



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων- Εξαρτησιολογία»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΕ
ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΤΕΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ»**

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΜΠΟΥΣΑΪ ΠΑΟΛΑ (Α.Μ.: 201902311)

Επιβλέπουσα: **Μαλλιώρα Μινέρβα- Μελπομένη**, Ομότιμη Καθηγήτρια
Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Τριμελή Εξεταστική Επιτροπή:

Μαλλιώρα Μινέρβα- Μελπομένη, Ομότιμη Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής
ΕΚΠΑ

Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

Τριανταφύλλου Καλλιόπη, Ψυχολόγος PhD, Διδάσκουσα του Π.Μ.Σ.

ΑΘΗΝΑ
Φεβρουάριος, 2021

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	1
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	2
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΜΕΡΟΣ Α΄: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	12
1.1. ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	12
1.1.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	14
1.2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	15
1.2.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΑΣΤΕΓΙΑΣ	20
2.1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΤΕΓΙΑΣ	21
2.2. ΟΙ ΑΣΤΕΓΟΙ ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ	25
2.3. ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΗΝ ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΤΕΓΗΣ;	26
2.4. ΟΙ ΑΣΤΕΓΟΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	27
2.5. ΟΙ ΑΣΤΕΓΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	28
2.6. ΈΛΛΕΙΨΗ ΣΤΕΓΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	33
3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ	33
3.2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	34
Β΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΑ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	36
4.1. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ (ΔΕΙΓΜΑ)	36
4.1.1. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ	36
4.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	37
4.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	38
4.4. ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	40
4.5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	70

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΜΕΡΟΣ Α'

Πίνακας 1: Άστεγοι στο δρόμοι	21
Πίνακας 2: Στερούμενοι Κατοικίας	22
Πίνακας 3: Άνθρωποι που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης	23
Πίνακας 4: Άνθρωποι που διαβιούν σε ανεπαρκή- ακατάλληλα καταλύματα ..	21

ΜΕΡΟΣ Β'

Πίνακας 1: Δημογραφικά Στοιχεία	40
Πίνακας 2: Ερωτηματολόγιο DUDIT.....	43
Πίνακας 3: Αποτέλεσμα DUDIT.....	45
Πίνακας 4 : Η αποτύπωση του προβλήματος εξάρτησης σε συνάρτηση με τις συνθήκες διαμονής.....	46
Πίνακας 5: Η αποτύπωση του προβλήματος εξάρτησης σε συνάρτηση με την παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης.....	46
Πίνακας 6: Μέσος όρος βαθμολογίας ανά κατηγορία $\pm$ τυπική απόκλιση (Mean $\pm$ SD).....	47
Πίνακας 7: Μέσοι όροι ανά συνθήκη διαμονής $\pm$ τυπική απόκλιση (Mean $\pm$ SD).....	48
Πίνακας 8: ANOVA για τις συνθήκες διαμονής	49
Πίνακας 9: Μέσοι όροι ανάλογα με την παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης(Mean $\pm$ SD).....	50
Πίνακας 10: ANOVA για την παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης.....	50
Πίνακας 11: Score_diener (Αποτέλεσμα Diener)	52
Πίνακας 12: Περιγραφική στατιστική -Μέσος και τυπική απόκλιση για σύνολο βαθμολογίας Diener (Mean $\pm$ SD	52
Πίνακας 13: Αποτέλεσμα Diener (Score) ανά συνθήκη διαμονής	53
Πίνακας 14: Αποτέλεσμα Diener και παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης	54

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, κατ' αρχήν στην οικογένειά μου, η οποία με στήριζε και με στηρίζει καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών, αλλά και της ζωής μου.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να αποδώσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα της εργασίας μου, κα Μαλλιώρη και στην κα Τριανταφύλλου, τόσο για τις χρήσιμες παρατηρήσεις τους, όσο και για τη βοήθειά τους σε αυτή την προσπάθεια.

Δε θα μπορούσα να ξεχάσω όλους τους συναδέλφους που με βοήθησαν στη χορήγηση των ερωτηματολογίων, συγκεκριμένα τους κ. Πολιτόπουλο, κα Βανικιώτη, κα Καλυβιώτη, κ. Βλάχο και κα. Τζωρτζάκη. Ευχαριστώ τις μονάδες του OKANA που με δέχτηκαν και με φιλοξένησαν.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την καλή μου φίλη κα. Βρέκου για την πολύτιμη υποστήριξή της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών αποτελούν μια κοινωνικά ευάλωτη ομάδα που αντιμετωπίζει καθημερινά πολλές δυσκολίες. Σε αυτές περιλαμβάνεται η εύρεση της ουσίας, αλλά και η εύρεση κατάλληλου καταλύματος και διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής υγείας. Η ποιότητα ζωής των χρηστών συχνά αμφισβητείται, χωρίς να δίνεται ιδιαίτερη σημασία. Οι έννοιες που εξετάζονται είναι αυτές της εξάρτησης και θεραπείας, της έλλειψης στέγης, καθώς και της ποιότητας ζωής, όπως αυτές εκφράζονται από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

Σκοπός: Η μελέτη αυτή αποσκοπεί στη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών και στην αναζήτηση του βαθμού συσχετισμού μεταξύ α) της έλλειψης στέγης και β) της παρακολούθησης προγράμματος υποκατάστασης με την ποιότητα ζωής, αναφορικά με την πληθυσμιακή ομάδα των χρηστών. Επιπλέον, η εργασία αυτή, προσδοκά να επιστήση την προσοχή στους τρόπους που μπορεί να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων που ζουν στο περιθώριο.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε δείγμα **63 ενήλικων** χρηστών, οι οποίοι διέμεναν σε ξενώνα ή σε άλλο τόπο διαμονής ή ήταν άστεγοι, στο κέντρο της Αθήνας και προσεγγίστηκαν σε θεραπευτικές μονάδες του ΟΚΑΝΑ (ΜΟΘΕ Λαϊκό και ΜΟΘΕ Αλεξάνδρα), στο ΣΦΕΑ, στο Κέντρο Κοινότητας Δήμου Αθηναίων, στον Ξενώνα ΙΟΝΙΣ και στο δρόμο. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αυτοσυμπληρούμενα και χορηγήθηκαν τους μήνες Οκτώβριο έως Δεκέμβριο του έτους 2020. Για την ανίχνευση του προβλήματος εξάρτησης χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο DUDIT, για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο WHOQOL-BREF και για τον εντοπισμό της ικανοποίησης από τη ζωή, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο του E. Diener.

Αποτελέσματα: Το 85,7% του δείγματος είναι άντρες, με ΜΟ ηλικίας τα 45 έτη. Το 65,1% των συμμετεχόντων διαμένει σε σταθερό τόπο κατοικίας και οι υπόλοιποι είναι άστεγοι, διαμένοντες σε ξενώνα ή δεν διαθέτουν σταθερό τόπο διαμονής. Η ηλικία έναρξης χρήσης ήταν τα 17 έτη με χρήση κάνναβης. Το 65,5 % δεν αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης, με 27 άτομα εξ αυτών να διαθέτουν σταθερό τόπο διαμονής και 36 άτομα να παρακολουθούν πρόγραμμα υποκατάστασης.

Επομένως η ύπαρξη στέγης και θεραπευτικού προγράμματος, επηρεάζουν τη σοβαρότητα της εξάρτησης. Το 52,4% που παρακολούθησε πρόγραμμα

υποκατάστασης, ανέφερε βελτίωση στην ποιότητα ζωής. Επιπλέον, οι κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον επηρεάζουν θετικά την ποιότητα ζωής ($p=0,004$ και $p=0,003$ αντίστοιχα). Το 30,2% ήταν «πολύ απογοητευμένο» από τη ζωή του. **Μέσος όρος για την ικανοποίηση από τη ζωή ήταν το 14, δηλαδή «απογοητευμένοι».**

Συμπεράσματα: Η παρούσα έρευνα επιβεβαίωσε τη χαμηλή ποιότητα ζωής των χρηστών, συνοδευόμενη από αίσθημα μη ικανοποίησης από τη ζωή. Η παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης σχετίστηκε με την βελτίωση της ποιότητας ζωής, το ίδιο και η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Οι συνθήκες στέγασης δεν φάνηκε να έχουν σημαντική επιρροή στην ποιότητα ζωής των χρηστών, όμως η παρούσα έρευνα δεν κατάφερε να συγκεντρώσει μεγάλο αριθμό αστεγών ώστε να εξεταστεί κατάλληλα ο παράγοντας της αστεγίας. Από τα ευρήματα παρατηρείται πως χρειάζεται να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στις ανάγκες των ατόμων αυτών, προκειμένου οι τελευταίοι να βοηθηθούν πιο ουσιαστικά, να έχουν καλύτερη πρόσβαση σε δομές υγείας, να διευκολυνθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας τους, να βελτιωθεί η επικοινωνία τους με την οικογένεια ή τα οικεία πρόσωπα και επομένως να βελτιώσουν τη ζωή τους. Προτείνεται περαιτέρω έρευνα στο ζήτημα της στέγασης.

Λέξεις κλειδιά: Εξάρτηση, υποκατάσταση, αστεγία, ποιότητα ζωής, κοινωνικές σχέσεις

ABSTRACT

Introduction: Psychoactive substance users are a socially vulnerable group who face many difficulties on a daily basis. These difficulties, include finding the substance, but also seeking for a suitable accommodation and preserving physical and mental health. The quality of life of drug users is often questioned, without being given much importance. The concepts examined here are those of dependence and treatment, homelessness, and quality of life, as expressed by the Greek and International literature.

Aim: This study aims to investigate the quality of life of drug users and to search out the extent of correlation between a) homelessness, b) joining a substitution program and quality of life, regarding the population group of drug addicts. In addition, this essay expects to draw attention to ways that can improve the quality of life of people living on the margins.

Methodology: A cross- sectional study was performed on a sample of 63 adult drug users, who lived in a shelter or in other place of residence or were homeless, in the center of Athens and were approached to OKANA treatment facilities («MOTHE Laiko» and «MOTHE Alexandra»), SFEA, Community Center of Athens, IONIS Shelter and on the street. The questionnaires used were self-administered and were given from October to December 2020. The DUDIT tool was used to detect the addiction problem, the WHOQOL-BREF tool was used to assess the quality of life and the E. Diener tool was used for tracing life satisfaction of the participants.

Results: 85.7% of the sample are men, with an average age of 45 years. 65.1% of the participants live in a permanent place of residence and the rest are homeless, living in a shelter or do not have a permanent place of residence. The age of onset was 17 years with cannabis use. 65.5% do not face a serious addiction problem, with 27 of the participants having a permanent place of residence and 36 attending a substitution program. Therefore, **the existence of a home and treatment program, affect the severity of addiction.** 52.4% who attended a substitution facility, improved their quality of life. In addition, social relationships and environment, positively affected the quality of life ($p= 0,004/ 0,003$). 30.2% are "very disappointed" with their life. **The average for life satisfaction is 14, that means "disappointed".**

Conclusions: The present study confirmed the low quality of life of drug users, accompanied by a feeling of dissatisfaction with life. Participation in a substitution program and the existence of a supportive environment, were associated with improved quality of life. Housing conditions did not appear to have a significant impact on drug addicts quality of life, however the present study failed to gather a large number of homeless people in order to properly examine the homelessness factor. According to findings, more emphasis needs to be placed on the needs of these individuals, in order for them to receive help more effectively- to have better access to healthcare facilities, to accommodate the treatment effectiveness, to improve the communication with family and friends and thus to improve their lives. Further research on housing is suggested.

Key words: Addiction, substitution, homelessness, quality of life, social relationships

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες για την ποιότητα ζωής των ανθρώπων, η βιβλιογραφία, όμως, δεν είναι επαρκής για τα άτομα που ζουν στο περιθώριο της κοινωνίας. Πολλοί συγγραφείς και ερευνητές έχουν προσεγγίσει το ζήτημα της αστεγίας ιδιαίτερα ύστερα από τα χρόνια της οικονομικής και κοινωνικής κρίσης στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Ο άστεγος πληθυσμός πλήττεται καθημερινά από καιρικές και ακόμα περισσότερο κοινωνικο-πολιτικές συνθήκες. Ένας μεγάλος αριθμός των ατόμων που ζουν στο δρόμο, κάνει χρήση ουσιών και συχνά εμπλέκεται με το νόμο. Ένας χρήστης ψυχοδραστικών ουσιών που ζει στο δρόμο, είναι διπλά στιγματισμένος και οι ανάγκες που προκύπτουν στην καθημερινότητα, αλλά και στη σωματική και ψυχική του υγεία, ολοένα και αυξάνονται. Ένα ποσοστό του πληθυσμού αυτού νοσεί από σοβαρές παθολογικές ασθένειες όπως HIV και ηπατίτιδες, αλλά και ψυχικές όπως ψυχώσεις και κατάθλιψη. Παρά τις δυσμενείς συνθήκες και εσωτερικές αντιστάσεις, κάποια άτομα επιτυγχάνουν να εισαχθούν σε πρόγραμμα απεξάρτησης ή υποκατάστασης ναρκωτικών και προσπαθούν να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσής τους. Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία, η αστεγία συνδέεται με μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας και είναι σημαντικό να καταγραφούν οι ανάγκες των άστεγων χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών με σκοπό την βελτίωση της ζωής τους. Για τους παραπάνω λόγους, επέλεξα να μελετήσω το θέμα αυτό και να διερευνήσω ενδελεχώς το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης, ιδιαίτερα όταν αυτό συνοδεύεται από την έλλειψη στέγης. Η έρευνα διεξήχθη σε περίοδο πανδημίας Covid- 19, γεγονός που έφερε όλη την ανθρωπότητα αντιμέτωπη με πολύ δύσκολες στιγμές, πόσο μάλλον τους ανθρώπους που ζουν στην ανασφάλεια της επιβίωσης και κινδυνεύουν καθημερινά από πολλούς παράγοντες.

Η περίοδος, λοιπόν, που διανύουμε αλλά και η φύση του θέματος κάθε αυτή, δημιούργησε μια επιπλέον δυσκολία στην προσέγγιση του πληθυσμού, αλλά και στη συνεργασία με τις μονάδες του Οργανισμού Κατά τον Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), από τις οποίες έγινε η συλλογή του δείγματος, για την παρούσα μελέτη. Εντούτοις προσδοκώ, η εργασία μου να συνδράμει στο έργο της επιστημονικής κοινότητας, προκειμένου να αναγνωριστούν και ίσως να εξαλειφθούν οι παραπάνω δυσκολίες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια έννοια που αφορά στην αντίληψη ενός ατόμου για την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας, το “lifestyle”- την ικανοποίηση από τη ζωή, καθώς και την ευημερία. Ο ορισμός της ποιότητας ζωής, βοηθά επιπλέον να εντοπιστούν οι ομάδες υψηλού κινδύνου αλλά και τα «κενά» που υπάρχουν στους τομείς υγείας (Rodriquez et al., 2016).

Σύμφωνα με τους Silveira και τους συνεργάτες της, το περιβάλλον, όπως είναι η ύπαρξη της οικογένειας, είναι προστατευτικός παράγοντας για καλή ποιότητα ζωής, ενώ ο ψυχολογικός τομέας, όπως η χαμηλή αυτό-εικόνα και αυτοεκτίμηση, είναι επιβαρυντικός παράγοντας για την αρνητική αντίληψη για τη ζωή (2001). Για τους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, πέρα από την εξάρτηση, η συχνότητα της χρήσης οπιοειδών συσχετίστηκε επίσης αρνητικά με την ποιότητα ζωής που αφορά τον ψυχολογικό τομέα (Mitchell et al., 2015).

Η εξάρτηση από τις ψυχοδραστικές ουσίες αποτελεί μια χρόνια ψυχική και σωματική ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται από τροποποίηση βασικών λειτουργιών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), όπως είναι η αντίληψη, το συναίσθημα, η διάθεση, η συμπεριφορά (Παπαρρηγόπουλος & Δάλλα, 2019) και έχει αρνητικές συνέπειες σε βιοψυχοκοινωνικό επίπεδο.

Σχετικά με τους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίοι είναι και η ομάδα που εξετάζεται στην παρούσα μελέτη, η βιβλιογραφία δείχνει πως η ποιότητα ζωής τους επηρεάζεται εκτός των άλλων και από το είδος της ουσίας που λαμβάνουν. Έχει βρεθεί δηλαδή πως χρήστες ηρωίνης έχουν χαμηλότερο δείκτη ποιότητας ζωής (Rodriquez et al., 2016).

Οι συγγραφείς Mcketin και συνεργάτες υποστήριξαν επίσης πως η μεθαμφεταμίνη σχετίζεται με την κακή ποιότητα ζωής, καθώς η χρήση της ουσίας αυτής συνδέεται σημαντικά με την κατάθλιψη και τις ψυχωσικές διαταραχές, με αποτέλεσμα να επιδεινώνει τα συμπτώματα αυτά ή να είναι πολύ πιθανό να τα εμφανίσει ο χρήστης για πρώτη φορά. Οι συγγραφείς αναγνωρίζουν επίσης, τα πρότυπα χρήσης, την οδό και διάρκεια χρήσης, το ιστορικό φυλάκισης, την

παράλληλη χρήση άλλων ουσιών, την ανεργία, τη συννοσηρότητα και την ασταθή στέγαση, ως επιπλέον σημαντικούς δείκτες της ποιότητας ζωής (2019).

Η έλλειψη στέγης αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά προβλήματα της εποχής κι επηρεάζει τόσο την καθημερινότητα όσο και τη γενικότερη ποιότητα ζωής των ατόμων. Η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται σημαντικά σε άστεγους πληθυσμούς. Η έλλειψη σταθερής στέγης δεν συνεπάγεται απόλυτα τη ζωή στο δρόμο, αλλά ανασφαλή ή ανεπαρκή στέγη καθώς και όπως αναφέρεται στην βιβλιογραφία, περιστασιακή στέγαση και ακατάλληλα καταλύματα (O' Brien et al., 2015).

Η αστεγία έχει συνδεθεί με υψηλά ποσοστά θανάτου, νοσηλείας, χρήσης ουσιών («η χρήση ναρκωτικών είναι πιο διαδεδομένη στον άστεγο πληθυσμό»), αλκοόλ ή/ και συμπεριφορικών εξαρτήσεων, καθώς και κακή κατάσταση υγείας με πολλά εμπόδια στην πρόσβαση σε δομές Υγειονομικής Περίθαλψης (O' Brien et al., 2015).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Δουβλίνο το 2005 σε άστεγο πληθυσμό, ο επιπολασμός των άστεγων χρηστών που δήλωσαν κατάχρηση τουλάχιστον μιας παράνομης ουσίας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ήταν στο 74% (Lawless and Corr, 2005).

Τα αίτια που οδηγούν ορισμένους ανθρώπους να στερούνται στέγαση, είναι πολυπαραγοντικά -με συνηθέστερη και πιο επικίνδυνη τη χρήση ουσιών ή/και την κατάχρηση αλκοόλ, εφόσον επιδεινώνουν την έκθεση των ατόμων σε επικίνδυνες συμπεριφορές αλλά και συντηρούν την αστεγία και την κακή ποιότητα ζωής (O' Brien et al., 2015).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Rotterdam σε πληθυσμό άστεγων χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών, βρέθηκε πως ένα μεγάλο ποσοστό αυτών δεν είχαν νομιμοποιητικά έγγραφα (Lempens et al., 2003). Στην ίδια έρευνα, για ορισμένους από αυτούς, η αστεγία ήταν προσωπική επιλογή, για άλλους πυροδοτήθηκε από άλλα προβλήματα ζωής, συνολικά όμως το διάστημα «παραμονής» στην αστεγία, μείωνε την θέληση τους για αλλαγή της κατάστασης αυτής.

Μερικοί από αυτούς λοιπόν, «μπαίνουν σε αυτόν τον τρόπο ζωής από επιλογή, άλλοι ωθούνται προς αυτό από προσωπικά προβλήματα, και κάποιοι άλλοι έλκονται, γιατί εκεί είναι η δράση» (Lempens et al., 2003: 340).

Σύμφωνα με τους Surah και συνεργάτες (2013), οι χρήστες που έχουν βρεθεί θετικοί στον ιό HIV, φαίνεται να έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής, παρά τα μειωμένα

ποσοστά θνησιμότητας και νοσηλείας. Τα συμπτώματα που αφορούν στην ψυχική κατάσταση τους (κατάθλιψη, άγχος), μειώνουν επίσης την ποιότητα ζωής των ομάδων αυτών, συγκριτικά με ασθενείς που πάσχουν από άλλη χρόνια ασθένεια ή με τον γενικό πληθυσμό.

Μεγάλος αριθμός των χρηστών ναρκωτικών ουσιών κάποια στιγμή στη ζωή τους πραγματοποιούν προσπάθεια διακοπής της χρήσης, είτε μέσα από στεγνά προγράμματα απεξάρτησης, είτε από προγράμματα χορήγησης υποκατάστατων. Οι Mitchell και συνεργάτες, ανέφεραν σε εργασία τους, πως η είσοδος στη θεραπεία με βουπρενορφίνη παρουσιάζει βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής, οι οποίες ενισχύονται για τους ασθενείς που παραμένουν στη θεραπεία (2015).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών και κατά πόσο η ύπαρξη στέγης και η παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος υποκατάστασης, συμβάλλουν στη βελτίωση αυτής. Το πρώτο μέρος της εργασίας αφορά στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, συγκεκριμένα ορίζεται το πρόβλημα της εξάρτησης και περιγράφεται η θεραπευτική διαδικασία αντιμετώπισης των εξαρτήσεων και ιδιαίτερα η θεραπεία υποκατάστασης. Ύστερα, αναλύεται το φαινόμενο της αστεγίας και εξετάζεται ο ορισμός και οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στη σημασία των κοινωνικών δεσμών.

