



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής Ασθενών εξαρτημένων από ηρωίνη, σε θεραπεία υποκατάστασης με βουπρενορφίνη στα Προγράμματα Υποκατάστασης Κρήτης»

Μπαριτάκη Ιωάννα  
Ψυχολόγος

Ψαλτάκη Ειρήνη  
Κοινωνική Λειτουργός

**Επιβλέπων:** Α. Φιλαλήθης, Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης

**Συμβουλευτική Επιτροπή:** Μ. Βοζικάκη, Υποψήφια PhD Δημόσιας Υγείας & Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας



## *Ευχαριστίες*

Με την ευκαιρία της ολοκλήρωσης αυτής της προσπάθειας, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας σε όλους εκείνους οι οποίοι μας βοήθησαν.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες για τις πολύτιμες συμβουλές και την καθοδήγηση σε όλες τις φάσεις της παρούσας μελέτης οφείλουμε στον επιβλέποντα καθηγητή μας και συντονιστή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας", κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τη διοίκηση του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) και κυρίως την πρόεδρο κα. Μένη Μαλλιώρα καθώς και το Γενικό Διευθυντή κο. Δημήτρη Πλατανιά για την άμεση ανταπόκριση στο αίτημα μας και τη χορήγηση άδειας για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας στις Μονάδες Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στην Κρήτη.

Θα θέλαμε ιδιαίτερα να ευχαριστήσουμε τους υπευθύνους των Μονάδων Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στο Ηράκλειο κο. Σβορώνο Κωνσταντίνο και στα Χανιά κο. Σταυρουλάκη Εμμανουήλ, καθώς και το επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό των παραπάνω Μονάδων για την υποστήριξή τους στην προσπάθεια μας.

Ευχαριστούμε θερμά το μέλος της Συμβουλευτικής Επιτροπής της εργασίας μας και υποψήφια διδάκτορα Δημόσιας Υγείας και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας κα. Βοζικάκη Μαρία για τις εποικοδομητικές συμβουλές της καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στον κο. Λιναρδάκη Εμμανουήλ, που στάθηκε σύμβουλος και βοηθός στη διαδικασία της στατιστικής ανάλυσης και επεξεργασίας των δεδομένων της μελέτης.

Κλείνοντας, θα θέλαμε να αναφερθούμε στα άτομα εκείνα τα οποία δέχθηκαν με προθυμία να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη και στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Τους ευχαριστούμε πραγματικά.

*“Έχεις τα πινέλα, έχεις τα χρώματα, ζωγράφισε τον παράδεισο και μπες μέσα.....”*

*Νίκος Καζαντζάκης*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b>	3
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>	6
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</b>	8
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ</b>	9
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	10
<b>ABSTRACT</b>	12
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ</b>	14

### **ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

1.1.	Γενικά	15
1.2.	Εξάρτηση	16
1.3.	Επιδημιολογικά στοιχεία	17
1.4.	Θεραπεία	18
1.4.1.	Θεραπεία με Υποκατάσταση	19
1.4.2.	Ουσίες Υποκατάστασης	20

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ**

2.1.	Προβλήματα υγείας εξαρτημένων ατόμων	23
2.2.	Θεραπεία με Υποκατάστατα και Ποιότητα Ζωής	24

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

3.1.	Θεωρητικές προσεγγίσεις	28
3.2.	Ορισμός της Ποιότητας Ζωής	29
3.3.	Δείκτες μέτρησης της Ποιότητας Ζωής	33

### **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

4.1.	Σκοπός της μελέτης	35
4.2.	Ερευνητικά ερωτήματα και στόχοι της μελέτης	35
4.3.	Τύπος και πληθυσμός της μελέτης	36
4.4.	Χρόνος και Τόπος	37
4.5.	Τήρηση κανόνων βιοηθικής	37
4.6.	Περιορισμοί της μελέτης	37
4.7.	Μέθοδος	38
4.7.1.	Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF- 36	38
4.8.	Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας	40
4.9.	Αυτοαναφερόμενη υγεία	42

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

5.1.	Έλεγχος εσωτερικής συνάφειας	43
5.2.	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών-χρηστών ηρωίνης	43
5.3.	Δείκτης αυτοαναφοράς υγείας	45
5.4.	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τις κλίμακες SF- 36	47
5.4.1.	Φύλο	47
5.4.2.	Ηλικία	48
5.4.3.	Μορφωτικό επίπεδο	48
5.4.4.	Εργασιακή κατάσταση	48
5.4.5.	Οικογενειακή κατάσταση	49
5.5.	Χρονικό διάστημα παρακολούθησης και Ποιότητα Ζωής	50
5.6.	Σύγκριση πληθυσμού μελέτης και γενικού πληθυσμού	53

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

54

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

57

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

1.	Πίνακες	64
2.	Γραφήματα	73

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ**

1.	Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36	78
2.	Δημογραφικά στοιχεία	84

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ**

1.	Έγκριση μελέτης από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ.	85
2.	Επιστολή συμμετέχοντα στην έρευνα	86
3.	Έντυπο συγκατάθεσης για τον συμμετέχοντα στην έρευνα	87

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

---

Πίνακας 1.	Η εξέλιξη των προσεγγίσεων για την Ποιότητα Ζωής
Πίνακας 2.	Cronbach's Alpha
Πίνακας 3.	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά πληθυσμού μελέτης
Πίνακας 4.	Έτος ένταξης στα Θ.Π.Υ.
Πίνακας 5.	Αυτοαναφερόμενη υγεία
Πίνακας 6.	Βαθμολογία SF-36 σε σχέση με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά
Πίνακας 7.	Συντελεστής συσχέτισης των κλιμάκων του SF-36 με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά
Πίνακας 8.	Βαθμολογία SF-36 σε σχέση με το χρονικό διάστημα παρακολούθησης
Πίνακας 9.	Σύγκριση Αυτοαναφερόμενης Υγείας με ένα χρόνο πριν.
Πίνακας 10.	Σύγκριση πληθυσμού μελέτης με τον γενικό πληθυσμό

---



### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

---

Γράφημα 1.	Μονάδα Υποκατάστασης
Γράφημα 2.	Φύλο
Γράφημα 3.	Ηλικία
Γράφημα 4.	Μορφωτικό επίπεδο
Γράφημα 5.	Οικογενειακή κατάσταση
Γράφημα 6.	Εργασιακή κατάσταση
Γράφημα 7.	Πόλη διαμονής
Γράφημα 8.	Αυτοαναφερόμενη Υγεία
Γράφημα 9.	Σύγκριση Αυτοαναφερόμενης Υγείας με ένα χρόνο πριν.

---

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής Ασθενών εξαρτημένων από ηρωίνη, σε θεραπεία Υποκατάστασης με βουπρενορφίνη στα Προγράμματα Υποκατάστασης Κρήτης.

Των: Μπαριτάκη Ιωάννα, Ψυχολόγου και

Ψαλτάκη Ειρήνη, Κοινωνικής Λειτουργού

Υπό τη επίβλεψη του: 1. Φιλαλήθη Αναστάσιο, Καθηγητή Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης.

Ημερομηνία: 22 Ιουνίου 2011

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η Ποιότητα Ζωής των ασθενών χρηστών ηρωίνης, οι οποίοι παρακολουθούν τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης του Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), στην Κρήτη, στο Ηράκλειο και τα Χανιά. Διερευνήθηκε επίσης, η επίδραση της παρεχόμενης θεραπείας στη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία των ασθενών.

Η μελέτη ήταν συγχρονική και σε αυτήν συμμετείχε δείγμα 80 ασθενών, ανδρών και γυναικών, στηρίχθηκε σε προσωπικές συνεντεύξεις των συμμετεχόντων και πραγματοποιήθηκε το Μάρτιο του 2011. Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο, το ερωτηματολόγιο Επισκόπηση Υγείας SF-36 (Short Form Health Survey). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και ελεγχθεί ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του στην Ελλάδα από τους Παππά, Κοντοδημόπουλο, Νιάκα.

Από τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων, προέκυψε ότι οι ασθενείς χρήστες ηρωίνης, οι οποίοι παρακολουθούν ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα στην Κρήτη, εμφανίζουν μια σχετικά καλή βαθμολογία στην κλίμακα του SF-36, όσον αφορά στη σωματική τους υγεία, παρά τα χρόνια αναφερθέντα προβλήματα, ενώ αντίθετα η βαθμολογία τους είναι σχετικά χαμηλότερη στις κλίμακες που αφορούν στην ψυχολογική, κοινωνική και συναισθηματική τους κατάσταση.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι άνδρες (81,2%), ηλικίας περίπου 40 ετών (48%), ενώ το 35% είναι απόφοιτοι Δημοτικού σχολείου. Το 42,5% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι η υγεία τους είναι καλή, ενώ το 32,5% ότι η υγεία τους είναι μέτρια. Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο ότι το 23,8% πιστεύει ότι η υγεία του είναι

αρκετά καλύτερη από ό, τι ένα χρόνο πριν και το 42,5% ότι η υγεία του είναι κάπως καλύτερη από ό, τι ένα χρόνο πριν.

Συμπερασματικά, οι ασθενείς που παρακολουθούν ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης, φαίνεται να έχουν μια καλή αντίληψη για την υγεία τους, κυρίως την σωματική. Ωστόσο αναδεικνύεται η επιβάρυνση που έχει η χρήση ηρωίνης στην ψυχική τους υγεία.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα ζωής, σωματική υγεία, ψυχική υγεία, εξάρτηση, θεραπεία υποκατάστατων

## Abstract

Title: Investigation of the Quality of Life of dependent heroin patients who receive substitution treatment with buprenorphine in substitution programmes of Crete.

By: Baritaki Ioanna, Psychologist and  
Psaltaki Eirini, Social Worker

Supervisor: 1. Filalithis Anastasios, Professor, Department of Social Medicine,  
School of Medicine, University of Crete, Greece.

Date: 22 June 2011

The aim of the present study was to evaluate the quality of life of heroin users who attend the therapeutic substitution programmes of the Organization against Drugs in Crete, Heraklion and Chania. The effect of the treatment on the patients' general physical, mental and social health was examined.

The study followed a cross-sectional design with a sample of 80 patients, both men and women. The study relied on personal interviews with the participants and took place in March 2011. The instrument used for the study was the SF-36 Review of Health (Short Form Health Survey). The SF-36 was translated and tested for validity and reliability in Greece by Pappas, Kontodimopoulos and Niakas.

Statistical analysis of the collected questionnaires showed that addicted persons systematically attending a therapeutic substitution programme, had good scores on the physical health scales of the SF-36, but lower scores on the mental functioning scales.

The majority of patients are men (81,2%), aged about 40 years (48%), and 35% are primary school graduates. The 42, 5% of the respondents believe that their health is good, while 32,5% said that their health is moderate. However, it is noteworthy that 23,8% believe that their health is far better than a year ago and 42,5% that their health is somehow better than a year ago.

In conclusion, patients who attend a therapeutic substitution programme seem to have a good self-reported health, particularly physical. However, our evidence indicate the burden of using heroin in mental health.

Key words: quality of life, physical health, mental health, dependence, substitution programmes

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

E.K.TE.Π.N.:	Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά
E.Π.Ι.Ψ.Υ.:	Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
H.Π.A.:	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
O.H.E.:	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
O.KA.NA.:	Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
Π.O.Υ.:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Π.Υ.:	Πιλοτικά Προγράμματα Υποκατάστασης
Π.Υ.:	Προγράμματα Υποκατάστασης
A.I.D.S.:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
D.A.L.Y.:	Disability Adjusted Life Year
H.A.L.E.:	Health Adjusted Life Expectancy
H.I.V.:	Human Immunodeficiency Virus
I.C.D.:	International Classification Diseases
I.Q.O.L.A.:	International Quality of Life Assessment Project
M.O.S.:	Medical Outcomes Study
N.I.D.A.:	National Institute on Drug Abuse
N.T.O.R.S.:	Drug Treatment Outcome Research Study
W.H.O.:	World Health Organization
W.H.O.Q.O.L. GROUP:	World Health Organization Quality of Life

**ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ****ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ****1.1. Γενικά**

Η εξάρτηση από οπιούχα είναι ένα κοινό φαινόμενο που αντιμετωπίζουν όλες οι Ευρωπαϊκές χώρες (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2005). Στα τέλη της δεκαετίας του '60 και στις αρχές της δεκαετίας του '70 η εξάρτηση από ηρωίνη έφτασε σε διαστάσεις επιδημίας μεταξύ των νέων στη βορειοδυτική Ευρώπη ακολουθούμενη από την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Ελλάδα στο τέλος της δεκαετίας του '70 και στις αρχές της δεκαετίας του '80. Οι χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης ακολούθησαν τη δεκαετία του '90. Κάποιες από τις βόρειες Ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Σουηδία και η Φιλανδία, εμφανίζονται να έχουν συγκριτικά χαμηλότερα επίπεδα εξάρτησης από ηρωίνη και υψηλότερη αναλογία χρήσης εξάρτησης από αμφεταμίνες (Farrell, Howes, Verster, Davoli, 1999).

Το πρόβλημα της εξάρτησης από τα «ναρκωτικά» αποτελεί σήμερα ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα, αλλά ταυτόχρονα και ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Οι εξαρτημένοι χρήστες ουσιών και ιδιαίτερα οι εξαρτημένοι χρήστες οπιούχων που αποτελούν και τον κατ' εξοχήν πελάτη (client) των θεραπευτικών υπηρεσιών, αποτελούν και έναν βαριά πάσχοντα και ετερογενή πληθυσμό. Η εξάρτηση από οπιούχα επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην Ποιότητα Ζωής των ασθενών και ειδικότερα όσον αφορά στη σωματική τους υγεία, αλλά και στην ψυχολογική τους ευεξία, καθώς και στην κοινωνική και οικονομική τους ευημερία. Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σημαντική ανάπτυξη κατάλληλων μεθόδων διερεύνησης και παρεμβάσεων από την πλευρά των ειδικών σε θέματα Ποιότητας Ζωής των ασθενών. Στην κατεύθυνση αυτή έχει συμβάλλει η προοδευτική επικράτηση της ολιστικής προσέγγισης στην υγεία και της αντίληψης ότι ο ασθενής πρέπει να αποτελεί το επίκεντρο της ιατρικής πράξης (patient- centered medicine). Ως εκ τούτου, σε αρκετές μελέτες εξετάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ παραγόντων που αφορούν σε θεραπευτική αγωγή και των επιδράσεων που φέρουν στην Ποιότητα Ζωής των ασθενών.

## 1.2. Εξάρτηση

Το σύνδρομο εξάρτησης είναι μια δέσμη φυσιολογικών και νοητικών εκδηλώσεων ή εκδηλώσεων της συμπεριφοράς, στις οποίες η χρήση κάποιας ουσίας ή ομάδας ουσιών για ένα συγκεκριμένο άτομο αποκτά πολύ πιο άμεση προτεραιότητα σε σχέση με άλλες συμπεριφορές, οι οποίες κάποτε είχαν μεγαλύτερη αξία για το άτομο αυτό. Κεντρικό περιγραφικό χαρακτηριστικό του συνδρόμου εξάρτησης είναι η επιθυμία (συχνά έντονη και μερικές φορές ακατανίκητη) για λήψη ψυχοδραστικών ουσιών (με ή χωρίς ιατρική συνταγή), οιοπνευματωδών ή καπνού (Κόκκορης, 2007).

Η επικρατούσα ιατρική άποψη είναι ότι η εξάρτηση αποτελεί χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο. Στη δεκαετία του '60 οι Dole και Nyswander (πρωτοπόροι της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη) υποστήριξαν ότι στους ηρωινομανείς υπάρχει μεταβολικό έλλειμμα στον εγκέφαλο, αντίστοιχο με το έλλειμμα ινσουλίνης στον σακχαρώδη διαβήτη. Θεωρήθηκε ότι τα άτομα με μειωμένη δραστηριότητα των ενδογενών ανταγωνιστών των οπιούχων, βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν εξάρτηση από οπιούχα (Dole & Nyswander, 1965).

Η θέση ότι η εξάρτηση είναι χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος, υποστηρίζεται από το National Institute on Drug Abuse (N.I.D.A.) των Η.Π.Α. Ο Leshner, διευθυντής του N.I.D.A., σε άρθρο του στο περιοδικό Science το 1997 "Addiction is a Brain Disease and it matters", ισχυρίζεται ότι η παρατεταμένη χρήση τοξικών ουσιών προκαλεί αλλαγές (σε μοριακό και κυτταρικό επίπεδο, δομικές και λειτουργικές) στην εγκεφαλική λειτουργία, οι οποίες εμμένουν ακόμα και όταν το άτομο σταματάει τη χρήση (Leshner, 1997). Η εξάρτηση από ουσίες επιφέρει συγκεκριμένες αλλαγές στη λειτουργία και δομή του εγκεφάλου που μεταβάλλονται στο χρόνο και δίνουν γένεση στα διάφορα στάδια της. Η πολυπλοκότητα των αλλαγών αυτών και η χρονιότητα τους στα προχωρημένα στάδια της εξάρτησης, εξηγούν εν μέρει τη μειωμένη αποτελεσματικότητα των διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων και προσπαθειών που επιπρόσθετα επιπλέκονται από διάφορους εξωγενείς παράγοντες, όπως κοινωνικούς, οικογενειακούς, οικονομικούς και ψυχολογικούς (Leshner, 1997).

Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση της Γαλλικής Ακαδημίας Επιστημών, νόμιμες και παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν διαφορετικού βαθμού βλάβη στους νευρώνες και στις δομές του εγκεφάλου. Μεγαλύτερες βλάβες προκαλούν η κοκαΐνη, τα οπιούχα, ορισμένα χημικά (έκσταση, κ.ά.), καθώς και τα οιοπνευματώδη σε μεγάλες δόσεις (Τούντας, 2009).



### 1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία

Το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, συλλέγει τα ετήσια δεδομένα του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας, για τους προβληματικούς χρήστες. Ως προβληματικός χρήστης ορίζεται εκείνος ο οποίος κάποια στιγμή θα ζητήσει τη βοήθεια μιας θεραπευτικής υπηρεσίας για τη χρήση ηρωίνης.

Για το έτος 2009, η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών ηλικίας 15–64 ετών με κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη είναι 24.097 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης 21.362–27.272. Αυτή η εκτίμηση δίνει έναν αισθητά αυξημένο αριθμό περιπτώσεων σε σχέση με το προηγούμενο έτος 2008 όπου εκτιμάται ότι οι χρήστες ηρωίνης είναι περίπου 20.181.

Η μέση ηλικία των ατόμων που αιτούνται θεραπεία αυξάνεται κατά την περίοδο 2002-2009 τόσο για τα άτομα που αιτούνται για «πρώτη θεραπεία», όσο και για τα άτομα με «προηγούμενη θεραπεία». Σχεδόν τα μισά από τα άτομα (47,8%) που απευθύνθηκαν το 2009 σε κάποια μονάδα για θεραπεία ήταν νέοι 19–29 ετών, ενώ ένα στα 3 (36,8%) ήταν ηλικίας 30-40 ετών. Έφηβοι (έως 18 ετών) ήταν το 4%.

Στο γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με την τελευταία έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.), το 2004 και περιελάμβανε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα (n= 4.774) πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών, ένα στα 12 άτομα (8,6%), αναφέρει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά στη ζωή του (κυρίως κάνναβη). Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης καταγράφονται στους άνδρες (13,3% έναντι 3,9% των γυναικών), στις ηλικιακές ομάδες 25-34 (12,5%) και 18-24 (12%) και 35-44 ετών (12%), στα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (14,6% έναντι 10,2% και 5,4% για τα άτομα με μέσο και χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο αντίστοιχα και στην Αθήνα (12,4%, έναντι 7,9% στη Θεσσαλονίκη και 7,3% των λοιπών αστικών περιοχών).

#### 1.4. Θεραπεία

Υπάρχουν ποικίλοι θεραπευτικοί οργανισμοί, οι οποίοι προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα θεραπειών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Στα προγράμματα θεραπείας περιλαμβάνονται προγράμματα συντήρησης με υποκατάστατα, προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς τη χορήγηση ουσιών (στεγνά), θεραπευτικές κοινότητες, άλλου τύπου μακρόχρονα ή βραχύχρονα προγράμματα διαμονής, προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης και θεραπευτικά προγράμματα στα σωφρονιστικά καταστήματα. Η διαπίστωση της ανάγκης πλουραλισμού στη θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ποικίλες ανάγκες των χρηστών, έδωσε ώθηση στη σταδιακή λειτουργία σε πολλούς φορείς να οργανώσουν κυρίως «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα, όπως της ημερήσιας παραμονής ή του τύπου των εξωτερικών ιατρείων, των ειδικών προγραμμάτων για εφήβους, γυναίκες και άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα ή προγράμματα υπό μορφή αυτοβοήθειας.

Παρά τις διαφορές τους, τα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα έχουν κάποιους κοινούς στόχους. Ο πρώτος στόχος όλων των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι η αποχή ή μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών. Ο δεύτερος είναι η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και της κοινωνικής λειτουργικότητας των ατόμων με προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Ο τρίτος είναι η μείωση των κινδύνων για τη δημόσια υγεία και τη δημόσια ασφάλεια. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι οποιαδήποτε μορφή θεραπείας είναι αποτελεσματικότερη από τη μη θεραπεία, ακόμα κι όταν υπάρχουν συχνά περιστατικά υποτροπής (Πουλόπουλος, 2005).

