



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ - ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΛΟΓΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Προσαρμογή του Ερωτηματολογίου

Australian Treatment Outcomes Profile – ATOP:

Ένα Χρήσιμο Εργαλείο για τα Θεραπευτικά Προγράμματα

Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων στην Ελλάδα

Κωνσταντίνος Κοκκώλης, Ψυχίατρος (Α.Μ.: 20170984)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

- Δρ. Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

- Δρ. Μαλλιώρα Μινέρβα-Μένη, Ομότιμη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ
- Dr. Nick Lintzeris, Conjoint Professor, University of Sydney School of Medicine

Ιανουάριος 2020

Προσαρμογή του Ερωτηματολογίου Australian Treatment Outcomes Profile – ATOP:

Ένα Χρήσιμο Εργαλείο για τα

Θεραπευτικά Προγράμματα Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων στην Ελλάδα

Υπό: Κωνσταντίνου Κοκκώλη (Α.Μ.: 20170984)

Διπλωματική εργασία, η οποία υποβλήθηκε στην

Ιατρική Σχολή Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

ως μερική εκπλήρωση υποχρεώσεων για την απονομή

του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

«Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων- Εξαρτησιολογία»

Ιανουάριος 2020

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του μεταπτυχιακού φοιτητή Κωνσταντίνου Κοκκώλη, ο οποίος την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΚΠΑ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της μελέτης είναι η πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου «Australian Treatment Outcomes Profile»- ATOP, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση της προόδου του θεραπευτικού αποτελέσματος στα θεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης εξαρτήσεων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Το ερωτηματολόγιο ATOP μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα Ελληνικά δεδομένα από τον ερευνητή και διεπιστημονική ομάδα εμπειρογνομόνων, με τη συνδρομή ομάδων εστίασης από κλινικούς και ωφελούμενους, μετονομαζόμενο σε «Ελληνικό Προφίλ Έκβασης Θεραπείας (Hellenic Treatment Outcomes Profile) - ΗΤΟΡ». Το ΗΤΟΡ χορηγήθηκε σε 147 ωφελούμενους από 14 διαφορετικές θεραπευτικές μονάδες της Αττικής. Διαπιστώθηκε πως χαρακτηρίζεται από μέτρια συγκλίνουσα εγκυρότητα ως προς τα ερωτήματα αξιολόγησης της ψυχικής και σωματικής υγείας και της ποιότητας ζωής, αλλά ισχυρή ως προς τις συνολικές ημέρες χρήσης αλκοόλ και την ενέσιμη χρήση, μέσω σύγκρισης με τα ερωτηματολόγια SF-36, AUDIT-c, WHO-QOL-BREF και EuroASI, καθώς και από σημαντική ταυτόχρονη εγκυρότητα για όλες τις ουσίες, ικανοποιητική για την αμφεταμίνη αλλά ισχνή για τα άλλα οπιοειδή, μέσω σύγκρισης με τοξικολογικό έλεγχο ούρων. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας είναι αποδεκτή. Η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών είναι σχεδόν πλήρης για το αλκοόλ, την κάνναβη, τις βενζοδιαζεπίνες, την ηρωίνη, την κοκαΐνη και τον καπνό, την αστεγία, τη συγκατοίκηση με παιδί και τη συμμετοχή σε βία ως θύτης, πλήρης για τις αμφεταμίνες, σημαντική για τις άλλες ουσίες και τη σύλληψη, μέτρια για τα άλλα οπιοειδή και τη συμμετοχή σε βία ως θύμα, αλλά χαμηλή στην έξωση, προκειμένου για τις διχοτομικές μεταβλητές. Ως προς τις διατάξιμες μεταβλητές η συμφωνία είναι εξαιρετική για το αλκοόλ, την κάνναβη, τις βενζοδιαζεπίνες, την ηρωίνη, την κοκαΐνη, τον καπνό, την ενέσιμη χρήση και την εργασία, καλή για τις αμφεταμίνες, τις άλλες ουσίες, την ψυχική υγεία, τη σωματική υγεία και την ποιότητα ζωής και κακή για τα άλλα οπιοειδή, την εκπαίδευση και την άσκηση. Τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα με των ερωτηματολογίων ATOP και TOP της Αγγλίας, της Χιλής και της Κίνας. Απαιτείται περισσότερη έρευνα σε ευρύτερους πληθυσμούς θεραπευτικών προγραμμάτων και εκτίμηση της ευαισθησίας στην αλλαγή, αλλά φαίνεται πως το ερωτηματολόγιο ΗΤΟΡ είναι έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο και δύναται να χρησιμοποιηθεί από τα θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στην καθημερινή κλινική πρακτική.

Λέξεις κλειδιά: παρακολούθηση προόδου θεραπευτικού αποτελέσματος, θεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης εξαρτήσεων, πολιτισμική προσαρμογή, διεπιστημονική ομάδα εμπειρογνομόνων, ομάδες εστίασης, Προφίλ Έκβασης Θεραπείας, ATOP, ΗΤΟΡ

ABSTRACT

The purpose of this study is to adapt the Australian Treatment Outcomes Profile - ATOP questionnaire to be used for clinical outcome monitoring in the addiction treatment programs of O.KA.NA.. The ATOP questionnaire was translated and adapted into the Greek language, conditions and realities, by the researcher and a multidisciplinary expert panel, with the assistance of focus groups of clinicians and clients, and the product was renamed to "Hellenic Treatment Outcomes Profile" - HTOP. HTOP was administered to 147 beneficiaries from 14 different treatment units in Attica. Findings suggest a moderate convergent validity on mental and physical health and quality of life assessment questions, but strong on total alcohol use and injecting days, compared to SF-36, AUDIT-c, WHO-QOL-BREF and EuropASI, as well as substantial concurrent validity for all substances, fair for amphetamine and slight for other opioids, compared to urine screen testing. Internal consistency reliability is acceptable. Interrater reliability is almost perfect for alcohol, cannabis, benzodiazepines, heroin, cocaine and tobacco, homelessness, child-rearing and violence as a perpetrator, perfect for amphetamines, substantial for other substances and arrest, moderate for other opioids and participation in violence as a victim, but fair for eviction, regarding dichotomous variables. In terms of ordinal variables, agreement is excellent for alcohol, cannabis, benzodiazepines, heroin, cocaine, tobacco, injectable use and work, good for amphetamines, other substances, mental health, physical health and quality of life and poor for other opioids, education and exercise. The results are comparable to those of the ATOP and TOP questionnaires of England, Chile and China. More research is needed on broader therapeutic programs populations, together with assessment of the sensitivity to change, but the HTOP questionnaire appears to be a valid and reliable tool and can be used by O.KA.NA. in routine clinical practice.

Keywords: clinical outcome monitoring, addiction treatment programs, cultural adaptation, multidisciplinary expert panel, focus groups, Treatment Outcomes Profile, ATOP, HTOP

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή Δρ. Θωμά Παπαρρηγόπουλο, Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, καθώς και τα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής Δρ. Μινέρβα-Μένη Μαλλιάρη, Ομότιμη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ και Dr. Nick Lintzeris, Conjoint Professor, University of Sydney School of Medicine, για όλα όσα μου έχουν προσφέρει επί πολλά έτη ως Πανεπιστημιακοί και φυσικοί δάσκαλοι αλλά και, κατά περίπτωση, ως προϊστάμενοι, συνάδελφοι και συνεργάτες, καθώς και για τον ρόλο τους στην εκπόνηση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Επίσης, ευγνωμονώ τα μέλη της Διεπιστημονικής Ομάδας Εμπειρογνομόνων Δρ. Καρακούλα Παρασκευή, Κλινική Ψυχολόγο, MSc, PhD, Δρ. Κίτσιου Αγγελική, Κοινωνιολόγο-Εγκληματολόγο, MSc, PhD, κο Κουκίδη Μάνο, Κοινωνιολόγο- Εγκληματολόγο MSc, Δρ. Τσατσαρώνη Χαρίκλεια, Ψυχολόγο-Θεραπεύτρια, MSc, EdM, PhD και Δρ. Φραγκούλη Αποστολία, MSc, PhD, Νοσηλεύτρια-Ερευνήτρια, καθώς και τους συναδέλφους κα Βλάχου Γεωργία, Κοινωνική Λειτουργό, κα Δανούση Παρασκευή, MSc, Νοσηλεύτρια και κο Κολιό Γεώργιο, MSc, Ψυχολόγο για τον ενθουσιώδη, θεμελιώδη, εργώδη και ποικίλο ρόλο τους στον σχεδιασμό και την υλοποίηση της έρευνας αυτής.

Επιπλέον, ευχαριστώ εκ βαθέων όλους τους συμμετέχοντες ωφελούμενους του Ο.ΚΑ.ΝΑ. οι οποίοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια ή/και ανατροφοδότησαν με πληροφορία, καθώς και όλους τους ανθρώπους οι οποίοι ταλανίζονται, μαζί με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής τους, από διάφορα είδη και διάφορους συνδυασμούς εθισμών και εξαρτήσεων, αδυνατώντας να απολαύσουν το πλήρες δυναμικό του ανθρώπινου βίου και να γνωρίσουν όλο το εύρος της ανθρώπινης δραστηριότητας. Σε αυτούς και αφιερώνω την εργασία αυτή και το προϊόν της.

Τέλος, δεν υπάρχει καλό στη ζωή μου για το οποίο να μην οφείλω απεριόριστη ευγνωμοσύνη και τις πλέον ειλικρινείς ευχαριστίες στα πολυαγαπημένα μου παιδιά, Ελένη και Γιώργο και, ιδίως, στην ανεκτίμητη σύζυγό μου, Κατερίνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	x
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	xi
1. Εισαγωγή	1
1.1. Παρακολούθηση προόδου θεραπευτικού αποτελέσματος (Clinical Outcome Monitoring)	1
1.2. Εργαλεία παρακολούθησης προόδου του θεραπευτικού αποτελέσματος	3
1.2.1. Το ερωτηματολόγιο EuroASI.....	5
1.2.2. Άλλα εργαλεία παρακολούθησης προόδου του θεραπευτικού αποτελέσματος	6
1.3. Η ανάγκη για ένα νέο, προσαρμοσμένο στις Ελληνικές συνθήκες, εργαλείο	10
2. Το ερωτηματολόγιο «Australian Treatment Outcomes Profile»- ATOP	12
2.1. Περιγραφή του ερωτηματολογίου ATOP	12
2.2. Αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ATOP	16
2.3. Άλλες εκδοχές του ερωτηματολογίου ATOP	17
3. Σκοπός της διπλωματικής εργασίας	20
4. Μεθοδολογία	23
4.1. Έγκριση μετάφρασης και προσαρμογής	23
4.2. Μετάφραση προς τα εμπρός (Forward Translation)	23
4.3. Διεπιστημονική Ομάδα Εμπειρογνομόνων (Multidisciplinary Expert Panel)	24
4.4. Ανάδρομη μετάφραση (Backward Translation)	25
4.5. Ομάδες Εστίασης Κλινικών (Focus Groups of Clinicians)	26
4.6. Δομημένες Ατομικές Συνεντεύξεις, Προέλεγχος (Pre-test) και Ομάδες Εστίασης Ωφελουμένων (Focus Groups of Clients)	26
4.7. Το Ελληνικό Προφίλ Έκβασης Θεραπείας (Hellenic Treatment Outcomes Profile - HTOP) ..	29

4.7.1. Περιγραφή του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ	29
4.7.2. Διαφοροποιήσεις του ΗΤΟΡ από το ΑΤΟΡ	33
4.7.3. Τυποποίηση διαδικασίας χορήγησης και βαθμολόγησης - προσομοιώσεις χορήγησης του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ	37
4.8. Έλεγχος Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας (Validity and Reliability Test)	37
4.8.1. Δειγματοληψία	38
4.8.2. Διασταύρωση ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ με σταθμισμένα ερωτηματολόγια και αποτελέσματα τοξικολογικού ελέγχου ούρων	43
5. Αποτελέσματα	53
5.1. Εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) και Εγκυρότητα όψης (face validity)	53
5.2. Συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity)	54
5.3. Ταυτόχρονη εγκυρότητα (concurrent validity)	57
5.4. Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability)	60
5.5. Αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών (inter-raters reliability)	61
6. Συζήτηση	68
6.1. Σύνοψη των αποτελεσμάτων και σύγκριση με άλλα ερωτηματολόγια ΤΟΡ	68
6.1.1. Σύγκριση συγκλίνουσας εγκυρότητας	69
6.1.2. Σύγκριση ταυτόχρονης εγκυρότητας	71
6.1.2. Σύγκριση αξιοπιστίας μεταξύ βαθμολογητών	74
6.2. Περιορισμοί της έρευνας	80
6.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	82
6.4. Κλινικές εφαρμογές του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ	85
Βιβλιογραφία	87

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτηματολόγιο ΑΤΟΡ, v4, 2013	113
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Standard Drinks Kit, New South Wales State Library	115
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Εξώφυλλο ΑΤΟΡ Manual for ΑΤΟΡ v4, June 2013	116
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ: Ερωτηματολόγιο ΤΟΡ, v.2.0, Public Health England	117
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε: Ερωτηματολόγιο ΑΔΟΜ (Νέα Ζηλανδία).....	117
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ: Ερωτηματολόγιο ΤΟΡ, Perfil de Resultados de Tratamiento (Χιλή).....	122
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ: «Ενδείξεις και Κριτήρια Μετάβασης σε Επόμενη Φάση Θεραπείας»,	124
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Η: Ανάδρομη Μετάφραση Ερωτηματολογίου ΑΤΟΡ	128
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Θ: Ερωτηματολόγιο ΗΤΟΡ, v1, 2019	130
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Σύντομος Οδηγός Αναφοράς ΗΤΟΡ, v1, 2019	131
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΑ: MOS 36-Item Short-Form Health Survey- SF- 36.....	132
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΒ: Alcohol Use Disorders Identification Test- AUDIT.....	134
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΓ: WHO-QOL-BREF.....	135
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΔ: EuroASI.....	138
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΕ: Έντυπο Ενημέρωσης	140
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΣΤ: Έντυπο Συγκατάθεσης	142
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΖ: Αίτημα για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας ΑΠ:24241/18.06.19.....	145
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΗ: Έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας ΑΠ:24442/19.06.19	147

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΣΕΛΙΔΑ

Πίνακας 1 Κατανομή των Φάσεων Θεραπείας του Δείγματος	41
Πίνακας 2 Κατανομή του Δείγματος κατά Φύλο και Ηλικιακές Ομάδες	42
Πίνακας 3 Συσχετίσεις ΗΤΟΡ με Σταθμισμένα Ερωτηματολόγια	49
Πίνακας 4 Ερμηνεία του Συντελεστή Συσχέτισης Spearman ρ (rho) κατά Dancey & Reidy (2017) και κατά Chan (2003)	55
Πίνακας 5 Συγκλίνουσα Εγκυρότητα του Ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ	56
Πίνακας 6 Ερμηνεία του Συντελεστή Cohen's κ (kappa) κατά Viera & Garrett (2005)	57
Πίνακας 7 Ταυτόχρονη Εγκυρότητα του Ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ	59
Πίνακας 8 Ερμηνεία του Συντελεστή Intraclass Correlation Coefficient (ICC) κατά Cicchetti (1994)	61
Πίνακας 9 Ερμηνεία του Συντελεστή Intraclass Correlation Coefficient (ICC) κατά Koo and Li (2016)	61
Πίνακας 10 Ερμηνεία του Συντελεστή Cohen's κ . κατά Viera & Garrett (2005)	62
Πίνακας 11 Αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ	65
Πίνακας 12 Συγκρίσεις συγκλίνουσας εγκυρότητας	71
Πίνακας 13 Συγκρίσεις ταυτόχρονης εγκυρότητας	74
Πίνακας 14 Συγκρίσεις αξιοπιστίας μεταξύ βαθμολογητών	80

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΣΕΛΙΔΑ

Διάγραμμα 1. Κατανομή των φάσεων θεραπείας του δείγματος	42
--	----

1. Εισαγωγή

1.1. Παρακολούθηση προόδου θεραπευτικού αποτελέσματος (Clinical Outcome Monitoring)

Παρακολούθηση της προόδου του θεραπευτικού αποτελέσματος (Clinical Outcome Monitoring, COM) στις υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων αντιμετώπισης των διαταραχών χρήσης ουσιών, ονομάζεται η περιοδική μέτρηση των πληροφοριών, των συμπτωμάτων, των συμπεριφορών και/ή των πρακτικών που το πρόγραμμα, ή η κάθε συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση, προτίθεται να αλλάξει (Barden-O'Fallon & Mandal, 2014). Η μέτρηση αυτή διενεργείται με τη χρήση προαποφασισμένων δεικτών, οι οποίοι εκτιμώνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, αποτυπώνοντας την απάντηση των εξυπηρετούμενων σε μία ή περισσότερες από τις υλοποιούμενες παρεμβάσεις (Fromme, Rubin & Lyle, 1992; Teesson, Clement, Copeland, Conroy & Reid, 2000; Mainz, 2003; Overington & Ionita, 2012).

Η παρακολούθηση αυτή ενδέχεται να συνεισφέρει στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων όπως αυτές υλοποιούνται στην πράξη (Affholter, 1994). Η εκτίμηση αυτή δύναται, με τη σειρά της, να προσφέρει γνώση για την απόδοση των θεραπευτικών προγραμμάτων, έτσι ώστε η διεύθυνση και το προσωπικό αυτών, μαθαίνοντας για το τι αποδίδει και το τι όχι, να μπορούν να βελτιώνουν διαρκώς τις προσφερόμενες θεραπευτικές υπηρεσίες, ενώ παράλληλα η πολιτεία και το κοινό δύνανται με τον τρόπο αυτό να πληροφορούνται για την αξία των χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών, στο πλαίσιο μιας διαδικασίας συνεχούς ποιοτικής βελτίωσης (Hunt, Hunter & Levan, 2017). Η ζήτηση μάλιστα για τέτοια συστηματικά δεδομένα σχετικά με την απόδοση των δημόσιων και των μη κερδοσκοπικών προγραμμάτων συνεχίζει να αυξάνεται σε ολόκληρο τον κόσμο, με την παροχή τέτοιων δεδομένων σπανίως να ανταποκρίνεται στο επίπεδο της ζήτησης, ενώ και η ποικιλομορφία των παρόχων αυτών των δεδομένων εξακολουθεί επίσης να αυξάνεται, καθιστώντας δυσχερείς τις σχετικές συγκρίσεις (Newcomer, Hatry & Wholey, 2015).

Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί πως, ενώ ο βασικός σκοπός της παρακολούθησης των αποτελεσμάτων της θεραπείας είναι να παρέχεται τακτική, έγκαιρη πληροφόρηση προς τους

διαχειριστές του προγράμματος για την πρόοδο της επίτευξης των στόχων που έχουν τεθεί, δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί από μόνη της ως μέθοδος μέτρησης του άμεσου αποτελέσματος του προγράμματος, καθώς αποτυπώνει μεν τις προσδοκώμενες αλλαγές στον πληθυσμό-στόχο, αλλά δεν εξασφαλίζει πως οι αλλαγές αυτές οφείλονται στο πρόγραμμα και τις παρεμβάσεις που προηγήθηκαν (Barden-O'Fallon & Mandal, 2014), μη υποκαθιστώντας ως προς αυτήν την ιδιότητα τις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές ή RCTs (Bothwell & Podolsky, 2016). Άλλες τεχνικές, όπως η «συγκομιδή αποτελεσμάτων» (outcomes harvesting, σύμφωνα με τον Wilson-Grau, 2015), υπόσχονται καλύτερη προσέγγιση της σχέσης αιτίου- αποτελέσματος, χωρίς ωστόσο ακόμη να υπάρχει επαρκής σχετική βιβλιογραφία. Διατυπώνονται επίσης επιφυλάξεις από άλλους συγγραφείς (Savic & Fomiatti, 2016), για το κατά πόσον η εν γένει ποσοτικοποίηση της πληροφορίας αλλοιώνει τα ποιοτικά χαρακτηριστικά αυτής.

Τα γεγονότα αυτά ελάχιστα ελαττώνουν για ένα θεραπευτικό πρόγραμμα την αξία της παρακολούθησης του αποτελέσματος, καθώς αυτή δύναται να έχει και σπουδαία χρησιμότητα στην καθημερινή κλινική πρακτική (routine clinical practice), ως προς την ανατροφοδότηση κλινικών και εξυπηρετούμενων με πληροφορίες και ως προς την πορεία υλοποίησης του θεραπευτικού πλάνου ενός εκάστου εκ των ωφελουμένων, ιδίως όταν εφαρμόζονται πρωτόκολλα φάσεων θεραπείας (Hoffman & Moolchan, 1994; Center for Substance Abuse Treatment, 2005; Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, 2012). Εκεί εκτιμάται η συνολική πρόοδος στην πορεία του κάθε ωφελουμένου, ώστε να καταγραφούν εξατομικευμένα οι ανάγκες και να σχεδιαστούν τα επόμενα βήματα της θεραπείας και της φροντίδας, ασχέτως με το εάν αυτή η πρόοδος οφείλεται στη θεραπεία καθ' εαυτή ή σε άλλους παράγοντες (Ling, Farabee, Liepa, & Wu, 2012).

Εκτός των πιθανών της ρόλων στην ενημέρωση εργαζομένων και ωφελουμένων, στην εξατομίκευση του θεραπευτικού πλάνου, την ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών, την αξιολόγηση και την παρακολούθηση της απόδοσης των υπηρεσιών, η παρακολούθηση της προόδου του θεραπευτικού αποτελέσματος μπορεί να αποδειχθεί και ένα χρήσιμο ερευνητικό εργαλείο (Hickie,

Andrews & Davenport, 2002; Teruya, Hardy, Hser & Evans 2006; Lawrinson, Roche, & Copeland 2009; Overington & Ionita 2012).

Τα τελευταία έτη η παρακολούθηση του θεραπευτικού αποτελέσματος, μέσω αυτο-αναφερόμενων δεικτών υγείας και ευεξίας, καθίσταται προοδευτικά ο κανόνας στους χώρους της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας (Chang, 2007; Marsden & Stillwell, 2008; 2012, DuPont, 2014; Costello, Ropp, Sousa, Woo, Vedelago & Rush, 2016; Boswell, Constantino, Kraus, Bugatti & Oswald, 2016; Public Health England, 2018) και τα σχετικά δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιούνται για την υποστήριξη των βασισμένων σε αποδεικτικά στοιχεία πρακτικών, για την βελτίωση της ποιότητας και της σχέσης κόστους/αποτελέσματος και τη λήψη αποφάσεων βάσει απτών και μετρήσιμων αλλαγών (Delgadillo, Payne, Gilbody & Godfrey, 2013). Η παρακολούθηση ενδέχεται να είναι εφικτή και μέσω καινοτόμων μεθόδων, όπως είναι η χρήση υπολογιστή και η διενέργεια της συνέντευξης στο κοινοτικό φαρμακείο (Nielsen et al., 2019). Η δε άμεση εμπλοκή του ωφελουμένου στην όλη διαδικασία, μέσω αυτο-αναφοράς και αυτο-αξιολόγησης, θεωρείται μεγάλης σημασίας και αποτελεί τη σύγχρονη τάση (Orford, 2008; Alves, Sales & Ashworth, 2013; Melnick, 2019).

1.2. Εργαλεία παρακολούθησης προόδου του θεραπευτικού αποτελέσματος

Σύμφωνα με τους Goodman, McKay, & DePhilippis (2013), αν και η παρακολούθηση του θεραπευτικού αποτελέσματος αποτελεί μια συνήθη πρακτική για πολλές ιατρικές καταστάσεις, οι κλινικοί της ψυχικής υγείας και, ιδίως, του χώρου των εξαρτήσεων, την υιοθετούν με βραδείς ρυθμούς, βασιζόμενοι κυρίως σε εκτιμήσεις που βασίζονται στην προσέλευση για θεραπεία και τον τοξικολογικό έλεγχο ούρων. Σύμφωνα με το ίδιο άρθρο, η παρακολούθηση της προόδου της θεραπείας (progress monitoring), μέσω και άλλων δεικτών, ενέχει τη δυνατότητα σημαντικής βελτίωσης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και οι μέχρι το έτος 2013 μετα-αναλύσεις κατέδειξαν πως ο έλεγχος της θεραπευτικής προόδου βελτίωσε σημαντικά το αποτέλεσμα των θεραπειών ψυχικής υγείας και πως απαιτείται περισσότερη έρευνα και υιοθέτηση τέτοιων μεθόδων στη θεραπεία των διαταραχών χρήσης ουσιών. Σύμφωνα με τον Arnevik (2016), ένα

επιτυχημένο εργαλείο παρακολούθησης της προόδου θα πρέπει να εξισορροπεί την ευκολία χορήγησης, προκειμένου να επιτρέπει την τακτική χρήση, με την περιεκτικότητα, προκειμένου να συλλαμβάνει πολλούς τομείς οι οποίοι έχουν κλινική σημασία. Τα ερωτήματα θα πρέπει να ανταποκρίνονται σε κατασκευές μεταβλητών οι οποίες συνδέονται με τα προβλήματα των ωφελουμένων, καθώς και να παρέχουν ένα «στιγμιότυπο» που απεικονίζει την πραγματική κατάσταση του ωφελούμενου και να δημιουργούν μια αθροιστική καταγραφή της προόδου του ωφελούμενου στην πορεία του χρόνου. Τέλος, το εργαλείο θα πρέπει να διαθέτει μια διεπαφή χρήστη (user interface) η οποία να είναι κατάλληλη για τον συγκεκριμένο πληθυσμό ωφελουμένων.

Για την τακτική ή περιοδική παρακολούθηση της προόδου του θεραπευτικού αποτελέσματος (routine outcome monitoring ή ROM, Roe, Drake & Slade 2015) σε υπηρεσίες αντιμετώπισης των διαταραχών χρήσης ουσιών έχουν αναπτυχθεί μέχρι στιγμής διάφορα ειδικά εργαλεία τα οποία επιτρέπουν την εκτίμηση της αρχικής κατάστασης κατά την εισαγωγή σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα και ακολούθως την τακτική παρακολούθηση του θεραπευτικού αποτελέσματος κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά το πέρας ή τη διακοπή αυτής (ROM feedback, σύμφωνα με τους Carlier, Meuldijk, van Vliet, van Fenema & van der Wee, 2012). Η μεταβολή των επιλεγμένων δεικτών από την αρχική κατάσταση, τόσο σε σύγκριση με ένα σημείο αποκοπής για τον κάθε δείκτη, το οποίο αντιστοιχεί στη «φυσιολογική» κατάσταση, όσο και εκφρασμένη ως ρυθμός ή τάση αλλαγής, δύναται να καταδειξεί τη θεραπευτική βελτίωση ή τη στασιμότητα είτε ακόμη και την επιδείνωση (Carlier & van Eeden, 2017), ενώ οι πληροφορίες αυτές ενδέχεται να έχουν και κλινική χρησιμότητα (Tasma, Swart, Wolters, Liemburg & Bruggeman, 2016). Στους δείκτες αυτούς μπορεί να συμπεριλαμβάνονται τόσο αυτο-αναφορές εκ μέρους των ωφελουμένων σε σχέση με τα συμπτώματα, τη λειτουργικότητα, την υγεία και/ή την ποιότητα ζωής (patient reported outcome measures ή PROM), όσο και εκτιμώμενοι από τον κλινικό δείκτες (Kendrick et al., 2016).

1.2.1. Το ερωτηματολόγιο EuropASI

Ένα τέτοιο εργαλείο είναι το ερωτηματολόγιο -ή διαγνωστική συνέντευξη- «Addiction Severity Index»- ASI (McLellan, Luborsky, O'Brien & Woody, 1980) το οποίο είναι από τα παλαιότερα που αναπτύχθηκαν και από τα πλέον διαδεδομένα. Η Ευρωπαϊκή έκδοση του ASI, γνωστή ως «European Addiction Severity Index»- EuropASI (Kokkevi & Hartgers, 1995), η οποία βασίζεται στην 5^η έκδοση του ερωτηματολογίου «Addiction Severity Index»- ASI (McLellan et al., 1992), χρησιμοποιείται μεταφρασμένη στα θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. από ετών (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας & Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία- ΕΠΙΨΥ & ΕΚΤΕΠΝ, 1996).

Ωστόσο, σύμφωνα με την εμπειρία μας στα θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ., το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώνεται συνήθως άπαξ, δηλαδή μόνο κατά την εισαγωγή του ωφελουμένου στο πρόγραμμα, ώστε να είναι αδύνατη η εκτίμηση της κλινικής πορείας και της έκβασης της θεραπείας αφού αποτυπώνεται μεν η αρχική κατάσταση αλλά όχι και κάποιες από τις επόμενες, καθιστώντας τη σύγκριση ανέφικτη. Πέραν αυτού δεν είναι σπάνιο τα ερωτηματολόγια να περιέχουν πολλά λάθη ή παραλείψεις ή και να μην ανευρίσκονται αντίτυπά τους στον Φάκελο Ασθενούς για οποιονδήποτε λόγο, όπως φάνηκε κατά την προσπάθεια αναδρομικής χρήσης τους σε πρόσφατη έρευνα (Βαλμά, 2018).

Πέραν των εγγενών προβλημάτων του ερωτηματολογίου (Wertz, Cleaveland, & Stephens, 1995; McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon & Carise, 2006), τα οποία επέβαλλαν σε ορισμένες περιπτώσεις τροποποιημένες εκδοχές όπως το mASI (Denis et al, 2016), τα ειδικά χαρακτηριστικά των θεραπευτικών προγραμμάτων του Ο.ΚΑ.ΝΑ., ιδίως εκείνα που σχετίζονται με θέματα εκπαίδευσης και αξιοποίησης του εργασιακού χρόνου, μπορεί να συνευθύνονται επίσης για το φαινόμενο αυτό· σε όλες τις εκδοχές του το ερωτηματολόγιο είναι μακροσκελές (6-15 σελίδες) και απαιτούνται τουλάχιστον 30-60' για να συμπληρωθεί από ένα άτομο που έχει λάβει κατάλληλη εκπαίδευση (Blacken et al., 1994; ΕΠΙΨΥ & ΕΚΤΕΠΝ, 1996), η οποία όμως εκπαίδευση (από το ΕΚΤΕΠΝ) δεν είναι διαθέσιμη στη χώρα μας εδώ και πολλά έτη, με

αποτελέσμα η πλειοψηφία των εργαζομένων οι οποίοι προσελήφθησαν μετά το έτος 2008 να μην έχει εκπαιδευτεί στη χρήση του, ενώ δεν υπάρχει και σταθερό πανελλαδικό σύστημα συλλογής ή παρακολούθησης για την ορθή συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Μάλιστα, εξαιρουμένων των πόλεων των Αθηνών και της Θεσσαλονίκης, κατά κανόνα οι εργαζόμενοι των άλλων περιοχών της Ελλάδας ουδέποτε εκπαιδεύτηκαν και το ερωτηματολόγιο δεν συμπληρώνεται, σύμφωνα με το Τμήμα Υποστήριξης και Τεκμηρίωσης του Ο.ΚΑ.ΝΑ.. Ως εκ τούτων, το εργαλείο αυτό δεν δύναται να καλύψει τις ανάγκες αποτύπωσης της θεραπευτικής πορείας των ωφελουμένων του Ο.ΚΑ.ΝΑ, τόσο σε ατομικό, όσο και σε συστημικό επίπεδο. Σε αντιδιαστολή, το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων αναφέρει πως «Η έκβαση της πορείας όσων συμμετέχουν στα θεραπευτικά προγράμματα παρακολουθείται σε διάστημα 12 και 24 μηνών από την εισαγωγή στο πρόγραμμα σε όλα τα πεδία που προτείνονται από το EuroASI, καθώς και στα πρόσθετα πεδία: Θέματα που αφορούν την οικογένεια, εκπαίδευση και/ή αλλαγές στην επαγγελματική κατάρτιση, ψυχολογικές αλλαγές, αλλαγές σε θέματα υγείας, νομικά ζητήματα», χωρίς να διευκρινίζεται εάν για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιείται το EuroASI ή κάποιο άλλο εργαλείο (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων, 2019).

1.2.2. Άλλα εργαλεία παρακολούθησης προόδου του θεραπευτικού αποτελέσματος

Παρόμοια προβλήματα με των ASI/EuroASI χαρακτηρίζουν και άλλα εργαλεία τα οποία δεν έχουν σταθμιστεί για τη χώρα μας και, ως εκ τούτου, δεν χρησιμοποιούνται από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. και τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας. Τέτοια είναι το «Opiate Treatment Index»- OTI (Darke, Hall, Wodak, Heather, & Ward, 1992), το οποίο απαιτεί 20-40' για να συμπληρωθεί και το «Maudsley Addiction Profile»- MAP (Marsden et al., 1998), το οποίο απαιτεί 12-25' για να συμπληρωθεί και άλλα 5' για την βαθμολόγησή του.

Βραχύτερες κλίμακες έχουν αναπτυχθεί ειδικά για τα προγράμματα υποκατάστασης, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της πολυπλοκότητας των προαναφερθέντων εργαλείων και των μεγάλων χρόνων συμπλήρωσης, οι οποίοι, εκτός από την επιφόρτιση του προσωπικού, μπορεί να είναι επαχθείς και για τους ωφελούμενους. Τέτοιες είναι η «Severity of

Opiate Dependence Scale»- SDS (Gossop et al., 1995), η «Leeds Dependence Questionnaire»- LDQ (Raistrick, Bradshaw, Tober, Weiner, Allison, & Healey, 1994), η «Brief Treatment Outcome Measure»- BTOM (Lawrinson, Gerber, Copeland, & Indig, 2003, Lawrinson, Copeland, & Indig, 2005) και η «Brief Addiction Monitor»- BAM (Cacciola et al., 2013), αλλά είτε η πληροφόρηση που δίδουν οι κλίμακες αυτές είναι περιορισμένη και ελλιπής, είτε αυτές είναι πολυσέλιδες, όπως ισχύει για την πληρέστερη εξ αυτών, τη BTOM, η οποία απαιτεί 10-20' για να συμπληρωθεί. Παράγωγη της BTOM είναι η εξειδικευμένη στο αλκοόλ «Australian Alcohol Treatment Outcome Measure»- AATOM-C (Simpson, Lawrinson, Copeland & Gates, 2007; 2009).

Άλλα σχετικά εργαλεία είναι το ερωτηματολόγιο «Health of the Nation Outcome Scale»- HoNOS (Wing, Beever, Curtis, Park, Hadden & Burns 1998), το οποίο χαρακτηρίζεται από αμφισβητήσιμη αξιοπιστία και εγκυρότητα (Brooks, 2000), το «Global Appraisal of Individual Needs»- GAIN (Dennis, White, Titus, & Unsicker, 2006) το οποίο απαιτεί 60-120' για να συμπληρωθεί, καθώς και το «Indigenous Risk Impact Screen»- IRIS (Ober & Schlesinger, 2005), το οποίο όμως είναι ακατάλληλο για χρήση σε άλλους πληθυσμούς πέραν των Αυστραλών Αβορίγιων για τους οποίους είναι εξειδικευμένο.

Εκτός των προαναφερθέντων εργαλείων *αρχικής εξέτασης, σφαιρικής αξιολόγησης και παρακολούθησης του θεραπευτικού αποτελέσματος*, χρησιμοποιούνται, περισσότερο ή λιγότερο εκτεταμένα και άλλα εργαλεία, τα οποία μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες (Deady, 2009):

A) *Μέτρησης της γενικής κατάστασης της υγείας και της λειτουργικότητας*, όπως τα Short-Form Health Survey- SF-36 & SF-12 (Ware, Kosinski, & Keller, 1996; Ware & Sherbourne, 1992), Children's Global Assessment Scale- CGAS (Endicott, Spitzer, Fliess, & Cohen, 1976), Global Assessment of Functioning Scale- GAF (Endicott et al., 1976), Life Skills Profile- LSP (Rosen, Hadzi-Pavlovic, & Parker, 1989), Camberwell Assessment of Need- CAN (Phelan et al., 1993), Strengths & Difficulties Questionnaire- SDQ (Goodman, 1997), World Health

Organisation Disability Assessment Schedule II- WHODAS II (Andrews, 2008), World Health Organisation Quality of Life-BREF- WHOQoL-BREF) (Murphy, Herrman, Hawthorne, Pinzone, & Evert, 2000).

B) *Ανίχνευσης, αξιολόγησης και μέτρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος γενικής ψυχικής υγείας*, όπως τα Kessler Psychological Distress Scale- K10 & K6 (Kessler, 1996), General Health Questionnaire- GHQ (Goldberg & Williams, 1988), Symptom Checklist-90-Revised- SCL-90-R (Derogatis, 1994), Brief Psychiatric Rating Scale- BPRS, PsyCheck (Overall & Gorham, 1962), Depression Anxiety Stress Scales- DASS (Lovibond & Lovibond, 1995), Mental Health Inventory- MHI (Veit & Ware, 1983), Behaviour and Symptom Identification Scale 32- BASIS-32® (Eisen, Dill, & Grob, 1994; Eisen, Grob, & Klein, 1986).

Γ) *Εκτίμησης ειδικών καταστάσεων της ψυχικής υγείας* όπως τα Psychosis Screener-PS (Degenhardt, Hall, Korten, & Jablensky, 2005), Traumatic Life Events Questionnaire- TLEQ (Kubany et al., 2000), Primary Care PTSD Screen- PC-PTSD (Prins et al., 2003), Impact of Events Scale- IES (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), PTSD Symptom Scale Self-Report- PSS-SR (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993), Trauma Screening Questionnaire- TSQ (Brewin et al., 2002), PTSD Checklist- PCL (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993), Beck Depression Inventory- BDI ή BDI-II (Beck & Steer, 1987; Beck, Steer, & Brown, 1996), Beck Hopelessness Scale- BHS (Beck & Steer, 1988), Beck Scale for Suicidal Ideation- BSSI (Beck & Steer, 1991), Beck Anxiety Inventory- BAI (Beck & Steer, 1990), Spielberger State Trait Anxiety Inventory- STAI (Spielberger, 1983), Eating Attitudes Test- EAT (Garner, Olmstead, Bohr, & Garfinkel, 1982), Body Dysmorphic Disorder Questionnaire- BDDQ (Phillips, 1996).

