



Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Πρόεδρος: Καθηγητής Πέτρος Π. Σφηκάκης

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική — Διευθυντής: Καθηγητής Χαράλαμπος Παπαγεωργίου

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ
ΜΗ-ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΜΕΝΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΦΩΤΙΟΥ

ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΟΣ

ΑΘΗΝΑ, 2015

Θέμα διατριβής

Διερεύνηση της Ποιότητας της Μέτρησης της Μη-Συνταγογραφημένης Χρήσης Ψυχοδραστικών Φαρμάκων στους Εφήβους ουσ στην Ελλάδα

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπουσα:

κα Άννα Κοκκέβη, Ομότιμη Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Μέλη:

κα Κλεάνθη-Ελένη (Κλέα) Κατσουγιάννη, Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

κος Δημήτριος Πλουμπίδης, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Επταμελής Εξεταστική Επιτροπή

κα Άννα Κοκκέβη, Ομότιμη Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

κα Κλεάνθη-Ελένη (Κλέα) Κατσουγιάννη, Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

κα Χάϊδω (Χαρά) Σπηλιοπούλου, Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

κος Χαράλαμπος Παπαγεωργίου, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

κος Δημήτριος Πλουμπίδης, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

κα Μινέρβα-Μελπομένη (Μένη) Μαλλιώρα, Αναπλ. Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

κος Θωμάς Παπαρρηγόπουλος, Αναπλ. Καθηγητής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ημερομηνία Αίτησης: 11-7-2007

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 10-10-2007

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 9-1-2008 (μεταβολή 28-1-2015)

Ημερομηνία κατάθεσης διδακτορικής διατριβής: 16-2-2015

Ημερομηνία υποστήριξης διδακτορικής διατριβής: 3-6-2015

Βαθμός Διατριβής: «ΑΡΙΣΤΑ»

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ¹

Ο Αναστάσιος (Τάσος) Φωτίου (ΑΦ) σπούδασε Κοινωνιολογία στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης (1988-1992) και συνέχισε, με υποτροφία του Ιδρύματος Κρατικών Υποτροφιών, με μεταπτυχιακές σπουδές στο ίδιο αντικείμενο στο Πανεπιστήμιο του Έσσεξ, Ηνωμένο Βασίλειο (1994-1995). Στο ίδιο πανεπιστήμιο υποστήριξε ακολούθως το ερευνητικό και διδακτικό έργο των Τμημάτων της Κοινωνιολογίας και των Ευρωπαϊκών Σπουδών (1996-2000). Από το 2001 ο ΑΦ ανήκει στο επιστημονικό προσωπικό του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ, Δ/ντής: Καθηγητής Κ. Ν. Στεφανής), στον Τομέα Επιδημιολογίας του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), όπου από το 2010 είναι επικεφαλής του Τομέα. Ο ΑΦ συνεργάζεται επιπλέον με τον Τομέα Επιδημιολογικών & Ψυχοκοινωνικών Ερευνών του ΕΠΨΥ, όπου συμμετέχει στην υλοποίηση επιδημιολογικών ερευνών για την ψυχοκοινωνική υγεία και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στον εφηβικό και τον γενικό πληθυσμό. Έχει ενεργό συμμετοχή στο ερευνητικό, συγγραφικό και εκπαιδευτικό έργο του ΕΠΨΥ και του ΕΚΤΕΠΝ.

Αθήνα, 2015

¹ Το πλήρες βιογραφικό παρατίθεται στο τέλος της διατριβής.

**ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΤΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ
ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

Δημοσιεύσεις του υποψηφίου με στοιχεία από τη διατριβή

Fotiou A, Kanavou E, Richardson C, Ploumpidis D, Kokkevi A (2014) Misuse of prescription opioid analgesics among adolescents in Greece: the importance of peer use and past prescriptions. *Drugs: Education, Prevention & Policy* 21: 559-367.

Δημοσιεύσεις του υποψηφίου με συνάφεια με το θέμα της διατριβής

Holstein BE, Andersen A, Holme Hansen E, **Fotiou A**, Gobina I, Godeau E, Hofmann F, Iannotti R, Levin K, Nic Gabhainn S, Ravens-Sieberer U, Välimaa R, HBSC Medicine Use Writing Group. (2015) Adolescents' medicine use for headache: secular trends in 20 countries 1986-2010. *International Journal of Public Health* 25 (suppl. 2): 76-79.

Fotiou A, Kanavou E, Richardson C, Kokkevi A. (2014) Trends in the association between prescribed and non-prescribed use of tranquilisers or sedatives among adolescents in 22 European countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 31(4), 371-387.

Gobina I, Valimaa R, Tynjala J, Villberg J, Villerusa A, Iannotti RJ, Godeau E, Gabhainn SN, Andersen A, Holstein BE, Griebler R, Borup I, Kokkevi A, **Fotiou A**, Boraccino A, Dallago L, Wagener Y, Levin K, Kuntsche E (2011) The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 20 (4):424-431.

Kokkevi A, **Fotiou A**, Arapaki A, Richardson C (2008) Prevalence, patterns, and correlates of tranquilizer and sedative use among European adolescents. *J Adolesc Health* 43:584-592.

Triandafyllidou A, **Fotiou A** (1998) Sustainability and modernity in the European Union: A frame theory approach to policy-making. *Sociological Research Online* 3 (1): <http://www.socresonline.org.uk/3/1/2.html>.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στις αρχές της δεκαετίας του 2000, η επιθυμία μου να παραμείνω στο περιβάλλον της έρευνας και η συγκυρία με έφεραν στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, το ΕΠΨΥ. Εκεί βρέθηκα ανάμεσα σε επιστήμονες, πρωτοπόρους στην Ελλάδα και διεθνώς στη μελέτη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, της ψυχοκοινωνικής υγείας και των παραγόντων που συνδέονται με αυτήν. Συνέδραμα στο σχεδιασμό και την υλοποίηση ερευνών του ΕΠΨΥ, έζησα από κοντά όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας: από την κατάρτιση ερευνητικών πρωτοκόλλων και τη δειγματοληψία έως τη στατιστική ανάλυση και την παρουσίαση ερευνητικών δεδομένων. Εκεί άρχισα επίσης να συνειδητοποιώ τη σημασία της τεκμηρίωσης: της συστηματικής παρακολούθησης του φαινομένου της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και των προβλημάτων που συνδέονται με αυτή μέσα από την εφαρμογή διεθνώς αποδεκτών δεικτών επιδημιολογικής επιτήρησης. Έβαλα το δάχτυλο επί τον τύπον των ήλων αναγνωρίζοντας ότι η ποιότητα στη μέτρηση –η εγκυρότητα των στοιχείων και η αξιοπιστία των μέτρων που καλούνται να αποτυπώσουν μια συμπεριφορά– αποτελεί τη βάση της επιδημιολογικής έρευνας.

Την ίδια περίοδο, και ιδιαίτερα στο δεύτερο μισό της δεκαετίας του 2000, αυξάνονταν συνεχώς οι αναφορές διεθνώς για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων. Η χρήση, χωρίς τη σύσταση γιατρού, οπιοειδών παυσίπονων, ηρεμιστικών, υπνωτικών και διεγερτικών φαρμάκων παρουσιαζόταν ως μια ταχύτατα αναδυόμενη τάση στους εφήβους. Το θέμα μου τράβηξε την προσοχή. Η Ελλάδα συγκαταλεγόταν μεταξύ των χωρών με τα υψηλότερα επίπεδα φαρμακευτικής δαπάνης και κατανάλωσης φαρμάκων, ιδιαίτερα παυσίπονων. Η εμπειρία από τον χώρο των εξαρτησιογόνων ουσιών έδειχνε ότι όπου υπάρχει διαθεσιμότητα και εύκολη πρόσβαση στις ουσίες, πολλαπλασιάζεται και ο κίνδυνος της χρήσης τους.

Η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων δεν ήταν κάτι νέο για τα ελληνικά δεδομένα. Το φαινόμενο αυτό μετριόταν πανελλαδικά και σε συστηματική βάση ήδη από τη δεκαετία του 1980 μέσω των ερευνών που διενεργούνταν αρχικά από την Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) και στη συνέχεια από το ΕΠΨΥ. Ωστόσο, αυτό που έλλειπε ήταν ο έλεγχος της ποιότητας της μέτρησης της συμπεριφοράς αυτής.

Το έδαφος ήταν πρόσφορο και οι ανάγκες συγκεκριμένες. Έτσι, με πολλή θέληση και ενθουσιασμό καταρτίστηκε στα τέλη του 2007 το σκεπτικό για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής και κατατέθηκε στον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Ψυχιατρικής, Νευρολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ. Η πρόταση εγκρίθηκε και οδήγησε στην παρούσα διατριβή.

Αρκετοί συνέβαλαν με τον τρόπο τους στην ολοκλήρωση της διατριβής:

Πρωτίστως, ευχαριστώ την Καθηγήτρια **Άννα Κοκκέβη** που με δέχθηκε στην ομάδα της, μου εμπιστεύτηκε σημαντικές φάσεις των ερευνών των οποίων είχε την επιστημονική ευθύνη και την κατάλληλη περίοδο με ώθησε να ακολουθήσω τα δικά μου ερευνητικά ενδιαφέροντα. Της είμαι ευγνώμων για τη διάθεσή της για αυστηρή επιστημονική καθοδήγηση, διάλογο και δημιουργικό σχολιασμό των ιδεών και του υλικού μου. Πρωτοπόρος, πρότυπο επιστημονικής σκέψης, διαυγούς και πρακτικού μυαλού και λιτής και υποδειγματικής χρήσης της γλώσσας.

Καθηγήτρια, σας ευχαριστώ για όλα.

Ευτύχησα να έχω συνεπιβλέποντες στη διατριβή μου την Καθηγήτρια **Κλέα Κατσουγιάννη** και τον Καθηγητή **Δημήτριο Πλουμπίδη**. Και οι δύο ήταν διαθέσιμοι οποτεδήποτε επικαλέστηκα τη βοήθειά τους, έδειξαν ενεργό ενδιαφέρον για τη μελέτη και παρείχαν καίριες παρατηρήσεις και υποδείξεις. Τους ευχαριστώ θερμά, όπως θερμά επίσης ευχαριστώ τους Καθηγητές και τις Καθηγήτριες της Σχολής, κ.κ. **Χ. Παπαγεωργίου**, **Χ. Σπηλιοπούλου**, **Μ. Μαλλιώρα** και **Θ. Παπαρρηγόπουλο** που αποδέχθηκαν με προθυμία να συμμετέχουν στην επταμελή επιτροπή.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα την **Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική στο «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο** και τους Διευθυντές της περιόδου 2008-2015, Καθηγητές κ.κ. **Κ. Σολδάτο**, **Γ. Παπαδημητρίου** και **Χ. Παπαγεωργίου**, που μου έδωσαν τη δυνατότητα να εκπονήσω την παρούσα διατριβή στην Ιατρική Σχολή μολονότι προερχόμουν από τον χώρο των κοινωνικών επιστημών.

Η παρούσα διατριβή εντάχθηκε και ευεργετήθηκε από το ευρύτερο ερευνητικό έργο που παράγεται στο ΕΠΨΥ. Ήμουν τυχερός που ο Διευθυντής του, **Ομότιμος Καθηγητής και Ακαδημαϊκός Κώστας Στεφανής**, και η **Διοίκηση** του Ινστιτούτου

έχουν δημιουργήσει συνθήκες τέτοιες που επιτρέπουν τη διενέργεια επιστημονικής έρευνας στο ανώτερο δυνατό της επίπεδο.

Στη διαδρομή της η παρούσα διατριβή περιείχε γνωστικά αντικείμενα για τα οποία χρειάστηκε να συμβουλευτώ έμπειρους συνεργάτες. Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή **Clive Richardson** (Πάντειο Πανεπιστήμιο) για την υποστήριξη του στην κατανόηση στατιστικών εννοιών. Ιδιαίτερα ευχαριστώ την **Ελευθερία Καναβού**, συνεργάτιδα στο ΕΠΙΨΥ, στην οποία μπορούσα να ανατρέξω κάθε φορά που προέκυπταν αδιέξοδα με τη στατιστική ανάλυση.

Τα πρωτογενή δεδομένα της διατριβής συλλέχθηκαν στα σχολεία της Κεφαλονιάς και της Ιθάκης. Ευχαριστώ τους **Διευθυντές**, τους **εκπαιδευτικούς** και κυρίως τους **μαθητές των Λυκείων** που δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Η επαφή με τους μαθητές κατά τη διάρκεια της χορήγησης των ερωτηματολογίων και οι συζητήσεις μαζί τους αποτέλεσαν την πιο ευχάριστη φάση κατά την εκπόνηση της διατριβής. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στο Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας του νομού, «**Απόπλους**», τα **μέλη της επιστημονικής ομάδας**, και ιδιαίτερα τον επιστημονικά υπεύθυνο του Κέντρου, κύριο **Ανδρέα Μαρούλη**, για τη συνεργασία τους στη διενέργεια του ποσοτικού σκέλους έρευνας.

Ένα μεγάλο κομμάτι της γνώσης που αξιοποιήθηκε κατά την εκπόνηση της διατριβής προήλθε μέσα από την απασχόλησή μου στο **Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά** (ΕΚΤΕΠΝ) στο ΕΠΙΨΥ. Ευχαριστώ την επιστημονικά υπεύθυνη του Κέντρου, κυρία **Μανίνα Τερζίδου** και τους **συναδέλφους μου** που με στήριξαν με τον τρόπο τους σε όλη αυτή την πορεία. Το ΕΚΤΕΠΝ μού έδωσε τη δυνατότητα να αναπτύξω τις δεξιότητές μου στον τομέα της επιδημιολογικής επιτήρησης και μέτρησης. Επίσης, μέσω του ΕΚΤΕΠΝ γνώρισα ανθρώπους οι οποίοι, από το δικό τους πόστο, έχουν συμβάλει σημαντικά στη μελέτη του φαινομένου της χρήσης ουσιών στη χώρα — μερικοί από αυτούς με τιμούν με τη συμμετοχή τους στην επταμελή επιτροπή.

Η παρούσα διατριβή συμπεριέλαβε ποιοτική μεθοδολογία. Στον τομέα αυτό οφείλω πολλά στον **Carlo Ruzza** (Καθηγητή στο Πανεπιστήμιο του Τρέντο, Ιταλία) και την **Άννα Τριανταφυλλίδου** (Επίκουρη Καθηγήτρια στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο

Θράκης), με τους οποίους συνεργάστηκα στο Πανεπιστήμιο του Έσσεξ (Ηνωμένο Βασίλειο) στα τέλη της δεκαετίας του 1990 και από τους οποίους εκπαιδεύτηκα στην πρακτική εφαρμογή της ανάλυσης περιεχομένου, έτσι ώστε –σε συνδυασμό με την ποσοτική μεθοδολογία– να μπορώ να την εφαρμόσω και στην παρούσα διατριβή.

Θέλω να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που είναι πάντα δίπλα μου, **την οικογένειά μου**, τη στενή και την ευρύτερη, και **τους ξεχωριστούς φίλους μου**. Όμως, ακόμη και σήμερα δεν είμαι βέβαιος ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος για να το πράξω αυτό. Όποιον τρόπο κι αν επιλέξω πάντως, καλύτερα να το πράξω από κοντά.

Λέω τώρα να συνεχίσω με αξιοπρέπεια και με ακόμα καλύτερο τρόπο το έργο που είχα την τύχη να παράγω έως τώρα. Μόνο θα πρέπει να μην ξεχνώ να βρίσκω πάντα τρόπους να αναγνωρίζω και να ανταποδίδω τη στήριξη σε ανθρώπους και οργανισμούς που στάθηκαν κοντά μου σε όλη αυτή τη διαδρομή.

Στην Ιουλία,

στον Ανδρέα και τον Ντίνο.

*Έκαναν ό,τι περνούσε από το χέρι τους ώστε να μη
φτάσω στο τέλος. Δεν το πέτυχαν. Πέτυχαν όμως να μου
θυμίζουν συνεχώς ότι η ζωή είναι και αλλού.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευρετήριο Πινάκων.....	17
Ευρετήριο Γραφημάτων.....	19
Ευρετήριο Σχημάτων.....	19
Συντομογραφίες.....	21
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ.....	23
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	27
Κεφάλαιο 1 – Η μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών, υπνωτικών, και οπιοειδών παυσίπονων στους εφήβους.....	29
1.1 Τα ηρεμιστικά, τα υπνωτικά, και τα οπιοειδή παυσίπονα.....	29
1.2 Η έννοια της «μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων».....	30
1.3 Ο επιπολασμός της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων στους εφήβους.....	32
1.4 Κίνδυνοι από τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων.....	35
1.5 Η μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων.....	37
Κεφάλαιο 2 – Εγκυρότητα της μέτρησης.....	41
2.1 Η εγκυρότητα στη μέτρηση και οι παράγοντες που την επηρεάζουν.....	41
2.2 Δείκτες εγκυρότητας.....	43
2.3 Η ποιοτική μεθοδολογία στον έλεγχο της εγκυρότητας της μέτρησης.....	50
2.4 Η συνδυαστική μεθοδολογία στον έλεγχο της εγκυρότητας της μέτρησης.....	53
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	57
Μέρος Ι – Σκοπός της διατριβής και μεθοδολογία.....	59
Κεφάλαιο 3 – Σκοπός διατριβής και ερευνητικό πρωτόκολλο.....	61
3.1 Το πλαίσιο και ο σκοπός της διατριβής.....	61
3.2 Τύπος έρευνας.....	62
3.3 Πληθυσμός – Δειγματοληψία.....	63
3.4 Τελικό δείγμα.....	64
3.5 Στάδια της έρευνας.....	65
3.6 Το ερωτηματολόγιο και οι θεματικές της ποιοτικής ανατροφοδότησης.....	67
3.6.1. Το ερωτηματολόγιο της ποσοτικής έρευνας (Ερωτηματολόγιο φαρμάκων).....	67
3.6.2. Οι θεματικές της ποιοτικής ανατροφοδότησης.....	76
3.7 Αναλυτική προσέγγιση.....	77
3.8 Λογισμικό αναλύσεων.....	78
3.9 Ερευνητική ηθική και δεοντολογία.....	78
Μέρος ΙΙ – Αποτελέσματα.....	81
Κεφάλαιο 4 – Αποτελέσματα της ποιοτικής ανατροφοδότησης.....	83
4.1 Εισαγωγή και σκοπός της μελέτης.....	83
4.2 Μέθοδος.....	84
4.2.1 Πληθυσμός – Δείγμα.....	84
4.2.2 Θεματικός οδηγός συζητήσεων.....	85
4.2.3 Ανάλυση.....	86
4.3 Αποτελέσματα.....	87
4.3.1 Στάσεις απέναντι στο θέμα της έρευνας και το ερωτηματολόγιο.....	87
4.3.2 Κατανόηση των βασικών εννοιών της έρευνας.....	91
4.3.3 Ευκολία / δυσκολία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.....	99
4.4 Συζήτηση.....	104

Κεφάλαιο 5 – Αξιοπιστία	109
5.1 Εισαγωγή και σκοπός της μελέτης	109
5.2 Μέθοδος	111
5.2.1 Πληθυσμός	111
5.2.2 Μέτρα	111
5.2.3 Ανάλυση	112
5.3 Αποτελέσματα	115
5.3.1 Επαναληπτικότητα στις απαντήσεις σε ισοδύναμες ερωτήσεις	115
5.3.2 Εσωτερική συνέπεια στις απαντήσεις σε παρεμφερείς ερωτήσεις	116
5.3.3 Παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση ασάθειας στις απαντήσεις	117
5.4 Συζήτηση	119
Κεφάλαιο 6 – Σχέσεις με άλλες μεταβλητές – εμπειρική εγκυρότητα	125
6.1 Εισαγωγή και σκοπός της μελέτης	125
6.2 Μέθοδος	127
6.2.1 Πληθυσμός – Δείγμα	127
6.2.2 Μέτρα	127
6.2.3 Αναλύσεις	127
6.3 Αποτελέσματα	129
6.3.1 Ο επιπολασμός της χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων στο δείγμα	129
6.3.2 Παράγοντες που συνδέονται με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση	130
6.4 Συζήτηση	136
Κεφάλαιο 7 - Ελλείπουσες τιμές.....	143
7.1 Εισαγωγή και σκοπός της μελέτης	143
7.2 Μέθοδος	144
7.3 Αποτελέσματα	144
7.4 Συζήτηση	147
Μέρος III – Συμπεράσματα	153
Κεφάλαιο 8 – Σύνθεση ευρημάτων και προεκτάσεις για την έρευνα.....	155
8.1 Σύνθεση των ευρημάτων	155
8.2 Περιορισμοί.....	167
8.3 Σημασία της διατριβής	169
Προσάρτημα Διατριβής — Η εφαρμογή αναθεωρημένων ερωτήσεων για τη χρήση οπιοειδών παυσίπων στην «Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών» του ΕΠΨΥ το 2011: Συνοπτική αποτίμηση	171
Βιβλιογραφία.....	189
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	205
Παράρτημα I – Επιστολή συναίνεσης γονέων	207
Παράρτημα II – Ερωτηματολόγιο φαρμάκων	209
Παράρτημα III – Θεματικές ποιοτικής ανατροφοδότησης.....	213
Παράρτημα IV – Κωδικολόγιο.....	217
ABSTRACT	221
ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ.....	223
ΟΡΚΟΣ ΠΙΠΟΚΡΑΤΟΥΣ.....	235

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 2.1: Πηγές εισόδου σφάλματος στη μέτρηση	42
Πίνακας 3.1: Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων της έρευνας	66
Πίνακας 3.2: Θεματικές ενότητες και μεταβλητές των ερωτηματολογίων	70
Πίνακας 3.3: Πλάνο αναλύσεων.....	80
Πίνακας 5.1: Ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για τους ελέγχους αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων.....	112
Πίνακας 5.2: Επαναληπτικότητα στις απαντήσεις για τη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών. Μεταβλητές δίτιμες, κατηγορικές.....	115
Πίνακας 5.3: Επαναληπτικότητα στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών. Μεταβλητές διατακτικές.....	115
Πίνακας 5.4: Αποτελέσματα ελέγχου εσωτερικής συνέπειας. Μεταβλητές δίτιμες, κατηγορικές.....	117
Πίνακας 5.5: Παράγοντες που συνδέονται με την αστάθεια στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών και με την ασυνέπεια στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων. Αποτελέσματα μονομεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.....	118
Πίνακας 6.1: Επιπολασμός της συνταγογραφημένης και της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών και υπνωτικών, στο σύνολο του δείγματος, και ανά φύλο. Στοιχεία από το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων και το ερωτηματολόγιο ESPAD.	130
Πίνακας 6.2: Επιπολασμός της συνταγογραφημένης και της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων, στο σύνολο του δείγματος, και ανά φύλο και ηλικία. Στοιχεία από το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων.....	130
Πίνακας 6.3: Παράγοντες που συνδέονται με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση α) ηρεμιστικών ή υπνωτικών και β) οπιοειδών παυσίπων. Αποτελέσματα μονομεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης...	132
Πίνακας 6.4: Λόγοι μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων μεταξύ των μαθητών που ανέφεραν μη-συνταγογραφημένη χρήση και απάντησαν στην ερώτηση για τους λόγους χρήσης ($n = 170$), στο σύνολο του δείγματος, και ανά φύλο	134
Πίνακας 6.5: Επιπολασμός της χρήσης νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών α) στο σύνολο του δείγματος, β) ανάλογα με το εάν ανέφεραν μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων και γ) –μεταξύ των χρηστών– ανάλογα με τους λόγους της μη-συνταγογραφημένης χρήσης.....	134
Πίνακας 6.6: Σχέση του καπνίσματος, της κατανάλωσης οινοπνευματωδών, της χρήσης εισπνεόμενων ουσιών και της χρήσης κάνναβης (εξαρτημένες μεταβλητές) με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων (ανεξάρτητη μεταβλητή). Αποτελέσματα τεσσάρων πολυμεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.....	135

Πίνακας 7.1: Παράγοντες που συνδέονται με την απουσία απάντησης στην ερώτηση για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση α) ηρεμιστικών ή υπνωτικών και β) οπιοειδών παυσίπων. Αποτελέσματα μονομεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης ξεχωριστά για τα ηρεμιστικά ή υπνωτικά και τα οπιοειδή παυσίπωνα.	148
Πίνακας Π-1: Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ($n = 23.279$).....	174
Πίνακας Π-2: Επιπολασμός της χρήσης κοινών παυσίπων, οπιοειδών παυσίπων και ηρεμιστικών / υπνωτικών σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα μαθητών ηλικίας 15-19 ετών ($n = 23.279$), στο σύνολο, ανά φύλο και ηλικία (Πανελλήνια έρευνα ESPAD, 2011).....	177
Πίνακας Π-3: Παράγοντες που συνδέονται με την επανάληψη (≥ 3 φορές σε όλη τη ζωή) της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων στους μαθητές ηλικίας 15-19 ετών. Αποτελέσματα μονομεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.	179
Πίνακας Π-4: Παράγοντες που συνδέονται με την επανάληψη (≥ 3 φορές σε όλη τη ζωή) της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων ($n = 20.285$). Αποτελέσματα τελικού μοντέλου πολυμεταβλητής ανάλυσης λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.	182

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1.1: Διαχρονικές τάσεις στον επιπολασμό της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών / υπνωτικών στους 16χρονους μαθητές στην Ελλάδα και στο σύνολο των χωρών που συμμετείχαν στην πανευρωπαϊκή έρευνα ESPAD	33
Γράφημα 7.1: Ποσοστά ελλειπουσών τιμών στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων, ανά ερώτηση	146

Ευρετήριο Σχημάτων

Σχ. 2.1: Υπόδειγμα συνδυαστικής μεθόδου στην έρευνα	55
Σχ. 3.1: Το οικολογικό μοντέλο του Bronfenbrenner (1979) για την ανθρώπινη ανάπτυξη προσαρμοσμένο στη μελέτη της μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων στους εφήβους	69
Σχ. 4.1: Τοποθέτηση των ερωτήσεων για τη συνταγογραφημένη και τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων	101
Σχ. 4.2: Τοποθέτηση των ερωτήσεων για τους λόγους μη-συνταγογραφημένης χρήσης και τις πηγές πρόσβασης στα ψυχοδραστικά φάρμακα στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων	104
Σχ. 5.1: Παράδειγμα διαχείρισης των ερωτήσεων για τους ελέγχους ασυνέπειας	113

Συντομογραφίες

Δ.Ε.	Διάστημα εμπιστοσύνης
Ε.Κ.Π.Α.	Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ε.Κ.Π.Ν.Τ.	Ευρωπαϊκό Κέντρο Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία
Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.	Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά
ΕΠΑ.Λ.	Επαγγελματικά Λύκεια
Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.	Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
ESPAD	European School Project for Alcohol and other Drugs – Πανευρωπαϊκή Έρευνα στο Σχολικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children – Διεθνής Έρευνα για τις Συμπεριφορές που Συνδέονται με την Υγεία των Εφήβων
Η.Π.Α.	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
κ	<i>kappa</i> , Συντελεστής συμφωνίας Cohen's κ
κ_w	<i>weighted kappa</i> , Σταθμισμένος συντελεστής συμφωνίας Cohen's κ
Κ.Ν.Σ.	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
Μ.Υ.ΣΥ.ΦΑ.	Μη-υποχρεωτικώς συνταγογραφούμενα φάρμακα
Μ.Μ.Ε.	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
Μ.Ο.	Μέσος όρος
Μ.Σ.Α.Φ.	Μη-Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα
Ο.Η.Ε.	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
Ο.Ρ.	Odds Ratio – Σχετικοί λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων
Π.Δ.	Προεδρικό Διάταγμα
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ρ	Συντελεστής συσχέτισης διατάξεων του Spearman
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Τ.Α.	Τυπική απόκλιση
V	<i>phi</i> , Συντελεστής συνάφειας Cramer's V
z	z -έλεγχος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Πλαίσιο

Στην έκθεση της Διεθνούς Επιτροπής για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) το 2014 αναφέρεται ότι η μη-συνταγογραφημένη χρήση φαρμάκων αποτελεί μείζονα απειλή για τη δημόσια υγεία. Πρόσφατα στοιχεία επιδημιολογικών ερευνών και δεικτών επιδημιολογικής επιτήρησης δείχνουν αυξήσεις στον επιπολασμό της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών, υπνωτικών και οπιοειδών παυσίπων στους εφήβους διεθνώς και στην Ελλάδα. Η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων –είτε αυτή γίνεται με θεραπευτικά κίνητρα είτε με σκοπό την αναζήτηση αισθητηριακών ερεθισμάτων– εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία των χρηστών. Οι παρατηρούμενες αυξήσεις καθιστούν επιτακτική τη συστηματική και έγκυρη μέτρηση της συμπεριφοράς αυτής. Ωστόσο, η έγκυρη μέτρησή της προϋποθέτει τη χρήση ερευνητικών εργαλείων και μέτρων που μπορούν να αξιολογηθούν για την ποιότητα των στοιχείων που συλλέγουν. Στην Ελλάδα δεν έχει ελεγχθεί πρόσφατα η εγκυρότητα της μέτρησης της συμπεριφοράς αυτής σε έρευνες που απευθύνονται στο μαθητικό πληθυσμό.

Σκοπός της διατριβής

Η παρούσα διατριβή είχε ως σκοπό α) τη διερεύνηση της ποιότητας (εγκυρότητας) της μέτρησης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών, υπνωτικών και οπιοειδών παυσίπων στο πλαίσιο υλοποίησης ερευνών στον μαθητικό πληθυσμό και β) τη διατύπωση προτάσεων με σκοπό τη βελτίωσή της.

Μέθοδος

Η παρούσα διατριβή συνδύασε ποσοτική και ποιοτική μεθοδολογία για τη συλλογή και την ανάλυση των στοιχείων. Το ποσοτικό σκέλος της διατριβής περιελάμβανε την υλοποίηση το 2009 έρευνας συγχρονικού-τύπου σε δείγμα 890 μαθητών ηλικίας 16-18 ετών από Λύκεια της Κεφαλονιάς και της Ιθάκης. Στους μαθητές χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο που είχε κατασκευαστεί ειδικά για τη μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών, υπνωτικών και οπιοειδών παυσίπων. Το ποιοτικό σκέλος της διατριβής περιελάμβανε τη διενέργεια ημιδομημένης συζήτησης

σε έξι ομάδες μαθητών που είχαν προηγουμένως συμμετάσχει στην ποσοτική έρευνα (συνολικά 122 μαθητές). Ποσοτικές και ποιοτικές αναλύσεις παρήγαγαν στοιχεία σχετικά με τρεις κατηγορίες δεικτών εγκυρότητας: α) την κατανόηση των ερωτήσεων και την ευκολία ή δυσκολία συμπλήρωσής τους, β) την αξιοπιστία των απαντήσεων (τη σταθερότητα σε επαναληπτικές μετρήσεις και την εσωτερική συνέπεια των απαντήσεων) και γ) την επιβεβαίωση εμπειρικών υποθέσεων (στατιστική εγκυρότητα). Εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική. Επαγωγική ανάλυση (έλεγχος χ^2 για ανεξάρτητα δείγματα και έλεγχος του McNemar για δείγματα ανά ζεύγη) εφαρμόστηκε για τον έλεγχο των διαφορών στα επίπεδα επιπολασμού της χρήσης μεταξύ ομάδων του δείγματος (φύλο και ηλικία). Έλεγχοι χ^2 ή μονομεταβλητές αναλύσεις λογαριθμιστικής παλινδρόμησης εφαρμόστηκαν για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών. Πολυμεταβλητές αναλύσεις λογαριθμιστικής παλινδρόμησης εφαρμόστηκαν για τη διερεύνηση των παραγόντων που συνδέονται με την εμφάνιση επιλεγμένων συμπεριφορών. Οι συντελεστές συνάφειας Cohen's κ (και σταθμισμένος κ_w), Cramer's V και ο συντελεστής συσχέτισης Spearman ρ υπολογίστηκαν για τον έλεγχο της αξιοπιστίας (επαναληπτικών μετρήσεων και εσωτερικής συνέπειας). Η τεχνική της ανάλυσης γνωστικών πλαισίων (framework analysis) χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση του υλικού της ποιοτικής έρευνας.

Κύρια ευρήματα

1. Η μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών και υπνωτικών παρουσίασε ικανοποιητικά επίπεδα εγκυρότητας. Η ποιοτική διερεύνηση έδειξε ότι οι ερωτήσεις έγιναν κατανοητές εύκολα και με τον ορθό τρόπο (π.χ. ιδιότητες, ενδείξεις των φαρμάκων). Το νόημα που αποδίδεται στην έννοια της μη-συνταγογραφημένης χρήσης των ηρεμιστικών και των υπνωτικών συνδέεται με την κατάχρηση ή την υπερβολική χρήση του φαρμάκου, περισσότερο στο πλαίσιο της «αυτοθεραπείας» και λιγότερο στο πλαίσιο της αναζήτησης αισθητηριακών ερεθισμάτων («ψυχαγωγική» χρήση). Ο κίνδυνος στιγματισμού από την παραδοχή της χρήσης ηρεμιστικών ή υπνωτικών αποτέλεσε επαναλαμβανόμενο σχήμα στις αφηγήσεις των μαθητών, ενδεικτικό μιας πιθανής πηγής εισόδου σφάλματος στη μέτρηση (μέσω της μη-παραδοχής της συμπεριφοράς). Ο επιπολασμός της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών ή υπνωτικών ήταν περίπου 4% — παρόμοιο ποσοστό με προηγούμενες έρευνες. Στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις, παράγοντες όπως η χρήση του φαρμάκου

με σύσταση γιατρού (OR = 22,1, 95% ΔΕ = 7,1-69,1, $p < 0,001$), η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων (OR = 6,3, 95% ΔΕ = 2,2-18,4, $p = 0,001$), η μεγαλύτερη ηλικία (18 ετών, OR = 4,6, 95% ΔΕ = 1,6-13,6, $p = 0,007$) και η αδικαιολόγητη απουσία από το σχολείο (OR = 4,0, 95% ΔΕ = 1,7-9,6, $p = 0,002$) εμφάνισαν ανεξάρτητη σημαντική σχέση με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών — όλοι αναμενόμενοι βάσει βιβλιογραφίας. Εξαίρεση αποτέλεσε η απουσία ισχυρής σχέσης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών / υπνωτικών με τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών. Ο έλεγχος αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών έδειξε μέτρια συμφωνία (δείκτες συνάφειας Cohen's κ και Cramer's V μεταξύ 0,41 και 0,60, $p < 0,001$) — αν και υψηλότερη συγκριτικά με εκείνη που είχε παρατηρηθεί σε προηγούμενες μελέτες. Οι αναλύσεις για την εσωτερική συνέπεια μεταξύ παρεμφερών ερωτήσεων έδειξαν επίσης μέτρια συμφωνία για τα ηρεμιστικά (δείκτες συνάφειας Cohen's κ και Cramer's V μεταξύ 0,41 και 0,60, $p < 0,001$), αλλά μικρή συμφωνία για τα υπνωτικά ($<0,41$, $p < 0,001$) — με το τελευταίο ενδεχομένως να συνδέεται με τον χαμηλό επιπολασμό της χρήσης ηρεμιστικών στο δείγμα και με αδυναμίες του εργαλείου.

2. Η μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων εμφάνισε αδυναμίες και αναδεικνύει την ανάγκη λήψης βελτιωμένων μέτρων προκειμένου να επιτευχθούν ικανοποιητικά επίπεδα εγκυρότητας. Από τη μια, οι μαθητές απέδωσαν στα οπιοειδή παυσίπονα τις ορθές ιδιότητες και προσδιόρισαν επαρκώς το πλαίσιο στο οποίο τα φάρμακα αυτά χορηγούνται (με συχνότερες αναφορές σε εγχειρήσεις και σε κατάγματα). Από την άλλη, ποιοτικά και ποσοτικά στοιχεία έδειξαν ότι μια μερίδα μαθητών προσέδωσαν στην έννοια του «ισχυρού παυσίπου» διαφορετικό περιεχόμενο από εκείνο που προέβλεπε η ερώτηση — αντί για τα οπιοειδή παυσίπονα κάποιοι μαθητές απαντούσαν για τα κοινά, μη-υποχρεωτικώς συνταγογραφούμενα φάρμακα (Μ.Υ.ΣΥ.ΦΑ.) που λαμβάνονται συχνά για την ανακούφιση του πόνου. Η παρανόηση φάνηκε να συνδέεται με την παρουσία του επιθετικού προσδιορισμού «ισχυρό» πριν από το ουσιαστικό «παυσίπονο» και τη σύνδεση που έκανε μερίδα μαθητών με τα κοινά, Μ.Υ.ΣΥ. παυσίπονα, που φέρονται να έχουν «ισχυρή» αναλγητική δράση. Η παραπάνω παρανόηση επιβεβαιώθηκε και από άλλους δείκτες όπως τις συχνές αναφορές των μαθητών στα κοινά παυσίπονα (ποιοτικό σκέλος έρευνας) και τα υψηλά επίπεδα επιπολασμού της μη-συνταγογραφημένης χρήσης

οπιοειδών παυσίπων (ποσοτικό σκέλος) — περίπου 26%, σημαντικά υψηλότερο σε σχέση με εκείνα που έχουν παρατηρηθεί σε χώρες με παραδοσιακά υψηλά επίπεδα επιπολασμού. Σε επίπεδο εμπειρικής εγκυρότητας, τα αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών αναλύσεων επιβεβαίωσαν την αναμενόμενη σχέση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων με αρκετά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές των εφήβων: τη χρήση του φαρμάκου με σύσταση γιατρού (OR = 3,2, 95% ΔΕ = 2,1-4,8, $p < 0,001$), τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών, το καταθλιπτικό συναίσθημα (OR = 3,1, 95% ΔΕ = 1,7-5,5, $p < 0,001$ στα αγόρια και OR = 1,5, 95% ΔΕ = 1,1-2,2, $p = 0,018$ στα κορίτσια) και τη μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων στην παρέα (OR = 8,2, 95% ΔΕ = 5,2-13,0, $p < 0,001$) — παράγοντες με συνεπή παρουσία σε ανάλογες μελέτες. Όπως και στην περίπτωση των ηρεμιστικών / υπνωτικών, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά ισχυρή σχέση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης των φαρμάκων αυτών με τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Συμπέρασμα – Προεκτάσεις για την έρευνα

Η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων στους εφήβους αποτελεί αναδυόμενη τάση διεθνώς και στην Ελλάδα, όπου στη παρούσα διατριβή φάνηκε ωστόσο να συνδέεται περισσότερο με «θεραπευτικά» παρά με «ψυχαγωγικά» κίνητρα. Η μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών ή υπνωτικών εμφάνισε ικανοποιητικά επίπεδα εγκυρότητας. Αντίθετα, η μέτρηση της χρήσης οπιοειδών παυσίπων οδήγησε σε υπερεκτιμημένα επίπεδα επιπολασμού, ενδεικτικό χαμηλού επιπέδου εγκυρότητας. Η έγκυρη μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων προϋποθέτει την κατασκευή μέτρων που διασφαλίζουν την επαρκή διάκριση των οπιοειδών παυσίπων από τα κοινά, Μ.Υ.ΣΥ.ΦΑ. που έχουν «ισχυρή» αναλγητική δράση. Προς αυτήν την κατεύθυνση, προτείνεται οι ερωτήσεις για τη συνταγογραφημένη και τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων να είναι διατυπωμένες με τρόπο που να καθίσταται σαφές στους ερωτώμενους ότι στις απαντήσεις τους δεν θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν τα κοινά παυσίπων. Η παρουσία δε στο ερωτηματολόγιο μιας επιπλέον ερώτησης ειδικά για τη χρήση κοινών παυσίπων θα οδηγούσε ακόμα περισσότερους μαθητές σε ορθή κατανόηση της έννοιας του οπιοειδούς παυσίπου και κατ' επέκταση σε βελτίωση της ποιότητας της μέτρησης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 – Η μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών, υπνωτικών, και οπιοειδών παυσίπων στους εφήβους

Στο Κεφάλαιο 1 παρουσιάζονται τα πρόσφατα ελληνικά και διεθνή δεδομένα για τον επιπολασμό της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών, υπνωτικών και οπιοειδών παυσίπων από τους εφήβους. Περιγράφονται οι κίνδυνοι από τη μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων αυτών και αναδεικνύεται η ανάγκη για τη συστηματική παρακολούθηση του φαινομένου μέσω επιδημιολογικών ερευνών και άλλων δεικτών. Γίνεται σύντομη ανασκόπηση των μελετών που στο παρελθόν έχουν εστιάσει στον έλεγχο της ποιότητας (εγκυρότητας) της μέτρησης της συμπεριφοράς αυτής στον εφηβικό πληθυσμό και επισημαίνεται η ανάγκη επανάληψης ανάλογων μελετών σε δείγμα του μαθητικού πληθυσμού στην Ελλάδα.

1.1 Τα ηρεμιστικά, τα υπνωτικά, και τα οπιοειδή παυσίωνα

Τα ηρεμιστικά, τα υπνωτικά, και τα οπιοειδή παυσίωνα ανήκουν στην κατηγορία των συνταγογραφούμενων ψυχοδραστικών φαρμάκων που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Μαρσέλος 2006).

Τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά χορηγούνται για την αντιμετώπιση του έντονου παθολογικού άγχους ή της δυσφορίας και της αϋπνίας — σπανιότερα χορηγούνται σε περιπτώσεις διαταραχών πανικού ή μανίας. Αν και ο επιπολασμός των διαταραχών άγχους και ύπνου έχει αυξηθεί στους εφήβους τα τελευταία χρόνια (Patel et al. 2007, Gradisar et al. 2011, Costello et al. 2011, Eyre & Thapar 2014, Hernandez & Nelson 2010), τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά χορηγούνται δύσκολα σε εφήβους, συνεπεία μεταξύ άλλων και της περιορισμένης έρευνας που έχει γίνει για την αποτελεσματικότητα και τους κινδύνους από τη χρήση τους στον πληθυσμό αυτόν (Mancini et al. 2006, Yeh et al. 2011, Witek et al. 2005).

Τα οπιοειδή παυσίωνα (αναφέρονται και ως ναρκωτικά αναλγητικά) περιλαμβάνουν τα φυσικά οπιούχα (π.χ. μορφίνη, κωδεΐνη), ημισυνθετικά οπιοειδή (π.χ. ηρωίνη, οξυκωδώνη, υδρομορφόνη, υδροκωδώνη) και συνθετικά οπιοειδή (π.χ. μεθαδόνη,

βουπρενορφίνη, φαιντανύλη). Εγκαθίστανται στους υποδοχείς του εγκεφάλου και εμποδίζουν τη μετάδοση των σημάτων του πόνου (Μαρσέλος 2006). Στους εφήβους χορηγούνται σε περιπτώσεις οξέως πόνου (π.χ. σε τυχαίο ή χειρουργικό τραύμα) και σπανιότερα σε περιπτώσεις χρόνιου πόνου, ο οποίος δεν μπορεί να περιοριστεί με μη-οπιοειδή παυσίπονα. Δεν ενδείκνυνται σε περιπτώσεις πονοκεφάλων και ημικρανίας, αν και στοιχεία από κάποιες χώρες δείχνουν ότι συνταγογραφούνται ακόμα και για τέτοιες ενδείξεις (Slomski 2014, DeVries et al. 2014). Χρήση οπιοειδών παυσίπων γίνεται λόγω και της υπνωτικής τους επίδρασης (Cronin et al. 2001, Dimsdale et al. 2007, McCabe et al. 2013β).

Τα ηρεμιστικά, υπνωτικά και τα οπιοειδή παυσίπονα περιέχουν ουσίες οι οποίες είναι ελεγχόμενες στη βάση διεθνών συμβάσεων για τον έλεγχο των ναρκωτικών ουσιών. Η διαθεσιμότητα και η πρόσβαση σε αυτά υπόκειται σε νομοθετικό έλεγχο από τις αρμόδιες εθνικές αρχές (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-Π.Ο.Υ. 2011). Στην Ελλάδα η αγορά τους γίνεται υποχρεωτικώς με την επίδειξη ιατρικής συνταγής, μονόγραμμης ή δίγραμμης (κόκκινης), θεωρημένης από τις υγειονομικές υπηρεσίες.² Επιπλέον, η χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων από ανήλικους πρέπει να γίνεται με τη γνώση των ενηλίκων που είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξή τους.

1.2 Η έννοια της «μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων»

Παρά το σημαντικό τους ρόλο στη βελτίωση της κατάστασης όσων αποδεδειγμένα τα έχουν ανάγκη, πληθαίνουν τα στοιχεία που δείχνουν ότι μια σημαντική μερίδα του νεανικού πληθυσμού κάνει μη-συνταγογραφημένη χρήση των ηρεμιστικών, των υπνωτικών ή των οπιοειδών παυσίπων (Zacny et al. 2003, National Institute on Drug Abuse-NIDA 2011, Hernandez & Nelson 2010, Rehm 2013, The Lancet [Editorial] 2011, Kokkevi et al. 2008, Hibell et al. 2012).

² Βλ. Ν.3459/2006 «Κώδικας Νόμων για τα Ναρκωτικά» (πρώην Ν. 1729/1987) και Ν.4139/2013 «Περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις» (βλ. άρθρο 8, παρ. 1,2). Βλ. επιπλέον Νομοθετικό Διάταγμα 96/1973 «Περί της εμπορίας εν γένει των φαρμακευτικών προϊόντων, διαιτητικών και καλλυντικών προϊόντων» (Φαρμακευτική Νομοθεσία), και Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3γ/86706/17-10-2008 (προβλεπόμενες ποσότητες) και Π.Δ. 148 της 10/08/2010,ΦΕΚ 191).

Στην παρούσα διατριβή, ο όρος «μη-συνταγογραφημένη χρήση» αναφέρεται στη λήψη κάποιου συνταγογραφούμενου ψυχοδραστικού φαρμάκου είτε από κάποιο άτομο στο οποίο δεν έχει συνταγογραφηθεί, είτε για λόγους, δόσεις, συχνότητα ή διάρκεια που παρεκκλίνουν από την ιατρική συνταγή (Hernandez & Nelson 2010).

Μελέτες σε δείγματα του μαθητικού πληθυσμού έχουν δείξει ότι η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων γίνεται σε δύο πλαίσια, συχνά επικαλυπτόμενα: στο πλαίσιο της «αυτοθεραπείας» και στο πλαίσιο της αναζήτησης αισθητηριακών ερεθισμάτων (βλ. Zacny & Lichtor 2008). Η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων στο πλαίσιο της «αυτοθεραπείας» αναφέρεται στη λήψη ατομικής πρωτοβουλίας από τους εφήβους για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση έντονων ή/και συχνών (χρόνιων) ενοχλήσεων, η οποία ωστόσο δεν περιλαμβάνει την επίσημη ένδειξη ειδικού και την έκδοση ιατρικής συνταγής (Sloand & Vessey 2001, Buck 2007, Quintero & Nichter 2011). Σύμφωνα με αναφορά του Π.Ο.Υ., υπολογίζεται ότι περίπου το 50% των φαρμάκων που συνταγογραφούνται διεθνώς διατίθενται και χρησιμοποιούνται με ιατρικώς μη-ενδεδειγμένο τρόπο, δηλαδή σε δόσεις και χρονική διάρκεια που αντενδείκνυνται για τις ατομικές, κλινικά διαπιστωμένες ανάγκες των ασθενών (WHO 2002). Έρευνες σε εφήβους έχουν δείξει ότι, στην πλειονότητά τους, όσοι αναφέρουν μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων το πράττουν για την αντιμετώπιση ενοχλήσεων που συνάδουν με τις ενδείξεις των φαρμάκων αυτών (McCabe et al. 2011α).

Η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων στο πλαίσιο της αναζήτησης αισθητηριακών ερεθισμάτων αναφέρεται στην ενεργητική επιδίωξη των εφήβων να αλλάξουν τη διάθεσή τους, να «ανέβουν», να «φτιαχτούν». Η προσέγγιση αυτή κυριαρχεί στη σχετική βιβλιογραφία και αποδίδει την ψυχαγωγία ως το αποκλειστικό κίνητρο για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση (εφεξής *ψυχαγωγική χρήση φαρμάκων*). Η προσέγγιση αυτή επιπλέον εντάσσει τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων σε ένα ευρύτερο πλαίσιο χρήσης νόμιμων και παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών. Η χρήση ηρεμιστικών, υπνωτικών ή οπιοειδών παυσίπονων προκαλεί αίσθηση ευφορίας, ιδιαίτερα όταν η χρήση τους συνδυάζεται με το αλκοόλ (Arriga et al. 2008). Εκτός της ευφορίας που προκαλεί, η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπονων γίνεται και για την αντιστάθμιση

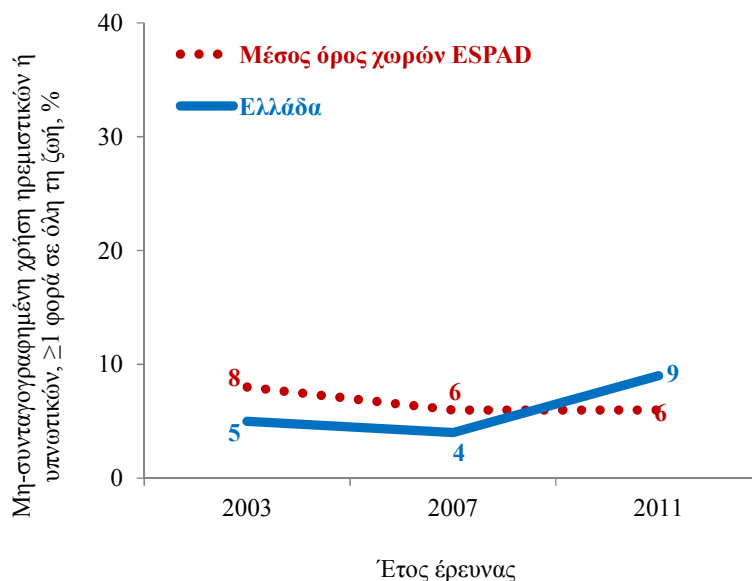
της διέγερσης που έχει προηγουμένως προκληθεί από τη χρήση κοκαΐνης ή μεθαμφεταμινών (Carlan et al. 2007).

1.3 Ο επιπολασμός της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων στους εφήβους

Στην Ελλάδα, πρόσφατα δεδομένα για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων στο νεανικό πληθυσμό είναι διαθέσιμα μόνο για τα ηρεμιστικά / υπνωτικά (ενοποιημένα σε μία κατηγορία). Σύμφωνα με τα στοιχεία της «Πανελληνίας έρευνας στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών» (εφεξής έρευνα *ESPAD*), που υλοποιεί ανά τετραετία το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), η μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών σε εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα 16χρονων μαθητών ανήλθε το 2011 στο 9%. Το ποσοστό στην Ελλάδα ήταν υψηλότερο συγκριτικά με τον μέσο όρο των 40 χωρών που συμμετείχαν στην πανευρωπαϊκή έρευνα *ESPAD* (6%, εύρος 2%-15%, Hibell et al. 2012). Το ποσοστό στην Ελλάδα ήταν υψηλότερο ακόμα και από τα ποσοστά που είχαν παρατηρηθεί την ίδια χρονιά σε εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα 17χρονων μαθητών των ΗΠΑ — 7% για τα ηρεμιστικά και 9% για τα υπνωτικά (Johnston et al. 2012).

Επιπλέον, η Ελλάδα ήταν από τις λιγιστές χώρες σε ευρωπαϊκό επίπεδο (μαζί με την Κύπρο και το Μαυροβούνιο) που παρουσίασαν σημαντικές αυξήσεις στον επιπολασμό της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών / υπνωτικών κατά την τετραετία 2007-2011 — η μέση ευρωπαϊκή τάση ήταν σταθερή κατά την ίδια περίοδο (Γράφημα 1.1, Hibell et al. 2012).

Η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων δεν περιορίζεται στα ηρεμιστικά ή τα υπνωτικά. Σε παρουσίαση της παγκόσμιας κατάστασης για τα ναρκωτικά από το Γραφείο για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα του Οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) είχε τονιστεί ότι η τάση μείωσης που παρατηρήθηκε στις αγορές της ηρωΐνης, της κοκαΐνης και της κάνναβης διεθνώς στα τέλη της δεκαετίας του 2010 αντισταθμίστηκε από τη διόγκωση της παράνομης χρήσης οπιοειδών παυσίπων (United Nations Office on Drugs and Crime-UNODC 2011).



Γράφημα 1.1: Διαχρονικές τάσεις στον επιπολασμό της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών / υπνωτικών στους 16χρονους μαθητές στην Ελλάδα και στο σύνολο των χωρών που συμμετείχαν στην πανευρωπαϊκή έρευνα ESPAD

Πηγή: Προσαρμογή από Hibell et al. 2012.

Στις ΗΠΑ, όπου υπάρχει συστηματική παρακολούθηση της συμπεριφοράς αυτής, η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων είναι εκτεταμένη όσο σε καμία άλλη χώρα για την οποία συλλέγονται ανάλογα δεδομένα: ο επιπολασμός της μη-συνταγογραφημένης χρήσης σε εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα 17χρονων μαθητών ανήλθε το 2012 στο 12%, το υψηλότερο μετά την κάνναβη (Johnston et al. 2012). Στην ίδια χώρα, η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία εικοσαετία, στη διάρκεια της οποίας η χρήση άλλων παράνομων ουσιών, ιδιαίτερα της κάνναβης, παρουσίασε μείωση (Johnston et al. 2012). Μάλιστα, την περίοδο 1998-2002, καταγράφηκαν περισσότεροι έφηβοι νέοι χρήστες ψυχοδραστικών φαρμάκων παρά ενήλικες (Boyd et al. 2006α), ενώ την πενταετία 2004-2008 υπερδιπλασιάστηκε ο αριθμός των νέων κάτω των 21 ετών που διακομίστηκαν στα επείγοντα περιστατικά για προβλήματα συνδεδεμένα με τη χρήση οπιοειδών παυσίπων (Substance Abuse and Mental Health Services Administration-SAMHSA 2010).

Στην Ευρώπη, η εικόνα για τον επιπολασμό της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων στον εφηβικό, μη-κλινικό, πληθυσμό είναι ελλιπής: μέχρι πρόσφατα η συμπεριφορά αυτή δεν είχε απασχολήσει τους ερευνητές ή τα συστήματα επιδημιολογικής επιτήρησης των ευρωπαϊκών χωρών (βλ. σχόλιο στο Zaczyn & Lichtor 2008, Rehm 2013). Η μη-συνταγογραφημένη χρήση συνθετικών οπιοειδών έχει πρόσφατα αναδειχθεί από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΠΙΝΤ) ως μία ταχύτατα αναδύομενη τάση στη χρήση ουσιών στην Ευρώπη (ΕΚΠΙΝΤ 2011). Ωστόσο, τα στοιχεία που συλλέγονται για το ΕΚΠΙΝΤ αφορούν κυρίως τους χρήστες ουσιών που υιοθετούν πρακτικές υψηλού κινδύνου (π.χ. ενέσιμη χρήση) και έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες απεξάρτησης.

Κάποιες χώρες διαθέτουν στοιχεία μόνο για τη χρήση κοινών παυσίπων από τους εφήβους (Kogan et al. 1994; Dengler & Roberts 1996; Ylinen et al. 2010). Σε άλλες χώρες, τα οπιοειδή παυσίπινα συμπεριλαμβάνονται εμμέσως σε έρευνες που μετρούν γενικότερα τη χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου. Στα εργαλεία των ερευνών αυτών δεν προσδιορίζεται εάν τα φάρμακα αυτά είναι συνταγογραφούμενα, ή εάν η χρήση τους γίνεται με ιατρική συνταγή (βλ. Knopf et al. 2013, Currie et al. 2012, Hansen et al. 2003, Holstein et al. 2015).

Σύμφωνα, ωστόσο, με στοιχεία της «Διεθνούς έρευνας για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών» (Health Behaviour in School-aged Children-HBSC / WHO), που υλοποιήθηκε το 2010 σε έφηβους μαθητές ηλικίας 11, 13 και 15 ετών από 40 χώρες της Ευρώπης και της Β. Αμερικής, πρόσφατη χρήση φαρμάκων ανέφεραν μεταξύ των 15χρονων σε ποσοστό 41% για πονοκέφαλο και σε ποσοστό 24% για στομαχικά άλγη (Currie et al. 2012, Gobina et al. 2011) — συμπτώματα, η αντιμετώπιση των οποίων παραπέμπει εμμέσως στη χρήση κάποιου παυσίπου.

Σύμφωνα με το ελληνικό σκέλος της έρευνας HBSC / WHO, ο επιπολασμός της πρόσφατης χρήσης φαρμάκων στους 15χρονους ήταν το 2010 στην Ελλάδα: περίπου 32% για φάρμακα κατά του πονοκεφάλου και 13% για φάρμακα κατά του στομαχικού άλγους — χαμηλότερος συγκριτικά με τον μέσο όρο των χωρών του προγράμματος HBSC / WHO (Gobina et al. 2011). Τα στοιχεία της έρευνας HBSC /

WHO δείχνουν ότι η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου παρουσιάζει σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών (Gobina et al. 2011), ενδεικτικό ότι το φαινόμενο αυτό συνδέεται, μεταξύ άλλων, με τα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας, το νομικό πλαίσιο που καθορίζει τη διάθεση και την πρόσβαση στα φάρμακα, καθώς και τις ατομικές και τις συλλογικές αντιλήψεις απέναντι στην «ασθένεια», στην εκδήλωση των συμπτωμάτων και την αντιμετώπισή τους.

1.4 Κίνδυνοι από τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων

Τα οπιοειδή παυσίπονα, τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά φάρμακα βοηθούν στην αντιμετώπιση και τη βελτίωση της ψυχοσωματικής υγείας των ατόμων για τα οποία είναι ιατρικώς διαπιστωμένο ότι τα έχουν ανάγκη. Έχουν ωστόσο ανεπιθύμητες ενέργειες, τις οποίες η μη-συνταγογραφημένη χρήση τους ενδέχεται να επιτείνει.

Μεταξύ των συχνότερα αναφερόμενων ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χρήση των οπιοειδών παυσίπων περιλαμβάνονται η ναυτία, ο εμετός, η δυσκοιλιότητα και η ζάλη. Είναι ιδιαίτερα τοξικά και η υπερβολική τους χρήση μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ή ηπατική δυσλειτουργία ή αιμορραγία του πεπτικού (βλ. Rogers & Copley 2009, NIDA 2011, Μαρσέλος 2006). Η χρήση των οπιοειδών παυσίπων σε υψηλότερες δόσεις μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική καταστολή και υπόταση. Συνδυασμένα με αλκοόλ ή με άλλα κατασταλτικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν ακόμα και θάνατο (Jones et al. 2012, DAWN 2007, Okie 2010, Paulozzi et al. 2006, Holmes 2012, Manchikanti & Singh 2008), ιδιαίτερα στις γυναίκες (Centers for Disease Control and Prevention-CDC 2013). Τα ηρεμιστικά ή τα υπνωτικά, ακόμα και όταν λαμβάνονται σε μικρές δόσεις, μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στην αντίληψη, τη μνήμη και στις κινητικές δεξιότητες, με κίνδυνο ατυχήματος ή τραυματισμού. Δυσχεραίνουν την ανταπόκριση σε σύνθετες δοκιμασίες, ενώ μπορεί να οδηγήσουν σε ένταση, υπερδιέγερση και έντονο άγχος (Μαρσέλος 2006).

Η συχνή χρήση φαρμάκων και από τις δύο παραπάνω κατηγορίες οδηγεί στον εθισμό, την ανοχή και την εξάρτηση (Anthony et al. 1994, Miller 2004, Holmes 2012,

Griffiths & Weerts 1997, Lader 2011, Caplan et al. 2007). Στις περιπτώσεις αυτές, η απότομη διακοπή τους δημιουργεί στερητικά σύνδρομα με αποτέλεσμα το άτομο που τα χρησιμοποιεί να καταφεύγει σε μεγαλύτερες ποσότητες προκειμένου το φάρμακο να έχει την προσδοκώμενη δράση. Η δε απεξάρτηση από τη χρήση τους αποτελεί σύνθετη διαδικασία (Holmes 2012).

Οι πραγματικές αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης των φαρμάκων αυτών στους εφήβους δεν μπορούν να εκτιμηθούν με ακρίβεια δεδομένου ότι ο εγκέφαλος βρίσκεται ακόμα σε ανάπτυξη (Friedman 2006, Zito et al. 2003, Witek et al. 2005). Ωστόσο, η έναρξη της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών ή υπνωτικών κατά την εφηβεία αυξάνει τον κίνδυνο εθισμού και εμφάνισης διαταραχών εξάρτησης κατά την ενηλικίωση (McCabe et al. 2007β). Επιπλέον, με την αύξηση της ηλικίας, η μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων αυτών μπορεί να προκαλέσει ψυχοπαθολογία ή άλλες διαταραχές (π.χ. ύπνου) σε επόμενο στάδιο της ζωής (Schepis & McCabe 2012, McCabe et al. 2013β).

Σε ψυχολογικό επίπεδο, οι επιπτώσεις από τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων στους εφήβους ενδέχεται να είναι ακόμα πιο σύνθετες. Οι έφηβοι βιώνουν υψηλότερα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων (Costello et al. 2011) και εκείνοι που έχουν συνηθίσει να χρησιμοποιούν φάρμακα ή άλλες ουσίες ως κύρια μορφή αντιμετώπισής τους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να κάνουν κατάχρηση. Η μη-συνταγογραφημένη χρήση φαρμάκων σε αυτήν τη φάση της ανάπτυξης αυξάνει τον κίνδυνο διαταραχής της γνωστικής ικανότητας αξιολόγησης αγχογόνων καταστάσεων με συνέπεια την αύξηση των επακόλουθων αρνητικών συναισθημάτων και της αναποτελεσματικής αντιμετώπισής τους (Hallfors et al. 2005). Δεν είναι τυχαίο ότι η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων έχει συνδεθεί με την παράλληλη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, ενώ η λήψη φαρμάκων ταυτόχρονα σε μεγάλες ποσότητες έχει συνδεθεί με απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία (Hawton & James 2005).

Τέλος, οι επιπτώσεις από τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων υπερβαίνουν εκείνες που αφορούν στενά την υγεία των χρηστών και εκτείνονται στο πεδίο της δημόσιας δαπάνης για την υγεία που συνδέεται με το κόστος συνταγογράφησης και την ανάπτυξη υπηρεσιών που προορίζονται για την

αντιμετώπιση των συνεπειών που συνδέονται με τη συμπεριφορά αυτή (Gilson & Kreis 2009) — κάτι που δεν έχει ακόμα μετρηθεί στη χώρα μας.

1.5 Η μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων

Η επιδημιολογική έρευνα έχει να αντιπαρέλθει συνεχώς το ερώτημα της εγκυρότητας των στοιχείων που συλλέγει και της αξιοπιστίας των μέτρων που χρησιμοποιεί. Το παραπάνω αφορά οποιαδήποτε μη-πειραματική μέτρηση η οποία αναφέρεται στην ανθρώπινη συμπεριφορά και η οποία δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί από κάποιο αντικειμενικό, εξωτερικό κριτήριο.

Η πρόκληση είναι μεγαλύτερη όταν το αντικείμενο της μέτρησης αφορά ευαίσθητες συμπεριφορές των οποίων η παραδοχή μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει δυσμενείς συνέπειες στο άτομο (Brener et al. 2003). Η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων δυνητικά αποτελεί μια «ευαίσθητη» συμπεριφορά. Όπως συμβαίνει και στην περίπτωση της χρήσης παράνομων ουσιών, οι έφηβοι που συμμετέχουν σε μια έρευνα δύνανται να προσδώσουν στην έννοια της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ιδιότητες όπως «αρνητική», «επικίνδυνη», «αποκλίνουσα», «παράνομη», ή ακόμα και «αξιόποινη» συμπεριφορά και, ως εκ τούτου, να επιλέξουν να την αποκρύψουν.

Η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων είναι επιπλέον μια σύνθετη έννοια. Περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις που οφείλουν να συνυπάρχουν στη μέτρηση: α) το φάρμακο πρέπει να είναι ψυχοδραστικό, να επιδρά δηλαδή στο κεντρικό νευρικό σύστημα του εγκεφάλου (και όχι οποιοδήποτε φάρμακο), β) το φάρμακο πρέπει να είναι υποχρεωτικώς συνταγογραφούμενο (και όχι κοινό, μη-υποχρεωτικώς συνταγογραφούμενο φάρμακο, Μ.Υ.ΣΥ.ΦΑ.) και γ) η λήψη του φαρμάκου πρέπει να έχει γίνει χωρίς τη σύσταση γιατρού (και όχι σύμφωνα με συνταγή).

Μελέτες ελέγχου της εγκυρότητας της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων είναι περιορισμένες τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Από τις ελάχιστες διαθέσιμες προκύπτει ότι η εγκυρότητα της μέτρησης της

συμπεριφοράς αυτής δεν μπορεί να θεωρηθεί δεδομένη. Παλαιότερη μελέτη στην Ελλάδα πραγματοποίησε ελέγχους αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων (ως δείκτης εγκυρότητας) στις απαντήσεις 560 μαθητών ηλικίας 14-18 ετών σχετικά με, ξεχωριστά, τη χρήση ηρεμιστικών και υπνωτικών, και ξεχωριστά για τη χρήση σε όλη τη ζωή και κατά τη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών (Kokkevi & Stefanis 1991). Οι μαθητές μπορούσαν να επιλέξουν μεταξύ επτά κατηγοριών απάντησης. Οι τιμές για τον συντελεστή γραμμικής συσχέτισης του Pearson *rho* έδειξαν μέση γραμμική συσχέτιση (0,60-0,79), ενώ οι τιμές του συντελεστή συνάφειας Cohen's κ έδειξαν μέτρια συμφωνία στις απαντήσεις για τους 12 τελευταίους μήνες (και για τους δύο τύπους φαρμάκων), και για τη χρήση υπνωτικών έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή ($0,41 \leq \kappa \leq 0,60$), αλλά χαμηλή συμφωνία για τη χρήση ηρεμιστικών έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή ($0,21 \leq \kappa \leq 0,40$) (Kokkevi & Stefanis 1991).

Πρόσφατη μελέτη αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων σε δεδομένα από 788 μαθητές ηλικίας 15-19 ετών που συμμετείχαν στο ιταλικό σκέλος της πανευρωπαϊκής έρευνας ESPAD έδειξε μέτρια ή ισχυρή συμφωνία με τις μεταβλητές σχετικά με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών στη διατακτική τους μορφή (Cohen's κ μεταξύ 0,40 και 0,75), αλλά χαμηλή συμφωνία με τις μεταβλητές διχότομες (Cohen's κ και Crammer's *V* μεταξύ 0,21 και 0,40). Ωστόσο, τα επίπεδα συμφωνίας για τα φάρμακα ήταν σημαντικά χαμηλότερα συγκριτικά με εκείνα που παρατηρήθηκαν για το κάπνισμα, τη μέθη, καθώς και για τη χρήση της κάνναβης, της κοκαΐνης ή της ουσίας έκσταση (Molinaro et al. 2012).

Διερευνώντας διαχρονικά την επαναληπτικότητα στις απαντήσεις 18χρονων μαθητών σε ερωτήσεις για τις εξαρτησιογόνες ουσίες στις ΗΠΑ, οι Johnston & O'Malley (1997) εστίασαν στο φαινόμενο της αναίρεσης (recanting) — της αναθεώρησης δηλαδή της απάντησης που είχε δοθεί αρχικά από τους ερωτώμενους σε ίδιες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που χορηγείται σε δύο διαδοχικά χρονικά σημεία. Παρατήρησαν ότι οι απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών συγκέντρωσαν από τα υψηλότερα ποσοστά αναίρεσης, συγκριτικά με εκείνες για την κάνναβη ή την κοκαΐνη. Στην ερμηνεία τους, οι Johnston & O'Malley συνέδεσαν τα υψηλά ποσοστά αναίρεσης, μεταξύ άλλων, με την αρχικά πιθανή ελλιπή κατανόηση της ερώτησης από τους μαθητές, η οποία θεωρητικά βελτιώθηκε

με την πάροδο του χρόνου οπότε και οι ερωτώμενοι επαναπροσδιόρισαν την απάντησή τους (Johnston & O'Malley 1997).

Στο πλαίσιο των εργασιών της Ομάδας Πομπιντού του Συμβουλίου της Ευρώπης στα μέσα της δεκαετίας του 1990, οι Johnston, Driessen και Kokkevi (1994) μελέτησαν την ποιότητα των απαντήσεων των μαθητών σε ερωτήσεις για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, συμπεριλαμβανομένων των ηρεμιστικών και υπνωτικών. Βασισμένοι σε στοιχεία από δείγμα μαθητών έξι χωρών (ΗΠΑ, Ελλάδα, Ολλανδία, Γαλλία, Πορτογαλία και Σουηδία), έλεγξαν την εσωτερική συνέπεια στις απαντήσεις που δόθηκαν σε δύο εννοιολογικά παρεμφερείς ερωτήσεις: στην ερώτηση για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση (Ναι / Όχι) και στην ερώτηση για την ηλικία πρώτης μη-συνταγογραφημένης χρήσης των ηρεμιστικών και υπνωτικών (Ποτέ χρήση / Ηλικία πρώτης χρήσης). Παρατηρήθηκε ότι οι απαντήσεις των μαθητών για τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά φάρμακα παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ασυνέπειας συγκριτικά με τις παράνομες ουσίες για τις οποίες η ασυνέπεια δεν ξεπέρασε το 3%. Τα επίπεδα ασυνέπειας ήταν υψηλότερα στους μαθητές μεγαλύτερων ηλικιών. Στο ελληνικό δείγμα τα ποσοστά ασυνέπειας για τα ηρεμιστικά κυμάνθηκε μεταξύ 4% (στους μαθητές κάτω των 15 ετών) και 7% (στους μαθητές 17 ετών και άνω) — τα υψηλότερα μεταξύ των χωρών (Johnston et al. 1994). Η πλειονότητα των παραπάνω ασυνεπειών αφορούσαν περιπτώσεις μαθητών που, ενώ αρχικά είχαν αναφέρει μη-συνταγογραφημένη χρήση, ακολούθως στην ερώτηση για την ηλικία έναρξης, απάντησαν «ποτέ χρήση» — μια έμμεση μορφή αναίρεσης της απάντησης. Η ασυνέπεια αποδόθηκε στο ότι, κατά τη μετάβαση από την ερώτηση της χρήσης σε εκείνην της ηλικίας έναρξης, οι συμμετέχοντες είχαν ξεχάσει τον πλήρη ορισμό της μη-συνταγογραφημένης χρήσης (Johnston et al. 1994).

Τα επίπεδα εγκυρότητας της μέτρησης της χρήσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων από τους εφήβους φαίνεται ότι διαφοροποιούνται επιπλέον και ανάλογα με τον τύπο φαρμάκου. Νορβηγική μελέτη αντιπαρέβαλε τα στοιχεία από τις απαντήσεις 2.613 16χρονων μαθητών σε ερωτήσεις για τη χρήση οπιοειδών παυσίπονων, ηρεμιστικών / υπνωτικών, αντισυλληπτικών (μόνο κορίτσια) και αντιασθματικών φαρμάκων με τα στοιχεία από την εθνική ηλεκτρονική βάση συνταγογράφησης της χώρας (Skurtveit et al. 2008). Εξετάστηκαν ειδικότερα: το ποσοστό των μαθητών που ανέφεραν χρήση

τού φαρμάκου όταν φαίνεται στην ηλεκτρονική βάση συνταγογράφησης ότι *πράγματι* τούς έχει συνταγογραφηθεί (αναφέρεται ως *ευαισθησία*) και το ποσοστό των εφήβων που απάντησαν ότι δεν έκαναν χρήση τού φαρμάκου όταν φαίνεται ότι *πράγματι* δεν τούς έχει συνταγογραφηθεί το φάρμακο αυτό (αναφέρεται ως *ειδικότητα*). Οι αναλύσεις έδειξαν ότι τα οπιοειδή παυσίπονα ήταν από τα φάρμακα με τα χαμηλότερα επίπεδα ευαισθησίας της μέτρησης, συγκριτικά με τα υπόλοιπα φάρμακα. Ειδικότερα, οι καταφατικές απαντήσεις στην ερώτηση για τη χρήση οπιοειδών παυσίπων συμπεριέλαβαν μόνο τους μισούς από τους εφήβους στους οποίους –σύμφωνα με τα στοιχεία της βάσης συνταγογράφησης– είχε συνταγογραφηθεί κάποιο οπιοειδές παυσίπονο (49%, 95% διάστημα εμπιστοσύνης [ΔΕ]: 37%-60%). Στην ίδια έρευνα, τα επίπεδα ευαισθησίας της μέτρησης για τα ηρεμιστικά ή υπνωτικά ήταν υψηλότερα (75%, 95% ΔΕ: 36%-96%) (Skurtveit et al. 2008). Για τους δύο τύπους φαρμάκων, τα επίπεδα ειδικότητας της μέτρησης κυμάνθηκαν μεταξύ 80% (παυσίπονα) και 90% (ηρεμιστικά), ενδεικτικά ότι η έρευνα κατέταξε μια μικρή μόνο μερίδα μαθητών στην κατηγορία των «χρηστών» χωρίς ωστόσο εκείνοι να είναι αποδέκτες των φαρμάκων αυτών σύμφωνα με τη βάση συνταγογράφησης (αποδέκτες τουλάχιστον από επίσημες πηγές διάθεσης φαρμάκων).

