

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ»

Η εσωτερική συγκρότηση και η ποιότητα ζωής των
εξυπηρετούμενων μελών του ΟΚΑΝΑ σε προγράμματα
υποκατάστασης με μεθαδόνη και βουπρενορφίνη

Γκενούδη Βιργινία

Επόπτης καθηγητής: Γιοβαζολιάς Θεόδωρος

Μέλη τριμελούς επιτροπής: Καφέτσιος Κωνσταντίνος, Τσαούσης Ιωάννης

Ρέθυμνο, 2019

Ευχαριστίες

Με την παρούσα έρευνα ολοκληρώνεται και ένας μεγάλος κύκλος της ζωής μου. Πέρα από το επίσημο τέλος του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Κλινικές Παρεμβάσεις στις Εξαρτήσεις» του Πανεπιστημίου Κρήτης, έρχεται και η αρχή για δημιουργία. Στο σημείο αυτό νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους όσους αποτέλεσαν φως για εμένα κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού αυτού τους καθηγητές, φοιτητές και εργαζόμενους του OKANA για όλα όσα μοιραστήκαμε.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κύριο επιβλέποντα της εργασίας μου, κ. Γιοβαζολιά Θεόδωρο, αναπληρωτή καθηγητή Συμβουλευτικής Ψυχολογίας. Η άριστη συνεργασία μας, η βοήθειά του στις δυσκολίες που προκύπταν και οι παρατηρήσεις του έπαιξαν σημαντικό ρόλο στο αποτέλεσμα αυτής της έρευνας. Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, τους καθηγητές Καφέτσιο Κωνσταντίνο και Ιωάννη Τσαούση για την ανταπόκρισή τους και τις χρήσιμες παρατηρήσεις τους.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ από καρδιάς θα ήθελα να πω στην μονάδα που συνεργάστηκα για δέκα μήνες OKANA ΑΧΕΠΑ και ήταν δίπλα μου για να με στηρίξουν και να μοιραστούν μαζί μου τις ζωές τους. Την επόπτηριά μου Λεοντιάδου Κρυσταλλία για την αέναη έμπνευση που μου χάριζε όσο επίσης και την υπεύθυνη μονάδας Μ. Μάντση, την Ψυχίατρο Καφαντάρη Α. και την κοινωνική λειτουργό Γκιανέ Κ. για τα μαθήματα που μου δώσανε.

Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύνολο των εργαζομένων των μονάδων του OKANA που με υποδέχτηκαν από την πρώτη στιγμή και με εξυπηρέτησαν όπως επίσης και όλους τους ανθρώπους που συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα αυτή, διότι χωρίς αυτούς δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους φίλους μου, Βέρα, Άννα, Ευαγγελία και Θάνο που χωρίς αυτούς δεν θα κατάφερα να ολοκληρώσω με τον ίδιο ενθουσιασμό και όνειρο την εργασία αυτή αλλά και στην οικογένεια μου ένα τεράστιο ευχαριστώ και ειδικότερα στις αδερφές μου Παυλίνα και Στεφάνια, στη μητέρα μου Αρετή, τον πατέρα μου Γιάννη και τη γιαγιά μου Ευαγγελία, για την πίστη τους σε εμένα και τη συμπαράστασή τους.

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Προγράμματα υποκατάστασης και συντήρησης	9
1.1 Μεθαδόνη	14
1.2 Βουπρενορφίνη.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ποιότητα Ζωής.....	22
2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής	24
2.2 Φύλο και Ποιότητα Ζωής	27
2.3 Η αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής	29
2.4 Θεραπεία συντήρησης με οπιοειδή και Ποιότητα Ζωής	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Εσωτερική Συγκρότηση.....	37
3.1 Η ανάπτυξη της εσωτερικής συγκρότησης	40
3.2 Γενικοί παράγοντες αντίστασης.....	42
3.3 Ο ρόλος του φύλου	44
3.4 Η σταθερότητα της εσωτερικής συγκρότησης.....	45
3.5 Προηγούμενες μελέτες	46
3.5.1 Ερωτηματολόγιο Εσωτερικής Συγκρότησης	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ερευνητικό Μέρος	50
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	50
4.2 Ερευνητικές υποθέσεις	51
4.3 Μέθοδος συλλογής και ανάλυσης δεδομένων.....	52
4.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	54
4.5 Δεοντολογικά ζητήματα	55
4.6 Ανάλυση των δεδομένων	55
Συμπεράσματα	68
Περιορισμοί της έρευνας	71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	74
Παραρτήματα	88
Παράρτημα 1.....	88
Παράρτημα 2.....	89
Παράρτημα 3.....	90

Περίληψη

Η εξάρτηση από ουσίες είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η αντιμετώπιση κρίνεται δύσκολη εξαιτίας του γεγονότος ότι είναι πολυπαραγοντικό. Στην παρούσα μελέτη θα διερευνηθούν η ποιότητα ζωής και η εσωτερική συγκρότηση. Υπάρχουν προγράμματα υποκατάστασης και συντήρησης με χορήγηση μεθαδόνης και βουπρενορφίνης σε άτομα εξαρτημένα από ουσίες, τα οποία στοχεύουν αρχικά στην υποκατάσταση των ουσιών και εν συνεχεία στη σταδιακή μείωση της δόσης, για να αποφευχθεί η εμφάνιση συμπτωμάτων απόσυρσης. Η μέτρηση της Ποιότητας Ζωής μελετά το πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής με την τρέχουσα σωματική του υγεία, την ψυχική του υγεία, τις κοινωνικές του σχέσεις και το γενικότερο περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει. Η εσωτερική συγκρότηση, μια θεωρία του Antonovsky (1979), περιγράφει τόσο την πρόληψη όσο και την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων όπως η εξάρτηση.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ενίσχυσης της εσωτερικής συγκρότησης και η μελέτη βελτίωσης της ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων μελών των προγραμμάτων υποκατάστασης του OKANA, με βουπρενορφίνη και μεθαδόνη. Συμμετείχαν συνολικά 134 άτομα, που διακρίθηκαν σε τρεις κατηγορίες, βάσει του υποκατάστατου που τους χορηγήθηκε, του φύλου αλλά και του χρόνου που βρίσκονταν στο πρόγραμμα. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS, ενώ η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι ο έλεγχος t-test. Τα μέλη και των δύο προγραμμάτων που ακολουθούν περισσότερο χρόνο την υποκατάσταση, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα Γενικής Υγείας, ενώ τα μέλη της μεθαδόνης παρουσιάζουν υψηλότερη εσωτερική συγκρότηση. Επίσης, οι άνδρες που

βρίσκονται τόσο σε πρόγραμμα μεθαδόνης όσο και βουπρενορφίνης από το 2016, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα Αλλαγής Υγείας από τις γυναίκες των ίδιων προγραμμάτων, ενώ σε όλες τις άλλες κλίμακες ποιότητας ζωής δε μπορεί να διατυπωθεί με βεβαιότητα ότι παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές.

Abstract

Substance dependency is a social phenomenon, which is difficult to deal with because of the fact that it is multifactorial. The present study will investigate the quality of life and the sense of coherence. There are substitution and maintenance programs which they administer methadone and buprenorphine to people dependent on substances, which initially aim at substitution of substances and then gradually reducing the dose, to avoid the appearance of withdrawal symptoms. Measuring Quality of Life examines how much is the patient satisfied with his current physical health, his mental health, his social relations and the general environment in which he lives. Sense of coherence, a theory by Antonovsky (1979), describes both the prevention and the treatment of difficult situations such as dependence.

The purpose of this study is to investigate the strengthening of the sense of coherence and the study of improving the quality of life of the members of the performing OKANA substitution programs with methadone and buprenorphine. In the study participated a total of 134 people, who were divided into three categories, based on the substitute the were administered, their gender and the time they were in the program. Data analysis was performed with the SPSS statistical program, while the method used was t-test. The members of both programs that have been more time under substitution,

have higher levels of general health, while methadone members have a higher sense of coherence. Also, men who are both in a program of methadone and buprenorphine since 2016, show higher levels Change Health than women of the same programs, while in all other scales of quality of life it cannot be stated with certainty that they have higher prices.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης έχει καταστεί ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα που αφορά την δημόσια υγεία, έχοντας σημαντικές κοινωνικές προεκτάσεις. Αξιοσημείωτο είναι δε το γεγονός ότι σε παγκόσμιο επίπεδο, έχει παρουσιάσει αύξηση η χρήση σύνθετων ναρκωτικών τα οποία προέρχονται από τις χώρες της Ασίας και διακινούνται ηλεκτρονικά σε ολόκληρο τον κόσμο (UNODC, 2013). Αναφορικά με την ελληνική πραγματικότητα, σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., 2014), για το έτος 2012, υπήρχαν περίπου 20.000 χρήστες ηρωίνης, η ηλικία των οποίων κυμαίνονταν μεταξύ 15-64 ετών, ενώ τα τελευταία χρόνια και ειδικότερα μεταξύ του 2007 και του 2011 διαπιστώθηκε αύξηση στη χρήση κάνναβης σε εφήβους ηλικίας 15-19 ετών, όπως επίσης και αύξηση της χρήσης των ηρεμιστικών ή υπνωτικών χαπιών (Μαντζάνα & Μπελλάλη, 2014).

Η εξάρτηση από οπιοειδή έχει ως αποτέλεσμα να προκαλείται κλινικά σημαντική εξασθένηση και σύμφωνα με την δέκατη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νοσημάτων (ICD-10) η εξάρτηση από οπιοειδή μπορεί να θεωρηθεί ως μια χρόνια ιατρική διαταραχή που έχει ως αποτέλεσμα να προκαλούνται σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα (WHO, 2010). Ωστόσο, ο κίνδυνος ανάπτυξης της διαταραχής σχετίζεται από μια σειρά παραγόντων όπως είναι η γενετική, η προσωπικότητα, η οικογένεια και αρκετοί ακόμη (Schuckit, 2016).

Ήδη από το 1965, οι Dole και Nyswander, έκαναν την υπόθεση ότι υπάρχει στο εξαρτημένο άτομο ένα μεταβολικό έλλειμμα, το οποίο είναι ανάλογο με αυτό που παρουσιάζουν οι διαβητικοί ασθενείς. Ουσιαστικά, σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η ουσία αποτελεί την αιτία, ενώ η εξάρτηση προκύπτει ως αποτέλεσμα της δράσης που

προκαλεί η ουσία αυτή στον οργανισμό. Ωστόσο, σύμφωνα με αυτή την οπτική, η εξάρτηση αποκόπτεται από την επίδραση των κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση αυτής (Room, 2005). Συνεπώς, ο στόχος της απεξάρτησης είναι αφενός η διακοπή χρήσης των ουσιών αυτών, αφετέρου δε η τροποποίηση της συμπεριφοράς του εξαρτημένου ατόμου (WHO, 2010). Προκειμένου να καταστεί ένα πρόγραμμα απεξάρτησης επιτυχημένο έχει προταθεί να ακολουθεί αρκετές προϋποθέσεις με τις βασικότερες αυτών να είναι δύο. Η πρώτη αφορά την αποχή του χρήστη από τις ουσίες που λάμβανε και την αντικατάσταση αυτών με τις χορηγούμενες ουσίες, ενώ η δεύτερη έπεται χρονικά και σχετίζεται με την ολοκληρωτική διακοπή της χρήσης και του υποκατάστατου, εφόσον ο χρήστης μπορεί πλέον να αυτοσυντηρείται χωρίς κάποια οπιοειδή ουσία (WHO, et al., 2004).

Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να δίνει η επιστημονική κοινότητα σε παγκόσμιο επίπεδο στην ποιότητα ζωής των ατόμων, είτε των ομάδων ατόμων, τα οποία βρίσκονται σε καθεστώς απεξάρτησης (Μαντζάνα & Μπελλάλη, 2014). Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, εδώ και αρκετά χρόνια, οι κανονισμοί που αφορούν την υποκατάσταση ορίζουν ότι θα πρέπει η διαδικασία της θεραπείας να υποστηρίζεται από ψυχική και κοινωνική περίθαλψη, καθώς η έκβαση της θεραπείας, δηλαδή το κατά πόσο θα είναι θετική ή όχι σχετίζεται από τους παράγοντες αυτούς. Η υποστήριξη αυτή θεωρείται επιβεβλημένη, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι τα άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία με μεθαδόνη, καθώς και οι άλλοι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών, θεωρούνται ευάλωτοι στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών καθώς και άλλων προβλημάτων υγείας, ενώ παρουσιάζουν προβλήματα στέρησης του κοινωνικού βίου (Farell, et al., 1998).

Η απεξάρτηση με την χρήση μεθαδόνης αποτελεί έναν τρόπο για την αντιμετώπιση μιας σειράς προβλημάτων που σχετίζονται με την χρήση οπιοειδών, όπως είναι η μορφίνη, η οξυκωδόνη, η πεθιδίνη και ηρωίνη. Ουσιαστικά, διακρίνονται δύο προγράμματα μεθαδόνης, όπου το ένα θεωρείται ως πρόγραμμα συντήρησης και έχει ως στόχο τη μείωση της βλάβης, με διάρκεια που φτάνει ακόμα και χρόνια, ενώ υπάρχει και το πρόγραμμα σύντομης διάρκειας, όπου διαρκεί ορισμένες ημέρες ή εβδομάδες και η μεθαδόνη χρησιμοποιείται προκειμένου να μετριάσει τις ενοχλήσεις του συνδρόμου στέρησης από τα οπιοειδή (Μαντζάνα & Μπελλάλη, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Προγράμματα υποκατάστασης και συντήρησης

Τα προγράμματα υποκατάστασης ή συντήρησης ορίζονται ως η χορήγηση υπό ιατρική επίβλεψη μιας συνταγογραφούμενης ψυχοτρόπου ουσίας, φαρμακολογικώς σχετιζόμενης με αυτή που παράγει εξάρτηση, σε άτομα με εξάρτηση από ουσίες, με σκοπό την επίτευξη καθορισμένων θεραπευτικών στόχων. Επομένως, υπάρχουν οι θεραπείες υποκατάστασης με οπιοειδή, οι οποίες αποτελούν μια μορφή υγειονομικής περίθαλψης για άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη και άλλα οπιοειδή χρησιμοποιώντας συνταγογραφούμενους αγωνιστές οπιοειδών, οι οποίοι δημιουργούν παρόμοιες ή πανομοιότυπες ιδιότητες με την ηρωίνη και τη μορφίνη για τον εγκέφαλο του ανθρώπου και οι οποίες ανακουφίζουν τα συμπτώματα στέρησης, ενώ παράλληλα εμποδίζουν την επιθυμία για χρήση άλλων παράνομων οπιούχων ουσιών (Campelo, et al., 2015). Ως εκ τούτου, μια θεραπεία σε ένα πρόγραμμα υποκατάστασης μπορεί να

αποβεί πολύτιμη επειδή παρέχει την ευκαιρία στους εξαρτώμενους από ψυχοτρόπες ουσίες ασθενείς να μειώσουν την έκθεση τους σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και να σταθεροποιηθούν τόσο από άποψη υγείας όσο και με ό,τι έχει να κάνει με την κοινωνική τους ζωή πριν ακόμα διευθετηθεί το ζήτημα της σωματικής προσαρμογής της εξάρτησης (Lawrinson, et al., 2008).

Αρκετές έρευνες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων υποκατάστασης, κυρίως αφορούν τα προγράμματα μεθαδόνης, βασιζόμενες στη σημαντική βελτίωση που παρατηρείται στους χρήστες κατά τους πρώτους μήνες συμμετοχής τους σε αυτά. Η βελτίωση αφορά τη διακοπή της χρήσης ηρωίνης, τη μείωση της παράλληλης χρήσης, την καλύτερευση της σωματικής του υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Farré et al., 2002 ; Hall, et al., 1997; Yancovitz et al., 1991).

Υπάρχουν επίσης έρευνες που υποστηρίζουν την μακροχρόνια παραμονή στα προγράμματα υποκατάστασης ως παράγοντα βελτίωσης. Υποστηρίζεται, ότι όσο περισσότερο καιρό οι χρήστες συμμετέχουν σε ένα τέτοιο πρόγραμμα τόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα (Lawrinson, et al., 2008) και ότι η συγκράτηση στη θεραπεία υποκατάστασης οδηγεί στη σταθεροποίηση της ποιότητας ζωής (Torrens, et al., 1997; Lawrinson, et al., 2008). Από τα ευρήματα άλλων ερευνών διαφαίνεται ότι η συμμετοχή σε πρόγραμμα υποκατάστασης για πάνω από ένα χρόνο έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη λειτουργικότητα και τη βελτιωμένη ποιότητα ζωής των χρηστών καθώς και τον καλύτερο έλεγχο πάνω στη χρήση ουσιών (Gerra, et al., 2004; Giacomuzzi et al., 2003; Giacomuzzi, Kemmler, Ertl, & Riemer, 2006).

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, άλλες έρευνες παρουσιάζουν ως κρισιμότερο παράγοντα για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρηστών τη μείωση της παράλληλης χρήσης παράνομων ουσιών κατά τη θεραπεία υποκατάστασης και όχι τη

διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα (Nosyk, et al., 2011). Η διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα δεν αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για βελτίωση του ασθενούς (Zhang, et al., 2003), ιδίως μετά το πέρας του πρώτου τριμήνου.

Η θεραπεία υποκατάστασης απευθύνεται γενικά σε άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διακοπή της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και στην πλήρη απομάκρυνση από αυτές μετά το πέρας της θεραπείας. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως επιθυμητό είναι οι ουσίες υποκατάστασης να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια δράσης ή ημιζωή από την ψυχοτρόπο ουσία που αντικαθιστούν για να καθυστερήσουν την εμφάνιση του συνδρόμου της απόσυρσης και να μειώσουν τη συχνότητα χορήγησης. Αυτό επιτρέπει στο άτομο να επικεντρωθεί στις καθημερινές συνήθειες δραστηριότητες, χωρίς την ανάγκη λήψης και χορήγησης φαρμάκων (Strand, et al., 2005). Περαιτέρω, η αντικατάσταση με συνταγογραφούμενα φάρμακα αντί των παράνομων ουσιών βοηθά στη διάλυση των συνδέσεων με την εγκληματική δραστηριότητα, ενώ παράλληλα υποστηρίζει τη διαδικασία αλλαγής του τρόπου ζωής και πιο συγκεκριμένα της ποιότητας ζωής του ανθρώπου που υποβάλλεται στη θεραπεία υποκατάστασης (Campelo, et al., 2015).

Αν και ο τελικός στόχος της θεραπείας μπορεί να είναι να σταματήσει η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, οι κύριοι στόχοι της θεραπείας υποκατάστασης βασίζονται στις γενικότερες έννοιες της δημόσιας υγείας και της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών τόσο στον άνθρωπο όσο και στην κοινωνία. Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι της θεραπείας υποκατάστασης είναι (WHO, et al., 2004) :

- Να βοηθήσει τους ανθρώπους να παραμείνουν υγιείς μέχρι να μπορέσουν με την κατάλληλη μέριμνα και υποστήριξη να πετύχουν μια ζωή μακριά από τα ναρκωτικά ή εάν δεν μπορούν ή δεν θέλουν, να εγκαταλείψουν το πρόγραμμα και να

θεραπεύονται για χρόνια ή και για όλη τους τη ζωή βρισκόμενοι υπό παρακολούθηση

- Η μείωση της χρήσης παράνομων ή μη συνταγογραφούμενων ουσιών
- Η αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών
- Να μειωθούν οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την κατάχρηση ναρκωτικών, ιδιαίτερα ο κίνδυνος μετάδοσης του HIV, του ιού της ηπατίτιδας Β και C και άλλων λοιμώξεων που μεταδίδονται με το αίμα από την έγχυση και την ανταλλαγή συσκευών ένεσης
- Η μείωση των πιθανοτήτων μελλοντικής υποτροπής στην κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών
- Η μείωση της ανάγκης που οδηγεί σε εγκληματική δραστηριότητα για τη χρηματοδότηση της κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών
- Η σταθεροποίηση του ατόμου που υπόκειται στη θεραπεία και ο περιορισμός των στερητικών συμπτωμάτων
- Η βελτίωση της συνολικής προσωπικής, κοινωνικής και οικογενειακής λειτουργίας του ατόμου

Η πιο κοινή μορφή θεραπείας υποκατάστασης είναι η θεραπεία συντήρησης με τη χρήση μεθαδόνης, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της ηρωίνης και άλλων εξαρτήσεων από τα οπιούχα για δεκαετίες (Mattic, et al., 2003).

Τα κοινοτικά προγράμματα θεραπείας υποκατάστασης έχουν επεκταθεί ταχέως από τα μέσα της δεκαετίας του '90. Σήμερα, περισσότεροι από μισό εκατομμύριο χρήστες ναρκωτικών λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης παγκοσμίως. Εξήντα πέντε χώρες παγκοσμίως παρέχουν θεραπεία υποκατάστασης, καθώς επίσης, η θεραπεία

υποκατάστασης έχει επεκταθεί σημαντικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση τα τελευταία 10-15 χρόνια (EMCDDA, 2017). Όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν πλέον προγράμματα θεραπείας υποκατάστασης σε κάποια μορφή, αν και οι χώρες διαφέρουν σημαντικά όσον αφορά την έκταση και τη φύση της προσβασιμότητας και της ποιότητας της θεραπείας. Αξίζει να αναφερθεί, πως η θεραπεία υποκατάστασης στις διάφορες μορφές της έχει καθιερωθεί ως ένα ευρέως αποδεκτό μέτρο μείωσης και θεραπείας των βλαβών για τα εξαρτώμενα από οπιοειδή άτομα της κοινωνίας (ABHW, 2016).

Τα τελευταία επιστημονικά στοιχεία δείχνουν ότι η εξάρτηση από οπιοειδή είναι μια χρόνια ασθένεια του εγκεφάλου με συχνές υποτροπές, ενώ σήμερα, η εξάρτηση από οπιοειδή συγκρίνεται συχνά με άλλες χρόνιες παθήσεις, όπως η υπέρταση, ο διαβήτης και το άσθμα (McLellan, et al., 2009). Είναι γνωστό πως δεν υπάρχουν ιδιαίτερες θεραπείες για τις χρόνιες ασθένειες. Παρόλα αυτά, με την κατάλληλη μακροχρόνια προσέγγιση, θεραπεία και ιατρική περίθαλψη που θα πρέπει να συνδυαστεί με την αλλαγή συμπεριφοράς από τους ασθενείς, είναι δυνατόν να εξαιρεθούν ή να μειωθούν τα συμπτώματα χρόνιων παθήσεων και να επιτευχθεί μια υψηλή ποιότητα ζωής (White, et al., 2002). Σε αυτό το πλαίσιο, η θεραπεία υποκατάστασης με οπιοειδή (Opioid Substitution Treatment - OST) αναγνωρίζεται ως μια αποτελεσματική ως προς το κόστος στρατηγική, η οποία επιτρέπει την επίτευξη υψηλών ποσοστών συμμετεχόντων στα θεραπευτικά προγράμματα, όπως επίσης σημαντική μείωση της χρήσης παράνομων οπιοειδών και τη μείωση των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων από την έγχυση ουσιών με ακατάλληλα εξαρτήματα (Strand, et al., 2005). Τόσο η μεθαδόνη όσο και η βουπρενορφίνη έχουν συμπεριληφθεί στην έκδοση WHO-20 του μοντέλου λίστας βασικών φαρμάκων (WHO, 2017). Οι νέες κατευθυντήριες γραμμές του ΠΟΥ για την ψυχοκοινωνικά υποβοηθούμενη

φαρμακολογική θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή, συνιστούν να χρησιμοποιείται η θεραπεία υποκατάστασης με οπιοειδή και πιο συγκεκριμένα με χρήση μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης κατά προτίμηση, για την αποτοξίνωση των περισσότερων ασθενών με σκοπό να διαδοθεί η επιλογή αυτή και να γίνει ευρέως διαθέσιμη σε όσους την έχουν ανάγκη (WHO, 2009).

