

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας

**Τίτλος: Ιατρική Κάνναβη, στάσεις και
αντιλήψεις των λειτουργών υγείας ως προς την επικείμενη χρήση της.**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παπανικολοπούλου Μάρθα

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Επιβλέπων: Σπυριδάκης Μάνος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Μέλος: Δρ Κουτσούκου Ηλέκτρα, Διδάσκουσα

Μέλος: Καρακατσάνη Δέσποινα, Καθηγήτρια

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2018

© Έτος 2018 Μάρθα Παπανικολοπούλου.

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας έκδοσης, εξολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση των μελετών για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τους συγγραφείς. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα των κειμένων εκφράζουν τους συγγραφείς και μόνο.

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία η ιατρική κάνναβη έχει το κύριο λόγο στις απόψεις και τις αντιλήψεις των λειτουργών υγείας ως προς την επικείμενη χρήση της. Υπάρχει μία γενική τάση στις πολιτικές της Ευρώπης και του κόσμου να προσεγγίσουν πιο ρεαλιστικά τα μαλακά ναρκωτικά και ένα από αυτά είναι και η κάνναβη. Το πρώτο μέρος ξεκινά με την ανάλυση της έννοιας του ναρκωτικού, το δικαίωμα των ανθρώπων στις ναρκωτικές ουσίες και τα κοινωνικά, πολιτισμικά και ιατρικά προβλήματα που συνδέονται με την έννοια της χρήσης. Σε αυτό το σημείο γίνεται αναφορά, μέσα από τις εικόνες και τις πράξεις των ψυχοτρόπων ουσιών, με ποιο τρόπο τα κοινωνικά δίκτυα και τα μέσα μαζικής επικοινωνίας επηρεάζουν και διαμορφώνουν αρνητικά η θετικά, τα στερεότυπα και τις παγιωμένες πολλές φορές κοινωνικές αντιλήψεις. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στο ενδοκανναβινοειδές σύστημα, την ιστορική εξέλιξη της ιατρικής κάνναβης και τον τρόπο της εφαρμογή της και της ερμηνείας της στη καινοτόμα νομοθετική της ρύθμιση.

Τα παραπάνω θέματα του θεωρητικού μέρους εξετάζονται λεπτομερώς στο επόμενο τμήμα αυτής της έρευνας. Στο δεύτερο μέρος αναλύονται οι απόψεις 10 λειτουργών υγείας που θα τους ζητηθεί στο άμεσο μέλλον η πραγματοποίηση της συνταγογράφησης της ιατρικής κάνναβης. Αναφέρθηκαν γενικότερα στις μέχρι τώρα εμπειρίες τους για τα ναρκωτικά και ειδικότερα για τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα που θα τους επιφέρει η νέα τροπολογία. Επικεντρώθηκαν κυρίως στις οπισθοδρομικές αντιλήψεις της ελληνικής κοινωνίας για τις ναρκωτικές ουσίες και ότι ίσως αυτό θα είναι ο σκόπελος στην εξέλιξη της ιατρικής κάνναβης. Με πολλαπλές απόψεις εστίασαν στο θέμα της νομοθετικής ρύθμισης της ιατρικής κάνναβης και τη καλύτερη διαμόρφωση της ατομικής και της κοινωνικής ασφάλειας αυτής. Κατέληξαν ότι μόνο ένα σωστά οριοθετημένο και ορθό πλαίσιο, αυτό της νόμιμης χορήγησης της ιατρικής κάνναβης, κάτω από ιατρική επίβλεψη, θα βοηθήσει στη κατανάλωση και τη χρήση.

Λέξεις κλειδιά: ιατρική κάνναβη, ναρκωτικό, στερεότυπα, στίγμα, συνταγογράφηση, λειτουργοί υγείας, ενδοκανναβινοείδες σύστημα, νομιμοποίηση.

Abstract

In this work, medical hemp has the main reason for health practitioners' perceptions and perceptions about their upcoming use. There is a general tendency for Europeans and the people of the world to approach soft drugs more realistically and one of them is cannabis. The first part begins with the analysis of the concept of the drug, the right of people to drugs and the social, cultural and medical problems associated with the concept of use. At this point, through the images and actions of psychotropic substances, how social networks and the mass media influence and shape negatively the positive, the stereotypes and the often established social perceptions. Next, the endocannabinoid system, the historical evolution of medical hemp and the way it is applied and interpreted in its innovative legislative regulation are mentioned.

The above topics of the theoretical part are discussed in detail in the next section of this research. In the second part we analyze the views of 10 health workers who will be asked in the near future to make the prescription of medical cannabis. They have generally referred to their experiences so far about drugs, and in particular the positive and negative feelings that the new amendment will bring them. They focused mainly on the backward-looking perceptions of Greek society on drugs, and that this may be the hindrance to the development of medical cannabis. In many ways, they focused on the issue of regulating medical hemp and better shaping individual and social security. They concluded that only a properly delineated and correct framework, that of the legal allocation of medical cannabis, under medical supervision, would help in consumption and use.

Keywords: medical hemp, drug, stereotypes, stigma, prescribing, health officials, endocannabinoid system, legalization.

Πίνακας Περιεχομένων

Περιεχόμενα.....	1
Ευχαριστίες.....	10
Ευρετήριο Σχημάτων και Γραφημάτων.....	9
Εισαγωγή.....	11

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΠΕΡΙΓΡΑΦΟΝΤΑΣ ΤΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΟ;

1.1 Τα ναρκωτικά	14
1.2 Οι παθολογικές συνέπειες της χρήσης της.....	15
1.3 Οι κατηγορίες των καταναλωτών	16
1.4 Ναρκωτικά :Ένας πόλεμος εναντίον ανθρώπων.....	18
1.5 Η ελεύθερη 'διάθεση' του σώματος.....	21
1.6 Το δικαίωμα στη φαρμακευτική 'ουσία'.....	22
1.7 Η κοινωνική και ανθρωπολογική αντίληψη για τις ψυχοτρόπες ουσίες.....	24
1.8 Η συμμετοχή των πολιτών	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

2.1 Τα αρνητικά επιχειρήματα	31
2.2 Μ.Μ.Ε, «'σκοτώνουν' ανθρώπινες σχέσεις και 'βιάζουν' ανθρώπινες ψυχές;»	34
2.3 Τα στερεότυπα.....	36

2.4 Το στίγμα	37
2.5 Θετικές σκέψεις	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

3.1 Ευλογία ή κατάρα	42
3.2 Ελληνιστικά, Βυζαντινά, Ρωμαϊκά χρόνια- Μεσαίωνα.....	43
3.3 17 ^{ος} -20 ^{ος} αιώνας.....	44
3.4 Οι προστάτες της κοινωνίας	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΟ ΕΝΔΟΚΑΝΝΑΒΙΝΟΕΙΔΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑ

4.1 Το φυτό	54
4.2 Ενδοκανναβινοειδες συστημα	55
4.3 Τα δραστικά συστατικά	56
4.4 Τα κανναβινοειδή.....	56
4.5 Τα δύο γνωστότερα Κανναβινοειδή	57
4.6 Λειτουργίες του συστήματος ενδοκανναβινοειδών	60
4.7 Φαρμακευτικά προϊόντα	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΛΛΑΔΑ-ΕΥΡΩΠΗ- ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ

Μια φιλελεύθερη προσέγγιση των ναρκωτικών;

5.1 Αποποινικοποίηση- Νομιμοποίηση	64
5.2 Η ελληνική πραγματικότητα	65

5.3 Ευρωπαϊκές Χώρες- Κράτη	69
5.4 Παγκόσμια νομοθεσία κρατών- χωρών	74
5.5 Η νόμιμη κοινωνικοποίηση	76

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός –Στόχοι	79
6.2 Ερευνητικές Προσδοκίες	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΣΚΕΨΗ

7.1 Το δείγμα	81
7.2 Τα στάδια της έρευνας	82
7.3 Η διαδικασία	83
7.4 μεθοδολογία	84
7.5 Δυσκολίες κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	86

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1 ανάλυση έρευνας	87
---------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

9.1 συζήτηση	110
--------------------	-----

9.2 συμπεράσματα	110
9.3 Πρόταση μελλοντικών ενεργειών και πρακτικών	113

Ευρετήριο σχημάτων και γραφημάτων

Σχήμα 1	16
Γράφημα 1	87
Γράφημα 2	88
Γράφημα 3	88
Γραφημα 4	89
Γραφημα 5	89
Γραφημα 6	102
Εικόνα 1.....	45
Εικόνα 2.....	58
Εικόνα 3.....	59
Πινάκας 1	62
Πινάκας 2	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	115
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	125

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στους ανθρώπους που συνετέλεσαν ο καθένας με διαφορετικό τρόπο στη πραγματοποίηση της. Συνεπώς να ευχαριστήσω τον επόπτη καθηγητή μου κ. Σπυριδάκη Μάνο, για την εμπιστοσύνη που μου έδωσε κατά αρχάς αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα. Η επιστημονική καθοδήγηση του, οι υποδείξεις τους, η υποστήριξή τους, η υπομονή τους και οι πολύτιμες ιδέες τους, του ιδίου και των υπόλοιπων μελών της τριμελούς επιτροπής, Κουτσούκου Ηλέκτρας, και Καρακατσάνη Δέσποινας συμβάλλανε στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Επίσης οφείλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερος όλους τους Λειτουργούς Υγείας, που παρότι το λιγοστό πολύτιμο χρόνο τους, άμεσα ανταποκρίθηκαν στη πρόσκληση μου να συμμετάσχουν σε αυτή την έρευνα. Οι συνεντεύξεις τους ήταν το σπουδαιότερο εργαλείο στην εκπόνηση αυτής της έρευνας.

Επιπρόσθετα θα ήθελα να εκφράσω την απεριόριστη αγάπη και ευγνωμοσύνη, στην οικογένεια μου, οι οποίοι είναι πάντοτε αδιαίρετοι συμπαραστάτες και αρωγοί στις επιλογές και την προσπάθεια μου καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Τέλος, ευχαριστώ θερμά τους φίλους μου, που μου μετέδιδαν την ηθική και συναισθηματική στήριξή τους σε κάθε δύσκολή στιγμή της εκπαιδευτικής πορείας μου.

Εισαγωγή

Η ιστορία της ιατρικής κάνναβης παγκοσμίως έχει επιφέρει αλλαγές ως προς την εφαρμογή της στο θεραπευτικό και το θεσμικό κομμάτι της και στην Ελλάδα. Οι θεραπευτικές τις ιδιότητες προϋπήρχαν και εμφανίζονται σε όλους τους γνωστούς πολιτισμούς εδώ και χιλιάδες χρόνια. Σε αυτούς τους αιώνες η ιατρική κάνναβη αναφέρεται για τη χρήση και τη θεραπεία πολλών ασθενειών και τη συνακόλουθη βελτίωση ή μείωση των συμπτωμάτων τους. Παρόλα, τη σκληρή κατασταλτική αντιμετώπιση της που επιβλήθηκε από τις ΗΠΑ, η ευρωπαϊκή πλευρά χρόνια μετά συνειδητοποίησε τη διαφορετικότητα αυτού του φυτού και μετέβηκε σε ολική στροφή υπέρ της θεραπευτικής κάνναβης. Όλες οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν στην απομάκρυνση της ποινικής καταδίκης του ζητήματος, και στην αποκάλυψη της ιατρικής πλευράς του θέματος.

Το πρώτο μέρος της εργασίας αφορά τη μελέτη της ιατρικής κάνναβης και επιχειρεί ,να καταδείξει τις **«στάσεις και αντιλήψεις των λειτουργών υγείας ως προς την επικείμενη χρήση της»**. Επιπροσθέτως μελετήσαμε τα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η κάνναβη είναι ένας πολύτιμος σύμμαχος και όχι ένα «παρεξηγημένο» ναρκωτικό στη φαρέτρα των φαρμακευτικών σκευασμάτων ,με πολλές όμως ιστορικές διακυμάνσεις και αμφισβητήσεις στο όνομα αυτής.

Αρχικά στο κεφάλαιο ένα, γίνεται η ανάλυση ενός εκ των θεμάτων ταμπού στην ελληνική κοινωνία , τα ναρκωτικά .Καθώς διαφαίνονται οι απόψεις ότι η νομιμοποίηση τους είναι ένα βήμα προς μια φιλελεύθερη προσέγγιση με επίκεντρο τον σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων, ο δημόσιος διάλογος που ακολουθείται συχνά καταλήγει σε στρέβλωση των «αληθινών» γεγονότων.

Τα αρνητικά και θετικά προσχήματα της κοινωνίας παρουσιάζονται στο δεύτερο κεφάλαιο. Ακόμη αναλύεται ότι αυτά τα δεδομένα ακολουθούνται πάντοτε από κάποια στερεότυπα ή από κάποιους που εξουσιαστικά πιστεύουν ότι είναι οι προστάτες της δημόσιας υγείας. Ένα μεγάλο κομμάτι της ελληνικής κοινωνίας και των λειτουργών υγείας περιγράφεται ότι στηρίζει την ανάγκη αποποινικοποίησης, νομιμοποίησης και ρύθμισης της ιατρικής κάνναβης. Στη συνέχεια μελετώνται και οι αντίθετες απόψεις των οπαδών της ,μη αποποινικοποίησης των ναρκωτικών, η οποία πιστεύεται ότι θα οδηγήσει σε απότομες στρεβλώσεις τη κοινωνία.

Στη συνέχεια, γίνεται ανάλυση του ιστορικού πλαισίου της ιατρικής κάνναβης από το 2000 π. Χ. έως το σήμερα, φτάνοντας στο τέταρτο κεφάλαιο όπου περιγράφεται το ίδιο το φυτό, το άγνωστο ενδοκανναβινοειδές σύστημα και η φαρμακευτική δραστηριότητα του.

Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους γίνεται προσπάθεια της παρουσίασης των νεοσύστατων νομοθετικών πλαισίων σε Ελλάδα, Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο. Πάνω σε αυτή τη βάση η αποποινικοποίηση μπορεί να είναι η αρχή προς μια προοδευτική φιλελεύθερη προσέγγιση, όμως θα πρέπει να είναι συνυφασμένη με ένα γενικότερο πλαίσιο νομιμοποίησης, ρύθμισης και ελέγχου της αγοράς ώστε να προστατευθεί πλήρως ο πολίτης.

Όσον αφορά το δεύτερο σκέλος αναπτύσσεται η μεθοδολογική σκέψη της ερευνήτριας παρουσιάζοντας το σκοπό, το στόχο και τις ερευνητικές προσδοκίες της. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η ανάλυση και η παρουσίαση του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι λειτουργοί υγείας την επικείμενη χρήση της ιατρικής κάνναβης. Ο φόβος και η παραπληροφόρηση, η παραβατικότητα και οι κίνδυνοι αλλά και τα οφέλη που πιθανόν ενέχονται σε αυτή τη νέα τροπολογία περί ιατρικής κάνναβης ήταν θέματα αρνητικά ή θετικά που παρατίθενται εκτενώς σε αυτό το σημείο της έρευνας.

Επίσης, στο έβδομο κεφάλαιο περιγράφεται συνολικά η ερευνητική διαδικασία, όπως αυτή είναι, η επιλογή του δείγματος, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, η συλλογή του υλικού και οι δυσκολίες και οι αδυναμίες που συναντήθηκαν σε όλα τα στάδια της έρευνας. Η ανάλυση της έρευνας ολοκληρώνεται στο όγδοο κεφάλαιο με τα τελικά αναλυτικά αποτελέσματα των απόψεων των λειτουργών υγείας πάνω στο θέμα της συνταγογράφησης της ιατρικής κάνναβης.

Κλείνοντας παρατίθεται στο τελευταίο κεφάλαιο κάποιες ολοκληρωμένες προτάσεις ως προς το θεσμικό πλαίσιο που πρέπει να ακολουθήσουν οι λειτουργοί υγείας, ώστε να γίνει ομαλά το μεταβατικό στάδιο της ορθής χορήγησης της θεραπευτικής κάνναβης

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΠΕΡΙΓΡΑΦΟΝΤΑΣ ΤΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΟ;

1.1 Τα ναρκωτικά

Σε όλο τον κόσμο υπάρχει μια επαναλαμβανόμενη και έντονη συζήτηση για την ιατρική κάνναβη, είναι ναρκωτικό ή είναι λιγότερο ναρκωτικό, τι κρύβεται τελικά πίσω από τη σκοπιμότητα της απαγόρευσης της και της παγκόσμιας νομιμοποίησης της;

Σύμφωνα λοιπόν με απόσπασμα των άρθρων από την Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας, με το Ν. 4139/2013, Μέρος Α', Νόμος Περί Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Κεφ. Α', Ναρκωτικά και Πρόδρομες Ουσίες, αρθ. 1, ως ναρκωτικά ορίζεται : *«Με τον όρο «ναρκωτικά», κατά την έννοια του νόμου αυτού, νοούνται ουσίες με διαφορετική χημική δομή και διαφορετική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα και με κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα τη μεταβολή της θυμικής κατάστασης του χρήστη και την πρόκληση εξάρτησης διαφορετικής φύσης, ψυχικής ή και σωματικής και ποικίλου βαθμού, καθώς και την ανακούφιση των χρονίως πασχόντων από τα συμπτώματα συγκεκριμένης νόσου, για την οποία αυτές κρίνονται ιατρικά επιβεβλημένες»* (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας: 20 Μαρτίου 2013).

Προσεγγίζοντας το θέμα, τα ναρκωτικά είναι χημικές, φυσικές η τεχνικές ουσίες που βοηθούν τη μεταβολή της ψυχολογίας και της νοητικής δραστηριότητας στους ανθρώπους που τα καταναλώνουν. Για αυτό το λόγο προσδίδουν και στη κάνναβη μία διπλή υπόσταση. Αρχικά ,αυτή της φαρμακολογικής έννοιας , εφόσον η κάνναβη δραστηριοποιείται στις νοητικές λειτουργίες του εγκεφάλου αλλά αφετέρου και της νομικής, ως ναρκωτική ουσία επικίνδυνη για το άτομο και την κοινωνία εφόσον η ίδια ανήκει στο πίνακά των ναρκωτικών (Giancarlo Arnao:1978).

Όπως αναφέρει και ο Giancarlo Arnao, (1978) *«Ο κοινός ορισμός του ναρκωτικού δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένες ουσίες αλλά γενικά και αόριστα σε μια «ουσία που δίνει ηδονή, αλλά και σκλαβώνει τον άνθρωπο και στο τέλος τον καταστρέφει». Ο όρος ναρκωτικό χρησιμοποιείται χωρίς να έχει προσδιοριστεί, ενώ τα κριτήρια και το περιεχόμενο των διαφόρων ορισμών ανακατεύονται μεταξύ τους. Ειδικά στην περίπτωση της κάνναβης, είναι αρκετά συνηθισμένη η παρακάτω επιχειρηματολογία: γ) με τη συμβατική έννοια του ναρκωτικού, ως ουσίας που σκλαβώνει*

και καταστρέφει, η κάνναβη δεν είναι ναρκωτικό, επειδή οι φαρμακολογικές της ιδιότητες είναι – όπως θα δούμε- εντελώς διαφορετικές από εκείνες των επικίνδυνων ναρκωτικών (π.χ. ηρωίνη)».

1.2 Οι παθολογικές συνέπειες της χρήσης της

Εδώ και πάρα πολλά χρόνια η κάνναβη νομικά θεωρείται ναρκωτικό και ως ναρκωτικό εκούσια είναι υπεύθυνη για τον εθισμό¹ χιλιάδων ανθρώπων. Από φαρμακολογική, ιατρική και ψυχολογική άποψη η κάνναβη ταξινομήθηκε και συγχρόνως κατηγορήθηκε ως στις ουσίες που επιδρούν έντονα στις εγκεφαλικές λειτουργίες προκαλώντας σημαντικές αλλοιώσεις και παραισθήσεις² στην αντίληψη των ατόμων με αρκετές παθολογικές συνέπειες της χρήσης της.(Giancarlo Arnao:1978).

Οι παθολογικές συνέπειες της χρήσης που συχνά αναφέρονται είναι:

- ▶ Τοξικότητα, ο όρος τοξικότητα, υποδηλώνει τη σωματική και ψυχική βλάβη που προκαλεί η λήψη της ουσίας, με οξεία, χρόνια και πλάγια αποτελέσματα.
- ▶ Ανοχή, η ανοχή είναι η αυξομείωση της καθορισμένης δόσης, ώστε ο καταναλωτής να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα.³
- ▶ Σωματική εξάρτηση, η σωματική εξάρτηση⁴ ή διαφορετικά ο εθισμός είναι η συμπτωματολογία που επιφέρει η διακοπή της επαναλαμβανόμενης χρήσης μιας ουσίας (σωματικές ενοχλήσεις δηλαδή το σύνδρομο στέρησης). «Η εξάρτηση του ατόμου από

¹Το άτομο εθίζεται στη δράση της ουσίας, και αυτό έχει τις εξής συνέπειες:

- την ανάγκη συνεχούς αύξησης της δόσης για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα [φαινόμενο ανοχής ή ανοχής- tolerance].
- την εμφάνιση στερητικού συνδρόμου επί απουσίας της ουσίας.
- την ψυχολογική εξάρτηση, που ανάγεται στη διαρκή αίσθηση ανάγκης της ουσίας, ακόμα και επί απουσίας στερητικών φαινομένων (Μάτσα Κατερίνα: 2001).

² Τι είναι το παραισθησιογόνο; Ένα ναρκωτικό που διευρύνει την συνείδηση και αυξάνει την επίγνωση για το περιβάλλον και τις σωματικές λειτουργίες. Υπό την επίρεια της μεσκαλίνης, του L.S.D. , της κάνναβης, το άτομο έχει οξεία επίγνωση των χρωμάτων, των ήχων, των οσμών και μπορούμε να πούμε ότι οι επιδράσεις του ναρκωτικού συνίστανται σ' αυτό το φαινόμενο της αυξημένης επίγνωσης, που μπορεί να είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη ανάλογα με το περιεχόμενο της (Μπαρούζ Σ. Γουίλιαμ: 1983)

³ «Η συνηθισμένη χρήση της κάνναβης δεν οδηγεί στην ανάπτυξη ανοχής, αντιθέτως πολλές φορές οδηγεί στην ανάπτυξη «αντίστροφης ανοχής» (Κλεάνθης Γρίβας, 2017).

⁴ «η κάνναβη δεν προκαλεί σωματική εξάρτηση ή διακοπή της λήψης της δεν ακολουθείται από την εκδήλωση στερητικών συμπτωμάτων» (Κλεάνθης Γρίβας, 2017).

ψυχοτρόπους ουσίες ανάγεται στη δημιουργία μιας νέας ανάγκης που καθιστά αυτή την ουσία απολύτως απαραίτητη για το άτομο, το οποίο δεν μπορεί πλέον να ζήσει χωρίς αυτήν» (Μάτσα Κατερίνα: 2001).

► Ψυχική εξάρτηση, η ψυχική εξάρτηση ισοδυναμεί με την αίσθηση της ευφορίας/ευεξίας που δημιουργεί η συνεχόμενη χρήση του ναρκωτικού στον καταναλωτή. Πιο συγκεκριμένα, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αναφέρει (Giancarlo Arnao:1978:17) τη ψυχική συνήθεια ως «αίσθηση ικανοποίησης και ψυχολογική τάση, που απαιτεί περιοδική ή συνεχή λήψη του ναρκωτικού, για να παράγει το επιθυμητό αποτέλεσμα ή να αποτρέπει τη δυσφορία».

1.3 Οι κατηγορίες των καταναλωτών

Παράλληλα έγιναν προσπάθειες ομαδοποίησης των καταναλωτών ναρκωτικών ουσιών ως εξής, (σχήμα 1) και πιο συγκεκριμένα τους χρήστες της

σχήμα 1

Τρεις κατηγορίες καταναλωτών

α)καταναλωτής	β)εξαρτημένος	γ)τοξικοεξαρτημένος
το υποκείμενο μπορεί και διατηρεί τον έλεγχο της ουσίας, είτε είναι ευκαιριακός χρήστης ή συνεχόμενος καταναλωτής.	υπάρχει μία σχετική ευκολία στον καταναλωτή να ελέγχει τις τοξικές συνέπειες της ουσίας.	πιο κοινή ορολογία, η τοξικομανία, η ολική απώλεια ελέγχου της εξάρτησης από την ουσία και η πλήρης παράδοση του καταναλωτή στην τοξικότητα της ουσίας. Άμεση σύνδεση με κοινωνική, οικονομική και μορφωτική κατάσταση του υποκειμένου (Giancarlo Arnao:1978).

κάνναβης σε τέσσερις κατηγορίες, ανάλογα με το πόσο συχνά και πόση διάρκεια καταναλώνουν στη χρήση τους:

α)οι πειραματικοί χρήστες , αυτοί που έχουν την περιέργεια, επιθυμούν το πείραμα, β)οι περιστασιακοί ή ευκαιριακοί χρήστες, μικρή συχνότητα ,γ) οι τακτικοί ή συστηματικοί χρήστες και δ)οι χρόνιοι χρήστες (Κλεάνθης Γρίβας, 2017).

Το τελευταίο διάστημα έχουν πραγματοποιηθεί προσπάθειες ώστε να γίνει πιο διακριτή η κατηγοριοποίηση των «ελαφρών» έναντι των «σκληρών» ναρκωτικών, μιας και η ταξινόμηση αυτή κρύβει κινδύνους στο σύνολό της. Διότι η χρήση και η κατανάλωση των ναρκωτικών καθορίζονται όχι μόνο από την ουσία τους αλλά και από πολλούς συμπληρωματικούς κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες (Βιολογικοί-Ψυχολογικοί –Κοινωνικοί).

Στην πραγματικότητα όπως περιγράφει στο βιβλίο του Απαγορευμένο Χόρτο ,ο Giancarlo Arnao «τα αποτελέσματα ενός ναρκωτικού καθορίζονται όχι μόνο από τη συγκεκριμένη ουσία άλλα και από πολλούς παράγοντες, που τους ονομάζουμε συμπληρωματικούς παράγοντες. Δηλαδή τα αποτελέσματα της ίδιας της ουσίας ποικίλλουν ανάλογα με τον τρόπο χρήσης (δοσολογία, τρόπος λήψης), το ‘set’ (η προσωπικότητα, η διάθεση και η ψυχοσωματική κατάσταση του ατόμου) και το ‘setting’ δηλαδή το περιβάλλον του υποκειμένου (ο χώρος, η συντροφιά, η μορφή της κοινωνίας και το επίπεδο μόρφωσής του)», (Giancarlo Arnao:1978) και ακολούθως ο Κλεάνθης Γρίβας συμπληρώνει,σημαντικό ρόλο στο αποτέλεσμα ,παίζουν οι προσδοκίες, η πείρα, η ψυχολογική κατάσταση του καταναλωτή, και οι κλιματολογικές και πολιτιστικές επιρροές που βιώνει. (Κλεάνθης Γρίβας, 2017).

Συμπέρασμα: «είναι ατυχές το γεγονός ότι η κάνναβη (ο λατινικός όρος που χρησιμοποιείται για τα παρασκευάσματα που παράγονται από το φυτό ινδική κάνναβη, όπως η μαριχουάνα και το χασίς), που είναι σίγουρα το ασφαλέστερο ανάμεσα στα παραισθησιογόνα ναρκωτικά, υπόκειται στις αυστηρότερες ποινικές κυρώσεις..... Μου φαίνεται ότι η κάνναβη και τα άλλα παραισθησιογόνα παρέχουν ένα κλειδί στις δημιουργικές διεργασίες και ότι μια συστηματική μελέτη αυτών των ναρκωτικών θα άνοιγε τον δρόμο σε μη χημικές μεθόδους διεύρυνσης της συνείδηση» (Μπαρόουζ Σ. Γουίλιαμ: 1983)

1.4 Ναρκωτικά :Ένας πόλεμος εναντίον ανθρώπων

Η διαχείριση των ναρκωτικών ουσιών είναι ένα πολύπλοκο παγκόσμιο φαινόμενο για τις πολιτικές νόρμες των κρατικών φορέων. Από την εμφάνιση τους έως και σήμερα το νόμιμο ναρκωτικό συνυπάρχει με το παράνομο και αντιστοίχως η νόμιμη κερδοφορία της ουσίας απέναντι από τη παραοικονομία και τη φοροδιαφυγή.

Τις περισσότερες φορές, οι πολιτικοί χειρισμοί αποσκοπούν μόνο στο κόστος του προβλήματος των ναρκωτικών, βάζοντας στην άκρη την κοινωνική, πολιτιστική και πάνω από όλα ανθρώπινη πλευρά του θέματος. Τα ναρκωτικά αποκτούν μια άλλη βιοπολιτική οντότητα στα χέρια της εξουσίας, είτε μιλάμε για χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών, είτε με ή χωρίς ιατρική συνταγή. Σε όλους τους ιστορικούς καιρούς κοινωνικής κρίσης και μη, η καταστολή (Meszaros I.: 1990) των ναρκωτικών ή, η νομιμοποίηση τους εξυπηρετούσε την ανάγκη της κυρίαρχης τάξης να ασκεί όλο και πιο σφιχτό κοινωνικό έλεγχο πάνω στο ανθρώπινο είδος.

Η λογική, στον έλεγχο της συμπεριφοράς πλατιών κοινωνικών στρωμάτων είναι ζωτικής σημασίας για το ίδιο το σύστημα. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο *Zarifian E.*(1994), *«από τον έλεγχο της φυλακής στον πιο λεπτό έλεγχο που κοστίζει λιγότερο και είναι πιο αποδεκτός.. Έναν έλεγχο που γίνεται τόσο αποτελεσματικός όσο πιο πολύ ιατροκοποιεί την ανθρώπινη ύπαρξη»*. Αυτοί οι πολιτικοί κώδικες σκοπό έχουν να ομαλοποιούν τον πληθυσμό σε καθορισμένες τεχνικές, ρύθμισης και πειθάρχησης των πιο ανήσυχων κοινωνικών συμπεριφορών, με βάση σχεδόν πάντοτε τις ανάγκες της κυρίαρχης τάξης και της εξουσίας της.

Παγκοσμίως έχει αποδειχτεί, ότι τα ανυπόστατα μηνύματα της κατασταλτικής αντιμετώπισης της κάνναβης, μεταδίδονται από τους υποστηρικτές της, με εντυπωσιακή ταχύτητα, καταρρίπτοντας σε χρόνο ρεκόρ κάθε νέους επιστημονικούς ισχυρισμούς.

Η τρομακτική κινδυνολογία της απαγόρευσης και της καταστολής, στη ρητορική των ολοκληρωτικών καθεστώτων διαφαίνονται στις σκέψεις της Hannah A., το 1951, *«είναι τρομακτική και ανησυχητική η γοητεία που προκαλούσε το γεγονός ότι τεράστια ψέματα και τερατώδεις αναλήθειες μπορούν σε τελευταία ανάλυση να καθιερωθούν ως αναμφισβήτητα γεγονότα [...] ότι η διαφορά ανάμεσα στην αλήθεια και*

το ψέμα μπορεί να πάψει να είναι αντικειμενική και να γίνει απλή υπόθεση δύναμης και πονηριάς, πίεσης και αδιάκοπης επανάληψης».

Κάποια από τα ισχυρά επιχειρήματα της καταστολής στη χρήση της κάνναβης, που επαναλαμβάνονται όλες αυτές τις δεκαετίες είναι: ότι προκαλεί τοξικομανία⁵, ότι αποτελεί ένα στάδιο για τα 'σκληρά' ναρκωτικά, ότι συνεπιφέρει εγκεφαλικές βλάβες, ότι προκαλεί βλάβη στο χρωματόσωμα, ότι αποδυναμώνει την άμυνα του οργανισμού, ότι ελαττώνει την τεστοστερόνη στο αίμα, ότι προκαλεί ψύχωση, ότι πυροδοτεί επιθετικές συμπεριφορές⁶ και ότι μειώνει την ικανότητα οδήγησης⁷(Γρίβας Κλ.:2010:145).

Από το 1961, και τη πρώτη σύμβαση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών κατά των ναρκωτικών (Ενιαία Σύμβαση για τις Ναρκωτικές Ουσίες 1961) έχουν περάσει πολλά χρόνια, χωρίς όμως αυτή να έχει φέρει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Καμία έως τώρα διεθνή σύμβαση δεν έχει καταφέρει να μειώσει τη χρήση και τη διακίνηση των ναρκωτικών ουσιών έως σήμερα.

Η Βρετανική φιλανθρωπική οργάνωση Health Poverty Action υπογράμμισε σε μία έρευνα της πως «η στρατιωτικοποίηση του πολέμου κατά των ναρκωτικών χρησιμοποιείται ουσιαστικά για να δικαιολογήσει φόνους, μαζικές φυλακίσεις και συστηματικές καταπατήσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η ποινικοποίηση των ναρκωτικών δεν μειώνει τη χρήση τους, αλλά εξαπλώνει ασθένειες, αποτρέπει ανθρώπους από την εφαρμογή αποτελεσματικής θεραπείας και στερεί από εκατομμύρια κόσμο ένα σημαντικό εργαλείο ανακούφισης πόνου» (Health poverty action:23/08/18).

Κομβικό ιστορικό σημείο στο πόλεμο κατά των ναρκωτικών ήταν το σχέδιο της Κυβέρνησης Νίξον (από το 1969 έως το 1974). Στα μέσα του 20^{ου} αιώνα ξεκίνησε μία ανελέητη προσπάθεια αυστηρής απαγόρευσης ώστε να παύσει η κατοχή, η χρήση και η παραγωγή των ναρκωτικών, σε παγκόσμιο πολιτικό και οικονομικό επίπεδο (Αναστασιάδου Ε.: Blog:2015).

⁵ Στον αντίποδα:«καμιά φυσική εξάρτηση του τύπου των οπιούχων δεν παρατηρείται στον χρήστη της κάνναβης», (Szara Stephen: 1976).

⁶ Στον αντίποδα: «Τα περισσότερα εργαστηριακά πειράματα αποκάλυψαν ότι κατά τη διάρκεια της τοξίνωσης, η επιθετικότητα ελαττώνεται και οι περισσότερες ενδείξεις κατατείνουν στο ότι η κάνναβη δεν οδηγεί σε βία [...]», (US DHEW:1979).

⁷ Στον αντίποδα: «οι αλλαγές στην αντίληψη του χρόνου και του χώρου που βιώνουν οι χρήστες κάνναβης, τους οδηγούν σε μια διαφορετική αίσθηση της ταχύτητας, που γενικά έχει ως αποτέλεσμα να οδηγούν με πιο χαμηλή ταχύτητα», (Crancer A.: 1969).

Πάνω στο θέμα της επιβολής του σχεδίου κατά των ναρκωτικών μίλησε ο πρώην σύμβουλος του προέδρου Nixon, John Ehrlichman στον δημοσιογράφο Dan Baum στο περιοδικό Harper's, στο τεύχος Απριλίου.

Ο John Ehrlichman, αποκάλυψε ότι η τότε κυβέρνηση αποσκοπούσε σε άλλα κίνητρα (την έντονη φυλετική στοχοποίηση) ,στο πόλεμο που ξεκίνησε κατά των ναρκωτικών. «Θέλεις πραγματικά να μάθεις για ποιο λόγο έγιναν όλα αυτά;»[...] «Ξέραμε ότι λέγαμε ψέματα για τα ναρκωτικά; Φυσικά και το ξέραμε.»[...] «ο κόσμος συνέδεε τους χίπηδες με τη μαριχουάνα και τους μαύρους με την ηρωίνη,» [...]«Η καμπάνια του Nixon το 1968 και ο Λευκός Οίκος αμέσως μετά, είχαν δύο εχθρούς: την αντιπολεμική Αριστερά και τους μαύρους. Καταλαβαίνεις τι εννοώ;⁸». Η σοκαριστική ειλικρινή απάντηση του για τα κίνητρα αυτού του πολέμου ,όχι μόνο υιοθετήθηκε και από άλλους στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά όπως ήταν φυσικό επόμενο σαν ντόμινο εξαπλώθηκε παγκοσμίως.

Την ίδια άποψη με τους προλαλήσαντες φέρει και ο Κώστας Σκλιιάμης που υποστηρίζει ότι όχι μόνο το «σχέδιο της κυβέρνησης Νίξον ζημίωσε τα πολιτικά συστήματα με πάνω από ένα τρισεκατομμύριο δολάρια παγκοσμίως, καθώς οι οικονομικοί μηχανισμοί υποστήριξης καταστρατηγήθηκαν ανεξέλεγκτα ,σε υπέρογκες δαπάνες υπέρ της αστυνόμευσης και της ποινικής δικαιοσύνης. Και συνεχίζει ο ίδιος, «ο “Πόλεμος κατά των Ναρκωτικών” στην ουσία είναι ένας “Πόλεμος κατά των χρηστών/καταναλωτών”, καθώς ποινικοποιεί την χρήση, διώκει τους χρήστες/καταναλωτές και τους αντιμετωπίζει ως εγκληματίες αντί να τους βοηθάει. Το αποτέλεσμα είναι να ονομάζει εγκληματίες απλούς πολίτες που αναζητούν είτε ψυχαγωγία είτε ιατρική περίθαλψη, αντί να τους προστατεύει από

⁸ Απόσπασμα από το Harper's: At the time, I was writing a book about the politics of drug prohibition. I started to ask Ehrlichman a series of earnest, wonky questions that he impatiently waved away. “You want to know what this was really all about?” he asked with the bluntness of a man who, after public disgrace and a stretch in federal prison, had little left to protect. “The Nixon campaign in 1968, and the Nixon White House after that, had two enemies: the antiwar left and black people. You understand what I’m saying? We knew we couldn’t make it illegal to be either against the war or black, but by getting the public to associate the hippies with marijuana and blacks with heroin, and then criminalizing both heavily, we could disrupt those communities. We could arrest their leaders, raid their homes, break up their meetings, and vilify them night after night on the evening news. Did we know we were lying about the drugs? Of course we did.” By Dan Baum

δυναμικές αρνητικές συνέπειες της χρήσης/κατανάλωσης και από πιθανά ιατρικά οφέλη (πχ. Ιατρική κάνναβη)» (Σκλιάμης Κώστας:2016).

Πάνω στο ίδιο κλίμα, ο γενικός γραμματέας του Ο.Η.Ε Κόφι Ανάν (2016) υποστήριξε σε μία συνέντευξή του για τον αγώνα κατά των ναρκωτικών, ότι είναι ανάγκη οι εκάστοτε πολιτικές πράξεις να ανατροφοδοτούνται συστηματικά ώστε να γνωρίζουν αν έχουν επιτύχει στην πράξη ή όχι.

Για όλα αυτά τα χρόνια συνεχίζει να προτάσσει [...] οφείλουμε να αναρωτηθούμε αν βρισκόμαστε στην σωστή πολιτική οδό. [...] Ειδικότερα, πώς διαχειριζόμαστε[...] τις «απρόβλεπτες συνέπειες» των πολιτικών της τελευταίας πενήνταετίας; Παγκοσμίως, ο πόλεμος κατά των ναρκωτικών δεν έχει επιτύχει. Όταν η εφαρμογή του νόμου επιτυγχάνει σε μία μεριά, η παραγωγή των ναρκωτικών απλώς μετακινείται σε μια άλλη περιοχή ή χώρα, η διακίνηση των ναρκωτικών γίνεται από άλλο δρόμο και οι χρήστες ναρκωτικών αλλάζουν ουσία. Το ίδιο συνέβη και με την απαγόρευση των ναρκωτικών».

Εν συνεχεία , ο ίδιος τεκμηριώνει ότι καμία μελέτη δεν έχει αποδείξει τη σύνδεση των αυστηρών εθνικών νομοθεσιών σε σχέση με τη χρήση των ναρκωτικών στις χώρες αυτές. Παρόλα αυτά οι βαριές ποινές των χρηστών ναρκωτικών, ο υπερπληθυσμός των φυλακών, αντικατοπτρίζουν ότι « ο πόλεμος εναντίον των ναρκωτικών αποτελεί, κατά μείζονα βαθμό, πόλεμο εναντίον των χρηστών δηλαδή, εναντίον των ανθρώπων [...] Πιστεύω ότι τα ναρκωτικά έχουν καταστρέψει πολλές ζωές, αλλά ότι οι εσφαλμένες κυβερνητικές πολιτικές έχουν καταστρέψει πολύ περισσότερες».

Από όλες τις παραπάνω σκέψεις φαίνεται ότι ο αγώνας κατά των ναρκωτικών έχει ζημιώσει ηθικά, νομικά, κοινωνικά, πολιτισμικά και οικονομικά όλους τους τομείς των κρατικών μηχανισμών, παγκοσμίως. Η συνεχώς αυξανόμενη διάθεση χρημάτων υπέρ της καταστολής του προβλήματος έρχεται σε αντιπαράθεση με τη διαρκή αύξηση της διάδοσης των ναρκωτικών ,με ένα δικαστικό σύστημα που γεμίζει τις φυλακές με τοξικομανείς ,με ένα παραεμπόριο που καλπάζει και με τον άνθρωπο, ασθενή να ψάχνει σε παράνομα στέκια, το δικαίωμα του για κατάλληλη θεραπεία .

1.5 Η ελεύθερη ‘διάθεση’ του σώματος

«Οι απαγορεύσεις υψώνουν φραγμούς και εμποδίζουν το άτομο από τη συνειδητή και ελεύθερη απόλαυση του ίδιου του σώματος του» (Bandinelli Antonio) αναφέρουν οι υπέρμαχοι της νομιμοποίησης των ναρκωτικών. Εφόσον η επιλογή τους δεν βλάπτει κάποιον τρίτο πρόσωπο συνεχίζουν ότι «δεν είναι καθόλου αυτονόητο το κατά πόσον η πολιτεία δικαιούται να παρέμβει στις αυτοκαταστρεπτικές επιλογές του ατόμου». (Τσουκαλάς Κ.:1997)

Ο Ιβάν Ιλλίτς, 2010 στο βιβλίο του 'Ιατρική Νέμεση' μιλάει για τη μεταβολή της εικόνας της αρρώστιας στο δυτικό κόσμο. Πλέον οι ασθένειες που πλήττουν τους ανθρώπους έχουν αλλάξει δραματικά. Η παρέμβαση του γιατρού είναι πιο άμεση και πιο παρεμβατική. Με αυτή την αλλαγή έχει εγκατασταθεί η σύγχυση και η αμηχανία στα μάτια γιατρού και κοινού, μιας και η ταχύτητα μεταστρεφόμενες απόψεις των κορυφαίων ιατρικών δεδομένων μεταβάλλονται συνεχώς.

«Φαίνεται ,ότι οι άνθρωποι που έχουν ματαιωθεί, θυμώσει, αρρωστήσει, σε αυτόν τον τεχνολογικό αιώνα να βρίσκουν διέξοδο πιο συχνά, σε μια ζωή κάτω από ιατρική παρακολούθηση»[..] Μιας και κάθε κουλτούρα έχει τον χαρακτηριστικό της τρόπο ν' αντιλαμβάνεται την αρρώστια και συνάμα το χαρακτηριστικό της υγεινολογικό πρόσωπο η αρρώστια παίρνει τα χαρακτηριστικά της γνωρίσματα από τον γιατρό, που διανέμει στα πρόσωπα του έργου τους διαθέσιμους ρόλους» (Ιβάν Ιλλίτς: 2010).

Τους διαθέσιμους αυτούς ρόλους ,οι άνθρωποι τους πήραν και τους μεταμόρφωσαν μέσω της άσκησης πολιτικού και πειθαρχικού ελέγχου του σώματος τους, σε θεσμούς και ρυθμίσεις του πολιτικού γίνεσθαι, δημιουργώντας έτσι τα θεμέλια της κοινωνικής εμπειρίας και της ατομικής δράσης τους. (Οικονόμου Χ.-Σπυριδάκης Μ.: 2012:33).

1.6 Το δικαίωμα στη φαρμακευτική 'ουσία'

Οι θεσμοί και οι ρυθμίσεις στο τομέα της δημόσιας υγείας αναφέρονται σε κάποιο αγαθό ή αλλιώς σε κάποιο ηθικό ή νομικό δικαίωμα. Αυτά τα δικαιώματα είναι εξουσίες και ελευθερίες, προστατευμένα από το νόμο δια κυρώσεων, τα όποια παρέχουν στο άτομο τη πραγματοποίηση των διάφορων ζωτικών αναγκών του. Συνήθως όμως ,συνεχίζει ο Μπίζας Λ., (2014) αυτό δεν είναι πλήρως εφικτό στη πράξη. Παρότι μπορεί να έχει κατοχυρωθεί νομικά και ηθικά το δικαίωμα, η αναγνώριση και η

απόλαυση του, εξαρτώνται από τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες. «Είναι επόμενο ότι διαφορές οργανώσεις και οργανισμοί κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα που επηρεάζονται από την εν λόγω διαδικασία να ασκούν τη μέγιστη δυνατή επιρροή ώστε η παραγόμενη νομοθεσία και οι κανόνες που θεσπίζονται να είναι υπέρ των συμφερόντων τους». Συνεπώς η πολιτική δομή των σύγχρονων κοινωνιών, κάτω από τη πίεση συμφερόντων δεν μπορεί να παραμένει μακράν ανέκφραστη.

