

Ψυχολογική καταπόνηση και συμπεριφορές κινδύνου σε χρήστες θεραπευόμενους με χορήγηση υποκαταστάτων.

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΔΑΓΚΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (Α.Μ. 20160919)

Επιτροπή αξιολόγησης διπλωματικής εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ *Μαλλιώρα Μένη*

Μέλη ΔΕΠ: Δρ *Παπαρρηγόπουλος Θωμάς*

Δρ *Τζαβέλλας Ηλίας*

Χώρος Διεξαγωγής Έρευνας: Θ.Μ.Υ. ΟΚΑΝΑ Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ».

Ημερομηνία κατάθεσης Πρωτοκόλλου Ε.Κ.Π.Α.: 26/1/2018. Έγκριση Γ.Σ. Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.: 03/2018.

Ημερομηνία κατάθεσης Πρωτοκόλλου Ο.ΚΑ.ΝΑ.: 3/6/2017. Αρ. Απόφ. Έγκρισης Ο.ΚΑ.ΝΑ. : 7424/9-6-2017.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΠΙΝΑΚΕΣ & ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ	2
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
2. ΜΕΘΟΔΟΣ	7
2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ.	7
2.2 Το ΠΛΑΙΣΙΟ: Η Θ.Μ.Υ. Ο.ΚΑ.ΝΑ. Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ».	7
2.3 ΔΕΙΓΜΑ	8
2.3.1 ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ	9
2.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ - ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	9
2.4.1 ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ CORE-OM 34.	9
2.4.2 ΟΙ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ (ΠΕΣΚ) ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥΣ (CORE-A & R.A.F.).	10
2.4.3 ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ. Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ - TREATMENT DEMAND INDICATOR (ΔΑΘ/ΤΔΙ).	10
2.5 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ – ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.	12
2.5.1 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΦΥΓΗΣ ΜΕΡΟΛΗΨΙΑΣ – ΈΛΕΓΧΟΣ ΣΥΓΧΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ	13
2.5.2 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	13
2.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ	14
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	15
3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	15
3.1.1 ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	15
3.1.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	15
3.1.3 ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΝΕΠΕΙΑ CORE-OM	17
3.1.4 CORE-OM ΚΑΙ RISK ASSESSMENT FORM – ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ	17
3.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ – ΚΥΡΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	18
3.2.1 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ Π.Υ. ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ.	18
3.2.2 Η ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟ Π.Υ. ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ.	20
3.2.3 ΟΙ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΤΟΥ Π.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥΣ (RISK ASSESSMENT FORM).	21
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	24
4.1 ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	24
4.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.	26
4.2.1. ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ – Η ΜΕΓΑΛΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΟΥ Π.Υ..	27
4.2.2. Η ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	28
4.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ.	32
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	33
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	33
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	34
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	38

ΠΙΝΑΚΕΣ & ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Πίνακας 1: Δημογραφικά Δεδομένα Έρευνας	16
Πίνακας 2: Βασικά Κλινικά Δεδομένα Χρήσης Ουσιών.....	16
Πίνακας 3: Cronbach's α	17
Πίνακας 4: Περιγραφικά Δεδομένα κύριων μεταβλητών του CORE-OM.....	17
Πίνακας 5: Εκτιμήσεις Θεραπευτών για την Πιθανότητα Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου των Θεραπευομένων τους (RAF)	18
Πίνακας 6: Η Ψυχολογική Καταπόνηση στο Π.Υ. του ΟΚΑΝΑ.....	19
Πίνακας 7: Η Πιθανότητα Εκδήλωσης Επικίνδυνων Συμπεριφορών	20
Πίνακας 8: Εκτιμήσεις Θεραπευτών για την Πιθανότητα Εκδήλωσης Επικίνδυνων Συμπεριφορών των Θεραπευομένων τους.....	21
Πίνακας 9: Συσχετίσεις μεταξύ CORE-OM και των Εκτιμήσεων των Θεραπευτών για την Πιθανότητα Εκδήλωσης Επικίνδυνης Συμπεριφοράς των Θεραπευομένων τους (RAF).....	22
Πίνακας 10: Συσχετίσεις της Πιθανότητας Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου (CORE-OM) των μελών της Θ.Μ.Υ. «Αττικών» με τις αντίστοιχες εκτιμήσεις των θεραπευτών τους (RAF).....	22
Πίνακας 11: Ποσοστά συμφωνίας των μελών του Π.Υ. με τις εκτιμήσεις των θεραπευτών τους για Πιθανότητα Εκδήλωσης Επικίνδυνων Συμπεριφορών. Σύγκριση RAF vs ΠΕΣΚ.....	23
Διάγραμμα - 1: Πορεία Διαμόρφωσης Ερευνητικού Δείγματος	15
Διάγραμμα - 2: Μορφωτικό Επίπεδο Συμμετεχόντων.....	15
Διάγραμμα - 3: Κατανομή Ηλικιών Δείγματος	15
Διάγραμμα - 4: Κατανομή Χρόνου Παρακολούθησης του Προγράμματος Υποκατάστασης.....	16

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ο.ΚΑ.ΝΑ. : Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών	ΘΜΥ.: Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης
ΘΜΦΑΕ: Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής αντιμετώπισης της Εξάρτησης	CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcomes Measure
RAF.: Risk Assessment Form (Therapist)	Α.Π.Θ.: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Μ.Υ.Α.Π.: Μονάδα Υποδοχής και Άμεσης Πρόσβασης	Δ.Ε.Μ.Α.: Δείκτης Επικράτησης Μολυσματικών Ασθενειών.
SPSS: Statistical Package for Social Sciences	ANOVA: Analysis Of Variance
ΔΑΘ/TDI: Δείκτης Αίτησης Θεραπείας/Treatment Demand Indicator	Μ.Ο.Θ.Ε.: Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης
Χ.Ε.Ν.: Χρήστης Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών	Π.Υ.: Πρόγραμμα Υποκατάστασης
Ε.Κ.Π.Α.: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών	ΠΕΣΚ : Πιθανότητα Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου (Risk)
Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν.: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά	
CORE-A: CORE – Assessment. Εργαλείο σχεδιασμένο για την αξιολόγηση και καταγραφή – από ειδικό – των ψυχολογικών δυσκολιών που αναφέρουν ασθενείς σε πλαίσια εξωτερικής παρακολούθησης.	
CORE-IMS: Core – Information Management System. Το σύνολο των αυτό-συμπληρούμενων ερωτηματολογίων και φορμών αποτύπωσης θεραπευτικών και δημογραφικών πληροφοριών που συμπληρώνονται από τους ειδικούς.	

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ιστορικό: Η σύγχρονη έρευνα στο πεδίο των εξαρτήσεων θεωρεί απαραίτητη την ανάπτυξη και χρήση εμπειρικά τεκμηριωμένων μεθόδων αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων, παρακολούθησης της ψυχολογικής καταπόνησης και αποτίμησης της πιθανότητας εκδήλωσης επικίνδυνων συμπεριφορών των θεραπευομένων σε προγράμματα απεξάρτησης. Στο μεγαλύτερο δίκτυο φαρμακευτικής αντιμετώπισης της οπιοεξάρτησης στην Ελλάδα, τον ΟΚΑΝΑ, η χρήση τέτοιων μεθόδων εξακολουθεί να είναι περιορισμένη με την πορεία κάθε μέλους στο πρόγραμμα να αποτιμάται κυρίως από την μέτρηση των υποτροπών ή την δοσολογία του φαρμάκου.

Σκοπός: Η εισαγωγή του CORE-OM 34 στο εγχώριο πεδίο των ουσιοεξαρτήσεων και η μελέτη της συμπεριφοράς του στο πρόγραμμα φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης του ΟΚΑΝΑ.

Συμμετέχοντες: Μέλη του Π.Υ. ΟΚΑΝΑ, θεραπευόμενοι με χορήγηση του υποκαταστάτου Βουπρενορφίνη.

Ερευνητικός Σχεδιασμός: Συγχρονική έρευνα με χορήγηση ερωτηματολογίων (CORE-OM 34) για την μέτρηση της Ψυχολογικής Καταπόνησης και της Πιθανότητας Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου στα μέλη του Π.Υ.. Η χορήγηση του εργαλείου (20/7 – 31/10/2017) έλαβε χώρα στο γραφείο κάθε θεραπευτή αμέσως μετά τη λήψη του υποκαταστάτου και πριν την θεραπευτική συνεδρία. Οι θεραπευτές πριν την χορήγηση συμπλήρωσαν την φόρμα αποτίμησης πιθανότητας εκδήλωσης συμπεριφορών κινδύνου (RAF) για το μέλος που θα έβλεπαν. Δημογραφικά στοιχεία και κλινικά δεδομένα της χρήσης ουσιών λήφθηκαν από τον ΔΑΘ/TDI που διατηρείται στο φάκελο του κάθε ασθενούς. Η εσωτερική συνέπεια του εργαλείου ελέγχθηκε με τον δείκτη α του Cronbach ενώ τα δεδομένα αναλύθηκαν με το SPSS μέσω περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής (ANOVA, post-hoc με Fisher's LSD, t-test, X^2).

Πλαίσιο διεξαγωγής: Θ.Μ.Υ. ΟΚΑΝΑ Π.Γ.Ν. «Αττικόν».

Κύριο Ερευνητικό Εργαλείο: CORE-OM 34. Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 34 προτάσεων που αντιστοιχούν σε σημεία – συμπτώματα της γενικής ψυχικής κατάστασης του ατόμου την τελευταία εβδομάδα πριν την χορήγηση. Οι τιμές του γενικού δείκτη αποτελούν άθροισμα 4 παραγόντων (Υποκειμενική Ευημερία – Προβλήματα – Λειτουργικότητα – Πιθανότητα Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου).

Αποτελέσματα: Συνολικά 100 θεραπευόμενοι του ΟΚΑΝΑ, ελληνικής υπηκοότητας, με μέσο όρο ηλικίας τα 43,7 έτη εκ των οποίων 13% γυναίκες, δέχτηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα. Πρόκειται για εξαρτημένους πρώην χρήστες ηρωίνης (97%) σε καθημερινή βάση (87,9%). Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ήταν Χ.Ε.Ν. (81%) με μέσο χρόνο παρακολούθησης του Π.Υ. τα 4,24 έτη. Το CORE-OM 34 και οι κυριότεροι παράγοντές του επέδειξαν αποδεκτές έως άριστες τιμές εσωτερικής συνέπειας ($0,74 < \alpha < 0,95$). Πιο επιδραστικός ήταν ο παράγοντας *Χρόνος Παρακολούθησης του Π.Υ.* τονίζοντας την σημασία που έχει η συγκράτηση των θεραπευομένων για ικανό χρόνο στο Π.Υ.. Η Ψυχική Καταπόνηση των μελών παρουσιάζεται χαμηλή ενώ σε υψηλότερα επίπεδα εμφανίζεται η πιθανότητα τους να εκδηλώσουν συμπεριφορές κινδύνου (ΠΕΣΚ). Η Αυτοκτονία που ιεραρχείται πρώτη ΠΕΣΚ για τους συμμετέχοντες κατατάσσεται τελευταία στις εκτιμήσεις των θεραπευτών. Εκείνοι βλέπουν πιο επικίνδυνη την Βλάβη προς Εαυτόν θεωρώντας το CORE-OM ως ένα εργαλείο αποκλειστικής διερεύνησής της και αντιλαμβανόμενοι την αυτοκαταστροφικότητα των θεραπευομένων τους ως ένα αδιαφοροποίητο αίσθημα επιθετικότητας που μπορεί να εξελιχθεί σε κάθε ΠΕΣΚ εκτός της παραβατικότητας. Παρά το γεγονός ότι Βλάβη προς Άλλους και Παραβατικότητα συσχετίστηκαν με στατιστικά σημαντικό τρόπο μόνο το 50% όσων είναι πιθανό να παρανομήσουν ενδέχεται να εκδηλώσουν Βλάβη προς Άλλους δείχνοντας τον χαρακτήρα της παραβατικότητας των χρηστών εντός των Π.Υ..

Συμπεράσματα: Η εργασία κατάφερε να εισάγει μεθοδολογικά και να μελετήσει εμπειρικά το CORE-OM 34 εντός μιας μονάδας υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ. Εκτός από σύντομο και εύχρηστο εργαλείο το CORE-OM έδειξε ότι μπορεί να βοηθήσει τους ήδη έμπειρους θεραπευτές των Π.Υ. να ταυτοποιήσουν γρηγορότερα υψηλής επικινδυνότητας θεραπευόμενους αλλά και να ανιχνεύσουν την ψυχολογική υποτροπή πριν επέλθει η υποτροπή στην χρήση βελτιώνοντας έτσι το θεραπευτικό τους έργο. Είναι επίσης ικανό να φωτίσει σκοτεινά σημεία της θεραπευτικής πορείας όπως η ανάσχεση της βελτίωσης και η επιστροφή σε αρχικό στάδιο ορισμένων κλινικών χαρακτηριστικών της χρήσης μετά τα 5+ έτη στο Π.Υ. αλλά και να μειώσει τα ποσοστά υποδιάγνωσης ή δυσκολίας εντοπισμού ατόμων υψηλής επικινδυνότητας στην Βλάβη προς Άλλους και την Παραβατικότητα.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα οπιούχα ναρκωτικά φέρουν το υψηλότερο φορτίο σωματικών ασθενειών και ψυχικών διαταραχών από κάθε άλλη ουσία ή είδος εξάρτησης ενώ ταυτόχρονα αποτελούν μια από τις σοβαρότερες απειλές για τη δημόσια υγεία (Darke, 2011). Ο [OKANA](#) διαθέτει αυτή τη στιγμή το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών πρόληψης και φαρμακευτικής αντιμετώπισης της οπιοεξάρτησης στην Ελλάδα. Οι [ΘΜΦΑΕ](#) αποτελούν τα κύτταρα αυτού του οργανισμού και εξαπλώνονται σε όλη σχεδόν την ελληνική επικράτεια¹ απασχολώντας – μεταξύ άλλων ειδικοτήτων – έναν σημαντικό αριθμό έμπειρων και ικανών ψυχολόγων εξειδικευμένων στην εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της εξάρτησης.

Τις τελευταίες δεκαετίες, η εμπειρική έρευνα στις ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις των ουσιοεξαρτήσεων, έχει διαπιστώσει την ανάγκη:

- ανάπτυξης και χρήσης εμπειρικά τεκμηριωμένων μεθόδων αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προσπαθειών (Marsden et al., 2008; SAMHSA, 1995),
- ενίσχυσης του ρόλου των ασθενών με την αύξηση της εμπλοκής τους στην λήψη των θεραπευτικών αποφάσεων που τους αφορούν και στον σχηματισμό προσωποκεντρικών – ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και ανάγκες τους – ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων (Alves, Sales, & Ashworth, 2013; Orford, 2008),
- συνεχούς παρακολούθησης – μέσω εξειδικευμένων και σταθμισμένων μεθόδων – της ψυχολογικής καταπόνησης των θεραπευομένων στα προγράμματα αντιμετώπισης της εξάρτησης με σκοπό την εστίαση της θεραπείας στις ποικίλες και συχνά μεταβαλλόμενες ανάγκες του θεραπευομένου για την αποφυγή drop-out ή υποτροπών (Hawkins, Baer, & Kivlahan, 2008),
- διεύρυνσης των εργαλείων αυτοαναφοράς ώστε να αποτυπώσουν περισσότερους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες από τις συνήθεις κλινικές καταγραφές συμπτωμάτων της εξάρτησης (Goranitis et al., 2016).

Στο παράδειγμα του OKANA², παρόλο που προβλέπεται από το πλαίσιο λειτουργίας του οργανισμού³, η χρήση τέτοιων μεθόδων είναι εξαιρετικά περιορισμένη⁴. Έτσι:

- Η αξιολόγηση των ποικίλων ατομικών και ομαδικών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων δεν ακολουθεί τις σύγχρονες τεκμηριωμένες μεθόδους αλλά κρίνεται από τον αριθμό των «καθαρών» ουροληψιών (μείωση των υποτροπών) ή της δοσολογίας του φαρμάκου⁵.
- Η δε ψυχολογική κατάσταση και πορεία του κάθε μέλους στο πρόγραμμα αποτιμάται και αυτή από τη μέτρηση των υποτροπών χωρίς να μεριμνάται άλλη τεκμηριωμένη μέθοδος παρακολούθησης των συχνών διακυμάνσεων των ψυχοκοινωνικών συνθηκών που αντιμετωπίζει και θα μπορούσε να προβλέψει πιθανές πρόωρες διακοπές θεραπείας ή υποτροπές (Goodman, McKay, & Dephilippis, 2013).

Το [CORE-OM](#) (Evans et al., 2000) είναι ένα εργαλείο αυτοαναφοράς 34 προτάσεων που εκτιμούν τη σοβαρότητα της ψυχικής καταπόνησης (psychological distress) (Barkham, Gilbert, Connell, Marshall, & Twigg, 2005a; Barkham et al., 2001). Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχημένα σε όλα τα κλινικά πλαίσια εξελισσόμενο – κυρίως στην Ευρώπη – ως εργαλείο επιλογής για την ψυχολογική αξιολόγηση των ασθενών και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των ψυχοθεραπειών στην πρωτοβάθμια

¹ Ειδικά την τριετία 2010-2012 μια σημαντική επένδυση της πολιτείας στον τομέα της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης διπλασίασε τις μονάδες του οργανισμού αυξάνοντας κατά 57,7% τον αριθμό των θεραπευομένων μελών (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., 2017, σ. 63).

² Παρά την ύπαρξη των κατάλληλων συνθηκών: εξειδικευμένο κλινικό προσωπικό, εξελιγμένα συστήματα μηχανογράφησης και τήρησης βάσεων δεδομένων (ηλεκτρονικός φάκελος), οργανωμένο πολυφασικό πλαίσιο λειτουργίας.

³ Αν και περιορίζεται στο να επιβάλλει τη χρήση μόνο στατιστικών εργαλείων (TDI, EuroPASI) και να προτείνει την κατά περίπτωση χρήση μονοπαραγοντικών ψυχιατρικών κλιμάκων (Beck) ή χρονοβόρων και επίπονων δοκιμασιών όπως το MMPI (Πλαίσιο OKANA σ.126).

⁴ Η προσωπική κλινική εμπειρία επιβεβαιώνεται από την απουσία δημοσιευμένων μελετών που χρησιμοποιούν ερευνητικά και κλινικά τεκμηριωμένες μεθόδους αξιολόγησης των κρίσιμων για την εξάρτηση ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στις Θ.Μ.Υ. του OKANA.

⁵ Με ότι αυτό συνεπάγεται για την αξιολόγηση του ρόλου των ψυχολόγων και των επιδράσεών τους στα θεραπευτικά ή μη αποτελέσματα αλλά και την προστασία της επαγγελματικής τους ταυτότητας.

περίθαλψη (Barkham et al., 2006; Barkham, Stiles, Connell, & Mellor-Clark, 2012), σε δευτεροβάθμια ψυχιατρικά πλαίσια (Whewell & Bonanno, 2000), στην τριτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη (Roswell & Stennett-Cox, 2009), στην ιατρική φροντίδα (Platten, Newman, & Quayle, 2013), σε φυλασσόμενα κλινικά πλαίσια (Bowen, 2012; Perry, Barkham, & Evans, 2013) ενώ διαρκώς αυξανόμενη είναι η χρήση του στο χώρο των εξαρτήσεων (Alves et al., 2013; Alves, Sales, & Ashworth, 2016; Day et al., 2013; Fairhurst et al., 2014; Gidhagen, Philips, & Holmqvist, 2016; Goodman et al., 2013; Goranitis et al., 2016; Hawkins et al., 2008). Μελετά επαρκώς τέσσερις σημαντικούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (υποκειμενική αίσθηση ευημερίας, ψυχολογική συμπτωματολογία, κοινωνική και ατομική λειτουργικότητα και πιθανότητα εκδήλωσης συμπεριφορών κινδύνου προς τον εαυτό και τους άλλους). Μεταξύ των πλεονεκτημάτων του είναι ο βραχύς χρόνος συμπλήρωσης (5'-10'), η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων του και η καλά κατασκευασμένη μέτρηση του παράγοντα της γενικής ψυχολογικής καταπόνησης που είναι ευαίσθητη στην αλλαγές και συμβατή με τα επιστημονικά προσδιορισμένα κριτήρια αποτίμησης των σημαντικών κλινικών αλλαγών (Jacobson & Truax, 1991; Tarescavage & Ben-Porath, 2014). Το CORE-OM έχει ήδη μεταφραστεί επιτυχώς στα ελληνικά ενώ βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της προσαρμογής του στον ελληνικό πληθυσμό (Αυδή).

Εξίσου σημαντικό πλεονέκτημά του είναι η δυνατότητα εξέτασης της πιθανότητας εκδήλωσης επικίνδυνων συμπεριφορών (ΠΕΣΚ) που θα αποτελέσει ιδιαίτερο σκέλος της παρούσας εργασίας. Οι Whewell και Bonanno (2000) ανέφεραν σημαντική κλινική εγκυρότητα του CORE-OM και ιδιαίτερα της κλίμακας που μετρά την Πιθανότητα Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου (Risk scale) σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Η στατιστικά σημαντική συμφωνία των αποτελεσμάτων της με τις εκτιμήσεις των θεραπειών οδήγησε τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η κλίμακα ΠΕΣΚ μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε γενικά ψυχιατρικά πλαίσια (εισαγωγή & θεραπεία) ώστε να ποσοτικοποιηθεί η πιθανότητα εκδήλωσης συμπεριφορών κινδύνου, να επιτονισθούν οι αλλαγές και διακυμάνσεις της αλλά και να διαφωτισθεί η πραγματικά σημαντική επικινδυνότητα ενισχύοντας την καλή κλινική πρακτική (Whewell & Bonanno, 2000, σ. 383-384). Μάλιστα οι Leach et al. (2005) προχώρησαν περισσότερο υποστηρίζοντας ότι η ΠΕΣΚ μπορεί από μόνη της να δώσει γρήγορες και ουσιαστικές κλινικές πληροφορίες για κάθε περιστατικό. Βασίστηκαν στο γεγονός ότι συσχετίστηκε το ίδιο ή και καλύτερα από το συνολικό CORE-OM με το εξειδικευμένο εργαλείο HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) που συμπλήρωσαν εκπαιδευμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας για τους ασθενείς τους σε δευτεροβάθμια ψυχιατρικά πλαίσια. Συγχρόνως η ευαισθησία της στις κλινικές αλλαγές μπορεί να την καταστήσει παράγοντα κλειδί στον διαχωρισμό και την αποτύπωση της σοβαρότητας των περιστατικών μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης για κάθε είδους διάγνωση (Barkham, Gilbert, Connell, Marshall, & Twigg, 2005b). Ξεχωριστή σημασία όμως έχει το γεγονός ότι αυτό δεν ίσχυσε στις εξαρτήσεις από ουσίες. Στη διάγνωση της εξάρτησης οι ασθενείς και των δύο πλαισίων είχαν το ίδιο υψηλά σκορ και μάλιστα υψηλότερα από όλες τις άλλες διαγνώσεις (Barkham et al., 2005b, σ. 244) γεγονός που δείχνει την ιδιαίτερη ευαισθησία της κλίμακας στο πεδίο των εξαρτήσεων.

Εντούτοις, οι Roswell και Stennett-Cox (2009) αμφισβήτησαν την προβλεπτικότητα της κλίμακας ΠΕΣΚ όσον αφορά σε νοσηλευόμενους ψυχιατρικούς ασθενείς. Στη δική τους μελέτη οι καταγεγραμμένες από το προσωπικό επικίνδυνες συμπεριφορές (λεκτική και φυσική βία, συμπεριλαμβανομένων και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών) δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με τα αποτελέσματα ξεχωριστά ή εν συνόλω των ερωτήσεων της κλίμακας που απάντησαν οι 32 ασθενείς της ψυχιατρικής κλινικής με νοσηλεία τουλάχιστο 6 μηνών στο νοσοκομείο. Αντίθετα, το μεγαλύτερο σκορ των θεραπευομένων στην ΠΕΣΚ και πιο συγκεκριμένα το αποτέλεσμα στην 6^η ερώτηση «*Ημουν βίαιος προς τους άλλους*» (υποκλίμακα Βλάβη προς Άλλους) αποτέλεσε τον καλύτερο προβλεπτικό παράγοντα πρόωρου τερματισμού της θεραπείας από πλευράς ερωτηματολογίου (OR=2.02) στην έρευνα των Saxon, Ricketts, και Heywood (2010). Στην ίδια μελέτη η εξάρτηση ως πρόβλημα αναφερόμενο και καταγεγραμμένο από τον θεραπευτή (CORE-A) είχε τρεις φορές πιθανότητα να οδηγήσει σε πρόωρο τερματισμό της θεραπείας (OR=3.17) (Saxon et al., 2010, σ. 18-20). Μια νεότερη προσπάθεια με διευρυμένο δείγμα 870 ασθενών πρωτοβάθμιας ψυχικής παρακολούθησης επιβεβαίωσε τα ευρήματα των Whewell και Bonanno (2000) καταγράφοντας στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των εκτιμήσεων των θεραπειών (CORE-A) και των απαντήσεων των θεραπευομένων στις επιμέρους υποκλίμακες της ΠΕΣΚ, Αυτοκτονία (risk suicide), Βλάβη προς Εαυτόν (harm to self) και Βλάβης προς Άλλους (harm to others) (Bedford, Lukic, & Tibbles, 2011).

Το τεράστιο ενδιαφέρον θεραπειών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην αποτίμηση της πιθανότητας εκδήλωσης επικίνδυνων συμπεριφορών των ασθενών τους (Saxon & Barkham, 2012) μετατρέπεται σε αναγκαιότητα για τους θεραπευόμενους που παρακολουθούν προγράμματα υποκατάστασης λόγω της ευαλωτότητας του πληθυσμού σε συμπεριφορές υψηλής επικινδυνότητας (Cornish, Macleod, Strang, Vickerman, & Hickman, 2010; Degenhardt et al., 2009). Για τη χώρα μας μάλιστα αποκτά το χαρακτήρα του επίκαιρου μετά και τα πρόσφατα γεγονότα ένοπλης εισβολής και ομηρίας στη [Θ.Μ.Υ.](#) Χανίων (Καθημερινή, 2017).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εισάγει τη χρήση του CORE-OM στο εγχώριο πεδίο αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτήσεων και να μελετήσει τη συμπεριφορά του σ' ένα ιδιαίτερο κλινικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού. Ποιο συγκεκριμένα :

- Να περιγράψει την ψυχολογική καταπόνηση των θεραπευομένων του OKANA και να μετρήσει σημαντικούς για τη θεραπεία ψυχοκοινωνικούς δείκτες (π.χ. κοινωνική και ατομική λειτουργικότητα, υποκειμενική αίσθηση ευημερίας, αισιοδοξία για το μέλλον, ψυχολογικά συμπτώματα και πιθανότητα εκδήλωσης συμπεριφορών κινδύνου).
- Να μελετήσει κοινωνικο-δημογραφικές και βασικές κλινικές μεταβλητές της χρήσης ουσιών που εμπεριέχονται στο ΔΑΘ/TDI σε σχέση με τους κύριους παράγοντες και τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου CORE-OM. Ποιες επιδρούν σημαντικά στους παράγοντες του εργαλείου μελέτης και ποιες από τις ομάδες συμμετεχόντων διακρίνουν μεταξύ τους με στατιστικά σημαντικό τρόπο;

Ειδικά στο σκέλος που αφορά την έρευνα της Πιθανότητας Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου επιθυμητή είναι:

- Η περιγραφή με την βοήθεια ποσοτικών δεικτών της πιθανής επικινδυνότητας των χρηστών μελών του [Π.Υ.](#). Ποιες επικίνδυνες συμπεριφορές θεωρούν πιθανότερες να εκδηλώσουν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες και ποιες τους αποδίδουν στις εκτιμήσεις τους οι θεραπευτές τους; Είναι και στο πεδίο της θεραπείας υποκατάστασης οι τιμές ΠΕΣΚ υψηλότερες σε σχέση με άλλες κατηγορίες ασθενών που δημοσιεύονται σε προηγούμενες μελέτες;
- Η διερεύνηση των παραγόντων έκθεσης (ΔΑΘ/TDI) που – σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των θεραπειών – επιδρούν σημαντικά στην πιθανότητα εκδήλωσης επικίνδυνων συμπεριφορών. Ποιες ομάδες θεραπευομένων θεωρούνται πιο ευάλωτες και σε ποιες συμπεριφορές κινδύνου;
- Η διενέργεια έρευνας συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων του CORE-OM και του RAF.
- Η σύγκριση του πιθανότητας εκδήλωσης επικίνδυνων συμπεριφορών που αποδίδουν οι θεραπευτές στους ασθενείς τους με την υποκειμενική αίσθηση αυτής της πιθανότητας από τους τελευταίους. Που συμφωνούν και που διαφωνούν μεταξύ τους;

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός.

Για την επίτευξη των σκοπών της παρούσας μελέτης συλλέχθηκαν δεδομένα από μία Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ στην πόλη των Αθηνών. Οι [Μ.Ο.Θ.Ε.](#) είναι δομές εξωτερικής παρακολούθησης ασθενών που παρέχουν «*θεραπεία φαρμακευτικής υποκατάστασης με παράλληλη θεραπεία των συνυπαρχουσών σωματικών διαταραχών και πλήρη ψυχοκοινωνική υποστήριξη...*» (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012). Ωφελούμενοι των παραπάνω υπηρεσιών είναι, κατά κύριο λόγο, χρήστες οπιούχων ή/και οπιοειδών ναρκωτικών ουσιών που ζήτησαν βοήθεια από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ για την αντιμετώπιση της εξάρτησης και των δυσμενών συνεπειών της. Η πρώτη επαφή του εν λόγω πληθυσμού με το CORE-OM αποφασίστηκε να γίνει με την διενέργεια μιας συγχρονικής – επιδημιολογικής μελέτης από το καλοκαίρι έως το φθινόπωρο του 2017. Αυτό σημαίνει ότι όλα τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται τόσο για το συνολικό δείγμα όσο και για την ψυχική καταπόνηση και πιθανότητα εκδήλωσης συμπεριφοράς κινδύνου του κάθε θεραπευόμενου αφορούν και αντιπροσωπεύουν την συγκεκριμένη στιγμή στην θεραπευτική του πορεία.