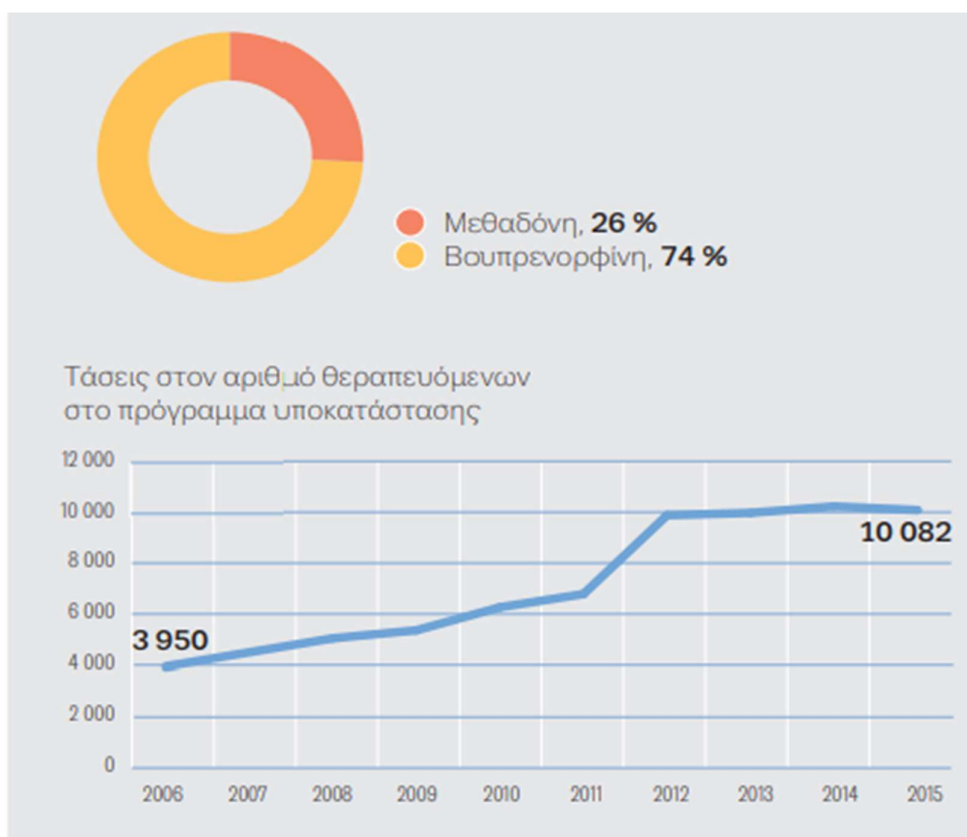
1.1 Μεθαδόνη

Με την έννοια της μεθαδόνης νοείται ένα σύνθετο οπιοειδές αναλγητικό το οποίο ανακαλύφθηκε από την δεκαετία του 1930, έχοντας ως στόχο την αντιμετώπιση της έλλειψης ακατέργαστου οπίου κατά την διάρκεια του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου. Ο ρόλος της μεθαδόνης που χορηγείται σε ένα χρήστη, έχει διττό ρόλο, αφενός χρησιμοποιείται προκειμένου να αντιμετωπιστεί το στερητικό σύνδρομο, αφετέρου δε χρησιμοποιείται για την σταδιακή απεξάρτηση από τα οπιοειδή. Ταυτόχρονα, η μεθαδόνη χρησιμοποιείται προκειμένου να υπάρξει συντήρηση των εξαρτημένων ατόμων από τα οπιοειδή. Μία δόση μεθαδόνης που χορηγείται έχει δράση για χρονικό διάστημα περίπου 24 ωρών και έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται η επιθυμία δράσης των οπιοειδών, καθώς παρουσιάζει αναλγητική και ηρεμιστική δράση (Verster & Bunning, 2000). Οι τυπικές δόσεις μεθαδόνης που χρησιμοποιούνται για τις θεραπείες συντήρησης ανέρχονται σε 60-120 mg/ημέρα (Γρίβας, 1995).

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ιστορικά, η μεθαδόνη έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγαλύτερο βαθμό από την βουπρενορφίνη στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών. Προκειμένου να γίνει αξιολόγηση της θεραπείας συντήρησης οπιοειδών μελετάται η μείωση της χρήσης οπιοειδών και ο ρυθμός συγκράτησης κατά την διάρκεια της

θεραπείας. Επιπλέον, εξετάζονται παράγοντες όπως είναι η ασφάλεια, ο κίνδυνος εκτροπής, η μείωση της εγκληματικότητας, καθώς επίσης και το κατά πόσο παρουσίασαν βελτίωση οι σωματικές διαταραχές και ευρύτερα η ψυχοκοινωνική λειτουργία. Σύμφωνα με τους Timko και συνεργάτες (2016), η βουπρενορφίνη φαίνεται να δείχνει χειρότερη διατήρηση σε σχέση με την μεθαδόνη, όμως η έρευνα περιορίζεται σε χρονικά διαστήματα που δεν ξεπερνούν το ένα έτος. Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι τάσεις που αφορούν τον αριθμό των θεραπευόμενων σε πρόγραμμα υποκατάστασης.

Γράφημα 1: Τάσεις στον αριθμό των θεραπευόμενων στο πρόγραμμα υποκατάστασης την περίοδο 2006-2015 στην Ελλάδα (ΕΚΤΕΠΝ, 2017)



Όπως διαπιστώνεται από το διάγραμμα 1, ο αριθμός των ατόμων που εντάσσονται σε προγράμματα υποκατάστασης έως και το 2012 παρουσίασε σημαντική

αύξηση, περίπου 2,5 φορές σε σχέση με τα μεγέθη του 2006, ενώ κατά την διάρκεια της χρονικής περιόδου από το 2012 έως και το 2015, ο αριθμός αυτός φαίνεται να παραμένει σε σταθερά επίπεδα. Επιπλέον, από το ίδιο γράφημα προκύπτει ότι, οι τρεις από τους τέσσερις που συμμετέχουν στο πρόγραμμα υποκατάστασης, λαμβάνουν βουπρενορφίνη και οι υπόλοιποι λαμβάνουν μεθαδόνη.

Η μεθαδόνη που χορηγείται στο άτομο παρουσιάζει σημαντικά μεγάλη βιοδιαθεσιμότητα, η οποία ξεπερνά το 90%, όταν χορηγείται από την πεπτική οδό, καθώς επίσης και μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής, όταν το θεραπευτικό διάστημα θεωρείται εκτεταμένο (Wolff, et al., 1993). Όσο διαρκεί το πρόγραμμα απεξάρτησης, τα επίπεδα της ουσίας διατηρούνται σε σταθερά επίπεδα, καθώς απελευθερώνεται η αιματική κυκλοφορία από το συκώτι. Σύμφωνα με τους Kreek και συνεργάτες (2010), δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο να μην ξεπεραστεί το επίπεδο ανοχής, καθώς τότε μπορεί να υπάρξει αθροιστική δράση που να έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση καταστολής και αναπνευστικής ανεπάρκειας. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι κατά την διάρκεια όπου σταθεροποιείται η δοσολογία, δύναται να υπάρχουν φαινόμενα συνδρόμου στέρησης, το οποίο σχετίζεται είτε με την αλληλεπίδραση με άλλες ουσίες, είτε λόγω του ψυχοπαθολογικού υπόβαθρου (Flores, 2013).

Μέσω της χορήγησης μεθαδόνης προκαλείται ανακούφιση των ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων που σχετίζονται με την εξάρτηση, ενώ παράλληλα μειώνονται τα επίπεδα του στρες, καθώς και τα επίπεδα της κορτιζόνης (Schluger, et al., 2003). Ακόμη, η υποκατάσταση μεθαδόνης έχει ως αποτέλεσμα να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής, να μειώνονται οι συμπεριφορές που σχετίζονται με τη HIV λοίμωξη, καθώς επίσης και να υπάρχει βελτίωση της κατάστασης που αφορά τον ύπνο και γενικότερα τη διάθεση του ασθενούς (Γαζγαλίδης, 2005). Διαπιστώνεται

επιπροσθέτως, μείωση των αρνητικών σκέψεων, καθώς και μείωση της επιθυμίας για την λήψη ηρωίνης (Λεβεντέλης, 2016).

Πιο αναλυτικά, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μιας σειράς μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς στους οποίους χορηγούνταν μεθαδόνη. Οι Walter και συνεργάτες (2008), σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε πληθυσμό μελέτης 16 ατόμων διαπίστωσαν ότι υπήρξε μείωση των αρνητικών συναισθημάτων, καθώς επίσης και μείωση της επιθυμίας τους για λήψη ηρωίνης, ενώ τα επίπεδα της κορτιζόλης παρουσίασαν μείωση ύστερα από μία ώρα χορήγησης της μεθαδόνης. Από την άλλη, η έρευνα των Corsi και συνεργατών (2009), είχε ως στόχο να εξετάσει την επίδραση της μεθαδόνης σε θεραπευόμενους ασθενείς που συμμετείχαν σε προγράμματα υποκατάστασης. Η έρευνα διεξήχθη σε 592 ασθενείς και διαπιστώθηκε ότι υπήρξε μείωση των βίαιων συμπεριφορών, βελτίωση της ποιότητας ζωής, καθώς επίσης και μείωση των συμπεριφορών που σχετίζονται με την HIV λοίμωξη. Τέλος, σε μια πιο πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Jaremko και συνεργάτες (2016), σε 58 ασθενείς, που διεξήχθη στα πλαίσια του προγράμματος απεξάρτησης ναρκωτικών στο Πανεπιστήμιο Thomas Jefferson στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε ότι υπήρχε μείωση των επιπέδων κορτιζόλης στην ομάδα μελέτης.

Όμως η χορήγηση της μεθαδόνης παρουσιάζει σημαντικές παρενέργειες όταν η δόση της μεθαδόνης κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, είτε βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα. Όταν η δόση βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, ο ασθενής παρουσιάζει τα συμπτώματα στέρησης τα οποία είναι παρόμοια με την στέρηση από τα οπιοειδή, δηλαδή ρινική καταρροή, κοιλιακές κράμπες, ναυτία, εμετός, διάρροια, πόνους στις αρθρώσεις, εφίδρωση, ευερεθιστότητα, καθώς επίσης και έντονη επιθυμία για την λήψη ναρκωτικών ουσιών (Langendam, 2001). Από την άλλη, όταν η δόση της

μεθαδόνης βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, τότε παρατηρείται υπνηλία, ναυτία, εμετός, σμίκρυνση της κόρης των ματιών, χαμηλή αρτηριακή πίεση, ανορεξία και άλλα (Hawkins & Catalano, 1985).

Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι ορισμένες παρενέργειες της μεθαδόνης δεν σχετίζονται με τη δόση στην οποία χορηγείται. Πιθανές παρενέργειες που παρατηρούνται στα συγκεκριμένα άτομα είναι η εφίδρωση, η οποία αυξάνεται ιδίως κατά τη διάρκεια της νύχτας, η δυσκοιλιότητα, όπως συμβαίνει άλλωστε και με άλλα οπιοειδή, οι πόνοι στους μυς και τις κλειδώσεις, η μειωμένη σεξουαλική ορμή, η οποία διαπιστώνεται σε οποιαδήποτε χρήση οπιοειδών, η κατακράτηση υγρών, η οποία διαπιστώνεται μέσα από το πρήξιμο ή «φούσκωμα» που παρατηρείται στα χέρια ή στα πόδια (Langendam, 2001). Άλλες πιθανές παρενέργειες που σχετίζονται με την χορήγηση μεθαδόνης μπορεί να είναι η εμφάνιση τερηδόνας σε αυξημένα επίπεδα, καθώς όπως συμβαίνει και με όλα τα οπιοειδή, μειώνεται η παραγωγή του σάλιου, το οποίο έχει αντιβακτηριακές ουσίες, οι οποίες συμβάλλουν στην πρόληψη της φθοράς των δοντιών και των ούλων (Hawkins & Catalano, 1985). Μια ακόμη παρενέργεια αφορά τις γυναίκες και τις αλλαγές που διαπιστώνονται στην έμμηνου ρύση, καθώς τα άτομα που λαμβάνουν οπιοειδή έχουν ακανόνιστους κύκλους έμμηνου ρύσης (Langendam, 2001).

Στην Ελλάδα τα προγράμματα μεθαδόνης που εφαρμόστηκαν από τον ΟΚΑΝΑ, είχαν ως βασικό στόχο τη μείωση των βλαβών που προκαλούσαν τα ναρκωτικά, μέσω της προσέλκυσης αρχικά και στη συνέχεια της συγκράτησης των ασθενών στα προγράμματα μεθαδόνης (Γαζγαλίδης, 2005). Πιο αναλυτικά, οι στόχοι που είχε θέσει ο ΟΚΑΝΑ (2012), επικεντρώνονταν στην συγκράτηση του ασθενούς στο πρόγραμμα μεθαδόνης, παρέχοντας τα κατάλληλα κίνητρα, στη μείωση ή ακόμα

και ελαχιστοποίηση της παράλληλης χρήσης μεθαδόνης και ηρωίνης, στη μείωση των φαινομένων παραβατικότητας, στον περιορισμό ή ακόμα και στην εξάλειψη του ενδεχόμενου προσβολής από μολυσματικές ασθένειες και πιθανής μετάδοσης σε τρίτους.

Επιπροσθέτως, τα προγράμματα αυτά είχαν και έχουν ως στόχο την σταθεροποίηση κατά κάποιο τρόπο της κοινωνικής ζωής του ατόμου, καθώς και στην βελτίωση των οικογενειακών και των κοινωνικών σχέσεων (OKANA, 2012). Πέρα όμως από την ελαχιστοποίηση των κινδύνων που προκύπτουν από την χρήση, στόχος είναι να απέχει ο ασθενής από την χρήση οπιοειδών, να απέχει από την χρήση άλλων ναρκωτικών, να απέχει από πιθανές καταχρήσεις αλκοόλ, να μειώνεται η παραβατικότητα και να διασφαλίζεται η κατάσταση της υγείας τους, να είναι σε θέση να βρει μια παραγωγική εργασία, καθώς επίσης και να βελτιώσει το επίπεδο των σπουδών του και της επαγγελματικής του κατάστασης (Γαζγαλίδης, 2005).

1.2 Βουπρενορφίνη

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, πέρα από την μεθαδόνη χρησιμοποιείται και η βουπρενορφίνη ως ουσία υποκατάστασης. Η λήψη της ουσίας αυτής γίνεται υπό τη μορφή δισκίου, το οποίο λαμβάνεται υπογλώσσια, εν αντιθέσει με την μεθαδόνη όπου χορηγείται σε υγρή μορφή ως σιρόπι, ενώ λόγω της υδατοδιαλυτότητάς της, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε ενέσιμη μορφή, παρουσιάζοντας μικρό κίνδυνο υπερδοσολογίας καθώς και μικρό κίνδυνο καρδιοαναπνευστικής καταπληξίας (Maremmani, et al., 2011). Οι συνήθεις δοσολογίες είναι 8mg και 2mg, ενώ όταν η βουπρενορφίνη συνδυάζεται με ναλοξόνη, τότε τα δισκία έχουν περιεκτικότητα 8mg

βουπρενορφίνη/2mg ναλοξόνη καθώς και 2mg βουπρενορφίνη/0.5mg ναλοξόνη (Maremmani, et al., 2011).

Λαμβάνοντας υπόψη τον αυξημένο χρόνο ημίσειας ζωής σε σχέση με τη μεθαδόνη, υπάρχει η δυνατότητα χορήγησης ανά δύο μέρες, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα να ενισχύεται η κοινωνική ζωή των όσων υποβάλλονται σε θεραπεία, να ενισχύεται η αυτοφροντίδα, καθώς και ευρύτερα να έχουν μια περισσότερο φυσιολογική ζωή (Bart, 2012). Στο στάδιο έναρξης της θεραπείας η αρχική δοσολογία που χορηγείται κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, ξεκινώντας από τα επίπεδα των 2-4mg, η οποία βαθμιαία αυξάνεται φθάνοντας την ποσότητα των 14-16 mg σε 24ωρη βάση (Maremmani, et al., 2011).

Για τους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία από βουπρενορφίνη έχει διεξαχθεί σημαντικός αριθμός μελετών. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους Neri και συνεργάτες (2005), οι οποίοι πραγματοποίησαν έρευνα σε 62 ασθενείς, διαπιστώθηκε ότι υπήρξε αύξηση των κυτταροκινών, μείωση της επιθυμίας του ασθενούς, καθώς επίσης και έντονη καταθλιπτική διάθεση. Επιπλέον, με βάση την έρευνα των Seifert και συνεργατών (2005) που διεξήχθη σε 49 ασθενείς που λαμβάνουν βουπρενορφίνη παρατηρήθηκε μείωση των συμπτωμάτων στέρησης, αυξημένα επίπεδα ενέργειας, όπως επίσης και μείωση της καταθλιπτικής συμπεριφοράς σε σχέση με τους ασθενείς που τους χορηγούνταν μεθαδόνη.

Ακόμη, οι Nielsen και συνεργάτες (2012), σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε 228 ασθενείς που υποβάλλονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης βουπρενορφίνης, διαπίστωσαν ότι μειώνεται η επιθυμία των ασθενών να προβούν στη λήψη ηρωίνης, ενώ η συγκράτηση έφθασε στο επίπεδο του 89%, σε σχέση με την ομάδα των χορηγούμενων ηρωίνης που το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 78%. Μια ακόμη έρευνα

πραγματοποιήθηκε από τους Hser και συνεργάτες (2014), σε ένα ευρύ δείγμα το οποίο έφθασε τους 1269 ασθενείς και διαπιστώθηκε ότι η ολοκλήρωση του προγράμματος πραγματοποιήθηκε με επιτυχία σε ποσοστό 74% των ασθενών όταν χρησιμοποιήθηκε μεθαδόνη, ενώ όταν χρησιμοποιήθηκε βουπρενορφίνη, το ποσοστό αυτό έφθασε το 46%. Ακόμη, από την ίδια έρευνα προέκυψε ότι υπήρξαν αρνητικά αποτελέσματα σε ασθενείς που λαμβάναν βουπρενορφίνη με στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τους ασθενείς που υποβάλλονται στην διαδικασία λήψης μεθαδόνης. Παράλληλα, μέσω της χρήσης βουπρενορφίνης, παρουσιάστηκε αλλαγή στην σεξουαλική συμπεριφορά καθώς το 6,8% των ασθενών πριν ξεκινήσει να παρακολουθεί το πρόγραμμα ανέφερε ότι είχε πολλαπλούς συντρόφους, ενώ το ποσοστό αυτό ύστερα από την λήψη της βουπρενορφίνης, έφθασε το 5,2%.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι λαμβάνοντας υπόψη τον επιπολασμό των ψυχιατρικών συννοσηροτήτων – διπλών διαγνώσεων, ένα σημαντικό μέρος των ασθενών αυτών που λαμβάνουν βουπρενορφίνη, λαμβάνουν επίσης αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά φάρμακα. Σύμφωνα με τον Soyka (2017), οι ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με βουπρενορφίνη, έχουν ως χαρακτηριστικό τα υψηλά ποσοστά κατάχρησης φαρμάκων, όπως είναι τα οπιοειδή, φάρμακα για την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών παθήσεων, καθώς και φάρμακα που σχετίζονται με την αντιμετώπιση ιατρικών καταστάσεων που σχετίζονται με οξύ και χρόνια πόνο (Timko, et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ποιότητα Ζωής

Οι θεραπείες για χρόνιες ασθένειες αξιολογούνται ολοένα και περισσότερο με υποκειμενικές εκτιμήσεις ασθενών τόσο ως προς τα αποτελέσματα σχετικά με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα αλλά και με την Ποιότητα Ζωής (Quality of Life - QoL) η οποία ξεχωρίζει ως η πιο κοινή και ουσιώδης μέτρηση. Εξάλλου, πλέον ιατρικές έρευνες αποκλίνουν από τη μελέτη για την αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ανθρώπων και στοχεύουν περισσότερο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής (Brown, 2015). Η Ποιότητα Ζωής είναι μια υποκειμενική εκτίμηση της διαβίωσης ενός ασθενούς μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή: πόσο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής με την τρέχουσα σωματική του υγεία, την ψυχική υγεία, τις κοινωνικές του σχέσεις και το γενικότερο περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει, τα οποία αποτελούν τους τέσσερις τομείς που τονίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1996).

Η έρευνα στον τομέα της θεραπείας Διαταραχών Χρήσης Ουσιών (κλάδος που ασχολείται και με τους τέσσερις προαναφερθέντες τομείς) τα τελευταία χρόνια συλλέγει συστηματικότερα δεδομένα γύρω από τους τέσσερις τομείς που αναφέρθηκαν προηγουμένως και έχει δώσει προτεραιότητα στην ποιότητα ζωής των ασθενών, σε σύγκριση με άλλα ιατρικά πεδία (Smith & Larson, 2003). Είναι σημαντικό ότι τα μέτρα για την μέτρηση της ποιότητας ζωής προσθέτουν τις υποκειμενικές εκτιμήσεις των ασθενών σχετικά με τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η διαταραχή χρήσης ουσιών και η θεραπεία της στη ζωή τους (Laudet, 2011). Αυτά τα μέτρα επιτρέπουν στον ασθενή να προσδιορίσει εάν η κατάσταση της εργασιακής του απασχόλησης, η υγεία του και η οικογενειακή του επαφή, για παράδειγμα, βρίσκονται σε ικανοποιητικό για αυτόν επίπεδα ή όχι. Τα μέτρα προσδιορισμού της ποιότητας ζωής μπορούν επίσης να βοηθήσουν τους κλινικούς γιατρούς να αναγνωρίσουν άλλα προβλήματα εκτός από τις

ιδιαιτερότητες της διαταραχής και, ως εκ τούτου, να λάβουν καλύτερες αποφάσεις και πρωτοβουλίες για συγκεκριμένες θεραπείες (Vanagas, et al., 2004).

Τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών τυπικά αναφέρουν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής από τον γενικό πληθυσμό και μπορούν να συγκριθούν με επίπεδα τόσο χαμηλά όσο εκείνα άλλων σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών (De Maeyer, et al., 2010). Η χαμηλή ποιότητα ζωής μπορεί επίσης να αποτελεί πρόβλεψη της ετοιμότητας της θεραπείας, δύο ποιοτικές μελέτες έχουν δείξει ότι η επιθυμία να αποκατασταθούν οι αρνητικές επιδράσεις της χρήσης ουσιών στη ζωή ενός ανθρώπου και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους είναι ένας πιο σαφής στόχος της θεραπείας από ό,τι η μείωση της χρήσης της ουσίας (Laudet, et al., 2009). Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι η κακή ποιότητα ζωής δεν έχει προβλεφθεί με συνέπεια από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της χρήσης ουσιών, όπως είναι τα είδη των ουσιών που χρησιμοποιούνται, οι συχνότητα χρήσης και η διάρκεια της προβληματικής χρήσης ουσιών (Colpaert, et al., 2013). Ωστόσο, η ποιότητα ζωής παίζει ρόλο στην ανάκαμψη από τη διαταραχή χρήσης ουσιών, σύμφωνα με τον Laudet και συνεργάτες (2009), οι οποίοι διαπίστωσαν πως μια υψηλότερη ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της θεραπείας παρουσίαζε καλύτερα ποσοστά στην αποχή των ασθενών σε σύγκριση με το μέσο όρο (Laudet, et al., 2009). Εκτός από τη μέτρηση της ποιότητας ζωής αυτής καθ' αυτής, ως υποκειμενική μέτρηση της λειτουργίας ενός ανθρώπου, η εξερεύνηση και η αντιμετώπιση της δυσαρέσκειας με διάφορους τομείς της ζωής που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της αποχής και να βοηθήσει τους ασθενείς να ωφεληθούν όσο το δυνατόν περισσότερο στην υγεία τους μετά τη θεραπεία.

2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Έχουν βρεθεί ελάχιστοι αξιόπιστοι προγνωστικοί δείκτες της ποιότητας ζωής, αν αναλογιστεί κανείς το μέγεθος της φύσης αυτού του παράγοντα που μπορεί να περιγράψει την κατάσταση κάθε έμβιου οργανισμού. Ωστόσο, η καλή ψυχική υγεία φαίνεται να είναι ένας ισχυρός προστατευτικός παράγοντας μεταξύ των εξαρτωμένων από οπιοειδή, των εξαρτώμενων από το αλκοόλ και των χρηστών πολλαπλών ουσιών (Colpraert, et al., 2013), των ασθενών με διπλή διάγνωση και των μη πασχόντων από διαταραχή χρήσης ουσιών, ίσως λόγω των μεγάλων επιπτώσεων που ασκούν τα ψυχιατρικά συμπτώματα και οι διαταραχές στη ζωή ενός ατόμου (Carpentier, et al., 2009). Μαζί με την καλύτερη ψυχική υγεία, η άσκηση μπορεί επίσης να έχει ενισχυτική επίδραση στην ποιότητα ζωής των χρηστών αλλά και γενικότερα του συνολικού πληθυσμού, (Schich, et al., 2011). Το ενδιαφέρον για τη συνολική άσκηση του πληθυσμού των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών έχει οδηγήσει σε στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η άσκηση παίζει ρόλο στη βελτίωση των ποσοστών αποχής και άλλων παρενεργειών των ουσιών, όπως η λαχτάρα, η μείωση των καταθλιπτικών και ανήσυχων συμπτωμάτων και η βελτίωση της φυσικής κατάστασης (Zchucke, et al., 2012). Άλλες πρόσφατες μελέτες έχουν επίσης δείξει πως η έναρξη άσκησης, μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία (Roessler, 2010, Muller & Clausen, 2015).

Αυτές οι θετικές επιδράσεις της άσκησης έχουν επίσης βρεθεί σε μελέτες μεταξύ άλλων ομάδων που παρουσίαζαν άλλες ψυχικές και χρόνιες ασθένειες (Schuch, et al., 2016, Schuch, et al., 2011, Cai, et al., 2017), σε εφήβους (Quaresma, et al., 2014) και ηλικιωμένους (Netuveli, et al., 2006). Οι παραπάνω μελέτες έχουν παρουσιάσει στα αποτελέσματά τους ότι η άσκηση βελτιώνει τόσο άμεσα, όσο και έμμεσα την

ποιότητα ζωής βελτιώνοντας την αυτοεκτίμηση, την αυτοαποτελεσματικότητα, την ποιότητα του ύπνου, την ένταση των συναισθημάτων, τη μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας, της κόπωσης και του πόνου αλλά και την αντίδραση στο στρες. Επίσης, οι παραπάνω επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ασθενή, μπορεί να επιφέρει περεταίρω οφέλη όπως η επανένταξή του σε κοινωνικές δραστηριότητες. Η βελτίωση της κοινωνικής ένταξης μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής για όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη χρήση ουσιών (Best, et al., 2013), αντανακλώντας και πάλι τα αποτελέσματα μεταξύ των ομάδων με άλλες ψυχικές ασθένειες (Hansson & Bjorkman, 2007).