Δ) *Εκτίμησης των θετικών αποτελεσμάτων στην ψυχική υγεία*, όπως τα Recovery Assessment Scale (Giffort, Schmook, Woody, Vollendorf, & Gervain, 1995), Scales of Psychological Well-being- SPWB (Ryff, 1989a, 1989b), Dispositional Hope Scale- DHS (Snyder et al., 1991), Stages of Recovery Instrument- STORI (Andresen, Caputi, & Oades, 2006), Social

and Emotional Wellbeing and Empowerment Tool (Haswell-Elkins, Hunter, Wargent, Hall, O'Higgins, & West, 2009).

Ε) *Ανίχνευσης, αξιολόγησης και μέτρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος στις διαταραχές χρήσης αλκοόλ και ουσιών, όπως τα Alcohol Use Disorders Identification Test- AUDIT (Saunders, Aasland, Babor, Fuente, & Grant, 1993), CAGE/ CAGEAID (King, 1986; Mischke & Venneri, 1987; Green & Whichelow, 1994; Watson et al., 1995), Michigan Alcoholism Screening Test- MAST (Selzer, 1971), Drug Abuse Screening Test- DAST (Skinner, 1982), T-ACE (Sokol, Martier, & Ager, 1989) & TWEAK (Russell & Bigler, 1979), Timeline Followback Method- TLFB (Sobell & Sobell, 1995), Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument- DALI (Rosenberg et al., 1998), Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test- ASSIST (World Health Organization ASSIST Working Group, 2002).*

ΣΤ) *Ανίχνευσης, αξιολόγησης και εκτίμησης του θεραπευτικού αποτελέσματος της βαρύτητας του εθισμού, όπως τα Severity of Alcohol Dependence Questionnaire- SADQ (Stockwell, Hodgson, Edwards, Taylor, & Rankin, 1979), Short Alcohol Dependence Data Questionnaire- SADD (Raistrick, Dunbar, & Davidson, 1983), Alcohol Dependence Scale- ADS (Skinner & Horn, 1984), Cannabis Problems Questionnaire- CPQ (Copeland, Gilmour, Gates, & Swift, 2005; Copeland, Swift, & Rees, 2001), Leeds Dependence Questionnaire- LDQ (Raistrick et al., 1994), Substance Dependence Severity Scale- SDSS (Miele et al., 2000), Severity of Dependence Scale- SDS (Gossop et al., 1995).*

Ζ) *Μέτρησης της ακαταμάχητης επιθυμίας χρήσης (craving), όπως τα Cocaine Craving Questionnaire- CCQ (Tiffany, Singleton, Haertzen, & Henningfield, 1993), Weiss Cocaine Craving Questionnaire (Weiss, Griffin & Hufford 1995; Weiss et al., 1997), Marijuana Craving Questionnaire- MCQ (Heishman, Singleton, & Liguori, 2001), Penn Alcohol-Craving Scale- PACS (Flannery, Volpicelli, & Pettinati, 1999).*

Οι δυνατότητες, αλλά και οι σχετικοί περιορισμοί και οι δυσκολίες που σχετίζονται με τη χρήση αυτών και άλλων σχετικών εργαλείων περιγράφονται στη σύγχρονη βιβλιογραφία (Deady,

2009; Harvey et al., 2011; Donovan et al., 2012; Sweetman, Raistrick, Mdege & Crosby, 2013; Neale et al., 2014; Institute for Behavior and Health, 2014). Τα εργαλεία αυτά δεν έχουν σχεδιαστεί για την εκτίμηση της αρχικής κατάστασης κατά την εισαγωγή σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα και ακολούθως την τακτική παρακολούθηση του θεραπευτικού αποτελέσματος κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά το πέρας ή τη διακοπή αυτής (ROM feedback), αλλά οι ελληνικές εκδοχές ορισμένων από τα εργαλεία αυτά έχουν χρησιμότητα για την ενδεχόμενη διαδικασία προσαρμογής ενός ειδικού ερωτηματολογίου παρακολούθησης θεραπευτικού αποτελέσματος για χρήση από τα θεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης των εξαρτήσεων στην Ελλάδα, καθώς περιέχουν όμοια και παρόμοια λήμματα με τα ερωτηματολόγια της συγκεκριμένης κατηγορίας.

1.3. Η ανάγκη για ένα νέο, προσαρμοσμένο στις Ελληνικές συνθήκες, εργαλείο

Συνοπτικά, τα περισσότερα από τα ερωτηματολόγια παρακολούθησης του θεραπευτικού αποτελέσματος που προαναφέρθηκαν, παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις κάτωθι αδυναμίες:

α) είναι πολύ μεγάλα σε έκταση, συμπεριλαμβάνοντας πολλά λήμματα και χρειάζονται πάνω από μισή ώρα για να συμπληρωθούν, κουράζοντας τους ωφελούμενους (αλλά και τους κλινικούς),

β) χορηγούνται συχνά από κλινικούς οι οποίοι δεν έχουν επαρκή εκπαίδευση, κατάρτιση και εμπειρία στη χορήγηση ερωτηματολογίων (σε αντιδιαστολή με τους έμπειρους ερευνητές που τα σχεδίασαν), γεγονός το οποίο αυξάνει στην πράξη τόσο τον χρόνο συμπλήρωσης, όσο και την πιθανότητα λαθών κατά τη συμπλήρωση αυτή,

γ) λόγω της πολυπλοκότητάς τους δεν είναι εύκολο να καταχωρηθούν τα αποτελέσματα σε βάσεις δεδομένων, ενώ παράλληλα απαιτείται πολύς χρόνος για την καταχώρηση αυτή,

δ) δεν παρέχουν επαρκή ανατροφοδότηση στους θεραπευτές και στις διοικήσεις, αλλά ούτε και στους ωφελούμενους (Marsden et al., 2008; Lawrinson et al., 2009; Ryan et al., 2014), είτε δίνουν μόνο εξειδικευμένη, περιορισμένη και, κατ' επέκταση, ελλιπή πληροφορία,

χαρακτηρίζονται δηλαδή από ανισορροπία μεταξύ ευκολίας χορήγησης και περιεκτικότητας (Arnevik, 2016; Wang et al., 2017).

Εξ' όλων των προαναφερθέντων εργαλείων, μόνο το EuroASI (EuroASI Working Group, 1994), με τα προαναφερθέντα προβλήματα και περιορισμούς, είναι προσαρμοσμένο για χρήση στα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας μας. Το επίσης προσαρμοσμένο AUDIT (Moussas et al., 2009), αφορά αποκλειστικά την κατανάλωση αλκοόλ και δεν είναι, αφ' εαυτού, επαρκές για θεραπευτικά προγράμματα τα οποία ασχολούνται και με άλλες ουσίες.

Λαμβάνοντας υπ' όψη τα ανωτέρω και αναγνωρίζοντας πως στα θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. δεν εφαρμόζεται σήμερα κάποια ενιαία μέθοδος παρακολούθησης του θεραπευτικού αποτελέσματος, κρίνουμε πως προκειμένου να είναι εφικτή η συστηματική παρακολούθηση του αποτελέσματος της θεραπείας και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων, απαιτείται ένα περισσότερο εύχρηστο από το EuroASI και, ως εκ τούτου, χρήσιμο σύντομο εργαλείο, το οποίο θα είναι προσαρμοσμένο στις Ελληνικές ανάγκες, θα περιλαμβάνει μόνο και όλες τις σημαντικότερες και ουσιαστικές πληροφορίες και θα απαιτεί τα ελάχιστα σε εκπαίδευση και χρόνο από τον εργαζόμενο στα θεραπευτικά προγράμματα και τον ωφελούμενο, ώστε να συμπληρώνεται συστηματικά και να μην αντιμετωπίζεται ως όχληση. Ως τέτοιο κατάλληλο εργαλείο επιλέχθηκε από τον ερευνητή το «Australian Treatment Outcomes Profile»- ATOP (Ryan et al., 2014).

2. Το ερωτηματολόγιο «Australian Treatment Outcomes Profile»- ATOP

Το ερωτηματολόγιο «Australian Treatment Outcomes Profile»- ATOP (Ryan et al., 2014) βασίζεται στο ερωτηματολόγιο «Treatment Outcomes Profile»- TOP (Marsden et al., 2008; National Treatment Agency for Substance Misuse-NTA, n.d.), το οποίο αναπτύχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο με σκοπό την παρακολούθηση της κλινικής έκβασης στο πλαίσιο των θεραπευτικών υπηρεσιών για τις Ψυχοδραστικές Ουσίες και το Αλκοόλ (D. & A. Services). Το ερωτηματολόγιο «Treatment Outcomes Profile»- TOP αναπτύχθηκε από το National Treatment Agency for Substance Misuse της Αγγλίας και είναι το εθνικό εργαλείο παρακολούθησης αποτελέσματος για τις υπηρεσίες κατάχρησης ουσιών της χώρας αυτής, ως ένα απλό σετ ερωτήσεων που μπορούν να βοηθήσουν σε βελτιώσεις της κλινικής πρακτικής μέσω ενίσχυσης της αξιολόγησης και της ανασκόπησης των θεραπευτικών πλάνων, καθώς και της αναγνώρισης και απάντησης στις προσωπικές ανάγκες και τους θεραπευτικούς στόχους του κάθε ωφελουμένου. Οι αναφορές των αποτελεσμάτων συγκεντρώνονται εντός του Συστήματος Δημοσίας Υγείας της Αγγλίας, Public Health England- PHE, μέσω του Εθνικού Συστήματος Παρακολούθησης της Θεραπείας των Ουσιών, National Drug Treatment Monitoring System- NDTMS (National Treatment Agency, 2010). Μέσω του ίδιου συστήματος συλλέγονται και άλλα ερωτηματολόγια που έχουν αναπτυχθεί κατά το πρότυπο της «Treatment Outcomes Profile»- TOP, όπως είναι τα «Treatment Outcomes Profile in Secure Settings»- TOP (Secure Settings), «Alcohol Outcomes Record»- AOR, «Young People's Specialist Substance Misuse Outcomes Record»- YPOR και «Young People's Specialist Substance Misuse Outcomes Record (Secure Settings)»- YPOR (Secure Settings) (Public Health England, 2018). Οι καταβολές της «Treatment Outcomes Profile»- TOP είναι εμφανείς στην Maudsley Addiction Profile- MAP, η οποία αναπτύχθηκε από τον ίδιο βασικό ερευνητή (Marsden et al., 1998).

2.1. Περιγραφή του ερωτηματολογίου ATOP

Το ερωτηματολόγιο «Australian Treatment Outcomes Profile»- ATOP στην 4^η του έκδοση (ATOP v4, Feb 2013) περιλαμβάνει τα εξής (*Παράρτημα Α*):

0. Επικεφαλίδα με:

0.1. Τον τίτλο «ΑΤΟΡ» και στοιχεία για την τρέχουσα έκδοση του ερωτηματολογίου, v4 Feb 2013.

0.2. Στοιχεία του ατόμου για το οποίο συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο και συγκεκριμένα:

0.2.1. Επώνυμο

0.2.2. Αριθμό ιατρικού αρχείου (Medical Record Number, MRN)]

0.2.3. Ονόματα

0.2.4. Ημερομηνία γέννησης

0.2.5. Φύλο

0.2.6. Περιοχή επικόλλησης ετικέτας ασθενούς (Patient Label)

0.3. Κλινικά στοιχεία, συγκεκριμένα:

0.3.1. Ημερομηνία συμπλήρωσης του ΑΤΟΡ

0.3.2. Όνομα κλινικού

0.3.3. Στάδιο θεραπείας

0.3.3.1. Αρχή επεισοδίου παροχής υπηρεσιών

0.3.3.2. Ανασκόπηση προόδου

0.3.3.3. Έξοδος από τη θεραπεία

0.3.3.4. Κατόπιν της εξόδου από τη θεραπεία

1. **Ενότητα 1: Χρήση Ουσιών.** Η Ενότητα 1 συγκεντρώνει πληροφορίες για τη χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών και όπου ενδείκνυται, για τις συμπεριφορές κινδύνου από την ενέσιμη χρήση. Οι πληροφορίες που συλλέγονται είναι παρόμοιες με αυτές που λαμβάνονται κατά τη διάρκεια ενός πρόσφατου ιστορικού χρήσης αλκοόλ και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών. Συλλέγονται πληροφορίες τόσο για την ποσότητα όσο και για τη συχνότητα χρήσης. Η μέθοδος που ακολουθείται είναι της Χρονολογικής Αναδρομής (Timeline Follow Back- TLFB) (Cervantes, Miller & Tonigan, 1994; Sobell, Sobell, Buchan,

Cleland, Fedoroff, & Leo, 1996; Sobell & Sobell, 1996; Robinson, Sobell, Sobell, & Leo, 2014). Η μέθοδος Χρονολογικής Αναδρομής αποσκοπεί στην οργάνωση μιας συζήτησης με τους ωφελούμενους και στην ενθάρρυνσή τους να ανακαλέσουν λεπτομερώς τη χρήση ουσιών και άλλες σχετικές συμπεριφορές. Σχεδιάστηκε ειδικά για την αξιολόγηση των αλλαγών στη συμπεριφορά πριν και μετά τη θεραπεία. Σύμφωνα με τη μέθοδο TLFB, ζητείται αναδρομική καταγραφή των ημερών κατά τις οποίες έγινε χρήση σε κάθε μία από τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες, αρχίζοντας από την πλέον πρόσφατη και ταυτόχρονη καταγραφή της τυπικής ποσότητας χρήσης και των μονάδων (επί παραδείγματι «τσιγάρα», «γραμμάρια», «χάπια» κ.λ.π), κατ' αναφορά του ατόμου για το οποίο συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο, με εξαίρεση το αλκοόλ, όπου γίνεται μετατροπή σε «αλκοολικές μονάδες» ή «τυπικά ποτά». Προς διευκόλυνση της ανάκλησης πληροφοριών, ο συνεντευκτής μπορεί να εκτυπώσει ένα συνοπτικό ημερολόγιο των τελευταίων 4 εβδομάδων, επί του οποίου σημειώνεται η ημερομηνία χορήγησης του ΑΤΟΡ, καθώς και άλλες σημαντικές ημερομηνίες (ΑΤΟΡ Project Team, 2013).

1.1.Αλκοόλ (ο υπολογισμός γίνεται με τη χρήση της μεθόδου των τυπικών ποτών, όπως ορίζονται με τη χρήση του Alcohol NHMRC Standard Drinks Chart, όπου ένα τυπικό -ή καθιερωμένο- ποτό περιέχει 10gr ή 12.5ml καθαρής αλκοόλης) (προσαρμοσμένη εικόνα Standard Drinks Kit από το New South Wales State Library συμπεριλαμβάνεται στο *Παράρτημα Β*) [Λήμμα a]

1.2.Κάνναβη [Λήμμα b]

1.3.Ουσίες τύπου αμφεταμίνης (π.χ. ice, MDMA κ.λ.π.) [Λήμμα c]

1.4.Βενζοδιαζεπίνες (συνταγογραφούμενες και παράνομες) [Λήμμα d]

1.5.Ηρωίνη [Λήμμα e]

1.6.Άλλα οπιοειδή (εκτός συνταγογραφούμενων βουπρενορφίνης και μεθαδόνης)

[Λήμμα f]

1.7.Κοκαΐνη [Λήμμα g]

1.8. Άλλη Ουσία (i): αναφέρεται από τον ωφελούμενο [Λήμμα h (i)]

1.9. Άλλη Ουσία (ii): αναφέρεται από τον ωφελούμενο [Λήμμα h (ii)]

1.10. Καθημερινή χρήση καπνού (εννοείται το ταμπάκο και αναφέρεται η μέση ημερήσια ποσότητα, ενώ καταγράφεται ΝΑΙ ή ΟΧΙ, άνευ TLFB) [Λήμμα i]

1.11. Καταγραφή αριθμού των ημερών ενέσιμης χρήσης, με μέθοδο TLFB [Λήμμα j]

1.12. Αναφορά κοινής χρήσης εξοπλισμού, επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ [Λήμμα k]

2. **Ενότητα 2: Υγεία και Ευεξία.** Η Ενότητα 2 συγκεντρώνει πληροφορίες για ορισμένους δείκτες της υγείας και ευεξίας του ατόμου. Δεν είναι ένας εξαντλητικός κατάλογος δεικτών ούτε αντικαθιστά τις υπάρχουσες διαδικασίες για την πλήρη αξιολόγηση των αναγκών των εξυπηρετούμενων (συμπεριλαμβανομένης και της επικινδυνότητας). Οι τομείς είναι: η εργασία, οι σπουδές, η φροντίδα ή η διαβίωση με παιδιά, το να είναι κανείς θύμα ή δράστης βίας, οι συλλήψεις, η ψυχική υγεία, η σωματική υγεία και η ποιότητα ζωής. Ζητείται για την ίδια περίοδο 4 εβδομάδων:

2.1. Καταγραφή με τη μέθοδο TLFB των ημερών εργασίας επί πληρωμή (όχι εθελοντικά) [Λήμμα a]

2.2. Καταγραφή με τη μέθοδο TLFB των ημερών σε σχολείο, τριτοβάθμιο εκπαίδευση, επαγγελματική κατάρτιση [Λήμμα b]

2.3. Καταγραφή με επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ της αστεγίας [Λήμμα c]

2.4. Καταγραφή με επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ κινδύνου έξωσης [Λήμμα d]

2.5. Καταγραφή με επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ κηδεμονίας ή διαβίωσης με ανηλίκους

2.5.1. Κάτω των 5 ετών [Λήμμα e (i)]

2.5.2. 5-15 ετών [Λήμμα e (ii)]

2.6. Καταγραφή με επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ σύλληψης [Λήμμα f]

2.7. Καταγραφή με επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ περιστατικών άσκησης βίας, ως θύτης, συμπεριλαμβανομένης της ενδοοικογενειακής βίας [Λήμμα g]

2.8. Καταγραφή με επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ περιστατικών άσκησης βίας, ως θύμα, συμπεριλαμβανομένης της ενδοοικογενειακής βίας [Λήμμα h]

2.9. Κλίμακα αυτο-αξιολόγησης (0-10 ,με το "0" να σημαίνει κακό και το "10" καλό) της κατάστασης Ψυχολογικής Υγείας [Λήμμα i]

2.10. Κλίμακα αυτο-αξιολόγησης (0-10) της κατάστασης Σωματικής Υγείας [Λήμμα j]

2.11. Κλίμακα αυτο-αξιολόγησης (0-10) της συνολικής Ποιότητας Ζωής [Λήμμα k]

3. Σε περίπτωση μη συμπλήρωσης, καταγραφή του λόγου. Υπάρχουν 2 επιλογές, άρνηση ασθενή και μη κλινικά ενδεδειγμένη η συμπλήρωση

4. Η επόμενη σελίδα περιλαμβάνει το ATOP Quick Reference Guide, έναν σύντομο οδηγό αναφοράς για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, με παραπομπή στο εγχειρίδιο χρήσης (ATOP Project Team, 2013, *Παράρτημα Γ*) για λεπτομερέστερες πληροφορίες και οδηγίες.

2.2. Αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ATOP

Το ερωτηματολόγιο «Australian Treatment Outcomes Profile»- ATOP ελέγχθηκε ως προς την *αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών* (inter-raters reliability) μέσω σύγκρισης των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από έναν ερευνητή και έναν κλινικό εντός διαστήματος 72 ωρών και χρήση του συντελεστή ενδοταξικής συσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficient- ICC) και ως προς την *ταυτόχρονη εγκυρότητα* (concurrent validity) μέσω σύγκρισης με άλλα σταθμισμένα για την Αυστραλία ερωτηματολόγια, τα Opiate Treatment Index- OTI (Darke, Ward, Hall, W., Heather & Wodak, 1991), Patient Health Questionnaire 15-Item Somatic Symptom Severity Scale- PHQ-15 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), Kessler Psychological Distress Scale- K10 (Kessler, 1996; Andrews & Slade, 2001), WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998) και SF-12 v.1® Health Survey (Ware, Kosinski & Keller, 1996; Sanderson & Andrews,

2002) και χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson και των κριτηρίων Cohen, του Cohen kappa, της ευαισθησίας, της ειδικότητας και της αρνητικής και θετικής προβλεπτικής αξίας. Τόσο η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών, όσο και η ταυτόχρονη εγκυρότητα ήταν καλές, ενώ έλαβε θετικές εκτιμήσεις από τους κλινικούς, οι οποίοι πρότειναν τροποποιήσεις και αλλαγές στο αρχικό ερωτηματολόγιο (Ryan et al., 2014).

Σε σχέση με το ερωτηματολόγιο προέλευσης «Treatment Outcomes Profile»- TOP (Παράρτημα Δ), το ερωτηματολόγιο «Australian Treatment Outcomes Profile»- ATOP παρουσιάζει κάποιες διαφοροποιήσεις, η σημαντικότερη των οποίων είναι η απάλειψη του άξονα που περιέχει ερωτήσεις σχετικά με την εγκληματικότητα, λόγω του ότι οι ερωτήσεις αυτές παρουσίαζαν χαμηλή αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών (inter-rater reliability) στην Αυστραλιανή εκδοχή (Ryan et al., 2014), ενώ η εγκυρότητα (validity) των σχετικών με την εγκληματικότητα λημμάτων είναι γενικώς αμφισβητήσιμη για διάφορους λόγους (Luty, Varughese & Easow, 2009). Η επιλογή του ATOP έναντι του TOP έγινε τόσο για τον λόγο αυτό, όσο και επειδή το προφίλ των ουσιών κατάχρησης της Αυστραλιανής εκδοχής είναι εγγύτερο στην Ελληνική πραγματικότητα (ιδίως όσον αφορά την προτίμηση των ωφελουμένων για τα οπιοειδή και τις βενζοδιαζεπίνες) σύμφωνα τις πλέον πρόσφατες εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της χρήσης ουσιών στον Ελληνικό πληθυσμό (ΕΠΙΨΥ & ΕΚΤΕΠΝ, 2018) και τους τοξικολογικούς ελέγχους του Ο.ΚΑ.ΝΑ. το διάστημα 2014-2018 (αδημοσίευτο), ενώ επιπλέον το ερωτηματολόγιο ATOP είναι πιο πρόσφατο, με νεότερες αναφορές στη βιβλιογραφία (Lintzeris et al., 2016; 2018, Scott, Carrotte, Higgs, Stooné, Aitken, & Dietze, 2017; Bhardwaj et al., 2018). Άλλες εμφανείς αλλαγές είναι η σύμπτυξη των ενοτήτων σε 2 από 4 και η συγκέντρωση των κλιμάκων αυτο-αξιολόγησης σε μία υπο-ενότητα στο τέλος του ερωτηματολογίου.

2.3. Άλλες εκδοχές του ερωτηματολογίου ATOP

Εκτός του «Australian Treatment Outcomes Profile»- ATOP για χρήση στην Αυστραλία, μέχρι στιγμής, το ερωτηματολόγιο TOP έχει προσαρμοστεί στις τοπικές συνθήκες και έχει σταθμιστεί ως «Alcohol and Drug Outcome Measure»- ADOM (Pulford, Deering & Robinson,

2008; Matua Raki National Addiction Workforce Development & Te Pou o te Whakaaro Nui, 2017) για την κάλυψη των αναγκών της Νέας Ζηλανδίας (*Παράρτημα Ε*), ως «Perfil de Resultados de Tratamiento»-TOP (Castillo-Carniglia et al., 2015; Huidobro, Lozier & Oliva, 2016; Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Senda, 2016) για την κάλυψη των αναγκών της Χιλής (*Παράρτημα ΣΤ*), καθώς και ως Treatment Outcome Profile (σε μετάφραση) για την κάλυψη των αναγκών της επαρχίας Yunnan της Κίνας (Wang et al., 2017). Εξ αυτών, το ερωτηματολόγιο ADOM έχει τροποποιηθεί σε σημαντικό βαθμό, παράγοντας ένα ουσιαστικά νέο εργαλείο, το οποίο συμπεριλαμβάνει μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα γραφική απεικόνιση των παρατηρουμένων αλλαγών των δεικτών, ονόματι «τροχός ανατροφοδότησης» (feedback wheel), ως οπτική ερμηνεία αυτών (Te Pou o te Whakaaro Nui, 2015; Συμπεριλαμβάνεται στο *Παράρτημα Ε*), με το ερωτηματολόγιο ATOP να έπεται σε διαφοροποιήσεις, ωστόσο η συγγένεια του ATOP με το αρχικό ερωτηματολόγιο TOP παραμένει έκδηλη.

Παράλληλα, ο οργανισμός Youth Support and Advocacy Service- YSAS της πολιτείας Victoria της Αυστραλίας, μαζί με το Deakin University και σε συνεργασία με το University of Sydney, αναπτύσσουν την εκδοχή «Australian Treatment Outcome Profile – Youth»- ATOP-Y της κλίμακας ATOP, κατ' αναλογία με τις κλίμακες YPOR του Ηνωμένου Βασιλείου (The Centre for Youth AOD Practice Development, 2015). Η κλίμακα ATOP-Y θα προσαρμοστεί από την κλίμακα ATOP, η οποία σχεδιάστηκε για πληθυσμούς ενηλίκων του τομέα χρήσης αλκοόλ και ουσιών και θα μετρά τη βαρύτητα της χρήσης αλκοόλ και ουσιών των νέων ανθρώπων και την πολυπλοκότητα των κοινωνικών, οικογενειακών, νομικών και ψυχολογικών θεμάτων που βιώνουν τα άτομα αυτά. Σχεδιάζεται μία διαδικτυακή διεπαφή κλινικού-νέου και δίδεται ισχυρή έμφαση στην εξασφάλιση πως η διαδικασία εφαρμογής του ATOP-Y θα είναι βιώσιμη και αποδεκτή τόσο από τους εργαζόμενους με νέους, όσο και από τους ίδιους τους νέους. Ταυτόχρονα εκτελείται ένα πρόγραμμα μετατροπής του ενημερωμένου ως προς αποδεικτικά στοιχεία κλινικού πλαισίου για τους νέους χρήστες αλκοόλ και ουσιών σε ένα συνεκτικό μοντέλο θεραπευτικού

πλάνου, το οποίο θα ενσωματώνει το ΑΤΟΡ-Υ και θα συνδέεται με αποτελεσματικές θεραπευτικές πρακτικές (Bruun, 2015).

3. Σκοπός της διπλωματικής εργασίας

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποσκοπεί στην πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου «Australian Treatment Outcomes Profile»- ATOP (Ryan et al., 2014) στις Ελληνικές συνθήκες, κατά το παράδειγμα της προσαρμογής του ερωτηματολογίου «Treatment Outcomes Profile»- TOP (Marsden et al., 1998) στις Αυστραλιανές συνθήκες, μέσω μετάφρασης στα Ελληνικά και ελέγχου εγκυρότητας και αξιοπιστίας σε ένα δείγμα ~150 ωφελουμένων του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών- Ο.ΚΑ.ΝΑ., καθώς και στην εξέταση των αντιλήψεων των κλινικών και των ωφελουμένων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. για το κατά πόσο ένα τέτοιο ερωτηματολόγιο μπορεί να ενταχθεί ωφέλιμα στην καθημερινή κλινική πρακτική των θεραπευτικών μονάδων του Οργανισμού.

Η κλίμακα ATOP επιλέχθηκε από τον ερευνητή ως καταλληλότερη, ανάμεσα σε άλλες από τη διεθνή βιβλιογραφία, προκειμένου να χορηγείται στους ωφελούμενους του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών και ενδεχομένως και άλλων φορέων, επειδή πληροί συγκεκριμένα κριτήρια. Ειδικότερα, σε αντίθεση με τις άλλες προαναφερθείσες κλίμακες και τους περιορισμούς των, το ATOP (Ryan et al., 2014; Department of Health & Human Services, 2018):

- Είναι εργαλείο, το οποίο χορηγείται από τον κλινικό ή τον ερευνητή και παρέχει δεδομένα για δύο βασικούς άξονες σε σχέση με τους ωφελούμενους: α) Χρήση Ουσιών και β) Υγεία και Ευεξία για το χρονικό διάστημα των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων. Ο κάθε άξονας περιέχει 11 ερωτήματα, για ένα σύνολο 22 ερωτημάτων. *(Παράρτημα Α)*.
- Έχει έκταση μίας σελίδας μόνον και όντας σύντομο και περιεκτικό, με καταμετρηθέντα χρόνο συμπλήρωσης περίπου 20' στην πρώτη χορήγηση αλλά σημαντικά μικρότερο στις επόμενες, διευκολύνει τη διαδικασία χορήγησης στους ωφελούμενους του Οργανισμού και επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων εύκολα και γρήγορα.

- Περιέχει 3 σφαιρικές αυτο-αξιολογήσεις (σε κλίμακα 0-10) της ψυχικής και σωματικής υγείας, καθώς και της ποιότητας ζωής. Δίνει ως εκ τούτου αμέσως σημασία στη γνώμη του ίδιου του ωφελούμενου.
- Είναι συμβατό με τις συνήθειες κλινικές πρακτικές, ιδίως εκείνες που περιγράφει το Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, 2012) και δύναται άρα να χορηγηθεί ως διαδικασία ρουτίνας, για τον περιοδικό ή τακτικό έλεγχο και σε συνδυασμό με τις διαγνωστικές συνεδρίες, τη συγκράτηση στο πρόγραμμα και τον υφιστάμενο τοξικολογικό έλεγχο ούρων.
- Είναι εργαλείο παρακολούθησης έκβασης αποτελεσμάτων θεραπείας υψηλής εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

Η μετάφραση και προσαρμογή του ATOP στην ελληνική πραγματικότητα και η προγραμματιζόμενη επακόλουθη στάθμιση και συστηματική χρήση του στους πληθυσμούς ωφελουμένων από τα θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ., αναμένεται να μπορεί να βοηθήσει στα ακόλουθα:

- Στην ενεργό συμμετοχή των ωφελουμένων, ως προς την αποτύπωση της κατάστασης χρήσης αλκοόλ και άλλων ουσιών, της υγείας και της ευεξίας τους και, ακολούθως, στην ενεργό συμμετοχή τους ως προς τη θέσπιση θεραπευτικών στόχων κατά την κατάρτιση του θεραπευτικού πλάνου.
- Στην βελτιωμένη και τυποποιημένη επικοινωνία μεταξύ των κλινικών και των υπηρεσιών, κατά τις διαδικασίες της συλλογής στοιχείων και της τεκμηρίωσης της λειτουργίας των δομών.
- Στην παροχή συνεχιζόμενης τεκμηριωμένης συστηματικής ανατροφοδότησης προς τους ωφελούμενους και το κλινικό προσωπικό, σχετικά με την πρόοδο της θεραπείας των ωφελούμενων στην πορεία του χρόνου.

- Στον θεραπευτικό σχεδιασμό και την κινητοποίηση μέσω αναγνώρισης της κατάστασης των ωφελούμενων σε σχέση με τη χρήση διαφόρων ουσιών, αλλά και τους τομείς της ψυχικής και σωματικής υγείας και της ποιότητας ζωής.
- Στη διευκόλυνση των κλινικών ως προς την εφαρμογή των «Ενδείξεων και Κριτηρίων Μετάβασης σε Επόμενη Φάση Θεραπείας», σύμφωνα με την ΑΠ:17068/06.11.2014 απόφαση της Διεύθυνσης Εφαρμογής Προγραμμάτων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. (Παράρτημα Ζ).
- Στη διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των κλινικών κατά την παραπομπή και μεταφορά των ωφελουμένων μεταξύ διαφόρων υπηρεσιών, μέσω χρήσης τυποποιημένης πληροφορίας.
- Στην αξιολόγηση των υπηρεσιών μέσω μέτρησης των κλινικών εκβάσεων και, ακολούθως, την ποιοτική βελτίωση των υφιστάμενων και το σχεδιασμό νέων υπηρεσιών αναλόγως των ανακυπτουσών αναγκών.
- Στη διαθεσιμότητα ενός εργαλείου τυποποίησης των θεραπευτικών υπηρεσιών του Ο.ΚΑ.ΝΑ. σύμφωνα με τα πρότυπα ΕΛΟΤ EN ISO 9001:2015, Συστήματα διαχείρισης της ποιότητας – Απαιτήσεις και ΕΛΟΤ EN 15224:2016, Συστήματα διαχείρισης της ποιότητας – EN ISO 9001:2015 για υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης, 2018).
- Στην διαθεσιμότητα ενός δυναμικού εργαλείου έρευνας για το Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και τις υπόλοιπες υπηρεσίες του Οργανισμού, οι οποίες θα συλλέγουν, μέσω αυτού, τυποποιημένα δεδομένα.
- Τέλος, το ερωτηματολόγιο μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο στον ευρύτερο τομέα χρήσης αλκοόλ και ουσιών στη χώρα μας και να χρησιμοποιηθεί και από άλλους, εκτός του Ο.ΚΑ.ΝΑ., φορείς, κλινικούς και ερευνητές.

4. Μεθοδολογία

Η παρούσα διπλωματική εργασία πολιτισμικής προσαρμογής του ερωτηματολογίου «Australian Treatment Outcomes Profile»- ATOP αποσκοπεί στην παραγωγή μιας Ελληνικής εκδοχής η οποία θα είναι εννοιολογικά ισοδύναμη με το ερωτηματολόγιο προέλευσης. Αυτό σημαίνει πως το Ελληνικό εργαλείο θα πρέπει να είναι εξίσου φυσικό και αποδεκτό και να αποδίδει με τον ίδιο τρόπο. Κατά τη μετάφραση δόθηκε έμφαση κυρίως στην διαπολιτισμική και εννοιολογική, παρά στη γλωσσική και γραμματική, ισοδυναμία. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι συμβατή με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, n.d.) και τη μέθοδο της διπλής εστίασης (Erkut, 2010) και αναλύεται ως εξής:

4.1. Έγκριση μετάφρασης και προσαρμογής

Ελήφθη έγκριση της μετάφρασης και προσαρμογής από τον κύριο συγγραφέα και επικεφαλής ερευνητή του ερωτηματολογίου «Australian Treatment Outcomes Profile»- ATOP, Professor Nick Lintzeris, BMedSci, MBBS, PhD, FChAM, Conjoint Professor, The University of Sydney School of Medicine, Discipline of Addiction Medicine, Central Clinical School, Director and Senior Staff Specialist, Drug and Alcohol Services, South East Sydney Local Health District (SESLHD), NSW Health, ο οποίος πρότεινε να συμπεριληφθεί στην τριμελή επιτροπή επίβλεψης της διπλωματικής εργασίας, αίτημα που έγινε αποδεκτό (N. Lintzeris, προσωπική επικοινωνία, 5 Αυγούστου 2018).

4.2. Μετάφραση προς τα εμπρός (Forward Translation)

Έγινε από τον ερευνητή η αρχική μετάφραση του ερωτηματολογίου ATOP από την Αγγλική στην Ελληνική (Forward Translation) τον Αύγουστο του 2018. Καταβλήθηκε κάθε προσπάθεια η μετάφραση αυτή να είναι απλή, σαφής και συνοπτική και να εστιάζει στην ορθή απόδοση των εννοιών, λαμβάνοντας υπ' όψη εννοιολογικούς και πολιτισμικούς παράγοντες και, κατά συνέπεια, δεν ήταν κυριολεκτική. Καταβλήθηκε επίσης προσπάθεια η γλώσσα να είναι όσο πιο φυσική και αποδεκτή από το ευρύ κοινό και τον πληθυσμό-στόχο είναι εφικτό, χωρίς δυσνόητους για το ευρύ κοινό τεχνικούς όρους.

Προϊόν της αρχικής μετάφρασης ήταν η 1^η προεκδοχή του Ελληνικού ερωτηματολογίου.