Στο δεύτερο μέρος, πραγματοποιείται αναφορά στην μεθοδολογία και γίνεται περιγραφή της έρευνας. Αναλυτικά, περιγράφονται οι συμμετέχοντες, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και η στατιστική ανάλυση. Στο τέλος παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας και πραγματοποιείται τελική συζήτηση.

Σημείωση: Όπου χρησιμοποιώ τις λέξεις: χρήστες, ουσιο-εξαρτημένοι, εξαρτημένα άτομα, τοξικομανείς, αναφέρομαι σε άτομα με πρόβλημα εξάρτησης από τα ναρκωτικά.

ΜΕΡΟΣ Α': ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

1.1. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες

Ψάχνοντας το δρόμο της φυγής διαμέσου των ουσιών ο τοξικομανής «επιλέγει» ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής. Η επιλογή, όμως, αυτή δεν αποτελεί μια ελεύθερη επιλογή, όπως θέλουν να την παρουσιάζουν όσοι κάνουν αφαίρεση του κοινωνικού χαρακτήρα του προβλήματος. Η επιλογή των ουσιών από τον έφηβο γίνεται σε κάποια στιγμή κορύφωσης του προσωπικού του αδιεξόδου, που καθιστά αφόρητη για αυτόν την πραγματικότητα που ζει» (Μάτσα Κ., 2006: 71)

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες, είναι χημικές ουσίες οι οποίες δρουν στο ΚΝΣ του εγκεφάλου και μεταβάλλουν διάφορες λειτουργίες του (αντίληψη, συναίσθημα, διάθεση, συμπεριφορά), οδηγώντας τον οργανισμό σε σωματική και ψυχική εξάρτηση από αυτές (Παραρρηγόπουλος, 2018). Οι ναρκωτικές ουσίες, προκαλούν ευφορία (θετικός ενισχυτής) ή ανακούφιση από το άγχος (αρνητικός ενισχυτής), κατά την έναρξη της χρήσης. Η κατάχρηση όμως προκαλεί σταδιακά «προσαρμοστικές αλλαγές» στο ΚΝΣ και τελικά οδηγεί τον οργανισμό σε ανοχή και φυσική εξάρτηση (Cami and Farre, 2003). Η εξάρτηση από την ηρωίνη είναι μια ψυχική διαταραχή, συνήθως με χρόνια πορεία και υψηλό ποσοστό υποτροπής (Wang et al., 2012).

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ναρκωτικών (National Institute on Drug Abuse, 2018), η εξάρτηση ή εθισμός, ορίζεται ως «χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή που χαρακτηρίζεται από καταναγκαστική αναζήτηση της ουσίας, τη συνεχή χρήση παρά τις βλαβερές συνέπειες και μακροχρόνιες μεταβολές του εγκεφάλου». Θεωρείται πως είναι μια διαταραχή του εγκεφάλου, ταυτόχρονα όμως και ψυχική νόσος.

Το 2013, ιδρύεται ο νόμος 3149/2013, περί εξαρτησιογόνων ουσιών, στον οποίο ορίζεται το ζήτημα των ναρκωτικών:

«Με τον όρο 'ναρκωτικά', κατά την έννοια του νόμου αυτού, νοούνται ουσίες με διαφορετική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα και με κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα τη μεταβολή της θυμικής κατάστασης του χρήστη και την πρόκληση

εξάρτησης διαφορετικής φύσης, ψυχικής ή και σωματικής και ποικίλου βαθμού, καθώς και την ανακούφιση των χρονίως πασχόντων από τα συμπτώματα συγκεκριμένης νόσου για την οποία αυτές κρίνονται ιατρικά επιβεβλημένες».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση, χρησιμοποιούν τον όρο ‘εξάρτηση από τις ουσίες’ (substance abuse) και όχι τον όρο ‘τοξικομανία’ (drug addiction), παρόλο που η τελευταία τονίζει και την συμπεριφορική έννοια του όρου (Cami and Farre, 2003).

Η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες, συνοδεύεται από τα εξής χαρακτηριστικά (Παπαρηγόπουλος, 2018) :

- Καταναγκαστική αναζήτησή τους
- Απώλεια αυτοελέγχου
- Δυσφορία, κ.α. αρνητικά συναισθήματα
- Αποτελεί προτεραιότητα στη ζωή του χρήστη
- Ανάγκη για συνεχή επανάληψη της συμπεριφοράς
- Έντονη επιθυμία (craving)*¹
- Παρορμητικότητα
- Ανοχή- απόσυρση

Σύμφωνα με τους Cami και Farre (2003), «η ανοχή και η σωματική εξάρτηση αντικατοπτρίζουν την φυσιολογική προσαρμογή στις επιδράσεις ενός φαρμάκου, ενώ τα υπόλοιπα κριτήρια ορίζουν την ανεξέλεγκτη κατανάλωση των ναρκωτικών».

1.1.1. Διαγνωστικά Κριτήρια

Το 2013 η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (APA), συνέταξε τις κατηγορίες κατάχρησης ουσιών στο DSM-5 (πέμπτη έκδοση του Αμερικάνικου Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών), ενσωματώνοντας τις, σε μια κατηγορία και 3 υποκατηγορίες, δηλαδή τη κατηγορία ‘Διαταραχή χρήσης ουσιών’ και τις υποκατηγορίες, ήπια-μέτρια-σοβαρή.

¹ Παλαιότερα, η έννοια της έντονης επιθυμίας- craving, χαρακτηριζόταν ως ψυχολογική εξάρτηση. Το craving αποτελεί συχνά αιτία της υποτροπής, ύστερα από μεγάλα διαστήματα αποχής από την χρήση.

Τα κριτήρια, επομένως, που ορίζουν την προβληματική χρήση η οποία συνοδεύεται από σοβαρή έκπτωση του ατόμου (κλινική και κοινωνική), εκδηλώνονται όταν υπάρχουν 2 ή παραπάνω από τα παρακάτω, σε διάστημα 12 μηνών:

1. Η ουσία συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους από όσο υπήρχε πρόθεση
2. Επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για διακοπή ή έλεγχο της χρήσης.
3. Μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση της ουσίας, για τη χρήση της ουσίας ή για την ανάνηψη από τη δράση της.
4. Σφοδρή επιθυμία (craving) ή παρόρμηση για χρήση της ουσίας.
5. Επαναλαμβανόμενη χρήση που οδηγεί σε αποτυχία εκπλήρωσης μειζόνων υποχρεώσεων στην εργασία, στο σχολείο ή το σπίτι.
6. Συνεχιζόμενη χρήση παρά την ύπαρξη επίμονων ή επαναλαμβανόμενων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που οφείλονται ή επιδεινώνονται από τη δράση της ουσίας.
7. Εγκατάλειψη ή μείωση σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης.
8. Επαναλαμβανόμενη χρήση σε περιστάσεις που είναι σωματικά επικίνδυνες.
9. Συνεχιζόμενη χρήση παρά την επίγνωση ότι υπάρχει επίμονο ή υποτροπιάζον σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα, το οποίο είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή να έχει επιδεινωθεί από την ουσία.
10. Αντοχή (tolerance) που χαρακτηρίζεται από: α) ανάγκη για σημαντική αύξηση της ποσότητας της ουσίας για επίτευξη τοξίκωσης ή του επιθυμητού αποτελέσματος, β) σημαντικά μειωμένο αποτέλεσμα με τη συνεχιζόμενη χρήση της ίδιας ποσότητας.
11. Σύνδρομο στέρησης.

Τα κριτήρια 1-3 αφορούν στην απώλεια αυτοελέγχου (Impaired control), τα κριτήρια 4-6 αφορούν στην κοινωνική έκπτωση (social impairment), τα κριτήρια 7-9 αφορούν στην επικίνδυνη χρήση (risky use) και τέλος το 10 και 11, αποτελούν τα φαρμακολογικά κριτήρια (pharmacological criteria).

Υποκατηγορίες της Διαταραχής Χρήσης Ουσιών σύμφωνα με το DSM 5 (APA, 2013):

- Ήπια: παρουσία 2-3 κριτηρίων
- Μέτρια: παρουσία 4-5 κριτηρίων
- Σοβαρή: παρουσία ≥ 6 κριτηρίων

1.2. Θεωρητικές προσεγγίσεις για την θεραπεία της εξάρτησης

Οι μορφές αντιμετώπισης της εξάρτησης, αποτελούνται από την πρόληψη, τη θεραπεία, την πρόληψη υποτροπής, τη συντήρηση και τη μείωση βλάβης (Παπατριανταφύλλου, 2017). Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται στην Ευρωπαϊκή Ένωση για την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης, συμπεριλαμβάνουν ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, υποκατάσταση οπιοειδών και αποτοξίνωση (detoxification). Η θεραπεία, ποικίλει και παρουσιάζει διαφορές ανάλογα με τη θεραπευτική προσέγγιση, έχει ίδιο όμως στόχο, δηλαδή την αποχή του ατόμου, από τις ουσίες. Η αντιμετώπιση επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως το εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και τη φύση του προβλήματος των ναρκωτικών (EMCDDA, 2002).

Παρότι η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες δεν είναι σπάνιο φαινόμενο, η λήψη βοήθειας και θεραπείας δεν αποτελεί στόχο της πλειονοψηφίας των χρηστών, ούτε κύριο μέλημα των κρατών σε εθνικό επίπεδο. Τα επίπεδα έκθεσης στη θεραπεία είναι αρκετά χαμηλά, με μόλις 1 στα 10 άτομα, σε χώρες με υψηλό εισόδημα, 1 στα 24 άτομα σε χώρες με μεσαίο εισόδημα και 1 στα 100 άτομα, σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, να συμμετέχουν στη θεραπεία. Οι προσπάθειες βελτίωσης της παροχής θεραπείας, θα πρέπει να συνοδεύονται τόσο από τη δημιουργία των υπηρεσιών, όσο και από την υποστήριξη των χρηστών, προκειμένου οι τελευταίοι, να αποδεχτούν τη θεραπεία ως λύση του προβλήματος της εξάρτησης. «Η πρόσβαση στη θεραπεία δεν είναι επαρκής. Υπάρχει ανάγκη να διασφαλιστεί η ποιότητα της θεραπείας, η οποία περιλαμβάνει την παροχή αποτελεσματικών παρεμβάσεων» (Degenhardt et al., 2017).

Η αντιμετώπιση των εξαρτήσεων αποτελεί επίσης ζήτημα δημόσιας υγείας και θα έπρεπε να ενδιαφέρει τόσο το άτομο, όσο και την οικογένεια και την κοινότητα στην οποία ζει. Είναι συχνό, άτομα που ζουν με το πρόβλημα της εξάρτησης από τις ουσίες, να μην αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, ακόμη όμως κι

αν επιθυμούν την αλλαγή στη ζωή τους, έρχονται αντιμέτωποι με ένα άλλο πρόβλημα, το οποίο είναι η πρόσβασή τους, σε δομές υγείας (Degenhardt et al., 2017).

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA), οι υπηρεσίες θεραπείας αφορούν εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς, με την ύπαρξη ειδικών μονάδων θεραπείας, ενδονοσοκομειακές μονάδες, εξειδικευμένα κέντρα, μονάδες στη φυλακή, κ.α. (2002).

Το 2013, ο νόμος 3149/2013, υποδεικνύει μια σημαντική αλλαγή στην αντιμετώπιση του ζητήματος των ναρκωτικών, από τιμωρητική σε θεραπευτική, αφού μέχρι τότε οι εξαρτημένοι παραπέμπονταν στις φυλακές ή σε ψυχιατρικές κλινικές και όχι σε ειδικές μονάδες (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2013).

Στην Ελλάδα τα θεραπευτικά πλαίσια αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τα «στεγνά» προγράμματα, την πλήρη δηλαδή αποχή, με ταυτόχρονη ψυχολογική υποστήριξη και τα «προγράμματα χορήγησης φαρμακευτικών ουσιών», τα οποία συχνά περιλαμβάνουν και την ψυχοθεραπευτική υποστήριξη ή απλά παρεμβαίνουν ως προγράμματα μείωσης της βλάβης (Παπατριανταφύλλου, 2017). Στην παρούσα μελέτη θα εξετάσουμε το ρόλο των θεραπευτικών προγραμμάτων υποκατάστασης οπιοειδών, συγκεκριμένα με τη χορήγηση βουπρενορφίνης.

1.2.1. Θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών

Η θεραπεία υποκατάστασης ανήκει στα βασικά θεραπευτικά μοντέλα των εξαρτήσεων, ιδιαίτερα για τους χρήστες οπιοειδών. Η θεραπεία της εξάρτησης είναι δύσκολη, αλλά η σταθεροποίηση και η μείωση της βλάβης, μπορούν να αυξήσουν το προσδόκιμο ζωής του ατόμου και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής του (Ponizovskiy and Grinshpoon, 2007). Στα προγράμματα υποκατάστασης, παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία με υποκατάστατα των οπιοειδών, σε συνδυασμό με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Η θεραπεία υποκατάστασης εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην Ε.Ε. την δεκαετία του 1960, εξαιτίας της επείγουσας ανάγκης για αντιμετώπιση της χρήσης οπιοειδών. Συγκεκριμένα, το 1963, εισάγονται από τους Dole και Nyswander τα προγράμματα μεθαδόνης, για τη θεραπεία των εξαρτημένων από την ηρωίνη (Μάτσα, 2013). Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80, υπήρξε διεθνώς ραγδαία ανάπτυξη των προγραμμάτων υποκατάστασης, εξαιτίας του μεγάλου αριθμού θανάτων από υπερδοσολογία, καθώς και της επικίνδυνης εξάπλωσης του HIV και άλλων μεταδοτικών ασθενειών, σε χρήστες οπιοειδών (Μέλλος και συν., 2018).

Το 1993, ο ΟΚΑΝΑ, με τον Νόμος 2161/1993 με τον οποίον προβλέπεται η ίδρυση των μονάδων υποκατάστασης στην Ελλάδα. Τον Ιανουάριο του 1996, ξεκίνησε τη λειτουργία του, το πρώτο Πειραματικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης (ΠΠΥ) της χώρας, από τον ΟΚΑΝΑ, με χορήγηση μεθαδόνης στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη.

Στην Ελλάδα σήμερα, η θεραπεία υποκατάστασης πραγματοποιείται με τη χορήγηση μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης, οι οποίες είναι ουσίες που χαρακτηρίζονται ως «αγωνιστές». Οι αγωνιστές δύνανται να υποκαταστήσουν τα οπιοειδή (όπως είναι η ηρωίνη), αφού «προσδένονται στους υποδοχείς των οπιοειδών του οργανισμού, και, σε σύγκριση με την ηρωίνη, απαιτούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει η δράση τους και η αποδρομή τους από τον οργανισμό, ενώ παράλληλα προσφέρουν μια περιορισμένη ευφορική δράση» (Παπατριαντύλλου, 2017).

Μεθαδόνη: Η μεθαδόνη είναι συνθετικό οπιοειδές και δρα ως αγωνιστής των 'μ' και 'δ' υποδοχέων οπιοειδών του εγκεφάλου (Μέλλος και συν., 2018). Η χορήγηση μεθαδόνης, φαίνεται να έχει μεγαλύτερα ευφορικά και ηρεμιστικά αποτελέσματα, σε σύγκριση με τη βουπρενορφίνη, για αυτό και συνήθως εμφανίζει πιο σύντομα, καλύτερα αποτελέσματα στην ποιότητα της ζωής των ασθενών (Ponizovsky and Grinshpoon, 2007).

Βουπρενορφίνη: Η βουπρενορφίνη είναι συνθετικό οπιοειδές και δρα ως μερικός αγωνιστής-ανταγωνιστής των οπιοειδών στους 'μ' και 'κ' υποδοχείς οπιοειδών του εγκεφάλου. Η χρήση της βουπρενορφίνης ως υποκατάστατο, θεωρείται πιο ασφαλής, καθώς οι μεγαλύτερες δόσεις της, δεν προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες στον οργανισμό, παρατείνουν μόνο την διάρκεια της δράσης της. Η βουπρενορφίνη χορηγείται υπογλώσσια σε διάστημα 2-3 ημερών (Μέλλος και συν., 2018). Έρευνες έχουν δείξει σημαντικά ωφέλη της θεραπείας με χορήγηση βουπρενορφίνης: λιγότερη

εξάρτηση και ανοχή, ήπια συμπτώματα στέρησης, χαμηλότερο κίνδυνο για overdose, μεγαλύτερη διάρκεια δράσης (Ponizovsky and Grinshpoon, 2007).

Η χορήγηση «ανταγωνιστών» των οπιοειδών, συγκαταλέγεται επίσης στις θεραπείες υποκατάστασης. Τέτοιες ουσίες είναι η ναλοξόνη και η ναλτρεξόνη.

Βουπρενορφίνη/ ναλοξόνη: Πρόκειται για το φάρμακο που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία εξάρτησης από τα οπιοειδή. Η βουπρενορφίνη λειτουργεί, όπως αναφέρθηκε, ως αγωνιστής των οπιοειδών με ίδια δράση όπως τα οπιοειδή, ενώ η ναλοξόνη ως ανταγωνιστής (European Medicines Agency, 2020).

Ναλτρεξόνη: Έχει τη δυνατότητα να «μειώνει την απελευθέρωση της ντοπαμίνης και την ευφορική δράση των οπιοειδών ουσιών». Η χορήγησή της συνίσταται για χρήστες οπιοειδών και αλκοόλ και θεωρείται ασφαλής (Μέλλος και συν., 2018).

Η θεραπεία υποκατάστασης δεν αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα άτομα. Η επιλογή της θεραπείας, αλλά και του φαρμάκου δεν εξαρτάται μόνο από τον ασθενή, αλλά και από άλλους παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, η κατάσταση υγείας, προηγούμενες θεραπευτικές εμπειρίες, εγκυμοσύνη, (Λιάππας και συν.). Στα προγράμματα υποκατάστασης του OKANA, παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία (χορήγηση υποκατάστατου), καθώς και ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της «ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας».

Το EMCDDA στην ετήσια έκθεση του 2000, αναφορικά με τη θεραπεία υποκατάστασης, κάνει διάκριση της ‘αποτοξίνωσης’ από τη ‘συντήρηση’, όπου η πρώτη αφορά στην «σταδιακή μείωση της ποσότητας του ναρκωτικού μέχρι αυτή να ελαττωθεί στο μηδέν» και η δεύτερη σχετίζεται με τον «εφοδιασμό του χρήστη σε μια επαρκή ποσότητα, προκειμένου να ελαττωθεί η επικίνδυνη συμπεριφορά και άλλες σχετικές βλάβες για μια μακρά περίοδο». Σύμφωνα με το EMCDDA, η Ε.Ε., δεν χρησιμοποιεί τις ίδιες πρακτικές συνταγογράφησης και οι μονάδες υποκατάστασης δεν λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο σε κάθε χώρα.

Η συμμετοχή σε θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών, κρίνεται από τις πιο σημαντικές μεταβλητές στη μείωση της χρήσης των ναρκωτικών, αλλά και στην αύξηση της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών, καθώς αποτελεί καλό προγνωστικό παράγοντα για τους χρήστες ηρωίνης, συγκριτικά με την μη θεραπεία (Wang et al., 2012).

Παραδοσιακά, η επιτυχία ενός προγράμματος υποκατάστασης, κρίνεται από την σταδιακή μείωση της χρήσης, από την παραμονή στη θεραπεία, από τη διάρκεια

παραμονής στη θεραπεία αλλά και από την μείωση των επιβλαβών συμπεριφορών του χρήστη (Feelemyer et al., 2015).

Όλες οι μεταβλητές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, κρίνονται σημαντικές, καθώς μπορούν να αλλάξουν τη θεραπεία μιας ασθένειας, όπως είναι αυτή της εξάρτησης από τα ναρκωτικά. (Moreira et al., 2013).

Τέλος, η συμμετοχή σε θεραπεία υποκαταστάτων, μπορεί να μειώσει τις επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως είναι η ενέσιμη χρήση και αυτό με τη σειρά του, μπορεί να μειώσει τα προβλήματα υγείας που προκαλούνται από την ενέσιμη χρήση (Assari and Jafari, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΑΣΤΕΓΙΑΣ

Ο ορισμός της έλλειψης στέγης έχει αποτελέσει θέμα συζήτησης για αρκετά χρόνια, ιδιαίτερα εξαιτίας της απουσίας μιας διεθνούς συμφωνίας. Η ύπαρξη ορισμού της αστεγίας είναι σημαντική, τόσο για τη δημιουργία στατιστικών στοιχείων, σχετικά με το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού των αστέγων, όσο και για την χάραξη πολιτικής (Amore et. al., 2011). Για κάποιους, η έλλειψη στέγης είναι η «απουσία στέγης πάνω από το κεφάλι κάποιου», για κάποιους άλλους όμως η ύπαρξη στέγης, σχετίζεται με την ποιότητα και τη χρονική διάρκεια αυτής (ΟΗΕ, 2011 Sadzaglishvili et. al., 2018). Το ‘σπίτι’ είναι η φυσική βάση των σχέσεων κι επηρεάζει σημαντικά την ευημερία και την υγεία του ατόμου (Ο’ Mahony, 2006 στο: Stenberg et. al., 2020).

