

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ο ρόλος της εργασίας στους αποθεραπευμένους
χρήστες ουσιών»**

Βασιλική Δ. Χρυσανθάκη

**ΑΘΗΝΑ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2016**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ο ρόλος της εργασίας στους αποθεραπευμένους χρήστες ουσιών»

**ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΧΡΥΣΑΝΘΑΚΗ
Α.Μ. 2014752**

Επιβλέπων: Μελπομένη Μαλλιώρα, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής

**Εξεταστική Επιτροπή:
Μελπομένη Μαλλιώρα, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής
Θωμάς Παπαρρηγόπουλος, Αναπ. Καθηγητής Ψυχιατρικής
Ηλίας Τζαβέλλας, Επίκουρος Καθηγητής**

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αφορά τη διερεύνηση του ρόλου της εργασίας στους αποθεραπευμένους χρήστες ουσιών. Το εξεταζόμενο ζήτημα της παρούσας εργασίας αποτελεί ερευνητικό πεδίο πολλών μελετών, με αναφορά στις παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση της υγείας των ατόμων αυτών προκειμένου να μειωθεί ή και να μηδενιστεί ο κίνδυνος υποτροπής (Galea & Vlahov, 2002), συμπεριλαμβανομένης της απασχόλησης/ εργασίας ως καθοριστικό στοιχείο τέτοιας παρέμβασης (Storti et al, 2011).

Για το σκοπό της ανάλυσης γίνεται αρχικά βιβλιογραφική ανασκόπηση του υπάρχοντος ερευνητικού σώματος, παρουσιάζοντας στο γενικό μέρος τα κύρια αποτελέσματα ερευνών σχετικά με το ρόλο της εργασίας στους αποθεραπευμένους χρήστες ουσιών. Στη συνέχεια, γίνεται εμπειρική μελέτη μέσα από διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας σε δείγμα 50 ατόμων, απόφοιτων προγράμματος απεξάρτησης, με σκοπό να εξεταστεί η υπόθεση ότι η ανεργία συνδέεται με την κατάθλιψη και η κατάθλιψη συνδέεται με την χρήση ουσιών, άρα συνδέεται με τον κίνδυνο υποτροπής.

Όπως δείχνει η ανάλυση, οι ερωτώμενοι δηλώνουν μέτρια επίπεδα ικανοποίησης ως προς όλες τις πτυχές που περιγράφουν την ποιότητά ζωής τους, αλλά φαίνεται πως είναι ικανοποιημένοι από την υποστήριξη που λαμβάνουν από τους φίλους τους. Ως προς το επίπεδο κατάθλιψης, σημειώνεται ελαφρότατης μορφής κατάθλιψη από τους ερωτώμενους. Σχετικά με το αν διαφοροποιείται το επίπεδο κατάθλιψης ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, η ανάλυση έδειξε πως η κλίμακα κατάθλιψης BDI διαφοροποιείται μόνο ως προς το φύλο και την επαγγελματική κατάσταση. Τέλος, η ανάλυση έδειξε πως η γενική εικόνα ποιότητας ζωής εξαρτάται από το επίπεδο κατάθλιψης.

ABSTRACT

This work involves the investigation of the role of labor in survivors addicts. The matter at issue in this work is a research field of many studies, with reference to interventions aimed at improving the health of these people in order to reduce or even zero risk for relapse (Galea & Vlahov, 2002), including employment / work as a key element such intervention (Storti et al, 2011).

For the purpose of the analysis is initially a literature review of existing research body, showing the general part of the main research findings on the role of labor in survivors addicts. Then, it becomes empirical study through conducting quantitative research on a sample of 50 people, graduates rehabilitation program in order to test the hypothesis that unemployment is associated with depression, and depression associated with substance use and therefore associated with the risk of relapse.

As shows the analysis, respondents indicate moderate levels of satisfaction in all aspects that describe the quality of life, but seems to be satisfied with the support they receive from their friends. As to the level of depression, indicated a very slight depression forms from respondents. On whether the level of depression differs as demographics, the analysis showed that BDI depression scale differs only in gender and employment status. Finally, the analysis showed that the overall quality of life image depends on the level of depression.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

BDI Beck Depression Inventory

ΕΚΤΕΠΝ Ερευνητικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα
Ναρκωτικά

ΕΠΙΨΥ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

ΚΕΘΕΑ Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

NIDA National Institute on Drug Abuse

ΟΚΑΝΑ Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

UNODC United Nations Office on Drugs and Crime

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	5
ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ - ΠΙΝΑΚΩΝ	8
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
1.1 Γενικά για το εξεταζόμενο θέμα.....	10
1.2 Σημαντικότητα εργασίας	12
1.3 Μεθοδολογία και ερευνητικά ερωτήματα.....	12
2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	14
2.1 Το φαινόμενο χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών	14
2.2 Αποθεραπεία των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών	16
2.3 Διερεύνηση του ρόλου της εργασίας στους αποθεραπευμένους χρήστες ουσιών	18
2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την πρόληψη υποτροπής σε χρήστες ουσιών.....	
3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	40
3.1 Μεθοδολογία.....	40
3.1.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	40
3.1.2 Δείγμα	40
3.1.3 Ερευνητικό Υλικό	42
3.1.4 Συλλογή Δεδομένων	43
3.1.5 Στατιστική Ανάλυση	44
3.2 Αποτελέσματα.....	45
3.2.1 Γενική Κατάσταση Υγείας Ερωτώμενων	45
3.2.2 Αξιολόγηση Ποιότητας Ζωής και Υγείας Ερωτώμενων	47
3.2.3 Συνέπειες Βιωμάτων στην Ποιότητα Ζωής και Κατάσταση Υγείας....	50

3.2.4	Ικανότητα Θετικής Αντιμετώπισης Βιωμάτων Καταστάσεων.....	57
3.2.5	Επίπεδο Ικανοποίησης Ζωής ως προς Συγκεκριμένες Πτυχές	63
3.2.6	Κατάθλιψη και Αρνητική Στάση Ζωής	64
3.2.7	Επίδραση Δημογραφικών Στοιχείων στο Επίπεδο Κατάθλιψης.....	67
3.2.8	Επίδραση Ποιότητας Ζωής στο Επίπεδο Κατάθλιψης	68
4.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	70
	ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	72
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	79

ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ – ΠΙΝΑΚΩΝ

Διάγραμμα 1. Συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών τόσο στον ίδιο τον χρήστη όσο και στους άλλους (100=μέγιστο).....	15
Διάγραμμα 2. Ανεργία στους χρήστες ουσιών στις Ηνωμένες Πολιτείες ανά είδος ουσίας (2013).....	20
Διάγραμμα 3. Αύξηση της πιθανότητας να είναι ένας χρήστης ουσιών μεταξύ του άνεργου πληθυσμού, συγκριτικά με τον πληθυσμό πλήρους απασχόλησης στις Ηνωμένες Πολιτείες, ανά είδος ουσίας (2013)	21
Διάγραμμα 4 Εκτίμηση Κατάστασης Υγείας Ερωτώμενων από τους Ιδίους...	45
Διάγραμμα 5 Πρόβλημα Υγείας το τελευταίο διάστημα	46
Διάγραμμα 6 Εκτίμηση Κατάστασης Ποιότητας Ζωής Ερωτώμενων από τους Ιδίους (N=50)	48
Διάγραμμα 7. Εκτίμηση Κατάστασης Υγείας Ερωτώμενων από τους Ιδίους (N=50).....	49
Διάγραμμα 8 Εκτίμηση Κατάστασης Διατροφικών Συνηθειών Ερωτώμενων από τους Ιδίους (N=50).....	50
Διάγραμμα 9 Απόψεις Ερωτώμενων ως προς τους Σωματικούς Πόνους – Εμπόδιο στην Δουλειά τους (N=50)	51
Διάγραμμα 10. Εκτίμηση Ανάγκης Ιατρικής Θεραπείας Ερωτώμενων από τους Ιδίους (N=50)	52
Διάγραμμα 11 Εκτίμηση Απόλαυσης Ζωής Ερωτώμενων από τους Ιδίους (N=50).....	53
Διάγραμμα 12 Πιστεύω ότι η Ζωή μου δεν έχει Καθόλου Νόημα (N=50)	54
Διάγραμμα 13 Επίπεδο Αυτοσυγκέντρωσης Ερωτώμενων από τους Ιδίους (N=50).....	55
Διάγραμμα 14 Εκτίμηση Εύρους Κινδύνων από τους Ερωτώμενους (N=50).	56
Διάγραμμα 15 Ποιότητα Φυσικού Περιβάλλοντος που Διαμένουν οι Ερωτώμενοι (N=50)	57
Διάγραμμα 16 Επίπεδο Ενεργητικότητας Ερωτώμενων για τις Καθημερινές Δραστηριότητες (N=50).....	58
Διάγραμμα 17 Αποδοχή Σωματικής Εικόνας και Εμφάνισης Ερωτώμενων Από τους Ιδίους (N=50)	59

Διάγραμμα 18 Εκτίμηση Οικονομικών Δυσκολιών Ερωτώμενων (N=50).....	60
Διάγραμμα 19 Αυτό-αξιολόγηση Ικανότητας Ανεύρεσης Πληροφοριών Από τους Ερωτώμενους (N=50)	61
Διάγραμμα 20 Ποιότητα Ελεύθερου Χρόνου και Ψυχαγωγίας Ερωτώμενων (N=50).....	62
Διάγραμμα 21 Ικανότητα Κίνησης Ερωτώμενων Μέσα-Έξω από το σπίτι (N=50).....	63
Διάγραμμα 22 Επίπεδο Κατάθλιψης των Ερωτώμενων (N=50).....	65

Πίνακας 1. Δημογραφικά Στοιχεία Ατόμων που συμμετέχουν στον ΚΕΘΕΑ (N=50).....	41
Πίνακας 2. Προβλήματα Υγείας Ερωτώμενων (N=50)	46
Πίνακας 3 Επίπεδο Ικανοποίησης Ερωτώμενων ως προς συγκεκριμένες πτυχές ζωής (N=50).....	64
Πίνακας 4 Πτυχές που ορίζουν την κλίμακα Κατάθλιψης BDI	66

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Γενικά για το εξεταζόμενο θέμα

Η παρούσα εργασία αφορά τη διερεύνηση του ρόλου της εργασίας στους αποθεραπευμένους χρήστες ουσιών. Εύλογη διαπίστωση αποτελεί, σύμφωνα με στοιχεία του ΚΕΘΕΑ, το γεγονός πως η μακρόχρονη διαδικασία της απεξάρτησης ενός χρήστη ουσιών έχει ανάγκη τη λειτουργική και ισότιμη κοινωνική και εργασιακή ένταξη του ατόμου στο περιβάλλον, με τον χρήστη ουσιών να έχει έντονη ανάγκη να κάνει το ξεκίνημα της νέας του ζωής μέσα από αποτελεσματική συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη σε επίπεδο προσωπικό και οικογενειακό. Ένας χρήστης ουσιών που διανύει τη θεραπευτική του πορεία έρχεται αντιμέτωπος με ποικίλα προβλήματα και εμπόδια που χρειάζεται να ξεπεράσει τόσο από το εξωτερικό περιβάλλον (ανεργία, στερεότυπα και προκαταλήψεις) όσο και από το ατομικό τους ιστορικό προφίλ (ελλείψεις σε επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματικής πείρας, νομικές εκκρεμότητες κ.ά.). Σε αυτό το πλαίσιο, η οικογένεια μπορεί αναμφισβήτητα να διαδραματίσει εξέχοντα ρόλο για την κοινωνική επανένταξη, σε συνδυασμό με τις υπηρεσίες οικογενειακής στήριξης και συμβουλευτικής, μέσα από βραχύχρονες ή πιο μακρόχρονες παρεμβάσεις στρατηγικού σχεδιασμού από θεραπευτικές κοινότητες και άλλες δομές ψυχοκοινωνικής στήριξης. Για τον αποθεραπευμένο χρήστη, η επαγγελματική αποκατάσταση συμβάλλει σημαντικά στην κοινωνική ενσωμάτωση του, καθώς η απομάκρυνση από τη θεραπευτική «προστασία» τον φέρνει αντιμέτωπο και ευάλωτο με τη δύσκολη πραγματικότητα της κοινωνίας.

Το εξεταζόμενο ζήτημα της παρούσας εργασίας αποτελεί ερευνητικό πεδίο πολλών μελετών, με τους ερευνητές να υποστηρίζουν πως ποικίλοι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες διαμορφώνουν τη συμπεριφορά και την υγεία των χρηστών ουσιών, επιδρώντας συνάμα στο επίπεδο του κινδύνου υποτροπής στους αποθεραπευμένους χρήστες ουσιών. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν την υγεία έμμεσα με τη

διαμόρφωση της συμπεριφοράς ως προς τη χρήση ουσιών, αλλά και άμεσα μέσα από τη διαθεσιμότητα των πόρων, την πρόσβαση σε συστήματα κοινωνικής πρόνοιας, την περιθωριοποίηση και τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή. Υπάρχουν χρήστες που φαίνεται να βιώνουν ένα δυσανάλογα υψηλό επίπεδο κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία τους, με αποτέλεσμα να υφίστανται ανισότητες στην υγεία μεταξύ των χρηστών ουσιών, τόσο των υφιστάμενων χρηστών όσο των αποθεραπευμένων. Συνεπώς, οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση της υγείας των ατόμων αυτών πρέπει να είναι αποτελεσματικές, προκειμένου να μειωθεί ή και να μηδενιστεί ο κίνδυνος υποτροπής (Galea & Vlahov, 2002).

Μία από τις παρεμβάσεις αυτές αφορά την απασχόληση/ εργασία, με τις έρευνες να δείχνουν πως ο ρόλος της εργασίας είναι καθοριστικός ως στοιχείο τέτοιας παρέμβασης. Ενδεικτικά, όπως δηλώνεται στην έρευνα των Storti et al (2011), η βελτίωση των προοπτικών απασχόλησης και η μείωση της ανεργίας ενισχύουν το εσωτερικό κίνητρο του χρήστη ουσιών να εισέλθει σε θεραπεία ή να μείνει μακριά από την υποτροπή εφόσον έχει αποθεραπευτεί. Αυτό οφείλεται στο ότι η ανεργία έχει σύμφωνα με τη βιβλιογραφία σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στο σύνολο των χρηστών ουσιών που προσφεύγουν σε θεραπεία ή την έχουν ολοκληρώσει, καθώς όταν η ανεργία μειώνεται (αυξάνεται) η τάση προς την υιοθέτηση της θεραπείας από τους χρήστες αυξάνεται (μειώνεται) και μειώνεται (αυξάνεται) ο κίνδυνος υποτροπής. Μάλιστα, όπως δείχνουν τα ευρήματα ερευνών η δημιουργία προοπτικών εργασίας επιδρά θετικά και σημαντικά στην προθυμία των χρηστών ουσιών να εισέλθουν σε θεραπεία ή να μην υποτροπιάσουν όντας αποθεραπευμένοι. Αυτό ενισχύει την ιδέα ότι η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να ενσωματωθεί στα προγράμματα για τη βελτίωση των επαγγελματικών προοπτικών των χρηστών ουσιών.

1.2 Σημαντικότητα εργασίας

Όπως διαφαίνεται από την προηγούμενη ενότητα, η διερεύνηση του παρόντος θέματος θα συμβάλλει σημαντικά στο υπάρχον ερευνητικό σώμα και στις πρακτικές στρατηγικών παρέμβασης, δίνοντας σημαντικά αποτελέσματα για το ρόλο της εργασίας στους αποθεραπευμένους χρήστες ουσιών.

Συνάμα, στην παρούσα κατάσταση στη χώρα μας οι Έλληνες χρήστες ουσιών θεωρούνται πιο επιβαρυνμένοι από ποτέ, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, λόγω της κρίσης, με τον αριθμό των εισαγωγών για θεραπεία να μειώνεται σημαντικά εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, καθώς η ανεργία και η ύφεση στερούν από τους χρήστες το κίνητρο της προσπάθειας για θεραπεία και επανένταξη. Μάλιστα, οι θέσεις εργασίας που προσφέρονται στους αποθεραπευόμενους χρήστες ουσιών χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερα χαμηλή αμοιβή και χωρίς κοινωνική ασφάλιση, γεγονός που επιδρά αρνητικά στο κίνητρο επανένταξης (ΕΚΤΕΠΝ, 2012). Συνεπώς, η διερεύνηση του ρόλου της εργασίας στους αποθεραπευμένους χρήστες ουσιών αναμένεται να προσφέρει σημαντικά στοιχεία στο πλαίσιο εκτίμησης της όλης κατάστασης του εν λόγω ζητήματος στην Ελλάδα.

1.3 Μεθοδολογία και ερευνητικά ερωτήματα

Για το σκοπό της ανάλυσης γίνεται αρχικά βιβλιογραφική ανασκόπηση του υπάρχοντος ερευνητικού σώματος, παρουσιάζοντας στο γενικό μέρος τα κύρια αποτελέσματα ερευνών σχετικά με το ρόλο της εργασίας στους αποθεραπευμένους χρήστες ουσιών. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται δευτερογενή δεδομένα από επιστημονικές πηγές από τη βάση δεδομένων Google Scholar, με λέξεις κλειδιά: εργασία, ανεργία, αποθεραπευμένοι χρήστες ουσιών, επανένταξη.

Στη συνέχεια, γίνεται εμπειρική μελέτη μέσα από διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας σε δείγμα 50 ατόμων, απόφοιτων προγράμματος απεξάρτησης, με χρήση δυο ερευνητικών εργαλείων: το ερωτηματολόγιο BDI (Beck Depression Inventory) και το ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής των Τζινιέρη – Κοκκώση (2008). Σκοπός της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που συλλέχθηκαν είναι να εξεταστεί η υπόθεση ότι η ανεργία συνδέεται με την κατάθλιψη και η κατάθλιψη συνδέεται με την χρήση ουσιών, άρα συνδέεται με τον κίνδυνο υποτροπής. Επίσης, διερευνώνται τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποια η Ποιότητα Ζωής των αποφοίτων των Προγραμμάτων Απεξάρτησης;
- Ποιό το επίπεδο Κατάθλιψης (Beck Depression Inventory –BDI) των αποφοίτων των Προγραμμάτων Απεξάρτησης;
- Το επίπεδο Κατάθλιψης (Beck Depression Inventory –BDI) διαφοροποιείται ως προς τα δημογραφικά στοιχεία;
- Η Ποιότητα Ζωής των αποφοίτων των Προγραμμάτων Απεξάρτησης εξαρτάται με το επίπεδο Κατάθλιψης (Beck Depression Inventory –BDI) που οι ίδιοι παρουσιάζουν.

2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Το φαινόμενο χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών

Σύμφωνα με τον Χαραλαμπίδη (2003:11), η εξαρτησιογόνος ουσία είναι «κάθε φυσική, συνθετική ή ημισυνθετική ουσία που επιδρά στο κεντρικό νευρικό σύστημα και που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αλλάξει κάποιο άτομο τη διάθεση του».

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες διακρίνονται σε:

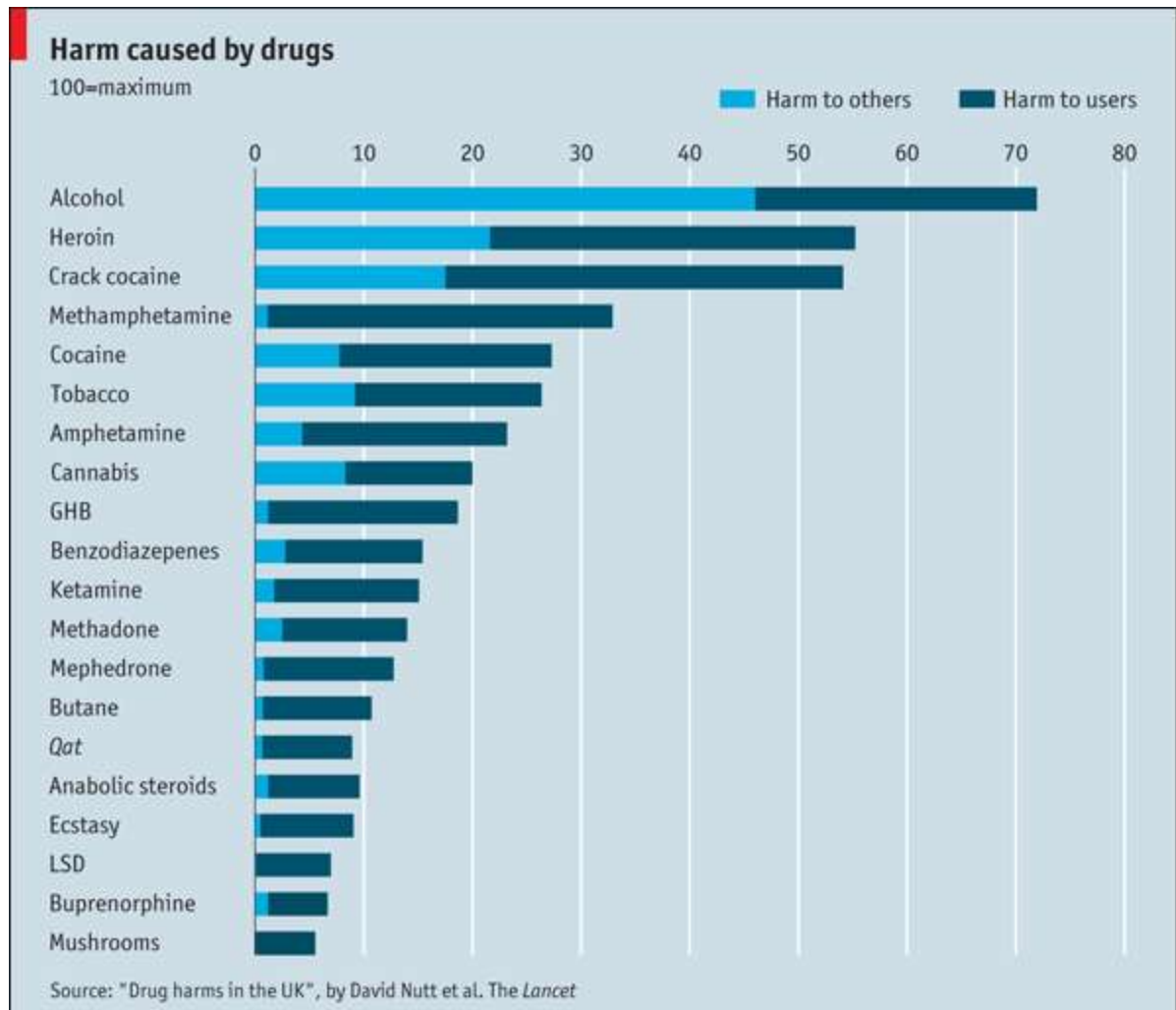
- νόμιμες (καπνός, αλκοόλ κ.α.)
- παράνομες (ναρκωτικά)
- υπάρχει και μια ενδιάμεση κατηγορία, τα ψυχοτρόπα φάρμακα (ηρεμιστικά, υπνωτικά κ.α.).

Η εξάρτηση που λαμβάνει χώρα μπορεί να είναι σωματική ή/ και ψυχική, ενώ κάποιες φορές υπάρχει ανοχή σε κάποια ουσία.

