

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ Μ.Μ.Ε.»**

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Ιωάννα Παυλοπούλου

Τίτλος διπλωματικής εργασίας:

**ΑΛΚΟΟΛ
&
ΜΗΝΥΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΚΑΝΤΖΑ

A.M.: 06204M009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Ορισμοί	7
Υγεία	7
Η έννοια της ασθένειας	8
Φτώχεια και ασθένεια: η σύγχρονη πραγματικότητα	9
Αγωγή Υγείας.....	10
Δημόσια Υγεία	12
Συμπεράσματα.....	13
 2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Αυτοκαταστροφικές Συμπεριφορές	14
Συμπεράσματα.....	16
 3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Βιοϊατρικό και βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο	17
Συμπεράσματα.....	20
 4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Ψυχολογία της Υγείας.....	21
Ορισμός.....	21
Ο ρόλος του ψυχολόγου υγείας.....	23
1. Εξελικτική προσέγγιση	25
2. Συμπεριφορική προσέγγιση.....	26
Το μοντέλο του κέντρου για τον έλεγχο της υγείας.....	26
Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία.....	27
Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης.....	27
Η θεωρία της κινητοποίησης για την προστασία της υγείας.....	28
Η θεωρία της έλλογης δράσης.....	28
Η θεωρία της σύγκρουσης.....	28
Το μοντέλο των γνωστικών σταδίων.....	29
3. Κοινωνικο-αναπαραστασιακή προσέγγιση	29
Η έννοια της κοινωνικής αναπαράστασης.....	30
Αντίληψη και ερμηνεία των συμπτωμάτων.....	32
Γνωστική αναπαράσταση της αρρώστιας.....	33
Στίγμα και κοινωνικός αποκλεισμός.....	34

Η γυναίκα προβληματικός πότης	35
Συμπεράσματα.....	36
 5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Εκτίμηση κινδύνου	37
Risk Factors.....	40
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ: risk factors αναφορικά με τη χρήση αλκοόλ και καπνού σε παιδιά.....	41
Συμπεράσματα.....	43
 6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Εντυπωσιασμός στα Μ.Μ.Ε.....	45
Συμπεράσματα.....	50
 7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Αλκοόλ	52
Εισαγωγή: Αλκοόλ: «νόμιμη» ουσία εξάρτησης	52
Ιστορία και ιδιότητες του αλκοόλ	53
Τι είναι το αλκοόλ	54
Οινοπνευματώδη ποτά	56
«Αλκοολισμός»	57
Το σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ.....	59
Προβληματικός πότης	61
Μοντέλα αλκοολισμού.....	61
Συμπεράσματα.....	65
 8^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Αιτιολογία του αλκοολισμού.....	67
Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).....	70
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ: Αιτιολογία του αλκοολισμού στην Ελλάδα	70
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ: Επιδημιολογία του αλκοολισμού στην Ελλάδα	73
Συμπεράσματα.....	78
 9^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Στατιστικά στοιχεία.....	80
Κατάσταση του αλκοόλ παγκοσμίως.....	80
Κατάσταση του αλκοόλ παγκοσμίως: Έφηβοι	83
Στατιστικά στοιχεία: Κατάσταση του αλκοόλ στην Ευρώπη	85

Στατιστικά στοιχεία: Κατάσταση του αλκοόλ στην Ευρώπη: Έφηβοι –	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ESPAD 2003	87
Στατιστικά στοιχεία: Κατάσταση του αλκοόλ στην Ελλάδα –	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΤΟΥ ΕΠΙΨΥ.....	90
Έρευνα συμπεριφοράς των καταναλωτών αλκοολούχων ποτών	91
Μελέτες για τις πωλήσεις αλκοολούχων ποτών	92
Στατιστικά στοιχεία: Κατάσταση του αλκοόλ στην Ελλάδα: Έφηβοι	95
Συμπεράσματα.....	96
 10^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Οικονομικά στοιχεία του αλκοόλ.....	99
Αλκοόλ και Οικονομία	99
Μάρκετινγκ.....	101
Διαφήμιση.....	103
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ: Η διαφήμιση του αλκοόλ και η επιρροή της στους	
εφήβους.....	104
Συμπεράσματα.....	107
 11^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση και	
κατάχρηση αλκοόλ	108
Οι επιπτώσεις του αλκοόλ στο άτομο	108
Θετικές επιδράσεις στην υγεία.....	111
Οι επιπτώσεις του αλκοόλ στην κοινωνία.....	112
Οι επιπτώσεις του αλκοόλ στην οικογένεια.....	113
Οι επιπτώσεις του αλκοόλ στην οικονομία.....	113
Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).....	115
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ: Συνέπειες χρήσης αλκοόλ στην Ελλάδα.....	115
Συμπεράσματα.....	117
 12^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Πρόληψη	120
Η έννοια του αυτο-ελέγχου στην πρόληψη χρήσης ουσιών	120
Το έργο της πρόληψης	121
Πολιτική και αρχές πρόληψης.....	121
Προσεγγίσεις ως προς την πρόληψη	123

Προγράμματα Αγωγής Υγείας για την πρόληψη της χρήσης οινόπνευματων στην Ελλάδα.....	126
Νομοθεσία.....	126
Παγκόσμιες πολιτικές ελέγχου και προληπτικά μέτρα για τη χρήση αλκοόλ	137
Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).....	129
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ: Πρόληψη της χρήσης ουσιών.....	129
Συμπεράσματα.....	133
 13° ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Θεραπεία.....	135
1. Φαρμακολογική προσέγγιση.....	135
2. Ψυχολογική προσέγγιση	136
3. Ειδικές προσεγγίσεις και Θεραπευτικά προγράμματα.....	137
Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.).....	137
Ειδικό Ξενώνες (Half-way Houses).....	138
Κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού	138
Αρνητικοί παράγοντες στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ.....	139
Θετικοί παράγοντες στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ.....	139
Θεραπευτικά κέντρα και προγράμματα στην Ελλάδα	140
Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).....	142
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ: Θεραπευτικά προγράμματα και παρεμβάσεις.....	142
Συμπεράσματα.....	144
 14° ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Μεθοδολογία προγραμμάτων Αγωγής Υγείας	146
1. Ορισμός πληθυσμού – στόχου	146
2. Ανασταλτικοί και διευκολυντικοί παράγοντες κατανάλωσης ή κατάχρησης αλκοόλ.....	148
3. Σχεδιασμός στρατηγικής – επιλογή κατάλληλων μέσων προβολής	152
4. Σύστημα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας	153
Τρία επίπεδα δόμησης των μηνυμάτων αγωγής υγείας	153
1. Ερμηνευτικό – σημασιολογικό επίπεδο.....	153
2. Περιγραφικό – πληροφοριακό επίπεδο.....	154
3. Τεχνικό επίπεδο	154
Περιφερειακή – κεντρική επεξεργασία των μηνυμάτων.....	154
Συμπεράσματα.....	155

15^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Καμπάνιες για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ.....	157
Καμπάνιες για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ στην Ελλάδα.....	157
Ενημερωτική εκστρατεία για την οδική ασφάλεια – Οι πρωτοποριακές δράσεις του I.MET. σε πανελλήνια κλίμακα (1-31 Ιανουαρίου 2006).....	157
Καμπάνιες για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	158
Συμπεράσματα.....	160
 16^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:	
Συζήτηση	162
Επίλογος.....	177
Προβληματική	181
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	183

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Ορισμοί:

Υγεία

Η υγεία είναι μια θετική έννοια, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η οποία δίνει έμφαση στην κάλυψη των κοινωνικών και ατομικών αναγκών καθώς επίσης και στις φυσικές ικανότητες του ατόμου. Εξάλλου και η ίδια η υγεία αντιμετωπίζεται ως πόρος καθημερινής ζωής χωρίς αυτό να συνεπάγεται ότι αποτελεί και σκοπό της ζωής (WHO, 1986). Προϋποθέσεις για την υγεία αποτελούν: η ειρήνη, η στέγη, η εκπαίδευση, η τροφή, το εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα με επαρκείς πόρους, η κοινωνική δικαιοσύνη και η ισότητα. Η βελτίωση της υγείας απαιτεί την εξασφάλιση των παραπάνω προϋποθέσεων (WHO, 1986).

Σε αντίθεση, λοιπόν, με τον σαφώς αρνητικό ορισμό της ιατρικής επιστήμης, ότι δηλαδή η υγεία ισοδυναμεί με την απουσία νόσου, ο ορισμός του ΠΟΥ αποτελεί παράδειγμα θετικού ορισμού (Nettleton, 2002). Πέρα από την απουσία νόσου, ο ΠΟΥ θεωρεί ως ένδειξη καλής υγείας τη συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική κάλυψη των αναγκών του ατόμου. Επομένως, η υγεία συνιστά ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο με κοινωνικές, ψυχολογικές, βιολογικές και πολιτισμικές παραμέτρους (Ποταμιάνος, 1995). Η καλή υγεία είναι η ουσιαστικότερη πηγή για κοινωνική, οικονομική και προσωπική εξέλιξη καθώς επίσης και μια σημαντική διάσταση όσον αφορά την ποιότητα ζωής. Ποικίλοι παράγοντες, όπως πολιτικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί, περιβαλλοντικοί, συμπεριφορικοί και βιολογικοί, μπορούν είτε να ευνοήσουν είτε να βλάψουν την υγεία (WHO, 1986). Μέσα στις σύγχρονες πολύπλοκες και αλληλένδετες κοινωνίες, η υγεία δεν μπορεί να διαχωριστεί από τους στόχους της. Οι δεσμοί μεταξύ ανθρώπων και περιβάλλοντος συνιστούν τη βάση μιας κοινωνικο-οικολογικής προσέγγισης της υγείας (WHO, 1986).

Η συνολική κατευθυντήρια αρχή, η οποία οφείλει να διέπει όλο τον κόσμο, τα κράτη, τα έθνη και τις κοινωνίες είναι η ανάγκη να φροντίζουμε τόσο ο ένας τον άλλο όσο και το φυσικό περιβάλλον. Μάλιστα, η διατήρηση των φυσικών πόρων ανά τον κόσμο πρέπει να θεωρηθεί παγκόσμια ευθύνη. Πέρα όμως από το περιβάλλον, παράγοντες όπως η εργασία, ο ελεύθερος χρόνος και οι συνθήκες διαβίωσης πρέπει να αποτελούν πηγή υγείας για τους ανθρώπους. Ο τρόπος με τον οποίο οργανώνονται οι παραπάνω παράγοντες με τη συμβολή της Αγωγής Υγείας αποσκοπεί στη δημιουργία ασφαλών και ικανοποιητικών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας (WHO, 1986). Οι άνθρωποι βιώνουν την έννοια της υγείας μέσα από ποικίλες όψεις της καθημερινότητάς τους: εκπαίδευση, δουλειά, παιχνίδι, αγάπη. Επομένως, η έννοια της υγείας περιλείπει τη φροντίδα για τον εαυτό μας και τους άλλους, τη δυνατότητα

για λήψη αποφάσεων και για έλεγχο των συνθηκών διαβίωσης κάθε ατόμου και φυσικά τη διασφάλιση ότι η κοινωνία μέσα στην οποία ζούμε θα δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες για την επίτευξη της υγείας όλων των μελών της (WHO, 1986).

Η έννοια της ασθένειας

Όλοι οι άνθρωποι αρρωσταίνουν κάποια στιγμή στη ζωή τους. Οι πιο συνηθισμένοι τύποι ασθενειών είναι τα κρυολογήματα και η γρίπη. Ακόμη και τα ελαφριά σωματικά συμπτώματα είναι ικανά να αποτρέψουν κάποιον από την εκτέλεση των καθημερινών του υποχρεώσεων (δουλειά, σχολείο), γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι η ασθένεια συνδέεται με την ικανότητα για εργασία ή την εκπλήρωση των κοινωνικών υποχρεώσεων (Nettleton, 2002).

Αν η υγεία ορίζεται από τον ΠΟΥ (1986) ως η κατάσταση απόλυτης φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας, τότε η ασθένεια νοείται ως η μη διασφάλιση των απαραίτητων για την υγεία παραμέτρων. Ο Parsons (1979) ορίζει την αρρώστια ως μια μορφή παρέκκλισης και κάνει διάκριση στη βιολογική και κοινωνική της βάση. Επομένως, σε κάθε πολιτιστική και κοινωνική πραγματικότητα, οι επικρατούσες νόρμες και αξίες καθορίζουν το τι συνιστά την ασθένεια. Άλλοι μελετητές διαχωρίζουν την έννοια της νόσου (disease) από αυτή της αρρώστιας (illness). Ο Kleinman (1988) αναφέρει ότι η νόσος είναι ένα βιο-φυσιολογικό γεγονός και μέλημα των γιατρών, ενώ η ασθένεια σχετίζεται με τον τρόπο που ο πάσχων, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον αντιλαμβάνονται και ανταποκρίνονται στα συμπτώματα και στις επιπτώσεις της (Nettleton, 2002).

Ωστόσο, δεν ισχύει η ίδια κατάσταση όταν ένα άτομο ή κάποιος από την οικογένειά του πάσχει από χρόνια ασθένεια. Οι συνέπειες των χρόνιων παθήσεων εκτείνονται πέρα από τις βιο-φυσιολογικές αλλαγές, στην καθημερινή και οικογενειακή ζωή των πασχόντων, στην άποψη που έχουν οι άλλοι γι' αυτούς, στην αίσθηση των ίδιων για τον εαυτό τους. Όταν λοιπόν το σώμα δεν λειτουργεί «φυσιολογικά» τότε δημιουργούνται δυσκολίες κατά την αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον. Η μελέτη της ασθένειας περιστρέφεται γύρω από την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο σώμα, το άτομο και την κοινωνία (Nettleton, 2002). Σύμφωνα με την Επιτροπή Μακροοικονομικής και Υγείας (CMH), διακρίνονται τρεις τύποι ασθενειών:

Τύπος Ι ασθένεια. Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται ασθένειες που υπάρχουν σε φτωχές και πλούσιες χώρες και αφορούν μεγάλο αριθμό ευάλωτου πληθυσμού, όπως είναι η Ηπατίτιδα Β, ο διαβήτης, διάφορες καρδιαγγειακές παθήσεις.

Τύπος II ασθένεια. Ονομάζονται και παραμελλημένες ασθένειες. Παρατηρούνται τόσο σε πλούσιες όσο και σε φτωχές χώρες, αλλά σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό στις δεύτερες, όπως φυματίωση και HIV/AIDS.

Τύπος III ασθένεια. Εντοπίζονται συντριπτικά στις αναπτυσσόμενες χώρες και αποκαλούνται επίσης πολύ παραμελλημένες ασθένειες (WHO, 2006).

Φτώχεια και ασθένεια: η σύγχρονη πραγματικότητα

Στη σημερινή εποχή συντελείται κάτι παράδοξο. Από τη μια πλευρά, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας δημιουργεί τις οικονομικές και ιατρικές προϋποθέσεις για να ξεπεραστούν τα προβλήματα που σχετίζονται με τη φτώχεια και την κακή κατάσταση της υγείας. Απ' την άλλη όμως, παρατηρείται ουσιαστικά χειροτέρευση του βιοτικού επιπέδου και της υγείας σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, γεγονός που οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην εξάπλωση του HIV/AIDS και άλλων μεταδιδόμενων και μη ασθενειών (WHO, 2006).

Παρόλο που το οικονομικό επίπεδο είναι σημαντικός παράγοντας για την καλή κατάσταση της υγείας, δεν είναι και ο καθοριστικός. Η διασφάλιση της κοινωνικής μέριμνας και των υπόλοιπων καθοριστικών για την καλή υγεία παραγόντων, όπως το πόσιμο νερό και η σωστή διατροφή, μπορούν να κάνουν τη διαφορά στην ποιότητα της υγείας ακόμη και σε χώρες με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα (WHO, 2006). Κατά την τελευταία 20ετία, οι λεγόμενες «ασθένειες της φτώχειας» (μολυσματικές, κληρονομικές ή σχετιζόμενες με την κακή διατροφή ασθένειες και η παιδική θνησιμότητα) καταλαμβάνουν περίπου το 50% του συνόλου των ασθενειών στις φτωχότερες οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτό το ποσοστό είναι σχεδόν δέκα φορές υψηλότερο σε σύγκριση με τον ανεπτυγμένο κόσμο. Επιπλέον, παρουσιάζουν έξαρση ασθένειες όπως το HIV/AIDS και η φυματίωση στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ μέχρι το 2015 υπολογίζεται ότι θα έχει διπλασιαστεί το ποσοστό των θανάτων που οφείλονται σε μη μεταδιδόμενες ασθένειες (WHO, 2006).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπογραμμίζει τον κίνδυνο από την έξαρση διαφόρων ασθενειών στις αναπτυσσόμενες χώρες και γι' αυτό προτείνει ορισμένα βασικά μέτρα για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας: προτεραιότητα στην κάλυψη των αναγκών της υγείας των πιο φτωχών και ευάλωτων ομάδων και ιδίως των παιδιών και των γυναικών. Η καλύτερευση της κατάστασης της υγείας μπορεί να επιτευχθεί με διάφορα μέσα, όπως πρόληψη, αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς, θεραπεία, βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και έρευνα για την εύρεση βελτιωμένων μεθόδων πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας (WHO, 2006).

Γενικά, ο αποτελεσματικός έλεγχος και περιορισμός των περισσότερων ασθενειών προαπαιτεί στρατηγικές που να ενσωματώνουν πρόληψη, θεραπεία, συνολική προαγωγή της

υγείας, εκπαίδευση και βελτίωση των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων. Εξάλλου, η αύξηση του προσδόκιμου ορίου ηλικίας στις ανεπτυγμένες χώρες οφείλεται σε μια σειρά παραγόντων, όπως οικονομική ανάπτυξη, βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, δικαιότερη κατανομή του πλούτου, βελτιωμένη διατροφή, καλύτερη παιδεία, συνθήκες υγιεινής, καλύτερα σπίτια, φάρμακα και μέτρα δημόσιας υγείας. Επομένως, μία από τις σημαντικότερες συνεισφορές και υποχρεώσεις των ανθρώπων στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι η προώθηση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, που συνεπάγεται τη μείωση της φτώχειας (WHO, 2006).

Αγωγή Υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η Αγωγή Υγείας ορίζεται ως η διαδικασία, η οποία δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους (WHO, 1986) καθώς και τους παράγοντες που την καθορίζουν (Tang et al., 2005). Αυτή η αύξηση του ελέγχου επιτυγχάνεται μέσω της ενδυνάμωσης των ατομικών δεξιοτήτων και με την ικανότητα μιας ομάδας να μεταβάλλει κυρίως τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, οι οποίες επηρεάζουν την υγεία. Επιπλέον, η Αγωγή Υγείας αποτελεί κεντρική λειτουργία της Δημόσιας Υγείας και θεμέλιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Tang et al., 2005).

Η ουσιαστική στροφή και επανεκτίμηση της αξίας της επισημάνθηκε το 1986 στην Πρώτη Διεθνή Διάσκεψη για την Προαγωγή της Υγείας στην Οτάβα. Τα πέντε κυριότερα συμπεράσματα που προέκυψαν και καταγράφηκαν στο Καταστατικό για την Αγωγή Υγείας υιοθετήθηκαν αμέσως στο Πρώτο Παγκόσμιο Συνέδριο για την Αγωγή Υγείας του ΠΟΥ (Tang et al., 2005). Για να πετύχει κάποιος μια κατάσταση ολοκληρωμένης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας, οφείλει να έχει την ικανότητα να αντιληφθεί και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του και στη συνέχεια να αλλάξει ή να συμπορευτεί με το περιβάλλον (WHO, 1986). Αγωγή Υγείας δεν σημαίνει απλώς ευθύνη για τον τομέα της υγείας, αλλά υπερβαίνει τον τρόπο ζωής (lifestyle) συμβάλλοντας ουσιαστικά στην ευημερία. Η δράση της στοχεύει στη διατήρηση ευνοϊκών συνθηκών για την υπεράσπιση των προαπαιτούμενων της υγείας (WHO, 1986). Συνοπτικά, η δράση της Αγωγής Υγείας στηρίζεται:

- στη δημιουργία υγιούς δημόσιας πολιτικής
- στη δημιουργία περιβάλλοντων αλληλουποστήριξης
- στην ενδυνάμωση της κοινοτικής δράσης
- στην ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και
- στην αναθεώρηση των υπηρεσιών υγείας

Μέσα από καθορισμένη και αποτελεσματική δράση σε κοινοτικό επίπεδο, η Αγωγή Υγείας θέτει προτεραιότητες, λαμβάνει αποφάσεις, σχεδιάζει και εφαρμόζει στρατηγικές με στόχο τη βελτίωση της υγείας. Τα άτομα στον τομέα της υγείας, οι ομάδες της κοινότητας, οι επαγγελματίες και οι υπηρεσίες υγείας μοιράζονται την ευθύνη της επίτευξης των στόχων της Αγωγής Υγείας (WHO, 1986). Ωστόσο, τα προαπαιτούμενα και οι προοπτικές αναφορικά με την υγεία δεν είναι δυνατόν να εξασφαλιστούν αποκλειστικά από τον τομέα της υγείας. Η Αγωγή Υγείας απαιτεί οργανωμένη δράση από όλους τους ενδιαφερόμενους: κυβερνήσεις, κοινωνικοί και οικονομικοί τομείς, μη κυβερνητικές και εθελοντικές οργανώσεις, τομέα της υγείας, τοπικές αρχές, βιομηχανία και Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Οι στρατηγικές και τα προγράμματα της Αγωγής Υγείας οφείλουν να προσαρμόζονται στις εκάστοτε τοπικές ανάγκες μιας χώρας ή μιας περιοχής, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις διαφορετικές οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες (WHO, 1986).

Η Αγωγή Υγείας επικεντρώνεται στην επίτευξη ισότητας στην υγεία. Συγκεκριμένα, αποσκοπεί στη μείωση των ανισοτήτων που επικρατούν στο τωρινό σύστημα περίθαλψης. Αυτό μπορεί να το κατορθώσει μέσω της εξασφάλισης ίσων ευκαιριών και πόρων προκειμένου να έχουν όλοι οι άνθρωποι τη δυνατότητα της πληρέστερης δυνατόν υγείας. Σ' αυτή συμπεριλαμβάνεται ένα ασφαλές καταφύγιο, πρόσβαση στην πληροφόρηση, δεξιότητες και ευκαιρίες για τη λήψη υγειών επιλογών. Αν τα ίδια τα άτομα δεν ελέγξουν τους καθοριστικούς για την υγεία τους παράγοντες, τότε δεν θα μπορέσουν να εξασφαλίσουν τη μέγιστη δυνατή κατάσταση καλής υγείας. Και αυτό βέβαια αφορά εξίσου άνδρες και γυναίκες (WHO, 1986). Το γενικό πλαίσιο της Αγωγής Υγείας έχει σαφώς αλλάξει από το 1986, παρότι οι στόχοι παραμένουν σταθεροί. Σήμερα, η υγεία επηρεάζεται από κρίσιμες παραμέτρους, όπως νέες μορφές κατανάλωσης και επικοινωνίας, την αστικοποίηση, τις περιβαλλοντικές αλλαγές, τις έκτακτες ανάγκες της Δημόσιας Υγείας. Στη συνέχεια, οι ταχύτερες οικονομικές, κοινωνικές και δημογραφικές μεταβολές έχουν αντίκτυπο στις εργασιακές συνθήκες, την εκπαίδευση, την οικογενειακή και πολιτισμική διάρθρωση των σύγχρονων κοινωνιών (Tang et al., 2005).

Σε μια εποχή κατά την οποία αρκετές κυβερνήσεις προβαίνουν σε περικοπές κονδυλίων που προορίζονταν για τις υπηρεσίες της υγείας, το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης λειτουργεί ως επιταχυντής των παραπάνω αλλαγών. Επομένως, όλοι οι ενδιαφερόμενοι κοινωνικοί και πολιτικοί φορείς καλούνται από τη μια πλευρά να μεγιστοποιήσουν τα οφέλη γύρω από την υγεία, όπως αυτά προκύπτουν από τη νέα πραγματικότητα που επιβάλλει η παγκοσμιοποίηση και από την άλλη να περιορίσουν τις ενδεχόμενες αρνητικές επιπτώσεις. Σ' αυτό μπορεί να συμβάλλει η εφαρμογή αποτελεσματικών Πολιτικών Αγωγής Υγείας (Tang et al., 2005).

Δημόσια Υγεία

Ο ΠΟΥ ορίζει τη Δημόσια Υγεία ως την επιστήμη και την τέχνη της προαγωγής της υγείας, της καταπολέμησης της αρρώστιας και της επιμήκυνσης της διάρκειας της ανθρώπινης ζωής, μέσω των οργανωμένων προσπαθειών της κοινωνίας (WHO, 1998, adapted from the “Acheson Report”, London, 1988). Είναι μια γενικότερη κοινωνική και πολιτική ιδέα, που αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής ολόκληρων πληθυσμών μέσω της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης ασθενειών και άλλων τρόπων παρέμβασης (WHO, 1998).

Η Δημόσια Υγεία αποβλέπει στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας ολόκληρων ομάδων ή πληθυσμών. Η πολιτική της Δημόσιας Υγείας ασχολείται με την αποτελεσματικότητα ως προς το κόστος των συστημάτων υγείας και τον τρόπο με τον οποίο συγκεκριμένες παρεμβάσεις πετυχαίνουν στους τομείς της πρόληψης και της θεραπείας (WHO, 1998). Μια από τις κεντρικές της λειτουργίες αποτελεί η Αγωγή Υγείας (Tang et al., 2005). Η οικουμενική στρατηγική του ΠΟΥ είναι να ξεφύγει από τη βιοϊατρική θεώρηση της υγείας μέσω της επέκτασης πέντε κυρίως πεδίων: της φροντίδας του εαυτού, του συνδυασμού των ιατρικών υπηρεσιών με την εκπαίδευση και την κοινωνική μέριμνα, της σύνδεσης της προαγωγής της υγείας με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση, της ικανοποίησης των αναγκών ολόκληρων πληθυσμών και της συμμετοχής της κοινότητας (Nettleton, 2002).

Ωστόσο, πρέπει να γίνει μια διαφοροποίηση ανάμεσα στην παραδοσιακή και τη νέα Δημόσια Υγεία. Η πρώτη περιορίζεται κυρίως στη φαρμακευτική αγωγή, ενώ η δεύτερη ενέχει μια διευρυμένη αντίληψη ως προς την ικανοποίηση των αναγκών ολόκληρων πληθυσμών (WHO, 1998). Οι όροι Νέα Δημόσια Υγεία και Προαγωγή της Υγείας αναδύθηκαν κατά τη δεκαετία του '80 σε τοπικό και εθνικό επίπεδο με στόχο την ενθάρρυνση των ανθρώπων να εξετάζουν τις συμπεριφορές τους που σχετίζονται με τη διατήρηση της υγείας τους, για την καλή κατάσταση της οποίας θεωρούνται οι ίδιοι υπεύθυνοι (Nettleton, 2002). Η Νέα Δημόσια Υγεία αφορά πλήθος επαγγελματιών, φορέων, προσεγγίσεων και παραγόντων υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διαθέτουν κατάλληλη εκπαίδευση προκειμένου να προάγουν την υγεία στο γενικότερο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας (WHO, 1998).

Οι ανάγκες της Δημόσιας Υγείας, όπως επίσης και το στάδιο ανάπτυξης διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Παντού, όμως, πρέπει να πραγματοποιούνται προσπάθειες για συγκροτημένες προσεγγίσεις σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Και στην Ευρώπη παρατηρείται ποικιλία ως προς την ανάπτυξη των στόχων της Δημόσιας Υγείας. Όλες οι χώρες οφείλουν να επενδύουν όλο και περισσότερο στον τομέα της Δημόσιας Υγείας,

έχοντας προηγουμένως μελετήσει την ήδη υπάρχουσα επιστημονική γνώση γύρω από τους καθοριστικούς για την υγεία κοινωνικούς παράγοντες (WHO, 1998).

Παρά τις όποιες διαφορές στον τομέα της Δημόσιας Υγείας σε κάθε χώρα, οι πρόσφατες εμπειρίες μεταδιδόμενων ασθενειών με κίνδυνο πανδημίας και απειλής για την υγεία των ανθρώπων σε παγκόσμιο επίπεδο (π.χ. SARS, Avian influenza), οδήγησαν στη διατύπωση μιας ακόμη έννοιας. Η Έκτακτη Ανάγκη Δημόσιας Υγείας Διεθνούς Ανησυχίας (A Public Health Emergency of International Concern) είναι ένας κίνδυνος δημόσιας υγείας που αποτελεί απειλή για άλλα κράτη μέσω της διεθνούς εξάπλωσης (PAHO, 2004). Σ' αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει ανάγκη συντονισμένης διεθνούς αντίδρασης για τον αποτελεσματικό περιορισμό του φαινομένου σύμφωνα με τους Διεθνούς Κανόνες για την Υγεία. Στόχος των Κανόνων είναι η προστασία, ο έλεγχος και η αντίδραση κατά της παγκόσμιας εξάπλωσης της ασθένειας με τρόπους ανάλογους προς την απειλή της δημόσιας υγείας (PAHO, 2004).

Συμπεράσματα:

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η υγεία είναι μια θετική έννοια που ορίζεται ως η κατάσταση φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας. Η καλή υγεία είναι η ουσιαστικότερη πηγή για κοινωνική, οικονομική, προσωπική εξέλιξη και ποιότητα ζωής, ενώ πλέον σήμερα τα άτομα θεωρούνται υπεύθυνα για τη διασφάλιση των απαραίτητων για την υγεία παραμέτρων και την αποφυγή βλαβερών συνηθειών. Αντίθετα, η ασθένεια είναι μια μορφή παρέκκλισης ή μη εξασφάλισης των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων με βιο-φυσιολογικές, ατομικές και κοινωνικές προεκτάσεις. Το ακριβές νόημα της ασθένειας προσδιορίζεται μέσα στο εκάστοτε κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, όπως αυτό διαμορφώνεται από τις νόρμες και τις αξίες που ισχύουν σε μια κοινωνία.

Η Δημόσια Υγεία και ο κεντρικός της κλάδος, η Αγωγή Υγείας, είναι οι διαδικασίες, οι οποίες παρέχουν στα άτομα τη δυνατότητα να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους καθώς και τους παράγοντες που την καθορίζουν. Επιπλέον, η πρώτη αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής ολόκληρων πληθυσμών μέσω της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης ασθενειών και άλλων τρόπων παρέμβασης. Αυτά ακριβώς τα χαρακτηριστικά της Δημόσιας Υγείας προτείνει ο ΠΟΥ να χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία κατάλληλων και αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας προκειμένου να περιοριστεί ο κίνδυνος εξάπλωσης διαφόρων μολυσματικών ή μη ασθενειών στις αναπτυσσόμενες χώρες και να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσης και υγείας των πληθυσμών παράλληλα με τη μείωση της φτώχειας.

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές

Η κοινωνική ψυχολογία μελετά τα τελευταία χρόνια τις λεγόμενες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές με στόχο να επιτύχει τον κατάλληλο σχεδιασμό της πρόληψής τους. Στις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές συγκαταλέγονται η κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ, σκληρά και μαλακά ναρκωτικά), η επικίνδυνη οδήγηση, η νεανική παραβατικότητα, ο χουλιγκανισμός, η επιλογή ανθυγιεινών συμπεριφορών, το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες (Κορδούτης, 2000).

Αυτοκαταστροφικές ονομάζονται οι εθελούσιες συμπεριφορές, που υποσκάπτουν την ψυχοκοινωνική ευεξία του «αυτοκαταστροφικού» ατόμου και την προσαρμογή του στο κοινωνικό του περιβάλλον, σύμφωνα με τη συναινετική αντίληψη των μελών της ομάδας στην οποία εντάσσεται εκούσια ή ακούσια το άτομο. Πολλές φορές η συναινετική αντίληψη για την αυτοκαταστροφικότητα του ατόμου συμπίπτει με την αυτοαντίληψή του. Ωστόσο, πάντα παίζει σημαντικό ρόλο η σύμφωνη γνώμη της ομάδας (Κορδούτης, 2000).

Σύμφωνα με την παραπάνω αντίληψη, η αυτοκαταστροφικότητα θεωρείται προσωπική απόφαση – επιλογή, η οποία παραβιάζει τις νόρμες που συντηρούν τη συνοχή και τον αυτοπροσδιορισμό της ομάδας και κατά συνέπεια απειλούν τη λειτουργία της κοινωνικής ταυτότητας. Επομένως, η ομάδα πρέπει να παρέμβει προληπτικά επαναρρυθμίζοντας τη διαταραγμένη τάξη με την άσκηση άμεσης ή έμμεσης κοινωνικής επιρροής. Μ' αυτό τον τρόπο θα κατορθώσει να εμποδίσει ασύμβατες με τις νόρμες επιλογές ή να ενθαρρύνει την επιλογή άλλων εναλλακτικών (Κορδούτης, 2000).

Η κατεύθυνση της κοινωνικής ψυχολογίας που επικεντρώνεται τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές αναλαμβάνει το ρόλο της διάγνωσής τους και της δημιουργίας τεχνογνωσίας επαναρρύθμισης. Η αύξηση αυτών των συμπεριφορών συμπίπτει με την εμφανή αύξηση της συστηματικής προσπάθειας πρόληψης μέσα από μηχανισμούς επιρροής πολλών πλευρών της καθημερινής ζωής. Τόσο σε δημόσιο όσο και σε ιδιωτικό επίπεδο δημοσιεύονται οδηγίες σχετικά με το τι και σε ποια ποσότητα πρέπει να τρώμε, πώς πρέπει να κινούμαστε και να είναι το σώμα μας κ.τ.λ.. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις κινδύνων που θεωρούνται απειλητικοί για την κοινωνική συνοχή, όπως το HIV/ AIDS, η προσπάθεια επιρροής επιχειρεί να τροποποιήσει και να εξορθολογικεύσει συμπεριφορές συνδεδεμένες με επιθυμίες και ένστικτα ενός κατεξοχόν ιδιωτικού χώρου, όπως η ερωτική ζωή, εισάγοντας τη χρήση προφυλακτικού ή τον περιορισμό της εναλλαγής ερωτικών συντρόφων (Κορδούτης, 2000).

Η αλλαγή των στάσεων σε ζητήματα που άπτονται της ερωτικής επαφής των ατόμων εμφανίζεται ως η πιο φιλόδοξη προσπάθεια που έχει ποτέ πραγματοποιηθεί. Το φαινόμενο της χειραγώγησης και του ελέγχου της ερωτικής ζωής προκειμένου να προφυλαχτεί το αγαθό της υγείας από τον ιό HIV μέσω μιας σειράς προληπτικών μέτρων και οδηγιών συμπεριφοράς αποτελεί διεύσδυση της δημόσιας σφαίρας στην ιδιωτική (Κορδούτης, 2000). Σύμφωνα με τον Jurgen Habermas, η αλλαγή λειτουργίας της αρχής της δημοσιότητας του χώρου της κοινωνικής ζωής, όπου διαμορφώνεται η λεγόμενη κοινή γνώμη, βασίζεται σε μια αναδιάρθρωση της δημοσιότητας ως σφαίρας. Στη σύγχρονη εποχή, έχουμε φτάσει στο σημείο μέσα στον ιδιωτικό χώρο να εξαλείφεται η σαφής οροθέτηση μεταξύ δημοσιότητας και ιδιωτικής σφαίρας (McQuail, 2003). Τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικές προσπάθειες ενημέρωσης, παρέμβασης, ρύθμισης και πρόληψης των ατόμων για τον ιό HIV με τη χρήση επιστημονικά τεκμηριωμένων ερευνών. Παρ' όλα αυτά δεν έχουν πετύχει να τροποποιήσουν συμπεριφορές προς την επιθυμητή κατεύθυνση (Κορδούτης, 2000).

Η μελέτη και η πρόληψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών αποτελεί ξεχωριστή κατεύθυνση της κοινωνικής ψυχολογίας. Η ψυχολογία της υγείας και συγκεκριμένα η αγωγή υγείας οφείλει να προσεγγίσει ξεχωριστά την κάθε ηλικιακή ομάδα με τη χρήση κατάλληλων και στοχευμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας προκειμένου να επιτύχει την αλλαγή τόσο των στάσεων όσο και των συμπεριφορών (Κορδούτης, 2000). Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι τυπικό χαρακτηριστικό του αλκοολικού. Τα άτομα που κάνουν συστηματική χρήση και κατάχρηση οινόπνευματων ποτών εμφανίζουν αρκετά μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονιών σε σχέση με τους υπόλοιπους ανθρώπους (8 προς 1) (Μαρσέλος, 1997). Τέλος, οι προβληματικοί πότες ευθύνονται για μεγάλο αριθμό τροχαίων ατυχημάτων, που προκαλούνται εξαιτίας των μειωμένων αντανακλατικών των οδηγών υπό την επήρεια οινόπνευματος.

Συμπεράσματα

Η κοινωνική ψυχολογία μελετά τα τελευταία χρόνια τις λεγόμενες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές με στόχο να επιτύχει τον κατάλληλο σχεδιασμό της πρόληψής τους. Αυτοκαταστροφικές ονομάζονται οι εθελούσιες συμπεριφορές, που υποσκάπτουν την ψυχοκοινωνική ευεξία του «αυτοκαταστροφικού» ατόμου και την προσαρμογή του στο κοινωνικό του περιβάλλον, σύμφωνα με τη συναινετική αντίληψη των μελών της ομάδας στην οποία εντάσσεται εκούσια ή ακούσια το άτομο. Η αυτοκαταστροφικότητα θεωρείται προσωπική επιλογή, η οποία παραβιάζει τις νόρμες που συντηρούν τη συνοχή και τον αυτοπροσδιορισμό της ομάδας και κατά συνέπεια απειλούν τη λειτουργία της κοινωνικής ταυτότητας. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι τυπικό χαρακτηριστικό του αλκοολικού. Οι προβληματικοί πότες εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονιών σε σχέση με τους υπόλοιπους ανθρώπους, ενώ ακόμη ευθύνονται για μεγάλο αριθμό τροχαίων ατυχημάτων.

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Βιοϊατρικό και βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Η υγεία θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα αγαθά του ανθρώπου. Ωστόσο, μέχρι και πριν από δύο δεκαετίες οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας παρέπεμπαν συνειρμικά σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, νοσοκομεία, γιατρούς. Σε γενικό πλαίσιο, ο ορισμός της υγείας προκύπτει από τον τρόπο που το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται το σώμα και τη σχέση του με το περιβάλλον (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1999). Σε επιστημονικό επίπεδο κυριαρχούν δύο βασικές προσεγγίσεις στα θέματα υγείας και αρρώστιας:

1. το βιοϊατρικό μοντέλο και
2. το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο.

Η σχέση ψυχής και σώματος απασχολούσε ανέκαθεν τους ανθρώπους τόσο στις φιλοσοφικές όσο και στις επιστημονικές αναζητήσεις τους. Ο Ιπποκράτης υποστήριζε την έννοια της πρόληψης αιτιολογώντας την με τον ισχυρισμό ότι η διατήρηση της υγείας απαιτεί μια κατάσταση ισορροπίας ανάμεσα στο σώμα, το νου και το περιβάλλον. Επιπλέον, αντιμετώπιζε τα προβλήματα υγείας εξατομικευμένα, καθώς θεωρούσε ότι ο οργανισμός κάθε ασθενή αντιδρά διαφορετικά στη νόσο και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο ζωής, τη διατροφή και άλλους παράγοντες άρρηκτα συνδεδεμένους με την καθημερινότητα του ατόμου (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1999).

Το 17^ο αιώνα παρατηρείται μια σημαντική μεταστροφή αναφορικά με την ιπποκράτεια φιλοσοφία, η οποία και χαρακτηρίζεται μη επιστημονική. Στην παραπάνω αλλαγή συνέβαλε η άποψη του Γάλλου φιλοσόφου Καρτέσιου, σύμφωνα με την οποία υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ ψυχής και σώματος και κατά συνέπεια η πρώτη δεν μπορεί να επηρεάσει οργανικές λειτουργίες. Το σύγχρονο βιοϊατρικό μοντέλο βασίζεται στον καρτεσιανό δυϊσμό πνεύματος – σώματος και αντιμετωπίζει το δεύτερο ως «μηχανή», που σε περίπτωση αρρώστιας χρήζει «επιδιόρθωση» (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1999).

Τα αποτελέσματα του παραπάνω προσανατολισμού της ιατρικής επιστήμης ήταν εντυπωσιακά κατά τον 19^ο αιώνα. Ο Louis Pasteur ανέπτυξε τη «μικροβιακή θεωρία» των παθήσεων υποστηρίζοντας ότι κάθε αρρώστια οφείλεται στη δράση συγκεκριμένων μικροοργανισμών. Η μελέτη των βιολογικών λειτουργιών σε κυτταρικό και μοριακό επίπεδο είχε ως συνέπεια την ανάπτυξη της φαρμακοθεραπείας, της ενδοκρινολογίας και της χειρουργικής. Η αναμφισβήτητη πρόοδος της ιατρικής επιστήμης κατά τον 20^ο αιώνα οδήγησε στον περιορισμό ορισμένων μέχρι τότε θανατηφόρων ασθενειών και στην αύξηση του μέσου όρου ζωής των ανθρώπων (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1999).

Η βασική αντίληψη, όμως, πάνω στην οποία στηρίζεται το βιοϊατρικό μοντέλο, ότι δηλαδή «κάθε αποτέλεσμα (σύμπτωμα) έχει μια συγκεκριμένη αιτία και αρκεί να βρεθεί η αιτία για να εξηγηθεί οποιοδήποτε οργανικό φαινόμενο», δεν κατάφερε να προσφέρει ικανοποιητικές θεραπείες για χρόνιες ασθένειες, αλλά ούτε και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του αρρώστου. Ο διαχωρισμός σώματος – πνεύματος, η επικέντρωση στο βιολογικό επίπεδο, η υποβάθμιση της προσπάθειας κατανόησης της υγείας και της ασθένειας χωρίς να συνυπολογίζονται οι ατομικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, ανέδειξαν τον περιοριστικό χαρακτήρα του βιοϊατρικού μοντέλου (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1999).

Συνοπτικά το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας βασίζεται σε πέντε παραδοχές, ότι:

1. το πνεύμα και το σώμα μπορούν ν' αντιμετωπιστούν ως ξεχωριστές οντότητες,
2. το σώμα μπορεί να «επισκευαστεί», με την έννοια που επισκεύαζεται μια μηχανή,
3. τα οφέλη από τις ιατρικές παρεμβάσεις υπερτιμώνται ενισχύοντας από ιατρικής άποψης την επιτακτική αναγκαιότητα της τεχνολογίας,
4. η βιοϊατρική είναι αναγωγική, εστιάζοντας στα βιολογικά αίτια των ασθενών παραβλέποντας κοινωνικούς ή ψυχολογικούς παράγοντες,
5. αυτός ο περιορισμός ενισχύθηκε με την υιοθέτηση της «θεωρίας των μικροοργανισμών», σύμφωνα με την οποία προϋπόθεση για την εκδήλωση κάθε ασθένειας είναι ο «παθογόνος οργανισμός», ένας ανιχνεύσιμος παράγοντας (π.χ. βακτήρια κ.α.) (Nettleton, 2002).

Το βιοϊατρικό μοντέλο ορίζει την ασθένεια μέσα σε συγκεκριμένο «αντικειμενικό» πλαίσιο μέτρησης των διαφόρων βιοχημικών δεδομένων θέτοντας ως βασικό κριτήριο την αναγνώριση και την καταγραφή συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Κατά τον ορισμό και την περιγραφή της ασθένειας χρησιμοποιεί ορισμένους αναλυτικούς δείκτες, που πληρούν την απαραίτητη αντικειμενικότητα, η οποία απαιτείται για την ορθή πρόγνωση, διάγνωση και αντιμετώπιση της ασθένειας. Κάποιες φορές, όμως, η αναζήτηση της αντικειμενικότητας μπορεί να έχει ανασταλτικό χαρακτήρα περιορίζοντας την οπτική μας σε «συγκεκριμένες» κατευθύνσεις. Ενώ, λοιπόν, η σύγχρονη ιατρική συνέβαλε στην βελτίωση της ζωής των ανθρώπων, δεν κατάφερε να δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα, που αφορούν στις πολιτισμικές, κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις της ασθένειας, στις στάσεις και συμπεριφορές των ατόμων απέναντι στην αρρώστια, τη σχέση γιατρού – ασθενή (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1999).

Η αμφισβήτηση του περιοριστικού μοντέλου της βιοϊατρικής ως προς τους παράγοντες που συνυπολογίζει στην αντιμετώπιση μιας ασθένειας, οδήγησε ορισμένους υποστηρικτές της παραπάνω προσέγγισης στην αναθεώρηση κάποιων βασικών σημείων αντίληψης των θεμάτων υγείας. Η αναθεώρηση θεωρήθηκε ακόμη πιο επιτακτική εξαιτίας της κριτικής που δέχτηκε το βιοϊατρικό μοντέλο. Ο προβληματισμός δεν επικεντρώθηκε μόνο στο γεγονός ότι το προηγούμενο μοντέλο υγείας δεν ερμηνεύει φαινόμενα όπως οι

ψυχοσωματικές αρρώστιες και οι ατομικές διαφορές μεταξύ των ασθενών ως προς τη θεραπεία, τον πόνο και την αποκατάσταση της υγείας (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1999). Ερωτήματα προέκυψαν και από τις διαρκώς αυξανόμενες δαπάνες για παροχή υπηρεσιών υγείας σε συνάρτηση με την αποδοτικότητα της βιοϊατρικής (Nettleton, 2002).

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 υιοθετήθηκε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο υγείας, που έδινε έμφαση στη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος, της ψυχολογίας και της ιδεολογίας, ενώ προσέγγιζε τον άνθρωπο ως ψυχοκοινωνική οντότητα. Η προσπάθεια ορισμένων ψυχιάτρων και ψυχολόγων στις αρχές του 20^{ου} αιώνα να επεκτείνουν τις ψυχολογικές γνώσεις τους σε θέματα υγείας και ασθένειας, οδήγησε στη σταδιακή ανάπτυξη του ενδιαφέροντος της επιστημονικής κοινότητας για την κατανόηση της συμμετοχής των ψυχολογικών παραγόντων στην εμφάνιση και εξέλιξη διαταραχών της υγείας (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1999).

Η σύγχρονη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση ορίζει την υγεία ως μια ολότητα, όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και ταυτόχρονα βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Λαμβάνοντας υπόψη μια σειρά από παράγοντες με τους οποίους το άτομο βρίσκεται σε δυναμική αλληλεπίδραση, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο εμφανίζεται κατάλληλο για να προσεγγίσει την πολυπλοκότητα του ατόμου (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1999). Σύμφωνα μ' αυτή τη θεώρηση, η ασθένεια αποτελεί ένα μήνυμα ή «σήμα κινδύνου» του οργανισμού, που δηλώνει την ύπαρξη ανισορροπίας στα διάφορα επίπεδα της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου. Αυτή η δυσαρμονία ενδέχεται να οφείλεται σ' ένα σύνολο οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πειθαλλοντικών παραγόντων, που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Ένας απ' αυτούς είναι το ψυχολογικό στρες. Όταν εκείνο λοιπόν διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα τότε συμβάλλει στην ανάπτυξη πολυάριθμων σωματικών εκδηλώσεων, που ονομάζονται ψυχοσωματικές (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1999).

Όταν αντιθέτως ο επαγγελματίας της ιατρικής επιστήμης αντιμετωπίζει την ασθένεια ως μια οργανική λειτουργία, όπως στην βιοϊατρική, τότε αντιλαμβάνεται και τον ασθενή ως βιολογικό περιστατικό. Η εξέταση, διάγνωση, θεραπεία του αρρώστου βασίζονται σε επιστημονικά και κλινικά τεκμηριωμένες πληροφορίες αγνοώντας την ψυχοκοινωνική διάσταση. Επομένως, ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως ένα παθητικό ον εξαρτημένο από την αγωγή που θα του επιβάλλει ο «ειδικός». Μ' αυτό τον τρόπο ο ασθενής αρνείται ν' αναλάβει τις όποιες ευθύνες φέρει για την παραμελημένη κατάσταση της υγείας του, δεν διατείνεται να τροποποιήσει τη στάση και τη συμπεριφορά του και ελαχιστοποιεί τις δυνατότητες αυτοθεραπείας του (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1999).

Στην ακριβώς αντίθετη κατεύθυνση προσανατολίζεται το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Σύμφωνα μ' αυτή την προσέγγιση η προσοχή επικεντρώνεται στην υποκειμενικότητα του αρρώστου και του επαγγελματία. Ο ειδικός ενθαρρύνει τον ασθενή να

κατανοήσει εκείνους τους οργανικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγείας του. Μέσω της συνεργασίας των δύο πλευρών, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να συνειδητοποιήσει ότι οι συνήθειές του ενδέχεται να βλάπτουν την ποιότητα ζωής του και να μάθει τρόπους για την προάσπιση της υγείας του (Αναγνωστόπουλος-Παπαδάτου, 1999).

Οι διαφορές μεταξύ των δύο μοντέλων υγείας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής: Πρώτον, η Ψυχολογία της Υγείας προτείνει το ψυχοκοινωνικό μοντέλο, βάσει του οποίου ο ασθενής έχει ενεργητικό ρόλο και συναποφασίζει με τον ειδικό για την αντιμετώπιση της αρρώστιας του και την αποκατάσταση της υγείας του. Αντίθετα, στο βιοϊατρικό μοντέλο, ο ασθενής εφαρμόζει παθητικά τις συμβουλές του ειδικού. Δεύτερον, η βιοϊατρική προσέγγιση δίνει σχεδόν αποκλειστικά έμφαση στην απουσία της νόσου, ενώ η βιοψυχοκοινωνική προτείνει τη συνεχή προσπάθεια προσαρμογής σε βιολογικά και ψυχοκοινωνικά δεδομένα ως μέτρο θεραπευτικής αποτελεσματικότητας (Ποταμιάνος, 1995).

Συμπεράσματα

Η υγεία και η ασθένεια αντιμετωπίζονται στη σύγχρονη εποχή βάσει δύο προσεγγίσεων: της βιοϊατρικής και της ψυχοκοινωνικής. Η πρώτη αντιλαμβάνεται το σώμα ως «μηχανή», που δέχεται «επιδιορθώσεις» αγνοώντας ένα σύνολο παραγόντων που αλληλεπιδρούν στη ζωή του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Αντίθετα, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προτείνει μια ολιστική παρέμβαση σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό καθώς επίσης και περιβαλλοντικό επίπεδο. Συγχρόνως, προτρέπει τον ασθενή να κατανοεί τις ευθύνες που του αντιστοιχούν όταν επηρεάζει αρνητικά την υγεία του με τη συμπεριφορά του. Ο βασικός στόχος είναι το άτομο να αναθεωρήσει μέρος των συνηθειών του, ώστε ν' αποκαταστήσει και να διατηρήσει την καλή του υγεία.

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Ψυχολογία της Υγείας

Η αμφισβήτηση του βιοϊατρικού μοντέλου ως προς την θεραπευτική του αποτελεσματικότητα, η εξέλιξη των κοινωνικών επιστημών, η σταδιακή αλλαγή της νοοτροπίας απέναντι στην ασθένεια και την υγεία καθώς επίσης και η αναζήτηση χαμηλού κόστους θεραπευτικών παρεμβάσεων, οδήγησαν σταδιακά στην ανάπτυξη της Ψυχολογίας της Υγείας (Ποταμιάνος, 1995).

Οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο τόσο στην εμφάνιση όσο και στην πρόληψη και θεραπεία των περισσότερων ασθενειών. Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη αντιμετωπίζει πλέον την υγεία ως ένα πολυπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο με σαφείς κοινωνικές, ψυχολογικές, βιολογικές και πολιτισμικές παραμέτρους. Γι' αυτό το λόγο καταβάλλεται προσπάθεια προκειμένου κάθε θεραπευτική παρέμβαση να περιλαμβάνει επαρκή στοιχεία ψυχολογικής υποστήριξης για μια ολοκληρωμένη και αποτελεσματική αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας (Ποταμιάνος, 1995).

Το ερευνητικό αντικείμενο της Ψυχολογίας της Υγείας εστιάζεται πέρα από την επίδραση διαφόρων κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων στην υγεία, στις επιπτώσεις του στρες και της αρρώστιας στον ψυχισμό και τη συμπεριφορά του ατόμου, στις ψυχοσωματικές διαταραχές. Επιπλέον, επαναπροσδιορίζεται η σχέση μεταξύ ασθενή και θεραπευτή και η γενικότερη λειτουργία των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Ο Joseph Matarazzo (1980) έδωσε έναν από τους πρώτους ορισμούς της Ψυχολογίας που ασχολείται με θέματα Υγείας. Συγκεκριμένα, την περιέγραψε ως *το σύνολο των εξειδικευμένων εκπαιδευτικών, επιστημονικών και επαγγελματικών συνεισφορών του κλάδου της Ψυχολογίας στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη και θεραπεία του αρρώστου και στον προσδιορισμό των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία* (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999). Τον Μάρτιο του 1994 ο D. F. Marks όρισε στην επιστημονική επιθεώρηση *The Psychologist* την Ψυχολογία της Υγείας ως *την εφαρμογή της ψυχολογίας στην υγεία, στα προβλήματα υγείας και στη φροντίδα της υγείας και τη χαρακτήρισε ως τον ταχύτερα αναπτυσσόμενο τομέα της εφαρμοσμένης ψυχολογίας* (Ποταμιάνος, 1995).

Επομένως, πρωταρχικός στόχος της ψυχολογίας που μελετά θέματα που άπτονται της υγείας είναι η προαγωγή και διατήρηση της υγείας και γενικότερα η ανάπτυξη συνηθειών και συμπεριφορών που την προστατεύουν. Οι ειδικοί της αγωγής υγείας διερευνούν τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι ακολουθούν ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, καπνίζουν ή

κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Στη συνέχεια χρησιμοποιούν τα πορίσματα των ερευνών προκειμένου να σχεδιάσουν κατάλληλα προγράμματα αγωγής υγείας ικανά ν' αλλάξουν τις στάσεις των ανθρώπων ως προς την υγεία τους (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Δεύτερον, η Ψυχολογία της Υγείας στοχεύει στην πρόληψη και ολιστική θεραπεία των ασθενειών. Οι ειδικοί πραγματοποιούν ψυχολογικές παρεμβάσεις και προτείνουν μέτρα για να διευκολύνουν την προσαρμογή του αρρώστου στις συνθήκες που επιβάλλει η πάθησή του. Ο τρίτος στόχος επικεντρώνεται στις αιτίες των ασθενειών και την πρόληψή τους. Τέλος, ο συγκεκριμένος κλάδος της ψυχολογίας μελετά τα φαινόμενα που αναπτύσσονται μέσα στο σύστημα υγείας, όπως είναι οι σχέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή κ.τ.λ. (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στο χώρο της υγείας λειτουργούν ειδικότητες με παρεμφερές επιστημονικό αντικείμενο με την Ψυχολογία της Υγείας. Η Ψυχοσωματική Ιατρική (Psychosomatic Medicine) ασχολείται κυρίως με το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στην ανάπτυξη και εξέλιξη των σωματικών ασθενειών. Η Συμπεριφορική Ιατρική (Behavioral Medicine) μελετά την ανάπτυξη γνώσεων και τεχνικών της επιστήμης της συμπεριφοράς που αποσκοπούν στην κατανόηση της υγείας και της ασθένειας, της διάγνωσης, θεραπείας και πρόληψης ασθενειών. Η Ιατρική Ψυχολογία (Medical Psychology) περιλαμβάνει την εφαρμογή ψυχολογικών εννοιών και μεθόδων ακόμα και σε μη ψυχιατρικά ιατρικά προβλήματα (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η προτίμηση στον όρο «Ψυχολογία της Υγείας» οφείλεται στους επόμενους τρεις λόγους: **1)** επειδή δίνει έμφαση τόσο στην «οργανική» όσο και στην ψυχοκοινωνική πλευρά της υγείας ή της νόσου, **2)** δεν περιορίζεται στα στενά όρια του βιοϊατρικού μοντέλου και **3)** επιδιώκει την πολυπαραγοντική προσέγγιση της υγείας και της ασθένειας (Ποταμιάνος, 1995). Ο όρος «Υγεία» (Health Psychology) σε σύγκριση με τον όρο «Ιατρική» σηματοδοτεί την αποστασιοποίηση της ψυχολογίας στο χώρο της υγείας από το περιοριστικό βιοϊατρικό μοντέλο. Η λέξη «Ψυχολογία» φανερώνει την πρόθεση αυτής της νέας κατεύθυνσης να αξιοποιήσει τα ψυχολογικά μοντέλα και τη γνώση στον τομέα της υγείας (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η πολυπαραγοντική προσέγγιση της υγείας, που προτείνει το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, έχει πλέον υιοθετηθεί από την πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας. Το πολυπαραγοντικό μοντέλο προσέγγισης της νόσου μελετά την αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων και όχι το βαθμό συμβολής του καθενός ξεχωριστά. Σύμφωνα μ' αυτό, οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εμφάνιση ασθένειας είναι η ατομική προδιάθεση και το κοινωνικό περιβάλλον. Το κοινωνικό περιβάλλον και η ατομική προδιάθεση βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και οδηγούν σε συμπεριφορές που ενισχύουν ή βλάπτουν την υγεία. Η εμφάνιση ή μη της νόσου εξαρτάται από συγκεκριμένους ψυχοφυσιολογικούς μηχανισμούς. Ο πρώτος παράγοντας αναφέρεται στην επίδραση του στρες και των

κοινωνικών συναλλαγών. Συγκεκριμένα, τα άτομα που υφίστανται στρες, πολλαπλασιάζουν τις πιθανότητες να αναπτύξουν κάποια νόσο, γεγονός που ενισχύεται από το βαθμό κοινωνικότητας και τη δημιουργία των κοινωνικών συναλλαγών (Ποταμιάνος, 1995).

Ο ρόλος της προσωπικότητας είναι καθοριστικός στην ανάπτυξη ή μη μιας νόσου. Σύμφωνα με έρευνες, τα άτομα που διαθέτουν προσωπικότητα τύπου Α χαρακτηρίζονται από επιθετικότητα, ανταγωνιστικότητα, χαμηλά όρια ανοχής, γρήγορο ρυθμό ζωής κ.τ.λ. και είναι πιθανότερο να νοσήσουν. Στα ατομικά χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην ανάπτυξη μιας ασθένειας προστίθενται η κατάθλιψη, η απώλεια προσφίλων προσώπων και η υπερκόπωση. Επομένως, η συναισθηματική κατάσταση του ανθρώπου σε συνδυασμό και αλληλεπίδραση με τις ατομικές και κοινωνικές παραμέτρους οδηγούν σε συμπεριφορές που προκαλούν την εμφάνιση της ασθένειας (Ποταμιάνος, 1995).

Ο ρόλος του ψυχολόγου υγείας

Το επιστημονικό αντικείμενο της Ψυχολογίας της Υγείας μπορεί να εφαρμοστεί στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Ο ρόλος του ψυχολόγου υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι σημαντικός για τους εξής λόγους (Ποταμιάνος, 1995):

1. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα
2. Παρατηρείται μεγάλη κατανάλωση ή και κατάχρηση αγχολυτικών φαρμάκων, γεγονός που ενδέχεται να προκαλέσει εξάρτηση
3. Συνήθως η έλλειψη άμεσης ψυχολογικής παρέμβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη συνεπάγεται τη μη προσέλευση των ασθενών, όταν παραπέμπονται σε ειδικούς στη δευτεροβάθμια.

Η συμβολή των ειδικών αγωγής υγείας και στα δύο επίπεδα περίθαλψης παρατηρείται αρχικά στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης. Οι ψυχολόγοι υγείας ασχολούνται με τη δημιουργία κατάλληλων προγραμμάτων αγωγής υγείας για θέματα όπως η υγιεινή διατροφή, η σεξουαλική συμπεριφορά, τα ναρκωτικά. Μ' αυτό τον τρόπο συμβάλλουν καθοριστικά στην ανάπτυξη, υλοποίηση και αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης. Δεύτερον, η ύπαρξη ψυχολόγων στις δύο βαθμίδες περίθαλψης είναι απαραίτητη για την άμεση αντιμετώπιση περιστατικών που οφείλονται σε ψυχολογικές διαταραχές. Η εκτίμηση του ψυχολογικού προφίλ των ασθενών θα μπορούσε να συνδυάζεται από έγκαιρες ψυχολογικές παρεμβάσεις κατά την παροχή υπηρεσιών. Τα θεραπευτικά προγράμματα πραγματοποιούνται σε ατομική ή ομαδική βάση ανάλογα με την περίπτωση και στοχεύουν αφενός στην άμεση παροχή βοήθειας στο άτομο και αφετέρου στην πρόληψη ενδεχόμενων αρνητικών συνεπειών που οφείλονται στην μακρόχρονη αναμονή για νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα (Ποταμιάνος, 1995).

Τέλος, ο ειδικός αγωγής υγείας έχει στη διάθεσή του δύο σημαντικά μεθοδολογικά εργαλεία: την επιδημιολογική και την κλινική έρευνα. Η πρώτη χρησιμεύει στην απάντηση

ερωτημάτων αναφορικά με τη συχνότητα ενός φαινομένου, ενώ η δεύτερη στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης. Η ενεργή παρουσία του ειδικού αγωγής υγείας είναι απαραίτητη τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Ο ρόλος του συνοψίζεται στην υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης, αλλά και στην άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση συμπτωμάτων που οφείλονται σε ψυχολογικές διαταραχές. Επίσης, η συμβολή του εντοπίζεται στην έγκαιρη διάγνωση και επιλογή κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης, που θα πρέπει να προκύπτουν ως συνάρτηση της κριτικής στάσης και προσέγγισης του ειδικού (Ποταμιάνος, 1995).

1. Εξελικτική προσέγγιση

Η εξελικτική ψυχολογία είναι ο επιστημονικός κλάδος που εξετάζει τις μεταβολές που συμβαίνουν στη ζωή του ανθρώπου με την πάροδο της ηλικίας από τη σύλληψη ως το θάνατο. Η εξέλιξη διέρχεται τρεις φάσεις: την ανάπτυξη, την ωριμότητα και την ενέλιξη (Παρασκευόπουλος, 1983). Οι ψυχολογικές θεωρίες περί νοημοσύνης καταχωρούνται στη γενικότερη κατηγορία της εξελικτικής προσέγγισης.

Οι θεωρίες της βιολογικής και γνωστικής εξέλιξης ερμηνεύουν τη νοημοσύνη ως μια δραστηριότητα του οργανισμού, ενώ τα αντικείμενα στα οποία προσαρμόζεται αποτελούν έναν ιδιόμορφο τομέα του περιβάλλοντος. Η πορεία ανάπτυξης της νοημοσύνης περιλαμβάνει στάδια και διαδοχικές μορφές εξισορρόπησης. Όλες οι αισθησιο-κινητικές και γνωστικές προσαρμογές, καθώς επίσης και οι αφομοιωτικές και προσαρμοστικές ανταλλαγές μεταξύ οργανισμού και περιβάλλοντος τείνουν προς αυτή την κατάσταση ισορροπίας. Ο Ελβετός γενετικός ψυχολόγος Jean Piaget επιχείρησε να περιγράψει την ανάπτυξη της λογικής και της σκέψης από τη βρεφική ως την εφηβική ηλικία σύμφωνα με τις γνωστικές διαδικασίες που χρησιμοποιεί το παιδί. Διερεύνησε λοιπόν την πορεία που ακολουθεί η νοητική ανάπτυξη στα παιδιά και τη χώρισε σε τέσσερις βασικές περιόδους (Παρασκευόπουλος, 1983):

1. Αισθησιοκινητική περίοδος (από τη γέννηση ως το 2^ο έτος). Η γνωστική λειτουργία είναι πραξιακή και στηρίζεται αποκλειστικά σε απλές αισθητηριακές και κινητικές δραστηριότητες. Το βρέφος δεν έχει ακόμη την ικανότητα ν' αναπαριστά τον εξωτερικό κόσμο, αλλά χρησιμοποιεί μια υποτυπώδη αναγνωριστική μνήμη.

2. Προσυλλογιστική περίοδος (από το 3^ο έως το 6^ο έτος). Αρχίζει να εμφανίζεται - με τη βοήθεια της γλώσσας - η συμβολική λειτουργία, δηλαδή η αναπαράσταση του εξωτερικού κόσμου εσωτερικώς και να δραστηριοποιείται η ανακλητική μνήμη. Ο εσωτερικός χειρισμός των πνευματικών εικόνων δεν πραγματοποιείται ακόμα με σταθερότητα και συνέπεια. Η προσυλλογιστική περίοδος χωρίζεται σε δύο επιμέρους φάσεις: **α) την προεγνωστική σκέψη** (3 έως 4 ετών) και χαρακτηρίζεται από τη δυνατότητα ανάπλασης του πραγματικού με τη βοήθεια των σημαινόντων. Η αντίληψη της αρρώστιας ερμηνεύεται ως κάτι έξω από τον άνθρωπο και η μετάδοσή της με τρόπο μαγικό και **β) τη διαισθητική σκέψη** (5^ο έως 6^ο έτος), κατά τη διάρκεια της οποίας συγκροτούνται διαρθρωμένες διαισθήσεις, οι οποίες αναπτύσσουν την ικανότητα συνδυασμού, σύνθεσης και τη συνειρμικότητα του παιδιού, προετοιμάζοντας τη νοητική διεργασία.

3. Περίοδος της συγκεκριμένης σκέψης (7^ο έως 11^ο έτος). Η γνωστική λειτουργία στηρίζεται σε νοητικές πράξεις και συλλογισμούς που ανταποκρίνονται στους κανόνες της καθαρής λογικής. Οι συγκεκριμένες διεργασίες και οι ομαδοποιήσεις της σκέψης

οργανώνονται. Ωστόσο, η σκέψη παραμένει προσκολλημένη στο άμεσο και συγκεκριμένο χωρίς ακόμα να προσεγγίζει την καθαρή αφαίρεση. Τα παιδιά είναι πλέον σε θέση να συνδυάσουν την αρρώστια με διάφορες ηθικές δραστηριότητες.

4. Περίοδος της τυπικής ή αφαιρετικής σκέψης. Η τελευταία φάση ξεκινάει από τα 12 έτη και διαρκεί σε όλη την περίοδο της εφηβείας. Σ' αυτό το στάδιο, οι ομαδοποιήσεις της σκέψης χαρακτηρίζουν την αντανakλαστική ολοκληρωμένη νοημοσύνη. Η νόηση στηρίζεται σε προτάσεις, η αλήθεια των οποίων κρίνεται με βάση την καθαρά λογική τους δομή. Στα χρόνια της εφηβείας εμφανίζεται η αφαιρετική σκέψη, γεγονός που διακρίνεται στην έντονη κριτική στάση του εφήβου και στην προσήλωσή του στο μέλλον. Η αντίληψη των εφήβων αναφορικά με την υγεία χαρακτηρίζεται από υπεραισιοδοξία. Οι νέοι διαθέτουν πλήρη επίγνωση των οργάνων, αλλά ταυτόχρονα θεωρούν ότι έχουν τον έλεγχο της ασθένειας και της θεραπείας (Παρασκευόπουλος, 1983).

2. Συμπεριφορική προσέγγιση

Οι συμπεριφορικές θεωρίες επικεντρώνονται στην κατανόηση της επίδρασης που ασκούν στη συμπεριφορά των ατόμων διάφοροι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες. Οι άνθρωποι υιοθετούν πολλές φορές σύνθετες απόψεις για τη διατήρηση της υγείας και την αντιμετώπιση της αρρώστιας. Η συμπεριφορά τους κρίνεται από την υποκειμενική τους αντίληψη για τα οφέλη και τα κόστη που προκύπτουν από την τήρηση μιας προληπτικής για την υγεία ή μη συμπεριφοράς. Τα σημαντικότερα θεωρητικά μοντέλα που επιχειρούν να περιγράψουν τις πεποιθήσεις, στάσεις και συμπεριφορές των ατόμων σε θέματα υγείας είναι: το κέντρο για τον έλεγχο της υγείας, το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία, η θεωρία της κοινωνικής μάθησης, η θεωρία της κινητοποίησης για την προστασία της υγείας, η θεωρία της έλλογης δράσης, η θεωρία της σύγκρουσης και το μοντέλο των γνωστικών σταδίων (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Το μοντέλο του κέντρου για τον έλεγχο της υγείας

Τα άτομα τείνουν να πιστεύουν ότι έχουν κάποιο βαθμό ελέγχου πάνω στη ζωή τους ή το αντίστροφο σύμφωνα με το μοντέλο του κέντρου για τον έλεγχο της υγείας (health as a locus of control). Οι άνθρωποι που υιοθετούν μια μοιρολατρική αντίληψη ονομάζονται «εξωτερικοί» (externals), ενώ όσοι θεωρούν ότι η συμπεριφορά τους επηρεάζει την υγεία τους καλούνται «εσωτερικοί» (internals). Τα άτομα που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία θα μπορούσαν να τροποποιήσουν τη μοιρολατρική τους στάση με τη βοήθεια της εκπαίδευσης υγείας (Nettleton, 2002).

Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία

Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία (health belief model) εξετάζει τις απόψεις του πληθυσμού για την υγεία και τη συμπεριφορά του σε θέματα πρόληψης. Το πεδίο μελέτης του συγκεκριμένου μοντέλου περιλαμβάνει αντιλήψεις για το κόστος και τα πλεονεκτήματα που σχετίζονται με την υιοθέτηση συμπεριφορών προαγωγής της υγείας, για την ευπάθεια στις ασθένειες και βάσει αυτών το άτομο καλείται να τροποποιήσει τη στάση ή συμπεριφορά του σε θέματα υγείας (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999). Η ετοιμότητα στη λήψη μέτρων για θέματα υγείας εξαρτάται από:

1. την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με την πιθανότητα προσβολής του από μία ασθένεια. Αν θεωρεί τον εαυτό του τρωτό απέναντι στην αρρώστια, τότε αυξάνονται και οι πιθανότητες να λάβει προληπτικά μέτρα,
2. την αντίληψη που έχει το άτομο για τη σοβαρότητα της ασθένειας και των συνεπειών της. Και σ' αυτή την περίπτωση είναι πιθανότερο κάποιος να πάρει προληπτικά μέτρα, όσο πιο σοβαρές θεωρεί τις συνέπειες του προβλήματος υγείας (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Αυτοί οι παράγοντες συνιστούν την υποκειμενική αντίληψη για την απειλή από τη νόσο. Τρεις επιπλέον παράμετροι επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου και διαμορφώνουν έμμεσα την εμφάνιση της προληπτικής συμπεριφοράς: οι δημογραφικές μεταβλητές (ηλικία, φύλο, εθνικότητα), οι κοινωνιοψυχολογικές μεταβλητές (τύπος προσωπικότητας, κοινωνική τάξη) και οι δομικές μεταβλητές (γνώσεις για ένα πρόβλημα υγείας, ιστορικό). Η συμπεριφορά που εμφανίζει ένα άτομο γύρω από τα ζητήματα υγείας επηρεάζονται από την υποκειμενική του αντίληψη με αποτέλεσμα να συνυπολογίζει τα οφέλη από την προληπτική δράση και τα κόστη της αντίθετης συμπεριφοράς. Ορισμένα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα, όπως η ενημέρωση από τα Μ.Μ.Ε., οι συμβουλές του ειδικού ή κάποιου κοντινού προσώπου ή τα ίδια τα συμπτώματα της ασθένειας είναι στοιχεία που ενισχύουν την υιοθέτηση προληπτικής συμπεριφοράς. Γενικότερα, όμως, η λήψη ή μη προληπτικών μέτρων έγκειται στην υποκειμενική αντίληψη κάθε ατόμου (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης (social learning theory), που διατυπώθηκε αρχικά από τον Α. Bandura, ασχολείται με τους τρόπους απόκτησης και διαφοροποίησης της κοινωνικής συμπεριφοράς ατόμων ή ομάδων, όπως αυτή εκδηλώνεται στο κοινωνικό περιβάλλον. Μέσω της παρατήρησης και της μίμησης, το άτομο διαμορφώνει μέρος της συμπεριφοράς του. Επιπλέον, η επιδοκιμασία ή αποδοκιμασία των άλλων ενθαρρύνει ή

αποτρέπει την επανάληψη μιας συμπεριφοράς (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999). Ένα άτομο είναι πιο πιθανό να υιοθετήσει μια προληπτική συμπεριφορά για την υγεία του όταν:

1. περιμένει ότι η προληπτική συμπεριφορά θα επιφέρει ένα βελτιωμένο επίπεδο υγείας. Το γεγονός αυτό αποτελεί συνάρτηση τόσο των προηγούμενων εμπειριών σε παρόμοιες περιστάσεις όσο και των γενικότερων προσδοκιών του ατόμου για τ' αποτελέσματα της συμπεριφοράς του. Επίσης, εξετάται από την έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας, δηλαδή των προσδοκιών του ατόμου αναφορικά με τις ικανότητές του να εκδηλώσει μια συμπεριφορά
2. θέτει ως προτεραιότητα τη διατήρηση της υγείας του και την αίσθηση της ευεξίας
3. απορρίπτει τη μοιρολατρική αντίληψη ζωής και υποστηρίζει την άποψη ότι το ίδιο το άτομο ευθύνεται για τη διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας του (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η θεωρία της κινητοποίησης για την προστασία της υγείας

Οι προσδοκίες του ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να ακολουθεί μια συμπεριφορά επηρεάζουν την πρόθεση εκδήλωσής της. Επίσης, επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου και την πιθανότητα να παρουσιαστεί το πρόβλημα υγείας. Γι' αυτό το άτομο όταν έρχεται αντιμέτωπο με κάποιο φοβικό μήνυμα επιλέγει ορισμένες στρατηγικές λήψης αποφάσεων: της προφύλαξης ή της υπεράμυνας (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η θεωρία της έλλογης δράσης

Η πρόβλεψη μιας συμπεριφοράς βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την πρόθεση του ατόμου να ακολουθήσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, σύμφωνα με τη θεωρία της έλλογης δράσης. Η πρόθεση εξαρτάται από τη στάση του απέναντι στην ενδεχόμενη συμπεριφορά και τους υποκειμενικούς κανόνες (norms), που σχετίζονται με τη συμπεριφορά. Η στάση του ατόμου εξαρτάται από την υποκειμενική αντίληψη των συνεπειών της ενδεχόμενης συμπεριφοράς και από την πιθανότητα η υιοθέτησή της να προκαλέσει αυτές τις συνέπειες. Οι υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς εξαρτώνται από τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τις προσδοκίες των άλλων ανθρώπων και από τα κίνητρα και την επιθυμία του ατόμου να συμμορφωθεί στις προσδοκίες τους (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η θεωρία της σύγκρουσης

Η θεωρία της σύγκρουσης αναλύει τα στάδια που περνούν οι άνθρωποι όταν πρόκειται να πάρουν σημαντικές αποφάσεις και υπογραμμίζει την επίδραση του στρες στη λήψη τους. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων αρχίζει όταν ένα γεγονός θέτει υπό

αμφισβήτηση τον ισχύοντα τρόπο ζωής του ατόμου. Η απόφαση όσον αφορά τα θέματα υγείας προκύπτει μέσα από τα ακόλουθα πέντε στάδια: **1)** την αξιολόγηση της κατάστασης, **2)** τη διερεύνηση των εναλλακτικών λύσεων, **3)** τη στάθμισή τους, **4)** την επισταμένη μελέτη και δέσμευση για την τελική επιλογή και **5)** την εμμονή στην εφαρμογή της καλύτερης εναλλακτικής λύσης. Παρόλα αυτά, η παραπάνω διαδικασία προκαλεί στρες στο άτομο καθώς βρίσκεται σε σύγκρουση για το τι θα πράξει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ελλειπή εφαρμογή ή ακόμη και την αθέτηση της απόφασής του. Ο τρόπος με τον οποίο θ' αντιμετωπίσει τη σύγκρουση καθορίζεται από τις πεποιθήσεις του για τους κινδύνους στους οποίους εκτίθεται, τις ελπίδες που έχει για την αντιμετώπισή τους και τα χρονικά περιθώρια που διαθέτει (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Το μοντέλο των γνωστικών σταδίων

Το θεωρητικό πλαίσιο του μοντέλου εξετάζει μια σειρά γνωστικών σταδίων προληπτικής συμπεριφοράς κατά τη διαδικασία λήψης μέτρων προφύλαξης. Ο Weinstein μελέτησε τη διαδικασία που ωθεί τα άτομα να υιοθετήσουν νέες προληπτικές συμπεριφορές για ζητήματα υγείας και πρότεινε τα παρακάτω πέντε γνωστικά στάδια: στο πρώτο στάδιο το άτομο πρέπει να συνειδητοποιήσει αόριστα ότι υφίσταται κίνδυνος. Στο δεύτερο, το άτομο πιστεύει ότι υπάρχει σημαντική πιθανότητα να εμφανίσουν οι άλλοι ένα πρόβλημα υγείας, άποψη που οφείλεται σε επιπρόσθετα μηνύματα για τον κίνδυνο (M.M.E., γνωστοί). Στο τρίτο, το άτομο αναγνωρίζει ότι είναι προσωπικά δεκτικό στον κίνδυνο. Στο τέταρτο, σχεδιάζει να πάρει μέτρα προφύλαξης και στο τελευταίο στάδιο, εκτελεί ορισμένες προφυλακτικές ενέργειες (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

3. Κοινωνικο-αναπαραστασιακή προσέγγιση

Η ιδιαιτερότητα της Κοινωνικής Ψυχολογίας έγκειται σύμφωνα με τον Παπαστάμου (1989) στο γεγονός ότι συνυπάρχουν και διαρθρώνονται μεταξύ τους ψυχικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Ωστόσο, οι ερμηνείες των κοινωνιοψυχολογικών φαινομένων δεν πρέπει να εμμένουν μονομερώς στους προηγούμενους παράγοντες (Βοσνιάδου, 2000).