Οι παραπάνω μελέτες δεν στερούνται περιορισμών, τέτοιων που να μην επιτρέπουν στα ευρήματά τους να μπορούν πλέον να γενικευτούν σε άλλους πληθυσμούς. Αναφέρονται ενδεικτικά: η εικοσαετία που έχει παρέλθει από την περίοδο που υλοποιήθηκε η διεθνής μελέτη για λογαριασμό της Ομάδας Πομπιντού και η αμερικανική διαχρονική έρευνα των Johnston & O'Malley, καθώς και ο μικρός αριθμός των παρατηρήσεων στις οποίες βασίστηκαν οι αναλύσεις της Νορβηγικής μελέτης, όπως και ο τοπικός της χαρακτήρας. Παρά τους περιορισμούς τους, μελέτες σαν τις παραπάνω καθιστούν σαφές ότι θα πρέπει να δοθεί αυξημένη προσοχή στον τρόπο που μετριέται η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων, και ιδιαίτερα στο νόημα που αποδίδεται από τους εφήβους σε έννοιες όπως η «χρήση χωρίς τη σύσταση γιατρού», το «οπιοειδές» παυσίπονο, το «ηρεμιστικό», και το «υπνωτικό» φάρμακο.

Κεφάλαιο 2 – Εγκυρότητα της μέτρησης

Το Κεφάλαιο 2 εστιάζει στην έννοια της εγκυρότητας της μέτρησης. Δίνεται ο ορισμός της εγκυρότητας και παρουσιάζονται οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Γίνεται ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και προτείνονται δείκτες εγκυρότητας με πρακτική εφαρμογή στον έλεγχο της ποιότητας της μέτρησης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων σε έρευνες στο μαθητικό πληθυσμό. Η συνδυαστική εφαρμογή ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων παρουσιάζεται στο παρόν Κεφάλαιο ως η πλέον ενδεδειγμένη προσέγγιση για την παραγωγή στοιχείων για δείκτες εγκυρότητας.

2.1 Η εγκυρότητα στη μέτρηση και οι παράγοντες που την επηρεάζουν

Η έγκυρη μέτρηση αποτελεί βασικό ζητούμενο στην έρευνα της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Olsen 1998). Η εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό που μια ερώτηση (μέτρο) αποτυπώνει με ακρίβεια, πληρότητα και στην πραγματική της διάσταση τη συμπεριφορά (παράμετρο, μεταβλητή) την οποία είναι προορισμένη να μετρήσει.

Η μέτρηση μιας συμπεριφοράς θεωρείται έγκυρη όταν έχει περιορίσει στο ελάχιστο την παρουσία συστηματικού σφάλματος, το οποίο οδηγεί σε μεροληψία (Πετρίδου κ.ά. 2007, Delgado-Rodríguez & Llorca 2004, Brener 2003). Προϋπόθεση έγκυρης μέτρησης αποτελεί ότι η υπό διερεύνηση συμπεριφορά έχει οριστεί με ακρίβεια και με πληρότητα ως προς τις βασικές της διαστάσεις, και ότι το δείγμα έχει προσδιοριστεί και επιλεγεί με τρόπο που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της έρευνας. Με τα παραπάνω διασφαλισμένα, τρεις είναι ακολούθως οι κύριες πηγές εισόδου σφάλματος στη μέτρηση (βλ. Πίνακα 2.1): οι ερωτήσεις που προορίζονται για να μετρήσουν τη συμπεριφορά (π.χ. διατύπωση, δομή, γνωστικές απαιτήσεις, τρόπος επιλογής της απάντησης κτλ.), οι συμμετέχοντες στην έρευνα (π.χ. αντίληψη, μνήμη, στάσεις κτλ), και το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο υλοποιείται η έρευνα (π.χ. η συμπεριφορά των ερευνητών, το γενικότερο θέμα της έρευνας, η συμπεριφορά της διοίκησης του σχολείου, οι διασφαλίσεις ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας, κοινωνικές αντιλήψεις κτλ.) (Johnson 2014, Johnson & Fendrich 2005).

Πίνακας 2.1: Πηγές εισόδου σφάλματος στη μέτρηση

Παράγοντες που συνδέονται με τη βασική έννοια	Παράγοντες που συνδέονται με τα μέτρα (ερωτήσεις)	Παράγοντες που συνδέονται με τους συμμετέχοντες και το πλαίσιο της έρευνας
Η βασική έννοια γίνεται δύσκολα κατανοητή	Οι ερωτήσεις είναι διατυπωμένες με δυσνόητο τρόπο (έχουν σύνθετη διατύπωση) ή συνοδεύονται από δυσνόητα, μακροσκελή ή ελλιπή εισαγωγικά κείμενα	Οι συμμετέχοντες διαφοροποιούνται ως προς τον τρόπο με τον οποίο κάνουν αντιληπτή τη βασική έννοια, δυσκολεύονται να κατανοήσουν το νόημα της ερώτησης
Το βίωμα που συνδέεται με τη βασική έννοια γίνεται δύσκολα ανακλητό στη μνήμη	Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν επιλογές απάντησης που είναι ασαφείς, δύσκολο να ανακληθούν, δύσκολο να γίνουν μεταξύ τους διακριτές και επιλέξιμες ή δεν είναι πλήρεις	Οι συμμετέχοντες διαφοροποιούνται ως προς τις δεξιότητες τους στην ανάκληση της πληροφορίας και την επιλογή της απάντησης
Η βασική έννοια προκαλεί τις κοινωνικές νόρμες και προσκαλεί για κοινωνικά "αποδεκτές" απαντήσεις	Οι ερωτήσεις είναι διατυπωμένες με τρόπο που προσκαλούν για κοινωνικά "αποδεκτές" απαντήσεις	Οι συμμετέχοντες επηρεάζονται από επικρατούσες, κοινωνικά αποδεκτές επιταγές ή κοινωνικές προσμονές σε σχέση με το θέμα της έρευνας και επηρεάζονται ως προς τις απαντήσεις που δίνουν
Η βασική έννοια θίγει ευαίσθητα, προσωπικά ζητήματα		Οι συμμετέχοντες αντιδρούν στο περιεχόμενο των ερωτήσεων
Η βασική έννοια δεν προκαλεί αρκετό ενδιαφέρον ή ταύτιση με τους συμμετέχοντες στην έρευνα		Οι συμμετέχοντες δεν έχουν κίνητρο, δεν βρίσκουν το θέμα ενδιαφέρον, δεν τους αφορά, κουράζονται

Έτσι, π.χ. ερωτήσεις που αναφέρονται σε ευαίσθητη θεματολογία, περιέχουν ασάφειες στη διατύπωση, προϋποθέτουν αυξημένες γνωστικές δεξιότητες από τους συμμετέχοντες προκειμένου για την ανάκληση της πληροφορίας, χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα ως προς τον τρόπο επιλογής της απάντησης, καθώς και η καχυποψία των συμμετεχόντων για τους σκοπούς της έρευνας, η αρνητική παρουσία και συμπεριφορά των ερευνητών κατά τη χορήγηση των ερωτηματολογίων κτλ, αποτελούν παράγοντες που –είτε από μόνοι τους είτε σε συνδυασμό– αυξάνουν τον κίνδυνο εισόδου σφάλματος στη μέτρηση (βλ. Brener 2003, Murata & Gwartney 1999, Acock 2005, Messer et al. 2012, Dixon 2005, Borgers & Hox 2001, De Leeuw et al. 2003, Del Boca & Darkes 2003, Delgado-Rodríguez & Llorca 2004, Johnson 2014, Johnson & Fendrich 2005).

2.2 Δείκτες εγκυρότητας

Η εγκυρότητα της μέτρησης μιας συμπεριφοράς τεκμηριώνεται όταν η τιμή που παράγεται για τη συμπεριφορά αυτή (εμπειρική τιμή) επιβεβαιώνεται στη βάση κριτηρίων που είναι αποδεκτό ότι μετρούν την πραγματική τιμή — συχνότερα με τη χρήση ενός εξωτερικού κριτηρίου που θεωρείται αντικειμενικό («χρυσός κανόνας») ή ενός ισοδύναμου μέτρου για το οποίο αναγνωρίζεται ότι έχει αποδεκτά επίπεδα εγκυρότητας («μέθοδος αναφοράς») (Brenner et al. 1995).

Στην έρευνα για την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών η εφαρμογή της μεθόδου αναφοράς³ μπορεί να περιλαμβάνει την αντιπαραβολή των τιμών από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων με τις τιμές για τους ίδιους δείκτες από πηγές όπως: εργαστηριακούς ελέγχους (π.χ. σε δείγμα ούρων, σιέλου, ιδρώτα ή μαλλιών), βάσεις δεδομένων που περιέχουν συναφή στοιχεία (π.χ. ηλεκτρονικές βάσεις συνταγογράφησης), αναφορές τρίτων που γνωρίζουν για τις συμπεριφορές των συμμετεχόντων στην έρευνα (π.χ. γονιών ή συντρόφων), ακόμα και την επιτόπια παρατήρηση (βλ. Harrison & Hughes 1997).

Βιοχημικοί εργαστηριακοί έλεγχοι έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν για τον έλεγχο της εγκυρότητας της μέτρησης της χρήσης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, οδηγώντας σε ποικιλία συμπερασμάτων ως προς τα επίπεδα εγκυρότητας (Basurto et al. 2009, Kokkevi & Stefanis 1991, Harrison & Hughes 1997, Golub et al. 2005, Fendrich et al. 2004, Buchan et al. 2002). Στην Ελλάδα, βιοχημικοί έλεγχοι είχαν εφαρμοσθεί στα τέλη της δεκαετίας του 1980 από την Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ («Αιγινήτειο» Νοσοκομείο) στο πλαίσιο της υλοποίησης ερευνών για τη χρήση ουσιών στον μαθητικό πληθυσμό της χώρας (Kokkevi & Stefanis 1991, Johnston et al. 1994). Ωστόσο, οι παραπάνω μελέτες δεν συμπεριελάμβαναν δείκτες για τη χρήση συνταγογραφούμενων ψυχοδραστικών φαρμάκων.

Οι βιοχημικοί έλεγχοι παραμένουν σήμερα η ιδανικότερη μέθοδος ελέγχου της εγκυρότητας της μέτρησης στο τομέα της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (Wolff et

³ Δεδομένου ότι η μέτρηση αφορά ποιοτικές μεταβλητές, ο όρος «μέθοδος αναφοράς» προτιμάται εδώ αντί του «χρυσού κανόνα»

al. 1999). Ωστόσο, εξαιτίας των πολλών περιορισμών –π.χ. οι πόροι που απαιτούνται για την εφαρμογή τους, τα ηθικά ζητήματα που τους περιβάλλουν, το γεγονός ότι αποτελούν δείκτες βραχυχρόνιας μόνον έκθεσης κτλ– η εφαρμογή τους είναι περιορισμένη (Brenner et al 2003). Η δε εφαρμογή βιοχημικών ελέγχων στη μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων είναι ανύπαρκτη.

Όπου η εφαρμογή εργαστηριακών ελέγχων δεν είναι δυνατή, ο έλεγχος της εγκυρότητας μιας μέτρησης γίνεται με εναλλακτικές μεθόδους. Μια τέτοια μέθοδος αποτελεί η σύνδεση και αντιπαραβολή δεδομένων από διαφορετικές ηλεκτρονικές βάσεις που περιέχουν ατομικά στοιχεία για τον ίδιο πληθυσμό και για συγκρίσιμες μεταβλητές. Όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 1, Νορβηγική μελέτη αντιπαρέβαλε τα δεδομένα από τις απαντήσεις εφήβων σε ερωτηματολόγιο σχετικά με τη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων με τα τοπικά δεδομένα για τα ίδια φάρμακα από την εθνική ηλεκτρονική βάση συνταγογράφησης (μέθοδος αναφοράς, Skurtveit et al. 2008). Για τον έλεγχο της εγκυρότητας της μέτρησης υπολογίστηκαν τα ποσοστά ασυνέπειας καθώς και οι δείκτες ευαισθησίας και ειδικότητας.⁴ Με τον τρόπο αυτό, ο Skurtveit και οι συνεργάτες του ήταν σε θέση να δείξουν ότι τα επίπεδα εγκυρότητας στη μέτρηση της χρήσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των διαφορετικών τύπων φαρμάκου (βλ. Κεφάλαιο 1). Αν και αποτελεί μια χρήσιμη τεχνική έλεγχου της εγκυρότητας, για να είναι αξιόπιστη η σύγκριση των δεδομένων από διαφορετικές βάσεις θα πρέπει αφενός οι βάσεις αυτές να είναι πλήρεις και ενημερωμένες, αφετέρου οι μεταβλητές τους να είναι συγκρίσιμες.

Όπου η χρήση της μεθόδου αναφοράς δεν είναι δυνατή, ο έλεγχος της εγκυρότητας της μέτρησης μιας συμπεριφοράς γίνεται με την εφαρμογή έμμεσων δεικτών. Έμμεσοι δείκτες εγκυρότητας που αναφέρονται στη βιβλιογραφία αφορούν κυρίως τρεις ευρείες κατηγορίες εγκυρότητας: περιεχομένου (κατά πόσο η μέτρηση μιας συμπεριφοράς στηρίζεται σε ερωτηματολόγια ή μέτρα που καλύπτουν όλες τις

⁴ Η *ευαισθησία* αναφέρεται στο επίπεδο που ένα μέτρο έχει αποτυπώσει μια συμπεριφορά σε έναν πληθυσμό ο οποίος με βάση μια μέθοδο αναφοράς έχει πράγματι κάνει αυτήν τη συμπεριφορά. Η *ειδικότητα* αναφέρεται στο επίπεδο που το ίδιο μέτρο έχει καταγράψει τη μη-ύπαρξη της συμπεριφοράς στον πληθυσμό ο οποίος –με βάση την μέθοδο αναφοράς– πράγματι δεν έχει κάνει αυτήν τη συμπεριφορά (Parikh et al. 2008).

διαστάσεις της συμπεριφοράς αυτής), εννοιολογικής κατασκευής (κατά πόσο η ερώτηση μετρά επακριβώς τη συμπεριφορά της οποίας τη μέτρηση έχει σχεδιαστεί να κάνει) και κριτηρίου (κατά πόσο οι εμπειρικές τιμές που προέκυψαν από τη μέτρηση μιας συμπεριφοράς συνάδουν με εκείνες που έχουν προκύψει από ένα εναλλακτικό εργαλείο μέτρησης, το οποίο θεωρείται ότι μετρά με έγκυρο τρόπο την ίδια συμπεριφορά) (βλ. Ουζούνη & Νακάκης 2011, Γαλάνης 2013).

Αντί του διαχωρισμού της σε διάφορες κατηγορίες, ο Messick (1989, στο Cook & Beckman 2006) ανέδειξε την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής ως τη σημαντικότερη κατηγορία εγκυρότητας μέσα στην οποία μπορούν να ενταχθούν τόσο η εγκυρότητα περιεχομένου και όσο και η εγκυρότητα κριτηρίου. Σύμφωνα με την προσέγγιση του Messick (1989, στο Cook & Beckman 2006), η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής ενός ερωτηματολογίου μπορεί να αξιολογηθεί μέσω της συλλογής στοιχείων για τέσσερις δείκτες:⁵ α) το περιεχόμενο (αφορά τη θεματική πληρότητα του ερωτηματολογίου), β) τη διαδικασία συμπλήρωσης (αφορά την κατανόηση της ερώτησης και την ευκολία ή τη δυσκολία συμπλήρωσής της), γ) την επιβεβαίωση εμπειρικών / θεωρητικών υποθέσεων (αφορά την παρουσίαση αποδεκτών επιπέδων επιπολασμού και τη στατιστική επιβεβαίωση σχέσεων μεταξύ μεταβλητών) και δ) την αξιοπιστία (αφορά την επαναληπτικότητα των τιμών και την εσωτερική συνέπειά τους).

Οι τέσσερις παραπάνω δείκτες παρουσιάζονται ακολούθως, με έμφαση στον έλεγχο της εγκυρότητας της μέτρησης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων.

Δείκτης #1: Περιεχόμενο

Η εγκυρότητα περιεχομένου αναφέρεται στο βαθμό που ένα ολόκληρο ερωτηματολόγιο, μια ενότητα ερωτήσεων, ή μια ερώτηση είναι πλήρης, καλύπτει δηλαδή όλες τις σημαντικές διαστάσεις που εμπεριέχονται στη συμπεριφορά που είναι υπό διερεύνηση (Cook & Beckman 2006, Γαλάνης 2013).

⁵ Ο Messick (1989, στο Cook & Beckman 2006) αναφέρεται σε έναν ακόμη δείκτη, τις «προεκτάσεις / επιπτώσεις» που προκύπτουν από τη μέτρηση, ο οποίος ωστόσο αφορά περισσότερο τα ψυχομετρικά τεστ και λιγότερο το θέμα της παρούσας διατριβής.

Στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής, η έννοια της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων περιέχει τρεις βασικές διαστάσεις: το φάρμακο είναι ψυχοδραστικό, είναι συνταγογραφούμενο και η χρήση του έχει γίνει χωρίς τη σύσταση γιατρού. Συνεπώς, ως ελάχιστη ένδειξη της εγκυρότητας περιεχομένου αποτελεί το κατά πόσο η ερώτηση που έχει σχεδιαστεί για να μετρήσει τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων εκφράζει πλήρως και με σαφήνεια και τις τρεις παραπάνω διαστάσεις.

Επιπλέον, όπως δείχνουν οι σχετικές μελέτες, η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων στους εφήβους συνδέεται με πλήθος άλλων χαρακτηριστικών και συμπεριφορών όπως: το φύλο, τη χρήση άλλων νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, τη συχνή παρουσία σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, την προηγούμενη συνταγογραφημένη χρήση του φαρμάκου, τη χρήση φαρμάκων στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, τις αντιλήψεις περί παρουσίας ή απουσίας κινδύνου από τη χρήση και περί εύκολης ή δύσκολης πρόσβασης στα φάρμακα αυτά, την αποκλίνουσα συμπεριφορά κτλ. (βλ. ανασκόπηση των Young et al. 2012β). Συνεπώς, ως μια επιπλέον ένδειξη εγκυρότητας περιεχομένου αποτελεί ο βαθμός στον οποίο το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις που μετρούν όσο το δυνατόν περισσότερες από τις παραπάνω συμπεριφορές και χαρακτηριστικά.

Η εγκυρότητα περιεχομένου ενός ερωτηματολογίου ή μιας ερώτησης αποτιμάται, τέλος, και στη βάση του εύρους και της ποιότητας των πηγών –βιβλιογραφικών και μη– που αξιοποιήθηκαν κατά την κατασκευή τους.

Ο έλεγχος της εγκυρότητας περιεχομένου υλοποιείται μέσω της γνώμης ειδικών, της πιλοτικής δοκιμής του ερωτηματολογίου, και της εφαρμογής ποιοτικών μεθόδων με τη συμμετοχή ατόμων από τον πληθυσμό στον οποίον απευθύνεται το ερωτηματολόγιο (Brenner et al. 2003, Ουζούνη & Νακάκης 2011, Γαλάνης 2013).

Δείκτης #2: Διαδικασία συμπλήρωσης

Η διαδικασία συμπλήρωσης αναφέρεται στη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι ερωτήσεις ενός ερωτηματολογίου γίνονται αντιληπτές και συμπληρώνονται από τους συμμετέχοντες στην έρευνα (Cook & Beckman 2006).

Η απόδοση του αναμενόμενου νοήματος στην ερώτηση και η ευκολία σε όλα τα στάδια της διαδικασίας συμπλήρωσης της απάντησης –κατανόηση, ανάκληση πληροφορίας από τη μνήμη, αξιολόγηση και επιλογή της απάντησης (Brener et al. 2003)– αποτελούν δείκτες εγκυρότητας για μια μέτρηση.

Η διερεύνηση του επιπέδου κατανόησης γίνεται με άμεσους και έμμεσους τρόπους. Οι άμεσοι τρόποι αφορούν την καταγραφή των απόψεων, σχολίων, παρατηρήσεων, υποδείξεων, κτλ. των ίδιων των συμμετεχόντων στην έρευνα ή ειδικών με εμπειρία στο υπό διερεύνηση θέμα και στην κατασκευή ερωτηματολογίων. Οι συνηθέστερες τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η συνέντευξη (στη διάρκεια ή μετά από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου), η ποιοτική ανατροφοδότηση και οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης (συνηθέστερα μετά από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου). Στην περίπτωση αυτήν, αναζητούνται ποιοτικά κυρίως στοιχεία που δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες κατανόησαν σωστά την ερώτηση και ότι την απάντησαν χωρίς δυσκολία επιλέγοντας την απάντηση που ταίριαζε καλύτερα στη δική τους περίπτωση.

Στους έμμεσους τρόπους διερεύνησης του νοήματος που αποδόθηκε στην ερώτηση, και της ευκολίας ή της δυσκολίας με την οποία αυτή συμπληρώθηκε περιλαμβάνονται η διενέργεια ελέγχων αξιοπιστίας και εσωτερικής συνέπειας και η μελέτη των αναπάντητων ερωτήσεων. Οι Johnston & O'Malley (1997) στηρίχθηκαν σε αποτελέσματα ελέγχων αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων για να αποδώσουν σε πιθανή ελλιπή κατανόηση το φαινόμενο της «αναίρεσης» στις απαντήσεις που οι ίδιοι μαθητές έδωσαν σε δύο διαδοχικά χρονικά σημεία σε ίδιες ερωτήσεις για τα ηρεμιστικά / υπνωτικά. Στη μελέτη τους είχαν παρατηρηθεί υψηλότερα ποσοστά αναίρεσης στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων, συγκριτικά με τις ερωτήσεις για την κάνναβη ή την κοκαΐνη. Οι Johnston & O'Malley (1997) δικαιολόγησαν τα υψηλά ποσοστά αναίρεσης στη δυσκολία κατανόησης από τους μαθητές της έννοιας της μη-συνταγογραφημένης χρήσης και της πιθανής σύγχυσης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με τα μη-συνταγογραφούμενα (κοινά) φάρμακα που κυκλοφορούν στο εμπόριο και μοιάζουν ως προς τις ιδιότητές τους (Johnston & O'Malley 1997).

Αν και είναι συχνό φαινόμενο στην επιδημιολογική έρευνα (Raghunathan 2004, Rodgers et al. 1982), οι αναπάντητες ερωτήσεις εισάγουν μεροληψία –ιδιαίτερα όταν δεν εμφανίζονται με τυχαίο τρόπο– και συνεπώς υπονομεύουν τη εγκυρότητα της μέτρησης (UNODC 2003, De Leeuw et al. 2003). Ασφαλώς, εάν θα απαντηθεί ή όχι μια ερώτηση εξαρτάται από την ικανότητα και τη θέληση των ερωτώμενων να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις της ερώτησης, καθώς και από το γενικότερο πλαίσιο της έρευνας. Ωστόσο, η παρουσία ελλειπουσών τιμών παραπέμπει πρωτίστως σε προβλήματα που εντοπίζονται στην ίδια την ερώτηση, π.χ. ασάφεια, αδυναμία επιλογής της κατάλληλης απάντησης, «ευαισθησία» του θέματος κτλ. Ειδικά στη μελέτη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στους εφήβους, οι ελλείπουσες τιμές θεωρείται δείκτης πρόθεσης για απόκρυψη της συμπεριφοράς (Tourangeau & Yan 2007, Hibell et al. 2012, Johnston et al. 1994).

Δείκτης #3: Επιβεβαίωση εμπειρικών / θεωρητικών υποθέσεων

Η επιβεβαίωση εμπειρικών υποθέσεων αναφέρεται στην παραγωγή στατιστικών ευρημάτων που δείχνουν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ της υπό διερεύνηση συμπεριφοράς και άλλων συμπεριφορών ή χαρακτηριστικών του δείγματος με τρόπο και ένταση που είναι αναμενόμενη βάσει της προηγούμενης εμπειρίας ή βάσει θεωρητικών υποθέσεων (Cook & Beckman 2006).

Στην περίπτωση της συμπεριφοράς που εξετάζεται στην παρούσα διατριβή, ως δείκτης εγκυρότητας θα εκλαμβανόταν η παρουσία ανεξάρτητης,⁶ στατιστικά σημαντικής σχέσης⁷ της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων, με π.χ. τη συχνή παρουσία ψυχοσωματικών ενοχλήσεων, τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών ή την προηγούμενη συνταγογραφημένη χρήση του φαρμάκου.

Δείκτης #4: Αξιοπιστία

Ο όρος αξιοπιστία χρησιμοποιείται για να περιγράψει την επαναληπτικότητα (σταθερότητα) στην εμφάνιση των τιμών στις παρατηρήσεις ενός εργαλείου,

⁶ Ανάλυση η οποία έχει εξουδετερώσει πιθανούς συγχυτές.

⁷ Σε προκαθορισμένο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, π.χ. ίσο με 0,05.

κλίμακας ή ερώτησης όταν χορηγείται ακριβώς ίδιο ή σχεδόν ίδιο σε διαδοχικές μετρήσεις σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (Γαλάνης 2013, Cook & Beckman 2006). Υπάρχουν διάφοροι τύποι ελέγχου αξιοπιστίας και η επιλογή τους εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από τους ειδικούς σκοπούς της έρευνας, το είδος των δεδομένων και τον τρόπο που αυτά συλλέγονται: αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, αξιοπιστία εναλλακτικής φόρμας, αξιοπιστία ημίκλαστων, εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστία μετρήσεων του ίδιου ή μεταξύ διαφορετικών βαθμολογητών ή παρατηρητών (βλ. Γαλάνης 2013, Ουζούνη & Νακάκης 2011).

Η αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων είναι ένας συνήθης τρόπος ελέγχου της επαναληπτικότητας των απαντήσεων σε μια ερώτηση (Smart & Blair 1978, Rosenbaum 2009, Kokkevi & Stefanis 1991). Αστάθεια στις απαντήσεις εμφανίζεται συχνότερα σε έρευνες με ευαίσθητη θεματολογία και ιδιαίτερα στις διαχρονικές έρευνες (Rodgers et al. 1982). Ως μέθοδος ελέγχου της εγκυρότητας, η αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων συναντάται συχνά στις πρώτες έρευνες για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους εφήβους που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ την δεκαετία του 1970 (O'Malley et al. 1983) και στην Ευρώπη τη δεκαετία του 1980 (Johnston et al. 1994, Kokkevi & Stefanis 1991).

Η έννοια της αξιοπιστίας περιλαμβάνει τη διάσταση της «εσωτερικής συνέπειας». Η εσωτερική συνέπεια αναφέρεται στο επίπεδο συμφωνίας στις απαντήσεις που δίνονται από τα ίδια άτομα σε ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, οι οποίες –αν και φαινομενικά διαφορετικές– άμεσα ή έμμεσα μετρούν την ίδια έννοια. Για παράδειγμα, στον έλεγχο εσωτερικής συνέπειας αποτυπώνεται ο βαθμός συμφωνίας στις απαντήσεις των συμμετεχόντων που επέλεξαν την απάντηση «Ποτέ» σε δύο ερωτήσεις του ίδιου ερωτηματολογίου σχετικά με μια, την ίδια συμπεριφορά.

Στην έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους εφήβους-μαθητές, έλεγχοι εσωτερικής συνέπειας έχουν εφαρμοστεί σε αρκετές περιπτώσεις, ιδιαίτερα κατά τη φάση κατασκευής ερωτηματολογίων. Στο πλαίσιο των εργασιών της Ομάδας Πομπιντού του Συμβουλίου της Ευρώπης, ερευνητικές ομάδες έξι χωρών (ΗΠΑ, Ελλάδα, Ολλανδία, Γαλλία, Πορτογαλία και Σουηδία) έλεγξαν την εσωτερική συνέπεια στις απαντήσεις σε ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε σε δείγμα μαθητών στις χώρες αυτές (Johnston et al. 1994). Μεταξύ άλλων, ελέγχθηκε η συνέπεια στις

απαντήσεις των μαθητών σε αλληλουχία (πλέγμα) ερωτήσεων για τη χρήση ουσιών σε τρεις κατά σειρά χρονικές περιόδους: σε όλη τη ζωή, κατά τη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών και κατά τη διάρκεια των 30 τελευταίων ημερών. Η μελέτη έδειξε ποσοστά συνέπειας άνω του 97% για όλες τις παράνομες ουσίες (συμπεριλαμβανομένης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων), ενδεικτικό εσωτερικής συνοχής.

Σε προγενέστερη έρευνα στις ΗΠΑ (Bachman & O'Malley 1981) εξετάστηκε κατά πόσο η συχνότητα της χρήσης διαφορετικών ουσιών κατά τη διάρκεια των 30 τελευταίων ημερών που αναφέρθηκε από τους μαθητές –πολλαπλασιασμένη επί δώδεκα μήνες– ήταν σε συμφωνία με την συχνότητα που αναφέρθηκε από τους ίδιους μαθητές στην ερώτηση για τη χρήση των ίδιων ουσιών κατά τη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών. Ο έλεγχος έδειξε ότι οι έφηβοι μαθητές έχουν την τάση να υποεκτιμούν τη συχνότητα της χρήσης που έκαναν κατά τη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών, ενδεικτικό εσωτερικής ασυνέπειας (Bachman & O'Malley 1981, O'Malley et al. 1983).

2.3 Η ποιοτική μεθοδολογία στον έλεγχο της εγκυρότητας της μέτρησης

Η επιλογή των κατάλληλων δεικτών που θα χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο της εγκυρότητας μιας μέτρησης καθορίζεται από τους ειδικούς στόχους της μελέτης, το είδος των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή στοιχείων και τον τύπο των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί. Σε κάθε περίπτωση ωστόσο, ο έλεγχος της εγκυρότητας μιας μέτρησης αξιοποιεί –ιδανικά– στοιχεία από πολλαπλές πηγές, ενώ επιπλέον συνδυάζει ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους συλλογής και ανάλυσης των στοιχείων που αφορούν στον κάθε ένα δείκτη εγκυρότητας.

Οι ποιοτικές μέθοδοι έχουν αυξήσει σημαντικά την παρουσία τους στο πεδίο της επιδημιολογικής έρευνας γενικότερα, και ειδικότερα της έρευνας για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία (βλ. Silva & Fraga 2012, Shuval et al. 2011). Το παραπάνω έχει επιτευχθεί παρά –κατά πολλούς σχολιαστές– τις σημαντικές διαφορές μεταξύ της ποσοτικής και της ποιοτικής προσέγγισης στη μελέτη και ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Sale et al. 2002).

Ποιοτικές μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί στη μελέτη συμπεριφορών που σχετίζονται με τη χρήση φαρμάκων στον παιδικό και νεανικό πληθυσμό (Popay 2003, Pound et al. 2005, Allotey et al. 2004, Hansen et al. 2008, Hameen-Anttila & Bush 2008, Andersen et al. 2007, Lagerlov et al. 2003, Hatchette et al. 2008) και την κατάχρηση ψυχοδραστικών φαρμάκων στους ενήλικες ή στους εξαρτημένους χρήστες (βλ. Rigg & Murphy 2013, Skinhoj et al. 2001, Lilja et al. 2001, Larsson et al. 2001a, Larsson et al. 2001b, Gabe 2001).

Πρόσφατα, μελέτη στις ΗΠΑ χρησιμοποίησε προσωπικές συνεντεύξεις για να διερευνήσει αντιλήψεις και βιώματα εφήβων που στο ποσοτικό σκέλος της έρευνας είχαν αναφέρει μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων (Funk et al. 2014). Η μελέτη ανέδειξε πτυχές του φαινομένου που δεν ήταν δυνατόν να αναδειχθούν επαρκώς μέσω της ποσοτικής έρευνας — π.χ. τους τρόπους διαχείρισης των φαρμάκων που είχαν περισσέψει από προηγούμενη συνταγή, τους τρόπους αφαίρεσης φαρμάκων από το οικιακό φαρμακείο, την άγνοια των κινδύνων από τη μη-συνταγογραφημένη χρήση και τη χρήση φαρμάκων μαζί με αλκοόλ, κάνναβη και με άλλες λιγότερο διαδεδομένες ουσίες.

Στο πεδίο του ελέγχου της εγκυρότητας της μέτρησης, ποιοτικές τεχνικές συλλογής και ανάλυσης στοιχείων έχουν χρησιμοποιηθεί εκτενώς, κυρίως όμως κατά τη διαδικασία κατασκευής και πιλοτικής εφαρμογής νεοδημιουργηθέντων ερωτηματολογίων. Παραδείγματα τέτοιων τεχνικών είναι οι ποιοτικές αξιολογήσεις ειδικών, η επιτόπια παρατήρηση της διαδικασίας συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, οι ατομικές συνεντεύξεις που εστιάζουν στον τρόπο που οι ερωτώμενοι αντιλήφθηκαν τις ερωτήσεις και στις γνωσιακές διαδικασίες που έλαβαν χώρα κατά την επιλογή της απάντησης, και η διενέργεια ποιοτικής ανατροφοδότησης με ομάδες ατόμων που μόλις είχαν συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια (βλ. Australian Bureau of Statistics 2001, Eurostat 2006, Hughes 2004).

Μεταξύ των παραπάνω τεχνικών, η ποιοτική ανατροφοδότηση από τους συμμετέχοντες σε μια έρευνα αποτελεί μια από τις καταλληλότερες τεχνικές για την συγκέντρωση στοιχείων για την αποτελεσματικότητα των ερωτήσεων και κατ' επέκταση για τον έλεγχο της ποιότητας της μέτρησης (Hughes 2004). Η ποιοτική ανατροφοδότηση περιλαμβάνει ημιδομημένες συζητήσεις με ομάδες ατόμων που

έχουν μόλις ολοκληρώσει τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της έρευνας. Χρησιμοποιείται είτε στο στάδιο της πιλοτικής εφαρμογής ενός ερωτηματολογίου είτε ως απόληξη μιας έρευνας προκειμένου να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι ερωτώμενοι αντιλήφθηκαν τις ερωτήσεις και ο βαθμός στον οποίο το νόημα που απέδωσαν οι ερωτώμενοι στη βασική έννοια της ερώτησης συνέκλινε ή απόκλινε από τον αρχικό στόχο της μέτρησης.

Η τεχνική της ποιοτικής ανατροφοδότησης χρησιμοποιείται ειδικότερα για την ανάδειξη λέξεων ή εννοιών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου –στην περίπτωση της παρούσας διατριβής, της έννοιας με- ή χωρίς τη «σύσταση γιατρού»– τις οποίες οι συμμετέχοντες είτε δεν κατανοούν είτε τις κατανοούν με τρόπο διαφορετικό από εκείνο που οι δημιουργοί του ερωτηματολογίου είχαν προβλέψει. Ως μέθοδος είναι επιπλέον αποτελεσματική στο να αναδεικνύει ερωτήσεις για τις οποίες οι συμμετέχοντες είχαν δυσκολία να ανακαλέσουν την απαιτούμενη πληροφορία ή να επιλέξουν μεταξύ των διαθέσιμων επιλογών απάντησης.

Εκτός ότι αναδεικνύει προβλήματα στα ερωτηματολόγια, η τεχνική της ποιοτικής ανατροφοδότησης έχει το πλεονέκτημα ότι δημιουργεί τις προϋποθέσεις να προταθούν λύσεις στα προβλήματα αυτά. Μέσω της τεχνικής αυτής αξιολογούνται και βελτιώνονται οι επιλογές απάντησης στις κλειστού-τύπου ερωτήσεις, διερευνάται η «ευαισθησία» ερωτήσεων (π.χ. χρήση παράνομων ουσιών, ψυχολογικές ενοχλήσεις κτλ.) και δίνεται η δυνατότητα στους συμμετέχοντες να διατυπώσουν προτάσεις, π.χ. για την τοποθέτηση των ερωτήσεων ή την κάλυψη πιθανών ελλείψεων στο ερωτηματολόγιο.

Η τεχνική της ποιοτικής ανατροφοδότησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί επιπλέον με σκοπό να διαφωτιστούν και να εξηγηθούν πλευρές της εξεταζόμενης συμπεριφοράς, η μελέτη και η ερμηνεία των οποίων δεν θα ήταν δυνατόν να γίνει αποτελεσματικά μέσω άλλων τεχνικών συλλογής στοιχείων.

Ως προσέγγιση, η τεχνική της ποιοτικής ανατροφοδότησης είναι παρόμοια με εκείνη των ομάδων εστιασμένης συζήτησης (focus group), που έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στην κατασκευή και τη δοκιμή ερευνητικών εργαλείων (Liedberg et al. 2012, Dobkin et al. 2009, Castel et al. 2008, Powell et al. 1996, Kelly et al. 2005, Kendall & Bloomfield 2005, O'Brien 1993, Haugland & Wold 2001). Όπως και στις ομάδες

εστιασμένης συζήτησης, η τεχνική της ποιοτικής ανατροφοδότησης βασίζεται σε (ημι)δομημένη συζήτηση από έμπειρο συντονιστή και καταγράφει τις όμοιες αλλά και τις διαφορετικές απόψεις των συμμετεχόντων έτσι όπως αυτές διαμορφώνονται και συνμεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της συζήτησης (Pope et al. 2000). Αντίθετα με τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης, η ποιοτική ανατροφοδότηση επιτρέπει την ταυτόχρονη συμμετοχή μεγάλου αριθμού συμμετεχόντων (Hughes 2004).

2.4 Η συνδυαστική μεθοδολογία στον έλεγχο της εγκυρότητας της μέτρησης

Παρά τη συχνή εφαρμογή ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων ως ξεχωριστές προσεγγίσεις στη συλλογή και την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, ο συνδυασμός τους στο πλαίσιο της ίδιας έρευνας αποτελεί λιγότερο συχνή πρακτική (Curry et al. 2009, Morgan 1998, Sale et al. 2002). Η συνδυαστική χρήση ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων είναι δε σπάνια στις μελέτες που έχουν ως στόχο τον έλεγχο της εγκυρότητας μιας μέτρησης (βλ. ωστόσο Dobkin et al. 2009).

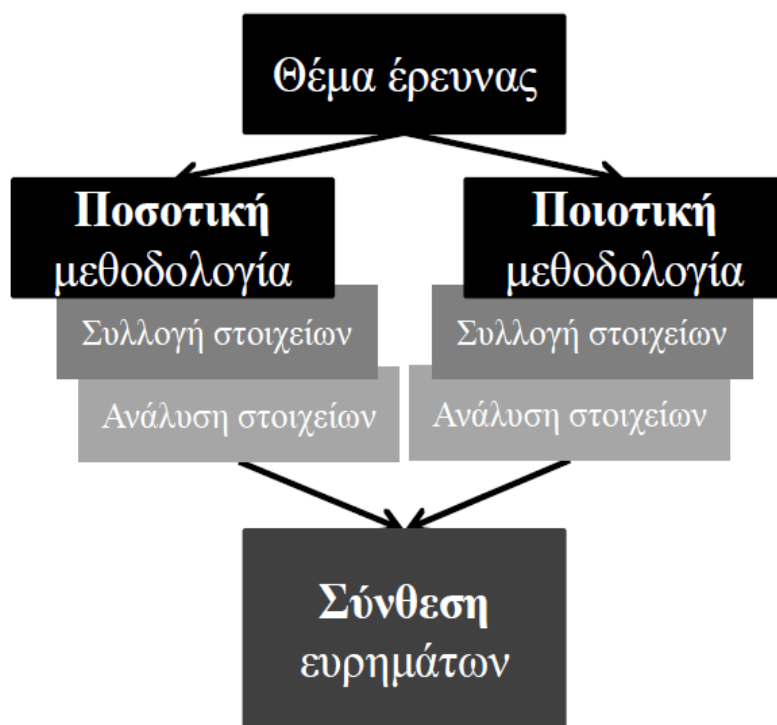
Η συνδυαστική εφαρμογή ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων δίνει τη δυνατότητα, αφενός της πληρέστερης κατανόησης μιας συμπεριφοράς από ότι εάν τα δεδομένα από την κάθε μια μέθοδο είχαν χρησιμοποιηθεί ξεχωριστά, αφετέρου του ελέγχου της εγκυρότητας των ευρημάτων της μιας σε συνδυασμό με τα ευρήματα της άλλης (Sale et al. 2002, Morgan 1998, Bryman 2006, Creswell & Plano-Clark 2007).

Στην πρώτη περίπτωση, τα πλεονεκτήματα της συνδυαστικής μεθόδου εδράζονται στην υπόθεση ότι η μια μέθοδος συμπληρώνει τα κενά που δημιουργούνται από την ερμηνεία των δεδομένων της άλλης. Έτσι, τα ποσοτικά δεδομένα αναμένεται να έχουν περιορισμούς ως προς την πληροφορία που παρέχουν, για παράδειγμα, για τα επίπεδα κατανόησης από τους έφηβους μαθητές του πλαισίου μέσα στο οποίο γίνεται η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου ή τη στάση τους απέναντι στο θέμα της έρευνας γενικότερα, το ερωτηματολόγιο και ιδιαίτερα τη συμπεριφορά που διερευνά. Τέτοιου είδους περιορισμούς δύναται να ξεπεράσουν οι ποιοτικές προσεγγίσεις οι οποίες δίνουν βαρύτητα στη «διαδικασία» και τη «σημασία» που αποδίδεται στη συμπεριφορά από τους συμμετέχοντες στην έρευνα (Fraga et al. 2011).

Στην δεύτερη περίπτωση, τα ευρήματα της μιας μεθόδου ελέγχονται ως προς την εγκυρότητά τους μέσω ενδείξεων που προσφέρονται από την άλλη μέθοδο. Κατά τον έλεγχο της εγκυρότητας μιας μέτρησης, η συμπληρωματική εφαρμογή ποιοτικής ή ποσοτικής μεθοδολογίας βοηθά στη διερεύνηση ζητημάτων όπως «Συγκλίνουν ή αποκλίνουν τα δεδομένα που προέκυψαν από την μια μέθοδο σε σχέση με εκείνα που προέκυψαν από την άλλη;» Έτσι, στην περίπτωση που τα ποιοτικά δεδομένα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες σε μια έρευνα είχαν, για παράδειγμα, δυσκολία να απαντήσουν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου λόγω «ευαισθησίας» του θέματος ή ελλιπούς κατανόησης, τα ποσοτικά δεδομένα μπορούν να αποτυπώσουν τη δυσκολία αυτή στα επίπεδα εμφάνισης ελλειπουσών τιμών για τις ερωτήσεις αυτές ή στα παρατηρούμενα επίπεδα ασυμφωνίας σε παρεμφερείς ερωτήσεις.

Υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους οι ποσοτικές και οι ποιοτικές μέθοδοι μπορούν να συνδυαστούν σε μια έρευνα (βλ. Creswell & Plano-Clark 2007). Στην απλούστερη και πιο διαδεδομένη μορφή της (Σχ. 2.1), η συνδυαστική προσέγγιση περιλαμβάνει τη χρήση διαφορετικών αλλά συμπληρωματικών μεταξύ τους δεδομένων (ποσοτικών και ποιοτικών) που συλλέχθηκαν για το ίδιο θέμα στο πλαίσιο της ίδιας έρευνας με στόχο την καλύτερη κατανόησή του.

Τουλάχιστον δύο μελέτες έχουν κάνει συνδυαστική εφαρμογή ποιοτικής και ποσοτικής μεθοδολογίας για τον έλεγχο της εγκυρότητας ερωτήσεων που χρησιμοποιούνται σε έρευνες στο μαθητικό πληθυσμό (Tulinius 2004, Haugland & Wold 2001). Στη μελέτη των Haugland & Wold (2001) αξιολογήθηκαν με ποσοτικές (αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων) και ποιοτικές (συνεντεύξεις) μεθόδους οι απαντήσεις μαθητών ηλικίας 14-16 ετών σε ερώτηση σχετικά με τις ψυχολογικές και τις σωματικές τους ενοχλήσεις. Η μελέτη έδειξε ότι, μολονότι στις ποσοτικές αναλύσεις παρατηρήθηκαν ικανοποιητικά επίπεδα αξιοπιστίας, στην ποιοτική διερεύνηση διαπιστώθηκαν ασάφειες στην κατανόηση από τους εφήβους σε ερωτήσεις που περιείχαν τις έννοιες του «φόβου» και της «εξουθένωσης» (Haugland & Wold 2001).



Σχ. 2.1: Υπόδειγμα συνδυαστικής μεθόδου στην έρευνα

Σε άλλη μελέτη σε εφήβους ηλικίας 11-, 13-, και 15 ετών στη Δανία, τα ευρήματα επιδημιολογικής έρευνας για τη χρήση φαρμάκων για τον πονοκέφαλο ελέγχθηκαν ως προς την εγκυρότητά τους μέσω της διενέργειας προσωπικής συνέντευξης με τους συμμετέχοντες (Tulinius 2004). Το ποιοτικό σκέλος της μελέτης επιβεβαίωσε ότι τα φάρμακα που, στο ποσοτικό σκέλος της έρευνας, οι έφηβοι ανέφεραν ότι έπαιρναν ήταν στην πλειονότητα των περιπτώσεων κοινά, μη-συνταγογραφούμενα παυσίπονα. Με αυτόν τον τρόπο, η μελέτη έδειξε ότι οι έφηβοι αυτών των ηλικιών δύνανται να απαντούν με ευκολία και εγκυρότητα σε ερωτήσεις που έχουν σχεδιαστεί να μετρούν εμμέσως τη χρήση φαρμάκων για διάφορες ενδείξεις χωρίς να χρειάζεται να αναφέρουν τον τύπο ή το εμπορικό όνομα του φαρμάκου καθεαυτό (Tulinius 2004).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μέρος Ι – Σκοπός της διατριβής και μεθοδολογία

Κεφάλαιο 3 – Σκοπός διατριβής και ερευνητικό πρωτόκολλο

Στο Κεφάλαιο 3 περιγράφονται ο σκοπός της διατριβής και η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την επίτευξη των επιμέρους στόχων. Παρουσιάζονται κατά σειρά: η δειγματοληψία και τα χαρακτηριστικά των δειγμάτων των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνα, τα εργαλεία και η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, η αναλυτική προσέγγιση και οι ηθικές και δεοντολογικές διασφαλίσεις που τηρήθηκαν κατά την εκπόνηση της διατριβής.

3.1 Το πλαίσιο και ο σκοπός της διατριβής

Η παρούσα διατριβή ξεκινά με την παραδοχή ότι το φαινόμενο της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων από τους εφήβους έχει σημαντικές προεκτάσεις για τη δημόσια υγεία, και ότι η μελέτη του είναι επιτακτική για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στον πληθυσμό αυτόν. Η παρούσα διατριβή επίσης αναγνωρίζει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της έννοιας της μη-συνταγογραφημένης χρήσης και τη δυσκολία που συνοδεύει τη μέτρηση της.

Στην Ελλάδα, μολονότι γίνεται συστηματική μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών ή υπνωτικών στο πλαίσιο υλοποίησης ερευνών στο μαθητικό πληθυσμό, δεν υπάρχουν μελέτες που να έχουν εστιάσει στον έλεγχο της εγκυρότητάς της. Επιπλέον, δεν υπάρχει σήμερα κάποιο μέτρο (ερώτηση) που να έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπονων στον ίδιο πληθυσμό και που να έχει ελεγχθεί ως προς την ποιότητα της μέτρησης που παρέχει.

Στη βάση των παραπάνω αναγκών, ο σκοπός της παρούσας διατριβής είναι ο έλεγχος της εγκυρότητας της μέτρησης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων σε έρευνες που απευθύνονται στο μαθητικό πληθυσμό, και η διατύπωση προτάσεων με στόχο τη βελτίωσή της.

Η παρούσα διατριβή έχει ως ειδικούς στόχους να διερευνήσει το βαθμό στον οποίο:

1. οι συμμετέχοντες στην έρευνα αποδίδουν το σωστό νόημα και συμπληρώνουν με ευκολία τις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση φαρμάκων (Δείκτης εγκυρότητας: *Κατανόηση και διαδικασία συμπλήρωσης*, βλ. Κεφάλαιο 2)

2. οι απαντήσεις που δίνονται σε ίδιες ή εννοιολογικά ισοδύναμες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι αξιόπιστες, χαρακτηρίζονται δηλαδή από σταθερότητα και εσωτερική συνέπεια (Δείκτης εγκυρότητας: *Αξιοπιστία*)
3. τα παρατηρούμενα επίπεδα επιπολασμού της μη-συνταγογραφημένης χρήσης, καθώς και η σχέση της συμπεριφοράς αυτής με άλλες συμπεριφορές και χαρακτηριστικά των εφήβων επιβεβαιώνονται από προηγούμενες μελέτες (Δείκτης εγκυρότητας: *Επιβεβαίωση εμπειρικών υποθέσεων*)

Τα ευρήματα της έρευνας αναμένεται να επικαιροποιήσουν και να διευρύνουν την υφιστάμενη, κατά κανόνα περιορισμένη, γνώση για την ποιότητα της μέτρησης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων, καθώς και να οδηγήσουν στη δημιουργία βελτιωμένων μέτρων που θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν μελλοντικά σε έρευνες στο μαθητικό πληθυσμό της χώρας.

3.2 Τύπος έρευνας

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων σχεδιάστηκε έρευνα που συνδύασε ποσοτική και ποιοτική μεθοδολογία για τη συλλογή, την ανάλυση και την ερμηνεία των δεδομένων.

Ειδικότερα, σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε την ίδια χρονική περίοδο έρευνα με δύο σκέλη:

- Ποσοτικό σκέλος: περιελάμβανε την υλοποίηση επιδημιολογικής έρευνας συγχρονικού τύπου σε μαθητές Λυκείου με τη χρήση δύο ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν μέσα στη σχολική αίθουσα. Το ένα ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε ειδικά για τη μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων (οπιοειδών παυσίπονων, ηρεμιστικών και υπνωτικών), καθώς και των επιμέρους διαστάσεων της συμπεριφοράς αυτής (εφεξής *Ερωτηματολόγιο φαρμάκων*).
- Ποιοτικό σκέλος: περιελάμβανε τη διενέργεια ημιδομημένων συζητήσεων με ομάδες μαθητών που είχαν προηγουμένως συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια του ποσοτικού σκέλους της έρευνας (ποιοτική ανατροφοδότηση).

Τα δεδομένα από τα δύο παραπάνω σκέλη της έρευνας αναλύθηκαν, τόσο ξεχωριστά όσο και συνδυαστικά, με σκοπό την παραγωγή στοιχείων που να καταδεικνύουν το επίπεδο εγκυρότητας της μέτρησης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης.

3.3 Πληθυσμός – Δειγματοληψία

Τον πληθυσμό του ποσοτικού σκέλους της έρευνας αποτέλεσαν οι μαθητές που ήταν εγγεγραμμένοι στα λύκεια της Κεφαλονιάς και της Ιθάκης κατά το σχολικό έτος 2008-2009. Η χρονική περίοδος, η γεωγραφική περιοχή και η σχολική βαθμίδα στην οποία υλοποιήθηκε η έρευνα καθορίστηκαν από το γεγονός ότι την ίδια περίοδο θα πραγματοποιούνταν στην περιοχή η έρευνα του ΕΠΨΥ στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (εφεξής Έρευνα ESPAD). Με βάση τα στοιχεία του Υπ. Παιδείας για το μαθητικό δυναμικό της χώρας (στοιχεία έτους 2007), είχε υπολογιστεί ότι το σχολικό έτος 2008-2009 θα ήταν εγγεγραμμένοι στα λύκεια της περιοχής περίπου 1.000 μαθητές. Δεδομένου αφενός του χαμηλού αριθμού των εγγεγραμμένων μαθητών, αφετέρου του αναμενόμενου χαμηλού επιπολασμού της μη-συνταγογραφημένης χρήσης στον πληθυσμό αυτόν (~5% για τα ηρεμιστικά / υπνωτικά σύμφωνα με τα στοιχεία του 2007 από την πανελλήνια έρευνα του ΕΠΨΥ), αποφασίστηκε να συμμετάσχουν στο ποσοτικό σκέλος της έρευνας όλα τα λύκεια του νομού, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματικών (ΕΠΑΛ). Για λόγους διασφάλισης της ανωνυμίας, εξαιρέθηκαν από την έρευνα οι λυκειακές τάξεις που λειτουργούσαν σε δύο γυμνάσια ημιαστικών περιοχών της Κεφαλονιάς.

Ο πληθυσμός του ποιοτικού σκέλους της έρευνας αποτελούταν από μαθητές που είχαν συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων κατά το ποσοτικό σκέλος της έρευνας. Ως δειγματοληπτική μονάδα ορίστηκε το σχολικό τμήμα. Ως κριτήρια για τη δειγματοληψία ορίστηκαν: α) η συμμετοχή του τμήματος στο ποσοτικό σκέλος της έρευνας, β) η ισόποση συμμετοχή τμημάτων από κάθε τάξη του Λυκείου, και γ) το μεγάλο μέγεθος του τμήματος. Για λογιστικούς λόγους, η γεωγραφική περιοχή (Αργοστόλι) ορίστηκε ως ένα επιπλέον κριτήριο επιλογής. Ακολουθήθηκε μη-πιθανοθεωρητική δειγματοληψία και, συγκεκριμένα, δειγματοληψία κατά διαστάσεις (Cohen & Manion, 1994). Τα τμήματα κατηγοριοποιήθηκαν σε αμοιβαίως αποκλειόμενες ομάδες με βάση τα παραπάνω κριτήρια. Αρχικά, τα τμήματα χωρίστηκαν ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή (σχολεία Αργοστολίου / σχολεία

άλλων περιοχών). Ακολούθως, τα σχολεία του Αργοστολίου χωρίστηκαν ανάλογα με την τάξη (Α' / Β' / Γ' Λυκείου). Στη συνέχεια, σε κάθε τάξη τα σχολικά τμήματα χωρίστηκαν ανάλογα με το μέγεθός τους (τμήματα 20 μαθητών και άνω / τμήματα με λιγότερους από 20 μαθητές). Στο τελικό στάδιο, από κάθε τάξη επιλέχθηκαν τυχαία δύο τμήματα. Στο ποιοτικό σκέλος συμμετείχαν συνολικά έξι (6), από τα συνολικά 57 τμήματα που συμμετείχαν στο ποσοτικό σκέλος της έρευνας.

3.4 Τελικό δείγμα

Στο ποσοτικό σκέλος της έρευνας συμμετείχαν όλα τα λύκεια του Ν. Κεφαλονιάς-Ιθάκης, στο σύνολο δέκα ($n = 10$, εκ των οποίων τα οκτώ ήταν Γενικά Λύκεια). Όλα τα σχολεία δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, εξασφαλίζοντας καθολική συμμετοχή σε επίπεδο σχολικής μονάδας. Συνολικά 972 μαθητές ήταν εγγεγραμμένοι στα σχολεία του δείγματος. Εβδομήντα επτά (77) μαθητές (7,9%) ήταν απόντες την ώρα της χορήγησης των ερωτηματολογίων, σε υψηλότερο ποσοστό κορίτσια (53,2%). Το ερευνητικό πρωτόκολλο δεν προέβλεπε επανάληψη της έρευνας για τους απόντες. Από τους συνολικά 895 παρόντες μαθητές, πέντε (5) μαθητές (0,6%) δεν συμμετείχαν λόγω άρνησης. Ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν συνολικά 890 μαθητές (ποσοστό συμμετοχής 91,6%), υψηλότερο ποσοστό αγοριών (52,2%) από ότι κοριτσιών (47,8%). Η μέση διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν 54 λεπτά (τυπική απόκλιση [τ.α.]: 10' και εύρος: 39'-90').

Ο ποιοτικός έλεγχος οδήγησε στην ακύρωση 22 ερωτηματολογίων. Οι ποσοτικές αναλύσεις βασίστηκαν τελικά σε στοιχεία από 868 μαθητές ηλικίας 16-18 ετών (τελικό δείγμα). Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των μαθητών του τελικού δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.1. Το τελικό δείγμα αποτελούταν από οριακά περισσότερα αγόρια (51,4%), με τη μεγαλύτερη διαφορά στα φύλα να εντοπίζεται στη Γ' Λυκείου (55,4% αγόρια). Μεταξύ των τριών τάξεων, περισσότεροι μαθητές βρίσκονταν στη Β' Λυκείου (37,3%). Η μέση ηλικία των μαθητών ήταν τα 17,1 έτη (τ.α.: 1,0 έτος). Στην πλειονότητά τους οι μαθητές είχαν Έλληνες γονείς (82,4%) και ζούσαν με τους δύο βιολογικούς γονείς τους (81,6%). Απόφοιτος/-η πανεπιστημίου ήταν ο πατέρας για το 32,7% και η μητέρα για το 40,5% των μαθητών του δείγματος.

Στον Πίνακα 3.1 έχουν συμπεριληφθεί τα χαρακτηριστικά από το πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνα ESPAD του ΕΠΠΥ το 2011 για τις ίδιες σχολικές τάξεις ($n = 16.862$). Μολονότι τα δύο δείγματα δεν είναι συγκρίσιμα, έχουν κατά κανόνα παρόμοια χαρακτηριστικά, στοιχείο που ενισχύει την εξωτερική εγκυρότητα των ευρημάτων της τοπικής έρευνας του 2009. Διαφορές μεταξύ των δύο δειγμάτων παρατηρήθηκαν ως προς το φύλο (μοιρασμένα ποσοστά στο πανελλήνιο δείγμα), την οικογένεια (υψηλότερα ποσοστά αλλοδαπών γονιών και αναδομημένου τύπου οικογένειας στο δείγμα της Κεφαλονιάς-Ιθάκης) και την εργασιακή κατάσταση (χαμηλότερα ποσοστά άνεργου γονιού στο δείγμα της Κεφαλονιάς-Ιθάκης).

Στο ποιοτικό σκέλος της έρευνας συμμετείχαν συνολικά 122 μαθητές από έξι (6) σχολικά τμήματα, περίπου 20 μαθητές ανά τμήμα. Αν και τα δείγματα δεν είναι συγκρίσιμα, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των μαθητών που συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα δεν διέφεραν σημαντικά από εκείνα των μαθητών της ποσοτικής έρευνας (Πίνακας 3.1). Διαφορές παρατηρήθηκαν στο φύλο (υψηλότερο ποσοστό αγοριών που δικαιολογείται από το ότι επιλέχτηκε τυχαία τμήμα ΕΠΑΛ το οποίο αποτελούνταν μόνο από αγόρια), στα νοικοκυριά με αλλοδαπό γονιό (υψηλότερο) και στο εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα (χαμηλότερο). Η μέση διάρκεια των συζητήσεων ήταν 32'.

3.5 Στάδια της έρευνας

Το Φθινόπωρο του 2008 πραγματοποιήθηκαν η κατασκευή του ερωτηματολογίου και η δειγματοληψία. Την ίδια περίοδο κατατέθηκε αίτημα προς το Υπ. Παιδείας με σκοπό την εξασφάλιση έγκρισης για την υλοποίηση της έρευνας στα σχολεία του δείγματος.

Στις αρχές του 2009 ενημερώθηκαν με επιστολή το αρμόδιο Γραφείο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και τα λύκεια της Κεφαλονιάς και της Ιθάκης. Η ενημέρωση περιελάμβανε τους στόχους της έρευνας, τη διαδικασία συλλογής των στοιχείων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας.

Πίνακας 3.1: Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων της έρευνας

	Έρευνα Κεφαλονιάς-Ιθάκης 2009				Πανελλήνια έρευνα ESPAD 2011	
	Ποσοτικό σκέλος (n = 868)		Ποιοτικό σκέλος (n = 122)		(n = 16862)	
	n	%, (μ.ο.) ¹ [τ.α] ²	n	%, (μ.ο.) ¹ [τ.α] ²	n	%, (μ.ο.) ¹ [τ.α] ²
<i>Φύλο</i>						
Αγόρι	446	51,4	70	57,4	8477	50,3
Κορίτσι	422	48,6	52	42,6	8385	49,7
<i>Ηλικία (έτη)</i>						
Μέση ηλικία		(17,0)[0,8]		(16,9)[0,8]		(17,1)[1,1]
Μέση ηλικία Α' Λυκείου	268	(16,1)[0,4]	40	(16,1)[0,2]	6180	(16,2)[0,7]
Μέση ηλικία Β' Λυκείου	324	(17,0)[0,4]	39	(17,1)[0,2]	5952	(17,2)[0,6]
Μέση ηλικία Γ' Λυκείου	276	(17,8)[0,5]	43	(18,0)[0,2]	4730	(18,2)[0,7]
<i>Εθνικότητα γονιών</i>						
Και οι δύο γονείς Έλληνες	709	82,4	95	79,2	14293	86,5
Τουλάχιστον ένας γονιός αλλοδαπός	151	17,6	25	20,8	2229	13,5
<i>Δομή οικογένειας</i>						
Ζει και με τους δύο βιολογικούς γονείς	705	81,6	98	82,4	13984	83,5
Δεν ζει και με τους δύο βιολογικούς γονείς	159	18,4	21	17,6	2768	16,5
<i>Οικονομική κατάσταση οικογένειας³</i>						
Άνω του μέσου όρου	363	42,1	53	44,2	6779	40,9
Στο μέσο όρο	433	50,2	58	48,3	8600	51,8
Κάτω του μέσου όρου	66	7,7	9	7,5	1210	7,3
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</i>						
Με πτυχίο πανεπιστημίου ή ανώτερο	214	24,9	27	22,7	4425	26,7
Με απολυτήριο Λυκείου ή κατώτερο	563	65,5	81	68,1	10953	66,1
Δεν ξέρω / δεν έχω	83	9,7	11	9,2	1193	7,2
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</i>						
Με πτυχίο πανεπιστημίου ή ανώτερο	236	27,3	31	26,1	4748	28,6
Με απολυτήριο Λυκείου ή κατώτερο	578	67,0	80	67,2	11032	66,3
Δεν ξέρω / δεν έχω	49	5,7	8	6,7	849	5,1
<i>Εργασιακή κατάσταση πατέρα</i>						
Άνεργος	17	2,0	1	0,8	766	4,6
Εργαζόμενος ή άλλο (π.χ. επίδομα)	802	93,1	113	94,2	15061	90,7
Δεν ξέρω / δεν έχω	42	4,9	6	5,0	775	4,7
<i>Εργασιακή κατάσταση μητέρας</i>						
Άνεργη	164	19,0	22	18,2	3833	23,2
Εργαζόμενη ή άλλο (π.χ. επίδομα)	682	79,1	97	80,2	12493	75,5
Δεν ξέρω / δεν έχω	16	1,9	2	1,7	230	1,4

Σημειώσεις. ¹Μέσος όρος. ²Τυπική απόκλιση. ³Αντιληπτή, συγκριτικά με των άλλων παιδιών.

Μέσω ειδικής επιστολής (Παράρτημα Ι) ζητήθηκε από τις διοικήσεις των σχολείων να εξασφαλίσουν τη συναίνεση των γονιών για τη συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα. Οι διοικήσεις των σχολείων γνώριζαν εκ των προτέρων την ακριβή ημερομηνία χορήγησης των ερωτηματολογίων, ενώ οι μαθητές ενημερώθηκαν την ημέρα της χορήγησης.

Η συλλογή των στοιχείων υλοποιήθηκε τον Μάρτιο του 2009. Χορηγήθηκαν δύο ανώνυμα ερωτηματολόγια: το ερωτηματολόγιο της έρευνας ESPAD (εφεξής, *ερωτηματολόγιο ESPAD*) του ΕΠΠΨΥ για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε από τον ίδιο τον ερευνητή και, όπου κρίθηκε αναγκαίο, από εκπαιδευμένους συνεργάτες που διέθεσε το Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας Κεφαλονιάς-Ιθάκης.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε στη διάρκεια δύο συνεχόμενων διδακτικών ωρών, χωρίς διάλειμμα και χωρίς την παρουσία εκπαιδευτικού στην αίθουσα. Αρχικά συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο ESPAD και ακολούθησε χωρίς διακοπή το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων. Με την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης, οι μαθητές τοποθετούσαν οι ίδιοι τα ερωτηματολόγια τους σε ειδικό φάκελο, η χρήση του οποίου συνέβαλε στην διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των στοιχείων.

Η ποιοτική ανατροφοδότηση ακολούθησε τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων χωρίς ενδιάμεση διακοπή. Ο συντονισμός και η καταγραφή του υλικού από τις συζητήσεις με τους μαθητές έγιναν από τον ίδιο τον ερευνητή.

Με την ολοκλήρωση της έρευνας, τα ερωτηματολόγια από το ποσοτικό σκέλος της έρευνας συγκεντρώθηκαν στο ΕΠΠΨΥ, όπου υπήρχε η υποδομή για τη φύλαξη, τον ποιοτικό έλεγχο και την εισαγωγή των στοιχείων σε βάση δεδομένων.

3.6 Το ερωτηματολόγιο και οι θεματικές της ποιοτικής ανατροφοδότησης

3.6.1. Το ερωτηματολόγιο της ποσοτικής έρευνας (Ερωτηματολόγιο φαρμάκων)

Το ερωτηματολόγιο της ποσοτικής έρευνας σχεδιάστηκε με σκοπό να αποτυπώσει πλήρως τις διαφορετικές διαστάσεις της βασικής μεταβλητής — της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων. Για την επιλογή των ερωτήσεων υιοθετήθηκε οικοσυστημικού τύπου προσέγγιση στα πρότυπα της οικολογικής θεώρησης του Bronfenbrenner για τη μελέτη της ανθρώπινης ανάπτυξης (Bronfenbrenner 1979, 1994, Πετρογιάννης 2003). Σύμφωνα με τη θεώρηση αυτή, η ανθρώπινη ανάπτυξη –και κατ’ επέκταση η ανθρώπινη συμπεριφορά– αποτελεί

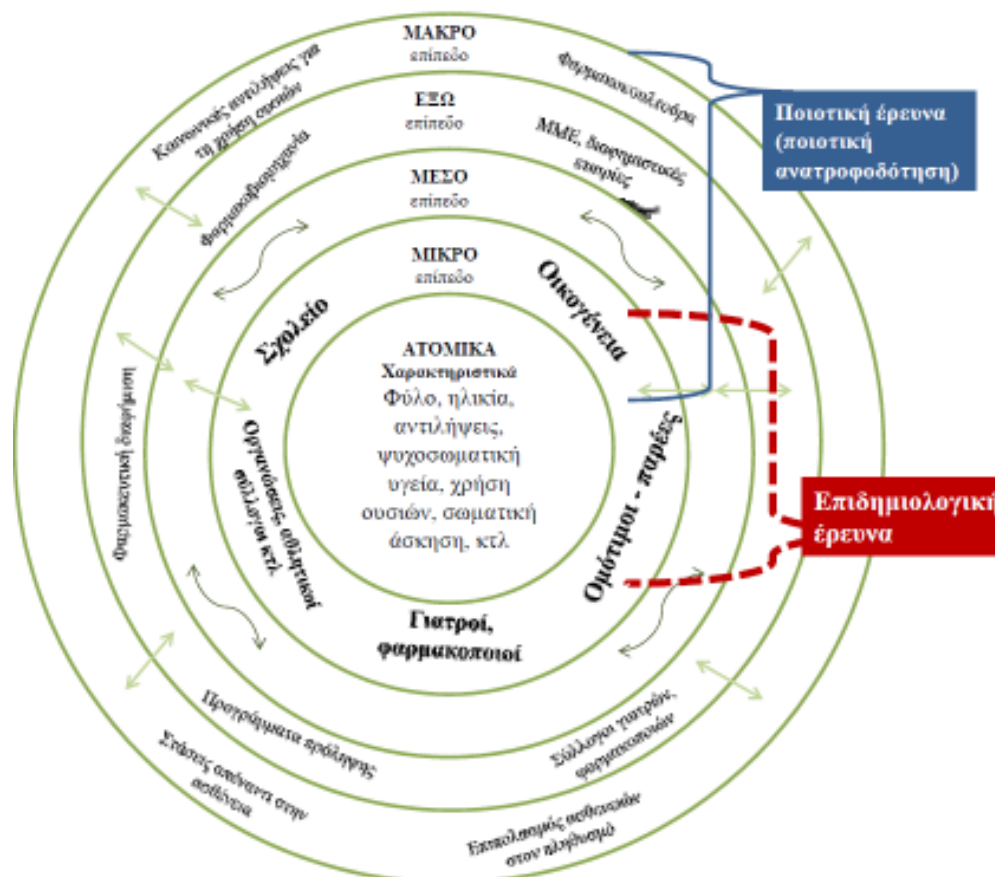
προϊόν της αλληλεπίδρασης των ατομικών χαρακτηριστικών με το περιβάλλον του ατόμου και ως εκ τούτου ερμηνεύεται μέσα στο πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα.

Η έννοια του περιβάλλοντος δεν είναι ούτε ενιαία ούτε μονοδιάστατη, αλλά αναφέρεται σε ένα σύνολο ομόκεντρων επιπέδων ή συστημάτων που περιλαμβάνει: α) το *μικροσύστημα*, που αφορά το άμεσο περιβάλλον στο οποίο ζουν και δρουν τα άτομα, επηρεάζουν και επηρεάζονται από αυτό (π.χ. οικογένεια, ομότιμοι, σχολείο, γειτονιά κτλ.), β) το *μεσοσύστημα*, που συνδέει το μικροσύστημα με το εξωσύστημα, γ) το *εξωσύστημα*, που περιλαμβάνει τις ευρύτερες κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες (π.χ. πολιτικές, θεσμοί, αγορά, μεγάλες επιχειρήσεις, ΜΜΕ κτλ.), και δ) το *μακροσύστημα*, που αφορά τα ευρύτερα κοινωνικά φαινόμενα, τις κυρίαρχες αντιλήψεις, τις στάσεις και ιδεολογίες της κοινωνίας συνολικά (Πετρογιάννης 2012).⁸

Η αξία της οικολογικής θεώρησης έγκειται στο ότι αναδεικνύει τη σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ ατομικών χαρακτηριστικών και χαρακτηριστικών όλων των παραπάνω συστημάτων. Το αποτέλεσμα αυτής της αλληλεπίδρασης αποτυπώνεται στις στάσεις και τη συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στην προδιάθεση που έχουν, καθώς και τις προκλήσεις και τα ερεθίσματα που δέχονται από το περιβάλλον τους.

Στο Σχ. 3.1 απεικονίζεται η θέση των διαφόρων επιπέδων αλληλεπίδρασης κατά τα πρότυπα της οικολογικής θεώρησης του Bronfenbrenner σταθμισμένη στο φαινόμενο που εξετάζεται στην παρούσα διατριβή — τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων. Σύμφωνα με τη θεώρηση αυτή, η μη-συνταγογραφημένη χρήση φαρμάκων αποτελεί το προϊόν της συνεχούς αλληλεπίδρασης μεταξύ ατομικών χαρακτηριστικών και λειτουργιών / ερεθισμάτων από το άμεσο (*μικρο-*, *μεσοεπίπεδο*) και έμμεσο (*εξω-*, *μακροεπίπεδο*) κοινωνικό περιβάλλον των εφήβων. Προκειμένου αυτή να καταστεί πλήρης, η μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων θα πρέπει να περιλαμβάνει διαστάσεις από όσο το δυνατόν περισσότερα επίπεδα επιρροής.

⁸ Στη θεώρηση αυτήν προστέθηκε αργότερα μια ακόμα διάσταση —το *χρονοσύστημα*— το οποίο αναφέρεται τόσο στο επίπεδο του ατομικού χρόνου κατά το οποίο το άτομο βιώνει τα γεγονότα (συγκυρία ζωής), όσο και στο επίπεδο του συλλογικού χρόνου στη διάρκεια του οποίου συντελούνται τα ευρύτερα κοινωνικά, οικονομικά, πολιτικά και άλλα ευρύτερου χαρακτήρα γεγονότα που επιδρούν στην πορεία της ζωής κάθε ατόμου (χρονική / ιστορική συγκυρία, Πετρογιάννης 2012).



Σχ. 3.1: Το οικολογικό μοντέλο του Bronfenbrenner (1979) για την ανθρώπινη ανάπτυξη προσαρμοσμένο στη μελέτη της μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων στους εφήβους

Στη βάση της παραπάνω θεώρησης, οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή του ερωτηματολογίου του ποσοτικού σκέλους της έρευνας αντανακλούν κυρίως ατομικά και διατομικά χαρακτηριστικά και σχέσεις (π.χ. φύλο, ηλικία, κατάσταση υγείας, ψυχολογικές και σωματικές ενοχλήσεις, χρήση ουσιών, σωματική άσκηση, αντιλήψεις και ικανοποίηση από τις σχέσεις στην οικογένεια και στην παρέα), καθώς και χαρακτηριστικά του άμεσου περιβάλλοντος των εφήβων, όπως το σχολείο, η οικογένεια και οι παρέες (π.χ. χρήση φαρμάκων από μέλη της οικογένειας και από φίλους, πρόσβαση σε φάρμακα, πίεση από το σχολείο κτλ.).

Θέματα που αφορούν το έμμεσο κοινωνικό περιβάλλον των εφήβων (π.χ. κυρίαρχες κοινωνικές αντιλήψεις και στάσεις απέναντι την ασθένεια και την αντιμετώπισή της, τη χρήση φαρμάκων, τη χρήση παράνομων ουσιών, το ρόλο των γιατρών και των φαρμακοποιών στη διαθεσιμότητα των φαρμάκων, την παρουσία φαρμάκων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης κτλ.) καλύφθηκαν μερικώς μόνο από την ποιοτική έρευνα.

Ο Πίνακας 3.2 παρουσιάζει συνοπτικά τις θεματικές ενότητες που καλύφθηκαν από τις ερωτήσεις και στα δύο ερωτηματολόγια της ποσοτικής έρευνας (ερωτηματολόγιο ESPAD και ερωτηματολόγιο φαρμάκων). Το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων παρατίθεται ολόκληρο στο Παράρτημα II.

