

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ-ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΛΟΓΙΑ»**

Διπλωματική εργασία:
*«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΑΣΕΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ»*

Όνοματεπώνυμο φοιτήτριας: ΜΠΟΥΡΑΖΑΝΑ ΔΗΜΗΤΡΑ
Α.Μ: 20170989
ΑΚΑΔ. ΕΤΟΣ: 2018-2019

Επόπτης Καθηγητής: ΘΩΜΑΣ ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΑΘΗΝΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

*ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ – ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΛΟΓΙΑ»*

*ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΑΣΕΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΕ
ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ».*

*ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΜΠΟΥΡΑΖΑΝΑ ΔΗΜΗΤΡΑ
Α.Μ: 20170989
ΑΚΑΔ. ΕΤΟΣ: 2018-2019*

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΘΩΜΑΣ ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΡΙΜΕΛΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:
ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ ΘΩΜΑΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΑΛΛΙΩΡΗ ΜΙΝΕΡΒΑ-ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΖΑΒΕΛΛΑΣ ΗΛΙΑΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΑΘΗΝΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η διαδρομή αυτή δεν θα ήταν εφικτή, εάν δεν είχα τη βοήθεια του επόπτη καθηγητή μου, κου Θωμά Παπαρρηγόπουλου, Καθηγητή Ψυχιατρικής του ΕΚΠΑ, που με υπομονή και ηρεμία απάντησε στα ερωτήματα μου, έδωσε πολύτιμες συμβουλές και διόρθωσε το τελικό κείμενο αυτής της διπλωματικής.

Οι συμβουλές αλλά και η θετική ενέργεια του συμφοιτητή και φίλου Κουτουλουγένη Κωνσταντίνου ήταν πολύτιμες σε όλη τη διάρκεια της συγγραφής της εργασίας.

Η ευγενική παραχώρηση της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου DDPPQ από την κα Αλεξοπούλου Ασημίνα, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του προηγούμενου κύκλου ΜΠΣ «Αντιμετώπιση εξαρτήσεων-Εξαρτησιολογίας», όπως επίσης και για την ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου ABI, από το κο Τσουνή Α. (και συνεργάτες), του Κέντρου πρόληψης εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας «ΣΕΙΠΙΟΣ» (ΟΚΑΝΑ) Θεσσαλονίκης, βοήθησαν ουσιαστικά στα πρώτα βήματα της αναζήτησης μου.

Στους συμμετέχοντες στην έρευνα μου οι οποίοι απάντησαν στα ερωτηματολόγια και έδωσαν νόημα σε αυτή την ερευνητική προσπάθεια.

Τέλος στην οικογένεια μου, οι οποίοι ήταν δίπλα μου χαρίζοντάς μου ηρεμία, δύναμη και κουράγιο.

*Στους συνεργάτες του τμήματος Παλαιολόγου, της Α' Ψυχιατρικής κλινικής του
Αιγινήτειου Νοσοκομείου.*

Στην Αρτεμησία...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα.....	6
Κατάλογος Πινάκων.....	8
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	9
Συντομογραφίες.....	10
Περίληψη.....	11
Abstract.....	13
Εισαγωγή.....	15

Κεφάλαιο 1

I) Ιστορική αναδρομή

1.1 Ορισμοί.....	18
1.2 Ιστορικά στοιχεία.....	21
1.2.1 Ιστορική αναδρομή του φαινομένου της χρήσης ουσιών.....	21
1.2.2 Ιστορική αναδρομή της ποινικοποίησης της χρήσης ουσιών.....	23

II) Ζητήματα σχετικά με τη χρήση ουσιών

1.3 Η κατάσταση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών.....	25
1.4 Τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών στο νοσοκομειακό χώρο.....	26
1.5 Προβλήματα υγείας ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών.....	28

III) Η εκπαίδευση στον χώρο των εξαρτήσεων

1.6 Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα εξαρτήσεων.....	29
---	----

Κεφάλαιο 2

I) Εννοιολογικό πλαίσιο

2.1 Οι στάσεις.....	31
2.2 Η δομή των στάσεων.....	32
2.3 Στίγμα, προκατάληψη, στερεότυπα, διακρίσεις.....	32
2.4 Στίγμα.....	34
2.4.1 Το Εσωτερικευμένο στίγμα.....	35
2.4.2 Το στίγμα ως κοινωνική κατασκευή.....	35

II) Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2.5. Οι στάσεις απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών.....	37
2.5.1 Κοινωνικές στάσεις.....	37
2.5.2 Στάσεις επαγγελματιών υγείας.....	38
2.6 Οι ρίζες των αρνητικών στάσεων.....	41
2.6.1 Θεωρίες εξάρτησης.....	41
2.6.2 Το στίγμα και η γλώσσα.....	44
2.6.3 Χρήση ουσιών, ποινικό δίκαιο και εγκληματικότητα.....	45

2.6.4 Το στίγμα και τα ΜΜΕ.....	47
2.7 Πρακτικές μείωσης του στίγματος.....	47

Κεφάλαιο 3

Μεθοδολογία έρευνας

3.1 Σκοπός και στόχοι έρευνας.....	49
3.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	49
3.3 Ερευνητικές υποθέσεις.....	49
3.4 Συμμετέχοντες.....	50
3.5 Ερευνητικά εργαλεία.....	51
3.5.1 Αξιοπιστία εργαλείων.....	55
3.6 Δεοντολογία.....	56
3.7 Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	56

Κεφάλαιο 4

Αποτελέσματα

4.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση.....	57
4.1.1 Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.....	57
4.1.2 Περιγραφικά μέτρα των κλιμάκων και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων.....	62
4.2 Ανάλυση γραμμικών συσχετίσεων.....	67
4.3 Διερεύνηση των διαφορών των κλιμάκων ως προς τα διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	71
4.3.1 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς την εργασία σε φορέα απεξάρτησης.....	71
4.3.2 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς το φύλο.....	72
4.3.3 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς το επάγγελμα.....	73
4.3.4 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς την ηλικία.....	75
4.3.5 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς τα έτη υπηρεσίας.....	76
4.3.6 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς τη γονική ιδιότητα.....	77
4.3.7 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς την εκπαίδευση στις εξαρτήσεις.....	78
4.4 Γραμμική παλινδρόμηση.....	80

Κεφάλαιο 4

Συζήτηση/Συμπεράσματα-Περιορισμοί ερευνάς

Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	82
Συμπεράσματα.....	89
Περιορισμοί έρευνας.....	90
Βιβλιογραφία.....	92
Παράρτημα 1.....	102
Παράρτημα 2.....	108

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

- Πίνακας 1.** Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας σε θέματα εξαρτήσεων
- Πίνακας 2.** Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach Alpha των υπό μελέτη κλιμάκων
- Πίνακας 3.** Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς μεταβλητών ερωτηματολογίων
- Πίνακας 4.** Ποσοστά δηλώσεων ερωτηματολογίου DDPPQ
- Πίνακας 5.** Ποσοστά δηλώσεων ερωτηματολογίου ABI
- Πίνακας 6α.** Συσχετίσεις κλιμάκων ερωτηματολογίων (δείγμα εργαζομένων σε κέντρα απεξάρτησης)
- Πίνακας 6β.** Συσχετίσεις κλιμάκων ερωτηματολογίων (δείγμα εργαζομένων σε γενικά νοσοκομεία)
- Πίνακας 7.** Διερεύνηση της σχέσης κλιμάκων ερωτηματολογίων και της εργασίας σε φορέα απεξάρτησης
- Πίνακας 8.** Διερεύνηση της σχέσης κλιμάκων ερωτηματολογίων και φύλου
- Πίνακας 9.** Διερεύνηση της σχέσης κλιμάκων ερωτηματολογίων και επαγγέλματος
- Πίνακας 10.** Διερεύνηση της σχέσης κλιμάκων ερωτηματολογίων και ηλικίας
- Πίνακας 11.** Διερεύνηση της σχέσης κλιμάκων ερωτηματολογίων και ετών υπηρεσίας
- Πίνακας 12.** Διερεύνηση της σχέσης κλιμάκων ερωτηματολογίων και γονικής ιδιότητας
- Πίνακας 13.** Διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων κλιμάκων και της εκπαίδευσης στις εξαρτήσεις
- Πίνακας 14.** Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης της συνολικής κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά
- Πίνακας 15.** Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης της ηθικής αδυναμίας

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Διάγραμμα πίτας του φύλου των συμμετεχόντων

Γράφημα 2. Ραβδόγραμμα ηλικίας

Γράφημα 3. Διάγραμμα πίτας της οικογενειακής κατάστασης

Γράφημα 4. Διάγραμμα πίτας γονικής ιδιότητας

Γράφημα 5. Ραβδόγραμμα επαγγέλματος

Γράφημα 6. Ραβδόγραμμα των ετών εργασίας

Γράφημα 7. Διάγραμμα πίτας της εκπαίδευσης στις εξαρτήσεις

Γράφημα 8. Διάγραμμα πίτας της εργασίας σε φορέα απεξάρτησης

Γράφημα 9. Ραβδόγραμμα των ετών εργασίας σε φορέα απεξάρτησης

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ΠΜΣ	Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
GCODP	Global Commition on Drug Policy
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
GHB/GBL	Gamma hydroxybutyrate/ Gamma butyrolactone
MDMA	3, 4 - Methylenedioxyamphetamine
OKANA	Οργανισμός κατά των ναρκωτικών
ΚΕΘΕΑ	Κέντρο θεραπείας εξαρτημένων ατόμων
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας Κυβέρνησης
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition
LSD	Lysergic acid diethylamide
N.	Νόμος
N.Δ.	Νομικό Διάταγμα
KNN	Κωδικοποίηση Νόμου Ναρκωτικών
Π.Κ.	Ποινικός Κώδικας
MME	Μέσα μαζικής ενημέρωσης
NA	Narcotics Anonymous
AA	Alcoholics Anonymous
AMA	American Medical Association
ICD	International Classification of Diseases

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη χώρα μας, περιορισμένες έρευνες έχουν αποτυπώσει τις στάσεις ειδικών ομάδων του πληθυσμού προς τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών, οι οποίες συναλλάσσονται μαζί τους σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών.

Σκοπός: Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια αφορά τη διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών που προσέρχονται σε Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα.

Υλικό και μέθοδος: Η μέθοδος η οποία χρησιμοποιήθηκε είναι η συγχρονική μέθοδος και ο τόπος διεξαγωγής της έρευνας ήταν η Αθήνα, Αλεξανδρούπολη, Μυτιλήνη, Βόλος. Το δείγμα αφορούσε δείγμα ευκολίας 122 επαγγελματιών υγείας με το 47,9% να αποτελούν εργαζομένους σε εξειδικευμένα τμήματα απεξάρτησης και το 52,1% εργαζομένους σε χώρους επειγόντων περιστατικών γενικών νοσοκομείων. Το 21,3 % αφορούσε δείγμα ανδρών, ενώ το υπόλοιπο 78,7% ήταν γυναίκες. Ως προς το επάγγελμα, το 21% δήλωσαν ιατροί, το 46,7% νοσηλευτές, το 15,6% ψυχολόγοι και το 16,4% κοινωνικοί λειτουργοί. Η έρευνα έγινε μέσω αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου 60 ερωτήσεων από το συνδυασμό 3 επιμέρους εργαλείων [Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά (DDPPQ: *Drug and Drugs Problem Perception Questionnaire*), Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό (ABI: *Addiction Belief Inventory*), Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων].

Αποτελέσματα: Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε χώρο γενικού νοσοκομείου εκφράζουν αρνητικότερες στάσεις απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται σε φορείς απεξάρτησης ($p < ,001$). Σε σχέση με τις πεποιθήσεις τους, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε χώρο γενικού νοσοκομείου συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι το εξαρτημένο/εθισμένο άτομο έχει αδυναμία ελέγχου ($p = ,042$), ότι η εξάρτηση/εθισμός είναι χρόνια ασθένεια ($p = ,020$) και ότι η χρήση ουσιών είναι ηθική αδυναμία ($p = ,044$), σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται σε υπηρεσίες απεξάρτησης. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι προβλεπτικές παράμετροι θετικών στάσεων είναι η εργασία σε φορέα απεξάρτησης και η εκπαίδευση στις εξαρτήσεις, ενώ για τις ηθικές κρίσεις οι οποίες οδηγούν σε στιγματιστικές αντιλήψεις είναι η εκπαίδευση στις εξαρτήσεις.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών και οι πεποιθήσεις τους για τις εξαρτήσεις επηρεάζονται από διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, η επαγγελματική ιδιότητα, η εκπαίδευση στις εξαρτήσεις και τα έτη εργασίας. Η σημαντικότερη παράμετρος που διαφοροποιεί τις αρνητικές στάσεις είναι η εργασία σε φορέα απεξάρτησης και η εκπαίδευση στις εξαρτήσεις, ενώ για την πεποίθηση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ηθική αδυναμία των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών είναι η εκπαίδευση στις εξαρτήσεις. Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει τις προτεινόμενες από τους ερευνητές προσεγγίσεις που αφορούν την μείωση του στίγματος: της εκπαίδευσης και της επαφής, οι οποίες συμβάλλουν στην αλλαγή των αρνητικών κρίσεων και των στιγματιστικών αντιλήψεων.

Λέξεις κλειδιά: Στάσεις, αντιλήψεις/πεποιθήσεις, επαγγελματίες υγείας, χρήση ουσιών, στίγμα.

ABSTRACT

There is limited research in Greece investigating the attitudes of healthcare providers towards people with substance use disorders.

Purpose: The present research aimed at investigating the attitudes of healthcare professionals towards people with substance use disorders who contact Health Services in Greece.

Material and Method: This is a cross-sectional study held in Athens, Alexandroupolis, Mytilene and Volos. A convenience sample of 122 (21, 3% males, 78, 7% females) healthcare professionals was assessed. 47.9% worked in specialized rehabilitation units and 52.1% in general hospital emergency wards. Regarding their profession, 21% were doctors, 46.7% nurses, 15.6% psychologists and 16.4% were social workers. For the assessment a 60-item self-administered questionnaire, which combines three measurement tools [DDPPQ (Drug and Drugs Problem Perception Questionnaire), ABI (Addiction Belief Inventory), demographic questionnaire], was used.

Results: Healthcare professionals working in general hospital settings report more negative attitudes towards people with substance use disorders than their colleagues working in drug rehabilitation services ($p = .001$). Regarding their beliefs, healthcare professionals working in general hospitals endorse more the opinion that the addict is unable to control himself ($p = .042$), that addiction is a chronic disease ($p = .020$), and that substance use represents a moral weakness ($p = .044$), than the group of carers who work in drug rehabilitation services. Linear regression analysis showed that predictors of positive attitudes are work in drug rehabilitation and training in addictology, whereas for moral judgements leading to stigmatizing attitudes is training in addictology.

Conclusions: The results of the present study show that staff perceptions for people with substance use disorders and their beliefs about addiction are influenced by various sociodemographic factors, such as gender, age, occupation, training in addictology and work years in the field. The most important parameter affecting negative attitudes is work in drug rehabilitation services and training in addictology, whereas for the belief of moral weakness of drug addicts is training in addictology.

The present research confirms the prevailing stigma reduction approaches: training and contact that help change negative judgments and stigmatizing perceptions.

Keywords: Attitudes, perceptions/beliefs, healthcare professionals, substance use, stigma.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Η χρήση ναρκωτικών έχει αναγνωριστεί ότι συντελεί στην παγκόσμια νοσοεπιβάρυνση. Χρόνια και οξεία προβλήματα υγείας σχετίζονται με τη χρήση των ναρκωτικών και επιτείνονται από διάφορους παράγοντες, όπως οι ιδιότητες καθαυτές των ουσιών, η οδός χορήγησης, η ατομική ευαλωτότητα και το κοινωνικό πλαίσιο της χρήσης» (EMCDDA, 2018). «Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας για το έτος 2015 η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών είναι υπεύθυνη για περισσότερους από 450.000 θανάτους ετησίως και το φορτίο της νόσου που οφείλεται στις εθιστικές ουσίες αντιπροσωπεύει περίπου το 1,5% της συνολικής επιβάρυνσης νόσου. Επίσης, η επιβλαβής χρήση αλκοόλ έχει ως αποτέλεσμα τον θάνατο 3,3 εκατομμυρίων ανθρώπων ετησίως και σχετίζεται αιτιολογικά με τουλάχιστον 60 διαφορετικούς τύπους ασθενειών» (Παπαρρηγόπουλος, 2018). Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν κομβικό σημείο καθώς έρχονται συχνά σε επαφή με άτομα που χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών μπορούν να επηρεάσουν την προσέγγιση, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση, την παροχή φροντίδας και την αποτελεσματική θεραπεία και έχουν περιγραφεί ως «ο ακρογωνιαίος λίθος στη θεραπευτική δραστηριότητα» (Scottish Executive, 2002).

Μέχρι και πριν λίγες δεκαετίες οι ουσιοεξαρτημένοι θεωρούνταν άτομα προβληματικής ηθικής υπόστασης, με ελαττωματική βούληση και η αντιμετώπισή τους είχε κυρίως τιμωρητικό χαρακτήρα. Σήμερα όμως, η επιστημονική κοινότητα θεωρεί ότι η εξάρτηση αποτελεί μία χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο του εγκεφάλου που καθορίζεται τόσο από περιβαλλοντικούς όσο και από φαρμακολογικούς και γενετικούς-βιολογικούς παράγοντες (Παπαρρηγόπουλος, 2018). Παρά ταύτα, η ομάδα αυτή μοιάζει να είναι ακόμη κοινωνικά στιγματισμένη.

Από πολλές μελέτες διαπιστώνεται πως ο γενικός πληθυσμός έχει πολύ στιγματιστικές απόψεις για τα άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών. Σύμφωνα με τους Yang et al., (2017) το φαινόμενο του στίγματος απέναντι σε άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών μοιάζει να είναι παγκόσμιο και ο βαθμός στιγματισμού είναι εντονότερος αναφορικά με τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών σε σχέση με τα άτομα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.

Ειδικότερα στο χώρο της υγείας, τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν να συμβαδίζουν με τη γενικότερη αντίληψη που επικρατεί, με τη χρήση εθιστικών ουσιών να αποτελεί μία από τις πιο στιγματισμένες συνθήκες στην υγειονομική περίθαλψη (Broyles et al., 2014). Όπως περιγράφεται, όταν ζητούν βοήθεια, οι ασθενείς με διαταραχή χρήσης ουσιών συχνά αντιμετωπίζουν διακρίσεις στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης και λαμβάνουν φροντίδα χαμηλότερης ποιότητας (McLaughlin et al., 2006). Οι αρνητικές αντιλήψεις για τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών μεταξύ των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας μπορούν επίσης να μειώσουν την προθυμία τους να θεραπεύσουν ασθενείς με διαταραχές χρήσης ουσιών (Van Boekel et al., 2014).

Οι στάσεις (attitudes), οι πεποιθήσεις (beliefs) και οι αντιλήψεις (perceptions) είναι όροι που περιλαμβάνουν τόσο γνωστικά όσο και συναισθηματικά χαρακτηριστικά και συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά.

Ο ορισμός που χρησιμοποιείται συχνότερα προέρχεται από τον χώρο της κοινωνικής ψυχολογίας: «η στάση είναι μια νοητική και νευροφυσιολογική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένη μέσω των εμπειριών, που ασκεί κατευθυντήρια ή δυναμική επίδραση στις αποκρίσεις του ατόμου προς όλα τα αντικείμενα και τις καταστάσεις με τα οποία αυτή σχετίζεται» (Allport, 1935). Ο Allport ήταν από τους πρώτους που τόνισε ότι «μια στάση είναι στην ουσία η ετοιμότητα για δράση και ότι οι στάσεις εκφράζονται σαν συμπεριφορά, είτε λεκτική είτε μη-λεκτική». Σύμφωνα με τον Underwood ο όρος «στάσεις» συνίσταται κυρίως στο σύστημα εκδήλωσης μιας συμπεριφοράς, θετικής ή αρνητικής, απέναντι σε ένα αντικείμενο, ως αποτέλεσμα γνωστικών και συναισθηματικών διεργασιών που προκύπτουν μέσα από τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των ατόμων (Underwood, 2012).

Στην παρούσα έρευνα θα διερευνηθούν οι στάσεις/αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα απέναντι στους ασθενείς με διαταραχές χρήσης ουσιών καθώς και οι πεποιθήσεις τους σε σχέση με το φαινόμενο της εξάρτησης/εθισμού.

Το *πρώτο κεφαλαίο* της παρούσης εργασίας παρουσιάζει την ιστορική αναδρομή με έμφαση στους ορισμούς σε σχέση με τη χρήση ουσιών. Δίνονται ιστορικά στοιχεία του φαινομένου της χρήσης ουσιών καθώς και της ποινικοποίησης της χρήσης. Ακολουθούν ζητήματα που αφορούν στη σημερινή κατάσταση της χρήσης ουσιών, την παρουσία των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών στο χώρο του νοσοκομείου, των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, αλλά και το πλαίσιο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα εξαρτήσεων.

Στο *δεύτερο κεφάλαιο* παρουσιάζεται το συνολικό εννοιολογικό πλαίσιο και δίνεται έμφαση στην έννοια του όρου των «στάσεων», στη δομή τους, αλλά και σε έννοιες όπως το στίγμα, η προκατάληψη, τα στερεότυπα και οι διακρίσεις, ενώ η βιβλιογραφική ανασκόπηση παρουσιάζει τις κοινωνικές στάσεις αλλά και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών καθώς και τις «ρίζες» των αρνητικών στάσεων.

Στο *τρίτο κεφάλαιο* παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας.

Στο *τέταρτο κεφάλαιο* παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και ακολουθεί η συζήτηση, τα συμπεράσματα καθώς και οι περιορισμοί της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

I) Ιστορική αναδρομή

1.1 Ορισμοί

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «εξαρτησιογόνος η εθιστική ουσία» ονομάζεται κάθε ουσία η οποία επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και διαθέτει ψυχοτρόπες ιδιότητες, μπορεί δηλαδή να τροποποιήσει την αντίληψη, το συναίσθημα τη διάθεση, τη συμπεριφορά και τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού και να προκαλέσει εθισμό/εξάρτηση ή αντοχή και σύνδρομο στέρησης. Ο όρος αντικατέστησε τον ευρέως διαδεδομένο όρο «ναρκωτικά» ο οποίος σήμερα δεν χρησιμοποιείται συχνά στην ιατρική επιστημονική κοινότητα αλλά εξακολουθεί ακόμη να υφίσταται στη καθημερινότητα των ανθρώπων αλλά και στο νομικό σύστημα. Σύμφωνα με το Ν. 4139/2013, «με τον όρο «ναρκωτικά», νοούνται ουσίες με διαφορετική χημική δομή και διαφορετική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα και με κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα τη μεταβολή της θυμικής κατάστασης του χρήστη και την πρόκληση εξάρτησης διαφορετικής φύσης, ψυχικής ή και σωματικής και ποικίλου βαθμού».

Η αντικατάσταση του όρου, από τον όρο ψυχοτρόπες ουσίες κρίθηκε αναγκαία λόγω του ότι ο όρος ναρκωτικά δεν περιγράφει ακριβώς τη δράση των ουσιών αυτών, καθώς κάποιες ουσίες έχουν διεγερτική δράση, ενώ κάποιες άλλες έχουν κατασταλτική δράση. Ο όρος ψυχοτρόπες ουσίες είναι πιο ευρύς στο ορισμό του, συμπεριλαμβάνοντας το αλκοόλ, τον καπνό και άλλα φάρμακα. Ας σημειωθεί ότι ενώ η μέτρια κατανάλωση ορισμένων ουσιών μπορεί να είναι ένας πολιτιστικός ή κοινωνικός κανόνας (παραδείγματος χάριν αλκοόλ), η υπερβολική κατανάλωση ή η εξάρτηση μπορεί να έχει σοβαρές και επιζήμιες επιπτώσεις στη συνολική υγεία αλλά και την ψυχική ευεξία του ατόμου. Η περιστασιακή και περιορισμένη χρήση εθιστικών ουσιών δεν συνεπάγεται υποχρεωτικά μετάπτωση σε συμπεριφορά κατάχρησης ή εξάρτησης. Η ουσιοεξάρτηση αποτελεί σαφώς κλινικά διακριτή κατάσταση και χαρακτηρίζεται από κλιμακούμενη χρήση της ουσίας, απώλεια ελέγχου της χρήσης και τελικά χρόνια καταναγκαστική αναζήτηση της ουσίας (Παπαρρηγόπουλος, 2018).

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αποσαφηνιστούν οι όροι της χρήσης, κατάχρησης/ψυχαναγκαστικής χρήσης, εξάρτησης, εθισμού.

Χρήση: Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών μπορεί να είναι «απλά δοκιμαστική» ή περιστασιακή. Πρόκειται για φαινόμενο αρκετά σύνηθες που δεν σχετίζεται υποχρεωτικά με μια εξελικτική πορεία προς συμπεριφορά κατάχρησης. Επίσης, για κάποιες αποδεκτές κοινωνικά ψυχοτρόπες ουσίες όπως το αλκοόλ και η νικοτίνη υπάρχει και ο όρος κοινωνική χρήση, όπου η κατανάλωσή τους γίνεται συνήθως κατά τη διάρκεια κοινωνικών συναναστροφών. Σε κάποιες περιπτώσεις, συνήθως με το αλκοόλ, η κοινωνική χρήση μπορεί να ξεφύγει από το πλαίσιο της χαλάρωσης και της διασκέδασης και να καταλήξει σε περιστασιακή κατάχρηση (Μαρσέλος, 2018).

Ψυχαναγκαστική χρήση/κατάχρηση: Γίνεται στο πλαίσιο της διατήρησης κάποιας σωματοψυχικής ισορροπίας για το άτομο η οποία διαταράσσεται από την έλλειψη της ουσίας με την εμφάνιση νευρικότητας και άγχους. Για ορισμένες ουσίες η ψυχαναγκαστική χρήση θα οδηγήσει σε σωματική ή φυσική εξάρτηση, όπου η χρήση της ουσίας είναι επιβεβλημένη προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση δυσάρεστων οργανικών στερητικών συμπτωμάτων (Μαρσέλος, 2018). Η μετάβαση από τη χρήση της εξαρτησιογόνου ουσίας στην κατάχρηση μπορεί να συμβεί επειδή η εξαρτησιογόνος ουσία γίνεται πιο ευχάριστη ή πιο επιθυμητή στο άτομο, ενώ σημαντικός είναι ο ρόλος των ερεθισμάτων που σχετίζεται με την εξαρτησιογόνο ουσία (Δελή και συν., 2018).

Εξάρτηση (Dependence): Χαρακτηρίζεται από την έντονη προσήλωση ενός ατόμου σε κάποια ουσία που αποκτά προεξάρχουσα σημασία στη ζωή του με αποτέλεσμα να κυριαρχεί στο άτομο η έντονη ανάγκη λήψης της ουσίας (Παπαρρηγόπουλος, 2018). Πρόκειται για ένα σύνδρομο προσαρμογής του οργανισμού που προκύπτει από τη συνήθως επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας και περιλαμβάνει την ανάπτυξη ανοχής ή/και συνδρόμου στέρησης μετά την πάροδο κάποιου διαστήματος από την διακοπή ή την ελάττωση της δόσης μιας ουσίας. Αδρά συνώνυμο με την σωματική εξάρτηση.

Εθισμός (Addiction): Εμφανίζεται όταν το άτομο έχει ανάγκη να χρησιμοποιήσει την ουσία για να ξεφύγει από τη δυσφορία, να αντιμετωπίσει το άγχος και την ψυχική πίεση καθώς και να νιώθει φυσιολογικό ώστε να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής (Παπαρρηγόπουλος, 2018). Πρόκειται για συμπεριφορικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από απώλεια ελέγχου χρήσης μιας τουλάχιστον ουσίας, ή/και συνεχιζόμενη χρήση ουσίας παρ' όλες τις σχετιζόμενες με αυτή βλάβες

ή/και ακατανίκητη επιθυμία χρήσης ή καταναγκαστική χρήση της ουσίας. Αδρά συνώνυμο με την ψυχολογική εξάρτηση.

Ο καθορισμός της διάγνωσης Διαταραχής Χρήσης Ουσίας (Κατάχρηση & Εξάρτηση) και η βαρύτητα της διαταραχής γίνεται σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια της 5^{ης} έκδοσης της Ταξινόμησης των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5), όπου «ο προσδιορισμός της διαταραχής ως ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης κάποιας ουσίας, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή δυσφορία καθορίζεται από την εκδήλωση τουλάχιστον 2 από τα κάτωθι κριτήρια, οποτεδήποτε κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12 μηνών». Αναλόγως των προσδιοριστών της βαρύτητας χαρακτηρίζεται ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή διαταραχή (2-3 κριτήρια: ήπια, 4-5 κριτήρια: μέτρια, 6-11 κριτήρια: σοβαρή).

1. Η ουσία λαμβάνεται συχνά σε μεγαλύτερες δόσεις ή για μεγαλύτερη χρονική περίοδο από όσο σκόπευε το άτομο.
2. Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση.
3. Σημαντικός χρόνος σπαταλείται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την προμήθεια της ουσίας, τη χρήση της ή την ανάρρωση από τα αποτελέσματά της.
4. Λαχτάρα, ή σφοδρή επιθυμία χρήσης της ουσίας.
5. Επαναλαμβανόμενη χρήση που έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία ανταπόκρισης σε μείζονες υποχρεώσεις στην δουλειά, το σχολείο ή το σπίτι.
6. Συνεχιζόμενη χρήση παρόλα τα επίμονα ή επαναλαμβανόμενα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα τα οποία προκύπτουν ή επιδεινώνονται από χρήση της ουσίας.
7. Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή ελαττώνονται εξ αιτίας της χρήσης.
8. Επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας σε καταστάσεις που είναι σωματικά επικίνδυνα.
9. Συνεχιζόμενη χρήση παρόλη τη γνώση ύπαρξης ενός επίμονου ή επαναλαμβανόμενου σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος το οποίο μπορεί να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί εξαιτίας της ουσίας.
10. Ανοχή, όπως ορίζεται από οποιοδήποτε από τα ακόλουθα:
 - μια ανάγκη για σημαντικά αυξημένες ποσότητες της ουσίας προκειμένου να επιτευχθεί τοξίκωση ή το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα

- σημαντικά μειωμένο αποτέλεσμα με συνεχιζόμενη χρήση ίδιας ποσότητας της ουσίας

11. Στέρηση, όπως εκδηλώνεται με οποιοδήποτε από τα εξής:

- το χαρακτηριστικό για την ουσία σύνδρομο στέρησης επί μείωσης της ποσότητας ή διακοπής της χρήσης της ουσίας,
- η ίδια (ή μία συναφής) ουσία λαμβάνεται για να ανακουφισθούν ή αποφευχθούν τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης (DSM-5, APA, 2013).

1.2 Ιστορικά στοιχεία

1.2.1 Ιστορική αναδρομή του φαινομένου της χρήσης ουσιών

Η λήψη ψυχοδραστικών ουσιών φαίνεται να είναι παγκόσμιο φαινόμενο, που παρατηρείται σχεδόν σε όλους τους πολιτισμούς σε όλο τον κόσμο και σε ολόκληρη την ιστορία. Στην ανθρωπολογία, η "αλλαγή διάθεσης ή συνείδησης" μέσω τεχνικών ή μέσω ουσιών αποτελούν μέρος των « ανθρώπινων καθολικών » (δηλαδή ένα στοιχείο, πρότυπο, χαρακτηριστικό ή θεσμός κοινός σε όλους τους ανθρώπινους πολιτισμούς) παράλληλα με τη μουσική, τη γλώσσα, το παιχνίδι και άλλα, που αποτελούν τη βασική πολιτισμική εργαλειοθήκη (GCODP, 2017).

Το φαινόμενο της αυτόβουλης λήψης ουσιών με σκοπό την παρέμβαση στις ψυχικές λειτουργίες χάνεται στις απαρχές της ανθρώπινης ιστορίας. Αρχικά αναπτύχτηκε σε ένα αυστηρό και ελεγχόμενο πλαίσιο θρησκευτικών τελετών με βότανα (Μαρσέλος, 2018). Μέχρι πρόσφατα βότανα, ρίζες, φυτά, καρποί και φύλλα φυτών, χρησιμοποιούνταν για να ανακουφίσουν από τον πόνο ή για τη θεραπεία κάποιας αρρώστιας. Η χρήση ουσιών δεν ήταν πάντα κάτι κακό και επικίνδυνο. Φάρμακα και ουσίες σωστά χρησιμοποιούμενες έχουν αποτελέσει σημαντικά θεραπευτικά εργαλεία στα χέρια των ανθρώπων (Λιάππας, 2009). Οι περιγραφές για τους τρόπους χρήσης διαφέρουν σημαντικά στις διάφορες κοινωνίες. Πάντως υπάρχουν ουσίες των οποίων η χρήση σε πολλές κοινωνίες ήταν πλατιά διαδεδομένη και συχνή (οινοπνευματώδη, κόκα, όπιο, κάνναβη) ενώ η χρήση άλλων ήταν περιορισμένη και συνδεόταν με καθορισμένες τελετουργίες (Παπαδόπουλος, 2018).