Για το λόγο αυτόν, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π. Ο.Υ.) υιοθετεί και επικροτεί συνεχώς νέους μηχανισμούς, σε κρατικό ή τοπικό επίπεδο, που ενθαρρύνουν τους χρήστες/καταναλωτές υγείας να συμμετέχουν ενεργά στη διαμόρφωση και εφαρμογή της κατάλληλης πολιτικής στο δημόσιο τομέα υγείας (Thurston et al., 2005). Η Ανδρούτσου Λ.(2014), θεωρεί ότι μόνο οι πολίτες είναι ικανοί να αναγνωρίζουν τις ευκαιρίες, τις αδυναμίες και τα προβλήματα του θεσμικού συστήματος κάθε κράτους. Αρά, μόνο η ενεργή συμμετοχή τους στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων στο δημόσιο τομέα υγείας μπορούν να αναδείξουν τις αξίες, τα κριτήρια και τις προτιμήσεις των καταναλωτών στους οποίους απευθύνονται. Δικαιώματα⁹ όπως είναι ο σεβασμός, η αξιοπρέπεια και η ακεραιότητα του ατόμου έχουν εδραιωθεί εδώ και πάρα πολλά χρόνια

⁹ α) 1948 η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ (Universal Declaration of Human Rights)

β) 1950 η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, (European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms)

γ) 1961ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, το 1961, (European Social Charter, 1961) από το Συμβούλιο της Ευρώπης (κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον νόμο 1426/1984)

δ) Οβιέδο 1997 ,η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων και τη Βιοϊατρική, (Convention on Human Rights and Biomedicine) κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον νόμο 2619/1998, και τα πρόσθετα Πρωτόκολλα αυτής (1998, 2002, 2005, 2008),

ε) (1997, 2003, 2005) UNESCO οι τρεις Διακηρύξεις αναφορικά με τη βιοηθική και τη γενετική, International Declaration

στ) 1994 η Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών από τον ΠΟΥ (WHO Declaration on the Promotion of Patient's Rights), (Μητροσύλη, 2009).

Τώρα σε εθνικό επίπεδο , το ελληνικό δίκαιο με το νόμο 2071/1992 (άρθρο 47) και ακολούθως με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ- Ν.3418/2005) εξασφάλισαν κατά τρόπο ρυθμιστικό, τις κανονιστικού περιεχομένου πράξεις, για τη προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών «Ο ασθενής έχει δικαίωμα επιλογής και αλλαγής ιατρού, όπως επίσης και αξιοπρεπούς αντιμετώπισης αναφορικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα του» (άρθρο 7 παρ. 2 Συντ., άρθρο 47,παρ. 3 Ν.2071/1992, άρθρο 28 παρ. 3 και 4 Ν.3418/2005) (Λασκαρίδης Ι. Εμ. και συνεργάτες, 2012).

στη συνείδηση της κοινωνίας, ενώ η αύξηση των οργανώσεων υγείας στο προσκήνιο έχει μόνο θετική εξέλιξη στη λήψη των τελικών κυβερνητικών αποφάσεων.

1.7 Η κοινωνική και ανθρωπολογική αντίληψη για τις ψυχοτρόπες ουσίες

Σε κάθε κοινωνία και σε όλους τους πολιτισμούς, αιώνες τώρα οι άνθρωποι χρησιμοποιούσαν διάφορες ψυχοτρόπες ουσίες. Οι συγκεκριμένες ουσίες, τα ναρκωτικά το αλκοόλ και το τσιγάρο, σύμφωνα με τον Μαρσέλος Μ. (1981) βοηθούσαν τον άνθρωπο στη μεταβολή του επιπέδου συνείδησης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς του.

Ο τρόπος χρήσης των ψυχοτρόπων ουσιών και η χρήση γενικότερα δεν ήταν κάτι ξένο και παράταιρο στα μάτια του κοινωνικού συνόλου. Ήταν και αυτές ένα συστατικό στοιχείο οργάνωσης με ένα ιδιαίτερο κοινωνικό και πολιτιστικό νόημα στη ζωή των ανθρώπων αυτής της κοινωνίας (Sadie Plant:1999).

Ο ειδικός ρόλος που έπαιζε η συγκεκριμένη ουσία φαίνεται στο γεγονός ότι *«κάθε ψυχοτρόπος ουσία έχει μια συμβολική διάσταση για την ομάδα των ανθρώπων που τη χρησιμοποιούν αλλά και για ολόκληρο το κοινωνικό σύστημα στο οποίο αυτή η ομάδα ανήκει. Έχει μία ιερή διάσταση, αφού συνυφίνεται με το στοιχείο του ιερού. Αυτό εξάλλου τη μετατρέπει σε συστατικό στοιχείο της κυρίαρχης κουλτούρας»* [...] *«έτσι, η με ορισμένο τρόπο χρήση μιας ψυχοτρόπου ουσίας- ή και περισσότερων- ήταν πάντα δεμένη με συγκεκριμένες πολιτιστικές, κοινωνικές και οικονομικές λειτουργίες μιας ορισμένης κοινωνίας»* (Μάτσα Κατερίνα: 2001).

Κάποτε, η συνολική χρήση της ουσίας για θρησκευτικούς ,μυητικούς, τελετουργικούς, ατομικούς ή θεραπευτικούς λόγους λειτουργούσε θετικά για όλους. Ο κοινωνικός κατά βάση χαρακτήρας της χρήσης ουσιών είχε σαν στόχο την αναπαραγωγή της στενά δεμένης κοινότητας, άρα και την ευρύτερη ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών.

Φυσικό επόμενο ήταν να αποκτήσει μία μυητική και συνάμα μία θεραπευτική διάσταση. Μυητική ,διότι η χρήση της ουσίας συμπεριελάμβανε ουτοπικά τις αξίες, τις αντιλήψεις, τα στερεότυπα και τις συμπεριφορές των λαών και θεραπευτική συγχρόνως γιατί προκαλούσε την ίαση πολλών ασθενειών.

Την εποχή του καπιταλισμού η σχέση ανάμεσα στους ανθρώπους σπάει βίαια. Στη κοινότητα *«η χρήση ουσιών συμβάλλει όχι στην ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών αλλά αντίθετα, στην ανάδειξη της ρήξης τους. Μέσα από το κενό τους προβάλλει τότε φαινομενικά παντοδύναμο το πραγματοποιημένο άτομο»* μιας και εξουσιάζει η εικόνα του αφηρημένου ατόμου (Μάτσα Κατερίνα: 2001).

Στα μέσα του προηγούμενου αιώνα , ξεκινήσανε τα νέα ερευνητικά πεδία και οι νέες προσεγγίσεις στον τομέα της ιατρικής, με τη καθολική αναγνωρισιμότητα της κοινωνίας ότι είναι ένα εκκολαπτόμενο ιατρικό εργαστήριο. Ως νέο μοντέλο της κοινωνίας συστήνονται τα ιατρικά εξουσιαστικά συστήματα και ο ιατρικός λόγος ο οποίος αποκτάει υπόσταση μέσα από τα μέλη της κοινωνίας (Τρουμπέτα Σεβαστή:2013).

Τότε επέρχεται και η αυγή της αμφισβήτησης των ναρκωτικών από το κοινωνικό σύνολο ως φάρμακα αμφίβολης, διαφορούμενης αποτελεσματικότητας. Οι βαθιές κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που επέβαλε η ανακάλυψη της μορφίνης στη σχέση του ανθρώπου με τον σωματικό και ψυχικό πόνο του, ήταν μεγίστης κοινωνικής και πολιτισμικής σημασίας για τη χρήση των ψυχοτρόπων ουσιών. Αυτή η φαρμακευτική εφεύρεση όχι μόνο καθόρισε την ιατρική επιστήμη ως εκπρόσωπο του κοινωνικού σώματος στην αντιμετώπιση του ανθρώπινου πόνου, αλλά εξουσίασε και όλες τις κοινωνικές στάσεις απέναντι σε εκείνους που κάνουν χρήση.

Κατά συνέπεια μεταβάλλοντας το ρόλο της ιατρικής επιστήμης η Μάτσα Κ. (2001) αναφέρει ότι, *«η ιατρική επιστήμη, διαμορφώνουν την αντίληψη ότι τα ψυχοφάρμακα είναι η κύρια- και για πολλούς η μόνη- απάντηση στα μεγάλα ερωτήματα και σε όλα τα ζητήματα ,που εκ των πραγμάτων θέτει στον άνθρωπο [και όχι μόνο στον ειδικό] μια ψυχική διαταραχή, οποιουδήποτε τύπου. Ανάγοντας μηχανιστικά τη «θεραπεία» στην εξάλειψη απλώς και μόνο των συμπτωμάτων με τα οποία εμφανίζεται η διαταραχή, ψυχική και άλλη, περιορίζουν την παρέμβαση τους στην εύκολη, και σε τεράστιες ποσότητες συνήθως, συνταγογράφηση ηρεμιστικών και άλλων ψυχοφαρμάκων»*, και η ίδια συμπληρώνει *«γιατί οι αλλαγές που μπορεί να προκαλέσει μια ουσία στην ψυχική σφαίρα και κατά συνέπεια στη συμπεριφορά του ατόμου εξαρτώνται περισσότερο από το κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση της σε μια δεδομένη χρονική στιγμή και λιγότερο από τις καθαρά φαρμακολογικές ιδιότητές της»*.

Οι παραπάνω συσχετισμοί είναι κατάλοιπα της εκβιομηχάνισης της κοινωνίας, αφού κάποια από τα αποτελέσματα της σύνδεσαν την ιατρική επιστήμη με την

προσφορά και τη ζήτηση. Έτσι σύμφωνα με το Nikolas Rose(1994), η διαίρεση, η ταξινόμηση και η τοποθέτηση των ανθρώπων σε ομάδες (π.χ. χρήστες/καταναλωτές ιατρικής κάνναβης), διευκολύνει το κοινωνικό σύστημα στον ξεκάθαρο διαχωρισμό τους από κάποια άλλα υποσύνολα.

Στη σημερινή κοινωνία ολοένα και περισσότερο τα άτομα που την απαρτίζουν, έχουν μία πιο ορθολογική και συνειδητή γνώση, για την υγεία τους και τη θεραπευτική εξέλιξή τους. Με την πάροδο των χρόνων, η τεκμηριωμένη ιατρική, βοήθησε τον άνθρωπό στη καλύτερή διαδικασία λήψης αποφάσεων αναφορικά με την υγεία του . Σε αυτή τη μεταβολή βοήθησε ο μετασχηματισμός της γνώσης και της πληροφόρησης, προερχόμενη κυρίως από το διαδίκτυο και όλα τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Sackett, D.L.: 1996).

Η παραπάνω μετάβαση, υποδεικνύει μία ποικιλομορφία πολιτισμικών χαρακτηριστικών που βάση έχουν την παγκοσμιοποίηση και την προοδευτικά αυξανόμενη μετακίνηση των πληθυσμών. Αυτές οι κοινωνικές συνθήκες , πολύ δικαιολογημένα έχουν επηρεάσει παγκοσμίως , τις θεραπευτικές εξελίξεις στο χώρο της υγείας. Οι αρχές, οι ιδεολογίες και οι ανάγκες των ανθρώπων, έχουν ένα πολιτισμικό υπόβαθρο που εξαρτώνται κυρίως από τις κυμαινόμενες κοινωνικοοικονομικές και ψυχολογικές προετοιμασίες τους. Αυτές οι διεργασίες , σύμφωνα με τον Blum, R.H. (1960), πιθανότατα, προκαθορίζουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των ατόμων σε σχέση με την αρρώστια και την υγεία τους, γενικότερα. Δηλαδή όλα αυτά που κληρονομούνται από γενιά σε γενιά, είναι ο συγκερασμός των γλωσσικών στοιχείων, των ηθών και εθίμων, των πιστεύω και προκαταλήψεων ,του πολιτισμού των λαών.

Φαίνεται ότι η επιστημονική αλήθεια του ιατρικού λόγου δέχεται πολλές επιδράσεις από το κοινωνικό-πολιτικό περιβάλλον χωρίς να ξέρουμε ποια εξωτερική εξουσία επιβάλλεται στην επιστήμη, αλλά επίσης και ποια αποτελέσματα εξουσίας κυκλοφορούν ανάμεσα στις επιστημονικές αποφάνσεις (Foucault M.:1987). Όλο και πιο πολύ ο ιατρικός λόγος διαχέεται στην κοινωνία , συμβάλλοντας στο άτομο στο καλό του κοινωνικού συνόλου, να διασφαλίσει τη δική του υγεία. Αυτό συμβαίνει γιατί η ιατρικοποίηση κατευθύνεται προς «τα κάτω», δηλαδή τοποθετεί το ίδιο το άτομο να μεριμνήσει για την υγεία του και τη φροντίδα του εαυτού του (Ιλλιτς Ι. : 2010). Αυτή η σύμπραξη της ιατρικής αυθεντίας και των ατόμων συνθέτουν μία επιστράτευση

και κινητοποίηση των ανθρώπων που σύμφωνα με τον Conrad P., (2007), οδηγεί σε έναν αμφοτερόπλευρο, σύνθετο και διαδραστικό ρόλο.

Είναι πολύ συχνό το φαινόμενο ,σύμφωνα με τους Vincent C, Furnham A. (1996), οι ασθενείς να έχουν υποβληθεί σε κάποιες αποτυχημένες θεραπείες. Πιθανόν σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, το θεραπευτικό πλάνο του επιβλέποντα γιατρού τους να μην αντανακλά τις δικές τους προσδοκίες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, ο δυσαρεστημένος ασθενής ,σχεδόν πάντοτε, να αναζητά άλλες εναλλακτικές θεραπείες.¹⁰

Πρέπει να γίνει κατανοητό , σύμφωνα και με τους Lombard, Forster-Cox, Smeal and O'Neill, (2006),ότι τα προγράμματα παρέμβασης στο χώρο της υγείας πανανθρώπινα είναι πολλαπλά και με έναν μοναδικό «σειριακό» χαρακτήρα το καθένα. Δηλαδή το πολιτισμικό μοντέλο εξήγησης της δικής μου ασθένειας διαφέρει από τον

¹⁰ «Τότε ρώτησα τον Άικ: «Και με τις συνταγές τι γίνεται;» Μου είπε πως οι γιατροί μπορούσαν να γράψουν συνταγές μόνο για μορφίνη σε διάλυμα. Τους επιτρεπόταν να γράφουν μέχρι δεκαπέντε εκατοστά του γραμμαρίου σε μία συνταγή ή περίπου δύομισυ γκρέιν. Φαντάστηκα πως θα 'ρχόταν αρκετά φθηνότερα απ' τις τιμές της Λουπίτα κι έτσι αρχίσαμε να παίρνουμε σβάρνα τους γιατρούς. Εντοπίσαμε αρκετούς που για πέντε πέσος γράφανε συνταγή και άλλους πέντε που την εκτελούσαν. Μία συνταγή κρατά για μία μέρα αν δεν έχεις μεγάλη έζη*. Το πρόβλημα είναι πως οι συνταγές εύκολα γράφονται και δύσκολα εκτελούνται και να βρεις φαρμακείο που εκτελεί τη συνταγή και δε σου κλέβει όλο το σταφ* ο φαρμακοποιός δίνοντάς σου αποσταγμένο νερό. Η πάλι να μην έχει καθόλου μορφίνη και να βάζει στη μπουκάλια ό,τι βρει στο ράφι. Έχω δώσει συνταγές για εκτέλεση και μου επιστρέψανε αδιάλυτη πούδρα..... Οι μεξικανοί γιατροί δεν είναι σαν τους γιατρούς εκεί στην πατρίδα. Δεν σου παριστάνουν τον επαγγελματία. Ένας γιατρός διατεθειμένος να σου γράψει κάτι θα το γράψει χωρίς να ακούσει κάποιο παραμύθι. Στην Πόλη του Μεξικού οι γιατροί είναι τόσο πολλοί που αρκετοί απ' αυτούς βγάζουν με δυσκολία το ψωμί τους. Ήξερα γιατρούς που θα πέθαιναν της πείνας αν δεν γράφανε συνταγές μορφίνης. Δεν έχουν κανένα ασθενή εκτός κι αν μπορούμε να θεωρήσουμε τους πρεζάκηδες ασθενείς». [...]«Ένας από τους γιατρούς που μας έγραφαν συνταγές πρότεινε στον Άικ να κάνει αίτηση για κυβερνητική άδεια. Ο Άικ μου εξήγησε πως η Μεξικάνικη κυβέρνηση έδινε άδειες σε ενεσάκηδες που τους επέτρεπαν να αγοράζουν μίαν ορισμένη ποσότητα μορφίνης το μήνα σε χονδρική τιμή. Ο γιατρός με εκατό πέσος θα έκανε μια αίτηση για τον Άικ. Είπα: « εντάξει, κάνε αίτηση» και του έδωσα τα λεφτά. Δεν περίμενα να βγει τίποτα αλλά βγήκε. Δέκα μέρες αργότερα είχε μια άδεια της κυβέρνησης που του επέτρεπε ν' αγοράζει δεκαπέντε γραμμάρια μορφίνης το μήνα. Η άδεια έπρεπε να υπογραφεί από τον γιατρό του και τον αρχίατρο του Υπουργείου Υγιεινής. Μετά θα την πηγαίναμε σ' ένα φαρμακείο να την εκτελέσει(Μπαρούζ Σ. Γουίλιαμ, Δεκέμβριος 1983).

τρόπο παραλαβής και κατανόησης του παθογόνου νοσήματος μιας άλλης ανθρώπινης ομάδας.

Το παραπάνω φαινόμενο μπορεί να γίνει πιο κατανοητό, εφόσον αφήσουμε τις παρωπίδες μας και αντιληφθούμε ότι μεγάλο μέρος του πληθυσμού ανατρέχει για τη θεραπεία των συμπτωμάτων του, σε άλλα μοντέλα εναλλακτικών τρόπων θεραπειών. Πάνω σε αυτή τη διαπίστωση η Μάτσα Κ. (2001), μιλάει για την πολιτική του «περιορισμού της βλάβης». Η όποια ομαλοποίηση της ουσίας μέσα από την αποποινικοποίηση των μαλακών ναρκωτικών, απλά καταφέρνει να νομιμοποιεί τους υπέρμαχους της από την περιθωριοποίηση. *«Ως ‘ασθενής’ θα έχει το φάκελό του και βάσει της κάρτας του θα του χορηγείται νόμιμα η ουσία του. Ως εξαρτημένος θα εξακολουθεί να βρίσκεται στο χώρο του περιθωρίου, αλλά αυτή τη φορά με τη σφραγίδα της νομιμότητας. Πρόκειται δηλαδή για ένα θεσμοποιημένο περιθώριο, γιατί η χορήγηση υποκατάστατων δεν είναι θεραπεία, όπως επίσημα προβάλλεται, καλλιεργώντας μύθους. Είναι συντήρηση και αναπαραγωγή, σε σχετικά ελεγχόμενο πλαίσιο, της εξάρτησης ως τρόπος ζωής»*

Οι συγκεκριμένες συμπεριφορές δεν είναι ένα νέο είδους σνομπισμού ως προς το κύρος του ιατρικού συστήματος αλλά ένα δείγμα αδυναμίας της υγειονομικής κοινωνίας να επανδρώσει αρμόζουσες πολιτισμικές υπηρεσίες, για όλες τις πολυποίκιλες και πολύ πληθυσμιακές ομάδες που κάνουν χρήση αυτών των υπηρεσιών. Άρα οι μεταβολές και οι επιρροές που συντελούνται στα συστήματα υγείας δεν είναι από έξω προς τα μέσα, αλλά ίσως αντιστρόφως ανάλογα, το εσωτερικό της κοινωνίας να διαθέτει εκείνο το πολιτισμικό και θεσμικό πλαίσιο των αλλαγών που τις επιβάλλονται.

Άραγε, αναρωτιέται κανείς, η ελληνική κοινωνία είναι προετοιμασμένη να δεχτεί αυτό το δίπολο ερώτημα. Δηλαδή, το θεραπευτικό πλάνο του ασθενή πρέπει να δομείται από τις εμπειρίες και τις προσδοκίες του πρώτου ή σαφέστατά μπορεί να επηρεάζεται από την κλινική εμπειρία και την εκπαίδευση του επαγγελματία υγείας, ώστε ομαλά να έρθουν και οι δύο στην επιθυμητή ιατρική συμφωνία και όχι στη ρήξη;

1.8 Η συμμετοχή των πολιτών

«Ερωτήματα του τύπου, ποιες υπηρεσίες υγείας και θεραπείες θα προσφέρονται, ποιες ομάδες του πληθυσμού ή των ασθενών θα έχουν προτεραιότητα, [...], πως θα προσφέρονται αυτές οι υπηρεσίες και πολλά άλλα, εμπεριέχουν από μόνα τους την ανάγκη λήψεων αποφάσεων καθορισμού προτεραιοτήτων» (Menon et al., 2007)

Με τον σχεδιασμό μέτρων και τον καθορισμό προτεραιοτήτων, οι πολιτικές υγείας προσπαθούν να καλύψουν το συνεχώς διευρυμένο χάσμα μεταξύ των αναγκών, της ζήτησης και τους ολοένα πιο περιορισμένους πόρους τους. Η συμμετοχή των πολιτών σε όλη τη διαδικασία των μεταρρυθμίσεων μέσα από συλλόγους ασθενών, είναι για τον Τσούκας Χ. (2005) η «εμπιστοσύνη» στην ουσία, «απέναντι στους ίδιους τους μεταρρυθμιστές» ενώ συνεχίζει ο ίδιος, «οι αντιδράσεις που προκαλούνται, οσάκις εισάγονται τολμηρές μεταρρυθμίσεις [...] υποδεικνύουν τη βαθιά έλλειψη εμπιστοσύνης που υπάρχει στο μεταρρυθμιστή έτσι ώστε η λύση να θεωρείται περισσότερο επίφοβη από τα ίδια τα προβλήματα».

Ο ρόλος των οργανωμένων φορέων που εκπροσωπούν τους ασθενείς είναι ένα στοιχείο που οφείλει να αναπτύξει κάθε σύστημα. Σε όλες τις χώρες και τα συστήματα υγείας λειτουργούν Σύνδεσμοι Ασθενών (Patients Associations)¹¹ που εκπροσωπούν τους ασθενείς στη λογοδότηση των μηχανισμών επί των ζητημάτων υγείας.

«Στην Ελλάδα δυστυχώς, δεν έχει θεσμοθετηθεί ανάλογα μηχανισμοί διαβούλευσης και δεν έχουν ενθαρρυνθεί οι πολίτες για τη δημιουργία ενός αντίστοιχου, κεντρικού οργάνου «συνδέσμου ασθενών»- μέρος και αυτό, ίσως της αδυναμίας ενεργοποίησης και παρουσίας του «κινήματος των πολιτών» στη χώρα μας. Λειτουργεί ωστόσο, και ενεργοποιείται ένας μεγάλος αριθμός εθελοντικών οργανώσεων, με αναφορά σε συγκεκριμένες ασθένειες και παθήσεις» (Σισσούρας Άρης: 2014:252).

Επίσης τονίζεται το γεγονός της μη επαρκούς εκπαίδευσης και γνώσης των νεότερων δεδομένων στον ιατροφαρμακευτικό χώρο, από την ιατρική πλευρά. Φαίνεται ότι το διαδίκτυο και τα άλλα μέσα επικοινωνίας έχουν αντικαταστήσει τη σχέση ασθενή-γιατρού στην αναζήτηση πληροφοριών για την ασθένεια και τη θεραπεία τους. Πλέον οι ασθενείς δεν έχουν έναν παθητικό ρόλο ως προς το θεραπευτικό πλάνο τους και τη

¹¹ (στην Μ. Βρετανία ένα βασικό κριτήριο χρηματοδότησης των ερευνητικών προτάσεων είναι η συμμετοχή των χρηστών/ασθενών ενεργά στην ανάπτυξη της έρευνας)

βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Πολλές φορές οι ασθενείς είναι πιο ενήμεροι για τις τελευταίες εξελίξεις της ασθένειάς τους και έχουν βρει την πιο ενδεδειγμένη θεραπεία για την περίπτωση τους ,λαμβάνοντας την από μόνοι τους. (Κουλίζος Μ., Χριστοπούλου Ε., Οικονόμου Χ. 2012).

Η παραπάνω κοινωνική διαδικασία με την οποία οι άνθρωποι γίνονται κύριοι του εαυτού τους και της ζωής τους δεν μπορεί να υποκαταστήσει το ρόλο του θεράποντα ιατρού, μιας και οι πληροφορίες από το διαδίκτυο και τα άλλα μέσα επικοινωνίας επιβάλλεται να αξιολογούνται και από τον ειδικό (Κολυμπιανάκη Π., Σπυριδάκης Μ., 2014).

Εν μέρει δεν πρέπει να αμφισβητείται, ότι οι θεσμικές διεργασίες κράτους-πολιτών είναι αυτές που διαμορφώνουν και δημιουργούν τις περιστάσεις υγείας, εκείνες δηλαδή που ευνοούν την αυτοδυναμία, την αυτονομία και την αξιοπρέπεια όλων, ιδίως των αδυνάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΘΕΤΙΚΩΝ ΣΚΕΨΕΩΝ ΣΤΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

2.1 Τα αρνητικά επιχειρήματα

Είναι γενικό φαινόμενο της κοινωνίας ,οι νόμοι που επικυρώνουν αποφάσεις άλλοτε να έχουν κάποιες θετικές κρίσεις και σε κάποιες άλλες να δημιουργούνται δυσχερείς προθέσεις. Όλο αυτό το διάστημα στον ελληνικό χώρο , πριν και μετά της νομιμοποίησης της ιατρικής κάνναβης, πολλά δελτία τύπου και δημοσιεύσεις τέθηκαν στο προσκήνιο. Ο κύριος πομπός των αρνητικών ή θετικών δηλώσεων ήταν και είναι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Ως κύρια επιχειρηματολογία χρησιμοποιήθηκε ότι η νομιμοποίηση της κάνναβης θα αποπροσανατολίσει τη νεολαία, ότι θα γεμίσει στη λογική της ναρκωκουλτούρας έναν ολόκληρο λαό, ότι θα οδηγήσει στη δραματική αύξηση των χρηστών της, ότι μήπως είμαστε εν δυνάμει ένα ριψοκίνδυνο κοινωνικό πείραμα και πολλά άλλα.

Ενδεικτικά παραθέτουμε κάποια από τα δημοσιεύματα που αναρτήθηκαν στα κοινωνικά δίκτυα:

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

«Καμία ανοχή στην προσπάθεια της Κυβέρνησης για νομιμοποίηση της κάνναβης»

Είναι η κατάλληλη περίοδος για να αποπροσανατολιστεί η νέα γενιά από τα πραγματικά της προβλήματα».

«Ξανά τα 'επιχειρήματα' ότι η κάνναβη δεν είναι ναρκωτικό αλλά φάρμακο προσπαθώντας να ιατρικοποιηθεί ένα κοινωνικό φαινόμενο»¹²

«Θεραπευτική» κάνναβη ή βήμα για τη νομιμοποίηση των ναρκωτικών;

Τα τελευταία χρόνια, έχει δημιουργηθεί διεθνώς ένα λόμπι γιατρών και ασθενών για τη νομιμοποίηση της κάνναβης για ιατρική χρήση. Παράλληλα, από άλλες πλευρές γίνεται προσπάθεια να αξιοποιηθεί αυτή η διαδικασία για τη νομιμοποίηση του χασίς για κάθε χρήση, έως και τη νομιμοποίηση των ναρκωτικών γενικά. [...]

Η κάνναβη παρουσιάζει όλα τα χαρακτηριστικά του εθιστικού ναρκωτικού: Ανάγκη για όλο και μεγαλύτερη ποσότητα για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα, συμπτώματα στέρησης (10 ώρες μετά την τελευταία χρήση και κορύφωσή τους μια βδομάδα αργότερα), μετατροπή της ζωής σε κινήγι

¹² Αθήνα, Φεβρουάριος 2016, Η Γραμματεία του ΕΣΥΝ, <http://e-esyn.gr/>, ανακτήθηκε 17/09/2018.

για την κάλυψη αυτής της ανάγκης πριν από οποιαδήποτε άλλη κ.τ.λ. Οι χρήστες κάνναβης διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εξάρτησης από το αλκοόλ, αλλά και τη νικοτίνη. Και τα τρία κάνουν τον εγκέφαλο πιο ευαίσθητο στα οπιοειδή. Επιπλέον, η είσοδος στον κόσμο της κάνναβης φέρνει το άτομο πιο κοντά σε άτομα που χρησιμοποιούν και απιοειδή, διευκολύνοντας την πρόσβασή του σε αυτά.¹³

ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ!

«Χασίς» στα ελληνικά νοσοκομεία

Το πρώτο φως ώστε να έρθει το «χασίς» στα ελληνικά νοσοκομεία προς όφελος των ασθενών [...].¹⁴

Τα λόμπυ των φαρμακοβιομηχανιών αντιδρούν στην ιατρική κάνναβη

Όπως ανέφερε, η Ελλάδα, εξαιτίας της υστέρησης του νομικού πλαισίου έχει μείνει αρκετά πίσω στην έρευνα σε σχέση με άλλες χώρες ενώ θα μπορούσε να απασχολήσει ικανούς νέους επιστήμονες. "Η δαιμονοποίηση της κάνναβης είχε ανακόψει πλήρως την επιστημονική έρευνα και είχε αποθαρρύνει τους επιστήμονες", είπε προσθέτοντας ότι με την αλλαγή του πλαισίου η χώρα δεν πρέπει να μείνει πίσω αλλά να μπει στο χώρο των τεχνολογικών ανακαλύψεων και να πρωταγωνιστήσει. Παράλληλα όμως, επεσήμανε ότι η παραδοσιακή φαρμακοβιομηχανία και οι μεγάλες πολυεθνικές είναι πολέμιοι της φαρμακευτικής κάνναβης, φοβούμενες ότι οι εναλλακτικές θεραπείες σε ορισμένες ασθένειες θα εκτοπίσουν τα παραδοσιακά σκευάσματα. "Είναι πολύ ισχυρά το λόμπυ και στην Ευρωβουλή όπου πιέζουν ώστε να μην υπάρχουν νομοθετικές πρωτοβουλίες σε επίπεδο Ε.Ε. και η εξέλιξη αφορά μόνο όσα κάνει κάθε χώρα στο δικό της θεσμικό πλαίσιο. Στη Γερμανία, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν πλέον τις θεραπείες με τη φαρμακευτική κάνναβη, στην Ιταλία τα προϊόντα παράγονται από το στρατό", ανέφερε.¹⁵

Εικόνα 1: <http://e-esyn.gr>

"Όχι στη νομιμοποίηση της κάνναβης" ήταν το θέμα της ημερίδας

που διοργάνωσε ο δήμος Πατρέων, σε συνεργασία με το Εθνικό Συμβούλιο κατά των Ναρκωτικών (ΕΣΥΝ) και την Ένωση



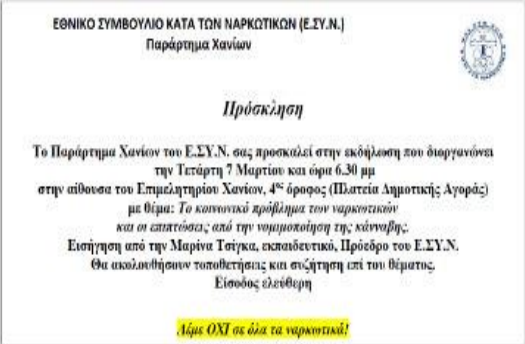
¹³ Κυριακή 22 Οκτώβρη 2017, Ριζοσπάστης, σελίδα 27, επιστημη, επιμέλεια: Σταύρος Ξενικουδάκης <https://www.rizospastis.gr/>, ανακτήθηκε 17/09/2018 .

¹⁴ Πέμπτη, Φεβρουάριος 23, 2017 - 15:10 , <https://www.espressonews.gr/>, ανακτήθηκε 17/09/2018.

¹⁵ 01 Μαρ. 2018: <https://tvxs.gr/>, 12:30:μίλησε στην εκπομπή "Αγροτική ματιά" του τηλεοπτικού σταθμού Thrakinet με το δημοσιογράφο Σάκη Αντωνίου, ο ευρωβουλευτής Στέλιος Κούλογλου. ανακτήθηκε 17/09/2018.

Εικόνα 2: <http://e-esyn.gr>

Κατά πρώτον, επισημαίνουμε ότι ο πρόεδρος του ΚΕΘΕΑ [...], σε ραδιοφωνική συνέντευξη, είπε: «**Η "φαρμακευτική" κάνναβη είναι ο δούρειος ίππος για τη νομιμοποίηση της λεγόμενης ψυχαγωγικής κάνναβης.** Είναι ένας τρόπος να πειστεί ο κόσμος ότι η κάνναβη είναι "καλή" (...) Η ελεύθερη χρήση αυξάνει τους χρήστες». Επίσης, το Μάρτη του 2017 είχε δηλώσει: «Είναι φανερό ότι **η πολιτεία στηρίζει τη χρήση (...)** Απ' όλες τις έρευνες, δεν φαίνεται πουθενά και για καμία ασθένεια να είναι η κάνναβη το φάρμακο επιλογής. Ακόμη και για τον πόνο υπάρχουν ισχυρά αναλγητικά. Η ζημιά που μπορεί να κάνει είναι πολλαπλή: να ανοίξει την ψύχωση, να προκαλέσει εξάρτηση (...) Όμως, το μεγαλύτερο κακό που μπορεί να κάνει είναι η συνταγογράφησης της να περάσει στους έφηβους και στα παιδιά. Τα περισσότερα παιδιά λένε ότι βρήκαν το πρώτο αγχολυτικό



ναρκωτικό στο φαρμακείο του σπιτιού τους. Μπορεί να γίνει το ίδιο και με τη συνταγογράφηση της κάνναβης. Η συνταγογράφηση μιας τέτοιας ουσίας δεν θα λύσει, αλλά θα δημιουργήσει προβλήματα¹⁷

ναρκωτικό στο φαρμακείο του σπιτιού τους. Μπορεί να γίνει το ίδιο και με τη συνταγογράφηση της κάνναβης. Η συνταγογράφηση μιας τέτοιας ουσίας δεν θα λύσει, αλλά θα δημιουργήσει προβλήματα¹⁷

Πάτρα κοινωνία, Διακινητές με τη... βούλα-Η νομιμοποίηση της κάνναβης θα αυξήσει τη χρήση ναρκωτικών και στους ανηλίκους

Στοιχεία που δείχνουν ότι η νομιμοποίηση της κάνναβης οδήγησε σε αύξηση των χρηστών ναρκωτικών ουσιών και μάλιστα, από μικρότερες ηλικίες, αλλά και ότι πίσω από τη συγκεκριμένη απόφαση «κρύβεται» ένα αλισβερίσι εκατομμυρίων ευρώ δια μέσω ξένων επενδυτών αναδείχθηκαν στην ημερίδα που διοργανώθηκε προχθές από το Δήμο, το ΕΣΥΝ και την Ένωση Γονέων¹⁸.

κοινωνία, Ηράκλειο: Στην πυρά η φαρμακευτική κάνναβη

Με μια οπισθοδρομικού ύφους ανακοίνωση η πλειοψηφία του Δ.Σ. της ΕΛΜΕ Ηρακλείου επιτίθεται στην κυβέρνηση αλλά και την κοινή λογική για το θέμα της νομιμοποίησης της κάνναβης για ιατρικούς/φαρμακευτικούς σκοπούς, ενώ πολιτικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η κοινή στράτευση των παρατάξεων που στοιχίστηκαν πίσω από το συγκεκριμένο κείμενο. ενώ τονίζεται πως όσοι υποστήριξαν το νομοσχέδιο «προσπαθούν να παγιδέψουν τα παιδιά μας και όλους εμάς στην κουλτούρα των ναρκωτικών, προσπαθούν να μας υπνωτίσουν με ουσίες έτσι ώστε να μην έχουμε το κουράγιο να παλέψουμε για καλύτερες συνθήκες αμοιβής και εργασίας».¹⁹

¹⁶ Πάτρα 24/1/2018, <http://e-esyn.gr/>, Ημερίδα ενάντια στη νομιμοποίηση της κάνναβης, ανακτήθηκε 17/09/2018.

¹⁷ Χανιά Εκδήλωση 7/3/2018, <http://e-esyn.gr/>, , ανακτήθηκε 17/09/2018.

¹⁸ http://www.gnomip.gr/images/banners/logo_gnomi1.png/, , Παρασκευή, 26 Ιανουαρίου 2018 10:35,

¹⁹ 04.04.2018,19:58 | Συντάκτης: Διονέλλης ΜάριοςΗράκλειο, <http://e-esyn.gr/afieromata/efkriti/>, , ανακτήθηκε 17/09/2018.

Ελλάδα, ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ προειδοποιούν: **Η νομιμοποίηση της φαρμακευτικής κάνναβης οδηγεί σε αύξηση των χρηστών**

Όπως είπαν στις χώρες που νομιμοποιήθηκε η χρήση της έχει αυξηθεί η προσέλευση στα κέντρα απεξάρτησης σε ποσοστό 20%

Ειδικότερα, στη διάρκεια συνάντησης που πραγματοποιήθηκε την Πέμπτη για το σημαντικό αυτό ζήτημα οι υπεύθυνοι [...] παρέθεσαν στοιχεία από άλλες χώρες που δείχνουν πως η νομιμοποίηση της φαρμακευτικής χρήσης της κάνναβης εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους και οι γιατροί του μεγαλύτερου ιατρικού συλλόγου της χώρας ζήτησαν να διασφαλιστεί ότι θα έχουν πρόσβαση οι ασθενείς αλλά με αστηρές ασφαλιστικές δικλείδες προκειμένου να προστατευθεί η δημόσια υγεία.²⁰

ΠΡΟΣ: Σχολεία

Πλειοψηφία του Διοικητικού Συμβουλίου της ΕΛΜΕ Ηρακλείου καταγγέλλει το νέο σχέδιο νόμου «για την καλλιέργεια και χορήγηση της φαρμακευτικής κάνναβης» που προωθεί η κυβέρνηση [...] Χυδαία και αντιεπιστημονικά, βάζει στη λογική της ναρκωκουλτούρας το λαό και ιδιαίτερα τη νεολαία.

Βασικά επιχειρήματα της κυβέρνησης είναι η δήθεν θεραπεία διαφόρων ασθενειών και η καταπολέμηση του παράνομου εμπορίου. Στην πραγματικότητα, επιδιώκει την πλήρη απελευθέρωση της καλλιέργειας και της διακίνησής της από πολυεθνικούς ομίλους που δραστηριοποιούνται στον κλάδο της «φαρμακευτικής» κάνναβης

Καλούμε όλους τους εργαζόμενους σε όλους τους κλάδους να καταδικάσουμε αυτό το νέο νομοσχέδιο

Όλοι αυτοί προσπαθούν να παγιδέψουν τα παιδιά μας και όλους εμάς στην κουλτούρα των [...]

-Να μην περάσει με κανένα τρόπο το νομοσχέδιο που νομιμοποιεί την κάνναβη και είναι πρόδρομος της νομιμοποίησης όλων των ναρκωτικών. Καμιά νομιμοποίηση κανενός είδους ναρκωτικού.²¹

2.2 Μ.Μ.Ε, «'σκοτώνουν' ανθρώπινες σχέσεις και 'βιάζουν' ανθρώπινες ψυχές;»

Σημαντικό παράγοντα στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης είχαν και θα έχουν τα Μ.Μ.Ε.²². Η επαναλαμβανόμενη προβολή προσώπων και αξιών δεν αφορούν κατά το πλείστον στα βιώματα των διάφορων κοινωνικών ομάδων. Συνήθως τα συγκεκριμένα

²⁰ Καρλατήρα, Παναγιώτα 15/06/2018, 06:25, <https://www.protothema.gr/>, ανακτήθηκε 23/8/18.

²¹ Ένωση Λειτουργών Μέσης Εκπαίδευσης, Ηράκλειο, 26/2/2018, Θέμα: ψήφισμα για φαρμακευτική κάνναβη, www.elmeher.gr, ανακτήθηκε 23/8/18.

²² Μ.Μ.Ε., Αυτές οι κοινωνικές φαντασιώσεις, που αναπαράγονται διαρκώς, σε μαζική κλίμακα, όχι μόνο μέσα από τον κινηματογράφο αλλά και μέσα από την τηλεόραση και τον Τύπο, έρχονται να συμβάλλουν στη μυθοποίηση των ναρκωτικών. Τα φορτίζουν συναισθηματικά, θετικά και αρνητικά, πάντα σε υπερβολικό βαθμό, και τα κάνουν να φαντάζουν ελκυστικά στα μάτια των νέων, όλων των χωρών, όλων των κοινωνικών στρωμάτων, όλο και πιο μικρών ηλικιών (Μάτσα Κ...:2001).

πρότυπα τα ακολουθεί κάποιο στερεότυπο και ίσως μία έμμεση προκατάληψη²³. Για παράδειγμα όπως εξηγεί η Κουκουτσάκη Α. (2016) «στο αστυνομικό δελτίο, που είναι μια συνοπτική παρουσίαση του γεγονότος, κατά κανόνα εμφανίζονται ήδη βασικοί άξονες του ερμηνευτικού πλαισίου: Τοξικομανής ο δράστης της ληστείας. Έλεγχός για ναρκωτικά στο τάδε σχολείο. Μάλιστα όσο πιο συνοπτική είναι η παρουσίαση τόσο πιο ισχυρό είναι το μήνυμα που εκπέμπει γιατί στη συνοπτική αφήγηση υπολανθάνουν οι κυρίαρχοί λόγοι με όρους αυτονόητου».

Το ποινικό σύστημά της Ελλάδας και τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας διαμορφώνουν και παγιώνουν το εκάστοτε ερμηνευτικό πλαίσιο. Έτσι σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα η κοινή γνώμη πολύ εύκολα πλάθεται και οδηγείτε στο άγνωστο , δημιουργώντας τις συνθήκες φόβου και προκατάληψης. Προσφιλές θέμα τους συνεχίζει να αναφέρει η ίδια είναι ότι «τα Μ.Μ.Ε. ορίζουν μία πραγματικότητα, στο τι είναι αυτό που αποτελεί είδηση, ώστε αυτή να προσλαμβάνεται στο δέκτη, ως μία εικόνα αξιών, πεποιθήσεων και μία ιδεολογική κοινωνική τάξη». (Κουκουτσάκη Αφροδίτη:2016)

Έτσι λοιπόν το κοινό νοιώθει να το διαπερνά μία εικόνα συνεχόμενης απειλής και ανασφάλειας. Εδώ έγκειται ο χαρακτηρισμός του ποινικού χρήστη ως εγκληματίας άρα και ο υπαίτιος του κοινωνικού προβλήματος. Η προοπτική αυτής της ιδέας δεν κατευνάζει τα όρια της επικινδυνότητας και του φόβου στο κοινό, αλλά αντιθέτως την υπέρ μεγεθύνει. (Reiner, R.: 1997)

Παρομοίως, στο θέμα της επιβολής της εικόνας των ναρκωτικών, μίλησε ο καθηγητής Επικοινωνίας και ΜΜΕ του Πανεπιστημίου Αθηνών Γιώργος Πλειός σε μία μερίδα του ΟΚΑΝΑ, στις 26/06/2015 .Ο καθηγητής υπογράμμισε ότι «τα ΜΜΕ παίζουν σημαντικό ρόλο για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουμε τους χρήστες ναρκωτικών, καθώς οι εικόνες των ΜΜΕ λειτουργούν ως εφαλτήριο για να αναπτυχθούν συμπεριφορές και πολιτικές». Ακολούθως , από το χώρο της δημοσιογραφίας η Νταουντάκη Ν., διέκρινε ότι «ο υπερβολικός 'φωτισμός' μίας είδησης και, κυρίως, ο δραματοποιημένος 'φωτισμός' μιας μόνον πλευράς της (το σώμα, το πτώμα, το αίμα, το απεχθές, το διαφορετικό) δεν αφήνει χώρο για συνολικότερη εξέταση του ζητήματος και απομακρύνει

²³ Η προκατάληψη είναι μια αρνητική στάση του συνόλου, απέναντί στον ίδιο το υποκείμενο ή ακόμα και σε όλα τα μέλη του. Η στάση αυτή δεν είναι απαραίτητα μία εξακριβωμένη διαδικασία παρά μόνο στηρίζεται στις στερεοτυπικές πεποιθήσεις και τις εκάστοτε κρίσεις που τις αποδίδονται. Κουκουτσάκη Αφροδίτη :2016..

ακόμη περισσότερο τα αίτια μιας κατάστασης ή μιας πράξης, τις κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύχθηκε, τις κοινωνικές δομές ή μάλλον την ανυπαρξία δομών, που θα μπορούσαν ενδεχομένως να το είχαν προλάβει» (Βενιζέλος Βασίλης :2015).