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που παρουσιάζεται σε κάθε σχεδόν χώρα, προκαλώντας σοβαρές συνέπειες τόσο στον ίδιο τον χρήστη όσο και στους γύρω του και στην κοινωνία ευρύτερα (Nutt et al, 2010), όπως δείχνει και το διάγραμμα 1. Οι κύριες ουσίες χρήσης να είναι:

- το αλκοόλ,
- η ηρωίνη και
- η κοκαΐνη

Διάγραμμα 1. Συνέπειες από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών τόσο στον ίδιο τον χρήστη όσο και στους άλλους (100=μέγιστο)



Πηγή: Nutt et al (2010)

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών (UNODC, 2016), εκτιμάται ότι 247 εκατομμύρια άνθρωποι έκαναν χρήση ναρκωτικών κατά το 2014, 29 εκατομμύρια υποφέρουν από διαταραχές χρήσης αυτών των ουσιών και μόνο 1 στα 6 άτομα από αυτούς δέχεται θεραπεία. Από τα 29 εκατομμύρια άτομα που χρησιμοποιούν εξαρτησιογόνες ουσίες, τα 12 εκατομμύρια είναι ενδοφλέβιοι χρήστες, από τους οποίους 14% ζει με τον ιό HIV, ερχόμενοι αντιμέτωποι με πολύ σοβαρές επιπτώσεις για την υγεία τους, ακόμη και το θάνατο. Επίσης, 6 εκατομμύρια άτομα ζουν με ηπατίτιδα C. Σχεδόν 207,400 περιστατικά είναι διεθνώς συνδεδεμένα με θανάτους από ναρκωτικά (2014), αντιστοιχώντας σε 43,5 θανάτους ανά

εκατομμύριο ανθρώπων ηλικίας 15-64 ετών. Οι θάνατοι από υπερβολική δόση αφορούν περίπου το ένα τρίτο έως το ήμισυ των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά θανατηφόρων περιστατικών, που οφείλονται στις περισσότερες περιπτώσεις στα οπιοειδή. Η κάνναβη παραμένει το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό σε παγκόσμιο επίπεδο, με περίπου 183 εκατομμύρια άτομα να το έχουν χρησιμοποιήσει μέσα στο 2014, ενώ οι αμφεταμίνες παραμένουν το δεύτερο συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό. Πρέπει να αναφερθεί πως σημειώνεται μια απότομη αύξηση της χρήσης ηρωίνης σε ορισμένες αγορές (ιδιαίτερα στη Βόρεια Αμερική και στην Δυτική και Κεντρική Ευρώπη), προκαλώντας ανησυχία για τη δημόσια υγεία.

Αναφορικά με την Ελλάδα, το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) διατυπώνει σε Πανελλήνια έρευνα για την υγεία & τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό πληθυσμό, η οποία έλαβε χώρα το 2004 σε δείγμα 4.500 περίπου ατόμων ηλικίας 12-64 ετών, πως κάπνισμα, οινόπνευματώδη, ψυχοδραστικά φάρμακα και ναρκωτικά αποτελούν τις κύριες εξαρτησιογόνες ουσίες. Ειδικά για τα ναρκωτικά, τα έχει χρησιμοποιήσει μία ή περισσότερες φορές στη ζωή του το 8,6% του πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών, με πιο διαδεδομένη ουσία να είναι η κάνναβη. Τα περισσότερα άτομα έχουν περιοριστεί στη δοκιμή ενώ ένα στα τρία έχει επαναλάβει τη χρήση. Σχεδόν ένας στους πέντε άνδρες ηλικίας 35-44 ετών αναφέρει εμπειρία με ναρκωτικά.

2.2 Αποθεραπεία των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών

Η αποθεραπεία των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, η οποία μελετάται στη διεθνή βιβλιογραφία, με τις μελέτες να εστιάζουν στη χρήση αλκοόλ και ηρωίνης (Sobell et al, 2000). Η αποθεραπεία συμβάλλει, όπως διατυπώνεται από τον ΟΚΑΝΑ, στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τις εξαρτησιογόνες ουσίες καθώς και του κοινωνικού

αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων.

Στην έρευνα τους οι McIntosh & McKeganey (2000) διαπιστώνουν πως υπάρχουν ποικίλοι κοινωνιολογικοί παράγοντες που επιδρούν στη διαδικασία ανάκτησης από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, με την έρευνα τους σε δείγμα 70 αποθεραπευμένων ατόμων να δείχνει πως οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη μετέπειτα πορεία του ατόμου στη διαδικασία επανένταξης να είναι το ίδιο το θεραπευτικό φάρμακο, η ανασυγκρότηση του ατόμου με τον εαυτό του και η παροχή αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την αποκατάστασή τους.

Σε άλλη έρευνα, αυτή των Latkin et al (2013), διαφαίνεται πως υπάρχουν σημαντικοί παράγοντες που επιδρούν στην πρόληψη, στον έλεγχο και στην ιατρική φροντίδα του χρήστη ουσιών. Η έρευνα τους σε 340 χρήστες κοκαΐνης, κρακ, ή ηρωίνης έδειξε πως το φύλο, η έλλειψη στέγης, το στίγμα του χρήστη, η τρέχουσα χρήση της ουσίας, σχετίζονται όλα σημαντικά με τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, με ιδιαίτερη έμφαση στο στίγμα. Αυτή η διαπίστωση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα προγράμματα παρέμβασης και αποθεραπείας ως προς τις στάσεις και συμπεριφορές, τόσο από τους ίδιους τους χρήστες όσο και των μελών της οικογένειάς του, καθώς και των παρόχων υγείας και υπηρεσιών που παρέχουν κοινωνική υποστήριξη.

Διαπίστωση αποτελεί, σύμφωνα με στοιχεία του ΚΕΘΕΑ, το γεγονός πως η μακρόχρονη διαδικασία της απεξάρτησης ενός χρήστη ουσιών χρειάζεται μια αποτελεσματική συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη σε επίπεδο προσωπικό και οικογενειακό, προκειμένου να ξεπεραστούν τα εμπόδια από το εξωτερικό περιβάλλον (ανεργία, στερεότυπα και προκαταλήψεις) αλλά και από το ατομικό τους ιστορικό προφίλ (ελλείψεις σε επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματικής πείρας, νομικές εκκρεμότητες κ.ά.). Συνεπώς, οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση της υγείας των ατόμων αυτών πρέπει να είναι αποτελεσματικές, προκειμένου να μειωθεί ή και να μηδενιστεί ο κίνδυνος υποτροπής (Galea & Vlahov, 2002). Για τον αποθεραπευμένο χρήστη, η επαγγελματική αποκατάσταση είναι μια από

αυτές τις παρεμβάσεις η οποία συμβάλλει σημαντικά στην κοινωνική ενσωμάτωση του και αναλύεται στην επόμενη ενότητα.

2.3 Διερεύνηση του ρόλου της εργασίας στους αποθεραπευμένους χρήστες ουσιών

Η εργασία αναγνωρίζεται από τη διεθνή βιβλιογραφία ως ένα κρίσιμο συστατικό της ανάκαμψης του ατόμου από μια δυσχερή κατάσταση, με ένα σύνολο από θεραπευτικές υπηρεσίες να παρέχουν επαγγελματική και εκπαιδευτική στήριξη στα άτομα στο πλαίσιο της επανένταξης τους (Comerford, 1999). Ο λόγος είναι διότι η εργασία παρέχει στο άτομο την ανάκτηση της δυνατότητας για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του, καθώς και την δυνατότητα για οικοδόμηση της εμπιστοσύνης και της αυτοεκτίμησης, παρέχοντας την ευκαιρία να επενδύσει σε κάτι με επιτυχία. Η απασχόληση γίνεται βασικό εργαλείο για το άτομο που αναζητά την επανένταξη του στην κοινότητα ως παραγωγικό μέλος αυτής, το οποίο άτομο στην προσπάθεια του αυτή αισθάνεται την ανάγκη για τόνωση της αυτοπεποίθησης του και για επίτευξη κοινωνικής προσαρμογής. Τα οφέλη που δημιουργεί η εργασία στο άτομο που αναζητά επανένταξη είναι πολλαπλά (Platt, 1995):

- αποκτά μια πηγή νόμιμου και σταθερού εισοδήματος
- αποκτά ευθύνη
- χτίζει την αυτοεκτίμηση του
- αναγνωρίζει εκ νέου την αυτοαξία του
- ενσωματώνεται στον βασικό κορμό της κοινωνίας
- ανακτά την ικανότητα έκφρασης
- αντιλαμβάνεται περισσότερο τη σημασία της συμμετοχής και των παραγωγικών σχέσεων, κοινωνικών ή επαγγελματικών.
- αποκτά μια αίσθηση ανεξαρτησίας που συμβάλλει στη μειωμένη εξάρτηση από αλκοόλ και άλλες ουσίες

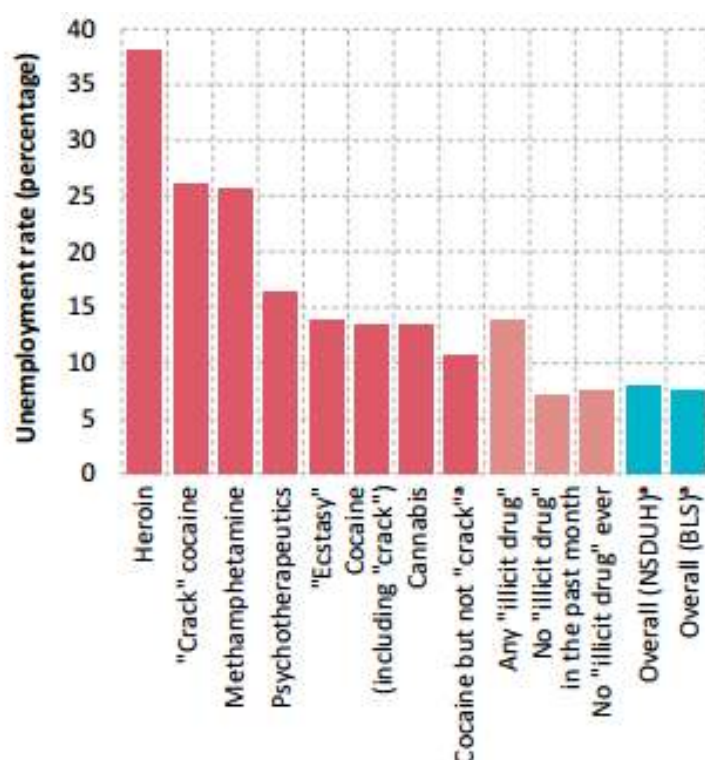
Όπως διαπιστώνουν παλαιότερες μελέτες, η απασχόληση επιδρά στην κατάσταση μετά τη θεραπεία (Carrone et al., 1986), και μάλιστα σε συνδυασμό με μια εξατομικευμένη προσέγγιση δύναται το σχέδιο αποκατάστασης να προσφέρει πολλαπλά οφέλη επανένταξης του ατόμου.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών (UNODC, 2016: xxi), ανάμεσα στους παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην εξέλιξη της πορείας των αποθεραπευμένων χρηστών ουσιών είναι η ανεργία, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η μετανάστευση, η βία, το παρελθόν φυλάκισης, καθώς και το να είναι το άτομο άστεγος. Ειδικά όσον αφορά την επίδραση της ανεργίας, εξάρτηση ουσιών και ανεργία αποτελούν ένα φαύλο κύκλο, όπου υπάρχει σαφής θετική συσχέτιση μεταξύ της εξάρτησης από τις ουσίες και της κοινωνική μειονεξίας, συμπεριλαμβανομένης της ανεργίας και της φτώχειας. Η σχέση μεταξύ χρήσης ουσιών και καθεστώτος εργασίας είναι περίπλοκη και χαρακτηρίζεται από αμοιβαία αιτιότητα: η χρήση ουσιών επιτείνει τον κίνδυνο της ανεργίας, ενώ η ανεργία αυξάνει τον κίνδυνο της χρήσης ουσιών και άρα τον κίνδυνο υποτροπής ενός αποθεραπευμένου χρήστη. Η χρήση ουσιών μπορεί να παρεμποδίσει τις προοπτικές απασχόλησης του ατόμου, μειώνοντας την παραγωγικότητα και την πιθανότητα της εύρεσης εργασίας. Από την άλλη, η ανεργία μπορεί να προκαλέσει άγχος, οικονομικές δυσκολίες, δυσαρέσκεια, κατάθλιψη που είναι όλοι οι παράγοντες κινδύνου για μύηση, διαιώνιση, εντατικοποίηση ή επανάληψη της χρήσης ουσιών. Αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό πως υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα συσχέτισης μεταξύ της χρήσης ουσιών και της ανεργίας για τους διάφορους τύπους ουσιών, με την ηρωίνη, την μεθαμφεταμίνη και την κοκαΐνη να θεωρούνται ουσίες που συνδέονται στενότερα με την ανεργία, τόσο όσον αφορά το ποσοστό ανεργίας μεταξύ των χρηστών όσο και όσον αφορά την αυξημένη πιθανότητα της ύπαρξης ενός αποθεραπευμένου χρήστη μεταξύ των ανέργων (διάγραμμα 2, διάγραμμα 3).

Καθώς τα άτομα που είναι αποθεραπευμένα από τη χρήση ουσιών έρχονται αντιμέτωπα με τον κίνδυνο υποτροπής, είναι σημαντικό να υπάρχει μέριμνα από τους αρμόδιους φορείς για προγράμματα εργασίας και επιτυχία αυτών, ώστε να μην υφίσταται αποκλεισμός των ανθρώπων αυτών από ευκαιρίες απασχόλησης λόγω ποινικού μητρώου και στιγματισμού. Αναμφισβήτητα, πολλοί άνθρωποι που έχουν αποθεραπευτεί από τη χρήση

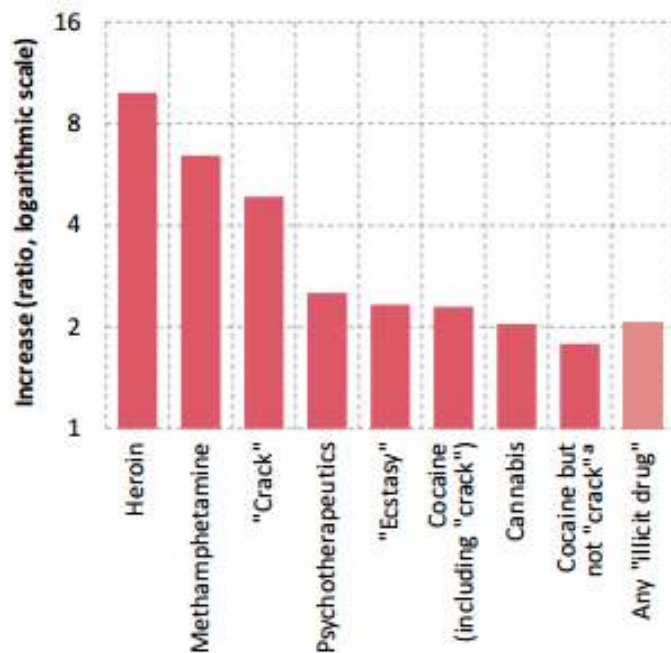
ουσιών έχουν περιορισμένες δεξιότητες και ελλιπή προσόντα, κενά στην εργασιακή τους πορεία, ιδιαίτερα αυτοί με σοβαρό ποινικό μητρώο, στοιχεία που θέτουν την εύρεση εργασίας εξαιρετικά προκλητική διαδικασία. Συνάμα, η απογοήτευση που προκαλείται από την αδυναμία να βρεθεί επαρκής απασχόληση μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα υποτροπής, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο, ιδιαίτερα στην περίπτωση ατόμων εξαρτημένων από τα ναρκωτικά (UNODC, 2016: 72-73). Διαφαίνεται λοιπόν, πως η εργασία έχει σημαντικό ρόλο στην επανένταξη των αποθεραπευμένων ατόμων από τη χρήση ουσιών, καθώς στην αντίθετη περίπτωση η αδυναμία να βρεθεί επαρκής απασχόληση μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα κατάθλιψης και γενικής απογοήτευσης και δυσaráεσκείας, αυξάνοντας εν τέλει τον κίνδυνο υποτροπής του ατόμου.

Διάγραμμα 2. Ανεργία στους χρήστες ουσιών στις Ηνωμένες Πολιτείες ανά είδος ουσίας (2013)



Πηγή: UNODC (2016: 72)

Διάγραμμα 3. Αύξηση της πιθανότητας να είναι ένας χρήστης ουσιών μεταξύ του άνεργου πληθυσμού, συγκριτικά με τον πληθυσμό πλήρους απασχόλησης στις Ηνωμένες Πολιτείες, ανά είδος ουσίας (2013)



Πηγή: UNODC (2016: 73)

Κατά τους Storti et al (2011) ο ρόλος της εργασίας είναι καθοριστικός ως στοιχείο παρέμβασης επανένταξης, καθώς η βελτίωση των προοπτικών απασχόλησης και η μείωση της ανεργίας ενισχύουν το εσωτερικό κίνητρο του αποθεραπευμένου χρήστη ουσιών να μείνει μακριά από την υποτροπή. Αυτό οφείλεται στο ότι η ανεργία έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στο σύνολο των χρηστών ουσιών που προσφεύγουν σε θεραπεία ή την έχουν ολοκληρώσει, καθώς όταν αυτή μειώνεται τότε η τάση προς την υιοθέτηση της θεραπείας από τους χρήστες αυξάνεται και μειώνεται ο κίνδυνος υποτροπής για τους αποθεραπευόμενους. Μάλιστα, όπως δείχνουν οι Storti et al (2011) η δημιουργία προοπτικών εργασίας επιδρά θετικά και σημαντικά στην προθυμία των χρηστών ουσιών να μην υποτροπιάσουν.

Σε πολλές περιπτώσεις, όπως ορίζεται από τον Οργανισμό NIDA, οι χώροι εργασίας που προσφέρουν παροχή συμβουλών ή βοήθειας σε άτομα με προβλήματα εξαρτησιογόνων ουσιών μπορούν να αποδείξουν τη συμβολή τους στην αποφυγή των αποθεραπευόμενων για εκ νέου χρήση των ουσιών, με το να προωθούν μια ουσιαστική προσέγγιση στον τρόπο ζωής, αλλά και

βελτιώνοντας τις εργασιακές δεξιότητες και συμπεριφορές που είναι απαραίτητες για την επανένταξη του ατόμου στην κοινωνική ζωή. Σε αυτό το σημείο οι κατάλληλες εγκαταστάσεις, το εκπαιδευμένο προσωπικό και οι συνθήκες εργασίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιτυχή αποθεραπεία του ατόμου.

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση στο γενικό μέρος, αξίζει να αναφερθεί η δράση του ΚΕΘΕΑ «Club Εργασίας», μια δομή υποστήριξης στο ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ, το οποίο λειτουργεί από το 1999 με επιδότηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Βασικός στόχος του «Club Εργασίας» είναι η αναζήτηση εργασίας στα μέλη του και η ανάπτυξη και δικτύωση σχέσεων με εργοδότες και φορείς εργασίας. Για το σκοπό αυτό η δομή «Club Εργασίας» παρέχει ένα σύνολο τεχνικών εκπαίδευσης, κατάρτισης, επαγγελματικού προσανατολισμού και συνεργασιών με αρμόδιους φορείς, μέσα σε ένα πλαίσιο πλήρους υλικοτεχνικής υποδομής προκειμένου να κάνει πιο αποτελεσματική την επανένταξη των ατόμων. Όπως τονίζει η εν λόγω δομή, το ζήτημα της εργασίας και απασχόλησης είναι κρίσιμος παράγοντας για την επανένταξη του πρώην χρήστη ουσιών, και ειδικά σήμερα που η ανεργία είναι αυξημένη λόγω της κρίσης, ένα τέτοιο θέμα χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας και υποστήριξης για μια τόσο ευάλωτη κοινωνική ομάδα όπως οι αποθεραπευμένοι χρήστες ουσιών (αλλά και των τρεχουσών χρηστών). Σύμφωνα με το «Club Εργασίας», η αναζήτηση εργασίας και η παραμονή της σε αυτήν είναι αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας και στοχεύει στην αλλαγή που θα κάνει ένας πρώην χρήστης ουσιών, διαμορφώνοντας ένα νέο κοινωνικό, ψυχολογικό, επαγγελματικό και πολιτιστικό προφίλ. Αυτό τελικά θα αποφέρει θετικό αποτέλεσμα στην απεξάρτηση και στην ισότιμη κοινωνική ένταξη. Προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα εμπόδια στη διαδικασία εύρεσης εργασίας (όπως έλλειψη προσόντων και βασικών γνώσεων, κοινωνική προκατάληψη κ.α.), η εν λόγω δομή κάνει επανασύνδεση με την εκπαιδευτική διαδικασία μέσα από την παρακολούθηση προγραμμάτων του Τμήματος Εκπαίδευσης, με πολυδιάστατο χαρακτήρα όπως προγράμματα περιβαλλοντικής παιδείας, δημιουργικά εργαστήρια, αθλητικές ομάδες, συμβουλευτική και προσανατολισμός κ.α.

2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την πρόληψη υποτροπής σε χρήστες ουσιών

Στη σύγχρονη κοινωνία, η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα σοβαρό διεθνές πρόβλημα, που αφορά τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες του πλανήτη. Η χρήση ή/και η κατάχρηση ουσιών έχει ως επακόλουθο πλήθος προβλημάτων σχετιζόμενων τόσο με την σωματική και ψυχική υγεία των χρηστών, όσο και με τον οικογενειακό, τον εργασιακό και τον ευρύτερο κοινωνικό τους χώρο. Το γεγονός αυτό καθιστά επιτακτική την ανάγκη για δράσεις που στοχεύουν όχι μόνο στη θεραπεία αλλά και στην πρόληψη. Οι περισσότερες μελέτες βασίζονται στο τι συμβαίνει όταν τροποποιούνται οι μεταβλητές. Στην περίπτωση της πρόληψης υποτροπής κατά της χρήσης ουσιών, οι μεταβλητές είναι οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες σε επίπεδο ατομικό, οικογένειας, σχολείου, συνομηλίκων και κοινωνικού περιβάλλοντος / γειτονιάς / περιοχής. Οι προστατευτικοί παράγοντες και οι παράγοντες κινδύνου που αναφέρονται στη βιβλιογραφία μέσα από την έρευνα, την θεωρία και την πρακτική στον τομέα αντιμετώπισης της χρήσης ουσιών έχουν μελετηθεί από πολλούς επιστήμονες χωρίς να υπάρχει μια γενικότερη συμφωνία για το βαθμό και τον τρόπο επίδρασής τους. Ωστόσο, η εξάρτηση από εθιστικές ψυχοτρόπες ουσίες είναι χρόνια και πολυπαραγοντική διαταραχή και σε γενική συμφωνία όλων, είναι απαραίτητο να συνδυάζονται όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις με σκοπό να εκπαιδευτεί το εξαρτημένο άτομο σε δεξιότητες ζωής, αναγκαίες για να τροποποιήσει την συμπεριφορά του απέναντι στην υγεία.

Αρκετοί συγγραφείς αναφέρουν ότι η πρόληψη υποτροπής είναι ένας από τους βασικούς στόχους κάθε θεραπευτικής διαδικασίας. Με τον όρο υποτροπή εννοούμε «την κατάρρευση ή την αποτυχία της προσπάθειας του ατόμου να αλλάξει ή να τροποποιήσει τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την εξάρτηση» (Marlatt & George, 1984). Επομένως η εκπαιδευτική διαδικασία για την ενδυνάμωση των προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, για τη διαχείριση της καθημερινότητας και των δυσκολιών της, για την αντιμετώπιση

των κοινωνικών πιέσεων καθώς κι η αναγνώριση κι η αξιοποίηση των στοιχείων της προσωπικότητας, αφορά την πρόληψη υποτροπής.