Πίνακας 3.2: Θεματικές ενότητες και μεταβλητές των ερωτηματολογίων

Επίπεδα / Ενότητες	Μεταβλητές
<i>Ατομικά χαρακτηριστικά</i>	
Κοινωνικοδημογραφικά	Φύλο. Ηλικία. Χώρα γέννησης.*
Ψυχολογική και σωματική υγεία	Κατάσταση υγείας. Πρόσφατες ενοχλήσεις και συχνότητα (πονοκέφαλος, θυμός, ακεφιά, νευρικότητα κτλ). Επισκέψεις σε γιατρό.* Ικανοποίηση από τη ζωή. Πίεση από το σχολείο. Σωματικό βάρος. Αυτοεκτίμηση.* Κατάθλιψη.* Αποκλίνουσα συμπεριφορά.* Κακοποίηση.*
Χρήση φαρμάκων	Συνταγογραφημένη / μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων, ηρεμιστικών, υπνωτικών.
Κίνητρα	Λόγοι μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων, ηρεμιστικών, υπνωτικών.
Πρόσβαση	Πηγές πρόσβασης στα οπιοειδή παυσίωνα, τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά.
Αντιλήψεις	Ευκολία πρόσβασης στα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Κίνδυνοι από τη μη-συνταγογραφημένη χρήση. Ανομική στάση.*
Χρήση ουσιών*	Συστηματικό κάπνισμα. Κατανάλωση οινοπνευματωδών (συχνή, υπερβολική κατανάλωση, μέθη). Χρήση εισπνεόμενων ουσιών. Χρήση κάνναβης.
Τρόπος ζωής	Λήψη πρωινού γεύματος. Διάρκεια ύπνου. Σωματική άσκηση.
<i>Μικρο/- μεσοεπίπεδο</i>	
Οικογένεια	Χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων από γονείς ή άλλα μέλη του νοικοκυριού. Εκπαιδευτικό επίπεδο γονιού.* Χώρα γέννησης γονιού.* Οικονομική κατάσταση οικογένειας.* Δομή οικογένειας.* Ικανοποίηση με σχέση με γονείς.*
Σχολείο*	Σχολική επίδοση. Απουσίες λόγω "κοπάνας". Απουσίες λόγω ασθένειας.
Ομοτίμοι	Μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων από ομοτίμους. Ικανοποίηση για τις σχέσεις με ομοτίμους.
<i>Σημειώσεις.</i> *Μεταβλητές που είχαν συμπεριληφθεί στο ερωτηματολόγιο ESPAD	

Συνταγογραφημένη και μη-συνταγογραφημένη χρήση

Η μέτρηση της συνταγογραφημένης και της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων περιορίστηκε στα ηρεμιστικά, τα υπνωτικά και τα οπιοειδή παυσίωνα, στις κατηγορίες δηλαδή φαρμάκων τα οποία βάσει προηγούμενης εμπειρίας αναμένονταν να εμφανίσουν αξιοσημείωτα επίπεδα επιπολασμού στους έφηβους μαθητές στην Ελλάδα.

Για την κατασκευή των ερωτήσεων έγινε προσαρμογή ερωτήσεων που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο της πανευρωπαϊκής έρευνας ESPAD (Hibell et al. 2012):

- Συνταγογραφημένη χρήση: Οι μαθητές ρωτήθηκαν ξεχωριστά για τα ηρεμιστικά, τα υπνωτικά και τα οπιοειδή παυσίπονα «Έχεις πάρει ποτέ [τύπος φαρμάκου] με τη σύσταση γιατρού;» Απαντήσεις: Όχι, ποτέ / Ναι, για ≤ 3 εβδομάδες / Ναι, για > 3 εβδομάδες (για τα ηρεμιστικά και υπνωτικά), και Όχι, ποτέ / 1-2 φορές / 3 ή περισσότερες φορές (για τα οπιοειδή παυσίπονα).
- Μη-συνταγογραφημένη χρήση: Οι μαθητές ρωτήθηκαν ξεχωριστά για τα ηρεμιστικά, τα υπνωτικά και τα οπιοειδή παυσίπονα «Έχεις πάρει ποτέ [τύπος φαρμάκου] χωρίς τη σύσταση γιατρού;» (Απαντήσεις: Όχι, ποτέ / 1-2 φορές / 3-5 φορές / 6-9 φορές / 10 φορές και πάνω).

Ισοδύναμες ερωτήσεις για τη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών συμπεριλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο ESPAD που χορηγήθηκε ταυτόχρονα με το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων. Η διαφορά τους έγκειται στο ότι οι ερωτήσεις του ESPAD αντιμετώπιζαν τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά ως μια, ενοποιημένη κατηγορία φαρμάκων (ηρεμιστικά / υπνωτικά), ενώ οι αντίστοιχες ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων διαχωρίζαν τα ηρεμιστικά από τα υπνωτικά.

Η μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων προέβλεπε τρεις περιόδους αναφοράς: χρήση κατά τη διάρκεια όλης της ζωής, χρήση κατά την περίοδο των 12 τελευταίων μηνών και χρήση κατά τη διάρκεια των 30 τελευταίων ημερών πριν από την έρευνα. Η επιλογή των τριών παραπάνω χρονικών περιόδων έγινε κατά τα πρότυπα ανάλογων ερευνών ώστε να επιτρέψει το διαχωρισμό της πρόσφατης από την τωρινή χρήση του φαρμάκου.

Κατά τα πρότυπα του ερωτηματολογίου ESPAD, πριν από τις ερωτήσεις για τη χρήση φαρμάκων προηγούταν εισαγωγικό, επεξηγηματικό κείμενο. Το κείμενο για τα οπιοειδή παυσίπονα ήταν το ακόλουθο: «Τα ισχυρά παυσίπονα είναι οπιοειδή φάρμακα που οι γιατροί συνιστούν μερικές φορές στα άτομα για να μειώσουν τον ισχυρό πόνο. Τα φαρμακεία δεν τα πωλούν χωρίς συνταγή γιατρού. Τέτοια φάρμακα είναι: Lonalgal® (Λοναλγκάλ), Lonarid-N® (Λοναρίντ-N), Durogesic®

(Ντουροτζέσικ), Romidon® (Ρομιντόν)» (βλ. Παράρτημα II). Το κείμενο αυτό είχε τοποθετηθεί σε σκούρο φόντο με στόχο να προσελκύσει την προσοχή των μαθητών.

Σημειώνεται ότι, σε αντίθεση με το επεξηγηματικό κείμενο, στην ερώτηση για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση των οπιοειδών παυσίπονων προτιμήθηκε η χρήση του επιθετικού προσδιορισμού «ισχυρό» πριν από το ουσιαστικό «παυσίπονο», αντί του προσδιορισμού «οπιοειδές», ο οποίος θεωρήθηκε ότι δεν θα διευκόλυνε την κατανόηση της ερώτησης.

Λόγοι χρήσης

Η καταγραφή των λόγων της μη-συνταγογραφημένης χρήσης είναι σημαντική καθώς συμβάλει στο διαχωρισμό της χρήσης που έχει θεραπευτικά κίνητρα από εκείνη που έχει ψυχαγωγικά κίνητρα (Zacny & Lichtor 2008). Επιπλέον, μια τέτοια ερώτηση θα βοηθούσε στον έλεγχο της εσωτερικής συνέπειας στις απαντήσεις (δείκτης αξιοπιστίας), καθώς και στον έλεγχο της εμπειρικής / στατιστικής εγκυρότητας δεδομένου ότι, όπως έχουν δείξει σχετικές μελέτες, διαφορετικά κίνητρα χρήσης των φαρμάκων συνδέονται με διαφορετικά προφίλ χρηστών (βλ. McCabe et al. 2007α, Boyd et al. 2006α, McCabe et al. 2013α, McCabe et al. 2009β, Boyd et al. 2006β, McCabe et al. 2013β, Young et al. 2012α, Young et al. 2012β).

Η ερώτηση για τους λόγους μη-συνταγογραφημένης χρήσης βασίστηκε σε αντίστοιχες ερωτήσεις από έρευνες στις ΗΠΑ (Boyd et al. 2006β), χωρίς ωστόσο να έχουν αναφερθεί κάπου πληροφορίες για την εγκυρότητα των ερωτήσεων αυτών. Η ερώτηση για τους λόγους της μη-συνταγογραφημένης χρήσης διατυπώθηκε ως εξής: «Εάν έχεις πάρει ποτέ χωρίς τη σύσταση γιατρού κάποιο ισχυρό παυσίπονο, ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο, για ποιο λόγο το πήρες;» Οι μαθητές που δεν είχαν πάρει ποτέ το φάρμακο αυτό χωρίς τη σύσταση γιατρού έπρεπε να επιλέξουν την απάντηση «Δεν έχω πάρει ποτέ το φάρμακο αυτό χωρίς τη σύσταση γιατρού». Οι υπόλοιποι, δεδομένου ότι διαφορετικοί λόγοι ενδεχομένως να τους είχαν οδηγήσει στη μη-συνταγογραφημένη χρήση, είχαν τη δυνατότητα επιλογής πολλαπλών απαντήσεων: Για να διασκεδάσω με την παρέα μου / Για να νιώσω ευχάριστα, να «φτιαχτώ», «ν' ανέβω» / Από περιέργεια, για δοκιμή / Για να κοιμηθώ / Γιατί είχα πόνους / Για να ηρεμήσω, να μου φύγει η ένταση / Για κάποιο άλλο λόγο (προσδιόρισε).

Πηγές πρόσβασης στο φάρμακο

Έρευνες δείχνουν ότι οι έφηβοι έχουν κατά κανόνα εύκολη πρόσβαση στα φάρμακα (CDC 2010). Το οικιακό φαρμακείο αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές πρόσβασης σε φάρμακα για τους εφήβους (The Lancet [Editorial] 2011, McCabe & Boyd 2005, Johnston et al. 2011). Οι έφηβοι γνωρίζουν που φυλάσσονται τα φάρμακα στο σπίτι (Hameen-Anttila & Bush 2008, Bozoni et al. 2006, Sloand & Vessey 2001), ενώ επιπλέον σπανίως είναι τα φάρμακα τοποθετημένα σε μη προσβάσιμα σημεία (Hameen-Anttila & Bush 2008). Επίσης, συχνά αναφέρεται η διακίνηση φαρμάκων μεταξύ μελών της οικογένειας (ιδιαίτερα από τους γονείς) και μεταξύ φίλων (Stoelben et al. 2000, Sloand & Vessey 2001, Holstein et al. 2008, McCabe et al. 2013α, Pedersen & Lavik 1991, Daniel et al. 2003, Boyd et al. 2006α, Bozoni et al. 2006, Johnston et al. 2011, McCabe & Boyd 2005, McCabe et al. 2011β). Συνταγογραφούμενα ψυχοδραστικά φάρμακα είναι προσβάσιμα από τους εφήβους και μέσω του διαδικτύου (Raine et al. 2009, Littlejohn et al. 2005), ενώ σε κάποιες χώρες παρατηρείται το φαινόμενο της χειριστικής συμπεριφοράς απέναντι σε γιατρούς για την εξασφάλιση συνταγής (Inciardi et al. 2007).

Εκτός από τη σημαντική πληροφορία που παρέχει, αυτή η ερώτηση βοηθά στον έλεγχο εσωτερικής συνέπειας και εμπειρικής εγκυρότητας της μέτρησης δεδομένου ότι, όπως έχουν δείξει σχετικές μελέτες, διαφορετικές πηγές πρόσβασης στα φάρμακα συνδέονται με διαφορετικά χαρακτηριστικά των χρηστών (βλ. McCabe et al. 2007α, McCabe et al. 2011β).

Μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης δημιουργήθηκε η ακόλουθη ερώτηση για την καταγραφή των πηγών πρόσβασης στα φάρμακα: «Εάν έχεις πάρει ποτέ κάποιο ή κάποια από τα παρακάτω φάρμακα χωρίς τη σύσταση γιατρού, πώς τα βρήκες;» Όπως και με τους λόγους χρήσης, οι μαθητές που δεν είχαν πάρει ποτέ το φάρμακο χωρίς τη σύσταση γιατρού έπρεπε να επιλέξουν την απάντηση «Δεν έχω πάρει ποτέ το φάρμακο αυτό χωρίς τη σύσταση γιατρού». Οι υπόλοιποι είχαν τη δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων: Δεν έχω πάρει ποτέ κάποιο ψυχοδραστικό φάρμακο / Μου τα συνέστησε γιατρός / Μου τα έδωσε η μητέρα μου / Μου τα έδωσε ο πατέρας μου / Τα πήρα από το συρτάρι ή το «φαρμακείο» του σπιτιού / Τα πήρα από Φαρμακείο / Τα πήρα μέσω του διαδικτύου / Μου τα έδωσε κάποιο παιδί από το σχολείο / Μου τα έδωσε κάποιος/ -α φίλος/ -η εκτός σχολείου / Μου τα έδωσε κάποιος άλλος

(προσδιόρισε). Όπως και στην περίπτωση της ερώτησης για τους λόγους χρήσης, δεν υπάρχουν στοιχεία από προηγούμενες μελέτες σχετικά με την εγκυρότητα των ερωτήσεων στις οποίες βασίστηκε η ερώτηση για τις πηγές πρόσβασης.

Αντιλήψεις

Τα στοιχεία της εθνικής έρευνας στο μαθητικό πληθυσμό των ΗΠΑ για το 2012 έδειξαν ότι μόνο το 1/3 των 15χρονων μαθητών θεωρούν ότι η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων ενέχει κάποιο κίνδυνο για τη σωματική υγεία (Johnston et al. 2013). Όπως και στην περίπτωση των άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (Arriga et al. 2008)), αναμένεται ότι η υιοθέτηση αντιλήψεων περί ύπαρξης ή απουσίας κινδύνου για την υγεία από τη μη-συνταγογραφημένη χρήση φαρμάκων επιδρά στην πιθανότητα χρήσης τους από τους εφήβους. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε προσαρμογή ερώτησης του ερωτηματολογίου ESPAD του ΕΠΙΨΥ για τις αντιλήψεις κινδύνου από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών: «Σε ποιο βαθμό πιστεύεις πως τα άτομα κινδυνεύουν να βλάψουν τον εαυτό τους (σωματικά ή με άλλο τρόπο) εάν ...χωρίς τη σύσταση γιατρού... δοκιμάσουν 1-2 φορές ισχυρά παυσίπονα; ... παίρνουν ισχυρά παυσίπονα συχνά; ... δοκιμάσουν 1-2 φορές ηρεμιστικά; ... παίρνουν ηρεμιστικά συχνά; ... δοκιμάσουν 1-2 φορές υπνωτικά; ... παίρνουν υπνωτικά συχνά;». Οι μαθητές είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν μεταξύ των ακόλουθων απαντήσεων: Ακίνδυνο / Ελαφρύς κίνδυνος / Μέτριος κίνδυνος / Μεγάλος κίνδυνος / Δεν γνωρίζω.

Επίσης, διάφορες μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει αυτονομία στους εφήβους ως προς τη χρήση φαρμάκων — οι έφηβοι τείνουν να θεωρούν τους εαυτούς τους ενεργούς συμμετέχοντες στη λήψη φαρμάκων (Hameen-Anttila & Bush 2008). Έρευνες στις ΗΠΑ έχουν δείξει ότι ένας στους τρεις εφήβους αντιμετώπισε ο/η ίδιος /-α φαρμακευτικά κάποια ασθένεια ή τραυματισμό που είχε την τελευταία φορά χωρίς να εμπλέξει κάποιον γονιό, ενώ ένας στους τέσσερις αγόρασε ο/η ίδιος /-α τα φάρμακα από κάποια πηγή σε κοντινή απόσταση από το σχολείο (Hameen-Anttila & Bush 2008, Sloand & Vessey 2001). Στην παρούσα έρευνα, για τη μέτρηση της αντίληψης περί εύκολης ή δύσκολης πρόσβασης στα φάρμακα χρησιμοποιήθηκε προσαρμογή αντίστοιχης ερώτησης από το πρότυπο ερωτηματολόγιο του ΕΚΠΙΝΤ (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] 2002). Οι μαθητές ρωτήθηκαν: «Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα ήταν για σένα να βρεις τα παρακάτω

φάρμακα σε περίπτωση που θα ήθελες να τα πάρεις χωρίς τη σύσταση γιατρού»; Οι μαθητές μπορούσαν να επιλέξουν μεταξύ των ακόλουθων απαντήσεων: Αδύνατο / Μάλλον δύσκολο / Μάλλον εύκολο / Πολύ εύκολο / Δεν γνωρίζω.

Χρήση φαρμάκων στο άμεσο περιβάλλον των εφήβων

Η χρήση φαρμάκων στο άμεσο περιβάλλον των εφήβων αυξάνει τον κίνδυνο χρήσης τους από τους ίδιους τους εφήβους (Spigelblatt et al. 1994, Shehnaz et al. 2014, Fotiou et al. 2014, Ford 2008β, Pedersen & Lavik 1991). Η χρήση στην παρέα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προβλεπτικούς παράγοντες για τη δοκιμή και τη χρήση ουσιών (Bahr et al. 2005). Με τη χρήση προσαρμοσμένης ερώτησης του ESPAD οι έφηβοι ρωτήθηκαν για τον αριθμό των φίλων τους που κάνουν μη-συνταγογραφημένη χρήση φαρμάκων: «Πόσοι από τους φίλους σου πιστεύεις ότι παίρνουν [ισχυρά παυσίπονα / ηρεμιστικά / υπνωτικά] χωρίς τη σύσταση γιατρού»; Οι μαθητές μπορούσαν να επιλέξουν μεταξύ των ακόλουθων απαντήσεων: Κάποιοι / Οι περισσότεροι / Όλοι / Κανένας / Δεν γνωρίζω.

Στο ίδιο πλαίσιο, η χρήση φαρμάκων από μέλη της οικογένειας αποτελεί πρότυπο συμπεριφοράς και κανονικοποίησης της χρήσης στο περιβάλλον του σπιτιού (Pedersen & Lavik 1991). Επιπλέον, αυξημένα επίπεδα χρήσης από μέλη της οικογένειας διευκολύνουν την πρόσβαση των εφήβων στα φάρμακα αυτά (Shehnaz et al. 2014, Andersen et al. 2012, Holstein et al. 2008). Οι μαθητές ρωτήθηκαν: «Παίρνει κάποιο άτομο στην οικογένειά σου κάποιο ή κάποια από τα παρακάτω φάρμακα»; Οι μαθητές μπορούσαν να επιλέξουν μεταξύ των ακόλουθων απαντήσεων: Ναι, ο πατέρας μου / Ναι, η μητέρα μου / Ναι, ο αδελφός ή η αδελφή μου / Ναι, ο παππούς ή η γιαγιά / Κανένας / Δεν γνωρίζω.

Λοιπές ερωτήσεις

Το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων εμπλουτίστηκε με ερωτήσεις για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εφήβων (φύλο, ηλικία, ύψος, βάρος), τη σωματική και τη ψυχολογική υγεία (συχνότητα εμφάνισης ενοχλήσεων και βαθμός ικανοποίησης από τη ζωή), την πίεση από το σχολείο και τις συνήθειές τους όπως ο ύπνος, η σωματική άσκηση και η λήψη πρωινού γεύματος. Όλες οι παραπάνω ερωτήσεις είχαν χρησιμοποιηθεί επανειλημμένως στην «Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών» του ΕΠΙΨΥ.

Στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων προηγούνταν οι ερωτήσεις για το φύλο, την ηλικία και την ψυχολογική και σωματική υγεία. Ακολουθούσαν, κατά σειρά, οι ερωτήσεις για τη συνταγογραφημένη και τη μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων, τους λόγους χρήσης, τις πηγές πρόσβασης στα φάρμακα, τη χρήση από πρόσωπα του περιβάλλοντος, τις αντιλήψεις περί εύκολης ή δύσκολης πρόσβασης και περί κινδύνων από τη χρήση των φαρμάκων. Οι ερωτήσεις για το ύψος και το βάρος, τον ύπνο, τη λήψη πρωινού γεύματος και τη σωματική άσκηση τοποθετήθηκαν στο τέλος του ερωτηματολογίου (Παράρτημα II).

Οι ερωτήσεις που αφορούσαν τα φάρμακα τοποθετήθηκαν στο ερωτηματολόγιο ανά θεματική ενότητα, π.χ. χρήση του φαρμάκου, λόγοι χρήσης, πηγές πρόσβασης, αντιλήψεις κινδύνου, αντιλήψεις πρόσβασης, και χρήση στην οικογένεια κτλ. Μέσα σε κάθε ενότητα εναλλασσόταν ο κάθε ένας τύπος φαρμάκου, π.χ. ισχυρά παυσίπονα, ηρεμιστικά, υπνωτικά (εναλλασσόμενη διάταξη). Η εναλλασσόμενη διάταξη των ερωτήσεων προτιμήθηκε έναντι της διάταξης ανά ομάδα φαρμάκων, προκειμένου αφενός να υπάρχει ομοιομορφία ως προς τον τρόπο συμπλήρωσης με το ερωτηματολόγιο ESPAD (που προηγούνταν χρονικά), αφετέρου να διατηρηθεί το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων (βλ. Carley-Baxter et al. 2010).

Τέλος, στο ερωτηματολόγιο ESPAD είχαν συμπεριληφθεί ερωτήσεις για χαρακτηριστικά και συμπεριφορές των εφήβων που ενίσχυαν την οικοσυστημική διάσταση στη μελέτη της μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων (Σχ. 3.1) — π.χ. χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, σχολική και κοινωνική προσαρμογή, ψυχολογική υγεία, σχέσεις στην οικογένεια και στο φιλικό περιβάλλον κτλ. (βλ. Πίνακα 3.2).

3.6.2. Οι θεματικές της ποιοτικής ανατροφοδότησης

Οι ημιδομημένες συζητήσεις με τους μαθητές αναπτύχθηκαν γύρω από τρεις θεματικούς άξονες που σχετίζονταν άμεσα με την εγκυρότητα της μέτρησης: τη γενικότερη στάση των μαθητών απέναντι στο θέμα της έρευνας και το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων, την κατανόηση και το περιεχόμενο που απέδωσαν οι μαθητές στις βασικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (με έμφαση στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση) και την ευκολία ή δυσκολία συμπλήρωσης των ερωτήσεων αυτών (βλ. αναλυτικά Κεφάλαιο 4 και Παράρτημα III).

3.7 Αναλυτική προσέγγιση

Η αναλυτική προσέγγιση που ακολουθήθηκε βασίστηκε στη θεώρηση του Messick (1989, στο Cook & Beckman 2006) για τη μελέτη της εγκυρότητας, η οποία αναπτύχθηκε στο Κεφάλαιο 2. Ήταν, ωστόσο, προσαρμοσμένη στις δυνατότητες και τους μεθοδολογικούς περιορισμούς που έθετε η παρούσα έρευνα.

Η εγκυρότητα περιεχομένου του ερωτηματολογίου αξιολογήθηκε πριν από την υλοποίηση της έρευνας από κριτές με προηγούμενη εμπειρία στο θέμα της έρευνας και την κατασκευή ερωτηματολογίων. Αποτιμήθηκε, ειδικότερα, ο βαθμός στον οποίο το ερωτηματολόγιο κάλυπτε επαρκώς όλες τις διαστάσεις της έννοιας της μη-συνταγογραφημένης χρήσης. Το περιεχόμενό του αξιολογήθηκε, επιπλέον, ως προς εύρος και την ποιότητα των πηγών που αξιοποιήθηκαν από τον ερευνητή προκειμένου να κατασκευαστεί. Δοκιμαστικά, το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε ατομικά σε οκτώ (8) μαθητές Λυκείου με την οδηγία να σημειωθούν πάνω σε αυτό προβλήματα κατανόησης, ενώ ακολουθούσε προφορική αποτίμηση, με έμφαση σε θέματα περιεχομένου, εργονομίας και συμπλήρωσης.

Ο Πίνακας 3.3 στο τέλος του παρόντος Κεφαλαίου συνοψίζει τα χαρακτηριστικά της αναλυτικής προσέγγισης που ακολουθήθηκε μετά την υλοποίηση της έρευνας. Οι αναλύσεις επικεντρώθηκαν στην παραγωγή ποσοτικών και ποιοτικών στοιχείων που τεκμηριώνουν:

1. την ορθή κατανόηση της βασικής έννοιας / μεταβλητής και την απρόσκοπτη συμπλήρωση των σχετικών ερωτήσεων (τα ευρήματα των αναλύσεων αυτών παρουσιάζονται στα Κεφάλαια 4, 5 και 7),
2. την επαναληπτικότητα και την εσωτερική συνέπεια των απαντήσεων σε ερωτήσεις σχετικές με τη βασική μεταβλητή της έρευνας (τα ευρήματα παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 5) και
3. τα αναμενόμενα –βάσει εμπειρικών ή θεωρητικών υποθέσεων– επίπεδα επιπολασμού, καθώς και την αναμενόμενη σχέση της βασικής μεταβλητής με άλλες μεταβλητές (τα ευρήματα παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 6).

Λεπτομερής παρουσίαση του σκεπτικού, των υποθέσεων και των μεθόδων ανάλυσης γίνεται στο κάθε κεφάλαιο ξεχωριστά (βλ. Κεφάλαια 4-7).

3.8 Λογισμικό αναλύσεων

Οι αναλύσεις στα ποσοτικά δεδομένα έγιναν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS (v. 22.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Όπου απαιτήθηκε ακριβής λογαριθμιστική παλινδρόμηση (exact logistic regression) οι αναλύσεις έγιναν στο πρόγραμμα STATA (StataCorp. 2013. *Stata Statistical Software: Release 13*. College Station, TX: StataCorp LP.). Εξαιτίας του μικρού όγκου τους, οι αναλύσεις στα ποιοτικά δεδομένα έγιναν χωρίς τη χρήση ειδικού λογισμικού.

3.9 Ερευνητική ηθική και δεοντολογία

Ως προαπαιτούμενο για την έγκριση του τίτλου της διατριβής προηγήθηκε το 2007 δήλωση του υποψηφίου προς την Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ περί διασφάλισης ηθικής και δεοντολογίας. Η ερευνητική πρόταση (ερευνητικές υποθέσεις, στόχοι, δειγματοληψία, μεθοδολογία, ερωτηματολόγια κτλ.) κατατέθηκε για έγκριση από το Υπ. Παιδείας. Η υλοποίηση της έρευνας επιτράπηκε με την προϋπόθεση της προαιρετικής συμμετοχής των σχολείων και των μαθητών (Απόφαση 24016/Γ2, 27-2-2007). Η διαδικασία προέβλεπε, επιπλέον, την εξασφάλιση της συναίνεσης των γονέων μέσω επιστολής που περιέγραφε τον σκοπό και τη σημασία της έρευνας (Παράρτημα Ι).

Στο ποσοτικό σκέλος της έρευνας διευκρινίστηκε στους μαθητές ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν προαιρετική και ότι η ανάλυση και παρουσίαση των ευρημάτων θα είχε τη μορφή συγκεντρωτικών στατιστικών δεδομένων για το σύνολο του νομού, και όχι ξεχωριστά ανά περιοχή, σχολείο ή τμήμα. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ανώνυμο — πουθενά δεν προβλεπόταν η καταγραφή του ονόματος των μαθητών. Η συμπλήρωσή του έγινε μέσα στην τάξη χωρίς την παρουσία εκπαιδευτικού.

Κατά την ποιοτική ανατροφοδότηση κατέστη σαφές στους μαθητές ότι ο αποκλειστικός σκοπός των συζητήσεων ήταν η βελτίωση του ερωτηματολογίου και ότι οι απόψεις τους θα αξιοποιούνταν στην έρευνα διασφαλίζοντας την ανωνυμία τους. Τονίστηκε ότι, όπου στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας θα αναφέρονταν αυτολεξεί αποσπάσματα από τις συζητήσεις, αυτά θα συνοδεύονταν

μόνο από το φύλο και από ένδειξη για την ηλικία, αλλά όχι το τμήμα (η συμμετοχή ούτως ή άλλως ήταν ανώνυμη). Στους μαθητές κατέστη επίσης σαφές ότι οι συζητήσεις θα ηχογραφούνταν, θα απομαγνητοφωνούνταν και θα αναλύονταν από τον ίδιο τον ερευνητή και ότι η συμμετοχή τους στη συζήτηση ήταν προαιρετική. Τέλος, ζητήθηκε από τους μαθητές να τηρήσουν οι ίδιοι την αρχή της εμπιστευτικότητας για ό,τι θα συζητούνταν στην αίθουσα.

Τα ηλεκτρονικά αρχεία με τα ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα ήταν ανώνυμα, ενώ επιπλέον η διαχείρισή τους έγινε αποκλειστικά από τον κύριο ερευνητή.

Πίνακας 3.3: Πλάνο αναλύσεων

Κριτήριο	Ένδειξη εγκυρότητας	Δείκτης	Ανάλυση	Κατηγορία εγκυρότητας	Φάρμακο	Κεφάλαιο Διατριβής
Κατανόηση της βασικής έννοιας	Η κατανόηση της βασικής έννοιας / ερώτησης είναι ορθή βάσει ορισμού	Αναφορές συμμετεχόντων Επίπεδα επιπολασμού Επίπεδα ασυνεπειών Επίπεδα ελλειπουσών τιμών	Ποιοτική ανάλυση Περιγραφική στατιστική Επαγωγική στατιστική	Κατανόηση και διαδικασία συμπλήρωσης	Ηρεμιστικά Υπνωτικά Οπιοειδή παυσίπονα	4, 5, 6, 7
Διαδικασία συμπλήρωσης	Η συμπλήρωση της ερώτησης είναι εύκολη	Αναφορές συμμετεχόντων Επίπεδα ασυνεπειών Επίπεδα ελλειπουσών τιμών	Ποιοτική ανάλυση Περιγραφική στατιστική Επαγωγική στατιστική	Κατανόηση και διαδικασία συμπλήρωσης	Ηρεμιστικά Υπνωτικά Οπιοειδή παυσίπονα	4, 5, 6, 7
Επαναληπτικότητα	Οι απαντήσεις είναι σταθερές σε ίδιες ερωτήσεις	Επίπεδα ασυμφωνίας	Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων Επαγωγική στατιστική	Αξιοπιστία	Ηρεμιστικά/Υπνωτικά	5
Εσωτερική συνέπεια	Οι απαντήσεις σε εννοιολογικά συναφείς ερωτήσεις συμφωνούν μεταξύ τους	Επίπεδα ασυνεπειών	Επαγωγική στατιστική	Αξιοπιστία	Ηρεμιστικά/Υπνωτικά Οπιοειδή παυσίπονα	5
Επιπολασμός	Τα επίπεδα επιπολασμού είναι σε συμφωνία με εκείνα άλλων ερευνών σε δείγμα μαθητών παρόμοιας ηλικίας	Επίπεδα επιπολασμού	Περιγραφική στατιστική Επαγωγική στατιστική	Εμπειρική / στατιστική εγκυρότητα	Ηρεμιστικά Υπνωτικά Οπιοειδή παυσίπονα	6
Σχέση μεταξύ μεταβλητών	Η βασική μεταβλητή σχετίζεται με άλλες μεταβλητές όπως αναμένονταν βάσει εμπειρικών ή θεωρητικών υποθέσεων	Στατιστικά σημαντικές σχέσεις Προφίλ χρηστών	Επαγωγική στατιστική Ποιοτική ανάλυση	Εμπειρική / στατιστική εγκυρότητα	Ηρεμιστικά/Υπνωτικά Οπιοειδή παυσίπονα	6

Μέρος II – Αποτελέσματα

Κεφάλαιο 4 – Αποτελέσματα της ποιοτικής ανατροφοδότησης

Στο Κεφάλαιο 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποιοτικής ανατροφοδότησης που διενεργήθηκε με τη συμμετοχή μαθητών που είχαν προηγουμένως συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων.⁹ Ο στόχος της ποιοτικής ανατροφοδότησης ήταν η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι μαθητές αντιλήφθηκαν και απάντησαν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, με έμφαση στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση. Παρουσιάζονται: το σκεπτικό και οι στόχοι του ποιοτικού σκέλους της έρευνας, ο θεματικός κατάλογος των συζητήσεων, η αναλυτική προσέγγιση που ακολουθήθηκε και τα κύρια ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυση. Αναδεικνύονται πιθανές πηγές εισόδου σφάλματος στη μέτρηση και συζητούνται οι προεκτάσεις για την έρευνα.

4.1 Εισαγωγή και σκοπός της μελέτης

Στη μέτρηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, η επιδημιολογική έρευνα συχνά χρησιμοποιεί ερωτηματολόγια ή μέτρα που βασίζονται σε αυτοαναφορές (Johnson & Fendrich 2005). Τα εργαλεία αυτά θεωρούνται ότι έχουν αποδεκτή εγκυρότητα όταν αφενός αντανακλούν πλήρως τις έννοιες για τη μέτρηση των οποίων έχουν σχεδιαστεί, αφετέρου περιορίζουν το περιθώριο εισόδου σφάλματος κατά τη μέτρηση. Παράγοντες όπως η δυσκολία στην κατανόηση και στη συμπλήρωση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, η αρνητική στάση των συμμετεχόντων απέναντι στο θέμα της έρευνας, η ευαισθησία συγκεκριμένων ερωτήσεων κτλ, εισάγουν δυνητικά σφάλμα στη μέτρηση· ο περιορισμός της εμφάνισής τους αποτελεί προϋπόθεση για μια έγκυρη μέτρηση (Fadnes et al. 2009, Brener et al. 2003, Tourangeau & Yan 2007).

Διαφορετικές τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί στην επιδημιολογική έρευνα για τη διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στην εγκυρότητα μιας μέτρησης (βλ.

⁹ Η ποιοτική ανάλυση προηγήθηκε χρονικά της ανάλυσης των ποσοτικών δεδομένων και ως εκ τούτου η παρουσίαση των αποτελεσμάτων του ποιοτικού σκέλους της έρευνας προηγείται εκείνης των ποσοτικών.

Γαλάνης 2013). Όπως υποστηρίχθηκε στο Κεφάλαιο 2, μεταξύ των αποτελεσματικότερων τεχνικών αυτού του είδους περιλαμβάνεται η ποιοτική ανατροφοδότηση (Hughes 2004) — η ημιδομημένη προφορική αποτίμηση των ίδιων των συμμετεχόντων για θέματα κατανόησης και συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Το ποιοτικό σκέλος της παρούσας έρευνας βασίστηκε στην ποιοτική ανατροφοδότηση. Ο βασικός του στόχος ήταν να παραχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για τους δείκτες εγκυρότητας της μέτρησης που συζητούνται εδώ και τα οποία θα αξιολογούνταν στη συνέχεια σε συνδυασμό με τα ευρήματα του ποσοτικού σκέλους της έρευνας. Η ποιοτική ανατροφοδότηση εστίασε, επομένως, στη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι μαθητές αντιλήφθηκαν τις βασικές έννοιες του ερωτηματολογίου των φαρμάκων και της ευκολίας ή δυσκολίας με την οποία απάντησαν στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων (Δείκτης εγκυρότητας: *Κατανόηση και διαδικασία συμπλήρωσης*). Ικανοποιητικά επίπεδα κατανόησης των βασικών εννοιών του ερωτηματολογίου από τους μαθητές και ευκολία στη συμπλήρωση των ερωτήσεων θα αποτελέσουν ισχυρές ενδείξεις έγκυρης μέτρησης.

4.2 Μέθοδος

4.2.1 Πληθυσμός – Δείγμα

Συνολικά 122 μαθητές ηλικίας 16-18 ετών από έξι (6) Λύκεια της Κεφαλονιάς που είχαν συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια του ποσοτικού σκέλους της έρευνας (ερωτηματολόγιο φαρμάκων και ερωτηματολόγιο ESPAD) προσκλήθηκαν να αποτιμήσουν προφορικά την εμπειρία τους αυτή. Η ποιοτική ανατροφοδότηση οργανώθηκε σε έξι ομάδες συζήτησης, με τη συμμετοχή κατά μέσο όρο 20 μαθητών ανά ομάδα.

Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού καθώς και η διαδικασία που ακολουθήθηκε για την επιλογή του και τη συλλογή των στοιχείων περιγράφηκαν αναλυτικά στο Κεφάλαιο 3 (βλ. §3.4).

4.2.2 Θεματικός οδηγός συζητήσεων

Η ποιοτική ανατροφοδότηση κάλυψε τα ακόλουθα θέματα (Παράρτημα III):

- τη στάση των μαθητών απέναντι στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων γενικά,
- τον τρόπο κατανόησης των βασικών εννοιών του ερωτηματολογίου — π.χ. «χρήση με -ή χωρίς τη σύσταση γιατρού» και «συνταγογραφούμενο / μη-συνταγογραφούμενο φάρμακο», «ισχυρό παυσίπονο», και
- την ευκολία ή τη δυσκολία συμπλήρωσης των ερωτήσεων, με έμφαση στα προβλήματα που ενδεχομένως αντιμετώπισαν οι μαθητές κατά την επιλογή της απάντησης και κατά τη μετάβαση μεταξύ των ερωτήσεων.

Αρχικά διερευνήθηκε η γενική στάση των μαθητών απέναντι στο θέμα της έρευνας και, ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων. Διερευνήθηκε εάν το θέμα του ερωτηματολογίου ήταν για τους μαθητές ενδιαφέρον –από μόνο του, αλλά και σε σχέση με το θέμα της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών που πραγματευόταν το ερωτηματολόγιο ESPAD– εάν ο λόγος για τη διερεύνηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων έγινε αντιληπτός, εάν οι μαθητές θεώρησαν ότι το θέμα ήταν ευαίσθητο και εάν θα απαντούσαν με ειλικρίνεια, εάν γενικά το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε εύκολα, εάν ο χρόνος που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωσή του ήταν επαρκής, εάν υπήρξε κόπωση, καθώς και εάν ένιωσαν την ανάγκη να αφήσουν ερωτήσεις αναπάντητες.

Διερευνήθηκε ακολούθως το νόημα που οι μαθητές έδωσαν στις βασικές έννοιες του ερωτηματολογίου. Εξετάστηκε ειδικότερα: εάν οι έννοιες «συνταγογραφούμενο / μη-συνταγογραφούμενο φάρμακο», «χρήση με / χωρίς τη σύσταση γιατρού» και «ισχυρό παυσίπονο» ήταν εύκολα κατανοητές από τους συμμετέχοντες και με ποιον τρόπο, εάν οι ερωτήσεις εξέφρασαν με σαφή τρόπο και ακρίβεια τις παραπάνω έννοιες, καθώς και εάν οι μαθητές πρόσεξαν, διάβασαν και κατανόησαν τα εισαγωγικά / επεξηγηματικά κείμενα των ερωτήσεων για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση.

Αποτιμήθηκε, τέλος, η παρουσία πρακτικών δυσκολιών κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, με έμφαση στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση, τους λόγους χρήσης και τις πηγές πρόσβασης στα φάρμακα. Τέθηκαν, ειδικότερα, τα ακόλουθα θέματα: Ήταν εύκολη η ανάκληση των απαντήσεων (με έμφαση στη

συχνότητα της χρήσης σε όλη τη ζωή, τους 12 τελευταίους μήνες, τις 30 τελευταίες ημέρες); Μπόρεσαν οι μαθητές να επιλέξουν εύκολα μεταξύ των απαντήσεων; Άφησαν ερωτήσεις αναπάντητες;

4.2.3 Ανάλυση

Το υλικό των συζητήσεων απομαγνητοφωνήθηκε σε ηλεκτρονικό αρχείο. Για την ανάλυσή του εφαρμόστηκε η τεχνική της ανάλυσης ερμηνευτικών γνωστικών πλαισίων (framework analysis, βλ., Srivastava & Thomson 2009, Smith & Firth 2011, Triandafyllidou & Fotiou 1998). Ακολουθήθηκαν τέσσερα στάδια (Pope et al. 2000, Rabiee 2004, Ritchie & Spencer 1994, Smith & Firth 2011): Στο πρώτο στάδιο έγινε η εξοικείωση του ερευνητή με το περιεχόμενο των συζητήσεων, η ανάκληση του πλαισίου και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους. Για κάθε ξεχωριστή αναφορά του κειμένου προστέθηκε ένδειξη σε ειδική στήλη του σχετικού πίνακα σχετικά με το φύλο και τη σχολική βαθμίδα (ως πλησιέστερο δείκτη της ηλικίας του μαθητή). Στο δεύτερο στάδιο έγινε η προκαταρκτική κωδικοποίηση του υλικού. Το στάδιο αυτό περιελάμβανε τη μελέτη του εκτυπωμένου υλικού και την κωδικοποίηση λέξεων και προτάσεων που θεωρήθηκαν ότι έφεραν σημασιολογικό βάρος σε σχέση με το θέμα της συζήτησης (εφεξής, *Παρατηρήσεις*). Η κωδικοποίηση βασίστηκε σε ειδικό κωδικολόγιο, αρχικά προκαθορισμένο (παραγωγική μέθοδος), ακολούθως εμπλουτισμένο με νέους κωδικούς (επαγωγική μέθοδος, Παράρτημα IV).

Το τρίτο στάδιο περιελάμβανε τη μεταφορά και την ομαδοποίηση των αναφορών με τις κωδικοποιημένες παρατηρήσεις σε θεματικές ενότητες (στο προηγούμενο στάδιο οι αναφορές ήταν ταξινομημένες ανά ομάδα συζήτησης / σχολικό τμήμα). Οι αναφορές αποσπάστηκαν και παρατέθηκαν αυτούσιες στις διάφορες θεματικές. Στο τελικό στάδιο έγινε η ερμηνευτική διαχείριση του υλικού — η σύνθεση και συζήτηση επί των θεματικών που προέκυψαν και των γνωσιολεκτικών σχημάτων που αναδείχθηκαν στις αναφορές. Στη φάση αυτή, η ανάλυση εστίασε στη συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων παρατηρήσεων, το πλαίσιο της συζήτησης στο οποίο εντάσσονταν, το ύφος και την εννοιολογική τους συνέπεια με παρατηρήσεις διαφορετικών αναφορών.

Οι βασικές διαπιστώσεις από την ποιοτική ανάλυση παρουσιάζονται στη συνέχεια ανά θεματική ενότητα. Τις βασικές διαπιστώσεις συνοδεύουν επιλεγμένα αποσπάσματα από τις ανώνυμες αναφορές των μαθητών. Για κάθε μια θεματική

παρατίθεται η κύρια ερώτηση και –όπου αφορά– οι ερωτήσεις-οδηγός (probes) που χρησιμοποιήθηκαν από τον συντονιστή προκειμένου να διευκολυνθεί η συζήτηση σε σημεία όπου ήταν στάσιμη. Όπου παρακάτω γίνεται αναφορά στην «πλειονότητα των μαθητών», η πρόθεση είναι να αποτυπωθεί η κεντρική τάση μέσα σε κάθε ομάδα συζήτησης και συνολικά μεταξύ των έξι ομάδων. Κατ’ αυτήν την έννοια, η «πλειονότητα των μαθητών» αναφέρεται στη γενική εικόνα που απέκρινε ο ερευνητής, τόσο από τις αντιδράσεις των μαθητών όσο και από τη συχνότητα των ομοειδών παρατηρήσεων στο καταγεγραμμένο υλικό. Σημειώνεται ωστόσο ότι οι διαπιστώσεις που παρουσιάζονται ακολούθως δεν αντιπροσωπεύουν απαραίτητα το σύνολο των μαθητών που συμμετείχαν στις συζητήσεις. Υπό προϋποθέσεις, γίνεται ποσοτική αναφορά στη συχνότητα εμφάνισης μια άποψης. Ωστόσο, όπου θεωρήθηκε από τον ερευνητή ότι είχε ενδιαφέρον, παρουσιάζονται αυτολεξεί αποσπάσματα απόψεων σε συγκεκριμένα θέματα ακόμη κι αν οι απόψεις αυτές είχαν εκφραστεί από έναν / μια μόνο μαθητή /-ρια.

4.3 Αποτελέσματα

4.3.1 Στάσεις απέναντι στο θέμα της έρευνας και το ερωτηματολόγιο

Η πρώτη, σύντομη, εισαγωγική ενότητα των συζητήσεων επικεντρώθηκε στην αποτίμηση της στάσης που είχαν οι μαθητές απέναντι στο ερωτηματολόγιο και το κεντρικό του θέμα: τη χρήση φαρμάκων. Στους μαθητές έγινε η ακόλουθη ερώτηση: «Θα ήθελα καταρχάς να μου πείτε εάν βρήκατε το θέμα του ερωτηματολογίου που έχετε μπροστά σας ενδιαφέρον; Σας κέντρισε την προσοχή; Και εάν ναι; Με ευχάριστο ή δυσάρεστο τρόπο»;

Στην πλειονότητά τους, οι μαθητές απάντησαν καταφατικά σε όλες τις παραπάνω ερωτήσεις — μολονότι μονολεκτικά. Ακολούθησε ερώτηση-οδηγός: «Συμβαίνει, μαθητές σαν κι εσάς, που συμμετέχουν σε έρευνες σαν αυτήν, να μην κατανοούν γιατί κανείς ρωτά για τη χρήση, για παράδειγμα, ισχυρών παυσίπονων με -ή χωρίς τη σύσταση γιατρού, για τους λόγους χρήσης, ή για το εάν οι φίλοι ή οι γονείς τους χρησιμοποιούν φάρμακα. Ή –όπως επίσης συμβαίνει συχνά– κάποιιοι που συμμετέχουν στις έρευνες να αισθάνονται ότι δεν τους αφορά ένα τέτοιο θέμα. Το αποτέλεσμα είναι να μην απαντούν στο ερωτηματολόγιο με ενδιαφέρον. Συνέβη αυτό σε εσάς»;

Η ερώτηση-οδηγός δεν άλλαξε τη συνολική στάση των μαθητών απέναντι στο ερωτηματολόγιο — αυτή συνολικά αποτιμάται από ουδέτερη έως θετική. Μεταξύ των απόψεων που ανέδειξαν τη σημασία μιας τέτοιας έρευνας περιλαμβάνονταν: η καθ' ομολογούμενη γενικευμένη χρήση φαρμάκων από πολλά άτομα στο περιβάλλον των εφήβων, η επαφή τους με άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα και, γενικά, η ανάγκη υλοποίησης ερευνών για την υγεία του πληθυσμού. Το παρακάτω απόσπασμα συμπυκνώνει και τις τρεις παραπάνω απόψεις:

- 1 «Εντάξει, είναι σημαντικό ((ενν. να γίνονται έρευνες)). Δεν βλέπετε τι γίνεται στον κόσμο; Ο κόσμος είναι τρελαμένος. Είναι σημαντικό να γίνονται έρευνες να ξέρουμε τι γίνεται. Παίζει πολύ φάρμακο. (.1)¹⁰ Και ‘μας. Οι εξετάσεις, το διάβασμα και η καθημερινότητα μας αγχώνουν». (Κορίτσι 18)

Εντούτοις, σε κάθε ένα από τα έξι τμήματα που συμμετείχαν στις συζητήσεις, υπήρξε τουλάχιστον μια αναφορά μαθητή ή μαθήτριας που εξέφραζε απορία για το λόγο που είχαν συμπεριληφθεί στην έρευνα τόσες πολλές ερωτήσεις σχετικά με τα φάρμακα. Σε δύο περιπτώσεις, η παραπάνω απορία εκφράστηκε με τους ακόλουθους τρόπους:

- 2 «Τώρα που το λέτε, εγώ δεν κατάλαβα γιατί ρωτάτε για φάρμακα. Είναι κακό να παίρνουμε φάρμακα; Πού τα βρήκαμε; ((πολλοί μαζί)) (.4). Ρωτήστε μας για χόρτο να σας πούμε ((γέλια)).» (Αγόρι 17)

Και αλλού:

- 3 «Έπρεπε να ‘χαμε τη μητέρα μας εδώ να μας απαντήσει για τα φάρμακα, ποιος παίρνει, αν παίρνει φάρμακα η γιαγιά...(.1) Πού να ξέρουμε τι κάνει η γιαγιά; ((γέλιο))... Εντάξει τα παυσίπονα... αλλά, τώρα, ηρεμιστικά»; ((απορία)) (Κορίτσι 17)

Οι παραπάνω αναφορές δείχνουν ότι η χρήση των φαρμάκων δεν είχε απασχολήσει ως θέμα μια μερίδα μαθητών (#2), ότι αφορά τους ίδιους λιγότερο από ότι αφορά, παραδείγματος χάριν, τους γονείς τους (#3) και, κατ' επέκταση, ότι δεν αντιλαμβάνονται τη σημασία τού να πρέπει να απαντούν σε ερωτήσεις με τέτοιο περιεχόμενο (#2). Οι ίδιες αναφορές δείχνουν ότι, για κάποιους, η χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων φαίνεται να αφορά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (εκτός και εάν πρόκειται για *παυσίπονα*, #3) και, ως εκ τούτου, θα έπρεπε οι ερωτήσεις αυτές να απευθύνονται στους γονείς τους παρά στους ίδιους. Αντίθετα, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (βλ. αναφορά στο *χόρτο*, #2) φαίνεται να αποτελεί

¹⁰ Παύση διάρκειας ενός δευτερολέπτου.

αντικείμενο του οποίου η μελέτη, αφενός είναι αναμενόμενη –ή τουλάχιστον δικαιολογείται– αφετέρου αφορά πραγματικά τους νέους. Όταν και οι δύο παραπάνω υποθέσεις τέθηκαν για επιβεβαίωση ή απόρριψη στο σύνολο της τάξης, βρήκαν αρκετούς υποστηρικτές — συνηθέστερα αγόρια

Με αφορμή την παραπάνω στάση των μαθητών απέναντι στο βασικό θέμα του ερωτηματολογίου, ακολούθως, στις πέντε από τις έξι ομάδες συζήτησης εξετάστηκε εάν, ως θέμα, η χρήση φαρμάκων τράβηξε το ενδιαφέρον περισσότερο, το ίδιο ή λιγότερο συγκριτικά με τη χρήση άλλων νόμιμων ή παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Από τις αντιδράσεις των μαθητών προέκυψε συμφωνία στο ότι η χρήση των φαρμάκων δεν τράβηξε τόσο την προσοχή όσο την τράβηξαν οι ενότητες του ερωτηματολογίου ESPAD σχετικά με τις παράνομες ουσίες. Από έναν μαθητή, η παραπάνω άποψη εκφράστηκε με τον ακόλουθο τρόπο:

- 4 «Εμένα μ' άρεσαν περισσότερο οι ερωτήσεις για τα ναρκωτικά, το αλκοόλ, τα μαγικά μανιτάρια. Τα φάρμακα είναι για τα κορίτσια ((γέλιο)). Έχει πλάκα πάντως. Δεν απαντάμε συχνά σε τέτοια ερωτηματολόγια (.2). Να ξανάρχεστε. Α, να ρωτήσω. Κύριε, τα βλέπουν; (.1) Βλέπουν οι καθηγητές τις απαντήσεις μας;((απορία))» (Αγόρι, 17)

Η παραπάνω αναφορά (#4) είναι επιπλέον ενδεικτική μιας διαφοροποιημένης στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στη μη-συνταγογραφημένη χρήση φαρμάκων συγκριτικά με τη χρήση των παράνομων ουσιών. Δείχνει ότι η χρήση φαρμάκων κατατάσσεται από μερίδα μαθητών στις συμπεριφορές που ανήκουν περισσότερο στον γυναικείο τρόπο ζωής από ότι στον ανδρικό, στον οποίο ωστόσο κατατάσσεται η χρήση των άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Στους μαθητές έγινε ερώτηση για το εάν θεώρησαν ότι οι ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ήταν «ευαίσθητες», κατά πόσο δηλαδή τούς ήταν εύκολο ή δύσκολο να παραδεχθούν τη συμπεριφορά αυτή (εφόσον ίσχυε) μέσω των απαντήσεών τους στο ερωτηματολόγιο. Στην πλειονότητά τους, οι μαθητές που τοποθετήθηκαν σε αυτό το θέμα απάντησαν ότι, εφόσον ίσχυε, θα τους ήταν εύκολο να το αναφέρουν στο ερωτηματολόγιο. Όπως αποτυπώνεται και στην ακόλουθη αναφορά (#5), αρκετοί μαθητές πλαισίωσαν την άποψή τους με το ότι η χρήση φαρμάκων (με ή χωρίς τη σύσταση γιατρού) αφορά κάτι *φυσιολογικό*, κοινωνικώς αποδεκτό, και επιπλέον ακίνδυνο.

- 5 «Δεν βλέπω ((ενν. το λόγο)) γιατί να μην απαντήσω ((ενν. τις ερωτήσεις για τα φάρμακα)). Δεν τρέχει τίποτα. Βασικά πολύς κόσμος ψάχνεται με φάρμακα ((ενν. καταφεύγει σε αυτά)). Και τι έγινε; Δεν είναι λογικό; Και ‘μας. Οι εξετάσεις, το διάβασμα διάφορα θέματα που ‘χουμε, μάς αγχώνουν. Δεν λέω ότι δεν πρέπει να τα αποφεύγεις άμα μπορείς. Αλλά δεν τρέχει και τίποτα αν τα παίρνεις κιόλας. (.3) Για τα παυσίπονα που λέτε δεν το συζητώ.(.1) Τι θα γινόμασταν χωρίς αυτά. ((γέλιο))» (Κορίτσι, 18)

Δεν έλειψαν, ωστόσο, μεμονωμένες απόψεις που εξέφρασαν μιας μορφής δυσπιστία απέναντι στο θέμα της μέτρησης της χρήσης φαρμάκων, ειδικότερα αυτής των ηρεμιστικών και υπνωτικών. Η δυσπιστία φάνηκε να συνδέεται λιγότερο με τον θεωρητικά παράνομο ή επικίνδυνο χαρακτήρα της χρήσης των φαρμάκων χωρίς τη σύσταση γιατρού και περισσότερο με τη σημασία που αποδίδεται στον τύπο τους (ψυχοδραστικά), τις ενδείξεις τους (ψυχοπαθολογία) και το συνεπαγόμενο στίγμα που συνδέεται με την παραδοχή της λήψης τους (βλ. #6):

- 6 «Προσωπικά, δεν ξέρω αν θα απαντούσαν ((ενν. οι μαθητές γενικά)) αλήθεια ((ενν. με ειλικρίνεια)) σε αυτήν την ερώτηση ((ενν. των ηρεμιστικών)). Κάποιοι μπορεί να μην θέλουν να το πουν. Εντάξει. Είναι εύκολο να πεις ότι καπνίζεις ή ότι μεθάς. Αλλά ξέρω ‘γω; (.1) Και χασίσι, το λες ((ενν. απαντάς με ειλικρίνεια)). Δεν τρέχει τίποτα. Κουλ. Αλλά, ν’ απαντάς ότι πήρες, ξέρω ‘γω, ηρεμιστικά; Θα πουν ότι λολάθηκες ((ενν. τρελάθηκες)), ότι τραβάς ζόρι. Δεν ξέρω. Άλλοι θα το ‘λεγαν; ((απευθύνεται με ερώτηση στην υπόλοιπη ομάδα))» (Αγόρι 16)

Στους μαθητές τέθηκε επίσης η ερώτηση για το κατά πόσο εύκολη ή δύσκολη ήταν για αυτούς η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου: «... πόσο εύκολο ή δύσκολο σάς ήταν γενικά να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που έχετε μπροστά σας; Θα λέγατε, δηλαδή, ότι η συμπλήρωσή του έγινε χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες ή υπήρξαν δυσκολίες τέτοιες που σε κάποια σημεία σας έκαναν ώστε να μη θέλετε να συνεχίσετε με τη συμπλήρωσή του;» Στην πλειονότητα τους οι μαθητές δήλωσαν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν γενικώς σύντομο, βατό και –πλην δύο ερωτήσεων (βλ. παρακάτω §4.3.3)– απλό στη συμπλήρωσή του.

Εντούτοις, σε όλες τις ομάδες υπήρξε τουλάχιστον ένας μαθητής (παντού αγόρι) που σχολίασε την –κατά την άποψή του– αδικαιολόγητη επανάληψη κάποιων ερωτήσεων μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων (του ερωτηματολογίου των φαρμάκων και του ESPAD):

- 7 «Αφού ρωτάτε τα ίδια και τα ίδια συνέχεια. Πώς να μη βαρεθούμε; Πήρες; Πώς τα πήρες; Γιατί τα πήρες; Τα πήρες με τη μαμά σου; Τον παππού σου, τη γιαγιά σου, το σκύλο σου, ξέρω 'γω τι ((γέλια))»; (Αγόρι, 18)

Όπου αντιλήψεις σαν την παραπάνω (#7) τοποθετούνταν στο σύνολο της ομάδας για επιβεβαίωση ή απόρριψη, υπήρχε τουλάχιστον ένας ακόμα μαθητής σε κάθε ομάδα που την υποστήριζε ανοικτά — συνηθέστερα αγόρι.

4.3.2 Κατανόηση των βασικών εννοιών της έρευνας

Η μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης που βασίζεται σε αυτοαναφορές δεν δύναται να είναι έγκυρη εάν οι έννοιες που μετρώνται είναι ασαφείς ή γίνονται κατανοητές από τους συμμετέχοντες με τρόπο διαφορετικό από εκείνον με τον οποίο είχαν οριστεί. Στο πλαίσιο αυτό, η δεύτερη και βασική ενότητα των συζητήσεων επικεντρώθηκε στην αποτύπωση του τρόπου με τον οποίο οι μαθητές αντιλήφθηκαν βασικές έννοιες του ερωτηματολογίου όπως «φάρμακο που χορηγείται μόνο με σύσταση γιατρού», «χρήση χωρίς σύσταση γιατρού» και «ισχυρό παυσίπονο».

Τέθηκε αρχικά στους μαθητές το ερώτημα γενικά, εάν η εφηβεία χαρακτηρίζεται από ψυχολογικές και σωματικές ενοχλήσεις ή βιώματα τέτοια που δικαιολογούν την επίσκεψη στο γιατρό και τη χορήγηση ψυχοδραστικών φαρμάκων για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή. Η ερώτηση-οδηγός ανέφερε παραδείγματα όπως τραυματισμοί, έντονοι πόνοι οποιασδήποτε αιτιολογίας –συμπεριλαμβανομένων συστηματικών πόνων περιόδου– καθώς και παραδείγματα συχνής νευρικότητας, άγχους, έντονης ανησυχίας, αίσθησης πίεσης, λύπης ή στεναχώριας, αϋπνίας ή άλλων μορφών διαταραχής ύπνου.

Οι αναφορές των μαθητών έδειξαν γενικά, ότι οι σωματικές και οι ψυχολογικές ενοχλήσεις είναι συχνές και τους απασχολούν ως θέμα — αν και με διαφοροποιήσεις ανά ηλικία και φύλο.

Ο πόνος συγκέντρωσε τις περισσότερες παρατηρήσεις στις αναφορές των εφήβων, συχνότερα από κορίτσια: εμπεριεχόταν σε αναφορές σχετικές με χειρουργικές επεμβάσεις και κατάγματα από τραυματισμούς στο πλαίσιο κυρίως φυσικής – οργανωμένης ή μη– σωματικής δραστηριότητας από αγόρια (ποδόσφαιρο και μπάσκετ), πονόδοντο (αγόρια και κορίτσια) και πόνους περιόδου (κορίτσια).

Ο πόνος αποτέλεσε, επιπλέον, τη μοναδική κατηγορία σωματικής ενόχλησης για την οποία δικαιολογείται, σύμφωνα με τις αναφορές (#8), η επίσκεψη σε ειδικό και η αντιμετώπισή του με φαρμακευτικά μέσα.

- 8 «Άμα τα φάρμακα που παίρνεις δεν πίνουν καθόλου; Τι κάνεις; (.3)
Υπάρχουν παιδιά ((ενν. κορίτσια)) που έχουν φοβερούς πόνους ((ενν. περιόδου)), κάθε μήνα. Πονάνε, όχι πλάκα. Είναι βασανιστήριο. Θα πας στο γιατρό. Γυναικολόγο. Δεν γίνεται αλλιώς. Θα πάρεις αντισυλληπτικά. Ξέρω ‘γω τι. Ό,τι να ‘ναι.» (Κορίτσι, 18)

Ωστόσο, με εξαίρεση τις μεμονωμένες περιπτώσεις μαθητών που αναφέρθηκαν σε χειρουργικές επεμβάσεις ή σοβαρούς τραυματισμούς, οι αναφορές στην αντιμετώπιση άλλων μορφών πόνου παρέπεμπαν στη λήψη πιθανότερα μη-στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων παρά ελεγχόμενων ισχυρών οπιοειδών παυσίπων (#9):

- 9 «... με πόναγε το δόντι. Ο γιατρός είπε στη μητέρα μου να πάρω κάτι(.2) μεσουλίντ; ((απορία))(.1). Δεν θυμάμαι. Μέχρι να πάω να με δει. Απίστευτος πόνος. Πήρα μεσουλίντ. Μιλάμε για πόνο. Πήγαινε να σπάσει το κεφάλι μου...» (Αγόρι, 18)

Η συχνή –σχεδόν αποκλειστική– παρουσία παρατηρήσεων που αφορούσαν τα κοινά, μη-συνταγογραφούμενα παυσίπινα (αντί των ελεγχόμενων ισχυρών οπιοειδών παυσίπων που χορηγούνται σπανίως και μόνο με ιατρική συνταγή και στα οποία εστίαζε η έρευνα) ήταν ενδεικτική της πιθανά εσφαλμένης ερμηνείας του όρου «ισχυρά» παυσίπινα από τους μαθητές. Προκειμένου να διερευνηθεί η παραπάνω πιθανότητα, τέθηκε στους μαθητές το ερώτημα εάν πρόσεξαν και διάβασαν τα επεξηγηματικά κείμενα που εισήγαγαν τις ερωτήσεις για τη χρήση φαρμάκων και εάν ναι, εάν τούς ήταν σαφές αυτό που ακολούθως ζητούσε η ερώτηση. Όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 3, δεδομένου του σύνθετου περιεχομένου που εμπεριέχεται στην έννοια της χωρίς-σύσταση χρήσης συνταγογραφούμενων ψυχοδραστικών φαρμάκων, ειδικά επεξηγηματικά κείμενα είχαν τοποθετηθεί πριν από τις ερωτήσεις που αφορούσαν τη χρήση των φαρμάκων αυτών. Τα κείμενα αυτά εμφανίζονταν στο ερωτηματολόγιο σε σκούρο φόντο με σκοπό να προσελκύσουν την προσοχή των μαθητών (Σχ. 4.1)· εξηγούσαν δε ότι τα φάρμακα χορηγούνται μόνο με συνταγή γιατρού –δίχως την οποία δεν θα μπορούσε κανείς να τα προμηθευτεί από τα φαρμακεία– και μόνο για ιατρικούς σκοπούς, ενώ ανέφεραν και τους σχετικούς λόγους χορήγησης για κάθε κατηγορία φαρμάκου. Τα κείμενα περιείχαν τα ονόματα

με τα οποία τα φάρμακα αυτά κυκλοφορούσαν στην αγορά την περίοδο πριν από την έρευνα — όχι ωστόσο εικόνες των φαρμάκων.

Οι μαθητές ρωτήθηκαν: «Όπως θα παρατηρήσατε, πριν από τις ερωτήσεις για τα ισχυρά παυσίπονα, τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά, υπάρχουν σε σκούρο πλαίσιο σύντομα κείμενα που περιγράφουν τις ιδιότητες, τους κανόνες χορήγησης και τα ονόματα των φαρμάκων όπως αυτά κυκλοφορούν στην αγορά. Θα ήθελα να ρωτήσω πόσοι/-ες από εσάς διαβάσατε προσεκτικά τα κείμενα αυτά πριν απαντήσετε στις ερωτήσεις»; Στην πλειονότητά τους, οι μαθητές ανέφεραν ότι διάβασαν τα εισαγωγικά επεξηγηματικά κείμενα — ελάχιστοι (αγόρια) ανέφεραν ότι αγνόησαν την ύπαρξή τους.

Ζητήθηκε επιπλέον από τους μαθητές να αφιερώσουν περίπου ένα λεπτό της ώρας για να διαβάσουν το εισαγωγικό κείμενο της ερώτησης που αφορούσε τα «ισχυρά» παυσίπονα. Ακολούθως τους ζητήθηκε να σχολιάσουν τι σήμαινε για αυτούς «φάρμακο που δίνεται μόνο στο φαρμακείο με την επίδειξη συνταγής» και τι διαφοροποιεί τη «χρήση με-» από τη «χρήση χωρίς σύσταση γιατρού» — έννοιες που αναφέρονταν στο εισαγωγικό κείμενο. Με τις απαντήσεις τους οι συμμετέχοντες έδειξαν ότι, εν γένει, είχαν πλήρη αντίληψη τόσο της διαδικασίας αγοράς των φαρμάκων με την προσκόμιση στο φαρμακείο της συνταγής γιατρού (#10), όσο και των διαφορών στις έννοιες της «χρήσης με-» και της «χρήσης χωρίς τη σύσταση γιατρού» (#11):

10 «...Εννοώ δηλαδή ότι πρέπει να έχεις μαζί σου τη συνταγή που σου 'δωσε ο γιατρός.(.1) Ότι δηλαδή δεν παίζει να πάρεις το φάρμακο χωρίς να δώσεις τη συνταγή. Λέμε τώρα...» (Αγόρι 17)

Και αλλού:

11 «Εννοείτε να πάρεις κάποιο φάρμακο χωρίς να στο 'χει πει ο γιατρός; ((απορία)) Ναι, συμβαίνει. Δεν συμβαίνει; ((απορία)) Αυτό είναι για μένα ((ενν. σημαίνει)) χωρίς σύσταση γιατρού. Ακόμα και αν στο έχει δώσει η μητέρα σου.(.2) Καλά, γίνεται να το 'χει πάρει ((ενν. αγοράσει από το φαρμακείο)) άλλος και να στο δώσει. Εκεί, τρέχα γύρευε αν υπήρχε συνταγή. Εκεί τι κάνεις; Πώς απαντάς; ((ενν. στο ερωτηματολόγιο)). Αν το ξέρεις απαντάς με σύσταση φαντάζομαι, ε; Αλλιώς; Έτσι δεν είναι; «Δεν ξέρω» δεν έχει. ((ενν. ως επιλογή απάντησης))» (Κορίτσι 17)

Με πιθανό το ενδεχόμενο εισόδου σφάλματος στη μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης των οπιοειδών παυσίπων, ακολούθησε ερώτηση σχετικά με το εάν οι μαθητές θα μπορούσαν να επιβεβαιώσουν ότι στις ερωτήσεις

σχετικά με τη λήψη φαρμάκων χωρίς τη σύσταση γιατρού απάντησαν *μόνο* για τα φάρμακα των οποίων τα ονόματα αναφέρονταν στα εισαγωγικά κείμενα — Lonarid-N® (Λοναρίντ-N), Romidon® (Ρομιντόν), Durogesic® (Ντουροτζέσικ) και Lonalgal® (Λοναλγκάλ). Αυτήν τη φορά, οι μαθητές εμφανίστηκαν στις απαντήσεις τους λιγότερο αποφασιστικοί (#12) — μόνο ένας μικρός αριθμός μαθητών επιβεβαίωσαν ότι απάντησαν στην ερώτηση έχοντας λάβει υπόψη τα φάρμακα που αναφέρονταν στα εισαγωγικά κείμενα.

Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι ήταν αρκετές οι περιπτώσεις των μαθητών που δεν ήταν σίγουροι ότι ανταποκριθήκαν με συνέπεια στο μοναδικό ζητούμενο που έθετε η ερώτηση: εάν δηλαδή έγινε χρήση κάποιου από τα οπιοειδή παυσίπονα του οποίου το όνομα αναφερόταν ως παράδειγμα στο εισαγωγικό κείμενο. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι μια μερίδα μαθητών δεν ήταν σε θέση να κάνουν την αναμενόμενη εννοιολογική σύνδεση μεταξύ των παυσίπων που είχαν *πραγματικά* πάρει (και θεωρητικά ανακάλεσαν στη μνήμη τους όταν απαντούσαν στις σχετικές ερωτήσεις) και των οπιοειδών παυσίπων που αναφέρονταν στο εισαγωγικό κείμενο. Διαπιστώθηκε δηλαδή ότι τα ονόματα των φαρμάκων στα εισαγωγικά κείμενα δεν έπαιξαν τελικά κάποιον ουσιαστικό ρόλο στην απάντηση που δόθηκε από μια μερίδα μαθητών (χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει ότι τελικά απάντησαν με έγκυρο τρόπο). Όπως ανέφερε ένας μαθητής (#12):

12 «Τι; Έπρεπε να πούμε ((ενν. απαντήσουμε)) για τα φάρμακα που λέτε εδώ; ((απορία)) Δε λέει. Δεν το 'κανα. (.3) Δεν τα ξέρω καταρχήν κύριε τα φάρμακα αυτά ((γέλιο))... Απάντησα ρε παιδί μου για, πως τα λένε, (.1) παυσίπονα και τέτοια. (.1) Ισχυρά. Παναντόλ και τέτοια». (Αγόρι 18)

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι εάν υπήρχε κάποια δυσκολία με την κατανόηση των βασικών εννοιών του ερωτηματολογίου, αυτή δεν είχε να κάνει με την πιθανή αδυναμία κάποιων μαθητών να αποδώσουν το σωστό νόημα στην έννοια της «χρήσης με» ή της «χρήσης χωρίς τη σύσταση γιατρού». Ούτε είχε να κάνει με την ανάγνωση ή την κατανόηση των εισαγωγικών κειμένων από τους μαθητές. Φάνηκε, αντίθετα, ότι η δυσκολία είχε να κάνει με το γεγονός ότι κάποιοι μαθητές δεν απάντησαν για τα φάρμακα που αναφέρονταν με τα εμπορικά τους ονόματα στο εισαγωγικό κείμενο της ερώτησης, αλλά για μη-συνταγογραφούμενα, κοινά παυσίπονα τα οποία –κατά την άποψή τους– είχαν «ισχυρή» δράση.

Η παραπάνω υπόθεση επιβεβαιώθηκε όταν οι συζητήσεις επικεντρώθηκαν στη διαδικασία επιλογής της απάντησης στις ερωτήσεις σχετικά με τους λόγους μη-συνταγογραφημένης χρήσης και των πηγών πρόσβασης στα φάρμακα. Εκεί, κάποιοι μαθητές άφησαν να εννοηθεί ότι επέλεξαν λόγους χρήσης και πηγές πρόσβασης έχοντας στο μυαλό τους τα κοινά παυσίπονα. Σε συζητήσεις που ακολούθησαν, αρκετοί μαθητές συμφώνησαν ότι ο παράγοντας που προκάλεσε την εσφαλμένη ερμηνεία ήταν η χρήση του επιθετικού προσδιορισμού «ισχυρά», η οποία παρέπεμπε στην αντιληπτή ως «ισχυρή», «έξτρα», «αποτελεσματική» δράση των κοινών παυσίπων (μια μαθήτρια αναφέρθηκε σε μια αποστροφή του λόγου της ότι ως τέτοια διαφημίζονταν τα παυσίπονα στην τηλεόραση).

Το παραπάνω φαινόμενο φάνηκε να εντοπίζεται κυρίως στις ερωτήσεις σχετικά με τα οπιοειδή παυσίπονα. Ούτως ή άλλως, οι αναφορές των μαθητών σε ψυχολογικά συμπτώματα ή σε βιώματα που περιελάμβαναν τη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών ήταν σημαντικά λιγότερες, συγκριτικά με εκείνες για τα παυσίπονα.

Στην πλειονότητά τους, οι μαθητές δεν φάνηκε να αντιλαμβάνονται πως είναι δυνατόν άτομα της ηλικίας τους να έχουν ενοχλήσεις τέτοιες ώστε η αντιμετώπισή τους να απαιτεί τη χρήση κάποιου ψυχοδραστικού φαρμάκου της κατηγορίας των ηρεμιστικών ή των υπνωτικών. Στο υποθετικό παράδειγμα για το πως θα αντιμετώπιζαν συχνές ενοχλήσεις ψυχολογικής φύσεως που θα δυσκόλευαν την καθημερινή τους ζωή –π.χ. έντονη πίεση, άγχος ή προβλήματα στον ύπνο– η επικρατούσα αντίληψη ήταν ότι τέτοιες περίοδοι, όταν υφίστανται, δεν είναι μόνιμες, ενώ επιπλέον μπορούν να αντιμετωπιστούν με μεθόδους που δεν συμπεριλαμβάνουν τη συνδρομή ειδικού ή τη λήψη συνταγογραφούμενου ψυχοδραστικού φαρμάκου.

Μεταξύ των ψυχολογικών συμπτωμάτων, η *αίσθηση έντονης πίεσης από το σχολείο* και το *άγχος για τις εισαγωγικές εξετάσεις*, συνυφασμένα με *προβλήματα στις σχέσεις με τους γονείς* ήταν τα συχνότερα παράδειγμα ψυχολογικής επιβάρυνσης (#13). Το θέμα της έντονης πίεσης από το σχολείο αναδείχθηκε μόνο σε ομάδες μαθητών της Β' και της Γ' Λυκείου, και εκφράστηκε κυρίως από κορίτσια — συχνότερα σε σχέση με τις εισαγωγικές εξετάσεις και τη στάση των γονιών τους σε σχέση με αυτό:

- 13 «Πιέζει μαμά, μπαμπάς(.3) Είναι ζόρι. Ρωτάνε 'πώς πήγαμε' ((ενν. στα διαγωνίσματα προετοιμασίας)); 'Τι ((ενν. βαθμούς)) πήραμε;' Δεν αντέχεται μερικές φορές. Με το σχολείο εντάξει, με τους γονείς όμως, δεν τη βγάζεις. Τρελαίνεσαι»

—((Απευθυνόμενος στην ομάδα)) Θεωρείτε ότι κάτι τέτοιο θα μπορούσε να οδηγήσει κάποιον να ζητήσει βοήθεια από ειδικό;

«Εγώ;... Ε, όχι. Δεν θα τρελαθούμε κιόλας ((γέλιο)). Απλά ρε παιδί μου τρελαίνεσαι. Δεν μπορείς να ηρεμήσεις.»