Σημαντικό σκέλος του ερευνητικού σχεδιασμού είναι η εκτίμηση της ΠΕΣΚ που αποδίδουν οι θεραπευτές στους θεραπευόμενους ώστε αφενός αξιόπιστου εξωτερικού κριτηρίου να διερευνηθεί η εγκυρότητα του κρίσιμου αυτού παράγοντα για το πεδίο των εξαρτήσεων. Ακόμη, έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η σύγκριση των εκτιμήσεων αυτών με τις απαντήσεις των μελών του Π.Υ. για τα ίδια ερωτήματα. Για τους λόγους αυτούς οι θεραπευτές συμπλήρωσαν την φόρμα εκτίμησης ΠΕΣΚ ([R.A.F.](#)) που αποτελεί μέρος του [CORE-A](#). Οι απαραίτητες δημογραφικές πληροφορίες αλλά και κρίσιμα στοιχεία που αφορούν το προφίλ χρήσης του κάθε μέλους του προγράμματος αντλήθηκαν από το [ΔΑΘ/TDI](#) που συμπληρώνεται στην αρχή κάθε θεραπευτικής προσπάθειας και συνοδεύει τον ασθενή καθ' όλη την παραμονή του στο πρόγραμμα.

2.2 Το Πλαίσιο: Η Θ.Μ.Υ. Ο.ΚΑ.ΝΑ. Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ».

Στην έρευνα συμμετείχαν χρήστες θεραπευόμενοι με χορήγηση υποκαταστάτου από την Θ.Μ.Υ.⁶ Ο.ΚΑ.ΝΑ. Π.Γ.Ν. «Αττικόν». Η μονάδα βρίσκεται στον δυτικό τομέα των Αθηνών στην περιοχή του δήμου Χαϊδαρίου και στεγάζεται σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο⁷ εντός του νοσοκομείου «Αττικόν». Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας από τις 20/7/2017 έως τις 31/10/2017 στον δύο επιπέδων χώρο της μονάδας συστεγαζόταν και η Θ.Μ.Υ. Περιστερίου⁸ που μαζί με την Θ.Μ.Υ. Νίκαιας και την Θ.Μ.Υ. Γ.Ν. Ελευσίνιας «Θριάσιο» εξυπηρετούν την ευρύτερη περιοχή της Δυτικής Αττικής. Στο ισόγειο βρίσκεται ο χώρος χορήγησης του υποκαταστάτου και τα γραφεία της μονάδας του Περιστερίου ενώ στον α' όροφο στεγάζονται τα γραφεία της Θ.Μ.Υ. «Αττικόν». Η μονάδα απαριθμεί προσωπικό 9 ατόμων⁹ με τις εξής ειδικότητες: 1 Ψυχίατρος (Υπεύθυνος της Θ.Μ.Υ.), 3 Θεραπευτές (2 ψυχολόγοι – 1 κοινωνικός λειτουργός), 2 Νοσηλεύτριες, 1 Διοικητική Υπάλληλος, 1 Φύλακας, 1 Καθαρίστρια.

Οι θεραπευόμενοι της μονάδας αποτελούν παραπομπές των δύο μονάδων υποδοχής ([Μ.Υ.Α.Π.](#)) που λειτουργούν στο κέντρο της Αθήνας και επιφορτίζονται των υπηρεσιών υποδοχής και ενημέρωσης ασθενών που αιτούνται συμμετοχή όπως και της πιστής τήρησης της λίστας αναμονής του προγράμματος. Στην Μ.Υ.Α.Π. αφού γίνουν οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις ανοίγεται ο Φάκελος Ασθενούς που ακολουθεί το μέλος καθ' όλη την πορεία του στο πρόγραμμα. Εκεί αναγράφονται όλα τα προσωπικά δεδομένα του θεραπευόμενου και συμπληρώνεται το [ΔΑΘ/TDI](#) με τις κρίσιμες πληροφορίες για τη χρήση ουσιών. Η

⁶ Οι όροι Μ.Ο.Θ.Ε. και Θ.Μ.Υ. χρησιμοποιούνται εναλλακτικά για την ονομασία των μονάδων υποκατάστασης με τον δεύτερο – παλαιότερο – να χρησιμοποιείται περισσότερο εντός του οργανισμού στη μεταξύ των εργαζομένων τυπική ή άτυπη επικοινωνία.

⁷ Πρόκειται για προκατασκευασμένο κτήριο δύο επιπέδων που έχει τοποθετηθεί δίπλα από την κεντρική πύλη και σε απόσταση περίπου 100 μέτρα μακριά από το κεντρικό κτήριο του νοσοκομείου.

⁸ Η εν λόγω μονάδα μεταστεγάστηκε στις αρχές του 2018 στο χώρο του Π.Γ.Ν. Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων».

⁹ Που αυξάνεται σε 12 με τον περιστασιακό ερχομό και παροχή υπηρεσιών στη μονάδα από 1 Γενικό Ιατρό, 1 Φαρμακοποιό και 1 Στελέχος Πληροφορικής του ΟΚΑΝΑ.

διαδικασία ολοκληρώνεται με την μεταφορά-παραπομπή του ασθενή στην μονάδα προορισμού αφού ληφθεί υπ'όψιν η εγγύτητα της με τον τόπο κατοικίας ή εργασίας του¹⁰.

Προσηλωμένος στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών βασισμένων στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεραπείας και σύμφωνων με τις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις στο χώρο των εξαρτήσεων ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. παρέχει:

- Φαρμακευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης με χορήγηση των ουσιών βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη.
- Φαρμακευτική αντιμετώπιση και ψυχιατρική φροντίδα των συνοδών ψυχικών διαταραχών.
- Ιατρική παρακολούθηση και φροντίδα των σωματικών διαταραχών που συνεπάγονται της εξάρτησης.
- Ψυχοθεραπεία, ψυχοεκπαίδευση και συμβουλευτική των τοξικοεξαρτήσεων σε ατομικό, ομαδικό ή οικογενειακό επίπεδο.
- Κοινωνική υποστήριξη για την εξασφάλιση στέγης, επιδομάτων, ασφάλισης, εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας σε χρονίως πάσχοντες και εργασίας όπου αυτό είναι εφικτό.
- Νομική υποστήριξη.

Η Θ.Μ.Υ. «Αττικόν» είναι μια μονάδα βουπρενορφίνης, που όπως και οι υπόλοιπες 21 μονάδες του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στην Αθήνα ενισχύεται και προσφέρει το σύνολο των παραπάνω υπηρεσιών στηριζόμενη στο νέο πλαίσιο λειτουργίας του οργανισμού που εκπονήθηκε το 2012 (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012).

2.3 Δείγμα

Σύμφωνα με τα τελευταία επίσημα στοιχεία (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., 2017, σ. 63) ο συνολικός αριθμός των θεραπευομένων σε προγράμματα υποκατάστασης (μεθαδόνη – βουπρενορφίνη) πανελληνίως ανέρχεται στα 10082 άτομα εκ των οποίων το 74,5% (7513 άτομα) είναι μέλη μονάδων βουπρενορφίνης. Οι μονάδες της Αθήνας φιλοξενούν 4238 άτομα που αντιστοιχεί σε ποσοστό 42% επί του συνόλου (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., 2017, σ. 64).

Για τη σύσταση του ερευνητικού δείγματος δεν χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένα κριτήρια ένταξης ενώ μοναδικά κριτήρια αποκλεισμού ήταν η φυσική ή διανοητική αδυναμία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και η απουσία ΔΑΘ/TDI στο φάκελο ασθενούς. Ως εκ τούτου όλα τα μέλη της μονάδας που διεξήχθη η έρευνα προσεγγίστηκαν και τους ζητήθηκε να συμμετέχουν. Άρα, χαρακτηριστικά του δείγματος είναι τα τυπικά χαρακτηριστικά των μελών μιας μονάδας βουπρενορφίνης της Αθήνας. Πρόκειται για ενήλικες άνδρες και γυναίκες, κατοίκους των Αθηνών, εξαρτημένους από τοξικές ουσίες που έχουν εθελοντικά ενταχθεί στο πρόγραμμα υποκατάστασης και λαμβάνουν θεραπεία βουπρενορφίνης με παράλληλη ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Οι θεραπευόμενοι των Π.Υ. είναι μέρος κλινικού πληθυσμού υψηλής ευαλωτότητας με μεγάλη δυσκολία στην προσέγγιση και τον χειρισμό. Για την αποφυγή λοιπόν μεγάλου αριθμού αρνήσεων αλλά και για λόγους ασφαλείας¹¹, εύρυθμης λειτουργίας της μονάδας¹² και προστασίας των θεραπευομένων¹³ αποφασίστηκε η απόκτηση συγκατάθεσης και η συλλογή δεδομένων της έρευνας να γίνει από το θεραπευτικό προσωπικό με την εποπτεία του ερευνητή. Ο χώρος ενημέρωσης, απόκτησης συγκατάθεσης και χορήγησης του ερωτηματολογίου ήταν το γραφείο του κάθε θεραπευτή πριν την έναρξη της προγραμματισμένης συνεδρίας με το μέλος του προγράμματος.

Η ενημέρωση ακολούθησε πιστά τις διεθνείς αρχές προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (Data Protection Act 1998) και έγινε με τη μορφή επιστολής με τίτλο

¹⁰ Οι μεταφορές ασθενών από μονάδα σε μονάδα είναι συχνές για διάφορους λόγους – μεταξύ άλλων και θεραπευτικούς όπως π.χ. είναι η πειθαρχική μετακίνηση λόγω μη τήρησης του θεραπευτικού συμβολαίου – εκτός του κριτηρίου της εγγύτητας στο χώρο κατοικίας ή εργασίας. Έτσι επεκτείνεται σημαντικά ο γεωγραφικός προσδιορισμός παροχής υπηρεσιών της κάθε μονάδας περιλαμβάνοντας συχνά όλο το λεκανοπέδιο της Αττικής.

¹¹ Πιθανές εντάσεις που θα δημιουργούσαν τυχόν παρεξηγήσεις ή παρερμηνείες της παρουσίας ενός ξένου – προς τη μονάδα – προσώπου που ζητά συμμετοχές για έρευνα και μάλιστα... εκ μέρους του Ο.ΚΑ.ΝΑ..

¹² Στους μικρούς χώρους της μονάδας γίνεται προσπάθεια να προχωρά η σειρά χορήγησης γρήγορα και να αποφεύγονται οι καθυστερήσεις που θα δημιουργήσουν συνωστισμούς και παράπονα από τους θεραπευόμενους.

¹³ Αποφυγή αποκάλυψης της ταυτότητας του θεραπευόμενου σε ένα άγνωστο άτομο που δεν σχετίζεται με την μονάδα.

«Έντυπο Ενημέρωσης Συμμετέχοντα» την οποία αφού διάβαζε ο θεραπευτής την παρέδιδε στον θεραπευόμενο με συνημμένο το «Έντυπο Συγκατάθεσης Συμμετέχοντα στην Έρευνα» όπου του ζητούνταν να συμπληρώσει ημερομηνία, ονοματεπώνυμο και υπογραφή (βλ. και τα δύο έντυπα στο [Παράρτημα](#)). Έτσι κάθε συμμετέχων έδωσε ρητή συγκατάθεση για τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ενημερώθηκε για τους λόγους για τους οποίους καλείται να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο και το αν αυτό θα επηρεάσει ή όχι την θεραπεία του. Τέλος του γνωστοποιήθηκε ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική και ότι οι πληροφορίες που θα δώσει διατηρούνται ως απόρρητες και εμπιστευτικές. Με αυτή τη μέθοδο εξασφαλίστηκαν δεδομένα για 100 μέλη του Π.Υ.. Η εξέλιξη της πορείας διαμόρφωσης του δείγματος παρουσιάζεται σχηματικά στο [Διάγραμμα 1](#) και περιγράφεται αναλυτικά στην ενότητα [Συμμετέχοντες](#) του κεφαλαίου που ακολουθεί.

2.3.1 Οι θεραπευτές

Τρεις θεραπευτές του Ο.ΚΑ.ΝΑ. έλαβαν μέρος στην έρευνα. Είναι όλοι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες στην συμβουλευτική και θεραπεία των τοξικοεξαρτήσεων. Έχουν μέση εμπειρία 14,6 έτη (εύρος 10-20 έτη) εργασίας με χρήστες εξαρτημένους σε οπιοειδή και η μέση ηλικία τους είναι τα 43 έτη. Ο αριθμός των θεραπευομένων που βλέπει καθένas τους κυμαίνεται από 30 έως 45 άτομα.

2.4 Εργαλεία - Μετρήσεις

Για την εκτίμηση της ψυχολογικής καταπόνησης και της πιθανότητας εκδήλωσης συμπεριφορών κινδύνου των θεραπευομένων μελών του Π.Υ. της Θ.Μ.Υ. «Αττικών» χρησιμοποιήσαμε την ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου CORE-OM 34 (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) (Barkham et al., 2005a; Barkham et al., 2001; Evans et al., 2000; Αυδή, υπό δημοσίευση). Το βασικό ερευνητικό εργαλείο (βλ. [Παράρτημα](#)) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 34 προτάσεων που αντιστοιχούν σε σημεία - συμπτώματα σχετικά με την γενική ψυχική κατάσταση του ατόμου την τελευταία εβδομάδα πριν τη χορήγηση του τεστ. Για να αυξηθεί η ευαισθησία του έχουν συμπεριληφθεί υψηλής και χαμηλής βαρύτητας ερωτήσεις ενώ το 25% δηλαδή 8 ερωτήσεις (3,4,7,12,17,19,21,32) είναι θετικές και γι' αυτό βαθμολογούνται αντίστροφα. Οι απαντήσεις σημειώνονται σε μια κλίμακα 5 διαβαθμίσεων τύπου Likert (από 0=Όχι, καθόλου έως 4=Τον περισσότερο καιρό ή συνέχεια). Υψηλότερα σκορ υποδεικνύουν μεγαλύτερες δυσκολίες.

2.4.1 Εξαρτημένες Μετρήσεις – Εννοιολογική Παραγοντοποίηση του CORE-OM 34.

Η κλίμακα για το σύνολο των ερωτήσεων (34) έχει υψηλή εσωτερική συνοχή ($\alpha=0.94$) (βλ. και υποενότητα [3.1.3](#)) ενώ η συσχέτισή της με 10 άλλες μετρήσεις ψυχολογικής καταπόνησης έδωσε επίσης υψηλές τιμές συγκλίνουσας εγκυρότητας ($\rho=0,55-0,88$) (Barkham, Mellor-Clark, & Stiles, 2015; Evans et al., 2002). Οι τιμές του γενικού δείκτη αποτελούν άθροισμα 4 παραγόντων συντεθειμένων από επιμέρους εννοιολογικές κατασκευές ως εξής:

- Υποκειμενική Ευημερία – Subjective Well-being (4 προτάσεις – 4,14,17,31): Ερωτήσεις που αφορούν την αίσθηση εαυτού και την αισιοδοξία για το μέλλον.
- Προβλήματα – Symptoms (12 προτάσεις) : Συμπεριλαμβάνονται προτάσεις που εξετάζουν 4 κατηγορίες ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.
 - Άγχος (4 προτάσεις – 2,11,15,20): π.χ. «Είχα ένταση, άγχος ή ανησυχία».
 - Κατάθλιψη (4 προτάσεις – 5,23,27,30): π.χ. «Ένοιωσα απελπισία ή απόγνωση».
 - Ψυχικό Τραύμα (2 προτάσεις – 13,28): π.χ. «Με αναστάτωσαν ανεπιθύμητες εικόνες ή αναμνήσεις».
 - Σωματικές Ενοχλήσεις (2 προτάσεις – 8,18): π.χ. «Γαλαιπωρήθηκα από ενοχλήσεις, πόνους ή άλλα σωματικά προβλήματα».
- Λειτουργικότητα – Functioning (12 προτάσεις) : Μελετώνται έννοιες όπως
 - Γενική Λειτουργικότητα (4 προτάσεις – 7,12,21,32): π.χ. «Ήμουν ευχαριστημένος με τα πράγματα που έκανα».
 - Στενές Σχέσεις (4 προτάσεις – 1,3,19,26): π.χ. «Σκέφτηκα ότι δεν έχω φίλους».

- Κοινωνικές Σχέσεις (4 προτάσεις – 10,25,29,33): π.χ. «Χρειάστηκε πολύ μεγάλη προσπάθεια για να μιλήσω σε άλλους».
- Πιθανότητα Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου (ΠΕΣΚ) – Risk (6 προτάσεις) : Εκτιμά δύο κρίσιμα είδη επικίνδυνων συμπεριφορών.
 - Πιθανότητα Βλάβης προς Εαυτόν (Risk of Self-harm) (4 προτάσεις – 9,34,16,24): π.χ. «Σκέφτηκα να κάνω κακό στον εαυτό μου».
 - Πιθανότητα Βλάβης προς Άλλους (Risk to Others) (2 προτάσεις – 6,22): π.χ. «Ήμουν βίαιος προς άλλους».

Στην υποκατηγορία *Βλάβη προς Εαυτόν* οι δύο εκ των ερωτήσεων υπερβαίνουν την αποτίμηση πιθανότητας εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και εξετάζουν την πιθανότητα αυτοκτονίας ελέγχοντας τον αυτοκτονικό ιδεασμό του ερωτώμενου. Η υποκατηγορία της πιθανότητας *Αυτοκτονίας* περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 16¹⁴ και 24¹⁵ και έχει μελετηθεί συστηματικά σε έρευνες ΠΕΣΚ στο παρελθόν (βλ. Bedford et al., 2011; Whewell & Bonanno, 2000). Στην παρούσα έρευνα η εσωτερική της συνέπεια βρίσκεται σε αποδεκτά πλαίσια ($a=0,79$, 95%CI 0,68-0,86) και θα μελετηθεί ξεχωριστά λόγω της μεγάλης της σημασίας για τον πληθυσμό των θεραπευομένων χρηστών.

Είναι απαραίτητο τέλος να διευκρινιστεί ότι με τον όρο *ψυχολογική καταπόνηση* εδώ δεν εννοούμε τον γενικό δείκτη του CORE-OM 34 αλλά ακολουθούμε το παράδειγμα του Bedford et al. (2010) που έδειξε ότι η παραγοντική ανάλυση του εργαλείου μπορεί να γίνει πιο απλή και ακριβής αν θεωρήσουμε δύο τους εξαγόμενους από το ερωτηματολόγιο παράγοντες: Έναν λεπτομερώς εξεταζόμενο ευρύ παράγοντα 28 προτάσεων που αντιστοιχεί στην ψυχολογική καταπόνηση (psychological distress) και έναν μικρότερο 6 προτάσεων που εκτιμά την ΠΕΣΚ.

2.4.2 Οι εκτιμήσεις των θεραπειών για την πιθανότητα εκδήλωσης επικίνδυνων συμπεριφορών των θεραπευομένων τους (CORE-A & R.A.F.).

Μέρος του συστήματος CORE (CORE-IMS) είναι το CORE-A. Πρόκειται για έντυπο που συμπληρώνεται από τον θεραπευτή και αποτυπώνει πληροφορίες σχετικά με ποικίλα θεραπευτικά ζητήματα όπως παρόντα και τυχόν αναδυόμενα προβλήματα, οφέλη της θεραπευτικής διαδικασίας που παρεσχέθη αλλά και άλλους περιγραφικούς της θεραπείας δείκτες όπως τύπος, διάρκεια, συχνότητα κ.λπ.. Η φόρμα R.A.F. (*Risk Assessment Form*) (βλ. Παράρτημα) που εμπεριέχεται στο παραπάνω έντυπο αποτυπώνει την πιθανότητα εκδήλωσης επικίνδυνων συμπεριφορών, ως εκτίμηση από τον θεραπευτή, περιλαμβάνοντας 4 κρίσιμες κατηγορίες: *Αυτοκτονία*, *Βλάβη προς Εαυτό*, *Βλάβη προς Άλλους* και *Παραβατικότητα (Νομική)*.

Οι θεραπευτές του Π.Υ. κλήθηκαν να αξιολογήσουν για κάθε μέλος την πιθανότητα αυτή σε μία διατάξιμη κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων με τιμές: *Καμία*, *Μικρή*, *Μέτρια*, *Σοβαρή*. Έτσι δόθηκε η δυνατότητα να αποτυπωθεί η εκτίμηση του θεραπευτή και να συγκριθεί με την υποκειμενική αίσθηση του θεραπευομένου του¹⁶. Σε ψυχοτεχνικό επίπεδο η παραπάνω πληροφορία αποτελεί χρήσιμο κριτήριο εγκυρότητας του CORE-OM στα πλαίσια των θεραπειών υποκατάστασης για τον ελληνικό πληθυσμό.

2.4.3 Ανεξάρτητες Μεταβλητές και κλινικά στοιχεία χρήσης. Ο Δείκτης Αίτησης Θεραπείας - Treatment Demand Indicator (ΔΑΘ/TDI).

Βασικό εργαλείο συλλογής του συνόλου των δημογραφικών δεδομένων και κλινικών πληροφοριών που αφορούν στη χρήση ουσιών των μελών του προγράμματος απετέλεσε το ΔΑΘ/TDI (βλ. Παράρτημα).

Το ερωτηματολόγιο αναφοράς του EKTEIIN χορηγείται από το θεραπευτικό προσωπικό των Μ.Υ.Α.Π. κατά την εισαγωγή κάθε νέου μέλους στο πρόγραμμα¹⁷. «Ο Δείκτης Αίτησης Θεραπείας (ΔΑΘ/TDI)

¹⁴ «Έκανα σχέδια να βάλω τέλος στη ζωή μου».

¹⁵ «Σκέφτηκα ότι θα ήταν καλύτερα να είχα πεθάνει».

¹⁶ Τουλάχιστο για τις τρεις πρώτες κατηγορίες που περιλαμβάνονται και ως υπό-παράγοντες και στο ερωτηματολόγιο.

¹⁷ Ωστόσο αν για οποιοδήποτε λόγο αυτό δεν καταστεί δυνατό στις Μ.Υ.Α.Π., γίνεται στην Μ.Ο.Θ.Ε. παραπομπής του θεραπευομένου από τον υπεύθυνο θεραπευτή. Όλοι οι θεραπευτές του Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχουν εκπαιδευτεί στη χορήγηση του ΔΑΘ/TDI.

αφορά τη συστηματική καταγραφή του αριθμού και των χαρακτηριστικών των χρηστών που ζητούν θεραπευτική βοήθεια από τα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας¹⁸ ... Η καταγραφή των στοιχείων γίνεται στη βάση κοινά αποδεκτών μεταβλητών (δεικτών) και πρωτοκόλλων σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Ευρωπαϊκού Κέντρου¹⁹ οι οποίες έχουν υιοθετηθεί από τις Ευρωπαϊκές χώρες με σκοπό τη συλλογή έγκυρων στοιχείων – συγκρίσιμων τόσο διαχρονικά όσο και διακρατικά» (Φωτίου, 2013, σ. 5-6) (οι υποσημειώσεις δικές μας).

Πρόκειται λοιπόν για σημαντικό πληροφοριακό υλικό που φυλάσσεται στον «φάκελο ασθενούς» ο οποίος ακολουθεί τον θεραπευόμενο καθ' όλη την παραμονή του στο πρόγραμμα. Ακόμη και σε τυχόν αλλαγή μονάδας. Το έντυπο συμπληρώνεται άπαξ κατά την είσοδο στο πρόγραμμα²⁰ ενώ νέα συμπλήρωση απαιτείται μόνο κατά την περίπτωση διακοπής της θεραπείας για περίοδο ίση ή μεγαλύτερη των 3 μηνών. Κάθε μεταβλητή – εκτός και αν ερωτάται διαφορετικά – εξετάζει τον τελευταίο μήνα πριν την εισαγωγή του μέλους στη μονάδα.

Κοινωνικο-δημογραφικές Μεταβλητές

Στο επίπεδο των κοινωνικών και δημογραφικών μεταβλητών αντλήθηκαν πληροφορίες για την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τη διαμονή, τη στέγη και την εργασία (βλ. [Πίνακα 1](#) στην [ενότητα 3.1.2](#)).

Η Ηλικία εξήχθη με τη βοήθεια διαδικτυακού αλγόριθμου (<http://www.ucsdbglab.org/tools/age.asp>) που μετατρέπει την ημερομηνία γέννησης του ΔΑΘ/TDI σε αριθμό ετών με δύο δεκαδικά ψηφία. Για κάθε μέλος η ακριβής ηλικία αφορά την χρονική στιγμή καταγραφής των δεδομένων του στο SPSS. Η μεταβλητή Φύλο συμπληρώνεται από τον θεραπευτή/τρια χωρίς να γίνει ερώτηση και περιέχει τρεις τιμές: «*Ανδρας*», «*Γυναίκα*» και «*Άλλο (τρανσέξουαλ)*» (Φωτίου, 2013, σ. 13). Οι συνθήκες Διαμονής του συμμετέχοντα εξετάζονται με την ερώτηση «*Με ποιους μένετε αυτή την περίοδο;*» με την οδηγία στον συνεντευκτή να σημειώσει όλα όσα ισχύουν (πολλαπλής επιλογής). Οι τιμές «*Γονείς (2 γονείς)*» και «*Γονείς (1 γονιός)*» ενώθηκαν στην γενικότερη κατηγορία «*Γονείς*»²¹ ενώ για λόγους συντομίας μετονομάσαμε την απάντηση «*Αδέλφια, παππούς, γιαγιά, θείος, θεία κτλ.*» σε «*Συγγενείς άλλου βαθμού*» εννοώντας εκτός του πρώτου. Οι υπόλοιπες δημογραφικές μεταβλητές δεν υπέστησαν κάποιο ιδιαίτερο χειρισμό και καταγράφηκαν ως έχουν στο ΔΑΘ/TDI ενώ για όλες τις περιπτώσεις οι απαντήσεις «*Δεν ξέρω/Δεν θέλω να πω*» και «*Δεν Απάντησε*» αντιμετωπίστηκαν ως missing values.

Βασικά κλινικά δεδομένα της τοξικοεξάρτησης

Ως βασικές κλινικές μεταβλητές της χρήσης επιλέχθηκαν ο χρόνος παρακολούθησης του Π.Υ., η προηγούμενη θεραπεία (απεξάρτησης), η κύρια ουσία χρήσης, η συχνότητα χρήσης (κύρια ουσία), η ηλικία έναρξης χρήσης (κύρια ουσία), η ηλικία έναρξης της χρήσης (όλες οι ουσίες) και η ενέσιμη χρήση.

Ο Χρόνος Παρακολούθησης του Π.Υ. προέκυψε όπως η ηλικία με μετατροπή της ημερομηνίας εισαγωγής στο πρόγραμμα σε έτη με δύο δεκαδικά ψηφία. Σαν Κύρια Ουσία χρήσης στο ΔΑΘ/TDI ορίζεται η ουσία που το άτομο θεωρεί ότι του δημιουργεί τα περισσότερα προβλήματα. Καταγράφεται αυτολεξεί όπως την αναφέρει ο θεραπευόμενος και κωδικοποιείται ώστε οι κοινές ονομασίες (π.χ. πρέζα) να ταξινομούνται στην ίδια δραστική ουσία (π.χ. ηρωίνη). Η Προηγούμενη Θεραπεία (απεξάρτησης) αφορά παρελθούσες σοβαρές προσπάθειες θεραπείας όπου το άτομο είχε ξεκινήσει να παρακολουθεί κάποιο δομημένο πρόγραμμα με σαφείς στόχους από έμπειρους και πιστοποιημένους στο χώρο της τοξικοεξάρτησης επαγγελματίες (Φωτίου, 2013, σ. 16-17). Η συγκεκριμένη μεταβλητή αποτελεί συνένωση δύο ερωτήσεων του ΔΑΘ/TDI:

Άλλωστε στην επαρχία και στις φυλακές τον ρόλο των Μ.Υ.Α.Π. αναλαμβάνουν οι ίδιες οι Μ.Ο.Θ.Ε. που επιφορτίζονται τις διαδικασίες δημιουργίας φακέλου ασθενούς για κάθε νέο μέλος τους (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012, σ. 36).

¹⁸ «*Τα στοιχεία για τους ΔΑΘ/TDI και ΔΕΜΑ συλλέγονται σε ετήσια βάση από το ΕΚΤΕΠΝ μέσω ενός πανελλαδικού δικτύου συνεργαζόμενων φορέων αποτελούμενο από προγράμματα θεραπείας, μονάδες άμεσης πρόσβασης, νοσοκομεία, εργαστήρια και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες (στο εξής, μονάδες)*» (Φωτίου, 2013, σ. 5). Η χρήση του επομένου υπερβαίνει το δίκτυο του ΟΚΑΝΑ.

¹⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

²⁰ Με την προϋπόθεση ότι το άτομο βρίσκεται στην κατάλληλη σωματική και ψυχική κατάσταση ώστε να κατανοήσει και να απαντήσει όλες τις ερωτήσεις (Φωτίου, 2013, σ. 9).

²¹ Ουσιαστικά επαναφέραμε την απάντηση των δύο πρώτων εκδόσεων του ΔΑΘ/TDI που διαιρέθηκε στην τελευταία εκδοχή του 2013.

«18. Έχετε υποβληθεί σε θεραπεία ξανά στο παρελθόν;» με απαντήσεις «Ναι», «Όχι», «ΔΕ/ΔΘ», «Δεν Απάντησε» και «19. (Εάν ναι) Στην υποκατάσταση με οπιοειδή (βουπρενοφρίνη, μεθαδόνη); με τις ίδιες απαντήσεις και την προσθήκη του «Δεν Αφορά» για όσους απάντησαν όχι στην πρώτη. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων κωδικοποιήθηκαν σε τρεις τιμές «Όχι, ποτέ στο παρελθόν», «Ναι, σε πρόγραμμα υποκατάστασης» και «Ναι, σε στεγνό πρόγραμμα» ενώ οι απαντήσεις «ΔΕ/ΔΘ» και «Δεν Απάντησε» αντιμετωπίστηκαν ως missing values. Παρομοίως, στη Συχνότητα Χρήσης (κύρια ουσία) συνενώθηκαν οι απαντήσεις «2-3 ημέρες την εβδομάδα» και «4-6 ημέρες την εβδομάδα» στην απάντηση «2-6 ημέρες την εβδομάδα». Οι παραπάνω χειρισμοί προέκυψαν από την ανάγκη να προκύψουν τιμές που θα συμπεριελάμβαναν τις απαντήσεις και των τριών εκδόσεων του ΔΑΘ/TDI που βρέθηκαν στους φακέλους των θεραπευομένων της Θ.Μ.Υ. «Αττικόν». Τέλος η Ηλικία Έναρξης Χρήσης (κύρια ουσία) και η Ηλικία Έναρξης χρήσης (όλες οι ουσίες) δόθηκαν από τους ερωτώμενους ως ακέραιοι αριθμοί ενώ η Ενέσιμη Χρήση απαντήθηκε με δύο τιμές «Ναι» και «Όχι».