Σημαντικός στόχος δεν είναι μόνο να αλλάξει το άτομο την στάση του απέναντι στην υγεία αλλά να καταφέρει να περάσει από την θεραπεία στην πρόληψη. Επομένως δεν αρκεί μόνο η ενημέρωση των ατόμων. Οι παρεμβάσεις - ενημερώσεις έχουν άλλωστε αποδειχθεί αναποτελεσματικές (Botvin & Griffin, 2007). Είναι απαραίτητη η εκπαίδευση σε δεξιότητες και η διαμόρφωση στάσεων του ατόμου, είναι απαραίτητο να δοθούν στο άτομο τα απαραίτητα εργαλεία, εκείνες οι δεξιότητες ζωής που θα χρησιμοποιήσει για να τροποποιήσει την συμπεριφορά του απέναντι στην υγεία.

Προϋπόθεση σταθερής αποχής τόσο από τις ουσίες όσο και της πρόληψης υποτροπής είναι η εξεύρεση ενός νέου τρόπου ζωής, δηλαδή η αντικατάσταση ενός αυτοκαταστροφικού τρόπου ζωής από ένα δημιουργικό και προστατευτικό. Στην ουσία πρόκειται για τη δόμηση μιας νέας ζωής (Κούκου, 2002) την οργάνωση της ζωής σε νέες βάσεις, δίνοντας νέο περιεχόμενο, αξίες, νόημα και στόχους, προσπαθώντας το άτομο να βρει μια θέση στο κοινωνικό σύνολο. Άλλη μια σημαντική προϋπόθεση αποχής από τις ουσίες είναι κι η σταθεροποίηση των προσωπικών αλλαγών του πρώην χρήστη. Όσο ενισχύεται η συνέχιση της απεξαρτητικής διαδικασίας κι όσο η χρονική απόσταση από την τελευταία εξαρτητική πράξη αυξάνεται, τόσο μικραίνει και απομακρύνεται ο κίνδυνος υποτροπής (Γεωργάκας, 2000).

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι ο πρώτος χρόνος μετά την θεραπεία είναι ο πλέον κρίσιμος για την ολίσθηση και την υποτροπή (Larimer & Marlatt, 1990). Μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το ΚΕ.Θ.Ε.Α. και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα, από τα 551 άτομα που εισήχθησαν στις κοινότητες που διέθετε το ΚΕ.Θ.Ε.Α. από 1.1.1994 έως 31.12.1995 και την επανεξέτασή τους πέντε χρόνια μετά, κατέδειξε ότι όσο αυξάνεται ο χρόνος παραμονής στο θεραπευτικό πλαίσιο τόσο μειώνεται η πιθανότητα υποτροπής και επαναφοράς στη χρήση ουσιών.

Οι παράγοντες προστασίας και κινδύνου, είναι διαστάσεις του περιβάλλοντος ή της προσωπικότητας του ατόμου που το καθιστούν λιγότερο

(προστατευτικός παράγοντας) ή περισσότερο (παράγοντας κινδύνου) ευάλωτο στο να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα υγείας (Botvin & Griffin 2007).

Προστατευτικοί παράγοντες είναι εκείνοι που ενισχύουν τα άτομα ως προς την αποφασιστικότητάς του να απορρίψουν ή να αποφύγουν την επιλογή της χρήσης ουσιών και οι οποίοι αποτρέπουν καταστροφικές συμπεριφορές και τις συνθήκες που προωθούν την χρήση ουσιών και αφορούν σε ατομικά, οικογενειακά και κοινωνικά χαρακτηριστικά.

Οι παράγοντες κινδύνου από την άλλη, είναι εκείνοι που καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο να προσπατήσει τον εαυτό του. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν σε ελλείψεις ή δυσλειτουργίες τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό και οικογενειακό επίπεδο. Είναι αυτονόητο ότι χρονικά εμφανίζονται πριν από τη χρήση και αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσής της. Η κατανόηση των πιο πάνω παραγόντων είναι προϋπόθεση για την κατανόηση των βασικών μεταβλητών της εξάρτησης καθώς επίσης και για την ανάπτυξη και την εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης (Council of Europe, 2006).

Παλαιότερες μελέτες και έρευνες για την πρόληψη υποτροπής

Ανάλογα είναι τα συμπεράσματα και τα ευρήματα παλαιότερων μελετών και ερευνών τόσο οι προστατευτικοί παράγοντες όσο και οι παράγοντες κινδύνου που οδηγούν τους αποθεραπευμένους χρήστες στην υποτροπή, σχετίζονται βασικά με το άτομο αλλά και με το περιβάλλον του. Οι Najma & Parveen αναφέρουν ως παράγοντες κινδύνου για υποτροπή την αποδυνάμωση της απόφασης απεξάρτησης, την παρέα με εξαρτημένους χρήστες καθώς και το μη ισχυρό κίνητρο για θεραπεία.

Αρκετοί ερευνητές δίνουν έμφαση στην παρουσία του χρήστη ουσιών σε χώρους όπου είναι διαθέσιμες οι ουσίες (Powell et al, 1993). Εξίσου σημαντική συμβολή στην υποτροπή έχουν και οι κοινωνικές πιέσεις, η μη ανταπόκριση στη θεραπεία και κυρίως οι αρνητικές συναισθηματικές

καταστάσεις (Gossop, 1989). Έρευνες έχουν καταδείξει ότι 30% των υποτροπών των αποθεραπευμένων χρηστών σχετίζονται με το άγχος, το stress ή/και την κατάθλιψη που βιώνει το άτομο (Μάτσα, 1997).

Κινδύνους υποτροπής για τους χρήστες ουσιών μπορεί επίσης να προκαλέσουν η ανεργία και οι στρεσογόνες διαπροσωπικές σχέσεις (Bronwell et al, 1986). Ιδιαίτερα για την ανεργία ως παράγοντα υποτροπής η Κατσαρού στηριζόμενη στη μελέτη του Warr σχετικά με την ανεργία, αναφέρει ότι στο πλαίσιο της επανένταξης η εργασία δίνει τη χαρά της συνεργασίας, της υπευθυνότητας της κοινωνικής αναγνώρισης και της προσωπικής αξίας και επομένως δημιουργεί τους όρους για να μπορέσουν οι αποθεραπευμένοι χρήστες να «βρουν νέους ρόλους και να κάνουν ένα άνοιγμα στον κόσμο, με έναν τρόπο ζωής ανοικτό στο διάλογο και στη διαρκή αλλαγή». Η εργασία επομένως εξασφαλίζει οικονομική ανεξαρτησία, προσωπική δημιουργία, κοινωνική αναγνώριση και αποδοχή καθώς και δυνατότητα δημιουργίας κοινωνικών δεσμών. Η Κουκού προσθέτει ότι η ένταξη στην αγορά εργασίας είναι βασικός στόχος στη θεραπεία των αποθεραπευμένων χρηστών και βασικός δείκτης της επιτυχούς έκβασης όχι μόνο της θεραπείας αλλά και της οριστικής απομάκρυνσης από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Για αυτόν τον λόγο η βελτίωση της εργασιακής ικανότητας και η αύξηση των ευκαιριών για εργασία είναι ταυτοχρόνως στόχος και αποτέλεσμα πολλών και ποικίλων θεραπευτικών προσεγγίσεων και προγραμμάτων. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν, ότι στις μέρες μας, στην εποχή της οικονομικής κρίσης η οποία επηρεάζει αρνητικά το πρόβλημα της εξάρτησης, οδηγώντας περισσότερους ανθρώπους στη χρήση ουσιών ως μια μορφή αυτο-θεραπείας απέναντι στο άγχος και την πίεση, είναι εύκολο οι αποθεραπευμένοι χρήστες ουσιών, ήδη άνεργοι στην πλειονότητά τους, να χάσουν το κίνητρό τους για θεραπεία μιας και η ματαίωση κάθε προσπάθειας για απασχόληση είναι πολύ πιθανή.

Ως προς τις διαπροσωπικές σχέσεις, αναφέρεται ότι η δημιουργία λειτουργικών διαπροσωπικών σχέσεων στους αποθεραπευμένους χρήστες είναι εξίσου σημαντική για την αποφυγή υποτροπής, δεδομένου ότι η χρήση ουσιών είναι, εκτός από συμπεριφορά και ένας τρόπος παράδοξης προσαρμογής στην κοινωνική πραγματικότητα κι ένας τρόπος διαχείρισης

των εσωτερικών συγκρούσεων. Είναι λοιπόν οι λειτουργικές διαπροσωπικές σχέσεις ζήτημα που χρήζει ιδιαίτερης σημασίας και προσοχής, δεδομένου ότι ένα από τα κυριότερα προβλήματα των αποθεραπευόμενων χρηστών είναι η επικοινωνία μέσα από λειτουργικές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με το άμεσο όσο και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Μάτσα, 1997).

Στην έρευνα των Bronwell et al (1986), συνδυάζοντας τους πιο πάνω παράγοντες, δηλαδή την ανεργία με τα συνακόλουθα αποτελέσματα της οικονομικής ανέχειας και την κακής ποιότητας ζωής, καθώς και την απουσία διαπροσωπικών σχέσεων σε συνδυασμό με την απουσία κοινωνικών στηριγμάτων και συναισθηματικής υποστήριξης, κυρίως από την οικογένεια και τους φίλους, κατέδειξε σημαντικά τη συσχέτιση είτε με τη βίαιη διακοπή της θεραπείας είτε με την υποτροπή των αποθεραπευμένων χρηστών.

Μια άλλη άποψη, αναφορικά και με διαπροσωπικά ζητήματα των αποθεραπευμένων χρηστών, υποστηρίζει ότι η υποτροπή σχετίζεται με καταστάσεις που το ίδιο το αποθεραπευμένο άτομο χαρακτηρίζει κρίσιμες για τη ζωή του και είναι αυτές οι καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο για πιθανή υποτροπή. Οι κρίσιμες καταστάσεις διακρίνονται: σε αυτές που καθορίζονται από το ίδιο το άτομο χωρίς την εμπλοκή άλλων (ενδοπροσωπικές) και σε αυτές που εμπλέκονται άλλα άτομα και επηρεάζουν το άτομο (διαπροσωπικές) (Watson, 1991). Οι έρευνες δείχνουν ότι οι κρίσιμες καταστάσεις όπως οι διαπροσωπικές συγκρούσεις στην οικογένεια, συγκρούσεις στις φιλίες και στις εργασιακές σχέσεις ευθύνονται για το 16% των υποτροπών των αποθεραπευμένων χρηστών. Οι ίδιες έρευνες καταδεικνύουν ότι το ποσοστό υποτροπής αυξάνεται για τους αποθεραπευμένους χρήστες σε 20% για άλλες κρίσιμες καταστάσεις όπως η κοινωνική πίεση που ασκείται από ένα άτομο ή μια ομάδα (Marlatt & George, 1984).

Φαίνεται λοιπόν ότι τόσο οι διαπροσωπικές πιέσεις ή/και συγκρούσεις όσο και η αδυναμία σύναψης λειτουργικών διαπροσωπικών σχέσεων, η ανεργία και η επαγόμενη έλλειψη ενδιαφερόντων, καθώς και η αρνητική συναισθηματική κατάσταση κατά Hawkins & Catalano (1985), είναι παράγοντες κινδύνου που

σχετίζονται με την υποτροπή των αποθεραπευμένων χρηστών (Πουλόπουλος, 2002).

Στους προστατευτικούς, τώρα, παράγοντες ο Allsop (1987) μελετά την απόφαση αλλαγής των αποθεραπευμένων χρηστών. Εστιάζει όχι μόνο στην προσήλωση στην αρχική απόφαση αλλαγής αλλά και στην ποιότητα αυτής της αλλαγής καθώς και στην υψηλή επαγρύπνηση. Ακολουθεί η αποτελεσματική αντιμετώπιση κάθε πρόκλησης του παρόντος ή του παρελθόντος (cognitive vigilance), η αυτό-αποτελεσματικότητα του (self - efficacy), κυρίως η ικανότητα αλλαγής (changeability) (Gossop, 1989) και η διαμόρφωση ενός νέου τρόπου ζωής.

Σημαντικοί προστατευτικοί παράγοντες για την αποφυγή της υποτροπής είναι κι η ανάπτυξη δεξιοτήτων και στρατηγικών αντιμετώπισης των καταστάσεων κινδύνου (Allsop, 1987). Αναλυτικότερα, η ανάπτυξη δεξιοτήτων σχετίζεται άμεσα με την αυτονομία η οποία εννοείται ως η δημόσια και ιδιωτική αίσθηση του εαυτού καθώς και η ανάπτυξη της ικανότητας του αποθεραπευμένου χρήστη να θέσει στόχους και τις αναγκαίες στρατηγικές για την επιτυχία αυτών των στόχων (Σταθόπουλος, 2003). Η εκπλήρωση αυτών των προσωπικών του στόχων (και στο επαγγελματικό πεδίο) που αφορούν την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων για τη διαχείριση των καθημερινών δυσκολιών, την ενδυνάμωση της πρωτοβουλίας, την επίλυση νομικών υποθέσεων, την τακτοποίηση οικονομικών εκκρεμοτήτων, την οικονομική ανεξαρτησία και την εύρεση κατοικίας εξασφαλίζουν την ανεξαρτησία και ενδυναμώνουν την υπευθυνότητά του ως προς το να ορίσει ανεξάρτητα τη ζωή του (Κουκού, 2002).

Η Κουκού επίσης επισημαίνει ότι η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες θα βοηθήσει τους αποθεραπευμένους χρήστες στη διαχείριση των καθημερινών δυσκολιών της ζωής. Τέτοιες δεξιότητες αφορούν την ανάληψη ευθυνών, την ανάληψη αποφάσεων σε όλους τους προσωπικούς τομείς, την ενίσχυση του αυτοσεβασμού, την εκμάθηση νέων τρόπων επικοινωνίας, την ενίσχυση της ικανότητας του «σχετίζεσθαι», την αντιμετώπιση κρίσεων και επίλυση συγκρούσεων και τέλος τη δημιουργία αίσθησης ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Συμπερασματικά η ανάπτυξη δεξιοτήτων και οι στρατηγικές αντιμετώπισης

καταστάσεων κινδύνου αποτελούν τόσο στη νεότερη όσο και στην παλαιότερη βιβλιογραφία βασικό αντικείμενο μελέτης και έρευνας, κυρίως λόγω της σημαντικότητας τους για την αποφυγή υποτροπής στους αποθεραπευμένους χρήστες.

Άλλες έρευνες συμπεριλαμβάνουν στους προστατευτικούς παράγοντες την επαγγελματική αποκατάσταση, άρα και το σταθερό εισόδημα, την ύπαρξη κοινωνικών στηριγμάτων, την ομαλή συζυγική ζωή, την ύπαρξη φίλων, τις καλές σχέσεις με την οικογένεια, την εύκολη πρόσβαση σε υποστηρικτικά δίκτυα (θεραπευτικές υπηρεσίες, κοινωνικές ομάδες κ.λπ.), τη συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας (ΑΑ), την ανάπτυξη δεξιοτήτων και στρατηγικών αποφυγής κινδύνου (Μάτσα, 2001). Οι πιο πάνω προστατευτικοί παράγοντες έχουν εκτεταμένη αναφορά και στις νεότερες μελέτες κι έρευνες.

Νεότερες μελέτες και έρευνες για την πρόληψη υποτροπής

Έρευνες έχουν καταδείξει επίσης ότι ο κίνδυνος υποτροπής είναι μεγαλύτερος όταν λείπει το αίσθημα του «καλώς έχουν» (well being), εννοώντας το να αισθάνεται ο αποθεραπευμένος χρήστης καλά με τον εαυτό του και να είναι ικανοποιημένος και ευχαριστημένος ότι τα καταφέρνει χωρίς να έχει ανάγκη τις ουσίες (Leukefeld & Tims, 1989).

Τέλος, σημαντικός προστατευτικός παράγοντας για τον θεραπευμένο χρήστη θεωρείται και η ανάπτυξη της πνευματικότητας (spirituality) των αποθεραπευμένων χρηστών ως «γίγνεσθαι» μέσα στο οποίο κατακτά αυτογνωσία, κατανοεί το νόημα των πράξεών του, αλλάζει τη σχέση με τον εαυτό του και τον κόσμο, αλληλεπιδρά με τους άλλους, αναλαμβάνει τις ευθύνες του και πιστεύει στις αξίες της ζωής (Prezioso, 1987).

Μια πρόσφατη έρευνα σε κέντρο αποτοξίνωσης στο Ιράν κατέδειξε σε δείγμα 609 εξαρτημένων ατόμων ότι το ποσοστό υποτροπής ήταν 72% με κύριους λόγους τα δυσάρεστα συναισθήματα και τη δυσφορία. Αντίθετα τα ευχάριστα

συναισθήματα και η έλλειψη προσωπικού ελέγχου ήταν λιγότεροι σημαντικοί λόγοι υποτροπής. Η έρευνα επιβεβαιώνει την άποψη ότι είναι ανάγκη να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στους λόγους που ένα άτομο κάνει υποτροπή και τόσο οι ψυχομετρικές όσο και οι κλινικές εκτιμήσεις θα πρέπει να συνεκτιμηθούν (Shafiei et al, 2014).

Η έρευνα των Stone et al (2012) καταδεικνύει ότι η ηλικιακή περίοδος από τα 18 – 26χρόνια είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη τόσο για την έναρξη χρήσης ουσιών όσο και για την υποτροπή με κύριους αναφερόμενους λόγους τον περιορισμένο κοινωνικό έλεγχο και την υπέρμετρη αίσθηση της ελευθερίας. Επιπλέον ο Anderson (2007) αναφέρει ότι η πλειοψηφία των υποτροπών (85%) λαμβάνει χώρα στις ομάδες των νεαρών ενηλίκων. Εάν και λίγες έρευνες αναφέρονται σε αυτή τη ηλικιακή φάση ζωής, φαίνεται ότι τόσο οι προστατευτικοί παράγοντες όσο και οι παράγοντες κινδύνου διαφέρουν σημαντικά από τους αντίστοιχους στην εφηβεία.

Και οι δυο παραπάνω έρευνες στα συμπεράσματα τους αναφέρουν ότι η ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου, συμβάλλει σημαντικά στην αποφυγή της υποτροπής ενώ η δυσκολία αποτελεσματικής διαχείρισης των στρεσογόνων γεγονότων (οικογενειακές συγκρούσεις, οικονομικές δυσκολίες κ.λπ.), ταυτόχρονα με την αδυναμία διαχείρισης δυσκολιών, έχει ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά υποτροπής.

Άλλη μια πρόσφατη έρευνα ανέδειξε ως σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υποτροπή τους εξής: ετοιμότητα, αυτό-αποτελεσματικότητα, προσδοκία για την έκβαση της θεραπείας, ικανοποίηση από την θεραπεία, κοινωνική στήριξη, επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και stress, θετικά και αρνητικά συναισθήματα και ο τρόπος που αντιλαμβάνονται το νόημα της ζωής. Στην έρευνα αυτή το δείγμα αποτελούνταν από 157 εξαρτημένα άτομα στα τρία βασικά στάδια της θεραπείας τους δηλαδή στο συμβουλευτικό κέντρο, στην κύρια φάση θεραπείας, και στην κοινωνική επανένταξη. Η ανάλυση των επανειλημμένων μετρήσεων αποκάλυψε μια στατιστικά σημαντική αύξηση υποτροπής οφειλόμενη σε παράγοντες όπως είναι η αυτο-αποτελεσματικότητα, η κοινωνική υποστήριξη, τα θετικά συναισθήματα και το νόημα της ζωής. Αντίθετα παράγοντες όπως η

αμφιθυμία, η κατάθλιψη και άγχος δεν είχαν στατιστικά σημαντική αύξηση του ποσοστού υποτροπής (Flora & Stalikas, 2012).

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση του κινδύνου υποτροπής είναι ο ενθουσιασμός και η παρορμητικότητα καθώς και η απουσία αυτοελέγχου και αυτο-οριοθέτησης (Doran, 2017). Συμπληρωματικά ο Abolghasemi (2013) αναφέρει ότι 19% του ποσοστού των υποτροπών στους χρήστες ουσιών μπορεί να αποφευχθεί με την αυτό-οριοθέτηση και τον αυτοέλεγχο. Με άλλα λόγια, οι χρήστες ουσιών που έχουν χαμηλή αυτό-οριοθέτηση θα βιώσουν υψηλή προσωπική αγωνία και θα έχουν μια αρνητική προοπτική για το μέλλον. Ως αποτέλεσμα, είναι η ροπή των εξαρτημένων ατόμων στην κατάχρηση ουσιών, με επακόλουθα προβλήματα στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις και συμπεριφορές τους και είναι πιθανή και η στροφή τους σε αποκλίνουσες συμπεριφορές. (Fox et al, 2006).

Ο Peyroni (2015) στην έρευνα του αναφέρει την οικογενειακή ατμόσφαιρα ως καθοριστικό παράγοντα υποτροπής στους χρήστες ουσιών. Προσδιορίζει δε την οικογενειακή ατμόσφαιρα σαν το άθροισμα των οικογενειακών και φυλετικών αλληλεπιδράσεων, τις οικογενειακές συγκρούσεις και τη δομή της οικογένειας. Υποστηρίζει λοιπόν ότι η ποιότητα της οικογενειακής ατμόσφαιρας θα μπορούσε να είναι σε αρμονία, ή ενάντια, με την θέληση ή το κίνητρο των χρηστών ουσιών απέναντι στην υποτροπή. Γι' αυτό άλλωστε είναι σημαντική η συμμετοχή των μελών της οικογένειας στη θεραπεία και στην αποκατάσταση των χρηστών ουσιών γιατί συμμετέχοντας μπορεί να επωφεληθεί από την εκμάθηση του πώς να διαχειρίζεται τα συναισθήματά και τις συμπεριφορές της απέναντι στον χρήστη ουσιών και να είναι υποστηρικτική κατά τη διάρκεια των μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων. Τα πιο πάνω συμπεράσματα επιβεβαιώνονται από αρκετές άλλες μελέτες (Golestan S., 2010 & Levy, 2008 & Bidokhti NM, 2006).

Στην ίδια έρευνα επιβεβαιώνεται εκ νέου το αποτέλεσμα αρκετών ακόμα ερευνών για τη σημασία της ομάδας των συνομηλίκων καθώς και της διαθεσιμότητας των ουσιών στην υποτροπή. Ιδίως η παρέα με χρήστες

ουσιών λειτουργεί ως ανάμνηση προηγούμενων ευχάριστων καταστάσεων και προτρέπει στην υποτροπή (κυρίως χρήσης κάνναβης).

