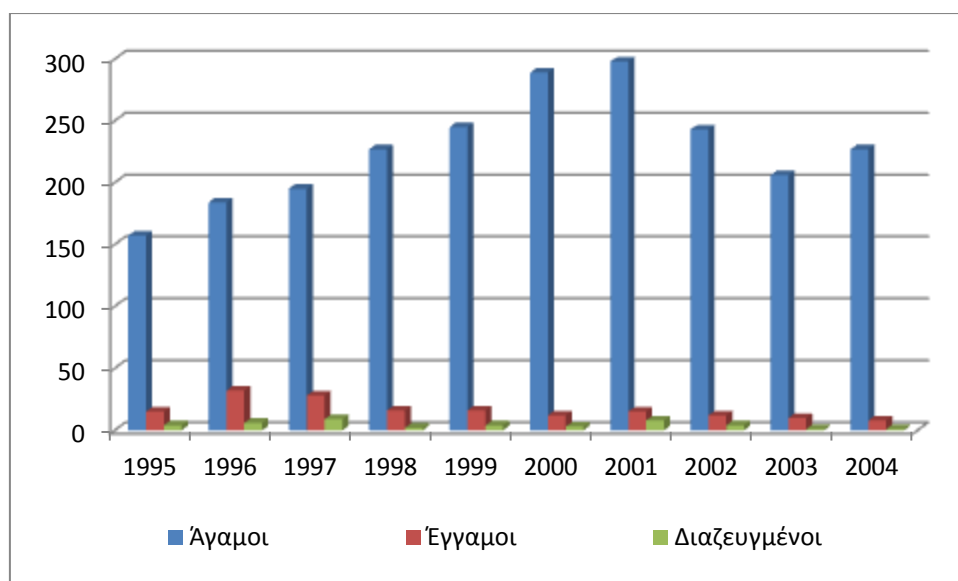
Διάγραμμα 1:4 Περιοχή θανάτων χρηστών ουσιών (1995 – 2005)

Η πλειοψηφία των θανάτων από τους χρήστες είναι γηγενείς και μάλιστα η απόκλιση είναι πολύ μεγάλη. Αυτό δικαιολογείται, λόγω της αναλογίας του πληθυσμού. Επιπλέον, ο σκοπός του ερχομού των ξένων στην Ελλάδα είναι κατά βάση οικονομικός, επομένως επικεντρώνονται στον στόχο τους. Βεβαίως, ως γενική παρατήρηση πρέπει να πούμε ότι η πορεία (εκπαιδευτική, επαγγελματική, κοινωνική) πολλών Ελλήνων είναι κοινή με των μεταναστών. Το κοινό σημείο είναι η ανέχεια και η περιθωριοποίηση.

Πίνακας 1:6 Οικογενειακή κατάσταση θανάτων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ	176	222	232	245	265	304	321	259	217	236
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ										
Αγαμοί	157	184	195	227	245	289	298	243	206	227
Έγγαμοι	15	32	28	16	16	12	15	12	10	8
Διαζευγμένοι	4	6	9	2	4	3	8	4	1	1

Πηγή: Γενική Αστυνομική Διεύθυνση Αθηνών, 2005



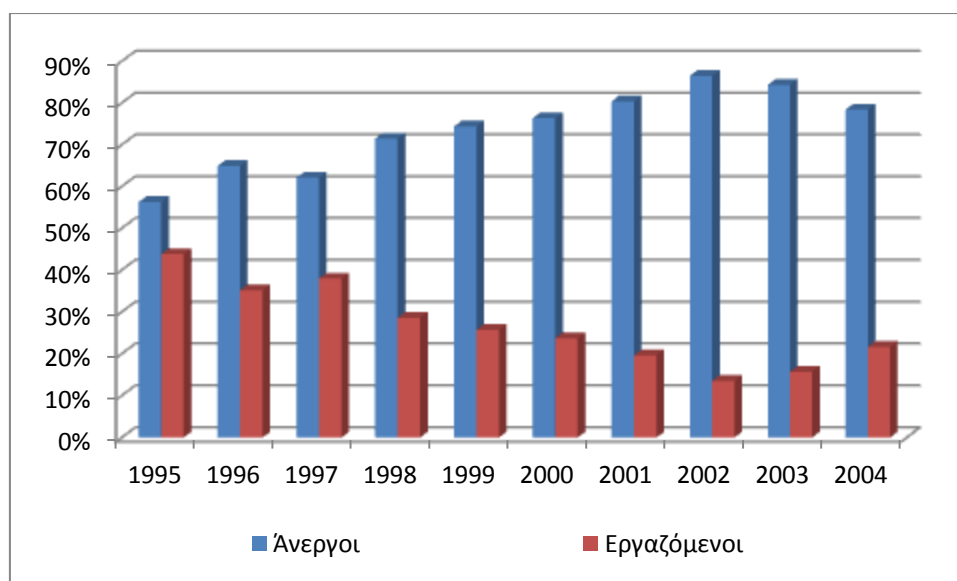
Διάγραμμα 1:5 Οικογενειακή κατάσταση θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)

Όπως διαπιστώνεται στο διάγραμμα τα περισσότερα θύματα χρηστών ουσιών είναι στην Αθήνα και ακολούθως στην Θεσσαλονίκη. Ο λόγος είναι η αναλογία του πληθυσμού εν πρώτοις και εν συνεχεία ο τρόπος ζωής, η χαλαρότητα του οικογενειακού ιστού και η γενικότερη νοοτροπία. Τα τελευταία χρόνια, βεβαίως, τείνει να μεταβληθεί αυτή η κατάσταση και εμφανίζεται άνοδος στην χρήση των ουσιών στις επαρχιακές πόλεις.

Πίνακας 1:7 Επαγγελματική κατάσταση θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ	176	222	232	245	265	304	321	259	217	236
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ										
Άνεργοι	99	144	144	175	197	232	258	224	183	185
Εργαζόμενοι	77	78	88	70	68	72	63	35	34	51
ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ										
Άνεργοι	56%	65%	62%	71%	74%	76%	80%	86%	84%	78%
Εργαζόμενοι	44%	35%	38%	29%	26%	24%	20%	14%	16%	22%

Πηγή: Γενική Αστυνομική Διεύθυνση Αθηνών, 2005



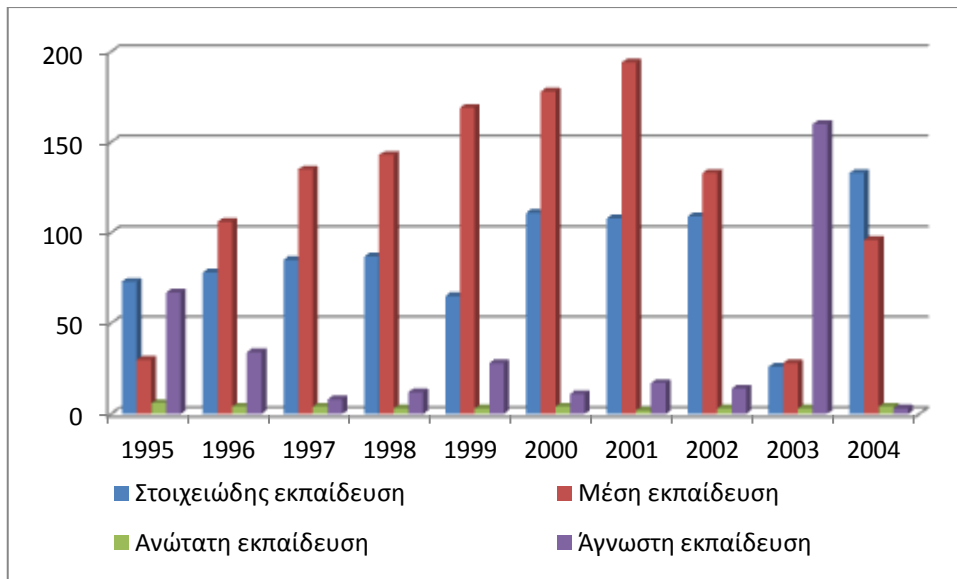
Διάγραμμα 1:6 Επαγγελματική κατάσταση θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)

Η πλειοψηφία των θανάτων από ναρκωτικά είναι άγαμοι και αυτό δικαιολογείται, λόγω της ηλικίας που ξεκινούν να κάνουν χρήση ουσιών. Αναφερόμαστε σε εφήβους και νέους ανθρώπους, οι οποίοι δεν βρίσκονται στην ηλικία που συνήθως αποφασίζει ο μέσος όρος να δημιουργήσει οικογένεια.

Πίνακας 1:8 Γραμματικές γνώσεις θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ	176	222	232	245	265	304	321	259	217	236
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ										
Στοιχειώδης εκπαίδευση	73	78	85	87	65	111	108	109	26	133
Μέση εκπαίδευση	30	106	135	143	169	178	194	133	28	96
Ανώτατη εκπαίδευση	6	4	4	3	3	4	2	3	3	4
Άγνωστη εκπαίδευση	67	34	8	12	28	11	17	14	160	3

Πηγή: Γενική Αστυνομική Διεύθυνση Αθηνών, 2005



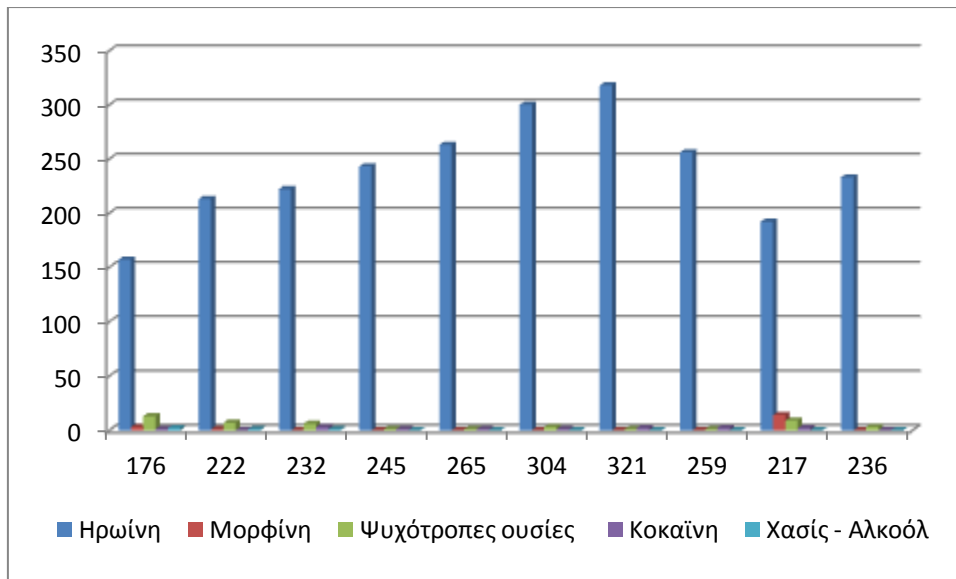
Διάγραμμα 1:7 Γραμματικές γνώσεις θανόντων χρηστών ουσιών (1995 – 2004)

Στα συγκεκριμένα διαγράμματα πραγματοποιείται αναφορά στο οικονομικό και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των χρηστών. Θεωρώντας ότι τα δύο διαγράμματα συνδέονται θα γίνει κοινό σχόλιο. Παρατηρούμε ότι ο αριθμός των χρηστών είναι αυξημένος στους ανέργους και στους έχοντες κατώτερη εκπαίδευση, συνεπώς επιβεβαιώνεται ο «κανόνας» ότι οι εξαρτήσεις συνδέονται κυρίως με την ανέχεια και την έλλειψη μορφωτικού επιπέδου.

Πίνακας 1:9 Είδος ναρκωτικού (1995 – 2004)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ΣΥΝΟΛΟ ΘΑΝΑΤΩΝ	176	222	232	245	265	304	321	259	217	236
ΕΙΔΟΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΟΥ										
Ηρωίνη	157	213	222	243	263	300	318	256	192	233
Μορφίνη	3	1	0	0	0	0	0	0	14	0
Ψυχότροπες ουσίες	13	7	6	1	1	3	1	1	9	3
Κοκαΐνη	1	0	3	1	1	1	2	2	2	0
Χασίς - Αλκοόλ	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0

Πηγή: Γενική Αστυνομική Διεύθυνση Αθηνών, 2005



Διάγραμμα 1:8 Είδος ναρκωτικού (1995 – 2004)

1.4 Η πρόληψη στην Ελλάδα

Η σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών είναι η πρόληψη, η οποία, όμως, πρέπει να βασίζεται σε μια συγκεκριμένη στρατηγική με ξεκάθαρους στόχους και να λαμβάνει υπόψη τους παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν στην ζωή του νέου ανθρώπου, όπως είναι η οικογένεια, η εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, ο ελεύθερος χρόνος, η επαγγελματική αποκατάσταση κλπ..

Η πρόληψη δεν είναι συνυφασμένη μόνο με την ενημέρωση, όπως γίνεται κατά κύριο λόγο στην Ελλάδα, αλλά σημαίνει ουσιαστικά πρόταση ενός άλλου τρόπου ζωής, με ενδιαφέροντα, αξίες, στόχους και αξιοπρέπεια. Εξάλλου, δεν εκλείπουν οι περιπτώσεις κατά τις οποίες, η πληροφόρηση λειτουργεί και ως διαφήμιση.

Οι πρώτες προσπάθειες για την πρόληψη των ναρκωτικών στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκαν την δεκαετία του 1980, αλλά δεν πρόκειται για οργανωμένες προσπάθειες. Οι περισσότερες πρωτοβουλίες βασίζονταν στην ενημέρωση των νέων και επικεντρώνονταν στους κινδύνους, που απορρέουν από τη χρήση των ναρκωτικών.

Στα μέσα της δεκαετίας του 1980, λόγω της συμμετοχής της Ελλάδας σε πρόγραμμα του Συμβουλίου της Ευρώπης, εφαρμόστηκαν τα πρώτα πιλοτικά προγράμματα πρόληψης στο χώρο του σχολείου και στην κοινότητα, που έρχεται σε επαφή με το παιδί, σε δύο δήμους της Αθήνας. Αυτά τα προγράμματα αφορούσαν ευρύτερα το ζήτημα και με αυτήν την διάσταση το προσέγγιζαν. Απέβλεπαν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των νέων, στην μείωση του συναισθήματος μοναξιάς, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, στην απόκτηση αντιστάσεων σε αρνητικές επιρροές και της δυνατότητας λήψης υπεύθυνων αποφάσεων για τον τρόπο ζωής. Η διαφορά από τ' άλλα προγράμματα πρόληψης οφειλόταν στο γεγονός ότι εστίαζε στις αιτίες του προβλήματος.

Σημαντικό γεγονός στην πρόληψη των ναρκωτικών υπήρξε το 1995 από τον ΟΚΑΝΑ, όπου σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση ξεκίνησε ένα πρόγραμμα ανάπτυξης Κέντρων Πρόληψης σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση σε όλη τη χώρα. Ταυτόχρονα, λόγω της ανάγκης για ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού, κατάλληλο για τη στελέχωση των Κέντρων, ο ΟΚΑΝΑ ίδρυσε το Κέντρο Εκπαίδευσης Στελεχών Πρόληψης σε συνεργασία με το ΕΠΙΨΥ. Σήμερα υπάρχουν στη χώρα 47 Κέντρα Πρόληψης. Τα κέντρα αυτά καλύπτουν την πλειονότητα των νομών και η ίδρυσή τους έγινε προοδευτικά μέσα στην τελευταία πενταετία. (Ιστοσελίδα ΟΚΑΝΑ)

Σήμερα η πρόληψη της τοξικομανίας, προκειμένου να είναι αποτελεσματική, έχει αναχθεί σε επιστήμη. Για να οδηγηθεί στην επιτυχία ένα πρόγραμμα πρέπει όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς να ενωθούν, δηλαδή οι μαθητές, οι γονείς, το σχολείο και οι τοπικοί φορείς. Η πρόληψη είναι αποτελεσματική, εφόσον είναι ισορροπημένη ανάμεσα στα μέτρα, που στόχο έχουν τη μείωση της προσφοράς (κατασταλτικά μέτρα) και σε αυτά που στόχο έχουν τη μείωση της ζήτησης (κοινωνικά και εκπαιδευτικά μέτρα). Δηλαδή επιβάλλεται να ακολουθείται μια συντονισμένη και πολυεπίπεδη κοινωνική πολιτική, που επιδιώξη της να είναι η απομάκρυνση της ουσίας από τον χρήστη, η δημιουργία συνθηκών ζωής, όπου το νεαρό άτομο θα έχει τη δυνατότητα να καλύπτει τις ανάγκες του, χωρίς να καταφεύγει σε καταστρεπτικές διεξόδους και τέλος η εκπαίδευση των νέων, ώστε να αναπτύξουν τις κατάλληλες

δεξιότητες για σωστές επιλογές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής, κυρίως όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με δύσκολες συνθήκες. Απαιτείται κατάλληλος συντονισμός και πολιτική βούληση, αλλά και συνεργασία με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες και έμφαση στη συνεχή εκπαίδευση και ενημέρωση για τις νέες μεθόδους πρόληψης και αξιολόγησης των προγραμμάτων.

Η πρόληψη για τους νέους πρέπει να γίνεται από οργανωμένους φορείς σε εθνικό επίπεδο, καθώς και η στελέχωση να πραγματοποιείται από νέους ανθρώπους, ούτως ώστε να βρίσκονται κοντά στην ηλικία των παιδιών, που απευθύνονται και άρα να είναι αποδεκτοί από αυτούς, διότι θα σχηματίζουν την άποψη ότι μπορούν να τους καταλάβουν. Βεβαίως, δεν αποκλείονται οι υπόλοιποι, αλλά είναι αναγκαίος ο καθορισμός του τρόπου και του τύπου της συμβολής του καθενός.

1.4.1 Οι δράσεις πρόληψης

Οι δράσεις πρόληψης είναι άμεσες και έμμεσες. Στην πρώτη περίπτωση αναφερόμαστε στα προγράμματα αγωγής υγείας στα σχολεία, καθώς και σ' άλλες προληπτικές παρεμβάσεις στους χώρους εργασίας, σε αθλητικούς χώρους και γενικότερα σε χώρους, όπου συχνάζουν οι νέοι. Αυτές οι δράσεις αποβλέπουν στην ενημέρωση και την εκπαίδευση των νέων, ώστε να αναπτύξουν ικανότητες αντίστασης στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών και να υιοθετούν υγιείς στάσεις και συμπεριφορές στη ζωή τους. Στην δεύτερη περίπτωση, οι δράσεις αποβλέπουν στην ενημέρωση των γονέων, των εκπαιδευτικών, των επαγγελματιών υγείας, των προπονητών, των ιδιοκτητών και των εργαζομένων σε χώρους διασκέδασης των νέων. Ως στόχος αυτών των δράσεων τίθεται η καλύτερη κατανόηση των εφήβων και νέων, καθώς και των ψυχολογικών τους αναγκών και η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης και επικοινωνίας, που θα διευκολύνει τη μετάδοση και αποδοχή των μηνυμάτων πρόληψης.