Κλείνοντας τον τρόπο ανάλυσης των κοινωνικών δεδομένων από τα Μ.Μ.Ε. ,γίνεται κατανοητό ότι ο κοινωνικός ιστός δεν πρέπει να αποφεύγει την όποια ευθύνη. Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων που μεταφέρονται από γενεές σε γενεές δεν συμβαδίζουν πάντοτε με τις αναμενόμενες συμπεριφορές τους. Ο κοινωνικά δακτυλοδεικτούμενος υπεύθυνος δεν είναι πάντα ο παραβάτης των κανόνων αλλά ίσως να κρύβεται πίσω του αυτή καθαυτή η εικόνα της στερεοτυποποιημένης εξίσωσης των κατασκευασμένων πρότυπων και προκαταλήψεων.

2.3 Τα στερεότυπα

Τα στερεότυπα είναι προκατασκευασμένες πεποιθήσεις που μπορούν να σκιαγραφούν έναν ολόκληρο λαό, μία αξία, ένα υποκείμενο, μία ιδεατή κατάσταση. Τις περισσότερες φορές, αυτή η συγκεκριμένη μονόπλευρη εικόνα ατόμων, ομάδων ή αντικειμένων δεν ανταποκρίνεται στη πραγματική εικόνα και κατάστασή τους. Είναι , δηλαδή συχνό φαινόμενο οι παραπάνω στρεβλώσεις και αναληθείς εντυπώσεις να κατηγοριοποιούν τους «άλλους», με όλη τη υπερβολή και τα προβλήματα που μπορεί αυτό να επιφέρει. Όπως χαρακτηριστικά η Τσιτσανούδη-Μαλλίδη Νικολέττα (2017) αναφέρει, τα στερεότυπα *«προκαταλαμβάνουν τη συμπεριφορά μας [...],οδηγούν στην πρόκληση συγκεκριμένων κοινωνικών στάσεων ,[...]τη, δημιουργία προδιαθέσεων, [...],επηρεάζουν τις επιλογές του ατόμου ,[...] , δημιουργούν συγκεκριμένη μορφή συμπεριφοράς απέναντι στις διάφορες ομάδες, αντικείμενα, αξίες, θεσμούς κ.ά».*

Ωστόσο, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι τα στερεότυπα δεν συντηρούνται αυτοβούλως. Συνήθως , δημιουργούνται από άτομα ή ομάδες που ξεπερνούν τα όρια της δικής τους πολιτιστικής αντίληψης και όπως η ίδια συνεχίζει επιδιώκουν *«τη συσπείρωση μεταξύ κοινωνικών ομάδων οι οποίες υποτίθεται ότι απειλούνται από άλλες κοινωνικές ομάδες λόγω ενός συγκεκριμένου χαρακτηριστικού που εσκεμμένα υπερπροβάλλεται, εν είδει φόβητρου».* (Τσιτσανούδη-Μαλλίδη Νικολέττα:2017)

Φαίνεται , ότι ο δημόσιος λόγος μπορεί πολύ εύκολα να «μεταδώσει» και να «παγιώσει» μια ρητορική του «μίσους». Ο παραπάνω συσχετισμός είναι συνακόλουθο μιας γενικής τάσης της κοινωνίας, όπου η ομάδα που δεν συμμορφώνεται με το σύνολο τότε περιθωριοποιείται σε μειονοτική και δυσχερέστερη θέση. *«Παράλληλα, επεκτείνεται στον σχολιασμό αυτών των δεδομένων -συχνά, μάλιστα, καθ' υπερβολή- με σκοπό άλλοτε να γίνει ο ίδιος περισσότερο θελκτικός -και επομένως εμπορικός- και άλλοτε διότι ενδεχομένως προσαρμόζεται προς επιταγές της ιδιοκτησίας του μέσου ενημέρωσης που τον μεταδίδει και επιδιώκει έτσι να διευκολύνει τη συντήρηση της ισχύουσας κατανομής δύναμης και πλούτου μέσα στην κοινωνία».* (Τσιτσανουδή-Μαλλίδη Νικολέττα:2017)

2.4 Το στίγμα

Μία μορφή δημόσιου λόγου είναι ο γιατρός, ο ασθενής και το φαρμακευτικό σκεύασμα όπου σχεδόν πάντοτε συνυπάρχουν μέσα από πολύ λεπτές ισορροπίες. Η σφραγίδα και η ταυτότητα ενός ανθρώπου εξαρτάται από το γιατρό ,που ως *«ένας άλλος εμπειρογνώμονας μπορεί να νομιμοποιήσει μία υγειονομική κατάσταση π.χ. πρώην αλκοολικοί ,ο χρήστης ιατρικής κάνναβης και να αμαυρώσει την υπόληψη του αρρώστου ,σε ένα μόνιμο στίγμα²⁴».* (Ιβάν Ιλλίτς:2010:54)

«Το στίγμα συνιστά μία ιδιαίτερη σχέση μεταξύ γνωρίσματος και στερεότυπου, η οποία νοηματοδοτείται αρνητικά και φθείρει την κοινωνική ταυτότητα του ατόμου, οδηγώντας στην απόρριψη και την αποκοπή του από την κοινωνία και τον εαυτό του», (Χαράλαμπος Οικονόμου- Μάνος Σπυριδάκης:2012)

Πράγματι, σε όλους τους αιώνες, η διαδικασία βαθμιαίας αποδόμησης της ασθένειας έχει περάσει από πολλές φάσεις. Όπως αναφέρουν και οι Γκόλνα Χριστίνα και Μαλλιώρα Μένι, *«όλες οι ασθένειες έχουν διέλθει από φάσεις άγνοιας για τις αιτίες, τις δυνατότητες αντιμετώπισης και διαχείρισής τους»..* Αυτή η εμπειρία έχει δημιουργήσει τα φαινόμενα κοινωνικού στιγματισμού και τις όποιες δεισιδαιμονίες. Σχεδόν πάντα ένας στιγματισμός και επιπλέον ένας κοινωνικός αποκλεισμός συμπληρώνει τη διάγνωση μίας νόσου. Από το *«τι μου έτυχε»* μέχρι το *«μην τον πλησιάσω, μήπως κολλάει, φτου στο*

²⁴ ΣΤΙΓΜΑ. Η σκληρότητα, η επιθετικότητα, η βία προς τους άλλους που τον κάνουν απωθητικό και τον στιγματίζουν ως κοινωνικά επικίνδυνο δεν είναι παρά η μια όψη του νομίσματος. (Μάτσα Κ...:2001).

κόρφο μας, έξω από εμάς», οι ασθενείς ζουν το πλήρη κοινωνικό αποκλεισμό σε οικονομικό και πολιτικό επίπεδο ενώ ακόμα και «η παροχή βασικών δικαιωμάτων σε αυτούς γίνεται αντιληπτή ως μία «παραχώρηση», μια «ευεργεσία» μέσα στην «ατυχία» τους».

Οι συγκεκριμένες στιγματικές κοινωνικές συμπεριφορές δημιουργούν τα στερεότυπα στους ανθρώπους και παράλληλα εγκαθιδρύουν το φόβο στη κοινωνική διαχείριση της νόσου. Μόνο με συμπεριφορές ορθών κλινικών χειρισμών αλλά πρωτίστως με την ανακάλυψη στρατηγικών επιτυχούς μηχανισμών της κάθε νόσου μπορεί να αμβλύνονται τέτοια κοινωνικά φαινόμενα.

Φαίνεται, ότι ένα κοινωνικό στερεότυπο που ήταν και είναι παρών ακόμα και σήμερα, είναι ότι η ατομική, παραβατική συμπεριφορά των ατόμων με εξάρτηση (πέρα από τη προσωπική επιλογή του χρήστη), και ότι έχει να κάνει με την εγκληματική, οριακή και βίαιη συμπεριφορά τους. Αυτή η εικόνα στα μάτια του κοινωνικού συνόλου ήταν και είναι ο κύριος λόγος της αυτοβούλως προστασίας τους και τον εξοστρακισμό²⁵ από την «αυλή» τους, των ατόμων αυτών με κάθε κόστος.

«Αυτό το εμμένον και επιμένον στίγμα, το οποίο αναπτύχθηκε όπως κάθε στίγμα, επειδή τα άτομα με εξάρτηση- το οποίο τα καθιστούσε σε λιγότερο «κοινωνικά» αποδεκτά στα μάτια των υπολοίπων, κατέληξε να επισκιάζει την υπόλοιπη ταυτότητα των ατόμων με εξάρτηση και κυρίως υπομόνευσε συστηματικά και διαχρονικά οποιαδήποτε προσπάθεια για ενίσχυση της ιατρικής/θεραπευτικής έναντι της ποινικής αντιμετώπισής τους». (Γκόλνα Χριστίνα και Μαλλιώρα Μένη:656)

Σημαντική άποψη πάνω στο θέμα του στίγματος φέρει το έργο του Erving Coffman « Στίγμα: Σημειώσεις για τη διαχείριση της Φθαρμένης Ταυτότητας» (1970). Ο Goffman αναφέρει ότι το άτομο οικειοποιείται αυτό το χαρακτηριστικό μίasma που

²⁵ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ, η σκέψη χάνει τον κοινωνικό της χαρακτήρα, επικεντρώνεται σχεδόν αποκλειστικά στην ουσία, εκπίπτει σε μια αφόρητη στερεοτυπία. Η αρχική ρήξη με την οικογένεια και τα άλλα οικεία πρόσωπα γίνεται συστατικό στοιχείο αυτής της πορείας στο κοινωνικό περιθώριο. Και είναι αυτή βασικά η διαδικασία της αποδόμησης που δημιουργεί τους όρους της περιθωριοποίησης του. Το νομικό καθεστώς των ουσιών – νόμιμες ή παράνομες- έρχεται να παίζει δευτερεύοντα ρόλο σε αυτή τη διαδικασία.

Αυτή η απώλεια μιας θέσης μέσα στον κοινωνικό χώρο, αλλά και του status που αυτό συνεπάγεται, συνοδεύεται συνήθως και από την απώλεια της αρχικής θέσης του στον οικογενειακό χώρο.(Μάτσα Κ.:2001).

του προσδίδει η κοινωνία, και αυτομάτως τον κάνει να κρύβεται πίσω από την αιτία αυτής της αρνητικής κοινωνικής απαλλαγής. Μέσω αυτής της ταύτισης όχι μόνο διαφοροποιείται από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο, αλλά συγχρόνως χάνει σημαντικό μέρος της ανθρώπινης οντότητας και αξίας του.

Έχουν περάσει τόσες δεκαετίες από το έργο του Coffman ,και η έννοια του στιγματισμού των ναρκωτικών παραμένει να ταλανίζει τις απόψεις και τις σκέψεις των ανθρώπων. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Κόφι Ανάν σε μία συνέντευξη του στο γερμανικό περιοδικό Spiegel (2016), ότι πρέπει, « να πάψει ο στιγματισμός και να αρχίσει η βοήθεια» ,και ακολούθως συνέχισε, [...] Σε ποιους άλλους τομείς της δημόσιας υγείας ποινικοποιούμε ασθενείς που έχουν ανάγκη βοήθειας; [...] πρέπει να αποποινικοποιηθεί η ατομική χρήση ουσιών. Η χρήση ναρκωτικών είναι επιβλαβής, αλλά η μείωση των συνεπειών της είναι αποστολή του δημόσιου συστήματος υγείας και όχι των δικαστηρίων. [...] πρέπει να παραδεχθούμε ότι ένας κόσμος χωρίς ναρκωτικά αποτελεί αυταπάτη. Αντιθέτως, οφείλουμε να διασφαλίσουμε ότι τα ναρκωτικά θα προξενούν την μικρότερη δυνατή βλάβη».

2.5 Θετικές σκέψεις

Οι θεραπευτικές ιδιότητες της κάνναβης είναι τεράστιες μιας και μπορεί ο άνθρωπος να τη χρησιμοποιήσει για μία μεγάλη γκάμα παθήσεων. Οι συνεχόμενες απαγορεύσεις και τα στερεότυπα σχετικά με αυτό το φυτό έχουν περιορίσει τις πολλές κλινικές έρευνες. Όμως οι σημαντικές μαρτυρίες των ασθενών και όσα η επιστήμη έχει τεκμηριώσει μέχρις ώρας, έχουν υπάρξει θετικό πρόσημο για κάποιες ιατρικές ενδείξεις για τις ακόλουθες ασθένειες. Ενδεικτικά παρουσιάζονται κάποιες από αυτές:

Η Νόσος του Alzheimer, η Πλάγια Αμυοτροφική Σκλήρυνση, η Δυστονία, η Ινομυαλγία . Στις συγκεκριμένες ασθένειες, η εφαρμογή της κάνναβης έχει θεραπεύσει/ μειώσει την εξέλιξη της νόσου, έχει απαλύνει τον πόνο, έχει αυξήσει την απώλεια της όρεξης, έχει ελαττώσει τα συμπτώματα της αϋπνίας, έχει βοηθήσει την κατάθλιψη και πολλά άλλα (Οικονομόπουλος Γιώργης:Μάιος 2018).

Στις διαταραχές του Γαστρεντερικού ακολούθως, μειώνει τον κοιλιακό πόνο και τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και βοηθάει Τα άτομα με την νόσο του Crohn από την εμφάνιση διαρροϊκών κενώσεων, αιμορραγιών και πολύ άλλων δυσάρεστων συνεπειών. Η θεραπεία με την κάνναβη έχει βελτιώσει τη ποιότητα ζωής αυτών των

ασθενών αυξάνοντας το δείκτη μάζας σώματος (Lahat A., Lang A., Ben-Horin S.:2011), (*Medicines* : 2018).

Σε άλλες έρευνες για την αποτελεσματικότητα της κάνναβης στον χρόνιο πόνο, ανακαλύφθηκε ότι μειώνει αισθητά το νευροπαθητικό πόνο (*Frontiers in Pharmacology* :2018). Σε μία ακόμα έρευνα, οι επιστήμονες του Αμερικανικού Πανεπιστημίου του New Mexico κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η κάνναβη δεν παρουσιάζει καθόλου παρενέργειες, *«Με άλλα λόγια, και σε αντίθεση με τις συμβατικές φαρμακευτικές προσεγγίσεις, η κάνναβη μπορεί να βελτιώσει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων ρυθμίζοντας την ομοιοστατική λειτουργία»* (Sarah S. Stith, Jacob M. Vigil, Franco Brockelman, Keenan Keeling and Branden Hall :2018).

Πολλές καλές ενδείξεις έχουν αναφέρει οι έρευνες στη περίπτωση της μείωσης του πόνου (Martin J. De Vita, , Dezarie Moskal, Stephen A. Maisto, et al :2018) και τις ξεχωριστές απεικονίσεις στις μαγνητικές εγκεφάλου σε ασθενείς που εμπλέκονται στην ψύχωση και στους οποίους είχαν λάβει μία δόση CBD εμφάνισαν μειωμένη προβληματική δραστηριότητα καθιστώντας τις σαρώσεις τους πιο παρόμοιες με εκείνες των υγιών. Λεπτομέρειες των εργασιών δημοσιεύτηκαν στην ιατρική επιθεώρηση , JAMA Psychiatry. (Sagnik Bhattacharyya, Robin Wilson, Elizabeth Appiah-Kusi, et al :2018).

Πολλές καλές προοπτικές ανέδειξε η θεραπεία με κάνναβη στις περιπτώσεις φλεγμονών της αρθρίτιδας. Στη μελέτη, που διεξήχθη από το Royal National Hospital for Rheumatic Disease στο Ηνωμένο Βασίλειο, έδειξε ότι τα κανναβινοειδή παρείχαν στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στον πόνο κατά την κίνηση, στον πόνο σε ηρεμία και στην ποιότητα του ύπνου (Blake DR, Robson P, Ho M, Jubb RW, McCabe CS: 2006). Σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα της κατάθλιψης διαπιστώθηκε από το Πανεπιστήμιο Medical Center της Ουτρέχτης, στην Ολλανδία όταν χορήγησαν τη THC. Η THC κατάφερε να αλλάξει την ανταπόκριση σε αρνητικές εικόνες ή συναισθήματα ενεργοποιώντας το ενδοκανναβινοειδές σύστημα στον εγκέφαλο των ασθενών (Bossong MG, van Hell HH, Jager G, Kahn RS, Ramsey NF, Jansma JM: 2013). Επίσης σε άλλη έρευνα, διπολικοί ασθενείς βελτίωσαν τη γνωστική λειτουργία τους (Raphael J. Braga, Katherine E. Burdick, Pamela DeRosse, Anil K. Malhotra: 2012), ενώ σε μία επόμενη έρευνα το University at Buffalo's Research Institute on Addictions υποδεικνύει την πιθανή ιατρική χρήση της κάνναβης για την κατάθλιψη (Samir Haj-Dahmane: 2015).

Πλήθος προκλινικών μελετών και η διεξαγωγή σοβαρών κλινικών μελετών έχουν φέρει πολύ καλά αποτελέσματα για τις αντικαρκινικές ιδιότητες της κάνναβης. (Armstrong, Jane L., et al. :2015), (Preet, Anju, et al.:2011) Η κάνναβη προκαλεί την απόπτωση των καρκινικών κυττάρων, καθυστερεί την αύξηση του όγκου, των μεταστάσεων, ενώ ανακουφίζει από παρενέργειες της χημειοθεραπείας (ναυτία, έμετοι, ανορεξία) και είναι πολύ αποτελεσματική για τον καρκινικό πόνο (Vinciguerra V, et al. :1988), (Abrams D.:2016) , (Cleeland C., et al.:1994), (Johnson, J., et al.:2010).

Σε ασθενείς με πνευμονολογικές παθήσεις η κάνναβη μείωσε τη φλεγμονή των αεραγωγών ,προκαλώντας βρογχοδιαστολή (Aldington, S., Williams, M., Nowitz, M., Weatherall, M., Pritchard, A., McNaughton, A., Robinson, G., and Beasley, R. :2007). Τα οφέλη της κάνναβης ως εναλλακτικού ή συμπληρωματικού φαρμάκου για την θεραπεία του ιού HIV, ο Dr. Robert Cook ανακοίνωσε στη μεγαλύτερη και την πλέον πλήρη έρευνα του Πανεπιστημίου της Φλόριδα και την ανακούφιση των συμπτωμάτων που προκαλεί ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας. (Mike Adams, November 1, 2017). Εξίσου σημαντικά αποτελέσματα έχει και στη καθυστέρηση της εξέλιξης του σακχαρώδη διαβήτη. η κάνναβη συμβάλει στον καλό έλεγχο της γλυκόζης, οι χρήστες της είναι λιγότερο πιθανό να είναι παχύσαρκοι ενώ έχουν υψηλότερα επίπεδα «καλής χοληστερόλης» και μικρότερη περιφέρεια μέσης (Maia Szalavitz:2013), (Elizabeth A. Penner,Hannah Buettner,Murray A. Mittleman,:July 2013)

Η κάνναβη είναι άκρως επιτυχημένη στη θεραπεία των συμπτωμάτων της πολλαπλής σκλήρυνσης εφόσον προστατεύει τον εγκέφαλο ανακουφίζοντας το πόνο (Anna Wilcox:2015), σταματώντας τη δυσκαμψία των μυών και τους σπασμούς (British Journal of Pharmacology (2011). Παρομοίως ανακουφίζει από το πόνο και βελτιώνει τη κινητική λειτουργία ασθενείς με νόσο του Parkinson (Addam Core:2017), ενώ μνεία σε άλλες έρευνες έχουν γίνει για το θεραπευτικό ρόλο των κανναβιδοειδών στη παιδική επιληψία. Η CBD μειώνει τις επιληπτικές κρίσεις, τους σπασμούς και την απώλεια συνείδησης (Blair, R.E., Deshpande, L.S., and DeLorenzo, R.J. :2015), (dos Santos, R.G., Hallak, J.E., Leite, J.P., Zuardi, A.W., and Crippa, J.A. :2015), (Friedman, D., and Devinsky, O. :2015), (Rosenberg, E.C., Tsien, R.W., Whalley, B.J., and Devinsky, O.:2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

3.1 Ευλογία ή κατάρα

Η ευρύτατη χρήση του φυτού κάνναβη χάνεται στα βάθη αιώνων. Το φυτό, υπήρξε ένα βότανο πολύτιμο για την επιβίωση του ανθρώπινου πολιτισμού στις περισσότερες φυλετικές κοινωνίες αυτού του κόσμου. Πέρα από ένα μυητικό ή θρησκευτικό εργαλείο, των ιστορικά γνωστών πολιτισμών ήταν επιπλέον ένας σημαντικός οδηγός επιβίωσης σε διατροφικό, θεραπευτικό, ευφορικό και κατασκευαστικό επίπεδο, στη καθημερινή ζωή των ανθρώπων(Γρίβας Κλ.:2017:54:47).

Η πρώτη καταγεγραμμένη αναφορά, για το τόπο προέλευσης της κάνναβης πιστεύεται ότι είναι η Κεντρική Ασία (Hui-lin Li: 1975). Ειδικότερα ,το 2737 π. Χ. (Γρίβας Κλ.:2017:47)εμφανίστηκε μια κινέζικη σύνοψη των φαρμάκων από τον αυτοκράτορα Shen Nung. Στη «*Βοτανοθεραπευτική*» του αυτοκράτορα αναγράφονταν οι θεραπευτικές εφαρμογές της κάνναβης, όπως η αντιμετώπιση του άλγους (ρευματισμοί και αρθρίτις), το εμπύρετο από ελονοσία, η δυσκοιλιότητα, ο βήχας και η δυσμηόρροια. (Οικονομόπουλος Α. Γ. :2014).

Αυτό το κείμενο εικάζεται ότι έχει διατυπωθεί μεταξύ του 1^{ου} ή 2^{ου} μ. Χ. αιώνα χάρη στη προφορική παράδοση των πολιτισμών διαμέσου της μεταλαμπάδευσης της γνώσης από γενιά σε γενιά ή απευθείας από την ίδια την προϊστορία (Giancarlo Arnao:1978).

Το 1500- 1200 π. Χ. στην Atharva Veda των Ινδών η κάνναβη εμφανίζεται με το όνομα Bhang, ενώ σκιαγραφείται ως «*ουράνιος οδηγός*», «*βοτάνι της χαράς*», «*πηγή της ευτυχίας*» και ο «*λυτρωτής των αμαρτιών*». Σε αυτή την αναφορά της ινδικής παράδοσης , η κάνναβη αναλαμβάνει το ρόλο του τονωτικού, του αντιβηχικού, του ηρεμιστικού, του ορεξιογόνου ,του αντικαταθλιπτικού και άλλων φαρμακολογικών ιαμάτων (Οικονομόπουλος Α. Γ. :2014). Επίσης, μνεία στις ιδιότητες της κάνναβης υπάρχουν στο κινέζικο Rh- Ya (1500 π. Χ.), την περσική Zend- Avesta, την ασσυριακή και την ινδική Su'sruta, (Γρίβας Κλ.:2017:48) στον αρχαίο πάπυρο του αιγύπτιου Ebers (1500 π. Χ.) και σε άλλους πάπυρους ως μητροσυσπαστικό και βοηθητικό στον τοκετό

και ως αντισηπτικό και θεραπευτικό στις ασθένειες των οφθαλμών (Οικονομόπουλος Α. Γ. :2014).

Από τις περιγραφές του Ηρόδοτου (484- 420 π. Χ.) για τις θρησκευτικές τελετές στη ζωή των Σκύθων, (Γρίβας Κλ.:2017) , (Οικονομόπουλος Α. Γ. :2014) των Ασσυρίων, των Βαβυλώνιων και των Παλαιστίνιων (Van der Merwe, Nicolaas J.: 1975) πιστεύεται ότι η κάνναβη ήταν γνωστή στην Αρχαία Ελλάδα κατά τον 5^ο αιώνα π. Χ. Οι εξ ανατολών γείτονες βοήθησαν τους Έλληνες στη διδασχή της καλλιέργειας και της τελικής επεξεργασίας των υλών της κάνναβης.

3.2 Ελληνιστικά, βυζαντινά, ρωμαϊκά χρόνια- μεσαίωνας

Τις αμέσως επόμενες ιστορικές περιόδους τα ελληνιστικά, βυζαντινά και ρωμαϊκά χρόνια, η κάνναβη συνέχισε να έχει τον πρωταγωνιστικό ρόλο, στη καθημερινή επιβίωση των ανθρώπων. Για τις ευφορικές και τις θεραπευτικές ιδιότητές της αναφέρονται σε έργα τους ο Πλίνιος ο πρεσβύτερος 23-79 μ.Χ., Ρωμαίος συγγραφέας της Φυσικής Ιστορίας, Διοσκουρίδης ο Αναζαρβεύς 1^{ος} αι. μ. Χ., θεμελιωτής της φαρμακολογίας, συγγραφέας του Περί ύλης ιατρικής (Γρίβας Κλ.:2017:50) καθώς και ο Παύλος ο Αιγινήτης τη βυζαντινή περίοδο(Γρίβας Κλ.:2017:58).

Στη διάρκεια του Μεσαίωνα από τον 5^ο μέχρι τον 15^ο μ. Χ. αιώνα η κάνναβη είχε εξαπλωθεί σε όλη την ευρωπαϊκή επικράτεια. Η εικόνα της κάνναβης ήταν τόσο διαδεδομένα σημαντική που ο Ερρίκος Η΄(1491-1547) (Γρίβας Κλ.:2017) προέτρεπε τους Άγγλους αγρότες στην συστηματική καλλιέργειά της. Ενώ ο Francois Rabelais (1490- 1553) αναφέρει τις εκτενείς επιδράσεις της κάνναβης, στο 3^ο βιβλίο του «*the herb Pantagruellion*»(Γρίβας Κλ.:2017)

Μονολότι, η ιατρική εφαρμογή της το Μεσαίωνα εντοπιζόταν στις «μάγισσες» (Leonzio, Ugo: 1969) η κάνναβη έγινε ευρεία γνωστή ,από το 1789 και έπειτα χάρη στις στρατιωτικές επιχειρήσεις του Ναπολέοντα στην Αίγυπτο. Τη κάνναβη στην Αμερική την σύστησαν οι ευρωπαίοι Άγγλοι, Ισπανοί και Πορτογάλοι άποικοι (αναφορές το 1545 της κάνναβης στη Χιλή έπειτα από την απόβαση των Ισπανών) (Γρίβας Κλ.:2017). Αντίθετα, στην Βραζιλία η διάδοσή της έγινε από τους Αφρικανούς σκλάβους που ήδη είχαν ανακαλύψει τη ψυχοτροπική δράση της, ακολούθως οι Μεξικανοί μετανάστες τη μεταφέρανε στις Ηνωμένες Πολιτείες(Giancarlo

Arnao:1978). Το 18ο αιώνα είχε ήδη επεκταθεί σε όλη τη Βόρεια Αμερική ενώ κατά το 18ο και 19ο αιώνα ορισμένες πολιτείες όπως η Virginia (1762) (Γρίβας Κλ.:2017) επέβαλαν ποινές σε όσους δεν ασχολούνταν με την καλλιέργεια, αναγνωρίζοντας τα ζωτικής σημασίας βιοτικά και οικονομικά οφέλη της.

3.3 17^{ος} -20^{ος} αιώνας

Από τον 17^ο έως και τον 20^ο αιώνα χαρακτηριστικές είναι μερικές από τις ιατρικές ενδείξεις και έρευνες που έχει αποτυπώσει γραπτώς, η ιστορία για τις θεραπευτικές δυνατότητες αυτού του φυτού.

Το 1621, ο Άγγλος ιερέας Robert Burton παρουσίασε το έργο του « *Η ανατομία της Μελαγχολίας*», το οποίο μιλούσε για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Στο ευρωπαϊκό τοπίο το 1624, η πλήρης *Βοτανική* περιείχε τις θεραπευτικές ιδιότητες της κάνναβης για το βήχα, τον πυρετό, τον πόνο και τα εγκαύματα.

Το 1764 και το 1794 στο *Νέο Αγγλικό Συνταγολόγιο* και το *Νέο Συνταγολόγιο του Εδιμβούργου* (Conrad Chris: 1997) αντιστοίχως καταγράφηκαν θεραπείες για τις φλεγμονές του δέρματος και τη καταπολέμηση του βήχα. Ο W. D. O' Shaughnessy (1842) το 19^ο αιώνα και συγκεκριμένα το 1839, μετά από πειράματα στον ίδιο και σε ζώα, εντυπωσιασμένος ανέφερε ότι «*Στην κάνναβη, ο ιατρικός κόσμος έχει βρει ένα αντισπασμωδικό φάρμακο τεράστιας αξίας*».

Την επόμενη χρονιά ο ψυχίατρος Moreau de Tours, αναφέρθηκε με ενθουσιασμό για τις ψυχικές και νοητικές θεραπευτικές αλλαγές που φέρει η λήψη κάνναβης, στη μελαγχολία, τις ιδεοληπτικές διαταραχές, την υπομανία (J. Moreau (De Tours): 1857). Έξι χρόνια μετά ένα *Νέο Συνταγολόγιο* αυτό των Ηνωμένων Πολιτειών ανέφερε ότι το απόσταγμα της κάνναβης είναι δραστικό για την αϋπνία, τους σπασμούς, την υστερία, την ψύχωση, τις αιμορραγίες της μήτρας κ.α. (Wood G.B., Bacheff:1854). Παρομοίως στην Αμερική, ο Dr R.R. M' Meens επικρότησε τις ιδιότητες της κάνναβης, ως προς τις κάτωθι διαταραχές όπως είναι ο τέτανος, το άσθμα, η ανορεξία κ.α. (M' Meens R.R.:1860), ενώ δεν έλειψε να υπογραμμίσει πως, «*Η κάνναβη κατέχει μια θέση μεταξύ των ηρεμιστικών, μετά το όπιο. Οι επιδράσεις της είναι λιγότερο έντονες και οι εκκρίσεις δεν αναστέλλονται. Η χώνεψη δεν διαταράσσεται και η όρεξη αυξάνεται. Η όλη επίδραση είναι λιγότερο βίαιη από το όπιο και δημιουργεί έναν περισσότερο*

φυσιολογικό ύπνο, χωρίς να διαταράσσει τη λειτουργία των εσωτερικών οργάνων. Είναι σαφώς προτιμότερη από το όπιο, αν και δεν είναι ισάξια σε δύναμη και αξιοπιστία».

Είκοσι χρόνια αργότερα γίνεται αναφορά από τον Dr H.H. Kane, για την θεραπεία αλκοολικής γυναίκας με την υποκατάσταση καπνιστή κάνναβη (Kane H.H.: 1881) και μία δεκαετία μετέπειτα (1890) ο προσωπικός ιατρός της Βασίλισσας Βικτωρίας της Μεγάλης Βρετανίας, Dr J.R. Reynolds αναφέρατε ότι «Η καθαρής ποιότητας κάνναβη, όταν χορηγείται προσεκτικά, είναι ένα από τα πιο αξιόλογα ιατρικά που έχουμε» (Reynolds J.R.: 1890) αφού αντιλήφτηκε τις θεραπευτικές δράσεις της κάνναβης για την αποκατάσταση της γεροντικής αυπνίας, της επιληψίας, της

ημικρανίας κ.α. Επίσης για την ανακούφιση των ημικρανιών το 1887, περιέγραψε χαρακτηριστικά ο H.A Hare ότι «Κατά το χρονικό διάστημα που αυτό το αξιοσημείωτο φάρμακο ανακουφίζει τον πόνο, μια πολύ περίεργη φυσική κατάσταση εμφανίζεται. Ο πόνος σβήνει σταδιακά, όπως ο ήχος ενός τυμπάνου που απομακρύνεται λίγο λίγο» (Hare H.A.:1887). Ως θαυμάσιο αναλγητικό φάρμακο (γαστρικό έλκος κ.α.) και υποκατάστατο των οπιούχων υπέδειξε το 1891 και ο Dr J.B. Mattison (Mattison J.B.: 1891).

Εικόνα 1, From Wikipedia, the free encyclopedia
6/8/18

REPORT
OF THE
INDIAN HEMP DRUGS COMMISSION,
1893-94.

President:

The Hon'ble W. MACKWORTH YOUNG, M.A., C.S.I., First Financial Commissioner, Punjab.

Members:

1. Mr. H. T. OMMANNEY, Collector, Panah Mahals, Bombay.
2. Mr. A. H. L. FRASER, M.A., Commissioner, Chhattisgarh Division, Central Provinces.
3. Surgeon-Major C. J. H. WARDEN, Professor of Chemistry, Medical College, and Chemical Examiner to Government, Calcutta; Officiating Medical Storekeeper to Government, Calcutta.
4. Raja SOSHI SIKHARESWAR ROY, of Tahirpur, Bengal.
5. KANWAR HARNAM SINGH, Ahluwalia, C.I.E., Punjab.
6. LALA NIHAL CHAND, of Muzaffarnagar, North-Western Provinces.

Secretary:

Mr. H. J. McINTOSH, Under-Secretary to the Government of Bengal, Financial and Municipal Departments.



Το 1894, κυκλοφόρησε ένα σπουδαίο επιστημονικό ντοκουμέντο 3281 σελίδων, η λεγόμενη «Έκθεση της Ινδικής επιτροπής για την Ινδική Κάνναβη». Σε αυτό το ντοκουμέντο ερευνήθηκε και διαπιστώθηκε ότι η δράση του φυτού στον άνθρωπο περιστασιακά η συστηματικά δε φέρει βλάβες για τη υγεία του (The Indian Hemp Drugs Commission: 1969).

Στην Ελλάδα το 1929, στο Μέγα Λεξικόν της Ιατρικής υπήρξαν αναφορές για το φυτό, ως "τοπικό καταπραυντικόν η κάνναβις ενδεικνύεται ιδίως επί πόνους του

στομάχου τους οποίους μεγάλως καταπραύνει, ως υπνοφόρον και γενικόν καταπραυντικόν χρησιμοποιείται επί της αϋπνίας, ημικρανίας, νευρώσεων και διαφόρων παραλύσεων» (Οικονομόπουλος Α. Γ. :2014).

Είδαμε ότι το ενδιαφέρον για τις θεραπευτικές δράσεις της κάνναβης και οι εφαρμογές τις προϋπήρχαν και αυξήθηκαν μεταξύ του 1840 έως το 1900 με σωρεία δημοσιεύσεων σε διάφορα επιστημονικά περιοδικά και την δημιουργία πολλών φαρμακευτικών σκευασμάτων κάνναβης από γνωστές φαρμακευτικές εταιρείες σαν την Eli Lilly, Parke Davis και Squib Co (Οικονομόπουλος Α. Γ. :2014).

Σε αυτή τη μακραίωνη ιστορική πορεία στη χρήση της κάνναβης ο V. Rubin διαπίστωσε δύο πολιτιστικές τάσεις της «α) η λαϊκό- παραδοσιακή τάση, που είναι πιο πολυδιάστατη και πολυλειτουργική, (συνδέονται συχνά η χρήση της κάνναβης ως ύφασμα, ως ίαμα, ως τροφή και ως λατρεία) η οποία χαρακτηρίζει τις κατώτερες κοινωνικές τάξεις των χωρών και β) μία σύγχρονη τάση, όπου οι νέοι των μεσαίων και μεσαίων-υψηλών τάξεων των δυτικών χωρών χρησιμοποιούν τη κάνναβη για τα αποτελέσματά της στις ψυχικές λειτουργίες» (Rubin, Vera: 1975). Παρότι για ολόκληρες χιλιετίες η κάνναβη χαρακτηριζόταν προς το συμφέρον της ανθρωπότητας ως «πολύτιμο φυτό» για την ενέργεια, τη διατροφή, την ένδυση, τις θεραπευτικές και τις ευφορικές ιδιότητες της, από το 1937 και έπειτα μεταπήδησε από «ευλογία σε κατάρα».

3.4 Οι προστάτες της κοινωνίας

Αυτόκλητοι «προστάτες» της κοινωνίας, που όρισαν κάποιες ουσίες ως απαγορευμένες, σε συνδυασμό με την τεχνολογική έξαρση και την άνοδο της πετροχημικής και της φαρμακευτικής βιομηχανίας επέβαλαν ως «απειλή για την κοινωνία» την κάνναβη (Giancarlo Ainao:1978). Οι ιδιοτελείς επιλογές τους, όχι μόνο αφαίρεσαν το δικαίωμα στους πολίτες να επιλέγουν και να καταναλώνουν τις ψυχοτρόπες ουσίες που επιθυμούσαν αλλά και η επιβεβλημένη άρση της ελεύθερης διακίνησης του προϊόντος κατέστησε τη κρατική εξουσία σε έναν μονοπωλιακό δικτάτορα, για το πως και ποια ουσία θα καταναλώνανε οι υπήκοοι της.

Πράγματι φαίνεται ότι , «η γονεοποίηση της εξουσίας και η βρεφοποίηση της κοινωνίας», σύμφωνα με τον Κλεάνθη Γρίβα (2017), «ήταν και παραμένει ο ιστορικά αμετάκλητος στόχος όλων των διαχειριστών της νόμιμης βίας, ανεξάρτητα απ' τις ιδεολογικές και πολιτικές αμφιέσεις τους. Το μόνο που αλλάζει είναι τα μέσα που

χρησιμοποιούν οι εξουσιοφρενείς, ανάλογα με τις ανάγκες τους και τις τεχνολογικές δυνατότητες κάθε εποχής», αφού συνεχίζει, «κατέστρεψε τους αυτορυθμιζόμενους μηχανισμούς προστασίας των ατόμων και της κοινωνίας και δημιούργησε ένα λειτουργικό κενό που επέτρεψε στην κρατική εξουσία να αυτοπροβληθεί ως ο μόνος παράγοντας που είναι ικανός να το καλύψει πολλαπλασιάζοντας τις απαγορεύσεις στο διηνεκές».

Το 1937, με το νόμο *Marijuana Tax Act*, ξεκίνησε στην Αμερική μια επαχθή φορολογία στους γιατρούς, τους φαρμακοποιούς και τους αγρότες, που συνταγογραφούσαν, εκμεταλλεύονταν και παρήγαγαν φαρμακευτικά προϊόντα κάνναβης, αντίστοιχα. Οι δόκτορες S.Allentuck και K.M. Bowman (Allentuck S. Bowman K.M.:1942) το 1942, κατέγραψαν μία μελέτη για τη φυσική αποκατάσταση του στερητικού συνδρόμου από οπιούχα με τη χρήση κάνναβης. Το 1947 (Stockings G.T.:1947) και 1949 (Davis J.P., Ramsey H.H.:1949) τα πειράματα με σκευάσματα κάνναβης σε καταθλιπτικούς ασθενείς και σε επιληπτικά παιδιά επιβεβαίωσαν τη θεαματική βελτίωση των συμπτωμάτων ή ακόμα και την πλήρη ίαση αυτών. Το 1960 ,ανακοινώθηκε από Τσεχοσλοβάκους ερευνητές (Kabelik J. et all:1960) η ανακάλυψη της αντιβακτηριδιακής δράσης του αποστάγματος της κάνναβης σε μικροοργανισμούς που φέρουν αντίσταση στην πενικιλίνη.

Πόλυ σημαντική υπήρξε η ανακάλυψη το 1964 , της Δ9 THC, του κύριου ψυχοδραστικού κανναβινοειδούς από τον Ισραηλινό ερευνητή Raphael Mechoulam (Hemon H.C.:1968), (Rolls E.J,Stafford Clark D.:1954).

Το 1973, εκδόθηκε το υπόμνημα του Todd Mikuriya(1973) «*Κάνναβη Ιατρικά Κείμενα*», που συγκέντρωνε τις κύριες επιστημονικές έρευνες για την κάνναβη στο διάστημα από το 1839 έως το 1972. Ενώ το 1975 ο (NIDA) προέβλεψε ότι τα κανναβινοειδή θα μονοπωλήσουν αρκετά τον ιατρικό κόσμο την αμέσως επόμενη δεκαετία. (Conrad Chris: 1997). Νόμιμα το 1976, στον R. Randal (ασθενής με γλαύκωμα) του χορηγήθηκε κάνναβη για τη θεραπεία του. Την ίδια χρονιά , ήταν η στιγμή της απεγκληματοποίησης της χρήσης και η έναρξη των ειδικών *coffee shop* μαγαζιών στην Ολλανδία. Το New Mexico των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής νομιμοποίησε τη διάθεση και τη χρήση της ιατρικής κάνναβης το 1978. Ακολούθησαν μέχρι και το 1984 άλλες δεκαεπτά πολιτείες που επικεντρώθηκαν σε προγράμματα της ίασης του γλαυκώματος και των δύσκολων χημειοθεραπευτικών συνεπειών της θεραπείας του καρκίνου (Οικονομόπουλος Α. Γ. :2014).

Όλο αυτό το διάστημα, τα εμπόδια, όπως οι συλλήψεις, οι κακοποιήσεις ασθενών και ιατρών (Drug Enforcement Administration:1988) και η παρατεταμένη γραφειοκρατική αμηχανία δημιουργούσαν κωλύματα στη διάθεση και τη χρήση της ιατρικής κάνναβης. Το 1985 κυκλοφόρησε στις ΗΠΑ το Dronabinol (φάρμακο με την ονομασία Marinol, στην κατηγορία φαρμάκων II). Παρότι το Dronabinol ήταν ένα συνθετικό φάρμακο, οι υπεύθυνοι το κατοχύρωσαν στην κατηγορία II των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αντίθετα με τη φυσική κάνναβη που παρέμεινε στη κατηγορία I, αντιμετώπιση με υπερβολικές ποινές, όπως τα υπόλοιπα σκληρά ναρκωτικά της κατηγορίας αυτής π.χ. ηρωίνη, κοκαΐνη κ.α. (Οικονομόπουλος Α. Γ. :2014).

Παρόλα αυτά, το 1988 (Drug Enforcement Administration:1988), ο Francis J. Young, εντεταλμένος δικαστικός της DEA ερευνώντας μαρτυρίες και γεγονότα ως προς τη θεραπευτική αξία της κάνναβης αποφάνθηκε ότι *«Η μαριχουάνα (κάνναβη) στην φυσική της μορφή είναι μια από τις ασφαλέστερες γνωστές ουσίες που δρουν θεραπευτικά στον άνθρωπο [...] Ο καθένας πρέπει λογικά να συμπεράνει ότι υπάρχει αποδεδειγμένη ασφάλεια στην χρήση της κάνναβης όταν αυτή παρέχεται από ιατρική επίβλεψη. Το να οδηγηθεί κάποιος σε διαφορετικά συμπεράσματα θα ήταν παράλογο, αυθαίρετο και πεισματικά αρνούμενο την πραγματικότητα, σύμφωνα με τα μέχρι τώρα καταγεγραμμένα στοιχεία»*.

Οι αντιδράσεις ήταν άμεσες. Η DEA κατακεραύνωσε το Francis J. Young, αρνούμενη τα ντοκουμέντα, παρομοίως και την θετική αποδοχή μερικής μερίδας γιατρών και χαρακτήρισε την ιατρική χρήση της ως απάτη. (Οικονομόπουλος Α. Γ. :2014). Σε πείσμα αυτών των δηλώσεων το 1991, το Πανεπιστήμιο Harvard, σε έρευνα που διεξήγαγε διαπιστώθηκε ότι το 48% των ιατρών θα συνταγογραφούσε κάνναβη σε καρκινοπαθείς, εάν αυτή ήταν νόμιμη (Dobin R., Kleiman M.: 1991) Αυτή τη χρονιά στις ΗΠΑ, μιας και πολλά από τα προγράμματα «ευσπλαχνικής χρήσης» (IND compassionate use) καταργήθηκαν, δημιουργήθηκαν τα *Patient Buyers Club*, κάτι αντίστοιχο των *Cannabis Social Clubs* στην Ευρώπη που υπάρχουν έως σήμερα. Τα συγκεκριμένα Clubs επέτρεπαν στους ασθενείς να χρησιμοποιούν ιατρική κάνναβη και εγκαθίδρυσαν τις συνθήκες ενημέρωσης και πίεσης προς τη κυβέρνηση ώστε να επιτραπεί η εφαρμογή της ιατρικής κάνναβης σε πολλές πολιτείες των ΗΠΑ. Στην Ελλάδα μόλις το 1993 πραγματοποιήθηκε ένα δημόσιο μανιφέστο από έλληνες γιατρούς για τη νομιμοποίηση της κάνναβης. Ενώ, πέντε χρόνια αργότερα το θέμα της

νόμιμης ιατρικής κάνναβης έφτασε στις Βρυξέλλες στα πλαίσια της διεξαγωγής ενός Ευρωπαϊκού αντιαπαγορευτικού συνεδρίου (Οικονομόπουλος Α. Γ. :2014).