Την τελευταία βέβαια δεκαετία, η έρευνα επικεντρώνεται στο εάν υπάρχουν βιολογικοί παράγοντες οι οποίοι καθιστούν τους χρήστες ουσιών πιο ευάλωτους σε μια πιθανή υποτροπή. Πρόσφατα βιολογικά ευρήματα από κλινικές μελέτες κατέδειξαν παράγοντες που δύναται να προβλέψουν την επιρρέπεια στην υποτροπή. Οι μελέτες αυτές αφορούσαν χρήστες κοκαΐνης, οπίου, νικοτίνης και αλκοόλ και όλες ανέδειξαν βιολογικούς, κλινικούς και νευρολογικούς παράγοντες πρόβλεψης του κινδύνου υποτροπής. Αναλυτικότερα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, το στρες, η έντονη λαχτάρα (craving) για ναρκωτικές ουσίες, τα επίπεδα κορτιζόλης, η «ευαισθησία» των επινεφριδίων καθώς και η λειτουργική αντίδραση του πρόσθιου φλοιού προσαγωγίου του εγκεφάλου, όλα ταυτοποιήθηκαν ως σημαντικοί παράγοντες για μελλοντικό κίνδυνο υποτροπής (Sinha, 2013).

Εν κατακλείδι, οι προστατευτικοί παράγοντες και οι παράγοντες κινδύνου που αναφέρονται στην βιβλιογραφία μέσα από την έρευνα, την θεωρία και την πρακτική στον τομέα αντιμετώπισης της εξάρτησης ουσιών παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα:

	παράγοντες κινδύνου	προστατευτικοί παράγοντες
Σε ατομικό επίπεδο	• Παραβατική συμπεριφορά σε μικρή ηλικίας • Κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και χρήση ουσιών σε μικρή ηλικία • Θετικές στάσεις και προσδοκίες σχετικά με τη χρήση ουσιών • Σεξουαλική δραστηριότητα σε μικρή ηλικία • Ιστορικό με προβλήματα συμπεριφοράς • Αρνητικά συμβάντα στη ζωή (απώλεια σημαντικού προσώπου,	• Αρνητικές στάσεις σε σχέση με τη χρήση ουσιών • Γνώσεις για τις ουσίες και τις συνέπειες χρήσης τους • Ατομικές δεξιότητες (δεξιότητες διαχείρισης προβλημάτων, καθορισμού στόχων, λήψης αποφάσεων, κριτικής σκέψης, δημιουργικής σκέψης, θετικής διεκδίκησης, δεξιότητες επικοινωνίας, θετική αυτοεικόνα και αυτοαξία, διαχείριση

	σεξουαλική κακοποίηση κ.λπ.) • Άγχος, στρες, υπερένταση • Κατάθλιψη • Επιθετικότητα • Δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων • / υπερκινητικότητα • Αντικοινωνική συμπεριφορά / δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις • Αναζήτηση διέγερσης / συναισθημάτων • Προβλήματα ψυχικής υγείας • Έλλειψη θετικών προτύπων / Έλλειψη φιλοδοξιών • Χαμηλή αυτοεκτίμηση • Υπαρξιακή άνοια (απουσία αρχών αξιών) • Αίσθημα απελπισίας και αδιεξόδου	συναισθημάτων άγχους, θυμού κ.λπ.) • Κοινωνικές δεξιότητες • Αυτοεκτίμηση • Μειωμένη παρορμητικότητα • Προσαρμοστικότητα / «εύκολη ιδιοσυγκρασία» • Ενασχόληση με τη θρησκεία • Ύπαρξη συστήματος αρχών και αξιών • Ψυχική ανθεκτικότητα
Σε επίπεδο οικογένειας	• Χρήση ουσιών από τους γονείς ή άλλα μέλη της οικογένειας • Θετικές στάσεις σε θέματα χρήσης ουσιών • Ελλιπής γονική εποπτεία • Γονεϊκή απόρριψη • Χαμηλό επίπεδο δεσμών και πρόσδεσης (attachment) • Συναισθηματική αδιαφορία και παραμέληση • Αυταρχικοί γονείς και γονείς με δυσκολία στην οριοθέτηση • Συγκρούσεις στην οικογένεια • Χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον • Χαμηλές ή υπερβολικά υψηλές προσδοκίες γονέων	• Ισχυροί δεσμοί μεταξύ των μελών της οικογένειας • Συναισθηματική στήριξη • Ασφαλής πρόσδεση γονέα / παιδιού • Υψηλή γονεϊκή εποπτεία • Συνεπής, ανάλογα με την ηλικία, επιβολή πειθαρχίας • Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων στην οικογένεια • Υποστηρικτική επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας • Σημαντική προσκόλληση σε ενήλικες με θετική κοινωνική συμπεριφορά • Σημασία στην αξία της εκπαίδευσης • Απουσία πρώιμης

	• Ανεργία / Χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση / δυσκολίες διαβίωσης • Δυσκολίες στην επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας	απώλειας ή χωρισμού
Σε επίπεδο σχολείου	• Αντικοινωνική συμπεριφορά • Χαμηλή σχολική επίδοση • Έλλειψη δέσμευσης σε σχέση με το σχολείο • Σχολικός εκφοβισμός • Δυσκολίες ενσωμάτωσης στη σχολική ζωή • Χαμηλές προσδοκίες εκπαιδευτικών • Αρνητικό σχολικό κλίμα • Χαμηλές εκπαιδευτικές φιλοδοξίες • Απουσίες, σκασιαρχείο, εγκατάλειψη σχολείου (σχολική διαρροή) • Περιορισμένη υποστήριξη του εκπαιδευτικού συστήματος • Χρήση ουσιών από εκπαιδευτικούς	• Συνεργασία γονέα – δασκάλου • Καλές σχέσεις με τους δασκάλους • Εκπαιδευτικοί στόχοι και φιλοδοξίες • Θετικές εκπαιδευτικές προσδοκίες από τους γονείς • Εξειδικευμένες παρεμβάσεις για μαθητές με ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες • Γονικός έλεγχος και ενδιαφέρον • Συναισθηματική στήριξη
Σε επίπεδο συνομηλίκων	• Χρήση ουσιών από φίλους • Απομόνωση / αποκλεισμός • Ευνοϊκή στάση σε προβληματικές συμπεριφορές • Φίλοι με προβληματική συμπεριφορά • Πρώιμη έναρξη προβληματικής συμπεριφοράς • Ανεργία των νέων	• Δεσμευμένοι με κάποια μορφή θετικής ιδεολογίας κοινωνικής συμπεριφοράς • Δραστηριότητες θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς • Φίλοι που αποδοκιμάζουν την προβληματική συμπεριφορά • Συμμετοχή σε δημιουργικές δραστηριότητες
Σε επίπεδο κοινωνικού περιβάλλοντος	• Διαθεσιμότητα ουσιών στη γειτονιά • Χαμηλό κοινωνικο-	• Ενήλικες φίλοι με θετική κοινωνική συμπεριφορά • Συνομήλικοι με θετική

ος / γειτονιάς / περιοχής	οικονομικό επίπεδο γειτονιάς / περιοχής • Συνομήλικοι χρήστες ναρκωτικών • συνομήλικοι παραβάτες • Πρόσβαση σε στέκια όπου γίνεται χρήση • Εγκληματικότητα στη γειτονιά • Κοινωνική ανοχή στη βία • Κοινωνική ανοχή στην κατάχρηση ουσιών • Αποδιοργάνωση συνοικίας • Απότομες κοινωνικές μεταβολές και μετακινήσεις πληθυσμού • Φτώχεια • Ελλειμματική κοινωνικοποίηση • Προβολή προτύπων χρήσης από ΜΜΕ - Κοινωνικός αποκλεισμός / περιθωριοποίηση	κοινωνική συμπεριφορά • Υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο γειτονιάς / περιοχής • Πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας προγεννητική φροντίδα • Πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας παιδιατρική υγειονομική περίθαλψη • Πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας ψυχιατρική περίθαλψη • Συνοχή και οργάνωση συνοικίας • Σταθερότητα κατοικίας • Προσφορά θέσεων εργασίας • Προσφορά ευκαιριών για δημιουργική απασχόληση στον ελεύθερο χρόνο
----------------------------------	--	--

Εγχειρίδιο για την πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης (2011)

Μάτσα, Κατερίνα (2001)

Παπαδόπουλος Μ., Κωνσταντινόπουλος Κ., (2005)

Council of Europe (2006)

Οι πιο πάνω αναφερόμενοι προστατευτικοί παράγοντες καθώς και οι παράγοντες κινδύνου για την υποτροπή στην χρήση μετά από μια θεραπευτική προσπάθεια έχουν μελετηθεί από πολλούς επιστήμονες χωρίς να υπάρχει μια γενικότερη συμφωνία για το βαθμό και τον τρόπο επίδρασης τους. Είναι όμως δεδομένο ότι η ουσιοεξάρτηση είναι αποτέλεσμα μιας περίπλοκης αλληλεπίδρασης γενετικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών, βιολογικών, ψυχολογικών, πολιτιστικών και συμπεριφορικών παραγόντων. Είναι επομένως αναγκαίο να διασταυρώνονται και να συνδυάζονται όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις και να αποβλέπουν όχι μόνο στην αποχή από την χρήση ουσιών αλλά και στην κοινωνική επανένταξη και στη μείωση της

βλάβης στο άτομο και την κοινωνία καθώς και στον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου για υποτροπή.

Η εξάρτηση από εθιστικές ψυχοτρόπες ουσίες είναι χρόνια και πολυπαραγοντική θεραπεύσιμη διαταραχή. Ως εκ τούτου η ενεργός συμμετοχή του οικογενειακού, κοινωνικού ή και άλλου υποστηρικτικού συστήματος των χρηστών, συμβάλλει θετικά στη θεραπευτική αντιμετώπισή της, όχι μόνο αναφορικά με τη χρήση αλλά και σε άλλους τομείς (Μαλλιώρη, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα για τους ατομικούς προστατευτικούς παράγοντες στην χρήση ουσιών σχετίζεται με την έννοια της ανθεκτικότητας. Αναφέρει ότι άτομα που έχουν εκτεθεί σε παράγοντες κινδύνου εμφανίζουν θετικές ή αρνητικές προσαρμοστικές συμπεριφορές (Luthar & Cicchetti, 2000). Το ποια είναι αυτά τα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τα άτομα που κάνουν χρήση από τα υπόλοιπα που επίσης εκτίθενται σε παράγοντες κινδύνου και μένουν αλώβητα αποτελεί αντικείμενο των ερευνών (Kumpfer, 1999). Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η ιδιοσυγκρασία και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συμβάλλουν στην εμφάνιση της ανθεκτικότητας. Τέτοια είναι η αυτοεκτίμηση, η υψηλή διανοητική ικανότητα, η ενσυναίσθηση, η αισιοδοξία, η αίσθηση νοήματος και σκοπού στη ζωή (NIDA, 1997). Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν τη σημασία των δεξιοτήτων ζωής, δηλαδή των κοινωνικών, συναισθηματικών και προσωπικών δεξιοτήτων.

Σε επίπεδο οικογένειας οι έρευνες και οι μελέτες επικεντρώνονται περισσότερο στην εφηβεία και τονίζουν ιδιαίτερα την γονική εποπτεία, την υποστηρικτική επικοινωνία και την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων μεταξύ των μελών της οικογένειας, τους ισχυρούς δεσμούς της οικογένειας και την ασφαλή πρόσδεση του παιδιού με τον γονέα. Εστιάζουν δηλαδή στην καλή οικογενειακή ατμόσφαιρα. Επιπλέον κάποιοι ερευνητές εστιάζουν σε χαρακτηριστικά της οικογένειας που λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες τόσο για την σχολική επίδοση όσο και για την ύπαρξη θετικής διαπροσωπικής σχέσης με έναν ενήλικα (Kumpfer & Alvarado, 2003).

Σε σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον οι έρευνες και οι μελέτες εστιάζουν περισσότερο στο χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, στην φτώχεια και στην ανεργία, στην παρέα με χρήστες ουσιών και στην ελλειμματική κοινωνικοποίηση. Επίσης φαίνεται ότι η προσέγγιση εκφοβισμού η οποία στοχεύει στη δημιουργία φόβου και πανικού για τις συνέπειες της χρήσης δεν είχε θετικά αποτελέσματα ενώ η προσέγγιση της ενημέρωσης και της πληροφόρησης δεν είχε ιδιαίτερα θετική αξιολόγηση.

Η επιστημονική, τέλος, συζήτηση πολλών χρόνων έχει αναδείξει την πρόληψη ως σημαντική προτεραιότητα γιατί δύναται να επηρεάσει σε μεγάλη κλίμακα και να αναχαιτίσει την περαιτέρω διάδοση της κουλτούρας της χρήσης ουσιών (σε επίπεδο ατόμου, οικογένειας και κοινωνικού περιβάλλοντος). Η προσέγγιση της εκπαίδευσης σε δεξιότητες ζωής είναι η πλέον σύγχρονη και τοποθετεί το πρόβλημα της χρήσης ουσιών σε ένα γενικότερο πλαίσιο μορφών συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου, αποφάσεων που λαμβάνει το άτομο και διασαφήνισης αξιών. Στοχεύει στην ανάπτυξη ή την ενίσχυση ικανοτήτων όπως είναι η επικοινωνία, η επίλυση συγκρούσεων, η διαχείριση άγχους αλλά και στην ουσιαστική κατανόηση τόσο του εαυτού ως γνωστικής – συναισθηματικής οντότητας, αλλά και του κοινωνικού περιβάλλοντος ως παράγοντα διαντίδρασης με τον εαυτό. Ταυτόχρονα επιχειρείται η δημιουργία στο περιβάλλον του ατόμου ενός κατάλληλου κλίματος που θα προφέρει θετική ενίσχυση (Έκθεση μικτού κλιμακίου ελέγχου, 2011).

Η εξάρτηση είναι επίσης συνυφασμένη με έντονη επιθυμία και λαχτάρα για χρήση ουσιών. Οι Marlatt και Gordon εκτιμούν ότι η πιθανότητα για υποτροπή των αποθεραπευμένων χρηστών είναι 50% στην πιο αισιόδοξη προοπτική ενώ το ποσοστό υποτροπής τους πρώτους έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας άγγιζε το 80% . Η έννοια της υποτροπής βέβαια τα τελευταία χρόνια έχει αλλάξει και θεωρείται αποτυχία του ατόμου για αποκατάσταση, είναι δηλαδή το αποτέλεσμα μη υγιών πράξεων που προδιαθέτουν το άτομο για υποτροπή (Ibrahim & Kumar, 2009).

Η εξάρτηση, ως σύνθετο και δυναμικό φαινόμενο αποκτά στην εποχή μας νέα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά, γεγονός που καθιστά αναγκαία την συνεχή θεωρητική και κλινική εξειδίκευση. Η εξάρτηση είναι φαινόμενο με

πολλές παραμέτρους. Δεν στοιχειοθετείται μόνο από την χρήση μιας ουσίας αλλά και από την επιβολή ενός συγκεκριμένου τρόπου ζωής. Η δοκιμή, από περιέργεια τις περισσότερες φορές, μιας εξαρτησιογόνου ουσίας καταλήγει συχνά σε προβληματική λύση των ψυχολογικών ελλείψεων και αυξημένων επιθυμιών, που εκλαμβάνονται σαν ανάγκες. Με άλλα λόγια η εξάρτηση στις σύγχρονες μελέτες και έρευνες, πρέπει να αντιμετωπίζεται ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο που παρεμβαίνει σε όλες τις παραμέτρους που σχετίζονται με το ίδιο το άτομο, την οικογένεια αλλά και το περιβάλλον του.

Η έρευνα για τη μελέτη των προστατευτικών παραγόντων είναι λιγότερο ανεπτυγμένη σε σχέση με την μελέτη των παραγόντων κινδύνου. Η ταυτόχρονη επικέντρωση του ερευνητικού ενδιαφέροντος τόσο στους προστατευτικούς παράγοντες όσο και στους παράγοντες κινδύνου κρίνεται αναγκαία και απαραίτητη, δεδομένου ότι η κατανόηση των πιο πάνω παραγόντων συμβάλλει σημαντικά στην κατανόηση της εξάρτησης, άρα και στην ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης.

Επιπροσθέτως, όλες σχεδόν οι μελέτες και οι έρευνες αναφέρονται σε άτομα που ήδη είναι σε κέντρα αποτοξίνωσης παρά σε άτομα που είναι σε φάση αποθεραπείας. Είναι κοινά αποδεκτό ότι η συνέχιση της παρακολούθησης και της υποστήριξης των χρηστών για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι απαραίτητη και επιδρά αποφασιστικά στην πρόληψη υποτροπών (Μαλλιώρη, 2013). Παραταύτα, ελάχιστες είναι οι έρευνες που αναφέρονται σε αποθεραπευμένους χρήστες πριν την υποτροπή και την εκ νέου ένταξή τους σε κέντρο απεξάρτησης. Απουσιάζουν δηλαδή από τη διεθνή βιβλιογραφία μελέτες παρακολούθησης (follow up) των απεξαρτημένων ατόμων σε βάθος χρόνου καθώς και εκτίμησης των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων την περίοδο πριν την υποτροπή. Μία ακόμη ερευνητική πραγματικότητα είναι ότι οι περισσότερες έρευνες αναφέρονται στην εφηβεία ή στην νεότερη ηλικία (18-26 ετών) γεγονός που σχετίζεται με αριθμητικά λιγότερες πιθανότητες υποτροπής σε σχέση με εκείνες που παρατηρούνται σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Επιπλέον δυσκολίες παρουσιάζει και το γεγονός ότι η πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών εξαρτάται από τη

δυναμική μεταξύ παραγόντων κινδύνου και προστατευτικών παραγόντων (NIDA, 2003). Κάποιοι παράγοντες μπορεί να μετατραπούν από παράγοντες κινδύνου σε προστατευτικούς παράγοντες ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης με άλλους παράγοντες (EMCDDA, 2012). Ορισμένοι μάλιστα παράγοντες είναι σχετικοί μόνο σε συνδυασμό με την παρουσία άλλων παραγόντων (EMCDDA, 2010). Ο συνδυασμός επίσης αρκετών παραγόντων κινδύνου αυξάνει την πιθανότητα χρήσης ουσιών και των προβλημάτων που συνδέονται με αυτήν εάν και η παρουσία ενός παράγοντα κινδύνου συνήθως δεν είναι αρκετή (EMCDDA, 2010), γεγονός που επιβεβαιώνεται από όλες σχεδόν τις μελέτες και τις έρευνες.

Παρόλο που οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες μπορεί να έχουν επίδραση στην συμπεριφορά των νέων σε σχέση με τις ουσίες, ο βαθμός επίδρασης εξαρτάται και από την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, την κουλτούρα, τις συνήθειες και το περιβάλλον (NIDA, 2003). Πολλοί από τους παράγοντες αυτούς είναι πολιτισμικά ευαίσθητοι οπότε μπορεί να είναι σημαντικοί σε κάποιες περιοχές και λιγότερο σημαντικοί σε άλλες (EMCDDA, 2010), είναι όμως σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη στις μελέτες και στις έρευνες τόσο η πολιτισμική ευαισθησία όσο και ο βαθμός επίδρασης.

Τέλος, η περαιτέρω μελέτη και έρευνα των βιολογικών παραγόντων, οι οποίοι καταδεικνύουν την τρωτότητα των χρηστών ουσιών στην υποτροπή, θα συμβάλλει όχι μόνο στην αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία τους και στην ανάπτυξη νέων θεραπειών αλλά και στην εξομάλυνση των βιολογικών αντιδράσεων και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων (μείωση) των υποτροπών των χρηστών ουσιών.

3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Μεθοδολογία

3.1.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μελέτη της ποιότητας ζωής και του επιπέδου κατάθλιψης που παρουσιάζουν απόφοιτοι από το Πρωινό Πρόγραμμα Απεξάρτησης και από το Βραδινό Πρόγραμμα. Τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα μελετήθηκαν διεξοδικά στο επόμενο κεφάλαιο Αποτελέσματα της παρούσας εμπειρικής ποσοτικής έρευνας.

- Ποια η Ποιότητα Ζωής των αποφοίτων των Προγραμμάτων Απεξάρτησης;
- Ποιό το επίπεδο Κατάθλιψης (Beck Depression Inventory –BDI) των αποφοίτων των Προγραμμάτων Απεξάρτησης;
- Το επίπεδο Κατάθλιψης (Beck Depression Inventory –BDI) διαφοροποιείται ως προς τα δημογραφικά στοιχεία;
- Η Ποιότητα Ζωής των αποφοίτων των Προγραμμάτων Απεξάρτησης εξαρτάται με το επίπεδο Κατάθλιψης (Beck Depression Inventory –BDI) που οι ίδιοι παρουσιάζουν.

Η ερευνητική υπόθεση της παρούσας έρευνας είναι ότι η ανεργία οδηγεί στην κατάθλιψη και ρίχνει την ποιότητα ζωής και επομένως οδηγεί στην υποτροπή σε χρήση ουσιών.

3.1.2 Δείγμα

Το δείγμα ήταν 50 άτομα (41 Άνδρες, 9 Γυναίκες), ηλικίας 31 ετών ($M=31.06$, $T.A.=6.052$) που είχαν αποφοιτήσει από το Πρωινό Πρόγραμμα Απεξάρτησης και από το Βραδινό Πρόγραμμα Απεξάρτησης.

Το 79,6% είναι άγαμοι, το 12,2% έγγαμοι και το 4,1% βρίσκονται σε διάσταση. Το 2,0% των ατόμων είναι διαζευγμένοι και ομοίως το 2,0% είναι χήροι. Το 12,0% των ατόμων έχει παιδιά. Το 30,0% ζει μόνος, εν αντιθέσει με το 70,0% που ζουν με άλλους.

Το 22,0% των ατόμων είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, το 22,0% απόφοιτοι Λυκείου, το 30,0% απόφοιτοι ΤΕΕ ή ΙΕΚ, το 14,0% είναι πτυχιούχοι ΤΕΙ και το 8,0% πτυχιούχοι ΑΕΙ. Το 4,0% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου.

Το 50,0% απασχολείται σε πλήρης απασχόληση εργασίες, και το 10,0% σε μερικής απασχόλησης εργασίες. Το 10,0% των ατόμων είναι μαθητές, σπουδαστές, φοιτητές και το 24,0% βρίσκονται εκτός εργασίας.

Πίνακας 1. Δημογραφικά Στοιχεία Ατόμων που συμμετέχουν στον ΚΕΘΕΑ (N=50)

Δημογραφικά Στοιχεία		Συχνότητα	% του συνόλου
Φύλο	Άνδρας	41	82
	Γυναίκα	9	18
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	40	79,6
	Σε διάσταση	2	4,1
	Χήρος/α	1	2,0
	Έγγαμος/η	6	12,2
	Διαζευγμένος/η	1	2,0
Παιδιά	Ναι	6	12,0
	Όχι	44	88,0
Συγκατοίκηση	Μόνος	15	30,0
	Με άλλους	35	70,0
Εκπαίδευση	Γυμνάσιο	11	22,0
	Λύκειο	11	22,0
	ΤΕΕ ή ΙΕΚ	15	30,0
	ΤΕΙ	7	14,0
	ΑΕΙ	4	8,0

	Μεταπτυχιακές Σπουδές	2	4,0
Επαγγελματική Κατάσταση	Με πλήρους Απασχόληση	25	53,2
	Με μερικής Απασχόληση	5	10,6
	Μαθητής, Σπουδαστής, Φοιτητής	5	10,6
	Εκτός Εργασίας	12	25,5

Κριτήριο επιλογής των ατόμων στην έρευνα ήταν τα άτομα να είναι πρώτον άνω των 18 ετών και δεύτερον να είναι σε συχνή και σταθερή επαφή με το πρόγραμμα μέσα από καλλιτεχνικές και πολιτιστικές δράσεις, καθώς και θεραπευτική σχέση. Ακόμα, τα άτομα που επιλέχτηκαν εθελοντικά, είχαν αποφοιτήσει από το πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ τα τελευταία 5 χρόνια και δεν είχαν εμφανίσει στο ιστορικό τους καταθλιπτικά συμπτώματα ή διάγνωση κατάθλιψης.