Η προσπάθεια συγκέντρωσης έγκριτων στοιχείων για την τοξικοεξάρτηση μέσω του ΔΑΘ/TDI ξεκίνησε το 2000 με την πρώτη έκδοση του ερωτηματολογίου. Έκτοτε επανεκδόθηκε άλλες δύο φορές το 2010 και 2013 ενώ νέα επικαιροποίηση του αναμένεται μέσα στο 2018. Η ύπαρξη και των τριών εκδοχών του στους φακέλους των συμμετεχόντων – με προεξάρχουσα την 2^η εκδοχή του 2010²² ακολουθούμενη από την 3^η του 2013 και με έναν μικρό μόνο αριθμό από την 1^η του 2000²³ – έπαιξε σημαντικό ρόλο όχι μόνο στον χειρισμό των μεταβλητών που προαναφέρθηκαν αλλά και στην ίδια την επιλογή τους. Εύγλωττο παράδειγμα αποτελεί ο αποκλεισμός των ερωτήσεων του [ΔΕΜΑ](#) που απουσιάζει στις δύο πρώτες εκδόσεις²⁴.

2.5 Διαδικασία – Στρατηγική Συλλογής Δεδομένων.

Η ενημέρωση της ομάδας των θεραπειών και του διευθυντή υπεύθυνου ψυχίατρο της Θ.Μ.Υ. «Αττικόν» έλαβε χώρα την 17^η Ιουλίου του 2017 στο χώρο της μονάδας. Εκεί, αφού ενημερώθηκε το προσωπικό για την έρευνα και τους στόχους της και λύθηκαν οι όποιες απορίες, συζητήθηκε η διαδικασία συλλογής των δεδομένων. Συμφωνήθηκε – ως βέλτιστος τρόπος διεξαγωγής της έρευνας – η συνάρθρωση των ερευνητικών φάσεων με την ήδη υπάρχουσα λειτουργική διαδικασία ώστε η συγκέντρωση των δεδομένων της έρευνας να μην επιβαρύνει το φόρτο εργασίας του προσωπικού αλλά ούτε και να αποτελέσει πρόσκομμα ή παράγοντα καθυστέρησης των κρίσιμων θεραπευτικών διαδικασιών που κρίνονται και οι πλέον απαραίτητες για τους θεραπευόμενους. Τρεις ημέρες αργότερα δόθηκε το υλικό της έρευνας και ξεκίνησε η συλλογή των δεδομένων.

Κάθε υποψήφιος/α συμμετέχων/ουσα προσεγγίστηκε, ενημερώθηκε για την έρευνα (έντυπο ενημέρωσης συμμετέχοντα) και υπέγραψε το έντυπο συγκατάθεσης συμμετέχοντα στην έρευνα πριν από την προγραμματισμένη συνεδρία με τον θεραπευτή του (βλ. αναλυτικά ενότητα [2.3 Δείγμα](#)). Στους θεραπευτές δόθηκε η οδηγία – δοθέντος του απαραίτητου χρόνου – να έχουν ήδη συμπληρώσει το έντυπο R.A.F. έχοντας υπόψη την γενική εικόνα που έχουν σχηματίσει για τον θεραπευόμενο. Σε αντίθετη περίπτωση ζητήθηκε η συμπλήρωση του να γίνει κατά τη διάρκεια χορήγησης του CORE-OM και σε καμία περίπτωση να μην έπεται αυτού. Ο εξαιρετικά σύντομος χρόνος που απαιτείται για την συμπλήρωση του R.A.F. ($\leq 1'$) επιτρέπει την συγκεκριμένη ευελιξία.

Μετά την συμπλήρωση του CORE-OM ο θεραπευτής συνέρραψε τα έντυπα και τα τοποθετούσε στο φάκελο της έρευνας. Αφού συγκεντρώθηκε ικανός αριθμός ερωτηματολογίων ξεκίνησε η προσπέλαση των ιατρικών φακέλων των συμμετεχόντων για την συλλογή των δημογραφικών και κλινικών δεδομένων από τον ΔΑΘ/TDI. Για να μην διαταραχθεί η καθ' ημέρα διοικητική και θεραπευτική εργασία της μονάδας κάθε

²² Η Θ.Μ.Υ. «Αττικόν» εγκαινιάστηκε το 2012 και μέχρι το 2013 που εκδόθηκε η τελευταία έκδοσή του ΔΑΘ/TDI είχε εισάγει ήδη τον μεγαλύτερο αριθμό των μελών της σε μια προσπάθεια να εξυπηρετήσει γρήγορα την τότε πολυάριθμη λίστα αναμονής του ΟΚΑΝΑ.

²³ Πρόκειται για παλαιά μέλη άλλων μονάδων που μετακινήθηκαν στην Θ.Μ.Υ. «Αττικόν» λόγω της εγγύτητάς της με τον τόπο κατοικίας τους.

²⁴ Βέβαια ΔΕΜΑ υπήρχε και παλαιότερα. Όμως η συστηματική συμπλήρωση του ξεκίνησε όταν άρχισε να χρησιμοποιείται η 3^η έκδοση του ΔΑΘ/TDI το 2013 όπου τα δύο ερωτηματολόγια ενοποιήθηκαν σε ένα.

ΔΑΘ/TDI φωτοτυπήθηκε και επισυνάφθηκε στο CORE-OM του ασθενούς ενώ ο ιατρικός του φάκελος επεστράφη με το πρωτότυπο έντυπο στην αρχική του θέση. Όταν ολοκληρώθηκε η συλλογή των δεδομένων ξεκίνησε η ψηφιακή καταγραφή των δεδομένων στο SPSS σε φορητό υπολογιστή του ερευνητή εντός του χώρου της μονάδας.

Η έρευνα ολοκληρώθηκε στις 31/10/2017 και η εισαγωγή των δεδομένων στο SPSS τον Δεκέμβριο του 2017.

2.5.1 Τεχνικές αποφυγής μεροληψίας – Έλεγχος συγχυτικών παραγόντων

Η αρχική εκτίμηση της χρονικής διάρκειας της έρευνας ήταν 1,5 με 2 μήνες ώστε να συμπεριληφθούν όχι μόνο οι τακτικά χορηγούμενοι που βρίσκονται στις αρχικές φάσεις του προγράμματος αλλά και οι πιο ανταποκρινόμενοι ασθενείς που βρίσκονται στη φάση της ιατρικής συντήρησης ή συνεχιζόμενης φροντίδας (στο πλαίσιο της ίδιας Μ.Ο.Θ.Ε.)²⁵ και μπορεί να παίρνουν δοσολογίες take home (έως και 30 ημερών) (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012, σ. 79,83). Η περαιτέρω επιμήκυνση της για ένα μήνα αποφασίστηκε λόγω των καλοκαιρινών αδειών του προσωπικού και πιθανών απουσιών μελών του προγράμματος που ήθελαν να επισκεφτούν τους τόπους καταγωγής τους κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού²⁶.

Η παρουσία του ερευνητή στους χώρους των θεραπευτικών συναντήσεων και η προσέγγιση των συμμετεχόντων από ένα ξένο προς την μονάδα πρόσωπο θα μπορούσε εκτός από την σημαντική αύξηση του αριθμού των αρνήσεων να αποτελέσει και παράγοντα αλλοίωσης των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου. Η απόφαση να βασισθεί η χορήγηση του CORE-OM στην ήδη εγκαθιδρυμένη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου εξασφάλισε το καλύτερο δυνατό επίπεδο αυθορμητισμού και αυθεντικότητας στις απαντήσεις.

Η έναρξη των νευροχημικών και ψυχολογικών επιδράσεων της ουσίας βουπρενορφίνη στην μορφή της υπογλώσσιας ταμπλέτας παρατηρείται 30' - 60' μετά τη χορήγηση με το μέγιστο κλινικό αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται 1 - 4 ώρες αργότερα (Lintzeris N. et al., 2001, σ. 3). Η χορήγηση του ερευνητικού υλικού πριν την θεραπευτική συνεδρία και αμέσως μετά τη λήψη του υποκαταστάτου συνέβαλε - πέραν της διατήρησης της εύρυθμης λειτουργίας της μονάδας - στον έλεγχο της επίδρασης της ουσίας στη διανοητική κατάσταση του συμμετέχοντα κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η δε συμπλήρωση του R.A.F. πριν την συνάντηση και κυρίως πριν την λήψη του συμπληρωμένου CORE-OM έδωσε την δυνατότητα αποτύπωσης της γενικής εμπειρικής εικόνας του θεραπευτή ελεύθερης τόσο από τα πρόσφατα δεδομένα της συνεδρίας όσο και από τη γνώση της υποκειμενικής αίσθησης του θεραπευόμενου για την πιθανότητα εκδήλωσης επικίνδυνων συμπεριφορών.

Τέλος, κατά την άντληση των δημογραφικών στοιχείων από το ΔΑΘ/TDI διαπιστώθηκε η ανάγκη επικαιροποίησης των στοιχείων στις μεταβλητές *διαμονή*, *στέγη* και *εργασία* που ενδέχεται να έχουν αλλάξει. Τα νεότερα στοιχεία παρείχαν οι θεραπευτές και πρόσφατα έντυπα (π.χ. εξετάσεις, πιστοποιητικά) που βρέθηκαν στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς.

2.5.2 Δεοντολογικά ζητήματα και προστασία δεδομένων

Η παρούσα διπλωματική εργασία έλαβε την έγκριση της Γενικής Συνέλευσης της Ιατρικής Σχολής του Ε.Κ.Π.Α. τον Μάρτιο του 2018. Η διεξαγωγή του ερευνητικού της μέρους έγινε μετά από έγκριση του πρωτοκόλλου έρευνας από το Δ.Σ. του Ο.ΚΑ.ΝΑ. με αριθμό απόφασης 7424/9-6-2017.

Ο πληθυσμός των χρηστών τοξικών ουσιών υποφέρει διαχρονικά από κοινωνικό στιγματισμό και περιθωριοποίηση. Οι θεραπευόμενοι του Ο.ΚΑ.ΝΑ. δεν αποτελούν εξαίρεση σ' αυτόν τον κανόνα γι' αυτό και δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην διατήρηση της ανωνυμίας και προστασίας των δεδομένων των συμμετεχόντων στην έρευνα. Η συλλογή των δεδομένων ήταν αυστηρώς ανώνυμη και σε καμία ερευνητική

²⁵ Διευκρινίζεται διότι τα μέλη που έχουν προχωρήσει σ' αυτές τις θεραπευτικές φάσεις του προγράμματος ενδέχεται να παραπεμφθούν είτε σε εξωτερικές Δομές Συνταγογράφησης (φάση ιατρικής συντήρησης) είτε στην εξειδικευμένη Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης του ΟΚΑΝΑ στην Αθήνα (φάση συνεχιζόμενης φροντίδας) (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012, σ. 79, 83).

²⁶ Τέτοιες προσωρινές μετακινήσεις δεν είναι σπάνιες εφόσον οι θεραπευόμενοι μπορούν να εξυπηρετηθούν από το ευρύ δίκτυο των Θ.Μ.Φ.Α.Ε. που εκτείνεται σε όλη την επικράτεια.

φόρμα δεν ζητήθηκε ονοματεπώνυμο. Τόσο η θεραπευτική ομάδα όσο και κάθε συμμετέχων ενημερώθηκαν ξεχωριστά για την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων, την προαιρετικότητα της συμμετοχής τους, την ανωνυμία των εντύπων και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων τους. Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν στις στατιστικές αναλύσεις ήταν επίσης ανώνυμα με μόνο τον κωδικό ΕΚΤΕΠΝ να διακρίνει τους συμμετέχοντες. Ο κωδικός αυτός έχει δημιουργηθεί για την προστασία της ανωνυμίας του ατόμου σύμφωνα με τις οδηγίες της Αρχής Προστασίας Ατομικών Δεδομένων (2186, 1/11/01) (Φωτίου, 2013, σ. 4,6,13). Ως εκ τούτου ακόμη και ο ερευνητής αδυνατεί να γνωρίζει εκτός του χώρου της μονάδας και χωρίς την βοήθεια του υλικού της έρευνας την ταυτότητα κάθε συμμετέχοντα.

Τα ερευνητικά δεδομένα φυλάχθηκαν καθ' όλη την διεξαγωγή της έρευνας στο χώρο της μονάδας (γραφείο θεραπευτή). Πρόσβαση στα δεδομένα είχαν μόνο οι θεραπευτές και ο ερευνητής. Η ψηφιακή καταγραφή των στοιχείων έγινε επίσης στο χώρο της μονάδας. Μετά το πέρας της έρευνας το υλικό παρέμεινε στην Θ.Μ.Υ. «Αττικόν» και στη διάθεση του θεραπευτικού προσωπικού. Προτάθηκε δε να ενταχθεί στον ιατρικό φάκελο ως πρόσθετη κλινική πληροφορία για τον κάθε θεραπευόμενο που συμμετείχε.

2.6 Στατιστικές Αναλύσεις

Στην παρούσα έρευνα έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική με τη χρήση του SPSS v23 για Windows. Μέσω της περιγραφικής στατιστικής παρουσιάζεται η κατάσταση των ασθενών ενώ μέσω της επαγωγικής χρησιμοποιούνται διάφορα τεστ για τον έλεγχο των υποθέσεων.

Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διασποράς (One way Anova) για να διερευνηθεί η επίδραση του CORE-OM με τις δημογραφικές μεταβλητές Ηλικία, Εκπαιδευτικό Επίπεδο, Εργασία και με τις κλινικές Χρόνος Παρακολούθησης Π.Υ., Προηγούμενη Θεραπεία, Ηλικία Έναρξης Χρήσης (Κύρια Ουσία) και Ηλικία Έναρξης Χρήσης (Όλες οι Ουσίες). Όπου ήταν αναγκαίο χρησιμοποιήθηκαν post hoc έλεγχοι – όπως ο Fisher's Least Significant Difference (LSD) – για τον έλεγχο στις επιμέρους ομάδες όταν απορρίπτετο η μηδενική υπόθεση της Anova.

Επίσης έγινε έλεγχος t-test για να εξεταστεί αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ του CORE-OM και των δίτιμων ανεξάρτητων μεταβλητών Φύλο, Συχνότητα Χρήσης και Ενέσιμη Χρήση.

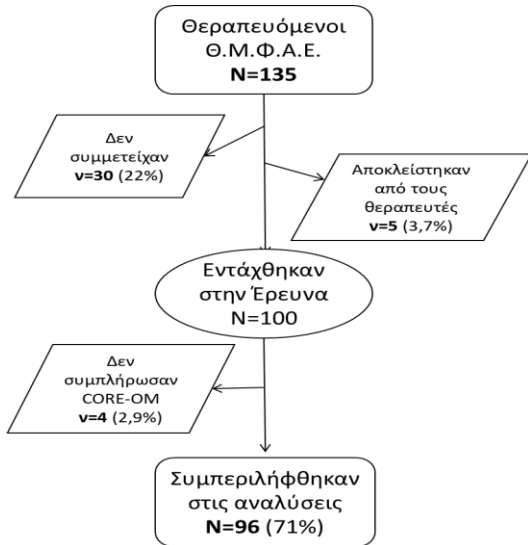
Τέλος, μετά τον χειρισμό των μεταβλητών της ΠΕΣΚ και RAF και την μετατροπή τους σε κατηγορικές (βλ. πιν. 11) χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για την ανίχνευση των μεταξύ τους επιδράσεων.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Περιγραφικά Δεδομένα

3.1.1 Συμμετέχοντες

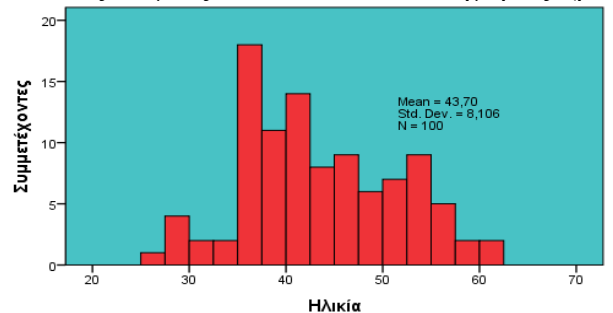
Για τους σκοπούς της έρευνας εξετάστηκαν τα αποτελέσματα 96 μελών του προγράμματος υποκατάστασης που συμπλήρωσαν το CORE-OM. Το [Διάγραμμα 1](#) αποτυπώνει την πορεία διαμόρφωσης του ερευνητικού δείγματος. Και οι 135 θεραπευόμενοι που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας προσεγγίστηκαν και ζητήθηκε η συμμετοχή τους. Από αυτούς 30 είτε αρνήθηκαν να συμμετέχουν είτε λόγω ελλείψεων στον ιατρικό τους φάκελο δεν βρέθηκαν τα απαραίτητα δημογραφικά και βασικά κλινικά στοιχεία για την ένταξή τους στην έρευνα²⁷. Οι θεραπευτές απέκλεισαν 5 θεραπευόμενους (3 σε ενεργό ψύχωση, 2 αναλφάβητοι) ενώ ακόμη 4 επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο ασυμπλήρωτο. Οι 96 συμμετέχοντες που συμπεριλήφθηκαν στις τελικές αναλύσεις συνθέτουν ένα ποσοστό απαντητικότητας της τάξης του 71%.



Διάγραμμα - 1: Πορεία Διαμόρφωσης Ερευνητικού Δείγματος

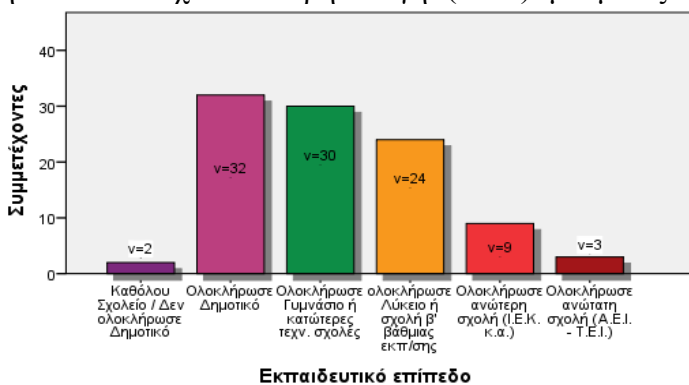
3.1.2 Δημογραφικά και Βασικά Κλινικά Δεδομένα

Οι θεραπευόμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν όλοι τους Έλληνες υπήκοοι, ως επί το πλείστον άνδρες (v=87, 87%) με μέσο όρο ηλικίας τα $43,7 \pm 8,1$ έτη (εύρος 27-63)(βλ. [Διάγραμμα 3](#)). Το μορφωτικό τους επίπεδο καταλαμβάνει όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες από την μη φοίτηση ή ολοκλήρωση του δημοτικού έως την ολοκλήρωση σχολών Α.Ε.Ι.. Για στατιστικούς λόγους ωστόσο οι 6 κατηγορίες (βλ. [Διάγραμμα 2](#)) του ΔΑΘ/ΤΔΙ συγχωνεύτηκαν σε τρεις ευρύτερες που εκφράζουν το χαμηλό, μέσο και ανώτερο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων μας (βλ. [Πίνακα 1 – Εκπαιδευτικό Επίπεδο](#)). Ευχάριστη είναι η διαπίστωση ότι η συντριπτική πλειοψηφία των θεραπευομένων δηλώνει ότι έχει σταθερή στέγη (v=94) με μόλις δύο



Διάγραμμα - 3: Κατανομή Ηλικιών Δείγματος

συμμετέχοντες να δηλώνουν αστεγία, τρεις ότι διαμένουν σε προσωρινό κατάλυμα και έναν να βρίσκεται σε άδεια από σωφρονιστικό κατάστημα. Σχετικά με τις συνθήκες διαμονής²⁸, οι περισσότεροι (v=62) ανέφεραν ότι μένουν με έναν ή και τους δύο γονείς τους, 24 με Συγγενείς άλλου βαθμού (αδέλφια, παππούς, γιαγιά, θείοι κ.α.), 13



Διάγραμμα - 2: Μορφωτικό Επίπεδο Συμμετεχόντων

²⁷ Απουσία ή ελλιπής συμπλήρωση του ΔΑΘ/ΤΔΙ λόγω π.χ. μετακίνησης ασθενή από άλλη Θ.Μ.Φ.Α.Ε..

²⁸ Η μεταβλητή Διαμονή παρουσιάζεται μόνο πληροφοριακά και όπως θα παρατηρήσει ο αναγνώστης στον δεν εξάγονται ποσοστά. Αυτό συμβαίνει γιατί στο ΔΑΘ/ΤΔΙ το μέλος του προγράμματος καλείται να δώσει όλες τις πληροφορίες που αφορούν τη διαμονή του και οι απαντήσεις δεν είναι αποκλειστικές. Για παράδειγμα για κάποιον που ζει με τον/την σύζυγο και τα παιδιά του ο θεραπευτής καλείται να συμπληρώσει και τις δύο κατηγορίες.

με Σύζυγο/Σύντροφο και 8 με τα Παιδιά τους. Μόλις 13 δήλωσαν Μόνος/η και 2 σημείωσαν Άλλο χωρίς να δώσουν περισσότερες πληροφορίες. Στην ερώτηση της εργασιακής κατάστασης 65 συμμετέχοντες δήλωσαν άνεργοι, 21 περιστασιακά εργαζόμενοι συμπεριλαμβανομένων όσων λαμβάνουν βοηθήματα, επιδόματα, συντάξεις (n=6) και 14 σε σταθερή εργασιακή σχέση. Περισσότερες πληροφορίες δίνονται στον Πίνακα 1.

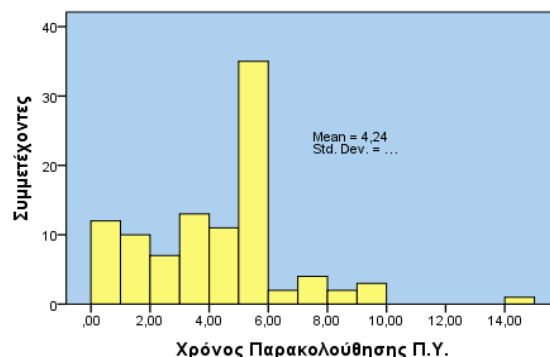
Πίνακας 1: Δημογραφικά Δεδομένα Έρευνας

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	n (%)
Ηλικία (μ.ο. ± SD)	43,7 ± 8,1 (n=100)
<40	38 (38,0)
40-50	37 (37,0)
>50	25 (25,0)
Φύλο (n, % Άνδρες)	87, 87%
Εθνικότητα (n, % Ελληνική)	100, 100%
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	
1-2 Καθόλου Σχολείο έως ολοκλήρωσε Δημοτικό	34 (34,0)
3 Ολοκλήρωσε Γυμνάσιο ή κατώτερες τεχν. Σχολές	30 (30,0)
4-5-6 Ολοκλήρωσε Λύκειο έως ολοκλήρωσε Α.Ε.Ι.	36 (36,0)
Διαμονή	
Μόνος/η	13
Γονείς	62
Παιδιά	8
Συγγενείς άλλου Βαθμού	24
Σύζυγος/Σύντροφος	13
Φίλοι/γνωστοί	0
Φυλακή	1
Ίδρυμα	0
Άλλο	2
Στέγη	
1. Σταθερή στέγη	94 (94,0)
2. Προσωρινή στέγη	3 (3,0)
3. Ζει σε ίδρυμα (φυλακή κτλ.)	1 (1,0)
4. Άστεγος/η	2 (2,0)
Εργασία	
1. Σταθερή εργασία	14 (14,0)
2-3-4 Περιστασιακή εργασία - Μη ενεργός* - Άλλο	21 (21,0)
5. Ανεργος/η	65 (65,0)

Πίνακας 2: Βασικά Κλινικά Δεδομένα Χρήσης Ουσιών

ΒΑΣΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	n (%)
Χρόνος Παρακολούθησης Π.Υ. (μ.ο. ± SD)	4,24 ± 2,5 (n=100)
0-2	22 (22,0)
2-5	31 (31,0)
5+	47 (47,0)
Προηγούμενη Θεραπεία (Απεξάρτησης)	
Όχι, ποτέ στο παρελθόν	41 (41,0)
Ναι, σε πρόγραμμα υποκατάστασης	21 (21,0)
Ναι, σε στεγνό πρόγραμμα	38 (38,0)
Κύρια Ουσία Χρήσης	
Ηρωίνη	97 (97,0)
Κοκαΐνη	1 (1,0)
Βουπρενορφίνη	2 (2,0)
Συχνότητα Χρήσης πριν την εισαγωγή στο Π.Υ. (κύρια ουσία)	
Καθόλου χρήση έως 6 φορές την εβδομάδα	12 (12,1)
Καθημερινά	87 (87,9)
Ηλικία Έναρξης Χρήσης - Κύρια Ουσία (μ.ο. ± SD)	21,42 ± 5,83 (n=98)
≤18	35 (35,7)
19-25	42 (42,9)
26+	21 (21,4)
Ηλικία Έναρξης Χρήσης (μ.ο. ± SD)	16,99 ± 5,30 (n=100)
≤15	41 (41,0)
16-18	43 (43,0)
19+	16 (16,0)
Ενέσιμη Χρήση (n, % Ναι)	81 (81,0)

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα κυριότερα κλινικά στοιχεία που αφορούν τη χρήση και τη θεραπεία στο πρόγραμμα υποκατάστασης. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης του προγράμματος είναι τα 4,24 ± 2,5 έτη (εύρος 5,5 μήνες – 14 έτη και 9 μήνες βλ. Διάγραμμα 4) με το 22% των συμμετεχόντων να είναι μέλη του Π.Υ. από 0-2 έτη, 31% από 2-5 και 47% πάνω από 5 έτη. Για το 41% (n=41) η παρακολούθηση του προγράμματος αποτελεί την πρώτη του θεραπευτική προσπάθεια ενώ το 38% έχει ξαναπροσπαθήσει σε στεγνό πρόγραμμα και το υπόλοιπο 21% έχει επανέλθει από προηγούμενη θεραπεία υποκατάστασης στο παρελθόν. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν σε ποσοστό 97% την ηρωίνη ως κύρια ουσία χρήσης και εκείνη που τους δημιουργούσε τα περισσότερα προβλήματα εξάρτησης ενώ το 81% (n=81) είχε κάνει έστω και μία φορά ενδοφλέβια χρήση στο παρελθόν. Το 87,9% του δείγματος αποτελείται από τακτικούς χρήστες που έκαναν καθημερινή χρήση πριν την ένταξή τους στο πρόγραμμα με ηλικία έναρξης χρήσης της κύριας ουσίας τα 21,42 ± 5,83 έτη και ηλικία έναρξης της χρήσης όλων των ουσιών τα 16,99 ± 5,30 έτη.



Διάγραμμα 4: Κατανομή Χρόνου Παρακολούθησης του Προγράμματος Υποκατάστασης

3.1.3 Εσωτερική Συνέπεια CORE-OM

Η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τον υπολογισμό του δείκτη α του Cronbach (Cronbach, 1951). Όλοι οι κύριοι παράγοντες επέδειξαν αποδεκτές έως άριστες τιμές α ($0,74 < \alpha < 0,95$). Πιο συγκεκριμένα το συνολικό CORE-OM ($\alpha=0,95$, 95% CI 0,93-0,96) όπως και η μέτρηση της ψυχολογικής καταπόνησης (Core-OM χωρίς ΠΕΣΚ) ($\alpha=0,93$, 95% CI 0,91-0,95) παρουσίασαν άριστη εσωτερική συνέπεια. Καλή αξιοπιστία είχαν οι κλίμακες Προβλήματα ($\alpha=0,89$, 95% CI 0,85-0,92) και Λειτουργικότητα ($\alpha=0,84$, 95% CI 0,79-0,89) ενώ αποδεκτή εσωτερική συνέπεια παρουσίασε η Υποκειμενική Ευημερία ($\alpha=0,74$, 95% CI 0,64-0,82). Η κλίμακα ΠΕΣΚ εμφάνισε μη αναμενόμενα υψηλή τιμή εσωτερικής συνέπειας ($\alpha=0,83$, 95% CI 0,78-0,88) παρά τον μικρό αριθμό ερωτήσεων και το μικρότερο κλινικό δείγμα της παρούσας μελέτης σε σχέση με άλλες δημοσιευμένες έρευνες (βλ. Πίνακα 3).