Οφείλουμε να τονίσουμε ότι μία αποτελεσματική πρόληψη πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις εξαρτησιογόνες ουσίες, ανεξάρτητα από το, αν αυτές είναι νόμιμες και κοινωνικά αποδεκτές (καπνός, αλκοόλ, ψυχοδραστικά φάρμακα) ή

παράνομες (ναρκωτικά). Ίσως, κάποιος διερωτηθεί για το λόγο, που πρέπει να συμπεριληφθεί ο καπνός και το αλκοόλ στην πρόληψη. Αυτό συμβαίνει για δύο λόγους: ο πρώτος, διότι πρόκειται για εξαρτησιογόνες ουσίες με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, στην κοινωνική και την ψυχολογική κατάσταση, τουλάχιστον για το αλκοόλ. Επίσης, δεν έχει καταστεί σαφές ότι οι συγκεκριμένες ουσίες προκαλούν τεράστια προβλήματα μακροπρόθεσμα και γι' αυτό έχουν υποτιμηθεί οι κίνδυνοι. Κατά δεύτερο λόγο, υφίσταται στενή συσχέτιση ανάμεσα στη χρήση των νόμιμων και των παράνομων ουσιών. Οι νέοι συνήθως ξεκινούν από το κάπνισμα και το αλκοόλ και καταφεύγουν στη συνέχεια στα χάπια και στα ναρκωτικά, πράγμα που σημαίνει ότι αναπτύσσεται μια κουλτούρα χρήσης, η οποία αυξάνει τους κινδύνους σε άτομα με κάποια πιθανή προδιάθεση να ακολουθήσουν μια πορεία, η οποία λειτουργεί κατά τρόπο ασυνείδητο και η κατάληξή της θα είναι η χρήση των ναρκωτικών. Προς επίρρωση του προαναφερθέντος είναι διάφορες μελέτες, οι οποίες έχουν δείξει ότι σε όσο μικρότερη ηλικία αρχίζει το άτομο να καπνίζει ή να πίνει συστηματικά, τόσο αυξάνουν οι πιθανότητες χρήσης ναρκωτικών, αλλά και εξάρτησης από αυτά.

1.5 Ο ρόλος της οικογένειας, του σχολείου και του κράτους

Οι γονείς μόνο με την συζήτηση από μικρή ηλικία σχετικά με ζητήματα, που άπτονται του προβλήματος των ναρκωτικών, την επικοινωνία και την αγάπη μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους να μείνουν μακριά από τα ναρκωτικά. Οι γονείς είναι αναγκαίο να μιλούν για τις ουσίες στα παιδιά τους και για τα συναισθήματα των ίδιων απέναντι σε αυτές, να τα ενημερώνουν για τους κινδύνους, που απορρέουν από την χρήση τους, να τα πληροφορούν για το πώς να χειριστούν την κατάσταση, όταν έρθουν σε επαφή με αυτά και να ενθαρρύνουν τα παιδιά, ώστε να τους μιλούν όποτε χρειαστούν την βοήθειά τους για τέτοιου είδους ζητήματα (Πιπερόπουλος 2002).

Τα παιδιά είναι αναγκαίο να ξέρουν ότι οι γονείς τους θα σταθούν δίπλα τους σε κάθε πρόβλημα, που θα αντιμετωπίσουν. Η εμπιστοσύνη συμβάλλει, ώστε και οι γονείς να γνωρίζουν τι συμβαίνει στην ζωή των παιδιών τους, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν εν τη γενέσει τους οποιοδήποτε πρόβλημα έχουν ή να

διαπιστώσουν γρηγορότερα αλλαγές στην συμπεριφορά τους. Δυστυχώς, οι γονείς αντιλαμβάνονται πολύ αργά ότι το παιδί τους είναι εθισμένο σε κάποια ουσία.

Οι γονείς αποτελούν πρότυπα για τα παιδιά τους, γεγονός που σημαίνει ότι μιμούνται την συμπεριφορά τους και τις συνήθειες που έχουν, καλές ή κακές. Συνεπώς, εάν ο γονιός κάνει χρήση ουσιών το παιδί εμφανίζει τριπλάσιες πιθανότητες να γίνει χρήστης της συγκεκριμένης ουσίας.

Στο σχολείο, ο μαθητής είναι αναγκαίο να νιώθει ότι βρίσκεται σε οικείο χώρο και τα μέλη του χώρου να είναι προσιτά σε αυτόν και έτοιμα να τον ακούσουν, εφόσον χρειαστεί την βοήθειά τους. Όμως, το σημαντικότερο είναι η σωστή και έγκαιρη ενημέρωση των μαθητών από ειδικούς. (Παρασκευόπουλος, 2010).

Οι γονείς πρέπει να συνεργάζονται με το σχολείο και η συνεργασία μπορεί να είναι πολυεπίπεδη. Για παράδειγμα, να ενημερώνονται για πρόγραμμα, που ενδεχομένως λειτουργήσουν στο σχολείο και φυσικά να συμμετέχουν οι ίδιοι υποστηρίζοντας τις πρωτοβουλίες του σχολείου. Θα μπορούσαν να συμβάλλουν ή να απαιτήσουν την οργάνωση δραστηριοτήτων που αφορούν το ζήτημα των ναρκωτικών. Επίσης, στις ενημερώσεις του συλλόγου των γονέων θα πρέπει να τίθενται το θέμα των ναρκωτικών.

Τέλος, το κράτος ευθύνεται για την ώθηση των νέων στα ναρκωτικά, διότι οφείλει να δημιουργεί τις κατάλληλες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες, ώστε οι νέοι να βρίσκουν διεξόδους στην ζωή τους και να μην οδηγούνται στην απογοήτευση. Ακόμη οι κατασταλτικοί μηχανισμοί του κράτους ως προς το θέμα των ναρκωτικών φέρονται με σκληρό τρόπο, αφού οι έμποροι των ναρκωτικών μένουν ατιμώρητοι, ενώ οι χρήστες, οι άνθρωποι, δηλαδή που χρήζουν βοήθειας τιμωρούνται με αυστηρές ποινές. Τα ναρκωτικά αποτελούν μία επικερδή δραστηριότητα, η οποία βρίσκει συνεργάτες ακόμη και στις αρμόδιες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Το κράτος, εάν επιθυμεί την αντιμετώπιση του προβλήματος αρμόζει να θεσπίσει αυστηρές ποινές για τους εμπόρους των ναρκωτικών ουσιών.

1.6 Αποτοξίνωση – Μέθοδοι Θεραπείας

Προτού αναφερθούμε στους τρόπους απεξάρτησης θα δώσουμε κάποιους ορισμούς. Αποτοξίνωση: είναι η επιτυχής απομάκρυνση του φαρμάκου από τον οργανισμό του χρήστη. Πρόκειται για μία δυσάρεστη και επικίνδυνη διαδικασία, εάν δεν υπάρχει το εξειδικευμένο προσωπικό και η κατάλληλη νοσηλευτική κάλυψη. Απεξάρτηση: είναι η διαδικασία της βαθμιαίας αποδέσμευσης από κάποια τοξική ουσία ή από οποιαδήποτε ουσία που καταναλώνεται καθ' υπερβολή. Η απεξάρτηση είναι μια επίπονη περίοδος κατά την οποία απαιτείται η παροχή ιατρικής ή ψυχολογικής στήριξης (Ιστοσελίδα ΚΕΘΕΑ).

Ο εθισμός στα ναρκωτικά μπορεί να αντιμετωπιστεί με την κατάλληλη και πολλές φορές εξειδικευμένη θεραπεία, ούτως ώστε οι χρήστες να επανενταχθούν στην κοινωνία και να καταστούν παραγωγικοί. Υπάρχουν πολλοί τρόποι απεξάρτησης, όπως είναι η λήψη φαρμάκων. Καταρχάς, οι συμπεριφορικές θεραπείες περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών, ψυχοθεραπεία, ομάδες αλληλοβοήθειας και οικογενειακή θεραπεία. Διευκρινίζοντας το θέμα της φαρμακευτικής αγωγής, οφείλουμε να πούμε ότι τα φάρμακα συμβάλλουν στην καταστολή του συνδρόμου στέρησης, της ακατάσχετης επιθυμίας λήψης ναρκωτικών και την εξουδετέρωση των δράσεων των ναρκωτικών στον οργανισμό. Μελέτες έχουν δείξει ότι η θεραπεία για τον εθισμό στην ηρωίνη με τη βοήθεια της μεθαδόνης σε κατάλληλες δόσεις ταυτόχρονα με συμπεριφορική θεραπεία, μειώνουν τη συχνότητα θανάτων και πολλών άλλων προβλημάτων υγείας, που σχετίζονται με τη χρήση ηρωίνης. Εκτός από την μεθαδόνη χρησιμοποιείται η βουπρενορφίνη και η ναλτρεξόνη. Η μεθαδόνη προκαλεί ευφορία κατά την ενδοφλέβια χρήση και ψυχική εξάρτηση μετά από επανειλημμένες χρήσεις (Μαρσέλλος, 1994). Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών, που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Αυτές οι ουσίες αυτές δρουν πολύ αργότερα σε σχέση με την ηρωίνη, η οποία προκαλεί σχεδόν αμέσως μετά την λήψη της, μια κατάσταση ευφορίας και εν συνεχεία προκαλεί μία «πτώση».

Στις Θεραπευτικές Μονάδες παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία, σε συνδυασμό με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συνοσηρότητας. Σκοπός του προγράμματος υποκατάστασης είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών, καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών. Επιπλέον, γίνεται προσπάθεια, ώστε οι χρήστες να αποκτήσουν έναν φυσιολογικό τρόπο ζωής, ο οποίος θα περιλαμβάνει την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων, το ενδιαφέρον για την εκπαίδευση και την επαγγελματική αποκατάσταση.

Όσο περισσότερο χρόνο βρίσκεται κάποιος σε θεραπεία, τόσο καλύτερα θα είναι τα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, οι ασθενείς, οι οποίοι λαμβάνουν θεραπεία για περισσότερο από 3 μήνες έχουν συνήθως καλύτερα αποτελέσματα και εξέλιξη σε σύγκριση με αυτούς, που λαμβάνουν θεραπεία για μικρότερο χρονικό διάστημα. Πολλοί ασθενείς δεν περιορίζονται στην θεραπεία απεξάρτησης, αλλά λαμβάνουν και άλλες που αφορούν την σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και συμβουλές για πρόληψη του AIDS. Όσον αφορά τους ασθενείς, οι οποίοι λαμβάνουν μόνο φαρμακευτική αγωγή χωρίς περαιτέρω βοήθεια, οι συνέπειες είναι οι ίδιες με τους χρήστες, οι οποίοι δεν έλαβαν ποτέ καμία θεραπεία.

Σχετικώς με την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής, οι έρευνες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία 25 χρόνια, οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι θεραπεία πετυχαίνει την απεξάρτηση από τα ναρκωτικά και μειώνει την εγκληματικότητα που παρουσιάζεται σε εθισμένους στα ναρκωτικά. Επίσης, οι χρήστες, που έλαβαν θεραπείες, έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρουν μια δουλειά, δηλαδή μπορούν να επανενταχθούν.

Μακροπρόθεσμος στόχος των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης είναι η επίτευξη της διαρκούς αποχής από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Ως άμεσοι στόχοι τίθενται η μείωση της χρήσης των εθιστικών ουσιών, η βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, η ελαχιστοποίηση των ιατρικών επιπλοκών και των κοινωνικών επιπτώσεων, που συνεπάγεται η χρήση των ναρκωτικών.

Υπάρχει η βραχυπρόθεσμη μέθοδος θεραπείας απεξάρτησης, η οποία διαρκεί για λιγότερο από 6 μήνες και περιλαμβάνει αγωγή και ένταξη σε θεραπευτική

κοινότητα, φάρμακα και θεραπεία επί εξωτερικής βάσης χωρίς φάρμακα. Η μακροπρόθεσμη θεραπεία, περιλαμβάνει μεθόδους, όπως είναι η χορήγηση μεθαδόνης σε άτομα, που είναι εθισμένα στα οπιοειδή σε εξωτερική βάση και αγωγή στο πλαίσιο της θεραπευτικής κοινότητας (Ετήσια Έκθεση ΕΠΙΨΥ, 2014).

1.6.1 Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα

Στα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα δεν γίνεται χρήση υποκατάστατων και αποσκοπούν στην απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη και βασίζονται στην ψυχοκοινωνική θεραπεία. Στην Ελλάδα τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα χρησιμοποιήθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '80, από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο (18 ΑΝΩ) και το ΚΕ.ΘΕ.Α. Οι χρήστες παρέμεναν σε αυτές τις κοινότητες τουλάχιστον για έναν χρόνο. Αυτά τα προγράμματα είναι επωφελή για άτομα, τα οποία έχουν συνειδητοποιήσει ότι θέλουν να θεραπευθούν, βρίσκονται σε μικρή ηλικία και δεν έχουν βεβαρημένο ιστορικό εξάρτησης.

Οι χρήστες ηρωίνης, λαμβάνουν από το στόμα μεθαδόνη και λεβο-αλφα-ακεταλ-μεθαδόλη (LAAM) και με αυτόν τον τρόπο καταστέλλεται η επίδραση της ηρωίνης. Οι εθισμένοι αισθάνονται ευφορία και δεν επιθυμούν να κάνουν χρήση ηρωίνης ούτε ο χρήστης τα αναζητεί, αλλά τα λαμβάνει με αγωγή και μπορεί να λειτουργήσει ως παραγωγικό μέλος της κοινωνίας.

Η θεραπεία από τα ναρκωτικά λαμβάνει διάφορες μορφές, υπάρχει η θεραπεία επί εξωτερικής βάσης, χωρίς χορήγηση φαρμάκων, η οποία απευθύνεται σε χρήστες, που επισκέπτονται τις εξειδικευμένες κλινικές και περιλαμβάνει διάφορα προγράμματα απεξάρτησης. Τα περισσότερα εξ αυτών έχουν ατομική ή συλλογική συμβουλευτική αγωγή και στήριξη. Βασίζονται στην χρήση ουσιών εκτός από τα οπιοειδή ή είναι χρήστες οπιοειδών για τους οποίους δεν συστήνεται θεραπεία συντήρησης. Οι τελευταίοι είναι χρήστες, που έχουν μια σταθερή, καλά οργανωμένη και ενταγμένη στην κοινωνία ζωή με ιστορικό εξάρτησης σε ναρκωτικά, που είναι μικρής χρονικής διάρκειας.

1.6.2 Οι θεραπευτικές κοινότητες

Καταρχάς με τον όρο θεραπευτική κοινότητα εννοούμε το αντικείμενο και τον στόχο (θεραπευτική), αλλά και την διαδικασία και την μέθοδο (κοινότητα). Βεβαίως, η όλη διαδικασία αντιμετωπίζεται με ενιαίο τρόπο (De Leon, 1997).

Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι πολύ καλά οργανωμένα προγράμματα και δέχονται χρήστες, οι οποίοι διαμένουν στους χώρους των κοινοτήτων από 6 έως 12 μήνες. Αυτά τα άτομα είναι χρόνιοι χρήστες, οι οποίοι έχουν εμπλακεί σε εγκληματικές δραστηριότητες, εξαιτίας της χρήσης ναρκωτικών ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία τους στην κοινωνία. Σκοπός των κοινοτήτων είναι η επανένταξή τους.

Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα σε θεραπευτικές κοινότητες, περιλαμβάνουν μια περίοδο 3 έως 6 εβδομάδων θεραπείας επί εσωτερικής βάσης. Στη συνέχεια ακολουθεί θεραπεία επί εξωτερικής βάσης με συμμετοχή σε συμβουλευτικά προγράμματα στήριξης ή ομάδες αλληλοβοήθειας.

Τα προγράμματα συντήρησης με την χορήγηση μεθαδόνης, πετυχαίνουν καλύτερα όσον αφορά στην απεξάρτηση από τα οπιοειδή σε σύγκριση με τις θεραπευτικές κοινότητες, οι οποίες με τη σειρά τους, είναι αποτελεσματικότερες από τα προγράμματα επί εξωτερικής βάσης, που προσφέρουν ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική στήριξη. Μεταξύ των προγραμμάτων χορήγησης μεθαδόνης, εκείνα που δίνουν ψηλότερες δόσεις μεθαδόνης (συνήθως τουλάχιστον 60 mg), έχουν καλύτερα ποσοστά συμμετοχής. Επίσης, όταν τα προγράμματα μεθαδόνης, συνοδεύονται από άλλες υπηρεσίες, όπως συμβουλευτική στήριξη και ιατρική περίθαλψη, έχουν καλύτερα αποτελέσματα από τα προγράμματα που παρέχουν τις ελάχιστες αναγκαίες υπηρεσίες.

Τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης, τα οποία βασίζονται στην χορήγηση φαρμάκων στις φυλακές είναι αποτελεσματικά, διότι απαλλάσσουν τους κρατούμενους από την εκδήλωση της εγκληματικής συμπεριφοράς. Τα αποτελέσματα είναι ακόμη καλύτερα, όταν μετά την αποφυλάκιση, ο χρήστης ακολουθεί πρόγραμμα

θεραπευτικής κοινότητας, συμβουλευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής στήριξης (www.medlook.gr).

1.7 Κοινωνική επανένταξη

Με τον όρο κοινωνική επανένταξη εννοούμε: «κάθε κοινωνική παρέμβαση με στόχο την ένταξη πρώην ή νυν προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στην κοινότητα». Τρεις είναι οι άξονες της κοινωνικής επανένταξης:

- (1) στέγη
- (2) εκπαίδευση και
- (3) απασχόληση, στην οποία περιλαμβάνεται η επαγγελματική κατάρτισης.

Η κοινωνική επανένταξη αποτελεί βασικό στόχο της Ε.Ε. και καταβάλλονται προσπάθειες για την βελτίωση της υγείας και την κοινωνικής θέσης των χρηστών ναρκωτικών και γι' αυτό περιλαμβάνονται προσπάθειες για την πρόσβαση και την κάλυψη των προγραμμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης. Παρόλο που τα κοινωνικά μέτρα εξακολουθούν να αποτελούν λιγότερο καθιερωμένη μέθοδο αντιμετώπισης της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών από την προσέγγιση της θεραπείας, οι παρεμβάσεις που συνδυάζουν τη θεραπεία με δράσεις για την υγεία και δράσεις κοινωνικού χαρακτήρα αναγνωρίζονται από τους επαγγελματίες του χώρου ως ο καλύτερος τρόπος για την επίτευξη της επανένταξης των χρηστών ναρκωτικών.

Επίσης, εξετάζονται οι διαφορές μεταξύ των γυναικών και των ανδρών χρηστών, για παράδειγμα, ποιές διαφορές υπάρχουν στη χρήση ναρκωτικών από τους άνδρες και τις γυναίκες και μήπως μειώνεται η ψαλίδα μεταξύ των δύο φύλων; Τι είδους προσεγγίσεις έχουν υιοθετήσει τα κράτη μέλη για τις ειδικές ανάγκες κάθε φύλου, όσον αφορά την πρόληψη των ναρκωτικών, τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και τη μείωση των συνεπειών; Είναι οι ειδικοί τρόποι αντιμετώπισης για κάθε φύλο εξίσου σημαντικοί για τους άνδρες και τις γυναίκες; (<http://issues06.emcdda.eu.int>). Τα στοιχεία για την κοινωνική επανένταξη είναι λιγοστά στην Ευρώπη, διότι υπάρχουν δυσκολίες στην συλλογή ποσοτικών πληροφοριών.