Ο Doise (1982) διέκρινε τέσσερα επίπεδα ανάλυσης στις κοινωνιοψυχολογικές μελέτες: το ενδοατομικό, το διατομικό, το διομαδικό και το ιδεολογικό ή αναπαραστασιακό. Η διάρθρωση των τεσσάρων επιπέδων ανάλυσης πρέπει να είναι πολυδιάστατη και να πραγματοποιείται σε όλο το φάσμα της κοινωνιοψυχολογικής διαδικασίας, δηλαδή σε θεωρητικό, επιστημολογικό και μεθοδολογικό επίπεδο (Παπαστάμου, 2001).

Το ιδεολογικό επίπεδο ερμηνείας στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη θεωρία των κοινωνικών αναπαραστάσεων - χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ταυτίζονται με την ιδεολογία -

καθώς μελετά το ρόλο που διαδραματίζουν οι γενικές κοινωνικές πεποιθήσεις και οι κοινωνικές σχέσεις μεταξύ ομάδων που αλληλεπιδρούν. Η κοινωνικο-αναπαραστασιακή προσέγγιση προσφέρει έναν πολυπαραγοντικό τρόπο ερμηνείας τόσο της υγείας και της ασθένειας όσο και της αντίληψης των συμπτωμάτων (Παπαστάμου, 2001).

Η έννοια της κοινωνικής αναπαράστασης

Η έννοια της συλλογικής αναπαράστασης διατυπώθηκε αρχικά από τον Durkheim (1898) με σκοπό να τονίσει την ιδιομορφία και την προτεραιότητα της κοινωνικής σκέψης σε σχέση με την ατομική. Μάλιστα, χαρακτήρισε τις συλλογικές αναπαραστάσεις ως «το νήμα της κοινωνικής ζωής». Τη δεκαετία του '60, ο Serge Moscovici (1961) με τη μελέτη του για την αναπαράσταση της Ψυχανάλυσης επαναφέρει τον όρο, αντικαθιστώντας όμως τη λέξη «συλλογικές» με τον όρο «κοινωνικές» αναπαραστάσεις. Αυτό το γεγονός αποσκοπούσε στη μετακίνηση του θεωρητικού ενδιαφέροντος από το πεδίο της κοινωνικής διαμόρφωσης και έκφρασης των αναπαραστάσεων, στο πεδίο εγγραφής και καταχώρησής τους (Ναυρίδης, 1994).

Ο όρος «κοινωνικό» συνδέει στην ουσία το «συλλογικό» με το ατομικό. Μέσω των κοινωνικών αναπαραστάσεων, το ενδοπροσωπικό εισβάλλει στο διαπροσωπικό και το συλλογικό, αλλά και αντίστροφα. Επομένως, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι τρόποι με τους οποίους ερμηνεύουμε και σκεπτόμαστε την καθημερινή πραγματικότητα. Στην ουσία, αποτελούν μια μορφή κοινωνικής γνώσης, που συνήθως την ονομάζουμε «κοινό νου», σε αντιδιαστολή με τον επιστημονικό τρόπο σκέψης (Ναυρίδης, 1994). Σύμφωνα με το Moscovici, μια αναπαράσταση χαρακτηρίζεται ως κοινωνική πληρώντας τρία κριτήρια:

- 1. Το ποσοτικό κριτήριο**, ανάλογα με τη διάδοση, που μπορεί να έχει μια αναπαράσταση μέσα σε μια κοινότητα.
- 2. Το κριτήριο παραγωγής**, κατά το οποίο μια αναπαράσταση μπορεί να θεωρηθεί ως «προϊόν» και ως έκφραση μιας συγκεκριμένης κοινωνικής οργάνωσης.
- 3. Το λειτουργικό κριτήριο**, που αποτελεί την ανάλυση της συμβολής μιας αναπαράστασης στη διαμόρφωση και κατεύθυνση των συμπεριφορών και της κοινωνικής επικοινωνίας (Ναυρίδης, 1994).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της αναπαράστασης συνοψίζονται στο γεγονός ότι πρόκειται πάντα για αναπαράσταση ενός αντικειμένου (με την ευρεία έννοια), αλλά κι ενός υποκειμένου. Κατά συνέπεια, η αναπαράσταση, ως δημιούργημα αυτού του υποκειμένου, έχει έναν κατασκευαστικό, αυτόνομο και δημιουργικό χαρακτήρα, ένα φανταστικό χαρακτήρα και την ιδιότητα να συνδέει το αισθητό και το εικονικό, το αντιληπτό και την έννοια. Επίσης, παρουσιάζει ένα συμβολικό και σημαίνοντα χαρακτήρα. Τέλος, διαθέτει πάντα μια θεμελιώδη, συστατική κοινωνική ουσία. Πρόκειται για τις γλωσσικές κατηγορίες,

που την οικοδομούν, την εκφράζουν και προέρχονται από ένα κοινό πολιτισμικό πλαίσιο (Ναυρίδης, 1994).

Η κοινωνική αναπαράσταση αποτελεί ένα οργανωμένο σύμπαν γνώμων και πεποιθήσεων, που σχετίζεται με τη *στάση*. Σύμφωνα με το Moscovici, η στάση είναι μία από τις διαστάσεις αυτού του σύμπαντος, ενώ οι άλλες δύο είναι η *πληροφορία* και το *πεδίο* της αναπαράστασης. Η στάση είναι μια εσωτερική δομή, που κατευθύνει τη συμπεριφορά και προετοιμάζει για δράση. Ο Moscovici ορίζει τη στάση ως *δυναμικό σχήμα της ψυχικής δραστηριότητας*, εκφράζοντας ότι για το άτομο το αντικείμενο μιας συγκεκριμένης στάσης γίνεται αντιληπτό ως πρόκληση για δράση (Ναυρίδης, 1994).

Η πληροφορία αφορά στην οργάνωση των γνώσεων που διαθέτει ένα άτομο σχετικά μ' ένα αντικείμενο. Οι γνώσεις διακρίνονται σε διάφορα επίπεδα ανάλογα με την ποσότητα της περιεχόμενης πληροφορίας, την ποιότητά της και πιο συγκεκριμένα ανάλογα με το βαθμό στερεοτυπίας και προκατάληψης που τη διακρίνει. Η τελευταία διάσταση είναι το πεδίο της αναπαράστασης. Πρόκειται για ένα ιεραρχημένο σύνολο στοιχείων και ειδικότερα, το σύνολο των γνώμων, που αναφέρονται στη συγκεκριμένη αναπαράσταση και το οποίο δομείται σύμφωνα μ' ένα κοινωνικό υπόδειγμα ή μια εικόνα (Ναυρίδης, 1994). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις δημιουργούνται, σύμφωνα με το Moscovici, στη βάση δύο διαδικασιών:

- της **αντικειμενοποίησης** (objectivation)
- και της **αγκυροβόλησης** (ancrage) (Ναυρίδης, 1994).

Ο Moscovici (1976) ορίζει την αντικειμενοποίηση ως την *αναρρόφηση και υλοποίηση ενός πλεονάσματος σημασιών*. Η έννοια της αντικειμενοποίησης συνίσταται σ' εκείνη τη διαδικασία της αναπαραστατικής δραστηριότητας, που αναφέρεται στο γεγονός ότι κάτι που αρχικά ήταν αφηρημένο, γίνεται συγκεκριμένο. Η αναπαράσταση δημιουργείται από μια επιλογή συναφών πληροφοριών, σύμφωνα με κοινωνικούς και πολιτισμικούς, αλλά και ατομικούς και αντιληπτικούς κανόνες. Οι γνώσεις του υποκειμένου αποκρυσταλλώνονται γύρω από έναν παραστατικό πυρήνα, που στη συνέχεια γίνεται *ένα εργαλείο κατηγοριοποίησης προσώπων και συμπεριφορών*, ενώ η κοινωνική ομάδα το εκλαμβάνει στο εξής ως μια *αντικειμενική πραγματικότητα ανεξάρτητη από τη δραστηριότητά της* (Ναυρίδης, 1994).

Ο Moscovici διέκρινε δύο φάσεις στη διαδικασία της αντικειμενοποίησης αναφορικά με την αναπαράσταση της ψυχανάλυσης. Η πρώτη ονομάζεται φάση της *επιλεκτικής κατακράτησης* (retention selective), όπου το υποκείμενο επιλέγει ορισμένες μόνο πληροφορίες για την ψυχανάλυση, τις οποίες αποκόβει από το θεωρητικό και πρακτικό τους πλαίσιο (decontextualisation). Στη συνέχεια, συνθέτει ένα νέο σύνολο, που διαθέτει έναν αποσπασματικό, σχηματικό, αλλά και συγκεκριμένο και συνεκτικό χαρακτήρα. Η δεύτερη φάση είναι η *προσοικείωση* (naturalisation), όπου το νέο σύνολο πληροφοριών αποβάλλει τον

αφηρημένο χαρακτήρα και μετατρέπεται σ' ένα σύστημα ταξινομικών κατηγοριών, που του είναι πιο οικείες (Ναυρίδης, 1994).

Η αγκυροβόληση αναφέρεται στη συμβολική πλευρά της αναπαραστατικής διαδικασίας. Εκφράζει το γεγονός ότι κάθε καινούρια αναπαράσταση εδραιώνεται μέσα στο σημασιολογικό πεδίο άλλων προγενέστερων αναπαραστάσεων. Ο όρος αγκυροβόληση περιγράφει την κατασκευή ενός δικτύου σημασιών γύρω από τον παραστατικό πυρήνα της αναπαράστασης, μέσα από το οποίο ερμηνεύεται η πραγματικότητα και κατευθύνονται οι συμπεριφορές των μελών μιας κοινωνικής ομάδας (Ναυρίδης, 1994).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις παρεμβάλλονται στην επικοινωνία μ' ένα διπλό χαρακτήρα. Από τη μια, διευκολύνουν την επικοινωνιακή διαδικασία κωδικοποιώντας την πραγματικότητα με αποτέλεσμα τα υποκείμενα να συγκεκριμενοποιούν τη γνώση και να αντιλαμβάνονται με παρόμοιο τρόπο τα ίδια πράγματα (διαδικασία της αντικειμενοποίησης). Απ' την άλλη, όμως, οι αναπαραστάσεις ενδέχεται να εμποδίσουν τη γνωριμία του ατόμου με κάτι καινούριο, καθώς εξυπηρετούν τις ασυνείδητες προσπάθειες του να προστατευτεί από τον κίνδυνο του απροσδόκητου (διαδικασία της αγκυροβόλησης) (Ναυρίδης, 1994).

Αντίληψη και ερμηνεία των συμπτωμάτων

Η αντίληψη, ερμηνεία και σημασία που αποδίδουν τα άτομα στα συμπτώματα είναι παράμετροι που διαμορφώνουν τη γνωστική αναπαράσταση γύρω από την ασθένεια. Ο τρόπος με τον οποίο κάποιος αντιλαμβάνεται και βιώνει ένα σύμπτωμα επηρεάζεται από τη διέγερση των σωματικών του αισθήσεων. Οι σωματικές αισθήσεις διακρίνονται στις: **α)** μηχανοδεκτικές, που διεγείρονται από τη μηχανική μετατόπιση των ιστών του σώματος, όπως η αφή, η πίεση, η θέση του σώματος, **β)** θερμοδεκτικές, που ανιχνεύουν το θερμό και το ψυχρό και **γ)** στην αίσθηση του πόνου, που ενεργοποιείται από παράγοντες που προκαλούν βλάβη των ιστών. Ωστόσο, κάποιος μπορεί να μην αντιλαμβάνεται ένα έντονο σύμπτωμα ακόμη κι αν εκείνο συνοδεύεται από σωματικό ερεθισμό (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη των συμπτωμάτων είναι:

- **Ατομικές διαφορές.** Μερικοί άνθρωποι συνειδητοποιούν πιο εύκολα τις σωματικές αισθήσεις ή είναι πιο ευαίσθητοι σ' αυτές καθώς τα όρια ανεκτικότητας ποικίλουν από άτομο σε άτομο.
- **Ανταγωνιζόμενα περιβαλλοντικά ερεθίσματα.** Ο βαθμός προσοχής που δίνει το άτομο στις εσωτερικές αισθήσεις εξαρτάται και από την ένταση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων, που εντοπίζονται τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

- **Μάθηση.** Ο ρόλος της μάθησης είναι καθοριστικός στην αντίληψη των συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, η ανησυχία των γονιών, αποτελεί ισχυρή ένδειξη για το παιδί ότι το σύμπτωμα θεωρείται σοβαρό.
- **Ψυχοκοινωνικές επιδράσεις.** Η αντίληψη των σωματικών αισθήσεων διαμορφώνεται από συναισθηματικούς, γνωστικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όπως τα αυξημένα επίπεδα στρες (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου σχετικές με προβλήματα υγείας του προσφέρουν γνώση για τον τρόπο ερμηνείας και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων. Επιπλέον, τον κατευθύνουν στην απόφαση ν' αναζητήσει ή όχι ιατρική διάγνωση και θεραπεία. Παρόλα αυτά, η ήδη υπάρχουσα γνώση ενδέχεται να οδηγήσει σε εσφαλμένη ερμηνεία των συμπτωμάτων με συνέπεια να υποτιμηθούν. Οι συμβουλές των συγγενικών και φιλικών προσώπων επηρεάζουν την αξιολόγηση των συμπτωμάτων. Προτού το άτομο αποφασίσει να ζητήσει ιατρική βοήθεια, απευθύνεται στους κοντινούς του ανθρώπους. Οι πληροφορίες, απόψεις, ερμηνείες και οδηγίες που συγκεντρώνει το άτομο καθορίζουν σε μεγάλο ποσοστό την απόφαση που θα λάβει. Απ' τη μια πλευρά οι προτεινόμενες απ' τους άλλους ενέργειες μπορεί να είναι οι κατάλληλες, ενώ απ' την άλλη να καθυστερήσουν την εφαρμογή της απαραίτητης θεραπευτικής αγωγής (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Γνωστική αναπαράσταση της αρρώστιας

Οι πληροφορίες, οι οδηγίες και οι ερμηνείες που συλλέγει το άτομο από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, οι προσωπικές του εμπειρίες, αλλά κι όσα μαθαίνει από τους ειδικούς στον τομέα της υγείας, συμβάλλουν στη διαμόρφωση της αντίληψής του γύρω από τα θέματα υγείας. Οι παραπάνω διάχυτες πληροφορίες χρησιμεύουν στην κατασκευή γνωστικών αναπαραστάσεων και στη δημιουργία μοντέλων κοινής λογικής ή «κοινού νου» (common sense) σχετικά με τις ασθένειες (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Τα μοντέλα κοινής λογικής επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου σε ζητήματα υγείας. Οι παράμετροι των γνωστικών αναπαραστάσεων είναι σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές: **α)** η σοβαρότητα της νόσου, **β)** η προσωπική ευθύνη του ασθενή στην πρόκληση της αρρώστιας και τη θεραπεία της, **γ)** η ικανότητα ελέγχου της κατάστασης από τον πάσχοντα ή κάποιον ειδικό, **δ)** η δυνατότητα επηρεασμού της πορείας της νόσου. Κάποιοι άλλοι ερευνητές διακρίνουν τις συνιστώσες των γνωστικών μοντέλων ως εξής: **1)** η ταυτότητα της νόσου, δηλαδή η ονομασία και τα συμπτώματά της, **2)** τα αίτιά της, **3)** οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειές της, **4)** η εξέλιξη της νόσου και **5)** η ίαση και οι ενέργειες του ίδιου του ατόμου προκειμένου ν' αναρρώσει (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Το άτομο δεν επεξεργάζεται μεμονωμένα τα συμπτώματά του και τις πληροφορίες γύρω από μια ασθένεια. Αναπτύσσει νοητικές παραστάσεις των σωματικών παθήσεων και συγκροτεί τα δεδομένα σε «σχήματα». Αυτά είναι υποθετικές και αφηρημένες γνωστικές δομές, που αναπαριστούν γενική γνώση για αντικείμενα, γεγονότα, καταστάσεις. Τα σχήματα βοηθούν το άτομο να ερμηνεύσει τα δεδομένα που εισέρχονται από τον εξωτερικό κόσμο και κάποιες φορές να τροποποιήσουν τη μνημονική αναπαράσταση (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η γνωστική αναπαράσταση μιας αρρώστιας επηρεάζεται από το συμβολικό περιεχόμενο που τη συνοδεύει μέσα σ' ένα πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το AIDS, που στην κοινή αντίληψη το άκουσμα της λέξης συνδεόταν συνειρμικά - τουλάχιστον μέχρι πρόσφατα - με το θάνατο, την ομοφυλοφιλία και τους χρήστες τοξικών ουσιών. Οι μεταφορικές και συμβολικές διαστάσεις ορισμένων ασθενειών διαμορφώνουν τη γνωστική αναπαράσταση της ταυτότητάς τους (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στίγμα και κοινωνικός αποκλεισμός

Σύμφωνα με τον Goffman (1968), το στίγμα είναι *πράγματι ένα ιδιαίτερο είδος σχέσης ανάμεσα στο γνώρισμα και το στερεότυπο*. Είναι η διαδικασία λόγω της οποίας η αντίδραση των άλλων «φθείρει» την κανονική ταυτότητα. Ο ορισμός του στίγματος βασίζεται στο διαχωρισμό της «εν δυνάμει κοινωνικής ταυτότητας», δηλαδή στις καθημερινές στερεότυπες κατηγοριοποιήσεις που κάνουν τα άτομα και στην «καθαυτό κοινωνική ταυτότητα», δηλαδή στα γνωρίσματα του κάθε ατόμου. Το στίγμα εμφανίζεται όταν υπάρχει ανακολουθία των δύο παραπάνω ταυτοτήτων (Nettleton, 2002).

Η πιθανότητα στιγματισμού κατά τον Goffman (1968) ποικίλει ανάλογα με: **1)** την ορατότητα, δηλαδή την έκταση στην οποία οι ενδείξεις των συμπτωμάτων μιας πάθησης μπορούν ν' αναγνωριστούν από άλλους, **2)** το βαθμό ενημέρωσης των άλλων για την ασθένεια, **3)** την έκταση στην οποία παρεμποδίζεται η ροή της αλληλεπίδρασης και **4)** την αντίληψη που έχουν οι άλλοι σχετικά με την ικανότητα ενός ατόμου να συμμετέχει ενεργά και κανονικά. Τα στιγματισμένα άτομα νιώθουν υποχρεωμένα ή προτρέπονται να αποκρύψουν την ασθένειά τους προκειμένου να αποφύγουν τον κοινωνικό αποκλεισμό, γεγονός που τους γεμίζει με αίσθημα ντροπής για την κατάστασή τους. Στην ουσία αυτοστιγματίζονται (Nettleton, 2002).

Αναφορικά με το αλκοόλ, η υπερβολική πόση και η μέθη των γυναικών θεωρείται θλιβερή. Οι γυναίκες που πίνουν πολύ αντιμετωπίζονται ως κοινωνικά απροσάρμοστες και στιγματίζονται. Το γεγονός ότι καταναλώνουν αλκοόλ ερμηνεύεται συχνά ως έλλειψη

αυτελέγχου και αυτοεκτίμησης, ενώ επιπλέον χαρακτηρίζονται επικίνδυνες, ως ένδειξη ανεξέλεγκτης σεξουαλικότητας (Gefou-Madianou, 1992). Επιπλέον, η αλκοολική γυναίκα αντιμετωπίζει προβλήματα στην αναζήτηση θεραπείας εξαιτίας του μεγαλύτερου βαθμού απόρριψης που εισπράττει σε σύγκριση με τον αλκοολικό άντρα (Ποταμιάνος, 2005).

Η γυναίκα προβληματικός πότης

Το στίγμα της «γυναίκας που πίνει» αναγκάζει πολλές γυναίκες προβληματικούς πότες να καταναλώνουν κρυφά αλκοόλ. Οι κοινωνικές νόρμες επιτάσσουν οι γυναίκες να υιοθετούν έναν παραδοσιακό τρόπο συμπεριφοράς. Η γυναίκα που κάνει κατάχρηση οινοπνεύματος στιγματίζεται, ενώ ταυτόχρονα θεωρείται αποσταθεροποιητικός παράγοντας για το οικογενειακό περιβάλλον. Γι' αυτό λοιπόν, περίπου 70% των γυναικών προβληματικών ποτών πίνουν κρυφά στο σπίτι. Οι πιο συχνοί λόγοι που οδηγούν τις γυναίκες στην κρυφή και προβληματική κατανάλωση αλκοόλ είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η ρουτίνα της καθημερινότητας, ψυχοπιεστικά γεγονότα, προβληματικές σχέσεις και απώλεια νοήματος της ζωής (Ποταμιάνος, 2005).

Η Gomberg (1993) διενήργησε μια ανασκόπηση ερευνών των τελευταίων 50 ετών σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ από γυναίκες, τις απόψεις των δύο φύλων για τη γυναικεία μέθη και γενικότερα παλιά και νέα δεδομένα γύρω από το γυναικείο αλκοολισμό. Σύμφωνα με αποτελέσματα της Gomberg (1993), όλο και περισσότερες γυναίκες αρχίζουν να πίνουν σε όλο και μικρότερη ηλικία καθώς περνούν τα χρόνια. Αυτές που πίνουν περισσότερο είναι μορφωμένες, εργαζόμενες, ανύπαντρες γυναίκες με υψηλό εισόδημα. Το ποσοστό των γυναικών που καταναλώνουν αλκοόλ παραμένει σταθερά στο 60% τις τελευταίες δεκαετίες (Gomberg, 1993).

Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες αποδοκιμάζουν τη γυναικεία μέθη. Οι κοινωνικοί ρόλοι καθιστούν τη γυναικεία μέθη σαφώς λιγότερο αποδεκτή σε σύγκριση με την ανδρική, άποψη που συμμερίζονται ακόμη και οι αλκοολικές γυναίκες. Αναφορικά με τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εξέλιξη της προβληματικής κατανάλωσης ισχύουν οι ίδιοι για άνδρες και γυναίκες με εξαίρεση το θετικό οικογενειακό ιστορικό κατανάλωσης αλκοόλ. Οι αλκοολικές γυναίκες αναφέρουν πιο συχνά ότι οι γονείς τους έπιναν, αλλά και ότι κακοποιήθηκαν κατά την παιδική τους ηλικία από άτομα εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος. Επιπλέον, το στρες, η μοναξιά και το αίσθημα ανεπάρκειας φαίνεται ότι επιταχύνουν την εξέλιξη προς την προβληματική κατανάλωση (Gomberg, 1993).

Συμπεράσματα:

Οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση, την πρόληψη και θεραπεία των περισσότερων ασθενειών. Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη αντιμετωπίζει την υγεία ως ένα πολυπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο με σαφείς κοινωνικές, ψυχολογικές, βιολογικές και πολιτισμικές παραμέτρους. Το ερευνητικό αντικείμενο της Ψυχολογίας της Υγείας εστιάζεται πέρα από την επίδραση διαφόρων κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων στην υγεία, στις επιπτώσεις του στρες και της αρρώστιας στον ψυχισμό και τη συμπεριφορά του ατόμου, στις ψυχοσωματικές διαταραχές. Επιπλέον, επαναπροσδιορίζεται η σχέση μεταξύ ασθενή και θεραπευτή και η λειτουργία των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας. Το πολυπαραγοντικό μοντέλο προσέγγισης της νόσου μελετά την αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων. Σύμφωνα μ' αυτό, οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εμφάνιση ασθένειας είναι η ατομική προδιάθεση και το κοινωνικό περιβάλλον. Ο ρόλος του ψυχολόγου υγείας συνοψίζεται στην υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης, στην άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση συμπτωμάτων που οφείλονται σε ψυχολογικές διαταραχές, και στην έγκαιρη διάγνωση και επιλογή κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης.

Οι θεωρίες της βιολογικής και γνωστικής εξέλιξης ερμηνεύουν τη νοημοσύνη ως μια δραστηριότητα του οργανισμού. Οι συμπεριφορικές θεωρίες επικεντρώνονται στην κατανόηση της επίδρασης που ασκούν στη συμπεριφορά των ατόμων διάφοροι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες. Η συμπεριφορά των ανθρώπων αναφορικά με την υγεία τους κρίνεται από την υποκειμενική τους αντίληψη για τα οφέλη και τα κόστη που προκύπτουν από την τήρηση μιας προληπτικής για την υγεία ή μη συμπεριφοράς. Η κοινωνικο-αναπαραστασιακή προσέγγιση προσφέρει έναν πολυπαραγοντικό τρόπο ερμηνείας τόσο της υγείας και της ασθένειας όσο και της αντίληψης των συμπτωμάτων. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι τρόποι με τους οποίους ερμηνεύουμε και σκεπτόμαστε την καθημερινή πραγματικότητα. Η αντίληψη, ερμηνεία και σημασία που αποδίδουν τα άτομα στα συμπτώματα είναι παράμετροι που διαμορφώνουν τη γνωστική αναπαράσταση γύρω από την ασθένεια, η οποία επηρεάζεται ακόμη από το συμβολικό περιεχόμενο που τη συνοδεύει μέσα σ' ένα πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο. Το στίγμα μιας ασθένειας εμφανίζεται όταν υπάρχει ανακολουθία μεταξύ δυννητικής και καθαυτό κοινωνικής ταυτότητας. Το στίγμα της «γυναίκας που πίνει» αναγκάζει πολλές γυναίκες προβληματικούς πότες να καταναλώνουν κρυφά αλκοόλ, ενώ τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες αποδοκιμάζουν τη γυναικεία μέθη.

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Εκτίμηση κινδύνου

Για τους κοινωνικούς επιστήμονες, η εκτίμηση κινδύνου είναι στενά συνδεδεμένη με τις αντιλήψεις σχετικά με το τι συνιστά ρίσκο, απειλές και εμπόδια και για ποιον (Adam et al., 2000). Η κοινωνία της επικινδυνότητας (“risk society”, Beck: 1992) αναφέρεται σε μια σειρά κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και πολιτισμικών συνθηκών, που χαρακτηρίζονται από τη διάχυτη λογική της κατασκευασμένης αβεβαιότητας και συνεπάγεται το μετασχηματισμό των υπάρχουσών κοινωνικών δομών, θεσμών και σχέσεων προς την κατεύθυνση μιας συγχώνευσης με περισσότερη πολυπλοκότητα, ενδεχόμενα και κατάτμηση (Adam et al., 2000).

Η επικινδυνότητα εξετάζεται, κατανοείται και θεωρητικοποιείται σε σχέση με την επικίνδυνη συμπεριφορά, την επίγνωση και την εκτίμηση κινδύνου. Ο Beck συγκέντρωσε τα επιχειρήματα γύρω από τις κοινωνιολογικές έννοιες της διακινδύνευσης και της κοινωνίας της επικινδυνότητας σε οκτώ βασικά σημεία (Adam et al., 2000). Σύμφωνα μ’ αυτά, η αντίληψη του κινδύνου σημαίνει:

1. πραγματική ουσία και όχι ασφάλεια ή καταστροφή
2. ένα απειλητικό μέλλον, αντίθετα προς την πραγματικότητα, γίνεται η παράμετρος που επηρεάζει την παρούσα δράση
3. υπολογισμένη ηθική ως συνδυασμός πραγματικής και αξιολογημένης κατάστασης
4. έλεγχος και απουσία ελέγχου, όπως εκφράζεται στην κατασκευασμένη αβεβαιότητα
5. γνώση ή άγνοια, όπως γίνεται αντιληπτή σε συγκρούσεις αναγνώρισης
6. μετασχηματισμός των απειλών ταυτόχρονα τόσο σε παγκόσμιων όσο και τοπικών
7. διάκριση ανάμεσα σε γνώση, αφανή αντίκτυπο και συμπτωματικές συνέπειες
8. ένας υβριδιακός κόσμος κατασκευασμένος απ’ τον άνθρωπο, που έχασε τη διπολικότητα μεταξύ φύσης και πολιτισμού.

Η υποκειμενική αίσθηση της απειλής εκτιμάται σύμφωνα με ενδοατομικούς, διαπροσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Οι ενδοατομικοί παράγοντες διακρίνονται περαιτέρω σε στατικούς και δυναμικούς. Οι ενδοατομικοί στατικοί παράγοντες είναι ουσιαστικά οι προϋπάρχουσες αντιλήψεις σχετικά με το συνιστά απειλή και κίνδυνο. Αυτές οι αντιλήψεις χαρακτηρίζονται για τη μεγάλη τους σταθερότητα. Οι ενδοατομικοί δυναμικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τις στρεβλώσεις, που βασίζονται στην πεποίθηση των ανθρώπων ότι είναι άτρωτοι και κατ’ επέκταση υπερασισίδοξοι σε θέματα υγείας. Η εκτίμηση κινδύνου αναφορικά με μια ασθένεια, ο βαθμός σοβαρότητας και οι επιπτώσεις της είναι στοιχεία, που συχνά διαστρεβλώνονται από τους ανθρώπους. Για παράδειγμα, αποδίδεται μεγάλη βαρύτητα

σε πληροφορίες που αφορούν στη συχνότητα διαφόρων νοσημάτων και που προέρχονται από τυχαία και μη αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμών (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Ορισμένες διαστρεβλώσεις οφείλονται σε γνωστικά σφάλματα κατά τους συλλογισμούς και την εκτίμηση των πιθανοτήτων προσβολής από μια ασθένεια. *Η βασική αιτία της μεροληψίας (bias), που χαρακτηρίζει την ανθρώπινη σκέψη και κρίση, βρίσκεται στην επιλεκτική επεξεργασία των πληροφοριών που περιέχονται σε κάποιο πρόβλημα.* Η επιλεκτικότητα συμβαίνει είτε κατά τη διαδικασία σχηματισμού των νοητικών αναπαραστάσεων είτε κατά τη νοητική επεξεργασία του ίδιου του προβλήματος (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η επιλογή των πληροφοριών βασίζεται σε διεργασίες όπως η διαθεσιμότητα, σύμφωνα με την οποία τα άτομα τείνουν να θυμούνται πιο εύκολα τα οικεία και γνώριμα συμβάντα και βάσει αυτών να εκτιμούν την πιθανότητα εμφάνισης μιας νόσου. Επιπλέον, τείνουν να θεωρούν πιθανότερο το θάνατο από κάποιο ατύχημα παρά από κάποια ασθένεια. Αυτό οφείλεται στην επιλεκτική κάλυψη των δυστυχημάτων από τα Μ.Μ.Ε. Αντίθετα, προβάλλουν ελάχιστα περιστατικά θανάτων που οφείλονται σε διάφορες ασθένειες. Η επιλεκτική κάλυψη από τα μέσα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία παραποιημένων αντιλήψεων σχετικά με τους κινδύνους που απειλούν τη υγεία των πολιτών (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Πολλές φορές παρατηρείται το φαινόμενο της *εσφαλμένης γενικής συμφωνίας*. Σ' αυτή την περίπτωση, το άτομο ανακαλεί στη μνήμη του περιστατικά παθήσεων ή συμπεριφορών που βίωσαν άτομα του κοινωνικού του περιβάλλοντος, γεγονός που δεν αντικατοπτρίζει τη συχνότητα ή τη σοβαρότητα μιας νόσου στο γενικό πληθυσμό. Η ύπαρξη ιστορικού μιας συγκεκριμένης αρρώστιας ενισχύει την αντίληψη του ατόμου ότι η πάθησή του είναι πιο διαδεδομένη. Άλλοτε, η εξαγωγή συμπερασμάτων γύρω από μια ασθένεια επηρεάζεται από τη μεροληπτική ανάκληση συναισθηματικά φορτισμένων παραστάσεων (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Κατά την αξιολόγηση της εγκυρότητας ενός επιχειρήματος ενδέχεται να προκύψει μεροληψία πεποιθήσεων (belief bias). *Έχουμε την τάση να καταλήγουμε σε συμπεράσματα τα οποία συμφωνούν με τις παρούσες πεποιθήσεις μας, έστω κι αν αυτά δεν προκύπτουν ευθέως από τους συλλογισμούς που προηγήθηκαν της εξαγωγής τους.* Επίσης, οι άνθρωποι συγκεντρώνουν πληροφορίες σύμφωνες με τις απόψεις που έχουν διαμορφώσει, αποφεύγοντας στοιχεία που τις αντικρούουν, γεγονός που ονομάζεται *μεροληψία επιβεβαίωσης ή επαλήθευσης* (confirmation bias). Τέλος, ένας ακόμη τύπος μεροληψίας είναι η *πλάνη της αρχικής αναλογίας* (base-rate fallacy), που παρατηρείται όταν τα άτομα αποκτούν εσφαλμένη αντίληψη για μια ασθένεια εξαιτίας της εκτίμησης πιθανοτήτων προσβολής απ'

αυτή χωρίς να υπολογίζουν τη συνολική συχνότητα εμφάνισής της στο γενικό πληθυσμό (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, 1999).

Βάσει της θεωρίας του δίκαιου κόσμου του Lerner (1980), που συμπυκνώνεται στη φράση «τελικά στη ζωή έχουμε αυτό που μας αξίζει», οι άνθρωποι έχουν την τάση να πιστεύουν ότι ο κόσμος είναι δίκαιος και ο καθένας απολαμβάνει αυτό ακριβώς που του αξίζει. Ο Lerner υποστηρίζει ότι αυτό που θα μας ήταν πραγματικά ανυπόφορο είναι η αίσθηση πως δεν ελέγχουμε τα γεγονότα που μας αφορούν άμεσα. Προκειμένου, λοιπόν, οι άνθρωποι να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο πιστεύουν συνήθως ότι όσοι είναι θύματα ατυχημάτων ή ασθενειών είναι ταυτόχρονα και υπαίτιοι της δυστυχίας τους (Παπαστάμου, 2001).

Υιοθετώντας τη θεωρία περί δίκαιου κόσμου, οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν το AIDS, τους προβληματικούς πότες ή τους χρήστες παράνομων ουσιών ως μια απειλή τόσο για το άτομο όσο και για την κοινωνική ομαλότητα. Αυτές οι ηθικολογικές απειλές απεικονίζονται στις αντιλήψεις για την καλή κατάσταση του σώματος – αν η κοινωνία βρίσκεται σε κίνδυνο, το ίδιο συμβαίνει και στο σώμα που ενυπάρχει σ' αυτή. Η Mary Douglas (1966) κάνει αναφορά στους συμβολικούς και τελετουργικούς τρόπους με τους οποίους ταξινομείται ο κόσμος, στο έργο της για την *καθαρότητα* και τον *κίνδυνο*. Χαρακτηρίζει ως «ρύπους» (dirt) και «μόλυνση» (pollution) τα πράγματα που υπερβαίνουν τα κοινωνικά αποδεκτά όρια. Επομένως, ο «ρύπος» συμβολίζει εξ ορισμού ό, τι δεν μπορεί να ταξινομηθεί ή να τοποθετηθεί μέσα με τα κοινωνικά αποδεκτά όρια. Επιπλέον, ό, τι υπερβαίνει τα όρια θεωρείται αιτία μόλυνσης και επιφορτίζεται με συμβολισμούς (Nettleton, 2002).

Για τους παραπάνω λόγους, τα άτομα έχουν την τάση να συσχετίζουν το AIDS με συγκεκριμένες συμπεριφορές, όπως η ομοφυλοφιλία και η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται απ' τη μια την αντίληψη περί «συμπεριφορών και ομάδων υψηλού κινδύνου», που οδηγεί στην κοινωνική κατηγοριοποίηση, και απ' την άλλη τη διαστρεβλωμένη πεποίθηση ότι η νόσος δεν τους αφορά άμεσα εφόσον οι ίδιοι δεν ακολουθούν «επιβλαβείς» ή μη «φυσιολογικές» πρακτικές με αποτέλεσμα να διατηρούν χαμηλή αντίληψη του κινδύνου. Επίσης, η έννοια της επικινδυνότητας είναι συνυφασμένη με τον τρόπο ζωής και το κοινωνικό πλαίσιο. Διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες, όπως τα στερεότυπα του φύλου δρουν κανονιστικά με συνέπεια να υπονομεύουν την ασφάλεια της ερωτικής ζωής. (MacPhail & Campbell, 2001).

Η Douglas έχει παρατηρήσει ότι η *διακινδύνευση* δεν είναι ένα πράγμα, είναι ένας *τρόπος σκέψης* (Douglas, 1992). Εξάλλου οι έρευνες αποδεικνύουν ότι οι αντιλήψεις των ανθρώπων για την επίδραση του τρόπου ζωής τους στην υγεία τους σχετίζονται με μη ελεγχόμενους τομείς της ζωής. Τέσσερα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής που επιδρούν στην υγεία είναι: «οι εμφανείς ατομικές διαφορές», όπως οι κληρονομικοί παράγοντες, «το κοινωνικό περιβάλλον», π.χ. οι κίνδυνοι στο χώρο εργασίας, «το φυσικό περιβάλλον», όπως η μόλυνση, το κλίμα κ.τ.λ. και «η μοιρολατρία», δηλαδή το πεπρωμένο, οι προλήψεις, η

κακοτυχία. Οι αντιλήψεις γύρω από το πεπρωμένο εκπορεύονται συνήθως από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις (Nettleton, 2002).

Οι σύγχρονοι κίνδυνοι οφείλονται κυρίως στις κοινωνικές, οικονομικές και τεχνολογικές διαδικασίες της μεταβιομηχανικής κοινωνίας. Η *κοινωνία της επικινδυνότητας* του Beck (1992) έρχεται αντιμέτωπη με κινδύνους, που προκαλούνται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως τα πυρηνικά απόβλητα, η όξινη βροχή, οι ακτινοβολίες ως συνέπειες της ανθρώπινης δραστηριότητας και συνιστούν μια διαρκή απειλή για το σώμα. Το σύγχρονο άγχος γύρω από τις ενδεχόμενες παγκόσμιες απειλές και μολύνσεις απέναντι στις οποίες οι κοινωνίες φαντάζουν ανυπεράσπιστες, αντικατοπτρίζεται στην ανοσία ή στην έλλειψη ανοσίας του σώματος. Ο Turner (1991) παρατηρεί σχετικά ότι *το σώμα γίνεται ακόμα μια φορά αποκαλυπτικό μπροστά στην απειλή του χημικού πολέμου, τη καταστροφή των φυσικών οικοσυστημάτων, την επιδημία του HIV και του AIDS, τη γήρανση του πληθυσμού της βόρειας Ευρώπης και την πρόσφατη ανικανότητα των εθνικών κυβερνήσεων να ελέγξουν την ιατρική τεχνολογία και το κόστος των ιατρικών υπηρεσιών* (Nettleton, 2002).

Risk factors

Η επικράτηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στον τομέα της υγείας τις τελευταίες δεκαετίες έστρεψε το ενδιαφέρον των κοινωνιολογίας και της κοινωνικής ψυχολογίας προς μια πιο ολιστική προσέγγιση της υγείας και της θεραπείας, σύμφωνα με την οποία πρέπει να συνυπολογίζονται οι ιδέες της θετικής υγείας και του ευ ζην (well-being). Επιπλέον, η έννοια της υγείας οφείλει να συμπεριλαμβάνει τις σχετικές με την υγεία προσλήψεις του πληθυσμού. Ένα ολιστικό μοντέλο υγείας εξετάζει τους τρόπους ζωής των ατόμων προκειμένου να υπογραμμίσει την ανάγκη πρόληψης των παθήσεων και διατήρησης της υγείας τους (Nettleton, 2002).

Ο τρόπος ζωής αναφέρεται στο είδος ζωής και άρα στις καταναλωτικές συνήθειες των ανθρώπων. Στο πλαίσιο της υγείας, ο τρόπος ζωής αναφέρεται στη διατροφή, στη χρήση παράνομων ή νόμιμων τοξικών ουσιών, το κάπνισμα, τις αθλητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, τη σεξουαλική ζωή, αλλά και τη φροντίδα του σώματος. Όλα αυτά θεωρούνται σημαντικά καθώς αντιμετωπίζονται ως πιθανοί παράγοντες επικινδυνότητας (risk factors), από τους οποίους επηρεάζεται και το επίπεδο της υγείας (Nettleton, 2002).

Η ιδέα της επικινδυνότητας θεωρείται σημαντική έννοια καθώς χρησιμοποιείται από τους επιδημιολόγους ως συνάθροισμα πιθανοτήτων για τον εντοπισμό συνηθειών του τρόπου ζωής που σχετίζονται με την κακή υγεία, όπως το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοόλ. Δεύτερον, παρατηρείται ένα αυξανόμενο πλήθος φαινομένων, που εγγυμονούν απειλές για ανυπολόγιστες συνέπειες στις ζωές των ανθρώπων, όπως ο πόλεμος και οι πυρηνικές δοκιμές.

Εξαιτίας των προηγούμενων κατασκευασμένων από τον άνθρωπο κινδύνων, η εποχή της προόδου μετατρέπεται σε περίοδο ανησυχίας και αβεβαιότητας. Τρίτον, η αυξημένη αίσθηση επικινδυνότητας επηρεάζει τις αντιδράσεις των ατόμων και το βαθμό ανεκτικότητάς τους απέναντι στους κινδύνους για την υγεία (Nettleton, 2002).

Η υγεία προάγεται και η νόσος αποτρέπεται μέσω του εντοπισμού και του ελέγχου των παραγόντων επικινδυνότητας. Ωστόσο, οι κοινωνιολόγοι της υγείας θεωρούν πως τα άτομα έχουν περιορισμένες δυνατότητες ελέγχου των κινδύνων που ενδέχεται να βλάψουν τη ζωή τους διαμορφώνοντας κατάλληλα τον τρόπο ζωής τους. Αυτό συμβαίνει για τους εξής δύο λόγους. Πρώτον, παρόλο που οι συνήθειες σχετίζονται με την υγεία, ωστόσο έχουν μικρότερη επίδραση από τις συνθήκες στις οποίες έχουν εμπεδωθεί. Δεύτερον, κάθε κοινωνική δραστηριότητα είναι θεμελιωμένη στις κοινωνικές συνθήκες και περιορίζεται σ' αυτές (Nettleton, 2002).

Η τροποποίηση του τρόπου ζωής συνδέεται με την έννοια της επικινδυνότητας. Κάποιοι τρόποι ζωής θεωρούνται πιο «επικίνδυνοι» σε σχέση με άλλους χωρίς ωστόσο να καθίσταται εφικτός ο έλεγχος όλων των παραγόντων που διαμορφώνουν τις καθημερινές συνήθειες των ανθρώπων. Πάντως, στη μεταβιομηχανική εποχή της ανησυχίας οι σύγχρονοι κίνδυνοι οφείλονται κυρίως στις συντελούμενες οικονομικές και κοινωνικές διαδικασίες (Nettleton, 2002).

Ανάλυση έρευνας για risk factors αναφορικά με τη χρήση αλκοόλ και καπνού σε παιδιά

Η αμερικανίδα ερευνήτρια C. Jackson (1997) μελέτησε τα αρχικά στάδια της χρήσης καπνού και αλκοόλ στα παιδιά, χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο με διαδοχικά στάδια, που εφαρμόζεται ευρέως σε αντίστοιχες έρευνες για τους εφήβους. **Στόχος:** Η έρευνα αποσκοπεί στη μελέτη και καταγραφή των αρχικών και πειραματικών σταδίων χρήσης τσιγάρου και οινόπνευματων προς το τέλος της παιδικής ηλικίας και το βαθμό στον οποίο σχετίζονται με κοινωνικούς και ατομικούς παράγοντες επικινδυνότητας και συγκεκριμένα με τους συνομήλικους, τους γονείς και τους ίδιους τους μαθητές. Τα πορίσματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν από προληπτικά προγράμματα (Jackson, 1997).

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιώντας ξεχωριστές αναλύσεις, συνέκρινε παράγοντες που σχετίζονται με τα στάδια της αποχής, της δοκιμής και του πειραματισμού της χρήσης τσιγάρου ή αλκοόλ σε δείγμα 1272 παιδιών της 4^{ης} και 6^{ης} τάξης του σχολείου στη Βόρεια Καρολίνα (Η.Π.Α.). Το 51% του εξεταζόμενου δείγματος ήταν κορίτσια, το 83% του συνόλου ήταν λευκοί και το 17% αфроαμερικάνοι. Οι μαθητές συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο κατόπιν έγγραφης άδειας των γονιών τους. Για να διευκρινιστεί το στάδιο

χρήσης καπνού ή οиноπνεύματος στο οποίο ανήκους, οι μαθητές κλήθηκαν να απαντήσουν στις τρεις ακόλουθες ερωτήσεις: 1) ηλικία πρώτης χρήσης, 2) η περισσότερη κατανάλωση μέσα σε μια μέρα και 3) χρήση σε όλη τους τη ζωή, για να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα σε κάποιο από τα τρία στάδια: της αποχής, της δοκιμής και του πειραματισμού. Επίσης, κλήθηκαν ν' απαντήσουν σχετικά με τα *γονεϊκά πρότυπα ως προς την κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, τις επιρροές και τις πιέσεις που δέχονται από τις παρέες τους, τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν ως προς τη χρήση των ουσιών* (π.χ. πρόσβαση) και για *προσωπικούς παράγοντες επικινδυνότητας*, όπως η προσαρμογή στο σχολείο (Jackson, 1997).

Αποτελέσματα: Σύγκριση σταδίων αποχής και δοκιμής του τσιγάρου. Σε σύγκριση με τα παιδιά που απείχαν, οι μαθητές που είχαν δοκιμάσει να καπνίσουν τσιγάρο ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό το κάπνισμα των κολλητών τους, την ελλιπή παρακολούθηση της χρήσης τσιγάρου από τους γονείς και τη γενίκευση της χρήσης ανάμεσα στους συνομηλίκους. **Σύγκριση σταδίων δοκιμής και πειραματισμού με το τσιγάρο.** Σε σύγκριση με τους μαθητές που είχαν δοκιμάσει τσιγάρο, τα παιδιά που βρίσκονταν στο στάδιο του πειραματισμού ανέφεραν ως κυριότερους παράγοντες επικινδυνότητας το γεγονός ότι είχαν κολλητούς που είχαν δοκιμάσει το κάπνισμα, οι κολλητοί φίλοι τους είχαν προσφέρει τσιγάρο, είχαν την εντύπωση ότι οι περισσότεροι συνομήλικοί τους είχαν δοκιμάσει τσιγάρο, ενώ επίσης είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση. **Σύγκριση σταδίων αποχής και δοκιμής αλκοόλ.** Σε σύγκριση με τα παιδιά που απείχαν, οι μαθητές που είχαν δοκιμάσει αλκοόλ ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ότι έπιναν γουλιές από τα ποτά των γονιών τους καθώς επίσης και ότι τους επέτρεπαν να πιουν στο σπίτι, ενώ ακόμη είχαν κολλητούς που είχαν δοκιμάσει αλκοόλ. **Σύγκριση σταδίων δοκιμής και πειραματισμού με το αλκοόλ.** Σε σύγκριση με τους μαθητές που είχαν δοκιμάσει αλκοόλ, τα παιδιά που βρίσκονταν στο στάδιο του πειραματισμού ανέφεραν ως κυριότερους παράγοντες επικινδυνότητας το γεγονός ότι είχαν κολλητούς που είχαν δοκιμάσει αλκοόλ καθώς επίσης και τη δυσκολία να το προμηθευτούν, ενώ είχαν χαμηλότερους βαθμούς και δυσκολίες προσαρμογής στο σχολείο (Jackson, 1997).

Συμπεράσματα: Οι συγκρίσεις των μαθητών ανάλογα με τη χρήση ή μη τσιγάρου ή αλκοόλ έδειξαν πως η έκθεση των παιδιών στα γονικά πρότυπα είναι σαφώς σημαντικότερη γι' αυτά που έχουν δοκιμάσει σε σχέση με όσα απέχουν, ενώ επίσης ισχυρότερη για όσα πειραματίζονται σε σχέση με όσα έχουν απλώς δοκιμάσει. Ωστόσο, τα γονικά πρότυπα συνδέονται λιγότερο με τη χρήση αλκοόλ ή καπνού από ένα παιδί σε σύγκριση με τις επιρροές που δέχεται από τους καλύτερους του φίλους ή τους συνομηλίκους του. Ένα άλλο ζήτημα που προέκυψε από την έρευνα είναι η προσπάθεια των γονιών να αποτρέψουν τυχόν μελλοντική χρήση οиноπνεύματος ή τσιγάρου, προσφέροντας οι ίδιοι στα παιδιά τις παραπάνω ουσίες. Αυτό όμως εγγυμονεί τον κίνδυνο τα παιδιά να θεωρήσουν ότι έχουν την έγκριση των γονιών τους για να πειραματιστούν με το αλκοόλ και το τσιγάρο. Σχετικά με τον

καπνό, η παρακολούθηση και η επικοινωνία των γονιών σχετίζονται περισσότερο με στάδιο της δοκιμής παρά του πειραματισμού. Επίσης, η επικοινωνία και ο έλεγχος των γονιών συνδέεται πιο πολύ με τη χρήση αλκοόλ ή τσιγάρου σε σύγκριση με τα γονικά πρότυπα. Επομένως, η ενθάρρυνση των γονιών να εκφράζουν τη δυσαρέσκειά τους ως προς την κατανάλωση οινοπνεύματος και καπνού οφείλει να είναι πρωταρχική στρατηγική πρόληψης. Αναφορικά με τους ατομικούς παράγοντες που εξετάστηκαν, ο αυτοέλεγχος και η προσαρμογή στο σχολείο είχαν τη μεγαλύτερη αντίστροφη συσχέτιση με τη χρήση αλκοόλ και καπνού στα αρχικά στάδια. Συνοπτικά, οι κυριότεροι παράγοντες επικινδυνότητας ως προς τη χρήση αλκοόλ και καπνού στο τέλος της παιδικής ηλικίας είναι η χρήση αυτών των ουσιών από τους κολλητούς και η γενικευμένη κατανάλωσή τους από συνομήλικους. Σημαντικοί παράγοντες είναι επίσης η προσφορά των συγκεκριμένων ουσιών από γονείς και φίλους, η προσαρμογή στο σχολείο και ο αυτοέλεγχος των παιδιών. Οι πιο αδύνατοι παράγοντες είναι τα γονικά πρότυπα και η αυτοεκτίμηση των παιδιών. Τα προληπτικά προγράμματα που απευθύνονται σε παιδιά μπορούν ταυτόχρονα να επιδράσουν στον κίνδυνο του τσιγάρου και του αλκοόλ, στοχεύοντας στους παραπάνω καθώς επίσης και σε άλλους παράγοντες επικινδυνότητας (Jackson, 1997).

Συμπεράσματα:

Σύμφωνα με τη Mary Douglas (1992), *κίνδυνος είναι η πιθανότητα ενός γεγονότος σε συνδυασμό με το μέγεθος των απωλειών και των κερδών που θα επιφέρει*. Η έννοια της επικινδυνότητας είναι συνυφασμένη με τον τρόπο ζωής του ατόμου και την αντίληψη περί υγείας και ασθένειας. Οι σύγχρονοι πιθανοί κίνδυνοι μπορούν να προκληθούν είτε από περιβαλλοντικούς παράγοντες είτε από τις ανθρώπινες στρεβλώσεις σχετικά με την προστασία του σώματος και τις εκάστοτε συμπεριφορές. Η υγεία προάγεται και αντίστοιχα η νόσος αποτρέπεται όταν εξακριβώνονται και ελέγχονται οι παράγοντες επικινδυνότητας. Παρόλα αυτά, οι άνθρωποι υιοθετούν συχνά διαστρεβλωμένες αντιλήψεις αναφορικά με την υγεία και την αρρώστια καθώς επίσης και σχετικά με τους κινδύνους που απειλούν τη ζωή τους. Η σωστή εκτίμηση του κινδύνου είναι συνάρτηση του περιορισμού των στρεβλώσεων.

Ένα ολιστικό μοντέλο υγείας εξετάζει τους τρόπους ζωής των ατόμων προκειμένου να υπογραμμίσει την ανάγκη πρόληψης των παθήσεων και διατήρησης της υγείας τους. Στο πλαίσιο της υγείας, ο τρόπος ζωής αναφέρεται στη διατροφή, στη χρήση παράνομων ή νόμιμων τοξικών ουσιών, το κάπνισμα, τις αθλητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, τη σεξουαλική ζωή, τη φροντίδα του σώματος. Όλα αυτά θεωρούνται σημαντικά καθώς αντιμετωπίζονται ως πιθανοί παράγοντες

επικινδυνότητας (risk factors), από τους οποίους επηρεάζεται και το επίπεδο της υγείας. Η υγεία προάγεται και η νόσος αποτρέπεται μέσω του εντοπισμού και του ελέγχου των παραγόντων επικινδυνότητας.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα στις Η.Π.Α. αναφορικά με τα στάδια χρήσης αλκοόλ και καπνού από μαθητές στο τέλος της παιδικής τους ηλικίας, εντοπίστηκαν ως οι κυριότεροι παράγοντες επικινδυνότητας για τη χρήση αλκοόλ και καπνού σ' αυτή την ηλικία η χρήση αυτών των ουσιών από τους κολλητούς και η γενικευμένη κατανάλωσή τους από συνομήλικους. Επίσης, η προσφορά των συγκεκριμένων ουσιών από γονείς και φίλους, η προσαρμογή στο σχολείο και ο αυτοέλεγχος των παιδιών. Οι πιο αδύνατοι παράγοντες είναι τα γονικά πρότυπα και η αυτοεκτίμηση των παιδιών. Τα προληπτικά προγράμματα που απευθύνονται σε παιδιά οφείλουν να στοχεύσουν στους παραπάνω καθώς επίσης και σε άλλους παράγοντες επικινδυνότητας.

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Εντυπωσιασμός στα Μ.Μ.Ε.

Ο έλεγχος, η συλλογή και η μετάδοση των ειδήσεων παρέχουν στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης τη δύναμη σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο θα προβάλλουν το κάθε θέμα. Αυτό το γεγονός επηρεάζει σαφέστατα τόσο την ποιότητα της ενημέρωσης όσο και τις πεποιθήσεις των μελών μιας κοινωνίας. Οι παραπάνω διαπιστώσεις ισχύουν για όλα τα μέσα. Ωστόσο, η τηλεόραση διαθέτει επιπρόσθετες δυνάμεις συγκριτικά με τα υπόλοιπα μέσα (Παπαθανασόπουλος, 1997).

Σύμφωνα με τους Iyengar και Kinder, πρώτον, η τηλεόραση παίζει έναν ηγετικό ρόλο στον καθορισμό της πολιτικής και ειδησεογραφικής θεματολογίας καθώς αποτελεί το κυρίαρχο μέσο της σύγχρονης μαζικής επικοινωνίας, ενώ επίσης έχει το μεγαλύτερο βαθμό πρόσβασης στα μέλη του κοινωνικού συνόλου. Επιπλέον, η ενημέρωση του κοινού πραγματοποιείται σε μεγαλύτερο βαθμό μέσω της τηλεόρασης παρά από το ραδιόφωνο ή τα έντυπα μέσα. Αναφορικά με το ρόλο που διαδραματίζει η τηλεόραση στην καθημερινότητα των ανθρώπων οι Iyengar και Kinder προσθέτουν ότι έχει τη δυνατότητα να κάνει ορισμένα γεγονότα πιο προσιτά και γνωστά από άλλα, επηρεάζοντας μακροπρόθεσμα τις αντιλήψεις τους (Παπαθανασόπουλος, 1997).

Στον κόσμο της τηλεοπτικής ενημέρωσης τα γεγονότα έρχονται για λίγο στην επικαιρότητα και μετά εξαφανίζονται. Είναι ένας κόσμος χωρίς συνοχή, εντελώς αυτάρκης και απεριόριστα ψυχαγωγικός. Σήμερα, δεν υπάρχει θέμα δημόσιου ενδιαφέροντος από την πολιτική και την επιστήμη μέχρι τον αθλητισμό και την εκπαίδευση που να μην έχει θέση στην τηλεόραση. Αυτό συνεπάγεται πως η αντίληψη του κοινού για τα ζητήματα δημόσιου ενδιαφέροντος διαμορφώνεται μέσω των τηλεοπτικών επιλογών. Ακόμα και η χρήση των υπόλοιπων μέσων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την τηλεόραση. Για παράδειγμα μέσω του τηλεοπτικού μέσου προβάλλονται νέες ταινίες, βιβλία, μουσική, περιοδικά κ.τ.λ. Επομένως, η τηλεόραση οργανώνει το επικοινωνιακό μας περιβάλλον με τέτοιο τρόπο, που κανένα άλλο μέσο δε μπορεί (Postman, 1998).

Η ισχυρή επίδραση της τηλεόρασης στον πολιτισμό φαίνεται από το γεγονός ότι ο τρόπος με τον παρουσιάζει τον κόσμο καθίσταται πρότυπο για το πως πραγματικά πρέπει να είναι. Επομένως, δεν επιφέρει προβληματισμό τόσο το γεγονός ότι η ψυχαγωγία στην τηλεόραση λειτουργεί ως μεταφορά του λόγου όσο ότι και εκτός οθόνης τείνει να επικρατεί η ίδια μεταφορά. Η φύση και η τεχνολογία του μέσου καθώς επίσης και οι σύγχρονες αξίες των σόου μπίζνες επιβάλλουν την αποσιώπηση του περιεχομένου του λόγου και των απόψεων εξυπηρετώντας την ικανοποίηση του οπτικού ενδιαφέροντος (Postman, 1998).

Δεύτερον, η τηλεόραση, αν και ξεκίνησε ως μέσο ψυχαγωγίας, κατόρθωσε με την επιμήκυνση των δελτίων ειδήσεων και την αύξηση των ενημερωτικών εκπομπών να κατασταθεί κυρίαρχος φορέας της πολιτικής ενημέρωσης. Αυτή όμως η αύξηση της πολιτικής κατεύθυνσης της τηλεόρασης συμβαδίζει με μια μείωση της συμμετοχής του κοινού στις πολιτικές διαδικασίες. Στη σύγχρονη εποχή οι τηλεοπτικές ειδήσεις προσανατολίζονται περισσότερο στον εντυπωσιασμό των αισθητήριων οργάνων μας παρά στη λογική μας. Δεν αναφέρει όσα χρειάζεται να γνωρίζουμε ιδίως σχετικά με θέματα διακυβέρνησης, αλλά μόνο το πώς πρέπει να αισθανόμαστε. Η επαναλαμβανόμενη χρήση στερεοτύπων, η τάση για «εντυπωσιογόνα» θέματα και η αποσπασματική και επιφανειακή κάλυψή τους δημιουργούν την εντύπωση ενός πολιτικού τοπίου άνευ εσωτερικής λογικής (Παπαθανασόπουλος, 1997).

Τρίτον, η τηλεόραση δεν εξαντλείται στην ενημέρωση. Ο Gebner και οι συνεργάτες του επισημαίνουν πως οι αντιλήψεις των ατόμων για κοινωνικά και πολιτικά ζητήματα διαμορφώνονται από το γενικότερο τηλεοπτικό περιεχόμενο των ενημερωτικών, αλλά και των ψυχαγωγικών προγραμμάτων. Αυτό που προβάλλει σήμερα η τηλεόραση είναι μια τάση κυνισμού για τη δημόσια ζωή. Μ' αυτό τον τρόπο, η ενημέρωση, η ψυχαγωγία, τα θεάματα καλλιεργούν την πεζότητα, τη χυδαιότητα, την αδιαφορία και εν τέλει μια νέα μορφή κυνισμού απέναντι στις αξίες της κοινωνίας και της πολιτικής. Η εγκαθίδρυση αυτής της ισοπεδωτικής τάσης στο τηλεοπτικό σκηνικό αποδεικνύεται κάθε φορά στις τηλεοπτικές εκπομπές για την ανάλυση των εκλογικών αποτελεσμάτων, όπου παρευρίσκονται ταυτόχρονα πολιτικοί και δημοσιογράφοι με καλλιτέχνες και ηθοποιούς, ενώ ο λόγος τους τυγχάνει ίδιας βαρύτητας (Παπαθανασόπουλος, 1997).

Τέταρτον, οι Lang έχουν επισημάνει πως το μεγαλύτερο μέρος της αντίληψής μας αναφορικά με τον πολιτικό κόσμο είναι μια δεύτερη πραγματικότητα που μας μεταφέρεται μέσω των Μ.Μ.Ε.. Οι Lang προσθέτουν ακόμη ότι η τηλεόραση δε μεταφέρει απλώς την πραγματικότητα, αλλά τη διαμορφώνει. Η κυριαρχία της τηλεόρασης στον τομέα της ενημέρωσης διαφαίνεται από τις προσπάθειες των πολιτικών προσώπων, των κοινωνικών και πολιτικών θεσμών να μεταβάλλουν τις πρακτικές τους προκειμένου να προσαρμοστούν στη «λογική της τηλεόρασης». Οι Altheide και Snow αναφέρουν ότι «στις μέρες μας όλοι οι κοινωνικοί θεσμοί είναι θεσμοί των Μ.Μ.Ε.» (Παπαθανασόπουλος, 1997).

Οι κύριοι τύποι περιεχομένου των Μ.Μ.Ε. (ειδήσεις, ταινίες, ψυχαγωγία, αθλητικά, διαφήμιση) αλλά και η επεξεργασία τους ακολουθούν τυποποιημένες μορφές στις μεθόδους εργασίας για τις προτιμήσεις του κοινού, οι οποίες είτε είναι κατασκευασμένες είτε προέρχονται από την πολιτισμική κληρονομιά. Ο όρος «λογική των μέσων» (media logic) των Altheide και Snow (1979) εκφράζει ακριβώς τη συστηματική φύση των προϋπάρχοντων ορισμών για το πώς πρέπει να μοιάζει ένας συγκεκριμένος τύπος περιεχομένου (McQuail, 2003). Ο όρος χρησιμεύει στην επισήμανση του προσανατολισμού των παραγωγών των Μ.Μ.Ε. σε εκείνους τους παράγοντες, οι οποίοι θα ενισχύσουν τις προσπάθειές τους για την

προσέλκυση κοινού. Σύμφωνα μ' αυτή τη θεώρηση, στο πλαίσιο των ειδήσεων δίνεται έμφαση στη χρήση οπτικού υλικού, έντονων ρυθμών και στερεότυπων εκφράσεων προκειμένου να επιτευχθεί αμεσότητα καθώς επίσης και η χρησιμοποίηση γοητευτικών παρουσιαστών (McQuail, 2003).

Τα τηλεοπτικά δελτία προσφέρουν ουσιαστικά ελάχιστη ενημέρωση. Εξάλλου, ο τηλεθεατής περισσότερο «βλέπει» τηλεόραση παρά «ακούει» ή «προσέχει». Βλέπει τις εκφράσεις των παρουσιαστών, ακούει τον τόνο της φωνής τους περίπου με την ίδια προσοχή που παρακολουθεί αυτά που λένε και ανάλογα ανταποκρίνεται συναισθηματικά. Η ασυνήθιστη δύναμη των τηλεοπτικών ειδήσεων είναι ότι τροφοδοτούν την αίσθηση της εμπειρίας μας παρά ό, τι επεκτείνουν τη γνώση μας. Η γλώσσα που χρησιμοποιούν οι παρουσιαστές και οι καλεσμένοι είναι ανεπίσημη, απλοποιημένη και δίνει την αίσθηση της συνομιλίας με φίλους. Πλέον το ζητούμενο στον τηλεοπτικό λόγο είναι ο εντυπωσιασμός και όχι η πειθώς (Παπαθανασόπουλος, 1997).

Μια γενική παρατήρηση για τα μέσα τουλάχιστον σε δυτικές χώρες είναι ότι υπάρχει η τάση στις ειδήσεις να εμπλέκουν ανθρώπους και να προσωποποιούν θέματα στοχεύοντας να τα καταστήσουν πιο παραστατικά και ενδιαφέροντα για το κοινό. Επίσης είναι κοινή πρακτική των μέσων ν' αναζητούν διάσημους ανθρώπους και να κατασκευάζουν ειδήσεις γύρω απ' αυτούς (McQuail, 2003). Οι τελευταίοι οφείλουν να ανταπεξέλθουν επιτυχώς στο ρόλο του καλού ψυχαγωγού (Postman, 1998). Μάλιστα όσο πιο γνωστό είναι ένα άτομο ανεξάρτητα από τον τομέα, όπου δραστηριοποιείται τόσο ενδεχομένως μεγαλύτερη και πιο προνομιακή πρόσβαση θα του παραχωρήσουν τα μέσα. Η απουσία λαμπερών προσωπικοτήτων κυρίως από τον καλλιτεχνικό χώρο μειώνει τις πιθανότητες απόκτησης πιστών τηλεθεατών. Η κουτσομπολίστικη, εντυπωσιακή και οφθαλμολογική ενημέρωση ή αλλιώς η «τηλεόραση-ταμπλόιντ» αποδεικνύει την ελαστικότητα και την προσαρμοστικότητα του είδους των ειδήσεων. Η μορφή των «χαρούμενων» τηλεοπτικών ειδήσεων που αποβλέπει φυσικά στην αύξηση της θεαματικότητας, έχει υιοθετηθεί πλέον ευρέως από τα διεθνή μέσα (McQuail, 2003).

Οι τηλεοπτικές ειδήσεις είναι «δραματοποιημένη ενημέρωση». Η εμπορευματοποίηση και η ψυχαγωγική διάσταση των σύγχρονων τηλεοπτικών δελτίων ως απόρροια του έντονου ανταγωνισμού μεταξύ των καναλιών, έχουν εξαλείψει την ουσιαστική ενημέρωση. Τα σύγχρονα τηλεοπτικά δελτία ειδήσεων εντάσσονται πλέον σε μια νέα κατηγορία προγραμμάτων, τη λεγόμενη «ενημερω-ψυχαγωγία» (infotainment). Χαρακτηριστικά των τηλεοπτικών ειδήσεων που στοχεύουν ταυτόχρονα στην ενημέρωση και την ψυχαγωγία είναι ο ερεθισμός, ο μύθος, η αίσθηση του τρομακτικού, του σπάνιου, του μοναδικού, ώστε να διατηρήσουν καθηλωμένο τον τηλεθεατή (Παπαθανασόπουλος, 1997).

Η επικρατούσα τάση των δελτίων ειδήσεων να έχουν περισσότερο ψυχαγωγικό παρά ενημερωτικό χαρακτήρα έχει αποκτήσει έντονους επικριτές. Πολλοί μελετητές υποστηρίζουν

ότι η άνοδος της «ενημερω-διασκέδασης» προωθεί την άγνοια και την αποστασιοποίηση από τα πολιτικά δρώμενα. Το πρόβλημα οξύνεται από την τάση των πολιτικών να δίνουν προτεραιότητα σε βραχυπρόθεσμους στόχους. Η ισχύουσα κατάσταση στο χώρο των μέσων συνδέεται με τη γενικότερη ροπή των Μ.Μ.Ε. προς το λαϊκισμό και εις βάρος της ουσίας με αποτέλεσμα να μετατρέπονται τα πολιτισμικά αγαθά και οι κοινωνικές σχέσεις σε εμπορικά προϊόντα (McQuail, 2003).

Σύμφωνα με το Bennet, η σύγχρονη ενημέρωση στην περίοδο της τηλεοπτικής κυριαρχίας είναι προσωποποιημένη, δραματοποιημένη, κατακερματισμένη και καθησυχαστική. Συγκεκριμένα, έχει την τάση να είναι **προσωποποιημένη**, επειδή εστιάζει κυρίως ή αποκλειστικά σε πρόσωπα παρά σε θεσμούς και καταστάσεις. **Δραματοποιημένη**, γιατί το δράμα και η σύγκρουση είναι στοιχεία που προσελκύουν τηλεθεατές και αναγνώστες. **Κατακερματισμένη**, καθώς τα γεγονότα απομονώνονται από το κοινωνικό και πολιτικό τους πλαίσιο. Τέλος, **καθησυχαστική**, γιατί η ενημέρωση τείνει να προβάλλει το οικείο, το «φυσιολογικό» και το λεγόμενο «politically correct», αποφεύγοντας οτιδήποτε ενδέχεται να διαταράξει την υπάρχουσα τάξη πραγμάτων (Παπαθανασόπουλος, 1997).

Μετά την απορρύθμιση των τηλεοπτικών συστημάτων τα δελτία ειδήσεων κατακλύζονται από τα λεγόμενα ψευδογεγονότα. Ο όρος ανήκει στον Daniel Boorstin, αν και ουσιαστικά τα μέσα ανέκαθεν τα δημιουργούσαν προς τέρψιν του κοινού. Σύμφωνα με τον Boorstin, τα ψευδογεγονότα είναι πιο συναρπαστικά, επειδή έχουν σχεδιαστεί για να διαδοθούν και πλαισιώνονται με ζωηρά χρώματα. Η εντύπωση που δημιουργούν μπορεί να ενισχύεται με την επανάληψή τους, η οποία τα καθιστά και περισσότερο κατανοητά στο ευρύ κοινό. Ιδιαίτερα στη σύγχρονη εποχή τα ψευδογεγονότα αποτελούν βασικά προαπαιτούμενα της νέας τηλεοπτικής τάξης, αφού όλα θυσιάζονται στο βωμό της τηλεθέασης (Παπαθανασόπουλος, 1997).

Σύμφωνα με το μοντέλο της δημοσιότητας, ο πρωταρχικός σκοπός των Μ.Μ.Ε. είναι η προσέλκυση και η διατήρηση του ενδιαφέροντος του κοινού. Ο συγκεκριμένος στόχος ανταποκρίνεται στον τρόπο με τον οποίο τα ακροατήρια εκλαμβάνουν τα μέσα ως φορείς διασκέδασης και τα οποία επιλέγουν ως τρόπο φυγής από την καθημερινότητα. Συνοπτικά, τα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν το μοντέλο της δημοσιότητας από άλλα είναι το γεγονός ότι η προσέλκυση της προσοχής είναι μια διαδικασία μηδενικού χρόνου, ενώ ο χρόνος που απαιτείται για την παρακολούθηση ενός μέσου δεν μπορεί να αφιερωθεί και σ' ένα άλλο. Δεύτερον, η επικοινωνία υπάρχει μόνο στο παρόν με αποτέλεσμα να μην προκύπτουν ερωτήματα αιτίου-αποτελέσματος σχετικά με τον αποδέκτη. Τρίτον, η αρχική προσέλκυση της προσοχής είναι αυτοσκοπός. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά θεωρείται ότι τονίζουν τον ανταγωνισμό, την αμεσότητα και την αμεροληψία, δηλαδή ήδη αναγνωρισμένα στοιχεία της μαζικής επικοινωνίας στο πλαίσιο της εμπορευματοποίησης (McQuail, 2003).

Σύμφωνα με αναλύσεις των δημοσιογραφικών οργανισμών, είναι σχεδόν απίθανο οι ειδήσεις να προβάλλουν τη μέση πραγματικότητα. Ιδίως σε περιόδους, όπως η σημερινή, όπου το μυθοπλαστικό περιεχόμενο των Μ.Μ.Ε. επιδιώκει εναγωνίως να προσελκύσει ιδιαίτερες κατηγορίες του κοινού, παρουσιάζοντας ήρωες ή διασημότητες με συναρπαστικό και πλούσιο βίο. Τα μέσα επιδιώκουν απλώς να ικανοποιήσουν τα ενδιαφέροντα του κοινού και άρα των καταναλωτών ενημέρωσης. Είναι ευρέως γνωστό ότι οι τάσεις που ακολουθούν τα μέσα εξαρτώνται άμεσα από τα ενδιαφέροντα, τις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις επιθυμίες του κοινού-στόχου. (McQuail, 2003). Τα μέλη του κοινού προτιμούν εκπομπές με ψυχαγωγικό και ασυνεπές με την πραγματικότητα περιεχόμενο. Η μεγαλύτερη διαστρέβλωση της πραγματικότητας παρατηρείται στον τομέα της ψυχαγωγίας. Τα Μ.Μ.Ε. εκμεταλλεύονται αυτή την ανάγκη για φυγή από την πραγματικότητα κατασκευάζοντας εξιδανικευμένα πρότυπα και είδωλα σαν να ήταν ρεαλιστικά (McQuail, 2003).

Η τηλεόραση είναι ψυχαγωγία. Προσφέρει μια ποικιλία επιλογών, απευθύνεται κυρίως στο θυμικό του κοινού, ενώ δεν απαιτείται ιδιαίτερη διανοητική προσπάθεια για να παρακολουθήσει κανείς. Το ζήτημα όμως που προκύπτει δεν είναι τόσο ότι η τηλεόραση παρουσιάζει ψυχαγωγικά προγράμματα όσο ότι περιβάλλει όλη τη θεματολογία της με ψυχαγωγικό περίβλημα. Ο Postman (1998) χαρακτηρίζει την ψυχαγωγία ως την υπερ-ιδεολογία, που διέπει τον τηλεοπτικό λόγο. Οι εμφανίσιμοι και προσίτοι παρουσιαστές, οι ευχάριστες ατάκες τους, η μουσική υπόκρουση, ο γρήγορος ρυθμός, η εναλλαγή θεμάτων είναι στοιχεία που διαμορφώνουν στο κοινό την αντίληψη ότι δεν πρέπει να παίρνει στα σοβαρά όλα όσα συμβαίνουν. Άλλωστε, το σόου των ειδήσεων είναι κατασκευασμένο κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ψυχαγωγεί και όχι να διαπαιδαγωγεί ή να αφυπνίζει (Postman, 1998).

Όταν οι ειδήσεις παρουσιάζονται με στόχο την ψυχαγωγία του κοινού, τότε αναπόφευκτα χάνεται η αίσθηση του επαρκώς ενημερωμένου πολίτη. Τα τηλεοπτικά ψυχαγωγικά σόου δεν ενημερώνουν, αλλά αντίθετα παραπληροφορούν το κοινό. Η παραπληροφόρηση με την έννοια της παραπλανητικής, άστοχης, επιφανειακής, αποσπασματικής ή άσχετης πληροφόρησης, που ουσιαστικά αποπροσανατολίζει και παράλληλα δημιουργεί την αίσθηση ότι είμαστε ενημερωμένοι, αποτελεί πλέον χαρακτηριστικό της σύγχρονης ενημέρωσης (Postman, 1998).

Ακόμη και οι διαφημίσεις είναι μελετημένες στη λεπτομέρεια, ώστε να είναι ευχάριστες οπτικά και ενδιαφέρουσες ακουστικά. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα οι διαφημίσεις ξεχωρίζουν αισθητικά και καλλιτεχνικά (Postman, 1998). Ο πραγματικός αντίκτυπος της διαφήμισης βρίσκεται στα πολιτισμικά προϊόντα μιας κοινωνίας. Οι διαφημίσεις χρησιμοποιούν αξίες, όπως αγάπη, φιλία, ευχαρίστηση, ευτυχία, τις οποίες και μεταβιβάζουν στην απόκτηση αντικειμένων ή υπηρεσιών. Η διαστρέβλωση των αξιών κατά αυτόν τον τρόπο έχει ως συνέπεια να διαφθείρονται και να υποτιμώνται τα γνήσια

συναισθήματα και να χρησιμοποιούνται με ανακρίβεια λέξεις που προηγουμένως υποδήλωναν άλλες έννοιες (Dyer, 1993).

Εκτός από τους τηλεοπτικούς παραγωγούς και οι διαφημιστές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των αξιών, των συνηθειών και του προσανατολισμού μιας κοινωνίας. Η διαφήμιση, όπως άλλωστε και η τηλεόραση, ιδιοποιείται στοιχεία του πραγματικού κόσμου και προσκαλεί το κοινό να βιώσει εξωπραγματικές καταστάσεις. Η ψευδαίσθηση αυτής της ζωής προσφέρει μεν μια αίσθηση ευτυχίας, επικυρώνοντας δε τον καταλωτικό τρόπο ζωής. Οι άνθρωποι μετατρέπονται σε σύμβολα ανάλογα με τα προϊόντα που καταναλώνουν. Δεν καθιστούν τους εαυτούς τους πραγματικούς, αλλά αναγνωρίσιμους σε σχέση με αυτά που αγοράζουν (Dyer, 1993).

Στη σύγχρονη τηλεοπτική πραγματικότητα, η αμετροέπεια, το αίμα, η υποκρισία, η οφθαλμολαγνεία και η υπερβολή τείνουν να αντικαταστήσουν τη σοβαρότητα, τη δεοντολογία, την ψύχραιμη και αμερόληπτη αντιμετώπιση των γεγονότων, τη νηφαλιότητα και ιδίως την ίδια τη λειτουργία της έντυπης και ηλεκτρονικής δημοσιογραφίας. Η σύγχρονη ενημέρωση αποτελεί συνδυασμό ενημέρωσης και ψυχαγωγίας. Επομένως, η τηλεοπτική ενημέρωση δεν είναι αυθεντική, αλλά δραματοποιημένη πληροφόρηση (Παπαθανασόπουλος, 1997).

Συμπεράσματα

Η σύγχρονη ενημέρωση αποτελεί συνδυασμό ενημέρωσης και ψυχαγωγίας. Η εμπορευματοποίηση και η ψυχαγωγική διάσταση των σύγχρονων τηλεοπτικών δελτίων ως απόρροια του έντονου ανταγωνισμού μεταξύ των καναλιών, έχουν εξαλείψει την ουσιαστική ενημέρωση. Τα χαρακτηριστικά αυτής της νέας κατηγορίας προγραμμάτων, της λεγόμενης «ενημερω-ψυχαγωγίας» (infotainment) είναι ο ερεθισμός, ο μύθος, η αίσθηση του τρομακτικού, του σπάνιου, του μοναδικού, ώστε να διατηρηθεί το κοινό καθηλωμένο στην οθόνη. Στη σύγχρονη εποχή οι τηλεοπτικές ειδήσεις προσανατολίζονται περισσότερο στον εντυπωσιασμό των αισθητήριων οργάνων μας παρά στη λογική.

Το μεγαλύτερο μέρος της αντίληψής μας αναφορικά με τον κόσμο είναι μια δεύτερη πραγματικότητα που μας μεταφέρεται μέσω των Μ.Μ.Ε.. Μάλιστα, η τηλεόραση δε μεταφέρει απλώς την πραγματικότητα, αλλά τη διαμορφώνει. Αυτό συνεπάγεται πως η αντίληψη του κοινού για τα ζητήματα δημόσιου ενδιαφέροντος διαμορφώνεται μέσω των τηλεοπτικών επιλογών. Σύμφωνα με τη «λογική των μέσων» στο πλαίσιο των ειδήσεων δίνεται έμφαση στη χρήση οπτικού υλικού, έντονων ρυθμών και στερεότυπων εκφράσεων προκειμένου να επιτευχθεί αμεσότητα καθώς επίσης και η

χρησιμοποίηση γοητευτικών παρουσιάσεων. Τα τηλεοπτικά δελτία προσφέρουν ουσιαστικά ελάχιστη ενημέρωση. Πλέον το ζητούμενο στον τηλεοπτικό λόγο είναι ο εντυπωσιασμός και όχι η πειθώς. Η μορφή των «χαρούμενων» τηλεοπτικών ειδήσεων που αποβλέπει φυσικά στην αύξηση της θεαματικότητας, έχει υιοθετηθεί πλέον ευρέως από τα διεθνή μέσα.