Πίνακας 3: Cronbach's α

	n (items)	Έρευνα OKANA		Evans et al. (2002)		Elfstrom et al. (2013)		Kristjánsdóttir et al. (2015)		Trujillo et al. (2016)	
		(v=96)	95% CI	(v=713)	95% CI	(v=571)	95% CI	(v=373)	95% CI	(v=192)	95% CI
CORE-OM Συνολικό	34	0,95	0,93-0,96	0,94	0,93-0,95	0,94	0,93-0,95	0,94	0,93-0,95	0,94	0,93-0,95
Υποκειμενική Ευημερία	4	0,74	0,64-0,82	0,75	0,72-0,78	0,76	0,73-0,79	0,79	0,75-0,82	0,81	0,76-0,85
Προβλήματα	12	0,89	0,85-0,92	0,88	0,87-0,89	0,88	0,87-0,89	0,87	0,85-0,89	0,90	0,87-0,91
<u>Άγχος</u>	4	0,77	0,68-0,84								
<u>Κατάθλιψη</u>	4	0,75	0,65-0,82								
<u>Σωματικά Συμπτώματα</u>	2	0,34	0,01-0,56								
<u>Τραύμα</u>	2	0,70	0,55-0,80								
Λειτουργικότητα	12	0,84	0,79-0,89	0,87	0,86-0,88	0,85	0,83-0,87	0,87	0,85-0,89	0,85	0,82-0,88
<u>Γενική Λειτουργικότητα</u>	4	0,78	0,70-0,85								
<u>Στενές Σχέσεις</u>	4	0,62	0,48-0,74								
<u>Κοινωνικές Σχέσεις</u>	4	0,69	0,57-0,78								
ΠΕΣΚ	6	0,83	0,78-0,88	0,79	0,77-0,81	0,76	0,73-0,79	0,66	0,61-0,71	0,77	0,71-0,82
<u>Βλάβη προς Εαυτόν</u>	2	0,67	0,50-0,78								
<u>Βλάβη προς Άλλους</u>	2	0,70	0,56-0,80								
<u>Αυτοκτονία</u>	2	0,79	0,68-0,86								
CORE-OM χωρίς ΠΕΣΚ	28	0,93	0,91-0,95	0,94	0,93-0,95	0,93	0,92-0,94	0,94	0,93-0,95	0,94	0,93-0,95

Ειδικότερα, μόλις τέσσερις υποκλίμακες²⁹ είχαν τιμές μικρότερες του 0,70 με τις τρεις να εμφανίζουν οριακά αμφισβητήσιμη ή αμφισβητήσιμη (Κοινωνικές Σχέσεις $\alpha=0,69$, Βλάβη προς Εαυτό $\alpha=0,67$ και Στενές Σχέσεις $\alpha=0,62$) και μόνο μία μη αποδεκτή αξιοπιστία (Σωματικά Συμπτώματα $\alpha=0,34$). Στον Πίνακα 3 παρατίθενται οι τιμές Cronbach's α για όλες τις κλίμακες και τις επιμέρους εννοιολογικές κατασκευές του κύριου ερευνητικού μας εργαλείου. Μαζί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του κλινικού δείγματος της αρχικής στάθμισης του ερωτηματολογίου στον βρετανικό πληθυσμό από τους Evans et al. (2002) όπως και τριών πιο πρόσφατων προσαρμογών του στη Σουηδία (Elfström et al., 2013), την Ισλανδία (Kristjánsdóttir et al., 2015) και την Ισπανία (Trujillo et al., 2016).

3.1.4 CORE-OM και Risk Assessment Form – Συνολικό Δείγμα

Πίνακας 4: Περιγραφικά Δεδομένα κύριων διαστάσεων CORE-OM

CORE-OM Συνολικού Δείγματος (v=96)	CORE-OM Συνολικό Σκορ M.O.(T.A.)	CORE-OM Likert score M.O.(T.A.)	Διάμεσος (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος) μέσων τιμών	Barkham et al. (2005) Κλινικό Δείγμα (1904 ≤ n ≤ 1918)
CORE-OM 34	53 (25,6)	1,57 (0,76)	1,54(1,00-2,18)	1,81 (0,74)
CORE-OM χωρίς ΠΕΣΚ -				
Ψυχολογική Καταπόνηση	48,59 (21,46)	1,75 (0,77)	1,78(1,19-2,31)	2,08 (0,80)
Υποκειμενική Ευημερία	7,41 (3,9)	1,89 (0,99)	1,88(1,00-2,75)	2,31 (0,95)
Προβλήματα	22,16 (10,2)	1,86 (0,86)	1,91(1,10-2,56)	2,26 (0,87)
Λειτουργικότητα	19,02 (9,28)	1,6 (0,77)	1,58(1,08-2,08)	1,82 (0,83)
ΠΕΣΚ	4,43 (5,18)	0,74 (0,87)	0,50(0,00-1,17)	0,57 (0,70)
<u>Βλάβη προς Εαυτόν</u>	1,59 (2,13)	0,82 (1,11)	0,00(0,00-1,50)	
<u>Βλάβη προς Άλλους</u>	1,1 (1,72)	0,55 (0,86)	0,00(0,00-1,00)	
<u>Αυτοκτονία</u>	1,73 (2,4)	0,87 (1,2)	0,00(0,00-1,50)	

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των βασικών μεταβλητών στις οποίες εκτέθηκε το συνολικό ερευνητικό δείγμα. Στο σύνολο των ερωτήσεων (CORE-OM 34) οι συμμετέχοντες είχαν μέσο όρο $1,57 \pm 0,76$ με την Ψυχολογική Καταπόνηση να κυμαίνεται λίγο υψηλότερα $1,75 \pm 0,77$. Τις μεγαλύτερες τιμές παρουσίασαν η κλίμακα των συμπτωμάτων (Προβλήματα)

²⁹ Όσων αφορά στη χρήση των συγκεκριμένων διαστάσεων στην συγκεκριμένη έρευνα ως υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου βλ. σχετικά τη συζήτηση στο κεφάλαιο 4. Συζήτηση – Συμπεράσματα.

και η *Υποκειμενική αίσθηση Ευημερίας* με τιμές $1,86\pm 0,86$ και $1,89\pm 0,99$ αντίστοιχα. Η ΠΕΣΚ ήταν $0,74\pm 0,87$ με την επιμέρους υποκατηγορία της πιθανότητας *Αυτοκτονίας* να παρουσιάζει την υψηλότερη τιμή $0,87\pm 1,2$. Λόγω μη ύπαρξης προσαρμοσμένων τιμών για το ελληνικό δείγμα στην τελευταία στήλη παρουσιάζονται ενδεικτικά οι τιμές μεγάλου κλινικού δείγματος από δευτεροβάθμιας περίθαλψης ψυχιατρικές δομές της Μ. Βρετανίας (Barkham et al., 2005b).

Οι εκτιμήσεις των θεραπειών για την πιθανότητα εκδήλωσης συμπεριφορών κινδύνου (RAF) παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Εδώ η πιθανότητα *Αυτοκτονίας* πήρε την χαμηλότερη τιμή $0,56\pm 0,61$ με την *Βλάβη προς τον Εαυτό* να είναι $0,98\pm 0,91$ και την *Παραβατικότητα* να ακολουθεί με μ.ό. $0,89\pm 0,82$. Η *Βλάβη προς Άλλους* κυμάνθηκε στο $0,61\pm 0,71$.

Πίνακας 5: Εκτιμήσεις Θεραπειών για την Πιθανότητα Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου των Θεραπευομένων τους (RAF)

Πιθανότητα Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου - RAF (Θεραπευτές)	Risk Assessment Form		Διάμεσος (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος)
	M.O. (n=100)	T.A. (SD)	
Αυτοκτονία	0,56	0,61	0,50(0,00-1,00)
Βλάβη προς Εαυτό	0,98	0,91	1,00(0,00-1,00)
Βλάβη προς Άλλους	0,61	0,71	0,00(0,00-1,00)
Παραβατικότητα	0,89	0,82	1,00(0,00-1,00)

3.2 Κλινικά Δεδομένα – Κύριες Μετρήσεις

3.2.1 Η Ψυχολογική Καταπόνηση των Θεραπευομένων στο Π.Υ. του ΟΚΑΝΑ.

Ο Πίνακας 6 περιλαμβάνει τα αποτελέσματα των κοινωνικό-δημογραφικών και βασικών κλινικών μεταβλητών της χρήσης για τους κύριους παράγοντες και τις υποκλίμακες του CORE-OM³⁰.

Προσεγγίζοντας αδρά το σύνολο των αποτελεσμάτων παρατηρούμε ότι η *Κατάθλιψη* εμφανίζει τις υψηλότερες τιμές σε όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας με εξαίρεση να αποτελούν ο *Χρόνος Παρακολούθησης του Π.Υ.* – όπου την υψηλότερη τιμή έχει το *Τραύμα* ($2,45\pm 1,02$) και έπεται η *Γενική Λειτουργικότητα* ($2,37\pm 0,96$) – και το *Φύλο* – υψηλότερη η τιμή του *Τραύματος* στις γυναίκες ($2,15\pm 1,13$) –.

Η εν λόγω μεταβλητή του *θεραπευτικού χρόνου (Χρόνος Παρακολούθησης του Π.Υ.)* επιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο στους περισσότερους παράγοντες έκθεσης διακρίνοντας τους θεραπευόμενους με επίκεντρο την κατηγορία των νέων μελών ($0-2$ έτη) και τη σχέση τους με τις άλλες δύο κατηγορίες ($2-5$ έτη και $5+$ έτη αντίστοιχα). Έτσι, τα νεότερα μέλη του προγράμματος ($0-2$ έτη) σε σύγκριση με τους θεραπευόμενους μέσω χρόνου παρακολούθησης ($2-5$ έτη στο Π.Υ.) έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στο σύνολο των ερωτήσεων (*CORE-OM 34*) ($p=0,010$). Επιπλέον, εμφανίζουν μεγαλύτερη *Ψυχολογική Καταπόνηση* ($p=0,010$), ταλαιπωρούνται περισσότερο από ψυχοπαθολογικά *Συμπτώματα* ($p=0,030$), έχουν σημαντικά περισσότερο *Άγχος* ($p=0,037$), βιώνουν πιο έντονα τις συνέπειες παλαιότερου *Τραύματος* ($p=0,008$) ενώ παρουσιάζουν σημαντικότερη έκπτωση τόσο στο σύνολο της *Λειτουργικότητάς* τους ($p=0,005$) όσο και στην υποκατηγορία της *Γενικής Λειτουργικότητας* ($p=0,003$). Σε σχέση τώρα με τα παλαιότερα μέλη του Π.Υ. ($5+$ έτη) οι νεότεροι θεραπευόμενοι ($0-2$ έτη) εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη *Ψυχολογική Καταπόνηση* ($p=0,034$), εντονότερο *Τραύμα* ($p=0,011$), μεγαλύτερη έκπτωση στη *Λειτουργικότητα* ($p=0,007$), τη *Γενική Λειτουργικότητα* ($p=0,036$) και περισσότερες δυσκολίες στις *Στενές τους Σχέσεις* ($p=0,006$). Τέλος, οι δύο κατηγορίες των παλαιότερων θεραπευομένων δεν εμφάνισαν σημαντικές μεταξύ τους διαφορές.

Στο σύνολο των δημογραφικών μεταβλητών μόνο η *Ηλικία* και η *Εργασία* βρέθηκαν να διαφοροποιούν τους συμμετέχοντες σε συγκεκριμένους υποπαράγοντες του ερωτηματολογίου. Όσον αφορά στην *Ηλικία* τα αποτελέσματα των τριών ηλικιακών ομάδων των θεραπευομένων του Π.Υ. φαίνεται να διαφοροποιούνται στατιστικώς σημαντικά ($p=0,05$) στον παράγοντα των *Κοινωνικών Σχέσεων*. Ωστόσο στις επιμέρους μετρήσεις μόνο οι νεότεροι συμμετέχοντες (<40 ετών) διαφοροποιούνται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p=0,016$) έναντι των πιο ηλικιωμένων μελών (>50 ετών) εμφανίζοντας σαφώς μεγαλύτερες δυσκολίες στον τομέα των *Κοινωνικών Σχέσεων*.

³⁰ Εκτός της πιθανότητας εκδήλωσης συμπεριφορών κινδύνου (ΠΕΣΚ) που θα παρουσιαστεί παρακάτω σε ξεχωριστή υποενότητα.

Πίνακας 6: Η Ψυχολογική Καταπόνηση στο Π.Υ. του ΟΚΑΝΑ

	N	CORE-OM 34 (Συνολικό) ($\bar{X} \pm SD$)	Ψυχολογική	Προβλήματα			Σωματικά			Λειτουργικότητα	Γενική	Στενές Σχέσεις	Κοινωνικές
			Καταπόνηση CORE-OM (Non- Risk) ($\bar{X} \pm SD$)	Ευημερία (Well Being) ($\bar{X} \pm SD$)	Συμπτώματα (Symptoms) ($\bar{X} \pm SD$)	Άγχος (Anxiety) ($\bar{X} \pm SD$)	Κατάθλιψη (Depression) ($\bar{X} \pm SD$)	Συμπτώματα (Physical) ($\bar{X} \pm SD$)	Τραύμα (Trauma) ($\bar{X} \pm SD$)	Λειτουργικότητα (Functioning) ($\bar{X} \pm SD$)	Λειτουργικότητα (General Functioning) ($\bar{X} \pm SD$)	Στενές Σχέσεις (Close Relationships) ($\bar{X} \pm SD$)	Σχέσεις (Social Relationships) ($\bar{X} \pm SD$)
Ηλικία	96												
<40	36	1,60 ± 0,85	1,79 ± 0,87	1,85 ± 1,01	1,86 ± 0,95	1,93 ± 1,01	1,94 ± 1,14	1,65 ± 1,11	1,76 ± 1,13	1,69 ± 0,86	1,97 ± 0,99	1,68 ± 1,08	1,43* ± 1,01
40-50	37	1,54 ± 0,77	1,70 ± 0,77	1,82 ± 1,03	1,78 ± 0,85	1,63 ± 0,84	1,97 ± 1,01	1,66 ± 1,07	1,82 ± 1,24	1,58 ± 0,80	1,67 ± 0,91	1,92 ± 1,01	1,19 ± 0,93
>50	23	1,60 ± 0,61	1,77 ± 0,61	2,04 ± 0,90	1,99 ± 0,71	1,91 ± 1,03	2,09 ± 0,75	1,91 ± 1,00	2,00 ± 0,92	1,48 ± 0,58	2,09 ± 0,91	1,49 ± 0,63	0,84* ± 0,66
p (LSD p-value)		0,93	0,88	0,68	0,68	0,34	0,86	0,61	0,73	0,57	0,20	0,23	0,05 (0,016*)
Φύλο	96												
Άνδρας	83	1,57 ± 0,75	1,75 ± 0,77	1,89 ± 0,99	1,85 ± 0,84	1,78 ± 0,93	2,01 ± 0,99	1,73 ± 1,03	1,80 ± 1,12	1,61 ± 0,78	1,91 ± 0,97	1,77 ± 0,98	1,17 ± 0,92
Γυναίκα	13	1,59 ± 0,83	1,74 ± 0,84	1,88 ± 1,03	1,92 ± 0,96	2,00 ± 1,14	1,88 ± 1,11	1,62 ± 1,33	2,15 ± 1,13	1,49 ± 0,76	1,65 ± 0,79	1,44 ± 0,90	1,37 ± 0,99
p-value		0,94	0,94	1,00	0,78	0,44	0,69	0,71	0,29	0,60	0,36	0,26	0,48
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	96												
Καθόλου - Δημοτικό	32	1,63 ± 0,76	1,79 ± 0,75	2,02 ± 1,01	1,84 ± 0,85	1,89 ± 0,95	1,91 ± 1,02	1,61 ± 0,95	1,78 ± 1,18	1,68 ± 0,71	1,95 ± 0,90	1,79 ± 0,90	1,28 ± 0,90
Γυμνάσιο - Τεχν. Σχολές	30	1,55 ± 0,75	1,75 ± 0,77	1,84 ± 0,94	1,89 ± 0,85	1,78 ± 0,92	2,07 ± 1,03	1,68 ± 1,17	1,97 ± 1,08	1,59 ± 0,87	1,81 ± 1,07	1,78 ± 1,08	1,22 ± 1,01
Λύκειο - Α.Ε.Ι.	34	1,54 ± 0,79	1,71 ± 0,81	1,80 ± 1,03	1,86 ± 0,89	1,76 ± 1,01	1,99 ± 0,97	1,85 ± 1,08	1,79 ± 1,13	1,53 ± 0,76	1,88 ± 0,91	1,61 ± 0,95	1,10 ± 0,89
p (LSD p-value)		0,86	0,92	0,63	0,97	0,85	0,83	0,64	0,77	0,75	0,86	0,70	0,71
Εργασία	96												
Σταθερή	14	1,53 ± 0,85	1,71 ± 0,88	1,68 ± 1,08	1,84 ± 0,99	1,88 ± 1,09	1,88 ± 0,98	1,68 ± 1,34	1,86 ± 1,22	1,60 ± 0,89	1,66 ± 0,74	1,88 ± 1,18	1,25 ± 1,26
Περιστασιακή	20	1,74 ± 0,79	1,92 ± 0,79	2,11 ± 0,95	2,16 ± 0,90	2,16* ± 1,02	2,25 ± 1,05	1,98 ± 1,06	2,18 ± 1,14	1,60 ± 0,79	1,78 ± 1,00	1,74 ± 0,83	1,26 ± 0,91
Άνεργος/η	62	1,53 ± 0,74	1,71 ± 0,74	1,86 ± 0,98	1,77 ± 0,80	1,68* ± 0,88	1,93 ± 0,99	1,65 ± 1,00	1,73 ± 1,09	1,60 ± 0,75	1,96 ± 0,98	1,69 ± 0,97	1,16 ± 0,86
p (LSD p-value)		0,54	0,57	0,43	0,20	0,13 (0,050*)	0,42	0,48	0,31	1,00	0,49	0,81	0,89
Χρόνος Παρακολούθησης Π.Υ. (έτη)	96												
0-2	21	1,92* ± 0,72	2,13** ± 0,74	2,26 ± 0,98	2,17* ± 0,91	2,09* ± 0,96	2,30 ± 1,14	1,76 ± 1,03	2,45** ± 1,02	2,04** ± 0,65	2,37** ± 0,96	2,21* ± 0,83	1,55 ± 1,05
2-5	30	1,37* ± 0,71	1,57* ± 0,75	1,76 ± 1,04	1,64* ± 0,82	1,53* ± 1,05	1,79 ± 1,00	1,60 ± 0,92	1,62* ± 1,03	1,43* ± 0,74	1,57* ± 0,84	1,70 ± 1,00	1,04 ± 0,99
5+	45	1,55 ± 0,77	1,70** ± 0,76	1,80 ± 0,94	1,86 ± 0,83	1,87 ± 0,85	1,98 ± 0,91	1,78 ± 1,18	1,71** ± 1,15	1,50** ± 0,78	1,86** ± 0,94	1,51* ± 0,95	1,13 ± 0,79
p (LSD p-value)		0,035	0,03	0,142	0,095 (0,030*)	0,037*	0,205	0,764	0,016	0,009	0,011	0,022 (0,006*)	0,131
		(0,010*)	(0,010*)						(0,008*)	(0,007**)	(0,003*)		
			(0,034**)						(0,011**)	(0,005*)	(0,036**)		
Προηγούμενη Θεραπεία	96												
Όχι, Ποτέ	41	1,60 ± 0,72	1,77 ± 0,72	2,00 ± 0,94	1,88 ± 0,87	1,83 ± 0,95	2,00 ± 0,97	1,91 ± 1,01	1,71 ± 1,19	1,58 ± 0,68	1,98 ± 0,98	1,64 ± 0,84	1,12 ± 0,83
Ναι, σε Π.Υ.	19	1,65 ± 0,85	1,83 ± 0,88	1,92 ± 1,10	2,02 ± 0,87	1,91 ± 1,12	2,24 ± 1,01	1,68 ± 1,06	2,16 ± 0,94	1,62 ± 0,89	1,80 ± 1,09	1,74 ± 1,05	1,38 ± 1,10
Ναι, σε στενόν	36	1,51 ± 0,77	1,69 ± 0,79	1,74 ± 1,00	1,76 ± 0,84	1,74 ± 0,88	1,84 ± 1,03	1,51 ± 1,11	1,83 ± 1,13	1,61 ± 0,83	1,81 ± 0,85	1,82 ± 1,08	1,19 ± 0,95
p (LSD p-value)		0,78	0,80	0,53	0,54	0,81	0,39	0,26	0,35	0,98	0,70	0,71	0,59
Συχνότητα Χρήσης (κύρια ουσία)	95												
Καθόλου χρήση έως 6 ημέρες την εβδομάδα	10	1,41 ± 1,02	1,54 ± 1,06	1,58 ± 1,19	1,51 ± 1,20	1,38 ± 1,18	1,58 ± 1,32	1,30 ± 1,36	1,85 ± 1,42	1,56 ± 0,98	1,58 ± 0,94	1,83 ± 1,30	1,28 ± 1,33
Καθημερινά	85	1,58 ± 0,73	1,77 ± 0,74	1,90 ± 0,95	1,89 ± 0,80	1,85 ± 0,92	2,02 ± 0,95	1,76 ± 1,03	1,82 ± 1,08	1,60 ± 0,76	1,92 ± 0,96	1,71 ± 0,94	1,19 ± 0,88
p-value		0,49	0,38	0,32	0,18	0,13	0,18	0,20	0,94	0,87	0,29	0,72	0,09
Ηλικία Έναρξης Χρήσης (Κύρια Ουσία)	94												
≤18	35	1,67 ± 0,82	1,85 ± 0,83	2,03 ± 0,98	1,92 ± 0,95	1,85 ± 1,01	2,08 ± 1,13	1,79 ± 1,11	1,86 ± 1,15	1,73 ± 0,83	1,97 ± 1,05	1,88 ± 1,09	1,35 ± 1,04
19-25	40	1,49 ± 0,72	1,67 ± 0,74	1,77 ± 1,02	1,80 ± 0,78	1,81 ± 0,87	1,89 ± 0,93	1,64 ± 1,04	1,75 ± 1,17	1,51 ± 0,78	1,86 ± 0,92	1,65 ± 0,95	1,01 ± 0,77
≥26	19	1,56 ± 0,77	1,73 ± 0,78	1,84 ± 0,99	1,87 ± 0,89	1,71 ± 1,10	2,03 ± 0,97	1,76 ± 1,12	1,97 ± 1,05	1,54 ± 0,69	1,78 ± 0,83	1,61 ± 0,83	1,24 ± 0,99
p (LSD p-value)		0,59	0,61	0,51	0,84	0,88	0,71	0,82	0,77	0,45	0,76	0,49	0,28
Ηλικία Έναρξης Χρήσης (Όλες οι Ουσίες)	96												
≤15	38	1,62 ± 0,84	1,78 ± 0,83	2,00 ± 1,03	1,84 ± 0,81	1,79 ± 0,83	1,92 ± 1,00	1,82 ± 1,02	1,79 ± 1,15	1,65 ± 0,89	1,96 ± 1,03	1,70 ± 1,09	1,29 ± 1,01
16-18	42	1,52 ± 0,72	1,72 ± 0,77	1,76 ± 0,97	1,87 ± 0,93	1,77 ± 1,04	2,05 ± 1,05	1,58 ± 1,16	1,98 ± 1,11	1,57 ± 0,72	1,80 ± 0,92	1,79 ± 0,96	1,15 ± 0,91
19+	16	1,60 ± 0,70	1,75 ± 0,69	1,94 ± 0,96	1,90 ± 0,80	1,95 ± 1,03	2,00 ± 0,92	1,84 ± 0,93	1,63 ± 1,12	1,55 ± 0,66	1,91 ± 0,88	1,62 ± 0,69	1,09 ± 0,81
p (LSD p-value)		0,83	0,94	0,56	0,97	0,80	0,85	0,55	0,53	0,86	0,74	0,81	0,71
Ενέαμη Χρήση	96												
Όχι	18	1,50 ± 0,93	1,65 ± 0,96	1,89 ± 1,26	1,81 ± 1,11	1,76 ± 1,24	1,99 ± 1,21	1,58 ± 1,17	1,78 ± 1,32	1,42 ± 0,87	1,68 ± 1,08	1,54 ± 0,94	1,03 ± 1,05
Ναι	78	1,59 ± 0,72	1,77 ± 0,73	1,89 ± 0,93	1,87 ± 0,79	1,82 ± 0,88	1,99 ± 0,95	1,75 ± 1,04	1,86 ± 1,08	1,64 ± 0,75	1,93 ± 0,92	1,77 ± 0,98	1,23 ± 0,90
p-value		0,65	0,55	0,99	0,78	0,83	0,99	0,55	0,78	0,27	0,33	0,38	0,40

Στην *Εργασία* ο παράγοντας του *Άγχους* δεν φαίνεται να διαφοροποιεί τις τρεις κατηγορίες των συμμετεχόντων σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p=0,13$) αν και οι *Περιστασιακά εργαζόμενοι* έχουν έστω και οριακά στατιστικά σημαντικά περισσότερο άγχος από τους *Άνεργους* θεραπευόμενους του προγράμματος ($p=0,050$).

3.2.2 Η Πιθανότητα Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου στο Π.Υ. του ΟΚΑΝΑ.

Η πιθανότητα εκδήλωσης συμπεριφορών κινδύνου στα Π.Υ. του ΟΚΑΝΑ αποτελεί κρίσιμη πληροφορία τόσο για τους θεραπευτές όσο και για τον ίδιο τον οργανισμό γενικότερα. Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μεταβλητής για όλες τις κατηγορίες και τα χαρακτηριστικά των χρηστών της μονάδας όπου έγινε η έρευνα. Στην πρώτη στήλη δίνεται η *Πιθανότητα Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου (ΠΕΣΚ)* γενικά. Στις τρεις επόμενες ακολουθούν τα αποτελέσματα των επιμέρους κατηγοριών *Βλάβη προς Εαυτόν*, *Βλάβη προς Άλλους* και *Αυτοκτονία*.

Πίνακας 7: Η Πιθανότητα Εκδήλωσης Επικίνδυνων Συμπεριφορών

	N	ΠΕΣΚ (Συνολική) ($\bar{X} \pm SD$)	Βλάβη προς Εαυτό ($\bar{X} \pm SD$)	Βλάβη προς Άλλους ($\bar{X} \pm SD$)	Αυτοκτονία ($\bar{X} \pm SD$)
Ηλικία	96				
<40	36	0,70 ± 0,91	0,85 ± 1,16	0,47 ± 0,68	0,75 ± 1,29
40-50	37	0,76 ± 0,92	0,82 ± 1,17	0,69 ± 1,07	0,81 ± 1,06
>50	23	0,79 ± 0,74	0,76 ± 0,95	0,46 ± 0,74	1,13 ± 1,27
p (LSD p-value)		0,91	0,96	0,47	0,47
Φύλο	96				
Ανδρας	83	0,72 ± 0,86	0,80 ± 1,10	0,53 ± 0,86	0,84 ± 1,18
Γυναίκα	13	0,89 ± 0,91	0,96 ± 1,18	0,69 ± 0,90	1,00 ± 1,34
p-value		0,51	0,62	0,53	0,66
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	96				
Καθόλου - Δημοτικό	32	0,91 ± 0,90	1,11 ± 1,10	0,67 ± 0,93	0,95 ± 1,23
Γυμνάσιο - Τεχν. Σχολές	30	0,58 ± 0,84	0,58 ± 1,11	0,50 ± 0,90	0,67 ± 1,01
Λύκειο - Α.Ε.Ι.	34	0,73 ± 0,86	0,75 ± 1,08	0,49 ± 0,76	0,96 ± 1,33
p (LSD p-value)		0,32	0,16	0,63	0,56
Εργασία	96				
Σταθερή	14	0,68 ± 0,86	0,57 ± 1,09	0,54 ± 0,77	0,89 ± 1,27
Περιστασιακή	20	0,93 ± 0,91	1,28 ± 1,27	0,45 ± 0,83	1,13 ± 1,42
Άνεργος/η	62	0,70 ± 0,86	0,73 ± 1,03	0,59 ± 0,90	0,77 ± 1,11
p (LSD p-value)		0,56	0,10	0,82	0,53
Χρόνος Παρακολούθησης Π.Υ. (έτη)	96				
0-2	21	0,97* ± 0,91	1,00 ± 1,10	0,74 ± 0,96	1,17* ± 1,32
2-5	30	0,45* ± 0,66	0,55 ± 0,93	0,28 ± 0,67	0,48* ± 0,90
5+	45	0,84 ± 0,93	0,91 ± 1,21	0,64 ± 0,90	0,98 ± 1,27
p (LSD p-value)		0,063 (0,033*)	0,27	0,11	0,091 (0,045*)
Προηγούμενη Θεραπεία	96				
Όχι, Ποτέ	41	0,79 ± 0,88	0,91 ± 1,22	0,46 ± 0,76	1,01 ± 1,28
Ναι, σε Π.Υ.	19	0,81 ± 0,89	0,89 ± 1,07	0,68 ± 0,87	0,84 ± 1,16
Ναι, σε στεγνό	36	0,66 ± 0,86	0,67 ± 0,99	0,58 ± 0,97	0,71 ± 1,14
p (LSD p-value)		0,74	0,59	0,63	0,54
Συχνότητα Χρήσης (κύρια ουσία)	95				
Καθόλου χρήση έως 6 ημέρες την εβδομάδα	10	0,77 ± 0,90	0,65 ± 1,16	0,65 ± 0,75	0,95 ± 1,26
Καθημερινά	85	0,73 ± 0,86	0,82 ± 1,11	0,55 ± 0,88	0,82 ± 1,15
p-value		0,88	0,64	0,72	0,74
Ηλικία Έναρξης Χρήσης (Κύρια Ουσία)	94				
≤18	35	0,86 ± 0,93	1,11* ± 1,25	0,54 ± 0,82	0,94 ± 1,19
19-25	40	0,64 ± 0,82	0,6* ± 0,92	0,59 ± 0,91	0,74 ± 1,22
26+	19	0,79 ± 0,91	0,76 ± 1,18	0,50 ± 0,91	1,08 ± 1,20
p (LSD p-value)		0,57	0,134 (0,048*)	0,93	0,56
Ηλικία Έναρξης Χρήσης (μ.ο. ± SD) (γενικά)	96				
≤15	38	0,87 ± 1,01	0,92 ± 1,18	0,74* ± 0,96	0,95 ± 1,33
16-18	42	0,57 ± 0,66	0,61 ± 0,96	0,37* ± 0,70	0,74 ± 1,03
19+	16	0,91 ± 0,96	1,13 ± 1,26	0,59 ± 0,93	1,00 ± 1,32
p (LSD p-value)		0,22	0,22	0,158 (0,047*)	0,66
Ενέσμιμη Χρήση	96				
Όχι	18	0,77 ± 0,97	0,64 ± 1,12	0,44 ± 0,86	1,19 ± 1,46
Ναι	78	0,74 ± 0,85	0,86 ± 1,11	0,58 ± 0,86	0,79 ± 1,13
p-value		0,89	0,45	0,56	0,20

Στις τρεις επόμενες ακολουθούν τα αποτελέσματα των επιμέρους κατηγοριών *Βλάβη προς Εαυτόν*, *Βλάβη προς Άλλους* και *Αυτοκτονία*.