Για τη χρήση του οπίου, αναφορές υπάρχουν σε αιγυπτιακούς παπύρους και αργότερα στον Όμηρο, το Διαγόρα της Μήλου και το Γαληνό (Χατζηγιάννης, 1997). Σύμφωνα με το Λιάππα «η μεγάλη διάδοση του οπίου ξεκινά ουσιαστικά τον 7^ο μΧ. αιώνα και οφείλεται στους Άραβες» ενώ η μορφίνη ανακαλύφθηκε το 1803 από τον Serturmer,

και καθώς στα μέσα του 19^{ου} αιώνα ανακαλύφθηκε η βελόνα και η σύριγγα για υποδερμική χορήγηση, ο αριθμός των μορφινομανών στην Ευρώπη έγινε πραγματικά τεράστιος. Το 1899 η Bayer ανακαλύπτει την ηρωίνη για την υποκατάσταση της μορφίνης, καθώς θεωρήθηκε ότι είχε το πλεονέκτημα ότι δεν προκαλούσε εξάρτηση, η ιστορία όμως απέδειξε το αντίθετο. Αρχικά είχε κυκλοφορήσει ως αναλγητικό και αντιβηχικό. Η κοκαΐνη απομονώθηκε για πρώτη φορά από το Γερμανό χημικό Neiman γύρω στα 1860 και γρήγορα διαδόθηκε σε Ευρώπη και Αμερική. Η χρήση της στη δεκαετία του 1970 πήρε διαστάσεις επιδημίας (Λιάππας, 2004).

Η αμφεταμίνη συνετέθη το 1887, ενώ το 1927 η χρήση της κρίθηκε κατάλληλη για την αντιμετώπιση του βρογχικού άσθματος. Μετά το 2^ο παγκόσμιο πόλεμο άρχισε η κατάχρηση της αμφεταμίνης σε Ευρώπη, Αμερική και Ιαπωνία ενώ η κατάχρησή της λαμβάνει τεράστιες διαστάσεις από το 1970 και μετά (Λιάππας, 2004).

Οι βενζοδιαζεπίνες πρωτοεισήχθησαν στη θεραπευτική στις αρχές της δεκαετίας του 1960 ως φάρμακα για την ανακούφιση από το άγχος και την αντιμετώπιση της αϋπνίας (Λιάππας, 2004).

Το LSD, κύριος εκπρόσωπος των ψυχεδελικών ουσιών συνετέθη το 1938 και οι ισχυρές του ψευδαισθησιογόνες ιδιότητες ανακαλύφθηκαν το 1947 (Λιάππας, 2004). Τα ιστορικά στοιχεία για την κάνναβη φτάνουν 8.000 χρόνια πριν, καθώς χρησιμοποιούνταν ευρέως για την κατασκευή υφασμάτων και σχοινιών. Ο Ηρόδοτος αναφέρει ότι οι Σκύθρες έκαigan κάνναβη και μεθυσμένοι από τους καπνούς χόρευαν τελετουργικούς ή άλλους χορούς (Παπαδόπουλος, 2018). Η μεγάλη διάδοση της κάνναβης έγινε από τους Άραβες γύρω στο 1000 μΧ. Σήμερα θεωρείται η πιο διαδεδομένη εξαρτησιογόνος ουσία σε ολόκληρο τον κόσμο. Η μέγιστη διάδοση ήταν τη δεκαετία του 1970, ενώ από τα μέσα του 1990 έγινε και πάλι εξαιρετικά δημοφιλής (Λιάππας, 2004)

Η ιστορία του αλκοόλ είναι συνυφασμένη με την ιστορία της ανθρωπότητας. Είχε και έχει υμνηθεί όσο καμία ουσία. Σχεδόν κάθε κοινωνία παρήγαγε κάποιο οινοπνευματώδες ποτό. Το κρασί ιδιαίτερα για τη λεκάνη της Μεσογείου ίσως να έχει την πιο μακρά ιστορία. Στην ιατρική έχει χρησιμοποιηθεί στην αρχαία Ελλάδα για τη θεραπεία των τραυμάτων. Οι βλαπτικές του συνέπειες χρονολογούνται από την αρχαιότητα και διάφορα θρησκευτικά κείμενα αναφέρονται στη μέθη και στην αποφυγή της. Οι γιατροί του 19^{ου} αιώνα μελέτησαν τη σχέση του αλκοολισμού με διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Το τρομάδες παραλήρημα ήδη έχει αποδοθεί από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα στην κατάχρηση του οινοπνεύματος (Λύκουρας, 2006).

Από τον 19^ο και τον 20^ο αιώνα η χρήση των οιοπνευματωδών είναι πολύ διαδεδομένη σε πολλές χώρες και παρουσιάζει, ειδικότερα στις τεχνολογικά αναπτυγμένες χώρες, σταθερά ανοδική πορεία (Παπαδόπουλος, 2018).

1.2.2 Ιστορική αναδρομή της ποινικοποίησης της χρήσης ουσιών

Η ιστορία για την χρήση των ψυχοδραστικών ουσιών αποδεικνύει ότι η χρήση ουσιών υπήρχε πάντα και ιδιαίτερα μέχρι το τέλος του 19^{ου} αιώνα ήταν δυνατόν να υπάρξει έλεγχος της κατάχρησης, στις περισσότερες γεωγραφικές περιοχές και στα διάφορα πολιτισμικά πλαίσια. Η ανάπτυξη της χημείας βοήθησε να συντεθούν μεγάλες ποσότητες ψυχοτρόπων ουσιών αλλά και νέες μορφές φαρμάκων. Η ανάπτυξη όμως της επικοινωνίας μεταξύ των κρατών, των μεταφορών και του εμπορίου είχε ως αποτέλεσμα τη διάδοση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, η οποία έγινε στη συνέχεια μείζον πρόβλημα διεθνώς (Λιάππας, 2009). Προς το τέλος του 19^{ου} αιώνα εμφανίζεται η τάση για επιβολή απαγορεύσεων στη χρήση ουσιών στην Αμερική, αφορούσε όμως οργανώσεις κατά του αλκοολισμού αλλά και αντιδράσεις για το όπιο, το οποίο χρησιμοποιούσαν οι Κινέζοι στα καφεενεία της εποχής, καθώς θεωρήθηκε ότι ενδεχόμενα θα επηρέαζε ηθικά τη νεολαία της εποχής. Το 1914 τίθεται σε ισχύ στις ΗΠΑ ο νομός Harrison (Harrison Narcotics Tax Act), με τον οποίο ελέγχεται η παραγωγή, η διανομή, συνταγογράφηση και η χρήση του οπίου και της κοκαΐνης. Το 1920 ψηφίζονται ακόμη αυστηρότεροι νόμοι όπου τα άτομα που χρησιμοποιούσαν όπιο, ηρωίνη, μορφίνη αντιμετωπιζόταν ως εγκληματίες. Τη δεκαετία του 1930 η απαγόρευση αφορούσε και τη κάνναβη. Όσον αφορά το αλκοόλ παρόλο που από νωρίς η υπερβολική κατανάλωση αρχίζει να θεωρείται πολύ σοβαρό πρόβλημα για την υγεία των ανθρώπων, εκτός από την ποτοαπαγόρευση της περιόδου 1919-1933, δεν επιβλήθηκαν απαγορεύσεις ή σοβαροί περιορισμοί (Παπαδόπουλος, 2018).

Στην Ελλάδα η ποινικοποίηση της χρήσης ναρκωτικών ξεκινά από το 1919 με το νόμο «περί αλητείας και επαιτείας» (Ν.1681/1919, άρθρο 5). Ακολούθησε ο νόμος «περί απαγορεύσεως της καλλιέργειας, της εμπορίας και της καταναλώσεως ινδικής καννάβης» (Ν.2107/1920) και εν συνέχεια ο νόμος «περί μονοπωλίου των ναρκωτικών φαρμάκων και του ελέγχου αυτών», ο οποίος περιλάμβανε για πρώτη φορά και πίνακα των απαγορευμένων ναρκωτικών ουσιών (Ν.5539/1932), ο Ν. 6025/1934, ο Ν.2430/1940 και το Ν.Δ. 3084/1954, «περί τιμωρίας των παραβατών

ναρκωτικών και μεταχειρίσεως των τοξικομανών», όπου αυστηροποιήθηκαν σημαντικά οι προβλεπόμενες ποινές για πράξεις διακίνησης.

Έως το 1954 τα άτομα που χρησιμοποιούσαν ουσίες που είχαν θεωρηθεί μη νόμιμες αντιμετωπιζόταν από το νομοθέτη ως άτομα του υποκόσμου, ύποπτα για την τέλεση διαφόρων εγκληματικών πράξεων και επικίνδυνα για το κοινωνικό σύνολο. Για πρώτη φορά με το Ν.Δ. 1954 εκφράστηκε έμμεσα η αντίληψη ότι τα ουσιοεξαρτώμενα άτομα είναι ασθενείς και όχι κοινοί εγκληματίες, προσπαθώντας με αυτό τον τρόπο να αφαιρέσει το κοινωνικό στίγμα. Για πρώτη φορά εισάγεται και ο όρος «τοξικομανής», η ιδιότητα του οποίου διαπιστώνεται με πραγματογνωμοσύνη.

Το 1970 όταν τέθηκε σε ισχύ το Ν.Δ. 743/1970 περί ναρκωτικών, γίνεται συστηματική διάκριση μεταξύ ουσιοεξαρτημένων και μη ατόμων, με ατιμώρητο της χρήσης ναρκωτικών ουσιών όταν το άτομο είναι εξαρτημένο από αυτές, ενώ αποφεύγεται να χρησιμοποιηθεί ο όρος «τοξικομανής», με τη σκέψη ότι η αρνητικά φορτισμένη αυτή έννοια, προσδίδει κάποιο αρνητικό κοινωνικό στίγμα, προτιμώντας τον όρο «χρήστες ναρκωτικών ουσιών» που υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση. Έκτοτε ο νόμος επιδέχθηκε πολλές τροποποιήσεις, έως το 2006, που έγινε η κωδικοποίηση των ισχυουσών διατάξεων για τα ναρκωτικά με το Νόμο 3459/2006 (ΚΝΝ). Τέλος με το Ν. 4139/2013, τα βασικά σημεία του οποίου είναι: βασικό αδίκημα η διακίνηση, εναλλακτικά μέτρα φυλάκισης, αναλογικότητα των ποινών, δικαίωμα του κρατούμενου στην θεραπεία. Σύμφωνα με το άρθρο 29: «Χρήστης που προμηθεύεται ή κατέχει ναρκωτικά, σε ποσότητες που δικαιολογούνται μόνο για την ατομική του χρήση ή κάνει χρήση αυτών ή καλλιεργεί φυτά κάνναβης σε αριθμό ή έκταση που δικαιολογούνται μόνο για την ατομική του χρήση, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι πέντε (5) μηνών. Ατιμώρητος, εάν το δικαστήριο, εκτιμώντας τις περιστάσεις τέλεσης της πράξης και την προσωπικότητα του δράστη, κρίνει ότι η αξιόποινη πράξη ήταν εντελώς περιστασιακή και δεν είναι πιθανόν να επαναληφθεί».

II) Ζητήματα σχετικά με τη χρήση ουσιών

1.3 Η κατάσταση της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών

Σύμφωνα με την ετησία έκθεση του έτους 2017 της Παγκόσμιας Επιτροπής για την Πολιτική για τα ναρκωτικά (GCODP): «υπάρχουν λίγα άτομα που δεν καταναλώνουν ποτέ ψυχοδραστικές ουσίες, είτε πρόκειται για αλκοόλ, καπνό, καφέ, σοκολάτα ή khat». Ο τρόπος όμως που ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται τη χρήση μιας ουσίας έχει να κάνει με το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο διαβιεί. Εάν κάποια ουσία η οποία χρησιμοποιεί είναι κοινωνικά αποδεκτή στο κοινωνικό του περιβάλλον και στο ισχύον νομικό σύστημα τότε η στάση του, η αντίληψή του απέναντι στην ουσία αυτή, είναι τελείως διαφορετική από ότι θα ήταν, εάν κοινωνικά ήταν μη αποδεκτή και παράνομη. Παρόλα αυτά υπάρχουν αποδεδειγμένοι κίνδυνοι που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών είτε αυτές είναι κοινωνικά αποδεκτές ή όχι, είτε χαρακτηρίζονται ως νόμιμες ή παράνομες. Ψυχοδραστικές ουσίες όπως τα ναρκωτικά, το αλκοόλ αλλά και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα προκαλούν βλάβη στο άτομο και στην κοινωνία, οι τρόποι όμως και οι σχετικές βλάβες διαφέρουν. Μια μελέτη που δημοσιεύθηκε στο «The Lancet» το 2007, ταξινομεί τις ουσίες σύμφωνα με ποικίλα κριτήρια, όπως σωματικές βλάβες (οξεία βλάβη, χρόνια βλάβη, ενδοφλέβια βλάβη), ψυχολογικές και κοινωνικές βλάβες. Η ηρωίνη κατατάσσεται ως η ουσία που προκαλεί την μεγαλύτερη βλάβη στο άτομο, αλλά όταν συμπεριληφθούν ατομικές και κοινωνικές βλάβες, η νόμιμη ουσία-αλκοόλ θεωρείται ως η πλέον επιβλαβής. Σύμφωνα με τις ισχύουσες αντιλήψεις τα ναρκωτικά παρουσιάζονται ως «σχυρά, σαγηνευτικά και γρήγορα εθιστικά», ότι ο καθένας κινδυνεύει από τον εθισμό, ότι τα ναρκωτικά από μόνα τους επαρκούν για να προκαλέσουν οποιαδήποτε πιθανή αποκλίνουσα συμπεριφορά και ευθύνονται άμεσα για το μεγάλο μέρος του εγκλήματος και της βίας. Ωστόσο, αυτή η αντίληψη δείχνει να μην ανταποκρίνεται στη πραγματικότητα. Η πραγματικότητα είναι ότι η χρήση ναρκωτικών είναι σχετικά συγχή σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με στοιχεία από την Παγκόσμια Έκθεση του EMCDDA του 2016 περίπου 275 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως, που είναι περίπου το 5,6% του παγκόσμιου πληθυσμού ηλικίας 15-64 ετών, χρησιμοποίησαν ναρκωτικά τουλάχιστον μία φορά το 2016. Από το σύνολο αυτό, περίπου 31 εκατομμύρια άνθρωποι που χρησιμοποιούν ναρκωτικά υποφέρουν από διαταραχές χρήσης ναρκωτικών, πράγμα που σημαίνει ότι η χρήση ναρκωτικών είναι επιβλαβής

στο σημείο εκείνο που μπορεί κάποιος να χρειαστεί θεραπεία (World Drug Report, 2018). Τα στοιχεία αυτά αποδεικνύουν ότι ενώ η χρήση ουσιών αφορά πολύ μεγάλο αριθμό ατόμων, προβληματική χρήση δεν αναπτύσσουν όλοι. Το πιο κοινό πρότυπο χρήσης είναι το περιστασιακό και μη προβληματικό. Αυτό ισχύει και για τα ναρκωτικά που θεωρούνται ευρέως ως τα «πιο δύσκολα» παράνομα ναρκωτικά, όπως η ηρωίνη, κρακ , κοκαΐνη ή η μεθαμφεταμίνη: μόνο μια μειοψηφία χρηστών αντιμετωπίζει προβλήματα. Όσον αφορά την ηρωίνη, διαπιστώθηκε ότι από αυτούς που θα δοκιμάσουν περίπου το 23% θα αναπτύξει προβληματική χρήση και το 77% δεν θα αναπτύξει. Για την κοκαΐνη η εκτίμηση είναι περίπου 17% και για την κάνναβη περίπου 9%. Ενώ για τις ουσίες οι οποίες είναι νόμιμα διαθέσιμες στην πλειονότητα των χωρών περίπου το 15% των ατόμων που καταναλώνουν αλκοόλ και το 32% όσων δοκιμάζουν τον καπνό θα αναπτύξουν προβληματική χρήση (GCODP, 2017).

1.4 Τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών στο νοσοκομειακό χώρο

Το 5,4% των προβλημάτων υγείας παγκοσμίως συνδέεται με τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ (World Drug Report, 2018). Τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών, ως συνεπεία των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν, έχουν την ανάγκη φροντίδας στο πλαίσιο ενός γενικού νοσοκομείου και ιδιαίτερα στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Σύμφωνα με στοιχεία από την ετήσια έκθεση του ευρωπαϊκού παρατηρητηρίου για τα ναρκωτικά: Το 2016 το ευρωπαϊκό δίκτυο (Euro-DEN Plus) παρακολούθησης εκτάκτων περιστατικών σχετιζόμενων με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών σε 19 επιλεγμένα νοσοκομεία, 13ων ευρωπαϊκών χωρών, κατέγραψε 4. 874 περιστατικά ασθενών. Η μέση ηλικία ήταν τα 32 έτη και στην πλειονότητά τους ήταν άνδρες (77%). Τα τρία τέταρτα σχεδόν των ασθενών διακομίστηκαν στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο. Οι περισσότεροι (78%) πήραν εξιτήριο εντός 12 ωρών. Μια μικρή μειοψηφία (6%) χρειάστηκαν εισαγωγή σε μονάδα εντατικής θεραπείας ή σε ψυχιατρική πτέρυγα (4%). Καταγράφηκαν συνολικά 22 θανατηφόρα περιστατικά, 13 εκ των οποίων σχετιζόνταν με χρήση οπιοειδών. Κατά μέσο όρο αναφέρθηκε 1,5 ουσία ανά περιστατικό (7.423 ουσίες συνολικά). Οι ουσίες που ανιχνεύθηκαν συχνότερα ήταν: ηρωίνη, κοκαΐνη, κάνναβη, GHB/GBL, αμφεταμίνη και MDMA. Ένα στα πέντε περιστατικά (21%) αφορούσε καταχρηστική λήψη συνταγογραφούμενων ή μη φαρμάκων (συνήθως οπιοειδών και βενζοδιαζεπινών), ενώ ποσοστό 7% αφορούσε νέες ψυχοδραστικές ουσίες. Ο αριθμός των περιστατικών

που σχετίζονται με συνθετικές καθινόνες σημείωσε θεαματική μείωση, από 400 το 2014 σε 160 το 2016, ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκε ο αριθμός των περιστατικών που σχετίζονται με χρήση συνθετικών κανναβινοειδών από 28 σε 282 (EMCDDA, 2018). Σύμφωνα με την ίδια ετήσια έρευνα αν και δεν υπάρχει συστηματική συλλογή δεδομένων για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που σχετίζονται με τα ναρκωτικά στην Ελλάδα, ορισμένα στοιχεία διατίθενται από το Εθνικό Κέντρο Δηλητηρίασης και τις υπηρεσίες θεραπείας ναρκωτικών ουσιών.

Το 2016, το Κέντρο Δηλητηριάσεων ανέφερε 159 περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης σχετιζόμενες με τα ναρκωτικά, το ένα τρίτο των οποίων αφορούσε τη χρήση ηρωίνης/άλλων οπιοειδών ή τη χρήση ηρωίνης σε συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνες.

Οι υπηρεσίες των οργανισμών θεραπείας από εθιστικές ουσίες όπως ο Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) και η Μονάδα Πρόληψης του Ικάρου (ΚΕΘΕΑ), που λειτουργούν στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, ανέφεραν 66 περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης σχετιζόμενες με τα ναρκωτικά, τα περισσότερα από τα οποία αφορούσαν τη χρήση ηρωίνης/άλλων οπιοειδών (EMCDDA, 2018).

Σύμφωνα με την Ελληνική Αστυνομία αναφερθέντες θάνατοι από ναρκωτικά για το έτος 2017 ήταν 62, με επικράτηση στο άρρεν φύλο (94%), την ελληνική υπηκοότητα (90%), αιτία θανάτου η χρήση ηρωίνης/μορφίνης (84%) και η ηλικία άνω των 30 ετών (81%) (Ελληνική Αστυνομία, 2017).

Το 2016, το ποσοστό θνησιμότητας για όλες τις ηλικίες ήταν 6,8 θάνατοι ανά εκατομμύριο, κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο των 15,4 θανάτων ανά εκατομμύριο (EMCDDA, 2018).

Όπως γίνεται αντιληπτό οι πληροφορίες που αφορούν τους θανάτους από την άμεση δράση της ουσίας, αν και δεν καταγράφονται συστηματικά για την ελληνική πραγματικότητα, μέσω των παραπάνω πηγών μπορεί να υπάρχει μια σχετική εικόνα. Τα άτομα όμως με διαταραχή χρήσης ουσιών εκτίθενται σε μια σειρά από αιτίες θανάτου με έμμεση αναγωγή στα ναρκωτικά. Συχνά η πραγματικότητα δεν παρουσιάζεται καθώς η πραγματική αιτία θανάτου δεν αναφέρεται. Υπάρχουν αρκετοί θάνατοι η καταγραφή των οποίων μπορεί να αφορά στο αποτέλεσμα, π.χ. ανακοπή καρδιάς ή πνευμονικό οίδημα, αλλά να μην αναφέρεται ότι το αποτέλεσμα προήλθε λόγω της χρήσης ουσιών.

1.5 Προβλήματα υγείας ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών

Ο αντίκτυπος των διαταραχών χρήσης ουσιών στη σωματική υγεία είναι ευκολότερα αντιληπτός όσον αφορά τις οξείες επιδράσεις. Η τοξίκωση, η υπερβολική δόση αλλά και το στερητικό σύνδρομο συγκεκριμένων ουσιών μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή και να οδηγήσουν σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Η κλινική εικόνα ποικίλει σε μεγάλο βαθμό και καθορίζεται τόσο από το είδος της ουσίας που χρησιμοποιείται, την ποσότητα, τη διάρκεια χρήσης, τον τρόπο χρήσης, τον χρόνο από την τελευταία λήψη ή διακοπή αλλά και την εξατομικευμένη ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση του κάθε ατόμου. Επιπλέον πολλά από τα άτομα που χρησιμοποιούν ουσίες μπορεί να χρησιμοποιούν περισσότερες από μια ουσίες. Παρόλο που συχνά υπάρχει μια προτιμώμενη ουσία, η κύρια ουσία μπορεί να συνοδεύεται από τη παράλληλη χρήση μιας νόμιμης εθιστικής ουσίας όπως το αλκοόλ ή τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, όπως και πρακτικές που μπορεί να διαφοροποιήσουν σημαντικά τα τυπικά αναμενόμενα κλινικά συμπτώματα (Παπαρηγόπουλος, 2018).

Θα μπορούσαμε να κατηγοριοποιήσουμε τα σωματικά προβλήματα των ατόμων με διαταραχές χρήσης ουσίας ως εξής:

- Προβλήματα που σχετίζονται με τη δράση της ουσίας, όπως η άμεση δράση, οι υπερδοσολογίες και τα στερητικά σύνδρομα.
- Βλάβες σχετιζόμενες με τον τρόπο χρήσης της ουσίας, όπως οι φλεγμονές, εκχυμώσεις, ουλές, έλκη, κυτταρίτιδες, αποστήματα, θρομβοφλεβίτιδες.
- Επιπλοκές λοιμώξεων/φλεγμονών, σηψαιμία, οστεομυελίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, τέτανος.
- Λοιμώδη νοσήματα όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ιογενείς ηπατίτιδες (B και C), HIV/AIDS, φυματίωση
- Προβλήματα που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της χρήσης ουσιών και σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως τα τροχαία και οι αυτοκτονίες, αλλά και η ψυχιατρική συννοσηρότητα.
- Χειρουργικά, ορθοπεδικά, καρδιαγγειακά, νευρολογικά, πνευμονολογικά νοσήματα.

Τέλος άλλα «κοινά» προβλήματα υγείας όπως η δυσκοιλιότητα και η κακή υγιεινή των δοντιών είναι κάποιες από τις καταστάσεις οι οποίες θα αναγκάσουν το άτομο να αναζητήσει φροντίδα στους οργανωμένους χώρους υγείας.

III) Η εκπαίδευση στον χώρο των εξαρτήσεων

1.6 Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα εξαρτήσεων

Σύμφωνα με προσωπική έρευνα που έγινε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης στα προγράμματα σπουδών του ακαδημαϊκού έτους 2018-2019, των επαγγελματιών υγείας για τις ειδικότητες των οποίων θα μελετηθούν οι στάσεις τους στην ερευνητική αυτή προσπάθεια, σε προπτυχιακό επίπεδο δεν υπάρχουν εξειδικευμένα μαθήματα στο πεδίο των εξαρτήσεων σχεδόν για καμία ειδικότητα. Ο παρακάτω πίνακας αναφέρει αναλυτικά τον τίτλο του μαθήματος και τον τύπο της εκπαίδευσης σε όσα από τα τμήματα βρεθήκαν συναφή με το αντικείμενο των εξαρτήσεων μαθήματα, στο επίπεδο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

ΣΧΟΛΗ	ΤΜΗΜΑ	ΠΟΛΗ	ΤΙΤΛΟΣ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ	ΤΥΠΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
Επιστημών Υγείας	Ιατρική	Αθήνα	Ουσιοεξαρτήσεις: Βιολογικές, Ψυχολογικές και Κοινωνικές προσεγγίσεις	Επιλογής
Επιστημών Υγείας	Ιατρική	Θεσ/νικη	Ουσιοεξαρτήσεις	Επιλογής
Επιστημών Υγείας	Ιατρική	Ιωάννινα	Ψυχιατρική των εξαρτήσεων	Επιλογής
Επιστημών Υγείας	Ιατρική	Ηράκλειο	Κλινική Αλκοολογία	Επιλογής
Φιλοσοφική	Ψυχολογίας	Θεσ/νικη	Κλινική Ψυχολογία II: Εξάρτηση-Απεξάρτηση I	Επιλογής
Φιλοσοφική	Ψυχολογίας	Θεσ/νικη	Κλινική Ψυχολογία IV: Εξάρτηση-Απεξάρτηση II	Επιλογής
Κοινωνικών Επιστημών	Ψυχολογίας	Αθήνα	Κλινική Ψυχολογία: Ουσίες εξάρτησης 1	Σεμινάριο
Κοινωνικών Επιστημών	Ψυχολογίας	Αθήνα	Κλινική Ψυχολογία: Ουσίες εξάρτησης 2	Σεμινάριο
Κοινωνικών Επιστημών	Ψυχολογία	Ρέθυμνο	Ψυχοφαρμακολογία του εθισμού και των εξαρτησιογόνων ουσιών	Επιλογής
Κοινωνικών Επιστημών	Κοινωνική Εργασίας	Κομοτηνή	Κοινωνική εργασία στις εξαρτήσεις	Υποχρεωτικό
ΣΕΥΠ	Κοινωνικής Εργασίας	Ηράκλειο	Κοινωνική Εργασία και εξαρτήσεις	Επιλογής
ΣΕΥΠ	Κοινωνικής Εργασίας	Αθήνα	Κοινωνική Εργασία με Εξαρτημένα Άτομα	Επιλογής
ΣΕΥΠ	Νοσηλευτική	Αθήνα	Νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων	Επιλογής

Πίνακας 1. Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας σε θέματα εξαρτήσεων.

Όπως γίνεται αντιληπτό πλην του τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης με κατεύθυνση Κοινωνική εργασία του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης το οποίο εντάσσει μάθημα σχετικό με τις εξαρτήσεις στα υποχρεωτικά μαθήματα, στα υπόλοιπα τμήματα ο τύπος της εκπαίδευσης λαμβάνει χώρα σε επίπεδο επιλογής άρα εναπόκειται στα ενδιαφέροντα του φοιτητή εάν θα επιλέξει το μάθημα.

Οι ανάγκες εκπαίδευσης σε θέματα εξαρτήσεων τα τελευταία χρόνια έγιναν αισθητές και το κενό αυτό γίνεται προσπάθεια να καλυφθεί σε επίπεδο μεταπτυχιακών σπουδών. Τα μεταπτυχιακά προγράμματα που πραγματοποιούνται στην Ελλάδα είναι τα εξής:

- Το τμήμα Ιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών διαθέτει το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών με τίτλο: «Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων-Εξαρτησιολογία» με χρονολογία έναρξης του προγράμματος το 2017 (ΦΕΚ 1789/17/6/2016, επανίδρυση ΦΕΚ 2471/21/9/2018).
- Το Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης σε συνεργασία με την Ιατρική Σχολή «Κλινικές παρεμβάσεις στις εξαρτήσεις» από το 2017 (ΦΕΚ 598/7/3/2016). Η συνεργασία επεκτάθηκε και με τον οργανισμό κατά των ναρκωτικών (OKANA) από το 2018 (επανίδρυση ΦΕΚ1527/4/5/2018)
- Η Νομική Σχολή του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και το Τμήμα Νομικής του Πανεπιστημίου της Λευκωσίας από το 2016 υλοποιεί το διίδρυματικό μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών με τίτλο «Ποινικό Δίκαιο και Εξαρτήσεις» (ΦΕΚ 2516/20/11/2015). Από το 2018 συνεργασία αφορά και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) (επανίδρυση ΦΕΚ 3648/27/08/2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ι) Εννοιολογικό πλαίσιο

2.1 Οι στάσεις

Για τον όρο «στάση» υπάρχουν πολλοί ορισμοί. Ο Allport, ήταν από τους πρώτους που τόνισε ότι «μια στάση είναι στην ουσία η ετοιμότητα για δράση και ότι οι στάσεις εκφράζονται σαν συμπεριφορά, είτε λεκτική είτε μη-λεκτική» και έδωσε τον πρώτο ορισμό «η στάση είναι μια νοητική και νευροφυσιολογική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένη μέσω των εμπειριών, που ασκεί κατευθυντήρια ή δυναμική επίδραση στις αποκρίσεις του ατόμου προς όλα τα αντικείμενα και τις καταστάσεις με τα οποία αυτή σχετίζεται» (Allport, 1935).

Σύμφωνα με τον Ajzen (2001) είναι ο τρόπος με τον οποίο αξιολογούμε τα «αντικείμενα» στο περιβάλλον μας. Με τον όρο «αντικείμενα» σύμφωνα με τις Eagly & Chaiken (1993) αναφερόμαστε σε οτιδήποτε μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο σκέψης και κατά συνέπεια αξιολόγησης π.χ. πρόσωπο, συμπεριφορά, φυσικό αντικείμενο, ιδέα, θεσμός. Ενώ για τον όρο «στάση» αναφέρουν ότι: οι στάσεις αφορούν «μια ψυχολογική τάση που εκφράζεται με την αξιολόγηση ενός συγκεκριμένου αντικειμένου με κάποιο βαθμό ευνοίας ή δυσμένειας» (Κοκκινάκη, 2006).

Σύμφωνα με τους διαφορετικούς ορισμούς που δίνονται από τους ερευνητές το περιεχόμενο του ορού «στάση», γίνεται αντιληπτό ότι μπορεί να λάβει διαφορετική διάσταση. Κάποιοι ερευνητές βλέπουν τις στάσεις ως συναισθήματα, κάποιοι άλλοι ως γνωστικές δομές ή ως συσχετιστικά δίκτυα ενώ άλλοι τις βλέπουν ως αξιολογήσεις. Παρά όμως, την διαφορετική οπτική των ερευνητών για την έννοια των στάσεων όλοι σχεδόν τείνουν να δέχονται την αξιολόγηση ως κεντρικό χαρακτηριστικό της έννοιας των στάσεων. Το αξιολογικό στοιχείο της στάσης είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας συμπεριφοράς (Vargas et al., 2007) και μεγάλο μέρος της έρευνας σχετικά με τη στάση βασίζεται στην ιδέα ότι η μνήμη του ατόμου οργανώνει στάσεις χρησιμοποιώντας ένα θετικό ή αρνητικό αξιολογικό δείκτη (Ferguson & Bargh, 2007).

2.2 Η δομή των στάσεων

Η αξιολόγηση των διαφορετικών αντικειμένων μπορεί να σχετίζεται με τα συναισθήματα ή με τις πεποιθήσεις μας και μέσω αυτών επηρεάζεται η συμπεριφορά μας. Για τις σχέσεις αυτών των δομικών στοιχείων υπάρχει επίσης διαφορετική άποψη από τους ερευνητές. Κάποιοι θεωρούν τις στάσεις ως μονοδιάστατες ή δυοδιάστατες. Ο Allport δίνει έμφαση σε δύο στοιχεία των στάσεων: το γνωστικό στοιχείο που είναι η νοητική κατάσταση ετοιμότητας και το αξιολογικό στοιχείο που είναι οι αποκρίσεις του ατόμου. Το τρισδιάστατο μοντέλο των στάσεων των Rosenberg & Hovland (1960) αποτελεί τη σημαντικότερη προσέγγιση σε αυτό το ζήτημα.

Σύμφωνα με το τρισδιάστατο μοντέλο, κάθε στάση αποτελείται από τρία δομικά στοιχεία:

- Το συναισθηματικό στοιχείο (affect), τα συναισθήματα δηλαδή απέναντι στο αντικείμενο της στάσης.
- Το γνωστικό στοιχείο (cognition), που αναφέρεται στη γνωστική αναπαράσταση του αντικειμένου της στάσης, δηλαδή στις πεποιθήσεις, αντιλήψεις και πληροφορίες σχετικά με το αντικείμενο.
- Το συμπεριφορικό στοιχείο (conation), προθέσεις και πράξεις που απευθύνονται ή αφορούν το αντικείμενο (Κοκκινάκη, 2006).

2.3 Στίγμα, προκατάληψη, στερεότυπα, διακρίσεις

Η έννοια του στίγματος έχει πάντα απαξιωτικό και δυσφημιστικό περιεχόμενο. Οι προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και οι διακρίσεις είναι έννοιες που συνδέονται στενά με την κατανόηση του στίγματος και για αυτό κρίνεται απαραίτητο να προηγηθεί η ανάλυσή τους. Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι τα στερεότυπα οδηγούν αναπόφευκτα στις προκαταλήψεις και εκείνες προωθούν τις διακρίσεις. Όμως, η σχέση μεταξύ τους είναι αρκετά πιο σύνθετη.