Η αστεγία επίσης επηρεάζει την ζωή του ανθρώπου, καθώς ο κοινωνικός αποκλεισμός, η μοναξιά και το στίγμα που την συνοδεύει, προσδίδει σε αυτήν συναισθηματική δυσφορία. «Τα άτομα που αντιμετωπίζουν έλλειψη στέγης, συχνά εκτίθενται σε τραύμα, όπως βία στο δρόμο, θυματοποίηση, εγκλωβισμό, με τη σωματική και συναισθηματική τους υγεία να επιδεινώνεται, καθώς εδραιώνεται η μακροπρόθεσμη επαναλαμβανόμενη έλλειψη στέγης» (Devine & Bergin, 2020).

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια υγεία (2008), κάνει λόγο για την έννοια της κατοικίας, τονίζοντας τους κινδύνους που ενέχει ένας ακατάλληλος χώρος στέγασης: *«Απειλή για την υγεία αποτελούν και οι υποβαθμισμένες συνθήκες κατοικίας. Το κρύο, η υγρασία, η πυκνοκατοίκηση, η ελλιπής ύδρευση και αποχέτευση, η παρουσία επικίνδυνων ξενιστών λοιμογόνων παραγόντων (αρθρόποδα, τρωκτικά κ.ά.), βλάπτουν την υγεία, αυξάνοντας τη σωματική αλλά και την ψυχική νοσηρότητα...Η αυξημένη νοσηρότητα οφείλεται πρώτα απ’ όλα στη μείωση της άμυνας του οργανισμού λόγω της μακρόχρονης επίδρασης των υποβαθμισμένων συνθηκών...Επίσης, το υποβαθμισμένο οικιακό περιβάλλον αποτελεί στρεσογόνο κατάσταση, που προκαλεί σωματικές και ψυχικές διαταραχές και οδηγεί στην υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών. Μειώνει επίσης τις δυνατότητες αυτοοργάνωσης, με αποτέλεσμα να μην αξιοποιούνται σωστά οι παρεχόμενες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες και να μην τηρούνται οι θεραπευτικές οδηγίες».*

2.1. Βασικές κατηγορίες αστεγίας

Η έλλειψη στέγης έχει απασχολήσει ιδιαίτερα, τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα τελευταία χρόνια, τόσο λόγω της ραγδαίας αύξησης του άστεγου πληθυσμού, όσο και λόγω της έντονης ανάγκης πρόληψης του φαινομένου. Για τη διευκόλυνση των διαδικασιών πρόληψης, η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία των οργανώσεων που εργάζονται με τους αστεγούς (European Federation of National Organizations working with the homeless - FEANTSA), έχει δημιουργήσει μια τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία, που ονομάζεται ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion) (2019). Σύμφωνα με το ETHOS, υφίστανται τρεις (3) συντελεστές που συνθέτουν την έννοια του «σπιτιού». Πιο αναλυτικά:

- Το να έχει κάποιος σπίτι σημαίνει ότι έχει ένα κατάλληλο οίκημα (ή χώρο), στο οποίο το άτομο και η οικογένειά του, έχουν την αποκλειστική κυριότητα (φυσική διάσταση).
- Το να είναι κανείς σε θέση να διαθέτει προσωπικό χώρο και να απολαμβάνει τις κοινωνικές του σχέσεις (κοινωνική διάσταση).
- Το να έχει κανείς έναν νόμιμο τίτλο για την ιδιοκτησία ενός χώρου» (νομική διάσταση).

Από την παραπάνω περιγραφή, προκύπτουν τέσσερις (4) βασικές κατηγορίες που χαρακτηρίζουν έναν άστεγο και άλλες δεκατρείς (13) που αποτελούν υποκατηγορίες αυτών. Σύμφωνα λοιπόν με το ETHOS (2019) αυτές είναι: οι άστεγοι στο δρόμο, οι στερούμενοι κατοικίας, οι άνθρωποι που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης και οι άνθρωποι που διαβιούν σε ανεπαρκή-ακατάλληλα καταλύματα. Παρακάτω ακολουθούν οι πίνακες (1-4), στους οποίους περιγράφονται οι κατηγορίες των αστεγών σύμφωνα με το ETHOS (2019).

Πίνακας 1: Άστεγοι στο δρόμοι

Λειτουργικός ορισμός	Συνθήκες διαβίωσης	Γενικοί προσδιορισμοί όρων κατοικίας
1. Άνθρωποι που ζουν στο δρόμο	1.1. Διαμονή σε δημόσιους χώρους ή εξωτερικούς χώρους	Διαμονή στο δρόμο ή σε δημόσιους χώρους, χωρίς το κατάλυμα να μπορεί να θεωρηθεί τόπος κατοικίας
2. Διαμονή σε χώρους για επείγουσες περιπτώσεις	2.1. Διανυκτέρευση σε ξενώνες ύπνου	Άνθρωποι χωρίς σταθερό τόπο διαμονής, που χρησιμοποιούν για διανυκτέρευση υποβαθμισμένα καταλύματα.

Πίνακας 2: Στερούμενοι Κατοικίας

Λειτουργικός ορισμός	Συνθήκες διαβίωσης	Γενικοί προσδιορισμοί όρων κατοικίας
3. Διαμονή σε ξενώνες για αστέγους	3.1. Διαμονή σε ξενώνα για άστεγους 3.2. Προσωρινή παραμονή σε ξενώνα για άστεγους 3.3. Υποστηριζόμενη διαμονή σε μεταβατικό στάδιο	Ο χρόνος παραμονής ορίζεται να είναι σύντομος ¹
4. Φιλοξενία σε ξενώνες γυναικών	4.1. Διαμονή σε ξενώνες για γυναίκες	Σύντομη φιλοξενία γυναικών που έχουν βιώσει ενδοοικογενειακή βία
5. Διαμονή σε κέντρα για μετανάστες/ πρόσφυγες	5.1. Προσωρινή φιλοξενία σε κέντρα υποδοχής για αιτούντες άσυλο 5.2. Προσωρινή φιλοξενία για μετανάστες	Βραχυχρόνια φιλοξενία σε χώρους υποδοχής λόγω νομικής εκκρεμότητας
6. Πρόσωπα που φεύγουν από ιδρύματα	6.1. Εξιτήριο από σωφρονιστικά καταστήματα/ αποφυλακισμένοι 6.2. Εξιτήριο από ψυχιατρεία και άλλα Νοσοκομεία ή αποφοίτηση από θεραπευτικά	6.1. Δεν υπάρχει άλλη κατοικία πριν την αποφυλάκιση 6.2. Παράταση της νοσηλείας λόγω της έλλειψης στέγης 6.3. Δεν πιστοποιείται η ύπαρξη κατοικίας (με την συμπλήρωση των

	προγράμματα για χρήση ουσιών 6.3. Λήξη φιλοξενίας σε ιδρύματα παιδικής προστασίας/ στέγες ανηλίκων	18 χρόνων)
7. Πρόσωπα που λαμβάνουν μακροχρόνια υποστήριξη	7.1. Στεγαστική φροντίδα για ηλικιωμένους άστεγους 7.2. Υποστηριζόμενη διαμονή για πρώην αστέγους	Διαμονή μακράς διάρκειας ² και παροχή φροντίδας για πρώην αστέγους

Πίνακας 3: Άνθρωποι που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης

Λειτουργικός ορισμός	Συνθήκες διαβίωσης	Γενικοί προσδιορισμοί όρων κατοικίας
8. Άνθρωποι που ζουν σε επισφαλή κατοικία	8.1. Προσωρινή φιλοξενία σε συγγενείς ή φίλους (από ανάγκη) 8.2. Διαμονή σε καθεστώς παράνομης ή παράτυπης υπενοικίας 8.3. Παράνομη καταπάτηση γης (για στεγαστικό σκοπό)	8.1. Προσωρινή διαμονή σε συμβατική κατοικία αλλά όχι σε κανονική ή μόνιμη λόγω έλλειψης στέγης 8.2. Διαμονή χωρίς νόμιμη ενοικίαση- παράνομη κατάληψη 8.3. Καταπάτηση γης χωρίς νόμιμα δικαιώματα
9. Άνθρωποι που ζουν υπό την απειλή έξωσης	9.1. Αναγκαστική έξωση με δικαστική εντολή από ενοικιαζόμενη κατοικία 9.2. Εντολή κατάσχεσης ιδιόκτητης κατοικίας	9.1. όπου εντολές για έξωση είναι σε ισχύ 9.2. Όπου υπάρχει δικαστική εντολή για κατάσχεση
10. Πρόσωπα που ζουν υπό την απειλή βίας	10.1. Διαμονή στην οικογενειακή εστία με καταγεγραμμένα από την αστυνομία περιστατικά βίας	Όταν η αστυνομία λαμβάνει μέτρα για να εξασφαλίσει ασφαλή διαμονή σε θύματα ενδοοικογενειακής βίας

Πίνακας 4: Άνθρωποι που διαβιούν σε ανεπαρκή- ακατάλληλα καταλύματα

Λειτουργικός ορισμός	Συνθήκες διαβίωσης	Γενικοί προσδιορισμοί όρων κατοικίας
11. Άνθρωποι που ζουν σε προσωρινά ή πρόχειρα καταλύματα	11.1. Τροχόσπιτα- Αυτοκίνητα 11.2. Μη συμβατικές κατασκευές 11.3. Προσωρινές κατασκευές	11.1. Δεν προορίζονται για μόνιμη διαμονή 11.2. Αυτοσχέδιες κατασκευές, παραπήγματα ή παράγκες 11.3. Ημι-μόνιμες κατασκευές, λυόμενα ή containers
12. Άνθρωποι που ζουν σε ακατάλληλα καταλύματα	12.1. Κατελημμένα κτίρια ακατάλληλα για κατοίκηση	Χώροι που θεωρούνται ακατάλληλοι για κατοίκηση σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία
13. Διαμονή υπερβολικά μεγάλου αριθμού ανθρώπων στον ίδιο χώρο	13.1. Υπέρβαση του ανώτατου επιτρεπτού ορίου συνωστισμού σε κατοικία	Υπέρβαση του ανώτατου επιτρεπτού εθνικού ορίου ανθρώπων ανά χρησιμοποιούμενο δωμάτιο ή επιφάνεια κατοικίας ανά άτομο

Σημειώσεις:

¹ Ως διαμονή σύντομης διάρκειας ορίζεται χρόνος λιγότερος του έτους.

² Ως διαμονή μακράς διάρκειας ορίζεται χρόνος πέραν του έτους.

Οι συγγραφείς Devine και Bergin (2020), στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν το πρόβλημα της αστεγίας στην Ιρλανδία, δίνουν τους εξής τρεις (3) διαφορετικούς τύπους αστεγών: οι μεταβατικοί, οι σποραδικοί και οι χρόνιοι, τονίζοντας μάλιστα πως το 80% του πληθυσμού, βιώνει μεταβατικές μορφές αστεγίας.

2.2. Οι άστεγοι στο δρόμο

Ο άστεγοι παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα υγείας και μικρότερο προσδόκιμο ζωής συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, ωστόσο οι ανάγκες τους έχουν λάβει μικρό ενδιαφέρον και η πρόσβασή τους σε μονάδες υγείας είναι δύσκολη. Οι άστεγοι συχνά αντιμετωπίζουν και ζητήματα ψυχικής υγείας, ένα εκ των οποίων είναι η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες. Οι λόγοι που οδήγησαν ορισμένα άτομα στην αστεγία, μπορεί να είναι πολυπαραγοντικοί. Ίσως για κάποιους η απουσία στέγης να είναι αποτέλεσμα παιδικού τραύματος, έλλειψης οικογενειακού ή υποστηρικτικού περιβάλλοντος- ιδιαίτερα μετά την αποφυλάκιση, ή αποτέλεσμα κακής οικονομικής κατάστασης (Conalogue et al., 2019).

Η ανεπάρκεια στέγας διαφοροποιείται ανάλογα με την τοποθεσία που βρίσκεται το κάθε άτομο. Πολυπληθείς μητροπόλεις δημιουργούν άλλες συνθήκες ποιότητας επιβίωσης και επιλογές από μια κωμόπολη, που αντικατοπτρίζει με εναλλακτικό τρόπο την ταυτότητα και τη συμπεριφορά της ως προς τις δυνατότητες που προσφέρει (Connor G., Fitzpatrick K., 2017).

Τα στρεσογόνα συμβάντα στη ζωή των αστέγων, έχουν δείξει σημαντική συσχέτιση με την κακή ποιότητα ζωής. Η έλλειψη στέγης κάθε αυτή, θεωρείται αγχωτικό γεγονός και σύμφωνα με τους Connor και Fitzpatrick, αυτό έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης κάποιας ψυχικής νόσου, όπως η κατάθλιψη και άρα μειώνει την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών. Οι ίδιοι συγγραφείς, αναφέρουν επίσης πως ο **χρόνος παραμονής** στην αστεγία, έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κακή ποιότητα ζωής των ατόμων. «Η χρόνια αστεγία, έχει αποδειχθεί ότι παράγει κακή σωματική και ψυχική υγεία, χρόνιο άγχος, αλλά και δυσμενή αποτελέσματα» (2017).

Σύμφωνα με τους Romaszko και τους συνεργάτες του (2017), η αστεγία συνδέεται επίσης και με τη θνησιμότητα, αναφέροντας πως η μέση ηλικία θανάτου ενός άστεγου άντρα είναι τα 56 έτη και της γυναίκας τα 50 έτη. Οι αιτίες θανάτου στον άστεγο πληθυσμό ποικίλουν. Ενδεικτικά αναφέρονται: οι μολυσματικές μεταδοτικές νόσοι, η υποθερμία, οι ατμοσφαιρικές συνθήκες, το κάπνισμα, κοκ.

Οι άστεγοι ανήκουν σε μια ομάδα ανθρώπων, η οποία είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένη σε δυσμενείς καιρικές συνθήκες, αλλά και σε αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας όχι μόνο εξαιτίας των περιβαλλοντικών συνθηκών αλλά και διαφόρων παθολογικών παθήσεων, όπως είναι οι παθήσεις του αναπνευστικού ή του

κυκλοφορικού συστήματος. Οι άστεγοι είναι, επίσης, επιρρεπείς σε γενικότερους εθισμούς και ασθένειες, ζουν λιγότερα έτη και συχνά πεθαίνουν από διάφορες αιτίες, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό (Conalogue D., et al., 2019).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ το 2018, βρέθηκε πως οι άστεγοι χρήστες ουσιών, έχουν πιο σοβαρή κλινική εικόνα και εμφανίζουν μεγαλύτερη σοβαρότητα χρήσης, σε σύγκριση με τους χρήστες που δεν είναι άστεγοι. Μάλιστα, η υπερδοσολογία (overdose) αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου των ατόμων που στερούνται στέγης (Doran et al., 2018). Στην έρευνα αυτή, διαπιστώθηκε πως ο επιπολασμός, η σοβαρότητα αλλά και τα χαρακτηριστικά της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών, έδειξαν σημαντική συσχέτιση με την έλλειψη στέγης.

2.3. Τι προκαλεί την έλλειψη στέγης;

Στην Ελλάδα, η αύξηση του πληθυσμού των αστέγων που έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια, έχει πλήξει ακόμη και κοινωνικές τάξεις που είχαν τη δυνατότητα έστω να καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες. Αυτό οφείλεται στην ανεργία, στα χαμηλά εισοδήματα, στην απουσία/αδυναμία στήριξης της οικογένειας και γενικότερα του κοινωνικού δικτύου (Θεοδωρικάκου, 2012).

Ένας πολύ σημαντικός λόγος που οδηγεί το άτομο στην στέρηση της στέγης είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια. Σύμφωνα με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος (Ο.Κ.Ε, 2009), η διάσταση της φτώχειας είναι διττή: ποσοτική και ποιοτική. Η ποσοτική παράμετρος αφορά στην «έλλειψη επαρκών πόρων για την κάλυψη των βασικών αναγκών» του ατόμου και η ποιοτική αφορά στην «αδυναμία πρόσβασης του ατόμου στις βασικές κοινωνικές, πολιτικές και επαγγελματικές ευκαιρίες και δυνατότητες μιας συγκεκριμένης κοινωνίας σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο». Η Ελλάδα συμπεριλαμβάνεται στις χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά φτώχειας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η φτώχεια έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία του ατόμου και συνοδεύεται από εξαιρετική δυσκολία στην πρόσβαση σε δομές υγείας, με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος για την σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου που βιώνει τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η Ο.Κ.Ε. θεωρεί πως, η απώτερη συνέπεια του κοινωνικού αποκλεισμού, είναι η αποσταθεροποίηση της κοινωνικής συνοχής και η αποδυνάμωση του ίδιου κοινωνικού κράτους.

Ύστερα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην μετα-σοβιετική Γεωργία το 2018, οι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν τον πληθυσμό της στην αστεγία είναι: η ανεργία σαν κύρια αιτία με ποσοστό 90%. Η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος ή τα οικογενειακά προβλήματα, επίσης σε υψηλό ποσοστό. Προβλήματα υγείας και ψυχικής υγείας, μετανάστευση, έξοδος από τη φυλακή και χρήση ουσιών, ήταν από τους σημαντικούς παράγοντες που συνδέονται επίσης με την έλλειψη στέγης (Sadzaglishvili1 et. al.,2018).

2.4. Οι άστεγοι στην Ευρώπη

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το πρόβλημα ορισμού της έλλειψης στέγης, αφορά όλη την Ευρώπη. Εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκτιμάται πως 410.000 άτομα έρχονται αντιμέτωπα με την αστεγία, κάθε βράδυ (Ayed et.al.,2020)

Στη Γεωργία, η έλλειψη στέγης αποτελεί πλέον ένα από τα πιο σοβαρά κοινωνικά προβλήματα της χώρας. Όπως και στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, δεν έχει υπάρξει σαφής ορισμός της αστεγίας, ούτε όμως μεθοδολογία για τον προσδιορισμό της κατάστασης του πληθυσμού αυτού. Η Γεωργία αναγνωρίζει τρεις κατηγορίες αστέγων και αυτές είναι: α) οι οικογένειες που έχουν αιτηθεί παραμονή σε κατάλυμα του κράτους, β) οι διαμένοντες στο δρόμο -οι οποίοι θεωρούνται η πιο κρίσιμη κατηγορία- ή σε μη ασφαλή και ακατάλληλα καταφύγια και γ) οι εσωτερικά εκτοπισμένοι ή μετανάστες, οι οποίοι διαμένουν σε κρατικά κτίρια (Sadzaglishvili1 et. al., 2018).

Το ETHOS, ενισχύει την προσπάθεια σύλληψης της έννοιας, σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Αστεγών (2015), υπάρχουν παραδείγματα ορθών πρακτικών σε ορισμένα κράτη μέλη. Στη Γερμανία, ο κάθε δήμος έχει καθήκον να παρέχει καταφύγιο σε άτομα διαβιούν στο δρόμο. Στη Γαλλία επίσης, οι νόμοι «DALO», προβλέπουν δικαίωμα στέγασης για τα άτομα που την στερούνται. Στη Δανία, οι δήμοι χρηματοδοτούν τη στέγαση των πολιτών τους, ακόμη και αν οι άστεγοι ανήκουν σε άλλο δήμο. Σε χώρες όπως η Ελλάδα και η Ιταλία, ενώ οι ανάγκες και η ζήτηση για την κάλυψη στέγης των πολιτών έχουν αυξηθεί, τα προγράμματα για παροχή καταλύματος, φαίνεται να μην είναι επαρκή. Στην Αγγλία, η δράση “Housing first”, παρέχει υπηρεσίες και προγράμματα για την

υποστήριξη του άστεγου πληθυσμού και την καταπολέμηση της αστεγίας (<https://www.homeless.org.uk>).

Όπως διαπιστώθηκε από τα παραπάνω, η έλλειψη στέγης αποτελεί ένα κοινωνικό ζήτημα που απασχολεί πολλές χώρες, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Η αστεγία έχει συνδεθεί με τον κοινωνικό αποκλεισμό και οι άνθρωποι που την βιώνουν, είναι πολλαπλώς στιγματισμένοι. Μεταξύ των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο άστεγος πληθυσμός, είναι και η μοναξιά και απομόνωση. Αξίζει λοιπόν να εξεταστεί το ζήτημα των κοινωνικών δεσμών αναφορικά με τον πληθυσμό αυτό.

2.5. Οι άστεγοι στην Ελλάδα

Μόλις το 2012, η Ελλάδα έδειξε το ενδιαφέρον της για το πρόγραμμα αξιολόγησης κινδύνων για την υγεία (Health Hazard Evaluation Program), αποδέχτηκε νόμιμα τους άστεγους ως μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα και εισήγαγε για πρώτη φορά τον ορισμό σε ελληνικό νομοθετικό έγγραφο.

Στην Ελλάδα, παραδοσιακά, η απόκτηση ενός σπιτιού ήταν κυρίως ζήτημα της οικογένειας ή του προσωπικού κόπου κάποιου και όχι παροχή του κράτους. Έως τη δεκαετία του 1980, οι οικονομικές αυτές ανάγκες, καλύπτονταν ικανοποιητικά από το ίδιο το άτομο, ή την ακίνητη περιουσία της οικογένειάς του. Το δίκτυο της οικογένειας, είχε αντικαταστήσει την κρατική υποστήριξη που αφορούσε στις ανάγκες στέγασης. «Η περιορισμένη συμμετοχή του κράτους στην αντιμετώπιση των αναγκών στέγασης των ανθρώπων αντικατοπτρίστηκε επίσης στην απουσία, έως τα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης, μιας πολιτικής πρόληψης και καταπολέμησης των αστεγών και του αποκλεισμού των κατοικιών» (Health Hazard Evaluation Program).