Ένα βασικό μέτρο κοινωνικού χαρακτήρα για τους χρήστες ναρκωτικών είναι η εξασφάλιση της στέγασης, η οποία επιτυγχάνεται μέσω κέντρων, που είτε απευθύνονται αποκλειστικά σε χρήστες ναρκωτικών είτε στοχεύουν κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες. Μεταξύ των μέτρων αυτών, η στέγαση αποτελεί έναν από τους κύριους άξονες. Ωστόσο, ανακύπτουν πολλά προβλήματα, όπως είναι η μικρή διαθεσιμότητα, οι τοπικές αντιδράσεις στην παροχή νέων υπηρεσιών σε χρήστες ναρκωτικών, τα περιορισμένα κριτήρια πρόσβασης και η δυσκολία, που αντιμετωπίζουν οι άστεγοι προβληματικοί χρήστες ναρκωτικών στην τήρηση των κανόνων είναι μερικά από τα προβλήματα που αναφέρθηκαν.

Επομένως, το πρώτο βήμα στην πορεία για την επανένταξη των προβληματικών χρηστών είναι η παροχή σταθερής στέγης. Ο αριθμός των προβληματικών χρηστών ναρκωτικών και το ποσοστό αστέγων μεταξύ των ατόμων, που ζητούν θεραπεία κυμαίνεται από 75.000 έως 123.000 σε ευρωπαϊκό επίπεδο αναφορικά με άστεγους, προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών. Επί του παρόντος υπάρχουν κέντρα στις περισσότερες χώρες, αλλά ορισμένες χώρες εξακολουθούν να υλοποιούν νέες δομές, η επίδραση των μέτρων αυτών θα εξαρτηθεί από το κατά πόσο θα διασφαλιστεί η δυνατότητα πρόσβασης των άστεγων, προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στις εν λόγω υπηρεσίες. (www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint)

1.8 Στόχοι του Ο.ΚΑ.ΝΑ

Σ' αυτό το σημείο θα γίνει ιδιαίτερη αναφορά στον οργανισμό κατά των ναρκωτικών Ο.ΚΑ.ΝΑ. Καταρχάς, είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ως στόχοι του οργανισμού τίθενται:

- (1) Ο σχεδιασμός, η προώθηση, ο διυπουργικός συντονισμός και η εφαρμογή σχετικά με την πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων.
- (2) Η μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτημένων σε εθνικό επίπεδο, η πληροφόρηση και η ευαισθητοποίηση του κοινού.
- (3) Η ίδρυση και η αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπείας και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης

Οι θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία για τα άτομα που είναι εξαρτημένα από τα οπιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής εξάρτησης και την κοινωνική ενσωμάτωση. Στα θεραπευτικά προγράμματα γίνεται χρήση μεθαδόνης, η οποία συμβάλλει στον έλεγχο και την διακοπή της χρήσης της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών.

Στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης παράλληλα με την χορήγηση του υποκατάστατου υπάρχει και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς, που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών. Ειδικότερα παρέχονται:

- (1) **Ιατρικές υπηρεσίες:** βασική ιατρική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων(ηπατίτιδα, AIDS), ψυχιατρική περίθαλψη, χορήγηση μεθαδόνη.
- (2) **Ψυχολογικές υπηρεσίες:** ατομική συμβουλευτική, ομάδα αυτοεκτίμησης, πρόληψη υποτροπής.
- (3) **Ψυχοθεραπεία:** ατομική, ομαδική, και οικογενειακή θεραπεία.
- (4) **Κοινωνικές υπηρεσίες:** ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, θέματα εργασία.
- (5) **Νομικές υπηρεσίες:** συμβουλές νομικής φύσης, εκπροσώπηση και υπεράσπιση των τοξικομανών ενώπιον των δικαστηρίων.

Η Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης παρέχει στα μέλη της ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία, καθώς και συνεχή παρακολούθηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας. Στη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα αντιμετωπίζονται

και τα ιατρικά προβλήματα του χρήστη, επίσης, γίνεται χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή και παραπομπή σε άλλα νοσηλευτικά πλαίσια. Επιπλέον, οι χρήστες κινητοποιούνται και ενισχύονται προκειμένου να συμμετέχουν σε πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες, καθώς και σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης του Ο. ΚΑ. ΝΑ.

Ακόμη παρέχεται νομική υποστήριξη, αποσκοπώντας στην εκκαθάριση του ποινικού μητρώου σε όσους βγαίνουν από τη Μονάδα, ενώ η διατήρηση της επαφής με τα μέλη, που ολοκληρώνουν το Πρόγραμμα Κοινωνικής Επανάταξης βοηθά και ενισχύει την αποχή από τα ναρκωτικά και λειτουργεί υποστηρικτικά στις προσπάθειες τους για ανεύρεση εργασίας (www.OKANA.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Προτού αναφερθούμε στους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών, θα κάνουμε λόγο για τους τρόπους προσέγγισης της αντιμετώπισης των ουσιών. Υπάρχουν ουσιαστικά τρεις κατευθύνσεις· η πρώτη αφορά την νομιμοποίηση των στοιχείων που την συγκροτούν, υπάρχει η πολιτική της μηδενικής ανοχής και η καταπολέμηση του συνόλου των παραμέτρων και η μέση οδός, η οποία αφορά μία ρεαλιστική προσέγγιση (Τζαννετάκης, 2006).

2.1 Το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρώπη

Στην Ευρώπη υπάρχει συνεργασία για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, παρόλο που η θέσπιση εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά παραμένει αποκλειστικό προνόμιο κάθε κράτους μέλους χωριστά. Για παράδειγμα υπάρχουν δύο κανονισμοί της ΕΕ που τέθηκαν σε ισχύ το 2005 σχετικά με τις πρόδρομες ουσίες και μία απόφαση του Συμβουλίου για τα νέα ναρκωτικά. Επιπλέον, εντείνονται τα μέτρα κατά της διακίνησης ναρκωτικών μέσω νέων νομικών πράξεων, που επιλαμβάνονται της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες και της δήμευσης περιουσιακών στοιχείων.

Στην Ε.Ε. γίνεται μία προσπάθεια για την επίτευξη συμφωνίας σ' ένα κοινό πλαίσιο δραστηριοτήτων. Για παράδειγμα, όλες ουσιαστικά οι στρατηγικές μείωσης της ζήτησης των ναρκωτικών περιλαμβάνουν πρόληψη, θεραπεία και μείωση των επιβλαβών συνεπειών, αν και κάθε κράτος μέλος δίνει διαφορετική βαρύτητα σε καθένα από τα στοιχεία αυτά.

Μια τάση, που παρατηρείται είναι οι αλλαγές στις εθνικές νομοθεσίες για τα ναρκωτικά, που δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη διάκριση μεταξύ των αδικημάτων της κατοχής των ναρκωτικών για προσωπική χρήση και των αδικημάτων, που αφορούν την διακίνηση και την προσφορά. Επικρατεί η τάση για αυξημένες ποινές

στη δεύτερη περίπτωση, ενώ δίνεται μικρότερη έμφαση σε ποινές εγκλεισμού στην πρώτη περίπτωση. Το ανωτέρω συνάδει με την έμφαση, που δίνεται στην Ευρώπη στη διεύρυνση των ευκαιριών για την θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά και στην προσπάθεια που καταβάλλεται, ώστε οι χρήστες να μην οδηγούνται στην δικαιοσύνη, αλλά στην θεραπεία και ακολούθως στην επανένταξη.

Να επισημάνουμε ότι το κύριο ναρκωτικό από το οποίο επιδιώκουν να απεξαρτηθούν οι χρήστες είναι –κατά βάση η ηρωίνη- μιλούμε για 60% του συνόλου των καταγεγραμμένων αιτήσεων για θεραπεία το 2004. Όσον αφορά για την ηλικία περίπου το 25% των αιτήσεων για θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιοειδή υποβάλλονται από άτομα ηλικίας 35 και άνω. Μόνο 7% των ατόμων, που κάνουν αίτηση για θεραπεία για πρώτη φορά είναι ηλικίας κάτω των 20 ετών. Στο σύνολο της Ευρώπης η σημαντική αύξηση σε θεραπείες υποκατάστασης των ναρκωτικών, που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια σημαίνει ότι το σύστημα θεραπείας περιλαμβάνει έναν αυξανόμενο - και γηράσκοντα - πληθυσμό ατόμων με προβλήματα ηρωίνης, που το πιθανότερο είναι να χρήζουν περίθαλψης και να παραμένουν βασικοί αποδέκτες των πόρων για πολλά ακόμα χρόνια.

Η ηρωίνη, που καταναλώνεται στην ΕΕ παρασκευάζεται πρωτίστως στο Αφγανιστάν, ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά κατασχέσεων αυτού του ναρκωτικού πραγματοποιούνται στην Ευρώπη, ενώ οι κατασχέσεις που γίνονται στην Τουρκία έχουν ξεπεράσει σε ποσότητες την Δυτική και την Κεντρική Ευρώπη. Αυτή η αυξανόμενη τάση στον αριθμό κατασχέσεων ηρωίνης όχι μόνο υπογραμμίζει την αξία της συντονισμένης δράσης κατά της διακίνησης ναρκωτικών σε ευρύτερο ευρωπαϊκό επίπεδο, αλλά, επίσης, εγείρει σημαντικά ερωτήματα σχετικά με τον αντίκτυπο της αυξημένης παραγωγής ηρωίνης στην ευρωπαϊκή αγορά.

Σ' αυτό το σημείο θα παραθέσουμε κάποια στατιστικά στοιχεία σχετικώς με τους χρήστες των ναρκωτικών. Αναφορικά με την κάνναβη 1 στους 5 Ευρωπαίους ενήλικες θα συνεχίσει δια βίου την χρήση. Σχετικά με την κοκαΐνη, το ποσοστό επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή ανέρχεται στα 10 εκατομμύρια ή άνω του 3 % των Ευρωπαίων ενηλίκων. Περίπου 8,5 εκατομμύρια Ευρωπαίοι ενήλικες θα συνεχίσουν την χρήση σε όλη τη ζωή. Το ποσοστό για τις αμφεταμίνες είναι σχεδόν 10 εκατομμύρια ή αλλιώς περίπου 3 % των ευρωπαίων ενηλίκων, για τα οπιοειδή από

1 έως 8 περιπτώσεις ανά 1.000 ενήλικους (ηλικίας 15–64 ετών). Σχεδόν 7000 περιπτώσεις αιφνίδιων θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά, με τα οπιοειδή να έχουν ανιχνευτεί σε περίπου 70 % των περιπτώσεων.

Από τις περίπου 380.000 αιτήσεις για θεραπεία, που αναφέρθηκαν συνολικά το 2004, η κάνναβη ήταν η κύρια αιτία παραπομπής σε θεραπεία σε περίπου 15 % των περιπτώσεων, γεγονός που την καθιστά τη δεύτερη πιο συχνά αναφερόμενη ουσία μετά την ηρωίνη. Οι θεραπευτικές υπηρεσίες ασχολούνται επίσης με περισσότερα προβλήματα, τα οποία οφείλονται στα διεγερτικά και την πολλαπλή χρήση των ναρκωτικών, περιλαμβανομένου ενός σημαντικού ποσοστού επικάλυψης των προβλημάτων από τα παράνομα ναρκωτικά και το αλκοόλ. Ωστόσο, σε επίπεδο γενικού πληθυσμού δεν γνωρίζουμε αρκετά για τις συνέπειες στη δημόσια υγεία από τη συστηματική και διαρκή χρήση αυτών των ειδών ναρκωτικών, ούτε για τις πιθανές ανάγκες παρέμβασης εκείνων που τα χρησιμοποιούν.

Υπάρχει ομογνωμία στην Ευρώπη για τον καθορισμό του τρόπου αντιμετώπισης των προβλημάτων ναρκωτικών σχετικώς με την παράνομη χρήση των οπιοειδών και στην χάραξη πολιτικής με γνώμονα το τι είναι πιθανόν να αποτελεί κατάλληλη παρέμβαση για την προβληματική χρήση της ηρωίνης (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2006).

2.2 Η Ευρωπαϊκή εφαρμογή της πρόληψης

Από την εμπειρία, που αποκομίστηκε σε ορισμένα κράτη μέλη προκύπτει ότι οι παρεμβάσεις για την πρόληψη των ναρκωτικών σε ατομικό επίπεδο μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές, εάν υποστηρίζονται επίσης από κανονιστικές πολιτικές για τις νόμιμες ναρκωτικές ουσίες που μπορούν να περιορίσουν την πρόσβαση των νέων στις ουσίες αυτές και να περιορίσουν την κοινωνική αποδοχή τους. Από τα πρώτα μέτρα, που λαμβάνονται σε επίπεδο ΕΕ είναι η οδηγία για τη διαφήμιση του καπνού και τη σύμβαση πλαίσιο για τον έλεγχο του καπνού. Ο ρόλος των εκστρατειών στα μέσα ενημέρωσης θεωρείται ότι συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, δηλαδή την ενίσχυση και την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού κλπ. παρά στην αλλαγή συμπεριφοράς. Υπάρχει και η αντίθετη άποψη ότι τέτοιου είδους

προσπάθειες στα ΜΜΕ λειτουργούν υποστηρικτικά και όχι αποτρεπτικά. (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2006).

2.2.1 Πρόληψη στη δημόσια υγεία

Σε κράτη, όπως είναι η Ιταλία, οι Κάτω Χώρες, η Σλοβακία και η Νορβηγία γίνεται μνεία στον όρο «πρόληψη στη δημόσια υγεία» «public health prevention», ο οποίος συνεπάγεται ένα ευρύ φάσμα μέτρων πρόληψης, που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας των ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων, μεταξύ των οποίων και η πρόληψη των ναρκωτικών. Τα μέτρα αυτά είναι ειδικά προσαρμοσμένα στις ανάγκες των νέων, όπου λαμβάνεται υπόψη ότι η χρήση των ναρκωτικών ουσιών, εξαρτάται κατά πολύ από την κοινωνική και προσωπική ευπάθεια, καθώς και τις συνθήκες διαβίωσης. Αυτή η αντίληψη συνδέεται και με άλλες πολιτικές της δημόσιας υγείας, οι οποίες αφορούν τους νέους, δηλαδή στρατηγικές για την ψυχική υγεία των εφήβων- διαταραχές της συμπεριφοράς, διαταραχές της ελλειμματικής προσοχής- κοινωνικές πολιτικές- παροχή χώρων ψυχαγωγίας και υποστήριξης σε εύλωτους νέους ή άπορες οικογένειες-, εκπαιδευτικές πολιτικές- περιορισμός του φαινομένου της πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου- κλπ. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η πρόληψη στη δημόσια υγεία στοχεύει το σύνολο των παραγόντων ευπάθειας, των οποίων η αντιμετώπιση είναι απαραίτητη για την καταπολέμηση του προβλήματος των ναρκωτικών μέσω της εξασφάλισης της συμμετοχής υπηρεσιών και τομέων που δεν έχουν εξ ορισμού αντικείμενό τους τα ναρκωτικά.

Τα τελευταία χρόνια, λόγω της οικονομικής κρίσης σε πολλές χώρες της Ευρώπης έχει παραμεληθεί το ζήτημα της προφύλαξης από τον ιό του AIDS, με συνέπεια να υπάρχουν φόβοι για αύξηση των κρουσμάτων, ιδίως, σε εύλωτες ομάδες, αλλά και την εξέλιξή του σε επιδημία (Ετήσια Έκθεση για τα Ναρκωτικά στην Ευρώπη, 2011). Υπήρξε, βεβαίως, πτώση από το 2004 στο αναφερόμενο ποσοστό των νεοδιαγνωσθέντων κρουσμάτων HIV, που συνδέονται με την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών (ανά εκατομμύριο κατοίκους), ωστόσο το 2009 συνέχισε το ποσοστό να παραμένει σχετικά υψηλό σε Εσθονία (63,4), Λιθουανία (34,9), Λετονία (32,7), Πορτογαλία (13,4) και Βουλγαρία (9,7), γεγονός που υποδηλώνει σε μεγάλο

βαθμό συνεχιζόμενη μετάδοση του ιού HIV μεταξύ των χρηστών των ενέσιμων ναρκωτικών σε συγκεκριμένες χώρες, δηλαδή, κυρίως, στις ανατολικές χώρες.

Περαιτέρω ενδείξεις συνεχιζόμενης μετάδοσης του ιού HIV παρατηρούνται σε έξι χώρες (Γαλλία, Εσθονία, Ισπανία, Λετονία, Λιθουανία, Πολωνία), με επίπεδα επιπολασμού άνω του 5 % σε δείγματα νεαρών χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών (ηλικίας κάτω των 25 ετών) κατά το διάστημα 2005–2007, καθώς και σε δύο χώρες (Βουλγαρία, Κύπρος), όπου ο επιπολασμός μεταξύ των νεαρών XEN αυξήθηκε στη διάρκεια της πενταετίας 2004–2009 (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2011).

2.2.2 Καθολική πρόληψη στα σχολεία

Στο πλαίσιο της πρόληψης εντάσσεται η προσπάθεια ενημέρωσης στα σχολεία και η διανομή αναλυτικού υλικού για τους εκπαιδευτικούς και τους μαθητές. Αυτή η πρακτική εφαρμόζεται από κράτη, όπως είναι η Τσεχία, η Ελλάδα, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Κύπρος, η Ουγγαρία, οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο και επιφέρει θετικά αποτελέσματα (www.eudap.net).

Ένας άλλος προληπτικός, αλλά αμφιλεγόμενος τρόπος, ο οποίος εφαρμόζεται στο Βέλγιο, είναι η παρουσία της αστυνομίας στα σχολεία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο σε έγγραφο πολιτικής (Επιτροπή για τα ναρκωτικά ACPO, 2002) συνιστάται η δράση της αστυνομίας να περιορίζεται στους τομείς στους οποίους ειδικεύεται (ασφάλεια, αδικήματα, τάξη) και να μην εμπλέκεται στην ειδική εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά. Την ίδια γραμμή πλευσης ακολουθεί και η Πορτογαλία που συνεχίζει να εφαρμόζει ένα πρόγραμμα εκ του σύνεγγυς αστυνόμευσης με την ονομασία Escola Segura (ασφαλές σχολείο). Σύμφωνα με αυτό το πρόγραμμα στην διάρκεια του σχολικού έτους 2004/05, 320 συνολικά αστυνομικοί τοποθετήθηκαν σε σχολικά περιβάλλοντα με στόχο την εκ του σύνεγγυς αστυνόμευση και την πρόληψη αδικημάτων, κατά τη διάρκεια τόσο της ημέρας όσο και της νύχτας. Στη Γαλλία υπάρχουν εκπαιδευμένοι επαγγελματίες, οι οποίοι είναι σε θέση να λειτουργήσουν ως σύνδεσμοι με πληθυσμιακές ομάδες νεαρών ή ενηλίκων, επισκέπτονται σχολεία ή άλλες υπηρεσίες κατόπιν αιτήματος.

2.2.3 Επικεντρωμένη πρόληψη

Πολλά κράτη, όπως είναι η Γερμανία, η Ελλάδα, το Λουξεμβούργο, η Αυστρία, η Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο εστιάζουν την προσοχή τους στους νεαρούς παραβάτες, οι οποίοι αποτελούν ευάλωτη ομάδα. Επίσης, η Νορβηγία αναπτύσσει προγράμματα κατά της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών και αλκοόλ, στο πλαίσιο της οποίας οι προσπάθειες πρόληψης θα στοχεύσουν ειδικά ομάδες κινδύνου. Στην Πολωνία εφαρμόζεται σε εθνικό επίπεδο πρόγραμμα για την τροποποίηση της συμπεριφοράς ευάλωτων παιδιών ή παιδιών, που βρίσκονται ήδη στα αρχικά στάδια της χρήσης ναρκωτικών σε σχέση με την τοξικομανία. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποβλέπει στην στήριξη της οικογένειας για την επίλυση προβλημάτων ναρκωτικών και δεν επικεντρώνεται στη χρήση των ναρκωτικών και δεν στιγματίζει τη χρήση ναρκωτικών, αλλά επικεντρώνεται στην ευπάθεια υπό την ευρύτερη έννοια.