Τα στερεότυπα ορίζονται ως αρνητικές κυρίως γνωστικές δομές που προκαθορίζουν τη συμπεριφορά μας. Είναι γενικευτικές πεποιθήσεις των μελών μιας ομάδας ως προς το πώς είναι και το πώς συμπεριφέρονται τα μέλη μιας άλλης ομάδας. Αποτελούν ευρέως διαδομένες πεποιθήσεις μεταξύ των μελών μιας ομάδας και δεν πρόκειται για πεποιθήσεις μεμονωμένων ατόμων. Αντικατοπτρίζουν κάποιες κοινές πεποιθήσεις οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν άτομα τα οποία δεν συμφωνούν με αυτές μέσω αυτόματων διεργασιών που πραγματοποιούνται ασυνείδητα και χωρίς την πρόθεσή τους, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες ενεργοποίησης μέσω της ανάκλησης της

μνήμης. Δηλαδή ένα άτομο ακόμα και εάν δεν είναι προκατειλημμένο απέναντι στα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας μπορεί να επηρεαστεί από τα στερεότυπα εάν κάποιος παράγοντας οδηγήσει στην ενεργοποίησή τους και εφόσον το άτομο δεν καταπιέσει τις επιδράσεις του στερεότυπου μέσω μιας ελεγχόμενης διεργασίας η οποία γίνεται σκόπιμα και συνειδητά (Κοκκινάκη, 2006). Ο Lauber περιγράφει τα στερεότυπα ως κρίσεις για ένα άτομο ή μια ομάδα, με βάση ένα πραγματικό ή φανταστικό χαρακτηριστικό (Lauber, 2008), ενώ σύμφωνα με τους Corrigan et al., είναι υπεραπλουστευμένες, συχνά παραπλανητικές και παρερμηνευμένες πεποιθήσεις που γίνονται αποδεκτές συλλογικά και οδηγούν σε άκριτες γενικεύσεις για άτομα και ομάδες. (Corrigan et al, 2003).

Η *προκατάληψη* ορίζεται ως μια αρνητική στάση απέναντι στα μέλη μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας, στάση η οποία βασίζεται αποκλειστικά στη συμμετοχή τους στην ομάδα αυτή. Η προσωπικότητα, η συμπεριφορά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε συγκεκριμένου ατόμου παίζουν πολύ μικρό ρόλο (Κοκκινάκη, 2006). Ορισμένοι ερευνητές θεωρούν την προκατάληψη ως συναισθηματικό στοιχείο της στάσης και χρησιμοποιούν τους όρους στερεότυπα και διακρίσεις για να περιγράψουν το γνωστικό και το συμπεριφορικό στοιχείο αντίστοιχα, ενώ κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι ο όρος προκατάληψη εμπεριέχει και τα τρία αυτά στοιχεία. Ανεξάρτητα όμως από τις παραλλαγές της έννοιας όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ως προς τον αρνητικό χαρακτήρα της προκατάληψης (Κοκκινάκη, 2006).

Διακρίσεις: Η προκατάληψη και τα στερεότυπα μπορεί να οδηγήσουν σε άδικη συμπεριφορά απέναντι στα μέλη μιας ομάδας, δηλαδή να οδηγήσει σε διακρίσεις. Οι διακρίσεις ορίζονται ως αδικαιολόγητες, επιβλαβείς ή αρνητικές πράξεις σε βάρος των μελών μιας ομάδας, πράξεις οι οποίες προκαλούνται από την προκατάληψη. Οι διακρίσεις συχνά είναι συνειδητές και σε ορισμένες περιπτώσεις θεσμοθετημένες. Σε άλλες επιπτώσεις όμως δεν είναι άμεσα ορατές και δεν είναι αποτέλεσμα συνειδητών και λογικών διαδικασιών (Κοκκινάκη, 2006). Η διάκριση αναφέρεται σε οποιαδήποτε μορφή αυθαίρετης διάκρισης, αποκλεισμού ή περιορισμού που επηρεάζει ένα άτομο, συνήθως (αλλά όχι μόνο) εξαιτίας ενός εγγενούς προσωπικού χαρακτηριστικού ή της αντίληψης ότι ανήκει σε μια συγκεκριμένη ομάδα (GCODP, 2017).

2.4 Στίγμα

Κάποιες από τις έννοιες που αναφέρονται για τη λέξη στίγμα στο λεξικό της ελληνικής γλώσσας είναι: το ανεξίτηλο σημάδι στο δέρμα από χτύπημα ή χάραγμα από οξύ όργανο ή με καυτηρίαση, η ηθική κηλίδα. Ερευνητές αναφέρουν ότι χρησιμοποιήθηκε στα ιατρικά κείμενα για να αναφερθεί σε παθολογικές σημάσεις του δέρματος όπως πετέχειες ή αλλοιώσεις που σχετίζονταν με συγκεκριμένες ασθένειες (Weiss et al., 2006), άλλοι αναφέρουν ότι είναι μια διαδικασία με την οποία η αντίδραση των άλλων χαλάει την κανονική ταυτότητα αυτού που το φέρει (Lim & Tan, 2014) και ότι αποτελεί έκφραση των κοινωνικών στερεοτύπων (Μπότσιου και Παπαβασιλείου, 2011), ενώ κατά τους Hilton & Hippel το στίγμα αποτελείται από γνωστικές και λειτουργικές διαδικασίες και είναι το αρνητικό αποτέλεσμα στη συμπεριφορά και στη νοοτροπία ενός ατόμου ή μιας κοινωνίας, απέναντι σε άτομα ή πληθυσμιακές ομάδες που αποκλίνουν από τον μέσο όρο (Hilton & Hippel, 1996).

Όλοι όμως οι ερευνητές λαμβάνουν υπόψη το θεωρητικό πλαίσιο του στίγματος, όπως περιγράφηκε από τον Erving Goffman το 1963. Ο Goffman αναφέρει, ότι ο όρος «στίγμα» προέρχεται από την Αρχαία Ελλάδα και αναφέρεται σε σημάδια του σώματος, σχεδιασμένα να φανερώνουν κάτι το ασυνήθιστο και το κακό όσον αφορά την ηθική κατάσταση του φορέα τους. Κατά τους χριστιανικούς χρόνους προστέθηκαν δυο επίπεδα μεταφοράς: τα σωματικά σημάδια ιερής χάρις που έπαιρναν τη μορφή εξανθημάτων του δέρματος και τα σωματικά σημάδια οργανικής διαταραχής. Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα χαρακτηριστικό που είναι βαθιά απαξιωτικό. Μερικές φορές ονομάζεται ελάττωμα, αδυναμία, μειονέκτημα. Υποδηλώνει μια ιδιαίτερη ασυμφωνία ανάμεσα στη δυνητική και πραγματική κοινωνική ταυτότητα. Ως «δυνητική ταυτότητα» νοείται αυτό που δείχνει κάποιος ότι είναι, ενώ η «πραγματική κοινωνική ταυτότητα» αναφέρεται σε αυτό που όντως είναι. Ο στιγματισμός είναι ένα ιδιαίτερο είδος σχέσης μεταξύ χαρακτηριστικού και στερεότυπου, όπου ο στιγματισμένος άνθρωπος μετακινείται από το φυσιολογικό και το συνηθισμένο στο αποκλίνον και μειωμένο (Goffman, 1963).

Ο Goffman αναγνώρισε τρεις διαφορετικούς τύπους στίγματος:

- Του σώματος, όπου συγκαταλέγονται αποκρουστικά φυσικά σημάδια και οι διάφορες σωματικές δυσμορφίες.
- Του χαρακτήρα, όπου τα ψεγάδια του προσωπικού χαρακτήρα που γίνονται αντιληπτά ως ασθενής θέληση, καταδυναστευτικά ή αφύσικα πάθη, δόλιες ή

άκαμπτες πεποιθήσεις και ανεντιμότητα, τα οποία συνάγονται από κάποιο γνωστό προσωπικό ιστορικό νοητικής διαταραχής, φυλάκισης, εξάρτησης, αλκοολισμού, ομοφυλοφιλίας, ανεργίας, τάσεων αυτοκτονίας και άλλα.

- Τα συλλογικά στίγματα της φυλής, του έθνους και της θρησκείας.

Ο άνθρωπος, ο οποίος φέρει ένα στίγμα μπορεί να τοποθετηθεί σε δύο κατηγορίες: του «απαξιώσιμου» ή του «απαξιωμένου». Η διαφορά αυτών των κατηγοριών αφορά την ορατότητα ή την προηγούμενη γνώση του στίγματος κατά την κοινωνική αλληλεπίδραση. Εάν το στίγμα γίνεται αντιληπτό στην εμφάνιση του ατόμου ή εάν το άτομο υποθέτει ότι η διαφορετικότητα του είναι γνωστή, τότε αναφερόμαστε σε «απαξιωμένο» (discredited). Εάν το στίγμα δεν γίνεται αντιληπτό αλλά ούτε είναι προηγούμενα γνωστό τότε αναφερόμαστε σε «απαξιώσιμο» (discreditable) άτομο.

Σε όποια από τις δύο κατηγορίες στίγματος και αν ανήκει το άτομο, παρουσιάζει ένα κεντρικό γνώρισμα, το οποίο σταθερά εμφανίζεται σε όλους τους στιγματισμένους: βασανίζεται από ζητήματα αποδοχής και κλίνει προς τη θυματοποίηση του εαυτού του καθώς θεωρεί το στίγμα του ως την αντικειμενική βάση της αποτυχίας του. Θέτει τον εαυτό του εκτός της οποιασδήποτε προσπάθεια κοινωνικής αλληλεπίδρασης, διότι νιώθει αβέβαιος για τον τρόπο με τον οποίο θα το αναγνωρίσουν και θα το προσεγγίσουν (Goffman, 1963).

2.4.1 Το Εσωτερικευμένο στίγμα

«Εσωτερικευμένο στίγμα» σημαίνει ότι άνθρωποι που έχουν υποστεί στιγματισμό έχουν εσωτερικεύσει το στίγμα, το οποίο βιώνουν από το κοινωνικό περιβάλλον, τόσο έντονα ώστε να θεωρούν τους εαυτούς τους «κατώτερους». Είναι αποτέλεσμα της εσωτερίκευσης αρνητικών στερεοτύπων από το άτομο που έχει πληγεί και αναφέρεται σε αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα, όπως ντροπή, αρνητικές αυτοαξιολογούμενες σκέψεις, φόβος, που προκύπτουν από την ταυτοποίηση με μια στιγματισμένη ομάδα και από τις επακόλουθες συμπεριφορικές επιπτώσεις, όπως η αποφυγή θεραπείας, άρνηση στην αναζήτηση απασχόλησης, αποφυγή οικείων (Luoma et al, 2007).

2.4.2 Το Στίγμα ως κοινωνική κατασκευή

Τόσο η έννοια του στίγματος όσο και ο χαρακτηρισμός ενός γνωρίσματος ως στιγματιστικού και απαξιωτικού δεν είναι ούτε φυσικά, ούτε εγγενή. Με αυτήν την έννοια, το στίγμα προσεγγίζεται ως κοινωνική κατασκευή: η κοινωνία επινοεί

κατηγορίες, καθιερώνει τα μέσα κατάταξης των ατόμων σε αυτές και αποδίδει συγκεκριμένες σημασίες σε ένα συγκεκριμένο φάσμα γνωρισμάτων, καθορίζοντας κάποια ως φυσιολογικά και συνηθισμένα και κάποια αλλά ως αφύσικα και απαξιωτικά. Με τον όρο «στίγμα» ο Goffman αναφέρεται σε γνωρίσματα βαθιά απαξιωτικά και εξευτελιστικά -πάντα σύμφωνα με τα ισχύοντα κοινωνικά κριτήρια-, σε ανεπιθύμητες μορφές διαφορετικότητας τόσο καθοριστικές για το είδος της κοινωνικής ταυτότητας που αποδίδεται στο άτομο ώστε αυτό να καθίσταται «μη ανθρώπινο». Ο Goffman εστιάζει την προσοχή του στην τάση των μελών της κοινωνίας να κατατάσσουν άτομα ή ομάδες σε κατηγορίες κάνοντας διακρίσεις ανάλογα με την θέση που τους έχουν αποδώσει στην κοινωνική κλίμακα. «Εξ ορισμού βέβαια, πιστεύουμε ότι ένας στιγματισμένος δεν είναι εντελώς άνθρωπος. Με βάση αυτή την παραδοχή κάνουμε διακρίσεις, μέσω των οποίων μειώνουμε δραστικά, αν και συχνά απερίσκεπτα, τις ευκαιρίες που έχει στη ζωή του». Κατασκευάζουμε μια θεωρία για το στίγμα, μια ιδεολογία για να εξηγήσουμε την κατωτερότητά του και να περιγράψουμε τον κίνδυνο που αντιπροσωπεύει, εκλογικεύοντας μερικές φορές μια εχθρότητα που στηρίζεται σε άλλες διαφορές, όπως εκείνη της κοινωνικής τάξης (Μακρυνιώτη, 2001). Κατά τον Goffman «το στίγμα μερικές φορές ονομάζεται και ελάττωμα, αδυναμία, μειονέκτημα και υποδηλώνει μια ιδιαίτερη ασυμφωνία ανάμεσα στη δυνητική και την πραγματική κοινωνική ταυτότητα». Ο όρος στίγμα προσδιορίζει, επομένως, περισσότερο τις σχέσεις του στιγματισμένου με την υπόλοιπη κοινωνία, παρά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, ως ατόμου (Μπότσιου και Παπαβασιλείου, 2011). Το στίγμα είναι μια κοινωνική κατασκευή, αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την ύπαρξη ενός φάσματος διαφορετικών κοινωνικών ταυτοτήτων και της σημασίας, της θετικής ή αρνητικής, που τους αποδίδεται (Dovidio et al., 2000). Είναι ένα μακροχρόνιο σημάδι κοινωνικής ντροπής που έχει βαθιές επιπτώσεις στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των στιγματισμένων και των μη στιγματισμένων (Loyd, 2012). Η διαδικασία του στιγματισμού ξεκινά από την αναγνώριση της ύπαρξης ενός χαρακτηριστικού που κάνει αυτόν που το φέρει, να ξεχωρίζει από το σύνολο και να μειώνεται στην αντίληψη των υπολοίπων από ένα ολοκληρωμένο και συνηθισμένο άτομο σε ένα μιαρό και ανυπόληπτο και που υποδηλώνει μια απαξιωμένη κοινωνική ταυτότητα. Η ταυτότητα του ανθρώπου που φέρει το στίγμα εκλαμβάνεται ως κατά κάποιο τρόπο «χαλασμένη», κατεστραμμένη, έτσι ώστε θεωρείται ότι αξίζει λιγότερο από τους άλλους (Goffman, 1963). Το χαρακτηριστικό που εκλαμβάνεται ως σημάδι της

διαφορετικότητας, ως στίγμα, σημασιοδοτείται ως απειλή και αυξάνει τα επίπεδα άγχους στην κοινωνική αλληλεπίδραση (Blascovich et al., 2000). Επίσης, αναφέρεται ότι, αν και ο στιγματισμός μπορεί να είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο στις ανθρώπινες κοινωνίες, το χαρακτηριστικό το οποίο στιγματίζεται ποικίλλει μεταξύ των πολιτισμών και επομένως σε ολόκληρο τον τόπο και τον καιρό (Jones et al., 1984). Η οικουμενικότητα του φαινομένου υποδηλώνει ότι το στίγμα ενέχει λειτουργική αξία όχι μόνο για το άτομο ή την ομάδα που αποδίδει σε άλλους στιγματιστικούς χαρακτηρισμούς, αλλά και για την κοινωνική ζωή γενικότερα (Crocker et al, 1989).

II) Βιβλιογραφική ανασκόπηση

2.5 Οι στάσεις απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών

Οι επιπτώσεις της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών επηρεάζουν τις στάσεις πολλών ατόμων που αλληλεπιδρούν με άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών με αποτέλεσμα να επηρεάζουν και τη συμπεριφορά τους. Οι μελέτη των στάσεων μπορεί να βοηθήσει στην εξήγηση των συνθηκών που τις παράγουν. Μελετώντας τις στάσεις μπορούμε να κατανοήσουμε τις αντιλήψεις και πεποιθήσεις που παράγουν θετικές συμπεριφορές. Επιπρόσθετα, μπορούμε να κατανοήσουμε τις αμφιλεγόμενες ή αρνητικές στάσεις και να εντοπίσουμε τις καλύτερες δυνατότητες αλλαγής. Οι στάσεις του ευρύτερου κοινού και των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα των λαμβανόμενων υπηρεσιών, την παραμονή τους στη θεραπεία, αλλά και την ποιότητα ζωής που αφορά τις κοινωνικές τους σχέσεις στη καθημερινή ζωή τους (Berger et al., 2005).

2.5.1 Κοινωνικές στάσεις

Πέρα από τις φυσικές επιπτώσεις που προκαλούνται από την χρήση ουσιών και αφορούν τη σωματική υγεία, τα άτομα που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αντιμετωπίζουν κοινωνικές συνέπειες που προκύπτουν από την κοινωνική στάση των άλλων απέναντί τους (Room, 2006).

Η Pickard αναφέρει ότι: « η χρήση ναρκωτικών και η εξάρτηση από τα ναρκωτικά (συμπεριλαμβάνοντας στον όρο ναρκωτικά το αλκοόλ, καθώς και όλες τις κοινές παράνομες και φαρμακευτικές ψυχοδραστικές ουσίες) είναι έντονα στιγματισμένη σε

ολόκληρο τον κόσμο. Οι διαπολιτισμικές μελέτες υποδηλώνουν ότι η κοινωνική αποδοκιμασία του εθισμού είναι μεγαλύτερη από την κοινωνική αποδοκιμασία μιας σειράς ιδιαίτερα στιγματισμένων συνθηκών, όπως η λέπρα, ο HIV, η αστεγία, η παραμέληση των παιδιών και το ποινικό μητρώο για διάρρηξη» (Pickard, 2017).

Επίσης, άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η διαταραχή χρήσης ουσιών συγκαταλέγεται μεταξύ των πλέον στιγματισμένων ψυχιατρικών διαταραχών και ότι οι δημόσιες αντιλήψεις για τα άτομα με διαταραχές αλκοόλ και χρήσης ουσιών περιλαμβάνουν αρνητικούς χαρακτηρισμούς, όπως επικίνδunami, ανήθικοι, αδύναμοι χαρακτήρες, που έχουν τη τάση για εγκληματικές πράξεις (Corrigan et al., 2005). Η Room εξετάζοντας το στίγμα και την περιθωριοποίηση που σχετίζεται με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών βρήκε συνεχιζόμενη κοινωνική αποδοκιμασία και ενδείξεις για μια ισχυρότερη επιθυμία για κοινωνική απόσταση από εξαρτημένα από το αλκοόλ άτομα παρά προς εκείνα με ψυχιατρικές διαγνώσεις όπως η κατάθλιψη ή η σχιζοφρένεια (Room, 2005). Οι Silveira et al., αναφέρουν ότι οι διαταραχές της κατανάλωσης οινοπνεύματος και της χρήσης ουσιών είναι από τις πιο στιγματισμένες καταστάσεις καθώς τα άτομα θεωρούνται πολύ πιο υπεύθυνα για την κατάστασή τους (Silveira et al., 2015). Επιπλέον, προκαλούν μεγαλύτερη κοινωνική απόρριψη και περισσότερο αρνητικά συναισθήματα στο γενικό πληθυσμό και διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο κοινωνικών και θεσμικών διακρίσεων (Schomerus et al., 2011). Μελέτες επίσης αποδεικνύουν ότι εκτός του στιγματισμού στον οποίο υπόκειται το ίδιο το άτομο, ο στιγματισμός επεκτείνεται και σε άλλα μέλη της οικογένειάς του (Corrigan et al., 2005).

Για την ελληνική πραγματικότητα η Ζαραφονίτου αναφέρει ότι: «αν και το εμπόριο ναρκωτικών συγκαταλέγεται μεταξύ των κυριότερων απειλών που συνδέονται με το οργανωμένο έγκλημα, η μεγαλύτερη επικινδυνότητα αποδίδεται στο πλαίσιο των κοινωνικών αντιλήψεων, στους χρήστες των ουσιών αυτών. Τα στερεότυπα για την επικινδυνότητα των ουσιοεξαρτημένων είναι βαθιά ριζωμένα στις κοινωνικές αντιλήψεις των Ελλήνων πολιτών» (Ζαραφονίτου, 2006).

2.5.2 Στάσεις επαγγελματιών υγείας

Δεν είναι μόνο το ευρύ κοινό που έχει αρνητικές στάσεις απέναντι σε άτομα που παρουσιάζουν διαταραχή χρήσης ουσιών. Υπάρχουν ευρέως αποδεκτά στοιχεία ότι οι επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας μοιράζονται τις ίδιες μεροληψίες, με αποτέλεσμα η φροντίδα των ατόμων αυτών να είναι ανεπαρκής. Όταν οι ασθενείς αντιλαμβάνονται αυτή τη στάση, είναι λιγότερο πιθανό να είναι ανοιχτοί και

ειλικρινείς σχετικά με τις συνήθειές τους και ενδεχομένως να αποφύγουν εντελώς να αναζητήσουν φροντίδα. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν εκφράσει ότι είναι δύσκολο να εργαστούν με άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών, και σε ορισμένες περιπτώσεις, τους αποδίδουν χαρακτηριστικά, όπως άτομα ηθικά ύποπτα ή επικίνδυνα. (Henderson et al., 2008).

Οι Van Boekel et al. (2013), σε σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση 28 μελετών, διερεύνησαν τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς με διαταραχή χρήσης ουσιών, για τη χρονική περίοδο 2000-2011 σε Αυστραλία, ΗΠΑ, Καναδά και Ιρλανδία, και διαπίστωσαν ότι γενικά, οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρνητική στάση απέναντι σε ασθενείς με προβλήματα χρήσης ουσιών. Επίσης, υψηλό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας διάκειται αρνητικά απέναντι στους ασθενείς με διαταραχή χρήσης ουσιών σε σύγκριση με άλλες ομάδες ασθενών, όπως αυτές με διαβήτη ή ψυχικές ασθένειες (Gilchrist et al., 2011). Ειδικά οι στάσεις απέναντι σε άτομα με παράνομη χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι ιδιαίτερα αρνητικές και οι επαγγελματίες προτιμούν οι ασθενείς αυτοί να φροντίζονται από επαγγελματίες ειδικούς στις εξαρτήσεις (Mc Laughlin et al., 2006).

Πολλοί επαγγελματίες της υγείας αναφέρουν ελλιπή γνώση σχετικά με τη διαταραχή χρήσης ουσιών και θεωρούν ότι δεν διαθέτουν επαρκή εκπαίδευση και δεξιότητες για να φροντίσουν ασθενείς με αυτές τις διαταραχές (Deans & Soar, 2005, Giannetti et al., 2002, Mc Laughlin et al., 2006). Μάλιστα, η κατάρτιση και η εμπειρία στη φροντίδα αυτού του πληθυσμού συνδέεται με θετικότερες στάσεις (Ding & Soar, 2005, Happel et al., 2002) και η θεσμική υποστήριξη των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης συμβάλλει στην αύξηση των θετικών στάσεων (Ford et al., 2008).

Από άλλες μελέτες προκύπτει ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας συνολικά έχουν μια αποδεκτή και ανεκτική στάση απέναντι στους χρήστες ουσιών και γενικά ότι δεν κάνουν στερεότυπες σχετικές υποθέσεις (Gotay, 2014, Richmond & Foster, 2009)

Οι Van Boekel et al., (2014) σε δείγμα 800 επαγγελματιών υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γενικής ψυχιατρικής και εξειδικευμένων υπηρεσιών εξάρτησης στην Ολλανδία, διαπίστωσαν ότι:

- Οι επαγγελματίες των εξειδικευμένων υπηρεσιών για εξαρτήσεις επιδεικνύουν μεγαλύτερη προσοχή στην εργασία τους με τους ασθενείς με διαταραχές χρήσης ουσιών σε σύγκριση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τους παθολόγους που έχουν το λιγότερο σεβασμό για την ομάδα αυτή,

- Οι επαγγελματίες των εξειδικευμένων υπηρεσιών για εξαρτήσεις αισθάνονται λιγότερο θυμό για τα άτομα με εθισμό σε σύγκριση με τους επαγγελματίες των άλλων ομάδων,
- Οι παθολόγοι θεωρούν περισσότερο ότι ο εθισμός είναι συνέπεια της αδυναμίας του ατόμου και αισθάνονται περισσότερο κριτικά απέναντι στους εξαρτημένους.

Έχει προταθεί ότι οι αντιλήψεις σχετικά με το φαινόμενο της εξάρτησης/εθισμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν τη στάση τους και τη στιγματιστική συμπεριφορά προς τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών (Brenel et al., 2010), ενώ μελέτες δείχνουν ότι οι αντιλήψεις για την εξάρτηση/εθισμό ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Russell et al., 2011). Ορισμένοι θεωρούν την εξάρτηση/εθισμό ως μια χρόνια εγκεφαλική νόσο, (Volkow & Morales, 2015) ενώ κάποιοι άλλοι έχουν μια πιο ηθική άποψη και την θεωρούν ως καταδικαστέα κατάσταση, που προκύπτει από ανήθικη συμπεριφορά (Husak, 2009). Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για την εξάρτηση/εθισμό θεωρείται ότι σχετίζεται με τη στάση τους απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών (Brenel et al., 2010). Επίσης οι έρευνες επισημαίνουν ότι οι αντιλήψεις για την προσωπική ευθύνη και τη δυνατότητα ελέγχου σε μια κατάσταση μπορεί να προσθέσουν αρνητικές και στιγματιστικές αντιλήψεις. (Schomerus et al., 2010, Schomerus et al., 2011, Corrigan et al., 2005). Η πεποίθηση των επαγγελματιών υγείας ότι: « τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών μπορεί να ελέγξουν τη χρήση, συνδέθηκε με πιο αρνητικές αντιλήψεις απέναντι σε τέτοιους ασθενείς» (Brenel et al., 2010).

Στον ελλαδικό χώρο οι σχετικές μελέτες είναι πολύ περιορισμένες. Σύμφωνα με την Ηλιού (Διδακτορική διατριβή, 2010), που μελέτησε τις στάσεις των εργαζόμενων σε φορείς απεξάρτησης σχετικά με τους χρήστες ουσιών, φαίνεται ότι το αντικείμενο απασχόλησης και η θεραπευτική προσέγγιση του φορέα συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση των απόψεων των συμμετεχόντων. Τέλος, σύμφωνα με την Αλεξοπούλου (διπλωματική εργασία, 2018), η οποία διερεύνησε τις στάσεις και αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας σχετικά με την εργασία τους με χρήστες ναρκωτικών ουσιών, οι στάσεις φαίνεται να επηρεάζονται από την επαγγελματική εμπειρία, την παρακολούθηση σχετικών με τις εξαρτήσεις εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την ηλικία των συμμετεχόντων.

2.6 Οι ρίζες των αρνητικών στάσεων

Για την κατανόηση των αρνητικών στάσεων οι οποίες συνοδεύουν τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών πρέπει να αναφερθούμε στα αίτια τα οποία θεωρούνται από τους ερευνητές ότι συνέβαλλαν στη διαμόρφωση τους. Το ηθικό μοντέλο της εξάρτησης, το οποίο αναδύθηκε στις αρχές του αιώνα, το ιατρικό μοντέλο που προσπάθησε να δώσει μια εκ διαμέτρου αντίθετη αιτιολογία στην εξάρτηση με σκοπό να μειώσει το στίγμα αλλά που στην πορεία δέχτηκε κριτική επίσης ότι στιγματοποιεί το άτομο «καθώς η ίδια η ασθένεια έχει το δικό της στίγμα, οι άρρωστοι καμιά φορά είναι το ίδιο απομακρυσμένοι με τους αμαρτωλούς» (Hammer et al., 2013), η σχέση της εξάρτησης με το ποινικό δίκαιο και την εγκληματικότητα, η γλώσσα η οποία χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών, αλλά και η εμπλοκή των ΜΜΕ στη διαδικασία, είναι κάποιοι από τους παράγοντες οι οποίοι ενοχοποιούνται για τη διαίωση των αρνητικών πεποιθήσεων/αντιλήψεων και των στερεότυπων γύρω από τη χρήση ουσιών και των ατόμων που εμπλέκονται με αυτή. Στην παρακάτω ενότητα αναλύονται οι παραπάνω παράγοντες που εμπλέκονται στη σχετική διαδικασία.

2.6.1 Θεωρίες εξάρτησης

Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα οι διαφορετικές οπτικές οι οποίες αναπτύχθηκαν προσπάθησαν να δώσουν ερμηνεία στο φαινόμενο της αυτόβουλης λήψης ψυχοδραστικών ουσιών. Πολλοί κοινωνικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί, ενώ οι διαφορετικές κοινωνικές θεωρίες για την αιτιολογία αριθμούν αρκετές δεκάδες δύσκολα αποδείξιμες προτάσεις (Καφετζόπουλος, 2018).

Οι προσεγγίσεις οι οποίες αναπτύχθηκαν προσπάθησαν να εξηγήσουν το φαινόμενο με μονοδιάστατο τρόπο, με αποτέλεσμα να διαθέτουμε αρκετές θεωρίες οι οποίες απομονώνοντας κάποιο παράγοντα χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους υπόλοιπους, διατύπωσαν διαφορετικές θεωρήσεις όπως ο βιολογισμός, ο κοινωνιολογισμός, η ψυχολογικοποίηση και η ψυχιατρικοποίηση.

Προκειμένου όμως να γίνει κατανοητή η πολυπλοκότητα των ζητημάτων που αφορούν τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, είναι σαφές ότι απαιτείται ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο στο οποίο λαμβάνεται ταυτόχρονα υπόψη το πολιτιστικό, κοινωνικό, ψυχολογικό και βιολογικό επίπεδο. «Σήμερα για την αποφυγή ακραίων ή δογματικών απόψεων η εξάρτηση αναφέρεται συχνά ως ένα σύνθετο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο που μπορεί να περιγραφεί σύμφωνα με το

βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που εισήγαγε ο Engel τη δεκαετία του 1970 για τη μελέτη των ψυχιατρικών διαταραχών» (Καφετζόπουλος, 2018)

Φαίνεται όμως ότι από τις θεωρίες οι οποίες προσπάθησαν να εξηγήσουν το φαινόμενο της εξάρτησης αυτές που επηρέασαν περισσότερο τις κοινωνικές αντιλήψεις είναι το ηθικό μοντέλο και το ιατρικό μοντέλο, όπως διαπιστώνεται σε πολλές έρευνες στα πλαίσια της διερεύνησης του στίγματος των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών.

Το ηθικό μοντέλο: Η θεωρία αυτή, η οποία κυριάρχησε έως τα τέλη της δεκαετίας του 1950, αντιμετώπιζε τον εθισμό ως ηθική αδυναμία και ως εκ τούτου ο εξαρτημένος θεωρείται υπεύθυνος για την εξάρτησή του και κρίνεται αναλόγως. Το ηθικό μοντέλο πιθανόν προέκυψε ως αποτέλεσμα της ισχυρής επιρροής της θρησκείας. Οι θεολόγοι και οι κληρικοί ήταν πολύ σεβαστοί και θεωρούνταν γνώστες της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Cranfill, 2016). Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι το ηθικό μοντέλο θεωρεί τον εθισμό ως επιλογή από άτομα με χαμηλά ηθικά πρότυπα (Wilbanks, 1989). Οι εθισμένοι χαρακτηρίζονται ως άνθρωποι ελαττωματικού χαρακτήρα με αντικοινωνικές αξίες εξαιτίας της προβληματικής ηθικής τους. Αυτό το μοντέλο θεωρεί ότι η χρήση ναρκωτικών είναι προσωπική επιλογή και υιοθετεί μια ηθική θέση ως προς αυτή την επιλογή. Τα άτομα που χρησιμοποιούν ουσίες, σε αυτό το μοντέλο, θεωρούνται αδύναμα, αντικοινωνικά, εγωιστές, τεμπέληδες, και άνθρωποι που εκτιμούν την ευχαρίστηση (Pickard, 2017). Οι γιατροί και το κοινό υιοθέτησαν όλο και περισσότερο την ηθική άποψη για τον εθισμό. Αν κάποιος συνέχιζε να χρησιμοποιεί ουσίες παρά την απαγόρευση και την κοινωνική αποδοκιμασία, αυτή η χρήση ήταν ασφαλώς εκδήλωση της «υποκείμενης ψυχοπαθολογίας, ενός θεμελιώδους ελαττώματος του χαρακτήρα». Η ερμηνεία αυτή παρείχε εξήγηση για την παθολογία και δικαιολογούσε την απομάκρυνση των ευάλωτων ατόμων που υπέφεραν. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, τα άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα κατανοούνται ως άτομα που προκαλούν προβλήματα. Όπως το διατυπώνει μια ομάδα ειδικών ακαδημαϊκών, «οι άνθρωποι δεν υπέφεραν τόσο από τα ναρκωτικά επειδή ήταν άνεργοι, άστεγοι, φτωχοί, καταθλιπτικοί ή αποξενωμένοι, αλλά επειδή ήταν αδύναμοι, ανήθικοι ή αρκετά ανόητοι για να χρησιμοποιήσουν παράνομα ναρκωτικά» Συνεπώς, εφόσον το άτομο είναι εξ ολοκλήρου υπεύθυνο, δεν υπάρχει επείγουσα ανάγκη να αντιμετωπιστούν τα μεγαλύτερα προβλήματα της ανισότητας και της φτώχειας (GCODP, 2017).