Είναι σημαντικό να τονιστεί, πως μόλις το 2012, η Ελλάδα έδειξε το ενδιαφέρον για το πρόγραμμα αξιολόγησης κινδύνων για την υγεία (Health Hazard Evaluation Program), αναγνωρίζοντας νόμιμα «τους άστεγους ως μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα» που θα έπρεπε να λάβει «κοινωνική προστασία» και εισάγοντας έναν ορισμό για τον άστεγο, για πρώτη φορά σε ελληνικό νομοθετικό έγγραφο (European Social Policy Network, 2019).

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το άρθρο 29 (παράγραφοι 1 και 2) του Ν. 4052/2012: *1. Αναγνωρίζονται οι άστεγοι ως ευπαθής κοινωνική ομάδα, στην οποία*

παρέχεται κοινωνική προστασία. Ως άστεγοι ορίζονται όλα τα άτομα που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, τα οποία στερούνται πρόσβασης ή έχουν επισφαλή πρόσβαση σε επαρκή ιδιόκτητη, ενοικιαζόμενη ή παραχωρημένη κατοικία που πληροί τις αναγκαίες τεχνικές προδιαγραφές και διαθέτει τις βασικές υπηρεσίες ύδρευσης και ηλεκτροδότησης.

2. Στους αστέγους περιλαμβάνονται ιδίως αυτοί που διαβιούν στο δρόμο, σε ξενώνες, αυτοί που φιλοξενούνται από ανάγκη προσωρινά σε ιδρύματα ή άλλες κλειστές δομές, καθώς και αυτοί που διαβιούν σε ακατάλληλα καταλύματα.

Στην Ελλάδα χρησιμοποιείται ο όρος «άστεγος», για όλες τις κατηγορίες των ατόμων που δεν διαθέτουν σταθερή στέγη, χωρίς να γίνεται η διάκριση στις κατηγορίες αστεγίας, περιλαμβάνοντας στον όρο, άτομα που διαβιούν στο δρόμο, καθώς και άτομα που διαμένουν σε μη ασφαλή κατοικία ή σε ξενώνα φιλοξενίας (Θεοδωρικάκου, 2012).

Οι πολιτικές για την υποστήριξη του άστεγου πληθυσμού, δεν υφίστανται σε ικανοποιητικό επίπεδο στην Ελλάδα. Επιπλέον, δεν προορίζονται πολλά ειδικά προγράμματα οικονομικής υποστήριξης των αστέγων, ούτε ειδικά μέτρα εκπαίδευσης και κατάρτισης ή εύρεσης εργασίας για τον πληθυσμό αυτό (Θεοδωρικάκου, 2012).

Το έτος 2019-2020, πραγματοποιήθηκε το πρόγραμμα αστέγων «Στέγαση και Εργασία», από το Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού (ΕΙΕΑΔ), υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Το πρόγραμμα αυτό, παρείχε στέγαση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη στον άστεγο πληθυσμό, καθώς εξασφάλιζε και την προώθησή τους σε απασχόληση (<https://www.eiead.gr>). Το «equal society»-Κοινωνία ίσων ευκαιριών, παρέχει γεύματα, αλλά και υπηρεσίες κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης των ωφελούμενων (<https://equalsociety.gr>). Η Κοινωνική κουζίνα «ο άλλος άνθρωπος», η ΜΚΟ «Λουτρά Αστέγων-Καταφύγιο αγάπης» και άλλες δράσεις, προσφέρουν για χρόνια το έργο τους σε ευάλωτους πληθυσμούς, οι οποίοι χρήζουν υποστήριξης (περισσότερες δομές/υπηρεσίες, στο Παράρτημα). Επιπλέον, διάφορες δομές ή προγράμματα που ανήκουν στο Δήμο, παρέχουν ξενώνες ή συσσίτια για τους αστέγους, δεν υφίστανται όμως δομές που να εξυπηρετούν τους άστεγους χρήστες. Το 2020, ξεκίνησε η λειτουργία του μεταβατικού ξενώνα ψυχοδραστικών ουσιών, στο ξενοδοχείο «ΙΟΝΙΣ», πρόγραμμα του Δήμου Αθηναίων, σε συνεργασία με το ΚΕ.Θ.Ε.Α και τον Ο.ΚΑ.ΝΑ κι έδωσε την ευκαιρία σε χρήστες που ζουν στο δρόμο, να αποκτήσουν ασφαλές κατάλυμα, αλλά και ψυχοκοινωνική και ιατρική στήριξη.

Σίγουρα όμως, η Ελλάδα, βρίσκεται σε πρώιμο ακόμα στάδιο, προκειμένου να καταπολεμήσει τα προβλήματα της αστεγίας, ιδιαίτερα όταν αυτά συνοδεύονται από προβλήματα εξάρτησης ή/και άλλων ασθενειών.

2.6. Έλλειψη στέγης και κοινωνικό δίκτυο

Οι κοινωνικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, παίζουν καθοριστικό ρόλο τόσο στην έναρξη και πορεία της χρήσης ναρκωτικών, όσο και στον άξονα της αστεγίας. Οι παράγοντες αυτοί, αναφέρονται στην ύπαρξη αγχωτικών συμβάντων στη ζωή, στους αδύναμους κοινωνικούς δεσμούς, στα αρνητικά πρότυπα (αρνητική επιρροή ομότιμων, αδύναμη ή ανύπαρκτη παρουσία και εκπαίδευση από το οικογενειακό περιβάλλον, οικογενειακή σχέση με μικρή συναισθηματική επαφή), μη φυσιολογική οικογενειακή ζωή και φτωχές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (αποσύνδεση από την οικογένεια, κοινωνικός αποκλεισμός) (Chan et. al., 2019).

Η αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους δεν είναι εύκολη για τον άστεγο πληθυσμό. Στις περιπτώσεις που μια ομάδα ατόμων κάνει κατάχρηση ουσιών, οι απέχοντες από τη χρήση άστεγοι, προτιμούν να μην διατηρούν κοινωνικές σχέσεις με την ομάδα αυτή. Ένας επιπλέον φόβος που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι άστεγοι, είναι η εκμετάλλευσή τους (οικονομική, υλική ή άλλη) από άλλους ανθρώπους που ζουν στο δρόμο. Οι άστεγοι «δεν τείνουν να βασίζονται στους ομότιμούς τους για κοινωνική και συναισθηματική στήριξη». Παρόλο που υπάρχει η συνειδητοποίηση για την σημαντικότητα της ύπαρξης των κοινωνικών σχέσεων, ταυτόχρονα υπάρχει και η συνειδητοποίηση των συνεπειών της συναναστροφής τους με τους ομότιμούς τους (Conalogue D., et al., 2019).

Όσον αφορά στις οικογενειακές σχέσεις, ορισμένοι άστεγοι αποφεύγουν να μεταφέρουν τα προσωπικά τους προβλήματα στην οικογένειά τους, άλλοι όμως διατηρούν τους οικογενειακούς τους δεσμούς, οι οποίοι λειτουργούν για εκείνους ως σημαντικό υποστηρικτικό δίκτυο. Συγκεκριμένα, η επανασύνδεση με την οικογένεια λειτουργεί για κάποιους ως σημαντικό κίνητρο για την καταπολέμηση του προβλήματος της εξάρτησης, καθώς και του ζητήματος της αστεγίας (Conalogue et al., 2019).

Όσοι άστεγοι αναφέρουν ότι διαθέτουν κοινωνικούς δεσμούς και συνδέονται με άλλους ανθρώπους, φαίνεται πως έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής (Connor and Fitzpatrick , 2017).

Σε έρευνα που διενεργήθηκε από την ΚΛΙΜΑΚΑ, για την έλλειψη στέγης στην Ελλάδα του 2012, το 45,2 % του πληθυσμού των αστέγων, δήλωσε πως δεν έχει κανένα φίλο και οι οικογένειες τους είναι κατά 67,5% εχθρικές ή αδιάφορες (Θεοδωρικάκου και συν., 2012).

Η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος στους χρήστες ουσιών, σχετίζεται τόσο με την προσφυγή στα ναρκωτικά ('ψυχολογικό υποκατάστατο', 'εναλλακτική λύση για την ανακούφιση των αρνητικών συναισθημάτων και την ανάκτηση μιας θετικής αίσθησης σύνδεσης'), όσο και με την μείωση του κινδύνου της υποτροπής, αλλά και της ενίσχυσης της ψυχολογικής τους κατάστασης (Chan et. al., 2019). Παρόλα αυτά, οι παραδοσιακές παρεμβάσεις στη θεραπεία της εξάρτησης, επικεντρώνονται συνήθως στο άτομο και όχι στο περιβάλλον που το επηρεάζει (Kelly et al., 2010).

Μέχρι στιγμής, έχει δοθεί λίγη προσοχή στο ρόλο που διαδραματίζουν οι κοινωνικές σχέσεις στο φαινόμενο της αστεγίας, παρόλα αυτά, η αναζήτηση του κοινωνικού δικτύου, βοηθά στην κατανόηση του προβλήματος της αστεγίας. Η έλλειψη στέγης έχει θεωρηθεί ως «απόσπαση από κοινωνικούς θεσμούς και ανεπίσημα κοινωνικά δίκτυα». Οι κοινωνικές σχέσεις μπορεί να χρησιμεύσουν ως προστατευτικοί παράγοντες, ενάντια στην έλλειψη στέγης, για παράδειγμα, μέσω της παροχής των προσωρινών λύσεων διαμονής (Ayed et al., 2020).

Οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, μπορεί να βελτιώσουν την «κοινωνική κινητικότητα» και την διαδικασία εύρεσης εργασίας, όπως επίσης τη μείωση του στιγματισμού των αστέγων, αλλά και την αποτελεσματικότερη πρόσβασή τους σε δομές υγείας. Τα άτυπα συστήματα υποστήριξης και η φροντίδα των οικείων, καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος της αποκατάστασης των ατόμων που βρίσκονται σε ανάγκη, μετατοπίζοντας έτσι την ευθύνη που έχει το κράτος για τον πληθυσμό αυτόν.

Η συναισθηματική υποστήριξη, είναι ιδιάζουσας σημασίας, αφού μπορεί να προσφέρει στα περιθωριοποιημένα άτομα, την αίσθηση του ανήκειν. «Για παράδειγμα, ανάμεσα σε μικρές ομάδες συνομηλίκων μπορεί να υπάρχει βαθιά εμπιστοσύνη, οικειότητα και υποστήριξη, όπου οι συνομήλικοι θεωρούνται οικογένειες του δρόμου ή φανταστικοί συγγενείς. Επιπλέον, στο πλαίσιο των καταφυγίων, οι άνθρωποι που έχουν ζήσει στο ίδιο μέρος μπορούν να κατανοήσουν και να προσφέρουν αλληλεγγύη» (Ayed et al., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

3.1. Ορισμός

Η ποιότητα ζωής (ΠΖ), αναφέρεται σε μια υποκειμενική θεώρηση του ατόμου για την κατάσταση της ζωής του σε κοινωνικό, πολιτισμικό και περιβαλλοντικό επίπεδο (Wang et al., 2012). «Η ποιότητα ζωής σχετίζεται με μια από τις βασικές ανθρώπινες επιθυμίες που είναι να ζεις καλά και να νιώθεις καλά [...] είναι η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξίας στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (Moreira T., et al., 2013/ Feelemyer J., et al., 2015/ Skevington et al., 2004).

Σύμφωνα με τον Farquhar, η ποιότητα ζωής σημαίνει κάτι διαφορετικό για τον κάθε άνθρωπο (1995). Η ποιότητα της ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι η στέγη, η εργασία, η υγεία, το περιβάλλον του, «μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, αλλά θεωρητικά εμπεριέχει όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου» (Υφαντόπουλος, 2007). Στην ποιότητα ζωής μπορούν να συμπεριληφθούν τα προσωπικά βιώματα, οι πεποιθήσεις, οι απόψεις που σχετίζονται με τον τρόπο προσέγγισής των αξόνων της καθημερινής ζωής (πολιτιστικός, ψυχολογικός, διαπροσωπικός, οικονομικός άξονας, κ.α.).

Ακόμα, η ποιότητα ζωής, ορίζεται ως την απόρροια των χαρακτηριστικών ενός ατόμου σε συνδυασμό με την επήρεια εξωγενών επιδράσεων όπως είναι η οικογένεια και η κοινωνία, αλλά και ως την ύπαρξη των ατομικών χαρακτηριστικών, θετικών και αρνητικών, που προσδιορίζουν τη ζωή ενός ανθρώπου (Υφαντόπουλος, 2007). Η ποιότητα ζωής διακρίνεται από δύο διαστάσεις: την υποκειμενική και την αντικειμενική.

- Η υποκειμενική διάσταση, αφορά την προσωπική εμπειρία και το προσωπικό βίωμα ενός ατόμου για τη ζωή του, ενώ
- η αντικειμενική διάσταση, σχετίζεται με την κατανόηση των εξωτερικών παραγόντων που την επηρεάζουν (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Το 1995, ο Farquhar προτείνει τέσσερις (4) τύπους ορισμού της ποιότητας ζωής, για την παγκόσμια ταξινόμηση: τύπος 1:την καθολική, τύπος 2:τη συστατική,

τύπος 3:την εστιασμένη, τύπος 4:το συνδυασμό ορισμών. Ο τύπος 1, χαρακτηρίζει ορισμούς από την παγκόσμια αντίληψη για την ποιότητα ζωής, την οποία αξιολογεί από την ικανοποίηση ή την δυσαρέσκεια και την ευτυχία ή δυστυχία. Ο δεύτερος τύπος ορισμών διαμοιράζει την ποιότητα ζωής σε «στοιχεία» ή «διαστάσεις». Ο τύπος 3 των ορισμών, περιλαμβάνει έναν μικρό αριθμό διαστάσεων και ο τύπος 4, συνδυάζει ορισμούς, οι οποίοι περιγράφουν την ποιότητα ζωής ως μια «αφηρημένη και σύνθετη έννοια που εκπροσωπεί μεμονωμένες απαντήσεις σε σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες» (Υφαντής και συν., 2017).

3.2. Δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής και χρήση ουσιών

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ποικίλουν. Τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση κάθε αυτή, επηρεάζουν εμφανώς αρνητικά την καθημερινότητα κάποιου, όπως διαπιστώνουν οι Moreira και οι συνεργάτες της (2013). Άλλοι παράγοντες μπορεί να είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, η απασχόληση.

Η ποιότητα ζωής για τους χρήστες ουσιών είναι πιο χαμηλή και αυτό μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες: οι αλλαγές στο περιβάλλον που ζει το άτομο, ο στιγματισμός, η γνώμη της κοινωνίας, η κοινωνική ζωή και οι αρνητικές επιρροές των εξαρτημένων, τα συμπτώματα στέρησης, είναι κάποιοι από αυτούς (Assari and Jafari, 2010).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις της καθημερινής ζωής. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ερευνητικό επίπεδο, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην υγεία, καθώς και στο περιβάλλον του ατόμου κι έτσι προκύπτουν θετικοί και αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες για μια καλή ή κακή ποιότητα ζωής.

Αρνητικοί δείκτες για την ποιότητα ζωής των χρηστών ηρωίνης σύμφωνα με τους Wang και τους συνεργάτες του, είναι τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα λοιμώδη νοσήματα (όπως HIV, HCV, HBV), η συννοσηρότητα αλλά και η συχνή παραβατικότητα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά. Στον αντίποδα βρίσκεται η οικογενειακή στήριξη που φαίνεται να συμβάλει θετικά στην υγεία των χρηστών, γεγονός όμως που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση (2012).

Οι συγγραφείς Moreira και οι συνεργάτες της (2013), διεξήγαν έρευνα στην οποία μελέτησαν την ποιότητα ζωής των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών και των συγγενών τους, σε σύγκριση με εκείνη των ατόμων που δεν έκαναν χρήση. Για τη μελέτη αυτή χρησιμοποίησαν το εργαλείο World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- BREF). Φάνηκε πως οι χρήστες ουσιών είχαν σε όλους τους τομείς χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με το δείγμα των ατόμων που δεν κάνουν χρήση ουσιών. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν πως τα αποτελέσματα αυτά, απεικονίζουν την χαμηλή ποιότητα ζωής τόσο των χρηστών, όσο και των συγγενών τους.

Στο κεφάλαιο αυτό εξετάστηκε το πρόβλημα της εξάρτησης, καθώς και το πρόβλημα έλλειψης στέγης και ορίστηκε η ποιότητα ζωής. Το μέλημα της παρούσας εργασίας είναι να αξιολογήσει τη σχέση των παραπάνω παραγόντων και να δώσει μια πρόταση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που ζουν στο περιθώριο. Όπως φάνηκε, ένας μεγάλος αριθμός αστέγων, αντιμετωπίζει πρόβλημα με τα ναρκωτικά, το οποίο είτε προϋπήρχε της αστεγίας, είτε αναπτύχθηκε αργότερα. Η ποιότητα ζωής των ανθρώπων επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και αποτελεί υποκειμενική εκδοχή της ζωής του κάθε ένα. Στη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται αναφορά σε χαμηλή ποιότητα της ζωής των χρηστών, διαπιστώθηκε όμως απουσία ερευνητικών μελετών που να συναρτά την ποιότητα ζωής των χρηστών, με την έλλειψη στέγης, αλλά και με την παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος.

Για τους λόγους αυτούς, η παρούσα μελέτη, αποσκοπεί στο να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των χρηστών στην Αθήνα και να διερευνήσει την ύπαρξη στέγης (ή μη) και την ύπαρξη θεραπευτικού προγράμματος και κατά πόσο αυτοί οι παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής ενός χρήστη ψυχοδραστικών ουσιών.

B' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε, είναι συγχρονική (cross-sectional) και τα δεδομένα συλλέχθηκαν με έρευνα επισκόπησης. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα των μηνών Οκτώβριος- Δεκέμβριος 2020.

4.1. Συμμετέχοντες (δείγμα)

Στην έρευνα, συμμετείχαν: 63 ενήλικοι, με μέσο όρο ηλικίας τα 45 έτη, χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών ή οποίοι διέμεναν σε ξενώνα ή σε σταθερό τόπο κατοικίας ή ήταν άστεγοι. Συγκεκριμένα:

- Φιλοξενούμενοι του Ξενώνα μεταβατικής φιλοξενίας άστεγων χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών (Χαλκοκονδύλη 41, Αθήνα) – Συμμετείχαν 5 άτομα
- Θεραπευόμενοι της Μ.Ο.Θ.Ε. Γ.Ν.Α. Λαϊκό & Μ.Ο.Θ.Ε. Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα - Συμμετείχαν 20 άτομα από κάθε μονάδα (40 συνολικά)
- Χρήστες κατά τη διάρκεια εξορμήσεων της ομάδας street-work και ωφελούμενοι του ΣΦΕΑ ΟΚΑΝΑ – Συμμετείχαν: 8 άτομα
- Ωφελούμενοι του Κέντρου Κοινότητας Δήμου Αθηναίων (Μαιζώνος και Ψαρών) – Συμμετείχαν: 10 άτομα

4.1.1. Κριτήρια αποκλεισμού

- Άτομα που αδυνατούν να κατανοήσουν την ελληνική γλώσσα.
- Ο άστεγος πληθυσμός που δεν κάνει χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.
- Ερωτήθηκαν μόνο οι θεραπευόμενοι προγραμμάτων βουπρενορφίνης και όχι μεθαδόνης ή άλλων προγραμμάτων.
- Οι συμμετέχοντες είναι ενήλικες.

4.2. Ερευνητική διαδικασία

Για την πραγματοποίηση της παραπάνω μελέτης, χρειάστηκε άδεια από το κέντρο Εκπαίδευσης και Εποπτείας του Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Συμπληρώθηκε και εστάλη, γραπτή αίτηση προς τον Οργανισμό, «Επιστολή προς τον συμμετέχοντα στην έρευνα», «Έντυπο συγκατάθεσης για τον συμμετέχοντα στην έρευνα», το Ερευνητικό Πρωτόκολλο και τα Ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν. Δόθηκε επίσης έγκριση από τον υπεύθυνο καθηγητή και την επιστημονική ομάδα του Π.Μ.Σ. Εφόσον εγκρίθηκε το αίτημα, ακολούθησε επικοινωνία με τους φορείς για επίσκεψη και συνεργασία.

Επιπλέον, ζητήθηκε άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή του ξενώνα μεταβατικής φιλοξενίας άστεγων χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών. Για την πραγματοποίηση έρευνας στον ξενώνα, χρειάστηκε επιπλέον άδεια από το Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης του ΟΚΑΝΑ, εξαιτίας της ύπαρξης παρόμοιας μελέτης από τον φορέα. Για το λόγο αυτό, χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί συνεργασία με το συγκεκριμένο τμήμα και να γίνουν αλλαγές στο ερωτηματολόγιο (συγκεκριμένα στα δημογραφικά στοιχεία). Συμφωνήθηκε να τροποποιηθεί και το έντυπο συγκατάθεσης από την ομάδα του ΟΚΑΝΑ, προκειμένου να συμπεριλάβει το όνομά μου. Παρόλο που ο ξενώνας φιλοξενεί μεγάλο αριθμό χρηστών, τελικά συγκεντρώθηκαν μόνο 5 ερωτηματολόγια από την συγκεκριμένη δομή, ενώ προσεγγίστηκαν τουλάχιστον 20 άτομα. Την ίδια περίοδο, πραγματοποιούσαν και άλλοι συνάδελφοι μελέτες στο χώρο, γεγονός που συνδυαστικά με την αναβλητικότητα των ωφελούμενων και με παράγοντες που αφορούν στον ξενώνα, οδήγησε στην σχεδόν ανεπαρκή συνεργασία. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια της μελέτης.

