



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ**

MANTZANA MARIA

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2014

ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΜΕΘΑΛΟΝΗΣ**

ΜΑΝΤΖΑΝΑ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2014

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να απευθύνω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στη Δρ. Θάλεια Μπελλάλη για την πολύτιμη καθοδήγηση και επίβλεψη στη συγγραφή της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύζυγό μου για την αμέριστη συμπαράσταση, υποστήριξη και υπομονή που έδειξε κατά τη διάρκεια της συγγραφής και τέλος τους γονείς μου, που μου ενέπνευσαν την αξία της διά βίου μάθησης.

# Περιεχόμενα

Εισαγωγή .....	10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ....</b>	<b>.....</b>
<b>ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....</b>	<b>12</b>
1.1 Βασικές έννοιες και ορισμοί .....	12
1.2 Το Ιατροκεντρικό μοντέλο .....	14
1.3 Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο .....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....</b>	<b>.....</b>
<b>Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ .....</b>	<b>16</b>
2.1 Στόχοι, προϋποθέσεις και είδη θεραπείας.....	16
2.2 Δομές και Δίκτυα στην Ελλάδα .....	18
2.3 Ο ΟΚΑΝΑ και τα προγράμματα υποκατάστασης .....	19
2.4 Η μεθαδόνη ως υποκατάστατο.....	21
2.5 Η μεθαδόνη ως πρόγραμμα υποκατάστασης .....	22
2.5.1 Κριτική του προγράμματος μεθαδόνης.....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....</b>	<b>.....</b>
<b>ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ .....</b>	<b>26</b>
3.1 Ορισμοί της Ποιότητας Ζωής .....	26
3.2 Η Ποιότητα ζωής στη χρόνια νόσο και στην εξάρτηση: εννοιολογικές προσεγγίσεις.....	28
3.2.1 Η εμπειρία της χρόνιας ασθένειας.....	29
3.2.2 Η θεωρία της ετικετοποίησης.....	32
3.2.3 Η θεωρία του στιγματισμού .....	32
3.3 Ποιότητα ζωής και εξάρτηση-απεξάρτηση: ερευνητικά δεδομένα.....	34
3.3.1 Ποιότητα ζωής και προγράμματα μεθαδόνης: ερευνητικά δεδομένα .....	35
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....</b>	<b>37</b>
4.1 Σχεδιασμός μελέτης .....	37
4.2 Σκοπός και στόχοι.....	37
4.3 Εργαλεία μέτρησης .....	37
4.4 Το δείγμα της μελέτης.....	40
4.5 Ηθικά θέματα .....	41
4.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	41
4.7 Ανάλυση δεδομένων .....	42
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>43</b>
5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος .....	43
5.2 Χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με τη χρήση ουσιών και το πρόγραμμα απεξάρτησης.....	44
5.3 Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της υγείας (SF-12).....	45
5.4 Σύγκριση των μέσων τιμών του δείγματος και του υγιούς ελληνικού πληθυσμού για το ερωτηματολόγιο SF-12. ....	45
5.5 Κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R) .....	46
5.6 Σύγκριση των μέσων τιμών του δείγματος και του υγιούς ελληνικού πληθυσμού για το ερωτηματολόγιο Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R). ....	47
5.7 Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με την κλίμακα επισκόπησης της υγείας SF-12.....	48

5.8 Σύγκριση χαρακτηριστικών του δείγματος σε σχέση με τη χρήση ουσιών και το πρόγραμμα απεξάρτησης για την κλίμακα επισκόπησης της υγείας SF-12.....	49
5.9 Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με την κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R) .....	50
5.10 Σύγκριση μεταξύ των χαρακτηριστικών του δείγματος σε σχέση με τη χρήση ουσιών και το πρόγραμμα απεξάρτησης για την κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R).....	54
5.11 Συσχετίσεις μεταξύ της κλίμακας επισκόπησης της υγείας SF-12 και της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90R (SCL-90-R).....	56
5.12 Γραμμική παλινδρόμηση.....	57
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>59</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....</b>	<b>66</b>
<b>ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>68</b>
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>77</b>
<b>Παράρτημα Ι: Άδεια διεξαγωγής της έρευνας από τον ΟΚΑΝΑ.....</b>	<b>80</b>
<b>Παράρτημα ΙΙ: Κλίμακα Στρεσογόνων γεγονότων ζωής ( Holmes &amp; Rahe ,1967) .....</b>	<b>81</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς που βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης με χορήγηση μεθαδόνης παραμένουν επί μακρόν, έως και διά βίου, σε αυτό το θεραπευτικό πρόγραμμα. Το γεγονός αυτό, τους επιτρέπει να αναβαθμίζουν συνολικά την ποιότητα ζωής τους. Ωστόσο, συχνά, ενώ η σωματική τους υγεία βελτιώνεται στα αρχικά στάδια της θεραπείας, η ψυχική τους υγεία επιδεινώνεται, αφού επιμέρους τομείς της ζωής τους δε βελτιώνονται, αντιθέτως υποβαθμίζονται.

**Σκοπός:** Η παρούσα διατριβή αποσκοπεί να μελετήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών που βρίσκονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα χορήγησης μεθαδόνης και να καταγράψει την υποκειμενική αντίληψη της σωματικής και ψυχικής τους υγείας.

**Υλικό- Μέθοδος:** Πρόκειται για μια αναλυτική συγχρονική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μία θεραπευτική μονάδα μεθαδόνης του ΟΚΑΝΑ σε δείγμα 108 ασθενών. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τον Οκτώβριο έως τον Δεκέμβριο του 2013 και χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το πρώτο μέρος του οποίου περιείχε ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, ενώ το δεύτερο μέρος περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο SF-12 (Short Form 12-Item Health Survey) των Ware, Kosinski & Keller (1995) και το Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) του Derogatis (1977).

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με στατιστικές μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο SPSS (version 20).

**Αποτελέσματα:** Όσο αυξάνεται ο χρόνος παραμονής στο πρόγραμμα μεθαδόνης, οι ασθενείς παρουσιάζουν αρχικά βελτίωση της σωματικής τους υγείας μέχρι τα δυο χρόνια, αλλά στη συνέχεια παρατηρείται επιδείνωση της σωματικής και της ψυχικής τους υγείας, γεγονός που επηρεάζει συνολικά την ποιότητα ζωής τους. Πιο συγκεκριμένα, οι θεραπευόμενοι, οι οποίοι είχαν τη μικρότερη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα μεθαδόνης, είχαν καλύτερη σωματική υγεία και συγκεκριμένα τα άτομα τα οποία παρακολουθούσαν το πρόγραμμα απεξάρτησης για 6-10 έτη είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή στην κλίμακα της σωματικής υγείας σε σύγκριση με αυτούς που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα για 11-15 έτη ( $p=0,046$ ). Όσον αφορά την ψυχική υγεία, οι θεραπευόμενοι με τη μικρότερη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα είχαν μία τάση καλύτερης μέσης τιμής στην υποκλίμακα της ψυχικής υγείας ( $p=0,079$ ). Οι θεραπευόμενοι, οι οποίοι είχαν τη μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα μεθαδόνης (11-15 έτη), είχαν και υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της σωματοποίησης ( $p=0,016$ ), της ψυχαναγκαστικότητας-καταναγκαστικότητας ( $p=0,036$ ), καθώς επίσης και την τάση

να είναι υψηλότερες οι τιμές τους στην υποκλίμακα του γενικού δείκτη συμπτωμάτων ( $p=0,063$ ) και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ( $p=0,055$ ) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους θεραπευόμενους.

Μεταξύ των δύο φύλων, οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της σωματοποίησης, της κατάθλιψης, του ψυχωτισμού, και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων, καθώς επίσης και μία τάση υψηλότερων τιμών στις υποκλίμακες της ψυχαναγκαστικότητας-καταναγκαστικότητας ( $p=0,076$ ) και του άγχους ( $p=0,072$ ). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι χήροι είχαν μία τάση υψηλότερης τιμής στην υποκλίμακα του ψυχωτισμού ( $p=0,067$ ) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους. Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση, οι συνταξιούχοι είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή στο σύνολο των θετικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους υπόλοιπους και συγκεκριμένα αυτή η διαφορά εντοπίστηκε στη σύγκριση μεταξύ των συνταξιούχων και των εργαζόμενων ( $p=0,006$ ).

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα ποσοτική μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς που βρίσκονται σε πρόγραμμα απεξάρτησης με χρήση μεθαδόνης παρουσιάζουν επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής υγείας τους, κατά συνέπεια δυσχεραίνεται και η ποιότητα ζωής τους, καθώς αυξάνεται ο χρόνος παραμονής τους στο πρόγραμμα. Γι' αυτό και απαιτείται η χάραξη νέας φιλοσοφίας των προγραμμάτων μεθαδόνης με διαφορετική στοχοθεσία και με διαφορετικά κριτήρια.

## Abstract

**Introduction:** Patients, who are in the process of detoxification with methadone, remain long, up to lifelong, in this therapeutic program. This allows them to enhance their overall quality of life. However, often, while physical health is improved in the early stages of treatment, mental health worsens and specific aspects of their lives are degraded instead of improving.

**Aim:** To explore the quality of life of patients in methadone treatment programs and to describe their subjective perception of their physical and mental health.

**Material- Method:** An analytic cross-sectional survey of a therapeutic unit methadone of OKANA took place from October to December 2013. A hundred and eight patients were asked to fill-in an anonymous self-reporting questionnaire, with questions monitoring the socio-demographic data of the sample, while the second part consisted of the SF-12 questionnaire (Short Form 12-Item Health Survey) and the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R). Data analysis was conducted with descriptive and inferential statistics on SPSS (version 20).

**Results:** As the residence time in a methadone program increases, patients initially exhibit an improved physical health status, especially for the first two years, but then a deterioration of their physical and mental health was observed. This affects their overall quality of life. More specifically, patients who had the shortest stay in the methadone program had better physical health. In particular, the people who have attended the program for 6-10 years had a statistically significant higher rate in the scale of physical health compared with those that have attended the program for 11 to 15 years ( $p = 0,046$ ). Concerning mental health, patients who have participated in the program for shorter time, had a tendency of scoring a better average in the mental health subscale ( $p = 0,079$ ). Patients, who had the longest duration of stay in the methadone program (11-15 years), had higher values in the subscales of somatization ( $p = 0,016$ ) and in obsessive and compulsive scales ( $p = 0,036$ ). They also tended to score higher in the general symptom index subscale ( $p = 0,063$ ) and the discomfort of positive symptoms index ( $p = 0,055$ ) in comparison with the other participants.

As far as gender is concerned, women had significantly higher values in the subscales of somatization, depression, psychoticism, and in the discomfort of positive symptoms index, as well as a trend of higher scoring in the subscales of obsession and compulsion ( $p = 0,076$ ) and the anxiety scale ( $p = 0,072$ ). Regarding the marital status variable, widowers had a trend of scoring higher rates on the psychoticism subscale ( $p = 0,067$ ) compared to the other participants. Regarding the employment



status variable, pensioners had a statistically significant higher rate in the total score of the positive symptoms and in particular the difference was increased when a comparison between pensioners and the employed participants was attempted ( $p = 0,006$ ).

**Conclusions:** This quantitative study showed that patients who are in treatment for addiction using methadone have lower levels of physical and mental health, or else quality of life, as the residence time in the program increases. Therefore, a new philosophy and approach for methadone programs, with different goals and criteria, is necessary.

## Εισαγωγή

Η αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης αποτελεί μια πρόκληση για το σύστημα υγείας κάθε σύγχρονης κοινωνίας και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την αποθεραπεία και την κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων. Μεταξύ διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων, η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη, στα πλαίσια μείωσης της βλάβης (harm reduction), αποτελεί μια ευρέως διαδεδομένη μέθοδο τόσο στην Ευρώπη όσο και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων μεθαδόνης στοιχειοθετείται από τη μείωση της παράλληλης χρήσης άλλων ουσιών, από το υψηλό ποσοστό συγκράτησης στη θεραπεία, από τη βελτίωση της υγείας των χρηστών και από τη μείωση των συνοδών παραβατικών συμπεριφορών.

Στην Ελλάδα η θεραπεία με μεθαδόνη χρονολογείται από το 1996, αλλά η αποτελεσματικότητά της εγείρει διάφορα ερωτηματικά. Συχνά έχει αμφισβητηθεί από ένα μέρος της επιστημονικής κοινότητας, της κοινής γνώμης και ενίοτε και των ίδιων των υπό απεξάρτηση ασθενών. Η αμφισβήτηση αυτή έχει τις ρίζες της στην πεποίθηση ότι η μεθαδόνη είναι άλλο ένα «ναρκωτικό» και κατά συνέπεια ο εξαρτημένος παραμένει πάντα εξαρτημένος.

Όσο για τους ασθενείς, η μεθαδόνη τους επιτρέπει να ελαχιστοποιούν τις παρενέργειες της χρήσης στην καθημερινότητά τους και να αξιοποιούν τις ευκαιρίες που τους παρέχει το πρόγραμμα απεξάρτησης. Την ίδια στιγμή, όμως, «εκπαιδεύονται» να στηρίζονται πάντα στη χορήγηση της μεθαδόνης και να παραμένουν διά βίου στο πρόγραμμα κι έτσι τελικά να υποσκάπτεται ο στόχος της πλήρους απεξάρτησής τους. Το γεγονός αυτό φαίνεται να επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους, αφού όσο αυξάνεται ο χρόνος παραμονής στο θεραπευτικό πρόγραμμα η σωματική υγεία φαίνεται σταδιακά να βελτιώνεται και η ψυχική υγεία να επιδεινώνεται, εφόσον οι συνθήκες ζωής του ασθενούς δεν αλλάζουν ουσιαστικά και οι επιμέρους τομείς της ζωής του δεν αναβαθμίζονται.

Λαμβάνοντας υπόψη την έλλειψη συστηματικής έρευνας σχετικά με τα προγράμματα μεθαδόνης παρά τη μακρόχρονη παρουσία και λειτουργία τους στον ελληνικό χώρο, η παρούσα ερευνητική μελέτη επιχειρεί πρωτίστως να διερευνήσει την παρούσα ποιότητα ζωής των ασθενών στο πρόγραμμα μεθαδόνης του OKANA του Κωνσταντοπούλειου Νοσοκομείου μέσα από τη χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων.

Στο Γενικό - Θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας, αναλύονται οι έννοιες της εξάρτησης, των θεραπευτικών προσεγγίσεων και ειδικότερα της μεθαδόνης και της ποιότητας ζωής. Το πρώτο κεφάλαιο διαπραγματεύεται την έννοια της εξάρτησης, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από το ιατροκεντρικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι κυριότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις της εξάρτησης, το πρόγραμμα μεθαδόνης του OKANA και η φιλοσοφία που το διέπει, καθώς και η κριτική που έχει κατά καιρούς δεχτεί. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ποιότητα ζωής, στις θεωρίες της ετικετοποίησης και του στιγματισμού και πώς αυτές την επηρεάζουν και τέλος στα ερευνητικά δεδομένα που υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία για τη μεθαδόνη σε σχέση με την ποιότητα ζωής.

Στο Ειδικό - Ερευνητικό μέρος, στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στην ερευνητική μελέτη. Στο πέμπτο κεφάλαιο αποτυπώνονται τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας του δείγματος που προέκυψαν από τις συσχετίσεις των ερωτηματολογίων SF-12 και SCL-90-R. Στο έκτο κεφάλαιο, της συζήτησης, πραγματοποιείται ένας κριτικός σχολιασμός των αποτελεσμάτων και τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο, διατυπώνονται προτάσεις τόσο για εφαρμογή στην κλινική πρακτική, όσο και για το σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

### ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

#### 1.1 Βασικές έννοιες και ορισμοί

Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης αποτελεί σήμερα ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας με πολλαπλές κοινωνικές προεκτάσεις. Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν.) του 2014 για το έτος 2012 οι χρήστες ουσιών με κύρια ουσία την ηρωίνη στην Ελλάδα ανέρχονται σε 20.429 άτομα ηλικίας 15-64 ετών. Επίσης, την περίοδο 2011-2012 παρατηρείται αύξηση των κρουσμάτων της HIV λοίμωξης μεταξύ των χρηστών ενδοφλεβίων ουσιών, ένα σημαντικό ποσοστό (21%-24%) των οποίων είναι άστεγοι. Ταυτόχρονα, από το 2007 έως το 2011 σημειώνεται αύξηση στη χρήση κάνναβης (από 9,5% σε 13,4%) στους εφήβους ηλικίας 15-19 ετών, καθώς και χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών χαπιών (από 5% σε 9,3%).

Τα ποσοστά αυτά δείχνουν την έκταση που καταλαμβάνει η εξάρτηση στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα ήδη από την εφηβική ηλικία, καθώς και τη συνθετότητα που παρουσιάζει το προφίλ των εξαρτημένων δεδομένων των νέων κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών, στοιχεία που απαιτείται να ληφθούν υπόψη για να προσεγγίσει κανείς ουσιαστικότερα την πολυπλοκότητα της εξάρτησης και των παραμέτρων της.

Επιχειρώντας λοιπόν ένα πρώτο γενικό ορισμό, η εξάρτηση αποτελεί ένα σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων, που δείχνουν ότι το άτομο συνεχίζει τη χρήση της ουσίας, παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη λήψη της (DSM IV, 1994).

Αυτό σημαίνει ότι από τη στιγμή που ένας χρήστης έρχεται σε επαφή με μια ουσία υπάρχει μια διαβάθμιση από την περιστασιακή χρήση αυτής, στην επιβλαβή χρήση, στην κατάχρηση και τέλος στην εξάρτηση (Λιάππας & Πομίνι, 2004). Ωστόσο, η κλινική εμπειρία υποδεικνύει ότι οι περισσότεροι χρήστες ουσιών μεταβαίνουν πολύ σύντομα από τη μια φάση στην άλλη και κατά συνέπεια η εξάρτηση από μία ή περισσότερες ουσίες εγκαθίσταται γρήγορα. Σύμφωνα με τους Λιάππα και Πομίνι (2004), «η σωματική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από: α) καταναγκαστική επιθυμία για την ανεύρεση και χρήση της ουσίας, β) έντονη επιθυμία για συνεχή αύξηση της λαμβανόμενης δόσης, γ) εμφάνιση συμπτωμάτων στερητικού συνδρόμου σε περίπτωση απότομης διακοπής της ουσίας και δ)

δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές σχετικές με τη χρήση της ουσίας που επηρεάζουν δυσμενώς το χρήστη και το περιβάλλον του. Η *ψυχολογική εξάρτηση* χαρακτηρίζεται από: α) επιθυμία συνεχούς χρήσης ή κατάχρησης της ουσίας αρχικά για να βιώσει μια αίσθηση ευχαρίστησης ή να απαλύνει μια αίσθηση εσωτερικής κακουχίας και β) συνεχή αύξηση της δόσης για να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα».

Στο πλαίσιο της εξάρτησης, το άτομο βιώνει «τον καταναγκασμό της επανάληψης της χρήσης» (Jeammet, 1999) και αντιλαμβάνεται τη χρήση «ως τη μοναδική λύση για την αντιμετώπιση της οδύνης του» (MacDougal, 1987). Η εμπειρία της εξάρτησης *«ανάγεται σε ένα σωματικό αίσθημα ευχαρίστησης και ταυτόχρονα σε μια εμπειρία στρέβλωσης της σχέσης με τον άλλο, με το χρόνο, το χώρο, το κοινωνικό γίνεσθαι»* (Morel, 1997). Γι' αυτό και στην παρούσα μελέτη θα υιοθετηθεί ένας αντιπροσωπευτικότερος ορισμός της εξάρτησης -παλιότερος, αλλά εξαιρετικά εύστοχος- που την περιγράφει ως *«το προϊόν της συνάντησης μιας ουσίας με μια συγκεκριμένη ελλειμματική προσωπικότητα σε μια δεδομένη κοινωνικοπολιτιστική στιγμή»* (Olievenstein, 1977).

Στην αγγλική και αμερικάνικη βιβλιογραφία στα μέσα της δεκαετίας του 1980 υπήρχαν δυο διαφορετικοί όροι: «εθισμός» (addiction) και «εξάρτηση» (dependence). Ο όρος “addiction” (εθισμός) περιέγραφε «μια διαδικασία διαμέσου της οποίας μια συμπεριφορά που μπορεί να προκαλέσει ευχαρίστηση ή να απαλύνει μια αίσθηση εσωτερικής κακουχίας χρησιμοποιείται με τρόπο που χαρακτηρίζεται από την επαναλαμβανόμενη αδυναμία ελέγχου αυτής της συμπεριφοράς και τη συνεχή επιδίωξή της, μολονότι το άτομο γνωρίζει τις αρνητικές της συνέπειες» (Kunz, 1998). Ο όρος “addiction” αποτελούσε διευρυμένη έννοια που υποδήλωνε συμπεριφορές καταναγκασμού και συμπεριελάμβανε μια σειρά από διάφορες εξαρτητικές συμπεριφορές, όπως η βουλιμία, η ανορεξία, ο τζόγος, κ.λ.π. Ωστόσο, το 1987 στο DSM-III-R επικράτησε ο όρος «εξάρτηση» και έκτοτε η επιστημονική κοινότητα τον χρησιμοποιεί για να περιγράψει το σύνδρομο της ανεξέλεγκτης χρήσης ουσιών (O'Brien, 2010).

Τέλος, στο τελευταίο DSM-V που κυκλοφόρησε το 2013 στη σχετική ενότητα για τη Διαταραχή της Χρήσης Ουσιών (Substance-Related and Addictive Disorders), η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση καταργήθηκαν ως διαφορετικοί όροι, εφόσον δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία που να υποστηρίζουν την ύπαρξη κάποιου ενδιάμεσου σταδίου και αναφέρεται πλέον ως μία ενιαία διαταραχή που τοποθετείται σε ένα συνεχές από ήπια έως σοβαρή (DSM-V, 2013).

## 1.2 Το Ιατροκεντρικό μοντέλο

Το ιατροκεντρικό μοντέλο θεωρεί την εξάρτηση «χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο» και αναδεικνύει τη σχέση ουσίας-ατόμου. Οι Dole και Nyswander (1965), πρωτεργάτες της θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη, βασίστηκαν στην υπόθεση ότι υπάρχει στον ηρωινομανή ένα μεταβολικό έλλειμμα ανάλογο με εκείνο της ινσουλίνης στο διαβητικό. Σύμφωνα με τον Leshner (1997), διευθυντή στον Εθνικό Οργανισμό για την Κατάχρηση Ουσιών (National Institute on Drug Abuse) των Η.Π.Α., «ο εθισμός είναι μια ασθένεια του εγκεφάλου κι έχει μεγάλη σημασία». Αυτό σημαίνει ότι η παρατεταμένη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών επηρεάζει την εγκεφαλική λειτουργία, η οποία δεν επανέρχεται στην πρότερη κατάστασή της, ακόμα και μετά τη διακοπή της χρήσης. Γι' αυτό και η άποψη αυτή μπορεί να ερμηνεύει εν μέρει τη μειωμένη αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων ενάντια στην εξάρτηση.