Το ηθικό μοντέλο έχει δεχτεί πολλές κριτικές και από πολλούς ερευνητές θεωρήθηκε ότι αποτέλεσε τη βάση για τον στιγματισμό των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών. Σύμφωνα με την Pickard «όταν εξετάζουμε τη χρήση ναρκωτικών ως επιλογή, το ηθικό μοντέλο εθισμού δίνει στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών την ευθύνη να βρίσκονται στην κατάσταση αυτή και τους καθιστά άξια του στιγματισμού και της αυστηρής θεραπείας που τους επιβάλλεται. Συνεπώς, όσο το ηθικό μοντέλο συνεχίζει να επηρεάζει τις αντιλήψεις περί χρήσης ναρκωτικών, έμμεσα ή ρητά, οι προκαταλήψεις και οι αδικίες στις οποίες υπόκεινται οι χρήστες ναρκωτικών φαίνονται δικαιολογημένες» (Pickard, 2017)

Το ιατρικό μοντέλο: Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή ο εθισμός θεωρείται ως μια συγκεκριμένη εγκεφαλική νόσος που προκαλείται από νευροβιολογικές προσαρμογές που συμβαίνουν ως απόκριση στη χρόνια χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ και πάνω στις οποίες οι εξαρτημένοι δεν έχουν καμία επιλογή ή έλεγχο.

Ιστορικά, η θεώρηση της εξάρτησης ως ασθένειας συνδέεται με την ίδρυση των Ανωνύμων Αλκοολικών (Alcoholics Anonymous) το 1935. Έως τότε ο αλκοολισμός εθεωρείτο εκδήλωση κάποιας ηθικής αδυναμίας, αλλά τότε αρχίζει να κατανοείται ότι υπήρχε κάποια παθολογική-οργανική βάση, όπως και σε όλες τις άλλες ασθένειες. Η θέση αυτή μεταφέρθηκε και στους Ανωνύμους Ναρκομανείς (Narcotics Anonymous) το 1953, περίπου την εποχή που αναπτυσσόταν οι θεωρίες για την παθολογική-οργανική φύση των εξαρτήσεων. Αμέσως μετά την ίδρυση των ΝΑ, η American Medical Association (AMA) όρισε τον αλκοολισμό ως ασθένεια το 1956, για να υιοθετήσει το 1991 τη διπλή ταξινόμηση του International Classification of Diseases (ICD) ως ταυτόχρονα ψυχιατρικής και γενικής ιατρικής κατάστασης (Κοκκώλης, 2017).

Ας σημειωθεί ότι ορισμένοι ερευνητές επισημαίνουν «ότι η συνέπεια του μοντέλου της νόσου είναι ότι με το να ονομάζεις μια κατάσταση ως ασθένεια στιγματίζει τα άτομα, τους εμποδίζει να αναπτύξουν αυτοέλεγχο και βλάπτει την αυτοεκτίμησή τους» (Frank & Nagel, 2017) ενώ άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η βιολογική κατανόηση θα απομακρύνει το βάρος της προσωπικής ευθύνης και της ηθικής βλάβης, και έτσι οι ασθενείς θα χρησιμοποιήσουν την «ασθένειά» τους ως «δεκανίκι» (Dingel et al., 2012, Rosenberg 1992). Κάποιοι άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι η θεώρηση του εθισμού ως πρωτίστως νόσου του εγκεφάλου, αγνοεί εκτεταμένο τμήμα της έρευνας που υποδηλώνει ότι οι νευρογενετικές εξηγήσεις για τις ψυχικές

ασθένειες συμβάλλουν στην αρνητική αντίληψη για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες και προβλήματα χρήσης ουσιών (Read et al., 2006), και ότι το πρόβλημα του στιγματισμού μπορεί να αντιμετωπιστεί θεωρώντας ρεαλιστικά τις πιθανές βλάβες που μπορεί να προκαλέσει η χρήση ουσιών και θεωρώντας το πρόβλημα της εξάρτησης ως μια χρόνια, υποτροπιάζουσα, βιοψυχοκοινωνική διαταραχή που δεν μπορεί να γίνει κατανοητή εκτός κοινωνικού πλαισίου και όχι απλώς ως ασθένεια του εγκεφάλου (Humphreys, et al., 2017). Άλλοι πάλι ερευνητές αναφέρουν ότι η αντίληψη του εθισμού ως ασθένειας, υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι δεν μπορούν να πάρουν τον έλεγχο της κατάστασης και με αυτό τον τρόπο μπορεί να προσκαλέσει ηθικές κρίσεις και ενδεχόμενο στιγματισμό (Buchman & Reiner, 2009) και ότι ενώ το μοντέλο της νόσου έχει τη δυνατότητα να προσφέρει πολλά οφέλη στα άτομα με εθισμό όσον αφορά τις ψυχοφαρμακολογικές και άλλες θεραπευτικές επιλογές, ωστόσο, οι καθαρά αναγωγιστικές, νευροβιολογικές ερμηνείες του εθισμού αποκλείουν την πλήρη κατανόηση της προστιθέμενης επιρροής ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτικών και άλλων παραγόντων. (Buchman et al., 2010).

Τέλος ο Marc Lewis απορρίπτει και τα δυο μοντέλα με την αιτιολογία ότι ενώ το ηθικό μοντέλο προσφέρει νομιμοποίηση στις ηθικές στάσεις και προσφέρει μια αιτιολογία για να χαρακτηριστούν τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών ως εγωιστές, το μοντέλο νόσου παθολογικοποιεί εσφαλμένα τόσο τον εγκέφαλο όσο και το άτομο. Ως προς την παθολογοποίηση του εγκεφάλου αιτιολογεί ότι οι μεταβολές του εγκεφάλου που προκαλούνται από την επαναλαμβανόμενη χρήση ναρκωτικών, δεν αποτελούν απόδειξη παθολογίας αλλά νευροπλαστικότητα: δηλαδή μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας μάθησης και σχηματισμού συνηθειών που συμβαίνει όταν ο εγκέφαλος εκτίθεται στην ανταμοιβή. Επίσης, σχετικά με το άτομο αναφέρει: ότι παρεμποδίζει παθολογικά το άτομο επειδή τα περισσότερα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών δεν σκέφτονται ότι έχουν μια ασθένεια (Lewis, 2017).

2.6.2 Το στίγμα και η γλώσσα

Οι Boticelli και Koh αναφέρουν ότι «οι λέξεις έχουν σημασία», εξηγώντας ότι ενώ στο επιστημονικό πεδίο, το λεξιλόγιο ρουτίνας των επαγγελματιών υγείας και των ερευνητών πλαισιώνει την ασθένεια και διαμορφώνει τις ιατρικές διαγνώσεις, όταν οι ίδιοι όροι εισέρχονται στη δημόσια σφαίρα μεταφέρουν κοινωνικούς κανόνες και συμπεριφορές (Boticelli & Koh, 2016). Η γλώσσα που αντιμετωπίζει τη διαταραχή χρήσης ουσιών ως ασθένεια ή ηθική αποτυχία έχει σημαντικό αντίκτυπο στις στάσεις

των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης έναντι αυτών των ατόμων, όπως επίσης η γλώσσα που χρησιμοποιείται για ανθρώπους που χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες έχει τεράστιο αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο βλέπουν τους εαυτούς τους και τον τρόπο με τον οποίο τους βλέπουν οι άλλοι. Έρευνα απέδειξε ότι ακόμη και μεταξύ των εξαιρετικά εκπαιδευμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, διαφορετική αξιολόγηση έχει κάποιος ο οποίος περιγράφεται ως χρήστης ουσιών και διαφορετική αξιολόγηση όταν περιγράφεται ως άτομο με διαταραχή χρήσης ουσιών. Ο κοινός χρησιμοποιούμενος όρος «χρήστης ουσιών» μπορεί να διαιωνίσει τις στιγματιστικές συμπεριφορές. (Kelly & Westerhoff, 2010). Οι συνηθισμένοι επίσης όροι, όπως πρεζάκι (junkie), χρήστης ουσιών (drug abuser) ή χρήστης κρακ (crackhead) είναι όροι απαξιωτικοί, καθώς ορίζουν τους ανθρώπους που χρησιμοποιούν ναρκωτικά αποκλειστικά με την χρήση τους και τους χαρακτηρίζουν ως "άλλους" - φυσικά κατώτερους ή ως ηθικά μειονεκτούντα άτομα. Η αρνητική χρήση της γλώσσας επεκτείνεται και στους ανθρώπους που βρίσκονται σε ανάρρωση, οι οποίοι αναφέρονται ως «καθαροί», υποδηλώνοντας ότι ήταν προηγουμένως «ακάθαρτοι ή βρώμικοι» (GCODP, 2017).

Οι Broyles et al., αναφέρουν ότι: « το πλαίσιο της γλώσσας ορίζει τι σκέφτεται το κοινό σχετικά με τη χρήση ουσιών και την ανάρρωση και μπορεί επίσης να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα σκέφτονται για τον εαυτό τους και την προσωπική τους ικανότητα αλλαγής. Αλλά το σημαντικότερο είναι ότι η γλώσσα νοητικά και ακούσια διαδίδει το στίγμα: το σημάδι της απογοήτευσης, της ντροπής και της διαφοράς που αποπροσωποποιεί τους ανθρώπους, τους στερεί τις ατομικές ή προσωπικές ιδιότητες και την προσωπική ταυτότητα». Προτείνουν ένα πλαίσιο για τη χρήση της γλώσσας που συμπεριλαμβάνει τις εξής αρχές: (1) σέβεται την αξία και την αξιοπρέπεια όλων των ατόμων, (2) επικεντρώνεται στον ιατρικό χαρακτήρα των διαταραχών της χρήσης ουσιών και της θεραπείας, (3) προωθεί τη διαδικασία ανάκτησης της υγείας και (4) αποφεύγει τη διαιώνιση αρνητικών στερεοτύπων και προκαταλήψεων, της «αργκό» γλώσσας και των ιδιωτισμών (Broyles et al, 2014).

2.6.3 Χρήση ουσιών, ποινικό δίκαιο κα εγκληματικότητα

Σύμφωνα με τις επικρατούσες θεωρίες για την εξάρτηση σε κάθε εποχή, ανάλογη ήταν και η διαχείριση των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών από το ποινικό σύστημα παγκοσμίως. Οι Ben Yehuda (1990), Duster (1970), Krug (1989) αναφέρουν ότι η κοινωνική κατασκευή των τοξικομανών ως «αποκλίνοντα» και έντονα

στιγματισμένο πληθυσμό ξεκίνησε με το ψήφισμα του νόμου Harrison Narcotics το 1914 και συνεχίζει να κερδίζει έδαφος σήμερα, δεδομένου των διαδοχικών πολέμων κατά των ναρκωτικών (Anderson & Ripullo, 1996).

Στο ελληνικό ποινικό σύστημα έως το 1954 τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών αντιμετωνίζονταν από το νομοθέτη ως άνθρωποι του υποκόσμου, ύποπτοι για την τέλεση διαφόρων εγκληματικών πράξεων και επικίνδυνοι για το κοινωνικό σύνολο. Το 1954 εκφράστηκε έμμεσα η αντίληψη του χρήστη ως ασθενούς και όχι ως κοινού εγκληματία αναγνωρίζοντας ενδεχομένως το κοινωνικό στίγμα που χαρακτήριζε αυτά τα άτομα. Σύμφωνα με τον Δασκαλάκη ο παράγοντας που συντελεί στη διαμόρφωση μιας εγκληματικής εικόνας στηρίζεται κυρίως στην ποινική αντίδραση της πολιτείας, η οποία θεσπίζει και προβάλλει ως εγκληματική τη χρήση ναρκωτικών ουσιών (Δασκαλάκης, 1981). «Με αυτό τον τρόπο πλάθεται και η σχέση μεταξύ ναρκωτικών και εγκλήματος. Εκείνο που χαρακτηρίζει κυρίως τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών και εγκληματικών πράξεων είναι ο οικονομικός παράγοντας» (Περατζάκη-Καρατζόγλου, 2001). Οι διάφορες κλοπές, διαρρήξεις, κυρίως φαρμακείων, γίνονται λόγω της οικονομικής ανάγκης στην οποία βρίσκεται το εξαρτημένο άτομο, προκειμένου να προμηθευτεί τα ναρκωτικά από τα διάφορα κυκλώματα της μαύρης αγοράς (Δασκαλάκης, 1981).

Η ετησία έκθεση για το έτος 2017 της Παγκόσμιας Επιτροπής Πολιτικής για τα Ναρκωτικά αναφέρει ότι η διαδεδομένη αντίληψη ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν ναρκωτικά, και ιδιαίτερα τα άτομα με προβληματική χρήση ναρκωτικών, εμπλέκονται σε εγκληματικές δραστηριότητες δεν ισχύει, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία όσων χρησιμοποιούν ναρκωτικά δεν διαπράττουν κανένα έγκλημα εκτός από την παραβίαση των νόμων περί ναρκωτικών. Στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι υπάρχει μια ενδογενής κυκλικότητα στη σύνδεση της εγκληματικότητας και της χρήσης ναρκωτικών. Καθώς οι ψυχοτρόπες ουσίες εκτός του αλκοόλ και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι παράνομες, η χρήση ή / και η κατοχή τους για προσωπική χρήση είναι έγκλημα, εξ ορισμού οι άνθρωποι που τα χρησιμοποιούν θα διαπράττουν εγκλήματα. Υπάρχουν περαιτέρω δεσμοί μεταξύ των ναρκωτικών και της εγκληματικότητας, αλλά είναι περισσότερο αποτέλεσμα του πλαισίου απαγόρευσης από ό, τι από την ίδια τη χρήση ναρκωτικών. Άτομα με προβληματική χρήση ναρκωτικών συχνά δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά το κόστος των ουσιών αυτών και έτσι καταφεύγουν στην εγκληματικότητα. Επιπλέον, οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν ναρκωτικά συχνά εξαναγκάζονται να βρίσκονται έξω από

κυρίαρχο ρεύμα και ανήκουν σε περιθωριοποιημένες υποκουλτούρες όπου υπάρχει έγκλημα. Όταν αποκτούν ποινικό μητρώο είναι πολύ πιο δύσκολο να βρουν απασχόληση, καθιστώντας έτσι την παράνομη αγορά και την εγκληματική δραστηριότητα ως το μόνο μέσο επιβίωσής τους (GCDP, 2017).

Οι Lammers et al., σε μετα-ανάλυση τους που συσχετίζει την κατάχρηση ουσιών και την εγκληματικότητα, όπου περιλαμβάνεται η βίαιη συμπεριφορά, αναφέρουν ότι η πλειονότητα των ατόμων που είναι εθισμένοι σε ψυχοδραστικές ουσίες δεν είναι εγκληματίες και τα περισσότερα από τα αδικήματα που διαπράττουν μπορούν να χαρακτηριστούν ως παραπτώματα (Lammers et al., 2014).

2.6.4 Το στίγμα και τα MME

Η εικόνα της κοινής γνώμης και των μέσων μαζικής ενημέρωσης ενισχύονται αμοιβαία συμβάλλοντας παράλληλα στη διαίωση του στιγματισμού που συνδέεται με τα ναρκωτικά και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Τα MME διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση στιγματιστικών στάσεων απέναντι στους πληθυσμούς που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Οι περισσότερες εξηγήσεις που δίνονται από τα MME για τη χρήση ουσιών υπογραμμίζουν το ζήτημα της ατομικής ευθύνης. Δεδομένου ότι τα μέσα ενημέρωσης αποτελούν βασική πηγή πληροφοριών για θέματα υγείας για πολλούς ανθρώπους, τέτοιες απεικονίσεις πιθανώς συμβάλλουν στην ευρεία διάχυση της αρνητικής στάσης απέναντι σε άτομα με διαταραχές της χρήσης ουσιών (McGinty et al., 2019).

Ένας ακόμη σημαντικός λόγος στη προκατάληψη του κοινού απέναντί τους είναι η θεσμοθέτηση των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών ως εγκληματιών και η προβολή τους από τα MME (Περατζάκη-Καρατζόγλου, 2001).

2.7 Πρακτικές μείωσης του στίγματος

Σύμφωνα με το Goffman ο στιγματισμός τίθεται σε ισχύ μέσω σύνθετων πολιτικό-κοινωνικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ατόμων. Παρόλα αυτά μπορεί να υπάρχουν πολλοί τρόποι να διαμορφωθούν οι βασικές επιρροές που οδηγούν στην κατανόηση και τη στάση των ανθρώπων απέναντι στα στιγματισμένα άτομα (Goffman, 1963).

Προκειμένου να αλλάξουμε τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται τα άτομα που χρησιμοποιούν ναρκωτικά πρέπει να αλλάξουμε τις αντιλήψεις μας και το πρώτο βήμα είναι να αλλάξουμε τον τρόπο που μιλάμε (GCDP, 2017).

Μια αρχή μπορεί να γίνει με το διαχωρισμό της συμπεριφοράς του ατόμου που χρησιμοποιεί το ναρκωτικό από την παράνομη συμπεριφορά και αποδεχόμενοι το άτομο που ακολουθεί μια διαφορετική πορεία (UNDCP, 1995).

Σήμερα, προτείνονται τρεις προσεγγίσεις για την καταπολέμηση του στίγματος: η διαμαρτυρία, η εκπαίδευση και η επαφή. Με τη διαμαρτυρία, αρχικά, γίνεται προσπάθεια να κατασταλούν οι στιγματιστικές τοποθετήσεις και οι συμπεριφορές που ευνοούν την προαγωγή τους. Η εκπαίδευση, εξάλλου, προσπαθεί να αντικαταστήσει τις στιγματιστικές αντιλήψεις με ακριβείς γνώσεις. Τέλος, η επαφή με άτομα της «έξω-ομάδας» στοχεύει στην αλλαγή των αρνητικών κρίσεων (Penn & Couture, 2002).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο πρώτος στόχος της υγείας και της ασφάλειας απαιτεί από την ιατρική κοινότητα και τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να αντιμετωπίσουν επειγόντως το στίγμα που συνοδεύει τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών.

Οι γιατροί, οι νοσηλευτές και άλλοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που έρχονται σε επαφή με άτομα που χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες έχουν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην αλλαγή των αντιλήψεων απέναντι τους. Είναι συχνά το πρώτο σημείο επαφής με ανθρώπους με διαταραχή χρήσης ουσιών και επειδή βρίσκονται σε θέση εμπιστοσύνης μπορεί να επηρεάσουν τις στάσεις του ευρύτερου κοινού, να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο υπεράσπισής τους και να συμβάλουν στη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας των ατόμων αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Μεθοδολογία Έρευνας

3.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών που προσέρχονται στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα.

Ειδικότερα οι στόχοι είναι:

- Να συγκριθούν οι αντιλήψεις απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών, οι πεποιθήσεις σχετικά με τις εξαρτήσεις, και να διερευνηθεί η ύπαρξη κοινωνικού στίγματος για την ευάλωτη αυτή ομάδα, σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία και σε υπηρεσίες απεξάρτησης.

3.2 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Το προσωπικό που εργάζεται στο πλαίσιο των υπηρεσιών απεξάρτησης και το προσωπικό που εργάζεται στις Υπηρεσίες Υγείας μοιράζεται τα ίδια «πιστεύω» απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών και το φαινόμενο της εξάρτησης;
2. Οι κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές συνδέονται με κάποιες από τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις για τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών και την εξάρτηση/εθισμό;
3. Το κοινωνικό στίγμα επηρεάζει τους επαγγελματίες υγείας και αν ναι, κάτω από ποιες συνθήκες;

3.3 Ερευνητικές υποθέσεις

1. Το προσωπικό που εργάζεται στο πλαίσιο του γενικού νοσοκομείου σε σχέση με το προσωπικό που εργάζεται σε πλαίσιο υπηρεσιών απεξάρτησης θα αναφέρει διαφορετικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις σχετικά με τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών και την εξάρτηση.
2. Οι αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών και οι πεποιθήσεις τους για τις εξαρτήσεις επηρεάζονται από διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες (ηλικία, οικογενειακή

κατάσταση, γονική ιδιότητα, έτη εργασίας, επαγγελματική κατηγορία, επιμόρφωση).

3. Τα κοινωνικό στίγμα θα επηρεάζει περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο χώρο των γενικών νοσοκομείων σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο χώρο υπηρεσιών απεξάρτησης.

3.4 Συμμετέχοντες

Η συγχρονική αυτή μελέτη συμπεριέλαβε επαγγελματίες υγείας και πιο συγκεκριμένα δείγμα που αφορούσε σε ιατρούς (ειδικότητας παθολογίας και ψυχιατρικής), νοσηλευτές όλων των βαθμίδων, κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους. Προσεγγίστηκαν συνολικά 150 επαγγελματίες υγείας, στο διάστημα Φεβρουαρίου - Απριλίου 2019. Ο τελικός αριθμός του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε ανήλθε σε 122 επαγγελματίες υγείας (62 από τον χώρο των γενικών νοσοκομείων και 60 από τις υπηρεσίες απεξάρτησης). Η δειγματοληψία που έγινε ήταν δειγματοληψία ευκολίας, με κριτήριο την προσβασιμότητα της ερευνήτριας.

Ο χώρος διεξαγωγής της έρευνας ήταν 8 Γενικά Νοσοκομεία και συγκεκριμένα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, καθώς και 10 εξειδικευμένα Τμήματα Απεξάρτησης από εθιστικές ουσίες. Αναλυτικά, οι υπηρεσίες στις οποίες χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια ήταν:

- *Αθήνα*

- α) Τμήμα επειγόντων περιστατικών: Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Γ. Ν. Λαϊκό, Γ. Ν. Γεννηματάς, Γ.Ν. Ευαγγελισμός, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Αιγινήτειο Νοσοκομείο

- β) Μονάδες απεξάρτησης ΟΚΑΝΑ (Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης, Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων και Νεαρών Ενηλίκων), Μονάδα Απεξάρτησης Γυναικών 18 Άνω (Ψυχιατρικό νοσοκομείο Αττικής), Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» (Αιγινήτειο Νοσοκομείο & ΟΚΑΝΑ), Πτέρυγα Παλαιολόγου (Αιγινήτειο Νοσοκομείο).

- *Αλεξανδρούπολη*

- α) Τμήμα επειγόντων περιστατικών: Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης,

- β) Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης (ΟΚΑΝΑ) και Κέντρο πρόληψης των εξαρτήσεων «Ελπίδα» (ΟΚΑΝΑ).

- *Βόλος*

- α) Τμήμα επειγόντων περιστατικών: Γ.Ν. Βόλου,

β) Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας Γ. Ν Βόλου (ΟΚΑΝΑ).

- *Μυτιλήνη*

α) Τμήμα επειγόντων περιστατικών: Γ.Ν. Μυτιλήνης,

β) Κέντρο Απεξάρτησης ΚΕΘΕΑ και Κέντρο πρόληψης των εξαρτήσεων «Πνοή» (ΟΚΑΝΑ).

Στην Αθήνα η χορήγηση και η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε από την ερευνήτρια, ενώ στις άλλες πόλεις η διαδικασία πραγματοποιήθηκε μέσω του κοινωνικού δικτύου της ερευνήτριας.

3.5 Ερευνητικά εργαλεία

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χορήγηση δομημένου αυτοσυμπληρούμενου εργαλείου (παράρτημα 1) το οποίο αποτελούνταν από τα εξής ερωτηματολόγια:

- *Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά*

Το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά [*Drug and Drugs Problem Perception Questionnaire (DDPPQ)*] (Hazel Watson, William Maclaren & Susan Kerr, 2003), αναπτύχθηκε για τη μέτρηση των στάσεων των εργαζομένων σε ψυχιατρικές δομές απέναντι στους χρήστες ψυχοτρόπων εθιστικών ουσιών. Έχει βασιστεί στο ερωτηματολόγιο *Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (AAPPQ)* (Cartwright, 1980) το οποίο προσαρμόστηκε για να σχηματιστεί το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά και τα Προβλήματα των Ναρκωτικών. Στην αρχική του έκδοση το Ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 22 ερωτήσεις (Watson et al., 2003). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η έκδοση του 2007 με 20 ερωτήσεις (Watson et al., 2007). Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε με Cronbach alpha 0,87 (Watson et al., 2007). Το DDPPQ είναι ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων το οποίο απαντάται σε 7βάθμια κλίμακα Likert, από 1 (Συμφωνώ Απόλυτα) έως 7 (Διαφωνώ Απόλυτα). Οι 20 ερωτήσεις διερευνούν 5 παράγοντες αντιλήψεων που υποδηλώνουν τις στάσεις:

1. Επάρκεια ρόλων: Αναφέρεται στην αίσθηση ότι οι επαγγελματίες αισθάνονται επαρκώς προετοιμασμένοι έχοντας τις κατάλληλες γνώσεις (ερωτήσεις 1,2,3,4,5,6,7).

2. Υποστήριξη ρόλου: Αφορά την υποστήριξη που οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν ότι λαμβάνουν από τους συναδέλφους τους για να εκτελούν αποτελεσματικά το ρόλο τους (ερωτήσεις 10,11,12).
3. Ικανοποίηση από την εργασία: Αναφέρεται στο κατά πόσον το αίσθημα ικανοποίησης ενός ατόμου να συνεργαστεί με συγκεκριμένες ομάδες είναι πιθανό να οδηγήσει σε εργασιακή ικανοποίηση (ερωτήσεις 14, 18,19,20).
4. Αυτοσεβασμός που σχετίζεται με το ρόλο: Αναφέρεται στην αίσθηση επαγγελματικής αυτοεκτίμησης σε σχέση με την απόδοση των επαγγελματιών όταν εργάζονται με άτομα με χρήση ουσιών (ερωτήσεις 13,15,16,17).
5. Νομιμοποίηση ρόλου: Ο όρος αυτός περιγράφει σε ποιο βαθμό οι άνθρωποι θεωρούν συγκεκριμένες πτυχές του έργου τους ως ευθύνη τους (ερωτήσεις 8,9).

Η ελάχιστη χαμηλή βαθμολογία είναι 20 ενώ η μέγιστη 140. Χαμηλά αποτελέσματα υποδηλώνουν θετικές στάσεις, ενώ οι υψηλές βαθμολογίες συσχετίζονται με αρνητικές απόψεις. Οι ερωτήσεις 1 - 12, 14, 18 - 20 ήταν θετικά διατυπωμένες ενώ για τις ερωτήσεις 13,15,16,17 χρησιμοποιήθηκε αρνητική διατύπωση για την αποφυγή σφάλματος μεροληψίας καθώς βάσει οδηγιών για τις κλίμακες τύπου Likert οι θετικά διατυπωμένες δηλώσεις εναλλάσσονται με τις αρνητικά εκφρασμένες και έτσι αποφεύγεται ο κίνδυνος θετικής μεροληψίας. Τα αποτελέσματα για αυτές τις αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις αντιστράφηκαν πριν από τη συνολική βαθμολόγηση για ολόκληρο το ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή (Watson et al.,2003, Watson et al., 2007).

Για την ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου και για τις ερωτήσεις 1 - 13, 16, 18 - 20 ζητήθηκε η άδεια από προηγούμενο ερευνητή (προσωπική επικοινωνία, 28/12/2018), ο οποίος χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο DDPPQ έκδοσης 2003 (Αλεξοπούλου, 2018) ενώ για τις ερωτήσεις 14, 15, 17 ακολουθήθηκε η μέθοδος της μετάφρασης του αρχικού ερωτηματολογίου από τα αγγλικά στα ελληνικά (forward translation) από 2 διαφορετικά άτομα σχετικά με το χώρο των εξαρτήσεων και με άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας. Η αντίστροφη διαδικασία της μετάφραση από τα ελληνικά στα αγγλικά (backward translation) πραγματοποιήθηκε από πιστοποιημένο μεταφραστικό κέντρο.

- *Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό*

Το Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό [*Addiction Belief Inventory (ABI)*] (Douglas A. Luke, Kurt M. Ribisl, Maureen A. Walton, William S. Davidson, 2002). Το όργανο αναπτύχθηκε και αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας δύο κλινικά δείγματα: μια ομάδα θεραπείας με χρήστες αλκοόλ και μια ομάδα θεραπείας διπλής διάγνωσης. Πρόκειται για ερωτηματολόγιο μέτρησης πεποιθήσεων αναφορικά με τις εξαρτήσεις στο γενικό πληθυσμό και το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μετρήσει αυτές τις πεποιθήσεις και στους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές η έννοια της εξάρτησης/εθισμού δεν αναφέρεται στις πεποιθήσεις όπως αυτές ορίζονται από τους επαγγελματίες υγείας βάσει του DSM αλλά στο σύνολο των πεποιθήσεων για την εξάρτηση/εθισμό τις οποίες ένα άτομο μπορεί να αναπτύξει μέσω της δικής του εμπειρίας ή πως αντιλαμβάνονται τον εθισμό και την εξάρτηση όπως αυτή απεικονίζεται μέσω των ΜΜΕ. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις που απαντώνται σε 5βάθμια κλίμακα Likert, από 1 (Διαφωνώ Απόλυτα) έως 5 (Συμφωνώ Απόλυτα). Οι δηλώσεις για την εξάρτηση δημιουργήθηκαν με τη συμβολή ατόμων που κάνουν χρήση, θεραπευτών και ακαδημαϊκών, και αποτέλεσαν 8 υποκλίμακες που αντικατοπτρίζουν 8 διαφορετικές πεποιθήσεις.

1. Αδυναμία ελέγχου: πεποίθηση η οποία ορίζει ότι τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης/εθισμού δεν είναι σε θέση να ελέγξουν τη χρήση του αλκοόλ/ναρκωτικών και ότι δεν μπορούν να πίνουν ή να χρησιμοποιούν τα ναρκωτικά με κοινωνικό τρόπο (ερωτήσεις 1,2,3,4).
2. Χρόνια ασθένεια: πεποίθηση η οποία ορίζει ότι η εξάρτηση/εθισμός είναι μια ασθένεια που δεν θεραπεύεται ποτέ αλλά αντιμετωπίζεται μόνο με αποχή (ερωτήσεις 5,6,7,8).
3. Βοήθεια από τους ειδικούς: πεποίθηση η οποία ορίζει ότι το άτομο που είναι εξαρτημένο/εθισμένο, δεν είναι σε θέση να βοηθήσει τον εαυτό του αλλά θα πρέπει να βασίζεται στη βοήθεια από επαγγελματίες (ερωτήσεις 9,10,11).
4. Ευθύνη πράξεων: η πεποίθηση αυτή εννοεί ότι το άτομο που είναι εξαρτημένο/εθισμένο, είναι τελικά υπεύθυνο για τις δικές του ενέργειες και τη χρήση ουσιών (ερωτήσεις 12,13,14).
5. Ευθύνη για ανάρρωση: πεποίθηση που θεωρεί ότι το άτομο που είναι εξαρτημένο/εθισμένο, είναι προσωπικά υπεύθυνο για τη δική του ανάκτηση της υγείας του (ερωτήσεις 15,16,17).

6. Γενετική βάση: πεποίθηση ότι η ρίζα της εξάρτησης/εθισμού έχει γενετική βάση (ερωτήσεις 18,19,20).
7. Στρατηγική προσαρμογής: πεποίθηση όπου η εξάρτηση/εθισμός αναγνωρίζεται ως μηχανισμός αντιμετώπισης αγχωτικών γεγονότων ζωής (ερωτήσεις 21,22,23,24,25).
8. Ηθική αδυναμία: πεποίθηση ότι η εξάρτηση/εθισμός είναι συμπεριφορά των ηθικά αδύναμων ατόμων (ερωτήσεις 26,27,28,29,30).

Εξέταση της εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστίας δοκιμής-επανεξέτασης αξιολόγησε την αξιοπιστία του εργαλείου για τις 7 από τις 8 κλίμακες. Η 8^η υποκλίμακα λόγω μέτριας υποστήριξης αποφασίστηκε να μην συμπεριληφθεί στο τελικό μοντέλο. Η εσωτερική συνοχή υπολογίστηκε με το Cronbach alpha για κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά και παρόλο που σε πολλές περιπτώσεις το Cronbach alpha κυμαίνεται 0,6-0,7 (κοινή διαπίστωση των ερευνητών είναι ότι alpha μεγαλύτερο από 0,7 είναι επιθυμητό) οι κατασκευαστές αναφέρουν ότι μικρός αριθμός των στοιχείων για κάθε παράγοντα πιθανόν να έχει μειώσει το Cronbach alpha (Luke et al., 2002). Στη παρούσα μελέτη αποφασίστηκε να συμπεριληφθεί και ο 8^{ος} παράγοντας.

Η κλίμακα σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τις πεποιθήσεις ξεχωριστά για κάθε παράγοντα. Δεν υπάρχει συνολική βαθμολογία για το εργαλείο, καθώς οι πεποιθήσεις για την εξάρτηση/εθισμό είναι πολύπλευρες. Χαμηλά αποτελέσματα για την κάθε πεποίθηση ξεχωριστά υποδηλώνουν διαφωνία, ενώ υψηλά αποτελέσματα συμφωνία.

Για να αποφευχθεί η σύγχυση με το ερωτηματολόγιο DDPPQ το οποίο απαντάται σε 7αθμια κλίμακα Likert με 1 (Συμφωνώ Απόλυτα) έως 7 (Διαφωνώ Απόλυτα) αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί και στο ερωτηματολόγιο ABI η ίδια λογική με 1 (Συμφωνώ Απόλυτα) έως 5 (Διαφωνώ Απόλυτα), οπότε σύμφωνα με αυτή την αλλαγή τα χαμηλά αποτελέσματα για την κάθε πεποίθηση ξεχωριστά υποδηλώνουν συμφωνία, ενώ τα υψηλά υποδηλώνουν διαφωνία. Για τις ερωτήσεις 1,2,3,4, 12,13,14 η οποίες ήταν αρνητικά διατυπωμένες αντιστράφηκαν τα αποτελέσματα. Για την ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ABI το οποίο μεταφράστηκε και σταθμίστηκε σε πληθυσμό ελλήνων εφήβων από τους Τσουνής και συνεργάτες (Τσουνής και συν., 2018), αφού ζητήθηκε η άδεια από τον συγγραφέα (προσωπική επικοινωνία, 20/12/2018).