Παρότι κανένα δημογραφικό ή κλινικό χαρακτηριστικό των χρηστών δεν κατάφερε να διαφοροποιήσει με στατιστικά σημαντικό τρόπο μεταξύ τους όλες τις ομάδες των χρηστών ως προς κάποιον από τους παράγοντες έκθεσης του ερωτηματολογίου εντούτοις σημαντικές στατιστικές διαφορές καταγράφηκαν στις επιμέρους μετρήσεις μεταξύ μεμονωμένων ομάδων για τις μεταβλητές: *Χρόνος Παρακολούθησης Π.Υ.*, *Ηλικία Έναρξης Χρήσης (Κύρια Ουσία)* και *Ηλικία Έναρξης Χρήσης (Όλες οι Ουσίες)*.

Πιο συγκεκριμένα, τα νεότερα μέλη (0-2 έτη στο Π.Υ.) εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν μια οποιαδήποτε επικίνδυνη συμπεριφορά ($p=0,033$) ή ακόμη και να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν ($p=0,045$) έναντι των μέσου χρόνου θεραπευόμενων του προγράμματος (2-5 έτη στο Π.Υ.).

Αναλόγως, όσοι ξεκίνησαν την κύρια ουσία χρήσης (ηρωίνη) πριν την ενηλικίωσή τους (≤ 18 ετών) είναι πολύ πιθανότερο να εκδηλώσουν κάποια αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (*Βλάβη προς Εαυτό*) σε σχέση με όσους άρχισαν τη χρήση της την πρώτη μετεφηβική ηλικία (19-25 ετών) ($p=0,048$).

Από την άλλη πλευρά όσοι ξεκίνησαν γενικά την χρήση ουσιών σε πιο ευαίσθητες ηλικίες (≤ 15 ετών) φαίνεται πως είναι περισσότερο επιρρεπείς στο να εκδηλώσουν βία προκαλώντας βλάβη σε άλλους συνανθρώπους τους έναντι όσων θεραπευόμενων ξεκίνησαν τη χρήση ουσιών κατά την ύστερη εφηβεία (16-18 ετών).

3.2.3 Οι Εκτιμήσεις των Θεραπευτών του Π.Υ. για την πιθανότητα εκδήλωσης συμπεριφορών Κινδύνου των Θεραπευομένων τους (Risk Assessment Form).

Σύμφωνα με τους θεραπευτές οι παράγοντες που επιδρούν στην πιθανότητα εκδήλωσης επικίνδυνων συμπεριφορών των χρηστών μελών του Π.Υ. (βλ. Πίνακα 8) είναι η *Ηλικία*, το *Εκπαιδευτικό Επίπεδο*, ο *Χρόνος Παρακολούθησης* του Π.Υ., οι *Προηγούμενες Θεραπευτικές Προσπάθειες* και η *Ηλικία Έναρξης Χρήσης (Όλες οι Ουσίες)*.

Πίνακας 8: Εκτιμήσεις Θεραπευτών για την Πιθανότητα Εκδήλωσης Επικίνδυνων Συμπεριφορών των Θεραπευομένων τους.

Risk Assessment Form (Θεραπευτές)	N	Βλάβη προς		Παραβατικότητα ($\bar{x} \pm SD$)	
		Αυτοκτονία ($\bar{x} \pm SD$)	Εαυτό ($\bar{x} \pm SD$)		Άλλους ($\bar{x} \pm SD$)
Ηλικία	100				
<40	38	0,63 ± 0,68	1,13 ± 0,91	0,68 ± 0,74	1,11* ± 0,86
40-50	37	0,46 ± 0,56	0,92 ± 1,06	0,62 ± 0,79	0,89 ± 0,84
>50	25	0,60 ± 0,58	0,84 ± 0,62	0,48 ± 0,51	0,56* ± 0,58
p (LSD p-value)		0,44	0,41	0,54	0,033 (0,009*)
Φύλο	100				
Ανδρας	87	0,54 ± 0,59	0,92 ± 0,88	0,61 ± 0,69	0,92 ± 0,80
Γυναίκα	13	0,69 ± 0,75	1,38 ± 1,04	0,62 ± 0,87	0,69 ± 0,95
p-value		0,40	0,09	0,98	0,35
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	100				
Καθόλου - Δημοτικό	34	0,50 ± 0,62	1,00 ± 0,99	0,76 ± 0,89	1,12* ± 0,88
Γυμνάσιο - Τεχνικές Σχολές	30	0,57 ± 0,57	1,03 ± 0,96	0,60 ± 0,62	1,00** ± 0,83
Λύκειο - Α.Ε.Ι.	36	0,61 ± 0,65	0,92 ± 0,81	0,47 ± 0,56	0,58*,** ± 0,65
p (LSD p-value)		0,75	0,87	0,23	0,014 (0,006*)(0,035**)
Εργασία	100				
Σταθερή	14	0,57 ± 0,51	1,00 ± 0,88	0,71 ± 0,73	0,71 ± 0,91
Περιστασιακή	21	0,48 ± 0,60	0,90 ± 0,83	0,62 ± 0,81	0,86 ± 0,91
Άνεργος/η	65	0,58 ± 0,64	1,00 ± 0,95	0,58 ± 0,68	0,94 ± 0,77
p (LSD p-value)		0,78	0,92	0,83	0,64
Χρόνος Παρακολούθησης Π.Υ. (έτη)	100				
0-2	22	0,73 ± 0,55	1,18 ± 0,73	0,86* ± 0,77	1,09 ± 0,81
2-5	31	0,52 ± 0,63	0,97 ± 0,98	0,68 ± 0,79	0,87 ± 0,85
5+	47	0,51 ± 0,62	0,89 ± 0,94	0,45* ± 0,58	0,81 ± 0,80
p (LSD p-value)		0,35	0,47	0,06 (0,023*)	0,41
Προηγούμενη Θεραπεία	100				
Όχι, Ποτέ	41	0,61 ± 0,67	0,93 ± 0,93	0,44* ± 0,55	0,66*,** ± 0,69
Ναι, σε Π.Υ.	21	0,52 ± 0,60	1,05 ± 0,92	0,67 ± 0,80	1,10* ± 0,89
Ναι, σε στεγνό	38	0,53 ± 0,56	1,00 ± 0,90	0,76* ± 0,79	1,03** ± 0,85
p (LSD p-value)		0,80	0,87	0,117 (0,043*)	0,056 (0,045*)(0,044**)
Συχνότητα Χρήσης (κύρια ουσία)	99				
Καθόλου χρήση έως 6 ημέρες την εβδομάδα	12	0,58 ± 0,52	0,92 ± 0,90	0,58 ± 0,67	1,00 ± 0,74
Καθημερινά	87	0,55 ± 0,62	0,99 ± 0,92	0,61 ± 0,72	0,87 ± 0,83
p-value		0,87	0,80	0,91	0,62
Ηλικία Έναρξης Χρήσης (Κύρια Ουσία)	98				
≤18	35	0,66 ± 0,59	1,11 ± 0,99	0,77 ± 0,81	1,03 ± 0,92
19-25	42	0,48 ± 0,59	0,88 ± 0,86	0,55 ± 0,67	0,83 ± 0,76
26+	21	0,52 ± 0,60	0,95 ± 0,87	0,48 ± 0,60	0,76 ± 0,77
p (LSD p-value)		0,41	0,53	0,24	0,43
Ηλικία Έναρξης Χρήσης (μ.ο. ± SD) (γενικά)	100				
≤15	41	0,59 ± 0,63	1,00 ± 1,03	0,78* ± 0,76	1,00 ± 0,87
16-18	43	0,51 ± 0,59	0,98 ± 0,83	0,53 ± 0,67	0,86 ± 0,80
19+	16	0,63 ± 0,62	0,94 ± 0,85	0,38* ± 0,62	0,69 ± 0,70
p (LSD p-value)		0,77	0,97	0,099 (0,052*)	0,41
Ενέσμη Χρήση	100				
Όχι	19	0,68 ± 0,67	1,05 ± 1,03	0,58 ± 0,69	0,84 ± 0,77
Ναι	81	0,53 ± 0,59	0,96 ± 0,89	0,62 ± 0,72	0,90 ± 0,83
p-value		0,33	0,70	0,83	0,78

συμπεριφορών των χρηστών μελών του Π.Υ. (βλ. Πίνακα 8) είναι η *Ηλικία*, το *Εκπαιδευτικό Επίπεδο*, ο *Χρόνος Παρακολούθησης* του Π.Υ., οι *Προηγούμενες Θεραπευτικές Προσπάθειες* και η *Ηλικία Έναρξης Χρήσης (Όλες οι Ουσίες)*.

Έτσι, οι θεραπευτές, αν και δεν διαφοροποιούν μεταξύ τους τις τρεις ηλικιακές κατηγορίες των μελών του προγράμματος (*Ηλικία*) για την μεταβλητή της *Παραβατικότητας*, εκτιμούν ωστόσο ότι οι μικρότεροι σε ηλικία θεραπευόμενοι (<40 ετών) είναι πολύ πιθανότερο να εκδηλώσουν παραβατική συμπεριφορά σε σχέση με τους θεραπευόμενους που έχουν υπερβεί το πεντηκοστό έτος της ηλικίας τους (>50 ετών) (p=0,009).

Για τον ίδιο παράγοντα έκθεσης (*Παραβατικότητα*) στο *Εκπαιδευτικό Επίπεδο* διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά και οι τρεις κατηγορίες (p=0,014) με επίκεντρο τα μέλη που έχουν λάβει ανώτερη μόρφωση (Λύκειο – Α.Ε.Ι.). Σε σχέση με αυτούς, τόσο οι θεραπευόμενοι που δεν έχουν λάβει καθόλου μόρφωση ή έχουν τελειώσει το δημοτικό (Καθόλου – Δημοτικό) (p=0,006) όσο και οι μέσου μορφωτικού επιπέδου συμμετέχοντες (Γυμνάσιο – Τεχνικές Σχολές) (p=0,035) έχουν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν κάποια παραβατική συμπεριφορά, σύμφωνα πάντα με την γνώμη των θεραπευτών τους.

Υψηλότερη πιθανότητα εκδήλωσης παραβατικής συμπεριφοράς έχουν, σε σχέση με όσους για πρώτη φορά παρακολουθούν θεραπευτικό πρόγραμμα (Όχι, Ποτέ), όσοι ξαναπροσπάθησαν στο παρελθόν χωρίς επιτυχία ασχέτως αν οι παλαιότερες προσπάθειες (Προηγούμενη Θεραπεία) αφορούσαν συμμετοχή σε Πρόγραμμα Υποκατάστασης (Ναι, σε Π.Υ.) (p=0,045) ή σε Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα (Ναι, σε στεγνό) (p=0,044).

Μάλιστα οι ίδιοι θεραπευόμενοι έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερη

πιθανότητα να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά προς τρίτους (Βλάβη προς Άλλους) σε σχέση με εκείνους που παλιότερα είχαν παρακολουθήσει Στεγνό Πρόγραμμα (Ναι, σε στεγνό) ($p=0,043$).

Τέλος, μικρότερη πιθανότητα να προβούν σε συμπεριφορές που θα προξενήσουν Βλάβη σε Άλλους έχουν οι παλαιότεροι θεραπευόμενοι του προγράμματος (5+ έτη στο Π.Υ.) (Χρόνος Παρακολούθησης Π.Υ.) σε σχέση με τα νεότερα μέλη (0-2 έτη στο Π.Υ.) ($p=0,023$), όπως και όσοι ξεκίνησαν τη χρήση ουσιών (Ηλικία Έναρξης Χρήσης – Όλες οι Ουσίες) σε ηλικία μεγαλύτερη των 19 ετών σε σχέση με όσους άρχισαν σε ηλικία μικρότερη ή ίση των 15 ετών ($p=0,052$).

Η καταγραφή των εκτιμήσεων των θεραπειών παρείχε την δυνατότητα διερεύνησης των πιθανών συσχετίσεων τους με το σύνολο των παραγόντων και υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου όπως συμπληρώθηκαν από τα μέλη του προγράμματος. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους Πίνακες 9 και 10.

Ειδικότερα, στον Πίνακα 9, φαίνεται ότι όλες οι εννοιολογικές κατασκευές του ερωτηματολογίου CORE-OM 34 (συμπεριλαμβανομένων και των ΠΕΣΚ βλ. Πίνακα 10) συσχετίζονται με την πιθανότητα Βλάβης προς Εαυτόν, όπως εκτιμάται από τους θεραπευτές, με εξαίρεση να αποτελεί μόνο η υποκατηγορία της Γενικής Λειτουργικότητας. Η τελευταία μάλιστα δεν συσχετίζεται με καμία συμπεριφορά κινδύνου στο RAF³¹.

Αντίθετα, με την Πιθανότητα και των τεσσάρων ειδών Επικίνδυνων Συμπεριφορών – όπως τις εκτίμησαν οι θεραπευτές – συσχετίζεται το σύνολο των ερωτήσεων (CORE-OM 34), η Ψυχολογική Καταπόνηση (CORE-OM χωρίς ΠΕΣΚ), η Λειτουργικότητα και η υποκατηγορία της Κοινωνικές Σχέσεις. Οι ίδιοι παράγοντες είναι και οι μόνοι που συσχετίζονται έστω και οριακά με την Πιθανότητα Βλάβης προς Άλλους.

Η Παραβατικότητα (RAF) συσχετίζεται με όλα τα είδη προβλημάτων εκτός από δύο ψυχοπαθολογικές κατηγορίες συμπτωμάτων (Κατάθλιψη & Σωματικά Συμπτώματα) και φυσικά την Γενική Λειτουργικότητα. Την ίδια στιγμή που τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα ως συνολικός παράγοντας (Προβλήματα-Συμπτώματα) και όλες οι κατηγοριοποιήσεις τους συσχετίζονται με την πιθανότητα εκδήλωσης και των δύο ειδών αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς κατά την εκτίμηση των θεραπειών (Αυτοκτονία & Βλάβη προς Εαυτόν)

Πίνακας 10: Συσχετίσεις της Πιθανότητας Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου (CORE-OM) των μελών της Θ.Μ.Υ. «Αττικών» με τις αντίστοιχες εκτιμήσεις των θεραπειών τους (RAF).

Εκτιμήσεις Θεραπευτών (RAF)	Βλάβη προς			
	Αυτοκτονία	Εαυτόν	Άλλους	Παραβατικό τητα
CORE-OM (ΠΕΣΚ)				
ΠΕΣΚ (Συνολικό)	35**	48**	39**	36**
Αυτοκτονία	37**	43**	34**	27**
Βλάβη προς Εαυτό	24*	36**	28**	29**
Βλάβη προς Άλλους	22*	31**	33**	34**

*. Επίπεδο σημαντικότητας συσχετίσεων: 0,05.

**.. Επίπεδο σημαντικότητας συσχετίσεων: 0,01.

Συσχετίσεις $\geq 0,30$ επισημαίνονται με έντονη γραφή.

Στον Πίνακα 10 δίνονται οι συσχετίσεις της Πιθανότητας Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου όπως αυτή εκφράζεται από τα μέλη του Π.Υ. για το εκάστοτε είδος συμπεριφοράς με την πιθανότητα που οι θεραπευτές τους εκτιμούν ότι έχουν να εκδηλώσουν τις εν λόγω συμπεριφορές και την Παραβατικότητα

³¹ Εννοώντας με τιμή $\geq 0,30$ στο επιθυμητό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας συσχετίσεων: 0,01.

(RAF). Εδώ, ο γενικός παράγοντας της ΠΕΣΚ αποτέλεσε την μόνη μεταβλητή που συσχετίστηκε με την Πιθανότητα εκδήλωσης και των 4 ειδών Επικίνδυνης Συμπεριφοράς που ζητήθηκε να εκτιμήσουν οι θεραπευτές. Αντίθετα, η *Βλάβη προς Εαυτό* που ανέφεραν οι θεραπευόμενοι συσχετίστηκε μόνο με την ίδια στις αντίστοιχες εκτιμήσεις των θεραπειών τους. Η δε *Αυτοκτονία* (ΠΕΣΚ) συσχετίστηκε καλύτερα με την *Βλάβη προς Εαυτόν* από ότι με την αντίστοιχη της στις εκτιμήσεις των θεραπειών. Τέλος, η πιθανότητα *Αυτοκτονίας* που εκτίμησαν οι θεραπευτές συσχετίστηκε μόνο με την γενική ΠΕΣΚ και την *Αυτοκτονία* που ανέφεραν οι θεραπευόμενοι ενώ αντιστοίχως η *Παραβατικότητα* (RAF) δεν συσχετίστηκε με κανένα είδος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (*Αυτοκτονία & Βλάβη προς Εαυτόν*) αλλά και εκείνο με την γενική ΠΕΣΚ και σχεδόν στον ίδιο βαθμό με την πιθανότητα *Βλάβης προς Άλλους* όπως την εξέφρασαν τα μέλη του προγράμματος.

Επιχειρώντας λοιπόν να διερευνήσουμε την ύπαρξη και το μέγεθος της συμφωνίας των απαντήσεων θεραπειών και των μελών του Π.Υ. σχετικά με την πιθανότητα εκδήλωσης επικίνδυνων συμπεριφορών προχωρήσαμε στην σύγκριση των ερωτήσεων του RAF με τις κρίσιμες υποκλίμακες της ΠΕΣΚ. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

Πίνακας 11: Ποσοστά συμφωνίας των μελών του Π.Υ. με τις εκτιμήσεις των θεραπειών τους για Πιθανότητα Εκδήλωσης Επικίνδυνων Συμπεριφορών. Σύγκριση RAF vs ΠΕΣΚ.

Εκτιμήσεις Θεραπευτών (RAF)	Απαντήσεις Μελών Π.Υ. CORE-OM (ΠΕΣΚ)		Αυτοκτονία (προτάσεις 16,24)		Βλάβη προς Εαυτόν (προτάσεις 9,34)		Βλάβη προς Άλλους (προτάσεις 6,22)	
	ΌΧΙ	ΝΑΙ	ΌΧΙ	ΝΑΙ	ΌΧΙ	ΝΑΙ	ΌΧΙ	ΝΑΙ
Αυτοκτονία	ΌΧΙ	35 (71,4)¹	14 (28,6) ¹					
	ΝΑΙ	17 (36,2) ¹	30 (63,8)¹					
Βλάβη προς Εαυτόν	ΌΧΙ			25 (75,8)²	8 (24,2) ²			
	ΝΑΙ			26 (41,2) ²	37 (58,7)²			
Βλάβη προς Άλλους	ΌΧΙ					35 (70,0)³	15 (30,0) ³	
	ΝΑΙ					23 (50,0) ³	23 (50,0)³	
Παραβατικότητα	ΌΧΙ			25 (69,4)⁵	11 (30,6) ⁵	28 (77,8)⁴	8 (22,2) ⁴	
	ΝΑΙ			26 (43,3) ⁵	34 (56,6)⁵	30 (50,0) ⁴	30 (50,0)⁴	

1. $X^2=12,012$ BE=1 p=0,001 (Pearson Chi-Square, 2-sided)

2. $X^2=10,565$ BE=2 p=0,005 (Pearson Chi-Square, 2-sided)

3. $X^2=4,007$ BE=1 p=0,060 (Fisher exact test, 2-sided)

4. $X^2=7,949$ BE=2 p=0,019 (Pearson Chi-Square, 2-sided)

5. $X^2=6,516$ BE=2 p=0,038 (Pearson Chi-Square, 2-sided)

απαντήσεων των τιμών *Σπάνια*, *Μερικές φορές*, *Συχνά* και *Τον περισσότερο καιρό* ή *συνέχεια*.

Το μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας βρέθηκε μεταξύ της *Παραβατικότητας* και της *Βλάβης προς Άλλους* όπου το 77,8% (v=28) των εκτιμήσεων των θεραπειών, για τη μη ύπαρξη πιθανότητας παραβατικής συμπεριφοράς, συμφωνούσε με τις απαντήσεις των μελών του Π.Υ. ότι δεν έχουν εκδηλώσει συμπεριφορά *Βλάβης προς Άλλους* ($X^2=7,949$ BE=2 p=0,019). Στην αντίθετη περίπτωση μόνο το 50% (v=30) των εκτιμήσεων των θεραπειών συμφώνησαν με τις απαντήσεις των θεραπευόμενων που εκδήλωσαν έστω και σπάνια κάποια βίαιη συμπεριφορά. Θεραπευτές και θεραπευόμενοι στη σύγκριση της ίδιας συμπεριφοράς, της πιθανότητας *Βλάβης προς Άλλους*, παρουσίασαν παρόμοια αποτελέσματα με το 70% (v=35) των εκτιμήσεων των θεραπειών να συμπίπτει με την μη ύπαρξη της πιθανότητας σύμφωνα με τις απαντήσεις των μελών του Π.Υ. ($X^2=4,007$ BE=1 p=0,060) ενώ για την ύπαρξη συμπεριφορών *Βλάβης προς Άλλους* συμφώνησαν και πάλι στο 50% (v=23) των εκτιμήσεών τους με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Για την πιθανότητα των συμμετεχόντων να προβούν σε συμπεριφορές βλαπτικές προς τον εαυτό τους (*Βλάβη προς Εαυτόν*) το 75,8% (v=25) των εκτιμήσεων των θεραπειών συμφωνεί με τις απαντήσεις τους για τη μη ύπαρξη μιας τέτοιας πιθανότητας ($X^2=10,565$ BE=2 p=0,005) με το επίπεδο συμφωνίας να κυμαίνεται 58,7% (v=37) για την περίπτωση ύπαρξης πιθανότητας βλάβης προς εαυτόν. Στην κρίσιμη ερώτηση της *Αυτοκτονίας* οι θεραπευτές σε ποσοστό 71,4% (v=35) ήταν σωστοί στις εκτιμήσεις τους για τη μη ύπαρξη ενώ για την ύπαρξη της πιθανότητας η συμφωνία των εκτιμήσεων τους με τις απαντήσεις των μελών ανήλθε στο ποσοστό του 63,8% (v=30) ($X^2=12,012$ BE=1 p=0,001).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της ανά χείρας μελέτης ήταν η εισαγωγή και χρήση μιας εμπειρικά τεκμηριωμένης μεθόδου αξιολόγησης της ψυχολογικής καταπόνησης και της πιθανότητας εκδήλωσης συμπεριφορών κινδύνου (CORE-OM 34) στο εγχώριο πεδίο αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτήσεων. Μελετώντας το εν λόγω εργαλείο σε ένα δυσπρόσιτο κλινικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού εγείραμε έξι βασικά ερωτήματα. Τα δύο πρώτα αφορούσαν την περιγραφή της ψυχολογικής καταπόνησης και την αποτύπωση της συμπεριφοράς του CORE-OM σε σχέση με τις ιδιαίτερες κοινωνικές και κλινικές συνθήκες των θεραπευομένων του ΟΚΑΝΑ. Τα άλλα τέσσερα εστιάστηκαν – λίγο ως πολύ – στην ανίχνευση της πιθανότητας εκδήλωσης συμπεριφορών κινδύνου των συμμετεχόντων στην έρευνα – μελών της Θ.Μ.Υ. «Αττικών» – μέσα από τις δικές τους απαντήσεις αλλά και τις εκτιμήσεις των θεραπευτών τους για το ίδιο ζήτημα.

Στην έρευνα εντάχθηκαν 100 θεραπευόμενοι του ΟΚΑΝΑ, ελληνικής υπηκοότητας, με μέσο όρο ηλικίας τα 43,7 έτη εκ των οποίων το 13% ήταν γυναίκες. Όλοι λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης με χορήγηση της ουσίας Βουπρενορφίνη. Αντιπροσωπεύουν το σύνολο των εκπαιδευτικών βαθμίδων και παρά το γεγονός ότι είναι άνεργοι σε ποσοστό 65% έχουν σταθερή στέγη (94%) διαμένοντας κυρίως με τους γονείς τους (62) ή/και κάποιο άλλο συγγενικό πρόσωπο (24) εκτός από 13 που δηλώνουν ότι μένουν μόνοι.

Πρόκειται για εξαρτημένους πρώην χρήστες τοξικών ουσιών που ως κύρια ουσία χρήσης ελάμβαναν την ηρωίνη (97%) ως επί το πλείστον σε καθημερινή βάση (87,9%). Για το 41% εξ αυτών η πρώτη επαφή γενικά με τις ουσίες ήρθε σε ηλικία ≤ 15 ετών ενώ το 35,7% δοκίμασε για πρώτη φορά ηρωίνη πριν τη ηλικία των 18. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (81%) υπήρξαν X.E.N. με μέσο χρόνο παρακολούθησης του Π.Υ. τα 4,24 έτη και με το 47% να ξεπερνά τα 5 έτη στο πρόγραμμα. Το 41% συμμετέχει για πρώτη φορά σε εξειδικευμένο πρόγραμμα θεραπείας για τα ναρκωτικά ενώ το 38% έχει ξαναπροσπαθήσει σε στεγνό πρόγραμμα και το 21% επανήλθε από παλιότερη προσπάθεια σε Π.Υ..

4.1 Δυνατά σημεία και περιορισμοί της έρευνας

Στο σημείο αυτό θεωρούμε επωφελέστερο η προσέγγιση και περαιτέρω συζήτηση των αποτελεσμάτων να γίνει εντός του νοητικού πλαισίου που διαμορφώνεται από την προγενέστερη γνώση των περιορισμών και δυνατών σημείων της έρευνας.

Οι εγγενείς περιορισμοί της Συγχρονικής Έρευνας είναι φυσικό να επηρεάζουν και την παρούσα μελέτη. Ο κυριότερος αφορά στην αποτύπωση μίας και μόνο στιγμής της θεραπευτικής πορείας των συμμετεχόντων και στην αδυναμία να παρακολουθήσουμε κλινικές αλλαγές με ένα εργαλείο που έχει ήδη αποδειχθεί ότι το κάνει επιτυχημένα (Tarescavage & Ben-Porath, 2014, σ. 813). Εντούτοις η διερεύνηση της δυνατότητας χρήσης του CORE-OM (feasibility study) για πρώτη φορά στο εγχώριο πεδίο των εξαρτήσεων και μάλιστα στο δύσκολο χώρο της θεραπείας υποκατάστασης αποτελεί σημαντικότερο πλεονέκτημα της.

Παρά τον διευρυμένο γεωγραφικό ορίζοντα παροχής υπηρεσιών των Μ.Ο.Θ.Ε. (βλ. υποσημείωση 10 - ενότητα 2.2) η προέλευση της μεγαλύτερης πλειοψηφίας των συμμετεχόντων από τα δυτικά προάστεια της Αττικής όπου εδρεύει η μονάδα και η μη τυχαιοποίηση του δείγματος μεταξύ των μονάδων του ΟΚΑΝΑ επιβάλλει τοπικούς και πληθυσμιακούς περιορισμούς στην γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επίσης, όπως επισημαίνουν οι Alves et al. (2016), έρευνες με μικρό ποσοστό συμμετοχής γυναικών (13% στην παρούσα) πρέπει να οδηγούνται σε προσεκτικότερες γενικεύσεις των ερμηνειών τους σε σχέση με τον παράγοντα φύλο.

Όμως και οι κλινικές συνθήκες προσδίδουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στο δείγμα. Η ηρωίνη ως αποκλειστική ουσία χρήσης (97%) του δείγματος επιτρέπει τη γενίκευση μόνο για εξαρτημένους από οπιούχες ή οπιοειδείς ναρκωτικές ουσίες που λαμβάνουν υποκατάσταση με βουπρενορφίνη αποκλείοντας τα μέλη των μονάδων μεθαδόνης. Ωστόσο, η προσέλκυση ενός επαρκούς αριθμού ($n=100$) μέσης ηλικίας μακροχρόνιων χρηστών οπιούχων ναρκωτικών με ικανό χρόνο παραμονής στο Π.Υ. ταξινομείται στα δυνατά σημεία ενός σχεδιασμού που αν διευρύνονταν θα υπερέβαινε τους πόρους και τους σκοπούς της έρευνας.

Στα θετικά του ερευνητικού σχεδιασμού προστίθεται το υψηλό (71%) ποσοστό απαντητικότητας για έναν δύσκολο στην προσέγγιση και στο χειρισμό πληθυσμό, μίας μόνο μονάδας του οργανισμού και υπό τις πραγματικές συνθήκες της καθ' ημέραν κλινικής πράξης. Η συνάρθρωση της διαδικασίας συλλογής δεδομένων με την καθημερινή λειτουργία της μονάδας όχι μόνο δεν παρεμπόδισε τις διοικητικές και θεραπευτικές εργασίες του προσωπικού αλλά ενέταξε σ' αυτήν τρεις πολύ έμπειρους θεραπευτές αυξάνοντας την αξιοπιστία της και δίνοντας την δέουσα προσοχή στις εκτιμήσεις τους που συχνά παραβλέπονται, δεν βρίσκεται τρόπος να καταγραφούν ή αποσιωπώνται. Βέβαια, καμία επιλογή δεν είναι ελεύθερη περιορισμών αφού το αυξημένο επίπεδο αυθορμητισμού και αυθεντικότητας των απαντήσεων που υποθέσαμε στο κεφάλαιο της μεθόδου (βλ. ενότητα [2.5.1 Τεχνικές Αποφυγής Μεροληψίας](#)) επηρεάζεται και από τη στάση του θεραπευόμενου απέναντι στον θεραπευτή του. Έτσι, ακόμη και εντός μιας ισχυρής θεραπευτικής σχέσης μπορούν να υπάρξουν αλλοιωμένες απαντήσεις αν για παράδειγμα ο θεραπευόμενος που διανύει μια δύσκολη περίοδο για να μην απογοητεύσει τον θεραπευτή του δώσει «καλύτερες» απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο. Την ίδια στιγμή το ποσοστό αρνήσεων (22%) θα μπορούσε να ήταν μεγαλύτερο αν η συμπλήρωση του εργαλείου γινόταν σε διαφορετικό χώρο και χωρίς την παρουσία του θεραπευτή που εκτός των άλλων αντιπροσωπεύει τον οργανισμό και αποκλειστικό πάροχο της πολύτιμης για τον ασθενή φαρμακευτικής ουσίας.