Η αλληλεπίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος με τη χρήση ουσιών και της τροχιάς της θεραπείας αυτής, έλκει ιδιαίτερο ενδιαφέρον από τη δεκαετία του '80 και έχουν εξελιχθεί προοδευτικά οι πτυχές των κοινωνικών παραγόντων. Για παράδειγμα, οι επιζήμιες επιπτώσεις ενός δικτύου που χρησιμοποιεί την ψυχοτρόπα ουσία στην αποχή φαίνονται να αντισταθμίζουν τόσο την ποσοτική όσο και την ποιοτική υποστήριξη που λαμβάνεται σε αυτό το δίκτυο (Schroeder, et al., 2001, Wasserman, et al., 2001). Επιπλέον, η σύνθεση και ο αντίκτυπος των κοινωνικών δικτύων φαίνεται να διαφέρουν μεταξύ των δύο φύλων, καθώς η χρήση ουσιών μεταξύ των εταίρων και των μελών της οικογένειας έχει ισχυρότερες αρνητικές επιπτώσεις στα αποτελέσματα της θεραπείας των γυναικών από ό, τι στους άνδρες (Whitley & Wesley, 2009). Οι γυναίκες και οι άνδρες παρουσιάζουν επίσης διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών μεταβλητών, οι οποίοι τους θέτουν σε κίνδυνο όσον αφορά την υποτροπή ή τη διακοπή της θεραπείας (Wasserman, et al., 2001). Λιγότερες έρευνες έχουν αφιερωθεί στον αντίκτυπο των κοινωνικών παραγόντων στην ποιότητα ζωής, παρά το γεγονός ότι ο χαμηλός δείκτης της ποιότητας ζωής είναι ακόμη ένας

παράγοντας κινδύνου απόρριψης της θεραπείας (Laudet, et al., 2009), μια σχέση που δε συνοδεύεται από έρευνες στην διεθνή βιβλιογραφία.

Η μειωμένη χρήση ουσιών θεωρείται συχνότερα ως το κύριο συστατικό της βελτιωμένης QoL. Ωστόσο, ένα σύνολο από ανασκοπήσεις όπως αναλύονται από τους Rudolf & Watts (2002) δεν αναφέρουν καμία σαφή σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της διάρκειας της αποχής μεταξύ των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών, ενώ ανάμικτα αποτελέσματα εμφανίστηκαν αναφορικά με τους δείκτες ποιότητας ζωής και της βαρύτητας των εξαρτήσεων μεταξύ χρηστών πολύ-ουσιών (De Maeyer, et al., 2010). Η μειωμένη χρήση ουσιών δεν βελτίωσε την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL), σε χρήστες που δεν έλαβαν κάποια θεραπεία με χρήση οπιώδους ουσίας (μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης), σύμφωνα με μελέτη των Borders και συνεργατών (2009). Στην εν λόγω μελέτη οι συγγραφείς πιστώνουν τα αποτελέσματα αυτά στο μακροπρόθεσμο φορτίο των προβλημάτων σωματικής υγείας που δημιουργήθηκαν στους χρήστες κατά τη διάρκεια της κατάχρησης (Borders, et al., 2009).

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής μετά την έναρξη της θεραπείας (Feelemyer, et al., 2014, Vederhus, et al., 2016, Pasareanu, et al., 2015). Ωστόσο μεταξύ των λίγων μελετών που ασχολούνται με την οικειοθελή διακοπή της θεραπείας, τα στοιχεία είναι μεικτά ως προς το αν το γεγονός αυτό επηρεάζει αρνητικά την γενική ποιότητα ζωής (OQOL) ή την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) για όσους έχουν απορρίψει τη θεραπεία τερματίζοντάς την σε σύγκριση με άτομα που τη συνεχίζουν κανονικά ή την έχουν ολοκληρώσει (Giacomuzzi, et al., 2005, Stallvik & Clausen, 2017).

Στις ομάδες των οποίων τα μέλη δεν παρουσίαζαν διαταραχή χρήσης ουσιών, η βελτίωση της ψυχικής υγείας είναι ο πιο συνεπής προγνωστικός δείκτης της βελτιωμένης ποιότητας ζωής σύμφωνα με πολλές έρευνες (Huppert & Smith, 2001, Bjorkman & Hansson, 2002, Fitzgerald, et al., 2003, Ruggeri, et al., 2005, Fleury, et al., 2013), δικαιολογώντας τα αποτελέσματα στη μείωση του φορτίου των ψυχιατρικών συμπτωμάτων που συνήθως δημιουργούνται από τις θεραπείες για τη διαταραχή χρήσης ουσιών. Οι μελέτες αυτές έδειξαν επιπρόσθετα βελτιώσεις στο κοινωνικό δίκτυο και την κοινωνική ένταξη (Bjorkman & Hansson 2002, Fleury, et al., 2013).

2.2 Φύλο και Ποιότητα Ζωής

Μελέτες σχετικά με τις διαφορές που σχετίζονται με το φύλο μεταξύ των ατόμων που κάνουν χρήση ηρωίνης είναι ασυνήθιστες καθώς οι γυναίκες συνήθως αποτελούν μόνο το ένα τέταρτο κάθε ομάδας δειγμάτων. Αν και τα θέματα που σχετίζονται με το φύλο συχνά αναφέρεται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των μορφών παράνομης χρήσης ναρκωτικών ουσιών, υπάρχουν λίγα δεδομένα για τις διαφορές μεταξύ των ανδρών και των γυναικών χρηστών εκτός των θεραπευτικών πλαισίων και κατά την είσοδο των ατόμων στα θεραπευτικά προγράμματα (Catham, Hiller, Rowan-Szal, Joe & Simpson, 1999; Giacomuzzi, Riemer, Kemmler, Rossler, Hinterhuber & Kurz, 2005).

Αν και ο παράγοντας του φύλου έχει συσχετιστεί με διαφορές στην Υγεία σχετικά με την Ποιότητα Ζωής (Health Related Quality of Life) σε πολλές διαφορετικές πληθυσμιακές μελέτες, στις οποίες οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλότερα αποτελέσματα (Domingo-Salvany, Brugal, Barrio, Gonzalez-Saiz, Bravo & De la Fuente, 2010), δεν

υπάρχουν σαφείς διαφορές σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί με χρήστες οπιούχων ουσιών (Astals et al., 2008; Giacomuzzi et al., 2005). Σε έρευνα που έγινε με δείγμα 991 χρηστών ηρωίνης (269 γυναίκες, 722 άνδρες) στην Ισπανία, οι γυναίκες εμφάνισαν χειρότερα αποτελέσματα στην κλίμακα HRQL από τους άνδρες. Σε προηγούμενες έρευνες με χρήστες οπιούχων η διαφορά των 2 φύλων γενικά στην κλίμακα HRQL δεν ήταν στατιστικά σημαντική εκτός από κάποιες παραμέτρους του SF-36. Προφανώς το μέγεθος του δείγματος της συγκεκριμένης έρευνας βοήθησε έτσι ώστε να εντοπιστεί αυτή η διαφορά (Domingo-Salvany et al., 2010).

Μια ακόμα μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστρία με χρήστες οπιούχων (65 άνδρες, 38 γυναίκες) σχεδιάστηκε για να συγκρίνει τις διαφορές φύλου σχετικά με την εισαγωγή στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης. Όσον αφορά την Ποιότητα της Ζωής QoL που σχετίζεται με την Υγεία, τα 2 φύλα παρουσίασαν ορισμένες μόνο σημαντικές διαφορές κατά την περίοδο εισαγωγής τους στη θεραπεία, με τις γυναίκες να εμφανίζουν περισσότερα στερητικά συμπτώματα (συσπάσεις μυών, εμετός, κατάθλιψη, έλλειψη όρεξης). Οι κυρίαρχες επιπτώσεις που επιφέρει η χρήση ουσιών φαίνεται πως βοηθάνε στην έκλειψη των μοτίβων ρόλων που αφορούν τα 2 φύλα (Giacomuzzi et al., 2005). Παρόλο που στη συγκεκριμένη έρευνα στην κλίμακα QoL οι άνδρες και οι γυναίκες δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές, άλλες διαφοροποιήσεις φαίνεται ανάμεσα στα 2 φύλα μπορεί να επηρεάζουν τον «κύκλο της εξάρτησης» ειδικά αυτές που αντανακλούν τις προσδοκίες σχετικά με τον παραδοσιακό ρόλο των φύλων στην κοινωνία (Giacomuzzi et al., 2005; Longshore, Hsieh & Anglin, 1993).

Σε μια εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών σχετικά με την Ποιότητα Ζωής των εξαρτημένων ατόμων από οπιούχα, παρατηρούνται αντικρουόμενα αποτελέσματα αναφορικά με τη συσχέτιση του φύλου και της Ποιότητας Ζωής.

Υπάρχει μια τάση των εξαρτημένων γυναικών να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα στην HQRL κλίμακα. Αυτές οι διαφορές είναι πιο έντονες κατά την είσοδο στη θεραπεία (Haug et al., 2005; Puigdollers et al., 2004) παρόλα αυτά οι Bizzarri et al., (2005) επίσης επεσήμαναν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά για τις γυναίκες στην κλίμακα QoL στα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα των γυναικών που βρίσκονται στην απεξάρτηση. Από την άλλη, υπάρχουν αρκετοί συγγραφείς (Dazord et al., 1998; Deering et al., 2004; Habrat et al., 2002; Millson et al., 2006) οι οποίοι δεν αναγνωρίζουν ότι υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στα 2 φύλα στην HRQL κλίμακα. Επιπλέον, φαίνεται πως καμία πολυπαραγοντική ανάλυση δεν μπορεί να επιδείξει μια ανεξάρτητη επίδραση του φύλου στην Ποιότητα της Ζωής για την Υγεία (HRQL) (Astals et al., 2008; De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert, 2010).

2.3 Η αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής

Η ποιότητα ζωής περιγράφει τις εμπειρίες των ατόμων σε λειτουργικές πτυχές που είναι σημαντικές γι' αυτά αλλά δεν αποτυπώνονται σε παραδοσιακές αξιολογήσεις συμπτωμάτων όπως ο Δείκτης Σοβαρότητας Εθισμού (Addiction Severity Index – ASI) (Donovan, et al., 2005). Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός βιοϊατρικός ορισμός της ποιότητας ζωής που να εσώκλειει όλους τους απαραίτητους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες, αλλά υπάρχει κοινή συναίνεση ότι ενσωματώνει την υποκειμενική άποψη του ατόμου για ένα ευρύ φάσμα κλινικών, λειτουργικών και προσωπικών μεταβλητών (Bonomi, et al., 2000).

Οι ερευνητές έχουν σχηματίσει δύο τύπους για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής (Πίνακας 1). Ο πρώτος τύπος είναι αυτός που σχετίζεται με την υγεία (Health-Related Quality of Life - HRQOL) και μετράει την αντίληψη του ασθενούς σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η κατάσταση της υγείας του επηρεάζει τη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία και ευημερία του (Leidy, et al., 1999). Η HRQOL αξιολογείται χρησιμοποιώντας εργαλεία όπως το συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας (SF-36) ή το πιο απλό και άμεσο ερωτηματολόγιο SF-12, με ερωτήσεις όπως "Το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζετε σας εμποδίζει να περπατάτε ένα οικοδομικό τετράγωνο;" (Ware, 2000). Σχετικά με τους περιορισμούς που προκαλούνται από τη νόσο και τη θεραπεία, η HRQOL ευθυγραμμίζεται με την παραδοσιακή περίθαλψη που εστιάζεται στην παθολογία.

Αντίθετα, η γενική ή αλλιώς συνολική ποιότητα ζωής (Overall Quality Of Life) καλύπτει την ικανοποίηση του ασθενούς από τη ζωή γενικά, όχι μόνο σε σχέση με περιορισμούς της λειτουργίας που σχετίζονται με την ασθένεια. Ένας από τους πιο γνωστούς ορισμούς του OQoL, που συντάχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ορίζει την συνολική ποιότητα ζωής ως την αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του (WHO, 1995). Τα πρότυπα για τη μέτρηση της OQOL είναι το εργαλείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life) και η πιο σύντομη εκδοχή αυτού, WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998), που αξιολογεί την αντίληψη του ασθενούς για το πώς λειτουργεί αντικειμενικά (π.χ., "Πώς είναι η μνήμη σου") και πώς αισθάνεται για αυτό (π.χ. "πόσο ικανοποιημένος είσαι με τη μνήμη σου;"). Αυτές και άλλες εκτιμήσεις για την OQOL καλύπτουν όχι μόνο τους τρεις τομείς λειτουργίας που περιλαμβάνονται στη HRQOL αλλά επίσης, για παράδειγμα,

το περιβάλλον, την ασφάλεια, τα οικονομικά, την πρόσβαση στα μέσα μαζικής μεταφοράς και τις υπηρεσίες υγείας αλλά και τις ευκαιρίες αναψυχής. Αναφερόμενοι στην επικύρωση του εργαλείου WHO QOL από τις ΗΠΑ, οι Bonomi και συνεργάτες (2000) σημείωσαν ότι αυτοί οι πρόσθετοι παράγοντες, έχουν αποδειχθεί σημαντικοί για τα άτομα, τις ομάδες και την κοινωνία και αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο για την περιγραφή της συνολικής ποιότητας ζωής.

	Ποιότητα ζωής σχετικά με την υγεία – Health-related quality of life (HRQOL)	Γενική ποιότητα ζωής – Overall quality of life (OQOL)
Ορισμός	Η αντίληψη ενός ατόμου για τις επιπτώσεις της ασθένειας στις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές διαστάσεις της ευημερίας του	Η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων με τα οποία ζει και σχετίζονται με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του
Ιδεολογική δομή	Συμπτώματα, παθολογία	Ευεξία
Όργανα	SF-36, SF-12	WHOQOL-100, WHOQOL-BREF
Τομείς	Σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία	Σωματική, ψυχική (συμπεριλαμβανομένης της

		πνευματικής), κοινωνική υγεία και περιβάλλον διαβίωσης (π.χ. στέγαση, χρηματοδότηση, ασφάλεια, πρόσβαση στην περίθαλψη)
Τι αξιολογείται	Περιορισμοί στη λειτουργικότητα λόγω ασθένειας	Αντικειμενική λειτουργικότητα και ικανοποίηση από τη λειτουργικότητα
Εστίαση της Θεραπείας	Μείωση συμπτωμάτων	Μεγιστοποιημένη συνολική λειτουργικότητα και ικανοποίηση από τη ζωή

Πίνακας 1: Περίληψη των επικρατούσων εννοιών και μετρήσεων της ποιότητας ζωής. Πηγή: WHO (1995), WHOQOL Group (1998).

Τα ελάχιστα πρότυπα για την εκτίμηση ποιότητας ζωής έχουν τεθεί από την ISO QOL (International Society of Quality of Life Research) (Reeve, et al., 2013). Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής θα πρέπει να βασίζονται στους ασθενείς και όχι στις κλινικές ή άλλες εξωτερικές αξιολογήσεις. Τα εργαλεία μπορεί να είναι μονοδιάστατα, μετρώντας τη συνολική αξιολόγηση του ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής ή πολυδιάστατα, λαμβάνοντας υπόψη ξεχωριστούς τομείς της ζωής του ερωτώμενου ως ξεχωριστές όψεις της ποιότητας της ζωής του. Επίσης, οι τομείς που μετρούνται πρέπει να θεωρούνται σημαντικοί από τον πληθυσμό που ερωτάται, το οποίο απαιτεί τη συμμετοχή των ερωτηθέντων στο πρωταρχικό στάδιο του σχηματισμούτων ερωτηματολογίων. Τα εργαλεία WHOQOL του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας θεωρούνται «χρυσά πρότυπα» λόγω της μεθοδολογικά αυστηρής

ανάπτυξής τους, καθώς σε 25 πολιτιστικά διαφοροποιούμενα κέντρα σε διεθνές επίπεδο και με συμμετοχή 15.000 κλινικά υγείων και μη συμμετεχόντων, οι ειδικοί ανέπτυξαν έναν βιώσιμο ορισμό για την ποιότητα ζωής, ενώ τα ερωτηματολόγια δοκιμάστηκαν και εξευγενίστηκαν, όπως και επιβεβαιώθηκε η αξιοπιστία και η εγκυρότητα τους. Το WHOQOL-100 περιέχει 100 αντικείμενα που ερευνά, ενώ αποτελείται από έξι τομείς (σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον, επίπεδο ανεξαρτησίας και πνευματικότητα / θρησκεία / προσωπικές πεποιθήσεις), ενώ το WHOQOL-BREF περιέχει 26 στοιχεία και περιορίζεται στους τέσσερις πρώτους τομείς (Reeve, et al., 2013).

Εκτός από την ταξινόμηση των προτύπων ως μετρητές είτε της συνολικής ποιότητας ζωής είτε της QoL που σχετίζεται με την υγεία, μπορούν να χαρακτηριστούν περαιτέρω από το είδος των ερωτήσεων που περιλαμβάνουν. Ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής καταγράφει τομείς που σχετίζονται με τους υγιείς πληθυσμούς και τους πληθυσμούς των ασθενών και παρέχει μετρήσεις που είναι στη συνέχεια συγκρίσιμες μεταξύ των ομάδων. Για παράδειγμα, ο αντίκτυπος των προγραμμάτων άσκησης στην ποιότητα ζωής μπορεί να συγκριθεί όταν εφαρμοστεί σε άτομα με κατάθλιψη και σε άτομα που κάνουν χρήση ουσιών. Τα περισσότερα γενικά όργανα περιλαμβάνουν την ψυχική υγεία, τη σωματική υγεία και τους κοινωνικούς τομείς, ενώ δύο μελέτες υποδεικνύουν ότι οι τομείς που είναι σημαντικοί για τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών είναι παρόμοιοι με αυτούς που προκύπτουν από την ανάπτυξη του WHOQOL-100, καθώς πρώτον, οι τομείς της κοινωνίας, της υγείας και του αυτοπροσδιορισμού τονίζονται από τα εξαρτώμενα από οπιοειδή ουσίες άτομα ως άκρως σημαντικοί για την ποιότητα ζωής τους (De Maeyer, et al., 2010). Δεύτερον, τα θέματα κοινωνικής και υγειονομικής περιθάλψης επελέγησαν εκ νέου ως τα

σπουδαιότερα σε μια μελέτη επικύρωσης, ενώ δύο από τα τρία στοιχεία για συγκεκριμένες ουσίες ήταν από τα λιγότερο σημαντικά (Zubaran, et al., 2012).

Ένα μειονέκτημα για τα γενικά πρότυπα μπορεί να αποτελεί το γεγονός πως είναι λιγότερο ευαίσθητα από τα ειδικά για την ασθένεια εργαλεία που αναπτύσσονται ειδικά για τη μέτρηση της HRQOL (Ware Jr, et al., 2016).

2.4 Θεραπεία συντήρησης με οπιοειδή και Ποιότητα Ζωής

Στην παγκόσμια βιβλιογραφία δεν υπάρχει κάποιο αποδεκτό πλαίσιο με τη σύνδεση μεταξύ της θεραπείας συντήρησης με οπιοειδή και την ποιότητα ζωής και αυτό οφείλεται στο γεγονός της πολυπλοκότητας των συσχετίσεων και της ποικιλομορφίας της θεραπείας και των δεικτών μέτρησης της ποιότητας ζωής. Έτσι, η έρευνα για την παρούσα εργασία επικεντρώνεται περισσότερο σε ήδη υπάρχουσες έρευνες που μελέτησαν την υπό-εξέταση σχέση σε διάφορα περιβάλλοντα. Γενικότερα, η θεραπεία συντήρησης με οπιοειδή, στο σύνολο των ερευνών, έχει βρεθεί ότι έχει θετική επίδραση στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων. Οι Baharom, Hassan, και συνεργάτες (2012) διενήργησαν έρευνα για να συγκρίνουν την ποιότητα ζωής σε 122 άντρες με ιστορικό εθισμού στα οπιοειδή πριν ξεκινήσουν την θεραπεία συντήρησης, με την ποιότητα ζωής τους μετά από έξι μήνες που ακολουθούσαν τη θεραπεία σε μια ιατρική κλινική της Μαλαισίας. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής διεξήχθη στην αρχή της θεραπείας και μετά από έξι μήνες θεραπείας και αυτές οι βαθμολογίες συγκρίθηκαν ως προς τις μεταβολές τους σε τέσσερις κατηγορίες: σωματική, ψυχολογική, σχέσεις και συνθήκες διαβίωσης / περιβάλλοντος. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι έξι μήνες θεραπείας ήταν αρκετοί ώστε να εμφανιστούν

αρκετά υψηλότερες βαθμολογίες και στις τέσσερις κατηγορίες, με την ψυχολογική κατηγορία να παρουσιάζει τη σημαντικότερη βελτίωση από τις υπόλοιπες τρεις.

Μια ποιοτική μελέτη που διεξήχθη από τους De Maeyer και συνεργάτες (2011) στο Βέλγιο χρησιμοποιώντας συνεντεύξεις αποκάλυψε πέντε επαναλαμβανόμενα θέματα που σχετίζονταν με την ποιότητα ζωής ατόμων που είχαν εγγραφεί σε ένα κοινοτικό πρόγραμμα συντήρησης για 5-10 χρόνια. Αυτά τα θέματα ήταν οι κοινωνικές σχέσεις, η ψυχολογική ευημερία, η απασχόληση, η ανεξαρτησία και η διαβίωση μιας ουσιαστικής ζωής. Κάθε μία από αυτές τις κατηγορίες αναφέρθηκε να είναι είτε αρνητικά είτε θετικά επηρεασμένη από τη θεραπεία με μεθαδόνη. Ενώ οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η μεθαδόνη αύξησε την ποιότητα ζωής τους, επιτρέποντάς τους να χειριστούν τις ευθύνες τους και να λειτουργήσουν καλύτερα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ανέφεραν επίσης ότι η εγγραφή τους στο πρόγραμμα μεθαδόνης τους περιθωριοποίησε, βιώνοντας τη διάκριση. Επίσης, ο θετικός αντίκτυπος στην ποιότητα ζωής σχετίζεται με την ικανότητα εύρεσης απασχόλησης, διατηρώντας παράλληλα τη χρήση φαρμακευτικής μεθαδόνης, αλλά επισημάνθηκε επίσης ένας αρνητικός αντίκτυπος όσον αφορά τις περιορισμένες ευκαιρίες απασχόλησης και την έλλειψη υψηλής ποιότητας απασχόλησης, καθώς πολλοί εργοδότες ήταν επιφυλακτικοί ως προς την αξιοπιστία του θεραπευομένου. Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα των ζητημάτων γύρω από την ποιότητα ζωής και τη θεραπεία με οπιοειδή. Ενώ οι συμμετέχοντες ανέφεραν διάφορες αρνητικές επιπτώσεις που είχε η θεραπεία συντήρησης με οπιοειδή στη ζωή τους, πολλές από αυτές οφείλονται πιθανώς στο στίγμα που συνδέεται με την θεραπεία συντήρησης (διάκριση σε σχέση με την απασχόληση ή τις σχέσεις) παρά με την ίδια την θεραπεία. Δηλαδή ο κόσμος δε γνωρίζει αρκετές πληροφορίες για τη θεραπεία και κάνει άμεσα τη σύνδεση με τη χρήση ουσιών και τα αρνητικά που τη συνοδεύουν. Η μελέτη αυτή

περιορίζεται, ωστόσο, από την έλλειψη σύγκρισης των αποτελεσμάτων με το προ-θεραπευτικό στάδιο, οπότε είναι άγνωστο αν οι συμμετέχοντες θα είχαν αναφέρει σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες πριν από τη θεραπεία.

Οι Korthuis και συνεργάτες (2011) έκαναν σύγκριση σε αυτό-αναφερθείσες βαθμολογίες ποιότητας ζωής για την υγεία (HRQOL) 289 θετικών στον ιό HIV ατόμων με εθισμό στα οπιοειδή πριν ξεκινήσουν θεραπεία με βουπρενορφίνη, με βαθμολογίες μετά από 12 μήνες θεραπείας με βουπρενορφίνη που ακολουθούσαν σε κοινοτική κλινική. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η ποιότητα ζωής βελτιώθηκε σημαντικά μετά από 12 μήνες θεραπείας, ειδικά στην ψυχική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργία και τις συναισθηματικές λειτουργικές κατηγορίες.

Οι Ponizovsky και συνεργάτες (2010) διεξήγαγαν μια παρόμοια μελέτη διάρκειας 32 εβδομάδων, με 105 άτομα που είχαν εξετασθεί και ήταν αρνητικοί στον ιό HIV, τα οποία έλαβαν βουπρενορφίνη για χρονικό διάστημα 32 εβδομάδων. Χρησιμοποιήθηκαν αρκετές διαφορετικές κλίμακες για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Μετά από 32 εβδομάδες θεραπείας, υπήρξε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής, την απόλαυση και την ικανοποίηση, τη γενική αυτοαποτελεσματικότητα και την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη. Είναι σημαντικό ότι οι επιδράσεις αυτές επιτεύχθηκαν στις 16 εβδομάδες και διατηρήθηκαν για όλο το χρονικό διάστημα των 32 εβδομάδων. Η εν λόγω μελέτη αποτελεί μία πολύ ελπιδοφόρα έρευνα για τα άτομα που αποφασίζουν να ακολουθήσουν μια θεραπεία με οπιοειδή καθώς η σημαντική βελτίωση στις 16 εβδομάδες είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντική.