Υπάρχουν διαφορετικά είδη θεραπευτικών παρεμβάσεων, των οποίων η συμπληρωματικότητα είναι έως και αναγκαία. Ωστόσο, είναι σημαντικό οι παρεμβάσεις αυτές να ανταποκρίνονται στα ιδιαίτερα προβλήματα και τις ανάγκες που χαρακτηρίζουν το άτομο, λαμβάνοντας υπ' όψιν βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, πολιτιστικές, οικονομικές και άλλες παραμέτρους (Smith, 2002).

### 1.4.1. Θεραπεία με Υποκατάσταση

Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα οποία η θεραπευτική αυτή μέθοδος καλύπτει περίπου τα 2/3 των θέσεων θεραπείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά στα οφέλη της θεραπείας αυτής, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα από τις άλλες χώρες και τη δική μας δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης συμβάλλει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων και των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων (Peoples, 2002).

Το 1993, με το Νόμο 2161/1993 (ιδρυτικός νόμος του Ο.ΚΑ.ΝΑ.) προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης, ενώ με υπουργική απόφαση (ΓΕΟ/25/6-4-95, ΦΕΚ 254 Β΄) προσδιορίστηκαν οι προδιαγραφές για την ίδρυση και τη λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης (Π.Π.Υ.) για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Τον Ιανουάριο του 1996, ο ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε το πρώτο στη χώρα μας Π.Π.Υ. με χορήγηση μεθαδόνης, και ίδρυσε τις δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2011).

Η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι πανάκεια, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας, όπως η ηλικία και η προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα.

Στα Προγράμματα Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία υπό ιατρική παρακολούθηση σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

### 1.4.2. Ουσίες Υποκατάστασης

Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές απαιτούν, σε σύγκριση με την ηρωίνη, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει, τόσο η δράση, όσο και η αποδρομή τους. Αντίθετα, η ηρωίνη προκαλεί σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της, μια κατάσταση ευφορίας που ακολουθείται σε σύντομο χρονικό διάστημα από "πτώση". Έτσι, με τα υποκατάστατα αποφεύγονται οι γρήγορες μεταπτώσεις του θυμικού που προκαλεί η λήψη της ηρωίνης, οι οποίες οδηγούν με τη σειρά τους στην ανάγκη συχνής επανάληψης της χρήσης της. Επιπλέον, τα υποκατάστατα δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, μάλιστα έχουν και την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί, ενώ μειώνουν σημαντικά και την επιθυμία για χρήση (Ο.ΚΑ.ΝΑ.,2011).

#### **Μεθαδόνη**

Η μεθαδόνη ανήκει σε μια κατηγορία φαρμάκων, γνωστή με το όνομα οπιοειδή. Η μεθαδόνη παρασκευάζεται συνθετικά και χρησιμοποιείται στη θεραπεία υποκατάστασης για άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη, ή άλλα οπιοειδή. Η δράση της διαρκεί πολύ περισσότερο από της ηρωίνης. Το πρώτο πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη εφαρμόστηκε το 1965 στην Αμερική, βασισμένο σε μια καθαρά ιατρική αντίληψη ότι η κατάχρηση ηρωίνης δημιουργεί σημαντική ή και μόνιμη ανισορροπία στο μεταβολισμό του εγκεφάλου, η οποία όμως μπορεί να σταθεροποιηθεί με την ορθή φαρμακολογική θεραπεία (Dole & Nyswander, 1965). Μία δόση είναι αποτελεσματική για τουλάχιστον 24 ώρες, ενώ η ηρωίνη μπορεί να διαρκεί λίγες μόνο ώρες. Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η μεθαδόνη χορηγείται υπό την μορφή πόσιμου διαλύματος.

Ένα μεγάλο μέρος των επιστημονικών δεδομένων προτείνει ότι η θεραπεία με μεθαδόνη, όταν παρέχεται σε ένα επαρκές επίπεδο φροντίδας, είναι ένα ασφαλές φάρμακο υποκατάστασης για εξάρτηση από οπιούχα. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι είναι θετική όσον αφορά τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Η έρευνα του Βρετανικού N.T.O.R.S. βρήκε ότι για κάθε μία λίρα που ξοδεύεται για θεραπεία, εξοικονομούνται περισσότερο από 3 λίρες, γεγονός που σχετίζεται με το κόστος των θυμάτων από εγκληματικές ενέργειες (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2000).

## **Βουπρενορφίνη**

Η βουπρενορφίνη είναι κι αυτή ένα οπιοειδές φάρμακο, όπως και η μεθαδόνη. Χρησιμοποιείται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από ηρωίνη. Η αποτελεσματικότητά της έχει αποδειχθεί τόσο στη θεραπεία υποκατάστασης της ηρωίνης, όσο και στη σωματική αποτοξίνωση από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Η βουπρενορφίνη, όπως και πολλά άλλα οπιοειδή, έχει χρησιμοποιηθεί και ως ισχυρό αναλγητικό.

Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η βουπρενορφίνη χορηγείται υπό τη μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας. Όταν η βουπρενορφίνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης. Επιπλέον, η βουπρενορφίνη ανταγωνίζεται τη δράση της ηρωίνης. Όταν κάποιος χρησιμοποιήσει ηρωίνη δεν θα νιώσει το ευφορικό της αποτέλεσμα. Έτσι, με τη βουπρενορφίνη καταπολεμάται ένας από τους κύριους λόγους για τους οποίους γίνεται η χρήση της ηρωίνης. Έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης, όχι μόνο από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Συγκεκριμένα, στην κατάλληλη δόση, μπορεί να είναι αποτελεσματική για έως και 72 ώρες. Έτσι δεν είναι απαραίτητη η καθημερινή προσέλευση σ' ένα θεραπευτικό πρόγραμμα. Η χορήγηση μπορεί να γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα (Fanoe, Hvidt, Ege, Jensen, 2007; Wedam, Bigelow, Johnson, Nuzzo, Haigney, 2007). Είναι λιγότερο πιθανό να προκαλέσει στυτική δυσλειτουργία (Hallinan, Byrne, Agho, McMahon, Tynan, Attia, 2007). Αν χρησιμοποιεί κάποιος μόνο βουπρενορφίνη, είναι απίθανο να εμφανίσει υπερδοσολογία (overdose), ακόμη κι αν λάβει αρκετά μεγάλη δόση. Έρευνες δείχνουν ότι ασθενείς που χορηγούνται βουπρενορφίνη έχουν καλύτερες επιδόσεις σε γνωστικές και ψυχοκινητικές εξετάσεις σε σχέση με ασθενείς που χορηγούνται μεθαδόνη (Pirastu, Fais, Messina, Bini, Spiga, Falconieri, 2007; Rapeli, Fabritius, Alho, Salaspuro, Wahlbeck, Kalska, 2007) ενώ η αποτελεσματικότητά της είναι παρόμοια με εκείνη της μεθαδόνης από την άποψη της μείωσης της παράνομης χρήσης οπιοειδών (Johnson, Chutuape, Strain, Walsh, Stitzer, Bigelow, 2000). Για τον ίδιο λόγο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα εξαρτημένα από τη μεθαδόνη. Ωστόσο όταν χρησιμοποιεί κανείς την βουπρενορφίνη μαζί με ηρωίνη, μεθαδόνη, ή άλλα οπιοειδή, μπορεί να προκαλέσει στερητικά συμπτώματα.

Η ταχεία εξάπλωση της βουπρενορφίνης ως θεραπεία στη Γαλλία έχει συσχετισθεί με ατομικά, κοινωνικά, και οικονομικά οφέλη, όπως συνοψίζεται στο συνέδριο 2004 συναίνεσης (Yakoub, 2004) στη Lyon το 2004 και σε μία πρόσφατη ανασκόπηση (Morel, 2000).

Ίσως ένα από τα πιο σημαντικά αποτελέσματα της επέκτασης της θεραπείας με βουπρενορφίνη είναι η σημαντική μείωση των θανάτων που προέρχονται από υπερβολική δόση ναρκωτικών μεταξύ 1996 και 2003 (Emmanuelli, Desenclos, 2005; Gueye, Megarbane, Borron, 2002) και η μείωση στον επιπολασμό μόλυνσης από τον ιό HIV στους Χρήστες Ενέσιμων Ναρκωτικών (από το 40% στο 20%), με την εφαρμογή της θεραπείας με μεθαδόνη και τα προγράμματα ανταλλαγής συρίγγων που συμβάλλει επίσης στη μείωση μετάδοσης του ιού HIV. Αυτά τα αποτελέσματα παρέχουν μια ισχυρή απόδειξη της ασφάλειας που παρέχει η θεραπεία με βουπρενορφίνη που παρασχέθηκε σε εθνική βάση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Auriacombe, Franques, Tignol, 2001).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ****2.1. Προβλήματα υγείας εξαρτημένων ατόμων**

Η συστηματική χρήση παράνομων ουσιών και κυρίως η ενέσιμη χρήση ηρωίνης, επιφέρει σημαντικά προβλήματα στην υγεία των ασθενών χρηστών αλλά και στη δημόσια υγεία γενικότερα. Μία από τις κυριότερες επιπτώσεις είναι η μετάδοση του ιού HIV, αλλά και άλλων λοιμωδών νοσημάτων, κυρίως της ηπατίτιδας Β και C.

Έρευνα καταδεικνύει ότι περίπου το 2% έως 2,5% του γενικού πληθυσμού της χώρας έχει χρόνια λοίμωξη ηπατίτιδας C (Lionis, Frangoulis, Koulentakis, Biziagos, Kouroumalis, 1997), ενώ το ποσοστό της ηπατίτιδας Β κυμαίνεται μεταξύ 1,9% και 5% (Gogos et al., 2003; Lionis et al., 1997). Στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών η μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας C το 2009 στην Ελλάδα καταγράφεται μεταξύ 35,6% και 64,3%, ενώ της ηπατίτιδας Β κυμαίνονται μεταξύ 2,3% και 4,6%, (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2010). Στην Ευρώπη αν και υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών, τα ποσοστά μόλυνσης των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών ξεπερνούν το 40% για το έτος 2008, ενώ στο 40% κυμαίνονται και τα ποσοστά για την ηπατίτιδα Β. Για τον ιό HIV τα ποσοστά μόλυνσης για το έτος 2009 στην Ελλάδα κυμαίνονται μεταξύ 0,4% και 1,5% (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2010).

Η ύπαρξη σχέσης μεταξύ χρήσης ουσιών και της σεξουαλικής δραστηριότητας υψηλού κινδύνου, υποδηλώνει την αυξημένη σύνδεση των παρεμβάσεων κατά της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών με στρατηγικές δημόσιας υγείας που έχουν στόχο την σεξουαλική υγεία (Farrell et al., 1999).

Πέρα από τις μολυσματικές ασθένειες ο χρήστης ενέσιμων ναρκωτικών κινδυνεύει να εμφανίσει μακροχρόνιες επιπλοκές, όπως ανεπάρκεια πνευμόνων, καρδιακή και ηπατική ανεπάρκεια.

Οι λοιμώξεις που προκαλούνται, κυρίως σε περιπτώσεις ενδοφλέβιας χορήγησης, αφορούν διάφορα συστήματα. Στο δέρμα μπορεί να προκληθούν αποστήματα και έλκη που οδηγούν σε ουλές. Στο κυκλοφορικό προκαλείται βλάβη στα αγγεία, φλεβίτιδα και θρομβοφλεβίτιδα. Στο αναπνευστικό σύστημα, πνευμονία και φυματίωση, συχνά όταν συνυπάρχει μεγάλη κατανάλωση καπνού και οινόπνεύματος.

Επιπλέον, στους εξαρτημένους άνδρες παρατηρούνται διαταραχές της γενετήσιας λειτουργίας, με ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, διαταραχές στύσης και εκσπερμάτωσης. Στις εξαρτημένες γυναίκες παρουσιάζονται σημαντικές διαταραχές του

γεννητικού κύκλου, διακοπή της εμμηνου ρήσεως, μείωση της δυνατότητας για σύλληψη, αύξηση των επιπλοκών κατά την κύηση και τον τοκετό (Τούντας, 2009).

Όλα τα παραπάνω, καταδεικνύουν την περίπλοκη κατάσταση της υγείας λόγω της εξάρτησης στα οπιούχα η οποία απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία και περίθαλψη.

## 2.2. Θεραπεία με Υποκατάστατα και Ποιότητα Ζωής

Η θεραπεία απεξάρτησης από τις ουσίες αποτελεί μια σημαντική στρατηγική για τη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής των ανθρώπων με εξάρτηση στα οπιούχα, καθώς και για τη μείωση των κοινωνικών επιπτώσεων που επιφέρει η χρήση, αλλά και των επιπτώσεων στην σωματική και ψυχική υγεία. Η θεραπεία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών με εξάρτηση στα οπιούχα τόσο για τους ίδιους, όσο και για τις οικογένειες τους, αλλά και για την κοινωνία. Επίσης, είναι σημαντική τόσο για τη βελτίωση της επαγγελματικής και κοινωνικής δραστηριότητας, αλλά και για την πρόληψη επικίνδυνων συμπεριφορών που συνδέονται με την εξάρτηση αλλά και την εγκληματική δραστηριότητα. Το τίμημα της χρήσης οπιούχων για τους χρήστες και για την κοινωνία γενικότερα είναι βαρύ. Μελέτες δείχνουν ότι η εξάρτηση από οπιούχα έχει ως αποτέλεσμα σημαντικές ζημιές για την κοινωνία, όπως είναι η ανεργία, οι άστεγοι, η ρήξη της οικογένειας, η απώλεια της οικονομικής παραγωγικότητας, η κοινωνική αστάθεια και οι εγκληματικές δραστηριότητες. Παγκοσμίως το 5- 10% των μολύνσεων από τον ιό Η.Ι.Υ. προκαλείται από τη χρήση ενέσιμων ναρκωτικών, η οποία αποτελεί και τον επικρατέστερο τρόπο μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας C. Η μόλυνση με τον ιό της ηπατίτιδας C έχει ως συνέπεια τη χρόνια μόλυνση για το 50–85% των περιπτώσεων τουλάχιστον (Π.Ο.Υ., 2006).

Η απεξάρτηση από οπιούχα αποτελεί σημαντική στρατηγική αντιμετώπισης των κοινωνικών επιπτώσεων καθώς και των επιπτώσεων στην υγεία, οι οποίες σχετίζονται με την εξάρτηση από ναρκωτικά σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Η αδυναμία επαρκούς αντιμετώπισης της εξάρτησης από οπιούχα καθίσταται επιβλαβής για τις υγειονομικές υπηρεσίες, την κοινωνία αλλά και το άτομο. Όπως και με άλλα προβλήματα υγείας, για παράδειγμα υπέρταση, ή διαβήτη, τα άτομα που είναι εξαρτημένα στα οπιούχα μπορούν να σταθεροποιήσουν την κατάσταση της υγείας τους αναπτύσσοντας και εφαρμόζοντας αλλαγές στη συμπεριφορά και κάνοντας κατάλληλη χρήση φαρμάκων.

Οι βασικοί στόχοι της θεραπείας και απεξάρτησης ατόμων εξαρτημένων από οπιούχα είναι κατ' αρχήν η μείωση της εξάρτησης από παράνομα ναρκωτικά, η μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, η βελτίωση της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, η μείωση της



εγκληματικής δραστηριότητας, η διευκόλυνση της επανένταξης στο εργατικό δυναμικό και το εκπαιδευτικό σύστημα και η βελτίωση της λειτουργίας στην κοινωνία. Γενικότερα, μια αλλαγή κατεύθυνσης, μίας κατεύθυνσης προς την γενικότερη Ποιότητα Ζωής τους.

Η Ποιότητα Ζωής των χρονίως πασχόντων ατόμων έχει αυξανόμενο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ανάλογη αύξηση της προσοχής των ερευνητών έχει σημειωθεί για την Ποιότητα Ζωής των ασθενών χρηστών οπιούχων ουσιών, οι οποίοι βρίσκονται σε θεραπεία (Carretero, Burgess, Soler, Soler, Catalan, 1996). Τα μέτρα τα οποία λαμβάνονται για τη θεραπεία και την Ποιότητα Ζωής των χρηστών οπιούχων ναρκωτικών επικεντρώθηκαν κυρίως στην υγεία και την υγεία που συνδέεται με τους παράγοντες. Είναι σαφές, ωστόσο, ότι η Ποιότητα Ζωής των συγκεκριμένων ασθενών επηρεάζεται από μια σειρά από ιδιαίτερους πολιτιστικούς, κοινωνικοοικονομικούς, ιατρικούς, και γεωγραφικούς παράγοντες που πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπ' όψη σε κάθε μέτρο (Hubley, Russell, Paleru, 2005).

Η πλειοψηφία των μελετών αυτών, αναφέρονται κυρίως σε χρήστες οπιούχων που βρίσκονται σε θεραπεία. Υπάρχουν στοιχεία ότι η Ποιότητα Ζωής των ασθενών οπιούχων, είναι χαμηλή σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό καθώς και με τα άτομα που πάσχουν από άλλες χρόνιες ασθένειες, ενώ είναι πλέον συγκρίσιμα με εκείνα των ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα (Metzger, O'Brien, 1990; Koch, 2000). Σε γενικές γραμμές, τα εξαρτημένα άτομα εμφανίζουν αρνητικά αποτελέσματα στην κλίμακα για την ψυχική τους υγεία, ενώ η βαθμολογία τους για την σωματική τους λειτουργία είναι συνήθως σημαντικά υψηλότερη (Globe, Hays, Cunningham, 1999).

Γενικότερα, οι έρευνες δείχνουν ότι τα εξαρτημένα από οπιούχα άτομα έχουν χαμηλές βαθμολογίες για την Ποιότητα Ζωής τους κατά την εισαγωγή σε θεραπεία υποκατάστασης (Globe et al., 1999). Η συμμετοχή σε θεραπεία υποκατάστασης επιφέρει θετικές επιπτώσεις στην Ποιότητα Ζωής των ατόμων, ειδικά κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της θεραπείας (Gorsuch, 1983; Hattie, 1984; Stout, 1987). Ωστόσο, η σταθεροποίηση των εν λόγω βελτιώσεων ή ακόμα και λιγότερο ευνοϊκά αποτελέσματα μπορεί να παρατηρηθεί μέσω μιας μακροπρόθεσμης προοπτικής (Giacomuzzi et al., 2003). Η καλύτερη κατανόηση των καθοριστικών παραγόντων που σχετίζονται με υψηλές βαθμολογίες Ποιότητας Ζωής είναι άμεσα συνδεδεμένες με τις θεραπευτικές υπηρεσίες που παρέχουν οι σύμβουλοι, αλλά και με τις αποφάσεις των πολιτικών υπευθύνων για το πώς μπορούν να βελτιώσουν οι ασθενείς την Ποιότητα της Ζωής τους. Η κοινωνική στήριξη μπορεί να έχει θετική επίδραση στα αποτελέσματα για την Ποιότητα Ζωής, αλλά οι συγκρούσεις με την οικογένεια και το σύντροφο έχουν συσχετιστεί με χαμηλότερη βαθμολογία (Karow, Verthein, Krausz, Schäfer, 2008). Ο Millson κ.άλ. (2006), εντόπισαν περισσότερους από δώδεκα διαφορετικούς καθοριστικούς παράγοντες της ψυχικής και σωματικής υγείας των εξαρτημένων από

οπιούχα ατόμων οι οποίοι επηρεάζουν τα αποτελέσματα της Επισκόπησης Υγείας SF-36. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε ψυχικούς όπως είναι η συναισθηματική κακοποίηση, η σεξουαλική κακοποίηση, η σωματική κακοποίηση, η χρήση ηρεμιστικών, η χρήση κοκαΐνης, προβλήματα ψυχικής υγείας, η πολλαπλή χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα αλλά και σωματικοί παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το καθεστώς απασχόλησης, η νοσοκομειακή περίθαλψη, η αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων, η ηλικία κατά την πρώτη ενέσιμη χρήση (Millson, Challacombe, Villeneuve, Strike, Fischer, Myers, 2006).

Οι κοινωνικές παροχές που έφερε η ενσωμάτωση της χρήσης της βουπρενορφίνης στη θεραπεία της εξάρτησης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αντικατοπτρίζεται σε δύο γαλλικές μελέτες. Η μία βασίζεται σε διετή διαχρονικά δεδομένα (n = 919) (Dubucq, Charpak, Blin, Madec, 2000) και η δεύτερη βασίζεται σε αναδρομικά δεδομένα (n = 665) (Bilal, Menares, De la Selle, Toufik, Perdrieux, 2003), η οποία τεκμηριώνεται σε γενική μείωση της ενέσιμης χρήσης ηρωίνης και τη βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών των ασθενών που ελάμβαναν θεραπεία με βάση τη βουπρενορφίνη. Επιπλέον, η δεύτερη μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν βουπρενορφίνη παρουσίασαν αύξηση του αριθμού των σχέσεων με άτομα χωρίς ναρκωτικά ή με προβλήματα με αλκοόλ, αύξηση των δραστηριοτήτων τους στον ελεύθερο χρόνο, και με άτομα τα οποία δεν είναι χρήστες ουσιών. Αξιοσημείωτη είναι και η μείωση του αριθμού των ημερών νοσηλείας για τα εμπλεκόμενα με ουσίες άτομα αλλά και η μείωση της εμπλοκής με παράνομες δραστηριότητες (Bilal et al., 2003).

Το γαλλικό σύστημα έχει δημιουργήσει μια ευκαιρία να αυξηθεί το επίπεδο πρόσβασης στην περίθαλψη και συγκεκριμένα στη θεραπεία με υποκατάστατα λόγω απουσίας θεραπευτικών επιλογών, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας για ιατρικές επιπλοκές που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών (Carrieri, Amass, Lucas, Vlahov, Wodak, Woody, 2006).