Κατά τη δεκαετία του 1970 το θέμα της εξάρτησης έλαβε κατά κύριο λόγο ιατρική διάσταση, αφού το αποτέλεσμα της δράσης της ουσίας στον οργανισμό πήρε το χαρακτήρα «ασθένειας». Με βάση λοιπόν το ιατρικό μοντέλο αναπτύχθηκε η αντίληψη της γραμμικής αιτιότητας, δηλαδή η ουσία αποτελεί την αιτία και η ασθένεια είναι αποτέλεσμα της δράσης της στον οργανισμό. Η βιολογική θεώρηση δε λαμβάνει υπόψη της την ιδιαιτερότητα του ανθρώπινου ψυχισμού ή την προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία ενός ατόμου και αντιλαμβάνεται την εξάρτηση αποκομμένη από την κοινωνικοπολιτιστική μεταβλητή της. Γι' αυτό και στόχος της απεξάρτησης, σύμφωνα με τη βιολογική θεώρηση, είναι η διακοπή της χρήσης και η τροποποίηση της εξαρτητικής συμπεριφοράς ή αλλιώς η μείωση της βλάβης (harm reduction). Ακριβώς στην κατεύθυνση αυτή είναι βασισμένα τα προγράμματα υποκατάστασης, τα οποία, ενώ περιλαμβάνουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συνδέουν την απεξάρτηση και την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος με δύο βασικές προϋποθέσεις: την αποχή από τη χρήση ουσιών και τη διακοπή χορήγησης του υποκατάστατου (Verster & Buning, 2000).

Αυτές οι προϋποθέσεις αποτελούν και τη βασική διαφορά μεταξύ στεγνών προγραμμάτων και προγραμμάτων υποκατάστασης. Στην πραγματικότητα δεν τίθεται κάποιο δίλημμα για το ποιο θεραπευτικό πρόγραμμα διεκδικεί μεγαλύτερα ποσοστά αποτελεσματικότητας, αλλά μέσα στο πλαίσιο της εξατομίκευσης κάθε θεραπευτική προσέγγιση μπορεί και επιβάλλεται να χαρακτηρίζεται από μια ολιστική θεώρηση της εξάρτησης. Εξάλλου αυτό συμφωνεί και με την αντίληψη του Παγκόσμιου

Οργανισμού Υγείας που αντιλαμβάνεται την υγεία, όχι ως απουσία νόσου ή αναπηρίας, αλλά ως πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία.

Εάν λοιπόν η εξάρτηση ανήκει στις λεγόμενες «αρρώστιες του πολιτισμού», όπως ο καρκίνος ή οι ψυχικές παθήσεις, τότε η ιατρική από μόνη της μοιάζει να έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα και να χρησιμοποιεί μηχανιστικές αντιλήψεις, όπως ότι ο τοξικοεξαρτημένος είναι χρόνιος ασθενής με μειωμένες πιθανότητες πλήρους αποθεραπείας.

### **1.3 Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο**

Αν το ιατροκεντρικό μοντέλο χρησιμοποιεί την αντίληψη της γραμμικής αιτιότητας όπως προαναφέρθηκε, τότε το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο βρίσκεται στον αντίποδά του και χρησιμοποιεί την αντίληψη της κυκλικής αιτιότητας και της συστημικής σκέψης, δηλαδή το σύμπτωμα-εξάρτηση αποτελεί ταυτόχρονα αιτία και αποτέλεσμα της συμπεριφοράς ενός ατόμου που αλληλεπιδρά με άλλους σε διαφορετικά συστήματα. Έτσι η εξάρτηση γίνεται αντιληπτή ως ακραία μορφή αλλοτρίωσης του ατόμου από την ίδια τη φύση του και συνυφαίνεται με την «αποδόμηση» της προσωπικότητας και της κοινωνικής ζωής.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υποστηρίζει ότι οι βιολογικοί, ψυχολογικοί, και κοινωνικοί παράγοντες συνυπάρχουν στην έννοια της εξάρτησης. Ενσωματώνει επίσης: «α) το νόημα που αποδίδει το άτομο στην κατάσταση του (αντίληψη της εξάρτησης ως δυσκολία αξεπέραστη ή πρόκληση-ευκαιρία για ανανοηματοδότηση της ζωής) και β) τις συνειδητές ή ασυνειδητές ανάγκες και επιθυμίες του ατόμου και γ) το προσωπικό πρότυπο αντίδρασης του ατόμου» (DiMatteo & Martin, 2011). Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσεγγίζει την εξάρτηση σφαιρικά, «ως φαινόμενο που δεν εξαντλείται στη σχέση του οργανισμού με τις ψυχοδραστικές ουσίες, αλλά αφορά όλες τις παραμέτρους της ανθρώπινης ύπαρξης» (Μάτσα, 2008). Κατά συνέπεια, η θεραπεία περιλαμβάνει την επανένταξη του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον, αλλά και την αποκατάσταση της σχέσης με τον εαυτό του και τους «σημαντικούς άλλους».

Ενώ το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο τείνει συνεχώς να κερδίζει έδαφος στο χώρο των εξαρτήσεων και στις προηγμένες χώρες αποτελεί το μοναδικό επικρατούν μοντέλο, εντούτοις στην Ελλάδα η επιστημονική αντίληψη της εξάρτησης παραμένει αρκετά εγκλωβισμένη στο ιατροκεντρικό μοντέλο. Ενώ τα προγράμματα υποκατάστασης μιλούν για ψυχοκοινωνική υποστήριξη και διαθέτουν το σχετικό επιστημονικό προσωπικό, τιτλοφορούνται ως ΘΜΦΑΕ (Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης) και τελικά στην καθημερινή πράξη οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με το κοινωνικό στίγμα που είναι διάχυτο και με τη διαστρεβλωμένη-πλην όμως υπαρκτή- αντίληψη ότι δεν υπάρχει πλήρης απεξάρτηση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Η θεραπεία της εξάρτησης αποτελεί μια ενιαία διαδικασία που θέτει στο επίκεντρο το άτομο που πάσχει, ως μονάδα, αλλά και μέρος του κοινωνικού συνόλου. Εκτός από τη σωματική αποτοξίνωση στοχεύει στην ανασυγκρότηση και στην αναδόμηση της χαμένης ταυτότητάς του. Στα πλαίσια αυτά το θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελεί το διαμεσολαβητή μεταξύ εξαρτημένου ατόμου και κοινωνίας.

Γι' αυτό και για την απεξάρτηση απαιτούνται τρεις στοιχειώδεις προϋποθέσεις: α) η προσωπική βούληση, η ετοιμότητα και η αποφασιστικότητα του ατόμου να πρωταγωνιστήσει στη θεραπευτική διαδικασία, β) το θεραπευτικό πρόγραμμα σε σύμπραξη με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον για να δημιουργήσουν ευνοϊκότερους όρους επανένταξης του και γ) η ποικιλομορφία διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων, επαρκώς και διεπιστημονικά στελεχωμένων που να ανταποκρίνονται στην πολυπλοκότητα των αναγκών των εξαρτημένων.

Υπό το πρίσμα αυτό, η εξάρτηση «ανάγεται σε παθολογία του κοινωνικού δεσμού» και καμιά θεραπευτική αντιμετώπιση δεν μπορεί να επιτύχει παρά μόνο αν έχει και «κοινωνικοποιητικό χαρακτήρα» (Μάτσα, 2001). Ο στόχος δεν είναι να περιθωριοποιηθεί ο εξαρτημένος εντός του θεραπευτικού προγράμματος και να παραμείνει εγκλωβισμένος σ' αυτό. Αντίθετα σκοπός είναι να μπορέσει να ανανοηματοδοτήσει τη ζωή του μέσα από μια διαφορετική οπτική και το πρόγραμμα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ενστάλαξη ελπίδας και προοπτικής.

Επίσης, δεν μπορεί να παραλειφθεί ο παιδαγωγικός ρόλος του προγράμματος που στην πραγματικότητα τον επανεκπαιδεύει αρχικά στην επιβίωσή του μακριά από τις ουσίες και στη συνέχεια τον μυεί σ' ένα διαφορετικό τρόπο ζωής, σε μια ποιότητα ζωής, δίνοντας έμφαση στην ιστορία του και στη δυναμική της αλλαγής του και βοηθώντας τον να ενεργοποιήσει όλες τις δυνατότητές του και να εγκαθιδρύσει νέους κοινωνικούς δεσμούς.

#### 2.1 Στόχοι, προϋποθέσεις και είδη θεραπείας

Επειδή συχνά οι εξαρτημένοι χαρακτηρίζονται από αμφιθυμία σχετικά με την ένταξή τους σε κάποιο πρόγραμμα, είναι εξαιρετικά σημαντικό να υπάρχουν



διαθέσιμα προγράμματα στα οποία να μπορούν να ενταχθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η διαθεσιμότητα και η πολλαπλότητα των προγραμμάτων συμβάλλει στην αύξηση της εσωτερικής κινητοποίησης, η οποία είναι συνήθως περιορισμένη στην αρχή κάθε προσπάθειας απεξάρτησης.

Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλομορφία οργανισμών που παρέχουν θεραπεία στα εξαρτημένα άτομα. Ωστόσο, παρά τις διαφορές τους, τα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα έχουν τρεις κοινούς στόχους: α) την αποχή ή τη μείωση της χρήσης τοξικών ουσιών, β) τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και της κοινωνικής λειτουργικότητας και γ) τη μείωση κινδύνων για τη δημόσια υγεία και τη δημόσια ασφάλεια (Πουλόπουλος, 2011).

Δεν υπάρχει βεβαίως ενιαίο θεραπευτικό μοντέλο κατάλληλο για όλα τα εξαρτημένα άτομα, αλλά σε κάθε θεραπευτικό πλαίσιο παρέχονται υπηρεσίες που ανταποκρίνονται αποτελεσματικότερα στα προβλήματα και τις ανάγκες τους, λαμβάνοντας πάντα υπόψη την έννοια της εξατομίκευσης. Γι' αυτό και οι προϋποθέσεις ένταξης στα θεραπευτικά προγράμματα διαφοροποιούνται σύμφωνα με τις αρχές λειτουργίας τους. Εντούτοις, τρεις είναι παράγοντες που διαμορφώνουν την έκβαση της θεραπείας: α) το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης, β) τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και γ) τα χαρακτηριστικά του χρήστη (Λιάππας, 2011).

Ως προς τα είδη θεραπείας, γενικά διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α) σε αυτά που χρησιμοποιούν φαρμακευτική υποστήριξη, όπως τα προγράμματα μεθαδόνης και βουπρενορφίνης του OKANA που θα αναλυθούν περαιτέρω στη μελέτη αυτή και β) σε αυτά που εστιάζουν στην σωματική αποτοξίνωση σε συνδυασμό με την ψυχική απεξάρτηση, όπως οι θεραπευτικές κοινότητες (ΚΕΘΕΑ) ή άλλα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης (18ΑΝΩ). Επίσης, υπάρχουν ακόμα τα θεραπευτικά προγράμματα στο πλαίσιο σωφρονιστικών καταστημάτων και οι ομάδες αυτοβοήθειας. Στο σημείο αυτό θα γίνει μια συνοπτική περιγραφή αυτών των ειδών θεραπείας.

Οι θεραπευτικές κοινότητες και τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης συνιστούν για τη σωματική αποτοξίνωση, που αποτελεί το πρώτο στάδιο απεξάρτησης, να γίνεται σε ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή βάση ή εντός του θεραπευτικού προγράμματος. Στη φάση αυτή ο χρήστης αντιμετωπίζει το στερητικό σύνδρομο με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή.

Οι θεραπευτικές κοινότητες (ημερήσιας φροντίδας ή διαμονής) εμπλέκουν τα άτομα σε ένα καθημερινό πρόγραμμα το οποίο περιλαμβάνει ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία, εκπαιδευτικές δραστηριότητες, προγράμματα κοινωνικής παρέμβασης και τεχνικές προσωπικής ανάπτυξης με στόχο τη συνεχή ανάληψη

ευθυνών, την αυτογνωσία και τον επαναπροσδιορισμό των σχέσεων με την οικογένεια και την κοινωνία (Πουλόπουλος, 2011). Η διάρκεια παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα κυμαίνεται από 6-12 μήνες και το άτομο διέρχεται από διάφορες ενδιάμεσες φάσεις. Η συμμετοχή στο πρόγραμμα έχει καθαρά βιωματικό χαρακτήρα. Όσο για την απεξάρτηση, αυτή σχετίζεται άμεσα με την πορεία του ατόμου στο πρόγραμμα, το βαθμό συμμόρφωσης, τις ενδεχόμενες υποτροπές και το υψηλό ή χαμηλό κίνητρο του κάθε ατόμου.

Τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς φαρμακευτική αγωγή εμφανίστηκαν στα μέσα της δεκαετίας του 1970 και συνδυάζουν μια πληθώρα θεραπευτικών παρεμβάσεων, από απλή συμβουλευτική και οικογενειακή υποστήριξη έως εντατική ψυχοθεραπεία, αλλά παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές μεταξύ τους ως προς τη δομή, τη φιλοσοφία και την επιστημονική στελέχωσή τους (Πουλόπουλος, 2011). Η συμμετοχή στο πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει από μια μεμονωμένη επίσκεψη μέχρι και καθημερινή παρακολούθηση με συγκεκριμένο οργανωμένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων. Στα προγράμματα αυτά, όπως και στις κοινότητες απευθύνονται άτομα νεαρότερα σε ηλικία, που κάνουν ελαφρύτερη χρήση, παρουσιάζουν λιγότερη παραβατικότητα και έχουν κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο (Πουλόπουλος, 2011).

Επίσης, η απεξάρτηση μέσω των προγραμμάτων στα πλαίσια σωφρονιστικών καταστημάτων κρίνεται πολύ σημαντική, διότι ο χρήστης-κρατούμενος έχει τη δυνατότητα να επωφεληθεί πολλαπλώς από ένα τέτοιο πρόγραμμα. Έχει την ευκαιρία να διερευνήσει τους αιτιολογικούς παράγοντες που τον οδήγησαν στη χρήση και να αξιοποιήσει τα οφέλη της θεραπευτικής διαδικασίας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, συχνά εξαιτίας μιας μεγάλης ποινής. Η εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική, εάν η απεξάρτηση συνεχίζεται και μετά την αποφυλάκιση (Πουλόπουλος, 2011).

Τέλος, οι ομάδες αυτοβοήθειας των Ανώνυμων Ναρκωμανών (ΑΝ) δεν αποτελούν επίσημο φορέα αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης. Ωστόσο, πολλοί χρήστες συμμετέχουν σε αυτές τις ομάδες, οι οποίες δεν καθοδηγούνται από κάποιο ειδικό επιστήμονα, αλλά συμβάλλουν σ' αυτές με τις αφηγήσεις τους παλιότερα μέλη-χρήστες που έχουν πλέον απεξαρτηθεί και έχουν ένα πιο συμβουλευτικό ρόλο.

## **2.2 Δομές και Δίκτυα στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα τα πρώτα θεραπευτικά προγράμματα αναπτύχθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '80 από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (18 ΑΝΩ) και το

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) και είχαν τη μορφή θεραπευτικών κοινοτήτων με εσωτερική παραμονή για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους. Αυτά υπήρξαν τα λεγόμενα «στεγνά (ή κλειστά) προγράμματα» και για μεγάλο χρονικό διάστημα αποτέλεσαν τη θεραπεία-πανάκεια για το σύνολο των εξαρτημένων. Ένα τέτοιο πρόγραμμα υπήρξε η πρώτη ελληνική θεραπευτική κοινότητα, η ΙΘΑΚΗ, που ιδρύθηκε το 1983. Σε αδρές γραμμές, την περίοδο εκείνη, τα στεγνά προγράμματα απευθύνονταν σε άτομα που είχαν ισχυρότερο εσωτερικό κίνητρο θεραπείας, ήταν νεαρότερα σε ηλικία και είχαν λιγότερο βεβαρημένο ιστορικό χρήσης.

Με το πέρασμα των δεκαετιών και καθώς η ουσιοεξάρτηση εξαπλωνόταν, αναδείκνυε την ανάγκη εξατομίκευσης κάποιων ομάδων του πληθυσμού με συγκεκριμένες ανάγκες και πολλαπλές ιδιαιτερότητες. Έτσι σταδιακά δημιουργήθηκαν εξειδικευμένες δομές για γυναίκες και μητέρες εξαρτημένες, για άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα, για εφήβους, για εργαζόμενους, για φυλακισμένους, για μετανάστες και πρόσφυγες, κ.λ.π. Σήμερα υπάρχει ένα διευρυμένο δίκτυο δομών και υπηρεσιών που περιλαμβάνει: 73 Κέντρα Πρόληψης που καλύπτουν τους 50 νομούς της χώρας, 54 θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών), 42 στεγνά θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων), 18ΑΝΩ, ΨΝΘ και του ΟΚΑΝΑ και 8 προγράμματα στο πλαίσιο των φυλακών (Ε.Κ.Τ.Π.Ν., 2014) σε μια προσπάθεια να καλυφθούν ολοένα και περισσότερες ανάγκες στο χώρο της ουσιοεξάρτησης.

Ωστόσο, επειδή την τελευταία πενταετία η οικονομική κρίση προκάλεσε εξάπλωση του ιού HIV και της ηπατίτιδας C, νοσήματα αρκετά διαδεδομένα στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης, καθίσταται σαφές ότι το δίκτυο υπηρεσιών υγείας απαιτεί μεγαλύτερη διασύνδεση μεταξύ των δομών (π.χ. διασύνδεση θεραπευτικών προγραμμάτων και δημόσιων νοσοκομείων). Επίσης, με δεδομένη την οικονομική δυσπραγία, συνεχώς το προφίλ των εξαρτημένων υπόκειται σε μεταβολές, οπότε και σ' αυτήν την περίπτωση χρειάζεται εκ νέου χαρτογράφηση των μελλοντικών υπηρεσιών υγείας.

### **2.3 Ο ΟΚΑΝΑ και τα προγράμματα υποκατάστασης**

Τα προγράμματα υποκατάστασης (ΠΥ) με τη σημερινή τους μορφή αναπτύσσονται τα τελευταία 50 χρόνια στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το πρώτο πειραματικό ευρωπαϊκό πρόγραμμα μεθαδόνης λειτούργησε στην Ουψάλα

της Σουηδίας το 1965 (Γαζγαλίδης, 2003). Η χορήγηση της μεθαδόνης στις χώρες της Ευρώπης διεξάγεται με τρεις τρόπους: α) μέσω συνταγογράφησης από γενικούς γιατρούς (π.χ. Αυστρία, Ιρλανδία), β) μέσω εξειδικευμένων κέντρων και δομών (π.χ. Σουηδία, Ελλάδα) και γ) μ' ένα συνδυασμό των δύο προηγούμενων τρόπων (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, Βέλγιο).

Στην Ελλάδα, τα πρώτα προγράμματα μεθαδόνης λειτούργησαν πιλοτικά το 1996, με το νόμο 2161/93 που εισήγαγε νομοθετικά τη δυνατότητα χορήγησης υποκαταστάτων από τον ΟΚΑΝΑ. Στην πιλοτική φάση προσέφεραν 300 θέσεις θεραπείας. Με τη λήξη της πιλοτικής φάσης, υπήρξε αξιολόγηση των προγραμμάτων από ανεξάρτητη επιτροπή. Τα αποτελέσματα κρίθηκαν θετικά και αποφασίστηκε η περαιτέρω ανάπτυξη των εν λόγω προγραμμάτων, τα οποία αρχικά είχαν προβληθεί ότι στόχευαν στην απεξάρτηση. Αυτό ήταν περισσότερο μια πολιτική απόφαση που προσπάθησε να εξοικειώσει την αρνητικά προδιατεθειμένη κοινή γνώμη με την έννοια της υποκατάστασης, όταν εκείνη την περίοδο μόνο τα στεγνά προγράμματα και οι κλειστές θεραπευτικές κοινότητες αντιμετώπιζαν την ουσιοεξάρτηση.

Κεντρική φιλοσοφία των προγραμμάτων του ΟΚΑΝΑ αποτέλεσε ουσιαστικά η έννοια της μείωσης της βλάβης (harm reduction) προσπαθώντας να αναδείξει το θέμα της ουσιοεξάρτησης ως εξαιρετικά σημαντικό για τη δημόσια υγεία. Πρωταρχικός στόχος υπήρξε η προσέλκυση και η συγκράτηση των ασθενών στα προγράμματα μεθαδόνης. Ταυτόχρονα στόχευαν και στοχεύουν και σήμερα στη μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών, στην απεμπλοκή των ασθενών από τα κυκλώματα διακίνησής τους, στην απομάκρυνση των ασθενών από τη δευτερογενή εγκληματικότητα και στη βελτίωση της συνολικότερης υγείας τους (Γαζγαλίδης, 2005).

Από το 1996 έως το 2011 ένα από τα κυριότερα θέματα που συνεχώς απασχόλησε την κοινή γνώμη ήταν η χαμηλή διαθεσιμότητα θέσεων θεραπείας στα προγράμματα του ΟΚΑΝΑ, για τα οποία υπήρχε αυξημένη ζήτηση και μεγάλη λίστα αναμονής. Η επίσημη απάντηση εκ μέρους του ΟΚΑΝΑ ήταν ότι τα προγράμματα υποκατάστασης δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού στην ελληνική επικράτεια, οπότε απαιτείται μεγαλύτερη χρηματοδότηση για την ίδρυση νέων μονάδων και στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) και στην περιφέρεια, έτσι ώστε οι ασθενείς να ανήκουν σε κάποιο πρόγραμμα κοντά στον τόπο διαμονής τους. Ωστόσο, η έλλειψη υποδομών παρέμενε ένα μέρος της εξήγησης, γιατί τα προγράμματα του ΟΚΑΝΑ δεν επαρκούσαν. Άλλοι παράγοντες που συνέβαλαν στην αύξηση της λίστας αναμονής ήταν: α) από τα προγράμματα του ΟΚΑΝΑ δεν αποφοιτούσαν παρά ελάχιστοι ασθενείς που είχαν προσεγγίσει τον τελικό προορισμό «απεξάρτηση», β) δινόταν η δυνατότητα στους ασθενείς να

παραμένουν διά βίου στα προγράμματα, γ) οι ασθενείς είχαν το δικαίωμα επανεισαγωγής στα προγράμματα μετά την έκτιση ποινής για παραβατικές πράξεις, δ) το ίδιο άτομο είχε το δικαίωμα πολλαπλών επανεισαγωγών αξιοποιώντας «προνομιακούς» όρους (π.χ. με την απόκτηση παιδιού, ξεπερνώντας κάποιο όριο ηλικίας, κ.λ.π.) και ε) η βελτίωση κυρίως της σωματικής υγείας των ασθενών στα προγράμματα αύξανε το προσδόκιμο ζωής, οπότε οι θάνατοι ήταν λιγότεροι.

Το 2011 ο ΟΚΑΝΑ με Υπουργική απόφαση (ΔΥΓ6/ΓΠ. 123148 (1)- ΦΕΚ 2773/Β/2.12.2011) ξεκίνησε την ίδρυση, μεταφορά και λειτουργία Θεραπευτικών Μονάδων του σε παραχωρούμενους χώρους Νοσοκομείων. Συνολικά μέχρι σήμερα έχουν δημιουργηθεί 54 μονάδες ολοκληρωμένης θεραπείας (δηλαδή, εξειδικευμένες δομές ως προς τη χρησιμοποιούμενη ουσία υποκατάστασης (μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη) που περιλαμβάνουν έναν κορμό θεραπευτικών υπηρεσιών βασισμένο στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο σε ολόκληρη τη χώρα στις οποίες συμμετέχουν 8.236 ασθενείς. Μία από τις μονάδες αυτές περιγράφεται στην παρούσα μελέτη που στεγάζεται στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας Αττικής (Κωνσταντοπούλειο) με εγγεγραμμένους 230 ασθενείς.