7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Εισαγωγή

Αλκοόλ: «νόμιμη» ουσία εξάρτησης

Ο άνθρωπος έχει κάνει χρήση και κατάχρηση πολλών ουσιών με τοξικές ιδιότητες κατά τη διάρκεια της πολιτισμικής του πορείας. Σήμερα, διεξάγονται έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο, που έχουν ως αντικείμενο τον εντοπισμό της αιτιολογίας και τη θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων που κάνουν χρήση διαφόρων ουσιών. Επιστημονικοί κλάδοι, όπως η Επιδημιολογία, η Ιατρική Επιστήμη, η Ψυχολογία και η Κοινωνιολογία, προσεγγίζουν το παραπάνω κοινωνικό φαινόμενο από διάφορες κατευθύνσεις (Ποταμιάνος, 2005). Τα πορίσματα των ερευνών αξιοποιούνται από τους ειδικούς στην προσπάθειά τους να δημιουργήσουν κατάλληλα και αποτελεσματικά προληπτικά προγράμματα αγωγής υγείας.

Πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν συχνά τους όρους «αλκοολικός» και «ναρκομανής», αναφερόμενοι στο άτομο που κάνει κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών αντίστοιχα. Το κοινό τους σημείο είναι ότι χρησιμοποιούν ουσίες, ικανές να οδηγήσουν σε σωματική και ψυχολογική εξάρτηση, οργανικές βλάβες ή ακόμη και το θάνατο σε ακραίες περιπτώσεις. Το κύριο χαρακτηριστικό της εξάρτησης είναι η τακτική λήψη της ουσίας για την πρόκληση του επιθυμητού αποτελέσματος και την αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης (Ποταμιάνος, 2005).

Παρόλο που το αλκοόλ και τα ναρκωτικά θεωρούνται ουσίες εξάρτησης, ωστόσο παρουσιάζουν μια ουσιαστική διαφορά. Το μεν αλκοόλ αποτελεί «νόμιμη» ουσία εξάρτησης με την έννοια ότι η χρήση του δεν διώκεται ποινικά, όπως άλλωστε και το τσιγάρο και επομένως είναι κοινωνικά αποδεκτά. Αντίθετα, ουσίες, όπως η κάνναβη, η κοκαΐνη, η ηρωίνη κ.τ.λ. θεωρούνται «παράνομες» και η χρήση τους στις περισσότερες χώρες αποτελεί αξιόποινη πράξη. Επιπλέον, εντοπίζονται διαφορές ως προς τον τρόπο χορήγησής τους, τη φαρμακολογική τους σύσταση και τις επιπτώσεις πάνω στο άτομο (Ποταμιάνος, 2005).

Το στίγμα που συνοδεύει τις «παράνομες» ουσίες εξάρτησης δεν ισχύει στον ίδιο βαθμό για τις «νόμιμες». Είναι σχεδόν φυσιολογικό και αποδεκτό το να πίνει κάποιος μετρημένα και να καπνίζει. Τα όρια της κοινωνικής ανοχής ξεπερνιούνται στην περίπτωση που κάποιος πίνει ανεξέλεγκτα προκαλώντας προβλήματα στον οικογενειακό, κοινωνικό ή επαγγελματικό του περίγυρο (Ποταμιάνος, 2005).

Ιστορία και ιδιότητες του αλκοόλ

Η ιστορία της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών ξεκινάει πιθανότατα με την απαρχή της ίδιας της ανθρώπινης ιστορίας και συγκεκριμένα όταν ανακαλύφθηκε τυχαία η δράση διαφόρων χυμών φρούτων που είχαν υποστεί ζύμωση (Μαρσέλος, 1997). Ιστορικές πηγές αναφέρουν ότι ήδη από το 3200 π.Χ. ήταν διαδεδομένη η καλλιέργεια αμπελιού στη Μέση Ανατολή και στην Ανατολική Μεσόγειο. Οι Αιγύπτιοι χρησιμοποιούσαν τον οίνο κυρίως σε θρησκευτικές τελετές, αλλά και σε ιατρικές πρακτικές, όπως μαρτυρούν πάπυροι και επιγραφές. Επίσης, στην Αίγυπτο γνώριζαν τη μύρα, που αποτελούσε ουσιαστικά ένα λαϊκό ποτό για τον ευρύ κόσμο στις εορταστικές τελετές (Υφαντής, 1990).

Τα παραπάνω δεδομένα κατονομάζουν δύο ευρύτατα γνωστές ιδιότητες των οινοπνευματωδών ποτών, τη διασκέδαση και τη χρήση τους για την περιποίηση των τραυμάτων (Μαρσέλος, 1997). Ανά τους αιώνες, το αλκοόλ έχει χρησιμοποιηθεί ως ουσία με αναλγητικές ιδιότητες και ως αναισθητικό στη χειρουργική. Πέρα απ' αυτά, το αλκοόλ θεωρείται τροφή, καύσιμη ύλη και φυσικά ουσία με ανασταλτικές ιδιότητες, που «διευκολύνει» τις κοινωνικές σχέσεις (Ποταμιάνος, 2005).

Η χρήση του οίνου ήταν πολύ διαδεδομένη στην αρχαία ελληνική κοινωνία. Στα ομηρικά έπη αναφέρονται σαφέστατα οι ιατρικές εφαρμογές του κρασιού. Σε όλες τις ομηρικές συνεστιάσεις υπάρχει κρασί, που εκφράζει τη συντροφική εγκαρδιότητα, τη φιλική διάθεση, τη σπονδή στους θεούς. Όμως είναι γνωστό ότι η υπερβολική κατανάλωση μπορεί να οδηγήσει σε μέθη, γεγονός κατακριτέο καθώς μπορεί να καταργήσει το φραγμό ανάμεσα στο ευγενές και το φαύλο. Αυτή η άποψη εκφράζεται και από τον Πλάτωνα, σύμφωνα με τον οποίο ο μεθυσμένος είναι ανάκτορος να διεκδικήσει κάποια ανώτερη μοίρα. Στις λαϊκές γιορτές που ήταν αφιερωμένες στο θεό Διόνυσο, η οινοποσία συνέβαλε στη μεταμόρφωση των ανθρώπων και στην εφήμερη ανατροπή της ιεραρχίας και τάξης (Υφαντής, 1990).

Οι Έλληνες και οι Ρωμαίοι είχαν επίγνωση της φαρμακολογικής ιδιότητας του κρασιού, όχι όμως και του αποστάγματος οίνου. Γι' αυτό, συνήθιζαν να αραιώνουν το κρασί, το οποίο υπολογίζεται ότι περιείχε περίπου 18% αιθυλική αλκοόλη. Ο οίνος εμπεριέχεται σε διάφορες εθιμοτυπικές και θρησκευτικές τελετουργίες, στοιχείο που διατηρήθηκε κατά το Μεσαίωνα με τη συμβολή της Εκκλησίας (Μαρσέλος, 1997). Η ανακάλυψη της απόσταξης από το χυμό του σταφυλίου αποδίδεται στον Πέρση γιατρό Rhazes (Ποταμιάνος, 2005) γύρω στο 1100 μ.Χ., ενώ η βελτίωση της τεχνικής οφείλεται στην άνθηση της Αλχημείας (Μαρσέλος, 1997).

Ο χυμός του σταφυλίου παρέμενε μέχρι το 17^ο αιώνα η μοναδική πηγή της αιθυλικής αλκοόλης, έως ότου ο Sylvius, καθηγητής στην Ιατρική Σχολή του Leyden, κατάφερε να αποστάξει καθαρό οινόπνευμα από χυλό δημητριακών και συγκεκριμένα από καρπούς

κέθρου. Το νέο οινοπνευματώδες ποτό ονομάστηκε Gin από τη γαλλική ονομασία του φυτού genievne. Παράλληλα με τις πρώτες εξαγωγές του ολανδικού Gin σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αρχίζουν να εμφανίζονται οι επιπτώσεις από την κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών. Το πρώτο μισό του 18^{ου} αιώνα καταγράφονται οι πρώτες κλινικές παρατηρήσεις αναφορικά με τις επιπτώσεις της κατανάλωσης οινοπνεύματος στη διατροφή και την υγεία των ανθρώπων (Μαρσέλος, 1997).

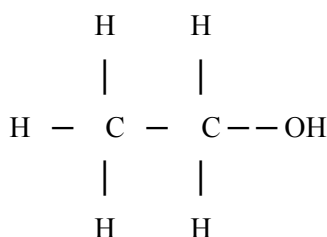
Το 1751 θεσπίζεται στην Αγγλία ειδικός νόμος (Gin Act), που επέβαλε φορολογία στο καθαρό οινόπνευμα, απαγόρευσε την ελεύθερη χρησιμοποίηση των αποστακτήρων και την αποθήκευση οινοπνεύματος, περιορίζοντας τουλάχιστον την εμπορική του διακίνηση. Εκείνη την εποχή, δημιουργούνται ορισμένα στερεότυπα σχετικά με τα οινοπνευματώδη ποτά, που διατηρούνται μέχρι σήμερα. Χαρακτηριστική είναι η σύνδεση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ με την ένδειξη ανδροπρέπειας (Μαρσέλος, 1997). Ο γιατρός Lettsom ανέλυσε για πρώτη φορά το 1792 την κατάχρηση οινοπνεύματος ως νόσο, ενώ το 1804 δόθηκε ένας πληρέστερος κατάλογος των δυσμενών επιπτώσεων του αλκοολισμού από τον Trotter (Υφάντης, 1990). Το 1819 ο Brühl-Cramer περιέγραψε την ιδεοληπτική κατανάλωση οινοπνεύματος, χαρακτηρίζοντάς τη ως «διψομανία» (Μαρσέλος, 1997).

Στο τέλος της δεκαετίας του 1840, ο σουηδός γιατρός Huss χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «αλκοολισμός» για την περιγραφή ατόμων που πίνουν σε υπερβολικό βαθμό (Ποταμιάνος, 2005). Η Ιατρική Επιστήμη χρησιμοποιεί κατά το 19^ο αιώνα την αιθυλική αλκοόλη ως τονωτικό του νευρικού συστήματος, ενώ αρχίζουν να δίνονται λεπτομερείς μελέτες για τις τοξικές επιπτώσεις του οινοπνεύματος (Μαρσέλος, 1997). Εκτός από τις επιπτώσεις στην υγεία και την κοινωνία, το αλκοόλ θεωρείται πλέον μέρος των έντονων κοινωνικών αλλαγών και της ανάπτυξης μιας τεράστιας βιομηχανίας οινοπνευματωδών ποτών. Αρχίζει να δυεισδύει όλο και περισσότερο στο νέο πληθυσμό. Το 1919 νομοθετείται η Ποτοαπαγόρευση στην Αμερική, η οποία ανακαλείται το 1935. Μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, παρατηρείται αύξηση της χρήσης αλκοόλ εξαιτίας της αμφισβήτησης των υπάρχουσών αξιών και συνθηκών, αλλά και της τάσης των σπουδαστών να πίνουν σύμφωνα με τα προστάγματα της μόδας. Το 1935 δημιουργούνται οι «Ανώνυμοι Αλκοολικοί» οριοθετώντας την έναρξη της κίνησης για τη θεραπεία του αλκοολισμού (Υφαντής, 1990).

Τι είναι το αλκοόλ

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη «Al Kohl» (Ποταμιάνος, 2005). Η αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη, δηλαδή το αλκοόλ που περιέχεται στα οινοπνευματώδη ποτά, είναι προϊόν αλκοολικής ζύμωσης της γλυκόζης. Αυτή η διαδικασία γίνεται συνήθως με την παρουσία σακχαρομυκητών, ενώ υπόστρωμα για τη ζύμωση αποτελούν κάποια φυσικά

προϊόντα, όπως τα σταφύλια, το άμυλο των δημητριακών κ.τ.λ. Η αιθυλική αλκοόλη είναι ένα άχρωμο υγρό με μάλλον ευχάριστη οσμή και γεύση, που διαλύεται εύκολα στο νερό. Η μέγιστη καθαρότητα του οινοπνεύματος μετά την απόσταξη φτάνει συνήθως το 95%. Η 100% καθαρότητα του οινοπνεύματος απαιτεί χημική επεξεργασία (Μαρσέλος, 1997). Ο χημικός τύπος της αιθανόλης είναι C₂H₅OH (Ποταμιάνος, 2005):



Η αιθυλική αλκοόλη αποτελείται μόνο από υδρογόνο και οξυγόνο, ενώ είναι το μόνο είδος αλκοόλης, που είναι ασφαλές για κατανάλωση απ' τον άνθρωπο. Η πρόσθεση ή η αφαίρεση ατόμων των παραπάνω στοιχείων παράγει άλλα είδη αλκοόλης (Ποταμιάνος, 2005). Οι περιεκτικότητες των πιο διαδεδομένων οινοπνευματωδών ποτών είναι: Ούζο: 20 – 25%, αλλά μπορεί να φτάσει μέχρι και 35%. Τσίπουρο: 20 – 30%. Κρασί: 10 – 11%. Μπίρα: 3 – 5%. Ουίσκυ: 40 – 45% (Υφαντής, 1990). Τα βαριά οινοπνευματώδη ποτά, όπως βότκα και ουίσκι, δυλίζονται περισσότερο, ώστε να γίνουν ισχυρότερα. Μ' αυτό τον τρόπο αυξάνεται η περιεκτικότητά τους σε αλκοόλ (ΟΚΑΝΑ, 2003).

Το αλκοόλ απορροφάται εύκολα και γρήγορα από ολόκληρο το πεπτικό σύστημα, καθώς είναι ήδη σε υγρή μορφή. Αν εξατμιστεί μπορεί να απορροφηθεί σχεδόν αμέσως από τους πνεύμονες. Ο ρυθμός απορρόφησης είναι μεταβλητός. Σ' ένα άτομο με άδειο στομάχι, περίπου το 20% της καταναλωθείσας αλκοόλης απορροφάται ταχέως, ενώ το υπόλοιπο 80% από το έντερο. Αντίθετα, η παρουσία τροφής επιβραδύνει την απορρόφηση. Ωστόσο, όλη η ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται απορροφάται από τον οργανισμό (Ποταμιάνος, 2005). Η ολοκλήρωση αυτής της διαδικασίας απαιτεί 2 – 6 ώρες (Μαρσέλος, 1997).

Η κατανομή της αιθυλικής αλκοόλης γίνεται ομοιόμορφα με την κυκλοφορία του αίματος σε όλα τα υγρά του σώματος (Μαρσέλος, 1997). Επίσης, όντας ευδιάλυτη στο νερό και το λίπος, διαχέεται σε όλους τους ιστούς και τους μυς του σώματος (Ποταμιάνος, 2005). Η συγκέντρωσή της στον εγκέφαλο παρουσιάζει ταχύτατη εξομοίωση με τη συγκέντρωση στο αίμα (Μαρσέλος, 1997). Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος του σώματος τόσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της τοξικότητας από την κατανάλωση αλκοόλ. Επιπλέον, η κατανομή του αλκοόλ στον οργανισμό εξαρτάται από το βάρος του ατόμου, καθώς ένα παχύ ή μυώδες άτομο παρουσιάζει χαμηλότερα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα απ' ότι ένα αδύνατο άτομο (Ποταμιάνος, 2005).

Το 80% του αλκοόλ μεταβολίζεται στο ήπαρ, το 10% αποβάλλεται με την εκπνοή και την ούρηση και το υπόλοιπο μεταβολίζεται σε άλλα σημεία του σώματος. Η αιθανόλη οξειδώνεται προς μια ουσία γνωστή ως ακεταλδεΐδη με τη βοήθεια του ενζύμου με την

ονομασία αλκοολική δεϋδρογενάση. Σύμφωνα με τον Peters (1982), υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις πως η ακεταλδεϋδη μπορεί να θεωρηθεί ως η βιοχημική βάση της εξάρτησης. Ο ρυθμός μεταβολισμού της αλκοόλης είναι σχετικά αργός, σταθερός και ανεξάρτητος από την καταναλωθείσα ποσότητα. Επομένως, η μέθη είναι αποτέλεσμα κατανάλωσης περισσότερης αλκοόλης ανά ώρα απ' ότι μπορεί να αντέξει ο ρυθμός μεταβολισμού σ' αυτή την ώρα (Ποταμιάνος, 2005).

Η μέθη ως αποτέλεσμα της κατάχρησης αλκοόλ εμφανίζεται τόσο με σωματικά όσο και με ψυχολογικά συμπτώματα, όπως αδυναμία κριτικής σκέψης και συγκέντρωσης, ευφορία, συναισθηματική αστάθεια, άρση των αναστολών ή αδυναμία συντονισμού των κινήσεων (OKANA, 2003). Τέλος, το 90% της ποσότητας αλκοόλ που καταναλώνει ένας άνθρωπος μεταβολίζεται, ενώ το υπόλοιπο 10% αποβάλλεται αναλλοίωτο από τους νεφρούς και τους πνεύμονες, γεγονός που προκαλεί τη δύσπνοια αναπνοή (Ποταμιάνος, 2005).

Οινοπνευματώδη ποτά

Αλκοολικό, αλκοολούχο ή οινοπνευματώδες ποτό ονομάζεται το υγρό που περιέχει οινόπνευμα (αιθανόλη) και προορίζεται για κατανάλωση. Η πλειοψηφία των αλκοολούχων ποτών παρασκευάζεται με ζύμωση. Στην περίπτωση των spirits (οινοπνευματώδη ποτά) ακολουθεί η απόσταξη (OKANA, 1999). Αλκοόλ είναι δυνατόν να παραχθεί από μια μεγάλη ποικιλία γεωργικών προϊόντων, όπως σταφύλια, κριθάρι, σάρι, φρούτα, δημητριακά και πατάτα (WHO, 2004). Συγκεκριμένα, η μύρα παρασκευάζεται με τη ζύμωση δημητριακών, όπως το βυνοποιημένο κριθάρι, το ρύζι, το κεχρί, με την προσθήκη λυκίσκου σε κάποια είδη. Τα κρασιά παράγονται από ζυμωμένους καρπούς κυρίως σταφυλιού. Άλλα παραδοσιακά ποτά είναι το σάκε, το υδρόμελι και το μηλόκρασο (OKANA, 1999).

Τα οινοπνευματώδη διαφέρουν ως προς το βασικό δημητριακό ή οπωρικό που έχουν ως πρώτη ύλη, π.χ. το ούισκι βασίζεται σε σίκαλη ή καλαμπόκι, η βότκα σε δημητριακό ή πατάτα κ.τ.λ. Αν και η αιθανόλη είναι η κύρια ψυχοδραστική ουσία που περιέχεται σε όλα τα κοινά αλκοολούχα ποτά, έχουν αναγνωριστεί μέχρι σήμερα χιλιάδες ομοειδή συστατικά. Σε σπάνιες περιπτώσεις, το οινόπνευμα συντίθεται με χημικό τρόπο, όπως από πετρέλαιο (OKANA, 1999).

Παρά τα περιορισμένα στοιχεία σχετικά με τις τιμές των αλκοολούχων ποτών, τα σπιτικά ή τοπικά ποτά θεωρούνται φθηνότερα σε σύγκριση με τις μάρκες ποτών μαζικής ή βιομηχανικής παραγωγής. Επομένως, τα πρώτα καταναλώνονται κυρίως από άτομα του χαμηλότερου οικονομικού επιπέδου, εκτός κι αν πρόκειται για οινοπνευματώδη ποτά με πολιτισμική ή τελετουργική αξία. Η επικίνδυνη σύσταση ορισμένων σπιτικών παραγόμενων ποτών καθιστά σε κάποιες περιπτώσεις αναγκαία για τη δημόσια υγεία την αντικατάστασή

τους από βιομηχανοποιημένα αλκοολούχα προϊόντα. Απ' την άλλη πλευρά, τα οινοπνευματώδη ποτά που παράγονται με παραδοσιακό τρόπο έχουν το πιθανό πλεονέκτημα ότι περιέχουν λιγότερο αλκοόλη, η παραγωγή τους αποτελεί ευκαιρία για εργασία και φυσικά συμβάλλει στη διατήρηση της τοπικής κουλτούρας (WHO, 2004).

Μια αρκετά μικρή ομάδα πολυεθνικών εταιρειών παράγει σε παγκόσμιο επίπεδο το μεγαλύτερο όγκο της μύρας από κριθάρι, περίπου το μισό των αποσταγμένων οινοπνευματωδών ποτών και γύρω στο 10% του κρασιού από σταφύλια (WHO, 2001). Οι εκάστοτε κυβερνήσεις επιδιώκουν να ελέγχουν την παραγωγή και να φορολογούν την πώληση οινοπνευματωδών ποτών. Τα αλκοολούχα ποτά που παράγονται παράνομα φέρουν διαφορετική ταυτότητα, ενώ συχνά περιέχουν δηλητηριώδης ουσίες. Για παράδειγμα, στην Ιρλανδία ονομάζονται poteen, στις πρώην χώρες της Σοβιετικής Ένωσης samogon και στις ΗΠΑ white lightning (OKANA, 1999). Εκτός από τα συνηθισμένα αλκοολούχα ποτά, τα λεγόμενα alcorops ή αλλιώς προαναμεμειγμένα ποτά έχουν κατακλύσει τη νεανική αγορά κυρίως εξαιτίας του μάρκετινγκ, της συσκευασίας και της γλυκιάς γεύσης τους. Ωστόσο, εγείρονται προβληματισμοί κατά πόσο τα alcorops μπορούν να οδηγήσουν τους νέους στην κατανάλωση ποτών με μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε αλκοόλη (WHO, 2004).

«Αλκοολισμός»

Όπως αναφέρθηκε ήδη, ο όρος αλκοολισμός επινοήθηκε από τον Magnus Huss το 1849. Αυτός ο παλαιός όρος αναφέρεται γενικά σε χρόνια συστηματική ή περιοδική κατανάλωση οινοπνεύματος, η οποία συνεπάγεται συχνά επεισόδια μέθης και μείωση του ελέγχου της χρήσης. Ο αλκοολισμός περιέγραφε περισσότερο τη χρήση ή την ιδέα του οινοπνεύματος παρά τις δυσμενείς του συνέπειες. Αρκετά περιορισμένη παρέμενε η αντίληψη του αλκοολισμού ως νόσου, καθώς μέχρι τη δεκαετία του '40 αναφερόταν βασικά στις σωματικές επιπτώσεις της μακροχρόνιας υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ (OKANA, 1999).

Το 1951 η έκθεση της ειδικής επιτροπής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είχε προτείνει ως ορισμό του φαινομένου του αλκοολισμού: *«Οποιοδήποτε είδος πόσης, που σε όλη του την έκταση υπερβαίνει την παραδοσιακή και συνηθισμένη χρήση στη διατροφή ή την κανονική συμμόρφωση με τις συνήθειες της κοινωνικής πόσης που ισχύουν μέσα σε μια κοινότητα ανεξαρτήτως των αιτιολογικών παραγόντων, οι οποίοι οδηγούν προς μια τέτοια συμπεριφορά και ακόμη ασχέτως προς το βαθμό στον οποίο τέτοιου είδους αιτιολογικοί παράγοντες εξαρτώνται από την κληρονομικότητα, τους κανόνες ή τις επίκτητες ψυχοπαθολογικές και βιολογικές επιδράσεις»* (WHO, 1952).

Ένα χρόνο αργότερα, η ειδική επιτροπή θεώρησε πως ο προηγούμενος ορισμός περιγράφει κατάλληλα τον όρο «υπερβολική πόση» («excessive drinking») και τον συμπεριέλαβε στον ακόλουθο ορισμό: *«Αλκοολικοί είναι εκείνοι οι υπερβολικοί πότες, των οποίων η εξάρτηση από το αλκοόλ έχει φτάσει σε τέτοιο σημείο, ώστε να εμφανίζει μια καταφανή ψυχική διαταραχή ή μια παρεμβολή στη σωματική και ψυχική υγεία, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ομαλή κοινωνική και οικονομική λειτουργία, ή να φανερώνει τα προδρομικά σημάδια τέτοιων εμφανίσεων. Γι' αυτό το λόγο χρήζουν θεραπείας»* (WHO, 1952).

Τη δεκαετία του 1960 διατυπώθηκαν έντονοι προβληματισμοί σχετικά με τη σαφήνεια και τη λειτουργικότητα των όρων «αλκοολισμός» και «αλκοολικός». Ο Jellinek (1960) υποστήριξε πως αυτοί οι όροι δηλώνουν «διαφορετικές καταστάσεις» σε διαφορετικά «πολιτισμικά περιβάλλοντα» (Ποταμιάνος, 2005). Ο ίδιος βασίστηκε στον ευρύ ορισμό του αλκοολισμού, δηλαδή στην έννοια της κατανάλωσης οινοπνεύματος που προκαλεί οποιοδήποτε τύπο βλάβης (σωματικής, ψυχολογικής, ατομικής κ.τ.λ.) και προχώρησε στην ταξινόμησή του σε πέντε κατηγορίες (τυπολογία αλκοολισμού κατά Jellinek) (OKANA, 1999).

Οι εκθέσεις του ΠΟΥ τις τελευταίες δεκαετίες μαρτυρούν την προσπάθεια εξεύρεσης ενός αποδεκτού ορισμού του κοινωνικού φαινομένου (Ποταμιάνος, 2005). Στις επόμενες εκθέσεις έγιναν διορθωτικές προτάσεις για την πληρέστερη αναφορά των ψυχικών, οργανικών και κοινωνικών δυσλειτουργιών, οι οποίες σχετίζονται με την κατάχρηση οινοπνεύματος. Το 1977 ο G. Edwards και οι συνεργάτες του διαφοροποίησαν το «σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ» (alcohol dependency syndrome) από τα «προβλήματα ή ανικανότητες που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ» (alcohol related disabilities) (Ποταμιάνος, 2005).

Το «σύνδρομο» αναφέρεται στη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ τα «προβλήματα» στις ψυχολογικές, σωματικές και κοινωνικές δυσλειτουργίες ή βλάβες, που οφείλονται στην χρήση και κατάχρηση οινοπνεύματος. Το «σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ» και τα «προβλήματα ή ανικανότητες» ενδέχεται είτε να συνυπάρχουν είτε να εμφανίζονται ανεξάρτητα το ένα από το άλλο. Οι σύγχρονες κλινικές έρευνες και προτάσεις για θεραπευτική αντιμετώπιση διαμορφώνονται σύμφωνα με τον παραπάνω διαχωρισμό. Ο ΠΟΥ έχει πλέον υιοθετήσει τις προτάσεις του Edwards αντικαθιστώντας τον όρο «αλκοολικός» με τον όρο «προβληματικός πότης» (Ποταμιάνος, 2005).

Εκτός από τον ευρύτατα χρησιμοποιούμενο όρο «υπερβολική πόση», η ποσότητα και ο τρόπος κατανάλωσης οινοπνευματωδών διακρίνεται ακόμη σε ποικίλες κατηγορίες χρήσης αλκοόλ. Η «πόση απόδρασης» (drinking escape) περιγράφει τη χρήση αλκοόλ ως συνέπεια της επιθυμίας απόδρασης από κάποιο δυσάρεστο συναίσθημα ή κατάσταση (OKANA, 1999). Η «κοινωνική πόση» (drinking social) σημαίνει κυριολεκτικά το να πίνει κάποιος με παρέα και όχι μόνος του. Ο όρος συνδέεται επίσης με την έννοια της μη προβληματικής χρήσης,

αλλά και της νουθεσίας με τη σημασία της χρήσης αλκοόλ σε συμμόρφωση με τις κοινωνικές προσταγές και τα χρηστά ήθη (OKANA, 1999).

Η «μέτρια πόση» (drinking moderate) είναι ελεγχόμενη και περιορίζεται σε μέτρια ποσότητα αλκοόλ, η οποία δεν προκαλεί προβλήματα. Αυτός ο όρος αντιπαραβάλλεται συχνά με την «πόση μεγάλων ποσοτήτων» (drinking heavy), που υπερβαίνει τη μέτρια ημερήσια ή εβδομαδιαία ποσότητα αλκοόλης. Η «προβληματική πόση» (drinking problem) είναι αυτή που οδηγεί σε πάσης φύσεως προβλήματα, όπως υγείας, οικογενειακά, κοινωνικά, ψυχικά. Αντίστοιχα, ο προβληματικός πότης είναι το άτομο του οποίου η συνήθεια να πίνει έχει επιφέρει προβλήματα υγείας κ.τ.λ. (OKANA, 1999).

Παλαιότερα, όροι όπως «διψομανία» και «εθισμός» αναφέρονταν στην ανεξέλεγκτη πόση. Ο όρος καθ' ἑξίν μέθη είχε την έννοια της συνήθειας της μέθης και των δυσάρεστων αποτελεσμάτων της. Στις σύγχρονες νοσολογίες επικρατεί πλέον η αντίληψη του αλκοολισμού ως νόσου πρωτοπαθούς βιολογικής αιτιολογίας με προβλέψιμη φυσική πορεία. Η εξάρτηση από το οινόπνευμα είναι γενικά αποδεκτή κατά αναλογία προς την εξάρτηση από άλλες τοξικές ουσίες (OKANA, 1999).

Το σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ

Ο όρος εξάρτηση, όταν εφαρμόζεται στο οινόπνευμα και άλλες ουσίες, σημαίνει ανάγκη επαναλαμβανόμενων δόσεων της εκάστοτε ουσίας για να αισθάνεται καλά το άτομο ή για να αποφεύγει τυχόν δυσάρεστα συναισθήματα. Στην περίπτωση που δεν προσδιορίζεται επακριβώς, η εξάρτηση αναφέρεται τόσο σε σωματικά όσο και σε ψυχολογικά στοιχεία. Η σωματική ή φυσιολογική εξάρτηση σχετίζεται με την ανοχή και τα συμπτώματα στέρησης, ενώ η ψυχολογική ή ψυχική εξάρτηση αναφέρεται στην κατάσταση του μειωμένου ελέγχου της χρήσης ουσιών (OKANA, 1999).

Το σύνδρομο εξάρτησης ορίζεται γενικά ως μια σειρά συμπεριφορικών, γνωσιακών και φυσιολογικών φαινομένων, που μπορούν να εκδηλωθούν μετά από επαναλαμβανόμενη χρήση μιας ουσίας. Ανάμεσα στα φαινόμενα περιλαμβάνονται η επιθυμία και η επιμονή λήψης της ουσίας παρά τις βλαπτικές επιπτώσεις, ο μειωμένος έλεγχος της χρήσης της, προτεραιότητα στη χρήση της ουσίας και παράλληλη αμέλεια άλλων δραστηριοτήτων, αυξημένη ανοχή και εμφάνιση στερητικού συνδρόμου σε περίπτωση διακοπής της ουσίας (OKANA, 1999). Ο Edwards (1977) ανέπτυξε στο δημοσίευσμά του «The alcohol dependence syndrome: Usefulness of an idea» τις έννοιες του συνδρόμου εξάρτησης και του προβληματικού πότη και συνέβαλε στην αναθεώρηση των επικρατουςών απόψεων περί αλκοολισμού. Σύμφωνα με τον Edwards, το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ αναφέρεται στη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση του ατόμου απ' αυτή την ουσία. Το

σύνδρομο εξάρτησης περιλαμβάνει τα ακόλουθα επτά συμπτώματα, που χαρακτηρίζουν το εξαρτημένο από το οινόπνευμα άτομο (Ποταμιάνος, 2005):

1. **Συγκεκριμένες περιόδους κατανάλωσης.** Το άτομο δεν πίνει πλέον τυχαία, αλλά η κατανάλωση γίνεται πιο «συγκεκριμένη». Το άτομο πίνει πάντα στις ίδιες περιόδους (π.χ. βράδυ) άσχετα με την ποσότητα του οινόπνευματος
2. **Προτεραιότητα στην κατανάλωση του αλκοόλ.** Το άτομο θέτει ως προτεραιότητα την ανάγκη για κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα
3. **Αυξημένη ανοχή στο αλκοόλ.** Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από το σύνδρομο εξάρτησης του αλκοόλ χρειάζονται όλο και μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλης για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες που τους οδηγούν στην κατανάλωση οινόπνευματος
4. **Επαναλαμβανόμενα συμπτώματα στέρησης.** Στην περίπτωση εξάρτησης από το αλκοόλ, όπως συμβαίνει και με άλλες ουσίες εξάρτησης, το άτομο παρουσιάζει κάποια συμπτώματα στέρησης κατά την αποχή του απ' αυτό. Ανάμεσα σ' αυτά είναι άγχος, ψευδαισθήσεις, προσωρινή αμνησία και τρομώδες παραλήρημα.
5. **Αποφυγή ή ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης.** Ο προβληματικός πότης καταναλώνει αλκοόλ για να αποφύγει την εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης και να μπορέσει να λειτουργήσει «φυσιολογικά».
6. **Ο συνειδητός καταναγκασμός του πότη.** Ο προβληματικός πότης αρνείται ότι κάνει κατάχρηση οινόπνευματος ιδίως όταν αυτό το γεγονός σχολιάζεται από άτομα του περιβάλλοντός του. Ωστόσο, ο ίδιος έχει συνείδηση του καταναγκασμού του να πίνει, γεγονός που αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο του συνδρόμου στέρησης.
7. **Επαναφορά του συνδρόμου.** Η πιθανότητα επανεμφάνισης του συνδρόμου μετά από περίοδο αποχής.

Τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου στέρησης από το αλκοόλ συνοψίζονται στα εξής: πρώτον, όλοι οι πότες που παρουσιάζουν προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση οινόπνευματων δεν είναι απαραίτητα και εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Ωστόσο, η εξάρτηση είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που δημιουργούνται από την κατανάλωση αυτής της ουσίας. Δεύτερον, το σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ είναι μια «ψυχοφυσιολογική διαταραχή» ως αποτέλεσμα της διαρκούς αλληλεπίδρασης σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Τα άτομα που θεωρούνται ως εξαρτημένα από το αλκοόλ δεν παρουσιάζουν απαραίτητα όλα τα παραπάνω συμπτώματα ούτε στην ίδια ένταση (Ποταμιάνος, 2005).

Προβληματικός πότης

Ο ορισμός της έννοιας «αλκοολισμός» και «αλκοολικός» εξακολουθεί να προβληματίζει τους ερευνητές. Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως, καθίσταται σαφές ότι ο όρος «αλκοολικός» είναι μονοδιάστατος με αποτέλεσμα να μη μπορεί να προσδιορίζει επιτυχώς όλους τους τύπους ατόμων που κάνουν χρήση οινοπνεύματος. Σε καμία περίπτωση δεν παρουσιάζουν απαραίτητα όλοι οι «αλκοολικοί» τα ίδια συμπτώματα, με την ίδια ένταση. Επομένως, παρατηρείται μια σημαντική ανομοιογένεια στο πληθυσμό που κάνει χρήση οινοπνεύματος. Εφόσον ο όρος «αλκοολικός» είναι γενικός, αόριστος και μη λειτουργικός, είναι αδύνατον να περιγράψει την πολυμορφία του κοινωνικού φαινομένου (Ποταμιάνος, 2005).

Ο όρος «αλκοολικός» τείνει πλέον να αντικατασταθεί από τον όρο «προβληματικός πότης». Η σημασία της τελευταίας λέξης οριοθετείται από δύο διαφορετικές έννοιες, το σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ και τα προβλήματα ή τις ανικανότητες που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ και περιλαμβάνει τις ακόλουθες περιπτώσεις (Ποταμιάνος, 2005):

1. Άτομα που χαρακτηρίζονται από το σύνδρομο της εξάρτησης από το αλκοόλ, αλλά δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας.
2. Άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα υγείας σχετιζόμενα με την κατανάλωση αλκοόλ χωρίς όμως να χαρακτηρίζονται από σύνδρομο εξάρτησης.
3. Άτομα που συνδυάζουν τόσο προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση οινοπνεύματος όσο και σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ.

Αυτές οι διαφορετικές περιπτώσεις είναι ενδεικτικές για τη χρησιμότητα και τη λειτουργικότητα του όρου «προβληματικός πότης» σε σύγκριση με τον όρο αλκοολικός, καθώς περιγράφει σε μεγαλύτερο βαθμό την ανομοιογένεια των ατόμων που καταναλώνουν αλκοόλ (Ποταμιάνος, 2005).

Μοντέλα αλκοολισμού

Η συσσώρευση γνώσης και η διαρκής επιστημονική και κοινωνική εξέλιξη είναι καθοριστικοί παράγοντες για τη διατύπωση των διαφόρων θεωριών σχετικά με τον αλκοολισμό. Αυτές οι θεωρίες εκφράζονται μέσα από τα μοντέλα αλκοολισμού, τα οποία τονίζουν δύο σημαντικά σημεία. Πρώτον, δίνουν έμφαση στο γεγονός ότι οι αντιλήψεις και οι στάσεις μας απέναντι στον αλκοολισμό, τα αίτια που δημιούργησαν το πρόβλημα, η θεραπευτική αντιμετώπιση κ.τ.λ. δεν είναι στατικά. Είναι επόμενο να διατυπώνονται νέα μοντέλα τα οποία αμφισβητούν τα παλαιότερα. Δεύτερον, εφόσον τα μοντέλα αλκοολισμού

προσεγγίζουν το φαινόμενο από διαφορετική οπτική γωνία και βρίσκονται υπό συνεχή εξέλιξη, είναι αυτονόητο ότι ορίζουν και περιγράφουν διαφορετικά το φαινόμενο του αλκοολισμού (Ποταμιάνος, 2005).

Τα κυριότερα μοντέλα προσέγγισης του αλκοολισμού είναι τα εξής:

1. Το Ψυχοδυναμικό μοντέλο

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση ήταν από τις πρώτες προσπάθειες που πραγματοποιήθηκαν για την κατανόηση του φαινομένου του αλκοολισμού. Βασίζεται κυρίως στην φροϋδική ψυχαναλυτική θεωρία, όπως επίσης και σ' εκείνες των Adler και Jung. Το 1915 δημοσιεύτηκαν τα πρώτα κείμενα περί αλκοολισμού. Το 1916 ο ψυχαναλυτής Ferenczi χαρακτήρισε τον αλκοολισμό ως ένα έκδηλο σύμπτωμα της συμπεριφοράς του ατόμου με λανθάνουσα ομοφυλοφιλία. Εκείνη την εποχή, η ομοφυλοφιλία αντιμετωπιζόταν ως σύμπτωμα ψυχοπαθολογίας και ερμηνευόταν ως «συναισθηματική ανωριμότητα», η οποία οδηγούσε τους ομοφυλόφιλους και σε άλλες «ανώριμες» συμπεριφορές, όπως ο αλκοολισμός (Ποταμιάνος, 2005).

Τρεις δεκαετίες μετά, ο ψυχαναλυτής Fenichel (1944) παρατήρησε την «εναλλασσόμενη και κυκλική» συμπεριφορά του ατόμου που κάνει κατάχρηση κατά περιόδους και συμπέρανε ότι ο αλκοολισμός έχει το ίδιο ψυχικό περιεχόμενο με εκείνο της μανιοκατάθλιψης. Αυτό σημαίνει πως στον «περιοδικό» αλκοολικό παρατηρούνται εναλλαγές μεταξύ «φυσιολογικής» και «αλκοολικής» συμπεριφοράς, όπως αντίστοιχα στη μανιοκατάθλιψη επισυμβαίνουν εναλλαγές μεταξύ μανίας και κατάθλιψης. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση έδινε ειδικό βάρος όχι μόνο στη συμπεριφορά, αλλά και στην προσωπικότητα του αλκοολικού. Οι Kessel & Walton (1979) αναφέρουν στο βιβλίο «Αλκοολισμός» δύο διαστάσεις που χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα του αλκοολικού (Ποταμιάνος, 2005):

Καθίλωση και εξάρτηση

Μερικά άτομα δεν συμπεριφέρονται ως ενήλικες. Αυτό οφείλεται στην καθίλωση σ' ένα από τα στάδια της ψυχολογικής ανάπτυξης του ατόμου και ιδιαίτερα στο «στοματικό στάδιο». Η ανάπτυξη ανώριμης προσωπικότητας σε έναν ενήλικα επιτείνεται από την προσκόλληση στους γονείς και κυρίως την εξάρτηση από τη μητέρα. Η καθίλωση και η εξάρτηση δημιουργούν πιέσεις στο άτομο ιδίως όταν καλείται ν' αναλάβει πολλαπλούς κοινωνικούς ρόλους, στρέφοντάς το προς την κατάχρηση αλκοόλ ως μέσο ανακούφισης από την πίεση (Ποταμιάνος, 2005).

Άμεση ικανοποίηση αναγκών

Αυτή η διάσταση αναλύει έναν ακόμη παράγοντα που ενισχύει την εξάρτηση των παιδιών απ' τους γονείς. Η υπερπροστατευτική συμπεριφορά των γονιών και η τάση για άμεση ικανοποίηση των αναγκών των παιδιών ενδέχεται να οδηγήσουν κάποιον στον αλκοολισμό είτε ως αδιέξοδο στην προσωπική δυσφορία που βιώνει το άτομο επειδή π.χ. δεν

ικανοποιήθηκαν οι προσδοκίες του είτε γιατί το αλκοόλ αποτελεί μια άμεση και φτηνή λύση για την αντιμετώπιση αυτής της δυσάρεστης διάθεσης (Ποταμιάνος, 2005).

2. Το Ιατρικό μοντέλο

Το ιατρικό μοντέλο είναι το παλαιότερο απ' όλες τις προσεγγίσεις και αναφέρεται στις βλάβες που προκαλούνται από την κατάχρηση αλκοόλης. Επιστημονικά άρθρα εμφανίζονται ήδη από το 1850 στην αμερικανική βιβλιογραφία. Οι υποστηρικτές του συγκεκριμένου μοντέλου αντιμετωπίζουν τον αλκοολισμό ως αρρώστια και όχι ως κοινωνικό φαινόμενο με επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. Οι σύγχρονες απόψεις για την «ιατρικοποίηση» του αλκοολισμού οφείλονται στο βιβλίο «The disease concept of Alcoholism» (1960) του αμερικανού ψυχιάτρου E. M. Jellinek. Η μεγάλη του προσφορά έγκειται στο γεγονός ότι ο αλκοολικός άρχισε να θεωρείται «άρρωστος» που χρήζει ιατρικής βοήθειας, αλλάζοντας τη μέχρι τότε επικρατούσα αντίληψη και στερεότυπο του ανίκανου να εργαστεί, να συνεισφέρει στην κοινωνία και με χαμηλό δείκτη νοημοσύνης αλκοολικού (Ποταμιάνος, 2005).

Επιπλέον, ο Jellinek προσδιόρισε τις διάφορες διαστάσεις του αλκοολισμού διαιρώντας τον αλκοολικό σε πέντε βασικές κατηγορίες ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που παρουσιάζει (Μαρσέλος, 1997, Ποταμιάνος, 2005):

Τύπος Α: Το άτομο παρουσιάζει ψυχολογική εξάρτηση απ' το αλκοόλ, που σχετίζεται με την ανάγκη καταπράυνσης κάποιας ψυχικής έντασης

Τύπος Β: Δεν παρατηρείται ψυχολογική ή σωματική εξάρτηση σε σημαντικό βαθμό. Ωστόσο, η τακτική χρήση αλκοόλ, αν και ελεγχόμενη, χαρακτηρίζεται από σωματικές διαταραχές

Τύπος Γ: Προοδευτική σωματική εξάρτηση και αλλοιωμένη βιολογική αντίδραση στο αλκοόλ, που οδηγεί σε αδυναμία ελέγχου της ποσότητας οινοπνεύματος που καταναλώνει το άτομο

Τύπος Δ: Η εξάρτηση παρουσιάζει όλους τους προηγούμενους χαρακτήρες, αλλά το άτομο αδυνατεί ν' απέχει από το αλκοόλ

Τύπος Ε: Αφορά στην περιστασιακή κατάχρηση οινοπνεύματος. Αυτός ο τύπος έχει χαρακτηριστεί ως «διψομανία»

Η τυπολογία του Jellinek είναι ιδιαίτερα σημαντική για την κατανόηση του φαινομένου του αλκοολισμού παρά τις όποιες αμφισβητήσεις έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς. Η τυπολογία του προσδιόρισε την έννοια της πολυδιάστατης φύσης του αλκοολισμού και στάθηκε αφορμή για την ανάπτυξη μιας ανανεωμένης προσέγγισης του φαινομένου. Επιπλέον, η «ιατρικοποίηση» του αλκοολισμού κατέστησε τον αλκοολικό κοινωνικά αποδεκτό ως «άρρωστος» και άτομο που χρήζει θεραπείας, επαναπροσδιορίζοντας τις στάσεις απέναντι στο κοινωνικό φαινόμενο (Ποταμιάνος, 2005).

3. Το Συμπεριφορικό μοντέλο

Αυτή η προσέγγιση βασίζεται στις θεωρίες της μάθησης. Συγκεκριμένα, συνδέεται με τα πειράματα του ρώσου φυσιολόγου Pavlov και την ανάπτυξη της θεωρίας της «κλασικής εξάρτησης», του αμερικανού ψυχολόγου Watson (1919), υποστηρικτή της «θεραπείας της συμπεριφοράς» καθώς επίσης και την προσέγγιση της «συντελεστικής μάθησης» με πρωταγωνιστή τον ψυχολόγο Skinner (1938). Οι θεωρίες της μάθησης υποστηρίζουν ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μιας σειράς αντιδράσεων του ατόμου σε εξαρτημένα και ανεξάρτητα ερεθίσματα. Επομένως, συγκεκριμένα ερεθίσματα μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγή μιας δεδομένης συμπεριφοράς. Αναφορικά με το αλκοόλ, η συμπεριφορική προσέγγιση υποστηρίζει ότι η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος μπορεί να οδηγήσει στον αλκοολισμό καθώς το άτομο «μαθαίνει» να πίνει υπερβολικά γιατί συνδέει αυτή τη συμπεριφορά είτε με τη διασκέδαση είτε με την αποφυγή δυσάρεστων συναισθημάτων. Τεχνικές του συμπεριφορικού μοντέλου, όπως η «συστηματική αποευσαιθητοποίηση» έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του αλκοολισμού. Ωστόσο, αυτή η προσέγγιση έχει δεχτεί κριτική καθώς πιστεύεται ότι θεραπεύει το σύμπτωμα, αλλά όχι και την αιτία του φαινομένου (Ποταμιάνος, 2005).

4. Το Κοινωνιολογικό μοντέλο

Η επιστήμη της Κοινωνιολογίας συμβάλει εμπειρικά στη μελέτη και θεραπεία του αλκοολισμού μέσω του εντοπισμού των ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που οδηγούν στην εξάρτηση από το αλκοόλ. Οι σύγχρονες απόψεις αντιμετωπίζουν τον αλκοολισμό ως ένα σύνθετο φαινόμενο με ποικίλες αιτίες και επιπτώσεις τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στην οικογένεια, την κοινωνία, την εργασία, αλλά και την οικονομία. Η πληρέστερη κατανόηση του φαινομένου απαιτεί τη διερεύνηση πολλών παραγόντων, που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, όπως βιολογικοί, γενετικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, ψυχολογικοί και πολιτισμικοί (Ποταμιάνος, 2005).

5. Οι ανθρωπολογικές - εθνογραφικές προσεγγίσεις

Οι διάφοροι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες προσμετρούνται από πολλούς επιστήμονες ως παράμετροι που επηρεάζουν την αλληλεπίδραση οινοπνεύματος και ανθρώπινης συμπεριφοράς. Μια συνολική θεώρηση των ανθρωπολογικών μελετών καταδεικνύει τους τρόπους με τους οποίους το αλκοόλ έχει ενσωματωθεί στις κοινωνικές σχέσεις και στα κοινωνικο-πολιτισμικά συστήματα σε όλο τον κόσμο. Για παράδειγμα ο Heath (1987) συσχετίζει το αλκοόλ με παράγοντες όπως φυλή, εθνότητα, υγεία, θρησκεία, οικονομία, πολιτική, επικοινωνία, φύλο και αναπαραγωγή, εγκληματικότητα, κοινωνική αλλαγή και διάλυση της οικογένειας (Gefou – Madianou, 1992). Οι ανθρωπολογικές προσεγγίσεις είναι εκείνες που αποκάλυψαν την ποικιλία των πεποιθήσεων και των αντιδράσεων απέναντι στο αλκοόλ σε διάφορες κοινωνίες. Αυτή η ποικιλία διακρίνει όλους

τους τύπους συμπεριφοράς προς τα ποτά και εκτείνεται από μη αλκοολούχα ροφήματα μέχρι την κατάχρηση οινοπνεύματος και τη μέθη και από την εκτίμηση της εκστατικής και υπερβατικής δύναμης της αλκοόλης έως τις διαμαρτυρίες για την ανηθικότητα της κατανάλωσης οινοπνεύματος (Gefou – Madianou, 1992).

Από τη δεκαετία του '80 και μετά αρχίζουν να διεξάγονται εθνογραφικές και επιδημιολογικές έρευνες με αντικείμενο τη σημασία της κατανάλωσης και της κατάχρησης αλλά και της αποχής από το αλκοόλ σε διάφορες κοινωνίες. Επίσης, οι ανθρωπολογικές προσεγγίσεις έχουν ασχοληθεί μέχρι ενός βαθμού με τη σύνδεση θρησκείας και χρήσης αλκοόλ, επικεντρώνοντας ιδίως σε δύο ακραία παραδείγματα, τους Εβραίους και τους Ιρλανδούς και τον τρόπο με τον οποίο ενσωματώθηκαν στην αμερικανική κοινωνία. Ενώ λοιπόν οι εβραϊκές θρησκευτικές πρακτικές λειτουργούν ως αποτρεπτικοί παράγοντες για τη μέθη και τον αλκοολισμό, η έλλειψη οικογενειακών τελετουργικών σε συνδυασμό με την τάση για κατανάλωση οινοπνεύματος σε μπαρ και την οικονομική δυσχέρεια καθιστά αποδεκτή την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τους Ιρλανδούς (Gefou – Madianou, 1992).

Ερωτήματα, όπως τι είδους ποτά καταναλώνει κανείς, σε τι ποσότητα, πότε, με ποιο τρόπο, με ποιον πίνει, αν είναι κερασμένα κ.τ.λ., επιδέχονται διαφορετικές απαντήσεις σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. Συμπερασματικά, οι ανθρωπολόγοι, όπως η Douglas (1987) συνέβαλαν στη μελέτη του αλκοόλ ερευνώντας τις συνήθειες και τα έθιμα που σχετίζονται με τη χρήση και κατάχρησή του. Ωστόσο, η μονομερής επικέντρωση των ανθρωπολόγων στα «πολιτιστικά πλεονεκτήματα» του αλκοόλ και η αποφυγή ενασχόλησής τους με τα προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση οινοπνεύματος αποτέλεσε αφορμή για έντονη κριτική (Gefou – Madianou, 1992).

Συμπεράσματα

Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία γύρω από το αλκοόλ, μπορεί κανείς να εντοπίσει εκείνες τις χρήσεις του αλκοόλ, που σχετίζονται με διάφορες πλευρές της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Ανά τους αιώνες, το αλκοόλ έχει χρησιμοποιηθεί ως ουσία με αναλγητικές ιδιότητες και ως αναισθητικό στη χειρουργική. Επίσης, θεωρείται τροφή, καύσιμη ύλη και ουσία με ανασταλτικές ιδιότητες, που «διευκολύνει» τις κοινωνικές σχέσεις. Η αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη είναι προϊόν αλκοολικής ζύμωσης της γλυκόζης και είναι το μόνο ασφαλές είδος αλκοόλης για κατανάλωση. Αλκοολικό, αλκοολούχο ή οινοπνευματώδες ποτό ονομάζεται το υγρό που περιέχει αιθανόλη και προορίζεται για κατανάλωση. Παρόλο που το αλκοόλ και τα ναρκωτικά θεωρούνται ουσίες εξάρτησης, ωστόσο παρουσιάζουν μια ουσιαστική διαφορά. Το μεν αλκοόλ

αποτελεί «νόμιμη» ουσία εξάρτησης με την έννοια ότι η χρήση του δεν διώκεται ποινικά, όπως και το τσιγάρο, ενώ είναι κοινωνικά αποδεκτά. Αντίθετα, ουσίες, όπως η κάνναβη, η κοκαΐνη, η ηρωίνη κ.τ.λ. θεωρούνται «παράνομες».

Το αλκοόλ απορροφάται εύκολα και γρήγορα από ολόκληρο το πεπτικό σύστημα, καθώς είναι ήδη σε υγρή μορφή. Ο ρυθμός απορρόφησης είναι μεταβλητός και επιβραδύνεται από την παρουσία τροφής. Ωστόσο, όλη η ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται απορροφάται από τον οργανισμό. Ο ρυθμός μεταβολισμού της αλκοόλης είναι σχετικά αργός, σταθερός και ανεξάρτητος από την καταναλωθείσα ποσότητα. Επομένως, η μέθη είναι αποτέλεσμα κατανάλωσης περισσότερης αλκοόλης ανά ώρα απ' ότι μπορεί να αντέξει ο ρυθμός μεταβολισμού.

Ο όρος «αλκοολισμός» επινοήθηκε από τον Magnus Huss το 1849. Αρχικά, περιέγραφε περισσότερο τη χρήση ή την ιδέα του οινοπνεύματος παρά τις δυσμενείς του συνέπειες, ενώ αρκετά περιορισμένη παρέμενε η αντίληψη του αλκοολισμού ως νόσου. Τη δεκαετία του 1960 διατυπώθηκαν έντονοι προβληματισμοί σχετικά με τη σαφήνεια και τη λειτουργικότητα των όρων «αλκοολισμός» και «αλκοολικός». Ο Jellinek υποστήριξε πως δηλώνουν «διαφορετικές καταστάσεις» σε διαφορετικά «πολιτισμικά περιβάλλοντα». Το 1977 ο Edwards και οι συνεργάτες του διαφοροποίησαν το «σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ» από τα «προβλήματα ή ανικανότητες που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ». Το σύνδρομο εξάρτησης ορίζεται γενικά ως μια σειρά συμπεριφορικών, γνωσιακών και φυσιολογικών φαινομένων, που μπορούν να εκδηλωθούν μετά από επαναλαμβανόμενη χρήση μιας ουσίας. Ο μονοδιάστατος όρος «αλκοολικός» τείνει πλέον να αντικατασταθεί από τον όρο «προβληματικός πότης». Τέλος, τα κυριότερα μοντέλα προσέγγισης του αλκοολισμού είναι: το Ψυχοδυναμικό, το Ιατρικό, το Συμπεριφορικό, το Κοινωνιολογικό μοντέλο και οι ανθρωπολογικές - εθνογραφικές προσεγγίσεις.

8^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Αιτιολογία του αλκοολισμού

Το φαινόμενο του αλκοολισμού αφορά όλους τους ανθρώπους κάθε ηλικίας, φύλου, επαγγελματικής ιδιότητας, μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Το στερεότυπο του αλκοολικού άστεγου είναι προ πολλού ξεπερασμένο και σε καμία περίπτωση δεν αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα και τις διαστάσεις του φαινομένου. Οι αιτίες του αλκοολισμού είναι πολυπαραγοντικές, σύμφωνα με έρευνες των τελευταίων ετών, και συνοψίζονται στις ακόλουθες (Ποταμιάνος, 2005):

1. Ψυχολογικοί παράγοντες: η αλκοολική προσωπικότητα

Τα ψυχολογικά αίτια του αλκοολισμού συνδέονται άμεσα με την ψυχοδυναμική προσέγγιση. Πολλοί μελετητές κατά το παρελθόν συσχέτιζαν το αλκοολικό άτομο με συγκεκριμένες συμπεριφορές. Συγκεκριμένα, υποστήριζαν ότι η ανάπτυξη της λεγόμενης «αλκοολικής προσωπικότητας» οδηγεί στην κατάχρηση οινοπνεύματος. Οι σύγχρονοι ερευνητές έχουν αποφανθεί πως η «αλκοολική προσωπικότητα» είναι ανύπαρκτη. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Taylor (1981), «... Πριν από μερικά χρόνια είχαν γίνει επίπονες προσπάθειες για τον εντοπισμό της αλκοολικής προσωπικότητας, δηλαδή τον τύπο του ατόμου που εμφάνιζε ένα σύνολο από χαρακτηριστικά τα οποία είχαν άμεση σχέση με την ανάπτυξη του αλκοολισμού... Σήμερα οι εμπειρογνώμονες πιστεύουν ότι ο καθένας μπορεί να γίνει αλκοολικός κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες...» (Ποταμιάνος, 2005).

2. Κοινωνικοί παράγοντες

Η δομή και η οργάνωση της σύγχρονης κοινωνίας, οικογένειας και εργασίας αποτελούν παράγοντες αιτιολογίας του αλκοολισμού. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από την παρουσία και κατανάλωση αλκοόλ στη διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναλλαγών είτε αυτές πραγματοποιούνται σε εκδηλώσεις ή γιορτές είτε σε επαγγελματικές συσκέψεις. Επιπλέον, οι πιέσεις που απορρέουν από κοινωνικά προβλήματα, όπως η ανεργία, η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων, είναι πιθανό να στρέψουν έναν αριθμό ατόμων στη χρήση αλκοόλ. Γι' αυτό εξάλλου οι σύγχρονες θεωρίες κατατάσσουν πλέον τον αλκοολισμό στα κοινωνικά φαινόμενα (Ποταμιάνος, 2005).

Ορισμένοι κοινωνικοί παράγοντες οδηγούν στην κατανάλωση αλλά και στην κατάχρηση αλκοόλης. Οι κυριότερες αιτίες που σχετίζονται με την «κοινωνική διάσταση» του αλκοόλ είναι:

Δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ

Υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της δυνατότητας πρόσβασης στο αλκοόλ και του αριθμού αλκοολικών. Χαρακτηριστικά, ο γάλλος επιδημιολόγος Requinot (1974) έδειξε ότι

κατά την περίοδο 1941 – 47 μειώθηκε η θνησιμότητα εξαιτίας κίρρωσεως του ήπατος κατά 80%, όταν μειώθηκε η παραγωγή και κατανάλωση κρασιού λόγω του πολέμου (Ποταμιάνος, 2005). Παρόμοιες μελέτες καταλήγουν σε ίδια συμπεράσματα.

Τιμή, νομιμότητα, κοινωνική αποδοχή

Το αλκοόλ είναι μια «νόμιμη» ουσία εξάρτησης. Οποιοσδήποτε μπορεί να προμηθευτεί οιοποινευματοδόη ποτά σε χώρους διασκέδασης, σε σημεία πώλησης, μέχρι και σε περίπτερα με μια μικρή οικονομική επιβάρυνση. Σε αντίθεση με τις «παράνομες» ουσίες εξάρτησης, το αλκοόλ δεν διώκεται ποινικά αλλά επιπλέον η χρήση του είναι κοινωνικά αποδεκτή (Ποταμιάνος, 2005).

Κοινωνικό περιβάλλον

Πολλοί άνθρωποι και ιδίως νέοι καταναλώνουν αλκοόλ ύστερα από παρότρυνση του κοινωνικού και φιλικού τους περιβάλλοντος. Η ανάγκη ένταξης και συμμετοχής του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα, δημιουργεί πίεση για την υιοθέτηση συμπεριφορών, όπως είναι η χρήση οιοποινευματοδόων ποτών (Ποταμιάνος, 2005). Μια πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Νέα Ζηλανδία με αντικείμενο τις κοινωνικές νόρμες της «αλκοολικής συμπεριφοράς» στους εφήβους ηλικίας 13 – 14 ετών (Abel & Plumridge, 2004), έδειξε πως οι μαθητές καταναλώνουν αλκοόλ ως ένα μέσο επίτευξης κοινωνικότητας, ισχυριζόμενοι ότι ένας από τους πρωταρχικούς στόχους είναι η άρση των αναστολών χωρίς ωστόσο να χάνουν πλήρως τον έλεγχο.

Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης – Διαφήμιση

Τα Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα η τηλεόραση καλούνται να ενημερώνουν το κοινό για την ύπαρξη νέων προϊόντων, ανάμεσά τους και οιοποινευματοδόων ποτών. (Ποταμιάνος, 2005). Είναι επίσης αποδεκτό ότι η διαφήμιση εκτός των άλλων επιχειρεί να πληροφορήσει, να αναπτύξει μια θετική στάση των καταναλωτών για το προϊόν, να επηρεάσει και να πείσει τον κόσμο ν' αγοράσει το προϊόν. Οι διαφημιστές στρέφουν την προσοχή τους σε συγκεκριμένη αγορά – στόχο στην προσπάθειά τους να μειώσουν την επιλεκτική διαδικασία απορρόφησης του μηνύματος και να πετύχουν το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα σύμφωνα με τον προκαθορισμένο στόχο, που μπορεί να περιλαμβάνει την αναγνώριση ή την αύξηση της προτίμησης του προϊόντος, την άνοδο των πωλήσεων κ.τ.λ. (Ζώτος, 2000). Τα Μ.Μ.Ε. και η διαφήμιση ενδέχεται να συμβάλλουν στην αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλης είτε με τη δημιουργία προτύπων, τα οποία μιμούνται οι νέοι είτε με την επιβεβαίωση υπαρχουσών νεανικών συμπεριφορών. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των διαφημίσεων για αλκοολούχα ποτά συνδέουν την κατανάλωση αλκοόλ με κοινωνική ή σεξουαλική επιτυχία (Ποταμιάνος, 2005).

Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία

Αρκετά συχνά τα άτομα που εργάζονται βράδυ ή έχουν μια μονότονη εργασία, αλλά και όσοι απουσιάζουν για μεγάλα διαστήματα από την οικογένειά τους (καλλιτέχνες, εργάτες,

ναυτικοί) έχουν την τάση να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. Αυξημένες πιθανότητες κατανάλωσης έχουν και όσοι εμπλέκονται άμεσα με τη διακίνηση αλκοολούχων ποτών (μπάρμαν, ιδιοκτήτης κάβας ή μπαρ). Γενικότερα, ο τρόπος ζωής ενός ατόμου θεωρείται παράγοντας, που επηρεάζει την κατανάλωση αλκοόλ. Αυξημένες ποσότητες οινοπνευματωδών ποτών καταναλώνουν συνήθως όσοι εργάζονται υπό συνθήκες πίεσης, π.χ. στελέχη επιχειρήσεων, δημοσιογράφοι κ.τ.λ. Τέλος, η παράμετρος ψυχαγωγία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη στη σύγχρονη κοινωνία με τη χρήση αλκοόλ (Ποταμιάνος, 2005).

3. Πολιτισμικοί παράγοντες

Το φαινόμενο του αλκοολισμού δεν υφίσταται σε κοινωνίες, όπου για θρησκευτικούς ή εθιμοτυπικούς λόγους απαγορεύεται η χρήση οινοπνευματωδών ποτών (π.χ. μουσουλμάνοι). Αντίθετα, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ιρλανδία, και στις ΗΠΑ, όπου η χρήση αλκοόλ είναι κοινωνικά επιτρεπτή και αποδεκτή, καταγράφονται σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού (Ποταμιάνος, 2005).

4. Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες

Στα μέσα της δεκαετίας του '40 ορισμένοι επιστήμονες προώθησαν τη «θεωρία» ότι οι αλκοολικοί παρουσιάζουν έναν «αλλεργικό παράγοντα» στη βιολογική τους σύνθεση, που ευθύνεται για την εξάρτησή τους απ' το αλκοόλ. Αυτή η θεωρία κατέρρευσε σύντομα λόγω έλλειψης επιστημονικών στοιχείων. Ο παράγοντας κληρονομικότητα έχει απασχολήσει σοβαρά την επιστημονική κοινότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Οι έρευνες επικεντρώνονται στην πιθανότητα εκδήλωσης αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς. Τα πορίσματα, όμως, τέτοιου είδους ερευνών έχουν αποφέρει αντικρουόμενα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η έρευνα των Goodwin et al (1973) έδειξε ότι το ποσοστό αλκοολισμού ήταν μεγαλύτερα σε παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, με σύγκριση με όσων παιδιών δεν ήταν. Αυτό το συμπέρασμα αποτελεί σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων. Αντίθετα, κάποιες παλαιότερες έρευνες ανέφεραν την ύπαρξη ελλিপών στοιχείων σχετικά με την κληρονομικότητα του αλκοολισμού (Ποταμιάνος, 2005).

Όλοι οι προαναφερόμενοι παράγοντες αποτελούν μέρος της αιτιολογίας του αλκοολισμού χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οδηγούν αυτόματα στην εκδήλωση του φαινομένου. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσής του. Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να τονιστεί ότι οι παράγοντες αλκοολισμού δε λειτουργούν ατομικά αλλά συλλογικά, δηλαδή υπόκεινται σε συνεχή αλληλεξάρτηση για να οδηγήσουν στον αλκοολισμό (Ποταμιάνος, 2005).

Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005

(Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006)

Αιτιολογία αλκοολισμού: Ανάλυση ερευνών στην Ελλάδα

Σύμφωνα με την Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006), οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα από τις αρχές του '90, έχουν αναδείξει ορισμένους κοινωνικούς κυρίως παράγοντες που συνδέονται με την κατανάλωση του αλκοόλ.

Η ομάδα των Θ. Υφαντή, Β. Κούτρα, Ε. Καφετζόπουλο και Μ. Μαρσέλο (1990) μελέτησε τους *Οικογενειακούς, εκπαιδευτικούς, προσωπικούς και γενικότερα κοινωνικούς παράγοντες ως προγνωστικούς δείκτες της χρήσης και της κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτών από μαθητές Μέσης Εκπαίδευσης*. **Στόχος:** Ο σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί - ανάμεσα σε άλλα - ο βαθμός συμμετοχής διαφόρων κοινωνικών παραμέτρων στην ανάπτυξη του φαινομένου της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών. **Μεθοδολογία:** Χρησιμοποιήθηκε ως δείγμα 7904 μαθητές της Γ' Γυμνασίου και της Γ' Λυκείου από σχολεία της Αθήνας, της Πάτρας και των Ιωαννίνων. Σ' αυτούς μοιράστηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής. **Αποτελέσματα:** Οι παράμετροι που βρέθηκαν να σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ ήταν κατά σειρά σημαντικότητας οι ακόλουθες: 1) οι σχολικές απουσίες, 2) οι σχέσεις με τη μητέρα, 3) η ηλικία των φίλων, 4) η στάση απέναντι στο φίλο που πίνει, 5) η ύπαρξη προβλήματος αλκοολισμού στο στενό τους περιβάλλον, 6) οι αποβολές από το σχολείο, 7) η ύπαρξη στενών φίλων, 8) το ξόδεμα πολλών χρημάτων καθημερινά, 9) η ευκαιριακή ή τακτική εργασιακή απασχόληση, 10) το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας και 11) οι σχέσεις με τον πατέρα. Για τα αγόρια, οι μεταβλητές που σχετίζονται με το σχολείο και τους φίλους είναι ισχυρότερες απ' ό,τι οι αντίστοιχες για την οικογένεια, ενώ για τα κορίτσια ισχύει το αντίθετο. Η παροχή προτύπων για το ποτό από το στενό τους περιβάλλον αποδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική για τα μικρότερα αγόρια σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ. **Συμπέρασμα:** Τα αποτελέσματα των ερευνητών αναφορικά με τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών από τους μαθητές συνοψίζονται στους δύο παρακάτω παράγοντες. Πρώτον, η μη επιτυχής έκβαση της κοινωνικοποίησης του παιδιού με τη συνακόλουθη ρήξη και το προβαλλόμενο κυρίαρχο κοινωνικό πρότυπο. Δεύτερον, η παροχή προτύπων για ποτό, που θα οδηγήσει στη δημιουργία μιας υποομάδας με στόχο την αναζήτηση ρόλων που λείπουν σε μια ομάδα φίλων (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Η ίδια ομάδα ερευνητών παρουσίασε ένα χρόνο μετά στο 17^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο (1991) την *επίδραση της νομιμότητας και της κοινωνικής αποδοχής στην ερμηνεία της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών*. Η εργασία αυτή, όπως άλλωστε και η προηγούμενη, ήταν μέρος της έρευνας «Ψυχοτρόπες Ουσίες και Μαθητές Μέσης Εκπαίδευσης». **Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε σε δείγμα σχεδόν 8000 μαθητών της Γ'

Γυμνασίου και Λυκείου στην Αθήνα, την Πάτρα και τα Ιωάννινα με τη χρήση ανώνυμου κλειστού τύπου ερωτηματολογίου. **Στόχος** ήταν η διερεύνηση της επίδρασης κοινωνικοοικονομικών παραγόντων σε διαφορετικές κατηγορίες ψυχοτρόπων ουσιών, οι οποίες διαχωρίζονταν ανάλογα με τη νομιμότητά τους ή μη και το βαθμό της κοινωνικής αποδοχής τους. **Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκαν σημαντικές ποσοτικές και ποιοτικές διαφορές αναφορικά με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση διαφόρων ψυχοτρόπων ουσιών. Συγκεκριμένα, η χρήση ηρεμιστικών, που προμηθεύονταν από μέλος της οικογένειας σχετίζεται αποκλειστικά με οικογενειακούς παράγοντες. Η ηλικία, το φύλο, κάποιοι οικογενειακοί παράγοντες και σε μικρότερο βαθμό το σχολείο και η ηλικία των φίλων διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη χρήση των ίδιων ουσιών κατόπιν ιατρικής συνταγής. Ωστόσο, η χρήση οιοπνευματωδών ποτών και ναρκωτικών βρέθηκε να επηρεάζεται από περισσότερες κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους, όπως σχολείο, οικογένεια, φίλοι, ηλικία, φύλο και οικονομικοί παράγοντες. Ο ρόλος του πατέρα ήταν πιο σημαντικός για όσους κάνουν χρήση ναρκωτικών και της μητέρας για όσους καταναλώνουν αλκοόλ. **Συμπέρασμα:** Οι μελετητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν διαφορετικό ρόλο στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών ανάλογα με το είδος της ουσίας, το βαθμό νομιμότητάς και κοινωνικής αποδοχής της (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Οι Μ. Μαδιανός, Δ. Γκέφου – Μαδιανού, C. Richardson και Κ. Στεφανής (1995) μελέτησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση παράνομων και νόμιμων ουσιών από εφήβους και νεαρούς ενήλικες στην Ελλάδα. **Μεθοδολογία:** Το αντιπροσωπευτικό δείγμα αποτελούνταν από 2448 άτομα ηλικίας 12 – 17 και 18 – 24 ετών, ενώ χρησιμοποιήθηκε η στατιστική μέθοδος της ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης. **Στόχος:** Η μελέτη των παραγόντων, οι οποίοι σχετίζονταν δυνητικά με τη χρήση παράνομων και νόμιμων ουσιών άνευ ιατρικής σύστασης. **Αποτελέσματα:** Η θετική στάση απέναντι στο κάπνισμα, στη χρήση χασίς και γενικά παράνομων ουσιών από στενούς φίλους παρουσίασαν μεγαλύτερη συσχέτιση με τη χρήση παράνομων ουσιών παρά νόμιμων. Επίσης, η «χαμηλή αυτοεκτίμηση, η χρήση καπνού και οιοπνευματωδών από μέλη της οικογένειας» και η «προβληματική χρήση οιοπνευματωδών» υπήρξαν προγνωστικοί παράγοντες μόνο για τη χρήση παράνομων ουσιών. Αντίθετα, μεταβλητές όπως η «χρήση ψυχοδραστικών ουσιών από μέλη της οικογένειας», η «έλλειψη ικανοποίησης από την κοινωνική ζωή» και η «παρουσία συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και αποπροσωποποίησης» συσχετίστηκαν κυρίως με τη χρήση νόμιμων ουσιών χωρίς ιατρική σύσταση. **Συμπέρασμα:** Από την έρευνα προκύπτει ότι το φύλο και η ηλικία σχετίζονταν με την υψηλότερη χρήση παράνομων ουσιών σε όλη τη ζωή, με μεγαλύτερα ποσοστά αντρών από ότι γυναικών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Οι μελετητές Α. Κοκκέβη, Μ. Μαλλιώρη και Κ. Στεφανής (1996) διερεύνησαν τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες για τη χρήση ουσιών στον γενικό πληθυσμό, σχετικούς με τις

διαφορές ανάμεσα στα φύλα. **Στόχος:** Η παροχή ενός συγκριτικού ψυχοκοινωνικού προφίλ των ανδρών και των γυναικών που χρησιμοποιούν ψυχοδραστικά φάρμακα ή παράνομα ναρκωτικά. **Μεθοδολογία:** Μελέτη νοικοκυριών στο γενικό πληθυσμό σε δείγμα πιθανοτήτων αποτελούμενο από 2100 άτομα ηλικίας 12 – 65 ετών από την περιφέρεια της πρωτεύουσας της Ελλάδας. Τα στοιχεία βασίστηκαν σε τυποποιημένες ερωτήσεις, παρόμοιες μ' αυτές που χρησιμοποιούνται από τον ΠΟΥ και τις Η.Π.Α. **Αποτελέσματα:** Η χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων χωρίς ιατρική σύσταση παρουσίασε μεγαλύτερη επίπτωση στο γενικό πληθυσμό από ότι η χρήση παράνομων ναρκωτικών. Καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Η αναλογία ανδρών και γυναικών ήταν 5 προς 1 για τα παράνομα ναρκωτικά και 1 προς 2 για τα ψυχοδραστικά φάρμακα. Τα ψυχοκοινωνικά προφίλ των δύο φύλων που χρησιμοποιούσαν τις παραπάνω κατηγορίες ουσιών παρουσίαζαν σαφή διαφοροποίηση. Ανάμεσα στους παράγοντες που συσχετίζονταν περισσότερο με τη χρήση ουσιών στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες ήταν η βαριά κατανάλωση οινοπνευματωδών, η χρήση ηρεμιστικών από άλλα μέλη της οικογένειας με ή χωρίς συνταγή και η παρουσία ψυχολογικών προβλημάτων σε κάποιο μέλος της οικογένειας. Αντίθετα, στους άντρες, ήταν η εμπλοκή με την αστυνομία και η διακοπή της εκπαίδευσης. **Συμπεράσμα:** Οι παραπάνω διαφορές μεταξύ των δύο φύλων μπορούν να αξιοποιηθούν κατάλληλα στον προγραμματισμό αποτελεσματικότερης πολιτικής πρόληψης (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Η μελέτη της Λ. Βαρβόγλη (2004) στο 1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογίας της Υγείας στην Αθήνα (21-24/10/2004) πραγματεύεται τις *ανθυγιεινές συμπεριφορές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την ψυχοσωματική υγεία*. **Στόχος:** Η παρουσίαση και κατανόηση βασικών λαθών που επηρεάζουν την ψυχική και σωματική υγεία του σύγχρονου ανθρώπου, προκειμένου να υπάρξει καλύτερη συνειδητοποίηση, πρόληψη για την αποφυγή τους και προαγωγή της υγείας. **Μεθοδολογία:** Επισκόπηση αρχείων 200 ενήλικων ατόμων που αναζήτησαν ιδιωτικά ψυχολογική στήριξη χωρίς ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά. **Αποτελέσματα:** Η μελέτη έδειξε πως τα βασικά λάθη που κάνουν τα άτομα και επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή τους είναι: **α)** υπερβολική κατανάλωση καφέ για ν' αυξήσουν την ενεργητικότητά τους, **β)** κάπνισμα για την αντιμετώπιση του στρες, **γ)** κατανάλωση αλκοόλ για να φτιάξουν τη διάθεσή τους, **δ)** καθιστική ζωή και παρακολούθηση τηλεόρασης ως μέσο ξεκούρασης και χαλάρωσης μετά τη δουλειά, **ε)** λανθασμένες διατροφικές συνήθειες, **στ)** έλλειψη ή κακές συνήθειες ύπνου. **Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα προηγούμενα ευρήματα, τα άτομα ακολουθούν μια σειρά βασικών λαθών προκειμένου να λύσουν κάποια καθημερινά προβλήματα. Η σωστή ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και κατ' επέκταση η μετάδοση σωστών πληροφοριών μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη της εμφάνισης των παραπάνω λαθών, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ανθρώπων (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Επιδημιολογία του αλκοολισμού – Ανάλυση ερευνών στην Ελλάδα

Κάθε επιδημιολογική έρευνα καλείται να διερευνήσει δύο ουσιαστικά ερωτήματα αμέσως μετά την οριοθέτηση του αντικειμένου προς μελέτη. Πρώτον, ο επιπολασμός μιας νόσου, δηλαδή πόσο συχνά εμφανίζεται μέσα σε μια δεδομένη κοινότητα. Δεύτερον, πόσα άτομα έχουν προσβληθεί από τη συγκεκριμένη νόσο (επίπτωση). Η μελέτη του φαινομένου της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών ακολουθεί την ίδια συλλογιστική, αν και ο επιδημιολόγος ενδέχεται να αντιμετωπίσει κάποια δυσκολία σχετικά με τον ορισμό του αλκοολισμού (Ποταμιάνος, 2005). Πέρα από την αιτιολογία του αλκοολισμού αλλά και τα όποια προβλήματα ενός λειτουργικού ορισμού του, οι Έλληνες ερευνητές έχουν στρέψει την προσοχή τους τις τελευταίες δεκαετίες στην επιδημιολογική διερεύνηση του κοινωνικού φαινομένου. Οι περισσότερες έρευνες απευθύνονται κυρίως σε νεανικό κοινό και συγκεκριμένα σε έφηβους μαθητές χωρίς να λείπουν και όσες περιλαμβάνουν δείγμα του γενικού πληθυσμού. Στη συνέχεια παρατίθενται ενδεικτικά ορισμένες έρευνες, οι οποίες πραγματεύονται και το ζήτημα της κατανάλωσης οινοπνευματωδών στην Ελλάδα.