Από την πλευρά τους, οι θεραπευτές δέχτηκαν να συμπληρώσουν το R.A.F. χωρίς να έχουν εικόνα των απαντήσεων που έδωσε ο κάθε θεραπευόμενος στο CORE-OM ώστε να μειωθεί η πιθανότητα ηθελημένης ταύτισης με το ερωτηματολόγιο και να διασφαλιστεί η αποτύπωση της «καθαρής» εκτίμησης τους για κάθε συμμετέχοντα. Ωστόσο και μόνη η γνώση ότι το ερωτηματολόγιο που χορηγούσαν στους θεραπευόμενους τους εμπεριέχει ανάλογες ερωτήσεις ή παράγοντες όπως η ΠΕΣΚ μπορεί να λειτούργησε ανασταλτικά στην απόδοση της δικής τους αυθόρμητης άποψης. Μια καλύτερη τεχνική που δεν έγινε δυνατό να αναπαραχθεί στην παρούσα μελέτη περιγράφεται στην έρευνα των Bedford et al. (2011, σ. 245). Εκεί οι κλινικοί επιστήμονες συμπλήρωσαν το RAF χωρίς να γνωρίζουν ότι θα χορηγηθούν ερωτηματολόγια στους θεραπευόμενους της δομής τους. Με αυτό τον τρόπο θα δίνονταν η δυνατότητα σύγκρισης του δείγματος των συμμετεχόντων με όσους δεν πήραν μέρος στην έρευνα αλλά και η διερεύνηση της επικινδυνότητας που αποδίδεται σ' αυτούς από τους θεραπευτές τους.

Η συμπλήρωση του ΔΑΘ/TDI έχει σκοπό την συλλογή έγκυρων στοιχείων συγκρίσιμων τόσο διαχρονικά όσο και διακρατικά (βλ. ενότητα 2.4.3. σελ. 11). Όμως, η χρήση των ΔΑΘ/TDI συμμετεχόντων που εισήχθησαν στη μονάδα το 2012 ή αργότερα και σίγουρα για διάστημα μεγαλύτερο των δύο ετών πριν την ημέρα της έρευνας έγειρε εύλογα ερωτήματα σχετικά με την ακρίβεια των στοιχείων που δόθηκαν και αφορούν κυρίως δημογραφικές μεταβλητές. Παρά την προσπάθεια ελέγχου και επικαιροποίησης τους από τους θεραπευτές και τον ερευνητή είναι πιθανό κάποια στοιχεία να μην ανταποκρίνονται στη σημερινή πραγματικότητα των μελών του Π.Υ.. Από αυτές τις μεταβλητές η *Διαμονή* δεν συμπεριλήφθηκε στις αναλύσεις εξαιτίας των επικαλυπτόμενων απαντήσεων εφόσον καταγράφονται όλες οι ισχύουσες για κάθε ερωτώμενο. Η αποκλειστικότητα των απαντήσεων σε μία τιμή που περιέγραφε σχεδόν το σύνολο του δείγματος για τις μεταβλητές *Εθνικότητα* (100% ελληνική), *Στέγη* (94% σταθερή στέγη), *Φύλο* (87% άνδρες), *Κύρια Ουσία Χρήσης* (97% ηρωίνη), *Συχνότητα Χρήσης Κύριας Ουσίας* (87,9% Καθημερινά) δεν επέτρεψε την δημιουργία ομάδων με επαρκή αριθμό συμμετεχόντων για περαιτέρω στατιστικές συγκρίσεις. Ενώ άλλες μεταβλητές δεν έγινε δυνατό να χρησιμοποιηθούν (π.χ. ΔΕΜΑ) λόγω απουσίας τους από τις παλαιότερες εκδόσεις του ερωτηματολογίου. Εντούτοις η χρήση του ΔΑΘ/TDI αποτέλεσε δυνατό σημείο της έρευνας διότι ως διεθνές και διακρατικό εργαλείο δίνει τη δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων με άλλες έρευνες, σε διαφορετικά πλαίσια (π.χ. στεγνά προγράμματα), με ήδη υπάρχουσες ή μελλοντικές έρευνες εξαρτησιολογίας τόσο στο εγχώριο όσο και στο διεθνές ευρωπαϊκό περιβάλλον.

Ομοίως αποτιμάται και η χρήση του CORE-OM ως ενός έγκυρου, αξιόπιστου και διεθνώς αναγνωρισμένου εργαλείου μέτρησης της ψυχικής καταπόνησης και της πιθανότητας εκδήλωσης επικίνδυνων συμπεριφορών. Ειδικότερα για την επικινδυνότητα η ισχύς του παράγοντα ΠΕΣΚ που πήρε την τιμή 0,83 για τον δείκτη α του Cronbach αποτελεί την καλύτερη μεταξύ των τελευταίων δημοσιευμένων μελετών (βλ. Πίνακα 3) αλλά και παλαιότερων που μελέτησαν κλινικά δείγματα δευτεροβάθμιων ψυχιατρικών δομών

(Barkham et al., 2005b) με πολλαπλάσιους αριθμούς συμμετεχόντων. Είναι χαρακτηριστικό ότι την ίδια ισχύ $\alpha=0,83$ είχε μόνο η μελέτη της Ιαπωνικής προσαρμογής του CORE-OM (Uji, Sakamoto, Adachi, & Kitamura, 2012, σ. 603) με εξεταζόμενο δείγμα 1299 ατόμων για τον εν λόγω παράγοντα. Μία εξήγηση αφορά την εμπειρία των μελών του Π.Υ. σε συμπεριφορές κινδύνου κατά το παρελθόν της χρήσης. Γνωρίζοντας περί τίνος επρόκειτο σπάνια τους ξένισε η παρουσία τέτοιων ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο ή ζήτησαν περισσότερες διευκρινήσεις κατά την συμπλήρωσή τους. Ήσαν έτσι τον περιστασιακό και αντιδραστικό χαρακτήρα που είχαν οι ερωτήσεις αυτές για συμμετέχοντες άλλων κλινικών ή μη δειγμάτων (Evans et al., 2002; Uji et al., 2012).

Σύμφωνα με τους Barkham et al. (2005b, σ. 241) όλες οι υποκλίμακες του CORE-OM εντάχθηκαν στο ερωτηματολόγιο ως εννοιολογικές κατασκευές (διαστάσεις) που προσπαθούν να αποδώσουν την εμπειρία του ασθενή συναπαρτίζοντας ταυτόχρονα τους τέσσερις βασικούς παράγοντες του ερωτηματολογίου. Εντούτοις, οι σημαντικές κλινικές πληροφορίες που μπορούν να προσφέρουν όπως και το σθένος που παρουσιάζουν ως υποκλίμακες στους ανά μελέτη ελέγχους της εσωτερικής τους συνέπειας ωθούν συχνά τους ερευνητές – όπως και εδώ – να τις χρησιμοποιούν ως καθαυτό παραγοντοποιημένες μεταβλητές.

Η διερεύνηση της *Παραβατικότητας* κρίνεται πολύ σημαντική καθώς σπάνια απασχολεί την έρευνα εντός των Π.Υ.. Παρά το γεγονός όμως ότι συλλέχθηκαν οι εκτιμήσεις των θεραπειών για την πιθανή παραβατικότητα των συμμετεχόντων, το CORE-OM δεν περιλαμβάνει αντίστοιχες ερωτήσεις. Επίσης, όπως οι Gossop, Marsden, Stewart, και Kidd (2003, σ. 298) παρατηρούν, τα αποτελέσματα των ερευνών ποινικού μητρώου πάντοτε υποτιμούν την πραγματική παραβατικότητα των εξαρτημένων με τις ερωτήσεις αυτοαναφοράς να είναι τελικά ο μόνος δόκιμος και ακριβής τρόπος διερεύνησης της πιθανής Παραβατικότητας.

Σχετικά με την χρήση των αποτελεσμάτων, η απουσία άλλων ερευνών, προσαρμοσμένων τιμών και κλινικών δεικτών για το CORE-OM στο ελληνικό δείγμα μεταθέτει μάλλον στο προσεχές μέλλον την συγκρισιμότητα των στοιχείων αν και σε επίπεδο μονάδας η διατήρηση του ερευνητικού υλικού στο φάκελο ασθενούς προσέφερε χρήσιμα κλινικά δεδομένα για την ενίσχυση του θεραπευτικού της έργου.

4.2 Συζήτηση – Συμπεράσματα – Ερμηνεία των Αποτελεσμάτων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δημιουργούν ένα γενικό αίσθημα αισιοδοξίας για την μέχρι τώρα πορεία και το μέλλον της θεραπείας υποκατάστασης στην Ελλάδα. Πράγματι, σε αντίθεση με την αρχική μας υπόθεση ότι θα συναντούσαμε ένα πολύ επιβαρυσμένο κλινικό δείγμα του πληθυσμού, τα μέλη της Θ.Μ.Υ. «Αττικόν» δείχνουν ότι βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο αποκατάστασης έχοντας κατορθώσει να διατηρήσουν επί μακρόν τα «κεκτημένα» της θεραπευτικής τους προσπάθειας. Τα στοιχεία της *Ενέσιμης Χρήσης* είναι ενδεικτικά. Ο κρίσιμος για την βαρύτητα της χρήσης παράγοντας έκθεσης δεν κατάφερε να επιδράσει στατιστικά σημαντικά σε καμία μεταβλητή μέτρησης διαφοροποιώντας τους XEN από τους υπόλοιπους χρήστες. Το εύρημα αυτό οφείλεται αφενός στην ώριμη ηλικία των θεραπευομένων (μ.ο.=43,7 έτη) που συμβάλλει στην ελάττωση επικίνδυνων συμπεριφορών χρήσης (Hogyniak et al., 2013) και αφετέρου στον ικανό χρόνο παραμονής στο Π.Υ. (μ.ο.=4,24 έτη) που βελτιώνει την υγεία των ασθενών είτε μέσω παύσης της ενδοφλέβιας χρήσης (Gowing, Farrell, Bornemann, Sullivan, & Ali, 2008; Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2009), είτε με την μείωση της ακόμη και αν παραταθεί η παύση της (Kimber et al., 2010).

Εάν για παράδειγμα – ελλείψει εγχώριων δεδομένων – χρησιμοποιούσαμε έγκυρους δημοσιευμένους κλινικούς δείκτες για τον βρετανικό πληθυσμό (Barkham et al., 2005b, σ. 240) οι συμμετέχοντες θα αποτελούσαν ένα ελαφρύ έως μέσης βαρύτητας κλινικό δείγμα τοποθετούμενο σαφώς πάνω από το σημείο τομής φυσιολογικού/κλινικού πληθυσμού αλλά πολύ χαμηλότερα τόσο από το σημείο τομής των βαρέως ψυχικά πασχόντων όσο και από τους μέσους όρους των ασθενών δευτεροβάθμιων ψυχιατρικών δομών (βλ. Πίνακα 4). Το ίδιο συμβαίνει με το *Υποκειμενικό Αίσθημα Ευημερίας* ($1,89\pm 0,99$) και τα *Προβλήματα - Συμπτώματα* ($1,86\pm 0,86$) που βρέθηκαν να έχουν τις υψηλότερες τιμές στις απαντήσεις του συνολικού δείγματος σε σχέση με τις υπόλοιπες διαστάσεις του ερωτηματολογίου. Οι παράγοντες αυτοί που ψυχολογικά λειτουργούν ως συγκοινωνούντα δοχεία συγκεντρώνουν τις περισσότερες των δυσκολιών και σε άλλα κλινικά

δείγματα (Barkham et al., 2005b; Barkham et al., 2001; Evans et al., 2002) παρουσιάζοντας όμως εκεί υψηλότερες τιμές και επομένως μεγαλύτερη ψυχική ευαλωτότητα από το παρόν δείγμα.

4.2.1. Ψυχική Καταπόνηση – Η μεγάλη σημασία του Χρόνου Παρακολούθησης του Π.Υ..

Ο πιο επιδραστικός παράγοντας μελέτης που αποτυπώθηκε στις μετρήσεις του CORE-OM ήταν ο Χρόνος Παρακολούθησης του Π.Υ.. Πράγματι, οι δομές υποκατάστασης φαίνεται να παρέχουν προστιθέμενη θεραπευτική αξία και πολλαπλά κοινωνικά οφέλη όταν αντιμετωπίζονται ως προγράμματα μακροχρόνιας παραμονής (Gossop et al., 2003; Ward, Mattick, & Hall, 1998; Zhang, Friedmann, & Gerstein, 2003). Οι σημαντικές διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των νεότερων (0-2 έτη στο Π.Υ.) και μέσου χρόνου παρακολούθησης μελών (2-5 έτη στο Π.Υ.) τόσο στους γενικούς δείκτες του ερωτηματολογίου (CORE-OM 34 & Ψυχολογική Καταπόνηση) όσο και σε επιμέρους παράγοντες συνηγορούν σε αυτή την άποψη. Ενθαρρυντικό, για παράδειγμα, είναι ότι η επώλωση του ψυχικού τραύματος (*Τραύμα*), η βελτίωση της λειτουργικότητας (*Λειτουργικότητα & Γενική Λειτουργικότητα*) και η μείωση της ψυχικής καταπόνησης (*CORE-OM χωρίς ΠΕΣΚ*) των ασθενών φαίνεται πως αποτελούν μόνιμες «κατακτήσεις» εφόσον διατηρούνται και για τα μέλη που παρακολουθούν περισσότερο από 5 έτη το πρόγραμμα.

Εντούτοις η βελτίωση στις *Στενές Σχέσεις* τους φαίνεται μόνο μετά το πέρας της πενταετίας (5+ έτη σε σχέση με 0-2 έτη στο Π.Υ.). Η γενικότερη βελτίωση της υγείας του ασθενούς σε συνδυασμό με τις ποικίλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις – που αυτό το χρονικό διάστημα λαμβάνουν χώρα – εντός του Π.Υ. συμβάλλουν και στη βελτίωση των οικογενειακών ή άλλων στενών σχέσεων του. Από την άλλη πλευρά οι μικρότερες δυσκολίες στο *Κοινωνικώς Σχετίζεσθαι* των μελών που έχουν υπερβεί την *Ηλικία* των 50 σε σχέση με τους νεότερους θεραπευόμενους (<40) δείχνει ότι και μόνη της η ηλικία είναι ικανή να παίζει σημαντικό ρόλο στην αποδοχή των συνθηκών ζωής και την ωρίμανση της προσωπικότητας του ασθενούς βελτιώνοντας παράλληλα την κοινωνικότητά του.

Τα αποτελέσματα όμως στα *Προβλήματα – Συμπτώματα* και το *Άγχος* μοιάζει να οριοθετούν – τουλάχιστον χρονικά – τα οφέλη του χρόνου παραμονής στη θεραπεία υποκατάστασης. Εδώ η σημαντική βελτίωση που παρατηρείται στην ομάδα ασθενών μέσου χρόνου παρακολούθησης (2-5 έτη στο Π.Υ.) έναντι εκείνων που βρίσκονται σε αρχικότερα στάδια (0-2 έτη στο Π.Υ.) στην ευρύτερη συμπτωματολογία και το άγχος φαίνεται να εξασθενεί για τα παλαιότερα μέλη της μονάδας (5+ έτη στο Π.Υ.). Οι Gossop et al. (2003, σ. 298) σε μία εθνικής εμβέλειας αναδρομική μελέτη για τα θεραπευτικά αποτελέσματα των προγραμμάτων αποκατάστασης της Μ. Βρετανίας αναφέρουν ότι η εισαγωγή σε προγράμματα υποκατάστασης οδηγεί σε μείωση των ψυχολογικών συμπτωμάτων που συνεχίζεται μέχρι το 2^ο έτος παραμονής στο πρόγραμμα. Έκτοτε όμως και μέχρι το 4-5 έτος η κατάσταση αντιστρέφεται με σταδιακή αύξηση της συμπτωματολογίας που ωστόσο παραμένει χαμηλότερη από αυτή που είχε καταγραφεί αμέσως μετά την εισαγωγή (Gossop et al., 2003, σ. 301). Τα αποτελέσματα μας επιβεβαιώνουν αυτή την πορεία καμπύλης U από μία συγχρονική σκοπιά δεδομένου ότι η βελτίωση στο αρχικό στάδιο παρακολούθησης (0-2 έτη) και η εξασθένησή της στο επόμενο (2-5 έτη) επέρχεται σταδιακά. Παρόλο που η επίτευξη και διατήρηση του θεραπευτικού οφέλους για ένα τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα είναι πολύ σημαντική (Gossop et al., 2003, σ. 301) η μετά τα 5 έτη εξάντληση του θεραπευτικού δυναμικού των προγραμμάτων υποκατάστασης με την επανεμφάνιση της ψυχολογικής συμπτωματολογίας και συμπεριφορών αυξημένης παράλληλης χρήσης ουσιών όπως η κοκαΐνη και το αλκοόλ πρέπει αν μη τι άλλο να προβληματίσει τους αρμόδιους φορείς (Gossop et al., 2003, σ. 300). Στο σημείο αυτό, η εντατικοποίηση των ψυχολογικών και ψυχιατρικών αξιολογήσεων των παλαιότερων μελών της μονάδας (5+ έτη στο Π.Υ.) σε συνδυασμό με την αλλαγή στόχευσης των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε τομείς όπως η Κοινωνική τους Επανάταξη ίσως καταφέρουν να παρατείνουν τη διατήρηση των προηγούμενων θεραπευτικών κατακτήσεων.

Κυριότερο συστατικό της τελευταίας αποτελεί η *Εργασία*. Στον τομέα αυτό η μέτρηση του *Άγχους* που είναι σημαντικά μεγαλύτερο στους *Περιστασιακά* εργαζόμενους έναντι των *Ανέργων* και η μη διαφοροποίηση των *Σταθερά* εργαζόμενων από τις άλλες ομάδες μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση. Εντάσσοντάς την όμως στο πλαίσιο των δυσχερών εργασιακών συνθηκών της εποχής μας και αντιλαμβανόμενοι την τεράστια σημασία που έχει η εργασία για κάθε θεραπευόμενο ως το πρωτεύον μέσο επανένταξής του στην κοινωνία

μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα το πρόσθετο άγχος των συμμετεχόντων που βρίσκονται στο μεταίχμιο ανεργίας και εργασιακής σταθερότητας.

4.2.2. Η Πιθανότητα Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου

Το μοτίβο των χαμηλότερων τιμών, που συνεχίζεται για όλες τις εξεταζόμενες διαστάσεις της Ψυχικής Καταπόνησης, αντιστρέφεται στην Πιθανότητα Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου (ΠΕΣΚ) όπου οι τιμές των συμμετεχόντων μας υπερβαίνουν σημαντικά αυτές των ψυχιατρικών ασθενών των προαναφερθέντων μελετών (βλ. πίν. 4) επιβεβαιώνοντας το εύρημα των Barkham et al. (2005b, σ. 244) ότι η διάγνωση της εξάρτησης φέρει υψηλότερες τιμές ΠΕΣΚ από τις άλλες διαγνώσεις ανεξαρτήτως θεραπευτικού πλαισίου.

Προσεγγίζοντας γενικά τις επικίνδυνες συμπεριφορές αξίζει να αναφερθεί ότι τέσσερις διαστάσεις του CORE-OM 34 φαίνεται πως μπορούν να προβλέψουν τους υψηλής επικινδυνότητας θεραπευόμενους των Π.Υ.. Σύμφωνα λοιπόν με τις εκτιμήσεις των θεραπειών, τα μέλη του Π.Υ. που παρουσιάζουν μεγαλύτερη Ψυχική Καταπόνηση (CORE-OM 34 ή χωρίς ΠΕΣΚ), μεγάλη Πιθανότητα Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου (ΠΕΣΚ), σημαντικές δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργικότητα (Λειτουργικότητα) και υψηλή αντικοινωνικότητα (Κοινωνικές Σχέσεις) έχουν επίσης μεγάλη πιθανότητα να παρουσιάσουν κάθε είδος επικίνδυνης συμπεριφοράς που εξετάστηκε στο RAF (βλ. πίν. 9 & 10).

Πριν όμως περάσουμε στην συζήτηση των επιμέρους επικίνδυνων συμπεριφορών αξίζει να αναφερθούμε στους σπουδαιότερους προστατευτικούς παράγοντες που ανέδειξαν τα αποτελέσματά μας για την ΠΕΣΚ. Είναι αξιοσημείωτο ότι ο Χρόνος Παρακολούθησης του Π.Υ. αποτελεί και εδώ τον κυριότερο προστατευτικό παράγοντα. Σημαντικά μικρότερη λοιπόν καταγράφεται τόσο η Πιθανότητα Εκδήλωσης όλων των Επικίνδυνων Συμπεριφορών (Συνολική ΠΕΣΚ) όσο και της Αυτοκτονίας μεταξύ των μέσου χρόνου παρακολούθησης (2-5 έτη στο Π.Υ.) και των νεότερων μελών (0-2 έτη στο Π.Υ.) του προγράμματος. Μπορεί σε σχέση με αυτές τις συμπεριφορές παλαιότερα (5+ έτη στο Π.Υ.) και νεότερα (0-2 έτη στο Π.Υ.) μέλη του προγράμματος να μην διαφοροποιούνται μεταξύ τους, διακρίνονται όμως από τις εκτιμήσεις των θεραπειών τους, οι οποίοι θεωρούν τους τελευταίους πιο επιρρεπείς σε μία εξίσου κρίσιμη συμπεριφορά, την Βλάβη προς Άλλους. Έχει ήδη αποδειχθεί ότι η συμμετοχή σε Π.Υ. οδηγεί σε ουσιαστική μείωση μεγάλου εύρους προβληματικών συμπεριφορών. Οι μειώσεις αυτές συνδεδεμένες άμεσα με την βελτίωση της ψυχικής υγείας των χρηστών αφορούν την ανεξέλεγκτη χρήση οπιούχων ουσιών, μη συνταγογραφημένων οπιοειδών, βενζοδιαζεπινών, της ενέσιμης χρήσης και της ανταλλαγής χρησιμοποιημένου ενέσιμου υλικού (Gossop et al., 2003). Η επανεμφάνιση της ψυχολογικής συμπτωματολογίας που παρατηρήθηκε για την ομάδα των μελών με πάνω από 5 χρόνια στο Π.Υ. εξηγεί τα αποτελέσματα των ΠΕΣΚ και κινδύνου Αυτοκτονίας επιβεβαιώνοντας ταυτόχρονα τις αναφορές των Gossop et al. (2003, σ. 300) ότι κατά το 4^ο με 5^ο έτος των Π.Υ. παρατηρείται η επιστροφή σε αρχικά στάδια ορισμένων κλινικών χαρακτηριστικών της χρήσης.

Οι άλλοι δύο προστατευτικοί παράγοντες, που αφορούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος σχετικά με την διερεύνηση της ΠΕΣΚ, είναι η Ηλικία Έναρξης Χρήσης της Κύριας Ουσίας (ηρωίνη) και η Ηλικία Έναρξης της Χρήσης όλων των ναρκωτικών ουσιών. Έτσι για την Κύρια Ουσία η έναρξη χρήσης πριν την ενηλικίωση (≤ 18 ετών) σχετίζεται με την μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης συμπεριφορών Βλάβης προς τον Εαυτό έναντι της χρήσης που ξεκίνησε κατά την πρώτη μετεφηβική ηλικία (19-25 ετών) ενώ για Όλες τις Ουσίες η έναρξη χρήσης κατά την πρώτη εφηβική ηλικία (≤ 15 ετών) αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης συμπεριφορών Βλάβης προς Άλλους έναντι της έναρξης χρήσης κατά την ύστερη εφηβική περίοδο (16-18 ετών). Το γεγονός ότι η κύρια ουσία χρήσης, η Ηρωίνη, σπανίως είναι και η ουσία εισαγωγής στη χρήση ναρκωτικών (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., 2017) σε συνδυασμό με την ωριμότερη ηλικιακά τοποθέτηση της έναρξής της, δείχνει ότι η χρήση της αποτελεί αφενός μετεξέλιξη και αλλαγή επιπέδου στη χρήση ουσιών αφετέρου όμως ότι αφορά χρήστες με μεγαλύτερη εναισθησία των προσωπικών ψυχολογικών τους προβλημάτων. Για την έναρξη της χρήσης κατά την πρώιμη εφηβεία (≤ 15 ετών) οι Dube et al. (2003) αιτιάζουν κυρίως δυσμενείς εμπειρίες της παιδικής ηλικίας όπως η παραμέληση, η κακοποίηση, το δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον και έντονα τραυματικά γεγονότα όπως η απώλεια ενός ή και των δύο γονέων. Μια τέτοια εξήγηση δικαιολογεί τις αυξημένες εκδηλώσεις Βλάβης προς Άλλους αυτών των ασθενών. Αυτό υποστηρίζεται άλλωστε και από τους θεραπευτές τους με την διαφορά ότι εκείνοι δεν τους διαφοροποιούν από την επόμενη

ηλικιακή κατηγορία (16-18 ετών) αλλά από όσους κατάφεραν να μείνουν «καθαροί» έως την πρώτη μετεφηβική ηλικία (19+). Στα μάτια των θεραπευτών τους δεν ευθύνεται μόνο η πρώιμη έναρξη της χρήσης και οι παρελθούσες εμπειρίες. Είναι το μέγιστο με τις ουσίες καθ' όλη τη διάρκεια της εφηβείας που καθιστά την Βλάβη προς Άλλους στοιχείο της προσωπικότητας και πιο αυθόρμητα επιλέξιμη συμπεριφορά σε αντίθεση με όσους κατάφεραν να διαμορφώσουν την προσωπικότητά τους μακριά από τις επικίνδυνες επιλογές της χρήσης.

Τέλος, η μη διαφοροποίηση της πρώιμης ανήλικης έναρξης της χρήσης με την χρήση που ξεκίνησε μετά την ενηλικίωση και για τις δύο περιπτώσεις δεν πρέπει να αποδίδεται στα ίδια αίτια. Η έναρξη της χρήσης στις ηλικίες μετά τα 19 (Όλων των Ουσιών) ή τα 26 (Κύρια Ουσία) αποτελεί μια πιο συνειδητοποιημένη επιλογή σχετιζόμενη κυρίως με κοινωνικές ή πιο δομημένες χαρακτηριστικές δυσκολίες των εν λόγω ασθενών.

4.2.2α Βλάβη προς Εαυτόν και Αυτοκτονία

Το CORE-OM 34 στο πεδίο των εξαρτήσεων μοιάζει να συμπεριφέρεται ως ένα εργαλείο διερεύνησης της Βλάβης προς Εαυτόν. Όλες οι διαστάσεις του συσχετίζονται σε κάποιο βαθμό με τον κρίσιμο για τη θεραπεία παράγοντα όπως εκτιμάται από τους θεραπευτές τους (βλ. πίν. 9 & 10). Αν και η υψηλή ΠΕΣΚ (Συνολική) συσχετίστηκε – όπως είναι λογικό – στις εκτιμήσεις των θεραπευτών με αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης κάθε επικίνδυνης συμπεριφοράς η μεγαλύτερη συσχέτιση αφορούσε και πάλι την *Βλάβη προς Εαυτόν* (πίν. 10). Άλλωστε έχει ήδη διαπιστωθεί ότι η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και η θνησιμότητα στα εξαρτημένα άτομα είναι πολύ μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες στο γενικό πληθυσμό (Darke, Degenhardt, & Mattick, 2006). Οι εκφάνσεις δε τις πρώτης περιλαμβάνουν για τους χρήστες, εκτός της εκούσιας καταστροφής σωματικού ιστού χωρίς την συνειδητή πρόθεση της αυτοκτονίας, την υπερβολική δόση και την χρήση μεταχειρισμένου ενέσιμου υλικού (Darke, Torok, Kaye, & Ross, 2010). Συναντώντας συχνότερα από κάθε άλλο κλινικό τις παραπάνω συμπεριφορές δεν προξενεί εντύπωση το γεγονός ότι οι θεραπευτές της Θ.Μ.Υ. «Αττικόν» συσχετίζουν κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου με την Βλάβη προς Εαυτόν θεωρώντας πιθανότερη την εμφάνισή της σε σχέση με τις άλλες συμπεριφορές κινδύνου και δίνοντάς της την υψηλότερη τιμή έναντι των άλλων επικίνδυνων συμπεριφορών (μ.ο. 0,98±0,91) (βλ. πιν. 5).

Η εξήγηση αυτή δεν πρέπει να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι οι θεραπευτές τείνουν γενικώς και αορίστως να αποδίδουν αυξημένη την επικινδυνότητα της εν λόγω συμπεριφοράς στους θεραπευομένους τους. Σε τούτο συνηγορεί και η υψηλή εξειδίκευση των αποτελεσμάτων της, σε βαθμό μάλιστα που η αυξημένη πιθανότητα Βλάβης προς Εαυτόν που δήλωσαν τα μέλη του Π.Υ. να συσχετίζεται σημαντικά μόνο με την αντίστοιχη εκτίμηση των θεραπευτών τους και με καμία άλλη συμπεριφορά κινδύνου (βλ. πιν. 10). Επίσης, το υψηλό ποσοστό συμφωνίας των εκτιμήσεών τους (75,8%) σε σχέση με την μη ύπαρξη αυτής της επικινδυνότητας και το χαμηλό ποσοστό υποδιάγνωσής της (24,2%) σε θεραπευόμενους που τελικά την παρουσίασαν επιβεβαιώνει τα παραπάνω συμπεράσματα. Υπ' αυτό το πρίσμα το 41,2% των εκτιμήσεών τους με το οποίο αποδίδουν την πιθανότητα Βλάβης προς Εαυτόν σε ασθενείς που δεν την αναφέρουν δείχνει την ικανότητά τους να ανιχνεύσουν σημεία της ακόμη και σε μέλη που δεν έχουν εναισθησία αυτής της επικινδυνότητας.