- *Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών ερωτήσεων*

Αφορά σε ερωτηματολόγιο σχεδιασμένο ειδικά για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας αποτελούμενο από 10 ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τη γονική ιδιότητα, την επαγγελματική ιδιότητα, τα έτη εργασίας, την εκπαίδευση στις εξαρτήσεις καθώς και το είδος εκπαίδευσης, και την εργασία σε φορέα απεξάρτησης, όπως και τα έτη εργασίας στον φορέα.

3.5.1 Αξιοπιστία εργαλείων

Προκειμένου να ελεγχθεί η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης υπολογίστηκε για κάθε υποκλίμακα όλων των ερωτηματολογίων ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής (Cronbach's alpha) και παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 2).

Για τη συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά βρέθηκε $\alpha = ,93$. Για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά ο δείκτης αξιοπιστίας κυμάνθηκε από $\alpha = ,79$ έως $\alpha = ,95$.

Για το ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό (ABI) ο δείκτης αξιοπιστίας κυμάνθηκε από $\alpha = ,33$ έως $\alpha = ,89$.

Πίνακας 2. Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach α των υπό μελέτη κλιμάκων

Κλίμακα	Πλήθος ερωτήσεων	Cronbach's alpha
Συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά	20	,93
Επάρκεια ρόλου	7	,93
Υποστήριξη ρόλου	3	,92
Ικανοποίηση από την εργασία	4	,81
Ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση	4	,79
Ρόλος νομιμοποίησης	2	,95
Αδυναμία ελέγχου	4	,57
Χρόνια ασθένεια	4	,33
Βοήθεια από τους ειδικούς	3	,76
Ευθύνη πράξεων	3	,62
Ευθύνη για ανάρρωση	3	,72

Γενετική βάση	3	,73
Στρατηγική προσαρμογής	5	,89
Ηθική αδυναμία	5	,76

Οι τιμές αφορούν στο πλήθος μεταβλητών που απαρτίζουν την κάθε κλίμακα καθώς και στους δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's alpha.

3.6 Δεοντολογία

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας, μέσω εντύπου συγκατάθεσης (Παράρτημα 2) όπου καταγράφονται αναλυτικά πληροφορίες για την έρευνα, την εθελοντική συμμετοχή σε αυτή, καθώς και για την τήρηση των αρχών διαφύλαξης των προσωπικών δεδομένων, της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας. Τέλος, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης.

3.7 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Για την επεξεργασία και τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικών εφαρμογών SPSS έκδοσης 25 (IBM Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp). Για όλες τις αναλύσεις το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5% ($p < ,05$) εκτός κι αν περιγράφεται κάτι διαφορετικό στους πίνακες. Η υπόθεση της κανονικότητας ελέγχθηκε με τα εξής κριτήρια: έλεγχος ασυμμετρίας και κύρτωσης, τεστ Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk.

Για τον προσδιορισμό του συντελεστή συσχέτισης χρησιμοποιήθηκε είτε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (όταν πληρούνταν η υπόθεση της κανονικότητας) είτε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Spearman rho (όταν δεν πληρούνταν η υπόθεση της κανονικότητας). Όλες οι συσχετίσεις έγιναν με αμφίπλευρο έλεγχο.

Για τον έλεγχο των στατιστικών διαφορών μεταξύ διαφόρων δημογραφικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος t -test ή η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για τις μεταβλητές όπου πληρούνταν η υπόθεση της κανονικότητας. Επιπλέον, ελέγχθηκε η υπόθεση των ίσων διακυμάνσεων και εφαρμόστηκε αναλόγως με την περίπτωση. Για όσες μεταβλητές δεν πληρούνταν η υπόθεση της κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος των προσημασμένων τάξεων μεγέθους του Mann-Whitney U για τη διάμεσο ή ο έλεγχος Kruskal-Wallis H.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

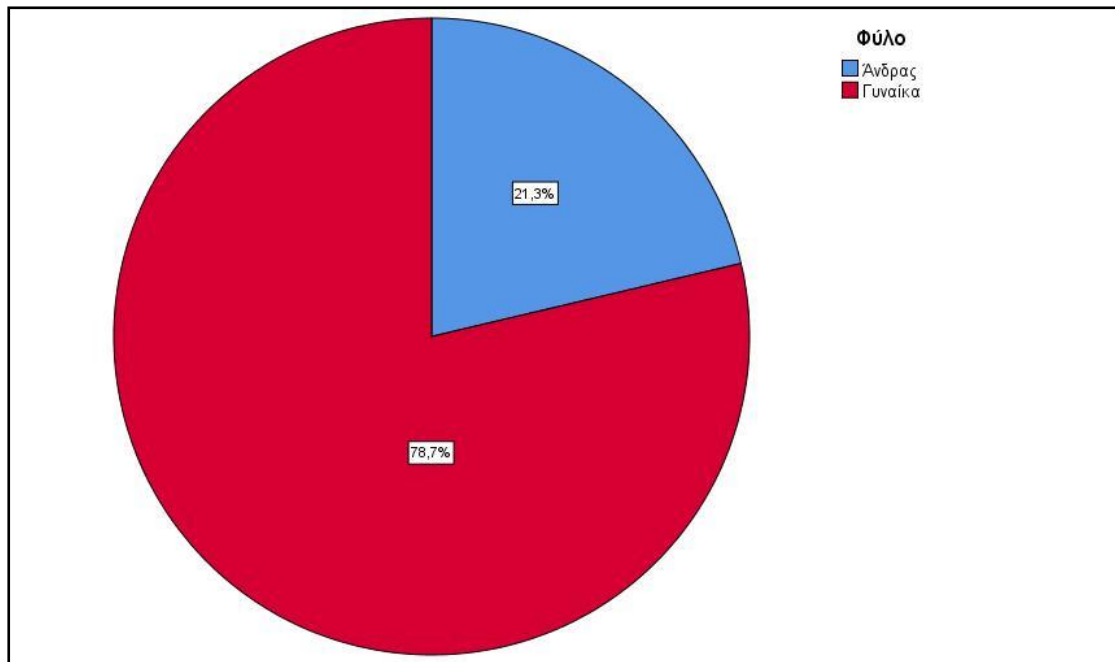
Αποτελέσματα

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως και τα περιγραφικά μέτρα των κλιμάκων των ερωτηματολογίων.

4.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση

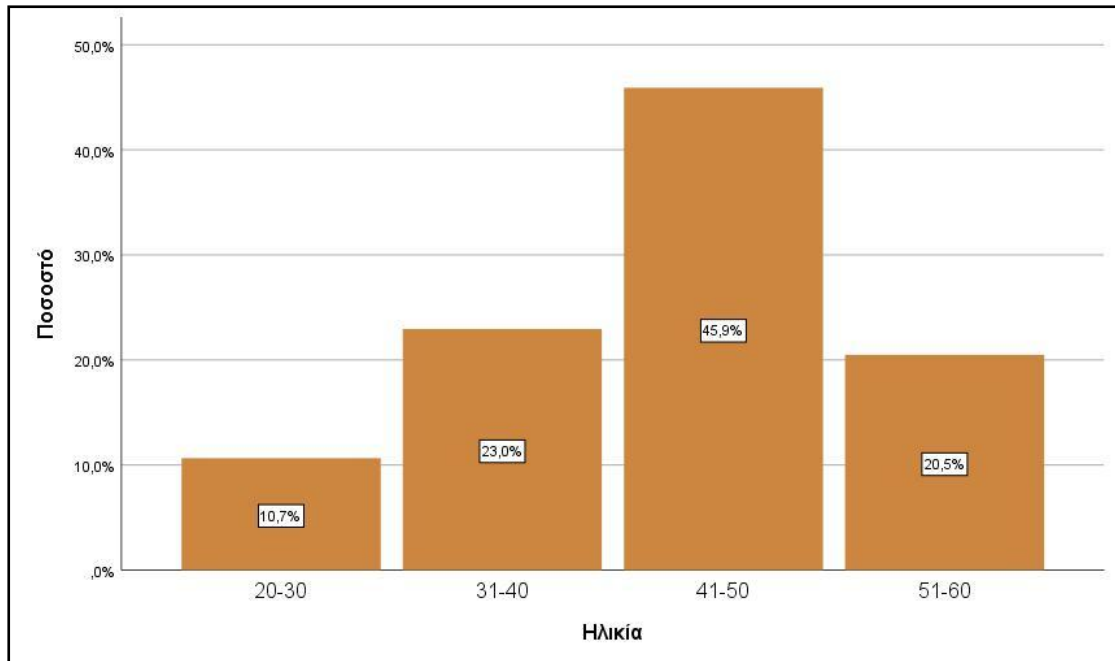
4.1.1 Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρατηρείται στο Γράφημα 1 ότι το δείγμα απαρτιζόταν από 26 άνδρες (21,3%) και 96 γυναίκες (78,7%).



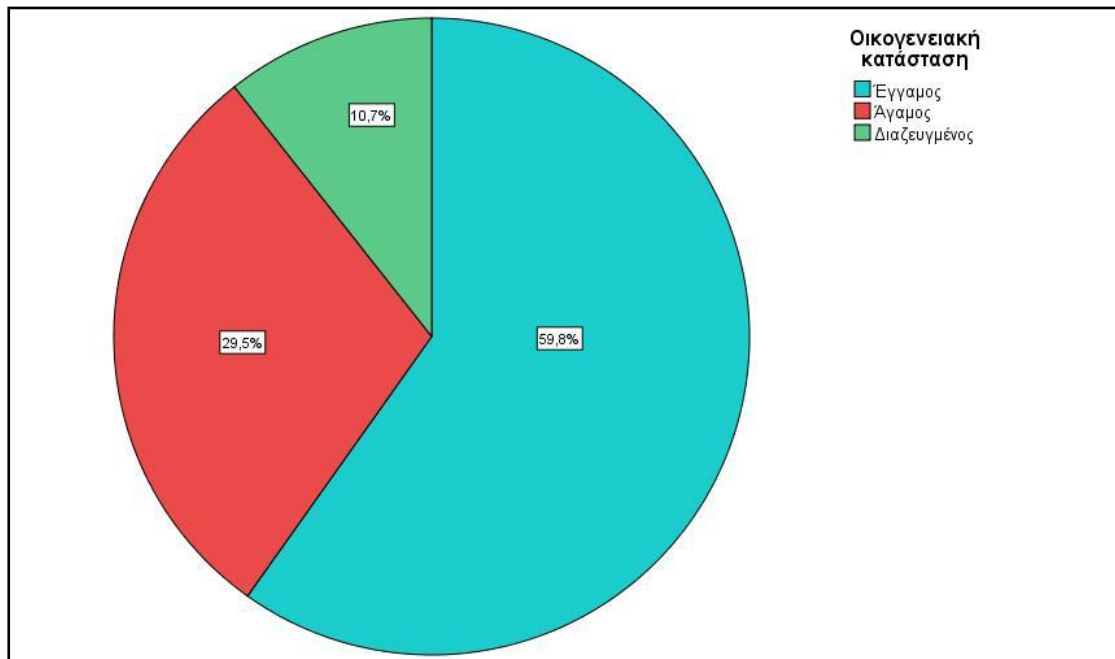
Γράφημα 1. Διάγραμμα πίτας του φύλου των συμμετεχόντων

Το 10,7% των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσαν πως είναι 20-30 ετών, το 23,0% δήλωσε 31-40 ετών, το 45,9% δήλωσε 41-50 ετών, το 20,5% δήλωσε 51-60 ετών (Γράφημα 2).



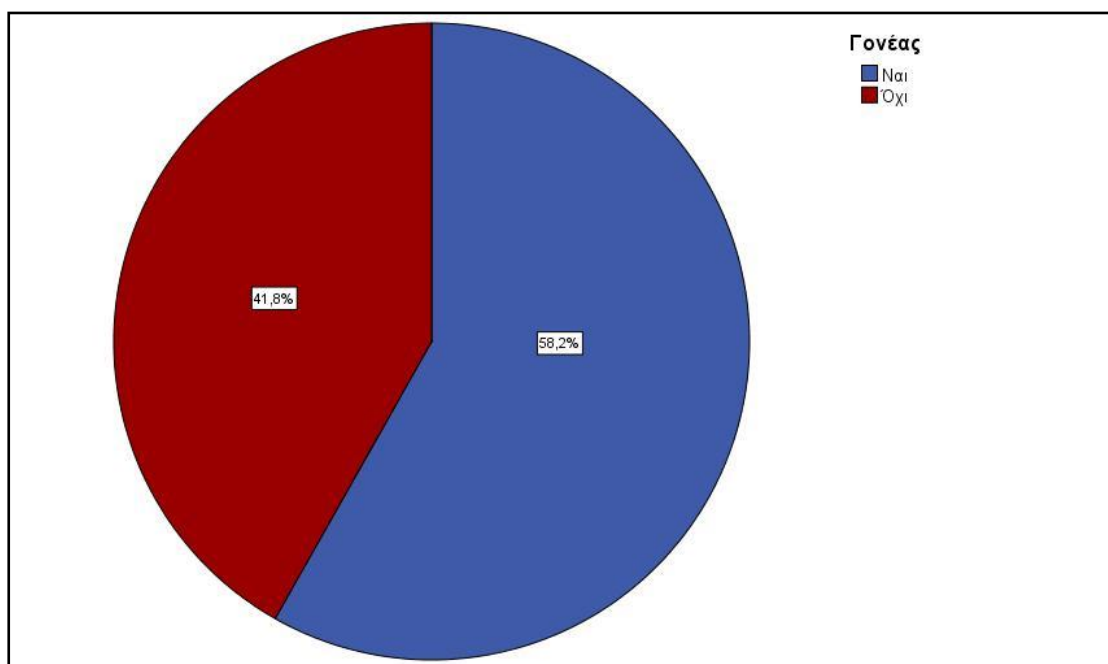
Γράφημα 2. Ραβδόγραμμα ηλικίας

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσαν έγγαμοι (59,8%), ενώ άγαμοι ήταν το 29,5% και διαζευγμένοι το 10,7% (Γράφημα 3).



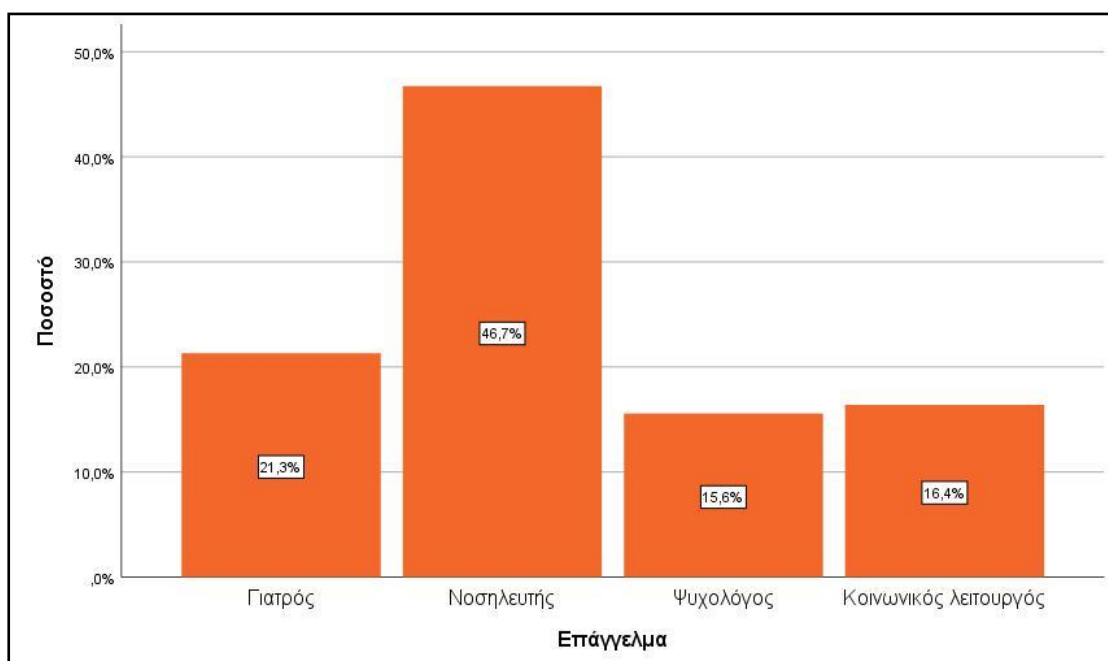
Γράφημα 3. Διάγραμμα πίτας της οικογενειακής κατάστασης

Το 58,2% δήλωσε πως έχει παιδιά, ενώ το 41,8% δήλωσαν άτεκνοι (Γράφημα 4).



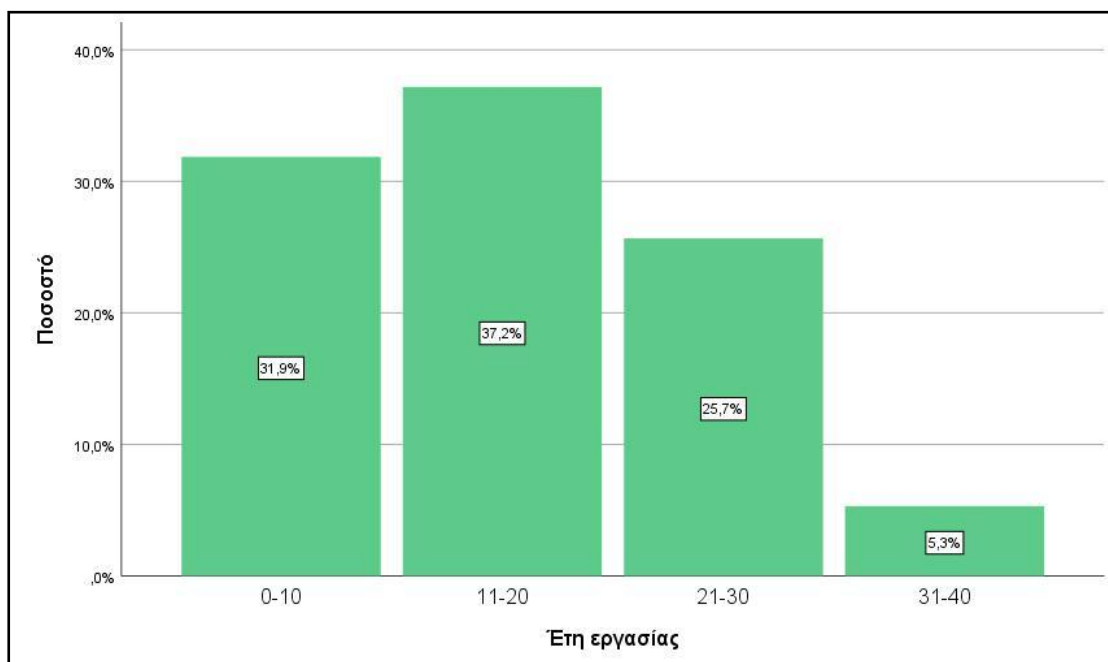
Γράφημα 4. Διάγραμμα πίτας γονικής ιδιότητας

Ως προς το επάγγελμα, το 21,3% του δείγματος αποτελούνταν από ιατρούς, το 46,7% από νοσηλευτές, το 15,6% από ψυχολόγους, το 16,4% από κοινωνικούς λειτουργούς (Γράφημα 5). Από αυτούς που δήλωσαν ιατροί, 5 ήταν παθολόγοι, 14 ψυχίατροι και 7 ειδικευόμενοι αυτών των ειδικοτήτων.



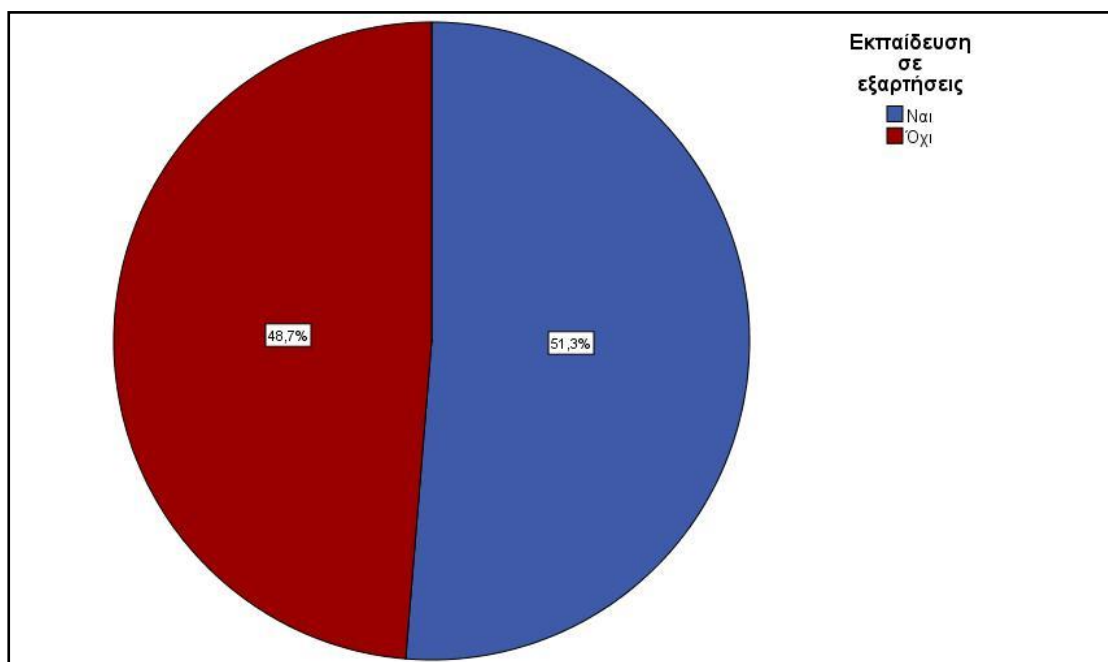
Γράφημα 5. Ραβδόγραμμα επαγγέλματος

Ως προς τα έτη υπηρεσίας, το 31,9% δήλωσε 0-10 έτη, το 37,2% δήλωσε 11-20 έτη, το 25,7% δήλωσε 21-30 έτη και το 5,3% δήλωσε 31-40 έτη (Γράφημα 6).



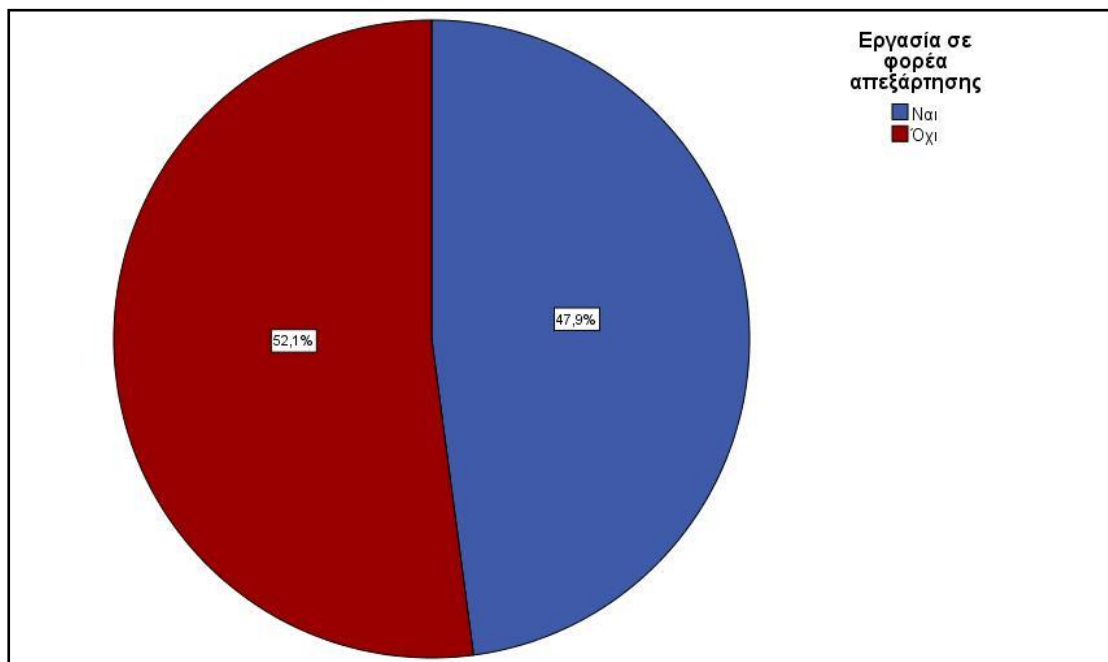
Γράφημα 6. Ραβδόγραμμα των ετών εργασίας

Εκπαίδευση σε εξαρτήσεις έχουν κάνει περίπου οι μισοί του δείγματος δηλαδή το 51,3% ενώ το 48,7% δεν έχει σχετική εκπαίδευση (Γράφημα 7) με την πλειονότητα του δείγματος να δηλώνει πως αυτή αφορούσε σε σεμινάριο.



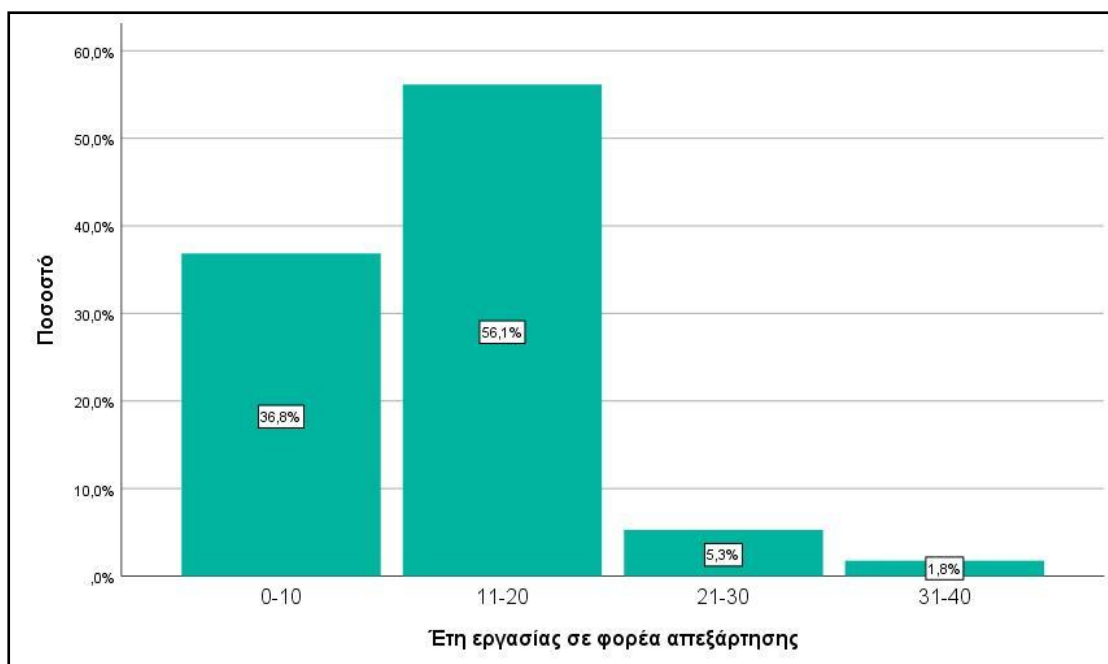
Γράφημα 7. Διάγραμμα πίτας της εκπαίδευσης σε εξαρτήσεις

Το 52,1% δήλωσε πως δεν εργάζεται σε φορέα απεξάρτησης, ενώ το 47,9% δήλωσε πως εργάζεται σε φορέα απεξάρτησης (Γράφημα 8).



Γράφημα 8. Διάγραμμα πίτας της εργασίας σε φορέα απεξάρτησης

Για τους συμμετέχοντες που δήλωσαν πως εργάζεται σε φορέα απεξάρτησης, το 36,8% δήλωσε πως έχει 0-10 έτη, το 56,1% δήλωσε πως έχει 11-20 έτη, το 5,3% δήλωσε πως έχει 21-30 έτη και το 1,8% δήλωσε πως έχει 31-40 έτη (Γράφημα 9).



Γράφημα 9. Ραβδόγραμμα των ετών εργασίας σε φορέα απεξάρτησης

4.1.2 Περιγραφικά μέτρα των κλιμάκων και υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς των κλιμάκων των ερωτηματολογίων.

Πίνακας 3. Μέτρα κεντρικής θέσης και διασποράς μεταβλητών ερωτηματολογίων

Κλίμακα	ΜΤ	Δ	ΤΑ	Εύρος
Συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά	3,0	3,0	1,1	4,9
Επάρκεια ρόλου	2,9	2,6	1,3	5,7
Υποστήριξη ρόλου	3,3	3,0	1,7	6,0
Ικανοποίηση από την εργασία	3,5	3,3	1,3	6,0
Ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση	3,0	3,0	1,4	5,3
Ρόλος νομιμοποίησης	2,1	2,0	1,3	6,0
Αδυναμία ελέγχου	2,3	2,3	0,7	2,8
Χρόνια ασθένεια	2,5	2,5	0,7	3,3
Βοήθεια από τους ειδικούς	1,6	1,3	0,6	2,7
Ευθύνη πράξεων	2,4	2,3	0,8	3,7
Ευθύνη για ανάρρωση	2,1	2,0	0,9	4,0
Γενετική βάση	3,5	3,3	0,9	3,7
Στρατηγική προσαρμογής	2,4	2,2	0,8	4,0
Ηθική αδυναμία	2,8	2,8	0,7	4,0

Οι τιμές αφορούν σε μέση τιμή (ΜΤ), τυπική απόκλιση (ΤΑ), διάμεσο (Δ), και εύρος (ελάχιστο – μέγιστο).

Στους επόμενους πίνακες παρουσιάζονται τα ποσοστά ξεχωριστά για κάθε λήμμα των ερωτηματολογίων.

Πίνακας 4. Ποσοστά των δηλώσεων του ερωτηματολογίου DDPPQ

Δήλωση	1	2	3	4	5	6	7
1.Αισθάνομαι ότι έχω εμπειρική γνώση για τα ναρκωτικά και τα σχετικά με τα ναρκωτικά προβλήματα.	13,1%	35,2%	18,9%	12,3%	6,6%	8,2%	5,7%
2.Αισθάνομαι ότι γνωρίζω αρκετά για τις επιπτώσεις της χρήσης ουσιών, ώστε να εκτελώ ολοκληρωμένα τον ρόλο μου όταν δουλεύω με χρήστες ουσιών.	20,5%	39,3%	18,0%	6,6%	5,7%	8,2%	1,6%
3.Αισθάνομαι ότι γνωρίζω αρκετά για τις σωματικές συνέπειες των ναρκωτικών, ώστε να εκτελώ ολοκληρωμένα τον ρόλο μου όταν δουλεύω με χρήστες ουσιών.	17,2%	41,0%	21,3%	8,2%	4,9%	6,6%	0,8%
4.Αισθάνομαι ότι γνωρίζω αρκετά για τις ψυχολογικές συνέπειες των ναρκωτικών, ώστε να εκτελώ ολοκληρωμένα τον ρόλο μου όταν δουλεύω με χρήστες ουσιών.	16,4%	40,2%	24,6%	5,7%	7,4%	5,7%	0,0%
5.Αισθάνομαι ότι γνωρίζω αρκετά για τους παράγοντες που θέτουν τους ανθρώπους σε κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα από τα ναρκωτικά, ώστε να εκτελώ ολοκληρωμένα τον ρόλο μου όταν δουλεύω με χρήστες ουσιών.	13,1%	42,6%	23,0%	10,7%	7,4%	3,3%	0,0%
6.Αισθάνομαι ότι γνωρίζω πώς να παρέχω μακροπρόθεσμη συμβουλευτική υποστήριξη σε χρήστες ναρκωτικών.	11,6%	23,1%	22,3%	17,4%	8,3%	12,4%	5,0%
7.Αισθάνομαι ότι μπορώ να συμβουλευσω κατάλληλα	16,5%	29,8%	19,0%	14,0%	5,0%	12,4%	3,3%

τους ασθενείς μου, για τα ναρκωτικά και τις συνέπειες αυτών.								
8.Αισθάνομαι ότι έχω το δικαίωμα να ρωτήσω τους ασθενείς για τη χρήση ουσιών τους, όταν είναι απαραίτητο.	40,2%	34,4%	13,9%	4,9%	2,5%	3,3%	0,8%	
9.Αισθάνομαι ότι έχω το δικαίωμα να ρωτήσω τους ασθενείς οποιαδήποτε πληροφορία σχετίζεται με την χρήση τους.	33,1%	43,0%	10,7%	5,8%	1,7%	5,0%	0,8%	
10.Αν ένιωθα την ανάγκη, κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου με χρήστες ναρκωτικών, θα μπορούσα εύκολα να βρω κάποιον με τον οποίο θα μπορούσα να συζητήσω οποιαδήποτε προσωπική δυσκολία θα συναντούσα.	17,5%	25,8%	17,5%	13,3%	6,7%	9,2%	10,0%	
11.Αν ένιωθα την ανάγκη, κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου με χρήστες ναρκωτικών, θα μπορούσα εύκολα να βρω κάποιον...	14,8%	27,0%	18,0%	13,1%	9,0%	8,2%	9,8%	
12.Αν ένιωθα την ανάγκη θα μπορούσα εύκολα να βρω κάποιον ο οποίος θα ήταν ικανός να με βοηθήσει να καθορίσω την καλύτερη προσέγγιση σε έναν χρήστη ναρκωτικών.	13,9%	29,5%	23,0%	14,8%	5,7%	10,7%	2,5%	
13.Αισθάνομαι ότι είναι λίγα αυτά που μπορώ να κάνω για να βοηθήσω τους χρήστες ναρκωτικών.	4,1%	14,9%	14,0%	19,8%	8,3%	27,3%	11,6%	
14.Νιώθω ότι μπορώ να εργαστώ με χρήστες ουσιών εξίσου καλά όπως και με άλλες ομάδες ασθενών.	9,8%	23,8%	13,1%	11,5%	19,7%	14,8%	7,4%	
15.Τελικά, μάλλον νιώθω ότι αποτυγχάνω με τους χρήστες	1,7%	5,8%	3,3%	23,1%	13,2%	30,6%	22,3%	

ουσιών.