Οι Θ. Υφαντής, Β. Κούτρας, Ε. Καφετζόπουλος και Μ. Μαρσέλος (1990) διεξήγαγαν μια *επιδημιολογική διερεύνηση της συχνότητας χρήσης οινοπνευματωδών ποτών σε μαθητές της Μέσης Εκπαίδευσης*. **Στόχος:** Ένας από τους σκοπούς της έρευνας ήταν ακριβώς αυτός, δηλαδή η καταγραφή και ανάλυση της συχνότητας χρήσης οινοπνευματωδών ποτών. **Μεθοδολογία:** Μοιράστηκε ένα ανώνυμο, κλειστού τύπου ερωτηματολόγιο πολλαπλής επιλογής σε 7904 μαθητές. Συγκεκριμένα, το δείγμα περιελάμβανε 3621 μαθητές της Γ΄ Γυμνασίου ηλικίας 13 – 15 ετών και 4283 μαθητές της Γ΄ Λυκείου ηλικίας 17 – 19 ετών από σχολεία της Αθήνας, της Πάτρας και των Ιωαννίνων. **Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των μαθητών μόνο το 22,8% δεν πίνει καθόλου, περίπου 2% πίνει συστηματικά δυο φορές την εβδομάδα ή περισσότερο, ενώ 0,7% του συνόλου (αλλά 38% όσων πίνουν συστηματικά) θεωρήθηκαν «βαρείς πότες». Στην ηλικιακή ομάδα των 17 – 19, διπλάσια αγόρια από ότι κορίτσια πίνουν συστηματικά, ενώ οι διαφορές μειώνονται αισθητά στις μικρότερες ηλικίες. Τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια οι μεγαλύτερες ηλικίες καταναλώνουν περισσότερα οινοπνευματώδη ποτά από ότι οι μικρότερες. Η επιλογή του ποτού συνδέεται με το φύλο, την ηλικία και τη συχνότητα της χρήσης. Το 26% των μαθητών προτιμάει μόνο μύρα, ενώ το 8% μόνο δυνατά οινοπνευματώδη. Τα κορίτσια προτιμούν τα τελευταία ποτά σε μεγαλύτερη συχνότητα από ότι τα αγόρια (9,1% έναντι 6,1%). **Συμπεράσματα:** Η επιδημιολογική μελέτη έδειξε ότι είναι ιδιαίτερα ισχυρή η σύνδεση συχνότητας χρήσης και είδος ποτού που καταναλώνεται: όσο πιο συχνά πίνουν οι μαθητές τόσο περισσότερα ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε οινόπνευμα καταναλώνουν ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Ο τόμος *Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα: η χρήση ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό*, που επιμελήθηκαν οι Α. Κοκκέβη, Δ. Μαδιανού και Κ. Στεφανής (1992) περιλαμβάνει τα αποτελέσματα τριών ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στο μαθητικό πληθυσμό της Ελλάδας την περίοδο 1984 – 1989 από το Ψυχιατρικό Τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. **1^η έρευνα: Στόχος:** Η πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό (1984) στόχευε στην εκτίμηση των επιπτώσεων της χρήσης ουσιών και των στάσεων απέναντι σ' αυτή, στον εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου, στην παρακολούθηση των τάσεων και την αξιολόγηση των μελλοντικών προγραμμάτων πρόληψης. **Μεθοδολογία:** 11058 μαθητές απάντησαν σε ένα ανώνυμο, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Η επεξεργασία των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με στατιστική πολυπαραγοντική ανάλυση. **Αποτελέσματα:** Χρήση παράνομων ουσιών σε όλη τη ζωή ανέφερε το 6%. Μεγάλη διαφορά ως προς τη χρήση ουσιών παρατηρήθηκε ανάμεσα στα δύο φύλα, με τα αγόρια να εμφανίζουν διπλάσια ποσοστά από τα κορίτσια. Επίσης, υψηλότερα ποσοστά εντοπίστηκαν στην Αθήνα και στους μαθητές τεχνικών/ επαγγελματικών σχολείων. Τα ποσοστά της μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας (17 – 18 ετών) ήταν τριπλάσια από τα αντίστοιχα των μικρότερων μαθητών (14 ετών). **Συμπέρασμα:** Δημογραφικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό. **2^η έρευνα: Στόχος:** Επιδημιολογική έρευνα (1988) για τη μελέτη της συχνότητας χρήσης παράνομων και νόμιμων ουσιών. **Μεθοδολογία:** Δείγμα 1961 μαθητών Γυμνασίων και Λυκείων στην Αθήνα. **Αποτελέσματα:** Μεταξύ του 1984 και 1988 παρατηρήθηκε γενική μείωση της χρήσης καπνού και οινόπνευματων ποτών και δημαντική μείωση της χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή. **3^η έρευνα: Στόχος:** Εφαρμογή του πιλοτικού προγράμματος Αγωγής Υγείας για την πρόληψη της χρήσης ουσιών σε δύο Γυμνάσια και στην κοινότητά τους στην Αθήνα. **Αποτελέσματα:** Η αξιολόγηση του προγράμματος πρόληψης έδειξε αυξημένη γνώση και συνειδητοποίηση από τους μαθητές, γονείς, καθηγητές σχετικά με τα θέματα της Αγωγής Υγείας. **Συμπέρασμα:** Η σύγκριση των δύο Γυμνασίων με ένα σχολείο ελέγχου φανέρωσε ότι τα ποσοστά της χρήσης ουσιών στο τέλος του τρίτου χρόνου αυξήθηκαν περισσότερο στο δεύτερο απ' ότι στα σχολεία – στόχος (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Το βιβλίο των Α. Κοκκέβη και Κ. Στεφανή *Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα: η διαχρονική πορεία της χρήσης: η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό και στο μαθητικό πληθυσμό* (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 1994) περιλαμβάνει τα ευρήματα από τις επιδημιολογικές έρευνες που πραγματοποίησαν η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. **Στόχος:** Παρουσίαση των αποτελεσμάτων από τις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν μέσα στο 1993 σε αντιπροσωπευτικά δείγματα γενικού και μαθητικού πληθυσμού σχετικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα, την πορεία της χρήσης τους μέσα στο χρόνο, την αντίληψη των ερωτώμενων ως προς τη διαθεσιμότητα των διαφόρων ουσιών και ως προς τον

κίνδυνο από τη χρήση τους. **Αποτελέσματα:** Το 40% των κατοίκων της περιοχής Αθηνών ηλικίας 12 – 64 ετών καπνίζουν συστηματικά. Οι άντρες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες. Στο μαθητικό πληθυσμό παρατηρείται μια σημαντική μείωση στο συστηματικό κάπνισμα από το 1984 έως το 1993. Την ίδια περίοδο σημειώνεται επίσης μείωση της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών στο σύνολο του γενικού και μαθητικού πληθυσμού παρότι η μεγάλη πλειοψηφία του κατοίκων της Αθήνας καταναλώνουν συστηματικά αλκοόλ. Το ¼ των Αθηναίων ηλικίας 12 – 64 ετών έχει κάνει χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων χωρίς ιατρική σύσταση ή παράνομων ουσιών, ποσοστό που σχεδόν διπλασιάστηκε από το 1984 έως το 1993 (από 5,9% σε 9,5%). Το ποσοστό της χρήσης ναρκωτικών στους εφήβους ηλικίας 12 – 17 ετών παραμένει σταθερό σε χαμηλά επίπεδα. **Συμπέρασμα:** Η επιδημιολογία της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών δείχνει ότι η χώρα μας διατηρεί σε υψηλά επίπεδα τις συνήθειες της υπερκατανάλωσης νόμιμων μεν, βλαπτικών για την υγεία δε ουσιών, όπως ο καπνός, τα οινοπνευματώδη και ψυχοδραστικά φάρμακα άνευ συνταγής. Αύξηση παρουσιάζουν οι παράνομες ουσίες ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα των 18 – 35 ετών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Το άρθρο *Η χρήση οινοπνευματωδών από χρήστες νόμιμων και παράνομων ουσιών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας* του Μ. Μαδιανού και των συνεργατών του (1994) ασχολείται με τον τύπο κατανάλωσης αλκοόλ. **Μεθοδολογία:** Η δειγματοληψία ήταν συγχρονικού τύπου. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στα σπίτια των ερωτώμενων βασιζόμενες σε ένα πολυδιάστατο δομημένο ερωτηματολόγιο. Χρησιμοποιήθηκε πανελλήνιο δείγμα 4290 ατόμων του γενικού πληθυσμού ηλικίας 12 – 64 ετών. **Αποτελέσματα:** Οι χρήστες παράνομων ουσιών όλων των ηλικιών ανέφεραν υψηλότερη συχνότητα κατανάλωσης οινοπνευματωδών σε όλη τους ζωή, αλλά και το τελευταίο διάστημα σε σχέση με τους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών χωρίς ιατρική συνταγή και τους μη χρήστες. Η πλειοψηφία των πρώτων ανέφερε ότι καταναλώνουν αλκοόλ για να «νιώσουν καλύτερα» ή για «να φτιαχτούν». Οι ίδιοι παρουσίαζαν μεγαλύτερη συχνότητα επεισοδίων μέθης σε σύγκριση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. **Συμπέρασμα:** Όσο υψηλότερη ήταν η χρήση παράνομων ουσιών τόσο μεγαλύτερη ήταν η κατανάλωση οινοπνευματωδών κατά τον τελευταίο χρόνο και μήνα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Η ομάδα των Α. Κοκκίνη, Μ. Μαλλιώρα, Μ. Τερζίδου, Α. Μόστριου και Κ. Στεφανής (1997) ασχολήθηκε με τις *διαχρονικές τάσεις στη χρήση ουσιών στο μαθητικό και γενικό πληθυσμό και τις διαφορές ανάμεσα στα φύλα*. **Στόχος:** Η παρουσίαση των τάσεων της περιόδου 1984 – 1993 στη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών στην Ελλάδα. **Μεθοδολογία:** Μελέτη στοιχείων που προέκυψαν από έρευνες το 1984 και το 1993 σε πανελλήνια αντιπροσωπευτικά δείγματα μαθητών ηλικίας 13 – 18 ετών και του γενικού πληθυσμού της Αθήνας, ηλικίας 12 – 64 ετών. **Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** Κάπνισμα: Παρόλο που το κάπνισμα εμφανίζει τάση μείωσης στο συνολικό δείγμα κατά τη δεκαετία 1984 – 1993, ωστόσο έχει αυξηθεί στις γυναίκες ηλικίας 25 – 35 ετών με συνέπεια τη μείωση

της διαφοράς μεταξύ των δύο φύλων το 1993. Οινοπνευματώδη ποτά: Παρατηρείται γενική μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ ανάμεσα στο 1984 και το 1993, ενώ τα κορίτσια στην εφηβεία και οι ενήλικες γυναίκες συνεχίζουν να καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά σε πολύ χαμηλότερα ποσοστά από τα αγόρια και τους άνδρες. Ψυχοδραστικά φάρμακα: Η κατανάλωση παραμένει υψηλότερη για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες παρά τη γενική μείωση που εντοπίζεται στη χρήση χωρίς ιατρική συνταγή. Παράνομες ουσίες: Μέσα στη δεκαετία 1984 – 1993, η χρήση παράνομων ουσιών διπλασιάστηκε. Αφορά περισσότερο τους άνδρες με αναλογία 5 άνδρες προς 1 γυναίκα για χρήση όλη τη ζωή. Η διαφορά όμως ανάμεσα στα δύο φύλα είναι ελάχιστη (αναλογία ανδρών – γυναικών 1,5 : 1) στην ηλικιακή ομάδα των 18 – 24 ετών όσον αφορά τη χρήση τον τελευταίο χρόνο και μήνα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Η ομάδα της Α. Κοκκίνη και των συνεργατών της (2000) διερεύνησε τη *Ραγδαία αύξηση της χρήσης παράνομων ουσιών στην Ελλάδα*. **Στόχος**: Η μελέτη που διεξήγαγαν οι ερευνητές έχει στόχο την αναγνώριση των τάσεων της επικράτησης της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών στην Ελλάδα μεταξύ 1984 και 1998 στο γενικό πληθυσμό. **Μεθοδολογία**: Τα στοιχεία προέκυψαν από δύο πανελλήνιες έρευνες σε νοικοκυριά. Τα δείγματα πιθανοτήτων αποτελούνταν από 4297 (1984) και 3759 (1998) άτομα ηλικίας 12 – 64 ετών. **Αποτελέσματα**: Στο σύνολο του δείγματος το συστηματικό κάπνισμα αυξήθηκε στις γυναίκες και μειώθηκε στους άνδρες. Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών παρέμεινε στα ίδια επίπεδα. Το 1998 η χρήση παράνομων ουσιών τριπλασιάστηκε σε σύγκριση με το 1984, αγγίζοντας για τους άνδρες που έχουν κάνει κάποια στιγμή στη ζωή τους χρήση το 19% και για τις γυναίκες το 6%. Σημαντική μείωση καταγράφηκε στη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή ιδιαίτερα στο γυναικείο πληθυσμό. **Συμπέρασμα**: Οι τάσεις που παρατηρήθηκαν μπορούν να ερμηνευτούν βάσει των κοινωνικο-πολιτιστικών αλλαγών και των αλλαγών στη χάραξη πολιτικής που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 15 ετών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Ένα ακόμη άρθρο Ελλήνων μελετητών που αξίζει να αναφερθεί έχει ως αντικείμενο τη *σχέση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών με τη χρήση καπνού & οινοπνεύματος* των Α. Βεργέτη, Β. Καραγιάννη και Ε. Παπαγεωργίου (2002). **Στόχος**: Αναφορά στα αποτελέσματα της έρευνας με θέμα «Τάσεις εξάρτησης των σπουδαστών του ΤΕΙ Αθήνας από ψυχοδραστικές ουσίες (καπνός, ναρκωτικά, αλκοόλ)», που πραγματοποιήθηκε από την Κοινωνική - Συμβουλευτική Υπηρεσία του Ιδρύματος την περίοδο 1998 – 2000. **Μεθοδολογία**: Το δείγμα επιλέχθηκε σύμφωνα με τη μέθοδο της «αναλογικής στρωματοποιημένης δειγματοληψίας» από 20000 σπουδαστές και αποτελεί το 4,82% του συνόλου του πληθυσμού αναφοράς. **Αποτελέσματα**: Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών στον πληθυσμό του ΤΕΙ Αθήνας παρουσιάζει μικρότερη συχνότητα σε σύγκριση με το γενικό και μαθητικό πληθυσμό. Οι σπουδαστές που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι συνήθως

και «χρήστες» καπνού και οινόπνευματος και κατά κανόνα «χρήστες παράας». **Συμπέρασμα:** Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει αφ' ενός ότι η πρόληψη για τα ναρκωτικά πρέπει να συμπεριλαμβάνει το κάπνισμα και το αλκοόλ και αφ' ετέρου ότι η όποια «διευκόλυνση» της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, θα μπορούσε να αυξήσει τα ποσοστά των χρηστών παράνομων ουσιών σε αντίστοιχα επίπεδα με αυτά των νομίμων τοξικών ουσιών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Ο Ι. Λιάπας και οι συνεργάτες του (2003) μελέτησαν τον *αλκοολισμό και τη συννοσηρότητα* και συγκεκριμένα τη *διάγνωση και την αντιμετώπιση στο πλαίσιο του προγράμματος «ΑΘΗΝΑ»*. **Στόχος:** Η μελέτη αναφέρεται στον αλκοολισμό και τις διαταραχές που συνδέονται μ' αυτόν, που συνιστούν μείζον βιο-ψυχοκοινωνικό πρόβλημα και επικεντρώνεται στα διαγνωστικά και θεραπευτικά ζητήματα, που προκύπτουν από τη συννοσηρότητα αλκοολισμού και διαφόρων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων. Στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου λειτουργεί το πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ», μια ανοιχτή μονάδα απεξάρτησης από εθιστικές ουσίες και το οινόπνευμα. Ειδικά για την αποτοξίνωση από το αλκοόλ προβλέπεται μια περίοδος «κλειστής» εκούσιας νοσηλείας κατά την οποία γίνεται η απόσυρση από το οινόπνευμα με τη βοήθεια φαρμακευτικής υποστήριξης, αντιμετωπίζονται ψυχοπαθολογικά και παθολογικά προβλήματα και πραγματοποιείται διασύνδεση με την ανοιχτή δομή του προγράμματος. Οι βασικές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που εφαρμόζονται είναι η ατομικού τύπου γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία και η οικογενειακή αντιμετώπιση συστημικού χαρακτήρα. **Συμπεράσματα:** Τα κλινικά στοιχεία από την πενταετή λειτουργία του προγράμματος δείχνουν ότι στις περιπτώσεις πρωτοπαθούς αλκοολισμού παρατηρείται σημαντική ύφεση της παράλληλης ψυχοπαθολογίας (καταθλιπτικής, αγχώδους κ.τ.λ.) κατά τη φάση απόσυρσης από το αλκοόλ.

Η μελέτη του Α. Πάριου (2005) για τη *διεύρυνση παραγόντων αλκοολισμού μέσω της ανάλυσης βιογραφιών εξαρτημένων χρηστών αλκοόλ* τονίζει ότι το φαινόμενο του αλκοολισμού είναι πολυδιάστατο. **Στόχος:** Η εξέταση των χαρακτηριστικών ενός δείγματος αλκοολικών και οι επιπτώσεις του αλκοόλ στις οικογένειές τους. **Μεθοδολογία:** Ποιοτική ανάλυση βιογραφιών. **Αποτελέσματα:** Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού εξάρτησης από το αλκοόλ συνδέεται συχνά με: **α)** μειωμένη γονική φροντίδα, που εκφράζεται μέσα από χαμηλή σύνδεση απέναντι στο σχολείο, **β)** συναισθηματική κακοποίηση και μέγαλωμα χωρίς φίλους, **γ)** προβλήματα στην ανάπτυξη της ταυτότητας των εφήβων, **δ)** ασαφείς ρόλοι που δημιουργούν σύγχυση και ανασφάλεια. **Συμπεράσματα:** Μεγαλώνοντας μέσα σ' ένα δυσλειτουργικό περιβάλλον, τα άτομα καταναλώνουν αλκοόλ ως ανακούφιση και χαλάρωση με αποτέλεσμα να μετεξελιχθεί σε ρυθμιστή της ψυχικής ζωής τους, ενώ παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να επαναλάβουν τα βιώματά τους μέσα στην οικογένειά τους (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Συμπεράσματα

Οι αιτίες του αλκοολισμού είναι πολυπαραγοντικές, σύμφωνα με έρευνες των τελευταίων ετών, και συνοψίζονται σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και βιολογικούς-γενετικούς παράγοντες. Η δομή και η οργάνωση της σύγχρονης κοινωνίας, οικογένειας και εργασίας αποτελούν παράγοντες αιτιολογίας του αλκοολισμού. Οι κυριότερες αιτίες που σχετίζονται με την «κοινωνική διάσταση» του αλκοόλ είναι: η δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ, η τιμή, η νομιμότητα, η κοινωνική αποδοχή, το κοινωνικό περιβάλλον, τα Μ.Μ.Ε. και η διαφήμιση, η εργασία, ο τρόπος ζωής, η ψυχαγωγία. Οι παράγοντες αλκοολισμού δε λειτουργούν ατομικά αλλά συλλογικά, δηλαδή υπόκεινται σε συνεχή αλληλεξάρτηση για να οδηγήσουν στον αλκοολισμό.

Σύμφωνα με την Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006), οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα από τις αρχές του '90, έχουν αναδείξει ορισμένους ψυχοκοινωνικούς κυρίως παράγοντες που συνδέονται με την κατανάλωση του αλκοόλ. Αναφορικά με τη χρήση αλκοόλ, η μη επιτυχής έκβαση της κοινωνικοποίησης του παιδιού και η παροχή προτύπων για ποτό, ενδέχεται να οδηγήσει στη δημιουργία μιας υποομάδας με στόχο την αναζήτηση ρόλων που λείπουν σε μια ομάδα φίλων. Επίσης, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν διαφορετικό ρόλο στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών ανάλογα με το είδος της ουσίας, το βαθμό νομιμότητάς και κοινωνικής αποδοχής της. Το φύλο και η ηλικία σχετίζονταν με την υψηλότερη χρήση παράνομων ουσιών σε όλη τη ζωή, με μεγαλύτερα ποσοστά αντρών απ' ότι γυναικών. Ανάμεσα στους παράγοντες που συσχετίζονται περισσότερο με τη χρήση ουσιών στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες είναι η βαριά κατανάλωση οινοπνευματωδών, η χρήση ηρεμιστικών από άλλα μέλη της οικογένειας με ή χωρίς συνταγή και η παρουσία ψυχολογικών προβλημάτων σε κάποιο μέλος της οικογένειας. Αντίθετα, στους άντρες είναι η εμπλοκή με την αστυνομία και η διακοπή της εκπαίδευσης, στοιχεία που μπορούν να αξιοποιηθούν κατάλληλα στον προγραμματισμό αποτελεσματικότερης πολιτικής πρόληψης. Τέλος, η αντιμετώπιση και πρόληψη βασικών λαθών που κάνουν οι άνθρωποι στην καθημερινότητά τους για να διαχειριστούν προβλήματα όπως το άγχος και η κούραση (κατανάλωση καφέ και αλκοόλ, κάπνισμα, καθιστική ζωή κ.τ.λ.) μπορούν ν' αντιμετωπιστούν με την καλύτερη ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και τη μετάδοση από τους ίδιους των σωστών πληροφοριών.

Πέρα από την αιτιολογία του αλκοολισμού οι Έλληνες ερευνητές έχουν στρέψει την προσοχή τους τις τελευταίες δεκαετίες στην επιδημιολογική διερεύνηση του κοινωνικού φαινομένου. Σύμφωνα με τα πορίσματα των μελετών τους πανελλαδικά,

προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα. Καταρχάς είναι ιδιαίτερα ισχυρή η σύνδεση συχνότητας χρήσης και είδος ποτού που καταναλώνεται: όσο πιο συχνά πίνουν οι μαθητές τόσο περισσότερα ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε οινόπνευμα καταναλώνουν ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Επίσης, διάφοροι δημογραφικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, π.χ. επίπεδο εκπαίδευσης και τόπος διαμονής, συνδέονται με τη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό. Η αξιολόγηση ενός πιλοτικού προγράμματος Αγωγής Υγείας για την πρόληψη της χρήσης ουσιών σε δύο Γυμνάσια και στην κοινότητά τους στην Αθήνα έδειξε αυξημένη γνώση και συνειδητοποίηση από τους μαθητές, γονείς, καθηγητές σχετικά με τα θέματα της Αγωγής Υγείας. Η επιδημιολογία της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών δείχνει ότι η χώρα μας διατηρεί σε υψηλά επίπεδα τις συνήθειες της υπερκατανάλωσης νόμιμων μεν, βλαπτικών για την υγεία δε ουσιών, όπως ο καπνός, τα οινόπνευματώδη και ψυχοδραστικά φάρμακα άνευ συνταγής. Αύξηση παρουσιάζουν οι παράνομες ουσίες ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα των 18 – 35 ετών. Γενική μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ παρατηρείται ανάμεσα στο 1984 και το 1993, ενώ τα κορίτσια στην εφηβεία και οι ενήλικες γυναίκες συνεχίζουν να καταναλώνουν οινόπνευματώδη ποτά σε πολύ χαμηλότερα ποσοστά από τα αγόρια και τους άνδρες. Τέλος, η ανατροφή μέσα σ' ένα δυσλειτουργικό περιβάλλον οδηγεί τα άτομα στην κατανάλωση αλκοόλ ως μέσο ανακούφισης και χαλάρωσης με αποτέλεσμα να μετεξελιχθεί σε ρυθμιστή της ψυχικής ζωής τους, ενώ παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να επαναλάβουν τα βιώματά τους μέσα στην οικογένειά τους.

9^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Στατιστικά στοιχεία:

Κατάσταση του αλκοόλ παγκοσμίως

Το αλκοόλ ευθυνόταν για περισσότερους από 770.000 θανάτους παγκοσμίως το 1990, το 80% των οποίων καταγράφηκαν σε αναπτυσσόμενες χώρες. Η χρήση και κατάχρηση οινοπνευματωδών προκαλεί το ίδιο περίπου ποσοστό θανάτων και ανικανότητας όσο το μη ασφαλές σεξ, η ιλαρά και η ελονοσία και πολλά περισσότερα χρόνια απώλειας δραστηριότητας λόγω θανάτου ή ανικανότητας από τον καπνό και τα παράνομα ναρκωτικά (WHO, 2001). Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η κατανάλωση αλκοόλ μειώνεται στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, αλλά αυξάνεται σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες καθώς επίσης και σε κράτη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (WHO, 2001).

Η πιο πρόσφατη έκθεση του ΠΟΥ για την παγκόσμια κατάσταση του αλκοόλ του 2004 αναφέρει ότι οι άνθρωποι που καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά υπολογίζεται ότι φτάνουν τα 2 δισεκατομμύρια παγκοσμίως. Τα 76,3 εκατομμύρια απ' αυτούς έχουν διαγνωστεί ότι πάσχουν από κάποια διαταραχή ή πρόβλημα εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ. Υπό το πρίσμα της δημόσιας υγείας, οι παραπάνω αριθμοί ανθρώπων που σχετίζονται με την κατανάλωση οινοπνεύματος είναι σημαντικοί τόσο από την άποψη της νοσηρότητας όσο και της θνησιμότητας στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Η χρήση αλκοόλ – ανάλογα και με τον τρόπο κατανάλωσης – μπορεί ν' αυξήσει τις πιθανότητες διακινδύνευσης του πότη σχετικά με ενδεχόμενα προβλήματα υγείας, αλλά και αδυναμίας διεκπεραίωσης των κοινωνικών, οικογενειακών και εργασιακών του υποχρεώσεων (WHO, 2004).

Η χρήση του αλκοόλ έχει κοινωνικές συνέπειες και ευθύνεται για μια σειρά προβλημάτων υγείας, όπως μέθη και σύνδρομο εξάρτησης, ενώ αποτελεί μια γενικότερη απειλή για την παγκόσμια δημόσια υγεία (WHO, 2001). Η κατάχρηση οινοπνεύματος για μεγάλο χρονικό διάστημα ενδέχεται να προκαλέσει σοβαρές χρόνιες ασθένειες. Σε κάποιες περιπτώσεις η κατανάλωση αλκοόλ έχει τραυματικές καταλήξεις, οδηγώντας κάποιο αριθμό ατόμων σε θάνατο ή σε αναπηρία συχνά σε σχετικά μικρή ηλικία. Εκτός από την καταναλωθείσα ποσότητα οινοπνεύματος, πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι σημαντικό ρόλο για τις επιπτώσεις στην υγεία παίζει και ο τρόπος (pattern) πόσης (WHO, 2004). Επικίνδunami τρόποι υπερβολικής πόσης παρατηρούνται στις περισσότερες χώρες (WHO, 2001).

Η κατανάλωση οινοπνεύματος είναι ο πρωταρχικός παράγοντας διακινδύνευσης για την πρόκληση ασθενειών σε αναπτυσσόμενες χώρες με χαμηλό επίπεδο θνησιμότητας και ο τρίτος παράγοντας στις ανεπτυγμένες χώρες. Το αλκοόλ σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με περισσότερους από 60 τύπους ασθενειών και τραυματισμών. Επιπλέον, υπολογίζεται ότι προκαλεί σε παγκόσμιο επίπεδο το 20 – 30% του καρκίνου του οισοφάγου, καρκίνο στο συκώτι, κύρωση ήπατος, αυτοκτονίες, επιληψίες, τροχαία ατυχήματα κ.τ.λ. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το αλκοόλ προκαλεί 1,8 εκατομμύρια θανάτους σε όλο τον κόσμο, ποσοστό που φτάνει στο 3,2% επί του συνόλου των θανάτων, και απώλεια της τάξης των 58,3 εκατομμυρίων DALYs (Disability-Adjusted Life Years), δηλαδή μονάδων προσαρμοσμένων ως προς την ανικανότητα ετών ζωής. Οι ακούσιοι τραυματισμοί εξαιτίας του αλκοόλ ευθύνονται για το 1/3 των 1,8 εκατομμυρίων θανάτων, ενώ οι νευρο-ψυχιατρικές καταστάσεις αποτελούν την εξήγηση του 40% σχεδόν των 58,3 εκατομμυρίων DALYs (WHO, 2004).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει συγκεντρώσει ο ΠΟΥ για την περίοδο 1961 – 1999 για διάφορες περιοχές ανά τον κόσμο, η κατανάλωση οινοπνεύματος σε περιοχές της Ευρώπης, της Αφρικής και της Αμερικής έφτασε στο υψηλότερο σημείο στις αρχές της δεκαετίας του '80. Βέβαια, το επίπεδο της χρήσης είναι σαφέστατα υψηλότερο στην Ευρώπη. Αντίθετα, οι περιοχές της ανατολικής Μεσογείου εμφανίζουν μια σταθερά χαμηλή κατανάλωση. Οι περιοχές που παρουσιάζουν πρόσφατη και σταδιακή αύξηση της χρήσης οινοπνεύματος είναι η βορεια-ανατολική Ασία και οι περιοχές δυτικά του Ειρηνικού (WHO, 2004).

Τα παραπάνω στοιχεία των περιοχών του ΠΟΥ οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια τάση εναρμόνισης των επιπέδων κατανάλωσης αλκοόλ με εξαίρεση τις περιοχές όπου η πλειοψηφία των κατοίκων είναι μουσουλμάνοι (χώρες της ανατολικής Μεσογείου). Σε γενικές γραμμές, οι περιοχές με την υψηλότερη κατανάλωση, τη μειώνουν, ενώ οι περιοχές με τα χαμηλότερα επίπεδα, αυξάνουν την κατανάλωσή τους. Αυτό συμπίπτει με το ερμηνευτικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η αύξηση της κατανάλωσης οινοπνεύματος συμβαδίζει με την αντίστοιχη άνοδο του επιπέδου της οικονομικής ανάπτυξης. Αυτό παρατηρείται τόσο σε αναπτυσσόμενες χώρες όσο και σε ανεπτυγμένες, όπως η Νορβηγία (WHO, 2004).

Η κατανάλωση αλκοόλ μειώνεται στις ανεπτυγμένες χώρες, αλλά αυξάνεται σε αρκετές αναπτυσσόμενες περιοχές και σε χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι πλούσιες χώρες μειώνουν την κατανάλωση, ενώ αντίθετα η πόση αλκοόλ σημειώνει άνοδο σε φτωχότερες και αναπτυσσόμενες περιοχές και σε εκείνες, όπου οι οικονομίες βρίσκονται σε μεταβατικό στάδιο. Αυτό επιβεβαιώνεται από το παράδειγμα της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας, όπου παρατηρείται συνολική μείωση της πόσης. Επομένως, το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης και η θρησκεία αποτελούν τους πιο

σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν τα επίπεδα της εγχώριας χρήσης αλκοόλ (WHO, 2001).

Οι χώρες συχνά κατηγοριοποιούνται ανάλογα με τις προτιμήσεις των πληθυσμών σε εκείνες, όπου καταναλώνεται μύρα, κρασί ή οиноπνευματώδη ποτά. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν κυρίως Ευρωπαϊκές χώρες, αλλά και λίγες Αφρικάνικες. Οι Ευρωπαϊκές χώρες που παράγουν κρασί είναι ταυτόχρονα και αυτές που καταναλώνουν τις μεγαλύτερες ποσότητες του. Τα οиноπνευματώδη ποτά προτιμούνται περισσότερο σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, της Ασίας και σε νησιά-κράτη. Ενδεικτικά, στην Ευρώπη αυξάνεται η κατανάλωση μύρας, μειώνεται του κρασιού, ενώ η προτίμηση στα οиноπνευματώδη ποτά παραμένει σταθερή. Εκτός από τα παραπάνω συνηθισμένα οиноπνευματώδη υπάρχουν σαφώς και άλλα είδη αλκοολούχων ποτών, όπως διάφορα παραδοσιακά και τοπικά ποτά, καθώς επίσης και τα λεγόμενα alcopops, προαναμεμειγμένα ποτά που ανήκουν στη γενικότερη ομάδα των οиноπνευματωδών (WHO, 2004).

Τα στοιχεία του ΠΟΥ αναφορικά με τη χρήση οινόπνευματος προέρχονται κυρίως από επίσημες έρευνες και αρχεία των χωρών σχετικά με την κατανάλωση, τις πωλήσεις και το εμπόριο του αλκοόλ. Παρόλα αυτά, υπάρχουν περιπτώσεις, όπου το αλκοόλ είναι διαθέσιμο, αλλά δεν καταγράφεται. Το λεγόμενο μη καταγεγραμμένο αλκοόλ προέρχεται βασικά από πηγές, όπως η σπιτική παραγωγή, εισαγωγές των τουριστών, λαθρεμπόριο, οινόπνευμα που προορίζεται για βιομηχανικούς, τεχνικούς ή φαρμακευτικούς σκοπούς, κατανάλωση των τουριστών και ποτά με περιεκτικότητα οινόπνευματος μικρότερη του νομίμου ορισμού του αλκοόλ (WHO, 2004). Ειδικότερα, σε διάφορες αναπτυσσόμενες χώρες, ο ρόλος του μη καταγεγραμμένου αλκοόλ είναι σημαντικός και περιπλέκει αρκετά τις σχετικές εκτιμήσεις. Η παραγωγή του τελευταίου αποτελεί σημαντικό μέρος της συνολικής κατανάλωσης οινόπνευματος στο μεγαλύτερο μέρος της Αφρικής (WHO, 2002).

Οι μορφές κατανάλωσης αλκοόλ (drinking patterns) ποικίλουν από την αποχή έως την εξάρτηση (WHO, 2004), ενώ επιπλέον διαφοροποιούνται με την πάροδο των χρόνων. Οι τρόποι καθημερινής χρήσης οινόπνευματος καθορίζονται από τη γενικότερη θέση που κατέχει η πόση μέσα σε μια κουλτούρα, τις επικρατούσες συνήθειες της πόσης ανάμεσα σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες και κοινωνικές συνθήκες, αλλά και τις νόρμες σχετικά με τις ατομικές συμπεριφορές όσων καταναλώνουν αλκοόλ. Οι μακροπρόθεσμες αλλαγές αναφορικά με τους τρόπους ή τις μορφές χρήσης του αλκοόλ επηρεάζονται από μεταβολές στην ευημερία, τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου, την κοινωνική δυστυχία, τη βιομηχανοποίηση και την αστικοποίηση (WHO, 2002).

Σύμφωνα με στοιχεία μέχρι και του έτους 2003, η αναλογία των απεχόντων από το αλκοόλ ανάμεσα στο συνολικό ενήλικο πληθυσμό κυμαίνεται από τη μικρότερη 2.5% στο Λουξεμβούργο έως την υψηλότερη 99.5% στην Αίγυπτο. Ένα πρώτο σταθερό στοιχείο που εμφανίζεται σε διάφορες κουλτούρες είναι η διαφορά στα ποσοστά αποχής μεταξύ ανδρών

και γυναικών, καθώς μεγαλύτερη αναλογία γυναικών απέχουν από το αλκοόλ σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό. (WHO, 2004). Σε καμία αναπτυσσόμενη περιοχή στον κόσμο δεν πίνει μεγαλύτερο ποσοστό από το 60% του γυναικείου πληθυσμού (WHO, 2002). Ένα δεύτερο κοινό εύρημα είναι ο ρόλος της θρησκείας στη διαμόρφωση των συνηθειών πόσης. Σε χώρες, όπου το Ισλάμ είναι η επίσημη θρησκεία, παρατηρούνται σχεδόν πάντα υψηλότερα ποσοστά αποχής από το αλκοόλ (WHO, 2004). Εξαίρεση αποτελούν τα μουσουλμανικά κράτη κράτη με σημαντικό χριστιανικό πληθυσμό (WHO, 2001). Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι τρόποι αποχής, όπως αντίστοιχα οι μορφές πόσης, ιδίως όταν πρόκειται για πολυπολιτισμικές και πολυεθνικές κοινωνίες (WHO, 2004).

Η απειλή του οينوπνεύματος στην υγεία είναι ίσως σοβαρότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες και σ' εκείνες που βρίσκονται σε μεταβατικό στάδιο. Και σ' αυτές τις περιοχές οι άντρες κατέχουν τα πρωτεία στην κατάχρηση αλκοόλ σε σχέση με τις γυναίκες. Αυτό συνεπάγεται μια κατάσταση, όπου οι άντρες υποφέρουν από τις άμεσες συνέπειες της πόσης, ενώ οι γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με τα έμμεσα αποτελέσματα, όπως η ενδοοικογενειακή βία, η εγκατάλειψη και η φτώχεια (WHO, 2001). Σε γενικές γραμμές, όμως, οι ενήλικες στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι πιο πιθανό να απέχουν από το αλκοόλ σε σύγκριση με τους ενήλικες σε ανεπτυγμένες χώρες (WHO, 2002). Σε αρκετές κοινωνίες, το αλκοόλ θεωρείται περισσότερο είδος πολυτελείας παρά ανάγκη. Γι' αυτό και στις πιο εύπορες χώρες καταναλώνεται περισσότερο αλκοόλ απ' ότι στον υπόλοιπο κόσμο (WHO, 2001).

Τα στοιχεία του ΠΟΥ για την υπερβολική περιστασιακή πόση ("binge drinking" or "heavy episodic drinking") με την έννοια της μεμονωμένης επικίνδυνης περίπτωσης πόσης σε μερικές χώρες, δείχνουν μια συνεχιζόμενη τάση υπερβολικής και επικίνδυνης κατάχρησης αλκοόλ ανάμεσα στα άτομα που ήδη πίνουν. Για παράδειγμα, στην Ιρλανδία μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η υπερβολική ή επικίνδυνη πόση είναι ο κανόνας για τους άντρες και συμβαίνει στο 1/3 περίπου των περιπτώσεων πόσης των γυναικών. Οι άνδρες συγκεντρώνουν αρκετά μεγαλύτερα ποσοστά τόσο υπερβολικής πόσης όσο και εμφάνισης συνδρόμου εξάρτησης από το αλκοόλ σε σύγκριση με το γυναικείο πληθυσμό (WHO, 2004).

Κατάσταση του αλκοόλ παγκοσμίως: Έφηβοι

Στη σύγχρονη εποχή, η χρήση του αλκοόλ απειλεί την καλή κατάσταση της υγείας και την ευημερία των εφήβων. Είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό το γεγονός ότι οι σύγχρονες τάσεις γύρω από την κατανάλωση αλκοόλ εξαπλώνονται πλέον σε παγκόσμιο επίπεδο, επιβάλλοντας μόδες και συνήθειες. Ο διεθνής τρόπος κατανάλωσης επιβάλει τη συνειδητή χρήση αλκοόλ για τις ευχάριστες ψυχολογικές του επιδράσεις. Μ' αυτή την τάση συνδέεται και η περιστασιακή υπερβολική κατανάλωση οينوπνευματωδών σε σημείο μέθης, συνήθεια

που συναντάται ιδίως στη Βόρεια Ευρώπη και εξαπλώνεται σε όλη την ήπειρο (WHO, 2004). Σύμφωνα με στοιχεία από χώρες παγκοσμίως, υπάρχει η τάση εξάπλωσης της κουλτούρας της περιστασιακής υπερβολικής μέθης, που έχει επικρατήσει στο νεανικό πληθυσμό, από τον ανεπτυγμένο προς τον αναπτυσσόμενο κόσμο. Μάλιστα, τα τελευταία 30 χρόνια παρατηρούνται σε παγκόσμιο επίπεδο ολόένα και αυξανόμενες καθώς επίσης και πιο επιτηδευμένες προσπάθειες προώθησης της χρήσης αλκοόλ (Jernigan, 2001).

Στους έφηβους παίζει μεγάλο ρόλο η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ για δύο κυρίως λόγους. Πρώτον, μελέτες στις ΗΠΑ έχουν δείξει ότι όσο πιο μικρή η ηλικία στην οποία τα άτομα ξεκινούν να πίνουν τόσο πιο πιθανό είναι να γίνουν εξαρτημένα από το αλκοόλ μεγαλώνοντας. Επιπλέον, όσοι αρχίζουν να πίνουν στην εφηβεία είναι πιθανότερο να βιώσουν ακούσιους τραυματισμούς, π.χ. σε τροχαία, σε σχέση με όσους ξεκινούν να καταναλώνουν ποτά σε μεγαλύτερη ηλικία. Δεύτερον, οι τάσεις κατά την ηλικία έναρξης της κατανάλωσης οινοπνεύματος είναι ένας δείκτης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση μεγαλύτερων αλλαγών των γενικότερων τρόπων κατανάλωσης αλκοόλ των εφήβων. Ουσιαστικοί λόγοι ανησυχίας συντρέχουν όταν παρατηρείται γενικευμένη τάση για πειραματισμούς όχι μόνο με τη χρήση αλκοόλ, αλλά με την υπερβολική χρήση σε μικρές ηλικίες (Jernigan, 2001).

Το 1998 ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης δοκιμής αλκοόλ στις ΗΠΑ ήταν τα 13,1 έτη. Έρευνα που διεξήχθη κατά την περίοδο 1997 – 1998 σε 23 ευρωπαϊκές χώρες έδειξε ότι περισσότερα από τα μισά 11χρονα άτομα στα πιο πολλά κράτη ανέφεραν πως έχουν δοκιμάσει κάποιο αλκοολούχο ποτό. Παρόλο που σ' αυτό το επίπεδο δεν σημειώνονται διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, ωστόσο είναι πιθανότερο τα αγόρια να αρχίσουν να πίνουν σε εβδομαδιαία βάση στην ηλικία των 13 ετών, ενώ τα κορίτσια λίγο αργότερα. Η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ εξαρτάται από ποικίλους πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Σε κάποιες πάντως αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Βραζιλία, η ηλικία του πειραματισμού κατεβαίνει μόλις στα 10,1 έτη. Η ηλικία έναρξης και η πιθανότητα συχνής κατανάλωσης οινοπνευματωδών παρατηρείται ιδίως σε παιδιά και εφήβους που υφίστανται κάποιας μορφής στρες (Jernigan, 2001).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο ΠΟΥ, οι εθνικές διαφορές ως προς τις προτιμήσεις των ποτών συγκλίνουν μεταξύ των νεαρών καταναλωτών κυρίως στην Ευρώπη και Βόρεια Αμερική. Στις μεσογειακές χώρες, οι αλλαγές στο στυλ κατανάλωσης συνδέεται με αλλαγές στην προτίμηση των οινοπνευματωδών (Jernigan, 2001). Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται η τάση αντικατάστασης του κρασιού από τη μπύρα, γεγονός που την κατατάσσει στην πρώτη θέση των προτιμήσεων των εφήβων. Αυτή η αλλαγή συνδέεται με τη σειρά της με την εξάλωση της μόδας των μπαρ με αγγλο-ιρλανδικό στυλ σε όλη την Ευρώπη (WHO, 2004).

Σήμερα πολλοί νέοι άνθρωποι πίνουν για να μεθύσουν. Η κατάσταση μέθης αντιμετωπίζεται πλέον με ανοχή ακόμα και σε εφήβους. Αυτή η τάση φαίνεται αν υιοθετείται από μια μικρή μεν, αυξανόμενη δε ομάδα εφήβων σε αρκετές χώρες στην Ευρώπη (WHO, 2004). Επομένως, σύμφωνα με την ανερχόμενη καταναλωτική μόδα, οι νέοι άνθρωποι είναι πιθανότερο να καταναλώσουν είτε μύρα είτε κάποιο ποτό με χαμηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ, όπως alcopops, energy drinks, μηλίτης κ.τ.λ., τα οποία είναι σχεδιασμένα με τέτοιο τρόπο ώστε να προσελκύουν τους νέους πότες παρά κρασί ή κάποιο άλλο οινοπνευματώδες ποτό. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι έφηβοι ξεκινούν να πίνουν πολύ σε μικρότερες ηλικίες, τη στιγμή που τα ποτά με χαμηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ αυξάνονται σε ποικιλία, γίνονται δημοφιλή και εξακολουθούν να είναι διαθέσιμα σε οικονομικές τιμές για τη νεολαία (Jernigan, 2001).

Στατιστικά στοιχεία: Κατάσταση του αλκοόλ στην Ευρώπη

Η σύγχρονη Ευρώπη περικλείει ένα ευρύ φάσμα χρήσεων και συμβολισμών του αλκοόλ. Η κατανάλωσή του συνδυάζεται συνλήθως με την επισημοποίηση ενός γεγονότος ή ως μέσο διασκέδασης, γεγονός που ο διαχωρίζει από την εργασία. Άλλες κοινές χρήσεις είναι είτε ως συνοδευτικό σε οικογενειακά ή φιλικά γεύματα είτε σε τελετουργίες (Anderson & Baumberg, 2006). Οι ευρωπαϊκές χώρες σημειώνουν την υψηλότερη επικράτηση χρήσης οινοπνεύματος σε όλο τον κόσμο. Αυτό οφείλεται εν μέρει στις μικρότερες διαφοροποιήσεις μεταξύ των τρόπων πόσης ανδρών και γυναικών απ' ότι σε άλλες περιοχές του κόσμου (WHO, 2001).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση εξακολουθεί να είναι η περιοχή του κόσμου με την υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ, αν και τα 11 λίτρα καθαρού αλκοόλ ανά ενήλικα κάθε χρόνο είναι μια σημαντική μείωση σε σύγκριση με τα 15 λίτρα στα μέσα της δεκατίας του '70. Τα τελευταία 40 χρόνια παρατηρείται η τάση εναρμόνισης των επιπέδων κατανάλωσης στην Ε.Ε. των 15 κρατών-μελών. Οι αυξήσεις στην κεντρική και βόρεια Ευρώπη κατά την περίοδο '60 – '80 αντισταθμίζονται από τη συνεχή πτώση στη νότια Ευρώπη. Τα πιο πρόσφατα στοιχεία φανερώνουν πως η μέση χρήση των 10 πρόσφατα ενταγμένων χωρών στην Ε.Ε. πλησιάζει την αντίστοιχη των υπόλοιπων μελών. Παρόλο που οι περισσότεροι Ευρωπαίοι ενήλικες πίνουν αλκοόλ, υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 15% (55 εκατομμύρια) που απέχουν. Αυτό το ποσοστό διαφοροποιεί ουσιαστικά τα λίτρα καθαρού αλκοόλ που αντιστοιχούν ανά ενήλικα το χρόνο, από 11 σε 15 λίτρα κατά άτομο (Anderson & Baumberg, 2006).

Στον ευρωπαϊκό χώρο, το 44% της ποσότητας αλκοόλης που καταναλώνεται αφορά τη μύρα, το 34% το κρασί και το 23% τα υπόλοιπα οινοπνευματώδη ποτά (spirits). Ανάμεσα στα 15 κράτη-μέλη της Ε.Ε., οι βόρειες και κεντρικές περιοχές καταναλώνουν κυρίως μύρα,

ενώ οι νότιες κρασί. Στην πλειονότητα αυτών των χωρών, η χρήση του οινοπνεύματος συνδυάζεται με την ευκαιρία ενός γεύματος, φαινόμενο που παρατηρείται σε μεγάλο βαθμό στις νότιες περιοχές. Η συχνή, αλλά όχι σε καθημερινή βάση, κατανάλωση φαίνεται ότι είναι πιο συνηθισμένη στην κεντρική Ευρώπη, αν και υπάρχουν στοιχεία για τάση εναρμόνισης μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ε (Anderson & Baumberg, 2006).

Η κατάχρηση οινοπνεύματος έως του σημείου πρόκλησης επεισοδίου μέθης ποικίλει ανά την Ευρώπη. Λιγότεροι νότιοι Ευρωπαίοι δηλώνουν ότι μεθούν κάθε μήνα σε σχέση με άλλους. Σύμφωνα με έρευνες, οι ενήλικες αναφέρουν ότι μεθούν κατά μέσο όρο πέντε φορές το χρόνο, αλλά αναφέρουν περιστασιακή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ 17 φορές (5+ ποτά σε μια περίπτωση). Αυτός ο αριθμός ισοδυναμεί με 40 εκατομμύρια πολίτες της Ε.Ε. των 15 που «πίνουν πολύ» μηνιαίως και σε 100 εκατομμύρια, δηλαδή 1 στους 3, που αναφέρουν ότι υπερκαταναλώνουν αλκοόλ περιστασιακά τουλάχιστον μια φορά το μήνα (Anderson & Baumberg, 2006).

Περίπου 266 εκατομμύρια ενήλικοι καταναλώνουν μέχρι και 20g αλκοόλ για τις γυναίκες και 40g για τους άνδρες σε ημερήσια βάση. Ωστόσο, περισσότεροι από 58 εκατομμύρια πολίτες καταναλώνουν πολύ μεγαλύτερες ποσότητες απ' αυτό επίπεδο. Συγκεκριμένα, το 6% απ' αυτούς δηλώνει ότι κάνει χρήση άνω των 40g (γυναίκες) και 60g (άνδρες) ημερησίως. Η διερεύνηση της εξάρτησης και όχι της κατανάλωσης φανερώνει πως κάθε χρόνο περίπου 23 εκατομμύρια Ευρωπαίων, εκ των οποίων 5% άνδρες και 1% γυναίκες, είναι εξαρτημένοι από το αλκοόλ (Anderson & Baumberg, 2006).

Περισσότεροι άντρες καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλης σε σύγκριση με τις γυναίκες. Πολλές γυναίκες διακόπτουν τη χρήση σε περίπτωση εγκυμοσύνης, ένα ποσοστό πο κυμαίνεται μεταξύ 25 – 50% συνεχίζει να πίνει, ενώ ορισμένες καταναλώνουν σε επιβλαβές σημείο. Βάσει του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα είναι λιγότερο πιθανό να καταναλώνουν οινοπνευμα. Παρόλα αυτά, η μέθη και η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι πιθανότερο να παρατηρηθούν σε πότες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου. Η χρήση αλκοόλ στην Ευρώπη επιφέρει σημαντικές επιβαρύνσεις σε πολλούς τομείς της ζωής με κυριότερες τις επιπτώσεις στην υγεία και την κοινωνία. (Anderson & Baumberg, 2006).

Κατάσταση του αλκοόλ στην Ευρώπη: Έφηβοι –

Ανάλυση Έρευνας ESPAD 2003

Η Ευρωπαϊκή Έρευνα στο Σχολικό Πληθυσμό για τα Ναρκωτικά και το Αλκοόλ – ESPAD 2003 – ασχολείται με τη συλλογή στοιχείων για τις συνήθειες της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (καπνός, αλκοόλ, παράνομες ουσίες) στους μαθητές ηλικίας 16 ετών. Μέχρι σήμερα έχουν διεξαχθεί τρεις αντίστοιχες έρευνες, το 1995, το 1998 και η πιο πρόσφατη το 2003, με τη συνεργασία ανεξάρτητων ερευνητικών ομάδων στις ευρωπαϊκές χώρες που λαμβάνουν μέρος (ESPAD, 2003).

Στην τελευταία έρευνα του 2003 συμμετείχαν περισσότεροι από 100.000 μαθητές από 35 χώρες ανάμεσα στις οποίες και η Ελλάδα. **Μεθοδολογία:** Η έρευνα υλοποιήθηκε σε όλες τις χώρες την Άνοιξη του 2003. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ενός κοινού, τυποποιημένου και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, το οποίο απαντήθηκε από αντιπροσωπευτικά δείγματα μαθητών που είχαν γεννηθεί το 1987, με κάποιες εξαιρέσεις. Η μέση ηλικία του συνολικού δείγματος ήταν 15,8 ετών την περίοδο που διεξαγόταν η συλλογή των στοιχείων. Στις περισσότερες συμμετέχουσες χώρες το μέγεθος του δείγματος ήταν περίπου στο καθορισμένο όριο των 2.400 εφήβων (ESPAD, 2003).

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας σχετικά με τα οινόπνευματώδη, οι περισσότεροι μαθητές (90% και πάνω) έχουν πει αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους χωρίς αυτό να σημαίνει ότι πίνουν συστηματικά. Οι συστηματικοί χρήστες αλκοόλ, δηλαδή όσοι έχουν καταναλώσει αλκοόλ τουλάχιστον 40 φορές, είναι πολύ λιγότεροι. Τα υψηλότερα ποσοστά των συστηματικών εφήβων χρηστών (43 – 50%) προέρχονται από χώρες, όπου παρατηρείται και η μεγαλύτερη εμπειρία με αλκοόλ, όπως η Δανία, η Αυστρία, η Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Δημοκρατία της Τσεχίας. Αντίθετα, στις χαμηλότερες θέσεις της ευρωπαϊκής κατάταξης βρίσκονται η Τουρκία με μόλις ποσοστό 7% μαθητών που έχουν πει τουλάχιστον 40 φορές οινόπνευματώδη, η Γροιλανδία, η Ισλανδία, η Νορβηγία και η Πορτογαλία (13 – 15%). Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι μεγαλύτερος αριθμός αγοριών αναφέρει χρήση αλκοόλ πάνω από 40 φορές σε σύγκριση με τα κορίτσια σχεδόν σε όλες τις συμμετέχουσες χώρες (ESPAD, 2003). Η υψηλότερη συχνότητα χρήσης οινόπνευματωδών παρατηρείται μεταξύ των εφήβων που κατανάλωσαν αλκοόλ 20 ή περισσότερες φορές μέσα στον τελευταίο μήνα. Το ποσοστό χρήσης σ' αυτό το επίπεδο φτάνει το ¼ των μαθητών στην Ολλανδία και περίπου το 1/5 στην Αυστρία, το Βέλγιο, τη Μάλτα και το Ηνωμένο Βασίλειο. Ωστόσο, σε άλλες χώρες και συγκεκριμένα στη Φινλανδία, τη Σουηδία, τη Νορβηγία, την Ισλανδία και τη Γροιλανδία, το ποσοστό είναι χαμηλότερο του 3%. Επομένως, αυτή η συμπεριφορά απέναντι στη χρήση αλκοόλ εντοπίζεται βασικά στις Βόρειες χώρες (ESPAD, 2003).

Οι μαθητές που δηλώνουν ότι καταναλώνουν μύρα 3 ή και περισσότερες φορές μέσα στον τελευταίο μήνα κυμαίνονται στο 10 – 44% του δείγματος. Η συχνή κατανάλωση μύρας εντοπίζεται κυρίως στον ανδρικό πληθυσμό με εξαίρεση τη Γροιλανδία και την Ισλανδία, όπου δεν παρατηρούνται ουσιαστικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Λιγότεροι μαθητές αναφέρουν ότι έχουν πει κρασί απ' ότι μύρα μέσα στις τελευταίες 30 μέρες. Συνήθως το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν πως έχουν καταναλώσει κρασί τρεις ή περισσότερες φορές μέσα στον τελευταίο μήνα είναι χαμηλότερο του 20%. Εξαίρεση αποτελεί η Μάλτα, όπου το ποσοστό αγγίζει το 35%. Αρκετά υψηλά ποσοστά παρατηρούνται στην Ελλάδα, την Ιταλία, τη Δημοκρατία της Τσεχίας, την Αυστρία και τη Σλοβενία (21 – 23%), ενώ τα χαμηλότερα σημειώνονται και πάλι στις Βόρειες χώρες καθώς επίσης και στην Τουρκία (μέχρι 5%) (ESPAD, 2003). Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στον αριθμό των μαθητών που αναφέρουν ότι έχουν πει ισχυρά αλκοολούχα μέσα στο διάστημα των τελευταίων 30 ημερών ή 3 και περισσότερες φορές κατά τον τελευταίο μήνα ανάμεσα στις χώρες της ESPAD. Το υψηλότερο ποσοστό αναφέρθηκε στη Μάλτα (43%), ενώ ακολουθούν τα Βρετανικά νησιά, αλλά και η Ελλάδα (37 – 39%). Περίπου στις μισές χώρες πιο πολλά αγόρια σε σχέση με κορίτσια αναφέρουν τόσο συχνή χρήση οινόπνευματων με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ. Σχεδόν οι μισές χώρες, όμως, παρατηρούν ότι η συχνότητα χρήσης δεν διαφέρει σημαντικά μεταξύ των δύο φύλων (ESPAD, 2003).

Αναφορικά με τη μέθη, σε 30 από τις 35 χώρες η πλειοψηφία των μαθητών έχει μεθύσει τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους. Σε κάποιες χώρες η κατανομή των φύλων είναι περίπου ίδια, ενώ στις περισσότερες πιο πολλά αγόρια από κορίτσια αναφέρουν αυτή τη συχνότητα μέθης. Η Δανία εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό των μαθητών που δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει 20 ή περισσότερες φορές. Η Ελλάδα, η Κύπρος, η Πορτογαλία και η Τουρκία σημειώνουν ποσοστό μόλις μέχρι και 3%. Σαφώς μικρότερος είναι ο αριθμός των εφήβων που μέθυσε 3 ή περισσότερες φορές τις τελευταίες 30 μέρες σε όλες τις χώρες, όπου στις μισές περίπου το ποσοστό δεν ξεπερνάει το 10% των μαθητών. Τέλος, τα ποσοστά των μαθητών που αναφέρουν συχνότητα κατανάλωσης 5 ή περισσότερων ποτών για τρεις ή περισσότερες φορές μέσα στον τελευταίο μήνα κυμαίνεται μεταξύ του 1/5 και του 1/3 των ερωτώμενων στις μισές χώρες της ESPAD. Συμπεριφορές «βουλιμικής κατανάλωσης» αλκοόλ σε υψηλά ποσοστά εμφανίζουν η Ιρλανδία, η Ολλανδία και η Γερμανία (28 – 32%). Αντίθετα, η χαμηλότερη συχνότητα βουλιμικής κατανάλωσης σημειώνεται στην Τουρκία, τη Γαλλία και την Ουγγαρία (5 – 9%) (ESPAD, 2003).

Εκτός από τα παραπάνω στοιχεία για το αλκοόλ, η έρευνα της ESPAD του 2003 κατέδειξε ενδιαφέροντα ευρήματα για τα παράνομα ναρκωτικά και τον καπνό. Συγκεκριμένα, σχεδόν σε όλες τις συμμετέχουσες χώρες το 50 – 80% του μαθητικού πληθυσμού απαντούν ότι έχουν καπνίσει τσιγάρο τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους. Περίπου το 40% των μαθητών έχουν καπνίσει 40 ή περισσότερες φορές στην Αυστρία, τη Δημοκρατία της

Τσεχίας, τα Νησιά Φαρόε, τη Γροιλανδία, τη Γερμανία, τη Λιθουανία και τη Ρωσία. Αντίθετα, η Τουρκία, η Μάλτα, η Ισλανδία και η Πορτογαλία είναι οι χώρες με τη χαμηλότερη επικράτηση του καπνίσματος με ποσοστό 13 – 18%. Σε χώρες κυρίως της πρώην Ανατολικής Ευρώπης (Εσθονία, Λετονία, Πολωνία κ.τ.λ.) καθώς επίσης και στην Κύπρο και την Τουρκία αναφέρουν πιο πολλά αγόρια απ’ ότι κορίτσια ότι έχουν καπνίσει 40 ή περισσότερες φορές στη ζωή τους. Το αντίθετο φαινόμενο, δηλαδή περισσότερα κορίτσια από αγόρια, εμφανίζεται στα βόρεια νησιά, όπως η Γροιλανδία. Στην ίδια χώρα παρατηρείται και το υψηλότερο ποσοστό μαθητών (60%), οι οποίοι έχουν καπνίσει μέσα στον τελευταίο μήνα. Ακολουθούν η Αυστρία, η Γερμανία και η Βουλγαρία (45 – 49%). Τα χαμηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στην Τουρκία και την Ισλανδία (18 – 20%) (ESPAD, 2003).

Αναφορικά με τη χρήση παράνομων ουσιών, η πλειοψηφία του μαθητικού πληθυσμού των χωρών της ESPAD απαντάει ότι έχει χρησιμοποιήσει μαριχουάνα ή κάνναβη. Πρώτη χώρα σε ποσοστά είναι η Δημοκρατία της Τσεχίας με 44%, ενώ υψηλά ποσοστά εμφανίζουν η Ελβετία, η Ιρλανδία, η Νήσος του Μαν, η Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο (38 – 40%). Οι χώρες με το μικρότερο ποσοστό μαθητών (3 – 4%), που έχουν κάνει χρήση κάνναβης, είναι η Ρουμανία, η Τουρκία και η Κύπρος. Η χρήση κάνναβης μέσα στον τελευταίο μήνα δείχνει πιθανόν τη συστηματικότερη χρήση της. Τα ποσοστά των μαθητών είναι χαμηλότερα του 1/5 του συνολικού αριθμού στις περισσότερες χώρες με εξαίρεση τη Γαλλία, τη Νήσο του Μαν, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ελβετία (20 – 22%). Πιο πολλά αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια έχουν χρησιμοποιήσει κάνναβη στις περισσότερες συμμετέχουσες χώρες. Ωστόσο, οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων είναι πολύ μικρές στη Βουλγαρία, την Κροατία, τις βόρειες χώρες, την Ουγγαρία, την Ιρλανδία, τη Ρωσία, τη Σλοβακία και τη Σλοβενία (ESPAD, 2003).

Οι χώρες με την υψηλότερη επικράτηση αμφιταμινών είναι η Εσθονία, η Λετονία, η Γερμανία, η Ισλανδία και η Λιθουανία ((5 – 7%), ενώ περίπου στις μισές χώρες το ποσοστό φτάνει μόλις το 1%. Ακόμα μικρότερος αριθμός μαθητών έχει δοκιμάσει LSD, με πρώτη χώρα τη Δημοκρατία της Τσεχίας (6%). Η συχνότερα χρησιμοποιούμενη ουσία μετά την κάνναβη είναι η έκσταση με την Τσεχία πάλι να κατέχει τα πρωτεία (8%). Η χρήση υπνωτικών ή ηρεμιστικών χαπιών με ή χωρίς συνταγή γιατρού συνηθίζεται περισσότερο στην Πολωνία (17%) και τη Λιθουανία (14%). Πολύ μικρές διαφορές αγοριών και κοριτσιών εντοπίζονται στη χρήση εισπνεόμενων/ πτητικών ουσιών (ESPAD, 2003).

Συμπεράσματα: Τα πρότυπα χρήσης αλκοόλ στους έφηβους έδειξαν ότι οι μαθητές σε χώρες της Βόρειας Ευρώπης καταναλώνουν λιγότερες ποσότητες οινοπνευματωδών και σε χαμηλότερη συχνότητα σε σύγκριση με μαθητές της Δυτικής Ευρώπης. Τα πρωτεία στην κατανάλωση οινοπνευματωδών κατέχουν τα Βρετανικά νησιά, η Ολλανδία, το Βέλγιο, η Αυστρία, η Δημοκρατία της Τσεχίας και η Μάλτα. Μεγαλύτερη κατανάλωση μύρας εντοπίζεται στη Βουλγαρία, τη Δανία, την Ολλανδία και Πολωνία. Η κατανάλωση κρασιού

είναι μεγαλύτερη στις οινοπαραγωγούς χώρες, όπως η Ιταλία, η Αυστρία, η Ελλάδα, η Σλοβενία και η Μάλτα. Η κατανάλωση ισχυρών οινοπνευματωδών ποτών εντοπίζεται σε διασκορπισμένες γεωγραφικά χώρες και συγκεκριμένα στη Μάλτα, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Νήσο του Μαν, την Ιρλανδία και την Ελλάδα. Η επικράτηση της μέθης εμφανίζεται κυρίως σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης (Δανία, Ηνωμένο Βασίλειο κ.τ.λ.), ενώ λίγοι μαθητές αναφέρουν συχνή μέθη ή περιστατικά «βουλιμικής κατανάλωσης» αλκοόλ σε χώρες της Μεσογείου, δηλαδή σε Ελλάδα, Κύπρο, Τουρκία, Γαλλία, Πορτογαλία και Ρουμανία. Στις περισσότερες χώρες της ESPAD τα αγόρια αναφέρουν ότι καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ και με υψηλότερη συχνότητα απ' ότι τα κορίτσια. Ωστόσο, σε κάποιες χώρες οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων είναι ασήμαντες (ESPAD, 2003).

Τουλάχιστον ο μισός μαθητικός πληθυσμός των χωρών της ESPAD έχουν καπνίσει έστω και μια φορά στη ζωή τους, ενώ όσοι έχουν καπνίσει 40 ή περισσότερες φορές προέρχονται από τις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά εφήβων που έχουν δοκιμάσει τσιγάρο. Η πλειοψηφία των μαθητών, που δηλώνει ότι χρησιμοποίησε κάποια παράνομη ουσία, αναφέρεται κυρίως στη χρήση κάνναβης ή μαριχουάνας και αμέσως μετά ακολουθεί η έκσταση. Συχνότερη χρήση αναφέρουν μαθητές από χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, ενώ χαμηλότερα ποσοστά συγκεντρώνουν οι χώρες της βόρειας και νότιας Ευρώπης (ESPAD, 2003). Τέλος, η πλειοψηφία των εφήβων σε όλες τις συμμετέχουσες χώρες θεωρούν ότι η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών σχετίζεται με την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων, με προβλήματα υγείας, με την εγκληματικότητα, με προβλήματα στον οικονομικό ή οικογενειακό τομέα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005).

Στατιστικά στοιχεία: Κατάσταση του αλκοόλ στην Ελλάδα – **Ανάλυση ερευνών του ΕΠΙΨΥ**

Τα πιο πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία για τη κατανάλωση αλκοόλ στη χώρα μας προέρχονται από την Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και υγεία: *πανελλήνια έρευνα για την επικράτηση της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας*, που υλοποιήθηκε το 2004 από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) με τη χρηματοδότηση του ΟΚΑΝΑ. Η έρευνα στο γενικό πληθυσμό του 2004 αποτέλεσε επανάληψη αντίστοιχων ερευνών του 1984 και 1998 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005).

Μεθοδολογία: Στην έρευνα συμμετείχε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 4.774 ατόμων ηλικίας 12 – 64 ετών. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης στα νοικοκυριά, όπου οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν ένα ανώνυμο τυποποιημένο ερωτηματολόγιο. **Αποτελέσματα:** Η έρευνα έδειξε ότι η μεγάλη πλειοψηφία των Ελλήνων (74,1%) ηλικίας 12 – 64 ετών δηλώνει ότι έχει πει κάποιο οινοπνευματώδες

ποτό μέσα στον τελευταίο χρόνο και δύο στους τρεις έχουν πει στο διάστημα του τελευταίου μήνα. Το 29,8% του γενικού πληθυσμού αναφέρει ότι πίνει αλκοόλ δύο με τρεις φορές τη βδομάδα ή συχνότερα. Οι άνδρες πίνουν περισσότερο και πιο συχνά σε σύγκριση με τις γυναίκες με αναλογία περίπου 3 προς 1 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005). Ως προς την ηλικία, στους άνδρες παρατηρείται άνοδος του επιπέδου κατανάλωσης με την αύξηση της ηλικίας, ενώ στις γυναίκες αυξοομιώσεις μεταξύ των διαφορετικών ηλικιών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006). Η μεγαλύτερη χρήση αλκοόλ παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα άνω των 36 ετών, όπου το 31,3%, δηλαδή κάτι λιγότερο από το 1/3 δηλώνει ότι έχει πει πάνω από 10 φορές μέσα στον τελευταίο μήνα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005).

Σύμφωνα με επιπλέον δημοσίευτα στοιχεία του ΕΠΨΥ από την ίδια έρευνα του 2004 για τη χρήση παράνομων και νόμιμων εξαρτησιογόνων ουσιών, η συχνή χρήση αλκοόλ είναι διαδεδομένη ιδιαίτερα σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Ακολουθούν η Θεσσαλονίκη, τα υπόλοιπα αστικά κέντρα, ενώ στην Αττική το ποσοστό είναι μικρότερο. Το 12,2% έχει μεθύσει τουλάχιστον μία φορά τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το 0,8% αναφέρει 10 περιστατικά μέθης στο ίδιο χρονικό διάστημα. Οι νεαροί ενήλικες 18 – 24 ετών και στα δύο φύλα αναφέρουν το υψηλότερο ποσοστό υπερβολικής κατανάλωσης και μέθης. Αναφορικά με το συνδυασμό χρήσης αλκοόλ και οδήγησης, το 16,4% του πληθυσμού δηλώνει ότι κατά το τελευταίο εξάμηνο οδήγησε 1 – 2 φορές ύστερα από κατανάλωση 3 ή περισσότερων ποτών, ενώ το 6% μετά από τουλάχιστον 6 οινόπνευματώδη ποτά. Πιο πολλοί άνδρες από ότι γυναίκες αναφέρουν ότι οδηγούν μετά από χρήση αλκοόλ. περίπου 3 στα 4 άτομα αναφέρουν την **παρέα** ως το σπουδαιότερο λόγο για τη χρήση αλκοόλ. Περίπου τα μισά άτομα το **κέφι**. Άλλοι λόγοι είναι **η χαλάρωση, η αλλαγή της διάθεσης, η γεύση, η συνήθεια** (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Συμπεράσματα: Η πορεία της χρήσης αλκοόλ μέσα στον χρόνο (1984 - 2004) εμφανίζει μια μικρή κάμψη (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005). Κατά την τελευταία 20ετία, η κατανάλωση οινόπνευματών έχει μειωθεί σημαντικά σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα. Το ίδιο ισχύει και για τη μέθη (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006). Η πρόσφατη χρήση στους νεαρούς ελήνικες τον τελευταίο μήνα δεν παρουσιάζει διαφορές σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005). Διαχρονικά (από το 1998 και μετά) παρατηρείται μείωση του ποσοστού των ατόμων που οδηγούν αφού έχουν πει οινόπνευματώδη (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Έρευνα συμπεριφοράς των καταναλωτών αλκοολούχων ποτών

Το Εργαστήριο Ανάλυσης Αγορών και Καταναλωτικής Συμπεριφοράς του τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών πραγματοποίησε το 2005 έρευνες με αντικείμενο τη *συμπεριφορά του καταναλωτή αλκοολούχων ποτών* (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Μεθοδολογία: Η έρευνα υλοποιήθηκε το διάστημα Σεπτέμβριος 2005 – Ιανουάριος 2006 σε δείγμα 300 ατόμων. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου. **Αποτελέσματα:** Το 72,5% των νεαρών ενηλίκων ηλικίας 18 – 24 ετών προτιμούν οινοπνευματώδη ποτά, όπως ούισκι, βότκα, τζιν, ρούμι κ.τ.λ., ενώ το υπόλοιπο 12,5% ποτά, όπως ούζι, ρακή και τσίπουρο. Περιορισμένη είναι η προτίμηση που δείχνουν αυτές οι ηλικίες στο κρασί και τη μπίρα. Η αμέσως επόμενη ηλικιακή ομάδα των 25 – 34 ετών καταναλώνει μικρότερη ποσότητα αλκοόλ από ότι οι νέοι 18 – 24. Ωστόσο, και τα άτομα αυτής της ηλικίας δείχνουν προτίμηση σε οινοπνευματώδη ποτά (62%), όπως ούισκι και βότκα, αλλά και στο κρασί (18%) σε σχέση με την προηγούμενη πληθυσμιακή ομάδα. Παρόμοια εικόνα εμφανίζουν οι ενήλικες ηλικίας 35 – 44 ετών. Τέλος, τα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών (45 - 65) πίνουν λιγότερες ποσότητες αλκοόλ σε σύγκριση με τα νεότερα άτομα, ενώ δείχνουν προτίμηση κυρίως στο κρασί (65%). Η τιμή αποτελεί καθοριστικό παράγοντα επιλογής κάποιου οινοπνευματώδους ποτού για την πλειοψηφία των ατόμων (80%). Επίσης, το 60% θα προτιμούσε ένα φθηνότερο ποτό από ένα άλλο πιο ακριβό, ανεξάρτητα από την όποια διαφορά στην ποιότητα. Σε ερώτηση για ενδεχόμενη αύξηση των τιμών στα οινοπνευματώδη, τα περισσότερα άτομα απάντησαν ότι θα στρέφονταν προς οικονομικότερες λύσεις, όπως η μπίρα και το κρασί (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, οι νεότεροι θα θυσιάζαν πιο εύκολα την ποιότητα των αλκοολούχων ποτών έναντι της ποσότητας. Αντίθετα, τα περισσότερα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θα επέλεγαν να μειώσουν την ποσότητα στην περίπτωση αύξησης στην τιμή των οινοπνευματωδών. Το προηγούμενο στοιχείο υποστηρίζει το εύρημα της έρευνας πως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι καταναλώνουν λιγότερο αλκοόλ σε σχέση με τους νεότερους ανθρώπους (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Μελέτες για τις πωλήσεις αλκοολούχων ποτών

Σύμφωνα με κλαδική έρευνα που υλοποίησε η εταιρεία ICAP με στόχο τη διερεύνηση της εγχώριας αγοράς αλκοολούχων ποτών, η συνολική αγορά παρουσίασε μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης 0,6% κατά την πενταετία 1999 – 2003. **Αποτελέσματα:** Το ούισκι κατέχει το υψηλότερο ποσοστό (40,4% το 2003) στη συνολική εγχώρια κατανάλωση οινοπνευματωδών και αμέσως μετά έρχεται το ούζο με 25,7%. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί στροφή της ζήτησης προς την οικιακή κατανάλωση αλκοόλ («ζεστή» αγορά), παρότι ο όγκος των αλκοολούχων ποτών κατευθύνεται προς την «κρύα» αγορά, δηλαδή την επιτόπια κατανάλωσή τους σε χώρους διασκέδασης. Μια σχετικά νέα κατηγορία ποτών με χαμηλή ποσότητα σε αλκοόλ, τα “ready to drink” ποτά, παρουσίασε υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης. **Συμπέρασμα:** Τα τελευταία χρόνια η εγχώρια κατανάλωση οινοπνευματωδών εμφανίζει σταθεροποιητικές τάσεις (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Τέλος, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η Ελλάδα ανήκει μαζί με τη Γαλλία και τα υπόλοιπα μεσογειακά κράτη στις χώρες της Ευρώπης που παράγουν και καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες κρασιού, με την κατανάλωση όμως να σημειώνει μια διαρκή πτωτική πορεία. Επίσης, το 1995, η Ελλάδα εμφάνιζε συνολικό ποσοστό αποχής από το αλκοόλ 8% (15% γυναίκες και μόλις 1% άνδρες) (WHO, 2004). Παρ' όλα αυτά, τα συγκριτικά στοιχεία παραβάσεων που αφορούν την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ της Διεύθυνσης Τροχαίας της Ελληνικής Αστυνομίας, το 2005 αυξήθηκε ο αριθμός των ελέγχων, του αριθμού των ελεγχθέντων ατόμων και δυστυχώς και των ατόμων που βρέθηκαν υπό την επήρεια οινονπνεύματος (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Κατάσταση του αλκοόλ στην Ελλάδα: Έφηβοι

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία για τη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό της Ελλάδας προέρχονται από την *Πανελλήνια έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση οиноπνευματωδών και άλλων ουσιών*, που υλοποιήθηκε το 2003 από το ΕΠΙΨΥ με τη χρηματοδότηση του ΟΚΑΝΑ. Η έρευνα του 2003 στο μαθητικό πληθυσμό αποτέλεσε επανάληψη των αντίστοιχων ερευνών του 1984 σε 10.814 μαθητές, του 1993 σε 10.543 μαθητές και του 1998 σε 8.557 μαθητές (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005).

Μεθοδολογία: Στην έρευνα συμμετείχε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 8.457 εφήβων μαθητών ηλικίας 14 – 17 ετών. Τα στοιχεία συλλέχτηκαν με τη μέθοδο του ανώνυμου ερωτηματολογίου. **Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα στοιχεία που προέκυψαν από την έρευνα του 2003 σχετικά με τη χρήση οиноπνευματωδών, σχεδόν όλοι οι έφηβοι έχουν δοκιμάσει κάποιο οиноπνευματώδες ποτό σε ποσοστό 95,8%. Το 38,5% των μαθητών αναφέρει ότι έχει πιει τουλάχιστον 40 φορές σε όλη του τη ζωή αλκοόλ. 3 στους 10 εφήβους αναφέρουν ότι έχουν καταναλώσει 20 ή/και περισσότερες φορές κάποιο ποτό στη διάρκεια του τελευταίου χρόνου, ενώ το 15,9% τουλάχιστον 10 φορές τον τελευταίο μήνα. Το ποσοστό των αγοριών που καταναλώνουν οиноπνευματώδη είναι υψηλότερο από αυτό των κοριτσιών, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει με την ηλικία. Στις περιπτώσεις της υπερβολικής ανά περίπτωσης κατανάλωσης οиноπνευματωδών και των περιστατικών μέθης ισχύει η ίδια περίπου κατάσταση, δηλαδή τα ποσοστά των αγοριών και των εφήβων μεγαλύτερης ηλικίας είναι υψηλότερα από των κοριτσιών και των εφήβων μικρότερης ηλικίας (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005). Πρώτα σε προτίμηση των μαθητών έρχονται τα βαριά οиноπνευματώδη ποτά (35,9%), ακολουθεί η μπύρα (26,5%), ενώ τρίτο σε προτίμηση έρχεται το κρασί (22,4%). Επίσης, τα τελευταία χρόνια αρκετά ψηλά στις προτιμήσεις των εφήβων βρίσκονται τα ποτά χαμηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ, τα λεγόμενα alcopops (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006). Η μέση ηλικία πρώτης δοκιμής για τη μπύρα είναι τα 12,9 έτη και για

τα βαριά οιοπνευματώδη, όπως ουίσκι και βότκα, τα 14,2 έτη. Τα αγόρια πραγματοποιούν την πρώτη τους δοκιμή κατά μέσο όρο έξι μήνες πριν από τα κορίτσια. Η πρώτη μέθη παρατηρείται κατά μέσο όρο στα 14,8 έτη (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005).