Πέρα από όλες τις παραπάνω επιστημονικές θεραπευτικές διαπιστώσεις για την ιατρική κάνναβη, παγκοσμίως ξεκίνησε και ένας επιβεβλημένος «αντιναρκωτικός αγώνας» με πολλές εσωτερικές και πολιτικές προεκτάσεις. Στις ΗΠΑ έγινε αντιληπτό ότι στο εσωτερικό της χώρας, αυτός ο αγώνας θα χαλιναγωγούσε τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα (μειονότητες και εργάτες) και θα δημιουργούσε τις συνθήκες επιβολής ελέγχου και την ανακατανομή των δυνάμεων της χώρας , στο εξωτερικό γίνεσθαι. Με αφορμή τη λήψη μέτρων κατά του οπίου (Νόμος Harrison και η διάσκεψη στη Γενεύη, 1925) οι ΗΠΑ δημιούργησαν τις συνθήκες πίεσης προς τις άλλες χώρες όχι μόνο για το όπιο, αλλά συμπαρασύρανε για καθαρά οικονομοπολιτικούς λόγους στην καταδίκη και την κάνναβη (G. Nahas:1990) Οι παρακάτω πολιτικές εξελίξεις ,μέσα σε μια δεκαετία 1930-1940, συντέλεσαν στη ποινικοποίηση της κάνναβης.

- 1930: ίδρυση του (FBN) Federal Bureau of Narcotics, *Ομοσπονδιακό Γραφείο Ναρκωτικών* των ΗΠΑ. Δημιούργησε την εικόνα του σωτήρα της κοινωνίας, ως προς την ανακάλυψη της απειλής ,που λεγόταν κάνναβη. Ο επικεφαλής της , Harry Anslinger, υπήρξε στέλεχος της ποτοαπαγόρευσης και τοποτηρητής μιας από τις δύο τράπεζες με τις οποίες είχε συνεργασία ο αμερικάνικος κολοσσός DuPont (Γρίβας Κλεάνθης. Pdf).
- 1933: ξανά νομιμοποιήθηκε η παραγωγή και η διάθεση του αλκοόλ, ο κύριος ανταγωνιστής των προϊόντων της κάνναβης.
- 1935: εισαγωγή στο αμερικάνικο αγοραστικό κοινό, το νάιλον από την εταιρεία DuPont (A. Lindsmith:1966).
- 1936: έναρξη της μονοπωλιακής εξάπλωσης των πετροχημικών προϊόντων από τη DuPont (χρώματα, βαφές, λάδια μηχανών, λιπάσματα κ.α.) και τον εξοβελισμό των προϊόντων και των παράγωγων της κάνναβης. 5
- 1936: αύξηση κατά 70% της παραγωγής χαρτιού (συγκρότημα William Randolph Hearst) από την ξύλευση των δασών, ενώ πριν η παραγωγή προερχόταν από την κάνναβη.
- Εντατική έξαρση της τεχνογνωσίας των φαρμακοβιομηχανιών στη κατασκευή εργαστηριακά χημικών προϊόντων (Γρίβας Κλ.:2017).

Από το 1935, η αυτοκρατορία DuPont , το συγκρότημα Hearst και το Ομοσπονδιακό Γραφείο Ναρκωτικών των ΗΠΑ, σχεδίασαν και πέτυχαν μέσα από μια προπαγανδιστική εκστρατεία να τεθεί η κάνναβη υπό καθεστώς απαγόρευσης. Στο όνομα της «προστασίας της κοινωνίας» θέσπισαν το νόμο Marihuana Tax Act που «τυπικά καθιέρωνε ένα φόρο με τη μορφή υποχρεωτικής χαρτοσήμανσης με ένα ειδικό χαρτόσημο όλων των ιατρικών συνταγών που περιείχαν προϊόντα της κάνναβης αλλά ουσιαστικά ποινικοποιούσε την καλλιέργεια, κατοχή, χρήση και τη διάθεση της κάνναβης και των παραγώγων της: Η έκδοση και η διάθεση των ειδικών χαρτοσήμων για τη μαριχουάνα ήταν της αποκλειστικής αρμοδιότητας του Υπουργείου Οικονομικών και ρυθμίστηκε με τέτοιο τρόπο ώστε "να μην είναι ποτέ διαθέσιμα σε ιδιώτες". Gerard Colby (1984)

Όμως , το 1942, λόγω των παγκόσμιων πολιτικών γεγονότων (Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος) και την αποκοπή των ΗΠΑ , από τις χώρες που προμηθεύονταν πρώτες ύλες μέχρι εκείνη την ώρα, η αμερικάνικη κυβέρνηση έκανε στροφή 360μοιρών και μεταλλάχτηκε από «διώκτη» του φυτού κάνναβη, σε υπερασπιστή του «φυτού για την νίκη». Δημιούργησε ένα φιλμ υπέρ της (US Department of Agriculture:1942)και παρότρυνε τους αγρότες να καλλιεργήσουν κάνναβη και ως ανταπόδοση, το έθνος τους απάλλασσε από τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις.

Με τη λήξη του πολέμου, ο απαγορευτικός παροξυσμός για την κάνναβη επανήλθε δριμύτερος ,με την μετονομασία της κάνναβης σε «απειλή για το έθνος» και ο αγώνας «να σημαδεύεται από υστερία και υπερβολικές απαιτήσεις κυρώσεων για τη χρήση της κάνναβης που δήθεν ήταν καταστρεπτική για τα άτομα και την κοινωνία» (R. Du Pont:1976). Οι προπαγανδιστικές προσπάθειες επικεντρώθηκαν στα παρακάτω στερεότυπα: ότι η χρήση του φυτού, «σπρώχνει στη διάπραξη βίαιων εγκλημάτων», «οδηγεί στη χρήση της ηρωίνης» και «αποτελεί μεγάλη απειλή για την κοινωνία» (Γρίβας Κλεάνθης: pdf).

Παρότι, η Αμερικάνικη Ιατρική Εταιρεία (AMA) θεωρούσε απαραίτητη τη θεραπευτική αξία της κάνναβης στη φαρμακευτική φαρέτρα της, τα αλλεπάλληλα κύματα διώξεων σε βάρος των γιατρών για παράνομη συνταγογράφηση κάνναβης, λειτούργησαν στον εξοστρακισμό της κάνναβης από το θεραπευτικό πλάνο της (J. Herer:1992). Ήδη, από το 1944 είχε δημοσιευτεί στις ΗΠΑ η έκθεση της επιτροπής La Gardia, η οποία επεσήμανε ότι η χρήση της μαριχουάνας «είναι απολύτως ακίνδυνα, δεν

προκαλεί τοξικομανία, δεν ωθεί στη χρήση άλλων ναρκωτικών και δεν αποτελεί παράγοντα εγκληματικότητας» (Mayor's Committee on Marijuana:1944). Όμως η απάντηση της κρατικής εξουσίας ήταν άμεση και με σπουδή απάντησε ότι οφείλουν οι « αρχές να αγνοήσουν αυτή την αντιεπιστημονική μελέτη και να συνεχίσουν να αντιμετωπίζουν τη μαριχουάνα ως απειλή, οπουδήποτε διατίθεται» (Taylor N.: 1960).

Το 1950, λόγω του ψυχρού πολέμου, η κάνναβη πολύ εύκολα συνδέθηκε με τη γενική κομμουνιστική υστερία (Musto D., 1987) με αποτέλεσμα οι ποινικές κυρώσεις να εντατικοποιηθούν περί των ναρκωτικών και να γίνει εντέλει παύση στις θεραπευτικές έρευνες σχετικά με τη κάνναβη. Σταθερά, κατά τη δεκαετία του 1960, λόγω της αποσύνδεσης της κάνναβης από τις υπόλοιπες εξαρτησιογόνες ουσίες, εγκαθιδρύθηκε το «κίνημα της αμφισβήτησης» των νέων στη Βόρεια Αμερική και τον υπόλοιπο κόσμο (Advisory on Drug Dependence Report:1968). Ανακαλύπτοντας εκ νέου το 1965, τις θεραπευτικές ιδιότητες της, η επιτροπή των ναρκωτικών του ΟΗΕ δημοσίευσε ένα ευρύ κατάλογο 2000 εργασιών για τη κάνναβη. Επίσης, το 1967 και για μία δεκαετία στις ΗΠΑ πραγματοποιήθηκε μία πολυετή έρευνα σχετικά με τη κάνναβη, όπου τελικώς δημοσιεύτηκε το πόρισμα 1976 από το National Institute on Drug Abuse (NIDA). Το πόρισμα με το όνομα «*Pharmacology of Marijuana*», περιείχε πέρα από τις θεραπευτικές δράσεις της, τη χημική σύστασή της, τη μεταβολική ιδιότητα της, τις νευρολογικές και ορμονικές επιδράσεις της στη συμπεριφορά των ατόμων, από την υπερβολική και μη χρήση της κάνναβης (Γρίβας Κλεάνθης: pdf).

Την αμέσως επόμενη δεκαετία, η περίοδος ανοχής για την κάνναβη συνεχίστηκε με την αυξανόμενη μετάδοση νέων πορισμάτων και επιστημονικών αποτελεσμάτων, τα οποία βοήθησαν στη διεύρυνση της κοινωνικής βάσης. Δημιουργήθηκαν ανθρώπινες φωνές, για την επιβεβλημένη αναθεώρηση του ισχύοντος ποινικού νόμου και την υιοθέτηση ενός νέου ιατροκοινωνικού μοντέλου για την αντιμετώπιση των χρηστών και παράλληλα των ήδη παράνομων ουσιών. Η ενεργοποίηση των πολιτών σε διανοητικό και πολιτικό επίπεδο επέφερε τη μείωση των ποινών στη κατοχή και τη χρήση²⁶ στις πολιτείες των ΗΠΑ, αλλά και την αποεγκληματοποίηση²⁷ ή την αποποινικοποίηση σε κάποιες από αυτές.

²⁶ Νόμος του 1970 (Controlled Substances Act) (Γρίβας Κλ.:2017).

²⁷ Αποεγκληματοποίηση, αναγωγή ενός αδικήματος από κακούργημα ή πλημμέλημα σε πταίσμα. (Γρίβας Κλ.:2017).

Όμως, τα οικονομικά συμφέροντα, όσων συντηρούσαν υψηλά την απαγόρευση της κάνναβης, συνέχισαν να παρεμβάλουν στα προγράμματα της κρατικής εξουσίας. Ο πρόεδρος των ΗΠΑ , Jimmy Carter ,ακροβατούσε μεταξύ της παύσης των ποινικών κυρώσεων (κατοχή και χρήση) του φυτού και μεταξύ της «*επιχείρησης Paraquat*» δηλ. στο ράντισμα με δηλητήριο αγροτικών εκτάσεων με κάνναβη στο εσωτερικό της χώρας αλλά και σε όμορα κράτη. Ο επόμενος πρόεδρος των ΗΠΑ, το 1980, R. Reagan επικεντρώθηκε σε έναν κατασταλτικό αγώνα των παράνομων ουσιών που αφορούσε όχι την προσφορά (το εμπόριο) αλλά καθαρά τη ζήτηση (δηλ. τη χρήση και τον ίδιο το χρήστη). Στα πλαίσια αυτής της πολιτικής αυστηριοποίησε τη νομοθεσία περί ναρκωτικών, παραχώρησε επιπλέον αρμοδιότητες στη DEA, επέκτεινε το πρόγραμμα *Paraquat*, χρηματοδότησε με επιπλέον κονδύλια τις υπηρεσίες δίωξης ναρκωτικών άλλων χωρών, και δημιούργησε προγράμματα αντικατάστασης της καλλιέργειας παπαρούνας, κόκας και μαριχουάνας. Ίσως ,το πιο χείριστο γεγονός του κατασταλτικού αγώνα του να είναι ,ότι με το πρόσχημα των δημόσιων εγγράφων , προσπάθησε να γίνει ο αρωγός της καταστροφής όλων των γραπτών ντοκουμέντων για τη κάνναβη τη δεκαετία 1966-1976(J. Herer:1992). Σύμφωνα με τον Κλεανθη Γρίβα (2017) « *Όλο αυτό το τεράστιο ερευνητικό υλικό αποδείκνυε ότι η απαγορευτική πολιτική της κρατικής εξουσίας σε βάρος της κάνναβης βρισκόταν σε πλήρη αντίθεση με την επιστημονική γνώση κι ότι η απαγόρευση της κάνναβης δεν οφειλόταν σε επιστημονικούς αλλά σε ιδιοτελείς οικονομικούς και πολιτικούς λόγους*».

Στο ίδιο τέμπο συνέχισε και ο επόμενος πρόεδρος των ΗΠΑ, George Bush ο οποίος ενίσχυσε οικονομικά τις δυνάμεις καταστολής της χώρας του που μάχονταν τα ναρκωτικά, αυξάνοντας, παράλληλα τον ποινικό πληθυσμό με τις κατασταλτικές νομοθετικές πράξεις του. Στο έξωθεν πολιτικό πεδίο «*νομιμοποίησε το εμπόριο των ναρκωτικών ως πηγή χρημάτων που χρησιμοποιούνταν για την ανατροπή καθεστώτων μη-αρεστών στην Washington, και το δικαίωμα των ΗΠΑ να εισβάλουν στρατιωτικά στο έδαφος άλλων χωρών*» (Γρίβας Κλ.:2017).

Αυτά τα πολιτικά παιχνίδια σε σχέση με τη κάνναβη συνέβησαν και στην Ελλάδα, από τα μέσα του 19ου αιώνα η κάνναβη αποτελούσε σημαντικό εξαγωγίμο προϊόν (Οικονομόπουλος Γιώργης, 1991) . Κύριος αγοραστής του εξαγόμενου προϊόντος ήταν η Αίγυπτος (Στριγγάρης Μ. Γ.:1964). Παρότι η καλλιέργεια του φυτού

στην ελληνική επικράτεια είχε θετικό πρόσημα , την ίδια χρονική περίοδο στην Αίγυπτο απαγορεύτηκε η χρήση της.

Αυτό ήταν ένα μειονέκτημα για την Ελλάδα γιατί αμέσως η Αιγυπτιακή κυβέρνηση ζήτησε από την Ελλάδα να σταματήσει να την εξάγει. Πίσω από αυτή την επιβολή κρύβονταν οι διμερείς εμπορικές συμφωνίες στις οποίες συμμετείχε έμμεσα και η βρετανική διπλωματία (Στριγγάρης Μ. Γ.:1964). Η Βρετανία, απαιτούσε συνέχεια όλο και πιο επιτακτικά να σταματήσει η ελληνική παραγωγή κάνναβης, με την απειλή να διακοπούν οι εμπορικές συμφωνίες για τα καπνά, που ήταν τότε το δεύτερο εξαγωγίμο προϊόν, μετά την σταφίδα.

Πάνω σε αυτό το κλίμα, ξεκίνησε το παρασκήνιο για την αποδοχή της απαγόρευσης της κάνναβης από τους πολίτες. Η ελληνική αστυνομία δια του νόμου, απαγόρευσε την εισαγωγή του χασίς στις φυλακές και επιδόθηκε κατά εξ ακολούθηση τις ξαφνικές εισβολές στους τεκέδες (*Παλιγγενεσία*:1893) Κάτω από αυτό τον άνισο αγώνα έφτασε η κάνναβη να θεωρείται μεροληπτικά σήμερα ένα δηλητηριώδες προϊόν αμφιβόλους αξίας. (Οικονομόπουλος Α. Γ. :2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΟ ΕΝΔΟΚΑΝΝΑΒΙΝΟΕΙΔΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑ

4.1 ΤΟ ΦΥΤΟ

Το αρχικό είδος, η *cannabis sativa*, κάνναβη η ήμερη, υπάρχει στη φύση σε ένα μεγάλο αριθμό ποικιλιών με πάνω από εκατό παραλλαγές (Κλεάνθη Γρίβα :2017). Αυτή «η φυσική βιβλιοθήκη μοναδικών συστατικών» ,ή όπως δικαιολογημένα βαπτίζει ο Raphael Mechoulam το 2005 ως «ένα παραμελημένο εύρημα φαρμακολογικού θησαυρού» (Οικονομόπουλος Γ.: 2018) ταξινομήθηκε από τον τον Linnaeus στα 1753 με το όνομα *Cannabis sativa*, όπως και άλλες ποικιλίες της, όπως είναι η *Cannabis indica* και η *Cannabis ruderalis*. (διαφορετική περιεκτικότητα στις δραστικές τους ουσίες) (Οικονομόπουλος Γ.: 2018).

Η κάνναβη είναι μία εξελιγμένη μορφή φυτού ,της φύσης, του γένους των κνιδωδών, αυτοφυές και καλλιεργούμενο, ποώδες ,ετήσιο, δίοικο [αρσενικό και θηλυκό], κλωστικό και ελαιοφόρο (Κλεάνθη Γρίβα :2017). Το φυτό μπορεί να αναπτυχθεί υπό οποιαδήποτε κλιματολογικές συνθήκες, είναι αυτοανανεώσιμο, έχει τη μορφή ευθυτενή θάμνου και μπορεί να φτάσει σε ύψος τα 1,5 με 7 μέτρα. Ο κορμός του αποτελείται από πολλές διακλαδώσεις , είναι κατακόρυφος και ισχυρός. Τα φυλλώματά του διακρίνονται από το περίεργο σχήμα τους όπου είναι τριχωτά, επίσκληρα, μακρόμισχα και δακτυλοειδή, με 5-11 οξύληκτα και οδοντωτά λογχοειδή.

Επίσης, διαφορά συναντάμε και στην απόχρωση των ανθέων του φυτού. Τα αρσενικά διαθέτουν κιτρινοπράσινο χρώμα ενώ τα θηλυκά άνθη σχηματίζονται σε δέσμες πιο σταχυόμορφων αποχρώσεων. Το παχύρευστο έλαιο που παράγουν προέρχεται από τους ωοειδείς καρπούς της που συνήθως φτάνουν το μέγεθος των 4-5χιλιοστών (Αράπη Ε., Αποστόλου Αικ. ,2016) .

Σύμφωνα με τη γνωστή ιστορία της ανθρωπότητας και τον Κλεάνθη Γρίβα (2017), η κάνναβη «πέρασε στην ιατρική πρακτική πολλών χωρών και χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ποικίλων ασθενειών, όπως η χολέρα, η ελονοσία, η διάρροια, οι σπασμοί, η ανορεξία, η απώλεια της μνήμης, ο βήχας, οι ρευματισμοί, η αϋπνία και ο πόνος.....» Κατά το 19^ο αιώνα υπήρχαν στη Αμερική πολλά αποστάγματα , βάμματα και ελιξίρια στη φαρέτρα των γιατρών και των ασθενών (Κλεάνθη Γρίβα :2017).

Η καθημερινή θεραπευτική πρακτική των διάφορων φυτοκανναβινοειδών δρα διαφορετικά σε κάθε ιατρική περίπτωση. Σύμφωνα με τον Οικονομόπουλο (2016), θεωρεί ότι «για κάποιες διαταραχές είναι προτιμότερη η χρήση φυτών με υψηλότερο ποσοστό ψυχοτρόπου συστατικού (τετραυδροκανναβινόλης) , ενώ για άλλες αντίθετα χρειαζόμαστε φυτά με περισσότερα ψυ-χοτρόπα συστατικά (κανναβιδιόλη). Ανάλογα μάλιστα με την περιεκτικότητά τους σε ψυχοτρόπα/ μη ψυχοτρόπα (THC/CBD)» .

4.2 Ενδοκανναβινοειδές σύστημα

Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα είναι ένα λειτουργικό σύστημα μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό μας που ρυθμίζει την θερμοκρασία και την αρτηριακή πίεση, που ελαττώνει τους πόνους και τις μυϊκές συσπάσεις, που μειώνει την ναυτία και τους εμέτους και αυξάνει την όρεξη. Ως κύρια λειτουργία του έχει τη διατήρηση και αποκατάσταση της ισορροπίας του οργανισμού ή της ομοιόστασης. (Katona I.,Freund T.F.:2008).

Το κύριο μέλημα της ομοιόστασης είναι ο έλεγχος των μεταβολικών διαδικασιών και η μεταβίβαση πληροφοριών στο ξεκίνημα και το τελείωμα των νευρικών και ορμονικών ανθρώπινων λειτουργιών. Αυτό το σημαντικό κέντρο ελέγχου της ισορροπίας και της προστασίας της υγείας του ανθρώπου, καταφέρνει να διατηρεί ένα σταθερό εσωτερικό περιβάλλον στον οργανισμό, παρά τις εξωτερικές φορτίσεις. Δηλαδή, διατηρεί το σώμα σε μία ιδανική θερμοκρασία και τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα να μην είναι ούτε υψηλά, ούτε και χαμηλά και είναι υπεύθυνο για τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της κατανάλωσης της κάνναβης. Για να είναι λειτουργικά τα συστήματα του οργανισμού χρειάζονται τη βοήθεια αυτού του ενδοκανναβινοειδές συστήματος (cbdoilshop.gr.Blog)

Στην προσπάθειά τους να καταλάβουν μέσα από πειράματα ,τις επιδράσεις της κάνναβης στον άνθρωπο, οι επιστήμονες ανακάλυψαν το ενδοκανναβινοειδές σύστημα. Ετυμολογικά το «ενδο» αναφέρεται στο προερχόμενο από το σώμα ενώ το «κανναβινοειδές» μιλάει για τις ομάδες δραστικών ενώσεων που ενεργοποιούν αυτό το σύστημα.

4.3 Τα δραστικά συστατικά

Οι παραπάνω δραστικές ουσίες του ενδοκανναβινοειδούς συστήματος που βοηθάνε και ενεργοποιούνε την αυτοθεραπευτική αποκατάσταση του οργανισμού, λέγονται κανναβινοειδή (Οικονομόπουλος Α. Γ.:2014) Τα Κανναβινοειδή που παράγει ο ανθρώπινος οργανισμός λέγονται ενδοκανναβινοειδή ενώ αυτά που συνθέτει το φυτό ονομάζονται φυτοκανναβινοειδή. Αυτά τα συστατικά περιέχουν πάνω από 483 χημικές ενώσεις και 85 διαφορετικά αλκαλοειδή στοιχεία (Γρίβας Κλ.:2017).

Οι κάτωθι, είναι κάποιες από τις ελάχιστες δραστικές ενώσεις που έχουν ήδη ταυτοποιηθεί:

Η Κανναβιχρωμένη (Cannabichromene, CBC), η Κανναβιδιόλη (Cannabidiol-CBD), το Κανναβιδιολικό Οξύ (Cannabidiolic Acid-CBDA), η Καννα-βιβαρίνη (Cannabidivarin-CBDV), η Κανναβιγερόλη (Cannabigerol, CBG), η Κανναβινόλη (Cannabinol, CBN), η Τετραϋδροκανναβινόλη (Tetrahydrocannabinol, THC), το Τετραϋδροκανναβινολικό Οξύ (Tetrahydrocannabinolic, THCA), η Τετραϋδροκανναβιβαρίνη (Tetrahydrocannabivarin, THCV), τα Τερπενοειδή (Οικονομόπουλος Γ.: Μάιος 2018).

4.4 Τα κανναβινοειδή

Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα διαθέτει πολλά διαφορετικά κανναβινοειδή, τα οποία ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: τα ενδογενή και τα εξωγενή.

Τα Ενδογενή μέσα είναι φυσικές ενώσεις που προέρχονται από το ίδιο το ανθρώπινο σώμα. Βασικές λειτουργίες αυτών των ενώσεων είναι η ρύθμιση της διάθεσης, της μνήμης, της όρεξης, του πόνου, του ύπνου και πολλά άλλα.

Τα Εξωγενή μέσα είναι κανναβινοειδή που βρίσκονται εκτός του σώματος. Τα κανναβινοειδή όπως η τετραϋδροκανναβινόλη (THC) και η κανναβιδιόλη (CBD), θεωρούνται εξωγενή. Με τη χρήση και την κατανάλωσή τους καταφέρνουν να παράγουν φυσικές και ψυχολογικές επιδράσεις στο σώμα.

Τα Κανναβινοειδή, με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση στο φυτό είναι η Κανναβιδιόλη-CBD και η Τετραϋδροκανναβινόλη-THC. Αυτές οι χημικές ενώσεις

αλληλοσυμπληρώνονται με τις ενδογενής φυσικές ενώσεις του σώματος που ονομάζεται ενδοκανναβινοειδές σύστημα(Οικονομόπουλος Γ.: Μάιος 2018).

4.5 Τα δύο γνωστότερα Κανναβινοειδή

Τη δεκαετία του 1960 η επιστημονική κοινότητα ξεκίνησε να ψάχνει τις δραστικές ψυχοτρόπους λειτουργίες του φυτού Cannabis Sativa. Η Δ9 Τετραυδροκανναβινόλη (Δ9 – THC) ανακαλύφθηκε το 1964 από τον Raphael Mechoulam και έτσι έγινε εφικτό να κατανοηθεί ,το πως και που δρα στο νευρικό σύστημα του ανθρώπου(Οικονομόπουλος Α. Γ.:2014).

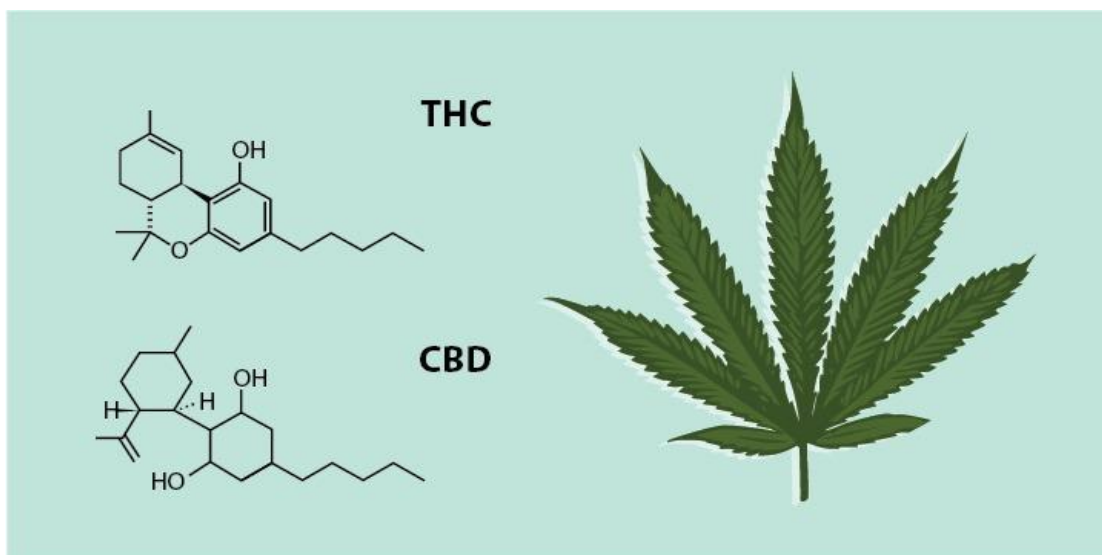
Σύμφωνα με τον Ξενικουδάκη Σ.(2017),*«Η κύρια ψυχοενεργός ουσία της κάνναβης, η τετραυδροκανναβινόλη (THC), μιμείται τη δομή μορίων που ονομάζονται ενδοκανναβινοειδή και παράγονται φυσικά από τον ανθρώπινο οργανισμό. Τα ενδοκανναβινοειδή επενεργούν σε μια ομάδα μορίων στην επιφάνεια των κυττάρων, που ονομάζονται κανναβινοειδείς υποδοχείς. Λόγω του σχήματός της, η THC μπορεί κι αυτή να συνδεθεί με τους συγκεκριμένους υποδοχείς. Τότε προκαλεί ένα ντόμινο αλυσιδωτών αλληλεπιδράσεων μορίων μέσα στους νευρώνες, που έχουν ως αντιληπτό αποτέλεσμα ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα κάποιων νευροδιαβιβαστών (μορίων με τα οποία επικοινωνούν τα εγκεφαλικά κύτταρα), αλλά και ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα κάποιων άλλων».*

Η αντίστοιχη ανθρώπινη εκδοχή της τετραυδροκανναβινόλης ,είναι η ανανδαμίδη, η οποία προορίζεται φυσικά για τους υποδοχείς των κανναβινοειδών. Η ανανδαμίδη ανακαλύφθηκε το 1992, ως το πρώτο ενδοκανναβινοειδές που εντοπίστηκε από επιστήμονες -με το όνομά της να προέρχεται από τη λέξη Sanskrit *ananda* που σημαίνει ευδαιμονία-, (Devane WA, Hanus L, Breuer A, Pertwee RG, Stevenson LA, Griffin G, Gibson D, Mandelbaum A, Etinger A, Mechoulam R.:1992) με κύριες επιδράσεις στο μυαλό και το σώμα εφόσον βοηθάει στη ρύθμιση της διάθεσής ,της μνήμης, της όρεξης, του πόνου, της γνώσης και των συναισθημάτων. (Ashton: 2001) Τρία χρόνια αργότερα οι επιστήμονες έφεραν στην επικαιρότητα και ένα δεύτερο ενδοκανναβινοειδές, το γνωστό πλέον 2-AG (2-αραχιδονόλη γλυκερόλη) (Mechoulam R., Ben-Shabat S., Hanus L., Ligumsky M., Kaminski NE, Schatz AR, Gopher A., Almog S., Martin BR., Compton DR., et al., 1995). Αυτά τα δύο ενδοκανναβινοειδή βρίσκονται

στο ανθρώπινο σώμα, το μεν πρώτο σε υψηλές συγκεντρώσεις σε πολλές περιοχές του σώματος αντίθετα με το δεύτερο που επικεντρώνεται στον εγκέφαλο. (leafscience.com.Blog:2017).

Όταν η THC δεν είναι κατεργασμένη δεν επιφέρει κανένα ψυχοτρόπο αποτέλεσμα στον οργανισμό (Σκλιάμης Κ.:2016). Μόνο εάν αφαιρεθεί το επιπλέον άτομο άνθρακα που έχει και απομακρυνθεί το οξύ που περιέχει, μέσω της θερμότητας, αποκτάει τις ψυχοτρόπους και ψυχοδηλωτικές επιδράσεις της(Οικονομόπουλος Α. Γ.:2014). Για τον παραπάνω λόγο, σύμφωνα με το Backers (2014) όταν «οι χρήστες καπνίζουν ένα τσιγάρο κάνναβης μετατρέπεται η αρχική χημική ουσία THC'Α σε ψυχοδραστική».

Εικόνα 2



<https://www.leafscience.com/2017/03/17/the-endocannabinoid-system-a-beginners-guide/>

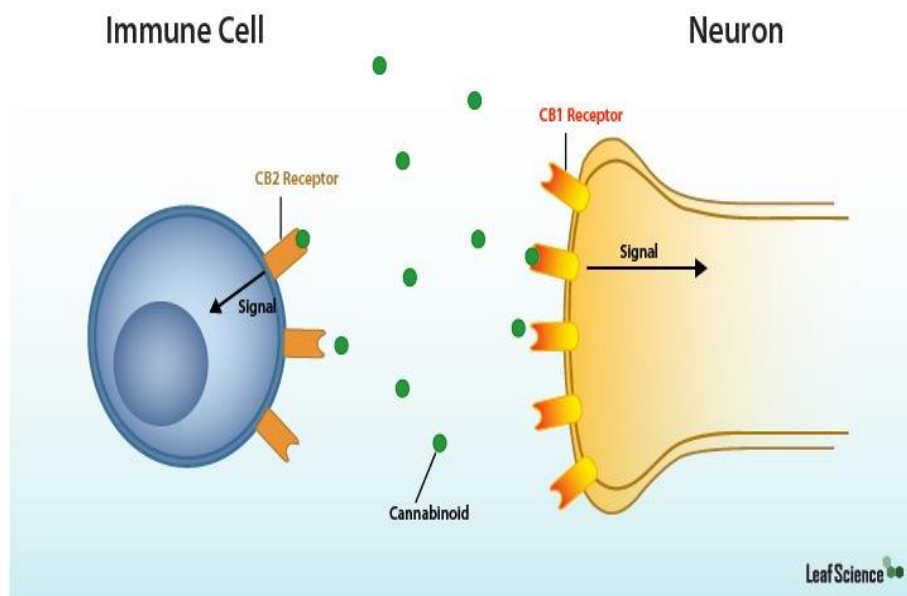
Το επόμενο γνωστό φυσικό κανναβινοειδές είναι η κανναβιδιόλη (CBD). Η κανναβιδιόλη-CBD είναι χημική ένωση που προέρχεται από το φυτό της κάνναβης. (Οικονομόπουλος Α. Γ.:2014). Το CBD έχει και αυτό πολλές θεραπευτικές ιδιότητες οι οποίες είναι οι κάτωθι: αναλγητικές, κατά του άγχους, αντιβακτηριακές, αντικαρκινικές, κατά της σπαστικότητας, αντικαταθλιπτικές, αντιεμετικές, αντιφλεγμονώδες, κατά της αϋπνίας αντισπασμωδικές, αντιψυχωσικές, αντισπασμωδικές, διεγερτικές των οστών, ανοσοκατασταλτικές, νευροπροστατευτικές. (mamaka.org:blog:2018)

Αντίθετά με την THC η κανναβιδιόλη-CBD, δεν είναι ψυχοτρόπη. Μπορεί να

χρησιμοποιηθεί ως «αντίδοτο» ή «αντιστάθμισμα» της ψυχοτρόπου δράσης της THC, καθώς μειώνει της παρενέργειες της δεύτερης σε ταυτόχρονη χορήγηση. Με αυτόν τον τρόπο η κανναβιδιόλη (CBD) επηρεάζει την ψυχοσιομιμητική δράση της τετραϋδοκανναβινόλης, δρώντας ανταγωνιστικά προς αυτήν (Mechoulam R. et al.: 2007)

Το 1993 ανακαλύφθηκε και άλλος κανναβουποδοχέας στο περιφερικό νευρικό σύστημα ο (CB2) (Οικονομόπουλος Α. Γ.:2014). Ο (CB2) δεν αναφέρει ψυχοδραστικές επιδράσεις και δρα συνδυαστικά με την Δ9- THC (Bostwick:2012). Οι Pacher & Mechoulam (2011) αναφέρουν ότι «η εργαστηριακή έρευνα έχει αποδείξει ότι το εκτεταμένο σύστημα κανναβινοειδών διαμορφώνει νευροδιαβιαστικά δίκτυα σε όλο το σώμα μέσω των υποδοχέων κανναβιδοειδών-1 (CB1) που κατανέμονται επιλεκτικά στον εγκέφαλο και εκφράζεται κυρίως στο κεντρικό νευρικό σύστημα και μέσω των υποδοχέων κανναβινοειδών-2 (CB2) που είναι εμφανή στο έντερο και στους ιστούς του ανοσοποιητικού, καθώς και στα αιμοποιητικά κύτταρα».

Εικόνα 3



<https://www.leafscience.com/2017/03/17/the-endocannabinoid-system-a-beginners-guide/>

Οι μεμβρανικοί υποδοχείς των κανναβινοειδών ο CB1 και ο CB2 είναι οι «κλειδαριές» του ενδικανναβινοειδές συστήματος. Όλοι οι κανναβουποδοχείς

βρίσκονται παντού στο σώμα, είναι οι αποδέκτες και οι δεσμώτες των χημικών μηνυμάτων όπου εργάζονται και εκδηλώνονται μετέπειτα με διαφορετικές δράσεις(leafscience.com.Blog:2017).

Ο CB1 υποδοχέας ανακαλύφθηκε το 1988, στον εγκέφαλο και στο κεντρικό νευρικό σύστημα των ανθρώπων (Οικονομόπουλος Α. Γ.:2014). Εκτός από τον εγκέφαλο και το κεντρικό νευρικό σύστημα οι CB1 εντοπίζονται επίσης σε πολλούς συνδετικούς ιστούς στους αδένες και σε διάφορα όργανα (σε περιφερικά νευρικά όργανα, όπως στο ήπαρ, στους νεφρούς, πνεύμονες, καρδιά, οφθαλμούς, όρχεις, προστάτη, μήτρα, κ.α.). Η αποτελεσματικότητά τους έχει να κάνει με την παροχή της υψηλότερης συνειδησιακής λειτουργίας, με τον έλεγχο των κινήσεων, με την αύξηση της όρεξης, με τη μνήμη και το συγκινησιακό πεδίο και βεβαίως με ότι έχει να κάνει με το πόνο και το μήνυμα του εμέτου (Αράπη Ε., Αποστόλου Α.:2016). Επιπλέον αξίζει να σημειωθεί ότι αυτοί οι υποδοχείς δεν υπάρχουν στον προμήκη, δηλαδή το κέντρο της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Για αυτό το λόγο δεν έχουν καταγραφεί ποτέ θάνατοι από υπερβολική χρήση κάνναβης (Rodson P.: 2001).

Ο έτερος κακανναβουποδοχέας ο CB2 υπάρχει κυρίως στο περιφερικό νευρικό σύστημα, στα κύτταρα του ανοσοποιητικού και του αιμοποιητικού ιστού, σε όργανα όπως τον σπλήνα, τον θυμό, το πάγκρεας. Ο ρόλος τους είναι να ρυθμίζουν την άμυνα του οργανισμού και την άμεση μεταφορά των ανοσοποιητικών κυττάρων στα σημεία φλεγμονής (Maresz K. et al.:2007).

4.6 Λειτουργίες του συστήματος ενδοκανναβινοειδών

Ανακεφαλαιώνοντας, διαπιστώσαμε ότι το ενδοκανναβινοειδές σύστημα ρυθμίζει πολλές βασικές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, όπως: την όρεξη, το μεταβολισμό, το πόνο, τον ύπνο, τη διάθεση, τη κίνηση, τη θερμοκρασία, τη μνήμη, την ανοσοποιητική λειτουργία, τη φλεγμονή, τη νευρική ανάπτυξη, τη νευροπροστασία, τη καρδιαγγειακή λειτουργία, τη πέψη, την αναπαραγωγή (leafscience.com.Blog:2017).

Η κάνναβη είναι ένα πολύτιμο φάρμακο στο οποίο σύμφωνα με τον Γρίβα Κλεάνθη(2017:196),«η φύση, μέσα από μια εξελικτική διαδικασία εκατομμυρίων χρόνων, δημιούργησε τις διάφορες μορφές ζωής ως ισορροπημένα και αυτορυθμιζόμενα συστήματα που, ως τέτοια διαθέτουν ενδιάθετους μηχανισμούς 'αυτό-επιδιόρθωσης»

όταν προκύπτει κάποια δυσλειτουργία, μηχανισμούς που κινητοποιούνται εάν δεν υπονομευθούν δραστικά και έξωθεν παρεμβάσεις. Υπάρχει , λοιπόν, ανάγκη να επιμείνουμε στη χρήση [μη συνειδητής] «λογικής» της φύσης, η οποία κατατείνει στην εγκαθίδρυση ισορροπιών για την εξυπηρέτηση λειτουργικών αναγκών»

4.7 Φαρμακευτικά προϊόντα

Οι δραστικές ουσίες της κάνναβης που αναφέραμε πιο πάνω έχουν μετατραπεί σε βιομηχανικά προϊόντα φαρμακευτικών εταιριών. «Η επιστήμη ανακάλυψε τις δραστικές θεραπευτικές ουσίες των φυτών, τις απομόνωσε και έφτιαξε συνθετικά ανάλογα προϊόντα, που μπορούσαν να έχουν μαζικότερη κατανάλωση..» (Οικονομόπουλος Α. Γ.:2014).

Τα σημερινά συνθετικά κανναβινοειδή καθορίζουν συνήθως σε ένα καλό επίπεδο τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες της χημικής ουσίας. Και αυτό διότι στις τόσες πολλές ποικιλίες ιατρικής κάνναβης που υπάρχουν εμπεριέχονται πολλές μη συνηθισμένες συνθέσεις και μη ανθεκτικά αποτελέσματα. Η συμπτωματολογία της σύνθεσης προκαθορίζει πάντοτε ποια ποικιλία είναι η καλύτερη(CIBG, Ministry of Helth, Welfare and Sport, February 2011).

Η κάνναβη που χορηγείται από τα φαρμακεία πληροί τα αυστηρότερα πρότυπα ποιότητας και προορίζεται μόνο για ιατρική χρήση. Ως εκ τούτου, ονομάζεται φαρμακευτική κάνναβη. Όλα τα συνθετικά φάρμακα της κάνναβης μιμούνται τα φυσικά κανναβινοειδή (Σκλιάμης Κ.:2016)Από τα πρώτα φάρμακα που εδόθησαν στο καταναλωτικό κοινό το 1985, είναι το Dronabinol με το εμπορικό όνομα Marinol και το Nabilone με το εμπορικό όνομα Cesamet, αντίστοιχα.

Όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα διαφέρουν ως προς την περιεκτικότητά τους σε THC, (Medicalmarijuana.procon.org:2016) ενώ κάποια άλλα στη σύσταση τους έχουν τον αύξοντα ή μείονα συνδυασμό της τεραυδροκανναβιδόλης με τη κανναβιδιόλη (CBD).

Κάποια από τα φαρμακευτικά σκευάσματα παρατίθενται παρακάτω:

Πίνακας 1

Προϊόντα φαρμακευτικής κάνναβης

	συνθετικό κανναβινοειδές	προέρχεται από δύο στελέχη του <i>Cannabis sativa</i> και περιέχει THC και CBD,	Τύποι φαρμακευτικής κάνναβης	αυτοκαλλιέργεια	Άγρια κάνναβη
	Nabilone (Cesamet) Dronabinol (Marinol; synthetic THC)	Nabiximol (Sativex)	Bedrocan, Bedrobinol, Bediol, Bedrolite, Bedica		

	συνθετικό κανναβινοειδές	προέρχεται από δύο στελέχη του <i>Cannabis sativa</i> και περιέχει THC και CBD,	Τύποι φαρμακευτικής κάνναβης	αυτοκαλλιέργεια	Άγρια κάνναβη
Labelled use	Glaucoma Nausea (chemo) Vomiting Pain (also MS) Spasticity (MS) Palliative medicine Tourette	Nausea (chemo) Vomiting Pain (neuropathic and MS) Multiple sclerosis (spasticity; some only treatment resistant) Spasticity in other neurological disorders HIV/AIDS Tourette	Multiple sclerosis (spasticity; some only treatment resistant) Pain (neuropathic and MS) Depression Sleeplessness		

Off-label use (other)	Cannabis use disorder	Mental disorders Cannabis use disorders Inflammatory bowel disorder Cancer glioma Treatment-resistant epilepsy	Many indications (more diffuse mentions)	Many indications (more diffuse mentions) Intoxication purposes Muscle pains Sleeplessness Spasms Stress Spain: cannabis clubs	Many indications (more diffuse mentions)
-----------------------	-----------------------	--	--	---	--

Jørgen G. Bramness, Geert Dom, Toni Gual, Karl Mann, Frieder Wurst .ppt Medical cannabis in Europe ,EUFAS survey 2017

Κεφάλαιο 5^ο

ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΛΛΑΔΑ-ΕΥΡΩΠΗ- ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ

Μια φιλελεύθερη προσέγγιση των ναρκωτικών;

5.1 Αποποινικοποίηση- Νομιμοποίηση

Ποια είναι αλήθεια η καλύτερα φιλελεύθερη προσέγγιση των ναρκωτικών; Πολλές φορές η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει έρθει αντιμέτωπη με ερωτήματα όπως εάν είναι έτοιμη να εκσυγχρονιστεί και να γίνει πρωτοπόρα στο παγκόσμιο σύστημα ελέγχου των ναρκωτικών. Πως, όμως μπορεί να επιτευχτεί αυτό;

Τα περισσότερα τεκμηριωμένα αποτελέσματα, έχουν αποδείξει ότι οι πολιτικές έχουν επιτύχει την μείωση της ζήτησης και διακίνησης των ναρκωτικών, μόνο μέσω της ποινικοποίησης και της απαγόρευσης των ναρκωτικών.

Το τελευταίο διάστημα φαίνεται ότι μεταβάλλεται η μεταρρύθμιση της πολιτικής για τα ναρκωτικά σε παγκόσμια κλίμακα και στις χώρες-κράτη της Ε.Ε. Προτεραιότητα έχει δοθεί στον τομέα της υγείας, της πρόληψης, της περίθαλψης και της μείωσης της βλάβης με τον επανασχεδιασμό των νομικών σημείων και την άμεση και την ορθή μετατόπιση των πόρων.²⁸

Για να γίνει κατανοητή αυτή η διεργασία πρέπει πρώτα να ξεκαθαριστούν στο μυαλό των πολιτών, οι έννοιες της αποποινικοποίησης και της νομιμοποίησης.

Η αποποινικοποίηση στο θέμα της κάνναβης διαχωρίζει με νόμους ,την κατοχή για προσωπική χρήση και όχι την προμήθεια του προϊόντος. Δηλαδή, η κατοχή μικρών ποσοτήτων (ανάλογα με το όριο σε γραμμάρια που δικαιολογεί την ατομική χρήση που

²⁸Η Παγκόσμια Επιτροπή πρότεινε: (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο:2012)

«την παύση της ποινικοποίησης και του στιγματισμού των χρηστών ουσιών και το σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα».

«Την ενθάρρυνση και τον πειραματισμό των Κυβερνήσεων με εναλλακτικά μοντέλα νομικής ρύθμισης των ουσιών, ιδιαίτερα για την κάνναβη».