4.3. Διεπιστημονική Ομάδα Εμπειρογνομόνων (Multidisciplinary Expert Panel)

Ορίστηκε Διεπιστημονική Ομάδα Εμπειρογνομόνων, αποτελούμενη από τον ερευνητή και άλλους 5 ειδικούς του χώρου, φροντίζοντας έτσι ώστε όλα τα μέλη της ομάδας να είναι δίγλωσσα (γλώσσες Ελληνική-Αγγλική), η ομάδα να συμπεριλαμβάνει τις ειδικότητες ψυχιάτρου, ψυχολόγου, κοινωνιολόγου, θεραπευτή και νοσηλεύτη και να αποτελείται τόσο από άτομα με κλινική εμπειρία στον χώρο της θεραπείας διαταραχών χρήσης ουσιών, όσο και από άτομα με εμπειρία στην έρευνα, η πλειονότητα των οποίων διαθέτει τίτλους MSc και PhD. Ο στόχος της ομάδας ήταν η διενέργεια Ομάδων Εστίασης 1^{ου} Επιπέδου, οι οποίες διέτρεξαν το ερωτηματολόγιο σχολαστικά και διεξοδικά, ώστε να προσδιοριστούν και να αντικατασταθούν οι ανεπαρκείς έννοιες και εκφράσεις της αρχικής μετάφρασης (1^{ης} προεκδοχής), καθώς και να επιλυθούν οι τυχούσες αποκλίσεις μεταξύ της αρχικής μετάφρασης και του ερωτηματολογίου ΑΤΟΡ μέσω εναλλακτικών προτάσεων. Τα μέλη της Διεπιστημονικής Ομάδας Εμπειρογνομόνων είναι τα εξής:

- Δρ. Καρακούλα Παρασκευή, Κλινική Ψυχολόγος, MSc, PhD, Στέλεχος Τμ. Έρευνας & Αξιολόγησης Ο.ΚΑ.ΝΑ.
- Δρ. Κίτσιου Αγγελική, Κοινωνιολόγος-Εγκληματολόγος, MSc, PhD, Στέλεχος Τμ. Έρευνας & Αξιολόγησης Ο.ΚΑ.ΝΑ.
- Κοκκώλης Κωνσταντίνος, Ψυχίατρος, Αναπληρωτής Διευθυντής Διεύθυνσης Εφαρμογής Προγραμμάτων Ο.ΚΑ.ΝΑ.
- Κουκίδης Μάνος, Κοινωνιολόγος- Εγκληματολόγος MSc., Προϊστ. Τμ. Υποστήριξης & Τεκμηρίωσης
- Δρ. Τσατσαρώνη Χαρίκλεια, Ψυχολόγος-Θεραπεύτρια, MSc, EdM, PhD, Προϊσταμένη Τμήματος Έρευνας & Αξιολόγησης Ο.ΚΑ.ΝΑ.
- Δρ. Φραγκούλη Αποστολία, MSc, PhD, Νοσηλεύτρια-Ερευνήτρια, Στέλεχος ΔΕΠ

Έγιναν 3 τέτοιες Ομάδες Εστίασης 1^{ου} Επιπέδου, τον Σεπτέμβριο του 2018, κατά τη διάρκεια των οποίων κρατήθηκαν μαγνητοφωνημένα πρακτικά. Το μέλος της Διεπιστημονικής Ομάδας Εμπειρογνομόνων Δρ. Αποστολία Φραγκούλη δεν συμμετείχε στις πρώτες αυτές Ομάδες Εστίασης, προκειμένου να αναλάβει την επόμενη διαδικασία της μετάφρασης προς τα πίσω. Με την ολοκλήρωση των Ομάδων Εστίασης 1^{ου} Επιπέδου παρήχθη η 2^η προεκδοχή του Ελληνικού ερωτηματολογίου.

4.4. Ανάδρομη μετάφραση (Backward Translation)

Το μέλος της Διεπιστημονικής Ομάδας Εμπειρογνομόνων Δρ. Αποστολία Φραγκούλη που απείχε από τις αρχικές Ομάδες Εστίασης 1^{ου} Επιπέδου και δεν είχε γνώση του ερωτηματολογίου στα προηγούμενα στάδια επεξεργασίας, μετέφρασε τη 2^η προεκδοχή του Ελληνικού ερωτηματολογίου την 26^η Σεπτεμβρίου του 2018 ξανά στην Αγγλική γλώσσα, χρησιμοποιώντας την ίδια προσέγγιση με εκείνη της αρχικής μεταφράσεως, δίνοντας δηλαδή έμφαση στην εννοιολογική και πολιτισμική και όχι στη γλωσσική ισοδυναμία, εστιάζοντας στην ορθή απόδοση των εννοιών, λαμβάνοντας υπ' όψη πολιτισμικούς παράγοντες και αποφεύγοντας την κυριολεξία.

Κατόπιν έγινε σύγκριση του πρωτότυπου ερωτηματολογίου ATOP με εκείνο που προέκυψε κατά την ανάδρομη μετάφραση, από κοινού με τους μεταφραστές και τα άλλα μέλη της Διεπιστημονικής Ομάδας Εμπειρογνομόνων. Κρίθηκε πως οι δύο αγγλόφωνες εκδοχές δεν διέφεραν σημαντικά και το ερωτηματολόγιο μπορούσε να χρησιμοποιηθεί περαιτέρω, αφού δόθηκε προσοχή στις έννοιες που δεν αποδόθηκαν ορθά και ανευρέθηκαν οι κατάλληλες εναλλακτικές. Εάν υπήρχαν σημαντικές ασυμφωνίες, είχε αποφασισθεί να επαναληφθεί η διαδικασία των μεταφράσεων και αποσταλεί προς τον συγγραφέα ή ανεξάρτητο ερευνητή για σχόλια και παρατηρήσεις (Γαλάνης, 2012). Το προϊόν της ανάδρομης μετάφρασης του ATOP απεστάλη στον Professor Nick Lintzeris την 27^η Σεπτεμβρίου του 2018. (*Παράρτημα Η*).

Με την ολοκλήρωση της διαδικασίας παρήχθη η 3^η προεκδοχή του Ελληνικού ερωτηματολογίου.

4.5. Ομάδες Εστίασης Κλινικών (Focus Groups of Clinicians)

Διενεργήθηκαν 2 Ομάδες Εστίασης 2^{ου} Επιπέδου, τον Νοέμβριο του 2018, αποτελούμενες έκαστη από 8 έμπειρους κλινικούς διαφόρων ειδικοτήτων (Ψυχίατροι, Ψυχολόγοι, Κοινωνιολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Κοινωνιοθεραπευτές, Νοσηλεύτες), οι οποίοι εργάζονται στον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών- Ο.ΚΑ.ΝΑ., προέρχονταν από διάφορες θεραπευτικές μονάδες της Αττικής (Μονάδες Υποκατάστασης Άμεσης Πρόσβασης, Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας των Εξαρτήσεων, Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης) και θα κληθούν στο μέλλον να χορηγούν την οριστική μορφή του ερωτηματολογίου στην καθημερινή κλινική τους πρακτική, μαζί με τους υπόλοιπους συναδέλφους τους. Τις Ομάδες Εστίασης συντόνιζε ένα μέλος της Διεπιστημονικής Ομάδας Εμπειρογνομόνων και τις παρακολούθησαν δύο παρατηρητές από την ίδια ομάδα, ενώ κρατήθηκαν μαγνητοφωνημένα πρακτικά κατά τη διάρκειά τους. Συζητήθηκαν διεξοδικά όλες οι ενότητες και όλα τα ερωτήματα της 3^{ης} προεκδοχής του ερωτηματολογίου, έγινε έλεγχος κατανόησης και αναδιατύπωσης των ερωτήσεων και προτάθηκαν βελτιώσεις και τροποποιήσεις, οι οποίες θα εστίαζαν στην ορθή απόδοση των εννοιών, λαμβάνοντας υπ' όψη πολιτισμικούς παράγοντες.

Ομάδες εστίασης 1^{ου} Επιπέδου της Διεπιστημονικής Ομάδας Εμπειρογνομόνων, 5 τον αριθμό, συζήτησαν κατόπιν τις προτάσεις των Διεπιστημονικών Ομάδων Εστίασης των Κλινικών (2^{ου} Επιπέδου), υιοθετώντας αρκετές από τις προτάσεις, ιδίως εκείνες για τις οποίες υπήρξε ομοφωνία και παράγααν την 4^η προεκδοχή του Ελληνικού ερωτηματολογίου.

4.6. Δομημένες Ατομικές Συνεντεύξεις, Προέλεγχος (Pre-test) και Ομάδες Εστίασης Ωφελουμένων (Focus Groups of Clients)

Διενεργήθηκαν 5 δομημένες ατομικές συνεντεύξεις, τον Ιανουάριο του 2019, κατά τη διάρκεια των οποίων συζητήθηκε το ερωτηματολόγιο λήμμα-λήμμα, προκειμένου να ελεγχθεί η

κατανόησή του και ο βαθμός στον οποίο τα ερωτήματα αφορούν τους ωφελούμενους. Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνθηκαν να σχολιάσουν κάθε λεπτομέρεια και να προτείνουν βελτιώσεις.

Κατόπιν διενεργήθηκαν τον ίδιο μήνα 3 Ομάδες Εστίασης 3^{ου} Επιπέδου, αποτελούμενες από 7 ωφελούμενους διαφόρων υπηρεσιών του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών- Ο.ΚΑ.ΝΑ έκαστη. Οι συμμετέχοντες στις δύο πρώτες ομάδες προέρχονταν από Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας των Εξαρτήσεων (στοιχείο του προγράμματος υποκατάστασης τους Ο.ΚΑ.ΝΑ.) και στην τρίτη ομάδα προέρχονταν από τη Θεραπευτική Μονάδα Εφήβων/Νεαρών Ενηλίκων «Ατραπός» (συνολικά 21 συμμετέχοντες). Οι ωφελούμενοι συμπλήρωσαν αρχικά το ερωτηματολόγιο και κατόπιν συμμετείχαν στις Ομάδες Εστίασης. Τις Ομάδες Εστίασης συντόνισε ο ερευνητής και αρχικός μεταφραστής και τις παρακολούθησαν δύο παρατηρητές από την Διεπιστημονική Ομάδα Εμπειρογνομόνων. Ελέγχθηκαν ο χρόνος συμπλήρωσης, η εμφάνιση του ερωτηματολογίου, η κατανόηση της σκοπιμότητάς του, η σωστή διατύπωση των ερωτήσεων και η κατανόησή τους, εναλλακτικές αποδόσεις των εννοιών, το ενδιαφέρον των ερωτώμενων, καθώς και η συνέπεια, μέσω σύγκρισης των συμπληρωθέντων ερωτηματολογίων και των απαντήσεων στις Ομάδες Εστίασης. Οι ωφελούμενοι ερωτήθηκαν για το εάν δεν κατανόησαν ή εάν θεωρούν προσβλητική ή απαράδεκτη κάποια λέξη ή έκφραση, τι σκέφτονται όταν τους γίνεται η κάθε ερώτηση, αν θα μπορούσαν να επαναλάβουν την ερώτηση με τα δικά τους λόγια, τι ήρθε στο μυαλό τους όταν άκουσαν μια συγκεκριμένη φράση ή όρο, ενώ τους ζητήθηκε και να εξηγήσουν πώς επέλεξαν την κάθε απάντησή τους.

Οι ερωτήσεις για τις αμφεταμίνες και τα αμφεταμινοειδή, τα άλλα οπιοειδή, τις άλλες ουσίες (ειδικότερα το εάν συμπεριλαμβάνονται και ιατρικά χορηγούμενα σκευάσματα, με τα σκευάσματα φλουνιτραζεπάμης, πρεγκαμπαλίνης και οπιοειδών να βρίσκονται σε μία «γκρίζα» ζώνη), καθώς και το τι συνιστά αμειβόμενη εργασία και εθελοντική/αθλητική δραστηριότητα συζητήθηκαν εκτενέστερα. Παρομοίως συζητήθηκαν οι ορισμοί της εργασίας, του εθελοντισμού, της αστεγίας, της έξωσης, της σύλληψης, και της βίας. Ειδικότερα, στην αμειβομένη εργασία δε

συμπεριλήφθηκε η άμισθη εργασία σε οικογενειακή επιχείρηση, ως αστεγία ορίσθηκε κάθε κατάσταση στην οποία ο/η εξυπηρετούμενος/η δεν έχει μόνιμη/σταθερή/επαρκή (π.χ. χωρίς ρεύμα ή νερό) στέγη, με τους ξενώνες φιλοξενίας ή άλλη μορφή φιλοξενίας ή η διαβίωση πολλών ατόμων σε συνωστισμένο χώρο να μην νοούνται ως μόνιμη/σταθερή/επαρκής στέγη, ο κίνδυνος έξωσης περιορίσθηκε στη νομική διάσταση του ζητήματος (π.χ. προφορική προειδοποίηση από τον/την ιδιοκτήτη/τρια ή έγγραφη προειδοποίηση από τράπεζα/δικαστήριο), ως σύλληψη ορίσθηκε κάθε διακοπή από τις συνήθειες δραστηριότητες εξαιτίας νόμιμης αρχής ή κυρώσεων ανεξάρτητα από το αν έχει ασκηθεί ποινική δίωξη (συμπεριλαμβάνοντας εξακρίβωση ή προσαγωγή) και η βία συμπεριλαμβάνει κάθε μορφή, λεκτική, ψυχολογική, σωματική, ή και σεξουαλική.

Ομάδες Εστίασης 1^{ου} Επιπέδου της Διεπιστημονικής Ομάδας Εμπειρογνομόνων συζήτησαν κατόπιν τις προτάσεις των Ομάδων Εστίασης των Ωφελουμένων 3^{ου} Επιπέδου (5 συναντήσεις), και παρήγαγαν την 5^η προεκδοχή, η οποία κρίθηκε και οριστική, του Ελληνικού ερωτηματολογίου (*Παράρτημα Θ*), τροποποιώντας αναλόγως και τον μεταφρασμένο Σύντομο Οδηγό Αναφοράς που συνοδεύει το ερωτηματολόγιο (*Παράρτημα Ι*). Το νέο ερωτηματολόγιο το οποίο προέκυψε, ονομάσθηκε από τον ερευνητή, με τη σύμφωνη γνώμη της Διεπιστημονικής Ομάδας Εμπειρογνομόνων, «Ελληνικό Προφίλ Έκβασης Θεραπείας», αναφερόμενο με το αρκτικόλεξο της αγγλικής μετάφρασης του τίτλου (Hellenic Treatment Outcomes Profile - HTOP) για βιβλιογραφικούς λόγους, και, καταργούμενης της προηγούμενης εσωτερικής ονομασίας των εκδοχών 1-5 θεωρείται η πρώτη ολοκληρωμένη εκδοχή (v1) η οποία κρίθηκε κατάλληλη για χορήγηση.

Στην εκτύπωση που χρησιμοποιήθηκε, διαπιστώθηκε έναν παρόραμα στη στ' ερώτηση της δεύτερης ενότητας, όπου αντί για «i) κάτω των 5 ετών» τυπώθηκε «i) κάτω των 6 ετών». Δεδομένου του ότι είχε ήδη γίνει χορήγηση του ερωτηματολογίου σε ορισμένα άτομα όταν έγινε η

διαπίστωση, αποφασίσθηκε να διατηρηθεί και να επισημαίνεται η ορθή διατύπωση προφορικά κατά τη χορήγηση.

4.7. Το Ελληνικό Προφίλ Έκβασης Θεραπείας (Hellenic Treatment Outcomes Profile - HTOP)

4.7.1. Περιγραφή του ερωτηματολογίου HTOP

Το ερωτηματολόγιο «*Ελληνικό Προφίλ Έκβασης Θεραπείας (Hellenic Treatment Outcomes Profile)*» - HTOP)- στην 1^η του έκδοση (HTOP v1, 2019) περιλαμβάνει τα εξής (Παράρτημα Θ):

0. Επικεφαλίδα με:

0.1. Το λογότυπο του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών και τον τίτλο «Προφίλ Έκβασης Θεραπείας- HTOP».

0.2.Στοιχεία του ατόμου για το οποίο συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο και συγκεκριμένα:

0.2.1. Επώνυμο

0.2.2. Όνομα

0.2.3. Ημερομηνία Γέννησης

0.2.4. Φύλο

0.2.5. Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης- ΑΜΚΑ

0.2.6. Κωδικό ΕΠΙΨΥ

0.3.Κλινικά στοιχεία, συγκεκριμένα:

0.3.1. Μονάδα Θεραπείας

0.3.2. Φάση Θεραπείας

0.3.3. Ημερομηνία συμπλήρωσης του HTOP

0.3.4. Ημερομηνία εισαγωγής στα προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

0.3.5. Ονοματεπώνυμο Συνεντευκτή/ Συνεντεύκτριας

0.3.6. Στάδιο θεραπείας

0.3.6.1. Έναρξη Θεραπείας

0.3.6.2. Αξιολόγηση Θεραπευτικής Πορείας

0.3.6.3. Ολοκλήρωση Θεραπείας

0.3.6.4. Διακοπή (Θεραπείας)

0.3.6.5. Follow-Up (μετά την ολοκλήρωση ή τη διακοπή της θεραπείας)

1. **Ενότητα 1: Χρήση Ουσιών.** Η Ενότητα 1, με παρόμοιο τρόπο με εκείνον που ακολουθεί το ΑΤΟΡ, συγκεντρώνει πληροφορίες για τη χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών και όπου ενδείκνυται, για τις συμπεριφορές κινδύνου από την ενέσιμη χρήση για τις τελευταίες 4 εβδομάδες, με χρήση της μεθόδου Χρονολογικής Αναδρομής (Timeline Follow Back-TLFB) (Sobell & Sobell, 1996), με ταυτόχρονη καταγραφή της τυπικής ποσότητας χρήσης και των μονάδων, κατ' αναφορά του ατόμου για το οποίο συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο (με εξαίρεση το αλκοόλ, όπου γίνεται μετατροπή σε τυπικά ποτά, ή αλκοολικές μονάδες, όπως αναφέρονται στη χώρα μας). Για κάθε μία από τις κάτωθι αναφερόμενες ουσίες, υπάρχει πεδίο αναφοράς από τον ωφελούμενο για τον ειδικό τύπο της ουσίας ή άλλες χρήσιμες πληροφορίες (π.χ. «τσίπουρο χύμα», «βούμπλε», «τάϊ», «λαθραίο καπνό» κ.λ.π.), καθώς και στήλη για την «Οδό Χορήγησης», με ενδείξεις «Σ» για την per os χρήση, «Κ» για το κάπνισμα, «Μ» για τον ερρινισμό, «Ε» για την ενέσιμη χρήση και «Δ» για τη διαδερμική χρήση:

1.1.Αλκοόλ. Ο υπολογισμός γίνεται με βάση την περιεκτικότητα 10gr ή 12.5ml καθαρής αλκοόλης για κάθε τυπικό ποτό ή αλκοολική μονάδα, η οποία αποτελεί τη διάμεση τιμή του αντίστοιχου κυβερνητικού ορισμού σε 37 χώρες (Kerr & Stockwell, 2012; Kalinowski & Humphreys, 2016), καθώς δεν ανευρέθη επίσημος ορισμός από το Ελληνικό Κράτος (και άρα δεν μπορεί να γίνεται λόγος για «καθιερωμένο» ποτό στη χώρα μας), ενώ χρησιμοποιείται εικόνα ενσωματωμένη στον «Σύντομο Οδηγό Αναφοράς ΗΤΟΡ» (*Παράρτημα Ι*) η οποία προέρχεται από Ελληνική έκδοση της κλίμακας AUDIT-c (International Center for Alcohol Policies, 2005) [Λήμμα α]

1.2.Κάνναβη- κανναβινοειδή [Λήμμα β]

1.3.Αμφεταμίνες- αμφεταμινοειδή [Λήμμα γ]

1.4.Βενζοδιαζεπίνες [Λήμμα δ]

1.5.Ηρωίνη [Λήμμα ε]

1.6.Άλλα οπιοειδή [Λήμμα στ]

1.7.Κοκαΐνη [Λήμμα ζ]

1.8.Άλλη Ουσία (i): αναφέρεται από τον ωφελούμενο [Λήμμα η (i)]

1.9.Άλλη Ουσία (ii): αναφέρεται από τον ωφελούμενο [Λήμμα η (ii)]

1.10. Προϊόντα καπνού [Λήμμα θ]

1.11. Καταγραφή του αριθμού των ημερών ενέσιμης χρήσης, με τη μέθοδο TLFB [Λήμμα ι]

1.12. Αναφορά κοινής χρήσης εξοπλισμού, επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ [Λήμμα κ]

2. Ενότητα 1: Υγεία και Ευεξία. Η Ενότητα 2 συγκεντρώνει πληροφορίες για ορισμένους δείκτες της υγείας και ευεξίας του ατόμου, κατά το πρότυπο της αντίστοιχης ενότητας της ΑΤΟΡ. Οι τομείς είναι: η εργασία, οι σπουδές, η φροντίδα ή η διαβίωση με παιδιά, το να είναι κανείς θύμα ή δράστης βίας, οι συλλήψεις, η ψυχική υγεία, η σωματική υγεία και η ποιότητα ζωής. Ζητείται για την ίδια περίοδο 4 εβδομάδων:

2.1.Καταγραφή με τη μέθοδο TLFB των ημερών αμειβομένης εργασίας [Λήμμα α]

2.2.Καταγραφή με τη μέθοδο TLFB των ημερών εκπαίδευσης/κατάρτισης [Λήμμα β]

2.3.Καταγραφή με τη μέθοδο TLFB των ημερών εθελοντισμού/αθλητισμού [Λήμμα γ]

2.4.Καταγραφή με επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ της αστεγίας [Λήμμα δ]

2.5.Καταγραφή με επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ κινδύνου έξωσης [Λήμμα ε]

2.6.Καταγραφή με επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ κηδεμονίας ή διαβίωσης με ανηλίκους

2.6.1. Κάτω των 5 ετών [Λήμμα στ (i)]

2.6.2. 5-15 ετών [Λήμμα στ (ii)]

2.7.Καταγραφή με επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ σύλληψης, συμπεριλαμβανομένης προσωρινής κράτησης (επί παραδείγματι για έλεγχο στοιχείων ταυτότητας) [Λήμμα ζ]

2.8. Καταγραφή με επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ περιστατικών άσκησης βίας, ως θύτης, συμπεριλαμβανομένης της ενδοοικογενειακής βίας [Λήμμα η]

2.9. Καταγραφή με επιλογή ΝΑΙ ή ΟΧΙ περιστατικών άσκησης βίας, ως θύμα, συμπεριλαμβανομένης της ενδοοικογενειακής βίας [Λήμμα θ]

2.10. Κλίμακα αξιολόγησης (0-10 ,με το "0" να σημαίνει κακό και το "10" καλό) της κατάστασης **Ψυχολογικής Υγείας** [Λήμμα ι]

2.11. Κλίμακα αξιολόγησης (0-10) της κατάστασης **Σωματικής Υγείας** [Λήμμα κ]

2.12. Κλίμακα αξιολόγησης (0-10) της συνολικής **Ποιότητας Ζωής** [Λήμμα λ]

3. Σε περίπτωση μη συμπλήρωσης, καταγραφή του λόγου. Υπάρχουν 2 επιλογές, άρνηση εξυπηρετούμενου/νης και μη ενδεδειγμένη κλινικά η συμπλήρωση

4. Το επόμενο δισέλιδο περιλαμβάνει τον Σύντομο Οδηγό Αναφορά ΗΤΟΡ, με παραπομπή σε έναν μελλοντικό Αναλυτικό Οδηγό Συμπλήρωσης ΗΤΟΡ για εκτενείς οδηγίες συμπλήρωσης. Ο οδηγός χρησιμεύει ως μνημοτεχνικό βοήθημα για τον συνεντευκτή και συμπεριλαμβάνει:

4.1. *Πληροφορίες* για το ερωτηματολόγιο, ως ένα απλό σύνολο ερωτήσεων για τη βελτίωση και απλούστευση της διαδικασίας ανασκόπησης και την υποβοήθηση του σχεδιασμού της συνεχιζόμενης θεραπείας και της κλινικής παραπομπής, καθώς και ως πηγή δεδομένων για τη μέτρηση της έκβασης της θεραπείας.

4.2. *Οδηγίες για την παρουσίαση* του ΗΤΟΡ προς τον ωφελούμενο, ως σύντομη, ολιγόλεπτη συνέντευξη, με ερωτήσεις που εξετάζουν τη χρήση ουσιών, κινδύνους για την υγεία και την ευεξία κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, το οποίο ζητείται από τους/τις εξυπηρετούμενους/ες να το συμπληρώσουν, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες ως τμήμα του σχεδιασμού της θεραπείας των και προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, δηλώνοντας πως είναι σημαντικό να απαντήσουν με τη μεγαλύτερη ακρίβεια και ειλικρίνεια που μπορούν, αλλά, εάν δε θέλουν να απαντήσουν σε

οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις μπορούν να το δηλώσουν ώστε να προχωρήσει η συνέντευξη παρακάτω και πως αφού ολοκληρωθεί το ΗΤΟΡ θα είναι εφικτή η διεξοδική εξέταση των αναγκών και των στόχων του/ης εξυπηρετούμενου/ης

4.3. Οδηγίες για τη συμπλήρωση του ΗΤΟΡ :

4.3.1. Προσεκτική εξήγηση της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών, σύμφωνα με πρότυπο που περιλαμβάνεται στο τέλος του δισέλιδου

4.3.2. Εισαγωγή των στοιχείων της επικεφαλίδας

4.3.3. Πλαισίωση της συνέντευξης με τη χρήση ημερολογίου που περιλαμβάνει τις τελευταίες 4 εβδομάδες και επισήμανση σημαντικών ημερομηνιών (εορτές κλπ)

4.3.4. Τρόπο εισαγωγής των απαντήσεων των εξυπηρετούμενων

4.3.5. Σημειώσεις για τη Μέση Ημερήσια Ποσότητα- Μ.Η.Π., την Οδό Χορήγησης, τον υπολογισμό των Τυπικών -ή καθιερωμένων- Ποτών (Μονάδων Αλκοόλης), παραδείγματα διαφόρων ουσιών όπως αναφέρονται στην καθομιλουμένη των χρηστών αυτών και περιγραφή του εξοπλισμού χρήσης

4.3.6. Σημειώσεις για το τι εστί αμειβόμενη εργασία, αστεγία, έξωση, βία κ.λ.π., όπως ορίζονται για τις ανάγκες του ερωτηματολογίου

4.3.7. Κανόνες για το πότε θα πρέπει να συμπληρώνεται το ΗΤΟΡ αναλόγως του σταδίου θεραπείας και

4.4. Πρότυπο πληροφόρησης για την εμπιστευτικότητα

4.7.2. Διαφοροποιήσεις του ΗΤΟΡ από το ΑΤΟΡ

Η Ελληνική εκδοχή του ΑΤΟΡ το ακολουθεί με υψηλή πιστότητα, ωστόσο υπάρχουν και ορισμένες αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις, οι οποίες επεβλήθησαν και από τα τρία επίπεδα ομάδων εστίασης.

1. Η συνολική εμφάνιση ακολουθεί το πρότυπο των ερωτηματολογίων TOP PHE v.2.0 (Gov.uk, 2019) & TOP Chile (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol- Senda, n.d.), τα οποία κρίθηκαν περισσότερο

ευανάγνωστα κατά την εκτύπωσή τους σε σχέση με το ΑΤΟΡ, τόσο σε ασπρόμαυρο, όσο και σε έγχρωμο εκτυπωτή. Επιλέχθηκαν ανοικτόχρωμες αποχρώσεις του γαλανού, όπως και στην περίπτωση του TOP Chile, καθώς και της έκδοσης v1.4 του TOP NHS (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2007). Η αλλαγή αυτή είναι αμιγώς αισθητική και δεν αλλοιώνει το περιεχόμενο του ΑΤΟΡ.

2. Τα στοιχεία του ατόμου για το οποίο συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκαν με την προσθήκη του «Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης-ΑΜΚΑ» στη θέση του MRN και την προσθήκη του «Κωδικού ΕΠΙΨΥ», ο οποίος έχει ευρεία εφαρμογή στα θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και χρησίμευσε για την εξασφάλιση τυφλών ανωνυμίας των ατόμων που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια κατά την έρευνα.
3. Στα κλινικά στοιχεία προστέθηκε η «Μονάδα Θεραπείας» και η «Φάση Θεραπείας», καθώς και η «Ημερομηνία εισαγωγής στα προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ.», ώστε να εξασφαλίζεται συμβατότητα με τον τρόπο λειτουργίας του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών. Η λέξη «clinician» αντικαταστάθηκε με το «Ονοματεπώνυμο Συνεντευκτή/Συνεντεύκτριας», δεδομένου του ότι η λέξη κλινικός, αν και καθόλα Ελληνική και ακριβής, δεν είθισται να χρησιμοποιείται ευρέως στον Ο.ΚΑ.ΝΑ., ενώ τα «Στάδια θεραπείας» προσδιορίστηκαν ως «Εναρξη Θεραπείας», «Αξιολόγηση Θεραπευτικής Πορείας», «Ολοκλήρωση Θεραπείας», «Διακοπή (Θεραπείας)» και «Follow-Up», (μετά την ολοκλήρωση ή τη διακοπή της θεραπείας), προκειμένου να εξασφαλίζεται συμβατότητα με τον τρόπο λειτουργίας του Οργανισμού. Οι Φάσεις Θεραπείας, όπως ορίζονται από το Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του Ο.ΚΑ.ΝΑ. (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012) διαφοροποιούνται από τα Στάδια Θεραπείας, όπως ορίζονται από το ΗΤΟΡ, αν και η αντιστοίχιση είναι εφικτή και μάλλον προφανής.
4. Στην Ενότητα 1 προστέθηκε πεδίο για κάθε ουσία προκειμένου να αναφέρει ο ωφελούμενος τον ειδικό τύπο της ουσίας ή άλλες χρήσιμες πληροφορίες (π.χ. «ρετσίνα

χύμα», «σούμπο», «σίσα», «άφιλτρα» κ.λ.π.), καθώς και στήλη για την «Οδό Χορήγησης», με ενδείξεις «Σ» για την per os χρήση (στην οποία κατηγορία για τις ανάγκες του ερωτηματολογίου κατατάσσεται και η υπογλώσσια), «Κ» για το κάπνισμα (ασχέτως του εάν πρόκειται για καύση, όπως στις περιπτώσεις της κάνναβης και του ταμπάκο, ή για εξάχνωση, όπως στις περιπτώσεις του «κρακ» και του «σίσα»), «Μ» για τον ερρινισμό, «Ε» για την ενέσιμη χρήση (ασχέτως του εάν πρόκειται για ενδοφλέβια, υποδόρια ή ενδομυϊκή) και «Δ» για τη διαδερμική χρήση, επειδή θεωρήθηκε πως οι πληροφορίες αυτές είναι εξαιρετικά χρήσιμες, ιδίως για τον προσδιορισμό της μείωσης της βλάβης (harm reduction). Οι πληροφορίες αυτές δεν καταγράφονται στο ATOP και τα TOP.

5. Στην ίδια Ενότητα, λόγω της επιδημολογίας και της σημασίας της χρήσης προϊόντων καπνού στη χώρα μας τα τελευταία έτη (Tsalapati et al., 2014), αποφασίσθηκε η καταγραφή για τα «Προϊόντα Καπνού» να ακολουθεί επίσης τη μέθοδο της Χρονολογικής Αναδρομής (Timeline Follow Back- TLFB), όπως και στο αρχικό TOP, εκεί που στο ATOP καταγράφεται απλώς ΝΑΙ ή ΟΧΙ. Με τον τρόπο αυτό είναι εφικτό να καταγράφεται η περιστασιακή χρήση, αλλά και οι τυχούσες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος και η επίτευξη διαστημάτων αποχής.
6. Στην Ενότητα 2 προστέθηκε λήμμα για τον εθελοντισμό και τον αθλητισμό, καθώς θεωρήθηκε πως και τα δύο αποτελούν σημαντικές δραστηριότητες για κάθε άτομο και για τους χρήστες ουσιών ειδικότερα, ενώ αποτελούν εκ των πραγμάτων διαθέσιμες εναλλακτικές στη χώρα μας, τη χώρα με την υψηλότερη ανεργία στην Ευρωπαϊκή Ένωση την περίοδο της οικονομικής κρίσης (Eurostat, 2019) και καθόλου δεδομένες για τον υπό μελέτη πληθυσμό (Μπαλάσκα, 2011; Żukiewicz-Sobczak et al., 2014; Lim & Laurence, 2015; Smed, Tetens, Bøker Lund, Holm & Ljungdahl Nielsen, 2018).
7. Στις 3 κλίμακες αξιολόγησης των καταστάσεων Ψυχολογικής Υγείας, Σωματικής Υγείας και συνολικής Ποιότητας Ζωής, προστέθηκαν 2 εικονίδια «smileys», ώστε να

αποκτήσουν κάποια από τα χαρακτηριστικά των κλιμάκων οπτικών αναλόγων (visual analog scales- VAS, Hayes & Patterson, 1921; Reips & Funke, 2008), με πιθανή χρησιμότητα σε ωφελούμενους που δεν γνωρίζουν ανάγνωση και γραφή ή την Ελληνική γλώσσα. Διατηρήθηκε η 10βαθμη μορφή και η ομαδοποίηση της ΑΤΟΡ, ως πολιτισμικά περισσότερο σχετική από την 20βαθμη των ΤΟΡ του Ηνωμένου Βασιλείου και της Χιλής, στα οποία ερωτηματολόγια οι κλίμακες αυτές είναι ανάμεικτες με τα υπόλοιπα λήμματα της τελευταίας ενότητας. Στο στάδιο της μετάφρασης επελέγη ο όρος «κακή» ώστε να αποδίδει τον Αγγλικό όρο «poor», πάλι για λόγους πολιτιστικής συνάφειας και αντίθετα με την μετάφραση του SF-36 όπου οι μεταφραστές επέλεξαν τη λέξη «φτωχή». Η ενδιαφέρουσα 10βαθμη κλίμακα ανάρρωσης (“recovery”) του ερωτηματολογίου ΑΔΟΜ δεν χρησιμοποιήθηκε, καθώς θεωρήθηκε πως θα αλλοίωνε το χαρακτήρα του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ.

8. Ο «Σύντομος Οδηγός Αναφοράς ΗΤΟΡ» (*Παράρτημα Ι*) προσαρμόστηκε στη μορφή της ΗΤΟΡ με τις τροποποιήσεις που προαναφέρθηκαν και δεν αποτελεί απλή μετάφραση του «ΑΤΟΡ Quick Reference Guide». Εκεί συμπεριλαμβάνονται οδηγίες, ονομασίες ουσιών και οδηγός υπολογισμού του τυπικού ποτού, τα οποία, σύμφωνα με τις ομάδες εστίασης όλων των επιπέδων, αρμόζουν καλύτερα στην Ελληνική πραγματικότητα και τις απαιτήσεις που επιβάλουν οι σύγχρονες τοπικές συνθήκες και οι κουλτούρες των χρηστών, αλλά και των επαγγελματιών του χώρου. Λόγω της περιφραστικής περιγραφικότητας της Νέας Ελληνικής, κρίθηκε αναγκαία η επέκταση του «Σύντομου Οδηγού Αναφοράς ΗΤΟΡ», σε αντιδιαστολή με τις Αγγλόφωνες, αλλά και την Ισπανόφωνη έκδοση, όπου οι πληροφορίες έχουν περιορισθεί σε ένα μονοσέλιδο. Η ίδια ιδιότητα της καθομιλουμένης Ελληνικής εξάλλου, προκάλεσε σημαντικές δυσκολίες στο επιχείρημα να παραμείνει το ερωτηματολόγιο ΗΤΟΡ μονοσέλιδο και ταυτόχρονα να περιλαμβάνει όλα τα αναγκαία λήμματα και να παραμένει ευανάγνωστο.

4.7.3. Τυποποίηση διαδικασίας χορήγησης και βαθμολόγησης - προσομοιώσεις χορήγησης του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ

Η οριστική 1^η εκδοχή του ερωτηματολογίου, κατόπιν παρουσίασής του στον κύριο ερευνητή του ΑΤΟΡ Dr. N. Lintzeris (16 Μαΐου 2019), δοκιμάστηκε στο πλαίσιο σχολαστικής διαδικασίας προσομοιώσεων χορήγησής του, παράλληλα με τυποποίηση της διαδικασίας χορήγησης και εκπαίδευσης για τη χορήγηση και τη βαθμολόγησή του και με τη βοήθεια του «Σύντομου Οδηγού Αναφοράς ΗΤΟΡ» (*Παράρτημα Ι*), κατά τη διάρκεια της οποίας όλα τα μέλη της ομάδας χορήγησής του λειτούργησαν τόσο ως συνεντευκτές, όσο και ως συνεντευξιζόμενοι, με σκοπό την τελική διευκρίνιση εννοιών, τον έλεγχο του χρόνου χορήγησής του, την εξοικείωση των συνεντευκτών με αυτό και την εξασφάλιση πως θα χορηγείται και θα βαθμολογείται με ενιαίο τρόπο από όλους. Η ομάδα προσομοίωσης, η οποία λειτούργησε και ως ομάδα χορήγησης στους ωφελούμενους, ήταν 9μελής και αποτελείτο από τα μέλη της Διεπιστημονικής Ομάδας Εμπειρογνομόνων, ενισχυμένης από τους:

- Βλάχου Γεωργία, Κοινωνική Λειτουργό, Στέλεχος της Διεύθυνσης Εφαρμογής Προγραμμάτων Ο.ΚΑ.ΝΑ.
- Δανούση Παρασκευή, MSc, Νοσηλεύτρια στη ΜΟΘΕ Ο.ΚΑ.ΝΑ. ΓΝΑ «Ευαγγελισμός»
- Κολιό Γεώργιο, Ψυχολόγο, MSc, Στέλεχος της Διεύθυνσης Εφαρμογής Προγραμμάτων Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Ελέγχθηκε η κατανόηση των ερωτήσεων, η δυνατότητα να απαντηθεί η καθεμία εξ αυτών, η πρακτικότητα και αποδοχή της μορφής και της εμφάνισης του ερωτηματολογίου καθώς και ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωσή του (περίπου 10').

4.8. Έλεγχος Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας (Validity and Reliability Test)

Κατόπιν, το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 147 ωφελουμένων (αρχικός στόχος 150), προερχομένων από διάφορα θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στην Αττική, τόσο αμέσως πριν την εισαγωγή τους σε αυτά, όσο και κατά τη διάρκεια παρακολούθησης διαφορετικών Φάσεων Θεραπείας, όπως ορίζονται στο Πλαίσιο Λειτουργίας

των Θεραπευτικών Προγραμμάτων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. (2012), καθώς και μετά το πέρας ή τη διακοπή της θεραπείας.