Παρόλο που δεν υπάρχουν πολλές μελέτες που να συγκρίνουν την ποιότητα ζωής μεταξύ ατόμων που λαμβάνουν μεθαδόνη και βουπρενορφίνη, οι μελέτες υποδεικνύουν ότι η συμμετοχή σε κάθε τύπο θεραπείας με χρήση οπιοειδών έχει θετικό

αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής μπορεί να παράσχει κίνητρα στα άτομα να αποφεύγουν την παράνομη χρήση ουσιών και δραστηριοτήτων και μπορεί να τους παρακινήσει να κάνουν θετικές αλλαγές στη ζωή τους. Επίσης, ένας μικρός όγκος ερευνών έχει ασχοληθεί και με τη θεραπεία σε φυλακισμένους. Παρόλο που είναι ελάχιστα γνωστά για το πώς επηρεάζει η θεραπεία συντήρησης με οπιοειδή την ποιότητα ζωής των φυλακισμένων ατόμων, η συνέχιση της θεραπείας συντήρησης κατά τη φυλάκιση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να προσαρμοστούν στις συνθήκες των φυλακών. Τους επιτρέπουν, επίσης, να συμμετάσχουν σε καθημερινές δραστηριότητες όπως να εργάζονται και να παρακολουθούν μαθήματα με περιορισμένα τα συμπτώματα απόσυρσης. Επίσης, η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα ενώ βρίσκεται κάποιος στη φυλακή έχει συσχετιστεί με μειωμένα ποσοστά υποτροπής κατά την απελευθέρωση (Davis, et al., 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Εσωτερική Συγκρότηση

Η συνειδητοποίηση των δυνητικών επιπτώσεων των ψυχολογικών παραγόντων στη σωματική υγεία αναπτύχθηκε στις αρχές του 20ου αιώνα. Μαζί με την εμφάνιση της θεωρίας του στρες στη δεκαετία του 1970, η έρευνα για το ρόλο της προσωπικότητας και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες στην υγεία, έγινε πιο συστηματική. Έτσι λοιπόν, η έρευνα στην υγεία έχει εντοπίσει χαρακτηριστικά προσωπικότητας και συναισθήματα, τα οποία θεωρείται ότι επηρεάζουν την υγεία τόσο αρνητικά (π.χ. προσωπικότητα τύπου Α, εχθρότητα, κατάθλιψη, άγχος, νευρωτισμός) όσο και θετικά (π.χ. αυτό-αποτελεσματικότητα, αντοχή, αισιοδοξία).

Η θεωρία της εσωτερικής συγκρότησης (Sense Of Coherence) αναπτύχθηκε στα τέλη του 1970 από τον Αμερικανό-ισραηλινό κοινωνιολόγο Aaron Antonovsky (1979, 1987). Σε αντίθεση με άλλες σχετικές θεωρίες (π.χ. η θεωρία του Bandura για την αυτο-επάρκεια), η εσωτερική συγκρότηση δεν αντιπροσωπεύει ένα σταθερό τρόπο συμπεριφοράς με έναν ορισμένο τρόπο σε μια δεδομένη κατάσταση. Μάλλον αντικατοπτρίζει μια ευέλικτη ρύθμιση προσανατολισμού στη ζωή που προάγει την επιτυχή αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Επιπλέον, ο Antonovsky εστιάζει περισσότερο από άλλους την προσοχή του στην καλή υγεία και στην εύρεση απαντήσεων στην ερώτηση: *«Γιατί ορισμένοι άνθρωποι παραμένουν υγιείς ανεξάρτητα από σοβαρές δυσκολίες, ενώ άλλοι όχι;»*.

Ο Antonovsky λοιπόν, πρότεινε μια προσέγγιση για την προέλευση της υγείας - σε αντίθεση με την προέλευση των ασθενειών - που σχετίζεται με την ψυχή (salutogenic approach), με βάση την υπόθεση ότι το ανθρώπινο περιβάλλον προκαλεί πίεση και στρες. Οι στρεσογόνοι παράγοντες που ευθύνονται γι' αυτό μπορεί να είναι γενετικοί, μικροβιολογικοί, προσωπικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί ή ακόμα και γεωπολιτικοί. Η φυσιολογική κατάσταση του ανθρώπινου οργανισμού είναι περισσότερο μια κατάσταση διαταραχής και σύγκρουσης, παρά σταθερότητας και ομοιότητας. Ο Antonovsky εστίασε την προσοχή του στο να δημιουργήσει τάξη μέσα από το χάος, και τόνισε τη σημασία των μηχανισμών αντιμετώπισης (coping resources) στην καταπολέμηση του στρες. Έτσι, αναζήτησε μια έννοια-πλαίσιο που θα χαρακτήριζε τα κοινόχρηστα στοιχεία από μια μεγάλη ποικιλία γενικών παραγόντων αντίστασης (generalized resistance resources), όπως οι συνθήκες διαβίωσης στη παιδική ηλικία, η κοινωνική υποστήριξη, η πολιτιστική σταθερότητα, η εκπαίδευση και το εισόδημα, οι οποίοι θα μπορούσαν να διευκολύνουν την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων και να προωθούν την υγεία. Κατά συνέπεια, διαπίστωσε ότι αυτό που

έχουν κοινό μεταξύ τους οι γενικοί παράγοντες αντίστασης είναι ένας προσανατολισμός της ζωής, τον οποίο ονόμασε «Εσωτερική Συγκρότηση» (Antonovsky, 1979, Sagy & Antonovsky, 2000).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Antonovsky (Antonovsky, 1987, σ. 19) η εσωτερική συγκρότηση είναι:

“Ένας οικουμενικός προσανατολισμός που εκφράζει την έκταση στην οποία κάποιος έχει ένα διάχυτο, διαρκές αλλά και δυναμικό συναίσθημα εμπιστοσύνης ότι: α) τα ερεθίσματα, που απορρέουν από το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του στην πορεία της ζωής είναι δομημένα, προβλέψιμα και εξηγήσιμα, β) υπάρχουν πόροι, οι οποίοι είναι διαθέσιμοι για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις που θέτουν αυτά τα ερεθίσματα, γ) αυτές οι απαιτήσεις είναι προκλήσεις, που αξίζουν να επενδύσει κάποιος και να δεσμευτεί σε αυτές”.

Η εσωτερική συγκρότηση έχει, λοιπόν, τρία κύρια συστατικά (Antonovsky, 1979, 1987):

1. κατανόηση (comprehensibility),
2. διαχειρισιμότητα (manageability),
3. και νόημα (meaningfulness).

3.1 Η ανάπτυξη της εσωτερικής συγκρότησης

Σύμφωνα με τη θεωρία είναι, κυρίως, οι ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και ιστορικές συνθήκες και καταστάσεις που παρέχουν την ανάπτυξη και ενίσχυση εμπειριών που θα οδηγήσουν σε μια ισχυρή εσωτερική συγκρότηση. Αυτές οι συνθήκες λειτουργούν ως πηγές γενικών παραγόντων αντίστασης (sources of generalized resistance resources) (Antonovsky, 1979). Επιπροσθέτως, οι γονικές αξίες και τα πρότυπα ανατροφής θεωρούνται ψυχολογική πηγή των μέσων αυτών, καθώς η αναπτυξιακή διαδικασία της εσωτερικής συγκρότησης ξεκινάει την ίδια χρονική στιγμή που το παιδί αρχίζει να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του (Sagy & Antonovsky, 2000).

Ένα παιδί θα βιώσει το συναίσθημα της ασφάλειας σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από συνεπείς και οικείες εμπειρίες καθώς και από σταθερές και μόνιμα κοντινές σχέσεις. Συνεπώς, το παιδί αυτό θα είναι σε θέση να διακρίνει ερεθίσματα που θα προέρχονται από το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του ως γνωστά και οικεία, και θα αρχίσει να ανταποκρίνεται με παρόμοιο τρόπο. Έτσι ο κόσμος αρχίζει να φαίνεται συνεπής και το παιδί αναπτύσσει μια αίσθηση κατανόησης (comprehensibility) (Antonovsky, 1987).

Εκτός του να είναι συνεπείς οι εμπειρίες, θα πρέπει να είναι και ευχάριστες, καθώς το βρέφος είναι ένα ενεργό ον, που κατηγορηματικά αναζητά τρόπους για να διαμορφώσει το περιβάλλον του και τη συμπεριφορά των άλλων. Αν το αποτέλεσμα είναι συναφές με τις ενέργειες του παιδιού, θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι ήδη από τα πρώτα χρόνια υπάρχει συμμετοχή στη διαμόρφωση αποτελεσμάτων και κοινωνικά αποδεκτών αποφάσεων, που αποτελούν τη βάση για το συστατικό του νοήματος (meaningfulness) (Antonovsky, 1987).

Σύμφωνα με τον Antonovsky, οι εμπειρίες εξισορρόπησης φόρτου (experiences of load balance) αναπτύσσουν μια αίσθηση διαχειρισιμότητας (manageability). Η εξισορρόπηση φόρτου αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι καταφέρνουν να επωμίζονται φορτία κατάλληλα για τις απαιτήσεις που έχουν και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης που διαθέτουν. Οι γονείς, οι οποίοι είναι προσανατολισμένοι προς την πολυπλοκότητα, την ευελιξία, τις εναλλακτικές λύσεις και την αυτο-καθοδήγηση, αντιλαμβάνονται δηλαδή τα προβλήματα ως διαχειρίσιμα και επιλύσιμα, είναι πιθανό να ανταποκριθούν στο παιδί με τρόπο που θα αποτρέψει την υποφόρτιση ή υπερφόρτωση (under-load και over-load). Όσο ισχυρότερη είναι η εσωτερική συγκρότηση των γονέων, τόσο πιο πιθανό είναι να μπορέσουν να προσφέρουν στο παιδί εμπειρίες ζωής που θα κατευθύνονται προς στην ίδια κατεύθυνση (Antonovsky, 1987).

Το βασικό επίπεδο της εσωτερικής συγκρότησης αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της βρεφικής και παιδικής ηλικίας, ενώ, το επόμενο επίπεδο, αναφερόμενο ως δοκιμαστικό, χτίζεται στην εφηβεία. Αυτή η συνήθως ανήσυχη περίοδος της ζωής μπορεί είτε να ενισχύσει είτε να απειλήσει το βασικό επίπεδο της εσωτερικής συγκρότησης, καθώς η ανάπτυξη της εσωτερικής συγκρότησης είναι πιο περίπλοκη σε ένα περιβάλλον αβεβαιότητας, μη προβλεψιμότητας και φτώχειας (Garcia-Moya, et al., 2012). Ωστόσο, η εφηβεία ανοίγει επίσης αρκετά διαφορετικά μονοπάτια για την ενίσχυση του βασικού επιπέδου (Feldt, et al., 2011).

Το δοκιμαστικό επίπεδο αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, στο κατώφλι της ενήλικης ζωής, κατά το οποίο οι επικείμενες αναπτυξιακές τάσεις επηρεάζονται από την εμπλοκή σε μακροχρόνιες σχέσεις, κοινωνικούς ρόλους και επαγγελματική ζωή, ενώ η ποιότητα και η ποσότητα αυτών των πόρων καθορίζει το τελικό επίπεδο της εσωτερικής συγκρότησης, στη διάρκεια της τελευταίας φάσης της

αναπτυξιακής διαδικασίας, με άλλα λόγια μεταξύ της ηλικίας 20 έως 30 ετών. Η ανάπτυξη της εσωτερικής συγκρότησης, επομένως, ξεκινά στη πρώιμη παιδική ηλικία και τελειώνει γύρω στην ηλικία των 30 και θεωρείται ότι είναι σταθερή στη συνέχεια (Feldt, et al., 2011).

3.2 Γενικοί παράγοντες αντίστασης

Ένα άλλο ερώτημα που απασχόλησε τον Antonovsky εκτός από την προέλευση της υγείας ήταν το γιατί οι εύποροι, μορφωμένοι άνθρωποι είναι περισσότερο υγιείς από τους ανθρώπους που βρίσκονται στην αντίθετη κατάσταση. Πώς, για παράδειγμα, η εκπαίδευση καταλήγει σε υγεία. Η επίτευξη μιας πολύ ισχυρής εσωτερικής συγκρότησης εξαρτάται από την παρουσία γενικών παραγόντων αντίστασης (generalized resistance resources), τουλάχιστον κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής διαδικασίας. Αυτοί οι γενικευμένοι πόροι ορίζονται ως τα χαρακτηριστικά ενός ατόμου, μιας ομάδας, μιας κουλτούρας ή κοινωνίας που είναι σε θέση να διευκολύνουν την αποτελεσματική διαχείριση της έντασης (Read, et al., 2005). Εξ'ορισμού, συμβάλλουν σε εμπειρίες ζωής που χαρακτηρίζονται από συνέπεια, συμμετοχή στη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων, καθώς και μια ισορροπία αποφόρτισης/υπερφόρτωσης. Επαναλαμβανόμενες εμπειρίες ζωής αυτού του είδους ενισχύουν την εσωτερική συγκρότηση λόγω του ότι συνδέονται στενά με τις τρεις έννοιες με τις οποίες εκείνη είναι στενά συνδεδεμένη, δηλαδή την κατανόηση, τη διαχειρισσιμότητα και το νόημα (Antonovsky, 1987). Ακόμη, οι γενικοί παράγοντες αντίστασης βοηθούν τους ανθρώπους να αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις με επιτυχία, ενώ κάθε νέα επιτυχημένη εμπειρία ενισχύει περαιτέρω την εμπιστοσύνη και

αυτοπεποίθησή τους, κάτι το οποίο αντανακλάται στην εσωτερική τους συγκρότηση και ως εκ τούτου στην υγεία και την ευημερία τους (Hobfoll, 2002). Συνεπώς, η εσωτερική συγκρότηση μετατρέπει τις επιπτώσεις των γενικών παραγόντων αντίστασης σε υγεία.

Οι γενικοί παράγοντες αντίστασης περιλαμβάνουν οποιαδήποτε φυσικά (γενετική δύναμη, ανοσολογικά χαρακτηριστικά), γνωστικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά (ταυτότητα του εγώ, γνώση-νοημοσύνη, αυτοεκτίμηση, κυρίαρχα πολιτιστικά στοιχεία, παραδόσεις) και στρατηγικές αντιμετώπισης, που διατηρούν την καλή υγεία. Οι πιο σημαντικοί από αυτούς τους πόρους περιλαμβάνουν τις παιδικές συνθήκες διαβίωσης, την εκπαίδευση, τον πλούτο, παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία, την κοινωνική ζωή και την υποστήριξη. Για παράδειγμα, η πρόσβαση σε χρήματα είναι ένας κρίσιμος γενικός παράγοντας αντίστασης στις περισσότερες κοινωνίες αφού τα χρήματα εξασφαλίζουν ένα καλύτερο γιατρό, αλλά συνδέονται επίσης με την απόκτηση και άλλων χρήσιμων πόρων (Hobfoll, 2001).

Ακόμα πιο σημαντικό από τον αριθμό των γενικευμένων πόρων αντίστασης, είναι η ικανότητα του ατόμου να τους επιστρατεύσει σωστά. Από την άλλη πλευρά, οι ελλείψεις γενικών παραγόντων αντίστασης εισάγουν εντροπία στο σύστημα, και μπορούν να εξελιχθούν σε παράγοντες άγχους. Ο Antonovsky (1987) διακρίνει τρία διαφορετικά είδη στρεσογόνων παραγόντων:

1. χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες,
2. σημαντικά γεγονότα ζωής,
3. οξείες καθημερινές ενοχλήσεις.

Οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες (π.χ. έλλειψη εκπαίδευσης, φτώχεια, ανεργία, έλλειψη κοινωνικών σχέσεων) αποτελούν το μεγαλύτερο κίνδυνο, όσον αφορά το επίπεδο της εσωτερικής συγκρότησης (Antonovsky, 1987).

Η πλήρης κατανόηση της έννοιας της εσωτερικής συγκρότησης απαιτεί γνώση των παραγόντων που προωθούν την ανάπτυξή της. Ωστόσο, ο Antonovsky δεν καθόρισε ιδιαίτερα τις συνθήκες που οδηγούν σε μια ισχυρή εσωτερική συγκρότηση, και δεν μελέτησε εμπειρικά τον ρόλο των γενικών παραγόντων αντίστασης. Η θεωρία του είναι συζητήσιμη κυρίως λόγω της αφάνειας των διαδικασιών ανάπτυξης που εμπλέκονται (Geyer, 1997). Απαιτείται πιο λεπτομερής γνώση των παραγόντων που προωθούν την εσωτερική συγκρότηση, προκειμένου να ενισχυθεί η κατανόηση της έννοιας και η ανάπτυξή της, με άλλα λόγια τα μονοπάτια που θα οδηγήσουν σε μια ισχυρή εσωτερική συγκρότηση. Μόνο τότε θα είναι δυνατές οι άμεσες κοινωνικές παρεμβάσεις, όπου αυτές είναι απαραίτητες, προκειμένου να υποστηρίξουν αυτή την ανάπτυξη, και σταδιακά, την καλή υγεία.

3.3 Ο ρόλος του φύλου

Ο Antonovsky θεωρεί ότι οι ρόλοι των φύλων έχουν υιοθετηθεί γιατί μας επιτρέπουν να ενεργήσουμε με ικανό τρόπο στον κόσμο, έτσι μπορούμε να ελέγξουμε τον κοινωνικό κόσμο, να προβλέψουμε και να χειραγωγήσουμε τις αιτιώδεις δομές του (Antonovsky, 1987). Το συμπέρασμα είναι ότι έτσι μπορούμε να διαχειριστούμε τη ζωή και ως εκ τούτου η ίδια να γίνει κατανοητή και να βιωθεί ως ουσιαστική, από τους ανθρώπους είτε ως γυναίκες, είτε ως άνδρες. Αν και ο ίδιος δεν συζήτησε συγκεκριμένα για τον ρόλο των φύλων στη θεωρία του, υποστήριξε, ωστόσο, ότι οι γυναίκες που

ανήκουν στη φτωχή και εργατική τάξη διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο για χαμηλή εσωτερική συγκρότηση, και ότι οι ταξικές διαφορές είναι εξίσου σημαντικές όσο οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (Nilsson, et al., 2000).

3.4 Η σταθερότητα της εσωτερικής συγκρότησης

Ένα ουσιαστικό χαρακτηριστικό της εσωτερικής συγκρότησης είναι ότι, θεωρητικά, αποτελεί έναν αρκετά σταθερό διαθέσιμο προσανατολισμό. Θεωρείται ότι η ίδια αναπτύσσεται από τη νηπιακή ηλικία μέχρι περίπου την ηλικία των 30 ετών. Έκτοτε υποτίθεται ότι είναι σχετικά σταθερή, δεδομένου ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν κάνει τις σημαντικότερες δεσμεύσεις της ζωής τους, όσον αφορά το γάμο, το επάγγελμα, την εργασία και έχουν καθιερώσει τους κοινωνικούς τους ρόλους. Όλα αυτά, στο σύνολό τους, παρέχουν ένα σταθερό σύνολο εμπειριών που προωθούν την εσωτερική συγκρότηση (Antonovsky, 1979, 1987).

Παρόλα αυτά, ο ίδιος τονίζει ότι η εσωτερική συγκρότηση δεν είναι αμετάβλητη. Επισημαίνει τη δυναμική φύση της, αναγνωρίζοντας ότι ορισμένες τροποποιήσεις «διακυμάνσεις γύρω από μια μέση στάθμη», όπως ο ίδιος αποκαλεί, ενδέχεται να παρουσιαστούν σε όλη τη διάρκεια της ζωής ως αποτέλεσμα σημαντικών αλλαγών στους γενικούς παράγοντες αντίστασης του ατόμου. Ο θάνατος του συζύγου, για παράδειγμα, ή η ανεργία μπορούν να υπονομεύσουν μια μέτρια ή αδύναμη εσωτερική συγκρότηση, ενώ μια ισχυρή εσωτερική συγκρότηση θα παραμείνει είτε σταθερή, είτε, εάν και όταν υπονομευθεί, αποδυναμώνεται μόνο προσωρινά. Επιπλέον, πολύ επίμονες ή σοβαρές ασθένειες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο το επίπεδό της, προκαλώντας εργασιακή ανικανότητα (Antonovsky, 1987). Ωστόσο, η αλλαγή στην

εσωτερική συγκρότηση δεν θα είναι μεγαλύτερη από 10%, και το επίπεδο θα επιστρέψει στα φυσιολογικά μόλις ο λόγος της αλλαγής σταματήσει να υφίσταται (Smith, Breslin & Beaton, 2003).

3.5 Προηγούμενες μελέτες

Εμπειρικές μελέτες αναφέρουν ότι τα άτομα με ισχυρή εσωτερική συγκρότηση αποφεύγουν στρεσογόνους παράγοντες πιο εύκολα και βιώνουν λιγότερες αρνητικές εμπειρίες ζωής, ενώ τα άτομα με χαμηλή εσωτερική συγκρότηση είναι πιο πιθανό να ερμηνεύσουν τους παράγοντες αυτούς ως απειλητικούς και αγχωτικούς (Anson, et al., 1993, Antonovsky & Sagy, 1986). Επιπλέον, τα άτομα με χαμηλή εσωτερική συγκρότηση τείνουν να βιώνουν περισσότερη δυστυχία και θυμό όταν αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις, και είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ήσσοнос σημασίας παράγοντες άγχους ως χρόνιες πηγές άγχους (Antonovsky & Sagy, 1986, McSherry & Holms, 1994). Σύμφωνα με έρευνα του Eriksson (2007), η εσωτερική συγκρότηση φαίνεται να έχει αντίκτυπο και προγνωστική αξία πάνω στην ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ της εσωτερικής συγκρότησης και της ποιότητας ζωής.

Η σχέση της εσωτερικής συγκρότησης έχει μελετηθεί, ανά τα έτη, σε συνάρτηση με αρκετές ασθένειες. Ορισμένες από αυτές είναι σωματικές, για παράδειγμα μυοσκελετικά συμπτώματα (Tuomi, et al., 1999), διαβήτη (Cohen & Kanter, 2004), κάποιες έχουν ψυχοσωματική συνιστώσα όπως χρόνιο πρόβλημα στο στομάχι (Nilsson, et al., 2003), ενώ άλλες είναι ψυχιατρικές ασθένειες (Kouvonen, et al., 2010). Μια έρευνα πάνω στην εσωτερική συγκρότηση εστίασε στο να προβλέψει

το αποτέλεσμα της ψυχιατρικής θεραπείας. Οι Helvik και οι συνεργάτες του (2014) βρήκαν ότι το επίπεδο της εσωτερικής συγκρότησης αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια ενδονοσοκομειακής θεραπείας, αλλά το αποτέλεσμα της θεραπείας δεν μπορούσε να προβλεφθεί από την αρχική εσωτερική συγκρότηση. Ωστόσο, μια ιδιαίτερα σημαντική σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της αύξησης της εσωτερικής συγκρότησης και της μείωσης των παραπόνων (δηλαδή του άγχους και της κατάθλιψης). Οι Chumbler και συνεργάτες (2008) βρήκαν όχι μόνο μια σημαντικά αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο της εσωτερικής συγκρότησης και της κατάθλιψης, αλλά επίσης και μια σημαντικά θετική σχέση μεταξύ της εσωτερικής συγκρότησης και της ηλικίας.

Τέλος, μετά από μελέτες σε άτομα καταθλιπτικά και με αυτοκτονικές τάσεις, φάνηκε πως η εσωτερική συγκρότηση προβλέπει καλύτερα τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την προσπάθεια για αυτοκτονία από τις κλίμακες που μετρούν την κατάθλιψη, την απελπισία και την αυτοεκτίμηση. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν δυσκολία στην ενεργή επίλυση προβλημάτων και είναι πιο ευαίσθητα στην ανάπτυξη δυσλειτουργικών συμπεριφορών, ιδίως όσον αφορά την ικανότητά τους να διαχειρίζονται στρεσογόνες καταστάσεις. Γενικότερα, φαίνεται ότι η εσωτερική συγκρότηση έχει μια στενή σχέση με το άγχος, την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό, αλλά και με τις ψυχιατρικές ασθένειες συνολικά, όμως δεν έχει γίνει ακόμα σαφές εάν αυτό παρουσιάζει κάποια κλινική σημασία στη θεραπεία της νόσου (Skarsater, et al., 2009).

3.5.1 Ερωτηματολόγιο Εσωτερικής Συγκρότησης

Για τους σκοπούς της εμπειρικής εξερεύνησης, ο Antonovsky έβαλε τη θεωρία του σε πράξη με τη μορφή ενός ερωτηματολογίου: «the Orientation to Life Questionnaire (OLQ)», που περιλαμβάνει 29 ερωτήσεις (SOC-29) και μετράει τα τρία κύρια χαρακτηριστικά (Antonovsky, 1979, Antonovsky, 1987):

1. κατανόηση (comprehensibility),
2. διαχειρισσιμότητα (manageability),
3. και νόημα (meaningfulness).

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε 51 ανταποκριτές. Σύμφωνα με τις πρώτες εμπειρικές μελέτες που έγιναν στην Αγγλία και το Ισραήλ κατά τη διάρκεια του 1983-1987, τα σταθερά υψηλά επίπεδα του ελέγχου Cronbach alpha (που κυμαίνονταν μεταξύ 0,84 και 0,93), επιβεβαίωσαν την εσωτερική συνοχή και την αξιοπιστία του εργαλείου (Antonovsky, 1987). Μια συντομότερη μορφή της κλίμακας, που περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις, τέθηκε σε χρήση αργότερα (SOC-13), η οποία χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα.