Στην ερώτηση σχετικά με το που βρίσκotan την τελευταία φορά που ήπια κάποιο αλκοολούχο ποτό, 1 στους 3 εφήβους απάντησε εκτός σπιτιού και ειδικότερα το 30,7% σε κάποιο κλαμπ ή ντίσκο και το 26,9% σε μπαρ. Τα παραπάνω στοιχεία συμφωνούν με αντίστοιχα ευρήματα προηγούμενης έρευνας, σύμφωνα με τα οποία η πλειοψηφία των μαθητών ανέφερε ότι η κατανάλωση αλκοόλ απαγορεύεται στο σπίτι. Αυτά τα στοιχεία εντοπίζουν τις αδυναμίες της ισχύουσας νομοθεσίας σχετικά με την απαγόρευση διάθεσης και κατανάλωσης οιοπνευματωδών από ανήλικους σε κέντρα διασκέδασης (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006). Μεγάλος αριθμός εφήβων δηλώνει ότι οι πιο πολλοί και όλοι οι φίλοι, αλλά και τα αδέρφια τους πίνουν αλκοόλ (60,4% και 60,2% αντίστοιχα). Το 67,1% των εφήβων αναγνωρίζει τους κινδύνους της καθημερινής κατανάλωσης οιοπνευματωδών (4 – 5 ποτά ημερησίως), ποσοστό όμως που μειώνεται σε 44,9% όσον αφορά την πόση 5 ή πιο πολλών ποτών κατά το Σαββατοκύριακο. Σε όλες τις περιπτώσεις, τα αγόρια εμφανίζουν μικρότερη αίσθηση του κινδύνου σε σύγκριση με τα κορίτσια. Πάντως, οι περισσότεροι έφηβοι συνδέουν την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ με την πρόκληση διαφόρων προβλημάτων, όπως τροχαία ατυχήματα, προβλήματα υγείας, παραβατική συμπεριφορά, προβλήματα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Ωστόσο, οι έφηβοι πιστεύουν ότι η χρήση αλκοόλ θα έχει περισσότερα θετικές επιδράσεις. Χαρακτηριστικά, η πλειοψηφία των μαθητών συνδέει την κατανάλωση οιοπνευματωδών με τη διασκέδαση (71,9%), με το γεγονός ότι θα γίνουν πιο κοινωνικοί και ομιλητικοί (63,7%), χαρούμενοι (59,1%) και χαλαροί (51,9%). Το 57,6% των εφήβων επικεντρώνεται στην αδιαθεσία της επόμενης μέρας (hangover) σχετικά με την αρνητική επίδραση του αλκοόλ. Ένα μικρό μόνο ποσοστό (16,3%) αναφέρει το φόβο της εξάρτησης. Οι κυριότεροι λόγοι αποφυγής της χρήσης αλκοόλ είναι για τους εφήβους η πρόκληση σοβαρών ατυχημάτων (92,4%), η διαταραχή των οικογενειακών σχέσεων (88%) και οι βλάβες στην υγεία (87,6%). Επίσης, αναφέρουν σε μικρότερα ποσοστά τη βίαιη συμπεριφορά και τις αρνητικές συνέπειες, ενώ σε ακόμη χαμηλότερα την τιμή και θρησκευτικούς λόγους (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2004, η διαχρονική σύγκριση των στοιχείων κατά την τελευταία 20ετία (1984 - 2003) δείχνει ότι η κατανάλωση οιοπνευματωδών από τους εφήβους παραμένει σταθερή με μικρές διακυμάνσεις. Σχεδόν 1 στους 3 μαθητές φαίνεται ότι καταναλώνει συχνά αλκοόλ (τουλάχιστον 6 φορές τον τελευταίο μήνα), με εξαίρεση το 1998 όπου σημειώθηκε μείωση. Το 2003 υπήρξε επάνοδος στα προηγούμενα επίπεδα (29% το 1984, 30,8% το 1993, 24,8% το 1998 και 29% το 2003). Παρόμοια είναι η εικόνα για τη διαχρονική πορεία της υπερβολικής ανά περίπτωση

κατανάλωσης οиноπνευματωδών. Όσον αφορά τη μέθη, η τάση είναι αυξητική κατά τη δεκαετία 1993 – 2003. Τέλος, με την πάροδο των χρόνων, οι έφηβοι φαίνονται καλύτερα ενημερωμένοι για τους κινδύνους από την κατανάλωση αλκοόλ. Χαρακτηριστικά, το 1984 το 62,1% των μαθητών θεωρούσαν ακίνδυνη την πόση 1 – 2 ποτών σχεδόν ημερησίως, ποσοστό που έπεσε στο 32,2% το 2003 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005).

Η Ελλάδα είναι μία από τις 35 συμμετέχουσες χώρες στην Ευρωπαϊκή Έρευνα στο Σχολικό Πληθυσμό για τα Ναρκωτικά και το Αλκοόλ – ESPAD 2003. Η πιο πρόσφατη έρευνα της ESPAD έδειξε ότι το 35% των μαθητών (43% αγόρια και 28% κορίτσια) ηλικίας 16 ετών στη χώρα μας έχουν καταναλώσει οиноπνευματώδη 40 ή περισσότερες φορές στη ζωή τους, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στις 10 ευρωπαϊκές χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά. Το 17% των αγοριών έχει πει τις τελευταίες 30 μέρες 10 ή περισσότερες φορές αλκοόλ. Κατά τον τελευταίο μήνα, το 39% των αγοριών δηλώνει ότι έχει πει τρεις ή πιο πολλές φορές μύρα, το 27% κρασί και το 41% οиноπνευματώδη ποτά (spirits). Τα ποσοστά είναι χαμηλότερα για τα κορίτσια. Συγκεκριμένα, μόνο το 9% των κοριτσιών έχει καταναλώσει αλκοόλ 10 ή περισσότερες φορές τον τελευταίο μήνα. Το 18% αναφέρει ότι έχει πει μύρα τρεις ή περισσότερες φορές τις τελευταίες 30 μέρες, το 15% κρασί, ενώ το 32% οиноπνευματώδη ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ. Ωστόσο, περίπου το ίδιο ποσοστό αγοριών και κοριτσιών στην Ελλάδα δηλώνει ότι έχει μεθύσει 20 ή περισσότερες φορές στη ζωή του καθώς επίσης κατά τον τελευταίο μήνα (3% συνολικό ποσοστό και για τα δύο φύλα). Παρόλα αυτά, τα αγόρια εμφανίζουν σχεδόν διπλάσιο ποσοστό αναφορικά με τη λεγόμενη «βουλιμική κατανάλωση αλκοόλ» (binge drinking), δηλαδή την κατανάλωση 5 ή περισσότερων ποτών στη σειρά, σε σύγκριση με τα κορίτσια (14% και 8% αντίστοιχα) (ESPAD, 2003).

Το 20% των μαθητών στην Ελλάδα αναφέρει πως έχει καπνίσει 40 ή περισσότερες φορές στη ζωή τους, ενώ το 28% τις τελευταίες 30 ημέρες. Αναφορικά μ' αυτή τη νόμιμη ουσία θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα κορίτσια υπερέχουν ελαφρώς έναντι των αγοριών (21% και 30% έναντι 19% και 27%). Ο αριθμός των μαθητών στη χώρα μας που δηλώνει ότι έχει κάνει χρήση παράνομων ουσιών είναι αρκετ'α μικρός. Χαρακτηριστικά, το 6% αναφέρει ότι έχει κάνει χρήση κάνναβης, ενώ το 2% τις 30 τελευταίες μέρες. Η χρήση αμφιταμινών είναι μηδενική, χρήση LSD είναι μόλις 1%, έκσταση 2%, ηρεμιστικών ή υπνωτικών χαπιών 4%, αλλά δυστυχώς το 15% των μαθητών δηλώνει ότι έχει δοκιμάσει εισπνεόμενες ή πτητικές ουσίες (π.χ. κόλλα, βενζίνη κ.τ.λ.). (ESPAD, 2003).

Συμπεράσματα

Η πιο πρόσφατη έκθεση του ΠΟΥ για την παγκόσμια κατάσταση του αλκοόλ του 2004 αναφέρει ότι οι άνθρωποι που καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά υπολογίζονται σε 2 δισεκατομμύρια παγκοσμίως. Τα 76,3 εκατομμύρια απ' αυτούς έχουν διαγνωστεί ότι πάσχουν από κάποια διαταραχή ή πρόβλημα εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ. Η κατανάλωση οινοπνεύματος έχει κοινωνικές συνέπειες και ευθύνεται για μια σειρά προβλημάτων υγείας, ενώ αποτελεί μια γενικότερη απειλή για την παγκόσμια δημόσια υγεία. Οι μορφές κατανάλωσης αλκοόλ ποικίλουν από την αποχή έως την εξάρτηση. Οι τρόποι καθημερινής χρήσης οινοπνεύματος καθορίζονται από τη γενικότερη θέση που κατέχει η πόση μέσα σε μια κουλτούρα, τις κοινωνικές συνθήκες, τις επικρατούσες συνήθειες και τις νόρμες. Σύμφωνα με έρευνες, περισσότερες γυναίκες απέχουν από το αλκοόλ σε σχέση με τον άνδρες. Επίσης, η θρησκεία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των συνηθειών πόσης. Σε χώρες, όπου το Ισλάμ είναι η επίσημη θρησκεία, παρατηρούνται σχεδόν πάντα υψηλότερα ποσοστά αποχής από το αλκοόλ. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι πλούσιες χώρες μειώνουν την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ αντίθετα σημειώνεται άνοδος σε φτωχότερες και αναπτυσσόμενες περιοχές καθώς επίσης και σε εκείνες, όπου η οικονομίες βρίσκονται σε μεταβατικό στάδιο. Επομένως, το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης και η θρησκεία αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν τα επίπεδα της εγχώριας χρήσης αλκοόλ.

Η χρήση του αλκοόλ απειλεί την καλή κατάσταση της υγείας και την ευημερία των εφήβων. Είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό το γεγονός ότι οι σύγχρονες τάσεις γύρω από την κατανάλωση αλκοόλ εξαπλώνονται πλέον σε παγκόσμιο επίπεδο, επιβάλλοντας μόνες και συνήθειες. Ο διεθνής τρόπος κατανάλωσης επιβάλει τη συνειδητή χρήση αλκοόλ για τις ευχάριστες ψυχολογικές του επιδράσεις. Μ' αυτή την τάση συνδέεται και η περιστασιακή υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών σε σημείο μέθης, συνήθεια που συναντάται ιδίως στη Βόρεια Ευρώπη και εξαπλώνεται σε όλη την ήπειρο. Στους έφηβους παίζει μεγάλο ρόλο η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ, η οποία εξαρτάται από ποικίλους πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Συνήθως, τα αγόρια ξεκινούν να πίνουν νωρίτερα σε σχέση με τα κορίτσια. Σήμερα πολλοί νέοι άνθρωποι πίνουν ουσιαστικά για να μεθύσουν. Η χρήση αλκοόλ στην Ευρώπη επιφέρει σημαντικές επιβαρύνσεις σε πολλούς τομείς της ζωής με κυριότερες τις επιπτώσεις στην υγεία και την κοινωνία.

Οι ευρωπαϊκές χώρες σημειώνουν την υψηλότερη επικράτηση χρήσης οινοπνεύματος σε όλο τον κόσμο. Περίπου 266 εκατομμύρια Ευρωπαίοι πολίτες καταναλώνουν μέχρι και 20g αλκοόλ για τις γυναίκες και 40g για τους άνδρες σε

ημερήσια βάση. Παρόλο που οι περισσότεροι Ευρωπαίοι ενήλικες πίνουν αλκοόλ, υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 15% που απέχουν. Η σύγχρονη Ευρώπη περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα χρήσεων και συμβολισμών του αλκοόλ. Για παράδειγμα, η χρήση του οινοπνεύματος συνδυάζεται με την ευκαιρία ενός γεύματος. Η συχνή, αλλά όχι καθημερινή κατανάλωση φαίνεται ότι είναι πιο συνηθισμένη στην κεντρική Ευρώπη, αν και υπάρχουν στοιχεία για τάση εναρμόνισης μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ε. Περισσότεροι άντρες καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλης σε σύγκριση με τις γυναίκες. Τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα είναι λιγότερο πιθανό να καταναλώνουν οινοπνευμα. Παρόλα αυτά, η μέθη και η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι πιθανότερο να παρατηρηθούν σε πότες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου.

Η έρευνα της ESPAD (2003) για το σχολικό πληθυσμό σε χώρες της Ευρώπης δείχνει σαφέστατα υψηλότερη χρήση καπνού και οινοπνευματωδών, δηλαδή των λεγόμενων νόμιμων ναρκωτικών, από τους μαθητές σε σύγκριση με τα παράνομα ναρκωτικά. Συχνότερη χρήση αναφέρουν μαθητές από χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, ενώ χαμηλότερα ποσοστά συγκεντρώνουν οι χώρες της βόρειας και νότιας Ευρώπης. Τα πρότυπα χρήσης αλκοόλ στους έφηβους έδειξαν ότι οι μαθητές σε χώρες της Βόρειας Ευρώπης καταναλώνουν λιγότερες ποσότητες οινοπνευματωδών και σε χαμηλότερη συχνότητα σε σύγκριση με μαθητές της δυτικής Ευρώπης, όπου και εμφανίζεται κυρίως η επικράτηση της μέθης. Αντίθετα, λίγοι μαθητές αναφέρουν συχνή μέθη ή περιστατικά «βουλιμικής κατανάλωσης» αλκοόλ σε χώρες της Μεσογείου. Στις περισσότερες χώρες της ESPAD τα αγόρια αναφέρουν ότι καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ και με υψηλότερη συχνότητα απ' ότι τα κορίτσια. Ωστόσο, σε κάποιες χώρες οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων είναι ασήμαντες.

Στην Ελλάδα, η πορεία της χρήσης αλκοόλ μέσα στον χρόνο (1984 - 2004) εμφανίζει μια μικρή κάμψη. Κατά την τελευταία 20ετία, η κατανάλωση οινοπνευματωδών έχει μειωθεί σημαντικά σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα. Το ίδιο ισχύει και για τη μέθη. Η πρόσφατη χρήση στους νεαρούς ελήνικες τον τελευταίο μήνα δεν παρουσιάζει διαφορές σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Διαχρονικά (από το 1998 και μετά) παρατηρείται μείωση του ποσοστού των ατόμων που οδηγούν αφού έχουν πει αλκοόλ. Οι άνδρες πίνουν περισσότερο και πιο συχνά σε σύγκριση με τις γυναίκες με αναλογία περίπου 3 προς 1. Η μεγαλύτερη χρήση αλκοόλ παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα άνω των 36 ετών. Η συχνή χρήση αλκοόλ είναι διαδεδομένη ιδιαίτερα σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Οι νεαροί ενήλικες 18 – 24 ετών και στα δύο φύλα αναφέρουν το υψηλότερο ποσοστό υπερβολικής κατανάλωσης και μέθης. Πιο πολλοί άνδρες από ότι γυναίκες αναφέρουν ότι οδηγούν μετά από χρήση αλκοόλ. Περίπου 3 στα 4 άτομα αναφέρουν την παρέα ως το σπουδαιότερο λόγο για τη χρήση αλκοόλ. Άλλοι

λόγοι είναι το κέφι, η χαλάρωση, η αλλαγή της διάθεσης, η γεύση και η συνήθεια. Σε περίπτωση αύξησης στην τιμή των οινοπνευματωδών, οι νεότεροι θα θυσιάζαν πιο εύκολα την ποιότητα των αλκοολούχων ποτών έναντι της ποσότητας σε αντίθεση με τα περισσότερα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, που θα μείωναν την ποσότητα. Σύμφωνα με τα συγκριτικά στοιχεία παραβάσεων που αφορούν την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ της Διεύθυνσης Τροχαίας της Ελληνικής Αστυνομίας, το 2005 αυξήθηκε ο αριθμός των ελέγχων, του αριθμού των ελεγχθέντων ατόμων, αλλά και των ατόμων που βρέθηκαν υπό την επήρεια οινοπνεύματος.

Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. του 2004, η διαχρονική σύγκριση των στοιχείων κατά την τελευταία 20ετία (1984 - 2003) δείχνει ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών από τους εφήβους παραμένει σταθερή με μικρές διακυμάνσεις. Σχεδόν 1 στους 3 μαθητές φαίνεται ότι καταναλώνει συχνά αλκοόλ. Όσον αφορά τη μέθη, η τάση είναι αυξητική κατά τη δεκαετία 1993 – 2003. Οι έφηβοι στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες της ESPAD παρουσιάζουν χαμηλό ποσοστό υπερβολικής και επικίνδυνης χρήσης (περιστατικά μέθης), αλλά εμφανίζουν υψηλό ποσοστό κατανάλωσης οινοπνευματωδών. Το ποσοστό των αγοριών που καταναλώνουν οινοπνευματώδη είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των κοριτσιών, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει με την ηλικία. Πρώτα σε προτίμηση των μαθητών έρχονται τα βαριά οινοπνευματώδη ποτά, ακολουθεί η μπίρα και τρίτο έρχεται το κρασί, ενώ τα τελευταία χρόνια κερδίζουν σε προτίμηση τα alcopops. Η πλειοψηφία των εφήβων αναγνωρίζει τους κινδύνους της καθημερινής κατανάλωσης οινοπνευματωδών. Με την πάροδο των χρόνων, οι έφηβοι φαίνονται καλύτερα ενημερωμένοι για τους κινδύνους από την κατανάλωση αλκοόλ. Ωστόσο, πιστεύουν ότι καταναλώνοντας αλκοόλ θα διασκεδάσουν, θα χαλαρώσουν, θα γίνουν πιο κοινωνικοί, χαρούμενοι και ομιλητικοί.

10^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Οικονομικά στοιχεία του αλκοόλ:

Αλκοόλ και Οικονομία

Υπάρχουν τρεις βασικές παγκόσμιες βιομηχανίες οινοπνευματωδών: μύρας, κρασιού και αλκοολούχων ποτών. Και στις τρεις βιομηχανίες παρατηρείται μια κοινή τάση προς την παραγωγή παγκόσμιων αναγνωρίσιμων προϊόντων (brands) υποστηριζόμενες από ισχυρό μάρκετινγκ, ενώ παράλληλα παρατηρείται αυξανόμενη συγκέντρωση ιδιοκτησίας κυρίως στη βιομηχανία μύρας και των αποσταγμένων ποτών. Οι ηγετικές εταιρείες μάρκετινγκ του αλκοόλ εδρεύουν στον ανεπτυγμένο κόσμο και βασίζονται σε υψηλούς προϋπολογισμούς προκειμένου να κυριαρχήσουν στην αγορά και να αποσπάσουν ολιγοπωλιακά κέρδη (WHO, 2001). Οι αναπτυσσόμενες χώρες διαδραματίζουν μικρό ρόλο στο διεθνές εμπόριο αλκοολούχων ποτών, καθώς οι ποσότητες που παράγονται εκεί συνήθως καταναλώνονται από τους ντόπιους πληθυσμούς (WHO, 2002).

Τα ολιγοπώλια, ο έλεγχος και τα κέρδη των ιδιοκτητών των παγκόσμιων βιομηχανιών αλκοόλ τους επιφέρει σημαντική πολιτική και οικονομική επιρροή, η οποία με τη σειρά της ενδέχεται να εμποδίσει την εφαρμογή αποτελεσματικών πολιτικών κατά του αλκοόλ. Αυτό έχει ως συνέπεια να χρησιμοποιούν διεθνείς marketers σε ορισμένες τουλάχιστον αγορές αναπτυσσόμενων χωρών τακτικές και καμπάνιες, που κανονικά θα ήταν ανεπίτρεπτες στις αγορές δυτικών χωρών, διαφημίζοντας για παράδειγμα τα οινοπνευματώδη ως υγιεινά ποτά, ως τον τρόπο προς την επιτυχία και τη δημοτικότητα κ.τ.λ. (WHO, 2001).

Οι κυριότερες χώρες, οι οποίες εισάγουν και εξάγουν οινοπνευματώδη είναι όλα τα ανεπτυγμένα κράτη. Οι δέκα χώρες που εξάγουν τις μεγαλύτερες ποσότητες οινοπνευματωδών ποτών (spirits), μύρας και κρασιού ευθύνονται για το 70%, 75% και 84% αντίστοιχα των παγκόσμιων εξαγωγών αυτών των προϊόντων (WHO, 2001). Οι δέκα κυριότερες εταιρείες παραγωγής μύρας βρίσκονται κυρίως στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. και κατέχουν το 42% της παγκόσμιας παραγωγής ευρωπαϊκού τύπου μύρας. Το Μεξικό είναι η μόνη αναπτυσσόμενη χώρα ανάμεσα στις δέκα πρώτες εξαγωγίμες χώρες δυνατών οινοπνευματωδών ποτών και μύρας, ενώ η Χιλή και η Αργεντινή της εξαγωγής κρασιού (WHO, 2002). Οι ισχυρές πολυεθνικές βιομηχανίες οινοπνευματωδών ξοδεύουν μεγάλα ποσά στην προώθηση των προϊόντων τους για να ενθαρρύνουν τη ζήτηση αλκοολούχων ποτών και να δημιουργήσουν εμπόδια στην είσοδο νέων επιχειρήσεων στο εμπόριο αλκοόλ (WHO, 2001).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες η παραγωγή και η διανομή του αλκοόλ συνεισφέρει καταρχάς στο ακαθάριστο εθνικό προϊόν. Ακόμα μεγαλύτερη συνεισφορά στην οικονομία προκύπτει από τον τομέα της εξυπηρέτησης, δηλαδή τη δημιουργία θέσεων εργασίας σε εστιατόρια, ταβέρνες και καταστήματα λιανικής πώλησης. Επιπρόσθετα, οι πωλήσεις οινοπνευματωδών συμβάλλουν στα κρατικά έσοδα μέσω των έμμεσων φόρων. Τέλος, τα αλκοολούχα ποτά ευθύνονται για ένα μικρό ποσοστό των δαπανών του οικογενειακού προϋπολογισμού (WHO, 2002).

Η παγκοσμιοποίηση των μέσων και των αγορών διαμορφώνει όλο και περισσότερο τις αντιλήψεις, τις επιλογές και τις συμπεριφορές των νέων ανθρώπων. Σήμερα, οι πιο πολλοί νέοι έχουν περισσότερες επιλογές και υψηλότερο διαθέσιμο εισόδημα, αλλά είναι πιο επιρρεπείς στις τεχνικές μάρκετινγκ. Επιπλέον, τα νεαρά άτομα επιδιώκουν την κατανάλωση προϊόντων και εν δυνάμει επικίνδυνων για την υγεία ουσιών, όπως το αλκοόλ. Την ίδια στιγμή, η κυριαρχία της φιλελεύθερης αγοράς έχει εξασθενήσει τις υπάρχουσες πολιτικές της δημόσιας υγείας και τις κοινωνικές δομές που απευθύνονται στους νέους σε αρκετές χώρες. Η ταχύτατη κοινωνική και οικονομική μετάβαση, οι εμφύλιες συγκρούσεις, η φτώχεια, η απομόνωση και η έλλειψη κατοικίας είναι παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες χρήσης νόμιμων ή παράνομων ναρκωτικών με καταστρεπτικές συνέπειες για τις ζωές των νέων ανθρώπων (WHO, 2001).

Μεγάλο μέρος του εμπορίου του αλκοόλ επικεντρώνεται στην Ευρώπη, η οποία και κατέχει το 70% των εξαγωγών και σχεδόν τη μισή παγκόσμια εισαγωγή. Η σημαντική θέση της Ευρώπης στην παγκόσμια αγορά των οινοπνευματωδών διαφαίνεται επίσης από το γεγονός ότι αποτελεί πηγή του 1/4 της παγκόσμιας ποσότητας αλκοόλ, ενώ διαθέτει και τη μισή παραγωγή κρασιού στον κόσμο. Αν και είναι δύσκολο να εκτιμηθεί επακριβώς η φοροδιαφυγή στην Ε.Ε., η Ευρωπαϊκή Ομάδα Υψηλού Επιπέδου για την καταπολέμηση του Οικονομικού Εγκλήματος υπολόγισε ότι το 1996 χάθηκαν 1,5 δισεκατομμύρια ευρώ λόγω λαθρεμπορίου στα οινοπνευματώδη. Επιπλέον, είναι συχνό φαινόμενο οι τουρίστες να αγοράζουν και να εισάγουν φθηνότερο αλκοόλ από ταξίδια στο εξωτερικό (Anderson & Baumberg, 2006).

Η βιομηχανία του αλκοόλ επιφέρει υψηλά έσοδα σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Ο ειδικός φόρος για το αλκοόλ στην Ε.Ε. των 15 υπολογίζεται σε 25 δισεκατομμύρια ευρώ το 2001 χωρίς να προσμετρούνται άλλοι φόροι, όπως της εκείνοι της πώλησης. Σε κυβερνητικό επίπεδο, η εκτίμηση των επιβαλλόμενων φόρων αποτελεί καλύτερο δείκτη πρόβλεψης των φορολογικών εσόδων από ότι το επίπεδο της κατανάλωσης του πληθυσμού μιας χώρας εξαιτίας της ανελαστικότητας των αλκοολούχων ποτών (Anderson & Baumberg, 2006).

Πολλά επαγγέλματα και κατ' επέκταση θέσεις εργασίας συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με το αλκοόλ, που εκτείνονται από την παραγωγή ποτών έως την προμήθειά τους. Παρόλα αυτά, οι τάσεις στην κατανάλωση οινοπνευματωδών δεν σχετίζονται ξεκάθαρα με τον αριθμό

θέσεων εργασίας σε τομείς, όπως, μπαρ, εστιατόρια κ.τ.λ. Πρόσφατα στοιχεία υποδεικνύουν ότι στο σύνολο της οικονομίας η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ δεν οδηγεί απαραίτητα σε απώλεια θέσεων εργασίας (Anderson & Baumberg, 2006). Το συνολικό άμεσα μετρήσιμο κόστος του αλκοόλ στην Ε.Ε. υπολογίστηκε στα 125 δις ευρώ το 2003, ποσό περίπου ίσο με εκείνου του καπνού. Στο διπλάσιο νούμερο φτάνει το έμμεσο κόστος, δηλαδή ο πόνος, η οδύνη, η απώλεια ζωής εξαιτίας προβλημάτων υγείας, εγκληματικότητας και άλλων αρνητικών επιπτώσεων του αλκοόλ στην ανθρώπινη ζωή (Anderson & Baumberg, 2006).

Μάρκετινγκ

Το μάρκετινγκ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παγκόσμια σύγκλιση των τρόπων και των συνηθειών της χρήσης αλκοόλ (Jernigan, 2001). Οι επιχειρήσεις δαπανούν μεγάλα ποσά σε προγράμματα μάρκετινγκ στην προσπάθειά τους να αναπτύξουν στενές σχέσεις και να δημιουργήσουν υψηλό βαθμό εμπιστοσύνης-προσήλωσης καταναλωτών (Ζώτος, 2000). Ο στόχος του μάρκετινγκ είναι να συσχετίσει κάποιο προϊόν με συγκεκριμένες αξίες. Στην περίπτωση του αλκοόλ μάλιστα, απαιτείται γενικότερα να παραβλέπονται οι κίνδυνοι στη δημόσια υγεία, όπως επίσης και η όποια πολιτισμική αντίθεση εναντίον του αλκοόλ. (Jernigan, 2001).

Το αλκοόλ ανέκαθεν έπαιζε διάφορους πολιτισμικούς ρόλους, οι οποίοι ωστόσο καθορίζονταν από τις τοπικές κοινωνίες που παρήγαγαν τα οينوπνευματώδη ποτά. Στη σημερινή εποχή, ο ρόλος του αλκοόλ σε παγκόσμιο επίπεδο καθορίζεται πρωταρχικά από τους ιδιοκτήτες των διεθνών μαρκών. Υπέρτατος στόχος των τελευταίων είναι η μεγιστοποίηση των πωλήσεων και κατ' επέκταση η κατανάλωση των προϊόντων τους. Η νεανική αγορά είναι καθοριστική σ' αυτή τη διαδικασία. Επιπλέον απαιτείται από τις εταιρείες προσαρμοστικότητα εξαιτίας της ευμετάβλητης φύσης των νέων. Εξάλλου οι πετυχημένες νεανικές μάρκες όχι μόνο συνδέονται με νεανικές υποομάδες, αλλά επίσης τοποθετούνται ανάμεσα στα καθοριστικά χαρακτηριστικά τους. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχουν λανσαριστεί και σχεδιαστεί ειδικά για τη νεολαία διάφορα αλκοολούχα ποτά. Οι εταιρείες στράφηκαν σ' αυτό το κοινό ιδιαίτερα μετά την πτωτική κατανάλωση των πληθυσμών των πλούσιων χωρών (Jernigan, 2001).

Μέρος του αποτελέσματος του μάρκετινγκ είναι η επίτευξη πολιτισμικών αλλαγών. Πρωταρχικός στόχος είναι η διαμόρφωση μιας μοναδικής εμπειρίας και η ταύτιση αυτής της εμπειρίας με το προϊόν. Αυτή η προσπάθεια για πολλά προϊόντα, όπως η μπίρα, απευθύνεται ως επί των πλείστων στο νεανικό πληθυσμό (Jernigan, 2001). Επιπλέον, το αλκοόλ ως είδος έχει το πλεονέκτημα ότι προσαρμόζεται σε μια ευρεία γκάμα οικογενειακών προϋπολογισμών και κουλτούρων. Ένα σχετικά φτηνό προϊόν, όπως η μπίρα Heineken,

μπορεί να θεωρηθεί ως το εισιτήριο προς έναν κόσμο με πανέμορφες γυναίκες και άντρες ή επιτυχημένες αθλητικές ομάδες, όπως απεικονίζονται στις διαφημίσεις αντίστοιχων εταιρειών (Jernigan, 1997).

Οι προωθητικές ενέργειες των οινοπνευματωδών ποτών τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες περιλαμβάνουν διαγωνισμούς, παιχνίδια και καρτούν στις ιστοσελίδες των εταιρειών, τη χρήση δημοφιλούς μουσικής, προώθηση σε νεανικά περιοδικά και σε χώρους διασκέδασης, χορηγία σημαντικών αθλητικών γεγονότων (π.χ. Champions League). Επιπλέον, οι marketers δημιουργούν ειδικά CD και βιβλιοπωλεία με κόμικς προκειμένου να προσεγγίσουν ακόμα περισσότερο το νεανικό πληθυσμό. Ο πλέον πρόσφατος τρόπος προώθησης καινούριων αλκοολούχων ποτών πραγματοποιείται σε χώρους διασκέδασης (μπαρ, clubs) (Jernigan, 2001).

Ιδιαίτερα ο αθλητικός χώρος και κατ' επέκταση το αθλητικό μάρκετινγκ είναι προσφέρουν διαφορετικούς τόπους προσέγγισης των νέων καταναλωτών. Τα σημαντικά αθλητικά γεγονότα είτε ζωντανά είτε στην τηλεόραση προσελκύουν σημαντικό αριθμό νεανικού και ιδίως ανδρικού πληθυσμού. Αυτό το κοινό-στόχος καταναλώνει και το περισσότερο αλκοόλ από οποιαδήποτε άλλη πληθυσμιακή ομάδα, όπως χαρακτηριστικά δείχνουν οι έρευνες (Jernigan, 2001). Δημοφιλείς μάρκες μπίρας, όπως Heineken και Amstel είναι χορηγοί σημαντικών ποδοσφαιρικών θεσμών, όπως το Ευρωπαϊκό και το Παγκόσμιο Πρωτάθλημα.

Τα παραπάνω στοιχεία των πρόσφατων πρακτικών μάρκετινγκ καταδεικνύουν την προσπάθεια και τη βούληση των κυρίαρχων στην παγκόσμια αγορά παραγωγών οινοπνευματωδών να στοχεύσουν το νεανικό κοινό. Αυτό παρατηρείται σε χώρες, όπως οι Η.Π.Α. και το Ηνωμένο Βασίλειο, που διαθέτουν σημαντικούς κρατικούς κανονισμούς γύρω από τις προωθητικές ενέργειες της βιομηχανίας του αλκοόλ, ενώ παράλληλα οι ίδιες οι εταιρείες έχουν θεσπίσει σχέδιο αυτορρύθμισης, τα οποία επιβλέπουν δίκτυα μη κυβερνητικών οργανισμών. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου δεν υπάρχουν τόσο οργανωμένοι και ισχυροί μηχανισμοί ελέγχου - κρατικοί ή μη - των βιομηχανιών αλκοόλ, παρατηρείται εξάπλωση των πρακτικών του μάρκετινγκ (Jernigan, 2001).

Διαφήμιση

Σε γενικές γραμμές, η διαφήμιση προϊόντων επιχειρεί να πληροφορήσει, να πείσει και να επηρεάσει το κοινό, να αναπτύξει τη θετική στάση των καταναλωτών προκειμένου να αγοράσουν το προϊόν και εν τέλει να διαμορφώσει καταναλωτές που θα επιδεικνύουν υψηλό βαθμό εμπιστοσύνης και προσήλωσης προς αυτό (Brand Loyals). Όπως οι διαφημίσεις όλων των προϊόντων, έτσι και οι εκείνες του αλκοόλ επιδιώκουν να δώσουν έμφαση στη μοναδικότητα και στα διαφορετικά του προϊόντος (Ζώτος, 2000).

Η προσπάθεια της υποκειμενικής διαφοροποίησης ενός προϊόντος από τα ομοειδή του μέσω της διαφήμισης επιτυγχάνεται με τους εξής τρόπους: 1) αξιοποιώντας συμβολισμούς, 2) κάνοντας έκκληση στο θυμικό του καταναλωτή, 3) αξιοποιώντας τις κοινωνικές ομάδες στις οποίες ανήκει ή επιθυμεί να ανήκει το άτομο, 4) προσδίδοντας χαρακτηριστικά στο προϊόν, 5) χτίζοντας μια εικόνα γοήτρου και 6) αφήνοντας με έμμεσο τρόπο υποσχέσεις για τη δυνατότητα συμμετοχής σε έναν εξιδανικευμένο τρόπο ζωής που «αντιπροσωπεύει» το προϊόν, εφόσον βέβαια το επιλέξει ο καταναλωτής (Ζώτος, 2000).

ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ:

Η διαφήμιση του αλκοόλ και η επιρροή της στους εφήβους

Πολλές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η διαφήμιση είναι πιθανόν να επηρεάζει την έναρξη κατανάλωσης οиноπνευματωδών, μεταβάλλοντας τις προσδοκίες και κατ' επέκταση διαμορφώνοντας την συμπεριφορά της χρήσης αλκοόλ (Martin et al., 2002). Τα αντικείμενα των περισσότερων σχετικών ερευνών περιστρέφονται γύρω από το βαθμό στον οποίο οι διαφημίσεις αλκοολούχων ποτών ενδέχεται να επηρεάσουν την ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ στην εφηβική ηλικία και τις μετέπειτα καταναλωτικές τους συνήθειες γύρω από αυτό το νόμιμο ναρκωτικό.

Περισσότερο από 1 δισεκατομμύριο δολάρια δαπανούνται κάθε χρόνο για τη διαφήμιση αλκοόλ (Snyder et al., 2000). Μια ανάλυση στοιχείων του 1997 στις Η.Π.Α. επιβεβαιώνει πως τα πιο πολλά έξοδα για τη διαφήμιση οиноπνευματωδών πραγματοποιούνται στην τηλεόραση καθώς επίσης ότι οι διαφημίσεις μύρας κατέχουν τον όγκο των διαφημίσεων σε τηλεόραση και ραδιόφωνο. Επιπλέον, εξαιτίας αυτής της κατάστασης δημιουργούνται προοπτικές για την έκθεση της νεολαίας σε τηλεοπτικές διαφημίσεις μύρας. Στοιχεία του Δεκεμβρίου του 1997 κατέδειξαν ότι περίπου οι μισές διαφημίσεις μύρας προβάλλονταν το Σαββατοκύριακο κατά τη διάρκεια αθλητικών γεγονότων προσιτών σε παιδιά και εφήβους. Μάλιστα το 1/3 προβαλλόταν στη ζώνη υψηλής τηλεθέασης. Οι διαφημίσεις δυνατών οиноπνευματωδών ποτών κυριαρχούν το 1997 στα περιοδικά και σε διαφημίσεις σε εξωτερικούς χώρους, π.χ. αφίσες, πινακίδες σε λεωφορεία, Μετρό κ.τ.λ. (Snyder et al., 2000).

Μία πρόσφατη αμερικάνικη έρευνα του Snyder και των συνεργατών του μελετά τον αριθμό των διαφημίσεων οиноπνευματωδών που παρακολουθούν οι νέοι ηλικίας 15 με 26 χρονών και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζονται απ' αυτές (Martin et al., 2002).

Μεθοδολογία: Για να εντοπιστεί το μέγεθος της έκθεσης και οι επιρροές των διαφημίσεων αλκοόλ χρησιμοποιήθηκε δείγμα 1800 εφήβων σε 24 αγορές, οι οποίοι απάντησαν σε τρεις τηλεφωνικές συνεντεύξεις το Μάιο και το Δεκέμβριο του 1999 και το Μάιο του 2000.

Αποτελέσματα: Στο πρώτο σκέλος της έρευνας, δηλαδή ως προς την έκταση της έκθεσης των νέων ηλικίας 15 – 26 ετών σε διαφημίσεις αλκοολούχων ποτών, οι έφηβοι ανέφεραν ότι είδαν περισσότερες διαφημίσεις αλκοόλ στην τηλεόραση απ' ότι σε περιοδικά και αφίσες και απ' ότι άκουσαν στο ραδιόφωνο. Επίσης, ανέφεραν μεγαλύτερη έκθεση σε διαφημίσεις βαριών οиноπνευματωδών ποτών καθώς και μύρας κατά τον τελευταίο μήνα σε σύγκριση με διαφημίσεις κρασιού. Αναφορικά με τις επιρροές που τυχόν δέχονται οι έφηβοι εξαιτίας της έκθεσής τους σε διαφημίσεις αλκοόλ, τα ευρήματα δείχνουν ότι η έκθεση σχετίζεται με μικρή αύξηση της χρήσης οиноπνευματωδών. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ

αυξάνεται με περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης, περισσότερες ώρες εργασίας, στους άνδρες και στους μη Αφροαμερικάνους. **Συμπεράσματα:** Η συγκεκριμένη έρευνα αποδεικνύει την ισχυρή παρουσία των διαφημίσεων αλκοόλ στα media. Οι διαφημίσεις των οινοπνευματωδών ποτών αυξάνονται σταδιακά στο ραδιόφωνο και την τηλεόραση. Οι νέοι άνθρωποι ηλικίας 15 έως 26 ετών θυμούνται ότι έχουν εκτεθεί σε πολλές διαφημίσεις μπίρας και βαριών οινοπνευματωδών ποτών ιδιαίτερα στην τηλεόραση. Όσο περισσότερες διαφημίσεις αλκοόλ προβάλλονταν σε κάθε αγορά τόσο περισσότεροι νέοι ανέφεραν έκθεση σε τέτοιου είδους διαφημίσεις. Η παρακολούθηση πιο πολλών διαφημίσεων αλκοόλ είχε μεγαλύτερη επίδραση στην κατανάλωσή αλκοόλ απ' ότι είχε η πόση στο να προσέχει κανείς τις αντίστοιχες διαφημίσεις. Η επίδραση της έκθεσης σε διαφημίσεις οινοπνευματωδών ήταν μικρή αλλά θετική (Martin et al., 2002).

Μια άλλη αμερικανική έρευνα των Chen και Grube είχε ως αντικείμενο μελέτης πως επιδρούν οι διαφημίσεις μπίρας και ελαφριών ποτών στη νεολαία και τι της αρέσει σ' αυτές. Οι ερευνητές έλαβαν υπόψη έρευνες που έδειξαν ότι οι διαφημίσεις αλκοόλ, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν ζώα, κινούμενα σχέδια, υπογραφή διασημοτήτων και νεανική μουσική είναι ιδιαίτερα ελκυστικές στη νεολαία. **Μεθοδολογία:** Το δείγμα αποτέλεσαν 164 μαθητές από 5^η έως 8^η τάξη και 89 μαθητές από 9^η έως 11^η. Το 47 ήταν άνδρικός πληθυσμός. Οι ερωτηθέντες ήταν ηλικίας 10 – 17 ετών, δηλαδή ο μέσος όρος ηλικίας υπολογίζεται στα 12,7 χρόνια. Το 33% του δείγματος ανέφερε ότι είχε καταναλώσει αλκοόλ μέσα στον τελευταίο χρόνο. **Αποτελέσματα:** Η πιο ευρέως αναγνωρίσιμη διαφήμιση μπίρας, αλλά και αυτή που άρεσε περισσότερο στους νέους (65% και 92% αντίστοιχα) παρουσίαζε μια νυφίτσα και σαύρες, ενώ επιπλέον περιείχε μουσική ροκ και εικόνες από ροκ συναυλία. Αντίθετα, η λιγότερο αναγνωρίσιμη διαφήμιση περιελάμβανε σκηνές ενός τραίνου και απευθυνόταν περισσότερο σε ενήλικες (14%), ενώ αυτή που άρεσε λιγότερο (16%) περιέγραφε την ιστορία της ζυθοποίησης και την ποιότητα των συστατικών της. Οι νέοι θυμούνται καλύτερα τις διαφημίσεις των ελαφριών οινοπνευματωδών ποτών απ' ότι των βαριών. Σε γενικές γραμμές, η συμπάθεια προς τα πρόσωπα, οι ιστορίες και το χιούμορ είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της συνολικής αποδοχής της διαφήμισης τόσο βαριών όσο και ελαφριών αλκοολούχων ποτών. **Συμπεράσματα:** Τα παιδιά και οι έφηβοι είναι εκτεθειμένοι σε διαφημίσεις αλκοόλ μερικές από τις οποίες βρίσκουν αρκετά ελκυστικές. Η προτίμηση ορισμένων στοιχείων, όπως τα πρόσωπα, η ιστορία και το χιούμορ, είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες της συνολικής αποδοχής των διαφημίσεων αλκοόλ. Η προτίμηση των διαφημίσεων αλκοόλ άμεσα προμηνύει υπάρχοντα επίπεδα χρήσης και έχει σημαντικά έμμεσα αποτελέσματα στην πόση και στις μελλοντικές προθέσεις κατανάλωσης οινοπνευματωδών, οι οποίες κατευθύνονται μέσω των θετικών προσδοκιών. Επομένως, η διαφήμιση του αλκοόλ ενδέχεται να έχει μικρή αλλά σημαντική επίδραση στους νέους ανθρώπους και να τους προδιαθέτει θετικά απέναντι στο αλκοόλ (Martin et al., 2002).

Ο Ellickson και οι συνεργάτες του ασχολήθηκαν με τη σχέση μεταξύ της έκθεσης σε διάφορες μορφές διαφήμισης του αλκοόλ και επακόλουθης χρήσης ανάμεσα σε εφήβους των Η.Π.Α.. Ο σκοπός της μελέτης επικεντρώνεται στη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο η έκθεση σε προγράμματα πρόληψης της χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών μπορεί να μετριάσει την προηγούμενη σχέση (Ellickson et al., 2005). **Μεθοδολογία:** Το δείγμα περιλαμβάνει 3111 μαθητές της 7^{ης} τάξης μέχρι να φτάσουν στην 9^η από 41 σχολεία της Μέσης Εκπαίδευσης στη Νότια Ντακότα των Η.Π.Α.. Οι μαθητές συμμετείχαν στην έρευνα πεδίου ALERT Plus σχεδιασμένη να υπολογίζει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης τοξικών ουσιών συμπληρώνοντας ένα ερωτηματολόγιο. Οι ερευνητές εξέτασαν ξεχωριστά τους πότες από τους μη πότες καθώς οι επιδράσεις των διαφημίσεων οινόπνευματων ενδέχεται να διαφοροποιούνται ανάλογα με την προηγούμενη εμπειρία του καθενός με το αλκοόλ. **Αποτελέσματα:** Το 48% των εφήβων της 7^{ης} τάξης, που δεν καταναλώνουν αλκοόλ, χαρακτηρίστηκαν πότες της προηγούμενης χρονιάς μέχρι την 9^η τάξη υποδηλώνοντας ένα σημαντικό ποσοστό έναρξης κατά την εξεταζόμενη περίοδο. Το 77% των μαθητών που καταναλώνουν αλκοόλ ανέφερε χρήση οινόπνευματων τη χρονιά πριν την 9^η τάξη. Και για τις δύο ομάδες η έκθεση στις διαφημίσεις του αλκοόλ ήταν σχεδόν καθολική. Περισσότερο από το 90% των μαθητών ανέφερε ότι είχε παρακολουθήσει διαφημίσεις μύρας στην τηλεόραση, είχε εκτεθεί σε εκθέσεις μύρας μέσα σε μαγαζιά και είχε δει να διαφημίζονται τα δικαιώματα εκμετάλλευσης μάρκας μύρας σε αθλητικά ή συναυλιακά γεγονότα. Μικρότερο ποσοστό εφήβων κοίταξε περιοδικά με διαφημίσεις αλκοόλ. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο ομάδων καταδεικνύει πως οι πότες μαθητές έχουν σημαντικά μεγαλύτερη έκθεση σε διαφημίσεις οινόπνευματων σε περιοδικά, επιδείξεις σε καταστήματα, μουσικά και αθλητικά γεγονότα σε σχέση με τους μη πότες μαθητές. **Συμπεράσματα:** Τα παραπάνω ευρήματα υποδεικνύουν ότι διαφορετικές μορφές διαφήμισης επηρεάζουν την ακόλουθη συμπεριφορά πόσης κατά το μέσο της εφηβίας. Οι νέοι που δεν είχαν δοκιμάσει αλκοόλ μέχρι την 7^η τάξη του σχολείου, ενδέχεται να κατανάλωναν κατά τη διάρκεια της 9^{ης} τάξης. Η πιθανότητα αυξάνονται με την έκθεση σε εκδηλώσεις προώθησης μύρας μέσα σε μαγαζιά. Ωστόσο, οι μαθητές που είχαν εκτεθεί στο πρόγραμμα πρόληψης ALERT Plus ήταν λιγότερο πιθανό να δοκιμάσουν αλκοόλ, ενώ επιπλέον δεν ήταν τόσο επιρρεπείς στις τεχνικές πειθούς των διαφημίσεων σε μαγαζιά. Όσοι μαθητές είχαν ήδη ξεκινήσει να πίνουν στην 7^η τάξη του σχολείου, ήταν πιθανότερο να επηρεαστούν από την έκθεση σε διαφημίσεις αλκοόλ σε περιοδικά, αθλητικά και μουσικά γεγονότα. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη άλλου είδους τύπους διαφημίσεων και αναμενόμενων παραγόντων χρήσης αλκοόλ, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η έκθεση σε τηλεοπτικές διαφημίσεις μύρας επηρεάζει τη μεταγενέστερη κατανάλωση οινόπνευματος. Τα αποτελέσματα της ALERT Plus υποδηλώνουν πως η έκθεση σε προληπτικά προγράμματα κατά των ναρκωτικών ενδέχεται να περιορίσει τη μελλοντική χρήση αλκοόλ τόσο στους

μαθητές που έχουν δοκιμάσει όσο και σ' αυτούς που δεν έχουν πει οινόπνευματώδη. Τέλος, τα προληπτικά προγράμματα οφείλουν να αυξήσουν την επίγνωση των media αναλογιζόμενα τις πολλαπλές πηγές των διαφημίσεων αλκοόλ στις οποίες είναι εκτεθειμένοι οι νέοι άνθρωποι (Ellickson et al., 2005).

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, υπάρχουν τρεις βασικές παγκόσμιες βιομηχανίες οινόπνευματώδων: μύρρας, κρασιού και αλκοολούχων ποτών. Και στις τρεις παρατηρείται μια κοινή τάση προς την παραγωγή παγκόσμιων αναγνωρίσιμων προϊόντων υποστηριζόμενες από ισχυρό μάρκετινγκ καθώς επίσης και αυξανόμενη συγκέντρωση ιδιοκτησίας. Οι κυριότερες χώρες, οι οποίες εισάγουν και εξάγουν οινόπνευματώδη είναι όλα τα ανεπτυγμένα κράτη. Μεγάλο μέρος του εμπορίου του αλκοόλ επικεντρώνεται στην Ευρώπη, η οποία κατέχει το 70% των εξαγωγών και σχεδόν τη μισή παγκόσμια εισαγωγή, γεγονός που επιφέρει υψηλά έσοδα. Σήμερα, η παγκοσμιοποίηση των μέσων και των αγορών διαμορφώνει όλο και περισσότερο τις αντιλήψεις, τις επιλογές και τις συμπεριφορές των νέων ανθρώπων, που εμφανίζονται πιο επιρρεπείς στις τεχνικές μάρκετινγκ.

Στην περίπτωση του αλκοόλ απαιτείται συχνά να παραβλέπονται οι κίνδυνοι στη δημόσια υγεία, όπως επίσης και η όποια πολιτισμική αντίθεση εναντίον του. Σήμερα, ο ρόλος του αλκοόλ σε παγκόσμιο επίπεδο καθορίζεται πρωταρχικά από τους ιδιοκτήτες των διεθνών μαρκών, στόχος των οποίων είναι η μεγιστοποίηση των πωλήσεων. Οι προωθητικές ενέργειες των οινόπνευματώδων ποτών απευθύνονται κυρίως στο νεανικό κοινό, που καταναλώνει και το περισσότερο αλκοόλ από οποιαδήποτε άλλη πληθυσμιακή ομάδα, και περιλαμβάνουν διαγωνισμούς, παιχνίδια, τη χρήση δημοφιλούς μουσικής, προώθηση σε νεανικά περιοδικά και σε χώρους διασκέδασης, χορηγία σημαντικών αθλητικών γεγονότων κ.τ.λ.

Περισσότερο από 1 δισεκατομμύριο δολάρια δαπανούνται κάθε χρόνο για τη διαφήμιση αλκοόλ. Σύμφωνα με έρευνες, οι διαφημίσεις αλκοόλ στα media έχουν ισχυρή παρουσία. Η διαφήμιση του αλκοόλ ενδέχεται να έχει μικρή αλλά σημαντική επίδραση στους νέους ανθρώπους και να τους προδιαθέτει θετικά απέναντι στο αλκοόλ. Η προτίμηση ορισμένων στοιχείων, όπως τα πρόσωπα, η ιστορία και το χιούμορ, είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες της συνολικής αποδοχής των διαφημίσεων αλκοόλ. Ωστόσο, η έκθεση σε προληπτικά προγράμματα κατά των ναρκωτικών ενδέχεται να περιορίσει τη μελλοντική χρήση αλκοόλ τόσο στους μαθητές που έχουν δοκιμάσει όσο και σ' αυτούς που δεν έχουν πει οινόπνευματώδη.

11^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση και κατάχρηση αλκοόλ

Οι επιπτώσεις του αλκοόλ στο άτομο

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών και ιδίως μικρών ποσοτήτων δεν προξενεί κάποια βλάβη στους περισσότερους ανθρώπους. Ωστόσο, οι σύγχρονες απόψεις εξετάζουν τη σχέση όχι μόνο «κατάχρησης» - «προβλημάτων», αλλά επίσης «κατανάλωσης» - «προβλημάτων» καθώς παρατηρούνται ατομικές διαφορές στο θέμα του μεταβολισμού και στις γενικότερες ανθρώπινες λειτουργίες. Τα στοιχεία επιδημιολογικών ερευνών δείχνουν ότι η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλης που υπερβαίνει τα 60-80gr. για τους άνδρες και τα 20-40gr. για τις γυναίκες ενδέχεται να προκαλέσει προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ (Ποταμιάνος, 2005).

Η χρήση αλκοόλ στην Ευρώπη επιφέρει σημαντικές επιβαρύνσεις σε πολλούς τομείς της ζωής. Η σοβαρότερη επίπτωση παρατηρείται στον τομέα της υγείας. Η κατανάλωση οινοπνεύματος θεωρείται η αιτία για περίπου 195.000 θανάτους το χρόνο στην Ε.Ε.. Σ' αυτούς προσμετρούνται 17.000 θάνατοι ετησίως σε τροχαία ατυχήματα, 27.000 από ατυχήματα, 2.000 από ανθρωποκτονίες, 10.000 αυτοκτονίες, 45.000 από κίρρωση του ήπατος, 50.000 από καρκίνο και 17.000 θάνατοι, που οφείλονται σε νευροψυχιατρικές καταστάσεις. Επιπρόσθετα, το αλκοόλ είναι υπεύθυνο για 200.000 επεισόδια κατάθλιψης. Το ποσοστό θνησιμότητας εξαιτίας του αλκοόλ ξεπερνάει το 10% των νέων γυναικών και φτάνει το 25% των νέων ανδρών. Στην Ε.Ε. δαπανούνται μεγάλα ποσά για την πρόληψη και τη θεραπεία της κατάχρησης οινοπνεύματος προκειμένου να περιοριστούν οι δυσμενείς του επιπτώσεις (Anderson & Baumberg, 2006).

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας συμφωνεί στο γεγονός ότι το αλκοόλ επηρεάζει ουσιαστικά όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος, ενώ η κατανάλωσή του σχετίζεται με περισσότερες από 60 ιατρικές καταστάσεις (WHO, 2004). Επομένως, το οινόπνευμα αποτελεί ουσία εξάρτησης, αλλά και αιτία για περίπου 60 διαφορετικές ασθένειες, όπως γαστρεντερικά προβλήματα, τραυματισμοί, καρδιαγγειακά νοσήματα, ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, καρκίνο, κίρρωση του ήπατος, σκελετικές και μυϊκές παθήσεις, αναπαραγωγικές και περιγενετικές καταστάσεις με αυξημένο κίνδυνο πρόωρων και ελαιοβαρών νεογνών κ.τ.λ. Επιπλέον, το αλκοόλ αυξάνει τις πιθανότητες και τη σοβαρότητα ορισμένων ασθενειών, όπως η καρδιομυπάθεια – χωρίς ν' αποτελεί

πρωταρχική αιτία εμφάνισής τους – με τρόπο που εξαρτάται από την καταναλωθείσα ποσότητα, τη συχνότητα και το βαθμός της επεισοδιακής υπερκατανάλωσης (Anderson & Baumberg, 2006).

Η συσχέτιση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και τις συνέπειές της εξαρτάται από: **α)** από τις δύο βασικές διαστάσεις της χρήσης αλκοόλ, δηλαδή τη μέση ποσότητα που καταναλώνεται και τον τρόπο πόσης και **β)** από τους μεσολαβητικούς μηχανισμούς: βιοχημικά αποτελέσματα, μέθη και εξάρτηση (WHO, 2004). Παράλληλα, όμως, η μικρή κατανάλωση αλκοόλ έχει ευεργετικές συνέπειες, γεγονός που αποδεικνύεται από την καθυστέρηση του θανάτου 160.000 ηλικιωμένων ατόμων και ιδίως γυναικών λόγω των καρδιοπροστατευτικών του ιδιοτήτων. Δυστυχώς, οι αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ επισκιάζουν τις θετικές. Οι αριθμοί δείχνουν πως το αλκοόλ ευθύνεται για τον πρόωρο θάνατο και ανικανότητα του 12% των ανδρών και του 2% των γυναικών, έχοντας προσμετρηθεί και τα οφέλη. Σύμφωνα, λοιπόν, με τους παραπάνω υπολογισμούς το αλκοόλ τοποθετείται στην τρίτη υψηλότερη θέση μεταξύ των 26 παραγόντων κινδύνου για την υγεία στην Ε.Ε. (Anderson & Baumberg, 2006).

Το αλκοόλ δεν επηρεάζει αρνητικά μόνο τον ίδιο τον πότη, αλλά προκαλεί προβλήματα και κινδύνους και σε άλλα άτομα. Πολλά άτομα – εκτός από τον οδηγό – σκοτώνονται κάθε χρόνο σε τροχαία λόγω μέθης. Στα άτομα που κινδυνεύουν περιλαμβάνονται 60.000 ελαιοβαρή νεογνά, 16% του συνόλου των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και 5 – 9 εκτομμύρια παιδιά με προβληματικές οικογένειες λόγω κατανάλωσης οινοπνεύματος (Anderson & Baumberg, 2006).

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στη Γερμανία, περισσότερα από το 70% των περιστατικών **θνησιμότητας** που αποδίδεται στη χρήση αλκοόλ και για τα δύο φύλα οφείλονται τόσο στην κατανάλωση οινοπνευματωδών όσο και στο κάπνισμα. Υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας καταγράφονται στην ηλικιακή ομάδα των 35-64 ετών με ποσοστά 25% της συνολικής θνησιμότητας στους άνδρες και 13% στις γυναίκες. Τα παραπάνω στοιχεία επιβεβαιώνουν την ανάγκη ύπαρξης έγκαιρης και αποτελεσματικής παρέμβασης (John & Hanke, 2002).

Ενώ μια πρόσφατη ευρωπαϊκή έρευνα υποστηρίζει πως η μέτρια κατανάλωση κρασιού συνδέεται με ένα χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου από διάφορες αιτίες σε άτομα με υπέρταση (Renaud et al., 2004), μια αμερικάνικη μελέτη κατέδειξε ότι η σημαντική μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ από άτομα που κάνουν κατάχρηση μειώνει τις συστολές και διαστολές της πίεσης και γι' αυτό προτείνεται ως μέσο θεραπείας και πρόληψης της υπέρτασης (Xin et al., 2001). Σύμφωνα με πλήθος ερευνών, η κατάχρηση αλκοόλ είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες επικινδυνότητας για την **υπέρταση** σε συνδυασμό με την ηλικία, το σωματικό βάρος, το κάπνισμα, την άσκηση κ.τ.λ. (Xin et al., 2001).

Οι πιο γνωστές βλάβες εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ είναι οι ηπατικές και ιδίως η **οξεία αλκοολική ηπατίτιδα** και η **κίρρωση του ήπατος** (Ποταμιάνος, 2005). Το αλκοόλ θεωρείται η πρώτη αιτία της κίρρωσης του ήπατος σε χώρες με σταθερές οικονομίες (English et al., 1995). Η συγκεκριμένη βλάβη αποτελεί βαριά μορφή αλκοολικής ηπατικής νόσου και χαρακτηρίζεται από νέκρωση και μόνιμη αλλοίωση της αρχιτεκτονικής του ήπατος. Η αλκοολική ηπατίτιδα είναι πρόδρομη κατάσταση της αλκοολικής κίρρωσης και είναι αποτέλεσμα χρόνιας κατανάλωσης επικίνδυνων ποσοτήτων οινοπνεύματος (OKANA, 1999). Η κατάχρηση οινοπνεύματος συνδέεται επίσης με διάφορες μορφές **καρκίνου**, όπως του στόματος, του φάρυγγος, του λάρυγγος, του οισοφάγου, του στομάχου και του ήπατος (Ποταμιάνος, 2005, English et al., 1995).

Η καρδιά δεν θα μπορούσε να μένει ανεπηρέστη από τη χρήση οινοπνεύματος. Η **αλκοολική καρδιομυοπάθεια** είναι η διάχυτη αλλοίωση του καρδιακού μυός και εμφανίζεται σε πότες με ιστορικό επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ διάρκειας συνήθως άνω της δεκαετίας (OKANA, 1999). Οι έρευνες δείχνουν ότι η συνηθισμένη κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προστατέψει την καρδιά. Ωστόσο, η περιστασιακή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές νόσους και υπέρταση (Murray et al., 2002). Η κατανάλωση οινοπνεύματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να εκθέσει το έμβρυο σε διάφορους κινδύνους, όπως το **αλκοολικό εμβρυϊκό σύνδρομο** (WHO, 2004). Οι συνηθέστερες ανωμαλίες είναι προγεννητική και μεταγεννητική ελλιπής αύξηση, μικροκεφαλία, διανοητική καθυστέρηση, καρδιακές ανωμαλίες κ.τ.λ. (OKANA, 1999).

Μερικές από τις **νευρολογικές διαταραχές** που προκαλούνται από την κατάχρηση αλκοόλης είναι η περιφερειακή νευροπάθεια, η πολυνευρίτιδα, το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff και η αλκοολική άνοια. Η κυριότερη πρόκλησης των νευρολογικών διαταραχών είναι η ανεπάρκεια βιταμινών της σειράς Β. Πιο συχνή είναι η περιφερειακή νευροπάθεια, που εμφανίζεται περίπου στο 10% των «χρόνιων αλκοολικών» και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε ανεπάρκεια των αισθητήριων οργάνων. Το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff είναι η σοβαρότερη περίπτωση νευρολογικής διαταραχής και ουσιαστικά προκαλεί εγκεφαλική βλάβη (Ποταμιάνος, 2005). Παρόμοια νόσος με την προηγούμενη είναι η αλκοολική άνοια, η οποία χαρακτηρίζεται από διαταραχή πολλαπλών ανώτερων φλοιϊκών λειτουργιών, όπως η μνήμη, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση, η γλώσσα, η κρίση κ.τ.λ. (OKANA, 1999). Οι νευρολογικές διαταραχές μπορεί και να συνυπάρχουν με ψυχιατρικά σύνδρομα (Ποταμιάνος, 2005).

Το αλκοόλ εμπλέκεται σε μια σειρά **ψυχολογικών και γνωστικών δυσλειτουργιών**. Υπάρχουν πλέον επαρκείς αποδείξεις μέσω ερευνών που επιβεβαιώνουν την αιτιώδη σχέση του αλκοόλ με την **κατάθλιψη** (WHO, 2004). Η κατάθλιψη θα πρέπει να συνεκτιμάται ως παράγοντας της ευπάθειας των γυναικών που κάνουν κατάχρηση οινοπνευματωδών. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, ο κίνδυνος για κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ

είναι μεγαλύτερος μεταξύ γυναικών με ιστορικό καταθλιπτικών διαταραχών σε σύγκριση με γυναίκες χωρίς ιστορικό κατάθλιψης, με σταθερούς τους παράγοντες ηλικία, ιστορικό αντικοινωνικής συμπεριφοράς και αναφορά ότι ο πατέρας των ερωτώμενων έπινε. Επίσης, ο κίνδυνος για πόση μεγάλων ποσοτήτων ανεβαίνει με τις αυξανόμενες αναφορές γύρω από συμπτώματα κατάθλιψης (Dixit & Crum, 2000).

Η κατάχρηση οινόπνευματων συνδέεται ακόμη με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και επομένως την **τάση αυτοκτονίας**. Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της κατάχρησης αλκοόλης προφανώς έχουν επίδραση στη διάθεση και τις κοινωνικές διαδικασίες. Ιδιαίτερα οι νέοι άνθρωποι φαίνεται πως είναι επιρρεπείς στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά που σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ και ειδικότερα με την υπερβολική περιστασιακή κατανάλωση (Brady, 2006). Οι Conner και Duberstein (2004) συγκαταλέγουν την επιθετικότητα, την παρόρμηση, τη σοβαρότητα του αλκοολισμού, τις αρνητικές επιρροές και την απελπισία στους παράγοντες που προδιαθέτουν στην ιδέα της αυτοκτονίας, ενώ τα γεγονότα στην προσωπική ζωή και την κατάθλιψη στους παράγοντες που δρουν επιταχυντικά προς την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Conner & Duberstein, 2004).

Η χρήση αλκοόλ σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο τραυματισμών σε οδικά ατυχήματα, πτώσεις, πυρκαγιές, βία, αθλητικές δραστηριότητες ή αυτοτραυματισμούς. Ενώ λοιπόν η κατανάλωση οινόπνευματων είναι τόσο δημοφιλής εξαιτίας των όποιων «θετικών» επιδράσεων επιφέρει, μπορεί ταυτόχρονα να προκαλέσει ακούσιους ή εκούσιους τραυματισμούς αλλά και θάνατο. Επίσης, έρευνες για τη βία έχουν επανειλημμένως δείξει πως η κατανάλωση αλκοόλης προηγείται βίαιων περιστατικών, ενώ η ποσότητα που έχει καταναλωθεί σχετίζεται με τη σοβαρότητα της επακόλουθης βίας (WHO, 2004).

Θετικές επιδράσεις στην υγεία

Η χρήση αλκοόλ παράγει αποτελέσματα που εκλαμβάνονται ως θετικά, όπως αποδεικνύεται από το γεγονός ότι η κατανάλωση οινόπνευματων είναι τόσο διαδεδομένη και δημοφιλής (WHO, 2004). Οι θετικές επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία βασίζονται στο γεγονός ότι η κατανάλωση μικρής ποσότητας μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σύμφωνα με έρευνες, η μείωση του κινδύνου επιτυγχάνεται με μέσο όρο λήψης 10g αλκοόλ (1 ποτό) κάθε δεύτερη μέρα. Αντίθετα, ο κίνδυνος της στεφανιαίας νόσου αυξάνεται με την κατανάλωση άνω των 20g (2 ποτών ημερησίως). Το οινόπνευμα είναι ο παράγοντας που μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου (Anderson & Baumberg, 2006). Επιπλέον, η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προστατέψει το άτομο από το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο (Sacco et al., 1998).

Τα πορίσματα μιας πρόσφατης έρευνας στη Γαλλία καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η μέτρια κατανάλωση κρασιού συνδέεται με ένα χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου από διάφορες αιτίες σε άτομα με υπέρταση, αποτελέσματα εξαιρετικά σημαντικά για υπερτασικά άτομα μέσης ηλικίας ή μεγαλύτερα (Renaud et al., 2004). Επίσης, η συχνή κατανάλωση κόκκινου, λευκού ή άλλου είδους κρασιού, σε αντίθεση με λικέρ ή μπύρα, σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας κυρίως εξαιτίας καρδιαγγειακών διαταραχών και αναπνευστικών προβλημάτων (Klatsky et al., 2003). Τέλος, το αλκοόλ προσφέρει κάποια προστασία κατά του διαβήτη και χολόλιθου (χολή) (English et al., 1995).

Οι επιπτώσεις στην κοινωνία

Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για αρνητικές επιπτώσεις στην ευρύτερη κοινωνία ανάλογα με την ποσότητα που καταναλώνει ένα άτομο. Συγκεκριμένα, όσο υψηλότερη είναι η κατανάλωση του αλκοόλ τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα του κινδύνου. Οι κοινωνικά αρνητικές επιπτώσεις που οφείλονται στη χρήση αλκοολούχων ποτών από τρίτους περιλαμβάνουν από απλές κοινωνικές ενοχλήσεις, π.χ. πρόκληση θορύβου τη νύχτα, μέχρι και σοβαρότατες συνέπειες, όπως παιδική κακοποίηση, οικογενειακά προβλήματα, βία, ακόμα και ανθρωποκτονία. Γενικά, η ποσότητα του αλκοόλ, η συχνότητα της κατανάλωσης και η συχνότητα και ποσότητα κατά την περιστασιακή υπερβολική κατανάλωση, όλα ανεξάρτητα αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης βίας (Anderson & Baumberg, 2006).

Ενώ η χρήση αλκοόλ σχετίζεται με πολλές βλαβερές επιπτώσεις για το άτομο, την ίδια στιγμή επηρεάζεται το άμεσο περιβάλλον αλλά και η κοινωνία ως σύνολο. Μάλιστα οι κοινωνικές επιπτώσεις επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τα άτομα απ' ό,τι τον πότη σε περιπτώσεις π.χ. πεζών που εμπλέκονται σε οδικά ατυχήματα. Στον εργασιακό χώρο, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ μπορεί ενδεχομένως να μειώσει την παραγωγικότητα του ατόμου. Επίσης, η απουσία ή η άδεια για λόγους υγείας από τη δουλειά εξαιτίας της χρήσης οινόπνευματων και της εξάρτησης από το αλκοόλ συνεπάγεται ένα σημαντικό κόστος στους εργαζόμενους και στα κοινωνικά ασφαλιστικά συστήματα (Klingemann & Gmel, 2001). Τέτοιου είδους περιστατικά έχουν αντίκτυπο στην κοινωνία καθώς επηρεάζουν την οικονομία, την παραγωγικότητα ή απαιτούν την προσοχή της διακιοσύνης, της πρόνοιας ή άλλων κοινωνικών φορέων (Gmel & Rehm, 2003). Μελετητές έχουν επιπλέον επισημάνει το μεγάλο αριθμό ερευνών σχετικά με την κατάχρηση αλκοόλ και την ανεργία (Klingemann & Gmel, 2001).

Αναφορικά με τις κοινωνικές επιπτώσεις στη νεολαία, το 6% των μαθητών ηλικίας 15-16 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναφέρει καβγάδες και το 4% σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ (Anderson & Baumberg, 2006).

Οι επιπτώσεις στην οικογένεια

Η κατάχρηση αλκοόλ συνδέεται με αρκετές αρνητικές συνέπειες τόσο για το σύντροφο του πότη όσο και για τα παιδιά. Η χρήση οινόπνευματων από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ενδέχεται να προκαλέσει αλκοολικό εμβρυϊκό σύνδρομο στο παιδί. Η κατανάλωση αλκοόλ από τον πατέρα σχετίζεται με την κακοποίηση των παιδιών και με ποικίλες επιπτώσεις στο περιβάλλον του παιδιού σε κοινωνικό, ψυχολογικό και οικονομικό επίπεδο (Gmel & Rehm, 2003). Η χρήση αλκοόλ και οι συνέπειές της μπορούν επιπλέον να επιφέρουν σημαντικά προβλήματα ψυχικής υγείας στα μέλη της οικογένειας (WHO, 2004).

Οι οικονομικές συνέπειες σε οικογενειακό επίπεδο και τα έξοδα για την αγορά οινόπνευματων είναι σημαντικά ιδίως σε φτωχές περιοχές. Ο πότης μεγάλων ποσοτήτων υποφέρει και από πρόσθετες οικονομικές επιβαρύνσεις, που περιλαμβάνουν χαμηλότερους μισθούς, χαμένες εργασιακές ευκαιρίες, αυξημένα ιατρικά έξοδα εξαιτίας ασθενειών και ατυχημάτων, νομικά έξοδα και μειωμένη καταλληλότητα για τη χορήγηση δανείων (WHO, 2004). Οι έρευνες αποδεικνύουν πως το αλκοόλ είναι παρόν σε έναν σημαντικό αριθμό ενδοοικογενειακής βίας και ατυχημάτων. Το οινόπνευμα θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας επικινδυνότητας για τη βία του συζύγου προς τη γυναίκα του. Οι σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι η σχέση αλκοόλ και ενδοοικογενειακής βίας είναι πολύπλοκη και ότι η υπερβολική χρήση σχετίζεται σαφώς με την πρόκλησή της (WHO, 2004).

Οι επιπτώσεις στην οικονομία

Το οικονομικό και κοινωνικό κόστος του οινόπνευματος διακρίνεται σε άμεσο και έμμεσο. Το άμεσο οικονομικό και κοινωνικό κόστος της χρήσης αλκοόλ αναφέρεται στην αξία των αγαθών και των υπηρεσιών που απευθύνονται στις βλαβερές συνέπειες της κατανάλωσης οινόπνευματων. Αντίθετα, το έμμεσο κόστος αντιπροσωπεύει την αξία των ατομικών παραγωγικών υπηρεσιών, οι οποίες χάνονται εξαιτίας των αρνητικών επιπτώσεων της πόσης (Klingemann & Gmel, 2001).

Το οικονομικό κόστος του εγκλήματος που αποδίδεται στο αλκοόλ υπολογίζεται ότι έφτασε τα 33 δισεκατομμύρια ευρώ στην Ε.Ε. το 2003, ενώ εκατομμύρια ενήλικες εμπλέκονται κάθε χρόνο σε καβγάδες μετά από πόση. Το παραπάνω κόστος περιλαμβάνει δαπάνες αστυνομίας, δικαστηρίων, φυλακών, πρόληψης του εγκλήματος, διαχείρισης μέτρων ασφάλειας και αποζημιώσεων ιδιοκτησίας. Επιπλέον, οι φθορές ιδιοκτησίας, που προκαλούνται από οδηγούς υπό την επήρεια αλκοόλ εκτιμάται ότι αγγίζουν τα 10

δισεκατομμύρια ευρώ και το έμμεσο κόστος των σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων του εγκλήματος υπολογίζεται στα 9 – 37δισ ευρώ (Anderson & Baumberg, 2006).

Το έμμεσο κόστος σε πόνο και δυσκολίες μεταξύ των οικογενειών των 23 εκατομμυρίων εξαρτημένων από το αλκοόλ Ευρωπαίων υπολογίζεται στο ποσό των 68δισ ευρώ. Σχεδόν το 5% των ανδρών και το 2% των γυναικών στην Ε.Ε. των 15 δηλώνουν ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος επηρεάζει αρνητικά την εργασία ή τις σπουδές τους. Πάντως, το κόστος της απώλειας παραγωγικότητας εξαιτίας της συστηματικής απουσίας από την εργασία και της ανεργίας από το αλκοόλ υπολογίζεται 9 – 19δισ ευρώ και 6 – 23δισ αντίστοιχα. Επίσης, οι θάνατοι που οφείλονται στη χρήση αλκοόλ αντιμετωπίζονται ως απώλεια παραγωγικού δυναμικού (Anderson & Baumberg, 2006).

Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005

(Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006)

Συνέπειες χρήσης αλκοόλ: Ανάλυση ερευνών στην Ελλάδα

Σύμφωνα με την Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005, οι πρόσφατες έρευνες και μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα αφορούν κυρίως στις συνέπειες της κατανάλωσης και κατάχρησης του αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών στην οδήγηση, αλλά και στην πρόκληση παραβατικής συμπεριφοράς (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Η διδακτορική διατριβή του Παπαδοδήμα (2001) έχει ως αντικείμενο το *οινόπνευμα και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες στο οδικό τροχαίο ατύχημα*. **Στόχος:** Ο ερευνητής μελέτησε τους παράγοντες και το βαθμό στον οποίο αυτοί εμπλέκονται στην πρόκληση οδικών τροχαίων ατυχημάτων στην Ελλάδα. Το οινόπνευμα συγκαταλέγεται στους κυριώτερους παράγοντες για την πρόκληση ατυχημάτων, τα οποία με τις σειρά τους έχουν ποικίλες κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις. **Μεθοδολογία:** Ο ερευνητής πραγματοποίησε συλλογή, ταξινόμηση και παρουσίαση των ευρημάτων των τοξικολογικών αναλύσεων που είχε αναλάβει το Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, κατόπιν εντολής των Αρμόδιων Αρχών, κατά το διάστημα 1995 – 2000 για να διερευνήσει το βαθμό ευθύνης του οινόπνευματος και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών στην πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων. Μελετήθηκαν 1866 υποθέσεις εκ των οποίων οι 1717 αφορούσαν οδηγούς και οι 149 πεζούς. Επιπλέον, έγινε ταξινόμηση βάσει του φύλου και της ηλικίας των οδηγών και των πεζών, της ημέρας και της ώρας του τροχαίου ατυχήματος. **Αποτελέσματα - Συμπεράσματα:** **α)** Το οινόπνευμα βρέθηκε σε ένα μεγάλο ποσοστό των οδηγών (43,1%) που ενεπλάκησαν σε τροχαίο. Επίσης, το χρονικό διάστημα 1995 – 2000 δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές παρά την εισαγωγή του alcotest και τη μείωση του επιτρεπόμενου ορίου κατανάλωσης οινόπνευματος, **β)** σε μικρότερο ποσοστό βρέθηκαν άλλες ψυχοδραστικές ουσίες (11,2%) με πιο διαδεδομένες την κάνναβη, την ηρωίνη και τις βενζοδιαζεπίνες. Τα υψηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν σε άνδρες και σε άτομα ηλικίας 25 – 44 ετών. Τα ποσοστά ανίχνευσης οινόπνευματος ήταν αυξημένα κατά τις νυχτερινές ώρες (22.00 – 6.00). Το 31,5% των πεζών που κατέληξαν σε οδικό τροχαίο ατύχημα βρέθηκαν θετικοί για οινόπνευμα και το 2,7% για βενζοδιαζεπίνες. Σ' αυτή την κατηγορία, βρέθηκε αλκοόλ σε μεγαλύτερη συχνότητα σε άνδρες και άτομα κάτω των 65 ετών, ενώ οι βενζοδιαζεπίνες ήταν πιο διαδεδομένες σε άτομα άνω των 65 ετών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Ο Λιάππας και οι συνεργάτες του (1998) διερεύνησαν την ηλικία έναρξης της κατάχρησης οινόπνευματος και τη σχέση της με σωματικά προβλήματα και παραπτοματική συμπεριφορά. **Στόχος:** Η διερεύνηση της άποψης ότι υπάρχουν ενδείξεις σύμφωνα με τις οποίες η ηλικία έναρξης της κατάχρησης αλκοόλ σχετίζεται με την πιθανότητα μελλοντικής

ανάπτυξης σοβαρού αλκοολισμού. **Μεθοδολογία:** Το δείγμα αποτέλεσαν 127 αλκοολικοί της Ειδικής Μονάδας Ουσιοεξαρτήσεων του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, που πληρούν τα DSM-III-R κριτήρια για κατάχρηση και εξάρτηση από το οινόπνευμα. Τα ψυχολογικά, συμπεριφερολογικά, κοινωνικά, δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα ιατρικά προβλήματα, και οι τρόποι κατάχρησης αλκοόλ εκτιμήθηκαν με ειδικά δομημένα ερωτηματολόγια και η συμπτωματολογία μοερφής κατάθλιψης με την κλίμακα CES-D scale. Για τις ανάγκες της μελέτης το δείγμα χωρίστηκε σε δύο κατηγορίες βάσει των κριτηρίων του von Knorring: Τύπος I με ηλικία έναρξης >25 και Τύπος II με έναρξη των προβλημάτων λόγω χρήσης αλκοόλ σε ηλικίες <25. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία έναρξης κατάχρησης στον Τύπο I ήταν $23,3 \pm 9,7$ χρόνια και στον Τύπο II $16,6 \pm 3,7$. Στον Τύπο II υπήρχαν περισσότεροι άνεργοι, τα άτομα εμπλέκονταν συχνότερα σε βίαιες πράξεις, προκαλούσαν συχνότερα καυγάδες στο περιβάλλον τους όταν έπιναν, ανέφεραν μεγαλύτερο αριθμό συλλήψεων και είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης. Επίσης, τα άτομα της ίδιας κατηγορίας ανέφεραν περισσότερα τροχαία ατυχήματα, επεισόδια αμνησίας και προβλήματα υγείας, όπως ηπατικές παθήσεις. **Συμπέρασμα:** Τα παραπάνω αποτελέσματα συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι η πρόωγη έναρξη κατάχρησης αλκοόλ σχετίζεται με σοβαρές μελλοντικές συνέπειες. Οι δύο τύποι ατόμων που κάνουν κατάχρηση οινόπνευματος φαίνεται ότι συνιστούν διαφορετικές νοσολογικές υποκατηγορίες αλκοολισμού με ειδικά κλινικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Ο Λιάπας και οι συνεργάτες του (1998) ασχολήθηκαν με την *κατάχρηση αλκοόλ και την παραβατική συμπεριφορά*. **Στόχος:** Η εργασία αποσκοπεί στη μελέτη της παραβατικής συμπεριφοράς σ' ένα δείγμα 127 αλκοολικών. **Μεθοδολογία:** Το δείγμα των 127 Ελλήνων αλκοολικών προερχόταν από την Ειδική Μονάδα Ουσιοεξαρτήσεων του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Όλα τα άτομα πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III-R για την εξάρτηση από το οινόπνευμα. Τα ψυχολογικά, κοινωνικά, δημογραφικά και συμπεριφερολογικά χαρακτηριστικά και οι τρόποι κατάχρησης του αλκοόλ εκτιμήθηκαν με ειδικά δομημένα ερωτηματολόγια. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν $42 \pm 11,9$ έτη. Το 86,6% των ατόμων ήταν άνδρες. Η μέση χρονική διάρκεια κατάχρησης αλκοόλ ήταν $21,4 \pm 11,7$ χρόνια. Ο μέσος χρόνος συνύπαρξης σωματικών παθολογικών προβλημάτων που σχετίζονταν με τη χρήση οινόπνευματος υπολογίστηκε στα $10,3 \pm 9,5$ έτη. Το 28,3% του δείγματος ανέφερε ποικίλων τύπων τροχαία ατυχήματα. Το 22,8% και το 8,7% των ατόμων είχαν συλληφθεί και καταδικαστεί αντίστοιχα τουλάχιστον μια φορά. Από τις 38 συλλήψεις, που αναφέρθηκαν, το 3,2% αφορούσε ουσίες, το 10,2% βία, το 3,1% παραβάσεις για κέρδος και 13,4% άλλες παραβάσεις του νόμου. Από το σύνολο των καταδικών το 0,6% ήταν σχετικό με ουσίες, 5,5% με βία, 0,8% με απόκτηση κέρδους και 5,5% με άλλα παραπτώματα. **Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εργασίας, ενισχύεται η

άποψη ότι η εξάρτηση από το οινόπνευμα συνδέεται με τροχαίες παραβάσεις, με ατυχήματα και με παραπτώματα που σχετίζονται με βίαιη συμπεριφορά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Η ομάδα των Κοκκέβη, Πολιτικού και Στεφανή (1997) μελέτησε τη *σχέση ανάμεσα στις απόπειρες αυτοκτονίας και τη νόμιμη και παράνομη χρήση ναρκωτικών ουσιών*. **Μεθοδολογία:** Οι ερευνητές μελέτησαν στοιχεία ερευνών που διεξήχθησαν από το Τμήμα Ψυχιατρικής Αθηνών και το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. και σύμφωνα με τα οποία φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ χρήσης ουσιών και απόπειρων αυτοκτονίας. Αυτά τα στοιχεία προέρχονται από: μία πανελλήνια έρευνα σε έφηβους μαθητές ηλικίας 14-18 ετών, μία έρευνα γενικού πληθυσμού στην περιοχή της Αθήνας και μελέτες σε δείγματα εξαρτημένων από τα ναρκωτικά ατόμων. **Αποτελέσματα:** Στον εφηβικό πληθυσμό, οι πιθανότητες των απόπειρων αυτοκτονίας στους χρήστες ναρκωτικών ήταν 7 φορές υψηλότερες για τα αγόρια και 5 για τα κορίτσια σε σύγκριση με τους μη χρήστες. Στο γενικό πληθυσμό, οι πιθανότητες των απόπειρων αυτοκτονίας στους χρήστες ναρκωτικών ήταν 19 φορές υψηλότερες σε σύγκριση με τους μη χρήστες για τους άνδρες και 5 φορές για τις γυναίκες. Στο δείγμα των χρηστών αναφέρθηκαν απόπειρες αυτοκτονίας από τους ίδιους από ένα υψηλότερο ποσοστό (27%) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που προερχόταν από το γενικό πληθυσμό (0,5%) με ένα λόγο πιθανοτήτων 54. **Συμπεράσματα:** Τα στοιχεία από δύο έρευνες πληθυσμού δείχνουν να υπάρχει μια γραμμική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας κατανάλωσης ουσιών και των απόπειρων αυτοκτονίας (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Συμπεράσματα

Η χρήση αλκοόλ επιφέρει σημαντικές επιβαρύνσεις σε πολλούς τομείς της ζωής με σοβαρότερη επίπτωση στον τομέα της υγείας. Το αλκοόλ τοποθετείται στην τρίτη υψηλότερη θέση μεταξύ των 26 παραγόντων κινδύνου για την υγεία στην Ε.Ε. Το ποσοστό θνησιμότητας εξαιτίας του αλκοόλ ξεπερνάει το 10% των νέων γυναικών και φτάνει το 25% των νέων ανδρών. Στην Ε.Ε. δαπανούνται μεγάλα ποσά για την πρόληψη και τη θεραπεία της κατάχρησης οινόπνευματος προκειμένου να περιοριστούν οι δυσμενείς του επιπτώσεις. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας συμφωνεί στο ότι το οινόπνευμα επηρεάζει ουσιαστικά όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος. Συγκεκριμένα, αποτελεί ουσία εξάρτησης, αλλά και αιτία για περίπου 60 διαφορετικές ασθένειες, όπως γαστρεντερικά προβλήματα, τραυματισμοί, καρδιαγγειακά νοσήματα, ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, καρκίνο, κίρρωση του ήπατος, σκελετικές και μυϊκές παθήσεις, αναπαραγωγικές και περιγενετικές καταστάσεις με αυξημένο κίνδυνο πρόωρων και ελαιοβαρών νεογνών. Επιπλέον, αυξάνει τις πιθανότητες και τη σοβαρότητα ορισμένων ασθενειών, όπως η καρδιομυπάθεια.