Για το Κέντρο Κοινότητας του Δήμου Αθηναίων, πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με συνάδελφο Κοινωνική Λειτουργό και συγκεντρώθηκαν 10 ερωτηματολόγια, τα οποία δόθηκαν από την ίδια. Προσεγγίστηκαν επιπλέον 2 άτομα, τα οποία δεν βρίσκονταν σε καλή κατάσταση, προκειμένου να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων στις δομές, πραγματοποιήθηκε κατόπιν ραντεβού και τα ερωτηματολόγια δόθηκαν προσωπικά σε όσους εξυπηρετούμενους δέχτηκαν να συμμετάσχουν. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων στις ΜΟΘΕ ΓΝΑ «Λαϊκό» και «Αλεξάνδρα», πραγματοποιήθηκε τόσο από την ερευνήτρια, όσο και

από το επιστημονικό προσωπικό που δέχτηκε να βοηθήσει στη διαδικασία. Υπήρχαν 4 άτομα που είτε αρνήθηκαν τη συμμετοχή στην έρευνα, είτε βρίσκονταν σε κακή κατάσταση. Για κάποιο χρονικό διάστημα, η μια εκ των δύο μονάδων, δεν δεχόταν μέλη στο κτίριο, εξαιτίας εμφάνισης κρούσματος κορωνοϊού Covid-19.

Η επαφή με τους άστεγους χρήστες, πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο πρωινής εξόρμησης της ομάδας Street Work του OKANA, αλλά και στον Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων (ΣΦΕΑ). Λόγω της πανδημίας Covid-19, η εύρεση και προσέγγιση των χρηστών στο δρόμο δεν ήταν μια εύκολη διαδικασία. Επιπλέον, ο ΣΦΕΑ, δεχόταν πολύ συγκεκριμένο αριθμό ατόμων ημερησίως, κυρίως για μπάνιο και πλύσιμο ρούχων, για την αποφυγή του συνωστισμού. Τουλάχιστον 10 άτομα, αρνήθηκαν τη συμμετοχή στην έρευνα, ενώ κάποιοι συμπλήρωσαν το μισό ερωτηματολόγιο.

Τέλος, προσεγγίστηκαν φορείς όπως το Praksis, η Θετική Φωνή και το Δίκτυο Ομότιμων Χρηστών, χωρίς όμως να υπάρξει ανταπόκριση.

Όπως προκύπτει λοιπόν από τα παραπάνω, η συλλογή του δείγματος αντιμετώπισε πολλές δυσκολίες, με αποτέλεσμα να ανταποκριθεί μόνο το 50% του αρχικού δείγματος. Όλοι οι συμμετέχοντες, δέχτηκαν να υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης. Η διαδικασία αυτή υλοποιήθηκε τους μήνες Οκτώβριο- Δεκέμβριο 2020.

4.3. Ερευνητικά εργαλεία

Για τη μελέτη της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων, χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερευνητικά εργαλεία:

1. Εργαλείο αναγνώρισης διαταραχής χρήσης ουσιών-Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT, Berman, Bergman, Palmstierna, Schlyter, 2005). Το Test είναι σταθμισμένο και μεταφρασμένο στα ελληνικά από τον Παρασκευόπουλο Ηλία (ΚΕ.Θ.Ε.Α.-ΙΘΑΚΗ). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που περιέχει ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση ουσιών που κάνει κάποιος (συχνότητα, παράλληλη χρήση, κοκ). Περιλαμβάνει 11 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις 1 ως 9 βαθμολογούνται στην κλίμακα του 0-4 (σε ακέραιες τιμές), ενώ οι ερωτήσεις 10 και 11 με τις τιμές 0, 2 και 4 αντίστοιχα. Αν το άθροισμα της βαθμολογίας (ή σκορ) που συγκεντρώνει ο κάθε

συμμετέχοντας είναι μεγαλύτερο ή ίσο με 25, τότε θεωρείται ότι είναι πιθανή η ύπαρξη σοβαρού προβλήματος εξάρτησης από μία ή περισσότερες ναρκωτικές ουσίες. Βαθμολογίες χαμηλότερες από 25 θεωρείται ότι δίνουν ενδείξεις ότι η εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες, πιθανά να είναι λιγότερο σοβαρή ή να έχει μικρότερη βαρύτητα. Το ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθηκε στην εργασία, προκειμένου να διερευνηθεί το προφίλ των χρηστών που θα συμμετάσχουν.

2. Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής του ΠΟΥ: WHOQOL- BREF (WHO,1995, Τζινιέρη-Κοκκώση και συν, 2000). Στο ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογείται η ποιότητα ζωής κάποιου, η υγεία του καθώς και άλλες πλευρές της ζωής του. Περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει τέσσερις πτυχές που περιγράφουν την ποιότητα ζωής και αυτές είναι η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία, οι κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον, καθώς και αυτοαξιολόγηση, στις οποίες οι απαντήσεις καταγράφονται σε μεμονωμένες κλίμακες πέντε σημείων. Οι ερωτηθέντες αξιολογούν την ποιότητα ζωής τους, την υγεία τους και άλλες πλευρές της ζωής τους. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 100 και οι υψηλότερες βαθμολογίες στο σκορ του ερωτηματολογίου, δείχνουν καλύτερη ποιότητα ζωής .Το εργαλείο WHOQOL-BREF, χρησιμοποιείται σε χώρους και καταστάσεις, όπου υπάρχει περιορισμένος χρόνος και έχει κριθεί ως διαπολιτισμικά αξιόπιστο και έγκυρο για τις ψυχομετρικές του ιδιότητες, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες μέτρησης της ποιότητας ζωής και ευημερίας.
3. Κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (The Satisfaction With Life Scale, Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985, Σταλίκας & Λακιώτη, 2012). Πρόκειται για μια κλίμακα που περιλαμβάνει 5 προτάσεις. Ο συμμετέχων καλείται να καταγράψει το πόσο συμφωνεί ή διαφωνεί (όπου 1=διαφωνώ πολύ, 7=συμφωνώ πολύ). Οι προτάσεις αφορούν στη μέτρηση του βαθμού της ικανοποίησης που ένα άτομο αντλεί από τη ζωή του.
4. Τα δημογραφικά στοιχεία, διερευνήθηκαν με ερωτήσεις που ανέπτυξε η ερευνήτρια της μελέτης, σε συνεργασία με το τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης του OKANA και την κ. Νικολαΐδη Σοφία, ψυχολόγο.

4.4. Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Για την κάλυψη του ζητήματος ηθικής και δεοντολογίας, στην παρούσα μελέτη, η χρήση στοιχείων από τις βάσεις δεδομένων του Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), πραγματοποιήθηκε μόνο για τους σκοπούς της εργασίας και μέσα στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας και σε καμία άλλη περίπτωση. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αυτο-συμπληρούμενα και ανώνυμα. Τηρήθηκε το απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Σημειώνεται πως η μελέτη αυτή δεν έχει σκοπό να βλάψει με κανένα τρόπο τους συμμετέχοντες. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και επιτρεπόταν η αποχώρηση από τη διαδικασία σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν με ειλικρίνεια για την συγκεκριμένη εργασία και υπέγραψαν έντυπο συναίνεσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας, χρησιμοποιήθηκαν αυστηρά για τη συγγραφή της διπλωματικής εργασίας. Οι πληροφορίες συλλέχθηκαν με τη βοήθεια τυποποιημένων ερωτήσεων. Αναλυτικά, οι ερωτήσεις ήταν κοινές για όλα τα άτομα του πληθυσμού και έτσι κάθε εξεταζόμενο άτομο απάντησε στις ίδιες ακριβώς ερωτήσεις. Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν ήταν εμπιστευτικές και με καμία περίπτωση δεν αποκαλύπτονται. Στην Ελλάδα το απόρρητο των στοιχείων των δειγματοληπτικών ερευνών προστατεύεται από το άρθ. 40 του Ν.Δ. 3627/56 και οι παραβάτες τιμωρούνται με αυστηρές ποινές. Για την κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήθηκε ο κωδικός ταυτοποίησης ΕΠΨΥ.

4.5. Στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε υπολογισμός των περιγραφικών μέτρων για τις ποσοτικές μεταβλητές και παρουσιάζονται οι μέσοι (όροι) με τις αντίστοιχες τυπικές αποκλίσεις. Αντίστοιχα, οι κατηγορικές και οι ποιοτικές μεταβλητές αναλύθηκαν και παρουσιάζονται ως συχνότητες, απόλυτες και σε ποσοστό επί τοις εκατό. Όπου κρίθηκε απαραίτητο για τη στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των μέσων, πραγματοποιήθηκε σύγκριση μέσων (Compare Means) και Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS v.27.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το σύνολο των συμμετεχόντων της παρούσας έρευνας, αποτελείται από 63 άτομα, ηλικίας 18 ετών και άνω. Οι συμμετέχοντες είναι είτε εν ενεργεία χρήστες, είτε άτομα που παρακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τα ναρκωτικά. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 1 της ενότητας αυτής. Συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία αυτών, είναι άντρες (85,7%), με μέση ηλικία τα 45 έτη. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων αυτών, όπως φαίνεται και στον πίνακα 1, είναι σε γενικές γραμμές χαμηλό, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό (28,6%) είναι απόφοιτοι δημοτικού. Υπήρχαν σαφώς συμμετέχοντες, οι οποίοι είναι ακαδημαϊκοί απόφοιτοι (6,3%). Όσον αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (n=37) δήλωσαν άγαμοι και οι 35 (55,6%) από το γενικό σύνολο, δεν είχαν παιδιά. Το 65,1% (n=41), δήλωσε πως διαμένει σε σταθερό τόπο κατοικίας. Το 20,6% του πληθυσμού απάντησε πως δεν διαθέτει «καθόλου» υποστηρικτικό περιβάλλον και το 25,4% απάντησε «λίγο». Το 63,5% (n=40), δήλωσε άνεργο και το 58,7% (n=37) δεν λαμβάνει κάποιο βοηθητικό επίδομα. Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης χρήσης ήταν τα 17 έτη και η ουσία έναρξης χρήσης ήταν η κάνναβη στο 62,0%. Η κύρια ουσία χρήσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα, είναι για την πλειοψηφία (n=23/36,5%) η ηρωίνη και ο τρόπος χρήσης, η ένεση κατά 20,6% (n=13) και το κάπνισμα/εισπνοή κατά 22,2% (n=14). Το μεγαλύτερο ποσοστό (25,4%, n=16) απάντησε «πόση» σε αυτή την ερώτηση, καθώς απευθύνονταν στην κύρια ουσία χρήσης που λαμβάνουν στο πρόγραμμα αυτή την περίοδο (μεθαδόνη/βουπρενορφίνη). Το 87,3% (n=55) δήλωσε πως έχει παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης και το 52,4% (n=33), απάντησε πως η συμμετοχή του σε πρόγραμμα, έχει βελτιώσει την ποιότητα ζωής του κατά «πολύ». Ο μέσος όρος μεγαλύτερου διαστήματος παραμονής σε κάποιο πρόγραμμα, ήταν οι 61 μήνες, σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1: Δημογραφικά Στοιχεία	
Μεταβλητές	Σύνολο
Φύλο	
Άνδρας	54 (85,7%)
Γυναίκες	9 (14,3%)
Ηλικία (mean ±SD)	45,84±10,013
Χώρα γέννησης	
Ελλάδα	53 (84,1%)
Άλλη	10 (15,9%)
Μόνιμη κατοικία	
Αθήνα – Αττική	54 (85,7%)
Επίπεδο μόρφωσης	
Δημοτικό	18 (28,6%)
Γυμνάσιο	16 (25,4%)
Λύκειο	8 (12,7%)
τεχνική σχολή (μετά το γυμνάσιο)	12 (19,0%)
μεταλυκειακή εκπαίδευση (π.χ. ΙΕΚ)	4 (6,3%)
Ανώτατη εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	4 (6,3%)
Έτη εκπαίδευσης (mean ±SD)	10,16±3,344
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμος/η	37 (58,7%)
Έγγαμος/η	8 (12,7%)
Συμβίωση	6 (9,5%)
Σε διάσταση	3 (4,8%)
Διαζευγμένος/η	7 (11,1%)
Χήρος/α	2 (3,2%)
Παιδιά	
Ναι	24 (38,1%)
Όχι	35 (55,6%)
Συνθήκες διαμονής	
Χωρίς σταθερό τόπο διαμονής	6 (9,5%)
Σε ξενώνα/προστατευόμενο διαμέρισμα	6 (9,5%)
Σταθερός τόπος κατοικίας	41 (65,1%)
Άστεγος/η	7 (11,1%)
Διαμονή με	
Μόνος/η	19 (30,2%)
Με οικογένεια καταγωγής	18 (28,6%)
Με δική σας οικογένεια	6 (9,5%)
Με σύντροφο	9 (14,3%)
Με άλλους μη συγγενείς	4 (6,3%)
Υποστηρικτικό περιβάλλον	
Καθόλου	13 (20,6%)
Λίγο	16 (25,4%)
Μέτρια	12 (19,0%)

Πολύ	12 (19,0%)
Απόλυτα	9 (14,3%)
Τουλάχιστον μια διανυκτέρευση εκτός σπιτιού (τελευταίο 12μηνο)	
Ναι	28 (44,4%)
Όχι	33 (52,4%)
Σίτιση (τελευταίο 24ωρο)	
Ναι	58 (92,1%)
Όχι	4 (6,3%)
Κατηγορία για ποινικό αδίκημα	
Ναι	53 (84,1%)
Όχι	10 (15,9%)
Εργασιακή κατάσταση	
εργαζόμενος/η	12 (19,0%)
άνεργος/η	40 (63,5%)
οικονομικά ανενεργός/η	11 (17,5%)
Λαμβάνουν επίδομα	
Ναι	25 (39,7%)
Όχι	37 (58,7%)
Έτη χρήσης (mean ±SD)	23,35±9,494
Ηλικία έναρξης χρήσης (mean ±SD)	17,53 ±5,193
Ουσία έναρξης χρήσης	
Χασίς/κάνναβη	39 (62,0%)
Ηρωίνη	9 (14,3%)
Κύρια ουσία χρήσης (σήμερα)	
Ηρωίνη	23 (36,5%)
Μεθαδόνη	6 (9,5%)
Χασίς/κάνναβη	8 (12,7%)
Τρόπος χρήσης της κύριας ουσίας	
Ένεση	13 (20,6%)
Κάπνισμα/εισπνοή (στόμα)	14 (22,2%)
Πόση	16 (25,4%)
Μύτη	15 (23,8%)
Άλλο	4 (6,3%)
Ηλικία πρώτης φοράς χρήσης της κύριας ουσίας (mean ±SD)	19,79±6,834
Παρακολούθηση προγράμματος απεξάρτησης	
ναι	55 (87,3%)
Βελτίωση στην ποιότητα ζωής	
Καθόλου	1 (1,6%)
Λίγο	5 (7,9%)
Μέτρια	8 (12,7%)
Πολύ	33 (52,4%)
Απόλυτα	8 (12,7%)
Παρακολούθηση προγράμματος	

απεξάρτησης στο παρελθόν	
ναι	49 (77,8%)
Όχι	12 (19,0%)
Φορές ένταξης σε πρόγραμμα (επικρατούσα τιμή)	2
Είδος προγράμματος	
Στεγνό	22 (34,9%)
Υποκατάστασης	14 (22,2%)
Και τα δύο	15 (23,8%)
Μεγαλύτερο χρονικό διάστημα παραμονής σε πρόγραμμα (μήνες) (mean ±SD)	61,18±48,216

➤ *Ερωτηματολόγιο DUDIT*

Στη συνέχεια, χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο DUDIT, το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών που κάνει κάποιος. Στον πίνακα 2, παρουσιάζονται οι απαντήσεις για κάθε μεμονωμένη απάντηση.

Στην ερώτηση που αφορά στη συχνότητα παράλληλης χρήσης ουσιών (ερώτηση 2), το 23,8% (n=15) απάντησε «μια φορά το μήνα ή λιγότερο» και το 23,8% (n=15), απάντησε «2-4 φορές το μήνα». Από αυτές τις απαντήσεις προκύπτει πως η δεύτερη και τρίτη κατηγορία, αντιστοιχούν στο 50% των αποτελεσμάτων. Αυτό σημαίνει πως περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες, κάνουν ‘περιστασιακή’ παράλληλη χρήση διαφόρων ουσιών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων, δηλαδή το 41,3% (n=26), ανέφερε πως είχε καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα αίσθημα ενοχής, επειδή έκανε χρήση ουσιών. Το 34,9% του συνολικού δείγματος (n=22), ανέφερε ότι έχει υποστεί βλάβη σωματική ή ψυχική λόγω χρήσης. Επιπλέον το 53,3% δήλωσε ότι έχει προκαλέσει ανησυχία σε τρίτους ανθρώπους προκειμένου να σταματήσει τη χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου. Παρακάτω, απεικονίζονται οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο DUDIT.

Πίνακας 2: Ερωτηματολόγιο DUDIT		
Ερώτηση	Frequency (Συχνότητα)	Valid Percent (Εγκυρο ποσοστό %)
1. Πόσο συχνά κάνεις χρήση άλλων ουσιών εκτός από αλκοόλ;		
Ποτέ	11	18,3%
μια φορά το μήνα ή λιγότερο	11	18,3%
2-4 φορές το μήνα	17	28,3%
2-3 φορές την εβδομάδα	5	8,3%
4 φορές την εβδομάδα ή παραπάνω	16	26,7%
Total	60	100,0%
2. Κάνεις παράλληλη χρήση διάφορων ουσιών;		
Ποτέ	17	28,3%
μια φορά το μήνα ή λιγότερο	15	25,0%
2-4 φορές το μήνα	15	25,0%
2-3 φορές την εβδομάδα	4	6,7%
4 φορές την εβδομάδα ή παραπάνω	9	15,0%
Total	60	100,0%
3. Μια τυπική μέρα χρήσης, πόσες φορές τη μέρα παίρνεις ουσίες;		
0	6	10,0%
1-2	31	51,7%
3-4	16	26,7%
5-6	3	5,0%
7 ή περισσότερες	4	6,7%
Total	60	100,0%
4. Πόσο συχνά είσαι υπό έντονη επήρεια ουσιών;		
Ποτέ	17	28,3%
λιγότερο από μια φορά το μήνα	21	35,0%
κάθε μήνα	7	11,7%
κάθε εβδομάδα	8	13,3%
καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα	7	11,7%
Total	60	100,0%
5. Τον προηγούμενο χρόνο, στάθηκε ποτέ αδύνατο να αντισταθείς στην επιθυμία σου για χρήση ουσιών;		
Ποτέ	14	23,3%
λιγότερο από μια φορά το μήνα	16	26,7%
κάθε μήνα	11	18,3%
κάθε εβδομάδα	10	16,7%
καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα	9	15,0%
Total	60	100,0%

6. Τον περασμένο χρόνο, σου ήταν ποτέ αδύνατο να σταματήσεις τη χρήση μετά την έναρξή της;		
Ποτέ	20	33,3%
λιγότερο από μια φορά το μήνα	16	26,7%
κάθε μήνα	6	10,0%
κάθε εβδομάδα	8	13,3%
καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα	10	16,7%
Total	60	100,0%
7. Πόσο συχνά στη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου έκανες χρήση ουσιών και στη συνέχεια αμέλησες τις υποχρεώσεις σου;		
Ποτέ	22	36,7%
λιγότερο από μια φορά το μήνα	12	20,0%
κάθε μήνα	8	13,3%
κάθε εβδομάδα	7	11,7%
καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα	11	18,3%
Total	60	100,0%
8. Πόσο συχνά στη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου χρειάστηκε να κάνεις πρωινή χρήση μετά από έντονη χρήση την προηγούμενη μέρα;		
Ποτέ	21	35,0%
λιγότερο από μια φορά το μήνα	6	10,0%
κάθε μήνα	13	21,7%
κάθε εβδομάδα	6	10,0%
καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα	14	23,3%
Total	60	100,0%
9. Πόσο συχνά μέσα στον προηγούμενο χρόνο είχες αίσθημα ενοχής ή αισθανόσουν άσχημα επειδή έκανες χρήση ουσιών;		
Ποτέ	15	24,6%
λιγότερο από μια φορά το μήνα	9	14,8%
κάθε μήνα	3	4,9%
κάθε εβδομάδα	8	13,1%
καθημερινά ή σχεδόν κάθε μέρα	26	42,6%
Total	61	100,0%
10. Έχεις εσύ ή κάποιος άλλος υποστεί (σωματική ή ψυχική) επειδή είχες κάνει χρήση ουσιών;		
Όχι	20	33,3%
ναι, αλλά όχι κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου	22	36,7%
ναι, κατά τη διάρκεια του περασμένου	18	30,0%

χρόνου		
Total	60	100,0%
11. Έχει ανησυχήσει κάποιος συγγενής ή φίλος, γιατρός ή νοσηλευτής ή οποιοσδήποτε άλλος για τη χρήση που κάνεις ή σου έχει πει ότι θα έπρεπε να σταματήσεις;		
Όχι	6	10,0%
ναι, αλλά όχι κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου	22	36,7%
ναι, κατά τη διάρκεια του περασμένου χρόνου	32	53,3%
Σύνολο	60	100,0%

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, το 65,6 % αυτών (n=40), δεν θεωρεί ότι έχει σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης. Το αποτέλεσμα που προκύπτει βάσει των απαντήσεων του δείγματος (n = 63) είναι το ακόλουθο:

Πίνακας 3: Αποτέλεσμα DUDIT			
		Frequency	Valid Percent
Valid	Χωρίς σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης	40	65.6
	Με σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης	21	34.4
	Total	61	100.0
Missing system		2	
Σύνολο		63	

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (n=40), δήλωσαν πως διαμένουν σε σταθερό τόπο κατοικίας, 27 εκ των οποίων κρίνεται πως δεν έχουν σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης.