16.Γενικότερα, έχω λιγότερη εκτίμηση για τους χρήστες ναρκωτικών συγκριτικά με τους περισσότερους από τους.	2,5%	8,3%	8,3%	14,0%	5,8%	28,1%	33,1%
17.Συχνά νιώθω άβολα όταν εργάζομαι με χρήστες ουσιών.	2,5%	11,5%	10,7%	13,9%	9,8%	25,4%	26,2%
18.Γενικά, μπορεί κάποιος να πάρει ικανοποίηση δουλεύοντας με χρήστες ναρκωτικών.	12,3%	29,5%	17,2%	18,0%	10,7%	5,7%	6,6%
19.Γενικά, προσφέρει επιβράβευση το να δουλεύει κανείς με χρήστες ναρκωτικών.	7,4%	25,6%	20,7%	24,0%	8,3%	6,6%	7,4%
20.Γενικά, αισθάνομαι ότι μπορώ να κατανοήσω τους χρήστες ναρκωτικών.	4,9%	32,8%	18,9%	23,8%	11,5%	5,7%	2,5%

Οι τιμές αφορούν σε ποσοστά (%).

1: Συμφωνώ απόλυτα, 2 : Συμφωνώ, 3 : Συμφωνώ κάπως, 4 : Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 5 : Διαφωνώ κάπως, 6 : Διαφωνώ, 7 : Διαφωνώ απόλυτα

Πίνακας 5. Ποσοστά των δηλώσεων του ερωτηματολογίου ABI

Δήλωση	1	2	3	4	5
1.Ένα εξαρτημένο άτομο μπορεί να ελέγξει τη χρήση του.	0,0%	11,5%	14,8%	36,1%	37,7%
2.Οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες μπορούν να μάθουν να ελέγχουν το ποτό/τη χρήση ουσιών.	3,3%	23,0%	16,4%	27,9%	29,5%
3.Τα εξαρτημένα άτομα είναι ικανά να κάνουν χρήση οινόπνευματος/ουσιών με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο.	0,0%	15,6%	18,9%	33,6%	32,0%
4.Η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τους αλκοολικούς/εξαρτημένους από ουσίες να μάθουν να κάνουν χρήση...	3,3%	27,9%	23,0%	24,6%	21,3%
5.Το πρόβλημα της εξάρτησης από οινόπνευμα ή	13,9%	12,3%	18,9%	23,0%	32,0%

ουσίες μπορεί μόνο να επιδεινωθεί.

6. Η απεξάρτηση από οινόπνευμα/ουσίες είναι μια συνεχής διαδικασία που δεν τελειώνει.	26,4%	37,2%	16,5%	14,0%	5,8%
7. Για να θεραπευτούν τα εξαρτημένα άτομα πρέπει να διακόψουν τη χρήση όλων των ουσιών.	35,2%	38,5%	13,1%	9,8%	3,3%
8. Ο αλκοολισμός/εξάρτηση από ουσίες είναι ασθένεια.	45,1%	30,3%	6,6%	9,0%	9,0%
9. Οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες δεν είναι ικανοί να επιλύσουν μόνοι τους το πρόβλημα της εξάρτησης από οινόπνευμα ή ουσίες.	41,0%	35,2%	16,4%	7,4%	0,0%
10. Ένας αλκοολικός/εξαρτημένος από ουσίες πρέπει να ζητήσει τη βοήθεια κάποιου ειδικού.	69,7%	23,0%	4,9%	2,5%	0,0%
11. Ένα άτομο που βρίσκεται σε διαδικασία απεξάρτησης πρέπει να βασιστεί σε ειδικούς για βοήθεια και καθοδήγηση.	68,0%	27,0%	4,9%	0,0%	0,0%
12. Ένας αλκοολικός/εξαρτημένος από ουσίες δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνος γι' αυτά που κάνει όταν είναι υπό...	11,5%	22,1%	28,7%	32,0%	5,7%
13. Ένας αλκοολικός/εξαρτημένος δεν ευθύνεται για το γεγονός ότι κάνει χρήση οινόπνευματος/ουσιών.	1,6%	9,8%	23,0%	38,5%	27,0%
14. Οι εξαρτημένοι από οινόπνευμα/ουσίες δεν είναι υπεύθυνοι για όσα έχουν κάνει πριν μάθουν ότι είναι εθισμένοι.	0,8%	9,1%	15,7%	40,5%	33,9%
15. Οι εξαρτημένοι από οινόπνευμα/ουσίες είναι οι κύριοι υπεύθυνοι για την απεξάρτησή τους.	34,4%	32,0%	18,0%	13,1%	2,5%
16. Μόνο οι ίδιοι οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες μπορούν να αποφασίσουν το πότε θα διακόψουν τη χρήση.	37,7%	31,1%	13,1%	12,3%	5,7%
17. Τελικά, ο εξαρτημένος(η) φέρει τη βασική ευθύνη για να διορθώσει τον εαυτό του(της).	42,1%	37,2%	12,4%	6,6%	1,7%
18. Ορισμένοι άνθρωποι έχουν την προδιάθεση να γίνουν αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες από τη γέννησή τους.	9,0%	23,8%	27,0%	14,8%	25,4%
19. Η εξάρτηση από οινόπνευμα/ουσίες είναι κληρονομική.	3,3%	16,5%	30,6%	18,2%	31,4%

20.Τα παιδιά των αλκοολικών/εξαρτημένων από ουσίες που πίνουν ή κάνουν χρήση ουσιών θα γίνουν αλκοολικοί ή εξαρτημένοι από ουσίες.	0,8%	6,6%	36,4%	33,1%	23,1%
21.Ένα εξαρτημένο άτομο κάνει χρήση οινόπνευματος/ουσιών για να αποφύγει προσωπικά προβλήματα.	13,1%	46,7%	24,6%	11,5%	4,1%
22.Οι άνθρωποι κάνουν χρήση οινόπνευματος/ουσιών για να αισθανθούν καλύτερα με τον εαυτό τους.	12,3%	56,6%	21,3%	9,0%	0,8%
23.Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν ουσίες για να μειώσουν τη θλίψη τους.	15,6%	60,7%	17,2%	5,7%	0,8%
24.Οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες κάνουν χρήση γιατί δεν μπορούν να τα βγάλουν πέρα στη ζωή τους.	10,7%	42,6%	23,8%	16,4%	6,6%
25.Οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες κάνουν χρήση για να ξεφύγουν από άσχημες οικογενειακές καταστάσεις.	9,8%	47,5%	28,7%	11,5%	2,5%
26.Η κατάχρηση οινόπνευματος/ουσιών είναι σημάδι προσωπικής αδυναμίας.	10,7%	39,3%	29,5%	13,1%	7,4%
27.Οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για την εξάρτησή τους.	16,4%	33,6%	34,4%	11,5%	4,1%
28.Η υποτροπή (επιστροφή στις ουσίες μετά από θεραπεία) είναι προσωπική αποτυχία.	5,7%	14,8%	38,5%	23,8%	17,2%
29.Οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες αρχίζουν να πίνουν/να κάνουν χρήση επειδή το θέλουν.	10,7%	23,0%	39,3%	22,1%	4,9%
30.Για την υποτροπή ευθύνεται κυρίως ο αλκοολικός/εξαρτημένος από ουσίες.	9,0%	30,3%	36,9%	18,0%	5,7%

Οι τιμές αφορούν σε ποσοστά (%).

1: Συμφωνώ απόλυτα, 2: Συμφωνώ, 3: Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4: Διαφωνώ, 5: Διαφωνώ απόλυτα

4.2 Ανάλυση γραμμικών συσχετίσεων

Σε αυτή την ενότητα, εξετάστηκε αν υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των υπό εξέταση κλιμάκων για το δείγμα των εργαζόμενων που δουλεύει σε κέντρα απεξάρτησης (Πίνακας 6α) και για το δείγμα των εργαζόμενων που δουλεύει σε γενικά νοσοκομεία (Πίνακας 6β). Ως προς τις κλίμακες μέσα στο ίδιο ερωτηματολόγιο, οι περισσότερες συσχετίσεις ήταν μεταξύ των κλιμάκων του

ερωτηματολογίου Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά ενώ για το ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό βρέθηκαν λιγότερες συσχετίσεις και πιο ασθενείς.

Ωστόσο, η ισχυρότερη συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων του ερωτηματολογίου Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά και του ερωτηματολογίου Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό (για το δείγμα των εργαζόμενων που δουλεύει σε κέντρα απεξάρτησης) βρέθηκε μεταξύ του ρόλου νομιμοποίησης και της ευθύνης για ανάρρωση ($r_s = ,381, n = 58, p = ,003$). Για το δείγμα των εργαζόμενων που δουλεύει σε γενικά νοσοκομεία, η συσχέτιση μεταξύ του ρόλου νομιμοποίησης και της ευθύνης για ανάρρωση βρέθηκε ίση με $r_s = ,325, n = 63, p = ,009$.

Πίνακας 6α. Συσχετίσεις κλιμάκων ερωτηματολογίων (Δείγμα εργαζόμενων σε κέντρα απεξάρτησης)

	1	2	3	4	5	6 [§]	7	8	9 [§]	10	11	12	13	14
1)Κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά	1													
2)Επάρκεια ρόλου	,844 ^{***}	1												
3)Υποστήριξη ρόλου	,378 ^{**}	,135	1											
4)Ικανοποίηση από την εργασία	,698 ^{***}	,445 ^{***}	,036	1										
5)Ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση	,590 ^{***}	,310 [*]	,009	,404 ^{**}	1									
6)Ρόλος νομιμοποίησης [§]	,607 ^{***}	,575 ^{***}	,124	,324 [*]	,188	1								
7)Αδυναμία ελέγχου	,182	,004	-,165	,266 [*]	,216	,060	1							
8)Χρόνια ασθένεια	,222	,269 [*]	,332 [*]	,011	-,130	,204	,110	1						
9)Βοήθεια από τους ειδικούς [§]	,161	,089	,364 ^{**}	,099	-,015	,117	,075	,356 ^{**}	1					
10)Ευθύνη πράξεων	,135	,161	-,185	,129	,040	,239	,100	,016	,046	1				
11)Ευθύνη για ανάρρωση	,371 ^{**}	,263 [*]	,058	,266 [*]	,241	,381 ^{**}	,158	,112	,047	,418 ^{**}	1			
12)Γενετική βάση	,248	,150	,226	,284 [*]	,147	,064	,311 [*]	,191	,051	,318 [*]	,003	1		
13)Στρατηγική προσαρμογής	,102	,069	,200	,106	,145	,140	,101	,215	,265 [*]	,046	,083	,034	1	
14)Ηθική αδυναμία	,191	,172	,036	,289 [*]	-,119	,335 [*]	,129	,413 ^{**}	,383 ^{**}	,335 [*]	,373 ^{**}	,039	,195	1

Οι τιμές αφορούν σε συσχετίσεις Pearson ή [§]Spearman rho.

*** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$.

Πίνακας 6β. Συσχετίσεις κλιμάκων των ερωτηματολογίων (Δείγμα εργαζόμενων σε γενικά νοσοκομεία)

	1	2	3	4	5	6 [§]	7	8	9 [§]	10	11	12	13	14
1)Κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά	1													
2)Επάρκεια ρόλου	,851***	1												
3)Υποστήριξη ρόλου	,684***	,425**	1											
4)Ικανοποίηση από την εργασία	,744***	,483***	,375**	1										
5)Ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση	,563***	,268*	,211	,531**	1									
6)Ρόλος νομιμοποίησης [§]	,432***	,356**	,388**	,106	,050	1								
7)Αδυναμία ελέγχου	,157	,219	,151	,038	,013	,001	1							
8)Χρόνια ασθένεια	,167	,291*	-,021	,139	,064	,228	,308*	1						
9)Βοήθεια από τους ειδικούς [§]	,090	,179	,027	,210	,007	,042	,244	,368**	1					
10)Ευθύνη πράξεων	,063	,052	,003	,299*	,119	,126	,182	,118	,014	1				
11)Ευθύνη για ανάρρωση	,149	,041	,132	,050	,093	,325**	,093	,228	,230	,179	1			
12)Γενετική βάση	,165	,261*	,132	,175	,169	,094	,131	,308*	,138	,218	,104	1		
13)Στρατηγική προσαρμογής	,320*	,233	,270*	,277*	,127	,287*	,019	,069	,036	,088	,090	,113	1	
14)Ηθική αδυναμία	,174	,162	,232	,143	,002	-,050	,027	,135	,317*	,121	,455***	,068	,070	1

Οι τιμές αφορούν σε συσχετίσεις Pearson ή [§]Spearman rho.

*** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$.

4.3 Διερεύνηση των διαφορών των κλιμάκων ως προς διάφορα χαρακτηριστικά

Αυτή η ενότητα αφορά στους ελέγχους υποθέσεων για το μέσο ή τη διάμεσο του δείγματος ως προς διάφορα χαρακτηριστικά που χρήζουν διερεύνησης. Παρακάτω έγινε διαχωρισμός των υποενοτήτων με βάση την υπό εξέταση μεταβλητή.

4.3.1 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς την εργασία σε φορέα απεξάρτησης

Σε αυτή την υποενότητα παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων κλιμάκων των ερωτηματολογίου ως προς την εργασία του συμμετέχοντα (αν εργάζεται σε φορέα απεξάρτησης ή όχι). Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 7, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες «βοήθεια από τους ειδικούς», «ευθύνη πράξεων», «ευθύνη για ανάρρωση», «γενετική βάση», «στρατηγική προσαρμογής».

Για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά μεταξύ αυτών που εργάζονται σε υπηρεσίες απεξάρτησης και αυτών που εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που δεν εργάζονται σε φορέα απεξάρτησης νιώθουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι δεν έχουν επάρκεια ρόλου, υποστήριξη ρόλου, ικανοποίηση από την εργασία αυτή, ρόλο που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση και ρόλο νομιμοποίησης σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται σε φορέα απεξάρτησης.

Στο αντίθετο μοτίβο κινήθηκαν και οι κλίμακες του ερωτηματολογίου διερεύνησης πεποιθήσεων αναφορικά με τον εθισμό στις οποίες βρέθηκε πως υπήρχε στατιστικός σημαντική διαφορά ανάλογα με την εργασία του συμμετέχοντα. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες σε φορέα απεξάρτησης διαφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι το άτομο με εξάρτηση/εθισμό έχει αδυναμία ελέγχου, ότι η εξάρτηση/εθισμός είναι χρόνια ασθένεια και ότι η χρήση ουσιών είναι ηθική αδυναμία σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται σε γενικό νοσοκομείο.

Πίνακας 7. Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των κλιμάκων των ερωτηματολογίων και της εργασίας σε φορέα απεξάρτησης

	Ναι	Όχι	t/U^{\S}	p
Κλίμακα	($n = 57$)	($n = 62$)		

Συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά	2,3 ± 0,6	3,7 ± 1,0	-8,907	<,001
Επάρκεια ρόλου	2,2 ± 0,8	3,6 ± 1,3	-6,918	<,001
Υποστήριξη ρόλου	2,7 ± 1,3	3,8 ± 1,8	-3,746	<,001
Ικανοποίηση από την εργασία	2,7 ± 1,0	4,2 ± 1,3	-7,139	<,001
Ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση	2,1 ± 0,9	3,9 ± 1,2	-9,652	<,001
Ρόλος νομιμοποίησης [§]	2,0 ± 1,0	2,0 ± 2,0	1396,5	,042
Αδυναμία ελέγχου	2,5 ± 0,7	2,2 ± 0,7	2,056	,042
Χρόνια ασθένεια	2,6 ± 0,7	2,3 ± 0,7	2,355	,020
Βοήθεια από τους ειδικούς [§]	1,7 ± 1,0	1,3 ± 1,0	1463,5	,095
Ευθύνη πράξεων	2,5 ± 0,8	2,4 ± 0,8	0,217	,828
Ευθύνη για ανάρρωση	2,0 ± 0,7	2,1 ± 1,0	-0,507	,613
Γενετική βάση	3,4 ± 0,8	3,5 ± 1,0	-0,816	,416
Στρατηγική προσαρμογής	2,3 ± 0,7	2,5 ± 0,8	-1,078	,283
Ηθική αδυναμία	3,0 ± 0,7	2,7 ± 0,7	2,033	,044

Οι τιμές αφορούν σε μέση τιμή (MT), τυπική απόκλιση (TA), ελέγχους *t*-test και αντίστοιχο *p*-value.

[§]Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ελέγχους Mann-Whitney *U* και αντίστοιχο *p*-value.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

4.3.2 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς το φύλο

Σε αυτή την υποενότητα παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων κλιμάκων των ερωτηματολογίου ως προς το φύλο του συμμετέχοντα. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 8, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες «ικανοποίηση από την εργασία», «ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση», «αδυναμία ελέγχου», «χρόνια ασθένεια», «βοήθεια από τους ειδικούς», «ευθύνη πράξεων», «ευθύνη για ανάρρωση», «γενετική βάση», «στρατηγική προσαρμογής» και «ηθική αδυναμία».

Για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά βρέθηκε πως οι γυναίκες νιώθουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι δεν έχουν επάρκεια ρόλου, υποστήριξη ρόλου και ρόλο νομιμοποίησης σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους.

Πίνακας 8. Διερεύνηση της σχέσης κλιμάκων ερωτηματολογίων και φύλου

Κλίμακα	Άνδρας (n = 26)	Γυναίκα (n = 96)	t/U [§]	p
Συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά	2,7 ± 0,9	3,1 ± 1,1	-1,957	,053
Επάρκεια ρόλου	2,4 ± 1,1	3,0 ± 1,3	-2,075	,040
Υποστήριξη ρόλου	2,6 ± 1,2	3,5 ± 1,7	-2,787	,007
Ικανοποίηση από την εργασία	3,2 ± 1,2	3,6 ± 1,4	-1,248	,214
Ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση	3,1 ± 1,6	3,0 ± 1,3	0,488	,627
Ρόλος νομιμοποίησης [§]	1,5 (0,6)	2,3 (1,4)	-4,704	<,001
Αδυναμία ελέγχου	2,4 ± 0,6	2,3 ± 0,8	0,651	,516
Χρόνια ασθένεια	2,4 ± 0,6	2,5 ± 0,8	-0,469	,640
Βοήθεια από τους ειδικούς [§]	1,6 (0,6)	1,6 (0,6)	0,181	,856
Ευθύνη πράξεων	2,5 ± 0,8	2,4 ± 0,8	0,322	,748
Ευθύνη για ανάρρωση	2,0 ± 0,9	2,1 ± 0,9	-0,391	,697
Γενετική βάση	3,3 ± 0,9	3,6 ± 0,9	-1,425	,157
Στρατηγική προσαρμογής	2,3 ± 0,6	2,4 ± 0,8	-0,962	,338
Ηθική αδυναμία	2,8 ± 0,7	2,9 ± 0,8	-0,267	,790

Οι τιμές αφορούν σε μέση τιμή (ΜΤ), τυπική απόκλιση (ΤΑ), ελέγχους *t*-test και αντίστοιχο *p*-value.

[§] Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ελέγχους Mann-Whitney U και αντίστοιχο *p*-value.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

4.3.3 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς το επάγγελμα

Σε αυτή την υποενότητα παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων κλιμάκων των ερωτηματολογίων ως προς την επαγγελματική ομάδα που ανήκει ο συμμετέχων. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 9, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές

διαφορές στις κλίμακες «αδυναμία ελέγχου», «ευθύνη πράξεων», «ευθύνη για ανάρρωση», «γενετική βάση» και «στρατηγική προσαρμογής».

Για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά μεταξύ των κατηγοριών ιατρός- ψυχολόγος και νοσηλευτής- ψυχολόγος. Ως προς τις επιμέρους αντιλήψεις βρέθηκε πως για την επάρκεια ρόλου, οι ψυχολόγοι νιώθουν σε μεγαλύτερο βαθμό επαρκείς από ότι οι νοσηλευτές, όπως και για την ικανοποίηση από την εργασία και το ρόλο που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση. Για την ικανοποίηση από την εργασία και το ρόλο που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση, βρέθηκε επίσης πως οι ιατροί διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από τους ψυχολόγους, όπως και οι νοσηλευτές. Επιπλέον, για το ρόλο που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση οι ιατροί διαφωνούν περισσότερο και από τους κοινωνικούς λειτουργούς. Για τον ρόλο νομιμοποίησης, οι ιατροί διαφωνούν περισσότερο από τους νοσηλευτές.

Στον αντίποδα, στις κλίμακες του ερωτηματολογίου διερεύνησης πεποιθήσεων αναφορικά με τον εθισμό βρέθηκε πως υπήρχε στατιστικός σημαντική διαφορά ανάλογα με το επάγγελμα του συμμετέχοντα. Αναφορικά με τη βοήθεια από τους ειδικούς και την ηθική αδυναμία οι ψυχολόγοι θεωρούν σε μικρότερο βαθμό ότι είναι απαραίτητη η βοήθεια από ειδικούς και ότι η χρήση ουσιών είναι ηθική αδυναμία σε σχέση με τους ιατρούς και νοσηλευτές. Επίσης, για την κλίμακα που μετράει τις πεποιθήσεις σχετικά με το ότι η εξάρτηση/εθισμός είναι χρόνια ασθένεια, οι νοσηλευτές διαφωνούν περισσότερο από τους ιατρούς αλλά λιγότερο από τους ψυχολόγους.

Πίνακας 9. Διερεύνηση της σχέσης κλιμάκων ερωτηματολογίων και επαγγέλματος

Κλίμακα	Ιατρός (n = 26)	Νοσηλευτής (n = 57)	Ψυχολόγος (n = 19)	Κοιν. Λειτουργός (n = 20)	F	p
Συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά ^{β,δ}	3,2 ± 1,2	3,3 ± 1,0	2,2 ± 0,6	2,8 ± 1,0	6,083	,001
Επάρκεια ρόλου ^{ς,δ}	2,5 (1,9)	3,1 (1,8)	2,3 (1,0)	2,2 (1,5)	9,892	,020

Υποστήριξη ρόλου	3,2 ± 1,7	3,5 ± 1,7	2,6 ± 1,3	3,5 ± 1,8	1,494	,220
Ικανοποίηση από την εργασία ^{§,β,δ}	3,6 (2,6)	3,8 (1,8)	2,5 (1,0)	2,8 (1,4)	17,772	<,001
Ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση ^{β,γ,δ}	3,7 ± 1,6	3,2 ± 1,1	1,9 ± 0,8	2,7 ± 1,4	8,936	<,001
Ρόλος νομιμοποίησης ^{§,α}	1,3 (1,0)	2,0 (2,0)	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	17,530	,001
Αδυναμία ελέγχου	2,1 ± 0,7	2,4 ± 0,8	2,5 ± 0,6	2,3 ± 0,8	1,452	,231
Χρόνια ασθένεια ^{α,δ}	2,2 ± 0,5	2,4 ± 0,7	3,0 ± 0,7	2,5 ± 0,8	4,142	,008
Βοήθεια από τους ειδικούς ^{§,β,δ}	1,3 (1,0)	1,0 (0,7)	2,0 (1,0)	1,3 (1,0)	19,943	<,001
Ευθύνη πράξεων	2,7 ± 0,9	2,4 ± 0,8	2,3 ± 0,6	2,1 ± 0,7	1,926	,129
Ευθύνη για ανάρρωση [§]	1,8 (1,4)	2,3 (1,5)	1,7 (1,3)	2,0 (1,6)	4,510	,211
Γενετική βάση	3,2 ± 1,0	3,6 ± 0,9	3,6 ± 0,8	3,6 ± 0,9	1,630	,186
Στρατηγική προσαρμογής	2,6 ± 0,8	2,5 ± 0,8	2,3 ± 0,6	2,2 ± 0,7	1,144	,334
Ηθική αδυναμία ^{β,δ}	2,8 ± 0,7	2,8 ± 0,8	3,3 ± 0,7	2,7 ± 0,6	3,188	,026

Οι τιμές αφορούν σε μέση τιμή (ΜΤ), τυπική απόκλιση (ΤΑ), ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) και αντίστοιχο p-value.

[§] Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ελέγχους Kruskal Wallis H και αντίστοιχο p-value.

^α Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κατηγοριών «ιατρός» - «νοσηλεύτης» σύμφωνα με τον έλεγχο Bonferroni.

^β Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κατηγοριών «ιατρός» - «ψυχολόγος» σύμφωνα με τον έλεγχο Bonferroni.

^γ Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κατηγοριών «ιατρός» - «κοινωνικός λειτουργός» σύμφωνα με τον έλεγχο Bonferroni.

^δ Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κατηγοριών «νοσηλεύτης» - «ψυχολόγος» σύμφωνα με τον έλεγχο Bonferroni.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

4.3.4 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς την ηλικία

Σε αυτή την υποενότητα παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων κλιμάκων των ερωτηματολογίων ως προς την ηλικία του συμμετέχοντα στην έρευνα. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 10, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες «συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά», «επάρκεια ρόλου», «ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση», όπου οι νεαρότεροι σε ηλικία συμμετέχοντες (20-40 ετών) διαφωνούν περισσότερο από ότι οι συμμετέχοντες που ήταν 41-60 ετών.

Πίνακας 10. Διερεύνηση της σχέσης των κλιμάκων των ερωτηματολογίων και της ηλικίας

Κλίμακα	20-40 (n = 41)	41-60 (n = 81)	t/U [§]	p
Συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά	3,2 ± 1,0	2,9 ± 1,1	1,634	,105
Επάρκεια ρόλου [§]	2,9 (1,8)	2,4 (1,6)	1262,5	,031
Υποστήριξη ρόλου	3,2 ± 1,6	3,3 ± 1,7	-0,422	,674
Ικανοποίηση από την εργασία	3,8 ± 1,3	3,3 ± 1,3	1,643	,103
Ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση	3,5 ± 1,4	2,8 ± 1,3	2,574	,011
Ρόλος νομιμοποίησης [§]	2,0 (1,3)	2,0 (2,0)	1547,0	,526
Αδυναμία ελέγχου	2,3 ± 0,8	2,3 ± 0,7	-0,027	,978
Χρόνια ασθένεια	2,4 ± 0,7	2,5 ± 0,7	-0,773	,441
Βοήθεια από τους ειδικούς [§]	1,3 (0,8)	1,3 (1,0)	1428,0	,192
Ευθύνη πράξεων	2,4 ± 0,8	2,5 ± 0,7	0,708	,481
Ευθύνη για ανάρρωση	2,1 ± 0,9	2,1 ± 0,9	0,208	,835
Γενετική βάση	3,4 ± 1,1	3,5 ± 0,9	-0,758	,450
Στρατηγική προσαρμογής	2,3 ± 0,7	2,5 ± 0,8	-0,782	,436
Ηθική αδυναμία	2,7 ± 0,8	2,9 ± 0,7	-1,584	,116

Οι τιμές αφορούν σε μέση τιμή (MT), τυπική απόκλιση (TA), ελέγχους t-test και αντίστοιχο p-value.

[§] Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ελέγχους Mann-Whitney U και αντίστοιχο p-value.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

4.3.5 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς τα έτη υπηρεσίας

Σε αυτή την υποενότητα παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων κλιμάκων των ερωτηματολογίων ως προς τα έτη υπηρεσίας του συμμετέχοντα. Αξίζει να σημειωθεί καθώς η κατηγορία 31-40 είχε μόνο 6 παρατηρήσεις κατά συνέπεια ενοποιήθηκε με την κατηγορία 21-30 και μετονομάστηκε σε 21+ έτη. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 11, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες «συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά», «επάρκεια ρόλου», «ικανοποίηση από την εργασία», «ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση», όπου

οι πιο άπειροι συμμετέχοντες (με λιγότερα από 10 έτη υπηρεσίας) κατέγραψαν μεγαλύτερα σκορ από ότι αυτοί που είχαν 11-20 έτη υπηρεσίας. Επίσης, διαφορές βρέθηκαν στις κλίμακες «αδυναμία ελέγχου» και «χρόνια ασθένεια», όπου αυτοί με 11-20 έτη υπηρεσίας διαφέρουν σε σχέση με τους συναδέλφους τους με 0-10 έτη υπηρεσίας. Επιπλέον, για την κλίμακα «βοήθεια από τους ειδικούς» τόσο οι συμμετέχοντες με 11-20 και 21+ έτη υπηρεσίας διαφέρουν σε σχέση με τους συναδέλφους τους με 0-10 έτη υπηρεσίας.

Πίνακας 11. Διερεύνηση της σχέσης των κλιμάκων ερωτηματολογίων και των ετών υπηρεσίας

Κλίμακα	0-10 έτη (n = 36)	11-20 έτη (n = 42)	21+ έτη (n = 35)	F	P
Συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά ^α	3,4 ± 1,1	2,6 ± 0,8	3,1 ± 1,1	6,523	,002
Επάρκεια ρόλου ^α	3,3 ± 1,5	2,5 ± 1,0	2,9 ± 1,2	4,650	,012
Υποστήριξη ρόλου	3,3 ± 1,7	2,9 ± 1,4	3,7 ± 1,8	2,218	,114
Ικανοποίηση από την εργασία ^α	4,0 ± 1,3	2,9 ± 1,1	3,5 ± 1,5	6,094	,003
Ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση ^α	3,5 ± 1,3	2,5 ± 1,2	3,0 ± 1,3	6,313	,003
Ρόλος νομιμοποίησης [§]	2,0 (1,5)	1,8 (1,1)	2,0 (2,0)	2,230	,328
Αδυναμία ελέγχου ^α	2,0 ± 0,8	2,5 ± 0,6	2,4 ± 0,8	4,738	,011
Χρόνια ασθένεια ^α	2,2 ± 0,6	2,8 ± 0,6	2,4 ± 0,8	6,607	,002
Βοήθεια από τους ειδικούς ^{§,α,β}	1,0 (0,7)	1,7 (0,7)	1,7 (1,0)	12,327	,002
Ευθύνη πράξεων	2,7 ± 0,9	2,3 ± 0,7	2,4 ± 0,7	2,429	,093
Ευθύνη για ανάρρωση	2,2 ± 1,0	1,9 ± 0,8	2,1 ± 0,9	1,061	,350
Γενετική βάση	3,2 ± 1,0	3,7 ± 0,7	3,4 ± 0,9	2,843	,063
Στρατηγική προσαρμογής	2,4 ± 0,7	2,3 ± 0,7	2,5 ± 0,9	0,954	,388
Ηθική αδυναμία	2,9 ± 0,9	2,9 ± 0,7	2,8 ± 0,7	0,151	,860

Οι τιμές αφορούν σε μέση τιμή (ΜΤ), τυπική απόκλιση (ΤΑ), ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) και αντίστοιχο p-value.

[§] Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ελέγχους Kruskal Wallis H και αντίστοιχο p-value.

^α Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κατηγοριών «0-10» - «11-20» έτη σύμφωνα με τον έλεγχο Bonferroni.

^β Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κατηγοριών «0-10» - «21+» έτη σύμφωνα με τον έλεγχο Bonferroni.

^γ Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κατηγοριών «11-20» - «21+» έτη σύμφωνα με τον έλεγχο Bonferroni.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

4.3.6 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς τη γονική ιδιότητα

Σε αυτή την υποενότητα παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων κλιμάκων των ερωτηματολογίων ως προς το αν ο συμμετέχων είναι γονέας ή όχι. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 12, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για καμία από τις κλίμακες.

Πίνακας 12. Διερεύνηση της σχέσης των κλιμάκων των ερωτηματολογίων και της γονικής ιδιότητας

Κλίμακα	Ναι (n = 71)	Όχι (n = 51)	t/U [§]	p
Συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά	2,9 ± 1,0	3,1 ± 1,2	-1,071	,286
Επάρκεια ρόλου	2,8 ± 1,1	3,1 ± 1,5	-1,290	,201
Υποστήριξη ρόλου	3,4 ± 1,6	3,1 ± 1,7	0,891	,375
Ικανοποίηση από την εργασία	3,4 ± 1,3	3,7 ± 1,3	-1,248	,215
Ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση	2,8 ± 1,3	3,3 ± 1,4	-1,884	,062
Ρόλος νομιμοποίησης [§]	2,0 (2,0)	2,0 (1,0)	1635,0	,348
Αδυναμία ελέγχου	2,4 ± 0,7	2,2 ± 0,7	1,191	,236
Χρόνια ασθένεια	2,6 ± 0,8	2,4 ± 0,6	1,167	,245
Βοήθεια από τους ειδικούς [§]	1,7 (1,0)	1,3 (0,7)	1492,5	,088
Ευθύνη πράξεων	2,3 ± 0,7	2,5 ± 0,8	-1,273	,206
Ευθύνη για ανάρρωση	2,0 ± 0,9	2,1 ± 0,9	-0,664	,508
Γενετική βάση	3,6 ± 0,9	3,4 ± 1,0	1,033	,304
Στρατηγική προσαρμογής	2,4 ± 0,8	2,4 ± 0,8	0,207	,836
Ηθική αδυναμία	2,9 ± 0,8	2,8 ± 0,7	0,532	,596

Οι τιμές αφορούν σε μέση τιμή (MT), τυπική απόκλιση (TA), ελέγχους t-test και αντίστοιχο p-value.

[§] Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ελέγχους Mann-Whitney U και αντίστοιχο p-value.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

4.3.7. Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ως προς την εκπαίδευση στις εξαρτήσεις

Σε αυτή την υποενότητα παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων κλιμάκων των ερωτηματολογίων ως προς την εκπαίδευση στις εξαρτήσεις (αν ο ερωτώμενος έχει εκπαιδευτεί στις εξαρτήσεις ή όχι). Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 13, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες «ρόλος νομιμοποίησης», «ευθύνη πράξεων», «ευθύνη για ανάρρωση», «γενετική βάση» και «στρατηγική προσαρμογής».