Την ίδια στιγμή δίνουν την χαμηλότερη τιμή θεωρώντας λιγότερο πιθανή από όλες τις επικίνδυνες συμπεριφορές στην Αυτοκτονία (μ.ο. 0,56±0,61). Εκτίμηση που έρχεται σε άμεση αντίθεση με τις αναφορές των μελών του Π.Υ. που έδωσαν στην Αυτοκτονία την υψηλότερη τιμή (μ.ο. 0,87±1,2) (βλ. πιν. 4-5). Οι Degenhardt et al. (2011, σ. 45-46) υπολογίζοντας τους δείκτες θνησιμότητας μεταξύ των εξαρτημένων βρήκαν ότι χρήστες εκτός θεραπείας έχουν 2,38 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να χάσουν τη ζωή τους σε σχέση με τα μέλη Π.Υ.. Επίσης έχει ήδη αποδειχτεί ότι σχεδόν όλες οι θανατηφόρες ή μη περιπτώσεις υπερβολικής δόσης δεν είχαν από την πλευρά των χρηστών αυτή τη σκοπιμότητα (Darke et al., 2007; Darke

et al., 2010)³². Είναι λοιπόν λογικό οι επώδυνες εμπειρίες του «δρόμου» και των περιστατικών υπερβολικής δόσης³³ σε συνδυασμό με το έντονο καταθλιπτικό συναίσθημα³⁴ των μελών του Π.Υ. να τους ωθούν ώστε να δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα και να προβάλλουν ως πιο επικίνδυνη συμπεριφορά τους την Αυτοκτονία. Από την άλλη πλευρά οι Whewell και Bonanno (2000) μελετώντας την Αυτοκτονία και Βλάβη προς Εαυτόν ασθενών με Οριακή διαταραχή προσωπικότητας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι έμπειροι θεραπευτές με μακρόχρονη εργασία σε υψηλού κινδύνου ασθενείς έχουν την ικανότητα να «ανεχθούν» ένα σημαντικό φορτίο άγχους, σχετικά με τα χρόνια αισθήματα αυτοϋποτίμησης και τους αυτοκτονικούς ιδεασμούς των θεραπευομένων τους, πριν τους αποδώσουν αυτό το είδος επικινδυνότητας. Οι έμπειροι θεραπευτές της Θ.Μ.Υ. «Αττικόν» με 14,6 έτη μέσο όρο εργασίας με χρήστες εξαρτημένους σε τοξικές ουσίες καταφέρνουν εκτός από το να αντέξουν το ψυχικό φορτίο των δύο ειδών επικινδυνότητας να τις διακρίνουν μεταξύ τους αποδίδοντας ως πιθανότερη την Βλάβη προς Εαυτό και λιγότερο πιθανή την Αυτοκτονία.

Με βάση τα παραπάνω δεν προκαλεί εντύπωση το εύρημα ότι το καταθλιπτικό βίωμα των μελών του Π.Υ. δεν συσχετίζεται με την πιθανότητα να αυτοκτονήσουν στις εκτιμήσεις των θεραπειών τους, όπως αυτή αποτιμάται από τους θεραπευτές. Έτσι, όσο μεγαλύτερη κατάθλιψη βιώνουν τόσο πιθανότερη είναι η περίπτωση κατά την εκτίμηση των θεραπειών να προξενήσουν Βλάβη στον Εαυτό τους. Όμως αυτό δεν αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα να αυτοκτονήσουν (βλ. πιν. 9). Το γεγονός μάλιστα ότι η Πιθανότητα Αυτοκτονίας (μέλη) συσχετίζεται καλύτερα με την Βλάβη προς Εαυτόν και μετά με την Πιθανότητα Αυτοκτονίας και την Βλάβη προς Άλλους (θεραπευτές) επιβεβαιώνει τις προηγούμενες ερμηνείες και εξηγεί τον τρόπο θεώρησης της επικινδυνότητας από τους θεραπευτές. Αυτοκαταστροφικά συναισθήματα και αυτοκτονικές τάσεις των μελών του Π.Υ. θεωρούνται περισσότερο αδιαφοροποίητα αισθήματα επιθετικότητας που μπορεί να εξελιχθούν και εντέλει να εκδηλωθούν άλλοτε ως αυτοκτονική συμπεριφορά άλλοτε ως αυτοτραυματισμός ή έκθεση του εαυτού σε κίνδυνο και άλλοτε – και όχι σπανιότερα – ως επιθετικότητα προς άλλους³⁵.

Ιδίως για αυτή τη διάσταση το ποσοστό συμφωνίας των συμμετεχόντων με τις εκτιμήσεις των θεραπειών σχετικά με την ύπαρξη πιθανότητας αυτοκτονίας είναι το μεγαλύτερο (63,8%) από κάθε άλλη επικίνδυνη συμπεριφορά. Ωστόσο παρά την εξαιρετική ικανότητα των θεραπειών να εκτιμούν σωστά μεγάλο ποσοστό των πιο ευάλωτων ασθενών τους σχεδόν ο 1/3 (28,6%) στην πιθανότητα Αυτοκτονίας και 1/4 (24,2%) στην Βλάβη προς Εαυτόν είναι πιθανό να υποδιαγνωστεί χωρίς αυτό φυσικά να σημαίνει ότι θα εκδηλώσει και την εκάστοτε συμπεριφορά.

4.2.2β Βλάβη προς Άλλους και Παραβατικότητα

Συσχετίσεις μεταξύ διαστάσεων της ΠΕΣΚ και του RAF σε ασθενείς πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής φροντίδας έδειξαν αυξημένες συνδέσεις αλλά όχι σημαντικό βαθμό συσχέτισης μεταξύ της Βλάβης προς Άλλους και Παραβατικότητας (Bedford et al., 2011). Στην περίπτωση της Θ.Μ.Υ. «Αττικόν» όμως οι δύο συμπεριφορές συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά ($p=0,34$). Μέλη του Π.Υ. που εξωτερικεύουν πιο εύκολα την επιθετικότητά τους είναι και πιο έτοιμα να παραβούν το νόμο κατά την γνώμη των θεραπειών τους. Μάλιστα η Βλάβη προς Άλλους είναι η μόνη επιμέρους ΠΕΣΚ που συσχετίστηκε με την Παραβατικότητα εκτός του ευρύτερου παράγοντα (βλ. πιν. 10).

Η σύνδεση των δύο μεταβλητών υπογραμμίζεται και από το υψηλό ποσοστό συμφωνίας (77,8%) των εκτιμήσεων των θεραπειών για τα μέλη μη πιθανής παραβατικότητας με τις αναφορές τους ότι δεν έχουν υποπέσει σε συμπεριφορές Βλάβης προς Άλλους. Όμως, μόλις το 50% όσων οι θεραπευτές του Π.Υ. εκτίμησαν ότι είναι πιθανό να παρανομήσουν συμφώνησαν ότι έχουν εκδηλώσει βίαιη προς άλλους συμπεριφορά με το 56,6% των εκτιμηθέντων μελών να δηλώνει ότι σκέφτεται να βλάψει τον εαυτό του. Το εύρημα αυτό δείχνει αφενός ότι σε υψηλό βαθμό η παραβατικότητα των εξαρτημένων ατόμων δεν στρέφεται

³² Εντούτοις τόσο οι αστυνομικές όσο και οι νοσοκομειακές αναφορές τις θεωρούν αυτοκτονίες.

³³ Ας μην ξεχνούμε ότι πρόκειται κατά 87% για χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.

³⁴ Η κατάθλιψη είχε τις υψηλότερες τιμές για όλους τους παράγοντες έκθεσης ενώ σε όσους δεν πρωτοστάτησε υψηλότερη τιμή είχε το Τραύμα (βλ. πιν. 6).

³⁵ Δεν πρόκειται μάλιστα για ένα τυχαίο εύρημα καθώς η συσχέτιση δεν περιλαμβάνει την πιθανή Παραβατικότητα.

εναντίον της σωματικής ακεραιότητας των άλλων έχοντας πρωτίστως υλιστικό χαρακτήρα (π.χ. κλοπές για αγορά δόσης) και αφετέρου ότι η παραβατικότητα δεν αφορά μόνο χρήστες με προεξάρχοντα αντικοινωνικά στοιχεία προσωπικότητας αλλά εξίσου αν όχι περισσότερο επιρρεπή είναι τα άτομα που εσωτερικεύουν ή εκδηλώνουν την επιθετικότητα προς τον εαυτό. Άλλωστε είναι ήδη γνωστό ότι η ψυχοφαρμακολογική δράση των οπιούχων ναρκωτικών δεν ενέχεται άμεσα στην πρόκληση συμπεριφορών Βλάβης προς Άλλους με την εκδήλωση τέτοιων συμπεριφορών να συμβαίνει με σκοπό την απόκτηση της δόσης ή χρημάτων για την αγορά της (Boles & Miotto, 2003).

Η μείωση της ανεξέλεγκτης χρήσης ουσιών έχει αναφερθεί ως η κύρια αιτία βελτίωσης των δεικτών εγκληματικότητας χρηστών που παρακολουθούν Π.Υ. (Gossop et al., 2003, σ. 298). Αναζητώντας τις ψυχοκοινωνικές συνιστώσες αυτών των βελτιώσεων παρατηρήσαμε ότι αν και η εκτιμώμενη από τους θεραπευτές παραβατικότητα συνδέθηκε με όλες τις διαστάσεις του CORE-OM – εκτός της Γενικής Λειτουργικότητας και δύο συμπτωματολογικών παραγόντων (Άγχος, Σωματικά Συμπτώματα) – οι τέσσερις διαστάσεις με τις οποίες αποκλειστικά συσχετίστηκε η πιθανή Βλάβη προς Άλλους (θεραπευτές) παρουσίασαν τους υψηλότερους βαθμούς συσχέτισης και με τον παράγοντα της παραβατικότητας. Έτσι, η συνολική βελτίωση της ψυχικής υγείας του ασθενούς (CORE-OM 34), η μείωση της ψυχικής του καταπόνησης (CORE-OM χωρίς ΠΕΣΚ), η βελτίωση της λειτουργικότητας (Λειτουργικότητα) και των κοινωνικών του σχέσεων (Κοινωνικές Σχέσεις) μπορούν να επιδράσουν θετικά στην ταυτόχρονη μείωση της παραβατικότητας και της βίαιης συμπεριφοράς προς άλλους. Η εστίαση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων εντός του Π.Υ. στις πτυχές του ασθενούς, που απελευθερώνονται με την μείωση της ανεξέλεγκτης χρήσης, είναι ικανή να διατηρήσει επί μακρόν τα άμεσα θεραπευτικά αποτελέσματα της εισαγωγής.

Ειδικά για την Παραβατικότητα πρόσφατες έρευνες στον ευρωπαϊκό χώρο αναφέρουν σταθερά υψηλά (>60%) ποσοστά συμμετοχής των χρηστών ηρωίνης σε εγκληματικές δραστηριότητες κατά τα τελευταία χρόνια πριν την έναρξη της θεραπείας (Bukten et al., 2011). Η υψηλή της τιμή (μ.ο. 0,89±0,82) στο RAF – όπου κατατάσσεται δεύτερη σε πιθανότητα εκδήλωσης επικίνδυνη συμπεριφορά (βλ. πιν. 5) – δείχνει ότι το θεραπευτικό προσωπικό γνωρίζει την υψηλή της επικινδυνότητα που συνεχίζει να υπάρχει και κατά τη διάρκεια του Π.Υ.. Εντούτοις η θεραπεία υποκατάστασης φαίνεται πως γενικά βελτιώνει την παραβατικότητα ρίχνοντας τους σχετικούς δείκτες στο μισό σε σχέση με ενδιάμεσες των θεραπευτικών προσπαθειών ή πριν τη θεραπεία περιόδους (Bukten et al., 2012, σ. 397) προσφέροντας μάλιστα τα ίδια οφέλη τόσο στους απλούς χρήστες όσο και σε εξαρτημένους με συννοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών (Vorona et al., 2013, σ. 2315).

Σε κλινικό επίπεδο ένας παράγοντας έκθεσης – Προηγούμενη Θεραπεία – κατάφερε να διακρίνει τους συμμετέχοντες ως προς την πιθανή τους παραβατικότητα. Κρίνοντας ως πιο επιρρεπείς όσους έχουν ξαναπροσπαθήσει στο παρελθόν είτε σε στεγνό είτε σε Π.Υ., οι θεραπευτές της Θ.Μ.Υ. «Αττικών» θεωρούν πως μόνο η πρώτη θεραπευτική προσπάθεια μπορεί να μειώσει την πιθανή παραβατικότητα των ασθενών. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται από τις μετρήσεις των Bukten et al. (2012, σ. 397) που βρήκαν ότι οι θεραπευόμενοι στην πρώτη τους θεραπευτική προσπάθεια μείωσαν κατά 2/3 τις καταδίκες τους σε σχέση με την προ-θεραπευτική περίοδο. Την ίδια στιγμή όσοι εγκατέλειψαν την θεραπεία υποκατάστασης υπέπεσαν σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά παραβατικότητας (Bukten et al., 2012, σ. 398).

Ωριμότερη ηλικία (>50 ετών) και ανώτερο μορφωτικό επίπεδο (Λύκειο – Α.Ε.Ι.) θεωρούνται οι ισχυρότεροι προστατευτικοί δημογραφικοί παράγοντες για την εκδήλωση παραβατικών συμπεριφορών (βλ. πιν. 8). Φαίνεται λοιπόν πως για τους θεραπευτές της μονάδας η μεγαλύτερη ωριμότητα και η αποτρεπτική ισχύ των παλαιότερων εμπειριών εγκληματικότητας και των συνεπειών τους (φυλακίσεις) ή/και η ευρύτητα σκέψης που αποκτάται μόνο από την ανώτερη μόρφωση συγκρατεί και προσφέρει εναλλακτικούς δρόμους βιοπορισμού μακριά από την έξοδο στην παρανομία.

Ειδικά για την πιθανότητα Βλάβης προς Άλλους η παλαιότερη αποτυχημένη προσπάθεια σε θεραπεία αποκατάστασης μοιάζει να επιβαρύνει τους χρήστες και να οδηγεί σε μια εικόνα χειρότερη από αυτή που υπήρχε πριν την θεραπεία. Εδώ όμως οι θεραπευτές του ΟΚΑΝΑ διακρίνουν τα προγράμματα θεωρώντας ως πιο επιρρεπείς στη Βλάβη προς Άλλους συμμετέχοντες που είχαν ξαναπροσπαθήσει σε στεγνό πρόγραμμα έναντι όσων επιχειρούν το πρώτο τους θεραπευτικό εγχείρημα στο Π.Υ. (βλ. πιν. 8). Το γεγονός ότι τα παθολογικά στοιχεία της προσωπικότητας που ευθύνονται για την εκδήλωση βλαπτικών συμπεριφορών προς

άλλους άντεξαν στην ψυχοθεραπεία θεωρείται πως ενδυναμώνει και μονιμοποιεί την δράση τους. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι ο υπερτονισμός της σημασίας της πρώτης θεραπευτικής προσπάθειας και του Χρόνου Παρακολούθησης του Π.Υ. στην εκδήλωση επικίνδυνων συμπεριφορών προς τρίτους (Πιθανή Παραβατικότητα – Βλάβη προς Άλλους) επιβεβαιώνει τον ενισχυμένο ρόλο που δίνεται ερευνητικά και εμπειρικά στην συγκράτηση των ασθενών στα προγράμματα αποκατάστασης (Bukten et al., 2012; Gossop et al., 2003; Herdener, Dürsteler, Seifritz, & Nordt, 2017; Vorma et al., 2013).

Διόλου ευκαταφρόνητο τέλος είναι το ποσοστό (30%) των μελών που οι θεραπευτές εκτίμησαν ως μη επικίνδυνους στην εκδήλωση βίας προς άλλους και οι οποίοι τελικά την εκδήλωσαν. Η πιθανότητα υποδιάγνωσης των βίαιων ασθενών έρχεται να εντείνει την ανησυχία που προκαλεί η ήδη αυξημένη δυσκολία αναγνώρισής τους μεταξύ των υπολοίπων μελών του Π.Υ.. Είναι χαρακτηριστικό ότι από όλους τους συμμετέχοντες που εκτιμήθηκε ότι είναι πιθανό να προσφύγουν σε πράξεις Βίας προς Άλλους μόνο οι μισοί (50%) συμφώνησαν ότι ανήκουν σε αυτή την κατηγορία.

4.3 Συμπεράσματα και Κλινική Συνεισφορά.

Η παρούσα εργασία κατάφερε να εισάγει μεθοδολογικά και να μελετήσει εμπειρικά την χρήση του CORE-OM 34 εντός μιας μονάδας υποκατάστασης του OKANA. Η αξιολόγηση των θεραπευομένων μελών του Π.Υ. με ένα τεκμηριωμένο ψυχολογικό εργαλείο έρευνας πρόσφερε εκτός από πρωτότυπες παρατηρήσεις κυρίως στον τομέα της Πιθανότητας Εκδήλωσης Συμπεριφορών Κινδύνου τη δυνατότητα να επιβεβαιωθούν από διαφορετικές πλευρές θέασης (αυτοαναφορές συμμετεχόντων – εκτιμήσεις θεραπευτών) προγενέστερες γνώσεις πάνω στη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης. Η σημασία της συγκράτησης των θεραπευομένων για ικανό χρόνο στο Π.Υ. που οδηγεί στην βελτίωση της κλινικής και ατομικής εικόνας του χρήστη αλλά και η ανάδειξη της υποχώρησης αυτών των κατακτήσεων μετά τα 5 έτη παρακολούθησης του Π.Υ. μέσα από την μελέτη της μεταβλητής του Χρόνου Παρακολούθησης του Π.Υ. δείχνει ότι τέτοιες πληροφορίες μπορούν να αποκτηθούν με άλλα μέσα εκτός της ουροληψίας και πριν την υποτροπή.

Η έγκαιρη γνώση της ψυχολογικής υποτροπής προσφέρει σημαντικά στην καλύτερη έκβαση των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (Lambert, 2007) εντούτοις παραμένει δύσκολη η άμεση διάγνωσή της από τους θεραπευτές στην καθ' ημέραν κλινική πράξη (Hatfield, McCullough, Frantz, & Krieger, 2010). Αν αυτό συμβαίνει στην πρωτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη όπου το εύρος που παίρνουν οι τιμές τις ψυχολογικής καταπόνησης είναι κατά πολύ μεγαλύτερο τότε τα πράγματα είναι σαφώς δυσκολότερα στη θεραπεία των εξαρτήσεων όπου η ψυχοπαθολογική συμπτωματολογία επικαλύπτεται τόσο από την φαρμακευτική ουσία όσο και από την γενικότερη δυσλειτουργική εικόνα του χρήστη όπως φάνηκε και στα δικά μας ευρήματα. Δεδομένου ότι μεταξύ ψυχολογικής υποτροπής και προσφυγής στη χρήση ουσιών μεσολαβεί κάποιο χρονικό διάστημα, η συστηματικότερη παρακολούθηση των μελών του Π.Υ. με την βοήθεια του CORE-OM 34 μπορεί να προσφέρει σημαντικά στην πρόληψη υποτροπών και drop outs που σχετίζονται με την επιδείνωση της ψυχικής καταπόνησης και της ΠΕΣΚ όπως εξετάζονται από το ερωτηματολόγιο. Η δε ευαισθησία του στην ανίχνευση των αλλαγών μέσω των διαφοροποιήσεων στις τιμές του συνολικού σκορ, των Προβλημάτων και της ΠΕΣΚ βοηθά με ουσιαστικό τρόπο στην εκτίμηση της εκάστοτε ψυχιατρικής συννοσηρότητας του θεραπευομένου (Garellick et al., 2007, σ. 7).

Οι υψηλές τιμές της ΠΕΣΚ και η ιδιαίτερη ευαισθησία που έδειξε η κλίμακα στην διαφοροποίηση των επιμέρους ομάδων των συμμετεχόντων επιβεβαίωσε τις παρατηρήσεις των Leach et al. (2005) στο χώρο των εξαρτήσεων δείχνοντας ότι και εδώ μπορεί από μόνη της να δώσει ουσιαστικά κλινικά δεδομένα. Αυτά εκτός της πρόληψης της υποτροπής και του drop out είδαμε ότι εκτείνονται στην ανίχνευση κρυφών πληθυσμών υψηλής επικινδυνότητας στην εκδήλωση βλαπτικών συμπεριφορών όπου η εστίαση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων μπορεί να προσφέρει σημαντικά κοινωνικά και ανθρωπιστικά οφέλη αναβαθμίζοντας ταυτόχρονα τον ρόλο των θεραπευτών στα Π.Υ. της χώρας.

Στο σημείο αυτό η διερεύνηση της Πιθανής Παραβατικότητας στο πλαίσιο των Π.Υ. είναι κάτι εντελώς καινούριο. Οι συσχετίσεις της δείχνουν ότι αφορά σχεδόν κάθε συμμετέχοντα και επιτονίζουν την ανάγκη υλοποίησης παρεμβάσεων με σκοπό την αντιμετώπιση της παραβατικότητας και την πρόληψη εγκληματικών συμπεριφορών. Με αυτό τον τρόπο αναβαθμίζεται ο ρόλος των Π.Υ. αφού η μείωση της

Πιθανής Παραβατικότητας γίνεται αντικείμενο της θεραπείας εντός του Π.Υ. και όχι του εγκλεισμού εντός των σωφρονιστικών καταστημάτων.

Ως εύχρηστο και σύντομο ερωτηματολόγιο αναφοράς το CORE-OM μπορεί να χορηγηθεί κατά τους χρόνους αναμονής του μέλους στη μονάδα ακόμη και από μη εξειδικευμένο προσωπικό (π.χ. γραμματέας ή νοσηλεύτης) δίνοντας μια τεκμηριωμένη εικόνα στον θεραπευτή πριν – ή και χωρίς – να τον συναντήσει, αυξάνοντας εν προκειμένω τους δείκτες κόστους-αποδοτικότητας των παρεμβάσεων με σημαντικότερη την αύξηση του αριθμού θεραπευομένων στις Θ.Μ.Υ. του ΟΚΑΝΑ. Η δε συστηματική του χρήση θα μπορούσε να μειώσει τον αριθμό ουροληψιών στις πλέον απαραίτητες με ότι αυτό συνεπάγεται για τα οικονομικά ενός τόσο μεγάλου οργανισμού.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να μελετήσουν την προβλεπτικότητα του εργαλείου όσον αφορά στις κρίσιμες για τη χρήση μεταβλητές (π.χ. ΠΕΣΚ) εντός των Π.Υ.. Σημαντική επίσης κρίνεται η υλοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων για συγκεκριμένες ομάδες στόχους σε Π.Υ. όπως οι γυναίκες θεραπευόμενοι, οι έχοντες συνοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών και τα μέλη Π.Υ. εντός σωφρονιστικών ιδρυμάτων.

Μελλοντικές έρευνες μπορούν με την επαναλαμβανόμενη χορήγηση του CORE-OM (progress monitoring) να αξιολογήσουν την αποδοτικότητα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στα Π.Υ. αναδεικνύοντας τομείς ενδιαφέροντος και εστίασης νέων παρεμβάσεων ή και βοηθώντας στον πολυπόθητο σχεδιασμό προσωποκεντρικών παρεμβάσεων. Άλλωστε τα ποσοστά υποδιάγνωσης χρηστών με υψηλή ΠΕΣΚ που παρατηρήθηκαν εδώ δεν εκφράζουν τίποτε περισσότερο από την ποσοτική αποτύπωση της άποψης ότι χρήστες και θεραπευτές θεωρούν την εμπειρία της χρήσης από διαφορετική θέση, έχοντας διαφορετικές αφετηρίες και προσβλέποντας σε διαφορετικά αποτελέσματα (Alves et al., 2016; Neale et al., 2015). Ωστόσο – και αυτό προφανώς αφορά περισσότερο τους εγχώριους παρόχους θεραπείας των εξαρτήσεων – η χρήση εργαλείων αυτοαναφοράς για την αξιολόγηση της θεραπείας είναι μόνο το πρώτο αν και απαραίτητο βήμα, αν θέλουμε να κινηθούμε προς την οδό από-περιθωριοποίησης και από-στιγματισμού των χρηστών θεραπευομένων σε Π.Υ., ώστε κάποια στιγμή να συμπεριληφθούν ως *ισότιμοι φορείς λήψης αποφάσεων* σχετικά με τις δράσεις των προγραμμάτων που προσβλέπουν στην δική τους αποκατάσταση (Alves et al., 2013; Alves, Sales, & Ashworth, 2015; Alves et al., 2016; Bryant, Saxton, Madden, Bath, & Robinson, 2008; Hayter, 2011; Livingston, Milne, Fang, & Amari, 2012; Ti, Tzemis, & Buxton, 2012).

Ευχαριστίες

Η παραπάνω έρευνα δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί χωρίς την συμβολή και την συνεργασία του προσωπικού της Θ.Μ.Υ. «Αττικόν» που επέδειξε υψηλού επιπέδου επαγγελματικότητα και ευαισθησία στην τήρηση του ερευνητικού πρωτοκόλλου. Ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζονται πρωτίστως προς τους θεραπευτές Πένυ Μηλιώτη, Σοφία Κουτελού και Σπύρο Μπουρδούκη που κατέβαλλαν προσωπικό κόπο και ανέχθηκαν τον πρόσθετο φόρτο εργασίας βοηθώντας τα μέγιστα στη συλλογή του υλικού. Ευχαριστίες οφείλονται στην Διοίκηση του ΟΚΑΝΑ και στον Διευθυντή της μονάδας κο Τζεφεράκο Γεώργιο που επέτρεψαν την εκπόνηση της έρευνας και παρείχαν την ελευθερία, τις εγκαταστάσεις και το προσωπικό στον ερευνητή κατά την εφαρμογή του σχεδιασμού. Ο συγγραφέας είναι ευγνώμων στην εποπτεύουσα του Καθηγήτρια Ψυχιατρικής του ΕΚΠΑ και πρόεδρο του Π.Μ.Σ. «Αντιμετώπιση των Εξαρτήσεων – Εξαρτησιολογία» κα. Μένη Μαλλιώρα επειδή τον εισήγαγε στην επιστήμη της μελέτης των εξαρτήσεων περιβάλλοντάς τον με εμπιστοσύνη καθ' όλη τη διάρκεια και μέχρι την ολοκλήρωση της εργασίας.

Χρηματοδότηση και Ασφαλιστικά Ζητήματα

Η χρηματοδότηση για την έρευνα εξασφαλίστηκε αποκλειστικά από τον ερευνητή χωρίς να ζητηθεί καμία συμβολή από το Ε.Κ.Π.Α. ή τον Ο.ΚΑ.ΝΑ.. Τέλος, η ασφαλιστική κάλυψη των συμμετεχόντων δεν κρίθηκε απαραίτητη λόγω του ακίνδυνου της συμμετοχής τους (έρευνα ερωτηματολογίων).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alves, P. C. G., Sales, C. M. D., & Ashworth, M. (2013). Enhancing the patient involvement in outcomes: a study protocol of personalised outcome measurement in the treatment of substance misuse. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 1-6. doi: 10.1186/1471-244x-13-337
- Alves, P. C. G., Sales, C. M. D., & Ashworth, M. (2015). Personalising the evaluation of substance misuse treatment: A new approach to outcome measurement. *International Journal of Drug Policy*, *26*(4), 333-335. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.11.014>
- Alves, P. C. G., Sales, C. M. D., & Ashworth, M. (2016). "It is not just about the alcohol": service users' views about individualised and standardised clinical assessment in a therapeutic community for alcohol dependence. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *11*(1), 25-25. doi: 10.1186/s13011-016-0070-5
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, F., Evans, C., & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(1), 160-167. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.160
- Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C., & Twigg, E. (2005a). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 239-246.
- Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C., & Twigg, E. (2005b). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *British Journal of Psychiatry*, *186*(03), 239-246. doi: 10.1192/bjp.186.3.239
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., . . . McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: toward practice-based evidence in the psychological therapies. Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(2), 184-196. doi: 10.1037/0022-006X.69.2.184
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Stiles, W. B. (2015). A CORE approach to progress monitoring and feedback: Enhancing evidence and improving practice. *Psychotherapy (Chic)*, *52*(4), 402-411. doi: 10.1037/pst0000030
- Barkham, M., Stiles, W. B., Connell, J., & Mellor-Clark, J. (2012). Psychological treatment outcomes in routine NHS services: What do we mean by treatment effectiveness? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *85*(1), 1-16. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02019.x
- Bedford, A., Lukic, G., & Tibbles, J. (2011). Evaluation of risk by patients' and with clinicians' ratings: A CORE-OM and CORE-A investigation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *18*(3), 244-249. doi: 10.1002/cpp.714
- Bedford, A., Watson, R., Lyne, J., Tibbles, J., Davies, F., & Deary, I. J. (2010). Mokken scaling and principal components analyses of the CORE-OM in a large clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *17*(1), 51-62. doi: 10.1002/cpp.649
- Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, *8*(2), 155-174. doi: [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00057-X](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00057-X)
- Bowen, E. (2012). Within-Treatment Change: Finding the Individual in Group Outcomes (Vol. 13, pp. 145-171): Emerald Group Publishing Ltd.
- Bryant, J., Saxton, M., Madden, A., Bath, N., & Robinson, S. (2008). Consumer participation in the planning and delivery of drug treatment services: the current arrangements. *Drug and Alcohol Review*, *27*(2), 130-137. doi: 10.1080/09595230701829397
- Bukten, A., Skurtveit, S., Gossop, M., Waal, H., Stangeland, P., Havnes, I., & Clausen, T. (2012). Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: a longitudinal national cohort study. *Addiction*, *107*(2), 393-399. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03637.x
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P., & Hickman, M. (2010). Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *BMJ*, *341*. doi: 10.1136/bmj.c5475
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16*(3), 297-334. doi: 10.1007/bf02310555
- Darke, S. (2011). *The Life of the Heroin User: Typical Beginnings, Trajectories and Outcomes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Darke, S., Degenhardt, L., & Mattick, R. (2006). *Mortality amongst illicit drug users: Epidemiology, causes, and intervention*.