Πίνακας 4 : Η αποτύπωση του προβλήματος εξάρτησης σε συνάρτηση με τις συνθήκες διαμονής				
		Αποτέλεσμα DUDIT		Σύνολο
		χωρίς σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης	με σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης	
Συνθήκες διαμονής	χωρίς σταθερό τόπο διαμονής	5	1	6
	σε ξενώνα/ προστατευόμενο διαμέρισμα	5	1	6
	σταθερός τόπος κατοικίας	27	13	40
	άστεγος-η	2	4	6
Σύνολο		39	19	58

Στον πίνακα 5, παρατηρείται ότι ο σταθερός τόπος κατοικίας και η παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης, επηρεάζει θετικά την ύπαρξη προβλήματος εξάρτησης. Διαπιστώνεται πως οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα και έχουν σταθερό τόπο κατοικίας, κατατάσσονται βάσει του αποτελέσματος του εργαλείου DUDIT, στην κατηγορία «χωρίς σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης». Υπάρχουν επομένως ενδείξεις, ότι αυτοί οι δύο παράγοντες (η στέγαση και η ένταξη σε πρόγραμμα) επηρεάζουν θετικά στο πρόβλημα και την βαρύτητα της εξάρτησης.

Πίνακας 5: Η αποτύπωση του προβλήματος εξάρτησης σε συνάρτηση με την παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης				
		Αποτέλεσμα DUDIT		Σύνολο
		χωρίς σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης	με σοβαρό πρόβλημα εξάρτησης	
Παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης	ναι	36	17	53
	όχι	3	4	7
Σύνολο		39	21	60

➤ **Ερωτηματολόγιο WHOQOL- BREF**

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF αποτελείται από 26 ερωτήσεις, οι οποίες παράγουν ένα προφίλ ποιότητας ζωής της γενικότερης υγείας των συμμετεχόντων, μέσω 4 κατηγοριών όπου αντιστοιχίζονται οι ερωτήσεις, και μετρούν: τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον.

Από τις 26 ερωτήσεις του εργαλείου, η μέση κατάσταση για την ποιότητα ζωής, είναι το 12 (δηλαδή, λίγο χαμηλότερα από «μέτρια ποιότητα ζωής»). Ο επόμενος πίνακας (Πίνακας 6), περιλαμβάνει τους μέσους όρους βαθμολογίας (στην κλίμακα 4-20) για το σύνολο του δείγματος. Διαπιστώνεται ότι οι μέσοι όροι (mean) κυμαίνονται από 10,9333 μέχρι 11,9967 με τις αντίστοιχες τυπικές αποκλίσεις (SD= 3.6 και SD=3.4)

Πίνακας 6: Μέσος όρος βαθμολογίας ανά κατηγορία ± τυπική απόκλιση (Mean±SD)					
Περιγραφική Στατιστική WHOQOL- BREF					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Σωματική υγεία	58	5,71	19,33	11,99670	3,39771
Ψυχική Υγεία	59	4,00	17,33	10,93330	3,60672
Κοινωνικές σχέσεις	61	4,00	18,67	11,37700	4,08043
Περιβάλλον	59	4,50	18,00	11,65500	3,01018
Valid N (listwise)	58				

Ακολουθεί ο έλεγχος υποθέσεων για τους μέσους μ_1, μ_2, μ_3 και μ_4 για κάθε μία από τις τέσσερις μεταβλητές (σωματική υγεία, ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον) :

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$$

$$H_1: \text{διαφορετικά}$$

Το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι το παραπάνω και σύμφωνα με το οποίο, δεν μπορεί να απορριφθεί η μηδενική υπόθεση H_0 (ότι δηλαδή δεν υπάρχει διαφορά στις κατηγορίες ανάλογα με τις συνθήκες διαμονής των συμμετεχόντων). Για τη σωματική υγεία, δεν μπορεί να θεωρηθεί πως οι συνθήκες διαμονής την επηρεάζουν, λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές p-value (Sig.) οι οποίες είναι όλες μεγαλύτερες από ένα

σύνθηες επίπεδο σημαντικότητας α ίσο με 5%. Κατά συνέπεια δεν υπάρχουν ενδείξεις (βάσει του συγκεκριμένου δείγματος) για να θεωρηθεί ότι οι συνθήκες διαμονής επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τις επιμέρους-τέσσερις κατηγορίες μέτρησης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.

Πίνακας 7: Μέσοι όροι ανά συνθήκη διαμονής± τυπική απόκλιση (Mean±SD)					
Συνθήκες διαμονής		Σωματική υγεία	Ψυχική υγεία	Κοινωνικές σχέσεις	Περιβάλλον
χωρίς σταθερό τόπο διαμονής	Mean	9,71430	10,33330	11,77780	10,16670
	N	6	6	6	6
	Std. Deviation	2,25696	2,62467	3,08881	2,69568
σε ξενώνα/προστατευόμενο διαμέρισμα	Mean	12,09520	10,44440	9,55560	11,33330
	N	6	6	6	6
	Std. Deviation	1,92654	1,96261	2,58772	2,52323
σταθερός τόπος κατοικίας	Mean	12,63320	11,65960	12,01670	12,38720
	N	37	38	40	38
	Std. Deviation	3,66555	3,85587	4,32442	3,15070
άστεγος-η	Mean	10,95240	8,44440	8,88890	9,41670
	N	6	6	6	6
	Std. Deviation	2,96740	3,05990	4,18817	1,56258
Σύνολο	Mean	12,07270	11,04290	11,41380	11,71810
	N	55	56	58	56
	Std. Deviation	3,40014	3,59484	4,13057	3,05047

Πίνακας 8: ANOVA για τις συνθήκες διαμονής

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Σωματική υγεία * συνθήκες διαμονής	Between Groups	(Combined)	52,531	3	17,510	1,562	0,210
	Within Groups		571,759	51	11,211		
	Total		624,290	54			
Ψυχική υγεία * συνθήκες διαμονής	Between Groups	(Combined)	60,136	3	20,045	1,602	0,200
	Within Groups		650,623	52	12,512		
	Total		710,759	55			
Κοινωνικές σχέσεις * συνθήκες διαμονής	Between Groups	(Combined)	74,302	3	24,767	1,489	0,228
	Within Groups		898,211	54	16,634		
	Total		972,513	57			
Περιβάλλον * συνθήκες διαμονής	Between Groups	(Combined)	64,123	3	21,374	2,483	0,071
	Within Groups		44,767	52	8,609		
	Total		511,795	55			

Στη συνέχεια, πραγματοποιείται ο αντίστοιχος έλεγχος υποθέσεων για την κάθε μία από τις τέσσερις μεταβλητές (κατηγορίες) για την μέτρηση της ποιότητας ζωής.

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

H_1 : διαφορετικά

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα ANOVA παρακάτω (πίνακας 10) για τις δύο πρώτες κατηγορίες, σωματικής και ψυχικής υγείας, δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και κατά συνέπεια δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι επηρεάζονται σημαντικά από την ένταξη σε πρόγραμμα υποκατάστασης. Οι αντίστοιχες τιμές p-value είναι σημαντικά μεγαλύτερες από ένα σύνηθες επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$.

Αντίθετα και πάντα σύμφωνα με τα δεδομένα του συγκεκριμένου δείγματος, οι κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον όσων παρακολουθούν πρόγραμμα υποκατάστασης, δείχνουν να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων, καθώς οι αντίστοιχες τιμές p-value είναι μικρότερες από το $\alpha=5\%$ (0,004 και 0,003 αντίστοιχα).

Πίνακας 9: Μέσοι όροι ανάλογα με την παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης(Mean±SD)					
Παρακολούθησ η προγράμματος υποκατάστασης		Σωματική υγεία	Ψυχική υγεία	Κοινωνικέ ς σχέσεις	Περιβάλλον
Ναι	Mean	12,0076	11,105 9	11,8365	12,1106
	N	50	51	53	51
	Std. Deviation	3,4462	3,7415	3,8893	2,9494
Όχι	Mean	10,9388	9,2381	7,2381	8,5714
	N	7	7	7	7
	Std. Deviation	1,8787	1,9787	3,1606	1,3363
Σύνολο	Mean	11,8764	10,880 5	11,3000	11,6835
	N	57	58	60	58
	Std. Deviation	3,3008	3,6151	4,0699	3,0284

Πίνακας 10: ANOVA για την παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Σωματική υγεία * παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης	Between Groups	(Combined)	7,015	1	7,015	0,640	0,427
	Within Groups		603,125	55	10,966		
	Total		610,140	56			
Ψυχική υγεία *	Between	(Combined)	21,473	1	21,473	1,662	0,203

παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης	Groups						
	Within Groups		723,449	56	12,919		
	Total		744,922	57			
Κοινωνικές σχέσεις * παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης	Between Groups	(Combined)	130,747	1	130,747	8,958	0,004
	Within Groups		846,519	58	14,595		
	Total		977,267	59			
Περιβάλλον * παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης	Between Groups	(Combined)	77,100	1	77,100	9,688	0,003
	Within Groups		445,661	56	7,958		
	Total		522,761	57			

➤ **Ερωτηματολόγιο DIENER - Κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή**

Οι πέντε ερωτήσεις βαθμολογούνται βάσει της παρακάτω κλίμακας 1-7:

1 = Διαφωνώ Πολύ

2 = Διαφωνώ

3 = Διαφωνώ Λίγο

4 = Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ

5 = Συμφωνώ Λίγο

6 = Συμφωνώ

7 = Συμφωνώ Πολύ

Στον παρακάτω πίνακα, στον οποίο καταγράφεται το σκορ του συγκεκριμένου εργαλείου, αποτυπώνονται οι συχνότητες. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν

επέλεξε την απάντηση «πολύ ευχαριστημένος». Το 30,2% (n=19) απάντησε πως είναι «πολύ απογοητευμένος» από τη ζωή του, ενώ υπήρχε κι ένα ποσοστό 7,9% (n=5), το οποίο δήλωσε «ευχαριστημένο» από τη ζωή. Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, ως γενικός μέσος όρος για την ικανοποίηση από τη ζωή προκύπτει ότι είναι το 14,08 με τυπική απόκλιση SD= 6,474. Σαν μέσο όρο ικανοποίησης από τη ζωή, το 14= είναι απογοητευμένος (Πίνακας 12).

Πίνακας 11: Score_diener (Αποτέλεσμα Diener)			
		Frequency	Valid Percent
Valid	Πολύ απογοητευμένος/η	19	30,2%
	Απογοητευμένος/η	17	27,0%
	Λίγο απογοητευμένος/η	15	23,8%
	Ούτε απογοητευμένος/η ούτε ευχαριστημένος/η	3	4,8%
	Λίγο ευχαριστημένος/η	4	6,3%
	Ευχαριστημένος/η	5	7,9%
	Σύνολο	63	100,0%

Πίνακας 12: Περιγραφική στατιστική -Μέσος και τυπική απόκλιση για σύνολο βαθμολογίας Diener (Mean ± SD)					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Diener_Sum	63	5	30	14,08	6,474
Valid N (listwise)	63				

Παρακάτω, στον πίνακα 13, παρατίθενται οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο του Diener, σε συνάρτηση με τις συνθήκες διαμονής. Διαπιστώνεται ότι υπάρχει μια γενικότερη απογοήτευση για τη ζωή από τους συμμετέχοντες, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι μόνιμου (σταθερού) τόπου κατοικίας. Φαίνεται πως ακόμη και όσοι διαθέτουν σταθερό τόπο διαμονής, δήλωσαν «απογοητευμένοι» (n=10), «πολύ απογοητευμένοι» (n=9), ή «λίγο απογοητευμένοι» (n=11). Άστεγοι δήλωσαν μόνο 7

από το συνολικό δείγμα, και όλοι επέλεξαν την απάντηση «πολύ απογοητευμένος» ή «απογοητευμένος».

Πίνακας 13: Αποτέλεσμα Diener (Score) ανά συνθήκη διαμονής						
		Συνθήκες διαμονής				Total
		χωρίς σταθερό τόπο διαμονής	σε ξενώνα/προστατευόμενο διαμέρισμα	σταθερός τόπος κατοικίας	άστεγος-η	
Score_diener (Αποτέλεσμα Diener)	Πολύ απογοητευμένος/η	4	1	9	3	17
	Απογοητευμένος/η	1	3	10	3	17
	Λίγο απογοητευμένος/η	1	1	11	1	14
	Ούτε απογοητευμένος/η ούτε ευχαριστημένος/η	0	1	2	0	3
	Λίγο ευχαριστημένος/η	0	0	4	0	4
	Ευχαριστημένος/η	0	0	5	0	5
Σύνολο		6	6	41	7	60

Στον τελευταίο πίνακα, παρατίθενται τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου του Diener σε αναλογία με την παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος υποκατάστασης. Με βάση τα δεδομένα του πίνακα, φαίνεται πως, ακόμη και για τα άτομα που είναι ενταγμένα σε θεραπευτικό πρόγραμμα, το αίσθημα ικανοποίησής τους από τη ζωή δεν επηρεάζεται θετικά. Μάλιστα, από τους 55 που παρακολουθούν κάποιο πρόγραμμα, ο μεγαλύτερος αριθμός (n=17), δήλωσε «πολύ απογοητευμένος» από τη ζωή. Παρόλα αυτά, όπως αναφέρθηκε στον πίνακα 1, το 87,3% υποστήριξε πως έχει βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του, μετά την παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος.

Πίνακας 14: Αποτέλεσμα Diener και παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης				
		παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης		Total
		Ναι	όχι	
Score_diener (Αποτέλεσμα Diener)	Πολύ απογοητευμένος/η	17	1	18
	Απογοητευμένος/η	12	5	17
	Λίγο απογοητευμένος/η	14	1	15
	Ούτε απογοητευμένος/η ούτε ευχαριστημένος/η	3	0	3
	Λίγο ευχαριστημένος/η	4	0	4
	Ευχαριστημένος/η	5	0	5
Σύνολο		55	7	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε αυτή την έρευνα διερευνήθηκε η ποιότητα ζωής ατόμων που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσει ορισμένους παράγοντες -όπως είναι η στέγαση και η παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος- που ενδέχεται να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας. Βρέθηκε πως η αντίληψη των χρηστών για την ποιότητα ζωής τους είναι αρνητική και πως η παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης, αλλά και οι κοινωνικοί δεσμοί, επηρεάζουν θετικά στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών. Ο παράγοντας της αστεγίας δεν εξετάστηκε κατάλληλα, εξαιτίας της συγκέντρωσης μικρού αριθμού δείγματος αστεγών.

Όπως φαίνεται από τα δημογραφικά δεδομένα της έρευνας, οι χρήστες ουσιών αποκλείονται κοινωνικά με διάφορους τρόπους, ιδίως από την εργασιακή δραστηριότητα, με ποσοστό 63,5% να είναι άνεργοι. Επιπλέον διαπιστώνεται πως 84,1% έχουν κατηγορηθεί για αδικήματα. Η χρήση και κατοχή ουσιών κάθε αυτή αποτελεί αδίκημα, για την επιβίωσή τους όμως και για τη συνέχιση της χρήσης, οι εξαρτημένοι συχνά διαπράττουν και άλλα αδικήματα. Αυτή η κοινωνική αποδιοργάνωση, επιβεβαιώνεται από έρευνα των Soleimani και Esfahani (2019), όπου διαπιστώνεται πως το στίγμα της χρήσης ναρκωτικών και της εγκληματικής συμπεριφοράς, είναι αλληλένδετο. Από το 1987 μάλιστα μετά τον Πόλεμο Κατά των Ναρκωτικών (“War on drugs”) ο πληθυσμός των φυλακών, αυξήθηκε κατά 114%, για εγκλήματα που αφορούσαν στα ναρκωτικά (White & Gorman., 2000).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις των 63 συμμετεχόντων, η ποιότητα ζωής (σωματική υγεία, ψυχική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον), φάνηκε να είναι λίγο χαμηλότερη από «μέτρια». Πράγματι οι χρήστες ουσιών, βιώνουν μια χαμηλή ποιότητα ζωής, ιδίως αν κάνουν ενέσιμη χρήση όπως επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Fischer και συνεργατών, οι οποίοι χρησιμοποίησαν το ίδιο εργαλείο WHOQOL-BREF σε άτομα που κάνουν (ενέσιμη) χρήση ουσιών (2013).

Η παρακολούθηση προγράμματος υποκατάστασης σύμφωνα με τα αποτελέσματα, επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον του συμμετέχοντα. Επιπλέον, παραπάνω από το 50% του δείγματος που παρακολούθησε θεραπευτικό πρόγραμμα, βελτίωσε την ποιότητα της ζωής του. Το εύρημα αυτό

έρχεται να επιβεβαιώσει έρευνα μεταξύ ασθενών χορήγησης βουπρενορφίνης, όπου η συνεχιζόμενη θεραπεία, συνδέθηκε θετικά με την αύξηση της ψυχικής υγείας αλλά και του τομέα του περιβάλλοντος, διαπιστώνοντας πως οι ασθενείς που συμμετέχουν σε θεραπεία βουπρενορφίνης, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους, ιδίως όταν το διάστημα παραμονής σε αυτή, είναι μεγάλο (Mitchell et al., 2015). Επίσης, όπως αναφέρουν οι Wang και συνεργάτες (2012) σε έρευνα που πραγματοποίησαν στην Κίνα το έτος 2007-2008, μια καλή ποιότητα ζωής στους χρήστες ηρωίνης, δεν μπορεί να είναι άσχετη με την (επιτυχή) συμμετοχή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Μάλιστα όσο μεγαλύτερη είναι η παραμονή των συμμετεχόντων της έρευνας σε πρόγραμμα υποκατάστασης, τόσο βελτιώνεται η ποιότητα ζωής αυτών. Οι ίδιοι συγγραφείς, υποστήριξαν πως οι ασθενείς σε πρόγραμμα μεθαδόνης, βελτίωσαν την ποιότητα ζωής τους, όχι μόνο σε σωματικό-φυσικό επίπεδο, αλλά και σε ψυχικό και κοινωνικό. Όπως αναφέρουν «μια καλή εμπειρία αποχής από μια ουσία, μπορεί να ενισχύσει το κίνητρο των ατόμων, να παραμείνουν σε αποχή, γεγονός που βελτιώνει περαιτέρω το αποτέλεσμα της θεραπείας» (2012). Οι ασθενείς σε θεραπεία υποκατάστασης δήλωσαν πως η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, είναι μια από τις σημαντικότερες μεταβλητές για την μείωση της χρήσης των ναρκωτικών (Feelemyer et al., 2015).

Το 65,1% (n=41) του δείγματος της παρούσας μελέτης, δήλωσε πως διαμένει σε σταθερό τόπο κατοικίας. Από το συνολικό δείγμα μόνο 6 απάντησαν ότι είναι άστεγοι και 6 χωρίς σταθερό τόπο διαμονής. Βάσει των αποτελεσμάτων, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η στέγαση επηρεάζει με κάποιο τρόπο την σωματική υγεία των ατόμων. Το εύρημα αυτό λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος δεν μπορεί να θεωρηθεί σημαντικό κι έρχεται σε αντίθεση με αναφορές άλλων ερευνών που αναφέρουν πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της έλλειψης στέγης και της κατάστασης υγείας (National Health Care for the Homeless Council, 2019). Επιπλέον, η πρόσβασή των αστέγων σε δομές υγειονομικής περίθαλψης, είναι ελλιπής. Η Feantsa υποστηρίζει επίσης πως οι άστεγοι αναφέρουν πολύ χαμηλότερη υγεία από το γενικό πληθυσμό. Επιπλέον η έκταση εθισμού από ναρκωτικά, είναι αρκετά υψηλή στον άστεγο πληθυσμό, με 25% των αστέγων να κάνουν τουλάχιστον χρήση μιας ουσίας. «Για μερικούς ανθρώπους, η κατάχρηση ναρκωτικών αποτελεί βασικό παράγοντα για να γίνουν άστεγοι. Για άλλους, η εμπειρία της έλλειψης στέγης προκαλεί κατάχρηση ναρκωτικών ή επιδεινώνει ένα υπάρχον πρόβλημα ναρκωτικών. Ομοίως, ο συνδυασμός αστεγίας και εθισμού μπορεί να ενισχύσει ο ένας τον άλλον και να

προκαλέσει ή / και να εντείνει άλλες σχετικές δυσκολίες» (Neale & Kennedy, 2002: 196). Η ασυμφωνία των ερευνών, ίσως οφείλεται σε έναν περιορισμό της παρούσας μελέτης, δηλαδή στο γεγονός ότι το ποσοστό των άστεγων χρηστών ήταν μικρό και ότι ακόμη και διαμένοντες σε ξενώνα, δήλωσαν πως διαθέτουν ‘σταθερό’ τόπο διαμονής, καθώς ο χρόνος παραμονής τους σε αυτόν, δεν είναι συνεχόμενος, αλλά συχνά φιλοξενούνται από οικεία πρόσωπα, σε ασφαλή καταλύματα.

Η υπόθεση ότι η συγκεκριμένη ομάδα ατόμων, δεν διαθέτει υποστηρικτικό περιβάλλον, επιβεβαιώθηκε από τις ατομικές αναφορές των ερωτηθέντων με το μεγαλύτερο ποσοστό να δίνει την απάντηση «καθόλου» ή «λίγο». Όντως, η κοινωνική υποστήριξη βοηθά στην ανάκαμψη των ατόμων με εξάρτηση στα ναρκωτικά. Αυτή η υποστήριξη μπορεί να προέρχεται από μέλη της οικογένειας και συζύγους, φίλους, ομότιμους, ακόμη και γείτονες (Kelly et al., 2010). Μάλιστα στις θεραπευτικές διαδικασίες που εμπλέκεται και η οικογένεια, φαίνεται πως αυξάνεται το κίνητρο του χρήστη για αλλαγή και βελτιώνεται η κατάσταση του, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησαν οι Baharudin και συνεργάτες (2013) για την αποτελεσματικότητα της οικογενειακής υποστήριξης.