Το δείγμα που επιλέχτηκε ορίζεται ως δείγμα ευκολίας καθώς επιτρεπόταν λόγω της φύσης του επαγγέλματος της ερευνήτριας η εύκολη και άμεση προσέγγιση των συμμετεχόντων στην έρευνα.

3.1.3 Ερευνητικό Υλικό

Για την συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο προκατασκευασμένα ερωτηματολόγια που μελετούν την Ποιότητα Ζωής και το Επίπεδο Κατάθλιψης των ατόμων.

Το προκατασκευασμένο ερωτηματολόγιο των Τζινιέρη – Κοκκώση και συν (2008) μελετά την ποιότητα ζωής των ατόμων μέσα από το σύνολο 30 ερωτήσεων που εξετάζουν την ποιότητα ζωής ανάλογα για παράδειγμα τους σωματικούς πόνους που αισθάνονται στην καθημερινότητά τους, την ιατρική θεραπεία που λαμβάνουν, το βαθμό που έχουν χρήματα για να καλύπτουν τις προσωπικές τους ανάγκες και το βαθμό ικανοποίησης τους ως προς ποικίλες πτυχές, όπως φιλικές και προσωπικές σχέσεις, ύπνος κλπ. Το σύνολο των ερωτήσεων ακολουθούν την 5-βάθμια κλίμακα Likert από 1 (=Καθόλου) έως και 5 (=Υπερβολικό). Η ανάλυση αξιοπιστίας Cronbach ανέδειξε την ορθή

χρήση του ερωτηματολογίου στην παρούσα έρευνα, καθότι ο δείκτης α ισούται με ,869 ($N=30$ items). Ο δείκτης αξιοπιστίας είναι άριστα αξιόπιστος.

Ακόμα, το προκατασκευασμένο ερωτηματολόγιο των Beck et al (1961), το οποίο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα από τον Τζέμο (1987) εξετάζει το επίπεδο κατάθλιψης των ατόμων μέσω της κλίμακας Beck Depression Inventory (BDI). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 21 ερωτήσεις που ακολουθούν την 5-βάθμια κλίμακα Likert, όπου 0 (= Καμία Ύπαρξη Κατάθλιψης), 1(=Ελαφριότητα Κατάθλιψη), 2 (=Ελαφριά Κατάθλιψη), 3 (=Μέσης Βαρύτητας Κατάθλιψη), 4 (=Βαριά Κατάθλιψη). Το άθροισμα των 21 πτυχών που εξετάζουν την κλίμακα κατάθλιψης ορίζουν την κλίμακα BDI. Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 0 έως 84 μονάδες. Όσο πιο υψηλό είναι το σκορ, τόσο πιο υψηλό το επίπεδο κατάθλιψης. Ο δείκτης αξιοπιστίας ακατά Cronbach ισούται με ,911 ($N= 21$ items), όπου συνεπάγεται και την ορθή χρήση του ερωτηματολογίου στην παρούσα έρευνα.

Το τρίτο μέρος του ερευνητικού εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα εξετάζει τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων, όπως φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική κατάσταση μέσα από το σύνολο 7 ερωτήσεων.

Το ερευνητικό υλικό παρουσιάζεται στο Παράρτημα της έρευνας.

3.1.4 Συλλογή Δεδομένων

Για να συλλεχθούν τα δεδομένα απαραίτητα για τη μελέτη της ερευνητικής υπόθεσης, διαμοιράστηκε το ερευνητικό υλικό στο δείγμα της έρευνας.

Η πρώτη επαφή με το δείγμα ήταν τηλεφωνική και εφόσον οι ίδιοι αποφάσισαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, συνέχισε η συλλογή δεδομένων. Συνολικά, καλέστηκαν 70 άτομα, όπου τα 50 από αυτά αποφάσισαν να συμμετέχουν ενεργά στην έρευνα, 10 από αυτά αρνήθηκαν να συμμετάσχουν και 10 δεν κατάφεραν να συμμετάσχουν τελικά λόγω υποχρεώσεων. Το ποσοστό απόκρισης της έρευνας ισούται με 71,5%, ικανοποιητικό ποσοστό.

Η συλλογή δεδομένων έγινε πρόσωπο με πρόσωπο, ενώ τα ίδια τα άτομα επέλεξαν ημέρα και ώρα να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια στο χώρο του ΚΕΘΕΑ. Μόνο 6 ερωτηματολόγια, διαμοιράστηκαν και συλλέχτηκαν μέσω της χρήσης του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος στην έρευνα εθελοντικά, όπου η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων παρέμεινε υπαρκτή καθόλη τη διάρκεια της έρευνας. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας και επίσης ήταν δυνατή η αποχώρησή των από την έρευνα κατόπιν επιθυμίας τους.

3.1.5 Στατιστική Ανάλυση

Η καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του SPSSv.23. Περιγραφική και επαγωγική ανάλυση εφαρμόστηκε στα πλαίσια των ερευνητικών ερωτημάτων.

Η ανάλυση συχνοτήτων και ο υπολογισμός μέτρων θέσης και διασποράς ορίζουν την περιγραφική ανάλυση των δεδομένων. Το ποσοστό εμφάνισης της εκάστοτε απάντησης ως προς την κάθε ερώτηση του ερευνητικού εργαλείου υπολογίστηκε ώστε να απεικονιστούν ορθά τα δεδομένα που συλλέχτηκαν.

Επαγωγική στατιστική ανάλυση έχει εφαρμοστεί για την ανάλυση των ερευνητικών υποθέσεων. Έλεγχοι ανεξαρτησίας χ^2 εφαρμόστηκαν για να εξεταστούν πώς εξαρτώνται οι μεταβλητές της ανάλυσης μεταξύ τους, δλδ. τα δημογραφικά στοιχεία με την κλίμακα BDI, αλλά και οι δείκτες που ορίζουν την Ποιότητα Ζωής με την κλίμακα BDI.

Έλεγχοι διαφοροποίησης μέσων σε ανεξάρτητα δείγματα (t-test) και ανάλυση Διασποράς Διακύμανσης (one-Way ANOVA) με την εφαρμογή Post-Hocελέγχων εφαρμόστηκαν για τον έλεγχο διαφοροποίησης της κλίμακας κατάθλιψης BDI από τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων.

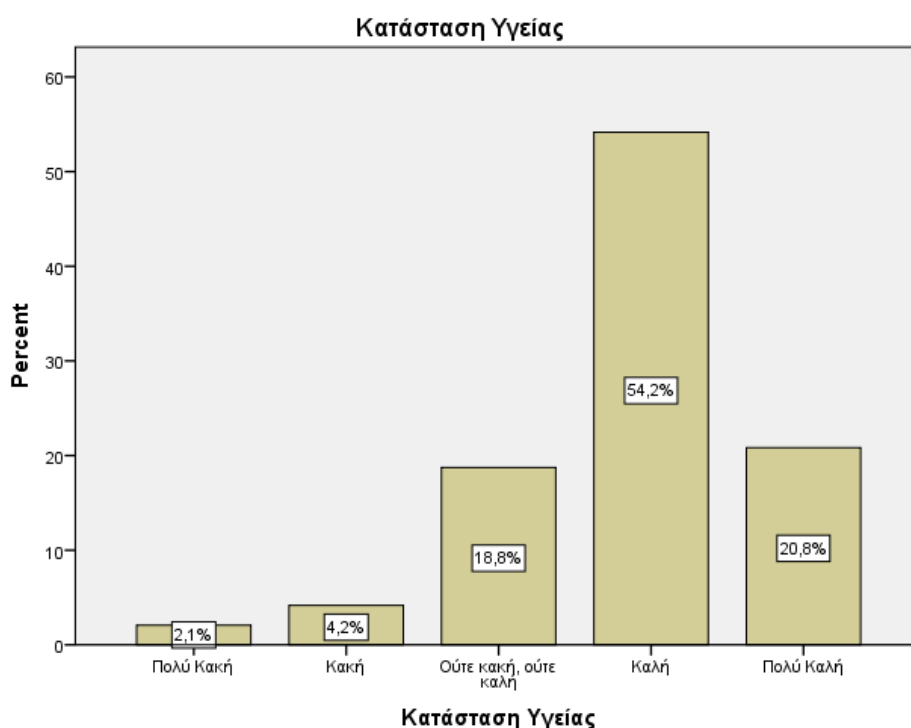
Το επίπεδο εμπιστοσύνης της έρευνας είναι 95%.

3.2 Αποτελέσματα

3.2.1 Γενική Κατάσταση Υγείας Ερωτώμενων

Αρχικά, οι ερωτώμενοι της έρευνας κλήθηκαν να αξιολογήσουν το επίπεδο κατάστασης της υγείας τους. Κατά μέσο όρο, εκτιμήθηκε πως η κατάσταση υγείας τους είναι καλή ($M = 3,88$, $T.A. = ,866$). Πιο συγκεκριμένα, το 20,8% των ερωτώμενων δήλωσαν ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή, το 54,2% αυτών δήλωσε ότι είναι καλή, καθώς και το 18,8% περιέγραψε μία μέτρια κατάσταση της υγείας του. Από την άλλη πλευρά, το 4,2% και 2,1% δήλωσαν κακή έως πολύ κακή κατάσταση υγείας αντίστοιχα.

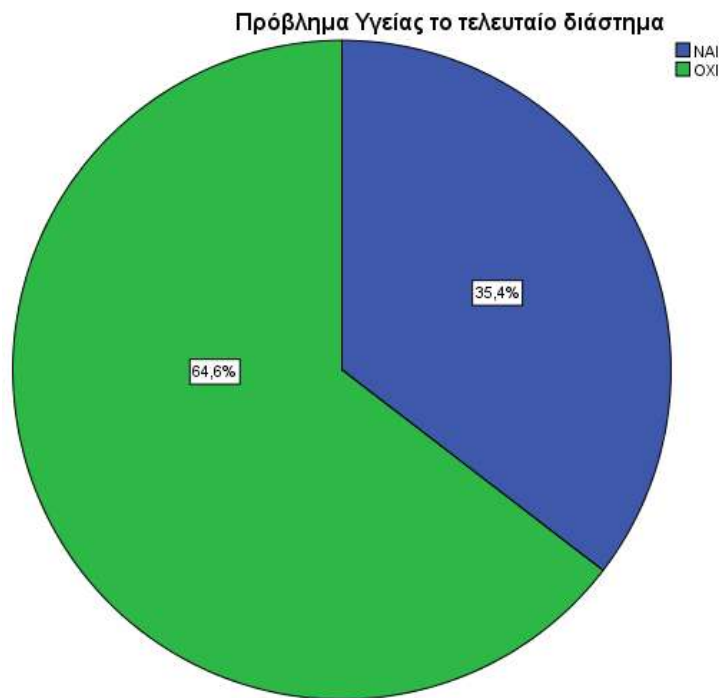
Διάγραμμα 4 Εκτίμηση Κατάστασης Υγείας Ερωτώμενων από τους Ιδίους



Λογική συνέπεια της άνωθεν κατάστασης υγείας των ερωτώμενων είναι και οι απαντήσεις που καταγράφηκαν για το αν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα, όπου το 35,4% δήλωσε ότι

πράγματι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας, εν αντιθέσει το 64,6% δεν αντιμετωπίζει κάποια δυσκολία που επιβαρύνει την υγεία του.

Διάγραμμα 5 Πρόβλημα Υγείας το τελευταίο διάστημα



Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται αναλυτικά τα προβλήματα υγείας που καταγράφηκαν από τους ερωτώμενους που αντιμετωπίζουν το τελευταίο χρονικό διάστημα.

Πίνακας 2. Προβλήματα Υγείας Ερωτώμενων (N=50)

	N	%
Καρδιολογικά Προβλήματα	-	-
Υπέρταση	1	2
Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί	-	-
Καρκίνος	1	2

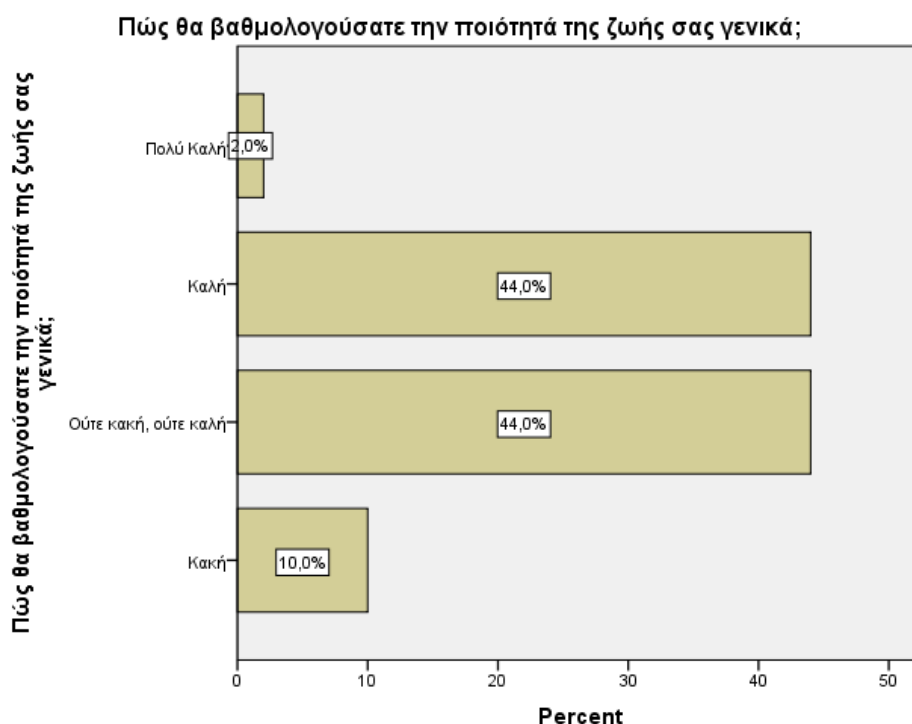
Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα	2	4
Διαβήτης	-	-
Καταρράκτης	-	-
Εγκεφαλικό Επεισόδιο	-	-
Κάταγμα ή ράγισμα οστού	-	-
Πίνακας 1. (Συνέχεια)		
Χρόνια Ψυχικά Προβλήματα	5	10
Προβλήματα στα Κάτω Άκρα	2	4
Αιμορραγία του ορθού εντέρου	-	-
Πάρκινσον	-	-
Άγχος	6	12
Δόντια	3	6
Μέση	2	4
Αλλεργία	1	2
Πονοκέφαλοι	1	2

3.2.2 Αξιολόγηση Ποιότητας Ζωής και Υγείας Ερωτώμενων

Εν συνεχεία, οι ερωτώμενοι αξιολόγησαν την ποιότητά ζωής τους και την κατάσταση υγείας τους μέσα από την αναφορά σε σημαντικές διστάσεις της ζωής όπως προσωπικές σχέσεις, σωματική και ψυχική υγεία, εργασία, περιβάλλον.

Γενικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η ποιότητα ζωής των ερωτώμενων αξιολογήθηκε ως ούτε καλή, ούτε κακή από τους ιδίους ($M = 3,38, T.A. = ,697$). Μόλις το 2,0% των ερωτώμενων δήλωσαν ότι η ποιότητα ζωής τους είναι πολύ καλή και το 44,0% αυτών δήλωσε ότι είναι καλή. Ούτε καλή, ούτε κακή ποιότητα ζωής σημείωσαν ότι έχουν το 44,0% των ερωτώμενων εξίσου. Από την άλλη πλευρά, το 10,0% αξιολόγησε ότι η ποιότητα ζωής του είναι κακή και ουδείς δεν την εκτίμησε ως πολύ κακή.

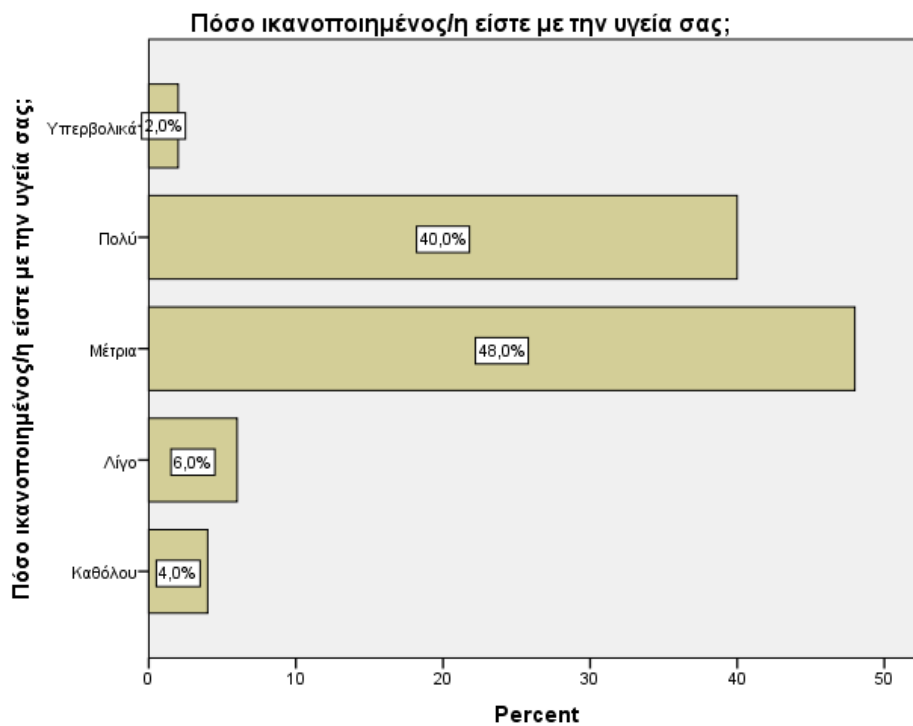
Διάγραμμα 6 Εκτίμηση Κατάστασης Ποιότητας Ζωής Ερωτώμενων από τους Ιδίους (N=50)



Ομοίως, φαίνεται πως τα αποτελέσματα που εκτιμήθηκαν ως προς την ποιότητα ζωής των ερωτώμενων έρχονται σε συνάφεια σε σχέση με το επίπεδο ικανοποίησης της υγείας τους. Κατά μέσο όρο, οι ερωτώμενοι είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την υγεία τους ($M = 3,30, T.A. = ,789$).

Συγκεκριμένα, το 2,0% των ερωτώμενων αξιολογεί υπερβολικά καλή την κατάσταση της υγείας τους, καθώς το 40,0% την αξιολογεί ως πολύ καλή. Μέτρια φαίνεται να αξιολογείται η κατάσταση υγείας των ερωτώμενων κατά το 48,0%. Το 4,0% και 6,0% αντίστοιχα αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους από καθόλου έως λίγο καλή.

Διάγραμμα 7. Εκτίμηση Κατάστασης Υγείας Ερωτώμενων από τους Ιδίους
(N=50)



Ακόμα, όσον αφορά το πόσο καλή και σωστή θεωρούν ότι είναι η διατροφή τους, το 8,2% θεωρούν ότι δεν είναι πολύ κακή η διατροφή τους, το 12,2% την θεωρούν κακή, το 51,0% την κρίνουν αδιάφορη, το 20,4% ως καλή και το 8,2% ως πολύ κακή.

Διάγραμμα 8 Εκτίμηση Κατάστασης Διατροφικών Συνηθειών Ερωτώμενων από τους Ιδίους (N=50)



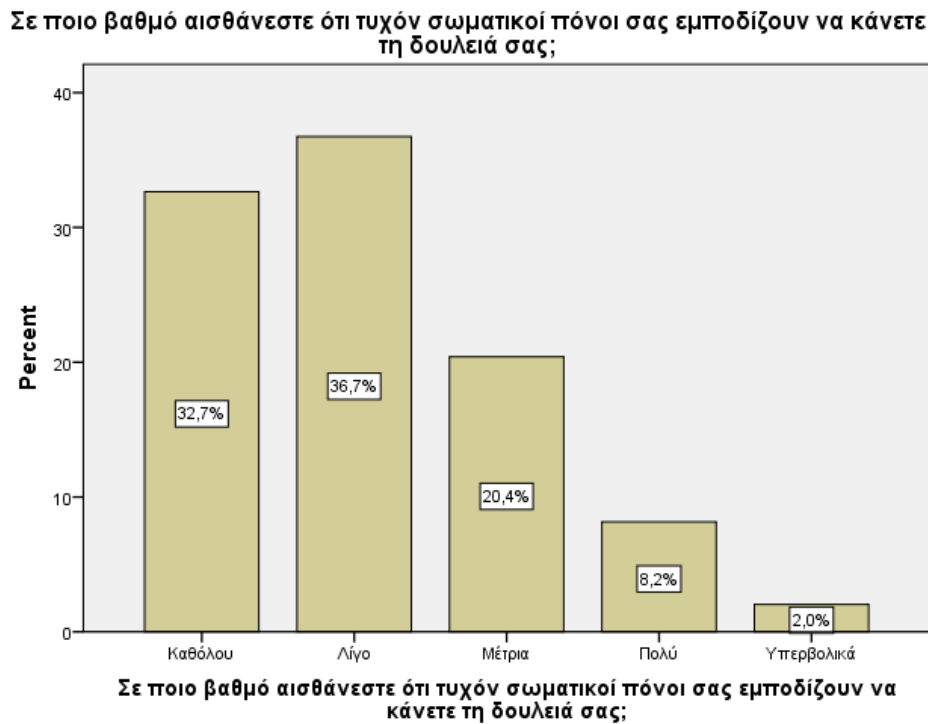
3.2.3 Συνέπειες Βιωμάτων στην Ποιότητα Ζωής και Κατάσταση Υγείας

Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ποιο βαθμό βιώνουν καταστάσεις (π.χ. σωματικό πόνο) για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στη ζωή τους. Τα βιώματα των καταγράφηκαν μέσω ορισμένων ερωτήσεων που ερωτήθηκαν.