- Darke, S., Ross, J., Williamson, A., Mills, K. L., Havard, A., & Teesson, M. (2007). Patterns and correlates of attempted suicide by heroin users over a 3-year period: Findings from the Australian treatment outcome study. *Drug and Alcohol Dependence, 87*(2), 146-152. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.08.010>
- Darke, S., Torok, M., Kaye, S., & Ross, J. (2010). Attempted Suicide, Self-Harm, and Violent Victimization among Regular Illicit Drug Users. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*(6), 587-596. doi: 10.1521/suli.2010.40.6.587
- Day, E., Copello, A., Seddon, J. L., Christie, M., Bamber, D., Powell, C., . . . Freemantle, N. (2013). Pilot study of a social network intervention for heroin users in opiate substitution treatment: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 14*, 264-264. doi: 10.1186/1745-6215-14-264
- Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M., & McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction, 106*(1), 32-51. doi: doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x
- Degenhardt, L., Randall, D., Hall, W., Law, M., Butler, T., & Burns, L. (2009). Mortality among clients of a state-wide opioid pharmacotherapy program over 20 years: Risk factors and lives saved. *Drug and Alcohol Dependence, 105*(1-2), 9-15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.05.021>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics, 111*(3), 564-572. doi: 10.1542/peds.111.3.564
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2013). Validation of the Swedish version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*(5), 447-455. doi: 10.1002/cpp.1788
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *Br J Psychiatry, 180*, 51-60.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health, 9*(3), 247-255. doi: 10.1080/jmh.9.3.247.255
- Fairhurst, C., Böhnke, J. R., Gabe, R., Croudace, T. J., Tober, G., & Raistrick, D. (2014). Factor analysis of treatment outcomes from a UK specialist addiction service: Relationship between the Leeds Dependence Questionnaire, Social Satisfaction Questionnaire and 10-item clinical outcomes in routine evaluation. *Drug and Alcohol Review, 33*(6), 643-650. doi: 10.1111/dar.12146
- Garellick, A. I., Gross, S. R., Richardson, I., von der Tann, M., Bland, J., & Hale, R. (2007). Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation. *BMC medicine, 5*, 26-26. doi: 10.1186/1741-7015-5-26
- Gidhagen, Y., Philips, B., & Holmqvist, R. (2016). Outcome of psychological treatment of patients with substance use disorders in routine care. *Journal of Substance Use.*
- Goodman, J. D., McKay, J. R., & DePhillippis, D. (2013). Progress monitoring in mental health and addiction treatment: A means of improving care. *Professional Psychology: Research & Practice, 44*(4), 231-246. doi: 10.1037/a0032605
- Goranitis, I., Coast, J., Day, E., Copello, A., Freemantle, N., Seddon, J., . . . Frew, E. (2016). Measuring Health and Broader Well-Being Benefits in the Context of Opiate Dependence: The Psychometric Performance of the ICECAP-A and the EQ-5D-5L. *Value in Health, 19*(6), 820-828. doi: 10.1016/j.jval.2016.04.010
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction, 98*(3), 291-303. doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00296.x
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., Sullivan, L., & Ali, R. (2008). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*(2), Cd004145. doi: 10.1002/14651858.CD004145.pub3
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? an investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clin Psychol Psychother, 17*(1), 25-32. doi: 10.1002/cpp.656
- Hawkins, E. J., Baer, J. S., & Kivlahan, D. R. (2008). Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment, 35*(2), 207-216. doi: 10.1016/j.jsat.2007.10.001
- Hayter, M. (2011). Editorial. *Contemporary Nurse, 40*(1), 103-105. doi: 10.1080/10376178.2011.11002577
- Herdener, M., Dürsteler, K. M., Seifritz, E., & Nordt, C. (2017). Changes in substance use in patients receiving opioid substitution therapy and resulting clinical challenges: a 17-year treatment case register analysis. *The Lancet Psychiatry, 4*(4), 302-309. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30080-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30080-9)

- Horyniak, D., Dietze, P., Degenhardt, L., Higgs, P., McIlwraith, F., Alati, R., . . . Burns, L. (2013). The relationship between age and risky injecting behaviours among a sample of Australian people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, *132*(3), 541-546. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.03.021>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*, *59*(1), 12-19.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J., De Angelis, D., & Robertson, J. R. (2010). Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment. *BMJ*, *341*. doi: [10.1136/bmj.c3172](https://doi.org/10.1136/bmj.c3172)
- Kristjánisdóttir, H., Sigursson, B. H., Salkovskis, P., Ólason, D., Sigurdsson, E., Evans, C., . . . Sigursson, J. F. (2015). Evaluation of the Psychometric Properties of the Icelandic Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, its Transdiagnostic Utility and Cross-Cultural Validation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *22*(1), 64-74. doi: [10.1002/cpp.1874](https://doi.org/10.1002/cpp.1874)
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, *17*(1), 1-14. doi: [10.1080/10503300601032506](https://doi.org/10.1080/10503300601032506)
- Leach, C., Lucock, M., Barkham, M., Noble, R., Clarke, L., & Iveson, S. (2005). Assessing risk and emotional disturbance using the CORE-OM and HoNOS outcome measures at the interface between primary and secondary mental healthcare. *Psychiatric Bulletin*, *29*(11), 419-422. doi: [10.1192/pb.29.11.419](https://doi.org/10.1192/pb.29.11.419)
- Lintzeris N., Clark N, Winstock A, Dunlop A, Muhleisen P, Gowing L, . . . J., W. (2001). *National clinical guidelines and procedures for the use of buprenorphine in the treatment of heroin dependence* (E. Vorrath Ed.). Canberra, Australia: Commonwealth of Australia.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, *107*(1), 39-50. doi: [doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x)
- Marsden, J., Farrell, M., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Eastwood, B., Roxburgh, M., & Taylor, S. (2008). Development of the treatment outcomes profile. *Addiction*, *103*(9), 1450-1460. doi: [10.1111/j.1360-0443.2008.02284.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02284.x)
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(3), Cd002209. doi: [10.1002/14651858.CD002209.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002209.pub2)
- Neale, J., Tompkins, C., Wheeler, C., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., . . . Strang, J. (2015). "You're all going to hate the word 'recovery' by the end of this": Service users' views of measuring addiction recovery. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *22*(1), 26-34. doi: [10.3109/09687637.2014.947564](https://doi.org/10.3109/09687637.2014.947564)
- Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction*, *103*(6), 875-885. doi: [10.1111/j.1360-0443.2007.02092.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02092.x)
- Perry, T., Barkham, M., & Evans, C. (2013). The CORE-OM and CORE-OM (SV) in secure settings: a template analysis of the experiences of male patients and their staff. *The Journal of Forensic Practice*, *15*(1), 32-43. doi: [10.1108/14636641311299068](https://doi.org/10.1108/14636641311299068)
- Platten, M. J., Newman, E., & Quayle, E. (2013). Self-esteem and its relationship to mental health and quality of life in adults with cystic fibrosis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *20*(3), 392-399. doi: [10.1007/s10880-012-9346-8](https://doi.org/10.1007/s10880-012-9346-8)
- Roswell, M., & Stennett-Cox, N. (2009). Suitability of Clinical Outcome in Routine Evaluation as a predictor of frequency of risk behaviours in an inpatient mental health setting. *Clinical Psychology Forum*(195), 42-46.
- SAMHSA. (1995). *Developing State Outcomes Monitoring Systems for Alcohol and Other Drug Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 14*. Rockville, MD: DHHS Publication no. (SMA) 95-3021.
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(4), 535-546. doi: [10.1037/a0028898](https://doi.org/10.1037/a0028898)
- Saxon, D., Ricketts, T., & Heywood, J. (2010). Who drops-out? Do measures of risk to self and to others predict unplanned endings in primary care counselling? *Counselling and Psychotherapy Research*, *10*(1), 13-21. doi: [10.1080/14733140902914604](https://doi.org/10.1080/14733140902914604)
- Tarescavage, A. M., & Ben-Porath, Y. S. (2014). Psychotherapeutic outcomes measures: A critical review for practitioners. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(9), 808-830. doi: [10.1002/jclp.22080](https://doi.org/10.1002/jclp.22080)
- Ti, L., Tzemis, D., & Buxton, J. A. (2012). Engaging people who use drugs in policy and program development: A review of the literature. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *7*(1), 47. doi: [10.1186/1747-597X-7-47](https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-47)

- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., Garcia-Grau, E., Salla, M., Carles Medina, J., . . . Evans, C. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457-1466. doi: 10.2147/ndt.s103079
- Uji, M., Sakamoto, A., Adachi, K., & Kitamura, T. (2012). Psychometric properties of the Japanese version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 600-608. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.09.006
- Vorma, H., Sokero, P., Aaltonen, M., Turtiainen, S., Hughes, L. A., & Savolainen, J. (2013). Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: Evidence from a community study. *Addictive Behaviors*, 38(7), 2313-2316. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.03.009>
- Ward, J., Mattick, R. P., & Hall, W. (1998). How long is long enough? Answers to questions about the duration of methadone maintenance treatment. In J. Ward, R. P. Mattick & W. Hall (Eds.), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies* (pp. 305-336). Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Press.
- Whewell, P., & Bonanno, D. (2000). The Care programme approach and risk assessment of borderline personality disorder. *Psychiatric Bulletin*, 24(10), 381-384.
- Zhang, Z., Friedmann, P. D., & Gerstein, D. R. (2003). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*, 98(5), 673-684. doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00354.x
- Αυδή, Ε. Μετάφραση και Προσαρμογή του CORE-OM στον ελληνικό πληθυσμό. *υπό δημοσίευση*.
- Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. (2017). Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινόπνευματων στην Ελλάδα. In Μ. Τερζίδου (Ed.). Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.
- Καθημερινή. (2017). Χανιά: Παραδόθηκε ο ένοπλος που είχε εισβάλει στον ΟΚΑΝΑ. Retrieved 25/5/2017, 2017
- Ο.ΚΑ.ΝΑ. (2012). Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Αθήνα Ο.ΚΑ.ΝΑ.
- Φωτίου, Α. (Ed.). (2013). *Ατομικό έντυπο ΤΔΙ/ΔΕΜΑ Οδηγός συμπλήρωσης 2013 [v.4]*. Αθήνα: ΕΚΤΕΠΝ, ΕΠΙΨΥ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Καλημέρα σας. Θα θέλαμε να συμπληρώσετε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο για μία έρευνα που γίνεται στη μονάδα σας από το μεταπτυχιακό τμήμα της Εξαρτησιολογίας της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ο θεραπευτής σας επίσης θα συμπληρώσει ένα ανάλογο έντυπο σχετικά με την θεραπεία σας.

Η συμπλήρωση είναι εθελοντική και διαρκεί 5-10 λεπτά. Δεν πρόκειται να αντιμετωπίσετε κανένα πρόβλημα αν αρνηθείτε να το συμπληρώσετε ή για τις απαντήσεις που θα δώσετε αν το συμπληρώσετε.

Αν το συμπληρώσετε όμως θα μας βοηθήσετε να καταλάβουμε περισσότερα πράγματα για το πως θα μπορούσαν να βελτιθούν οι υπηρεσίες του προγράμματος.

Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε είναι απόρρητες και εμπιστευτικές. Όλα τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και κανείς εκτός από τον ερευνητή και τον θεραπευτή σας δεν πρόκειται να έχει πρόσβαση σ' αυτές.

Σας Ευχαριστούμε για την Προσοχή σας

ΈΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Διάβασα την Επιστολή προς τον Συμμετέχοντα στην Έρευνα και έχω ενημερωθεί πλήρως για το σκοπό, την ερευνητική διαδικασία, τη φύλαξη και τη χρήση των πληροφοριών που θα παρέχω.

Κατανοώ ότι εκτός του ερευνητή και του θεραπευτικού προσωπικού της μονάδας κανείς άλλος δεν πρόκειται να έχει πρόσβαση σε προσωπικά μου δεδομένα ή άλλες πληροφορίες που με ταυτοποιούν με οποιονδήποτε τρόπο.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ



Κωδικός Δομής

Κωδικός ασθενή

Κωδικός Θεραπευτή

Κωδικός 1

Κωδικός 2

Ημερομηνία που δόθηκε το ερωτηματολόγιο

H H M M E E E E

Ηλικία Άνδρας

Στάδιο που συμπληρώθηκε

1 Επιλογή Στάδιο

2 Παραπομπή

3 Αξιολόγηση

4 Πρώτη θεραπευτική συνεδρία

5 Πριν τη θεραπεία

6 Στη διάρκεια της θεραπείας

7 Τελευταία θεραπευτική συνεδρία

8 Επανάληψος 1 Επιστόδιο

9 Επανάληψος 2

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ - ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΩΤΑ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ

Αυτό το έντυπο περιέχει 34 προτάσεις σχετικά με το πώς ήσασταν κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών. Παρακαλώ διαβάστε την κάθε πρόταση και σκεφτείτε πόσο συχνά νοιώσατε έτσι τις τελευταίες 7 ημέρες.

Έπειτα σημειώστε Χ στο τετραγωνάκι που ανταποκρίνεται καλύτερα σε αυτό.

Τις τελευταίες 7 ημέρες

	Σε καμία περίπτωση	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολλές φορές κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών	Συνεχώς
1 Ένοιωσα φοβερά μόνος και απομονωμένος	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Λ
2 Είχα ένταση, άγχος ή ανησυχία	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Π
3 Ένοιωσα ότι έχω κάποιον να με στηρίξει αν το χρειαστώ	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Λ
4 Ένοιωσα καλά με τον εαυτό μου	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Ε
5 Μου έλειπε ενέργεια και ζωντάνια	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Π
6 Ήμουν βίαιος προς άλλους	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Ρ
7 Ένοιωσα ότι μπορώ να τα βγάλω πέρα όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Λ
8 Ταλαιπωρήθηκα από ενοχλήσεις, πόνους ή άλλα σωματικά προβλήματα	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Π
9 Σκέφτηκα να κάνω κακό στον εαυτό μου	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Ρ
10 Χρειάστηκε πολύ μεγάλη προσπάθεια για να μιλήσω σε άλλους	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Λ
11 Η ένταση και το άγχος με εμπόδισαν να κάνω σημαντικά πράγματα	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Π
12 Ήμουν ευχαριστημένος με τα πράγματα που έκανα	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Λ
13 Αναστατώθηκα από ανεπιθύμητες σκέψεις και συναισθήματα	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Π
14 Μου ερχόταν να κλαίω	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Ε

Παρακαλώ γυρίστε σελίδα

Τις τελευταίες 7 ημέρες

	0	1	2	3	4	
15 Ένοιωσα πανικό ή τρόμο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Π
16 Έκανα σχέδια να βάλω τέλος στη ζωή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P
17 Ένοιωσα να με πνίγουν τα προβλήματά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
18 Είχα δυσκολία να με πάρει ο ύπνος ή να χορτάσω τον ύπνο μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Π
19 Ένοιωσα ζεστασιά ή τρυφερότητα για κάποιον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λ
20 Ήταν αδύνατο να βάλω τα προβλήματά μου κατά μέρος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Π
21 Μπόρεσα να κάνω τα περισσότερα πράγματα που χρειαζόταν να γίνουν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λ
22 Απειλήσα ή φόβισα κάποιον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P
23 Ένοιωσα απελπισία ή απόγνωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Π
24 Σκέφτηκα ότι θα ήταν καλύτερα να είχα πεθάνει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P
25 Ένοιωσα ότι οι άλλοι με κατακρίνουν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λ
26 Σκέφτηκα ότι δεν έχω φίλους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λ
27 Ένοιωσα δυστυχημένος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Π
28 Με αναστάτωσαν ανεπιθύμητες εικόνες ή αναμνήσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Π
29 Ήμουν ευέξαπτος όταν βρισκόμουν με άλλους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λ
30 Σκέφτηκα ότι φταίω εγώ για τα προβλήματα και τις δυσκολίες μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Π
31 Αισθάνθηκα αισιόδοξος για το μέλλον μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E
32 Πέτυχα τα πράγματα που ήθελα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λ
33 Ένοιωσα ταπεινωμένος ή εξευτελισμένος από τους άλλους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λ
34 Τραυμάτισα το σώμα μου ή έβαλα σε κίνδυνο την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΔΙΑΘΕΣΑΤΕ

Συνολική βαθμολογία

→ →

Μέση τιμή

(Η συνολική βαθμολογία για κάθε διάσταση διαιρείται με τον αριθμό των προτάσεων που συμπληρώθηκαν στη συγκεκριμένη διάσταση)

E

Π

Λ

P

Όλες οι προτάσεις

Όλες πλην P

RISK ASSESSMENT FORM (THERAPIST)

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΤΟΜΟΥ									
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Φύλο

Άνδρας

Γυναίκα

Ο παρακάτω πίνακας περιέχει 4 κατηγορίες συμπεριφορών ρίσκου. Παρακαλώ διαβάστε τις και σκεφτείτε την πιθανότητα που έχει ο θεραπευόμενος που παρακολουθείτε να τις εκδηλώσει. Έπειτα σημειώστε με Χ στο τετράγωνο που ανταποκρίνεται καλύτερα σε αυτή.

ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΡΙΣΚΟΥ

	ΚΑΜΙΑ	ΜΙΚΡΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΣΟΒΑΡΗ
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΒΛΑΒΗ ΠΡΟΣ ΕΑΥΤΟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΒΛΑΒΗ ΠΡΟΣ ΑΛΛΟΥΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΝΟΜΙΚΟ/ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΔΙΑΘΕΣΑΤΕ



38290

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩ | ΔΣΜΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ
ΜΟΝΑΔΑΣΚΩΔΙΚΟΣ
ΑΤΟΜΟΥ

2

17. Έχετε φυλακιστεί ποτέ (έστω και για μία ημέρα); Συμπεριλαμβάνεται η προσωρινή κράτηση ή η προφυλάκιση, ~~αποκλειστικά~~ η προσαγωγή ή/και κράτηση μόνο για την εξακρίβωση στοιχείων
- Ναι, 1 φορά Ναι, τουλάχιστον 2 φορές Όχι ΔΕ/ΔΘ Δεν απάντησε

18. Έχετε υποβληθεί σε θεραπεία ξανά στο παρελθόν;
- Ναι Όχι ΔΕ/ΔΘ Δεν απάντησε

19. (Εάν ναι) Στην υποκατάσταση με οποιοδήποτε (βουπρενορφίνη, μεθαδόνη);
- Ναι Όχι ΔΕ/ΔΘ Δεν απάντησε Δεν αφορά

20. (Εάν ναι) Πόσων χρόνων μνήκατε για πρώτη φορά στην υποκατάσταση;

Όταν ήταν ΕΤΩΝ ΔΕ/ΔΘ Δεν απάντησε Δεν αφορά

21. (Εάν ναι) Ήσασταν στην υποκατάσταση τις τελευταίες 30 ημέρες; (Η ερώτηση γίνεται στο Πρόγραμμα υποκατάστασης)
- Ναι Όχι ΔΕ/ΔΘ Δεν απάντησε Δεν αφορά

22. Ποιος σας παρέπεμψε σε εμάς;

- Ο/η ίδιος/-α Κοινωνική υπηρεσία
- Οικογένεια (γονείς, αδέρφια, συγγενείς, σύντροφος) Δικαστική υπηρεσία ή αστυνομία
- Φίλοι, γνωστοί ή άλλοι χρήστες Σχολείο, σχολή, εκπαιδευτικό ίδρυμα
- Θεραπευτικό κέντρο, street work ή τηλ. γραμμή Άλλο. Τι: _____
- Γενικός ιατρός, ψυχίατρος, ψυχολόγος, κτλ ΔΕ/ΔΘ
- Νοσοκομείο ή άλλη υπηρεσία υγείας Δεν απάντησε

23. Ποια είναι η ΚΥΡΙΑ ουσία που χρησιμοποιείτε;



Η ουσία που δημιουργεί τα περισσότερα προβλήματα

Όνομα ουσίας (αυτολεξεί, ΚΕΦΑΛΑΙΑ, ελληνικά γράμματα)

ΚΩΔΙΚΟΣ ΟΥΣΙΑΣ

24. Με ποιον τρόπο την χρησιμοποιείτε συνήθως;

- Ένεση
- Κάπνισμα/εισπνοή (στόμα)
- Βρώση ή πόση
- Μύτη
- Άλλος τρόπος. Ποιος _____ (προσδιορίστε)

25. Με ποιον άλλο τρόπο κυρίως τη χρησιμοποιείτε;

- Ένεση
- Κάπνισμα/εισπνοή (στόμα)
- Βρώση ή πόση
- Μύτη
- Άλλος τρόπος. Ποιος _____ (προσδιορίστε)

26. Πόσο συχνά χρησιμοποιήσατε την κύρια ουσία τις τελευταίες 30 ημέρες;

- Μία ημέρα την εβδομάδα ή σπανιότερα Καθημερινά
- 2-3 ημέρες την εβδομάδα Καθόλου χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες
- 4-6 ημέρες την εβδομάδα ΔΕ/ΔΘ

27. Σε ποια ηλικία χρησιμοποιήσατε για πρώτη φορά την κύρια ουσία; ΕΤΩΝ ΔΕ/ΔΘ Δεν απάντησε

28. Ποιες ΑΜΕΣ ουσίες χρησιμοποιείτε και με ποιον τρόπο συνήθως;

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ / ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ		Κωδικός	Ένεση	Κάπνισμα, εισπνοή (στόμα)	Βρώση ή πόση	Μύτη	Άλλος τρόπος
Όνομα ουσίας (αυτολεξεί, ΚΕΦΑΛΑΙΑ, ελληνικά γράμματα)	Κωδικός						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Για τον/την θεραπευτή/-ρια

29. Πρόβλημα πολλαπλής εξάρτησης; Ναι Όχι Άγνωστο



Μόνον όταν δεν είναι διακριτό, μεταξύ τουλάχιστον 2 ουσιών, ποιά ουσία προκάλεσε το αίτημα για θεραπεία

30. Με ποια ουσία ξεκινήσατε τη χρήση;

777 ΔΕ/ΔΘ

31. Πόσων χρόνων ξεκινήσατε τη χρήση; ΕΤΩΝ ΔΕ/ΔΘ Δεν απάντησε



38290

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ
ΜΟΝΑΔΑΣΚΩΔΙΚΟΣ
ΑΤΟΜΟΥ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΙ | ΔΣΜΑ

3

32. Έχετε κάνει ενέσιμη χρήση ουσιών (ενδοφλέβια, ενδομυϊκή ή υποδόρια)...

	Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΘ	Δεν απάντησε	Δεν αφορά
α... σε όλη σας τη ζωή;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >>>E45	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
β... τους τελευταίους 12 μήνες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >>>E33	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
γ... τις τελευταίες 30 ημέρες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Πόσων χρόνων κάνατε για πρώτη φορά ενέσιμη χρήση;

Όταν ήταν ετών [77 ΔΞ/ΔΘ | 88 Δεν απάντησε | 99 Δεν αφορά]

34. Τις τελευταίες 30 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε ενέσιμη χρήση;

 ημέρες Σημειώστε «ΔΞ» εάν «καμία ημέρα» [77 ΔΞ/ΔΘ | 88 Δεν απάντησε | 99 Δεν αφορά]

35. Σε μια τυπική ημέρα ενέσιμης χρήσης των τελευταίων 30 ημερών, πόσες φορές κάνατε ενέσιμη χρήση;

 φορές Σημειώστε «ΔΞ» εάν «καμία φορά» [77 ΔΞ/ΔΘ | 88 Δεν απάντησε | 99 Δεν αφορά]


36. Την τελευταία φορά που κάνατε ενέσιμη χρήση, χρησιμοποιήσατε καινούργια (αποστειρωμένη) σύριγγα;

 Ναι Όχι ΔΞ/ΔΘ Δεν απάντησε Δεν αφορά

37. Πόσες φορές κάνατε χρήση με την τελευταία σας σύριγγα πριν την πετάξετε ή τη δώσετε αλλού;

 φορές Σημειώστε «ΔΞ» εάν «καμία φορά» [777 ΔΞ/ΔΘ | 888 Δεν απάντησε | 999 Δεν αφορά]

38. Τις τελευταίες 30 ημέρες, πόσες καινούργιες (αποστειρωμένες) σύριγγες πήρατε συνολικά από διάφορες πηγές για προσωπική χρήση;

 σύριγγες Σημειώστε «ΔΞ» εάν «καμία σύριγγα» [777 ΔΞ/ΔΘ | 888 Δεν απάντησε | 999 Δεν αφορά]  Από προγράμματα ανταλλαγής / δωρεάς, συριγγών, στρωθωτικό, κινητές μονάδες, εθελοντές, μη κυβερνητικές οργανώσεις, φαρμακεία, φίλους, γνωστούς, κτλ.

39. Έχετε κάνει ΚΟΙΝΗ χρήση σύριγγας, δηλαδή να έχετε πάρει ή/και να έχετε δώσει σε άλλους χρησιμοποιημένη σύριγγα ...

	Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΘ	Δεν απάντησε	Δεν αφορά
α... σε όλη σας τη ζωή;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >>>E40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
β... τους τελευταίους 12 μήνες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >>>E40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
γ... τις τελευταίες 30 ημέρες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Έχετε κάνει ΚΟΙΝΗ χρήση ενέσιμου υλικού (εκτός σύριγγας) δηλαδή να έχετε πάρει -ή/και να έχετε δώσει σε άλλους χρησιμοποιημένο βαμβάκι, κουτάλι, καλαμάκι, νερό ή την ίδια την ουσία...

	Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΘ	Δεν απάντησε	Δεν αφορά
α... σε όλη σας τη ζωή;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >>>E41	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
β... τους τελευταίους 12 μήνες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> >>>E41	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
γ... τις τελευταίες 30 ημέρες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Είχατε σεξουαλική επαφή τους τελευταίους 12 μήνες;

 Ναι Όχι >>>E44 Δεν έχει σεξ. ζωή ΔΞ/ΔΘ Δεν απάντησε Δεν αφορά

42. Με πόσους διαφορετικούς συντρόφους είχατε σεξουαλική επαφή τους τελευταίους 12 μήνες;

Με συντρόφους Σημειώστε «ΔΞ» εάν «με κανέναν» [777 ΔΞ/ΔΘ | 888 Δεν απάντησε | 999 Δεν αφορά / Δεν έχει σεξ. ζωή]

43. Τους τελευταίους 12 μήνες, είχατε σεξουαλική επαφή με άτομο που ως αντάλλαγμα σας έδωσε χρήματα, ναρκωτικά ή άλλα αντικείμενα;

 Ναι Όχι Δεν έχει σεξ. ζωή ΔΞ/ΔΘ Δεν απάντησε Δεν αφορά

44. Την τελευταία φορά που είχατε σεξουαλική επαφή, χρησιμοποιήσατε εσείς ή ο/η σύντροφός σας προφυλακτικό;

 Ναι Όχι Δεν έχει σεξ. ζωή ΔΞ/ΔΘ Δεν απάντησε Δεν αφορά



39290

ΟΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΧΝΗΡΙΣΗΣ & ΠΑΡΑΦΟΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΙ | ΔΕΜΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΤΟΜΟΥ

4

45. Έχετε κάνει τεστ για τον ιό HIV ... [Δεν αφορά τις εξετάσεις που διενεργήθηκαν στα πλαίσια της παρούσης εισόδου σε θεραπεία]

... τους τελευταίους 12 μήνες;	Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΘ	Δεν απαντά	Δεν αφορά
... ξανά στο παρελθόν;	<input type="checkbox"/> >>>E46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Έχετε κάνει τεστ για Ηπατίτιδα C ... [Δεν αφορά τις εξετάσεις που διενεργήθηκαν στα πλαίσια της παρούσης εισόδου σε θεραπεία]

... τους τελευταίους 12 μήνες;	Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΘ	Δεν απαντά	Δεν αφορά
... ξανά στο παρελθόν;	<input type="checkbox"/> >>>E47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Για τον/την θεραπευτή/-ρια

47. Έγιναν / υπάρχουν εξετάσεις για μολυσματικές ασθένειες για το άτομο αυτό;

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έγιναν / υπάρχουν εξετάσεις και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω	Οι εξετάσεις ή τα αποτελέσματα καθυστερούν	Δεν προβλέπονται / δε θα γίνουν εξετάσεις	Άγνωστο

ΔΕΜΑ | ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΠΑΤΡΟΥ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

48. Οι εξετάσεις έγιναν: Σε δείγμα αίματος Σε δείγμα σπύλου

49. **ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β** Ημερομηνία εξέτασης: Ημέρα Μήνας Έτος

HBsAg	<input type="checkbox"/> Θετικό	<input type="checkbox"/> Αρνητικό	<input type="checkbox"/> Άγνωστο	<input type="checkbox"/> Δεν έκανε το τεστ
Anti-HBc	<input type="checkbox"/> Θετικό	<input type="checkbox"/> Αρνητικό	<input type="checkbox"/> Άγνωστο	<input type="checkbox"/> Δεν έκανε το τεστ
Anti-HBs	<input type="checkbox"/> Θετικό	<input type="checkbox"/> Αρνητικό	<input type="checkbox"/> Άγνωστο	<input type="checkbox"/> Δεν έκανε το τεστ

50. **ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C** Ημερομηνία εξέτασης: Ημέρα Μήνας Έτος

Anti-HCV (EIA)	<input type="checkbox"/> Θετικό	<input type="checkbox"/> Αρνητικό	<input type="checkbox"/> Άγνωστο	<input type="checkbox"/> Δεν έκανε το τεστ
Anti-HCV (RIBA)	<input type="checkbox"/> Θετικό	<input type="checkbox"/> Αρνητικό	<input type="checkbox"/> Άγνωστο	<input type="checkbox"/> Δεν έκανε το τεστ

51. **HIV** Ημερομηνία εξέτασης: Ημέρα Μήνας Έτος

HIV1,2 Ab	<input type="checkbox"/> Θετικό	<input type="checkbox"/> Αρνητικό	<input type="checkbox"/> Άγνωστο	<input type="checkbox"/> Δεν έκανε το τεστ
-----------	---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--

Εάν «θετικό», ήταν γνωστό ήδη από προηγούμενο τεστ; Ναι Όχι Άγνωστο

52. **ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ** Ημερομηνία εξέτασης: Ημέρα Μήνας Έτος

Ακτινογραφία	<input type="checkbox"/> Θετικό	<input type="checkbox"/> Αρνητικό	<input type="checkbox"/> Άγνωστο	<input type="checkbox"/> Δεν έκανε το τεστ
Mantoux	<input type="checkbox"/> Θετικό	<input type="checkbox"/> Αρνητικό	<input type="checkbox"/> Άγνωστο	<input type="checkbox"/> Δεν έκανε το τεστ

53. **ΆΛΛΗ** Ημερομηνία εξέτασης: Ημέρα Μήνας Έτος

π.χ. Ηπατίτιδα Α, σύφιλη κτλ.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Θετικό	<input type="checkbox"/> Αρνητικό	<input type="checkbox"/> Άγνωστο
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Θετικό	<input type="checkbox"/> Αρνητικό	<input type="checkbox"/> Άγνωστο

ΣΧΟΛΙΑ / ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