Περιορισμοί της έρευνας

Η έρευνα αυτή διεξήχθη τους μήνες Οκτώβριο- Δεκέμβριο του 2020 στην Αθήνα. Την περίοδο αυτή η ανθρωπότητα έχει πληγεί από πανδημία, συγκεκριμένα από τον νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2. Τόσο ο περιορισμός κυκλοφορίας, όσο τα μέτρα προστασίας για την διασφάλιση της ατομικής και δημόσιας υγείας, αποτέλεσαν σημαντικό εμπόδιο στη συλλογή μεγάλου αριθμητικά δείγματος, όσο και στην ομαλή χορήγηση των ερωτηματολογίων. Οι υποστηρικτικές δομές αστέγων αλλά και χρηστών, δεν επέτρεπαν την είσοδο ερευνητών ή η πρόσβασή τους στις δομές, πραγματοποιούνταν υπό συγκεκριμένες συνθήκες και πάντα με την παρουσία λίγων ατόμων. Αυτός ήταν ο λόγος για τον οποίο η μελέτη περιορίστηκε σε συγκεκριμένες δομές και οι συμμετέχοντες ήταν λιγότεροι από όσους προβλεπόταν.

Επιπλέον, η προσέγγιση της ομάδας των χρηστών είναι δύσκολη ούτως ή άλλως, πόσο μάλλον εκείνων που διαβιούν στο δρόμο. Η συμπλήρωση ερωτηματολογίων στο δρόμο, είναι σχεδόν αδύνατη. Πολλοί από τους χρήστες,

βιάζονταν, δεν είχαν διάθεση, δεν ήθελαν να μοιραστούν, ή διέκοπταν τη διαδικασία επειδή κουράστηκαν, δεν ήταν συγκεντρωμένοι ή ήταν υπό την επήρεια ναρκωτικών. Στον ξενώνα αστέγων, πραγματοποιούνταν ταυτόχρονα και άλλες έρευνες, με χρηματική αμοιβή, γεγονός που επικέντρωνε το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων σε αυτές. Για το λόγο αυτό, ο αριθμός των αστέγων αλλά και των διαμενόντων σε ξενώνα, ήταν μικρός, συγκριτικά με εκείνους που έχουν σταθερό τόπο διαμονής.

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν άντρες και γνώστες της ελληνικής γλώσσας. Αυτό συνέβη διότι, σε γενικές γραμμές οι άντρες χρήστες είναι περισσότεροι σε αριθμό κι επειδή το ερωτηματολόγιο ήταν αυτο-συμπληρούμενο και γραμμένο στην ελληνική γλώσσα, ήταν αδύνατο για κάποιον μετανάστη/ πρόσφυγα να το συμπληρώσει. Ωστόσο θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθεί στο μέλλον, η πληθυσμιακή ομάδα των μεταναστών χρηστών σχετικά με την ποιότητα της ζωής τους.

Συμπεράσματα- Προτάσεις

Βρέθηκε πως η ποιότητα ζωής -σχετιζόμενη όχι μόνο με την κατάσταση υγείας, αλλά και με την ικανοποίηση από τη ζωή, τους κοινωνικούς δεσμούς και την ψυχολογική κατάσταση- σχετίζεται με την χρήση ουσιών και με την παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος. Στην βιβλιογραφία υπάρχουν ενδείξεις πως η στέγαση διαδραματίζει επίσης καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων και παρόλο που κάτι τέτοιο δεν φάνηκε στα ευρήματα της μελέτης αυτής, προτείνεται να διερευνηθεί ο παράγοντας αυτός σε μελλοντικές εργασίες. Το υποστηρικτικό περιβάλλον επιπλέον είναι σημαντικό στη ζωή των χρηστών, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας. Αξίζει να αξιολογηθεί περαιτέρω η πτυχή αυτή, τόσο από την πλευρά των χρηστών, όσο και από το οικογενειακό και οικείο περιβάλλον αυτού, αφού είναι γνωστό ότι όλη η οικογένεια βιώνει τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης.

Όπως προκύπτει από την βιβλιογραφία, λίγες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για την ποιότητα ζωής των χρηστών και ιδιαίτερα για εκείνους που ζουν στο περιθώριο της κοινωνίας. Συγκεκριμένα για την Ελλάδα, κρίνεται αναγκαίο να δημιουργούνται τέτοιου είδους μελέτες, με σκοπό να δίνεται έμφαση σε ανθρώπους που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες, προκειμένου να βελτιώνεται τόσο ατομικά η

ποιότητα ζωής τους, καθώς και να διασφαλίζεται η δημόσια υγεία και η ψυχική σταθερότητα. Επιπλέον, η Ποιότητα Ζωής (QoL) έχει γίνει ένας σημαντικός παράγοντας για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Η ποιότητα ζωής, είναι συχνά εστιασμένη στην υγεία και λίγες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για το πώς γίνεται αντιληπτή από τους χρήστες ουσιών. Προτεραιότητα της παρούσας έρευνας, είναι να ωφελήσει την επιστημονική και θεραπευτική κοινότητα να έρθει σε ουσιαστικότερη επαφή με τις πραγματικές ανάγκες των χρηστών και να βελτιώσει την προσέγγιση τους με καλύτερη πρόσβαση αυτών σε δομές υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και να προτείνει την διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών, εξειδικευμένων σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Βιδάλης, Α. & Συγγελάκης, Μ. (2000). Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής Nottingham Health Profile (NHP) – Ελληνική έκδοση. *Ιπποκράτης*, 4 (1), σ.σ. 39-42.
- Γρηγορίου, Σ., Καρατζαφέρη, Χ., Γιαννάκη, Χ. & Σακκάς, Γ. (2015). Αξιολόγηση αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής. [Κεφάλαιο Συγγράμματος]. Στο Σακκάς, Γ., Γιάκας, Γ., Γιαννάκη, Χ. κ.α. (2015). *Εγχειρίδιο για την σωματική αξιολόγηση ειδικών πληθυσμών: δοκιμασίες εργαστηρίου και πεδίου για την επιστημονική υποστήριξη προγραμμάτων άσκησης για υγεία*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/4901>.
- Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού (ΕΙΕΑΔ). (χ.χ.). *Προγράμματα Αστέγων- Στέγαση και Εργασίας*. [Πρόσβαση στις 14/12/2020]. <https://www.eiead.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=452&Itemid=227&lang=el>.
- Θεοδωρικάκου, Ο., Αλαμάνου, Α., Σταματογιαννοπούλου, Ε., Τούρκου, Α., Καρύδη, Κ., Σαραντίδης, Δ., Κατσαδώρας, Κ. (2012, 4 Φεβρουαρίου). Οι άστεγοι στην Ελλάδα του 2012. *Κλίμακα*, σ.1.
- Λιάππας, Ι., Παπαρηγόπουλος, Θ., Μουσάς, Γ. Ι., Μέλλος, Ε. & Καραϊσκος, Δ. Α. (χ.χ.). *Θεραπευτικά Πρωτόκολλα στην Αντιμετώπιση των Ουσιοεξαρτήσεων*. [Πρόσβαση στις 25/11/2020]. <https://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=14016&folderId=236302&name=DLFE-1901.pdf>.
- Κοινωνία Ίσων Ευκαιριών - Equal Society (χ.χ.). *Ποιοι Είμαστε*. [Πρόσβαση στις 14/12/2020]. <<https://equalsociety.gr/el/about-us>>.
- Μάτσα, Κ. (2006). Κοινωνικός Αποκλεισμός και τοξικομανία: Όψεις της βιοπολιτικής της εξουσίας. *Κοινωνία και ψυχική Υγεία*, σσ. 66-76
- Μάτσα, Κ. (2013). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα.
- Νόμος 4052/2012 (ΦΕΚ 41/Α/1-3-2012): Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής

Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις.

Νόμος 4139/2013 (ΦΕΚ 74/Α/20-03-2013): Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις.

Ντινάκη, Φ., Σχοινά, Ι., Λέλοβ-α, Σ. & Πανουτσόπουλος, Α. (2011). *Έλεγχος μονάδων υποκατάστασης και λοιπών του Ο.ΚΑ.ΝΑ.* . Αθήνα: Ελληνική Δημοκρατία, Γενικός Επιθεωρητής Δημόσιας Διοίκησης, Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή Ελλάδας. (2009). *Γνώμη της Ο.Κ.Ε -Φτώχεια*. [Πρόσβαση στις 03/12/2020].
< http://www.oke.gr/sites/default/files/op_210.pdf> .

Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών. (χ.χ.). *Θεραπεία με Υποκατάσταση*. [Πρόσβαση στις 15/12/2020]. <<https://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/politikiokanatherapei>> .

Παπαρρηγόπουλος, Θ. & Δάλλα, Χ. (2019). *Οι εξαρτήσεις: Αίτια, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση*. Κρήτη: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.

Παπατριανταφύλλου, Σ. (2017). *Εξάρτηση και εξαρτήσεις. Όλα όσα θέλετε να γνωρίζετε για τις εξαρτήσεις*. Αθήνα: Ασημάκης.

Παππά, Α. Σ. (2016). *Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Ουσιοεξάρτηση: Συγκριτική Εκτίμηση από Ασθενείς, Συγγενείς και Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας*. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία 2008 – 2012*. Αθήνα.

Υφαντόπουλος, Γ. & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), σ.σ. 218-229.

Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (1), σ.σ. 6-18.

Αγγλική Βιβλιογραφία

- Amore, K., Baker, M., & Howden-Chapman, P. (2011). The ETHOS Definition and Classification of Homelessness: An Analysis. *European Journal of Homelessness*, 5(2), pp. 19-37.
- Assari, S. & Jafari, M. (2010). Quality of life and drug abuse. In: Preedy V.R., Watson R.R. (editors). *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_214.
- Ayed, N., Akther, S., Bird, V., Prierbe, S. & Jones, J. (2020). How is Social Capital Conceptualised in the Context of Homelessness? A Conceptual Review using a Systematic Search. *European Journal of Homelessness*, 14 (2), pp. 99-136.
- Baharudin, D. F., Mohd Hussin, A. H., Sumari, M., Mohamed, S., Zakaria, M. Z. & Sawai, R. P. (2013). Family intervention for the treatment and rehabilitation of drug addiction: an exploratory study. *Journal of Substance Use*, Early online, pp. 1-6, doi: 10.3109/14659891.2013.799239.
- Beaucham, C. & Tapp, L. (2014). Evaluation of exposure to chemicals at a polymer additive manufacturing facility. *Health Hazard Evaluation Report*, pp. 2-27.
- Cami, J. & Farre, M. (2003). Mechanism of disease: Drug Addiction. *The New England Journal of Medicine*, 349 (10), 975-986.
- Chan, G. H. Y., Wing Lo, T., Tam, C. h. L. & Lee G.K.W. (2019). Intrinsic Motivation and Psychological Connectedness to Drug Abuse and Rehabilitation: The Perspective of Self-Determination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, pp.1934. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16111934>.
- Conalogue, D., Maunder, N., Areington, A., Martin, K., Clarke, V. & Scott, S. (2019). Homeless people and health: a qualitative enquiry into their practices and perceptions. *Journal of Public Health*, pp. 1-8, doi:10.1093/pubmed/fdz104.
- Connor, G. O. & Fitzpatrick, K. (2017). Do Place and Time Make a Difference? Examining Quality of Life Among Homeless Persons in Northwest Arkansas and Birmingham. *Community Ment Health Journal*, 53, pp. 334-339.
- Department of mental health World Health Organization. (1999). *Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life Assessment Instrument – WHOQOL*. Switzerland.

- Doran, K.M., Rahai, N., McCormack, R.P., Milian, J., Shelley, D., Rotrosen, J. & Gelberg, L. (2018). Substance use and homelessness among emergency department patients. *Drug Alcohol Depend*, 188, pp. 328-333, doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.04.021.
- EMCDDA. (2000). *Substitution treatment*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. European Medicines Agency. (2020). *Suboxone (βουπρενορφίνη/ ναλοξόνη) Ανασκόπηση του Suboxone και αιτιολογικό έγκρισης στην ΕΕ*. [Πρόσβαση στις 22/11/2020].
< europa.eu/en/documents/overview/suboxone-epar-medicine >.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2002). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 92-9168-129-6.
- European Observatory on Homelessness. (2015). *Local Connection Rules and Access to Homelessness*. Brussels: European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, pp.502-508.
- Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL. (χ.χ). *ETHOS – Ευρωπαϊκή Τυπολογία για την Έλλειψη Στέγης και τον Αποκλεισμό από την Κατοικία*. [Retrieved on 25/11/2020].
<https://www.feantsa.org/download/el___6311838887283173706.pdf> .
- Fischer, J. A., Conrad, S., Clavarino, A. M., Kemp, R. & Najman, J. M. (2013). Quality of life of people who inject drugs: characteristics and comparisons with other population samples. *Quality of life Research*, 22, pp.2113-2121.
- Feelemyer, J. P., Jarlais, D. C. D., Arasteh, K., Phillips, B. W. & Hagan, H. (2014). Changes in Quality of Life (WHOQOL-BREF) and Addiction Severity Index (ASI) among participants in Opioid Substitution Treatment (OST) in Low and Middle Income Countries: An International Systematic Review. *Drug Alcohol Depend*, pp. 134-151.
- Fernandez Rodriguez, V., Fernandez Sobrino, A. M. and Lopez Castro, J. (2016). La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones, *Revista de Calidad Asistencial*, 31 (1), pp. 3-9.

- Gill, J. and Gainous, J. (2002). Why Does Voting Get so Complicated? A Review of Theories for Analyzing Democratic Participation *Statistical Science*, 17 (4), pp. 383-404.
- Housing First England. (x.x.). *About Housing First*. [Retrieved on 16/12/2020].
<<https://hfe.homeless.org.uk/about-housing-first>> .
- Kelly, S. M., O'Grady, K. E., Schwartz R. P., Peterson, J. A., Wilson, M. E. & Brown, B. S. (2010). The relationship of social support to treatment entry and engagement: The Community Assessment Inventory. *Substance Abuse*, 31(1), pp. 43–52. doi: 10.1080/08897070903442640.
- Lawless, M., and Corr, C. (2005). *A Report for the National Advisory Committee on Drugs*. Ireland: Stationery Office.
- Lempens, A., Mheen, D. & Barendregt, C. (2003). Homeless Drug Users in Rotterdam, The Netherlands: Profile, Way of Life, and the Need for Assistance. *Substance Use and Misuse*, 38 (3), pp. 339-375.
- Leng, G. (2017). *Health and homelessness – a guide for local authorities*. London: Local Government Association.
- Mcketin, R., Voce, A., Burns, R. & Shanahan, M. (2019). Health-related quality of life among people who use methamphetamine, *Drug and Alcohol Review*, 38, pp. 503–509.
- Mitchell, S. G., Gryczynski, J., Schwartz, R. P. et al. (2015). Changes in Quality of Life following Buprenorphine Treatment: Relationship with Treatment Retention and Illicit Opioid Use, *Journal of Psychoactive Drugs*, 47 (2), pp.149–157.
- Moreira, T.C., Figueiró, L.R., Fernandes, S., Justo, F. M., Dias, I. R., Tannhauser, Barros, H.M. & Ferigolo, M. (2013). Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Ciencia &Saude Coletiva*, 18 (7), pp. 1953-1962.
- National Health Care for the Homeless Council. (2019). *Homeless and health: What's the connection?* . [Πρόσβαση στις 28/01/2021] <https://nhchc.org/> .
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *The National Institute on Drug Abuse: Media Guide*. U.S.A.: NIDA. [Retrieved on 05/12/2020].
< <https://www.drugabuse.gov/>>.
- Neale, J. (2002). Good practice towards homeless drug users: research evidence from Scotland. *Health and Social Care in the Community*, 10(3), pp. 196–205.

- O' Brien, K.K., Schuttke, A., Alhakeem, A. et al. (2015). Health, perceived quality of life and health services use among homeless illicit drug users, *Drug and Alcohol Dependence*, 154, pp. 139-145.
- Ponizovsky, A & Grinshpoon, A. (2007). Quality of Life Among Heroin Users on Buprenorphine versus Methadone Maintenance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33 (5), pp. 631-642.
- Preedy, V.R. & Watson, R.R. (2010). *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. New York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0>.
- Romaszko, J., Cymes, I., Dragańska, E., Kuchta, R. & Glińska-Lewczuk, K. (2017). Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. *Plos One*, 12(2), pp. 1-16, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189938>.
- Sadzaglishvili, S., Scharf, S. & Kalandadze, T. (2018). Descriptive Study of Roofless People in the Post Soviet Georgia. *Journal of Sociological Research*, 9 (1), pp. 15-31.
- Silveira, C., Meyer, C., Souza G. R. et al. (2013). Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. Drug users' quality of life, self-esteem and self-image.
- Skevington, S.M., Lotfy, M. & O'Connel, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, pp. 299–310.
- Soleimani, M. & Esfahani, M. K. (2019). The impact of network of social relationships effective in drug addiction and crime in connection with the it. *UCT Journal of Social Science and Humanities Research*, 7 (3), pp. 37-41.
- Stenberg, S.A., Brännström, L., Lindberg C. & Almquist, Y. B. (2020). Risk Factors for Housing Evictions: Evidence from Panel Data. *European Journal of Homelessness*, 14 (2), pp. 115-135.
- Wang, P.W., Wu, H.C., Yen, C.N., Yeh, Y.C., Chung, K.S., Chang, H.C., Yen, C.F. (2012). Change in Quality of Life and Its Predictors in Heroin Users Receiving Methadone Maintenance Treatment in Taiwan: An 18-Month Follow-Up Study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(3), pp. 213-219.

White, H. & Gorman, D. M. (2011). Dynamics of the Drug-Crime Relationship.
Criminal Justice, 1.

Ziomas, D., Konstantinidou, D., Capella, A. & Vezyrgianni, K. (2019). ESPN
Thematic Report on National strategies to fight homelessness and housing
exclusion – Greece. *European Social Policy Network (ESPN)*, Brussels:
European Commission.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1) Χάρτης υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ: <https://www.okana.gr/okana-map-of-services>

2) Ερωτηματολόγιο- Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Δημογραφικά στοιχεία

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

/ /
Ημέρα Μήνας
Έτος

ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΠΙΨΥ
(ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ)
:

1. ΦΥΛΟ:

Ανδρας

☐

Γυναίκα

☐

Άλλο

☐

2.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

/ /
Ημέρα
Μήνας
Έτος

3. ΗΛΙΚΙΑ
ΣΕ ΕΤΗ:

.....

4. ΕΧΕΤΕ ΓΕΝΝΗΘΕΙ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;

Ναι
☐

Όχι ☐, γεννήθηκα στ
και ζω στην Ελλάδαχρόνια

5.ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ: Ελληνική ☐ Άλλη ☐ Εθνικότητα:

6. ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (ΝΟΜΟΣ):

7. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ (απόφοιτος):

Κανένα ☐ Δημοτικού ☐ Γυμνασίου ☐ Λυκείου ☐

☐

Τεχνική Σχολή(μετά το γυμνάσιο) ☐ Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (πχ. ΙΕΚ) ☐

Ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ) ☐ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό ☐

7.1. ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

8. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Άγαμος – η ☐ Έγγαμος – η ☐ Συμβίωση ☐

Σε διάσταση ☐ Διαζευγμένος – η ☐ Χήρος -α ☐

8.1. Έχετε παιδιά; Ναι ☐ Όχι ☐

8.2. Αν ΝΑΙ, πόσα; Ανήλικα Ενήλικα

8.3. Διαμένετε με τα παιδιά σας; Ναι ☐ Όχι ☐

9. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

Χωρίς σταθερό τόπο διαμονής ☐ Εάν απαντήσατε «Σε ξενώνα/προστατευόμενο διαμέρισμα», αναφέρατε:

Σε ξενώνα/προστατευόμενο διαμέρισμα ☐

Σταθερός τόπος κατοικίας ☐

Άστεγος-η ☐

9.1. Τι χρονικό διάστημα ήσασταν άστεγος-η πριν ενταχθείτε στον ξενώνα; (σε έτη και μήνες).....

Εάν απαντήσατε «Άστεγος-η», αναφέρετε:

9.2. Το χρονικό διάστημα αστεγίας (σε έτη και μήνες):

9.3. Αιτία αστεγίας:

- Οικογενειακοί λόγοι ☐
- Ανεργία ☐
- Οικονομικά προβλήματα/ χρεοκοπία ☐
- Επιλογή ☐
- Άλλο ☐

9.4. Πόσο ασφαλής νιώθετε στο χώρο που μένετε;

- Καθόλου ☐
- Λίγο ☐
- Μέτρια ☐
- Πολύ ☐
- Απόλυτα ☐

10. Διαμένετε :

- Μόνος – η ☐
- Με την οικογένεια καταγωγής ☐
- Με τη δική σας οικογένεια ☐
- Με τον/την σύντροφο ☐
- Με άλλους μη συγγενείς ☐

11. Έχετε υποστηρικτικό περιβάλλον (οικογένεια, φίλους, προσωπικές σχέσεις);

- Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ ☐ Απόλυτα ☐

12. Τους τελευταίους 12 μήνες μείνατε έστω και για μια νύχτα στο δρόμο, σε πάρκο, εγκαταλελειμμένο σπίτι ή ξενώνα αστέγων;

- Ναι ☐ Όχι ☐

13. Έχετε φάει το τελευταίο 24ωρο;

- Ναι ☐ Όχι ☐

14. Έχετε ποτέ κατηγορηθεί για κάποιο αδίκημα;

- Ναι ☐ Όχι ☐

15. ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| εργαζόμενος/η ☐ | άνεργος/η ☐ | οικονομικά ανενεργός/ή ☐ |
| • με πλήρη απασχόληση ☐ | | • συνταξιούχος ☐ |
| • με μερική απασχόληση ☐ | | • επίδομα αναπηρίας ☐ |
| | | • άλλο ☐ |

- με περιστασιακή
απασχόληση ☐
- αδήλωτη
εργασία ☐
- υποστηριζόμενη
απασχόληση ☐

15.1. Λαμβάνετε οποιοδήποτε επίδομα; Ναι ☐ Όχι ☐

15.1.1. Εάν ναι: (αναφέρατε)

.....
.....