2.2.4 Επικεντρωμένη πρόληψη στα σχολεία

Στην επικεντρωμένη πρόληψη στα σχολεία τίθενται στο επίκεντρο οι νέοι, οι οποίοι κινδυνεύουν να εγκαταλείψουν πρόωρα το σχολείο ή/και έχουν προβλήματα συμπεριφοράς, για παράδειγμα στην Ιταλία, όπου το 15 % περίπου των παρεμβάσεων πρόληψης στα σχολεία στοχεύει στις ευάλωτες υποομάδες μαθητών. Τέτοιες ομάδες είναι μαθητές με προβλήματα κοινωνικής συμπεριφοράς, μαθησιακά προβλήματα ή οικογενειακά προβλήματα, μετανάστες μαθητές και μαθητές που ανήκουν σε εθνοτικές μειονότητες.

2.2.5 Πρόληψη στην οικογένεια

Στόχος αποτελεί και η πρόληψη στην οικογένεια, διότι αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών, που ξεκινούν τη χρήση ναρκωτικών από νεαρότερη ηλικία. Ο ρόλος της οικογένειας στον καθορισμό προτύπων και στην παροχή υποστήριξης στα παιδιά

είναι πιο σημαντικός για την πρόληψη απ' ό τι η μετάδοση πληροφοριών για τις ουσίες.

Η πρόληψη στην οικογένεια στο πλαίσιο της Ε.Ε. γίνεται πιο στοχοθετημένη και προσαρμοσμένη στην κάλυψη αναγκών. Αρκετά κράτη μέλη -Γερμανία, Ισπανία, Ιρλανδία, Ιταλία και Ηνωμένο Βασίλειο- αναγνωρίζουν ότι η επικοινωνία των θεσμικών φορέων με προβληματικές οικογένειες μπορεί να παρουσιάζει δυσκολίες. Γι' αυτό στο Ηνωμένο Βασίλειο δημιουργήθηκε ένα πληροφοριακό πακέτο για ομάδες δράσης κατά των ναρκωτικών και του αλκοόλ και επαγγελματίες στον χώρο της πρόληψης, το οποίο αφορά τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να επιδιωχθεί η επικοινωνία με την οικογένεια. Η επικεντρωμένη πρόληψη στις οικογένειες εφαρμόζεται και σε άλλα κράτη, με δράσεις που αφορούν την παροχή τροφίμων, την παροχή οικονομικών κινήτρων, την επιτήρηση μικρών παιδιών κλπ.. Αυτές αποτελούν τεχνικές, για να προσελκύσουν οικογένειες, που διατρέχουν κίνδυνο (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2006).

2.2.6 Πρόληψη σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας

Τα τελευταία χρόνια προωθείται σε περισσότερες χώρες η πρόληψη σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας, η οποία είναι διαδεδομένη στις σκανδιναβικές χώρες, το Βέλγιο, τις Κάτω Χώρες, την Πολωνία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

2.3 Μεθαδόνη και Ευρώπη

Όσον αφορά την θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη για τους χρήστες ηρωίνης στην Ευρώπη πρωτοστάτησαν η Σουηδία (το 1967), οι Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο (1968) καθώς και η Δανία (1970), αλλά η χρήση της παρέμεινε περιορισμένη για πολλά χρόνια. Μετά τα τέλη της δεκαετίας του 1980, ο ρυθμός με τον οποίο καθιερωνόταν η συντήρηση με μεθαδόνη ως μορφή θεραπείας επιταχύνθηκε. Έως το 2001 την είχαν καθιερώσει 24 χώρες της ΕΕ, καθώς και η Βουλγαρία, η Ρουμανία και η Νορβηγία.

Το 1996 θεσπίστηκε για πρώτη φορά η νομική βάση για τη χρήση φαρμάκων που περιέχουν βουπρενορφίνη στη θεραπεία των χρηστών ηρωίνης σε κράτος μέλος της ΕΕ. Πλέον είναι διαθέσιμη και χρησιμοποιείται στην πλειονότητα των κρατών μελών. Σε ορισμένες χώρες, αυτή η επιλογή θεραπείας είχε ως αποτέλεσμα τη ραγδαία αύξηση του αριθμού των ατόμων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία. Διερευνούνται νέες μέθοδοι φαρμακοθεραπείας και η προσοχή των ερευνών στρέφεται πλέον στην ανάπτυξη τρόπων θεραπείας για τους χρήστες κοκαΐνης και κρακ, πολλοί από τους οποίους επίσης χρησιμοποιούν ή έχουν χρησιμοποιήσει κατά το παρελθόν ηρωίνη. Υπολογίζεται ότι στην ΕΕ περισσότεροι από πεντακόσιες χιλιάδες χρήστες οπιοειδών υποβλήθηκαν σε θεραπεία υποκατάστασης το 2003.

Τα στεγνά προγράμματα θεραπείας κυριαρχούν στις παρεμβάσεις, που γίνονται στα σωφρονιστικά ιδρύματα των νέων κρατών μελών, αλλά η κάλυψη των παρεμβάσεων αυτών είναι περιορισμένη. Στεγνά προγράμματα θεραπείας με παροχή ψυχολογικής υποστήριξης αναφέρεται ότι είναι διαθέσιμα σε λιγότερο από 50 % των σωφρονιστικών ιδρυμάτων στην Τσεχική Δημοκρατία, την Εσθονία, τη Λιθουανία, την Ουγγαρία, την Πολωνία και τη Σλοβακία. Η σύντομη αποτοξίνωση με τη χορήγηση φαρμάκων είναι ευρύτερα διαθέσιμη (σε όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα στη Λεττονία, την Ουγγαρία, τη Μάλτα, τη Σλοβενία και τη Σλοβακία).

Ελάχιστα σωφρονιστικά ιδρύματα στα νέα κράτη μέλη αναφέρουν τη λήψη μέτρων μείωσης των επιβλαβών συνεπειών για τους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συρίγγων δεν εφαρμόζονται στα σωφρονιστικά ιδρύματα των νέων κρατών μελών και μόνον η Εσθονία, η Λιθουανία και η Σλοβενία αναφέρουν την παροχή απολυμαντικών για τον καθαρισμό των συρίγγων. Παρ' όλα αυτά, στα σωφρονιστικά ιδρύματα γίνεται ιατρική αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά. Εμβολιασμοί κατά της ηπατίτιδας Β πραγματοποιούνται σε όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα έξι νέων κρατών μελών (Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Ουγγαρία, Μάλτα, Σλοβενία και Σλοβακία), και πέντε χώρες αναφέρουν διαθεσιμότητα αντικής θεραπείας για κρατούμενους θετικούς στον ιό της ηπατίτιδας C σε όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα (Τσεχική Δημοκρατία, Λιθουανία, Πολωνία, Σλοβενία και Σλοβακία). Η εφαρμογή αντιρετροϊκής θεραπείας για κρατούμενους θετικούς στον ιό HIV αναφέρεται από όλα τα νέα κράτη μέλη.

Στις περισσότερες χώρες –μέλη προκύπτει ότι η θεραπεία με ιατρική υποστήριξη και βασική ουσία την μεθαδόνη υπερέχει εκτός από την Τσεχική Δημοκρατία και τη Γαλλία. Η θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά στις περισσότερες χώρες παρέχεται, κυρίως, σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής – μόνον στην Τουρκία και τη Λεττονία η θεραπεία παρέχεται ως επί το πλείστον σε κέντρα εσωτερικής παραμονής. Οι παραδοσιακές ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι απεξάρτησης -ψυχοδυναμική, γνωστική-συμπεριφοριστική, συστημική/οικογενειακή θεραπεία ή θεραπεία Gestalt- είναι αυτές που χρησιμοποιούνται συχνότερα σε κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής στην Ιρλανδία, την Λεττονία, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Βουλγαρία και την Τουρκία. Εννέα χώρες αναφέρουν την παροχή, κυρίως, «υποστηρικτικών» μεθόδων, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν συμβουλευτική υποστήριξη, κοινωνικο-εκπαιδευτική θεραπεία και θεραπεία σχετικά με το περιβάλλον, παρακινητικές συνεντεύξεις ή τεχνικές χαλάρωσης και βελονισμό και 10 χώρες συνδυάζουν τις διαφορετικές μεθόδους στο πλαίσιο του θεραπευτικού έργου, που παρέχεται στα κέντρα θεραπείας εξωτερικής παραμονής.

Όσον αφορά τη θεραπεία σε κέντρα θεραπείας εσωτερικής παραμονής, το μοντέλο 12 βημάτων της πολιτείας Minnesota (ΗΠΑ) χρησιμοποιείται συχνά στην Ιρλανδία, τη Λιθουανία, την Ουγγαρία και την Τουρκία, ενώ έξι χώρες εφαρμόζουν κυρίως ψυχοθεραπευτικές μεθόδους απεξάρτησης, πέντε χώρες «υποστηρικτικές» μεθόδους και 10 χώρες συνδυασμό των προσεγγίσεων αυτών.

Τα τελευταία, κυρίως, 5 χρόνια, έχουν αρθεί οι περιορισμοί για την είσοδο των εθισμένων ατόμων στα θεραπευτικά κέντρα και μεγάλος αριθμός χρηστών έχουν πρόσβαση και βοήθεια για την επανένταξή τους.

Οι περισσότερες χώρες της Ε.Ε. έχουν διατυπώσει με σαφήνεια την προσέγγισή τους για την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών και έχουν συμπεριλάβει σαφείς στόχους ή καθήκοντα καθορίζοντας τους τρόπους με τους οποίους πρέπει να αντιμετωπιστεί το θέμα της πρόληψης των λοιμωδών νοσημάτων στους χρήστες ναρκωτικών. Η Μάλτα και η Αυστρία σχεδιάζουν την εκπόνηση ειδικών πολιτικών για την προσέγγιση που θα ακολουθήσουν στον τομέα αυτό. Στη Γερμανία και την Ελλάδα, η εθνική στρατηγική

για τα ναρκωτικά περιλαμβάνει σαφή μέτρα για την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων, η οποία ωστόσο δεν προσδιορίζεται ρητά ως στόχος.

Στο συγκεκριμένο τομέα υπάρχει στενή συνεργασία μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών και στο επίκεντρο τίθενται όχι μόνο οι χρήστες των ουσιών, αλλά και τα άτομα, που ασκούν επαγγέλματα σχετιζόμενα με το σεξ και τους κρατουμένους. Ιδιαίτερα στα νέα κράτη μέλη της Κεντρικής Ευρώπης, αλλά και στη Νορβηγία, οι νέοι και όσοι δεν κάνουν ενέσιμη χρήση αντιμετωπίζονται σαφώς ως περαιτέρω ομάδες στόχοι για την ανάληψη δράσης στο πλαίσιο της πρόληψης των λοιμωδών νοσημάτων. Οι πολιτικές της Δανίας και της Εσθονίας διευρύνουν ακόμα περισσότερο τις ομάδες στόχους, περιλαμβάνοντας ομάδες που έρχονται σε στενή επαφή με χρήστες ναρκωτικών.

Βεβαίως, σε αρκετές χώρες της Ε.Ε., οι στρατηγικές, που στοχεύουν στη μείωση των λοιμωδών νοσημάτων είναι σαφέστατα προσανατολισμένες στον ιό HIV/AIDS, ιδιαίτερα δε στην Εσθονία, την Ισπανία, την Κύπρο, τη Λεττονία και τη Λιθουανία. Ωστόσο, σε 10 χώρες (37 %), στις στρατηγικές για τα λοιμώδη νοσήματα αναφέρεται ρητά η πρόληψη της ηπατίτιδας C στους χρήστες ναρκωτικών.

Περαιτέρω συγκεκριμένα μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας της θεραπείας και της περίθαλψης είναι η διαχείριση μεμονωμένων περιπτώσεων, η μεσολάβηση της παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών (π.χ. θεραπεία συννοσηρότητας) και οι προκαταρκτικές αξιολογήσεις των ατόμων που ζητούν θεραπεία, ώστε να ταιριάζει καλύτερα το προφίλ των ατόμων αυτών με την προσφερόμενη θεραπεία, με στόχο να εξασφαλίζεται η παραμονή τους για μεγαλύτερο διάστημα και να αυξάνεται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Αμφιλεγόμενη παραμένει η προσέγγιση της συνταγογράφησης της ηρωίνης, βεβαίως μπορεί να ωφελήσει περιπτώσεις ατόμων, των οποίων η θεραπεία με συντήρηση μεθαδόνης απέτυχε. Για παράδειγμα, στο πλαίσιο μιας πρόσφατης γερμανικής τυχαιοποιημένης δοκιμής θεραπείας με χρήση ηρωίνης (Naber και Haasen, 2006) αναφέρθηκαν θετικά αποτελέσματα από την άποψη τόσο της υγείας όσο και της μείωσης της χρήσης παράνομων ναρκωτικών. Σ' αυτήν την μέθοδο ένα σημαντικό στοιχείο είναι και το ζήτημα του κόστους.

Πλέον γίνεται προσπάθεια για την ανάπτυξη «ασφαλέστερων» προϊόντων υποκατάστασης, δηλαδή ουσιών με μικρότερη πιθανότητα να διοχετευτούν στη μαύρη αγορά, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες η θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά να στραφεί ακόμη και στα ιατρεία γενικών ιατρών. Εάν αυτό συμβεί τότε η εξάρτηση θα αντιμετωπίζεται σαν μια χρόνια ασθένεια, όπως είναι ο διαβήτης.

Οι άνθρωποι, οι οποίοι απεξαρτώνται δημιουργούν τις αντίστοιχες ανάγκες για την κοινωνική επανένταξη, ιδίως υπό τη μορφή έμμισθης εργασίας. Υπό τις υφιστάμενες οικονομικές συνθήκες, πολλές χώρες μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εκπλήρωση των αναγκών επαγγελματικής επανένταξης, ιδίως, οι χρήστες που βρίσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία, ακόμη και όταν η κατάστασή τους έχει σταθεροποιηθεί χάρη στη θεραπεία συντήρησης. Η κατάσταση επιβαρύνεται από τα υψηλά επίπεδα νοσηρότητας της ομάδας αυτής (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

3.1 Περιοχή έρευνας -Ξάνθη

Η Ξάνθη είναι πόλη της Θράκης στη Βόρεια Ελλάδα και πρωτεύουσα της ομώνυμης περιφερειακής ενότητας, αποτελεί δήμο με πληθυσμό 57.873 κατοίκων σύμφωνα με την απογραφή του 2011. Είναι κτισμένη στις παρυφές του Αχλαδόβουνου και υπάγεται διοικητικά στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης. Στην πόλη της Ξάνθης από το 2000 και μετά παρατηρείται έντονη πολεοδομική δραστηριότητα, δεδομένου ότι φιλοξενεί και πανεπιστημιακές σχολές με χιλιάδες φοιτητές (Wikipedia, 2017).

3.2 Η μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης –εθνικά, πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά στοιχεία

Στην Θράκη υπάρχει μουσουλμανική μειονότητα, η οποία είναι αποτέλεσμα των ρυθμίσεων της Συνθήκης της Λωζάννης και, ειδικότερα, της εξαιρέσεώς της από την υποχρεωτική ανταλλαγή των πληθυσμών, με αντιστάθμισμα την αντίστοιχη εξαίρεση των Ελλήνων της Κωνσταντινουπόλεως, της Ίμβρου και της Τενέδου. Η συνθήκη της Λωζάννης εξασφαλίζει θρησκευτική ελευθερία, ισότητα ενώπιον του νόμου, προστασία της ιδιοκτησίας, προστασία των εθίμων της μειονότητας, ελευθερία χρήσης της μητρικής γλώσσας σε ιδιωτικές και εμπορικές σχέσεις, σε θρησκευτικές και δημόσιες συναθροίσεις και στον μειονοτικό τύπο και τέλος, ελευθερία ίδρυσης εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.

Καταρχάς, τί είναι και ποιοι αποτελούν τη Μουσουλμανική μειονότητα; Σύμφωνα με τη συνθήκη της Λωζάννης (1923), είναι Έλληνες πολίτες, μουσουλμάνοι στο Θρήσκευμα. Συνεπώς, με βάση τις Διεθνείς συνθήκες και συμβάσεις, υφίσταται μόνο Μουσουλμανική – Θρησκευτική μειονότητα στη Θράκη και δεν υπάρχει «τουρκική» - εθνική μειονότητα. Στο πληθυσμιακό σύνολο της θρησκευτικής

μειονότητας, υπάρχουν υποσύνολα με προσδιοριστικά στοιχεία τη γλώσσα και την καταγωγή. Η σύνθεση του μουσουλμανικού πληθυσμού της Θράκης με βάση την γλώσσα και την καταγωγή είναι: Μουσουλμάνοι τουρκόφωνοι και τουρκογενείς που αποτελούν και την πλειοψηφία, είναι Μουσουλμάνοι σλαβόφωνοι και βλαχόφωνοι που αυτό-προσδιορίζονται ως Πομάκοι και είναι και οι Ρομά μουσουλμάνοι. Είναι φυσιολογικό, να υπάρχουν ενδο-μειονοτικές διαφορές, όπως άλλωστε υπάρχουν διαφορές και αντιθέσεις σε διάφορες κοινωνικές ομάδες, που κατοικούν στον ίδιο τόπο.

Με βάση την απογραφή του 1991, η μουσουλμανική μειονότητα αποτελεί το 33% (περίπου 115.000) του συνολικού πληθυσμού της Θράκης (338.000 κάτοικοι), με διαφοροποιημένα, κατά Περιφερειακή Ενότητα, ποσοστά. Στην Περιφερειακή Ενότητα Ξάνθης αποτελεί το 47,2%, στην Περιφερειακή Ενότητα Ροδόπης το 59,6% και στην Περιφερειακή Ενότητα Έβρου το 6,6% του τοπικού πληθυσμού. Η φυλετική σύνθεση της μειονότητας είναι, κατά βάση, τριπλής προελεύσεως. Οι Τουρκογενείς, αποτελούν το 47,37%, οι Πομάκοι το 31,58% και οι Αθίγγανοι το 21,05% των μουσουλμάνων της Θράκης.

Η καταγωγή των Πομάκων, της παλαιότερης μουσουλμανικής εθνοτικής ομάδας, είναι ακαθόριστη και υπάρχουν διάφορες εκτιμήσεις, για παράδειγμα οι Τούρκοι ισχυρίζονται ότι είναι υπολείμματα Τουρκομάνων επιδρομέων, που εγκαταστάθηκαν στην περιοχή από τις αρχές της βυζαντινής εποχής. Το πιθανότερο είναι ότι πρόκειται για αυτόχθονα πληθυσμό του ορεινού όγκου της Ροδόπης, που έχει τις ρίζες του στους αρχαίους Αγριάνες, λαό απολίτιστο, αλλά με έφεση στον πόλεμο, τον οποίο αναφέρουν ο Ηρόδοτος, ο Θουκυδίδης, ο Πολύβιος και ο Στράβων. Οι Πομάκοι εξισλαμίσθηκαν κατά την μακρά περίοδο της οθωμανικής κυριαρχίας και με την πάροδο των αιώνων ιδιοποιήθηκαν στοιχεία της βουλγαρικής, αρχικά και της τουρκικής, αργότερα, γλώσσας, σε ένα μικτό προφορικό γλωσσικό ιδίωμα.