4.8.1. Δειγματοληψία

Η δειγματοληψία έγινε ως εξής: Αποφασίσθηκε, προς διευκόλυνση της μελέτης, το δείγμα να προέρχεται αποκλειστικά από τα θεραπευτικά προγράμματα του Νομού Αττικής, εξαιρουμένου για πρακτικούς λόγους του προγράμματος του Καταστήματος Κράτησης Κορυδαλλού. Τον Ιούνιο του 2019, σύμφωνα με τα κοινοποιούμενα εσωτερικά στοιχεία του Τμήματος Υποστήριξης και Τεκμηρίωσης του Ο.ΚΑ.ΝΑ., το 44% των ωφελουμένων του Οργανισμού (3584 επί συνόλου 8161) ήταν εισηγμένο στις θεραπευτικές μονάδες του Νομού Αττικής, ενώ παράλληλα, στον Νομό Αττικής εκπροσωπείται όλη η τυπολογία θεραπευτικών προγραμμάτων του Δικτύου Υπηρεσιών του Ο.ΚΑ.ΝΑ., η οποία αντιστοιχεί αδρά στις διάφορες φάσεις θεραπείας, ήτοι:

1. Μονάδες Υποκατάστασης Άμεσης Πρόσβασης-ΜΥΑΠ (2 στην Αττική)
2. Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης-ΜΟΘΕ (22 στην Αττική, 33 στην υπόλοιπη Ελλάδα, σύνολο 55)
3. Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης-ΜΕΨΥ (1 στην Αττική, 2 στην υπόλοιπη Ελλάδα, σύνολο 3)
4. Εξωτερικό Ιατρείο Συνταγογράφησης-ΕΙΣ (1 στην Αττική, 2 στην υπόλοιπη Ελλάδα, σύνολο 3)
5. Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης-ΜΚΕ, (1 στην Αττική, 2 στην υπόλοιπη Ελλάδα, σύνολο 3)
6. Μονάδα Εφήβων (1 στην Αττική)

Οι Φάσεις Θεραπείας, σύμφωνα με το Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του Ο.ΚΑ.ΝΑ. είναι οι εξής:

0. *Φάση Προεισαγωγής*: Αντιστοιχεί στις Μονάδες Υποκατάστασης Άμεσης Πρόσβασης και, όπου αυτές δεν υπάρχουν, στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης.

1. *Φάση Εισαγωγής*: Αντιστοιχεί στις Μονάδες Υποκατάστασης Άμεσης Πρόσβασης και, όπου αυτές δεν υπάρχουν, στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης.
2. *Φάση Αποκατάστασης*: Αντιστοιχεί στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης.
3. *Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας*: Αντιστοιχεί στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης.
4. *Φάση Ιατρικής Συντήρησης*: Αντιστοιχεί στα Εξωτερικά Ιατρεία Συνταγογράφησης και, όπου αυτά δεν υπάρχουν, στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης.
5. *Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης*: Αντιστοιχεί στις Μονάδες Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης και, όπου αυτές δεν υπάρχουν, στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης.
6. *Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας*: Αντιστοιχεί στις Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης και, όπου αυτές δεν υπάρχουν, στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης.

Οι φάσεις θεραπείας εφαρμόζονται βάσει του Πλαισίου Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του Ο.ΚΑ.ΝΑ. (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2012) και της ΑΠ:17068/06.11.2014 (*Παράρτημα Ζ*), με κάποιες τροποποιήσεις στην τυπολογία των αντίστοιχων θεραπευτικών μονάδων, τις οποίες επέβαλε η ίδρυση νέων δομών το διάστημα 2015-2019.

Δεδομένου του ότι οι αναλογίες ωφελουμένων στους οποίους χορηγείται μεθαδόνη προς εκείνους στους οποίους χορηγείται βουπρενορφίνη το ίδιο διάστημα ήταν 1:3 για όλη την Ελλάδα (2039:6076) και 2:3 για την Αττική (1396:2164), αποφασίσθηκε αρχικά η αναλογία του δείγματος να είναι περίπου 1:2, ενώ για τα στεγνά προγράμματα (Κοινωνική Επανάταξη και Μονάδα Εφήβων), λόγω των μικρών αριθμών ωφελουμένων που εξυπηρετούν σε σχέση με τα υπόλοιπα, αποφασίσθηκε η ενίσχυση του αριθμού των συμμετεχόντων, ώστε να αντιστοιχεί στο 1/5 ή 20% περίπου του αριθμού των μελών του προγράμματος υποκατάστασης με μεθαδόνη και βουπρενορφίνη.

Στην πράξη όμως, αποδείχθηκε πως η προσβασιμότητα σε κάθε μονάδα δεν ήταν το ίδιο εύκολη. Η έρευνα διενεργήθηκε σε μία μεταβατική περίοδο, κατά την οποία ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. δεν διέθετε Γενικό Διευθυντή, ανέμενε την αντικατάσταση του Προέδρου και του Διοικητικού του Συμβουλίου και ταλανιζόταν από μία παρατεινόμενη και κλιμακούμενη έλλειψη ιατρικού προσωπικού και, κατά συνέπεια, σε αρκετές από τις μονάδες δεν υπήρχε υπεύθυνος ιατρός. Για τους λόγους αυτούς, η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε ως εξής:

1. Α΄ ΜΥΑΠ, 5 ωφελούμενοι, βουπρενορφίνη
2. ΜΟΘΕ ΓΝΑ «Ευαγγελισμός», 40 ωφελούμενοι, βουπρενορφίνη
3. ΜΟΘΕ «Αβέρωφ», 11 ωφελούμενοι, βουπρενορφίνη
4. ΜΟΘΕ ΠΓΝ «Αττικόν», 14 ωφελούμενοι, βουπρενορφίνη
5. ΜΟΘΕ ΓΝΑ «Λαϊκό», 11 ωφελούμενοι, βουπρενορφίνη
6. ΜΟΘΕ ΓΝΠ «Τζάνειο», 13 ωφελούμενοι, βουπρενορφίνη
7. ΜΟΘΕ ΓΝ «Νικαίας- Άγιος Παντελεήμων», 14 ωφελούμενοι, βουπρενορφίνη
8. ΜΟΘΕ ΣΤΡ «Βαρύτη-Γουδή», 5 ωφελούμενοι, μεθαδόνη
9. ΜΟΘΕ ΠΓΝ «Αττικόν», 9 ωφελούμενοι, μεθαδόνη
10. ΜΚΕ Αθήνας, 9 ωφελούμενοι, στάδιο Κοινωνικής Επανένταξης
11. ΜΕΨΥ Αθήνας, 6 ωφελούμενοι, βουπρενορφίνη
12. ΕΙΣ ΠΝΑ «Σπηλιοπούλειο- Αγία Ελένη», 5 ωφελούμενοι, βουπρενορφίνη
13. ΜΟΘΕ ΓΝ «Έλενα Βενιζέλου», 1 ωφελούμενη, βουπρενορφίνη
14. ΜΟΘΕ ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας» 4 ωφελούμενοι, βουπρενορφίνη

Συνολικά 147 ωφελούμενοι από 14 διαφορετικές δομές της Αττικής, εκ των οποίων οι 123 ελάμβαναν θεραπεία με βουπρενορφίνη (83,67%) και μόνο οι 14 με μεθαδόνη (9,52%), ενώ 10 (6,80%) δεν ελάμβαναν θεραπεία υποκατάστασης. Η συμμετοχή ωφελουμένων από τη Μονάδα Εφήβων «Ατραπός» του Ο.ΚΑ.ΝΑ. ματαιώθηκε, λόγω φόρτου της μονάδας από άλλες έρευνες οι οποίες γίνονταν εκεί την ίδια χρονική περίοδο.

Η επιλογή των ωφελουμένων της κάθε θεραπευτικής μονάδας έγινε με τυχαιοποίηση του δείγματος, χρησιμοποιώντας το εργαλείο «Δειγματοληψία» του προγράμματος Microsoft Excel με το αντίστοιχο μέγεθος δείγματος, επί ανωνύμων καταστάσεων των ωφελουμένων της που μας χορήγησε η κάθε μονάδα. Τα άτομα που δεν ήταν διαθέσιμα ή δεν δέχτηκαν τη συμμετοχή αντικαταστάθηκαν με νέα τυχαιοποιημένη δειγματοληψία. Κριτήριο αποκλεισμού θεωρήθηκε η αδυναμία να υπογράψουν το έγγραφο συγκατάθεσης συμμετοχής στη μελέτη, εφόσον το ερωτηματολόγιο ΗΤΟΡ προορίζεται για χρήση σε όλες τις θεραπευτικές μονάδες του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και για όλους τους ωφελούμενους.

Η κατανομή των φάσεων θεραπείας των ωφελουμένων ήταν η εξής:

1. Φάση Εισαγωγής: 9 άτομα (6,16%)
2. Φάση Αποκατάστασης: 77 άτομα (52,74%)
3. Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας: 22 άτομα (15,07%)
4. Φάση Ιατρικής Συντήρησης: 9 άτομα (6,16%)
5. Φάση Ιατρικά Επιτηρούμενης Απόσυρσης: 19 άτομα (13,01%)
6. Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας: 10 άτομα (6,85%)

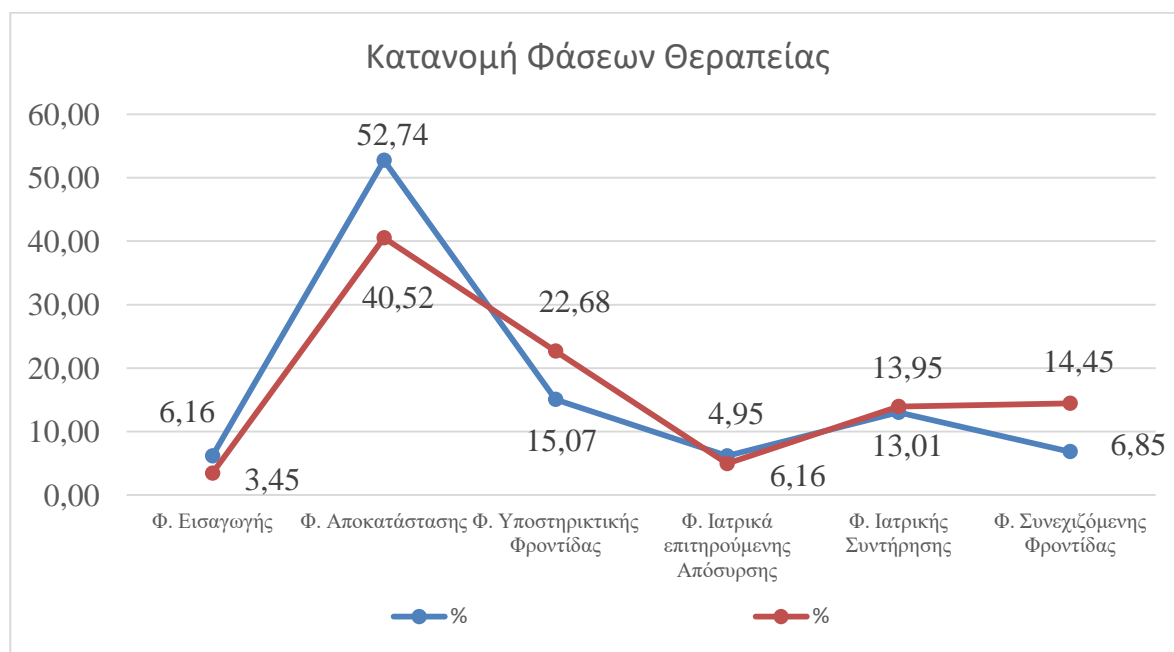
Σύνολο 146 άτομα, καθώς η φάση θεραπείας έμεινε αδιευκρίνιστη για 1 άτομο. Στον Πίνακα 1 και το Διάγραμμα 1 αποτυπώνεται η κατανομή των Φάσεων Θεραπείας του δείγματος, σε σύγκριση με το σύνολο του πληθυσμού στα προγράμματα της Αττικής τον Νοέμβριο του 2019.

Πίνακας 1

Κατανομή των Φάσεων Θεραπείας του δείγματος

Φάση θεραπείας	Δείγμα	%	Σύνολο Αττικής	%
Φ. Εισαγωγής	9	6,16	62	3,45
Φ. Αποκατάστασης	77	52,74	729	40,52
Φ. Υποστηρικτικής Φροντίδας	22	15,07	408	22,68
Φ. Ιατρικά επιτηρούμενης Απόσυρσης	9	6,16	89	4,95
Φ. Ιατρικής Συντήρησης	19	13,01	251	13,95

Φ. Συνεχιζόμενης Φροντίδας	10	6,85	260	14,45
ΣΥΝΟΛΟ	146	100	1799	100



Διάγραμμα 1. Κατανομή των Φάσεων Θεραπείας του δείγματος

Από το σύνολο του δείγματος, οι 123 (83,67%) ήταν άνδρες και οι 24 γυναίκες (16,33%) και τα 2/3 του συνόλου ήταν ηλικίας 31-50 ετών, όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 2. Το ποσοστό των γυναικών στις ΜΟΘΕ της Αττικής είναι 16,77% και το 72% των ωφελουμένων και των δύο φύλλων είναι ηλικίας 35-55 ετών (ΕΠΨΥ & ΕΚΤΕΠΝ, 2018), εξασφαλίζοντας έτσι καλή αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Πίνακας 2

Κατανομή του δείγματος κατά φύλο και ηλικιακές ομάδες

ΗΛΙΚΙΑ	Άνδρες	%		Γυναίκες	%		Σύνολο	%
		Ανδρών	Συνόλου		Γυναικών	Συνόλου		
21-30	10	8,13	6,80	2	1,36	1,36	12	8,16
31-40	40	32,52	27,21	11	7,48	7,48	51	34,69
41-50	40	32,52	27,21	8	5,44	5,44	48	32,65

51-60	27	21,95	18,37	3	2,04	2,04	30	20,41
61-70	6	4,88	4,08	0	0,00	0,00	6	4,08
Σύνολο	123	100,00	83,67	24	16,33	16,33	147	100,00

4.8.2. Διασταύρωση ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ με σταθμισμένα ερωτηματολόγια και αποτελέσματα τοξικολογικού ελέγχου ούρων

Τα ερωτήματα διασταυρώθηκαν για τον κάθε ωφελούμενο με τα ευρήματα πρόσφατου τοξικολογικού ελέγχου δείγματος ούρων, καθώς και με συστοιχία επιλεγμένων από τον ερευνητή, σταθμισμένων στον Ελληνικό πληθυσμό ερωτηματολογίων (ερωτηματολόγια σύγκρισης, χρυσοί κανόνες ή golden standards), τα οποία χορηγήθηκαν ταυτοχρόνως και χρησιμοποιήθηκαν ως μέθοδος αναφοράς και τα οποία είναι τα εξής:

1. «MOS 36-Item Short-Form Health Survey»- SF- 36. Η κλίμακα «MOS 36-Item Short-Form Health Survey»- SF- 36 (Ware & Sherbourne, 1992) περιέχει 36 αυτο-αναφορικά λήμματα για την υγεία των ασθενών που τη συμπληρώνουν. Πρόκειται για ένα μέτρο της υγείας των ασθενών και μια σύντομη εκδοχή της, η SF-6D, χρησιμοποιείται συχνά στα οικονομικά της υγείας ως μία μεταβλητή για τον υπολογισμό των quality adjusted life years (QALY), προκειμένου να υπολογισθεί η σχέση κόστους/αποτελεσματικότητας μιας θεραπευτικής παρέμβασης (Korec & Willison, 2003). Η αρχική κλίμακα SF-36 προέκυψε από τη μελέτη Medical Outcome Study-MOS (Hays & Stewart, 1992), η οποία διεξήχθη από τον οργανισμό RAND Corporation που την προσφέρει δωρεάν στην ιστοσελίδα του (RAND Healthcare, n.d.), στην οποία συμπεριλαμβάνεται και σχετική βιβλιογραφία. Από τα λήμματα, 10 αφορούν τη σωματική λειτουργικότητα (τα 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 & 12), 4 τους περιορισμούς ρόλου λόγω προβλημάτων υγείας (τα 13, 14, 15 & 16), 3 τους περιορισμούς ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (τα 17, 18 & 19), 4 την ενέργεια/κόπωση (τα 23, 27, 29 & 31), 5 τη συναισθηματική ευεξία (τα 24, 25, 26, 28 & 30), 2 την κοινωνική λειτουργικότητα (τα 20 & 32), 2 το άλγος (τα 21 & 22) και 5 τη γενική υγεία (τα 1, 33, 34, 35 & 36), ενώ

υπάρχουν ειδικοί κανόνες ως προς τη βαθμολόγηση των 8 αυτών κλιμάκων (Ware & Sherbourne, 1992; Hays & Shapiro, 1992). Οι οκτώ επί μέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικότερες κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας (Παπά, Κοντοδημόπουλος & Νιάκας, 2006). Χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη Ελληνική έκδοχή της κλίμακας SF- 36 (Anagnostopoulos, Niakas & Pappa, 2005; Pappa, Kontodimopoulos & Niakas, 2005). Η συσχέτιση έγινε μεταξύ της κλίμακας ψυχικής υγείας της SF-36 και της ερώτησης ι της δεύτερης ενότητας του ερωτηματολογίου HTOP, καθώς και μεταξύ της κλίμακας σωματικής υγείας της SF-36 και της ερώτησης κ της δεύτερης ενότητας του ερωτηματολογίου HTOP (Παράρτημα ΙΑ).

2. «Alcohol Use Disorders Identification Test»- AUDIT. Η κλίμακα «Alcohol Use Disorders Identification Test»- AUDIT είναι ένα εργαλείο πρώιμης διάγνωσης της κατανάλωσης αλκοόλ, των συμπεριφορών κατανάλωσης και των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, 10 λημμάτων κλίμακος Likert με βαθμολογία 0-4 το καθένα (τα 8 πρώτα δέχονται και τις 5 πιθανές βαθμολογίες, ενώ τα 2 τελευταία μόνο 0, 2 και 4), το οποίο αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας- WHO (Saunders, J.B. & Aasland, 1987). Υπάρχει μία έκδοση χορηγούμενη από τον κλινικό, καθώς και μία έκδοση αυτοαναφοράς. Τα 3 πρώτα λήμματα σχετίζονται με την ποσότητα και συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, τα 3 επόμενα με την εξάρτηση από αυτό και τα 4 τελευταία με τις επιπτώσεις ή τα προβλήματα σε σχέση με το αλκοόλ, δημιουργώντας 3 επί μέρους βαθμολογίες κατανάλωσης, εξάρτησης και σχετικών με το αλκοόλ προβλημάτων. Η περιγραφή της κατανάλωσης γίνεται με τη χρήση των «τυπικών ποτών», για τον υπολογισμό των οποίων χρησιμοποιείται ένας πίνακας, ο οποίος διαφέρει ανάλογα με τη χώρα, ώστε να προσαρμόζεται στις τοπικές συνήθειες κατανάλωσης. Συνολική βαθμολογία άνω του 8 συνδέεται με επικίνδυνη ή επιβλαβή χρήση αλκοόλ στο 92% των περιπτώσεων, ενώ βαθμολογία μικρότερη του 8 δεν συνδέεται με επικίνδυνη ή επιβλαβή χρήση αλκοόλ στο 94% των περιπτώσεων (Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente & Grant, 1993). Κατά τη βαθμολόγηση τα άτομα κατατάσσονται σε 4 επί μέρους κατηγορίες, χαμηλού

κινδύνου για συνολική βαθμολογία 0-7 και βαθμολογία εξάρτησης <4, επικίνδυνης χρήσης για βαθμολογία 8-15, επιβλαβούς χρήσης για βαθμολογία 16-19 και υψηλού κινδύνου για βαθμολογία >20, ενώ όπου η βαθμολογία της εξάρτησης είναι >4 απαιτείται εκτίμηση του βαθμού της. Κυκλοφορεί επίσης μια βραχεία εκδοχή της κλίμακας, 3 λημμάτων, με όνομα AUDIT-c (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn & Bradley, 1998). Η κλίμακα «Alcohol Use Disorders Identification Test»- AUDIT προσφέρεται δωρεάν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας- WHO σε ειδική ιστοσελίδα, όπου περιλαμβάνονται οδηγίες χρήσης με πληροφορίες για τη βαθμολόγηση (Babor, de la Fuente, Saunders, & Grant, 1989; Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001), καθώς και η κλίμακα σε 39 διαφορετικές γλώσσες, μεταξύ των οποίων και η Ελληνική AUDIT (Moussas et al., 2009), με την ονομασία «Το Τεστ Εντοπισμού Δυσλειτουργιών από την Χρήση Αλκοόλ: Εκδοχή Αυτοαναφοράς», η οποία και χρησιμοποιήθηκε (Alcohol Use Disorders Identification Test, n.d.). Για τις ανάγκες της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα 3 πρώτα λήμματα τα οποία σχετίζονται με την ποσότητα και συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ και πρακτικά ισοδυναμούν με χρήση της υποκλίμακας AUDIT-c και η συσχέτιση έγινε μεταξύ της πρώτης ερώτησης του AUDIT-c και των συνολικών ημερών χρήσης που προκύπτουν από την α ερώτηση της πρώτης ενότητας του ερωτηματολογίου HTOP (*Παράρτημα IB*).

3. «World Health Organization Quality of Life Instruments»- WHO-QOL-BREF. Η κλίμακα WHOQOL-BREF αποτελεί μια συνοπτική εκδοχή 26 λημμάτων της διαπολιτισμικής κλίμακας WHOQOL-100 των 100 λημμάτων, η οποία είναι διαθέσιμη σε 29 διαφορετικές γλώσσες, αναπτύχθηκε κατά τη διάρκεια πολλών ετών, αρχής γενομένης το 1991, σε 15 διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα και ελέγχθηκε σε 37 διαφορετικά κέντρα (WHOQOL Group 1993; 1994a; 1994b; 1995; 1998), προκειμένου να αξιολογεί τις αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο των πολιτισμικών και αξιακών τους συστημάτων και σε σχέση με τους στόχους τους, τις επιδιώξεις τους, τις σταθερές τους και τις ανησυχίες τους (World Health Organization, 1998). Η κλίμακα αποδίδει ένα πολυδιάστατο

προφίλ βαθμολόγησης μεταξύ διαφόρων τομέων και υποτομέων (πτυχών) της ζωής του ατόμου. Οι 4 τομείς αφορούν τη σωματική υγεία (λήμματα Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17 & Q18), την ψυχολογική υγεία (λήμματα Q5, Q6, Q7, Q11, Q19 & Q26), τις κοινωνικές σχέσεις (λήμματα Q20, Q21 & Q22) και το περιβάλλον (λήμματα Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25), ενώ οι επί μέρους βαθμολογίες πολλαπλασιάζονται με τον συντελεστή 4, προκειμένου να διατηρηθεί η συμβατότητα με την αρχική κλίμακα WHOQOL-100 (World Health Organization, 1996). Συνολικά, θεωρείται πως η κλίμακα WHOQOL-BREF είναι μια αξιόπιστη και διαπολιτισμικά έγκυρη αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Quality of Life- QoL), όπως αντικατοπτρίζεται και από τους τέσσερις τομείς της (The WHOQOL Group, 1994, Saxena, Carlson, Billington & Orley, 2001; Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004). Άλλες εκδοχές της κλίμακας είναι η 13 λημμάτων WHOQOL-AGE (Caballero et al., 2013) για μεγαλύτερα άτομα, η 24 λημμάτων WHOQOL-AGE για τους ηλικιωμένους (World Health Organization, 2006), η 39 λημμάτων WHOQOL-DIS (World Health Organization, 2011) για άτομα με αναπηρίες, η 120 λημμάτων WHOQOL-HIV και η 31 λημμάτων σύντομη εκδοχή WHOQOL-HIV BREF (World Health Organization, 2002a; 2002b) για HIV οροθετικά άτομα, καθώς και η 32 λημμάτων WHOQOL-SRPB (World Health Organization, 2002c), η οποία καλύπτει θέματα που σχετίζονται με την πνευματικότητα, τη θρησκευτικότητα και τις προσωπικές πεποιθήσεις (SRPB). Όλες είναι διαθέσιμες στην ιστοσελίδα του WHO (World Health Organization, n.d.). Χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη Ελληνική εκδοχή της κλίμακας WHOQOL-BREF (Ginieri-Coccosis, Triantafillou, Tomaras, Soldatos, Mavreas & Christodoulou, 2012). Η συσχέτιση έγινε μεταξύ του τομέα ψυχολογικής υγείας της WHOQOL-BREF και της ερώτησης ι της δεύτερης ενότητας του ερωτηματολογίου HTOP, μεταξύ του τομέα σωματικής υγείας της WHOQOL-BREF και της ερώτησης κ της δεύτερης ενότητας του ερωτηματολογίου HTOP, καθώς και μεταξύ των τεσσάρων τομέων ψυχολογικής υγείας, σωματικής υγείας, κοινωνικών σχέσεων και περιβάλλοντος και της ερώτησης λ της

δεύτερης ενότητας του ερωτηματολογίου HTOP, λόγω του ότι δεν υφίσταται συνολική βαθμολογία της κλίμακας WHOQOL-BREF (*Παράρτημα ΙΓ*).

4. Τα ερωτήματα 14α και 14β της υποκλίμακας «Χρήση Αλκοόλ/Ναρκωτικών» της κλίμακας «European Addiction Severity Index»-EuropASI. Το ASI είναι μια ημιδομημένη συνέντευξη που σχεδιάστηκε ώστε να εκτιμήσει 7 λειτουργικές περιοχές προβλημάτων σε άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών, την ιατρική κατάσταση, την εργασιακή κατάσταση και τα συστήματα υποστήριξης, τη χρήση ουσιών, τη χρήση αλκοόλ, τη νομική κατάσταση, την οικογενειακή/κοινωνική κατάσταση και την ψυχιατρική κατάσταση (Leonhard, Mulvey, Gastfriend, & Shwartz, 2000; Rosen, Henson, Finney, & Moos, 2000). Η πρώτη έκδοση του εργαλείου κυκλοφόρησε πριν από 40 χρόνια (McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien, 1980), ενώ βρίσκεται πλέον στην 5^η του έκδοση (McLellan et al., 1992). Υπάρχουν διάφορες εκδοχές του εργαλείου, μεταξύ των οποίων μία για τους εφήβους ονόματι Teen-Addiction Severity Index (Kaminer, Bukstein & Tarter, 1991), μια αυτοσυμπληρούμενη μέσω υπολογιστή (Butler, Budman, Goldman, Newman, Beckley, Trottier & Cacciola, 2001), μια βραχεία εκδοχή ονόματι ASI-LITE (Cacciola, Alterman, McLellan, Lin, & Lynch, 2007) και μία εκδοχή ειδικά για την επανεξέταση μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (follow up) (Erdlen, McLellan, Cacciola, & Bragg, n.d.). Λίγα χρόνια μετά την κυκλοφορία της 5^{ης} έκδοσης, αυτή προσαρμόστηκε στα Ευρωπαϊκά δεδομένα ως Ευρωπαϊκός Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης- EuropASI (EuropASI Working Group, 1994), από μία συντονιστική ομάδα με μέλη από τη Γερμανία, την Ελλάδα, την Ολλανδία, την Ιταλία και την Ελβετία, με προοδευτική συμμετοχή και άλλων χωρών (Kokkevi & Hartgers, 1995). Η εξέταση ολοκληρώνεται σε 1 ώρα περίπου όταν χορηγείται από έναν εκπαιδευμένο και έμπειρο συνεντευκτή και λαμβάνονται πληροφορίες για τα πρόσφατα (των τελευταίων 30 ημερών) προβλήματα, καθώς και τα προβλήματα που ανέκυψαν καθ' όλη τη διάρκεια του βίου. Περιλαμβάνει 200 λήμματα σε 7 υποκλίμακες. (Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou, & Kostogianni, 1998). 14 αφορούν την κατάσταση υγείας, 23 την επαγγελματική/οικονομική

κατάσταση, 25 τη χρήση αλκοόλ και ουσιών, 20 τη νομική/δικαστική κατάσταση, 23 τις οικογενειακές/κοινωνικές σχέσεις, και 19 την ψυχιατρική κατάσταση, ενώ υπάρχει και από ένα λήμμα εκτίμησης της βαρύτητας από τον συνεντευκτή και δύο λήμματα εκτίμησης της αξιοπιστίας, επίσης από τον συνεντευκτή, ανά υποκλίμακα, καθώς και γενικές πληροφορίες και οικογενειακό ιστορικό. Η βαθμολόγηση βασίζεται σε δύο δείκτες για κάθε τομέα προβλημάτων/υποκλίμακα• πρώτον, μια βαθμολογία βαρύτητος σε 9-βαθμη κλίμακα από τον συνεντευκτή και δεύτερον, τις σύνθετες βαθμολογίες (Composite Scores), αριθμητικούς δείκτες της πρόσφατης βαρύτητας των προβλημάτων (των τελευταίων 30 ημερών), τα οποία υπολογίζονται στο EuroASI με παρόμοιο τρόπο με του αρχικού ASI (Koeter & Hartgers, 1997). Το EuroASI περιλαμβάνεται σε διάφορες γλώσσες στην ιστοσελίδα του EMCDDA μαζί με οδηγίες χρήσης (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, n.d.), ενώ η Ελληνική εκδοχή που χρησιμοποιήθηκε είναι διαθέσιμη από την Πλατφόρμα Τηλεκπαίδευσης του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας (Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, n.d.) και έχει κυκλοφορήσει σε έντυπη μορφή από το ΕΚΤΕΠΝ (ΕΠΙΨΥ & ΕΚΤΕΠΝ, 1996). Συσχετίστηκαν το ερώτημα 14α της υποκλίμακας «Χρήση Αλκοόλ/Ναρκοτικών» του EuroASI με την ερώτηση ι της πρώτης ενότητας του ΗΤΟΡ και το ερώτημα 14β της ίδιας υποκλίμακας του EuroASI με την ερώτηση ι της πρώτης ενότητας του ΗΤΟΡ (*Παράρτημα ΙΔ*).

Η σειρά χορήγησης των ερωτηματολογίων ήταν η εξής:

1. Πρώτα αναγνώσθηκε το έντυπο ενημέρωσης που έπρεπε να υπογράψουν οι ωφελούμενοι, προκειμένου να συμπεριληφθούν στη μελέτη και να συνεχισθεί η χορήγηση των ερωτηματολογίων (*Παράρτημα ΙΕ*).

2. Κατόπιν αναγνώσθηκε το έντυπο συγκατάθεσης που έπρεπε να υπογράψουν οι ωφελούμενοι, πριν συνεχισθεί η χορήγηση των ερωτηματολογίων (*Παράρτημα ΙΣΤ*).

[τα έγγραφα 1 & 2 εκτυπώθηκαν σε 2 αντίγραφα, τα οποία υπεγράφησαν τόσο από τον ωφελούμενο, όσο και από τον συνεντευκτή και ο καθένας κράτησε ένα αντίγραφο].

3. Κατόπιν επιδείχθηκε ένα ad hoc ημερολόγιο το οποίο περιελάμβανε σε κάθε περίπτωση τις 4 τελευταίες εβδομάδες, προκειμένου να διευκολυνθεί η μνημονική ανάκληση εκ μέρους του ωφελούμενου.

4. Κατόπιν παρουσιάστηκε και περιγράφηκε το ΗΤΟΡ, συμπληρωματικά ως προς το έντυπο ενημέρωσης.

5. Κατόπιν συμπληρώθηκε το ΗΤΟΡ, με τη βοήθεια του προαναφερθέντος ημερολογίου, με τον σύντομο οδηγό χορήγησής του στη διάθεση του συνεντευκτή.

6. Κατόπιν συμπληρώθηκε το AUDIT-c.

7. Κατόπιν συμπληρώθηκε το EuroASI, ως προς τα λήμματα 14, 14α, 14β της υποκλίμακας «Χρήση Αλκοόλ/Ναρκωτικών».

8. Κατόπιν αυτοσυμπληρώθηκε το WHO-QOL-BREF-GR.

9. Και τέλος αυτοσυμπληρώθηκε το SF-36.

Για το σύνολο των ωφελουμένων αναζητήθηκε δείγμα τοξικολογικού ελέγχου ούρων το οποίο να αφορά την ίδια περίοδο τεσσάρων εβδομάδων που εξετάστηκε με το ερωτηματολόγιο ΗΤΟΡ. Ανευρέθηκαν 88 δείγματα που ελέγχθηκαν για κάνναβη, 81 δείγματα που ελέγχθηκαν για αμφεταμίνες, 113 δείγματα που ελέγχθηκαν για βενζοδιαζεπίνες, 108 δείγματα που ελέγχθηκαν για οπιοειδή, και 90 δείγματα που ελέγχθηκαν για κοκαΐνη και συσχετίστηκαν με τα αντίστοιχα ερωτήματα β, γ, δ, ε/στ και ζ, για τον μήνα συνολικά και για την εβδομάδα στην οποία αντιστοιχούσε η χορήγηση του δείγματος για τον τοξικολογικό έλεγχο. Στον Πίνακα 3 συνοψίζονται οι συσχετίσεις στοιχείων του ΗΤΟΡ με τα σταθμισμένα ερωτηματολόγια, καθώς και οι συγκρίσεις με τα αποτελέσματα του τοξικολογικού ελέγχου ούρων.

Πίνακας 3

Συσχετίσεις ΗΤΟΡ με σταθμισμένα ερωτηματολόγια

Ενότητα	Ερώτηση	Αντικείμενο ΗΤΟΡ	Δοκιμασία	Ερωτηματολόγιο Αναφοράς
2	ι	Ψυχική Υγεία	Spearman ρ	WHOQOL-BREF Ψυχική Υγεία

2	ι	Ψυχική Υγεία	Spearman ρ	SF36 Ψυχική Υγεία
2	κ	Σωματική Υγεία	Spearman ρ	WHOQOL-BREF Σωματική Υγεία
2	κ	Σωματική Υγεία	Spearman ρ	SF36 Σωματική Υγεία
2	λ	Ποιότητα Ζωής	Spearman ρ	WHOQOL-BREF Ερώτηση 1
2	λ	Ποιότητα Ζωής	Spearman ρ	WHOQOL-BREF Σωματική Υγεία
2	λ	Ποιότητα Ζωής	Spearman ρ	WHOQOL-BREF Ψυχική Υγεία
2	λ	Ποιότητα Ζωής	Spearman ρ	WHOQOL-BREF Κοινωνικές Σχέσεις
2	λ	Ποιότητα Ζωής	Spearman ρ	WHOQOL-BREF Περιβάλλον
1	α	Αλκοόλ σύνολο	Spearman ρ	AUDIT-c Ερώτηση 1
1	ι	Ενέσιμη Χρήση σύνολο	Spearman ρ	EuroASI ερώτηση 14α
1	κ	Ενέσιμη Χρήση Κοινή	Spearman ρ	EuroASI ερώτηση 14β
1	β	Κάνναβη – καν/ειδή	Cohen's κ	Τοξικολογικός έλεγχος ούρων ανά εβδομάδα
1	γ	Αμφεταμίνες- αμφ/ειδή	Cohen's κ	Τοξικολογικός έλεγχος ούρων ανά εβδομάδα
1	δ	Βενζοδιαζεπίνες	Cohen's κ	Τοξικολογικός έλεγχος ούρων ανά εβδομάδα
1	ε	Ηρωίνη	Cohen's κ	Τοξικολογικός έλεγχος ούρων ανά εβδομάδα
1	στ	Άλλα οπιοειδή	Cohen's κ	Τοξικολογικός έλεγχος ούρων ανά εβδομάδα
1	ζ	Κοκαΐνη	Cohen's κ	Τοξικολογικός έλεγχος ούρων ανά εβδομάδα

Το στάδιο της χορήγησης των ερωτηματολογίων σε πληθυσμό ωφελουμένων των θεραπευτικών προγραμμάτων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. ξεκίνησε κατόπιν αιτήματος για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας ΑΠ:24241/18.06.19 (*Παράρτημα ΙΖ*) και την επακόλουθη έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας ΑΠ:24442/19.06.19 (*Παράρτημα ΙΗ*). Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων διήρκεσε 6 μήνες, από τον Ιούλιο, έως και τον Δεκέμβριο του 2019. Συνολικά ολοκληρώθηκαν 147 χορηγήσεις της συστοιχίας των ερωτηματολογίων, από την 3^η Ιουλίου έως και τη 2^α Δεκεμβρίου του 2019, έγινε επανέλεγχος από άλλον βαθμολογητή της ίδιας ομάδας εντός διαστήματος 2-7 (ΜΟ 3,44 ημέρες) ημερών σε 102 περιπτώσεις (69,4%)

με περίοδο αναφοράς που ήταν ταυτόσημη με την αρχική και τοξικολογικός έλεγχος σε 113 άτομα (76,9%), την ίδια περίοδο αναφοράς.

Οι εφικτοί έλεγχοι είναι οι εξής (Ραυτόπουλος & Θεοδοσοπούλου, 2002; Ουζούνη & Νακάκης, 2011; Γαλάνης, 2013):

A. Έλεγχος εγκυρότητας (validity) του ερωτηματολογίου.

A.i. Εγκυρότητας περιεχομένου (content validity), δηλαδή του βαθμού στον οποίο το προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο καλύπτει τις διαφορετικές διαστάσεις της κάθε έννοιας που μετράται.

A.ii. Εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής (construct validity), δηλαδή του βαθμού στον οποίο το προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο αντανακλά το πραγματικό θεωρητικό νόημα της κάθε έννοιας που μετρά, μέσω μέτρησης της *συγκλίνουσας εγκυρότητας* (convergent validity), δηλαδή του βαθμού συσχέτισης μεταξύ του προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου και των ερωτηματολογίων SF-36, AUDIT, WHO-QOL-BREF και EuroQASL, οι ελληνικές εκδόσεις των οποίων έχουν εμφανίσει αποδεκτή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Anagnostopoulos et al., 2005; Pappa et al., 2005; Moussas et al., 2009; Ginieri-Coccosis et al., 2012).

A.iii. Εγκυρότητας κριτηρίου (criterion validity) μέσω μέτρησης της *ταυτόχρονης εγκυρότητας* (concurrent validity) με συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ταυτόχρονα με τη διενέργεια τοξικολογικού ελέγχου ούρων, ως κριτήριο.

A.iv. Εγκυρότητας όψης (face validity), δηλαδή της εμφάνισης και της διαμόρφωσης του προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου.