15.2. Επάγγελμα:

.....
.....

16. Πόσα χρόνια κάνετε/κάνατε χρήση; (αναφέρατε)

.....

17. Πόσο ετών ξεκινήσατε τη χρήση; (αναφέρατε)

.....

18. Με ποια ουσία ξεκινήσατε τη χρήση; (αναφέρατε)

.....

19. Ποια είναι η κύρια ουσία που χρησιμοποιείτε αυτή τη περίοδο; (αναφέρατε)

.....

19.1. Με ποιο τρόπο την χρησιμοποιείται κυρίως (τη κύρια ουσία);

Ένεση	☐
Κάπνισμα/Εισπνοή (Στόμα)	☐
Πόση	☐
Μύτη	☐
Άλλο	☐

19.2. Σε ποια ηλικία χρησιμοποιήσατε για πρώτη φορά την κύρια ουσία χρήσης;
(αναφέρατε)

21. Παρακολουθείτε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης;

Ναι ☐ Όχι ☐

21.1. Αν ναι, ποιο;

.....
.....

21.2. Αν ναι, η συμμετοχή σας σε αυτό έχει βελτιώσει την ποιότητα ζωής σας;

Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Μέτρια ☐ Πολύ ☐
Απόλυτα ☐

22. Έχετε παρακολουθήσει στο παρελθόν κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης;

Ναι ☐ Όχι ☐

22.1. Εάν ναι, πόσες φορές έχετε ενταχθεί σε κάποιο πρόγραμμα;

(αναφέρατε)

.....
.....

22.2. Τι είδους πρόγραμμα ήταν;

Στεγνό ☐ Πρόγραμμα Υποκατάστασης ☐

22.3. Ποιο ήταν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που έχετε υπάρξει σε πρόγραμμα απεξάρτησης; (αναφέρατε)

.....
.....

22.3.1. Σε ποιο πρόγραμμα; (αναφέρατε)

.....

3) Οδηγός επιβίωσης για χρήστες Ουσιών στην Αθήνα

**Φρόντισε
τον εαυτό σου!
Είναι ένας και
μοναδικός.**

Μπορείς να μιλήσεις για τα θέματά σου.

Απευθύνσου στις ομάδες Street Work:
ΟΚΑΝΑ: 6942952104
ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ: 6348808514

**Οδηγός
επιβίωσης
στην Αθήνα**

ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
«ΔΙΚΤΥΟ ΑΜΕΣΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
ΓΙΑ ΧΡΗΣΤΕΣ ΟΥΣΙΩΝ»

Το έργο χρηματοδοτείται από την Περιφέρεια Αττικής

Βασικές ανάγκες

▶ ΟΤΑΝ ΧΡΕΙΑΖΕΣΑΙ ΡΟΥΧΑ - ΦΑΓΗΤΟ - ΜΠΑΝΙΟ - ΠΛΥΝΤΗΡΙΟ

• **ΣΤΑΘΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ (ΣΦΕΑ) ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ**
(Καποδιστρίου 46)
Ωράριο: 10:00-14:00 Τηλ.: 210 5202799, 210 5202899

• **OFF CLUB - ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ**
(Εμμανουήλ Μπενάκη 84, Εξάρχεια)
Δευτέρα έως Παρασκευή: 8:00 -15:00 Τηλ.: 210 3301157- 9

• **ΕΙΔΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ (ΕΚΑΠ) ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ**
(Κουμουνδούρου 28, πίσω από το Εθνικό Θέατρο)
Δευτέρα έως Παρασκευή: 10:00 -13:00
Τηλ.: 210 5200800 & 210 5200810

• **ΚΕΝΤΡΟ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΔΗΜΟΥ ΑΘΗΝΑΙΩΝ (ΚΥΑΔΑ)**
(Σοφοκλέους & Πειραιώς 35)
Συσσίτιο - Ωράριο: 12:30 και 14:30 (Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών)
Τηλ.: 210 5246515 & 210.5246516 Δεν απαιτούνται έγγραφα.

• **ΚΟΜΒΟΣ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΠΟΛΙΤΩΝ ΔΗΜΟΥ ΑΘΗΝΑΙΩΝ (ΚΥΑΔΑ)**
(Δομοκού & Φιλαδελφείας)
Ρούχα-Τρόφιμα - Πλυντήριο 09:00-15:00. Τηλ: 210 822 3718

• **ΜΚΟ ΛΟΥΤΡΑ ΑΣΤΕΓΩΝ - ΚΑΤΑΦΥΓΙΟ ΑΓΑΠΗΣ**
(Ευριπίδου 14, κοντά στη Βαρβάκειο αγορά, 7ος όροφος)
Ωράριο (για ελληνοφώνους): Τρίτη και Πέμπτη: 11:30-16:30 ντους/πλυντήρια, 15:30 καφές, 18:30 σίτιση.
Ωράριο (για πρόσφυγες): Δευτέρα: 11:00-14:00 ντους/πλυντήρια, 18:00 σίτιση.
Τετάρτη: 08:00-12:00 ντους/πλυντήρια, 12:40 σίτιση, 13:30-15:00 καφές/συζήτηση Τηλ.: 6977 202398

• **ΙΕΡΟΣ ΝΑΟΣ ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ** (Πειραιώς 5 & Θερμοπυλών)
Υπηρεσίες σίτισης - Ωράριο: 12:00 καθημερινά
Τηλ.: 210 5240675. Απαιτείται εγγραφή μέλους

• **CARITAS HELLAS** (Καποδιστρίου 52)
Υπηρεσίες σίτισης - Ωράριο: 10:30 -13:00
Τηλ: 210. 3626186



Προφύλαξε τον εαυτό σου!

▶ ΣΥΡΙΓΓΕΣ (ΑΝΤΑΛΛΑΓΗ /ΔΙΑΝΟΜΗ) ΔΩΡΕΑΝ ΕΝΕΣΙΜΟ ΥΛΙΚΟ

• **ΕΙΔΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ**
(Κουμουνδούρου 28, πίσω από το Εθνικό Θέατρο)
Δευτέρα έως Παρασκευή: 14:30 – 16:30 Τηλ.: 210 5200800 & 210 5200810

• **OFF CLUB - ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ**
(Εμ. Μπενάκη 84, Εξάρχεια)
Δευτέρα έως Παρασκευή: 8:00 – 15:00 Τηλ.: 210 3301157-9

• **ΣΤΑΘΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ (ΣΦΕΑ) ΟΚΑΝΑ**
(Καποδιστρίου 46)
Ωράριο: 9:30- 15:00 Τηλ.: 210 5202799, 210 5202899



▶ ΔΩΡΕΑΝ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ HIV ΚΑΙ ΆΛΛΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

• **«SIMIO PLUS» ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ**
(Πειραιώς 3 Ορόνια, 2ος όροφος)
Εξετάσεις HIV: Αιμοληψίες: 10:30-12:30 με ραντεβού (αποτελέσματα σε 2 ημέρες) και RAPID TEST (σε 20'). Παρέχεται συμβουλευτική πριν και μετά την εξέταση. Δεν απαιτούνται έγγραφα. Μόνο ένα όνομα.
Ωράριο: 8:00-15:00 Τηλ: 210 8813615

• **ΑΤΗ CHECK POINT «ΘΕΤΙΚΗ ΦΩΝΗ»**
(Πιπτάκη 4, Μοναστηράκι)
Εξετάσεις HIV: Μόνο RAPID TEST με ραντεβού. Τρίτη έως Σάββατο 12:00-20:00. Παρέχεται συμβουλευτική. Δεν απαιτούνται έγγραφα. Μόνο ένα όνομα.
Τηλ: 210 3310400

• **ΜΟΝΑΔΑ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ (MABV) ΟΚΑΝΑ**
(3ης Σεπτεμβρίου)
Εξετάσεις HIV: Αιμοληψίες: 09:00-13:00
Τηλ.: 210 5224202, 210 5224276

• **ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΥΨΕΛΗΣ**
(Χανίων 4B, Κυψέλη)
Τηλ.: 210 8836200



Πρωτοβάθμια φροντίδα

- ▶ **ΠΑΡΕ ΑΜΕΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ**
 - **MABY (Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης) ΟΚΑΝΑ** (3ης Σεπτεμβρίου)
9:00-19:00 Τηλ.: 210 5224202, 210 5224276
 - **ΕΙΔΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ** (Κοιμουνδούρου 28, πίσω από το Εθνικό Θέατρο)
Δευτέρα έως Παρασκευή: 10:00-16:30 210 5200800 & 210 5200810
 - **OFF CLUB - ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ** (Ερμ. Μπενάκη 84, Εξάρχεια)
Δευτέρα έως Παρασκευή: 08:00-15:00. Τηλ.: 210 3301157-9
 - **ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ «ΚΑΛΟΦΟΡΟΥΛΕΙΟ»** (Σόλωνος 78) Τηλ.: 210 9626587
 - **ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΝΕΟΥ ΚΟΣΜΟΥ** (Φανοσθένους & Φρειδερίκου Σμύρ) Τηλ.: 210 9239865
 - **ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΕΤΡΑΔΙΝΩΝ** (Θεσσαλονίκης 48 & Ηρακλειδών) Τηλ.: 210 3427515
 - **ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΛΩΝΟΣ** (Αγίας Σοφίας 110 & Προποντιδός) Τηλ.: 210 5121921
 - **ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΑΤΗΣΙΩΝ** (Σαρανταπόρου 4 Άνω Πατήσια) Τηλ.: 210 2015510-11
 - **ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΥΨΕΛΗΣ** (Χανίων 4B Κυψέλη) Τηλ.: 210 8836200
 - **ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΤΗΣ ΜΚΟ «PRAKSIS»** (Παιωνίου 5 & Αχαρνών, Πλ. Βικτωρίας & Δεληγνώργη 26-28)



Κοινωνικά φαρμακεία

- ▶ **ΠΑΡΕ ΔΩΡΕΑΝ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΟΥ:**
 - **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ – ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΑΘΗΝΑΣ** (Χλειαθένους και Ικτίνας 2, 2ος όροφος)
11:00-18:00. Τηλ.: 210 3802037
 - **ΚΟΜΒΟΣ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΠΟΛΙΤΩΝ ΔΗΜΟΥ ΑΘΗΝΑΙΩΝ (ΚΥΑΔΑ)** (Διομακού & Φιλαδελφείας)
09:00-15:00. Τηλ.: 210 822 3718
 - **ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ** (Σεβαστοπούλεως 113)
09:00-13:00. Τηλ.: 210 3816404



Φροντίδα για γυναίκες

- ▶ **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»** (Λαμψάκου 6, Αθήνα)
 - Δωρεάν γυναικολογικός έλεγχος με τη βιβλιαρίδα απορίας
 - Υποστήριξη και ενημέρωση σε θέματα εγκυμοσύνης, στο τμήμα «Οικογενειακού Προγραμματισμού».
 - Τηλ.: 210 3381776
- **ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΤΗΣ ΜΚΟ «PRAKSIS»** (Παιωνίου 5 & Αχαρνών, Πλ. Βικτωρίας)
 - Δωρεάν γυναικολογικός έλεγχος με την ταυτότητα ή με άλλο σχετικό έγγραφο.
 - Εκτελούνται συνταγές μόνο σε όσους δεν διαθέτουν ΑΜΚΑ.
 - Τηρείται σειρά προτεραιότητας (25/μέρα).
 - Έκδοση κάρτας από την Κοινωνική Υπηρεσία.
 - Τηλέφωνο: 210 8213704
- **MABY ΟΚΑΝΑ** (3ης Σεπτεμβρίου 21)
 - Αν δεν μπορείς να κόψεις τη χρήση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης απευθύνσου στον ΟΚΑΝΑ. Τηλ.: 210 2001985 & 210 5200391
- **ΚΕΝΤΡΟ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΟΥ 18 ΑΝΩ** (Αριστέιδου 10-12, 2ος όροφος)
Ειδικό πρόγραμμα για εξαρτημένες μητέρες και παιδιά. Για να προγραμματίσεις τη ζωή σου μακριά από τη χρήση μαζί με το παιδί σου.
Τηλ.: 210 3219290, 210 321599

Βεβαίωση αστεγίας: Απευθύνσου στην ομάδα **street work** Δήμου Αθηναίων (Πειραιώς 35)

Αποφυλακισμένοι/ες

- **ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΙ:** Κέντρο Υποδοχής και Επανεκκίνησης Αποφυλακισμένων (Δροσπούλου 41-43 & Τήνου, Κυψέλη)
Τηλ.: 210 3847700, 210 3300058, 210 3920833
- **18 ΑΝΩ:** Πρόγραμμα Φυλακών (Ασκληπιάδ 19)
Συμβουλευτικός Σταθμός
Τηλ.: 210 3611808, 210 3614242
- **ΕΠΙΛΗΨΙΟ:** Κέντρο Επανεκκίνησης Αποφυλακισμένων (Δεργινού 28-30 & 3ης Σεπτεμβρίου, Πλ. Βικτωρίας)
Τηλ.: 210 8815904, 210 8815032
- **Ο ΟΝΗΣΙΜΟΣ:** Κέντρο Συμπαράστασης Κρατουμένων (Ασκληπιάδ 60Α & Στεργίου Πατριάρχου 8, Αθήνα)
Τηλ.: 210 3622017, 210 3645305

Νομικές και λογιστικές υπηρεσίες

- ▶ **ΒΡΕΣ ΔΙΚΗΓΟΡΟ ή ΛΟΓΙΣΤΗ**
- **ΚΕΝΤΡΟ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΑΘΗΝΑΣ «Solidarity Now»:** (Διομακού 2, έναντι Σταθμού Λαρίσης, 2ος όροφος)
Τηλ.: 210 8220883
- **ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ACTIONAID** (Πέτρας 93, Κολωνός)
Τηλ.: 215 5557345

Γραμμές βοήθειας & υποστήριξης

Γραμμή Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Κ.Α.), όλο το 24ωρο: 197
Γραμμή SOS της Γενικής Γραμματείας Ισότητας, όλο το 24ωρο: 16900
Ανοιχτή γραμμή SOS για τα ναρκωτικά ΟΚΑΝΑ: 1031
Τμήμα ανοιχτής γραμμής. Μονάδα απεξάρτησης τοξικομανών και αλκοολικών 18 ΑΝΩ: 210 3617089
Κλίμακα, παρέμβαση για την αυτοκτονία, όλο το 24ωρο: 1018
Γραμμή βοήθειας ΚΕΘΕΑ για τις εξαρτήσεις: 1145
Δευτέρα & Τετάρτη 13:00-21:00, Τρίτη, Πέμπτη, Παρασκευή 09:00-17:00
Δήμος Αθηναίων, όλο το 24ωρο: 1695
Γραμμή έκτακτης ανάγκης του ΕΚΑΒ: 166

Αν σκέφτεσαι τη θεραπεία

- ▶ **Εισαγωγή σε θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ** (Κοιμουνδούρου 28, πίσω από το Εθνικό Θέατρο)
Τηλ.: 210 5200800 & 210 5200810
(Μπενάκη 84, Εξάρχεια) Τηλ.: 210 3301157-9
18 ΑΝΩ (Ασκληπιάδ 19) Τηλ.: 210 3611803

Αίτηση εισαγωγής σε πρόγραμμα υποκατάστασης ΟΚΑΝΑ (3ης Σεπτεμβρίου 21) Τηλ.: 210 5201985

ΟΚΑΝΑ ΑΝΟΙΚΤΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ SOS: 1031
ΚΕΘΕΑ ΓΡΑΜΜΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ: 1145
ΑΝΟΙΚΤΗ ΓΡΑΜΜΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΤΗ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ: 1595

Φρόντισε τον εαυτό σου!
Είναι ένας και μοναδικός.

Από την ομάδα **street work**, στο πρόγραμμα «Δίκτυο Άμεσης Παρέμβασης για Χρήστες Ουσιών».

Πηγή: <https://www.okana.gr/2012-01-12-13-29-02/anakoinoseis/item/1696-hmerida-diktyo-ameshs-paremvashs>

4) Έντυπο ενημέρωσης για την ερευνητική μελέτη στον ξενώνα ΙΟΝΙΣ- Μπουσάι



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ-Ο.ΚΑ.ΝΑ.

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Προφίλ χρήσης, ψυχοπαθολογία, ποιότητα ζωής και επιπολασμός του νέου κορωνοϊού SARS-CoV-2 στον πληθυσμό των αστεγών χρηστών-στριων που διαμένουν στον ξενώνα μεταβατικής φιλοξενίας «Ιονίς».

Το Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης και ο ξενώνας μεταβατικής φιλοξενίας αστεγών χρηστών-στριών «Ιονίς» διεξάγουν μελέτη με θέμα: *«Προφίλ χρήσης, ψυχοπαθολογία, ποιότητα ζωής και επιπολασμός του νέου κορωνοϊού SARS-CoV-2 στον πληθυσμό των αστεγών χρηστών-στριων που διαμένουν στον ξενώνα μεταβατικής φιλοξενίας «Ιονίς».*

Στόχος της μελέτης είναι να περιγράψει το προφίλ και την πορεία (με όρους ποιότητας ζωής, ψυχικής υγείας και προφίλ χρήσης ουσιών) των αστεγών ή των ατόμων που διαμένουν σε επισφαλείς μορφές στέγασης και κάνουν, παράλληλα, χρήση ουσιών.

Αν δεχθείτε να λάβετε μέρος στη μελέτη θα χρειαστεί να συμμετάσχετε στις ακόλουθες ερευνητικές διαδικασίες:

- Συμπλήρωση ερωτηματολογίου δημογραφικών στοιχείων (διάρκειας περίπου 10 λεπτών)
- Συνέντευξη για τη συμπλήρωση της δομημένης συνέντευξης Hellenic Treatment Outcomes Profile-HTOP (διάρκειας περίπου 15 λεπτών)
- Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου World Health Organization Quality of Life Instruments - WHO-QOL-BREF (διάρκειας περίπου 10 λεπτών)
- Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου Symptom Checklist 90 – Revised - SCL-90R (διάρκειας περίπου 15 λεπτών)

Το έντυπο αυτό σας χορηγείται με σκοπό να σας πληροφορήσει για το σκοπό και τους στόχους της παρούσας μελέτης. Όλες οι πληροφορίες που θα μας δώσετε είναι εμπιστευτικές και θα αντιμετωπισθούν με εχεμύθεια. Πρόσβαση στην πληροφορία αυτή θα έχουν μόνο οι ερευνητές/τριες που συμμετέχουν στη μελέτη.

Η παρούσα μελέτη έχει εγκριθεί από τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (αρ. πρωτ. 2830- 9/07/2020).

Εάν έχετε περαιτέρω ερωτήσεις ή ανησυχίες σχετικά με αυτή τη μελέτη, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τους/τις Υπευθύνους/ες **κο Κωνσταντίνο Κοκκώλη, Διευθυντή Εφαρμογής Προγραμμάτων Ο.ΚΑ.ΝΑ.** στην ηλεκτρονική διεύθυνση: okana_programs@okana.gr, τηλέφωνο επικοινωνίας +30 210 8898311 και τη **Δρ. Χαρίκλεια Τσατσαρώνη, Υπεύθυνη Τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης Ο.ΚΑ.ΝΑ** στην ηλεκτρονική διεύθυνση: chtstsaroni@okana.gr, τηλέφωνο επικοινωνίας +30 210 8898254.

Για τυχόν παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διαχείριση προσωπικών δεδομένων θα πρέπει να επικοινωνήσετε με τους/τις Υπευθύνους/ες **κο Κωνσταντίνο Κοκκώλη, Διευθυντή Εφαρμογής Προγραμμάτων Ο.ΚΑ.ΝΑ.** στην ηλεκτρονική διεύθυνση: okana_programs@okana.gr, τηλέφωνο επικοινωνίας +30 210 8898311 και τη **Δρ. Χαρίκλεια Τσατσαρώνη, Υπεύθυνη Τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης Ο.ΚΑ.ΝΑ** στην ηλεκτρονική διεύθυνση: chtstsaroni@okana.gr, τηλέφωνο επικοινωνίας +30 210 8898254, και σε κάθε περίπτωση με την **Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα** (complaints@dpa.gr).

Συμπληρωματικά, θα χρειαστεί να συμπληρώσετε άλλα δύο σύντομα ερωτηματολόγια (Drug Use Disorders Identification Test – DUDIT και Κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή) για την έρευνα που πραγματοποιεί η κα Πάολα Μπουσάι, στα πλαίσια της Διπλωματικής της εργασίας στο ΠΜΣ Εξαρτησιολογία - Αντιμετώπιση των Εξαρτήσεων (Α.Π. ΟΚΑΝΑ 35969/15.10.2020), υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας της Ιατρικής του ΕΚΠΑ Μινέρβας – Μελπομένης Μαλλιώρη.

Θα σας δοθεί αντίγραφο αυτού του εγγράφου.

Ημερομηνία Ημερομηνία

Υπογραφή συμμετέχοντα-ουσας
.....

Υπογραφή ερευνητή-τριας
.....