Οι Αθίγγανοι εγκαταστάθηκαν στην Θράκη περίπου τα μέσα του 10ου ή 11ου μ.Χ. αιώνα. Λόγω του γλωσσικού τους ιδιώματος, το οποίο προσιδιάζει με την Σανσκριτική και τις γλώσσες της βόρειας Ινδίας, πιθανολογείται η προέλευσή τους από την περιοχή αυτή, την οποία εγκατέλειψαν με διαδοχικές μεταναστεύσεις,

φθάνοντας στο σημερινό Ιράν. Από εκεί διασχίζοντας την Αρμενία και την περιοχή του Καυκάσου ήλθαν και εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα. Ονομάζονται και Ρωμ ή Ρωμά, που προέρχεται μάλλον από το Ρωμαίος ή Ρωμιάς και χαρακτηρίζει μόνον όσους κατοικούν στην Ευρώπη αθιγγάνους, γεγονός που επιβεβαιώνει την διαβίωσή τους στα όρια του Βυζαντινού κράτους.

Η μειονότητα κατοικεί στο βόρειο τμήμα της Δ. Θράκης και εμφανίζει οικονομική και κοινωνική υστέρηση, λόγω της εσωστρέφειας της κοινότητας, των σκόπιμων ή των σιωπηρών διακρίσεων των ελληνικών αρχών και της κληρονομιάς του κοινωνικοοικονομικού αποκλεισμού.

Στην Συνθήκη της Λωζάννης, αφ' ενός μεν η μειονότητα της Θράκης χαρακτηρίζεται ως «μουσουλμανική», αφ' ετέρου δε, είναι εμφανής η συμβολή του ισλαμικού δόγματος στην αναγνώριση των μουσουλμάνων της Δυτικής Θράκης ως κοινωνικής συγκροτήσεως με θρησκογενή υπόσταση. Άλλωστε, ο όρος «μουσουλμανική» μειονότητα επιλέχθηκε με γνώμονα την ειδική και συγκεκριμένη σημασία, που κατείχε ο ισλαμισμός κατά την εποχή της συνομολογήσεως της Συνθήκης της Λωζάννης. Ο όρος «μουσουλμάνος» ανταποκρινόταν στην τότε ισχύουσα ιστορική ανάπτυξη των νομικών υποκειμένων, προσδιόριζε την θεωρητική συνύπαρξη αμετάβλητων αρχών και αξιών και καθόριζε την αυθυπαρξία των ιδιαιτεροτήτων τους.

Η Τουρκία, παραβλέποντας τους όρους της συνθήκης, χαρακτηρίζει την μουσουλμανική μειονότητα ως «τουρκική» και θίγει τα ιδιαίτερα φυλετικά, κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά των τριών εθνοτικών ομάδων, που συναπαρτίζουν την μουσουλμανική μειονότητα. Ταυτόχρονα, καθιστά εμφανή την επιδίωξή της, που είναι η πραγματοποίηση των πολιτικών σκοπιμοτήτων. Σ' αυτήν την προσπάθεια η Τουρκία ως πολύτιμο αρωγό βρήκε την ελληνική πολιτεία, η οποία, λόγω απρονοησίας, κατά την περίοδο 1952-1954, χρησιμοποίησε τον όρο «τουρκική μειονότητα», αντί του ορθού «μουσουλμανική μειονότητα», καθώς και η παρέμβαση του Έλληνα νομοθέτη με το Ν.Δ. 3065/54 «Περί του τρόπου λειτουργίας Τουρκικών Σχολείων Στοιχειώδους Εκπαιδεύσεως Δυτικής Θράκης και ρυθμίσεως ζητημάτων τινών αφορώντων εις την εποπτεία των από τους Επιθεωρητάς Τουρκικών Σχολείων Δυτικής Θράκης» διευκόλυναν την μεταγενέστερη τουρκική

προπαγάνδα η οποία, ακόμη και σήμερα, στις διεθνείς παραστάσεις της, για την «προστασία της μειονότητας», χρησιμοποιεί τις απρονοησίες των Ελλήνων. Βεβαίως, το τουρκικό κράτος δεν τήρησε την συμφωνία για την παραμονή των Ελλήνων στην Κωνσταντινούπολη, την Ίμβρο και την Τένεδο.

Η ελληνοτουρκική μορφωτική συμφωνία του 1968 συνέβαλε αποφασιστικά στην αύξηση των διδασκομένων μαθημάτων στην τουρκική γλώσσα και την διείσδυση τούρκων εθνικιστών μετακλητών διδασκάλων στα μουσουλμανικά μειονοτικά σχολεία της Θράκης. Η συμφωνία αυτή αγνόησε πλήρως την προ ολίγου επιβληθείσα κατάργηση της ελληνικής παιδείας στην Ίμβρο και την Τένεδο και, βεβαίως, ουδόλως απέτρεψε, λίγο αργότερα (1971), την απαγόρευση της λειτουργίας της θεολογικής Σχολής της Χάλκης και την επιβολή της υποχρέωσης στα ελληνόπουλα της Κωνσταντινουπόλεως να τονίζουν την τουρκική ταυτότητά τους.

Η έμπρακτη αμφισβήτηση του ελέγχου της ελληνικής διοικήσεως στην περιοχή αποτελεί την τακτική επιλογή, που εξυπηρετεί αυτή την στρατηγική. Η πρώτη δυναμική εκδήλωση, στο πλαίσιο αυτής της τακτικής, πραγματοποιήθηκε στον Εύλαλο της Ξάνθης, τον Απρίλιο του 1982, όταν οι ελληνικές αρχές, εκτελώντας αποφάσεις των δικαστηρίων απέβαλαν περιορισμένο αριθμό μουσουλμάνων και χριστιανών καλλιεργητών από δημόσιες εκτάσεις 2.000 περίπου στρεμμάτων. Ακολούθησε πλήθος αποσταθεροποιητικών ενεργειών, με κορυφαίες, την εμπρηστική συμπεριφορά του τότε Μουφτή Ξάνθης Μουσταφά Χιλμί, που υπό τις παραινήσεις του γιου του Μεχμέτ Αγκά διακηρύσσει ότι, «η μουσουλμανική μειονότητα πρέπει να απολαμβάνει καθεστώς αυτονομίας διοικήσεως», τα γεγονότα του Ιανουαρίου 1988 στην Κομοτηνή, με αφορμή απόφαση του Αρείου Πάγου, που απαγόρευε την χρήση του όρου «τουρκικός» στους τίτλους τοπικών μουσουλμανικών σωματείων, η δράση των μειονοτικών εκλογικών συνδυασμών και, κυρίως, των βουλευτών Αχμέτ Σαδίκ (Ροδόπης) και Αχμέτ Φαϊκογλου (Ξάνθης), κατά την περίοδο 1990-93, η άρνηση αποδοχής των νομίμως εκλεγμένων μουφτήδων (1991) και η επιλογή «ψευδομουφτήδων», η συστηματική υποκίνηση αντιδράσεων στα μειονοτικά σχολεία, με αφορμή την έκδοση σχολικών βιβλίων στην τουρκική γλώσσα από τις ελληνικές αρχές (1992), η προσπάθεια δημιουργίας «μετώπου» μουσουλμάνων αιρετών εκπροσώπων της Τοπικής Αυτοδιοικήσεως κ.α. Βασικός μοχλός σ' αυτή τη συστηματική προσπάθεια κινητοποιήσεως της μουσουλμανικής μειονότητας κατά της

ελληνικής πολιτείας υπήρξε και εξακολουθεί να λειτουργεί προς αυτή την κατεύθυνση, το Γενικό Προξενείο της Τουρκίας στην Κομοτηνή.

Η δράση του τουρκικού προξενείου στην πρωτεύουσα της Θράκης και, κυρίως, ο συχνότατα προκλητικός τρόπος παρεμβάσεώς του, σε οποιοδήποτε θέμα σχετίζεται με την μουσουλμανική μειονότητα της περιοχής, πέραν του ότι προσβάλλει την ελληνική εθνική κυριαρχία, επιδρά καταλυτικά και στην στάση των αλλοθρήσκων Ελλήνων πολιτών της Θράκης. Το Προξενείο δεν είναι τίποτε άλλο παρά ένας ολοκληρωτικός καταπιεστικός μηχανισμός, που όχι μόνο δεν εργάζεται, ως όφειλε, για την βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των δύο χωρών, αλλά, με την χρησιμοποίηση παντός έκνομου και αντιδημοκρατικού μέσου, έχει μετατραπεί σε καθημερινό φόβητρο και δυνάστη κάθε μουσουλμάνου της Θράκης. Η παρουσία του και η λειτουργία του, χωρίς στοιχειώδη προσχήματα δημοκρατικότητας και ανθρώπινης ευαισθησίας, προκαλεί προβλήματα όχι μόνο στην σχέση της ελληνικής πολιτείας με την μειονότητα, αλλά και στους ίδιους τους ανθρώπους της μειονότητας με τους εκφοβισμούς που προκαλεί και τις απαιτήσεις που έχει από τους ίδιους τους μειονοτικούς και την διαμόρφωση της συμπεριφοράς τους απέναντι στην ελληνική πολιτεία.

Με αυτόν τον τρόπο, η Τουρκία αποβλέπει στην μόνιμη χειραγώγηση των μουσουλμάνων της Θράκης και στην μετατροπή τους σε μοχλό αποσταθεροποίησης και αναταραχής στην περιοχή. Το υποτιθέμενο δε ενδιαφέρον της για την άνοδο του βιοτικού επιπέδου και την ευημερία των εγχωρίων ομοθρήσκων της, στην πραγματικότητα, δεν είναι τίποτε άλλο παρά η αναγκαία, για τα μάτια της διεθνούς κοινής γνώμης, πρόφαση, που επιτρέπει και διευκολύνει την διαρκή ανάμειξή της στα ζητήματα της Θράκης.

Η μακροχρόνια διαμόρφωση σχέσεων αλληλοεξαρτήσεως, διαπλεκομένων συμφερόντων και μηχανισμών υπόπτων συναλλαγών και εκατέρωθεν εξυπηρετήσεων, μεταξύ μερίδων χριστιανικού και μουσουλμανικού πληθυσμού, που κορυφώνεται δυστυχώς και εξ αιτίας του εντόνου κομματικού ανταγωνισμού, ιδίως κατά τις παραμονές εκλογικών αναμετρήσεων, εξακολουθεί να προσφέρει στην τουρκική στρατηγική το απαραίτητο πρόσφορο έδαφος, για την διαιώνιση της

εκμεταλλεύσεως της μειονότητας υπέρ των τουρκικών, βραχυπροθέσμων και μακροπροθέσμων, βλέψεων και διεκδικήσεων. Στόχοι αυτής της στρατηγικής είναι:

1. Η φυλετική εξομοίωση και ομογενοποίηση, υπό την σημαία του τουρκισμού, των τριών εθνοτικών ομάδων (Τουρκογενών, Πομάκων και Αθιγγάνων), που συναπαρτίζουν την μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης.
2. Η διαιώνιση της ενδοστρέφειας της μειονότητας και η αποτροπή κάθε προοπτικής κοινωνικής, πολιτιστικής και οικονομικής εντάξεως της στην τοπική κοινωνία.
3. Η αναγωγή της θρησκείας (μουσουλμανικής) και της γλώσσας (τουρκικής) σε στοιχεία εθνοφυλετικής καθαρότητας, αποτρεπτικά για την οποιαδήποτε μορφής συνύπαρξη ή συμβίωση με τον χριστιανικό πληθυσμό της περιοχής.
4. Η αναγόρευση της Τουρκίας ως μοναδικού και αδιαφιλονίκητου εγγυητή των συμφερόντων, των δικαιωμάτων και των οραμάτων της μειονότητας και η αντίστοιχη «διαπόμπευση» της Ελλάδας, ως απεργαζομένης την διαρκή καταπίεση και εν τέλει την εξόντωση των μουσουλμάνων της Θράκης.
5. Η διαμόρφωση και εμπέδωση ψυχολογίας, στους κόλπους της μουσουλμανικής μειονότητας, «κλαού υπό ξενική κατοχή», που πρέπει να ζει, να ονειρεύεται και να αγωνίζεται για την «απελευθέρωσή» του και την «επιστροφή» του στην μητρική αγκαλιά της Τουρκίας (Καραχάλιος, χχ).

Οι παραπάνω πληροφορίες καταδεικνύουν την κατάσταση, η οποία επικρατεί στην Θράκη και, βεβαίως, στην περιοχή της Ξάνθης και υποδηλώνουν τα έντονα προβλήματα κοινωνικής και οικονομικής φύσεως, που υφίστανται στην μειονότητα, λόγω της σχέσης της με το επίσημο κράτος, των παρεμβάσεων της Τουρκίας και φυσικά των σχέσεων μεταξύ των δυο πληθυσμών, των Χριστιανών και των Μουσουλμάνων.

Αντιλαμβανόμαστε ότι η Μουσουλμανική Μειονότητα της Θράκης είναι σύνθετο θέμα, κοινωνικό, διπλωματικό και πολιτικό. Το επίσημο Ελληνικό κράτος

ευθύνεται για την κατάσταση, που επικρατεί στην Θράκη, διότι προέβη σε μια πολιτική διακρίσεων σε βάρος της Μουσουλμανικής Μειονότητας, θεωρώντας τους Μουσουλμάνους, ως πολίτες δεύτερης κατηγορίας. Αυτή η τακτική είχε ως συνέπεια η μουσουλμανική μειονότητα να καταστεί υποχείριο της προπαγάνδας του Τουρκικού Προξενείου της Κομοτηνής, αλλά και πεδίο δράσης και εκμετάλλευσης από την πλευρά των Ελλήνων ακροδεξιών- εθνικιστών.

Σήμερα το καθεστώς των διακρίσεων έχει αντικατασταθεί από ένα καθεστώς ισονομίας και το Σύνταγμα της Ελλάδας προστατεύει τα ατομικά δικαιώματα των Ελλήνων πολιτών, που είναι Μουσουλμάνοι στο Θρήσκευμα. Ασφαλώς τα μέλη της μειονότητας, ως μόνιμοι κάτοικοι της Θράκης δικαιούνται να έχουν και έχουν πολιτικό λόγο.

Οι μουσουλμάνοι στη Θράκη κοινωνικά και, κυρίως, οικονομικά προβλήματα. Στα χωριά δεν υπάρχουν γιατροί, φαρμακεία, ακόμη και βενζινάδικα, αναγκάζοντας τους πολίτες να μεταβαίνουν στην Βουλγαρία, για να προμηθευθούν τα είδη πρώτης ανάγκης. Μεγάλο πρόβλημα είναι η μετανάστευση των νέων, αφού σε αυτή την περιοχή η ανεργία είναι πάνω από 70%. Υπάρχει φτώχεια, οι περισσότεροι ζουν με περίπου 300 ευρώ το μήνα, αφού η καλλιέργεια των καπνών, που είναι η βασική τους ασχολία, δεν αποδίδει. Και ακόμη, η ζωή των γυναικών είναι εγκλωβισμένη στους αφύσικους περιορισμούς της Μουσουλμανικής Θρησκευτικής παράδοσης.

Οι γυναίκες λόγω της έλλειψης μορφώσεως και των κοινωνικών λόγων δεν διαθέτουν τα απαιτούμενα προσόντα, την αναγκαία εξειδίκευση, για να εισέλθουν στον εργασιακό χώρο. Βεβαίως, έρευνες έχουν δείξει ότι η κατάσταση των Τούρκων μειονοτικών είναι καλύτερη εν σχέσει προς τους Πομάκους και τους Ρομά, οι οποίοι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν έχει σταθερή εργασία (Μπαγιουρούκη, 2011).

Κατανοούμε ότι ένας πληθυσμός που ζει σε καταστάσεις ένδειας καταβάλλει οποιαδήποτε προσπάθεια, για να επιβιώσει, αλλά και οδηγείται στην απογοήτευση για την κατάστασή του.

3.3 Στοιχεία για την διακίνηση ναρκωτικών στην περιοχή της Ξάνθης

Οι πληροφορίες, οι οποίες παρακάτω παρατίθενται προέρχονται από την αστυνομική διεύθυνση Ξάνθης, σε αναφορά του αστυνομικού διευθυντή Ξάνθης Κ. Λιάκου. Σύμφωνα με την έκθεση, το πρόβλημα των ναρκωτικών στην περιοχή εντοπίζεται, κυρίως, στην εμπορία και την χρήση ινδικής κάνναβης. Το ζήτημα της εμπορίας των ναρκωτικών εντείνεται, λόγω της γεωγραφικής θέσης και της ιδιαίτερη πληθυσμιακής σύνθεσης της περιοχής, εννοώντας την ύπαρξη της μειονότητας και τα προβλήματα με τα οποία συνδέεται και το γεγονός ότι η περιοχή είναι όμορη με την Τουρκία, δια της οποίας εισέρχονται μεγάλες ποσότητες ναρκωτικών στην Ευρώπη.

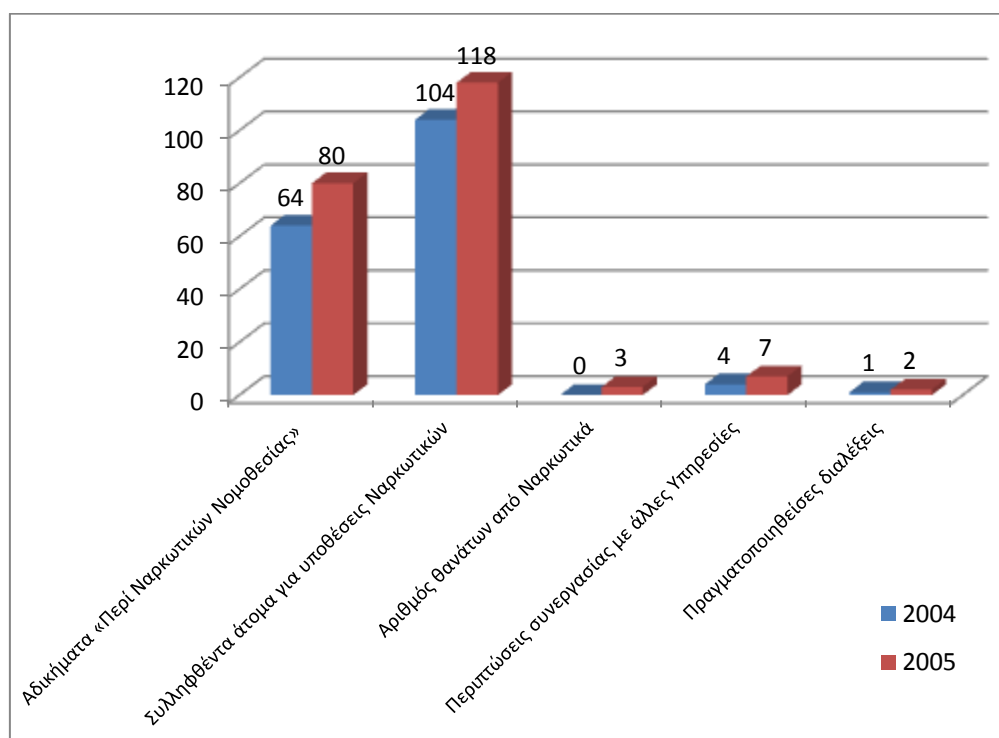
Η αστυνομία καταβάλλει προσπάθειες για την εξάρθρωση και την σύλληψη των εμπόρων και των κυκλωμάτων διακίνησης ναρκωτικών. Για την αντιμετώπισή τους η αστυνομική διεύθυνση ευαισθητοποίησε το προσωπικό της, εντοπίζοντας και καταγράφοντας τα ύποπτα άτομα, καθώς και τους χώρους (καφετερίες, μπαρ κ.λ.π.) και περιοχές, όπου αυτά συχνάζουν. Ενίσχυσε με κατάλληλο προσωπικό την Ομάδα Δίωξης Ναρκωτικών του Τ.Α. Ξάνθης και επέλεξε ικανούς Αστυνομικούς στα Τμήματα Υπαίθρου να ασχοληθούν κατά κύριο λόγο με τη δίωξη ναρκωτικών. Επιτήρησε τους χώρους και τις περιοχές, όπου διακινούνται ναρκωτικά, τους χώρους συγκέντρωσης της νεολαίας και τους χώρους πέριξ των σχολικών συγκροτημάτων και διενήργησε εκτάκτους ελέγχους. Δραστηριοποίησε τις πεζές και εποχούμενες περιπολίες, την Ο.Π.Κ.Ε., και τις περιπολίες του Τ.Σ.Φ. στον τομέα καταπολέμησης των ναρκωτικών. Συνεργάστηκε με συναρμόδιες υπηρεσίες (π.χ. Διεύθυνση Ασφαλείας Θεσσαλονίκης, ΥΠΕΕ κλπ). Ανέπτυξε το πληροφοριακό δίκτυο και αξιοποίησε κάθε σχετική πληροφορία, πετυχαίνοντας τη σύλληψη και προσαγωγή ενώπιον της δικαιοσύνης.