B. Έλεγχος αξιοπιστίας (reliability) του ερωτηματολογίου.

B.i. Αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας, (internal consistency reliability), δηλαδή εκτίμησης της συνέπειας των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα στοιχεία του προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου.

B.ii. Αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου (test-retest reliability), δηλαδή του βαθμού συσχέτισης των απαντήσεων σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές, κάτω από ακριβώς τις ίδιες συνθήκες.

B.iii. Αξιοπιστίας μεταξύ βαθμολογητών (inter-raters reliability), δηλαδή του βαθμού συμφωνίας μεταξύ των απαντήσεων διαφόρων βαθμολογητών (ερευνητή και κλινικού) οι οποίοι θα βαθμολογήσουν ταυτοχρόνως, ή με μικρή χρονική διαφορά.

Εξ αυτών ελέγχθηκε η εγκυρότητα περιεχομένου μέσω της διενέργειας Ομάδων Εστίασης Επιπέδου 1 από την Διεπιστημονική Ομάδα Εμπειρογνομόνων και η εγκυρότητα όψης μέσω των Ομάδων Εστίασης Επιπέδων 2 και 3. Για τους υπόλοιπους ελέγχους, πραγματοποιήθηκαν στατιστικές αναλύσεις με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM® SPSS® Statistics 25.0 (2017). Αναλυτικότερα, η συγκλίνουσα εγκυρότητα ελέγχθηκε με τον συντελεστή συσχέτισης Spearman ρ (rho) και η ταυτόχρονη εγκυρότητα με τον συντελεστή συμφωνίας Cohen's κ (kappa). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας ελέγχθηκε με τον δείκτη α (alpha) του Cronbach, ενώ η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών ελέγχθηκε με τον συντελεστή ενδοσυσχέτισης ICC (Intraclass Correlation Coefficient) για τις συνεχείς και κατηγορικές μεταβλητές και τον συντελεστή συμφωνίας Cohen's κ (kappa) για τις διχοτομικές μεταβλητές, σε επανέλεγχο που διενεργήθηκε σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές, με χρονική απόσταση μικρότερη της 1 εβδομάδας.

5. Αποτελέσματα

5.1. Εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) και Εγκυρότητα όψης (face validity)

Η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), δηλαδή ο βαθμός στον οποίο το προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο καλύπτει τις διαφορετικές διαστάσεις της κάθε έννοιας που μετράται και η εγκυρότητα όψης (face validity), δηλαδή η εμφάνιση και η διαμόρφωση του προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου, ελέγχθηκαν μέσω της διενέργειας Ομάδων Εστίασης όλων των επιπέδων, καθώς και με τη βοήθεια των 5 ατομικών δομημένων συνεντεύξεων, όπως περιεγράφησαν στις ενότητες 4.3. «Διεπιστημονική Ομάδα Εμπειρογνομόνων (Multidisciplinary Expert Panel)», 4.5. «Ομάδες Εστίασης Κλινικών (Focus Groups of Clinicians)» και 4.6. «Δομημένες Ατομικές Συνεντεύξεις, Προέλεγχος (Pre-test) και Ομάδες Εστίασης Ωφελουμένων (Focus Groups of Clients)». Τα αποτελέσματα της όλης διαδικασίας περιγράφονται στις ενότητες 4.7.1 «Περιγραφή του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ» και 4.7.2. «Διαφοροποιήσεις του ΗΤΟΡ από το ΑΤΟΡ».

Επιπλέον αυτών, διαπιστώθηκε πως οι ωφελούμενοι ηλικίας >30 ετών ήταν αρκετά εξοικειωμένοι με τον όρο «αστεγία», καθώς και με τους όρους που σχετίζονται με ποινικές διαδικασίες («σύλληψη», «προσαγωγή», «εξακρίβωση»), αλλά δυσκολεύονταν να κατανοήσουν τον ορισμό της «φροντίδας παιδιού» και προέβησαν σε αρκετές, ως προς αυτό, ερωτήσεις.

Οι έφηβοι και οι νέοι ενήλικες έδωσαν έμφαση σε νέα, σύγχρονα, ονόματα των κλασικών ψυχοδραστικών ουσιών (συνωμοτικά συνώνυμα και διεθνείς όρους) και προσέθεσαν αρκετές διακριτές δραστηριότητες εθελοντισμού και αθλητισμού στη 2^η Ενότητα «Υγεία και Ευεξία».

Και οι δύο ηλικιακές ομάδες ζήτησαν διευκρινίσεις ως προς τον ορισμό της «βίας» καθώς και ως προς τον ορισμό της μονάδας μέτρησης «τυπικών ποτών», για την οποία προτιμήθηκε μια οπτική αναπαράσταση έναντι της λεκτικής και αριθμητικής περιγραφής.

Οι δύο ηλικιακές ομάδες φάνηκε πως ήταν ετερογενείς ως προς την ενασχόλησή τους με διάφορες κατηγορίες ψυχοδραστικών ουσιών, τις μεταβλητές που αφορούν την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, καθώς και την αντίληψη και κατανόηση των όρων «αστεγία», «έξωση»,

«σύλληψη» και «ποιότητα ζωής». Τα νεότερα άτομα ήταν περισσότερο εξοικειωμένα με νεότερες ουσίες όπως τα συνθετικά κανναβινοειδή και η *Salvia Divinorum*, ενώ τα μεγαλύτερα άτομα με τις κλασικές ουσίες που αναφέρονται στην Ενιαία Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα ναρκωτικά του 1961, όπως τροποποιήθηκε με το πρωτόκολλο του 1972, καθώς και στη Σύμβαση για τις Ψυχοτρόπους Ουσίες του 1971 (U.N. General Assembly, 1971;1972).

Οι ορισμοί του αλκοόλ, της κάνναβης (λιγότερο των κανναβινοειδών), των βενζοδιαζεπινών, της ηρωίνης της κοκαΐνης και του καπνού φάνηκε πως ήταν περισσότερο αντιληπτοί για τους ωφελούμενους από τον ορισμό των αμφεταμινών/αμφεταμινοειδών (στην Ελλάδα είναι περισσότερο γνωστό το «σίσα» ή «crystal meth», μεθαμφεταμίνη που καπνίζεται με καπνοσύριγγα από γυαλί), των άλλων οπιοειδών (κυρίως ιατρικά συνταγογραφούμενα οπιοειδή, κωδεΐνη, φαιντανύλη και τραμαδόλη) και των άλλων ουσιών, όπου διαπιστώθηκε σύγχυση για το εάν εννοούνται και τα ιατρικώς συνταγογραφούμενα, ορισμένα εκ των οποίων είναι γνωστό από την καθημερινή κλινική πρακτική και την ειδησεογραφία πως συχνά συνταγογραφούνται εκτός ιατρικών ενδείξεων (φλουνιτραζεπάμη, πρεγκαμπαλίνη).

Οι πληροφορίες αυτές χρησιμοποιήθηκαν, όπως προαναφέρθηκε, για την τυποποίηση της χορήγησης και της βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου, μέσω της σύνταξης του Σύντομου Οδηγού Αναφοράς (*Παράρτημα I*) και τη διαδικασία της προσομοίωσης.

5.2. Συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity)

Η συγκλίνουσα εγκυρότητα μετρήθηκε με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman ρ (r_{tho}), ο οποίος λαμβάνει τιμές $-1 \leq \rho \leq +1$ (Spearman, 1904). Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων ως προς τη γλωσσική περιγραφή του δείκτη διαφέρει ανάλογα με τον συγγραφέα (Akoglu, 2018). Εδώ ακολουθείται η νεότερη ερμηνεία των Dancey & Reidy (2017) για τους συντελεστές Pearson και Spearman, όπως διατυπώνεται στον Πίνακα 4, όπου αναφέρεται και η παλαιότερη του Chan (2003), η οποία απαντάται στη βιβλιογραφία:

Πίνακας 4

Ερμηνεία του συντελεστή συσχέτισης Spearman ρ (ρ) κατά Dancey & Reidy (2017) και κατά Chan (2003)

Spearman's ρ	Dancey & Reidy, 2017	Ερμηνεία Dancey & Reidy	Chan, 2003	Ερμηνεία Chan
1	-1	Perfect	Τέλεια	Τέλεια
+0.9	-0.9	Strong	Ισχυρή	Πολύ Ισχυρή
+0.8	-0.8	Strong	Ισχυρή	Πολύ Ισχυρή
+0.7	-0.7	Strong	Ισχυρή	Μέτρια
+0.6	-0.6	Moderate	Μέτρια	Μέτρια
+0.5	-0.5	Moderate	Μέτρια	Ικανοποιητική
+0.4	-0.4	Moderate	Μέτρια	Ικανοποιητική
+0.3	-0.3	Weak	Ασθενής	Ικανοποιητική
+0.2	-0.2	Weak	Ασθενής	Κακή
+0.1	-0.1	Weak	Ασθενής	Κακή
0	0	Zero	Μηδενική	Καμμία

Περίληπτικά, η συγκλίνουσα εγκυρότητα ήταν μέτρια ως προς τα ερωτήματα αξιολόγησης της ψυχικής και σωματικής υγείας και της ποιότητας ζωής, αλλά ισχυρή ως προς τις συνολικές ημέρες χρήσης αλκοόλ και την ενέσιμη χρήση. Ειδικότερα:

Η συσχέτιση της ψυχικής υγείας του HTOP ήταν μέτρια, τόσο με την Ψυχολογική Υγεία WHOQOL-BREF (Spearman's $\rho=0,560$), όσο και με την Ψυχική Υγεία SF-36 (Spearman's $\rho=0,621$).

Η συσχέτιση της σωματικής υγείας του HTOP ήταν πάλι μέτρια, τόσο με την Σωματική Υγεία WHOQOL-BREF (Spearman's $\rho=0,479$) όσο και με τη Σωματική Υγεία SF-36 (Spearman's $\rho=0,519$).

Η συσχέτιση της ποιότητας ζωής του HTOP με την 1^η ερώτηση «Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;», καθώς και τους 4 τομείς της WHOQOL-BREF εξακολουθεί να είναι μέτρια σε κάθε περίπτωση (Spearman's ρ WHOQOL-BREF Ερώτηση 1= 0,664; Σωματική Υγεία=0,482; Ψυχολογική Υγεία=0,612; Κοινωνικές Σχέσεις=0,508; Περιβάλλον=0,502).

Ισχυρή συσχέτιση υπάρχει μεταξύ του συνόλου των ημερών χρήσης αλκοόλ και την ερώτηση 1 του ερωτηματολογίου AUDIT/AUDIT-c (Spearman's $\rho=0,903$), καθώς και μεταξύ του συνόλου των ημερών ενέσιμης χρήσης ουσιών και την ερώτηση 14 α του EuroASI, αφορούσα τον αριθμό των ημερών ενέσιμης χρήσης τις τελευταίες 30 ημέρες (Spearman's $\rho =0,933$). Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's ρ για την ενέσιμη χρήση με σύνεργα που χρησιμοποίησε άλλο άτομο και την ερώτηση 14 β του EuroASI που αφορά την κοινή χρήση, δεν ήταν εφικτό να υπολογισθεί, καθώς μόνο 2 ωφελούμενοι απάντησαν πως έκαναν κοινή χρήση το διάστημα αυτό. Στον Πίνακα 5 συνοψίζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων αυτών.

Πίνακας 5

Συγκλίνουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου HTOP

Μεταβλητές	Δείγμα	Δοκιμασία	Τιμή	<i>p</i>
Ψυχική Υγεία*WHOQOL Ψυχική Υγεία	145	Spearman's ρ	0,560	<0,001
Ψυχική Υγεία*SF36 Ψυχική Υγεία	147	Spearman's ρ	0,621	<0,001
Σωματική Υγεία*WHOQOL Σωματική Υγεία	147	Spearman's ρ	0,479	<0,001
Σωματική Υγεία*SF36 Σωματική Υγεία	147	Spearman's ρ	0,519	<0,001
Ποιότητα Ζωής*WHOQOL Ερώτηση 1	147	Spearman's ρ	0,664	<0,001
Ποιότητα Ζωής*WHOQOL Σωματική Υγεία	146	Spearman's ρ	0,482	<0,001
Ποιότητα Ζωής*WHOQOL Ψυχική Υγεία	145	Spearman's ρ	0,612	<0,001
Ποιότητα Ζωής*WHOQOL Κοινωνικές Σχέσεις	147	Spearman's ρ	0,508	<0,001
Ποιότητα Ζωής*WHOQOL Περιβάλλον	146	Spearman's ρ	0,502	<0,001
Αλκοόλ σύνολο ημερών χρήσης* AUDIT Ερώτηση 1	146	Spearman's ρ	0,903	<0,001
Ενέσιμη Χρήση σύνολο ημερών* ASI ερώτηση 14α	146	Spearman's ρ	0,933	<0,001
Κοινή Ενέσιμη Χρήση* ASI ερώτηση 14β	144	Spearman's ρ	-	-

5.3. Ταυτόχρονη εγκυρότητα (concurrent validity)

Η ταυτόχρονη εγκυρότητα μετρήθηκε με τη χρήση του δείκτη συμφωνίας Cohen's κ (kappa), ο οποίος λαμβάνει τιμές $0 \leq \kappa \leq +1$, αν και αρνητικές τιμές μπορεί να προκύψουν, δίνοντας αποτέλεσμα χειρότερο από το τυχαίο (Cohen, 1960). Σύμφωνα με τους Ντζούφρα & Περπέρογλου (2009), αν $\kappa > 0.75$ έχουμε έξοχη αναπαραγωγισιμότητα και επαναληπτικότητα (υψηλή συμφωνία), εάν $0.4 \leq \kappa \leq 0.75$ έχουμε καλή αναπαραγωγισιμότητα και επαναληπτικότητα (ικανοποιητική συμφωνία) και εάν $0 \leq \kappa \leq 0.4$ έχουμε οριακή αναπαραγωγισιμότητα και επαναληπτικότητα (χαμηλή συμφωνία). Στη βιβλιογραφία ωστόσο χρησιμοποιείται συχνά μια λεπτομερέστερη ερμηνεία που ακολουθείται εδώ και καταγράφεται στον Πίνακα 6 (Landis & Koch, 1977; Viera & Garrett, 2005).

Πίνακας 6

Ερμηνεία του συντελεστή Cohen's κ (kappa) κατά Viera & Garrett (2005)

Cohen's κ	Viera & Garrett, 2005	Ερμηνεία
< 0	Less than chance agreement	Κατώτερη από τυχαία συμφωνία
0.01 - 0.20	Slight agreement	Ισχνή συμφωνία
0.21 - 0.40	Fair agreement	Ικανοποιητική συμφωνία
0.41 - 0.60	Moderate agreement	Μέτρια συμφωνία
0.61 - 0.80	Substantial agreement	Σημαντική συμφωνία (ισχυρή)
0.81 - 0.99	Almost perfect agreement	Σχεδόν πλήρης συμφωνία

Περίληπτικά, κατά των έλεγχου της ταυτόχρονης εγκυρότητας διαπιστώθηκε σημαντική (ισχυρή) συμφωνία για όλες τις ουσίες, εκτός από την περίπτωση της αμφεταμίνης, όπου η συμφωνία ήταν ικανοποιητική και την περίπτωση των άλλων οπιοειδών, όπου η συμφωνία ήταν ισχνή.

Ο δείκτης συμφωνίας Cohen's κ μεταξύ του συνόλου των ημερών χρήσης κάνναβης/κανναβinoειδών και του τοξικολογικού ελέγχου ούρων για τον ίδιο ωφελούμενο, έδειξε

σημαντική συμφωνία (Cohen's $\kappa=0,772$, $n=88$). Ο έλεγχος δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί για την 1^η εβδομάδα, καθώς συλλέχθηκαν μόνο 3 αρνητικά δείγματα για κάνναβη. Για τις υπόλοιπες εβδομάδες η συμφωνία κυμάνθηκε από μέτρια έως σχεδόν πλήρης (2^η εβδομάδα=0,746; 3^η εβδομάδα=0,500; 4^η εβδομάδα=0,822).

Προκειμένου για τις αμφεταμίνες/αμφεταμινοειδή, μεταξύ του συνόλου των ημερών χρήσης και του τοξικολογικού ελέγχου ούρων για τον ίδιο ωφελούμενο διαπιστώθηκε ικανοποιητική συμφωνία ($\kappa=0,344$, $n=81$). Και στην περίπτωση αυτή ο έλεγχος δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί για την 1^η εβδομάδα, καθώς συλλέχθηκαν μόνο 1 αρνητικό και 1 θετικό δείγμα για αμφεταμίνες. Ο δείκτης συμφωνίας για την 2^η εβδομάδα έχει αρνητικό πρόσημο, που αντιστοιχεί σε αποτέλεσμα κατώτερο από το τυχαίο. Για τις υπόλοιπες εβδομάδες η συμφωνία κυμάνθηκε από σημαντική έως ικανοποιητική (Cohen's κ 3^{ης} εβδομάδας=0,615; 4^{ης} εβδομάδας=0,292).

Για τις βενζοδιαζεπίνες, μεταξύ του συνόλου των ημερών χρήσης και του τοξικολογικού ελέγχου ούρων για τον ίδιο ωφελούμενο υπάρχει σημαντική συμφωνία ($\kappa=0,620$, $n=113$). Ανά εβδομάδα η συμφωνία κυμάνθηκε από μέτρια σε πλήρη (Cohen's κ 1^{ης} εβδομάδας=1; 2^{ης} εβδομάδας=0,707; 3^{ης} εβδομάδας=0,678; 4^{ης} εβδομάδας=0,534).

Στην περίπτωση της ηρωίνης, μεταξύ του συνόλου των ημερών χρήσης υπάρχει πάλι σημαντική συμφωνία ($\kappa=0,751$, $n=108$). Για την 1^η εβδομάδα το αποτέλεσμα ήταν αναξιόπιστο (Cohen's $\kappa=0,500$, $p=0,248$), ενώ για τις υπόλοιπες εβδομάδες η συμφωνία κυμάνθηκε από μέτρια σε σχεδόν πλήρη (Cohen's κ 2^{ης} εβδομάδας=0,564; 3^{ης} εβδομάδας=0,855; 4^{ης} εβδομάδας=0,798).

Ο έλεγχος για τα άλλα οπιοειδή έγινε με χρήση του αντιδραστηρίου που διερευνά την παρουσία μορφίνης και χρησιμοποιείται για την ανίχνευση των οπιούχων (ηρωίνη), καθώς ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. δεν έχει τη δυνατότητα να ελέγξει τα διάφορα συνθετικά οπιοειδή. Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ουσίες, μεταξύ του συνόλου των ημερών χρήσης άλλων οπιοειδών και του τοξικολογικού ελέγχου ούρων για τον ίδιο ωφελούμενο, η συμφωνία είναι ισχνή ($\kappa=0,192$, $n=107$). Ο έλεγχος δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί για την 1^η εβδομάδα, καθώς συλλέχθηκαν μόνο 4 δείγματα, με ασυμφωνία μεταξύ τους και το αποτέλεσμα για τη 2^η εβδομάδα είναι τυχαίο

και αναξιόπιστο (Cohen's $\kappa=0,038$, $p=0,826$), ενώ για τις υπόλοιπες εβδομάδες η συμφωνία είναι ικανοποιητική (Cohen's κ 3^{ης} εβδομάδας=0,345; 4^{ης} εβδομάδας= 0,217).

Τέλος, προκειμένου για την κοκαΐνη, μεταξύ του συνόλου των ημερών χρήσης και του τοξικολογικού ελέγχου ούρων για τον ίδιο ωφελούμενο, προκύπτει σημαντική συμφωνία (Cohen's $\kappa =0,656$, $n=90$). Και σε αυτήν την περίπτωση ο έλεγχος δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί για την 1^η εβδομάδα, καθώς συλλέχθησαν μόνο 3 δείγματα, με πλήρη συμφωνία. Την 3^η εβδομάδα υπήρξε ισχνή συμφωνία, μη στατιστικά σημαντική (Cohen's $\kappa=0,161$, $p=0,522$), ενώ για την 2^η εβδομάδα η συμφωνία είναι σχεδόν πλήρης (Cohen's $\kappa=0,866$) και για την 4^η εβδομάδα σημαντική (Cohen's $\kappa=0,686$). Στον Πίνακα 7 συνοψίζονται τα αποτελέσματα των συγκρίσεων:

Πίνακας 7

Ταυτόχρονη εγκυρότητα του ερωτηματολογίου HTOP

Μεταβλητές	n	Δοκιμασία	Τιμή	p
Κάνναβη*Τοξικολογικός Έλεγχος σύνολο	88	Cohen's κ	0,772	<0,001
Τοξικολογικός έλεγχος 1ης εβδομάδας	3	Cohen's κ	-	-
Τοξικολογικός έλεγχος 2ης εβδομάδας	17	Cohen's κ	0,746	0,001
Τοξικολογικός έλεγχος 3ης εβδομάδας	12	Cohen's κ	0,500	0,046
Τοξικολογικός έλεγχος 4ης εβδομάδας	56	Cohen's κ	0,822	<0,001
Αμφεταμίνες*Τοξικολογικός Έλεγχος σύνολο	81	Cohen's κ	0,344	0,002
Τοξικολογικός έλεγχος 1ης εβδομάδας	3	Cohen's κ	-	-
Τοξικολογικός έλεγχος 2ης εβδομάδας	14	Cohen's κ	-0,077	0,773
Τοξικολογικός έλεγχος 3ης εβδομάδας	10	Cohen's κ	0,615	0,035
Τοξικολογικός έλεγχος 4ης εβδομάδας	54	Cohen's κ	0,292	0,031
Βενζοδιαζεπίνες*Τοξικολογικός Έλεγχος σύνολο	113	Cohen's κ	0,620	<0,001
Τοξικολογικός έλεγχος 1ης εβδομάδας	4	Cohen's κ	1,000	0,046
Τοξικολογικός έλεγχος 2ης εβδομάδας	27	Cohen's κ	0,707	<0,001
Τοξικολογικός έλεγχος 3ης εβδομάδας	19	Cohen's κ	0,678	0,002

Τοξικολογικός έλεγχος 4ης εβδομάδας	63	Cohen's κ	0,534	<0,001
Ηρωίνη*Τοξικολογικός Έλεγχος σύνολο	108	Cohen's κ	0,751	<0,001
Τοξικολογικός έλεγχος 1ης εβδομάδας	4	Cohen's κ	0,500	0,248
Τοξικολογικός έλεγχος 2ης εβδομάδας	26	Cohen's κ	0,564	0,004
Τοξικολογικός έλεγχος 3ης εβδομάδας	19	Cohen's κ	0,855	<0,001
Τοξικολογικός έλεγχος 4ης εβδομάδας	59	Cohen's κ	0,798	<0,001
Άλλα οπιοειδή*Τοξικολογικός Έλεγχος σύνολο	68	Cohen's κ	0,192	0,019
Τοξικολογικός έλεγχος 1ης εβδομάδας	4	Cohen's κ	0,000	-
Τοξικολογικός έλεγχος 2ης εβδομάδας	25	Cohen's κ	0,038	0,826
Τοξικολογικός έλεγχος 3ης εβδομάδας	19	Cohen's κ	0,345	0,047
Τοξικολογικός έλεγχος 4ης εβδομάδας	59	Cohen's κ	0,217	0,056
Κοκαΐνη*Τοξικολογικός Έλεγχος σύνολο	90	Cohen's κ	0,656	<0,001
Τοξικολογικός έλεγχος 1ης εβδομάδας	3	Cohen's κ	-	-
Τοξικολογικός έλεγχος 2ης εβδομάδας	17	Cohen's κ	0,866	<0,001
Τοξικολογικός έλεγχος 3ης εβδομάδας	13	Cohen's κ	0,161	0,522
Τοξικολογικός έλεγχος 4ης εβδομάδας	57	Cohen's κ	0,686	<0,001

5.4. Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (internal consistency reliability)

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας, δηλαδή η εκτίμηση της συνέπειας των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα στοιχεία του προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου, ελέγχθηκε με τον συντελεστή α (alpha) του Cronbach, ο οποίος λαμβάνει τιμές $0 \leq \alpha \leq 1$ (Cronbach, 1951). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι επιθυμητές τιμές $0,70 \leq \alpha \leq 0,95$ και ο συντελεστής επηρεάζεται από το μέγεθος ενός ερωτηματολογίου και τον αριθμό των ερωτήσεων που αφορούν παρεμφερείς έννοιες (Γαλάνης, 2013; Tavakol & Dennick, 2011). Εκ κατασκευής, το ερωτηματολόγιο ΗΤΟΡ είναι σύντομο και οι ερωτήσεις του έχουν την ελάχιστη αλληλοεπικάλυψη.

Ωστόσο, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας ως προς τις ερωτήσεις αξιολόγησης της ψυχικής υγείας, της σωματικής υγείας και της συνολικής ποιότητας ζωής είναι αποδεκτή (Cronbach's $\alpha=0,766$, $n=147$).

5.5. Αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών (inter-raters reliability)

Η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών ελέγχθηκε με τη χρήση του ενδοταξικού συντελεστή συσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficient- ICC; Harris, 1913) για τις διατάξιμες και τη χρήση του δείκτη συμφωνίας Cohen's κ (kappa; Cohen, 1960) για τις διχοτομικές μεταβλητές, επί όλων των ερωτημάτων του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ. Η ερμηνεία των δύο δεικτών είναι παραπλήσια. Προκειμένου για τον ICC ακολουθείται η ερμηνεία του Cicchetti (1994), όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 8:

Πίνακας 8

Ερμηνεία του συντελεστή Intraclass Correlation Coefficient (ICC) κατά Cicchetti (1994)

ICC	Cicchetti, 1994	Ερμηνεία
< 0.40	Poor agreement	Κακή συμφωνία
0.40 - 0.59	Fair agreement	Ικανοποιητική συμφωνία
0.60 - 0.74	Good agreement	Καλή συμφωνία
0.75 - 1.00	Excellent agreement	Εξαιρετική συμφωνία

Σημείωση: ICC: Ενδοταξικός Συντελεστής Συσχέτισης

Η πιο πρόσφατη ερμηνεία των Koo and Li (2016) είναι ελαφρώς διαφορετική και παρουσιάζεται στον Πίνακα 9:

Πίνακας 9

Ερμηνεία του συντελεστή Intraclass Correlation Coefficient (ICC) κατά Koo and Li (2016)

ICC	Koo and Li, 2016	Ερμηνεία
< 0.50	Poor agreement	Κακή συμφωνία
0.50 - 0.75	Moderate agreement	Μέτρια συμφωνία

0.75 - 0.90	Good agreement	Καλή συμφωνία
>0.90	Excellent agreement	Εξαιρετική συμφωνία

Σημείωση: ICC: Ενδοταξικός Συντελεστής Συσχέτισης

Η ερμηνεία του δείκτη κ του Cohen γίνεται κατά Viera & Garrett (2005), η οποία είναι παραπλήσια με των Landis & Koch (1977) και παρουσιάζεται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10

Ερμηνεία του συντελεστή Cohen's κ κατά Viera & Garrett (2005)

Cohen's κ	Viera & Garrett, 2005	Ερμηνεία
< 0	Less than chance agreement	Κατώτερη από τυχαία συμφωνία
0.01 - 0.20	Slight agreement	Ισχνή συμφωνία
0.21 - 0.40	Fair agreement	Ικανοποιητική συμφωνία
0.41 - 0.60	Moderate agreement	Μέτρια συμφωνία
0.61 - 0.80	Substantial agreement	Σημαντική συμφωνία (ισχυρή)
0.81 - 0.99	Almost perfect agreement	Σχεδόν πλήρης συμφωνία

Περίληπτικά, στην *Ενότητα 1* η συμφωνία μεταξύ των βαθμολογητών ως προς τις διχοτομικές μεταβλητές είναι σχεδόν πλήρης για τις περισσότερες ερωτήσεις (αλκοόλ, κάνναβη, βενζοδιαζεπίνες, ηρωίνη, κοκαΐνη, καπνός), πλήρης για τις αμφεταμίνες, σημαντική όσον αφορά τις άλλες ουσίες (1^η και 2^η επιλογή) και μέτρια για τα άλλα οπιοειδή. Ως προς τις διατάξιμες μεταβλητές η συμφωνία είναι πάλι εξαιρετική για τις περισσότερες ουσίες (αλκοόλ, κάνναβη, βενζοδιαζεπίνες, ηρωίνη, κοκαΐνη, καπνός) και την ενέσιμη χρήση, ενώ είναι καλή στις αμφεταμίνες και τις άλλες ουσίες (1^η και 2^η επιλογή) και κακή για τα άλλα οπιοειδή. Ειδικότερα:

Για τη χρήση αλκοόλ η συμφωνία είναι σχεδόν πλήρης (Cohen's $\kappa=0,861$, $n=101$). Η συμφωνία είναι επίσης εξαιρετική για κάθε εβδομάδα και για το σύνολο ημερών χρήσης αλκοόλ

(ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,921; 3^{ης} εβδομάδας=0,914; 2^{ης} εβδομάδας=0,872; 1^{ης} εβδομάδας=0,889; συνόλου ημερών=0,928).

Ως προς τη χρήση κάνναβης η συμφωνία είναι σχεδόν πλήρης (Cohen's κ =0,940, n =102).

Η συμφωνία είναι εξαιρετική για κάθε εβδομάδα και πλήρης για το σύνολο ημερών χρήσης κάνναβης (ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,944; 3^{ης} εβδομάδας=0,925; 2^{ης} εβδομάδας=0,960; 1^{ης} εβδομάδας=0,983; συνόλου ημερών=1).

Στην περίπτωση των αμφεταμινών η συμφωνία είναι πλήρης (Cohen's κ =1, n =102). Η συμφωνία είναι καλή για κάθε εβδομάδα και για το σύνολο ημερών χρήσης κάνναβης, εκτός από της 3^{ης} εβδομάδος που είναι ικανοποιητική (ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,600; 3^{ης} εβδομάδας=0,409; 2^{ης} εβδομάδας=0,650; 1^{ης} εβδομάδας=0,677; συνόλου ημερών=0,648).

Προκειμένου για τις βενζοδιαζεπίνες η συμφωνία είναι σχεδόν πλήρης (Cohen's κ =0,936, n =101). Η συμφωνία είναι εξαιρετική για κάθε εβδομάδα και για το σύνολο ημερών χρήσης βενζοδιαζεπινών (ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,900; 3^{ης} εβδομάδας=0,874; 2^{ης} εβδομάδας=0,916; 1^{ης} εβδομάδας=0,916; συνόλου ημερών=0,921).

Ομοίως, στην περίπτωση της ηρωίνης η συμφωνία είναι σχεδόν πλήρης (Cohen's κ =0,863, n =102). Η συμφωνία είναι και εδώ εξαιρετική για κάθε εβδομάδα και για το σύνολο ημερών χρήσης ηρωίνης (ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,817; 3^{ης} εβδομάδας=0,839; 2^{ης} εβδομάδας=0,797; 1^{ης} εβδομάδας=0,762; συνόλου ημερών=0,841).

Για τα άλλα οπιοειδή η συμφωνία είναι ικανοποιητική (Cohen's κ =0,456, n =101). Για την 4^η εβδομάδα η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών δεν είναι εφικτό να υπολογισθεί (ICC=-0,012, p =0,549), ενώ για τις υπόλοιπες εβδομάδες και για το σύνολο ημερών χρήσης άλλων οπιοειδών η συμφωνία είναι κακή (ICC 3^{ης} εβδομάδας=0,052, p =0,300; 2^{ης} εβδομάδας=0,347; 1^{ης} εβδομάδας=0,314; συνόλου ημερών=0,313).

Ως προς τη χρήση κοκαΐνης η συμφωνία είναι σχεδόν πλήρης (Cohen's κ =0,845, n =102).

Η συμφωνία είναι εξαιρετική για κάθε εβδομάδα και για το σύνολο ημερών χρήσης κοκαΐνης

(ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,933; 3^{ης} εβδομάδας=0,909; 2^{ης} εβδομάδας=0,835; 1^{ης} εβδομάδας=0,785; συνόλου ημερών=0,921).

Προκειμένου για τη 1^η επιλογή χρήσης άλλης ουσίας, η συμφωνία είναι σημαντική (Cohen's $\kappa=0,699$, $n=102$). Η συμφωνία είναι καλή για κάθε εβδομάδα και για το σύνολο ημερών χρήσης άλλης ουσίας (ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,684; 3^{ης} εβδομάδας=0,703; 2^{ης} εβδομάδας=0,667; 1^{ης} εβδομάδας=0,669; συνόλου ημερών=0,667).

Αναλόγως, σημαντική είναι και η συμφωνία αναφορικά με τη 2^η επιλογή χρήσης άλλης ουσίας (Cohen's $\kappa=0,681$, $n=100$). Και εδώ η συμφωνία είναι καλή για κάθε εβδομάδα και για το σύνολο ημερών χρήσης άλλης ουσίας (ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,702; 3^{ης} εβδομάδας=0,732; 2^{ης} εβδομάδας=0,666; 1^{ης} εβδομάδας=0,689; συνόλου ημερών=0,712).

Για τη χρήση καπνού η συμφωνία είναι σχεδόν πλήρης (Cohen's $\kappa=0,884$, $n=101$). Η συμφωνία είναι εξαιρετική για κάθε εβδομάδα και για το σύνολο ημερών χρήσης καπνού (ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,885; 3^{ης} εβδομάδας=0,885; 2^{ης} εβδομάδας=0,885; 1^{ης} εβδομάδας=0,885; συνόλου ημερών=0,885).

Σχετικά με την ενέσιμη χρήση, ο δείκτης συμφωνίας Cohen κ δείγματος 102 ατόμων, δεν είναι εφικτό να υπολογισθεί, λόγω μη ύπαρξης τιμής (1,1). Ωστόσο, η συμφωνία είναι εξαιρετική για κάθε εβδομάδα και για το σύνολο ημερών ενέσιμης χρήσης (ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,988; 3^{ης} εβδομάδας=0,944; 2^{ης} εβδομάδας=0,954; 1^{ης} εβδομάδας=0,973; συνόλου ημερών=0,984).

Ο δείκτης συμφωνίας Cohen κ κοινής ενέσιμης χρήσης επί δείγματος 100 ατόμων, επίσης δεν είναι εφικτό να υπολογισθεί, λόγω μη ύπαρξης τιμής 1 στον πρώτο έλεγχο.

Περίληπτικά επίσης, στην *Ενότητα 2* η συμφωνία μεταξύ των βαθμολογητών προκειμένου για τις διατάξιμες μεταβλητές είναι εξαιρετική ως προς την εργασία, αλλά κακή ως προς την εκπαίδευση και την άσκηση. Ως προς την ψυχική υγεία, τη σωματική υγεία και την ποιότητα ζωής η συμφωνία είναι καλή, ενώ στις διχοτομικές μεταβλητές κυμαίνεται από σχεδόν πλήρης (αστεγία, συγκατοίκηση με παιδί <5 ή 5-15 ετών, συμμετοχή σε βία ως θύτης) ή σημαντική (σύλληψη) σε μέτρια (συμμετοχή σε βία ως θύμα) και χαμηλή (έξωση). Ειδικότερα:

Η συμφωνία είναι εξαιρετική για κάθε εβδομάδα και για το σύνολο ημερών αμειβομένης εργασίας (ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,878; 3^{ης} εβδομάδας=0,874; 2^{ης} εβδομάδας=0,871; 1^{ης} εβδομάδας=0,824; σύνολο ημερών=0,892, n=102).

Αντιθέτως, η συμφωνία είναι κακή για κάθε εβδομάδα και για το σύνολο ημερών εκπαίδευσης/κατάρτισης (ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,053, $p=0,299$; 3^{ης} εβδομάδας=0,290; 2^{ης} εβδομάδας=0,073; 1^{ης} εβδομάδας=0,141; συνόλου ημερών= 0,177, n=102).

Ομοίως, η συμφωνία είναι κακή για κάθε εβδομάδα και για το σύνολο ημερών εθελοντισμού/αθλητισμού (ICC 4^{ης} εβδομάδας=0,189, $p=0,028$; 3^{ης} εβδομάδας=0,279; 2^{ης} εβδομάδας=0,221; 1^{ης} εβδομάδας=0,246; συνόλου ημερών= 0,258, n=102).

Η συμφωνία είναι σχεδόν πλήρης όσον αφορά την αστεγία (Cohen's $\kappa=0,852$, n=102), ενώ για τον κίνδυνο εξώσεως η συμφωνία είναι ικανοποιητική (Cohen's $\kappa=0,390$, n=101).

Ως προς τη φροντίδα παιδιού ή τη συμβίωση με παιδί, η συμφωνία είναι σημαντική, τόσο για την κατηγορία <5 ετών (Cohen's $\kappa=0,819$, n=100), όσο και για την κατηγορία 5-15 ετών (Cohen's $\kappa=0,818$, n=99).

Προκειμένου για τη σύλληψη, η συμφωνία είναι σημαντική (Cohen's $\kappa=0,787$, n=102).

Για την βία, η συμφωνία ήταν σχεδόν πλήρης στην περίπτωση που ο ερωτώμενος έδρασε ως θύτης (Cohen's $\kappa=0,826$, n=102), αλλά μέτρια στην περίπτωση που λειτούργησε ως θύμα (Cohen's $\kappa=0,571$, n=102).