Οι έρευνες κατά τα τελευταία 25 χρόνια, έδειξαν ότι ο απώτερος στόχος όλων των θεραπευτικών προγραμμάτων είναι η επίτευξη διαρκούς αποχής από τη χρήση οπιοειδών, ενώ στους άμεσους στόχους είναι η βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών, η ελαχιστοποίηση των ιατρικών επιπλοκών και των κοινωνικών επιπτώσεων που συνεπάγεται η χρήση. Γίνεται επομένως σαφές ότι η συμμετοχή σε προγράμματα θεραπείας με υποκατάσταση βοηθά σημαντικά στη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής των ασθενών που τα παρακολούθησαν. Ωστόσο ένας παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά τα αποτελέσματα της θεραπείας, είναι η μη τήρηση της συνεχής και σταθερής παρακολούθησης και συμμετοχής των ασθενών στα προγράμματα υποκατάστασης (Puigdollers, Cots, Brugal, Torralba, Domingo-Salvany, 2003).

Το Αμερικάνικο Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών θεωρεί ότι είναι σημαντική η δημιουργία ισχυρότερων υποδομών, αλλά και ενισχυμένων συνεργασιών μεταξύ των φορέων ψυχικής υγείας και εκείνων των εξειδικευμένων για τη θεραπεία εξαρτημένων ατόμων με απώτερο σκοπό την κατά το δυνατόν καλύτερη παροχή φροντίδας γενικής υγείας (N.I.D.A., 2007).

Οι εμπειρογνώμονες σε θέματα υγείας και οι αρμόδιοι για τη χάραξη πολιτικής στην Ευρώπη δίνουν ολοένα και μεγαλύτερο βάρος στην αναζήτηση μηχανισμών οι οποίοι θα διασφαλίζουν την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών θεραπείας απεξάρτησης. Οι περισσότερες χώρες παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών, όπως εξατομικευμένη εκτίμηση κινδύνου και συμβουλευτική, εκπαίδευση στην ασφαλέστερη χρήση, έλεγχο και συμβουλευτική για λοιμώδη νοσήματα, εμβολιασμό και αγωγή για ιογενείς ηπατίτιδες. Για την ανάπτυξη και την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών είναι πολύ σημαντική η συμβολή των εξυπηρετούμενων χρηστών, καθώς επίσης και η ανατροφοδότηση που έχουν από το προσωπικό (Ε.Κ.ΤΕΠ.Ν., 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

### 3.1. Θεωρητικές προσεγγίσεις

Τα τελευταία χρόνια οι όροι *Ποιότητα ζωής* (Quality of life) ή *Ευημερία* (Well being) ή *Καλή Ζωή* (Good Life) είναι στο προσκήνιο και είναι έννοιες που συναντώνται σε πολλές επιστημονικές μελέτες. Η Ποιότητα Ζωής αποτελεί αδιαμφισβήτητα μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια για την οποία κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί. Η Ποιότητα Ζωής έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτου χρόνου τους Έλληνες φιλοσόφους. Η επίτευξη μιας καλής και ευημερούσας ζωής, του ευ ζην, που κατά τον Αριστοτέλη προϋποθέτει, ως τελικός σκοπός στη ζωή του ανθρώπου, την αξιοποίηση του πλήρους δυναμικού των ίδιων των ατόμων, αντικατοπτρίζει το ενδιαφέρον των αρχαίων ελλήνων φιλοσόφων για την έννοια της Ποιότητας Ζωής και της ευδαιμονίας (Αριστοτέλης, μτφ. ομάδα Κάκτου, 1993).

Ο Οργανισμός των Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.), αναγνωρίζει και προωθεί την σημασία της Ποιότητας Ζωής για τον άνθρωπο, μέσα από τις διάφορες διακηρύξεις και συμβάσεις. Η Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Ο.Η.Ε., το 1948, μολονότι δεν εμπεριέχει τον όρο «ποιότητα ζωής», καλύπτει την έννοια, κυρίως στα άρθρα 3 και 25, που αφορούν αντίστοιχα «... ζωή, ελευθερία, ασφάλεια...» και «... επίπεδο ζωής που εξασφαλίζει υγεία και ευεξία...». Η Διακήρυξη του Ρίο για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη (Urinary Incontinence Guideline Panel, 1992) δηλώνει στην Αρχή 1: «Οι άνθρωποι βρίσκονται στο επίκεντρο των προβληματισμών για μία αειφόρο ανάπτυξη. Δικαιούνται μία ζωή υγιεινή και παραγωγική σε αρμονία με την φύση» ενώ η Αρχή 8 αναφέρεται στο σκοπό της επίτευξης «...ανώτερης ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) τοποθετεί την Ποιότητα Ζωής στο χώρο της υγείας με το Σύνταγμά του (W.H.O., 1946) και τον ορισμό που δίνει στην υγεία προσδιορίζοντάς την ως: «φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας». Προσδιορίζει την Ποιότητα Ζωής ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμικού-αξιακού συστήματος όπου ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του (Bonomi, Patrick, Bushnell, 2000). Στη διακήρυξη «Υγεία για Όλους» (W.H.O.-EURO, 1985), επαναδιατυπώνεται η θέση ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό της υγείας τους για να μπορέσουν να ζήσουν μία «ζωή που να τους ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά».

### 3.2. Ορισμός της Ποιότητας Ζωής

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας αναπτύχθηκε ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον μεταξύ των πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα των ζητημάτων που αφορούν στην Ποιότητα Ζωής και την ανάπτυξη μεθοδολογιών, οι οποίες θα στοχεύουν στη μέτρησή της (Yfantopoulos, 2001a). Η Ποιότητα Ζωής είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών. Επιστήμονες σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπώσουμε έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό της Ποιότητας Ζωής, όπως φαίνεται και από τον πίνακα 1 (Βοζικάκη, Μπορμπουδάκη, Φιλαλήθης, 2006). Οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Υφαντόπουλος, 2003).

Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την Ποιότητα Ζωής, την ορίζουν ως (Bowling, 1997): «τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του» διαχωρίζοντάς την από τις «συνθήκες διαβίωσης» που αναφέρονται, γενικά, στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα, ενώ η έννοια Ποιότητα Ζωής είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μία κοινωνία (Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, 2003).

Για τον Π.Ο.Υ., η έννοια της Ποιότητας Ζωής είναι «στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων 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 τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (THE W.H.O.Q.O.L. GROUP, 1995).

Η Ποιότητα Ζωής από ορισμένους συγγραφείς, όπως αναφέρει ο McCall (1975), έχει ερμηνευτεί ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων προς κάλυψη των κοινωνικών αναγκών σε συνδυασμό με όρους που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον: «η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης στις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή».

Άλλοι συγγραφείς τονίζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής και το ευ ζην. Σύμφωνα με αυτούς, η Ποιότητα Ζωής, θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το

βαθμό ικανοποίησής του από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Περιλαμβάνει τις απαραίτητες συνθήκες και καταστάσεις που προωθούν τη «σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου», όπως η προσωπική υγεία, η εργασία, η εκπαίδευση, η οικογένεια, οι κοινωνικές συναναστροφές και η οικονομική κατάσταση (Αλουμανής, 2002).

Από όλα τα παραπάνω, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η έννοια «ποιότητα ζωής» δεν έχει καθοριστεί με έναν συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο. Ο ακριβής προσδιορισμός της βρίσκεται σε μία διαδικασία συνεχούς εξέλιξης και γι' αυτό συναντάμε πολλές εννοιολογικές ασάφειες γύρω από τον ορισμό της (Κάβουρα, Κυριόπουλος, Γείτονα, Βανδώρου, 2003). Επιπρόσθετα, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως τις επιστήμες υγείας, την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία, την ψυχολογία, την οικονομική επιστήμη και άλλες επιστήμες που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής (Yfantopoulos, 2001c).

Παγκοσμίως, η Ποιότητα Ζωής είναι ένας δείκτης, που έχει προστεθεί, όπως και η υγεία, στην κοινωνική υπηρεσία προγράμματος ανάπτυξης (1989). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) έχει συμφωνήσει σε μία λίστα θεμάτων σχετικών με την Ποιότητα Ζωής, στην οποία περιλαμβάνονται θέματα, όπως η υγεία, ο έλεγχος στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής (Bowling, 1997).

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Η εξέλιξη των προσεγγίσεων για την Ποιότητα Ζωής

Ορισμοί- ερμηνείες	Βιβλιογραφική αναφορά
Έκφραση της κοινωνικής ανάπτυξης ως άθροισμα της ευημερίας των ατόμων και του βαθμού εκπλήρωσης των ατομικών στόχων και επιθυμιών.	<b>Gerson (1978)</b>
Βαθμός ικανοποίησης των ανθρώπινων αναγκών.	<b>Hornquist (1982)</b>
Δείκτης της κοινωνικής και ψυχολογικής ευημερίας.	<b>Levine (1985)</b>
Πολυδιάστατη έννοια η οποία αντικατοπτρίζει μακρο- κοινωνικές και μικρο- ατομικές σκοπιές της καθημερινής ζωής, οι οποίες λαμβάνουν έντονα αλληλοεπιδρώμενο αντικειμενικό και υποκειμενικό χαρακτήρα.	<b>Bowling (1996)</b>
Μεταβλητή που απαιτεί για την κατανόησή της την προσφυγή τόσο σε κοινωνικό-οικονομικούς δείκτες όσο και σε μετρήσεις της προσωπικής ευεξίας.	<b>Diener &amp; Suh (1997)</b>
Προσωπική αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον σε σχέση με τους στόχους και τις προσδοκίες του, η οποία και προσδιορίζεται από τη σωματική, ψυχο-συναισθηματική και κοινωνική του υγεία και ευεξία.	<b>The WHOQOL Group (1998)</b>
Αποτέλεσμα των θεσμών και των αγαθών που διασφαλίζει μία κοινωνία για τους πολίτες της σε πολιτικό επίπεδο και σε ατομικό της προσωπικής πνευματικής, κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης.	<b>Lawton, Winter, Kleban &amp; Ruckdeschel (1999)</b>
Κοινωνικός δείκτης με αντικειμενικό και υποκειμενικό χαρακτήρα.	<b>Berman &amp; Phillips (1999)</b>
Έκφραση των συσσωρευμένων αισθημάτων ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας στα πλαίσια της ατομικής, υποκειμενικής εκτίμησης της ζωής, η	<b>Heylighen &amp; Bernheim (2000a)</b> <b>Heylighen &amp; Bernheim (2000b)</b>

<p>οποία προσδιορίζεται από το βαθμό ικανοποίησης των βιολογικά κληρονομούμενων αναγκών.</p>	
<p>Φαινόμενο που εμπερικλείει τους αντικειμενικούς δείκτες κοινωνικής ανάπτυξης και τους υποκειμενικούς ψυχο- συναισθηματικής ευεξίας.</p>	<p><b>Sarphs (2001)</b></p>
<p>Έννοια η οποία και συντίθεται, τόσο από οικονομική, όσο και από ψυχο- κοινωνική σκοπιά περισσότερο από τις προσωπικές αξίες και αντιλήψεις των ίδιων των ατόμων.</p>	<p><b>Schalock et al. (2002)</b></p>
<p>Δείκτης της υποκειμενικής ευημερίας και της ικανοποίησης από τη ζωή, διακριτός από τους κοινωνικούς δείκτες, αλλά σε συνεχή αλληλεπίδραση με αυτούς.</p>	<p><b>Bowling et al. (2004)</b></p>

Βοζικάκη, Μπορμπουδάκη, Φιλαλήθης (2006).



### 3.3. Δείκτες μέτρησης της Ποιότητας Ζωής

Παρά την έλλειψη συμφωνίας στον προσδιορισμό της Ποιότητας Ζωής, υπάρχει κοινή αποδοχή του γεγονότος ότι αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Σε έρευνα βιβλιογραφικής ανασκόπησης, εντοπίστηκαν 800 πιθανές διαστάσεις, οι οποίες συμπύχθηκαν σε 100 περίπου τομείς της ζωής, λόγω των αλληλοεπικαλύψεων τους (Andrews, Whitney, 1974). Οι πλέον σημαντικοί τομείς φαίνεται να είναι η σωματική ευεξία, οι κοινωνικές σχέσεις, η προσωπική εξέλιξη, η δημιουργικότητα και οι οικονομικές συνθήκες ασφαλείας. Προϋπόθεση για την ευχαρίστηση και την υψηλή Ποιότητα Ζωής είναι η υγεία του ατόμου. Η καλή υγεία είναι ιδιαίτερα σημαντική και αξιολογείται από την πλειονότητα των ανθρώπων υψηλότερα στην κλίμακα της επιθυμητής κατάστασης ύπαρξης περισσότερο από κάθε άλλη επιλογή (Kinley, 1979; Rokeach, 1973).

Η μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού λειτουργεί ως η βασική συνισταμένη εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής, καθώς η υγεία με τη σύγχρονη αντίληψή της σχετίζεται άμεσα με τη σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία του ατόμου (Σούλης, 1991). Η μέτρηση της υγείας έχει ιδιαίτερη σημασία από επιδημιολογική και κοινωνικοοικονομική άποψη, ενώ το επίπεδο υγείας αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Η χρησιμότητα των δεικτών υγείας συνίσταται στο γεγονός ότι οι δείκτες επιτρέπουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση της εξέλιξης ενός φαινομένου σχετιζόμενου με την υγεία και επομένως συμβάλλουν στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων. Γεγονός παραμένει πάντως (και σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ.) ότι δεν έχει προσδιοριστεί ακόμη ένας παγκόσμιος ιδεώδης, πρότυπος δείκτης υγείας και είναι ιδιαίτερα δύσκολη η κατασκευή μιας σύνθετης κλίμακας για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας, βάσει της οποίας θα γίνονται διαχρονικές συγκρίσεις (Σαρρής, 2001).

«Οι δείκτες υγείας διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς. Οι *Θετικοί Δείκτες Υγείας*, αποτυπώνουν πιο ολοκληρωμένα το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και προσεγγίζουν τους δημογραφικούς δείκτες. Μερικοί από αυτούς είναι (Κουρέα- Κρεμαστινού, 2005) οι Δείκτες Γεννητικότητας, οι Δείκτες Γονιμότητας, το Προσδόκιμο Επιβίωσης (ο μέσος αριθμός των ετών που αναμένεται να ζήσει κάποιος από τον χρόνο της γέννησής του), το Προσδόκιμο Υγιούς Επιβίωσης (Healthy Adjusted Life Expectancy- H.A.L.E. Εκφράζει το Προσδόκιμο Επιβίωσης κατά τη γέννηση αλλά περιλαμβάνει και υπολογισμό χρόνων με «μειωμένη» υγεία).

Οι *Αρνητικοί Δείκτες Υγείας*, αποτελούν τους πλέον εύχρηστους και διαδεδομένους και μερικοί από αυτούς είναι (Κουρέα- Κρεμαστινού, 2005) οι Δείκτες Νοσηρότητας, οι Δείκτες Θνησιμότητας, οι Δείκτες Βαθμού Αναπηρίας, ο Αριθμός Χειρουργικών Επεμβάσεων, ο

Αριθμός Ημερών Νοσηλείας, το Κόστος Νοσηλείας και τα Χρόνια Ζωής με «Ανικανότητα» (Disability Adjusted Life Years- D.A.L.Y., εκφράζει τα χρόνια ζωής που χάνονται από πρόωρο θάνατο και χρόνια ζωής με «ανικανότητα» ειδικής βαρύτητας και διάρκειας).

Στο χώρο της υγείας τα προτεινόμενα εργαλεία ανήκουν σε δύο βασικές κατηγορίες (Thomas, Gill, Alvan, Feinstein, 1994), τα όργανα δε μέτρησης της Ποιότητας Ζωής που αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία είναι πολλά (Υφαντόπουλος, 2005):

A. Τα εργαλεία γενικής χρήσης (generic instruments), τα οποία είναι σχεδιασμένα για να μετρούν μετρούν το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού, καθώς και των διαφόρων κοινωνικό – οικονομικών και πολιτιστικών ομάδων, ενώ εφαρμόζονται ευρέως σε διάφορους τύπους ασθενειών, ανικανοτήτων, διαταραχών και ιατρικών θεραπειών. Ενδεικτικά, ορισμένα από αυτά τα όργανα είναι τα παρακάτω: SF-36, EQ-15D, EQ-5D.

B. Τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (disease specific instruments) είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να μετρούν το επίπεδο υγείας ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων ή ατόμων σε συγκεκριμένες κατηγορίες νόσων. Είναι πολύ ευαίσθητα, ώστε να συλλαμβάνουν τις αλλαγές στην κατάσταση υγείας ή στα στάδια κάποιων συγκεκριμένων ασθενειών, όπως ο διαβήτης, η αρθρίτιδα, το άσθμα κλπ.

Συμπερασματικά όμως, κατά τη μέτρηση της Ποιότητας Ζωής, το σημαντικότερο ίσως είναι, το επιλεγμένο εργαλείο να μετρά τις διαστάσεις της υγείας, που σχετίζονται με το συγκεκριμένο προς μελέτη σύνολο των ασθενών (Wilson, Cleary, 1995; McDowell, Newell, 1996).

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 4.1. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν η εκτίμηση της Ποιότητας της Ζωής των ατόμων – ασθενών χρήσης ηρωίνης, οι οποίοι παρακολουθούν τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης Κρήτης (Ηράκλειο και Χανιά), καθώς και η ανάλυση της σχέσης μεταξύ της Ποιότητας Ζωής και των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων αυτών.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης και τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου SF-36, καθώς και πρόσθετες ερωτήσεις για τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων, όπως το φύλο, η ηλικία και η επαγγελματική κατάσταση του πληθυσμού μελέτης. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μέσω προσωπικής συνέντευξης, οπότε επιτεύχθηκε η ενίσχυση της κατανόησης των ερωτήσεων από τους ερωτηθέντες, καθώς και η ελαχιστοποίηση των ελλειπουσών τιμών (missing data). Η επιλογή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου βασίστηκε στο γεγονός ότι αποτελεί το πλέον σύνηθες χρησιμοποιούμενο εργαλείο σε μελέτες που εκτιμούν την Ποιότητα της Ζωής, είτε στο γενικό πληθυσμό, είτε σε άτομα με συγκεκριμένα νοσήματα.

#### 4.2. Ερευνητικά ερωτήματα και στόχοι της μελέτης

Τα βασικά ερωτήματα που απασχόλησαν την συγκεκριμένη μελέτη και για τα οποία έγινε στατιστική επεξεργασία και ανάλυση συνοψίζονται ως εξής:

- Τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών χρηστών ηρωίνης που παρακολουθούν ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης σχετίζονται με την Ποιότητα της Ζωής τους;
- Το χρονικό διάστημα παρακολούθησης–συμμετοχής των ασθενών χρηστών ηρωίνης σε ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης σχετίζεται με την Ποιότητα Ζωής τους;
- Ποια είναι η Ποιότητα Ζωής των ασθενών χρηστών ηρωίνης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό με βάση την επισκόπηση υγείας SF-36;

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των ατόμων χρηστών ηρωίνης ενώ στους αντικειμενικούς στόχους της μελέτης περιλαμβάνονταν:

- Η περιγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών μελών ενός Θεραπευτικού Προγράμματος Υποκατάστασης.
- Η καταγραφή της αυτοαναφερόμενης υγείας των ασθενών μελών ενός Θεραπευτικού Προγράμματος Υποκατάστασης.

#### 4.3. Τύπος και πληθυσμός της μελέτης

Σχεδιάστηκε μια συγχρονική επιδημιολογική μελέτη (cross-sectional study). Η παρούσα μελέτη εστιάζει στους ασθενείς χρήστες ηρωίνης, οι οποίοι παρακολουθούν τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης Κρήτης, στο Ηράκλειο και στα Χανιά και τους χορηγείται η ουσία υποκατάστασης, Βουπρενορφίνη. Σύμφωνα με τα στοιχεία των δύο Θεραπευτικών Μονάδων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. οι ασθενείς που παρακολουθούσαν τα Προγράμματα τον Μάρτιο του 2011(και μέχρι τη συλλογή των δεδομένων), οπότε και έγινε η συλλογή των δεδομένων, ήταν 214 ασθενείς.

Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών χρηστών ηρωίνης που παρακολουθούν τα δύο Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης Κρήτης, για τη μελέτη ορίστηκαν τα παρακάτω:

- Παρακολούθηση του προγράμματος τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα.
- Ένταξη στο πρόγραμμα περισσότερο από ένα μήνα.
- Εθελοντική συμμετοχή.

Στη μελέτη συμμετείχαν τελικά ογδόντα (80) ασθενείς. Εξαιρέθηκαν 134 άτομα για τους παρακάτω λόγους:

- Άρνηση συμμετοχής: 44 ασθενείς.
- Όχι συστηματική παρακολούθηση του προγράμματος λόγω χρήσης δικαιώματος take home : 39 ασθενείς.
- Ένταξη στο πρόγραμμα σε διάστημα μικρότερο του ενός μήνα: 36 ασθενείς.
- Απουσία από το πρόγραμμα λόγω διαφόρων αιτιών (φυλάκιση, προσωρινή απομάκρυνση κ.ά.): 15 ασθενείς.