Ακόμη πραγματοποιήθηκαν ενημερωτικές ημερίδες και ομιλίες σε σχολεία της Β΄ βαθμιας εκπαίδευσης, καθώς και σε στρατιωτικές μονάδες κατόπιν σχετικής προσκλήσεως, ενώ ανάλογες πρωτοβουλίες προγραμματίζεται να ληφθούν και για τα επόμενα έτη. Σε συνεργασία με την Εισαγγελία του Στρατοδικείου Ξάνθης και με τη συνδρομή αστυνομικού σκύλου έγιναν έρευνες σε μονάδες για την ανίχνευση ναρκωτικών ουσιών σε οπλίτες με θετικά αποτελέσματα.

Παρακάτω αναφέρονται στοιχεία από την αστυνομία σχετικά με τις συλλήψεις εμπόρων ναρκωτικών, καθώς και άλλα στοιχεία που αφορούν το θέμα.

Πίνακας 3:1 Στοιχεία αστυνομίας για την περιοχή της Ξάνθης αναφορικά με τα ναρκωτικά

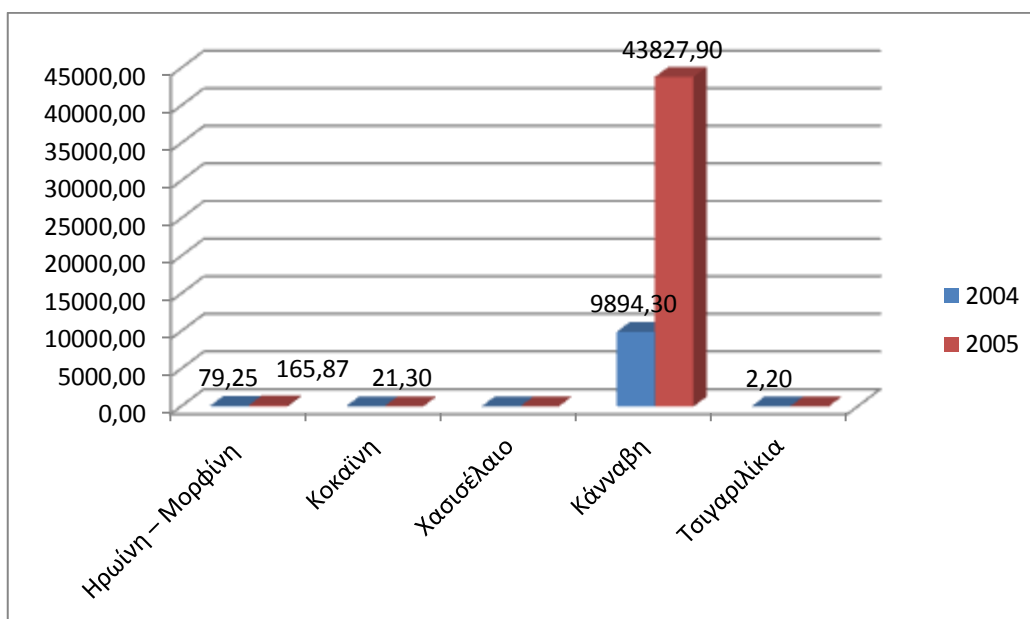
	2004	2005	Μεταβολή %
Αδικήματα «Περί Ναρκωτικών Νομοθεσίας»	64	80	+20%
Συλληφθέντα άτομα για υποθέσεις Ναρκωτικών	104	118	+12%
Αριθμός θανάτων από Ναρκωτικά	--	03	
Περιπτώσεις συνεργασίας με άλλες Υπηρεσίες	04	07	
Πραγματοποιηθείσες διαλέξεις	01	02	



Διάγραμμα 3:1 Στοιχεία αστυνομίας για την περιοχή της Ξάνθης αναφορικά με τα ναρκωτικά

Πίνακας 3:2 Κατασχεθείσες Ποσότητες Ναρκωτικών (σε γραμμάρια)

Κατασχεθείσες Ποσότητες Ναρκωτικών	2004	2005
Ηρωίνη – Μορφίνη	79,25 γρ.	165,869 γρ.
Κοκαΐνη	-	21,3 γρ.
Χασισέλαιο	-	-
Κάναβη	9894,3 γρ.	43.827,9 γρ.
Τσιγαριλίκια	2,2 γρ.	-



Διάγραμμα 3:2 Κατασχεθείσες Ποσότητες Ναρκωτικών (σε γραμμάρια)

3.4 Κέντρα αντιμετώπισης των ουσιών στην περιοχή της Ξάνθης

Στην Ξάνθη λειτουργεί το κέντρο πρόληψης «Εκφραση» από το 1997. Είναι αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία και ιδρύθηκε στο πλαίσιο ενός προγράμματος ανάπτυξης Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, από τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και φορείς της τοπικής κοινότητας. Η χρηματοδότηση της λειτουργίας του πραγματοποιείται από τα

Υπουργεία Υγείας (50%) και Εσωτερικών (50%), ενώ ο Ο.ΚΑ.ΝΑ έχει την επιστημονική ευθύνη και την εποπτεία του έργου του.

Οι δράσεις του Κέντρου απευθύνονται στην τοπική κοινωνία με σκοπό (www.OKANA):

1. Την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης:

- σε μαθητές
- σε γονείς
- σε εκπαιδευτικούς
- σε ευρύτερες κοινωνικές ομάδες

2. Την παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικού και υποστηρικτικού χαρακτήρα:

- σε γονείς
- σε εφήβους
- σε κάθε εθελοντικά προσερχόμενο άτομο

3. Την πληροφόρηση - ενημέρωση για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα:

- σε εξαρτημένα άτομα
- σε οικογένειες τους

4. Την ευαισθητοποίηση ατόμων και φορέων για την δημιουργία δικτύου συνεργατών πρόληψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΡΕΥΝΑ

Στο παρόν κεφάλαιο παρατίθενται και σχολιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που διενεργήθηκε στη πόλη της Ξάνθης για τον εντοπισμό της έντασης του φαινομένου της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου.

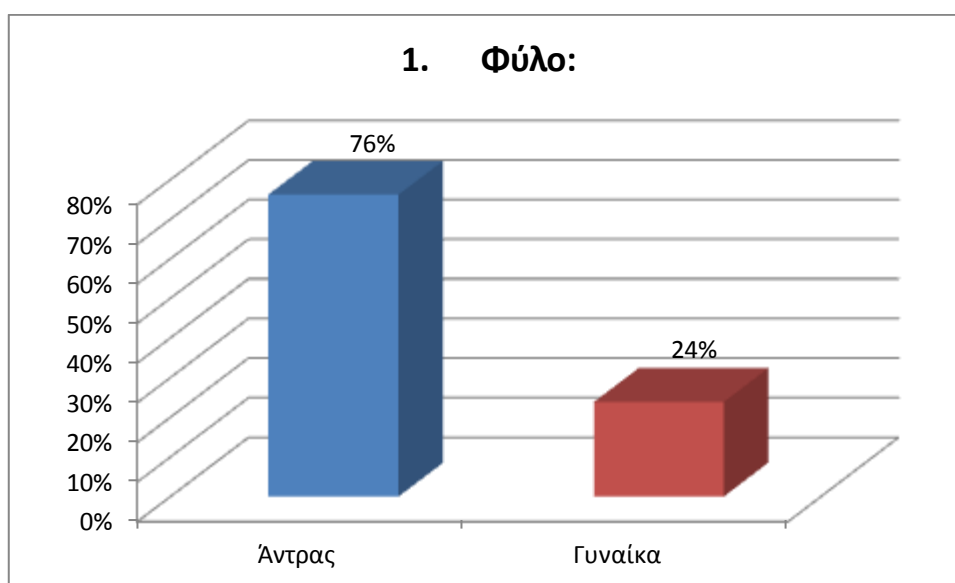
Τα ερωτηματολόγια οποία ήταν 21 στον αριθμό και απαντήθηκαν από άτομα που στο παρελθόν υπήρξαν χρήστες ναρκωτικών ουσιών.

Η πρώτη κατηγοριοποίηση του δείγματος βασίζεται στο φύλο και προκύπτουν τα στοιχεία του πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 4:1 Φύλο

1. Φύλο:		
Άντρας	16	76%
Γυναίκα	5	24%
	21	100%

Και διαγραμματικά:



Διάγραμμα 4:1 Φύλο

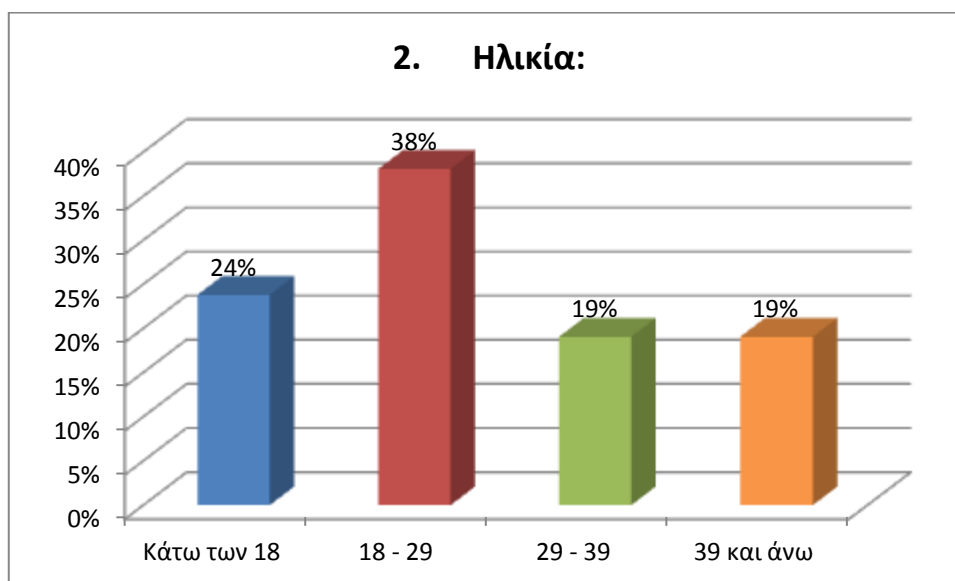
Όπως είναι εμφανές, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με ποσοστό 76% ήταν άνδρες και το λοιπό 24% αποτελούνταν από γυναίκες.

Εν συνεχεία, το δείγμα διαχωρίστηκε με βάση την ηλικία και προέκυψε η παρακάτω κατανομή:

Πίνακας 4:2 Ηλικία

2. Ηλικία:		
Κάτω των 18	5	24%
18 - 29	8	38%
29 - 39	4	19%
39 και άνω	4	19%
	21	100%

Το αντίστοιχο διάγραμμα είναι το παρακάτω:



Διάγραμμα 4:2 Ηλικία

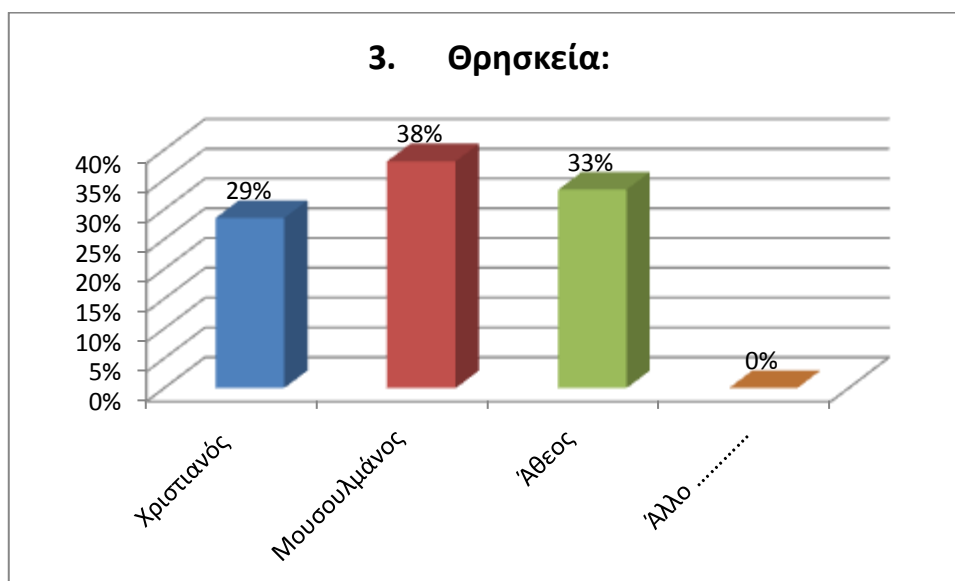
Το 38% συνιστούν άτομα ηλικίας μεταξύ 18 και 29 ετών, ενώ το 24% άτομα έως 18 ετών. Τα ηλικιακά εύρη από 29 έως 39 ετών, καθώς και τα άτομα άνω των 39 ετών εμφανίζονται με ποσοστό 19%, αντίστοιχα.

Καθώς στη περιοχή της Ξάνθης είναι έντονο τόσο το ορθόδοξο, όσο και το μουσουλμανικό στοιχείο, κρίθηκε χρήσιμο να πραγματοποιηθεί διαχωρισμός του δείγματος και με βάση το θρήσκευμα. Ο πίνακας 4.3 περιλαμβάνει τα σχετικά αποτελέσματα.

Πίνακας 4:3 Θρησκεία

3. Θρησκεία:		
Χριστιανός	6	29%
Μουσουλμάνος	8	38%
Άθεος	7	33%
Άλλο	0	0%
	21	100%

Τα δεδομένα του παραπάνω πίνακα, αναπαριστώνται και στο πιο κάτω διάγραμμα:



Διάγραμμα 4:3 Θρησκεία

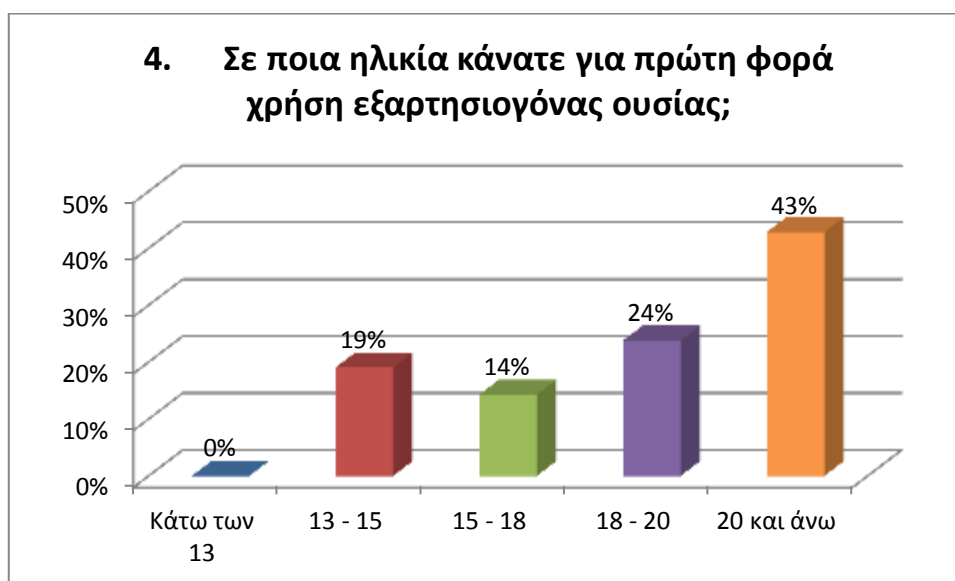
Όπως προέκυψε, το 38% των συμμετεχόντων στην έρευνα αποτελούνταν από μουσουλμάνους, ενώ το 29% από χριστιανούς. Το 33%, ποσοστό αρκετά υψηλό, δήλωσε άθεο, ενώ δεν εντοπίζεται η αναφορά σε κάποιου άλλου είδους θρήσκευμα.

Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με το σε ποια ηλικία έκαναν για πρώτη φορά χρήση κάποιας εξαρτησιογόνου ουσίας. Οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν περιλαμβάνονται στο πιο κάτω πίνακα.

Πίνακας 4:4 Ηλικία όπου έγινε για πρώτη φορά χρήση εξαρτησιογόνου ουσίας

4. Σε ποια ηλικία κάνατε για πρώτη φορά χρήση εξαρτησιογόνου ουσίας;		
Κάτω των 13	0	0%
13 - 15	4	19%
15 - 18	3	14%
18 - 20	5	24%
20 και άνω	9	43%
	21	100%

Τα στοιχεία του πιο πάνω πίνακα διαμόρφωσαν το κάτωθι διάγραμμα:



Διάγραμμα 4:4 Ηλικία όπου έγινε για πρώτη φορά χρήση εξαρτησιογόνου ουσίας

Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες, το 43%, δήλωσαν ότι έκαναν χρήση για πρώτη φορά σε ηλικία άνω των 20 ετών. Το 24% πραγματοποίησε χρήση για πρώτη φορά μεταξύ 18 και 20 ετών, ενώ μεταξύ 15 και 18 ετών διαμορφώθηκε το ποσοστό του 14%. Ένα υψηλό, σχετικά, ποσοστό της τάξης του 19%- δήλωσε ότι η πρώτη

χρήση πραγματοποιήθηκε μεταξύ 13 και 15 ετών, ενώ κανείς συμμετέχοντας δεν ήρθε σε επαφή με κάποια εξαρτησιογόνα ουσία σε ηλικία μικρότερη των 13 ετών.

Όσον αφορά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε για την απόκτηση εξάρτησης, εντοπίστηκαν τα πιο κάτω στοιχεία.