Έκτοτε, η σχέση μεταξύ εσωτερικής συγκρότησης και υγείας, όπως προβλέπεται στη θεωρία, έχει εξεταστεί σε τουλάχιστον 32 χώρες σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση που διεξήχθη κατά το 1992-2003 και περιλάμβανε 458 επιστημονικές δημοσιεύσεις και 13 διδακτορικές διατριβές (Eriksson & Lindstrom, 2005), η εσωτερική συγκρότηση έχει ένα σημαντικό, συντονιστικό ή διαμεσολαβητικό ρόλο στην εξήγηση της υγείας και φαίνεται να μπορεί να προβλέψει τα επίπεδα υγείας των ατόμων (Eriksson, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ερευνητικό Μέρος

4.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ενίσχυσης της εσωτερικής συγκρότησης και η μελέτη βελτίωσης της ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων μελών των προγραμμάτων υποκατάστασης του OKANA, με βουπρενορφίνη και μεθαδόνη κατά την εισαγωγή τους το 2016 και το 2017. Η παρούσα μελέτη θα συμβάλει και στην κάλυψη του βιβλιογραφικού κενού, καθώς μέχρι τώρα δεν έχουν αξιολογηθεί τα 2 προγράμματα του OKANA στις υπό εξέταση μεταβλητές. Παράλληλα με τα παραπάνω, θα διερευνηθεί επίσης και ποια από τις δύο ουσίες αποδεικνύεται ίσως πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της εξάρτησης, ενισχύοντας τα επίπεδα ποιότητας ζωής και εσωτερικής συγκρότησης των συμμετεχόντων.

Αναφορικά τώρα με τα προγράμματα του OKANA, αυτά λαμβάνουν χώρα σε Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας, δηλαδή σε δομές του οργανισμού οι οποίες συνεργάζονται με υποστηρικτικές υπηρεσίες ή είναι αυτόνομες. Στις μονάδες αυτές χορηγούνται οι εγκεκριμένες ουσίες για την υποκατάσταση της εξάρτησης, καθώς και άλλες εγκεκριμένες φαρμακευτικές ουσίες για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. Παράλληλα, οι εν λόγω δομές προσφέρουν και συμβουλευτικά υποστηρικτικά προγράμματα με τη βοήθεια ειδικού προσωπικού, το οποίο ο κάθε ασθενής δηλώνει ως Πρόσωπο Αναφοράς και δημιουργεί μαζί του μια σχέση στην πορεία αντιμετώπισης του προβλήματος. Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί ή παθολόγοι και παρακολουθούν τους ασθενείς, συμβουλευόντάς τους για

το πώς να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες και μελλοντικά να επανενταχθούν στην κοινωνία.

4.2 Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις καλύπτουν 3 διαφορετικούς ελέγχους, οι οποίοι αφορούν σύγκριση μεταξύ των μελών των δύο προγραμμάτων μεθαδόνης και βουπρενορφίνης αναλόγως με την ουσία που χορηγείται, σύγκριση μεταξύ των μελών αναλόγως με το έτος κατά το οποίο εισήχθησαν στο πρόγραμμα και σύγκριση μεταξύ των μελών αναλόγως με το φύλο τους. Πιο συγκεκριμένα, σχηματίζονται οι εξής ερευνητικές υποθέσεις (Π.Ζ.: Ποιότητα Ζωής, Ε.Σ.: Εσωτερική Συγκρότηση):

- 1.1 Τα εξυπηρετούμενα μέλη σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη κατά το 2016, παρουσιάζουν υψηλότερη Π.Ζ. (σε 9 υποκλίμακες) και Ε.Σ. (συνολικό σκορ) από τα εξυπηρετούμενα μέλη με μεθαδόνη κατά το 2017
- 1.2 Τα εξυπηρετούμενα μέλη σε πρόγραμμα υποκατάστασης με βουπρενορφίνη κατά το 2016, παρουσιάζουν υψηλότερη Π.Ζ. (σε 9 υποκλίμακες) και Ε.Σ. (συνολικό σκορ) από τα εξυπηρετούμενα μέλη με βουπρενορφίνη κατά το 2017
- 2.1 Οι άνδρες που συμμετέχουν σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη κατά το 2016, παρουσιάζουν υψηλότερη Π.Ζ. και Ε.Σ. από τις γυναίκες του ίδιου προγράμματος που ξεκίνησαν το 2016
- 2.2 Οι άνδρες σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη κατά το έτος 2017, παρουσιάζουν υψηλότερη Π.Ζ. και Ε.Σ. από τις γυναίκες του ίδιου προγράμματος που ξεκίνησαν το 2017

2.3 Οι άνδρες σε υποκατάσταση με βουπρενορφίνη κατά το 2016, παρουσιάζουν υψηλότερη Π.Ζ. και Ε.Σ. από τις γυναίκες σε υποκατάσταση με βουπρενορφίνη από το 2016

2.4 Οι άνδρες σε πρόγραμμα υποκατάστασης με βουπρενορφίνη από το 2017, παρουσιάζουν υψηλότερη Π.Ζ. και Ε.Σ. από τις γυναίκες σε πρόγραμμα βουπρενορφίνης από το 2017

3.1 Τα εξυπηρετούμενα μέλη που χορηγούνται το υποκατάστατο της μεθαδόνη από το 2016, παρουσιάζουν υψηλότερη Π.Ζ. και Ε.Σ. από τα εξυπηρετούμενα μέλη με βουπρενορφίνη από το 2016

3.2 Τα εξυπηρετούμενα μέλη που χορηγούνται το υποκατάστατο της μεθαδόνης από το 2017, παρουσιάζουν υψηλότερη Π.Ζ. και Ε.Σ. από τα εξυπηρετούμενα μέλη της βουπρενορφίνης το 2017

4.3 Μέθοδος συλλογής και ανάλυσης δεδομένων

Μέσα από τα επίσημα στοιχεία του OKANA στην έρευνα θα συμμετείχαν αρχικά 200 άτομα. Λόγω όμως της διαρροής των μελών από τις μονάδες υποκατάστασης είτε λόγω φυλάκισης, είτε αποβολής, είτε μη εμφάνισης κ.λπ. το δείγμα της έρευνας δεν ξεπέρασε τα 134 άτομα (101 άνδρες και 33 γυναίκες.). Στις περισσότερες μελέτες οι γυναίκες αντιμετωπίζονται ως μια υποκατηγορία χρηστών και έτσι πληροφορίες που αφορούν τους άνδρες χρήστες γενικεύονται και στο γυναικείο πληθυσμό (Κασσέρη & Αυδή, 2008). Το μεγαλύτερο μέρος της συλλογής των δεδομένων έλαβε χώρα στις μονάδες υποκατάστασης της Θεσσαλονίκης και ένα

μικρότερο μέρος από τη μονάδα υποκατάστασης του Βόλου. Οι ομάδες των συμμετεχόντων στην έρευνα διακρίνονται στις εξής δύο κατηγορίες, βάσει του υποκατάστατου που τους χορηγείται αλλά και του χρόνου που βρίσκονται στο πρόγραμμα:

- **31** εξυπηρετούμενα μέλη (26 άνδρες και 5 γυναίκες) τα οποία βρίσκονται **έως 2 έτη** στο πρόγραμμα υποκατάστασης με **μεθαδόνη** και **34** ακόμη του ίδιου προγράμματος (26 άνδρες και 8 γυναίκες), τα οποία όμως βρίσκονται στο πρόγραμμα **έως 1 έτος**
- **33** εξυπηρετούμενα μέλη (25 άνδρες και 8 γυναίκες) τα οποία βρίσκονται **έως 2 έτη** στο πρόγραμμα υποκατάστασης με **βουπρενορφίνη** και **36** ακόμη του ίδιου προγράμματος (24 άνδρες και 12 γυναίκες), τα οποία όμως βρίσκονται στο πρόγραμμα **έως 1 έτος**

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS, ενώ η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι ο έλεγχος t-test μονόπλευρων υποθέσεων. Πιο αναλυτικά, υπολογίστηκε αρχικά ο συντελεστής “Cronbach a” προκειμένου να διαπιστωθεί η εσωτερική συνοχή (internal consistency) των εξαρτημένων μεταβλητών, δηλαδή των 9 υποκλιμάκων της Ποιότητας ζωής και του μοναδικού σκορ της Εσωτερικής συγκρότησης (όλες τους είναι scale-variables) και η οποία θα πρέπει να υπολογιστεί μεγαλύτερη του 70%, ώστε να θεωρηθεί ικανοποιητική. Το μέγεθος αυτό θα δώσει αξιοπιστία στα αποτελέσματα, ενώ στη συνέχεια και προκειμένου να αποφευχθεί Σφάλμα Τύπου I, δηλαδή να απορριφθεί η αρχική υπόθεση ενώ στην πραγματικότητα είναι αληθινή, επιλέχθηκε ένα πιο αυστηρό επίπεδο σημαντικότητας (η ένδειξη sig. στους πίνακες του SPSS) και συγκεκριμένα το $\alpha=0,00625$ (στην πορεία περιγράφεται ο τρόπος υπολογισμού του) αντί του συνηθισμένου $\alpha=0,05$.

4.4 Ερευνητικά εργαλεία

Πρώτο ερευνητικό εργαλείο: Δημιουργήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο για τη συλλογή δημογραφικών στοιχείων (όπως το φύλο, η ηλικία, η συχνότητα χρήσης, η οικογενειακή κατάσταση, η εργασιακή κατάσταση και η παραμονή στο πρόγραμμα).

Δεύτερο ερευνητικό εργαλείο: Χρησιμοποιήθηκε ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής: Το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF- 36 εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας και οι 36 ερωτήσεις που περιλαμβάνει συνθέτουν εννιά κλίμακες, οι οποίες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο συνοπτικές κλίμακες, της σωματικής και της ψυχικής υγείας (Ware, 1992). Το σκορ κάθε κλίμακας προκύπτει από τις δοθείσες απαντήσεις, ποσοτικοποιώντας αυτές στην ουσία, ώστε να πραγματοποιείται με μεγαλύτερη ευκολία ο στατιστικός τους έλεγχος.

Τρίτο ερευνητικό εργαλείο: Χρησιμοποιήθηκε ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της εσωτερικής συγκρότησης, Sense of Coherence (SOC). Η κλίμακα βασίζεται στη συστημική θεώρηση, όπου όλα τα ζωντανά συστήματα είναι ανοιχτά, αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους και για να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά οποιουδήποτε οργανισμού θα πρέπει να τον δούμε ως σύνολο (Antonovsky, 1987). Το ερωτηματολόγιο, βάσει του διεθνώς αποδεκτού τρόπου διερεύνησής του μετρά ένα συνολικό σκορ (total score) των απαντήσεων των συμμετεχόντων και στη συνέχεια αυτό μπορεί να σχολιαστεί ή να συσχετιστεί με πλήθος μεταβλητών. Το σκορ αυτό προκύπτει ξανά από ποσοτικοποίηση των δοθέντων απαντήσεων, ώστε να καταστεί ευκολότερη η διαχείρισή τους.

4.5 Δεοντολογικά ζητήματα

Στους συμμετέχοντες δόθηκε ένα έντυπο συγκατάθεσης το οποίο τους ενημέρωνε για το σκοπό της έρευνας, την ανωνυμία της συμμετοχής τους και την προστασία των πληροφοριών που προσέφεραν. Η προσέγγιση των ερωτώμενων έγινε εντός των μονάδων στις οποίες λάμβαναν την αγωγή, ενώ η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε εκτός εργασίας.

4.6 Ανάλυση των δεδομένων

Μετά από τη συλλογή των ερωτηματολογίων, τα αποτελέσματα περάστηκαν στη φόρμα του SPSS, ώστε να καταστεί ευκολότερη η στατιστική τους ανάλυση. Χρησιμοποιώντας τις απαντήσεις του πρώτου ερωτηματολογίου, δηλαδή του SF-36, έγινε βαθμολόγηση των απαντήσεων, έτσι όπως προτείνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, προκειμένου αυτές να μετατραπούν σε αριθμητικές (scale, από nominal που είναι σε ανεπεξέργαστη μορφή) και να μπορεί το SPSS να τις διαχειριστεί σωστά, δηλαδή με τον τρόπο που προτείνεται σε αντίστοιχες αναλύσεις. Στη συνέχεια, όπως υπαγορεύει το SF-36 στον οδηγό του, πραγματοποιήθηκε ομαδοποίηση συγκεκριμένων ερωτήσεων, έτσι ώστε να προκύψουν οι παρακάτω ομάδες (σε παρένθεση οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που περιέχονται σε κάθε ομάδα):

- Physical functioning [Σωματική λειτουργία] (3,4,5,6,7,8,9,10,11,12)
- Role functioning/physical [Ορθή λειτουργία/σωματικά] (13,14,15,16)
- Role functioning/emotional [Ορθή λειτουργία/συναισθηματικά] (17,18,19)
- Energy/fatigue [Ενέργεια/κούραση] (23,27,29,31)
- Emotional well-being [Συναισθηματική ευημερία] (24,25,26,28,30)

- Social functioning [Κοινωνική λειτουργία] (20,32)
- Pain [Πόνος] (21,22)
- General health [Γενική υγεία] (1,33,34,35,36)
- Health change [Μεταβολή υγείας] (2)

Ξεκινώντας με την εσωτερική συνοχή των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε ο υπολογισμός του “Cronbach α ” ο οποίος όπως φαίνεται στον παρακάτω Πίνακα 1., ανήλθε στο 81% για τις εννέα υποκλίμακες της Π.Ζ. και το σκορ της Ε.Σ. στην ουσία της μεθαδόνης. Το αντίστοιχο ποσοστό για την ουσία της βουπρενορφίνης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2., ανήλθε στο 79,4%. Αυτό σημαίνει ότι και τα δύο παρουσιάζουν εσωτερική συνοχή και μάλιστα έχοντας η μεθαδόνη καλό επίπεδο και η βουπρενορφίνη αποδεκτό επίπεδο, άρα υπάρχει στο δείγμα αξιοπιστία των αποτελεσμάτων τους.

Πίνακας 1. Δείκτης εσωτερικής συνοχής δείγματος για την ουσία της μεθαδόνης		
Δείκτης Cronbach's α του δείγματος	Δείκτης Cronbach's α βασισμένος σε τυποποιημένα αντικείμενα	πλήθος αντικειμένων
,810	,824	10

Πίνακας 2. Δείκτης εσωτερικής συνοχής δείγματος για την ουσία της βουπρενορφίνης		
Δείκτης Cronbach's α του δείγματος	Δείκτης Cronbach's α βασισμένος σε τυποποιημένα αντικείμενα	πλήθος αντικειμένων
,794	,811	10

Περνώντας στους ελέγχους των υποθέσεων, η πρώτη που περιγράφεται είναι ο έλεγχος των κλιμάκων της Π.Ζ., με πρώτη τη Σωματική λειτουργία μεταξύ των μελών της μεθαδόνης του 2016 και του 2017. Για το Μ.Ο μεταξύ των δύο αυτών ομάδων φαίνεται ότι υπερισχύει αυτός του 2016, ωστόσο θα πρέπει να ελεγχθεί η στατιστική

σημαντικότητα αυτής της διαφοράς. Στο δεύτερο πίνακα παρακάτω φαίνεται ότι στο διάστημα εμπιστοσύνης περιλαμβάνεται το 0, ενώ και η στατιστική σημαντικότητα (sig.) του ελέγχου ξεπερνά κατά πολύ το όριο του 0,00625. Αυτό σημαίνει ότι η διαφορά των Μ.Ο προέρχεται από τυχαίους παράγοντες, δεν θεωρείται στατιστικά σημαντική και η μηδενική υπόθεση ότι τα μέλη μεθαδόνης του 2016 δεν παρουσιάζουν υψηλότερη τιμή σε αυτή την υποκλίμακα της Π.Ζ. από τα μέλη του 2017, δεν μπορεί να απορριφθεί. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το παραπάνω όριο σημαντικότητα 0,00625 προκύπτει από τη διαίρεση του 0,05 που αποτελεί το πρότυπο όριο σημαντικότητας για τέτοιους ελέγχους, με τις 8 υποθέσεις της ερευνητικής πρότασης. Επομένως, προκειμένου να αποφευχθεί Σφάλμα Τύπου I, το νέο όριο σημαντικότητας θα είναι το 0,00625 ώστε να απορριφθεί ή όχι η κάθε μηδενική υπόθεση.

Πίνακας 3. Στατιστικά μεγέθη μελών μεθαδόνης για τη Σωματική Λειτουργία

	meth_year	N	M.O	T.A	τυπικό μέσο σφάλμα
Phys_fun	2016	31	70,4301	17,99560	3,23211
	2017	34	65,5229	21,44165	3,67721

Πίνακας 4. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για τη μεθαδόνη (κλίμακα Σωματικής Λειτουργίας)

	Αποτέλεσμα ελέγχου Levene								
	F	σ.σ.	t	df	σ.σ. (2-tailed)	μέση διαφορά	διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
								κάτω όριο	άνω όριο
Phys_fun	2,586	,113	,994	63	,324	4,90723	4,93572	-4,95602	14,77049
			1,002	62,592	,320	4,90723	4,89575	-4,87740	14,69186

Το ίδιο συμβαίνει και στην πλειοψηφία των υπολοίπων κλιμάκων της Π.Ζ. όπως αυτές έχουν σημειωθεί πιο πάνω, όπου η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών που προκύπτουν δεν ξεπερνάει το όριο του 0,00625, εκτός από την κλίμακα της Γενικής Υγείας (η στατιστική της σημαντικότητα υπολογίστηκε σχεδόν μηδενική, δηλαδή μικρότερη του 0,00625), όπως φαίνεται στους Πίνακες 4.1.1. και 4.1.2. κάτι το

οποίο συναντάται και στην Ε.Σ., όπως φαίνεται στους Πίνακα 4.2.1 και 4.2.2 Αυτό σημαίνει ότι - εξαιρουμένης της Γενικής Υγείας και έπειτα της Ε.Σ. - σε όλες τις άλλες κλίμακες της Π.Ζ. δε σημειώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά ώστε να απορριφθεί η μηδενική υπόθεση.

Πίνακας 4.1.1. Στατιστικά μεγέθη μελών μεθαδόνης για τη Γενική Υγεία					
	meth_year	N	M.O.	T.A.	τυπικό μέσο σφάλμα
Gen_health	2016	31	39,0645	14,27570	2,56399
	2017	34	50,7353	17,32630	2,97144

Πίνακας 4.1.2. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για τη μεθαδόνη (κλίμακα Γενικής Υγείας)									
	Αποτέλεσμα ελέγχου Levene		t	df	σ.σ. (2-tailed)	μέση διαφορά	διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
	F	σ.σ.						κάτω όριο	άνω όριο
	Gen_health	,674						,415	-2,947
			-2,974	62,390	,004	-11,67078	3,92473	-19,51522	-3,82633

Πίνακας 4.2.1. Στατιστικά μεγέθη μελών μεθαδόνης για την Ε.Σ.					
	meth_year	N	M.O.	T.A.	Τυπικό μέσο σφάλμα
SOC_sum	2016	31	52,7742	6,00949	1,07934
	2017	34	47,7353	6,66656	1,14330

Πίνακας 4.2.2. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για τη μεθαδόνη (κλίμακα Γενικής Υγείας)									
	Αποτελέσματα ελέγχου Levene		t	df	σ.σ. (2-tailed)	μέση διαφορά	διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
	F	σ.σ.						κάτω όριο	άνω όριο
	SOC_sum	,610						,438	3,189
			3,205	62,994	,002	5,03890	1,57230	1,89691	8,18089

Πιο συγκεκριμένα, σε όλες τις κλίμακες της Π.Ζ. εκτός από αυτή της Γενικής Υγείας αλλά και έπειτα στην Ε.Σ., η μηδενική υπόθεση της έρευνας δεν μπορεί να απορριφθεί με βεβαιότητα. Αυτό σημαίνει ότι πιθανόν να μην παρουσιάζονται

σημαντικά υψηλότερες τιμές Π.Ζ. και Ε.Σ. (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας πάντα) για τα μέλη που βρίσκονται στο πρόγραμμα μεθαδόνης από το 2016, σε σχέση με τα μέλη του 2017. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η κλίμακα της Γενικής Υγείας, όπου εκεί τα μέλη του 2016 φαίνεται πως πράγματι παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τα μέλη του 2017, άρα μπορεί ορθώς να απορριφθεί η μηδενική υπόθεση και να διατυπωθεί ότι ισχύει η εναλλακτική, δηλαδή πως πράγματι τα μέλη που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη επί δύο συναπτά έτη βιώνουν υψηλότερα επίπεδα Γενικής Υγείας από τα μέλη που βρίσκονται στο πρόγραμμα μόλις 1 έτος. Αξίζει να σημειωθεί πως η Γενική Υγεία αποτελεί κλίμακα η οποία βαθμολογείται αντίστροφα (το υψηλό σκορ αντιστοιχεί σε χαμηλότερα επίπεδα Γενικής Υγείας) και για το λόγο αυτό από τον Πίνακα 4.1.1 συμπεραίνεται ότι τα μέλη του 2016 παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα στην κλίμακα αυτή.

Το ίδιο αποτέλεσμα συναντάται στην Ε.Σ., δηλαδή τα μέλη που βρίσκονται επί 2 χρόνια στο πρόγραμμα σημειώνουν τελικά καλύτερα επίπεδα. Εν κατακλείδι, στη Γενική Υγεία και την Ε.Σ. στο πρόγραμμα μεθαδόνης, η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται εφόσον τα μέλη του 2016 παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα από τα μέλη του 2017.

Αντιστοίχως και στην ουσία της βουπρενορφίνης, με την οποία σχετίζεται η δεύτερη ερευνητική υπόθεση. Όπως φαίνεται παρακάτω στον Πίνακα 5. για την κλίμακα της Σωματικής Λειτουργίας, τα μέλη του 2016 παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές. Ωστόσο, στον Πίνακα 6. φαίνεται στη συνέχεια ότι η στατιστική σημαντικότητα αυτής της διαφοράς δεν είναι ικανοποιητική, ενώ και στο διάστημα εμπιστοσύνης περιλαμβάνεται το 0. Αυτό σημαίνει ότι η μηδενική υπόθεση δε μπορεί να απορριφθεί, δηλαδή πιθανόν τα μέλη του προγράμματος υποκατάστασης με βουπρενορφίνη για το

έτος 2016 να μην παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στη Σωματική τους Λειτουργία (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας).

	voup_year	N	M.O	T.A	μέσο τυπικό σφάλμα
Phys_fun	2016	33	68,6798	16,96222	2,95274
	2017	36	62,9656	18,77125	3,12854

	Αποτέλεσμα ελέγχου Levene								
	F	σ.σ.	t	df	σ.σ. (2-tailed)	μέση διαφορά	διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
								κάτω όριο	άνω όριο
Phys_fun	,692	,408	1,322	67	,191	5,71412	4,32113	-2,91089	14,33912
			1,328	66,989	,189	5,71412	4,30191	-2,87257	14,30080

Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και στις υπόλοιπες κλίμακες της Π.Ζ. αλλά και στην Ε.Σ. για τα μέλη της βουπρενορφίνης, ενώ και εδώ η κλίμακα της Γενικής Υγείας βρίσκεται χαμηλότερα από το αποδεκτό όριο του 0,00625. Επομένως, διαπιστώνεται ότι δε σημειώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ώστε να μπορέσει η μηδενική υπόθεση να απορριφθεί με αξιοπιστία, άρα πιθανόν να μην σημειώνονται υψηλότερες τιμές (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) στην Π.Ζ. και την Ε.Σ. για τα μέλη της βουπρενορφίνης του 2016, εξαιρουμένης ξανά της κλίμακας της Γενικής Υγείας. Μόνο σε αυτή μπορεί να απορριφθεί ορθά η μηδενική υπόθεση και να γίνει δεκτό το γεγονός ότι παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα Γενικής Υγείας τελικά, τα άτομα που βρίσκονται στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης επί 2 έτη.

	voup_year	N	M.O.	T.A.	μέσο τυπικό σφάλμα
Gen_health	2016	33	38,3636	13,43693	2,33907
	2017	36	49,8611	16,66845	2,77808

Πίνακας 6.1.2. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για τη βουπρενορφίνη (κλίμακα Γενικής Υγείας)									
	Αποτέλεσμα ελέγχου Levene		t	df	σ.σ. (2-tailed)	μέση διαφορά	διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
	F	σ.σ.						κάτω όριο	άνω όριο
	Gen_health	,726						,397	-3,136
			-3,166	65,958	,002	-11,49747	3,63166	-18,74840	-4,24655

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση αφορά τους άνδρες και τις γυναίκες στο πρόγραμμα μεθαδόνης, για το έτος 2016 μόνο. Όπως φαίνεται στον παρακάτω Πίνακα 7., για την κλίμακα Σωματικής Λειτουργίας, οι άνδρες παρουσιάζουν οριακά υψηλότερη τιμή, αν και στον επόμενο Πίνακα 8. αποδεικνύεται ότι η στατιστική σημαντικότητα είναι πολύ υψηλότερη του επιτρεπόμενου ορίου. Αυτό σημαίνει ότι η μηδενική υπόθεση δεν μπορεί να απορριφθεί με αξιοπιστία και δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές αποδείξεις που να επιτρέπουν τον ισχυρισμό ότι οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές από τις γυναίκες στην κλίμακα Σωματικής Λειτουργίας, για το πρόγραμμα μεθαδόνης κατά το έτος εισαγωγής 2016.