#### **2.4 Η μεθαδόνη ως υποκατάστατο**

Η μεθαδόνη είναι ένα σύνθετο οπιοειδές αναλγητικό που αναπτύχθηκε στη Γερμανία στα τέλη της δεκαετίας του 1930 και απέβλεπε στην αντιμετώπιση ενδεχόμενης έλλειψης σε ακατέργαστο όπιο κατά τον πόλεμο. Το 1947 μετά την εισαγωγή της μεθαδόνης στις Η.Π.Α. πραγματοποιήθηκαν διάφορες μελέτες και ανακαλύφθηκε η δυνατότητα χρήσης της στη θεραπεία ατόμων εξαρτημένων από ηρωίνη. Δρα ως «αγωνιστής» των οπιοειδών και χρησιμοποιείται τόσο για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου, όσο και για τη σταδιακή απεξάρτηση ή τη συντήρηση των εξαρτημένων από οπιοειδή. Τα πελονεκτήματά της είναι: η δυνατότητα λήψης από το στόμα και η άμεση απορρόφησή της από τον οργανισμό, η παρατεταμένη δράση της και η σχετικά περιορισμένη ανάπτυξη ανοχής. Μία δόση μεθαδόνης είναι αποτελεσματική τουλάχιστον για 24 ώρες και μπορεί να μειώνει την επιθυμία χρήσης οπιοειδών. Η μεθαδόνη έχει αναλγητική και ηρεμιστική δράση (Γρίβας, 1995).

Οι υπέρμαχοι των προγραμμάτων μεθαδόνης υποστηρίζουν ότι αυτά απευθύνονται σε όλες τις κατηγορίες εξαρτημένων, ανεξάρτητα από το βαθμό και το χρόνο εξάρτησής τους. Διατείνονται επίσης ότι έχουν πολύ μεγάλη αποτελεσματικότητα. Αυτό βασίζεται σε μια σειρά από κριτήρια, όπως η διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα, η συγκράτηση στη θεραπεία, η αποχή από την ηρωίνη, η

απουσία παραβατικής δραστηριότητας και η δυνατότητα λειτουργίας μέσα στην κοινωνία (Γρίβας, 1995).

## 2.5 Η μεθαδόνη ως πρόγραμμα υποκατάστασης

Μετά την Υπουργική απόφαση του 2011, τα περισσότερα προγράμματα υποκατάστασης στεγάζονται στους χώρους των Γενικών Νοσοκομείων σε πανελλήνια κλίμακα και έχει γίνει μια προσπάθεια οι θεραπευόμενοι να έχουν ευκολότερη πρόσβαση σ' αυτά σύμφωνα με τον τόπο διαμονής τους.

Έτσι, οι θεραπευόμενοι έχουν τη δυνατότητα να επισκέπτονται το πρόγραμμα καθημερινά, σε εξωτερική βάση, με ωράριο που να καλύπτει τις ανάγκες τους. Το υποκατάστατο, η μεθαδόνη χορηγείται από το στόμα, είναι υδατοδιαλυτή και για τη μεταφορά της μπαίνει σε ειδικό φιαλίδιο. Κάθε ασθενής προσέρχεται για να χορηγηθεί από τον αρμόδιο νοσηλευτή την ημερήσια δοσολογία μεθαδόνης που έχει οριστεί από τον ψυχίατρο και να πάρει μαζί του και τις αντίστοιχες δοσολογίες (take-home) μέχρι την επόμενη φορά που θα επιστρέψει στο πρόγραμμα. Αυτό σημαίνει ότι δεν είναι υποχρεωτικό οι ασθενείς να προσέρχονται καθημερινά για χορήγηση, γεγονός που τους επιτρέπει να εργαστούν ή να ολοκληρώσουν κάποια εκπαίδευση, ή να εκπληρώσουν κάποιο απαιτούμενο γονεϊκό ρόλο (π.χ. ανύπαντρες μητέρες με παιδί). Εάν τους ζητηθεί, υποχρεούνται να δώσουν μια ουροληψία ενδεικτική της οποιαδήποτε χρήσης ουσιών έχουν κάνει το προηγούμενο διάστημα.

Το πρόγραμμα μεθαδόνης στελεχώνεται από ψυχίατρο (συνήθως είναι ο υπεύθυνος της εκάστοτε μονάδας), παθολόγο, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές.

Εάν ο ασθενής έχει την ανάγκη ιατρικής παρακολούθησης ή τη διενέργεια μικροβιολογικών εξετάσεων, τότε παραπέμπεται στον εκάστοτε παθολόγο κι εκείνος μπορεί να συνεργαστεί και με κάποια πιο εξειδικευμένη ιατρική μονάδα σε περίπτωση ανάγκης. Η παρουσία του παθολόγου στη μονάδα είναι καθοριστικής σημασίας, διότι οι ασθενείς του προγράμματος τις περισσότερες φορές δεν προσέρχονται οικειοθελώς και εγκαίρως σε υπηρεσίες υγείας για να εξεταστούν.

Παράλληλα ο ασθενής μπορεί να έχει κάποια ατομική συνεδρία με τον ψυχίατρο της μονάδας για συνοδές διαταραχές σχετιζόμενες με τις ουσίες ή για τη συνταγογράφηση αντίστοιχων φαρμάκων (περιπτώσεις διπλής διάγνωσης). Επίσης, μπορεί να έχει μια ατομική συνεδρία με τον προσωπικό θεραπευτή του. Υπάρχει ακόμα η δυνατότητα συνεδριών ζεύγους ή οικογενειακών συνεδριών, εφόσον αυτό κρίνεται απαραίτητο από το επιστημονικό προσωπικό.

Όπως ορίζεται στο άρθρο 48 της Υπουργικής Απόφασης αριθμ.Υ5γ/Γ.Π.οικ.100847-ΦΕΚ 1343/ Β/14.10.2002 και ΦΕΚ Α 191-2007 Κεφάλαιο Ι και στο Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ (2012) «οι στόχοι των προγραμμάτων υποκατάστασης είναι οι εξής: α) σε σχέση με την ελαχιστοποίηση των κινδύνων από τη χρήση:

- η συγκράτηση του ασθενούς στο πρόγραμμα με θέσπιση κινήτρων,
- η μείωση της παράλληλης χρήσης,
- η μείωση της παραβατικότητας,
- ο περιορισμός του ενδεχόμενου προσβολής από μολυσματικές ασθένειες και η μετάδοσή τους σε τρίτους,
- η σταθεροποίηση σε έναν κανονικό τρόπο ζωής που συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/ κατάρτιση, με σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση

β) σε σχέση με την απεξάρτηση

- η αποχή από τη χρήση οπιοειδών,
- η αποχή από τη χρήση άλλων ναρκωτικών,
- η αποχή από την κατάχρηση αλκοόλ,
- η μείωση της παραβατικότητας και η διασφάλιση της υγείας,
- η εξεύρεση εργασίας/ παραγωγικής απασχόλησης, βελτίωση του επιπέδου σπουδών και η επαγγελματική αποκατάσταση».

Όπως καθίσταται σαφές από τα προαναφερθέντα, η στοχοθεσία του προγράμματος είναι πολύπλευρη και καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Ωστόσο, στην κλινική πρακτική, αρκετοί από αυτούς τους στόχους παραμένουν ανεκπλήρωτοι εξαιτίας είτε του μειωμένου κινήτρου των ίδιων των ασθενών, είτε της έλλειψης διασύνδεσης με άλλους δημόσιους φορείς ή εξειδικευμένα κέντρα ψυχικής υγείας, είτε της αντίληψης κάποιων εργαζόμενων ότι η εξάρτηση είναι «χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος» και άρα ο ασθενής έχει ανάγκη μόνο την ουσία.

Είναι σημαντικό, τέλος, να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει χρονικός ορίζοντας ολοκλήρωσης του προγράμματος. Αυτό συνεπάγεται ότι ο ασθενής μπορεί να παραμένει διά βίου στο πρόγραμμα χωρίς να του ασκείται πίεση για την πλήρη απεξάρτησή του. Αυτό έχει τις ακόλουθες «παρενέργειες»: α) η λίστα αναμονής για τα προγράμματα του ΟΚΑΝΑ κυρίως στην Αττική δεν έχει ταχεία απορρόφηση, με αποτέλεσμα οι ασθενείς που περιμένουν να εκτίθενται σε μεγαλύτερους κινδύνους, β)

οι στόχοι των προγραμμάτων να μην εκπληρώνονται, και η χρησιμότητά τους να αμφισβητείται, εφόσον πλήρης απεξάρτηση δεν επιτυγχάνεται, διότι ο ασθενής παραμένει πάντα χορηγούμενος του προγράμματος και δεν μεταβαίνει στην κοινωνική επανένταξη. Η στασιμότητα του ασθενή στη φάση αυτή συνοδεύεται από έντονο κοινωνικό στίγμα, εφόσον στη λαϊκή αντίληψη απεξαρτημένος θεωρείται μόνο ο κοινωνικά ενταγμένος.

### 2.5.1 Κριτική του προγράμματος μεθαδόνης

Τα προγράμματα μεθαδόνης έχουν δεχτεί κατά καιρούς δριμεία κριτική από τις θεραπευτικές κοινότητες και τα στεγνά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ και του 18 ΑΝΩ, των οποίων μια βασική τους πεποίθηση αποτελεί ότι *«η μεθαδόνη είναι ουσία φαρμακευτική (pharmaceutical) και προέρχεται από τη λέξη «φάρμακον», η οποία σημαίνει «γιατρικό», αλλά και «δηλητήριο»* (Μάτσα, 2012). Άρα, οι ασθενείς της μεθαδόνης ανήκουν σ' ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο μπορεί και να τους καθιστά ακόμα πιο εξαρτημένους και ότι αυτό συνάδει με την τάση της σύγχρονης κοινωνίας να ιατρικοποιεί κάθε φαινόμενο. Κατά συνέπεια το φάρμακο αποτελεί τον πυρήνα της ιατρικής διάστασης της εξάρτησης.

Επίσης συχνά αναφέρεται ότι οι ασθενείς της μεθαδόνης υποφέρουν από σοβαρά στερητικά συμπτώματα, όταν τη διακόπτουν, επιστρέφουν στην «πιάτσα» και εμπλέκονται σε δολοηψίες πουλώντας τη μεθαδόνη τους για να βιοποριστούν και τέλος παράλληλα με τη μεθαδόνη κάνουν παράλληλη χρήση κι άλλων ουσιών. Με τον τρόπο αυτό αποκαλύπτεται *«μια νόμιμη βιομηχανία εθισμού που υπόσχεται θεραπεία, ενώ στην πραγματικότητα πουλάει υγρές αλυσίδες»* (Μάτσα, 2012). Οπότε στην πραγματικότητα το πρόγραμμα υποκατάστασης δεν επιτελεί κανένα θεραπευτικό έργο, παρά μόνο ίσως «χαρίζει» μερικά χρόνια ζωής σε μερικούς ασθενείς, οι οποίοι θα είχαν πολύ πρόωρη κατάληξη, εάν δε λάμβαναν οποιαδήποτε ιατρική και ψυχοκοινωνική φροντίδα.

Οι επικριτές της μεθαδόνης δεν ασπάζονται την αντίληψη ότι η «εξάρτηση αποτελεί χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο του εγκεφάλου», όπως υποστηρίζει ένα μέρος της ιατρικής κοινότητας. Αντίθετα, θεωρούν ότι η ετικέτα της «νόσου» έχει κατασκευαστεί κοινωνικά, με την αμέριστη συνδρομή του ιατρικού κόσμου, κι αποσκοπεί στο να απενοχοποιήσει την κοινωνία από την ευθύνη της και να στιγματίσει τον εξαρτημένο και την οικογένειά του (Μάτσα, 2008). Γι' αυτό και η πρόταση για τη θεραπεία του είναι ένα υποκατάστατο. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης *«καλλιεργεί την ανοχή στο “σύμπτωμα”, χωρίς να αφήνει χώρο στην ανοχή στο πρόσωπο, που πάσχει και γίνεται φορέας αυτού του*



“συμπτόματος”... ένα πλαίσιο, στο οποίο κυριαρχεί ο θετικισμός και ο βιολογικός αναγωγισμός» (Μάτσα, 2008).

Σύμφωνα με τη Μάτσα (2008), «αυτή είναι μια πολιτική που εφαρμόζεται στο πλαίσιο της «διαχείρισης της περίθαλψης» (*management care*), της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας και της αποδόμησης του κράτους πρόνοιας». Ενώ, λοιπόν, με την ίδρυση προγραμμάτων υποκατάστασης σχεδόν σε όλα τα γενικά νοσοκομεία της χώρας ο ΟΚΑΝΑ πέτυχε να μειωθεί η λίστα αναμονής των ασθενών και να δοθεί μια πραγματική ευκαιρία σε όλο και περισσότερους εξαρτημένους, επειδή αυτό το εγχείρημα διεξήχθη σε περίοδο οικονομικής κρίσης και λιτότητας για τη χώρα έλαβε και πολιτικές διαστάσεις, διότι την ίδια στιγμή συρρικνώνονταν άλλοι φορείς απεξάρτησης και δομές ψυχικής υγείας, ενώ εξαπλώνονταν τα προγράμματα υποκατάστασης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ

Τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα ζωής (quality of life) και η ευημερία (well-being) μεμονωμένων ατόμων, αλλά και συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού βρίσκονται συνεχώς στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της παγκόσμιας επιστημονικής κοινότητας. Επειδή ακριβώς αποτελούν πολυδιάστατες έννοιες με ποικίλες παραμέτρους, οι ερευνητές αναπτύσσουν συνεχώς νέα επιστημονικά εργαλεία για την αξιόπιστη και έγκυρη μέτρησή τους. Ωστόσο, στην ελληνική πραγματικότητα και στο πλαίσιο της απεξάρτησης, η ποιότητα ζωής συχνά αποτελεί μια έννοια παρεξηγημένη, αφού οι ασθενείς στα θεραπευτικά προγράμματα «οφείλουν» να αρκούνται στην επιβίωσή τους και να μη θέτουν τόσο μακροπρόθεσμους στόχους που μπορεί να ξεπερνούν ακόμα και το προσδόκιμο ζωής τους.

Ιδιαίτερα στην περίπτωση των προγραμμάτων υποκατάστασης που υποστηρίζουν ότι η εξάρτηση αποτελεί χρόνια και μάλιστα υποτροπιάζουσα ασθένεια, γίνεται αντιληπτό πόσο ο εξαρτημένος συχνά παραμένει ουσιαστικά εγκλωβισμένος στην αναζήτηση της ουσίας (μεθαδόνη) με κυριολεκτική σημασία και σπάνια μεταβαίνει στην αναζήτηση της «ουσίας», δηλαδή του βαθύτερου νοήματος που αποκτά η ζωή κατά τη διάρκεια της απεξάρτησης. Στην προσπάθεια προσέγγισης αυτής της νοηματοδότησης εμπλέκεται κι όρος «*ποιότητα ζωής*».

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναπτυχθούν οι εννοιολογικές προσεγγίσεις της ποιότητας ζωής (ΠΖ) και πώς αυτή συσχετίζεται με τη χρόνια νόσο, θα περιγραφούν οι θεωρίες της ετικετοποίησης και του στιγματισμού και θα παρουσιαστούν τα ερευνητικά δεδομένα στον τομέα της απεξάρτησης και ειδικότερα στα προγράμματα μεθαδόνης.

#### 3.1 Ορισμοί της Ποιότητας Ζωής

Ο Lehman (1983) υποστήριξε ότι η ποιότητα ζωής, αν και επιδέχεται πολλαπλούς ορισμούς, περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις: α) τι είναι ικανό το άτομο να κάνει, β) την πρόσβαση σε πόρους και ευκαιρίες ώστε να μπορέσει να τις αξιοποιήσει για την επίτευξη των ενδιαφερόντων του και γ) το αίσθημα ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο.

Αργότερα, αναπτύχθηκε και η έννοια της «εσωτερικής ποιότητας ζωής» από τον Naess (1987), σύμφωνα με την οποία η ποιότητα ζωής θεωρείται καλή, όταν το

άτομο: α) είναι δραστήριο και ασχολείται με εξωτερικές δραστηριότητες που δίνουν σημασία στη ζωή του, β) έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις που του εξασφαλίζουν την αίσθηση του ανήκειν, γ) νιώθει αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, γνωρίζει τις δεξιότητές του και ικανοποιείται από τις επιτυχίες του δ) είναι χαρούμενο, βρίσκει τη ζωή όμορφη και αισθάνεται ασφαλές.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει δώσει μεγαλύτερη έμφαση στην υποκειμενική διάσταση της ποιότητας ζωής και την ορίζει ως την *«υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους»* (WHOQOL, 1995).

Οι έρευνες που έχουν γίνει διαχρονικά για την ποιότητα ζωής (quality of life) και την ευημερία (well-being) αναδεικνύουν μια σειρά από παραμέτρους που τις προσδιορίζουν. Σε μια έρευνα των Andrews & Whitney (1974), εντοπίστηκαν δώδεκα παράγοντες, αντικειμενικοί και υποκειμενικοί, που παίζουν κύριο ρόλο στην *«αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής»*: α) αυτοεκτίμηση, β) οικογενειακή ζωή, γ) οικονομικό επίπεδο, δ) απόλαυση ζωής, ε) στέγη, στ) οικογενειακές δραστηριότητες, ζ) διάθεση χρόνου, η) δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, θ) κυβέρνηση, ι) πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγορά, ια) υγεία, ιβ) εργασία και απασχόληση.

Πιο εξειδικευμένα, στον τομέα της κλινικής Ιατρικής έχει αναπτυχθεί ο όρος *«η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής»* (ΣΥΠΖ) (health-related quality of life) που αναφέρεται στον *«τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και στις άλλες, μη ιατρικές, πλευρές της ζωής τους»* σύμφωνα με τους Gill & Feinstein (1994). Λαμβάνοντας υπόψη αυτόν τον ορισμό, η κλινική Ιατρική έδωσε αρχικά έμφαση στους αρνητικούς δείκτες ποιότητας ζωής (π.χ. θνησιμότητα, νοσηρότητα, βαθμός αναπηρίας, αριθμός ημερών νοσηλείας) και αργότερα στους θετικούς δείκτες (π.χ. επιβίωση, αναμενόμενα χρόνια ζωής) με στόχο την εκτίμηση της γενικής κατάστασης υγείας (health status) και της λειτουργικότητας.

Με μια συνολικότερη οπτική πρέπει να επισημανθεί ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, *«του οποίου η λειτουργία διέπεται, τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης, όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των ιδιαίτερων-προσωπικών αναγκών του κάθε ατόμου ξεχωριστά»*, (Σαρρής, 2001). Οι προσδιοριστικοί

παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων κατηγοριοποιούνται ως εξής (Σαρρής, 2001):

- κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας
- οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες
- κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες
- ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες
- περιβαλλοντολογικοί παράγοντες
- γεωφυσικοί παράγοντες
- δημογραφικοί παράγοντες
- υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες

Εξαιτίας της πολυπαραγοντικότητας του φαινομένου, η μελέτη για την ποιότητα ζωής αποτελεί συνάρτηση της υποκειμενικής διάστασης και την αντικειμενικής διάστασης, δηλαδή εξαρτάται τόσο από την εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του, όσο και από την εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν τη ζωή του. Γι' αυτό και στις σχετικές μελέτες χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός εργαλείων για την εκτίμηση των δύο διαστάσεων, της αντικειμενικής και της υποκειμενικής. Όμως επειδή ακριβώς η ποιότητα ζωής είναι και πολυσήμαντη και πολυεπίπεδη έννοια, προκύπτουν διάφορες δυσκολίες στη διεξαγωγή ερευνών, όπως η προσωπικότητα και οι προτεραιότητες του ασθενούς, οι αλλαγές στην αυτο-αντίληψη της ποιότητας ζωής και η αλληλεπίδραση των παραγόντων που επηρεάζουν την ίδια την ποιότητα ζωής (Νάκου, 2001).

### **3.2 Η Ποιότητα ζωής στη χρόνια νόσο και στην εξάρτηση: εννοιολογικές προσεγγίσεις**

Οι χρόνιοι ασθενείς αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία ατόμων που πασχίζουν να αποκτήσουν ποιότητα ζωής μέσα σε αντίξοες συνθήκες που προκαλεί η ασθένεια με τα ιδιαίτερα συμπτώματά της και συχνά σε βάθος χρόνου, κυρίως εάν η ασθένειά τους δεν είναι ιάσιμη, αλλά απλώς διαχειρίσιμη. Στην περίπτωση των ασθενών σε προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη, οι ασθενείς θεωρούνται χρόνιοι και αναπτύσσουν μια σειρά από μηχανισμούς που θα περιγραφούν αναλυτικότερα παρακάτω και οι οποίοι σε μεγάλο βαθμό προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής τους.

### 3.2.1 Η εμπειρία της χρόνιας ασθένειας

Σύμφωνα με τον Parsons (1951), η ασθένεια έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά: την εξάρτηση από τους άλλους, την ψυχική παλινδρόμηση σε πρώιμα αναπτυξιακά στάδια, την επαφή με τον ειδικό και τη θεραπεία-ανάρρωση κι ο ρόλος του ασθενή περιγράφεται με όρους δικαιωμάτων και υποχρεώσεων που έχει. Ειδικότερα οι ασθενείς στη μεθαδόνη έχουν συγκεκριμένες ανάγκες λόγω της νόσου τους (π.χ. ανάγκη για επιδόματα, φάρμακα, θεραπείες), είναι υποχρεωμένοι να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις του «ρόλου του ασθενούς», δηλαδή να ζητούν τη βοήθεια ειδικών και να προσαρμόζονται στις οδηγίες τους, να συμμορφώνονται με τη θεραπεία και το πιο σημαντικό, να γνωστοποιούν την ανικανότητά τους, ώστε να εξασφαλίζουν τις απαραίτητες παροχές. Εξαιτίας αυτού του δευτερογενούς οφέλους, οι ασθενείς αυτοί εύκολα ενστερνίζονται το «ρόλο του ασθενούς» (sick role), όπως περιγράφηκε από τον Parsons (1951), αδυνατώντας να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής και να είναι λειτουργικοί στους κοινωνικούς τους ρόλους.

Ταυτόχρονα, η μακρόχρονη χορήγηση μεθαδόνης έχει μια καταλυτική επίδραση στην αντίληψη του ασθενή για τον ίδιο, τη διαδικασία της απεξάρτησης και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον με το οποίο έρχεται σε επαφή. Επειδή απουσιάζει η έννοια της ίασης-απεξάρτησης, οι μηχανισμοί και οι διεργασίες που αναπτύσσονται στον ασθενή παρουσιάζουν μεγαλύτερη πολυπλοκότητα και συνθετότητα που προκύπτει από το ίδιο το βίωμα της ασθένειας.

Σύμφωνα με τον Bury (1982) λοιπόν, η χρόνια ασθένεια προσδιορίζεται αρχικά από το εύρος που παρουσιάζει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και προκαλεί μια «εισβολή» στην εικόνα του σωματικού εαυτού, ενώ ταυτόχρονα εισάγει την αμφιβολία για την αξία του εαυτού. Το άτομο χάνει την εμπειρία της «φυσιολογικής» ζωής και ο σχεδιασμός ζωής ακυρώνεται ή ανατρέπεται. Η χρόνια ασθένεια εισάγει το άτομο στον κόσμο του πόνου, ή πιθανόν ακόμα και του θανάτου διαταράσσοντας με ξαφνικό τρόπο τους κανόνες της αμοιβαιότητας και της αλληλεξάρτησης με το κοινωνικό περιβάλλον.

Σύμφωνα με τη θεωρία της αποξένωσης (Fabrega and Manning, 1972), το άτομο αρχικά ενδέχεται να αντιλαμβάνεται την ασθένεια ως κάτι ξεχωριστό από τον εαυτό. Οπότε η έννοια της ασθένειας αντικειμενικοποιείται μέσα από την ιατρική της διάσταση κι έτσι το άτομο δεν ταυτίζεται με την ασθένεια, αλλά εντάσσει τα συμπτώματα (από τη χορήγηση της μεθαδόνης) ως μέρος της ζωής του.