—Χρειάζονται φάρμακα για αυτόν τον λόγο;

«Όχι, αλλά αν συνεχίσει έτσι και τρελαθώ τελείως μπορεί ((γέλιο)). Ξέρω όμως παιδί που παίρνει ηρεμιστικά για αυτόν το λόγο» (Κορίτσι, 18 ετών)

Όπως με τα παυσίπονα, έτσι και με τα ηρεμιστικά και υπνωτικά έγιναν αναφορές σε φαρμακευτικά σκευάσματα ή ουσίες που διατίθενται χωρίς να είναι υποχρεωτική η συνταγή ειδικού και δρουν, σύμφωνα με τους εφήβους, με παρεμφερή τρόπο. Τέτοιες αναφορές αφορούσα τη βαλεριάνα (φυτικό προϊόν που περιέχει έλαια με δράση παρόμοια των βενζοδιαζεπινών), την πασιφλόρα (μια αναφορά) και το Κομτρέξ (Comtrex®, μη-συνταγογραφούμενο ιδιοσκεύασμα που χορηγείται για το κρουολόγημα). Οι παραπάνω ουσίες διευκολύνουν –σύμφωνα με κάποιες αναφορές– τον ύπνο (#14):

14 «Άμα είσαι συνέχεια στην τσίτα παίρνεις βαλεριάνα και χαλαρώνεις. Έχει πάρει κανείς ((απορία)) ((γέλιο)); (.2) Είδα και απόειδα μια φορά. Ρώτησα και τη μητέρα μου και είπαμε να πάρω βαλεριάνα μπας και ανέβω λίγο ((γέλιο)). Αν το πάρεις βραδάκι πέφτεις ξερή, δεν χαμπαριάζεις τίποτα».

—Θα το 'παιρνες χωρίς να ρωτήσεις γιατρό;

«Τη μητέρα μου ((ενν. θα ρωτούσα)). Ένα χάπι βαλεριάνας; Δε νομίζω. Δεν είναι και τόσο κακό. Ηρεμείς κιόλας. Η βαλεριάνα είναι φυσικό ((ενν. φυτικό προϊόν)), δεν πειράζει τόσο. Δεν ξέρω» (Κορίτσι, 17)

Και σχετικός διάλογος σε ομάδα της Γ' Λυκείου (#15):

15 «Άμα θέλω να κοιμηθώ παίρνω και βαλεριάνα»(!) (Κορίτσι #1)

—«Ο γιατρός ξέρει καλύτερα από σένα αν πρέπει να πάρεις κάτι» . (Κορίτσι #2)

—«Δεν υπάρχει! Να σε περάσουν για τρελή(!) ((απευθυνόμενος στο Κορίτσι #2)); Δεν πάω σε τρελογιατρούς(!). Προτιμώ να μένω ξύπνιος όλη νύχτα(!) ((γέλιο))». (Αγόρι)

«Ναι ρε παιδί μου, ρωτάς(!) και τον γιατρό, αλλά δεν είναι καλύτερα να πάρεις βαλεριάνα αντί, ξέρω 'γω τι, όταν το χρειάζεσαι; Το βαλεριάνα το παίρνεις και χωρίς γιατρό(!)». (Κορίτσι #1)

Τα αποσπάσματα #14 και #15, αν και δεν αφορούν συνταγογραφούμενα ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα, περιέχουν σχήματα που αναδεικνύουν

ποικίλες διαστάσεις των αντιλήψεων κάποιων μαθητών σχετικά με την υποδιερεύνηση συμπεριφορά — με πιθανές προεκτάσεις για την ποιότητα της μέτρησης. Έτσι, φαίνεται ότι οι έφηβοι είναι σε θέση να διαχωρίσουν τα συνταγογραφούμενα (π.χ. υπνωτικά) από τα μη-συνταγογραφούμενα προϊόντα ή σκευάσματα (π.χ. βαλεριάνα). Φαίνεται επίσης ότι οι έφηβοι γνωρίζουν ονόματα και ενδείξεις ουσιών που κυκλοφορούν στο εμπόριο, η αγορά τους δεν προϋποθέτει την έκδοση συνταγής και για τις οποίες θεωρούν ότι έχουν ιδιότητες ανάλογες αυτών των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Αποδίδουν δε, στα συνταγογραφούμενα φάρμακα την παρουσία κινδύνων που φαίνεται να μην αναγνωρίζουν, π.χ. στην ουσία βαλεριάνα. Επιπλέον, φαίνεται ότι οι έφηβοι αντιμετωπίζουν την ουσία που έχει κατασταλτικές ιδιότητες προληπτικά και με εργαλειώδη τρόπο (βλ. *Αμα θέλω να κοιμηθώ*) και όχι ως την έσχατη επιλογή στην αντιμετώπιση ενός προβλήματος (π.χ. αϋπνία). Θεωρούν ότι δύνανται οι ίδιοι/ -ες να αντιμετωπίσουν την ενόχληση (π.χ. αϋπνία) ή έχουν οι ίδιοι/ -ες την επιλογή να επισκεφτούν ή όχι τον ειδικό. Τέλος, θεωρούν τον γιατρό ως τον ειδικό αλλά μέχρι ενός σημείου — όχι για τα Μ.Υ.ΣΥ.ΦΑ.

Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι στο απόσπασμα #15 αντανάκλαται η αντίληψη ότι η επίσκεψη στο / στη γιατρό ενέχει στοιχεία στιγματισμού (βλ. *να σε περάσουν για τρελή*) — κάτι που υπονοήθηκε και σε προηγούμενη αναφορά (#6). Το παραπάνω απόσπασμα εμπεριέχει επίσης στερεότυπο για τους γιατρούς που συνταγογραφούν ψυχοδραστικά φάρμακα (βλ. *τρελογιατρούς*). Αντιλήψεις αυτού του είδους φάνηκε ότι υιοθετούνται κυρίως από αγόρια, μερίδα εκ των οποίων θεωρεί επίσης ότι η συνταγογράφηση ηρεμιστικών ή υπνωτικών σε εφήβους αποκλίνει από τη σφαίρα του φυσιολογικού. Όπως αποτυπώνεται στην ακόλουθη αναφορά (#16), οι έφηβοι θα έπρεπε να μπορούν να αντιμετωπίσουν ψυχολογικά θέματα χωρίς τη βοήθεια φαρμάκων:

16 «Κατά τη γνώμη μου τα ηρεμιστικά είναι κοροϊδία. Τι χρειάζεται ένα παιδί ηρεμιστικά. Αν τραβά ζόρι κάνει γυμναστική, βουτά στη θάλασσα ((γέλιο)), πάει για καφέ, ποτό με φίλους (.1). Έχει τρόπους. Φάρμακα; Δε λέει.»

—*Αν το συστήνει γιατρός;*

«ΟΚ, αλλά παίζει; ((ενν. πόσο συχνά ισχύει αυτό;)) (Αγόρι, 17)

Διερευνήθηκε, επιπλέον, ο τρόπος με τον οποίο οι μαθητές αντιλήφθηκαν την έννοια της χωρίς-σύσταση-χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων, καθώς και το κατά πόσο συνδέουν τη συμπεριφορά αυτή με την αναζήτηση αισθητηριακών ερεθισμάτων, το «ανέβασμα», το «φτιάξιμο». Λόγω δεοντολογικών περιορισμών, το θέμα αυτό τέθηκε στους μαθητές εμμέσως: «Μελέτες, σαν και αυτήν που συμμετέχετε και εσείς, δείχνουν ότι κάποια παιδιά στη δική σας ηλικία, σε άλλες χώρες αλλά πιθανά και στην Ελλάδα –περίπου ένα με 2 παιδιά σε μια τάξη σαν κι αυτήν– είναι πιθανό να έχουν πάρει κάποιο από τα φάρμακα σαν κι αυτά που συζητάμε εδώ –το οποίο επιδρά στον εγκέφαλο και για τα οποία απαιτείται συνταγή γιατρού– χωρίς όμως να έχουν συνταγή. Εσείς έχετε ακούσει ή γνωρίζετε ότι γίνεται αυτό»;

Γενικότερα ήταν δύσκολο να υποστηριχθεί συζήτηση στις ομάδες για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων. Στο σύνολό τους οι μαθητές έδειξαν ότι δεν είχαν προβληματιστεί για το θέμα της παρουσίας ψυχαγωγικών κινήτρων στη χρήση φαρμάκων. Σε δύο περιπτώσεις αναφέρθηκε από μαθητές η χρήση ελεγχόμενου ψυχοδραστικού φαρμάκου σε χρονικό σημείο μεταγενέστερο της περιόδου για την οποία υπήρχε ένδειξη, ενώ σε μια άλλη περίπτωση αναφέρθηκε η χρήση από πρόσωπο διαφορετικό από εκείνο για το οποίο είχε συνταγογραφηθεί το φάρμακο. Αναφορές αυτού του τύπου αφορούσαν συχνότερα παυσίπονα. Σε αυτές εμφανίζονταν ως «φυσιολογικό» τόσο το ότι η παρουσία περισσευμάτων σκευάσματος από προηγούμενη συνταγή στο οικιακό φαρμακείο δικαιολογούσε την επανάληψη της χρήσης του με την εμφάνιση παρόμοιου συμπτώματος, όσο και ότι τα μέλη της οικογένειας μπορούν να μοιράζονται τα φάρμακα.

Όπου το θέμα της ψυχαγωγικής χρήσης φαρμάκων τέθηκε με ερώτηση-οδηγός, αυτό προσέελκυσε περισσότερο την προσοχή των αγοριών, ενώ υποστηρίχθηκε αποτελεσματικότερα σε ομάδες μαθητών μεγαλύτερης ηλικίας. Ειδικότερα, υπήρξαν τρεις αναφορές, όλες από αγόρια, για περιπτώσεις προσώπων που μιλούσαν ανοικτά στην παρέα για τις ψυχοδραστικές ιδιότητες κάποιων φαρμάκων. Υπήρξε και μια αναφορά από κορίτσι για περίπτωση τραγουδιστή στις ΗΠΑ για τον οποίο είχε διαβάσει ότι συνελήφθη με κατοχή σιροπιού (προφανώς κωδεϊνούχου και αφορούσε ψυχαγωγική χρήση). Σε μια μόνο περίπτωση έγινε αναφορά σε γνωστό που κάνει ψυχαγωγική χρήση φαρμάκων (#17):

- 17 «Ξέρω εγώ! Έχω εγώ φίλο, γνωστό δηλαδή, από Αθήνα. Άπαικτος τύπος. Παίρνει τέτοια φάρμακα απ' τη γιαγιά του. Απ' όπου βρει δηλαδή ((γέλιο)).

Δεν καταλαβαίνει Χριστό (!) ((γέλιο))».

—Πάσχει από κάτι;»

«Πάσχει από κάτι; (!) Ναι, από κάψιμο (!)((γέλιο))».

—Δηλαδή;

«Τα παίρνει. Χαπακώνεται. Είναι νορμάλ άτομο δηλαδή,¹¹ μη νομίζετε, δεν είναι ναρκομανής ή τίποτα τέτοιο. Άντε κανά μπάφο. Απλά (.)»

—Απλά;

«Ξέρω ‘γω; Κάτι θα ξέρει ((γέλιο))». (Αγόρι, 18 ετών)

Από το παραπάνω απόσπασμα (#17) φαίνεται ότι κάποιοι μαθητές: γνωρίζουν για τις ιδιότητες φαρμάκων που οδηγούν στην αλλαγή της διάθεσης, γνωρίζουν για άτομα που παίρνουν συνταγογραφούμενα φάρμακα μάλλον κρυφά από μέλη της οικογένειας και κάνουν ψυχαγωγική χρήση, δεν θεωρούν τη ψυχαγωγική χρήση φαρμάκων ως το ίδιο προβληματική (βλ. στίγμα) με αυτήν της χρήσης ναρκωτικών –εννοώντας προφανώς τη χρήση ηρωίνης–, ενώ επιπλέον, θεωρούν την κατάχρηση φαρμάκων ως μια συμπεριφορά με κινδύνους ανάλογους αυτών που εμπεριέχονται στη χρήση κάνναβης.

Δεν έλειψαν ωστόσο και αναφορές από τις οποίες φαίνεται ότι η μη-συνταγογραφημένη χρήση φαρμάκων εντάσσεται στην ευρύτερη εικόνα των εξαρτημένων ηρωινομανών χρηστών στο δρόμο για τους οποίους τα ψυχοδραστικά φάρμακα αποτελούν μια επιπλέον ουσία χρήσης (#18):

18 «Τα πρεζόνια τού δίνουν και καταλαβαίνει με τα φάρμακα απ’ ό,τι ξέρω. Ηρεμιστικά, υπνωτικά, σιρόπια. Σαν αυτά που ρωτάτε εδώ. Χαπακώνονται, (.1) άμα δεν βρίσκουν πρέζα και τέτοια. Και οι γιατροί, γράφουν ((ενν. συνταγές)) αβέρτα. (.2) Γιατί; Νομίζετε ότι τη βρίσκουν μόνο με ηρωίνη και τέτοια; Ό,τι βρουν. Κοκτέιλ». (Αγόρι 18)

4.3.3 Ευκολία / δυσκολία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου

Στο τρίτο, τελευταίο, μέρος τους οι συζητήσεις επικεντρώθηκαν σε ειδικά θέματα της συμπλήρωσης των ερωτήσεων, με έμφαση στις ερωτήσεις για τη χρήση των τριών τύπων φαρμάκων, τους λόγους χρήσης και τις πηγές πρόσβασης στα φάρμακα. Ο στόχος της ενότητας αυτής ήταν να αναδειχθούν συγκεκριμένα σημεία των

¹¹ Ανέβασμα της φωνής, τονική έμφαση.

ερωτήσεων (περιεχομένου, μορφολογίας ή θέσης στο ερωτηματολόγιο) που είχαν ενδεχομένως δυσκολέψει τη συμπλήρωση και να επισημανθούν πιθανές προεκτάσεις για την ποιότητα της μέτρησης.

Στους μαθητές τέθηκε αρχικά η ερώτηση: «Κοιτώντας μέσα στο ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας, υπήρξε κάποια ερώτηση που θυμάστε ότι σας δυσκόλεψε κατά τη συμπλήρωση;» Η αρχική διαπίστωση ήταν ότι το ερωτηματολόγιο δεν παρουσίασε κάποιες σημαντικές δυσκολίες στη συμπλήρωσή του. Ωστόσο, με τη βοήθεια επιμέρους στοχευμένων ερωτήσεων, διαπιστώθηκε ότι υπήρξαν σημεία του ερωτηματολογίου που δυσκόλεψαν τους μαθητές.

Ερωτήσεις για τη χρήση των φαρμάκων

Κάποιοι μαθητές συμφώνησαν ότι απαιτήθηκε χρόνος μέχρι να αντιληφθούν την ενδεδειγμένη από το ερωτηματολόγιο διαδρομή, από τις ερωτήσεις για τη συνταγογραφημένη χρήση (Ερωτήσεις 7, 9 και 11) στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση (ερωτήσεις 8, 10 και 12, αντίστοιχα) (βλ. Σχ. 4.1). Άλλοι ανέφεραν ότι δεν παρατήρησαν αμέσως τη διαφορά μεταξύ των δύο ερωτήσεων, μολονότι οι ενδείξεις «με» και «χωρίς» τη σύσταση γιατρού ήταν σημειωμένες στο ερωτηματολόγιο με κεφαλαία γράμματα και υπογράμμιση (βλ. Σχ. 4.1). Και στις δύο παραπάνω περιπτώσεις, κάποιοι μαθητές ανέφεραν ότι χρειάστηκε να διαβάσουν δύο και τρεις φορές τις ερωτήσεις προκειμένου να αντιληφθούν τις διαφορές τους. Στην υποθετική ερώτηση εάν θα τους ήταν ευκολότερο όλες οι ερωτήσεις να είναι τοποθετημένες η μια κάτω από την άλλη, στην πλειονότητά τους οι μαθητές απάντησαν καταφατικά.

Κάποιοι μαθητές θεώρησαν ότι εφόσον δεν είχαν κάνει ποτέ στη ζωή τους συνταγογραφημένη χρήση (τοποθετημένη στην αριστερή στήλη του ερωτηματολογίου) δεν ήταν υποχρεωτικό να απαντήσουν στην ερώτηση σχετικά με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση του φαρμάκου (τοποθετημένη στη δεξιά στήλη του ερωτηματολογίου, Σχ. 4.1). Σε μια από τις συζητήσεις πάνω σε αυτό το θέμα, μια μαθήτρια πρότεινε τη χρήση «φίλτρου» που θα οδηγούσε τους μαθητές που δεν είχαν κάνει χρήση στην επόμενη θεματική ενότητα του ερωτηματολογίου.

0505078601

Τα **ΙΣΧΥΡΑ ΠΑΥΣΙΠΟΝΑ** είναι οπιοειδή φάρμακα που οι γιατροί συνιστούν μερικές φορές στα άτομα για να μειώσουν τον ισχυρό πόνο. Τα φαρμακεία δεν τα πωλούν χωρίς συνταγή γιατρού. Τέτοια φάρμακα είναι π.χ., το Lonarid-N® (Λοναρίντ-Ν), το Romidon® (Ρομιντόν), το Duragesic® (Ντουροτζέσικ), το Lonalgal® (Λοναλγκάλ), κτλ.

7. Έχεις πάρει ποτέ ισχυρά παυσίπωνα **ΜΕ** σύσταση γιατρού;

8. Έχεις πάρει ισχυρά παυσίπωνα **ΧΩΡΙΣ** σύσταση γιατρού...

9. Έχεις πάρει ποτέ ηρεμιστικά **ΜΕ** σύσταση γιατρού;

10. Έχεις πάρει ηρεμιστικά **ΧΩΡΙΣ** σύσταση γιατρού...

11. Έχεις πάρει ποτέ υπνωτικά **ΜΕ** σύσταση γιατρού;

12. Έχεις πάρει υπνωτικά **ΧΩΡΙΣ** σύσταση γιατρού...

Τα **ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ** είναι φάρμακα που οι γιατροί δίνουν μερικές φορές στα άτομα για να ηρεμήσουν ή να χαλαρώσουν. Τα φαρμακεία δεν τα πωλούν χωρίς συνταγή γιατρού. Τέτοια φάρμακα είναι π.χ., το Lexotanil® (Λεξοτανίλ), το Tavon® (Ταβόν), το Xanax® (Ζανάξ), το Stedon® (Στεντόν), το Centrac® (Σεντράκ), το Stesolid® (Στεσολίντ), το Tranxene® (Τρανζέν), το Frisium® (Φριζισιμ), κτλ.

Τα **ΥΠΝΩΤΙΚΑ** είναι φάρμακα που οι γιατροί δίνουν μερικές φορές στα άτομα για να χαλαρώσουν ή να κοιμηθούν. Τα φαρμακεία δεν τα πωλούν χωρίς συνταγή γιατρού. Τέτοια φάρμακα είναι π.χ., το Hipnosedon® (Ιπνοσεντόν), το Stilnox® (Στιλνόξ), το Halcion® (Χάλσιον), το Imovan® (Ιμοβάν), το Ilman® (Ιλμάν), κτλ.

Οχι, ποτέ

Ναι, 1-2 φορές

Ναι, τουλάχιστον 3 φορές

Οχι, ποτέ

Ναι, 1-2 φορές

Ναι, 3-5 φορές

Ναι, 6-9 φορές

Ναι, 10 και πάνω

...σε όλη σου τη ζωή;

...στους τελευταίους 12 μήνες;

...στις τελευταίες 30 ημέρες;

Οχι, ποτέ

1-2 φορές

3-5 φορές

6-9 φορές

10 και πάνω

...σε όλη σου τη ζωή;

...στους τελευταίους 12 μήνες;

...στις τελευταίες 30 ημέρες;

Οχι, ποτέ

1-2 φορές

3-5 φορές

6-9 φορές

10 και πάνω

...σε όλη σου τη ζωή;

...στους τελευταίους 12 μήνες;

...στις τελευταίες 30 ημέρες;

Σχ. 4.1: Τοποθέτηση των ερωτήσεων για τη συνταγογραφημένη και τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων

Τουλάχιστον ένας μαθητής σε κάθε ομάδα συζήτησης απάντησε καταφατικά σε ερώτηση σχετικά με εάν ήταν δύσκολο να επιλεγεί απάντηση για τη συχνότητα χρήσης του φαρμάκου — ιδιαίτερα των οπιοειδών παυσίπων (βλ. Σχ. 4.1, ερωτήσεις 7 και 8). Κάποιοι μαθητές, συχνότερα τα αγόρια, αναφέρθηκαν σε περιόδους τραυματισμών και νοσηλείας κατά τη διάρκεια των οποίων τούς χορηγούταν κάποιο ισχυρό παυσίπωνα, για το οποίο ωστόσο δεν μπορούσαν να προσδιορίσουν εάν άνηκε στην κατηγορία του οπιοειδούς συνταγογραφούμενου ή του απλού παυσίπωνου. Τέλος, αν και δεν υπήρξε κάποιος μαθητής να αναφέρει δυσκολία στον προσδιορισμό της ακριβούς περιόδου χρήσης του φαρμάκου,

εντούτοις αρκετοί μαθητές επικαλέστηκαν δυσκολίες στον ακριβή προσδιορισμό της συχνότητας της χρήσης του.

Τη δυσκολία στην ανάκληση λεπτομερειών και επιλογής της απάντησης στις ερωτήσεις σχετικά με τα ισχυρά παυσίπονα πολλοί μαθητές τη συνέδεσαν με το γεγονός ότι τον κυρίαρχο ρόλο στη διαδικασία λήψης των φαρμάκων αυτών διαδραματίζουν συνήθως οι γονείς τους. Έτσι, ενώ κάποιοι μαθητές εμφανίζονταν στις αναφορές τους ότι είχαν τον έλεγχο στη διαδικασία αντιμετώπισης των ενοχλήσεων και της λήψης του φαρμάκου (#19) –συχνότερα τα κορίτσια και οι μαθητές της Γ΄ Λυκείου– εντούτοις ήταν εμφανές ότι κι άλλα πρόσωπα, κυρίως οι γονείς, έπαιζαν σημαντικό ρόλο (#20).

19 «Στάνταρ, θα πάρουμε φάρμακο. Πώς αλλιώς;»

—Θα ρωτούσες;

«Γονείς και τέτοια; Γιατί; (.3) Εντάξει, αν είναι ρε παιδί μου κάτι σοβαρό θα ρωτήσω τους δικούς μου, αλλά αν είναι για δόντι, πονοκέφαλο ή τέτοια... ((ενν. δεν θα ρωτούσε))»

—Για πιο ισχυρά φάρμακα ή σοβαρές ενοχλήσεις;

«Εντάξει, να σου πω κάτι; Αν είναι κάτι σοβαρό δε ξέρω. Αλλά για πονοκέφαλο και τέτοια, γιατί να ρωτήσω;» (Αγόρι, 18 ετών)

Και κάποιος άλλος μαθητής:

20 «Δεν παίζει. Πώς να θυμάμαι τι πήρα; ((απορία)) Τι νομίζετε; Μας τα δίνουν ((ενν. τα φάρμακα)). Κύριε, εγώ είχα σπάσει το πόδι μου. Νομίζετε θυμάμαι εγώ τι έπαιρνα τότε; Μου 'δινε η μάνα μου παυσίπονα τότε. Ήξερα εγώ τι έπαιρνα; Μ' ένοιαζε; Καλά ήθελα να γίνω. Δεν ασχολιόμουν με τα φάρμακα». (Αγόρι, 17 ετών)

Στα κορίτσια, αν και ο «γονιός» απουσίαζε αρχικά από τις αναφορές, η «μητέρα» οι «κολλητές» φίλες ή η «αδελφή» εμφανίζονταν ακολούθως συχνά ως παρατηρήσεις όταν οι αναφορές εξειδικεύονταν. Στα αγόρια και στους μικρότερους σε ηλικία, οι «γονείς» φάνηκε να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία φαρμακευτικής αντιμετώπισης ενοχλήσεων πόνου (#20).

Μεταξύ των γονιών, η μητέρα εμφανιζόταν αφενός συχνότερα, αφετέρου με σημαντικότερο ρόλο έναντι του πατέρα: η μητέρα αποτελούσε το πρώτο πρόσωπο το οποίο ανταποκρίνονταν (φαρμακευτικά ή μη) στο σύμπτωμα, ενώ είχε λόγο και για το φάρμακο. Οι αναφορές στον πατέρα ήταν σχεδόν ανύπαρκτες, ενώ –όπου καταγράφηκαν τέτοιες– ο πατέρας φερόταν να συμμετέχει από απόσταση, με

διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετική φάση της πορείας ενός συμπτώματος, συγκριτικά με τη μητέρα. Κάποιες αναφορές εμφάνιζαν τον πατέρα περισσότερο σε ρόλο διεκπεραιωτή — συχνότερα στην αγορά των φαρμάκων (#21). Στον πόνο και τη χρήση παυσίπων ο ρόλος της μητέρας και των φίλων φαίνεται να επισκιάζει ακόμα κι εκείνον του *ειδικού*.

- 21 «...η κατάσταση ήταν μιλάμε ανεξέλεγκτη. Πολύ πόνος. Όλο το βράδυ έψαχνε η μάνα μου να βρει τη γιατρό στο τηλέφωνο να ρωτήσει τι να πάρω. Πάλι καλά τη βρήκε ((τη γιατρό)). Έτρεχε ο πατέρας μου μετά να βρει φαρμακείο ((γέλιο))» (Αγόρι, 16)

Σε αντίθεση με τον πόνο, η φαρμακευτική αντιμετώπιση των ψυχολογικών ενοχλήσεων φαίνεται ότι αποτελεί σε μεγαλύτερο βαθμό ιδιωτική υπόθεση. Οι συζητήσεις στις ομάδες με αντικείμενο τις ενοχλήσεις ψυχολογικής φύσης στερούνταν αναφορών σε ειδικό γιατρό, ενώ στις λιγοστές παρατηρήσεις που αφορούσαν τους γονείς εκείνοι έφεραν αρνητικό προσδιορισμό — είτε σαν να ήταν μέρος του προβλήματος είτε σαν να μην ήταν μέρος της λύσης (#22).

- 22 «...παιδιά, φίλες παράδειγμα που έχουν τεράστιο πρόβλημα με τους γονείς τους, τσακώνονται συνέχεια ξέρω 'γω για χαζούς λόγους, δεν θα τους μπλέξουν αν είναι να πάρουν ξέρω 'γω ηρεμιστικά. Θα τους κρατήσουν μακριά απ' όλο αυτό. Δεν θα καταλάβουν ((ενν. οι γονείς))».

—*Με τα παυσίπινα;*

«Τα παυσίπινα είναι άλλη φάση. Καμία σχέση. Εκεί υπάρχει συνεννόηση». (Κορίτσι, 17)

Ερωτήσεις για τους λόγους χρήσης και τις πηγές πρόσβασης στα φάρμακα

Τουλάχιστον ένας μαθητής σε κάθε ομάδα συζήτησης ανέφερε προβλήματα στην λειτουργικότητα των ερωτήσεων που αναφέρονταν στους λόγους μη-συνταγογραφημένης χρήσης και στις πηγές πρόσβασης στα φάρμακα (βλ. ερωτήσεις 13 και 14, Σχ. 4.2), με την πλειονότητα των μαθητών στις ομάδες συζήτησης ακολούθως να συμφωνούν με την επικρατούσα άποψη.

Δυσκολίες εντοπίστηκαν από τους μαθητές κυρίως σε ό,τι αφορούσε την εξοικείωσή τους με τον τρόπο μετάβασης από τη μια ερώτηση στην άλλη στο πλέγμα των ερωτήσεων που περιελάμβανε τους τρεις τύπους φαρμάκων (βλ. Σχ. 4.2). Κάποιοι

μαθητές ανέφεραν ότι αγνόησαν την παρουσία των ηρεμιστικών και των υπνωτικών δίπλα στα «ισχυρά» παυσίπονα και άφησαν τις ερωτήσεις αναπάντητες.

Αρκετοί μαθητές θεώρησαν ότι δεν απαιτούνταν να απαντήσουν στις ερωτήσεις αυτές εφόσον δεν είχαν κάνει μη-συνταγογραφημένη χρήση του φαρμάκου. Όταν δε αναφέρθηκε στους μαθητές ότι στη περίπτωση εκείνη θα έπρεπε να επιλέξουν την απάντηση «Δεν έχω πάρει ποτέ το φάρμακο αυτό χωρίς τη σύσταση γιατρού», οι περισσότεροι επικαλέστηκαν αδυναμία να τη διακρίνουν μεταξύ των απαντήσεων (βλ. Σχ. 4.2), με αποτέλεσμα και αυτοί να αφήσουν τις ερωτήσεις 13 και 14 αναπάντητες.

13. Αν έχεις πάρει ποτέ κάποιο ισχυρό παυσίπονο, ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο χωρίς τη σύσταση γιατρού, ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΤΟ ΠΗΡΕΣ; [Σημείωσε όλα όσα ισχύουν για κάθε έναν από τους τρεις τύπους φαρμάκων]

	Ισχυρό Παυσίπονο	Ηρεμιστικό	Υπνωτικό
Για να διασκεδάσω με την παρέα μου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για να νιώσω ευχάριστα, να "φτιαχτώ", «ν' ανέβω»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Από περιέργεια, για δοκιμή	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για να κοιμηθώ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γιατί είχα πόνους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για να ηρεμήσω, να μου φύγει η ένταση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για κάποιο άλλο λόγο (προσδιόρισε)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δεν έχω πάρει ποτέ το φάρμακο αυτό χωρίς τη σύσταση γιατρού	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Αν έχεις πάρει ποτέ κάποιο ή κάποια ισχυρά παυσίπονα, ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα χωρίς τη σύσταση γιατρού, ΠΩΣ ΤΑ ΒΡΗΚΕΣ;

[Σημείωσε όλα όσα ισχύουν για κάθε έναν από τους τρεις τύπους φαρμάκων]

	Ισχυρά Παυσίπονα	Ηρεμιστικά	Υπνωτικά
Μου τα έδωσε γιατρός	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μου τα έδωσαν οι γονείς μου (πατέρας ή μητέρα)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα πήρα από το «φαρμακείο» του σπιτιού ή κάποιο σαρτάρι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα αγόρασα από Φαρμακείο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα αγόρασα μέσω του διαδικτύου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μου τα έδωσε κάποιο παιδί από το σχολείο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μου τα έδωσε κάποιος/α φίλος/η εκτός σχολείου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μου τα έδωσε κάποιος άλλος (προσδιόρισε)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δεν έχω πάρει ποτέ το φάρμακο αυτό χωρίς τη σύσταση γιατρού	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Σχ. 4.2: Τοποθέτηση των ερωτήσεων για τους λόγους μη-συνταγογραφημένης χρήσης και τις πηγές πρόσβασης στα ψυχοδραστικά φάρμακα στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων

4.4 Συζήτηση

Η ποιοτική ανατροφοδότηση είχε ως κύριο στόχο τη διερεύνηση του τρόπου που οι μαθητές αντιλήφθηκαν και απάντησαν στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων. Η εμπειρία και οι απόψεις των μαθητών

θεωρήθηκαν σύμφωνα με το σχεδιασμό της έρευνας ότι θα συνέβαλαν σημαντικά στην αποτίμηση της ποιότητας της μέτρησης της συμπεριφοράς αυτής.

Οι συζητήσεις έδειξαν ότι σε γενικές γραμμές το θέμα της έρευνας ήταν ενδιαφέρον για την πλειονότητα των μαθητών και ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν κατά κανόνα εύκολη — ενδεικτικά τουλάχιστον ενός ικανοποιητικού επιπέδου φαινομενικής εγκυρότητας του εργαλείου.

Οι συζητήσεις ανέδειξαν, ωστόσο, παράγοντες που ενδέχεται να έχουν επιδράσει αρνητικά στην ποιότητα της μέτρησης. Ο σημαντικότερος όλων ήταν ότι κάποιοι μαθητές φάνηκε να κάνουν ανεπαρκή διάκριση μεταξύ των οπιοειδών και των κοινών παυσίπων. Το παραπάνω προέκυψε άμεσα όταν κάποιοι μαθητές δήλωσαν ευθέως ότι ο επιθετικός προσδιορισμός «ισχυρά» δεν τους οδήγησε στο να σκεφτούν τόσο τα συνταγογραφούμενα οπιοειδή όσο την «ισχυρή» δράση που εμφανίζονται ότι έχουν τα κοινά παυσίπονα. Ως αποτέλεσμα, σε κάποιες ομάδες συζήτησης υπήρξαν μαθητές που ανέφεραν ότι απάντησαν για παυσίπονα γενικώς, χωρίς να μπουν στη διαδικασία να προσδιορίσουν εννοιολογικά τον τύπο των φαρμάκων αυτών. Σε άλλες ομάδες υπήρξαν περιπτώσεις μαθητών που απάντησαν για τους λόγους μη-συνταγογραφημένης χρήσης και τις πηγές πρόσβασης στα φάρμακα έχοντας στο μυαλό τους κάποιο κοινό παυσίπονο.

Η ελλιπής διάκριση από κάποιους μαθητές των κοινών από τα οπιοειδή παυσίπονα κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είχε αρχίσει να διαφαίνεται εμμέσως από τα πρώτα ήδη στάδια των συζητήσεων, όταν οι μαθητές είχαν την τάση να εστιάζουν με τα παραδείγματά τους στα μη-οπιοειδή Μ.Υ.ΣΥ.ΦΑ (συμπεριλαμβανομένων της παρακεταμόλη και της ασπιρίνης). Η τάση των μαθητών να αναφέρονται συχνότερα στα κοινά παυσίπονα (σε βάρος των οπιοειδών παυσίπων και των ηρεμιστικών / υπνωτικών) δικαιολογείται από το γεγονός ότι τα ήπια παυσίπονα αποτελούν την κατηγορία φαρμάκων με τη μεγαλύτερη διείσδυση στην ελληνική αγορά (Hellenic Association of Pharmaceutical Companies-SfEE 2012)· και είναι επομένως ευκολότερα ανακλητά. Ωστόσο, εάν η παραπάνω τάση αντανakλάται στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και αφορά μεγάλο αριθμό μαθητών, τότε είναι υπαρκτό το ενδεχόμενο εισόδου σφάλματος στη μέτρηση: περισσότεροι μαθητές θα έχουν αναφέρει χρήση οπιοειδών παυσίπων από ό,τι πραγματικά συνέβη (περίπτωση δισταξινόμησης στη μέτρηση). Δείκτη ύπαρξης του ενδεχομένου αυτού

αναμένεται να αποτελέσουν υψηλά ποσοστά επιπολασμού της χρήσης των οπιοειδών παυσίπων στο δείγμα.

Οι συζητήσεις έδειξαν επιπλέον ότι η παρουσία των εισαγωγικών επεξηγηματικών κειμένων δεν αρκεί για την ορθή κατανόηση των εννοιών και των απαιτήσεων της ερώτησης. Από την μια πλευρά, τα εισαγωγικά κείμενα διαβάστηκαν από τους περισσότερους, ενώ επιπλέον οι μαθητές έδειξαν να κατανοούν την κρίσιμη διαφορά μεταξύ του φαρμάκου που χορηγείται με- και του φαρμάκου που χορηγείται χωρίς τη σύσταση γιατρού. Από την άλλη, για κάποιους μαθητές η επιρροή των κειμένων αυτών φάνηκε να εξασθενεί στην πορεία προς τη συμπλήρωση των ερωτήσεων — πιθανά υπό το βάρος των βιωμάτων και των κυρίαρχων γνωστικών σχημάτων των μαθητών που κυριαρχούνταν από τα κοινά παυσίωνα. Περαιτέρω ποιοτική διερεύνηση σε αυτό το θέμα θα μπορούσε να επιβεβαιώσει ή να απορρίψει την ύπαρξη της παραπάνω πιθανότητας.

Κάποιοι μαθητές επικαλέστηκαν δυσκολία στην ανάκληση της πληροφορίας που απαιτείται για την επιλογή της απάντησης στις ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση του φαρμάκου — δυσκολία που οφειλόταν στο γεγονός της έντονης συμμετοχής των γονιών στη διαδικασία λήψης των φαρμάκων. Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται το ερωτηματολόγιο είναι έφηβοι που ζουν με την οικογένειά τους. Η χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων γίνεται πιθανότερα σε οικογενειακό ή κλινικό περιβάλλον. Ο ενδεχόμενος κίνδυνος από άποψη μέτρησης είναι ότι η ενεργητική συμμετοχή τρίτων κατά τη διαδικασία επιλογής και λήψης φαρμάκων δυνητικά καθιστά τους εφήβους παθητικούς αποδέκτες του φαρμάκου αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο την άγνοιά τους για το είδος του φαρμάκου και τη διάρκεια της χρήσης του. Εφόσον το παραπάνω ενδεχόμενο ισχύει για μεγάλο αριθμό μαθητών στην έρευνα, αναμένεται να αποτυπωθεί στις ποσοτικές αναλύσεις με την εμφάνιση υψηλών ποσοστών ασυνέπειας στις απαντήσεις σε εννοιολογικά συναφείς ερωτήσεις.

Ένας επιπλέον παράγοντας που έχει ενδεχομένως επιδράσει αρνητικά στην ποιότητα της μέτρησης ήταν η δυσκολία κατανόησης από μερίδα μαθητών της λογικής πίσω από την παρουσία ερωτήσεων σχετικά με τα ψυχοδραστικά φάρμακα σε μία έρευνα που απευθύνεται σε εφήβους, καθώς και η αίσθηση που δημιουργήθηκε ότι συγκεκριμένες ερωτήσεις επαναλαμβάνονταν αδικαιολόγητα. Η αίσθηση της επανάληψης ήταν σε κάποιο βαθμό δικαιολογημένη καθώς οι ερωτήσεις σχετικά με

το φύλο και έτος γέννησης είχαν συμπεριληφθεί και στα δύο ερωτηματολόγια και χρησιμοποιήθηκαν ως ερωτήσεις ελέγχου κατά την ενοποίηση των στοιχείων σε κοινή βάση δεδομένων. Άλλες δύο ερωτήσεις ήταν απλώς παρόμοιες (ερωτήσεις σχετικά με τα συμπτώματα και την κατάσταση της υγείας), ενώ παρόμοιες ήταν και οι ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση ηρεμιστικών και υπνωτικών (χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων). Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι μαθητές ήταν ανυπόμονοι να ολοκληρώσουν τη διαδικασία της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, ενδεχομένως να έχει οδηγήσει στην ύπαρξη μεγάλου αριθμού ασυμπλήρωτων ερωτήσεων ή ασυνεπειών.

Μια επιπλέον πηγή εισόδου σφάλματος στη μέτρηση που αφορά ειδικά τη χρήση ηρεμιστικών και υπνωτικών σχετίζεται με αναφορές μερίδας μαθητών που αντιλήφθηκαν απειλή στιγματισμού από την παραδοχή της λήψης φαρμάκων για ψυχολογικές ενοχλήσεις. Ο φόβος στιγματισμού, που φαίνεται ότι περιλαμβάνει ακόμα και τη διαδικασία επίσκεψης στον ειδικό για ψυχολογικά θέματα έχει αποτυπωθεί σε έρευνες (Rickwood et al. 2015) και δύναται να αποτρέψει τους εφήβους (ιδιαίτερα τα αγόρια) από το να απαντήσουν ή να απαντήσουν με ειλικρίνεια στην ερώτηση για τη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών. Το φαινόμενο αυτό αναμένεται να είναι εντονότερο σε μικρές και σχετικά απομονωμένες κοινωνίες όπως αυτές των νησιωτικών περιοχών.

Τέλος, ένας επιπλέον παράγοντας που έχει ενδεχομένως επιδράσει στην ποιότητα της μέτρησης αφορά την τοποθέτηση των ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο. Πιο συγκεκριμένα, η οριζόντια στοίχιση των ερωτήσεων για τη συνταγογραφημένη και μη-συνταγογραφημένη χρήση στο ερωτηματολόγιο, καθώς και η παρουσίαση των ερωτήσεων για τους λόγους χρήσης και τις πηγές πρόσβασης στα φάρμακα σε πλέγματα φάνηκε ότι δυσκόλεψαν τη διαδικασία συμπλήρωσης. Για λόγους οικονομίας χώρου, οι ερωτήσεις που αφορούσαν τη μη-συνταγογραφημένη χρήση είχαν στοιχηθεί οριζοντίως και δεξιά των αντίστοιχων ερωτήσεων για τη συνταγογραφημένη χρήση (βλ. Σχ. 4.1), ενώ η πρόσβαση σε αυτές σηματοδοτούταν με ειδική ένδειξη (βέλος).

Οι δε ερωτήσεις που αφορούσαν τους λόγους χρήσης και τις πηγές πρόσβασης στα φάρμακα παρουσιάστηκαν στο ερωτηματολόγιο με διαφορετική μορφή από οποιαδήποτε άλλη ερώτηση: ήταν τοποθετημένες σε αλληλουχία –τρεις ερωτήσεις σε

ένα πλέγμα—, αλλά σε αντίστροφη φορά συγκριτικά με τις ερωτήσεις της μη-συνταγογραφημένης χρήσης (βλ. Σχ. 4.2 συγκριτικά με Σχ. 4.1). Οι ερωτήσεις αυτές είχαν επιπλέον την επιλογή «Δεν έχω πάρει ποτέ το φάρμακο αυτό χωρίς τη σύσταση γιατρού» τοποθετημένη τελευταία μεταξύ των λοιπών επιλογών. Οι μεν μαθητές που ανήκαν στην κατηγορία της χωρίς-σύσταση χρήσης φαρμάκων έπρεπε αρχικά να μετακινηθούν καθέτως σε όλες τις δυνατές επιλογές και να διαλέξουν τις κατάλληλες, και ακολούθως να κινηθούν οριζοντίως επαναλαμβάνοντας την ίδια διαδικασία για κάθε φάρμακο που πιθανόν να είχαν χρησιμοποιήσει. Οι δε μαθητές που δεν είχαν κάνει ποτέ χρήση φαρμάκου χωρίς τη σύσταση γιατρού έπρεπε να εξοικειωθούν με το ότι η επιλογή «Δεν έχω πάρει ποτέ το φάρμακο αυτό...» είχε τοποθετηθεί τελευταία μεταξύ των επιλογών απάντησης (βλ. Σχ. 4.2). Στις συζητήσεις, οι αναφορές των πρώτων (σαφώς λιγότερες) κατέδειξαν τον σύνθετο χαρακτήρα της διαδικασίας. Οι αναφορές των δεύτερων (πλειονότητα) ανέδειξαν τη δυσκολία αναζήτησης της επιλογής «Δεν έχω πάρει ...» στο τέλος της κάθε ερώτησης. Όπως έχει φανεί και αλλού (Eurostat 2006), κάποιοι μαθητές ενδεχομένως να ενοχλήθηκαν για το ότι έπρεπε να διαβάσουν όλες τις επιλογές μέχρι να καταλήξουν στην απάντηση «Δεν έχω πάρει το φάρμακο αυτό». Τη δυσκολία προσαρμογής κάποιων μαθητών ενίσχυσε το γεγονός ότι ο παραπάνω τρόπος σχεδιασμού και τοποθέτησης των ερωτήσεων δεν είχε εμφανιστεί πουθενά πριν στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων ή του ESPAD. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις οι προεκτάσεις για τη μέτρηση είναι ο κίνδυνος ότι οι ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση, τους λόγους χρήσης και τις πηγές πρόσβασης θα συγκεντρώσουν υψηλά ποσοστά ελλειπυσών τιμών και ασυνεπειών στις μεταξύ τους τιμές.

Συνοπτικά, αν και οι παραπάνω διαπιστώσεις ενδέχεται να αντανακλούν τις αντιλήψεις μόνον των μαθητών που συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα, στην πλειονότητά τους αναδεικνύουν εστίες εισόδου σφάλματος στη μέτρηση, οι οποίες, εφόσον επιβεβαιωθούν από τα αποτελέσματα των ποσοτικών αναλύσεων, καθιστούν την ανάγκη αναθεώρησης της δομής του ερωτηματολογίου επιτακτική.

Κεφάλαιο 5 – Αξιοπιστία

Η σταθερότητα και η εσωτερική συνέπεια στις απαντήσεις σε ένα ερωτηματολόγιο (αξιοπιστία) αποτελούν σημαντικούς δείκτες εγκυρότητας της μέτρησης. Στο παρόν Κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων αξιοπιστίας στις απαντήσεις των μαθητών στις ερωτήσεις σχετικά με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων. Σχολιάζονται τα επίπεδα συμφωνίας που προέκυψαν από τους ελέγχους αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων και εσωτερικής συνέπειας. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα πολυπαραγοντικών αναλύσεων που εξετάζουν τους παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση ασυνέπειας στις απαντήσεις. Τα ευρήματα σχολιάζονται σε συνδυασμό με τις διαπιστώσεις της ποιοτικής διερεύνησης που παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο Κεφάλαιο και συζητούνται οι προεκτάσεις για τη μέτρηση.

5.1 Εισαγωγή και σκοπός της μελέτης

Η αξιοπιστία των μέτρων σε μια έρευνα αποτελεί δείκτη ποιότητας και εγκυρότητας της μέτρησης (Cook & Beckman 2006). Η αξιοπιστία περιλαμβάνει τις έννοιες της σταθερότητας και της εσωτερικής συνέπειας. Η σταθερότητα αναφέρεται στην επαναληπτικότητα των απαντήσεων που δίνονται από το ίδιο άτομο σε ίδιες ή ισοδύναμες ερωτήσεις ενός ερωτηματολογίου που χορηγείται σε τουλάχιστον δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές. Η εσωτερική συνέπεια αναφέρεται στην αναμενόμενη λογική συμφωνία των απαντήσεων που δίνονται από το ίδιο άτομο σε ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που θεωρούνται εννοιολογικά παρεμφερείς (Kimberlin & Winetrstein 2008).

Τα επίπεδα αξιοπιστίας και εσωτερικής συνέπειας στη μέτρηση εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες — ατομικούς, μεθοδολογικούς, περιβαλλοντικούς (Schwarz 2007). Επηρεάζονται δε ιδιαίτερα από την ευαισθησία του θέματος (Rodgers et al. 1982). Έλεγχοι αξιοπιστίας έχουν διενεργηθεί εκτενώς στο παρελθόν για τη μέτρηση της χρήσης νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών (Brener 2003, O'Malley et al. 1983, Percy et al. 2005). Η αξιοπιστία έχει αξιολογηθεί και σε ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών σε διάφορες χώρες,

παλαιότερα και στην Ελλάδα (Molinaro et al. 2012, Johnston et al. 1994, Kokkevi & Stefanis 1991).

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζεται αξιοπιστία των ερωτήσεων για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων.

Ειδικότερα εξετάζονται:

- Η επαναληπτικότητα στις απαντήσεις των μαθητών στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών σε δύο διαφορετικά ερωτηματολόγια — το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων και το ερωτηματολόγιο ESPAD. Οι ερωτήσεις αυτές θεωρούνται ισοδύναμες και χορηγήθηκαν σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές, επιτρέποντας το έλεγχο αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων. Αποδεκτά επίπεδα για τους συντελεστές συσχέτισης και συνάφειας θα θεωρηθούν ότι υποδηλώνουν αποδεκτά επίπεδα λειτουργίας των ερωτήσεων — προϋπόθεση εγκυρότητας.
- Η εσωτερική συνέπεια των απαντήσεων στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων (ξεχωριστά, των ηρεμιστικών, των υπνωτικών και των οπιοειδών παυσίπων) και των απαντήσεων στις ερωτήσεις για τους λόγους χρήσης που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων. Για λόγους σύγκρισης, παρόμοιες αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν και μεταξύ των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου ESPAD για τη χρήση, ξεχωριστά, ηρεμιστικών / υπνωτικών και κάνναβης, και για την ηλικία έναρξης των παραπάνω ουσιών. Στην περίπτωση αυτή, ως ένδειξη εγκυρότητας της μέτρησης θα θεωρηθούν τα αποδεκτά επίπεδα στους συντελεστές συνάφειας στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των φαρμάκων. Ένδειξη εγκυρότητας θα αποτελέσουν επίσης παρατηρούμενα επίπεδα συμφωνίας στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων που θα είναι εφάμιλλα των επιπέδων συμφωνίας που θα παρατηρηθούν για τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ESPAD.

Για την κατανόηση των ασυνεπειών, θα εξεταστούν επιπλέον οι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση αστάθειας στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών και την εμφάνιση ασυνέπειας στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων.

5.2 Μέθοδος

5.2.1 Πληθυσμός

Οι αναλύσεις στο παρόν κεφάλαιο βασίζονται σε στοιχεία 868 μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς και η μεθοδολογία της συλλογής των στοιχείων παρουσιάστηκαν εκτενώς στο Κεφάλαιο 3 (βλ. §3.3).

5.2.2 Μέτρα

Η επαναληπτικότητα υπολογίστηκε στη βάση των απαντήσεων των μαθητών στις ερωτήσεις για τη χρήση ηρεμιστικών και υπνωτικών των ερωτηματολογίων των φαρμάκων και του ESPAD. Στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων, οι ερωτήσεις για τη χρήση αφορούσαν ξεχωριστά τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά. Ενοποιημένες, οι δύο αυτές ξεχωριστές ερωτήσεις αποτέλεσαν εναλλακτική φόρμα ισοδύναμης ερώτησης του ερωτηματολογίου ESPAD που ωστόσο μετρούσε τα ηρεμιστικά και υπνωτικά ως μια κατηγορία («ηρεμιστικά / υπνωτικά», βλ. Πίνακα 5.1). Οι ερωτήσεις των δύο ερωτηματολογίων μετρούν την ίδια μεταβλητή και συμπληρώθηκαν από τους μαθητές στο πλαίσιο της ίδιας έρευνας. Εκτός από τη μορφή τους, η διαφορά στις ερωτήσεις των δύο ερωτηματολογίων έγκειται στο ότι περιέχονταν σε δύο ξεχωριστά έντυπα, το καθένα με διαφορετική θεματολογία (χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και χρήση φαρμάκων για το ερωτηματολόγιο ESPAD και φαρμάκων, αντίστοιχα). Προηγήθηκε χρονικά η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ESPAD, ενώ ακολούθησε με διαφορά λίγων λεπτών της ώρας η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου των φαρμάκων.

Για τον έλεγχο της εσωτερικής συνέπειας χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση και για τους λόγους χρήσης του ερωτηματολογίου των φαρμάκων. Η ακριβής διατύπωση των ερωτήσεων και οι επιλογές απάντησης παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.1 για τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά και στο Σχ. 5.1 για τα οπιοειδή παυσίπονα. Στο Σχ. 5.1 παρουσιάζεται επίσης η ακριβής διατύπωση των ερωτήσεων και οι επιλογές απάντησης στην ερώτηση για τους λόγους χρήσης.

Για τους ίδιους ελέγχους στο ερωτηματολόγιο ESPAD χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών, η ερώτηση για τη χρήση κάνναβης («Εσύ δοκίμασες ή πήρες ποτέ μαριχουάνα ή χασίς; Αν ναι,

πόσες φορές;», με επιλογές απάντησης: Ποτέ, 1-2 Φορές, 3-5 φορές, 6-9 φορές, 10-19 φορές, 20-39 φορές, 40 και πάνω) και οι ερωτήσεις για την ηλικία πρώτης χρήσης των δύο παραπάνω ουσιών («Πότε δοκίμασες, αν συνέβη, για πρώτη φορά [...ουσία...];», με επιλογές απάντησης: Ποτέ, 9 ετών και κάτω, 10 ετών, 11 ετών, 12 ετών, 13 ετών, 14 ετών, 15 ετών, 16 ετών και πάνω).

Πίνακας 5.1: Ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για τους ελέγχους αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων

Ερωτηματολόγιο	Ερωτήσεις	Επιλογές απάντησης							
<i>Συνταγογραφημένη χρήση</i>									
Φαρμάκων	Έχεις πάρει ποτέ ηρεμιστικά [... υπνωτικά] με σύσταση γιατρού;	Όχι	Ναι, ≤3 εβδομάδες	Ναι, >3 εβδομάδες					
ESPAD	Πήρες ποτέ ηρεμιστικά ή υπνωτικά με σύσταση γιατρού;	Όχι	Ναι, ≤3 εβδομάδες	Ναι, >3 εβδομάδες					
<i>Μη-συνταγογραφημένη χρήση</i>									
Φαρμάκων	Έχεις πάρει ηρεμιστικά [υπνωτικά] χωρίς τη σύσταση γιατρού σε όλη σου τη ζωή;	Όχι, ποτέ	1-2 φορές	3-5 φορές	6-9 φορές	10 φορές και πάνω			
ESPAD	Έχεις χρησιμοποιήσει ποτέ ηρεμιστικά ή υπνωτικά χωρίς τη σύσταση γιατρού; Εάν ναι, πόσες φορές;	Ποτέ	1-2 φορές	3-5 φορές	6-9 φορές	10-19 φορές ¹	20-39 φορές ¹	40 και πάνω ¹	
Σημειώσεις . ¹ Για τις αναλύσεις ενοποιήθηκαν σε μία "10 φορές και πάνω"									

Τα δύο ερωτηματολόγια παρείχαν τη δυνατότητα εισαγωγής μοναδικού ανώνυμου κωδικού για κάθε μαθητή και τα στοιχεία τους ενώθηκαν σε κοινή βάση δεδομένων. Το παραπάνω επέτρεψε την αξιοποίηση των παρατηρήσεων για μεγάλο αριθμό μεταβλητών και από τα δύο ερωτηματολόγια. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στις μονοπαραγοντικές και τις πολυπαραγοντικές αναλύσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.5.

5.2.3 Ανάλυση

Στους ελέγχους της αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων και της εσωτερικής συνέπειας οι μεταβλητές για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση αναλύθηκαν ως δίτιμες, κατηγορικές (οι τιμές τους επανακωδικοποιήθηκαν σε Ναι, χρήση / Όχι, ποτέ

χρήση). Ως ασυμφωνία θεωρήθηκε όταν κάποιος απάντησε «Ναι, χρήση» στη μια ερώτηση αλλά «Όχι, ποτέ χρήση» στην άλλη, και αντίστροφα. Μόνο για τις ερωτήσεις της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών και υπνωτικών, οι μεταβλητές των δύο ερωτηματολογίων αναλύθηκαν και ως διατακτικές.

Ως δείκτες συμφωνίας στις δίτιμες, κατηγορικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι τιμές του μέτρου συμφωνίας κ του Cohen (Cohen's *kappa*, Cohen 1968) και του συντελεστή Cramer's V (Cramer's *phi*, Cramér 1999). Ο πρώτος λαμβάνει υπόψη τη συμφωνία που συμβαίνει κατά τύχη (είναι δηλαδή διορθωμένος από τυχαίους παράγοντες συμφωνίας), ενώ ο δεύτερος υπολογίζει την ένταση της σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών. Οι υπολογισμοί έγιναν για το σύνολο του δείγματος και ξεχωριστά για το φύλο και την ηλικία (16-, 17-και 18χρονοι). Για τις συγκρίσεις μεταξύ των φύλων και των ηλικιακών ομάδων πραγματοποιήθηκε έλεγχος z (z -test), όπου z ισούται με το πηλίκο της απόλυτης διαφοράς των δύο κ προς το τυπικό σφάλμα της διαφοράς αυτής, και προσεγγιστικά ακολουθούσε την τυποποιημένη κανονική κατανομή.

Τα **ΣΙΣΧΥΡΑ ΠΑΥΣΙΠΤΩΝΑ** είναι οπιοειδή φάρμακα που οι γιατροί συλλογούν μερικές φορές στα άτομα για να μειώσουν τον ισχυρό πόνο. Τα φαρμακεία δεν τα πωλούν χωρίς συνταγή γιατρού. Τέτοια φάρμακα είναι π.χ., το Lonarid-N® (Λοναρίντ-Ν), το Romidon® (Ρομιντόν), το Duragesic® (Ντουρατζίσικ), το Lonalgal® (Λοναλγκάλ), κ.τ.λ.

7. Έχεις πάρει ποτέ ισχυρά παυσίπινα **ΜΕ** σύσταση γιατρού;

8. Έχεις πάρει ισχυρά παυσίπινα **ΧΩΡΙΣ** σύσταση γιατρού...

13. Αν έχεις πάρει ποτέ κάποιο ισχυρό παυσίπινο, ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο **χωρίς τη σύσταση γιατρού, ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΤΟ ΠΗΡΕΣ;**

Όχι, ποτέ	1-2 φορές	3-5 φορές	6-9 φορές	10 και πάνω
...σε όλη σου τη ζωή	...σους τελευταίους 12 μήνες	...στις τελευταίες 30 ημέρες		

	Ισχυρό Παυσίπινο	Ηρεμιστικό	Υπνωτικό
Για να διασκεδάσω με την παρέα μου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για να νιώσω ευχάριστα, να "φτιάχτώ", «ν' ανέβω»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Από περιέργεια, για δοκιμή	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για να κοιμηθώ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γιατί είχα πόνους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για να ηρεμήσω, να μου φύγει η ένταση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για κάποιο άλλο λόγο (προσδιορίστε)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δεν έχω πάρει ποτέ το φάρμακο αυτό χωρίς τη σύσταση γιατρού	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Σχ. 5.1: Παράδειγμα διαχείρισης των ερωτήσεων για τους ελέγχους ασυνέπειας

Με τις μεταβλητές στη διατακτική τους μορφή, ως δείκτες αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων υπολογίστηκαν ο συντελεστής συσχέτισης διατάξεων του Spearman, ρ (δεδομένου ότι οι παρατηρήσεις δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή, Spearman 1904) και ο σταθμισμένος συντελεστής κ_w του Cohen (δεδομένου ότι οι κατηγορίες απάντησης θεωρούνταν ότι είχαν διαφορετική βαρύτητα, Cohen 1968). Στην τελευταία περίπτωση, λήφθηκε υπόψη ο βαθμός της συμφωνίας, δίνοντας υψηλότερο βάρος (weight) σε διπλανάς (διατακτικά) απαντήσεις από ό,τι σε πιο απομακρυσμένες, με την απόλυτη συνέπεια να παίρνει βάρος ίσο με τη μονάδα.

Ο συντελεστής Cramer's V λαμβάνει τιμές μεταξύ 0 και 1. Ο συντελεστής κ του Cohen είναι σχεδόν πάντα μικρότερος ή ίσος με 1. Τιμές $0,81 \leq \kappa \leq 1,00$ δηλώνουν σχεδόν πλήρη συμφωνία, $0,61 \leq \kappa \leq 0,80$ σημαντική συμφωνία, $0,41 \leq \kappa \leq 0,60$ μέτρια συμφωνία, $0,21 \leq \kappa \leq 0,40$ μικρή συμφωνία, $0,00 \leq \kappa \leq 0,20$ φτωχή συμφωνία και η τιμή 0 δηλώνει μηδενική συμφωνία (Landis & Koch, 1977). Τα ίδια κριτήρια υιοθετήθηκαν και για την ερμηνεία του μεγέθους της σχέσης που υποδηλώνει η τιμή που θα λάβει ο ρ (McGraw & Wong 1992).

Μονομεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις λογαριθμιστικής παλινδρόμησης εφαρμόστηκαν ξεχωριστά για τα ηρεμιστικά / υπνωτικά και τα οπιοειδή παυσίπονα με εξαρτημένη μεταβλητή «Ασυνέπεια στην ερώτηση για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση», η οποία πήρε τιμές 0 = Όχι ασυνέπεια και 1 = Ασυνέπεια. Εξαιτίας του χαμηλού αριθμού των παρατηρήσεων στις ερωτήσεις για τα ηρεμιστικά / υπνωτικά, εφαρμόστηκε exact λογαριθμιστική παλινδρόμηση. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν στην πλειονότητά τους δίτιμες, κατηγορικές (βλ. Πίνακα 5.5). Στο τελικό μοντέλο της πολυμεταβλητής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης συμπεριλήφθηκαν μόνον οι μεταβλητές που ήταν σημαντικές σε επίπεδο $\alpha = 0,05$ κατά τις μονομεταβλητές αναλύσεις και στο πολυμεταβλητό μοντέλο που προηγήθηκε του τελικού. Όλες οι αναλύσεις απέκλεισαν τις περιπτώσεις με ελλείπουσες τιμές σε έστω και μια από τις μεταβλητές.

5.3 Αποτελέσματα

5.3.1 Επαναληπτικότητα στις απαντήσεις σε ισοδύναμες ερωτήσεις

Ο Πίνακας 5.2 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων στις απαντήσεις των μαθητών για τη συνταγογραφημένη και τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών με τις μεταβλητές ως δίτιμες, κατηγορικές. Οι τιμές των συντελεστών Cohen's κ και Cramer's V ανήλθαν σε επίπεδα μεταξύ 0,41 και 0,60, σημαντικά σε επίπεδο $p < 0,001$, υποδηλώνοντας μέτρια συμφωνία. Μέτρια συμφωνία παρατηρήθηκε και όταν οι μεταβλητές για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών αναλύθηκαν ως διατακτικές —τιμές των συντελεστών κ , κ_w και ρ μεταξύ 0,41 και 0,60, σημαντικές σε επίπεδο $p < 0,001$ (Πίνακας 5.3).

Πίνακας 5.2: Επαναληπτικότητα στις απαντήσεις για τη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών. Μεταβλητές δίτιμες, κατηγορικές.

Μεταβλητές ¹	<i>n</i>			Δείκτες συμφωνίας					
	Σύνολο	Παρατηρήσεις	Ασυνεπείς	Cohen's κ				Cramer's V	
				Τιμή	Ασυμπτ. Τυπικό Σφάλμα	<i>T</i>	<i>p</i>	Τιμή	<i>p</i>
Συνταγογραφημένη χρήση ²	868	836	47	0,443	0,068	13,019	<0,001	0,450	<0,001
Μη-συνταγογραφημένη χρήση ³	868	835	43	0,520	0,064	15,112	<0,001	0,523	<0,001

Σημειώσεις. ¹Μεταβλητές δίτιμες, κατηγορικές (Ναι / Όχι). ²Συμφωνία στις απαντήσεις για τη συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών μεταξύ των ερωτηματολογίων ESPAD και φαρμάκων. ³Συμφωνία στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών μεταξύ των ερωτηματολογίων ESPAD και φαρμάκων.

Πίνακας 5.3: Επαναληπτικότητα στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών. Μεταβλητές διατακτικές.

Δείκτες συμφωνίας	<i>n</i>	Τιμή	Ασυμπτ. Τυπικό Σφάλμα	<i>T</i>	Prob > T
Cohen's κ - Μη-σταθμισμένος	835	0,418	0,026	15,92	<0,001
Cohen's κ_w - Σταθμισμένος	835	0,514	0,026	19,58	<0,001
Spearman ρ	835	0,530	0,064	18,03	<0,001

Ο z στατιστικός έλεγχος δεν έδειξε διαφορές μεταξύ κοριτσιών (συντελεστής Cohen's κ 0,531 και 0,392) και αγοριών (0,508 και 0,446) ($p = 0,856$ και $p = 0,643$ για τις μεταβλητές δίτιμες και διατακτικές, αντίστοιχα) (δεν φαίνεται σε Πίνακα). Οι ίδιες αναλύσεις για την ηλικία έδειξαν μικρή συμφωνία στους 17χρονους (Cohen's κ 0,290 και 0,257 για τις μεταβλητές δίτιμες και διατακτικές, αντίστοιχα) και σημαντική συμφωνία στους 18χρονους (0,716 και 0,615 για τις μεταβλητές δίτιμες και διατακτικές, αντίστοιχα), σε όλες τις περιπτώσεις $p < 0,001$ (δεν φαίνεται σε Πίνακα). Στους 16χρονους η συμφωνία ήταν μέτρια (Cohen's κ 0,554) και μικρή (0,395) για τις μεταβλητές δίτιμες και διατακτικές, αντίστοιχα ($p < 0,001$). Μεταξύ των τριών ηλικιακών ομάδων, σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$ παρατηρήθηκαν μόνο στους 17χρονους συγκριτικά με τους 18χρονους (οι τελευταίοι είχαν υψηλότερη συμφωνία, $p < 0,01$ με τις μεταβλητές δίτιμες και $p < 0,05$ με τις μεταβλητές διατακτικές). Οι τιμές του p μεταξύ 16χρονων και 17χρονων ήταν $p = 0,112$ με τις μεταβλητές δίτιμες και $p = 0,345$ με τις μεταβλητές διατακτικές, και μεταξύ 16χρονων και 18χρονων $p = 0,264$ με τις μεταβλητές δίτιμες και $p = 0,098$ με τις μεταβλητές διατακτικές.

5.3.2 Εσωτερική συνέπεια στις απαντήσεις σε παρεμφερείς ερωτήσεις

Ο Πίνακας 5.4 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου συνέπειας στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση, ξεχωριστά, των ηρεμιστικών, των υπνωτικών και των οπιοειδών παυσίπων με τις απαντήσεις για τους λόγους χρήσης των φαρμάκων αυτών (ερωτηματολόγιο φαρμάκων), καθώς και της συνέπειας στις απαντήσεις για τη χρήση ξεχωριστά, των ηρεμιστικών / υπνωτικών (χωρίς τη σύσταση γιατρού) και της κάνναβης με τις απαντήσεις για την ηλικία έναρξης χρήσης των ουσιών αυτών (ερωτηματολόγιο ESPAD).

Στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων, οι τιμές των συντελεστών Cohen's κ και Cramer's V έδειξαν μέτρια συμφωνία για τα ηρεμιστικά και τα οπιοειδή παυσίωνα (μεταξύ 0,41 και 0,60) αλλά μικρή συμφωνία για τα υπνωτικά (μεταξύ 0,21 και 0,40). Στο ερωτηματολόγιο του ESPAD, η συμφωνία ήταν σημαντική για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών (0,718) και πλήρης για τη χρήση κάνναβης (0,988), και τα δύο σημαντικά σε επίπεδο $p < 0,001$.

Πίνακας 5.4: Αποτελέσματα ελέγχου εσωτερικής συνέπειας. Μεταβλητές δίτιμες, κατηγορικές.

Μεταβλητές ¹	<i>n</i>			Δείκτες εσωτερικής συμφωνίας ¹					
	Σύνολο	Παρατηρήσεις	Ασυ-νεπείς	Cohen's κ				Cramer's V	
				Τιμή	Ασυμπ. Τυπικό Σφάλμα	T	p	Τιμή	p
Μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ²	868	560	35	0,535	0,069	12,744	<0,001	0,539	<0,001
Μη-συνταγογραφημένη χρήση υπνωτικών ²	868	549	28	0,277	0,095	6,958	<0,001	0,297	<0,001
Μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων ²	868	735	163	0,516	0,033	14,019	<0,001	0,517	<0,001
Μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών ESPAD ³	868	865	20	0,718	0,060	21,544	<0,001	0,733	<0,001
Χρήση κάνναβης ερωτηματολογίου ESPAD ³	868	863	2	0,988	0,008	29,038	<0,001	0,988	<0,001

Σημειώσεις. ¹Μεταβλητές δίτιμες, κατηγορικές (ναι/όχι). ²Συμφωνία με ερώτηση για τους λόγους μη-συνταγογραφημένης χρήσης στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων. ³Συμφωνία με ερώτηση για την ηλικία έναρξης χρήσης της ουσίας στο ερωτηματολόγιο ESPAD.

5.3.3 Παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση αστάθειας στις απαντήσεις

Με αστάθεια στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών μεταξύ του ερωτηματολογίου ESPAD και του ερωτηματολογίου των φαρμάκων απάντησε περίπου ένας στους 20 μαθητές ($n = 43$, 5,1% των απαντήσεων) (Πίνακας 5.2). Στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων και για τους λόγους χρήσης του ερωτηματολογίου των φαρμάκων απάντησε με ασυνέπεια περίπου ένας στους 5 μαθητές ($n = 163$, 22,2% των παρατηρήσεων) (Πίνακας 5.4).

Ο Πίνακας 5.5 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των μονομεταβλητών και των πολυμεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την παρουσία αστάθειας στις απαντήσεις των μαθητών για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων. Στην περίπτωση των ηρεμιστικών / υπνωτικών, οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις έδειξαν σχέση της εμφάνισης αστάθειας με την κακή οικονομική κατάσταση της οικογένειας ($p = 0,003$), τις συχνές ψυχολογικές ενοχλήσεις ($p = 0,050$), την τάση προς αντικοινωνική συμπεριφορά ($p = 0,042$) και την αστάθεια στις απαντήσεις για τη συνταγογραφημένη χρήση μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων ($p < 0,001$). Στο τελικό μοντέλο της πολυπαραγοντικής ανάλυσης, ανεξάρτητη σχέση διατήρησε μόνον ο παράγοντας αστάθεια στις απαντήσεις για τη συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών (OR = 11,1, 95% ΔΕ = 3,9-32,7, $p < 0,001$).

Πίνακας 5.5: Παράγοντες που συνδέονται με την αστάθεια στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών και με την ασυνέπεια στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπονων. Αποτελέσματα μονομεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.

Παράγοντας (Κατηγορία αναφοράς)	Αστάθεια στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών						Ασυνέπεια στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπονων										
	Μονομεταβλητές αναλύσεις			Πολυμεταβλητή ανάλυση ⁴			Μονομεταβλητές αναλύσεις			Πολυμεταβλητή ανάλυση ⁴							
	OR	95% ΔΕ	p	n ⁵	OR	95% ΔΕ	p	n	OR	95% ΔΕ	p	n	OR	95% ΔΕ	p	n	
Κορίτσι (Α γόρι)	1,2	0,6	2,4	0,822	835			806	0,8	0,6	1,2	0,245	735			718	
17 ετών (16 ετών)	0,7	0,1	3,5	0,941	785				1,3	0,8	2,0	0,248	690				
18 ετών (16 ετών)	0,2	0,4	1,0	0,046	785				1,4	0,8	2,3	0,247	690				
Χειρότερη οικονομική κατάσταση (Στον μέσο όρο ή καλύτερη)	4,1	1,6	9,7	0,003	830				1,0	0,6	1,7	0,919	734				
Ψυχολογικό σύμπτωμα ≥3 φορές/εβδομάδα (Κανένα ή λιγότερο συχνά)	2,0	1,0	4,2	0,050	817				1,2	0,8	1,8	0,340	720				
Σωματικό σύμπτωμα ≥3 φορές/εβδομάδα (Κανένα ή λιγότερο συχνά)	1,7	0,8	3,7	0,203	818				1,7	1,2	2,5	0,007	721	1,6	1,1	2,5	0,015
Σε γιατρό για σωματικό σύμπτωμα ≥3 φορές τους τελ 12 μήνες (Ποτέ ή λιγότερο συχνά)	2,3	0,6	7,1	0,213	825				1,3	0,6	2,9	0,460	727				
Σε γιατρό για ψυχολογικό σύμπτωμα ≥1 φορά τους τελ 12 μήνες (Ποτέ)	1,5	0,6	3,4	0,401	831				0,9	0,6	1,3	0,635	733				
Συνταγογραφημένη χρήση του φαρμάκου (Όχι)	3,1	0,3	19,9	0,385	831				2,4	1,7	3,5	<0,001	730	2,5	1,7	3,5	<0,001
Βαθμολογία 3μήνου κάτω του 14/20 (≥14/20)	1,3	0,6	2,8	0,599	831				1,3	0,9	2,0	0,197	732				
Αντικοινωνική συμπεριφορά (από χαμηλό -προς υψηλό σκορ)	2,3	1,0	4,7	0,042	828	2,2	0,9	4,9	0,091	1,6	1,0	2,7	0,076	729			
Ανομική στάση (από χαμηλό -προς υψηλό σκορ)	1,1	0,7	1,8	0,637	832				1,1	0,9	1,4	0,397	733				
Ασυνεπείς στην ερώτηση της χρήσης κάνναβης ¹ (Όχι)	3,1	0,5	14,6	0,248	826				1,2	0,4	3,7	0,762	728				
Ασυνεπείς στην ερώτηση της συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών/υπνωτικών ² (Όχι)	9,8	3,6	27,7	<0,001	813	11,1	3,9	32,7	<0,001	1,3	0,7	3,6	0,383	717			
"Αναξιόπιστοι" βάσει ερώτησης ESPAD για την ειλικρίνεια ("Αξιόπιστοι") ³	1,3	0,5	3,3	0,659	830				1,6	0,9	2,8	0,086	733				
Αναπάντητες ερωτήσεις (από χαμηλό -προς υψηλό)	1,0	1,0	1,1	0,090	835				1,0	1,0	1,0	0,169	735				

Σημειώσεις. ¹Ασυνέπεια μεταξύ των απαντήσεων για τη χρήση -και την ηλικία έναρξης της χρήσης κάνναβης στο ερωτηματολόγιο ESPAD. ²Ασυνέπεια στις ερωτήσεις για τη συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών μεταξύ των ερωτηματολογίων ESPAD και φαρμάκων. ³Απάντησαν ότι έκαναν χρήση κάνναβης, ενώ το ανείρεσαν σε ειδική ερώτηση ελέγχου, και αντίστροφα. ⁴Τελικό μοντέλο - περιλαμβάνει μόνον τις μεταβλητές που ήταν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο $\alpha = 0,05$ στο αρχικό μοντέλο πολλαπλής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης του οποίου τα αποτελέσματα δεν φαίνονται εδώ.

⁵Αριθμός παρατηρήσεων. OR: Odds Ratio. ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης.