Μερικές από τις νευρολογικές διαταραχές που προκαλούνται από την κατάχρηση αλκοόλης είναι η περιφερειακή νευροπάθεια, η πολυνευρίτιδα, το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff και η αλκοολική άνοια. Επίσης, εμπλέκεται σε μια σειρά ψυχολογικών και γνωστικών δυσλειτουργιών, όπως η κατάθλιψη και η τάση αυτοκτονίας. Ιδιαίτερα οι νέοι άνθρωποι φαίνεται πως είναι επιρρεπείς στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά που σχετίζεται κυρίως με την υπερβολική περιστασιακή κατανάλωση. Η χρήση αλκοόλ σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο τραυματισμών σε οδικά ατυχήματα, πτώσεις, πυρκαγιές, βία ή αυτοτραυματισμούς. Οι θετικές επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία βασίζονται στο γεγονός ότι η κατανάλωση μικρής ποσότητας μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Το αλκοόλ δεν επηρεάζει αρνητικά μόνο τον ίδιο τον πότη, αλλά προκαλεί προβλήματα και κινδύνους και σε άλλα άτομα. Οι κοινωνικά αρνητικές επιπτώσεις που οφείλονται στη χρήση αλκοολούχων ποτών από τρίτους περιλαμβάνουν από απλές κοινωνικές ενοχλήσεις, π.χ. πρόκληση θορύβου τη νύχτα, μέχρι και σοβαρότατες συνέπειες, όπως παιδική κακοποίηση, οικογενειακά προβλήματα, βία, ακόμα και ανθρωποκτονία. Ο πότης μεγάλων ποσοτήτων υποφέρει και από οικονομικές επιβαρύνσεις, που περιλαμβάνουν χαμηλότερους μισθούς, χαμένες εργασιακές ευκαιρίες, αυξημένα ιατρικά έξοδα εξαιτίας ασθενειών και ατυχημάτων κ.τ.λ. Το άμεσο οικονομικό κόστος του εγκλήματος που αποδίδεται στο αλκοόλ υπολογίζεται ότι έφτασε τα 33 δισεκατομμύρια ευρώ στην Ε.Ε. το 2003, ενώ εκατομμύρια ενήλικες εμπλέκονται κάθε χρόνο σε καβγάδες μετά από πόση. Το έμμεσο κόστος σε πόνο και δυσκολίες μεταξύ των οικογενειών των 23 εκατομμυρίων εξαρτημένων από το αλκοόλ Ευρωπαίων υπολογίζεται στο ποσό των 68δισ ευρώ. Μία παγκόσμια προοπτική σχετικά με τις στρατηγικές κατά του οινοπνεύματος οφείλει να συνυπολογίσει τα χαρακτηριστικά, τις επιδράσεις και τις επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ σε διαφορετικές κοινωνίες και κυρίως να επικεντρωθεί στον πρωταρχικό στόχο της Δημόσιας Υγείας, δηλαδή στη μείωση των βλαβερών συνεπειών που προκαλεί η πόση.

Το ζήτημα της επίδρασης του αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών στην οδήγηση απασχολεί ιδιαίτερα τους Έλληνες ερευνητές τα τελευταία χρόνια. Οι τελευταίοι συμπεραίνουν ότι η επαρκής πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση του κοινού για την επιβολή κυρώσεων ενδέχεται να λειτουργήσει ως αποτρεπτικός παράγοντας για την αποθάρρυνση των πολιτών να οδηγούν υπό την επήρεια νόμιμων ή παράνομων ουσιών ή και το συνδυασμό τους. Σύμφωνα με έρευνες στην Ελλάδα, η εξάρτηση από το οινόπνευμα συνδέεται με τροχαίες παραβάσεις, με ατυχήματα και με παραπτώματα που σχετίζονται με βίαιη συμπεριφορά. Τα παραπάνω στοιχεία συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι η πρόωπη έναρξη κατάχρησης αλκοόλ σχετίζεται με σοβαρές μελλοντικές συνέπειες.

12^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Πρόληψη

Η έννοια του αυτο-ελέγχου στην πρόληψη χρήσης ουσιών

Κάθε κοινωνία θέτει δικά της όρια σχετικά με τη χρήση ή κατάχρηση ουσιών, ενώ παράλληλα αναπτύσσει αντιλήψεις που διέπουν τη χρήση ουσιών βάσει των πολιτισμικών παραδόσεων και συνθηκών. Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, όπως αλκοόλ, καπνός και ναρκωτικά, ενέχει το στοιχείο της τελετουργικής συμπεριφοράς και της πραγματοποίησης των προσδοκιών αναφορικά με τις επιδράσεις των ουσιών. Ο αγώνας κατά της χρήσης αυτών των ουσιών ερμηνεύεται ως κριτική των επικρατούσων προσδοκιών και απόψεων με απώτερο στόχο την αντικατάσταση των παλαιών προσδοκιών (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Ένα απλουστευμένο μοντέλο για την κατανόηση του πλαισίου για τη χρήση και την κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών επηρεάζεται από 4 σημεία επιρροής: τις *προσδοκίες* ως προς τις επιδράσεις της ουσίας σε αντιδιαστολή με τις συγκεκριμένες *συνήθειες* της χρήσης και τον *ενδογενή* (αυτο-έλεγχο) σε αντιδιαστολή με τον *εξωγενή* εξαναγκασμό. Οι προσδοκίες αναφέρονται στις κοινωνικές και πολιτιστικές απόψεις των ανθρώπων σχετικά με τις επιπτώσεις της κατανάλωσης ουσιών, π.χ. το αλκοόλ κάνει το άτομο ευδιάθετο ή επιθετικό. Οι συνήθειες περιλαμβάνουν τους τρόπους χρήσης και τις τελετουργίες. Ο αυτέλεγχος εμπεριέχει την εσωτερίκευση αξιών και κριτηρίων με αποτέλεσμα οι άνθρωποι συχνά να νιώθουν ενοχές εάν δεν συμμορφώνονται με τις πρέπουσες συμπεριφορές. Ο εξωτερικός έλεγχος ερμηνεύεται ως καταναγκασμός και καταστολή της παρόρμησης, ενώ το γεγονός ότι συνοδεύεται από κυρώσεις υποχρεώνει τα άτομα να συμμορφώνονται με τους κανόνες (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου ισχύει η άποψη πως η κατανάλωση οινόπνευματων και καπνού έχει σοβαρό αντίκτυπο στη γενική και ψυχική υγεία του ανθρώπου. Ο αγώνας εναντίον των ψυχοδραστικών ουσιών έχει συμβολική σημασία για την ανάπτυξη μιας συλλογικής συνείδησης σχετικά με τον αυτο-έλεγχο που αναμένεται από τα μέλη μιας κοινωνίας. Εξάλλου ο αυτο-έλεγχος είναι αποτέλεσμα της διαδικασίας εκπολιτισμού της Ευρώπης μετά το Μεσαίωνα. Ο κοινωνιολόγος Norbert Elias χαρακτηρίζει αυτή τη διαδικασία ως ένα συνδυασμό του εξαναγκασμού και της εσωτερίκευσής του. Η χρήση ουσιών σχετίζεται με την απώλεια του αυτο-ελέγχου, γεγονός που προσελκύει την προσοχή και την περιέργεια των ατόμων. Η διαδικασία εκπολιτισμού αποβλέπει σε μια υψηλότερη μορφή αυτο-ελέγχου (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Το έργο της πρόληψης

Το έργο της πρόληψης στοχεύει στη βελτίωση της δημόσιας και ψυχικής υγείας. Προληπτικές πολιτικές μπορούν να εφαρμοστούν στον πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή τομέα της φροντίδας υγείας. Η **πρωτογενής πρόληψη** ορίζεται ως *η παρέμβαση πριν την εκδήλωση ενός προβλήματος υγείας*. Η πρωτογενής πρόληψη ασχολείται με την άσκηση επιρροής στη συμπεριφορά και τις απόψεις της ομάδας-στόχου με την προϋπόθεση βέβαια ότι οι άνθρωποι θα παρακινηθούν ν' αλλάξουν τρόπο ζωής προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Απαραίτητα στοιχεία αυτής της διαδικασίας αποτελούν η εκπαίδευση και η πληροφόρηση (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Ένας από τους στόχους της πρωτογενούς πρόληψης είναι η προαγωγή μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς ή η ενίσχυση της προσωπικότητας. Αυτό εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να ελέγξει τις παρορμήσεις του. Επίσης, είναι δυνατόν να διδαχτούν οι νέοι άνθρωποι πως να διατηρούν την ακεραιότητά τους. Η έμφαση στη στάση και τον τρόπο ζωής καθώς και η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την απόφαση ενός ατόμου ν' απαρνηθεί την ανεύθυνη συμπεριφορά του στο μέλλον (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Η **δευτερογενής πρόληψη** ορίζεται ως *η πρόωγη ανίχνευση μιας ήδη αναπτυσσόμενης αλλά όχι κλινικά ορατής ασθένειας ή προβλήματος υγείας με τρόπο ώστε η πρόγνωση να καθίσταται πιο ευνοϊκή*. Σ' αυτό το επίπεδο πρόληψης καλούνται να βοηθήσουν οι φορείς και το ιατρικό προσωπικό. Με τον όρο **τριτογενή πρόληψη** εννοείται *η πρόληψη της υποτροπής μιας ασθένειας ή ο περιορισμός των επιπτώσεων των υπολειμματικών συμπτωμάτων μιας ασθένειας ή ενός προβλήματος υγείας*. το τελευταίο επίπεδο πρόληψης συνδέεται άμεσα με τη θεραπεία (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Πολιτική και αρχές πρόληψης

Η πολιτική πρόληψης αποτελεί το θεμέλιο των δραστηριοτήτων πρόληψης. Στην πολιτική πρόληψη πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στους χρονικούς περιορισμούς, αλλά και στον προσδιορισμό της γεωγραφικής κλίμακας του προβλήματος, πού συναντάται, πώς πρέπει να αντιμετωπιστεί και σε πόσο χρόνο. Συνήθως απαιτείται η συντονισμένη προσπάθεια σε ευρωπαϊκή ή διεθνή κλίμακα χωρίς να αποκλείεται η συμβολή τοπικών προσπαθειών. Η πολιτική της πρόληψης πρέπει να υπολογίζει τις κοινωνικές, πολιτικές ή ηθικές επιπτώσεις που συνοδεύουν την εισαγωγή και εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης. Αυτό είναι απαραίτητο καθώς για παράδειγμα στα προγράμματα ανίχνευσης του

αλκοολισμού υπάρχει ο κίνδυνος να στιγματιστούν εκ των προτέρων οι άνθρωποι που επιλέγονται (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Το έργο της πρόληψης αναπτύσσεται αρχικά σε **εθνικό** και στη συνέχεια σε **διεθνές** επίπεδο. Δεύτερον, η πρόληψη υλοποιείται σε **περιφερειακό** ή **τοπικό** επίπεδο από τους αρμόδιους φορείς. Τρίτον, τα προληπτικά προγράμματα εφαρμόζονται σε συγκεκριμένες **κοινωνικές μονάδες**, όπως το σχολείο, η οικογένεια, ο εργασιακός χώρος. Η πολιτική πρόληψης σε εθνικό και διεθνές επίπεδο περιλαμβάνει την εισαγωγή του κατάλληλου νομικού και δικαστικού πλαισίου. Επίσης, τον καταμερισμό σχεδίων για την άμεση αντιμετώπιση ανεπιθύμητων συμπτωμάτων ή των αιτιών τους. Σημαντική θεωρείται η εφαρμογή πολυεπίπεδης πολιτικής, που να συνδυάζει υπηρεσίες, υλοποίηση ενημερωτικών εκστρατειών, χρηματοδότηση τοπικών, εθνικών και διεθνών φορέων και πραγματοποίηση επιδημιολογικών ερευνών (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Το έργο της πρόληψης προϋποθέτει ένα καλό σύστημα εθνικής υποστήριξης, που θα διευκολύνει την ανάπτυξη του έργου της σε τοπικό, περιφερειακό επίπεδο, ενώ παράλληλα θα ενισχύει τη λειτουργία των περιφερειακών κέντρων πρόληψης. Οι εθνικοί οργανισμοί θα πρέπει να δημιουργήσουν μία κεντρική τράπεζα δεδομένων, όπου θα συγκεντρώνεται η διαθέσιμη γνώση. Τέλος, η υλοποίηση του έργου της πρόληψης απαιτεί στήριξη στους τομείς του σχεδιασμού και συντονισμού των προγραμμάτων (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Στόχος της πρόληψης είναι η διασφάλιση ότι μια πληθυσμιακή ομάδα αποφεύγει μη υγιείς συμπεριφορές και προάγει την καλή υγεία, γεγονός που συμπεκνώνεται στην αρχή της **ευεξίας**. Μια δεύτερη αρχή είναι η **αποφυγή της βλάβης**, δηλαδή η μείωση των παρενεργειών ή ακόμη και η πλήρης εξάλειψή τους. Η τρίτη αρχή αφορά στο **σεβασμό της αυτονομίας**, δηλαδή της ελεύθερης βούλησης, η οποία μπορεί να έρχεται σε αντίθεση με την αρχή της ευεξίας. Τέταρτον, είναι η αρχή της **δικαιοσύνης** σύμφωνα με την οποία τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα πρέπει να κατανέμονται κατά δίκαιο τρόπο. Ένα ακόμη κριτήριο αξιολόγησης είναι η **αποτελεσματικότητα σε σχέση με το κόστος**, ώστε τα αναμενόμενα πλεονεκτήματα μιας στρατηγικής πρόληψης να υπερβαίνουν τα μειονεκτήματα (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Το Ολλανδικό Εθνικό Συμβούλιο για τη Δημόσια Υγεία κατέγραψε μια σειρά **αρχών για τα προγράμματα πρόληψης** με έμφαση στην υγεία. Οι αρχές είναι:

1. Η πρόληψη πρέπει να επικεντρώνεται στην ενίσχυση της υπευθυνότητας των ιδίων των ανθρώπων για τη δική τους υγεία, αλλά και των άλλων
2. Το ενδεχόμενο του εξαναγκασμού μπορεί να εξεταστεί στο πλαίσιο της πρόληψης στην περίπτωση που οι άνθρωποι δεν μπορούν ή αποτρέπονται από το ν' αναλάβουν οι ίδιοι ευθύνη
3. Ένα πρόγραμμα πρόληψης δεν πρέπει να προωθεί λανθασμένες προσδοκίες αναφορικά με τα αποτελέσματά του

4. Οι Αρχές πρέπει να είναι συγκρατημένες όταν συμβουλεύουν τους πολίτες για τον τρόπο ζωής που πρέπει να ακολουθούν, επιδιώκοντας ωστόσο τη διακοπή συμπεριφορών που ενδέχεται να βλάψουν άλλους
5. Ένα πρόγραμμα πρόληψης πρέπει να παρέχει ίσες ευκαιρίες πρόσβασης σε όλα τα μέλη της ομάδας-στόχου
6. Το μήνυμα των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο και να προέρχεται από αξιόπιστη πηγή
7. Η παρεμβατική πληροφόρηση για την υγεία δικαιολογείται μόνο όταν καθίσταται δύσκολη η προσέγγιση μιας ομάδας στόχου και εμφανίζει ξαφνικά επικίνδυνες για τους άλλους συμπεριφορές
8. Η πρόληψη δεν πρέπει να καταφεύγει στην ενοχοποίηση των θυμάτων
Πρέπει να υπάρχει ένα δίκτυο που να βοηθάει τους ανθρώπους που βρίσκονται σε καταστάσεις κρίσης (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Προσεγγίσεις ως προς την πρόληψη

Καμιά προσέγγιση από μόνη της δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών όλων των ομάδων-στόχων. Ως πλέον αποτελεσματική προσέγγιση αναγνωρίζεται η ευρείας βάσης και σύνθετη. Θα αναφερθούν παρακάτω ενδεικτικά κάποια είδη ταξινόμησης (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Η ταξινόμηση του OSAP: Οι ειδικοί από το Γραφείο Πρόληψης και Κατάχρησης Ουσιών (OSAP) στις Η.Π.Α. ταξινομούν τις στρατηγικές πρόληψης που απευθύνονται κυρίως σε νεανικό πληθυσμό κατά τον εξής τρόπο:

Στρατηγικές που απευθύνονται σε άτομα: η πιο κοινή στρατηγική πρόληψης των τελευταίων χρόνων είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων με στόχο την πληροφόρηση και την αλλαγή στάσης ζωής και συμπεριφοράς των νέων ανθρώπων ως προς τη χρήση οιοπνευματωδών και ναρκωτικών. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν:

- Οι *προσπάθειες εκφοβισμού*, που αποσκοπούν στην αποτροπή της ομάδας-στόχου από την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς προκαλώντας συναισθήματα φόβου και άγχους
- Το *μήνυμα της λογικής χρήσης*
- Η *συναισθηματική και διαπροσωπική προσέγγιση* με στόχο τη βελτίωση της αυτο-εικόνας, της αποφασιστικότητας, των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και της διασαφήνισης των αξιών

Η *προσφορά εναλλακτικών δραστηριοτήτων* (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Άλλες περισσότερες επιστημονικά τεκμηριωμένες προσεγγίσεις είναι:

- *Η ενημέρωση.* Η προσέγγιση βασίζεται στην αντίληψη ότι οι άνθρωποι κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών επειδή δεν είναι πλήρως ενημερωμένοι για τις επιπτώσεις τους
- Η προσέγγιση του «*θα μπορούσε να συμβεί και σε μένα*». Αυτή η προσέγγιση στηρίζεται στο γεγονός ότι ακόμη κι αν οι νέοι άνθρωποι έχουν επίγνωση των κινδύνων των ναρκωτικών, θεωρούν ότι δε θα συμβεί το ίδιο σ' αυτούς
- *Εκμάθηση διαχείρισης των συναισθημάτων*
- *Βελτίωση κοινωνικών δεξιοτήτων*

Ανίχνευση αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε πρώιμο στάδιο

Στρατηγικές που απευθύνονται στους συνομηλίκους. Οι συνομηλίκτοι αποτελούν συχνά μια κύρια πηγή επιρροής ιδιαίτερα στην εφηβική ηλικία. Τα σχολεία μπορούν να εκμεταλλευτούν τέτοιου είδους στρατηγικές βάζοντας τους μαθητές να εξηγήσουν για ποιους λόγους δεν κάνουν χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.

Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις που απευθύνονται σε γονείς. Οι γονείς οφείλουν να αναλάβουν προληπτική δράση και να μην επαναπαύονται στο σχολείο και την πολιτεία για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ, καπνού και άλλων ουσιών. Οι ίδιοι πρέπει να δίνουν το καλό παράδειγμα, να σωστά πληροφορημένοι για τις ονομασίες και τις επιδράσεις των ουσιών, να ακούν προσεκτικά τα παιδιά τους και να μπορούν ν' ανιχνεύσουν αλκοόλ ή άλλων ουσιών, αν εντοπίσουν τέτοιου είδους συμπεριφορές να γνωρίζουν πως μπορούν να τις αποτρέψουν, να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των παιδιών τους σε δημιουργικές δραστηριότητες κ.τ.λ. (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Στρατηγικές που απευθύνονται στα σχολεία. Τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να συνδυάζουν μια ευρεία βάση υποστήριξης, την εμπλοκή των γονέων, κανόνες και κανονισμούς για τη χρήση οινόπνευματων και ναρκωτικών, αλλά και ένα κατάλληλο εκπαιδευτικό υλικό για τα οινόπνευματώδη, τον καπνό και άλλες ουσίες. Για να θεωρείται ένα υλικό κατάλληλο πρέπει: να μεταδίδει ένα σαφές μήνυμα, να καθιστά σαφές ότι τα ναρκωτικά είναι παράνομα και επιβλαβή και ότι οι νέοι άνθρωποι έχουν ευθύνη των πράξεών τους, να μην περιέχει εικόνες ή σχόλια για τον τρόπο χρήσης των ναρκωτικών και η γλώσσα και τα σχέδια να ταιριάζουν με το πολιτισμικό πλαίσιο της ομάδας-στόχου (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Σύστημα καθοδήγησης μαθητών. Ένας ειδικός σύμβουλος βοηθάει τα παιδιά στη βελτίωση των σχολικών επιδόσεων και άλλου τύπου προβλημάτων.

Προσέγγιση δασκάλων. Οι δάσκαλοι πρέπει να είναι καλά ενημερωμένοι για τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, να είναι εκπαιδευμένοι ν' αναγνωρίζουν τις ενδείξεις της προβληματικής συμπεριφοράς σε πρώιμο στάδιο και ν' αναπτύσσουν δεξιότητες για να μπορούν να συμμετέχουν στην υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης.

Προσεγγίσεις των Μ.Μ.Ε. Οι εκστρατείες των Μ.Μ.Ε. είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές όταν συνοδεύονται από προληπτικές παρεμβάσεις που απευθύνονται σε συγκεκριμένο κοινό-

στόχο. Έτσι διασφαλίζεται ότι το μήνυμα των μέσων είναι κατάλληλα προσαρμοσμένο στη συγκεκριμένη πραγματικότητα και γλώσσα της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας. Οι προληπτικές παρεμβάσεις μέσω των Μ.Μ.Ε. ιδίως με τη μορφή αφισών και οπτικοακουστικού υλικού μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα σχολεία. Η λειτουργία των Μ.Μ.Ε. δε συνίσταται στην αλλαγή της συμπεριφοράς, αλλά στο να φέρνουν στο προσκήνιο ορισμένα κοινωνικά προβλήματα. Επομένως, οι εκστρατείες των μέσων μπορούν να είναι αποτελεσματικές ως προς τη συνειδητοποίηση του προβλήματος.

Πρόληψη της χρήσης μέσω νομοθετικών και άλλων μέτρων. Η φορολογία των οινοπνευματωδών και των τσιγάρων και η μείωση της διαθεσιμότητάς τους αποτελούν σημαντικά μέτρα πρόληψης. Επίσης, οι κυβερνήσεις θα πρέπει να υιοθετούν αυστηρούς κανόνες για τη διαφήμιση ποτών και καπνού καθώς επίσης και για τη χορηγία σημαντικών αθλητικών διοργανώσεων από τη βιομηχανία αλκοόλ (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Η ταξινόμηση του Kumpfer περιλαμβάνει:

Προγράμματα πρόληψης στα σχολεία

Προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται ή βασίζονται στην τοπική κοινωνία

Προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε οικογένειες (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Η **ταξινόμηση** των διάφορων προσεγγίσεων κατά τους **Gerstein και Green** είναι η ακόλουθη:

Προσέγγιση ως προς τους παράγοντες κινδύνου. Οι παράγοντες κινδύνου λειτουργούν αθροιστικά. Όσο περισσότεροι παράγοντες συντρέχουν τόσο αυξάνεται η πιθανότητα ένα άτομο ν' ανήκει σε ομάδα κινδύνου.

Η εξελικτική προσέγγιση. Αυτή η προσέγγιση υπογραμμίζει τη φύση και τη δυναμική της αλληλεπίδρασης στην οικογένεια κατά την παιδική ηλικία και κυρίως κατά τη φοίτηση στο Δημοτικό καθώς καθορίζει την επιβράβευση ή μη της επιθυμητής συμπεριφοράς και της ανάπτυξης κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς.

Η προσέγγιση με βάση την κοινωνική επιρροή. Βασίζεται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης και αφορά στην παροχή πληροφοριών για τις επιδράσεις της χρήσης ουσιών και σχετικά με τις κοινωνικές επιρροές, επαναπροσδιορισμό ακραίων αντιλήψεων, εκμάθηση και επιβράβευση της ικανότητας αντίστασης στις πιέσεις.

Προσέγγιση με επίκεντρο την τοπική κοινότητα. Αποτελεί σύνθεση των προηγούμενων μοντέλων και βασίζεται στις διαφορές μεταξύ των κοινοτήτων.

Προγράμματα που απευθύνονται σε σχολεία. Αυτά μπορούν να περιλαμβάνουν πληροφορίες για τα ναρκωτικά και τις επιδράσεις τους, τεχνικές διαχείρισης του άγχους, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και των δεξιοτήτων αντίστασης στην κοινωνική πίεση, καθοδήγηση, παροχή υποστήριξης κ.τ.λ.

Εκστρατείες Μ.Μ.Ε.. Αν και οι εκστρατείες πρόληψης της χρήσης ουσιών δεν επιφέρει αλλαγές στη συμπεριφορά, ωστόσο διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ευαισθητοποίηση

και πληροφόρηση, στην ενίσχυση της διαπροσωπικής επικοινωνίας και στην προετοιμασία των ατόμων για συμμετοχή στις δραστηριότητες των προληπτικών προγραμμάτων (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Προγράμματα Αγωγής Υγείας για την πρόληψη της χρήσης οινόπνευματων στην Ελλάδα

Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας του ΥΠΕΠΘ αποτελούν το κυριότερο πλαίσιο εφαρμογής δράσεων πρόληψης στο πλαίσιο του σχολείου, για την υλοποίηση των οποίων χρησιμοποιείται το ακόλουθο εκπαιδευτικό υλικό:

- *Οδηγός Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας* (Σώκου, 1999) που περιλαμβάνει ακόμη εκπαιδευτική βιντεοκασέτα με τίτλο *Η ποτό ή μοτό*
- *Εκπαιδευτικό λογισμικό: Αλκοόλ ή υγεία – Πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων*

Κατά το σχολικό έτος 2004-2005 υλοποιήθηκαν Προγράμματα Αγωγής Υγείας για την πρόληψη της χρήσης οινόπνευματων σε 250 σχολεία της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και σε 297 της Δευτεροβάθμιας (σε 5.868 και 5.346 μαθητές αντίστοιχα). Σύμφωνα με στοιχεία του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. (2006), το σχολικό έτος παρουσιάστηκε μείωση των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας που με αντικείμενο την πρόληψη των οινόπνευματων, ενώ τα προηγούμενα χρόνια (2000-2004) παρουσίαζαν σταθερή αύξηση (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006). Οι αρμόδιοι φορείς πρόληψης σχεδιάζουν και εφαρμόζουν παρεμβάσεις, που απευθύνονται στην ευρύτερη κοινότητα με τη μορφή ημερίδων, ανοικτών συναντήσεων, διανομή έντυπου ενημερωτικού υλικού προκειμένου να ευαισθητοποιήσουν και να πληροφορήσουν τους πολίτες σχετικά με τη χρήση αλκοόλ (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006). Ωστόσο, τα στοιχεία του ΕΠΙΨΥ (2006) αναφέρουν πως το 2005 μειώθηκαν οι προληπτικές παρεμβάσεις σε σχολεία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά αυξήθηκαν στη δευτεροβάθμια.

Νομοθεσία

Μέσα στο 2005 υπήρξαν υπουργικές αποφάσεις σχετικά με τα αλκοολούχα ποτά. Οι ρυθμίσεις αφορούν τον Ειδικό Φόρο Κατανάλωσης, τις διαδικασίες ελέγχου των τιμών και της ποιότητας, τις διαδικασίες παραγωγής, την αναγνώριση τοπικών οίνων κ.τ.λ. Την ίδια χρονιά υπογράφηκε μεταξύ της Ένωσης Επιχειρήσεων Οινόπνευματων Ποτών και του Υπουργείου Υγείας ένα «Πλαίσιο Αρχών Διακήρυξης και Αυτοδέσμευσης σχετικά με τη διαφήμιση αλκοολούχων ποτών και την ενημέρωση των καταναλωτών», το οποίο είναι σύμφωνο με τον Κώδικα Διαφήμισης/ Επικοινωνίας και στοχεύει στην προστασία του καταναλωτή και ιδίως των ανήλικων αποφεύγοντας να προβάλλουν παραπλανητικά μηνύματα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Παγκόσμιες πολιτικές ελέγχου και προληπτικά μέτρα για τη χρήση αλκοόλ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με πολλούς ερευνητές μέσα από τις μελέτες των τριών τελευταίων δεκαετιών έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η πρόληψη των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ χρειάζεται μια ευρεία προσέγγιση, που να συνδυάζει προγράμματα ενημέρωσης και πληροφόρησης, παροχή υπηρεσιών θεραπείας και προληπτικές πολιτικές που να υιοθετούνται σε εθνικό και τοπικό επίπεδο (WHO, 2001). Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., οι αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης συμπεριλαμβάνουν φορολογία του αλκοόλ, ελέγχους ως προς τη διαθεσιμότητα καθώς επίσης και πολιτικές που να στοχεύουν στην πόση υπό ορισμένες συνθήκες, όπως π.χ. οδήγηση και κατανάλωση οиноπνεύματος. Πολλές χώρες παγκοσμίως υλοποιούν εκπαιδευτικά προγράμματα αγωγής υγείας γύρω από το αλκοόλ, τα οποία απευθύνονται κυρίως σε νέα άτομα. Επίσης, κοινή είναι η πολιτική καμπανιών στα Μ.Μ.Ε. οι οποίες αναφέρονται συνήθως στο συνδυασμό αλκοόλ-οδήγησης. Τα προηγούμενα μέτρα, όμως, δεν μπορούν από μόνα τους ν' ανταγωνιστούν τα διαφημιστικά και σαφώς πειστικά μηνύματα και επιχειρήματα της βιομηχανίας αλκοόλ. Γι' αυτό το λόγο απαιτείται ένα μείγμα στρατηγικών (WHO, 2001).

Η **απαγόρευση** αποτελεί μια συνηθισμένη μορφή ελέγχου της διαθεσιμότητας αλκοόλ, ενώ αρκετές χώρες εφαρμόζουν απαγορεύσεις στην πώληση αλκοολούχων ποτών σε νέους ανθρώπους. Ένα ακόμη αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης και ελέγχου είναι τα **μονοπώλια** στην παραγωγή, στο χονδρικό και λιανικό εμπόριο με αποτέλεσμα ειδικά οι πωλήσεις οиноπνεύματος να περιορίζονται σε συγκεκριμένα μέρη. Ένα πρόσθετο μέτρο περιορισμού της πώλησης και κατανάλωσης αλκοόλ είναι η **χορήγηση αδειών**, που μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό όταν υπάρχει τακτικός έλεγχος από τις αρμόδιες αρχές. Η **φορολογία** των αλκοολούχων ποτών και κατ' επέκταση η τιμή τους αποτελεί ένα ισχυρό μέτρο πρόληψης κυρίως απέναντι στους νεαρούς πότες (WHO, 2001).

Οι **προειδοποιητικές ταμπέλες** στα οиноπνευματώδη ποτά μπορούν να περάσουν το μήνυμα ότι το αλκοόλ δεν είναι ένα κανονικό προϊόν. Οι **περιορισμοί στη διαφήμιση και την προώθηση των οиноπνευματωδών** στοχεύουν κυρίως την προστασία των νέων ατόμων καθώς οι έρευνες δείχνουν πως οι συνήθειες και οι τρόποι κατανάλωσης αλκοόλ της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας επηρεάζονται από τις διαφημίσεις αλκοόλ. Οι περισσότερες χώρες έχουν ειδική **νομοθεσία** αναφορικά με την οδήγηση υπό την επήρεια οиноπνεύματος. Σχεδόν σε όλο τον κόσμο υπάρχουν **θεραπευτικά προγράμματα και μέθοδοι** για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Τέλος, αποτελεσματικές και οικονομικά συμφέρουσες θεωρούνται οι **βραχείες συμβουλευτικές παρεμβάσεις** στη

νεολαία. Κάθε χώρα χρειάζεται να αναπτύξει το δικό της μείγμα στρατηγικών για την πρόληψη της αλκοόλ ανάλογα με τα ιδιαιτερότητες του πληθυσμού της (WHO, 2001). Οι έρευνες αξιολόγησης των προληπτικών στρατηγικών κατά της χρήσης αλκοόλ στους νέους έχουν δείξει πως οι προληπτικές προσεγγίσεις που συνδυάζουν ελάχιστο όριο ηλικίας για την κατανάλωση οινοπνεύματος, υψηλότερους φόρους και περιορισμούς στο μάρκετινγκ μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές (Jernigan, 2001).

Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005

(Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006)

Πρόληψη της χρήσης ουσιών: Ανάλυση ερευνών στην Ελλάδα

Από τις αρχές του '90 υλοποιούνται στην Ελλάδα προγράμματα πρόληψης της χρήσης ουσιών, τα οποία αξιολογούνται διαρκώς τόσο ως προς το σχεδιασμό τους όσο και ως προς τα αποτελέσματά τους. Δεν απευθύνονται αποκλειστικά και μόνο σε έφηβους μαθητές, αλλά επεκτείνονται σε καθηγητές, γονείς, κοινότητες. Σκόπιμη θεωρείται η συνέχιση της εφαρμογής προληπτικών-συμβουλευτικών προγραμμάτων, τα οποία ενημερώνουν, ευαισθητοποιούν και πολλές φορές επιφέρουν αλλαγές ως προς τις γνώσεις, τις στάσεις και τη συμπεριφορά των μαθητών και της κοινότητας.

Οι Μόστριου, Λεντάκη και Κοκκέβη (1991) κατέγραψαν την *εμπειρία από ένα πιλοτικό πρόγραμμα αγωγής υγείας με στόχο την πρόληψη της χρήσης ουσιών σε μια κοινοτική προσέγγιση σε προάστιο της Αθήνας*. Πολλές ευρωπαϊκές κοινότητες έρχονται αντιμέτωπες με το σοβαρό ζήτημα της αντιμετώπισης των προβλημάτων που συνδέονται με την εξάρτηση νόμιμων και παράνομων ουσιών. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο τρόπος ζωής επηρεάζει σημαντικά την υγεία του ατόμου, οι ειδικοί θεμάτων υγείας προτείνουν προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης μέσω προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. **Στόχος:** Το πρόγραμμα «Εκπαίδευση για την Προαγωγή της Υγείας με στόχο την πρόληψη της χρήσης ουσιών» στόχευε στην κατάκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων που θα επιτρέψουν στο άτομο να διαμορφώσει μια υπεύθυνη συμπεριφορά σε θέματα υγείας. Σύμφωνα μ' αυτό, η κατάχρηση ουσιών δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μεμονωμένο θέμα. Η πρόληψη αφορά το άτομο στο σύνολό του και διαπραγματεύεται γενικότερα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. **Μεθοδολογία:** Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε δοκιμαστικά σε δύο Γυμνάσια στην κοινότητα Υμηττού για τρία χρόνια στο πλαίσιο ενός διακρατικού προγράμματος του Συμβουλίου της Ευρώπης και του ΠΟΥ. **Στάδια:** Η εφαρμογή του προγράμματος περιλάμβανε τα εξής τρία στάδια: **1)** Έρευνα αναγκών του σχολείου και της κοινότητας, **2)** Υλοποίηση του προγράμματος με την εθελοντική συνεργασία των καθηγητών, την παροχή κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού για καθηγητές και μαθητές, **3)** Παρακολούθηση του προγράμματος με τη συνεργασία της ερευνητικής ομάδας και του καθηγητή του σχολείου που συντόνιζε το πρόγραμμα, συστηματική επαφή με τους καθηγητές και καταγραφή των ενεργειών, **4)** Επέκταση του προγράμματος στην κοινότητα με τη συμμετοχή μαθητών και καθηγητών σε δραστηριότητες της κοινότητας και οργάνωση δραστηριοτήτων Αγωγής Υγείας για όλους, **5)** Αξιολόγηση της διαδικασίας και των αποτελεσμάτων του προγράμματος (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Η Αγγέλου, Μ., (1997) ασχολήθηκε με την *προώθηση της πρόληψης στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση* και παρουσίασε την εμπειρία της στην 3^η Πανελλαδική Συνάντηση Φορέων για την Πρόληψη των Εξαρτησιογόνων Ουσιών. **Ενότητα 1^η: Φιλοσοφία και οργάνωση των προγραμμάτων πρόληψης στο Γυμνάσιο και το Λύκειο.** Η φιλοσοφία ενός προγράμματος πρωτογενούς πρόληψης στο σχολείο περιλαμβάνει: **α)** το θεωρητικό μοντέλο στο οποίο στηρίζεται το πρόγραμμα και **β)** τους στόχους του. **Στόχοι: α)** Η ενίσχυση της προσωπικότητας των μαθητών, **β)** η ενίσχυση και αναδόμηση των βασικών κοινωνικών θεσμών (οικογένεια, σχολείο κ.τ.λ.), **γ)** έγκυρη πληροφόρηση για τις ψυχοδραστικές ουσίες. **Ενότητα 2^η:** Εμπειρίες και συμπεράσματα από το πιλοτικό πρόγραμμα στο 2^ο Γυμνάσιο Δραπετσώνας (1996-7). Αναφορά στη δομή του προγράμματος και τα συμπεράσματά του. **Ενότητα 3^η:** Σχεδιασμός, οργάνωση και αξιολόγηση του νέου προγράμματος στο ενιαίο πολυκλαδικό Λύκειο του Πειραιά (1997-8). **Στόχοι: 1)** Πληροφόρηση για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, **2)** Εκπαίδευση των τριών πυρήνων στο σχολείο (Μαθητών-Εκπαιδευτικών-Γονιών), **3)** Ανάπτυξη συνεργασιών στην Εκπαιδευτική Κοινότητα με στόχο δραστηριότητες πρόληψης. Ανάλυση των ειδικών στόχων: **Εκπαιδευτικοί: α)** Εξοικείωση και ανάπτυξη ικανοτήτων σε προσεγγίσεις που προάγουν την επικοινωνία, την ομαδικότητα, τη συνεργασία και μια συνολικότερη κουλτούρα και στάση ζωής κατά της χρήσης ουσιών, **β)** ευαισθητοποίηση σε θέματα πρόληψης-αρχές, σχεδιασμός και οργάνωση δραστηριοτήτων πρόληψης, **γ)** βιωματική εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας, επίλυσης συγκρούσεων, εμπύχωσης και αυτενέργειας. **Γονείς: α)** ευαισθητοποίηση σε θέματα εξάρτησης από ουσίες. Ενημέρωση πάνω σε θέματα του σύγχρονου γονεϊκού ρόλου, των εσωτερικών συγκρούσεων του γονιού, ανάπτυξη πρωτοβουλίας, αυτοβοήθειας, επικοινωνίας, **β)** Γνωριμία με προσωπικές πηγές έμπνευσης και δημιουργικότητας. **Μαθητές: α)** Ανάπτυξη ενός νέου, υπεύθυνου τρόπου αντιμετώπισης της ζωής, ενίσχυση της επικοινωνίας των διαπροσωπικών σχέσεων, μακριά από τις όποιες μορφές απάθειας και απομόνωσης. Ενεργοποίηση προς έναν θετικό προσανατολισμό της ζωής, **β)** Θεματολογία, **γ)** Προσδοκίες γονιών και εκπαιδευτικών, **δ)** Αξιολόγηση: χρήση ερωτηματολογίου STEPP στις ομάδες ελέγχου και στόχου πριν και μετά την υλοποίηση του προγράμματος (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Η Μόστριου και οι συνεργάτες της (1999) προχώρησαν στην *αξιολόγηση προγράμματος πρόληψης της ουσιοεξάρτησης σε Γυμνάσια του Δήμου Καλλιθέας*. Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα «Εκπαίδευση για την Προαγωγή της Υγείας με στόχο την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης» υλοποιήθηκε σε 10 Γυμνάσια του Δήμου Καλλιθέας την περίοδο 1994-1997. Ο Συμβουλευτικός Σταθμός «Θησέας» συντόνιζε το πρόγραμμα, το οποίο υλοποιήθηκε εντός του αναλυτικού προγράμματος για 12 ώρες ετησίως. Το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. αξιολόγησε το σχεδιασμό, την εφαρμογή και τα αποτελέσματά του. **Στόχος:** Η πρόληψη νομίμων και παράνομων ουσιών. **Μεθοδολογία:** Ο πληθυσμός στόχος περιελάμβανε 3900 μαθητές ηλικίας 12-15 ετών, 147 καθηγητές και τους διευθυντές των σχολείων.

Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις και παρατηρήσεις προκειμένου να αξιολογηθεί η διαδικασία. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στηρίχτηκε σε στοιχεία που συλλέχθηκαν από την ομάδα ελέγχου και την ομάδα εφαρμογής πριν και μετά το πρόγραμμα. Για τον παραπάνω σκοπό μοιράστηκε το ερωτηματολόγιο του ΠΟΥ «Έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό». **Αποτελέσματα:** Παρατηρείται μια γενικότερη αποδοχή του προγράμματος και της μεθοδολογίας και αναδεικνύονται οι πρακτικές δυσκολίες που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αναδεικνύει αλλαγές ως προς τις γνώσεις, τις στάσεις και τη συμπεριφορά των μαθητών. **Συμπέρασμα:** Η γενικότερη εκτίμηση της εφαρμογής, η αποδοχή του πληθυσμού-στόχου και τα αποτελέσματα ενισχύουν την άποψη ότι είναι σκόπιμο να συνεχιστεί να εφαρμόζεται το πρόγραμμα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Ο Φουστέρης, Ε., (2002) παρουσίασε στο 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προαγωγής και Αγωγής Υγείας τη μελέτη εργασιακοί χώροι και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών: εφαρμοσμένα μοντέλα πρόληψης και μεθοδολογία ανάπτυξης προγραμμάτων. Σύμφωνα με την ανάλυση του ερευνητή, οι εργασιακοί χώροι βρίσκονται μέσα στις τοπικές κοινότητες ως μέρη του κοινωνικού συστήματος. Επομένως, αντιμετωπίζουν την ίδια πολυπλοκότητα της εποχής μας, ενώ πολλές φορές δυσλειτουργούν. Μέσα στους εργασιακούς χώρους οι άνθρωποι μπορεί να βιώσουν τα ίδια τραύματα και εμπειρίες, που να τους οδηγούν στην κατανάλωση ή και στην κατάχρηση αλκοόλ, στη χρήση ουσιών ή σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Ωστόσο, μέχρι σήμερα οι προληπτικές ή συμβουλευτικές παρεμβάσεις υλοποιούνται σε παραδοσιακούς χώρους, όπως το σχολείο, ενώ οι αντίστοιχες στους χώρους εργασίας είναι ελάχιστες. Συντρέχουν όμως παράγοντες επικινδυνότητας που σχετίζονται με το χώρο και τις συνθήκες εργασίας και συμβάλλουν στη δημιουργία προβλημάτων χρήσης και εξάρτησης. **Στόχος:** Οι παρεμβάσεις αποσκοπούν μακροπρόθεσμα να δημιουργήσουν υποστηρικτικά δίκτυα στους εργασιακούς χώρους, που θα συνδέονται τόσο με τους εργαζόμενους όσο και με τους εργοδότες, αλλά και με την ευρύτερη κοινότητα. Οι στόχοι των παρεμβάσεων μπορούν να ποικίλουν ανάλογα με τις ανάγκες που καλούνται να αντιμετωπίσουν. **Προτάσεις:** Μπορούν να υλοποιηθούν παρεμβάσεις ενημερωτικού τύπου, άλλες με στόχο την εκπαίδευση των εργαζομένων, την έγκαιρη διάγνωση και συμβουλευτική, την έρευνα, παρεμβάσεις σε άτομα με συγκεκριμένα κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως γονείς μετανάστες κ.τ.λ. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εξαρτάται από την αρχική διερεύνηση, το συνεχή επαναπροσδιορισμό και την αξιολόγηση των αναγκών. **Συμπέρασμα:** Το φαινόμενο της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών είναι πρόβλημα ολόκληρης της κοινωνίας γι' αυτό και η πολύπλευρη αντιμετώπισή του αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την προαγωγή της υγείας (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Οι μελετητές Θ. Σταύρου και Β. Πασσάς (2003) παρουσίασαν ένα πρόγραμμα πρόληψης της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ στην 5^η Πανελλαδική Συνάντηση Φορέων

Πρόληψης (Ιωάννινα). Στο πλαίσιο των δράσεων του Κέντρου Πρόληψης Ν. Αχαΐας εντάσσεται από το 2002 το πρόγραμμα πρόληψης της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ. Πρόκειται για μια συνολική και σε βάθος χρόνου προσπάθεια που αποσκοπεί τόσο στην αντιμετώπιση του φαινομένου όσο και στην πρόληψη της εμφάνισής του σε νεαρές ηλικίες. **Στόχοι:** Ορισμένοι από τους μακροπρόθεσμους και βαχυπρόθεσμους στόχους του προγράμματος είναι: **α)** η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση της ευρύτερης κοινότητας, αλλά και των επαγγελματιών υγείας της περιοχής, οι οποίοι μπορούν να προωθήσουν προγράμματα πρόληψης, **β)** η στήριξη δράσεων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης στην κοινότητα. Ειδικότερα, η λειτουργία Ιατρείου Αλκοολογίας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου από εθελοντές νοσηλευτές και γιατρούς και η σύσταση ομάδας οικογενειών αλκοολικών, ο συντονισμός και η δικτύωση τοπικών φορέων που έρχονται σε επαφή με προβλήματα και παθολογίες σχετικές με το αλκοόλ (παραβάσεις, τροχαία ατυχήματα κ.τ.λ.) ή που προωθούν προγράμματα πρόληψης της χρήσης αλκοόλ στην κοινότητα με στόχο τη μελέτη του φαινομένου σε επίπεδο νομού (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Οι ίδιοι μελετητές (2005) παρουσίασαν δύο χρόνια μετά στην 6^ο Πανελλαδική Συνάντηση Φορέων Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών στοιχεία από την προηγούμενη προσπάθειά τους σε μια μελέτη με θέμα: «Προκαλούμε ζυμώσεις – Προτείνουμε επιλογές», μια προσπάθεια ολοκληρωμένης παρέμβασης στην τοπική κοινότητα για την πρόληψη της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ. Σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη, είναι πλέον κοινά αποδεκτό πως τα προβλήματα που προκαλούνται από τη χρήση και κατάχρηση οινοπνεύματος εμφανίζονται με σαφώς πιο δυσάρεστα αποτελέσματα από αυτά των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Το αλκοόλ ως μια νόμιμη ουσία με ισχυρή εξαρτησιογόνο δράση είναι άμεσα συνδεδεμένο με τον καθημερινό τρόπο ζωής. Επιπλέον, το αλκοόλ συνδέεται με ανάγκες, συναισθήματα, σημαντικές περιστάσεις της ζωής μας κυρίως μέσω των παραδόσεων, συνηθειών, πεποιθήσεων και φυσικά της διαρκώς προβαλλόμενης ψυχαγωγικής χρήσης του. αυτό καθιστά εξαιρετικά δύσκολη την αλλαγή βαθιά παγιωμένων αντιλήψεων και την προώθηση ενός εναλλακτικού τρόπου ζωής και ψυχαγωγίας. Επομένως, τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ θα πρέπει να εμπλέκουν την τοπική κοινότητα σε μακροχρόνιες διεργασίες για να είναι αποτελεσματικά. Τα 3 τελευταία χρόνια υλοποιείται στην Πάτρα ένα πρόγραμμα ολιστικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση του φαινομένου. **Στόχος:** Η πρόληψη των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ. **Επιμέρους στόχοι:** Η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση πληθυσμιακών ομάδων (σχολική κοινότητα, γονείς, άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ ή προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση του) και η ενεργοποίηση των εκπροσώπων των τοπικών φορέων που εμπλέκονται στον έλεγχο και τη διακίνηση αλκοολούχων ποτών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Συμπεράσματα

Κάθε κοινωνία θέτει δικά της όρια σχετικά με τη χρήση ή κατάχρηση ουσιών, ενώ παράλληλα αναπτύσσει αντιλήψεις που διέπουν τη χρήση ουσιών βάσει των πολιτισμικών παραδόσεων και συνθηκών. Ο αγώνας κατά της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών ερμηνεύεται ως κριτική των επικρατουσών προσδοκιών και απόψεων με απώτερο στόχο την αντικατάσταση των παλαιών προσδοκιών. Το έργο της πρόληψης στοχεύει στη βελτίωση της δημόσιας και ψυχικής υγείας. Προληπτικές πολιτικές μπορούν να εφαρμοστούν στον πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή τομέα της φροντίδας υγείας. Η πρωτογενής πρόληψη ορίζεται ως *η παρέμβαση πριν την εκδήλωση ενός προβλήματος υγείας* και ασχολείται με την άσκηση επιρροής στη συμπεριφορά και τις απόψεις της ομάδας-στόχου με την προϋπόθεση βέβαια ότι οι άνθρωποι θα παρακινηθούν ν' αλλάξουν τρόπο ζωής προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Απαραίτητα στοιχεία αυτής της διαδικασίας αποτελούν η εκπαίδευση και η πληροφόρηση.

Το έργο της πρόληψης αναπτύσσεται αρχικά σε εθνικό και στη συνέχεια σε διεθνές επίπεδο, σε περιφερειακό ή τοπικό και τέλος σε συγκεκριμένες κοινωνικές μονάδες, όπως το σχολείο, η οικογένεια, ο εργασιακός χώρος. Οι στόχοι της συνοψίζονται στις ακόλουθες αρχές: η αρχή της ευεξίας, η αποφυγή της βλάβης, ο σεβασμός της αυτονομίας, η αρχή της δικαιοσύνης και η αποτελεσματικότητα σε σχέση με το κόστος, ώστε τα αναμενόμενα πλεονεκτήματα μιας στρατηγικής πρόληψης να υπερβαίνουν τα μειονεκτήματα. Καμιά προσέγγιση από μόνη της δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών όλων των ομάδων-στόχων. Ως πλέον αποτελεσματική προσέγγιση αναγνωρίζεται η ευρείας βάσης και σύνθετη, ενώ κάποιες γνωστές ταξινομήσεις είναι του OSAP, του Kumpfer, των Gerstein και Green.

Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας του ΥΠΕΠΘ αποτελούν το κυριότερο πλαίσιο εφαρμογής δράσεων πρόληψης στο πλαίσιο του σχολείου, για την υλοποίηση των οποίων χρησιμοποιείται Οδηγός Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας, εκπαιδευτική βιντεοκασέτα και εκπαιδευτικό λογισμικό (Αλκοόλ ή υγεία – Πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων). Οι αρμόδιοι φορείς πρόληψης στην Ελλάδα σχεδιάζουν και εφαρμόζουν παρεμβάσεις, που απευθύνονται στην ευρύτερη κοινότητα με τη μορφή ημερίδων, ανοικτών συναντήσεων, διανομή έντυπου ενημερωτικού υλικού προκειμένου να ευαισθητοποιήσουν και να πληροφορήσουν τους πολίτες σχετικά με τη χρήση αλκοόλ. Αναφορικά με τη νομοθεσία, το 2005 υπογράφηκε μεταξύ της Ένωσης Επιχειρήσεων Οινοπνευματωδών Ποτών και του Υπουργείου Υγείας ένα «Πλαίσιο Αρχών Διακήρυξης και Αυτοδέσμευσης σχετικά με τη διαφήμιση αλκοολούχων ποτών και την ενημέρωση των καταναλωτών», το οποίο στοχεύει στην προστασία του καταναλωτή.

Ο Π.Ο.Υ. καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η πρόληψη των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ χρειάζεται μια ευρεία προσέγγιση, που να συνδυάζει προγράμματα ενημέρωσης και πληροφόρησης, παροχή υπηρεσιών θεραπείας και προληπτικές πολιτικές που να υιοθετούνται σε εθνικό και τοπικό επίπεδο. Οι αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης συμπεριλαμβάνουν φορολογία του αλκοόλ, ελέγχους ως προς τη διαθεσιμότητα και πολιτικές που να στοχεύουν στην πόση υπό ορισμένες συνθήκες, όπως π.χ. οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ. Συγκεκριμένα, ο Π.Ο.Υ. προτείνει τα εξής μέτρα: απαγόρευση πώλησης αλκοόλ σε νέους ανθρώπους, μονοπώλια στην παραγωγή και διάθεση οινοπνεύματος, χορήγηση αδειών, φορολογία, προειδοποιητικές ταμπέλες στα ποτά, περιορισμούς στη διαφήμιση και την προώθηση των οινοπνευματωδών, νομοθεσία, θεραπευτικά προγράμματα και μέθοδοι για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ και βραχείες συμβουλευτικές παρεμβάσεις.

Τα προγράμματα αγωγής υγείας με στόχο την πρόληψη της χρήσης ουσιών πραγματοποιούνται σήμερα στην Ελλάδα σε όλο και περισσότερα σχολεία, αλλά σύμφωνα με το ΕΠΙΨΥ το 2005 μειώθηκαν οι προληπτικές παρεμβάσεις σε σχολεία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ αυξήθηκαν στη δευτεροβάθμια. Είναι σχεδιασμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να περιλαμβάνουν ενημερωτικές και συμβουλευτικές παρεμβάσεις στους καθηγητές, τους γονείς και την κοινότητα, όπου εφαρμόζονται. Οι εργασίες και οι μελέτες των Ελλήνων ερευνητών καταλήγουν στο ότι πρέπει να συνεχίσουν να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης μέσω προγραμμάτων Αγωγής Υγείας όχι μόνο σε σχολεία, αλλά και στους εργασιακούς χώρους. Το φαινόμενο της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών είναι πρόβλημα ολόκληρης της κοινωνίας γι' αυτό και η πολύπλευρη αντιμετώπισή του αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την προαγωγή της υγείας. Τα τελευταία χρόνια υλοποιούνται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης και ολιστικής παρέμβασης σε τοπικό επίπεδο, όπως στο Ν. Αχαΐας, που στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση πληθυσμιακών ομάδων (επαγγελματίες υγείας, σχολική κοινότητα, γονείς, άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ ή προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση του), στη στήριξη δράσεων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης στην κοινότητα, αλλά και στην ενεργοποίηση των εκπροσώπων των τοπικών φορέων που εμπλέκονται στον έλεγχο και τη διακίνηση αλκοολούχων ποτών.

13^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Θεραπεία

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις αποσκοπούν στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Τα ποσοστά θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων εξαρτώνται από το βαθμό αποτελεσματικότητάς τους. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις διακρίνονται σε τρεις ευρείες κατηγορίες (Ποταμιάνος, 2005):

- 1. Φαρμακολογική προσέγγιση**
- 2. Ψυχολογική προσέγγιση**
- 3. Ειδικές προσεγγίσεις και Θεραπευτικά προγράμματα**

1. Φαρμακολογική προσέγγιση

Η χρήση φαρμάκων αναστέλλει τη δράση της αλκοολικής δεϋδρογονάσης και επομένως τη μετατροπή της αλκοόλης σε ακεταλδεϋδη. Τα κυριότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της εξάρτησης από το οινόπνευμα είναι τα Antabuse και Abstem (Disulfiram). Η δράση τους εντοπίζεται στη δημιουργία μιας δυσάρεστης και συνήθως «βίαιης» αντίδρασης στο άτομο όταν τα καταναλώνει παράλληλα με αλκοόλ. Εκτός από το Disulfiram κατά τη δεκατία του '50 χρησιμοποιήθηκε και η ουσία Metronodazole (Flagyl) για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Η αρχική της χρήση ήταν η θεραπεία των ουρολοιμώξεων, ενώ η αποστροφή από το αλκοόλ ανήκε στις παρενέργειές της. Ωστόσο, τα πορίσματα ερευνών για την αξιολόγηση του Flagyl έδειξαν χαμηλά ποσοστά επιτυχίας (Ποταμιάνος, 2005).

Η τρίτη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκε για τον ίδιο σκοπό ήταν τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά χάπια. Σε αντίθεση με τις δύο πρώτες ομάδες φαρμάκων που βασίζονται στην αποστροφική θεραπεία, τα αγχολυτικά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης. Τα συγκεκριμένα φάρμακα, όμως, συνήθως βοηθάνε στη βελτίωση μόνο στους δείκτες κατάθλιψης. Η φαρμακευτική προσέγγιση της εξάρτησης από το αλκοόλ δεν θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική. Η αξιολόγηση αυτής προσέγγισης και τα αποτελέσματα διάφορων μελετών δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματική εικόνα της βελτίωσης των ασθενών καταρχάς επειδή η περίοδος και η μέθοδος της διαχρονικής παρακολούθησης και οι τρόποι μέτρησης των αποτελεσμάτων δεν ορίζονται με ακρίβεια. Δεύτερον, οι ασθενείς που παρουσιάζουν βελτίωση είναι άτομα που ακολουθούν τη φαρμακολογική θεραπεία εθελοντικά. Τέλος, οι περισσότερες μελέτες που ερευνούν την

αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας υπολογίζουν το ποσοστό επιτυχίας βάσει της ψυχολογικής βελτίωσης των ασθενών και όχι των αλλαγών στη συμπεριφορά κατανάλωσης της αλκοόλης (Ποταμιάνος, 2005).

2. Ψυχολογική προσέγγιση

Ήδη από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα εφαρμόζονται ψυχολογικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία του αλκοολισμού. Μία από τις πρώτες μεθόδους που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της θεραπείας της συμπεριφοράς είναι η τεχνική της αποστροφικής διαδικασίας. Αυτή η τεχνική στηρίζεται στην άποψη ότι τα δυσάρεστα ερεθίσματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς. Στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας χρησιμοποιούνται κατ' επανάληψη χημικά παρασκευάσματα ή ακόμη και ηλεκτρικά ερεθίσματα για να επιτύχουν αντιδράσεις αποστροφής. Τα αποτελέσματα της παραπάνω μεθόδου είναι δύσκολο να αποτιμηθούν καθώς οι ασθενείς υποβάλλονται συνήθως και σε άλλες θεραπείες (Ποταμιάνος, 2005).

Τις τελευταίες δεκαετίες οι ειδικοί έχουν στρέψει την προσοχή τους σε τεχνικές που βοηθούν τη διαχείριση του άγχους. Σύμφωνα με το Marlatt (1973), πολλοί ασθενείς υποτροπιάζουν μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση πρώτον, εξαιτίας της ματαίωσης των προσδοκιών τους ή ανικότητας έκφρασης θυμού και δεύτερον, επειδή αρκετοί υποχωρούν στην κοινωνική πίεση για κατανάλωση αλκοόλης. Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας για την υποτροπή του ασθενούς είναι το στρες που προκαλούν οι διαπροσωπικές σχέσεις. Θεραπευτικές τεχνικές, όπως η παρρησιαστική θεραπεία και η θεραπεία των κοινωνικών δεξιοτήτων υιοθετούνται για την αντιμετώπιση του άγχους (Ποταμιάνος, 2005).

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι ο αλκοολισμός είναι σύμπτωμα μιας βαθύτερης ασυνείδητης σύγκρουσης και στοχεύουν στην ανάλυση αυτής της σύγκρουσης. Η θεωρητική τους βάση στηρίζεται στην ψυχανάλυση (Freud) και εφαρμόζεται σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι σήμερα η πιο δημοφιλής προσέγγιση, που υιοθετούν τα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα. Η ανασκόπηση ερευνών δείχνει πως η ψυχοθεραπεία ως θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ δεν υπερέχει σε σύγκριση με άλλα είδη θεραπείας (Ποταμιάνος, 2005).

3. Ειδικές προσεγγίσεις και Θεραπευτικά προγράμματα

Αρκετές ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα χρησιμοποιούν συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογικών θεραπειών, ενώ έχουν σχεδιαστεί ειδικά για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (ΑΑ) και τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού, των ειδικών ξενώνων και των θεραπευτικών προγραμμάτων σε νοσοκομεία (Ποταμιάνος, 2005).

Ανώνυμοι Αλκοολικοί (Α.Α.)

Οι δραστηριότητες των ομάδων Α.Α. θεωρούνται από τις πιο δημοφιλείς προσεγγίσεις στις Ευρωπαϊκές χώρες και τις Η.Π.Α. Στις συναντήσεις των Α.Α. συμμετέχουν αλκοολικοί σε αποχή (Ποταμιάνος, 2005). Η πρώτη επιτροπή Δημόσιας Πληροφόρησης στους Α.Α. συγκροτήθηκε από το Γενικό Συμβούλιο Υπηρεσιών (General Service Board) το 1956 (Α.Α., 1994). Τότε, γράφτηκε και η ακόλουθη δήλωση *“της πολιτικής δημόσιας πληροφόρησης στα πλαίσια του κινήματος των Α.Α.”*:

Σε όλες τις δημόσιες σχέσεις, η μόνη επιδίωξη των Α.Α. μελών είναι να βοηθήσουν τον αλκοολικό που ακόμη υποφέρει. Πάντα προσεκτικοί με την σπουδαιότητα της προσωπικής ανωνυμίας, πιστεύουμε ότι αυτό μπορεί να γίνει κάνοντας γνωστό στους αλκοολικούς που ακόμη υποφέρουν, και σε εκείνους που ίσως να ενδιαφέρονται για το πρόβλημά τους, την εμπειρία μας σαν άτομα και σαν αδελφότητα στο να μάθουμε να ζούμε χωρίς αλκοόλ.

Πιστεύουμε πως η εμπειρία μας θα πρέπει να γίνει διαθέσιμη ελεύθερα σε όλους όσους εκφράζουν ειλικρινές ενδιαφέρον. Πιστεύουμε επιπλέον ότι όλες οι προσπάθειές μας σε αυτό το πεδίο θα πρέπει πάντα να αντανakλούν την ευγνωμοσύνη μας για το δώρο της νηφαλιότητας και της επίγνωσης ότι πολλοί έξω από το Α.Α. ενδιαφέρονται εξίσου για το σοβαρό πρόβλημα του αλκοολισμού. (Α.Α., 1994)

Ο Ζαφειρίδης Φ., (2001) ασχολήθηκε με το ζήτημα της *ψυχικής υγείας και αυτοβοήθειας* και συγκεκριμένα με *το παράδειγμα των ανώνυμων ναρκωμανών (ΝΑ) και αλκοολικών (ΑΑ)*. Στο άρθρο του ερευνητή παρουσιάζονται δύο από τις γνωστότερες Ομάδες Αυτοβοήθειας, οι ΑΑ και οι ΝΑ. Σύμφωνα με τον ερευνητή, οι ομάδες αυτοβοήθειας προσφέρουν μικροκοινωνικούς χώρους για την καλλιέργεια ανθρωπιστικών αξιών σε αλλοτριωμένες και ατομοκεντρικές κοινωνίες. Η θεραπευτική αξία της αυτοβοήθειας είναι αποδεδειγμένη στον τομέα της θεραπείας των εξαρτήσεων και αλλού. Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, μια επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας τονίζει την υπεροχή των θεραπευτικών προτάσεων που υιοθετούν και εφαρμόζουν τις βασικές αρχές και τεχνικές Αυτοβοήθειας έναντι εκείνων που στηρίζονται αποκλειστικά σε παραδοσιακές

επαγγελματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Τα 12 Βήματα των Ανώνυμων Αλκοολικών και Ναρκωμανών εφαρμόζονται σε θεραπευτικές δομές πολλών χωρών. Πολλοί υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα που προκύπτει από τη συνδυασμένη παρακολούθηση ομάδων Ανώνυμων Ναρκωμανών και κατάλληλα σχεδιασμένων επαγγελματικών θεραπευτικών προγραμμάτων. Επίσης, η εξάπλωση και η αυξανόμενη ενασχόληση των ειδικών με την αποτελεσματικότητα των Ομάδων Αυτοβοήθειας επιβεβαιώνει το γεγονός ότι αυτές οι ομάδες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, ο οποίος θα ενισχυθεί μελλοντικά, στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Ειδικοί Ξενώνες (Half-way houses)

Σύμφωνα με τον Donahue (1971), ο κύριος στόχος της δημιουργίας των ειδικών ξενώνων για τα εξαρτημένα άτομα από το αλκοόλ είναι η επανένταξή τους στην κοινότητα μετά από νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα θεραπευτικά προγράμματα που εφαρμόζονται στους ξενώνες ποικίλουν. Ωστόσο, ο σκοπός τους συνοψίζεται στην αποχή από την κατανάλωση αλκοόλ (Ποταμιάνος, 2005).

Κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού

Τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού έχουν τη μορφή της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και είναι ευρέως διαδεδομένα (Ποταμιάνος, 2005). Ένα από τα γνωστότερα θεραπευτικά κέντρα στην Ελλάδα είναι το ΚΕΘΕΑ.

Η Κούκου, Ι., (1990) παρουσίασε στο 13^ο Παγκόσμιο Συνέδριο των Θεραπευτικών Παρεμβάσεων το πρόγραμμα οικογενειακής παρέμβασης του ΚΕΘΕΑ. Σύμφωνα μ' αυτό, η οικογένεια είναι ο πρωταρχικός κοινωνικός χώρος, όπου πραγματοποιείται ανταλλαγή πληροφοριών και δοκιμάζονται όλα τα είδη πίεσης στο πλαίσιο της διαδικασίας ανάπτυξης της προσωπικότητας των ανθρώπων τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Όταν λοιπόν ένα μέλος της οικογένειας αντιδρά και απορρίπτει το οικογενειακό μοντέλο, τότε η τελευταία φέρει το βάρος της ενοχής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μιας τέτοιας περίπτωσης αποτελεί η χρήση τοξικών ουσιών. Η παρέμβαση στην οικογένεια στο πλαίσιο του προγράμματος του ΚΕΘΕΑ στοχεύει **1)** στη στήριξη της οικογένειας, ανεξάρτητα από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο χρήστης ουσιών, **2)** στην αναγνώριση του προβλήματος της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και της επικινδυνότητάς του, **3)** στην παρακίνηση των γονέων για την τροποποίηση της στάσης τους απέναντι στο χρήστη και τη ζωή, **4)** στην προσπάθεια αποκατάστασης της ψυχικής τους κατάστασης, **5)** στην ανάπτυξη των σχέσεων μεταξύ οικογένειας και χρήστη, **6)** στην πρόληψη (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Αρνητικοί παράγοντες στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ

Υπάρχουν αρκετοί κοινοί παράγοντες, η ύπαρξη των οποίων επιδρά αρνητικά στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ (Ποταμιάνος, 2005):

Ο προβληματικός πότης δεν αναγνωρίζεται εύκολα από το κοινωνικό του περιβάλλον ή ακόμη και από το ιατρικό προσωπικό. Αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη ευαίσθητων μεθόδων ανίχνευσης του προβληματικού πότη, αλλά και στο γεγονός ότι η κοινή αντίληψη περί εξάρτησης από το αλκοόλ περιορίζεται στα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή εξάρτηση και διαταραχές, δηλαδή σε λιγότερο από το 10% των ατόμων που χρήζουν θεραπείας. Επιπλέον, υπάρχει ασαφής διαχωρισμός των εννοιών χρήση και κατάχρηση του αλκοόλ. Οι πολυδιάστατες επιπτώσεις της εξάρτησης αντιμετωπίζονται συνήθως ως ιατρικά προβλήματα χωρίς να συνδέονται άμεσα με την κατανάλωση αλκοόλης. Τέλος, η άρνηση παραδοχής του προβλήματος από τον ίδιο τον προβληματικό πότη ή από το περιβάλλον του – ιδίως στις γυναίκες, που στιγματίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό – συνεπάγεται καθόλου ή αρκετά καθυστερημένη αναζήτηση θεραπείας (Ποταμιάνος, 2005).

Ακόμη και σήμερα οι στάσεις και οι αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μπορούν να χαρακτηριστούν από αδιάφορες έως αρνητικές απέναντι στον προβληματικό πότη. Ένας επιπλέον αρνητικός παράγοντας προκύπτει από το γεγονός ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ συνδέεται με τις προσωπικές και κοινωνικές δραστηριότητες του χρήστη σε αντίθεση με τις παράνομες ουσίες εξάρτησης. Επομένως, αν η θεραπευτική παρέμβαση δεν συμπεριλάβει στοιχεία ικανά να υποκαταστήσουν την κατάχρηση αλκοόλης, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες αποτυχίας. Ακόμη λιγότερες πιθανότητες επιτυχίας έχουν οι θεραπευτικές προσπάθειες στις περιπτώσεις καθυστερημένης διάγνωσης, όπου ο ασθενής βρίσκεται πλέον σε προχωρημένο στάδιο εξάρτησης και οργανικών ή/ και ψυχιατρικών διαταραχών (Ποταμιάνος, 2005).

Θετικοί παράγοντες στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ

Οι παράγοντες που θα μπορούσαν να συμβάλλουν θετικά στα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα είναι καταρχάς η αναγνώριση και αξιολόγηση του προβλήματος. Η πρώτη επαφή με τον πότη είναι καθοριστικής σημασίας τόσο για τη λεπτομερή αξιολόγηση των δραστηριοτήτων και της υγείας του χρήστη όσο και την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής. Δεύτερον, η κατάρτιση του θεραπευτικού προγράμματος απαιτεί επιπλέον την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις που άπτονται της θεραπευτικής διαδικασίας, στοιχείο που θα πρέπει να χαρακτηρίζει τη σχέση θεράποντος-θεραπευόμενου. Ανάλογα με τη κλινική εικόνα που παρουσιάζει ο προβληματικός πότης, τα αρχικά στάδια μπορεί να

περιλαμβάνουν αποτοξίνωση και αντιμετώπιση οργανικών και ψυχιατρικών διαταραχών με στόχο την προετοιμασία του ατόμου για την απεξάρτηση (Ποταμιάνος, 2005).

Μια ακόμη θετική παράμετρος είναι το θεραπευτικό μοντέλο να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του προβληματικού πότη. Η κατάρτιση θεραπευτικών στόχων να είναι αποτέλεσμα της ειλικρινούς σχέσης θεράποντος-θεραπευόμενου, με απώτερο σκοπό την ολική αποχή από το αλκοόλ ή την περιορισμένη και ελεγχόμενη κατανάλωση. Απαραίτητη κρίνεται η υποστήριξη της οικογένειας, ενώ επιβάλλεται η διαχρονική παρακολούθηση και η συνεχής υποστήριξη του προβληματικού πότη και της οικογένειάς του τουλάχιστον για έναν χρόνο (Ποταμιάνος, 2005).

Θεραπευτικά κέντρα και προγράμματα στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα λειτουργούν σε οργανωμένο πλαίσιο δύο ειδικές δομές σε γενικά νοσοκομεία: **1)** Το πρόγραμμα αλκοόλ της Ψυχιατρικής Κλινικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και **2)** Το Περιφερειακό Νοσοκομείο Πατρών, όπου λειτουργεί Ιατρείο Αλκοολογίας. Εξειδικευμένες υπηρεσίες θεραπείας για χρήστες αλκοόλ παρέχονται από τέσσερα αναγνωρισμένα θεραπευτικά προγράμματα: **1)** Το Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Αλκοολικών «18 ΑΝΩ» (ΨΝΑ), **2)** Το Τμήμα Βραχείας Θεραπείας «18 ΑΝΩ» (ΨΝΑ), **3)** Η Μονάδα Απεξάρτησης από Αλκοόλ, Φάρμακα και Τυχρά Παιχνίδια (ΨΝΘ) και **4)** Το Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΛΦΑ» Απεξάρτησης από Αλκοόλ, Φάρμακα και Τυχρά Παιχνίδια (ΚΕΘΕΑ) (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Επτά θεραπευτικά κέντρα παρέχουν θεραπεία σε άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ. Τα τέσσερα απ' αυτά είναι προγράμματα εξωτερικής παραμονής εφήβων: **1)** Μονάδα Εφήβων Θεσσαλονίκης «ΝΑΥΤΙΛΟΣ» (ΟΚΑΝΑ), **2)** Μονάδα Εφήβων Ρεθύμνου (ΟΚΑΝΑ), **3)** Τμήμα Εφήβων και Νέων «18 ΑΝΩ» (ΨΝΑ), **4)** Ανοιχτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων Θεσσαλονίκης «ΑΝΑΔΥΣΗ» (ΚΕΘΕΑ). Τα υπόλοιπα τρία είναι προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων: **α)** Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» (ΟΚΑΝΑ και Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών), **β)** Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΙΑΣΩΝ» και **γ)** Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας (ΟΚΑΝΑ) (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Εναλλακτική πρόταση για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι οι ομάδες που στηρίζονται στις αρχές της αυτοβοήθειας. Το Ανοιχτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Μελών Οικογενειών Χρηστών του Προγράμματος Προαγωγής Βοήθειας (ΟΚΑΝΑ και Τμήμα Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης) λειτουργεί από το 2001 και στοχεύει στην προαγωγή της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες.

Ομάδες υποστήριξης και αυτοβοήθειας στη βάση των «12 Βημάτων» οργανώνονται σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας από τους Ανώνυμους Αλκοολικούς (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Οι κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τα περισσότερα προγράμματα είναι η ατομική συμβουλευτική/ υποστηρικτική, η ατομική ψυχοθεραπεία, η πρόληψη της υποτροπής και η οικογενειακή θεραπεία. Επίσης δίνεται έμφαση σε ομαδικές θεραπευτικές διαδικασίες, όπως η ομαδική ψυχοθεραπεία, και στην ιατρική/ ψυχιατρική προσέγγιση. Τα προγράμματα θέτουν ως κριτήρια για την επιτυχή ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας: την αποχή από το αλκοόλ και άλλες ουσίες, ενώ ταυτόχρονα επιδιώκουν τη γενικότερη βελτίωση της ζωής του θεραπευόμενου (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005

(Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006)

Θεραπευτικά προγράμματα και παρεμβάσεις:

Ανάλυση ερευνών στην Ελλάδα

Οι Έλληνες ερευνητές έχουν να επιδείξουν πλούσιο υλικό αναφορικά με την αξιολόγηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων, τις προτάσεις νέων μέτρων παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης και της χρήσης αλκοόλ στην Ελλάδα.