Πρώτον, το 32,7% των ερωτώμενων δήλωσε ότι δεν έχουν σωματικούς πόνους που τους εμποδίζουν να κάνουν τη δουλειά τους, ενώ το 36,7% των ερωτώμενων εξέφρασε ελάχιστη ενόχληση. Το 20,4% των ερωτώμενων δήλωσε ότι παρουσιάζει στην καθημερινότητά του σωματικούς πόνους σε μέτρια επίπεδα. Τέλος, το 8,2% εξέφρασε ότι έχει πολλές δυσκολίες στο να κάνουν τις δουλειές τους λόγω σωματικών πόνων και το 2,0% θεωρεί ότι είναι

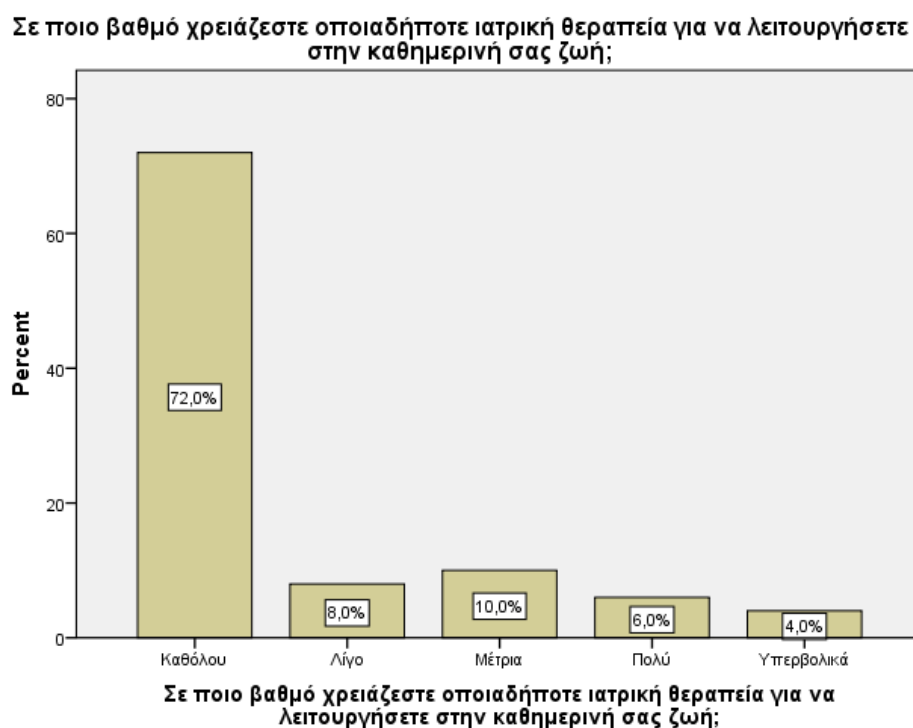
υπερβολικά τα εμπόδια που δημιουργούνται από τους σωματικούς πόνους που αισθάνονται.

Διάγραμμα 9 Απόψεις Ερωτώμενων ως προς τους Σωματικούς Πόνους –
Εμπόδιο στην Δουλειά τους (N=50)



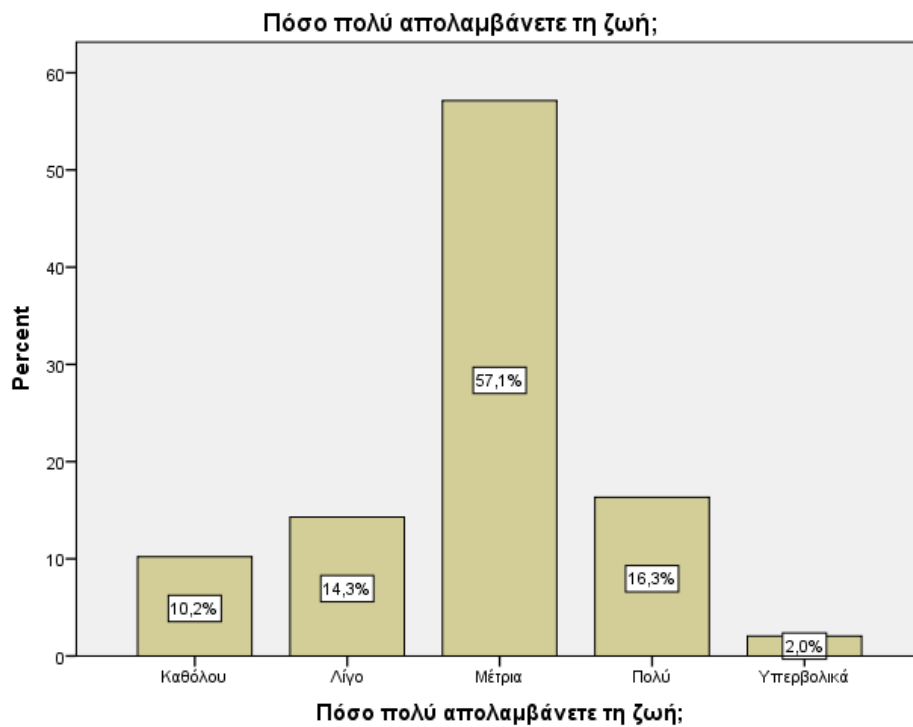
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δε χρειάζεται οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία (π.χ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.) για να λειτουργήσει στην καθημερινή του ζωή (72,0%), το 18,0% αυτών χρειάζεται από ελάχιστη έως μέτρια ιατρική περίθαλψη, και το 10,0% χρήζει ιατρικής ανάγκης στο μέγιστο προκειμένου να βελτιωθεί η κατάσταση υγείας τους.

Διάγραμμα 10. Εκτίμηση Ανάγκης Ιατρικής Θεραπείας Ερωτώμενων από τους Ιδίους (N=50)



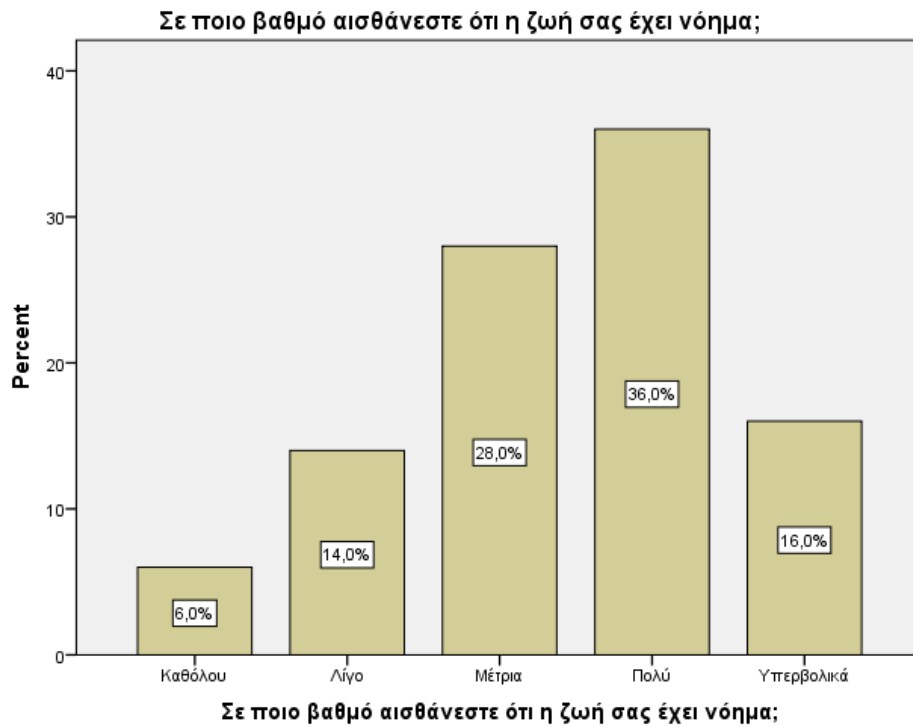
Απόρροια των άνωθεν φαίνεται να είναι και τα αποτελέσματα που εκφράζουν το πόσο οι ερωτώμενοι απολαμβάνουν την ζωή. Έτσι λοιπόν, το 14,3% απολαμβάνει την ζωή των ελάχιστα, το 57,1% μέτρια, ενώ υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό που δήλωσε ότι δεν απολαμβάνει καθόλου την ζωή του (10,2%). Θετική στάση ως προς το πόσο απολαμβάνεται η ζωή από τους ερωτώμενους εξέφρασε το 18,3% με το 2,0% αυτών να παρουσιάζει υπερβολικά θετική στάση.

Διάγραμμα 11 Εκτίμηση Απόλαυσης Ζωής Ερωτώμενων από τους Ιδίους
(N=50)



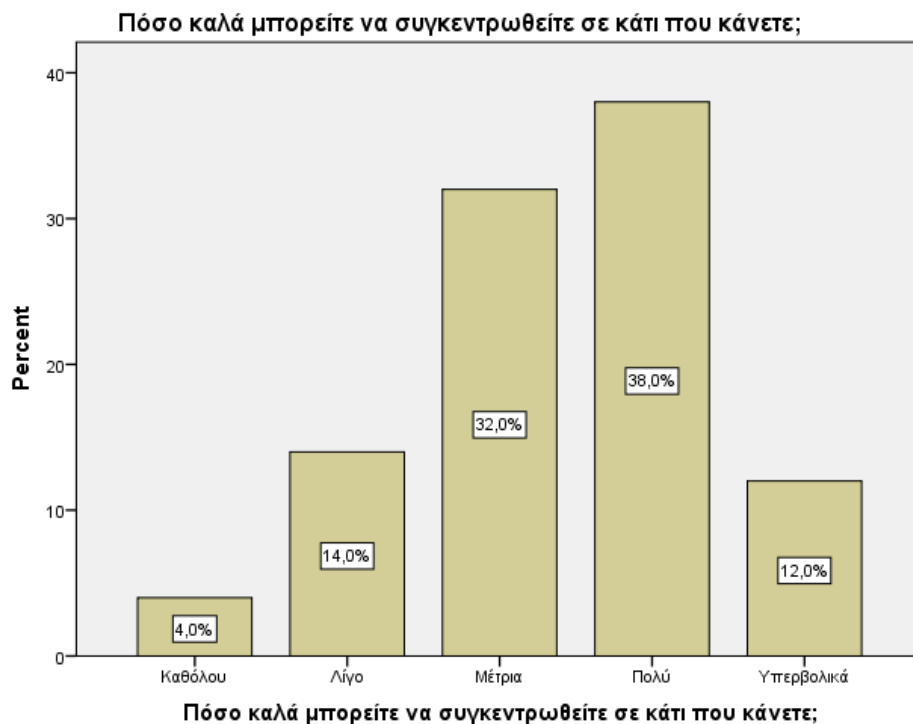
Το 6,0% των ερωτώμενων δήλωσε ότι αισθάνεται ότι η ζωή τους δεν έχει καθόλου νόημα, και το 14,0% να ακολουθεί και να υπογραμμίζει λιγοστό βαθμό ικανοποίησης από το νόημα της ζωής του που αντιλαμβάνεται. Το 28,0% αισθάνεται μέτρια ότι η ζωή του έχει νόημα και το 36,0% παρουσιάζει πολύ θετική στάση. Το 16,0% είναι υπερβολικά ικανοποιημένοι με το πώς αισθάνονται ως προς το αν έχει νόημα η ζωή τους.

Διάγραμμα 12 Πιστεύω ότι η Ζωή μου δεν έχει Καθόλου Νόημα (N=50)



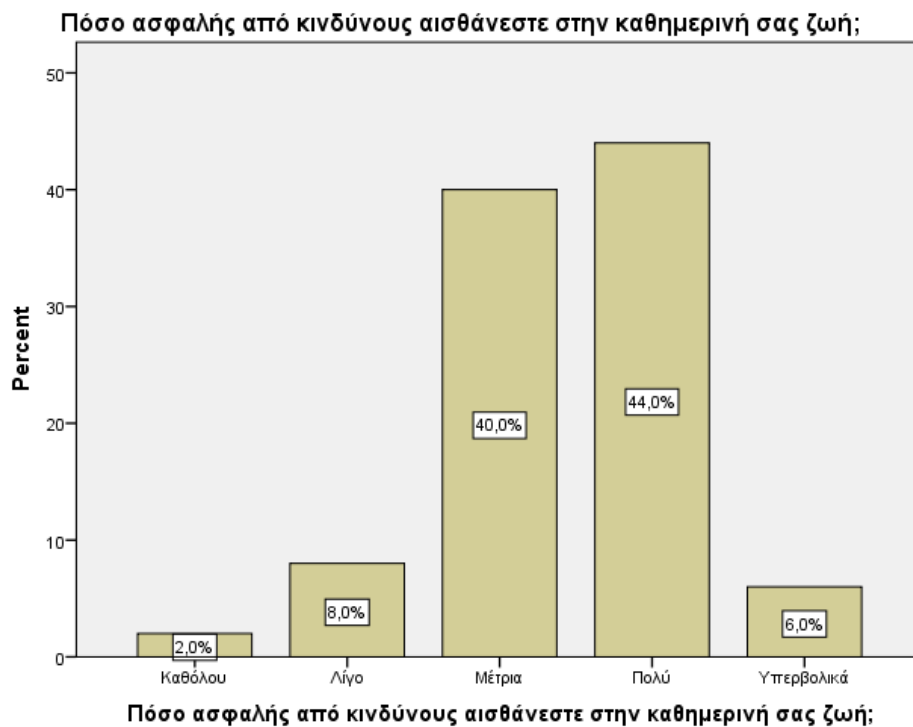
Το επίπεδο αυτοσυγκέντρωσης των ερωτώμενων σε κάτι που κάνουν ακόμα αξιολογήθηκε μέσα από το ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Το 4,0% των ερωτώμενων δεν είναι καθόλου συγκεντρωμένοι, το 46,0% από λίγο έως μέτρια, ενώ μεγαλύτερα επίπεδα συγκέντρωσης στην εκτέλεση μίας εργασίας φαίνεται να σημειώνονται από το 50,0% με το 12,0% αυτών να θεωρούν ότι είναι υπερβολικά συγκεντρωμένοι.

Διάγραμμα 13 Επίπεδο Αυτοσυγκέντρωσης Ερωτώμενων από τους Ιδίους
(N=50)



Όσον αφορά τους κινδύνους που μπορεί να αισθάνονται οι ερωτώμενοι στην καθημερινή τους ζωή, τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι το 6,0% δεν αισθάνεται κανένα κίνδυνο, το 44,0% αισθάνεται ελάχιστους κινδύνους, το 40,0% εκφράζει μέτρια επίπεδα ανασφάλειας, ενώ το 8,0% και 2,0% εκφράζουν πολύ έως και υπερβολικές ανασφάλειες αντιστοίχως ως προς τους καθημερινούς κινδύνους που ενδεχομένως αισθάνονται.

Διάγραμμα 14 Εκτίμηση Εύρους Κινδύνων από τους Ερωτώμενους (N=50)



Το φυσικό περιβάλλον είναι ένας παράγοντας ο οποίος επηρεάζει με την σειρά του την ποιότητα ζωής και κατάσταση υγείας του ατόμου. Κατά συνέπεια, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να αξιολογήσουν το πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζουν. Το 69,4% θεωρεί ότι ζει σε ένα πολύ καλό φυσικό περιβάλλον, μέτρια στάση παρουσιάζει το 22,4% των ερωτώμενων και ελάχιστα θετική το 6,1%. Το 2,0% των ερωτώμενων εκφράζει πλήρως αρνητική στάση.

Διάγραμμα 15 Ποιότητα Φυσικού Περιβάλλοντος που Διαμένουν οι Ερωτώμενοι (N=50)



3.2.4 Ικανότητα Θετικής Αντιμετώπισης Βιωμάτων Καταστάσεων

Εν συνεχεία, οι ερωτώμενοι δήλωσαν το πόσο καλά μπορούν να βιώνουν με το πιο θετικό τρόπο καταστάσεις στην καθημερινότητά τους μέσα από την αξιολόγηση ορισμένων συνήθων καθημερινών δραστηριοτήτων όπως την ικανότητα να βρουν πληροφορία σε ένα θέμα που τους ενδιαφέρει.

Αρχικά, σημειώνεται πως το 2,0% των ερωτώμενων θεωρούν ότι δεν έχουν καθόλου ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Το 16,0% αξιολογεί ότι τα επίπεδα ενεργητικότητας τους είναι ελάχιστα, ενώ το 34,0% εκφράζει μέτρια επίπεδα ενεργητικότητας. Πολύ ενεργητικό είναι το

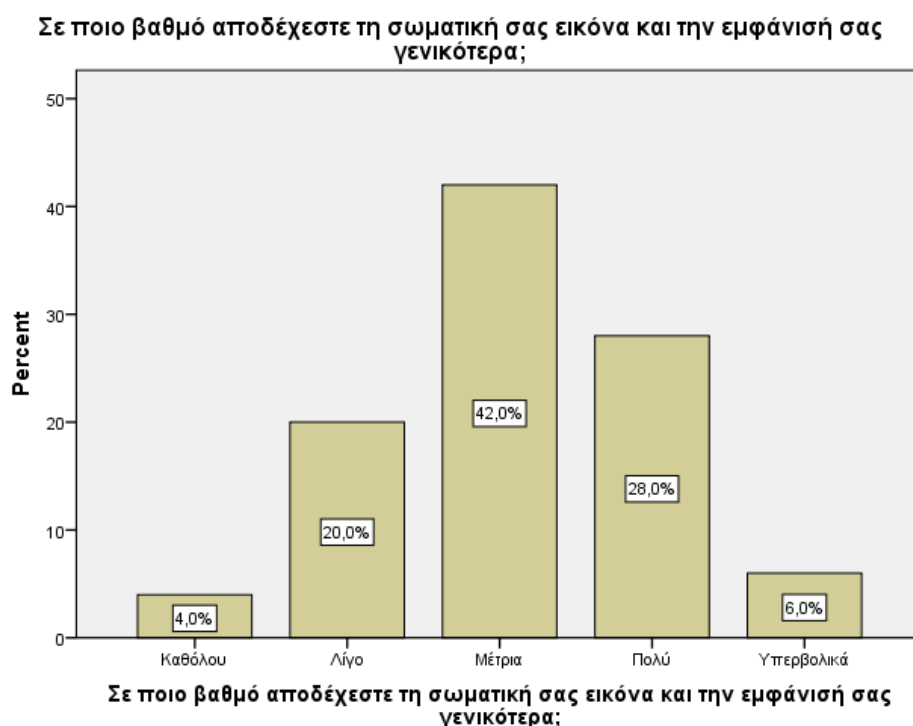
44,0% του δείγματος ως προς τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, με το 4,0% να ακολουθεί και να εκφράζει μία υπερβολικά θετική στάση ως προς την ενεργητικότητα που αντιλαμβάνονται.

Διάγραμμα 16 Επίπεδο Ενεργητικότητας Ερωτώμενων για τις Καθημερινές Δραστηριότητες (N=50)



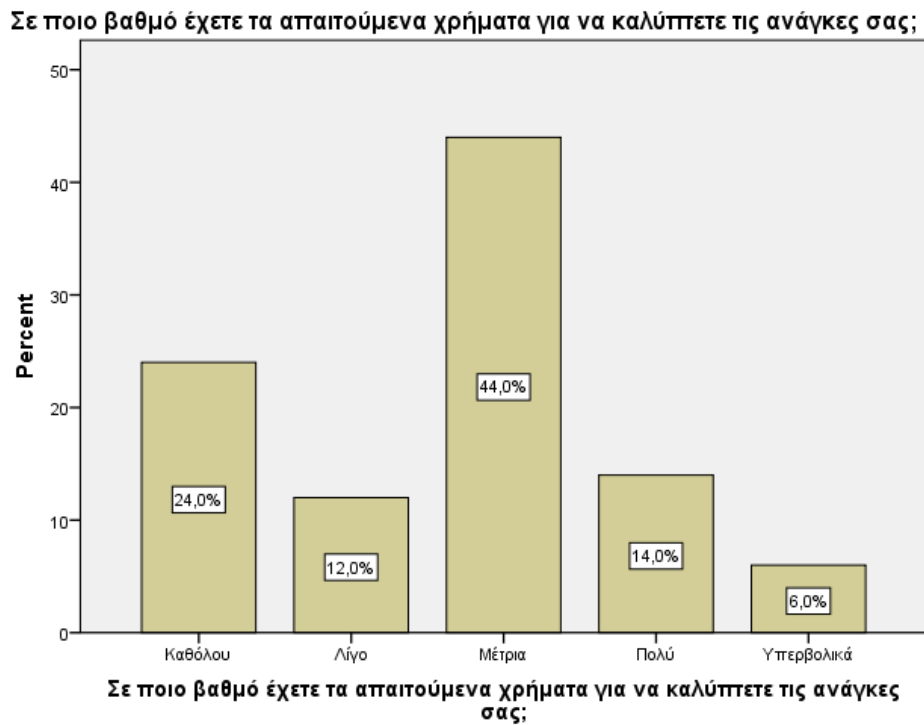
Επιπροσθέτως, το 4,0% των ερωτώμενων δεν αποδέχονται καθόλου τη σωματική τους εικόνα και την εμφάνισή τους γενικότερα. Το 20,0% αποδέχεται ελάχιστα και το 42,0% μέτρια την εικόνα του την τελευταία χρονική περίοδο της ζωής του. Πολύ θετικοί απέναντι στην φυσική τους ομορφιά είναι το 28,0% του δείγματος και το 6,0% να ακολουθεί και να εκφράζει μία υπερβολικά θετική προσωπική αρέσκεια.

Διάγραμμα 17 Αποδοχή Σωματικής Εικόνας και Εμφάνισης Ερωτώμενων Από τους Ιδίους (N=50)



Το 24,0% εκφράζει ότι έχει μεγάλες οικονομικές δυσκολίες γεγονός που τον αποτρέπει να καλύπτει τις ανάγκες του στην καθημερινότητά του. Το 12,0% φαίνεται ότι έχει σημαντικό πρόβλημα στο να συγκεντρώσει τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτει τις ανάγκες του και το 44,0% παρουσιάζει μέτρια προβλήματα. Το 14,0% των ερωτώμενων αξιολογεί ότι έχει τα χρήματα για να καλύπτει τις ανάγκες του και το 6,0% αξιολογεί ότι δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα ως προς τον οικονομικό τομέα.

Διάγραμμα 18 Εκτίμηση Οικονομικών Δυσκολιών Ερωτώμενων (N=50)



Θετικότερα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ως προς το πόσο εύκολα οι ερωτώμενοι μπορούν να βρουν πληροφορίες τις οποίες χρειάζονται στην καθημερινή τους ζωή. Το 66,0% φαίνεται να επιτυγχάνει στην συγκεκριμένη δραστηριότητα θετικά, ενώ το 24,0% παρουσιάζει μέτριες επιδόσεις στον συγκεκριμένο τομέα. Μόλις το 10,0% των ερωτώμενων παρουσιάζει προβλήματα ανεύρεσης πληροφοριών στην καθημερινότητά τους.

Διάγραμμα 19 Αυτό-αξιολόγηση Ικανότητας Ανεύρεσης Πληροφοριών Από τους Ερωτώμενους (N=50)



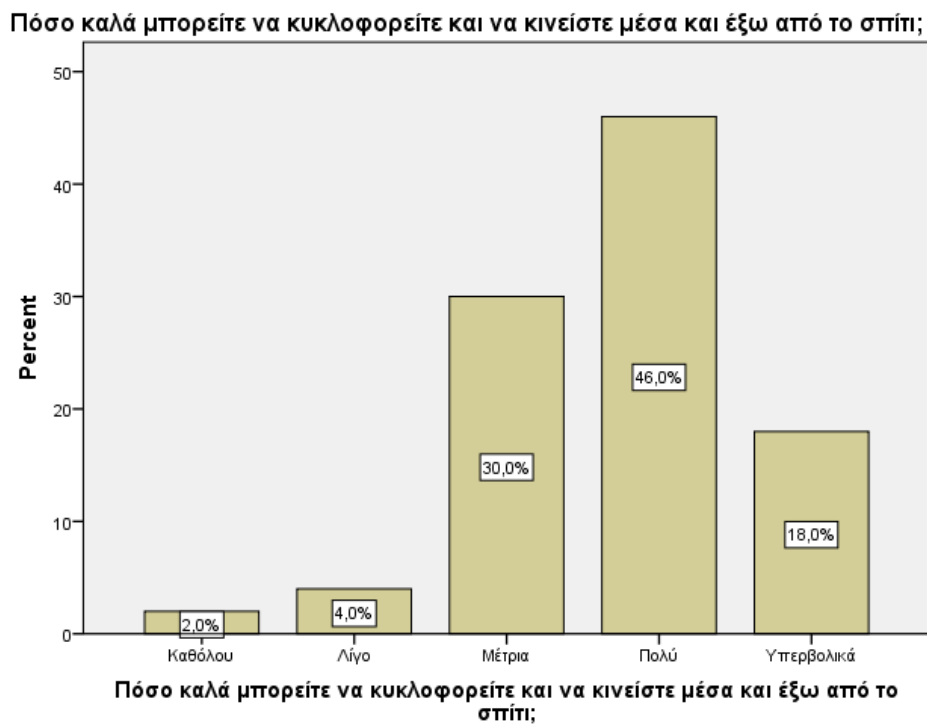
Όσον αφορά τη ψυχαγωγία των ερωτώμενων, το 14,0% δεν έχει καθόλου ελεύθερο χρόνο. Ελάχιστες ελεύθερες ώρες απολαμβάνονται από το 20,0% των ερωτώμενων και μέτρια επίπεδα καταγράφονται ως προς το 44,0%. Από την άλλη πλευρά, φαίνεται πως το 16,0% απολαμβάνει τον ελεύθερο του χρόνο για ψυχαγωγία, καθώς και το 6,0% σημειώνει ότι έχει σε υπερβολικό βαθμό ελεύθερο χρόνο.