Στην περίπτωση των οπιοειδών παυσίπων, οι μονομεταβλητές αναλύσεις έδειξαν σχέση της ασυνέπειας με τη συχνή εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων και με τη χρήση οπιοειδών παυσίπων με τη σύσταση γιατρού (συνταγογραφημένη χρήση). Οι δύο παραπάνω παράγοντες διατήρησαν την ανεξάρτητη σχέση τους και στο τελικό μοντέλο της πολυπαραγοντικής ανάλυσης. Έτσι, η συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων βρέθηκε να πολλαπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης ασυνέπειας κατά 2,5 φορές (OR = 2,5, 95% ΔΕ = 1,7-3,5, $p < 0,001$), ενώ η συχνή εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων αύξησε αυτήν την πιθανότητα κατά 60% (OR = 1,6, 95% ΔΕ = 1,1-2,5, $p = 0,015$) (Πίνακας 5.5).

5.4 Συζήτηση

Η εγκυρότητα μιας μέτρησης προϋποθέτει την ύπαρξη σταθερότητας και συνέπειας στις απαντήσεις μεταξύ ίδιων ή εννοιολογικά συναφών ερωτήσεων (Cook & Beckman 2006). Στο παρόν Κεφάλαιο ελέγχθηκαν τα επίπεδα συμφωνίας στις ερωτήσεις για τα φάρμακα, με έμφαση στη μη-συνταγογραφημένη χρήση. Διερευνήθηκαν, επιπλέον, τα χαρακτηριστικά των μαθητών που απάντησαν με ασυνέπεια στις παραπάνω ερωτήσεις.

Οι αναλύσεις στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών μεταξύ του ερωτηματολογίου ESPAD και του ερωτηματολογίου των φαρμάκων έδειξαν μέτρια συμφωνία. Ωστόσο, οι παρατηρούμενες τιμές συμφωνίας – μεταξύ 0,41 και 0,60– ήταν υψηλότερες συγκριτικά με τις τιμές που είχαν παρατηρηθεί σε προηγούμενες μελέτες. Έτσι, σε έλεγχο-επανελέγχο για την ερώτηση των ηρεμιστικών / υπνωτικών σε ιταλικά δεδομένα της έρευνας ESPAD, οι τιμές για τους συντελεστές Cohen's κ και Cramer's V ήταν περίπου 0,25, υποδηλώνοντας χαμηλή συμφωνία (Molinaro et al. 2012). Χαμηλή συμφωνία μόνο για τα ηρεμιστικά είχε παρατηρηθεί και σε παλαιότερη μελέτη σε ελληνικά δεδομένα (Cohen's κ μεταξύ 0,28 και 0,39, Kokkevi & Stefanis 1991).

Τα διαφορετικά επίπεδα συμφωνίας που παρατηρούνται μεταξύ των διαφόρων μελετών δικαιολογούνται στη βάση των διαφορετικών δειγμάτων στα οποία βασίστηκαν οι μετρήσεις. Τα υψηλότερα επίπεδα που παρατηρήθηκαν στην παρούσα μελέτη ενδεχομένως αποδίδονται και στο ότι οι απαντήσεις στις δύο ερωτήσεις δόθηκαν στο πλαίσιο της ίδιας έρευνας, στη διάρκεια περίπου μιας ώρας, ενώ στις

προαναφερθείσες μελέτες μεσολάβησαν περίπου 20-25 ημέρες μεταξύ των δύο μετρήσεων. Το μικρό χρονικό διάστημα που μεσολάβησε για την εφαρμογή ελέγχου-επανελέγχου στην παρούσα μελέτη ενδεχομένως διευκόλυνε την ανάκληση της αρχικής απάντησης από τους συμμετέχοντες, οδηγώντας σε υψηλότερα επίπεδα συμφωνίας (Kimberlin & Winetrstein 2008).

Αγόρια και κορίτσια δεν διέφεραν ως προς τη σταθερότητα που επέδειξαν με τις απαντήσεις τους. Χαμηλότερα επίπεδα επαναληπτικότητας παρατηρήθηκαν στους 17χρονους, μόνον όμως συγκριτικά με τους 18χρονους. Δεν είναι εύκολο να εξηγηθεί γιατί οι 17χρονοι εμφανίζονται ασταθείς στις απαντήσεις τους συγκριτικά με τους μεγαλύτερους σε ηλικία μαθητές. Ωστόσο, η απουσία σημαντικών διαφορών στις τιμές των συντελεστών συμφωνίας μεταξύ των 18χρονων και των 16χρονων υποδηλώνει ότι, τουλάχιστον σε ό,τι αφορά το δείγμα της παρούσης μελέτης, η αστάθεια που παρατηρήθηκε στους 17χρονους (σε σχέση με τους 18χρονους) δεν μπορεί να αποδοθεί αποκλειστικά στον παράγοντα (μικρή) ηλικία.

Παρά τα σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα συμφωνίας στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών μεταξύ των δύο διαφορετικών ερωτηματολογίων, περίπου ένας στους 20 μαθητές απάντησε με αστάθεια. Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις ανέδειξαν την «αστάθεια στην ερώτηση για τη συνταγογραφημένη χρήση» ως το μοναδικό ανεξάρτητο παράγοντα που συνδέεται με την εμφάνιση αστάθειας — η αστάθεια στις απαντήσεις για τη συνταγογραφημένη χρήση 11πλασίασε την πιθανότητα εμφάνισης αστάθειας και στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση.

Το γεγονός ότι στους ίδιους μαθητές η ασυνέπεια εμφανίστηκε και στη συνταγογραφημένη χρήση (ακριβώς ίδια ερώτηση μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων) υποδηλώνει τουλάχιστον ότι η διαφορετική μορφή της ερώτησης στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων (όπου τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά μετριούνταν ως ξεχωριστές μεταβλητές) δεν έχει παίξει ρόλο στην εμφάνιση της ασυνέπειας. Το παραπάνω σημαίνει ότι η ενδεχόμενη επιλογή για μέτρηση της χρήσης των ηρεμιστικών και των υπνωτικών μέσω δύο ξεχωριστών ερωτήσεων — μια για κάθε έναν τύπο φαρμάκου— δεν είναι ικανή να τροποποιήσει σημαντικά την αξιοπιστία της μέτρησης (δεν αξιολογείται εδώ εάν η μέτρηση ήταν έγκυρη).

Όπως έδειξαν περαιτέρω αναλύσεις που παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 6 (βλ. Πίνακα 6.1), ο επιπολασμός της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών ή υπνωτικών ήταν χαμηλότερος στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων (4,3%), συγκριτικά με τον επιπολασμό που παρατηρήθηκε στο ερωτηματολόγιο ESPAD (5,1%). Το παραπάνω υποδηλώνει ότι μια μερίδα μαθητών, που αρχικά απάντησαν θετικά για τη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών στο ερωτηματολόγιο ESPAD, άλλαξαν ακολούθως την αρχική τους επιλογή στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων (αναίρεση). Το φαινόμενο της αναίρεσης της αρχικής απάντησης (από το αρχικό «ναι» στο επακόλουθο «όχι») είναι συχνό στις διαχρονικές έρευνες για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Johnston & O'Malley 1997, Percy et al. 2005), ενώ είναι εντονότερο στη μέτρηση συμπεριφορών που έχουν χαμηλά επίπεδα επιπολασμού στον πληθυσμό (Fendrich & Vaughn 1994).

Κανένας από τους παράγοντες που εξετάστηκαν στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις και αφορούσαν τα ατομικά χαρακτηριστικά των μαθητών του δείγματος δεν είχε σημαντική ανεξάρτητη σχέση με την εμφάνιση αστάθειας στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών. Το παραπάνω εύρημα δείχνει ότι, η αστάθεια στις απαντήσεις των μαθητών φαίνεται να συνδέεται με άλλους παράγοντες –που προφανώς δεν είχαν συμπεριληφθεί ως μεταβλητές στα ερωτηματολόγια της έρευνας–, και οι οποίοι ενδεχομένως επέδρασαν με τον ίδιο τρόπο και στις δύο ερωτήσεις της χρήσης ηρεμιστικών / υπνωτικών. Τέτοιοι παράγοντες πιθανά ήταν: η παρουσία των ερωτήσεων αυτών σε δύο ξεχωριστά ερωτηματολόγια, το καθένα με διαφορετική έμφαση (φάρμακα και εξαρτησιογόνες ουσίες), το γεγονός της «αδικαιολόγητης» για κάποιους μαθητές επανάληψης μιας φαινομενικά ίδιας ερώτησης μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα στην ίδια έρευνα, ή ακόμα και η συνειδητή αναίρεση της αρχικής απάντησης λόγω καχυποψίας και φόβου στιγματισμού — οι δύο τελευταίοι παράγοντες ανεδείχθησαν εμμέσως και στην ποιοτική διερεύνηση (βλ. Κεφάλαιο 4).

Οι αναλύσεις για την εσωτερική συνέπεια μεταξύ των απαντήσεων των μαθητών στις ερωτήσεις για τη χρήση και τους λόγους χρήσης των φαρμάκων έδειξαν μέτρια συμφωνία για τα ηρεμιστικά και τα οπιοειδή παυσίπονα, αλλά μικρή συμφωνία σε εκείνες για τα υπνωτικά. Η μικρή συμφωνία στις ερωτήσεις των υπνωτικών ενδεχομένως σχετίζεται με τα χαμηλά επίπεδα επιπολασμού της χρήσης αυτής της

κατηγορίας φαρμάκου (1,1%, Βλ. επίσης Κεφάλαιο 6). Ενδεχομένως όμως σχετίζεται και με δομικές αδυναμίες του ερωτηματολογίου.

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο Κεφάλαιο, η ερώτηση των υπνωτικών ήταν τοποθετημένη τελευταία κατά σειρά μεταξύ των ερωτήσεων που αφορούσαν τη χρήση των φαρμάκων. Τα υπνωτικά ήταν επίσης τοποθετημένα τελευταία στη δεξιά πλευρά του πλέγματος των ερωτήσεων σχετικά με τους λόγους χρήσης (βλ. Σχ. 5.1 ή Παράρτημα II). Όπως έδειξαν οι συζητήσεις με τους μαθητές (βλ. Κεφάλαιο 4), τα παραπάνω χαρακτηριστικά δυσκόλεψαν κάποιους μαθητές κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου των φαρμάκων. Όπως μάλιστα διαπιστώνεται στις αναλύσεις που διενεργήθηκαν σχετικά με τις αναπάντητες ερωτήσεις και παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 7, οι ερωτήσεις για τα υπνωτικά συγκέντρωσαν τα υψηλότερα ποσοστά ελλειπουσών τιμών στην έρευνα. Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν τις διαπιστώσεις της ποιοτικής έρευνας και τονίζουν την ανάγκη αναθεώρησης του τρόπου με τον οποίο είναι τοποθετημένες οι ερωτήσεις αυτές στο ερωτηματολόγιο, ώστε αφενός να συγκεντρώνουν το ενδιαφέρον των μαθητών, αφετέρου να τους διευκολύνουν στη συμπλήρωση.

Είναι αξιοσημείωτο ότι η συμφωνία στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των φαρμάκων ήταν χαμηλότερη συγκριτικά με τη συμφωνία που παρατηρήθηκε για τις ερωτήσεις σχετικά με τα ηρεμιστικά / υπνωτικά και την κάνναβη στο ερωτηματολόγιο ESPAD. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι το ενδιαφέρον και η συγκέντρωση των μαθητών ήταν ενδεχομένως υψηλότερα κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ESPAD, το οποίο εστίαζε στη χρήση των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, κάτι που επιβεβαιώνεται τόσο από τα σχόλια των ίδιων των μαθητών κατά την ποιοτική ανατροφοδότηση (βλ. Κεφάλαιο 4) όσο και από προηγούμενες μελέτες (Johnston et al. 1994).

Τέλος, οι αναλύσεις, για τους παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση ασυνέπειας στις απαντήσεις των μαθητών στις ερωτήσεις για τη χρήση και τους λόγους χρήσης οπιοειδών παυσίπονων έδειξαν τον ανεξάρτητο ρόλο αφενός της συχνής εμφάνισης σωματικών ενοχλήσεων, αφετέρου της συνταγογραφημένης χρήσης των φαρμάκων αυτών. Η παρουσία των δύο παραπάνω παραγόντων μπορεί να θεωρηθεί ότι επιβεβαιώνει σε ένα βαθμό τις διαπιστώσεις της ποιοτικής διερεύνησης περί χαμηλής αξιοπιστίας των απαντήσεων των μαθητών στις ερωτήσεις

που αφορούν τα οπιοειδή παυσίπονα. Όπως αποτυπώθηκε στις συζητήσεις (βλ. Κεφάλαιο 4), μια μικρή μερίδα μαθητών απάντησαν στις ερωτήσεις σχετικά με τους λόγους χρήσης των οπιοειδών παυσίπων τα οποία, ωστόσο, είτε δεν ήταν συνταγογραφούμενα είτε η χρήση τους είχε γίνει κατόπιν σύστασης γιατρού.

Κεφάλαιο 6 – Σχέσεις με άλλες μεταβλητές – εμπειρική εγκυρότητα

Η στατιστική επιβεβαίωση εμπειρικών υποθέσεων αποτελούν δείκτες ποιότητας και εγκυρότητας της μέτρησης. Στο παρόν Κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των αναλύσεων για τον επιπολασμό της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων και την παρουσία ή μη εμπειρικά αναμενόμενων (στατιστικών) σχέσεων μεταξύ της συμπεριφοράς αυτής και άλλων ατομικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών των μαθητών του δείγματος. Τα ευρήματα των αναλύσεων σχολιάζονται σε συνδυασμό με τα συμπεράσματα της ποιοτικής διερεύνησης (Κεφάλαιο 4) και των αναλύσεων αξιοπιστίας (Κεφάλαιο 5) και συζητούνται οι προεκτάσεις για τη μέτρηση.

6.1 Εισαγωγή και σκοπός της μελέτης

Επίπεδα επιπολασμού μιας συμπεριφοράς που συνάδουν με εκείνα που έχουν παρατηρηθεί σε ανάλογες έρευνες, καθώς και χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς αυτής τα οποία επιβεβαιώνονται από τη θεωρία και την εμπειρία από προηγούμενες μελέτες αποτελούν δείκτες εγκυρότητας της μέτρησης (Cook & Beckman 2006).

Το παρόν Κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα των αναλύσεων σχετικά με τον επιπολασμό της μη-συνταγογραφημένης χρήσης των φαρμάκων και την κατανομή της στον πληθυσμό της έρευνας. Παρουσιάζονται επίσης τα αποτελέσματα των αναλύσεων για τους παράγοντες που συνδέονται με τη συμπεριφορά αυτή.

Ο στόχος των αναλύσεων είναι διττός:

- Να διερευνηθεί κατά πόσο τα επίπεδα επιπολασμού της μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων που παρατηρήθηκαν στην παρούσα έρευνα συγκλίνουν ή αποκλίνουν από εκείνα που έχουν παρατηρηθεί σε ανάλογες έρευνες τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Επίπεδα επιπολασμού που συγκλίνουν με εκείνα άλλων συγκρίσιμων ερευνών θα θεωρηθούν ενδεικτικά αποδεκτής ποιότητας στη

μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης — επίπεδα που θα αποκλίνουν σημαντικά θα θεωρηθούν ενδεικτικά μέτρησης μη-αποδεκτής ποιότητας.

— Να διερευνηθεί κατά πόσο η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων συνδέεται με χαρακτηριστικά και συμπεριφορές των εφήβων που αναμένονται σύμφωνα με υπάρχουσες θεωρητικές και εμπειρικές υποθέσεις. Έτσι, βάσει βιβλιογραφίας (βλ. επισκόπηση Young et al. 2012β) σημαντική σχέση αναμένεται να παρατηρηθεί μεταξύ της μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων και παραγόντων όπως της μεγαλύτερης ηλικίας, της συνταγογραφημένης χρήσης τού φαρμάκου, της μη-συνταγογραφημένης χρήσης άλλων ψυχοδραστικών φαρμάκων, της συχνής εμφάνισης ψυχολογικών ή/και σωματικών ενοχλήσεων και των συχνών επισκέψεων στο γιατρό, καθώς και της χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων από το φιλικό και το οικογενειακό περιβάλλον των εφήβων. Επίσης, σημαντική σχέση αναμένεται μεταξύ της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων και της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Η σχέση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων και της χρήσης άλλων νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών θα εξεταστεί περαιτέρω για τα οπιοειδή παυσίπονα.¹² Πιο συγκεκριμένα: α) θα διερευνηθούν τα επίπεδα επιπολασμού της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών –συστηματικό κάπνισμα, συχνή κατανάλωση οινοπνευματωδών, χρήση κάνναβης και χρήση εισπνεόμενων ουσιών– στους χρήστες οπιοειδών παυσίπων, για το σύνολο και ανάλογα με εάν η μη-συνταγογραφημένη χρήση περιελάμβανε ψυχαγωγικούς λόγους χρήσης. Και, αντίστροφα, β) θα εξεταστεί ο βαθμός στον οποίο η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων αποτελεί καθεαυτή ανεξάρτητο προβλεπτικό παράγοντα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Ειδικότερα, θα εξεταστεί εάν τα διαφορετικά κίνητρα για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων ασκούν διαφορετική επίδραση στην πιθανότητα χρήσης των διαφόρων κατηγοριών εξαρτησιογόνων ουσιών. Η εμπειρική υπόθεση που αναμένεται να επιβεβαιωθεί (βλ. McCabe et al. 2009α) είναι ότι η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων που γίνεται και για ψυχαγωγικά κίνητρα θα έχει εντονότερη επίδραση στην πιθανότητα χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, συγκριτικά με εκείνη που γίνεται αποκλειστικά για θεραπευτικούς μόνο λόγους.

¹² Τα χαμηλά επίπεδα επιπολασμού της χρήσης, σε συνδυασμό με το μικρό μέγεθος του δείγματος, δεν επιτρέπουν ανάλογες αναλύσεις για τα ηρεμιστικά και υπνωτικά.

6.2 Μέθοδος

6.2.1 Πληθυσμός – Δείγμα

Οι αναλύσεις βασίστηκαν σε στοιχεία 868 μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών. Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού καθώς και η μεθοδολογία συλλογής των στοιχείων παρουσιάστηκαν αναλυτικά στο Κεφάλαιο 3 (§ 3.3).

6.2.2 Μέτρα

Η μέτρηση της συνταγογραφημένης χρήσης έγινε με την ακόλουθη ερώτηση: «Έχεις πάρει ποτέ ηρεμιστικά ... υπνωτικά... ισχυρά παυσίπονα με σύσταση γιατρού;» (Απαντήσεις: Όχι, ποτέ, Ναι, ≤ 3 εβδομάδες Ναι, > 3 εβδομάδες, για τα ηρεμιστικά και υπνωτικά, και Όχι, ποτέ, 1-2 φορές, 3 ή περισσότερες φορές, για τα ισχυρά παυσίπονα). Η μη-συνταγογραφημένη χρήση μετρήθηκε με την ακόλουθη ερώτηση: «Έχεις πάρει ποτέ ηρεμιστικά ... υπνωτικά... ισχυρά παυσίπονα χωρίς σύσταση γιατρού;» (Απαντήσεις: Όχι, ποτέ, 1-2 φορές, 3-5 φορές, 6-9 φορές, 10 φορές και πάνω) (βλ. Κεφάλαιο 3). Μόνο για τα ηρεμιστικά / υπνωτικά, οι ίδιες ερωτήσεις περιλαμβάνονταν (ως ενοποιημένη μεταβλητή) και στο ερωτηματολόγιο ESPAD, το οποίο χορηγήθηκε την ίδια περίοδο.

Στη βάση προηγούμενων θεωρητικών και εμπειρικών υποθέσεων, οι παράγοντες των οποίων η σχέση με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση φαρμάκων εξετάστηκε στην παρούσα ανάλυση περιελάμβαναν: ατομικά, δημογραφικά και ψυχολογικά και σωματικά χαρακτηριστικά, τη χρήση φαρμάκων από τους ίδιους τους εφήβους και από άτομα του άμεσου περιβάλλοντος τους, την κοινωνική προσαρμογή και τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών και τις δραστηριότητές τους κατά τον ελεύθερο χρόνο (οι μεταβλητές παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.3).

6.2.3 Αναλύσεις

Εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για την αποτύπωση του επιπολασμού της συνταγογραφημένης και μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων. Επαγωγική ανάλυση (κριτήρια Pearson χ^2 ή McNemar) εφαρμόστηκε για τον έλεγχο των διαφορών στα επίπεδα επιπολασμού της χρήσης μεταξύ ομάδων του πληθυσμού (φύλο και ηλικία).

Μονομεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις λογαριθμιστικής παλινδρόμησης εφαρμόστηκαν για τον έλεγχο της ύπαρξης σχέσης μεταξύ της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ξεχωριστά α) ηρεμιστικών ή υπνωτικών (εξαρτημένη μεταβλητή, δίτιμη, κατηγορική, 0 = ποτέ και 1 = χρήση ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή) και β) οπιοειδών παυσίπων (εξαρτημένη μεταβλητή, δίτιμη, κατηγορική, 0 = ποτέ ή ≤ 2 φορές χρήση και 1 = χρήση ≥ 3 φορές σε όλη τη ζωή) και των επεξηγηματικών μεταβλητών (ανεξάρτητες μεταβλητές). Με εξαίρεση τις μεταβλητές για το καταθλιπτικό συναίσθημα, την ανομική στάση και την αντικοινωνική συμπεριφορά οι οποίες ήταν συνεχείς, όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν κατηγορικές, δίτιμες.

Οι παράγοντες που στις μονομεταβλητές αναλύσεις ήταν στατιστικά σημαντικοί σε επίπεδο $\alpha = 0,05$ εισήχθησαν σε διαδοχικά πολυμεταβλητά μοντέλα τα οποία, επιπλέον, συμπεριέλαβαν τους όρους αλληλεπίδρασης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και του φύλου (με τη μορφή ψευδομεταβλητής) που ήταν στατιστικά σημαντικοί στα ενδιάμεσα στάδια της ανάλυσης.

Για να εξεταστεί εάν η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων που περιέχει και ψυχαγωγικά κίνητρα συνδέεται με τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών εφαρμόστηκαν τέσσερα υποδείγματα πολυμεταβλητής ανάλυσης λογαριθμιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένες μεταβλητές ξεχωριστά α) το καθημερινό κάπνισμα, β) την κατανάλωση αλκοόλ ≥ 10 φορές τον τελευταίο μήνα, γ) τη χρήση εισπνεόμενων ουσιών ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή και δ) τη χρήση κάνναβης ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή. Όλες οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν κατηγορικές, δίτιμες και πήραν τιμές 0 = Όχι και 1 = Ναι. Η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων ήταν ανεξάρτητη μεταβλητή με τρία επίπεδα — «ποτέ μη-συνταγογραφημένη χρήση» (κατηγορία αναφοράς), «μη-συνταγογραφημένη χρήση για θεραπευτικούς μόνο λόγους» και «μη-συνταγογραφημένη χρήση για θεραπευτικούς ή/και ψυχαγωγικούς λόγους (μικτοί λόγοι)». Εξαιτίας του μικρού αριθμού μαθητών που ανέφεραν μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων μόνο για «ψυχαγωγικούς» λόγους, δεν ήταν δυνατές οι αναλύσεις ξεχωριστά για αυτήν την κατηγορία χρηστών και ως εκ τούτου συμπεριλήφθηκαν στην κατηγορία «μικτοί λόγοι». Το φύλο, η ηλικία και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των εφήβων μαθητών συμπεριλήφθησαν στις αναλύσεις ως μεταβλητές στάθμησης.

6.3 Αποτελέσματα

6.3.1 Ο επιπολασμός της χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων στο δείγμα

Τα επίπεδα επιπολασμού της χρήσης ηρεμιστικών και υπνωτικών παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.1. Η συντριπτική πλειονότητα των εφήβων που συμμετείχαν στην έρευνα (90,9%) δεν είχαν χρησιμοποιήσει ποτέ κάποιο ηρεμιστικό ή υπνωτικό. Σε ποσοστό 9,1% οι έφηβοι ανέφεραν κάποιας μορφής χρήση, συνταγογραφημένη ή μη. Μη-συνταγογραφημένη χρήση αναφέρθηκε από το 4,3% των εφήβων, κυρίως ηρεμιστικών (3,9%). Η πλειονότητα των χρηστών (2,6%) ανέφεραν αποκλειστικά μη-συνταγογραφημένη χρήση. Σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων παρατηρήθηκαν μόνο στη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών — διπλάσιο ποσοστό κοριτσιών (5,2%), από ότι αγοριών (2,6%) ανέφεραν τη μη-συνταγογραφημένη χρήση τους.

Συγκριτικά με τα επίπεδα επιπολασμού της χρήσης που παρατηρήθηκαν στο ερωτηματολόγιο ESPAD, τα αντίστοιχα επίπεδα στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων ήταν χαμηλότερα κατά περίπου μια ποσοστιαία μονάδα για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ($p = 0,720$), αλλά υψηλότερα κατά περίπου μιάμιση ποσοστιαία μονάδα για τη συνταγογραφημένη χρήση ($p = 0,040$) (Πίνακας 6.1). Οι διαφορές στον επιπολασμό της συνταγογραφημένης χρήσης που παρατηρήθηκαν μεταξύ των ερωτηματολογίων εντοπίζονται κυρίως στα αγόρια ($p = 0,009$).

Τα αποτελέσματα για τον επιπολασμό της χρήσης οπιοειδών παυσίπων παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.2. Οι μισοί μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνα (52,9%) ανέφεραν κάποιας μορφής χρήση, συνταγογραφημένη ή μη. Μη-συνταγογραφημένη χρήση ανέφερε ένας στους 4 (26,4%), με την πλειονότητα αυτών (21,3%) να έχουν επαναλάβει τη χρήση τουλάχιστον τρεις φορές, και το 15,9% τουλάχιστον έξι φορές (δεν φαίνεται σε Πίνακα). Το 1/3 των εφήβων που ανέφεραν μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων (8,9%), ανέφεραν αποκλειστικά μη-συνταγογραφημένη χρήση. Διαφορές στα φύλα παρατηρήθηκαν στη συνταγογραφημένη μόνο χρήση και στη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων (περισσότερα κορίτσια ανέφεραν χρήση), ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων (Πίνακας 6.2).

Πίνακας 6.1: Επιπολασμός της συνταγογραφημένης και της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών και υπνωτικών, στο σύνολο του δείγματος, και ανά φύλο. Στοιχεία από το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων και το ερωτηματολόγιο ESPAD.

	Ερωτηματολόγιο φαρμάκων									Ερωτηματολόγιο ESPAD		
	Ηρεμιστικά			Υπνωτικά			Ηρεμιστικά ή υπνωτικά			Ηρεμιστικά / υπνωτικά		
	Σύνολο	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο	Αγόρια	Κορίτσια
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ποτέ χρήση οποιασδήποτε μορφής	92,3	92,7	91,8	96,8	97,4	96,3	90,9	91,2	90,7	92,3	93,7	90,9
Χρήση ≥ 1 φορά στη ζωή (οποιασδήποτε μορφής)	7,7	7,3	8,2	3,2	2,6	3,7	9,1	8,8	9,3	7,7	6,3	9,1
Συνταγογραφημένη χρήση ¹	5,0	5,5	4,6	2,4	2,3	2,4	6,3	6,9	5,6	4,7	3,6	5,8
Μη-συνταγογραφημένη χρήση ²	3,9	2,6	5,2*	1,1	0,9	1,2	4,3	3,3	5,3	5,1	4,7	5,5
Συνταγογραφημένη χρήση μόνο	2,9	3,1	2,7	1,6	1,0	2,3	3,5	3,6	3,3	2,6	1,6	3,6
Μη-συνταγογραφημένη χρήση μόνο	2,6	1,7	3,5	0,7	0,2	1,3	2,6	1,7	3,6	2,9	2,7	3,1
Συνταγογραφημένη και μη-συνταγογραφημένη	1,3	1,0	1,7	0,4	0,7	0,0	1,7	1,7	1,8	2,1	2,0	2,2

Σημειώσεις. ¹Ανεξαρτήτως εάν έχει γίνει μη-συνταγογραφημένη χρήση. ²Ανεξαρτήτως εάν έχει γίνει συνταγογραφημένη χρήση.
* $p < 0,05$ για τις διαφορές στα φύλα.

Πίνακας 6.2: Επιπολασμός της συνταγογραφημένης και της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων, στο σύνολο του δείγματος, και ανά φύλο και ηλικία. Στοιχεία από το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων.

	Σύνολο	Φύλο		Ηλικία (έτη)		
		Αγόρια	Κορίτσια	16	17	18
		%	%	%	%	%
Ποτέ χρήση οποιασδήποτε μορφής	47,1	51,6	42,5*	52,0	43,2	45,3
Χρήση ≥ 1 φορά στη ζωή (οποιασδήποτε μορφής)	52,9	48,4	57,5	48,0	56,8	54,7
Συνταγογραφημένη χρήση ¹	42,1	39,3	45,0	37,1	45,7	43,9
Μη-συνταγογραφημένη χρήση ²	26,4	21,2	31,7**	26,3	26,7	28,1
Συνταγογραφημένη χρήση μόνο	21,6	20,5	22,6**	17,5	25,0	22,3
Μη-συνταγογραφημένη χρήση μόνο	8,9	7,4	10,5	9,6	9,4	7,9
Συνταγογραφημένη και μη-συνταγογραφημένη χρήση	17,3	13,4	21,2	16,2	17,6	19,8

Σημειώσεις. ¹Ανεξαρτήτως εάν έχει γίνει μη-συνταγογραφημένη χρήση. ²Ανεξαρτήτως εάν έχει γίνει συνταγογραφημένη χρήση. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ για τις διαφορές στα φύλα.

6.3.2 Παράγοντες που συνδέονται με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση

Ο Πίνακας 6.3 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των μονομεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης για τη σχέση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων και ατομικών παραγόντων και παραγόντων του περιβάλλοντος των εφήβων. Στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις, παράγοντες που φάνηκε να συνδέονται με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση και των δύο κατηγοριών φαρμάκων ήταν: η χρήση τού φαρμάκου με σύσταση γιατρού, η μη-

συνταγογραφημένη χρήση της άλλης κατηγορίας φαρμάκου, η συχνή επίσκεψη στο γιατρό για σωματικές ενοχλήσεις, η καταθλιπτική διάθεση, και η χρήση του φαρμάκου από μέλος της οικογένειας.

Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών έδειξαν ως ισχυρότερο σχετιζόμενο παράγοντα τη χρήση τού φαρμάκου με σύσταση γιατρού (OR = 22,1, 95% ΔΕ = 7,1-69,1, $p < 0,001$). Άλλοι παράγοντες με ανεξάρτητη σχέση ήταν η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων (OR = 6,3, 95% ΔΕ = 2,2-18,4, $p = 0,001$), η ηλικία των 18 ετών (έναντι των 17χρονων) (OR = 4,6, 95% ΔΕ = 1,6-13,6, $p = 0,007$) και η αδικαιολόγητη απουσία από το σχολείο (OR = 4,0, 95% ΔΕ = 1,7-9,6, $p = 0,002$) (Πίνακας 6.3).

Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων έδειξαν ως ισχυρότερο σχετιζόμενο παράγοντα τη μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων αυτών από φίλους (OR = 8,2, 95% ΔΕ = 5,2-13,0, $p < 0,001$). Άλλοι παράγοντες με ανεξάρτητη επίδραση ήταν η χρήση τού φαρμάκου με σύσταση γιατρού (OR = 3,2, 95% ΔΕ = 2,1-4,8, $p < 0,001$), η καταθλιπτική διάθεση –με εντονότερη επίδραση στα αγόρια (OR = 3,1, 95% ΔΕ = 1,7-5,5, $p < 0,001$) από ότι στα κορίτσια (OR = 1,5, 95% ΔΕ = 1,1-2,2, $p = 0,018$)–, και η ελληνική εθνικότητα των γονιών (OR = 2,3, 95% ΔΕ = 1,1-4,7, $p = 0,031$).

Περαιτέρω αναλύσεις στα στοιχεία των μαθητών που απάντησαν στην ερώτηση για τους λόγους της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων ($n = 170$, 61% κορίτσια) έδειξαν ότι στην συντριπτική τους πλειονότητα (80,6%) οι χρήστες οπιοειδών ανέφεραν αποκλειστικά «θεραπευτικούς» λόγους, σε υψηλότερο ποσοστό τα κορίτσια από ότι τα αγόρια ($p = 0,038$) (Πίνακας 6.4).

Ο Πίνακας 6.5 συγκρίνει τις διαφορές στον επιπολασμό της χρήσης διαφόρων κατηγοριών νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές που ανέφεραν μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων ανάλογα με τους λόγους χρήσης του φαρμάκου. Τα επίπεδα επιπολασμού της χρήσης ουσιών δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των χρηστών οπιοειδών που ανέφεραν μόνο «θεραπευτικούς» λόγους μη-συνταγογραφημένης χρήσης και εκείνων που ανέφεραν μικτούς λόγους χρήσης («θεραπευτικούς» και «ψυχαγωγικούς»).

Πίνακας 6.3: Παράγοντες που συνδέονται με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση α) ηρεμιστικών ή υπνωτικών και β) οπιοειδών παυσίπων. Αποτελέσματα μονομεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.

Παράγοντας (κατηγορία αναφοράς)	Μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών (≥1 φορά σε όλη τη ζωή)							Μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων (≥3 φορές σε όλη τη ζωή)								
	Μονομεταβλητές				Πολυμεταβλητό τελικό μοντέλο (n = 620)			Μονομεταβλητές				Πολυμεταβλητό τελικό μοντέλο (n = 697)				
	OR†	95% ΔΕ††	ΔΕ	p	OR	95% ΔΕ	p	OR	95% ΔΕ	ΔΕ	p	OR	95% ΔΕ	p		
Κοινωνικοδημογραφικά																
Αγόρι (Κορίτσι)	0,6	0,3	1,2	0,158	0,8	0,3	1,8	0,558	0,6	0,4	0,9	0,012	0,3	0,1	1,2	0,089
18 ετών (16 ετών)	1,4	0,7	3,1	0,336					1,0	0,6	1,8	0,907				
17 ετών (16 ετών)	0,5	0,2	1,1	0,071					1,1	0,6	1,8	0,832				
18 ετών (17 ετών)	3,1	1,3	7,6	0,013	4,6	1,6	13,6	0,007	1,0	0,6	1,6	0,925				
Πατέρας ολοκλήρωσε πανεπιστήμιο (Χαμηλότερο επίπεδο)	1,7	0,8	3,4	0,170					1,2	0,8	2,0	0,352				
Μητέρα ολοκλήρωσε ανεπιστήμιο (Χαμηλότερο επίπεδο)	1,3	0,6	3,1	0,507					1,3	0,8	2,0	0,242				
Πατέρας άνεργος (Απασχολούμενος / συνταξιούχος / εισοδηματίας)	1,4	0,2	12,8	0,751					0,9	0,3	3,2	0,906				
Μητέρα άνεργη (Απασχολούμενη / συνταξιούχος / εισοδηματίας)	1,5	0,6	3,5	0,351					1,0	0,6	1,5	0,884				
Οικονομική κατάσταση οικογένειας χειρότερη (Στο μέσο όρο ή καλύτερη)	3,4	1,5	8,0	0,005					0,8	0,4	1,6	0,571				
Και οι δύο βιολογικοί γονείς στην οικογένεια (Αναδομημένη)	0,4	0,2	0,9	0,024					0,8	0,5	1,4	0,496				
Γεννήθηκε στην Ελλάδα (Όχι)	0,6	0,3	1,3	0,191					2,0	1,1	3,8	0,025				
Και οι δύο γονείς Έλληνες (Τουλάχιστον ένας αλλοδαπός)	1,0	0,4	2,2	0,926					2,7	1,5	5,0	0,002	2,3	1,1	4,7	0,031
Ψυχοσωματική υγεία																
Χειρότερη σωματική υγεία (Στο μέσο όρο ή καλύτερη)	3,2	1,5	6,9	0,004					1,4	0,9	2,1	0,122				
Στο γιατρό για σωματικά συμπτώματα ≥3 φορές τους τελ. 12 μήνες (<3 φορές)	2,5	1,2	5,0	0,014					1,8	1,2	2,8	0,009				
Στο γιατρό για ψυχολογικά συμπτώματα ≥1 φορά τους τελ. 12 μήνες (Ποτέ)	5,5	2,0	15,1	0,001					1,3	0,5	3,2	0,551				
Μη-συνταγογραφημένη χρήση του άλλου φαρμάκου ¹ (Ποτέ)	6,7	2,7	16,6	<0,001	6,3	2,2	18,4	0,001	6,7	2,7	16,6	<0,001				
Συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων ≥1 φορά σε όλη τη ζωή (Ποτέ)	1,8	0,9	3,6	0,075					4,4	3,0	6,5	<0,001	3,2	2,1	4,8	<0,001
Συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών ≥1 φορά σε όλη τη ζωή (Ποτέ)	17,7	7,1	43,9	<0,001	22,1	7,1	69,1	<0,001	1,9	1,0	3,6	0,058				
Κακοποίηση ² ≥1 φορά σε όλη τη ζωή (Ποτέ)	1,7	0,8	3,6	0,170					1,2	0,9	1,6	0,277				
Κατάθλιπτικό συναίσθημα ³	2,5	1,6	3,9	<0,001					2,2	1,7	2,8	<0,001				
Κατάθλιπτικό συναίσθημα*Αγόρι													3,1	1,7	5,54	<0,001
Κατάθλιπτικό συναίσθημα*Κορίτσι													1,5	1,1	2,19	0,018
Αυτοεκτίμηση ³	0,4	0,2	1,1	0,075					0,6	0,3	0,9	0,028				

Συνεχίζεται στην επόμενη σελίδα

Σημειώσεις. ¹Για τα οπιοειδή παυσίπων ≥3 φορές σε όλη τη ζωή έναντι 0-2 φορές και για τα ηρεμιστικά ή υπνωτικά ≥1 φορά σε όλη τη ζωή έναντι ποτέ. ²Οποιασδήποτε μορφής. ³Συνεχής μεταβλητή, μονάδα μεταβολής = 1,000. ⁴Μη-συνταγογραφημένη. †Odds Ratio, σχετικοί λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων. †† 95% Διαστήματα εμπιστοσύνης.

Πίνακας 6.3: *συνέχεια* - Παράγοντες που συνδέονται με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών και οπιοειδών παυσίπων. Αποτελέσματα μονομεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.

Παράγοντας (κατηγορία αναφοράς)	Μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών (≥1 φορά σε όλη τη ζωή)						Μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων (≥3 φορές σε όλη τη ζωή)							
	Μονομεταβλητές			Πολυμεταβλητό τελικό μοντέλο (n = 620)			Μονομεταβλητές			Πολυμεταβλητό τελικό μοντέλο (n = 697)				
	OR†	95% ΔΕ††	p	OR	95% ΔΕ	p	OR	95% ΔΕ	p	OR	95% ΔΕ	p		
Χρήση φαρμάκων στο άμεσο περιβάλλον														
Χρήση οπιοειδών παυσίπων ⁴ από φίλους (Κανένας / δεν ξέρω)	3,8	1,9	7,8	<0,001			9,2	6,0	14,1	<0,001	8,2	5,2	13,0	<0,001
Χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών ⁴ από φίλους (Κανένας / δεν ξέρω)	5,4	2,5	11,8	<0,001			1,6	1,0	2,5	0,065				
Χρήση οπιοειδών παυσίπων από μέλος της οικογένειας (Κανένας / δεν ξέρω)	1,4	0,6	3,0	0,428			4,2	2,8	6,4	<0,001				
Χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών από μέλος της οικογένειας (Κανένας / δεν ξέρω)	4,1	1,8	9,1	0,001			1,9	1,3	2,8	0,002				
Προσαρμογή														
Ανομική στάση ³	0,9	0,6	1,3	0,552			1,1	0,8	1,4	0,470				
Αντικοινωνική συμπεριφορά ³	4,2	2,0	8,6	<0,001			1,3	0,7	2,6	0,403				
Χρήση ουσιών														
Κάπνισμα ≥ 1 τσιγάρο την ημέρα (Καθόλου ή <1 τσιγάρο την ημέρα)	3,7	1,8	7,7	0,001			1,6	1,0	2,6	0,076				
Οινοπνευματώδη ≥ 10 φορές τις τελ 30 ημέρες (<10 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες)	2,0	1,0	3,8	0,040			1,3	0,8	2,0	0,304				
Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ≥1 φορά τις τελ 30 ημέρες (Καθόλου τις τελευταίες 30 ημέρες)	2,6	1,3	5,2	0,007			0,8	0,5	1,2	0,317				
Μέθη ≥ 1 φορά τις τελ 30 ημέρες (Καθόλου τις τελευταίες 30 ημέρες)	4,2	1,8	9,6	0,001			1,1	0,6	2,0	0,721				
Κάναβη ≥1 φορά σε όλη τη ζωή (Ποτέ)	4,4	1,9	10,6	0,001			1,3	0,7	2,5	0,350				
Εισπνεόμενες ουσίες ≥1 φορά σε όλη τη ζωή (Ποτέ)	2,3	1,1	5,0	0,030			2,2	1,3	4,0	0,007				
Διαπροσωπικές σχέσεις														
Χαμηλή ικανοποίηση από τη σχέση με μητέρα (Ικανοποίηση / έτσι-κι-έτσι)	2,1	0,6	7,6	0,276			1,1	0,6	2,2	0,697				
Χαμηλή ικανοποίηση από τη σχέση με πατέρα (Ικανοποίηση / έτσι-κι-έτσι)	2,6	1,3	5,3	0,006			0,9	0,5	1,7	0,800				
Χαμηλή ικανοποίηση από τη σχέση με φίλους/δεν έχει φίλους (Ικανοποίηση / έτσι-κι-έτσι)	3,4	1,8	6,7	0,001			1,5	0,9	2,7	0,132				
Σχολείο														
Αδικοιολόγητη απουσία ≥2 ημέρες τις τελευταίες 30 ημέρες (0-1 φορές)	4,2	2,0	8,5	<0,001	4,0	1,7	9,6	0,002			0,8	0,5	1,1	0,168
Βαθμολογία τριμήνου 10-13 (18-20)	1,8	0,7	4,8	0,220			0,9	0,5	1,4	0,545				
Βαθμολογία τριμήνου 14-17 (18-20)	0,8	0,3	1,9	0,565			0,9	0,6	1,4	0,598				
Χαμηλή ικανοποίηση από το σχολείο (Ικανοποίηση ή έτσι-κι-έτσι)	1,4	0,6	3,1	0,383			1,7	1,1	2,5	0,010				
Δραστηριότητες														
Παιχνίδια στον υπολογιστή, ταμπλέτες κτλ σχεδόν κάθε μέρα (Λιγότερο συχνά)	1,7	0,7	4,0	0,233			0,8	0,5	1,2	0,234				
Περιορισμένη σωματική άσκηση (Σχεδόν κάθε μέρα)	1,9	0,9	4,3	0,112			1,0	0,7	1,5	0,948				

Σημειώσεις: ¹Για τα οπιοειδή παυσίπων ≥3 φορές σε όλη τη ζωή έναντι 0-2 φορές και για τα ηρεμιστικά ή υπνωτικά ≥1 φορά σε όλη τη ζωή έναντι ποτέ. ²Όποιασδήποτε μορφής. ³Συνεχής μεταβλητή, μονάδα μεταβολής = 1,000. ⁴Μη-συνταγογραφημένη. †Odds Ratio, σχετικοί λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων. †† 95% Διαστήματα εμπιστοσύνης.

Πίνακας 6.4: Λόγοι μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων μεταξύ των μαθητών που ανέφεραν μη-συνταγογραφημένη χρήση και απάντησαν στην ερώτηση για τους λόγους χρήσης ($n = 170$), στο σύνολο του δείγματος, και ανά φύλο

	Τυπολογία λόγου χρήσης	Σύνολο	Αγόρια	Κορίτσια	p
		($n = 170$) ²	($n = 66$)	($n = 104$)	
		%	%	%	
Λόγοι μη-συνταγογραφημένης χρήσης¹					
"Να διασκεδάσω με την παρέα μου"	"Ψυχαγωγικός"	9,4	16,7	4,8	0,009
"Να νιώσω ευχάριστα, να φτιαχτώ, ν' ανέβω"	"Ψυχαγωγικός"	7,1	10,6	4,8	0,117
"Από περιέργεια, για δοκιμή"	"Ψυχαγωγικός"	5,9	9,1	3,8	0,190
"Να κοιμηθώ"	"Θεραπευτικός"	5,9	9,1	3,8	0,159
"Γιατί είχα πόνο"	"Θεραπευτικός"	91,8	87,9	94,2	0,188
"Να ηρεμήσω, να μου φύγει η ένταση"	"Θεραπευτικός"	9,4	13,6	6,7	0,119
"Για κάποιον άλλο λόγο"	"Θεραπευτικός"	10,0	12,1	8,7	0,423
Θεραπευτικοί <u>μόνο</u> λόγοι		80,6	72,7	85,6	0,038
Ψυχαγωγικοί <u>μόνο</u> λόγοι ³		5,3	9,1	2,9	0,091

Σημειώσεις. ¹Οι κατηγορίες απάντησης ήταν προκαθορισμένες. ²Τα ποσοστά αθροίζουν άνω του 100% καθώς οι ερωτήσεις ήταν πολλαπλής επιλογής. ³Αριθμός παρατηρήσεων $n = 9$.

Πίνακας 6.5: Επιπολασμός της χρήσης νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών α) στο σύνολο του δείγματος, β) ανάλογα με το εάν ανέφεραν μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων και γ) –μεταξύ των χρηστών– ανάλογα με τους λόγους της μη-συνταγογραφημένης χρήσης

	Μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων ¹			p ⁴	Λόγοι μη-συνταγογραφημένης χρήσης ²		p ⁵
	Σύνολο	Όχι	Ναι		Θεραπευτικοί	Μικτοί ³	
	($n = 868$)	($n = 674$)	($n = 194$)		<u>μόνο</u> λόγοι	λόγοι	
	%	%	%	χρήσης	χρήσης		
					($n = 137$)	($n = 33$)	
Καθημερινό κάπνισμα	18,3	15,2	22,2	0,054	21,9	18,2	0,682
Αλκοόλ, ≥ 10 φορές τον τελευταίο μήνα	17,4	16,1	18,1	0,546	17,6	24,2	0,362
Κάναβη, ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή	11,1	9,6	13,0	0,232	12,6	15,2	0,689
Εισπνεόμενες ουσίες, ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή	10,6	8,2	15,0	0,019	14,7	24,2	0,225

Σημειώσεις. ¹Χρήση ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή. ²Αναφέρθηκαν "θεραπευτικοί" και "ψυχαγωγικοί" λόγοι χρήσης. ³Μαθητές που ανέφεραν μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων και απάντησαν στην ερώτηση σχετικά με τους λόγους χρήσης. ⁴Συγκρίσεις ομάδων ανάλογα με εάν έχουν κάνει μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων. ⁵Συγκρίσεις ομάδων ανάλογα με εάν ανέφεραν "θεραπευτικούς" μόνο ή "μικτούς" λόγους μη-συνταγογραφημένης χρήσης.

Ο Πίνακας 6.6 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των πολυμεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης για τη σχέση της χρήσης διάφορων εξαρτησιογόνων ουσιών (εξαρτημένες μεταβλητές) και των διαφορετικών κινήτρων για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων (ανεξάρτητη μεταβλητή), σταθμισμένων για το φύλο, την ηλικία και την οικονομική κατάσταση της οικογένειας.

Γενικά, οι πιθανότητες (OR) για τους έφηβους να αναφέρουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών δεν φάνηκε να επηρεάζονται σημαντικά από την παρουσία ή μη «ψυχαγωγικών» κινήτρων στη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών. Ειδικότερα, συγκριτικά με τη μη-χρήση του οπιοειδούς φαρμάκου, η μη-συνταγογραφημένη χρήση του για «θεραπευτικούς» μόνο λόγους διπλασίασε την πιθανότητα καθημερινού καπνίσματος και της χρήσης εισπνεόμενων ουσιών και κάνναβης. Αντίθετα, η παρουσία «ψυχαγωγικών» κινήτρων στη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών δεν φάνηκε να ενισχύει σημαντικά την πιθανότητα χρήσης ουσιών. Εξαίρεση αποτέλεσε η χρήση εισπνεόμενων ουσιών, της οποίας η πιθανότητα εμφάνισης σχεδόν τετραπλασιάζεται (σταθμισμένος OR = 3,9, 95% ΔΕ = 1,5-10,3, $p = 0,008$) όταν μεταξύ των λόγων χρήσης του φαρμάκου περιλαμβάνεται η αλλαγή της διάθεσης (για να «φτιαχτώ»).

Πίνακας 6.6: Σχέση του καπνίσματος, της κατανάλωσης οινόπνευματων, της χρήσης εισπνεόμενων ουσιών και της χρήσης κάνναβης (εξαρτημένες μεταβλητές) με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων (ανεξάρτητη μεταβλητή). Αποτελέσματα τεσσάρων πολυμεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.

	Καθημερινό κάπνισμα ($n = 663$) ¹	Κατανάλωση αλκοόλ, ≥ 10 φορές τις τελ.30 ημέρες ($n = 659$) ¹	Χρήση εισπνεόμενων, ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή ($n = 663$) ¹	Χρήση κάνναβης, ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή ($n = 663$) ¹
	OR ² (95% ΔΕ ³)	OR ² (95% ΔΕ ³)	OR ² (95% ΔΕ ³)	OR ² (95% ΔΕ ³)
Ποτέ μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων ($n = 499$)	— ⁴	— ⁴	— ⁴	— ⁴
Μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων για "θεραπευτικούς" μόνο λόγους ($n = 132$)	2,0* (1,2-3,6)	1,4 (0,8-2,4)	2,2* (1,1-4,2)	2,2* (1,2-4,1)
Μη-συνταγογραφημένη χρήση ισχυρών παυσίπων για μικτούς ⁵ λόγους ($n=32$)	1,3 (0,4-4,2)	1,5 (0,6-3,8)	3,9** (1,5-10,3)	1,7 (0,6-5,1)

Σημειώσεις. ¹Σύνολο περιπτώσεων στο μοντέλο. ²Odds Ratio, σχετικοί λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων σταθμισμένοι για φύλο, ηλικία και οικονομική κατάσταση οικογένειας. ³95% Διαστήματα εμπιστοσύνης. ⁴Κατηγορία αναφοράς. ⁵Αναφέρθηκαν "θεραπευτικοί" και "ψυχαγωγικοί" λόγοι χρήσης. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

6.4 Συζήτηση

Επιπολασμός της χρήσης

Περίπου 4,3% των μαθητών του δείγματος ηλικίας 16-18 ετών ανέφεραν μη-συνταγογραφημένη χρήση κάποιου ηρεμιστικού ή υπνωτικού έστω και μια φορά σε όλη τους τη ζωή. Τα παρατηρούμενα επίπεδα επικράτησης είναι σε συμφωνία με εκείνα που έχουν παρατηρηθεί σε προηγούμενες έρευνες (Κοκκέβη και συν. 2009) — ενδεικτικό αποδεκτής ποιότητας μέτρησης για αυτήν την κατηγορία φαρμάκου.

Όπως αναμενόταν, τα χαμηλά επίπεδα επιπολασμού της συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών και υπνωτικών αντανακλούν τον κατά κανόνα χαμηλό επιπολασμό των διαταραχών άγχους ή ύπνου στους εφήβους (μεταξύ 6% και 15% με μέση τιμή περίπου 11%, για όπου υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σε εφήβους, π.χ. Costello et al. 2011), καθώς και τα περιορισμένα επίπεδα συνταγογράφησης ηρεμιστικών και υπνωτικών στον πληθυσμό αυτό (Fortuna et al. 2010). Τα χαμηλά επίπεδα επιπολασμού, επιπλέον, επιβεβαιώνουν (και επιβεβαιώνονται) από τα συμπεράσματα της ποιοτικής διερεύνησης η οποία έδειξε ότι –ως συμπεριφορά– η χρήση των φαρμάκων αυτών αντιμετωπίστηκε σχετικά αδιάφορα από τους μαθητές (βλ. §4.3.1).

Μεταξύ των δύο τύπων φαρμάκων, τα ηρεμιστικά αναφέρθηκαν στην παρούσα έρευνα σε υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τα υπνωτικά. Η παραπάνω διαφορά επιβεβαιώνεται από τα στοιχεία προηγούμενων ερευνών στο γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα (Kokkevi & Stefanis 1991) και στο μαθητικό πληθυσμό διεθνώς (Johnston et al. 2014, Young et al. 2012β).

Είναι αξιοσημείωτο ότι τα ποσοστά της μη-συνταγογραφημένης χρήσης που προέκυψαν με την ενοποίηση των απαντήσεων στις δύο ξεχωριστές μεταβλητές («ηρεμιστικά» και «υπνωτικά») του ερωτηματολογίου των φαρμάκων σε μια («ηρεμιστικά ή υπνωτικά»), ήταν παρόμοια των ποσοστών που παρατηρήθηκαν για την ίδια ερώτηση του ερωτηματολογίου ESPAD, της οποίας η εγκυρότητα έχει τεκμηριωθεί στο παρελθόν (Hibell et al. 2012). Επιπλέον, τα επίπεδα χρήσης που παρατηρήθηκαν στην παρούσα έρευνα συμφωνούν και με τα ποσοστά που είχαν παρατηρηθεί στην «Πανελλήνια έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών» του ΕΠΙΨΥ το 2007. Σε εκείνη την έρευνα, η συνταγογραφημένη –και η μη-συνταγογραφημένη χρήση αναφέρθηκε σε ποσοστό 4,3% και 3,9%, αντίστοιχα (Κοκκέβη και συν. 2009).

Σε αντίθεση με τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά, ο επιπολασμός της συνταγογραφημένης και της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων κυμάνθηκε στην παρούσα έρευνα σε υψηλά επίπεδα — ένας στους 4 εφήβους ηλικίας 16-18 ετών (26,4%) ανέφερε μη-συνταγογραφημένη χρήση τους έστω και μια φορά στη ζωή. Στοιχεία σχετικά με τον επιπολασμό παθήσεων στους εφήβους των οποίων η αντιμετώπιση να δικαιολογεί τη χρήση κάποιου οπιοειδούς παυσίπου δεν ήταν γνωστό να υπάρχουν για την περιοχή, ούτε και για το σύνολο της χώρας. Ωστόσο, ο επιπολασμός της χρήσης ήταν στην παρούσα έρευνα σημαντικά υψηλότερος συγκριτικά με εκείνον που είχε παρατηρηθεί για την ίδια ηλικιακή ομάδα στην έρευνα του ΕΠΨΥ στο γενικό πληθυσμό το 2004 (5%, $n = 25$).¹³ Το ποσοστό της χρήσης ήταν στην παρούσα έρευνα υψηλότερο ακόμα και από εκείνο που είχε παρατηρηθεί την ίδια περίοδο στις ΗΠΑ (δεν ξεπερνούσε σε εθνικό επίπεδο το 13% στους 17χρονους και το 18% σε τοπικά δείγματα μαθητών, βλ. Johnston et al. 2014, Young et al. 2012β).¹⁴

Σχέσεις μεταξύ μεταβλητών

Τα αποτελέσματα των αναλύσεων για τους παράγοντες που συνδέονται με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών επιβεβαιώνουν σε μεγάλο βαθμό υφιστάμενες εμπειρικές υποθέσεις για τη σχέση της συμπεριφοράς αυτής με ατομικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος των εφήβων. Έτσι, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ της συνταγογραφημένης και της μη-συνταγογραφημένης χρήσης του φαρμάκου, με την πρώτη να αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης της δεύτερης (Boyd et al. 2006α, McCabe et al. 2013α, McCabe et al. 2011α, Kokkevi et al. 2008, Fotiou et al. 2014β). Προηγούμενη μελέτη βασισμένη σε στοιχεία της πανευρωπαϊκής έρευνας ESPAD σε περίπου 85.000 16χρονους από 31 χώρες έδειξε ότι η συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών επταπλασιάζει τον κίνδυνο της μη-συνταγογραφημένης χρήσης του στα κορίτσια, ενώ τον δεκαπλασιάζει στα αγόρια (Kokkevi et al. 2008).

¹³ Σημειώνεται ότι τα στοιχεία από τις δύο έρευνες δεν είναι άμεσα συγκρίσιμα λόγω της διαφορετικής μεθόδου συλλογής στοιχείων (ανώνυμο ερωτηματολόγιο σε δείγμα μαθητών της Κεφαλονιάς και Ιθάκης στην παρούσα έρευνα και προσωπική συνέντευξη στο νοικοκυριό σε εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα στην έρευνα του γενικού πληθυσμού).

¹⁴ Δεν υπάρχουν στοιχεία από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες με τα οποία θα μπορούσαν να συγκριθούν τα στοιχεία της παρούσης έρευνας.

Επιπλέον, ψυχολογικές και σωματικές ενοχλήσεις τείνουν να συνυπάρχουν στους εφήβους (Haugland et al. 2001), γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα πρόσβασης των εφήβων (μέσω ειδικών γιατρών) στα συνταγογραφούμενα φάρμακα και κατ' επέκταση τον κίνδυνο μη-συνταγογραφημένης χρήσης τους (Boyd et al. 2014) — κάτι που επίσης αποτυπώθηκε στην παρούσα μελέτη. Επίσης, τα υψηλότερα επίπεδα επιπολασμού της μη-συνταγογραφημένης χρήσης που παρατηρήθηκαν στην παρούσα μελέτη στους μεγαλύτερους σε ηλικία μαθητές έχουν αναδειχθεί σε αρκετές μελέτες σε εφήβους (βλ. Young et al. 2012β) και εξηγούνται από το γεγονός ότι με την αύξηση της ηλικίας αυξάνονται και οι ευκαιρίες μέσω των οποίων μπορεί ένας έφηβος να έρθει σε επαφή με τα φάρμακα. Τέλος, τουλάχιστον δύο μελέτες έχουν αναδείξει τη σχέση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών και υπνωτικών με αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο (Kokkevi et al. 2008, McCabe et al. 2014).

Βασικές εμπειρικές υποθέσεις για τις αναμενόμενες σχέσεις μεταξύ μεταβλητών επιβεβαιώνονται και από τις πολυμεταβλητές αναλύσεις που αφορούσαν τα οπιοειδή παυσίπονα. Έτσι, όπως και στην περίπτωση των ηρεμιστικών / υπνωτικών, στην παρούσα μελέτη η χρήση κάποιου οπιοειδούς παυσίπουνου με σύσταση γιατρού τριπλασίασε την πιθανότητα της χρήσης του ίδιου φαρμάκου χωρίς σύσταση. Πολλές μελέτες έχουν αναδείξει την υψηλή συσχέτιση μεταξύ συνταγογραφημένης και μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων (Boyd et al. 2006α, McCabe et al. 2013α, McCabe et al. 2011α, Kokkevi et al. 2008). Μελέτη κοορτής σε περίπου 9.000 μαθητές στις ΗΠΑ (έτη 2007-2010) έδειξε ότι σε ποσοστό 37% οι έφηβοι μαθητές που ανέφεραν πρόσφατη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων ανέφεραν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν είχαν περισσέψει από προηγούμενη, δικής τους συνταγή — κυρίως τα κορίτσια (McCabe et al. 2013α). Επίσης, όπως προκύπτει από έρευνα του 2003 σε έφηβους-μαθητές ηλικίας 10-18 ετών στο Ντιτρόιτ των ΗΠΑ, οι μαθητές με προηγούμενο ιστορικό χρήσης οπιοειδούς παυσίπων με σύσταση γιατρού είχαν εννέα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν μη-συνταγογραφημένη χρήση τού φαρμάκου τον τελευταίο μήνα (Boyd et al. 2006α).

Το ότι στην παρούσα μελέτη η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων από φίλους αναδείχθηκε ως ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας της μη-συνταγογραφημένης χρήσης του φαρμάκου επιβεβαιώνεται επίσης από τη

βιβλιογραφία (Young et al. 2012β, Goldsworthy & Mayhorn 2009, Goldsworthy et al. 2008)· όπως επίσης επιβεβαιώνεται και η σχέση της συμπεριφοράς αυτής με το καταθλιπτικό συναίσθημα (Young et al. 2012β, Catalano et al. 2011, Schepis & Krishnan-Sarin 2008) και την εθνικότητα (αν και η τελευταία ορίζεται ανάλογα με τη χώρα) (Young et al. 2012β, Wu et al. 2008, McCabe et al. 2005, Sung et al. 2005).

Αρκετές μελέτες έχουν επίσης συνδέσει τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών και οπιοειδών παυσίπων με τη χρήση άλλων νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών (Fleary et al. 2011, Kokkevi et al. 2008, Young et al. 2012β). Παραδόξως, στην παρούσα μελέτη –μολονότι ο επιπολασμός της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ήταν σημαντικά υψηλότερος στους μαθητές που ανέφεραν χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών χωρίς τη σύσταση γιατρού (συγκριτικά με τους μαθητές που δεν είχαν κάνει ποτέ χρήση, Πίνακας 6.3)– ο παράγοντας «χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών» δεν εμφάνισε στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις σημαντική ανεξάρτητη σχέση με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων αυτών (Πίνακας 6.3 και Πίνακας 6.5).

Η απουσία ισχυρής ανεξάρτητης σχέσης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων δείχνει πως η δεύτερη συνδέεται περισσότερο με «θεραπευτικά» και λιγότερο με «ψυχαγωγικά» κίνητρα. Πράγματι, σε σχετική ερώτηση για τους λόγους χρήσης οπιοειδών παυσίπων, οι τέσσερις στους πέντε χρήστες οπιοειδών παυσίπων ανέφεραν αποκλειστικά «θεραπευτικούς» λόγους μη-συνταγογραφημένης χρήσης, σε υψηλότερο ποσοστό τα κορίτσια από ότι τα αγόρια. Οι ίδιες αναλύσεις για τα ηρεμιστικά / υπνωτικά (αν και σε μικρό αριθμό περιπτώσεων, $n = 10$, από 5 αγόρια και κορίτσια) έδειξαν ότι οι περισσότεροι χρήστες ανέφεραν αποκλειστικά «θεραπευτικούς» ή «μικτούς» λόγους χρήσης — μόνον οι 3 (όλα αγόρια) ανέφεραν αποκλειστικά «ψυχαγωγικούς» λόγους (δεν φαίνεται σε Πίνακα).

Οι αναλύσεις που διερευνούσαν τη σχέση των κινήτρων της μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων με τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (εξαρτημένη μεταβλητή) επίσης απέτυχαν να επιβεβαιώσουν μια ακόμα εμπειρική υπόθεση: ότι η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων που περιλαμβάνει ψυχαγωγικά κίνητρα ασκεί ισχυρότερη επίδραση στην πιθανότητα χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών από τα ίδια άτομα, συγκριτικά με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση που γίνεται αποκλειστικά με «θεραπευτικά» κίνητρα (McCabe et al. 2009β). Αντίθετα,

στην παρούσα μελέτη ήταν η μη-συνταγογραφημένη χρήση για αποκλειστικά «θεραπευτικούς» λόγους ο παράγοντας εκείνος που φάνηκε να επιδρά στην πιθανότητα χρήσης των περισσότερων από τις εξαρτησιογόνες ουσίες που εξετάστηκαν (Πίνακας 6.6).

Τα παραπάνω συναινούν στο ότι, τουλάχιστον στο δείγμα της παρούσας έρευνας, η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων προσδιορίζεται από παράγοντες που έχουν να κάνουν περισσότερο με τις θεραπευτικές ιδιότητες του φαρμάκου και λιγότερο με ένα πρότυπο συμπεριφοράς το οποίο περιλαμβάνει τη χρήση και άλλων νόμιμων ή παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Αν και το εύρημα αυτό φαίνεται αντίθετο προς τις έως σήμερα επικρατούσες θεωρητικές και εμπειρικές υποθέσεις, δεν αποτελεί από μόνο του δείκτη χαμηλής εγκυρότητας της μέτρησης καθώς αυξάνονται ολοένα οι αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία που αναδεικνύουν τη συχνή και έντονη παρουσία της «θεραπευτικής» διάστασης στη μη-συνταγογραφημένη χρήση — συχνά σε συνδυασμό με τη «ψυχαγωγική» διάσταση (McCabe & West 2014, Boyd et al. 2014, Young et al. 2012α, Fotiou et al. 2014α).

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα για τα παρατηρούμενα επίπεδα επιπολασμού της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών και υπνωτικών δείχνουν ότι η μέτρηση κινήθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα εγκυρότητας. Τα αποτελέσματα για αυτή την κατηγορία φαρμάκων ενισχύουν, επιπλέον, τη διαπίστωση που διατυπώθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο (Κεφάλαιο 5), ότι η ερώτηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης μπορεί να λειτουργήσει εξίσου ικανοποιητικά είτε αυτή μετρά τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά ως μια, ενοποιημένη κατηγορία βενζοδιαζεπινών (όπως συμβαίνει στην έρευνα ESPAD) είτε τα μετρά ως δύο ξεχωριστές κατηγορίες φαρμάκων (όπως συνέβη στην παρούσα έρευνα και συνηθίζεται τα τελευταία χρόνια στις έρευνες στις ΗΠΑ).

Αντίθετα, ελλείπει συγκρίσιμων στοιχείων, τα υψηλά επίπεδα επιπολασμού της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων εγείρουν ζητήματα εγκυρότητας στη μέτρηση της συμπεριφοράς αυτής. Το παραπάνω ενισχύεται από το υλικό της ποιοτικής έρευνας (βλ. Κεφάλαιο 4), το οποίο έδειξε ότι κάποιοι μαθητές είχαν την τάση να αναφέρονται στα κοινά παυσίπονα (αντί των οπιοειδών παυσίπων), συγχέοντας την κατηγορία των συνταγογραφούμενων φαρμάκων με αυτήν των Μ.Υ.ΣΥ.ΦΑ στα οποία είχαν συχνότερη και ευκολότερη πρόσβαση.

Τα αποτελέσματα στο παρόν Κεφάλαιο επιβεβαίωσαν επίσης τις αναμενόμενες σχέσεις –βάσει βιβλιογραφίας– της μη-συνταγογραφημένης χρήσης με σειρά δημογραφικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των χρηστών, και με τη χρήση φαρμάκων γενικότερα. Ωστόσο, δεν επιβεβαίωσαν τον προβλεπτικό ρόλο της χρήσης άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών στην εμφάνιση της συμπεριφοράς αυτής. Είναι πιθανό το τελευταίο εύρημα να οφείλεται στο ότι η μη-συνταγογραφημένη χρήση φαρμάκων γίνεται με «θεραπευτικά» παρά «ψυχαγωγικά» κίνητρα —κάτι που εμμέσως αναδείχθηκε και στο ποιοτικό σκέλος της έρευνας. Ωστόσο η απουσία εμφάνισης σχέσης μεταξύ της μη-συνταγογραφημένης χρήσης και της χρήσης άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών θα μπορούσε να συνδέεται και με το μικρό μέγεθος και τον τοπικό χαρακτήρα του δείγματος της παρούσας έρευνας. Η παρουσία ή απουσία μιας τέτοιας σχέσης θα μπορούσε να επιβεβαιωθεί από ανάλογες αναλύσεις σε μεγαλύτερα και αντιπροσωπευτικά δείγματα του πληθυσμού αυτού.¹⁵

¹⁵ Πράγματι, το 2011 πραγματοποιήθηκε από το ΕΠΙΨΥ η «Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών», σε μεγάλο πανελλήνιο δείγμα 37.040 μαθητών ηλικίας 13-18 ετών. Σε εκείνη την έρευνα συμπεριλήφθηκαν βελτιωμένα μέτρα για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση. Όπως επιβεβαιώνεται στο Προσάρτημα της παρούσας διατριβής, η χρήση παράνομων ουσιών δεν παρουσίασε κάποια ανεξάρτητη σχέση με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων — εύρημα που επιβεβαιώνει την κυριαρχία της θεραπευτικής διάστασης στη συμπεριφορά αυτή στον πληθυσμό των εφήβων μαθητών στην χώρα μας.

Κεφάλαιο 7 - Ελλείπουσες τιμές

Οι ελλείπουσες τιμές αποτελούν δείκτη ποιότητας της μέτρησης. Στο Κεφάλαιο 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τις αναλύσεις για τη συχνότητα εμφάνισης ελλειπουσών τιμών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των φαρμάκων, με έμφαση στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών αναλύσεων για τη μελέτη των παραγόντων που συνδέονται με την εμφάνιση ελλειπουσών τιμών στις παραπάνω ερωτήσεις. Τα ευρήματα σχολιάζονται σε συνδυασμό με τις διαπιστώσεις της ποιοτικής ανάλυσης, ενώ συζητούνται και οι προεκτάσεις για την έρευνα.

7.1 Εισαγωγή και σκοπός της μελέτης

Οι ελλείπουσες τιμές είναι συχνό φαινόμενο στην επιδημιολογική έρευνα (Raghunathan 2004, Rodgers et al. 1982). Υψηλά επίπεδα ελλειπουσών τιμών μειώνουν την ποιότητα της μέτρησης. Όταν το πλήθος τους είναι μεγάλο –και ιδιαίτερα όταν είναι συστηματικές– οι ελλείπουσες τιμές αυξάνουν τον κίνδυνο μεροληψίας στη μέτρηση καθώς ο πληθυσμός που απάντησε στην ερώτηση ενδέχεται να διαφέρει ως προς τα χαρακτηριστικά του από εκείνον που άφησε την ερώτηση αναπάντητη (De Leeuw et al. 2003). Όπου δεν γίνεται αντικατάστασή τους μέσω ειδικών τεχνικών (π.χ. την εκτίμηση την ελλείπουσας τιμής με την βοήθεια των υπόλοιπων τιμών), οι ελλείπουσες τιμές δημιουργούν προβλήματα στις αναλύσεις καθώς μειώνουν σημαντικά το μέγεθος του δείγματος (De Leeuw et al. 2003).

Στη μελέτη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών –και γενικότερα στη μελέτη ευαίσθητων συμπεριφορών– οι ελλείπουσες τιμές υποδηλώνουν απόκρυψη της συμπεριφοράς (Hibell et al. 2012, Johnston et al. 1994, Tourangeau & Yan 2007). Η παρουσία ελλειπουσών τιμών ενδέχεται ωστόσο να αντανακλά και προβλήματα στην κατανόηση των ερωτήσεων, δυσκολίες στη διαδικασία επιλογής των απαντήσεων ή, γενικότερα, αδυναμίες στη δομή του ερωτηματολογίου (Murata & Gwartney 1999, Richardson et al. 2006, Dixon 2005, Borgers & Hox 2001). Χαμηλά επίπεδα ελλειπουσών τιμών αποτελούν ένδειξη εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής και, ως εκ τούτου, η αποτύπωση του επιπέδου εμφάνισης ελλειπουσών τιμών σε ένα ερωτηματολόγιο, ο τύπος τους (εντελώς τυχαίες, τυχαίες, συστηματικές) και η μελέτη

των χαρακτηριστικών τους είναι σημαντική στη διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας μιας μέτρησης.

Ο στόχος του Κεφαλαίου 7 είναι η αποτύπωση της συχνότητας εμφάνισης ελλειπουσών τιμών στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων, με έμφαση στις ερωτήσεις για συνταγογραφημένη και τη μη-συνταγογραφημένη χρήση. Επιμέρους στόχος του Κεφαλαίου είναι η μελέτη των παραγόντων που συνδέονται με την εμφάνιση ασυμπλήρωτων ερωτήσεων και η διερεύνηση της πιθανότητας παρουσίας μεροληψίας στα δεδομένα που αφορούν τη μη-συνταγογραφημένη χρήσης εξαιτίας της ύπαρξης ελλειπουσών τιμών στη σχετική ερώτηση. Τα ευρήματα των αναλύσεων σχολιάζονται σε συνδυασμό με τα συμπεράσματα της ποιοτικής ανατροφοδότησης.

7.2 Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκαν περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις για την παρουσίαση των κατανομών των ελλειπουσών τιμών στο ερωτηματολόγιο. Μονομεταβλητές αναλύσεις λογαριθμιστικής παλινδρόμησης εξέτασαν τη σχέση ξεχωριστά α) της μεταβλητής «Ασυμπλήρωτη ερώτηση για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών» (εξαρτημένη, επανακωδικοποιημένη, διχότομη, 0 = Απάντησαν και στις δύο ερωτήσεις, 1 = Δεν απάντησαν σε έστω και μια ερώτηση) και β) της μεταβλητής «Ασυμπλήρωτη ερώτηση για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπονων» (εξαρτημένη, κατηγορική, δίτιμη, 0 = Απάντησαν, 1 = Δεν απάντησαν στην ερώτηση) και ατομικών χαρακτηριστικών και συμπεριφορών των συμμετεχόντων στην έρευνα (ανεξάρτητες μεταβλητές). Η επιλογή των ανεξάρτητων μεταβλητών (Πίνακας 7.1) έγινε μεταξύ των διαθέσιμων μεταβλητών με βάση τη σχετική βιβλιογραφία (βλ. Borgers & Hox 2001, Borgers et al. 2004, Murata & Gwartney 1999, Richardson et al. 2006, Dixon 2005).