#### 4.4. Χρόνος και Τόπος

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κατά τη διάρκεια προσωπικής συνέντευξης. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στις δύο Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στο Ηράκλειο και στα Χανιά. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν το χρονικό διάστημα του μήνα Μάρτιου του 2011.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε σε ημέρες και ώρες που λειτουργούν οι παραπάνω Μονάδες Υποκατάστασης. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε για τον κάθε ασθενή χωριστά, αμέσως μετά τη χορήγηση του υποκατάστατου της βουπρενορφίνης. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, με δεδομένη την εξασφάλιση του απόρρητου, διαρκούσε περίπου 20 λεπτά και ελάμβανε χώρα σε γραφεία που παραχώρησαν οι υπεύθυνοι των Μονάδων.

#### 4.5. Τήρηση κανόνων βιοηθικής

Η πρόεδρος και το Διοικητικό Συμβούλιο του Ο.ΚΑ.ΝΑ., ενέκριναν το ερευνητικό πρωτόκολλο (αρ. Πρωτ.: 2110, 16/02/2011) που υποβλήθηκε (Παράρτημα III) .

Η συμμετοχή των προαναφερθέντων ατόμων στη μελέτη καθορίστηκε μετά από πλήρη ατομική ενημέρωση και υπογραφή του συμφωνητικού αποδοχής συμμετοχής τους στη μελέτη, σύμφωνα με τους κανόνες έρευνας βιοηθικής και δεοντολογίας για την προστασία των συμμετεχόντων (W.H.O., 2000) (Παράρτημα III).

#### 4.6. Περιορισμοί της μελέτης

Αρχικά η μελέτη ήταν συγχρονική, κι αυτό δεν επιτρέπει την διαμόρφωση αιτιολογικών υποθέσεων. Η παρούσα μελέτη συμπεριέλαβε μικρό αριθμό ατόμων ασθενών που παρακολουθούν τα δύο Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στην Κρήτη (80 από τους 214) και το μικρό ποσοστό δεν επιτρέπει τη γενίκευσή τους στον αριθμό της Κρήτης.

Ωστόσο, παρά τους περιορισμούς που αναφέρθηκαν, τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να θεωρηθούν πολύ χρήσιμα για την κατανόηση του τρόπου επίδρασης της εξάρτησης στην Ποιότητα Ζωής των ασθενών.

## 4.7. Μέθοδος

### 4.7.1. Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36, για τη μέτρηση της Ποιότητας της Ζωής των ασθενών οι οποίοι χορηγούνται το υποκατάστατο βουπρενορφίνη στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης Κρήτης.

Η επισκόπηση υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey) δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware (Ware, 1993), χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της Ποιότητας Ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διάφορων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, τις οποίες συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικά επέλεξαν οι ερευνητές της μελέτης των ιατρικών αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study, M.O.S.) από ένα σύνολο 149 ερωτήσεων, που σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση διάφορων οργάνων μέτρησης.

Η μετάφραση και προσαρμογή του SF-36 για χρήση σε διάφορες γλώσσες και χώρες αποτέλεσε αντικείμενο του I.Q.O.L.A. project (International Quality Of Life Assessment project) από το οποίο προέκυψε και η Ελληνική έκδοση (Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν. & Νιάκας, Δ., 2006).

Η εγκυρότητα περιεχομένου του SF-36, μελετήθηκε με σύγκριση τη βαθμολογία του με αυτήν, άλλων ευρέως χρησιμοποιούμενων ερωτηματολογίων Ποιότητας Ζωής γενικής μορφής. Συστηματικές συγκρίσεις έδειξαν ότι το SF-36 περιλαμβάνει 8 από τις πιο συχνά μετρούμενες έννοιες στην έρευνα περί της Ποιότητας Ζωής των ασθενών.

Η κλίμακα SF-36, είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Σε ανάλογες έρευνες γενικού πληθυσμού έχει καταδειχθεί το μεγάλο ποσοστό ανταποκρισιμότητας του πληθυσμού (70- 90%), καθώς και η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Η βασική ιδιότητα της επισκόπησης υγείας SF-36 είναι η ταυτόχρονη μέτρηση και η αξιολόγηση του επιπέδου τόσο της φυσικής όσο και της πνευματικής υγείας (Jenkinson, Writh, Coulter, 1994).

Το SF-36 κωδικοποιεί τις διαστάσεις της φυσικής και της πνευματικής υγείας του ερωτώμενου με ένα πλέγμα 36 ερωτήσεων, με τη βοήθεια του κατάλληλου αλγόριθμου. Περιλαμβάνει οκτώ κλίμακες μέτρησης, αποτελούμενες από 2-10 ερωτήσεις η καθεμία και οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις συχνότερα μετρούμενες διαστάσεις υγείας, στα γνωστότερα όργανα μέτρησης. Συγκεκριμένα οι κλίμακες είναι:

- PF: Σωματική λειτουργικότητα (physical functioning), με 10 ερωτήσεις.
- RP: Σωματικός ρόλος (role physical), με 4 ερωτήσεις.
- BP: Σωματικός πόνος (bodily pain), με 2 ερωτήσεις.
- GH: Γενική υγεία (general health), με 5 ερωτήσεις.
- VT: Ζωτικότητα (vitality), με 4 ερωτήσεις.
- SF: Κοινωνική λειτουργικότητα (social functioning), με 2 ερωτήσεις.
- RE: Συναισθηματικός ρόλος (role emotional), με 3 ερωτήσεις.
- MH: Ψυχική υγεία (mental health), με 5 ερωτήσεις (Hays et al., 1993).

Οι τέσσερις πρώτες διαστάσεις συνθέτουν την φυσική, ενώ οι υπόλοιπες τη πνευματική υγεία του ατόμου. Όλα τα θέματα εκτός από ένα, χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό των 8 υποκλιμάκων, όπου κάθε θέμα χρησιμοποιείται στη βαθμολόγηση μίας μόνο υποκλίμακας.

Η βαθμολόγηση της κάθε διάστασης μπορεί να μετασχηματιστεί με την αναγωγή της σε ποσοστιαία επί τις εκατό (%) αναλογία, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή 100 (άριστη υγεία) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία κλίμακας. Οι βαθμοί μεταξύ αυτών των ακραίων τιμών απεικονίζουν την αναλογία της τελικής συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας που μετρήθηκε.

Η γενικότητα των ερωτήσεων του SF-36 επιτρέπει την προσαρμοστικότητα του ερωτηματολογίου σε κάθε ομάδα πληθυσμού (McHorney, Ware, Raczec, 1993), ενώ η ελληνική μετάφραση, καθώς και το σύνολο του ερωτηματολογίου, έχουν δοκιμαστεί σε επαναλαμβανόμενες έρευνες στον τομέα υγείας στην Ελλάδα από διάφορες ερευνητικές ομάδες (Yfantopoulos, Pierrakos, Zanakis, 2001; Παπαγιαννοπούλου, 2006).

#### 4.8. Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας

##### Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων μετά την κωδικοποίησή τους καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων. Για τη στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση αποτελεσμάτων (επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας,  $p$ -value  $<0,05$ ) χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0. Επιλέχθηκε το SPSS γιατί είναι κατάλληλο για στατιστικές αναλύσεις και έχει ένα ευρύ φάσμα εφαρμογής.

Αρχικά, δημιουργήθηκαν συγκεντρωτικοί πίνακες συχνοτήτων για τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Για την εκτίμηση μεταβλητών με τα χαρακτηριστικά του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων, θέτοντας ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95% ( $\alpha=5\%$ ). Οι μέθοδοι αυτοί επιλέχθηκαν με γνώμονα τον τύπο των δεδομένων και ήταν:

- Για κατηγορικές μεταβλητές δύο ομάδων (όπως το φύλο), χρησιμοποιήθηκε το Mann-Whitney test ως test ελέγχου διαφορών μέσω τιμών.
- Για συσχέτιση μεταξύ μεταβλητών επιλέχθηκε η στατιστική διαδικασία Spearman rho.
- Για κατηγορικές μεταβλητές περισσότερων των δύο ομάδων (όπως η εργασιακή κατάσταση), χρησιμοποιήθηκε το Kruskal-Wallis test ως test ελέγχου διαφορών μέσω τιμών.

Για τη στάθμιση του ερωτηματολογίου SF-36 διενεργήθηκαν μετρήσεις:

- Εσωτερική συνάφεια : η μέτρηση της εσωτερικής συνάφειας επιτυγχάνεται με τον υπολογισμό του δείκτη Cronbach's alpha και αποδεικνύεται υψηλή όταν ο συγκεκριμένος δείκτης είναι μεγαλύτερος του 0.7 (Cronbach's alpha  $>0.7$ ).

##### Ομαδοποίηση μεταβλητών

Προκειμένου να καταστεί δυνατή η πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης, κρίθηκε αναγκαίο, να γίνουν ομαδοποιήσεις σε δεδομένα της μελέτης. Για την διερεύνηση της αυτοαναφερόμενης υγείας και την εκτίμηση του πληθυσμού της μελέτης αναφορικά με το πώς ήταν η υγεία του ένα χρόνο πριν, ήταν αναγκαία η κωδικοποίηση των απαντήσεων που περιελάμβαναν τα παραπάνω ερωτήματα.



Συγκεκριμένα, για το ερώτημα «Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:» που αφορά στην αυτοαναφερόμενη υγεία, οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν ως εξής: η απάντηση «κακή», πήρε την τιμή 0, η απάντηση «μέτρια», πήρε την τιμή 1, η απάντηση «καλή», πήρε την τιμή 2, η απάντηση «πολύ καλή», πήρε την τιμή 3 και η απάντηση «εξαιρετική», πήρε την τιμή 4.

Αναφορικά με το ερώτημα «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;», οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν ως εξής: η απάντηση «πολύ χειρότερη τώρα από ό,τι ένα χρόνο πριν», πήρε την τιμή 0, η απάντηση «κάπως χειρότερη τώρα από ό,τι ένα χρόνο πριν», πήρε την τιμή 1, η απάντηση «περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν», πήρε την τιμή 2, η απάντηση «κάπως καλύτερη τώρα από ό,τι ένα χρόνο πριν», πήρε την τιμή 3 και η απάντηση «πολύ καλύτερη τώρα από ό,τι ένα χρόνο πριν», πήρε την τιμή 4.

#### 4.9. Αυτοαναφερόμενη υγεία

Αναφορικά με την διερεύνηση του επιπέδου υγείας, ως αντιπροσωπευτικός δείκτης χρησιμοποιήθηκε η αυτοαναφερόμενη υγεία. Στη μελέτη αυτή γίνεται μια προσπάθεια να εκτιμηθεί η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων έτσι όπως το ίδιο το άτομο την αντιλαμβάνεται. Στην Επισκόπηση Υγείας SF-36 η μεταβλητή η οποία αναφερόταν στο συγκεκριμένο θέμα ήταν το ερώτημα ένα. Περιελάμβανε πέντε κατηγορίες, την αξιολόγηση της υγείας ως εξαιρετική, ως πολύ καλή, καλή, μέτρια και κακής. Οι εκτιμήσεις γίνονται χωριστά για κάθε κοινωνικό-δημογραφική μεταβλητή. Η βιβλιογραφία υπογραμμίζει τέσσερις ομάδες παραγόντων που μπορούν να επηρεάζουν την ατομική απόφαση της υγείας και κατά συνέπεια της αυτοαναφερόμενης υγείας. Η ηλικία και το φύλο επηρεάζουν, καθώς οι γυναίκες αναφέρουν χειρότερη εκτίμηση σε σχέση με τους άνδρες, αντίθετα οι ηλικιωμένοι φαίνεται να κρίνουν πιο ευνοϊκά την κατάσταση της υγείας τους σε σχέση με τους νεότερους (Moesgaard-Iburg, Salomon, Tandon, Murray, 2002). Η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση επηρεάζει σημαντικά, και τέλος φαίνεται ότι η αντίληψη για την υγεία φαίνεται να εξαρτάται από πολιτιστικά χαρακτηριστικά (Kaplan, 2001).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

### 5.1. Έλεγχος εσωτερικής συνάφειας

Σχετικά με το ερευνητικό εργαλείο ως τελικό αποτέλεσμα από όλους τους ελέγχους, προκύπτει ότι η συγκεκριμένη μελέτη διαθέτει υψηλό δείκτη αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Για το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη ( $n=80$ ), ο δείκτης Cronbach's alpha για τα ερωτήματα που αναφέρονταν στη Σωματική Λειτουργικότητα ήταν 0,876, για τα ερωτήματα που αναφέρονταν στο Σωματικό Ρόλο ήταν 0,869, για τα ερωτήματα που αναφέρονταν στο Συναισθηματικό Ρόλο ήταν 0,878, στη Ζωτικότητα ήταν 0,853, για τα ερωτήματα που αναφέρονταν στην Ψυχική Υγεία ήταν 0,865, για τα ερωτήματα που αναφέρονταν στη Κοινωνική Λειτουργικότητα ήταν 0,865, για τα ερωτήματα που αναφέρονταν στο Σωματικό Πόνο ήταν 0,860 και για τα ερωτήματα που αναφέρονταν στη Γενική Υγεία ήταν 0,876 (πίνακας 2). Από τις παραπάνω μετρήσεις παρατηρούμε ότι ο συντελεστής Cronbach's alpha υπερβαίνει το 0,85 αποδεικνύοντας την εσωτερική συνοχή των κλιμάκων και την υψηλή συνοχή μεταξύ των ερωτήσεων των κλιμάκων στις οποίες ανήκουν.

### 5.2. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών χρηστών ηρωίνης που παρακολουθούν τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης Κρήτης

Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης εκτιμήθηκαν με βάση περιγραφικά στατιστικά στοιχεία. Στον πίνακα 3, περιγράφεται ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης, όπου το 43,7% των συμμετεχόντων προέρχεται από την Μονάδα Υποκατάστασης του Ηρακλείου Κρήτης, ενώ το 56,3% από τη Μονάδα των Χανίων (Γράφημα 1). Από τους 80 συμμετέχοντες οι 65 ήταν άνδρες (81,2) και 15 ήταν γυναίκες (18,8%) (Γράφημα 2). Η ηλικία των συμμετεχόντων στην μελέτη (πίνακας 3) κυμαίνεται από 24 ετών μέχρι και 58 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας είναι περίπου 40 ετών, ενώ οι μισοί συμμετέχοντες ήταν άνω των 36 ετών. Ο πληθυσμός της μελέτης χωρίστηκε σε τέσσερις ηλικιακές ομάδες με εύρος 10 έτη. Οι ομάδες είναι: 21-30 ετών, 31-40 ετών, 41-50 ετών και 51-60 ετών (Γράφημα 3). Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο παρατηρούμε ότι το 70% των συμμετεχόντων είναι είτε απόφοιτοι δημοτικού (35%), είτε απόφοιτοι γυμνασίου (35%). Απόφοιτοι λυκείου είναι το 26,2%, ενώ μόλις τρία άτομα (3,8%) είναι απόφοιτοι ανώτερης-ανώτατης εκπαίδευσης (Γράφημα 4). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι άγαμοι (56,2%), ακολουθούν οι έγγαμοι (21,3%) και οι διαζευγμένοι (21,3%), ενώ 1 άτομο δηλώνει χρεία (Γράφημα 5). Αναφορικά με την εργασιακή τους κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό (55%) δηλώνει ότι είναι άνεργοι ενώ 23 άτομα (28,8%), δηλώνουν ότι εργάζονται με πλήρες ωράριο. Δέκα άτομα δηλώνουν ότι απασχολούνται περιστασιακά ή με μειωμένο ωράριο

(12,4%) και 3 άτομα είναι συνταξιούχοι (3,8%), (Γράφημα 6). Αναφορικά με την πόλη διαμονής (Γράφημα 7), παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (46,2%) των συμμετεχόντων διαμένει στα Χανιά. Αμέσως μετά σε ποσοστό, έρχεται το Ηράκλειο (38,8%).

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη είναι ενταγμένοι σε ένα από τα δύο Προγράμματα Υποκατάστασης από το 2004. Πιο συγκεκριμένα (πίνακας 4), τρία άτομα (3,8%) εντάχθηκαν το 2004, τέσσερα (5%) το 2006, τρία (3,8%) το 2007, οκτώ (10%) το 2008, οκτώ (10%) το 2009, σαράντα (50%) το 2010 και δεκατέσσερα (17,4%) το 2011. Παρατηρούμε ότι το 67,5% των συμμετεχόντων εντάχθηκε σε Πρόγραμμα Υποκατάστασης από το 2010 και μετά, (γεγονός που σχετίζεται με την ίδρυση και λειτουργία της Μονάδας Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στο Ηράκλειο).

### 5.3. Δείκτης αυτοαναφερόμενης υγείας

Ο δείκτης αυτοαναφερόμενης υγείας εμφανίζει τις επιμέρους τιμές για το πώς τα άτομα της μελέτης ορίζουν υποκειμενικά την κατάσταση της υγείας τους. Από τα 80 άτομα που απάντησαν στο ερώτημα «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι ...», 2 άτομα (2,5%), ανέφεραν ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική, 13 άτομα (16,3%), πολύ καλή, 34 άτομα (42,5%) καλή, 26 άτομα (32,5%) μέτρια και μόλις 5 άτομα (6,2%) ότι η υγεία τους είναι κακή (Γράφημα 8).

Από την παρούσα ανάλυση δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, με τη χρήση του ελέγχου στατιστικής σημαντικότητας Mann-Whitney test, μεταξύ ανδρών και γυναικών και της αυτοαναφερόμενης υγείας ( $p=0,201$ ). Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση που βρέθηκε για τους άνδρες (μ.τ.=1,83, τ.α.=0,89) και για τις γυναίκες (μ.τ.=1,47, τ.α.=0,83) δείχνει ότι οι άνδρες τείνουν να απαντούν κυρίως ότι η υγεία τους βρίσκεται πιο κοντά στο «καλή», ενώ οι γυναίκες κυρίως στο «μέτρια» (πίνακας 5).

Δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, με τη χρήση του ελέγχου στατιστικής σημαντικότητας Kruskal Wallis test, μεταξύ της ηλικίας και της αυτοαναφερόμενης υγείας ( $p=0,813$ ). Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για την ηλικιακή ομάδα 21-30 είναι μ.τ.=1,83, τ.α.=0,99, για την ηλικιακή ομάδα 31-40 είναι μ.τ.=1,79, τ.α.=0,80, για την ομάδα 41-50 ετών, μ.τ.=1,75, τ.α.=1,14 και για την ομάδα 51-60 ετών, είναι μ.τ.=1,43, τ.α.=0,79. Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα διαπιστώνεται ότι οι ηλικιακές ομάδες 21-30, 31-40 και 41-50 τείνουν να απαντούν ότι η υγεία τους είναι προς το «καλή», ενώ η ηλικιακή ομάδα 51-60 τείνει να απαντάει ότι η υγεία του είναι προς το «μέτρια» (πίνακας 5).

Στη μελέτη μας δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, με τη χρήση του ελέγχου στατιστικής σημαντικότητας Kruskal Wallis test, μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και αυτοαναφερόμενης υγείας ( $p=0,378$ ). Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για τον πληθυσμό με καμία εκπαίδευση είναι μ.τ.=1,89, τ.α.=0,79, για τα άτομα με βασική εκπαίδευση μ.τ.=1,71, τ.α.=0,94, για τα άτομα με μέση εκπαίδευση μ.τ.=1,71, τ.α.=0,96 και για τα άτομα με ανώτατη εκπαίδευση μ.τ.=1,33, και τ.α.=1,15. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα παρατηρείται ότι τα άτομα με καμία, με βασική και με μέση εκπαίδευση τείνουν να απαντάνε ότι η υγεία τους είναι προς το «καλή», ενώ τα άτομα με ανώτατη εκπαίδευση τείνουν να απαντάνε ότι η υγεία τους είναι προς το «μέτρια» (πίνακας 5).

Δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, με τη χρήση του ελέγχου στατιστικής σημαντικότητας Kruskal Wallis test, μεταξύ της εργασιακής κατάστασης και αυτοαναφερόμενης υγείας ( $p=0,741$ ). Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για τους

συνταξιούχους μ.τ.=1,33, τ.α.=1,15, για τους εργαζόμενους μ.τ.=1,96, τ.α.=0,88, για τους ημιαπασχολούμενους μ.τ.=2,00, τ.α.=0,82 και για τους άνεργους είναι μ.τ.=1,64, τ.α.=0,89. Όπως φαίνεται οι εργαζόμενοι, οι ημιαπασχολούμενοι και οι άνεργοι τείνουν να απαντούν ότι η υγεία τους είναι προς το «καλή» ενώ οι συνταξιούχοι ότι η υγεία τους είναι προς το «μέτρια» (πίνακας 5).

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, με τη χρήση του ελέγχου στατιστικής σημαντικότητας Kruskal Wallis test, μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της αυτοαναφερόμενης υγείας ( $p=0,961$ ). Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για τους άγαμους είναι μ.τ.=1,80, τ.α.=0,84, για τους έγγαμους μ.τ.=1,65, τ.α.=1,00, για τους διαζευγμένους μ.τ.=1,76, τ.α.=0,97 και για το άτομο που δηλώνει χηρεία μ.τ.=2,00, τ.α.=0,00. Όλοι οι παραπάνω φαίνεται να έχουν την τάση να απαντούν ότι η υγεία τους τείνει προς το «καλή» (πίνακας 5).

#### 5.4. Κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τις κλίμακες του SF-36

Για τις ανάγκες της μελέτης, βρέθηκε για κάθε κλίμακα του ερωτηματολογίου SF-36 (π.χ. Σωματικός Ρόλος, Σωματική Λειτουργικότητα κλπ.), η Μέση Τιμή και η Τυπική Απόκλιση σε σχέση με τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και καταγράφηκαν στον πίνακα 6. Χρησιμοποιήθηκε για τις ομάδες του φύλου ένα Mann-Whitney test και βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τιμών των κλιμάκων του SF-36 στα δύο φύλα (πίνακας 6).