Το ίδιο ωστόσο αποδείχθηκε και στις υπόλοιπες κλίμακες της Π.Ζ., όπως και στο σκορ της Ε.Σ., με μοναδική εξαίρεση εδώ την υποκλίμακα Αλλαγή Υγείας, όπως φαίνεται στους Πίνακες 8.1.1 και 8.1.2. Επομένως, μπορεί να ειπωθεί ότι δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ώστε να απορριφθεί με αξιοπιστία η μηδενική υπόθεση, πως οι άνδρες δηλαδή δεν παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές Π.Ζ. και Ε.Σ. από τις γυναίκες, στο πρόγραμμα μεθαδόνης για το έτος 2016. Πιο συγκεκριμένα θα λέγαμε πως οι άνδρες δεν παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές Π.Ζ. και Ε.Σ. από τις γυναίκες του 2016, στο πρόγραμμα μεθαδόνης, εκτός της κλίμακας Αλλαγής Υγείας (δηλαδή οι άνδρες σημειώνουν υψηλότερη αλλαγή στην υγεία τους από τις γυναίκες το 2016).

Πίνακας 7. Στατιστικά μεγέθη ανδρών-γυναικών στο πρόγραμμα μεθαδόνης κατά το έτος 2016 για την κλίμακα Σωματικής Λειτουργίας					
	sex_q2	N	M.O	T.A	μέσο τυπικό σφάλμα
Phys_fun	male	26	70,5128	18,37666	3,60396
	female	5	70,0000	17,82979	7,97372

Πίνακας 8. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για άνδρες-γυναίκες στη μεθαδόνη το 2016									
	Αποτέλεσμα ελέγχου Levene		t	df	σ.σ. (2-tailed)	μέση διαφορά	διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
	F	σ.σ.						κάτω όριο	άνω όριο
	Phys_fun	,003						,958	,057
			,059	5,763	,955	,51282	8,75036	-21,11405	22,13969

Πίνακας 8.1.1. Στατιστικά μεγέθη ανδρών-γυναικών στο πρόγραμμα μεθαδόνης κατά το έτος 2016 για την κλίμακα Αλλαγής Υγείας					
	sex_q2	N	M.O.	T.A.	Τυπικό μέσο σφάλμα
Health_change	male	26	60,5769	22,55336	4,42308
	female	5	25,0000	17,67767	7,90569

Πίνακας 8.1.2. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για άνδρες-γυναίκες στη μεθαδόνη το 2016									
	Αποτέλεσμα ελέγχου Levene		t-test for Equality of Means						
	F	σ.σ.	T	df	σ.σ. (2-tailed)	μέση διαφορά	διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
								κάτω όριο	άνω όριο
Health_change	2,189	,150	3,320	29	,002	35,57692	10,71647	13,65929	57,49456
			3,927	6,790	,006	35,57692	9,05890	14,02075	57,13310

Το ίδιο όμως ισχύει και στους ελέγχους για το 2017, μεταξύ των ανδρών και γυναικών του προγράμματος μεθαδόνης, χωρίς όμως κάποια εξαίρεση σε αυτή την περίπτωση. Αποδείχθηκε λοιπόν ότι σε καμιά κλίμακα της Π.Ζ. όπως και στο σκορ της Ε.Σ., δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ώστε να απορριφθεί με βεβαιότητα η μηδενική υπόθεση. Αυτό σημαίνει ότι οι άνδρες δεν παρουσιάζουν υψηλότερες διαφορές από τις γυναίκες (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) ούτε στην Π.Ζ. αλλά ούτε και στην Ε.Σ.

Η επόμενη ερευνητική υπόθεση αφορά τους άνδρες και τις γυναίκες στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης, κατά το έτος 2016. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 9. παρακάτω, για την κλίμακα της Σωματικής Λειτουργίας, η τιμή των ανδρών είναι υψηλότερη, ωστόσο και εδώ αποδεικνύεται από τον Πίνακα 10. ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών, ώστε να γίνει αποδεκτό με βεβαιότητα αυτό το αποτέλεσμα. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται ότι η μηδενική υπόθεση δε μπορεί να απορριφθεί με σιγουριά, άρα δεν παρουσιάζονται υψηλότερες τιμές (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) στη Σωματική Λειτουργία των ανδρών που βρίσκονται στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης το έτος 2016, έναντι των γυναικών του ίδιου προγράμματος.

Πίνακας 9. Στατιστικά μεγέθη ανδρών-γυναικών στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης κατά το έτος 2016 για την κλίμακα Σωματικής Λειτουργίας					
	sex_q2	N	M.O	T.A	μέσο τυπικό σφάλμα
Phys_fun	Male	25	69,1017	17,45196	3,49039
	Female	8	67,3613	16,38327	5,79236

Πίνακας 10. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για άνδρες-γυναίκες στη βουπρενορφίνη το 2016									
	Αποτέλεσμα ελέγχου Levene		T	df	σ.σ. (2-tailed)	μέση διαφορά	διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
	F	σ.σ.						κάτω όριο	άνω όριο
	Phys_fun	,001						,970	,249
			,257	12,525	,801	1,74044	6,76271	-12,92606	16,40694

Το ίδιο ακριβώς όμως συμβαίνει και για τις υπόλοιπες κλίμακες στο πρόγραμμα του 2016 αλλά και για το σκορ της Ε.Σ., εξαιρουμένης και εδώ της κλίμακας Αλλαγής Υγείας, όπως φαίνεται στους Πίνακες 10.1.1 και 10.1.2. Οι άνδρες που βρίσκονται στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης για ένα χρόνο δεν φαίνεται να παρουσιάζουν στατιστικά

σημαντικές ενδείξεις οι οποίες να οδηγούν στη βέβαιη απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης, δηλαδή πιθανόν να ισχύει ότι τελικά δεν παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές Π.Ζ. και Ε.Σ. από τις γυναίκες που βρίσκονται στο ίδιο πρόγραμμα, στο ίδιο έτος.

Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η κλίμακα Αλλαγή Υγείας, στην οποία και διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, οι οποίες και βοηθούν στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης. Αυτό συνεπάγεται δηλαδή ότι οι άνδρες παρουσιάζουν όντως μεγαλύτερες Αλλαγές Υγείας από τις γυναίκες, στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης και για το έτος 2016.

Πίνακας 10.1.1. Στατιστικά μεγέθη ανδρών-γυναικών στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης κατά το έτος 2016 για την κλίμακα Αλλαγής Υγείας					
	sex_q2	N	M.O.	T.A.	Τυπικό μέσο σφάλμα
Health_change	male	25	59,0000	20,25874	4,05175
	female	8	34,3750	12,93873	4,57453

Πίνακας 10.1.2. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για άνδρες-γυναίκες στη βουπρενορφίνη το 2016									
	Αποτέλεσμα ελέγχου Levene		t-test for Equality of Means						
	F	σ.σ.	t	df	σ.σ. (2-tailed)	μέση διαφορά	διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
								κάτω όριο	άνω όριο
Health_change	1,692	,203	3,215	31	,003	24,62500	7,65930	9,00376	40,24624
			4,030	18,899	,001	24,62500	6,11089	11,83011	37,41989

Αποδείχθηκε και πιο πάνω, ότι δε μπορεί να απορριφθεί με βεβαιότητα η υπόθεση πως οι άνδρες στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης κατά το έτος εισαγωγής 2016, δεν παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές από τις γυναίκες του ίδιου προγράμματος. Είναι πιθανό οι άνδρες αυτοί να μην παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) από τις αντίστοιχες γυναίκες, εκτός βέβαια από την κλίμακα της Αλλαγής Υγείας.

Το ίδιο παρατηρήθηκε να συμβαίνει και με τους ελέγχους του έτους 2017, σύμφωνα με όσα προέκυψαν, χωρίς όμως εξαιρέσεις αυτή τη φορά. Στον Πίνακα 11. στη συνέχεια φαίνεται ότι οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερη τιμή στην κλίμακα Σωματικής Λειτουργίας για το έτος 2017, στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης, όμως από τον Πίνακα 12. γίνεται αντιληπτό ότι η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Επομένως δεν μπορεί να απορριφθεί ούτε εδώ η μηδενική υπόθεση, γεγονός που σημαίνει ότι πιθανόν οι άνδρες αυτοί να μην παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) στην εν λόγω κλίμακα, από τις γυναίκες με τις οποίες αντιπαραβάλλονται. Εν κατακλείδι, η μηδενική υπόθεση δεν μπορεί να απορριφθεί με βεβαιότητα ούτε σε αυτή την περίπτωση, άρα είναι πολύ πιθανό οι άνδρες να μην παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές Σωματικής Λειτουργίας από τις γυναίκες του ίδιου συνόλου.

Πίνακας 11. Στατιστικά μεγέθη ανδρών-γυναικών στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης κατά το έτος 2017 για την κλίμακα Σωματικής Λειτουργίας					
	sex_q2	N	M.O	T.A	μέσο τυπικό σφάλμα
Phys_fun	Male	24	63,4162	19,23444	3,92621
	Female	12	62,0645	18,60794	5,37165

Πίνακας 10. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για άνδρες-γυναίκες στη βουπρενορφίνη το 2017									
	Αποτελέσματα ελέγχου Levene		t	df	σ.σ. (2-tailed)	μέση διαφορά	διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
	F	σ.σ.						κάτω όριο	άνω όριο
	Phys_fun	,113						,739	,201
			,203	22,783	,841	1,35167	6,65355	-12,41952	15,12285

Ωστόσο, από τους ελέγχους αποδείχθηκε ότι και στις υπόλοιπες κλίμακες της Π.Ζ. αλλά και στην Ε.Σ., το αποτέλεσμα είναι ίδιο. Δηλαδή η μηδενική υπόθεση δε μπορεί με βεβαιότητα να απορριφθεί, αφού αποδείχθηκε ότι οι διαφορές δεν καλύπτονται από επαρκή στατιστική σημαντικότητα. Επομένως, οι άντρες που βρίσκονται στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης για ένα χρόνο είναι πολύ πιθανό να μην

παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) από τις γυναίκες του ίδιου προγράμματος.

Οι δύο τελευταίοι έλεγχοι συγκρίνουν τα μέλη των προγραμμάτων βάσει της ουσίας που τους χορηγείται και πρώτος είναι ο έλεγχος μεταξύ μελών μεθαδόνης του 2016 (2016A) και μελών βουπρενορφίνης του 2016 (2016B). Στην ουσία, εξετάζεται η επίδραση μεθαδόνης και βουπρενορφίνης στα μέλη που συμμετείχαν στην έρευνα. Έτσι, όπως φαίνεται στον παρακάτω Πίνακα 11., η Σωματική Λειτουργία των μελών του προγράμματος μεθαδόνης παρουσιάζεται υψηλότερη, ωστόσο από τον Πίνακα 12. στη συνέχεια δε φαίνεται να σημειώθηκε ικανοποιητικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, άρα δε μπορεί κάποιος να απορρίψει την αρχική υπόθεση της έρευνας, με βεβαιότητα. Με άλλα λόγια, πιθανόν τα μέλη του προγράμματος μεθαδόνης να μην παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) στη Σωματική τους Λειτουργία, από τα μέλη βουπρενορφίνης κατά το έτος 2016.

Το ίδιο όμως διαπιστώθηκε και στους υπόλοιπους ελέγχους, δηλαδή στις υπόλοιπες κλίμακες της Π.Ζ. αλλά και στο σκορ της Ε.Σ., με αποτέλεσμα ούτε εκεί να μπορεί να απορριφθεί με βεβαιότητα η μηδενική υπόθεση. Αυτό σημαίνει ότι τα μέλη του προγράμματος μεθαδόνης κατά το έτος 2016 πιθανόν να μην παρουσιάζουν υψηλότερες (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) τιμές Π.Ζ. και Ε.Σ. από τα μέλη που βρίσκονται στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης το ίδιο έτος. Αυτό αυτόματα συνεπάγεται (δεδομένης της αδυναμίας απόρριψης της μηδενικής υπόθεσης με απόλυτη βεβαιότητα) ότι η ουσία της μεθαδόνης πιθανόν να μην προσφέρει σημαντικά οφέλη σε σύγκριση με την ουσία της βουπρενορφίνης.

Πίνακας 11. Σύγκριση Σωματικής Λειτουργίας μεταξύ μελών μεθαδόνης-βουπρενορφίνης κατά το έτος 2016					
	ousia_year	N	M.O	T.A	μέσο τυπικό σφάλμα
Phys_fun	2016A	31	70,4301	17,99560	3,23211
	2016B	33	68,6798	16,96222	2,95274

Πίνακας 12. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για τη Σωματική Λειτουργία ανάμεσα στα μέλη μεθαδόνης-βουπρενορφίνης κατά το έτος 2016									
	Αποτέλεσμα ελέγχου Levene		t	df	σ.σ. (2-tailed)	μέση διαφορά	διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
	F	σ.σ.						κάτω όριο	άνω όριο
Phys_fun	,023	,879	,401	62	,690	1,75034	4,36960	-6,98437	10,48506
			,400	61,084	,691	1,75034	4,37781	-7,00338	10,50407

Δεύτερος είναι ο έλεγχος μεταξύ μελών μεθαδόνης του 2017 (2017A) και μελών βουπρενορφίνης του 2017 (2017B). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 13., η Σωματική Λειτουργία των μελών του προγράμματος μεθαδόνης κατά το έτος 2017 παρουσιάζεται υψηλότερη αυτή των μελών του προγράμματος βουπρενορφίνης κατά το ίδιο έτος, ωστόσο από τον Πίνακα 14. στη συνέχεια, δε φαίνεται να σημειώθηκε ικανοποιητικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, άρα δε μπορεί κάποιος να απορρίψει την αρχική υπόθεση της έρευνας, με βεβαιότητα. Με άλλα λόγια, πιθανόν τα μέλη του προγράμματος μεθαδόνης να μην παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) στη Σωματική τους Λειτουργία, από τα μέλη του προγράμματος βουπρενορφίνης, ανήκοντας όλοι τους στο έτος 2017.

Το ίδιο όμως διαπιστώθηκε και στους υπόλοιπους ελέγχους, δηλαδή στις υπόλοιπες κλίμακες της Π.Ζ. αλλά και στο σκορ της Ε.Σ., με αποτέλεσμα ούτε εκεί να μπορεί να απορριφθεί με βεβαιότητα η μηδενική υπόθεση. Αυτό σημαίνει ότι τα μέλη του προγράμματος μεθαδόνης κατά το έτος 2017 πιθανόν να μην παρουσιάζουν υψηλότερες (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) τιμές Π.Ζ. και Ε.Σ. από τα μέλη που βρίσκονται στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης το ίδιο έτος. Αυτό αυτόματα

συνεπάγεται (δεδομένης της αδυναμίας απόρριψης της μηδενικής υπόθεσης με απόλυτη βεβαιότητα) ότι η ουσία της μεθαδόνης πιθανόν να μη προσφέρει σημαντικά οφέλη σε σύγκριση με την ουσία της βουπρενορφίνης, ούτε σε άτομα που ακολουθούν το πρόγραμμα για ένα έτος αλλά ούτε και σε άτομα που ακολουθούν το πρόγραμμα για δύο έτη.

Πίνακας 13. Σύγκριση Σωματικής Λειτουργίας μεταξύ μελών μεθαδόνης-βουπρενορφίνης κατά το έτος 2017

	ousia_year	N	M.O	T.A	μέσο τυπικό σφάλμα
Phys_fun	2017A	34	65,5229	21,44165	3,67721
	2017B	36	62,9656	18,77125	3,12854

Πίνακας 14. Αποτελέσματα ελέγχου t-test για τη Σωματική Λειτουργία ανάμεσα στα μέλη μεθαδόνης-βουπρενορφίνης κατά το έτος 2017

	Αποτέλεσμα ελέγχου Levene								
	F	σ.σ.	T	df	σ.σ. (2-tailed)	μέση διαφορά	διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
								κάτω όριο	άνω όριο
Phys_fun	1,205	,276	,532	68	,597	2,55723	4,80953	-7,04005	12,15450
			,530	65,638	,598	2,55723	4,82801	-7,08319	12,19765

Συμπεράσματα

Βασικός στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να εντοπιστούν διαφορές ανάμεσα στα άτομα που παρακολουθούν το πρόγραμμα υποκατάστασης σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους, να γίνει σύγκριση μεταξύ των μελών αναλόγως με το φύλο τους και τέλος μεταξύ των ουσιών. Στην παρούσα ενότητα συνοψίζονται τα ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυση και επιχειρείται να δοθεί μια απάντηση στα αρχικά ερευνητικά ερωτήματα.

Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει με βεβαιότητα μόνο το γεγονός ότι τόσο τα μέλη που βρίσκονται στο πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη επί 2 συναπτά έτη όσο και τα μέλη που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης με βουπρενορφίνη επί 2 συναπτά έτη, βιώνουν υψηλότερα επίπεδα Γενικής Υγείας από τα μέλη που βρίσκονται στο αντίστοιχο πρόγραμμα μόλις για 1 έτος, καθώς και ότι τόσο οι άνδρες που βρίσκονται στο πρόγραμμα μεθαδόνης από το 2016 όσο και οι άνδρες που βρίσκονται στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης από το 2016, βιώνουν μεγαλύτερες αλλαγές από τις γυναίκες των αντίστοιχων προγραμμάτων. Στο πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη, τα μέλη του 2016 βιώνουν και καλύτερα επίπεδα Εσωτερικής Συγκρότησης από τα μέλη του 2017. Τα παραπάνω σημαίνουν ότι η μεγαλύτερη παραμονή στο πρόγραμμα είναι πολύ πιθανό να βοηθήσει τα μέλη που το παρακολουθούν και μάλιστα η μεθαδόνη παρουσιάζει ένα επιπλέον πλεονέκτημα, στα επίπεδα Ε.Σ. Ωστόσο, σύμφωνα με τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από τους ελέγχους οι οποίοι παρουσιάστηκαν, δεν μπορεί να διατυπωθεί με βεβαιότητα ότι τα άτομα που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη παρουσιάζουν υψηλότερες (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας) τιμές στη μεγάλη πλειοψηφία των κλιμάκων της Ποιότητας Ζωής (εξαιρουμένου του παραπάνω).

Πιο συγκεκριμένα, παρόλο που αρκετές μελέτες αναφέρουν σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής μετά την έναρξη της θεραπείας (Feelemyer, et al., 2014, Vederhus, et al., 2016, Pasareanu, et al., 2015) στην παρούσα μελέτη παρατηρούμε πως τα εξυπηρετούμενα μέλη που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη και βουπρενορφίνη κατά το 2016, δε φαίνεται να παρουσιάζουν με απόλυτη βεβαιότητα, υψηλότερη Ποιότητα Ζωής από τα εξυπηρετούμενα μέλη που βρίσκονται σε πρόγραμμα με μεθαδόνη και βουπρενορφίνη κατά το 2017 στις 8 από τις 9 υποκλίμακες του ελέγχου, εξαιρουμένης αυτής της

Γενικής Υγείας. Ωστόσο, σημειώνουν με βεβαιότητα υψηλότερη Εσωτερική Συγκρότηση.

Σχετικά με τον παράγοντα φύλο που αποτελεί και μέρος των ερευνητικών υποθέσεων, οι γυναίκες, σύμφωνα με την έρευνα των Domingo-Salvany και των συνεργατών του (2010) εμφάνισαν χειρότερα αποτελέσματα στην κλίμακα σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Επίσης, έρευνες υποστηρίζουν πως οι διαφορές στην κλίμακα είναι πιο έντονες κατά την είσοδο τους στη θεραπεία (Haug et al., 2005; Puigdollers et al., 2004). Στην παρούσα μελέτη δεν φαίνεται να επιβεβαιώνεται κάτι τέτοιο. Οι άνδρες που συμμετέχουν σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη κατά το 2016, δε φάνηκε να παρουσιάζουν με απόλυτη βεβαιότητα, υψηλότερη ποιότητα ζωής και εσωτερική συγκρότηση από τις γυναίκες του ίδιου προγράμματος και του ίδιου έτους, πλην της κλίμακας της Αλλαγής Υγείας. Μάλιστα οι άνδρες σε πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη κατά το έτος 2017, δε φάνηκε να παρουσιάζουν υψηλότερη ποιότητα ζωής και εσωτερική συγκρότηση από τις γυναίκες του ίδιου προγράμματος και έτους, σε κανένα μέγεθος.

Αναφορικά με το φύλο πάλι και τους άνδρες συμμετέχοντες σε υποκατάσταση με βουπρενορφίνη κατά το 2016, δε φάνηκε να μπορεί να υποστηριχθεί με απόλυτη βεβαιότητα, υψηλότερη ποιότητα ζωής και εσωτερική συγκρότηση από τις γυναίκες που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης με βουπρενορφίνη από το έτος 2016, πλην της κλίμακας Αλλαγής Υγείας και εδώ. Επίσης, οι άνδρες συμμετέχοντες σε πρόγραμμα υποκατάστασης με βουπρενορφίνη από το 2017, δεν εμφάνισαν υψηλότερη ποιότητα ζωής και εσωτερική συγκρότηση από τις γυναίκες του ίδιου έτους, σε κανένα μέγεθος. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα της μελέτης του Millson και των συνεργατών (2006), οι οποίοι δεν αναγνωρίζουν ότι υπάρχει

σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκε με απόλυτη βεβαιότητα, υψηλότερη ποιότητα ζωής και εσωτερική συγκρότηση για τα εξυπηρετούμενα μέλη που χορηγούνται το υποκατάστατο της μεθαδόνης από το 2016, σε σχέση με τα εξυπηρετούμενα μέλη που βρίσκονται σε πρόγραμμα με βουπρενορφίνη από το 2016, ούτε και για τα μέλη που χορηγούνται το υποκατάστατο της μεθαδόνης από το 2017, σε σχέση με τα εξυπηρετούμενα μέλη που βρίσκονται σε πρόγραμμα βουπρενορφίνης από το 2017. Τα παραπάνω ευρήματα ενδέχεται να συμφωνούν με τη μελέτη των Davis και συνεργάτες (2013) όπου η συμμετοχή σε κάθε τύπο θεραπείας με χρήση οπιοειδών, είτε μεθαδόνη είτε βουπρενορφίνη έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Επίσης, κάθε νέα επιτυχημένη εμπειρία ενισχύει περαιτέρω την εμπιστοσύνη και αυτοπεποίθηση των μελών κάτι το οποίο αντανακλάται στην εσωτερική τους συγκρότηση και ως εκ τούτου στην υγεία και την ευημερία τους (Hobfoll, 2002).

Τέλος, η συγκράτηση στη θεραπεία φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα στην υγεία των εξυπηρετούμενων μελών και στα δυο προγράμματα υποκατάστασης. Σημαντική είναι και η ενίσχυση της εσωτερικής συγκρότησης των μελών στο πρόγραμμα της μεθαδόνης για τα μέλη του 2016 κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τον Antonovsky (1979) όπου υποστήριζε πως η εσωτερική συγκρότηση μετά το πέρας της ολοκλήρωσης της παραμένει αμετάβλητη.

Περιορισμοί της έρευνας

Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της εργασίας παρουσιάστηκαν κάποια ζητήματα. Αρχικά υπήρχε καθυστέρηση σχετικά με το ποιες μονάδες ήταν κατάλληλες να

επισκεφθεί η ερευνήτρια καθώς έπρεπε να έχουν κάνει εισαγωγές μελών το 2016 και το 2017. Έπειτα έπρεπε να αφιερωθεί χρόνος προκειμένου να ελεγχθεί αν οι άνθρωποι αυτοί που έκαναν την εισαγωγή παρακολουθούν το πρόγραμμα ή διέκοψαν ή πηγαίνουν αραιά. Πολλές φορές τα μέλη διακόπτουν την επαφή τους με το πρόγραμμα είτε λόγω αποβολής, είτε λόγω φυλάκισης ή γιατί δεν είναι ικανοποιημένοι ή για οποιοδήποτε άλλο λόγο. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να αφιερώνει χρόνο η ερευνήτρια στον έλεγχο των παρουσιών των μελών στις μονάδες προτού τους ζητήσει να συμμετάσχουν.

Στη συνέχεια περιοριστικό ήταν επίσης το γεγονός πως η ερευνήτρια έπρεπε να μεταφέρεται στις μονάδες της Θεσσαλονίκης συγκεκριμένες ώρες και μέρες, αφήνοντας την εργασίας της, προκειμένου να συναντά τους συμμετέχοντες στην έρευνα για τη συμπλήρωση της συγκατάθεσης και αργότερα για τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων.

Δυσκολία αποτέλεσε επίσης πως πολλές φορές χρειάστηκε η ερευνήτρια να μεταβεί σε μονάδες για την παραλαβή ερωτηματολογίων τα οποία δεν επιστράφηκαν ποτέ, είτε γιατί τα μέλη τα ξεχνούσαν, είτε δεν ξαναήρθαν στις μονάδες. Το γεγονός αυτό οδήγησε στην ανάγκη να στραφεί η ερευνήτρια στη μονάδα του Βόλου και να ζητήσει βοήθεια προκειμένου να συγκεντρωθεί ένας ικανοποιητικός αριθμός ερωτηματολογίων.