Διάγραμμα 20 Ποιότητα Ελεύθερου Χρόνου και Ψυχαγωγίας Ερωτώμενων
(N=50)



Ολοκληρώνοντας, οι ερωτώμενοι θεώρησαν ότι δεν μπορούν να κυκλοφορούν και να κινούνται μέσα και έξω από το σπίτι καθόλου καλά κατά 2,0%. Ελάχιστα έως μέτρια επίπεδα καταγράφονται από το 4,0% και 30,0% αντίστοιχα. Το επίπεδο φυσικής κίνησης των ατόμων αξιολογείται από πολύ έως υπερβολικά καλό κατά 46,0% και 18,0% αντίστοιχα.

Διάγραμμα 21 Ικανότητα Κίνησης Ερωτώμενων Μέσα-Έξω από το σπίτι
(N=50)



3.2.5 Επίπεδο Ικανοποίησης Ζωής ως προς Συγκεκριμένες Πτυχές

Οι ερωτώμενοι επιπλέον κλήθηκαν να εκφράσουν πόσο ικανοποιημένοι είναι ως προς συγκεκριμένες πτυχές της ζωής τους, όπως τον ύπνο, την εργασία, τις δραστηριότητες τους, τις προσωπικές τους σχέσεις, κλπ.

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα επίπεδα μέσης ικανοποίησης των ερωτώμενων ως προς την κάθε πτυχή της ζωής που διερευνάται.

Πίνακας 3Επίπεδο Ικανοποίησης Ερωτώμενων ως προς συγκεκριμένες
πτυχές ζωής (N=50)

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Ύπνος	3,22	1,093	1	5
Καθημερινές Δραστηριότητες	3,40	,948	1	5
Ικανότητα για Εργασία	3,48	1,313	1	5
Εαυτός	3,06	1,019	1	5
Προσωπικές Σχέσεις	3,08	,986	1	5
Σεξουαλική Ζωή	2,70	1,249	1	5
Υποστήριξη από Φιλικό Περιβάλλον	3,64	,851	2	5
Τόπος Κατοικίας	3,30	1,035	2	5
Πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας	2,94	,843	1	5
Μεταφορικά Μέσα	2,78	1,093	1	5
Κοινωνικός Ρόλος/Κοινωνική Ζωή	3,08	,731	2	5
Συναισθηματική Ατμόσφαιρα στο Σπίτι	3,19	1,003	1	5
Εργασία	2,90	1,389	1	5

Φαίνεται πως οι 50 ερωτώμενοι έχουν παρουσιάσει μέτρια επίπεδα ικανοποίησης ως προς όλες τις πτυχές που περιγράφουν την ποιότητά ζωής τους, όπως τον ύπνο (M=3,22, T.A. =1,093) και την πρόσβαση που έχουν οι ίδιοι σε υπηρεσίες υγείας (M=2,94, T.A. =,843). Αλλά, φαίνεται πως οι ερωτώμενοι είναι ικανοποιημένοι από την υποστήριξη που λαμβάνουν από τους φίλους τους (M=3,64, T.A. =,851).

3.2.6 Κατάθλιψη και Αρνητική Στάση Ζωής

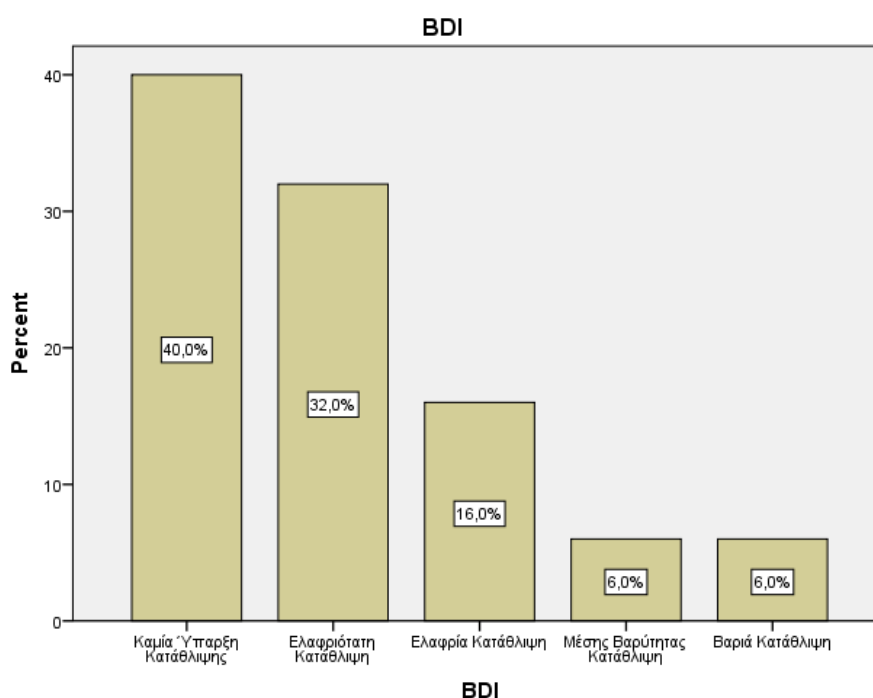
Εν συνεχεία, αναφορικά με αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη που μπορεί νιώθουν οι ερωτώμενοι το τελευταίο χρονικό διάστημα ουδείς δε δήλωσε ότι δεν έχει αισθανθεί

παρόμοιες συγκεκριμένες καταστάσεις στο παρελθόν. Ωστόσο, το 22,4% αξιολόγησε ότι βιώνει σπανίως αρνητικά αισθήματα και το 42,9% βιώνει αρνητικά συναισθήματα μερικές φορές. Το 24,5% αισθάνεται σε συχνό επίπεδο αρνητικά αισθήματα, και το 10,2% βρίσκεται σε συνεχή κατάσταση αρνητισμού.

Στην παρούσα έρευνα, ακόμα, όπως έχει ήδη προαναφερθεί, κατασκευάστηκε η κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης (Beck Depression Inventory – BDI) που αξιολογεί τα επίπεδα κατάθλιψης των ερωτώμενων.

Κατά μέσο όρο, σημειώνεται ελαφρότατης μορφής κατάθλιψη από τους ερωτώμενους ($M=15,94$, $T.A.=12,358$) με τα μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης να καταγράφονται στις 53 μονάδες (οξεία κατάθλιψη). Η ελάχιστη μονάδα BDI που καταγράφηκε ανέρχεται στις 0 μονάδες (υγιής ψυχολογική κατάσταση). Το 40,0% των ερωτώμενων δεν προσδιορίζουν κανένα ίχνος κατάθλιψης, το 32,0% παρουσιάζουν ελαφρότατης μορφής κατάθλιψη και το 16% παρουσιάζει ελαφριά κατάθλιψη. Μόλις το 6,0% αυτοπροσδιορίζεται με μέσης βαρύτητας κατάθλιψης, και εξίσου το 6,0% παρουσιάζει βαριά κατάθλιψη.

Διάγραμμα 22 Επίπεδο Κατάθλιψης των Ερωτώμενων (N=50)



Η κλίμακα BDI όπως έχει ήδη αναφερθεί αποτελείται και κατασκευάζεται από ένα σύνολο 21 σημείων που εκφράζουν ψυχολογικές καταστάσεις του ανθρώπου. Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται τα μέσα επίπεδα εμφάνισης της εκάστοτε πτυχής που προσδιορίζει την κατάθλιψη τους ατόμου.

Πίνακας 4 Πτυχές που ορίζουν την κλίμακα Κατάθλιψης BDI

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Συναίσθημα	,86	,808	0	4
Αισιοδοξία	,92	1,205	0	4
Αίσθημα Αποτυχίας	,94	1,137	0	4
Απώλεια Ικανοποίησης	1,17	1,136	0	4
Αίσθημα Ενοχής	,98	,937	0	4
Αίσθημα Τιμωρίας	,63	,906	0	3
Μίσος για τον εαυτό	,65	,663	0	2
Αυτοκατηγορία	1,19	,816	0	3
Ευχές αυτοτιμωρίας	,28	,607	0	3
Κλάμα	,81	1,179	0	3
Ευερεθιστότητα	1,04	1,060	0	3
Κοινωνική Απόσυρση	,56	,873	0	3
Αναποφασιστικότητα	1,10	,881	0	3
Σωματικό Εγώ	,63	,883	0	3
Μείωση της εργατικότητας	,70	1,178	0	4
Διαταραχές Ύπνου	,63	,929	0	3
Εύκολη Κόπωση	,61	,640	0	2
Απώλεια Όρεξης	,77	,994	0	3
Απώλεια Βάρους	,77	1,036	0	3
Υποχονδριακές Ενοχλήσεις	,78	1,066	0	3
Απώλεια της Libido	,38	,761	0	3

Φαίνεται πως κατά μέσο όρο ως προς την πλειοψηφία των 21 πτυχών, οι ερωτώμενοι παρουσιάζουν μετριότατη κατάθλιψη, όπως για το αίσθημα αποτυχίας ($M=,94$, $T.A. =1,137$), αλλά και την κοινωνική απόσυρση ($M=,56$, $T.A. =,873$). Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι από τη μελέτη των ευχών αυτοτιμωρίας ($M=,28$, $T.A. =,607$) και της απώλειας της Libido ($M=,38$, $T.A. =,761$) δεν παρουσιάζεται ουδεμία ύπαρξη κατάθλιψης.

3.2.7 Επίδραση Δημογραφικών Στοιχείων στο Επίπεδο Κατάθλιψης

Μελετήθηκε η επίδραση των δημογραφικών στοιχείων, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση στην κλίμακα κατάθλιψης BDI με σκοπό να εξεταστεί αν κάποιο από τα δημογραφικά στοιχεία οδηγεί στην διαφοροποίηση του εύρους κατάθλιψης των ερωτώμενων. Εφαρμόστηκαν έλεγχοι διαφοροποίησης μέσω t -test σε ανεξάρτητα δείγματα και ορίστηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή η κλίμακα BDI και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία.

Σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, εκτιμάται πως η κλίμακα κατάθλιψης BDI διαφοροποιείται μεταξύ των ανδρών και γυναικών ($t(48)=-2,471$, $p=.017$), με τις δε δεύτερες να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ($M=2,89$, $T.A. =1,537$) από τους άνδρες ($M=1,88$, $T.A. =1,005$).

Ακόμα, εκτιμήθηκε από την ανάλυση ανεξαρτησίας χ^2 πως το φύλο εξαρτάται με το επίπεδο μίσους για τον εαυτό τους αλλά και τις ευχές αυτοτιμωρίας που οι ίδιοι κάνουν σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% (Μίσος: $\chi^2(2)=8,86$, $p=.012$; Αυτοτιμωρία: $\chi^2(3)=9,93$, $p=.019$). Ακόμα, το φύλο εξαρτάται με την αναποφασιστικότητα τους ($\chi^2(2)=9,50$, $p=.023$), αλλά και οτ σωματικό Εγώ ($\chi^2(3)=10,41$, $p=.015$).

Εφαρμόζοντας ακόμα Ανάλυση Διασποράς Διακύμανσης, σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, εκτιμάται πως ούτε η οικογενειακή κατάσταση, ούτε η εκπαίδευση δεν επιδρά στην κατάθλιψη, εν αντιθέσει με την επαγγελματική κατάσταση.

Σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, η κλίμακα κατάθλιψης διαφοροποιείται ανάλογα την επαγγελματική κατάσταση των ερωτώμενων ($F(3,43) = 4,56$, $MSE=48,92$, $p=,007$). Η ανάλυση post-hoc ανέδειξε ότι τα επίπεδα κατάθλιψης των εργαζομένων με πλήρης απασχόληση διαφοροποιούνται από αυτών που είναι εκτός εργασίας με τους δεύτερους να σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Mean Difference = -1,28, S.E.= ,375, $p=,008$).

Από την ανάλυση ανεξαρτησίας χ^2 εκτιμήθηκε πως η επαγγελματική κατάσταση εξαρτάται με την ευερεθιστότητα σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% ($\chi^2(9)=19,70$, $p=,020$), αλλά και με τις διαταραχές ύπνου που παρουσιάζουν οι ερωτώμενοι ($\chi^2(9)=18,38$, $p=,031$). Η επαγγελματική κατάσταση ακόμα εξαρτάται με το αίσθημα της εύκολης κόπωσης που προσδιορίζει τη μία πτυχή της κατάθλιψης ($\chi^2(6)=18,31$, $p=,005$), αλλά και την απώλεια όρεξης ($\chi^2(9)=26,76$, $p=,002$).

Τέλος, η ανάλυση συσχέτισης κατά Pearson, ανέδειξε τη μη ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ ηλικίας και επιπέδου κατάθλιψης σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% ($r=,022$, $p=,882$).

3.2.8 Επίδραση Ποιότητας Ζωής στο Επίπεδο Κατάθλιψης

Εφαρμόστηκε ανάλυση ανεξαρτησίας χ^2 σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% με σκοπό να εξεταστεί αν οι ποικίλες πτυχές που ορίζουν και μελετούν την ποιότητα ζωής των ερωτώμενων που παρουσιάστηκαν στις προηγούμενες υποενότητες εξαρτώνται με την κατηγοριοποιημένη κλίμακα κατάθλιψης BDI από 1 (=Καμία Ύπαρξη Κατάθλιψης) έως και 5 (=Βαριά Κατάθλιψη).

Κατά συνέπεια, σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, εκτιμάται πως η γενική εικόνα ποιότητα ζωής εξαρτάται με το επίπεδο κατάθλιψης BDI ($\chi^2(12)=25,40$, $p=,013$).

Επιπλέον, φαίνεται πως ο βαθμός που χρειάζεται κάποιος ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσει στην καθημερινότητά του εξαρτάται με το επίπεδο κατάθλιψης σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% ($\chi^2(16)=43,09$, $p<,001$). Ο βαθμός που αισθάνονται ότι έχει νόημα η ζωή τους και το πόσο καλά μπορούν να συγκεντρωθούν σε κάτι που κάνουν έχει επίσης εξάρτηση με την κλίμακα BDI σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% (Νόημα Ζωής: $\chi^2(16)=43,19$, $p<,001$; Συγκέντρωση στην καθημερινή πράξη: $\chi^2(16)=27,75$, $p=,034$).

Το επίπεδο υγιεινής του φυσικού περιβάλλοντος εξαρτάται με το επίπεδο κατάθλιψης σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% ($\chi^2(16)=33,76$, $p=,006$), καθώς σημειώνεται και στατιστικά σημαντική εξάρτηση και μεταξύ του βαθμού απαιτούμενης ενεργητικότητας για τις καθημερινές δραστηριότητες και του επιπέδου κατάθλιψης ($\chi^2(16)=34,12$, $p=,005$).

Ο βαθμός αποδοχής της σωματικής εικόνας και της εμφάνισης εξαρτάται με το επίπεδο κατάθλιψης BDI ($\chi^2(16)=28,56$, $p=,027$). Αναφορικά με την οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων, ο βαθμός που έχουν τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτουν τις ανάγκες τους εξαρτάται άμεσα με το επίπεδο κατάθλιψης σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% ($\chi^2(16)=26,51$, $p=,047$).

Η ικανότητα κυκλοφορίας μέσα και έξω από το σπίτι εξαρτάται άμεσα με το επίπεδο κατάθλιψης BDI σε επίπεδο εμπιστοσύνης 95% ($\chi^2(16)=36,15$, $p=,003$).

Τέλος, το επίπεδο κατάθλιψης BDI εξαρτάται με το επίπεδο ικανοποίησης με την ικανότητα εργασίας ($\chi^2(16)=35,68$, $p=,003$), αλλά και με το επίπεδο ικανοποίησης από το είδος εργασίας που απασχολούνται ($\chi^2(16)=29,71$, $p=,020$), καθώς και με το επίπεδο ικανοποίησης με τον εαυτό τους ($\chi^2(16)=30,95$, $p=,014$) και τις προσωπικές σχέσεις ($\chi^2(16)=29,37$, $p=,022$).

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία εστίασε στη διερεύνηση του ρόλου της εργασίας στους αποθεραπευμένους χρήστες ουσιών. Το εξεταζόμενο ζήτημα της παρούσας εργασίας αποτελεί ερευνητικό πεδίο πολλών μελετών, με αναφορά στις παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση της υγείας των ατόμων αυτών προκειμένου να μειωθεί ή και να μηδενιστεί ο κίνδυνος υποτροπής (Galea & Vlahov, 2002). Μία από τις παρεμβάσεις αυτές αφορά την απασχόληση/ εργασία, με τις έρευνες να δείχνουν πως ο ρόλος της εργασίας είναι καθοριστικός ως στοιχείο τέτοιας παρέμβασης (Storti et al, 2011), γεγονός που συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας εργασίας.

Όπως δείχνει η ανάλυση, οι ερωτώμενοι δηλώνουν μέτρια επίπεδα ικανοποίησης ως προς όλες τις πτυχές που περιγράφουν την ποιότητά ζωής τους, όπως τον ύπνο και την πρόσβαση που έχουν οι ίδιοι σε υπηρεσίες υγείας, αλλά φαίνεται πως είναι ικανοποιημένοι από την υποστήριξη που λαμβάνουν από τους φίλους τους. Ως προς το επίπεδο κατάθλιψης, σημειώνεται ελαφρότατης μορφής κατάθλιψη από τους ερωτώμενους, όπως για το αίσθημα αποτυχίας και την κοινωνική απόσυρση. Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι από τη μελέτη των ευχών αυτοτιμωρίας και της απώλειας της Libido δεν παρουσιάζεται ουδεμία ύπαρξη κατάθλιψης.

Σχετικά με το αν διαφοροποιείται το επίπεδο κατάθλιψης ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, η ανάλυση έδειξε πως η κλίμακα κατάθλιψης BDI διαφοροποιείται μεταξύ των ανδρών και γυναικών με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τους άνδρες. Ως προς τα λοιπά δημογραφικά, ούτε η οικογενειακή κατάσταση, ούτε η εκπαίδευση δεν επιδρά στην κατάθλιψη, εν αντιθέσει με την επαγγελματική κατάσταση. Η κλίμακα κατάθλιψης διαφοροποιείται ανάλογα την επαγγελματική κατάσταση των ερωτώμενων με την ανάλυση post-hoc να δείχνει ότι τα επίπεδα κατάθλιψης των εργαζομένων με πλήρη απασχόληση διαφοροποιούνται από αυτών που είναι εκτός εργασίας με τους δεύτερους να σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Από την ανάλυση ανεξαρτησίας χ^2 εκτιμήθηκε πως η επαγγελματική κατάσταση εξαρτάται με την ευερεθιστότητα, αλλά και με τις διαταραχές ύπνου καθώς και με το αίσθημα της εύκολης κόπωσης που

προσδιορίζει τη μία πτυχή της κατάθλιψης αλλά και την απώλεια όρεξης. Τέλος, η ανάλυση συσχέτισης κατά Pearson, ανέδειξε τη μη ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ ηλικίας και επιπέδου κατάθλιψης.

Τέλος, αναφορικά με το αν η Ποιότητα Ζωής των αποφοίτων των Προγραμμάτων Απεξάρτησης εξαρτάται με το επίπεδο Κατάθλιψης που οι ίδιοι παρουσιάζουν, η ανάλυση έδειξε πως η γενική εικόνα ποιότητα ζωής εξαρτάται με το επίπεδο κατάθλιψης. Επιπλέον, φαίνεται πως ο βαθμός που χρειάζεται κάποιος ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσει στην καθημερινότητά του εξαρτάται με το επίπεδο κατάθλιψης. Ο βαθμός που αισθάνονται ότι έχει νόημα η ζωή τους και το πόσο καλά μπορούν να συγκεντρωθούν σε κάτι που κάνουν έχει επίσης εξάρτηση με την κλίμακα BDI. Το επίπεδο υγιεινής του φυσικού περιβάλλοντος εξαρτάται με το επίπεδο κατάθλιψης ενώ ακόμη ο βαθμός αποδοχής της σωματικής εικόνας και της εμφάνισης εξαρτάται με το επίπεδο κατάθλιψης. Αναφορικά με την οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων, ο βαθμός που έχουν τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτουν τις ανάγκες τους εξαρτάται άμεσα με το επίπεδο κατάθλιψης. Η ικανότητα κυκλοφορίας μέσα και έξω από το σπίτι εξαρτάται άμεσα με το επίπεδο κατάθλιψης και τέλος, το επίπεδο κατάθλιψης BDI εξαρτάται με το επίπεδο ικανοποίησης με την ικανότητα εργασίας αλλά και με το επίπεδο ικανοποίησης από το είδος εργασίας που απασχολούνται, καθώς και με το επίπεδο ικανοποίησης με τον εαυτό τους και τις προσωπικές σχέσεις.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενόγλωσσες

Abolghasemi, A., & Rajabi, S. (2013, June). *The Role of Self-regulation and Affective Control in Predicting Interpersonal Reactivity of Drug Addicts*. *Int J High Risk Behav Addict*. 2013 Jun; 2(1):28-33.doi: 10.5812/ijhrba.9919. Epub 2013 Jun 26 [PubMed].

Allsop S. (1990). Drug and Alcohol Review. *Western Australian Alcohol and Drug* (Vol. 9, issue 2, pp. 143 – 153). Perth: Western Australia.

Allsop, S. (1987). Relapsed psychological perspective. *British Journal of Addiction*, 82, p.p. 417 – 429.

Anderson, K.G., & Frissell, K.C., & Brown, S.A. (2007). *Relapse contexts for substance abusing adolescents with comorbid psychopathology*. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2007;17:65-82. [PMC free article] [PubMed].

Beck A.T., Ward C.H., Memdeson M., Mock J., Erbaught J (1961), BDI (Beck Depression Inventory), προσαρμογή και μετάφραση στα ελληνικά Τζέμος Ι (1987)

Bidokhti, N.M., & Yazdandoost, R.Y., & Birashk, B., & Schottenfeld, R.S. (2006). *Family environment of detoxified opiate addicts in Iran and its relationship with symptoms of anxiety and depression*. *Contemporary Family Therapy*. 2006;28(1):153–64. doi: 10.1007/s10591-006-9700-9. [Cross Ref]

Botvin, G. J., & Griffin, K.W. (2007). *School based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use*. *Int. Rev. Psychiatry*. 19 (6): 607 – 615.