Τέλος, η συμφωνία ήταν καλή ως προς τις αξιολογήσεις της ψυχικής υγείας (Cohen's $\kappa=0,634$, n=102), της σωματικής υγείας (Cohen's $\kappa=0,692$, n=102) και της ποιότητας ζωής (Cohen's $\kappa=0,679$, n=102),

Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 11:

Πίνακας 11

Αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών του ερωτηματολογίου HTOP

Μέτρηση (τελευταίες 4 εβδομάδες)	Δείγμα	Μέτρο	Τιμή	95% CI Lower Bound	95% CI Upper Bound	p
Αλκοόλ	101	Cohen's κ	0,861	-	-	<0,001
- εβδ. 4	102	ICC	0,921	0,885	0,946	<0,001
- εβδ. 3	102	ICC	0,914	0,876	0,941	<0,001
- εβδ. 2	102	ICC	0,872	0,817	0,912	<0,001
- εβδ. 1	102	ICC	0,889	0,84	0,924	<0,001
Αλκοόλ σύνολο	102	ICC	0,928	0,896	0,951	<0,001
Κάνναβη	102	Cohen's κ	0,94	-	-	<0,001
- εβδ. 4	102	ICC	0,944	0,918	0,962	<0,001
- εβδ. 3	102	ICC	0,925	0,891	0,949	<0,001
- εβδ. 2	102	ICC	0,96	0,942	0,973	<0,001
- εβδ. 1	102	ICC	0,983	0,975	0,989	<0,001
- σύνολο	101	ICC	1	-	-	-
Αμφεταμίνες	102	Cohen's κ	1	-	-	<0,001
- εβδ. 4	102	ICC	0,600	0,46	0,710	<0,001
- εβδ. 3	102	ICC	0,409	0,235	0,558	<0,001
- εβδ. 2	101	ICC	0,650	0,521	0,750	<0,001
- εβδ. 1	102	ICC	0,677	0,556	0,770	<0,001
Αμφ/νες σύνολο	102	ICC	0,648	0,519	0,747	<0,001
Βενζοδιαζεπίνες	101	Cohen's κ	0,936	-	-	<0,001
- εβδ. 4	102	ICC	0,900	0,856	0,932	<0,001
- εβδ. 3	101	ICC	0,874	0,818	0,913	<0,001
- εβδ. 2	101	ICC	0,916	0,877	0,942	<0,001
- εβδ. 1	102	ICC	0,916	0,877	0,942	<0,001
Βενζοδιαζεπίνες σύνολο	101	ICC	0,921	0,885	0,946	<0,001
Ηρωίνη	102	Cohen's κ	0,863	-	-	<0,001
- εβδ. 4	102	ICC	0,817	0,741	0,873	<0,001
- εβδ. 3	102	ICC	0,839	0,771	0,888	<0,001
- εβδ. 2	102	ICC	0,797	0,714	0,858	<0,001
- εβδ. 1	102	ICC	0,762	0,667	0,833	<0,001
Ηρωίνη σύνολο	102	ICC	0,841	0,774	0,890	<0,001
Άλλα οπιοειδή	101	Cohen's κ	0,456	-	-	<0,001
- εβδ. 4	101	ICC	-0,012	-0,204	0,181	0,549
- εβδ. 3	101	ICC	0,052	-0,14	0,241	0,3
- εβδ. 2	101	ICC	0,347	0,164	0,507	<0,001
- εβδ. 1	101	ICC	0,314	0,129	0,479	0,001
Άλλα σύνολο	101	ICC	0,313	0,128	0,477	0,001
Κοκαΐνη	102	Cohen's κ	0,845	-	-	<0,001
- εβδ. 4	102	ICC	0,933	0,901	0,954	<0,001
- εβδ. 3	102	ICC	0,909	0,869	0,938	<0,001
- εβδ. 2	102	ICC	0,835	0,764	0,886	<0,001
- εβδ. 1	102	ICC	0,785	0,697	0,850	<0,001
- σύνολο	102	ICC	0,921	0,885	0,946	<0,001
Άλλη ουσία 1	101	Cohen's κ	0,699	-	-	<0,001
- εβδ. 4	102	ICC	0,684	0,566	0,775	<0,001
- εβδ. 3	102	ICC	0,703	0,590	0,789	<0,001
- εβδ. 2	102	ICC	0,667	0,544	0,762	<0,001

- εβδ. 1	102	ICC	0,669	0,547	0,764	<0,001
Άλλη 1 σύνολο	102	ICC	0,697	0,582	0,785	<0,001
Άλλη ουσία 2	100	Cohen's κ	0,681	-	-	<0,001
- εβδ. 4	102	ICC	0,702	0,589	0,789	<0,001
- εβδ. 3	102	ICC	0,732	0,627	0,811	<0,001
- εβδ. 2	100	ICC	0,666	0,541	0,762	<0,001
- εβδ. 1	102	ICC	0,689	0,572	0,779	<0,001
Άλλη 2 σύνολο	102	ICC	0,712	0,602	0,796	<0,001
Καπνός	101	Cohen's κ	0,884	-	-	<0,001
- εβδ. 4	101	ICC	0,885	0,834	0,921	<0,001
- εβδ. 3	101	ICC	0,885	0,834	0,921	<0,001
- εβδ. 2	101	ICC	0,885	0,834	0,921	<0,001
- εβδ. 1	101	ICC	0,885	0,834	0,921	<0,001
Καπνός σύνολο	101	ICC	0,885	0,834	0,921	<0,001
Ενέσιμη χρήση	102	Cohen's κ	-	-	-	<0,001
- εβδ. 4	102	ICC	0,988	0,982	0,992	<0,001
- εβδ. 3	102	ICC	0,944	0,918	0,962	<0,001
- εβδ. 2	102	ICC	0,954	0,932	0,968	<0,001
- εβδ. 1	102	ICC	0,973	0,961	0,982	<0,001
Ενέσιμη σύνολο	102	ICC	0,984	0,976	0,989	<0,001
Κοινή ενέσιμη	102	Cohen's κ	-0,013	-	-	0,887
Εργασία εβδ. 4	102	ICC	0,878	0,824	0,916	<0,001
Εργασία εβδ. 3	102	ICC	0,874	0,819	0,913	<0,001
Εργασία εβδ. 2	102	ICC	0,871	0,815	0,911	<0,001
Εργασία εβδ. 1	102	ICC	0,824	0,750	0,877	<0,001
Εργασία σύνολο	102	ICC	0,892	0,844	0,926	<0,001
Εκπ/υση εβδ. 4	102	ICC	0,053	-0,143	0,244	0,299
Εκπ/υση εβδ. 3	102	ICC	0,290	0,102	0,458	0,001
Εκπ/υση εβδ. 2	102	ICC	0,073	-0,122	0,263	0,232
Εκπ/υση εβδ. 1	102	ICC	0,141	-0,055	0,326	0,079
Εκπ/υση σύνολο	102	ICC	0,177	-0,017	0,358	0,037
Άθληση εβδ. 4	102	ICC	0,189	-0,005	0,369	0,028
Άθληση εβδ. 3	102	ICC	0,279	0,091	0,449	0,002
Άθληση εβδ. 2	102	ICC	0,221	0,029	0,398	0,012
Άθληση εβδ. 1	102	ICC	0,246	0,055	0,42	0,006
Άθληση σύνολο	102	ICC	0,258	0,068	0,43	0,004
Αστεγία	102	Cohen's κ	0,852	-	-	<0,001
Έξωση	101	Cohen's κ	0,390	-	-	<0,001
Παιδί <5	100	Cohen's κ	0,819	-	-	<0,001
Παιδί 6-15	99	Cohen's κ	0,818	-	-	<0,001
Σύλληψη	102	Cohen's κ	0,787	-	-	<0,001
Βία θύτης	102	Cohen's κ	0,826	-	-	<0,001
Βία θύμα	102	Cohen's κ	0,571	-	-	<0,001
Ψυχική υγεία	102	ICC	0,634	0,502	0,737	<0,001
Σωματική υγεία	102	ICC	0,692	0,575	0,781	<0,001
Ποιότητα ζωής	102	ICC	0,679	0,559	0,771	<0,001

Σημείωση: ICC: Ενδοταξικός Συντελεστής Συσχέτισης

6. Συζήτηση

6.1. Σύνοψη των αποτελεσμάτων και σύγκριση με άλλα ερωτηματολόγια TOP

Το ψυχομετρικά επικυρωμένο ερωτηματολόγιο ΑΤΟΡ μεταφράστηκε και τροποποιήθηκε ως ΗΤΟΡ, προκειμένου να ανταποκρίνεται στις συνθήκες και τις ανάγκες των θεραπευτικών προγραμμάτων της Ελλάδας και του Ο.ΚΑ.ΝΑ..

Εξασφαλίστηκε καλή εγκυρότητα όψης και περιεχομένου μέσω μιας διαδικασίας Ομάδων Εστίασης από ειδικούς του χώρου και ωφελούμενους των θεραπευτικών προγραμμάτων και διαπιστώθηκε πως χαρακτηρίζεται από μέτρια συγκλίνουσα εγκυρότητα ως προς τα ερωτήματα αξιολόγησης της ψυχικής και σωματικής υγείας και της ποιότητας ζωής, αλλά ισχυρή ως προς τις συνολικές ημέρες χρήσης αλκοόλ και την ενέσιμη χρήση, καθώς και σημαντική (ισχυρή) ταυτόχρονη εγκυρότητα για όλες τις ουσίες, ικανοποιητική για την αμφεταμίνη αλλά ισχνή για τα άλλα οπιοειδή.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας ως προς τις ερωτήσεις αξιολόγησης της ψυχικής υγείας, της σωματικής υγείας και της συνολικής ποιότητας ζωής είναι αποδεκτή.

Τέλος, το ερωτηματολόγιο έδειξε σχεδόν πλήρη αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών για το αλκοόλ, την κάνναβη, τις βενζοδιαζεπίνες, την ηρωίνη, την κοκαΐνη και τον καπνό, την αστεγία, τη συγκατοίκηση με παιδί <5 ή 5-15 ετών και τη συμμετοχή σε βία ως θύτης, πλήρη για τις αμφεταμίνες, σημαντική για τις άλλες ουσίες και τη σύλληψη, μέτρια για τα άλλα οπιοειδή και τη συμμετοχή σε βία ως θύμα, αλλά χαμηλή στην έξωση, προκειμένου για τις διχοτομικές μεταβλητές. Ως προς τις διατάξιμες μεταβλητές η συμφωνία είναι εξαιρετική για το αλκοόλ, την κάνναβη, τις βενζοδιαζεπίνες, την ηρωίνη, την κοκαΐνη, τον καπνό, την ενέσιμη χρήση και την εργασία, καλή για τις αμφεταμίνες, τις άλλες ουσίες, την ψυχική υγεία, τη σωματική υγεία και την ποιότητα ζωής και κακή για τα άλλα οπιοειδή, την εκπαίδευση και την άσκηση.

6.1.1. Σύγκριση συγκλίνουσας εγκυρότητας

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 5, η καλύτερη συγκλίνουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου HTOP, μετρημένη με τον συντελεστή Spearman's ρ , χαρακτηρίζει το σύνολο ημερών χρήσης αλκοόλ ($\rho=0,903$) και το σύνολο ημερών ενέσιμης ενέσιμης χρήσης ($\rho=0,933$), τα οποία συγκρίθηκαν με την 1^η ερώτηση του AUDIT και με την ερώτηση 14β του EuroASI, αντίστοιχα. Η συσχέτιση της ψυχικής υγείας με την Ψυχολογική Υγεία WHOQOL-BREF ($\rho=0,560$) και την Ψυχική Υγεία SF-36 ($\rho=0,621$), της σωματικής υγείας με την Σωματική Υγεία WHOQOL-BREF ($\rho=0,479$) και τη Σωματική Υγεία SF-36 ($\rho=0,519$) και της ποιότητας ζωής με την 1^η ερώτηση και τους 4 τομείς της WHOQOL-BREF (Spearman's ρ WHOQOL-BREF Ερώτηση 1= 0,664; Σωματική Υγεία=0,482; Ψυχολογική Υγεία=0,612; Κοινωνικές Σχέσεις=0,508; Περιβάλλον=0,502) είναι μέτρια, ενώ δεν κατέστη δυνατό να συσχετισθεί η κοινή ενέσιμη χρήση με την ερώτηση 14β του EuroASI.

Προκειμένου για το ερωτηματολόγιο ATOP ($n=131$; Ryan et al., 2014), η σύγκριση της ενέσιμης χρήσης (δικοτομική μεταβλητή) με την ερώτηση 2.1 του ερωτηματολογίου Opiate Treatment Index- OTI έδειξε εξαιρετική συμφωνία (Cohen's $\kappa=0,81$; Darke et al., 1991), η οποία είναι συγκρίσιμη με του HTOP. Η σύγκριση της ψυχικής υγείας έγινε, με τον συντελεστή Pearson's r , με το συνολικό σκορ της Kessler Psychological Distress Scale- K10 ($r=0,59$; Kessler, 1996) και το Mental Component Summary της SF-12 Health Survey ($r=0,63$; Ware et al., 1996), της σωματικής υγείας με τον τομέα 1 της WHOQOL ($r=0,55$), την PHQ-15 ($r=0,59$; Kroenke et al., 2001) και το Physical Component Summary της SF-12 Health Survey ($r=0,65$) και της ποιότητας ζωής με την ερώτηση 1 της WHOQOL-BREF ($r=0,72$) και τους τέσσερεις τομείς 1 ($r=0,51$), 2 ($r=0,60$), 3 ($r=0,56$) και 4 ($r=0,69$). Η ερμηνεία έγινε με τα κριτήρια του Cohen (1988), ο οποίος ορίζει τις βαθμίδες ισχυρή ($>0,50$), μέση (0.30–0.49) και ασθενή (0.10–0.29), σύμφωνα με τις οποίες όλες οι βαθμολογίες του HTOP είναι ισχυρές, εκτός από της σωματικής υγείας με τη WHOQOL-BREF και της ποιότητας ζωής με τη σωματική υγεία WHOQOL-BREF, που είναι μέτριες. Όπως είναι φανερό, οι τιμές διαφέρουν ελάχιστα και είναι συγκρίσιμες, με της

ΑΤΟΡ να είναι ελαφρώς καλύτερες με μόνη εξαίρεση τη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τη ψυχική υγεία της WHOQOL-BREF.

Στο Αγγλικό ΤΟΡ (n=186; Marsden et al., 2008), μέσω συντελεστή Pearson's r , η ψυχολογική υγεία συγκρίθηκε με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας General Health Questionnaire – GHQ 12 ($r=-0,63$; Goldberg & Williams, 1988), η σωματική υγεία με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας Physical Health Questionnaire - PHQ 15 ($r=-0,55$) και η ποιότητα ζωής με τη συνολική βαθμολογία της WHOQOL-BREF ($r=0,74$), με τις συσχετίσεις να βρίσκονται προς την ορθή κατεύθυνση. Οι τιμές είναι συγκρίσιμες με της ΑΤΟΡ και ελαφρώς καλύτερες από της ΗΤΟΡ. Να σημειωθεί πως ο συγγραφέας δεν κατόρθωσε να εντοπίσει τρόπο υπολογισμού της συνολικής βαθμολογίας της WHOQOL-BREF στη διεθνή βιβλιογραφία και για τον λόγο αυτό προτίμησε να συγκρίνει την ποιότητα ζωής της ΗΤΟΡ με την 1^η ερώτηση και τους 4 τομείς, κατά το πρότυπο της ΑΤΟΡ.

Στην περίπτωση του Χιλιανού ΤΟΡ (n=411; Castillo-Carniglia et al., 2015), μέσω συντελεστή Pearson's r , η ερώτηση ψυχικής υγείας συγκρίθηκε με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας General Health Questionnaire – GHQ 12 ($r=-0,57$), της σωματικής υγείας με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας Physical Health Questionnaire - PHQ 15 ($r=-0,46$) και της ποιότητα ζωής με τη συνολική βαθμολογία της WHOQOL-BREF ($r=0,60$), με τις συσχετίσεις να βρίσκονται προς την ορθή κατεύθυνση. Οι τιμές είναι συγκρίσιμες με του ΗΤΟΡ, με την ψυχική υγεία να υπερτερεί ελαφρώς και τις υπόλοιπες να υπολείπονται ελαφρώς.

Για το Σινικό ΤΟΡ (n=197, Wang et al., 2017), μέσω συντελεστή Spearman's ρ , η ερώτηση ψυχικής υγείας συγκρίθηκε με την ψυχολογική υγεία της κλίμακας Short Form (36) Health Survey - SF 36 ($\rho=0,72$; RAND, n.d.), της σωματικής υγείας με τη σωματική υγεία της ίδιας κλίμακας ($\rho=0,80$), της ποιότητα ζωής με τη βαθμολογία της κλίμακας Life Satisfaction Index B - LSIB ($\rho=0,88$; Wang & Fan, 1993), καθώς και της ενέσιμης χρήσης με τη Σινική εκδοχή του Addiction Severity Index – ASI ($\rho=0,79$). Οι τιμές αυτές είναι καλύτερες από όλων των άλλων κλιμάκων, εκτός από της ενέσιμης χρήσης που υπολείπεται εκείνης του ΗΤΟΡ.

Συνοπτικά, η συγκλίνουσα εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ είναι συγκρίσιμη με των τεσσάρων άλλων προαναφερθέντων ερωτηματολογίων και ως εκ τούτου θεωρείται καλή, λαμβάνοντας υπ' όψη πως οι συγκρίσεις των ερωτήσεων έγιναν στην πλειονότητα των περιπτώσεων με διαφορετικά ερωτηματολόγια σύγκρισης, όπως περιεγράφηκε. Σημειωτέο πως τα τέσσερα άρθρα από τα οποία αντλήθηκαν οι πληροφορίες δεν κάνουν διάκριση μεταξύ συγκλίνουσας και ταυτόχρονης εγκυρότητας, αναφέροντας και τις δύο με τον δεύτερο όρο. Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 12:

Πίνακας 12

Συγκρίσεις συγκλίνουσας εγκυρότητας

	ΗΤΟΡ Spearman's ρ	ΑΤΟΡ Pearson's r	ΤΟΡ UK Pearson's r	ΤΟΡ Chile Pearson's r	ΤΟΡ China Spearman's ρ
Ενέσιμη Χρήση	0,933	κ=0,81*	-	-	0,79
Ψυχική Υγεία 1	0,560	0,59	-	0,57	0,72
Ψυχική Υγεία 2	0,621	0,63	0,63	-	-
Σωματική Υγεία 1	0,479	0,55	0,55	0,46	0,80
Σωματική Υγεία 2	0,519	0,59	-	-	-
Σωματική Υγεία 3	-	0,65	-	-	-
Ποιο/τα Ζωής Ερ.1	0,664	0,72	0,74	0,60	0,88
Ποιότητα Ζωής 1	0,482	0,51	-	-	-
Ποιότητα Ζωής 2	0,612	0,60	-	-	-
Ποιότητα Ζωής 3	0,508	0,56	-	-	-
Ποιότητα Ζωής 4	0,502	0,69	-	-	-

Σημείωση: *κ= Cohen's κ. Για τα ερωτηματολόγια αναφοράς της κάθε μελέτης βλ. κείμενο

6.1.2. Σύγκριση ταυτόχρονης εγκυρότητας

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 7, η καλύτερη ταυτόχρονη εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ για το σύνολο ημερών χρήσης κάποιας ουσίας, μετρημένη με τον συντελεστή Cohen's κ, χαρακτηρίζει την κάνναβη (κ=0,772; n=88) και την ηρωίνη (κ=0,751; n=108), με τις βενζοδιαζεπίνες (κ=0,620; n=113), και την κοκαΐνη (κ=0,656; n=90) να χαρακτηρίζονται επίσης από σημαντική συμφωνία, σε αντίθεση με τις αμφεταμίνες (κ=0,344; n=81), όπου η συμφωνία είναι ικανοποιητική και τα άλλα οπιοειδή (κ=0,192; n=68) όπου η συμφωνία είναι ισχνή. Κατά τον έλεγχο ανά εβδομάδα, τα περισσότερα δείγματα (>50% του συνόλου) ήταν διαθέσιμα για την τελευταία, 4^η εβδομάδα, καθώς εάν δεν είχε προγραμματισθεί έλεγχος ζητήθηκε να γίνει από τον

εξεταστή κοντά στην ημερομηνία χορήγησης του ΗΤΟΡ. Προέκυψαν διάφορες τιμές, οι οποίες θα πρέπει να εκτιμώνται με προσοχή, σε συνάρτηση με τον αριθμό των δειγμάτων.

Αυτό το κακό αποτέλεσμα των αμφεταμινών και των άλλων οπιοειδών ενδέχεται να οφείλεται τόσο σε περιγραφική αδυναμία του ερωτηματολογίου, όσο και στον ίδιο τον τοξικολογικό έλεγχο ούρων.

Συγκεκριμένα, ως προς τον πρώτο παράγοντα, φάνηκε κατά την διενέργεια των ομάδων εστίασης και την μετέπειτα χορήγηση του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ πως υπήρχε μια σχετική σύγχυση ως προς το ποιες ουσίες θεωρούνται αμφεταμίνες ή άλλα οπιοειδή, καθώς και στο αν στη θεραπευτική χρήση της μεθαδόνης και της βουπρενορφίνης (αλλά και της φλουνιτραζεπάμης) συμπεριλαμβάνεται και η χρήση από τον ίδιο τον ασθενή, χωρίς τη μεσολάβηση ιατρού ή του προγράμματος, ποσοτήτων των ουσιών αυτών που εξασφαλίστηκαν με διάφορες μεθόδους. Στον «Σύντομο Οδηγό Αναφοράς» (*Παράρτημα Ι*) χρησιμοποιήθηκαν τα παραδείγματα «Σίσα, Crystal Meth, MDMA Ecstasy» για τις αμφεταμίνες και «Κωδεΐνη (Lonarid, Lonalgal), φαιντανύλη (Durogesic και γενόσημα), τραμαδόλη (Tramal), μεθαδόνη και βουπρενορφίνη από την παράνομη αγορά. Δεν συμπεριλαμβάνονται: μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη που χορηγούνται για θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή.» για τα άλλα οπιοειδή. Θα πρέπει να επανεκτιμηθεί η επάρκεια των περιγραφών αυτών.

Ως προς τον δεύτερο παράγοντα, στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. ακολουθείται πρωτόκολλο τοξικολογικού ελέγχου ανά φάση θεραπείας με τη χρήση ξηρών αντιδραστηρίων, τα οποία δηλώνουν ακρίβεια 99% σε σχέση με την Αέρια Χρωματογραφία – Φασματομετρία Μάζας (Gas Chromatography – Mass Spectrometry, GC-MS), η οποία θεωρείται μέθοδος αναφοράς (εσώκλειστα φύλλα οδηγιών Dialab Diaquick DOA Cassettes, n.d.). Ωστόσο, αρκετές ουσίες (συνήθως συμπαθο-μιμητικά, τα οποία έχουν χημική ομοιότητα με τις φαινεθλαμίνες) μπορούν να προκαλέσουν ψευδώς θετικές αντιδράσεις, όπως οι Bupropion, Cathine, Fluoxetine, m-Chlorophenylpiperazine (mCPP), MDPV, Phentermine, Pyrovalerone, Ranitidine, Salbutamol, Trazodone, Propranolol, Atomoxetine, Ketamine, Methcathinone, Phentermine, Tranylcypromine

(Marin, Doyle, Chang, Concheiro-Guisan, Huestis, & Johnson-Davis, 2016). Αντιστρόφως, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. χρησιμοποιεί το αντιδραστήριο για τη μορφίνη, το οποίο μπορεί να θετικοποιηθεί σε χρήση μορφίνης, κωδεΐνης και ηρωίνης, αλλά όχι σε χρήση συνθετικών οπιοειδών, όπως η μεθαδόνη, η τραμαδόλη και η φαιντανύλη, ούτε και στη χρήση βουπρενορφίνης, η οποία είναι ημισυνθετικό παράγωγο της θηβαΐνης. Όλα αυτά τα σκευάσματα, καθώς και άλλα ανάλογα, δεν μεταβολίζονται σε μορφίνη, κυκλοφορούν στην Ελληνική παράνομη αγορά και χρησιμοποιούνται από τους χρήστες οπιοειδών, προερχόμενα από τα προγράμματα υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. ή του εξωτερικού, είτε μέσω ιατρικής συνταγογράφησης, όπως προκύπτει από δηλώσεις των ιδίων των ωφελουμένων και τα στοιχεία ιστορικού της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.

Στη μελέτη για το ερωτηματολόγιο ATOP, δεν διενεργήθηκε εκτίμηση της ταυτόχρονης εγκυρότητας σε σύγκριση με δείγματα τοξικολογικού ελέγχου ούρων (Ryan et al., 2014).

Στην περίπτωση του Βρετανικού ερωτηματολογίου TOP διενεργήθηκε έλεγχος της ταυτόχρονης εγκυρότητας σε σύγκριση με στοματικό τεστ δείγματος σιέλου, με τη χρήση του συντελεστή Cohen's κ , για την ηρωίνη ($\kappa=0,61$; $n=138$), κοκαΐνη ($\kappa=0,66$; $n=106$), αμφεταμίνες ($\kappa=0,53$; $n=20$) και κάνναβη ($\kappa=0,62$; $n=90$). Οι μετρήσεις του HTOP για την κάνναβη και την ηρωίνη είναι σαφώς καλύτερες από του TOP και της κοκαΐνης ταυτόσημη. Η μέτρηση για την αμφεταμίνη είναι καλύτερη στο TOP (Marsden et al., 2008).

Για το Χιλιανό TOP διενεργήθηκε τοξικολογικός έλεγχος ούρων με τη χρήση του συντελεστή Cohen's κ , για την κοκαΐνη ($\kappa=0,44$; $n=63$) και την κάνναβη ($\kappa=0,74$; $n=61$). Τα αποτελέσματα του ελέγχου για τα οπιοειδή και τις αμφεταμίνες δεν δημοσιεύθηκαν, λόγω χαμηλού αριθμού περιπτώσεων. Η τιμή της κάνναβης είναι ελαφρά κατώτερη αλλά συγκρίσιμη με του HTOP, ενώ για την κοκαΐνη η τιμή είναι σημαντικά χαμηλότερη από του HTOP (Castillo-Carniglia et al., 2015).

Για το Σινικό TOP ελέγχθηκε μόνο η ηρωίνη μέσω τοξικολογικού ελέγχου ούρων με τη χρήση του συντελεστή Cohen's κ ($\kappa=0,78$; $N=40$), τιμή ελαφρά υψηλότερη, αλλά συγκρίσιμη με του HTOP (Wang et al., 2017).

Συνοψίζοντας, η ταυτόχρονη εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ είναι συγκρίσιμη και σε πολλές περιπτώσεις καλύτερη από των υπόλοιπων τριών ερωτηματολογίων, ενώ η μελέτη του ΗΤΟΡ έλεγξε περισσότερες ουσίες και σε μεγαλύτερο δείγμα ωφελουμένων (με μόνη εξαίρεση τις μετρήσεις για την κοκαΐνη και την ηρωΐνη του Βρετανικού ΤΟΡ). Ως εκ τούτου, το ερωτηματολόγιο ΗΤΟΡ χαρακτηρίζεται από καλή ταυτόχρονη εγκυρότητα, εκτός από τις περιπτώσεις των αμφεταμινών και των άλλων οπιοειδών. Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13

Συγκρίσεις ταυτόχρονης εγκυρότητας

	ΗΤΟΡ Cohen's κ	ΤΟΡ UK Cohen's κ	ΑΤΟΡ -	ΤΟΡ Chile Cohen's κ	ΤΟΡ China Cohen's κ
Κάνναβη	0,772	0,62	-	0,74	-
Αμφεταμίνες	0,344	0,53	-	-	-
Βενζοδιαζεπίνες	0,620	-	-	-	-
Ηρωΐνη	0,751	0,61	-	-	0,78
Άλλα οπιοειδή	0,192	-	-	-	-
Κοκαΐνη	0,656	0,66	-	0,44	-

6.1.2. Σύγκριση αξιοπιστίας μεταξύ βαθμολογητών

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 11, η καλύτερη αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ (n=102), μετρημένη με τον συντελεστή Cohen's κ (δικοτομικές μεταβλητές) ή τον ενδοταξικό συντελεστή συσχέτισης ICC (διατάξιμες μεταβλητές, καταγράφεται η τιμή για ολόκληρο τον μήνα) χαρακτηρίζει την ενέσιμη χρήση (κ μη εφικτό; ICC=0,984), την κάνναβη (κ=0,940; ICC=1), τις βενζοδιαζεπίνες (κ=0,936; ICC=0,921), την εργασία (ICC=0,892), τον καπνό (κ=0,884; ICC=0,885), το αλκοόλ (κ=0,861; ICC=0,928), την ηρωΐνη (κ=0,863; ICC=0,841), την αστεγία (κ=0,852), την κοκαΐνη (κ=0,845; ICC=0,921), τη βία ως θύτης (κ=0,826), τη συγκατοίκηση με παιδί μικρότερο ή μεγαλύτερο από 5 ετών (κ=0,819; κ=0,818) και τη σύλληψη (κ=0,787). Σε όλες τις προαναφερθείσες περιπτώσεις η συμφωνία είναι πλήρης ή σχεδόν πλήρης και εξαιρετική, εκτός από τη σύλληψη, όπου αυτή είναι σημαντική. Η συμφωνία

είναι καλή για την ψυχική υγεία (ICC=0,634), τη σωματική υγεία (ICC=0,692) και την ποιότητα ζωής (ICC=0,679), για τις άλλες ουσίες 1^η επιλογή ($\kappa=0,699$; ICC=0,697) και 2^η επιλογή ($\kappa=0,681$; ICC=0,712), καθώς και για τις αμφεταμίνες ($\kappa=1$; ICC=0,648). Αντιθέτως, η συμφωνία ήταν μέτρια για τη βία ως θύμα ($\kappa=0,571$), μέτρια έως κακή για τα άλλα οπιοειδή ($\kappa=0,456$; ICC=0,313), χαμηλή για την έξωση ($\kappa=0,390$), κακή για την άθληση (ICC=0,258) και την εκπαίδευση (ICC=0,177). Ο έλεγχος της κοινής ενέσιμης χρήσης δεν ήταν εφικτός, καθώς όλοι απήντησαν πως δεν έκαναν ενέσιμη χρήση.

Το μέτριο αποτέλεσμα της βίας ως θύμα, σε σχέση με τη σχεδόν πλήρη συμφωνία της βίας ως θύτη, ενδέχεται να σχετίζεται με το εξής φαινόμενο: παρατηρήθηκε συχνά πως οι ωφελούμενοι απαντούσαν αρνητικά στην ερώτηση εάν είχαν συμμετοχή σε επεισόδιο βίας ως θύτες και αφού τους γινόταν η επόμενη ερώτηση, ειδικά αν η απάντηση σε αυτή ήταν θετική, επέστρεφαν στην προηγούμενη και ζητούσαν να διορθωθεί η απάντηση ως θετική. Πρακτικά δηλαδή σκεπτόντουσαν την ερώτηση αυτή δύο φορές και υπό το πρίσμα της αναγνώρισης πως σε κάποιο περιστατικό βίας όπου ήσαν θύματα, έγιναν και αυτοί βίαιοι, είτε ευρισκόμενοι σε άμυνα, είτε αναγνωρίζοντας πως είχαν εκείνοι ξεκινήσει το συμβάν. Ενδέχεται επίσης η υπενθύμιση των αρχών της εμπιστευτικότητας που προηγήθηκε των ερωτήσεων να επηρεάζει το αποτέλεσμα. Οι ερωτήσεις αυτές είναι ευαίσθητες, καθώς μπορεί να έχουν νομικές ή ηθικές προεκτάσεις και μπορεί να προκαλούν συναισθήματα ενοχής, φόβου, ντροπής και να προκαλούν άρνηση και απώθηση. Ενδέχεται οι απαντήσεις να είναι διαφορετικές αν οι ερωτήσεις γίνονται με την αντίστροφη σειρά. Στον «Σύντομο Οδηγό Αναφοράς ΗΤΟΡ» (*Παράρτημα Ι*) αναφέρεται πως «Οι ερωτήσεις αφορούν σε κάθε μορφή βίας (λεκτική, ψυχολογική, σωματική, σεξουαλική)», αλλά δεν ορίζεται ακριβώς τι σημαίνει συμμετοχή ως θύτης ή θύμα.

Για τα αποτελέσματα των οπιοειδών (και λιγότερο των αμφεταμινών) ενδέχεται να ευθύνεται η προαναφερθείσα σύγχυση ως προς το ποιες ουσίες θεωρούνται άλλα οπιοειδή ή αμφεταμίνες, καθώς και στο αν στη θεραπευτική χρήση της μεθαδόνης και της βουπρενορφίνης (αλλά και της φλουνιτραζεπάμης) συμπεριλαμβάνεται και η χρήση από τον ίδιο τον ασθενή, χωρίς

τη μεσολάβηση ιατρού ή του προγράμματος, ποσοτήτων των ουσιών αυτών που εξασφαλίσθηκαν με διάφορες μεθόδους. Στον «Σύντομο Οδηγό Αναφοράς» (*Παράρτημα I*) χρησιμοποιήθηκαν τα παραδείγματα «Σίσα, Crystal Meth, MDMA Ecstasy» για τις αμφεταμίνες και «Κωδεΐνη (Lonalid, Lonalgal), φαιντανύλη (Durogesic και γενόσημα), τραμαδόλη (Tramal), μεθαδόνη και βουπρενορφίνη από την παράνομη αγορά. Δεν συμπεριλαμβάνονται: μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη που χορηγούνται για θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή.» για τα άλλα οπιοειδή. Θα πρέπει, όπως έχει ήδη διαπιστωθεί, να επανεκτιμηθεί η επάρκεια των περιγραφών αυτών.

Ως προς την έξωση, υπήρξε προβληματισμός στα στάδια των ομάδων εστίασης για τον ακριβή ορισμό. Στον Σύντομο «Οδηγό Αναφοράς ΗΤΟΡ» (*Παράρτημα I*) αναφέρεται πως «Ο κίνδυνος έξωσης αφορά στη νομική διάσταση του ζητήματος (π.χ. προφορική προειδοποίηση από τον/την ιδιοκτήτη/τρια ή έγγραφη προειδοποίηση από τράπεζα/δικαστήριο).», αλλά ενδέχεται ο ορισμός αυτός να μην επαρκεί και να προκαλείται σύγχυση. Τα υψηλά ποσοστά των ωφελουμένων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. που μένουν με τους γονείς τους, ή εκείνων που είναι άστεγοι (ΕΠΨΥ & ΕΚΤΕΠΝ, 2018) ενδέχεται να δυσχεραίνουν την κατανόηση του όρου, είτε να κάνουν την έξωση αδιάφορη για ένα μεγάλο μέρος των ωφελουμένων, με αποτέλεσμα τη χαμηλή αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών.

Τέλος, οι ερωτήσεις για την εκπαίδευση/κατάρτιση και τον εθελοντισμό/αθλητισμό, οι οποίες τροποποιήθηκαν σε σχέση με του ΑΤΟΡ κατόπιν συστάσεως των ωφελουμένων οι οποίοι συμμετείχαν στις Ομάδες Εστίασης, είχαν χαμηλή αξιοπιστία, σε αντίθεση με την αμέσως προηγούμενη ερώτηση για τη μισθωτή εργασία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι δεν ορίζεται με σαφήνεια τι είναι ο εθελοντισμός και η άθληση (για παράδειγμα αν η βόλτα με τον σκύλο ή το θερινό μπάνιο στη θάλασσα θεωρούνται άσκηση ή αν η άμισθη εργασία για πρακτική εφαρμογή κατά τη διάρκεια σπουδών ή για απόκτηση εμπειρίας θεωρείται εθελοντισμός), στο γεγονός πως οι προτάσεις έγιναν κυρίως από τους εφήβους και νέους ενήλικες της Μονάδας Εφήβων, οι οποίοι δεν συμμετείχαν στο τελικό δείγμα, στο γεγονός πως ένα μεγάλο μέρος των ερωτηματολογίων χορηγήθηκε τους μήνες Ιούλιο, Αύγουστο και Σεπτέμβριο, διάστημα κατά το οποίο δεν

λειτουργούσαν τα σχολεία και οι εκπαιδευτικές και αθλητικές δραστηριότητες του Ο.ΚΑ.ΝΑ., στο ότι μόνο το 8,16% του δείγματος είχε ηλικία μικρότερη των 30 ετών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, στα χαμηλά ποσοστά (<41%) άθλησης στον Ελληνικό γενικό πληθυσμό (Euroopa EU Open Data Portal, 2019), στην εν γένει κουλτούρα της χώρας μας ως προς αυτά τα δύο φαινόμενα, καθώς και άλλους παράγοντες. Οι ερωτήσεις αυτές θα πρέπει να επανεκτιμηθούν και να συμπεριληφθεί σαφής ορισμός στον «Σύντομο Οδηγό Αναφοράς».

Προκειμένου για το ερωτηματολόγιο ΑΤΟΡ (n=104), μετρήθηκε η συμφωνία χρήσης ή μη με τη χρήση του συντελεστή Cohen's κ και του συνόλου των ημερών χρήσης με τον ενδοταξικό συντελεστή συσχέτισης ICC για το αλκοόλ (κ=0,79; ICC=0,90), την ηρωίνη (κ=0,83; ICC=0,68), τα άλλα οπιοειδή (κ=0,46; ICC=0,68), την κοκαΐνη (κ=0,82; ICC=0,95), τις αμφεταμίνες (κ=0,55; ICC=0,77), την κάνναβη (κ=0,84; ICC=0,89), τις βενζοδιαζεπίνες (κ=0,78; ICC=0,82), τον καπνό (κ=0,81), την ενέσιμη χρήση (κ=0,88; ICC=0,75), την κοινή χρήση (κ=0,46), την εργασία (κ=0,74; ICC=0,69), την εκπαίδευση/κατάρτιση (κ=0,68; ICC=0,71), την αστεγία (κ=0,55), την ψυχολογική υγεία (ICC=0,68), τη σωματική υγεία (ICC=0,75) και την ποιότητα ζωής (ICC=0,76). Η ερώτηση για επίθεση/βία από την διαγραφείσα ενότητα της εγκληματικότητας, ελέγχθηκε επίσης (κ=0,19). Παρατηρούμε πως οι τιμές είναι γενικώς παραπλήσιες, με το ΗΤΟΡ να υπερτερεί του ΑΤΟΡ στο αλκοόλ, την κάνναβη, τις βενζοδιαζεπίνες, την ηρωίνη, τον καπνό, την ενέσιμη χρήση, την εργασία, την αστεγία, τη βία ως θύτης. Το ΑΤΟΡ υπερτερεί μόνο στις αμφεταμίνες, τα άλλα οπιοειδή, τη σωματική υγεία και την ποιότητα ζωής. Η καλύτερη αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός πως όλοι οι βαθμολογητές του ΗΤΟΡ ήταν μέλη μιας αρκετά ομοιογενούς ομάδας ερευνητών, ενώ στο ΑΤΟΡ έγινε σύγκριση μεταξύ ερευνητών και κλινικών. Προκειμένου για τις αμφεταμίνες και τα άλλα οπιοειδή έχει ήδη καταγραφεί το θέμα της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας (Ryan et al., 2014).