7.3 Αποτελέσματα

Τα ποσοστά των ελλειπουσών τιμών του ερωτηματολογίου των φαρμάκων παρουσιάζονται ανά ερώτηση στο Γράφημα 7.1. Τα ποσοστά κυμάνθηκαν μεταξύ 0% (ερωτήσεις για το φύλο και ηλικία) και 39% (ερώτηση για τις πηγές πρόσβασης στα υπνωτικά). Τα υψηλότερα ποσοστά αναπάντητων ερωτήσεων παρατηρήθηκαν στις

ερωτήσεις σχετικά με τους λόγους χρήσης και τις πηγές πρόσβασης στα ηρεμιστικά και υπνωτικά φάρμακα (περίπου 36%). Εξαιρώντας από τους υπολογισμούς τα παραπάνω υψηλά ποσοστά ασυμπλήρωτων ερωτήσεων (για τις πιθανές αιτίες, βλ. παρακάτω §7.4 Συζήτηση), το μέσο ποσοστό ελλειπουσών στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων ανήλθε περίπου στο 3%. Το ερωτηματολόγιο ESPAD είχε συνολικό ποσοστό ελλειπουσών τιμών περίπου 1% (δεν φαίνεται σε Πίνακα).

Τα ποσοστά των ελλειπουσών τιμών στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ήταν περίπου 4% για τα ηρεμιστικά και τα οπιοειδή παυσίπονα και 3% για τα υπνωτικά. Το ποσοστό ελλειπουσών τιμών στην ερώτηση για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών στο ερωτηματολόγιο ESPAD ήταν 0,1%.

Όπως φαίνεται στο Γράφημα 7.1, οι ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων ήταν σε υψηλότερα ποσοστά ασυμπλήρωτες συγκριτικά με τις ερωτήσεις της συνταγογραφημένης χρήσης. Επιπλέον, η απαντητικότητα φαίνεται να βελτιώνεται κατά τη μετάβαση από τις ερωτήσεις της χρήσης οπιοειδών παυσίπων (εμφανίζονταν πρώτες κατά σειρά μεταξύ των φαρμάκων) στις αντίστοιχες ερωτήσεις των ηρεμιστικών (εμφανίζονταν δεύτερα κατά σειρά) και των υπνωτικών (εμφανίζονταν τελευταία κατά σειρά).

Τα αποτελέσματα των μονομεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων (τελικό μοντέλο) παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.1. Στις μονομεταβλητές αναλύσεις, η απουσία απάντησης στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση φάνηκε να συνδέεται με τη γενικότερη τάση των μαθητών να αφήνουν τις ερωτήσεις ασυμπλήρωτες και στα δύο ερωτηματολόγια, την ασυμπλήρωτη ερώτηση για τη χρήση του φαρμάκου με σύσταση γιατρού (κοινός παράγοντας για τις ερωτήσεις των ηρεμιστικών / υπνωτικών και των οπιοειδών παυσίπων), και –μόνο για τις ερωτήσεις των οπιοειδών παυσίπων– τη λιγότερο συχνή επίσκεψη στο γιατρό για σωματικά συμπτώματα και τη χαμηλή σχολική επίδοση.



Γράφημα 7.1: Ποσοστά ελλειπουσών τιμών στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων, ανά ερώτηση

Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις ανέδειξαν ως μοναδικό ανεξάρτητο παράγοντα τις ασυμπλήρωτες ερωτήσεις, γενικότερα, και στα δύο ερωτηματολόγια (OR = 1,1, 95% ΔΕ: 1,1-1,2, $p < 0,001$ για τα ηρεμιστικά ή υπνωτικά και OR = 1,1, 95% ΔΕ: 1,0-1,1, $p = 0,032$ για τα οπιοειδή παυσίπονα). Πιο συγκεκριμένα, για κάθε μια ερώτηση που

παρέμενε ασυμπλήρωτη γενικότερα στην έρευνα αυξανόταν κατά περίπου 10% η πιθανότητα να είναι ασυμπλήρωτη κάποια από τις ερωτήσεις της μη-συνταγογραφημένης χρήσης στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων.

Πρόσθετες αναλύσεις μόνο για τα οπιοειδή παυσίπονα έδειξαν ότι οι μαθητές που ανέφεραν ότι επισκέφθηκαν λιγότερο συχνά γιατρό για κάποιο σωματικό πρόβλημα είχαν αφήσει ασυμπλήρωτη την ερώτηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης σε υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τους μαθητές που επισκέφθηκαν το γιατρό συχνότερα. Οι ίδιες αναλύσεις έδειξαν ότι οι μαθητές που απάντησαν «όχι» ή άφησαν αναπάντητη την ερώτηση της συνταγογραφημένης χρήσης (επομένως, θεωρητικά δεν είχαν προηγούμενη προσωπική εμπειρία με οπιοειδή παυσίπονα) είχαν σχεδόν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αφήσουν την ερώτηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης αναπάντητη, συγκριτικά με τους μαθητές που απάντησαν στην ερώτηση της συνταγογραφημένης χρήσης (OR = 3,6, 95% ΔΕ: 1,9-12,7, $p = 0,011$, δεν φαίνεται σε Πίνακα).

Τέλος, οι ίδιες αναλύσεις έδειξαν ότι οι μαθητές που άφησαν μεγάλο αριθμό ερωτήσεων αναπάντητες και στα δύο ερωτηματολόγια δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (ως δείκτης μη-συνταγογραφημένης χρήσης) συγκριτικά με τους μαθητές που απάντησαν στην πλειονότητα των ερωτήσεων και των δύο ερωτηματολογίων (δεν φαίνεται σε Πίνακα).

7.4 Συζήτηση

Περίπου 3-4% των μαθητών άφησαν ασυμπλήρωτες τις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων. Το ποσοστό αυτό κυμάνθηκε περίπου στα επίπεδα του μέσου όρου των ασυμπλήρωτων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου συνολικά (περίπου 3%). Έρευνες που χρησιμοποιούν τα ίδια μέτρα διεθνώς δεν δημοσιοποιούν τα ποσοστά ελλειπουσών τιμών και ως εκ τούτου τα ποσοστά που παρατηρήθηκαν εδώ δεν ήταν δυνατόν να συγκριθούν με εκείνα άλλων ερευνών. Το γεγονός ωστόσο ότι τα ποσοστά ελλειπουσών τιμών στις ερωτήσεις της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ήταν συγκρίσιμα με τα ποσοστά που παρατηρήθηκαν στις υπόλοιπες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των φαρμάκων είναι ενδεικτικό ότι οι μαθητές δεν είχαν κάποια μεγαλύτερη δυσκολία να απαντήσουν σε αυτές τις ερωτήσεις, συγκριτικά με τις άλλες ερωτήσεις του ίδιου ερωτηματολογίου.

Πίνακας 7.1: Παράγοντες που συνδέονται με την απουσία απάντησης στην ερώτηση για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση α) ηρεμιστικών ή υπνωτικών και β) οπιοειδών παυσίπων. Αποτελέσματα μονομεταβλητών και πολυμεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης ξεχωριστά για τα ηρεμιστικά ή υπνωτικά και τα οπιοειδή παυσίπων.

Παράγοντας (κατηγορία αναφοράς)	Αναπάντητη ερώτηση σχετικά με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών					Αναπάντητη ερώτηση σχετικά με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων									
	Μονομεταβλητές αναλύσεις		Πολυμεταβλητή ανάλυση ¹			Μονομεταβλητές αναλύσεις		Πολυμεταβλητή ανάλυση ¹							
	OR†	95% ΔΕ†	OR	95% ΔΕ	p	n	OR	95% ΔΕ	p	n					
Κορίτσι (Αγόρι)	1,5	0,6	3,8	0,442	868	0,8	0,3	2,1	0,729	868	861				
16χρονοι (Λοιπές ηλικίες)	0,2	0,0	1,5	0,127	814	0,6	0,0	45,0	0,854	814					
17χρονοι (Λοιπές ηλικίες)	4,6	0,9	22,9	0,127	814	2,0	0,4	9,6	0,540	814					
18χρονοι (Λοιπές ηλικίες)	0,3	0,0	4,7	0,810	814	0,4	0,0	5,9	0,976	814					
Χειρότερη οικονομική κατάσταση (στον μέσο όρο ή καλύτερη)	0,8	0,1	3,0	1,000	862	0,3	0,0	2,3	0,483	862					
Ψυχολογικό σύμπτωμα ≥3 φορές την εβδομάδα (καθόλου ή λιγότερο συχνά)	2,0	0,8	5,5	0,159	846	1,0	0,4	2,6	1,000	846					
Σωματικό σύμπτωμα ≥3 φορές την εβδομάδα (καθόλου ή λιγότερο συχνά)	1,3	0,5	3,4	0,702	845	1,1	0,4	3,1	0,991	845					
Σε γιατρό για ψυχολογικό σύμπτωμα ≥1 φορά τους τελ 12 μήνες (ποτέ)	0,6	0,0	4,7	1,000	853	1,2	0,1	6,3	1,000	853					
Σε γιατρό για σωματικό σύμπτωμα ≥3 φορές τους τελ 12 μήνες (ποτέ ή σπανιότερα)	0,6	0,1	1,9	0,569	861	0,1	0,0	0,9	0,033	861	0,2 0,0 1,0 0,051				
Ποτέ συνταγογραφημένη χρήση του φαρμάκου (≥1 φορά σε όλη η ζωή)	0,9	0,2	8,9	0,999	857	2,4	0,8	8,9	0,137	851					
Βαθμολογία 3μήνου κάτω το 14/20 (υψηλότερη)	1,9	0,8	4,5	0,194	864	2,6	1,0	6,8	0,042	864					
Αντικοινωνική συμπεριφορά (από χαμηλό -προς υψηλό σκορ)	1,5	0,7	3,2	0,315	860	1,0	0,4	2,2	0,931	860					
Ανομική στάση (από χαμηλό -προς υψηλό σκορ)	0,7	0,5	1,1	0,131	862	0,7	0,5	1,0	0,075	862					
"Αναξιόπιστοι" βάσει ερώτησης ελικρίνειας ESPAD ("αξιόπιστοι")	0,6	0,2	2,1	0,643	859	1,2	0,4	3,4	0,884	859					
Αναπάντητη η ερώτηση της συνταγογραφημένης χρήσης του φαρμάκου (Όχι)	16,4	4,4	68,5	<0,001	868	5,2	1,0	28,1	0,058	21,6	5,1	106,4	<0,001	868	5,7 0,8 39,3 0,090
Αναπάντητες ερωτήσεις (από χαμηλό -προς υψηλό αριθμό ελλειπουσών)	1,1	1,1	1,2	<0,001	868	1,1	1,1	1,2	<0,001	868	1,1	1,0	1,1	0,033	

Σημειώσεις. †Odds Ratio, σχετικοί λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων. ††Διάστημα Εμπιστοσύνης. ¹Τελικό μοντέλο - περιλαμβάνει μόνον τις μεταβλητές που ήταν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο α = 0,05 στο αρχικό μοντέλο πολυμεταβλητής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης του οποίου τα αποτελέσματα δεν φαίνονται εδώ.

Τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ελλειπουσών τιμών που παρατηρήθηκαν στις ερωτήσεις σχετικά με τους λόγους χρήσης και τις πηγές πρόσβασης στα φάρμακα (ιδιαίτερα τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά) φαίνεται να συνδέονται με αδυναμίες στην κατασκευή και την τοποθέτηση των ερωτήσεων αυτών στο ερωτηματολόγιο, οι οποίες –όπως έδειξε η ποιοτική διερεύνηση– δυσκόλεψαν κάποιους μαθητές κατά τη διαδικασία συμπλήρωσης.

Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις έδειξαν ότι η παρουσία ελλειπουσών τιμών στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων συνδέεται με μια γενικότερη τάση μερίδας μαθητών να αφήσουν ασυμπλήρωτες ερωτήσεις και στα δύο ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Η τάση αυτή ενδεχομένως αντανακλά την αδιαφορία των μαθητών αυτών για την έρευνα, γενικότερα.

Ωστόσο, η συχνότητα εμφάνισης ελλειπουσών τιμών στις ερωτήσεις για τα φάρμακα ήταν σημαντικά υψηλότερη στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων (περίπου 3%) συγκριτικά με τις ερωτήσεις για τις παράνομες ουσίες στο ερωτηματολόγιο ESPAD (μόλις 0,1%), συμπεριλαμβανομένων των ερωτήσεων για τη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών. Το γεγονός ότι η ερώτηση για τα ηρεμιστικά / υπνωτικά στο ερωτηματολόγιο ESPAD ήταν ενταγμένη –πρώτη κατά σειρά– σε αλληλουχία ερωτήσεων σχετικών με τη χρήση πολλών άλλων παράνομων ουσιών ενδεχομένως συνέβαλε στο να αναδειχθεί περισσότερο η «παράνομη» διάσταση της συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα να κεντρίσει το ενδιαφέρον των μαθητών προκαλώντας υψηλότερα επίπεδα συμπλήρωσης. Το ενδεχόμενο αυτό έχει εξεταστεί σε παρόμοιες μελέτες στο παρελθόν (π.χ. Johnston et al. 1994), ενώ επιβεβαιώνεται και από τα ευρήματα του ποιοτικού σκέλους στην παρούσα έρευνα (βλ. Κεφάλαιο 4), όπου οι μαθητές δήλωσαν ότι είχαν εντονότερο ενδιαφέρον για τις ενότητες των ερωτηματολογίων που αφορούσαν τις εξαρτησιογόνες ουσίες, από ότι για τα φάρμακα.

Περισσότεροι, ωστόσο, παράγοντες έχουν ενδεχομένως επιδράσει στην πιθανότητα εμφάνισης υψηλότερου ποσοστού ασυμπλήρωτων ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων. Έτσι, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου των φαρμάκων ακολουθούσε χρονικά αυτό του ESPAD και είναι πιθανό κάποιοι μαθητές να είχαν κουραστεί. Πράγματι, όπως διαπιστώθηκε στην ποιοτική ανατροφοδότηση, μια μερίδα μαθητών θεώρησαν ότι η συμπλήρωση και των δύο ερωτηματολογίων ήταν

απαιτητική. Συνεπώς, κατά τη μετάβαση από το ένα ερωτηματολόγιο στο άλλο, κάποιοι μαθητές ενδεχομένως επέλεξαν να διακόψουν τη συμπλήρωση.

Η κούραση αποτελεί έναν καθοριστικό παράγοντα στην ποιότητα της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων σε έρευνες στο μαθητικό πληθυσμό (Borgers & Hox 2001). Ωστόσο, εάν υπήρξε κόπωση θα αναμενόταν να αυξάνεται η συχνότητα των ελλειπουσών τιμών κατά τη μετάβαση προς τις τελευταίες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των φαρμάκων. Εντούτοις, όπως έδειξαν οι αναλύσεις (Γράφημα 7.1), τα ποσοστά ελλειπουσών τιμών στις τελευταίες ερωτήσεις κυμάνθηκαν στα μέσα επίπεδα του ερωτηματολογίου συνολικά, ενδεικτικό ότι τα επίπεδα κόπωσης και ενδιαφέροντος για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου παρέμειναν σταθερά μέχρι το τέλος της συμπλήρωσης.

Όπως επίσης έδειξε η ποιοτική ανατροφοδότηση, μια μερίδα μαθητών θεώρησαν ότι κάποιες ερωτήσεις επαναλαμβάνονταν μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων. Πράγματι, με σκοπό την εισαγωγή των στοιχείων από τα δύο ερωτηματολόγια σε μια κοινή βάση δεδομένων, ερωτήσεις –όπως το φύλο και το έτος γέννησης– επαναλαμβάνονταν αυτούσιες και στα δύο ερωτηματολόγια. Κάποιες άλλες –όπως η μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών και υπνωτικών και τα ψυχοσωματικά συμπτώματα– ήταν εννοιολογικά παρόμοιες με ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ESPAD που είχε προηγηθεί. Κατά συνέπεια, όπως επιβεβαίωσαν οι συζητήσεις, δημιουργήθηκε η εντύπωση στους μαθητές ότι οι ερωτήσεις του δεύτερου ερωτηματολογίου επαναλαμβάνονταν χωρίς λόγο, με αποτέλεσμα κάποιοι να οδηγηθούν σε έλλειψη κινήτρου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου των φαρμάκων.

Το γεγονός επίσης ότι οι ελλείπουσες τιμές στα οπιοειδή παυσίπινα φάνηκε στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις να συνδέονται με τη χαμηλή σχολική επίδοση (Πίνακας 7.1), υποδηλώνει ότι μια μερίδα μαθητών ενδεχομένως δυσκολεύτηκαν να κατανοήσουν την ερώτηση, να εξοικειωθούν με τον τρόπο επιλογής της απάντησης ή να βρουν το δρόμο μετάβασης από τη μια ερώτηση στην άλλη. Πράγματι, όπως έδειξε η ποιοτική διερεύνηση κάποιοι μαθητές ανέφεραν πως είχαν μεγαλύτερη δυσκολία να απαντήσουν τις ερωτήσεις για τα φάρμακα συγκριτικά με τις ερωτήσεις των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Το γεγονός ότι η χαμηλή σχολική επίδοση δεν εμφανίστηκε ως προβλεπτικός παράγοντας εμφάνισης ελλειπουσών τιμών στις αναλύσεις για τα ηρεμιστικά / υπνωτικά ενδεχομένως εξηγείται από το ότι οι ερωτήσεις για τα παυσίπονα προηγούνταν στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων και θεωρητικά απορρόφησαν το μεγαλύτερο όγκο ελλειπουσών μέχρι να εξοικειωθούν οι μαθητές στη λογική της απάντησης. Πράγματι, όπως φαίνεται στο Γράφημα 7.1, τα επίπεδα ελλειπουσών τιμών μειώνονται κατά τη μετάβαση από τις ερωτήσεις για τη χρήση οπιοειδών παυσίπων (πρώτα κατά σειρά) στις ερωτήσεις των ηρεμιστικών (δεύτερα κατά σειρά) και των υπνωτικών· το παραπάνω υποδηλώνει σταδιακή προσαρμογή των μαθητών στη λογική της παρουσίας των ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο.

Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι οι ερωτήσεις για τη συνταγογραφημένη χρήση εμφάνισαν λιγότερες ελλείπουσες τιμές συγκριτικά με τις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση για το ίδιο φάρμακο. Το παραπάνω είναι ενδεικτικό ότι μια μερίδα μαθητών είτε δυσκολεύτηκαν να προσαρμοστούν στη λογική της τοποθέτησης των ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο είτε –το πιθανότερο– θεώρησαν ότι η ερώτηση για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση δεν τους αφορά και ως εκ τούτου παρέβλεψαν συνειδητά τη συμπλήρωση της.

Συνεπώς με τη βέλτιστη πρακτική στην κατασκευή ερωτηματολογίων για εφήβους (Ding et al. 2009), το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων δεν περιείχε φίλτρα — όλοι οι μαθητές έπρεπε να επιλέξουν έστω και μια απάντηση σε κάθε ερώτηση των ερωτηματολογίων. Ωστόσο, τα ποσοστά των ασυμπλήρωτων ερωτήσεων έδειξαν ότι κάποιοι μαθητές είχαν τη δική τους λογική στο εάν θα απαντήσουν ή όχι. Όπως φαίνεται στο Γράφημα 7.1, στις ερωτήσεις που ήταν τοποθετημένες σε αλληλουχία και είχαν ομοιογενή θεματολογία (π.χ. χρήση φαρμάκων) το ποσοστό των ασυμπλήρωτων ερωτήσεων αυξανόταν γραμμικά όσο οι μαθητές περνούσαν από την μια ερώτηση στην άλλη μέσα στην ίδια αλληλουχία. Παρομοίως, ο αριθμός των ασυμπλήρωτων ερωτήσεων αυξανόταν κατά την μετάβαση από τις ερωτήσεις που ήταν τοποθετημένες στην αριστερή πλευρά του ερωτηματολογίου σε εκείνες που βρίσκονταν δεξιά στην ίδια σελίδα (βλ. Σχ. 4.1 και Σχ.4.2 του Κεφαλαίου 4). Το παραπάνω υποδηλώνει ότι υπήρξε μια ομάδα εφήβων που έκριναν ότι η ερώτηση δεν τους αφορά και ότι δεν χρειαζόταν να συνεχίσουν με τις υπόλοιπες ερωτήσεις στην ίδια θεματική ομάδα ερωτήσεων μέχρι την επόμενη.

Η υπόθεση ότι κάποιοι μαθητές παρέβλεψαν τις οδηγίες του ερωτηματολογίου και δεν απάντησαν τις ερωτήσεις που θεώρησαν ότι δεν τους αφορούν επιβεβαιώνεται εμμέσως και από τις επιμέρους αναλύσεις που έγιναν για τα οπιοειδή παυσίπονα. Πρώτον, οι αναλύσεις έδειξαν ότι οι μαθητές που απάντησαν ότι σπάνια επισκέπτονται γιατρό για κάποιο σωματικό πρόβλημα ήταν περισσότερο πιθανό να αφήσουν την ερώτηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ασυμπλήρωτη. Οι έφηβοι αυτοί έχουν σπανιότερα σωματικά συμπτώματα, περιορισμένη επαφή με τα φάρμακα και πιθανόν κατέταξαν τους εαυτούς τους στην κατηγορία «δεν αφορά», με αποτέλεσμα να αφήσουν τις σχετικές ερωτήσεις ασυμπλήρωτες.

Δεύτερον, οι αναλύσεις έδειξαν ότι –συγκριτικά με τους μαθητές που απάντησαν στην ερώτηση της συνταγογραφημένης χρήσης– εκείνοι που απάντησαν «όχι» στην ερώτηση της συνταγογραφημένης χρήσης ή την άφησαν ασυμπλήρωτη (επομένως δεν είχαν προηγούμενη προσωπική εμπειρία με οπιοειδή παυσίπονα) είχαν σχεδόν τετραπλάσια πιθανότητα να αφήσουν ασυμπλήρωτη και την ερώτηση για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση. Συνεπώς, όλα συντείνουν στο ότι κάποιοι μαθητές δεν ανταποκρίθηκαν με συνέπεια στις οδηγίες για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου των φαρμάκων, με αποτέλεσμα την εμφάνιση υψηλότερων συγκριτικά ποσοστών ελλειπουσών τιμών στο ερωτηματολόγιο αυτό.

Τέλος, ένα ερώτημα που ανακύπτει είναι εάν η παρουσία ελλειπουσών τιμών έχει επίδραση στην εγκυρότητα της μέτρησης και, ιδιαίτερα, εάν μεταξύ των μαθητών που δεν απάντησαν στις ερωτήσεις συμπεριλαμβάνονταν μαθητές που –βάσει του προφίλ τους– θα αναμένονταν να έχουν κάνει μη-συνταγογραφημένη χρήση. Εάν αυτό επιβεβαιωνόταν εδώ εμπειρικά (στατιστικά), θα μπορούσε ακολούθως να θεωρηθεί ότι η παρουσία ελλειπουσών τιμών εισήγαγε μεροληψία στη μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης. Ωστόσο, το παραπάνω δεν επιβεβαιώθηκε — τα αποτελέσματα από τις επιμέρους αναλύσεων έδειξαν ότι τα επίπεδα επιπολασμού της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (ως πλησιέστερος δείκτης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης) από τους μαθητές που άφησαν μεγάλο ποσοστό ερωτήσεων ασυμπλήρωτες δεν διέφεραν σημαντικά από εκείνα των μαθητών που άφησαν μικρό ποσοστό ερωτήσεων ασυμπλήρωτες. Το παραπάνω υποδηλώνει ότι η απουσία των παρατηρήσεων από την υποομάδα των λιγότερο επιμελών μαθητών δεν αναμένεται να έχει εισάγει σημαντικό βαθμό μεροληψίας στον υπολογισμό του ποσοστού της μη-συνταγογραφημένης χρήσης.

Μέρος ΙΙΙ – Συμπεράσματα

Κεφάλαιο 8 – Σύνθεση ευρημάτων και προεκτάσεις για την έρευνα

Στο Κεφάλαιο 8 επιχειρείται η σύνθεση των ευρημάτων που παρουσιάστηκαν στις επιμέρους ενότητες της διατριβής και αφορούν στην ποιότητα της μέτρησης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ξεχωριστά για τα ηρεμιστικά / υπνωτικά και τα οπιοειδή παυσίπονα. Συζητούνται οι προεκτάσεις για την έρευνα, ενώ προτείνονται και πρακτικές λύσεις για τη βελτίωση της μέτρησης. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με αναφορές στους περιορισμούς αλλά και τη σημασία της παρούσας διατριβής στον τομέα της έρευνας.

8.1 Σύνθεση των ευρημάτων

Ο σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η διερεύνηση της ποιότητας της μέτρησης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων και η διατύπωση προτάσεων με στόχο τη βελτίωσή της.

Η διερεύνηση αφορούσε την παραγωγή δεδομένων για διάφορες κατηγορίες δεικτών εγκυρότητας. Ειδικότερα, με την εφαρμογή συνδυαστικής μεθοδολογίας –ποσοτικής και ποιοτικής– συλλέχθηκαν στοιχεία σχετικά με:

- α) τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες στην έρευνα αντιλήφθηκαν την έννοια της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων και απάντησαν στις ερωτήσεις που είχαν σχεδιαστεί για να τη μετρήσουν,
- β) την αξιοπιστία και την εσωτερική συνέπεια των απαντήσεων των μαθητών στις ερωτήσεις που αφορούσαν άμεσα ή έμμεσα τη μη-συνταγογραφημένη χρήση, και
- γ) τον βαθμό στον οποίο τα παρατηρούμενα επίπεδα επιπολασμού της μη-συνταγογραφημένης χρήσης και οι σχέσεις της συμπεριφοράς αυτής με άλλες συμπεριφορές και χαρακτηριστικά του δείγματος επιβεβαιώνονται από τις διαθέσιμες μελέτες.

1. Η μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών και υπνωτικών χαρακτηρίζεται από ικανοποιητικά επίπεδα εγκυρότητας

Κατανόηση της βασικής έννοιας από τους μαθητές: Οι συζητήσεις με τους μαθητές στο ποιοτικό σκέλος της έρευνας έδειξαν ότι οι ερωτήσεις για τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά φάρμακα γίνονται κατανοητές εύκολα και με τον ορθό τρόπο. Οι μαθητές απέδωσαν τις κατάλληλες ιδιότητες στα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά φάρμακα και προσδιόρισαν επαρκώς το πλαίσιο στο οποίο τα φάρμακα αυτά χορηγούνται ιατρικώς σε όσους τα έχουν ανάγκη. Στην έννοια της «μη-συνταγογραφημένης χρήσης» αποδόθηκε κυρίως η διάσταση της «κατάχρησης», της λήψης δηλαδή του φαρμάκου σε δόσεις και διάρκεια που αποκλίνει σημαντικά από τις οδηγίες του γιατρού. Στην πλειονότητά τους οι μαθητές συνέδεσαν την έννοια της «μη-συνταγογραφημένης χρήσης» με την αυτοθεραπεία — την ανάληψη δηλαδή ατομικής πρωτοβουλίας για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Ελάχιστες περιπτώσεις μαθητών συνέδεσαν ξεκάθαρα τη χρήση του φαρμάκου με ψυχαγωγικά κίνητρα. Οι ποσοτικές αναλύσεις που ακολούθησαν την ποιοτική ανάλυση πρόσθεσαν εμπειρική επιβεβαίωση στη φαινομενικά περιορισμένη σχέση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών ή υπνωτικών με τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών στο δείγμα της παρούσης διατριβής.

Συμπλήρωση των ερωτήσεων: Στην πλειονότητά τους οι μαθητές δεν είχαν δυσκολία να απαντήσουν σχετικά με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών και υπνωτικών — το θέμα που πραγματευόταν η ερώτηση δεν θεωρήθηκε «ευαίσθητο». Η παραπάνω διαπίστωση επιβεβαιώνει (και επιβεβαιώνεται από) το γεγονός ότι οι μαθητές δεν συνέδεσαν τη μη-συνταγογραφημένη χρήση με ψυχαγωγικά κίνητρα· δεν κατέταξαν τη συμπεριφορά αυτή στην κατηγορία της αποκλίνουσας συμπεριφοράς και επομένως δεν είχαν λόγο να την αποκρύψουν. Ωστόσο, οι συζητήσεις με τους μαθητές ανέδειξαν εμμέσως μια διαφορετική διάσταση της συμπεριφοράς αυτής που αποτελεί δυνητική πηγή εισόδου μεροληψίας στη μέτρηση. Η διάσταση αυτή αφορούσε γενικότερα τη χρήση ηρεμιστικών και υπνωτικών —όχι ειδικά τη μη-συνταγογραφημένη χρήση τους—, και είχε να κάνει με τη σύνδεση της συμπεριφοράς αυτής με τον κίνδυνο στιγματισμού. Ο κίνδυνος στιγματισμού μέσω της παραδοχής της χρήσης ηρεμιστικών ή υπνωτικών από τους μαθητές αποτέλεσε κυρίαρχο σχήμα

στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα με παρουσία σε όλες σχεδόν τις συζητήσεις. Στο μέτρο δε που η αντίληψη αυτή είναι κοινή σε μεγάλο αριθμό εφήβων που συμμετέχουν στις έρευνες, αυξάνεται και η πιθανότητα εισόδου μεροληψίας στη μέτρηση με πιθανή έκβαση είτε την ανειλικρινή απάντηση είτε τη μη-απάντηση. Ωστόσο, όπως σχολιάζεται παρακάτω, αφενός τα επίπεδα επιπολασμού της χρήσης ηρεμιστικών και υπνωτικών ήταν στην παρούσα έρευνα ανάλογα άλλων ερευνών, αφετέρου η συχνότητα εμφάνισης ελλειπυσών τιμών στις ερωτήσεις αυτές δεν ήταν μεγαλύτερη συγκριτικά με άλλες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου — ενδεικτικό ότι δεν υπήρξε γενικευμένη δυσκολία παραδοχής της συμπεριφοράς από τους μαθητές. Δεδομένου, παρά ταύτα, ότι δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο της τάσης προς απόκρυψη της συμπεριφοράς αυτής από τους εφήβους, ένας ενδεδειγμένος τρόπος αποτροπής της είναι η προσθήκη αναφοράς στην ερώτηση περί ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας των στοιχείων που συλλέγονται από την έρευνα.

Επαναληπτικότητα στις απαντήσεις των μαθητών σε ίδιες ερωτήσεις: Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων έδειξε ότι οι ερωτήσεις για τη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών διαθέτουν ικανοποιητικά επίπεδα σταθερότητας. Ειδικότερα, οι συντελεστές συνάφειας Cohen's κ και Cramer's V στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση στα ερωτηματολόγια ESPAD και φαρμάκων έδειξαν μέτρια συμφωνία. Επιπλέον, τα επίπεδα συμφωνίας δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών καθώς και μεταξύ των μακρότερων και των μεγαλύτερων σε ηλικία μαθητών, ενδεικτικό ότι οι ερωτήσεις αυτές απαντώνται με σταθερότητα (αν και όχι απαραίτητα έγκυρα) ανεξαρτήτως του φύλου ή της ηλικίας των συμμετεχόντων. Οι τιμές των δεικτών συμφωνίας στις απαντήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών και υπνωτικών που παρατηρήθηκαν στην παρούσα μελέτη ήταν υψηλότερες συγκριτικά με τις τιμές που έχουν παρατηρηθεί σε προηγούμενες μελέτες στην Ελλάδα και διεθνώς. Το παραπάνω ωστόσο δικαιολογείται από το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα οι απαντήσεις στις δύο ερωτήσεις δόθηκαν με τη μεσολάβηση μικρού χρονικού διαστήματος, διευκολύνοντας με αυτόν τον τρόπο τους μαθητές να ανακαλέσουν στη μνήμη την αρχική τους απάντηση (επίδραση πράξης). Παρά τους περιορισμούς, τα ικανοποιητικά επίπεδα συμφωνίας στις επαναληπτικές μετρήσεις δείχνουν αξιοπιστία

της ερώτησης για τη μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών ή υπνωτικών — απαραίτητη προϋπόθεση εγκυρότητας της μέτρησης της συμπεριφοράς αυτής.

Συνέπεια στις απαντήσεις των μαθητών σε συναφείς ερωτήσεις: Οι αναλύσεις για την εσωτερική (λογική) συνέπεια μεταξύ των απαντήσεων των μαθητών στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση και τους λόγους χρήσης των φαρμάκων έδειξαν μέτρια συμφωνία για τα ηρεμιστικά, αλλά μικρή συμφωνία για τα υπνωτικά. Το χαμηλό Cohen's κ που παρατηρήθηκε στις ερωτήσεις για τα υπνωτικά ενδεχομένως σχετίζεται με τα χαμηλά επίπεδα επιπολασμού της συμπεριφοράς αυτής στο δείγμα της παρούσας έρευνας (1,1%). Ενδεχομένως όμως σχετίζεται και με δομικές αδυναμίες του ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα, η ερώτηση των υπνωτικών ήταν τοποθετημένη τελευταία κατά σειρά μεταξύ των ερωτήσεων για τη χρήση των φαρμάκων. Τα υπνωτικά ήταν επίσης τοποθετημένα τελευταία στη δεξιά πλευρά της αλληλουχίας των ερωτήσεων σχετικά με τους λόγους χρήσης (βλ. Σχ. 5.1 ή Παράρτημα II). Όπως έδειξε η ποιοτική ανατροφοδότηση (βλ. Κεφάλαιο 4), η τοποθέτηση των ερωτήσεων για τα υπνωτικά στο ερωτηματολόγιο φαίνεται να δυσκόλεψε τη συμπλήρωση σε κάποιους μαθητές. Όπως ακολούθως διαπιστώθηκε στις ποσοτικές αναλύσεις για τις αναπάντητες ερωτήσεις (βλ. Κεφάλαιο 7), οι ερωτήσεις για τα υπνωτικά παρουσίασαν από τα υψηλότερα ποσοστά ελλειπουσών τιμών συνολικά στην έρευνα. Οι παραπάνω διαπιστώσεις καταδεικνύουν την ανάγκη αναθεώρησης του τρόπου τοποθέτησης των ερωτήσεων αυτών στο ερωτηματολόγιο ώστε να διευκολύνεται τη συμπλήρωσή τους.

Επιπολασμός της μη-συνταγογραφημένης χρήσης: Ο επιπολασμός της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών ή υπνωτικών κυμάνθηκε στο 4%. Το παραπάνω ποσοστό είναι ανάλογο του ποσοστού που παρατηρήθηκε για την ίδια ηλικιακή ομάδα στην Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών του ΕΠΙΨΥ το 2007 (5%) (ΕΠΙΨΥ 2012), ενώ επιπλέον συνάδει και με τα ποσοστά που έχουν παρατηρηθεί σε παρόμοιες έρευνες άλλων χωρών (π.χ. Johnston et al. 2014) — ενδεικτικά εγκυρότητας της μέτρησης. Επιπλέον, τα παρατηρούμενα ποσοστά στην παρούσα έρευνα έδειξαν ότι η χρήση των ηρεμιστικών και των υπνωτικών μπορεί να μετρηθεί αξιόπιστα είτε τα φάρμακα αυτά εμφανίζονται ως μια, ενιαία κατηγορία —«ηρεμιστικά / υπνωτικά», π.χ. έρευνα

ESPAD στην Ευρώπη)– είτε ως ξεχωριστές κατηγορίες φαρμάκων (π.χ. έρευνα Monitoring the Future στους έφηβους μαθητές στις ΗΠΑ).

Εμπειρική / στατιστική εγκυρότητα: Τα αποτελέσματα των ποσοτικών και ποιοτικών αναλύσεων επιβεβαίωσαν σε ικανοποιητικό βαθμό την αναμενόμενη –βάσει βιβλιογραφίας– σχέση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών και υπνωτικών με άλλες συμπεριφορές και χαρακτηριστικά των εφήβων. Έτσι, παράγοντες που εμφάνισαν ισχυρή ανεξάρτητη σχέση με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση στην παρούσα μελέτη –όπως η χρήση τού φαρμάκου με σύσταση γιατρού, η μη-συνταγογραφημένη χρήση άλλων ψυχοδραστικών φαρμάκων (π.χ. οπιοειδών παυσίπων), η μεγαλύτερη ηλικία και η αδικαιολόγητη απουσία από το σχολείο– επιβεβαιώνονται και από ανάλογες ελληνικές και διεθνείς μελέτες.

Εξαίρεση αποτέλεσε η απουσία ισχυρής σχέσης μεταξύ της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών / υπνωτικών και της χρήσης άλλων νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Πολλές μελέτες σε εφήβους διεθνώς και στην Ελλάδα έχουν τεκμηριώσει την υψηλή συσχέτιση των δύο αυτών συμπεριφορών (McCabe et al. 2013α, McCabe et al. 2009β, McCabe et al. 2007α, Boyd et al. 2006β, McCabe et al. 2011α). Για κάποιες μελέτες, η μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών ηρεμιστικών και υπνωτικών εντάσσεται σε ένα ευρύτερο σύνολο συμπεριφορών που περιλαμβάνει, εκτός από τον πειραματισμό με πολλές και διαφορετικές ουσίες, ποικίλες μορφές αποκλίνουσας συμπεριφοράς και ψυχολογικής και κοινωνικής ευαλωτότητας (Kokkevi & Fotiou 2009, Kokkevi et al. 2008, Kokkevi et al. 2007β, Kokkevi et al. 2007γ, Kokkevi et al. 2014). Στην παρούσα μελέτη, ισχυρή σχέση μεταξύ της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών / υπνωτικών παρουσιάστηκε στις μονομεταβλητές αναλύσεις, αλλά όχι στις πολυπαραγοντικές.

Το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη δεν επιβεβαιώνει στατιστικά μια αναμενόμενη σχέση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών ή υπνωτικών με τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών μειώνει εκ πρώτης όψεως την στατιστική εγκυρότητα της μέτρησης. Από τη μία πλευρά, το μικρό δείγμα της έρευνας ($n = 868$), σε συνδυασμό με τον κατά κανόνα χαμηλό επιπολασμό της χρήσης τόσο των ηρεμιστικών / υπνωτικών όσο και των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών στον

πληθυσμό αυτόν (<12% για το σύνολο της χώρας), περιορίζει τη στατιστική δύναμη της ανάλυσης με αποτέλεσμα σχέσεις μεταξύ μεταβλητών που υφίστανται εμπειρικά να μην αποτυπώνονται σε αποδεκτά επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας. Από την άλλη πλευρά, όπως έχει ξεκάθαρα αποτυπωθεί στα ποιοτικά και τα ποσοτικά στοιχεία της παρούσας έρευνας, η μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών στο δείγμα μας φαίνεται ότι αποτελεί περισσότερο μια μορφή αυτοθεραπείας υψηλού κινδύνου παρά μια ακόμα μορφή αναζήτησης αισθητηριακών ερεθισμάτων.

2. Η μέτρηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων εμφάνισε αδυναμίες και προσκαλεί για αναθεώρηση των μέτρων

Κατανόηση της βασικής έννοιας από τους μαθητές: Στην προφορική τους αποτίμηση, οι μαθητές φάνηκε να αποδίδουν τις κατάλληλες ιδιότητες στα οπιοειδή παυσίπονα, ενώ επιπλέον προσδιόρισαν επαρκώς το πλαίσιο στο οποίο τα φάρμακα αυτά χορηγούνται σε εφήβους (με συνηθέστερες αναφορές σε κατάγματα από αθλητικές δραστηριότητες και εγχειρήσεις). Όπως και με τα ηρεμιστικά / υπνωτικά, οι μαθητές απέδωσαν στην έννοια της μη-συνταγογραφημένης χρήσης των οπιοειδών παυσίπων σχεδόν αποκλειστικά τη διάσταση της λήψης του φαρμάκου σε δόσεις και διάρκεια που παρεκκλίνει από τη συνταγή του ειδικού. Στις συζητήσεις, ελάχιστοι μαθητές αναφέρθηκαν στην χρήση του φαρμάκου για ψυχαγωγικούς λόγους, κάτι που –όπως σχολιάζεται παρακάτω– επιβεβαιώθηκε και με την απουσία εμφάνισης σημαντικής εμπειρικής σχέσης μεταξύ της μη-συνταγογραφημένης χρήσης των φαρμάκων αυτών και της χρήσης άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Η ποιοτική διερεύνηση έδειξε ωστόσο ότι μερίδα μαθητών απέδωσαν διαφορετικό νόημα στην έννοια του οπιοειδούς παυσίπου από εκείνο που προέβλεπαν οι ερωτήσεις. Έτσι, ενώ οι ερωτήσεις αναφέρονταν στα οπιοειδή παυσίπονα που χορηγούνται μόνο με σύσταση γιατρού, μερίδα μαθητών φαίνεται ότι απάντησαν για τα κοινά, μη-συνταγογραφούμενα παυσίπονα. Η παρανόηση φάνηκε να συνδέεται με την παρουσία του επιθετικού προσδιορισμού «ισχυρό» μπροστά από το ουσιαστικό «παυσίπονο» και με το γεγονός ότι –σύμφωνα με τις αναφορές κάποιων μαθητών– «ισχυρή» δράση έχουν και τα κοινά παυσίπονα.

Η παραπάνω παρανόηση είχε αρχίσει να αποτυπώνεται από πολύ νωρίς στις συζητήσεις με τους μαθητές μέσω των συχνών αναφορών τους στα κοινά παυσίπινα (συμπεριλαμβανομένων των σκευασμάτων τύπου ασπιρίνης και εκείνων που περιέχουν παρακατεμόλη). Επιπλέον –με εξαίρεση τις λιγοστές αναφορές σε περιπτώσεις μετεγχειρητικού πόνου ή πόνου από αθλητικές κακώσεις– οι συχνότερα αναφερόμενοι λόγοι της χρήσης «ασχυρών» παυσίπων ήταν ο πονοκέφαλος, ο πονόδοντος και οι πόνοι περιόδου (κορίτσια). Πράγματι, όπως δείχνουν σχετικές έρευνες, οι έφηβοι αναφέρουν σε υψηλό ποσοστό ενοχλήσεις πόνου όπως ημικρανίες και οσφυαλγία (Holstein et al. 2015, Koushede et al. 2012, Andersen et al. 2009, Holstein et al. 2008, Dyb et al. 2006, Mitka 2004, Swain et al. 2014), ενώ υψηλό είναι και το ποσοστό των κοριτσιών που υποφέρουν από έντονους πόνους περιόδου (O'Connell et al. 2006). Ωστόσο, είναι τεκμηριωμένο ότι τα οπιοειδή παυσίπινα δεν ενδείκνυνται για πονοκεφάλους (DeVries et al. 2014) ή πόνους περιόδου, των οποίων η αντιμετώπιση περιλαμβάνει συχνότερα μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Τα παραπάνω καθιστούν ελάχιστα πιθανό οι έφηβοι του δείγματος να είχαν χρησιμοποιήσει οπιοειδή παυσίπινα για την αντιμετώπιση κοινών ενοχλήσεων — ακόμα κι αν επρόκειτο για επίμονους και έντονους πόνους.

Συνεπώς, φαίνεται ότι κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, για κάποιους μαθητές το νόημα του όρου «ασχυρό παυσίπινο» –του οποίου το όνομα αναφερόταν στα επεξηγηματικά κείμενα που προηγούνταν της ερώτησης για τη συνταγογραφημένη χρήση– αντικαταστάθηκε από εκείνο του «παυσίπινου» γενικά ή του «κοινού παυσίπινου» ειδικά, το οποίο χορηγείται χωρίς την υποχρεωτική επίδειξη ιατρικής συνταγής. Είναι ενδεικτικό ότι στην εξέλιξη των συζητήσεων κάποιοι μαθητές ανέφεραν ότι απάντησαν στις ερωτήσεις για τους λόγους της μη-συνταγογραφημένης χρήσης και για τις πηγές πρόσβασης στα «ασχυρά» παυσίπινα παρόλο που δεν είχαν κάνει ποτέ στη ζωή τους χρήση κάποιου οπιοειδούς φαρμάκου (κάτι που επιβεβαιώθηκε ακολούθως κατά τους λογικούς, στατιστικούς ελέγχους που προηγήθηκαν όλων των άλλων αναλύσεων).

Η παρουσία του επεξηγηματικού κειμένου αναμενόταν να ενισχύσει την προσοχή και τα επίπεδα κατανόησης των μαθητών. Ωστόσο, μολονότι οι μαθητές ανέφεραν ότι τα πρόσεξαν και τα διάβασαν, στην πράξη φάνηκε ότι τα εισαγωγικά κείμενα δεν ήταν

αρκετά να διασφαλίσουν από μόνα τους ένα κοινό για όλους τους μαθητές περιεχόμενο στην έννοια «ισχυρό παυσίπονο». Ούτε η παρουσία των εμπορικών ονομάτων των φαρμάκων φάνηκε να αρκεί καθώς όπως φάνηκε στις συζητήσεις οι έφηβοι συχνά δεν γνωρίζουν ποια ακριβώς φάρμακα παίρνουν για να ανακουφίσουν τον πόνο. Επιπλέον, όπως έχει παρατηρηθεί σε έρευνες σε χρήστες ουσιών (Ouellet et al. 1997), ενδέχεται να υπάρχει απόκλιση μεταξύ των ονομάτων των φαρμάκων που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο και των ονομάτων που χρησιμοποιούνται καθημερινά στο περιβάλλον των εφήβων.

Τα παραπάνω παραπέμπουν ευθέως σε παρουσία σφάλματος στη μέτρηση κάνοντας επιτακτική την ανάγκη αναθεώρησης του τρόπου με τον οποίο θα πρέπει να διερευνάται η χρήση ειδικά αυτής της κατηγορίας φαρμάκων. Μια λύση είναι η αναδιατύπωση της ερώτησης με τρόπο ώστε να καθίσταται σαφές στους ερωτώμενους (π.χ. μέσω υπογραμμισμένης σημείωσης) ότι δεν θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν στις απαντήσεις τους τα κοινά παυσίπονα. Μια άλλη πρόταση είναι η είσοδος στο ερωτηματολόγιο μιας επιπλέον ερώτησης, σχετικά με τη χρήση κοινών παυσίπων. Η έως σήμερα ερευνητική πρακτική στην Ελλάδα και διεθνώς δεν προέβαλλε την ανάγκη προσθήκης ερώτησης με τέτοιο περιεχόμενο καθώς παραδοσιακά το ενδιαφέρον περιοριζόταν στα οπιοειδή παυσίπονα.¹⁶ Στο πλαίσιο αυτό, δεν κρίθηκε αναγκαίο να συμπεριληφθεί στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας ερώτηση σχετικά με τα κοινά παυσίπονα. Ωστόσο, από τα παραπάνω προκύπτει ότι η παρουσία μιας τέτοιας ερώτησης θα μπορούσε να οδηγήσει μεγαλύτερο αριθμό μαθητών σε ορθή απόδοση του νοήματος στην έννοια του «ισχυρού» οπιοειδούς παυσίπου –μέσω ετεροπροσδιορισμού του σε σχέση με το «κοινό» παυσίπονο– και κατ' επέκταση σε βελτιωμένη μέτρηση της συμπεριφοράς αυτής.

Συμπλήρωση των ερωτήσεων: Οι μαθητές δεν έδειξαν σε κανένα σημείο των συζητήσεων ότι θα απέφευγαν να παραδεχθούν τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων στο ερωτηματολόγιο. Το παραπάνω εξηγείται τόσο από το γεγονός ότι κάποιοι μαθητές (ενδεχομένως αρκετοί στην έρευνα συνολικά) απέδωσαν

¹⁶ Η μέτρηση της χρήσης κοινών μη-συνταγογραφούμενων (ΜΥΣΥΦΑ) παυσίπων έχει συμπεριληφθεί τα τελευταία χρόνια στην έρευνα Monitoring the Future στις ΗΠΑ, βλ. <http://www.monitoringthefuture.org/>

«ήπιες» ιδιότητες στην έννοια του ισχυρού οπιοειδούς παυσίπονου, όσο και από το ότι δεν συνέδεσαν τη μη-συνταγογραφημένη χρήση με ψυχαγωγικά κίνητρα.

Συνέπεια στις απαντήσεις των μαθητών σε συναφείς ερωτήσεις: Οι δείκτες συμφωνίας μεταξύ των απαντήσεων των μαθητών στις ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση και τους λόγους χρήσης των οπιοειδών παυσίπονων έδειξαν αποδεκτά επίπεδα εσωτερική συνέπεια — ενδεικτικό αξιοπιστίας στη μέτρηση. Ωστόσο, η απόδοση του λάθος νοήματος στην έννοια του «ισχυρού» παυσίπονου από μερίδα μαθητών αποτελεί από μόνη της παράγοντα χαμηλής εγκυρότητας της μέτρησης και, ως εκ τούτου, καθιστά τη συζήτηση περί αξιοπιστίας κενή περιεχομένου.

Επιπολασμός της μη-συνταγογραφημένης χρήσης: Η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπονων αναφέρθηκε από υψηλό ποσοστό εφήβων (περίπου 26%). Δεν υπάρχουν πρόσφατα στοιχεία από την Ελλάδα με τα οποία θα μπορούσε να συγκριθεί το παραπάνω ποσοστό.¹⁷ Εντούτοις, το ποσοστό αυτό ήταν σημαντικά υψηλότερο από εκείνο που παρατηρήθηκε για την ίδια ηλικιακή ομάδα σε έρευνα του γενικού πληθυσμού της χώρας το 2004 (5%),¹⁸ ενώ ήταν σημαντικά υψηλότερο και από τα ποσοστά που έχουν παρατηρηθεί σε χώρες με παράδοση σε υψηλά επίπεδα επιπολασμού της μη-συνταγογραφημένης χρήσης φαρμάκων από έφηβους-μαθητές (βλ. Johnston et al. 2014). Στοιχεία από άλλες πηγές που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως έμμεσοι δείκτες εγκυρότητας για τα παρατηρούμενα υψηλά ποσοστά της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπονων —όπως π.χ. επίπεδα συνταγογράφησης, ατυχημάτων, εγχειρήσεων ή επισκέψεων στις υγειονομικές υπηρεσίες για ενοχλήσεις συνδεδεμένες με τον σωματικό πόνο— δεν υπάρχουν για την περιοχή στην οποία διενεργήθηκε η έρευνα.

¹⁷ Σημειώνεται ότι το 2011 πραγματοποιήθηκε η Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών του ΕΠΠΥ η οποία συμπεριέλαβε ερωτήσεις για τα ισχυρά οπιοειδή παυσίπονα. Οι τελευταίες, ήταν βελτιωμένες βάσει των προκαταρκτικών διαπιστώσεων από την παρούσα έρευνα (βλ. Προσάρτημα διατριβής). Στην έρευνα του 2011 συμμετείχε με αντιπροσωπευτικό δείγμα και ο Ν. Κεφαλονιάς-Ιθάκης. Ο επιπολασμός της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπονων ήταν για την περιοχή αυτήν 14,0%.

¹⁸ Τα αποτελέσματα των δύο ερευνών δεν είναι συγκρίσιμα λόγω της διαφορετικής μεθόδου που ακολουθείται στη συλλογή των στοιχείων (αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο και συνεντεύξεις).

Από την άλλη, τα παυσίπονα έχουν γενικά μεγάλη διείσδυση στην ελληνική αγορά (SfEE 2012). Ωστόσο, ακόμα και αν θεωρηθεί ότι –όπως κάποιες έρευνες δείχνουν– οι έφηβοι στην Ελλάδα είναι εκτεθειμένοι σε ένα περιβάλλον αυξημένης χρήσης και εύκολης πρόσβασης στα φάρμακα αυτά (βλ. Tsiligianni et al. 2012, Lidell et al. 2008, Pappa et al. 2011), τα επίπεδα επιπολασμού που παρατηρήθηκαν στην παρούσα έρευνα παραμένουν ιδιαίτερα υψηλά. Είναι συνεπώς σαφές ότι, όπως έχει ήδη υποστηριχθεί, τα υψηλά επίπεδα επιπολασμού της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων αντανακλούν περισσότερο την παρουσία σφάλματος στη μέτρηση παρά πραγματική επιδημιολογική τάση.

Εμπειρική / στατιστική εγκυρότητα: Ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα επιβεβαίωσαν σε ικανοποιητικό βαθμό την αναμενόμενη σχέση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων με άλλες συμπεριφορές και χαρακτηριστικά των εφήβων του δείγματος. Έτσι, παράγοντες που στην παρούσα μελέτη εμφανίστηκαν ως ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες της μη-συνταγογραφημένης χρήσης –π.χ. η χρήση του φαρμάκου με σύσταση γιατρού, η μη-συνταγογραφημένη χρήση άλλων ψυχοδραστικών φαρμάκων (π.χ. ηρεμιστικών ή υπνωτικών), το καταθλιπτικό συναίσθημα και η μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων αυτών στην παρέα– εμφανίζονται εκτενώς και στην υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Όπως και στην περίπτωση των ηρεμιστικών / υπνωτικών, ήταν αξιοσημείωτη η απουσία εμφάνισης ισχυρής σχέσης μεταξύ της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων και της χρήσης άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών. Πλήθος μελετών έχουν τεκμηριώσει την υψηλή συσχέτιση της χρήσης οπιοειδών παυσίπων και της χρήσης άλλων ουσιών (McCabe et al. 2013α, McCabe et al. 2009β, McCabe et al. 2007α, Boyd et al. 2006β, McCabe et al. 2011α). Στην παρούσα μελέτη, μια τέτοια σχέση αποτυπώθηκε μόνο στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις και μόνο για τις εισπνεόμενες ουσίες (διαλύτες, κόλλες, βενζίνη κτλ.).

Το γεγονός ότι η αναμενόμενη σχέση της χρήσης ουσιών και της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων δεν επιβεβαιώθηκε εμπειρικά οφείλεται ενδεχομένως σε παράγοντες που συνδέονται με τα χαρακτηριστικά του δείγματος (μικρό μέγεθος και χαμηλός επιπολασμός της χρήσης ουσιών) αλλά με σφάλματα στη μέτρηση της «μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων»

(εξαρτημένη μεταβλητή στις περισσότερες αναλύσεις) που σχολιάστηκαν παραπάνω. Ωστόσο, πρόσφατη μελέτη σε στοιχεία που συλλέχθηκαν με τη χρήση βελτιωμένων ερωτήσεων για τα οπιοειδή παυσίπονα από μεγάλο πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα μαθητών ($n \sim 23\ 000$) παρόμοιας ηλικίας με το δείγμα της Κεφαλονιάς-Ιθάκης επιβεβαίωσε την απουσία σχέσης των δύο συμπεριφορών (βλ. Προσάρτημα διατριβής και Fotiou et al. 2014) — ενδεικτικό ότι η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων αποτελεί κυρίως μια μορφή αυτοθεραπείας υψηλού κινδύνου παρά μια μορφή ψυχαγωγικής χρήσης.

3. Η πλειονότητα των μαθητών αποτίμησε θετικά το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων, αλλά δομικά χαρακτηριστικά του απαιτούν αναθεώρηση προκειμένου για τη βελτίωση της ποιότητας της μέτρησης

Στην πλειονότητά τους οι μαθητές τοποθετήθηκαν θετικά απέναντι στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων. Το ερωτηματολόγιο ήταν σύντομο και σε γενικές γραμμές εργονομικό. Ωστόσο, τόσο οι συζητήσεις με τους μαθητές όσο και οι ποσοτικές αναλύσεις ανέδειξαν χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου που αποτελούν πηγές εισόδου σφάλματος στη μέτρηση απαιτούν αναθεώρηση.

Στο ποιοτικό σκέλος της έρευνας μερίδα μαθητών ανέφεραν ότι είχαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τις ερωτήσεις των εξαρτησιογόνων ουσιών (ερωτηματολόγιο ESPAD) από ότι για τη χρήση των φαρμάκων και ότι ήταν ευκολότερο να ανακαλέσουν την πληροφορία σχετικά με τη χρήση ουσιών παρά να σκεφτούν για τη χρήση φαρμάκων — κάτι που επίσης έχει καταγραφεί εκτενώς στη σχετική βιβλιογραφία (βλ. Lee et al. 1992, Fadnes et al. 2009, Johnston et al. 1994). Πράγματι, όπως ακολούθως έδειξαν οι έλεγχοι λογικής συνέπειας, η συμφωνία μεταξύ των απαντήσεων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των φαρμάκων ήταν χαμηλότερη σε σχέση με τη συμφωνία που παρατηρήθηκε στις απαντήσεις για την κάνναβη και τα ηρεμιστικά/υπνωτικά στο ερωτηματολόγιο ESPAD.

Επιπλέον, κάποιοι μαθητές έδειξαν να μην αντιλαμβάνονται το σκεπτικό πίσω από την παρουσία ερωτήσεων για τη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων σε ερωτηματολόγια για εφήβους. Από τη μία πλευρά, η απουσία προηγούμενου

προβληματισμού για μια συμπεριφορά –όπως τη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων– θεωρητικά διεγείρει την προσοχή και αυξάνει τη συγκέντρωση των συμμετεχόντων κατά τη διαδικασία συμπλήρωσης της ερώτησης (Eurostat 2006). Το γεγονός ότι η χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων δεν φάνηκε να είχε απασχολήσει τους εφήβους στο δείγμα μας, αποτελεί ένδειξη μιας μάλλον ουδέτερης στάσης απέναντι στη συμπεριφορά. Το παραπάνω αποτελεί παράγοντα αποτροπής εισόδου μεροληψίας στη μέτρηση καθώς ο κίνδυνος μεροληψίας είναι υψηλότερος όταν οι συμμετέχοντες σε μία έρευνα αποδίδουν π.χ. παράνομο χαρακτήρα στην εξεταζόμενη συμπεριφορά και προσαρμόζουν τις απαντήσεις τους με κριτήριο τις κοινωνικές προσμονές ή με βάση την καχυποψία και έλλειψη εμπιστοσύνης απέναντι στην έρευνα (Fadnes et al. 2009). Από την άλλη πλευρά, η απουσία κατανόησης του πλαισίου στο οποίο εντάσσεται μια ερώτηση δύναται να δυσκολέψει τη διαδικασία συμπλήρωσης ιδιαίτερα τη φάση κατά την οποία οι συμμετέχοντες προσπαθούν να αντιληφθούν το νόημα και τις απαιτήσεις της ερώτησης (Tourangeau 1984).

Το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων ακολούθησε χρονικά το ερωτηματολόγιο ESPAD και το γεγονός αυτό δημιούργησε την αίσθηση σε κάποιους μαθητές ότι ήταν κουραστικό και ότι επαναλαμβάνονταν σε κάποια σημεία του. Και οι δύο παραπάνω παράγοντες (κόπωση και αίσθηση επανάληψης) ενθαρρύνουν θεωρητικά την είσοδο σφάλματος στη μέτρηση κάτι που εκδηλώνεται συνηθέστερα με την εμφάνιση μεγάλου αριθμού ελλειπουσών τιμών ή ασυνεπειών (Krosnick & Presser 2010). Πράγματι, όπως σχολιάστηκε στο Κεφάλαιο 7, οι ελλείπουσες τιμές στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων ήταν περισσότερες συγκριτικά με αυτές που παρατηρήθηκαν στο ερωτηματολόγιο ESPAD. Ωστόσο, όπως επίσης τεκμηριώθηκε, η εμφάνιση συγκριτικά υψηλότερου αριθμού ελλειπουσών τιμών στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων φάνηκε να περιορίζεται με μια συγκεκριμένη υποομάδα μαθητών (μαθητές που ούτως ή άλλως άφησαν αρκετές ερωτήσεις ασυμπλήρωτες), καθώς και με δομικές αδυναμίες του ερωτηματολογίου.

Στην παρούσα έρευνα προέκυψε, επιπλέον, ότι η επιλογή να αφήσουν κάποιοι μαθητές τις ερωτήσεις της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ασυμπλήρωτες εμπεριείχε από πλευράς μαθητών μίαν κάποια λογική. Πιο συγκεκριμένα, το ποιοτικό σκέλος της έρευνας έδειξε ότι μια μερίδα εφήβων είχαν λειτουργήσει με «έλλογο» τρόπο κατά

την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου — είχαν επιλέξει να απαντούν μόνο στις ερωτήσεις που θεωρούσαν ότι τους αφορούν και όχι ακολουθώντας αυστηρά τις υποδείξεις του ερωτηματολογίου. Ειδικότερα, κάποιοι μαθητές, οι οποίοι δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία συνταγογραφημένης χρήσης του φαρμάκου, ως μια «λογική» επιλογή, επέλεξαν να αφήσουν τις ερωτήσεις της μη-συνταγογραφημένης χρήσης αναπάντητες. Η παραπάνω τάση αποτυπώθηκε στις ποσοτικές αναλύσεις μέσω των υψηλότερων ποσοστών ελλειπουσών τιμών που παρατηρήθηκαν στις ερωτήσεις των φαρμάκων (3-4%) συγκριτικά με εκείνων του ερωτηματολογίου ESPAD σχετικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (~1%). Πράγματι, όπως έδειξαν ακολούθως οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις με εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη ελλειπουσών τιμών, οι μαθητές που δεν είχαν απαντήσει στην ερώτηση για τη συνταγογραφημένη χρήση είχαν σχεδόν εξαπλάσια πιθανότητα να αφήσουν και την ερώτηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης αναπάντητη (αν και, σε επίπεδο σημαντικότητας 10%).

Ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα έδειξαν, τέλος, ότι ο τρόπος που οι ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ήταν τοποθετημένες στο ερωτηματολόγιο (στη δεξιά πλευρά της σελίδας, σε παράλληλη διάταξη με τις ερωτήσεις της συνταγογραφημένης χρήσης) δημιούργησε δυσκολία προσαρμογής σε κάποιους μαθητές. Μολονότι υπήρχε αριθμηση και σαφής ένδειξη στο ερωτηματολόγιο (βέλος) που υποδείκνυε τη διαδρομή που θα έπρεπε να ακολουθηθεί κατά τη συμπλήρωση, υπήρξαν κάποιοι μαθητές οι οποίοι την αγνόησαν με αποτέλεσμα είτε να επικαλεστούν δυσκολίες στη συμπλήρωση είτε να αφήσουν τις ερωτήσεις αυτές ασυμπλήρωτες. Η παράβλεψη των οδηγιών που αναγράφονται σε ένα ερωτηματολόγιο είναι συχνό φαινόμενο στις έρευνες που βασίζονται σε ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από εφήβους και συνδέεται μεταξύ άλλων και με τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως το φύλο και τη σχολική επίδοση (βλ. Richardson et al. 2006).

8.2 Περιορισμοί

Η παρούσα διατριβή δεν στερείται περιορισμών.

Το ποιοτικό σκέλος της έρευνας βασίστηκε σε ημιδομημένες συζητήσεις με τους μαθητές με σκοπό την καταγραφή των εμπειριών τους από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (ποιοτική ανατροφοδότηση). Οι συζητήσεις πραγματοποιήθηκαν

με τη συμμετοχή ολόκληρων σχολικών τμημάτων, κατά μέσον όρο 20 μαθητές ανά τμήμα. Το μεγάλο πλήθος των μαθητών ανά τμήμα απέκλινε από τη συνήθη πρακτική στην ποιοτική έρευνα όπου οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης δεν ξεπερνούν κατά κανόνα τα 8-10 άτομα (Kueger & Casey 2000). Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα, ο μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων ανά ομάδα συζήτησης έδωσε τη δυνατότητα να διατυπωθούν πολλές και διαφορετικές απόψεις σχετικά με το ερωτηματολόγιο και ιδιαίτερα τον τρόπο με τον οποίο έγιναν αντιληπτές οι βασικές ερωτήσεις του. Επιπλέον, ο ευρύς αριθμός συμμετεχόντων ανά ομάδα αύξησε την πιθανότητα επαρκούς κάλυψης όλων των θεμάτων και περιόρισε τον κίνδυνο παρουσίας εκτεταμένων περιόδων παύσης που συνηθίζεται στις μικρές ομάδες (Rabiee 2004).

Το γεγονός ότι οι ομάδες ποιοτικής ανατροφοδότησης αποτελούνταν από μαθητές του ίδιου τμήματος αποτέλεσε –ταυτόχρονα– πλεονέκτημα και μειονέκτημα. Από τη μια πλευρά, οι μαθητές ήταν γνώριμοι μεταξύ τους και η ομοιογένεια και συνοχή βοήθησε στην αποτροπή ενδεχόμενων αναστολών που θα υπήρχαν εάν οι ομάδες αποτελούνταν από άγνωστα μεταξύ τους άτομα. Από την άλλη, η άνεση που χαρακτήριζε την επικοινωνία των συμμετεχόντων μέσα σε κάθε ομάδα συνέβαλε στη συχνή εμφάνιση αστεϊσμών («πλάκαας», «ατάκες») κατά τη διάρκεια των συζητήσεων.

Μεταξύ των σημαντικότερων περιορισμών στο ποιοτικό σκέλος της έρευνας ήταν ο σχετικά περιορισμένος χρόνος που ήταν διαθέσιμος για την ποιοτική ανατροφοδότηση. Οι συζητήσεις ακολούθησαν χρονικά τη συμπλήρωση των δύο ερωτηματολογίων με αποτέλεσμα, μέσα σε διάστημα 90 περίπου λεπτών, οι μαθητές να πρέπει να συμπληρώσουν δύο ερωτηματολόγια και να συνδράμουν στις συζητήσεις δίχως να μεσολαβήσει διάλειμμα. Ο παραπάνω σχεδιασμός επιβλήθηκε στη βάση της αδυναμίας των σχολείων να διαθέσουν περισσότερες από δύο διδακτικές ώρες για την έρευνα. Από τη μία πλευρά, ένας τέτοιος σχεδιασμός είχε το πλεονέκτημα ότι οι μαθητές είχαν συμπληρώσει πρόσφατα το ερωτηματολόγιο και, ως εκ τούτου, τούς ήταν εύκολο να ανακαλέσουν τις εντυπώσεις τους, να επεξεργαστούν τους προβληματισμούς τους και να προτείνουν λύσεις. Ωστόσο, ο περιορισμένος χρόνος μείωσε και τα περιθώρια που είχε ο ερευνητής προκειμένου διερευνήσει σε βάθος και να επιβεβαιώσει με περισσότερα κριτήρια τις διατυπωμένες απόψεις.

Επιπλέον, η επεξεργασία (ανάγνωση, κωδικογράφηση) και ερμηνεία του υλικού που συλλέχθηκε κατά το ποιοτικό σκέλος της έρευνας πραγματοποιήθηκε μόνον από τον ερευνητή — δεν υπήρξε η δυνατότητα ανάλυσης του ίδιου υλικού από δεύτερο, ανεξάρτητο, αναλυτή, γεγονός που θα ενίσχυε την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των ευρημάτων που παρουσιάστηκαν στην παρούσα διατριβή (Tong et al. 2007).

Σε επίπεδο στατιστικών αναλύσεων, η εξεταζόμενη συμπεριφορά αφορούσε χαμηλό αριθμό παρατηρήσεων – ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών και υπνωτικών. Ο χαμηλός αριθμός παρατηρήσεων, σε συνδυασμό με το κατά κανόνα μικρό σε μέγεθος δείγμα εφήβων-μαθητών, περιορίζει τη στατιστική ισχύ των αναλύσεων, ενώ επιπλέον καθιστά τα αποτελέσματα των αναλύσεων ευαίσθητα σε σφάλματα μέτρησης.

Τέλος, εβδομήντα επτά (77) μαθητές (το 7,9% του δείγματος) ήταν απόντες την ώρα της χορήγησης των ερωτηματολογίων, σε υψηλότερο ποσοστό κορίτσια (53,2%). Το ερευνητικό πρωτόκολλο δεν προέβλεπε επανάληψη της έρευνας για τους απόντες. Οι απουσία από το σχολείο συνδέεται με την συχνή παρουσία σωματικών και ψυχολογικών ενοχλήσεων, καθώς και με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Υπό αυτήν την έννοια, η απουσία από τις αναλύσεις των στοιχείων για τη συμπεριφορά και τις αντιλήψεις των απόντων μαθητών ενδεχομένως έχει εισάγει ένα βαθμό μεροληψίας στα ευρήματα της παρούσας διατριβής.

8.3 Σημασία της διατριβής

Παρά τους περιορισμούς της, η παρούσα διατριβή ανταποκρίθηκε στην πάγια ανάγκη για υλοποίηση ερευνών που αξιολογούν την εγκυρότητα ερωτήσεων που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση συμπεριφορών που συνδέονται με την υγεία.

Η χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων αποτελεί συμπεριφορά με σημαντικές επιπτώσεις για την υγεία, ενώ έχει προεκτάσεις και για τη δημόσια υγεία. Παρόλο που η μη-συνταγογραφημένη χρήση μετριέται ανελλιπώς σε έρευνες στο μαθητικό πληθυσμό, σπανίζουν οι μελέτες που εστιάζουν στον έλεγχο της ποιότητας της μέτρησης της συμπεριφοράς αυτήν στον πληθυσμό αυτόν — στην Ελλάδα η

τελευταία μελέτη εγκυρότητας για το ίδιο θέμα πραγματοποιήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980 (Kokkevi & Stefanis 1991).

Όπου δε έχουν υλοποιηθεί μελέτες εγκυρότητας, αυτές συνήθως περιορίζονται σε ποσοτικούς δείκτες (π.χ. αξιοπιστία και εσωτερική συνέπεια), ενώ αγνοούν ποιοτικού τύπου πηγές ελέγχου της εγκυρότητας μιας μέτρησης (π.χ. κατανόηση, στάσεις, αντιλήψεις) — οι τελευταίες αξιοποιούνται συνήθως στη φάση της κατασκευής των εργαλείων. Η παρούσα διατριβή συνδύασε ποιοτική και ποσοτική μεθοδολογία συλλογής και ανάλυσης στοιχείων για πολλαπλούς δείκτες εγκυρότητας της μέτρησης. Δεν υπάρχουν μελέτες στην Ελλάδα που να έχουν εφαρμόσει παρόμοια μεθοδολογική προσέγγιση με σκοπό τον έλεγχο της εγκυρότητας μιας μέτρησης, ενώ ειδικά για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων, δεν είναι γνωστό να υπάρχουν παρόμοιες προσεγγίσεις και διεθνώς.

Επιπλέον, στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής εφαρμόστηκε πιλοτικά ερώτηση για τη χρήση οπιοειδών παυσίπων. Στην Ελλάδα, η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων από τους εφήβους δεν έχει μετρηθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια, ενώ μόλις το 2015 συμπεριλήφθηκε για πρώτη φορά ερώτηση για τα οπιοειδή παυσίπονα στο ερωτηματολόγιο της πανευρωπαϊκής έρευνας ESPAD. Στον τομέα αυτό, η συνεισφορά της παρούσας διατριβής έγκειται κυρίως στο ότι ανέδειξε σημαντικούς περιορισμούς που αφορούν στην κατανόηση της έννοιας του ισχυρού οπιοειδούς παυσίπου από τους μαθητές με αποτέλεσμα να μειώνουν την εγκυρότητα της μέτρησης. Μέσω της παρούσας διατριβής, προτάθηκαν τρόποι για τη βελτίωση της μέτρησης της συμπεριφοράς αυτής. Οι προτάσεις αυτές υιοθετήθηκαν από την Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών του ΕΠΨΥ το 2011 —η οποία συμπεριέλαβε ερωτήσεις για τα οπιοειδή παυσίπονα— βελτιώνοντας έτσι σημαντικά την εγκυρότητα της μέτρησης (βλ. Προσάρτημα διατριβής).

Προσάρτημα Διατριβής — Η εφαρμογή αναθεωρημένων ερωτήσεων για τη χρήση οπιοειδών παυσίπων στην «Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών» του ΕΠΙΨΥ το 2011: Συνοπτική αποτίμηση

Στο παρόν Κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τη χρήση οπιοειδών παυσίπων από την Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (έρευνα ESPAD) που υλοποιήθηκε από το ΕΠΙΨΥ το 2011.¹⁹ Στην έρευνα χορηγήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο στο οποίο ενσωματώθηκαν αναθεωρημένες ερωτήσεις για τη χρήση οπιοειδών παυσίπων που είχαν χρησιμοποιηθεί στην έρευνα του 2009 στην Κεφαλονιά και Ιθάκη. Παρουσιάζονται ο σκοπός της μελέτης και η μέθοδος που ακολουθήθηκε για τη συλλογή και τη στατιστική ανάλυση των στοιχείων. Παρουσιάζονται τα ευρήματα για τις ελλείπουσες τιμές, τον επιπολασμό της συνταγογραφημένης και μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων και τη σχέση της συμπεριφοράς αυτής με άλλες συμπεριφορές και χαρακτηριστικά των εφήβων.²⁰ Το Κεφάλαιο ολοκληρώνεται με το σχολιασμό και τη σύνδεση των ευρημάτων με τη βιβλιογραφία και τα συμπεράσματα της έρευνας του 2009.

Πλαίσιο – Σκοπός της μελέτης

Στη βάση των διαπιστώσεων και των προτάσεων που προέκυψαν από την έρευνα του 2009 στην Κεφαλονιά και Ιθάκη και με σκοπό τη βελτιωμένη μέτρηση της χρήσης οπιοειδών παυσίπων στους εφήβους, στο ερωτηματολόγιο της «Πανελληνιας έρευνας στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών» του ΕΠΙΨΥ το 2011 συμπεριλήφθηκαν αναθεωρημένες ερωτήσεις για τη χρήση οπιοειδών παυσίπων. Για τον ίδιο σκοπό στο ερωτηματολόγιο ενσωματώθηκε επιπλέον και νέα ερώτηση σχετικά με τη χρήση κοινών παυσίπων.

¹⁹ Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την χρηματοδότηση του Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών (OKANA).