Η αρχική σημασία που θα αποδοθεί στην ασθένεια σχετίζεται άμεσα με τις συνέπειες που θα έχει στη ζωή του ατόμου κι έτσι αυτό αναζητά πληροφορίες-καθοδήγηση από άλλους ασθενείς με σκοπό να προσαρμοστεί στα καινούρια δεδομένα. Επιπλέον, ανάλογα με τις κοινωνικές συνδιαλλαγές που έχει, αποδίδει άλλοτε θετικές σημασίες στην ασθένεια (π.χ. η ασθένεια ως ευκαιρία επανεκτίμησης του νοήματος ζωής) κι άλλοτε αρνητικές (π.χ. η ασθένεια ως προσωπική αποτυχία). Ενίοτε, ακόμα και η αλλαγή των συμπτωμάτων του, μπορεί να επηρεάζει την κοινωνική αλληλεπίδραση κι αυτό να επιφέρει αλλαγή στην εμπειρία του και στη νοηματοδότηση της ασθένειας.

Προβαίνει αρχικά σε πρακτική διαχείριση των συμπτωμάτων και μετά προσπαθεί να αντιληφθεί την επίδραση της ασθένειας σε κάθε στάδιο ζωής ξεχωριστά, να νοηματοδοτήσει την εμπειρία του σε σχέση με την ταυτότητά του και την κουλτούρα του, να δομήσει μια καινούρια εικόνα βασισμένη σ' αυτές τις προσδοκίες που νομίζει ότι έχουν οι άλλοι. Όλα τα παραπάνω συνθέτουν τον όρο της βιογραφικής αποδιοργάνωσης (biographical disruption) για την οποία μίλησε ο Bury (1982).

Η βιογραφική αποδιοργάνωση έχει τρεις διαστάσεις: α) αποδιοργάνωση των δεδομένων παραδοχών και συμπεριφορών (taken-for-granted), β) βαθύτερη αποδιοργάνωση των ερμηνευτικών συστημάτων με αποτέλεσμα την επανεξέταση της αντίληψης του εαυτού (self-concept) και γ) την αντίδραση στην αποδιοργάνωση, δηλαδή την κινητοποίηση όλων των μέσων για τη διαχείριση της νέας κατάστασης (Bury, 1982).

Σε μια προσπάθεια εξήγησης (explanation) και νομιμοποίησης (legitimacy) (Bury, 1982), το άτομο συλλέγει πληροφορίες για να απαντήσει στο βασανιστικό ερώτημα «γιατί σε μένα?». Προβαίνει λοιπόν σε μια αναζήτηση και δημιουργία αποθέματος γνώσης σε μια απόπειρα επανεξέτασης του παρελθόντος του για να εντοπίσει την αρχική αιτία της ασθένειας, που άλλοτε μπορεί να την αποδίδει σε κληρονομικά αίτια, κι άλλοτε σε έντονες συναισθηματικές εμπειρίες της ιστορίας του. Οι επιστημονικές εξηγήσεις μπορεί να μην καλύπτουν τη βαθύτερη συναισθηματική του ανάγκη, αλλά την ίδια στιγμή είναι επιτακτικό να επενδύσει και στη σημασία της θεραπείας. Άλλοτε η αντίληψη της θεραπείας εκλαμβάνεται ως λύτρωση, άλλοτε ως βάσανο. Γι' αυτό, όταν η θεραπεία δεν έχει χρονικό ορίζοντα, η ελπίδα και η απελπισία εναλλάσσονται.

Γι' αυτό και στις χρόνιες ασθένειες η ποιότητα ζωής αποτελεί συνάρτηση των προσδοκιών του ασθενή και των επιτευγμάτων του. Όσο πιο μικρό το χάσμα μεταξύ αυτών των δύο, τόσο μεγαλύτερη είναι η ποιότητα ζωής (Bottomley, 2002). Επίσης, η ποιότητα ζωής σηματοδοτείται από την επίδραση της ασθένειας στη λειτουργικότητα και την επακόλουθη θεραπεία της στον ασθενή, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τον ίδιο (Bottomley, 2002).

Συνεπώς, καθώς το άτομο προσπαθεί να εξοικειωθεί με την έννοια της ασθένειας, θέτει και προσωπικούς στόχους που διαφοροποιούνται από τους ιατρικούς στόχους. Χρησιμοποιεί τη διαδικασία της εκλογίκευσης για να επανεδραιώσει την αξία του εαυτού και να μειώσει την απειλή που μπορεί να βιώνει στο κοινωνικό πλαίσιο. Χρειάζεται συχνά να προβεί σε νέες αφηγηματικές ανακατασκευές για να δημιουργηθεί ένα καινούριο νόημα για τη ζωή και να «επιδιορθώσει» τη βιογραφική αποδιοργάνωση που έχει υποστεί.

Όπως επισημαίνει ο Bury (1991), η μακροπρόθεσμη προσαρμογή στην ασθένεια περιλαμβάνει τρεις διαφορετικές διαδικασίες: α) την αντιμετώπιση (coping), β) τη στρατηγική (strategy) και γ) το ύφος (style).

Η αντιμετώπιση αναφέρεται κυρίως στις γνωστικές διεργασίες που επιστρατεύονται για να μάθει το άτομο να ανέχεται ή να αντεπεξέρχεται στις επιπτώσεις της ασθένειας. Η εξομάλυνση (normalization) αποτελεί μια μορφή αντιμετώπισης και αναφέρεται στην ψυχολογική αποστασιοποίηση από τον αντίκτυπο της ασθένειας ή στη νοηματοδότησή της ως «φυσιολογικής», έτσι ώστε να διατηρείται μια αίσθηση αξίας και νοήματος στη ζωή.

Άλλοι ερευνητές, όπως η Nettleton (2002), αναφέρονται και σε μια άλλη σημαντική έννοια που υπεισέρχεται στην αντιμετώπιση της ασθένειας: την εξισορρόπηση (balancing). Η εξισορρόπηση αφορά στη διατήρηση της μέγιστης δυνατής ομαλότητας για να υπάρχει μεγαλύτερη λειτουργικότητα και ανεξαρτησία, καθώς το άτομο μπορεί να αντιμετωπίζει τον κίνδυνο του στιγματισμού και του αποκλεισμού. Η διαδικασία της εξισορρόπησης περιλαμβάνει επίσης και σημαντικές αποφάσεις, όπως π.χ. την αποκάλυψη ή μη της ασθένειας σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον ανάλογα με τις συνέπειες που μπορεί να επιφέρει.

Η στρατηγική (Bury, 1991) αναφέρεται στις ενέργειες και στις δράσεις του ατόμου για τη διαχείριση των προβλημάτων της ασθένειας και στην άντληση πόρων (resources) από το κοινωνικό περιβάλλον. Στη στρατηγική εντάσσεται και η ενέργεια (energy) που καταβάλλει για να προσαρμοστεί, να εντοπίσει υποστηρικτικά δίκτυα τα

οποία θα του παρέχουν φροντίδα και υποστήριξη (π.χ. ομάδες αυτό-βοήθειας) και να θέσει πιο ρεαλιστικούς στόχους με σκοπό τη διατήρηση της καθημερινής ζωής.

Τέλος, το ύφος (Bury, 1991) αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιδρά και παρουσιάζει σημαντικά χαρακτηριστικά της ασθένειάς του. Το ύφος περιλαμβάνει τα διαφορετικά συμβολικά νοήματα που αποδίδει το άτομο στην ασθένεια, τις κοινωνικές πρακτικές που αναπτύσσει, την ύπαρξη επιλογής ενός τρόπου ζωής (lifestyle), παρά τους περιορισμούς και τα εμπόδια της ασθένειας.

### **3.2.2 Η θεωρία της ετικετοποίησης**

Η βασική ιδέα τέθηκε από τον Edwin Lemert και αναπτύχθηκε από τον Howard Becker, ο οποίος περιέγραψε την ασθένεια ως μια μορφή απόκλισης και διατύπωσε τη θεωρία της ετικετοποίησης (Porter, 2009). Διέκρινε την απόκλιση σε δυο κατηγορίες: την πρωτογενή και τη δευτερογενή. Ο όρος «πρωτογενής απόκλιση» αναφέρεται σε συμπεριφορές που αποκλίνουν από τους κανόνες που έχει θέσει η κοινωνία, και συνεπώς εμφανίζονται ως παράξενες, ανεπιθύμητες, παθολογικές. Μπορεί η αιτία αυτής της απόκλισης να είναι πολυπαραγοντική, να έχει να κάνει με κοινωνικούς, πολιτισμικούς, ψυχολογικούς, και οργανικούς λόγους, αλλά το σημαντικό είναι ότι αυτή η πρωτογενής απόκλιση δεν επηρεάζει την εκτέλεση των κοινωνικών ρόλων και τη γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου (Becker, 1963).

Η ενίσχυση της πρωτογενούς απόκλισης, μέσω τιμωριών, απόρριψης και περιθωριοποίησης, ονομάζεται «δευτερογενής απόκλιση», κατά την οποία το άτομο εσωτερικεύει το ρόλο του αποκλίνοντος. Βασικός είναι ο ρόλος της ταυτότητας της ασθένειας για το πέρασμα από την πρωτογενή στη δευτερογενή απόκλιση, αλλά και άλλοι παράγοντες, όπως η ένταση των συμπτωμάτων και η ανοχή της απόκλισης από την ευρύτερη κοινωνία. Όσο πιο εμφανή είναι τα συμπτώματα και όσο λιγότερο ανεκτική η κοινωνία, τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες το άτομο να περάσει από την μία απόκλιση στην άλλη και να ανταποκριθεί στο ρόλο του ασθενή, εμφανίζοντας εντονότερα συμπτώματα και χειρότερη πρόγνωση (Becker, 1963).

### **3.2.3 Η θεωρία του στιγματισμού**

Η θεωρία του στιγματισμού αναπτύχθηκε από τον Goffman το 1963, ο οποίος περιέγραψε το στίγμα ως μια συμβολική ιδιότητα η οποία αποδίδεται στο άτομο που



αδυνατεί να διατηρήσει μια αξιόπιστη κοινωνική ταυτότητα εξαιτίας μιας συγκεκριμένης (κοινωνικής) συνθήκης. Το στίγμα δε συνιστά εγγενή ιδιότητα ενός χαρακτηριστικού ή μιας συμπεριφοράς, αλλά είναι αποτέλεσμα κοινωνικής κατασκευής (Οικονόμου, 2005).

Το στίγμα λοιπόν ως απαξιοτικό χαρακτηριστικό υποδηλώνει μια ασυμφωνία ανάμεσα στη «δυνητική» και την «πραγματική» κοινωνική ταυτότητα. Με αυτή την έννοια το στίγμα συνιστά μια ιδιαίτερη σχέση μεταξύ γνωρίσματος και στερεότυπου, η οποία νοσηματοδοτείται αρνητικά και φθείρει την κοινωνική ταυτότητα του ατόμου, οδηγώντας το στον κοινωνικό αποκλεισμό και στην περιθωριοποίηση (Goffman, 2001).

Υπάρχουν τρία είδη στιγματισμού: ο στιγματισμός του σώματος λόγω ατελειών ή δυσμορφιών, ο στιγματισμός της προσωπικότητας λόγω της ύπαρξης ψυχικών παθήσεων ή της εμφάνισης εγκληματικής συμπεριφοράς και ο στιγματισμός μιας ολόκληρης κοινωνικής ομάδας ή φυλής ή κοινωνικής τάξης. Τα πρώτα δύο είδη σχετίζονται άμεσα με τις επιπτώσεις που βιώνει κάποιος με χρόνια ασθένεια ή αναπηρία και το τρίτο είδος συνδέεται με την ιδέα του ανήκειν σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα (π.χ. άτομα υπό απεξάρτηση).

Μια άλλη διάκριση την οποία περιέγραψε ο Goffman (2001), αφορά στο «βιωμένο» (felt) στίγμα, δηλαδή ένα συναίσθημα που το άτομο βιώνει ή φοβάται ότι θα βιώσει, αλλά ίσως αυτό τελικά να μη γίνει πραγματικότητα και στο «εκδηλωμένο» (enacted) στίγμα, το οποίο αποτελεί γεγονός. Οι ασθενείς στη μεθαδόνη βιώνουν και τα δυο είδη και μάλιστα πολλές φορές το βιωμένο στίγμα μπορεί να προκαλεί το εκδηλωμένο.

Στην περίπτωση που το στίγμα είναι εμφανές ή γνωστό, τότε το άτομο καθίσταται «απαξιωμένο» (discredited) και πρωταρχικό του μέλημα είναι να διαχειριστεί την πολυπλοκότητα που προκαλείται στην οποιαδήποτε κοινωνική συνδιαλλαγή του. Εάν η διαφορετικότητα δεν είναι ορατή ή δεν είναι γνωστή σε τρίτους, τότε το άτομο είναι απαξιώσιμο (discreditable) και καλείται να διαχειριστεί τις επίμαχες πληροφορίες σχετικά με τη μειονεξία του (Goffman, 2001).

Από τα προαναφερθέντα συνάγεται το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς στη μεθαδόνη βιώνουν κοινωνική υποτίμηση και πριν ενταχθούν στα προγράμματα υποκατάστασης, αφού εκλαμβάνονται ως «εξαρτημένοι» και στη συνέχεια ως ασθενείς υπό απεξάρτηση βιώνουν ένα καινούριο κοινωνικό αποκλεισμό, αφού δεν μπορούν στην πραγματικότητα να συμμετέχουν ισότιμα στις κοινωνικές διαδικασίες,

γεγονός που προσδιορίζει αρνητικά σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής τους και όλες τις παραμέτρους της, όπως ορίστηκαν προηγουμένως.

### **3.3 Ποιότητα ζωής και εξάρτηση-απεξάρτηση: ερευνητικά δεδομένα**

Μέχρι το 2000, οι έρευνες για την ποιότητα ζωής αφορούσαν κυρίως σε χρόνιες ασθένειες, όπως ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Sanders et al, 1998). Στον τομέα των εξαρτήσεων και των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης υπήρχαν πολύ περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα. Αυτό μπορεί πιθανόν να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι οι χρήστες ουσιών δε θεωρούνταν αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης (Montagne, 2002, Drumm et al, 2003, Kolind, 2007).

Παράλληλα οι έρευνες που διεξάγονταν σχετικά με την εξάρτηση ξεκινούσαν από μια μονομερή εστίαση στις νόρμες και τις αξίες της κοινωνίας, παρά αφουγκράζονταν τις προσωπικές εμπειρίες των χρηστών (Fischer et al, 2001, Stajduhar et al, 2009). Κατά συνέπεια, περισσότερη προσοχή έχει δοθεί σε κοινωνικά επιθυμητά αποτελέσματα (π.χ. διακοπή της χρήσης ουσιών, αναζήτηση εργασίας, απουσία παραβατικότητας), όπως προκύπτει από τις έρευνες των Ward et al (1999), των Mattick et al (2003) και των Fischer et al (2005) και σε αποτελέσματα σχετικά με την υγεία (π.χ. πρόληψη μολυσματικών ασθενειών), όπως προκύπτει από τις μελέτες των Farrell et al (2005) και των Verrando et al (2005).

Το 1996, οι Ryan & White διεξήγαγαν μια από τις πιο σημαντικές μελέτες για την ποιότητα ζωής μεταξύ χρηστών ηρωίνης. Χρησιμοποίησαν την κλίμακα SF-36 σε δείγμα 100 χρηστών ηρωίνης σε πρόγραμμα μεθαδόνης στην Αυστραλία και έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών ήταν σημαντικά χειρότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού και περισσότερο συγκρίσιμη με αυτή των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές. Επίσης, το 1997, οι Torrens et al, σε μια μακρόχρονη μελέτη με δείγμα 135 ασθενών χρησιμοποίησαν την κλίμακα Nottingham Health Profile και διαπίστωσαν μια σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που ακολουθούσαν θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα της θεραπείας.

Μέχρι το 2000, οι έρευνες ήταν περιορισμένες, περιελάμβαναν μικρό δείγμα ασθενών (με διακύμανση από 50 έως 219 ασθενείς ανάλογα με την έρευνα) και χρησιμοποιούσαν διαφορετικά επιστημονικά εργαλεία, γεγονός δεν επέτρεπε την εξαγωγή και γενίκευση αξιόπιστων συμπερασμάτων Έκτοτε, το ενδιαφέρον για την

ποιότητα ζωής στον τομέα της εξάρτησης έχει αυξηθεί σημαντικά, κυρίως αναφορικά με τους χρήστες οπιοειδών. Αυτό συνάδει με τη διαπίστωση ότι η κατάχρηση ουσιών είναι μια χρόνια, υποτροπιάζουσα διαταραχή η οποία μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες σε διάφορους τομείς της ζωής (McLellan et al, 2000, Rudolf & Watts, 2002, Vanderplasschen et al, 2004). Η υποτροπή στην απεξάρτηση θεωρείται περισσότερο κανόνας, παρά εξαίρεση, ιδιαίτερα μεταξύ των εξαρτημένων από οπιοειδή (Van den Brink et al, 2003, Van den Brink & Haasen, 2006, De Maeyer et al, 2010).

### **3.3.1. Ποιότητα ζωής και προγράμματα μεθαδόνης: ερευνητικά δεδομένα**

Οι έρευνες που μελετούν την ποιότητα ζωής των θεραπευόμενων στα προγράμματα μεθαδόνης φαίνεται να συμφωνούν πως οι ασθενείς αυτοί αντιλαμβάνονται την υγεία τους ως χειρότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού ή από αυτή άλλων χρόνιων ασθενών, αλλά όμοια με αυτή των σοβαρά ψυχιατρικών ασθενών (Ryan et al, 1996, Stein et al, 1998, Millson et al, 2004). Πιο συγκεκριμένα, σε άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα μεθαδόνης έχουν βρεθεί αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άλλα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας (Ahmad, 2001 και Wittchen et al, 2008), ενώ σε άλλες μελέτες φαίνεται ότι περίπου το 50% των νέων εισαγωγών σε προγράμματα μεθαδόνης εμφανίζουν κάποια διαταραχή της διάθεσης ή διαταραχή προσωπικότητας (Brooner et al, 1997, McGovern et al, 2006). Επίσης, τα τελευταία χρόνια κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι δε θα πρέπει να γίνεται διαχωρισμός μεταξύ των προβλημάτων ψυχικής υγείας (π.χ. άγχος, κατάθλιψη, έλεγχος παρορμήσεων) και της ψυχοπαθολογίας της εξάρτησης και κατά συνέπεια δεν αποδέχονται τον όρο «συννοσηρότητα» (Maremmani et al, 2006, 2010 και Pani et al, 2010).

Σε γενικές γραμμές, οι χρήστες οπιοειδών συχνά αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής στη φάση εισαγωγής τους στο πρόγραμμα, η οποία βελτιώνεται σημαντικά κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της θεραπείας σχεδόν σε όλους τους τομείς της ζωής τους (Reno & Aiken, 1993, Torrens et al, 1997). Έτσι, σε κάποιες έρευνες διαφαίνεται ότι η θεραπεία με μεθαδόνη λειτουργεί πιο αποτελεσματικά στην αποχή από την παράνομη χρήση ουσιών και επιμηκύνει χρονικά τη συγκράτηση στη θεραπεία (Amato et al, 2005, Bao et al, 2009, Mattick et al, 2009). Σε άλλες μελέτες ωστόσο, επειδή ο στόχος των προγραμμάτων μεθαδόνης είναι η παραμονή-συγκράτηση στη θεραπεία και η μείωση της βλάβης, οι ασθενείς δεν αποβάλλονται από το πρόγραμμα ακόμα κι εάν συνεχίζουν τη χρήση οπιοειδών ή άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών,

γεγονός όμως που επιδεινώνει την ποιότητα ζωής τους (Hartgers et al, 1992, Finch et al, 1995, Van Ameijden et al, 1999). Επίσης, σε συνάρτηση με τη χορήγηση μεθαδόνης, η ψυχοκοινωνική υποστήριξη θεωρείται απαραίτητο στοιχείο της θεραπείας υποκατάστασης (Amato et al, 2004, WHO, 2009).

Κατά τη διάρκεια της μακροχρόνιας παραμονής τους στο πρόγραμμα, παρατηρείται σταθεροποίηση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Torrens et al, 1997, Lawrinson et al, 2008) ή παλινδρόμηση, αλλά όχι στο αρχικό στάδιο εισαγωγής τους στο πρόγραμμα (Habrat et al, 2002, Giacomuzzi et al, 2005). Μπορεί να υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των αρχικών προσδοκιών για την ζωή και την ποιότητα ζωής μετά από ένα χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα (Dazord et al 1998), αφού οι ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εκπλήρωση των υψηλών προσδοκιών τους κι αυτό επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους (Habrat et al, 2002).

Επίσης, οι ασθενείς αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής σε διάφορους τομείς (π.χ. οικονομική κατάσταση, οικογενειακές σχέσεις σύμφωνα με την De Maeyer et al, 2011b) και αναδεικνύουν ως ιδιαίτερο παράγοντα την ψυχική δυσφορία (psychological distress). Η συννοσηρότητα (εξάρτηση και ψυχική νόσος), η λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων και η αδυναμία-ανικανότητα να αλλάξουν τις συνθήκες διαβίωσης συσχετίζονται με τη χαμηλή ποιότητα ζωής, ενώ η ύπαρξη κοινωνικών σχέσεων και το δομημένο καθημερινό πρόγραμμα έχουν θετική επίδραση (De Maeyer, 2011b). Σε παρόμοια έρευνα ξεχωρίζουν πέντε διαφορετικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην καλή ποιότητα ζωής: α) οι κοινωνικές σχέσεις, β) η διατήρηση μιας απασχόλησης, γ) η καλή αίσθηση εαυτού, δ) η ανεξαρτησία και ε) μια ζωή με νόημα (De Maeyer, 2011a). Αντίθετα, ο στιγματισμός, οι διακρίσεις, η εξάρτηση από τη μεθαδόνη και η ακινητοποιητική επίδρασή της στα συναισθήματα αναφέρονται ως οι πιο συχνές αρνητικές συνέπειες παραμονής στο πρόγραμμα (De Maeyer, 2011a).

Όλα τα παραπάνω δεδομένα προέρχονται από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών στην Ευρώπη, τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Αυστραλία. Αναφορικά με την Ελλάδα, δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για τα προγράμματα μεθαδόνης και την ποιότητα ζωής, μολονότι αυτά λειτουργούν σχεδόν είκοσι χρόνια. Η μοναδική μελέτη που έχει γίνει πρόσφατα είναι αυτή των Μπαριτάκη & Ψαλτάκη (2011), αλλά αυτή αφορά σε θεραπευτικό πρόγραμμα βουπρενορφίνης, που είναι ένα άλλο υποκατάστατο που χορηγεί ο ΟΚΑΝΑ. Συνεπώς η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη επίσημη καταγραφή στον τομέα αυτό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 4.1 Σχεδιασμός μελέτης

Πρόκειται για μια αναλυτική συγχρονική έρευνα (cross-sectional analytical study) που πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο έως τον Δεκέμβριο του 2013.

### 4.2 Σκοπός και στόχοι

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων-θεραπευόμενων στο πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη σύμφωνα με την υποκειμενική τους αντίληψη, να μελετηθεί εάν ο χρόνος παραμονής στο πρόγραμμα σχετίζεται με τη βελτίωση ή την επιδείνωση της υγείας τους και τελικά να αξιολογηθεί εάν το πρόγραμμα συμβάλλει στη γενικότερη ποιότητα ζωής.

Η επεξεργασία των στοιχείων θα οδηγήσει στη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων που θα αφορούν στη βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη παραμονή των ασθενών στα προγράμματα υποκατάστασης, στην παροχή ή μη διαφορετικών υπηρεσιών υγείας και στη διαμόρφωση καινούριου δικτύου υπηρεσιών που να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες των ασθενών υπό απεξάρτηση.