Πίνακας 4:5 Χρόνος εξάρτησης

5. Σε πόσο χρόνο μετά την πρώτη φορά που κάνατε χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών νιώσατε ότι πλέον είστε εξαρτημένος;		
Σε λιγότερο από 2 εβδομάδες	9	43%
2 - 4 εβδομάδες	8	38%
4 - 6 εβδομάδες	2	10%
6 - 8 εβδομάδες	2	10%
Περισσότερο από 8 εβδομάδες	0	0%
	21	100%

Και διαγραμματικά:



Διάγραμμα 4:5 Χρόνος εξάρτησης

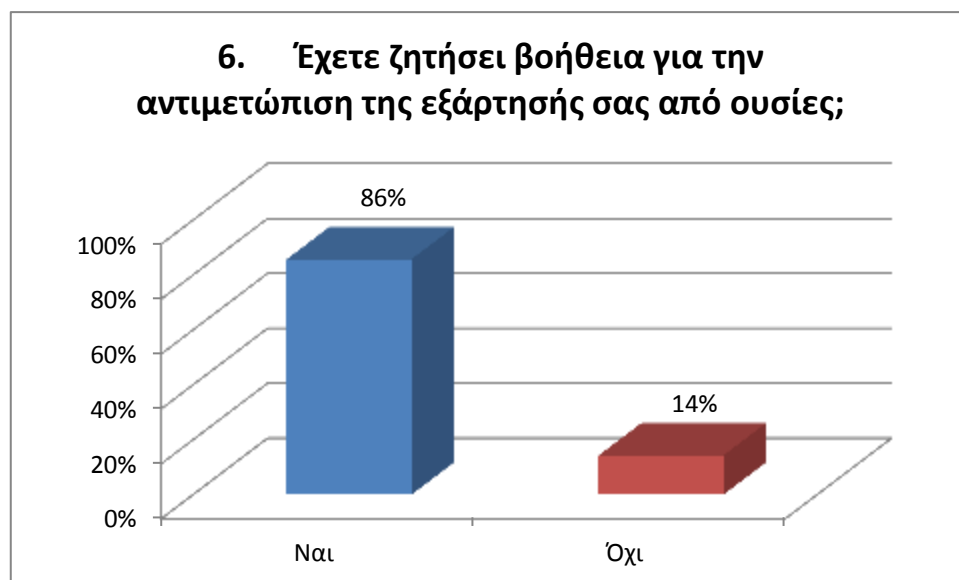
Το 43% δήλωσε ότι ένιωσε εξαρτημένο σε διάστημα μικρότερο των 2 εβδομάδων, το 38% χρειάστηκε διάστημα από 2 έως 4 εβδομάδες για να διαπιστώσει την εξάρτηση. Από 10% συγκέντρωσαν οι απαντήσεις των ατόμων που ένιωσαν εξαρτημένα μεταξύ 4 κι 6 εβδομάδων και μεταξύ 6 και 8 εβδομάδων, αντίστοιχα.

Σχετικά με το αν ζήτησαν βοήθεια για την αντιμετώπιση της εξάρτησής τους, οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν ως κάτωθι:

Πίνακας 4:6 Βοήθεια για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ουσίες

6. Έχετε ζητήσει βοήθεια για την αντιμετώπιση της εξάρτησής σας από ουσίες;		
Ναι	18	86%
Όχι	3	14%
	21	100%

Το σχετικό διάγραμμα είναι το παρακάτω:



Διάγραμμα 4:6 Βοήθεια για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ουσίες

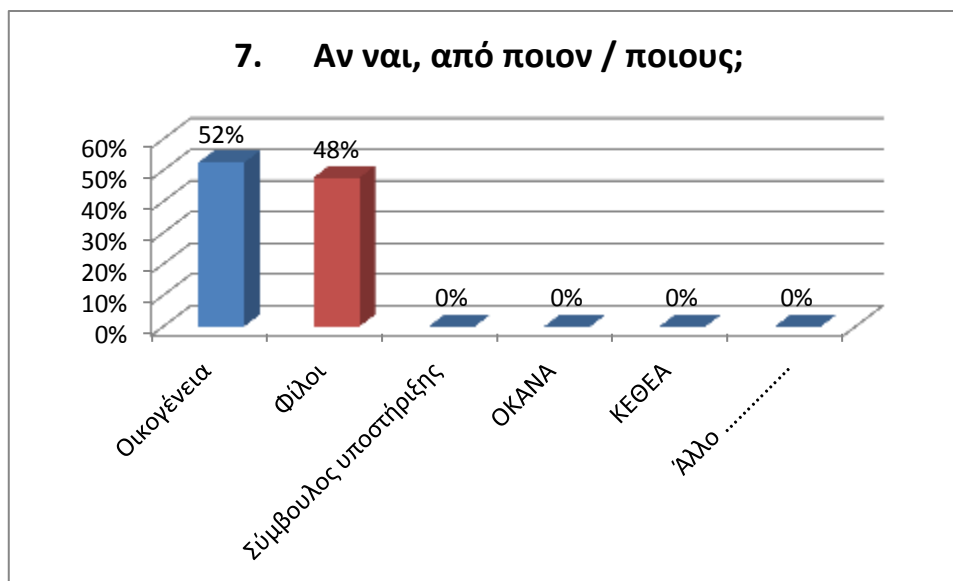
Είναι θετικό το γεγονός ότι το 86% φαίνεται να ζήτησε βοήθεια για να αντιμετωπίσει την εξάρτησή του από τις ουσίες, ενώ μόνο το 14% δεν το έπραξε.

Όσον αφορά τα άτομα ή τους φορείς που παρείχαν βοήθεια κατά τη διαδικασία της απεξάρτησης σε όσους το ζήτησαν, έγιναν οι πιο κάτω αναφορές.

Πίνακας 4:7 Λήψη βοήθειας

7. Αν ναι, από ποιον / ποιους;		
Οικογένεια	11	52%
Φίλοι	10	48%
Σύμβουλος υποστήριξης	0	0%
ΟΚΑΝΑ	0	0%
ΚΕΘΕΑ	0	0%
Άλλο	0	0%
	21	100%

Οι παραπάνω απαντήσεις αναπαριστώνται στο πιο κάτω διάγραμμα:



Διάγραμμα 4:7 Λήψη βοήθειας

Σαν πρώτη πηγή βοήθειας εντοπίζεται το οικογενειακό περιβάλλον με ποσοστό 52%, ενώ ως δεύτερη επιλογή το φιλικό περιβάλλον των χρηστών. Κανείς δεν ανέφερε ότι απευθύνθηκε σε κάποιο εξειδικευμένο φορέα για να του παρασχεθεί βοήθεια σε σχέση με την απεξάρτηση.

Στο ερώτημα αν οι συμμετέχοντες έχουν γνώση για την ύπαρξη προγραμμάτων απεξάρτησης στη περιοχή της Ξάνθης, αυτοί απάντησαν με βάση τα στοιχεία του πίνακα 4.8.

Πίνακας 4:8 Γνώση προγραμμάτων απεξάρτησης που λειτουργούν στη περιοχή του Δήμου Ξάνθης

8. Γνωρίζετε τα προγράμματα απεξάρτησης που λειτουργούν στη περιοχή του Δήμου Ξάνθης;		
Ναι	21	100%
Όχι	0	0%
	21	100%

Το σχετικό διάγραμμα είναι χαρακτηριστικό:



Διάγραμμα 4:8 Γνώση προγραμμάτων απεξάρτησης που λειτουργούν στη περιοχή του Δήμου Ξάνθης

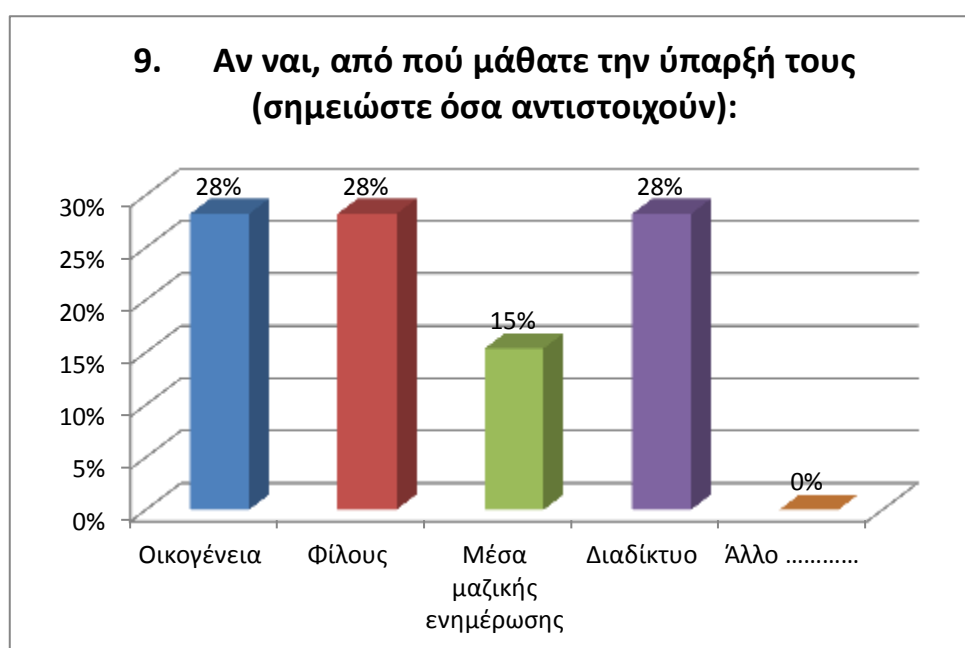
Όπως φαίνεται, όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ενήμεροι σχετικά με τα υπάρχοντα προγράμματα απεξάρτησης στο δήμο Ξάνθης.

Όσον αφορά τη πηγή πληροφόρησης για τα προγράμματα απεξάρτησης, οι συμμετέχοντες ανέφεραν τις κάτωθι περιπτώσεις:

Πίνακας 4:9 Από πού έγινε γνωστή η ύπαρξη προγραμμάτων ανεξάρτησης

9. Αν ναι, από πού μάθατε την ύπαρξή τους (σημειώστε όσα αντιστοιχούν):		
Οικογένεια	11	28%
Φίλους	11	28%
Μέσα μαζικής ενημέρωσης	6	15%
Διαδίκτυο	11	28%
Άλλο	0	0%
	39	100%

Το διάγραμμα 4.9 βασίζεται στα στοιχεία του πιο πάνω πίνακα.



Διάγραμμα 4:9 Από πού έγινε γνωστή η ύπαρξη προγραμμάτων ανεξάρτησης

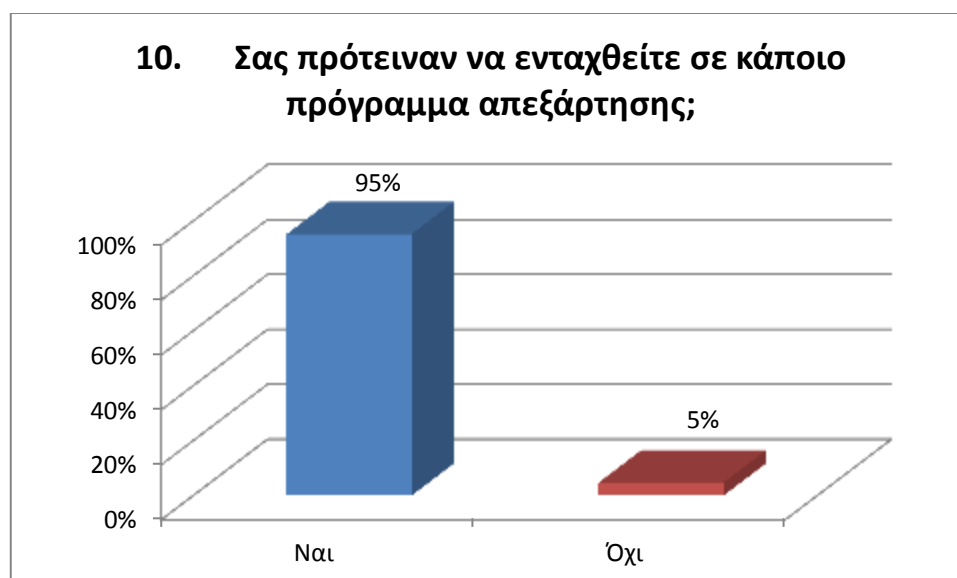
Η πληροφόρηση μέσω της οικογένειας, των φίλων και του διαδικτύου αναφέρθηκε από ισάριθμους συμμετέχοντες και εμφανίζονται με 28%, αντίστοιχα. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αναφέρθηκε από το 15%, ενώ δεν προσδιορίστηκε καμία άλλη πηγή πληροφόρησης.

Στο αν έλαβαν κάποια πρόταση για να ενταχθούν σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης, οι συμμετέχοντες απάντησαν ως κάτωθι:

Πίνακας 4:10 Πρόταση για ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης

10. Σας πρότειναν να ενταχθείτε σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης;		
Ναι	20	95%
Όχι	1	5%
	21	100%

Το ακόλουθο διάγραμμα αναπαριστά τις 2 κατηγορίες των απαντήσεων.



Διάγραμμα 4:10 Πρόταση για ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης

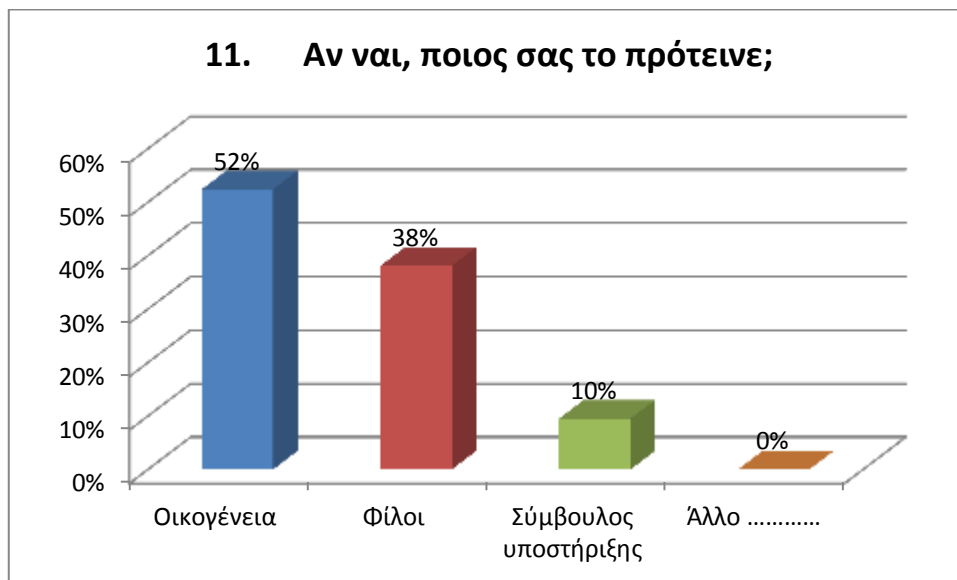
Στη συντριπτική πλειοψηφία, το 95%, προτάθηκε η ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης, ενώ μόνο το 5% που αντιστοιχεί σε 1 άτομα δεν έλαβε σχετική πρόταση.

Όσον αφορά το άτομο που παρότρυνε τους συμμετέχοντες να ενταχθούν σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης, οι ερωτηθέντες ανέφεραν τα κάτωθι πρόσωπα:

**Πίνακας 4:11 Από πού έγινε η πρόταση για ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα
απεξάρτησης**

11. Αν ναι, ποιος σας το πρότεινε;		
Οικογένεια	11	52%
Φίλοι	8	38%
Σύμβουλος υποστήριξης	2	10%
Άλλο	0	0%
	21	100%

Ακολουθεί το σχετικό διάγραμμα:



**Διάγραμμα 4:11 Από πού έγινε η πρόταση για ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα
απεξάρτησης**

Και σε αυτή τη περίπτωση πρωταρχική θέση κατείχε η οικογένεια, με ποσοστό 52%, ενώ ακολουθούσε το φιλικό περιβάλλον με ποσοστό 38%. Επίσης, το 10% δήλωσε ότι ενθαρρύνθηκε για να ενταχθεί σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης από κάποιον σύμβουλο υποστήριξης.

Σχετικά με το αν οι συμμετέχοντες ήταν ενταγμένοι σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης κατά το χρόνο διενέργειας της έρευνας, δόθηκαν οι απαντήσεις που ακολουθούν.

Πίνακας 4:12 Ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης αυτή την στιγμή

12. Έχετε ενταχθεί τώρα σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης;		
Ναι	13	62%
Όχι	8	38%
	21	100%

Στη συνέχεια παρατίθεται στο αντίστοιχο διάγραμμα:



Διάγραμμα 4:12 Ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης αυτή την στιγμή

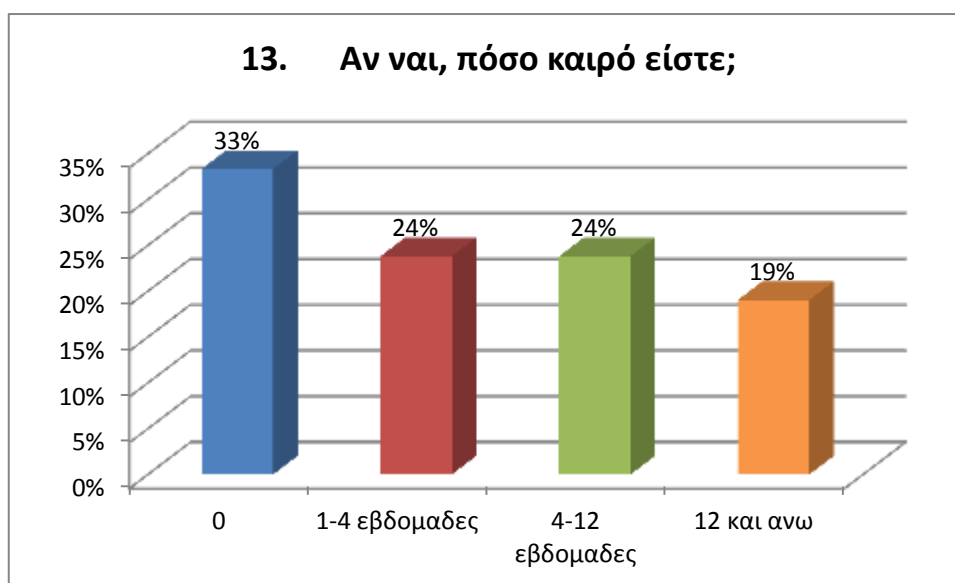
Όπως καταδεικνύεται, το 62% των ερωτηθέντων, κατά τη διάρκεια της διενέργειας της παρούσας έρευνας, ήταν ενταγμένο σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης, ενώ το λοιπό 38% όχι.