Bronwell, K., & Marlatt, A., & Lichtenstein, G., & Wilson, T. (1986, July). *Understanding and Preventing Relapse*. *American Psychologist*.

Galea S., Vlahov D., (2002), Social Determinants and the Health of Drug Users: Socioeconomic Status, Homelessness, and Incarceration, *Public Health Reports*, Volume 117, 135-145

Capone, T., Brahen, L., Condren, R., Kordal, N., Melchionda, R., & Peterson, M. (1986). Retention and outcome in a narcotic antagonist treatment program. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 825-833.

Christian, S., & Hendershot, K., & Witkiewitz, W., William, G.H., & Marlatt, G.A. (2011). *Relapse prevention for addictive behaviors. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 6:17 DOI: 10.1186/1747-597X-6-17 / Link: <http://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-6-17#CR1>

Comerford, A.W. (1999). Work dysfunction and addiction: Common roots. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(3), 247-253.

Dackis C., & O' Brien, C. (2005). *Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications*. *Nat Neurosci*. 2005;8(11): 1431 – 1436. doi: 10.1038/nn1105 – 1431. [PubMed] [Cross Ref].

Davindson KM., & Ritson EE. (1993). The relationship between alcohol dependence and depression, *Alcohol Alcohol*,28, p.p.: 147- 155.

Doran N, McChargue D, Cohen L. (2006). *Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking*. *Addict Behav*. 2007;32(1):90–8. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.03.023. [PubMed] [Cross Ref]

El-Sheikh, S.G., & Bashir, TZ. (2004). *High-risk relapse situations and self-efficacy: comparison between alcoholics and heroin addicts*. *Addict Behav*. 2004;29(4):753-758. doi:10.1016/j.addbeh.2004.02.003. [PubMed] [Cross Ref].

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010) Prevention And Evaluation Resources Kit (PERK). Luxembourg: Publications Office of the EU.

Flora, K., & Stalikas, A. (2012). *Factors affecting substance abuse treatment in Greece and their course during therapy*. *Addict Behav* 37 (12): pp. 1358-1364.

Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. (2006). *Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence*. *Drug Alcohol Depend.* 2007;89(2-3):298–301. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026. [PubMed] [Cross Ref]

Glassman T, Werch CC, Jobli E. (2006). *Alcohol self-control behaviors of adolescents*. *Addict Behav.* 2007;32(3):590–7. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.06.003. [PubMed] [Cross Ref].

Golestan, S. (2010). *The Role of Family Factors on the Relapse Behavior of Male Adolescent Opiate Abusers in Kerman (A Province in Iran)* *Asian culture and History*. 2010;2(1):126–31. doi: 10.5539/ach.v2n1p126. [Cross Ref]

Gossop, M. (1989). Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment. *British Journal of Psychiatry* 154, p.p. 348 – 353.

Hawkins, D. & Catalano, R. (1985). Aftercare in Drug Abuse Treatment. *The International Journal of the Addictions*, 20, pp. 917 – 945.

Ibrahim, F., & Kumar, N.(2009). *The Influence of community on relapse addiction to drug use: evidence from Malaysia*. *Eur J Soc Sci*. 2009;11(13):471 – 476.

Kumpfer, K.L., & Alvarado, R. (2003). Family – Strengthening Approaches for the Prevention of Youth Problem Behaviors. *American Psychologist* 58, (6/7), 457-465.

Kumpfer, K.L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience Framework. In M.D. Glantz and J. L. Johnson (Eds.) *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (p.p. 179 – 224). New York Klumer Academic / Plenum Publishes.

Latkin C, Davey-Rothwell M, Yang J-Y, Crawford N (2013), The Relationship between Drug User Stigma and Depression among Inner-City Drug Users in Baltimore, MD, *J Urban Health*. 90(1): 147–156.

Leukefeld, C., & Tims F. (1989). Relapse and recovery in drug abuse: Research and practice. *The International Journal of the Addictions* 24 (3), 189 – 201.

Levy, M.S. (2008). Listening to our clients: the prevention of relapse. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2008;40(2):167–72. doi: 10.1080/02791072.2008.10400627. [PubMed] [Cross Ref]

Luthar, S.S., & Cicchetti, D. (2000). The Construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development Psychopathology*, 12 (4), 857 – 885.

Marlatt, G. A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addiction behavior*. New York: Guilford.

Marlatt, G. A. & George, W. (1984). Relapse Prevention: Introduction and Overview of the model. *British Journal of Addictions*, 79, p.261 – 273.

McIntosh J., McKeganey N (2000), Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity, *Social Science & Medicine*, Volume 50, Issue 10, Pages 1501–1510

Naderi, N., & Binazadeh, M., & Sefatian, S., & Peyvandi, A. (2009). *Comprehensive text book of addiction: Dependence to different substances and their pharmacological and non-pharmacological treatment*. Tehran, Iran: Drug Control Headquarters.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003). Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents: *A Research Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders* (2nd Ed.). Bethesda, MD: National Institute on Health. Retrieved: 22/6/2011 from <http://drugabuse.gov/pdf/prevention/redbook.pdf>.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1997). *Drug Abuse Prevention: What Works*. Retrieved: 5/7/2011 from <http://www.google.com/books>.

Nutt D, King L., Phillips L., (2010), Drug harms in the UK: a multi-criteria decision analysis, Independent Scientific Committee on Drugs. *The Lancet*. 376(9752):1558-65

Platt, J.J. (1995). Vocational rehabilitation of drug abusers. *Psychological Bulletin*, 117(3), 416- 433.

Peyrovi, H., & Seyedfatemi, N., & Jalali, A. (2015). *The Role of Family Atmosphere in the Relapse Behavior of Iranian Opiate Users: a*

Qualitative Study. J Caring Sci.2015 Sep 1;4(3):189-96.
doi:10.15171/jcs.2015.019.eCollection 2015.

Powell, J., & Dawe, S., & Richards, D., & Gossop, M., & Marks J., & Sranng J., & Gray J. (1993). *Can opiate addicts tell us about their relapse risk? Subjective predictors of clinical prognosis.* Addictive Behaviors. Vol 18, pp. 473 – 490.

Prezioso, F. A. (2013, June 6). *Spirituality in the recovery process.* Journal of Substance Abuse treatment, Vol 4, pp. 233 – 238, 1987.
Curr Psychiatry Rep. Author manuscript; [PMC free article] [PubMed].

Sinha, R.. (2013, June 6). *New Findings on Biological Factors Predicting Addiction Relapse Vulnerability.* Curr Psychiatry Rep. Author manuscript; available in PMC 2013 Jun 6. Curr Psychiatry Rep. 2011 Oct; 13(5): 398–405. doi: 10.1007/s11920-011-0224-0 [PMC free article] [PubMed].

Sobell L, Ellingstad T., Sobell M., (2000), Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions, *Addiction*, Volume 95, Issue 5, Pages 749–764

Stone, A., & Becker, L.G., & Huber, A.M., & Catalano, R.F. (2012, February 24). *Review of risk protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood.* Addict Behav. 2012 Jul;37(7):747-775. doi:10.1016/j.addbeh.2012.02.014 [PubMed].

Storti C., De Grauwe P., Sabadash A., Montanari L (2011), Unemployment and Drug Treatment, *The International Journal on Drug Policy* 22(5):366-73

The Community Tool Box. (2008-2010): επιμέλεια και προσαρμογή κειμένων από μεταπτυχιακούς φοιτητές του ΠΜΣ Προαγωγή & Αγωγή Υγείας 2008 – 2010, <http://ctb.ku.edu/>

Turker, J., & Vuchinich, R., & Akiko, J., & Gidsjo (1990-1991). Environmental Influences on Relapse in Substance Use disorders. *International Journal of Addictions* 25 (7A & 8A) p.p. 1017 – 1050.

Vaillant, G. (1988). What can long-term follow up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? *British Journal of Addictions*, 83, p.p. 1147 – 1157.

Watson, L. (1991). Paradigms of recovery: Theoretical implications for relapse prevention in alcoholics. *The Journal Of Drug Issues*, 21, 4, pp. 839 – 858.

United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report 2016* (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).

Ελληνικές

Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της ουσιοεξάρτησης (2011). Αθήνα: ΕΠΙΨΥ

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) (2011).

Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οικογενειακών στην Ελλάδα 2012, Ερευνητικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ)

Κατσαρού, Μ. & Κονδυλιά, Γ. (1995). Η Κοινωνική επανένταξη και η Επαγγελματική Αποκατάσταση των Απεξαρτημένων στα Πλαίσια της Ελληνικής Πραγματικότητας, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 50.

ΚΕ.Θ.Ε.Α. – Ε.Σ.Δ.Υ. (2001). Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. *Διαχρονική Έρευνα*, Αθήνα, ΚΕ.Θ.Ε.Α.

ΚΕΘΕΑ, <http://www.kethea.gr/>

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

Μάτσα, Κ. (1997) Από το Ατομικό στο Συλλογικό και Αντίστροφα. Η Πρόληψη της Υποτροπής. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 59, σσ. 61-62.

Μάτσα, Κ. (1996) Μεταξύ Φόβου και Υπερβολής. Διαχείριση των Αποκλεισμένων, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Νο 56, σσ.39.

Μάτσα, Κ. (1994). Δυνατότητες και δυσκολίες της Κοινωνικής Επανένταξης των απεξαρτημένων. Η πρόληψη της υποτροπής. Μια πρόκληση για τη ναρκωμένη κοινωνία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Νο 46, σσ. 82 – 91.

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, Πολιτική του ΟΚΑΝΑ στη Θεραπεία, <http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/politikiokanatherapeia>

Παπαδημητρίου, Γ.Ν., Λιάππας, Ι.Α, Λύκουρας, Ε. (2013) *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Στο: Μαλλιώρη Μ., Πομίνι Β., Μέλλος Ε. *Θεραπευτική Αντιμετώπιση ουσιοεξαρτήσεων*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, σ.σ: 931-941.

Τζινιέρη – Κοκκώση Μ (2008), Scoring of WHOQOL-BREF and National Items (30 items version), Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ- ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Χαραλαμπίδης Ε (2003), Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, ΕΠΙΨΥ, ΟΚΑΝΑ, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

B.D.I.

(Beck Depression Inventory (BDI); Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J., 1961; Προσαρμογή και μετάφραση στα ελληνικά Τζέμος, Ι., 1987)

Σε αυτό το ερωτηματολόγιο υπάρχουν ομαδοποιημένες δηλώσεις. Παρακαλώ διαβάστε κάθε ομάδα δηλώσεων προσεκτικά. Έπειτα επιλέξτε αυτή τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τον τρόπο που έχετε αισθανθεί την περασμένη εβδομάδα έως σήμερα!

Κυκλώστε τον αριθμό δίπλα στη δήλωση που έχετε επιλέξει. Εάν διαφορετικές δηλώσεις της ομάδας δείχνουν να ισχύουν εξίσου το ίδιο, κυκλώστε την κάθε μία.

Βεβαιωθείτε ότι έχετε διαβάσει όλες τις δηλώσεις σε κάθε ομάδα πριν κάνετε την επιλογή σας.

Α	0	Δεν αισθάνομαι λυπημένος/η.
	1	Αισθάνομαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/ή.
	2α	Είμαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/ή συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό.
	2β	Είμαι τόσο μελαγχολικός/ή ή δυστυχισμένος/η ώστε αυτό μου προξενεί πόνο.
	3	Είμαι τόσο μελαγχολικός/ή ή δυστυχισμένος/η ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.
Β	0	Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος/η ή αποθαρρυνμένος/η για το μέλλον.
	1	Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον.
	2α	Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον.
	2β	Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου.
	3	Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η σαν άτομο.
Γ	0	Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/η.
	1	Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος/η περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους.
	2α	Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα αξία λόγου.
	2β	Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες.
	3	Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η ως άτομο (σύζυγος-πατέρας/μητέρα).
Δ	0	Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος/η.
	1	Αισθάνομαι βαριεστημένος/η σχεδόν όλη τη μέρα.
	2α	Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.
	2β	Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα.
	3	Αισθάνομαι δυσαρεστημένος/η με το κάθε τι.
Ε	0	Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος/η.
	1	Πολλές φορές αισθάνομαι κακός/η ή χωρίς αξία.
	2α	Αισθάνομαι πολύ ένοχος/η.
	2β	Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός/η ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα.
	3	Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός/η ή ανάξιος/α.

Ζ	0	Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.
	1	Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί.
	2α	Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ.
	2β	Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ.
	3	Θέλω να τιμωρηθώ.
Η	0	Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου.
	1 ^α	Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου.
	1β	Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου.
	2	Σιχαίνομαι τον εαυτό μου.
	3	Μισώ τον εαυτό μου.
Θ	0	Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος/η από τους άλλους.
	1	Είμαι αυστηρός/ή με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου.
	2 ^α	Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου.
	2β	Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει.
Ι	0	Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου.
	1	Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν έκανα κάτι τέτοιο.
	2α	Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα.
	2β	Μου φαίνεται ότι η οικογενειά μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα.
	2γ	Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας.
	3	Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα.

Κ	0	Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.
	1	Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
	2	Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να σταματήσω.
	3	Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατον να κλάψω αν και το θέλω.
Λ	0	Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος/η τώρα απ' ό,τι συνήθως.
	1	Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
	2	Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος/η.
	3	Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως.
Μ	0	Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους.
	1	Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ό,τι παλιότερα.
	2	Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματά μου για αυτούς έχουν λιγαστέψει.
	3	Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δε νοιάζομαι καθόλου για αυτούς.
Ν	0	Είμαι το ίδιο αποφασιστικός/ή όπως πάντα.
	1	Τελευταία αναβάλλω το να παίρνω αποφάσεις.
	2	Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.
	3	Δεν μπορώ να πάρω καμιά απόφαση πλέον.
Ξ	0	Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από άλλοτε.
	1	Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος/η και αντιπαθητικός/ή.
	2	Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή πάνω μου, ώστε να φαινομαι αντιπαθητικός/ή.
	3	Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος/η και αποκρουστικός/ή.
Ο	0	Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα.
	1 ^α	Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά.
	1β	Δεν τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πρώτα.
	2	Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.
	3	Μου είναι αδύνατον να εργαστώ.
Π	0	Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
	1	Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος/η από άλλοτε.
	2	Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
	3	Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο.
Ρ	0	Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ό,τι συνήθως.
	1	Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα.
	2	Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω.
	3	Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα.

Σ	0	Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε.
	1	Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε.
	2	Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
	3	Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.
Τ	0	Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό.
	1	Έχω χάσει περισσότερα από 2 κιλά.
	2	Έχω χάσει περισσότερα από 4 κιλά.
	3	Έχω χάσει περισσότερα από 7 κιλά.
Υ	0	Δε με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε.
	1	Με απασχολούν πάνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα.
	2	Με απασχολεί τόσο πολύ το πώς αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι πολύ δύσκολο να σκεφτώ τίποτα άλλο.
	3	Είμαι εντελώς απορροφημένος/η με το τι αισθάνομαι.
Φ	0	Δεν έχω προσέξει τελευταία καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.
	1	Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ απ' ό,τι συνήθως.
	2	Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ.
	3	Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.

- **Beck Depression Inventory (BDI; Beck, A.T., Ward, C.H., Memdeson, M., Mock, J., Erbaugh J., 1961; Προσαρμογή στα ελληνικά Τζέμος, 1987)**

Χορηγείται πριν την έναρξη και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

Κλίμακα αυτοαναφοράς για την εκτίμηση της σοβαρότητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Αποτελείται από 21 δηλώσεις που αναφέρονται στο πώς νιώθει ο ερωτώμενος την εβδομάδα χορήγησης του τεστ και αντιστοιχούν σε συμπτώματα της κατάθλιψης.

Συναίσθημα, απαισιοδοξία, αίσθημα αποτυχίας, απώλεια ικανοποίησης, αίσθημα ενοχής, αίσθημα τιμωρίας, μίσος για τον εαυτό, αυτοκατηγορία, ευχές τιμωρίας, κλάμα, ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αναποφασιστικότητα, σωματικό εγώ, μείωση της εργατικότητας, διαταραχές ύπνου, εύκολη κόπωση, απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους, υποχονδριακές ενασχολήσεις, απώλεια λίμπιντο.

Βαθμολόγηση:

Εξάγεται ένας γενικός δείκτης με ελάχιστη βαθμολογία 0 και μέγιστη 62 (κάθε διαπίστωση βαθμολογείται σε μία κλίμακα από το 0 ως το 3, με εξαίρεση μία διαπίστωση για την οποία η μέγιστη βαθμολογία είναι 2).

Βαθμολογία:

=< 10 Απουσία κλινικής κατάθλιψης

=< 20 Ελαφρότατη κατάθλιψη

=< 30 Ελαφριά κατάθλιψη

=< 40 Μέσης βαρύτητας κατάθλιψη

> 40 Βαριά κατάθλιψη

Παρατηρούνται υψηλότερες βαθμολογίες όσο αυξάνει το μορφωτικό επίπεδο.

Τιμή ουδός για τον εντοπισμό κλινικών περιπτώσεων = 21

-
- **Center of Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977; Προσαρμογή στα ελληνικά Μαδιανός, Βαϊδάκης, Τομαράς, Χορταρέας, 1983)**

Χορηγείται πριν την έναρξη και μετά τη λήξη του προγράμματος.

Κλίμακα αυτοαναφοράς για ανίχνευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Δεν παρουσιάζει διαφοροδιαγνωστικές ικανότητες αλλά οι υψηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν «απώλεια

ηθικού, ηττοπάθεια, αποθάρρυνση» (Μαδιανός, 1989) δηλαδή τις καταστάσεις που αποτελούν το προ στάδιο στην εκδήλωση της συμπτωματολογίας.

Αποτελείται από 20 δηλώσεις που αφορούν σε καταθλιπτικά συμπτώματα και περιγράφουν καταστάσεις που πιθανόν πέρασε ή αισθάνθηκε κάποιος τις τελευταίες 30 ημέρες.

Η βαθμολόγηση των απαντήσεων κυμαίνεται από 0-3, όπου το 0 σημαίνει «Λιγότερο από μία μέρα την εβδομάδα» ή «Σπάνια, Καθόλου», και το 3 «5-7 μέρες» ή «Τον περισσότερο καιρό».

Η συνολική βαθμολόγηση κυμαίνεται από μηδέν (απουσία των θετικών συμπτωμάτων) μέχρι 60. Ως διαχωριστικό σημείο της φυσιολογικής κατάστασης από την παθολογική είναι το 16, ενώ το σημείο αυτό μπορεί να ανέβει και στο 21.

- **Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, A.T. & Steer, R.A., 1993)**

Χορηγείται πριν την έναρξη και μετά τη λήξη του προγράμματος.

Αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα εκτίμησης του γενικού επιπέδου έντασης του αυτοαναφερόμενου άγχους.

Αποτελείται από 21 διαπιστώσεις που περιγράφουν συμπτώματα άγχους, κατά την επιλογή των οποίων έγινε προσπάθεια ελάχιστης επικάλυψης με συμπτώματα κατάθλιψης.

Βαθμολόγηση:

Εξάγεται ένας γενικός δείκτης με ελάχιστη βαθμολογία 0 και μέγιστη 63 (κάθε διαπίστωση βαθμολογείται σε μία κλίμακα από 0 -3)

Ερμηνεία:

Ανδρες

0-7= Ελάχιστα επίπεδα άγχους, 8-15= Ήπιο άγχος, 16-25= Μέτριο άγχος, 26-63= Έντονο άγχος

Γυναίκες

0-11= Ελάχιστα επίπεδα άγχους, 12-19= Ήπιο άγχος, 20-29= Μέτριο άγχος, 30- 63= Έντονο άγχος.

Οι νέοι άνθρωποι αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους.

Δεν έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά, να χρησιμοποιείται με επιφύλαξη.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ ΤΖΙΝΙΕΡΗ – ΚΟΚΚΩΣΗ (2008)

Υποδοχή	Επανεξέταση	Ολοκλήρωση συνεργασίας
*Συμπληρώνεται από τον θεραπευτή		
ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		
Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία. Σημειώστε την απάντηση στο τετράγωνο που βρίσκεται αριστερά από κάθε απάντηση.		
Όνοματεπώνυμο :		
Ημερομηνία συμπλήρωσης :		
Φύλο:	☐ Άνδρας	☐ Γυναίκα
Ποια είναι η ημερομηνία γέννησής σας:	/...../.....	
	Ημέρα/Μήνας/Έτος	
Τι εκπαίδευση έχετε:		
☐ Τάξεις δημοτικού	☐ ΤΕΕ ή ΙΕΚ	
☐ Δημοτικό	☐ ΤΕΙ	
☐ Γυμνάσιο	☐ ΑΕΙ	
☐ Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο)	☐ Μεταπτυχιακές Σπουδές	
Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση:		
☐ Άγαμος-η	☐ Έγγαμος-η	
☐ Σε διάσταση	☐ Διαζευγμένος-η	
☐ Χήρος-α		
Έχετε παιδιά:	☐ Ναι	☐ Όχι
Αν ναι, πόσα:	☐	
Ζείτε:	☐ Μόνος	☐ Με άλλους
Ποιο είναι το επάγγελμά σας:		

Εργάζεστε:

- | | |
|--|---|
| ☐ Με πλήρη απασχόληση | ☐ Οικιακά |
| ☐ Με μερική απασχόληση | ☐ Συνταξιούχος |
| ☐ Μαθητής, σπουδαστής, φοιτητής | ☐ Εκτός εργασίας |

Σε ποια περιοχή κατοικείτε:

Πόσο καλή είναι η υγεία σας:

- ☐ Πολύ κακή ☐ Κακή ☐ Ούτε κακή, ούτε καλή ☐ Καλή ☐ Πολύ καλή

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα;

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε.
(Μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από ένα)

- | | |
|--|---|
| ☐ Καρδιολογικά προβλήματα | ☐ Υπέρταση |
| ☐ Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί | ☐ Καρκίνος |
| ☐ Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα | ☐ Διαβήτης |
| ☐ Καταρράκτης | ☐ Εγκεφαλικά επεισόδια |
| ☐ Κάταγμα ή ράγισμα οστού | ☐ Χρόνια ψυχικά προβλήματα |
| ☐ Προβλήματα στα κάτω άκρα | ☐ Αιμορραγία του ορθού εντέρου |
| ☐ Πάρκινσον | |
| ☐ Άλλο (Παρακαλούμε περιγράψτε) | |

Ποιο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην υγεία σας θεωρείτε ότι έχει τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή σας; (περιγραφή του προβλήματος υγείας και των επιπτώσεων)

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Για παράδειγμα, αν δούμε τα δύο άκρα της κλίμακας. Εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 5 που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση "Απόλυτα". Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε καθόλου ικανοποιητικό βαθμό την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 1, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση "Καθόλου".

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε για την ποιότητα ζωής σας στο σύνολό της και την υγεία σας τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
			Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5
					Υπερβολικά	

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο). Παρακαλούμε να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιοδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή (π.χ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.)	1	2	3	4	5
5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε την δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση (π.χ. την δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Πολύ δυσα- ρεστημένος/η	Δυσανε- στημένος/η	Ούτε δυσαρεστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας; π.χ. διατροφή, συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κτλ) κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσα- ρεστημένος/η	Δυσανε- στημένος/η	Ούτε δυσαρεστ- η-μένος/η ούτε ικανοποι- η-μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;	1	2	3	4	5
N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5