### 4.3 Εργαλεία μέτρησης

Για το σκοπό της παρούσας μελέτης κατασκευάστηκε εργαλείο που αποτελείται από δύο μέρη:

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις που αποσκοπούν στην περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των θεραπευόμενων (π.χ. φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση), στοιχεία για την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (π.χ. απασχόληση, εισόδημα, επίδομα πρόνοιας) και συγκεκριμένες πληροφορίες που σχετίζονται με την ιδιομορφία του εν λόγω πληθυσμού (π.χ. ηλικία έναρξης της χρήσης ουσιών και με ποια ουσία έγινε η είσοδος στη χρήση, η ύπαρξη κάποιας χρόνιας ασθένειας και η εμπειρία της φυλάκιση).

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τα παρακάτω δύο εργαλεία:

**α) το SF-12 (Short Form 12-Item Health Survey) που αποτελεί σύντομη μορφή του SF-36**

Το SF-36 αναπτύχθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες από τους Ware, Snow, Kosinski & Gandek το 1993 για να χρησιμοποιηθεί σε μελέτες ιατρικών αποτελεσμάτων κι εξετάζει την υποκειμενική κατάσταση υγείας. Το 1995 οι Ware, Kosinski & Keller δημιούργησαν μια συντομότερη εκδοχή του με 12 ερωτήσεις. Το SF-12 σχεδιάστηκε για να μειώσει την επιβάρυνση του ερωτώμενου, ενώ παράλληλα επιτυγχάνει το ελάχιστο απαιτούμενο επίπεδο ακρίβειας. Το SF-12 περιέχει 12 ερωτήσεις από το πρωτότυπο SF-36 και επικεντρώνεται μόνο στις δύο συνοπτικές κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας (αντί του συνόλου των κλιμάκων του SF-36) με 7 υποκλίμακες : την αυτοαξιολόγηση της υγείας (ερώτηση 1), τη σωματική λειτουργικότητα και τους περιορισμούς της (ερωτήσεις 2,3,4,5), τους περιορισμούς ως προς την ψυχική λειτουργικότητα (ερωτήσεις 6 και 7), την επίδραση του πόνου στην καθημερινότητα (ερώτηση 8), την ψυχική υγεία (ερωτήσεις 9,10,11) και την κοινωνική λειτουργικότητα (ερώτηση 12).

Το SF-12 απευθύνεται σε ενήλικες και είναι αυτοσυμπληρούμενο (διάρκειας περίπου 5 λεπτών) ή χορηγείται σε μορφή συνέντευξης. Στην παρούσα μελέτη επιλέχτηκε να είναι αυτοσυμπληρούμενο, καθώς αυτό μειώνει οποιοδήποτε αίσθημα ντροπής ή δυσκολίας που προκύπτει από τις ερωτήσεις.

Η μορφή των ερωτήσεων παρουσιάζει ποικιλία ως προς την απαντητικότητα. Η ερώτηση 1(αξιολόγηση της υγείας) δίνεται σε κλίμακα Likert 5 διαβαθμίσεων από «εξαιρετική» έως «κακή». Οι ερωτήσεις 2,3 απαντούν στην εκτίμηση του περιορισμού («ναι με περιορίζει πολύ», «ναι με περιορίζει λίγο», «όχι δε με περιορίζει καθόλου»). Οι ερωτήσεις 4,5,6,7 έχουν τη μορφή «ναι» ή «όχι». Η ερώτηση 8 δίνεται σε κλίμακα Likert 5 διαβαθμίσεων από «καθόλου» έως «πάρα πολύ». Οι ερωτήσεις (9,10,11,) δίνονται σε κλίμακα Likert 6 διαβαθμίσεων από το «συνεχώς» έως το «καθόλου». Η τελευταία ερώτηση επίσης δίνεται σε κλίμακα Likert 5 διαβαθμίσεων από «συνεχώς» έως «καθόλου».

Το SF-12 χρησιμοποιείται σε πολλές κλινικές μελέτες και μελέτες γενικού πληθυσμού. Στην Ελλάδα η στάθμιση του ερωτηματολογίου έγινε από τους Κοντοδημόπουλο, Παππά, Νιάκα και Τούντα (2007) σε δείγμα του γενικού πληθυσμού .

Σχετικά με την εγκυρότητα περιεχομένου, δεδομένου ότι το SF-12 προέρχεται από το SF-36, περιλαμβάνει τις πιο συχνά μετρημένες αντιλήψεις υγείας. Όσον αφορά στην εγκυρότητα εσωτερικής συνοχής, οι 12 ερωτήσεις που έχουν συμπεριληφθεί μπορούν να αναπαράγουν τουλάχιστον κατά 90% τη μεταβλητή στις

υποκλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας που υπάρχουν στο αρχικό SF-36 (Bowling, 2005). Σε επίπεδο εγκυρότητας εξωτερικής συνοχής, έχει υποστηριχθεί ότι η τάση των απαντήσεων του πληθυσμού για το SF-36 μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για το SF-12. Κατά συνέπεια τα συμπεράσματα μπορούν να γενικευθούν και πέρα από τον υπό μελέτη πληθυσμό (Bowling, 2005).

### **β)το Symptom Checklist 90-R**

Το SCL 90-R αναπτύχθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες από τον Derogatis (1977). Πρόκειται για μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα, η οποία καταγράφει διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας και αποτελείται από 90 διαπιστώσεις που περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις. Για κάθε διαπίστωση, ο ερωτώμενος επιλέγει κάθε φορά την απάντησή του σε μια Likert πενταβάθμια κλίμακα από 0 (καθόλου) μέχρι 4(υπερβολικά).

Το SCL 90-R έχει 9 υποκλίμακες:

- I. τη σωματοποίηση με 12 διαπιστώσεις ( 1,4,12,27,40, 42, 48,49, 52,53, 56, 58)
- II. την ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα με 10 διαπιστώσεις (3,9,10,28, 38, 45, 46, 51, 55,65)
- III. τη διαπροσωπική ευαισθησία με 9 διαπιστώσεις (6,21,34,36,37,41,61,69,73)
- IV. την κατάθλιψη με 13 διαπιστώσεις (5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79)
- V. το άγχος με 10 διαπιστώσεις (2,17,23,33,39,57,72,78,80,86)
- VI. το θυμό-επιθετικότητα με 6 διαπιστώσεις (11,24,63,67,74,81)
- VII. το φοβικό άγχος με 7 διαπιστώσεις (13,25,47,50,70,75,82)
- VIII. τον παρανοειδή ιδεασμό με 6 διαπιστώσεις (8,18,43,68,76,83)
- IX. τον ψυχωτισμό με 10 διαπιστώσεις (7,16,35,62,77,84,85,87,88,90)

Εκτός των 9 υποκλιμάκων εξάγονται και 3 συνολικοί δείκτες ψυχοπαθολογίας: α) ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ) που συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά, β) το σύνολο θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ) που δίνει πληροφορίες μόνο για τον αριθμό των συμπτωμάτων και γ) ο δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) που αποτελεί ένα μέτρο της έντασης της ενόχλησης (Σταλίκας και συν, 2012).

Η βαθμολόγηση της κάθε υποκλίμακας γίνεται με την άθροιση των βαθμολογιών των επιμέρους διαπιστώσεων που την απαρτίζουν. Η κλίμακα είναι έγκυρη και έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Ντόνια, Καραστεργίου και Μάνο (1991).

Το SCL 90-R επιλέχτηκε ως ένα ακριβές εργαλείο που απεικονίζει με αρκετή λεπτομέρεια διάφορες κλινικές οντότητες και κατά συνέπεια ταιριάζει πολύ με τις διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας που παρουσιάζουν οι τοξικοεξαρτημένοι.

Ανεξάρτητα από την επιστημονική εγκυρότητα των εργαλείων, υπήρξαν κι άλλα κριτήρια που λήφθηκαν υπόψη για την τελική χορήγησή τους, όπως οι ξεκάθαρες οδηγίες, οι κατανοητές ερωτήσεις, το εύκολο σύστημα βαθμολόγησης, η συντομία και η απλότητά τους που συνετέλεσαν στην επιτυχή συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

#### **4.4 Το δείγμα της μελέτης**

Για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας (convenience sampling) των ασθενών που παρακολουθούν το πρόγραμμα μεθαδόνης που στεγάζεται στον ειδικό χώρο που παραχωρεί το Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας Αττικής.

Η εν λόγω μονάδα μεθαδόνης είναι μια από τις τέσσερις που λειτουργούν στο νομό Αττικής και συστάθηκε σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση (ΔΥΓ6/ΓΠ. 123148 (1)- ΦΕΚ 2773/Β/2.12.2011). Την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας 230 ασθενείς ήταν εγγεγραμμένοι για χορήγηση.

Δεδομένου όμως ότι οι ασθενείς δεν χρειάζεται να προσέρχονται καθημερινά για τη χορήγησή της μεθαδόνης, το δείγμα παρουσίαζε κάποιες ιδιαιτερότητες, όπως ότι ένα ποσοστό ασθενών χορηγούνταν μόνο τα σαββατοκύριακα, άλλοι ασθενείς διέμεναν στην επαρχία, άλλοι χορηγούνταν σε νοσοκομεία, άλλοι παρουσίαζαν σοβαρή ψυχοπαθολογία και άλλοι διέκοπταν οικειοθελώς κατά περιόδους τη χορήγηση μεθαδόνης. Κατά συνέπεια, λαμβάνοντας υπόψη όλους αυτούς τους περιορισμούς, επιλέχθηκε ένα δείγμα 130 ασθενών στους οποίους δόθηκαν τα ερωτηματολόγια και απ' αυτούς 108 τα επέστρεψαν συμπληρωμένα, ποσοστό ανταπόκρισης δηλαδή 83%.

Το ποσοστό ανταπόκρισης κρίνεται ικανοποιητικό, καθώς οι ασθενείς στα προγράμματα υποκατάστασης αποτελούν μια ιδιαίτερη κατηγορία ερωτώμενων που δεν μπορούν να εστιάσουν την προσοχή τους επί μακρόν σε ένα ερέθισμα και επιπλέον πολύ συχνά δεν επιθυμούν να επεξεργαστούν θέματα σχετικά με τον εαυτό τους. Ωστόσο, στο συγκεκριμένο δείγμα, οι περισσότεροι θεραπευόμενοι εξέφρασαν την ικανοποίησή τους που τους ζητήθηκε να απαντήσουν σε ερωτήσεις που έχουν



σχέση με την υγεία και τις αντιλήψεις τους και έδειξαν μεγάλη διάθεση να συνεργαστούν.

#### **4.5 Ηθικά θέματα**

Πριν τη διεξαγωγή της μελέτης, είχε σταλεί σχετικό έγγραφο στο Γενικό Διευθυντή του OKANA και στο αρμόδιο τμήμα Εκπαίδευσης για άδεια διεξαγωγής της συγκεκριμένης έρευνας στο χώρο της θεραπευτικής μονάδας. Στο έγγραφο αναφέρονταν τα στοιχεία της ερευνήτριας, ο σκοπός της έρευνας, η μορφή της έρευνας και ο τρόπος χρησιμοποίησης των στοιχείων με τη διαβεβαίωση διαφύλαξης της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή έρευνας. Αυτό σημαίνει ότι τηρήθηκε το ιατρικό απόρρητο ως προς τα στοιχεία των συμμετεχόντων, κατοχυρώθηκε η ανωνυμία τους, διαφυλάχτηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού και τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Για τη διατήρηση της ανωνυμίας το ερωτηματολόγιο δεν περιελάμβανε πεδίο συμπλήρωσης «ονοματεπώνυμο» και η παράδοση του ερωτηματολογίου γινόταν σε κλειστό φάκελο στη θυρίδα μου στη γραμματεία της μονάδας και όχι αυτοπροσώπως. Αυτός ο τρόπος επιλέχτηκε κυρίως, διότι ένα μέρος των συμμετεχόντων υπήρξαν θεραπευόμενοι της ερευνήτριας με τους οποίους υπήρχε προσωπική σχέση και ως εκ τούτου ήταν απαραίτητο να διαχωριστεί ο ρόλος της θεραπεύτριας από το ρόλο της ερευνήτριας.

Η αξιοπιστία των συμπερασμάτων που προέκυψαν διασφαλίστηκε με την ακριβή και πλήρη περιγραφή των μεθόδων, του δείγματος, του υλικού και των γενικότερων συνθηκών διεξαγωγής της έρευνας.

#### **4.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Μετά τη σχετική έγκριση για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης, η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια, η οποία παρέδιδε το κάθε ερωτηματολόγιο ξεχωριστά σε κάθε συμμετέχοντα, αφού προηγουμένως τον είχε ενημερώσει τόσο για το σκοπό της μελέτης, όσο και για τη διατήρηση της ανωνυμίας, στοιχεία που αναφέρονταν ευκρινώς στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου. Από όλους τους συμμετέχοντες ζητήθηκε η γραπτή συναίνεσή

τους και στη συνέχεια καθένας απ' αυτούς συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο στο χώρο της μονάδας του ΟΚΑΝΑ.

#### **4.7 Ανάλυση δεδομένων**

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20.0. Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean), την τυπική απόκλιση (sd) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (95%ΔΕ). Οι διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες και ποσοστά. Ο έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov για τις μεταβλητές με περισσότερα από 50 περιστατικά και με το κριτήριο Shapiro-Wilk για τις μεταβλητές με λιγότερο από 50 περιστατικά.

Στην αναλυτική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές οι οποίες είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές δοκιμασίες Independent t-test και One-way-Anova, ενώ για τις μεταβλητές που δεν είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U test και Kruskal Wallis Test. Για τον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές συσχέτισης Pearson r correlation και Spearman's rho correlation και χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο γραμμικής λογαριθμικής παλινδρόμησης (Linear Logistic Regression). Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $p < 0,05$ .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 108 θεραπευόμενοι που συμμετείχαν σε πρόγραμμα χορήγησης μεθαδόνης στις μονάδες υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ, από τους οποίους οι 77 ήταν άνδρες (71,3%) και οι 31 γυναίκες (28,7%). Οι μισοί σχεδόν ασθενείς (55,1%) είχαν μέση τιμή ηλικίας μεταξύ 41 με 50 ετών, το 53,3% (57/107) των ασθενών ήταν έγγαμοι, το 58,3% (63/108) δεν είχαν παιδιά και σχεδόν όλοι ήταν κάτοικοι του νομού Αττικής (94,4%). Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν άνεργοι σε ποσοστό 69,4% (75/108), το δε μηνιαίο εισόδημα των περισσότερων (63,3%) ήταν κάτω των 3.000€ και ελάχιστοι ήταν αυτοί που λάμβαναν επίδομα πρόνοιας (Πίνακας 5.1).

**Πίνακας 5.1:** Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

	n/N	%
<b>Φύλο</b>		
Άνδρες	77/108	71,3%
Γυναίκες	31/108	28,7%
<b>Ηλικία</b>		
20-30	1/107	0,9%
31-40	21/107	19,7%
41-50	59/107	55,1%
51-60	25/107	23,4%
61-70	1/107	0,9%
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Έγγαμος	57/107	53,3%
Άγαμος	21/107	19,6%
Διαζευγμένος	25/107	23,4%
Χήρος	4/107	3,7%
<b>Παιδιά</b>		
Ναι	45/108	41,7%
Όχι	63/108	58,3%
<b>Τόπος κατοικίας</b>		
Ν. Αττικής	102/108	94,4%
Άλλο	6/108	5,6%
<b>Εργασία</b>		
Άνεργος	75/108	69,4%
Εργαζόμενος	13/108	12%
Συνταξιούχος	20/108	18,6%
<b>Μηνιαίο εισόδημα</b>		
0-3.000	62/98	63,3%
3.000-10.000	32/98	32,7%
>10.000	4/98	4%

Επίδομα πρόνοιας		
Ναι	39/108	36,1%
Όχι	69/108	63,9%

## 5.2 Χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με τη χρήση ουσιών και το πρόγραμμα απεξάρτησης

Οι μισοί σχεδόν ασθενείς (48,1%) είχαν 6 με 10 έτη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης και το 57,4% (62/108) είχαν ξεκινήσει τη χρήση ουσιών στην ηλικία των 13 με 17 ετών. Η πλειοψηφία των ασθενών ανέφερε ότι η πρώτη φορά που ήρθε σε επαφή με ουσίες ήταν με τη χρήση κάνναβης (59,3%), ενώ δεύτερες σε συχνότητα ήταν η χρήση χαπιών (24,8%) και αλκοόλ (19,8%). Όλοι οι ασθενείς έπασχαν από ηπατίτιδα C (91,6%) και το δεύτερο σε συχνότητα νόσημα ήταν η ηπατίτιδα B (13,7%). Τέλος το 51,9% (55/106) των χρηστών ανέφεραν ότι είχαν εκτίσει τουλάχιστον μία φορά ποινή φυλάκισης (Πίνακας 5.2)

**Πίνακας 5.2:** Χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με τη χρήση ουσιών και το πρόγραμμα απεξάρτησης

	n/N	%
<b>Διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης</b>		
1-5 έτη	16/108	14,8%
6-10 έτη	52/108	48,2%
11-15 έτη	40/108	37%
<b>Ηλικία έναρξης χρήσης ουσιών</b>		
8-12 ετών	5/108	4,6%
13-17 ετών	62/108	57,4%
18-22 ετών	32/108	29,6%
23-27 ετών	5/108	4,6%
>27 ετών	4/108	3,8%
<b>Πρώτη επαφή με ουσίες</b>		
Κάνναβη	64/121	59,3%
Ηρωίνη	2/121	1,9%
Κοκαΐνη	1	0,9%
Χάπια	30	27,8%
Αλκοόλ	24	22,2%
<b>Χρόνιο νόσημα</b>		
HIV	7/116	7,4%
Ηπατίτιδα C	87/116	91,6%
Ηπατίτιδα B	13/116	13,7%
Άλλο νόσημα	9/116	9,5%
<b>Φυλάκιση</b>		

Ναι	55/106	51,9%
Όχι	51/106	48,1%

### 5.3 Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της υγείας (SF-12)

Η μέτρηση της κατάστασης υγείας και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των θεραπευομένων έγινε με το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF-12. Η μέση τιμή των υποκλιμάκων της σωματικής και της ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων ήταν κάτω του 50 (Πίνακας 5.3)

**Πίνακας 5.3:** Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας (SF-12)

	Μέση τιμή	±TA* 95%ΔΕ	Cronbach's alpha
Φυσική δραστηριότητα	2,1	±0,6 95%ΔΕ(1,9-2,2)	-
RP(ROLE PHYSICAL)	1,3	±0,4 95%ΔΕ(1,1-1,4)	-
RE (ROLE EMOTIONAL)	1,4	±0,4 95%ΔΕ(1,1-1,5)	-
Ψυχική υγεία	3,7	±0,6 95% ΔΕ(3,6-3,8)	-
Κοινωνική δραστηριότητα	2,7	±1,2 95%ΔΕ(2,4-2,9)	-
Ζωτικότητα	4,1	±1,2 95%ΔΕ(3,8-4,3)	-
Σωματικός Πόνος	2,9	±1,3 95%ΔΕ(2,7-3,2)	-
Γενική υγεία	3,7	±0,9 95%ΔΕ(3,5-3,8)	-
PCS	40,3	±9,8 95%ΔΕ(38,2-42,3)	0,594
MCS	33,2	±9,4 95%ΔΕ(31,2-35,1)	0,232

\*TA: τυπική απόκλιση

### 5.4 Σύγκριση των μέσων τιμών του δείγματος και του υγιούς ελληνικού πληθυσμού για το ερωτηματολόγιο SF-12

Σε όλες τις ερωτήσεις και στις δύο υποκλίμακες του SF-12, εκτός από την ερώτηση “αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη”, το δείγμα της μελέτης είχε χαμηλότερη βαθμολογία από τον αντίστοιχο υγιή ελληνικό πληθυσμό σύμφωνα με τη στάθμιση που έγινε από τους Κοντοδημόπουλο και συν (2007) (Πίνακας 5.4)

**Πίνακας 5.4:** Σύγκριση των μέσων τιμών του δείγματος και του υγιούς ελληνικού πληθυσμού για το ερωτηματολόγιο SF-12

	Μέση τιμή πληθυσμού της μελέτης	Μέση τιμή υγιούς ελληνικού πληθυσμού
Μέτριας έντασης δραστηριότητα	2,38±0,72	2,64±0,66
Ανεβαίνετε μερικούς ορόφους	1,87±0,71	2,54±0,72
Πραγματοποιείτε λιγότερα πράγματα	1,25±0,43	1,8±0,4
Περιορίσατε τα είδη δουλείας, ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων	1,29±0,45	1,82±0,39
Πόσο ο πόνος επηρέασε την εργασία	2,86±1,22	4,26±1,08
Γενική υγεία	3,63±0,83	3,24±1,1
Ενεργητικότητα	3,98±1,23	4,19±1,31
Κοινωνική δραστηριότητα	2,73±1,19	4,16±1,15
Πραγματοποιείτε λιγότερα από όσα θα θέλετε	1,13±0,34	1,8±0,4
Κάνετε δουλειές λιγότερο προσεκτικά	1,41±0,49	1,84±0,37
Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη	4,47±0,89	3,92±1,21
Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία	3,01±1,27	4,58±1,22
PCS	40,3±9,8	49,42±10,56
MCS	33,2±9,4	48,91±9,2

### 5.5 Κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R)

Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R), η οποία είναι μία κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών συμπτωμάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς. Στον Πίνακα 5.5 φαίνονται οι μέσες τιμές των εννέα συμπτωματολογικών διαστάσεων-υποκλιμάκων και των τριών συνολικών δεικτών ψυχοπαθολογίας.

**Πίνακας 5.5:** Κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R)

	Μέση τιμή	±ΤΑ* 95%ΔΕ	Cronbach's alpha
Σωματοποίηση	17,1	±9,8 95%ΔΕ(15,1-19,1)	0,889
Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα	15,6	±7,6 95%ΔΕ(14,1-17,1)	0,841
Διαπροσωπική ευαισθησία	11,7	±6,1 95%ΔΕ(10,5-12,9)	0,739
Κατάθλιψη	26,3	±11,1 95%ΔΕ(24,1- 28,5)	0,893
Άγχος	14,5	±9,2 95%ΔΕ(12,7-16,4)	0,896
Θυμός-Επιθετικότητα	8,3	±5,5 95%ΔΕ(7,2-9,4)	0,853
Φοβικό άγχος	4,9	±3,2 95%ΔΕ(3,8-6,2)	0,765
Παρανοειδής ιδεασμός	10,6	±4,6 95%ΔΕ(9,7-11,4)	0,732
Ψυχωτισμός	10,7	±6,0 95%ΔΕ(9,4-11,9)	0,684
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,4	±0,6 95%ΔΕ(1,2-1,5)	-
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	59,1	±16,9 95%ΔΕ(55,9- 62,3)	-
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	1,9	±0,5 95%ΔΕ(1,8-2,1)	-

\*ΤΑ: τυπική απόκλιση

### 5.6 Σύγκριση των μέσων τιμών του δείγματος και του υγιούς ελληνικού πληθυσμού για το ερωτηματολόγιο Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R).

Σε όλες τις υποκλίμακες του Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R) ο πληθυσμός της μελέτης έχει υψηλότερη βαθμολογία από τον αντίστοιχο υγιή ελληνικό πληθυσμό σύμφωνα με τη στάθμιση που έγινε από τους Ντόνια και συν (1991).