«Την επιστημονικά παροχή τεκμηριωμένης πληροφόρησης για την πρόληψη και τη μείωση της βλάβης».

«Την αξιολόγηση των πολιτικών που εφαρμόζονται με γνώμονα το κόστος και την ωφέλεια-αποτελεσματικότητά τους».

έχει θέση η κάθε χώρα) δεν οδηγεί στη δικαστική επιβάρυνση των χρήστη/καταναλωτή (σύλληψη, επιβάρυνση ποινικού μητρώου, ποινές φυλάκισης) (EMCDDA:2018).

Από νομική πλευρά, ο Σκλιάμης Κ.(2016), αναφέρει ότι *«η αποποινικοποίηση οποιουδήποτε πράγματος, αναφέρεται στην κατάργηση ενός νόμου που υπήρχε και διατηρούσε τη συγκεκριμένη πράξη ποινικά κολάσιμη. Από τη στιγμή της κατάργησης του συγκεκριμένου νόμου, το αντικείμενο ή η πράξη που θεωρείτο ποινικοποιημένη, μετατρέπεται σε αποποινικοποιημένη. Η κατάργηση αυτού του νόμου, μπορεί να συνοδευτεί από επιπλέον νομοθετικές ρυθμίσεις».*

Ένα μείον της αποποινικοποίησης είναι ότι δεν ασχολείται ολοκληρωμένα με τη ρύθμιση της αγοράς της κάνναβης (δηλαδή, τη καλλιέργεια, τη πώληση, τη φορολογία, τη καταπολέμηση της μαύρης αγοράς, και το βιομηχανικό μονοπώλιο) (MacCoun & Reuter:2001).

Από την άλλη ,συνεχίζει ο (Σκλιάμης Κ.:2016) , *«η νομιμοποίηση της κάνναβης δημιουργεί μία ελεγχόμενη φορολογούμενη και ρυθμιζόμενη αγορά. Αναφέρεται στην παραγωγή, προμήθεια και πώληση, μέσα από τα ρυθμιστικά πλαίσια που δημιουργεί η ίδια.»*. Για τους υπέρμαχους της ιατρικής κάνναβης ,αυτό συνεπάγεται με ένα διπλό κέρδος. Για τη κυβέρνηση και το κράτος, τα κέρδη που θα αποταμιεύσει μέσω της φορολογίας των προϊόντων και των όποιων αδειοδοτήσεων. Ενώ αντίστοιχα ο καταναλωτής/ χρήστης θα απολαύσει τα κοινωνικά ατομικά δικαιώματα για την υγεία και θα προστατευτεί μέσα από τις νομοθετικές πράξεις.

5.2 Η ελληνική πραγματικότητα

Το 1920 δημιουργήθηκε ο πρώτος νόμος 2107 περί «απαγορεύσεως της καλλιέργειας, της εμπορίας και της καταναλώσεως της ινδικής κάνναβης (χασίς)». Λόγω της αναστάτωσης που προκλήθηκε από τους καλλιεργητές ο νόμος αναστάλθηκε και μεταφέρθηκε δύο φορές για την 1-1-1926 και ξανά για την 1-1-1936.

Ήδη από το 1925 είχε ξεκινήσει η παγκόσμια κατακραυγή της κάνναβης ,με δηλώσεις όπως ήταν ότι *«ο χρόνιος χασισισμός οδηγεί σε κατάθλιψη, αποβλάκωση, σωματική αδυναμία, απώλεια της αντίληψης, νευρασθένειες, χρόνια νοσήματα και γενικώς ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης»*. Επί κυβερνήσεως Ιωάννου Μεταξά, οι χρήστες της κάνναβης διώχθηκαν και βασανίστηκαν. Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου, *«το ρόλο του διώκτη και κατηγορου ανέλαβε το Κομμουνιστικό Κόμμα Ελλάδος (ΚΚΕ). “Η διάδοση του χασίς απειλεί την ελληνική νεολαία. (εφημερίδα*

Ριζοσπάστης, 15 Αυγούστου 1947). Παρόλα αυτά, η χρήση της κάνναβης διατηρήθηκε στην Ελλάδα, όπως και παντού, για να εκδηλωθεί σε μαζική κλίμακα στις ΗΠΑ την δεκαετία του 1960 και στην Ευρώπη την δεκαετία του 1970, ενώ στην Ελλάδα μετά την μεταπολίτευση και την δεκαετία του 1980» (Οικονομόπουλος Α. Γ.:2014).

Προχωρώντας στα σημερινά δεδομένα, σύμφωνα με το «*Δίκτυο Ηλιόσποροι*» οι τακτικοί και περιστασιακοί καταναλωτές/χρήστες στην Ελλάδα ανέρχονται περίπου στο 1 εκατομμύριο του ελληνικού πληθυσμού. Από αυτούς μόνο ένα 5-10% χρησιμοποιεί την κάνναβη καθαρά για ιατρικούς σκοπούς, δηλαδή το σύνολο των ασθενών περίπου στην Ελλάδα είναι τα 250.000 άτομα. Η επίπονη και η επίμονη προσπάθεια των υποστηρικτών της ιατρικής κάνναβης κυρίως, και της συνακόλουθης ψυχαγωγικής κάνναβης, έφεραν τις εξής θεσμικές μεταβολές στη χρήση και την κατανάλωση της ουσίας στη χώρα.

Οι διεργασίες ξεκίνησαν το Φεβρουάριο του 2016, όταν μέλη του κυβερνώντος συνασπισμού στην Ελλάδα πρότειναν ένα νομοσχέδιο με θέμα για την πλήρη νομιμοποίηση της ιατρικής και φαρμακευτικής κάνναβης. Το νομοσχέδιο περιελάμβανε τη νομιμοποίηση μόνο της χαμηλής σε περιεκτικότητα THC κάνναβης και των παραγωγών της ,ονόματι βιομηχανική κάνναβη και όχι ιατρική κάνναβη. Αυτή η διάκριση κατέστη επιτακτική διότι στην Ελλάδα δεν είναι ακόμη σαφές στο κοινό η διαφορά σε περιεκτικότητα της ψυχοδραστική ουσίας THC εν αντιθέσει με τη βιομηχανική κάνναβη που έχει μόνο 0,2%.Sensi Seeds Blog. (2016).

Τον Φεβρουάριο του επόμενου έτους κατατέθηκε στο Υπουργείο Υγείας, το πόρισμα της Επιτροπής για την Ιατρική Χρήση της κάνναβης από τη κα Αντωνίου Κατερίνα, αναπληρώτρια Καθηγήτρια Φαρμακολογίας και πρόεδρος της άνωθεν επιτροπής (government.gov.gr:Blog:2018).

Το πόρισμα της κα Αντωνίου ανέφερε ότι είναι αποδεκτές οι φαρμακολογικές ιδιότητες και οι υπό διερεύνηση επακόλουθες θεραπευτικές ενδείξεις της κάνναβης. Βασική οριοθέτηση του πορίσματος, ήταν η ακριβής διαδικασία διάλυσης, η αναλυτική ποσοτική και ποιοτική ανάλυση της ουσίας και η τιτλοποίηση της φαρμακευτικής μορφής μόνο από εγκεκριμένη αρμόδια Αρχή.

Ακολούθως συνέχισε η πρόεδρος ότι είναι απαραίτητο οι ασθενείς να έχουν πρόσβαση στο ισχύον νομοθετικό καθεστώς, τη παραγωγή και τη διάθεση της

κάνναβης για ιατρικούς σκοπούς. Στη συνέχεια η ίδια επεσήμανε τη πιθανή παρέμβαση στον ν. 4139/2013 με μια κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας και Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων ύστερα από γνώμη της Επιτροπής Ναρκωτικών, στην οποία η ναρκωτική ουσία της κάνναβης θα πρέπει να υπαχθεί σε άλλη κατηγορία.

«Βασικό περιορισμό για την ιατρική χρήση της κάνναβης εξακολουθεί να αποτελεί η πιθανότητα εμφάνισης δυνητικά επικίνδυνων ψυχιατρικών συμπτωμάτων (ανάπτυξη εθισμού, ψύχωση, γνωστικές δυσλειτουργίες)» ενώ η καταγραφή αυτών των συμπτωμάτων θεωρήθηκε άκρως απαραίτητη.

Επιπλέον, στο πόρισμα της η επιτροπή επικεντρώθηκε στην απαραίτητη ενημέρωση της κοινής γνώμης και στο γεγονός ότι η χρήση της ιατρικής κάνναβης δεν είναι πάντοτε αθώα (εμφάνιση σχιζοφρένειας και ψυχωσικού τύπου συμπτωματολογίας), καθώς και *«ότι η χρήση κάνναβης σε νεαρή ηλικία έχει συνδυαστεί με σημαντικά αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης παρόμοιας συμπτωματολογίας κατά την ενηλικίωση»*.

Στη συνέχεια στα μέσα του καλοκαιριού με τη Κοινή Υπουργική Απόφαση των υπουργών Υγείας και Δικαιοσύνη ανακοινώθηκε η νομιμοποίηση της χορήγησης της ιατρικής κάνναβης σε ασθενείς που έχουν τη σχετική ανάγκη. Τον ίδιο χρόνο, η κυβέρνηση ξεκίνησε την επεξεργασία για (μερική κατ' αρχάς) αλλαγή του νόμου 4139/2013 που αφορά τις εξαρτήσεις σε συνεργασία από τα υπουργεία Υγείας, Δικαιοσύνης, Ανάπτυξης, Αγροτικής Ανάπτυξης και Προστασίας του Πολίτη.

Τον Ιούνιο του 2017 έγινε η άμεση ανακατηγοριοποίηση της Κάνναβης από την κατηγορία Α στην κατηγορία Β των πινάκων ναρκωτικών ουσιών του ν. 3459/2013, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το ν. 4139/2013:

Κώδικας Νόμων για τα Ναρκωτικά (Κ.Ν.Ν.)

«ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α» ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΡΟΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

1. Ναρκωτικά, κατά την έννοια του νόμου αυτού, είναι ουσίες τεχνητές ή φυσικές που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και προκαλούν εξάρτηση του ατόμου από αυτές.
2. Οι ουσίες που υπάγονται στα ναρκωτικά περιλαμβάνονται ιδίως στους παρακάτω τέσσερις πίνακες Α', Β', Γ' και Δ'

ΠΙΝΑΚΑΣ Α'

6. *ΙΝΔΙΚΗ ΚΑΝΝΑΒΙΣ ΚΑΙ ΡΗΤΙΝΗ ΚΑΝΝΑΒΕΩΣ*

CANNABIS ET RESINE DE CANNABIS», (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως:2006)

Συμπλήρωση και τροποποίηση των πινάκων ναρκωτικών ουσιών του ν. 3459/2013, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το ν. 4139/2013.(Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας, 2018)

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ, ΔΙΑΦΑΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ - ΥΓΕΙΑΣ

Α. Τη μεταφορά της κάνναβης και της ρητίνης της, από τον Πίνακα Α στον Πίνακα Β του ν. 3459/2006 (ΦΕΚ 103 Α), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το ν. 4139/2013.

Στις 25 Νοεμβρίου 2017, η επιτροπή Έρευνας & Τεχνολογίας της Βουλής: συνεδρίασε με θέμα ημερήσιας διάταξης: «σχετικά με την κάνναβη...», παρουσία της προέδρου της Επιτροπής για την Ιατρική Χρήση της κάνναβης, τον πρόεδρο του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), τον πρόεδρο της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (Π.Ε.Φ.) και τον αναπληρωτή Πρόεδρο του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας (Σ.Φ.Ε.Ε.).

Τον Μάρτιο του 2018, δημοσιεύθηκε ο νόμος για τη φαρμακευτική κάνναβη (Ν. 4523/2018) - ΦΕΚ 41/Α/7-3-2018: Διατάξεις για την παραγωγή τελικών προϊόντων Φαρμακευτικής κάνναβης και άλλες διατάξεις. Σε αυτό το νόμο δόθηκε υπό όρους, η δυνατότητα παραγωγής κάνναβης με αποκλειστικό σκοπό την παραγωγή τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης(Εφημερίδα της Κυβερνήσεως:2018).

Τέσσερις μήνες μετά, τον Ιούλιο του 2018, ο νέος νόμος διατύπωσε τους όρους και τις προϋποθέσεις για την παραγωγή και την κυκλοφορία τελικών προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, Τεύχος Β' 2840/16.07.2018, 16 Ιουλίου 2018

Για τους σκοπούς της παρούσας υπουργικής απόφασης νοείται ως:

«Τελικό Προϊόν φαρμακευτικής κάνναβης: Προϊόν που περιέχει ως μόνο ενεργό συστατικό (δραστική ουσία) για τις ενδείξεις, που ορίζονται σύμφωνα με την διαδικασία που προβλέπεται από την περ. α) της παρ.1 του άρθρου 4 της παρούσας, ουσία των ποικιλιών κάνναβης του είδους Cannabis Sativa L περιεκτικότητας σε

τετραϋδροκανναβινόλη (THC) >0,2% και το οποίο εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής του ν.4523/2018 (ΦΕΚ Α' 41).

Ενεργό συστατικό τελικού προϊόντος φαρμακευτικής κάνναβης: Ουσία των ποικιλιών κάνναβης του είδους Cannabis Sativa L περιεκτικότητας σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC) >0,2% που προορίζεται να χρησιμοποιηθεί στην παραγωγή του τελικού προϊόντος φαρμακευτικής κάνναβης και η οποία, όταν χρησιμοποιείται στην παραγωγή του εν λόγω προϊόντος γίνεται ενεργό συστατικό του που προορίζεται για τις ενδείξεις της περ. α) της παρ.1 του άρθρου 4 της παρούσας.

Η περιεκτικότητα του τελικού προϊόντος φαρμακευτικής κάνναβης θα είναι σε τετραϋδροκανναβινόλη (THC). Ενώ επίσημος φορέας έγκρισης και χορήγησης για όλα τα τελικά προϊόντα φαρμακευτικής κάνναβης θα είναι ο Ε.Ο.Φ. (Εθνικό Τυπογραφείο: 2018).

5.3 ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ- ΚΡΑΤΗ

Λίγο πριν ή κάποιους μήνες μετέπειτα την Ελλάδα , πολλές από τις ευρωπαϊκές χώρες-κράτη περιέγραψαν μέσα από τις δικές του νομοθεσίες τις θεσμοθετημένες προϋποθέσεις τους για την ιατρική κάνναβη. Ακολουθούν, λεπτομερώς στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 2

Ευρωπαϊκές χώρες	νομοθεσία
Αυστρία	Τα φαρμακευτικά φάρμακα των Marinol και Sativex, είναι κατοχυρωμένα (νόμιμη συνταγογραφηση). Είναι παράνομη η καλλιέργεια, η πώληση για ιατρική ή ατομική χρήση. (ir.gwpharm.blog:2018)
Βέλγιο	2016, έγκριση και πώληση του φαρμάκου Sativex με βάση την κάνναβη. Συνταγογράφηση μόνο από γιατρό/ κόστος έως και 600

	ευρώ για τη μηνιαία ποσότητα ασθενούς (sudinfo.be. blog:2018)
Κροατία	2015. Νομιμοποίηση συνταγογράφησης προϊόντων με βάση την κάνναβη, που περιέχουν THC. Συνταγογράφηση για πολλές διαφορετικές ασθένειες, το AIDS, τη σκλήρυνση κατά πλάκας και τη παιδική επιληψία. Η φυτική κάνναβη θεωρείται ακόμα παράνομη (balkaninsight. Blog:2018).
Κύπρος	01/2017, ο υπουργός Υγείας της Κύπρου, ενέκρινε το έλαιο κάνναβης σε άτομα που πάσχουν από προχωρημένα στάδια καρκίνου. Η πρόσβαση στο πρόγραμμα θα περιορίζεται σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου και οι οποίοι έχουν ανακαλύψει ότι άλλες μέθοδοι θεραπείας είναι αναποτελεσματικές. Η προμήθεια και η έγκριση θα γίνεται απευθείας από το Υπουργείο Υγείας της χώρας. (Talkingdrugs. Blog:2018)
Τσεχία	2013 ,Η φαρμακευτική κάνναβη φυτικής κάνναβης νόμιμη και συνταγογραφίσιμη.(δεν καλύπτεται ασφαλιστικά) Καλύπτει ένα μικρό αριθμό ασθενειών Ο νόμος τους επιτρέπει να κατέχουν μέχρι και 30 γραμμάρια Όλες οι ιατρικές κάνναβες στη χώρα εισάγονται από την ολλανδική εταιρεία, Bedrocan. (tni.org ,Blog:2018)
Δανία	Από την 1η Ιανουαρίου 2018, οι γιατροί θα μπορούν να συνταγογραφούν ιατρική κάνναβη σε περιορισμένο αριθμό ασθενών με ορισμένες ασθένειες - της σκλήρυνσης κατά πλάκας, του χρόνιου πόνου και της ναυτίας που σχετίζεται με τη χημειοθεραπεία- σε ένα πιλοτικό σχέδιο ιατρικής κάνναβης. (sum.dk, Blog:2018)
Φιλανδία	2008. Εισαγωγή κάνναβης με νομοθετική ρύθμιση. Ένας μικρός αριθμός ασθενών έχει συνταγογραφηθεί είτε σε φυτικά κάνναβη είτε σε φάρμακα με βάση την κάνναβη, όπως το Sativex. Το

	<p>πρόγραμμα ιατρικής κάνναβης είναι πολύ περιορισμένο. (laakarilehti.fi, Blog:2018) (bedrocan.nl, Blog:2018)</p>
Γαλλία	<p>2013, έγκριση του φάρμακου με βάση την κάνναβη, το Sativex, αλλά ποτέ δεν πωλήθηκε νομίμως λόγω διαφωνίας μεταξύ των υπαλλήλων στον τομέα της υγείας και των κατασκευαστών του προϊόντος, της GW Pharma. Η φαρμακευτική κάνναβη φυτικής κάνναβης είναι ακόμα παράνομη. (sciencesetavenir.fr, Blog:2018)</p>
Γερμανία	<p>Μάρτιο του 2017. Νομιμοποίηση της ιατρικής κάνναβης, συμπεριλαμβανομένης της φυτικής κάνναβης. Συνταγογράφηση μόνο σε σοβαρά άρρωστους ασθενείς, οι οποίοι πιστεύουν ότι οι γιατροί «δεν έχουν θεραπευτική εναλλακτική λύση» στην κάνναβη. Το φάρμακο είναι ακριβό για την πρόσβαση και συχνά σε λίγες ποσότητες στα φαρμακεία (edition.cnn.com, Blog:2018) (theguardian.com, Blog:2018) (talkingdrugs.org, Blog:2018)</p>
Ελλάδα	<p>Μάρτιος του 2018, ανακοινώθηκαν η παραγωγή και η ιατρική πώληση του φαρμάκου .Αναμένεται να ξεκινήσει αργότερα μέσα στο έτος (talkingdrugs.org, Blog:2018)</p>
Ιρλανδία	<p>Δεκέμβριος του 2016, ένα νομοσχέδιο που στοχεύει στη ρύθμιση της ιατρικής κάνναβης ψηφίστηκε από το Dáil (κάτω από το κοινοβούλιο της Ιρλανδίας) χωρίς ψηφοφορία. Ο Gino Kenny, ο νομοθέτης που πρότεινε το νομοσχέδιο, δήλωσε ότι στόχος του ήταν να βοηθήσει τους ανθρώπους με χρόνια πόνο, επιληψία, καρκίνο και πολλαπλή σκλήρυνση.(bbc.co.uk, Blog:2018) (marijuana.com, Blog:2018)</p>
	<p>2013. Νομιμοποίηση ιατρικής κάνναβης , όχι κάλυψη από την</p>

Ιταλία	<p>ιταλική ασφάλιση υγείας .</p> <p>2015. Λόγω του υψηλού κόστους εισαγωγής του ναρκωτικού από τις Κάτω Χώρες, ο ιταλικός στρατός άρχισε να καλλιεργεί κάνναβη για εγχώριους ασθενείς του. Συνεχίζει να παράγει κάνναβη πλούσια σε CBD (σε ασθενείς με συνταγογράφηση). (thelocal.it, Blog:2018) (Ibtimes.com, Blog:2018)</p>
Μάλτα	<p>Ιούλιος του 2018, η φυτική ιατρική κάνναβη είναι διαθέσιμα συνταγογραφημένη στα φαρμακεία για 17 ευρώ ανά γραμμάριο. (lovinmalta.com, Blog:2018)</p>
Ολλανδία	<p>2003. Η φαρμακευτική κάνναβη φυτικής κάνναβης διατίθεται με συνταγή. (ncsm.nl, Blog:2018)</p>
Πολωνία	<p>Νοέμβριο του 2017 , επιτρέπεται η διάθεση συνταγογραφούμενων φαρμάκων, φτιαγμένα με συστατικά που προέρχονται από το εξωτερικό και μόνο από τα φαρμακεία. (volteface.me, Blog:2018)</p>
Πορτογαλία	<p>18 Ιουνίου 2018. Νομιμοποίηση των φαρμάκων που βασίζονται στην κάνναβη.</p> <p>2012. Το φάρμακο με βάση την κάνναβη, το Sativex, εγκρίθηκε για ιατρική χρήση. (uk.reuters.com, Blog:2018), (publico.pt, Blog:2018)</p>
Ρουμάνια	<p>Παρότι με το νόμο 339/2005, η κάνναβη μπορεί να καλλιεργηθεί για ιατρική, επιστημονική ή τεχνική χρήση - αλλά μόνο από "εγκεκριμένους αγρότες", η κυβέρνηση δεν έχει εξουσιοδοτήσει κανέναν αγρότη να καλλιεργήσει κάνναβη, ούτε επιτρέπει την εισαγωγή κάνναβης, με αποτέλεσμα η ιατρική κάνναβη να παραμένει μη διαθέσιμη. (ier.ro, Blog:2018)</p>
	<p>Το φάρμακο με βάση την κάνναβη, Marinol, διατίθεται νομίμως με</p>

Σλοβενία	ιατρική συνταγή (έχει πολλά αυστηρά κριτήρια ,όχι μεγάλη πρόσβαση σε αυτό). (leafly.com, Blog:2018)
Ισπανία	Η ιατρική κάνναβη είναι παράνομη στην Ισπανία. οι ασθενείς έχουν εύκολη πρόσβαση στην κάνναβη σε ιδιωτικούς «κλαμπ κάνναβης» σε ολόκληρη τη χώρα Ιούλιο του 2017, Καταλονία, ψήφισαν για τη δημιουργία νόμιμης ρύθμισης της καλλιέργειας και της κατανάλωσης κάνναβης.(talkingdrugs, Blog:2018)
Ηνωμένο Βασίλειο	φθινόπωρο του 2018. Νόμιμη συνταγογράφηση σε ασθενείς με "εξαιρετική κλινική ανάγκη". Το φάρμακο με βάση την κάνναβη, το Sativex, είναι νόμιμο να συνταγογραφείται. Μια κλινική επιτροπή εξετάζει επί του παρόντος τις αιτήσεις για τη συνταγογράφηση φαρμάκων που βασίζονται στην κάνναβη (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που περιέχουν THC). Μπορεί να κοστίσει περίπου £ 500 το μήνα ανά ασθενή. (endourpain.org, Blog:2018) (bbc.co Blog:2018), (talkingdrugs.org, Blog:2018)
Σουηδία	2017. Έγκριση αδειών για φυτική κάνναβη από τον Σουηδικό Οργανισμό,Ιατρικών,Προϊόντων,(MPA) (lakemedelsvarlden.se, Blog:2018)
Ουγγαρία	Σύμφωνα με το Νόμο 162/2003. (X. 16.) και 66/2012. (IV.2), η κάνναβη (κάνναβη) με υψηλή περιεκτικότητα σε THC επιτρέπεται η αδειοδότηση και η καλλιέργεια για επιστημονική, φαρμακευτική ή τεχνική χρήση. Η κυβέρνηση δεν επιτρέπει σε άτομα να καλλιεργούν κάνναβη για ιατρικούς σκοπούς Μόνο το Sativex συνταγογραφείται . (net.jogtar.hu, Blog:2018)
Λουξεμβούργο	28 Ιουνίου 2018. Νομιμοποίηση της ιατρικής κάνναβης, σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια πόνο, ναυτία που σχετίζεται με χημειοθεραπεία ή μυϊκό σπασμό που οφείλεται σε σκλήρυνση

κατά πλάκας. Υπάρχει σχετική εκπαίδευση και διατίθεται από τέσσερα νοσοκομεία της χώρας.
(talkingdrugs.org, Blog:2018)

5.4 Παγκόσμια νομοθεσία κρατών- χωρών

Παράλληλα με τη γηραιά ήπειρο, σε παγκόσμιο επίπεδο ένα ένα και τα υπόλοιπα κράτη θεσμοθετούν διαφόρους νόμους για την ιατρική κάνναβη, με μικρές σχετικά διαφοροποιήσεις . Η κάνναβη είναι πραγματικά αυτή τη στιγμή ένα παγκόσμιο νομοθετικό φαινόμενο. Σε άλλες επικρατεί ο χρυσός κανόνας ότι πρέπει είναι πλήρης η απαγόρευση της κάνναβης και σε μερικές η καθολική αποποινικοποίηση της.

Στις Ηνωμένες πολιτείες της Αμερικής η πρώτη πολιτεία που νομιμοποίησε τη κάνναβη ήταν το 1996, η Καλιφόρνια.(cannabisnews.blog:2017) Αμέσως μετά σε ορισμένες πολιτείες επετράπη η χρήση της ιατρικής κάνναβης ενώ σε κάποιες άλλες είναι ακόμα ομοσπονδιακά παράνομη (Gonzales V. Raich :2008).

Συγκεκριμένα , 18 πολιτείες μόνο την έχουν αποποινικοποιήσει, ενώ 24 Πολιτείες έχουν νομιμοποιήσει την ιατρική χρήση της κάνναβης. Εκεί που είναι καθολικά νόμιμη, η αγορά της ουσίας γίνεται άνευ συνταγής γιατρού(cannabisnews.blog:2017). Στις υπόλοιπες πολιτείες ο ασθενής είναι εγγεγραμμένος στο μητρώο με ειδική κάρτα από το γιατρό ώστε να μπορεί προμηθευτεί το προϊόν από τα ειδικά φαρμακεία (dispensaries). (Ηλιόσποροι:2016).

Το 2001 ήταν η ώρα του Καναδά που θέσπισε τους νέους νόμους. (Dr. Malik Burnett, Amanda Reiman :2015). Ο Καναδάς είναι μία παραδοσιακή χώρα που οι πολίτες της καταναλώνουν κάνναβη. Σε επίπεδο περιφέρειας η κατοχή και η προμήθεια κάνναβης επιτρέπεται ενώ αντίθετα σε κάποιες πόλεις είναι σχεδόν νόμιμη. Και εδώ υπάρχουν ειδικά καταστήματα πώλησης ιατρικής κάνναβης που μπορούν να εισάγουν επίσης φαρμακευτικά σκευάσματα κάνναβης (Sativex, Cesamet) από το εξωτερικό. Το φάρμακο δικαιολογείται και φορολογείται από το κράτος. (Ηλιόσποροι:2016).

Το 2015 μπήκε στο ρυθμό της μεταρρυθμίσης και η Τζαμάικα. (jamaicaobserver:blog:2015) Το υπεύθυνο υπουργείο της χώρας αποποινικοποίησε την προσωπική κατοχή και άνοιξε ένα σύστημα για την ιατρική έρευνα και τη διανομή

της κάνναβης. Επιπλέον οι άδειες που θα παραδώσει στους καταναλωτές θα είναι για ιατρική, θρησκευτική και διατροφική χρήση. Την ίδια χρονιά και η Κολομβία προχώρησε στη νομιμοποίηση της ιατρικής κάνναβης, ενώ αποποινικοποίησε την προσωπική χρήση της. Στο Μεξικό ,το Πουέρτο Ρίκο ,την Παραγουάη ,το Περού και τη Κόστα Ρίκα έχει αποποινικοποιηθεί η κατοχή μικρών ποσοτήτων κάνναβης για προσωπική χρήση. Στον Ισημερινό η αποποινικοποίηση της προσωπικής χρήσης ετέθη το 2013, ενώ στην Αργεντινή επιτρέπεται από το 2009 η κατοχή μικρών ποσοτήτων κάνναβης για προσωπική χρήση μόνο σε ιδιωτικούς χώρους(Ηλιόσποροι:2016).

Ο μεταρρυθμιστικός νόμος για την κάνναβη στην Ουρουγουάη επετεύχθη το 2013. Η Ουρουγουάη έγινε η πρώτη χώρα στον κόσμο που νομιμοποίησε πλήρως την κατοχή. Ο νόμος έδωσε τη δυνατότητα της αυτοκαλλιέργειας , τη συμμετοχή των ενηλίκων σε κοινωνικές λέσχες κάνναβης και την αγορά των προϊόντων από κρατικά αδειοδοτημένα καταστήματα πώλησης (φαρμακεία) μέσα από την συμμετοχή σε κρατικό πρόγραμμα για την προμήθεια. (Ηλιόσποροι:2016). Το 2015 η κάνναβη αποποινικοποιήθηκε και στη Χιλή. Η συγκεκριμένη χώρα διαθέτει μία από τις πιο μεγαλύτερες κρατικά ελεγχόμενες καλλιέργειες κάνναβης για ιατρική χρήση (Dr. Malik Burnett, Amanda Reiman :2015).

Στη μέση ανατολή πρωτοπόρα χώρα θεωρείται το Ισραήλ. Η ιατρική κάνναβη υποστηρίζεται και χρηματοδοτείται από την ισραηλινή κυβέρνηση μέσω ενός προγράμματος που ονομάζεται MECHKAR. Αυτό δίνει τη δυνατότητα να γίνονται πολλές ιατρικές έρευνες και ο ασθενής να έχει πολύ καλή πρόσβασή προς αυτή (Dr. Malik Burnett, Amanda Reiman :2015). Εκεί έχουν ανακαλυφθεί τα πιο σημαντικά κανναβινοειδή, όπως η τετραυδροκανναβινόλη (THC) και η κανναβιδιόλη (CBD) (Ηλιόσποροι:2016) .

Στην Αφρική δεν υπάρχει τόση ζήτηση για την ιατρική κάνναβη. Μόνο η Ρουάντα και η Νότια Αφρική έχουν και οι δύο θεσπίσει νομοθεσία για τη νομιμοποίηση της κάνναβης για ιατρική χρήση. Στην άλλη μεγάλη ήπειρο την Ασία, η Κίνα, το Μπαγκλαντές και η Βόρεια Κορέα είναι οι μόνες χώρες, όπου η κάνναβη είναι διαθέσιμη.

Από τις τελευταίες χώρες που νομιμοποίησε την ιατρική χρήση της κάνναβης, τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων από κάνναβη, καθώς και την καλλιέργεια και προμήθεια ιατρικής κάνναβης από αδειοδοτημένα καταστήματα και παραγωγούς είναι η Αυστραλία (Ηλιόσποροι:2016)

5.5 Η νόμιμη κοινωνικοποίηση

Στα όρια του νομικού πλαισίου και του κοινωνικού ελέγχου έχουν δημιουργηθεί διαφορές μορφές κοινωνικοποίησης των ατόμων που αναζητάνε την ιατρική κάνναβη. Κάποια από αυτά είναι οι ιατρικές λέσχες, οι Κοινωνικές Λέσχες Κάνναβης, τα coffeeshops, τα σωματεία και οι σύλλογοι ,τα dispenceres καταστήματα και ο θεσμός του Caregivers.

Στην Ελλάδα, έχουν ξεκινήσει και ενεργοποιούνται κάποιοι σύλλογοι, ως προς τα δικαιώματα των ασθενών και παράλληλα την ενημέρωση της κοινής γνώμης. Κάποιοι από αυτούς είναι, ο Ελληνικός Σύλλογος Θεραπευτικής Κάνναβης (cannabisbureau.gr), οι ΜΑΜΑΚΑ - ΜΑΜΑδες για την ΚΑνναβη (mamaka.org.gr) και οι Ασθενείς Υπέρ της Χρήσης Θεραπευτικής Κάνναβης (facebook.com/medcanna.gr).

Εκτός από αυτούς τους συλλόγους από το 2015 έχει ξεκινήσει στη Θεσσαλονίκη (Κώστας Κουκουμάς:2015) η πρώτη κοινωνική Λέσχη κάνναβης. Η συγκεκριμένη Λέσχη έχει φτιαχτεί σύμφωνα με τα πρότυπα του ENCOD (The European Coalition for Just and Effective Drug Policies),(encod.org.blog:2018) Αυτά τα πρότυπα ορίζουν το καταστατικό της κάθε λέσχης. Συνήθως τα λειτουργούν πολίτες που έχουν την εποπτεία της καλλιέργειας περιορισμένης πάντα ποσότητας κάνναβης. Αυτό το κλειστό κύκλωμα παραγωγής δεν έχει εμπορικό χαρακτήρα και απαριθμεί συνήθως τα 30 άτομα μέλη *«από το 2006 η Encod προωθεί την έννοια των κοινωνικών συλλόγων κάνναβης (CSC). Αυτές είναι ενώσεις πολιτών που οργανώνουν την καλλιέργεια περιορισμένης ποσότητας κάνναβης για να ικανοποιήσουν τις προσωπικές τους ανάγκες, μέσω κλειστού κυκλώματος παραγωγής και διανομής σε μη κερδοσκοπική βάση. Οι CSC λειτουργούν νόμιμα στην Ισπανία, ενώ σε πολλές άλλες χώρες διεξάγονται πρωτοβουλίες για την απόκτηση νομικού καθεστώτος. Όλο και περισσότεροι Ευρωπαίοι ανακαλύπτουν την CSC ως το τέλειο εργαλείο για να δείξουν πώς μπορεί να μοιάζει η νομιμοποίηση»*.

Αντίστοιχα κλαμπ με της Ελλάδας έχουν δημιουργηθεί και στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιταλία (Ministero della Salute:2017). Τα συγκεκριμένα Clubs, έχουν φέρει θετικά σχόλια στη κοινωνία. Διότι πλέον τα άτομα- μέλη κινούνται σε ένα ασφαλές περιβάλλον , έχουν τη στήριξη της αστυνομίας (bbc.com:blog: 2018) ,δεν νοιώθουν σαν στιγματισμένοι, διασφαλίζουν με αυτόν τον τρόπο την ποιότητα της κάνναβης, τον ορθό(βιολογικό) τρόπο καλλιέργειας, την σωστή χρήση, καθώς και την

μη συνδιαλλαγή του πελάτη με το οργανωμένο έγκλημα. Άλλοι κοινοτικοί σύλλογοι κάνναβης ,σύμφωνα με τον Joep Oomen (Joep Oomen:2018) όπως το Βέλγιο (Tom Decorte) έχουν ακολουθήσει το εμπνευσμένο μοντέλο της Ισπανίας. Η Σλοβενία εν γνώσει των αρχών λειτουργεί τα κλαμπ, αλλά χωρίς την απαιτούμενη άδεια , ενώ σε Γαλλία και Ιταλία λειτουργούν κρυφά πίσω από το προφίλ του facebook. Ακόμα και έτσι ακολουθούν τους κανόνες που τις διακρίνει. 1. Η προσφορά ακολουθεί τη ζήτηση, 2. Είναι νόμιμα κατοχυρωμένοι σύλλογοι με πλήρη διαφάνεια, 3.έχουν επωμιστεί τον εντοπισμό της προβληματικής χρήσης, 4. Ανοίγουν επίσημο διάλογο με τις αρχές, (cannabis-social-clubs.blog:2018)

Αντίθετα στις ιατρικές Λέσχες Κάνναβης δεν συμμετέχουν απλοί πολίτες. Κατά τα πρότυπα της Ουρουγουάης, της Χιλής και της Καταλονίας οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι καλλιεργητές αυτής της ομάδας, παρασκευάζουν εκχυλίσματα, αποκλειστικά και μόνο σε ασθενείς –μέλη. Και αυτοί ανήκουν σε σωματεία με νόμιμο προσωπικό ενώ στο μητρώο εγγράφονται μέχρι 45 μέλη- ασθενείς (το Δίκτυο Ηλιόσποροι , 2018).

Ο θεσμός του (Caregivers- καλλιεργητές και παρασκευαστές εκχυλισμάτων/ σκευασμάτων) υπάρχει σε πολλές πολιτείες των ΗΠΑ. Αυτά τα άτομα είναι υπεύθυνα για συγκεκριμένο αριθμό ασθενών, συνήθως 5 με 10 ασθενείς, οι οποίοι δεν έχουν άμεση πρόσβαση στη θεραπεία τους. Όλοι τους είναι καταγεγραμμένοι μέσω μητρώου και χρησιμοποιούν στις συναλλαγές του το ηλεκτρονικό παράβολο. (Caregivers:2018)

Μην ξεχνάμε ότι πρωτοπόροι της χορήγησης ιατρικής κάνναβης είναι οι Ολλανδοί που από το 1976, στις Κάτω Χώρες διαθέτουν μια αποκαλούμενη πολιτική ανεκτικότητας για τα ναρκωτικά . Οι δήμοι έχουν την εξουσία να χειρίζονται τα coffeeshops ενώ κανένας ανήλικος δεν εγγράφεται σε αυτά. Απαγορεύονται να διαφημίζουν τον εαυτό τους και να βρίσκονται τα coffeeshops σε απόσταση 250 μέτρων από το σχολείο (Robert W. Gorter, Mario Butorac, Eloy Pulido Cobian, Willem van der Sluis: 2005)

Δεύτερο Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός –Στόχοι

Η παρούσα εργασία στόχο έχει να μελετήσει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι λειτουργοί υγείας την επικείμενη χρήση της ιατρικής κάνναβης.

Μέσα από τη μελέτη και τη τελική απολαβή των αποτελεσμάτων, θεωρούμε ότι θα επιτευχθεί ο ερευνητικός σκοπός της κατανόησης και προβολής αυτού του νέου εργαλείου. Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη διεργασία παίζουν οι απόψεις και οι προσωπικές εμπειρίες των ίδιων των λειτουργών υγείας.

Σε αυτή την εκτενή έρευνα σχετικά με τη θεραπευτική χορήγηση της ιατρικής κάνναβης, το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα μας είναι να τεκμηριωθεί αν οι συμμετέχοντες είναι καθόλα ενήμεροι και έτοιμοι να πραγματοποιήσουν αυτό το επιχείρημα.

Συγκεκριμένα, από την εξέταση των δεδομένων επιχειρείτε να δοθεί έμφαση στις απόψεις και τις αντιλήψεις των εργαζομένων στο χώρο της υγείας για τη χρήση της ιατρικής κάνναβης και ταυτόχρονα να δοθούν οι απαντήσεις στα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα. Η συγκεκριμένη έρευνα θέτει τρεις κινητήριους πυλώνες:

1. Τα αρνητικά συμπεράσματα
2. Τα θετικά δεδομένα
3. Το θεσμικό πλαίσιο

Στο πρώτο άξονα ερευνάται ο αρνητικός αντίκτυπος, τα μειονεκτήματα, τα απαγορευτικά μηνύματα, ο φόβος και η παραπληροφόρηση, η παραβατικότητα και οι κίνδυνοι που πιθανόν ενέχονται σε αυτή τη νέα τροπολογία περί ιατρικής κάνναβης.

Όσον αφορά το δεύτερο σκέλος, σκοπός της έρευνας είναι η ανάδειξη των ωφελειών της ιατρικής κάνναβης στους ασθενείς, στην ίδια την ιατρική, την ελληνική κοινωνία γενικότερα.

Τέλος, στο τελευταίο και το τρίτο μέρος φιλοδοξεί να αποτυπώσει η ερευνήτρια, εάν υπάρχουν τελικά ολοκληρωμένες προτάσεις ως προς το θεσμικό πλαίσιο που πρέπει να ακολουθήσουν οι λειτουργοί υγείας, ώστε να γίνει ομαλά το μεταβατικό στάδιο της ορθής χορήγησης της θεραπευτικής κάνναβης.

6.2 Ερευνητικές Προσδοκίες

Στην ελληνική νοοτροπία, η ιατρική κάνναβη και το άκουσμα μόνο της λέξεως κάνναβη από μόνο του έχει μία ιδιάζουσα προοπτική, και πιθανόν να είναι ένα απαγορευμένο θέμα για συζήτηση. Η συγκεκριμένη προβληματική αποτέλεσε μία πρόκληση και ένα στοίχημα για την ερευνήτρια, ως προς την αποτύπωση των προσδοκιών και των ερευνητικών αποτελεσμάτων της πάνω σε αυτό το θέμα.

Έτσι ,μέσα από αυτή την έρευνα προσδοκάται, πρωτίστως, η διερεύνηση των απόψεων και των αντιλήψεων των λειτουργών υγείας για τη συνταγογράφηση της ιατρικής κάνναβης και δευτερευόντως, το κατά πόσο τα ίδια τα υποκείμενα ανταποκρίνονται στις δυσκολίες των νέων δεδομένων που πρέπει να μετέχουν. Προσδοκία της έρευνας επίσης αποτελεί να γίνει κατανοητό και διαδραστικό το θέμα της ιατρικής κάνναβης μέχρι τελικά να διαπιστωθεί η αναγκαιότητα ή όχι του όλου εγχειρήματός της. Δεν είναι τυχαίο που η Άννα Λυδάκη (2012) αναφέρει πως *«το να θέτεις ένα υποκείμενο στη θέση του αντικειμένου της έρευνας είναι επιτρεπτό και νομιμοποιημένο μόνο αν η βαθύτερη γνωριμία με τον «άλλο» συντελέσει στον σεβασμό απέναντι στο διαφορετικό ή αν η γνώση των συνθηκών που επικρατούν σε ένα ίδρυμα ή μια κοινότητα συντελέσει στη βελτίωσή τους»*.

Αυτές οι προσωπικές εκτιμήσεις και αποτυπώσεις των λειτουργών υγείας θα προκύψουν μέσα από ημιδομημένες συνεντεύξεις, με τη προσμονή ότι θα αποτελέσουν τελικώς τη μέγιστη παραγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Ως τελική απάντηση, σε αυτή τη ερευνητική διαδικασία μένει να επιβεβαιωθεί, εάν τα κοινωνικά και πολιτιστικά βιώματα του κάθε ερωτηθέντα παίζουν εντέλει ρόλο στην τελική απολαβή και ερμηνεία της επικείμενης χρήσης της ιατρικής κάνναβης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΣΚΕΨΗ

7.1 Το δείγμα

Για την επιλογή του δείγματος ακολουθήθηκαν οι έξης προεργασίες. Στους συμμετέχοντες έγινε μία πρώτη προσέγγιση και ενημέρωση, σχετικά με τη θεματολογία της έρευνας, που πρόθεσή της είχε τη θετική συμμετοχή και συναίνεση τους πριν πραγματοποιηθεί η ερευνητική διαδικασία. Σε αυτή τη πρώτη φάση δημιουργήθηκε ένας ικανοποιητικός αριθμός συμμετεχόντων που πρόθυμα δέχτηκε ενεργά να συμμετάσχει.

Η πλειοψηφία των υποκειμένων εργάζεται στο χώρο του Νοσοκομείου και τα κέντρα υγείας του νομού. Κάποιοι έχουν ήδη τελειώσει επιτυχώς τις εξετάσεις της ειδικότητας ενώ κάποιοι άλλοι είναι σε καθεστώς ειδίκευσης. Επιπλέον, ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν δέκα Γενικοί Ιατροί εργαζόμενοι όλοι στο χώρο υγείας ενώ η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία και όλοι από τον αρχικό όγκο των ατόμων που τους είχε γίνει η πρώτη κρούση .

Στο σύνολο του δείγματος, που ήταν 10 Γενικοί Ιατροί, οι πέντε ήταν άνδρες και αντιστοίχως οι άλλες πέντε, γυναίκες. Η τελική απόφαση της επιλογής της ειδικότητας των Γενικών Ιατρών «κλείδωσε» στο γεγονός ότι αφενός μεν δεν έχει οριστεί από τους πολιτικά υπεύθυνους ποιος θα αναλάβει την αρμοδιότητα της χορήγησης και της συνταγογράφησης της ιατρικής κάνναβης στη χώρα και αφετέρου δε, διότι ,σε κάποια κράτη του εξωτερικού τους έχει ήδη δοθεί το δικαίωμα για να τη συνταγογραφούνε.