Ο Λιάπας και οι συνεργάτες του (2001) ασχολήθηκαν με το θέμα της *συννοσηρότητας και της ουσιοεξάρτησης*. Σύμφωνα με το άρθρο τους, η εξάρτηση από ουσίες ή οινόπνευμα αποτελεί την πιο διαδεδομένη ψυχική διαταραχή. Είναι συχνό φαινόμενο να συνυπάρχουν διάφορες ψυχιατρικές παθήσεις με τη χρήση ουσιών σε ποσοστό που μπορεί να υπερβαίνει το 50%. Αυτό έχει συνέπεια η συννοσηρότητα να συνηθίζεται στις περιπτώσεις των χρηστών που απευθύνονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η σχέση χρήσης ουσιών και ψυχοπαθολογίας είναι σύνθετη. Η ψυχοπαθολογία ενδέχεται να προηγείται, να συνυπάρχει ή να έπεται της κατάχρησης ή και να αποτελεί έκγραση κάποιου σχετιζόμενου παθογενετικού μηχανισμού. Οι χρήστες με παράλληλη ψυχοπαθολογία παρουσιάζουν κάποιες κλινικές ιδιαιτερότητες και εμφανίζουν χαμηλή συμμόρφωση και ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή με αποτέλεσμα να έχουν χειρότερη διάγνωση. Το πρόβλημα διογκώνεται από την έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών αντιμετώπισης των περιπτώσεων συννοσηρότητας, γεγονός που οδηγεί στην εσφαλμένη διάγνωση και την ανεπαρκή θεραπεία. **Προτάσεις:** Τα αναγκαία μέτρα που προτείνονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος της συννοσηρότητας περιλαμβάνουν την ορθή πληροφόρηση σχετικά με την ουσιοεξάρτηση και τη συννοσηρότητα, τον επαναπροσδιορισμό της θεραπευτικής στρατηγικής βάσει των σύγχρονων αναγκών και την παράλληλη ανάπτυξη κατάλληλων και εξειδικευμένων δομών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Ο Μαρκιανός και οι συνεργάτες του (2001) διερεύνησαν το γεγονός ότι *οι αλλαγές στην αντιδραστικότητα των υποδοχέων ντοπαμίνης και την αποτοξίνωση από το αλκοόλ ενδέχεται να αποτελούν παράγοντα πρόβλεψης της υποτροπής*. **Μεθοδολογία:** Οι ερευνητές παρακολούθησαν επί ένα χρόνο 18 άντρες ασθενείς που ολοκλήρωσαν με επιτυχία την αποτοξίνωσή τους. Οι ασθενείς εξετάστηκαν κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης αλκοόλ και μετά την αποτοξίνωσή τους ως προς την αντιδραστικότητα των υποδοχέων ντοπαμίνης D2. **Αποτελέσματα:** Από τους 18 ασθενείς, οι 8 εξακολούθησαν να μην κάνουν χρήση αλκοόλ για περισσότερους από έξι μήνες, ενώ οι 10 υποτροπίασαν μέσα στο εξάμηνο. Δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές ως προς την ηλικία, τη συνηθισμένη καταναλωθείσα ποσότητα οινοπνεύματος κατά την περίοδο της εξάρτησης, τις επιδόσεις στο Beck Depression Inventory και στο Brief Michigan Alcoholism Screening Test ή τις αντιδράσεις

τις προλακτίνης στην αλοπεριδόλη πριν την αποτοξίνωση από τη σύγκριση των κλινικών και νευροενδοκρινικών δεδομένων των δύο υποομάδων. Η διάρκεια του αλκοολισμού ήταν οριακά μικρότερη στους ασθενείς που υποτροπίασαν. Οι ασθενείς που δεν υποτροπίασαν εμφάνισαν σημαντικά εντονότερες αντιδράσεις της προλακτίνης στην αλοπεριδόλη μετά την αποτοξίνωση και οι αντιδράσεις τους ήταν όμοιες με εκείνες των υγιών αντρών. **Συμπεράσματα:** Η αυξημένη αντιδραστικότητα υποδοχέων ντοπαμίνης μετά την αποτοξίνωση αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα πρόβλεψης μη υποτροπής (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Ο Λιάπας και οι συνεργάτες του (2002) μελέτησαν την *επίδραση της σωματικής απεξάρτησης από το αλκοόλ στα αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα των αλκοολικών*. **Στόχος:** Η εργασία ερευνά την επίδραση της αλκοολικής σωματικής απεξάρτησης στο άγχος και την κατάθλιψη μετά από 4-5 βδομάδες αποχής από το οινόπνευμα. **Μεθοδολογία:** Η ψυχοπαθολογία και η συνολική λειτουργικότητα μετρήθηκαν σε εβδομαδιαίο επίπεδο με ειδικές κλίμακες σε μια ομάδα 28 αλκοολικών που έκαναν αποτοξίνωση με εσωτερική νοσηλεία. **Αποτελέσματα:** Όλοι οι αλκοολικοί εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και χαμηλή λειτουργικότητα κατά την είσοδό τους. Κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα υποχώρησαν σημαντικά. **Συμπεράσματα:** Επιβεβαιώνεται η γνώση πως το αλκοόλ προκαλεί συνήθως συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Ο Λιάπας και οι συνεργάτες του (2002) μελέτησαν την *αξιολόγηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας του προγράμματος «ΑΘΗΝΑ» σε χρήστες οινόπνευματος*. **Στόχος:** Η αξιολόγηση της κατάστασης των χρηστών αλκοόλ που προσήλθαν για θεραπεία κατά τη στιγμή της εξόδου τους από το πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ». Το συγκεκριμένο πρόγραμμα δημιουργήθηκε το 1998 από την Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και τον ΟΚΑΝΑ. Είναι στεγνό, εξωτερικό πρόγραμμα και απευθύνεται σε χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών και οινόπνευματος καθώς επίσης και στις οικογένειές τους. Σε ατομικό επίπεδο χρησιμοποιείται η γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, ενώ σε οικογενειακό η συστημική. **Μεθοδολογία:** Οι ερευνητές μελέτησαν 252 πρώτα περιστατικά χρήσης οινόπνευματος που προσήλθαν το διάστημα Μάιος 1998 – Μάιος 2001. Σε κάθε νέο περιστατικό καταγράφηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά, ψυχολογικά και ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά καθώς επίσης και εκείνα της χρήσης με τη βοήθεια σταθμισμένων ερωτηματολογίων. **Αποτελέσματα:** Κατά την περίοδο 1998-2001 προσήλθαν 252 νέα περιστατικά χρήσης αλκοόλ. Το 78% ήταν άνδρες και το 22% γυναίκες με μέση ηλικία 42,8 έτη. 147 περιστατικά δηλαδή 58,3% του συνόλου εντάχθηκαν στη θεραπευτική διαδικασία. Από αυτούς που εισήλθαν για θεραπεία 138 άτομα (93%) απείχαν από το αλκοόλ κατά την έξοδο. 9 άτομα διατήρησαν ή αύξησαν την κατανάλωση. Σχετικά με την παράλληλη ουσία χρήσης το 86% δεν έκανε καμία, ενώ από όσους έκαναν το 4,8% ήταν σε αποχή, το 6% μείωσε τη χρήση και το 2% τη διατήρησε. Οι κυριότεροι παράγοντες που εμφάνισαν

βελτίωση ήταν η ψυχολογική κατάσταση και οι κοινωνικές σχέσεις των ατόμων. **Συμπεράσματα:** Τα εξαρτημένα από το οινόπνευμα άτομα μπορούν να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους και να πετύχουν σημαντικές αλλαγές σε διάφορους τομείς της ζωής όταν ενταχθούν στη θεραπεία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Ο Πέππας και η ομάδα του (2004) ασχολήθηκαν με το *συνδυασμό γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και χορήγησης ναλτρεξόνης ως θεραπευτική πρόταση στον αλκοολισμό*. Τα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ που ακολουθούν θεραπεία με ναλτρεξόνη μετά τη σωματική αποτοξίνωση έχουν παρουσιάσει λιγότερες υποτροπές σε σχέση με όσους λαμβάνουν εικονική θεραπεία (placebo). Επίσης, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει αποδειχτεί αποτελεσματική στον τομέα των ουσιοεξαρτήσεων. **Στόχος:** Σύμφωνα με κλινικές μελέτες σε αλκοολικούς στο πλαίσιο εξωτερικών προγραμμάτων απεξάρτησης από το οινόπνευμα, η προσθήκη ναλτρεξόνης στην ψυχοθεραπεία με γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να ενισχύσει τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. **Αποτελέσματα:** Τα θετικά αποτελέσματα εντοπίζονται: **α)** στη θεραπευτική συμμόρφωση των αλκοολικών στα θεραπευτικά προγράμματα, **β)** στη διατήρηση της αποχής από το αλκοόλ, **γ)** στην επίτευξη μιας πιο ελεγχόμενης υποτροπής, **δ)** στην πρόληψη της υποτροπής, **ε)** στην καλύτερη έκβαση της θεραπείας και **στ)** στον υψηλό βαθμό συνεργασίας των αλκοολικών στα προγράμματα αποκατάστασης, που ενισχύονται με τη χορήγηση ναλτρεξόνης. **Συμπεράσματα:** Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και η ναλτρεξόνη μπορούν να δρουν συμπληρωματικά σε προγράμματα αποκατάστασης και να αυξάνουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Συμπεράσματα

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις αποσκοπούν στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Διακρίνονται σε τρεις ευρείες κατηγορίες: **Φαρμακολογική και Ψυχολογική προσέγγιση καθώς επίσης Ειδικές προσεγγίσεις και Θεραπευτικά προγράμματα**. Στην τελευταία κατηγορία ανήκουν οι **Ανώνυμοι Αλκοολικοί (ΑΑ)** και τα **κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού, των ειδικών ξενώνων και των θεραπευτικών προγραμμάτων σε νοσοκομεία**. Αρκετές ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα χρησιμοποιούν **συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογικών θεραπειών**, ενώ έχουν σχεδιαστεί ειδικά για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Αρκετοί παράγοντες επιδρούν αρνητικά στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, όπως η **δυσκολία αναγνώρισης του προβληματικού πότη από το κοινωνικό του περιβάλλον και το ιατρικό προσωπικό, αλλά και η άρνηση παραδοχής του προβλήματος**

από τον ίδιο τον πότη. Πολλές φορές οι στάσεις και οι αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι αδιάφορες έως αρνητικές απέναντι στον προβληματικό πότη. Επιπλέον, αν η θεραπευτική παρέμβαση δεν συμπεριλάβει στοιχεία ικανά να υποκαταστήσουν την κατάχρηση αλκοόλης, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες αποτυχίας της. Ωστόσο, υπάρχουν και θετικοί παράμετροι στα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα, όπως η αναγνώριση και αξιολόγηση του προβλήματος, η κατάρτιση του θεραπευτικού προγράμματος με την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς, το οποίο και πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του προβληματικού πότη. Απαραίτητη κρίνεται η υποστήριξη της οικογένειας.

Στην Ελλάδα λειτουργούν σε οργανωμένο πλαίσιο δύο ειδικές δομές σε γενικά νοσοκομεία, επτά θεραπευτικά κέντρα παρέχουν θεραπεία σε άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ επιπλέον υπάρχουν ομάδες που στηρίζονται στις αρχές της αυτοβοήθειας. Τα προγράμματα θέτουν ως κριτήρια για την επιτυχή ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας: την αποχή από το αλκοόλ και άλλες ουσίες, ενώ ταυτόχρονα επιδιώκουν τη γενικότερη βελτίωση της ζωής του θεραπευόμενου. Η θεραπευτική αξία της αυτοβοήθειας είναι αποδεδειγμένη στον τομέα της θεραπείας των εξαρτήσεων. Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί και Нарκωμανείς είναι από τις γνωστές Ομάδες Αυτοβοήθειας, ενώ τα 12 Βήματα εφαρμόζονται σε θεραπευτικές δομές πολλών χωρών.

Σύμφωνα με έρευνες στην Ελλάδα, τα αναγκαία μέτρα που προτείνονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος της συννοσηρότητας περιλαμβάνουν την ορθή πληροφόρηση για την ουσιοεξάρτηση και τη συννοσηρότητα, τον επαναπροσδιορισμό της θεραπευτικής στρατηγικής και την ανάπτυξη κατάλληλων δομών. Η αυξημένη αντιδραστικότητα υποδοχέων ντοπαμίνης μετά την αποτοξίνωση αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα πρόβλεψης μη υποτροπής. Το αλκοόλ προκαλεί συνήθως συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, τα οποία ενδέχεται να υποχωρήσουν κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης. Τα εξαρτημένα από το οινόπνευμα άτομα μπορούν να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους και να πετύχουν σημαντικές αλλαγές σε διάφορους τομείς της ζωής όταν ενταχθούν στη θεραπεία. Επίσης, ο συνδυασμός γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και χορήγησης ναλτρεξόνης σε προγράμματα αποκατάστασης ενδέχεται να αυξήσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

14^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Μεθοδολογία προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου αντιστοιχεί σε τρία επίπεδα πρόληψης: την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή. Τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης της υγείας αποσκοπούν στην αποφυγή έναρξης παθογενετικών διαδικασιών, που μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση ασθένειας. Τα μέτρα δευτερογενούς πρόληψης εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες διαδικασίες, ενώ το τρίτο επίπεδο πρόληψης αφορά στο άτομο που πάσχει (Παπαδάτου – Αναγνωστόπουλος, 1999).

Οι σύγχρονες στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης έχουν διπλό στόχο, συνδυάζοντας την πληροφόρηση του ατόμου με τη διαπαιδαγώγησή του. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάγκη προσαρμογής της πληροφορίας και των μηνυμάτων στο επίπεδο της ικανότητας αφομοίωσής τους από το συγκεκριμένο πληθυσμό – στόχο, στον οποίο απευθύνονται. Η προληπτική στρατηγική στοχεύει στην ανάπτυξη των απαραίτητων γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών, που θα ενθαρρύνουν το άτομο να υιοθετήσει υγιεινούς τρόπους ζωής (Παπαδάτου – Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η βασική μεθοδολογία, που οφείλουν ν' ακολουθούν οι φορείς της Αγωγής Υγείας, προκειμένου να προχωρήσουν στο σχεδιασμό αποτελεσματικών προληπτικών προγραμμάτων περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. Ορισμός πληθυσμού – στόχου
2. Διευκολυντικοί και ανασταλτικοί παράγοντες
3. Σχεδιασμός στρατηγικής – επιλογή κατάλληλων μέσων προβολής
4. Σύστημα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας

(Παπαδάτου – Αναγνωστόπουλος, 1999).

1. Ορισμός πληθυσμού – στόχου

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας απευθύνονται σε ομάδες-στόχους που σχετίζονται κυρίως με τους παράγοντες κινδύνου. Οι ομάδες-στόχοι μπορούν ακόμη να περιγραφούν σύμφωνα με την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, τις κοινωνικο-οικονομικές περιστάσεις ή τους γεωγραφικούς δεσμούς. Η πληροφόρηση για τα οιοπνευματώδη θα ήταν αποδοτικότερη αν ενσωματωνόταν σ' ένα πρόγραμμα προαγωγής της υγείας και των συνθηκών διαβίωσης μιας γεωγραφικά προσδιορισμένης ομάδας-στόχου καθώς θ' αποτελούσε μια μορφή συνεργασίας (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Τα πιο πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία για την κατανάλωση αλκοόλ στη χώρα μας προέρχονται από την *Πανελλήνια έρευνα για την επικράτηση της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας του 2004* από το ΕΠΨΥ. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005). Οι νεαροί ενήλικες 18 – 24 ετών και στα δύο φύλα αναφέρουν το υψηλότερο ποσοστό υπερβολικής κατανάλωσης και μέθης. Αναφορικά με το συνδυασμό χρήσης αλκοόλ και οδήγησης, το 16,4% του πληθυσμού δηλώνει ότι κατά το τελευταίο εξάμηνο οδήγησε 1 – 2 φορές ύστερα από κατανάλωση 3 ή περισσότερων ποτών, ενώ το 6% μετά από τουλάχιστον 6 οινόπνευματώδη ποτά. Επίσης, πιο πολλοί άνδρες από ότι γυναίκες αναφέρουν ότι οδηγούν μετά από χρήση αλκοόλ (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία για τη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό της Ελλάδας προέρχονται από την *Πανελλήνια έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση οινόπνευματωδών και άλλων ουσιών, που υλοποιήθηκε του 2003* από το ΕΠΨΥ (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του 2003, σχεδόν όλοι οι έφηβοι ηλικίας 14 – 17 ετών έχουν δοκιμάσει κάποιο οινόπνευματώδες ποτό σε ποσοστό 95,8%. Το ποσοστό των αγοριών που καταναλώνουν οινόπνευματώδη είναι υψηλότερο από αυτό των κοριτσιών, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει με την ηλικία. Στις περιπτώσεις της υπερβολικής ανά περίπτωσης κατανάλωσης οινόπνευματωδών και των περιστατικών μέθης ισχύει η ίδια περίπου κατάσταση, δηλαδή τα ποσοστά των αγοριών και των εφήβων μεγαλύτερης ηλικίας είναι υψηλότερα από των κοριτσιών και των εφήβων μικρότερης ηλικίας (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005). Πρώτα σε προτίμηση των μαθητών έρχονται τα βαριά οινόπνευματώδη ποτά (35,9%), ακολουθεί η μπίρα (26,5%), ενώ τρίτο σε προτίμηση έρχεται το κρασί (22,4%), αλλά και τα alcopops (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006). Η πρώτη μέθη παρατηρείται κατά μέσο όρο στα 14,8 έτη. Η διαχρονική σύγκριση των στοιχείων κατά την τελευταία 20ετία (1984 - 2003) δείχνει ότι η κατανάλωση οινόπνευματωδών από τους εφήβους παραμένει σταθερή με μικρές διακυμάνσεις, αλλά η τάση όσον αφορά τη μέθη είναι αυξητική κατά τη δεκαετία 1993 – 2003 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005).

Σύμφωνα με τα ευρήματα των παραπάνω ερευνών στην Ελλάδα, οι ειδικοί Αγωγής Υγείας θα πρέπει να εστιάσουν την προσοχή τους σε δύο κυρίως ηλικιακές ομάδες: στους έφηβους 14 – 17 ετών και στους νεαρούς ενήλικες και των δύο φύλων ηλικίας 18 – 24 ετών. Οι επαγγελματίες Αγωγής Υγείας οφείλουν να υλοποιήσουν προληπτικές παρεμβάσεις που να αποθαρρύνουν τους έφηβους 14 – 17 ετών να δοκιμάζουν οινόπνευματώδη και φυσικά να τους αποτρέπουν να μεθούν αξιοποιώντας διάφορα χαρακτηριστικά της μετεφηβικής ηλικίας, όπως το πάθος, η μειωμένη αντίληψη κινδύνου και το αίσθημα του άτρωτου και άλλους ανασταλτικούς παράγοντες, οι οποίοι περιγράφονται στη συνέχεια. Επίσης, οι ειδικοί οφείλουν να εκμεταλλευτούν το πέρασμα των νέων ενήλικων 18 – 24 ετών από την εφηβική περίοδο στην ενήλικη ζωή τονίζοντας στα μηνύματα αγωγής υγείας την ευθύνη των ενηλίκων τόσο για την υγεία τους όσο και για τις ζωές των άλλων καθώς αρκετοί νέοι οδηγούν υπό την

επήρεια αλκοόλ, ενώ η ίδια πληθυσμιακή ομάδα συγκεντρώνει το υψηλότερο ποσοστό υπερβολικής κατανάλωσης και μέθης. Σαφώς και τα μηνύματα αγωγής υγείας που απευθύνονται σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα πρέπει να συνδυάζουν την ασφαλή οδήγηση με την απουσία αλκοόλ.

2. Ανασταλτικοί και διευκολυντικοί παράγοντες

Η εργασία του Βασιλειάδη και των συνεργατών του (1991) πραγματεύεται το ζήτημα *ναρκωτικά και οδήγηση* και καταγράφει *προβληματισμούς πάνω στην αντιμετώπιση του θέματος από μέρους της Πολιτείας*. Στη συγκεκριμένη εργασία: **A)** επισημαίνονται οι κίνδυνοι από την οδήγηση υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών ή συνδυασμό μεταξύ τους ή με αλκοόλ. Δεύτερον, επισημαίνεται η δυσκολία συσχετισμού της επίδρασης στην οδήγηση με το ποσοστό της ουσίας στο αίμα και ιδίως στις περιπτώσεις συνέργειας με αλκοόλη, όπου και προτείνεται εξατομίκευση. Η δυσκολία αυξάνεται σε περιπτώσεις ατόμων που παίρνουν φαρμακευτική αγωγή με συνταγή γιατρού. **B) Προτάσεις:** Οι ερευνητές προτείνουν: **1.** Να καταστεί συνήθης η πρακτική λήψης αίματος ή ούρων για ανίχνευση, ποιοτική και ποσοτική ανάλυση για παράνομες και νόμιμες ουσίες, τουλάχιστον στα τροχαία ατυχήματα με τραυματισμό. **2.** Να υπάρξει ειδική ρύθμιση του νόμου σε περίπτωση που επαναχορηγηθεί η άδεια οδήγησης και ο παραβάτης συλληφθεί ξανά να οδηγεί υπό την επήρεια ουσιών. **3.** Να πραγματοποιηθεί πανελλαδική μηχανογράφηση για κωδικοποίηση των στοιχείων σε παρόμοιες περιπτώσεις προς ενημέρωση των διωκτικών και δικαστικών αρχών. **Γ) Συμπεράσματα:** Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η επαρκής πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση του κοινού για την επιβολή κυρώσεων ενδέχεται να λειτουργήσει ως αποτρεπτικός παράγοντας για την αποθάρρυνση των πολιτών να οδηγούν υπό την επήρεια νόμιμων ή παράνομων ουσιών ή και το συνδυασμό τους (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Το Εργαστήριο Ανάλυσης Αγορών και Καταναλωτικής Συμπεριφοράς του τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών πραγματοποίησε το 2005 έρευνες με αντικείμενο τη *συμπεριφορά του καταναλωτή αλκοολούχων ποτών* (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, το 72,5% των νεαρών ενηλίκων ηλικίας 18 – 24 ετών προτιμούν οινοπνευματώδη ποτά, όπως ούισκι, βότκα, τζιν, ρούμι κ.τ.λ., ενώ το υπόλοιπο 12,5% ποτά, όπως ούζι, ρακή και τσίπουρο. Περιορισμένη είναι η προτίμηση που δείχνουν αυτές οι ηλικίες στο κρασί και τη μπίρα. Η τιμή αποτελεί καθοριστικό παράγοντα επιλογής κάποιου οινοπνευματώδους ποτού για την πλειοψηφία των ατόμων (80%). Επίσης, το 60% θα προτιμούσε ένα φθηνότερο ποτό από ένα άλλο πιο ακριβό, ανεξάρτητα από την όποια διαφορά στην ποιότητα. Σε ερώτηση για ενδεχόμενη αύξηση των τιμών στα οινοπνευματώδη, τα περισσότερα άτομα απάντησαν ότι

θα στρέφονταν προς οικονομικότερες λύσεις, όπως η μπίρα και το κρασί. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, οι νεότεροι θα θυσιάζαν πιο εύκολα την ποιότητα των αλκοολούχων ποτών έναντι της ποσότητας (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Τα πιο πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία για την κατανάλωση αλκοόλ στη χώρα μας (*Πανελλήνια έρευνα για την επικράτηση της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας του 2004* από το ΕΠΠΦΥ) δείχνουν πως οι νεαροί ενήλικες 18 – 24 ετών και στα δύο φύλα αναφέρουν το υψηλότερο ποσοστό υπερβολικής κατανάλωσης και μέθης. Αναφορικά με το συνδυασμό χρήσης αλκοόλ και οδήγησης, το 16,4% του πληθυσμού δηλώνει ότι κατά το τελευταίο εξάμηνο οδήγησε 1 – 2 φορές ύστερα από κατανάλωση 3 ή περισσότερων ποτών, ενώ το 6% μετά από τουλάχιστον 6 οινόπνευματώδη ποτά. Επίσης, πιο πολλοί άνδρες από ότι γυναίκες αναφέρουν ότι οδηγούν μετά από χρήση αλκοόλ. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005). Περίπου 3 στα 4 άτομα αναφέρουν την παρέα ως το σπουδαιότερο λόγο για τη χρήση αλκοόλ. Περίπου τα μισά άτομα το κέφι. Άλλοι λόγοι είναι η χαλάρωση, η αλλαγή της διάθεσης, η γεύση, η συνήθεια (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία για τη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό της Ελλάδας προέρχονται από την *Πανελλήνια έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση οινόπνευματωδών και άλλων ουσιών του 2003* (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005). Στην έρευνα συμμετείχε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 8.457 εφήβων μαθητών ηλικίας 14 – 17 ετών. Στην ερώτηση σχετικά με το που βρισκόταν την τελευταία φορά που ήπие κάποιο αλκοολούχο ποτό, 1 στους 3 εφήβους απάντησε εκτός σπιτιού και ειδικότερα το 30,7% σε κάποιο κλαμπ ή ντίσκο και το 26,9% σε μπαρ. Τα παραπάνω στοιχεία συμφωνούν με αντίστοιχα ευρήματα προηγούμενης έρευνας, σύμφωνα με τα οποία η πλειοψηφία των μαθητών ανέφερε ότι η κατανάλωση αλκοόλ απαγορεύεται στο σπίτι. Αυτά τα στοιχεία εντοπίζουν τις αδυναμίες της ισχύουσας νομοθεσίας σχετικά με την απαγόρευση διάθεσης και κατανάλωσης οινόπνευματωδών από ανήλικους σε κέντρα διασκέδασης (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006). Μεγάλος αριθμός εφήβων δηλώνει ότι οι πιο πολλοί και όλοι οι φίλοι, αλλά και τα αδέρφια τους πίνουν αλκοόλ (60,4% και 60,2% αντίστοιχα). Το 67,1% των εφήβων αναγνωρίζει τους κινδύνους της καθημερινής κατανάλωσης οινόπνευματωδών (4 – 5 ποτά ημερησίως), ποσοστό όμως που μειώνεται σε 44,9% όσον αφορά την πόση 5 ή πιο πολλών ποτών κατά το Σαββατοκύριακο. Σε όλες τις περιπτώσεις, τα αγόρια εμφανίζουν μικρότερη αίσθηση του κινδύνου σε σύγκριση με τα κορίτσια. Πάντως, οι περισσότεροι έφηβοι συνδέουν την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ με την πρόκληση διαφόρων προβλημάτων, όπως τροχαία ατυχήματα, προβλήματα υγείας, παραβατική συμπεριφορά, προβλήματα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Ωστόσο, οι έφηβοι πιστεύουν ότι η χρήση αλκοόλ θα έχει περισσότερα θετικές επιδράσεις. Χαρακτηριστικά, η πλειοψηφία των μαθητών συνδέει την κατανάλωση οινόπνευματωδών με τη διασκέδαση (71,9%), με το γεγονός ότι θα γίνουν πιο κοινωνικοί και ομιλητικοί (63,7%), χαρούμενοι (59,1%) και χαλαροί (51,9%). Το

57,6% των εφήβων επικεντρώνεται στην αδιαθεσία της επόμενης μέρας (hangover) σχετικά με την αρνητική επίδραση του αλκοόλ. Ένα μικρό μόνο ποσοστό (16,3%) αναφέρει το φόβο της εξάρτησης. Οι κυριότεροι λόγοι αποφυγής της χρήσης αλκοόλ είναι για τους εφήβους η πρόκληση σοβαρών ατυχημάτων (92,4%), η διαταραχή των οικογενειακών σχέσεων (88%) και οι βλάβες στην υγεία (87,6%). Επίσης, αναφέρουν σε μικρότερα ποσοστά τη βίαιη συμπεριφορά και τις αρνητικές συνέπειες, ενώ σε ακόμη χαμηλότερα την τιμή και θρησκευτικούς λόγους (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Τέλος, σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα 2004, η διαχρονική σύγκριση των στοιχείων κατά την τελευταία 20ετία (1984 - 2003) δείχνει ότι οι έφηβοι σήμερα φαίνονται καλύτερα ενημερωμένοι για τους κινδύνους από την κατανάλωση αλκοόλ. Χαρακτηριστικά, το 1984 το 62,1% των μαθητών θεωρούσαν ακίνδυνη την πόση 1 – 2 ποτών σχεδόν ημερησίως, ποσοστό που έπεσε στο 32,2% το 2003 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005). Επίσης, ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι η πρόσφατη καμπάνια της Μ. Βρετανίας, όπου οι ειδικοί εκμεταλλεύτηκαν ένα δημοφιλές αθλητικό γεγονός προκειμένου να προωθήσουν τα μηνύματα αγωγής υγείας κατά της χρήσης αλκοόλ και της οδήγησης προς τους νέους ανθρώπους χρησιμοποιώντας μηνύματα εύληπτα, σύντομα και απλά.

Μια πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Νέα Ζηλανδία με αντικείμενο τις κοινωνικές νόρμες της «αλκοολικής συμπεριφοράς» στους εφήβους ηλικίας 13 – 14 ετών (Abel & Plumridge, 2004), έδειξε πως οι μαθητές καταναλώνουν αλκοόλ ως ένα μέσο επίτευξης κοινωνικότητας, ισχυριζόμενοι ότι ένας από τους πρωταρχικούς στόχους είναι η άρση των αναστολών χωρίς ωστόσο να χάνουν πλήρως τον έλεγχο. Στην Ευρωπαϊκή Έρευνα στο Σχολικό Πληθυσμό για τα Ναρκωτικά και το Αλκοόλ – ESPAD 2003, για τις συνήθειες της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές ηλικίας 16 ετών από 35 χώρες διαπιστώθηκε πως η πλειοψηφία των εφήβων σε όλες τις συμμετέχουσες χώρες θεωρούν ότι η υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματων σχετίζεται με την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων, με προβλήματα υγείας, με την εγκληματικότητα, με προβλήματα στον οικονομικό ή οικογενειακό τομέα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005).

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, οι **αποτρεπτικοί παράγοντες** της χρήσης αλκοόλ στους νέους συνοψίζονται στο γεγονός ότι η επαρκής πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση του κοινού για την επιβολή κυρώσεων ενδέχεται να λειτουργήσει ως αποτρεπτικός παράγοντας για την αποθάρρυνση των πολιτών να οδηγούν υπό την επήρεια νόμιμων ή παράνομων ουσιών ή και το συνδυασμό τους. Δεύτερον, η τιμή αποτελεί καθοριστικό παράγοντα επιλογής κάποιου οινόπνευματώδους ποτού για την πλειοψηφία των ατόμων, ενώ οι νεότεροι θα θυσιάζαν πιο εύκολα την ποιότητα των αλκοολούχων ποτών έναντι της ποσότητας. Επομένως, η αύξηση της τιμής των οινόπνευματων μέσω του Ειδικού Φόρου Κατανάλωσης θα λειτουργούσε αποτρεπτικά για την αγορά ποτών. Τρίτον, οι περισσότεροι

έφηβοι αναγνωρίζουν ως κινδύνους της χρήσης οиноπνευματωδών την πρόκληση διαφόρων προβλημάτων, όπως τροχαία ατυχήματα, προβλήματα υγείας, παραβατική συμπεριφορά, προβλήματα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, στοιχεία που φαίνεται ότι λειτουργούν ως βασικοί αποτρεπτικοί παράγοντες στην κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης, ορισμένοι έφηβοι αναφέρουν την αδιαθεσία της επόμενης μέρας (hangover) σχετικά με την αρνητική επίδραση του αλκοόλ. Τέλος, σύμφωνα με την έρευνα ESPAD (2003), οι κυριότεροι λόγοι αποφυγής της χρήσης αλκοόλ είναι για τους εφήβους η πρόκληση σοβαρών ατυχημάτων, η διαταραχή των οικογενειακών σχέσεων και οι βλάβες στην υγεία και σε μικρότερα ποσοστά η βίαιη συμπεριφορά, η τιμή και θρησκευτικοί λόγοι.

Οι **διευκολυντικοί παράγοντες** συνοψίζονται κυρίως στις αιτίες που ωθούν τους νέους να πίνουν, που είναι βασικά η παρέα και το κέφι, αλλά και η χαλάρωση, η αλλαγή της διάθεσης, η γεύση, η συνήθεια. Οι νέοι πίνουν κυρίως εκτός σπιτιού, σε κλαμπ και μπαρ. Αυτά τα στοιχεία εντοπίζουν τις αδυναμίες της ισχύουσας νομοθεσίας σχετικά με την απαγόρευση διάθεσης και κατανάλωσης οиноπνευματωδών από ανήλικους σε κέντρα διασκέδασης. Επομένως, η Πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε να μην επιτρέπεται να σερβίρουν ποτά σε ανήλικους σ' αυτά τα μέρη με την επιβολή αυστηρότερων κυρώσεων. Επίσης, οι έφηβοι πιστεύουν ότι η χρήση αλκοόλ θα έχει περισσότερα θετικές επιδράσεις και τη συνδέουν με τη διασκέδαση, με το γεγονός ότι θα γίνουν πιο κοινωνικοί και ομιλητικοί, χαρούμενοι και χαλαροί, ενώ ακόμη ως μέσο επίτευξης κοινωνικότητας και άρσης των αναστολών.

Τα **μηνύματα αγωγής υγείας** που απευθύνονται στον εφηβικό πληθυσμό θα πρέπει να είναι άμεσα, απλά, κατανοητά, να χρησιμοποιούν εκφράσεις και γενικότερα τη «γλώσσα» των νέων, αμφίπλευρα και να δίνουν έμφαση στα οφέλη της μη χρήσης αλκοόλ. Σε σημασιολογικό επίπεδο να επιχειρούν με αντεπιχειρήματα ν' αποσυνδέσουν την κατανάλωση αλκοόλ από την κοινωνικότητα, την καλή και χαλαρή διάθεση και φυσικά τη διασκέδαση. Σε τεχνικό επίπεδο, να χρησιμοποιούν δημοφιλή προς τους νέους μουσική, εικόνες ή γράμματα με έντονα χρώματα. Τα μηνύματα αγωγής υγείας που απευθύνονται στους νέους (18 -24 ετών) θα πρέπει να επίσης να είναι άμεσα, κατανοητά, αμφίπλευρα και περιεκτικά. Επίσης, χωρίς να φτάνουν στο σημείο να γίνουν φοβικά, θα πρέπει να υπογραμμίζουν τους κινδύνους που επιφέρει η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ τόσο στους ίδιους όσο και στους συνανθρώπους τους προτάσσοντας ως επιχείρημα την υιοθέτηση μιας υπεύθυνης και ενήλικης συμπεριφοράς. Το ύφος του μηνύματος θα πρέπει να είναι προτρεπτικό και να παραπέμπει σε μια ώριμη στάση ζωής και επίσης να αξιοποιεί το χιούμορ.

3. Σχεδιασμός στρατηγικής – επιλογή κατάλληλων μέσων προβολής

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του εκάστοτε πληθυσμού – στόχου καθορίζουν το είδος και το περιεχόμενο των μηνυμάτων αγωγής υγείας. Η προώθηση των σωστών μηνυμάτων και η υλοποίηση του προληπτικού προγράμματος εξαρτάται από την επιλογή των κατάλληλων μέσων προβολής. Γενικότερα, τα νομοθετικά μέτρα και οι εκστρατείες μέσω των Μ.Μ.Ε. σε εθνικό επίπεδο έχουν υπερβολικό κόστος και συνήθως αμφίβολα αποτελέσματα. Ωστόσο, αποδεικνύονται αποτελεσματικά αν συνδυαστούν με ανάλογες προσπάθειες σε τοπικό ή κοινοτικό επίπεδο. Ο συνδυασμός των προσεγγίσεων σε διαφορετικά επίπεδα (εθνικό, τοπικό, οικογενειακό, ατομικό) έχει περισσότερες πιθανότητες να καταλήξει σε επιτυχή αποτελέσματα (Ποταμιάνος, 1995).

Οι εκστρατείες μέσω των Μ.Μ.Ε. κατορθώνουν συνήθως να καταστήσουν αντιληπτό το μήνυμά τους στους τηλεθεατές, αναγνώστες ή περαστικούς. Σε ανάλογο περιβάλλον, όμως, λειτουργεί με επιτυχία και η εμπορική διαφήμιση. Ίσως, οι καμπάνιες για την υγεία και την ασφάλεια του πληθυσμού να πρέπει να παραδειγματιστούν από την εμπορική διαφήμιση. Η αποτελεσματική χρησιμοποίηση των Μ.Μ.Ε. συνίσταται στην επιλογή ενεργητικών και παθητικών μέσων (Ποταμιάνος, 1995). Σε κάθε περίπτωση, η ευρείας κλίμακας κάλυψη των Μ.Μ.Ε. ασκεί μεγαλύτερη επιρροή από τις τοπικές ή περιφερειακές προσπάθειες στη μετάδοση πληροφοριών, αλλά και διαμόρφωση κριτηρίων συμπεριφοράς. Παρόλα αυτά, η βιωσιμότητα ενός προγράμματος πρόληψης επιτυγχάνεται μόνο όταν επενδύει κανείς σε μακροπρόθεσμες παρεμβάσεις (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Τα κριτήρια για ένα σωστά διατυπωμένο ακοπό επικοινωνίας είναι: η συγκεκριμενοποίηση, η πρακτικότητα του μηνύματος, η εμπλοκή – δηλαδή η αναγνώριση και η δεκτικότητα ως προς την πραγματικότητα του κοινού-στόχου, ο ρεαλισμός προκειμένου η επιθυμητή συμπεριφορά να ενσωματωθεί στην καθημερινή ζωή και η αντιληπτικότητα, ώστε να εξηγούνται σαφώς οι θετικές επιπτώσεις που θα έχει στους νέους η οδήγηση χωρίς να έχουν πει αλκοόλ (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001).

Η τηλεόραση αποτελεί το κυρίαρχο μέσο της σύγχρονης μαζικής επικοινωνίας, ενώ επίσης έχει το μεγαλύτερο βαθμό πρόσβασης στα μέλη του κοινωνικού συνόλου. Επιπλέον, η ενημέρωση του κοινού πραγματοποιείται σε μεγαλύτερο βαθμό μέσω της τηλεόρασης παρά από το ραδιόφωνο ή τα έντυπα μέσα. Επίσης, έχει τη δυνατότητα να κάνει ορισμένα γεγονότα πιο προσιτά και γνωστά από άλλα, επηρεάζοντας μακροπρόθεσμα τις αντιλήψεις τους (Παπαθανασόπουλος, 1997). Γι' αυτό λοιπόν και η τηλεόραση αποτελεί ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό μέσο προσέγγισης των νέων και προβολής οπτικοακουστικών μηνυμάτων

αγωγής υγείας, ενώ παρέχει τη δυνατότητα στους ειδικούς αγωγής υγείας να εκμεταλλευτούν τόσο την εικόνα όσο και την προσβασιμότητα.

4. Σύστημα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας

Η εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης ενδέχεται να παρουσιάσουν διάφορα προβλήματα όπως π.χ. ελλιπή προσδιορισμό των στόχων ή αδυναμία εκτέλεσής τους. Η αξιολόγηση του προληπτικού προγράμματος σε όλα τα στάδια σχεδιασμού του συνεπάγεται την αποφυγή των παραπάνω προβλημάτων. Ο συνεχής και συνεπής έλεγχος των αποτελεσμάτων κρίνεται απαραίτητος για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος Αγωγής Υγείας (Ποταμιάνος, 1995).

Η επιτυχία ενός προγράμματος πρόληψης αξιολογείται μέσω της αποτελεσματικότητας και του βαθμού αποδοτικότητάς του. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συνεχής αξιολόγηση ενός εξελισσόμενου προγράμματος και ο επαναπροσδιορισμός και των τεσσάρων σταδίων σχεδιασμού του. Συγκεκριμένα, πρέπει να αξιολογούνται: η ανάγκη για την πολιτική πρόληψης, η προσπάθεια που επενδύεται, η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των μηνυμάτων, η εφαρμογή τους καθώς επίσης και τυχόν μη αναμενόμενα αποτελέσματα (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, 2001). Στην προκειμένου περίπτωση, το ύφος του μηνύματος αγωγής υγείας ανταποκρίνεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και την ιδιοσυγκρασία των νέων ανθρώπων, αλλά και στα μέσα προσέγγισής τους.

Τρία επίπεδα δόμησης των μηνυμάτων αγωγής υγείας:

1. Ερμηνευτικό – σημασιολογικό επίπεδο.

Τα μηνύματα αγωγής υγείας θα πρέπει να ακολουθούν μερικούς από τους κανόνες των διαφημιστικών μηνυμάτων προκειμένου να είναι αποτελεσματικά. Ένας σημαντικός παράγοντας στην εκτέλεση του μηνύματος είναι η απλότητα. Το **απλό μήνυμα** είναι εκείνο που προσλαμβάνεται εύκολα από τον αποδέκτη και αξιοποιεί όλα τα επιμέρους στοιχεία. Αντίθετα, το πολύπλοκο μήνυμα συνήθως δεν κατανοείται σε όλη την έκτασή του. Επίσης, η **επανάληψη** του εκπεμπόμενου μηνύματος αυξάνει την αποτελεσματικότητά του (Ζώτος, 2000).

Το **μονόπλευρο μήνυμα** είναι εκείνο που προβάλλει τα χαρακτηριστικά, τις ιδιότητες και τα συγκριτικά πλεονεκτήματα του προϊόντος, υπηρεσίας ή ιδέας καθώς επικεντρώνεται στα θετικά στοιχεία. Το **αμφίπλευρο μήνυμα**, ενώ τονίζει τα θετικά και ισχυρά στοιχεία, κάνει και μια αναφορά σε κάποιο αδύνατο σημείο. Η αποτελεσματικότητα του τελευταίου οφείλεται στο γεγονός ότι: α) αυξάνει το ενδιαφέρον του κοινού και προσελκύει την προσοχή

τους στο μήνυμα, β) η διατύπωση ενός αδύνατου στοιχείου κάνει το μήνυμα πιο «αντικειμενικό» και «πειστικό», γ) μειώνει από τη μεριά του δέκτη την πιθανότητα ανάπτυξης αντεπιχειρημάτων (Ζώτος, 2000). Όταν απευθυνόμαστε σε έφηβους είναι προτιμώτερο να χρησιμοποιούμε ρεαλιστικά, αμφίπλευρα μηνύματα με σαφές περιεχόμενο.

2. Περιγραφικό – πληροφοριακό επίπεδο.

Το **ύφος** του μηνύματος θα πρέπει να είναι προτεπτικό και να παραπέμπει σε μια ώριμη στάση ζωής. Η **γλώσσα** που χρησιμοποιείται πρέπει να προσεγγίζει τη γλώσσα του συγκεκριμένου πληθυσμού – στόχου. Το μήνυμα πρέπει να είναι απλό και κατανοητό. Επίσης, πρέπει να λειτουργεί, όπως το διαφημιστικό **σλόγκαν**, δηλαδή να έχει φρεσκάδα, ν' ανταποκρίνεται στο στόχο και ν' αποτυπώνεται σε ελάχιστες λέξεις προκειμένου να είναι επιτυχημένο και διαχρονικό. Σ' αυτό το επίπεδο δίνεται έμφαση στην αποσαφήνιση του **στόχου** του μηνύματος. Η προσέγγιση νεανικού κοινού μπορεί να γίνει πιο αποτελεσματική με την αξιοποίηση του **χιούμορ**, γιατί διεγείρει το ενδιαφέρον και την περιέργεια (Ζώτος, 2000).

3. Τεχνικό επίπεδο

Ο ειδικός Αγωγής Υγείας οφείλει να δημιουργεί ελκυστικά μηνύματα για να προσεγγίσει το επιθυμητό κοινό. Τα τεχνικά χαρακτηριστικά του μηνύματος θα πρέπει ν' αντιστοιχούν στην εκάστοτε ηλικιακή ομάδα. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται χρωματικοί συνδυασμοί και γραμματοσειρές που να επιτρέπουν την κατανόηση των πληροφοριών. Το **χρώμα** είναι ένα επικοινωνιακό στοιχείο που μπορεί να αξιοποιηθεί ως ένας καθοριστικός παράγοντας στο σχεδιασμό ενός μηνύματος. Ο συμβολισμός των χρωμάτων αναπτύσσει έννοιες και διαμορφώνει σημαινόμενα που ανάγονται σε συγκεκριμένο πλαίσιο αναφοράς. Τέλος, η **μουσική** ως στοιχείο του μηνύματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για να προσελκύσει το ενδιαφέρον του εφηβικού κοινού (Ζώτος, 2000).

Περιφερειακή – κεντρική επεξεργασία των μηνυμάτων

Οι σύγχρονοι ερευνητές εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στον τρόπο επεξεργασίας του μηνύματος από το δέκτη και τις επιπτώσεις που έχει στην αλλαγή των στάσεων. Το *μοντέλο πιθανοτήτων λεπτομερούς επεξεργασίας* (ELM) είναι μία θεωρία που αφορά στις διαδικασίες που ευθύνονται για την ενδοτικότητα σε μια πειστική επικοινωνία και το σθένος των στάσεων που απορρέουν από αυτές τις διαδικασίες (Βοσνιάδου, 2000). Σύμφωνα μ' αυτό το μοντέλο, υπάρχουν δύο τρόποι επεξεργασίας ενός μηνύματος: η κεντρική και η περιφερειακή οδός. Η πρώτη χαρακτηρίζεται από έμφαση στο περιεχόμενο του μηνύματος και λεπτομερή επεξεργασία των πληροφοριών που περιέχονται σ' αυτό, ενώ η δεύτερη από επιφανειακή προσέγγιση του μηνύματος και έμφαση στα περιφερειακά στοιχεία της επικοινωνίας, όπως η

αξιοπιστία της πηγής. Η αλλαγή στάσης που επέρχεται μέσω της κεντρικής οδού είναι πιο ουσιαστική κι έχει περισσότερες πιθανότητες να διαρκέσει. Αντίθετα, η αλλαγή που επέρχεται μέσω της περιφερειακής οδού είναι πιο επιφανειακή και πιθανόν προσωρινή. Στην κοινωνική αναπάρασταση της ερωτικής ζωής το προφυλακτικό βρίσκεται στην περιφέρεια και όχι στον κεντρικό άξονα, γεγονός που θα πρέπει να αντιστραφεί από τους ειδικούς Αγωγής Υγείας μέσω των προληπτικών προγραμμάτων. Βέβαια, όταν οι ειδικοί απευθύνονται σε γενικό πληθυσμό με χαμηλή εμπλοκή, τότε χρησιμοποιείται μήνυμα περιφερειακής επεξεργασίας. Όταν όμως υπάρχει μεγάλη εμπλοκή του πληθυσμού – στόχου, τότε χρειάζεται κεντρική και εις βάθος επεξεργασία του μηνύματος (Βοσνιάδου, 2000).

Συμπεράσματα:

Οι σύγχρονες στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης έχουν διπλό στόχο, συνδυάζοντας την πληροφόρηση του ατόμου με τη διαπαιδαγώγησή του. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάγκη προσαρμογής της πληροφορίας και των μηνυμάτων στο επίπεδο της ικανότητας αφομοίωσής τους από το συγκεκριμένο πληθυσμό – στόχο, στον οποίο απευθύνονται. Η βασική μεθοδολογία, που οφείλουν ν' ακολουθούν οι φορείς της Αγωγής Υγείας περιλαμβάνει: τον ορισμό του πληθυσμού – στόχου, την καταγραφή των διευκολυντικών και ανασταλτικών παραγόντων της χρήσης αλκοόλ, το σχεδιασμό στρατηγικής με την επιλογή κατάλληλων μέσων προβολής και τέλος την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς των παραπάνω.

Στην Ελλάδα οι ειδικοί αγωγής υγείας οφείλουν να επικεντρώσουν την προσοχή τους κυρίως στους έφηβους ηλικίας 14 – 17 ετών και στους νέους 18 – 24 ετών, όπως προκύπτει από πρόσφατες έρευνες. Σύμφωνα με τους διευκολυντικούς και ανασταλτικούς παράγοντες της χρήσης αλκοόλ, τα μηνύματα αγωγής υγείας που απευθύνονται στον εφηβικό πληθυσμό θα πρέπει να είναι άμεσα, απλά, κατανοητά, να χρησιμοποιούν εκφράσεις και γενικότερα τη «γλώσσα» των νέων, αμφίπλευρα και να δίνουν έμφαση στα οφέλη της μη χρήσης αλκοόλ, να επιχειρούν με αντεπιχειρήματα ν' αποσυνδέσουν την κατανάλωση αλκοόλ από την κοινωνικότητα, την καλή και χαλαρή διάθεση και φυσικά τη διασκέδαση, αλλά και να χρησιμοποιούν δημοφιλή προς τους νέους μουσική, εικόνες ή γράμματα με έντονα χρώματα. Τα μηνύματα αγωγής υγείας που απευθύνονται στους νέους (18 -24 ετών) θα πρέπει να επίσης να είναι άμεσα, κατανοητά, αμφίπλευρα και περιεκτικά, να υπογραμμίζουν τους κινδύνους που επιφέρει η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ τόσο στους ίδιους όσο και στους συνανθρώπους τους προτάσσοντας ως επιχείρημα την υιοθέτηση μιας υπεύθυνης και ενήλικης συμπεριφοράς. Το ύφος του μηνύματος θα πρέπει να είναι προτρεπτικό και να παραπέμπει σε μια ώριμη στάση ζωής και επίσης να αξιοποιεί το χιούμορ.

Η ευρείας κλίμακας κάλυψη των Μ.Μ.Ε. ασκεί μεγαλύτερη επιρροή από τις τοπικές ή περιφερειακές προσπάθειες στη μετάδοση πληροφοριών και διαμόρφωση κριτηρίων συμπεριφοράς. Τα κριτήρια για ένα σωστά διατυπωμένο ακοπό επικοινωνίας είναι: η συγκεκριμενοποίηση, η πρακτικότητα του μηνύματος, η εμπλοκή, ο ρεαλισμός και η αντιληπτικότητα. Η τηλεόραση αποτελεί ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό μέσο προσέγγισης των νέων και προβολής οπτικοακουστικών μηνυμάτων αγωγής υγείας, ενώ παρέχει τη δυνατότητα στους ειδικούς αγωγής υγείας να εκμεταλλευτούν τόσο την εικόνα όσο και την προσβασιμότητα. Ο συνεχής και συνεπής έλεγχος των αποτελεσμάτων κρίνεται απαραίτητος για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος Αγωγής Υγείας.

Τα μηνύματα αγωγής υγείας θα πρέπει σε σημασιολογικό επίπεδο να είναι απλά, αμφίπλευρα και να επαναλαμβάνονται συχνά όταν απευθύνονται σε νέους. Σε πληροφοριακό επίπεδο, θα πρέπει το ύφος του μηνύματος να είναι προτεπτικό και να παραπέμπει σε μια ώριμη στάση ζωής, ενώ η γλώσσα που χρησιμοποιείται να προσεγγίζει τη γλώσσα του συγκεκριμένου πληθυσμού – στόχου. Τα τεχνικά χαρακτηριστικά όπως η μουσική και τα χρώματα του μηνύματος θα πρέπει ν' αντιστοιχούν στην εκάστοτε ηλικιακή ομάδα, ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο ελκυστικά. Τέλος, υπάρχουν δύο τρόποι επεξεργασίας ενός μηνύματος: η κεντρική και η περιφερειακή οδός. Η πρώτη χαρακτηρίζεται από έμφαση στο περιεχόμενο του μηνύματος και λεπτομερή επεξεργασία των πληροφοριών που περιέχονται σ' αυτό, ενώ η δεύτερη από επιφανειακή προσέγγιση του μηνύματος και έμφαση στα περιφερειακά στοιχεία της επικοινωνίας, όπως η αξιοπιστία της πηγής.

15^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Καμπάνιες για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ

Καμπάνιες για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ στην Ελλάδα

Ο επίσημος φορέας στην Ελλάδα που έχει ασχοληθεί τα τελευταία χρόνια με τη δημιουργία τηλεοπτικής καμπάνιας για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ είναι το Ελληνικό Ινστιτούτο Μεταφορών (I.MET.) του Εθνικού Κέντρου Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης (Ε.Κ.Ε.Τ.Α.). Όπως οι περισσότερες καμπάνιες σε διεθνές επίπεδο έτσι και η συγκεκριμένη ενημερωτική εκστρατεία του I.MET. συνδέει την κατανάλωση οινόπνευματων με την οδική ασφάλεια (I.MET., 2006).

Ενημερωτική εκστρατεία για την οδική ασφάλεια – Οι πρωτοποριακές δράσεις του I.MET. σε πανελλήνια κλίμακα (1-31 Ιανουαρίου 2006)

Σύμφωνα με στοιχεία που έχει συγκεντρώσει το I.MET., τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα τα οδικά ατυχήματα είναι η αιτία για το θάνατο σχεδόν 6 πολιτών κάθε μέρα, ενώ το 20% των θανάτων αφορά νέους, αρχάριους οδηγούς. Ο άνθρωπος παράγοντας είναι ο κύριος υπαίτιος για τη συντριπτική πλειοψηφία των ατυχημάτων (άνω του 80%). Επομένως, κρίνονται αναγκαίες τόσο η εκπαίδευση των οδηγών όσο και η ενημέρωση των πολιτών με σκοπό μία ολοκληρωμένη κυκλοφοριακή αγωγή και οδική συμπεριφορά (I.MET., 2006).

Το Ελληνικό Ινστιτούτο Μεταφορών (I.MET.) του Εθνικού Κέντρου Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης (Ε.Κ.Ε.Τ.Α.) υλοποιεί μία σειρά δράσεων, όπως:

- 1. Συγγραφή βιβλίων για τα Γυμνάσια και τα Λύκεια** με σκοπό την ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα κυκλοφοριακής αγωγής.
- 2. Προβολή ενημερωτικών σποτς στα μέσα μαζικής ενημέρωσης** καθ' όλη τη διάρκεια του 2006, με τη συμμετοχή του Γιώργου Τσαλίκη.
- 3. Επισκέψεις του κλειστού ημιφορτηγού με τον προσομοιωτή οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ** σε χώρους συνάθροισης κοινού (I.MET., 2006).

Τα βιβλία της κυκλοφοριακής αγωγής αφορούν τους μαθητές τριών τάξεων της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Γ Γυμνασίου, Β Λυκείου και Γ Λυκείου), ενώ συνοδεύονται από λογισμικό πολυμέσων με 40 και πλέον εκπαιδευτικά βίντεο. Αυτά περιέχουν βασικά στοιχεία κυκλοφοριακής αγωγής για πεζούς, επιβάτες και ποδηλάτες, στοιχεία θεωρητικής

εκμάθησης οδήγησης, συμβουλές για αποφυγή ατυχημάτων, σύγχρονα συστήματα υποστήριξης του οδηγού, στοιχεία πρώτων βοηθειών κ.τ.λ. (I.MET., 2006).

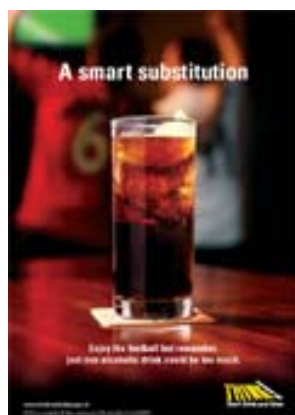
Τα ενημερωτικά σποτς που αφορούν τη χρήση ζώνης από όλους τους επιβάτες, του κράνους από τους δικυκλιστές και της εκστρατείας Αλκοόλ - **Όχι Απόψε - Οδηγώ** με κεντρικό μήνυμα το **Μία Παρέα - Ένας Οδηγός Κάθε Φορά** έχουν ήδη προβληθεί από 25 τηλεοπτικούς σταθμούς σε Πανελλήνια κλίμακα, ενώ το γνωστό σε όλους πλέον **σποτ με το κλειδί στο ποτήρι** προβάλλεται για πέμπτη συνεχή χρονιά (I.MET., 2006). Έχει αποδειχτεί εμπειρικά ότι η επανάληψη του εκπεμπόμενου μηνύματος αυξάνει την αποτελεσματικότητά του (Ζώτος, 2000). Το I.MET. κρίνει επιτυχημένη την εκστρατεία κατά της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ καθώς απέφερε σημαντικά αποτελέσματα σε συνδυασμό με την αυξημένη αστυνόμευση, ενώ επιπλέον παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των θετικών αλκοτέστ από 8,3% το 2000 σε 3,2% το 2004 (I.MET., 2006).

Το σλόγκαν της εκστρατείας **Όχι Απόψε - Οδηγώ** με κεντρικό μήνυμα το **Μία Παρέα - Ένας Οδηγός Κάθε Φορά** είναι απλό, περιεκτικό, ενώ επικεντρώνεται άμεσα στο στόχο και την ιδέα της ενημερωτικής καμπάνιας, δηλαδή στο να αποτρέψει τα άτομα να οδηγούν έχοντας καταναλώσει αλκοόλ. Εξάλλου, το απλό μήνυμα προσλαμβάνεται εύκολα από τον αποδέκτη και αξιοποιεί τα επί μέρους στοιχεία είτε αναφέρονται στη λογική είτε στο θυμικό. (Ζώτος, 2000). Επιπλέον, ένας δημοφιλής ανάμεσα στις νεαρές ηλικίες ταγουνδιστής, ο Γιώργος Τσαλίκης, πρωταγωνιστεί στο τηλεοπτικό σποτ, το οποίο εκτυλίσσεται μέσα σ' ένα μπαρ, όπου ο καλλιτέχνης αρνείται να πει γιατί οδηγεί. Η διαφήμιση και τα σποτ με τη χρήση εύκολα αναγνωρίσιμων χαρακτήρων και σκηνών καλούν το θεατή να ταυτιστεί ή να συμπάσχει με αυτά που λέγονται και διαδραματίζονται (Dyer, 1993).

Καμπάνιες για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ **στο Ηνωμένο Βασίλειο**

Σημαντικές καμπάνιες και ενημερωτικό υλικό κατά της χρήσης αλκοόλ έχει εκπονήσει το Υπουργείο Μεταφορών του Ηνωμένου Βασιλείου, που εμπεριέχονται στη γενικότερη κατηγορία της οδικής ασφάλειας με τίτλο **THINK! – Road Safety**. Η πιο πρόσφατη εκστρατεία εκμεταλλεύτηκε ένα παγκοσμίου φήμης αθλητικό γεγονός, το Παγκόσμιο Κύπελο Ποδοσφαίρου το καλοκαίρι του 2006, για να προωθήσει τα μηνύματα αγωγής υγείας είτε με τη μορφή σποτ σε ραδιόφωνο, τηλεόραση και κινηματογράφο είτε ενημερωτικών φυλλαδίων σε μπαρ κ.τ.λ. Τα μηνύματα αποσκοπούν στην ενημέρωση κυρίως

των νέων ανδρών για τους κινδύνους και τις συνέπειες της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ (Υπουργείο Μεταφορών Η.Β., 2006).



Οι δύο παραπάνω αφίσες απευθύνονται κυρίως σε κοινό-στόχο ανδρών ηλικίας 17 – 29 ετών. Η πρώτη φέρει το σλόγκαν **A smart substitution** (Ένα έξυπνο υποκατάστατο) και απεικονίζει ένα ποτήρι με κόλα. Η δεύτερη αφίσα περιλαμβάνει ένα μισογεμάτο ποτήρι μύρας με σλόγκαν **You’ re not drinking anymore...** (Δεν θα πεις άλλο...). Οι στόχοι των παραπάνω αφισών είναι ν’ αυξήσουν την επίγνωση των νέων οδηγών γύρω από τους κινδύνους της κατανάλωσης 1-2 ποτών και στη συνέχεια της οδήγησης, αλλά και να τους ενημερώσουν ότι δεν μπορούν να υπολογίζουν το όριο αντοχής τους ως προς την κατανάλωση οινοπνευματωδών. Επίσης, να κλονίσουν τις προσωπικές τους πεποιθήσεις για το βαθμό αντοχής τους και να τους αναγκάσουν να συλλογιστούν τις συνέπειες που θα έχουν αν τους πιάσουν να οδηγούν υπό την επήρεια αλκοόλ (Υπουργείο Μεταφορών Η.Β., 2006). Και τα δύο παραπάνω σλόγκαν είναι απλά, εύληπτα, ανταποκρίνονται στην ιδέα και το σκοπό της ενημερωτικής εκστρατείας, συνοδεύουν επιτυχώς τις φωτογραφίες και διαθέτουν «φρεσκάδα» χωρίς υπερβολές, στοιχείο που ανταποκρίνεται στη νεανική κουλτούρα. Ιδιαίτερα το δεύτερο μήνυμα είναι αμφίπλευρο καθώς προτρέπει/ προστάζει τα άτομα να μην πουν άλλο, γεγονός που υπογραμμίζει άμεσα τον στόχο της ενημερωτικής εκστρατείας υπέρ της ασφαλούς οδήγησης χωρίς την κατανάλωση αλκοόλ (Ζώτος, 2000).

Τα βασικά μηνύματα Αγωγής Υγείας που προωθούν οι πρόσφατες ενημερωτικές εκστρατείες του Υπουργείου Μεταφορών του Ηνωμένου βασιλείου είναι: **Don't Drink and Drive, It takes less than you might think to become a drink driver, You can't calculate your alcohol limit και Watch out for those dangerous - 'Fancy a Quick One!' moments.** Δηλαδή, Μην πίνεις και οδηγείς, Χρειάζεται λιγότερο απ' όσο νομίζεις για να γίνει κάποιος οδηγός υπό την επήρεια αλκοόλ, Δεν μπορεί κάποιος να υπολογίσει τα όρια αντοχής του στο αλκοόλ και Προσοχή στις επικίνδυνες στιγμές: Πάμε για ένα γρήγορο ποτό! (Υπουργείο Μεταφορών Η.Β., 2006). Τα παραπάνω μηνύματα είναι σύντομα, αποτρεπτικά, αμφίπλευρα

και δεν αφήνουν κανένα περιθώριο αμφισβήτησης, στοιχείο θετικό καθώς απευθύνονται σε νέους ανθρώπους που έχουν την τάση να προβάλλουν αντεπειχειρήματα. Τα απλά μηνύματα προσλαμβάνονται εύκολα από τα άτομα και αξιοποιούν όλα τα επί μέρους στοιχεία (Ζώτος, 2000).

Επίσης, ιδιαίτερα χρήσιμα είναι τα παρακάτω ενημερωτικά φυλλάδια που διανέμονται σε μπαρ, pubs και Μέσα Μαζικής Μεταφοράς. Το τελευταίο ενημερωτικό ενημερωτικό φυλλάδιο περικλείει μέσα σε δυο σελίδες στοιχεία για την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ και την αντίστοιχη νομοθεσία, για τις επιδράσεις των οινόπνευματων στην ικανότητα για ασφαλή οδήγηση, για τις επιπτώσεις του να οδηγεί κάποιος έχοντας πει, για την κατάσταση του πότη το επόμενο πρωί, ενώ ακόμη επισημαίνεται το γεγονός ότι δεν υπάρχουν δικαιολογίες για την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ. Το σλόγκαν που χρησιμοποιείται είναι: **When will you have had too much?** (Πότε θα έχεις πει αρκετά;) και η φωτογραφία που το συνοδεύει απεικονίζει ένα άδειο ποτήρι, μέσα στο οποίο διακρίνεται το ίχνος που αφήνει το αλκοόλ πάνω στο ποτήρι με την κάθε γουλιά, σαν να ήταν μεζούρα (Υπουργείο Μεταφορών Η.Β., 2006). Και αυτό το μήνυμα είναι απλό, αμφίπλευρο, τονίζει την αδυναμία των νέων να ελέγξουν τα όρια αντοχής τους στην κατανάλωση αλκοόλ και έμμεσα υπογραμμίζει την ευθύνη τους για αυτοέλεγχο και μετρημένη πόση.

Συμπεράσματα:

Ο επίσημος φορέας στην Ελλάδα που έχει ασχοληθεί τα τελευταία χρόνια με τη δημιουργία τηλεοπτικής καμπάνιας για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ είναι το Ελληνικό Ινστιτούτο Μεταφορών (I.MET.) του Εθνικού Κέντρου Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης. Όπως οι περισσότερες καμπάνιες σε διεθνές επίπεδο έτσι και η συγκεκριμένη ενημερωτική εκστρατεία συνδέει την κατανάλωση οινόπνευματων με την οδική ασφάλεια. Το I.MET. υλοποιεί μία σειρά δράσεων, όπως: Συγγραφή βιβλίων για τα Γυμνάσια και τα Λύκεια με σκοπό την ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα κυκλοφοριακής αγωγής, προβολή ενημερωτικών σποτς στα μέσα μαζικής ενημέρωσης με τη συμμετοχή του Γιώργου Τσαλίκη και επισκέψεις του κλειστού ημιφορτηγού με τον προσομοιωτή οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ. Το σλόγκαν της εκστρατείας **Όχι Απόψε - Οδηγώ με κεντρικό μήνυμα το Μία Παρέα - Ένας Οδηγός Κάθε Φορά είναι απλό, περιεκτικό, ενώ επικεντρώνεται άμεσα στο στόχο και την ιδέα της ενημερωτικής καμπάνιας, δηλαδή στο να αποτρέψει τα άτομα να οδηγούν έχοντας καταναλώσει αλκοόλ.**

Σημαντικές καμπάνιες και ενημερωτικό υλικό κατά της χρήσης αλκοόλ έχει εκπονήσει το Υπουργείο Μεταφορών του Ηνωμένου Βασιλείου. Η πιο πρόσφατη

εκστρατεία εκμεταλλεύτηκε ένα παγκοσμίου φήμης αθλητικό γεγονός για να προωθήσει τα μηνύματα αγωγής υγείας με τη μορφή σποτ σε ραδιόφωνο, τηλεόραση, κινηματογράφο και ενημερωτικών φυλλαδίων σε μπαρ και Μέσα Μαζικής Μεταφοράς. Τα μηνύματα αποσκοπούν στην ενημέρωση κυρίως των νέων ανδρών για τους κινδύνους και τις συνέπειες της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ. Τα βασικά μηνύματα είναι: Μην πίνεις και οδηγείς, Χρειάζεται λιγότερο απ' όσο νομίζεις για να γίνει κάποιος οδηγός υπό την επήρεια αλκοόλ, Δεν μπορεί κάποιος να υπολογίσει τα όρια αντοχής του στο αλκοόλ και Προσοχή στις επικίνδυνες στιγμές: Πάμε για ένα γρήγορο ποτό! Τα παραπάνω μηνύματα είναι σύντομα, αποτρεπτικά, αμφίπλευρα και δεν αφήνουν κανένα περιθώριο αμφισβήτησης, ενώ και πάλι παρατηρείται σύνδεση της ενημερωτικής καμπάνιας κατά της χρήσης αλκοόλ με την ασφαλή οδήγηση και όχι με άλλους τομείς.

16^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

Συζήτηση

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η υγεία είναι μια θετική έννοια που ορίζεται ως η κατάσταση φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας. Η καλή υγεία είναι η ουσιαστικότερη πηγή για κοινωνική, οικονομική, προσωπική εξέλιξη και ποιότητα ζωής, ενώ πλέον σήμερα τα άτομα θεωρούνται υπεύθυνα για τη διασφάλιση των απαραίτητων για την υγεία παραμέτρων και την αποφυγή βλαβερών συνηθειών. Αντίθετα, η ασθένεια είναι μια μορφή παρέκκλισης ή μη εξασφάλισης των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων με βιο-φυσιολογικές, ατομικές και κοινωνικές προεκτάσεις. Το ακριβές νόημα της ασθένειας προσδιορίζεται μέσα στο εκάστοτε κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, όπως αυτό διαμορφώνεται από τις νόρμες και τις αξίες που ισχύουν σε μια κοινωνία.

Η Δημόσια Υγεία και ο κεντρικός της κλάδος, η Αγωγή Υγείας, είναι οι διαδικασίες, οι οποίες παρέχουν στα άτομα τη δυνατότητα να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους καθώς και τους παράγοντες που την καθορίζουν. Επιπλέον, η πρώτη αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής ολόκληρων πληθυσμών μέσω της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης ασθενειών και άλλων τρόπων παρέμβασης. Αυτά ακριβώς τα χαρακτηριστικά της Δημόσιας Υγείας προτείνει ο ΠΟΥ να χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία κατάλληλων και αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας προκειμένου να περιοριστεί ο κίνδυνος εξάπλωσης διαφόρων μολυσματικών ή μη ασθενειών στις αναπτυσσόμενες χώρες και να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσης και υγείας των πληθυσμών παράλληλα με τη μείωση της φτώχειας.

Η κοινωνική ψυχολογία μελετά τα τελευταία χρόνια τις λεγόμενες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές με στόχο να επιτύχει τον κατάλληλο σχεδιασμό της πρόληψής τους. Αυτοκαταστροφικές ονομάζονται οι εθελούσιες συμπεριφορές, που υποσκάπτουν την ψυχοκοινωνική ευεξία του «αυτοκαταστροφικού» ατόμου και την προσαρμογή του στο κοινωνικό του περιβάλλον, σύμφωνα με τη συναινετική αντίληψη των μελών της ομάδας στην οποία εντάσσεται εκούσια ή ακούσια το άτομο. Η αυτοκαταστροφικότητα θεωρείται προσωπική επιλογή, η οποία παραβιάζει τις νόρμες που συντηρούν τη συνοχή και τον αυτοπροσδιορισμό της ομάδας και κατά συνέπεια απειλούν τη λειτουργία της κοινωνικής ταυτότητας. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι τυπικό χαρακτηριστικό του αλκοολικού. Οι προβληματικοί πότες εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονιών σε σχέση με τους υπόλοιπους ανθρώπους.

Η υγεία και η ασθένεια αντιμετωπίζονται στη σύγχρονη εποχή βάσει δύο προσεγγίσεων: της βιοϊατρικής και της ψυχοκοινωνικής. Η πρώτη αντιλαμβάνεται το σώμα ως «μηχανή», που δέχεται «επιδιορθώσεις» αγνοώντας ένα σύνολο παραγόντων που

αλληλεπιδρούν στη ζωή του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Αντίθετα, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προτείνει μια ολιστική παρέμβαση σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό καθώς επίσης και περιβαλλοντικό επίπεδο. Συγχρόνως, προτρέπει τον ασθενή να κατανοεί τις ευθύνες που του αντιστοιχούν όταν επηρεάζει αρνητικά την υγεία του με τη συμπεριφορά του. Ο βασικός στόχος είναι το άτομο να αναθεωρήσει μέρος των συνηθειών του, ώστε ν' αποκαταστήσει και να διατηρήσει την καλή του υγεία.

Οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση, την πρόληψη και θεραπεία των περισσότερων ασθενειών. Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη αντιμετωπίζει πλέον την υγεία ως ένα πολυπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο με σαφείς κοινωνικές, ψυχολογικές, βιολογικές και πολιτισμικές παραμέτρους. Το ερευνητικό αντικείμενο της Ψυχολογίας της Υγείας εστιάζεται πέρα από την επίδραση διαφόρων κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων στην υγεία, στις επιπτώσεις του στρες και της αρρώστιας στον ψυχισμό και τη συμπεριφορά του ατόμου, στις ψυχοσωματικές διαταραχές. Επιπλέον, επαναπροσδιορίζεται η σχέση μεταξύ ασθενή και θεραπευτή και η λειτουργία των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας. Το πολυπαραγοντικό μοντέλο προσέγγισης της νόσου μελετά την αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων και όχι το βαθμό συμβολής του καθενός ξεχωριστά. Σύμφωνα μ' αυτό, οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εμφάνιση ασθένειας είναι η ατομική προδιάθεση και το κοινωνικό περιβάλλον. Ο ρόλος του ψυχολόγου υγείας συνοψίζεται στην υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης, στην άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση συμπτωμάτων που οφείλονται σε ψυχολογικές διαταραχές και στην έγκαιρη διάγνωση και επιλογή κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης.

Οι θεωρίες της βιολογικής και γνωστικής εξέλιξης ερμηνεύουν τη νοημοσύνη ως μια δραστηριότητα του οργανισμού. Οι συμπεριφορικές θεωρίες επικεντρώνονται στην κατανόηση της επίδρασης που ασκούν στη συμπεριφορά των ατόμων διάφοροι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες. Η συμπεριφορά των ανθρώπων αναφορικά με την υγεία τους κρίνεται από την υποκειμενική τους αντίληψη για τα οφέλη και τα κόστη που προκύπτουν από την τήρηση μιας προληπτικής ή μη για την υγεία συμπεριφοράς. Η κοινωνικο-αναπαραστασιακή προσέγγιση προσφέρει έναν πολυπαραγοντικό τρόπο ερμηνείας τόσο της υγείας και της ασθένειας όσο και της αντίληψης των συμπτωμάτων. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι τρόποι με τους οποίους εμμενέουμε και σκεπτόμαστε την καθημερινή πραγματικότητα. Η αντίληψη, ερμηνεία και σημασία που αποδίδουν τα άτομα στα συμπτώματα είναι παράμετροι που διαμορφώνουν τη γνωστική αναπαράσταση γύρω από την ασθένεια, η οποία επηρεάζεται ακόμη από το συμβολικό περιεχόμενο που τη συνοδεύει μέσα σ' ένα πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο. Το στίγμα μιας ασθένειας εμφανίζεται όταν υπάρχει ανακολουθία μεταξύ δυνητικής και καθαυτό κοινωνικής ταυτότητας. Το στίγμα της «γυναίκας που πίνει» αναγκάζει πολλές γυναίκες προβληματικούς πότες να καταναλώνουν κρυφά αλκοόλ, ενώ τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες αποδοκιμάζουν τη γυναικεία μέθη.

Σύμφωνα με τη Mary Douglas (1992), *κίνδυνος είναι η πιθανότητα ενός γεγονότος σε συνδυασμό με το μέγεθος των απωλειών και των κερδών που θα επιφέρει*. Η έννοια της επικινδυνότητας είναι συνυφασμένη με τον τρόπο ζωής του ατόμου και την αντίληψη περί υγείας και ασθένειας. Οι σύγχρονοι πιθανοί κίνδυνοι μπορούν να προκληθούν είτε από περιβαλλοντικούς παράγοντες είτε από τις ανθρώπινες στρεβλώσεις σχετικά με την προστασία του σώματος και τις εκάστοτε συμπεριφορές. Η υγεία προάγεται και αντίστοιχα η νόσος αποτρέπεται όταν εξακριβώνονται και ελέγχονται οι παράγοντες επικινδυνότητας. Παρόλα αυτά, οι άνθρωποι υιοθετούν συχνά διαστρεβλωμένες αντιλήψεις αναφορικά με την υγεία και την αρρώστια καθώς επίσης και σχετικά με τους κινδύνους που απειλούν τη ζωή τους. Η σωστή εκτίμηση του κινδύνου είναι συνάρτηση του περιορισμού των στρεβλώσεων.

Ένα ολιστικό μοντέλο υγείας εξετάζει τους τρόπους ζωής των ατόμων προκειμένου να υπογραμμίσει την ανάγκη πρόληψης των παθήσεων και διατήρησης της υγείας τους. Στο πλαίσιο της υγείας, ο τρόπος ζωής αναφέρεται στη διατροφή, στη χρήση παράνομων ή νόμιμων τοξικών ουσιών, το κάπνισμα, τις αθλητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, τη σεξουαλική ζωή, τη φροντίδα του σώματος. Όλα αυτά θεωρούνται σημαντικά καθώς αντιμετωπίζονται ως πιθανοί παράγοντες επικινδυνότητας (risk factors), από τους οποίους επηρεάζεται και το επίπεδο της υγείας. Η υγεία προάγεται και η νόσος αποτρέπεται μέσω του εντοπισμού και του ελέγχου των παραγόντων επικινδυνότητας.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα στις Η.Π.Α. αναφορικά με τα στάδια χρήσης αλκοόλ και καπνού από μαθητές στο τέλος της παιδικής τους ηλικίας, εντοπίστηκαν ως οι κυριότεροι παράγοντες επικινδυνότητας για τη χρήση αλκοόλ και καπνού σ' αυτή την ηλικία η χρήση αυτών των ουσιών από τους κολλητούς και η γενικευμένη κατανάλωσή τους από συνομήλικους. Επίσης, η προσφορά των συγκεκριμένων ουσιών από γονείς και φίλους, η προσαρμογή στο σχολείο και ο αυτοέλεγχος των παιδιών. Οι πιο αδύνατοι παράγοντες είναι τα γονικά πρότυπα και η αυτοεκτίμηση των παιδιών. Τα προληπτικά προγράμματα που απευθύνονται σε παιδιά οφείλουν να στοχεύσουν στους παραπάνω καθώς επίσης και σε άλλους παράγοντες επικινδυνότητας.

Η σύγχρονη ενημέρωση αποτελεί συνδυασμό ενημέρωσης και ψυχαγωγίας. Η εμπορευματοποίηση και η ψυχαγωγική διάσταση των σύγχρονων τηλεοπτικών δελτίων ως απόρροια του έντονου ανταγωνισμού μεταξύ των καναλιών, έχουν εξαλείψει την ουσιαστική ενημέρωση. Τα χαρακτηριστικά αυτής της νέας κατηγορίας προγραμμάτων, της λεγόμενης «ενημερω-ψυχαγωγίας» (infotainment) είναι ο ερεθισμός, ο μύθος, η αίσθηση του τρομακτικού, του σπάνιου, του μοναδικού, ώστε να διατηρηθεί το κοινό καθηλωμένο στην οθόνη. Στη σύγχρονη εποχή οι τηλεοπτικές ειδήσεις προσανατολίζονται περισσότερο στον εντυπωσιασμό των αισθητήριων οργάνων μας παρά στη λογική.