Για τις άλλες ομάδες, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας Kruskal-Wallis test και βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις κλίμακες του SF-36 αναφορικά με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασιακή κατάσταση και την οικογενειακή κατάσταση (πίνακας 6).

Προκειμένου να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ των τακτικών μεταβλητών (κλίμακες SF-36) της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος spearman rho (πίνακας 7).

##### 5.4.1. Φύλο

Είναι αξιοσημείωτο ότι με βάση τα δεδομένα της παρούσης μελέτης δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και των κλιμάκων υγείας, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Σ.Λ. :  $r=-0,066$ ,  $p=0,563$ , Γ.Υ. :  $r=0,058$ ,  $p=0,611$ , Σ.Π. :  $r=-0,092$ ,  $p=0,419$  Ζ. :  $r=0,019$ ,  $p=0,869$ , Κ.Λ. :  $r=0,001$ ,  $p=0,995$  Συν. Ρ. :  $r=-0,009$ ,  $p=0,938$ , Ψ. Υ. :  $r=0,026$ ,  $p=0,821$ , Σωμ. Ρ. :  $r=0,022$ ,  $p=0,849$ ) (πίνακας 7).

Η μέση τιμή των οκτώ κλιμάκων σε σχέση με τους άνδρες είναι για τη Σωματική Λειτουργικότητα 78,0, για τη Γενική Υγεία 62,3, για το Σωματικό Πόνο 64,5, για τη Ζωτικότητα 56,3, για την Κοινωνική Λειτουργικότητα 65,8, για το Συναισθηματικό Ρόλο 64,4, για τη Ψυχική Υγεία 58,4 και για τον Σωματικό Ρόλο 73,3. Για τις γυναίκες: για τη Σωματική Λειτουργικότητα 78,5, για τη Γενική Υγεία 57,9, το Σωματικό Πόνο 70,2, τη Ζωτικότητα 57,5, την Κοινωνική Λειτουργικότητα 67,5, το Συναισθηματικό Ρόλο 64,1, τη Ψυχική Υγεία 54,6 και τον Σωματικό Ρόλο 71,9, (πίνακας 6). Δε βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη μέση τιμή μεταξύ ανδρών και γυναικών αναφορικά με τις οκτώ κλίμακες του SF-36 (Σ.Λ. :  $p=0,928$ , Γ.Υ. :  $p=0,899$ , Σ.Π. :  $p=0,976$ , Ζ :  $p=0,869$ , Κ.Λ. :  $p=0,587$ , Συν.Ρ. :  $p=0,841$ , Ψ.Υ. :  $p=0,501$ , Σωμ.Ρ. :  $p=0,487$ ) (πίνακας 6).

#### 5.4.2. Ηλικία

Με βάση τα δεδομένα της παρούσης μελέτης δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και των κλιμάκων υγείας, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Σ.Λ. :  $r=-0,013$ ,  $p=0,912$ , Γ.Υ. :  $r=-0,078$ ,  $p=0,494$ , Σ.Π. :  $r=0,052$ ,  $p=0,646$ , Ζ. :  $r=0,076$ ,  $p=0,506$ , Κ.Λ. :  $r=-0,054$ ,  $p=0,632$ , Συν. Ρ. :  $r=-0,018$ ,  $p=0,295$  Ψ. Υ. :  $r=0,000$ ,  $p=0,999$ , Σωμ. Ρ. :  $r=0,120$ ,  $p=0,287$ ) (πίνακας 7).

Αναφορικά με την ηλικία δε βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη μέση τιμή μεταξύ των τεσσάρων ηλικιακών ομάδων με τις οκτώ κλίμακες του SF-36 (Σ.Λ. :  $p=0,808$ , Γ.Υ. :  $p=0,654$ , Σ.Π. :  $p=0,762$ , Ζ :  $p=0,857$ , Κ.Λ. :  $p=0,800$ , Συν.Ρ. :  $p=0,524$ , Ψ.Υ. :  $p=0,930$ , Σωμ.Ρ. :  $p=0,488$ ) (πίνακας 6).

#### 5.4.3. Μορφωτικό επίπεδο

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο δεν υπάρχει συσχέτιση με τις κλίμακες υγείας, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Σ.Λ. :  $r=0,017$ ,  $p=0,879$ , Γ.Υ. :  $r=-0,022$ ,  $p=0,847$ , Σ.Π. :  $r=0,122$ ,  $p=0,279$ , Ζ. :  $r=-0,003$ ,  $p=0,980$ , Κ.Λ. :  $r=-0,010$ ,  $p=0,927$ , Συν. Ρ. :  $r=-0,116$ ,  $p=0,305$ , Ψ. Υ. :  $r=0,060$ ,  $p=0,597$ , Σωμ. Ρ. :  $r=-0,065$ ,  $p=0,565$ ) (πίνακας 7).

Με βάση τα δεδομένα της μελέτης αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, δε βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη μέση τιμή μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και των οκτώ κλιμάκων του SF-36 (Σ.Λ. :  $p=0,881$ , Γ.Υ. :  $p=0,370$ , Σ.Π. :  $p=0,419$ , Ζ :  $p=0,859$ , Κ.Λ. :  $p=0,653$ , Συν.Ρ. :  $p=0,461$ , Ψ.Υ. :  $p=0,526$ , Σωμ.Ρ. :  $p=0,706$ ) (πίνακας 6).

#### 5.4.4. Εργασιακή Κατάσταση

Σύμφωνα με την παρούσα ανάλυση δεν υπάρχει συσχέτιση της εργασιακής κατάστασης με τις κλίμακες υγείας, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Σ.Λ. :  $r=0,003$ ,  $p=0,976$ , Γ.Υ. :  $r=-0,009$ ,  $p=0,938$ , Σ.Π. :  $r=0,091$ ,  $p=0,422$ , Ζ. :  $r=0,035$ ,  $p=0,756$ , Κ.Λ. :  $r=-0,095$ ,  $p=0,404$ , Συν. Ρ. :  $r=0,091$ ,  $p=0,420$ , Ψ. Υ. :  $r=-0,013$ ,  $p=0,911$ , Σωμ. Ρ. :  $r=-0,071$ ,  $p=0,531$ ) (πίνακας 7).

Αναφορικά με την εργασιακή κατάσταση από τα δεδομένα της μελέτης δε βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη μέση τιμή μεταξύ εργασιακής



κατάστασης και των οκτώ κλιμάκων του SF-36 (Σ.Λ. :  $p=0,750$ , Γ.Υ. :  $p=0,666$ , Σ..Π. :  $p=0,728$ , Ζ :  $p=0,796$ , Κ.Λ. :  $p=0,783$ , Συν.Ρ. :  $p=0,060$ , Ψ.Υ. :  $p=0,302$ , Σωμ.Ρ. :  $p=0,642$ ) (πίνακας 6).

#### 5.4.5. Οικογενειακή κατάσταση

Με τα δεδομένα της παρούσας μελέτης δεν υπάρχει συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης με τις κλίμακες υγείας, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Σ.Λ. :  $r=-0,104$ ,  $p=0,359$ , Γ.Υ. :  $r=-0,149$ ,  $p=0,188$ , Σ.Π. :  $r=-0,091$ ,  $p=0,420$ , Ζ. :  $r=-0,006$ ,  $p=0,960$ , Κ.Λ. :  $r=-0,069$ ,  $p=0,541$ , Συν. Ρ. :  $r=-0,091$ ,  $p=0,422$ , Ψ. Υ. :  $r=-0,195$ ,  $p=0,083$ , Σωμ. Ρ. :  $r=0,098$ ,  $p=0,389$ ) (πίνακας 7).

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση με βάση την ανάλυση που έγινε δε βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη μέση τιμή μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και των οκτώ κλιμάκων του SF-36 (Σ.Λ. :  $p=0,395$ , Γ.Υ. :  $p=0,539$ , Σ..Π. :  $p=0,543$ , Ζ :  $p=0,174$ , Κ.Λ. :  $p=0,920$ , Συν.Ρ. :  $p=0,523$ , Ψ.Υ. :  $p=0,541$ , Σωμ.Ρ. :  $p=0,631$ ) (πίνακας 6).

### 5.5. Χρονικό διάστημα παρακολούθησης και Ποιότητα Ζωής

Αναφορικά με το χρονικό διάστημα παρακολούθησης, (αν τα άτομα είναι ενταγμένα περισσότερο ή μικρότερο χρονικό διάστημα από ένα έτος) σε σχέση με την Ποιότητα Ζωής, με τη χρήση του Mann-Whitney test για τον έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για το χρονικό διάστημα παρακολούθησης, σε σχέση με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου SF-36 που αφορούν στην κλίμακα του Σωματικού Ρόλου ( $p=0,049$ ) και στην κλίμακα της Ζωτικότητας ( $p=0,030$ ) (πίνακας 8). Αξιοσημείωτο είναι ότι τα άτομα που είναι σε ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης λίγους μόνο μήνες, σημειώνουν καλύτερη βαθμολογία στις επτά από τις οκτώ κλίμακες του ερωτηματολογίου σε σχέση με τους παλαιότερα ενταγμένους ασθενείς.

Με βάση τα δεδομένα της μελέτης, τα άτομα τα οποία, συμμετείχαν συστηματικά σε κάποιο πρόγραμμα Υποκατάστασης τουλάχιστον ένα χρόνο πριν τη διεξαγωγή της μελέτης, ήταν 26. Από τα άτομα αυτά, το 7,7% (2 άτομα) των χρηστών που πρόσφατα εντάχθηκαν σε ένα πρόγραμμα (από το 2010 και μετά) δηλώνουν ότι η υγεία τους τώρα σε σχέση με έναν χρόνο πριν είναι «κάπως χειρότερη τώρα απ' ό, τι ένα χρόνο πριν», το 34,6% (9 άτομα), δηλώνει ότι η υγεία του είναι «περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν», το 46,2% (12 άτομα), δηλώνει ότι η υγεία του είναι «κάπως καλύτερη από ό, τι ένα χρόνο πριν», και το 11,5% (3 άτομα), δηλώνει ότι η υγεία του είναι «πολύ καλύτερη τώρα από ό, τι ένα χρόνο πριν», (γράφημα 9).

Από τα 54 άτομα που συμμετέχουν στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης λιγότερο από ένα έτος, το 7,4% (4 άτομα), δηλώνει ότι η υγεία του είναι «κάπως χειρότερη τώρα από ό, τι ένα χρόνο πριν», το 22,2% (12 άτομα), δηλώνει ότι η υγεία του είναι «περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν», το 40,7%, (22 άτομα), δηλώνει ότι η υγεία του είναι «κάπως καλύτερη από ό, τι ένα χρόνο πριν», το 29,6% (16 άτομα) δηλώνει, ότι η υγεία του είναι «πολύ καλύτερη από ό, τι ένα χρόνο πριν», γεγονός που συνδυάζουν με την ένταξή τους σε ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα (γράφημα 9).

Από τις απαντήσεις των ατόμων που συμμετέχουν στην μελέτη φαίνεται να απαντούν πιο ευνοικά τα άτομα εκείνα που εισήχθησαν πιο πρόσφατα σε μια Μονάδα Υποκατάστασης, αναφορικά με την κατάσταση της υγεία τους.

Βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις εκτιμήσεις των δύο ομάδων (νέοι-παλιοί ασθενείς) για την πορεία της υγείας τους, (πίνακας 8) στις κλίμακες της Επισκόπησης Υγείας SF-36 που αναφέρονται στο Σωματικό Ρόλο ( $p=0,049$ ) και στην Ζωτικότητα ( $p=0,030$ ). Στις άλλες κλίμακες δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά (Σ.Λ.:

$p=0,157$ , Γ.Υ.:  $p=0,109$ , Σ.Π.:  $p=0,259$ , Κ.Λ.:  $p=0,712$ , Συν.Ρ.:  $p=0,744$ , Ψ.Υ.:  $p=0,286$ ) (πίνακας 8).

Από τα δεδομένα του πίνακα 9, παρατηρείται ότι η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για τους άνδρες είναι  $\mu.τ.=2,80$ ,  $\tau.α.=0,85$  και για τις γυναίκες  $\mu.τ.=2,93$ ,  $\tau.α.=1,03$ . Διαπιστώνεται ότι και οι άνδρες και οι γυναίκες τείνουν να θεωρούν ότι η υγεία τους είναι κάπως καλύτερη τώρα από ό, τι ένα χρόνο πριν. Η συσχέτιση του φύλου με την αυτοαναφερόμενη υγεία δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0,469$ ).

Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για την ηλικιακή ομάδα 21-30 είναι  $\mu.τ.=2,50$ ,  $\tau.α.=0,99$ , για την ηλικιακή ομάδα 31-40 είναι  $\mu.τ.=3,02$ ,  $\tau.α.=0,74$ , για την ηλικιακή ομάδα 41-50 είναι  $\mu.τ.=2,50$ ,  $\tau.α.=1,09$  και για την ηλικιακή ομάδα είναι  $\mu.τ.=3,00$ ,  $\tau.α.=0,82$ . Φαίνεται ότι οι ηλικιακές ομάδες 31-40 και 51-60 τείνουν να απαντούν ότι η υγεία τους είναι κάπως καλύτερη τώρα από ό, τι ένα χρόνο πριν, ενώ οι ηλικιακές ομάδες 21-30 και 41-50 ότι η υγεία τους είναι περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν. Η συσχέτιση των τεσσάρων ηλικιακών ομάδων με την αυτοαναφερόμενη υγεία δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0,788$ ) (πίνακας 9).

Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για άτομα με καμία εκπαίδευση είναι  $\mu.τ.=3,00$ ,  $\tau.α.=0,82$ , για τα άτομα με βασική εκπαίδευση είναι  $\mu.τ.=2,79$ ,  $\tau.α.=0,88$ , για τα άτομα με μέση εκπαίδευση είναι  $\mu.τ.=2,67$ ,  $\tau.α.=0,97$  και για τα άτομα με ανώτατη εκπαίδευση είναι  $\mu.τ.=2,67$ ,  $\tau.α.=1,15$ . Παρατηρείται ότι όλοι οι παραπάνω τείνουν να θεωρούν ότι η υγεία τους είναι κάπως καλύτερη τώρα σε σχέση με ένα χρόνο πριν. Η συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με την αυτοαναφερόμενη υγεία δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0,522$ ) (πίνακας 9).

Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για τους συνταξιούχους είναι  $\mu.τ.=2,33$ ,  $\tau.α.=0,58$ , για τους εργαζόμενους είναι  $\mu.τ.=3,00$ ,  $\tau.α.=0,95$ , για τους ημιαπασχολούμενους είναι  $\mu.τ.=2,80$ ,  $\tau.α.=0,79$  και για τους άνεργους είναι  $\mu.τ.=2,77$ ,  $\tau.α.=0,89$ . Όπως διαπιστώνεται, οι εργαζόμενοι, οι ημιαπασχολούμενοι και οι άνεργοι τείνουν να θεωρούν ότι η υγεία τους είναι κάπως καλύτερη τώρα από ό, τι ένα χρόνο πριν, ενώ οι συνταξιούχοι ότι η υγεία τους είναι περίπου η ίδια. Η συσχέτιση της εργασιακής κατάστασης με την αυτοαναφερόμενη υγεία δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0,696$ ). (πίνακας 9).

Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για τους άγαμους είναι  $\mu.τ.=2,87$ ,  $\tau.α.=0,76$ , για τους έγγαμους είναι  $\mu.τ.=2,41$ ,  $\tau.α.=1,18$ , για τους διαζευγμένους είναι  $\mu.τ.=3,06$ ,  $\tau.α.=0,75$  και για το άτομο που δηλώνει χηρεία είναι  $\mu.τ.=4,00$ ,  $\tau.α.=0,00$ . Οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι τείνουν να θεωρούν ότι η υγεία τους είναι κάπως καλύτερη τώρα από ό, τι ένα χρόνο πριν

και οι έγγαμοι περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν. Η συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης με την αυτοαναφερόμενη υγεία δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0,437$ ). (πίνακας 9).

## 5.6. Σύγκριση πληθυσμού μελέτης και γενικού πληθυσμού

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι η κατάσταση της υγείας των ατόμων που συμμετείχαν στην μελέτη, κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Συγκρίνοντας τη μέση βαθμολογία των συμμετεχόντων με εκείνες του δείγματος από τον Ελληνικό γενικό πληθυσμό (Παππά, Ε. κ αλ., 2006) έδειξε ότι οι χρήστες ηρωίνης, οι οποίοι παρακολουθούν συστηματικά ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στην Κρήτη, στις κλίμακες που αναφέρονται στην πνευματική κατάσταση της υγείας είναι σταθερά χειρότερη, εύρημα το οποίο συμφωνεί με άλλες μελέτες (De Maeyer, Vanderplasschen, Broekaert, 2010). Έτσι, στην κλίμακα της Ζωτικότητας η μέση τιμή είναι 52,3, ενώ για το γενικό πληθυσμό είναι 66,5, στην κλίμακα της Κοινωνικής Λειτουργικότητας η μέση τιμή για τον πληθυσμό της μελέτης είναι 67,2 σε σχέση με το γενικό πληθυσμό που είναι 82,1. Στην κλίμακα του Συναισθηματικού Ρόλου η μέση τιμή είναι 64,2 ενώ για το γενικό πληθυσμό 81,5. Τέλος, στην κλίμακα της Ψυχικής Υγείας η μέση τιμή για τα άτομα της μελέτης είναι 55,3 σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, που είναι 68,2 (πίνακας 10).

Αντίθετα, στις κλίμακες της Επισκόπησης Υγείας του SF-36, που αναφέρονται στη φυσική κατάσταση της υγείας, οι βαθμολογίες των ασθενών που συμμετέχουν στη μελέτη πλησιάζουν τις βαθμολογίες του γενικού πληθυσμού. Έτσι, για τον πληθυσμό της μελέτης έχουμε για την κλίμακα του Σωματικού Πόνου 69,1, της Σωματικής Λειτουργικότητας 78,4, της Γενικής Υγείας 58,8 και για την κλίμακα του Σωματικού Ρόλου 72,2. Οι βαθμολογίες στις παραπάνω κλίμακες για το γενικό πληθυσμό είναι Σωματικός Πόνος 73,0, Σωματική Λειτουργικότητα 80,8, Γενική Υγεία 67,5 και Σωματικός Ρόλος 79,8 (πίνακας 10).

Με βάση τα δεδομένα της μελέτης, με τη χρήση του one- sample t- test, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην Επισκόπηση Υγείας SF-36 ανάμεσα στον πληθυσμό της μελέτης και στον γενικό πληθυσμό, στις κλίμακες της Γενικής Υγείας ( $p < 0,001$ ), της Ζωτικότητας ( $p < 0,001$ ), της Κοινωνικής Λειτουργικότητας ( $p < 0,001$ ), του Συναισθηματικού Ρόλου ( $p < 0,001$ ) και της Ψυχικής Υγείας ( $p < 0,001$ ). Δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις κλίμακες του Σωματικού Πόνου ( $p = 0,233$ ), του Σωματικού Ρόλου ( $p = 0,074$ ) και της Σωματικής Λειτουργικότητας ( $p = 0,267$ ), (πίνακας 10).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η παρούσα μελέτη εστίασε σε θέματα όπως, το πώς αναφέρονται οι ασθενείς που παρακολουθούν ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης σε σχέση με την υγεία τους, αλλά και ποια είναι η Ποιότητα Ζωής των παραπάνω ασθενών αναφορικά με τον γενικό πληθυσμό.

Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα, οι μελέτες είχαν κυρίως ως στόχο να περιγράψουν το ίδιο το φαινόμενο της εξάρτησης από ουσίες, την επιδημιολογία, την αιτιολογία ή και θέματα που αναφέρονται στην υγεία και τα προβλήματα υγείας που προέρχονται από την χρήση και κατάχρηση ουσιών. Δεν υπάρχουν ωστόσο μελέτες που αναφέρονται στο ζήτημα της Ποιότητας Ζωής στα άτομα που είναι εξαρτημένα από ουσίες, παρά το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια, λαμβάνοντας υπ' όψιν τη χρόνια υποτροπιάζουσα φύση των προβλημάτων σε διάφορους τομείς της ζωής, έχει αναπτυχθεί έντονα το ενδιαφέρον των μελετητών στο θέμα της Ποιότητας Ζωής (Zubaran, Foresti, 2009).

Συνολικά τα ευρήματα, δείχνουν ότι σε αυτόν τον πληθυσμό οι επιδόσεις στις κλίμακες του SF-36 ήταν αρκετά καλές. Η αποδοχή για συμμετοχή ήταν ικανοποιητική. Όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο πληρούνται τα πρότυπα που προτείνονται για την ομαδοποίηση και την κλιμάκωση.

Στη μελέτη μας, η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών ήταν άνδρες (81,2%), το οποίο ήταν αναμενόμενο, καθώς η προσέλευση των γυναικών στα Θεραπευτικά Προγράμματα, είναι σημαντικά μικρότερη από εκείνη των ανδρών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2010). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 31-40 (53,8%) και έχουν καμία (35%) ή βασική (35%) εκπαίδευση. Το 55% των συμμετεχόντων, είναι άνεργοι και το 56,3% δηλώνουν άγαμοι.