Σύμφωνά δε με τον Ευρωπαϊκό ορισμό της Γενικής /Οικογενειακής Ιατρικής (WONCA, ΕΥΡΩΠΗ,2002) που προσδιορίζει τον επιστημονικό κλάδο και τα επαγγελματικά καθήκοντα τους ότι, *«είναι οι κύρια υπεύθυνοι για την παροχή σφαιρικής και συνεχιζόμενης φροντίδας προς κάθε άτομο που αναζητά την ιατρική φροντίδα ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και το είδος της ασθένειας. Φροντίζουν τα άτομα σε συνάρτηση με την οικογένεια, την κοινότητα και την κουλτούρα τους, πάντοτε σεβόμενοι την αυτονομία των ασθενών τους. Αναγνωρίζουν ότι, επίσης, φέρουν κάποια επαγγελματική υπευθυνότητα απέναντι στην κοινότητα την οποία υπηρετούν. Στη διαπραγμάτευση των σχεδίων διαχείρισης με τους ασθενείς τους ενσωματώνουν*

σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και υπαρξιακούς παράγοντες, χρησιμοποιώντας τη γνώση και την εμπιστοσύνη που έχουν γεννηθεί μέσα από τις επανειλημμένες επαφές. Οι Γενικοί / Οικογενειακοί Ιατροί εξασκούν τον επαγγελματικό ρόλο τους προάγοντας την υγεία, προλαμβάνοντας τη νόσο και παρέχοντας θεραπεία, φροντίδα ή παρηγορία. Αυτό επιτυγχάνεται είτε απευθείας είτε διαμέσου των υπηρεσιών άλλων σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας και τους διαθέσιμους -μέσα στην κοινότητα όπου υπηρετούν- πόρους, υποβοηθώντας τους ασθενείς, όπου χρειάζεται, στην αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών. Θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για την ανάπτυξη και την διατήρηση των ικανοτήτων τους, της προσωπικής τους ισορροπίας και των αξιών τα οποία θα αποτελέσουν τη βάση για αποτελεσματική και ασφαλή φροντίδα των ασθενών».

Σαφέστατα, το εκπαιδευτικό και μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων κατανεμήθηκε ισόποσα στην ίδια ταυτότητα, ενώ η ηλικιακή κλίμακα του δείγματος (οι άντρες και οι γυναίκες ήταν μεταξύ 32 έως και τα 62 ετών) που πιστεύεται ότι κάλυπτε επαρκώς τις προσωπικές εμπειρίες και τις εργασιακές πεποιθήσεις των ερωτηθέντων, με τελικό στόχο της συζήτησης τα πιο δυνατά ερευνητικά επιχειρήματα. Ειδικότερα σύμφωνα με τον Σαββάκη Μ. (2013) «η ένταξη των ζητημάτων της υγείας και της ασθένειας στον ιστορικό τους ορίζοντα και η συνακόλουθη ανάδειξη του ενεργού χαρακτήρα της ατομικής εμπειρίας ως συλλογικής κληρονομιάς και ως στιγμιότυπου μιας ευρύτερης διαδικασίας αποδίδει έμφαση στον κοινωνικό και πολιτισμικό χαρακτήρα αυτών των φαινομένων. Η υγεία και η ασθένεια αλλά και η επιστημονική ιατρική πράξη και οι κλινικές της συνεκδοχές δεν αποτελούν μια γραμμική και ενιαία αφήγηση, αλλά ένα «κοινωνικό κατασκεύασμα», με την έννοια ότι κάθε συγκεκριμένη της εκδοχή επηρεάζεται ταυτόχρονα τόσο από δομικούς όσο και από ατομικούς παράγοντες».

7.2 Τα στάδια της έρευνας

Πριν την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων, είχε προϋπάρξει ένα αρχικό πλάνο του σχεδιασμού της έρευνας (Οκτώβριος 2017), η δημιουργία του τελικού ερωτηματολογίου (Μάρτιος του 2018) και η αναζήτηση των βιβλιογραφικών πηγών (1^ο βμηνο του 2018), του παρόντος δοκιμίου.

Σαφέστατα, με γνώμονα τη διαδικασία της έρευνας, η Θέμελη Ο. (2014) αναφέρει, ότι η διεθνής βιβλιογραφία έχει αποδείξει ότι η διαδικασία προκαθορισμού σειράς ενεργειών κατ' αλληλουχία και συνάφεια, όπως είναι ο σχεδιασμός της

συνέντευξης, παίζουν καθοριστικό ρόλο, προς την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών της έρευνας. Ακολούθως, τον Απρίλιο με τέλος Μάιου του 2018 πραγματοποιήθηκε η διενέργεια της έρευνας με τη συμμετοχή των προαναφερθέντων υποκειμένων.

Εφόσον είχαν καλυφτεί όλα τα προαπαιτούμενα βήματα ακολούθησαν η ανάλυση των δεδομένων και η καταγραφή των συμπερασμάτων (Αύγουστος - Σεπτέμβριος 2018) της έρευνας.

7.3 Η διαδικασία

Αρχικά, πριν αρχίσει η καταγραφή της συνάντησης, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά για την ερευνητική διαδικασία που θα ακολουθηθεί, τη θεματολογία της έρευνας και το σκοπό που επιδιώκουμε σε αυτή. Ακολούθως, κρίθηκε απαραίτητο για την ομαλή πορεία των συνεντεύξεων και την τελική παρουσίαση των αποτελεσμάτων αυτής να οριστούν οι κανόνες τήρησης αυτής «ώστε οι άνθρωποι να μην αισθανθούν ότι απειλούνται» (Λυδάκη Άννα:2012:164).

Σε αυτό το σημείο όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ατομικά για το απόρρητο των προσωπικών στοιχείων τους και την επιβεβλημένη τήρηση της ανωνυμίας τους σε σχέση με τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Ακολούθως, χάρη σε αυτά τα διαπιστευτήρια εξασφαλίστηκε επιτυχώς η συγκατάθεση και η συναίνεση της συμμετοχή των υποκειμένων στην έρευνα. Οι παραπάνω διατυπώσεις ανήκουν σύμφωνα με το Τσιώλη Γ. (2014) ,στις Αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας που διέπουν την κοινωνική έρευνα *«Αρχή της ελεύθερης και ενήμερης συγκατάθεσης. Η συμμετοχή των υποκειμένων στην έρευνα πρέπει να είναι απολύτως εθελοντική (χωρίς κανένα καταναγκασμό ή επιβολή). Η συγκατάθεση παρέχεται ελεύθερα από τον συμμετέχοντα στην έρευνα και μπορεί να αρθεί οποιαδήποτε στιγμή. τέλος ο ερευνητής έχει την υποχρέωση να ικανοποιήσει όλες εκείνες τις πληροφορίες που σχετίζονται με την έρευνα και θα επηρέαζαν την απόφασή του υποκείμενου να συμμετάσχει. Σε πολλές περιπτώσεις απαιτείται η υπογραφή ενός ειδικού έντυπου ενήμερης συγκατάθεσης. Αρχές της εχεμύθειας και της εμπιστευτικότητας. Όχι αποκάλυψη προσωπικών και προσδιοριστικών της ταυτότητας τους πληροφοριών χωρίς την άδεια τους»*

Στο επόμενο στάδιο, η έρευνα πραγματοποιήθηκε, πότε στο χώρο εργασίας του ερωτώμενου , πότε στο χώρο εργασίας της ερευνήτριας , ή τρίτον σε κάποιο ουδέτερο σημείο που βόλευε τον ερωτώμενο και αντίστοιχα την ερευνήτρια. Παρότι υπήρξαν δυσκολίες στη πραγματοποίηση της προκαθορισμένης επαφής , η κατάλληλη προετοιμασία του συνεντευκτή βοήθησε στην ανάπτυξη της επικοινωνίας και της αλληλεπίδρασης *«Ανάμεσα στα δύο υποκείμενα- ερευνητή και υποκείμενο της έρευνας, που είναι καθοριστική και καταλυτική για τη διενέργεια της μελέτης»* (Λυδάκη Άννα:2012:168).

Εξάλλου, σύμφωνα πάντα με τη Λυδάκη Α. (2012) , δεν πρέπει να θεωρείτε αμελητέο πως οι συνθήκες της πρώτης συνάντησης ενδέχεται να δημιουργήσουν *«αμηχανία και καχυποψία εκατέρωθεν και προσπάθεια ανίχνευσης κινήτρων και προθέσεων»* όπου *«ένα λάθος, μια άκαιρη και άτοπη κουβέντα είναι δυνατόν να υπονομεύσει την όλη προσπάθεια και να οδηγήσει σε αδιέξοδο τον ερευνητή»*.

Μετά την διεξαγωγή της έρευνας, όλο το ποιοτικό υλικό των συνεντεύξεων συγκεντρώθηκε, επεξεργάστηκε, και από ηχητικό ντοκουμέντο απομαγνητοφωνήθηκε σε κείμενο γραπτών προτάσεων.

7.4 μεθοδολογία

Η διαδικασία συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων της παρούσας εργασίας στηρίχθηκαν πάνω στο βασικό ερώτημα της έρευνας *«στάσεις και αντιλήψεις των λειτουργών υγείας ως προς την επικείμενη χρήση της ιατρικής κάνναβης»* και στα επιμέρους τελικά δεδομένα για την αρνητική, τη θετική και τη θεσμική πορεία του καινοτόμου εγχειρήματος στην Ελλάδα.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή υλικού ήταν η ποιοτική έρευνα, με κύρια πηγή άμεσων πληροφοριών, η ημιδομημένη συνέντευξη σε μία σειρά από ερωτήσεις σε ένα είδος ελεύθερης συνομιλίας, που κύριο χαρακτηριστικό της, ήταν ο λόγος. Τα κυριότερα πλεονεκτήματα της έρευνας ήταν η άμεση επικοινωνία, ο υψηλός βαθμός συνεργασίας με τους ερωτώμενους και η αμοιβαία διαδραστική εκπαίδευση των προσωπικών μας αποριών.

Καθόλα τη διάρκεια οι ερωτώμενοι μπορούσαν να εκφέρουν το λόγο τους ελεύθερα, απεριόριστα και απρόσκοπτα (Ζαφειρίου, 2003), ενώ σε όλη τη διαδικασία ελήφθη υπόψιν, η όσο το δυνατόν συμπλήρωση όλων των πτυχών του ερευνώμενου πεδίου, η ενάργεια στο περιεχόμενο των πληροφοριών του ερωτηματολογίου και η όσο πιο άρτια σύνδεση των επιμέρους ερευνητικών ερωτήσεων μεταξύ τους (Ρόντος και Παπάνης, 2007) .

Στόχος της ποιοτικής έρευνας ήταν να νοημοδοτήσει στα άτομα που συνεργάστηκαν *«τις διαφορετικές εκδοχές και εκδηλώσεις του εξεταζόμενου κοινωνικού φαινομένου καθώς και τις διαφορετικές οπτικές των υποκειμένων επί του ερευνώμενου φαινομένου»* (Τσιώλη Γ.,:2014:39). Ως βασικό χαρακτηριστικό της ελεύθερης, μη τυποποιημένης συνέντευξης, *«η ερευνητική διαδικασία κατανοείται ως εντατική κοινωνική σχέση που βασίζεται στην ουσιαστική επικοινωνία και διάδραση του ερευνητή με τα υποκείμενα της έρευνας του»* (Τσιώλη Γ.,:2014:35) .Και αυτό διότι, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των υποκειμένων είναι ιδιαίτερα στοιχεία συμπαραγωγής δεδομένων όπου ο ερευνητής στην ποιοτική συνέντευξη καλείται να εκμαιεύσει.

Συγκεκριμένα μέσα από τις ιδιαίτερες πτυχές του θέματος, γίνεται προσπάθεια αποκωδικοποίησης των προσδοκιών των δρώντων σε μία έρευνα εκτίμησης των αναγκών που σύμφωνα με τον Τσιώλη Γ. (2014) *«έχει στόχο να διαγνώσει τις ανάγκες μιας κοινωνικής ομάδας, την έντασή τους και να προσδιορίσει τις προτεραιότητες, ώστε να προταθεί εν συνεχεία ένα πρόγραμμα, μια καινοτομία ή μια πολιτική με σκοπό να καλύψει τις ανάγκες αυτές»* ,και ειδικότερα όπως ο ίδιος τονίζει την αποτίμηση των κοινωνικών επιπτώσεων *«που σκοπό έχουν την εκτίμηση των πιθανών κοινωνικών επιδράσεων (άμεσων ή έμμεσων) μιας προγραμματισμένης αλλαγής ή εφαρμοζόμενης πολιτικής»*.

Έτσι λοιπόν στην παρούσα ερευνητική διαδικασία συνυπάρχουν άνθρωποι με διαφορετικά κοινωνικά χαρακτηριστικά και διαφορετικές κουλτούρες , που κλήθηκαν να ερμηνεύσουν και να αναλύσουν τον προβληματισμό της έρευνας , ανάλογα με τα βιώματα και τις ατομικές διεργασίες τους.

Κατά συνέπεια, οι ερωτώμενοι αρχικά ,ήρθαν αντιμέτωποι με εύκολες γενικές ερωτήσεις ώστε να μπουν στο κλίμα του βασικού ερωτήματος και μετέπειτα ακολούθησαν οι ειδικές συγκεντρωμένες ερωτήσεις σε ενότητες ώστε να υπάρχει μία συνεχόμενη ροή στη συζήτηση (Ζαφειρίου: 2003).

7.5 Δυσκολίες κατά τη διεξαγωγή της έρευνας

Σε όλες τις μελέτες, έτσι και σε αυτή παρουσιάστηκαν κάποιες δυσκολίες που χρειάστηκε να αναμορφωθούν ξανά τα όρια της μεθοδολογίας.

Πρωτίστως και ιδιαίτερα σημαντική ήταν η ανεύρεση αρκετών ατόμων, θετικά υποσχόμενα προς τη συμμετοχή τους σε αυτή την έρευνα. Ενώ έγινε η πρώτη επαφή από την ερευνήτρια και δόθηκε η προφορική συναίνεση της συμμετοχής τους στην έρευνα, κάποιοι από τους δρώντες στο μέσο του χρονοδιαγράμματος, εντέλει δεν τα κατάφεραν. Σε αυτό το σημείο, ξεκίνησε η αναζήτηση άλλων συμμετεχόντων, με θετική εντέλει, απόκριση στο να είναι παρών στο δείγμα της έρευνας.

«Αυτό σημαίνει ότι αποφάσεις οι οποίες αφορούν τους κοινωνικούς χώρους που θα διερευνηθούν, τα άτομα ή γενικότερα τις περιπτώσεις που θα προσεγγίσει ο ερευνητής, ή ακόμα και οι τεχνικές που θα εφαρμοστούν για την συλλογή και την ανάλυση των στοιχείων, ενδέχεται να αναθεωρηθούν και να αλλάξουν με την εξέλιξη της έρευνας» (Κυριαζή Ν., 1999:54).

Επίσης, ως μειονεκτήματα παρατηρήθηκαν τα εξής. Λόγω φόρτου εργασίας των συμμετεχόντων και της ερευνήτριας δεν γινόταν να πραγματοποιηθούν σε ελεύθερο χρόνο και των δύο ,τα ραντεβού των συνεντεύξεων. Ακολούθως , άλλη δυσκολία υπήρξε το γεγονός της σχετικής απειρίας της ερευνήτριας πάνω στην διενέργεια των συνεντεύξεων, που πιθανόν αυτό να επηρέασε τη διατύπωση των ερωτήσεων, που μπορεί αντίστοιχα να δυσκόλεψε νοηματικά τους ερωτώμενους αυτών (ζήτηση για παραπάνω διευκρίνιση). (Javeau:2000)

Η συμπλήρωση των ερωτήσεων και η διατύπωση αρκετών επεξηγήσεων κρίθηκε άμεση και απαραίτητη. Ένας λόγος παραπάνω σε αυτό ήταν ότι η ερευνήτρια είχε κάνει καλή προετοιμασία του προβληματικού ερωτήματος , μιας και ένα ποσοστό από τα υποκείμενα της έρευνας είχαν πλήρη άγνοια και καθόλου ενημέρωση επί του θέματος αυτού.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί και η δυσκολία εύρεσης του θεωρητικού υλικού για την ιατρική κάνναβη ,στην επίσημη ελληνική βιβλιογραφία σε σχέση με τα άπειρα ερευνητικά δεδομένα των ξένων συγγραφέων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1 ανάλυση έρευνας

Σε αυτή την έρευνα συμμετείχαν 10 άτομα. Η έρευνα ήταν χωρισμένη σε δύο μέρη. Αρχικά στο πρώτο μέρος ,η ερευνήτρια σύλλεξε τα προσωπικά στοιχεία που αφορούσαν τους ερωτώμενους και την ίδια την έρευνα. Το δεύτερο μέρος καταναλώθηκε στις ερωτήσεις και τις ακόλουθες απαντήσεις αυτών.

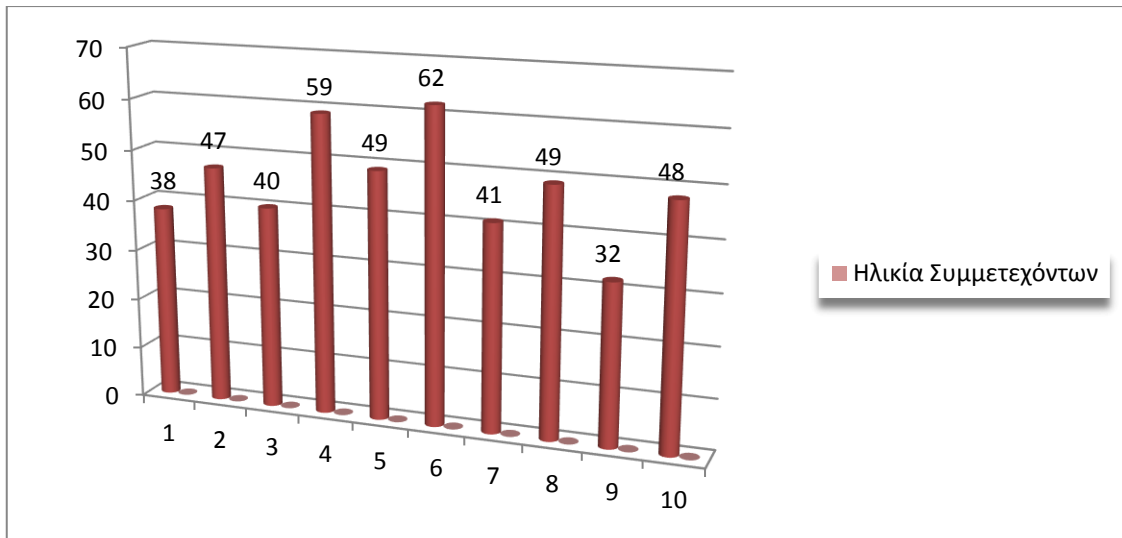
Όσον αφορά τα προσωπικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας παρατηρήθηκαν τα εξής. Σύμφωνα με το γράφημα 1 στην έρευνα πήραν μέρος ισομερώς πέντε άντρες και 5 γυναίκες.

Γράφημα 1



Η ηλικία των συμμετεχόντων ανδρών κυμάνθηκε μεταξύ των 38 και των 59 ετών (γράφημα 2) με μέσο όρο ηλικίας τα 46 έτη. Οι ερωτηθείσες γυναίκες κυμάνθηκαν από τα 32 έως τα 62 έτη, με μέσο όρο ηλικίας τα 46,4 έτη (γράφημα 3).

Γράφημα 2



Ως προς την οικογενειακή κατάστασή τους μόνο οι πέντε στους δέκα έχουν τέκνα, με τους δύο ερωτηθέντες να είναι τρίτεκνοι, οι επόμενοι δύο να έχουν από δύο τέκνα και ο τελευταίος να είναι μονογονέας. (γράφημα 3).

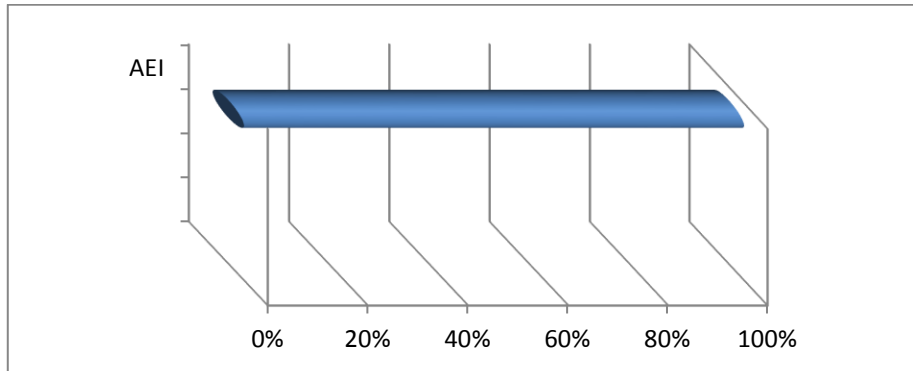
Σε ότι αφορά τα χρόνια εμπειρίας παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες υπερέχουν με μέσο όρο τα 14,25 έτη έναντι των γυναικών με 11 έτη μέσο όρο επαγγελματικής κατάρτισης (γράφημα 3).

Γράφημα 3

ανήρ	ηλικία	χρόνια εμπειρίας	τέκνα
α'(1)	38	9	0
β'(2)	47	15	2
γ'(3)	40	13	3
δ'(4)	59	20	0
ε'(5)	49	14	0
Μέσος όρος	46	14,25	
θήλυ	ηλικία	Χρόνια εμπειρίας	τέκνα
ζ'(6)	62	11	2
ζ'(7)	41	10	3
η'(8)	49	20	0
θ'(9)	32	7	0
ι'(10)	48	7	1
Μέσος όρος	46,4	11	

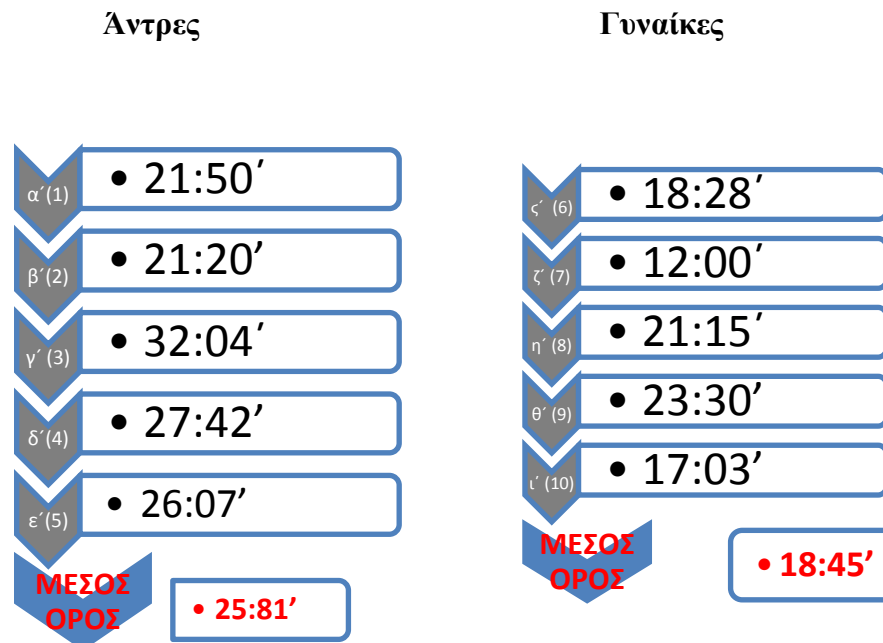
Στην συνέχεια παρουσιάζεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα, οι οποίοι όλοι ήταν απόφοιτοι Ιατροί των Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων της Ελλάδος και του εξωτερικού (γράφημα 4).

Γράφημα 4



Οι άντρες μίλησαν το λιγότερο 21:20' με περισσότερη ώρα ομιλίας τα 32:04' και μέσο όρο της συνέντευξη τους τα 25:81'. Εν αντιθέσει οι γυναίκες ήταν πιο σύντομες στις απόψεις τους με μέσο όρο των απαντήσεων τους τα 18:45' (γράφημα 5).

Γράφημα 5



Στο δεύτερο κομμάτι της έρευνας ,τα δέκα υποκείμενα τοποθετήθηκαν αποκλειστικά και μόνο στο κύριο θέμα της συζήτησης και των επιμέρων πυλώνων της. Αρχικά λοιπόν οι συμμετέχοντες μίλησαν για το τι ενημέρωση διαθέτουν για την ιατρική κάνναβη και αν αυτό το αντικείμενο τους έχει κινητοποιήσει το ενδιαφέρον.

Οι μισοί στους δέκα απαντήσανε ότι τους έχει κινήσει το ενδιαφέρον η ιατρική κάνναβη, κυρίως όμως από προσωπικές αναζητήσεις, *«το ενδιαφέρον μου είναι καθαρά προσωπικό»*, χωρίς κάποια επίσημη κρατική ιατρική πλατφόρμα ή υποστήριξη *«δεν έχω πάρει καμία ενημέρωση από τον επίσημο φορέα, είτε λέγεται ΕΟΦ, είτε λέγεται το Υπουργείο Υγείας»* ,παρομοίως *«η αλήθεια είναι ότι δεν έχω ενημερωθεί από κάποιο επίσημο φορέα ή ιατρικό φορέα»*.

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες έχουνε μια γενική εικόνα σχετικά με την ιατρική κάνναβη από την τηλεόραση και γενικά από τα ΜΜΕ. *«ως προς το ενδιαφέρον, η αλήθεια είναι ότι δε τρελάθηκα κιόλας. Το θεώρησα λίγο.. καθίστε... εδώ χρειαζόμαστε κι άλλα πράγματα τώρα πάμε κατευθείαν εκεί»* Λιγότεροι έχουνε ασχοληθεί περισσότερο λόγω προσωπικού ενδιαφέροντος, *«το ενδιαφέρον ναι, την περιέργεια λίγο μου την έχει κινήσει»* μέσω βιβλίων, μαρτυρίες ανθρώπων και από έρευνες *«ειδικά το κανναβέλαιο έχει θεραπευτικές ιδιότητες»* κυρίως για χρόνια νοσήματα νευρολογικού χαρακτήρα που χρειάζονται να τους δώσεις καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σε γενικές γραμμές οι πληροφορίες που έχουνε είναι ελλιπής, ένας στους έξι του *«φαίνεται περίεργο πως στην Ελλάδα που είναι μία κοινωνία κλειστή γενικότερα και λίγο πιο συντηρητική, πως αυτό θα περάσει σε μας»*, και δεν θεωρούν ότι είναι επαρκώς ενημερωμένοι καθώς δεν είναι κάτι το επίσημο και τεκμηριωμένο.

Στο επόμενο ερώτημα τους ζητήθηκε να κάνουν μία ανασκόπηση του πολιτικού διαλόγου σχετικά με την επικείμενη συνταγογράφηση της ιατρικής κάνναβης.

Οι τρεις στους δέκα απαντήσανε ότι δεν έχουνε κάποια άποψη ή ενδιαφέρον *«δεν έχω άποψη καθόλου, δεν το χω παρακολουθήσει»*, άλλος *«δεν είχε άποψη για το θέμα»*, σχετικά με την ιατρική κάνναβη σε επίπεδο πολιτικού ενδιαφέροντος. Ένα άτομο απλά απάντησε μονολεκτικά *«ενδιαφέρον»*, ενώ κάποιο άλλο θεωρεί ότι δεν είναι ειλικρινές και ότι σε μια μερίδα της πολιτικής ζωής αυτού του τόπου *«υπάρχει ένα όψιμο ενδιαφέρον και μία γελοία πολιτική αντιπαράθεση γιατί ταυτόχρονα πρέπει να υπερασπιστούν τα ιερά και δίκαια [...] και η υποκρισία μιας μερίδας της πολιτικής ζωής αυτού του τόπου και της εκκλησίας αλληλοσυγκαλύπτουν πράγματα δεν αφήνουν να*

προχωρήσει η κατάσταση μπροστά», και ότι «είναι πρόχειρο, σύντομο και όχι επιστημονικά τεκμηριωμένο».

Ενδιαφέρον έχουν οι διαφορετικές αντιλήψεις και απαντήσεις στην συγκεκριμένη ερώτηση αφού κάποιιο θεωρούν πολύ συντηρητική την κοινωνία μας, *«θεωρώ ότι είναι πολύ συντηρητική και η κοινωνία μας πραγματικά αλλά ακόμα περισσότερο η βουλή»* σε αντίθεση με άλλους που βρίσκουν πολύ θετικό το γεγονός ότι υπάρχει πολιτική συζήτηση, *«θα πρέπει να συζητείτε σε πολιτικό επίπεδο, έτσι ώστε για να μπορέσει να βγει από την παρανομία η όποια θεωρείται στο μυαλό του κόσμου»,* αρκεί τα αποτελέσματα *«για οτιδήποτε [...]θα μπορούσε να ωφελήσει τους ανθρώπους και τους πολίτες, για ένα φάρμακο δηλαδή, είναι καλό. Τώρα επί του αποτελέσματος το τι θα αποφασιστεί τελικά αυτό θα το ελέγξουμε εν καιρώ».*

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε με φόβο και αγωνία ότι όταν κληθούν να συνταγογραφήσουν την ιατρική κάρναβη θα τους προσεγγίσουν πρώτοι τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα δηλαδή *«το πρώτο στρώμα θα ναι σίγουρα οι ναρκομανείς», «τα κατώτερα. οι άνθρωποι του περιθωρίου», «οι άνθρωποι που θα έχουνε ψυχικές και ψυχιατρικές διαταραχές στην οικογένεια ή σε κάποιο δικό τους άνθρωπο», «άνθρωποι χειριστικοί, χρήστες πρώην και νυν», «τα πιο φτωχά στρώματα, μπορεί κοινωνικά αποκλεισμένα»* και θα έρθουν λιγότερο σε επαφή με τους ενημερωμένους για κάποια ογκολογική ή άλλη σοβαρή ασθένεια. Παρόλα, αυτή τη σύγχυση κάποιιο πιστεύουν ότι αν υπάρξει σωστή παιδεία και εάν όλα λειτουργήσουν σωστά και κυρίως σε επίπεδο έλεγχου των μητρώων των ασθενών που έχουν το πρόβλημα, ότι όλη η διαδικασία θα εξελιχθεί πιο ομαλή.

Στην προσπάθειά τους να περιγράψουν τι βιώνουν οι άνθρωποι που αναζητούν αυτή τη θεραπεία, απαντήσανε, *«ευχαρίστηση», «λιγότερο πόνο ψυχικό και σωματικό», «απελπισία και απόγνωση», «κάποιες διεξόδους, ευφορία με άλλους τρόπους, ένα είδος παραισθήσεων» , «εξάρτηση», «την ανακούφιση» ,«σίγουρα τη βελτίωση της καθημερινότητάς τους, της ποιότητας ζωής».*

Στην επόμενη ερώτηση οι περισσότεροι θεώρησαν ότι λίγο δύσκολα, *«αρνητικά»,* θα αποδεχτεί την ιατρική κάρναβη η κοινωνία *«κανείς δεν ξέρει»,* θεωρεί *«την ιατρική κάρναβη σκεύασμα του διαβόλου», «γιατί είμαστε σα λαός αμαθείς και θρησκόληπτοι και υποκριτές», «εδώ οι γιατροί είναι ,πόσο ακόμα η κοινωνία» ,*ακόμα δύσκολά το αποδέχονται. Γιατί σε μεγάλο ποσοστό η κοινωνία συνήθως αντιδρά *«οι αρνητικές*

εντυπώσεις υπερτερούν σε κάθε αλλαγή», με αρκετή φασαρία λόγω της άγνοιας και των προκαταλήψεων «κάποιος που δεν είναι γνώστης και το ακούει θα είναι καχύποπτος», «υπάρχει παραπληροφόρηση». Βέβαια υπάρχει και ενδιαφέρον και με την σωστή πληροφόρηση από συγκεκριμένους ανθρώπους με απτά παραδείγματα θα μπορέσει «να αντιληφθεί ο κόσμος ότι δεν είναι κάτι απλό. Δεν είναι το τσιγαριλίκι της πλατείας».

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τους συνεντευξιαζόμενους να μας πουν ποια πιστεύουν ότι είναι τα θετικά πλεονεκτήματα της ιατρικής κάνναβης. Οι απόψεις ήταν διαφορετικές. Από θετικές έως αρνητικές. Θετικές ,εφόσον η ποιότητα της ζωής του ασθενή θα γίνει καλύτερη *«λέμε ποιότητα ζωής του ανθρώπου, τόσο χιλιοειπωμένο και τόσα διαφορούμενο θα έχει μία αξία»* και επίσης θα υπάρξει παράλληλα και μία καλύτερη εξοικονόμηση πόρων.

Οι περισσότεροι θεωρούν ότι μπορεί να ωφελήσει η ιατρική κάνναβη τους ασθενείς *«πιστεύω ότι θα πάρει θετικό πρόσημο , και το λέω αυτό όχι με μία 90-10, ότι είμαι στο 60-40, είμαι κοντά στο 50»* και κατά επέκταση την κοινωνία *«βεβαίως μπορεί να ωφελήσει τους ασθενείς. Όταν αυτό το φάρμακο, έχει αποδειχτεί ότι αυτό έχει φαρμακευτικές ιδιότητες [...]δε μπορώ να φανταστώ ότι καλύτερο»* ,κυρίως λόγω της φυτικής σύστασης του *«σαν βιοσύσταση που είναι καλύτερα με άλλα»* με σωστό έλεγχο και μόνο επί την επήρεια των γιατρών και την στενή παρακολούθηση των περιστατικών.

Βέβαια, κάποιιοι άλλοι συμφώνησαν στο γεγονός ότι *«το όφελος δεν είναι εύκολο να αποδεχτεί, ακόμα και για τα αντιβιοτικά αμφισβητήθηκε ότι προσέφεραν όφελος»* και χρειάζεται περισσότερη μελέτη και έρευνες όπως δηλαδή ότι *« πρέπει πρώτα να το δουλέψουμε, να δούμε πως πάει γιατί είμαστε παντελώς άπειροι στο ιατρικό του κομμάτι ,να διαβάσουμε και λίγο παραπάνω ,ίσως και μερικές έρευνες και να γίνουν και νέες έρευνες επιτόπου»* ,και με σωστή πάντα καταγραφή των αποτελεσμάτων.

Στον αντίποδα υπήρχε και η άποψη ότι δεν θα ωφελήσει τους ασθενείς *«όχι, και τώρα που γίνεται χρήση παράνομη σε τι ωφελεί τη κοινωνία;»* και κατά επέκταση την κοινωνία αφού η παράνομη χρήση της ουσίας είναι μέρος της καθημερινότητας πολλών ανθρώπων χωρίς καταγεγραμμένα θετικά αποτελέσματα.

Σε ότι αφορά τώρα, το φυσικό δικαίωμα των ασθενών να επιλέγουν το θεραπευτικό πλάνο τους σε γενικές γραμμές οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι *«η ελευθερία του ατόμου είναι σεβαστή και κατοχυρωμένη όμως η άποψη του ασθενούς είναι πάντα ένα*

κλικ παραπάνω. πιο ισχυρό αλλά μη σεβαστό, το παρακάμπτουμε... πιο ισχυρό» και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι «επειδή δε το ξέρουμε ακόμα θα υπερισχύσει η δική μας άποψη η ιατρική» «υπάρχουν άτομα που κάνουν τα πάντα για να ικανοποιήσουν το εγώ τους». Αλλά λόγω της ιδιαιτερότητας του φαρμάκου θα υπερισχύσει η γνωμάτευση του γιατρού με βασική προϋπόθεση την εμπιστοσύνη και την σωστή επικοινωνία μεταξύ του γιατρού και του ασθενή. Είναι ενδεικτικά τα ακόλουθα αποσπάσματα των συνεντεύξεων: «αν το να αλλάξει το συγκεκριμένο φάρμακο, παύλα προϊόν εξαρτάται αποκλειστικά από εμένα και εγώ δεν είμαι ,δε θέλω να το συνταγογραφήσω γιατί θεωρώ ότι δε θα σου κάνει καλό, μπορεί να σου κάνει κακό... δε θα σου το συνταγογραφήσω, άσχετα από τι πιστεύεις τι αισθάνεσαι εσύ. Από εκεί και πέρα βρίσκεις άλλη λύση εσύ», «Δε θα το κάνω [συνταγογράφηση], αν διαφωνώ ριζικά, όχι, αλλά στη πράξη θα γίνει τελικά. Για κάποιον που επιμένει να το κάνει, θα βρει τον τρόπο να το κάνει σχετικά εύκολα, λόγω πληθώρας γιατρών. Θα πάει παρακάτω , και θα κάνει τη δουλειά του και θα το βρει», «εάν θεωρείται συνταγογράψιμο το φάρμακο η ιατρική κάνναβη θα πρέπει να το ορίσει ο γιατρός. Δε το δέχομαι εγώ από κανέναν εγώ να του γράψω. Είναι φυσικό δικαίωμα όταν δε είναι δουλειά του γιατρού. Αν είναι δουλειά του γιατρού είναι δικό του αναφέροντα δικαίωμα, δικαίωμα και του γιατρού να γράψει το φάρμακο», «άμα ισχύει το φυσικό δικαίωμα τότε ας το επιλέξει χωρίς να ρωτήσει τον γιατρό. Θεωρώ ότι πρέπει να κρίνω εγώ ότι το χρειάζεται. Γιατί ο γιατρός πρέπει να εγκρίνει κάτι, αν είναι το φυσικό δικαίωμα, τότε είναι μία ουσία όπως ήτανε παλιά», «και εμένα είναι το αντίστοιχο φυσικό μου δικαίωμα να μην δέχομαι όταν εσύ δε γνωρίζεις γιατί πρέπει να το πάρεις. Ως θεράπων ιατρός έχεις την ευθύνη εάν πρέπει να το δώσεις».

Στο επόμενο ερώτημα τους ζητήθηκε να ερμηνεύσουν το αν η χρήση της ιατρικής κάνναβης θα είναι μία θετική εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανταποκρίθηκε θετικά σε αυτό το γεγονός. «Θεωρώ σωστό, τη νόμιμη διάθεση του φαρμάκου να πηγαίνει ο ασθενής προς το γιατρό και μέσου του γιατρού να γίνεται η σωστή συναλλαγή», όμως με αρκετές επιφυλάξεις γύρω από αυτό «έχω τις επιφυλάξεις μου μέχρι να το δω στη πράξη». Επιφυλάξεις που βασίζονται κυρίως στην έλλειψη τεκμηριωμένων και επιστημονικών αποτελεσμάτων «Απλά, ουδείς είχε κατανοήσει εις βάθος τη χρήση της ,ορισμένες καταστάσεις που μπορούσε να βελτιώσει από το να δίνεις σε κάποιον χημικά σκευάσματα» που όλοι αναμένουν να επέλθουν στο άμεσο μέλλον «μέχρι να αποδειχτεί ότι ωφελεί δε μπορώ να το θεωρήσω»

Στη συνέχεια, στην επόμενη ερώτηση οι περισσότεροι συνεντευξιζόμενοι εξέφρασαν την άποψη ότι η ελληνική κοινωνία οπισθοδρομεί για την κάνναβη, με ξαφνικές αναλαμπές επί του θέματος και αμέσως μετά απότομα σιγή ιχθύος. Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι ο κόσμος είναι πολύ κλειστός, προτιμάει να μην δίνει στόχο, προχωράει με «δειλά» βήματα, να μην «μιλάει ελεύθερα» και δημόσια «δε θέλει... να δίνει στόχο». Ο προβληματισμός τους συνεχίστηκε στο γεγονός ότι «είναι τόσα πολλά τα θέματα της ελληνικής κοινωνίας που δε ξέρω κατά πόσο έχει δώσει βάρος/ νομίζω ότι έχει δώσει σημασία σε αυτό» όπως είναι ο ρατσισμός «ρατσιστικά βλέπει ακόμα ο Έλληνας τον χρήστη ουσιών, τον οποιοδήποτε κάνει κάτι, παρεκκλίνει, πιστεύω ότι και αυτό θα το δει πολύ κλειστά», και τα θέματα ωριμότητας της κοινωνίας. «γιατί παραπέμπει στο ναρκωτικό, παραπέμπει στη χρήση ουσιών και στην κατάχρηση ουσιών. Και ούτε είναι ώριμος ο Έλληνας να κάνει χρήση/ κατάχρηση». Σύμφωνα με τα παραπάνω ένας απάντησε ότι στην ελληνική κοινωνία «από τη στιγμή που έχει διαλυθεί η συνεκτική σκέψη. Κάποιοι γραφικοί θα τραβήξουν το δρόμο και κάποιοι υπόλοιποι θα αντιμάχονται αν είναι σωστό ή όχι».

Στο ίδιο ερώτημα, δύο άτομα από αυτά ανέφεραν ότι η ελληνική κοινωνία «διεκδικεί μέσα από τις πράξεις της» για την κάνναβη μιας και υπάρχει μεγάλη προβολή των παράνομων φυτειών στη χώρα μας, και «ο κόσμος λίγο πάει να το απενοχοποιήσει» ή σιγά σιγά έχει ξεκινήσει και μιλάει, «αλλά δυστυχώς έχει συνδεθεί είναι αυτά τα στερεότυπα». Εν συνεχεία, ο ένας συμπλήρωσε ότι μόνο μέσα από δημοσιοποιήσεις προσωπικών διεκδικήσεων της κάνναβης, προσπαθεί να βγει στην επιφάνεια και να διεκδικήσει τα υπέρ της, όπως φαίνεται και στην παρακάτω απάντηση ότι «Θεωρώ ότι το κράτος το οποίο πρέπει να γίνει ο βατήρας για να μπορέσει ο κόσμος να μπει σε μία σωστή κατεύθυνση. Από την άλλη το δεύτερο σκέλος ότι οι ίδιες οι δράσεις του κόσμου [...] όλα αυτά βοήθησαν πια ώστε να ωριμάσουν οι συνθήκες υποκειμενικά και αντικειμενικά, όχι μόνο στην Ελλάδα, παγκοσμίως, ότι ήταν ένα διπλό συνεπάγεται...».

Αμέσως μετά, στα πλαίσια των θετικών επιστημονικών αλμάτων της ιατρικής κοινότητας για την θεραπευτική κάνναβη, οι οχτώ από τους δέκα συμμετέχοντες απάντησαν ότι «άλλα δε ξέρω αν είναι βήματα ναι» βλέποντας τα θετικά στοιχεία πρόσληψης στο σύνολο των ελλήνων ιατρών της ελληνικής επικράτειας. Στη συνέχεια ανέφεραν ότι η ιατρική κοινότητα αν αποφασίσει «αρκεί να το θελήσει», «σοβαρά να το χρησιμοποιήσουν», και προωθήσει το όλο ζήτημα με θεραπευτικά πρωτόκολλα θα είναι

ένα θετικό ορόσημο στην ελληνική ιατρική. Άλλοι δήλωσαν ότι παρόλο που η Ελλάδα διαθέτει την υλικοτεχνική υποδομή να το ερευνήσει, θα χρειαστεί πολύ επιπλέον *«χρόνια για να το κάνει αυτό»*. Και ο λόγος φαίνεται ότι είναι η συντηρικοποίηση και η οπισθοδρόμηση της κοινωνίας μιας και *«πολλοί λίγοι θα θεωρηθούν πρωτοπόροι και μέσα σε αυτούς μπορεί να είναι και «τσαρλατάνοι» αυτοί που σε εμπορεύονται....»*

Συμπληρωματικά με το προηγούμενο ερώτημα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με το κατά πόσο θετικά ή όχι τα μέσα μαζικής επικοινωνίας βοηθούν στη διάχυση και την παγίωση των νέων ιατρικών μετασχηματισμών.

Στην συγκεκριμένη ερώτηση οι απόψεις διαφοροποιούνται. Το γενικό συμπέρασμα ήταν ότι τα ΜΜΕ μπορούν να βοηθήσουν και να παίξουν σπουδαίο ρόλο σε αυτό, μιας και στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί *«συνεντεύξεις [...] τα τελευταία 5 χρόνια»*. Αυτό έχει βοηθήσει στη κατεύθυνση της κοινής γνώμης άλλες φορές θετικά και *«άλλες φορές όχι»*, *«δεν είναι πάντα. Δε μας βοηθάνε πάντα»*.

Ιδιαίτερα και πιο θετική αναφορά έγινε στον ηλεκτρονικό τύπο και στο διαδίκτυο, *«για μένα όσον αφορά την υγεία μπορείς να μάθεις τα πάντα... ειδικά στο internet... διεγείρεις τον άλλον να το ψάξει παραπάνω»* όπου οι ασθενείς είναι σε θέση να ενημερωθούν για την σωστή χρήση και τα οφέλη της κάνναβης ακόμα και βάση συμπτωμάτων κάτι που και η ιατρική κοινότητα έχει αποδεχτεί *«τα ΜΜΕ βοηθούν πολύ πλέον περισσότερο και από τον γιατρό»*.

Τέλος περιγράφοντας την επιρροή των Μ.Μ.Ε. για το θέμα της ιατρικής κάνναβης, ένα 10% ανέφερε ότι *«ναι επηρεάζουν γιατί κάνουν πλύση εγκεφάλου»* ενώ ένας δεύτερος σχολίασε ότι *«τα ρεπορτάζ τους είναι περισσότερο για να έχουμε ένα θέμα να συζητήσουμε χωρίς να μπουν στο βάθος του θέματος. Δεν έχουν επαφή»*. Σε γενικές γραμμές πιστεύουν ότι τα ΜΜΕ επηρεάζουν και ότι σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται που υπάγεται αυτό το μέσο και τι οικονομικό και πολιτικό σκοπό αυτό εξυπηρετεί. Είπαν λοιπόν, *«οπωσδήποτε τα ΜΜΕ κατευθύνουν τη γνώμη μας, πάρα πολύ. Ρίχνουν κυβερνήσεις Αν τα ΜΜΕ έχουν κίνητρο, έχουν σκοπό να το περάσουν αυτό το μήνυμα, να το προωθήσουν, θα τα καταφέρουν, θα παίξουν πολύ σπουδαίο ρόλο σε αυτό»*.