²⁰ Μέρος του υλικού που παρουσιάζεται στο παρόν κεφάλαιο έχει δημοσιευτεί στο επιστημονικό περιοδικό *Drugs: Education, Prevention & Policy* (βλ. Fotiou et al. 2014α)

Στις ενότητες που ακολουθούν παρουσιάζονται τα ευρήματα της μελέτης με έμφαση σε τρεις δείκτες εγκυρότητας της μέτρησης που εφαρμόστηκαν και στην έρευνα του 2009: α) τον επιπολασμό της χρήσης οπιοειδών παυσίπων (ως δείκτης εμπειρικής εγκυρότητας), β) η σχέση της βασικής μεταβλητής (μη-συνταγογραφημένη χρήση) με άλλες μεταβλητές (ως δείκτης εμπειρικής εγκυρότητας) και γ) τα επίπεδα εμφάνισης ελλειπυσών τιμών στην ερώτηση για τη μη-συνταγογραφημένη χρήσης (ως δείκτης κατανόησης της βασικής έννοιας και της διαδικασίας συμπλήρωσης). Τα στοιχεία για τους τρεις παραπάνω δείκτες αναμένεται να υποδηλώσουν εάν στην πανελλήνια έρευνα του 2011 υπήρξε βελτίωση της ποιότητας της μέτρησης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων συγκριτικά με την έρευνα του 2009.

Μέθοδος

Πληθυσμός και διαδικασία συλλογής στοιχείων

Η Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών επικεντρώνεται στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και την ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων μαθητών (ΕΠΨΥ 2012). Υλοποιείται από το ΕΠΨΥ ανά τετραετία στο πλαίσιο της πανευρωπαϊκής έρευνας ESPAD (www.espad.org, Hibell et al. 2012).

Στην έρευνα του 2011 συμμετείχε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 37.040 μαθητών ηλικίας 13-18 ετών. Η δειγματοληψία ήταν πιθανοθεωρητική με μονάδα δειγματοληψίας το σχολικό τμήμα. Το δειγματοληπτικό πλαίσιο αποτέλεσαν τα Γυμνάσια και Λύκεια των καταλόγων του Υπουργείου Παιδείας. Τα σχολεία στρωματοποιήθηκαν ανά νομό και τύπο σχολείου. Η έρευνα είχε την έγκριση του Υπουργείου Παιδείας. Περίπου 9% των επιλεγμένων σχολείων δεν συμμετείχαν στην έρευνα εξαιτίας κυρίως της έλλειψης διαθέσιμου χρόνου. Η συμμετοχή των μαθητών στην έρευνα έγινε με τη συναίνεση των γονέων. Οι μαθητές συμπλήρωσαν το ανώνυμο ερωτηματολόγιο μέσα στην τάξη χωρίς την παρουσία εκπαιδευτικού. Το ποσοστό συμμετοχής των μαθητών ήταν 86,4%. Περίπου 10% των μαθητών ήταν απόντες την ημέρα χορήγησης των ερωτηματολογίων, ενώ οι μαθητές αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα σε ποσοστό 3,6% (ΕΠΨΥ 2012).

Τα ερωτηματολόγια που περιείχαν ερωτήσεις για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων χορηγήθηκαν μόνο στους μαθητές της Γ' Γυμνασίου και των τριών τάξεων του Λυκείου — συνολικά 24.006 μαθητές ηλικίας 15-19 ετών. Μετά από τον ποιοτικό έλεγχο στη βάση δεδομένων παρέμειναν στοιχεία για συνολικά 23.279 μαθητές με μέση ηλικία τα 16,6 έτη (τ.α.1,3 έτη) — 50,1% αγόρια (Πίνακας Π-1).

Μέτρα

Στο ερωτηματολόγιο ενσωματώθηκαν αναθεωρημένες ερωτήσεις σχετικά με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων που είχαν δοκιμαστεί πιλοτικά σε δείγμα μαθητών Λυκείου της Κεφαλονιάς και Ιθάκης το 2009. Η χρήση οπιοειδών παυσίπων μετρήθηκε με την ακόλουθη ερώτηση «Πήρες ποτέ με / χωρίς τη σύσταση γιατρού κάποιο ισχυρό οπιοειδές παυσίπονο για το οποίο είναι υποχρεωτική η συνταγή γιατρού, όπως Lonarid-N® (Λοναρίντ-Ν), Romidon® (Ρομιντόν), Durogesic® (Ντουροτζέσικ), Lonalgal® (Λοναλγκάλ), κτλ.;». Οι μαθητές μπορούσαν να επιλέξουν μεταξύ των ακόλουθων απαντήσεων: Ποτέ / 1-2 φορές / 3-5 φορές, 6-9 φορές / 10-19 φορές / 20-39 φορές / 40 ή και περισσότερες φορές.

Στο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθηκε και ερώτηση για τη χρήση κοινών παυσίπων. Η ερώτηση τοποθετήθηκε πριν από την ερώτηση για τα οπιοειδή παυσίπονα και ήταν διατυπωμένη ως εξής: «Πήρες ποτέ κάποιο από τα συνηθισμένα παυσίπονα για το οποίο δεν απαιτείται συνταγή γιατρού, όπως Ασπιρίνη®, Deron® (Ντεπόν), Panadol® (Παναντόλ), Ponstan® (Πονστάν), Algifren® (Αλγκοφρέν), Voltaren® (Βολταρέν) κτλ;» Οι μαθητές είχαν τις ίδιες επιλογές απάντησης με τα οπιοειδή παυσίπονα.

Το ερωτηματολόγιο περιείχε επιπλέον ερωτήσεις για τη συνταγογραφημένη και μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών, τη χρήση νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, τον τρόπο ζωής, τις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις, τις αντιλήψεις, την κοινωνική προσαρμογή και την ψυχοκοινωνική υγεία (βλ. Hibell et al. 2012).

Πίνακας Π-1: Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ($n = 23.279$)

	<i>n</i>	%, (μ.ο.) ¹ [τ.α] ²
<i>Φύλο</i>		
Αγόρι	11.661	50,1
Κορίτσι	11.618	49,9
<i>Ηλικία (έτη)</i>		
Μέση ηλικία		(16,6) [1,3]
Μέση ηλικία Α' Λυκείου	6180	(16,2) [0,7]
Μέση ηλικία Β' Λυκείου	5952	(17,2) [0,6]
Μέση ηλικία Γ' Λυκείου	4730	(18,2) [0,7]
<i>Εθνικότητα γονιών</i>		
Και οι δύο γονείς Έλληνες	19.603	85,8
Τουλάχιστον ένας γονιός αλλοδαπός	3243	14,2
<i>Δομή οικογένειας</i>		
Ζει και με τους δύο βιολογικούς γονείς	19.465	84,2
Δεν ζει και με τους δύο βιολογικούς γονείς	3653	15,8
<i>Οικονομική κατάσταση οικογένειας³</i>		
Άνω του μέσου όρου	9702	42,5
Στο μέσο όρο	11.548	50,5
Κάτω του μέσου όρου	1609	7,0
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</i>		
Με πτυχίο πανεπιστημίου ή ανώτερο	7416	31,9
Με απολυτήριο Λυκείου ή κατώτερο	13.602	58,4
Δεν ξέρω / δεν έχω	1804	7,7
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</i>		
Με πτυχίο πανεπιστημίου ή ανώτερο	8461	36,9
Με απολυτήριο Λυκείου ή κατώτερο	13.166	57,4
Δεν ξέρω / δεν έχω	1293	5,6
<i>Εργασιακή κατάσταση πατέρα</i>		
Άνεργος	1026	4,5
Εργαζόμενος ή άλλο (π.χ. επίδομα)	20.894	91,3
Δεν ξέρω / δεν έχω	976	4,3
<i>Εργασιακή κατάσταση μητέρας</i>		
Άνεργη	5248	23,0
Εργαζόμενη ή άλλο (π.χ. επίδομα)	17.297	75,7
Δεν ξέρω / δεν έχω	296	1,3

Σημειώσεις. ¹Μέσος όρος. ²Τυπική απόκλιση. ³Αντιληπτή, συγκριτικά με των άλλων παιδιών.

Στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκαν απλές κατανομές και διασταυρώσεις για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, των ελλειπουσών τιμών και του επιπολασμού της χρήσης των φαρμάκων (Πίνακες Π-1 και Π-2). Επαγωγική

ανάλυση (κριτήριο Pearson χ^2) εφαρμόστηκε για τον έλεγχο των διαφορών στα επίπεδα επιπολασμού της χρήσης μεταξύ των φύλων και των ηλικιακών ομάδων.

Μονομεταβλητές και πολυμεταβλητές αναλύσεις λογαριθμιστικής παλινδρόμησης εφαρμόστηκαν με εξαρτημένη μεταβλητή την επανάληψη της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων (διχότομη, κατηγορική, 0 = ποτέ ή ≤ 2 φορές χρήση και 1 = χρήση ≥ 3 φορές σε όλη τη ζωή). Ως ανεξάρτητες μεταβλητές επιλέχθηκαν συμπεριφορές και χαρακτηριστικά των μαθητών που αναμένονταν βάσει βιβλιογραφίας να συνδέονται με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ομαδοποιήθηκαν σε εννέα θεματικούς τομείς (Πίνακας Π-3): κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, χρήση φαρμάκων, χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, μη-συνταγογραφημένη χρήση από φίλους ή μεγαλύτερα αδέρφια, ικανοποίηση από τις σχέσεις στην οικογένεια και την παρέα, σχολική προσαρμογή και δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο. Όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν δίτιμες, κατηγορικές, με εξαίρεση την αυτοεκτίμηση, το καταθλιπτικό συναίσθημα, την ανομική στάση, την αντικοινωνική συμπεριφορά και την εξάρτηση από το διαδίκτυο οι οποίες ήταν συνεχείς (Πίνακας Π-3).

Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σε τέσσερα στάδια. Στο πρώτο στάδιο, για τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην εξαρτημένη μεταβλητή και ξεχωριστά κάθε μιας από τις ανεξάρτητες μεταβλητές, πραγματοποιήθηκε μονομεταβλητή λογαριθμιστική παλινδρόμηση, υπολογίστηκαν οι σχετικοί λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων (odds ratios, OR), τα 99% διαστήματα εμπιστοσύνης (ΔΕ) και τα αντίστοιχα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας (τιμές p). Στο δεύτερο στάδιο ορίστηκαν εννέα μοντέλα πολυμεταβλητής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης που αντιστοιχούσαν σε κάθε έναν από τους εννέα θεματικούς τομείς στους οποίους ομαδοποιήθηκαν οι ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις ήταν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο $\alpha = 0,01$ εισήχθησαν στο αντίστοιχο μοντέλο στο οποίο έγινε επίσης έλεγχος για την επίδραση του φύλου και της ηλικίας. Δεδομένου ότι η σχέση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης με τις ανεξάρτητες μεταβλητές αναμένονταν να διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με το φύλο, όλα τα υποδείγματα (πλην αυτού με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά) συμπεριέλαβαν τον όρο αλληλεπίδρασης μεταξύ των υπολοίπων

ανεξάρτητων μεταβλητών και του παράγοντα φύλο. Το τρίτο στάδιο της ανάλυσης περιελάμβανε ένα μοντέλο πολυμεταβλητής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης το οποίο κάλυπτε όλους τους θεματικούς τομείς αλλά περιείχε μόνο τις ανεξάρτητες μεταβλητές που στο προηγούμενο βήμα ήταν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο $\alpha = 0,01$. Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο οι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές του προηγούμενου σταδίου εισήχθησαν σε ένα τελικό μοντέλο πολυμεταβλητής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης. Λόγω περιορισμένου χώρου, εδώ παρουσιάζονται μόνο τα αποτελέσματα του πρώτου (Πίνακας Π-3) και του τελευταίου (Πίνακας Π-4) σταδίου.

Οι αναλύσεις σε κάθε στάδιο περιορίζονταν στο υποσύνολο των περιπτώσεων του δείγματος που είχαν απαντήσει στην ερώτηση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης (εξαρτημένη μεταβλητή) και σε όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές που λαμβάνονταν υπόψη κάθε φορά — $n = 20.285$ στο τελικό μοντέλο. Για την παρουσίαση του όρου αλληλεπίδρασης (όπου ήταν αυτή στατιστικά σημαντική), στη θέση των εικονικών μεταβλητών για τον παράγοντα και την αλληλεπίδραση δημιουργήθηκαν δύο ψευδομεταβλητές, μια για την επίδραση του παράγοντα στα αγόρια και μια στα κορίτσια. Δεδομένης της μη-αναλογικής δειγματοληψίας, σε όλες τις αναλύσεις ενσωματώθηκε συντελεστής στάθμισης (design weight). Επίσης, όλες οι αναλύσεις διορθώθηκαν ως προς την επίδραση της κατά συστάδες παρουσίας των μαθητών στα ίδια τμήματα και σχολεία. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε στο λογισμικό πρόγραμμα IBM SPSS (v. 19.0, Armonk, NY: IBM Corp.).

Αποτελέσματα

Ελλείπουσες τιμές

Τα ποσοστά ελλειπουσών τιμών ήταν 0,7% στις ερωτήσεις για τα οπιοειδή παυσίπονα και 0,6% στις ερωτήσεις για τα ηρεμιστικά / υπνωτικά. Το μέσο ποσοστό ελλειπουσών τιμών στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου συνολικά ήταν 2,7%, διάμεσος 1,5%.

Επιπολασμός της χρήσης

Το σύνολο σχεδόν των μαθητών του δείγματος έχουν κάνει χρήση κάποιου κοινού παυσίπονου, σχεδόν δύο στους 3 (64,7%) ανέφεραν χρήση του φαρμάκου κατά τη διάρκεια των 30 τελευταίων ημερών πριν από την έρευνα (Πίνακας Π-2).

Ένας στους 5 μαθητές (20,6%) ανέφερε συνταγογραφημένη χρήση κάποιου οπιοειδούς παυσίπονου έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή (Πίνακας Π-2). Μη-συνταγογραφημένη χρήση αναφέρθηκε σε ποσοστό 16,2%, ενώ σε ποσοστό 6,3% αναφέρθηκε επανάληψη της χρήσης τουλάχιστον 3 φορές σε όλη τη ζωή.

Μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών αναφέρθηκε από το 9,2% των μαθητών. Ο επιπολασμός τη χρήσης αυξάνεται με την ηλικία σε όλες τις παραπάνω κατηγορίες φαρμάκων. Τα κορίτσια αναφέρουν χρήση παυσίπονων σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τα αγόρια, ενώ δεν παρατηρούνται διαφορές στα φύλα στα ηρεμιστικά / υπνωτικά.

Πίνακας Π-2: Επιπολασμός της χρήσης κοινών παυσίπονων, οπιοειδών παυσίπονων και ηρεμιστικών / υπνωτικών σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα μαθητών ηλικίας 15-19 ετών ($n = 23.279$), στο σύνολο, ανά φύλο και ηλικία (Πανελλήνια έρευνα ESPAD, 2011)

	Σύνολο	Φύλο			Ηλικία					p^2
		Αγόρια	Κορίτσια	p^1	15 ετών	16 ετών	17 ετών	18 ετών	19 ετών	
<i>Κοινά παυσίπονα</i>										
≥1 φορά σε όλη τη ζωή	93,1	90,3	96,0	<0,001	91,0	92,6	94,3	95,0	89,5	<0,001
≥1 φορά τους τελευταίους 12 μήνες	87,4	82,6	92,4	<0,001	84,8	86,6	89,0	90,1	82,4	<0,001
≥10 φορές τους τελευταίους 12 μήνες	34,6	26,8	42,7	<0,001	26,6	33,0	36,8	41,7	32,4	<0,001
≥1 φορά τις τελευταίες 30 ημέρες	64,7	55,5	74,3	<0,001	60,4	64,2	65,7	68,3	64,2	<0,001
<i>Οπιοειδή παυσίπονα – συνταγογραφημένη χρήση</i>										
≥1 φορά σε όλη τη ζωή	20,6	19,0	22,4	<0,001	17,6	19,0	20,6	22,8	30,6	<0,001
≥3 φορές σε όλη τη ζωή	7,3	6,9	4,7	0,043	5,8	6,3	7,3	8,7	10,4	<0,001
<i>Οπιοειδή παυσίπονα – μη-συνταγογραφημένη χρήση</i>										
≥1 φορά σε όλη τη ζωή	16,2	12,4	20,1	<0,001	13,5	14,7	15,3	19,0	24,7	<0,001
≥3 φορές σε όλη τη ζωή	6,3	5,0	7,6	<0,001	4,5	5,9	5,3	8,3	10,9	<0,001
<i>Ηρεμιστικά / υπνωτικά – συνταγογραφημένη χρήση</i>										
≥1 φορά σε όλη τη ζωή	9,3	9,4	9,2	0,692	10,1	9,3	8,9	7,9	14,3	<0,001
<i>Ηρεμιστικά / υπνωτικά – μη-συνταγογραφημένη χρήση</i>										
≥1 φορά σε όλη τη ζωή	4,9	5,0	4,8	0,676	5,2	4,6	4,2	4,9	8,2	0,019

Σημειώσεις: ¹Συγκρίσεις μεταξύ φύλων. ²Συγκρίσεις μεταξύ ηλικιακών ομάδων.

Σχέσεις μεταξύ μεταβλητών

Ο Πίνακας Π-3 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της μονομεταβλητής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της επανάληψη της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων (≥ 3 φορές σε όλη τη ζωή) και καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι περισσότεροι από τους εξεταζόμενους παράγοντες σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση στο επίπεδο $\alpha = 0,01$. Εξαιρέση αποτέλεσαν παράγοντες όπως το γεωγραφικό στρώμα, η χώρα γέννησης των μαθητών, η εθνικότητα των γονιών και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας.

Ο Πίνακας Π-4 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του τελικού μοντέλου της πολυμεταβλητής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της σχέσης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης και των μεταβλητών που ήταν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο $\alpha = 0,01$ κατά τα προηγούμενα βήματα. Το μοντέλο συμπεριέλαβε τους όρους αλληλεπίδρασης μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και του παράγοντα φύλο (με τη μορφή ψευδομεταβλητής) που ήταν στατιστικά σημαντικοί στα ενδιάμεσα στάδια της ανάλυσης.

Μεταξύ των ισχυρότερων παραγόντων που συνδέονται με την επανάληψη της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων ήταν η μη-συνταγογραφημένη χρήση στην παρέα (OR = 4,1, 99% ΔΕ = 3,1-5,4, $p < 0,001$), η συνταγογραφημένη χρήση του φαρμάκου (OR = 3,2, 99% ΔΕ = 2,3-4,5, $p < 0,001$ για τα αγόρια και OR = 2,4, 99% ΔΕ = 1,8-3,2, $p < 0,001$ για τα κορίτσια), η συχνή χρήση κοινών παυσίπων τον τελευταίο χρόνο (OR = 2,4, 99% ΔΕ = 1,9-2,9, $p < 0,001$), η συνταγογραφημένη και η μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών (OR = 1,5, 99% ΔΕ = 1,0-2,2, $p < 0,005$ και OR = 3,2, 99% ΔΕ = 2,2-4,5, $p < 0,001$, αντίστοιχα), η αντικοινωνική συμπεριφορά (OR = 1,6, 99% ΔΕ = 1,3-1,9, $p < 0,001$), η συχνή κατανάλωση αλκοόλ (OR = 1,4, 99% ΔΕ = 1,1-1,8, $p < 0,001$), το καθημερινό κάπνισμα (κορίτσια) (OR = 1,8, 99% ΔΕ = 1,3-2,5, $p < 0,001$), η κακοποίηση (OR = 1,4, 99% ΔΕ = 1,2-1,9, $p < 0,001$) και το φύλο/κορίτσι (OR = 1,4, 99% ΔΕ = 1,0-1,9, $p < 0,006$) (Πίνακας Π-4).

Πίνακας Π-3: Παράγοντες που συνδέονται με την επανάληψη (≥ 3 φορές σε όλη τη ζωή) της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων στους μαθητές ηλικίας 15-19 ετών. Αποτελέσματα μονομεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.

	% [μ.ο.] ¹	OR ² (99% ΔΕ)	p
Κοινωνικοδημογραφικά			
<i>Φύλο</i>			
Αγόρι	5,0	<i>I</i>	
Κορίτσι	7,6	1,6 (1,3, 1,9)	<0,001
<i>Ηλικία (έτη)</i>			
Μέση ηλικία	[16,6]	1,2 (1,1, 1,4)	<0,001
15 ετών	4,5		<0,001
16 ετών	5,9		
17 ετών	5,3		
18 ετών	8,3		
19 ετών	10,9		
<i>Γεωγραφικό στρώμα</i>			
Αθήνα	6,2	<i>I</i>	
Θεσσαλονίκη	7,7	1,3 (0,9, 1,9)	0,128
Λοιπές περιοχές	6,1	1,0 (0,8, 1,2)	0,824
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</i>			
Με πτυχίο πανεπιστημίου ή ανώτερο	5,3	<i>I</i>	
Με απολυτήριο Λυκείου ή κατώτερο	6,6	1,3 (1,0, 1,6)	0,003
Δεν ξέρω / Δεν έχω πατέρα	7,7	1,5 (1,1, 2,1)	0,003
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</i>			
Με πτυχίο πανεπιστημίου ή ανώτερο	5,8	<i>I</i>	
Με απολυτήριο Λυκείου ή κατώτερο	6,5	1,1 (0,9, 1,4)	0,098
Δεν ξέρω / Δεν έχω μητέρα	8,2	1,5 (1,0, 2,2)	0,021
<i>Οικονομική κατάσταση οικογένειας³</i>			
Άνω του μέσου όρου / στο μέσο όρο	6,0	<i>I</i>	
Κάτω του μέσου όρου	10,3	1,8 (1,3, 2,4)	<0,001
<i>Δομή οικογένειας</i>			
Ζει και με τους δύο βιολογικούς γονείς	5,8	<i>I</i>	
Δεν ζει και με τους δύο βιολογικούς γονείς	8,7	1,5 (1,2, 2,0)	<0,001
<i>Χώρα γέννησης</i>			
Ελλάδα	6,2	<i>I</i>	
Άλλη χώρα	6,5	1,1 (0,8, 1,4)	0,667
<i>Εθνικότητα γονιών</i>			
Και οι δύο γονείς Έλληνες	6,1	<i>I</i>	
Τουλάχιστον ένας γονιός αλλοδαπός	7,6	1,3 (1,0, 1,6)	0,012
<i>Εργασιακή κατάσταση πατέρα</i>			
Εργαζόμενος ή άλλο (π.χ., επίδομα)	6,1	<i>I</i>	
Άνεργος	7,7	1,3 (0,8, 2,0)	0,134
Δεν ξέρω / Δεν έχω πατέρα	9,6	1,6 (1,1, 2,4)	0,001
<i>Εργασιακή κατάσταση μητέρας</i>			
Εργαζόμενη ή άλλο (π.χ., επίδομα)	6,1	<i>I</i>	
Άνεργη	6,8	1,1 (0,9, 1,4)	0,13
Δεν ξέρω / Δεν έχω μητέρα	12,7	2,3 (1,3, 3,9)	<0,001
Σωματική υγεία			
<i>Κατάσταση σωματικής υγείας</i>			
Καλύτερη / στο μέσον όρο	5,5	<i>I</i>	
Χειρότερη	11,4	2,2 (1,8, 2,8)	<0,001
<i>Επισκέψεις στο γιατρό</i>			
Καθόλου τους τελευταίους 12 μήνες	4,7	<i>I</i>	
≥ 1 φορά τους τελευταίους 12 μήνες	7,5	1,6 (1,3, 2,0)	<0,001

Σημειώσεις. ¹Μέσος όρος. ²Τα Odds Ratios (OR) συνοδεύονται από 99% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (ΔΕ) σε παρενθέσεις. ³Αντιληπτή, συγκριτικά με των άλλων παιδιών στην τάξη.

Πίνακας Π-3: (συνέχεια) Παράγοντες που συνδέονται με την επανάληψη (≥ 3 φορές σε όλη τη ζωή) της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπονων στους μαθητές ηλικίας 15-19 ετών. Αποτελέσματα μονομεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.

	% [μ.ο.] ¹	OR ² (99% ΔΕ)	p
Ψυχολογική υγεία			
<i>Κακοποίηση (ψυχική, συναισθηματική, σωματική)</i>			
Ποτέ	4,1	<i>I</i>	
≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή	9,6	2,4 (2,0, 3,0)	<0,001
<i>Σκέψεις βλάβης εαυτού</i>			
Ποτέ	4,3	<i>I</i>	
≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή	11,1	2,8 (2,3, 3,4)	<0,001
<i>Αυτοεκτίμηση (κλίμακα)</i>	[2,9]	0,5 (0,5, 0,6)	<0,001
<i>Καταθλιπτικό συναίσθημα (κλίμακα)</i>	[2,1]	2,2 (2,0, 2,5)	<0,001
<i>Ανομική στάση (κλίμακα)</i>	[3,9]	1,4 (1,2, 1,5)	<0,001
<i>Αντικοινωνική συμπεριφορά (κλίμακα)</i>	[1,4]	2,0 (1,8, 2,3)	<0,001
<i>Εξάρτηση από το διαδίκτυο (κλίμακα)</i>	[2,8]	1,2 (1,1, 1,2)	<0,001
Χρήση φαρμάκων			
<i>Χρήση κοινού παυσίπονου</i>			
<10 φορές τους τελευταίους 12 μήνες	3,4	<i>I</i>	
≥ 10 φορές τους τελευταίους 12 μήνες	11,8	3,8 (3,2, 4,5)	<0,001
<i>Συνταγογραφημένη χρήση ισχυρού οπιοειδούς παυσίπονου</i>			
Ποτέ	3,8	<i>I</i>	
≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή	16,1	4,9 (4,1, 5,9)	<0,001
<i>Συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικού/υπνωτικού</i>			
Ποτέ	5,5	<i>I</i>	
≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή	21,8	4,8 (3,8, 6,1)	<0,001
<i>Μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικού/υπνωτικού</i>			
Ποτέ	5,0	<i>I</i>	
≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή	29,5	8,0 (6,1, 10,4)	<0,001
Χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών			
<i>Κάπνισμα</i>			
Όχι καθημερινά ή καθόλου	5,1	<i>I</i>	
Καθημερινό κάπνισμα	11,3	2,4 (2,0, 2,9)	<0,001
<i>Οινοπνευματώδη</i>			
<10 φορές τις 30 τελευταίες ημέρες	5,3	<i>I</i>	
≥ 10 φορές τις 30 τελευταίες ημέρες	11,6	2,3 (1,9, 2,9)	<0,001
<i>Υπερβολική χρήση οινοπνευματωδών³</i>			
Καθόλου τις 30 τελευταίες ημέρες	4,3	<i>I</i>	
≥ 1 φορά τις 30 τελευταίες ημέρες	8,7	2,1 (1,7, 2,7)	<0,001
<i>Μέθη</i>			
Καθόλου τις 30 τελευταίες ημέρες	5,5	<i>I</i>	
≥ 1 φορά τις 30 τελευταίες ημέρες	11,5	2,2 (1,8, 2,7)	<0,001
<i>Κάναβη</i>			
Ποτέ χρήση	5,3	<i>I</i>	
≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή	12,5	2,5 (2,0, 3,2)	<0,001
<i>Εισπνεόμενες ουσίες</i>			
Ποτέ χρήση	5,3	<i>I</i>	
≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή	11,9	2,4 (2,0, 2,9)	<0,001

Σημειώσεις. ¹Μέσος όρος. ²Τα Odds Ratios (OR) συνοδεύονται από 99% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (ΔΕ) σε παρενθέσεις. ³Τουλάχιστον 5 ποτά στη σειρά (στην καθισιά), τουλάχιστον 3 φορές.

Πίνακας Π-3: (συνέχεια) Παράγοντες που συνδέονται με την επανάληψη (≥ 3 φορές σε όλη τη ζωή) της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπονων στους μαθητές ηλικίας 15-19 ετών. Αποτελέσματα μονομεταβλητών αναλύσεων λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.

	% [μ.ο.] ¹	OR ² (99% ΔΕ)	p
Μη-συνταγογραφημένη χρήση από φίλους, αδέρφια			
<i>Ηρεμιστικά/υπνωτικά από φίλους</i>			
Κανένας	4,7	1	
Έστω κάποιος	14,6	3,5 (2,9, 4,2)	<0,001
<i>Ισχυρά οπιοειδή παυσίπονα από φίλους</i>			
Κανένας	2,3	1	
Έστω κάποιος	12,4	6,0 (4,7, 7,5)	<0,001
<i>Ηρεμιστικά/υπνωτικά από αδέρφια</i>			
Όχι	5,6	1	
Ναι	19,7	4,1 (3,0, 5,7)	<0,001
Δεν ξέρω / Δεν έχω	6,2	1,0 (0,9, 1,4)	0,198
<i>Ισχυρά οπιοειδή παυσίπονα από αδέρφια</i>			
Όχι	3,7	1	
Ναι	14,8	4,6 (3,6, 5,8)	<0,001
Δεν ξέρω / Δεν έχω	6,2	1,7 (1,4, 2,2)	<0,001
Ικανοποίηση από τις σχέσεις			
<i>Σχέσεις με τους γονείς</i>			
Ικανοποιημένος/-η/έτσι-κι-έτσι	5,6	1	
Όχι ικανοποιημένος/-η	10,7	2,0 (1,7, 2,4)	<0,001
<i>Σχέσεις με φίλους</i>			
Ικανοποιημένος/-η/έτσι-κι-έτσι	6,1	1	
Όχι ικανοποιημένος/-η	10,6	1,8 (1,3, 2,5)	<0,001
Δεν έχω φίλους	5,8	0,9 (0,3, 2,5)	0,78
Σχολείο			
<i>Ικανοποίηση από το σχολείο</i>			
Ικανοποιημένος/-η/έτσι-κι-έτσι	5,7	1	
Όχι ικανοποιημένος/-η	8,0	1,5 (1,2, 1,8)	<0,001
<i>Αδικαιολόγητες απουσίες ("κοπάνια")</i>			
≤1 φορά τις 30 τελευταίες ημέρες	5,1	1	
≥2 φορές τις 30 τελευταίες ημέρες	9,1	1,9 (1,5, 2,3)	<0,001
<i>Βαθμοί προηγούμενου τριμήνου</i>			
18/20-20/20	5,2	1	
14/20-17/20	6,4	1,2 (1,0, 1,5)	0,009
<10/20-13/20	8,0	1,6 (1,2, 2,1)	<0,001
Ελεύθερος χρόνος			
<i>Βιντεοπαιχνίδια</i>			
Όχι καθημερινά	5,8	1	
Καθημερινά	7,2	1,3 (1,0, 1,5)	0,004
<i>Σωματική δραστηριότητα (αθλητισμός)</i>			
Όχι καθημερινά	6,9	1	
Καθημερινά	5,5	0,8 (0,6, 0,9)	0,001

Σημειώσεις. ¹ Μέσος όρος. ² Τα Odds Ratios (OR) συνοδεύονται από 99% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (ΔΕ) σε παρενθέσεις.

Πίνακας Π-4: Παράγοντες που συνδέονται με την επανάληψη (≥ 3 φορές σε όλη τη ζωή) της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων ($n = 20.285$). Αποτελέσματα τελικού μοντέλου πολυμεταβλητής ανάλυσης λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.

	OR ¹	99% ΔΕ ² για τον OR	p
Κορίτσι (έναντι Αγόρι)	1,4	1,0, 1,9	0,006
Μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων στο φιλικό περιβάλλον (έναντι Κανένας)	4,1	3,1, 5,4	<0,001
Συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών, ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή (έναντι Ποτέ)	1,5	1,0, 2,2	0,005
Χρήση κοινών παυσίπων ≥ 10 φορές τους τελ. 12 μήνες (έναντι Σπανιότερα ή καθόλου)	2,4	1,9, 2,9	<0,001
Συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων, ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή * αγόρι (έναντι Ποτέ)	3,2	2,3, 4,5	<0,001
Συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων, ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή * κορίτσι (έναντι Ποτέ)	2,4	1,8, 3,2	<0,001
Μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών, ≥ 1 φορά σε όλη τη ζωή (έναντι Ποτέ)	3,2	2,2, 4,5	<0,001
Κακοποίηση (έναντι Ποτέ)	1,5	1,2, 1,9	<0,001
Καθημερινό κάπνισμα * κορίτσι (έναντι Όχι καθημερινό ή καθόλου κάπνισμα τις τελ. 30 ημέρες)	1,8	1,3, 2,5	<0,001
Κατανάλωση αλκοόλ, ≥ 10 φορές τις τελ. 30 ημέρες (έναντι Σπανιότερα ή καθόλου)	1,4	1,1, 1,8	<0,001
Αντικοινωνική συμπεριφορά (κλίμακα)	1,6	1,3, 1,9	<0,001

Σημειώσεις. ¹Odds Ratio. ²Διάστημα εμπιστοσύνης.

Συζήτηση

Η Πανελλήνια έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, που πραγματοποίησε το ΕΠΠΥ το 2011 συμπεριέλαβε στο ερωτηματολόγιό της αναθεωρημένες ερωτήσεις για τη συνταγογραφημένη και τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων και νέα ερώτηση για τη χρήση κοινών παυσίπων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αναλύσεων, οι αλλαγές που υιοθετήθηκαν φαίνεται ότι βελτίωσαν την ποιότητα της μέτρησης για τη συμπεριφορά αυτή.

Το ποσοστό των ελλειπουσών τιμών στις ερωτήσεις για τη χρήση οπιοειδών παυσίπων δεν ξεπέρασε το 0,7%, σημαντικά βελτιωμένο συγκριτικά το αντίστοιχο που είχε παρατηρηθεί για τις ίδιες ερωτήσεις στην έρευνα του 2009 (3-4%, βλ. Κεφάλαιο 7). Το παραπάνω είναι ενδεικτικό ευκολίας στην κατανόηση και τη συμπλήρωση της ερώτησης από τους συμμετέχοντες στην έρευνα του 2011. Το γεγονός ότι οι ερωτήσεις για τα οπιοειδή παυσίωνα ήταν το 2011 ενσωματωμένες στο μοναδικό, βασικό ερωτηματολόγιο της έρευνας ενδεχομένως συνέβαλε στο να διατηρηθούν τα ποσοστά των ελλειπουσών τιμών σε πολύ χαμηλά επίπεδα (και αντίστροφα, το γεγονός ότι το 2009 το ερωτηματολόγιο των φαρμάκων αποτελούσε ξεχωριστό έντυπο ενδεχομένως από μόνο του εξηγεί τα υψηλότερα ποσοστά των

αναπάντητων ερωτήσεων που συγκέντρωσε συγκριτικά με το ερωτηματολόγιο του ESPAD).

Τα αποτελέσματα της έρευνας του 2011 έδειξαν επίσης ότι στη συντριπτική πλειονότητά τους οι έφηβοι στην Ελλάδα δεν έχουν κάνει ποτέ μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων — η συμπεριφορά αυτή αναφέρθηκε από το 16,6% του δείγματος. Για τα οπιοειδή παυσίπων δεν υπάρχουν συγκρίσιμα στοιχεία από παρόμοιες έρευνες στην Ελλάδα ή την υπόλοιπη Ευρώπη. Το ποσοστό στη χώρα μας για τους 18χρονους (19%) είναι ωστόσο υψηλότερο συγκριτικά με το 12% που είχε παρατηρηθεί την ίδια χρονιά σε αντιπροσωπευτικό ποσοστό μαθητών στις ΗΠΑ (Johnston et al. 2013), αλλά εφάμιλλο ερευνών μικρότερης κλίμακας στην ίδια χώρα (βλ. Boyd et al. 2006α, Boyd et al. 2009, McCabe et al. 2011α).

Οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στα ποσοστά της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων μεταξύ των ερευνών πιθανά αντανακλούν πραγματικές επιδημιολογικές τάσεις, ενδέχεται όμως να επηρεάζονται από διαφορές στη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, τα εργαλεία και τα μέτρα που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε δείγματος. Σε κάθε περίπτωση, τα επίπεδα επιπολασμού της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων που παρατηρήθηκαν στην εθνική έρευνα του 2011 φαίνεται να «διορθώνουν» τα ποσοστά που είχαν παρατηρηθεί στην έρευνα του 2009 στην Κεφαλονιά και Ιθάκη (περίπου 26%) — ενδεικτικό βελτιωμένης μέτρησης της συμπεριφοράς αυτής το 2011 που ενδεχομένως συνδέεται και με την παρουσία της ερώτησης για τα κοινά παυσίπων στο ερωτηματολόγιο.

Επιπλέον, οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις στα στοιχεία της πανελλήνιας έρευνας του 2011 ανέδειξαν σχέσεις μεταξύ της μη-συνταγογραφημένης χρήσης και συμπεριφορών και χαρακτηριστικών των εφήβων οι οποίες είχαν αναδειχθεί και στην τοπική έρευνα του 2009. Έτσι, σύμφωνα με την παρούσα μελέτη η προηγούμενη συνταγογραφημένη χρήση του φαρμάκου σχεδόν τριπλασιάζει την πιθανότητα της μη-συνταγογραφημένης χρήσης του. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με στοιχεία άλλων

μελετών τα οποία καταδεικνύουν την υψηλή συσχέτιση των δύο συμπεριφορών (π.χ. McCabe et al. 2011α, Boyd et al. 2006α).

Η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων συνδέεται επιπλέον και με τη συχνή πρόσφατη χρήση κοινών παυσίπων (δεν είχε προβλεφθεί ερώτηση για τα κοινά παυσίπων στην έρευνα του 2009). Τα παραπάνω επαναφέρουν στο προσκήνιο την υπόθεση περί αυτοθεραπείας ως το βασικό (εάν όχι, το αποκλειστικό) κίνητρο για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση του φαρμάκου — υπόθεση που είχε υποστηριχθεί και από τα ευρήματα της τοπικής έρευνας του 2009. Σύμφωνα με την υπόθεση αυτήν, η μη-συνταγογραφημένη χρήση δεν αποτελεί τόσο αυτοσκοπό (π.χ. αναζήτηση αισθητηριακών ερεθισμάτων), όσο κατάληξη μιας πορείας η οποία ξεκινά με την εμφάνιση ενοχλήσεων, εξελίσσεται με τη χρήση κοινών παυσίπων και τη χρήση οπιοειδών παυσίπων με τη σύσταση γιατρού, για να καταλήξει στη μη-συνταγογραφημένη χρήση τους. Πράγματι, τουλάχιστον μια μελέτη σε έφηβους μαθητές έχει δείξει ότι η πλειονότητα των χρηστών ανέφερε μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων για να ανακουφίσουν τον πόνο (Boyd et al. 2006α) — κάτι που επιβεβαιώνεται και από τα ελληνικά δεδομένα τόσο της έρευνας του 2009 (βλ. Κεφάλαιο 6 διατριβής) όσο και της εθνικής έρευνας του 2011 (Fotiou et al. 2014). Ασφαλώς, σε αντίθεση με τις δυνατότητες που θα παρείχε μια διαχρονική έρευνα, η συγχρονικού τύπου έρευνα που υιοθετήθηκε εδώ δεν μας επιτρέπει να εξετάσουμε ποια από τις σχετιζόμενες μεταξύ τους συμπεριφορές προηγείται χρονικά και ενδεχομένως προκαλεί τις άλλες.

Δύο ακόμα ευρήματα από την παρούσα μελέτη ενισχύουν την υπόθεση της αυτοθεραπείας: πρώτον, αντίθετα με ότι έχει παρατηρηθεί σε άλλες μελέτες (βλ. Catalano et al. 2011, McCabe et al. 2011α, Ford 2008β, McCabe et al. 2005, Boyd et al. 2006α, Boyd et al. 2009, Fleary et al. 2011), στην παρούσα μελέτη η χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων δεν εμφάνισε κάποια ισχυρή, ανεξάρτητη συσχέτιση με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων.²¹ Η εμφάνιση συσχέτισης της

²¹ Σημειώνεται ότι οι παράνομες ουσίες απουσιάζουν εντελώς και από τις αντίστοιχες αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν έχοντας εξαρτημένη μεταβλητή τη μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών (δεν παρουσιάζονται εδώ). Εξάιρεση αποτέλεσαν οι εισπνεόμενες ουσίες των οποίων η χρήση φάνηκε να αυξάνει κατά 70% την πιθανότητα της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ηρεμιστικών / υπνωτικών (OR = 1,7, 99% ΔΕ = 1,3-2,2, $p < 0,001$).

συχνής κατανάλωσης αλκοόλ και του συστηματικού καπνίσματος (μόνο στα κορίτσια) με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση δεν αρκεί για να στηρίζει την εναλλακτική υπόθεση που θέλει την κατάχρηση οπιοειδών παυσίπων να αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου πλαισίου συμπεριφορών στο οποίο κυριαρχεί η χρήση ουσιών. Αντίθετα, το γεγονός ότι η μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων εμφάνισε σημαντική σχέση τόσο με τη χρήση ηρεμιστικών / υπνωτικών όσο και με τη συχνή χρήση κοινών παυσίπων δείχνει ότι η πρώτη αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου πλαισίου συμπεριφορών που κυριαρχείται από τη χρήση πολλών και διαφορετικών τύπων φαρμάκων.

Δεύτερον, ο παράγοντας φύλο/κορίτσι φαίνεται να έχει εντονότερη παρουσία στις αναλύσεις έναντι του παράγοντα φύλο/αγόρι. Ως προς τον επιπολασμό της χρήσης, στα κορίτσια παρατηρούνται σημαντικά υψηλότερα ποσοστά συνταγογραφημένης και μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων. Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις έδειξαν ότι το φύλο/κορίτσι αύξησε την πιθανότητα μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων κατά 40%, έναντι του φύλου/αγόρι. Σχετικές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι τα κορίτσια χρησιμοποιούν φάρμακα σε υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τα αγόρια (για ελληνικά δεδομένα, βλ. Holstein et al 2015, Gobina et al. 2011, Kokkevi et al. 2007α, Athanasopoulos et al. 2012, Pappa et al. 2011) και ότι ο παράγοντας «κορίτσι» εμφανίζεται ανελλιπώς ως σημαντικός ανεξάρτητος προβλεπτικός παράγοντας για τη μη-συνταγογραφημένη χρήση και την εξάρτηση από τα παυσίπων (Stoelben et al. 2000, Boyd et al. 2006α, Boyd et al. 2007, Simoni-Wastila 1998, Simoni-Wastila et al. 2008). Τα κορίτσια χρησιμοποιούν παυσίπων για να ανακουφιστούν από πόνους περιόδου και άλλους πόνους (π.χ. πονοκεφάλους), τους οποίους βιώνουν νωρίτερα στην εφηβεία τους και συχνότερα σε σύγκριση με τα αγόρια (Mitka 2004, Bakoula et al. 2006, Gobina et al. 2011, Chambers et al. 1997). Η εύκολη και συχνή πρόσβαση των κοριτσιών στα φάρμακα αυτά ενδεχομένως αυξάνει τη πιθανότητα χρήσης των φαρμάκων αυτών χωρίς τη σύσταση κάποιου ειδικού.

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε επίσης τη μη-συνταγογραφημένη χρήση οπιοειδών παυσίπων στο φιλικό περιβάλλον ως τον παράγοντα με την ισχυρότερη σχέση με τη μη-συνταγογραφημένη χρήση. Ο κίνδυνος της μη-συνταγογραφημένης χρήσης

τετραπλασιάζεται όταν το ίδιο φάρμακο χρησιμοποιείται χωρίς τη σύσταση γιατρού από φίλους/ -ες. Ο ρόλος των συνομηλίκων αναδείχθηκε και στην τοπική έρευνα του 2009 (βλ. Κεφάλαιο 6), ενώ έχει καταγραφεί εκτενώς και στη σχετική βιβλιογραφία (Boyd et al. 2006, Ford 2008β). Οι ομότιμοι δεν μεταφέρουν απλώς πρότυπα συμπεριφοράς αλλά, όπως φάνηκε στο ποιοτικό σκέλος της έρευνας του 2009 (βλ. Κεφάλαιο 4) και αλλού (Boyd et al. 2007), διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εισαγωγή και τη διακίνηση των φαρμάκων στις παρέες, ιδιαίτερα των κοριτσιών. Η επιρροή του φιλικού περιβάλλοντος στη διαμόρφωση μιας συμπεριφοράς παραπέμπει πρωτίστως στις διαδικασίες κοινωνικής εκμάθησης (βλ. Bandura [1986, 2001] αλλά και το οικολογικό μοντέλο του Bronfenbrenner [1979] για την ανθρώπινη ανάπτυξη που παρουσιάστηκε στο Κεφάλαιο 3). Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής εκμάθησης, στάσεις και πρακτικές σχετικά με τη χρήση φαρμάκων που είναι κυρίαρχες στο περιβάλλον των εφήβων επιδρούν και διαμορφώνουν στις στάσεις και τη συμπεριφοράς των ίδιων εφήβων (Ford 2008β, 2009).

Τέλος, η αντικοινωνική συμπεριφορά και η θυματοποίηση εμφανίστηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της μη-συνταγογραφημένης χρήσης οπιοειδών παυσίπων, αμφότεροι αυξάνοντας τον κίνδυνο κατά 50% στους χρήστες φαρμάκων συγκριτικά με τους μη-χρήστες. Το παραπάνω εύρημα συνάδει απόλυτα με ευρήματα από ανάλογες έρευνες που έχουν επίσης αναδείξει τη σχέση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης των φαρμάκων αυτών με την αντικοινωνική συμπεριφορά και ιδιαίτερα τη θυματοποίηση (Catalano et al. 2011, Ford 2008α, McCauley et al. 2010, Young et al. 2011). Μελέτη σε μαθήτριες στις ΗΠΑ έδειξε ότι η ύπαρξη βιωμάτων σεξουαλικής θυματοποίησης αύξησε τον κίνδυνο μη-συνταγογραφημένης χρήσης παυσίπων (Young et al. 2011). Άλλη μελέτη σε έφηβους ηλικίας 12-17 ετών ανέδειξε τον προβλεπτικό ρόλο των βιωμάτων βίας στην αύξηση του κινδύνου μη-συνταγογραφημένης χρήσης στους εφήβους (McCauley et al. 2010).

Η παρούσα μελέτη είχε αρκετούς περιορισμούς. Πρώτον, η συγχρονικού τύπου συλλογή στοιχείων και ανάλυση δεν δίνει τη δυνατότητα να αποτυπωθεί επαρκώς η σύνθετη σχέση της μη-συνταγογραφημένης χρήσης με άλλες συμπεριφορές των εφήβων. Δεύτερον, στην έρευνα δεν συμπεριλήφθηκαν λόγω περιορισμών στο ερωτηματολόγιο μέτρα για επιπλέον παράγοντες που ενδεχομένως παίζουν

καθοριστικό ρόλο στη μη-συνταγογραφημένη χρήση. Τέτοια μέτρα θα μπορούσαν να αφορούν τη χρήση φαρμάκων από τους γονείς ή άλλα μέλη της οικογένειας (αναδείχθηκε στην τοπική έρευνα του 2009), τις αντιλήψεις των γονιών απέναντι στα φάρμακα και στους κινδύνους από τη χρήση τους, καθώς και το ρόλο τους στη μη-συνταγογραφημένη χρήση των φαρμάκων από τα παιδιά τους, τις αντιλήψεις των εφήβων για την «ασθένεια» και οι στάσεις τους απέναντι στην αυτοθεραπεία, κτλ.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- Acock AC (2005) Working with missing values. *Journal of Marriage and Family* 67 (4):1012-1028.
- Allotey P, Reidpath DD, Elisha D (2004) “Social medication” and the control of children: a qualitative study of over-the-counter medication among Australian children. *Pediatrics* 114 (3):e378-e383.
- Andersen A, Holstein BE, Berntsson L, Hansen EH (2012) Parental symptoms and children's use of medicine for headache: data reported by parents from five Nordic countries. *Int J Public Health* 57 (1):217-223.
- Andersen A, Holstein BE, Due P, Hansen EH (2009) Medicine use for headache in adolescence predicts medicine use for headache in young adulthood. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 18 (7):619-623.
- Andersen A, Krolner R, Holstein BE, Due P, Hansen EH (2007) Medicine use among 11- and 13-year-olds: agreement between parents' reports and children's self-reports. *Ann Pharmacother* 41 (4):581-586.
- Anthony JC, Warner LA, Kessler RC (1994) Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2:244–268.
- Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, O'Grady KE, Wish ED (2008) Perceived harmfulness predicts nonmedical use of prescription drugs among college students: interactions with sensation-seeking. *Prev Sci* 9 (3):191-201.
- Athanasopoulos C, Pitychoutis PM, Messari I, Lionis C, Papadopoulou-Daifoti Z (2012) Is drug utilization in Greece sex-dependent? A population-based study. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 112 (1):55-62. doi: 10.1111/j.1742-7843.2012.00920.x
- Australian Bureau of Statistics (2001) Pre-Testing in Survey Development: An Australian Bureau of Statistics Perspective. *Population Survey Development - Australian Bureau of Statistics*.
- Bachman JG, O'Malley PM (1981) When four months equal a year: Inconsistencies in student reports of drug use. *Public Opin Q* 45 (4):536-548.
- Bahr SJ, Hoffmann JP, Yang X (2005) Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *J Prim Prev* 26 (6):529-551.
- Bakoula C, Kapi A, Veltsista A, Kavadias G, Kolaitis G (2006) Prevalence of recurrent complaints of pain among Greek schoolchildren and associated factors: a population-based study. *Acta Paediatr* 95 (8):947-951.
- Bandura A (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bandura A (2001) Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 52 (1):1-26.

- Basurto FZ, Montes JMG, Cubos PF, Santed FS, Ríos FL, Moreno AM (2009) Validity of the self-report on drug use by university students: correspondence between self-reported use and use detected in urine. *Psicothema* 21 (2):213-219.
- Borgers N, Sikkel D, Hox J (2004) Response effects in surveys on children and adolescents: The effect of number of response options, negative wording, and neutral mid-point. *Quality and Quantity* 38 (1):17-33.
- Borgers N, Hox J (2001) Item nonresponse in questionnaire research with children. *Journal of Official Statistics-Stockholm* 17 (2):321-335.
- Boyd CJ, McCabe ES, Teter CJ (2006α) Medical and nonmedical use of prescription pain medication by youth in a Detroit-area public school district. *Drug Alcohol Depend* 81 (1):37-45.
- Boyd CJ, McCabe SE, Cranford JA, Young A (2006β) Adolescents' motivations to abuse prescription medications. *Pediatrics* 118 (6):2472-2480.
- Boyd CJ, McCabe SE, Cranford JA, Young A (2007) Prescription drug abuse and diversion among adolescents in a southeast Michigan school district. *Arch Pediatr Adolesc Med* 161 (3):276-281.
- Boyd CJ, Young A, Grey M, McCabe SE (2009) Adolescents' nonmedical use of prescription medications and other problem behaviors. *J Adolesc Health* 45 (6):543-550.
- Boyd CJ, Young A, McCabe SE (2014) Psychological and Drug Abuse Symptoms Associated With Nonmedical Use of Opioid Analgesics Among Adolescents. *Substance Abuse* 35 (3):284-289.
- Bozoni K, Kalmanti M, Koukouli S (2006β) Perception and knowledge of medicines of primary schoolchildren: the influence of age and socioeconomic status. *Eur J Pediatr* 165 (1):42-49.
- Brener ND, Collins JL, Kann L, Warren CW, Williams BI (1995) Reliability of the youth risk behavior survey questionnaire. *Am J Epidemiol* 141 (6):575-580.
- Brener ND, Billy JO, Grady WR (2003) Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolesc Health* 33 (6):436-457.
- Bronfenbrenner U (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by Design and Nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner U (1994) *Ecological Models in Human Development*. International Encyclopedia of Education, vol 3, 2nd edn. Elsevier, Oxford.
- Bryman A (2006) Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? *Qualitative research* 6 (1):97-113.
- Buchan BJ, L Dennis M, Tims FM, Diamond GS (2002) Cannabis use: consistency and validity of self-report, on-site urine testing and laboratory testing. *Addiction* 97 (s1):98-108.
- Buck ML (2007) Self-medication by adolescents. *Pediatric Pharmacotherapy* 13 (5):1-4.

- Caplan JP, Epstein LA, Quinn DK, Stevens JR, Stern TA (2007) Neuropsychiatric effects of prescription drug abuse. *Neuropsychol Rev* 17 (3):363-380.
- Carley-Baxter LR, Peytchev A, Black ML (2010) Effect of questionnaire structure on nonresponse and measurement error: sequential vs. grouped placement of filter questions. Paper presented at the 65th Annual Conference of the American Association for Public Opinion Research (AAPOR) Chicago, Illinois, USA.
- Castel LD, Williams KA, Bosworth HB, Eisen SV, Hahn EA, Irwin DE, Kelly MA, Morse J, Stover A, DeWalt DA, DeVellis RF (2008) Content validity in the PROMIS social-health domain: a qualitative analysis of focus-group data. *Qual Life Res* 17 (5):737-749.
- Catalano RF, White HR, Fleming CB, Haggerty KP (2011) Is nonmedical prescription opiate use a unique form of illicit drug use? *Addict Behav* 36 (1-2):79-86.
- Centers for Disease Control and Prevention-CDC (2010) Adult use of prescription opioid pain medications: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), vol 59(06):153e7. Utah, USA.
- Centers for Disease Control and Prevention-CDC (2013) Prescription painkiller overdoses: a growing epidemic, especially among women. <http://www.cdc.gov/vitalsigns/PrescriptionPainkillerOverdoses/index.html> Accessed on: 14.7.2014, CDC Vital Signs, July 2013.
- Chambers CT, Reid GJ, McGrath PJ, Finley GA (1997) Self-administration of over-the-counter medication for pain among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151 (5):449-455.
- Cohen J (1968) Weighted kappa: Nominal scale agreement provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychol Bull* 70 (4):213.
- Cook DA, Beckman TJ (2006) Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *The American Journal of Medicine* 119 (2):166. e167-166. e116.
- Costello EJ, Copeland W, Angold A (2011) Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52 (10):1015-1025.
- Cramér H (1999) *Mathematical Methods of Statistics*, vol 9. Princeton University Press.
- Creswell JW, Plano-Clark VL (2007) *Designing and conducting mixed methods research*. Sage, Thousand Oaks.
- Cronin AJ, Keifer JC, Davies MF, King TS, Bixler EO (2001) Postoperative sleep disturbance: influences of opioids and pain in humans. *Sleep* 24 (1):39-44.
- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, De Looze M, Roberts C, Samdal O, Smith ORF, Barnekow V (2012) Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey. Copenhagen.
- Curry LA, Nembhard IM, Bradley EH (2009) Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation* 119 (10):1442-1452.

- Daniel KL, Honein MA, Moore CA (2003) Sharing prescription medication among teenage girls: potential danger to unplanned/undiagnosed pregnancies. *Pediatrics* 111 (5 Part 2):1167-1170.
- DAWN (2007) Drug Abuse Warning Network, 2005: National estimates of drug-related emergency department visits. Rockville, MD.
- De Leeuw ED, Hox J, Huisman M (2003) Prevention and treatment of item nonresponse. *Journal of Official Statistics* 19 (2):153-176.
- Del Boca FK, Darkes J (2003) The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction* 98 (s2):1-12.
- Delgado-Rodríguez M, Llorca J (2004) Bias. *J Epidemiol Community Health* 58 (8):635-641.
- Dengler R, Roberts H (1996) Adolescents' use of prescribed drugs and over-the-counter preparations. *J Public Health Med* 18 (4):437-442.
- DeVries A, Koch T, Wall E, Getchius T, Chi W, Rosenberg A (2014) Opioid use among adolescent patients treated for headache. *J Adolesc Health* (0).
- Dimsdale JE, Norman D, DeJardin D, Wallace MS (2007) The effect of opioids on sleep architecture. *J Clin Sleep Med* 3 (1):33-36.
- Ding K, Olds RS, Thombs DL (2009) Influence of skip patterns on item non-response in a substance use survey of 7th to 12th grade students. *J Drug Educ* 39 (2):167-180.
- Dixon J (2005) Comparison of item and unit nonresponse in household surveys. Washington DC Bureau of Labor Statistics Retrieved July 2:2008.
- Dobkin PL, De Civita M, Bernatsky S, Filipinski M, Sita A, Baron M (2009) Preliminary validity of the barriers to treatment adherence questionnaire in fibromyalgia: combining quantitative and focus group data. *Psychol Rep* 105 (2):447-460.
- Dyb G, Holmen TL, Zwart J-A (2006) Analgesic overuse among adolescents with headache. *Neurology* 66 (2):198-201.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction-EMCDDA (August 2002) Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCDDA project CT.99.EP.08 B. EMCDDA, Lisbon.
- Eurostat (2006) Handbook or recommended practices for questionnaire development and testing in the European statistical system, vol (European Commission Grant Agreement 200410300002). Eurostat, Luxembourg.
- Eyre O, Thapar A (2014) Common adolescent mental disorders: transition to adulthood. *The Lancet* 383 (9926):1366-1368.
- Fadnes LT, Taube A, Tylleskär T (2009) How to identify information bias due to self-reporting in epidemiological research. *Int J Epidemiol* 7 (2):3.
- Fendrich M, Johnson TP, Wislar JS, Hubbell A, Spiehler V (2004) The utility of drug testing in epidemiological research: results from a general population survey. *Addiction* 99 (2):197-208.
- Fendrich M, Vaughn CM (1994) Diminished lifetime substance use over time: An inquiry into differential underreporting. *Public Opin Q* 58 (1):96-123.

- Fleary SA, Heffer RW, McKyer EL (2011) Dispositional, ecological and biological influences on adolescent tranquilizer, Ritalin, and narcotics misuse. *J Adolesc* 34 (4):653-663.
- Ford J (2008a) Nonmedical prescription drug use and delinquency: An analysis with a national sample. *Journal of Drug Issues* 38 (2):493-516.
- Ford J (2008b) Social Learning Theory and nonmedical prescription drug use among adolescents. *Sociological Spectrum* 28 (3):299-316.
- Ford J (2009) Nonmedical prescription drug use among adolescents: the influence of bonds to family and school. *Youth Soc* 40:336-352.
- Fortuna RJ, Robbins BW, Caiola E, Joynt M, Halterman JS (2010) Prescribing of controlled medications to adolescents and young adults in the United States. *Pediatrics* 126 (6):1108-1116.
- Fotiou A, Kanavou E, Richardson C, Ploumpidis D, Kokkevi A (2014α) Misuse of prescription opioid analgesics among adolescents in Greece: the importance of peer use and past prescriptions. *Drugs: Education, Prevention & Policy*.
- Fotiou A, Kanavou E, Richardson C, Kokkevi A (2014β) Trends in the association between prescribed and non-prescribed use of tranquilisers or sedatives among adolescents in 22 European countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 31: 371-387.
- Fraga S, Sousa S, Ramos E, Dias S, Barros H (2011) Alcohol use among 13-year-old adolescents: associated factors and perceptions. *Public Health* 125 (7):448-456.
- Friedman RA (2006) The changing face of teenage drug abuse—the trend toward prescription drugs. *N Engl J Med* 354 (14):1448-1450.
- Funk MD, Hobbs CE, Camero Garcia MA, Gwin SH, Ayers MD, Alshuwaiyer GI, Cheney MK (2014) Non-medical use of prescription medications among middle school students: a qualitative analysis. *Journal of Substance Use* (0):1-7. doi:10.3109/14659891.2014.900581
- Gabe J (2001) Benzodiazepines as a social problem: the case of halcion. *Subst Use Misuse* 36 (9-10):1233-1259.
- Gilson A, Kreis P (2009) The burden of the nonmedical use of prescription opioid analgesics. *Pain Medicine* 10 (S2):S89-S100.
- Gobina I, Valimaa R, Tynjala J, Villberg J, Villerusa A, Iannotti RJ, Godeau E, Gabhainn SN, Andersen A, Holstein BE, Griebler R, Borup I, Kokkevi A, Fotiou A, Boraccino A, Dallago L, Wagener Y, Levin K, Kuntsche E (2011) The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 20 (4):424-431.
- Goldsworthy RC, Schwartz NC, Mayhorn CB (2008) Beyond abuse and exposure: framing the impact of prescription-medication sharing. *Am J Public Health* 98 (6):1115-1121.
- Goldsworthy R, Mayhorn C (2009) Prescription medication sharing among adolescents: prevalence, risks, and outcomes. *J Adolesc Health* 45 (6):634-637.

- Golub A, Liberty HJ, Johnson BD (2005) Inaccuracies in self-reports and urinalysis tests: Impacts on monitoring marijuana use trends among arrestees. *Journal of Drug Issues* 35 (4):941-965.
- Gradisar M, Gardner G, Dohnt H (2011) Recent worldwide sleep patterns and problems during adolescence: a review and meta-analysis of age, region, and sleep. *Sleep Medicine* 12 (2):110-118.
- Griffiths RR, Weerts EM (1997) Benzodiazepine self-administration in humans and laboratory animals--implications for problems of long-term use and abuse. *Psychopharmacology (Berl)* 134 (1):1-37.
- Hallfors DD, Waller MW, Bauer D, Ford CA, Halpern CT (2005) Which comes first in adolescence—sex and drugs or depression? *Am J Prev Med* 29 (3):163-170.
- Hameen-Anttila K, Bush PJ (2008) Healthy children's perceptions of medicines: a review. *Res Social Adm Pharm* 4 (2):98-114.
- Hansen DL, Hansen EH, Holstein BE (2008) Using analgesics as tools: young women's treatment for headache. *Qual Health Res* 18 (2):234-243.
- Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie CE (2003) International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Ann Pharmacother* 37 (3):361-366.
- Harrison LD, Hughes A (1997) The validity of self-reported drug use: Improving the accuracy of survey estimates. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, Division of Epidemiology and Prevention Research.
- Hatchette JE, McGrath PJ, Murray M, Finley GA (2008) The role of peer communication in the socialization of adolescents' pain experiences: a qualitative investigation. *BMC Pediatr* 8:2.
- Haugland S, Wold B (2001) Subjective health complaints in adolescence—reliability and validity of survey methods. *J Adolesc* 24 (5):611-624.
- Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B (2001) Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health* 11 (1):4-10.
- Hawton K, James A (2005) Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ* 330 (7496):891-894.
- Hellenic Association of Pharmaceutical Companies-SfEE (December 2012) The pharmaceutical market in Greece: Facts and figures 2012. Hellenic Association of Pharmaceutical Companies, Athens.
- Hernandez S, Nelson L (2010) Prescription drug abuse: insight into the epidemic. *Clin Pharmacol Ther* 88 (3):307-317.
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L (2012) The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 Countries. Stockholm.
- Holmes D (2012) Prescription drug addiction: the treatment challenge. *The Lancet* 379 (9810):17-18.
- Holstein BE, Andersen A, Holme Hansen E, Fotiou A, Gobina I, Godeau E, Hofmann F, Iannotti R, Levin K, Nic Gabhainn S, Ravens-Sieberer U, Välimaa R,

- HBSC Medicine Use Writing Group (2015) Adolescents' medicine use for headache: secular trends in 20 countries 1986-2010. *International Journal of Public Health*. 25 (suppl. 2):76-79
- Holstein BE, Andersen A, Krolner R, Due P, Hansen EH (2008) Young adolescents' use of medicine for headache: sources of supply, availability and accessibility at home. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 17 (4):406-410.
- Hughes K (2004) Comparing pretesting methods: cognitive interviews, respondent debriefing, and behavior coding. Research report series (Survey Methodology #2004-02). Statistical Research Division. U.S. Bureau of the Census. Washington D.C. 20233.
- Inciardi JA, Surratt HL, Kurtz SP, Cicero TJ (2007) Mechanisms of prescription drug diversion among drug-involved club- and street-based populations. *Pain Med* 8 (2):171-183.
- Johnson TP (2014) Sources of error in substance use prevalence surveys. *International Scholarly Research Notices* 2014:21. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/923290>
- Johnson T, Fendrich M (2005) Modeling sources of self-report bias in a survey of drug use epidemiology. *Ann Epidemiol* 15 (5):381-389.
- Johnston L, O'Malley P, Bachman J, Schulenberg J (2012) The rise in teen marijuana use stalls, synthetic marijuana use levels, and use of 'bath salts' is very low. University of Michigan News Service. Retrieved 4/12/2013 from <http://www.monitoringthefuture.org>, Ann Arbor, MI.
- Johnston L, O'Malley P, Bachman J, Schulenberg J (2011) Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2010. Volume I: secondary school students. Ann Arbor, MI: University of Michigan Institute for Social Research.
- Johnston LD, Driessen F, Kokkevi A (1994) Surveying Student Drug Misuse: A Six-country Pilot Study. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Strasbourg.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE (2013) Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2012: Volume I, Secondary school students. Institute for Social Research, The University of Michigan, Ann Arbor.
- Johnston LD, O'Malley PM, Miech RA, Bachman JG, Schulenberg JE (2014) Monitoring the Future national results on drug use: 1975-2013: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use. Institute for Social Research, The University of Michigan, Ann Arbor.
- Johnston L, O'Malley P (1997) The recanting of earlier reported drug use by young adults. Στο: Harrison L, Hughes A (eds) *The Validity of Self-Reported Drug Use: Improving the Accuracy of Survey Estimates*. NIDA Research Monograph 167, vol No. 97-4147. NIDA Research Monographs. National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD, pp 59 –80.
- Jones JD, Mogali S, Comer SD (2012) Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug Alcohol Depend* 125 (1-2):8-18.
- Kelly JJ, Njuki F, Lane PL, McKinley RK (2005) Design of a questionnaire to measure trust in an emergency department. *Acad Emerg Med* 12 (2):147-151.

- Kendall S, Bloomfield L (2005) Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. *J Adv Nurs* 51 (2):174-181.
- Kimberlin CL, Winetrstein AG (2008) Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm* 65 (23).
- Knopf H, Wolf IK, Sarganas G, Zhuang W, Rascher W, Neubert A (2013) Off-label medicine use in children and adolescents: results of a population-based study in Germany. *BMC Public Health* 13 (1):631.
- Kogan MD, Pappas G, Yu SM, Kotelchuck M (1994) Over-the-counter medication use among US preschool-age children. *JAMA* 272 (13):1025-1030.
- Kokkevi A, Fotiou A (2009) The psychosocial module. Στο: Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S et al. (eds) *The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), Stockholm.
- Kokkevi A, Fotiou A, Arapaki A, Richardson C (2008) Prevalence, patterns, and correlates of tranquilizer and sedative use among European adolescents. *J Adolesc Health* 43 (6):584-592.
- Kokkevi A, Fotiou A, Richardson C (2007α) Drug use in the general population of Greece over the last 20 years: results from nationwide household surveys. *Eur Addict Res* 13 (3):167-176.
- Kokkevi A, Richardson C, Florescu S, Kuzman M, Stergar E (2007β) Psychosocial correlates of substance use in adolescence: a cross-national study in six European countries. *Drug Alcohol Depend* 86 (1):67-74.
- Kokkevi A, Arapaki A, Richardson C, Florescu S, Kuzman M, Stergar E (2007γ) Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug Alcohol Depend* 88 (2-3):308-312.
- Kokkevi A, Kanavou E, Richardson C, Fotiou A, Papadopoulou S, Monshouwer K, Matias J, Olszewski D (2014) Polydrug use by European adolescents in the context of other problem behaviours. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 31 (4):323-342.
- Kokkevi A, Stefanis C (1991) The epidemiology of licit and illicit substance use among high school students in Greece. *Am J Public Health* 81 (1):48-52.
- Koushede V, Hansen EH, Andersen A, Holstein BE (2012) Young adults' medicine use for headache: The combined effect of socioeconomic position and perceived stress, and the contribution of sense of coherence. *Res Social Adm Pharm*.
- Krosnick JA, Presser S (2010) Chapter 9 - Question and Questionnaire Design. Στο: Marsden PV, Wright JD (eds) *Handbook of survey research*. Emerald Group Publishing.
- Krueger RA, Casey MA (2000) *Focus groups. A practical guide for applied research*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Lader M (2011) Benzodiazepines revisited—will we ever learn? *Addiction* 106 (12):2086-2109.

- Lagerlov P, Helseth S, Holager T (2003) Childhood illnesses and the use of paracetamol (acetaminophen): a qualitative study of parents' management of common childhood illnesses. *Fam Pract* 20 (6):717-723.
- Landis JR, Koch GG (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33:159–174.
- Larsson S, Lilja J, Borg S, Buscema M, Hamilton D (2001α) Toward an integrative approach in the analysis of dependency problems. *Subst Use Misuse* 36 (9-10):1323-1356.
- Larsson S, Lilja J, Hamilton D (2001β) Identity, cognitive structure, and long-term tranquilizer use: a multidimensional approach. *Subst Use Misuse* 36 (9-10):1139-1163.
- Lee MM, Whittemore AS, Jung DL (1992) Reliability of recalled physical activity, cigarette smoking, and alcohol consumption. *Ann Epidemiol* 2 (5):705-714.
- Lidell E, Luepker R, Baigi A, Lagiou A, Hildingh C (2008) Medication usage among young adult women: a comparison between Sweden, the USA, and Greece. *Nurs Health Sci* 10 (1):4-10.
- Liedberg GM, Eddy LL, Burckhardt CS (2012) Validity testing of the quality of life scale, Swedish version: focus group interviews of women with fibromyalgia. *Occup Ther Int* 19 (4):167-175.
- Lilja J, Larsson S, Montagne M (2001) Introduction: the need for a multidimensional and multidisciplinary approach. *Subst Use Misuse* 36 (9-10):1129-1137.
- Littlejohn C, Baldacchino A, Schifano F, Deluca P (2005) Internet pharmacies and online prescription drug sales: a cross-sectional study. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 12 (1):75–80.
- Manchikanti L, Singh A (2008) Therapeutic opioids: a ten-year perspective on the complexities and complications of the escalating use, abuse, and nonmedical use of opioids. *Pain Physician* 11 (2 Suppl):S63-88.
- Mancini J, Thirion X, Masut A, Saillard C, Pradel V, Romain F, Pastor MJJ, Coudert C, Micallef J (2006) Anxiolytics, hypnotics, and antidepressants dispensed to adolescents in a French region in 2002. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 15 (7):494-503.
- McCabe SE (2005) Correlates of nonmedical use of prescription benzodiazepine anxiolytics: results from a national survey of U.S. college students. *Drug Alcohol Depend* 79 (1):53-62.
- McCabe SE, Boyd CJ (2005) Sources of prescription drugs for illicit use. *Addict Behav* 30 (7):1342-1350.
- McCabe SE, Boyd CJ, Teter CJ (2005) Illicit use of opioid analgesics by high school seniors. *J Subst Abuse Treat* 28 (3):225-230.
- McCabe SE, Cranford JA, Boyd CJ, Teter CJ (2007α) Motives, diversion and routes of administration associated with nonmedical use of prescription opioids. *Addict Behav* 32 (3):562-575.
- McCabe SE, West BT, Morales M, Cranford JA, Boyd CJ (2007β) Does early onset of non-medical use of prescription drugs predict subsequent prescription drug

- abuse and dependence? Results from a national study. *Addiction* 102 (12):1920-1930.
- McCabe SE, Boyd CJ, Cranford JA, Teter CJ (2009α) Motives for nonmedical use of prescription opioids among high school seniors in the United States: self-treatment and beyond. *Arch Pediatr Adolesc Med* 163 (8):739-744.
- McCabe SE, Boyd CJ, Teter CJ (2009β) Subtypes of nonmedical prescription drug misuse. *Drug Alcohol Depend* 102 (1-3):63-70.
- McCabe SE, West BT, Cranford JA, Ross-Durow P, Young A, Teter CJ, Boyd CJ (2011a) Medical misuse of controlled medications among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 165 (8):729-735.
- McCabe SE, West BT, Teter CJ, Ross-Durow P, Young A, Boyd CJ (2011β) Characteristics associated with the diversion of controlled medications among adolescents. *Drug Alcohol Depend* 118 (2-3):452-458.
- McCabe SE, West BT, Boyd CJ (2013α) Leftover prescription opioids and nonmedical use among high school seniors: a multi-cohort national study. *J Adolesc Health* 52 (4):480-485.
- McCabe SE, West BT, Boyd CJ (2013β) Medical use, medical misuse, and nonmedical use of prescription opioids: results from a longitudinal study. *Pain* 154 (5):708-713.
- McCabe SE, West BT (2014) Medical and nonmedical use of prescription benzodiazepine anxiolytics among U.S. high school seniors. *Addict Behav* 39 (5):959-964.
- McCabe SE, Schulenberg JE, O'Malley PM, Patrick ME, Kloska DD (2014) Non-medical use of prescription opioids during the transition to adulthood: a multi-cohort national longitudinal study. *Addiction* 109 (1):102-110.
- McCauley JL, Danielson CK, Amstadter AB, Ruggiero KJ, Resnick HS, Hanson RF, Smith DW, Saunders BE, Kilpatrick DG (2010) The role of traumatic event history in non-medical use of prescription drugs among a nationally representative sample of US adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 51 (1):84-93.
- McGraw KO, Wong S (1992) A common language effect size statistic. *Psychol Bull* 111 (2):361.
- Messer BL, Edwards ML, Dillman D, A. (2012) Determinants of item nonresponse to web and mail respondents in three address-based mixed-mode surveys of the general public (Technical Report 12-001). Washington State University; Social & Economic Sciences Research Center, Pullman, WA (USA).
- Messick S (1989) Validity. Στο: Linn RL, editor. *Educational Measurement*, 3rd Ed. New York: American Council on Education and Macmillan.
- Miller NS (2004) Prescription opiate medications: medical uses and consequences, laws and controls. *Psychiatr Clin North Am* 27 (4):689-708.
- Mitka M (2004) When teens self-treat headaches, OTC drug misuse is frequent result. *JAMA* 292 (4):424-425.
- Molinario S, Siciliano V, Curzio O, Denoth F, Mariani F (2012) Concordance and consistency of answers to the self-delivered ESPAD questionnaire on use of

- psychoactive substances. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 21 (2):158-168.
- Morgan DL (1998) Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qual Health Res* 8 (3):362-376.
- Murata T, Gwartney P (1999) Question salience, question difficulty and item nonresponse in survey research. Paper presented at the International Conference on Survey Non-response. Portland, Oregon, USA (October 28-31, 1999),
- National Institute on Drug Abuse-NIDA (2011) Prescription Drugs: Abuse and Addiction. National Institute on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. NIH Publication Number 11-4881.
- O'Brien K (1993) Using focus groups to develop health surveys: An example from research on social relationships and AIDS-preventive behavior. *Health Educ Behav* 20 (3):361-372.
- O'Connell K, Davis AR, Westhoff C (2006) Self-treatment patterns among adolescent girls with dysmenorrhea. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 19 (4):285-289.
- O'Malley PM, Bachman JG, Johnston LD (1983) Reliability and consistency in self-reports of drug use. *Subst Use Misuse* 18 (6):805-824.
- Okie S (2010) A flood of opioids, a rising tide of deaths. *N Engl J Med* 363 (21):1981-1985.
- Olsen J (1998) Epidemiology deserves better questionnaires. *Int J Epidemiol* 27 (6):935-935.
- Ouellet LJ, Cagle HH, Fisher DG (1997) Crack versus rock cocaine: The importance of local nomenclature in drug research and education. *Contemp Drug Probs* 24:219.
- Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos AA, Tountas Y, Niakas D (2011) Prescribed-drug utilization and polypharmacy in a general population in Greece: association with sociodemographic, health needs, health-services utilization, and lifestyle factors. *Eur J Clin Pharmacol* 67 (2):185-192.
- Parikh R, Mathai A, Parikh S, Sekhar GC, Thomas R (2008) Understanding and using sensitivity, specificity and predictive values. *Indian J Ophthalmol* 56 (1):45.
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P (2007) Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet* 369 (9569):1302-1313.
- Paulozzi LJ, Budnitz DS, Xi Y (2006) Increasing deaths from opioid analgesics in the United States. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 15 (9):618-627.
- Pedersen W, Lavik NJ (1991) Adolescents and benzodiazepines: prescribed use, self-medication and intoxication. *Acta Psychiatr Scand* 84 (1):94-98.
- Percy A, McAlister S, Higgins K, McCrystal P, Thornton M (2005) Response consistency in young adolescents' drug use self-reports: a recanting rate analysis. *Addiction* 100 (2):189-196.
- Popay J (2003) Qualitative research and the epidemiological imagination: a vital relationship. *Gac Sanit* 17:58-63.