**Πίνακας 5.6:** Σύγκριση των μέσων τιμών του δείγματος και του υγιούς ελληνικού πληθυσμού για το ερωτηματολόγιο του Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R)

	Μέση τιμή πληθυσμού της μελέτης	Μέση τιμή υγιούς ελληνικού πληθυσμού
Σωματοποίηση	17,1±9,8	7,4±7,1
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	15,6±7,6	9,5±6,5
Διαπροσωπική ευαισθησία	11,7 ±6,1	8,4±6,2
Κατάθλιψη	26,3±11,1	11,3±8,7
Άγχος	14,5±9,2	7,3±6,6
Θυμός-Επιθετικότητα	8,3±5,5	5,1±5,1
Φοβικό άγχος	4,9±3,2	2,5±3,7
Παρανοειδής ιδεασμός	10,6±4,6	6,1±4,4
Ψυχωτισμός	10,7±6,0	6,1±6,8
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,4±0,6	0,7±0,5
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	59,1±16,9	38,0±20,2
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	1,9±0,5	1,6±0,5

### 5.7 Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με την κλίμακα επισκόπησης της υγείας SF-12

Η σύγκριση της κλίμακας επισκόπησης της υγείας μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού δεν έδειξε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Και στις δύο υποκλίμακες του SF-12, δηλαδή της σωματικής και ψυχικής υγείας, σε όλες τις συγκρίσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών η μέση τιμή ήταν κάτω του 50. Από τις επιμέρους συγκρίσεις προέκυψε ότι οι θεραπευόμενοι ηλικίας μεταξύ 31-40 ετών είχαν καλύτερη σωματική υγεία σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες ( $p=0,056$ ), καθώς επίσης ότι όσοι δεν λάμβαναν επίδομα πρόνοιας είχαν καλύτερη σωματική υγεία ( $p=0,073$ ).



**Πίνακας 5.7:** Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με την κλίμακα επισκόπησης της υγείας SF-12

	PCS-12	p	MCS-12	p
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	41,0±10,1	0,126	33,8±8,8	0,28
Γυναίκες	38,4±8,9		31,5±8,1	
<b>Ηλικία</b>				
31-40 ετών	44,5±10,0	0,056	36,1±10,7	0,78
41-50 ετών	40,8±8,5		32,4±9,3	
51-60 ετών	35,8±11,1		32,4±8,7	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				
Άγαμος	40,2±10,7	0,808	34,6±9,7	0,318
Έγγαμος	42,4±9,4		31,9±8,9	
Διαζευγμένος	39,2±8,8		31,4±9,3	
Χήρος	39,2±5,7		29,1±5,5	
<b>Εργασία</b>				
Άνεργος	39,5±9,8	0,103	30,3±9,3	0,093
Εργαζόμενος	45,9±6,7		39,8±11,0	
Συνταξιούχος	39,2±10,8		30,7±6,2	
<b>Μηνιαίο εισόδημα</b>				
0-3.000€	40,4±10,2	0,691	31,8±8,9	0,153
3.000-10.000€	38,9±9,3		35,2±9,7	
>10.000€	43,7±18,4		36,7±5,2	
<b>Επίδομα πρόνοιας</b>				
Ναι	38,1±7,6	0,073	33,9±10,5	0,85
Όχι	41,6±10,8		32,7±8,8	

### 5.8 Σύγκριση χαρακτηριστικών του δείγματος σε σχέση με τη χρήση ουσιών και το πρόγραμμα απεξάρτησης για την κλίμακα επισκόπησης της υγείας SF-12

Οι θεραπευόμενοι οι οποίοι είχαν τη μικρότερη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης είχαν καλύτερη σωματική υγεία και συγκεκριμένα τα άτομα τα οποία παρακολουθούσαν το πρόγραμμα απεξάρτησης για 6-10 έτη είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή στην κλίμακα της σωματικής υγείας σε σύγκριση με αυτούς που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα για 11-15 έτη ( $p=0,046$ ). Όσον αφορά την ψυχική υγεία, οι θεραπευόμενοι με τη μικρότερη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα είχαν μία τάση καλύτερης μέσης τιμής στην υποκλίμακα της ψυχικής υγείας ( $p=0,079$ ). Από τις υπόλοιπες συγκρίσεις φάνηκε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σωματική και ψυχική υγεία των

θεραπευομένων μεταξύ της ηλικίας έναρξης χρήσης ουσιών και μεταξύ της έκτισης φυλάκισης (Πίνακας 5.8).

**Πίνακας 5.8:** Σύγκριση χαρακτηριστικών του δείγματος σε σχέση με τη χρήση ουσιών και το πρόγραμμα απεξάρτησης για την κλίμακα επισκόπησης της υγείας SF-12

	PCS-12	p	MCS-12	p
<b>Διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης</b>				
1-5 έτη	43,4±10,4	0,021	39,3±11,7	0,079
6-10 έτη	42,0±9,2		32,2±8,8	
11-15 έτη	36,6±9,5		31,6±8,1	
<b>Ηλικία έναρξης χρήσης ουσιών</b>				
8-12 ετών	46,9±13,0	0,441	35,0±7,7	0,197
13-17ετών	39,9±9,8		32,6±9,9	
18-22 ετών	38,7±9,6		33,3±7,0	
23-27 ετών	43,6±9,3		28,9±7,0	
>27 ετών	44,6±7,3		42,6±7,7	
<b>Φυλάκιση</b>				
Ναι	39,9±10,2	0,713	31,9±8,3	0,297
Όχι	40,6±9,7		34,6±10,6	

### 5.9 Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με την κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R)

Η σύγκριση μεταξύ των δύο φύλων έδειξε ότι οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της σωματοποίησης, της κατάθλιψης, του ψυχωτισμού και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων, καθώς επίσης και μία τάση υψηλότερων τιμών στις υποκλίμακες της ψυχαναγκαστικότητας-καταναγκαστικότητας ( $p=0,076$ ) και του άγχους ( $p=0,072$ ) (Πίνακας 5.9.1)

Όσον αφορά τη σύγκριση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης οι χήροι είχαν μία τάση υψηλότερης τιμής στην υποκλίμακα του ψυχωτισμού ( $p=0,067$ ) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους, ενώ στις υπόλοιπες υποκλίμακες δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης (Πίνακας 5.9.2).

Συγκρίνοντας την εργασιακή κατάσταση των θεραπευομένων φάνηκε ότι οι συνταξιούχοι είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή στο σύνολο των

θετικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους υπόλοιπους και συγκεκριμένα αυτή η διαφορά εντοπίστηκε στη σύγκριση μεταξύ των συνταξιούχων και των εργαζόμενων ( $p=0,006$ ). Για τις υπόλοιπες υποκλίμακες οι συνταξιούχοι είχαν μία τάση υψηλότερης τιμής στην υποκλίμακα της σωματοποίησης ( $p=0,072$ ) και στην υποκλίμακα του άγχους ( $p=0,064$ ). (Πίνακας 5.9.3)

Οι θεραπευόμενοι, οι οποίοι λάμβαναν επίδομα πρόνοιας είχαν υψηλότερες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες του SCL-90-R σε σύγκριση με αυτούς που δεν λάμβαναν το επίδομα, διαφορές οι οποίες δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 5.9.4). Τέλος και οι συγκρίσεις των υποκλιμάκων μεταξύ του μηνιαίου εισοδήματος δεν βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. (Πίνακας 5.9.5)

**Πίνακας 5.9.1:** Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με την κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R).

	Φύλο		p
	Ανδρες	Γυναίκες	
Σωματοποίηση	15,4±9,3	21,3±9,3	0,003
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	14,9±7,9	18,5±7,7	0,076
Διαπροσωπική ευαισθησία	11,9±6,7	12,5±6,7	0,365
Κατάθλιψη	24,9±11,4	30,2±9,8	0,004
Άγχος	13,8±9,6	17,4±8,8	0,072
Θυμός-Επιθετικότητα	8,7±5,7	8,0±6,4	0,803
Φοβικό άγχος	4,7±3,2	6,6±4,7	0,15
Παρανοειδής ιδεασμός	10,5±4,7	10,8±4,9	0,252
Ψυχωτισμός	9,7±5,7	13,0±6,0	0,049
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,3 ±0,6	1,5± 0,6	0,094
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	58,2±17,6	63,2±16,9	0,131
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	1,9±0,5	2,1±0,6	0,045

**Πίνακας 5.9.2:** Σύγκριση μεταξύ των χαρακτηριστικών του δείγματος σε σχέση με τη χρήση ουσιών και το πρόγραμμα απεξάρτησης για την κλίμακα Symptom Checklist 90R (SCL-90-R)

	Οικογενειακή κατάσταση				p
	Άγαμος	Έγγαμος	Διαζευγμένος	Χήρος	
Σωματοποίηση	15,9±10,5	19,4±9,8	17,0±8,1	20,0±6,6	0,189
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	15,2±7,9	16,2±7,8	16,1±8,5	22,0±5,5	0,529
Διαπροσωπική ευαισθησία	11,0±6,6	11,9±6,1	13,4±7,2	17,3±6,5	0,127
Κατάθλιψη	25,4±11,6	25,4±10,8	28,6±10,7	32,3±13,5	0,283
Άγχος	14,6±9,9	15,7±9,3	13,9±8,9	19,7±10,4	0,541
Θυμός-Επιθετικότητα	8,2±5,3	9,5±6,0	8,4±6,9	7,0±4,3	0,615
Φοβικό άγχος	5,8±3,7	6,3±4,7	3,3±2,5	4,7±3,1	0,496
Παρανοειδής ιδεασμός	10,1±4,1	10,8±5,7	10,9±5,2	12,3±4,2	0,399
Ψυχωτισμός	9,6±5,4	10,8±6,8	11,6±5,4	17,0±7,0	0,067
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,3±0,6	1,4±0,6	1,4±0,6	1,7±0,6	0,713
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	59,3±17,8	60,3±18,8	59,1±16,9	63,7±14,9	0,612
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	1,9±0,5	1,9±0,7	1,9±0,4	2,3±0,4	0,45

**Πίνακας 5.9.3:** Σύγκριση ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90R (SCL-90-R) μεταξύ της εργασιακής κατάστασης των συμμετεχόντων.

	Εργασιακή κατάσταση			p
	Άνεργος	Εργαζόμενος	Συνταξιούχος	
Σωματοποίηση	17,3±10,0	12,5±9,2	20,2±7,7	0,072
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	16,1±8,5	12,6±7,9	18,1±5,7	0,15
Διαπροσωπική ευαισθησία	11,3±7,0	12,3±5,7	13,9±6,3	0,277
Κατάθλιψη	27,4±11,1	21,2±12,6	28,0±9,7	0,102
Άγχος	15,6±9,5	9,9±5,8	16,5±8,9	0,064
Θυμός-Επιθετικότητα	8,6±5,6	6,7±3,3	9,5±6,4	0,28
Φοβικό άγχος	5,0±2,5	2,9±1,8	7,5±5,7	0,091
Παρανοειδής ιδεασμός	9,6±4,7	11,6±4,8	12,3±4,4	0,215
Ψυχωτισμός	10,0±5,6	9,7±6,8	13,3±5,7	0,238
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,3±0,6	1,1±0,6	1,5±0,5	0,163
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	59,0±18,6	52,2±14,8	66,7±13,5	0,05
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	1,9±0,5	1,8±0,6	2,0±0,4	0,443

**Πίνακας 5.9.4:** Σύγκριση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90R (SCL-90-R) για το επίδομα πρόνοιας.

	Επίδομα πρόνοιας		p
	Ναι	Όχι	
Σωματοποίηση	19,6±8,7	16,2±9,8	0,136
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	17,6±8,6	15,2±7,6	0,327
Διαπροσωπική ευαισθησία	12,4±6,9	11,9±6,7	0,806
Κατάθλιψη	28,2±10,3	25,8±11,6	0,329
Άγχος	17,4±8,7	13,8±9,6	0,044
Θυμός-Επιθετικότητα	8,6±5,9	8,5±5,9	0,951
Φοβικό άγχος	7,0±5,8	4,5±3,0	0,105
Παρανοειδής ιδεασμός	10,8±4,4	10,5±4,9	0,786
Ψυχωτισμός	11,6±5,2	10,3±6,2	0,267
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,5±0,6	1,3±0,6	0,243
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	63,1±17,0	58,2±17,5	0,253
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	2,1±0,6	1,9±0,5	0,202

**Πίνακας 5.9.5:** Σύγκριση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90R (SCL-90-R) μεταξύ του μηνιαίου εισοδήματος.

	Εισόδημα			p
	0-3.000€	3.000-10.000€	>10.000€	
Σωματοποίηση	16,2±9,9	19,6±9,2	12,3±4,9	0,631
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	16,4±8,9	15,3±6,4	10,7±2,5	0,792
Διαπροσωπική ευαισθησία	12,2±6,6	11,9±7,5	9,0±1,0	0,883
Κατάθλιψη	26,9±11,6	26,3±9,8	19,3±12,6	0,731
Άγχος	15,2±9,8	14,2±9,1	6,7±3,8	0,394
Θυμός-Επιθετικότητα	8,8±5,4	7,6±5,2	7,7±4,7	0,592
Φοβικό άγχος	5,4±3,5	5,7±3,6	2,0±1,0	0,706
Παρανοειδής ιδεασμός	10,4±4,6	10,8±5,5	9,3±2,1	0,816
Ψυχωτισμός	10,8±6,2	10,7±5,9	8,0±6,0	0,465
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,3±0,6	1,3±0,6	0,9±0,3	0,452
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	58,6±17,5	61,1±18,6	50,3±12,4	0,756
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	1,9±0,6	1,9±0,5	1,6±0,2	0,622

### 5.10 Σύγκριση μεταξύ των χαρακτηριστικών του δείγματος σε σχέση με τη χρήση ουσιών και το πρόγραμμα απεξάρτησης για την κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R)

Οι θεραπευόμενοι οι οποίοι είχαν τη μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης (11-15 έτη) είχαν και υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της σωματοποίησης ( $p=0,016$ ), της ψυχαναγκαστικότητας-καταναγκαστικότητας ( $p=0,036$ ), καθώς επίσης και την τάση να είναι υψηλότερες οι τιμές στην υποκλίμακα του γενικού δείκτη συμπτωμάτων ( $p=0,063$ ) και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ( $p=0,055$ ) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους θεραπευόμενους. Συγκεκριμένα οι θεραπευόμενοι με διάρκεια παραμονής 11-15 έτη στο πρόγραμμα απεξάρτησης είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη τιμή σε σύγκριση με αυτούς που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα για 1-5 έτη στις υποκλίμακες της σωματοποίησης ( $p=0,02$ ) και της ψυχαναγκαστικότητας ( $p=0,04$ ). (Πίνακας 5.10.1)

Από τη σύγκριση μεταξύ της ηλικίας έναρξης χρήσης ουσιών για τις υποκλίμακες του SCL-90-R ανιχνευθήκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες της κατάθλιψης ( $p=0,028$ ), του άγχους ( $p=0,024$ ), του θυμού-επιθετικότητας ( $p=0,003$ ) και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ( $p=0,039$ ). Συγκεκριμένα για την υποκλίμακα της κατάθλιψης οι θεραπευόμενοι οι οποίοι είχαν ξεκινήσει να κάνουν χρήση ουσιών μεταξύ της ηλικίας 23-27 ετών κατέγραψαν υψηλότερη τιμή σε σύγκριση με όσους ξεκίνησαν τη χρήση στην ηλικία 8-12 ετών ( $p=0,008$ ). Όσον αφορά την υποκλίμακα του άγχους, οι θεραπευόμενοι οι οποίοι είχαν ξεκινήσει να κάνουν χρήση ουσιών στην ηλικία 23-27 ετών είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή σε σύγκριση με αυτούς που είχαν ξεκινήσει τη χρήση στην ηλικία των 18-22 ετών ( $p=0,007$ ). Στη σύγκριση για την υποκλίμακα του θυμού-επιθετικότητας, οι θεραπευόμενοι οι οποίοι ξεκίνησαν τη χρήση ουσιών μεταξύ της ηλικίας 18-22 είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη τιμή τόσο σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των 13-17 ετών ( $p=0,005$ ), όσο και με την ηλικιακή ομάδα των 23-27 ετών ( $p=0,007$ ). Τέλος όσον αφορά τον δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων τα άτομα που ξεκίνησαν να κάνουν χρήση ουσιών στην ηλικία 13-17 ετών είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή συγκριτικά με αυτούς που ξεκίνησαν τη χρήση σε ηλικία μεγαλύτερη των 27 ετών ( $p=0,002$ ). (Πίνακας 5.10.2)

Σχετικά με τη έκτιση κάποιας ποινης φυλάκισης οι θεραπευόμενοι οι οποίοι είχαν εκτίσει ποινή φυλάκισης είχαν σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες του SCL-90-R υψηλότερες τιμές, εκ των οποίων μόνο στην υποκλίμακα της διαπροσωπικής ευαισθησίας ανιχνεύθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,036$ ). (Πίνακας 5.10.3).

**Πίνακας 5.10.1:** Σύγκριση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90R (SCL-90-R) για τη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης.

	Διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης			p
	1-5 έτη	6-10 έτη	11-15 έτη	
Σωματοποίηση	13,4±9,7	16,3±8,3	20,7±9,7	0,016
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	10,3±7,2	16,6±7,6	17,8 ±7,7	0,036
Διαπροσωπική ευαισθησία	10,3±6,7	12,1 ±6,7	13,0 ±6,8	0,393
Κατάθλιψη	20,5±10,9	26,7±10,9	29,3±10,5	0,2
Άγχος	9,2±6,9	16,1±8,4	15,9±10,5	0,193
Θυμός-Επιθετικότητα	5,6±3,8	8,9±4,7	9,3 ±5,3	0,243
Φοβικό άγχος	3,0±1,4	4,6 ±2,5	7,6 ±4,2	0,374
Παρανοειδής ιδεασμός	8,6±4,9	10,4±4,6	11,8 ±4,7	0,248
Ψυχωτισμός	9,6±5,7	10,8±5,9	11,1 ±5,6	0,939
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,0±0,6	1,4±0,6	1,5 ±0,6	0,063
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	50,5±22,1	61,1 ±15,8	62,2 ±16,5	0,383
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	1,7±0,5	1,9±0,5	2,1 ±0,6	0,055

**Πίνακας 5.10.2:** Σύγκριση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90R (SCL-90-R) για την ηλικία έναρξης χρήσης ουσιών.

	Ηλικία έναρξης χρήσης ουσιών					p
	8-12 ετών	13-17 ετών	18-22 ετών	23-27 ετών	>27 ετών	
Σωματοποίηση	14,7±10,1	18,6±9,9	15,9±8,9	17,5±11,3	12,7±6,9	0,357
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	16,2±4,3	17,0 ±7,3	14,9 ±9,6	18,7±7,4	8,3±3,9	0,106
Διαπροσωπική ευαισθησία	11,7±2,5	13,4±7,0	10,2±6,5	12,7±7,4	9,5±5,0	0,332
Κατάθλιψη	24,0±4,3	28,3±10,3	24,7 ±12,9	32,0±13,3	16,2±5,6	0,028
Άγχος	12,7 ±7,5	16,7 ±8,8	12,0±9,8	22,7±12,6	7,7±3,5	0,024
Θυμός-Επιθετικότητα	12,0±4,7	9,8±5,8	5,8±2,5	12,0 ±4,5	3,7±1,5	0,003
Φοβικό άγχος	5,7±3,2	6,3±4,6	3,9 ±1,9	4,0 ±2,9	3,2±2,6	0,691
Παρανοειδής ιδεασμός	11,2±1,5	11,3±4,8	8,8 ±5,3	13,5±2,4	9,7±2,2	0,191
Ψυχωτισμός	11,5 ±3,0	11,7 ±5,8	8,4 ±6,1	13,7±6,7	10,2±6,3	0,445
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,3 ±0,4	1,5 ±0,6	1,2±0,7	1,6 ±0,7	0,9±0,3	0,153
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	66,0±14,6	62,0 ±15,2	54,5±20,9	63,5±19,8	55,2±16,9	0,674
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	1,8±0,2	2,1 ±0,5	1,7 ±0,5	2,2±0,4	1,5±0,03	0,039

**Πίνακας 5.10.3:** Σύγκριση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90R (SCL-90-R) για τη φυλάκιση.

Κλίμακα ψυχοπαθολογίας SCL90R	Φυλάκιση		p
	Ναι	Όχι	
Σωματοποίηση	18,2±8,7	16,3±10,5	0,502
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	17,4±7,4	14,3±8,3	0,26
Διαπροσωπική ευαισθησία	13,7±6,4	10,4±6,7	0,036
Κατάθλιψη	27,2±11,7	25,8±10,9	0,84
Άγχος	15,6±9,3	14,1±9,7	0,84
Θυμός-Επιθετικότητα	8,5±5,8	8,6±6,1	0,751
Φοβικό άγχος	5,4±2,4	5,1±3,2	0,078
Παρανοειδής ιδεασμός	11,1±4,5	9,8±4,9	0,476
Ψυχωτισμός	11,8±5,9	9,3±5,5	0,156
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	1,4±0,6	1,3±0,6	0,256
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	62,9±16,9	56,2±17,7	0,201
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	1,9±0,5	1,9±0,6	0,714

### 5.11 Συσχετίσεις μεταξύ της κλίμακας επισκόπησης της υγείας SF-12 και της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90R (SCL-90-R)

Από τον έλεγχο της σχέσης της υποκλίμακας της σωματικής υγείας του SF-12 με τις υποκλίμακες του SCL-90-R βρέθηκε μία μέτρια αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες της σωματοποίησης, της ψυχαναγκαστικότητας, της κατάθλιψης, του άγχους και των τριών μεγάλων υποκλιμάκων γενικού δείκτη συμπτωμάτων, συνόλου θετικών συμπτωμάτων και δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων. Όσον αφορά την υποκλίμακα της ψυχικής υγείας του SF-12 βρέθηκε να έχει μία μέτρια έως υψηλή αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με όλες τις υποκλίμακες του SCL-90-R. (Πίνακας 5.11)



**Πίνακας 5.11:** Συσχετίσεις μεταξύ της κλίμακας επισκόπησης της υγείας SF-12 και της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90R (SCL-90-R)

Κλίμακα ψυχοπαθολογίας SCL90R	SF-12	
	PCS-12	MCS-12
Σωματοποίηση	r=-0,427 p<0,001	rho=-0,586 p<0,001
Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	rho=-0,242 p=0,028	rho=-0,661 p<0,001
Διαπροσωπική ευαισθησία	r=-0,169 p=0,129	rho=-0,517 p<0,001
Κατάθλιψη	r=-0,304 p=0,005	rho=-0,708 p<0,001
Άγχος	rho=-0,235 p=0,033	rho=-0,685 p<0,001
Θυμός-Επιθετικότητα	rho=-0,09 p=0,416	rho=-0,445 p<0,001
Φοβικό άγχος	rho=-0,082 p=0,45	rho=-0,48 p<0,001
Παρανοειδής ιδεασμός	r=-0,15 p=0,163	rho=-0,428 p<0,001
Ψυχωτισμός	r=-0,122 p=0,281	rho=-0,472 p<0,001
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	r=-0,318 p=0,012	rho=-0,654 p<0,001
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	rho=-0,216 p=0,04	rho=-0,636 p<0,001
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	r=-0,286 p=0,026	rho=-0,58 p<0,001

### 5.12 Γραμμική παλινδρόμηση

Για να ελεγχθεί κατά πόσο τα χρόνια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης προβλέπουν την ποιότητα ζωής των ατόμων που συμμετέχουν σε αυτό χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Συγκεκριμένα προέκυψε ότι για κάθε πενταετία παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης υπήρχε αύξηση α) στο γενικό δείκτη συναισθημάτων κατά 0,416 (p=0,032), β) στο σύνολο των θετικών συναισθημάτων κατά 6,755 (p=0,14), γ) στο δείκτη ενόχλησης των θετικών συναισθημάτων κατά 0,343 (p=0,04), δ) στην υποκλίμακα της σωματοποίησης κατά 5,7 (p=0,038), ε) στην υποκλίμακα της ψυχαναγκαστικότητας-καταναγκαστικότητας κατά 2,1 (p=0,011) και μείωση α) στην κλίμακα της σωματικής υγείας (PCS) του SF-12 κατά