Επιπρόσθετα η πλειοψηφία ανδρών και το μικρό δείγμα γυναικών περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Τέλος, υπάρχουν αρκετά σημεία που θα μπορούσαν να διερευνηθούν και να εμπλουτιστούν παραπάνω ακόμα και από τη διεξαγωγή ποιοτικών ερευνών ή και συνδυασμό τους. Για παράδειγμα, η δυνατότητα λήψης ερωτηματολογίων από τους ίδιους τους συμμετέχοντες σε δεύτερο χρόνο ενδέχεται να παρείχε περισσότερες

πληροφορίες για την επίδραση των υποκατάστατων στην ποιότητα ζωής των μελών και στην εσωτερική τους συγκρότηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ABHW (2016). *Behavioral Health Organizations' Current and Future Approaches to Addressing the U.S. Opioid Crisis*. Washington, DC: ABHW.
- American Psychiatric Association. (2010). *DSM-V TR* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. New York: Jossey-Bass.
- Astals, M., Domingo-Salvany, A., Buenaventura, C. C., Tato, J., Vazquez, J. M., Martin-Santos, R., & Torrens, M. (2008). Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Substance use & misuse*, 43(5), 612-632.
- Baharom, N., Hassan, R., Ali, N., & Shah, A. (2012). Improvement of quality of life following 6 months of methadone maintenance therapy in Malaysia. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(32), 1-6.
- Bart, G. (2012). Maintenance medication for opiate addiction: The foundation of recovery. *Journal of Addictive Diseases-Taylor & Francis Online*, 31(3):207-225.
- Bell, J., Mattick, R., Hay, A., Chan, J., & Hall, W. (1997). Methadone maintenance and drug-related crime. *Journal of Substance Abuse*, 9, 15-25
- Best, D., Savic, M., Beckwith, M., Honor, S., Karpusheff, J., & Lubman, D. (2013). The role of abstinence and activity in the quality of life of drug users engaged in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(3), 273-279.
- Bjorkman, T., & Hansson, L. (2002). Predictors of improvement in quality of life of long-term mentally ill individuals receiving case management. *European Psychiatry*, 17(1), 33-40.

- Bonomi, A., Patrick, D., Bushnell, D., & Martin, M. (2000). Journal of Clinical Epidemiology. *Quality of life measurement: will we ever be satisfied?*, 53(1), 19-23.
- Borders, T., Booth, R., Falck, C., Leukefeld, J., Wang, Y., & Garlson, G. (2009). Longitudinal changes in drug use severity and physical health-related quality of life among untreated stimulant users. *Addictive Behaviors*, 34(11), 959-964.
- Brown, G. (2015). Living too long. *EMBO Reports*, 16(2), 137-141.
- Cai, H., Li, G., Zhang, P., Xu, D., & Chen, L. (2017). Effect of exercise on the quality of life in type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Quality of Life Research*, 26(3), 515-530.
- Campelo, S., Barbosa, M., & Porto, C. (2015). *Quality of life in studies with patients under treatment for substance abuse and addiction*. Goias: REE.
- Carpentier, J., Krabbe, F., van Gogh, T., Knapen, J., Biutelaar, K., & de Jong, A. (2009). Psychiatric comorbidity reduces quality of life in chronic methadone maintained patients. *The American Journal on Addictions*, 18(6), 470-480.
- Chatham, L. R., Hiller, M. L., Rowan-Szal, G. A., Joe, G. W., & Simpson, D. D. (1999). Gender differences at admission and follow-up in a sample of methadone maintenance clients. *Substance use & misuse*, 34(8), 1137-1165.
- Chumbler, R., Rittman, R., & Wu, S. (2008). Associations in sense of coherence and depression in caregivers of stroke survivors across 2 years. *The journal of behavioral health services & research*, 35(2), 226-234.
- Cohen, M., & Kanter, Y. (2004). Relation between sense of coherence and glycemic control in type 1 and type 2 diabetes. *Behavioral Medicine*, 39(7), 175-183.
- Colpaert, K., De Maeyer, J., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2013). Impact of addiction severity and psychiatric comorbidity on the quality of life of alcohol-drug- and dual-dependent persons in residential treatment. *European Addiction Research*, 19(4), 173-183.
- Corsi, K.F., Lehman, W.K., Booth, E.R. (2009). The effect of methadone maintenance on positive outcomes for opiate injection drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 37: 120-126.

- Davis, M., Bozick, R., Steele, L., Saunders, J., & Miles, V. (2013). *Evaluating the effectiveness of correctional education. A Meta-Analysis of Programs That Provide Education to Incarcerated Adults*. Washington, DC: RAND.
- Dazord, A., Astolfi, F., Guisti, P., Rebetez, M. C., Mino, A., Terra, J. L., & Brochier, C. (1998). Quality of life assessment in psychiatry: the Subjective Quality of Life Profile (SQLP)--first results of a new instrument. *Community mental health journal*, 34(5), 525-535.
- Deering, D. E., Frampton, C. M., Horn, J., Sellman, J. D., Adamson, S. J., & Potiki, T. L. (2004). Health status of clients receiving methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Drug and Alcohol Review*, 23(3), 273-280.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *The International Journal of Drug Policy*, 21(5), 364-380.
- De Maeyer, J., Venderplasschen, W., Camfield, L., Vanhuele, S., Sabbe, B., & Broekaert, E. (2011). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 1244-1257.
- Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Barrio, G., González-Saiz, F., Bravo, M. J., & de la Fuente, L. (2010). Gender differences in health related quality of life of young heroin users. *Health and quality of life outcomes*, 8(1), 145.
- DeLeon, G. (1991). Aftercare in therapeutic communities. *The International Journal of the Addictions*, 25, 1225-1237.
- Dole, V.P. & Nyswander, M.E. (1965). A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin). *JAMA*. 193, 646-650.
- Donovan, D., Mattson, M., Cisier, R., Longabaughm R, & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 92(3), 119-139.
- Elavsky, S. (2009). Physical activity, menopause, and quality of life: the role of affect and self-worth across time. *Menopause*, 16(2), 265-271.

- EMCDDA. (2017). *Annual report: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: EMCDDA.
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale*. Turku: Åbo Akademi.
- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460-466.
- Farré, M., Mas, A., Torrens, M., Moreno, V., & Camí, J. (2002). Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 65(3), 283-290.
- Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B., Meltzer, H. (1998). Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS national psychiatric morbidity survey. *Addictive Behaviours*, 23 (6), 909-918.
- Feelemyer, P., Des Jarlais, D., Arasteh, K., Phillips, B., & Hagan, H. (2014). Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: an international systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 134(6), 251-258.
- Feldt, T., Leskinen, E., Koskenvuo, M., Suominen, S., Vahtera, J., & Kivimaki, M. (2011). Development of sense of coherence in adulthood: a person-centered approach. The population-based HeSSup cohort study. *Quality of Life Research*, 20(1), 69-79.
- Fitzgerald, B., de Castella, A., Folia, K., Collins, J., Brewer, K., Williams, C., Kulkarni, J. (2003). A longitudinal study of patient- and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 119(1-2), 55-62.

- Fleury, M., Grenier, G., Bamvita, M., Tremblay, J., Schmitz, N., & Caron, J. (2013). Predictors of quality of life in a longitudinal study of users with severe mental disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, *11*(6), 92-102.
- Flores, P. J. (2013). Group psychotherapy with addicted populations: An integration of twelve-step and psychodynamic theory. Routledge.
- Garcia-Moya, I., Rivera, F., Moreni, C., Lindstrom, B., & Jimenez-Iglesias, A. (2012). Analysis of the importance of family in the development of sense of coherence during adolescence. *Scandinavian Journal of Public Health*, *40*(4), 333-339.
- Geyer, S. (1997). Some conceptual consideration on the sense of coherence. *Social Science & Medicine*, *44*(2), 1771-1779.
- Gerra, G., Borella, F., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Bubici, C., & Bertacca, S. (2004). Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: predictor variables for treatment outcome. *Drug and alcohol dependence*, *75*(1), 37-45.
- Giacomuzzi, S., Ertl, M., Kemmler, G., Riemer, Y., & Vigl, A. (2005). Sublingual buprenorphine and methadone maintenance treatment: a three-year follow-up of quality of life assessment. *The Scientific World Journal*, *5*(16), 452-468.
- Giacomuzzi, S. M., Riemer, Y., Ertl, M., Kemmler, G., Rössler, H., Hinterhuber, H., & Kurz, M. (2005). Gender differences in health-related quality of life on admission to a maintenance treatment program. *European Addiction Research*, *11*(2), 69-75.
- 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.
- Giacomuzzi, S., Kemmler, G., Ertl, M., & Riemer, Y. (2006). Opioid addicts at admission vs. slow-release oral morphine, methadone, and sublingual buprenorphine maintenance treatment participants. *Substance use & misuse*, *41*(2), 223-244.

- Habrat, B., Chmielewska, K., Baran-Furga, H., Keszyccka, B., & Taracha, E. (2002). Subjective Quality of Life in opiate-dependent patients before admission after six months and one-year participation in methadone program. *Przegląd lekarski*, 59 (4-5), 351-354.
- Haug, N. A., Sorensen, J. L., Lollo, N. D., Gruber, V. A., Delucchi, K. L., & Hall, S. M. (2005). Gender differences among HIV-positive methadone maintenance patients enrolled in a medication adherence trial. *AIDS care*, 17(8), 1022-1029.
- Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (1985). Aftercare in drug abuse treatment. *The International Journal of the Addictions*, 20, 917-945.
- Helvik, A., Engedal, K., & Selbaek, G. (2014). Sense of coherence and quality of life in older in-hospital patients without cognitive impairment- a 12 month follow-up study. *BMC Psychiatry*, 14(82).
- Hobfoll, S. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied psychology*, 50(3), 337-421.
- Hobfoll, S. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of general psychology*, 6(4), 307.
- Hser, YI, Saxon, AJ, Huang, DY, Hasson, A., Thomas, C., Hillhouse, M., (2014). Treatment retention among patients randomized to buprenorphine/naloxone compared to methadone in a multi-site trial. *Addiction*. 109 (1), 79-87.
- Huppert, D., & Smith, T. (2001). Longitudinal Analysis of Subjective Quality of Life in Schizophrenia: Anxiety as the Best Symptom Predictor. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(10), 669-675.
- Jaremko, K.M., Sterling, R., Van Bockstaele, J.E. (2016). Psychological and physiological stress negatively impacts early engagement and retention of opioid dependent individuals on methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment-Elsevier*. 48(1), 117- 127.
- Κασσέρη & Αυδή (2008). Ουσιοεξάρτηση, ταυτότητα και φύλο: αφηγηματική μελέτη μιας περίπτωσης. *Hellenic Journal of Psychology*, 5(1), 1-32.

- Korthuis, T., Tozzi, M., Nandi, V., Fiellin, D., Weiss, L., Egan, J., . . . Altice, F. (2011). Improved Quality of Life for Opioid Dependent Patients Receiving Buprenorphine Treatment in HIV Clinics. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 56(1), 39-45.
- Kouvonen, M., Vaananen, A., Vahtera, J., Heponiemi, T., Koskinen, A., Cox, J., & Kivimaki, M. (2010). Sense of coherence and psychiatric morbidity: a 19-year register-based prospective study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 255-261.
- Kreek, M.J., Borg, L., Ducat, E., Ray, B. (2010). Pharmacotherapy in the Treatment of Addiction: *Pharmacotherapy in the treatment of addiction: methadone* 29, 200-216.
- Laudet, A. (2011). The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6(1), 44-55.
- Laudet, A., Becker, J., & White, L. (2009). Don't Wanna Go Through That Madness No More: Quality of Life Satisfaction as Predictor of Sustained Remission from Illicit Drug Misuse. *Substance Use & Misuse*, 44(2), 227-252.
- Lawrinson, P., Ali, R., Buavirat, A., Chiamwongpaet, S., Dvoryak, S., Habrat, B., Zhao, C. (2008). *Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS*. Australia: World Health Organization.
- Lawrinson, P., Roche, A., Roche, A., Terao, H., (2008). Dispensing opioid substitution treatment: practices, attitudes and intentions of community-based pharmacists. *Drug and alcohol review*, 27(1), 47-53.
- Lehman, A.F. (1983). The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.
- Leidy, N., Revicky, D., & Geneste, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. . *Value Health* . , 2(2), 113-127.
- Longshore, D., Hsieh, S. C., & Anglin, M. D. (1993). Ethnic and gender differences in drug users' perceived need for treatment. *International Journal of the Addictions*, 28(6), 539-558.

- Maremmani, I. P., Perugi, G., & Pacini, M. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(1), 91-98.
- Maremmani, I., Pacini, M. Pani, P. (2011). Basics on addiction: A training package for medical practitioners or psychiatrists who treat opioid dependence. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems-Magazine*. 13(2), 5-40
- Mattic, R., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2003). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003*, 15(2), 150-162.
- McLellan, T., Lewis, D., O'Brien, C., & Kleber, H. (2009). Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. *Journal of the American Medical Association* , 13(284), 1689-1695.
- Millson, P., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Strike, C. J., Fischer, B., Myers, T., & 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.
- Muller, E., & Clausen, T. (2015). Group exercise to improve quality of life among substance use disorder patients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(2), 146-152.
- Neri, S, Bruno, C.M., Pulvirenti, D., Malaguarnera, M., Italiano, C., Mauceri, B. (2005). Randomized clinical trial to compare the effects of methadone and buprenorphine on the immune system in drug abusers. *Psychopharmacology*. 179, 700- 704.
- Netuveli, G., Wiggins, R., Hildon, Z., Montgomery, S., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 357-363.
- Nielsen, S., Hillhouse, M., Mooney, L., Fahey, J., Ling, W. (2012). Comparing buprenorphine induction experience with heroin and prescription opioid users. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 43, 285-290.

- Nilsson, B., Holmgren, L., & Westman, G. (2000). Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden: gender and psychosocial differences. *Scandinavian journal of primary health care*, *18*(1), 14-20.
- Nilsson, B., Holmgren, L., Stegmayr, B., & Westman, G. (2003). Sense of coherence - stability over time and relation to health, disease and psychosocial changes in a general population: a longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*, *31*(6), 297-304.
- Nosyk, B., Guh, D. P., Sun, H., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., & Anis, A. H. (2011). Health related quality of life trajectories of patients in opioid substitution treatment. *Drug and alcohol dependence*, *118*(2-3), 259-264.
- Pasareanu, A., Opsal, A., Vederhus, J., Kristensen, O., & Clausen, T. (2015). Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health and Quality of Life Outcomes*, *13*(9), 35-41.
- Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., Alvarós, J., Castillo, C., & Vázquez, J. M. (2004). Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Substance use & misuse*, *39*(9), 1353-1368.
- Ponizovsky, A., Mrgolis, A., Heled, L., Rosca, P., Radomislensky, I., & Grinshpoon, A. (2010). Improved Quality of Life, Clinical, and Psychosocial Outcomes Among Heroin-dependent Patients on Ambulatory Buprenorphine Maintenance. *Substance Use & Misuse*, *45*(1-2), 288-313.
- Quaresma, M., Palmeira, A., Martins, S., Minderico, C., & Sardinha, L. (2014). Effect of a school-based intervention on physical activity and quality of life through serial mediation of social support and exercise motivation: the PESSOA program. *Health Education Research*, *29*(6), 906-917.
- Read, S., Aunola, K., Feldt, T., Leinonen, R., & Ruoppila, I. (2005). The Relationship Between Generalized Resistance Resources, Sense of Coherence, and Health Among Finnish People Aged 65-69. *European Psychologist*, *10*(6), 244-253.
- Reeve, B., Wyrwich, W., Wu, G., Velikova, G., Terwee, C., Snyder, C., . . . Brundage, M. (2013). ISOQOL recommends minimum standards for patient-reported outcome

- measures used in patient-centered outcomes and comparative effectiveness research. *Quality of Life Research*, 22(8), 1889-1905.
- Roessler, K. (2010). Exercise treatment for drug abuse--a Danish pilot study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(6), 664-669.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143-155.
- Rudolf, H., & Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14(3), 190-197.
- Ruggeri, M., Nose, M., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Salvi, G., . . . Tansella, M. (2005). Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *The British Journal of Psychiatry*, 187(9), 121-130.
- Sagy, S., & Antonovsky, H. (2000). The development of the sense of coherence: a retrospective study of early life experiences in the family. *The International Journal of Aging and Human Development*, 155-166.
- Schluger, J.H., Bart, G., Green, M., Ho, A., Kreek, M.J. (2003). Corticotropin-releasing factor testing reveals a dose-dependent difference in methadone maintained vs control subjects. *Neuropsychopharmacology*. 28(5), 985-94.
- Schroeder, R., Latkin, A., Hoover, R., Curry, D., Knowlton, R., & Celentano, D. (2001). Illicit drug use in one's social network and in one's neighborhood predicts individual heroin and cocaine use. *Annals of Epidemiology*, 11(6), 389-394.
- Schuch, B., Vasconcelos-Moreno, P., & Fleck, P. (2011). The impact of exercise on Quality of Life within exercise and depression trials: A systematic review. *Mental Health Physical Activity*, 4(2), 43-48.
- Schuch, F., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Richards, J., Ward, P., & B., S. (2016). Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression: A metaanalysis including the evaluation of control group response. *Psychiatry Research*, 241(9), 47-54.
- Schuckit, M. A. (2016). Treatment of opioid-use disorders. *New England Journal of Medicine*, 375(4), 357-368.

- Seifert, J., Metzner, C., Paetzold, W., Borsutzky, M., Ohlmeier, M., Passie, T. (2005). Mood and affect during detoxification of opiate addicts: a comparison of buprenorphine versus methadone. *Addiction Biology*, 10, 157-164.
- Skarsater, I., Rayens, M., Peden, A., Hall, L., Zhang, M., Agren, H., & Prochazka, H. (2009). Sense of Coherence and Recovery From Major Depression: A 4-Year Follow-up. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(2), 119-127.
- Smith, A., & Lynch, J. (2011). Exercise as a potential treatment for drug abuse: evidence from preclinical studies. *Front Psychiatry*, 2(82).
- Smith, K., & Larson, M. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 323-335.
- Soyka, M. (2017). Treatment of opioid dependence with buprenorphine: current update. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(3), 299.
- Stallvik, M., & Clausen, T. (2017). HRQoL and its association with clinical severity and service needs among individuals with a substance use disorder. *Journal of Substance Use*, 1(7), 524-530.
- Strand, J., Sheridan, J., Hunt, C., Kerr, C., Gerada, C., & Pringle, M. (2005). The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales. *British Journal of General Practice*, 55(55), 444-451.
- Torrens, M., San, L., Martinez, A., Castillo, C., & Alonso, J. (1997). Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92(6), 707-716.
- Timko, C., Schultz, N. R., Cucciare, M. A., Vittorio, L., & Garrison-Diehn, C. (2016). Retention in medication-assisted treatment for opiate dependence: A systematic review. *Journal of addictive diseases*, 35(1), 22-35.
- Tuomi, K., Seitsamo, J., & Huuhtanen, P. (1999). Stress management, aging and disease. *Experimental Aging Research*, 25(6), 353-358.
- UNODC (2013). World Drug Report. United Nations Office on Drugs and Crime. New York.

- Vanagas, G., Padaiga, Z., & Subata, E. (2004). Drug addiction maintenance treatment and quality of life measurements. *Medicina*, 40(9), 833-841.
- Vederhus, J., Pripp, A., & Clausen, T. (2016). "Quality of Life in Patients with Substance Use Disorders Admitted to Detoxification Compared with Those Admitted to Hospitals for Medical Disorders: Follow-Up Results. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 10(6), 31-37.
- Verster, A. & Buning, E. (2000). Methadone Guidelines. EuroMethwork. Amsterdam.
- Walter, M., Wiesbeck G.A., Bloch, N., Aeschbach, S., Olbrich, H.M., Seifritz, E., Dürsteler-MacFarland, K.M. (2008). Psychobiological responses to drug cues before and after methadone intake in heroin-dependent patients: A pilot study. *European Neuropsychopharmacology*. 18, 390-393.
- Ware Jr, E., Bandek, B., Guyer, R., & Deng, N. (2016). Standardizing disease-specific quality of life measures across multiple chronic conditions: development and initial evaluation of the QOL Disease Impact Scale (QDIS(R)). *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(84), 1-17.
- Ware Jr, J. (2000). SF-36 Health Survey Update. *SPINE*, 25(24), 3130-3139.
- Ware, J.E. (1992). *The SF-36 Health Survey: A manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Centre.
- Wasserman, A., Stewart, L., & Delucchi, L. (2001). Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 65(1), 65-75.
- White, L., Boyle, M., & Loveland, D. (2002). Alcoholism/Addiction as a Chronic Disease: From Rhetoric to Clinical Reality. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 20(3-4), 107-129.
- Whitley, H., & Wesley, L. (2009). Sex-Based Differences in Drug Activity. *American Family Physician*, 80(11), 1254-1258.
- WHO (2010). *International Classification of Diseases*, 10th revision (ICD-10). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- WHO, UNODC, & UNAIDS. (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. France: World Health Organization.
- WHO. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- WHO. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring, and Generic Version of the Assessment*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2009). *Guidelines for the psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2017). *20th Edition of the Model List of Essential Medicines*. Geneva: World Health Organization.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Wolff, K., Hay A.W., Raistrick, D., Calvert, R. (1993). Steady-state pharmacokinetics of methadone in opioid addicts. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 44, 189–194.
- Yancovitz, S. R., Des Jarlais, D. C., Peyser, N. P., Drew, E., Friedmann, P., Trigg, H. L., & Robinson, J. W. (1991). A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic. *American Journal of Public Health*, 81(9), 1185-1191.
- Zhang, Z., Friedmann, P. D., & Gerstein, D. R. (2003). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*, 98(5), 673-684.
- Zchucke, E., Heinz, A., & Strohle, A. (2012). Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders. *Scientific World Journal*, 2(9), 41-60.
- Zubaran, C., Emerson, J., Sud, R., Zolfaghari, E., & Foresti, K. (2012). The application of the Drug User Quality of Life Scale (DULOQ) in Australia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(31), 54-62.
- Γαζγαλίδης, Κ. (2005). «Ναρκοτικά»: εγχειρίδιο για τη μείωση της βλάβης. Αθήνα: Εκδ. Εξάντας.
- Γρίβας, Κ. (1995). Οπιούχα: Μορφίνη, Ηρωίνη, Μεθαδόνη. Αθήνα: Λιβάνη.

- ΕΚΤΕΠΙΝ (2017). *Ελλάδα-Ετήσια έκθεση για τα ναρκωτικά 2017*. Αθήνα: Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας.
- Μαντζάνα, Μ. & Μπελλάλη, Θ. (2014). Προγράμματα μεθαδόνης και ποιότητα ζωής: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 7(4), 6-14.
- ΟΚΑΝΑ (2012). Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. Αθήνα.

Παραρτήματα

Παράρτημα 1

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ουσα,

Στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Κλινικές Παρεμβάσεις στις Εξαρτήσεις του Πανεπιστημίου Κρήτης πραγματοποιώ την έρευνα με θέμα « Η εσωτερική συγκρότηση και η ποιότητα ζωής των μελών του ΟΚΑΝΑ». Η έρευνά μου εποπτεύεται από τον Αναπληρωτή Καθηγητή Συμβουλευτικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης κύριο Γιοβαζολιά Θεόδωρο. Δηλώνω υπεύθυνα πως όλες οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων και των ερωτηματολογίων θα είναι ανώνυμες και θα τηρηθεί απόλυτος σεβασμός σε αυτές.

Σας ευχαριστώ πολύ,

Γκενούδη Βιργινία

Παράρτημα 2

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ/ΟΥΣΑΣ

Εγώ ο/η δίνω οικειοθελώς τη συγκατάθεσή μου προκειμένου να συμμετάσχω στην έρευνα που διεξάγεται από τη Γκενούδη Βιργινία. Είχα σαφή και πλήρη εξήγηση της φύσης και του σκοπού της έρευνας. Έχω επίσης ενημερωθεί σχετικά με το είδος των ερωτηματολογίων αλλά και πώς θα χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από τη συμπλήρωσή τους.

Καταλαβαίνω ότι μπορεί να μην είναι δυνατόν στην ερευνήτρια να μου επεξηγήσει όλα τα δεδομένα και τη χρήση τους μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία. Γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα να διακόψω τη συμμετοχή μου οποτεδήποτε και χωρίς κυρώσεις. Γνωρίζω ότι αν επιθυμώ μπορώ να ενημερωθώ για τα αποτελέσματα, καθώς και ότι οι απαντήσεις μου δεν θα γνωστοποιηθούν σε κανέναν άλλο.