Οι συμμετέχοντες λοιπόν μετά τη θετική προσέγγιση της ιατρικής κάνναβης κλήθηκαν να απαντήσουν για τα αρνητικά δεδομένα ως προς τη χρήση της.

Η πλειοψηφία απάντησαν ότι θα υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης και κατά επέκταση «σύγχυση. Γιατί δεν υπάρχει ενημέρωση» ιδιαίτερα πως πρέπει να δίνεις , τι πρέπει να δίνεις, γιατί πρέπει να το δίνεις και που πρέπει να το δίνεις δηλαδή όπως προανάφερε κάποιος για «να θεωρηθεί φάρμακο θα πρέπει από την επιστημονική κοινότητα τουλάχιστον να υπάρχει μία ενημέρωση επίσημη, πως πρέπει να δίνεις , τι πρέπει να δίνεις, γιατί πρέπει να το δίνεις και που πρέπει να το δίνεις...», ενώ ένα άλλος «το κυριότερο πρόβλημα είναι ότι δε θα ξέρω τις παρενέργειες του φαρμάκου» και ένας τρίτος «ότι δε μας έχει ενημερώσει, ώστε έτσι να μπορέσουμε να το συνταγογραφήσουμε, θα υπάρχει μία δυσκολία στο πως συνταγογραφείται, στη δοσολογία που πρέπει να είναι η ανώτερη και όλα αυτά»

Σημαντική αναφορά γίνεται στην διαχείριση όταν ξαφνικά ο γενικός γιατρός βρεθεί στη μέση και θα κληθεί να δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα του τύπου ,«πως χειρίζεσαι αυτό το όπλο που σου δίνει, είναι υπέρ όπλο, είναι συμπλήρωμα διατροφής και εμπορεύσιμο σκεύασμα, είναι θεραπευτικό, είναι μη θεραπευτικό, είναι αμφισβητούμενο τι είναι;» για τα οποία δεν είναι προετοιμασμένος από πριν. Στη συνέχεια κάποιος άλλος χαρακτηριστικά είπε «στην Ελλάδα έτσι γίνεται σε ένα βράδυ ψηφίζεται και την άλλη μέρα την «τρώει» κάποιος».

Πολλοί φοβούνται ότι θα καλυφτεί το σύμπτωμα «ότι θα έρχονται πάρα πολύ και θα το ζητάνε επισταμένως και δη άτομα που μέχρι τώρα το κάνανε κατά εξαρχήν» ενώ στην πραγματικότητα η νόσος θα υπάρχει ιδιαίτερα σε ψυχολογικά θέματα υγείας όπου ο διαχωρισμός δεν είναι ξεκάθαρος και φέρνει μαζί του πολλές προκλήσεις και ζητήματα σχετικά με το ποιος είναι ο καταλληλότερος «θα μας πιέζουν πάρα πολύ, επειδή δε θα μπορεί ο άλλος να το λάβει έτσι με άλλον τρόπο» στο να ασχοληθεί και να συνταγογραφήσει την ιατρική κάρναβη (ο γενικός γιατρός, ο ψυχίατρος, ο οικογενειακός γιατρός αν υπάρχει).

Αναφορά γίνεται και στην συνεννόηση μεταξύ γιατρού και ασθενούς στο πως θα συνταγογραφείται και από ποιους γιατρούς γιατί υπάρχει και ο φόβος και η «πίεση από ασθενείς placebo που ενδέχεται να προσπαθήσουν να προσομοιώνουν ότι έχουν ανάγκη για να πάρουν τη χρήση/δόση με αυτή την μορφή». Τέλος περιγράφοντας τον προβληματισμό του κάποιος ανέφερε ότι, «αυτό είναι το μεγάλο πρόβλημα πως θα δώσεις σε έναν γιατρό την εξουσία να το χειριστεί, αν δε ξέρεις πρώτα ότι κατέχει την ανάλογη γνώση. όλα τα άλλα τα θεωρώ υποδεέστερα».

Στο επόμενο ερώτημα τους ζητήθηκε να κάνουν μια λίστα των πιθανών μειονεκτημάτων και των κινδύνων της νομιμοποίησης της ιατρικής κάνναβης στην ελληνική επικράτεια.

Από τα βασικά μειονεκτήματα που μίλησαν οι ερωτώμενοι ήταν ότι είναι μία ουσία που σε ντοπάρει, *«κοίταζε με το να κάνει χρήση αυτών των ουσιών ντοπάρεται, οτιδήποτε τον άνθρωπο δεν τον αφήνει να σκεφτεί ελεύθερα και να ναι ντοπαρισμένο, είναι αρνητικό για εμένα»* και ότι δεν έχει κυκλοφορήσει, ένα ενημερωτικό εγχειρίδιο που να τεκμηριώνει επαρκώς τα υπέρ και κατά αυτής της θεραπείας ή ένα ακόμα υπάρχει αντίδοτο σε αυτή.

Επίσης αρκετοί ανέφεραν το γεγονός ότι μπορεί να έρχεται ο κάθε χρήστης και να ζητάει επιμόνως να το χρησιμοποιήσει, αφού μέχρι πριν ήταν παράνομος ή δε την χρησιμοποιούσε ώστε να απευθυνθεί σε γιατρό. Μπορεί να γίνει κατάχρηση και χρήση από ομάδες οι οποίες δε το χρειάζονται σαν φαρμακευτικό σκεύασμα. *«τώρα εφόσον υπάρχει αυτό και μπορεί ο άλλος να το συνταγογραφήσει θα έρχεται θα μου παρουσιάζει μία συμπτωματολογία που θα κολλάει με το να του το χορηγήσω και δεν είναι εύκολο η αλήθεια, τώρα να αρνιόμαστε κάτι που μπορεί να δοθεί»* Στη συνέχεια κάποιιοι άλλοι απάντησαν ότι ο κίνδυνος που μπορεί να επιφέρει είναι το παράνομο εμπόριο, και η μεταπώληση του προϊόντος..

Αξιοσημείωτη αναφορά γίνεται στην περίπτωση από κάποιους άλλους *«της αλόγιστης χορήγησης στη συνταγογράφηση και το ότι ο γιατρός αρέσκεται να κρύβεται πίσω από νομολογίες, τροπολογίες που ισχυροποιούν τα φάρμακα γιατί νοιώθει ότι είναι νόμιμος με αυτό που κάνει και θα είναι»*

Σε αντίθεση μία μικρή μειοψηφία ανέφερε ότι δεν μπορούν να σκεφτούν, κανένα ιδιαίτερο σοβαρό μειονέκτημα *«δε βλέπω εγώ κινδύνους ορατούς σημαντικούς»* και κάποιιοι άλλοι αναφέρουν ότι η νομιμοποίηση θα μειώσει τα βασικά εγκλήματα της παράνομης διακίνησης της κάνναβης. Αντιθέτως χαρακτηριστικά ένας εξέφρασε ότι: *«θα βοηθήσει, θα βελτιώσει το παραεμπόριο και τη συμπεριφορά του κόσμου η οποία είναι παραβατική, και θα λειτουργεί ως πραγματική ενώ θα υπάρχει λόγος. Όταν είναι κάτι νόμιμο σημαίνει ότι ο ασθενής θα πάει στους έννομους φορείς και από εκεί και πέρα θα καθοδηγηθεί αναλόγως. τι στιγμή που έχεις ένα ελεγχόμενο προϊόν , που το θεωρείς φάρμακο ας πούμε... δε θεωρώ ότι υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος».*

Η ερώτηση που τους τέθηκε έπειτα περιελάμβανε την ποσότητα των πιθανών αρνητικών προβλημάτων της ιατρικής κάνναβης και της πιθανής εναλλακτικής θεραπευτικής αλλαγής του φαρμάκου αυτού με κάποιο άλλο θεραπευτικό σκεύασμα.

Στην συγκεκριμένη ερώτηση οι περισσότεροι απαντήσανε ότι δεν είναι σε θέση να γνωρίζουν γιατί δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι για την ιατρική κάνναβη *«δεν είμαι σε θέση να το ξέρω αυτό. Γιατί το αποτέλεσμα είναι δοσοεξαρτώμενο, είναι για πάσα νόσο....; Έχω στόχο να ανακουφίσω τον ασθενή ή να το κάνω καλά; Αυτός πάλι τι προσδοκίες έχει πάλι για μένα . αυτά είναι ζητήματα που θα πάρουν πολύ χρόνο για να απαντηθούνε»*.

Κάποιοι συμπλήρωσαν ότι αν είναι πολλά τα αρνητικά της ιατρικής κάνναβης ίσως αυτό να είναι η *«εξάρτηση, εφόσον είναι στην κατηγορία των ναρκωτικών με αυτή την έννοια»*, με αξιοσημείωτη αναφορά της δράσης του φαρμάκου στο κεντρικό νευρικό σύστημα *«όλα αυτά τα σκευάσματα χτυπάνε στο κεντρικό νευρικό σύστημα, εννοείται ότι θα έχουν πολλά αρνητικά»* και ότι αν γίνεται με λάθος δοσολογία μπορεί να εισάγει τη ψυχολογία του κάθε χρήστη σε μία άλλη λογική, η οποία μπορεί να τον χρήσει και σε πιο βαριά ναρκωτικά.

Στη συνέχεια ένα άτομο αναφέρθηκε στο ‘παν μετρό άριστον’, δηλαδή το παν είναι στη χρήση, *«εγώ πιστεύω ότι είναι παν μέτρο άριστον. Δηλαδή εκεί που χρειάζεται πιστεύω ότι έχει να δώσει, εκεί που δε χρειάζεται γίνεται υπερβολική χρήση, δηλ το παν είναι στη χρήση, μη γίνεται κατάχρηση σε αυτό»*, συμπληρώνοντας πάνω σε αυτό το σημείο ότι η ιατρική κάνναβη έχει να δώσει πολλά πράγματα και χάριν στην χρήση του μπορεί να μειωθούν άλλα φάρμακα τα οποία συνταγογραφούνται κατακόρον στην Ελλάδα.

Σχετικά με το αν υπάρχουν εναλλακτικές θεραπείες , ένας εξέφρασε την άποψη ότι *«ναι υπάρχουνε, το θέμα είναι δεν υπάρχει ευγενής άμιλλα έτσι ώστε η συμβατική ιατρική με τις υπόλοιπες εναλλακτικές θεραπείες να συνυπάρχουνε και το ένα να συμπληρώνει το άλλο. Αντιθέτως αυτό καταργεί το ένα το άλλο. Αυτό είναι θέμα λογικής, νοοτροπίας, ψυχοσύνθεσης, εγωισμού σαφώς και πολιτικών συμφερόντων»* ενώ ένας άλλος δήλωσε κατηγορηματικά *«Όχι δεν υπάρχει εναλλακτική θεραπεία, γιατί αυτή είναι δεδομένη θεραπεία;»* και ένας τρίτος απάντησε ότι μόνο στην ιστορική αναδρομή της φαρμακολογίας θα μπορέσουμε να βρούμε αντίστοιχη θεραπεία αυτής *«Οι εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν θεωρώ ότι είναι ότι υπάρχει προς τα πίσω σε φαρμακοτεχνικά»*.

Όταν τους ζητήθηκε σε άλλη ερώτηση να απαντήσουν ως προς το ποιο μπορεί να είναι το κρυφό κίνητρο (φαρμακοβιομηχανίες) των απαγορευτικών επιχειρημάτων για την κάνναβη, οι ίδιοι περιέγραψαν με διαφορούμενες και κάπως επιφυλακτικές απαντήσεις ότι «*μπορεί να συμβαίνει και αυτό, μπορεί και όχι... αυτό δε το ξέρω*» «*ίσως και από αυτές*» «*δε το ξέρω, αυτό*».

Σε γενικές γραμμές χωρίς απτές αποδείξεις οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι οι φαρμακοβιομηχανίες από τις πιο μικρές έως τις πιο μεγάλες, πάντοτε βάζουν το χεράκι αφού διακυβεύονται πολλά συμφέροντα. Ενδεικτικές απαντήσεις ήταν οι εξής: «*αλήθεια αυτό δε το χω σκεφτεί μέχρι εκεί αλλά επειδή ξέρω ότι είναι πίσω από τις φαρμακοβιομηχανίες πάρα πολλά συμφέροντα, σίγουρα μετράει και αυτό*», «*νομίζω ότι έχει να κάνει με τις φαρμακοβιομηχανίες οι οποίες θα αναλάβουν να φτιάξουν, αν θα ναι μερικές θα αντιδράσουν θα θέλουν και αυτές μερίδιο. Πιστεύω ότι σίγουρα είχανε τεράστιο μερίδιο ευθύνης ότι δηλ δεν έμπαινε .όπως πιστεύω ότι υπάρχουνε σκευάσματα και φαρμακοτεχνικά και φαρμακευτικά τα οποία δεν ερχόντουσαν στη χώρα μας επειδή κάποιες φαρμακευτικές αντιδρούσαν γιατί δεν τα είχανε αυτές*», «*σαφώς είναι βοηθούμενο αυτό να αναπαράγει, γιατί έτσι συμφέρει [...]η χρήση της ιατρικής κάνναβης μπορεί να μειώσει τη χρήση ενός άλλου φαρμάκου που χρησιμοποιούταν κατά κόρον*»

Βέβαια αξίζει να αναφερθεί ότι τα αρνητικά και η κατακραυγή δεν προέρχονται από ομάδες πίεσης που χρηματοδοτούνται από τις φαρμακοβιομηχανίες, «*όχι, δε πιστεύω τόσο σε θεωρίες συνωμοσίας*». Κάποιοι μίλησαν ότι μπορεί να προέρχεται από τις παρενέργειες των ναρκωτικών και την όλη την ιστορία περί ναρκωτικών «*αλλά καθαρά και από τα κοινωνικά στρώματα*», αυτή την τρομακτική αντίληψη που έχουμε μέσα μας και όλοι θα θέλαμε να είναι μακριά μας. Πίσω από αυτές τις πιέσεις κρύβονται πολιτικοί και κοινωνικοί λόγοι μιας και «*η συμβατική θεραπεία δεν αλλάζει ,απλώς μπαίνει ακόμα ένα όπλο και η ιστορία πολεμά την ινδική κάνναβη [...]δηλ φοβάται ο άλλος να πει ναι στην ιατρική κάνναβη γιατί σου λέει ότι θα με χαρακτηρίσουνε υπέρ των ναρκομανών*».

Στη συνέχεια ρωτήθηκαν εάν οι δυσκολίες στο να υπερισχύσει η ιατρική κάνναβη οφείλονται στο φόβο και την παραπληροφόρηση της ιατρικής κοινότητας. Ένα 30% δήλωσαν ότι ισχύουν και τα δυο. Δηλαδή ο φόβος με την παραπληροφόρηση μαζί και αντίστροφα. Αυτά τα μεικτά συναισθήματα εμφανίστηκαν στο 40% των ερωτηθέντων που κρίνανε ως πιο σημαντική δυσκολία την παραπληροφόρηση. Η παραπληροφόρηση για αυτά τα άτομα αναφέρθηκε ως μείζον ζήτημα λόγω της έλλειψης πληροφόρησης

«γιατί η παραπληροφόρηση για να μιλήσουμε, σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχει πληροφόρηση» «η παραπληροφόρηση αν όμως τα αποτελέσματα είναι όλα θολά , ναι και να δούμε και ίσως ,, και όταν μπει το ίσως έχεις πρόβλημα»

Γιατί σε αυτό συμφώνησε ένας ερωτώμενος ότι κατ' επέκταση γεννάει και τον φόβο του άγνωστου και της μεγάλης ευθύνης στον γιατρό και τον ασθενή «η παραπληροφόρηση. Κοίταζε να δεις ένα όπλο ξέρεις τι είναι, δε το φοβάσαι όταν το πάρεις στα χέρια σου. Αν το πάρει στα χέρια του ένας «ψυχιατρικός» το φοβάσαι. Η παραπληροφόρηση και των δύο» μιας και μπορεί μεν να μιλάμε για ένα φυτικό προϊόν που δεν παύει όμως με λανθασμένη η ελλιπής πληροφόρηση να οδηγήσει στην κατάχρηση «η παραπληροφόρηση Γιατί έχουμε από όλα αυτά που βλέπει η κοινωνία , καταρχήν το θεωρεί ότι είναι εξαρτησιογόνο ουσία, το θεωρούσε κάποτε εφάμιλλο και ισάξιο των ναρκωτικών».

Το υπόλοιπο 30% επέμεινε στην έννοια φόβος, μιας ο ίδιος ο φόβος μπορεί σταματήσει μόνο με τη επαρκή ενημέρωση, ενώ κάποια άλλη αναφέρθηκε στη λέξη «επιφύλαξη, δε θα έλεγα φόβο και μη επαρκής πληροφόρηση».

Στο αμέσως επόμενο διπλής κατεύθυνσης ερώτημα για το ποιός οφείλεται για τη διαμάχη της χορήγησης φαρμακευτικής κάνναβης (η παραβατικότητα και το περιθώριο ή η επιστήμη)οι απαντήσεις κυμάνθηκαν κατά πλειοψηφία στο θέμα της παραβατικότητας, «νομίζω ότι υπερισχύει το θέμα της παραβατικότητας, λόγω μη πληροφόρησης μένουμε όλοι σε αυτό που ξέρουμε παλιά το περιθώριο και η κατάχρηση». Οι περισσότεροι ερωτηθέντες τεκμηρίωσαν υπέρ της παραβατικότητας και του περιθωρίου διότι το κράτος ναι μεν προσπαθεί να το περάσει ορθά ,όμως «ναι, δεν έχουνε πιστεύω υπάρξει άτομα ισχυρά ,τα οποία σε καίριες θέσεις στο πολιτικό κομμάτι η στο κοινοβούλιο είτε στις επιστημονικές κοινότητες που να βγούνε και να ισχυροποιήσουν τη φαρμακευτική δράση της κάνναβης. Με αποτέλεσμα η παραβατικότητα υπερισχύει γιατί δεν υπάρχει η επιστημονική αντίδραση και τεκμηριωμένες θέσει». Ένας από αυτούς μίλησε ως αιτία αυτής της διαμάχης ότι είναι και η ατομική παιδεία μας «έχει περάσει η εικόνα ότι όποιος έκανε χρήση κάνναβης ήταν ο δακτυλοδεικτούμενος, ήτανε ο αλήτης. Από την άλλη πλευρά ο κόσμος όμως, πολύ επιφανειακά και μην έχοντας τη κατάλληλη παιδεία ή τη κρίση ώστε να μπορέσει να κρίνει σωστά τον χρήστη και τον μη χρήστη. Είναι θέμα θεσμών που δεν γίνεται κάθετη ρήξη, αλλά πρέπει να ωριμάσουν οι συνθήκες ώστε να παρακμάσουν οι θεσμοί, να μπορούν να αντιληφθούν ότι είναι θέμα πια παιδείας» ενώ κάποιος άλλος συμμετέχοντας συνέχισε δεν υπάρχουν οι κατάλληλες ενημερώσεις, και

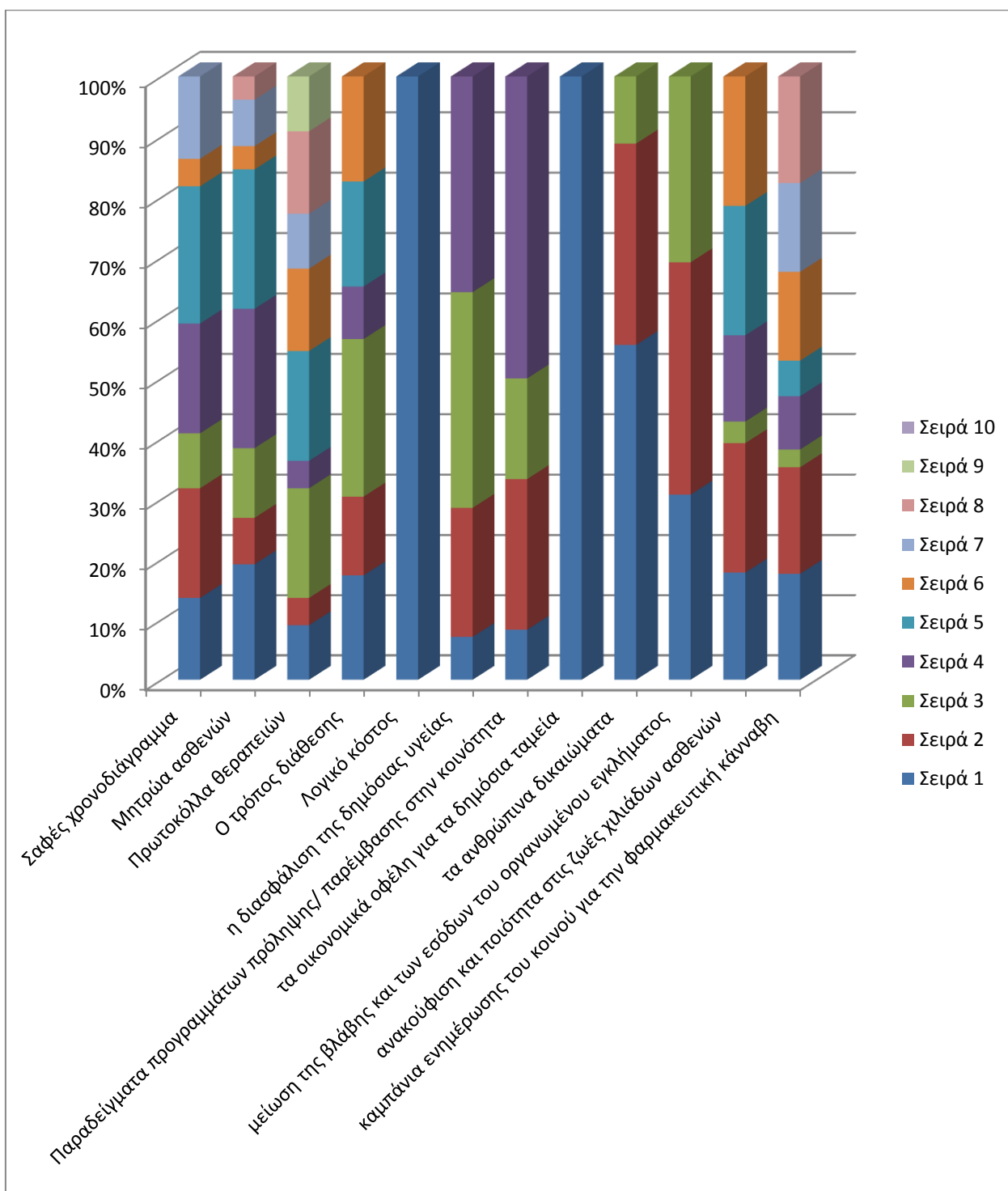
μια επιστημονική αντίδραση με τεκμηριωμένες θέσεις πάνω στο ζητούμενο θέμα «*δε μπορώ να το απαντήσω αυτό γιατί δεν έχω νούμερα Αυτοί που τη χρησιμοποιούνε ανήκουν στο χώρο όχι του θεραπευτικού , είναι λίγοι αυτοί που θα ομολογήσουν ότι το κάνουν*»

Βέβαια καθοριστικό ρόλο παίζει η προσωπική βούληση και θέληση του κάθε επαγγελματία ιατρού για να ενημέρωση, «*σε πρώτη φάση για κάποιον που δε ξέρει, ναι υπερτερεί [το περιθώριο], αν ενημερωθούμε αρκετά... πρώτα από όλα χρειάζεται προσωπική βούληση για να το κάνουμε αυτό και θέληση για να ενημερωθούμε*». Έτσι χωρίς ατομική βούληση στην πράξη δυστυχώς η επιστημονική τεκμηρίωση καταλήγει να είναι υποτυπώδης και να «*έρχεται στο μυαλό πρώτα αυτό που όλοι μας γνωρίζουμε.. περί ναρκωτικών, ο φόβος και οι αναστολές*».

Ως προς το θεσμικό κομμάτι της χορήγησης της ιατρικής κάνναβης οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να ορίσουν σε μία σειρά προτεραιότητας από 12 προτάσεις τα 6 πολυτιμότερα για τους ίδιους εργαλεία υποστήριξης. Σε αυτή την ερώτηση παρατηρήθηκαν στο Γράφημα 6 τα εξής:

Μόνο δύο στους δέκα από τους συνεντευξιαζόμενους δώσανε σημασία στο «*λογικό κόστος*» του φαρμάκου όταν αυτό εκτιμηθεί και «*τα οικονομικά οφέλη*» που θα επιφέρει η διάθεση του φαρμάκου «*στα δημόσια ταμεία*» (σειρά 1). Σημασία «*στα ανθρώπινα δικαιώματα των ασθενών*» απαντήσανε τρεις στους δέκα (σειρά 1,2,3).

Γράφημα 6



Σχεδόν όλοι και με διαφορετική προτεραιότητα για τον καθένα η πλειοψηφία θεώρησε ως πιο πολύτιμα εργαλεία υποστήριξης της εργασίας τους τα «Πρωτοκόλλα θεραπειών» η «καμπάνια ενημέρωσης του κοινού για την φαρμακευτική κάνναβη», το «Σαφές χρονοδιάγραμμα», τα «Μητρώα ασθενών» και η «ανακούφιση και ποιότητα στις

ζωές χιλιάδων ασθενών». Έξι στους δέκα ερωτώμενους μίλησαν ότι ο «τρόπος διάθεσης» του φαρμάκου ήταν μεσαίου βαθμού προτεραιότητας για αυτούς, ενώ σε τρεις από αυτούς «η μείωση της βλάβης και των εσόδων του οργανωμένου εγκλήματος» δεν ήταν στις αρχικές επιλογές τους. Τα «Παραδείγματα προγραμμάτων πρόληψης/ παρέμβασης στην κοινότητα» και «η διασφάλιση της δημόσιας υγείας» κυμάνθηκαν από μείζονα προτεραιότητα έως ελάχιστη προτίμηση σε τέσσερα ερωτηθέντα άτομα.

Έπειτα τους ζητήθηκε να μιλήσουν για τις συνθήκες ασφάλειας που επιθυμούν για τους ίδιους και τους ασθενείς τους στην επικείμενη χορήγηση της ιατρικής κάνναβης.

Κάποιοι από αυτούς αισθάνθηκαν ότι θα αναλάβουν μία μεγάλη ευθύνη «μονομερώς μόνο αν χρησιμοποιούταν για συγκεκριμένες ειδικότητες και γιατρούς», χωρίς κάποια ουσιαστική ενημέρωση και εκπαίδευση από τον κρατικό επίσημο τομέα της υγείας «καταρχήν να πληροφορηθώ, να γίνουν ημερίδες να γίνουν κάποιες κινήσεις ώστε να πληροφορηθώ εγώ ως γιατρός, τα συν και τα πλην, που έχει να κάνει καθαρά με το ιατρικό κομμάτι».

Στην συγκεκριμένη ερώτηση από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων εύκολα κάποιος θα ανιχνεύσει την σύγχυση τους. Έχοντας υπόψιν αυτή την ευθύνη οι περισσότεροι αναφέρονται σε ξεκάθαρα και οριοθετημένα νομικά πλαίσια τα οποία θα τους εξασφαλίζουν την αρμονική συνύπαρξη γιατρού και ασθενή. Σε ορισμένες απαντήσεις αποτυπώθηκαν τα εξής: «λογικά θα πρέπει να υπάρχει κάποιος νόμος, ότι ο ασθενής χρήζει», «να υπάρχει θεραπευτικό πρωτόκολλο θα πρέπει να είναι πολύ αυστηρό, ένα συμβόλαιο το οποίο έχει τη βαρύτητα ενός πρωτοκόλλου και ενός νομικού συμβολαίου, μόνο έτσι... για όσο χρειαστεί», «θα ήθελα να υπάρχει μία είδους κλίμακας, ένα όριο συνταγογράφησης της κάνναβης», «και στις εποχές που ζούμε τη συμμετοχή θα έχει ο ασθενής το κόστος. δηλ θα ναι ακριβό: θα ναι φθηνό;», «ασφαλή θα είναι, αν το προϊόν φυλάσσεται σαν ράβδος χρυσού» «δηλ. ποιοι θα πλαισιώσουν, θα είναι κάποιες επιτροπές άτυπες που θα μπορεί να φιλτράρει ποιος πραγματικά έχει ανάγκη την ιατρική κάνναβη. γιατί εγώ δε θα μπορέσω μόνος μου [...] Γιατί ορισμένες παθήσεις δεν είναι στα πλαίσια μιας ιατρικής θέλει μία ολιστική προσέγγιση ο ασθενής για να μπορείς να καταλήξεις»

Τέλος περιγράφοντας το επιθυμητό ασφαλές νομικό πλαίσιο που επιθυμούν μίλησαν για την ανάγκη της αποφυγής των γκριζών ζωνών, με πλήρη διαφάνεια, ώστε

να εξασφαλίζετε η σωστή χορήγηση και χρήση χωρίς τον φόβο του εξαναγκασμού «να είναι ξεκαθαρισμένο απόλυτα ότι σε καμία περίπτωση δεν είμαι υποχρεωμένος να την χορηγήσω , να είναι ξεκαθαρισμένο ότι δε μπορεί κάνεις να με πείσει να τη συνταγογραφήσω [...] και όμως στην πράξη υπάρχει εκφοβισμός, υπάρχει απειλή, υπάρχουν ένα σωρό εξαναγκαστικά μέσα , με τα οποία δουλεύουμε».

Ακολούθως , στο επόμενο ερώτημα στους συμμετέχοντες ζητήθηκε να αναφέρουν ποιός κατά την γνώμη τους θα πρέπει να είναι ο αρμόδιος για τις κατευθυντήριες οδηγίες του κοινού. Κοινό να μην ξεχνάμε είναι και οι ίδιοι οι συμμετέχοντες.

Σε ποσοστό 10% κάποια δήλωσε ότι υπεύθυνος πρέπει να είναι «αφενός ένα τον ασθενή που είναι ο αποδέκτης και δεύτερον το γιατρό που έχει λάβει τη πρωτοβουλία ή την ενημέρωση και θεωρεί ότι αυτό το σκεύασμα είναι μοναδικό και αναντικατάστατο. Από κοινού θα παίρνετε αυτή η απόφαση όχι θα δοκιμάζει ο γιατρός την άσκηση εξουσίας πάνω στον ασθενή μέσω του φαρμάκου .θα ναι αμφίδρομη η σκέψη»

Στην συγκεκριμένη ερώτηση ,αρκετές φορές στη πλειοψηφία αναφέρθηκε ως υπεύθυνος για τις κατευθυντήριες οδηγίες του κοινού, το Υπουργείο Υγείας και ο ΕΟΦ, ο ΟΚΑΝΑ και οι τοπικοί ιατρικοί παράγοντες. Σε γενικές γραμμές θεωρούν ότι οι οδηγίες πρέπει να απαρτίζονται από εξειδικευμένους επιστήμονες, κοινωνιολόγους, ψυχιάτρους, νευρολόγους, ψυχολόγους, με ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, πλήρως ενημερωμένο για τα θετικά και τα αρνητικά της χρήσης της ιατρικής κάνναβης.

Αναφορά έγινε επίσης και στο ευρωπαϊκό επίπεδο ότι μια κοινή γραμμή θα έχει ποιο ουσιαστικό και τεκμηριωμένο αντίκτυπο «να υπάρχει κάτι επίσημο, πως υπάρχει το ΚΕΕΛΠΝΟ, αλλά να ναι πιο ευρωπαϊκό, να υπάρχει κάτι ανάλογο για αυτό» και κατ ' επέκταση αποτελέσματα και εξέλιξη.

Σκέφτηκαν ,αρκετά ,στο επόμενο ερώτημα οι συμμετέχοντες για το αν αυτή η νέα θεραπευτική αγωγή με κριτήριο την ιατρική κάνναβη τους βρίσκει έτοιμους για να την εφαρμόσουν. Οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είναι έτοιμοι να εφαρμόσουν κάτι καινούργιο το οποίο με την κατάλληλη υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή. Η καλή διάθεση δεν παραλείπεται σε κάποιον άλλον, στο να μάθει να δει τι γίνεται με τη νέα θεραπεία, ενώ κάποιος άλλος ερωτώμενος απάντησε θετικά «ναι, αρκεί να ξέρω όμως σε ποια δομή θα μου εξασφαλίσει ότι έχει ανάγκη ο ασθενής». Υπήρξε και μία

απάντηση που αντιπροσώπευε το 10% των ερωτηθέντων, στην οποία έγινε αναφορά στον όρκο του Ιπποκράτη και κατέληγε στα εξής: *«Θα το θεωρούσα ηθικά επιλέξιμο στο εάν ένα φαρμακευτικό φάρμακο είχε θεραπευτικές ιδιότητες, για αυτό έχω ορκιστεί, και να μην το προσφέρω στην υγεία του ασθενούς».*

Σε γενικές γραμμές ενώ οι συνεντευξιαζόμενοι είχαν όλη την καλή θέληση να εφαρμόσουν την νέα θεραπεία κάποιοι κωλύονταν και δεν ένοιωθαν έτοιμοι κυρίως λόγω έλλειψης ενημέρωσης, *«θα ήθελα να ενημερωθώ» «δε νοιώθω έτοιμος σε καμία περίπτωση. Είμαι με ελλιπέστατη ενημέρωση έως μηδέν»* παιδείας, κατάρτισης *«όχι, γιατί δεν έχω εξειδίκευση στην ψυχιατρική»* και υποστήριξης *«να σε υποστηρίξει το κράτος όχι να σε διπλό υποδείξει μετά, να σε στήσει στο τοίχο μετά».*

Μετάπειτα, όταν τους ζητήθηκε σε άλλη ερώτηση να αναφερθούν στη πιθανή συμμετοχή των ελλήνων ιατρών στο νέο φαρμακευτικό πλαίσιο της έρευνας κάποιοι από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι θεωρούν απρόβλεπτη τη συνταγογράφηση της ιατρικής κάνναβης *«τόσο επηρεαζόμενη από πάρα πολλές συνθήκες, από τη διαφήμιση, από τις οδηγίες του υπουργείου, από τους νόμους τους ψηφισθέντες, από ένα σωρό πράγματα που είναι απρόβλεπτο το πώς θα εξελιχθεί εντελώς».*

Ως προς το μέγεθος της συμμετοχής των γιατρών αντίστοιχα μίλησαν για ένα *«διστακτικό»* και υποτονικό *«είναι ένα καινούργιο πράγμα και ένα όπλο, αν δεν υπάρχει κίνητρο όπως και αν εννοείται αυτό, θα είναι πολύ νωθρή πολύ χαλαρή πολύ υποτονική»*, χαρακτήρα στην αρχή *«θα είναι αρνητική, γιατί δεν είναι έτοιμοι» «φειδωλή», «μικρή»*, αφού πρόκειται για ένα καινούργιο πράγμα με ιδιαιτερότητες .

Δύο συνεντευξιαζόμενοι στάθηκαν στο γεγονός ότι το ηλικιακό γκρουπ των γιατρών <50 είναι αυτοί οι όποιοι δεν συνηθίζουν να προωθούν νέες πρωτοποριακές θεραπείες *«οι παλιοί δε νομίζω. Οι 50 +, οι παλιοί γιατροί δε προωθούν νέες πρωτοποριακές θεραπείες... κανείς δε μιλάει για αυτά»*, *«ίσως στην αρχή οι μεγαλύτεροι σε ηλικίας, 60 + να είναι πιο αρνητικοί, νομίζω ή νέα γενιά δε θα έχει κανένα πρόβλημα να την εντάξει».*

Σ' αντίθεση με τα παλιά μυαλά η καινούργια γενιά των γιατρών *«θα είναι υπέρ»* με την κατάλληλη υποστήριξη και παιδεία χωρίς κατάλοιπα και στημένα πρότυπα είναι πρόθυμοι να την εντάξουν στην επαγγελματική ιατρική τους καθημερινότητα.

Προχωρώντας τη συζήτηση οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να εκφράσουν τα πρώτα συναισθήματα που νοιώθουν στο άκουσμα της ιατρικής κάνναβης.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησαν με ανάμεικτα συναισθήματα. Οι περισσότεροι επικεντρώθηκαν στην έννοια του φόβου «λίγο φόβο» «νοιώθω αρνητικά[...] ο φόβος.. με πιέζει η ιδέα ότι θα το συνταγογράφων αυτό», ενώ κάποιος άλλος αισθάνθηκε το δέος της ευθύνης μιας και «την ηλεκτρονική συνταγογράφηση την αποκαλώ συνεχώς ναρκωπέδιο και αν αυτό με φορτίζει με επιπλέον ένταση είναι κάτι το οποίο δεν επιθυμώ». Για κάποιον άλλον ήταν μια πρόκληση «μου φαίνεται πολύ μπροστά για τη χώρα μας και για μένα», ενώ για δύο από αυτούς παντελώς αδιάφορο, «γιατί ένα φάρμακο.. είναι» «εγώ δεν έχω πρόβλημα, δεν έχω κάποιο συναίσθημα». Το συναίσθημα της απορίας δημιουργήθηκε σε έναν τρίτο «δε ξέρω τι είναι αυτό, πως δρα, τι μπορεί να φέρει, πόσο μπορεί να εξαπλωθεί τι κινδύνους θα δημιουργεί. Όλα αυτά που πρέπει να γνωρίζουμε πριν μπούμε στη διαδικασία να ασχοληθούμε με αυτό» σε αντίθεση με κάποιους άλλους που το χαρακτήρισαν ευθύνη, η οποία βασίζεται κυρίως στην έλλειψη ενημέρωσης, «λίγο με αγχώνει γιατί δεν έχω διαβάσει και μελετήσει, γι αυτό και λίγο φόβο μην βρεθώ εκτεθειμένη γιατί μου φαίνεται ακόμα πολύ ασαφές», «λόγω ελλιπούς ενημέρωσης θα έλεγα και πάλι φόβος, αρχικά. Επειδή είναι κάτι το άγνωστο και εμπίπτει στην κατηγορία των ναρκωτικών».

Ο επόμενος απάντησε ότι θα ένοιωθε αγωνία, αλλά την αγωνία της θετικής πρόκλησης μιας και η όλη η διαδικασία του είναι «ένα μυστήριο μου δημιουργεί κάτι μυστικοπαθές». Αναφέρθηκε επίσης από κάποιον άλλον ,ο φόβος της κατάχρησης, όμως σαν μία ακόμα πρόκληση, μιας και «αναρωτιέσαι πως θα πάει, για να δούμε, με προσοχή/επιφύλαξη της εφαρμογής της,, όχι των αποτελεσμάτων . για τον τρόπο εφαρμογής της εκεί είναι το πρόβλημα» και γι αυτό ο συμμετέχοντας επιθυμούσε να προϋπάρχουν οι κατάλληλες διασφαλίσεις όπως για το πως θα το δώσουν και γιατί θα το δώσουν. Μέσα σε όλες τις απαντήσεις, υπήρξε και κάποιος με ανάμεικτα συναισθήματα και αυτό επειδή η κάνναβη ήταν ένα φυτό που κυνηγήθηκε, κάτι το οποίο φυλακίστηκε , κάτι το οποίο κατηγορήθηκε , που στοχοποιήθηκαν άνθρωποι και προσωπικότητες, «και αν θέλετε εκμεταλλεύτηκαν τα συμφέροντα αυτή τη κατάσταση, όλος αυτός ο φαύλος κύκλος, κάπως σου έρχεται το μειδίαμα. Διότι πια αυτό που κυνηγήθηκε, αποδείχτηκε για το καλό του ανθρώπου».

Τελειώνοντας τη συνέντευξη ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να προβλέψουν τις αντιδράσεις της κοινωνίας προς αυτούς όταν κληθούν να συνταγογραφήσουν την ιατρική κάνναβη. Έτσι λοιπόν σε ότι αφορά στην συγκεκριμένη ερώτηση οι απαντήσεις δίστανται. Σε ποσοστό 20% εξέφρασαν την αρνητική στάση της κοινωνίας προς αυτούς *« θα σκεφτούν αρνητικά πιστεύω ότι δε πράττω σωστά πολύ, θα κατακριθώ..ναι, είναι η κοινωνία τέτοια»*.

Για κάποιους άλλους οι απόψεις των οικείων και της κοινωνίας σχετικά με την απόφαση τους να εγκρίνουν την χρήση ιατρικής κάνναβης τους άφηνε προσωπικά αδιάφορους *«δεν με ενδιαφέρει τι θα πιστέψουνε. Άμα εγώ πιστεύω ότι κάνω το σωστό» «προσωπικά μου είναι αδιάφορο. Θεωρώντας από τον εαυτό μου πως είναι μία έντιμη κίνηση, ότι δεν έχω να τους προσφέρω κάτι άλλο»* τεκμηριώνοντας την απάντηση τους στο γεγονός ότι αυτοί είναι οι γιατροί και υποστηρίζουν την άποψη τους και είναι σε ετοιμότητα να αναλάβουν την ευθύνη που μπορεί να εμπεριέχει η συγκεκριμένη απόφαση τους.

Αναφορά γίνεται και στο κλειστό βλέμμα της κοινωνίας όπου θεωρήθηκε σε ένα άτομο σχεδόν βέβαιο ότι οι απόψεις σχετικά με την έγκριση της χρήσης ιατρικής κάνναβης σε μία μικρή επαρχιακή περιοχή της Ελλάδας θα είναι τελείως διαφορετικές και πιο οπισθοδρομικές *«του χωριού που είμαι, μπορεί να γυρίσει και να πει κοίτα αυτή του έγραψε κάνναβη»*, απ ότι σε μία μεγάλη πόλη π.χ. στην Αθήνα.

Ενώ ένας άλλος αναφέρθηκε στο θετικό ρόλο που μπορούν να παίζουν τα ΜΜΕ όπου αν το θέμα παρουσιαστεί με σωστό και τεκμηριωμένο τρόπο θα κερδίσει σίγουρα έδαφος και θα επηρεάσει θετικά τις απόψεις των οικείων και της κοινωνίας στις αποφάσεις των γιατρών.

Στη συνέχεια, αξιοσημείωτη αναφορά έγινε από έναν ερωτώμενο στο γεγονός ότι ο ρόλος του γιατρού *«εδώ σε αυτό το σημείο έχει μία ιερότητα»*. Δηλαδή ίδιος αναλαμβάνει χωρίς να δημιουργεί περαιτέρω συνειρμούς *«ένα πολύ δύσκολο ρόλο στο να μεταφέρει, να μεταδώσει, να αποκαταστήσει λεπτές ισορροπίες όσον αφορά στη χρήση ενός κνηνημένου φαρμακευτικού σκευάσματος»*.

Επίσης σπουδαίο ρόλο σύμφωνα με τους ερωτηθέντες έπαιξε η εγκατάσταση εμπιστοσύνης σε αυτούς που απευθύνονται *«τις απόψεις των οικείων μου οπωσδήποτε θα τις επηρεάσει. Αισθάνομαι, ότι οι γύρω μου έχουν αυξημένο αίσθημα εμπιστοσύνης»*

απέναντί μου, έχω αυτήν την αντίληψη για τον εαυτό μου, ότι σε αυτούς που απευθύνομαι έχω εγκαταστήσει είτε θεραπευτική σχέση γιατρού είτε κοινωνική σχέση αρκετά υψηλή, ώστε να τους επηρεάζω και να με επηρεάζουν ίσως» είτε σε μορφή θεραπευτικής σχέσης γιατρού, είτε σε μορφή κοινωνικής σχέσης αρκετά υψηλή, «αν το μάθουν δε πιστεύω ότι θα είναι καχύποπτοι, θεωρώ ότι με εμπιστεύονται και ότι θα δουν για να το συνταγογραφώ, το χω μελετήσει για να το βγάλω προς τα έξω», ώστε οι δική τους άποψη να μπορεί να τους επηρεάσει αισθητά και να οδηγήσει πάρα πολλούς από αυτούς, να συμφωνήσουν με αυτήν την άποψη σε μεγάλο βαθμό.

Προχωρώντας στη προτελευταία ερώτηση της συνέντευξης , για το αν ο «αγώνας» κατά των ναρκωτικών έχει στεφθεί με επιτυχία στη χώρα μας , με απόλυτη συμφωνία οι συμμετέχοντες μίλησαν για τη πλήρη αποτυχία αυτής της προσπάθειας.