3,718 (p=0,181) και β) στην κλίμακα της ψυχικής υγείας (MCS) του SF-12 κατά 7,358 (p=0,005). (Πίνακας 5.12)

**Πίνακας 5.12:** Έλεγχος της σχέσης διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα ανεξάρτησης-ποιότητα ζωής με τη χρήση μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης

	Unstandardized Coefficient B	95% ΔΕ	p
Σωματοποίηση	5,7	0,3/11,1	0,038
Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα	2,1	1,2/9,2	0,011
Διαπροσωπική ευαισθησία	2,3	-1,2/5,8	0,187
Κατάθλιψη	4,7	-1,3/10,6	0,125
Άγχος	4,7	-0,3/9,7	0,065
Θυμός-Επιθετικότητα	2,5	-0,4/5,4	0,095
Φοβικό άγχος	1,9	-1,6/5,3	0,286
Παρανοειδής ιδεασμός	1,7	-0,8/4,2	0,179
Ψυχωτισμός	0,3	-3,1/3,6	0,87
ΓΔΣ	0,4	0,04/0,8	0,032
ΣΘΣ	6,8	-2,2/15,7	0,14
ΔΕΘΣ	0,3	0,2/0,7	0,04
PCS12	-3,7	-9,2/1,7	0,181
MCS12	-7,4	-12,4/- 2,3	0,005

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων-θεραπευόμενων στο πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη σύμφωνα με την υποκειμενική τους αντίληψη, να μελετηθεί εάν ο χρόνος παραμονής στο πρόγραμμα σχετίζεται με τη βελτίωση ή την επιδείνωση της υγείας τους και τελικά να αξιολογηθεί εάν το πρόγραμμα συμβάλλει στη γενικότερη ποιότητα ζωής. Οι παράγοντες που μελετήθηκαν περιελάμβαναν α) δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ηλικία έναρξης χρήσης, κ.α. και β) μέτρηση επιμέρους διαστάσεων της σωματικής και ψυχικής υγείας μέσω δύο αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν πως το επικρατούν προφίλ ενός ασθενή που βρίσκεται σε πρόγραμμα απεξάρτησης με χρήση μεθαδόνης παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά: άνδρες, ηλικίας 41-50 ετών, έγγαμοι, χωρίς παιδιά, κάτοικοι Αττικής, άνεργοι ή χωρίς επίδομα πρόνοιας ή με χαμηλό εισόδημα, με ηπατίτιδα C ή B, που έχουν εκτίσει τουλάχιστον μια φορά ποινή φυλάκισης, έχουν ξεκινήσει τη χρήση ουσιών στην ηλικία των 13-17 ετών και τέλος έχουν διάρκεια χρόνου παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης με μεθαδόνη 6-10 έτη.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών του δείγματος της μελέτης ερμηνεύεται από το ότι η χρήση ουσιών είναι επικρατέστερη στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες με αναλογία περίπου 3 προς 1 (Κοκκέβη και συν., 2007), οπότε η ίδια αναλογία συναντάται και στη συμμετοχή των δύο φύλων στα θεραπευτικά προγράμματα. Η σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών και του φύλου αποτελεί διεθνές φαινόμενο. Οι άνδρες απευθύνονται πιο συχνά σε προγράμματα απεξάρτησης, ενώ οι γυναίκες αναζητούν θεραπεία σε δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή σε φορείς ψυχικής υγείας και κατά συνέπεια δεν καταγράφονται με την ίδια συστηματικότητα (Greenfield et al, 2007). Επίσης, άλλοι κοινωνικοί παράγοντες, όπως το στίγμα, η έλλειψη οικογενειακού υποστηρικτικού δικτύου, η φροντίδα ενός παιδιού, η εγκυμοσύνη, ο φόβος που συνδέεται με την απώλεια της επιμέλειας των παιδιών ενδέχεται να αποτρέπουν τις γυναίκες από την είσοδό τους σε θεραπευτικά προγράμματα (Brady and Randall, 1999).

Επίσης, η χηρεία, η συνταξιοδότηση και η εμπειρία της φυλάκισης σηματοδοτούν τρία σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής και κατατάσσονται ανάμεσα στα δέκα πρώτα, σύμφωνα με την κλίμακα που δημιούργησαν οι Holmes & Rahe (1967, βλ. Παράρτημα II) και τα οποία επηρεάζουν την σωματική και ψυχική

υγεία των ασθενών του προγράμματος και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής τους. Γι' αυτό και οι χήροι στην παρούσα έρευνα είχαν μία τάση υψηλότερης τιμής στην υποκλίμακα του ψυχωτισμού σε σύγκριση με τους υπόλοιπους, ενώ στις υπόλοιπες υποκλίμακες δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης. Παρόμοια ερευνητικά δεδομένα δεν εντοπίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Επίσης, οι συνταξιούχοι είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή στο σύνολο των θετικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες που ήταν εργαζόμενοι. Για τις υπόλοιπες υποκλίμακες, οι συνταξιούχοι είχαν μία τάση υψηλότερης τιμής στην υποκλίμακα της σωματοποίησης και στην υποκλίμακα του άγχους. Στην περίπτωση του δείγματος αυτής της έρευνας, οι περισσότεροι ασθενείς λαμβάνουν σύνταξη «αναπηρίας» σε σχετικά «νέα» ηλικία. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους σε διάφορα επίπεδα και μπορεί να επιφέρει πρόωρη απόσυρση από την ενεργό επαγγελματική και κοινωνική δράση. Πρόκειται περισσότερο για ένα εγχώριο κοινωνικό φαινόμενο το οποίο ίσχυε μέχρι το 2012, να θεωρούνται δηλαδή όλοι οι χρήστες ουσιών που συμμετείχαν σε προγράμματα απεξάρτησης αδύναμοι ή ανίκανοι να εργαστούν και να έχουν το δικαίωμα πρόωρης συνταξιοδότησης λόγω ιστορικού χρήσης ουσιών. Ωστόσο, στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν αντίστοιχα ερευνητικά δεδομένα που να επιβεβαιώνουν ή να διαψεύδουν αυτή τη συσχέτιση που προέκυψε στην παρούσα έρευνα.

Σχετικά με την έκτιση ποινής φυλάκισης, οι ασθενείς οι οποίοι είχαν εκτίσει ποινή φυλάκισης είχαν σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες του SCL-90-R υψηλότερες τιμές, εκ των οποίων μόνο στην υποκλίμακα της διαπροσωπικής ευαισθησίας ανιχνεύθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Επειδή ο εγκλεισμός αποτελεί ένα ιδιαίτερο βίωμα, οι παρενέργειές του μπορεί να καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας που εκτείνεται από την παθητικοποίηση και την απόσυρση μέχρι το αυξημένο στρες και τον παρανοϊκό ιδεασμό. Ο εγκλεισμός μπορεί να επιφέρει διαταραχές στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και αγχώδεις διαταραχές (Cooke et al., 1990) αλλά και κατάθλιψη ή αυτοκτονικό ιδεασμό (Serra, 1994), διαταραχές που επιτείνονται και από τη μακρόχρονη χορήγηση μεθαδόνης. Δεν υπάρχουν, ωστόσο, ερευνητικά δεδομένα που να επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση που βρέθηκε στην παρούσα μελέτη.

Ακόμα, τα άτομα που λαμβάνουν το επίδομα της πρόνοιας εμφάνισαν χαμηλότερο σκορ στην αξιολόγηση της σωματικής και ψυχικής υγείας κι αυτό σαφώς

αντανακλάται και στην υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής. Στο παρόν δείγμα, οι περισσότεροι ασθενείς δε λαμβάνουν το επίδομα της πρόνοιας, διότι μετά από νομοθετική ρύθμιση του 2012, οι ασθενείς των θεραπευτικών προγραμμάτων εξετάζονται από ειδική επιτροπή του Υπουργείου Υγείας και κατόπιν θετικής γνωματεύσεώς της χορηγείται το ανάλογο επίδομα. Η χρήση ουσιών παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την ανεργία και την οικονομική ανέχεια (Merline et al, 2004). Συνεπώς, τα άτομα αυτά έχουν περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και συνήθως δεν έχουν κάποιο κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο να τα συνδράμει. Η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου και η σημασία της διαφαίνεται και σε άλλες έρευνες, όπως αυτές των De Maeyer et al (2011a) και De Maeyer et al (2011b).

Όπως προέκυψε από τα ευρήματα της μελέτης και συγκεκριμένα από την ανάλυση του ερωτηματολογίου SF-12, οι θεραπευόμενοι οι οποίοι είχαν τη μικρότερη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα απεξάρτησης είχαν καλύτερη σωματική υγεία και συγκεκριμένα τα άτομα τα οποία παρακολουθούσαν το πρόγραμμα απεξάρτησης για 6-10 έτη είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή στην κλίμακα της σωματικής υγείας σε σύγκριση με αυτούς που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα για 11-15 έτη. Όσον αφορά την ψυχική υγεία, οι θεραπευόμενοι με τη μικρότερη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα είχαν μία τάση καλύτερης μέσης τιμής στην υποκλίμακα της ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται και σε διάφορες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία (Reno and Aiken, 1993, Gossop et al, 1997, Torrens et al, 1997, Gossop et al, 2000 Habrat et al, 2002,) στις οποίες αναφέρεται βελτίωση της ποιότητας ζωής τους πρώτους μήνες εισαγωγής στη θεραπεία και περίπου δυο χρόνια μετά την έναρξή της, ενώ στη συνέχεια παρατηρείται επιδείνωση της ποιότητας ζωής και στη σωματική και στην ψυχική υγεία. Ο χρόνος παραμονής στο πρόγραμμα φαίνεται πως επηρεάζει αρνητικά τις προσδοκίες και την προοπτική των ασθενών (De Maeyer et al, 2011b), διότι ενώ έχουν απαλλαγεί από την αγωνία αναζήτησης της δόσης τους, δεν μπορούν να διάγουν μια ζωή με νόημα, ούτε θεωρούν πως μπορούν να εκπληρώσουν τους στόχους τους (De Maeyer et al, 2011b). Επίσης, οι εμπειρίες του στίγματος και των διακρίσεων συχνά εμποδίζουν τους ασθενείς στην καθημερινή τους δραστηριότητα, γεγονός που συνδέεται με τη χαμηλή σωματική και ψυχική υγεία (De Maeyer et al, 2011b).

Σχετικά με τα ευρήματα που προέκυψαν από τη συσχέτιση της κλίμακας SF-12 με τον υγιή πληθυσμό, οι ασθενείς του προγράμματος είχαν χαμηλότερες τιμές σε

σχέση με τις αντίστοιχες του υγιούς πληθυσμού. Αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες διεθνώς (Dunaj & Kovac, 2003, Fassino et al, 2004, Bizarri et al, 2005). Ωστόσο, μια σημαντική διάσταση που αναδείχτηκε από τη διερεύνηση της σωματικής υγείας στο ερωτηματολόγιο SF-12 και η οποία χρήζει περαιτέρω ποιοτικής επεξεργασίας και ανάλυσης αποτελεί η ευαισθησία που παρουσιάζουν οι ασθενείς στο σωματικό πόνο. Στις σχετικές ερωτήσεις, οι ασθενείς έχουν υψηλό σκορ και κατά συνέπεια χαμηλή ανοχή στην αίσθηση του σωματικού πόνου, γεγονός που δύναται να συνδεθεί με τον πόνο των στερητικών συμπτωμάτων που κατά καιρούς είχαν βιώσει. Γι' αυτό και πολλοί από αυτούς στην καθημερινή πρακτική χρησιμοποιούν κατά βούληση τη μεθαδόνη ως παυσίπονο για διάφορες σωματικές ενοχλήσεις, αυξάνοντας τη δοσολογία τους και ταυτόχρονα διαπιστώνεται ότι εστιάζουν στα σωματικά συμπτώματα, ακριβώς επειδή το θεραπευτικό πλαίσιο είναι ένα ιατρικοποιημένο περιβάλλον που λειτουργεί με όρους συμπτώματος-φαρμάκου.

Από τη συσχέτιση της κλίμακας SF-12 με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, εκτός από το γεγονός ότι η ομάδα των ασθενών ηλικίας 31-40 παρουσιάζει καλύτερη σωματική υγεία, όπως και η ομάδα των ασθενών που δε λαμβάνει το επίδομα της πρόνοιας. Οι ασθενείς ηλικίας 31-40 ετών αποτελούν μια πιο κινητοποιημένη ομάδα σχετικά με τα θέματα της υγείας τους και σε επίπεδο πρόληψης, αλλά και σε συνάρτηση με την αντίληψή τους ότι είναι ακόμα νέοι. Όσο γι' αυτούς που δε λαμβάνουν το επίδομα της πρόνοιας, κάποιοι είναι εργαζόμενοι ή έχουν άλλους οικονομικούς πόρους και γι' αυτό μπορούν να μεριμνούν περισσότερο για την υγεία τους. Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών μεταξύ της ηλικίας έναρξης χρήσης ουσιών και μεταξύ της έκτισης φυλάκισης.

Επιπροσθέτως, από τη συσχέτιση της κλίμακας SCL-90-R με την αντίστοιχη του υγιούς πληθυσμού, συνάγεται το συμπέρασμα ότι η ψυχική υγεία των ασθενών στη μεθαδόνη διαφοροποιείται κατά πολύ από αυτή του γενικού πληθυσμού (Luty and Arokiadass, 2008) και προσομοιάζει σ' αυτή των ψυχιατρικά ασθενών, γεγονός που επιβεβαιώνεται κι από άλλες έρευνες (Ryan and White, 1996, Millson et al, 2004). Η υψηλή βαθμολογία των ασθενών σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες θα μπορούσε να ερμηνεύεται από την έννοια της συννοσηρότητας (δηλαδή εξάρτησης και ψυχιατρικής διαταραχής), φαινόμενο αρκετά συχνό στους ασθενείς των προγραμμάτων μεθαδόνης (Callaly et al, 2001, Rodriguez-Llera et al, 2006).

Επίσης, δεδομένου ότι στο δείγμα, το 91,6% των ασθενών πάσχει από ηπατίτιδα C, δεν μπορεί να παραλειφθεί η συσχέτιση που παρουσιάζει η χρόνια ηπατίτιδα C με την επιδείνωση στη σωματική υγεία (Υφαντόπουλος και συν, 2001), με την αυξημένη ψυχοπαθολογία (Kraus et al, 2000, Schafer et al, 2009) ή ακόμα και με τη θεραπεία της ηπατίτιδας με ιντερφερόνη (Kraus et al, 2003).

Από τη συσχέτιση της κλίμακας SCL-90-R με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά προέκυψε συγκεκριμένα κατά τη σύγκριση μεταξύ των δύο φύλων, ότι οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της σωματοποίησης, της κατάθλιψης, του ψυχοτισμού και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων, καθώς επίσης και μία τάση υψηλότερων τιμών στις υποκλίμακες της ψυχαναγκαστικότητας-καταναγκαστικότητας. Τέτοιες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων προέκυψαν και στις έρευνες των Giacomuzzi et al (2005) και των Haug et al (2005).

Οι ασθενείς, οι οποίοι λάμβαναν επίδομα πρόνοιας είχαν υψηλότερες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες του SCL-90-R σε σύγκριση με αυτούς που δεν λάμβαναν το επίδομα, διαφορές οι οποίες δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Τέλος και οι συγκρίσεις των υποκλιμάκων μεταξύ του μηνιαίου εισοδήματος δεν βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Οι ασθενείς οι οποίοι είχαν τη μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα μεθαδόνης (11-15 έτη) είχαν και υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της σωματοποίησης, της ψυχαναγκαστικότητας-καταναγκαστικότητας, καθώς επίσης και την τάση να είναι υψηλότερες οι τιμές στην υποκλίμακα του γενικού δείκτη συμπτωμάτων και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς.

Τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να ερμηνευθούν ως συνέπεια ενός «ιδρυματισμού» που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί, των οποίων η ζωή σημαδεύεται από την παραμονή τους στο πρόγραμμα χωρίς καμιά ελπίδα προοπτικής και ουσιαστικής ανεξάρτησης. Ο ιδρυματισμός αποτελεί την εκδήλωση μιας απόλυτης σχέσης εξάρτησης με το θεσμό του ιδρύματος, στην προκειμένη περίπτωση με το πρόγραμμα μεθαδόνης. Το φαινόμενο του ιδρυματισμού, επέρχεται με την χρόνια προσαρμογή ενός ατόμου στις δομές ενός ιδρύματος, οι οποίες διαφέρουν με τον τρόπο τους από τις κοινωνικές συνθήκες έξω από αυτό (Τσαλίκολου, 1996).

Το πρόγραμμα μεθαδόνης παραπέμπει σ' ένα φορέα ιδρυματικής μορφής, γι' αυτό και οι ασθενείς, όσο περισσότερο παραμένουν σ' αυτό, παρουσιάζουν μια

παλινδρόμηση, μια συμβολική δηλαδή επιστροφή σε πρώιμα στάδια της ψυχοδιανοητικής εξέλιξης. Η παλινδρόμηση αυτή μπορεί να εκφράζεται με την έκπτωση μιας σειράς κοινωνικών κι όχι μόνο δεξιοτήτων, όπως με την σωματοποίηση ή την υποχονδρία, το πρώιμο γήρας, την αναστολή της ψυχοκοινωνικής δραστηριότητας, τη συναισθηματική αδιαφορία, την έντονη ευερεθιστότητα και τον ιδεοψυχαναγκασμό (Τσαλίκου, 1996, Harris and McElrath, 2012).

Από τη σύγκριση μεταξύ της ηλικίας έναρξης χρήσης ουσιών για τις υποκλίμακες του SCL-90-R ανιχνεύθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες της κατάθλιψης, του άγχους, του θυμού-επιθετικότητας και του δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων, οι οποίες, όμως, δεν επιβεβαιώνονται από άλλα ερευνητικά δεδομένα.

Συγκεκριμένα για την υποκλίμακα της κατάθλιψης, οι θεραπευόμενοι οι οποίοι είχαν ξεκινήσει να κάνουν χρήση ουσιών μεταξύ της ηλικίας 23-27 ετών κατέγραψαν υψηλότερη τιμή σε σύγκριση με όσους ξεκίνησαν τη χρήση στην ηλικία 8-12 ετών. Μια πιθανή ερμηνεία αυτής της συσχέτισης αποτελεί ότι η έναρξη χρήσης ουσιών στην ενήλικη ζωή μπορεί να συνδέεται με προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία (π.χ. αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη) και την οποία το άτομο προσπαθεί να ανακουφίσει διαμέσου της εξάρτησης, ως αυτοθεραπεία (Khantzian, 1997). Η υπόθεση της αυτοθεραπείας μπορεί να ισχύει και στην υποκλίμακα του άγχους, στην οποία παρατηρείται ότι οι ασθενείς οι οποίοι είχαν ξεκινήσει να κάνουν χρήση ουσιών στην ηλικία 23-27 ετών είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη τιμή σε σύγκριση με αυτούς που είχαν ξεκινήσει τη χρήση στην ηλικία των 18-22 ετών.

Στη σύγκριση για την υποκλίμακα του θυμού-επιθετικότητας, οι ασθενείς, οι οποίοι ξεκίνησαν τη χρήση ουσιών μεταξύ της ηλικίας 18-22 είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη τιμή τόσο σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των 13-17 ετών, όσο και με την ηλικιακή ομάδα των 23-27 ετών. Είναι πιθανόν οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας να έχουν ζήσει μια ομαλότερη εφηβική ζωή ή μια ομαλότερη μετάβαση στην ενήλικη ζωή, γεγονός που τους επέτρεψε να βιώσουν αρκετές εμπειρίες πριν τη χρήση ουσιών και κατά συνέπεια τη χρονική στιγμή της έρευνας να σκοράρουν χαμηλότερα στη συγκεκριμένη υποκλίμακα. Ωστόσο, το εύρημα αυτό απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση και σε συνδυασμό με στοιχεία εξελικτικής ψυχολογίας.

Τέλος, όσον αφορά τον δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων, τα άτομα που ξεκίνησαν να κάνουν χρήση ουσιών στην ηλικία 13-17 ετών είχαν στατιστικά



σημαντικά υψηλότερη τιμή συγκριτικά με αυτούς που ξεκίνησαν τη χρήση σε ηλικία μεγαλύτερη των 27 ετών. Φαίνεται πως η αυτή η κατηγορία των ασθενών «μεταφράζει» τις ψυχικές μεταβολές περισσότερο με όρους συμπτωμάτων, γεγονός που μπορεί να παραπέμπει ότι η χρήση ουσιών στην εφηβική ηλικία εμποδίζει τη γενικότερη ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη του ατόμου και αποτελεί τροχοπέδη στην ανάπτυξη της ψυχολογικής σκέψης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα ποσοτική μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς που βρίσκονται σε πρόγραμμα απεξάρτησης με χρήση μεθαδόνης παρουσιάζουν επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής υγείας τους, κατά συνέπεια δυσχεραίνεται και η ποιότητα ζωής τους, καθώς αυξάνεται ο χρόνος παραμονής τους στο πρόγραμμα. Συμπερασματικά τα πιο σημαντικά ευρήματα ήταν τα εξής:

1. Στα θεραπευτικά προγράμματα μεθαδόνης του ΟΚΑΝΑ, η εξάρτηση θεωρείται χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια και κατά συνέπεια ο ασθενής λογίζεται ως χρόνιος ασθενής που δε θα απεξαρτηθεί. Γι' αυτό και δεν υπάρχει πρόβλεψη για το χρονικό διάστημα παραμονής στη θεραπεία, αλλά θεωρείται «δικαίωμα» του ασθενή διά βίου.
2. Η μεθαδόνη, ως φαρμακευτική ουσία, βελτιώνει τη σωματική υγεία των ασθενών και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής τους κατά την είσοδό τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα.
3. Καθώς αυξάνεται ο χρόνος παραμονής στο πρόγραμμα, η σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών επιδεινώνονται, αφού άλλοι παράγοντες στη ζωή τους παραμένουν αμετάβλητοι, όπως η οικονομική και εργασιακή τους κατάσταση, το χαμηλό εκπαιδευτικό τους επίπεδο, η απουσία υποστηρικτικού δικτύου.
4. Συγκριτικά, ανάμεσα στη σωματική και στην ψυχική υγεία, η ψυχική υγεία των ασθενών στο πρόγραμμα μεθαδόνης επιδεινώνεται περισσότερο και προσομοιάζει μ' αυτή των ψυχικά ασθενών. Αυτό απαιτεί μεγαλύτερη διεύρυνση και συνθετότητα των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών που θα παρέχονται στους ασθενείς.

Επίσης, είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι με δεδομένους τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, δηλαδή το μικρό μέγεθος του δείγματος και τη συλλογή δεδομένων μόνο από ένα θεραπευτικό πρόγραμμα μεθαδόνης, χρειάζεται να διεξαχθούν πιο αντιπροσωπευτικές και ενδεδειγμένες έρευνες στον τομέα των θεραπευτικών προγραμμάτων μεθαδόνης, τα οποία, ενώ λειτουργούν περίπου δεκαοκτώ χρόνια στην Ελλάδα, δεν έχουν μέχρι σήμερα αξιολογηθεί για την αποτελεσματικότητά τους. Πολύ πρόσφατα, από το 2012 και μετά, ξεκίνησε μια απόπειρα καταγραφής κάποιων στατιστικών δεδομένων για τη λειτουργία των

θεραπευτικών προγραμμάτων, προσπάθεια που επιβάλλεται να εντατικοποιηθεί για να επιτευχθεί η αξιολόγησή τους και ενδεχομένως και η αναθεώρησή τους.