Παράρτημα 3

--- Μεταδότη 2016/2017 ---

Group Statistics

	meth_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Rolefun_phys	2016	31	49,1935	24,88211	4,46896
	2017	34	62,8676	25,32652	4,34346

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Rolefun_phys	Equal variances assumed	,008	,929	-2,192	63	,032	-13,67410	6,23713	-26,13801	-1,21019
	Equal variances not assumed			-2,194	62,636	,032	-13,67410	6,23196	-26,12908	-1,21911

Group Statistics

	meth_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Rolefun_emot	2016	31	51,3441	17,88554	3,21234
	2017	34	64,4608	20,54690	3,52376

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Rolefun_emot	Equal variances assumed	3,017	,087	-2,733	63	,008	-13,11670	4,79914	-22,70702	-3,52638
	Equal variances not assumed			-2,751	62,874	,008	-13,11670	4,76823	-22,64562	-3,58778

Group Statistics

	meth_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Energy_ftg	2016	31	55,8468	18,95276	3,40402
	2017	34	48,8971	18,99901	3,25830

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
Energy_ftg	Equal variances assumed	,389	,535	1,475	63	,145	6,94972	4,71264	-2,46774	16,36717
	Equal variances not assumed			1,475	62,478	,145	6,94972	4,71210	-2,46820	16,36763

Group Statistics

	meth_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Emot_wb	2016	31	54,5161	14,62617	2,62694
	2017	34	47,5000	19,51107	3,34612

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
Emot_wb	Equal variances assumed	2,363	,129	1,628	63	,109	7,01613	4,31039	-1,59751	15,62976
	Equal variances not assumed			1,649	60,806	,104	7,01613	4,25409	-1,49101	15,52327

Group Statistics

	meth_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Social_fun	2016	31	54,5161	14,62617	2,62694
	2017	34	47,5000	19,51107	3,34612

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Social_fun	Equal variances assumed	2,363	,129	1,628	63	,109	7,01613	4,31039	-1,59751	15,62976
	Equal variances not assumed			1,649	60,806	,104	7,01613	4,25409	-1,49101	15,52327

Group Statistics

	meth_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pain	2016	31	63,6290	7,71467	1,38560
	2017	34	63,0882	22,27632	3,82036

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Pain	Equal variances assumed	21,138	,000	,128	63	,898	,54080	4,21637	-7,88494	8,96654
	Equal variances not assumed			,133	41,464	,895	,54080	4,06387	-7,66356	8,74515

Group Statistics

	meth_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Health_change	2016	31	54,8387	25,34705	4,55247
	2017	34	63,2353	26,99277	4,62922

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Health_change	Equal variances assumed	,842	,362	-1,289	63	,202	-8,39658	6,51181	-21,40940	4,61623
	Equal variances not assumed			-1,293	62,940	,201	-8,39658	6,49266	-21,37137	4,57820

--- Βουπρενορφίνη 2016/2017 ---

Group Statistics

	voup_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Rolefun_phys	2016	33	50,5909	24,70504	4,30060
	2017	36	62,5000	24,13689	4,02281

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Rolefun_phys	Equal variances assumed	,283	,596	2,024	67	,047	-11,90909	5,88277	-23,65116	-,16702
	Equal variances not assumed			-2,022	66,176	,047	-11,90909	5,88882	-23,66591	-,15227

Group Statistics

	voup_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
--	-----------	---	------	----------------	-----------------

Rolefun_emot	2016	33	52,7778	18,24156	3,17545
	2017	36	63,8888	19,61930	3,26988

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Rolefun_emot	Equal variances assumed	,792	,377	-2,430	67	,018	-11,11102	4,57267	-20,23810	1,98393
	Equal variances not assumed			-2,438	66,984	,017	-11,11102	4,55803	-20,20892	2,01312

Group Statistics

	voup_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Energy_ftg	2016	33	54,7348	18,55565	3,23012
	2017	36	50,3333	16,43657	2,73943

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Energy_ftg	Equal variances assumed	1,625	,207	1,045	67	,300	4,40152	4,21285	-4,00737	12,81040
	Equal variances not assumed			1,039	64,214	,303	4,40152	4,23535	-4,05902	12,86205

Group Statistics

	voup_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Emot_wb	2016	33	53,6364	14,80460	2,57715
	2017	36	48,4722	18,47080	3,07847

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Emot_wb	Equal variances assumed	1,776	,187	1,274	67	,207	5,16414	4,05356	-2,92679	13,25508
	Equal variances not assumed			1,286	65,865	,203	5,16414	4,01481	-2,85198	13,18027

Group Statistics

	voup_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Social_fun	2016	33	53,3333	14,45179	2,51573
	2017	36	48,1944	18,95117	3,15853

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Social_fun	Equal variances assumed	1,855	,178	1,258	67	,213	5,13889	4,08539	-3,01558	13,29336
	Equal variances not assumed			1,273	64,918	,208	5,13889	4,03797	-2,92569	13,20347

Group Statistics

	voup_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pain	2016	33	63,4697	7,68617	1,33799
	2017	36	59,5833	22,77608	3,79601

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Pain	Equal variances assumed	30,869	,000	,932	67	,355	3,88636	4,16870	-4,43440	12,20712
	Equal variances not assumed			,966	43,502	,340	3,88636	4,02491	-4,22794	12,00067

Group Statistics

	voup_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Health_change	2016	33	53,0303	21,43083	3,73063
	2017	36	59,7222	25,54952	4,25825

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Health_change	Equal variances assumed	3,126	,082	-1,173	67	,245	-6,69192	5,70493	-18,07901	4,69517
	Equal variances not assumed			-1,182	66,499	,241	-6,69192	5,66130	-17,99348	4,60965

Group Statistics

	voup_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SOC_sum	2016	33	52,1818	6,12094	1,06552
	2017	36	48,1111	6,47094	1,07849

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
SOC_sum	Equal variances assumed	,022	,883	2,678	67	,009	4,07071	1,51979	1,03719	7,10422
	Equal variances not assumed			2,685	66,928	,009	4,07071	1,51607	1,04456	7,09686

--- Μεθαδόνη άνδρες/γυναίκες 2016 ---

Group Statistics

	sex_q2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Phys_fun	male	26	70,5128	18,37666	3,60396
	female	5	70,0000	17,82979	7,97372
Rolefun_phys	male	26	50,0000	24,30278	4,76617
	female	5	45,0000	30,42665	13,60721
Rolefun_emot	male	26	52,2436	17,24943	3,38289
	female	5	46,6667	22,51543	10,06920
Energy_ftg	male	26	57,9327	19,88700	3,90016
	female	5	45,0000	6,84653	3,06186
Emot_wb	male	26	57,1154	14,15437	2,77590
	female	5	41,0000	8,94427	4,00000
Social_fun	male	26	57,1154	14,15437	2,77590
	female	5	41,0000	8,94427	4,00000
Pain	male	26	64,2308	7,89839	1,54900
	female	5	60,5000	6,47109	2,89396
Gen_health	male	26	40,2308	14,78461	2,89950
	female	5	33,0000	10,36822	4,63681
Health_change	male	26	60,5769	22,55336	4,42308
	female	5	25,0000	17,67767	7,90569
SOC_sum	male	26	54,0000	5,05173	,99073
	female	5	46,4000	7,12741	3,18748

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Phys_fun	Equal variances assumed	,003	,958	,057	29	,955	,51282	8,93743	-17,76627	18,79191
	Equal variances not assumed			,059	5,763	,955	,51282	8,75036	-21,11405	22,13969
Rolefun_phys	Equal variances assumed	1,111	,301	,406	29	,688	5,00000	12,32335	-20,20409	30,20409
	Equal variances not assumed			,347	5,030	,743	5,00000	14,41779	-31,99660	41,99660
Rolefun_emot	Equal variances assumed	1,426	,242	,632	29	,532	5,57692	8,82270	-12,46752	23,62136
	Equal variances not assumed			,525	4,944	,622	5,57692	10,62228	-21,82205	32,97589
Energy_ftg	Equal variances assumed	3,942	,057	1,421	29	,166	12,93269	9,10183	-5,68264	31,54803
	Equal variances not assumed			2,608	19,357	,017	12,93269	4,95845	2,56747	23,29791
Emot_wb	Equal variances assumed	,558	,461	2,435	29	,021	16,11538	6,61940	2,57718	29,65359
	Equal variances not assumed			3,310	8,466	,010	16,11538	4,86884	4,99456	27,23620
Social_fun	Equal variances assumed	,558	,461	2,435	29	,021	16,11538	6,61940	2,57718	29,65359
	Equal variances not assumed			3,310	8,466	,010	16,11538	4,86884	4,99456	27,23620
Pain	Equal variances assumed	,244	,625	,990	29	,330	3,73077	3,76852	-3,97672	11,43826
	Equal variances not assumed			1,137	6,534	,296	3,73077	3,28244	-4,14448	11,60602
Gen_health	Equal variances assumed	1,860	,183	1,039	29	,308	7,23077	6,96206	-7,00825	21,46979
	Equal variances not assumed			1,322	7,555	,225	7,23077	5,46874	-5,51063	19,97217
Health_change	Equal variances assumed	2,189	,150	3,320	29	,002	35,57692	10,71647	13,65929	57,49456
	Equal variances not assumed			3,927	6,790	,006	35,57692	9,05890	14,02075	57,13310

SOC_sum	Equal variances assumed	,366	,550	2,890	29	,007	7,60000	2,63002	2,22100	12,97900
	Equal variances not assumed			2,277	4,803	,074	7,60000	3,33789	-1,08726	16,28726

--- Μεταδότη άνδρες/γυναίκες 2017 ---

Group Statistics

	sex_q2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Phys_fun	male	26	66,2393	20,95987	4,11057
	female	8	63,1944	24,29563	8,58980
Rolefun_phys	male	26	60,3365	25,85672	5,07092
	female	8	71,0938	23,13043	8,17784
Rolefun_emot	male	26	62,1795	20,57922	4,03592
	female	8	71,8750	19,88933	7,03194
Energy_ftg	male	26	49,0385	20,05401	3,93292
	female	8	48,4375	16,28088	5,75616
Emot_wb	male	26	48,0769	20,97984	4,11449
	female	8	45,6250	14,74485	5,21309
Social_fun	male	26	48,0769	20,97984	4,11449
	female	8	45,6250	14,74485	5,21309
Pain	male	26	61,9231	23,01421	4,51346
	female	8	66,8750	20,64799	7,30017
Gen_health	male	26	50,5769	17,79477	3,48984
	female	8	51,2500	16,85018	5,95744
Health_change	male	26	66,3462	25,43846	4,98889
	female	8	53,1250	31,16059	11,01693
SOC_sum	male	26	48,4231	6,85958	1,34527
	female	8	45,5000	5,83095	2,06155

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Phys_fun	Equal variances assumed	,327	,571	,347	32	,731	3,04487	8,78688	14,85342	20,94316

	Equal variances not assumed			,320	10,420	,755	3,04487	9,52268	-	24,14735
	Equal variances assumed	,705	,407	-	32	,301	-10,75721	10,22301	18,05761	10,06638
Rolefun_phys	Equal variances not assumed			1,052	12,885	,284	-10,75721	9,62244	31,58080	10,04976
	Equal variances assumed			-	1,118				-	
	Equal variances not assumed	,421	,521	-	32	,249	-9,69551	8,26005	31,56418	7,12965
	Equal variances assumed			1,174	12,006	,255	-9,69551	8,10782	26,52068	7,96886
Rolefun_emot	Equal variances not assumed			-	1,196				27,35988	
	Equal variances assumed	,047	,829	,077	32	,939	,60096	7,79975	-	16,48853
Energy_ftg	Equal variances not assumed			,086	14,195	,933	,60096	6,97146	15,28661	15,53400
	Equal variances assumed			-	14,3207				-	
	Equal variances not assumed	,726	,401	,307	32	,761	2,45192	7,99897	13,84145	18,74530
	Equal variances assumed			,369	16,630	,717	2,45192	6,64118	-	16,48736
Emot_wb	Equal variances not assumed			-	11,58351				-	
	Equal variances assumed	,726	,401	,307	32	,761	2,45192	7,99897	13,84145	18,74530
Social_fun	Equal variances not assumed			,369	16,630	,717	2,45192	6,64118	-	16,48736
	Equal variances assumed			-	11,58351				-	
	Equal variances not assumed	,581	,452	-,544	32	,590	-4,95192	9,10405	23,49627	13,59243
	Equal variances assumed			-,577	12,849	,574	-4,95192	8,58276	-	13,61221
Pain	Equal variances not assumed			-	23,51606				-	
	Equal variances assumed	,025	,876	-,095	32	,925	-,67308	7,11270	15,16118	13,81503
Gen_health	Equal variances not assumed			-,097	12,225	,924	-,67308	6,90435	-	14,33951
	Equal variances assumed			-	15,68566				-	
	Equal variances not assumed	,009	,924	1,220	32	,231	13,22115	10,83324	-8,84543	35,28774
	Equal variances assumed			1,093	10,047	,300	13,22115	12,09388	-	40,15093
Health_change	Equal variances not assumed			-	13,70862				-	
	Equal variances assumed	,261	,613	1,088	32	,285	2,92308	2,68788	-2,55197	8,39812
SOC_sum	Equal variances not assumed			1,187	13,543	,255	2,92308	2,46166	-2,37341	8,21956
	Equal variances assumed			-					-	

Group Statistics					
	sex_q2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Phys_fun	male	25	69,1017	17,45196	3,49039
	female	8	67,3613	16,38327	5,79236
Rolefun_phys	male	25	49,0300	24,22908	4,84582
	female	8	55,4688	27,23031	9,62737
Rolefun_emot	male	25	51,6667	17,34722	3,46944
	female	8	56,2500	21,70784	7,67488
Energy_ftg	male	25	57,0000	19,62540	3,92508
	female	8	47,6563	13,33694	4,71532
Emot_wb	male	25	57,0000	14,43376	2,88675
	female	8	43,1250	10,99919	3,88880
Social_fun	male	25	56,6000	14,04754	2,80951
	female	8	43,1250	10,99919	3,88880
Pain	male	25	63,5800	7,40872	1,48174
	female	8	63,1250	9,03861	3,19563
Gen_health	male	25	40,6400	14,00262	2,80052
	female	8	31,2500	8,76275	3,09810
Health_change	male	25	59,0000	20,25874	4,05175
	female	8	34,3750	12,93873	4,57453
SOC_sum	male	25	53,5600	5,23673	1,04735
	female	8	47,8750	7,01911	2,48163

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Phys_fun	Equal variances assumed	,001	,970	,249	31	,805	1,74044	6,99335	-12,52260	16,00348
	Equal variances not assumed			,257	12,525	,801	1,74044	6,76271	-12,92606	16,40694
Rolefun_phys	Equal variances assumed	,806	,376	-,636	31	,530	-,643875	10,13001	-27,09905	14,22155
	Equal variances not assumed			-,597	10,794	,563	-,643875	10,77813	-30,21659	17,33909
Rolefun_emot	Equal variances assumed	2,098	,157	-,612	31	,545	-,458333	7,48318	-19,84538	10,67871

	Equal variances not assumed			-,544	10,031	,598	-4,58333	8,42264	-	14,17560
	Equal variances assumed	2,280	,141	1,251	31	,220	9,34375	7,47180	-5,89509	24,58259
Energy_ftg	Equal variances not assumed			1,523	17,597	,146	9,34375	6,13518	-3,56697	22,25447
	Equal variances assumed	,150	,701	2,487	31	,018	13,87500	5,57857	2,49743	25,25257
Emot_wb	Equal variances not assumed			2,865	15,470	,012	13,87500	4,84315	3,57932	24,17068
	Equal variances assumed	,079	,781	2,472	31	,019	13,47500	5,45117	2,35726	24,59274
Social_fun	Equal variances not assumed			2,809	15,021	,013	13,47500	4,79751	3,25058	23,69942
	Equal variances assumed	,770	,387	,143	31	,887	,45500	3,17104	-6,01238	6,92238
Pain	Equal variances not assumed			,129	10,196	,900	,45500	3,52245	-7,37309	8,28309
	Equal variances assumed	3,744	,062	1,777	31	,085	9,39000	5,28277	-1,38428	20,16428
Gen_health	Equal variances not assumed			2,248	19,346	,036	9,39000	4,17626	,65956	18,12044
	Equal variances assumed	1,692	,203	3,215	31	,003	24,62500	7,65930	9,00376	40,24624
Health_change	Equal variances not assumed			4,030	18,899	,001	24,62500	6,11089	11,83011	37,41989
	Equal variances assumed	,943	,339	2,460	31	,020	5,68500	2,31057	,97256	10,39744
SOC_sum	Equal variances not assumed			2,111	9,627	,062	5,68500	2,69359	-,34839	11,71839
	Equal variances assumed									

--- Βουπρενορφίνης άνδρες γυναίκες 2017 ---

Group Statistics

	sex_q2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Phys_fun	male	24	63,4162	19,23444	3,92621
	female	12	62,0645	18,60794	5,37165
Rolefun_phys	male	24	59,8958	26,25367	5,35901
	female	12	67,7083	19,18683	5,53876
Rolefun_emot	male	24	60,7638	20,62989	4,21106

	female	12	70,1389	16,46021	4,75165
Energy_ftg	male	24	52,0625	17,65617	3,60405
	female	12	46,8750	13,71897	3,96033
Emot_wb	male	24	49,3750	20,23302	4,13005
	female	12	46,6667	14,97473	4,32283
Social_fun	male	24	48,7500	21,53107	4,39501
	female	12	47,0833	13,09204	3,77935
Pain	male	24	61,5625	23,31043	4,75822
	female	12	55,6250	22,10833	6,38213
Gen_health	male	24	52,5000	15,25151	3,11320
	female	12	44,5833	18,76388	5,41667
Health_change	male	24	66,6667	22,92078	4,67869
	female	12	45,8333	25,74643	7,43235
SOC_sum	male	24	48,6667	7,06902	1,44296
	female	12	47,0000	5,16984	1,49241

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Phys_fun	Equal variances assumed	,113	,739	,201	34	,842	1,35167	6,72954	-12,32440	15,02773
	Equal variances not assumed			,203	22,783	,841	1,35167	6,65355	-12,41952	15,12285
Rolefun_phys	Equal variances assumed	2,830	,102	-,913	34	,368	-7,81250	8,55397	-25,19626	9,57126
	Equal variances not assumed			-1,014	29,057	,319	-7,81250	7,70693	-23,57361	7,94861
Rolefun_emot	Equal variances assumed	3,357	,076	-1,368	34	,180	-9,37514	6,85162	-23,29930	4,54902
	Equal variances not assumed			-1,477	27,076	,151	-9,37514	6,34911	-22,40072	3,65045
Energy_ftg	Equal variances assumed	,344	,561	,890	34	,380	5,18750	5,82854	-6,65751	17,03251
	Equal variances not assumed			,969	27,683	,341	5,18750	5,35475	-5,78687	16,16187
Emot_wb	Equal variances assumed	,543	,466	,410	34	,685	2,70833	6,60946	-10,72370	16,14036
	Equal variances not assumed			,453	28,779	,654	2,70833	5,97864	-9,52345	14,94011

Social_fun	Equal variances assumed	2,069	,159	,245	34	,808	1,66667	6,79206	-	12,13646	15,46979
	Equal variances not assumed			,288	32,469	,776	1,66667	5,79651	-	10,13376	13,46709
Pain	Equal variances assumed	,001	,981	,732	34	,469	5,93750	8,10642	-	10,53673	22,41173
	Equal variances not assumed			,746	23,199	,463	5,93750	7,96067	-	10,52257	22,39757
Gen_health	Equal variances assumed	1,109	,300	1,360	34	,183	7,91667	5,82304	-3,91717		19,75051
	Equal variances not assumed			1,267	18,502	,221	7,91667	6,24758	-5,18354		21,01687
Health_change	Equal variances assumed	,103	,750	2,468	34	,019	20,83333	8,43988	3,68143		37,98524
	Equal variances not assumed			2,372	19,947	,028	20,83333	8,78237	2,51053		39,15614
SOC_sum	Equal variances assumed	1,681	,204	,724	34	,474	1,66667	2,30356	-3,01472		6,34806
	Equal variances not assumed			,803	29,041	,429	1,66667	2,07591	-2,57878		5,91212

--- Μεθαδόνη/βουπρενορφίνη 2016 ---

Group Statistics

	ousia_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Phys_fun	2016A	31	70,4301	17,99560	3,23211
	2016B	33	68,6798	16,96222	2,95274
Rolefun_phys	2016A	31	49,1935	24,88211	4,46896
	2016B	33	50,5909	24,70504	4,30060
Rolefun_emot	2016A	31	51,3441	17,88554	3,21234
	2016B	33	52,7778	18,24156	3,17545
Energy_ftg	2016A	31	55,8468	18,95276	3,40402
	2016B	33	54,7348	18,55565	3,23012
Emot_wb	2016A	31	54,5161	14,62617	2,62694
	2016B	33	53,6364	14,80460	2,57715

Social_fun	2016A	31	54,5161	14,62617	2,62694
	2016B	33	53,3333	14,45179	2,51573
Pain	2016A	31	63,6290	7,71467	1,38560
	2016B	33	63,4697	7,68617	1,33799
Gen_health	2016A	31	39,0645	14,27570	2,56399
	2016B	33	38,3636	13,43693	2,33907
Health_change	2016A	31	54,8387	25,34705	4,55247
	2016B	33	53,0303	21,43083	3,73063
SOC_sum	2016A	31	52,7742	6,00949	1,07934
	2016B	33	52,1818	6,12094	1,06552

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Phys_fun	Equal variances assumed	,023	,879	,401	62	,690	1,75034	4,36960	-6,98437	10,48506
	Equal variances not assumed			,400	61,084	,691	1,75034	4,37781	-7,00338	10,50407
Rolefun_phys	Equal variances assumed	,000	,996	-,225	62	,822	-1,39736	6,20075	-	10,99776
	Equal variances not assumed			-,225	61,692	,822	-1,39736	6,20215	-	11,00180
Rolefun_emot	Equal variances assumed	,099	,754	-,317	62	,752	-1,43369	4,51975	-	7,60116
	Equal variances not assumed			-,317	61,881	,752	-1,43369	4,51692	-	7,59585
Energy_ftg	Equal variances assumed	,012	,912	,237	62	,813	1,11193	4,68950	-8,26226	10,48611
	Equal variances not assumed			,237	61,558	,813	1,11193	4,69266	-8,26990	10,49375
Emot_wb	Equal variances assumed	,021	,884	,239	62	,812	,87977	3,68143	-6,47931	8,23884
	Equal variances not assumed			,239	61,837	,812	,87977	3,68001	-6,47686	8,23639
Social_fun	Equal variances assumed	,001	,973	,325	62	,746	1,18280	3,63588	-6,08523	8,45082
	Equal variances not assumed			,325	61,648	,746	1,18280	3,63727	-6,08882	8,45441
Pain	Equal variances assumed	,001	,980	,083	62	,934	,15934	1,92593	-3,69055	4,00922
	Equal variances not assumed			,083	62	,934	,15934	1,92593	-3,69055	4,00922

	Equal variances not assumed			,083	61,721	,934	,15934	1,92616	-3,69135	4,01002
	Equal variances assumed	,170	,682	,202	62	,840	,70088	3,46398	-6,22351	7,62527
Gen_health	Equal variances not assumed			,202	61,063	,841	,70088	3,47063	-6,23894	7,64070
	Equal variances assumed	,716	,401	,309	62	,758	1,80841	5,85479	-9,89516	13,51197
Health_change	Equal variances not assumed			,307	58,914	,760	1,80841	5,88579	-9,96939	13,58621
	Equal variances assumed	,196	,660	,390	62	,698	,59238	1,51756	-2,44118	3,62593
SOC_sum	Equal variances not assumed			,391	61,874	,697	,59238	1,51667	-2,43953	3,62428

--- Μεθαδόνη/βουπρενορφίνη 2017 ---

Group Statistics					
	ousia_year	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Phys_fun	2017A	34	65,5229	21,44165	3,67721
	2017B	36	62,9656	18,77125	3,12854
Rolefun_phys	2017A	34	62,8676	25,32652	4,34346
	2017B	36	62,5000	24,13689	4,02281
Rolefun_emot	2017A	34	64,4608	20,54690	3,52376
	2017B	36	63,8888	19,61930	3,26988
Energy_ftg	2017A	34	48,8971	18,99901	3,25830
	2017B	36	50,3333	16,43657	2,73943
Emot_wb	2017A	34	47,5000	19,51107	3,34612
	2017B	36	48,4722	18,47080	3,07847
Social_fun	2017A	34	47,5000	19,51107	3,34612
	2017B	36	48,1944	18,95117	3,15853
Pain	2017A	34	63,0882	22,27632	3,82036
	2017B	36	59,5833	22,77608	3,79601
Gen_health	2017A	34	50,7353	17,32630	2,97144
	2017B	36	49,8611	16,66845	2,77808
Health_change	2017A	34	63,2353	26,99277	4,62922
	2017B	36	59,7222	25,54952	4,25825
SOC_sum	2017A	34	47,7353	6,66656	1,14330

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Phys_fun	Equal variances assumed	1,205	,276	,532	68	,597	2,55723	4,80953	-7,04005	12,15450
	Equal variances not assumed			,530	65,638	,598	2,55723	4,82801	-7,08319	12,19765
Rolefun_phys	Equal variances assumed	,365	,548	,062	68	,951	,36765	5,91195	-	12,16476
	Equal variances not assumed			,062	67,244	,951	,36765	5,92019	-	12,18362
Rolefun_emot	Equal variances assumed	,359	,551	,119	68	,906	,57199	4,80076	-9,00778	10,15175
	Equal variances not assumed			,119	67,271	,906	,57199	4,80719	-9,02249	10,16646
Energy_ftg	Equal variances assumed	,375	,542	-	68	,736	-1,43627	4,23916	-9,89538	7,02283
	Equal variances not assumed			,339	65,353	,737	-1,43627	4,25688	-9,93698	7,06443
Emot_wb	Equal variances assumed	,037	,849	-	68	,831	-,97222	4,53960	-	8,08641
	Equal variances not assumed			,214	67,148	,831	-,97222	4,54681	-	8,10288
Social_fun	Equal variances assumed	,041	,839	-	68	,880	-,69444	4,59751	-9,86864	8,47975
	Equal variances not assumed			,151	67,488	,880	-,69444	4,60139	-9,87764	8,48875
Pain	Equal variances assumed	,146	,703	,650	68	,518	3,50490	5,38908	-7,24884	14,25864
	Equal variances not assumed			,651	67,913	,517	3,50490	5,38562	-7,24218	14,25198
Gen_health	Equal variances assumed	,097	,757	,215	68	,830	,87418	4,06326	-7,23392	8,98228
	Equal variances not assumed			,215	67,371	,830	,87418	4,06782	-7,24439	8,99276
Health_change	Equal variances assumed	,085	,771	,559	68	,578	3,51307	6,27986	-9,01820	16,04434

	Equal variances not assumed			,559	67,146	,578	3,51307	6,28987	-9,04105	16,06720
	Equal variances assumed	,052	,820	-	68	,812	-,37582	1,57036	-3,50942	2,75778
SOC_sum	Equal variances not assumed			-,239	67,480	,812	-,37582	1,57171	-3,51256	2,76093
	Equal variances assumed			-,239						