Στη μελέτη μας δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή κατάσταση)  $p>0,05$  και τις 8 κλίμακες του SF-36. Εύρημα που συμφωνεί με άλλες μελέτες (Maeyer, 2010). Ωστόσο υπάρχουν μελέτες (Bizzarri et al., 2005), οι οποίες δείχνουν να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση με ορισμένες κλίμακες της Επισκόπησης Υγείας SF-36. Έχει αποδειχθεί (Preau et al., 2007), ότι η κοινωνική στήριξη-ενδυνάμωση, μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στην Ποιότητα Ζωής, αλλά οι συγκρούσεις με την οικογένεια και τον σύντροφο, έχουν συσχετιστεί (Karow, Verthein, Krausz & Schäfer, 2008), με χαμηλότερες βαθμολογίες στη μέτρηση της Ποιότητας Ζωής. Επίσης, έρευνες (Rüütel, Pisarev, Loit, &

Uusküla, 2009), δείχνουν ότι το καθεστώς απασχόλησης του ατόμου, φαίνεται να έχει ένα σημαντικό ρόλο στην Ποιότητα Ζωής των ατόμων-χρηστών ηρωίνης, καθώς άτομα εργαζόμενα ή σπουδαστές αναμένεται να έχουν καλύτερες βαθμολογίες αναφορικά με τα άτομα εκείνα που δεν εργάζονται και καταλήγουν στο εύρημα ότι η απασχόληση συνδέεται με μια καλύτερη Ποιότητα Ζωής (Blalock, MacDaniel & Farber, 2002; Worthington & Krentz, 2005).

Όσον αφορά στο ζήτημα της αυτοαναφερόμενης υγείας, ο πληθυσμός της μελέτης τείνει να χαρακτηρίζει την υγεία του από μέτρια έως καλή. Εύρημα που συμφωνεί με άλλες μελέτες της ελληνικής βιβλιογραφίας (Κυριόπουλος, 2003). Δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, σύμφωνα με τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης στο φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασιακή κατάσταση και την οικογενειακή κατάσταση με την αυτοαναφερόμενη υγεία.

Με βάση τα δεδομένα της παρούσας μελέτης, παρατηρείται ότι αν και τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα με εκείνα του γενικού πληθυσμού, ωστόσο οι συμμετέχοντες σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στις 5 από τις 8 κλίμακες της Επισκόπησης Υγείας του SF-36, οι 4 από τις οποίες αφορούν στην πνευματική υγεία. Η διαπίστωση αυτή μπορεί εν μέρει να εξηγείται από τα υψηλά ποσοστά ψυχιατρικής συννοσηρότητας που συναντώνται στα εξαρτημένα από ουσίες άτομα, διαπίστωση την οποία πολλές μελέτες έχουν αναδείξει (Cacciola, Alterman, Rutherford, McKay, Mulvaney, 2001; Callaly, Trauer, Munro, Whelan, 2001). Η εμπειρία του στίγματος (Murphy, Irwin, 1992) και των διακρίσεων (Young, Stuber, Ahern, Galea, 2005), εμποδίζουν συχνά τους χρήστες ηρωίνης στην καθημερινή τους λειτουργία και σχετίζονται με την κακή κυρίως ψυχική υγεία (Ahern, Stuber, Galea, 2007).

Αξίζει ωστόσο να αναφερθεί ότι χαμηλή βαθμολογία σε μια κλίμακα του SF-36, δεν συνεπάγεται χαμηλή βαθμολογία σε μια άλλη. Η βαθμολογία στην κλίμακα της Σωματικής Λειτουργικότητας ήταν 78,4 ενώ στην κλίμακα της Ψυχικής Υγείας η βαθμολογία ήταν 55,3, εύρημα που αναδεικνύει την επιβάρυνση των ασθενών από τη χρήση ηρωίνης στην ψυχική τους κατάσταση (Richter, Eikelmann, Berger, 2004).

Στη μελέτη μας βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ένταξης σε ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης και της Ποιότητας Ζωής. Η βαθμολογία των πρόσφατα ενταγμένων ασθενών (2010 και μετά) είναι σε πολύ ικανοποιητικά επίπεδα, γεγονός που εκφράζεται και από τους ίδιους τους ασθενείς ως την ικανοποίησή τους για την έναρξη της θεραπείας τους. Η συμμετοχή σε ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα στην Ποιότητα Ζωής των εξαρτημένων ατόμων ειδικά κατά τους πρώτους μήνες θεραπείας (Giacomuzzi et al., 2001; Padaiga, Subata, Vanagas, 2007; Villeneuve,

Challacombe, Strike, Myers, Fischer, Shore, 2006). Ωστόσο, η σταθεροποίηση αυτών των βελτιώσεων αλλά και η συνέχεια έστω και λιγότερο θετικών αποτελεσμάτων, θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν σε μια μακροπρόθεσμη προοπτική.

Θα ήταν σημαντικό σε μελλοντικές μελέτες να ληφθεί υπ' όψιν η βαρύτητα της χρήσης, η ηλικία έναρξης της χρήσης, καθώς και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς (Ηπατίτιδα C, A.I.D.S.), καθώς επιβαρύνουν την Ποιότητα Ζωής των ασθενών.

Το ερωτηματολόγιο SF-36 αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την παρακολούθηση της κατάστασης των εξαρτημένων από ηρωίνη ατόμων, κι επίσης είναι σημαντικό μέσο για την ανάδειξη των αποτελεσμάτων της συστηματικής συμμετοχής σε ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης.



**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Ahern, J., Stuber, J. & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(2–3), 188–196.

Αλουμανής, Π. (2002). *Επιθεώρηση κοινωνικής ασφάλισης*. Αθήνα: ΙΚΑ.

Andrews, F. & Whitney, S. B. (1974). *Social Indicators of Well-being. Americans Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum Press.

Αριστοτέλης, (μτφρ.: Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου), (1993). *Άπαντα- Ηθικά Νικομάχεια Α΄*. Αθήνα: Κάκτος.

Auriacombe, M., Franques, P. & Tignol, J. (2001). Deaths attributable to methadone vs buprenorphine in France. *JAMA*, 285, 45.

Baron Epel O. & Kaplan G. (2001). General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? *Social Science and Medicine*, 53, 1373-1381.

Bilal, S., Menares, J., De la Selle, P., Toufik, A., & Perdrieux, Y. (2003). Impact des traitements de substitution aux opiacées sur la vie sociale. *Annales de Medicine Interne*, 154, 2S6-14.

Blalock, AC., MacDaniel, JS. & Farber EW. (2002). Effect of employment on quality of life and psychological functioning in patients with HIV/AIDS. *Psychosomatics*, 43, 400-404.

Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E., Sbrana, A., Iagher, C. & Dellantonio, E., (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use and Misuse*, 40(12), 1765–1776.

Βοζικάκη, Μ. Μ., Μπορμπουδάκη, Λ. Γ., Φιλαλήθης, Α. Ε. (2006). Η θεωρία και η έρευνα της ποιότητας ζωής: Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, 46, 5-55.

Bonomi, A.E., Patrick, D.L. & Bushnell, D.M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Clinical Epidemiology*, 53, 19-23.

Bowling, A. (1997). *Measuring Health: a review of quality of life measurement scales*. UK: Open University Press.

Cacciola, JS, Alterman, AI, Rutherford, MJ, McKay, JR, & Mulvaney, FD (2001). The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained Patients. *Drug alcohol Depend*, 61 (3), 271 -280.

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.

Carretero, M. D., Burgess, A. P., Soler, P., Soler, M. & Catalan, J. (1996). Reliability and validity of an HIV-specific health-related quality-of-life measure for use with injecting drug users. *AIDS*, 10 (14), 1699-1705.

Carrieri, M. P., Amass, L., Lucas, G. M., Vlahov, G. M., Wodak, A. & Woody, G. E. (2006). Buprenorphine Use: The International Experience. *Clinical infectious Disease*, 43(4), 197-215.

Constitution of the World Health Organization (1946). Geneva: WHO.

De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate – dependent individuals: a review of the literature. *Drug policy*, 21(5), 364-380.

Dole, V. P. & Nyswander, M. E. (1965). A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. *JAMA*, 193 (8), 646-650.

Duburcq, A., Charpak, Y., Blin, P. & Madec, L. (2000). Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprenorphine. Results of the SPESUB study (pharmacoepidemiologic follow-up of general practice Subutex). *Revue d' Epidemiologie et de Sante Publique*, 48 (4), 363-73.

Emmanuelli, J. & Desenclos, J. C. (2005). *Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France*. *Addiction*, 100, 1690-700.

Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (2003). *Παρακολούθηση της ποιότητας ζωής στην Ευρώπη*. Αθήνα: Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας.

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2005). *Ετήσια έκθεση 2005. Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρώπη*. Αθήνα: Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν.

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2009). *Ετήσια έκθεση 2009. Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρώπη*. Αθήνα: Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν.

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2010). *Ετήσια έκθεση 2010. Η κατάσταση των Ναρκωτικών και των Οιοπνευματωδών στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν.

Fanoë, S., Hvidt, C., Ege, P. & Jensen, G. B. (2007). Syncope and QT prolongation among patients treated with methadone for heroin dependence in the city of Copenhagen. *Heart*, 93(9), 1051-1055.

Farrell, M., Howes, S., Verster, A. D. & Davoli, M. (1999). *Reviewing Current Practice in Drug Substitution Treatment in Europe*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Alcohol Addictions.

Giacomuzzi, S. M., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G., Rössler, H., Hinterhuber, H. & Kurz, M. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction*, 98 (5), 693–702.

Globe, D. R., Hays, R. D., Cunningham, W.E. (1999). Associations of clinical parameters with health-related quality of life in hospitalized persons with HIV disease. *AIDS Care*, 17, 71-86.

Gogos, C.A., Fouka, K. P., Nikoforidis, G., Avgeridis, K., Sakellaropoulos, G., Bassaris, H., Maniatis, A. & Skoutelis, A. (2003). Prevalence of hepatitis B and C virus infection in the general population and selected groups in South – Western Greece. *Epidemiology*, 18(6), 551-557.

Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.

Gueye, P. N., Megarbane, B., Borron, S. W., Adnet, F., Galliot-Guilley, M., Ricordel I., Tourneau J., Goldran-Toledano, D. & Baud, F.J. (2002). Trends in opiate and opioid poisonings in addicts in north-east Paris and suburbs. *Addiction*, 97(10), 1295-1304.

Hallinan, R., Byrne, A., Agho, K., McMahon, C., Tynan, P. & Attia, J. (2007). Erectile dysfunction in men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. *The journal of Sexual Medicine* 5(3), 684-692.

Hattie, J. (1984). Methodology review: Assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychological Measurement*, 20, 1-14.

Hubley, A. M., Russell, L. B. & Palepu, A. (2005). *Injection Drug Use Quality of Life scale (IDUQOL): A validation study*. Health and quality of life outcomes.

Jenkinson, C., Writh, L. & Coulter, A. (1994). Criterion validity and reliability of the SF- 36 in a population sample. *Quality of Life Research*, 3, 7 – 12.

Johnson RE, Chutuape MA, Strain EC, Walsh SL, Stitzer ML & Bigelow GE (2000). A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. *New England Journal of Medicine*, 343(18), 1290-1297.

Κάβουρα, Μ., Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Μ. & Βανδώρα, Χ. (2003). *Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα: Janssen-Cilag.

Karow, A., Verthein, U., Krausz, M., & Schäfer, I. (2008). Association of personality disorders, family conflicts and treatment with quality of life in opiate addiction. *European Addiction Research*, 14(1), 38–46.

Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας (2003). *Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων ατόμων (2000). *Συμβουλευτική στον τομέα της τοξικοεξάρτησης. Γνώσεις, Δεξιότητες. Στάση στην επαγγελματική πρακτική*. Αθήνα: ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων ατόμων (2002). *Εξαρτήσεις*. Αθήνα: ΚΕ.Θ.Ε.Α. Επιστημονική περιοδική έκδοση για θέματα Εξαρτήσεων.

Kinley, M. (1979). Epidemiological and political determinants of social policies regarding the public health. *Social Science and Medicine*, 13A, 541- 547.

Koch, T. (2000). Life quality vs the 'quality of life': Assumptions and underlying prospective quality of life instruments in health care planning. *Social Science and Medicine*, 51, 419-427.

Κουρέα- Κρεμαστινού, Τ. (2005). *Δημόσια Υγεία*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Κουτσελίνης, Α. (2002). *Εξαρτησιογόνες Ουσίες*. Αθήνα: Παρισιάνου

Κυριόπουλος, Ι., Γκρέγκορου, Σ. & Οικονόμου, Χ. (2003). *Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*. Αθήνα: Παπαζήση.

Κυριόπουλος, Ι., Γείτονα, Μ. & Σκουρολιάκου, Μ. (1996). *Φαρμακοοικονομία: Αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης*. Αθήνα: Εξάντας.

Leshner, A. A., (1997). Addiction is a brain disease and it matters. *Science*, 278, 45-47.

Lionis, C., Frangoulis, E., Koulentakis, M., Biziagos, E., & Kouroumalis, E. (1997). Prevalence of hepatitis A, B and C markers in school children of a rural area of Crete, Greece. *European journal of epidemiology* 13(4), 417-420.

Μαρσέλος, Μ. (2005). *Εξαρτησιογόνες Ουσίες: Φαρμακολογία, Τοξικολογία, Ιστορία, Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

McCall, W. V. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*, 2, 229- 248.

McDowell, I. & Newell, C. (1996). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaire*. New York: Oxford University Press.

McHorney, C., Ware, J. & Raczec, A. (1993). The MOS 36-item short-form health survey (SF -36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*, 31, 247-263.

Metzger, D. S. & O'Brien, C. P. (1990). *Substance Abuse: The Challenge of Assessment. In Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York: Raven Press.

Millson, PE, Challacombe, L., Villeneuve, PJ, Strike, CJ, Fischer, B., Myers, T., Shore, R. & Hopkins, S. (2006). Determinants of health-related quality of life of opiate users at entry to low-threshold methadone programs. *European Addiction Research*, 12(2), 74–82.

Moessgaard Iburg K.M., Salomon J.A., Tandon A. & Murray C.J.L. (2002). *Cross population comparability of physician assessed and self reported measures of health*. In Murray C.J.L., Salomon J.A., Mathers C., Lopez A.D., WHO, Summary Measures of population Health: Concepts, ethics, Measurement and Applications, Geneva, 433-448.

Morel, A. (2000). Traitements de substitution á la buprénorphine: l'expérience française. *Revue documentaire Toxibase*, 3, 1-37.

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (2000). *Κατευθυντήριες γραμμές για τα Προγράμματα Μεθαδόνης*. Αθήνα: Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2006). *Θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τα οπιούχα και την πρόληψη του HIV/AIDS*. Γραφείο Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα.

Padaiga, Z., Subata, E., & Vanagas, G. (2007). Outpatient methadone maintenance treatment program. Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. *Medicina*, 43(3), 235-241.

Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν. & Νιάκας Δ (2006). Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(2), 159-166.

Παπαγιαννοπούλου, Β. (2006). Η Ποιότητα ζωής ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας. Στο: Α., Μακρυδημήτρης, Ι., Υφαντόπουλος, Ν., Χλέπας, (επιμ.), *Κράτος και Δημόσια Πολιτική* (σ.σ. 35-49). Συλλογικός τόμος ΠΜΣ. Αθήνα: Ν. Σάκκουλα.

Pirastu, R., Fais, R., Messina, M., Bini, V., Spiga, S. & Falconieri, D. (2006). Impaired decision-making in opiate-dependent subjects: effect of pharmacological therapies. *Drug Alcohol Dependence*, 83(2), 163-8.

Preau, M., Protopopescu, C., Spire, B., Sobel, A., Dellamonica, P., Moatti, JP. & Carrieri, MP., (2007). Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug and Alcohol Dependence*, 86 (2-3), 175-182.

Puigdollers E., Cots F., Brugal MT., Torralba L. & Domingo – Salvany A. (2003). Methadone maintenance programs with supplementary services: a cost-effectiveness study. *Gaceta Sanitaria*, 17(2), 123-130.

Rapeli, P., Fabritius, C., Alho, H., Salaspuro, M., Wahlbeck, K. & Kalska, H. (2007). Methadone vs buprenorphine/naloxone during early opioid substitution treatment: a naturalistic comparison of cognitive performance relative to healthy controls. *BMC Clinical Pharmacology*, 7, 5.

Richter D., Eikelmann B, & Berger K. (2004). Use of the SF 36 in the evaluation of a drug detoxification program. *Quality of life research*, 13(5), 907-914.

Report Calls for Sweeping Changes in Health Care for Mental and Substance Abuse Problems. (2007). *NIDA*, 21, 2 .

Rokeach, J. (1973). *The Nature of Human Values*. New York: Free Press/ Macmillan.

Rüütel, K., Pisarev, H., Loit, H.-M. & Uusküla, A., (2009). Factors influencing quality of life of people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. *Journal of the International AIDS Society*, 12, 1758-2652.

Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Σούλης, Σ. (1991). *Δημογραφία και Υγεία*. Αθήνα: ΤΕΙ Αθήνας.

Stout, W. (1987). *A nonparametric approach for assessing latent trait unidimensionality*. *Psychometrika*, 52, 589-617.

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL), (1995). Position paper from the Health Organization. *Social Science Medical*, 41, 1403- 1409.

Thomas, M., Gill, M. D., Alvan, R. & Feinstein, M. D. (1994). A critical appraisal of the quality of Quality of life measurements. *JAMA*, 272, 618-626.

Τούντας, Γ. (2009). *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Νέα Γενιά.

Urinary Incontinence Guideline Panel, (1992). *Urinary Incontinence in adults : clinical practice guidelines*. In M. O. Rockville, Agency for Health Care Policy and Research. U.S.: Department of Health and Human Services.

Villeneuve, P.J, Challacombe, L., Strike, C.J, Myers, T., Fischer, B., Shore, R., Hopkins, S., & Milson, P. E. (2006). Change in health-related quality of life of opiate users in low-threshold methadone programs. *Journal of Substance Use*, 11(2), 137-149.

Ware, J. E. (1993). *The SF-36 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.

Wedam, E. F., Bigelow, G. E., Johnson, R. E., Nuzzo, P. A. & Haigney, M. C. (2007). QT-interval effects of methadone, levomethadyl, and buprenorphine in a randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, 167(22), 2469-2475.

Wilson, I.B. & Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273, 59-65.

Winklbaaur, N., Ebner, R., Jagsch, K., Thau, G. & Fischer, B. (2007). Quality of life in patients undergoing opioid maintenance therapy. A comparative study of slow release morphine versus methadone treatment. *European Psychiatry*, 22 (1), S203-S204.

World Health Organization, Regional Office for Europe, (1985). *Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe.

Worthington, C. & Krentz, H.B., (2005). Socio-economic factors and health-related quality of life in adults living with HIV. *International Journal of STD & AIDS*, 16(9), 608-614

Yakoub, S., (2004). Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés: place des traitements de substitution. *La Revue des addictions*, 6 (23), 1163-1164.

Yfantopoulos, J., Pierrakos, G., Zanakis, V. (2001). A comparative study of the quality of life of patients with hepatitis C. *Archives of Hellenic Medicine* 2001, 18, 288 – 296.

Yfantopoulos, J. (2001a). The "Social" Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*, 18, 108- 113.

Yfantopoulos, J. (2001c). Health- Related quality of life. *Archives of Hellenic Medicine*, 19. 131- 146.

Young, M., Stuber, J., Ahern, J. & Galea, S. (2005). Interpersonal discrimination and the health of illicit drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(3), 371–391.

Υφαντόπουλος, Γ. (2003). *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Υφαντόπουλος, Γ. (2005). *Τα οικονομικά της Υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Zubaran, C. & Foresti, K. (2009). Quality of life and substance use: Concepts and recent tendencies. *Current opinion in Psychiatry*, 22(3), 281-286.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι 1. ΠΙΝΑΚΕΣ**

**Πίνακας 1. : Η εξέλιξη των προσεγγίσεων για την Ποιότητα Ζωής**

Ορισμοί- ερμηνείες	Βιβλιογραφική αναφορά
Έκφραση της κοινωνικής ανάπτυξης ως άθροισμα της ευημερίας των ατόμων και του βαθμού εκπλήρωσης των ατομικών στόχων και επιθυμιών.	<i>Gerson (1978)</i>
Βαθμός ικανοποίησης των ανθρώπινων αναγκών.	<i>Hornquist (1982)</i>
Δείκτης της κοινωνικής και ψυχολογικής ευημερίας.	<i>Levine (1985)</i>
Πολυδιάστατη έννοια η οποία αντικατοπτρίζει μακρο- κοινωνικές και μικρο-ατομικές σκοπιές της καθημερινής ζωής, οι οποίες λαμβάνουν έντονα αλληλοεπιδρώμενο αντικειμενικό και υποκειμενικό χαρακτήρα.	<i>Bowling (1996)</i>
Μεταβλητή που απαιτεί για την κατανόησή της την προσφυγή τόσο σε κοινωνικο- οικονομικούς δείκτες όσο και σε μετρήσεις της προσωπικής ευεξίας.	<i>Diener &amp; Suh (1997)</i>
Προσωπική αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον σε σχέση με τους στόχους και τις προσδοκίες του, η οποία και προσδιορίζεται από τη σωματική, ψυχο- συναισθηματική και κοινωνική του υγεία και ευεξία.	<i>The WHOQOL Group (1998)</i>
Αποτέλεσμα των θεσμών και των αγαθών που διασφαλίζει μία κοινωνία για τους πολίτες της σε πολιτικό επίπεδο και σε ατομικό της προσωπικής πνευματικής, κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης.	<i>Lawton, Winter, Kleban &amp; Ruckdeschel (1999)</i>
Κοινωνικός δείκτης με αντικειμενικό και υποκειμενικό χαρακτήρα.	<i>Berman &amp; Phillips (1999)</i>
Έκφραση των συσσωρευμένων αισθημάτων ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας στα πλαίσια της ατομικής, υποκειμενικής εκτίμησης της ζωής, η οποία προσδιορίζεται από το βαθμό ικανοποίησης των βιολογικά κληρονομούμενων αναγκών.	<i>Heylighen &amp; Bernheim (2000a)</i> <i>Heylighen &amp; Bernheim (2000b)</i>
Φαινόμενο που εμπερικλείει τους αντικειμενικούς δείκτες κοινωνικής ανάπτυξης και τους υποκειμενικούς ψυχο- συναισθηματικής ευεξίας.	<i>Σαρχής (2001)</i>
Έννοια η οποία και συντίθεται, τόσο από οικονομική, όσο και από ψυχο-κοινωνική σκοπιά περισσότερο από τις προσωπικές αξίες και αντιλήψεις των ίδιων των ατόμων.	<i>Schallock et al. (2002)</i>
Δείκτης της υποκειμενικής ευημερίας και της ικανοποίησης από τη ζωή, διακρίτος από τους κοινωνικούς δείκτες, αλλά σε συνεχή αλληλεπίδραση με αυτούς.	<i>Bowling et al. (2004)</i>

Βοζικάκη, Μπορμπουδάκη, Φιλαλήθης (2006).