Για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη «συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά» μεταξύ αυτών που δεν έχουν εκπαιδευτεί στις εξαρτήσεις σε σχέση με τους συναδέλφους τους που έχουν εκπαιδευτεί στις εξαρτήσεις. Συγκεκριμένα, βρέθηκε πως οι συμμετέχοντες που δεν έχουν εκπαιδευτεί στις εξαρτήσεις νιώθουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι δεν έχουν επάρκεια ρόλου, υποστήριξη ρόλου, ικανοποίηση από την εργασία αυτή, ρόλο που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση και ρόλο νομιμοποίησης σε σχέση με τους συναδέλφους τους που έχουν εκπαιδευτεί στις εξαρτήσεις.

Αντίθετα διαφοροποιούνται οι κλίμακες του ερωτηματολογίου διερεύνησης πεποιθήσεων αναφορικά με τον εθισμό στις οποίες βρέθηκε πως υπήρχε στατιστικός σημαντική διαφορά ανάλογα με την εκπαίδευση στις εξαρτήσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που έχουν εκπαιδευτεί σε εξαρτήσεις διαφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι ο εθισμένος έχει αδυναμία ελέγχου, ότι ο εθισμός είναι χρόνια ασθένεια, ότι ο εθισμένος χρήζει βοήθειας από ειδικούς και ότι η χρήση ουσιών είναι ηθική αδυναμία σε σχέση με τους συναδέλφους τους που δεν έχουν εκπαιδευτεί στις εξαρτήσεις.

Πίνακας 13. Διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων κλιμάκων και της εκπαίδευσης στις εξαρτήσεις

Κλίμακα	Ναι (n = 59)	Όχι (n = 56)	t/U [§]	p
Συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά	2,4 ± 0,7	3,7 ± 1,0	-8,185	<,001

Επάρκεια ρόλου	2,2 ± 0,9	3,6 ± 1,4	-6,158	<,001
Υποστήριξη ρόλου	2,7 ± 1,4	3,9 ± 1,8	-3,929	<,001
Ικανοποίηση από την εργασία	2,7 ± 1,1	4,3 ± 1,1	-7,821	<,001
Ρόλος που σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση	2,2 ± 1,0	3,8 ± 1,2	-8,065	<,001
Ρόλος νομιμοποίησης [§]	2,0 (1,0)	2,0 (2,0)	1542,0	,526
Αδυναμία ελέγχου	2,5 ± 0,7	2,1 ± 0,8	2,598	,011
Χρόνια ασθένεια	2,7 ± 0,7	2,3 ± 0,7	3,573	,001
Βοήθεια από τους ειδικούς	1,8 ± 0,7	1,4 ± 0,5	3,394	,001
Ευθύνη πράξεων	2,6 ± 0,8	2,3 ± 0,7	1,813	,072
Ευθύνη για ανάρρωση	2,0 ± 0,8	2,1 ± 1,0	-0,405	,687
Γενετική βάση	3,4 ± 0,9	3,5 ± 0,9	-0,498	,620
Στρατηγική προσαρμογής	2,3 ± 0,7	2,5 ± 0,8	-1,234	,220
Ηθική αδυναμία	3,0 ± 0,7	2,6 ± 0,8	3,013	,003

Οι τιμές αφορούν σε μέση τιμή (ΜΤ), τυπική απόκλιση (ΤΑ), ελέγχους *t*-test και αντίστοιχο *p*-value.

[§] Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ελέγχους Mann-Whitney U και αντίστοιχο *p*-value.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

4.4 Γραμμική παλινδρόμηση

Αυτή η ενότητα αφορά σε δύο μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για τη συνολική κλίμακα του Ερωτηματολογίου Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά και τα Προβλήματα των Ναρκωτικών (DDPPQ) και για την ηθική αδυναμία που αφορά το Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό (ABI).

Όσον αφορά στο μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά και ανεξάρτητες μεταβλητές όλα τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά που μελετήθηκαν προηγουμένως, βρέθηκε πως προβλεπτικοί παράγοντες της συνολικής κλίμακα

αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά είναι η εργασία σε φορέα απεξάρτησης και η εκπαίδευση σε εξαρτήσεις ($F_{(2,109)} = 45,105, p < ,001$) με $R^2 = ,453$.

Πίνακας 14. Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης της συνολικής κλίμακας αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά

Μοντέλο	Μη Τυπ. Συντ.		Τυπ. Συντ.	<i>t</i>	<i>p</i>
	β	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	0,649	,256		2,530	,013
Εργασία σε φορέα απεξάρτησης	0,845	,199	,403	4,248	<,001
Εκπαίδευση σε εξαρτήσεις	0,702	,199	,335	3,531	,001
R^2 (συντελεστής προσδιορισμού)			,453		
			$F_{(2,109)}$	45,105 ($p < ,001$)	
			Durbin-Watson	2,150	

Με έντονη γραφή παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές μεταβλητές.

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζεται το μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ηθική αδυναμία του ερωτηματολογίου Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό (ABI) και ανεξάρτητες μεταβλητές όλα τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά που μελετήθηκαν και προηγουμένως. Βρέθηκε πως προβλεπτικός παράγοντας της ηθικής αδυναμίας είναι η εκπαίδευση στις εξαρτήσεις ($F_{(1,110)} = 8,711, p = ,004$) με $R^2 = ,073$.

Πίνακας 15. Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης της ηθικής αδυναμίας

Μοντέλο	Μη Τυπ. Συντ.		Τυπ. Συντ.	<i>t</i>	<i>p</i>
	β	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	3,459	,216		16,026	<,001
Εκπαίδευση σε εξαρτήσεις	-0,407	,138	-,271	-2,951	,004
R^2 (συντελεστής προσδιορισμού)			,073		
			$F_{(1,110)}$	8,711 ($p = ,004$)	
			Durbin-Watson	1,907	

Με έντονη γραφή παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές μεταβλητές.

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει τη στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών που προσέρχονται στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τις υποθέσεις που αρχικά είχαν διατυπωθεί θα συζητηθούν τα αποτελέσματα της έρευνας.

Υπόθεση 1. Το προσωπικό που εργάζεται στο πλαίσιο του γενικού νοσοκομείου σε σχέση με το προσωπικό που εργάζεται σε πλαίσιο υπηρεσιών απεξάρτησης θα αναφέρει διαφορετικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις σχετικά με τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών και την εξάρτηση.

Όπως προκύπτει από το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά και τα Προβλήματα των Ναρκωτικών (DDPPQ) οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στους χώρους των γενικών νοσοκομείων συγκεντρώνουν υψηλότερη βαθμολογία στη συνολική κλίμακα αντιλήψεων σχετικά με τα ναρκωτικά αλλά και σε όλες τις υποκλίμακες του και η υψηλότερη βαθμολογία σχετίζεται με αρνητικότερες στάσεις απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται στο χώρο υπηρεσιών απεξάρτησης ($p < .001$). Αισθάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό ότι δεν έχουν επάρκεια ρόλου ($p < .001$), υποστήριξη ρόλου ($p < .001$), ικανοποίηση από την εργασία ($p < .001$), αυτοεκτίμηση σε σχέση με το ρόλο τους ($p < .001$) και ρόλο νομιμοποίησης ($p = .042$).

Όπως προκύπτει από Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό (ABI), οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε γενικό νοσοκομείο συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι το εξαρτημένο/εθισμένο άτομο έχει αδυναμία ελέγχου ($p = .042$), ότι η εξάρτηση/εθισμός είναι χρόνια ασθένεια ($p = .020$) και ότι η χρήση ουσιών αποτελεί ηθική αδυναμία ($p = .044$), σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται σε υπηρεσίες απεξάρτησης.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ανάλογα με το πλαίσιο εργασίας διαφοροποιούνται οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών, όπως και οι πεποιθήσεις τους απέναντι στο φαινόμενο της εξάρτησης/εθισμού.

Προγενέστερες έρευνες σχετικά με τις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, όπως αυτή των Gilchrist et al., (2011), Russell et al., (2011), Van Boekel et

al., (2014) συμφωνούν με τις διαπιστώσεις της παρούσας έρευνας. Σύμφωνα με τους Gilchrist et al. (2011), οι επαγγελματίες που εργάζονται σε εξειδικευμένες δομές απεξάρτησης δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών σε σχέση με τους επαγγελματίες που εργάζονται σε γενικά τμήματα. Οι Russell et al. (2011), αναφέρουν επίσης ότι οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είχαν επαγγελματική εμπειρία ή επαφή με άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών είχαν πιο θετικές στάσεις απέναντί τους. Οι Van Boekel et al. (2014), διαπίστωσαν ότι οι επαγγελματίες των εξειδικευμένων υπηρεσιών για εξαρτήσεις επιδεικνύουν μεγαλύτερη προσοχή στην εργασία τους με τους ασθενείς με διαταραχές χρήσης ουσιών σε σύγκριση με τους άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τους παθολόγους, που έχουν το λιγότερο σεβασμό για την ομάδα αυτή. Η έρευνα αυτή αναφέρει ότι οι επαγγελματίες των εξειδικευμένων υπηρεσιών αισθάνονται λιγότερο θυμό για τα άτομα με εθισμό σε σύγκριση με τους επαγγελματίες των άλλων ομάδων. Επίσης, ότι οι παθολόγοι θεωρούν περισσότερο ότι ο εθισμός είναι συνέπεια της αδυναμίας του ατόμου και αισθάνονται περισσότερο κριτικά απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών. Άλλες έρευνες αναφέρουν επίσης ότι το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είχε το χαμηλότερο σεβασμό για αυτή την ομάδα (Isobell et al., 2015). Επίσης, σύμφωνα με έρευνα των McKeown et al. (2003), σε γιατρούς γενικής ιατρικής, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν ανησυχίες για το γεγονός ότι δεν λαμβάνουν ειδική κατάρτιση και δεν έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Ακόμη, σύμφωνα με τις Chu & Galang (2013), η έλλειψη υποστηρίξις ρόλου για τους επαγγελματίες συνδέεται επίσης με την έλλειψη κινήτρων και επιθυμίας να συνεργαστεί ο επαγγελματίας με άτομα που κάνουν κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών.

Τέλος, σχετικά με τις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο φαινόμενο της εξάρτησης/εθισμού προγενέστερη έρευνα της Millward (2010), ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο προσωπικό που εργάζεται σε υπηρεσίες απεξάρτησης σε σχέση με το προσωπικό που εργάζεται σε άλλες μονάδες ψυχικής υγείας στις υποκλίμακες «χρόνια ασθένεια», «βοήθεια από τους ειδικούς» «ευθύνη των πράξεων» και «γενετική βάση». Σε σχέση με αυτή την έρευνα, τα αποτελέσματα της παρούσας συμφωνούν μόνο στην υποκλίμακα «χρόνια ασθένεια», όπου οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες απεξάρτησης διαφωνούν περισσότερο με την πεποίθηση της χρόνιας ασθένειας της εξάρτησης/εθισμού από ότι οι επαγγελματίες μη εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Υπόθεση 2. Οι αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών και οι πεποιθήσεις τους για τις εξαρτήσεις επηρεάζονται από διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες.

Όπως προκύπτει από το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά και τα Προβλήματα των Ναρκωτικών (DDPPQ) σε σχέση με το φύλο βρέθηκε πως οι γυναίκες νιώθουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι δεν έχουν επάρκεια ρόλου ($p=,040$), υποστήριξη ρόλου ($p=,007$) και ρόλο νομιμοποίησης ($p=<,001$) σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Η αίσθηση των γυναικών επαγγελματιών υγείας ότι δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένες με τις κατάλληλες γνώσεις για την συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, η έλλειψη υποστήριξης που νιώθουν έτσι ώστε να επιτελούν αποτελεσματικά το ρόλο τους, καθώς και το αίσθημα ανεπαρκούς νομιμοποίησης του ρόλου τους σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους αποτελεί ιδιαίτερο εύρημα της παρούσης μελέτης καθώς η διαπίστωση αυτή δεν παρατηρήθηκε σε άλλες έρευνες. Οι Jacka et al. (2009), σε ανάλογη έρευνα, διαπιστώνουν ότι δεν υπήρξε διαφορά φύλου των συμμετεχόντων σε σχέση με την αίσθηση αποτελεσματικότητας απέναντι στην εργασία τους με άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών. Ωστόσο, οι γυναίκες συμμετέχοντες εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης και ένιωθαν λιγότερο σιγουριά σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους για την αντιμετώπιση των ατόμων που χρησιμοποιούν ναρκωτικά, το οποίο αποδόθηκε από τους ερευνητές στο γεγονός ότι συχνά τα εξαρτώμενα από ουσίες άτομα είναι βίαια και αυτό μπορεί να επηρεάζει αρνητικά τις γυναίκες επαγγελματίες υγείας.

Στη παρούσα έρευνα πιθανά, τα αιτία θα πρέπει να αποδοθούν στο επιλεγμένο δείγμα που διερευνήθηκε, το οποίο αποτελούνταν κατά 78,7% από γυναίκες και 46,9% από νοσηλευτές. Έρευνα σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας στον ελλαδικό χώρο αναφέρει ότι οι νοσηλεύτριες ψυχικής υγείας, συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους, βιώνουν κατά την άσκηση του έργου τους, σημαντικά μεγαλύτερη ασάφεια στο ρόλο τους (Ντούπη και συν., 2015). Η ασάφεια ρόλου θα μπορούσε να σχετίζεται με το βαθμό στον οποίο κάποιος θεωρεί συγκεκριμένες πτυχές του έργου του ως ευθύνη του, αλλά και με το αίσθημα επαγγελματικής επάρκειας που νιώθει. Όπως προκύπτει από το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά και τα Προβλήματα των Ναρκωτικών (DDPPQ) σε σχέση με το επάγγελμα, οι νοσηλευτές και οι γιατροί εξέφρασαν αρνητικότερες στάσεις απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών σε σχέση με τους ψυχολόγους ($p=,001$). Ως προς τις

επιμέρους αντιλήψεις, οι νοσηλευτές νιώθουν σε μικρότερο βαθμό επάρκεια ρόλου ($p=,020$), ικανοποίηση από την εργασία ($p=<,001$) και αυτοεκτίμηση σε σχέση με το ρόλο τους ($p=<,001$) από ότι οι ψυχολόγοι. Οι γιατροί νιώθουν μικρότερο βαθμό ικανοποίησης από την εργασία και αυτοεκτίμηση σε σχέση με το ρόλο τους από τους ψυχολόγους ($p=<,001$), ενώ συγκρινόμενοι με τους κοινωνικούς λειτουργούς νιώθουν επίσης μικρότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με το ρόλο τους ($p=<,001$). Σε σχέση με τους νοσηλευτές οι γιατροί νιώθουν περισσότερο ότι έχουν νομιμοποίηση ως προς το ρόλο τους ($p=<,001$).

Όπως προκύπτει από Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό (ABI) σε σχέση με το επάγγελμα, βρέθηκε πως οι ψυχολόγοι διαφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι είναι απαραίτητη η βοήθεια από ειδικούς ($p=<,001$) και ότι η χρήση ουσιών είναι ηθική αδυναμία ($p=,026$) σε σχέση με τους ιατρούς και νοσηλευτές. Επίσης, οι νοσηλευτές διαφωνούν περισσότερο από τους ιατρούς, αλλά λιγότερο από τους ψυχολόγους, ως προς την πεποίθηση ότι η εξάρτηση/εθισμός αποτελεί χρόνια ασθένεια ($p=,008$).

Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με τις διαπιστώσεις των Ford et al. (2008) και Ford (2011), όπου οι νοσηλευτές ανέφεραν χαμηλά επίπεδα επαρκούς εκπαίδευσης, αίσθημα ανεπάρκειας ρόλου, καθώς και χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από το ρόλο τους. Σύμφωνα με τον Ford (2011) οι νοσηλευτές ανέφεραν αίσθημα απογοήτευσης από την εργασία με άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών, καθώς και χαμηλού βαθμού επαγγελματική αυτοεκτίμηση.

Σύμφωνα με τους Isobell et al. (2015), οι ψυχολόγοι έδειξαν μεγαλύτερη προσοχή στη συνεργασία με άτομα που έχουν προβλήματα με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά σε σύγκριση με τους ιατρούς, τους ψυχιάτρους και τους νοσηλευτές. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται από την παρούσα έρευνα, καθώς οι στάσεις των ψυχολόγων απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών είναι θετικότερες από ότι αυτές των ιατρών (συμπεριλαμβανομένων και των ψυχιάτρων) και των νοσηλευτών.

Σχετικά με τις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο φαινόμενο της εξάρτησης/εθισμού ανάλογα με το επάγγελμα, τα αποτελέσματά μας βρίσκονται σε αντιδιαστολή με προγενέστερη έρευνα των McKeown et al. (2003), όπου οι γενικοί γιατροί έχουν την πεποίθηση ότι η εξάρτηση/εθισμός είναι περισσότερο κοινωνικό πρόβλημα παρά ασθένεια. Η εξήγηση ενδεχομένως να πρέπει να αποδοθεί στο γεγονός ότι το δείγμα των γιατρών στην παρούσα έρευνα αποτελούνταν από μεγαλύτερο αριθμό ψυχιάτρων ($n=14$) σε σχέση με τους παθολόγους ($n=4$).

Όπως προκύπτει από το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά και τα Προβλήματα των Ναρκωτικών (DDPPQ), αναφορικά με την ηλικία, οι νεαρότεροι σε ηλικία συμμετέχοντες νοσηλευτές (20-40 ετών) νιώθουν σε μικρότερο βαθμό επάρκεια ρόλου ($p=,031$) και αυτοεκτίμηση σε σχέση με το ρόλο τους ($p=,011$) από τους συμμετέχοντες που ήταν 41-60 ετών.

Σε σχέση με τα έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων, οι πλέον άπειροι συμμετέχοντες (με λιγότερα από 10 έτη υπηρεσίας) εξέφρασαν αρνητικότερες στάσεις απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών από όσους είχαν 11-20 έτη υπηρεσίας ($p=,002$). Επίσης, ως προς τις επιμέρους αντιλήψεις, οι πλέον άπειροι συμμετέχοντες (με λιγότερα από 10 έτη υπηρεσίας) νιώθουν σε μικρότερο βαθμό επαρκείς ως προς το ρόλο τους ($p=,012$), ικανοποίηση από την εργασία τους ($p=,003$) και αυτοεκτίμηση ως προς το ρόλο τους ($p=,003$) από όσους είχαν 11-20 έτη υπηρεσίας.

Εξάλλου όπως προκύπτει από Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό (ABI) οι επαγγελματίες με 11-20 έτη υπηρεσίας διαφωνούν περισσότερο σε σχέση με τους συναδέλφους τους με 0-10 έτη υπηρεσίας με την πεποίθηση ότι το εξαρτημένο/εθισμένο άτομο έχει αδυναμία ελέγχου ($p=,011$) και ότι η εξάρτηση/εθισμός είναι χρόνια ασθένεια ($p=,002$). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες με 11-20 και 21+ έτη υπηρεσίας διαφωνούν περισσότερο σε σχέση με τους συναδέλφους τους με 0-10 έτη υπηρεσίας με την πεποίθηση ότι το εξαρτημένο/εθισμένο άτομο θα πρέπει να βασίζεται στη βοήθεια από επαγγελματίες ειδικούς ($p=,002$).

Τα αποτελέσματά μας σε σχέση με την ηλικία και την εμπειρία συμφωνούν με τα ευρήματα των Chang and Yang (2013), όπου η μεγαλύτερη ηλικία βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με τη θετική στάση των νοσηλευτών απέναντι σε άτομα με προβλήματα χρήσης ουσιών σε σχέση με αυτούς που έχουν μικρότερη ηλικία, καθώς και ότι η εμπειρία και η έκθεση σε άτομα με εξάρτηση από ουσίες οδηγεί σε θετικότερες συμπεριφορές συγκριτικά με νοσηλευτές που διαθέτουν λιγότερη εμπειρία και έκθεση. Παρομοίως και άλλοι ερευνητές έχουν τεκμηριώσει ότι η εμπειρία στη φροντίδα αυτού του πληθυσμού συνδέεται με θετικότερες στάσεις (Ding & Soar, 2005, Happel et al., 2002).

Σε σχέση με την εκπαίδευση των συμμετεχόντων στις εξαρτήσεις, βάσει του DDPPQ, βρέθηκε πως οι συμμετέχοντες που δεν έχουν εκπαίδευση εκφράζουν αρνητικότερες στάσεις απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών από όσους έχουν σχετική εκπαίδευση ($p=<,001$). Ως προς τις επιμέρους αντιλήψεις, νιώθουν σε

μεγαλύτερο βαθμό ότι δεν έχουν επάρκεια ρόλου ($p < .001$), υποστήριξη ρόλου ($p < .001$), ικανοποίηση από την εργασία αυτή ($p < .001$), αυτοεκτίμηση ως προς το ρόλο τους ($p < .001$) και ρόλο νομιμοποίησης ($p < .001$) σε σχέση με τους συναδέλφους τους που έχουν εκπαιδευτεί στις εξαρτήσεις. Εξάλλου, όπως προκύπτει από το Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό (ABI), οι συμμετέχοντες που έχουν εκπαιδευτεί στις εξαρτήσεις διαφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι το εξαρτημένο/εθισμένο άτομο έχει αδυναμία ελέγχου ($p = .011$), ότι ο εθισμός είναι χρόνια ασθένεια ($p = .001$), ότι το εξαρτημένο/εθισμένο άτομο χρήζει βοήθειας από ειδικούς ($p = .001$) και ότι η χρήση ουσιών αποτελεί ηθική αδυναμία ($p = .003$), σε σχέση με τους συναδέλφους τους που δεν έχουν εκπαιδευτεί στις εξαρτήσεις.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες οι οποίες τεκμηριώνουν τη θετική επίδραση της εκπαίδευσης σε θέματα σχετικά με τις εξαρτήσεις. Οι Howard & Holmshaw (2010) σε σχετική έρευνα συμπεραίνουν ότι το προσωπικό που έχει λάβει εκπαίδευση σε θέματα σχετικά με τις εξαρτήσεις έχει λιγότερο αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών, ενώ η κατάρτιση στη φροντίδα αυτού του πληθυσμού συνδέεται με θετικότερες στάσεις (Ding & Soar, 2005, Happel et al., 2002). Επίσης, οι Chang & Yang (2013) αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές που είχαν λάβει εκπαίδευση ειδικά για τη χρήση ουσιών εξέφρασαν θετικότερες στάσεις απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών.

Εξάλλου, προηγούμενη έρευνα στον ελλαδικό χώρο από την Αλεξοπούλου (2018), η οποία διαπίστωσε ότι οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την εργασία τους με άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών φαίνεται να επηρεάζονται από την επαγγελματική εμπειρία και την ηλικία των συμμετεχόντων, επιβεβαιώνει τα ευρήματά μας.

Ας σημειωθεί ότι στην έρευνά μας η θετική επίδραση στις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών τεκμηριώνεται και με το μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης, όπου θεωρώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική κλίμακα Αντιλήψεων Σχετικά με τα Ναρκωτικά και τα Προβλήματα των Ναρκωτικών (DDPPQ) και ανεξάρτητες μεταβλητές όλα τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, διαπιστώθηκε πως προβλεπτής της μετατόπισης της κλίμακας προς τη θετική στάση είναι η εργασία σε φορέα απεξάρτησης ($p < .001$) και η εκπαίδευση στις εξαρτήσεις ($p = .001$). Επίσης, στο

μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την υποκλίμακα του Ερωτηματολογίου Διερεύνησης Πεποιθήσεων Αναφορικά με τον Εθισμό (ABI) «ηθική αδυναμία» και ανεξάρτητες μεταβλητές όλα τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, βρέθηκε ότι προβλεπτής στη διαφοροποίηση της πεποίθησης ότι η εξάρτηση/εθισμός είναι συμπεριφορά των αδύναμων ατόμων, είναι η εκπαίδευση στις εξαρτήσεις ($p = ,004$).

Υπόθεση 3. Τα κοινωνικό στίγμα θα επηρεάζει περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο χώρο των γενικών νοσοκομείων σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο χώρο υπηρεσιών απεξάρτησης.

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο χώρο των γενικών νοσοκομείων εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στη κλίμακα DDPPQ και η υψηλότερη βαθμολογία σχετίζεται με αρνητικότερες στάσεις απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται στο χώρο υπηρεσιών απεξάρτησης. Η αντιλήψεις τους σχετικά με την έλλειψη επάρκειας στο ρόλο τους, το ότι αισθάνονται ότι δεν έχουν υποστήριξη αλλά και ικανοποίηση από την εργασία τους, η έλλειψη επαγγελματικής αυτοεκτίμησης, καθώς και το αίσθημα μη νομιμοποίησης ως προς το ρόλο τους απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών, είναι οι παράμετροι οι οποίοι εξηγούν αυτή τη στάση. Οι πεποιθήσεις τους όμως σε σχέση με τον εθισμό μπορούν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο, καθώς αφορά τις βαθιά ριζωμένες αρνητικές αντιλήψεις απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών. Ως προς την πεποίθηση ότι τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών έχουν αδυναμία ελέγχου της χρήσης, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στους χώρους των γενικών νοσοκομείων συμφωνούν περισσότερο σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται στο χώρο υπηρεσιών απεξάρτησης. Ομοίως, συμφωνούν περισσότερο ως προς την πεποίθηση της εξάρτησης/εθισμού ως χρόνιας ασθένειας καθώς και με την πεποίθηση ότι η εξάρτηση/εθισμός προκύπτει από την ηθική αδυναμία του ατόμου. Οι έρευνες όμως δείχνουν ότι οι ηθικές αντιλήψεις σχετικά με τον εθισμό και η κατανόηση του εθισμού ως ασθένειας, όπως και η μη δυνατότητα ελέγχου, εμπλέκονται σημαντικά στη διαδικασία στιγματισμού των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών (Frank & Nagel, 2017, Pickard, 2017, Hammer et al., 2013, Angermeyer et al., 2011, Pescosolido et al., 2010, Buchman & Reiner, 2009). Οι ηθικές αντιλήψεις για το φαινόμενο της εξάρτησης/εθισμού μειώνουν την ανοχή και

αυξάνουν το στιγματισμό απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών (Pickard, 2017). Εντούτοις, υπάρχουν ερευνητές που αναφέρουν ότι η κατανόηση του φαινομένου της εξάρτησης/εθισμού ως ασθένειας, υποδηλώνει ότι τα εθισμένα άτομα δεν μπορούν να ελέγξουν τη χρήση και με αυτό τον τρόπο μπορεί να προκληθούν ηθικές κρίσεις και ενδεχόμενος στιγματισμός (Buchman & Reiner, 2009, Hammer et al., 2013). Επίσης, θεωρούν ότι η κατανόηση του φαινομένου ως ασθένειας στιγματίζει τα άτομα, τους εμποδίζει να αναπτύξουν αυτοέλεγχο και βλάπτει την αυτοεκτίμησή τους (Frank & Nagel, 2017). Εξάλλου, πολλές έρευνες αναφέρουν ότι όταν για τις ψυχικές ασθένειες υιοθετήθηκαν βιολογικές εξηγήσεις, αυξήθηκε ο στιγματισμός προς τα άτομα που είχαν κάποια ψυχική ασθένεια (Angermeyer et al., 2011, Pescosolido et al., 2010).

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών αλλά και οι πεποιθήσεις τους απέναντι στο φαινόμενο της εξάρτησης/εθισμού και ως εκ τούτου και οι στάσεις τους απέναντί τους, διαφοροποιούνται ανάλογα με το πλαίσιο εργασίας. Επίσης, οι αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών και οι πεποιθήσεις τους για το φαινόμενο της εξάρτησης/εθισμού επηρεάζονται από διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, όπως το φύλο, η επαγγελματική ιδιότητα, η ηλικία, τα έτη εργασίας, καθώς και από την εκπαίδευση σε σχέση με τις εξαρτήσεις. Ως σημαντικότερη παράμετρος για την διαφοροποίηση των αρνητικών στάσεων αναδεικνύεται η εργασία σε φορέα απεξάρτησης και η εκπαίδευση στις εξαρτήσεις. Αναφορικά με την πεποίθηση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ηθική αδυναμία των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών, καθοριστική παράμετρος είναι η εκπαίδευση στις εξαρτήσεις.

Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει τις επικρατούσες προσεγγίσεις οι οποίες σύμφωνα με τους ερευνητές θεωρούνται ως κατάλληλες για την καταπολέμηση του στίγματος και των αρνητικών στάσεων απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών: της εκπαίδευσης και της επαφής με το εθισμένο άτομο. Η καθημερινή επαφή με άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας οδηγεί σε θετικότερες στάσεις απέναντί τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαμορφώνονται και οι παρακάτω προτάσεις:

- Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα που αφορούν τη χρήση ουσιών σε προπτυχιακό επίπεδο. Μαθήματα σχετικά με τις εξαρτήσεις πρέπει να ενταχθούν στο υποχρεωτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα όλων των Σχολών Υγείας. Μέσω της κατανόησης της φύσης της εξάρτησης, το αυριανό προσωπικό των συστημάτων υγείας θα είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών, αλλά και να περιορίσει τις αρνητικές και στιγματιστικές αντιλήψεις.
- Εκπαίδευση των εργαζομένων επαγγελματιών υγείας με τη μορφή σεμιναρίων σε θέματα εξαρτήσεων ώστε να καλυφθεί το κενό της δημόσιας προπτυχιακής εκπαίδευσης, καθώς και τακτική πληροφόρηση σχετικά με τις νέες εξελίξεις στον τομέα της Εξαρτησιολογίας.
- Φροντίδα των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Η άποψη ότι είναι προτιμότερο η φροντίδα των ατόμων να γίνεται από επαγγελματίες υγείας ειδικούς στις εξαρτήσεις, όπως έχει εκφραστεί από ορισμένους επαγγελματίες υγείας (Mc Laughlin et al., 2006), μειώνει την ευκαιρία επαφής, τη συνειδητοποίηση της ελλειπούς εκπαίδευσης, αλλά και τη δυνατότητα μείωσης του στίγματος που συνοδεύει τα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών.

Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να διερευνήσει τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών και το συνακόλουθο στίγμα. Εντούτοις υπάρχουν διάφοροι μεθοδολογικοί περιορισμοί οι οποίοι περιορίζουν τη δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων. Βασικοί περιορισμοί αποτελούν το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος και η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Πρόκειται για δείγμα ευκολίας (convenience sample) το οποίο αντλήθηκε μέσω του κοινωνικού δικτύου του ερευνητή και παρόλο που καταβλήθηκε ιδιαίτερη προσπάθεια να καλυφθούν διαφορετικά γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας πλην της πρωτεύουσας, κάτι τέτοιο δεν κατέστη εφικτό. Επίσης, παρόλο το υψηλό ποσοστό (80%) αποδοχής συμμετοχής στην έρευνα, αρκετό ήταν και το ποσοστό μη απόκρισης (20%) πιθανά εξαιτίας του επιβαρυσμένου προγράμματος εργασίας που

χαρακτηρίζει τους εργαζομένους στο χώρο της υγείας. Εξάλλου ακόμα ένας περιορισμός αφορά την ανομοιογένεια του δείγματος αναφορικά με το φύλο και το επάγγελμα (συμμετοχή γυναικών κατά 78,7% και πλειονότητα 46,7% των νοσηλευτών).

Πρέπει να σημειωθεί επίσης και η περιορισμένη διαθεσιμότητα σχετικών ερωτηματολογίων μέτρησης των στάσεων που να αφορά τη συγκεκριμένη ομάδα που μελετήθηκε. Έτσι, παρόλο που υπήρχαν σχετικά ερωτηματολόγια, αυτά ήταν παλαιά, δεν υπήρχε ελληνική μετάφραση και δεν ήταν σταθμισμένα σε ελληνικό πληθυσμό, ώστε η επιλογή των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων έγινε με κριτήριο την συχνότητα χρήσης τους σε ανάλογες έρευνες, καθώς και την ύπαρξη η μή μετάφρασής τους στην ελληνική γλώσσα από προηγούμενους Έλληνες ερευνητές. Η χρησιμοποίηση του DDPPQ από προηγούμενη ερευνήτρια (Αλεξοπούλου, 2018) και η στάθμιση του ABI σε πληθυσμό Ελλήνων εφήβων (Τσουνής και συν., 2018) θεωρήθηκε σημαντικό κριτήριο για την τελική επιλογή των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων.

Εντέλει, παρόλους τους προαναφερθέντες περιορισμούς, που μειώνουν τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων μας, θεωρούμε ότι η παρούσα μελέτη αποτυπώνει σε ικανοποιητικό βαθμό τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών στον Ελλαδικό χώρο.