Όσον αφορά τη χρονική περίοδο συμμετοχής σε πρόγραμμα απεξάρτησης όσων ήταν ενταγμένοι, προσδιορίστηκαν οι περίοδοι του παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 4:13 Διάρκεια ένταξης σε πρόγραμμα απεξάρτησης

13. Αν ναι, πόσο καιρό είστε; (Εβδομάδες / Μήνες)		
0	7	33%
1-4 εβδομάδες	5	24%
4-12 εβδομάδες	5	24%
12 και άνω	4	19%
	21	100%

Και διαγραμματικά:



Διάγραμμα 4:13 Διάρκεια ένταξης σε πρόγραμμα απεξάρτησης

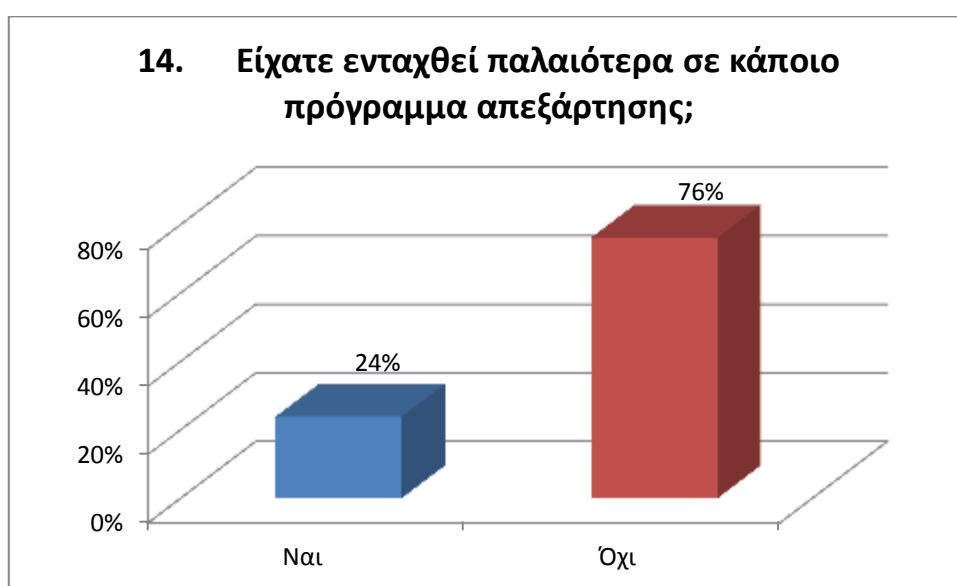
Το 24% που ήταν ενταγμένο σε κάποιο πρόγραμμα, συμμετείχε για διάστημα μεταξύ μίας έως 4 τεσσάρων εβδομάδων, ενώ το ίδιο ποσοστό συγκέντρωσαν και όσοι συμμετείχαν για διάστημα μεταξύ 4 και 12 εβδομάδων. Το 19% αφορούσε σε άτομα που συμμετείχαν σε πρόγραμμα απεξάρτησης για διάστημα άνω των 12 εβδομάδων.

Αναφορικά με το αν οι ερωτηθέντες είχαν στο παρελθόν ενταχθεί σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης, συνελέγησαν οι πιο κάτω απαντήσεις:

Πίνακας 4:14 Ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης στο παρελθόν

14. Είχατε ενταχθεί παλαιότερα σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης;		
Ναι	5	24%
Όχι	16	76%
	21	100%

Το παρακάτω διάγραμμα αναπαριστά τις 2 κατηγορίες απαντήσεων:



Διάγραμμα 4:14 Ένταξη σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης στο παρελθόν

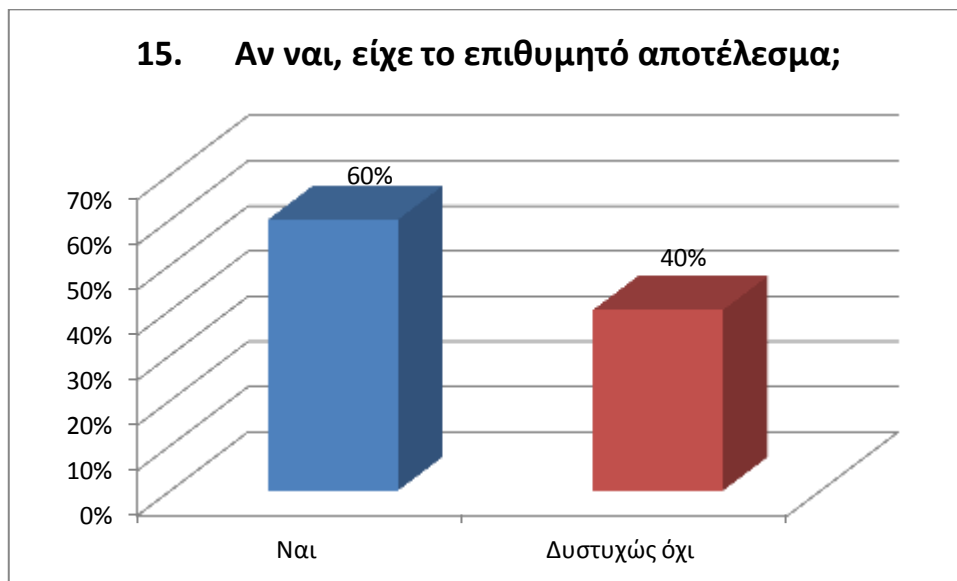
Η πλειοψηφία του δείγματος, το 76%, δήλωσε ότι δεν έχει συμμετάσχει στο παρελθόν σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης, ενώ το 24% το έχει πράξει.

Στο ερώτημα εάν η συμμετοχή τους σε πρόγραμμα απεξάρτησης είχε το επιθυμητό αποτέλεσμα, οι συμμετέχοντες απάντησαν με βάση τα στοιχεία του πιο κάτω πίνακα:

**Πίνακας 4:15 Επιθυμητό αποτέλεσμα από την ένταξη σε πρόγραμμα
απεξάρτησης**

15. Αν ναι, είχε το επιθυμητό αποτέλεσμα;		
Ναι	3	60%
Δυστυχώς όχι	2	40%
	5	100%

Και διαγραμματικά:



**Διάγραμμα 4:15 Επιθυμητό αποτέλεσμα από την ένταξη σε πρόγραμμα
απεξάρτησης**

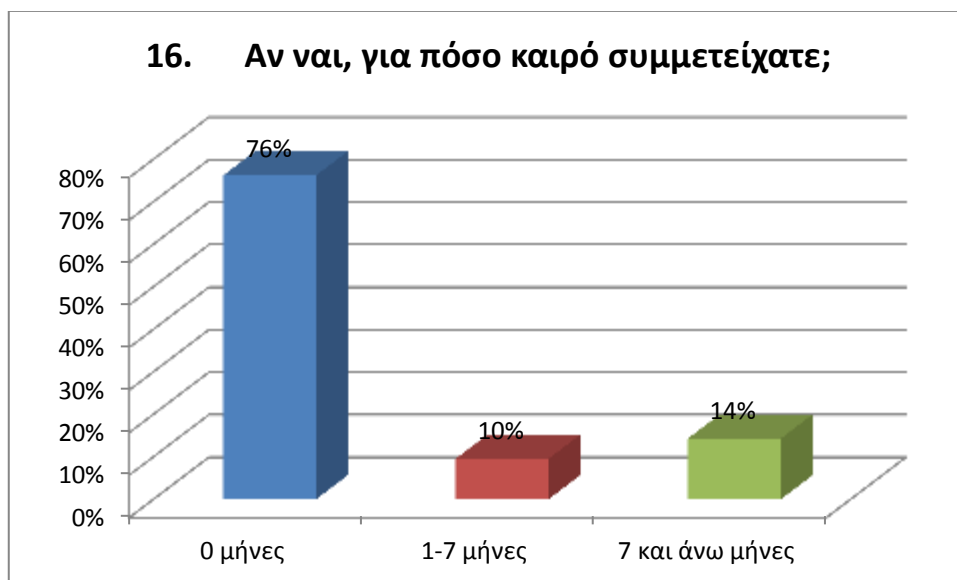
Το 60% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι η συμμετοχή σε πρόγραμμα απεξάρτησης είχε το επιθυμητό αποτέλεσμα, ενώ το λοιπό 40% απάντησε αρνητικά στο σχετικό ερώτημα.

Τέλος, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αναφορικά με τη χρονική διάρκεια του προγράμματος απεξάρτησης που ακολούθησαν στο παρελθόν. Οι απαντήσεις που δόθηκαν περιλαμβάνονται στο πίνακα 4.16 που ακολουθεί:

Πίνακας 4:16 Διάρκεια ένταξης σε πρόγραμμα απεξάρτησης στο παρελθόν

16. Αν ναι, για πόσο καιρό συμμετείχατε; (Εβδομάδες / Μήνες)		
0 μήνες	16	76%
1-7 μήνες	2	10%
7 και άνω μήνες	3	14%
	21	100%

Το αντίστοιχο διάγραμμα είναι το παρακάτω:



Διάγραμμα 4:16 Διάρκεια ένταξης σε πρόγραμμα απεξάρτησης στο παρελθόν

Το 14% των ερωτηθέντων συμμετείχε σε πρόγραμμα απεξάρτησης για διάστημα άνω των 7 μηνών, ενώ το 10% για διάστημα μεταξύ 4 και 7 μηνών. Στο 76% εντάσσονται τα άτομα που είτε δεν συμμετείχαν σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες μπορεί να καταστεί ολέθρια για τον χρήστη. Ακόμα και αν καταφέρει να επιβιώσει, η εμπειρία από την είσοδο στην εξάρτηση, αλλά και η τυχόν απεξάρτηση μπορεί να είναι ιδιαίτερα οδυνηρές κι επίπονες και να δημιουργήσουν μόνιμες βλάβες, σωματικές ή ψυχικές, στα άτομα αυτά.

Σαφέστατα, πρώτος αποδέκτης των συνεπειών της εξάρτησης είναι ο ίδιος ο χρήστης που υποσκάπτει τη προσωπική υγεία και ψυχολογία του, αλλά οι επιπτώσεις είναι, επίσης, οδυνηρές τόσο για το οικογενειακό, όσο και για το φιλικό του περιβάλλον, ενώ το όλο ζήτημα συνιστά κοινωνικό πρόβλημα. Το ζήτημα αυτό, μάλιστα, αφορά παγκόσμια, σε μεγαλύτερο ποσοστό, στους νέους, ενώ η Ελλάδα τοποθετείται πολύ υψηλά στα ποσοστά εθισμών στις ηλικίες αυτές.

Σίγουρα η πρόληψη, μέσω της οικογένειας, του σχολείου και της κοινωνίας γενικότερα είναι προτιμότερη από την μεταγενέστερη θεραπεία του προβλήματος. Η άποψη αυτή αποδεκτή και αναγνωρισμένη, αλλά η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν μπορεί να ελεγχθεί απόλυτα και άρα να αποτραπούν εξ ολοκλήρου συγκεκριμένες επιλογές. Έτσι εντοπίζονται, σε μεγαλύτερο ποσοστό, φορείς που συμβάλλουν στην απεξάρτηση και βοηθούν τους χρήστες, εφόσον το επιθυμούν, να αποβάλλουν την όποια εξάρτηση μπορεί να καταστεί απειλητική για την ίδια τους τη ζωή.

Στα πλαίσια διερεύνησης του ζητήματος της εξάρτησης από ουσίες, στη παρούσα εργασία περιλήφθηκε έρευνα, μέσω ερωτηματολογίου, στη περιοχή της Ξάνθης. Στην έρευνα συμμετείχαν 21 πρώην χρήστες, οι οποίοι ήταν, στην πλειοψηφία, μεταξύ 18 και 29 ετών. Οι περισσότεροι, επίσης, ήταν άνδρες και μουσουλμάνοι στο θρήσκευμα.

Όπως διαπιστώθηκε, η πλειοψηφία του δείγματος έκανε χρήση εξαρτησιογόνου ουσίας μετά την ηλικία των 20 ετών, ενώ η εξάρτηση προσδιορίστηκε ότι δημιουργήθηκε σε διάστημα μικρότερο των 2 εβδομάδων. Επίσης, η πλειοψηφία αναζήτησε βοήθεια όταν διαπίστωσε την εξάρτηση και

πρώτιστα από την οικογένεια και δευτερευόντως από το φιλικό περιβάλλον. Όλοι οι πρώην χρήστες ήταν ενήμεροι για τα προγράμματα απεξάρτησης στο δήμο Ξάνθης, ενώ κατά τη διάρκεια της έρευνας οι περισσότεροι ήταν ενταγμένοι σε κάποιο από αυτά, η πλειοψηφία των οποίων για διάστημα άνω των 7 μηνών. Τα περισσότερα μέλη του δείγματος δεν είχαν ενταχθεί σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης στο παρελθόν, ενώ η πλειοψηφία όσων είχαν ενταχθεί στο παρελθόν δήλωσε ότι είχε θετικά αποτελέσματα από την όλη διαδικασία.

Ο δήμος Ξάνθης, όπως και κάθε δημόσια οντότητα που δύναται να επηρεάσει την ζωή σε μια τοπική κοινωνία, χρειάζεται διαρκώς να μεριμνά για την αποτροπή της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Σαφέστατα, η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν μπορεί να τεθεί υπό πλήρη έλεγχο και ούτε αυτό θα πρέπει να είναι το ζητούμενο. Η επιδίωξη αναφορικά με το περιορισμό της χρήσης και διακίνησης ναρκωτικών ουσιών πρέπει να είναι άμεσα συναρτώμενη με την πρόληψη. Αυτό που πρέπει, δηλαδή, να επιτευχθεί είναι η απόρριψη, εξ αρχής, της προσέγγισης των ναρκωτικών ουσιών, κάτι που μπορεί να επιτευχθεί με την συνδυαστική δράση πολλών παραγόντων. Εκτός από την ενημέρωση αναφορικά με τις επιπτώσεις της χρήσης ουσιών, που μέχρι τώρα έχει επιτευχθεί, χρειάζεται η παροχή διεξόδων. Δεν πρέπει να λησμονείται ότι πολλά άτομα επιλέγουν τα ναρκωτικά, ως λύση σε αδιέξοδα που αντιμετωπίζουν στη ζωή τους. Αυτό σημαίνει ότι, ίσως, οι άνθρωποι αυτοί καταφεύγουν στα ναρκωτικά διότι δεν έχουν στο περιβάλλον τους κάποιο άτομο να τους στηρίξει σε οποιοδήποτε πρόβλημα. Αν, όμως, υπήρχε η δυνατότητα ψυχολογικής υποστήριξης, μπορεί να περιοριζόταν ο αριθμός των χρηστών. Ο δήμος Ξάνθης θα ήταν καλό να μελετήσει τη περίπτωση πρόσληψης ψυχολόγου, στα πλαίσια της κοινωνικής δράσης του, ο οποίος θα είναι διαθέσιμος να παράσχει συμβουλευτική σε οποιονδήποτε πολίτη το ζητήσει. Επίσης, επειδή, συχνά, υπάρχει ο φόβος του στίγματος, καλό θα ήταν η υποστηρικτική να μπορεί να παρέχεται και τηλεφωνικά και ανώνυμα. Το έργο του ψυχολόγου θα μπορούσαν, ακόμα, να υποστηρίξουν και κοινωνικοί λειτουργοί. Καθώς, όμως, λόγω της οικονομικής κρίσης η πρόσληψη προσωπικού στο δήμο, ίσως, είναι δυσχερής θα μπορούσε να αναζητηθεί εθελοντική εργασία από σχετικούς επαγγελματίες στο δήμο. Είναι, τουλάχιστον, βέβαιο ότι ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, αλλά και γιατροί θα θελήσουν να προσφέρουν έργο για την προφύλαξη των νέων από τη μάστιγα των ναρκωτικών.

Η εξάρτηση από ουσίες συνιστά ένα διαχρονικό και δυσεπίλυτο πρόβλημα, καθώς πέρα από την ανθρώπινη αδυναμία εντοπίζονται και οικονομικά συμφέροντα από των πώλησή τους. Εφόσον τα οικονομικά αυτά συμφέροντα είναι πολύ πιο δύσκολο να εξαλειφθούν, χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερο βάρος στη πρόληψη και την έγκαιρη ενημέρωση. Η οικογένεια και το σχολείο μπορούν να διαδραματίσουν τον πλέον καίριο ρόλο στη διαδικασία αυτή, γεγονός που συνιστά κάτι παραπάνω από καθήκον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

McLellan A., Loborsky L., Woody G.E., O' Brien C.P., and Kron R., (2009), Are the “ addiction related” Problems of Substance abusers Really Related?, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, pp. 232-239.

Ελληνική

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, (2006), *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη.*

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, (2011), *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη.*

Καρπάθιος Σ. Ε. ,(1999), *Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική,* (Τόμος β), Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Λιάππας Α.Γ., (1992), *Εθιστικές Ουσίες, Κλινικά Προβλήματα, Αντιμετώπιση,* εκδόσεις Πατάκης, Αθήνα.

Λιάππας Α.Γ., Πομίνη Β., (2004), *Ουσιοεξάρτηση – Σύγχρονα θέματα,* Εκδόσεις ΙΤΑΚΑ, Αθήνα.

Μαγκλής, Α., (χχ), Τι είναι ο εθισμός;, *Αυστραλοελληνική Κοινωνική Πρόνοια.*

Μαρσέλος Μ., (1994), *Ναρκωτικά-φαρμακολογία και τοξικολογία των εξαρτησιογόνων – ψυχοτρόπων ουσιών,* Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα.

Πιπερόπουλος Γ., (2002), *Αλκοολισμός και Ναρκωτικά, Καταναλωτικά Βήματα,* τεύχος Ιούνιος- Ιούλιος, σσ. 35-50.

Χατζηγιάννης Π., (1997), *Ναρκοτικά, η μάστιγα του αιώνα*, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα.

Ηλεκτρονικές πηγές

www.medlook.gr

<http://issues06.emcdda.eu.int>

www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint

www.OKANA.gr

www.eudap.net

«Ξάνθη», (2017), Wikipedia. Διαθέσιμο στο:
<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9E%CE%AC%CE%BD%CE%B8%CE%B7>.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Φύλο:

Άντρας Γυναίκα

2. Ηλικία:

Κάτω των 18 18 - 29 29 - 39 39 και άνω

3. Θρησκεία:

Χριστιανός Μουσουλμάνος Άθεος
Άλλο

4. Σε ποια ηλικία κάνατε για πρώτη φορά χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών;

Κάτω των 13 13 - 15 15 - 18
18 - 20 20 και άνω

5. Σε πόσο χρόνο μετά την πρώτη φορά που κάνατε χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών νιώσατε ότι πλέον είστε εξαρτημένος;

Σε λιγότερο από 2 εβδομάδες 2 - 4 εβδομάδες
4 - 6 εβδομάδες 6 - 8 εβδομάδες
Περισσότερο από 8 εβδομάδες

6. Έχετε ζητήσει βοήθεια για την αντιμετώπιση της εξάρτησής σας από ουσίες;

Ναι Όχι

7. Αν ναι, από ποιον / ποιους;

Οικογένειά φίλοι Σύμβουλος υποστήριξης

ΟΚΑΝΑ ΚΕΘΕΑ

Άλλο

8. Γνωρίζεται τα προγράμματα απεξάρτησης που λειτουργούν στη περιοχή του Δήμου Ξάνθης;

Ναι Όχι

9. Αν ναι, από πού μάθατε την ύπαρξή τους (σημειώστε όσα αντιστοιχούν):

Οικογένειά φίλους Μέσα μαζικής ενημέρωσης

διαδίκτυο Άλλο

10. Σας πρότειναν να ενταχθείτε σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης;

Ναι Όχι

11. Αν ναι, ποιος σας το πρότεινε;

Οικογένειά φίλοι Σύμβουλος υποστήριξης

Άλλο

12. Έχετε ενταχθεί τώρα σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης;

Ναι Όχι

13. Αν ναι, πόσο καιρό είστε;

Εβδομάδες / Μήνες

14. Είχατε ενταχθεί παλαιότερα σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης;

Ναι Όχι

15. Αν ναι, είχε το επιθυμητό αποτέλεσμα;

Ναι Δυστυχώς όχι

16. Αν ναι, για πόσο καιρό συμμετείχατε;

Εβδομάδες / Μήνες