**Πίνακας 2. Cronbach's Alpha**

Κλίμακες SF 36	Cronbach's Alpha
Σωματική λειτουργικότητα	,879
Σωματικός ρόλος	,869
Συναισθηματικός ρόλος	,878
Ζωτικότητα	,853
Ψυχική υγεία	,865
Κοινωνική λειτουργικότητα	,865
Σωματικός πόνος	,860
Γενική υγεία	,876

Πίνακας 3. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά πληθυσμού μελέτης

<b>Δημογραφικοί &amp; Κοινωνικοί Παράγοντες</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<u>Φύλο</u>		
Γυναίκες	15	18,8%
Άνδρες	65	81,2%
<b>Σύνολο</b>	80	100%
<u>Ηλικία</u>		
21-30	18	22,4%
31-40	43	53,8%
41-50	12	15%
51-60	7	8,8%
<b>Σύνολο</b>	80	100%
<u>Μορφωτικό Επίπεδο</u>		
Καμία	28	35%
Βασική	28	35%
Μέση	21	26,2%
Ανώτατη	3	3,8%
<b>Σύνολο</b>	80	100%
<u>Απασχόληση</u>		
<u>Εργασιακή Κατάσταση</u>		
Συνταξιούχοι	3	3,8%
Εργαζόμενοι	23	28,8%
Ημι-απασχολούμενοι	10	12,4%
Άνεργοι	44	55%
<b>Σύνολο</b>	80	100%
<u>Οικογενειακή Κατάσταση</u>		
Άγαμος/η	45	56,2%
Έγγαμος/η	17	21,3%
Διαζευγμένος/η	17	21,3%
Χήρος/α	1	1,2%
<b>Σύνολο</b>	80	100%

Πίνακας 4. Έτος έναταξης στα Θ.Π.Υ.

Έτος έναταξης	Συχνότητα	Ποσοστό
2004	3	3,8%
2006	4	5,0%
2007	3	3,8%
1008	8	10,0%
2009	8	10,0%
2010	40	50,0%
2011	14	17,4%
<b>Σύνολο</b>	<b>80</b>	<b>100,0%</b>

Θ.Π.Υ. : Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης

**Πίνακας 5. Αυτοαναφερόμενη Υγεία**

<u>Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:</u>	Εξαιρετική	Πολύ Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Μέση Τιμή (τυπική απόκλιση)	p-value
<b>Συχνότητα - (Ποσοστό)</b>							
<b>Φύλο</b>							
Γυναίκες	0 (0%)	1 (6,7%)	7 (46,7%)	5 (33,3%)	2 (13,3%)	1,47 (0,83)	0,201 (Mann-Whitney)
Άνδρες	2 (3,1%)	12 (18,5%)	27 (41,5%)	21 (32,3%)	3 (4,6%)	1,83 (0,89)	
<b>Ηλικία</b>							
21 -30	1 (5,6%)	2 (11,1%)	10 (55,6%)	3 (16,6%)	2 (11,1%)	1,83 (0,99)	0,813 (Kruskal-Wallis)
31 -40	0 (0%)	9 (20,9%)	17 (39,5%)	16 (37,3%)	1 (2,3%)	1,79 (0,80)	
41 -50	1 (8,3%)	2 (16,7%)	3 (25,0%)	5 (41,7%)	1 (8,3%)	1,75 (1,14)	
51 -60	0 (0%)	0 (0%)	4 (57,1%)	2 (28,6%)	1(14,3%)	1,43 (0,79)	
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>							
Καμία	1 (3,6%)	4 (14,3%)	14 (50,0%)	9 (32,1%)	0 (0%)	1,89 (0,79)	0,378 (Kruskal-Wallis)
Βασική	0 (0%)	7 (25,0%)	8 (28,6%)	11 (39,3%)	2 (7,1%)	1,71 (0,94)	
Μέση	1 (4,8%)	2 (9,5%)	10 (47,6%)	6 (28,6%)	2 (9,5%)	1,71 (0,96)	
Ανώτατη	0 (0%)	0 (0%)	2 (66,7%)	0 (0%)	1(33,3%)	1,33 (1,15)	
<b>Απασχόληση – Εργασιακή Κατάσταση</b>							
Συνταξιούχοι	0 (0%)	0 (0%)	2 (66,7%)	0 (0%)	1 (33,3%)	1,33 (1,15)	0,741 (Kruskal-Wallis)
Εργαζόμενοι	1 (4,4%)	5 (21,7%)	9 (39,1%)	8 (34,8%)	0 (0%)	1,96 (0,88)	
Ημι-απασχολούμενοι	0 (0%)	3 (30,0%)	4 (40,0%)	3 (30,0%)	0 (0%)	2,00 (0,82)	
Άνεργοι	1 (2,2%)	5 (11,4%)	19 (43,2%)	15 (34,1%)	4 (9,1%)	1,64 (0,89)	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>							
Άγαμος/η	1 (2,2%)	7 (15,6%)	21 (46,7%)	14 (31,1%)	2 (4,4%)	1,80 (0,84)	0,961 (Kruskal-Wallis)
Έγγαμος/η	0 (0%)	4 (23,5%)	5 (29,4%)	6 (35,3%)	2 (11,8%)	1,65 (1,00)	
Διαζευγμένος/η	1 (5,9%)	2 (11,8%)	7 (41,2%)	6 (35,3%)	1 (5,8%)	1,76 (0,97)	
Χήρος/α	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2,00 (0,00)	
<b>Σύνολο</b>	<b>2 (2.5%)</b>	<b>13 (16.3%)</b>	<b>34 (42.5%)</b>	<b>26 (32.5%)</b>	<b>5 (6.3%)</b>		

**Πίνακας 6.** Βαθμολογία SF-36 σε σχέση με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Κλίμακες SF-36	Σωματική Λειτουργικότητα	Γενική Υγεία	Σωματικός Πόνος	Ζωτικότητα	Κοινωνική Λειτουργικότητα	Συναισθηματικός Ρόλος	Ψυχική Υγεία	Σωματικός Ρόλος
Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)								
<u>Φύλο</u>								
Γυναίκες	78,0 (17,6)	62,3 (16,7)	64,5 (29,2)	56,3 (30,2)	65,8 (33,2)	64,4 (38,8)	58,4 (18,5)	73,3 (39,5)
Άνδρες	78,5 (21,2)	58,0 (23,1)	70,2 (29,2)	57,5 (22,2)	67,5 (27,8)	64,1 (38,8)	54,6 (25,5)	71,9 (38,7)
(Mann-Whitney)	0.928	0.899	0.976	0.869	0.587	0.841	0.501	0.487
<u>Ηλικία</u>								
21- 30	78,1 (24,8)	59,5 (23,6)	71,8 (26,5)	54,4 (28,4)	66,7 (30,6)	75,9 (35,8)	53,1 (23,8)	70,8 (37,6)
31-40	78,4 (18,9)	60,0 (19,4)	65,9 (30,2)	56,7 (23,4)	68,3 (29,3)	59,7 (39,5)	56,7 (25,7)	68,6 (40,9)
41-50	82,5 (18,0)	59,2 (27,5)	74,2 (32,0)	60,4 (24,0)	69,8 (26,9)	63,9 (38,8)	52,7 (25,1)	75,0 (41,3)
51-60	72,9 (25,3)	48,6 (25,3)	73,2 (26,7)	62,1 (9,0)	57,1 (25,9)	61,9 (40,5)	57,1 (18,0)	92,9 (12,2)
(Kruskal-Wallis)	0.808	0.654	0.762	0.857	0.800	0.524	0.930	0.488
<u>Μορφ/κό</u>								
<u>Επίπεδο</u>								
Καμία	76,4 (24,3)	58,9 (18,7)	67,1 (29,2)	58,8 (23,2)	71,0 (25,9)	57,1 (40,4)	55,1 (23,3)	75,9 (40,0)
Βασική	78,9 (18,1)	60,0 (25,1)	65,9 (30,6)	54,6 (21,6)	62,7 (27,5)	69,1 (35,1)	51,7 (26,1)	67,9 (40,2)
Μέση	81,0 (19,5)	60,0 (19,7)	72,6 (28,0)	57,6 (28,4)	66,1 (33,3)	63,5 (42,0)	57,9 (24,5)	70,2 (37,6)
Ανώτατη	75,0 (17,3)	36,7 (35,1)	93,3 (11,5)	65,0 (15,0)	79,2 (36,1)	88,9 (19,2)	72,0 (8,0)	91,7 (14,4)
(Kruskal-Wallis)	0.881	0.370	0.419	0.859	0.653	0.461	0.526	0.706
<u>Εργ/κή</u>								
<u>Κατάσταση</u>								
Συνταξιούχοι	68,3 (15,3)	43,3 (40,4)	85,0 (26,0)	66,7 (14,4)	66,7 (26,0)	100,0 (0,0)	70,7 (6,11)	91,7 (14,4)
Εργαζόμενοι	77,8 (22,1)	58,7 (20,1)	69,8 (28,5)	55,7 (26,5)	63,1 (33,2)	52,2 (42,4)	48,4 (28,7)	66,3 (41,7)
Ημιαπασχολούμενοι	83,0 (19,9)	61,0 (18,4)	72,8 (30,1)	62,0 (15,1)	63,8 (27,2)	83,3 (17,6)	60,4 (18,1)	80,0 (19,7)
Άνεργοι	78,4 (20,4)	59,3 (22,7)	66,8 (29,9)	56,4 (24,4)	70,2 (27,0)	63,6 (38,6)	56,7 (23,2)	72,2 (41,1)
(Kruskal-Wallis)	0.750	0.666	0.728	0.796	0.783	0.060	0.302	0.642
<u>Οικ/κή</u>								
<u>Κατάσταση</u>								
Άγαμος/η	80,8 (19,4)	61,8 (20,8)	72,1 (26,4)	58,9 (21,3)	68,6 (28,2)	68,2 (35,5)	58,4 (23,2)	71,7 (35,6)
Έγγαμος/η	70,9 (26,8)	53,8 (24,6)	61,6 (39,1)	50,3 (29,3)	66,9 (32,8)	56,9 (48,3)	54,4(27,9)	64,7 (49,3)
Διαζευγμένος/η	80,0 (15,8)	55,3 (23,1)	67,4 (24,9)	57,4 (21,6)	63,2 (27,7)	58,8 (36,4)	48,5 (23,9)	79,4 (35,6)
Άλλο	75,0 (0,0)	65,0 (0,0)	90,0 (0,0)	100,0 (0,0)	75,0 (0,0)	100,0 (0,0)	48,0 (0,0)	100,0 (0,0)
(Kruskal-Wallis)	0.395	0.539	0.543	0.174	0.920	0.523	0.541	0.631
<b>Σύνολο</b>	<b>78,5 (20,5)</b>	<b>58,8 (22,0)</b>	<b>69,0 (29,1)</b>	<b>57,3 (23,6)</b>	<b>67,2 (28,6)</b>	<b>64,2 (38,5)</b>	<b>55,3 (24,3)</b>	<b>72,2 (38,6)</b>

**Πίνακας 7. Συντελεστές συσχέτισης των κλιμάκων του SF-36 με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά**

Κλίμακες SF-36	Σωματική Λειτουργικότητα	Γενική Υγεία	Σωματικός Πόνος	Ζωτικότητα	Κοινωνική Λειτουργικότητα	Συναισθηματικός Ρόλος	Ψυχική Υγεία	Σωματικός Ρόλος
<b>r- Spearman</b>								
<u>Φύλο</u>								
<b>Σύνολο</b>	-0,066	0,058	-0,092	0,019	0,001	-0,009	0,026	0,022
<b>p-value</b>	0,563	0,611	0,419	0,869	0,995	0,938	0,821	0,849
<u>Ηλικία (Ομάδες)</u>								
<b>Σύνολο</b>	-0,013	-0,078	0,052	0,076	-0,054	-0,118	0,000	0,120
<b>p-value</b>	0,912	0,494	0,646	0,506	0,632	0,295	0,999	0,297
<u>Μορφωτικό Επίπεδο</u>								
<b>Σύνολο</b>	0,017	-0,022	0,122	-0,003	-0,010	0,116	0,060	-0,065
<b>p-value</b>	0,879	0,847	0,279	0,980	0,927	0,305	0,597	0,656
<u>Εργασιακή Κατάσταση</u>								
<b>Σύνολο</b>	0,003	-0,009	0,091	0,035	-0,095	0,091	-0,013	-0,071
<b>p-value</b>	0,976	0,938	0,422	0,756	0,404	0,420	0,911	0,531
<u>Οικογενειακή Κατάσταση</u>								
<b>Σύνολο</b>	-0,104	-0,149	-0,091	-0,006	-0,069	-0,091	-0,195	0,098
<b>p-value</b>	0,359	0,188	0,420	0,960	0,541	0,422	0,083	0,389

**Πίνακας 8: Βαθμολογία SF-36 σε σχέση με το χρονικό διάστημα παρακολούθησης**

	Σωματική Λειτουργικότητα	Γενική Υγεία	Σωματικός Πόνος	Ζωτικότητα	Κοινωνική Λειτουργικότητα	Συναισθηματικός Ρόλος	Ψυχική Υγεία	Σωματικός Ρόλος
>1 έτους	73,5(22,1)	51,7(26,8)	64,3(30,2)	48,9(24,3)	66,3(26,9)	65,4(41,6)	50,5(27,1)	60,6(41,9)
<1 έτους	80,8(19,5)	62,1(18,6)	71,4(28,3)	61,4(22,3)	67,6(29,7)	63,6(37,3)	57,6(22,7)	77,8(35,9)
<b>P value</b>	0,157	0,109	0,259	0,030	0,712	0,744	0,286	0,049
<b>Σύνολο</b>	78,4(20,5)	58,8(22,0)	69,1(29,1)	57,3(23,6)	67,2(28,6)	64,2(38,5)	55,3(24,3)	72,2(38,6)

**Πίνακας 9. Σύγκριση Αυτοαναφερόμενης Υγείας με ένα χρόνο πριν.**

<u>Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα:</u>	Πολύ καλύτερη τώρα απ' ό,τι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ό,τι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ό,τι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ό,τι ένα χρόνο πριν	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	p-value
<u>Συχνότητα (Ποσοστό)</u>							
<u>Φύλο</u>							
Γυναίκες	5 (33,4%)	6 (40,0%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	0 (0%)	2,93 (1,03)	0,469
Άνδρες	14 (21,5%)	28 (43,1%)	19 (29,2%)	4 (6,2%)	0 (0%)	2,80 (0,85)	(Mann-Whitney)
<u>Ηλικία</u>							
21 -30	3 (16,7%)	6 (33,3%)	6 (33,3%)	3 (16,7%)	0 (0%)	2,50 (0,99)	0,788
31 -40	11 (25,6%)	23 (53,5%)	8 (18,6%)	1 (2,3%)	0 (0%)	3,02 (0,74)	(Kruskal-
41 -50	3 (25,0%)	2 (16,7%)	5 (41,6%)	2 (16,7%)	0 (0%)	2,50 (1,09)	Wallis)
51 -60	2 (28,6%)	3 (42,9%)	2 (28,6%)	0 (0%)	0 (0%)	3,00 (0,82)	
<u>Μορφωτικό Επίπεδο</u>							
Καμία	8 (28,6%)	13 (46,4%)	6 (24,4%)	1 (3,6%)	0 (0%)	3,00 (0,82)	0,522
Βασική	6 (21,4%)	12 (42,9%)	8 (28,6%)	2 (7,1%)	0 (0%)	2,79 (0,88)	(Kruskal-
Μέση	4 (19,0%)	9 (42,9%)	5 (23,8%)	3 (14,3%)	0 (0%)	2,67 (0,97)	Wallis)
Ανώτατη	1 (33,3%)	0 (0%)	2 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	2,67 (1,15)	
<u>Απασχόληση –</u>							
<u>Εργασιακή Κατάσταση</u>							
Συνταξιούχοι	0 (0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	2,33 (0,58)	0,696
Εργαζόμενοι	8 (34,8%)	9 (39,1%)	4 (17,4%)	2 (8,7%)	0 (0%)	3,00 (0,95)	(Kruskal-
Ημι-απασχολούμενοι	2 (20,0%)	4 (40,0%)	4 (40,0%)	0 (0%)	0 (0%)	2,80 (0,79)	Wallis)
Άνεργοι	9 (20,4%)	20 (45,5%)	11 (25,0%)	4 (9,1%)	0 (0%)	2,77 (0,89)	
<u>Οικογενειακή Κατάσταση</u>							
Άγαμος/η	9 (20,0%)	22 (48,9%)	13 (28,9%)	1 (2,2%)	0 (0%)	2,87 (0,76)	0,437
Έγγαμος/η	4 (23,5%)	4 (23,5%)	4 (23,5%)	5 (29,5%)	0 (0%)	2,41 (1,18)	(Kruskal-
Διαζευγμένος/η	5 (29,4%)	8 (47,1%)	4 (23,5%)	0 (0%)	0 (0%)	3,06 (0,75)	Wallis)
Χήρος/α	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4,00 (0,00)	
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b>19 (23,8%)</b>	<b>34 (42,5%)</b>	<b>21 (26,3%)</b>	<b>6 (7,5%)</b>	<b>0 (0%)</b>		

Πίνακας 10: Σύγκριση μελέτης με γενικό πληθυσμό.

Κλίμακες SF – 36	Γενικός πληθυσμός	Πληθυσμός μελέτης	p-value (one-sample t-test)
Σωματική	80,8 (25,6)	78,4 (20,5)	0,267
Λειτουργικότητα			
Σωματικός Ρόλος	79,7 (37,7)	72,2 (38,6)	0,074
Σωματικός Πόνος	73,0 (31,7)	69,1 (29,1)	0,233
Γενική Υγεία	67,5 (23,5)	58,8 (22,0)	<0,001
Ζωτικότητα	66,5 (22,4)	52,3 (23,6)	<0,001
Κοινωνική Λειτουργικότητα	82,1 (28,1)	67,2 (28,6)	<0,001
Συναισθηματικός Ρόλος	81,5 (36,3)	64,2 (38,5)	<0,001
Ψυχική υγεία	68,2 (21,3)	55,3 (24,3)	<0,001

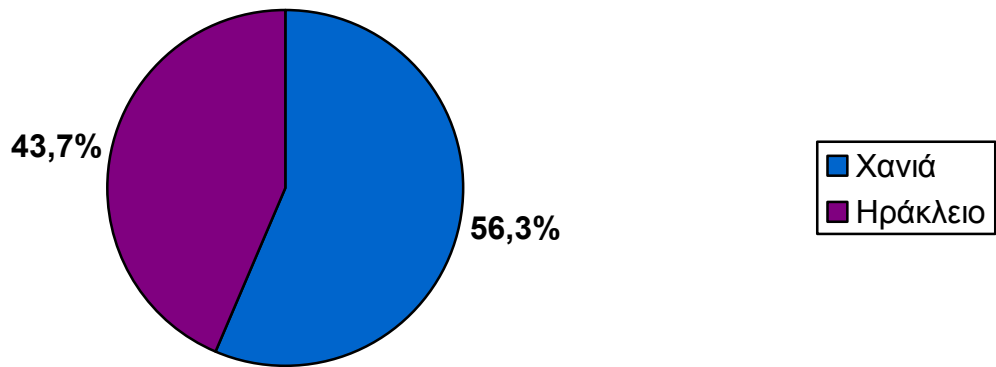


ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

2. Γραφήματα

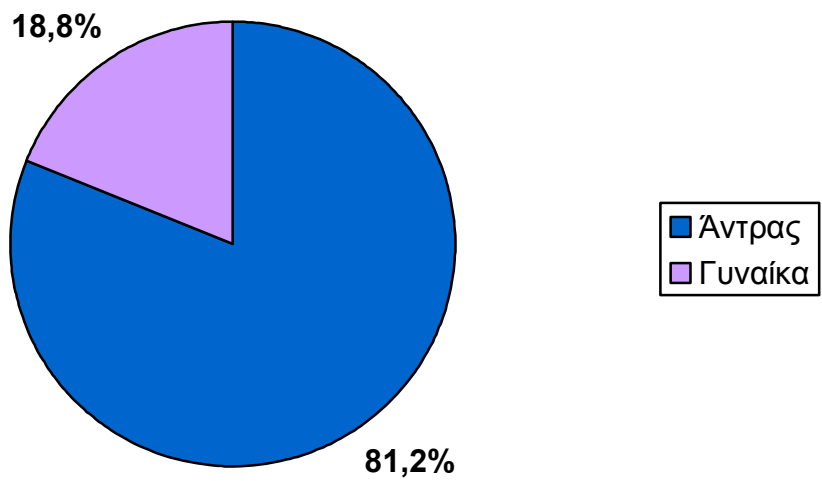
Γράφημα 1.