Το μεγαλύτερο μέρος της αντίληψής μας αναφορικά με τον κόσμο είναι μια δεύτερη πραγματικότητα που μας μεταφέρεται μέσω των Μ.Μ.Ε.. Μάλιστα, η τηλεόραση δε

μεταφέρει απλώς την πραγματικότητα, αλλά τη διαμορφώνει. Αυτό έχει συνεπάγεται πως η αντίληψη του κοινού για τα ζητήματα δημόσιου ενδιαφέροντος διαμορφώνεται μέσω των τηλεοπτικών επιλογών. Σύμφωνα με τη «λογική των μέσων» στο πλαίσιο των ειδήσεων δίνεται έμφαση στη χρήση οπτικού υλικού, έντονων ρυθμών και στερεότυπων εκφράσεων προκειμένου να επιτευχθεί αμεσότητα καθώς επίσης και η χρησιμοποίηση γοητευτικών παρουσιαστών. Τα τηλεοπτικά δελτία προσφέρουν ουσιαστικά ελάχιστη ενημέρωση. Πλέον το ζητούμενο στον τηλεοπτικό λόγο είναι ο εντυπωσιασμός και όχι η πειθώς. Η μορφή των «χαρούμενων» τηλεοπτικών ειδήσεων που αποβλέπει φυσικά στην αύξηση της τηλεθέασης, έχει υιοθετηθεί πλέον ευρέως από τα διεθνή μέσα.

Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία γύρω από το αλκοόλ, μπορεί κανείς να εντοπίσει εκείνες τις χρήσεις του αλκοόλ, που σχετίζονται με διάφορες πλευρές της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Ανά τους αιώνες, το αλκοόλ έχει χρησιμοποιηθεί ως ουσία με αναλγητικές ιδιότητες και ως αναισθητικό στη χειρουργική. Επίσης, θεωρείται τροφή, καύσιμη ύλη και ουσία με ανασταλτικές ιδιότητες, που «διευκολύνει» τις κοινωνικές σχέσεις. Η αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη είναι προϊόν αλκοολικής ζύμωσης της γλυκόζης και είναι το μόνο ασφαλές είδος αλκοόλης για κατανάλωση. Οиноπνευματώδες ποτό ονομάζεται το υγρό που περιέχει αιθανόλη και προορίζεται για κατανάλωση. Παρόλο που το αλκοόλ και τα ναρκωτικά θεωρούνται ουσίες εξάρτησης, ωστόσο παρουσιάζουν μια ουσιαστική διαφορά. Το μεν αλκοόλ αποτελεί «νόμιμη» ουσία εξάρτησης με την έννοια ότι η χρήση του δεν διώκεται ποινικά, όπως και το τσιγάρο, ενώ είναι κοινωνικά αποδεκτά. Αντίθετα, ουσίες, όπως η κάνναβη, η κοκαΐνη, η ηρωίνη κ.τ.λ. θεωρούνται «παράνομες».

Το αλκοόλ απορροφάται εύκολα και γρήγορα από ολόκληρο το πεπτικό σύστημα, καθώς είναι ήδη σε υγρή μορφή. Ο ρυθμός απορρόφησης είναι μεταβλητός και επιβραδύνεται από την παρουσία τροφής. Ωστόσο, όλη η ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται απορροφάται από τον οργανισμό. Ο ρυθμός μεταβολισμού της αλκοόλης είναι σχετικά αργός, σταθερός και ανεξάρτητος από την καταναλωθείσα ποσότητα. Επομένως, η μέθη είναι αποτέλεσμα κατανάλωσης περισσότερης αλκοόλης ανά ώρα απ' ότι μπορεί να αντέξει ο ρυθμός μεταβολισμού.

Ο όρος «αλκοολισμός» επινοήθηκε από τον Magnus Huss το 1849. Αρχικά, περιέγραφε περισσότερο τη χρήση ή την ιδέα του οινόπνευματος παρά τις δυσμενείς του συνέπειες, ενώ αρκετά περιορισμένη παρέμενε η αντίληψη του αλκοολισμού ως νόσου. Τη δεκαετία του 1960 διατυπώθηκαν έντονοι προβληματισμοί σχετικά με τη σαφήνεια και τη λειτουργικότητα των όρων «αλκοολισμός» και «αλκοολικός». Ο Jellinek υποστήριξε πως δηλώνουν «διαφορετικές καταστάσεις» σε διαφορετικά «πολιτισμικά περιβάλλοντα». Το 1977 ο Edwards και οι συνεργάτες του διαφοροποίησαν το «σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ» από τα «προβλήματα ή ανικανότητες που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ». Το σύνδρομο εξάρτησης ορίζεται γενικά ως μια σειρά συμπεριφερσιολογικών, γνωσιακών και

φυσιολογικών φαινομένων, που μπορούν να εκδηλωθούν μετά από επαναλαμβανόμενη χρήση μιας ουσίας. Ο μονοδιάστατος όρος «αλκοολικός» τείνει πλέον να αντικατασταθεί από τον όρο «προβληματικός πότης». Τα κυριότερα μοντέλα προσέγγισης του αλκοολισμού είναι: το Ψυχοδυναμικό, το Ιατρικό, το Συμπεριφορικό, το Κοινωνιολογικό μοντέλο και οι ανθρωπολογικές - εθνογραφικές προσεγγίσεις.

Οι αιτίες του αλκοολισμού είναι πολυπαραγοντικές, σύμφωνα με έρευνες των τελευταίων ετών, και συνοψίζονται σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και βιολογικούς-γενετικούς παράγοντες. Η δομή και η οργάνωση της σύγχρονης κοινωνίας, οικογένειας και εργασίας αποτελούν παράγοντες αιτιολογίας του αλκοολισμού. Οι κυριότερες αιτίες που σχετίζονται με την «κοινωνική διάσταση» του αλκοόλ είναι: η δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ, η τιμή, η νομιμότητα, η κοινωνική αποδοχή, το κοινωνικό περιβάλλον, τα Μ.Μ.Ε. και η διαφήμιση, η εργασία, ο τρόπος ζωής, η ψυχαγωγία. Οι παράγοντες αλκοολισμού δε λειτουργούν ατομικά αλλά συλλογικά, δηλαδή υπόκεινται σε συνεχή αλληλεξάρτηση για να οδηγήσουν στον αλκοολισμό.

Σύμφωνα με την Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005 (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006), οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα από τις αρχές του '90, έχουν αναδείξει ορισμένους ψυχοκοινωνικούς κυρίως παράγοντες που συνδέονται με την κατανάλωση του αλκοόλ. Αναφορικά με τη χρήση αλκοόλ, η μη επιτυχής έκβαση της κοινωνικοποίησης του παιδιού και η παροχή προτύπων για ποτό, ενδέχεται να οδηγήσει στη δημιουργία μιας υποομάδας με στόχο την αναζήτηση ρόλων που λείπουν σε μια ομάδα φίλων. Επίσης, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν διαφορετικό ρόλο στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών ανάλογα με το είδος της ουσίας, το βαθμό νομιμότητάς και κοινωνικής αποδοχής της. Το φύλο και η ηλικία σχετίζονταν με την υψηλότερη χρήση παράνομων ουσιών σε όλη τη ζωή, με μεγαλύτερα ποσοστά αντρών απ' ότι γυναικών. Ανάμεσα στους παράγοντες που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών περισσότερο στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες είναι η βαριά κατανάλωση οινοπνευματωδών, η χρήση ηρεμιστικών από άλλα μέλη της οικογένειας με ή χωρίς συνταγή και η παρουσία ψυχολογικών προβλημάτων σε κάποιο μέλος της οικογένειας. Αντίθετα, στους άντρες είναι η εμπλοκή με την αστυνομία και η διακοπή της εκπαίδευσης, στοιχεία που μπορούν να αξιοποιηθούν κατάλληλα στον προγραμματισμό αποτελεσματικότερης πολιτικής πρόληψης. Τέλος, η αντιμετώπιση και πρόληψη βασικών λαθών που κάνουν οι άνθρωποι στην καθημερινότητά τους για να διαχειριστούν προβλήματα όπως το άγχος και η κούραση (κατανάλωση καφέ και αλκοόλ, κάπνισμα, καθιστική ζωή κ.τ.λ.) μπορούν ν' αντιμετωπιστούν με την καλύτερη ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και τη μετάδοση από τους ίδιους των σωστών πληροφοριών.

Πέρα από την αιτιολογία του αλκοολισμού οι Έλληνες ερευνητές έχουν στρέψει την προσοχή τους τις τελευταίες δεκαετίες στην επιδημιολογική διερεύνηση του κοινωνικού φαινομένου. Σύμφωνα με τα πορίσματα των μελετών τους, προκύπτουν τα εξής

συμπεράσματα. Καταρχάς είναι ιδιαίτερα ισχυρή η σύνδεση συχνότητας χρήσης και είδος ποτού που καταναλώνεται: όσο πιο συχνά πίνουν οι μαθητές τόσο περισσότερα ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε οινόπνευμα καταναλώνουν ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Επίσης, διάφοροι δημογραφικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, π.χ. επίπεδο εκπαίδευσης και τόπος διαμονής, συνδέονται με τη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό. Η αξιολόγηση ενός πιλοτικού προγράμματος Αγωγής Υγείας για την πρόληψη της χρήσης ουσιών σε δύο Γυμνάσια και στην κοινότητά τους στην Αθήνα έδειξε αυξημένη γνώση και συνειδητοποίηση από τους μαθητές, γονείς, καθηγητές σχετικά με τα θέματα της Αγωγής Υγείας. Η επιδημιολογία της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών δείχνει ότι η χώρα μας διατηρεί σε υψηλά επίπεδα τις συνήθειες της υπερκατανάλωσης νόμιμων μεν, βλαπτικών για την υγεία δε ουσιών, όπως ο καπνός, τα οινόπνευματώδη και ψυχοδραστικά φάρμακα άνευ συνταγής. Αύξηση παρουσιάζουν οι παράνομες ουσίες ιδιαίτερα στην ηλικιακή ομάδα των 18 – 35 ετών. Γενική μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ παρατηρείται ανάμεσα στο 1984 και το 1993, ενώ τα κορίτσια στην εφηβεία και οι ενήλικες γυναίκες συνεχίζουν να καταναλώνουν οινόπνευματώδη ποτά σε πολύ χαμηλότερα ποσοστά από τα αγόρια και τους άνδρες. Η πρόληψη για τα ναρκωτικά πρέπει να συμπεριλαμβάνει το κάπνισμα και το αλκοόλ. Τέλος, η ανατροφή μέσα σ' ένα δυσλειτουργικό περιβάλλον οδηγεί τα άτομα στην κατανάλωση αλκοόλ ως μέσο ανακούφισης και χαλάρωσης με αποτέλεσμα να μετεξελιχθεί σε ρυθμιστή της ψυχικής ζωής τους, ενώ παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να επαναλάβουν τα βιώματά τους μέσα στην οικογένειά τους.

Η πιο πρόσφατη έκθεση του ΠΟΥ για την παγκόσμια κατάσταση του αλκοόλ του 2004 αναφέρει ότι οι άνθρωποι που καταναλώνουν οινόπνευματώδη ποτά υπολογίζονται σε 2 δισεκατομμύρια παγκοσμίως. Τα 76,3 εκατομμύρια απ' αυτούς έχουν διαγνωστεί ότι πάσχουν από κάποια διαταραχή ή πρόβλημα εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ. Η κατανάλωση οινόπνευματος έχει κοινωνικές συνέπειες και ευθύνεται για μια σειρά προβλημάτων υγείας, ενώ αποτελεί μια γενικότερη απειλή για την παγκόσμια δημόσια υγεία. Οι μορφές κατανάλωσης αλκοόλ ποικίλουν από την αποχή έως την εξάρτηση. Οι τρόποι καθημερινής χρήσης οινόπνευματος καθορίζονται από τη γενικότερη θέση που κατέχει η πόση μέσα σε μια κουλτούρα, τις κοινωνικές συνθήκες, τις επικρατούσες συνήθειες και τις νόρμες. Σύμφωνα με έρευνες, περισσότερες γυναίκες απέχουν από το αλκοόλ σε σχέση με τον άνδρες. Επίσης, η θρησκεία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των συνηθειών πόσης. Σε χώρες, όπου το Ισλάμ είναι η επίσημη θρησκεία, παρατηρούνται σχεδόν πάντα υψηλότερα ποσοστά αποχής από το αλκοόλ. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι πλούσιες χώρες μειώνουν την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ αντίθετα σημειώνεται άνοδος σε φτωχότερες και αναπτυσσόμενες περιοχές καθώς επίσης και σε εκείνες, όπου η οικονομίες βρίσκονται σε μεταβατικό στάδιο. Επομένως, το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης και η θρησκεία αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν τα επίπεδα της εγχώριας χρήσης αλκοόλ.

Η χρήση του αλκοόλ απειλεί την καλή κατάσταση της υγείας και την ευημερία των εφήβων. Είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό το γεγονός ότι οι σύγχρονες τάσεις γύρω από την κατανάλωση αλκοόλ εξαπλώνονται πλέον σε παγκόσμιο επίπεδο, επιβάλλοντας μόδες και συνήθειες. Ο διεθνής τρόπος κατανάλωσης επιβάλλει τη συνειδητή χρήση αλκοόλ για τις ευχάριστες ψυχολογικές του επιδράσεις. Μ' αυτή την τάση συνδέεται και η περιστασιακή υπερβολική κατανάλωση οиноπνευματωδών σε σημείο μέθης, συνήθεια που συναντάται ιδίως στη Βόρεια Ευρώπη και εξαπλώνεται σε όλη την ήπειρο. Στους έφηβους παίζει μεγάλο ρόλο η ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ, η οποία εξαρτάται από ποικίλους πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Συνήθως, τα αγόρια ξεκινούν να πίνουν νωρίτερα σε σχέση με τα κορίτσια. Σήμερα πολλοί νέοι άνθρωποι πίνουν ουσιαστικά για να μεθύσουν. Η χρήση αλκοόλ στην Ευρώπη επιφέρει σημαντικές επιβαρύνσεις σε πολλούς τομείς της ζωής με κυριότερες τις επιπτώσεις στην υγεία και την κοινωνία.

Οι ευρωπαϊκές χώρες σημειώνουν την υψηλότερη επικράτηση χρήσης οινόπνευματος σε όλο τον κόσμο. Περίπου 266 εκατομμύρια Ευρωπαίοι πολίτες καταναλώνουν μέχρι και 20g αλκοόλ για τις γυναίκες και 40g για τους άνδρες σε ημερήσια βάση. Παρόλο που οι περισσότεροι Ευρωπαίοι ενήλικες πίνουν αλκοόλ, υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 15% που απέχουν. Η σύγχρονη Ευρώπη περικλείει ένα ευρύ φάσμα χρήσεων και συμβολισμών του αλκοόλ. Για παράδειγμα, η χρήση του οινόπνευματος συνδυάζεται με την ευκαιρία ενός γεύματος. Η συχνή, αλλά όχι καθημερινή κατανάλωση φαίνεται ότι είναι πιο συνηθισμένη στην κεντρική Ευρώπη, αν και υπάρχουν στοιχεία για τάση εναρμόνισης μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ε. Περισσότεροι άντρες καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλης σε σύγκριση με τις γυναίκες. Τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα είναι λιγότερο πιθανό να καταναλώνουν οινόπνευμα. Παρόλα αυτά, η μέθη και η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι πιθανότερο να παρατηρηθούν σε πότες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου.

Η έρευνα της ESPAD (2003) για το σχολικό πληθυσμό σε χώρες της Ευρώπης δείχνει σαφέστατα υψηλότερη χρήση καπνού και οινόπνευματωδών, δηλαδή των λεγόμενων νόμιμων ναρκωτικών, από τους μαθητές σε σύγκριση με τα παράνομα ναρκωτικά. Συχνότερη χρήση αναφέρουν μαθητές από χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, ενώ χαμηλότερα ποσοστά συγκεντρώνουν οι χώρες της βόρειας και νότιας Ευρώπης. Τα πρότυπα χρήσης αλκοόλ στους έφηβους έδειξαν ότι οι μαθητές σε χώρες της Βόρειας Ευρώπης καταναλώνουν λιγότερες ποσότητες οινόπνευματωδών και σε χαμηλότερη συχνότητα σε σύγκριση με μαθητές της δυτικής Ευρώπης, όπου και εμφανίζεται κυρίως η επικράτηση της μέθης. Αντίθετα, λίγοι μαθητές αναφέρουν συχνή μέθη ή περιστατικά «βουλιμικής κατανάλωσης» αλκοόλ σε χώρες της Μεσογείου. Στις περισσότερες χώρες της ESPAD τα αγόρια αναφέρουν ότι καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ και με υψηλότερη

συχνότητα απ' ότι τα κορίτσια. Ωστόσο, σε κάποιες χώρες οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων είναι ασήμαντες.

Στην Ελλάδα, η πορεία της χρήσης αλκοόλ μέσα στον χρόνο (1984 - 2004) εμφανίζει μια μικρή κάμψη. Κατά την τελευταία 20ετία, η κατανάλωση οινοπνευματωδών έχει μειωθεί σημαντικά σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα. Το ίδιο ισχύει και για τη μέθη. Η πρόσφατη χρήση στους νεαρούς ελάνικες τον τελευταίο μήνα δεν παρουσιάζει διαφορές σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Διαχρονικά (από το 1998 και μετά) παρατηρείται μείωση του ποσοστού των ατόμων που οδηγούν αφού έχουν πει αλκοόλ. Οι άνδρες πίνουν περισσότερο και πιο συχνά σε σύγκριση με τις γυναίκες με αναλογία περίπου 3 προς 1. Η μεγαλύτερη χρήση αλκοόλ παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα άνω των 36 ετών. Η συχνή χρήση αλκοόλ είναι διαδεδομένη ιδιαίτερα σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Οι νεαροί ενήλικες 18 – 24 ετών και στα δύο φύλα αναφέρουν το υψηλότερο ποσοστό υπερβολικής κατανάλωσης και μέθης. Πιο πολλοί άνδρες από ότι γυναίκες αναφέρουν ότι οδηγούν μετά από χρήση αλκοόλ. Περίπου 3 στα 4 άτομα αναφέρουν την παρέα ως το σπουδαιότερο λόγο για τη χρήση αλκοόλ. Άλλοι λόγοι είναι το κέφι, η χαλάρωση, η αλλαγή της διάθεσης, η γεύση και η συνήθεια. Σε περίπτωση αύξησης στην τιμή των οινοπνευματωδών, οι νεότεροι θα θυσιάσαν πιο εύκολα την ποιότητα των αλκοολούχων ποτών έναντι της ποσότητας σε αντίθεση με τα περισσότερα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, που θα μείωναν την ποσότητα. Σύμφωνα με τα συγκριτικά στοιχεία παραβάσεων που αφορούν την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ της Διεύθυνσης Τροχαίας της Ελληνικής Αστυνομίας, το 2005 αυξήθηκε ο αριθμός των ελέγχων, του αριθμού των ελεγχθέντων ατόμων, αλλά και των ατόμων που βρέθηκαν υπό την επήρεια οινοπνεύματος.

Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. του 2004, η διαχρονική σύγκριση των στοιχείων κατά την τελευταία 20ετία (1984 - 2003) δείχνει ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών από τους εφήβους παραμένει σταθερή με μικρές διακυμάνσεις. Σχεδόν 1 στους 3 μαθητές φαίνεται ότι καταναλώνει συχνά αλκοόλ. Όσον αφορά τη μέθη, η τάση είναι αυξητική κατά τη δεκαετία 1993 – 2003. Οι έφηβοι στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες της ESPAD παρουσιάζουν χαμηλό ποσοστό υπερβολικής και επικίνδυνης χρήσης (περιστατικά μέθης), αλλά εμφανίζουν υψηλό ποσοστό κατανάλωσης οινοπνευματωδών. Το ποσοστό των αγοριών που καταναλώνουν οινοπνευματώδη είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των κοριτσιών, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει με την ηλικία. Πρώτα σε προτίμηση των μαθητών έρχονται τα βαριά οινοπνευματώδη ποτά, ακολουθεί η μπίρα και τρίτο έρχεται το κρασί, ενώ τα τελευταία χρόνια κερδίζουν σε προτίμηση τα alcorops. Η πλειοψηφία των εφήβων αναγνωρίζει τους κινδύνους της καθημερινής κατανάλωσης οινοπνευματωδών. Με την πάροδο των χρόνων, οι έφηβοι φαίνονται καλύτερα ενημερωμένοι για τους κινδύνους από την κατανάλωση αλκοόλ.

Ωστόσο, πιστεύουν ότι καταναλώνοντας αλκοόλ θα διασκεδάσουν, θα χαλαρώσουν, θα γίνουν πιο κοινωνικοί, χαρούμενοι και ομιλητικοί.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, υπάρχουν τρεις βασικές παγκόσμιες βιομηχανίες οινοπνευματωδών: μπίρας, κρασιού και αλκοολούχων ποτών. Και στις τρεις παρατηρείται μια κοινή τάση προς την παραγωγή παγκόσμιων αναγνωρίσιμων προϊόντων υποστηριζόμενες από ισχυρό μάρκετινγκ καθώς επίσης και αυξανόμενη συγκέντρωση ιδιοκτησίας. Οι κυριότερες χώρες, οι οποίες εισάγουν και εξάγουν οινοπνευματώδη είναι όλα τα ανεπτυγμένα κράτη. Μεγάλο μέρος του εμπορίου του αλκοόλ επικεντρώνεται στην Ευρώπη, η οποία κατέχει το 70% των εξαγωγών και σχεδόν τη μισή παγκόσμια εισαγωγή, γεγονός που επιφέρει υψηλά έσοδα. Σήμερα, η παγκοσμιοποίηση των μέσων και των αγορών διαμορφώνει όλο και περισσότερο τις αντιλήψεις, τις επιλογές και τις συμπεριφορές των νέων ανθρώπων, που εμφανίζονται πιο επιρρεπείς στις τεχνικές μάρκετινγκ.

Στην περίπτωση του αλκοόλ απαιτείται συχνά να παραβλέπονται οι κίνδυνοι στη δημόσια υγεία, όπως επίσης και η όποια πολιτισμική αντίθεση εναντίον του. Σήμερα, ο ρόλος του αλκοόλ σε παγκόσμιο επίπεδο καθορίζεται πρωταρχικά από τους ιδιοκτήτες των διεθνών μαρκών, υπέρτατος στόχος των οποίων είναι η μεγιστοποίηση των πωλήσεων. Οι προωθητικές ενέργειες των οινοπνευματωδών ποτών στις ανεπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες απευθύνονται κυρίως στο νεανικό κοινό, που καταναλώνει και το περισσότερο αλκοόλ από οποιαδήποτε άλλη πληθυσμιακή ομάδα, και περιλαμβάνουν διαγωνισμούς, παιχνίδια, τη χρήση δημοφιλούς μουσικής, προώθηση σε νεανικά περιοδικά και σε χώρους διασκέδασης, χορηγία σημαντικών αθλητικών γεγονότων κ.τ.λ.

Περισσότερο από 1 δις δολάρια δαπανούνται κάθε χρόνο για τη διαφήμιση αλκοόλ. Σύμφωνα με έρευνες, οι διαφημίσεις αλκοόλ στα media έχουν ισχυρή παρουσία. Η διαφήμιση του αλκοόλ ενδέχεται να έχει μικρή αλλά σημαντική επίδραση στους νέους ανθρώπους και να τους προδιαθέτει θετικά απέναντι στο αλκοόλ. Η προτίμηση ορισμένων στοιχείων, όπως τα πρόσωπα, η ιστορία και το χιούμορ, είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες της συνολικής αποδοχής των διαφημίσεων αλκοόλ. Ωστόσο, η έκθεση σε προληπτικά προγράμματα κατά των ναρκωτικών ενδέχεται να περιορίσει τη μελλοντική χρήση αλκοόλ τόσο στους μαθητές που έχουν δοκιμάσει όσο και σ' αυτούς που δεν έχουν πει οινοπνευματώδη.

Η χρήση αλκοόλ επιφέρει σημαντικές επιβαρύνσεις σε πολλούς τομείς της ζωής με σοβαρότερη επίπτωση στον τομέα της υγείας. Το αλκοόλ τοποθετείται στην τρίτη υψηλότερη θέση μεταξύ των 26 παραγόντων κινδύνου για την υγεία στην Ε.Ε. Το ποσοστό θνησιμότητας εξαιτίας του αλκοόλ ξεπερνάει το 10% των νέων γυναικών και φτάνει το 25% των νέων ανδρών. Στην Ε.Ε. δαπανούνται μεγάλα ποσά για την πρόληψη και τη θεραπεία της κατάχρησης οινοπνεύματος προκειμένου να περιοριστούν οι δυσμενείς του επιπτώσεις. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας συμφωνεί στο ότι το οινόπνευμα επηρεάζει ουσιαστικά όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος. Συγκεκριμένα, αποτελεί ουσία

εξάρτησης, αλλά και αιτία για περίπου 60 διαφορετικές ασθένειες, όπως γαστρεντερικά προβλήματα, τραυματισμοί, καρδιαγγειακά νοσήματα, ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, καρκίνο, κίρρωση του ήπατος, σκελετικές και μυϊκές παθήσεις, αναπαραγωγικές και περιγενετικές καταστάσεις με αυξημένο κίνδυνο πρόωρων και ελειποβαρών νεογνών. Επιπλέον, αυξάνει τις πιθανότητες και τη σοβαρότητα ορισμένων ασθενειών, όπως η καρδιομυπάθεια.

Μερικές από τις νευρολογικές διαταραχές που προκαλούνται από την κατάχρηση αλκοόλης είναι η περιφερειακή νευροπάθεια, η πολυνευρίτιδα, το σύνδρομο Wernicke-Korsakoff και η αλκοολική άνοια. Επίσης, εμπλέκεται σε μια σειρά ψυχολογικών και γνωστικών δυσλειτουργιών, όπως η κατάθλιψη και η τάση αυτοκτονίας. Ιδιαίτερα οι νέοι άνθρωποι φαίνεται πως είναι επιρρεπείς στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά που σχετίζεται κυρίως με την υπερβολική περιστασιακή κατανάλωση. Η χρήση αλκοόλ σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο τραυματισμών σε οδικά ατυχήματα, πτώσεις, πυρκαγιές, βία ή αυτοτραυματισμούς. Οι θετικές επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία βασίζονται στο γεγονός ότι η κατανάλωση μικρής ποσότητας μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Το αλκοόλ δεν επηρεάζει αρνητικά μόνο τον ίδιο τον πότη, αλλά προκαλεί προβλήματα και κινδύνους και σε άλλα άτομα. Οι κοινωνικά αρνητικές επιπτώσεις που οφείλονται στη χρήση αλκοολούχων ποτών από τρίτους περιλαμβάνουν από απλές κοινωνικές ενοχλήσεις, π.χ. πρόκληση θορύβου τη νύχτα, μέχρι και σοβαρότατες συνέπειες, όπως παιδική κακοποίηση, οικογενειακά προβλήματα, βία, ακόμα και ανθρωποκτονία. Ο πότης μεγάλων ποσοτήτων υποφέρει και από οικονομικές επιβαρύνσεις, που περιλαμβάνουν χαμηλότερους μισθούς, χαμένες εργασιακές ευκαιρίες, αυξημένα ιατρικά έξοδα εξαιτίας ασθενειών και ατυχημάτων κ.τ.λ. Το άμεσο οικονομικό κόστος του εγκλήματος που αποδίδεται στο αλκοόλ υπολογίζεται ότι έφτασε τα 33 δισεκατομμύρια ευρώ στην Ε.Ε. το 2003, ενώ εκατομμύρια ενήλικες εμπλέκονται κάθε χρόνο σε καβγάδες μετά από πόση. Το έμμεσο κόστος σε πόνο και δυσκολίες μεταξύ των οικογενειών των 23 εκατομμυρίων εξαρτημένων από το αλκοόλ Ευρωπαίων υπολογίζεται στο ποσό των 68δισ ευρώ. Μία παγκόσμια προοπτική σχετικά με τις στρατηγικές κατά του οινοπνεύματος οφείλει να συνυπολογίσει τα χαρακτηριστικά, τις επιδράσεις και τις επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ σε διαφορετικές κοινωνίες και κυρίως να επικεντρωθεί στον πρωταρχικό στόχο της Δημόσιας Υγείας, δηλαδή στη μείωση των βλαβερών συνεπειών που προκαλεί η πόση.

Το ζήτημα της επίδρασης του αλκοόλ και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών στην οδήγηση απασχολεί ιδιαίτερα τους Έλληνες ερευνητές τα τελευταία χρόνια. Οι τελευταίοι συμπεραίνουν ότι η επαρκής πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση του κοινού για την επιβολή κυρώσεων ενδέχεται να λειτουργήσει ως αποτρεπτικός παράγοντας για την αποθάρρυνση των πολιτών να οδηγούν υπό την επήρεια νόμιμων ή παράνομων ουσιών ή και το συνδυασμό τους. Σύμφωνα με έρευνες στην Ελλάδα, η εξάρτηση από το οινόπνευμα συνδέεται με

τροχαίες παραβάσεις, με ατυχήματα και με παραπτώματα που σχετίζονται με βίαιη συμπεριφορά. Τα παραπάνω στοιχεία συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι η πρώιμη έναρξη κατάχρησης αλκοόλ σχετίζεται με σοβαρές μελλοντικές συνέπειες. Επίσης, έρευνες πληθυσμού δείχνουν να υπάρχει μια γραμμική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας κατανάλωσης ουσιών και των απόπειρων αυτοκτονίας.

Κάθε κοινωνία θέτει δικά της όρια σχετικά με τη χρήση ή κατάχρηση ουσιών, ενώ παράλληλα αναπτύσσει αντιλήψεις που διέπουν τη χρήση ουσιών βάσει των πολιτισμικών παραδόσεων και συνθηκών. Ο αγώνας κατά της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών ερμηνεύεται ως κριτική των επικρατουσών προσδοκιών και απόψεων με απώτερο στόχο την αντικατάσταση των παλαιών προσδοκιών. Το έργο της πρόληψης στοχεύει στη βελτίωση της δημόσιας και ψυχικής υγείας. Προληπτικές πολιτικές μπορούν να εφαρμοστούν στον πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή τομέα της φροντίδας υγείας. Η πρωτογενής πρόληψη ορίζεται ως *η παρέμβαση πριν την εκδήλωση ενός προβλήματος υγείας* και ασχολείται με την άσκηση επιρροής στη συμπεριφορά και τις απόψεις της ομάδας-στόχου με την προϋπόθεση βέβαια ότι οι άνθρωποι θα παρακινηθούν ν' αλλάξουν τρόπο ζωής προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Απαραίτητα στοιχεία αυτής της διαδικασίας αποτελούν η εκπαίδευση και η πληροφόρηση.

Το έργο της πρόληψης αναπτύσσεται αρχικά σε εθνικό και στη συνέχεια σε διεθνές επίπεδο, σε περιφερειακό ή τοπικό και τέλος σε συγκεκριμένες κοινωνικές μονάδες, όπως το σχολείο, η οικογένεια, ο εργασιακός χώρος. Οι στόχοι της συνοψίζονται στις ακόλουθες αρχές: η αρχή της ευεξίας, η αποφυγή της βλάβης, ο σεβασμός της αυτονομίας, η αρχή της δικαιοσύνης και η αποτελεσματικότητα σε σχέση με το κόστος, ώστε τα αναμενόμενα πλεονεκτήματα μιας στρατηγικής πρόληψης να υπερβαίνουν τα μειονεκτήματα. Καμιά προσέγγιση από μόνη της δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών όλων των ομάδων-στόχων. Ως πλέον αποτελεσματική προσέγγιση αναγνωρίζεται η ευρείας βάσης και σύνθετη, ενώ κάποιες γνωστές ταξινομήσεις είναι του OSAP, του Kumpfer, των Gerstein και Green.

Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας του ΥΠΕΠΘ αποτελούν το κυριότερο πλαίσιο εφαρμογής δράσεων πρόληψης στο πλαίσιο του σχολείου, για την υλοποίηση των οποίων χρησιμοποιείται Οδηγός Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας, εκπαιδευτική βιντεοκασέτα και εκπαιδευτικό λογισμικό (Αλκοόλ ή υγεία – Πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων). Οι αρμόδιοι φορείς πρόληψης στην Ελλάδα σχεδιάζουν και εφαρμόζουν παρεμβάσεις, που απευθύνονται στην ευρύτερη κοινότητα με τη μορφή ημερίδων, ανοικτών συναντήσεων, διανομή έντυπου ενημερωτικού υλικού προκειμένου να ευαισθητοποιήσουν και να πληροφορήσουν τους πολίτες σχετικά με τη χρήση αλκοόλ. Αναφορικά με τη νομοθεσία, το 2005 υπογράφηκε μεταξύ της Ένωσης Επιχειρήσεων Οινοπνευματωδών Ποτών και του Υπουργείου Υγείας ένα «Πλαίσιο Αρχών Διακήρυξης και Αυτοδέσμευσης σχετικά με τη διαφήμιση αλκοολούχων

ποτών και την ενημέρωση των καταναλωτών» με στόχο την προστασία του καταναλωτή και ιδίως των ανήλικων αποφεύγοντας την προβολή παραπλανητικών μηνυμάτων.

Ο Π.Ο.Υ. καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η πρόληψη των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ χρειάζεται μια ευρεία προσέγγιση, που να συνδυάζει προγράμματα ενημέρωσης και πληροφόρησης, παροχή υπηρεσιών θεραπείας και προληπτικές πολιτικές που να υιοθετούνται σε εθνικό και τοπικό επίπεδο. Οι αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης συμπεριλαμβάνουν φορολογία του αλκοόλ, ελέγχους ως προς τη διαθεσιμότητα καθώς επίσης και πολιτικές που να στοχεύουν στην πόση υπό ορισμένες συνθήκες, όπως π.χ. οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ. Συγκεκριμένα, ο Π.Ο.Υ. προτείνει τα εξής μέτρα: απαγόρευση πώλησης αλκοόλ σε νέους ανθρώπους, μονοπώλια στην παραγωγή και διάθεση οινοπνεύματος, χορήγηση αδειών, φορολογία, προειδοποιητικές ταμπέλες στα ποτά, περιορισμούς στη διαφήμιση και την προώθηση των οινοπνευματωδών, νομοθεσία, θεραπευτικά προγράμματα και μέθοδοι για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ και βραχείες συμβουλευτικές παρεμβάσεις.

Τα προγράμματα αγωγής υγείας με στόχο την πρόληψη της χρήσης ουσιών πραγματοποιούνται σήμερα στην Ελλάδα σε όλο και περισσότερα σχολεία, αλλά σύμφωνα με το ΕΠΠΥ το 2005 μειώθηκαν οι προληπτικές παρεμβάσεις σε σχολεία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ αυξήθηκαν στη δευτεροβάθμια. Είναι σχεδιασμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να περιλαμβάνουν ενημερωτικές και συμβουλευτικές παρεμβάσεις στους καθηγητές, τους γονείς και την κοινότητα, όπου εφαρμόζονται. Οι εργασίες και οι μελέτες των Ελλήνων ερευνητών καταλήγουν στο ότι πρέπει να συνεχίσουν να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης μέσω προγραμμάτων Αγωγής Υγείας όχι μόνο σε σχολεία, αλλά και στους εργασιακούς χώρους. Το φαινόμενο της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών είναι πρόβλημα ολόκληρης της κοινωνίας γι' αυτό και η πολύπλευρη αντιμετώπισή του αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την προαγωγή της υγείας. Τα τελευταία χρόνια υλοποιούνται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης και ολιστικής παρέμβασης σε τοπικό επίπεδο, όπως στο Ν. Αχαΐας, που στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση πληθυσμιακών ομάδων (επαγγελματίες υγείας, σχολική κοινότητα, γονείς, άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ ή προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση του), στη στήριξη δράσεων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης στην κοινότητα, αλλά και στην ενεργοποίηση των εκπροσώπων των τοπικών φορέων που εμπλέκονται στον έλεγχο και τη διακίνηση αλκοολούχων ποτών.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις αποσκοπούν στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Διακρίνονται σε τρεις ευρείες κατηγορίες: Φαρμακολογική και Ψυχολογική προσέγγιση καθώς επίσης Ειδικές προσεγγίσεις και Θεραπευτικά προγράμματα. Στην τελευταία κατηγορία ανήκουν οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (ΑΑ) και τα κέντρα θεραπείας του αλκοολισμού, των ειδικών ξενώνων και των θεραπευτικών προγραμμάτων σε νοσοκομεία. Αρκετές ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα χρησιμοποιούν

συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογικών θεραπειών, ενώ έχουν σχεδιαστεί ειδικά για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ.

Αρκετοί παράγοντες επιδρούν αρνητικά στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, όπως η δυσκολία αναγνώρισης του προβληματικού πότη από το κοινωνικό του περιβάλλον και το ιατρικό προσωπικό, αλλά και η άρνηση παραδοχής του προβλήματος από τον ίδιο τον πότη. Πολλές φορές οι στάσεις και οι αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι αδιάφορες έως αρνητικές απέναντι στον προβληματικό πότη. Επιπλέον, αν η θεραπευτική παρέμβαση δεν συμπεριλάβει στοιχεία ικανά να υποκαταστήσουν την κατάχρηση αλκοόλης, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες αποτυχίας της. Ωστόσο, υπάρχουν και θετικοί παράμετροι στα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα, όπως η αναγνώριση και αξιολόγηση του προβλήματος, η κατάρτιση του θεραπευτικού προγράμματος με την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς, το οποίο και πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του προβληματικού πότη. Απαραίτητη κρίνεται η υποστήριξη της οικογένειας.

Στην Ελλάδα λειτουργούν σε οργανωμένο πλαίσιο δύο ειδικές δομές σε γενικά νοσοκομεία, επτά θεραπευτικά κέντρα παρέχουν θεραπεία σε άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ επιπλέον υπάρχουν ομάδες που στηρίζονται στις αρχές της αυτοβοήθειας. Τα προγράμματα θέτουν ως κριτήρια για την επιτυχή ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας: την αποχή από το αλκοόλ και άλλες ουσίες, ενώ ταυτόχρονα επιδιώκουν τη γενικότερη βελτίωση της ζωής του θεραπευόμενου. Η θεραπευτική αξία της αυτοβοήθειας είναι αποδεδειγμένη στον τομέα της θεραπείας των εξαρτήσεων. Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί και Нарκωμανείς είναι από τις γνωστές Ομάδες Αυτοβοήθειας, ενώ τα 12 Βήματα εφαρμόζονται σε θεραπευτικές δομές πολλών χωρών.

Σύμφωνα με έρευνες στην Ελλάδα, τα αναγκαία μέτρα που προτείνονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος της συννοσηρότητας περιλαμβάνουν την ορθή πληροφόρηση για την ουσιοεξάρτηση και τη συννοσηρότητα, τον επαναπροσδιορισμό της θεραπευτικής στρατηγικής και την ανάπτυξη κατάλληλων δομών. Η αυξημένη αντιδραστικότητα υποδοχέων ντοπαμίνης μετά την αποτοξίνωση αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα πρόβλεψης μη υποτροπής. Το αλκοόλ προκαλεί συνήθως συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, τα οποία ενδέχεται να υποχωρήσουν κατά τη διάρκεια της αποτοξίνωσης. Τα εξαρτημένα από το οινόπνευμα άτομα μπορούν να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους και να πετύχουν σημαντικές αλλαγές σε διάφορους τομείς της ζωής όταν ενταχθούν στη θεραπεία. Επίσης, ο συνδυασμός γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και χορήγησης ναλτρεξόνης σε προγράμματα αποκατάστασης ενδέχεται να αυξήσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Οι σύγχρονες στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης έχουν διπλό στόχο, συνδυάζοντας την πληροφόρηση του ατόμου με τη διαπαιδαγώγησή του. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάγκη προσαρμογής της πληροφορίας και των μηνυμάτων στο επίπεδο της ικανότητας αφομοίωσής τους από το συγκεκριμένο πληθυσμό – στόχο, στον οποίο απευθύνονται. Η

βασική μεθοδολογία, που οφείλουν ν' ακολουθούν οι φορείς της Αγωγής Υγείας περιλαμβάνει: τον ορισμό του πληθυσμού – στόχου, την καταγραφή των διευκολυντικών και ανασταλτικών παραγόντων της χρήσης αλκοόλ, το σχεδιασμό στρατηγικής με την επιλογή κατάλληλων μέσων προβολής και τέλος την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς των παραπάνω.

Στην Ελλάδα οι ειδικοί αγωγής υγείας οφείλουν να επικεντρώσουν την προσοχή τους κυρίως στους έφηβους ηλικίας 14 – 17 ετών και στους νέους 18 – 24 ετών, όπως προκύπτει από πρόσφατες έρευνες. Σύμφωνα με τους διευκολυντικούς και ανασταλτικούς παράγοντες της χρήσης αλκοόλ, τα μηνύματα αγωγής υγείας που απευθύνονται στον εφηβικό πληθυσμό θα πρέπει να είναι άμεσα, απλά, κατανοητά, να χρησιμοποιούν εκφράσεις και γενικότερα τη «γλώσσα» των νέων, αμφίπλευρα και να δίνουν έμφαση στα οφέλη της μη χρήσης αλκοόλ, να επιχειρούν με αντεπιχειρήματα ν' αποσυνδέσουν την κατανάλωση αλκοόλ από την κοινωνικότητα, την καλή και χαλαρή διάθεση και φυσικά τη διασκέδαση, αλλά και να χρησιμοποιούν δημοφιλή προς τους νέους μουσική, εικόνες ή γράμματα με έντονα χρώματα. Τα μηνύματα αγωγής υγείας που απευθύνονται στους νέους (18 -24 ετών) θα πρέπει να επίσης να είναι άμεσα, κατανοητά, αμφίπλευρα και περιεκτικά, να υπογραμμίζουν τους κινδύνους που επιφέρει η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ τόσο στους ίδιους όσο και στους συνανθρώπους τους προτάσσοντας ως επιχείρημα την υιοθέτηση μιας υπεύθυνης και ενήλικης συμπεριφοράς. Το ύφος του μηνύματος θα πρέπει να είναι προτρεπτικό και να παραπέμπει σε μια ώριμη στάση ζωής και επίσης να αξιοποιεί το χιούμορ.

Η ευρείας κλίμακας κάλυψη των Μ.Μ.Ε. ασκεί μεγαλύτερη επιρροή από τις τοπικές ή περιφερειακές προσπάθειες στη μετάδοση πληροφοριών και διαμόρφωση κριτηρίων συμπεριφοράς. Τα κριτήρια για ένα σωστά διατυπωμένο ακοπό επικοινωνίας είναι: η συγκεκριμενοποίηση, η πρακτικότητα του μηνύματος, η εμπλοκή, ο ρεαλισμός και η αντιληπτικότητα. Η τηλεόραση αποτελεί ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό μέσο προσέγγισης των νέων και προβολής οπτικοακουστικών μηνυμάτων αγωγής υγείας, ενώ παρέχει τη δυνατότητα στους ειδικούς αγωγής υγείας να εκμεταλλευτούν τόσο την εικόνα όσο και την προσβασιμότητα. Ο συνεχής και συνεπής έλεγχος των αποτελεσμάτων κρίνεται απαραίτητος για την επίτευξη των στόχων του προγράμματος Αγωγής Υγείας.

Τα μηνύματα αγωγής υγείας θα πρέπει σε σημασιολογικό επίπεδο να είναι απλά, αμφίπλευρα και να επαναλαμβάνονται συχνά όταν απευθύνονται σε νέους. Σε πληροφοριακό επίπεδο, θα πρέπει το ύφος του μηνύματος να είναι προτεπτικό και να παραπέμπει σε μια ώριμη στάση ζωής, ενώ η γλώσσα που χρησιμοποιείται να προσεγγίζει τη γλώσσα του συγκεκριμένου πληθυσμού – στόχου. Τα τεχνικά χαρακτηριστικά όπως η μουσική και τα χρώματα του μηνύματος θα πρέπει ν' αντιστοιχούν στην εκάστοτε ηλικιακή ομάδα, ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο ελκυστικά. Τέλος, υπάρχουν δύο τρόποι επεξεργασίας ενός μηνύματος: η κεντρική και η περιφερειακή οδός. Η πρώτη χαρακτηρίζεται από έμφαση στο

περιεχόμενο του μηνύματος και λεπτομερή επεξεργασία των πληροφοριών που περιέχονται σ' αυτό, ενώ η δεύτερη από επιφανειακή προσέγγιση του μηνύματος και έμφαση στα περιφερειακά στοιχεία της επικοινωνίας, όπως η αξιοπιστία της πηγής.

Ο επίσημος φορέας στην Ελλάδα που έχει ασχοληθεί τα τελευταία χρόνια με τη δημιουργία τηλεοπτικής καμπάνιας για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ είναι το Ελληνικό Ινστιτούτο Μεταφορών (I.MET.) του Εθνικού Κέντρου Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης. Όπως οι περισσότερες καμπάνιες σε διεθνές επίπεδο έτσι και η συγκεκριμένη ενημερωτική εκστρατεία συνδέει την κατανάλωση οινοπνευματωδών με την οδική ασφάλεια. Το I.MET. υλοποιεί μία σειρά δράσεων, όπως: Συγγραφή βιβλίων για τα Γυμνάσια και τα Λύκεια με σκοπό την ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα κυκλοφοριακής αγωγής, προβολή ενημερωτικών σποτς στα μέσα μαζικής ενημέρωσης με τη συμμετοχή του Γιώργου Τσαλίκη και επισκέψεις του κλειστού ημιφορτηγού με τον προσομοιωτή οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ. Το σλόγκαν της εκστρατείας Όχι Απόψε - Οδηγώ με κεντρικό μήνυμα το Μία Παρέα - Ένας Οδηγός Κάθε Φορά είναι απλό, περιεκτικό, ενώ επικεντρώνεται άμεσα στο στόχο και την ιδέα της ενημερωτικής καμπάνιας, δηλαδή στο να αποτρέψει τα άτομα να οδηγούν έχοντας καταναλώσει αλκοόλ.

Σημαντικές καμπάνιες και ενημερωτικό υλικό κατά της χρήσης αλκοόλ έχει εκπονήσει το Υπουργείο Μεταφορών του Ηνωμένου Βασιλείου. Η πιο πρόσφατη εκστρατεία εκμεταλλεύτηκε ένα παγκοσμίου φήμης αθλητικό γεγονός για να προωθήσει τα μηνύματα αγωγής υγείας με τη μορφή σποτ σε ραδιόφωνο, τηλεόραση, κινηματογράφο και ενημερωτικών φυλλαδίων σε μπαρ και Μέσα Μαζικής Μεταφοράς. Τα μηνύματα αποσκοπούν στην ενημέρωση κυρίως των νέων ανδρών για τους κινδύνους και τις συνέπειες της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ. Τα βασικά μηνύματα είναι: Μην πίνεις και οδηγείς, Χρειάζεται λιγότερο απ' όσο νομίζεις για να γίνει κάποιος οδηγός υπό την επήρεια αλκοόλ, Δεν μπορεί κάποιος να υπολογίσει τα όρια αντοχής του στο αλκοόλ και Προσοχή στις επικίνδυνες στιγμές: Πάμε για ένα γρήγορο ποτό! Τα παραπάνω μηνύματα είναι σύντομα, αποτρεπτικά, αμφίπλευρα και δεν αφήνουν κανένα περιθώριο αμφισβήτησης, ενώ και πάλι παρατηρείται σύνδεση της ενημερωτικής καμπάνιας κατά της χρήσης αλκοόλ με την ασφαλή οδήγηση και όχι με άλλους τομείς.

Επίλογος

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει διαφοροποιηθεί το σημασιολογικό περιεχόμενο εννοιών, όπως υγεία, ασθένεια, αλκοολισμός. Σ' αυτό έχουν συμβάλει οι διαδικασίες της Δημόσιας Υγείας, της Αγωγής Υγείας, αλλά και η επικράτηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου αντιμετώπισης της υγείας και της ασθένειας, που προτείνει μια ολιστική παρέμβαση σε οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό καθώς επίσης και περιβαλλοντικό επίπεδο. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η υγεία είναι πλέον μια θετική έννοια που ορίζεται ως η κατάσταση φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας, ενώ σήμερα τα άτομα θεωρούνται υπεύθυνα για τη διασφάλιση των απαραίτητων για την υγεία παραμέτρων και την αποφυγή βλαβερών συνηθειών. Αντίθετα, η ασθένεια είναι μια μορφή μη εξασφάλισης των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων με βιο-φυσιολογικές, ατομικές και κοινωνικές προεκτάσεις. Το ακριβές νόημα της ασθένειας προσδιορίζεται μέσα στο εκάστοτε κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, όπως αυτό διαμορφώνεται από τις νόρμες και τις αξίες που ισχύουν και το συμβολικό περιεχόμενο που της προσδίδουν.

Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη αντιμετωπίζει πλέον την υγεία ως ένα πολυπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο με σαφείς κοινωνικές, ψυχολογικές, βιολογικές και πολιτισμικές παραμέτρους. Το ερευνητικό αντικείμενο της Ψυχολογίας της Υγείας εστιάζεται στην αλληλεπίδραση διαφόρων κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων στην υγεία, στις επιπτώσεις του στρες και της αρρώστιας στον ψυχισμό και τη συμπεριφορά του ατόμου, στις ψυχοσωματικές διαταραχές. Επιπλέον, επαναπροσδιορίζεται η σχέση μεταξύ ασθενή και θεραπευτή και η λειτουργία των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας. Η υγεία προάγεται και η νόσος αποτρέπεται μέσω του εντοπισμού και του ελέγχου των παραγόντων επικινδυνότητας.

Παρόλο που το αλκοόλ και τα ναρκωτικά θεωρούνται ουσίες εξάρτησης, ωστόσο παρουσιάζουν μια ουσιαστική διαφορά. Το μεν αλκοόλ αποτελεί «νόμιμη» ουσία εξάρτησης με την έννοια ότι η χρήση του δεν διώκεται ποινικά, όπως και το τσιγάρο, ενώ είναι κοινωνικά αποδεκτά και εύκολα προσβάσιμα. Αντίθετα, ουσίες, όπως η κάνναβη, η κοκαΐνη, η ηρωίνη, θεωρούνται «παράνομες». Σήμερα, ο μονοδιάστατος όρος «αλκοολικός» τείνει πλέον να αντικατασταθεί από τον όρο «προβληματικός πότης», ενώ ο «αλκοολισμός» διακρίνεται σε «σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ» από τα «προβλήματα ή ανικανότητες που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ». Οι αιτίες του αλκοολισμού είναι πολυπαραγοντικές και υπόκεινται σε συνεχή αλληλεξάρτηση για να οδηγήσουν στην εκδήλωση του φαινομένου με κυριότερες τη δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ, την τιμή, τη νομιμότητα, την κοινωνική αποδοχή, το κοινωνικό περιβάλλον, τα Μ.Μ.Ε., τη διαφήμιση, την εργασία, τον τρόπο ζωής και φυσικά την ψυχαγωγία.

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του ΠΟΥ, οι άνθρωποι που καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά υπολογίζονται σε 2 δις παγκοσμίως. Η τάση που παρατηρείται παγκοσμίως είναι οι πλούσιες χώρες να μειώνουν την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ οι φτωχότερες και αναπτυσσόμενες περιοχές και εκείνες με οικονομίες σε μεταβατικό στάδιο να την αυξάνουν. Γενικότερα, το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης και η θρησκεία αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν τα επίπεδα της εγχώριας χρήσης αλκοόλ. Οι ευρωπαϊκές χώρες σημειώνουν την υψηλότερη επικράτηση χρήσης οινοπνεύματος σε όλο τον κόσμο. Περισσότεροι άντρες καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλης σε σύγκριση με τις γυναίκες, αν και τα ποσοστά παρουσιάζουν πλέον τάση σύγκλισης στις εφηβικές ηλικίες.

Η χρήση του αλκοόλ απειλεί την καλή κατάσταση της υγείας και την ευημερία των εφήβων. Είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό το γεγονός ότι οι σύγχρονες τάσεις γύρω από την κατανάλωση αλκοόλ εξαπλώνονται πλέον σε παγκόσμιο επίπεδο, επιβάλλοντας μόνες και συνήθειες, όπως τη συνειδητή χρήση αλκοόλ για τις ευχάριστες ψυχολογικές του επιδράσεις. Συνήθως, τα αγόρια ξεκινούν να πίνουν νωρίτερα σε σχέση με τα κορίτσια. Σήμερα πολλοί νέοι άνθρωποι πίνουν ουσιαστικά για να μεθύσουν. Η έρευνα της ESPAD (2003) για το σχολικό πληθυσμό σε χώρες της Ευρώπης δείχνει σαφέστατα υψηλότερη χρήση καπνού και οινοπνευματωδών από τους μαθητές σε σύγκριση με τα παράνομα ναρκωτικά.

Οι έφηβοι στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες της ESPAD παρουσιάζουν χαμηλό ποσοστό υπερβολικής και επικίνδυνης χρήσης (περιστατικά μέθης), αλλά εμφανίζουν υψηλό ποσοστό κατανάλωσης οινοπνευματωδών. Επίσης, είναι ιδιαίτερα ισχυρή η σύνδεση συχνότητας χρήσης και είδος ποτού που καταναλώνεται: όσο πιο συχνά πίνουν οι μαθητές τόσο περισσότερα ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε οινόπνευμα καταναλώνουν ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Η επιδημιολογία της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών δείχνει ότι η χώρα μας διατηρεί σε υψηλά επίπεδα τις συνήθειες της υπερκατανάλωσης νόμιμων αλλά βλαπτικών για την υγεία ουσιών, όπως ο καπνός, τα οινοπνευματώδη και ψυχοδραστικά φάρμακα άνευ συνταγής.

Στην Ελλάδα, η πορεία της χρήσης αλκοόλ μέσα στον χρόνο (1984 - 2004) εμφανίζει μια μικρή κάμψη. Κατά την τελευταία 20ετία, η κατανάλωση οινοπνευματωδών και η μέθη έχει μειωθεί σημαντικά σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα. Διαχρονικά (από το 1998 και μετά) παρατηρείται μείωση του ποσοστού των ατόμων που οδηγούν αφού έχουν πει αλκοόλ. Οι άνδρες πίνουν περισσότερο και πιο συχνά σε σύγκριση με τις γυναίκες με αναλογία περίπου 3 προς 1. Η μεγαλύτερη χρήση αλκοόλ παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα άνω των 36 ετών. Οι νεαροί ενήλικες 18 – 24 ετών και στα δύο φύλα αναφέρουν το υψηλότερο ποσοστό υπερβολικής κατανάλωσης και μέθης. Πιο πολλοί άνδρες από ότι γυναίκες αναφέρουν ότι οδηγούν μετά από χρήση αλκοόλ. Η πλειοψηφία των ατόμων αναφέρουν την παρέα ως το σπουδαιότερο λόγο για τη χρήση αλκοόλ, επίσης το κέφι, την χαλάρωση, την

αλλαγή της διάθεσης, τη γεύση και τη συνήθεια. Πρώτα σε προτίμηση των μαθητών έρχονται τα βαριά οινοπνευματώδη ποτά, ακολουθεί η μπίρα και τρίτο έρχεται το κρασί, ενώ κερδίζουν σε προτίμηση τα alcopops. Θετικό είναι το γεγονός ότι οι περισσότεροι έφηβοι αναγνωρίζουν τους κινδύνους της καθημερινής κατανάλωσης οινοπνευματωδών, ενώ με την πάροδο των χρόνων, φαίνονται καλύτερα ενημερωμένοι για τους κινδύνους από την κατανάλωση αλκοόλ. Απ' την άλλη όμως πιστεύουν ότι καταναλώνοντας αλκοόλ θα διασκεδάσουν, θα χαλαρώσουν, θα γίνουν πιο κοινωνικοί, χαρούμενοι και ομιλητικοί.

Μεγάλο μέρος του εμπορίου του αλκοόλ επικεντρώνεται στην Ευρώπη. Σήμερα, η παγκοσμιοποίηση των μέσων και των αγορών διαμορφώνει όλο και περισσότερο τις αντιλήψεις, τις επιλογές και τις συμπεριφορές των νέων ανθρώπων, που εμφανίζονται πιο επιρρεπείς στις τεχνικές μάρκετινγκ. Σ' αυτό συμβάλλουν και τα σύγχρονα Μ.Μ.Ε., που προσανατολίζονται περισσότερο στον εντυπωσιασμό μας. Περισσότερο από 1 δις δολάρια δαπανούνται κάθε χρόνο για τη διαφήμιση αλκοόλ. Ωστόσο, η έκθεση σε προληπτικά προγράμματα ενδέχεται να περιορίσει τη μελλοντική χρήση αλκοόλ τόσο στους μαθητές που έχουν δοκιμάσει όσο και σ' αυτούς που δεν έχουν πει οινοπνευματώδη.

Η χρήση αλκοόλ επιφέρει σημαντικές επιβαρύνσεις σε πολλούς τομείς της ζωής με σοβαρότερη επίπτωση στον τομέα της υγείας. Το αλκοόλ τοποθετείται στην τρίτη υψηλότερη θέση μεταξύ των 26 παραγόντων κινδύνου για την υγεία στην Ε.Ε. Ουσιαστικά επηρεάζει όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος. Συγκεκριμένα, αποτελεί ουσία εξάρτησης, αιτία για περίπου 60 διαφορετικές ασθένειες, όπως γαστρεντερικά προβλήματα, τραυματισμοί, καρδιαγγειακά νοσήματα, ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, καρκίνο, κίρρωση του ήπατος, σκελετικές και μυϊκές παθήσεις, αναπαραγωγικές και περιγενετικές καταστάσεις με αυξημένο κίνδυνο πρόωρων και ελαιοβαρών νεογνών. Επιπλέον, αυξάνει τις πιθανότητες και τη σοβαρότητα ορισμένων ασθενειών και ευθύνεται για νευρολογικές διαταραχές. Οι κοινωνικές επιπτώσεις περιλαμβάνουν από απλές κοινωνικές ενοχλήσεις μέχρι και σοβαρότατες συνέπειες, όπως παιδική κακοποίηση, οικογενειακά προβλήματα, βία, ακόμα και ανθρωποκτονία, ενώ οι πότες αντιμετωπίζουν και οικονομικές επιβαρύνσεις,

Σύμφωνα με έρευνες στην Ελλάδα, η εξάρτηση από το οινόπνευμα συνδέεται με τροχαίες παραβάσεις, με ατυχήματα και με παραπτώματα που σχετίζονται με βίαιη συμπεριφορά. Κάθε κοινωνία θέτει δικά της όρια σχετικά με τη χρήση ή κατάχρηση ουσιών, ενώ παράλληλα αναπτύσσει αντιλήψεις που διέπουν τη χρήση ουσιών βάσει των πολιτισμικών παραδόσεων και συνθηκών. Ο αγώνας κατά της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών αποσκοπεί στην κριτική των επικρατούσων απόψεων, στην άσκηση επιρροής στη συμπεριφορά της ομάδας-στόχου και στην παρακίνησή της ν' αλλάξει τρόπο ζωής προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Απαραίτητα στοιχεία αυτής της διαδικασίας αποτελούν η εκπαίδευση και η πληροφόρηση. Ο Π.Ο.Υ. προτείνει τα εξής μέτρα για την πρόληψη της χρήσης αλκοόλ: απαγόρευση πώλησης αλκοόλ σε νέους ανθρώπους, μονοπώλια στην παραγωγή και διάθεση

οινοπνεύματος, έλεγχοι στη χορήγηση αδειών, φορολογία, προειδοποιητικές ταμπέλες στα ποτά, περιορισμούς στη διαφήμιση και την προώθηση των οινοπνευματωδών, νομοθεσία, θεραπευτικά προγράμματα και μέθοδοι για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ και βραχείες συμβουλευτικές παρεμβάσεις.

Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας του ΥΠΕΠΘ αποτελούν το κυριότερο πλαίσιο εφαρμογής δράσεων πρόληψης στο πλαίσιο του σχολείου και φέρουν τον τίτλο Αλκοόλ ή υγεία – Πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων, ενώ περιλαμβάνουν ενημερωτικές και συμβουλευτικές παρεμβάσεις στους καθηγητές, τους γονείς και την κοινότητα, όπου εφαρμόζονται. Σύμφωνα με το ΕΠΨΥ, το 2005 μειώθηκαν οι προληπτικές παρεμβάσεις σε σχολεία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ αυξήθηκαν στη δευτεροβάθμια. Θετικό είναι το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια υλοποιούνται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης και ολιστικής παρέμβασης σε τοπικό επίπεδο, όπως στο Ν. Αχαΐας.

Στην Ελλάδα οι ειδικοί Αγωγής Υγείας οφείλουν να επικεντρώσουν την προσοχή τους κυρίως στους έφηβους ηλικίας 14 – 17 ετών και στους νέους 18 – 24 ετών, όπως προκύπτει από πρόσφατες έρευνες. Σύμφωνα με τους διευκολυντικούς και ανασταλτικούς παράγοντες της χρήσης αλκοόλ, τα μηνύματα αγωγής υγείας που απευθύνονται στον εφηβικό και ναενικό πληθυσμό θα πρέπει να είναι άμεσα, απλά, κατανοητά, περιεκτικά, αφίπλευρα, να χρησιμοποιούν τη «γλώσσα» των νέων, να δίνουν έμφαση στα οφέλη της μη χρήσης αλκοόλ, να επιχειρούν με αντεπιχειρήματα ν' αποσυνδέσουν την κατανάλωση αλκοόλ από την κοινωνικότητα, την καλή και χαλαρή διάθεση και φυσικά τη διασκέδαση, να υπογραμμίζουν τους κινδύνους που επιφέρει η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ τόσο στους ίδιους όσο και στους συνανθρώπους τους προτάσσοντας ως επιχείρημα την υιοθέτηση μιας υπεύθυνης και ενήλικης συμπεριφοράς. Το ύφος του μηνύματος θα πρέπει να είναι προτρεπτικό, να παραπέμπει σε μια ώριμη στάση ζωής και να αξιοποιεί το χιούμορ. Επίσης, μπορούν να χρησιμοποιούν δημοφιλή νεανική μουσική, εικόνες ή γράμματα με έντονα χρώματα.

Το Ελληνικό Ινστιτούτο Μεταφορών υλοποιεί μία σειρά δράσεων, όπως: Συγγραφή βιβλίων για τα Γυμνάσια και τα Λύκεια με σκοπό την ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα κυκλοφοριακής αγωγής, προβολή ενημερωτικών σποτς στα μέσα μαζικής ενημέρωσης με τη συμμετοχή του Γιώργου Τσαλίκη και επισκέψεις του κλειστού ημιφορτηγού με τον προσομοιωτή οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ. Το πιο πρόσφατο σλόγκαν της εκστρατείας Όχι Απόψε - Οδηγώ έχει ως κεντρικό μήνυμα το Μία Παρέα - Ένας Οδηγός Κάθε Φορά, που συμβαδίζει με τα παραπάνω χαρακτηριστικά για τα μηνύματα Αγωγής Υγείας που απευθύνονται στους νέους.

Προβληματική

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες στην Ελλάδα, οι νεαροί ενήλικες 18 – 24 ετών και στα δύο φύλα αναφέρουν το υψηλότερο ποσοστό υπερβολικής κατανάλωσης και μέθης, ενώ οι έφηβοι ηλικίας 14 – 17 ετών έχουν δοκιμάσει κάποιο οινοπνευματώδες ποτό σε ποσοστό 95,8%. Τα παραπάνω στοιχεία είναι ανησυχητικά καθώς μπορούν να επιφέρουν ποικίλες επιπτώσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Επιπλέον, επιβεβαιώνονται από την τελευταία έρευνα της ESPAD (2003), σύμφωνα με την οποία οι έφηβοι στην Ελλάδα παρουσιάζουν χαμηλό ποσοστό υπερβολικής και επικίνδυνης χρήσης (περιστατικά μέθης), αλλά εμφανίζουν υψηλό ποσοστό κατανάλωσης οινοπνευματωδών σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Επίσης, είναι ιδιαίτερα ισχυρή η σύνδεση συχνότητας χρήσης και είδος ποτού που καταναλώνεται: όσο πιο συχνά πίνουν οι μαθητές τόσο περισσότερα ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε οινόπνευμα καταναλώνουν ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας.

Η επιδημιολογία της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών δείχνει ότι η χώρα μας διατηρεί σε υψηλά επίπεδα τις συνήθειες της υπερκατανάλωσης νόμιμων μεν, βλαπτικών για την υγεία δε ουσιών, όπως ο καπνός, τα οινοπνευματώδη και ψυχοδραστικά φάρμακα άνευ συνταγής. Στην Ελλάδα, η πορεία της χρήσης αλκοόλ μέσα στον χρόνο (1984 - 2004) εμφανίζει μια μικρή κάμψη. Κατά την τελευταία 20ετία, η κατανάλωση οινοπνευματωδών έχει μειωθεί σημαντικά σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα. Το ίδιο ισχύει και για τη μέθη. Διαχρονικά (από το 1998 και μετά) παρατηρείται μείωση του ποσοστού των ατόμων που οδηγούν αφού έχουν πει αλκοόλ. Οι άνδρες πίνουν περισσότερο και πιο συχνά σε σύγκριση με τις γυναίκες με αναλογία περίπου 3 προς 1. Η μεγαλύτερη χρήση αλκοόλ παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα άνω των 36 ετών. Οι νεαροί ενήλικες 18 – 24 ετών και στα δύο φύλα αναφέρουν το υψηλότερο ποσοστό υπερβολικής κατανάλωσης και μέθης. Η πλειοψηφία των ατόμων αναφέρουν την παρέα ως το σπουδαιότερο λόγο για τη χρήση αλκοόλ, επίσης το κέφι, την χαλάρωση, την αλλαγή της διάθεσης, τη γεύση και τη συνήθεια.

Η μικρή κάμψη που εμφανίζει η κατανάλωση αλκοόλ τα τελευταία χρόνια δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση αιτία εφησυχασμού. Γι' αυτό και κρίνεται άσκοπη η επιλογή των αρμόδιων φορέων στη χώρα μας να μειώσουν το 2005 τις προληπτικές παρεμβάσεις σε σχολεία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, παρόλο που αυξήθηκαν στη δευτεροβάθμια. Όταν σχεδόν όλοι οι έφηβοι ηλικίας 14 – 17 ετών έχουν δοκιμάσει αλκοόλ, σημαίνει ότι οι προληπτικές παρεμβάσεις πρέπει να ξεκινούν από την πρώιμη εφηβική ηλικία για να υπάρξουν ικανοποιητικά αποτελέσματα στις στάσεις και συμπεριφορές των νέων. Και φυσικά τα μηνύματα αγωγής υγείας θα πρέπει να απευθύνονται και στην αμέσως επόμενη ηλικιακή ομάδα των νέων 18 – 24 ετών, όπως άλλωστε γίνεται μέσα από την ενημερωτική εκστρατεία του Ελληνικού Ινστιτούτου Μεταφορών. Ωστόσο, οι αρμόδιοι φορείς οφείλουν

να επαναπροσδιορίζουν διαρκώς τους στόχους τους μέσα από την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους και στη συνέχεια να δημιουργούν καινούρια μηνύματα αγωγής υγείας, λαμβάνοντας ως αφορμή διάφορα πολιτιστικά ή αθλητικά δρώμενα που προσελκύουν την προσοχή των νέων. Οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι συστηματικές, πολυεπίπεδες, να απευθύνονται στο συγκεκριμένο πληθυσμό-στόχο, να εξαντλούν όλα τα διαθέσιμα μέσα προκειμένου να έχουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Οι νέες εκστρατείες του I.MET. θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν και άλλα εφηβικά και νεανικά πρότυπα από τον καλλιτεχνικό και αθλητικό χώρο, αντίστοιχα με την τηλεοπτική καμπάνια με τον Γ. Τσαλίκη.

Τα τελευταία χρόνια διενεργούνται συστηματικά μελέτες και έρευνες γύρω από την Αγωγή Υγείας του αλκοόλ και των εξαρτησιογόνων ουσιών τόσο στο γενικό όσο και στο μαθητικό πληθυσμό. Ωστόσο, θα πρέπει να μελετηθεί εξίσου διεξοδικά η εμπορική διάσταση του αλκοόλ και συγκεκριμένα οι διαφημίσεις οινοπνευματωδών ποτών, οι χορηγίες της βιομηχανίας αλκοόλ σε μεγάλα αθλητικά, πολιτιστικά και καλλιτεχνικά γεγονότα και φυσικά οι σύγχρονες τεχνικές μάρκετινγκ, προκειμένου να μπορέσουν οι ειδικοί Αγωγής Υγείας να δημιουργήσουν κατάλληλα αντεπιχειρήματα, προληπτικές παρεμβάσεις και αποτελεσματικά μηνύματα προς τους νέους ανθρώπους.

Βιβλιογραφία

- Βάσιου, Π. (επ.), *Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2002*, Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., Αθήνα: 2003
- Βοσνιάδου, Σ., *Εισαγωγή στην Ψυχολογία*, Gutenberg, Αθήνα: 2000
- Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ, *Εγχειρίδιο Πρόληψη: Οινοπνευματώδη, Ναρκωτικά και Καπνός*, Διαχείριση έργου από την Ομάδα Πομπιντού για την Πρόληψη – Συμβούλιο της Ευρώπης, Αθήνα: 2001
- Ελληνική Βιβλιογραφία για το Αλκοόλ 2005, Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., Αθήνα: 2006
- Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα 2004, Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., Αθήνα: 2005
- Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα 2005, Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., Αθήνα: 2006
- Ζώτος, Γ. Χ., *Διαφήμιση*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη: 2000
- Κορδούτης, Π., Σ., (επ. Παπαστάμου, Σ.), *Η Κοινωνική Ψυχολογία στο Κατώφλι του 21^{ου} αιώνα*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα: 2000
- Μαρσέλος, Μ., *Εξαρτησιογόνες Ουσίες*, Τυπωθήτω, Αθήνα: 1997
- Ναυρίδης, Κ., *Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία*, Παπαζήση, Αθήνα: 1994
- ΟΚΑΝΑ και Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (επ. Μαλλιώρα), Μ., *Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες*, ΒΗΤΑ, Αθήνα: 1999
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., *Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα: 1999
- Παπαθανασόπουλος, Σ., *Η Δύναμη της Τηλεόρασης*, Καστανιώτης, Αθήνα: 1997
- Παπαστάμου, Σ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα: 2001
- Παρασκευόπουλος, Ι., Ν., *Εξελικτική Ψυχολογία*, τομ. 1, Αθήνα: 1983
- Παρασκευόπουλος, Ι., Ν., *Εξελικτική Ψυχολογία*, τομ. 4, Αθήνα: 1983
- Ποταμιάνος, Γ. Α., *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα: 1995
- Ποταμιάνος, Γ. Α., *ΑΛΚΟΟΛ: Νόμιμες Ουσίες Εξάρτησης*, Παπαζήση, Αθήνα: 1991
- Ποταμιάνος, Γ. Α., *ΑΛΚΟΟΛ: Επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και τη θεραπεία*, Λιβάνη, Αθήνα: 2005

- Υφαντής, Θ., *Οινοπνευματώδη Ποτά και Μαθητόκοσμος*, Διδακτορική Διατριβή, Ιωάννινα: 1990
- Abel, G. M., Plumridge, E. W. (2004). Network “Norms” or “Styles” of “Drunken Component”? *Health Education Research*, 19 (5): 492 - 500
- Adam, B., Beck, U., Van Loon, J., *The Risk Society and Beyond*, Sage Publications, London: 2000
- Anderson, P., Baumberg, B., (2006). *Το Αλκοόλ στην Ευρώπη από τη Σκοπιά της Δημόσιας Υγείας: Μια αναφορά για την Ευρωπαϊκή Επιτροπή*, Ινστιτούτο Μελετών του Αλκοόλ, Ηνωμένο Βασίλειο
- Brady, J. (2006). The Association Between Alcohol Misuse and Suicidal Behaviour. *Alcohol & Alcoholism*, 41 (5): 473 – 478
- Conner, K. R., Duberstein, P. R. (2004). Predisposing and Precipitating Factors for Suicide among Alcoholics: Empirical Review and Conceptual Integration. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 28 (5): 6 - 17
- Dixit, A. R., Crum, R. M. (2000). Prospective Study of Depression and the Risk of Heavy Alcohol Use in Women. *American Journal of Psychiatry*, 157: 751 - 758
- Douglas, M., *Risk and Blame: essays in cultural theory*, Routledge: 1992
- Dyer, G., *Η Διαφήμιση ως Επικοινωνία*, Πατάκη, Αθήνα: 1993
- Ellickson, P. L., Collins, R. L., Hambarsoomians, K., McCaffrey, D., F. (2005). Does Alcohol Advertising Promote Adolescence Drinking? Results from a Longitudinal Assessment. *Addiction*, 100: 235 – 246
- English D. R. et al. (1995). *The Quantification of Drug Caused Morbidity and Mortality in Australia, 1992*. Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra
- Gefou-Madianou, D. (ed.), *Alcohol, Gender and culture*, Routledge, London: 1992
- Gmel, G., Rehm, J. (2003). Harmful Alcohol Use. *Alcohol Research and Health*, 27 (1): 52 - 62
- Gomberg, E. S. L. (1993). Women and Alcohol: Use and Abuse, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (4): 211 - 219
- Jackson, C., (1997). Initial and Experimental Stages of Tobacco and Alcohol Use during Late Childhood: Relations to Peer, Parent and Personal Risk Factors, *Addictive Behaviors*, 22 (5): 685 - 698

- Jernigan, D. H. (1997). *Thirsting for Markets: the Global Impact of Corporate Alcohol*, The Marin Institut for the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems, San Rafael
- Jernigan, D. H. (2001). *Global Status Report: Alcohol and Young People*, WHO, Geneva
- John, U. & Hanke, M. (2002). Alcohol-Attributable Mortality in a High per Capita Consumption Country – Germany. *Alcohol & Alcoholism*, 37 (6): 581 – 585
- Klatsky, A. L., Friedman, G. D., Armstrong, M. A., Kipp, H. (2003). Wine, Liquor, Beer and Mortality. *American Journal of Epidemiology*, 158 (6): 585 – 595
- Klingemann, H., Gmel, G. (eds.). *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht: 2001
- Martin, S. E., Snyder, L. B., Hamilton, M., Fleming-Milici, F., Slater, M. D., Stacy, A., Chen, M.-J., Grube, J. W. (2002). Alcohol Advertising and Youth. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26 (6): 900 – 906
- MacPhail, C., Campbell, C. (2001). “I think condoms are good but, aai, I hate those things”: Condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Social Science & Medicine*, 52: 1613 – 1627
- McQuail, D., *Η Θεωρία της Μαζικής Επικοινωνίας για τον 21^ο Αιώνα*, Καστανιώτης, Αθήνα: 2003
- Murray, R. P., Connett, J. E., Tyas, S. L., Bond, R., Ekuma, O., Silversides, C. K., Barnes, G., E. (2002). Alcohol Volume, Drinking Pattern, and Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: Is There a U-shaped Function? *American Journal of Epidemiology*, 155 (3): 242 – 248
- Nettleton, S. , *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*, Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα: 2002
- Österberg, E. (2004). *What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control?*, WHO, Regional Office for Europe (Health Evidence Network report)
- Pan American Health Organization (PAHO) (2004). *Report of the North American Consultation Meeting on the Revision of the International Health Regulations (IHR)*, PAHO, Ottawa, Canada
- Piazzet, J., *Η ψυχολογία της Νοημοσύνης*, Καστανιώτης, Αθήνα: 1988
- Postman, N., *Διασκέδαση μέχρι Θανάτου: ο Δημόσιος Λόγος στην Εποχή του Θεάματος*, Δρομέας, Αθήνα: 1998

- Renaud, S. C., Guéguen, R., Conard, P., Lanzmann-Petithory, D., Orgogozo, J., Henry, O. (2004). Moderate Wine Drinkers Have Lower Hypertension-related Mortality: A Prospective Cohort Study in French Men. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 80: 621 – 625
- Sacco, R. L. et al. (1999). The Protective Effect of Moderate Alcohol Consumption on Ischemic Stroke. *Journal of the American Medical Association*, 281 (1): 53 - 60
- Snyder, L. B., Fleming-Milici, F., Mitchell, E. W, Proctor D. C. B. (2000). Media, Product Differences, and Seasonality in Alcohol Advertising in 1997. *Journal of Alcohol Studies*, 61: 896 – 906
- Tang, K. C., Beaglehole, R. & O' Byrne, D. (2005). Policy and Partnerships for Health Promotion – Addressing the Determinants of Health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (12): 884 - 885
- World Health Organization (1952). *Technical Report Series No 48, Alcoholism Subcommittee*, WHO, Geneva
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*, WHO, Canada
- World Health Organization (1998). *Report of the Forty – Eighth Session: Regional Committee for Europe*, WHO, Copenhagen
- World Health Organization (2001). *Declaration on Young People and Alcohol*, 2001, WHO, Geneva
- World Health Organization (2001). *A Summary of Global Status Report on Alcohol*, WHO, Geneva
- World Health Organization (2002). *Development of Projects for Prevention of Harm from Alcohol Abuse*, WHO, New Delhi
- World Health Organization (2002). *Alcohol in Developing Societies: A Public Health Approach. Summary*, WHO, Geneva
- World Health Organization (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*, WHO, Geneva
- World Health Organization (2006). *Largely Preventable Chronic Diseases cause 86% of deaths in Europe: 53 WHO European Member States map a strategy to curb the epidemic* (Press Release), WHO, Copenhagen
- World Health Organization (2006). *Report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health*, WHO, Geneva

Xin, X., He, J., Frontini, M. G., Ogden, L. G., Motsamai, O. I., Whetlton, P. K. (2001). Effects of Alcohol Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension*, 38: 1112 – 1117

Διαδικτυακές πηγές:

www.aa-greece.gr

<http://alcac.oxfordjournals.org/>

www.blackwell-synergy.com/

www.ec.europa.eu/health/-eu/doc/alcoholineu_sum_gr_en.pdf

www.ektepn.gr/

www.epipsy.gr/

www.espad.org

www.hit.certh.gr/

<http://jech.bmjournals.com/>

www.mednet.gr/agogi/alkool.htm

www.okana.gr

www.psychat.gr

www.thinkroadsafety.gov.uk

www.who.int/

www.wma.net/e/policy/a22.htm

www.ydt.gr