Η πλειοψηφία θεωρεί ότι δεν έχει στεφθεί με επιτυχία «μπα! ...αντιθέτως, παταγώδη αποτυχία θεωρώ,, παγκοσμίως» «όχι, δεν υπάρχει γιατί,,, θέλει πολύ δουλειά ακόμα» μιας και κρύβονται πολλά πολιτικά παιχνίδια, «τα ναρκωτικά θεωρώ ότι τα χρησιμοποιούν τα μεγάλα συμφέροντα, με τα ήδη αυτά παράνομα ήθη τα επενδύουν σε μία πολιτική βάση ώστε γίνονται χορηγοί πολλών πολιτικών καταστάσεων. Με τη πονηρία και με τι τρόπο προσπαθούν να αποκομίσουν κέρδη, ώστε να δαλεάσουν αυτά τα κέρδη, για μπορέσουν να συντηρήσουν τη παράνομη διακίνηση», και μη συμφέροντα «Όσο υπάρχουν τα συμφέροντα του λαθρεμπορίου της ηρωίνης, κοκαΐνης. Αυτούς δε τους πειράζουν. το λανσάρισμα είναι για να οικονομάνε κάποιοι εις βάρος κάποιων, ως προς την υγεία κάποιων».

Υπάρχουν βέβαια κάποιες καμπάνιες «κυρίως μέσω OKANA» και έχει ευαισθητοποιηθεί η κοινή γνώμη αλλά παρόλα αυτά δεν μπορούμε να μιλάμε για επιτυχία μιας και είναι μία αναλαμπή στο δύσκολο δρόμος της απεξάρτησης του ασθενή. Ίσως, ο ίδιος ανέφερε με τη νόμιμη χορήγηση της ιατρικής κάνναβης να καταφέρουμε, «να μειωθεί το παραεμπόριο αν όντως κυκλοφορήσει μετά νόμιμα και θα μπορεί να το πάρει ο άλλος από το φαρμακείο».

Κλείνοντας αυτή την συνδιαλλαγή ,ζητήθηκε από τους συνεντευξιαζόμενους να προβούν σε μία αντιπαράθεση των καταγεγραμμένων απόψεων του Ανδρέα Γληνού.

Στην συγκεκριμένη ερώτηση οι απόψεις διαφοροποιούνται, με 4 ερωτηθέντες στους 10, να μην τους βρίσκει σύμφωνους «όχι, όχι δε το πιστεύω αυτό να σου πω γιατί

υπάρχει κόσμος που είναι τελείως ανημέρωτος και αν το βλέπει το προϊόν και είναι πολύ εύκολο να πουλιέται στο φαρμακείο και το περίπτερο», η άποψη του Ανδρέα Γληνού. Κάποιοι αιτιολογούν την απάντησή τους ότι αυτό ήδη εφαρμόζεται και σήμερα δηλαδή, δίνονται ναρκωτικά με ιατρική επίβλεψη «ούτε και άλλως γίνεται». Για κάποιον άλλον αυτή η άποψη ήταν πολύ διευρυμένη «αφορά πληθώρα ουσιών έτσι όπως το λέει. Όχι δε το πιστεύω, αν του το δώσω εγώ νόμιμα τι διαφορά θα έχει, πάλι κατάχρηση μπορεί να κάνει ή , να το πουλήσει μισό» και παρόλα αυτά δεν έχει καταπολεμηθεί η φαρμακευτική κατάχρηση «σήμερα δίνονται ναρκωτικά με ιατρική επίβλεψη. Άρα αυτό ήδη ισχύει. Δεν έχει καταπολεμηθεί η φαρμακευτική κατάχρηση αυτό και ήδη εφαρμόζεται».

Μία στους δέκα τη βρήκε «απόλυτα. Αλλά δυστυχώς δε μπορώ να το εφαρμόσω» σύμφωνη η άποψη του Ανδρέα Γληνού ενώ οι επόμενοι τρεις συμμετέχοντες ότι οριοθετεί κατά την γνώμη τους ένα ωραίο πλαίσιο, αυτό της νόμιμης χορήγησης κάτω από ιατρική επίβλεψη «νομίζω ότι οριοθετεί ένα ωραίο πλαίσιο. Λέει νόμιμη χορήγηση με την ιατρική επίβλεψη αυτό είναι φοβερό» και θεωρούν ότι μόνο έτσι θα μπορέσουμε να απεμπλακούμε από αυτή τη μάστιγα «100 τις 100 συμφωνώ» και να χτυπηθούν τα παράνομα κυκλώματα μιας και οι γιατροί θα έχουν άμεση γνώση και καταγραφή των περιστατικών, «μόνο με μία νόμιμη επίβλεψη» .

Άλλος συμμετέχοντας έκφρασε την άποψη ότι ελεγχόμενα ,αν υπάρχουν ασθενείς «το 50%» που ακούνε τους γιατρούς τους , πραγματικά όμως και επειδή ο γιατρός μπορεί να επιβληθεί στον ασθενή αν έχει τον τρόπο του και αν είναι και σωστά ενημερωμένος ότι μπορεί να ελέγξει το 90% των καταστάσεων στο τι φάρμακο δίνει.

Βεβαία σύμφωνα με την άποψη άλλου ερωτηθέντα, υπάρχει πάντοτε το ποσοστό της αβεβαιότητας, του καινούργιου σκευάσματος, «θα τη πάρει για να νοιώσω καλύτερα τα προβλήματα της καθημερινότητας. Με βρίσκει 75% σύμφωνος» και πάνω από όλα της ανθρώπινης φύσης που έχει την τάση ορισμένα να τα αμβλύνει και στην συγκεκριμένη περίπτωση αφού είναι νόμιμο/φαρμακευτικό, «γιατί να μη το πάρω, φάρμακο είναι».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

9.1 συζήτηση

Στο πλαίσιο της συζήτησης του ερευνητικού ερωτήματος σχετικά με τις «στάσεις και τις αντιλήψεις των λειτουργών υγείας ως προς την επικείμενη χρήση της ιατρικής κάνναβης», ο κάθε ερωτώμενος εκλάβανε με διαφορετικό τρόπο το ερώτημα.

Μιλώντας υποθετικά για μια εφαρμογή μέτρου που δεν έχει ξεκινήσει η συζήτηση περιστρεφόταν γύρω από τις πληροφορίες που οι ίδιοι αναζητούσαν. Οι προσωπικές φιλοδοξίες τους ήταν καθόλα γενικές, στοχευόμενες και μερικώς ιδεαλιστικές.

Πέρα από το άτομο ασθενή, το θέμα της ιατρικής κάνναβης επιδρούσε πιεστικά πάνω στο υποκείμενο ιατρό, που τον καθιστάτε ακαριαία, σε μία αμυντική στάση απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό, στους θεσμούς και τη κοινωνία. Αυτό το γεγονός δεν θεωρήθηκε ανυπέρβλητο πρόβλημα μιας και η διαφορετική ιδιοσυγκρασία των ανθρώπων εμπεριέχεται σε κάθε στοιχείο της κοινωνίας μας.

Ίσης σημασίας, σε αυτή τη συζήτηση πρέπει να παρατηρηθεί η ακατέργαστη ιατρική σκέψη στο θέμα της συνταγογράφησης της κάνναβης, μιας και δεν έχει αξιολογηθεί χρονικά και τοπικά σε άλλη ερευνητική φάση.

Πάλι, ακόμα και έτσι θα είναι ένα ελπιδοφόρο μήνυμα της εφαρμογής των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και της συνεχόμενης αναπροσαρμογής των προτάσεων για την περαιτέρω ανάπτυξή της ιατρικής κάνναβης στο μέλλον.

9.2 συμπεράσματα

Το σημαντικότερο ζήτημα που προέκυψε από τη συγκεκριμένη έρευνα ήταν η έλλειψη ενημέρωσης των υποκείμενων για την ιατρική κάνναβη, από κάποιον αρμόδιο κρατικό φορέα. Λόγω της ανεπάρκειας των γνώσεων τους, πάνω σε αυτό τη προβληματική, οι περισσότεροι δεν είχαν άποψη για αυτό το θέμα. Η ιατρική κάνναβη

μέχρις ώρας είναι ένα ζήτημα που δεν γνωρίζουν αν θα έχει θετική ή αρνητική εξέλιξη στην ιατρική επιστήμη.

Από τα ερευνητικά αποτελέσματα ήταν ολοφάνερη η σύγχυση και η μεγάλη ευθύνη των συμμετεχόντων που αισθάνονταν όσο αναφορά τη διαχείριση της ιατρικής κάνναβης. Τα μεικτά συναισθήματα, όπως ήταν ο φόβος του άγνωστου, το δέος, η πρόκληση, κρύβανε πίσω τους την παραπληροφόρηση που νοιώθανε, εξαιτίας της μη ουσιαστικής ενημέρωσης και εκπαίδευσης από κάποιον κρατικό επίσημο φορέα. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν ήθελε να χειριστεί ένα «όπλο» και μια εξουσία χωρίς πριν να έχει την ανάλογη γνώση και όλοι έτειναν στο κοινό συμπέρασμα ότι ένα ενημερωτικό εγχειρίδιο που να τεκμηριώνει επαρκώς τα υπέρ και τα κατά αυτής της νέας θεραπείας και αν υπάρχει αντίδοτο αυτής, θα εξομάλυνε μερικώς την όλη διαδικασία.

Έντονο ήταν το πρόβλημα της κρίσεως των πολιτικών αξιών της Ελλάδας. Ένοιωσαν ότι ο πολιτικός διάλογος που διεξάγεται σχετικά με την ιατρική κάνναβη μπορεί να ωφελήσει τους ανθρώπους και την ευρύτερη κοινωνία. Όμως για αρκετούς από αυτούς, μερίδας του πολιτικού κόσμου και της εκκλησίας βρίσκεται μεταξύ της οπισθοδρόμησης και του μη ειλικρινή διαλόγου, με ξαφνικές αναλαμπές επί του θέματος και απότομα σιγή ιχθύος.

Προκειμένου να εκλείψει αυτό το φαινόμενο, χρειάζεται η νομοθετική ρύθμιση να απαρτίζεται από έγκυρους και εξειδικευμένους επιστήμονες. Από τα παραπάνω γίνεται απόλυτα κατανοητό ότι στις οδηγίες που αναφέρονται οι συμμετέχοντες, επιθυμούν ξεκάθαρα, οριοθετημένα νομικά πλαίσια χωρίς γκρίζες ζώνες και με πλήρη διαφάνεια ώστε να εξασφαλίζετε χωρίς τον φόβο του εξαναγκασμού η σωστή χορήγηση και χρήση του φαρμάκου. Είναι λοιπόν ένα μέτρο που η πλειοψηφία θεωρεί μπορεί να αμβλύνει τον ανεπιτυχή αγώνα κατά των ναρκωτικών στη χώρα τους και θα καταφέρει να μετριάσει όσο το δυνατόν τα κρυφά πολιτικά και μη συμφέροντα.

Το φυσικό δικαίωμα του ασθενή να επιλέγει τη θεραπεία και τον γιατρό του, όπως η έρευνα απέδειξε, αποτελεί έναν ισχυρό σεβαστό παράγοντα στις τελικές ιατρικές αποφάσεις των ερωτηθέντων. Στη πράξη όμως πιστεύεται ότι θα υπάρξει μια ταλαιπωρία μέχρι να βρεθεί κάποιο πλαίσιο που να αλληλεπικαλύπτει γιατρό και ασθενή, μιας και ο φόβος και η αγωνία της προσέγγισης τους από άτομα περιθωριακά, ψυχιατρικά και λιγότερο ενημερωμένα, υπερτερεί.

Όπως διαπιστώσαμε από την έρευνα, στα θετικά αποτελέσματα θεωρείτε το γεγονός ότι υπάρχει μία συνεχόμενη κίνηση από τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας στο να φέρνει με σωστό και τεκμηριωμένο τρόπο στην επιφάνεια όλο και πιο συχνά το θέμα της ιατρικής κάνναβης. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να σπρώχνει την ιατρική κοινότητα σε σκέψη και έρευνα και τον ασθενή να αναζητάει κάτι νέο και αποτελεσματικότερο για την υγεία του.

Το ζητούμενο για όλους τους πληροφοριοδότες, ήταν να γίνει η ποιότητα της ζωής των ασθενών καλύτερη και η νέα τροπολογία να εξοικονομήσει πόρους υπέρ της υγείας. Παρόλο, που η ελληνική κοινωνία θεωρείται συντηρητική και οπισθοδρομική από τους περισσότερους, μέσα από δημοσιοποιήσεις προσωπικών επιδιώξεων προσπαθεί να διεκδικήσει τα υπέρ και να μιλήσει δημόσια για τη κάνναβη. Με σύνθημα το παν μέτρων άριστον, οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι είναι σε θέση η ιατρική κοινότητα να προχωρήσει στο νέο φάρμακο και να μειώσει άλλα φάρμακα που ήδη συνταγογραφεί.

Στο αντίποδα, των θετικών ερευνητικών αποτελεσμάτων, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι υπάρχουν πολλά κίνητρα για ιδίαν ωφέλεια, είτε είναι αυτά πολιτικά (ο πόλεμος κατά των ναρκωτικών), είτε είναι αυτά οικονομικά (φαρμακοβιομηχανίες), είτε είναι τα Μ.Μ.Ε (ο τρόπος που πλασάρουν τις πληροφορίες), που μπορεί να εμποδίσουν γενικότερα την ιατρική κάνναβη να μην προχωρήσει άμεσα και αποτελεσματικά. Ανάμεσα σε αυτά πολυποίκιλα συμφέροντα, αντιλήφθηκαν οι συμμετέχοντες, ότι ο γενικός γιατρός θα βρίσκεται στη μέση και θα καλείτε να δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα για τα οποία δεν είναι προετοιμασμένος να δώσει.

Αξιοσημείωτο συμπέρασμα της έρευνας είναι ότι η κάνναβη έχει συσχετιστεί με το περιθώριο. Πολλές φορές στη συνάντηση ειπώθηκαν οι λέξεις παραβατικότητα, περιθώριο, κατάχρηση, το σκεύασμα του διαβόλου. Διότι όλο αυτά τα χρόνια η κάνναβη, στις πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις του ελληνικού λαού, έχει εμποτιστεί με έννοιες όπως είναι το απαγορευμένο και τη παρανομία. Αυτό είναι ένα φαινόμενο που οι συμμετέχοντες συμπέραναν ότι μας χαρακτηρίζει, γιατί είμαστε λαός αμαθής, θρησκόληπτος και υποκριτής. Επιπλέον, αρωγός σε αυτή τη κατάσταση είναι το κράτος εφόσον, δεν προσπαθεί να περάσει το θέμα σωστά, με κατάλληλες ενημερώσεις και συζητήσεις. Έτσι η παραβατικότητα υπερισχύει και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μένουν όλοι σε αυτό που ξέρουνε παλιά, ότι η κάνναβη σχετίζεται με το περιθώριο και τη κατάχρηση. Κλείνοντας, με τα αρνητικά συμπεράσματα της έρευνας, κάποιοι

διατύπωσαν ότι δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι σε κάθε κοινωνική μεταβολή, συνήθως οι αρνητικές εντυπώσεις υπερτερούνε.

Σε γενικές γραμμές οι συμμετέχοντες στην έρευνα έχουν όλη την καλή θέληση να εφαρμόσουν την νέα εφαρμογή της ιατρικής κάνναβης. Αμφίβολη και απρόβλεπτη εξακολουθεί να θεωρείται η συμμετοχή των ελλήνων ιατρών και η ηλικιακή κλίμακα αυτών που θα το πράξουν , μιας και αρχικά θα κινείται με διστακτικό και υποτονικό τρόπο.

Η καινούργια γενιά των γιατρών είναι πρόθυμοι να κρατήσει διαφορετική στάση στις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσουν μιας και οι απόψεις των οικείων και της κοινωνίας σχετικά με την απόφαση τους να εγκρίνουν την χρήση ιατρικής κάνναβης τους αφήνει προσωπικά αδιάφορους. Μικρό κώλυμα και δυσκολία στην εφαρμογή της ιατρικής κάνναβης και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις φαίνεται από τις απαντήσεις τους ότι θα αντιμετωπίσει περισσότερο το γυναικείο φύλο.

Τελειώνοντας τα συμπεράσματα της παρούσης έρευνας, τονίστηκε το γεγονός ότι ήδη εφαρμόζεται νομοθετική φαρμακευτική ρύθμιση, δηλαδή, δίνονται ναρκωτικά με ιατρική επίβλεψη και παρόλα αυτά δεν έχει καταπολεμηθεί η φαρμακευτική κατάχρηση. Οι περισσότεροι κατέληξαν ότι μόνο ένα σωστά οριοθετημένο και ορθό πλαίσιο, αυτό της νόμιμης χορήγησης της ιατρικής κάνναβης, κάτω από ιατρική επίβλεψη, θα μπορέσει να βοηθήσει ώστε να απεμπλακούμε από αυτή τη μάστιγα.

9.3 Πρόταση μελλοντικών ενεργειών και πρακτικών

Η επιμέλεια αυτής της εργασίας αποσαφήνισε τη ξεκάθαρη ανάγκη των λειτουργιών υγείας για περισσότερες διευκρινήσεις σχετικά με τη συνταγογράφηση της ιατρικής κάνναβης. Για το σκοπό αυτό προτείνονται οι κάτωθι ενέργειες και πρακτικές που πιθανόν θα εκμηδενίσουν τα πιθανόν προβλήματα.

Αρχικά κρίνεται ενδιαφέρον να διεξαχθεί μία δεύτερη έρευνα σε ένα μεγαλύτερο δείγμα ιατρικών ειδικοτήτων , που θα μετρηθεί και θα γίνει μία συγκριτική δευτερογενής ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων . Τα νέα δεδομένα θα μεταφέρουν περισσότερες πληροφορίες για τα αρνητικά ,τα θετικά και τις νομικές δυσκολίες της εφαρμογής του μέτρου, της συνταγογράφησης της ιατρικής κάνναβης.

Για να γίνουν αρεστές και κατανοητές οι πιο πάνω διαδικασίες από όλο το ιατρικό κόσμο, είναι αναγκαία η εκπαίδευση των νέων ερευνητών στις νέες θεωρητικές προσεγγίσεις και η δημιουργία καλών πρακτικών πάνω σε αυτό το θέμα.

Επιπλέον προς αυτό το σκοπό θα συμβάλει όχι μόνο η έγκυρη ενημέρωση και εκπαίδευση των ιατρικών ειδικοτήτων αλλά και η πολιτεία με το να ορίσει ένα χρονοδιάγραμμα εφαρμογής, προσαρμογής και μετέπειτα ανατροφοδότησης της πορείας του νέου φαρμακευτικού προγράμματος.

Όπως επισημάνθηκε και στην έρευνα ίσως είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί ένας ανεξάρτητος Εθνικός Οργανισμός Κάνναβης (κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό) που θα είναι υπεύθυνος για όλες τις πληροφορίες που αφορούν την παραγωγή, τη μεταποίηση και διάθεση της κάνναβη για όλες τις χρήσεις της.

Επίσης ο επίσημος κρατικός φορέας να καθορίσει τεκμηριωμένα τις λίστες με τις ειδικότητες των ιατρών και ποιες συγκεκριμένες παθήσεις, κρίνεται ότι θα μπορούν να συνταγογραφούν. Παράλληλα σε αυτή τη φάση, για να φρενάρει η παραοικονομία και να υπάρχει ο έλεγχος, ίσως πρέπει γίνει η διάθεση του προϊόντος από τα συμβατικά φαρμακεία και όχι μέσω του διαδικτύου.

Κλείνοντας θα επισημαίναμε ότι πέρα από τους συλλόγους των ασθενών και τους ιατρικούς συλλόγους που πιέζουν για τα δικαιώματά τους και την απαραίτητη ενημέρωσή τους, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο τελικός αποδέκτης του όλου εγχειρήματος, θα είναι ο απλός πολίτης. Το κράτος οφείλει να μεριμνήσει μέσα από τη συνεργασία του, με τα εγχώρια και ξένα πανεπιστήμια να καταρτίσει εκπαιδευτικά προγράμματα ενημέρωσης για την ιατρική κάνναβη σε όλες τις σχολικές μονάδες και την ευρύτερη κοινότητα γενικότερα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αναστασιάδου Εύα, Blog 21 Νοε. 2015, «Ο πόλεμος κατά των Ναρκωτικών, απέτυχε» , ανανέωση 21:17, <https://tvxw.gr/news/ellada/o-polemos-kata-ton-narkotikon-apla-aretyxe/>, ανακτήθηκε 23/08/18.

Ανδρούτσου Λορένα, 2014 ,«Οι πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ενεργόσυμμετοχή των πολιτών τον τομέα της δημόσιας υγείας» στο: Σουλιώτης Κυριάκος, (Επιμ.), «Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας, Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων, Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων, Σύλλογοι Ασθενών», εκδόσεις Παπαζήση, 2014, Αθήνα.

Αράπη Ειρήνη, Αποστόλου Αικατερίνη, 2016, «Οι θεραπευτικές ιδιότητες της κάνναβης στους καρκινοπαθείς», 2016, Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα δυτικής Ελλάδας, σχολή: σευπ, τμήμα: νοσηλευτική, πτυχιακή εργασία, επιβλέπων καθηγητής: Ηγουμενίδης Μιχάλης, Πάτρα

Αννα Λυδάκη, 2012, «Ποιοτικές Μέθοδοι Της Κοινωνικής Έρευνας», 5^η έκδοση

Βενιζέλος Βασίλης, Δημοσίευση: 26 Ιουνίου 2015: 18:00, ρεπορτάζ: ανακτήθηκε, 23/8/18. <http://www.avgi.gr/avgi/-styled-theme/imagew/avgi-logo.png/>.

Γρίβας Κλεάνθης, 2017, «κάνναβη, μαριχουάνα, χασίς», Εκδόσεις: IANOS, Θεσσαλονίκη.

Γρίβας Κλεάνθης, «ψυχοτροπες ουσίες κάνναβη μαριχουάνα – χασίς», πρόλογος: Γιώργος Βότσης, https://athens.indymedia.org/media/old/grivas_kannavi.pdf

Εφημερίδα Παλιγγενεσία, 29 Ιουλίου 1893.

Ηλιόσποροι , May 2, 2016 «Έρευνα: Θεσμικά πλαίσια για την κάνναβη στην Ευρώπη και τον κόσμο» , <http://iliosporoi.net/erevna-thesmika-pliesia-gia-tin-kannavi-stin-evropi-ke-ton-kosmo/>

Ζαφειρίου, Γ., 2003 , «Μέθοδοι έρευνας στη Βιβλιοθηκονομία. Διδακτικές σημειώσεις», Σίνδος , Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης

Θέμελη Ο. ,2014, «*Τα παιδιά Καταθέτει , Η δικανική εξέταση ανηλίκων μαρτύρων, θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης*». Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.,

Κυριαζή Ν. 1999, «*Η Κοινωνιολογική Έρευνα κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*», Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Κουκουτσάκη Αφροδίτη, Μάιος- Αύγουστος 2016, Τα τετράδια της ψυχιατρικής Νο4 «*εξαρτήσεις, η εικόνα των ναρκωτικών μέσα από την ποινική τους διαχείριση*».

Κολυμπιανάκη Πελαγία, Σπυριδάκης Μάνος, 2014,«*Ιατροκοινωνικές εμπειρίες της ζωής των διαβητικών ασθενών και υπηρεσίες υγείας :μία ποιοτική προσέγγιση της υφιστάμενης κατάστασης και της προοπτικής της*» στο: Σουλιώτης Κυριάκος, (Επιμ.), «*Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας, Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων, Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων, Σύλλογοι Ασθενών*», εκδόσεις Παπαζήση, 2014, Αθήνα

Κουλίζος Μ., Χριστοπούλου Ε., Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ. ,2012, «*Απόψεις των ασθενών για το βαθμό προστασίας των δικαιωμάτων τους στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία: η περίπτωση ενός νοσοκομείου του κέντρου και ενός της περιφέρειας*».

Κώστας Κουκουμάς, apr 20 2015, 11:17am, <https://www.vice.com.gr>.

Λασκαρίδης Ι. Εμμανουήλ και συνεργάτες, 2012, «*Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας*», εκδότης: Νομική Βιβλιοθήκη.

Λυδάκη Άννα, 2012 «*Ποιοτικές Μέθοδοι Της Κοινωνικής Έρευνας*», 5^η έκδοση, εκδόσεις Καστανιώτη

Μπίζας Λάμπρος, 2014,«*Το lobbying και οι ομάδες συμφερόντων στη διαμόρφωση της κυβερνητικής πολιτικής*» στο: Σουλιώτης Κυριάκος, (Επιμ.), «*Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας, Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων, Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων, Σύλλογοι Ασθενών*», εκδόσεις Παπαζήση, 2014, Αθήνα.

Μ. Μαρσέλος, 1981, «*Ναρκωτικά*», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας :31.

Μάτσα Κατερίνα, 2001 , «*Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... - το αίνιγμα της τοξικομανίας*», εκδότης: Άγρα, Ελλάδα.

Μητροσύλη, Μ., 2009, «*Δίκαιο της Υγείας*», εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα, WHO. (1994). A Declaration of the Promotion of Rights of Patients in Europe, Copenhagen.

Ξενικουδάκης Σταύρος, Κυριακή 22 Οχτώβρη 2017, «*Θεραπευτική*» κάνναβη ή βήμα για τη νομιμοποίηση των ναρκωτικών;», *Εφημερίδα Ριζοσπάστης*.
<https://www.rizospastis.gr/story.do?id=9553972>, ανακτήθηκε: 23/09/2018

Οικονομόπουλος Α. Γιώργης, 2014, «*Το Ίαμα Κάνναβη, το κυνηγημένο βοτάνι και οι εντυπωσιακές θεραπευτικές εφαρμογές του*», εκδόσεις: Κέδρος,

Οικονομόπουλος Γιώργης, Μάιος 2018, «*Φαρμακευτική κάνναβη, Κανναβινοειδή και Τερπενοειδή, Κανναβιδιολη- CBD, Ενδείξεις- Δοσολογία «Θεραπευτικό Παράθυρο» , Τετραϋδροκανναβινολη- THC, Εκτύπωση, βιβλιοδεσία: Ψιμύθι*

Οικονομόπουλος Γιώργης, 1991, «*Η εγκληματοποίηση της Κάνναβης και άλλων ναρκωτικών στην Ελλάδα. Διεθνής Αντιαπαγορευτική Ένωση (LIA)*» Νέα Σύνορα- Α.Α. Λιβάνης, Αθήνα:163.

Οικονόμου Χαράλαμπος - Σπυριδάκης Μάνος, 2012, «*Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας*», Εκδότης: Σιδέρης Ι., Αθήνα.

Ρόντος, Κ. και Παπάνης Ε. 2007, «*Οι τεχνικές του καλού ερωτηματολογίου*», Αθήνα: Εκδόσεις Σιδέρη

Σαββάκης Μάνος, 2013, «*Μικροκοινωνιολογία και Ποιοτική Έρευνα, Θεωρητικά Παραδείγματα και Εμπειρικές Εφαρμογές*», εκδόσεις Κριτική

Σισσούρας Άρης, 2014, «*Οι πολίτες ως παράγων στήριξης των μεταρρυθμίσεων στην υγεία: Εμπιστοσύνη, συμμετοχή και δικαιώματα ασθενών, 'Τα μετέωρα βήματα του εσύ'*» στο: Σουλιώτης Κυριάκος, (Επιμ.), «*Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας, Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων, Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων, Σύλλογοι Ασθενών*», εκδόσεις Παπαζήση, 2014, Αθήνα.

Στριγγάρης Μ. Γ., 1964 «*Χασίς*», Αθήνα:33.

Σκλιάμης Κ., 2016, «*Κάνναβη: νομιμοποίηση και ρύθμιση*», εκδόσεις: Ποταμός Αθήνα

Σκλιάμης Κώστας, 29/01/2016, <http://www.nostimonimar.gr/o-polemos-kata-ton-narkotikon-stin-ellada-apo-ton-kosta-skliami/>, ανακτήθηκε: 23/08/2018..

Τσίωλης Γ.,2014, «*Μέθοδοι και Τεχνικές Ανάλυσεις στην Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα*», Κριτική

Τσιτσανούδη-Μαλλίδη Νικολέττα:2017, Το παρόν κείμενο δημοσιεύτηκε στο ένθετο ΙΔΕΟΓΡΑΜΜΑΤΑ που κυκλοφορεί με την εφημερίδα «*Νέα Σελίδα*», 18/06/2017, ανακτήθηκε 23/08/18 στο <https://neaselida.gr>, « *Πώς τα ΜΜΕ ενισχύουν τα αρνητικά στερεότυπα*»,1/08/2017 · Ωρα δημοσίευσης: 5:43μμ · Τελευταία τροποποίηση: 12:41 πμ.

Τσουκαλάς Κ., «*Το ζην επικινδύνως, αθλίως και ανορθοδόξως*», Το Βήμα της Κυριακής, 16.3.1997.

Τρουμπέτα Σεβαστή, Παπαστεφανάκη Λήδα, Τζανάκης Μανόλης,(επιμ.), 2013, « *Διευρενώντας τις Κοινωνικές Σχέσεις με όρους Υγείας και Ασθένειας, η Κοινωνική Ιστορία της Ιατρικής σε ερευνητικό πεδίο*», εκδόσεις:Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρεθυμνο

Τσούκας Κ. Χ. ,2005 « *Η μεταρρύθμιση ως Ψυχοθεραπεία* »,στο: Πελαγίδης Θ. (Επιμ.),«*Η εμπλοκή των μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα*», εκδόσεις: Παπαζήσης ,Αθήνα.

Χριστίνα Γκόλνα, Μένη Μαλλιώρα, 2014, «*Άτομα με εξάρτηση από οπιοειδή: ασθενείς (με δικαιώματα) ή ένα «κοινό, κοινωνικό, μυστικό*»; , στο *Δημοκρατία Πολίτες και Πολιτική Υγείας, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων ομάδες πίεσης και συμφεροντων συλλογοι ασθενών*, επ. επιμ. Κυριάκος Σουλιώτης, εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα

Ξενόγλωσση

Allentuck S.,. Bowman K.M.:1942, « *The psychiatric aspects of marijuana Intoxication*», American Journal of Psychiatry, 99:250.

Armstrong, Jane L., et al. «*Exploiting cannabinoid-induced cytotoxic autophagy to drive melanoma cell death*»Journal of Investigative Dermatology 135.6 (2015): 1629-1637.

Abrams D. «*Integrating cannabis into clinical cancer care*». Curr Oncol (2016) 23 (Suppl 2), S8-S14

Aldington, S., Williams, M., Nowitz, M., Weatherall, M., Pritchard, A., McNaughton, A., Robinson, G., and Beasley, R. (2007). «Επιδράσεις της κάνναβης στην πνευμονική δομή, λειτουργία και συμπτώματα». <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2094297/>.

Anna Wilcox, 2015, «*The Best Strains of Marijuana For Pain Relief, When it comes to using marijuana for pain relief, not all strains are created equal. We show you which is best strain to help with pain management*». Sep. 20/2015, <https://herb.co/marijuana/news/marijuana-for-pain/>.

Addam Core:2017,«*How cannabis could treat Parkinson's Disease*», <https://www.cbdtesters.co/2017/12/17/cannabis-treat-parkinsons-disease/>

British Journal of Pharmacology (2011), <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1476-5381.2011.01379.x>

Blair, R.E., Deshpande, L.S., and DeLorenzo, R.J. (2015, September). «Cannabinoids: is there a potential treatment role in epilepsy?» *Expert Opinion on Pharmacology*, 16(13), 1911-4.

Conrad Chris, 1997,*Hemp for Health, Healing Arts Press, Vermont.*

Cleeland C., et al. «*Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer*». *New England Journal of Medicine* (1994) 330: 592-596

dos Santos, R.G., Hallak, J.E., Leite, J.P., Zuardi, A.W., and Crippa, J.A. (2015, April). Phytocannabinoids and epilepsy. (Φυτοκανναβινοειδή και επιληψία) *Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 40(2), 135-43.

Dr. Malik Burnett and Amanda Reiman ,2015, «*As a Medical Marijuana Patient, Where Can I Use or Get Access to Medicine While Traveling*

Abroad?»<http://www.drupolicy.org/blog/medical-marijuana-patient-where-can-i-use-or-get-access-medicine-while-traveling-abroad>, Published: January 29, 2015

Elizabeth A. Penner,Hannah Buettner,Murray A. Mittleman,;July 2013, «*The Impact of Marijuana Use on Glucose, Insulin, and Insulin Resistance among US Adults*», Volume 126, Issue 7, Pages 583–589,DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2013.03.002>

The Indian Hemp Drugs Commission Report: 1894, Maryland, επανέκδοση:Jefferson Press, 1969

Hare H.A.:1887, «Clinical and Physiological Notes on the Action of cannabis indica», Ther. Gaz., 11:225

J. Moreau (De Tours), 1857, «Lypenamie avec stupeur; tendance a la demence- Treatment par l' extrait (principe resineaux) de cannabis indica- Cuerison», Laucette Gaz. Hop.

Johnson, J., et al. «*Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled, Parallel-Group Study of the Efficacy, Safety, and Tolerability of THC:CBD Extract and THC Extract in Patients with Intractable Cancer-Related Pain*». Journal of Pain a

jamaicaobserver:blog «*Justice minister announces ganja reform*», Published: January 21, 2015,<http://www.jamaicaobserver.com/news/Justice-minister-announces-ganja-reform>nd Symptom Management (2010) 39: 167-179.»

Gonzales V. Raich , 2008, «*Supreme Court. Cornell Law School*».

Kane H.H.: 1881, «*Drugs The enslave*», Philadelphia:208-210

EMCDDA, June 2018, «European Drug Report 2018: Trends and Developments»,Lisbon ,TDAT18001ENN.

Leonzio, Ugo, 1969, «*Il volo magico*», Sugar, Μιλάνο

Menon, D., Stafinski, T., Martin, D., (2007), «*Priority-setting for healthcare:Who, how ,and is it fair?. Health Policy*».

Mattison J.B.:1891. «Cannabis Indica as and Anodyne and Hypnotic»,St Louis Med. Surg. J.61:266.

M' Meens R.R.:1860, «Report of the Committee on Cannabis Indica»,from Transaction of the fifteenth Annual Meeting of the Ohio state Medical Society(Columbus,Ohio):94-95.

Mike Adams, November 1, 2017, «*Feds Gives Researchers 3.2 Million to See if Pot Helps HIV Patients, is this the progress we've been waiting for?*»
<https://hightimes.com/health/>

Maia Szalavitz, 2013, «*Marijuana: The Next Diabetes Drug?*»
<http://healthland.time.com/2013/05/21/marijuana-the-next-diabetes-drug/>
mamaka.org:blog:2018,<http://mamaka.org.gr/2018/03/13/kannavi-kai-thyreoidis-adenas/>

Preet, Anju, et al. «*Cannabinoid receptors, CB1 and CB2, as novel targets for inhibition of non-small cell lung cancer growth and metastasis.*» *Cancer Prevention Research* 4.1 (2011): 65-75.

Rubin, Vera, 1975, «*Cannabis and Culture*», Mouton, Παρίσι.

Reynolds J.R: 1890, «*Therapeutic Uses and Toxic Effects of cannabis Indica*», *Lancet* 1:637.

Raphael J. Braga, Katherine E. Burdick, Pamela DeRosse, Anil K. Malhotra, 2012, «*Cognitive and clinical outcomes associated with cannabis use in patients with bipolar I disorder*» *J Psychiatry Res.* 2012 Dec 30; 200(0):242–245.

Stockings G.T.:1947, «*A new Euphoriant for depressive Mental states*», *British Medical Journal*, 1:918-972.

Samir Haj-Dahmane, 2015, «*RIA neuroscience study points to possible use of medical marijuana for depression*» <http://www.buffalo.edu/news/releases/2015/02/004.html/>.

W. B. O'Shaughnessy, 1842, «*On the preparations of the Indian Hemp or Ganjah (cannabis indica): the effects on the animal system in health, and the ultimate treatment of tetanus and other convulsive diseases*», *transactions of the medical and physical society of Bombay, Calcuta.*

Wood G.B., Bache: 1854, «*Dispensatory of the United States*», Philadelphia, P.A.: Lippincott, Brambo and Co: 339.

Vinciguerra V, et al. 1988, «*Inhalation marijuana as an antiemetic for cancer chemotherapy*». *NY State Medicine* (1988) 88: 525-527

Νομοθεσίες

Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ, 1948 «*Universal Declaration of Human Rights*», 10 December 1948, UN Doc. A/810., Available from: [http://www.un.org/en/index.html/.](http://www.un.org/en/index.html/)

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, 1950, «*European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*», 4 November 1950, 213 UNTS 221. ,Available from:[http://www.coe.int/.](http://www.coe.int/)

Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, 1961, «*European Social Charter*, 18 October 1961», 529 UNTS 89, E.T.S. 35, Available from:[http://eur-lex.europa.eu/homepage.html/.](http://eur-lex.europa.eu/homepage.html/)

Oviedo 1997, «*Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine*», CETS 164., Available from: [http://www.coe.int/.](http://www.coe.int/)

UNESCO (1997, 2003, 2005), «*Human Genetic Data*», Paris 2003., «*Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights*», Paris 1997., «*Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*», Paris 2005. Available from: [http://en.unesco.org/.](http://en.unesco.org/)

(N.2071/1992) , Available from: [http://www.e-nomothesia.gr/.](http://www.e-nomothesia.gr/)

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος Πρώτο, Αρ. Φύλλου 74, 20 Μαρτίου 2013, νομός υπ' αριθ. 4139: *Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις*, Διαθέσιμο στο σύνδεσμο: <http://www.ministryofjustice.gr>.
government.gov.gr:Blog:2018, *το πόρισμα της Επιτροπής για την Ιατρική Χρήση της κάνναβης*,<https://government.gov.gr/wp-content/uploads/2017/02/2017.pdf>/.Accessed :30/08/2018

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως,2006,NΟΜΟΣ 3459/2006 - ΦΕΚ Α'/103/25.5.2006

Τράπεζα πληροφοριών νομοθεσίας, 2018,N.4139/2013 : *Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις*.,[https://www.e-nomothesia.gr/.](https://www.e-nomothesia.gr/)

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, Τεύχος Β' 2238/29.06.2017,29 Ιουνίου 2017

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως 2018, Νόμος 4523/2018: <https://www.e-nomothesia.gr/>.

Εθνικό Τυπογραφείο/ Εφημερίδα της Κυβερνήσεως2018, Νόμος 2840/16.07.2018, 16 Ιουλίου 2018 www.et.gr/idoscs-nph/search/pdf.

[ir.gwpharm.blog:2018,http://ir.gwpharm.com/releasedetail.cfm?ReleaseID=761883](http://ir.gwpharm.com/releasedetail.cfm?ReleaseID=761883)

[sudinfo.be. blog:2018,http://www.sudinfo.be/1463934/article/2016-01-12/le-sativex-premier-medicament-a-base-de-cannabis-debarque-en-mars-en-belgique](http://www.sudinfo.be/1463934/article/2016-01-12/le-sativex-premier-medicament-a-base-de-cannabis-debarque-en-mars-en-belgique)

[balkaninsight.Blog:2018, http://www.balkaninsight.com/en/article/croatia-first-balkan-county-to-legalize-medical-marijuana-10-15-2015-1](http://www.balkaninsight.com/en/article/croatia-first-balkan-county-to-legalize-medical-marijuana-10-15-2015-1)

[Talkingdrugs.Blog:2018,http://www.talkingdrugs.org/cyprus-set-to-provide-cannabis-oil-to-cancer-patients](http://www.talkingdrugs.org/cyprus-set-to-provide-cannabis-oil-to-cancer-patients)

[tni.org,Blog:2018,https://www.tni.org/en/article/cannabis-policy-in-the-czech-republic](https://www.tni.org/en/article/cannabis-policy-in-the-czech-republic)

[sum.dk.Blog:2018http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Medicin/2016/November/~media/Filer%20-%20dokumenter/Aftale-om-medicinsk-cannabis/Politisk-aftale-om-forsogsordning-med-medicinsk-cannabis.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Medicin/2016/November/~media/Filer%20-%20dokumenter/Aftale-om-medicinsk-cannabis/Politisk-aftale-om-forsogsordning-med-medicinsk-cannabis.ashx)

[laakarilehti.fi.Blog:2018http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/kannabistako-kipulaakkeeksi/?public=f9d93f0caa3757de756927275fb185ba](http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/kannabistako-kipulaakkeeksi/?public=f9d93f0caa3757de756927275fb185ba)

[cannabisnews.blog:2017,«*Η νομοθεσία για τη θεραπευτική κάνναβη*» ,<https://cannabisnews.gr/i-nomothesia-tis-therapeftikis-kannavi/>](https://cannabisnews.gr/i-nomothesia-tis-therapeftikis-kannavi/)

6. Τα ΜΜΕ βοηθούν στη θετική διάχυση και παγίωση των νέων ιατρικών μετασχηματισμών;

Αν ναι, με ποιους τρόπους; Αν όχι, για ποιο λόγο;

Αρνητικά [άξονας 2^{ος}]

1. Τι προβλήματα μπορεί να επιφέρει η νέα τροπολογία στην ιατρική κοινότητα;

2. Ποια θεωρείται ότι είναι τα βασικά μειονεκτήματα στη νομιμοποίηση της ιατρικής κάνναβης στην Ελλάδα και ποιοι οι κίνδυνοι;

3. Πιστεύετε ότι τα αρνητικά της ιατρικής κάνναβης είναι πολλά και αν ναι υπάρχει εναλλακτική θεραπεία αυτής;

4. Πιστεύετε ότι τα απαγορευτικά επιχειρήματα αναπαράγονται πλέον κυρίως από ομάδες πίεσης που χρηματοδοτούνται από την φαρμακοβιομηχανία; *Παρακαλώ τεκμηριώστε.*

5. Τι θεωρείτε ότι υπερισχύει στην ιατρική κοινότητα ως προς τη χρήση της ιατρικής κάνναβης και συγκεκριμένα ο φόβος ή παραπληροφόρηση. [δικαιολογήστε την απάντησή σας].

6. Κρίνετε ότι η διαμάχη της χορήγησης φαρμακευτικής κάνναβης, συνεχίζεται με βάση την παραβατικότητα και το περιθώριο και όχι την επιστήμη;

Θεσμικό πλαίσιο [άξονας 3^{ος}]

1. Τοποθετήστε σε σειρά προτεραιότητας τα 6 πολυτιμότερα για εσάς εργαλεία υποστήριξης ως προς τη χρήση της ιατρικής κάνναβης:

1. Σαφές χρονοδιάγραμμα

2. Μητρώα ασθενών

3. Πρωτοκόλλα θεραπειών

4. Ο τρόπος διάθεσης

5. Λογικό κόστος

6. η διασφάλιση της δημόσιας υγείας

7. Παραδείγματα προγραμμάτων πρόληψης/ παρέμβασης στην κοινότητα

8. τα οικονομικά οφέλη για τα δημόσια ταμεία

9. τα ανθρώπινα δικαιώματα

10.η μείωση της βλάβης και των εσόδων του οργανωμένου εγκλήματος 11.ανακούφιση και ποιότητα στις ζωές χιλιάδων ασθενών,
12.καμπάνια ενημέρωσης του κοινού για την φαρμακευτική κάνναβη

2. Πείτε μου το θεσμικό πλαίσιο μέσα από το οποίο θα νοιώθατε ασφαλείς εσείς και οι ασθενείς σας για τη χορήγηση της ιατρικής κάνναβης.
3. Ποιος θεωρείτε ότι οφείλει να είναι ο αρμόδιος για τις κατευθυντήριες οδηγίες του κοινού;
4. Νοιώθετε έτοιμος να εφαρμόσετε τη νέα θεραπεία όπου χρειασθεί;
5. Ποια νομίζετε ότι θα είναι η συμμετοχή των ελλήνων ιατρών στο καινοτόμο φαρμακευτικό πλαίσιο; *Παρακαλώ τεκμηριώστε.*

Γενικές [επίλογος]

1. Τι συναισθήματα σας δημιουργούνται στο άκουσμά της συνταγογράφησης της ιατρικής κάνναβης;
2. Ποιους τοπικούς περιορισμούς και ιδιαιτερότητες πρέπει να αποφύγει η χώρα μας ώστε να βρει το δικό της θεσμικό μοντέλο;
3. Σε τι βαθμό πιστεύεται ότι η έγκριση σας, στη χρήση ιατρικής κάνναβης ενός ασθενούς θα επηρεάσει τις απόψεις των οικείων σας και της κοινωνίας για εσάς;
4. Θεωρείτε ότι ο «αγώνας κατά των Ναρκωτικών» έχει στεφθεί με επιτυχία όλες αυτές τις δεκαετίες στην Ελλάδα ;
5. Εν κατακλείδι πόσο τις εκατό σας βρίσκει σύμφωνους με την άποψή του Ανδρέα Γληνού ότι “μόνος τρόπος για την αποτελεσματική καταπολέμησή της «φαρμακευτικής κατάχρησης” είναι η νομιμοποίηση της χρήσης ναρκωτικών, η νόμιμη χορήγησή τους, με ιατρική επίβλεψη, σ’ αυτούς που τα έχουν ανάγκη».