Επειδή τα θεραπευτικά προγράμματα οφείλουν να είναι ανθρωποκεντρικά και να συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής, δεν αρκεί να καλύπτουν μόνο κάποιους γενικούς-ιατρικούς στόχους, όπως τη μακροβιότητα των ασθενών, τη μείωση της νοσηρότητας του HIV και της ηπατίτιδας C και να μην ανταποκρίνονται στις πολλαπλές και σύνθετες ανάγκες των ασθενών, όπως η εξεύρεση εργασίας, η δημιουργία κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, η δεύτερη ευκαιρία στην εκπαίδευση και στην επιμόρφωση, κ.α.

Γι' αυτό και η χάραξη νέας φιλοσοφίας των προγραμμάτων μεθαδόνης απαιτεί πλέον άλλη στοχοθεσία:

1. την παραμονή στη θεραπεία για επαρκές χρονικό διάστημα, απαραίτητο για την αποτελεσματικότητά της,
2. τη διασύνδεση του θεραπευτικού προγράμματος με φορείς απασχόλησης, εκπαίδευσης και πολιτισμού,
3. τη συνεχή αξιολόγηση του ατομικού πλάνου θεραπείας για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά,
4. την ταυτόχρονη και ολοκληρωμένη θεραπεία στις περιπτώσεις συννοσηρότητας (εξάρτηση και ψυχιατρική διαταραχή),
5. την αναθεώρηση του όρου «χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια» που παραβλέπει την προσπάθεια πλήρους απεξάρτησης πολλών ασθενών.

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahmad, B., Mufti, K.A., Farooq, S. (2005). Psychiatric comorbidity in substance abuse (opioids), *Subst Use Misuse*. 40, p.13-14.

Amato,L., Davoli, M., Perucci, CA., Ferri, M. et al (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat*, 28(4):321-9.

Andrews FM, Whitney SB. (1976), *Social indicators of well-being: The development of the measurement of perceptual indicators*. Plenum Press. New York.

Bao Y., Liu Z., Epstein D.H., Du C. et al. (2009). A Meta-Analysis of Retention in Methadone Maintenance by Dose and Dosing Strategy. *American Journal of Drug Alcohol Abuse* 35: 28–33.

Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. Free Press. New York.

Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M. et al. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use and Misuse*, 40 (12), 1765-1776.

Bottomley, A. (2002). “The Cancer Patient and Quality of Life”. *The Oncologist*, 7:120-125.

Bowling, A. (2005). *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales* (3d edition). Open University Press. Berkshire.

Brady KT, Randall CL. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 22: 241-252.

Brooner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W. et al (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers, *Archives of General Psychiatry*, 54, p.71-80.

Bury, M. (1982). "Chronic Illness as Biographical Disruption", *Sociology of Health and Illness*, 4: 167-182.

Bury, M. (1991). "The Sociology of Chronic Illness: a Review of Research and Prospects", *Sociology of Health and Illness*, 13, 4: 451-468.

Callaly, T., Trauer, T., Munro, L., & Whelan, G. (2001). Prevalence of psychiatric disorder in a methadone maintenance population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (5), 601-605.

Cooke, D.J., Baldwin, P.J. and Howison, J. (1990). *Psychology in prisons*. Routledge. London.

Dazord, A., Mino, A., Page, D., & Broers, B. (1998). Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. *European Psychiatry*, 13: 235-241.

De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy* xxx, 1-17.

De Maeyer, J., Vandreplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S et al. (2011a). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1244-1257.

De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., Nieuwenhuizen, C et al. (2011b). Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Qual Life Res*, 20:139-150.

Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90 Manual I. Scoring, Administration and Procedures for the SCL-90*, MD: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit. Baltimore.

Dole, V.P. & Nyswander, M. E. (1965). "A Medical Treatment for Diacetyl Morphine

(Heroin) Addiction”, *Journal American Medical Association*, 193 (8): 646-650.

Drumm, R., McBride, D., Metsch, L., Page, J et al. (2003). The rock always comes first: drug users’ accounts about using formal health care. *Journal of Psychoactive Drugs* 35(4), 461-469.

DSM- IV (1994). American Psychiatric Association. (4<sup>th</sup> ed.) Washington. Author.

DSM- V (2013). American Psychiatric Publishing INC. Arlington. Virginia.

Dunaj, R., & Kovac, D. (2003). Quality of life of convicted drug addicts: preliminary report. *Studia Psychologica*, 45 (4), 357-359.

Fabrega, H and Manning, P. (1972). “Disease, Illness and Deviant Careers” Pp 93-116 in *Theoretical Perspectives on Deviance*, edited by Robert A. Scott and Jack D. Douglas. New York: Basic Books.

Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J., Ling, W et al. (2005). Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy*, 16(Suppl.1), 67-75.

Fassino, S., Abbate Daga, G., Delsedime, N., Rogna, L. et al (2004). Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(1), 73-80.

Finch, E., Groves, I., Feinmann, C., Farmer, R. (1995). A low threshold methadone stabilization programme description and first stage evaluation. *Addiction Research*, 3: 63-71.

Fischer, B., Rehm, J., & Kim, G. (2001). “Whose quality of life is it, really?” *British Medical Journal*, 322, 1357-1360.

Fischer, B., Rehm, J., Kim, G., & Kirst, M. (2005). Eyes wide shut?—A conceptual and empirical critique of methadone maintenance treatment. *European Addiction Research*, 11(1), 1-9.

Giacomuzzi, S.M., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G et al. (2005). Gender differences in health-related quality of life on admission to a maintenance treatment program. *European Addiction Research*, 11(2), 69-75.

Gill, TM & Feinstein AR. (1994). “A critical appraisal of the quality-of-life measurements”. *JAMA*, 272: 619-625.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Doubleday Anchor. New York.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P. et al (1997). The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: 6-month follow-up outcomes. *Psychology of Addictive Behaviours* 11 (4), 324-337.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Rolfe, A. (2000). Patterns of improvement after methadone treatment: one-year follow-up results from the National treatment Outcome Research Study (NTORS), *Drug and Alcohol Dependence*.

Greenfield SF, Brooks AJ, Gordon SM et al. (2007). Substance abuse treatment entry, retention and outcome in women: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend.* 86: 1-21.

Habrat, B., Chmielewska, K., Baran-Furga, H., Keszycka, B et al. (2002). Subjective quality of life in opiate dependent patients before admission, after six months and one-year participation in methadone program. *Przegląd Lekarski*, 59(4-5), 351-354.

Harris, J., Mc Elrath, K. (2012). Methadone as social control: institutionalized stigma and the prospect of recovery. *Qual Health Res*, 22(6):810-824.

Hartgers, C., van den Hoek, A., Krijnen, P., Coutinho RA. (1992). HIV prevalence

and risk behavior among injecting drug users who participate in “Low-Threshold” methadone programs in Amsterdam. *American Journal of Public Health*, 82: 547-551.

Haug, N.A., Sorensen, J. L., Lollo, N.D., Gruber, V.A. et al (2005). Gender differences among HIV-positive methadone maintenance patients enrolled in a medication adherence trial. *AIDS Care*, 17(8), 1022-1029.

Holmes, T.H. and Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-218.

Jeammet, J. (1999), *Interventions*, 70/71.

Khantzian, J.E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*, 4(5): 231-244.

Kolind, T., (2007). Form or content: The application of user perspectives in treatment research. *Drugs-Education Prevention nad Policy*, 14(3), 261-275.

Kontodimopoulos, N., Pappa,E., Niakas, D. and Tountas, Y. (2007). “Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population”, *Health and Quality of Life Outcomes*, 5:55.

Kraus M.R., Schafer A., Csef H., Scheurlen, M et al (2000). Emotional state, coping styles and somatic variables in patients with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*, 41: 377-384.

Kraus M.R., Schafer A.,Faller H., Csef, H et al (2003). Psychiatric symptoms in patients with chronic hepatitis C receiving interferon alfa-2b therapy. *J Clin Psychiatry*, 64: 708-714.

Kunz, M. (1998). *Les toxicomanes*. Editions L' Harmattan. Paris.

Lawrinson P., Ali R., Buavirat A., Chiamwongpaet S et al. (2008). Key findings



from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103:1484-92.

Lehman, AF. (1983). "The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40: 369-373.

Leshner, A. (1997). "Addiction is a Brain Disease and it Matters", *Science*, Vol.278

Luty, S., & Arokiadass, S.M.R. (2008). Satisfaction with life and opioid dependence. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 3(2). doi: 10.1186/1747-597X-3-2.

Maremmani, I., Perugi, G., Pacini, M., Akiskal, H.S. (2006). Toward a unitary perspective on the bipolar spectrum and substance abuse: opiate addiction as a paradigm, *Journal of Affective Disorder*, 93, 1-12.

Maremmani, I., Pani, P.P., Pacini, M., Bizzarri, J.V. et al (2010). Subtyping patients with heroin addiction at treatment entry: factors derived from the SCL-90, *Annals of General Psychiatry*, 9, 15.

Mattick, R.P., Ali, R., White, J.M., O' Brien, S. et al (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: A randomized double-blind trial with 405 opioid-dependent patients. *Addiction*, 98(4), 441-452.

Mattick. R. P., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of systematic Reviews* 3 (CD002209).

McDougall, J. (1987). "L' Addiction a l' autre. Reflexions sur les sexualites addictives". *Topiques*, No 39.

McGovern, M. P., Xie, H., Segal, S.R., Siembab, L. et al (2006). Addiction treatment services and co-occurring disorders: prevalence estimates, treatment practices and

barriers, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, p.267-275.

McLellan, A. T., Lewis, D.C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness. Implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284: 1689-1695.

Merline, A.C., O'Malley P.M., Schulenberg, J.E., Bachman, J.G et al (2004). Substance Use Among Adults 35 Years of Age: Prevalence, Adulthood Predictors and Impact of Adolescent Substance Use. *American Journal of Public Health*, Vol.94, No1,pp.96-102.

Millson P, Challacombe L, Villeneuve PJ, Fischer B et al (2004). "Self-perceived health among Canadian opiate users: a comparison to the general population and to other chronic disease populations". *Canadian Journal of Public Health*, 95:99-103.

Montagne, M. (2002). Appreciating the user's perspective: listening to the "methadonians". *Substance Use & Misuse* 37(4), 565-570.

Morel, A. Herve, F. Fontaine, B. (1997). *Soigner les toxicomanes*. Editions Dunod. Paris.

Naess S. (1987). *Quality of life research: concepts, methods, and applications*. Institute of Applied Social Research. Oslo.

O'Brien, C. (2010). "Addiction and dependence in DSM-V". *Addiction*, 106, 866-867.

Olievenstein, Cl. (1977). *Il n' y a pas de drogues heureux*. Editions Robert. Paris.

Pani, P.P., Maremmani, I., Trogu, E., Gessa, G.L., et al (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included? *Journal of Affective Disorder*, 122, 185-197.

Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.

Reno, R.R., & Aiken, L.S. (1993). Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. *The International Journal of the Addictions*, 28 (3), 211-232.

Rodriguez-Llera, M.C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M.T., Silva, T.C. et al. (2006). Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug and Alcohol Dependence*, 84 (1), 48-55.

Rudolf, H., & Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14: 190-197.

Ryan CF & White JM (1996). "Health Status at entry to methadone maintenance treatment using the SF 36 health survey questionnaire". *Addiction*, 91 (1): 39-45.

Sanders, C., Egger, M., Donovan, J., Tallon, D et al (1998). "Reporting on quality of life in randomized controlled trials: Bibliographic study". *British Medical Journal*, 317 (7167), 1191-1194.

Schafer, A., Wittchen, H.U., Backmund, M., Soyka, M et al (2009). Psychopathological changes and quality of life in hepatitis C virus-infected, opioid-dependent patients during maintenance therapy. *Addiction*, 104, 630-640.

Stajduhar, K. I., Funk, L., Shaw, A.L., Bottorff, J.L. et al (2009). "Resilience from the perspective of the illicit injection drug user: An exploratory descriptive study". *International Journal of Drug Policy*, 20 (4), 309-316.

Serra, C.(1994). *Il castello, S. Giorgio e il drago: depression reattiva, autolesionismo e suicidio nel carcere*. Edizioni Seam. Roma.

Stein MD, Mulvey KP, Plough A, Samet JH (1998). "The Functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use". *Journal of Substance Abuse*, 10:75-84.

Torrens, M., San, L., Martinez, A., Castillo, C et al. (1997). "Use of the Nottingham health profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment". *Addiction*, 92 (6), 707-716.

Van Ameijden EJ., Langendam MW & Coutinho RA. (1999). Dose-effect relationship between overdose mortality and prescribed methadone dosage in low threshold maintenance programs. *Addictive Behaviours*, 24: 559-563.

Van den Brink W., Goppel M., & van Ree J. M. (2003). Management of opioid dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 16: 297-304.

Van den Brink W., & Haasen C. (2006). Evidenced-based treatment of opioid dependent patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51: 635-646.

Vanderplasschen W., Rapp R.C., Wolf J., & Broekaert E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55: 913-922.

Verrando, R., Robaeys, G., Mathei, C., & Buntinx, F. (2005). Methadone and buprenorphine maintenance therapies for patients with hepatitis C virus infected after intravenous drug use. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, 68 (1), 81-85.

Verster, A & Buning, E. (2000). Methadone Guidelines. EuroMethwork. Amsterdam.

Ward, J., Hall, W., & Mattick, R.P. (1999). "Role of maintenance treatment in opioid dependence". *The Lancet*, 353 (9148), 221-226.

Ware JE, Kosinski M, Keller SD.(1995) How to score SF-12 physical and mental health summary scales. 2<sup>nd</sup> edition. MA: the Health Institute. Boston.

WHOQOL (1995). "Position paper from the Health Organization". *Soc Sci Med*, 41: 1403-1409.

Wittchen. H.U., Apelt, S.M., Soyka, M., Gastpar, M. et al (2008). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: a naturalistic study in 2694 patients. *Drug Alcohol Depend*, 95, 245-257.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

DiMatteo, R & Martin, L. (2011). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο

Goffman, E. (2001). Στίγμα: Σημειώσεις για τη Διαχείριση της Φθααρμένης Ταυτότητας. Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.

Nettleton, S. (2002). Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας.. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω

Porter, S. (2009). Κοινωνιολογία για Επαγγελματίες Υγείας.. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης

Γαζγαλίδης, Κ. (2003). Ηρωίνη, Υποκατάστατα και Ανταγωνιστές.. Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης

Γαζγαλίδης, Κ. (2005). «Ναρκοτικά»: εγχειρίδιο για τη μείωση της βλάβης. Αθήνα: Εκδόσεις Εξάντας.

Γρίβας, Κ. (1995). Οπιούχα: Μορφίνη, Ηρωίνη, Μεθαδόνη. Αθήνα: Εκδοτικός Οργανισμός Λιβάνη.

Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. (2014). Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα: Ετήσια Έκθεση 2013. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Αθήνα.

Κοκκέβη Α, Κίτσος Γ, Φωτίου Α. (2007). Καπνός, Οινοπνευματώδη, Ναρκωτικά: Η

πορεία της χρήσης από τη δεκαετία του '80 έως σήμερα. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Λιάππας, Γ. & Πομίνι, Β. (2004). Ουσιοεξάρτηση: Σύγχρονα Θέματα. Αθήνα: Εκδόσεις ΙΤΑΑ.

Λιάππας, Γ. (2011). Ναρκωτικά: εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

Μάτσα, Κ. (2001). Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα

Μάτσα, Κ. (2008). Ψυχοθεραπεία και Τέχνη στην Απεξάρτηση: Το «Παράδειγμα» του 18 Ανω.. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα

Μάτσα, Κ. (2012). Παρουσίαση του ντοκιμαντέρ “I’m dangerous with love” του Μισέλ Νεγκροπόντε. Η ομιλία οργανώθηκε από το Exile Room.

Μπαριτάκη, Ι & Ψαλλάκη, Ε. (2011). Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής Ασθενών εξαρτημένων από ηρωίνη, σε θεραπεία υποκατάστασης με βουπρενορφίνη στα Προγράμματα Υποκατάστασης Κρήτης. Πανεπιστήμιο Κρήτης-Τμήμα Ιατρικής. Ηράκλειο Κρήτης.

Νάκου, Σ. (2001). «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας: Εφαρμογές στην Παιδιατρική». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 254-266.

Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική, 2, 42-48.

Οικονόμου, Χ. (2005). Κοινωνιολογία της Υγείας. Τόμος Α. Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.

ΟΚΑΝΑ (2012). Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. Αθήνα.

Πουλόπουλος, Χ. (2011). Κοινωνική Εργασία και Εξαρτήσεις: οι κοινότητες της αλλαγής. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Σαρρής, Μ. (2001). Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., Ρούσση, Π. (2012). Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα.. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

Τσαλίκογλου, Φ. (1996). Μυθολογίες βίας και καταστολής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Υφαντόπουλος, Γ., Πιεράκος, Γ., Ζανάκης, Β. (2001). Ποιότητα ζωής ασθενών με ηπατίτιδα C.

# Παράρτημα Ι: Άδεια διεξαγωγής της έρευνας από τον ΟΚΑΝΑ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ  
(ΟΚΑΝΑ)

Αβέρωφ 21, Αθήνα 104 33  
Τηλ: 210 8898200  
Φαξ: 210 8253760  
e-mail: okana@okana.gr

ΓΡΑΦΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ

Τηλ.: 210 8898260 Θεραπευτική Μονάδα ΟΚΑΝΑ  
Φαξ.: 210 8227506 Γ.Ν. «Αγία Όλγα»

Αριθ. Πρωτ. .... 668 .....  
Ημερ. Παραλ. 31/10/2013 .....

Αρ. Πρωτ.: 13926

Προς:

- Κο Ν. Καραβοκύρη, Υπεύθυνο ΘΜ  
ΟΚΑΝΑ – Κωνσταντοπούλειο ΓΝΝΙ «Η  
Αγία Όλγα»

Κοινοποίηση:

- Κα Μ. Μαντζάνα, Ψυχολόγο ΘΜ  
ΟΚΑΝΑ – Κωνσταντοπούλειο ΓΝΝΙ «Η  
Αγία Όλγα»

**Θέμα:** Αίτημα διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας Κας Μαντζάνας Μαρίας, Ψυχολόγου ΘΜ ΟΚΑΝΑ – Κωνσταντοπούλειο ΓΝΝΙ «Η Αγία Όλγα», σε δομή του ΟΚΑΝΑ.

**Σχετικά:** Τα με αρ. πρωτ. 739/26.08.13, 739/27.08.13 και 1036/04.10.13 έγγραφα ΚΕΕ ΟΚΑΝΑ.

Σας γνωρίζουμε ότι, σε συνέχεια των συνημμένων σχετικών και με τη σύμφωνη γνώμη της Πρόεδρου του ΔΣ του Οργανισμού, Κας Μένης Μαλλιώρα, ο Οργανισμός αποδέχεται κατ' αρχήν το αίτημα της Κας Μαντζάνα Μαρίας, Ψυχολόγου ΘΜ ΟΚΑΝΑ - Κωνσταντοπούλειο ΓΝΝΙ «Η Αγία Όλγα», στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής διατριβής με θέμα «Ποιότητα ζωής στα προγράμματα υποκατάστασης (μεθαδόνης) Αττικής», υπό τον Κο Μ. Τάλια, Επιστημονικό Υπεύθυνο για την έρευνα Προγραμμάτων Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου σε δομής του Οργανισμού.

Κατόπιν αιτήματος της ενδιαφερόμενης, κρίνεται σκόπιμη η συνεργασία με τη Θεραπευτική Μονάδα ΟΚΑΝΑ – Κωνσταντοπούλειο ΓΝΝΙ «Η Αγία Όλγα» για την ολοκλήρωση της προαναφερθείσας εργασίας στο πλαίσιο και με τους όρους που αναφέρονται στη συνημμένη επιστολή προς τον ΟΚΑΝΑ (τήρηση των κανόνων δεοντολογίας κ.ά.).

Με το δεδομένο ότι η συνεργασία με την Κα Μαντζάνα για την υλοποίηση των ανωτέρω συνάδει με την εύρυθμη λειτουργία της Μονάδας ευθύνης σας, τα αρμόδια στελέχη παρακαλούνται να διευκολύνουν την ενδιαφερόμενη.

Η ενδιαφερόμενη δεσμεύεται να καταθέσει αντίγραφο της ερευνητικής της εργασίας στο Πρωτόκολλο του Κέντρου Εκπαίδευσης και Εποπτείας του Οργανισμού.

Ο Γενικός Διευθυντής  
  
Δημήτριος Πλατανιάς

**Εσωτερική Διανομή:**

1. Κα Πρόεδρο
2. Γραφείο Γενικού Διευθυντή
3. Κέντρο Εκπαίδευσης και Εποπτείας



**Παράρτημα II: Κλίμακα Στρεσογόνων γεγονότων ζωής (Holmes & Rahe ,1967)**

Αριθμός κατάταξης	Συμβάντα ζωής	Μονάδες
1	Θάνατος συντρόφου	100
2	Διαζύγιο	73
3	Χωρισμός από σύντροφο	65
4	Ποινή φυλάκισης	63
5	Θάνατος οικογενειακού μέλους	63
6	Τραυματισμός ή ασθένεια	53
7	Γάμος	50
8	Απώλεια εργασίας	47
9	Συμφιλίωση με τον σύντροφο	45
10	Συνταξιοδότηση	45
11	Ασθένεια οικογενειακού μέλους	44
12	Αλλαγή στην κατάσταση υγείας συγγενικού προσώπου	40
13	Εργασία διάρκειας άνω των 45 ωρών	35
14	Είσοδος νέου μέλους στην οικογένεια	39
15	Μεγάλες αλλαγές στην εργασία	39
16	Τροποποίηση της οικονομικής κατάστασης	38
17	Θάνατος στενού φίλου	37
18	Αλλαγή του είδους της εργασίας	36
19	Αλλαγή στον αριθμό διαφωνιών με τον/την σύντροφο	35
20	Υποθήκη μεγαλύτερη των 10.000	31
21	Κατάσχεση λόγω χρεών	30
22	Αλλαγή των ευθυνών στην εργασία	29
23	Απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι	29
24	Προβλήματα με το νόμο	29

25	Επίτευξη εξαιρετικών κατορθωμάτων	28
26	Νέα εργασία ή απώλεια της από οικογενειακό μέλος	26
27	Εισαγωγή ή αποφοίτηση από εκπαιδευτικά ιδρύματα	26
28	Αλλαγή στις συνθήκες καθημερινής διαβίωσης	25
29	Αλλαγή των προσωπικών συνηθειών	24
30	Προβλήματα με τους προϊστάμενους	23
31	Αλλαγή στο ωράριο εργασίας ή των συνθηκών τους	20
32	Αλλαγή κατοικίας	20
33	Αλλαγή σχολείου	20
34	Αλλαγή του ελεύθερου χρόνου	19
35	Αλλαγή των θρησκευτικών δραστηριοτήτων	19
36	Αλλαγή των κοινωνικών δραστηριοτήτων	18
37	Χρέη ή υποθήκες μικρότερες των 10.000\$	17
38	Αλλαγή των συνηθειών του ύπνου	16
39	Αλλαγή στον αριθμό των οικογενειακών συγκεντρώσεων	15
40	Αλλαγή των διατροφικών συνηθειών	13
41	Διακοπές	13
42	Περίοδος Χριστουγέννων	12
43	Μικρές παραβάσεις του νόμου	11