- Pope C, Ziebland S, Mays N (2000) Analysing qualitative data. *BMJ* 320 (7227):114-116.
- Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, Campbell R (2005) Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med* 61 (1):133-155.
- Powell RA, Single HM, Lloyd KR (1996) Focus groups in mental health research: enhancing the validity of user and provider questionnaires. *Int J Soc Psychiatry* 42 (3):193-206.
- Quintero G, Nichter M (2011) Generation RX: Anthropological Research on Pharmaceutical Enhancement, Lifestyle Regulation, Self-Medication and Recreational Drug Use. Στο: Singer M, Erickson PI (eds) *A Companion to Medical Anthropology*. Wiley-Blackwell, Oxford, UK.
- Rabiee F (2004) Focus-group interview and data analysis. *Proc Nutr Soc* 63 (4):655-660.
- Raghunathan TE (2004) What do we do with missing data? Some options for analysis of incomplete data. *Annu Rev Public Health* 25:99-117.
- Raine C, Webb DJ, Maxwell SRJ (2009) The availability of prescription-only analgesics purchased from the internet in the UK. *Br J Clin Pharmacol* 67 (2):250-254.
- Rehm J (2013) Prescription Opioids and Public Health in the European Union. ALICE RAP Policy Paper Series. Policy Brief 4. Alice Rap.
- Richardson SC, Politikou K, Terzidou M, Maka Z, Kokkevi A (2006) The quality of data obtained from self-completed questionnaires in a survey of high school students. *Quality & Quantity* 40:121-127.
- Rickwood DJ, Mazzer KR, Telford NR (2015) Social influences on seeking help from mental health services, in-person and online, during adolescence and young adulthood. *BMC Psychiatry* 15:40 doi:10.1186/s12888-015-0429-6
- Rigg KK, Ford JA (2014) The misuse of benzodiazepines among adolescents: Psychosocial risk factors in a national sample. *Drug Alcohol Depend*. 137:137-42.
- Rigg KK, Murphy JW (2013) Understanding the etiology of prescription opioid abuse: implications for prevention and treatment. *Qual Health Res* 23 (7):963-975.
- Ritchie JA, Spencer L (1994) *Qualitative Data Analysis for Applied Policy Research*. Στο: Bryman A, Burgess RG (eds) *Analysing qualitative data*. Routledge, London.
- Rodgers JL, Billy JO, Udry JR (1982) The rescission of behaviors: Inconsistent responses in adolescent sexuality data. *Soc Sci Res* 11 (3):280-296.
- Rogers PD, Copley L (2009) The nonmedical use of prescription drugs by adolescents. *Adolesc Med State Art Rev* 20 (1):1-8.
- Rosenbaum JE (2009) Truth or consequences: the intertemporal consistency of adolescent self-report on the Youth Risk Behavior Survey. *Am J Epidemiol* 169 (11):1388-1397.

- Sale JE, Lohfeld LH, Brazil K (2002) Revisiting the quantitative-qualitative debate: Implications for mixed-methods research. *Quality & Quantity* 36 (1):43-53.
- Schepis TS, Krishnan-Sarin S (2008) Characterizing adolescent prescription misusers: a population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47 (7):745-754.
- Schepis TS, McCabe SE (2012) Exploring age of onset as a causal link between major depression and nonmedical use of prescription medications. *Drug Alcohol Depend* 120 (1-3):99-104.
- Schwarz N (2007) Cognitive aspects of survey methodology. *Applied Cognitive Psychology* 21 (2):277-287.
- Shehnaz SI, Agarwal AK, Khan N (2014) A systematic review of self-medication practices among adolescents. *J Adolesc Health* 55 (4):467-483.
- Shuval K, Harker K, Roudsari B, Groce NE, Mills B, Siddiqi Z, Shachak A (2011) Is qualitative research second class science? A quantitative longitudinal examination of qualitative research in medical journals. *PloS ONE* 6 (2):e16937.
- Silva S, Fraga S (2012) Qualitative research in epidemiology. Στο: Lunet N (ed) *Epidemiology: current perspectives on research and practice*. InTech, Rijeka, Croatia.
- Simoni-Wastila L (1998) Gender and psychotropic drug use. *Med Care* 36 (1):88-94.
- Simoni-Wastila L, Yang HW, Lawler J (2008) Correlates of prescription drug nonmedical use and problem use by adolescents. *J Addict Med* 2 (1):31-39.
- Skinhoj KT, Larsson S, Helweg-Joergensen S, Hansen EH (2001) Experiences of long-term tranquillizer use: a psychodynamic perspective. *Subst Use Misuse* 36 (9-10):1165-1186.
- Skurtveit S, Selmer R, Tverdal A, Furu K (2008) The validity of self-reported prescription medication use among adolescents varied by therapeutic class. *J Clin Epidemiol* 61 (7):714-717.
- Sloand ED, Vessey JA (2001) Self-medication with common household medicines by young adolescents. *Issues Compr Pediatr Nurs* 24 (1):57-67.
- Slomski A (2014) Contrary to guidelines, teens prescribed opioids for headache. *JAMA* 311 (16):1602-1602.
- Smart RG, Blair NL (1978) Test-retest reliability and validity information for a high school drug use questionnaire. *Drug Alcohol Depend* 3:268-271.
- Smith J, Firth J (2011) Qualitative data analysis: the framework approach. *Nurse Res* 18 (2):52-62.
- Spearman C (1904) The proof and measurement of association between two things. *The American journal of psychology* 15 (1):72-101.
- Spigelblatt L, Laîné-Ammara G, Pless IB, Guyver A (1994) The use of alternative medicine by children. *Pediatrics* 94 (6):811-814.
- Srivastava A, Thomson SB (2009) Framework analysis: a qualitative methodology for applied policy research. *JOAAG* 4 (2):72-79.

- Stoelben S, Krappweis J, Rossler G, Kirch W (2000) Adolescents' drug use and drug knowledge. *Eur J Pediatr* 159:608-614.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration-SAMHSA (2010) Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The DAWN Report: trends in emergency department visits involving nonmedical use of narcotic pain relievers. SAMHSA, Rockville, MD.
- Sung HE, Richter L, Vaughan R, Johnson PB, Thom B (2005) Nonmedical use of prescription opioids among teenagers in the United States: trends and correlates. *J Adolesc Health* 37 (1):44-51.
- Swain MS, Henschke N, Kamper SJ, Gobina I, Ottova-Jordan V, Maher CG (2014) An international survey of pain in adolescents. *BMC Public Health* 14:447.
- The Lancet (Editorial) (2011) Non-medical use of painkillers in the USA. *The Lancet* 378 (9804):1677.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 19 (6):349-357.
- Tourangeau R (1984) Cognitive sciences and survey methods. Στο: Jabine TB, Straf ML, Tanur JM, Tourangeau R (eds) *Cognitive Aspects of Survey Methodology: Building a Bridge between Disciplines*. National Academy Press, Washington, DC, pp 73–101.
- Tourangeau R, Yan T (2007) Sensitive questions in surveys. *Psychol Bull* 133 (5):859-883.
- Triandafyllidou A, Fotiou A (1998) Sustainability and modernity in the European Union: A frame theory approach to policy-making. *Sociological Research Online* 3 (1): <http://www.socresonline.org.uk/3/1/2.html>.
- Tsiligianni IG, Delgatty C, Alegakis A, Lionis C (2012) A household survey on the extent of home medication storage. A cross-sectional study from rural Crete, Greece. *Eur J Gen Pract* 18 (1):3-8.
- Tulinius D (2004) *Qualitative Interviews With School-Children About Their Medicine Use*. The Danish University of Pharmaceutical Science, Copenhagen
- United Nations Office on Drugs and Crime-UNODC (2011) *World Drug Report 2011* (United Nations Publication, Sales No. E.11.XI.10). UNODC.
- United Nations Office on Drugs and Crime-UNODC (2003) *Conducting School Surveys on Drug Abuse. Global Assessment Programme on Drug Abuse. Toolkit Module 3, vol 3*. United Nations Publications, Vienna.
- WHO (2002) *Promoting Rational Use of Medicines: Core Components. WHO Policy Perspectives on Medicines, No.5*. Geneva, World Health Organization.
- Witek MW, Rojas V, Alonso C, Minami H, Silva RR (2005) Review of benzodiazepine use in children and adolescents. *Psychiatric Quarterly* 76 (3):283-296.
- Wolff K, Farrell M, Marsden J, Monteiro M, Ali R, Welch S, Strang J (1999) A review of biological indicators of illicit drug use, practical considerations and clinical usefulness. *Addiction* 94 (9):1279-1298.

- Wu LT, Ringwalt CL, Mannelli P, Patkar AA (2008) Prescription pain reliever abuse and dependence among adolescents: a nationally representative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47 (9):1020-1029.
- Yeh H-H, Chen C-Y, Fang S-Y, Chang I-S, Wu EC-H, Lin K-M (2011) Five-year trajectories of long-term benzodiazepine use by adolescents: patient, provider, and medication factors. *Psychiatr Serv* 62 (8):900-907.
- Ylinen S, Hameen-Anttila K, Sepponen K, Lindblad AK, Ahonen R (2010) The use of prescription medicines and self-medication among children--a population-based study in Finland. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 19 (10):1000-1008.
- Young A, Grey M, Boyd C, McCabe S (2011) Adolescent sexual assault and the medical and nonmedical use of prescription medication. *J Addict Nurs* 11 (1-2):25-31.
- Young A, McCabe SE, Cranford JA, Ross-Durow P, Boyd CJ (2012a) Nonmedical use of prescription opioids among adolescents: subtypes based on motivation for use. *J Addict Dis* 31 (4):332-341.
- Young AM, Glover N, Havens JR (2012b) Nonmedical use of prescription medications among adolescents in the United States: a systematic review. *J Adolesc Health* 51 (1):6-17.
- Zacny J, Bigelow G, Compton P, Foley K, Iguchi M, Sannerud C (2003) College on problems of drug dependence taskforce on prescription opioid non-medical use and abuse: position statement. *Drug Alcohol Depend* 69 (3):215-232.
- Zacny JP, Lichtor SA (2008) Nonmedical use of prescription opioids: motive and ubiquity issues. *J Pain* 9 (6):473-486.
- Zito JM, Safer DJ, Gardner JF, Magder L, Soeken K, Boles M, Lynch F, Riddle MA (2003) Psychotropic practice patterns for youth: a 10-year perspective. *Arch Pediatr Adolesc Med* 157 (1):17-25.

Ελληνική

- Γαλάνης Π (2013) Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 30 (1):97-110.
- Cohen L, Manion L (1994) *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας-EKIPINT (2011). *Ετήσια Έκθεση 2011: Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρώπη*. Λισαβόνα: Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής-ΕΠΨΥ (2012) *Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD 2011. Έκθεση αποτελεσμάτων προς τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Κοκκέβη Α, Φωτίου Α, Κίτσος Γ (2009) Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών από Εφήβους Μαθητές: Νεότερα στοιχεία από την Έρευνα ESPAD στην Ελλάδα και σε άλλες 34 χώρες. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

- Μαρσέλος Μ (2006) Συνοπτική Φαρμακολογία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα.
- Ουζούνη Χ, Νακάκης Κ (2011) Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες. Νοσηλευτική 50 (2):231–239
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-Π.Ο.Υ. (2011) Διασφάλιση της ισορροπίας των εθνικών πολιτικών σχετικά με τις ελεγχόμενες ουσίες - Οδηγίες για τη διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα των ελεγχόμενων φαρμάκων. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Γενεύη.
- Πετρίδου Ε, Σκαλκίδης Η, Δικαλιώτη Σ (2007) Λεξικό 100 επιδημιολογικών όρων. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 24 (4):353-362.
- Πετρογιάννης Γ (2003) Η Μελέτη της Ανθρώπινης Ανάπτυξης: Οικοσυστημική Προσέγγιση. Παρουσίαση της Θεωρίας του Urie Bronfenbrenner με Βάση Ευρήματα από τη Διεθνή Έρευνα. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Πετρογιάννης Κ (2012) Γονική εμπλοκή και η μετάβαση των παιδιών από το νηπιαγωγείο στο δημοτικό σχολείο. Σύγχρονη Κοινωνία, Εκπαίδευση και Ψυχική Υγεία 5 (9-29).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι – Επιστολή συναίνεσης γονέων



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΙΕΙΝΗΣ



The European School Survey Project on Alcohol
and Other Drugs

Προς τους γονείς των μαθητών

Αγαπητοί γονείς,

Πραγματοποιείται για πρώτη φορά αυτήν την περίοδο σε όλα τα Λύκεια του Ν. Κεφαλληνίας & Ιθάκης η Πανευρωπαϊκή Έρευνα του Συμβουλίου της Ευρώπης για τη Χρήση Αλκοόλ και άλλων Ουσιών από τους μαθητές (Έρευνα ESPAD).

Η έρευνα ESPAD υλοποιείται πανευρωπαϊκά κάθε τέσσερα χρόνια σε 40 χώρες μεταξύ των οποίων και στην Ελλάδα μετά από προηγούμενη έγκριση από το Υπουργείο Παιδείας & Θρησκευμάτων και από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. Την ευθύνη για τη διεξαγωγή της στη χώρα μας έχει το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ, Ιατρική Σχολή Αθηνών) και στο Νομό Κεφαλληνίας και Ιθάκης πραγματοποιείται σε συνεργασία με το Κέντρο Πρόληψης «Απόπλους».

Η έρευνα ESPAD μελετά εκτός από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και ευρύτερα θέματα της συμπεριφοράς των μαθητών όπως οι διαπροσωπικές τους σχέσεις, ο ελεύθερος χρόνος, η προσαρμογή στο σχολείο. Αποτελεί σημαντική πηγή πληροφοριών για την χάραξη πολιτικής στον τομέα της πρόληψης σε τοπικό επίπεδο.

Στην έρευνα συμμετέχουν οι μαθητές συμπληρώνοντας δύο ανώνυμα ερωτηματολόγια μέσα στην τάξη υπό τη διακριτική εποπτεία των στελεχών του ΕΠΙΨΥ και του Απόπλου. Η επεξεργασία των απαντήσεων των μαθητών γίνεται από την ερευνητική ομάδα του ΕΠΙΨΥ και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε στατιστική μορφή για το σύνολο των μαθητών.

Ελπίζουμε ότι κατανοείτε τη συμβολή της μελέτης αυτής στον τομέα της πρόληψης στο Νησί σας και ότι δεν έχετε αντίρρηση να συμμετάσχει σε αυτήν το παιδί σας. **ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ** για κάποιο λόγο τη συμμετοχή του παιδιού σας, παρακαλούμε να το δηλώσετε γραπτά υπογράφοντας στο κάτω μέρος της σελίδας αυτής και αποστέλλοντας την απάντησή σας πίσω στη Διεύθυνση του σχολείου.

Σας ευχαριστούμε,

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο
Ψυχικής Υγιεινής

Ο Διευθυντής Β/θμιας Εκπαίδευσης

Δεν επιθυμώ να συμμετάσχει το παιδί μου στην έρευνα ESPAD

Όνοματεπώνυμο γονέα

Υπογραφή γονέα

Παράρτημα II – Ερωτηματολόγιο φαρμάκων

5930078608

Μη συμπληρώσεις εδώ

Συμπληρωματικές ερωτήσεις

Παρακαλούμε ν' απαντήσεις σε ορισμένες ακόμα ερωτήσεις που αφορούν την υγεία σου και τη χρήση κάποιων φαρμάκων. Απάντησε σημειώνοντας τον κύκλο που ταιριάζει καλύτερα στην επιλογή σου.

1. Είσαι: Αγόρι Κορίτσι

2. Γεννήθηκες: Έτος: 19

Μήνας: (π.χ., 03 για Μάρτιο, 10 για Οκτώβριο, κτλ.)

3. Θα έλεγες ότι η υγεία σου είναι γενικά ...

...πολύ καλή ...καλή ...μέτρια ...κακή

4. Στη διάρκεια των **30 τελευταίων ημερών**, πόσο συχνά ένιωσες κάτι από τα παρακάτω;

[Σημείωσε μία απάντηση σε κάθε γραμμή]

	Ποτέ	1-2 φορές το μήνα	1-2 φορές την εβδομάδα	Αρκετές φορές την εβδομάδα	Σχεδόν κάθε μέρα
Πονοκέφαλο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πόνος στο στομάχι ή στην κοιλιά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πόνος στη μέση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ακεφιά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Να θυμώνεις ή να γκρινιάζεις εύκολα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Νευρικότητα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δυσκολία να αποκοιμηθείς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ζαλάδα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δυσκολία να συγκεντρωθείς σε αυτό που κάνεις	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Πόσο ΠΙΕΣΜΕΝΟΣ ή ΠΙΕΣΜΕΝΗ νιώθεις από τη δουλειά που έχεις να κάνεις για το σχολείο;

- Καθόλου
 Λίγο
 Άρκετά
 Πολύ

6. Πόσο ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ή ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΗ είσαι γενικά από τη ζωή σου αυτόν τον τελευταίο καιρό;

- Πολύ δυσαρεστημένος/η
 Μάλλον δυσαρεστημένος/η
 Ούτε ευχαριστημένος/η, ούτε δυσαρεστημένος/η
 Μάλλον ευχαριστημένος/η
 Πολύ ευχαριστημένος/η

0505078601

Τα **ΙΣΧΥΡΑ ΠΑΥΣΙΠΟΝΑ** είναι οπιοειδή φάρμακα που οι γιατροί συνιστούν μερικές φορές στα άτομα για να μειώσουν τον ισχυρό πόνο. Τα φαρμακεία δεν τα πωλούν χωρίς συνταγή γιατρού. Τέτοια φάρμακα είναι π.χ., το Lonarid-N® (Λοναρίντ-Ν), το Romidon® (Ρομιντόν), το Duragesic® (Ντουροτζέσικ), το Lonalgal® (Λοναλγκάλ), κτλ.

7. Έχεις πάρει ποτέ ισχυρά παυσίπονα **ΜΕ** σύσταση γιατρού;

- Όχι, ποτέ
 Ναι, 1-2 φορές
 Ναι, τουλάχιστον 3 φορές



8. Έχεις πάρει ισχυρά παυσίπονα **ΧΩΡΙΣ** σύσταση γιατρού...

[Σημείωσε μία απάντηση σε κάθε γραμμή]

	Όχι, ποτέ	1-2 φορές	3-5 φορές	6-9 φορές	10 και πάνω
...σε όλη σου τη ζωή;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...στους τελευταίους 12 μήνες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...στις τελευταίες 30 ημέρες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Τα **ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ** είναι φάρμακα που οι γιατροί δίνουν μερικές φορές στα άτομα για να ηρεμήσουν ή να χαλαρώσουν. Τα φαρμακεία δεν τα πωλούν χωρίς συνταγή γιατρού. Τέτοια φάρμακα είναι π.χ., το Lexotanil® (Λεξοτανίλ), το Tavor® (Ταβόρ), το Xanax® (Ζανάξ), το Stedon® (Στεντόν), το Centrac® (Σεντράκ), το Stesolid® (Στεσολίντ), το Tranxene® (Τρανξέν), το Frisium® (Φριζιουμ), κτλ.

9. Έχεις πάρει ποτέ ηρεμιστικά **ΜΕ** σύσταση γιατρού;

- Όχι, ποτέ
 Ναι, ≤ 3 εβδομάδες
 Ναι, > 3 εβδομάδες



10. Έχεις πάρει ηρεμιστικά **ΧΩΡΙΣ** σύσταση γιατρού...

[Σημείωσε μία απάντηση σε κάθε γραμμή]

	Όχι, ποτέ	1-2 φορές	3-5 φορές	6-9 φορές	10 και πάνω
...σε όλη σου τη ζωή;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...στους τελευταίους 12 μήνες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...στις τελευταίες 30 ημέρες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Τα **ΥΠΝΩΤΙΚΑ** είναι φάρμακα που οι γιατροί δίνουν μερικές φορές στα άτομα για να χαλαρώσουν ή να κοιμηθούν. Τα φαρμακεία δεν τα πωλούν χωρίς συνταγή γιατρού. Τέτοια φάρμακα είναι π.χ., το Hipnosedon® (Ιπνοσεντόν), το Stilnox® (Στιλνόξ), το Halcion® (Χάλσιον), το Imovane® (Ιμοβάν), το Ilman® (Ιλμάν), κτλ.

11. Έχεις πάρει ποτέ υπνωτικά **ΜΕ** σύσταση γιατρού;

- Όχι, ποτέ
 Ναι, ≤ 3 εβδομάδες
 Ναι, > 3 εβδομάδες



12. Έχεις πάρει υπνωτικά **ΧΩΡΙΣ** σύσταση γιατρού...

[Σημείωσε μία απάντηση σε κάθε γραμμή]

	Όχι, ποτέ	1-2 φορές	3-5 φορές	6-9 φορές	10 και πάνω
...σε όλη σου τη ζωή;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...στους τελευταίους 12 μήνες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...στις τελευταίες 30 ημέρες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Αν έχεις πάρει ποτέ κάποιο ισχυρό παυσίπονο, ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο **χωρίς τη σύσταση γιατρού**, **ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΤΟ ΠΗΡΕΣ;** [Σημείωσε όλα όσα ισχύουν για κάθε έναν από τους τρεις τύπους φαρμάκων]

	Ισχυρό Παυσίπονο	Ηρεμιστικό	Υπνωτικό
Για να διασκεδάσω με την παρέα μου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για να νιώσω ευχάριστα, να "φτιαχτώ", «ν' ανέβω»	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Από περιέργεια, για δοκιμή	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για να κοιμηθώ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γιατί είχα πόνους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για να ηρεμήσω, να μου φύγει η ένταση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για κάποιο άλλο λόγο (προσδιόρισε)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δεν έχω πάρει ποτέ το φάρμακο αυτό χωρίς τη σύσταση γιατρού	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής - 2009

2

1237078604

14. Αν έχεις πάρεις ποτέ κάποιο ή κάποια ισχυρά παυσίπονα, ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα χωρίς τη σύσταση γιατρού, ΠΩΣ ΤΑ ΒΡΗΚΕΣ;

[Σημείωσε όλα όσα ισχύουν για κάθε έναν από τους τρεις τύπους φαρμάκων]

	Ισχυρά Παυσίπονα	Ηρεμιστικά	Υπνωτικά
Μου τα έδωσε γιατρός	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μου τα έδωσαν οι γονείς μου (πατέρας ή μητέρα)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα πήρα από το το «φαρμακείο» του σπιτιού ή κάποιο συρτάρι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα αγόρασα από Φαρμακείο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Τα αγόρασα μέσω του διαδικτύου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μου τα έδωσε κάποιο παιδί από το σχολείο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μου τα έδωσε κάποιος/α φίλος/η εκτός σχολείου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μου τα έδωσε κάποιος άλλος (προσδιόρισε)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δεν έχω πάρει ποτέ το φάρμακο αυτό χωρίς τη σύσταση γιατρού	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Πόσο ΕΥΚΟΛΟ Ή ΔΥΣΚΟΛΟ θα ήταν για σένα να βρεις τα παρακάτω φάρμακα σε περίπτωση που θα ήθελες να τα πάρεις χωρίς τη σύσταση γιατρού;

[Σημείωσε μία απάντηση σε κάθε γραμμή]

	Αδύνατο	Μάλλον δύσκολο	Μάλλον εύκολο	Πολύ εύκολο	Δε γνωρίζω
Ισχυρά παυσίπονα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ηρεμιστικά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Υπνωτικά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Παίρνει ΚΑΠΟΙΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΟΥ κάποιο ή κάποια από τα παρακάτω φάρμακα;

[Σημείωσε όλα όσα ισχύουν]

	Ναι, ο πατέρας μου	Ναι, η μητέρα μου	Ναι, ο αδελφός ή η αδελφή	Ναι, ο παππούς ή η γιαγιά	Κανένας	Δε γνωρίζω
Ισχυρά παυσίπονα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ηρεμιστικά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Υπνωτικά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. ΠΟΣΟΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ ΣΟΥ πιστεύεις ότι παίρνουν τα παρακάτω φάρμακα χωρίς τη σύσταση γιατρού;

[Σημείωσε μία απάντηση σε κάθε γραμμή]

	Κάποιοι	Οι περισσότεροι	Όλοι	Κανένας	Δε γνωρίζω
Ισχυρά παυσίπονα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ηρεμιστικά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Υπνωτικά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής - 2009

0954078609

18. Σε ποιο βαθμό πιστεύεις πως τα άτομα ΚΙΝΔΥΝΕΥΟΥΝ να βλάψουν τον εαυτό τους (σωματικά ή με άλλο τρόπο) εάν - χωρίς τη σύσταση γιατρού - ...
 [Σημείωσε μία απάντηση σε κάθε γραμμή.]

	Ακίνδυνο	Ελαφρός κίνδυνος	Μέτριος κίνδυνος	Μεγάλος κίνδυνος	Δε γνωρίζω
δοκιμάσουν 1-2 φορές ισχυρά παυσίπονα; παίρνουν ισχυρά παυσίπονα συχνά;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
δοκιμάσουν 1-2 φορές ηρεμιστικά; παίρνουν ηρεμιστικά συχνά;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
δοκιμάσουν 1-2 φορές υπνωτικά; παίρνουν υπνωτικά συχνά;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Πόσα ΚΙΛΑ ζυγίζεις χωρίς ρούχα; Ζυγίζω κιλά

20. Πόσο ΥΨΟΣ έχεις χωρίς παπούτσια; Το ύψος μου είναι 1 μέτρο και εκατοστά

21. Στη διάρκεια μιας κανονικής εβδομάδας, ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ...
 [Σημείωσε μία απάντηση σε κάθε γραμμή.]

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Τις περισσότερες μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα	Κάθε μέρα
...τρως πρωινό;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...κοιμάσαι τουλάχιστον 7 ώρες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...αθλείσαι τουλάχιστον 1 ώρα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Σ' ευχαριστούμε

Παράρτημα ΙΙΙ – Θεματικές ποιοτικής ανατροφοδότησης

1. Στάσεις απέναντι στο ερωτηματολόγιο και το θέμα του

1.1. Στόχος: Η γενική αποτίμηση της στάσης των μαθητών απέναντι στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων και το θέμα που πραγματευόταν

1.2. Θεματικές:

- «Θα ήθελα καταρχάς να μου πείτε εάν βρήκατε το θέμα του ερωτηματολογίου που έχετε μπροστά σας ενδιαφέρον; Σας κέντρισε την προσοχή; Και εάν ναι; Με ευχάριστο ή δυσάρεστο τρόπο»;
- «Θα λέγατε ότι το ερωτηματολόγιο που έχετε μπροστά σας σάς τράβηξε το ενδιαφέρον περισσότερο, το ίδιο ή λιγότερο συγκριτικά με το μεγάλο ερωτηματολόγιο (ενν. ερωτηματολόγιο ESPAD); Αντιληφθήκατε τη διαφορά στη θεματολογία μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων; Και εάν ναι, ποιο βρήκατε περισσότερο ενδιαφέρον και γιατί»;
- «Πόσο εύκολο ή δύσκολο σάς ήταν γενικά να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που έχετε μπροστά σας; Θα λέγατε, δηλαδή, ότι η συμπλήρωσή του έγινε χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες ή υπήρξαν δυσκολίες τέτοιες που σε κάποια σημεία σας έκανε να μη θέλετε να συνεχίσετε με τη συμπλήρωσή του;»
- «Συμβαίνει, μαθητές σαν κι εσάς, που συμμετέχουν σε έρευνες σαν αυτήν, να μην κατανοούν γιατί κανείς ρωτά για τη χρήση, για παράδειγμα, ισχυρών παυσίπονων με -ή χωρίς τη σύσταση γιατρού, για τους λόγους χρήσης, ή για το εάν οι φίλοι ή οι γονείς χρησιμοποιούν φάρμακα. Ή –όπως επίσης συμβαίνει συχνά– κάποιοι που συμμετέχουν στις έρευνες να αισθάνονται ότι δεν τους αφορά ένα τέτοιο θέμα. Το αποτέλεσμα είναι να μην απαντούν στο ερωτηματολόγιο με ενδιαφέρον. Συνέβη αυτό σε εσάς;»
- «Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε ότι θα ήταν για μαθητές σαν κι εσάς να δηλώσουν στο ερωτηματολόγιο ότι έκαναν τη χρήση των φαρμάκων που αναφέρονται σε αυτό (εφόσον φυσικά είχαν κάνει χρήση)»;

2. Κατανόηση των βασικών εννοιών της έρευνας

2.1. **Στόχος:** Η διερεύνηση του τρόπου με το οποίο οι μαθητές κατανόησαν τις βασικές έννοιες που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο των φαρμάκων, με έμφαση στις έννοιες: «χρήση με/χωρίς τη σύσταση γιατρού», «συνταγογραφούμενο/μη-συνταγογραφούμενο φάρμακο», «ισχυρό / κοινό παυσίπονο»

2.2. Θεματικές:

- «Συμβαίνει συχνά σε παιδιά σαν και εσάς να έχουν έντονους πόνους που πιθανόν να προήλθαν από κάποιο ατύχημα, τραυματισμό, σπάσιμο ή κάταγμα ή μετά από εγχείρηση, ή –στα κορίτσια– πόνους γυναικολογικής φύσης, ή να έχουν νευρικότητα, άγχος, έντονη ανησυχία, πίεση, να νιώθουν συχνά λύπη ή στεναχώρια ή ακόμα και αϋπνίες»;
- «Όπως θα παρατηρήσατε, πριν από τις ερωτήσεις για τα ισχυρά παυσίπονα, τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά (στη σελίδα 2 του ερωτηματολογίου που έχετε μπροστά σας) υπάρχουν σε σκούρο πλαίσιο σύντομα κείμενα που περιγράφουν τις ιδιότητες, τους κανόνες χορήγησης και τα ονόματα των φαρμάκων όπως αυτά κυκλοφορούν στην αγορά. Θα ήθελα να ρωτήσω πόσοι/-ες από εσάς διαβάσατε προσεκτικά τα κείμενα αυτά πριν απαντήσετε στις ερωτήσεις»;
- «Θέλω τώρα να διαβάσετε ξανά το εισαγωγικό κείμενο πάνω από τις ερωτήσεις 7 και 8 σχετικά με τα «ισχυρά» παυσίπονα. Θα ήθελα τώρα να μου πείτε ...α) τι καταλαβαίνετε όταν διαβάζετε κάπου «φάρμακο που δίνεται μόνο στο φαρμακείο με την επίδειξη συνταγής» ... β) πού διαφέρει η «χρήση με-» από τη «χρήση χωρίς σύσταση γιατρού»; (Ερώτηση-προσθήκη μέσω της επαγωγικής μεθόδου)
- «Πόσοι από εσάς είστε απόλυτα σίγουροι ότι στις αμέσως επόμενες ερωτήσεις απαντήσατε μόνο για τα φάρμακα των οποίων τα ονόματα αναφέρονταν στα εισαγωγικά κείμενα»; (Ερώτηση-προσθήκη μέσω της επαγωγικής μεθόδου)
- «Μελέτες, σαν και αυτήν που συμμετέχετε εσείς, δείχνουν ότι κάποια παιδιά στη δική σας ηλικία, σε άλλες χώρες αλλά και στην Ελλάδα – περίπου ένα με 2 παιδιά σε μια τάξη σαν κι αυτήν – έχουν πάρει κάποιο από τα φάρμακα σαν κι αυτά που συζητάμε εδώ – το οποίο επιδρά στον

- εγκέφαλο και για τα οποία απαιτείται συνταγή γιατρού – χωρίς όμως να έχουν συνταγή. Εσείς έχετε ακούσει ή γνωρίζετε ότι γίνεται αυτό»;
- Τι σημαίνουν για εσάς οι λέξεις «χρήση με / χωρίς τη σύσταση γιατρού», «ισχυρό παυσίπονο»; «Σε τι διαφέρει ένα φάρμακα που δίνεται με τη σύσταση γιατρού από ένα που δίνεται χωρίς αυτήν»;

3. Διαδικασία συμπλήρωσης

3.1. Στόχος: η διερεύνηση του κατά πόσο η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου των φαρμάκων ήταν εύκολη για τους μαθητές, με έμφαση α) στην ανάκληση της πληροφορίας και επιλογή των απαντήσεων και β) στην πλοήγηση μεταξύ των ερωτήσεων στις βασικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

3.2. Θεματικές:

- «Κοιτώντας μέσα στο ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας, υπήρξε κάποια ερώτηση που θυμάστε ότι σας δυσκόλεψε κατά τη συμπλήρωση»;
- «Νοιώσατε ότι έπρεπε να αφήσετε κάποιες ερωτήσεις χωρίς να τις απαντήσετε; Εάν ναι, ποιες ερωτήσεις ήταν αυτές και γιατί συνέβη αυτό»;
- «Πιστεύετε θα σας βοηθούσε εάν όλες οι ερωτήσεις ήταν τοποθετημένες η μια κάτω από την άλλη»; Ερώτηση-προσθήκη μέσω της επαγωγικής μεθόδου)
- «Σας ήταν εύκολο ή δύσκολο να θυμηθείτε τις περιπτώσεις που ενδεχομένως είχατε κάνει χρήση σε όλη τη ζωή;... τους 12 τελευταίους μήνες;... τις 30 τελευταίες ημέρες»;
- «Μπορέσατε να επιλέξετε εύκολα μεταξύ των απαντήσεων»;
- «Σαν ήταν εύκολο να εξοικειωθείτε με τα βελάκια»;
- «Κοιτώντας στις ερωτήσεις 13 και 14, πόσο εύκολο ή δύσκολο σας ήταν να δείτε την επιλογή Δεν έχω πάρει...»;

Παράρτημα IV – Κωδικολόγιο

ΚΩΔΙΚΟΛΟΓΙΟ

ΑΞΟΝΑΣ Α

- Αξονας Α1 Ερωτηματολόγιο: αντίληψη για το ερωτηματολόγιο**
- A11 Όψη / αισθητική
 - A111 Όμορφο/ωραίο/καλό/άσχημο/κακό
 - A112 Ευχάριστο/ενδιαφέρον/δυσάρεστο/βαρετό/αδιάφορο
 - A12 Εργονομία
 - A121 Ευκολία/εργονομία/δυσκολία στην ανάγνωση
 - A122 Ευκολία/εργονομία/δυσκολία στη συμπλήρωση
 - A13 Αποτελεσματικότητα
 - A131 Εισαγωγικά κείμενα
- Αξονας Α2 Βασικές έννοιες / όροι: κατανόηση βασικών εννοιών π.χ., 'σύσταση γιατρού'**
- A21 Σύσταση γιατρού / συνταγή
 - A211 Υποχρέωση/απαραίτητο/νόμος/νόμιμο/παράνομο/εμφάνιση/παράδοση
 - A212 Χαρτί/εκτύπωση / προφορικά / παραίνεση / υπόδειξη / σφραγίδα / δοσολογία
 - A22 Συνταγογραφούμενο φάρμακο
 - A221 Χαρτί / εκτύπωση / γραμμή / κόκκινη / παραίνεση / σφραγίδα / δοσολογία
 - A222 Προσοχή / κίνδυνος / δόση
 - A223 Συνταγογραφημένο / χορηγήθηκε
 - A23 Χρήση με / χωρίς σύσταση γιατρού
 - A231 Θεραπεία / πρόβλημα / κατάχρηση / φτάξιμο / ανέβασμα
- Αξονας Α3 Ερωτήσεις: κατανόηση και δυσκολίες συμπλήρωσης βασικών ερωτήσεων, ιδέες**
- A31 Εισαγωγικά κείμενα
 - A311 Προσοχή / παράβλεψη
 - A312 Μακροσκελή / σύντομα
 - A313 Απλά / ευκολονόητα / σύνθετα / δυσνόητα
 - A314 Βελτίωση / δεν υπάρχει ανάγκη βελτίωσης
 - A32 Τοποθέτηση ερωτήσεων
 - A321 Ευδιάκριτες / δυσδιάκριτες
 - A322 Εύκολη διαδρομή / δύσκολη διαδρομή
 - A323 Βελτίωση / δεν υπάρχει ανάγκη βελτίωσης
 - A33 Διατύπωση ερωτήσεων
 - A331 Απλή / ευνόητη / δύσκολη / δυσνόητη (ως προς τη βασική έννοια)
 - A332 Απλή / ευνόητη / δύσκολη / δυσνόητη (ως προς τη γλώσσα)
 - A333 Φιλική / επιθετική / ουδέτερη / στίγμα
 - A334 Βελτίωση/δεν υπάρχει ανάγκη βελτίωσης
 - A34 Επιλογή και συμπλήρωση απάντησης
 - A341 Ευνόητες /δυσνόητες επιλογές απάντησης (ως προς τη γλώσσα)
 - A342 Εύκολες / ρεαλιστικές / δύσκολες / μη ρεαλιστικές επιλογές
 - A343 Εύκολη / δύσκολη συμπλήρωση
 - A344 Βελτίωση/δεν υπάρχει ανάγκη βελτίωσης

ΑΞΟΝΑΣ Β

- Αξονας Β1 Φάρμακα: εξοικείωση, ιδιότητες, θεραπευτικές ενδείξεις**
- B11 Ακουστά / γνωστά
 B111 Διαδεδομένο / γνώριμο / media / διαφήμιση / γονείς / άλλοι
 B112 Προσωπική εμπειρία / βίωμα
 B113 Στο σπίτι / γονείς / φίλοι / ήρωες των media
- B12 Θεραπευτικές ενδείξεις
 B121 Πλήρης αντίληψη ή γνώση / ελλιπούς αντίληψη ή γνώση
 B122 Συνέπεια / ασυνέπεια στις αντιλήψεις ή γνώσεις
 B123 Ανάγκη για βελτίωση αντίληψης / γνώσης
- Αξονας Β2 Πλαίσιο/λόγοι χρήσης: συμπτώματα, αυτοθεραπεία, ψυχαγωγική χρήση**
- B21 Παρουσία ή μη συμπτωμάτων
 B211 Αντιμετώπιση συμπτωμάτων / καμία αφορμή
 B212 Πρόληψη / φόβος / χειρισμός
 B213 Ψυχαγωγική χρήση
- B22 Φροντίδα και θεραπεία από...
 B221 Γιατρός / διάγνωση / συνταγή
 B222 Γονείς / γνωστοί/(τηλεφωνική) επαφή με γιατρό, φαρμακοποιό
 B223 Αυτοθεραπεία / ατομική
- Αξονας Β3 Πρόσβαση στα φάρμακα: γονείς, φαρμακοποιοί, φίλοι, διαδίκτυο**
- B31 Γονείς / μέλη οικογένειας
 B311 Γονείς αδέρφια / παππούς / γιαγιά που έχουν/χρησιμοποιούν και δίνουν
 B312 Από γονείς αδέρφια/παππούδες γιαγιάδες χωρίς να το γνωρίζουν
- B32 Οικιακό φαρμακείο
 B321 Γνωστό / όχι γνωστό
 B322 Εύκολη / δύσκολη πρόσβαση
- B33 Φίλοι / φίλες
 B331 Γνωστό / όχι γνωστό τι κάνουν οι φίλοι
 B332 Εύκολο / δύσκολο να πάρουν
 B331 Εύκολο / δύσκολο να δώσουν
- B34 Γιατροί / φαρμακοποιοί
 B341 Εύκολο /δύσκολο να πάρουν
- B35 Διαδίκτυο
 B351 Εύκολο/δύσκολο να πάρουν
- Αξονας Β4 Κίνδυνοι**
- B41 Από τη μη συνταγογραφημένη χρήση
 B411 Επικίνδυνο / εξαρτάται/ακίνδυνο
 B412 Ανάγκη για βελτίωση αντίληψης / γνώσης περί κινδύνων
- B42 Από το δανεισμό
 B421 Επικίνδυνο / εξαρτάται/ακίνδυνο για την υγεία
 B422 Επικίνδυνο / εξαρτάται/ακίνδυνο για άλλους λόγους
- B43 Αγοράς φαρμάκου από το διαδίκτυο
 B431 Επικίνδυνο/εξαρτάται / ακίνδυνο για την υγεία
 B432 Επικίνδυνο/εξαρτάται / ακίνδυνο για άλλους λόγους

ABSTRACT

Validating the Measurement of the Non-Prescribed Use of Psychotropic Medications in School Population surveys — A Mixed Method Approach²²

Background: Non-prescribed use of psychotropic medications has become prevalent among adolescents. Non-prescribed use of psychotropic medications during adolescence can lead to a variety of adverse health effects, including addiction later in life. Understanding and responding to the problems warrants special research attention and, principally, valid measurement. To date, only few studies have looked to the validity of adolescent reports on non-prescribed use of psychotropic medicines collected in cross-sectional surveys. **Aim:** a) To validate adolescent-student reports on non-prescribed use of opioid analgesics, tranquilisers and sedatives collected through self-completion questionnaires in cross-sectional school surveys and b) to propose changes that will improve future measurement. **Method:** The study employed a mixed quantitative / qualitative approach for the collection, analysis and validation of the data. Its quantitative part included the implementation of a cross-sectional survey in the islands of Kefalonia and Ithaki in 2009: two questionnaires designed to measure prescription drug use, substance use and predictors were administered in the school class involving a total of 890 students aged 16-18 (grades 10-12). The qualitative part of the study used respondent debriefing conducted in 6 groups of students who had previously completed the survey (122 in total). Data were collected on three sets of indicators: a) content and response process (i.e., understanding of key concepts and item completion process), b) internal structure (i.e., reliability and internal consistency), and c) relations to other variables (i.e., empirical validity). Pearson chi-square or McNemar's test statistics were used in order to examine gender and age group differences on selected variables. Pearson chi-square or bivariate logistic regression analysis was used in order to examine associations between two variables. Multiple logistic regression analysis was conducted to assess associations of multiple covariates on selected dependent variables (e.g., non-prescribed use, inconsistency, item nonresponse). Reliability and internal consistency were expressed by estimates of Cohen's κ (and weighted κ), Cramer's V , and Spearman's ρ . The framework approach was used for the analysis of the qualitative data. **Results:** Qualitative

²² *Recommended citation:* Fotiou A (2015) Validating the Measurement of the Non-Prescribed Use of Psychotropic Medications in School Population Surveys — A Mixed Method Approach. Ph.D. Thesis. Athens: National & Kapodistrian University of Athens Medical School.

reports indicated high interest in the study's topic and an overall easiness with survey completion by the study participants. When asked, the study participants could correctly define the key concepts of "prescription drug" and "non-prescribed use" and properly describe their indications. However, data from both qualitative and quantitative sources suggest the likely presence of measurement error attributable to poor comprehension of the concept "opioid analgesics". Upon responding, some study participants may have confused opioid with over-the-counter (OTC) analgesics thereby introducing reporting error. The unusually high lifetime prevalence of opioid analgesics reported in the present study (about 26%) is suggestive of misclassification leading to overestimation of the prevalence rate. Other qualitative reports indicated that some students may perceive of a risk of stigmatisation attached to the use of tranquilisers / sedatives, suggesting the risk of response editing. However, neither the lifetime prevalence of non-prescribed use of this drug category (about 4%) nor the item non-response rates did corroborate the likely presence of a bias. Study participants framed non-prescribed use as the excessive use or abuse of a prescription drug with the aim to self-medicate rather than to seek sensation. Evidence from the multivariate logistic regression analyses indirectly verified the self-medication hypothesis: illicit substance use was not independently associated with non-prescribed use of any one of the prescription drug categories examined. In line with existing literature, the analyses demonstrated nonetheless the presence of strong independent associations between non-prescribed use and correlates such as prescribed use of the drug (for both types of drugs), non-prescribed use of opioid analgesics, older age, and skipping school (for tranquilisers / sedatives), and depressive mood and non-prescribed use of the drug among peers (for opioid analgesics) — corroborating more or less the self-medication hypothesis. Finally, test-retest reliability between answers in comparable questions showed moderate agreement for tranquilisers / sedatives (Cohen's κ and Cramer's V between 0.41 και 0.60, $p < 0.001$) — better agreement compared that observed in previous studies. Consistency tests between related items showed moderate agreement for tranquilisers and opioid analgesics but low for sedatives (Cohen's κ and Cramer's $V < 0.41$, $p < 0.001$). **Conclusions:** While acknowledging the presence of several study limitations, qualitative and quantitative data suggest a valid measurement of tranquiliser / sedative use, but low quality of measurement of opioid analgesics use. Survey respondents seem to confuse opioid analgesics with OTC analgesics. The inclusion of an item about the use of OTC analgesics in the survey and its placement right before the item on non-prescribed use could potentially improve measurement.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΦΩΤΙΟΥ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο: Αναστάσιος Φωτίου
Έτος γέννησης: 1969
Τόπος γέννησης: Αθήνα
Οικογ. Κατάσταση: Έγγαμος, δύο παιδιά
Τηλέφωνο: (+30) 210 6170014 - (+30) 6944 845580
Email: afotiou@med.uoa.gr; afotiou@ektepn.gr

ΣΠΟΥΔΕΣ – ΤΙΤΛΟΙ

2008 – σήμερα

Υποψήφιος Διδάκτορας

ΙΑτρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Νευρολογίας – Ψυχιατρικής. Θέμα Διατριβής: «Διερεύνηση της ποιότητας της μέτρησης της μη-συνταγογραφημένης χρήσης ψυχοδραστικών φαρμάκων από τους εφήβους στην Ελλάδα.» Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Άννα Κοκκέβη, Ομότ. Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

1993 – 1994

Μεταπτυχιακό στην Κοινωνιολογία (Με υποτροφία Ιδρύματος Κρατικών Υποτροφιών)

Τμήμα Κοινωνιολογίας Πανεπιστήμιο Έσσεξ, Ηνωμένο Βασίλειο. Βαθμός μεταπτυχιακού: Άριστα, με Διάκριση (ΔΙ.Κ.Α.Τ.Σ.Α. 20 1-394/2001)

1988 – 1992

Πτυχίο στην Κοινωνιολογία

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο, Κρήτη. Βαθμός πτυχίου: 7,80/10 («Λίαν Καλώς»)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

2001 – σήμερα

Επιστημονικό στέλεχος του Τομέα Επιδημιολογίας στο Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) –από το 2010 Υπεύθυνος Τομέα

Επιδημιολογίας– με έδρα το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ)

Υπεύθυνος συλλογής και διαχείρισης δεδομένων σε επιδημιολογικούς δείκτες σχετικούς με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και συνδεδεμένων βλαβών στην Ελλάδα. Ενεργό συμμετοχή στο ερευνητικό, συγγραφικό και εκπαιδευτικό έργο του ΕΚΤΕΠΝ. Συχνή εκπροσώπηση του ΕΚΤΕΠΝ σε ομάδες εργασίας, τεχνικές συναντήσεις εμπειρογνομόνων για ειδικά θέματα επιδημιολογίας και έρευνας, σε συνέδρια και άλλες διεθνείς συνεργασίες.

2001 – σήμερα

Βοηθός ερευνητής στον Τομέα Επιδημιολογικών & Ψυχοκοινωνικών Ερευνών του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) - (Επικεφαλής: κ. Άννα Κοκκέβη, Ομότιμη Καθηγήτρια Παν/μίου Αθηνών)

Ενεργό συμμετοχή στο σχεδιασμό, οργάνωση και υλοποίηση επιδημιολογικών ερευνών σχετικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και την ψυχοκοινωνική υγεία στον πληθυσμό. Ενεργό συμμετοχή στο ερευνητικό, συγγραφικό και εκπαιδευτικό έργο του ΕΠΨΥ. Συχνή εκπροσώπηση του ΕΠΨΥ σε ομάδες εργασίας, συναντήσεις εμπειρογνομόνων για ειδικά θέματα επιδημιολογικής έρευνας και μεθοδολογίας, σε συνέδρια και άλλες διεθνείς συνεργασίες.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (ΠΡΟΣΦΑΤΗ)

2014-2016

Βοηθός ερευνητής: Πανευρωπαϊκή έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών – Έρευνα Μαθητικού πληθυσμού / ESPAD (European School Project for Alcohol and Other Drugs, www.espad.org). Διεθνής συντονιστής: CAN, Σουηδία και Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία EMCDDA, Πορτογαλία. Ελληνικό σκέλος: ΕΠΨΥ. Επιστημ. Υπεύθυνη: κ. Άννα Κοκκέβη, Ομότιμη Καθηγήτρια Παν/μίου Αθηνών. Χρηματοδότηση: Ιδίοις πόροις, OKANA, Μη κερδοσκοπικοί Κοινοφελείς Φορείς.

2014-2016

Βοηθός ερευνητής. Κοινή Δράση για τον Περιορισμό της Βλάβης από την Κατανάλωση Αλκοόλ (Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm, RARHA, www.rarha.eu). Διεθνής συντονιστής: SICAD, Πορτογαλία. Ελληνικό σκέλος: ΕΠΨΥ. Επιστημ. Υπεύθυνη: κ. Άννα Κοκκέβη, Ομότιμη Καθηγήτρια Παν/μίου Αθηνών. Χρηματοδότηση: Συγχρηματοδότηση, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Κρατικοί πόροι.

2013-2015

Βοηθός ερευνητής. Πανευρωπαϊκή έρευνα για συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων – Έρευνα HBSC/WHO (Health Behaviour in School-aged Children, www.hbsc.org). Διεθνής συντονιστής: Πανεπιστήμιο St Andrews, Σκωτία. Ελληνικό σκέλος: ΕΠΙΨΥ. Επιστημ. Υπεύθυνη: κ. Άννα Κοκκέβη, Ομότιμη Καθηγήτρια Παν/μίου Αθηνών. Χρηματοδότηση: Ιδίοις πόροις, Μη κερδοσκοπικοί Κοινωνικοί Φορείς.

2013-2015

Βοηθός ερευνητής. Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα για την Ανάπτυξη Προδιαγραφών Ποιότητας στο Σχεδιασμό της Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών (European Drug Prevention Quality Standards, EDPQS). Διεθνής συντονιστής: Πανεπιστήμιο John Moores, Λίβερπουλ, Μ. Βρετανία: Centre for Public Health of Liverpool John Moores University, UK). Ελληνικό σκέλος: ΕΠΙΨΥ/ΕΚΤΕΠΙΝ. Επιστημ. Υπεύθυνη: κ. Ιουλία Μπάφη, ΕΚΤΕΠΙΝ/ΕΠΙΨΥ. Χρηματοδότηση: Συγχρηματοδότηση, Ευρωπαϊκή Επιτροπή (DG Justice “Drug Prevention and Information Programme”), ιδίοις πόροις.

2013-2014

Κύριος ερευνητής. Ανάλυση των επιπτώσεων της πρόσφατης οικονομικής κρίσης στη μόλυνση από τον HIV στους ενέσιμους χρήστες ουσιών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης / Ευρωπαϊκής Οικονομικής Ζώνης (Analysing the effects of the current economic downturn on HIV among injecting drug users in the EU/EEA) Αριθ. Συμβολαίου: ECD.4167. Ανάθεση: Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Ειδικών Λοιμώξεων, ECDC, Σουηδία. Ελληνικό σκέλος: Ελληνική Επιστημονική Εταιρία Έρευνας του AIDS & Σεξουαλικών Μεταδιδόμενων Νοσημάτων Επιστημ. Υπεύθυνος: κ. Άγγελος Χατζάκης, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών.

2013-2015

Βοηθός ερευνητής. Ακαδημαϊκό Δίκτυο για την Επιστήμη της Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών (The Science for Prevention Academic Network, SPAN). Διεθνής συντονιστής: Oxford Brookes University, Μ. Βρετανία. Ελληνικό σκέλος: ΕΠΙΨΥ/ΕΚΤΕΠΙΝ. Επιστημ. Υπεύθυνη: κ. Άννα Κοκκέβη, Ομότιμη Καθηγήτρια Παν/μίου Αθηνών. Χρηματοδότηση: Συγχρηματοδότηση, Ευρωπαϊκή Επιτροπή (EC Lifelong Learning programme), ιδίοις πόροις.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

Άρθρα σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά με κριτές

1. Nikolopoulos G, **Fotiou, A.**, Kanavou K, Richardson C, Pharris A, Suk J., Semenza J, Costa-Storti C, Paraskevis D, Malliori M, Friedman, S, Hatzakis A. (2015). National Income Inequality and Declining GDP Growth Rates are Associated with Increases in HIV Diagnoses among People who Inject Drugs in Europe: A Panel Data Analysis. PLOS ONE 10(4): e0122367. Published online 2015 Apr 15. doi: 10.1371/journal.pone.0122367
2. Holstein BE, Andersen A, **Fotiou A**, Gobina I, Godeau E, Holme Hansen E, Iannotti R, Levin K, Nic Gabhainn S, Ravens-Sieberer U, Välimaa R and the HBSC Medicine Use Writing Group. (2015). Adolescents' medicine use for headache: secular trends in 20 countries from 1986 to 2010. European Journal of Public Health (Suppl.2): 76-79
3. Hublet A, Bendtsen P, de Looze ME, **Fotiou A**, Donnelly P, Vilhjalmsson R, Baska T, Aasvee K, Franelic IP, Nic Gabhainn S, ter Bogt TFM. (2015). Trends in the co-occurrence of tobacco and cannabis use in 15-year-olds in 28 countries of Europe and North-America, from 2002 to 2010. European Journal of Public Health (Suppl.2): 73-75
4. **Fotiou A**, Kanavou E, Richardson C, Kokkevi A. (2014). Trends in the Association between Prescribed and Non-prescribed Use of Tranquilisers or Sedatives among Adolescents in 22 European Countries. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 31(4), 371-387.
5. **Fotiou A**, Kanavou E, Richardson C, Ploumpidis D, Kokkevi A. (2014). Misuse of prescription opioid analgesics among adolescents in Greece: the importance of peer use and past prescriptions. Drugs: Education, Prevention & Policy. 21(50), 559-367.
6. Kokkevi A, Kanavou E, Richardson C, **Fotiou A**, Papadopoulou S, Monshouwer K, . . . Olszewski D. (2014). Polydrug use by European adolescents in the context of other problem behaviours. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 31(4), 323-342.
7. Sypsa V, Paraskevis D, Malliori M, Nikolopoulos, GK, Panopoulos A, Kantzanou M, Katsoulidou A, Psychogiou M, **Fotiou A**, Pharris A, van De Laar M, Wiessing L, Jarlais DD, Friedman SR, Hatzakis A. (2014). Homelessness and other risk factors for HIV infection in the current outbreak among injection drug users in Athens, Greece. American Journal of Public Health, e1-e9. doi: 10.2105/ajph.2013.301656
8. Paraskevis D, Nikolopoulos G, **Fotiou A**, Tsiara C, Paraskeva D, Sypsa V, . . . Hatzakis A. (2013). Economic recession and emergence of an HIV-1 outbreak among drug injectors in Athens metropolitan area: a longitudinal study. PLoS One, 8(11), e78941.

9. Wiessing L, Ferri M, Grady B, Kantzanou M, Sperle I, Cullen K, Hatzakis A, Prins M, Vickerman P, Lazarus J, Hope V, Matheï C, Busch M, Bollaerts K, Bogdanova V, Nesheva E, Fotsiou N, Kostrikis L, Mravčik V, Řehák V, Částková J, Hobstová J, Nechanská B, Fouchard J, Abel-Ollo K, Tefanova V, Tallo T, Brummer-Korvenkontio H, Brisacier A.-C, Michot I, Jauffret-Roustide M, Zimmermann R, **Fotiou A**, Gazdag G, Tarján A, Galvin B, Thornton L, Cruciani M, Basso M, Karnite A, Caplinskiene I, Lopes S, Origer A, Melillo J, Camilleri M, Demanuele CO, Croes E, Op De Coul E, Rosińska M, Struzik M, Martins M, Duran D, Vilar G, Resende ME, Martins HC, Abagiu AO, Ruta S, Arama V, Kopilovic B, Kustec T, Klavs I, Alexandre NL, Folch C, Bravo MJ, Gómez RS, Berglund T, Strandberg J, Hotho D, Van Houdt S, Low A, McDonald B, Platt L, Kalamara E, Giraudon I, Groshkova T, Palladino C, Hutchinson S, Ncube F, Eramova I, Goldberg D, Vicente J, Griffiths P (2014). Hepatitis C virus infection epidemiology among people who inject drugs in Europe: A systematic review of data for scaling up treatment and prevention. PloS one. 9(7):e103345.
10. Farhat T, Simons-Morton B, Kuntsche E, Kokkevi A, van der Sluijs W, **Fotiou A**. (2012). Early Adolescent and Peer Drinking Homogeneity: Similarities and Differences among European and North American countries. The Journal of Early Adolescence. 2012; 32: 81-103.
11. Pharris A, Wiessing L, Sfetcu O, Hedrich D, Botescu A, **Fotiou A**, Nikolopoulos GK, Malliori M, Salminen M, Suk JE, Griffiths P, van de Laar MJ (2011). Human immunodeficiency virus in injecting drug users in Europe following a reported increase of cases in Greece and Romania, 2011. Euro Surveill, 16(48).
12. Gobina I, Valimaa R, Tynjala J, Villberg J, Villerusa A, Iannotti RJ, Godeau E, Gabhainn SN, Andersen A, Holstein BE, Griebler R, Borup I, Kokkevi A, **Fotiou A**, Boraccino A, Dallago L, Wagener Y, Levin K, Kuntsche E. (2011). The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey. Pharmacoepidemiol Drug Saf 20(4): 424-31.
13. Kuntsche E, Simons-Morton B, **Fotiou A**, ter Bogt T, Kokkevi A. (2009). Decrease in adolescent cannabis use from 2002 to 2006 and links to evenings out with friends in 31 European and North American countries and regions. Arch Pediatr Adolesc Med, 2009; 163: 119-25.
14. Simons-Morton BG, Farhat T, ter Bogt TFM, Hublet A, Kuntsche E, Nic Gabhainn S, Godeau E, Kokkevi A, Piette D, Kohn L, Bogdanova E, King M, Saab H, Csémy L, Jezkova M, Magnusson J, Godeau E, Terzidou M, **Fotiou A**, Spyropoulou M, Arapaki A, Kitsos G, Kovacsics L, Sebestyen E, Balogh A, Velika B, Sumskas, L, Kowalewska A, Simões C, Baban A, Craciun C, Mih V, Žežula I, Kolarcik P, Baska T, Bajt M, Jiménez

- Iglesias A, Graf M, Kuntsche E, Wang J. (2009). Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *International Journal of Public Health*. 2009/09/01;54(2):199-208.
15. Haug E, Rasmussen M, Samdal O, Iannotti R, Kelly C, Borraccino A, Vereecken C, Melkevik O, Lazzeri G, Giacchi M, Ercan O, Due P, Ravens-Sieberer U, Currie C, Morgan A, Ahluwalia N, Maes L, Hublet A, Janssen I, Freeman J, Krch FD, Damsgaard MT, Holstein B, Aasvee K, Valimaa R, Godeau E, Ottova V, Kokkevi A, **Fotiou A**, Niclasen B, Nemeth A, Unak K, Cavallo F, Dalmasso P, Borraccino A, Rossi S, Baldassari D, ter Bogt T, Torsheim T, Kololo H, Tabak I, Inchley J, Nansel T. (2009). Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. *International Journal of Public Health*. 2009 2009/09/01;54(2):167-79.
16. Karademas EC, Peppas N, **Fotiou A**, Kokkevi A. (2008). Family, school and health in children and adolescents: Findings from the 2006 HBSC Study in Greece. *J Health Psychol.*; 13: 1012-20.
17. Kokkevi A, **Fotiou A**, Arapaki A, Richardson C. Prevalence, patterns and correlates of tranquilizer and sedative use among European adolescents. *J Adolesc Health*. 2008; 43:584-92.
18. Ter Bogt T, Schmid H, Nic Gabhainn S, **Fotiou A**, Vollebergh W. (2006). Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. *Addiction*. 101:241-51.
19. Kokkevi A, **Fotiou A**, Chileva A, Nociar A, Miller P. (2008). Daily exercise and anabolic steroids use in adolescents: a cross-national European study. *Subst Use Misuse*, 43(14), 2053-2065. doi: 901982250 [pii]
20. Kokkevi A, **Fotiou A**, Richardson C. (2007). Drug use in the general population of Greece over the last 20 years: results from nationwide household surveys. *Eur Addict Res*, 13(3), 167-176. doi: 000101553 [pii]
21. Schmid H, Ter Bogt T, Godeau E, Hublet A, Dias SF, **Fotiou A**. (2003). Drunkenness among young people: a cross-national comparison. *J Stud Alcohol*, 64(5), 650-661.
22. Triandafyllidou A, **Fotiou A**. (1998). Sustainability and modernity in the European Union: A frame theory approach to policy-making. *Sociological Research Online*, 3(1), <http://www.socresonline.org.uk/3/1/2.html>.

Άρθρα σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά με κριτές (με αναφορά ως μέρος ομάδας εργασίας)

23. Vickerman P, Martin NK, Roy A, Beattie T, Group EC, Des Jarlais D, ..., **EMCDDA Collaborative Group** (2013). Is the HCV–HIV co-infection prevalence amongst injecting drug users a marker for the level of sexual and injection related HIV transmission? Drug Alcohol Depend. 2013;132(1):172-81.

Επιστημονικά Συγγράμματα - Μονογραφίες

24. Kokkevi A, Stavrou M, Kanavou E, **Fotiou A.** (2014). The Repercussions of the Economic Recession in Greece on Adolescents and their Families, Innocenti Working Paper No.2014-07. In UNICEF Office of Research (Ed.). Florence.
25. Κοκκέβη Α., Σταύρου Μ., **Φωτίου Α.**, Καναβού Ε. Έφηβοι και βία. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2011.
26. Κοκκέβη Α, **Φωτίου Α**, Κίτσος Γ. Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών από Εφήβους Μαθητές: Νεότερα στοιχεία από την Έρευνα ESPAD στην Ελλάδα και σε άλλες 34 χώρες. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 2009.
27. Andersson B, Hibell B, Beck F, Choquet M, **Fotiou A**, Kokkevi A, Mariani F, Molinari S, Nociar A, Sieroslavski J, Trapencieris M. Alcohol and Drug Use Among European 17-18 Year Old Students. CAN: Σουηδία. 2007.
28. **Fotiou A.** Micha K. Paraskevis D. Terzidou M. Malliori M. M. Hatzakis A. (2012). HIV outbreak among injecting drug users in Greece: An updated report for the EMCDDA on the recent outbreak of HIV infections among drug injectors in Greece. Athens: Greek REITOX Focal point
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191984_EN_HIV_update_Greece_2012.pdf
29. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005) Olszewski D, Pauliina S, **Fotiou A**, Pike B, Leibrand S. EMCDDA Thematic Paper -- Youth Media. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2005.
30. Ter Bogt T, **Fotiou A**, Gabhainn SN. (2004). Cannabis Use. In Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. and Barnekow Rasmussen, V. (ed) "Young Peoples' Health in Context" the International Report from the 2001/02 Health Behaviour in School-aged Children: a WHO cross-national collaborative study (HBSC); Health Policy for Children and Adolescents; No. 4: 84-89.

31. Ruzza, C. and **Fotiou**, A. eds. Cultural and Policy Determinants of Sustainable Tourism Development. Final report submitted to the European Commission - Directorate General: Environment. CEC-DGXII/ Department of Sociology, University of Essex. 1998. pp.300
32. **Fotiou** A. 1996. Trans-European Networks. In O'Mahony P. eds (1996) Final Report to the European Commission of Research Project Sustainability and Institutional Innovation (no: EV5V-CT94-0389). University College Cork, Ireland, 1996.

Κεφάλαια σε Επιστημονικά Συγγράμματα

33. Kokkevi A, **Fotiou** A. (2009). The psychosocial module. In B Hibell, U Guttormsson, S Ahlström, O Balakireva, T Bjarnason, A Kokkevi & L Kraus (Eds.), The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN).
34. Ahlstrom S, Andersson B, Choquet M, Elekes Z, Feijao F, **Fotiou** A, Hibell B, Kokkevi A, Plant M, Sabroe, S. Gender differences in youth drinking cultures. In: Järvinen M, Room R, Ed Youth Drinking Cultures: European Experiences. UK: Ashgate. 2007.

ΠΑΓΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΙΚΟ ΕΡΓΟ

Από το 2002, βασικός συγγραφέας τριών κεφαλαίων της Ετήσιας Έκθεσης του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ελλάδα – ελληνικής και ξενόγλωσσης που αποστέλλεται ετησίως στο Ευρωπαϊκό Κέντρο Τεκμηρίωσης & πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (βλ. www.ektepn.gr). Τίτλοι κεφαλαίων: «Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών στο Γενικό και σε Ειδικούς Πληθυσμούς», «Αριθμός και Χαρακτηριστικά των Χρηστών που Αιτούνται Θεραπεία» και «Προβλήματα Ψυχικής και Σωματικής Υγείας και Θάνατοι από τα Ναρκωτικά» της Ετήσιας Έκθεσης του ΕΚΤΕΠΝ και των κεφαλαίων με τίτλο: «Drug use in the general population and specific targeted groups», «Drug-Related Treatment – Treatment Demand and Treatment Availability» και «Health Correlates and Drug-Related Deaths».

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ – ΣΤΡΟΓΓΥΛΑ ΤΡΑΠΕΖΙΑ (2013-)

Παρουσίαση με τίτλο: «Up-to-Date Surveillance Data, Changes in Prevalence, and Responses – Greece». Ενότητα: «National updates of HIV and hepatitis epidemiology and responses in

PWID». Στο: «Annual Expert Meeting on drug-related harms and responses.» 14–17 Οκτωβρίου 2014. Λισαβόνα: EMCDDA.

Οργάνωση εργαστηρίου με τίτλο: «TDI Implementation v3». Στο πλαίσιο του «The Treatment Demand Indicator (TDI): Annual Expert Meeting». Ενότητα: «Continuity & Change: High-risk Drug Use and Drug Treatment in Europe 2004». 23 Σεπτεμβρίου 2014, Λισαβόνα: EMCDDA.

Ανακοίνωση με τίτλο: «Προβληματική Χρήση Ουσιών: Έκταση και Χαρακτηριστικά». Στρογγυλό Τραπέζι: Πρόοδοι και προβλήματα στην αντιμετώπιση HIV, HBV, HCV σε εξαρτημένα άτομα μέσα από τα προγράμματα του OKANA. 2η Πανελλήνια Συνάντηση AIDS & Ηπατίτιδες. Αθήνα: 19-21 Σεπτεμβρίου 2014.

Αναρτημένη ανακοίνωση με τίτλο: «Μπορεί ο Έλεγχος για HIV να Αποτελέσει Αποτελεσματική Στρατηγική Πρωτογενούς Πρόληψης: Αποτελέσματα από το Πρόγραμμα «Αριστοτέλης» σε Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών στη Διάρκεια Επιδημίας HIV Λοίμωξης» (μαζί με τους: Σύψα Β, Νικολόπουλος Γ, Παρασκευής Δ, Πανόπουλος Α, Μαλλιώρα Μ, Pharris A, Wiessing L, Donoghoe M, Des Jarlais D, Friedman S, Χατζάκης Ά). Στη: 2η Πανελλήνια Συνάντηση AIDS & Ηπατίτιδες, Αθήνα, 19-21 Σεπτεμβρίου 2014.

Ανακοίνωση με τίτλο: «Recession and income inequality are associated with large increases in rates of reported HIV infections among people who inject drugs in Europe». Στο: International AIDS Conference, Melbourne, Australia (Monday 21 July 2014 | Session MOAD01 Behind the Scenes: Socio-economic Drivers; Oral Abstract Session Venue: Plenary 3, Time: 11:00-12:30. (Μαζί με τους: G. Nikolopoulos, E. Kanavou, C. Richardson, A. Pharris, J. Suk, J. Semenza, C. Costa-Storti, D. Paraskevis, M.-M. Malliori, S.R. Friedman, A. Hatzakis)

Ανακοίνωση με τίτλο: «Is HIV testing an effective primary prevention strategy among injecting drug users? Results from a serobehavioral survey during an HIV outbreak in Athens, Greece (ARISTOTLE program).» Στο: International AIDS Conference, Melbourne, Australia (Monday 21 July 2014. (Με τους: Sypsa, V., Nikolopoulos, G., Paraskevis, D., Panopoulos, A., Malliori, M., et al. <http://pag.aids2014.org/Abstracts.aspx?AID=8605>).

Παρουσίαση με τίτλο: «Scale of Harm Reduction (HR) Services and Role of Monitoring in Identifying Service Provision Gaps and Needs – the Case of Greece». Παρουσιάστηκε στο: «Day 2 - HIV/AIDS prevention workshop on thematic topics: How to implement effective harm reduction in Europe»? Στο: EU CONTRIBUTION TO A REINFORCED PREVENTION AND IMPROVED CARE IN TIMES OF HIV EPIDEMIC RESURGENCE.

How can the EU support improvement on HIV prevention? Αθήνα, Ίδρυμα Παστέρ (Hellenic Pasteur Institute), 12-13 Ιουνίου 2014.

Συντονισμός Στρογγυλού Τραπεζιού (μαζί με κύριο Μ. Λαζανά) με τίτλο: «HIV/AIDS στην Ελλάδα: Μια επιδημία σε εξέλιξη. Παρεμβάσεις Δημόσιας Υγείας στην Κοινότητα». Στο 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας με θέμα «Δημόσια Υγεία: Δρόμος προς την ανάπτυξη». Διοργάνωση: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ). Αθήνα, 31 Μαρτίου – 2 Απριλίου 2014.

Αναρτημένη ανακοίνωση με τίτλο: «HIV rebound vulnerability: Theoretical perspectives and needed research». Παρουσιάστηκε στο: XVI National Congress of the Spanish Interdisciplinary AIDS Society (SEISIDA) and the XI International AIDS Impact Conference, Barcelona, Spain 29 September – 2 October 2013 (Μαζί με: Friedman S, Perlman CD, Rossi D, Nikolopoulos G, Paraskevis D, Schneider J, Pouget E, Downing M, Malliori M, Smyrnon P, Slobodyanyk L, Hatzakis A, & Sypsa V, Abstract #168).

ΜΕΛΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΩΝ

2013-σήμερα: Μέλος της επιστημονικής επιτροπής της Ετήσιας Επιστημονικής Συνάντησης για το AIDS και τις Ηπατίτιδες. (Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής κ. Α. Χατζάκης, Πρόεδρος της Επιστημονικής Επιτροπής κ. Ι. Κοσκίνας)

2010-σήμερα: Μέλος της συμβουλευτικής επιτροπής για την ανάπτυξη του Δείκτη μέτρησης των λοιμωδών νοσημάτων που συνδέονται με την χρήση ουσιών (Drug-related Infectious Diseases Indicator (DRID) Protocol Advisory Group) του Ευρωπαϊκού Κέντρου Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (EMCDDA). Υπεύθυνος επιτροπής. Lucas Wiessing, EMCDDA. Η συμμετοχή στην επιτροπή περιλαμβάνει έως σήμερα την ολοκλήρωση δύο πρωτοκόλλων (Guidance Modules) για την εφαρμογή δεικτών μέτρησης για συμπεριφορές υψηλού κινδύνου για λοιμώδη νοσήματα (Behavioural indicators for people who inject drugs and Example questionnaire for bio-behavioural surveys in people who inject drugs). Σχετική αναφορά: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013). DRID Guidance Module: Behavioural indicators for people who inject drugs. Lisbon: EMCDDA και European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013). DRID Guidance Module: Example questionnaire for bio-behavioural surveys in people who inject drugs. Lisbon: EMCDDA.

ΟΡΚΟΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιεύμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωυτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρῃσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνῳς δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιώντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμαίων καὶ ἀνδρώων, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρῃτα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγγέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον· παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκοῦντι, τάναντία τουτέων.