Μονάδα Υποκατάστασης

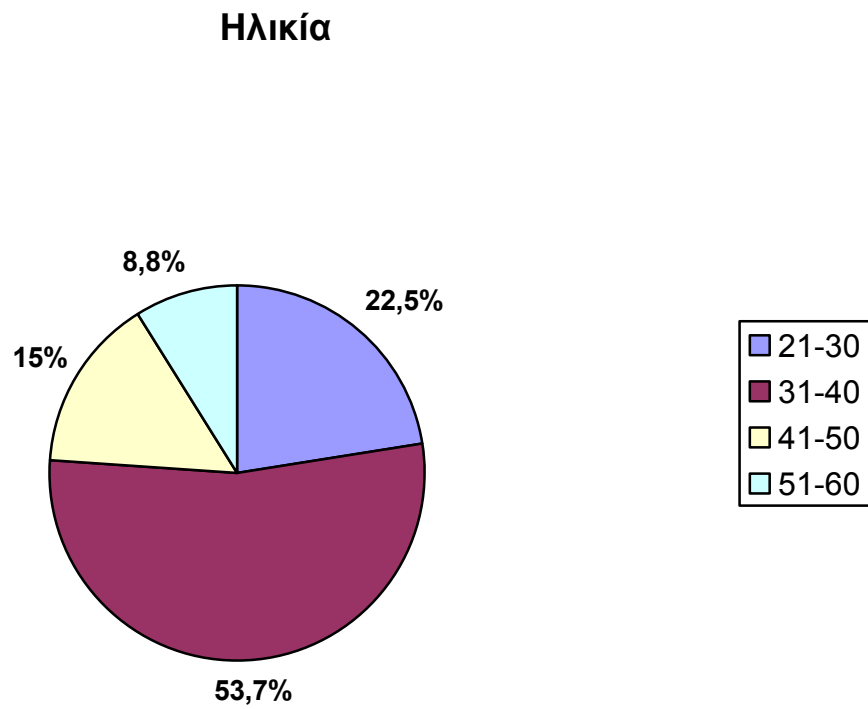


Γράφημα 2.

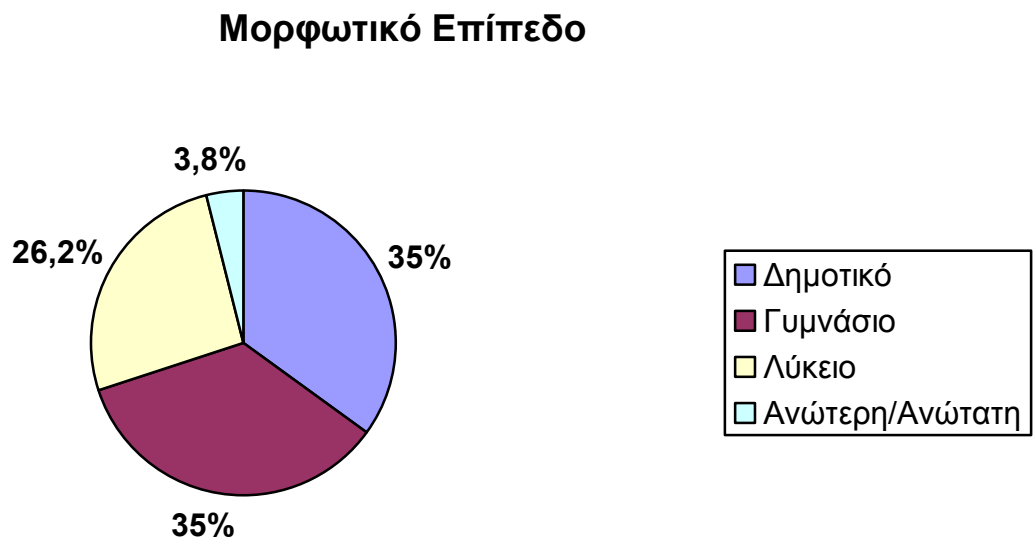
ΦΥΛΟ



Γράφημα 3.

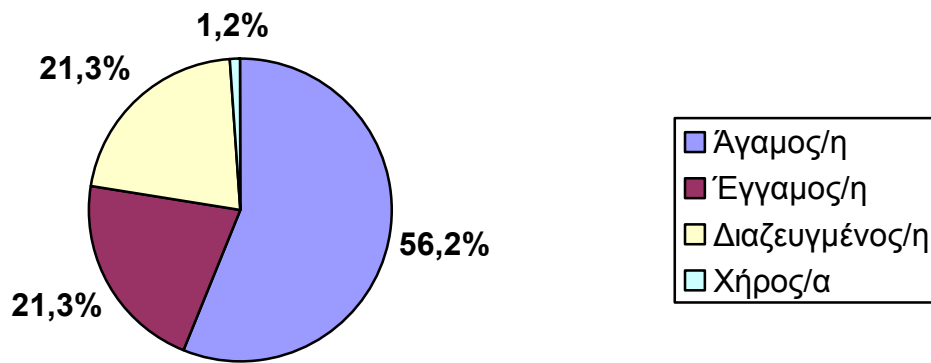


Γράφημα 4.



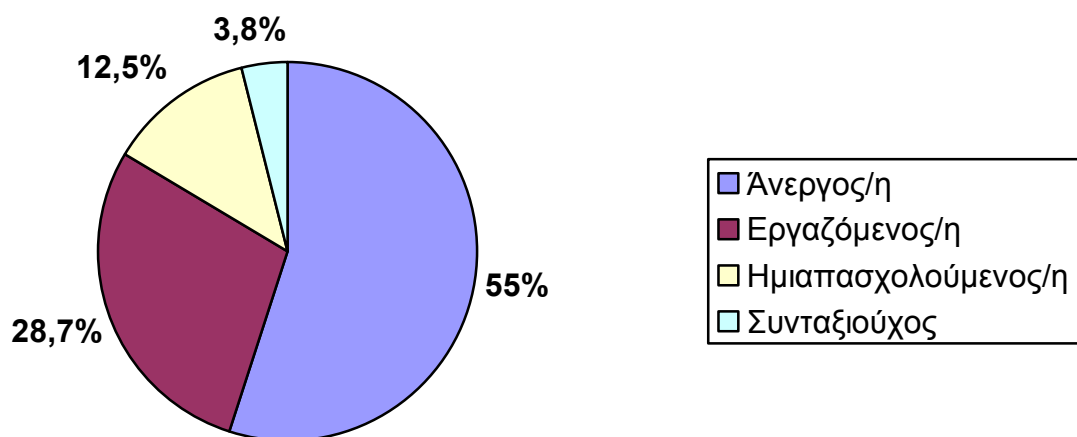
Γράφημα 5.

### Οικογενειακή Κατάσταση

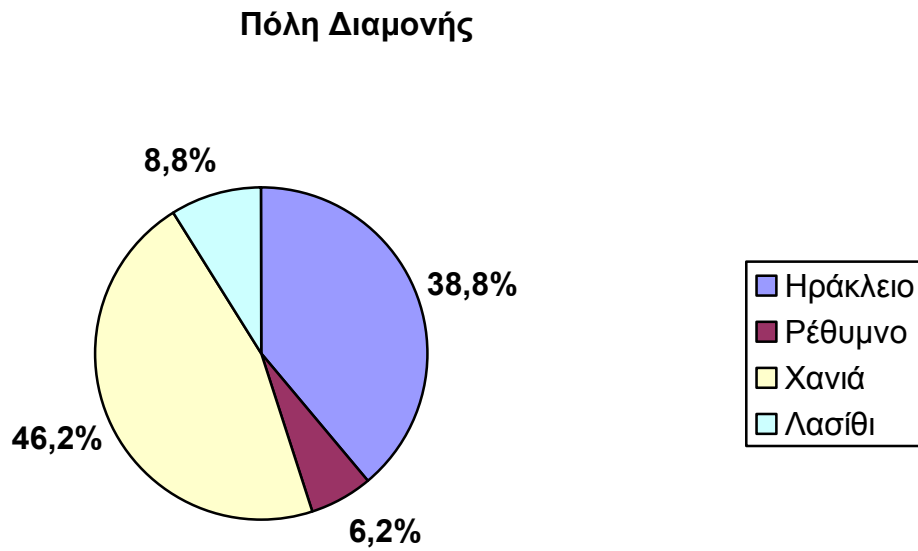


Γράφημα 6.

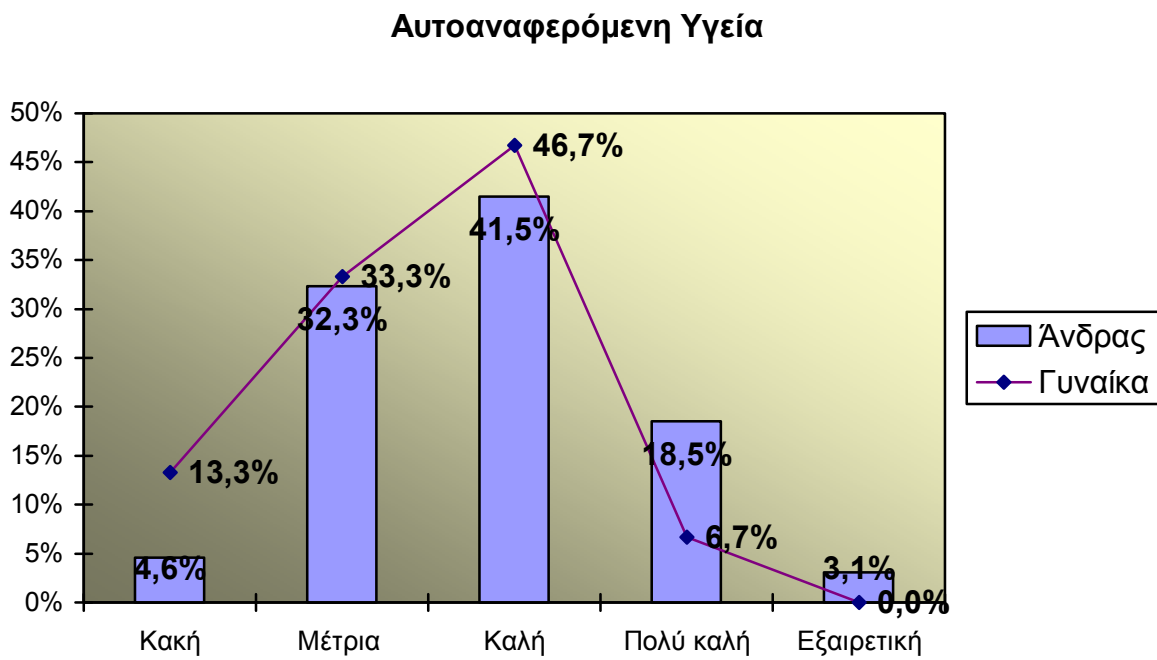
### Εργασιακή Κατάσταση



Γράφημα 7.

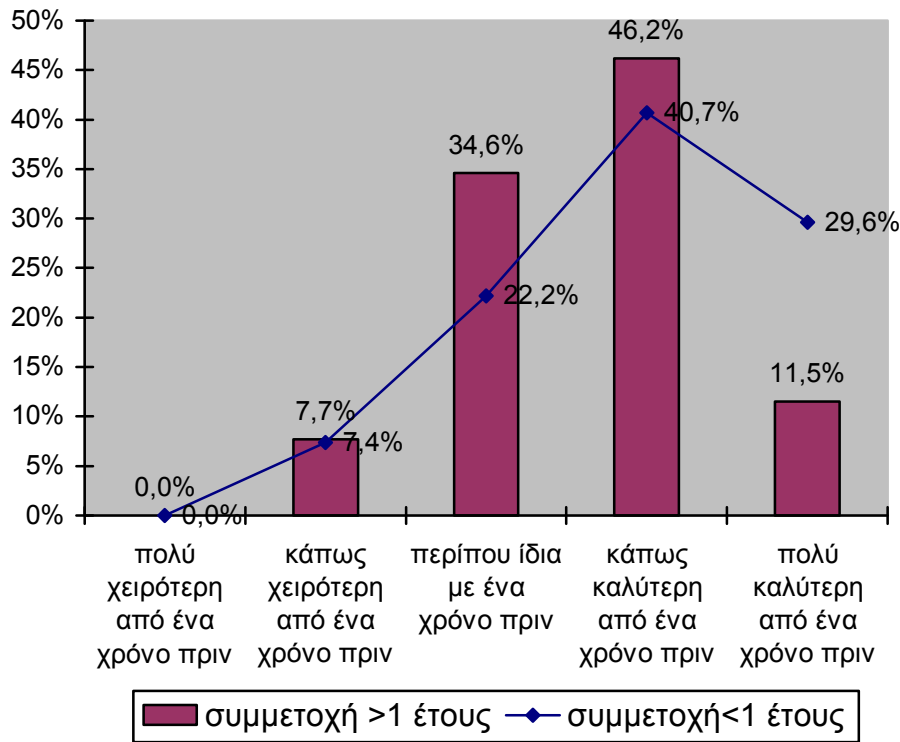


Γράφημα 8.



Γράφημα 9.

Σύγκριση Αυτοαναφερόμενης Υγείας με ένα χρόνο πριν



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II**

**SF-36 ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΟΔΗΓΙΕΣ :** Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιοι/ βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

**(Βάλτε ένα κύκλο)**

- Εξαιρετική .....1
- Πολύ καλή .....2
- Καλή .....3
- Μέτρια .....4
- Κακή.....5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

**(Βάλτε ένα κύκλο)**

- Πολύ καλύτερη τώρα, από ότι ένα χρόνο πριν.....1
- Κάπως καλύτερη τώρα από ότι ένα χρόνο πριν.....2
- Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν.....3
- Κάπως χειρότερη τώρα, από ότι ένα χρόνο πριν.....4
- Πολύ χειρότερη τώρα, από ότι ένα χρόνο πριν.....5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

<u>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</u>	Ναι, με περιο ρίζει πολύ	Ναι, με περιορί ζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ.	1	2	3
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση τραπέζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία.	1	2	3
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά.	1	2	3
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες.	1	2	3
ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα.	1	2	3
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο.	1	2	3
ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο.	1	2	3
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα.	1	2	3
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα.	1	2	3
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε.	1	2	3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν- είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	Ναι	Όχι
A. Μειώσατε <b>το χρόνο</b> που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.	1	2
B. <b>Επιτελέσατε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε.	1	2
Γ. Περιορίσατε <b>τα είδη</b> της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας.	1	2
δ. <b>Δυσκολευτήκατε</b> να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες σας (για παράδειγμα, κατεβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν- είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα- κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Ναι	Όχι
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B. <b>Επιτελέσατε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> από ό,τι συνήθως	1	2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

- Καθόλου .....1
- Ελάχιστα .....2
- Μέτρια .....3
- Αρκετά.....4
- Πάρα πολύ .....5



7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;  
(βάλτε έναν κύκλο)

- Καθόλου .....1
- Πολύ Ήπιο.....2
- Ήπιο.....3
- Μέτριο .....4
- Έντονο.....5
- Πολύ έντονο.....6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό;

(βάλτε έναν κύκλο)

- Καθόλου.....1
- Λίγο .....2
- Μέτρια .....3
- Αρκετά .....4
- Πάρα πολύ.....5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα.

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσαστε γεμάτος/ γεμάτη ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6

γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος / πεσμένη που τίποτα δε μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	1	2	3	4	5	6
Ε. Είχατε πολύ ενέργεια;	1	2	3	4	5	6
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	1	2	3	4	5	6
Ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
η. Ήσαστε ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη;	1	2	3	4	5	6
Θ. Αισθανόσαστε κούραση;	1	2	3	4	5	6

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα:

(βάλτε έναν κύκλο)

- Συνεχώς .....1
- Το μεγαλύτερο διάστημα.....2
- Μερικές φορές .....3
- Μικρό διάστημα.....4
- Καθόλου .....5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Εντελώς Αληθινά	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς Ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5

β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει	1	2	3	4	5
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

Δρ. Παναγιώτης Β. Τσακλής (2002)

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Μονάδα Υποκατάστασης: .....

Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

Ηλικία: .....

Επίπεδο μόρφωσης:

- Κανένα
- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Ανώτερη – Ανωτάτη
- Μεταπτυχιακό

Ημερομηνία ένταξης στο πρόγραμμα: .....

Πόλη διαμονής: .....

Οικογενειακή κατάσταση:

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

Εργασιακή κατάσταση:

- Άνεργος/η
- Εργαζόμενος/η
- Ημιαπασχόληση
- Συνταξιούχος

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ**

**1. Έγκριση μελέτης από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ.**

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ  
(ΟΚΑΝΑ)**

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

Διεύθυνση Σχεδιασμού, Προγραμματισμού  
και Αξιολόγησης  
Τμήμα Εκπαίδευσης και Ανάπτυξης  
Ανθρωπίνου Δυναμικού  
Πληροφορίες: Μ. Κλεφτοδήμου  
Τηλέφωνο: 210-8898311

Αθήνα, 16-2-2011  
Αρ. Πρωτ.: 2110

**Προς:**  
- **Κα Ι. Μπαριτάκη**, Ψυχολόγο Μονάδας  
Υποκατάστασης Ηρακλείου

Δ/ση: Πραισού 25  
Τ.Κ. 71305, Ηράκλειο Κρήτης

- **Κα Ψαλτάκη Ειρήνη**, Κοινωνική  
Λειτουργό, Φοιτήτρια Προγράμματος  
Μεταπτυχιακών Σπουδών «Δημόσια υγεία  
και διοίκηση υπηρεσιών υγείας»

**Κοινοποίηση:**

- **Κο Εμ. Σταυρουλάκη**, Υπεύθυνο  
Μονάδας Υποκατάστασης Χανίων  
- **Κο Κ. Σβορόνο**, Υπεύθυνο Μονάδας  
Υποκατάστασης Ηρακλείου

**Θέμα:** Αίτημα διεξαγωγής διπλωματικής εργασίας της **Κας Μπαριτάκη Ιωάννας**, Ψυχολόγου Μονάδας Υποκατάστασης Ηρακλείου, και της **Κας Ψαλτάκη Ειρήνης**, Κοινωνικής Λειτουργού, Φοιτητριών Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Δημόσια υγεία και διοίκηση υπηρεσιών υγείας» του Πανεπιστημίου Κρήτης.


**Σχετικό:** Το με Αρ. Πρωτ. 2110/14.02.11 έγγραφο ΟΚΑΝΑ.

Σας γνωρίζουμε ότι, σε συνέχεια του συνημμένου σχετικού και με τη σύμφωνη γνώμη της Προέδρου του ΔΣ του Οργανισμού, **Κας Μένης Μαλλιώρα**, εγκρίνεται αρμοδίως το αίτημά της **Κας Μπαριτάκη Ιωάννας**, Ψυχολόγου Μονάδας Υποκατάστασης Ηρακλείου, και της **Κας Ψαλτάκη Ειρήνης**, Κοινωνικής Λειτουργού, Φοιτητριών του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Δημόσια υγεία και διοίκηση υπηρεσιών υγείας» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα «*Ποιότητα ζωής ασθενών στα προγράμματα υποκατάστασης Κρήτης*», υπό τον **Κο Τάσο Φιλαλήτη**, Αναπληρωτή Καθηγητή Πανεπιστημίου Κρήτης.

Κατόπιν αιτήματος των ενδιαφερόμενων κρίνεται σκόπιμη η συνεργασία με τις Μονάδες Υποκατάστασης Χανίων και Ηρακλείου 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 Μπαριτάκη** και την **Κα Ψαλτάκη** για την υλοποίηση των ανωτέρω συνάδει με την εύρυθμη λειτουργία των Μονάδων ευθύνης σας, τα αρμόδια στελέχη παρακαλούνται να διευκολύνουν την ενδιαφερόμενες.

Οι ενδιαφερόμενες δεσμεύονται να καταθέσουν αντίγραφο της διπλωματικής της εργασίας στο Πρωτόκολλο του Οργανισμού πριν την υποβάλλουν προς αξιολόγηση στο Πάντειο Πανεπιστήμιο.

**Ο Γενικός Διευθυντής**  
  
**Δημήτριος Ηλατανιάς**

**Εσωτερική Διανομή:**

1. Γραφείο Γενικού Διευθυντή
2. Δ/ση Σχεδιασμού, Προγραμματισμού & Αξιολόγησης
- Τμήμα Εκπαίδευσης & ΑΑΔ

## 2. Επιστολή συμμετέχοντα στην έρευνα

Με την παρούσα επιστολή σας ενημερώνουμε ότι δεσμευόμαστε για τη διασφάλιση του απορρήτου των πληροφοριών καθώς και των προσωπικών σας δεδομένων, όπως αυτά προκύπτουν με τη συμμετοχή σας στην έρευνα με τίτλο «Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής ασθενών εξαρτημένων από ηρωίνη, σε θεραπεία υποκατάστασης με βουπρενορφίνη στα Προγράμματα Υποκατάστασης Κρήτης», στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας».

Μπαριτάκη Ιωάννα

Ψαλτάκη Ειρήνη

### 3. Έντυπο συγκατάθεσης για τον συμμετέχοντα στην έρευνα

Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερωθεί πλήρως για τον σκοπό, την ερευνητική διαδικασία, τη φύλαξη και τη χρήση των πληροφοριών που θα παρέχω στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου SF-36, Health Survey για την έρευνα με τίτλο «Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής Ασθενών εξαρτημένων από ηρωίνη, σε θεραπεία υποκατάστασης με βουπρενορφίνη στα Προγράμματα Υποκατάστασης Κρήτης», στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας».

Ημερομηνία .....

Ο Δηλών