Στο πλαίσιο αυτό απαιτούνται περαιτέρω μελέτες στην Ελλάδα που να επιβεβαιώνουν τα συμπεράσματα της παρούσης έρευνας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

1. Αλεξοπούλου, Α. (2018). *Στάσεις και αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας, απέναντι στην εργασία τους με χρήστες ναρκωτικών ουσιών*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική σχολή.
<https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/el/browse/2778983>
2. Δασκαλάκης, Η. (1981). *Οι συνέπειες της θεσμικής αντίδρασης του χρήστη ναρκωτικών ουσιών*. Στο: Περατζάκη-Καρατζόγλου, Ι., (2001). *Κοινωνική ανομία και ναρκωτικά. Σύγχρονες κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της κοινωνικής πραγματικότητας*. (σελ. 28-32). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
3. Δελή, Φ., Αντωνίου, Κ., Παναγής, Γ. (2018). *Μηχανισμοί εξάρτησης*. Στο: Θ. Παπαρρηγόπουλος, Χ. Δαλλα (επιμέλεια). *Οι εξαρτήσεις: αιτία, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση*. (σελ. 63-74). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
4. Ελληνική αστυνομία, (2017). *Ετησία έκθεση για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα*. Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών, Εθνική Μονάδα Πληροφοριών (Σ.Ο.Δ.Ν./Ε.Μ.Π.).
<http://www.astynomia.gr/images/stories/2018/statistics18/2017-sodn.pdf>
5. Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA). (2018). *Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά : Τάσεις και εξελίξεις , Ελλάδα*. *Συνδεδεμένοι με τα ναρκωτικά κίνδυνοι και αντιμετώπιση*. (σελ.59). Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ELN_PDF.pdf
6. Ζαραφωνίτου, Χ. (2006). *Η κοινή γνώμη στο στόχαστρο. Ο ρόλος των κοινωνικών αντιλήψεων στη διαμόρφωση πολιτικών για την αντιμετώπιση σημαντικών κοινωνικών προβλημάτων*. Εξαρτήσεις, τεύχος 10: (σελ.79-89).
7. Ηλιού, Κ. (2010). *Απόψεις του θεραπευτικού προσωπικού των εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων για τον επαγγελματικό τους ρόλο : Διερεύνηση της “μοντέρνας προκατάληψης” και της “ιατροποίησης” στη θεραπευτική παρέμβαση*. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας. Διαθέσιμο από: <https://phdtheses.ekt.gr/eadd/handle/10442/19883>
8. Καφετζόπουλος, Ε. (2018). *Παράγοντες που οδηγούν στην εξάρτηση : κληρονομικότητα και περιβάλλον*. Στο: Θ. Παπαρρηγόπουλος, Χ. Δαλλα

- (επιμέλεια). *Οι εξαρτήσεις: αιτία, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση*. (σελ. 41-57). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
9. Κοκκινακη, Φ. (2006). *Στάσεις*. Στο: *Κοινωνική ψυχολογία. Εισαγωγή στη μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς*. (σελ.91-217) Αθήνα: Εκδόσεις Τυποθήτω.
10. Κοκκωλης, Κ. (2017). *Είναι η Εξάρτηση Ασθένεια ή Επιλογή;* www.okana.gr.
11. Λιάππας, Γ. (2009). *Ναρκωτικά, εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
12. Λιάππας, Γ. (2004). *Εξαρτησιογόνες ουσίες- χρήσιμοι ορισμοί*. Στο: Ι.Α. Λιάππας, Β. Πομίνι (Επιμέλεια). *Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα θέματα*.(σελ. 43-48) Αθήνα: Εκδόσεις ΙΤΑΣΑ.
13. Λιάππας, Γ. (2004). *Εξαρτησιογόνες ουσίες*. Στο: Ι.Α. Λιάππας, Β. Πομίνι (Επιμέλεια). *Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα θέματα*.(σελ. 50-74) Αθήνα: Εκδόσεις ΙΤΑΣΑ.
14. Λύκουρας, Ε. (2006). *Κατάχρηση/εξάρτηση από το οινόπνευμα: ένα σύγχρονο πρόβλημα*. Στο: Ι.Α. Λιάππας, Ε.Δ. Μέλλος, Ε.Δ., Β. Πομίνι (Επιμέλεια). *Κατάχρηση &εξάρτηση από οινόπνευμα*.(σελ. 17-26) Αθήνα: Εκδόσεις ΙΤΑΣΑ.
15. Μακρυνιώτη, Δ. (2001). *Εισαγωγή στην Ελληνική Έκδοση. Ο Κοινωνικός Στιγματισμός του Εαυτού και του Σώματος*. Στο Goffman E., *Στίγμα. Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*, Δ. Μακρυνιώτη (μτφ. και επιμ.), (9-58). Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
16. Μαρσέλος, Μ. (2018). *Εισαγωγή*. Στο: Θ. Παπαρρηγόπουλος, Χ. Δαλλα (επιμέλεια). *Οι εξαρτήσεις: αιτία, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση*. (σελ. 19-22). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
17. Μπότσιου, Μ., Παπαβασιλείου, Ι. (2011). *Το κοινωνικό στίγμα και η επίδρασή του στην επαγγελματική ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές*. Στο Π. Γιαβρίμης, Ε. Παπάνης, Α. Βίκη (επιμ.), *Έρευνα Εκπαιδευτική Πολιτική και Πράξη στην Ειδική Αγωγή*, Τόμος Β, Επιλεγμένες Εργασίες, Θεσσαλονίκη: Αφοί Κυριακίδη. (σελ. 173-185).
18. Ντούπη, Σ , Κουλιεράκης, Γ., Καραδήμας, Ε., (2015). *Υποκειμενικό στρες, αντίληψη του επαγγελματικού ρόλου και στρατηγικές αντιμετώπισης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας*. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2015, 8(3): 42-53

19. Παπαδόπουλος, Γ. (2018). *Ιστορική αναδρομή*. Στο: Θ. Παπαρρηγόπουλος, Χ. Δαλλα (επιμέλεια). *Οι εξαρτήσεις: αιτία, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση*. (σελ. 23-29). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
20. Παπαρρηγόπουλος, Θ. (2018). *Πρόλογος*. Στο: Θ. Παπαρρηγόπουλος, Χ. Δαλλα (επιμέλεια). *Οι εξαρτήσεις: αιτία, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση*. (σελ. 15-16). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
21. Παπαρρηγόπουλος, Θ. (2018). *Διαγνωστικά κριτήρια και κλινική εικόνα της εξάρτησης*. Στο: Θ. Παπαρρηγόπουλος, Χ. Δαλλα (επιμέλεια). *Οι εξαρτήσεις: αιτία, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση*. (σελ. 31-40). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
22. Περατζάκη-Καρατζόγλου, Ι. (2001). *Κοινωνική ανομία και ναρκωτικά. Σύγχρονες κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της κοινωνικής πραγματικότητας*. (σελ. 28-32). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
23. Τσούνης, Α., Χαντζαρίδου, Α., Ζαχαρτζή, Ν., Βλαχοπούλου, Μ., Α. Χατζηνταή, Α., Παπακώστα-Γάκη, Ε. (2018). *Εγκυρότητα και αξιοπιστία της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου διερεύνησης των πεποιθήσεων σχετικά με τον εθισμό σε δείγμα Ελλήνων μαθητών*. Archives of Hellenic Medicine 35(4):561–563.
24. Χατζηγιάννης, Π. (1997). *Ναρκωτικά, η μάστιγα του αιώνα*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος.
25. Allport, A. (1985). *The historical background of social psychology*. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.). *Handbook of social psychology*. Vol. 1, 3rd ed., pp. 1-46). New York: Random House.
26. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5^η εκδ. (DSM-5). Στο: Θ. Παπαρρηγόπουλος, Χ. Δαλλα (επιμέλεια). *Οι εξαρτήσεις: αιτία, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση*. (σελ. 35). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
27. Anderson, T., Ripullo, F. (1996). *Social Setting, Stigma Management, and Recovering Drug Addicts*. Humanity & Society, Vol. 20, (3), 1-10.
28. Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., Schomerus, G. (2011). *Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies*. Br J Psychiatry, 199(5), 367-372.
29. Ajzen, I., (2001). *Nature and Operation of Attitudes*. Annual Review of Psychology 52(1):27-58 DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.27

30. Berger, M., Wagner, T. H., & Baker, L. C. (2005). *Internet use and stigmatized illness*. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1821–1827.
31. Blascovich, J., Mendes, W.B., Hunter, B., Lickel, B., Kowai-Bell, N. (2001). *Perceiver Threat in Social Interactions With Stigmatized Others*. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 80, No. 2, 253-267.
32. Botticelli, M., Koh, H. (2016). *Changing the Language of Addiction*. *JAMA*. 2016; 316(13):1361-1362. doi:10.1001/jama.2016.11874.
33. Brener, L., Von Hippel, W., Kippax, S., Preacher, K. (2010). *Attitudes: Health Professionals. The Role of Physician and Nurse Attitudes in the Health Care of Injecting Drug Users*. *Substance Use & Misuse*, 45:1007–1018.
34. Broyles, L., Binswanger, I., Jenkins, J., Finnell, D., Faseru, B., Cavaiola, A., Pugatch, M., Gordon, A. (2014). *Confronting Inadvertent Stigma and Pejorative Language in Addiction Scholarship: A Recognition and Response*. *Substance Abuse*, 35:3, 217-221.
35. Buchman, D. Skinner, W., Illes, J. (2010). *Negotiating the Relationship Between Addiction, Ethics and Brain Science*. *Neurosci* 1(1):36–45. doi: 10.1080/21507740903508609
36. Buchman, D., Reiner, P. (2009). *Stigma and addiction: being and becoming*. *The American Journal of Bioethics* 9(9): 18–19.
37. Chang, Y.P., Yang, M.S. (2013). *Nurses' Attitudes Toward Clients with Substance Use Problems*. *Perspectives in Psychiatric care*, 49, 94-102.
38. Chu, C., Galang, A. (2013). *Hospital nurses' attitudes toward patients with a history of illicit drug use*. *The Canadian Nurse*. 109: 29-33
39. Corrigan, P., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J., Campbell, J. (2003). *Perceptions of Discrimination Among Persons With Serious Mental Illness*. *Psychiatr Serv*,:54(8): 1105-1110
40. Corrigan, P.W., Lurie, B.D., Goldman, H.H., Slopen, N., Medasani, K., Phelan, S. (2005). *How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse*. *Psychiatr Serv*. ;56(5):544-50.
41. Cranfill, T., (2016). *Etiological models of addiction: Varying perspectives on the development of dependencies*: p1-20.
42. Crocker, J., Major, B., Steele, C. (1998). *Social Stigma*. In: Gilbert, D.T., Fiske, S.T. and Lindzey, G., Eds. *The Handbook of Social Psychology*, 4th Edition, Vol. 2. Academic Press, New York, 504-553.

43. Deans, C., Soar, R. (2005). *Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 12, 268-274.
44. Dingel, M.J., Hammer, R. (2012). *Chronic addiction, compulsion, and the empirical evidence*. AJOB Neuroscience; 3(2):58–59.
45. Dovidio, J. F., Major, B., Crocker, J. (2000). *Stigma: Introduction and overview*. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). New York, NY, US: Guilford Press.
46. Eagly, A. H., Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Orlando, FL, US: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
47. Ferguson, M., Bargh, J. (2007). *Beyond the attitude object: Automatic attitudes spring from object-centered-contexts*. (Eds.). *Implicit measures of attitudes* (pp. 216-246). NY: Guilford.
48. Frank, L., Nagel, S. (2017). *Addiction and Moralization: the Role of the Underlying Model of Addiction*. Neuroethics 10.1. :129-139. DOI 10.1007/s12152-017-9307-x
49. Ford, R. (2011). *Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs*. Contemporary Nurse. 37: 241-252.
50. Ford, R., Bammer, G., Becker, N. (2008). *The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development*. J. Clin. Nurs. 17, 2452-2462.
51. Geller, G., Levine, D.M., Mamon, J.A., Moore, R.D., Bone, L.R., Stokes, E.J. (1989). *Knowledge, attitudes, and reported practices of medical students and house staff regarding the diagnosis and treatment of alcoholism*. JAMA. 1989; 261(21):3115-20.
52. Giannetti, V.J., Sieppert, J.D., Holosko, M.J. (2002). *Attitudes and knowledge concerning alcohol abuse: curriculum implications*. J. Health Soc. Policy 15, 45-58.
53. Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., Baldacchino, A. (2011). *Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study*. Addiction, 106, 6. 1114-1125.
54. Global Commition on Drug Policy (GCODP), (2017). *The world drug perception problem. Report Countering prejudice about people who use drugs*.

https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/01/GCDP-Report-2017_Perceptions-ENGLISH.pdf

55. Goffman, E. (2001). *Στίγμα. Σημειώσεις για τη διαχείριση της φαρμένης ταυτότητας*. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
56. Gotay, A. (2014). *Health Professionals' Attitude towards Substance Abusers: A Part of the Health Professionals' Value and Belief System*. Dyson College of Arts and Sciences (1-31).
57. Jacka, D., Clode, D., Patterson, S., Wyman, K. (2009). *Attitudes and practices of general practitioners training to work with drug-using patients*. Drug and Alcohol Review 18(3):287 - 291
58. Jones, E., Farina, A., Hastorf, H., Markus, H., Miller, T., Scott, A. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: W.H. Freeman
59. Hammer, R., Dingel, M., Ostergren, J., Partridge, B., McCormick, J., Koenig, B. (2013). *Addiction: Current Criticism of the Brain Disease Paradigm*. AJOB Neurosci. 2013; 4(3): 27–32.
60. Happell, B., Carta, B., Pinikahana, J. (2002). *Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: a questionnaire survey*. Nurs Health Sci. 4, 193-200.
61. Henden, E., Melberg, HO., Rogeberg, OJ. (2013). *Addiction: choice or compulsion?* Front. Psychiatry 4:77. doi: 10.3389/fpsyt.2013.00077
62. Henderson, S., Stacey, C., Dohan, D. (2008). *Social Stigma and the Dilemmas of Providing Care to Substance Users in a Safety-Net Emergency Department*. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. Volume 19, 1336-1349.
63. Hilton, J., von Hippel, W. (1996). *Stereotypes*. Annual Review of Psychology, 47, 237-271.
64. Howard, V., Holmshaw, J. (2010). *Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use*. Psychiatr Ment Health Nurs. 17(10):862-72.
Doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01620.x.
65. Hoskins, R., Salmon, D., Binks, S. (2005). *A study exploring drug use and management of patients presenting to an inner city emergency department*. *Accident and Emergency. Nursing*; 13:147-53.

66. Humphreys, K., Malenka, R., Knutson, B., MacCoun, R., (2017). *Brains, environments, and policy responses to addiction*. Science : Vol.356,pp.1237-1238
67. Husak, DN. (2009). *The moral relevance of addiction*. Substance Use and Misuse, 39(3):399–436.
68. Isobell, D., Kamaloodien, K., Savahl, S. (2015). *A qualitative study of referring agents' perceptions of access barriers to inpatient substance abuse treatment centers in the Western Cape*. Harm Reduction Journal. 12. 36.
69. Kelly, F., Westerhoff, C. (2010). *Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms*. International Journal of Drug Policy, 21(3): 202–207.
70. Lammer, M., Soe-Agnie, E., De Haan, A., Bakkum, A., Pomp, R., Nijman, J. (2014). *Substance use and criminality: a review*. Tijdschr Psychiatr. 56(1):32-9.
71. Lauber, C. (2007). *Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal*. Epidemiology and Psychiatric Sciences, Vol. 17:10-13
72. Lewis, M. (2017). *Addiction and the brain: development, not disease*. New York: W.W. Norton & Co.
73. Lewis, M. (2015). *The biology of desire: why addiction is not a disease*. New York: Perseus Books Group.
74. Lim, K.S., Tan, CT. (2014). *Epilepsy stigma in Asia: the meaning and impact of stigma*. Neurology Asia; 19(1):1 – 10.
75. Lloyd, C. (2012). *The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review*. Drugs: Education, Prevention and Policy.20 (2), 85–95. doi:10.3109/09687637.2012.743506
76. Luke, D., Ribisl, K., Walton, M., Davidson, W. (2002). *Measurements, Instruments, Scales, Tests Assessing the diversity of personal belief about addiction: Development of Addiction Belief Inventory*. Measurements, Instruments, Scales, Tests. Substance Use & Misuse .37(1), 89–120.
77. Luoma, J.B., Twohig, M., Waltz, T., Hayes, S., Roget, N., Padilla, M. Fisher, G. (2007). *An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse*. Addictive Behaviors 32. 1331–1346.
78. McGinty, E., Kennedy-Hendricks, A., Barry, C. (2019). *Stigma of Addiction in the Media*. In book: *The Stigma of Addiction*, pp.201-214. DOI: 10.1007/978-3-030-02580-9_11

79. McKeown, A., Matheson, C., Bond, C. (2003). A qualitative study of GPs' attitudes to drug misusers and drug misuse services in primary care. *Family Practice*. 20. 120-125.
80. McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Moore, K., Robinson, J. (2006). *Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals*. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 13, 682-686.
81. Millward, M. (2010). *Addiction Beliefs: Do Staff Working in Substance Misuse and Mental Health Services View Clients with Co-existing Mental Health and Substance Use Problems in the Same Way?* University of Leicester, School of Psychology, Doctorate in Clinical Psychology, 83-86.
82. Pauly, B., McCall, J., Browne, A., J. Parker, J., Mollison, A. (2015). *Toward Cultural Safety Nurse and Patient Perceptions of Illicit Substance Use in a Hospitalized Setting*. *Nursing Science* Vol. 38, No. 2, 121–135.
83. Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., Link, B. G. (2010). 'A disease like any other'? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321-1330.
84. Pickard, H. (2017). *Responsibility without Blame for Addiction*. *Neuroethics*.; 10(1): 169–180.
85. Puhl, R., Brownell, K. (2001). *Bias, discrimination, and obesity*. *Obesity Research* 9(12): 788–805. DOI:10.1038/oby.2001.108
86. Russell, C., Davies, J., Hunter, S.C. (2011). *Predictors of treatment providers' beliefs in the disease model of addiction*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40, 150-164
87. Read, J., Haslam, N., Sayce, L., Davies, E. (2006). *Prejudice and schizophrenia: a review of the "mental illness is an illness like any other" approach*. *Acta Psychiatr Scand*: 114: 303–318.
88. Richmond, I., Foster, J. (2009). *Negative attitudes towards people with co-morbid mental health and substance misuse problems: An investigation of mental health professionals*. *Journal of Mental Health*, 12:4, 393-403.
89. Room, R. (2005). *Stigma, social inequality and alcohol and drug use*. *Drug and Alcohol Review* 24: 143–155.

90. Ronzani, T., Higgins-Biddle, J., Furtado, E. (2009). *Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil*. *Social Science & Medicine*.1080-1084.
91. Rosenberg, C.E. (1992). *Framing disease: Studies in cultural history*. Rutgers University Press; New Brunswick, NJ:
92. Rosenberg, M.J. Hovland, C.I. (1960). *Cognitive, Affective and Behavioral Components of Attitudes*. In: Rosenberg, M.J. and Hovland, C.I., Eds., *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency among Attitude Components*. Yale University Press, New Haven.
93. Russell, C., Davies, J.B., Hunter, S.C. (2011). *Predictors of addiction treatment providers' beliefs in the disease and choice models of addiction*. *Journal of Substance Abuse Treatment*.40:150–64.
94. Scottish Executive, (2002). *Managing Incidental Drug Misuse and Alcohol Problems in Mental Care Health Settings*. Edinburgh: Health Department; p. 9.
95. Silveira, P., Gonzalves, J., Tostes, A., Wan, H., Ronzani, T., Corrigan, P. (2018). *The Stigmatization of Drug Use as Mechanism of Legitimation of Exclusion: 1-11*.
96. United Nations international drug control programme (UNDCP). (1995).
97. Underwood, C. (2012). *Belief and attitude change in the context of human development*. In I. Serageldin (Ed), *Sustainable human development in the twenty-first century - Vol. II* (pp. 103-124). Paris: UNESCO.
98. Van Boekel, L.C., Brouwers, E.P., Van Weeghel, J. (2014). *Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients*. *Drug and Alcohol Dependence* 134, 100-98.
99. Van Boekel, L.C., Brouwers, E.P., Van Weeghel, J., Garretsen H.F. (2013). *Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review*. *Drug and Alcohol Dependence*.131, 23-35.
100. Schomerus, G., Holzinger, A., Matschinger, H., Lucht, M., Angermeyer, M. (2010). *Public attitudes towards alcohol dependence*. *Psychiatrische Praxis*, 37(3), 111-118.
101. Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta M. G., Angermeyer, M. (2011). *The stigma of alcohol dependence compared with other*

- mental disorders: A review of population studies*. Alcohol and Alcoholism, 46(2), 105-112.
- 102.** Vargas, P.T., Sekaquaptewa, D., Von Hippel, W. (2007). *Armed Only with Paper and Pencil: "Low-Tech" Measures of Implicit Attitudes*. In B. Wittenbrink & N. Schwarz (Eds.), *Implicit measures of attitudes* (pp. 103-124). New York.
- 103.** Volkow, N.D., Morales, M. (2015). *The brain on drugs: From reward to addiction*. Cell. 13; 162(4):712-25. doi: 10.1016/j.cell.2015.07.046
- 104.** Watson, H., Maclaren, W., & Kerr, S. (2007). *Staff attitudes towards working with drug users: Development of the Drug Problems Perceptions Questionnaire*. Addiction, 102(2): 206-215.
- 105.** Watson, H., Maclaren W., Shaw F., Nolan A. (2003). *Measuring staff attitudes to people with drug problems: The development of a tool*. Glasgow, Scotland: Glasgow Caledonian University: 1-22.
- 106.** Weiss, M., Ramakrishna, J., Somma, D., (2007). *Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions*. Psychol Health Med. 11(3):277-87 <https://doi.org/10.1080/13548500600595053>
- 107.** Wilbanks, W. (1989). The danger in viewing addicts as victims: A critique of the disease model of addiction. *Criminal Justice Policy Review*, 3: 407-42
- 108.** World Drug Report. (2018). <http://www.unodc.org/wdr2018/en/exsum.html>
- 109.** Yang, L.H., Wong, L.Y., Grivel, M.M., Hasin, D.S. (2017). *Stigma and substance use disorders: an international phenomenon*. Current Opinion in Psychiatry. 30(5):378–388.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ (DDPPQ)

Παρακαλώ αναφέρετε πόσο πολύ συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις που αφορούν την εργασία σας με άτομα που χρησιμοποιούν νόμιμες ή παράνομες ουσίες με μη θεραπευτικό σκοπό.

- Εξήγηση διαβάθμισης :**
- 1 Συμφωνώ απόλυτα
 - 2 Συμφωνώ
 - 3 Συμφωνώ κάπως
 - 4 Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
 - 5 Διαφωνώ κάπως
 - 6 Διαφωνώ
 - 7 Διαφωνώ απόλυτα

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Ο Όρος Ναρκωτικά στο παρακάτω ερωτηματολόγιο αναφέρεται με την παλιά θεώρηση ως ουσίες που επιδρούν στο ΚΝΣ και διαθέτουν ψυχοτρόπες ιδιότητες.

Παρακαλώ κυκλώστε έναν αριθμό για κάθε απάντηση.

1. Αισθάνομαι ότι έχω εμπειρική γνώση για τα ναρκωτικά και τα σχετικά με τα ναρκωτικά προβλήματα.
1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
2. Αισθάνομαι ότι γνωρίζω αρκετά για τις επιπτώσεις της χρήσης ουσιών, ώστε να εκτελώ ολοκληρωμένα τον ρόλο μου όταν δουλεύω με χρήστες ουσιών.
1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
3. Αισθάνομαι ότι γνωρίζω αρκετά για τις σωματικές συνέπειες των ναρκωτικών, ώστε να εκτελώ ολοκληρωμένα τον ρόλο μου όταν δουλεύω με χρήστες ουσιών.
1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
4. Αισθάνομαι ότι γνωρίζω αρκετά για τις ψυχολογικές συνέπειες των ναρκωτικών, ώστε να εκτελώ ολοκληρωμένα τον ρόλο μου όταν δουλεύω με χρήστες ουσιών.
1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
5. Αισθάνομαι ότι γνωρίζω αρκετά για τους παράγοντες που θέτουν τους ανθρώπους σε κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα με τα ναρκωτικά, ώστε να εκτελώ ολοκληρωμένα τον ρόλο μου όταν δουλεύω με χρήστες ουσιών.
1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
6. Αισθάνομαι ότι γνωρίζω πώς να παρέχω μακροπρόθεσμη συμβουλευτική υποστήριξη σε χρήστες ναρκωτικών.
1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
7. Αισθάνομαι ότι μπορώ να συμβουλευσω κατάλληλα τους ασθενείς μου, για τα ναρκωτικά και τις συνέπειες αυτών .

- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
8. Αισθάνομαι ότι έχω το δικαίωμα να ρωτήσω τους ασθενείς για τη χρήση ουσιών τους, όταν είναι απαραίτητο.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
9. Αισθάνομαι ότι έχω το δικαίωμα να ρωτήσω τους ασθενείς οποιαδήποτε πληροφορία σχετίζεται με την χρήση τους.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
10. Αν ένιωθα την ανάγκη, κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου με χρήστες ναρκωτικών, θα μπορούσα εύκολα να βρω κάποιον με τον οποίο θα μπορούσα να συζητήσω οποιαδήποτε προσωπική δυσκολία θα συναντούσα.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
11. Αν ένιωθα την ανάγκη, κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου με χρήστες ναρκωτικών, θα μπορούσα εύκολα να βρω κάποιον ο οποίος θα με βοηθούσε να ξεκαθαρίσω τις επαγγελματικές μου υποχρεώσεις.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
12. Αν ένιωθα την ανάγκη θα μπορούσα εύκολα να βρω κάποιον ο οποίος θα ήταν ικανός να με βοηθήσει να καθορίσω την καλύτερη προσέγγιση σε έναν χρήστη ναρκωτικών.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
13. Αισθάνομαι ότι είναι λίγα αυτά που μπορώ να κάνω για να βοηθήσω τους χρήστες ναρκωτικών.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
14. Νιώθω ότι μπορώ να εργαστώ με χρήστες ουσιών εξίσου καλά όπως και με άλλες ομάδες ασθενών.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
15. Τελικά, μάλλον νιώθω ότι αποτυγχάνω με τους χρήστες ουσιών.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
16. Γενικότερα, έχω λιγότερη εκτίμηση για τους χρήστες ναρκωτικών συγκριτικά με τους περισσότερους από τους άλλους ασθενείς/πελάτες με τους οποίους δουλεύω.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
17. Συχνά νιώθω άβολα όταν εργάζομαι με χρήστες ουσιών.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα
18. Γενικά, μπορεί κάποιος να πάρει ικανοποίηση δουλεύοντας με χρήστες ναρκωτικών.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα

19. Γενικά, προσφέρει επιβράβευση το να δουλεύει κανείς με χρήστες ναρκωτικών.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα

20. Γενικά, αισθάνομαι ότι μπορώ να κατανοήσω τους χρήστες ναρκωτικών.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 6 7 Διαφωνώ απόλυτα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΕΘΙΣΜΟ (ΑΒΙ)

Παρακαλώ αναφέρετε πόσο πολύ διαφωνείτε η συμφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις που αφορούν τις πεποιθήσεις σας αναφορικά με τον εθισμό.

Εξήγηση διαβάθμισης : 1 Συμφωνώ απόλυτα

2 Συμφωνώ

3 Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4 Διαφωνώ κάπως

5 Διαφωνώ απόλυτα

Παρακαλώ κυκλώστε έναν αριθμό για κάθε απάντηση.

1. Ένα εξαρτημένο άτομο μπορεί να ελέγξει τη χρήση του.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

2. Οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες μπορούν να μάθουν να ελέγχουν το ποτό/τη χρήση ουσιών.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

3. Τα εξαρτημένα άτομα είναι ικανά να κάνουν χρήση οινόπνευματος/ουσιών με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

4. Η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τους αλκοολικούς/εξαρτημένους από ουσίες να μάθουν να κάνουν χρήση οινόπνευματος/ουσιών με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

5. Το πρόβλημα της εξάρτησης από οινόπνευμα ή ουσίες μπορεί μόνο να επιδεινωθεί.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

6. Η απεξάρτηση από οινόπνευμα/ουσίες είναι μια συνεχής διαδικασία που δεν τελειώνει.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

7. Για να θεραπευτούν τα εξαρτημένα άτομα πρέπει να διακόψουν τη χρήση όλων των ουσιών.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

8. Ο αλκοολισμός/εξάρτηση από ουσίες είναι ασθένεια.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

9. Οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες δεν είναι ικανοί να επιλύσουν μόνοι τους το πρόβλημα της εξάρτησης από οινόπνευμα ή ουσίες.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

10. Ένας αλκοολικός/εξαρτημένος από ουσίες πρέπει να ζητήσει τη βοήθεια κάποιου ειδικού.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

11. Ένα άτομο που βρίσκεται σε διαδικασία απεξάρτησης πρέπει να βασιστεί σε ειδικούς για βοήθεια και καθοδήγηση.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

12. Ένας αλκοολικός/εξαρτημένος από ουσίες δεν μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνος για αυτά που κάνει όταν είναι υπό την επήρεια οινόπνευματος/ουσιών.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

13. Ένας αλκοολικός/εξαρτημένος δεν ευθύνεται για το γεγονός ότι κάνει χρήση οινόπνευματος/ουσιών.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

14. Οι εξαρτημένοι από οινόπνευμα/ουσίες δεν είναι υπεύθυνοι για όσα έχουν κάνει πριν μάθουν ότι είναι εθισμένοι.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

15. Οι εξαρτημένοι από οινόπνευμα/ουσίες είναι οι κύριοι υπεύθυνοι για την απεξάρτησή τους.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

16. Μόνο οι ίδιοι οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες μπορούν να αποφασίσουν το πότε θα διακόψουν τη χρήση.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

17. Τελικά, ο εξαρτημένος(η) φέρει τη βασική ευθύνη για να διορθώσει τον εαυτό του(της).

- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα
18. Ορισμένοι άνθρωποι έχουν την προδιάθεση να γίνουν αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες από τη γέννησή τους.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα
19. Η εξάρτηση από οινόπνευμα/ουσίες είναι κληρονομική.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα
20. Τα παιδιά των αλκοολικών/εξαρτημένων από ουσίες που πίνουν ή κάνουν χρήση ουσιών θα γίνουν αλκοολικοί ή εξαρτημένοι από ουσίες.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα
21. Ένα εξαρτημένο άτομο κάνει χρήση οινόπνευματος/ουσιών για να αποφύγει προσωπικά προβλήματα.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα
22. Οι άνθρωποι κάνουν χρήση οινόπνευματος/ουσιών για να αισθανθούν καλύτερα με τον εαυτό τους.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα
23. Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν ουσίες για να μειώσουν τη θλίψη τους.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα
24. Οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες κάνουν χρήση γιατί δεν μπορούν να τα βγάλουν πέρα στη ζωή τους.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα
25. Οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες κάνουν χρήση για να ξεφύγουν από άσχημες οικογενειακές καταστάσεις.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα
26. Η κατάχρηση οινόπνευματος/ουσιών είναι σημάδι προσωπικής αδυναμίας.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα
27. Οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για την εξάρτησή τους.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα
28. Η υποτροπή (επιστροφή στις ουσίες μετά από θεραπεία) είναι προσωπική αποτυχία.
- 1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα
29. Οι αλκοολικοί/εξαρτημένοι από ουσίες αρχίζουν να πίνουν/να κάνουν χρήση επειδή το θέλουν.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

30. Για την υποτροπή ευθύνεται κυρίως ο αλκοολικός/εξαρτημένος από ουσίες.

1 Συμφωνώ απόλυτα 2 3 4 5 Διαφωνώ απόλυτα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

ΦΥΛΟ: Άνδρας Γυναίκα

ΗΛΙΚΙΑ: 20-30 31-40 41-50 51-60

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Έγγαμος Άγαμος Διαζευγμένος

ΓΟΝΕΑΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Γιατρός^① Νοσηλεύτης Ψυχολόγος Κοινωνικός λειτουργός

① Εάν στη **προηγούμενη** ερώτηση απαντήσατε **Γιατρός** συμπληρώνεται ειδικότητα :

Παθολόγος Ψυχίατρος Άλλο

ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: 0-10 11-20 21-30 31-40

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ: ΝΑΙ^① ΟΧΙ

① Εάν στη **προηγούμενη** ερώτηση απαντήσατε **ΝΑΙ** συμπληρώνεται το επίπεδο επιμόρφωσης :

Μεταπτυχιακό Σεμινάριο Άλλο

ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΦΟΡΕΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ: ΝΑΙ^② ΟΧΙ

② Εάν στη **προηγούμενη** ερώτηση απαντήσατε **ΝΑΙ** συμπληρώνεται τα έτη εργασίας;

0-10 11-20 21-30 31-40

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΠΡΙΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΛΑΒΕΤΕ ΥΠΟΨΗ ΣΑΣ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ

Το ερωτηματολόγιο αυτό στοχεύει στην καταγραφή των αντιλήψεων και πεποιθήσεων εκείνων των προσώπων που λόγω της επαγγελματικής τους δραστηριότητας έρχονται καθημερινά σε επαφή με άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών.

Το ερωτηματολόγιο είναι απόλυτα ανώνυμο: δεν περιέχει το όνομά σας ή το φορέα στον οποίο εργάζεστε. Σε καμία περίπτωση δεν θα γίνουν γνωστά στοιχεία της ταυτότητάς σας ή του επαγγελματικού σας περιβάλλοντος. Πρόκειται για ερωτηματολόγιο μέτρησης αντιλήψεων και πεποιθήσεων, το οποίο καταγράφει απόψεις, ανώνυμα.

Για να έχει επιτυχία η ερευνητική προσπάθεια είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις και με ειλικρίνεια. Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές. Παρακαλούμε να μην καταβάλλετε υπερβολικό κόπο και χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Να απαντάτε στις ερωτήσεις αυθόρμητα και χωρίς πολλή σκέψη. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Σημασία έχει η προσωπική σας γνώμη. Στο σύνολο σχεδόν του ερωτηματολογίου σημειώνετε την απάντησή σας κυκλώνοντας έναν αριθμό που αντιπροσωπεύει την απάντησή σας. Αν υπάρχει ερώτηση στην οποία για οποιοδήποτε λόγο δεν επιθυμείτε να απαντήσετε, τότε αφήστε τη κενή.

Η έρευνα γίνεται στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών "Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων-Εξαρτησιολογίας" της Ιατρικής σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Σκοπός είναι η ανάδειξη των απόψεων των εργαζομένων απέναντι στα άτομα που χρησιμοποιούν ψυχοδραστικές ουσίες. Η συμβολή σας με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι σημαντική για τη διεξαγωγή και ολοκλήρωση της έρευνάς μου.

Διάβασα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