Το Αγγλικό ΤΟΡ (n=827) χρησιμοποίησε τους ίδιους συντελεστές για το αλκοόλ (κ=0,77; ICC=0,89), την κάνναβη (κ=0,80; ICC=0,84), τις αμφεταμίνες (κ=0,76; ICC=0,80), τις βενζοδιαζεπίνες (κ=0,69; ICC=0,73), τα παράνομα οπιοειδή -κυρίως ηρωίνη- (κ=0,88; ICC=0,79),

την κοκαΐνη ($\kappa=0,77$; $ICC=0,88$), την ενέσιμη χρήση ($\kappa=0,85$; $ICC=0,75$), την κοινή ενέσιμη χρήση ($\kappa=0,62$), την εργασία ($ICC=0,75$), την εκπαίδευση ($ICC=0,76$), την αστεγία ($\kappa=0,71$), την έξωση ($\kappa=0,61$), τη βία ως θύτης ($\kappa=0,61$), την ψυχική υγεία ($ICC=0,84$), τη σωματική υγεία ($ICC=0,81$) και την ποιότητα ζωής ($ICC=0,84$). Παρατηρούμε πως οι τιμές είναι συνήθως παραπλήσιες, με το ΗΤΟΡ να υπερτερεί του ΤΟΡ στο αλκοόλ, την κάνναβη, τις βενζοδιαζεπίνες, την κοκαΐνη, την ενέσιμη χρήση, την εργασία, την αστεγία και τη βία ως θύτης, ενώ το ΤΟΡ UK υπερτερεί στην ψυχική και σωματική υγεία και την ποιότητα ζωής (και σε σχέση με το ΑΤΟΡ), την έξωση, την εκπαίδευση και τις αμφεταμίνες. Στην ηρωίνη/παράνομα οπιοειδή τα αποτελέσματα δεν είναι ευθέως συγκρίσιμα, αν και οι τιμές είναι παραπλήσιες. Πρόκειται για κατηγορίες οι οποίες δεν είχαν γενικά καλή απόδοση στο ΗΤΟΡ, για λόγους που έχουν ήδη συζητηθεί (Marsden et al., 2008).

Το Χιλιανό ΤΟΡ ($n=332$) χρησιμοποίησε τους ίδιους συντελεστές για το αλκοόλ ($\kappa=0,79$; $ICC=0,54$), την κάνναβη ($\kappa=0,79$; $ICC=0,93$), τα ηρεμιστικά/αγχολυτικά -κυρίως βενζοδιαζεπίνες- ($\kappa=0,32$; $ICC=0,01$), την κοκαΐνη ($\kappa=0,64$; $ICC=0,80$), την εργασία ($ICC=0,81$), την εκπαίδευση ($ICC=0,97$), την αστεγία ($\kappa=0,62$), τη βία ως θύτης ή θύμα ($\kappa=0,65$), την ψυχική υγεία ($ICC=0,41$), τη σωματική υγεία ($ICC=0,38$) και την ποιότητα ζωής ($ICC=0,45$). Εδώ οι τιμές είναι αρκετά διαφορετικές, ενώ λείπουν εκτιμήσεις για την ηρωίνη, την ενέσιμη χρήση και άλλες μεταβλητές. Το ΗΤΟΡ υπερτερεί του Χιλιανού ΤΟΡ στο αλκοόλ, την κάνναβη, τις βενζοδιαζεπίνες (που είχαν εξαιρετικά χαμηλή συμφωνία στο Χιλιανό ΤΟΡ), την κοκαΐνη, την εργασία, την αστεγία, τη βία, τη ψυχική και σωματική υγεία και την ποιότητα ζωής (που είχαν χαμηλή συμφωνία στο Χιλιανό ΤΟΡ). Το ΗΤΟΡ υπολείπεται μόνο στην εκπαίδευση, ενώ οι υπόλοιποι τομείς στους οποίους η αξιοπιστία του Ελληνικού ερωτηματολογίου είναι μέτρια ή χαμηλή δεν ελέγχθησαν στο Χιλιανό, ώστε να είναι εφικτή η σύγκριση. Οι μεγάλες αυτές διαφορές μπορούν να αποδοθούν τόσο σε μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις (η μεθοδολογία δεν περιγράφεται αναλυτικά στη δημοσίευση του Χιλιανού ΤΟΡ), όσο και σε διαφορές κουλτούρας

μεταξύ των δύο χωρών, τόσο γενικά, όσο και ως προς τη χρήση ουσιών (Castillo-Carniglia et al., 2015).

Το Σινικό TOP (n=87) χρησιμοποίησε τους ίδιους συντελεστές για το αλκοόλ ($\kappa=0,65$; ICC=0,80), την ηρωίνη ($\kappa=0,73$; ICC=0,86), τα ηρεμιστικά/αγχολυτικά -κυρίως βενζοδιαζεπίνες- ($\kappa=0,80$; ICC=1), τις αμφεταμίνες ($\kappa=0,88$; ICC=0,98), την ενέσιμη χρήση ($\kappa=0,88$; ICC=0,82), την κοινή ενέσιμη χρήση ($\kappa=0,93$), την εργασία (ICC=0,81), την εκπαίδευση (ICC=0,75), την έξωση ($\kappa=0,94$), τη βία ως θύτης ($\kappa=0,66$), την ψυχική υγεία (ICC=0,80), τη σωματική υγεία (ICC=0,95) και την ποιότητα ζωής (ICC=0,89). Το ΗΤΟΡ υπερτερεί του Σινικού TOP στο αλκοόλ, την ηρωίνη, την ενέσιμη χρήση, την εργασία, και τη βία ως θύτης, η ηρωίνη και οι βενζοδιαζεπίνες έχουν χιαστί υπεροχή μεταξύ διχοτομικών και διατάξιμων μεταβλητών, ενώ το Σινικό TOP υπερτερεί στις αμφεταμίνες, την κοινή ενέσιμη χρήση, την έξωση, την ψυχική και σωματική υγεία και την ποιότητα ζωής, οι οποίες διαθέτουν τη μεγαλύτερη αξιοπιστία, ακόμη και έναντι του Βρετανικού TOP. Οι διαφορές ενδέχεται να εξηγούνται από μεθοδολογικές και πολιτισμικές διαφορές, ενώ η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρείται στην έξωση, οι αδυναμίες της οποίας έχουν ήδη αναφερθεί (Wang et al., 2017).

Συνοψίζοντας, η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ είναι συγκρίσιμη και σε πολλές περιπτώσεις καλύτερη από των υπόλοιπων τεσσάρων ερωτηματολογίων, τα οποία παρουσιάζουν μεγάλο εύρος τιμών μεταξύ τους. Κάποιες μεταβλητές (άλλη ουσία, συγκατοίκηση με παιδί και σύλληψη) δεν έχουν αντίστοιχη μέτρηση σε άλλο ερωτηματολόγιο, προκειμένου να συγκριθούν με αυτή, αλλά οι τιμές τους κυμαίνονται από καλές έως εξαιρετικές. Οι τρεις τελευταίες ερωτήσεις αυτο-αξιολόγησης της ψυχικής και σωματικής υγείας και της ποιότητας ζωής έχουν ελαφρώς χειρότερες τιμές από του ΑΤΟΡ και χειρότερες από της Βρετανικής και Σινικής TOP, αλλά πολύ καλύτερες από της Χιλιανής. Στην Ενότητα 1 ωστόσο, η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών του ΗΤΟΡ είναι γενικά καλύτερη από όλων των άλλων ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον Πίνακα 14:

Πίνακας 14

Συγκρίσεις αξιοπιστίας μεταξύ βαθμολογητών

Ερώτηση	Δοκιμασία	HTOP	TOP UK	ATOP	TOP Chile	TOP China
Αλκοόλ	Cohen's κ	0,861	0,77	0,79	0,79	0,65
Αλκοόλ σύνολο	ICC	0,928	0,89	0,90	0,54	0,80
Κάνναβη	Cohen's κ	0,940	0,80	0,84	0,79	-
-Κάνναβη σύνολο	ICC	1,000	0,84	0,89	0,93	-
Αμφεταμίνες	Cohen's κ	1,000	0,76	0,55	-	0,88
Αμφεταμίνες σύνολο	ICC	0,648	0,80	0,77	-	0,98
Βενζ/νες	Cohen's κ	0,936	0,69	0,78	0,32	0,80
Βενζ/νες σύνολο	ICC	0,921	0,73	0,82	0,01	1,00
Ηρωίνη	Cohen's κ	0,863	0,88	0,83	-	0,73
Ηρωίνη σύνολο	ICC	0,841	0,79	0,68	-	0,86
Άλλα οπιοειδή	Cohen's κ	0,456	-	0,46	-	-
Άλλα οπιοειδή σύνολο	ICC	0,313	-	0,68	-	-
Κοκαΐνη	Cohen's κ	0,845	0,77	0,82	0,64	-
Κοκαΐνη σύνολο	ICC	0,921	0,88	0,95	0,80	-
Άλλη ουσία 1	Cohen's κ	0,699	-	-	-	-
Άλλη ουσία 1 σύνολο	ICC	0,697	-	-	-	-
Άλλη ουσία 2	Cohen's κ	0,681	-	-	-	-
Άλλη ουσία 2 σύνολο	ICC	0,712	-	-	-	-
Καπνός	Cohen's κ	0,884	-	0,81	-	-
Καπνός σύνολο	ICC	0,885	-	-	-	-
Ενέσιμη χρήση	Cohen's κ		0,85	0,88	-	0,88
Ενέσιμη σύνολο	ICC	0,984	0,75	0,75	-	0,82
Κοινή ενέσιμη	Cohen's κ	-0,013	0,62	0,46	-	0,93
Εργασία	Cohen's κ		-	0,74	-	-
Εργασία σύνολο	ICC	0,892	0,75	0,69	0,81	0,81
Εκπαίδευση	Cohen's κ		-	0,68	0,97	0,75
Εκπαίδευση σύνολο	ICC	0,177	0,76	0,71	-	-
Άθληση σύνολο	ICC	0,258	-	-	-	-
Αστεγία	Cohen's κ	0,852	0,71	0,55	0,62	-
Έξωση	Cohen's κ	0,390	0,61	-	-	0,94
Παιδί <5	Cohen's κ	0,819	-	-	-	-
Παιδί 5-15	Cohen's κ	0,818	-	-	-	-
Σύλληψη	Cohen's κ	0,787	-	-	-	-
Βία θύτης	Cohen's κ	0,826	0,61	0,19	0,65	0,66
Βία θύμα	Cohen's κ	0,571	-	-	-	-
Ψυχική υγεία	ICC	0,634	0,84	0,68	0,41	0,80
Σωματική υγεία	ICC	0,692	0,81	0,75	0,38	0,95
Ποιότητα ζωής	ICC	0,679	0,84	0,76	0,45	0,89

Σημείωση: ICC: Ενδοταξικός Συντελεστής Συσχέτισης

6.2. Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα μελέτη είχε κάποιους περιορισμούς.

Το σύνολο του δείγματος της μελέτης προερχόταν αποκλειστικά από το πρόγραμμα υποκατάστασης του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών και συγκεκριμένα από 1 μονάδα εισαγωγής στη θεραπεία, 10 μονάδες ολοκληρωμένης θεραπείας των εξαρτήσεων και 3 επανενταξιακές μονάδες, εκ των οποίων η μία μη φαρμακευτική. Ως εκ τούτου, το σύνολο του δείγματος, προ της εισόδου στη θεραπεία, είχε ουσία προτίμησης τα οπιοειδή, κυρίως την ηρωίνη. Το 83,67% των συμμετεχόντων ελάμβαναν βουπρενορφίνη και μόνο το 9,52% μεθαδόνη. Σύμφωνα με τα εσωτερικά Στοιχεία Λειτουργίας Προγραμμάτων Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2019 του Τμήματος Έρευνας και Τεκμηρίωσης του Οργανισμού, τον Δεκέμβριο του έτους 2019 το 39,41% (n=1365) των ωφελουμένων της Αθήνας ελάμβαναν μεθαδόνη και το 59,73% (n=2069) βουπρενορφίνη και, άρα, οι ωφελούμενοι σε θεραπεία με μεθαδόνη υποεκπροσωπούνται. Επίσης, από το σύνολο των ωφελουμένων όλης της χώρας (n=7985) τον ίδιο μήνα, το 43,38% (n=3464) βρίσκεται στην Αθήνα, το 21,25% (n=1697) στη Θεσσαλονίκη (37,95% σε μεθαδόνη και 61,64% σε βουπρενορφίνη) και το υπόλοιπο 35,37% (n=2824) στις υπόλοιπες πόλεις της Ελλάδας, με την Πάτρα να εξυπηρετεί μόνο το 2,67% (n=213) του συνόλου των ωφελουμένων. Όλοι οι ωφελούμενοι της επαρχίας λαμβάνουν βουπρενορφίνη. Εκτός αυτών, θεραπεία με μεθαδόνη λαμβάνουν και 109 ωφελούμενοι σε 2 Καταστήματα Κράτησης, 28 άτομα παρακολουθούν το πρόγραμμα της Μονάδας Κοινωνικής Επανάταξης της Αθήνας και 11 της Πάτρας, ενώ 397 ωφελούμενοι παρακολουθούν 9 διαφορετικά μη φαρμακευτικά προγράμματα, συμπεριλαμβανομένης της Μονάδας Εφήβων «Ατραπός». Οι πληθυσμοί της Θεσσαλονίκης, της επαρχίας, των καταστημάτων κράτησης και των μη φαρμακευτικών προγραμμάτων, καθώς και πληθυσμοί που λαμβάνουν υπηρεσίες από άλλους φορείς των άρθρων 51 και 58 του Νόμου 4139/2013 δεν εκπροσωπούνται στη μελέτη (Τμήμα Έρευνας και Τεκμηρίωσης Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2020).

Ως προς τους εφικτούς ελέγχους, οι χρονικοί περιορισμοί της έρευνας δεν επέτρεψαν την εκτίμηση της ευαισθησίας στην αλλαγή, δηλαδή της δυνατότητας του ερωτηματολογίου να συλλαμβάνει αλλαγές που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου, ασχέτως εάν οφείλονται στη

θεραπεία ή όχι, μέσω επαναχορήγησης του εργαλείου μετά την πάροδο ικανού χρονικού διαστήματος (Guyatt, Walter, & Norman, 1987). Επίσης, η εκτίμηση της αξιοπιστίας μεταξύ βαθμολογητών δεν έγινε μέσω παράλληλης χορήγησης από δύο διαφορετικούς βαθμολογητές, ο ένας εκ των οποίων θα ήταν ερευνητής και ο άλλος κλινικός, την ίδια χρονική στιγμή, αλλά από άλλον ερευνητή εντός διαστήματος 2-7 ημερών (μέσος όρος 3,44 ημέρες). Η μέθοδος αυτή συνδυάζει στοιχεία εκτίμησης της αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου και της αξιοπιστίας μεταξύ βαθμολογητών και είναι ανάλογη εκείνης που ακολουθήθηκε κατά την εκτίμηση της αξιοπιστίας μεταξύ βαθμολογητών του ΑΤΟΡ, ως προς το χρονικό διάστημα μεταξύ των χορηγήσεων του ερωτηματολογίου (Ryan et al., 2014).

6.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η προσαρμογή του ερωτηματολογίου ΑΤΟΡ, ως προϊόν της παρούσης μελέτης, δίδει την ευκαιρία για περαιτέρω έρευνα, με σκοπό τη στάθμιση του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ και την αξιοποίησή του από τα προγράμματα αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτήσεων της χώρας μας.

Ως προς τον πληθυσμό που μελετήθηκε, δηλαδή τα μέλη των προγραμμάτων υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ., απαιτείται το δείγμα να επεκταθεί ώστε να συμπεριλαμβάνει αντιπροσωπευτικούς πληθυσμούς από τη Θεσσαλονίκη και τις άλλες πόλεις της Ελλάδας όπου λειτουργούν προγράμματα υποκατάστασης. Θα πρέπει επίσης να συμπεριληφθεί αντιπροσωπευτικός πληθυσμός ατόμων που λαμβάνουν μεθαδόνη, συμπεριλαμβανομένων των μελών των προγραμμάτων στα καταστήματα κράτησης της χώρας. Το κρίσιμο μέγεθος του δείγματος θα πρέπει να υπολογισθεί με μία δόκιμη μέθοδο (Kraemer & Thiemann, 1987) και να διενεργηθούν επιπλέον έλεγχοι, όπως ο έλεγχος της ευαισθησίας στην αλλαγή, μέσω μέτρησης της αξιοπιστίας ελέγχου- επανελέγχου, μετά την πάροδο ικανού χρονικού διαστήματος, όπως 30 περίπου ημερών.

Απαιτείται επίσης περισσότερη έρευνα σε ευρύτερους πληθυσμούς της θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Εντός των πλαισίων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. θα πρέπει να χορηγηθεί στους ωφελούμενους της Μονάδας Εφήβων, το προφίλ των οποίων διαφέρει αρκετά από εκείνο των

ωφελουμένων των προγραμμάτων υποκατάστασης και θα δοθεί έτσι η δυνατότητα να επανεκτιμηθούν ερωτήσεις όπως η εκπαίδευση/κατάρτιση και ο εθελοντισμός/αθλητισμός. Μπορεί να χορηγηθεί επίσης σε ωφελούμενους του θεραπευτικού προγράμματος «Αθηνά», των Προγραμμάτων Πολλαπλής Παρέμβασης τα οποία απευθύνονται σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα και με άλλες ουσίες εκτός των οπιοειδών, καθώς και των Προγραμμάτων Προαγωγής Αυτοβοήθειας, τα οποία βασίζονται στο θεραπευτικό μοντέλο των 12 βημάτων. Επίσης σε άτομα τα οποία προσεγγίζονται από τις υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης και τους εργαζόμενους στο Streetwork, καθώς και σε άτομα που προορίζονται για εισαγωγή στα προγράμματα υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ., πριν την έναρξη της θεραπείας.

Εκτός Ο.ΚΑ.ΝΑ., θα ήταν χρήσιμο να μελετηθεί σε πληθυσμούς με άλλη ουσία προτίμησης εκτός των οπιοειδών, καθώς και εντός άλλων θεραπευτικών πλαισίων, όπως οι Θεραπευτικές Κοινότητες και οι Κλινικές Αποτοξίνωσης από το αλκοόλ, τα οπιοειδή και τις βενζοδιαζεπίνες. Επίσης σε πληθυσμούς εκτός των προγραμμάτων αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτήσεων, προκειμένου να μελετηθεί ενδεχόμενη χρησιμότητα ως εργαλείο ανίχνευσης προβλημάτων με τις ψυχοδραστικές ουσίες, όπως είναι οι πληθυσμοί αστέγων στα Ανοικτά Κέντρα Ημέρας Αστέγων, τα Υπνωτήρια Αστέγων και οι Ξενώνες, αλλά και πληθυσμοί που διαβιούν ενδεχομένως στον δρόμο. Παρομοίως, μπορεί να μελετηθεί η χρήση του σε δομές Ψυχικής Υγείας για ενδεχόμενη χρησιμότητα στην ανίχνευση της διπλής διάγνωσης, ή στα Καταστήματα Κράτησης, για εκτίμηση της δυνατότητας ανίχνευσης της χρήσης ουσιών από τους κρατούμενους, ή για εκτίμηση της διακύμανσης των χαρακτηριστικών που μελετά το ΗΤΟΡ αναλόγως με τον χρόνο κράτησης.

Ως προς τη μεθοδολογία χορήγησης, μπορεί να μελετηθεί η χορήγησή του από κλινικούς, με επανεκτίμηση της αξιοπιστίας μεταξύ βαθμολογητών, όπου ο ένας βαθμολογητής θα είναι κλινικός ο οποίος εργάζεται τοπικά στη δομή που εξυπηρετεί τον ωφελούμενο. Είναι εφικτή επίσης η μελέτη της αυτοσυμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, καθώς αυτή επιτρέπεται από τη μορφή του, αλλά και η μελέτη εναλλακτικών μεθόδων χορήγησης, όπως δια τηλεφώνου ή μέσω

ειδικής ηλεκτρονικής εφαρμογής σε υπολογιστή ή φορητή συσκευή, μέθοδοι οι οποίες μπορεί να φανούν χρήσιμες σε περιπτώσεις ατόμων που λαμβάνουν μακρόχρονα δόσεις υποκαταστάτων φαρμάκων για το σπίτι ή που βρίσκονται σε μεταθεραπευτική παρακολούθηση (follow-up). Μπορεί επίσης να μελετηθεί η γνώμη των κλινικών για το ερωτηματολόγιο HTOP, ως προς την ευκολία χρήσης και την κλινική του χρησιμότητα. Επιπλέον, είναι εφικτό να διερευνηθεί η δυνατότητα αποτύπωσης των αποτελεσμάτων ανά ωφελούμενο σε κάποιο είδος γραφήματος σε συνάρτηση με τον χρόνο.

Η ύπαρξη τριών διατάξιμων μεταβλητών για την ψυχική και σωματική υγεία και την ποιότητα ζωής καθιστά χρήσιμη την διερεύνηση της ύπαρξης σημείων αποκοπής τα οποία οριοθετούν τη θετική και αρνητική εκτίμηση των συγκεκριμένων μεταβλητών.

Η περαιτέρω μελέτη του ερωτηματολογίου HTOP, ενδέχεται να το καταστήσει ένα χρήσιμο ερευνητικό εργαλείο για τα θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ., καθώς και για τα προγράμματα αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτήσεων άλλων φορέων, χρησιμοποιούμενο σε μελέτες του θεραπευτικού αποτελέσματος, από κοινού με άλλους δείκτες, όπως η συγκράτηση στη θεραπεία και η τεκμηριωμένη με τοξικολογικούς ελέγχους χρήση ουσιών, όπως έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται το ATOP (Scott, Carrotte, Higgs, Stoové, Aitken, & Dietze 2017; Lintzeris, Monds, Rivas, Leung, Dunlop,...Ali, 2018; Bhardwaj, Allsop, Copeland, McGregor, Dunlop, ...Lintzeris, 2018; Manning, Garfield, Lam, Allsop, Berends,...Lubman, 2019; Jackson, Brown, Baker, Gould, & Dunlop, 2019; Reichelt, Collett, Landmann, & Hallam, 2019). Τέλος, στην πορεία μπορεί να μελετηθεί και η χρησιμότητα του ερωτηματολογίου στην αξιολόγηση των υπηρεσιών μέσω μέτρησης των κλινικών εκβάσεων σε επίπεδο υπηρεσίας, δομής ή θεραπευτικής μονάδας.

Προκειμένου να διευκολυνθεί η έρευνα με το ερωτηματολόγιο HTOP, είναι καλό να αξιοποιηθούν τα πορίσματα αυτής της μελέτης και να βελτιωθεί ο «Σύντομος Οδηγός Αναφοράς HTOP» (*Παράρτημα Ι*), ως προς την ακρίβεια κάποιων ορισμών και τη σαφήνεια των οδηγιών, όπως περιγράφεται στις σχετικές ενότητες.

6.4. Κλινικές εφαρμογές του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ

Υπάρχουν ευρείες δυνατότητες αξιοποίησης του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ στην κλινική πρακτική.

Το ερωτηματολόγιο ΗΤΟΡ μπορεί να χρησιμοποιηθεί από το προσωπικό των θεραπευτικών προγραμμάτων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. ως διαδικασία ρουτίνας, για την παρακολούθηση της προόδου του θεραπευτικού αποτελέσματος στην καθημερινή κλινική πρακτική, χορηγώντας το αμέσως πριν την εισαγωγή στο πρόγραμμα και κατόπιν άπαξ μηνιαίως, καθώς καλύπτει διάστημα ενός μηνός με την περιγραφείσα μέθοδο Χρονολογικής Αναδρομής (Timeline Follow Back). Ωστόσο, μπορεί να είναι χρήσιμο ακόμη και εάν χορηγείται σε αραιότερα διαστήματα, κατά την κρίση των κλινικών, είτε κατά τις επιταγές του Πλαισίου Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, 2012) και των σχετικών εγκυκλίων και κλινικών οδηγιών. Η χρήση του αυτή επιτρέπει την ανατροφοδότηση των κλινικών και των ωφελουμένων με πληροφορίες και ως προς την έκβαση της θεραπείας, ή την υλοποίηση ενός θεραπευτικού πλάνου. Όπως έχει αναφερθεί, το εργαλείο ενδέχεται να αποβεί εντέλει χρήσιμο και στην αξιολόγηση μιας θεραπευτικής υπηρεσίας, μονάδας ή δομής.

Η τυποποίηση της χρήσης του ερωτηματολογίου, μέσω ενσωμάτωσής του στο Πλαίσιο Λειτουργίας και στα «Διαγράμματα Κλινικών Διεργασιών» του προτύπου ΕΛΟΤ EN 15224:2016, «Συστήματα διαχείρισης της ποιότητας – EN ISO 9001:2015 για υπηρεσίες φροντίδας υγείας» (Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης, 2018), μπορεί να επιτρέψει την τυποποίηση της αποτύπωσης των κλινικών πληροφοριών στον φάκελο ασθενή, προάγοντας την επικοινωνία μεταξύ των κλινικών κατά την παραπομπή και μεταφορά των ωφελουμένων μεταξύ διαφόρων υπηρεσιών, καθώς και τη συμπληρωματική λειτουργία σε υφιστάμενες διαδικασίες, όπως η διαγνωστική συνέντευξη, η εφαρμογή των «Ενδείξεων και Κριτηρίων Μετάβασης σε Επόμενη Φάση Θεραπείας», σύμφωνα με την ΑΠ:17068/06.11.2014 απόφαση της Διεύθυνσης Εφαρμογής Προγραμμάτων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. (Παράρτημα Ζ) και ο τοξικολογικός έλεγχος για τη χρήση ουσιών, όπως τεκμαίρεται από τα εν γένει καλά αποτελέσματα της μέτρησης ταυτόχρονης εγκυρότητας.

Η τυποποίηση της κλινικής και ερευνητικής χρήσης, αλλά και η διευκόλυνση της χορήγησης του ερωτηματολογίου ΗΤΟΡ στο σύγχρονο περιβάλλον των προγραμμάτων αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτήσεων θα ευδοωθεί εφόσον αυτό ενσωματωθεί στον υφιστάμενο ή μελλοντικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Ασθενή με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι εφικτή η ηλεκτρονική συμπλήρωση ή εισαγωγή δεδομένων του εντύπου ερωτηματολογίου, η αποθήκευση και η διαχείριση των αρχείων, με μέριμνα για ευχερή εκτύπωση αντιγράφων και αυτοματοποιημένη εξαγωγή των δεδομένων σε βάσεις δεδομένων και στατιστικά προγράμματα.

Το ερωτηματολόγιο δεν εξειδικεύεται στα προγράμματα υποκατάστασης, ούτε σε ωφελούμενους με κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από άλλα θεραπευτικά προγράμματα, εφόσον οι εργαζόμενοι σε αυτά το κρίνουν χρήσιμο. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι εφικτή η απ' ευθείας σύγκριση μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Μπορεί επιπλέον να αποκτήσει και άλλες κλινικές εφαρμογές εντός διαφορετικών πλαισίων, ανάμεσα στις οποίες ίσως συγκαταλέγεται και η ανίχνευση της χρήσης ουσιών ή η παρακολούθηση της χρήσης και των συναφών προβλημάτων σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, όπως οι άστεγοι, οι κρατούμενοι και οι ψυχικά ασθενείς, εφόσον η χρήση αυτή υποστηριχθεί ερευνητικά, όπως προαναφέρθηκε.

Βιβλιογραφία

- Affholter, D. P. (1994). Outcome monitoring. In: Wholey J. S., Hatry H. P., Newcomer K. E., editors. *Handbook of Practical Program Evaluation 3rd Edition*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Alcohol Use Disorders Identification Test- AUDIT (n.d.). Retrieved August 6, 2019, from: <https://auditscreen.org/download/>
- Alves, P., Sales, C., Ashworth, M. (2013). Enhancing the patient involvement in outcomes: a study protocol of personalised outcome measurement in the treatment of substance misuse. *BMC Psychiatry* 13, 337.
- Anagnostopoulos, F., Niakas, D., & Pappa, E. (2005). Construct Validation of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research*, 14(8), 1959-1965.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980.
- Andrews, G & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25, 494-497.
- Andrews, G. (2008). WHO DAS II - Using the World Health Organization Disability Assessment Scale to operationalize the concepts in the International Classification of Functioning, Disability and Health (Beck & Steer, 1987; Beck, Steer, & Brown, 1996)
- Arnevik, E. A. (2016). Selection of a Progress Monitoring Instrument for Substance Use Disorder Treatment. *International Archives of Addiction Research and Medicine*, 2(2).
- ATOP Project Team (2013). ATOP Manual for ATOPv4. Unpublished Manual. NSW Health, Sydney.

- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J.B. & Grant, M. (1989). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care* (First Edition). Geneva: World Health Organization.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro M. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care* (Second Edition). Geneva: World Health Organization.
- Barden-O'Fallon, J., Mandal, M. (2014). Outcome monitoring for global health programs. Measure Evaluation Working Paper Series [WP-14-153]. Retrieved July 31, 2019, from: <http://www.cpc.unc.edu/measure>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory: Manual*. USA: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Beck, A., & Steer, R. (1988). *Beck Hopelessness Scale Manual*. San Antonio, Tex: The Psychological Corporation.
- Beck, A., & Steer, R. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicidal Ideation*. San Antonio, Tex: Psychological Corporation.
- Bhardwaj, A.K., Allsop, D.J., Copeland, J., McGregor, I.S., Dunlop, A., Shanahan, M., Bruno, R., ... & Lintzeris, N. (2018). Randomised Controlled Trial (RCT) of cannabinoid replacement therapy (Nabiximols) for the management of treatment-resistant cannabis dependent patients: a study protocol. *BMC Psychiatry* 18(1), 140
- Blacken, P., Hendriks, V., Pozzi, G., Tempesta, E., Hartgers, C., Koeter, M., Fahrner, E.M., Gsellhofer, B., Küfner, H., Kokkevi, A., Uchtenhagen, A. (1994). *European Addiction Severity Index EuropASI INDEX EUROPASI, A Guide To Training and Administering EuropASI Interviews, COST A6*. ISBN 9782872631469.
- Boswell, J.F., Constantino, M.J., Kraus, D.R., Bugatti, M., Oswald, J.M. (2016). The expanding relevance of routinely collected outcome data for mental health care decision making. *Administration and Policy in Mental Health* 43, 482-491.

- Bothwell, L.E. & Podolsky, S.H. (2016). The Emergence of the Randomized, Controlled Trial. *The New England Journal of Medicine* 375(6), 501-504.
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., et al. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder [see comment]. *British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.
- Brooks, R. (2000). The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: Validation in relation to patient derived measures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 504-511.
- Bruun, A. (2015) *The Victorian Youth Alcohol and Other Drug Service System: A vision realised*. Youth Support + Advocacy Service, Melbourne, Australia.
- Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.B., Fihn, S.D. & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of Internal Medicine* 158(16), 1789-1795.
- Butler, S.F., Budman, S.H., Goldman, R.J., Newman, F.L., Beckley, K.E., Trottier, D. & Cacciola, J.S. (2001). Initial validation of a computer-administered Addiction Severity Index: The ASI-MV. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(1), 4-12.
- Caballero, F.F., Miret, M., Power, M., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Olaya, B., Haro, J.M. & Ayuso-Mateos, J.L. (2013). Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. *Health and Quality of Life Outcomes* 11, 177.
- Cacciola, J. S., Alterman, A. I., DePhilippis, D., Drapkin, M. L., Valadez, C., Fala, N. C., Oslin, D., & McKay, J. R. (2013). Development and initial evaluation of the Brief Addiction Monitor (BAM). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(3), 256-263.

- Cacciola, J.S., Alterman, A.I., McLellan, A.T., Lin, Y.T. & Lynch, K.G. (2007). Initial evidence for the reliability and validity of a "Lite" version of the Addiction Severity Index. *Drug and Alcohol Dependence* 87(2-3), 297-302.
- Carlier, I.V.E & van Eeden, W.A. (2017). Routine Outcome Monitoring in Mental Health Care and Particularly in Addiction Treatment: Evidence-Based Clinical and Research Recommendations. *Journal of Addiction Research and Therapy* 8(4), 332.
- Carlier, I.V.E, Meuldijk, D., van Vliet, I.M., van Fenema, E., van der Wee, N.J. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: Evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18, 104-110.
- Castillo-Carniglia, Á., Marín, J. D., Soto-Brandt, G., Donoso, M. P., Piñol, D., San Martín, J., Huepe, D., Alvarado, R., Eastwood, B., & Huidobro, R. P. (2016). Instrument Treatment Outcomes Profile—Chile Version. Retrieved January 4, 2019, from: <http://dx.doi.org/10.1037/t45624-000>
- Castillo-Carniglia, Á., Marín, J. D., Soto-Brandt, G., Donoso, M. P., Piñol, D., San Martín, J., Huepe, D., Alvarado, R., Eastwood, B., & Portilla Huidobro, R. (2015). Adaptation and Validation of the Instrument Treatment Outcomes Profile to the Chilean Population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 56, 39-47.
- Center for Substance Abuse Treatment (2005). *Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. DHHS Publication No. (SMA) 12-4214. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Cervantes, E.A., Miller, W.R. & Tonigan J.S. (1994). Comparison of Timeline Follow-Back and Averaging Methods for Quantifying Alcohol Consumption in Treatment Research. *Assessment* 1(1), 23-30.

- Chang, C.H. (2007). Patient-Reported Outcomes Measurement and Management with Innovative Methodologies and Technologies. *Quality of Life Research*, 16, 157-166.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P., & Swift, W. (2005). The Cannabis Problems Questionnaire: Factor structure, reliability, and validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(3), 313-319.
- Copeland, J., Swift, W., & Rees, V. (2001). Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 45-52.
- Costello, M.J., Ropp, C., Sousa, S., Woo, W., Vedelago, H., Rush, B. (2016). The Development and Implementation of an Outcome Monitoring System for Addiction Treatment. *Canadian Journal of Addiction* 3(7), 15-22.
- Darke S., Hall W., Wodak A., Heather N., Ward J. (1992). Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: The Opiate Treatment Index. *British Journal of Addiction*, 87, 733-42.
- Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N., Wodak, A. (1991). *Opiate treatment index (OTI) manual*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of NSW.
- Deady, M. (2009). *A Review of Screening, Assessment and Outcome Measures for Drug and Alcohol Settings*. Sydney: Network of Alcohol & other Drug Agencies (NADA).
- Degenhardt, L., Hall, W., Korten, A., & Jablensky, A. (2005). *Use of brief screening instrument for psychosis: Results of a ROC analysis. Technical Report No. 210*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Delgadillo, J., Payne, S., Gilbody S., Godfrey C. (2013) Psychometric properties of the Treatment Outcomes Profile (TOP) psychological health scale, *Mental Health and Substance Use*, 6(2), 140-149.

- Denis, C., Fatséas, M., Beltran, V., Serre, F., Alexandre, J.M., Debrabant, R., Daulouède, J.P. & Auriacombe, M. (2016). Usefulness and validity of the modified Addiction Severity Index: A focus on alcohol, drugs, tobacco, and gambling. *Substance Abuse* 37(1), 168-75.
- Dennis, M. L., Chan, Y.-F., & Funk, R. R. (2006). Global Appraisal of Individual Needs--Short Screener. Retrieved February 5, 2019, from: <http://dx.doi.org/10.1037/t21457-000>
- Department of Health & Human Services. (2018). *Clinician Guide to the Victorian AOD Intake and Assessment Tools*. Retrieved August 2, 2019, from: <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/victorian-aod-clinician-guide>
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-Revised: Administration, scoring and procedures manual* (3 ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.
- Donovan, D. M., Bigelow, G. E., Brigham, G. S., Carroll, K. M., Cohen, A. J., Gardin, J. G., Hamilton, J. A., Huestis, M. A., Hughes, J. R., & Lindblad, R. (2012). Primary outcome indices in illicit drug dependence treatment research: Systematic approach to selection and measurement of drug use end-points in clinical trials. *Addiction*, 107(4), 694-708.
- DuPont, R.L. (2014). *Creating a New Standard for Addiction Treatment Outcomes. A Report from the Institute for Behavior and Health, Inc.* Retrieved July 31, 2019, from: <http://www.williamwhitepapers.com/pr/IBH%20Creating%20a%20New%20Standard%20for%20Addiction%20Treatment%20Outcomes%202014.pdf>
- Eisen, S. V., Dill, D. L., & Grob, M. C. (1994). Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(3), 242-247.
- Eisen, S. V., Grob, M. C., & Klein, A. A. (1986). BASIS: The development of a self-report measure for psychiatric inpatient evaluation. *Psychiatric Hospital*, 17(4), 165-171.

- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fliess, J. H., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Erdlen, D.L., McLellan, A.T., Cacciola, J.S. & Bragg, A. (n.d.). *Follow-up procedures and techniques for locating out of treatment clients*, The Substance Abuse Treatment Research Center, Departments of Psychiatry: Philadelphia VA Medical Center and the University of Pennsylvania. Retrieved August 9, 2019, from: <http://docplayer.net/231305-Follow-up-procedures-and-techniques-for-locating-out-of-treatment-clients.html>
- Erkut, S. (2010). Developing Multiple Language Versions of Instruments for Intercultural Research. *Child Development Perspectives*, 4(1), 19-24.
- Europa EU Open Data Portal. (2019). *Special Eurobarometer 412: Sport and physical activity*. Retrieved January 19, 2020 from https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S1116_80_2_412
- EuropASI Working Group. (1994). *European Addiction Severity Index EuropASI, A guide to training and administering EuropASI Interviews*, COST A6. Retrieved August 9, 2019, from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3647EN.html>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (n.d.). *European Addiction Severity Index (EuropASI)*. Retrieved August 9, 2019, from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3647EN.html>
- Eurostat. (2019). Unemployment statistics. Retrieved August 13, 2019 from https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Unemployment_statistics
- Flannery, B. A., Volpicelli, J. R., & Pettinati, H. M. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(8), 1289-1295.

- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 459-473.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*, 871-878.
- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). *Construction of a Scale to Measure Consumer Recovery*. Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health.
- Ginieri-Coccosis, M., Triantafillou, E., Tomaras, V., Soldatos, C., Mavreas, V., & Christodoulou, G. (2012). Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: Incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki, 23*(2), 130-42.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON Publishing Company.
- Goodman, J. D., McKay, J. R., & DePhilippis, D. (2013). Progress monitoring in mental health and addiction treatment: A means of improving care. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(4), 231-246.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 38*(5), 581-586.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The severity of dependence scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction, 90*, 607-614.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., et al. (1995). The severity of dependence scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction, 90*, 607-614.
- Gov.uk. (2016). Guidance, NDTMS: outcome monitoring forms and process, Published 1 October 2016, Last updated 14 March 2019. TOP retrieved August 13, 2019 from

<https://www.gov.uk/government/publications/drug-and-alcohol-treatment-outcomes-measuring-effectiveness>

- Green, S., & Whichelow, M. J. (1994). Longitudinal validity of the CAGE questionnaire. *Addiction Research*, 2, 195-201.
- Guyatt, G., Walter, S. & Norman, G. (1987). Measuring change over time: assessing the usefulness of evaluative instruments. *Journal of Chronic Diseases* 40, 171-178.
- Harvey, G., Fitzgerald, L., Fielden, S., McBride, A., Waterman, H., Bamford, D., Kislov, R., & Boaden, R. (2011). The NIHR collaboration for leadership in applied health research and care (CLAHRC) for Greater Manchester: Combining empirical, theoretical and experiential evidence to design and evaluate a large-scale implementation strategy. *Implementation Science*, 6(1).
- Haswell-Elkins, M., Hunter, E., Wargent, R., Hall, B., O'Higgins, C. and West, R. (2009). Protocols for the delivery of social and emotional wellbeing and mental health services in Indigenous communities: Guidelines for health workers, clinicians, consumers and carers. First Edition. Australian Integrated Mental Health Initiative, Indigenous Stream in North Queensland for Northern Area Health Services, Queensland Health, Cairns.
- Hayes, M. H. S., & Patterson, D. G. (1921). Experimental development of the graphic rating method. *Psychological Bulletin*, 18, 98-99.
- Hays, R. D. & Stewart, A. L. (1992). Construct validity of MOS health measures. In A. L. Stewart & J. E. Ware (eds.), *Measuring functioning and well-being: The Medical Outcomes Study approach* (pp. 325-342), Durham, NC: Duke University Press.
- Hays, R.D. & Shapiro, M.F. (1992). An Overview of Generic Health-Related Quality of Life Measures for HIV Research. *Quality of Life Research* 1, 91-97.
- Heishman, S. J., Singleton, E. G., & Liguori, A. (2001). Marijuana craving questionnaire: Development and initial validation of a self-report instrument. *Addiction*, 96(7), 1023-1034.

- Hoffman, J. A., Moolchan, E. T. (1994) The phases-of-treatment model for methadone maintenance: implementation and evaluation. *Journal of Psychoactive Drugs* 26(2), 181–197.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-219.
- Huidobro, R.P., Lozier, M. & Oliva, M. (2016). *Informe resultados: Treatment Outcomes Profile (TOP)Chile*, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda). Santiago, Chile: Gobierno de Chile.
- Hunt, P., Hunter, S.B., Levan, D. (2017). Continuous quality improvement in substance abuse treatment facilities: How much does it cost? *Journal of Substance Abuse Treatment* 77, 133–140.
- Institute for Behavior and Health, Inc. (2014). *Creating a New Standard for Addiction Treatment Outcomes*. Rockville, MD: Author. From https://static1.squarespace.com/static/575830e0b09f958d96b6e4df/t/576bfc3303596ed61e84afaf/1466694708985/IBH_Report_Creating_a_New_Standard_for_Addiction_Treatment_Outcomes.pdf
- International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2005). *ICAP blue book: practical guides for alcohol policy and targeted interventions*. Module 20, Standard Drinks (pp 6). Washington, D.C.: Author.
- Jackson, M.A., Brown, A.L., Baker, A.L., Gould, G.S. & Dunlop, A.J.(2019). The Incentives to Quit tobacco in Pregnancy (IQuIP) protocol: piloting a financial incentive-based smoking treatment for women attending substance use in pregnancy antenatal services. *BMJ Open* 9(11).
- Kalinowski, A. & Humphreys, K. (2016). Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. *Addiction* 111(7), 1293-1

- Kaminer, Y., Bukstein, O., Tarter, R.E. (1991). The Teen-Addiction Severity Index: rationale and reliability. *International Journal of the Addictions* 26(2), 219-26.
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken L., ..., Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 7, CD011119.
- Kerr, W.C. & Stockwell, T. (2012). Understanding standard drinks and drinking guidelines. *Drug and Alcohol Review* 31(2), 200-205
- Kessler, R. C. (1996). *Kessler's 10 Psychological Distress Scale*. Boston, MA: Harvard Medical School.
- King, M. (1986). At risk drinking among general practice attendees: Prevalence, characteristics and alcohol-related problems. *British Journal of Psychiatry*, 148, 533-540.
- Koeter, M.W.J., Hartgers, C. (1997). *Preliminary procedure for the computation of the EuropASI composite scores*, Amsterdam: The Amsterdam Institute for Addiction Research.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *European Addiction Research*, 1(4), 208-210.
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E. & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors* 23(6), 841-853.
- Kopec, J.A. & Willison, K.D. (2003). A comparative review of four preference-weighted measures of health-related quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology* 56(4), 317-325.
- Kraemer, H.C. & Thiemann, S. (1987). *How many subjects? Statistical power analysis in research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating somatic symptom severity. *Psychosomatic Medicine* 64, 258–266.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12(2), 210-224.
- Lawrinson, P., Copeland, J., & Indig, D. (2005). Development and validation of a brief instrument for routine outcome monitoring in opioid maintenance pharmacotherapy services: The brief treatment outcome measure (BTOM). *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 125-133.
- Lawrinson, P., Gerber, S., Copeland, J. and Indig, D. (2003). *The brief treatment outcome measure: detoxification, rehabilitation and counselling manual*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Lawrinson, P., Roche, A., & Copeland, J. (2009). Optimizing clinical care through implementation of outcome monitoring systems. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 16(3), 250-259.
- Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, D.R. & Shwartz, M. (2000). Addiction Severity Index: A field study of internal consistency and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(2), 129-135.
- Lim, C. & Laurence, J. (2015). Doing good when times are bad: volunteering behaviour in economic hard times. *British Journal of Sociology* 66(2), 319-344.
- Ling, W., Farabee, D., Liepa, D., & Wu, L. T. (2012). The Treatment Effectiveness Assessment (TEA): An efficient, patient-centered instrument for evaluating progress in recovery from addiction. *Substance Abuse Rehabilitation* 3, 129–136.

- Lintzeris, N., Monds, L. A., Rivas, G., Leung, S., Withall, A., & Draper, B. (2016). The Australian Treatment Outcomes Profile instrument as a clinical tool for older alcohol and other drug clients: A validation study. *Drug and Alcohol Review, 35*(6), 673-677.
- Lintzeris, N., Monds, L.A., Rivas, C., Leung, S., Dunlop, A., Newcombe, D., Walters, C., ... & Ali R. (2018). Transferring Patients From Methadone to Buprenorphine: The Feasibility and Evaluation of Practice Guidelines. *Journal of Addiction Medicine 12*(3), 234-240.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Luty, J., Varughese, S., & Easow, J. (2009). Criminally invalid: The treatment outcome profile form for substance misuse. *Psychiatric Bulletin., 33*(11), 404-406.
- Manning, V., Garfield, J.B.B, Lam, T., Allsop, S., Berends, L., Best, D., Buykx, P., Room, R. & Lubman, D.I. (2019). Improved Quality of Life Following Addiction Treatment Is Associated with Reductions in Substance Use. *Journal of Clinical Medicine 8*(9)
- Marin, S.J., Doyle, K., Chang, A., Concheiro-Guisan, M., Huestis, M.A. & Johnson-Davis, K.L. (2016). One Hundred False-Positive Amphetamine Specimens Characterized by Liquid Chromatography Time-of-Flight Mass Spectrometry. *Journal of Analytical Toxicology 40*, 37-42
- Marsden, J., Farrell, M., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Eastwood, B., Roxburgh, M., & Taylor, S. (2008). Development of the treatment outcomes profile. *Addiction, 103*(9), 1450-1460.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C., & Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction, 93*(12), 1857-1867.
- Marsden, J., Stillwell, G. (2008). *Effective Community Treatment for Drug Misusers: Outcome Monitoring at Blenheim CDP. An Independent Review*. Retrieved July 31, 2019, from:

<https://blenheimcdp.org.uk/wp-content/uploads/2014/07/Blenheim-Outcome-Monitoring-Report-2008.pdf>

- Marsden, J., Stillwell, G. (2012). *Blenheim Effective community based treatment for people experiencing problems with alcohol and drug use. An Independent Review*. Retrieved July 31, 2019, from: <https://blenheimcdp.org.uk/wp-content/uploads/2014/07/Blenheim-Outcome-Monitoring-Report-2012.pdf>
- Matua Raki National Addiction Workforce Development & Te Pou o te Whakaaro Nui. (2017). Alcohol and Drug Outcome Measure (ADOM), Guide for addiction practitioners (Version 4.2). Auckland, New Zealand: Te Pou o te Whakaaro Nui.
- McLellan A. T., Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Rikoon, S. H., Carise, D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: Origins, contributions and transitions. *American Journal of Addiction* 2006; 15, 113–24.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). *Addiction Severity Index--Fifth Edition* 9(3),199-213
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 168(1), 26-33
- Melnick, E.R., Jeffery, M.M., Dziura, J.D., Mao, J.A., Hess, E.P., Platts-Mills, T.F., Solad, Y., Paek, H., Martel, S., Patel, M.D., Bankowski, L., Lu, C., Brandt, C. & D'Onofrio, G. (2019). User-centred clinical decision support to implement emergency department-initiated buprenorphine for opioid use disorder: protocol for the pragmatic group randomised EMBED trial. *BMJ Open for British Medical Journal* 9(5), e028488
- Miele, G. M., Carpenter, K. M., Cockerham, M. S., Trautman, K. D., Blaine, J., & Hasin, D. (2000a). Substance Dependence Severity Scale (SDSS): reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 59(1), 63-75.

- Mischke, H. D., & Venneri, R. L. (1987). Reliability and validity of the MAST, Mortimer Filkins questionnaire and CAGE in DWI assessment. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 492-501.
- Moussas, G., Dadouti, G., Douzenis, A., Poulis, E., Tzelembis, A., Bratis, D., Christodoulou, C., & Lykouras, L. (2009). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Reliability and validity of the Greek version. *Annals of General Psychiatry*, 8(1), 11.
- Murphy, B., Herrman, H., Hawthorne, G., Pinzone, T., & Evert, H. (2000). *Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide*. Melbourne, Australia: Australian WHOQoL Field Study Centre.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA). (n.d.). The Treatment Outcomes Profile (TOP, A training resource to ensure effective use of the TOP. London, UK: Author.
- National Treatment Agency for Substance Misuse. (2007). Treatment Outcomes Profile (TOP). Retrieved August 13, 2019 from <http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/top.pdf>
- National Treatment Agency, (2010). *The Treatment Outcomes Profile (TOP): A training resource to ensure the effective use of the TOP*. London: Author.
- Neale, J., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Strang, J., Tompkins, C., Wheeler, C., & Wykes, T. (2014). How should we measure addiction recovery? Analysis of service provider perspectives using online Delphi groups. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 21(4), 310-323.
- Newcomer K.E., Hatry H.P., Wholey J.S. (2015). Planning and Designing Useful Evaluations. In: J. S., Wholey, H. P., Hatry, K. E., Newcomer (Eds), *Handbook of Practical Program Evaluation 4th Edition*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Nielsen, S., Kowalski, M., Wood, P., Larney, S., Bruno, R., Shanahan, M., Lenton, S., Dietze, P., Green, T., Murnion, B. & Ritter, A. (2019). Routine opioid outcome monitoring in community pharmacy: Pilot implementation study protocol. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 15(8), 1047-1055.

- Ober, C., & Schlesinger, C. (2005). *Indigenous Risk Impact Screen (IRIS) user manual*. Brisbane: Queensland Health, Queensland Government.
- Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological. *Addiction, 103*:875–885.
- Overall, J., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports, 10*, 799-812.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research, 14*(5), 1433-1438.
- Phelan, M., Slade, M., Dunn, G., Holloway, G., Strathdee, G., Thornicroft, G., et al. (1993). *Camberwell Assessment of Need* London: London Institute of Psychiatry.
- Phillips, K. A. (1996). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., & Shaw-Hegwer, J. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry, 8*(1), 1-7.
- Raistrick, D., Bradshaw, J., Tober, G., Weiner, J., Allison, J., & Healey, C. (1994). Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): A questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. *Addiction, 89*, 563-572. *Care Psychiatry, 9*(1), 9-14.
- Public Health England Guidance. (2018). *Drug and alcohol treatment outcomes: Measuring effectiveness. Outcome monitoring forms and guidance on how alcohol and drug treatment outcomes information is collected and how it can be used to improve local services*. Published 1 October 2016, updated 12 July 2018. Retrieved January 5, 2019, from: <https://www.gov.uk/government/publications/drug-and-alcohol-treatment-outcomes-measuring-effectiveness#history>
- Public Health England. (2018). *National drug treatment monitoring system dataset guidelines, reference documents for collecting and inputting data, for use with the national drug*

treatment monitoring system (NDTMS). Published 20 December 2017, updated 6 December 2018. Retrieved July 31, 2019, from: <https://www.gov.uk/government/collections/alcohol-and-drug-misuse-treatment-core-dataset-collection-guidance>

Pulford, J., Deering, D.E., Robinson, G., Wheeler, A., Adamson, S.J., Frampton, C.M.A., Dunbar, L., Paton-Simpson, P. (2008). Development of a routine outcome monitoring instrument for use with clients in the New Zealand alcohol and other drug treatment sector: The Alcohol and Drug Outcome Measure (ADOM). *New Zealand Journal of Psychology*, 39, 35–45.

Raistrick, D., Bradshaw, J., Tober, G., Weiner, J., Allison, J., & Healey, C. (1994). Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): A questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. *Addiction*, 89(5), 563-572.

Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78, 89-95.

RAND Healthcare. (n.d.). 36-Item Short Form Survey (SF-36). Retrieved August 6, 2019, from: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html

Reichelt, A.C., Collett, J.C., Landmann, O. & Hallam, K.T. (2019). Assessing the impacts of daily Cannabis versus alcohol and methamphetamines on young Australians in youth AOD treatment. *BMC Psychiatry* 19(1), 416

Reips, U.D. & Funke, F. (2008). Interval-level measurement with visual analogue scales in Internet-based research: VAS Generator. *Behavior Research Methods* 40(3), 699-704.

Robinson, S.M., Sobell, L.C., Sobell, M.B. & Leo, G.I. (2014). Reliability of the Timeline Followback for Cocaine, Cannabis, and Cigarette Use. *Psychology of Addictive Behaviors* 28(1), 154-162.

- Roe, D., Drake, R.E., Slade, M. (2015). Routine outcome monitoring: An international endeavour. *International Review of Psychiatry* 27, 257-260.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 325-337.
- Rosen, C.S., Henson, B.R., Finney, J.W. & Moos, R.H. (2000). Consistency of selfadministered and interview-based Addiction Severity Index composite scores. *Addiction*, 95(3), 419-425.
- Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Wolford, G. L., Mueser, K. T., Oxman, T. E., Vidaver, R. M., et al. (1998). Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 232-238.
- Russell, M., & Bigler, L. (1979). Screening for alcohol-related problems in an outpatient obstetric-gynecologic clinic. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 134, 4-12.
- Ryan, A., Holmes, J., Hunt, V., Dunlop, A., Mammen, K., Holland, R., Sutton, Y., Sindhusake, D., Rivas, G., & Lintzeris, N. (2014). Validation and implementation of the Australian Treatment Outcomes Profile in specialist drug and alcohol settings. *Drug and Alcohol Review*, 33(1), 33-42.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioural Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it?. Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Sanderson, K. & Andrews, G. (2002). The SF-12 in the Australian population: cross-validation of item selection. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 26, 343-5.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Amundsen, A., & Grant, M. (1993). Alcohol consumption and related problems among primary health care patients : WHO Collaborative Project on

Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption - I. *Addiction*, 88, 349-362.

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804.

Saunders, J.B. & Aasland, O.G. (1987). *WHO Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Report on Phase I. Development of a Screening Instrument*. Geneva: World Health Organization.

Savic, M., & Fomiatti, R. (2016). Producing “Progress” Through the Implementation of Outcome Monitoring in Alcohol and Other Drug Treatment. *Contemporary Drug Problems*, 43(2), 169-187.

Saxena, S., Carlson, D., Billington, R., & Orley, J. (2001). The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for crosscultural research. *Quality of Life Research*, 10(8), 711-721.

Scott, N., Carrotte, E.R., Higgs, P., Stoové, M.A., Aitken, C.K. & Dietze, P.M. (2017). Longitudinal changes in personal wellbeing in a cohort of people who inject drugs. *PLoS One* 12(5), e0178474

Selzer, M. L. (1971). The Michigan alcoholism screening test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 85-94.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda). (2016). *Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP), Manual de entrevista*. Santiago, Chile: Gobierno de Chile.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda). (n.d.). Perfil de Resultados de Tratamiento (TOP). Retrieved August 13, 2019 from <http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/pdf/TOP.pdf>

- Shaffer, H. J., & LaSalvia, T. A. (1992). Patterns of substance use among methadone maintenance patients Indicators of outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment, 9*(2), 143-147.
- Simpson, M., Lawrinson, P., Copeland, J., & Gates, P. (2007). *The Australian Alcohol Treatment Outcome Measure (AATOM-C): Psychometric properties*. Sydney: National Drug and Alcohol Reserach Centre, Technical Report Number 288.
- Simpson, M., Lawrinson, P., Copeland, J., & Gates, P. (2009). The Alcohol Treatment Outcome Measure (ATOM): A new clinical tool for standardising outcome measurement for alcohol treatment. *Addictive Behaviors, 34*(1), 121-124.
- Skevington, S., Lotfy, M., & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research, 13*(2), 299-310.
- Skinner, H. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviours, 7*, 363-371.
- Skinner, H. A., & Horn, J. L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS): Users Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Smed, S., Tetens, I., Bøker Lund T., Holm, L. & Ljungdahl Nielsen, A. (2018). The consequences of unemployment on diet composition and purchase behaviour: a longitudinal study from Denmark. *Public Health Nutrition 21*(3), 580-592
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 570-588.
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1995). *Alcohol timeline followback users' manual*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1996). *Timeline Followback: A Calendar Method for Assessing Alcohol and Drug Use. User's Guide*. Toronto, Ontario: Addiction Research Foundation.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B., Buchan, G., Cleland, P.A., Fedoroff, I. & Leo, G.I. (1996). The reliability of the Timeline Followback method applied to drug, cigarette, and cannabis use.

Paper presented at the 30th Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York, NY, November 1996.

Sokol, R. J., Martier, S. S., & Ager, J. W. (1989). The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *160*, 863-870.

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Paolo Alto: Consulting Psychologists Press.

StataCorp LLC. (2019). *Stata user's guide* (Release 16). College Station, TX: Stata Press.

Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C., & Rankin, H. (1979). The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs.*, *74*(1), 79-87.

Sweetman, J., Raistrick, D., Mdege, N. D., & Crosby, H. (2013). A systematic review of substance misuse assessment packages. *Drug and Alcohol Review*, *32*(4), 347-355.

Tasma, M, Swart, M, Wolters, G, Liemburg, E, Bruggeman, R. (2016) Do routine outcome monitoring results translate to clinical practice? A cross-sectional study in patients with a psychotic disorder. *BMC Psychiatry* *16*, 107.

Te Pou o te Whakaaro Nui. (2015). *ADOM feedback wheel*. Retrieved August 16, 2019, from <https://www.tepou.co.nz/resources/adom-feedback-wheel/584>

The Centre for Youth AOD Practice Development. (2015). Australian Treatment Outcome Profile - Youth (ATOPY). Retrieved August 3, 2019, from: <https://www.youthaod.org.au/australian-treatment-outcome-profile-youth-atopy>

The WHOQOL Group. (1994). *The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument* (the WHOQOL), 41-57. Retrieved January 20, 2019, from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9_4

- Tiffany, S. T., Singleton, E., Haertzen, C. A., & Henningfield, J. E. (1993). The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 34(1), 19-28.
- Tsalapati, K., Vardavas, C.I., Athanasakis, K., Thireos, E., Vozikis, A., Pavi, E., Behrakis, P. & Kyriopoulos, I. (2014). Going up in ashes? Smoking-attributable morbidity, hospital admissions and expenditure in Greece. *European Journal of Public Health* 24(3), 477-479.
- U.N. General Assembly. (1971) *Convention on Psychotropic Substances*, 9 December 1975, A/RES/3443
- U.N. General Assembly. (1972) Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, 9 December 1975, A/RES/3444
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742.
- Wang, M., Shen, J., Liu, X., Deng, Y., Li, J., Finch, E., & Wolff, K. (2017). Reliability and validity of the Treatment Outcome Profile among patients attending methadone maintenance treatment programs in Kunming, China. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 77, 89-94.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Ware, J., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Ware, J.E., Jr. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* 30, 473-483.
- Watson, C. G., Detra, E., Fox, K. L., Ewing, J. W., Gearhart, L. P., & DeMotts, J. R. (1995). Comparative concurrent validities of five alcoholism measures in a psychiatric hospital. *Journal of Clinical Psychology*, 51(5), 676-684.

- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity and diagnostic utility*. Paper presented at the Annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., & Hufford, C. (1995). Craving in hospitalized cocaine abusers as a predictor of outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(3), 289-301.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Hufford, C., Muenz, L. R., Najavits, L. M., Jansson, S. B., et al. (1997). Early prediction of initiation of abstinence from cocaine: Use of a craving questionnaire. *The American Journal on Addictions*, 6(3), 224-231.
- Wertz, J. S., Cleaveland, B. L., & Stephens, R. S. (1995). Problems in the application of the Addiction Severity Index (ASI) in rural substance abuse services. *Journal of Substance Abuse*, 7(2), 175-188.
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* 2, 153-159.
- WHOQOL Group. (1994a). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health* 23, 24-56.
- WHOQOL Group. (1994b). The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W (eds), *Quality of Life Assessment: International Perspectives*, Heidelberg: Springer-Verlag, 41-57.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* 41, 1403-1409.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine* 28, 551-558.
- Wilson-Grau, R. (2015). *Outcome Harvesting. Better Evaluation*. Retrieved August 16, 2019, from http://betterevaluation.org/plan/approach/outcome_harvesting

- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 11-18.
- Wang, X. D., & Fan, X. D. (1993). Life Life Satisfaction Index B (LSI B). *Chinese Mental Health Journal* *77*, 76–89
- World Health Organization (2006). *WHOQOL- OLD Manual*, Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization (n.d). *Management of Substance Abuse Research Tools*. Process of translation and adaptation of instruments. Retrieved January 20, 2019, from: https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- World Health Organization ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, *97*(7), 1183-1194.
- World Health Organization. (n.d.). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Retrieved August 7, 2019, from: https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/
- World Health Organization. (1996). *Programme on mental health: WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, Field Trial Version*, Geneva: Author.
- World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual*, 2012 revision, Geneva: Author.
- World Health Organization. (2002a). *WHOQOL-HIV Instrument Users Manual*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002b). *WHOQOL-HIV BREF*, Geneva: Author.
- World Health Organization. (2002c). *WHOQOL-SRPB Users Manual*, Geneva: Author.

World Health Organization. (2011). *WHOQOL Disabilities Module*, Geneva: Author.

Żukiewicz-Sobczak, W., Wróblewska, P., Zwoliński, J., Chmielewska-Badora, J., Adamczuk, P., Krasowska, E., Zagórski, J., Oniszczyk, A., Piątek, J. & Silny, W. (2014). Obesity and poverty paradox in developed countries. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 21(3), 590-594.

Βαλμά Βασιλική (2018). Μελέτη των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου Zuckerman- Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ) και της ικανότητάς του να προβλέπει την έκβαση της θεραπείας υποκατάστασης στην Ελλάδα. *Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών*. Abstract retrieved January 5, 2019, from: <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/43960>

Γαλάνης, Π. (2012). Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(6), 744-755.

Γαλάνης, Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(1), 97-110.

Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης. (2018). *Πρότυπα σχετικά με συστήματα διαχείρισης και πιστοποίηση διαθέσιμα στην Ελληνική*. Ανάκτηση την 4^η Αυγούστου 2019 από: http://www.elot.gr/SDP-CERT_STDs_EL.pdf

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας & Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΠΨΥ & ΕΚΤΕΠΝ). (1996). *Ευρωπαϊκός Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης (EuroASI): Εκπαιδευτικός Οδηγός Συνεντεύξεων EuroASI, (Επιμ. Μετάφρασης & Απόδοσης στα Ελληνικά ΕΠΨΥ)*, Αθήνα 1-65.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας & Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΠΨΥ & ΕΚΤΕΠΝ). (1996). *Ευρωπαϊκός Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης (EuroASI): Εκπαιδευτικός Οδηγός*

Συνεντεύξεων EuroASI, (Επιμ. Μετάφρασης & Απόδοσης στα Ελληνικά ΕΠΨΥ),
Αθήνα: Author.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Νευροεπιστημών και Ιατρικής
Ακριβείας «Κωστής Στεφανής» & Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα
Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΠΨΥ & ΕΚΤΕΠΝ). (2018). *Η Κατάσταση του
Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα*, Ετήσια Έκθεση
2017, Αθήνα: Author.

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. (2019). *Έρευνα και Αξιολόγηση*. Ανάκτηση την 2^α
Αυγούστου 2019 από: <https://www.kethea.gr/eyrethna-kai-ekpaidefsi/erevna-aksiologisi/>

Μπαλάσκα Π. (2011). Ανασταλτικοί Παράγοντες Συμμετοχής σε Δραστηριότητες Αθλητικής
Αναψυχής. Στο Αρχές Μάνατζμεντ και Μάρκετινγκ Οργανισμών και Επιχειρήσεων
Αθλητισμού και Αναψυχής (pp.315-350). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, ΟΚΑΝΑ (2012). *Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών
Δομών του ΟΚΑΝΑ, προσαρμοσμένο στην πραγματικότητα των νέων εξελίξεων μεταφοράς
μεγάλου μέρους των υπηρεσιών σε χώρους του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: Author.
Retrieved January 5, 2019, from [http://dx.doi.org/10.1016/0740-5472\(92\)90082-y](http://dx.doi.org/10.1016/0740-5472(92)90082-y)

Ουζούνη, Χ & Νακάκης, Κ. (2011). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε
ποσοτικές μελέτες. *Νοσηλευτική*, 50(2), 231–239.

Ραυτόπουλος, Β. & Θεοδοσοπούλου, Θ. (2002). Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας. *Αρχαία
Ελληνικής Ιατρικής*, 19(5), 577-589.

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας. (n.d.). EuroASI Δείκτης Σοβαρότητας της
Εξάρτησης, Ευρωπαϊκή Προσαρμογή της 5ης έκδοσης του Αμερικανικού ASI (Mc Lellan,
1992) από Α. Κοκκέβη, C. Hartgers, P. Blanken, G. Gozzi, E. Tempesta, A. Uchtenhagen
(1994). Ανάκτηση την 9^η Αυγούστου 2019 από:
<https://eclass.pat.teiwest.gr/eclass/modules/document/file.php/641149/EuropAsi.pdf>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτηματολόγιο ΑΤΟΡ, v4, 2013

<h1 style="margin: 0;">ΑΤΟΡ</h1>	Surname: _____ MRN: _____ Given Names: _____ Date of Birth: ___/___/___ Sex: _____ <i>Affix Patient Label here</i>																																																																																								
v4 Feb 2013																																																																																									
ATOP DATE ___/___/___ Treatment stage: <input type="checkbox"/> Start of service episode <input type="checkbox"/> Progress review <input type="checkbox"/> Discharge <input type="checkbox"/> Post Discharge CLINICIAN _____																																																																																									
Section 1: Substance use																																																																																									
Record number of days used in each of the past four weeks																																																																																									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%;">Typical qty on day used</th> <th style="width: 10%;">Units</th> <th style="width: 10%;">Week 4 (most recent)</th> <th style="width: 10%;">Week 3</th> <th style="width: 10%;">Week 2</th> <th style="width: 10%;">Week 1</th> <th style="width: 10%;">TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a Alcohol</td> <td><input type="text"/></td> <td>Std drinks</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-28</td> </tr> <tr> <td>b Cannabis</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-28</td> </tr> <tr> <td>c Amphetamine type substances (eg. ice, MDMA etc.)</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-28</td> </tr> <tr> <td>d Benzodiazepines (prescribed & illicit)</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-28</td> </tr> <tr> <td>e Heroin</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-28</td> </tr> <tr> <td>f Other opioids (not prescribed methadone/buprenorphine)</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-28</td> </tr> <tr> <td>g Cocaine</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-28</td> </tr> <tr> <td>h (i) Other substance</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-28</td> </tr> <tr> <td>(ii) Other substance</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-28</td> </tr> <tr> <td>i Daily tobacco use?</td> <td><input type="text"/></td> <td>_____</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">Yes <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2" style="text-align: right;">No <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Typical qty on day used	Units	Week 4 (most recent)	Week 3	Week 2	Week 1	TOTAL	a Alcohol	<input type="text"/>	Std drinks	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28	b Cannabis	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28	c Amphetamine type substances (eg. ice, MDMA etc.)	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28	d Benzodiazepines (prescribed & illicit)	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28	e Heroin	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28	f Other opioids (not prescribed methadone/buprenorphine)	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28	g Cocaine	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28	h (i) Other substance	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28	(ii) Other substance	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28	i Daily tobacco use?	<input type="text"/>	_____	Yes <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		
	Typical qty on day used	Units	Week 4 (most recent)	Week 3	Week 2	Week 1	TOTAL																																																																																		
a Alcohol	<input type="text"/>	Std drinks	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28																																																																																		
b Cannabis	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28																																																																																		
c Amphetamine type substances (eg. ice, MDMA etc.)	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28																																																																																		
d Benzodiazepines (prescribed & illicit)	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28																																																																																		
e Heroin	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28																																																																																		
f Other opioids (not prescribed methadone/buprenorphine)	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28																																																																																		
g Cocaine	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28																																																																																		
h (i) Other substance	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28																																																																																		
(ii) Other substance	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28																																																																																		
i Daily tobacco use?	<input type="text"/>	_____	Yes <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>																																																																																				
Record number of days client injected drugs in the past four weeks (if no, enter zero and go to section 2)																																																																																									
j Injected	<input type="text"/> 0-7 <input type="text"/> 0-7 <input type="text"/> 0-7 <input type="text"/> 0-7 <input type="text"/> 0-28																																																																																								
k Inject with equipment used by someone else?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																																								
Section 2: Health and Wellbeing																																																																																									
Record days worked and at college, school or vocational training for the past four weeks																																																																																									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%;">Week 4</th> <th style="width: 10%;">Week 3</th> <th style="width: 10%;">Week 2</th> <th style="width: 10%;">Week 1</th> <th style="width: 10%;">TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a Days paid work (incl. all paid work; not voluntary work)</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-28</td> </tr> <tr> <td>b Days at school, tertiary education, vocational training</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-7</td> <td><input type="text"/> 0-28</td> </tr> </tbody> </table>		Week 4	Week 3	Week 2	Week 1	TOTAL	a Days paid work (incl. all paid work; not voluntary work)	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28	b Days at school, tertiary education, vocational training	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28																																																																						
	Week 4	Week 3	Week 2	Week 1	TOTAL																																																																																				
a Days paid work (incl. all paid work; not voluntary work)	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28																																																																																				
b Days at school, tertiary education, vocational training	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28																																																																																				
Record the following items for the past four weeks																																																																																									
c Have you been homeless?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																																								
d Have you been at risk of eviction?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																																								
e Have you, at any time in the past four weeks, been a <u>primary caregiver for or living with any child/children</u>	(i) under 5yo? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (ii) 5-15yo? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																																								
f Have you been arrested?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																																								
g Have you been violent (incl. domestic violence) towards someone?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																																								
h Has anyone been violent (incl. domestic violence) towards you?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																																																								
i Client's rating of psychological health status (anxiety, depression and problem emotions and feelings)																																																																																									
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Poor</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">Good</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Poor										Good																																																																		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																															
Poor										Good																																																																															
j Client's rating of physical health status (extent of physical symptoms and bothered by illness)																																																																																									
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Poor</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">Good</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Poor										Good																																																																		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																															
Poor										Good																																																																															
k Client's rating of overall quality of life (e.g. able to enjoy life, gets on well with family and partner, satisfied with living conditions)																																																																																									
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Poor</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">Good</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Poor										Good																																																																		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																															
Poor										Good																																																																															

If not completed, reason: Client refused Not clinically appropriate

ATOP Quick Reference Guide

(for comprehensive administration instructions refer to the ATOP Manual)

About the ATOP

The Australian Treatment Outcomes Profile (ATOP) is a simple set of questions to improve and simplify the review process and assist with on-going treatment planning and clinical handover. The answers to these questions will also provide data for measuring treatment outcomes.

Introducing the ATOP

- I'd like to spend a few minutes completing a short interview (called the ATOP) with you.
- The questions look at substance use, health risk and wellbeing over the last four weeks - some of them may not be relevant to you.
- We are asking all our clients to complete the ATOP.
- We use the information as part of the way we will plan your care and to evaluate how well the service is providing treatment to clients.
- It's important that you answer as accurately and truthfully as you can, but if you don't want to answer any of the questions say so and I'll move on.
- Once we've completed the ATOP we can look more in-depth at your needs and goals.

How to complete the ATOP

1. Carefully explain confidentiality (see box)

Don't assume that clients will be equally concerned or blasé about confidentiality issues.

2. Enter:

Patient label (Name, MRN, date of birth and sex);

Your name;

Date of ATOP;

The stage at which the ATOP is being completed;

Main treatment type.

3. Frame the interview:

Use a simple calendar to clarify what you mean by the last four weeks and as a prompt to help the client think back across this period. Week 4=past 7 days (usually); Week 3=7days before that....

4. Enter client responses:

- Nil drug/alcohol use – enter "00" in the total box
- Timeline – invite the client to recall the number of days in each of the past four weeks on which they did something
- Quantities - The average amount used on a typical using day during the past four weeks. Agree unit of measure with your client.
- Yes and no – a simple tick for yes or no
- Rating scale – a 0-10 scale where "0" is poor and "10" is good. Together with the client, **CIRCLE** a number.
- Refused/can't recall – write "NA" (short for Not Answered) next to the total box, tick box or rating scale.

5. Section 1 notes:

Question a: Use the Alcohol NHMRC Standard Drinks Chart to calculate standard drinks.

Question f: Examples of Other opioids include oxycodone, MS contin, Codeine, Street Methadone, Street Buprenorphine. **Not included:** *Methadone and buprenorphine prescribed for the treatment of opioid dependence.*

Question k: Injecting equipment includes needle, syringe, water, spoon, or filter.

6. Section 2 notes:

- Refer to manual for definitions of homelessness and risk of eviction.
- Before asking **Items (f) to (h)** remind the client about confidentiality issues (**see box**)

7. Business Rules

WHEN

Start of Service Episode

All clients complete an ATOP at the start of a new service unless the client has completed one in the past 28 days and you have accessed a copy of that ATOP.

Progress Review

OPT clients complete a progress review ATOP on average every 12 weeks;

Counselling clients complete a ATOP at a minimum of every 6 months and a maximum of every four weeks.

Discharge

OPT and Counselling clients should complete a discharge ATOP within two weeks either side of the planned discharge date.

REFERRAL - when referring a client, for an additional service episode as part of the current treatment plan or to another service provider as part of discharge planning, send a copy of the most recent ATOP with the referral.

CONSENT - it is good practice to share information with the other service providers during the care plan review. It is important that information is shared according to local protocols and that client is informed of this practice.

Client consent to share information is not required if all service providers involved are working in the same Local Health District.

Confidentiality

- The ATOP is treated in the same way as any other information held on your health record - it is protected by law from unauthorised access or use - any person who has access to this information is bound by a duty of confidentiality.
- **The courts may subpoena health records and Community Services may request information in child at risk investigations.**
- Where data is to be used to evaluate how well the service is providing treatment, the information pulled from the database will be presented in a format in which individual clients can't be identified.

Section 2: Items (f) to (h)

- I'd like to remind you that the answers you provide to these questions are held on your health record and that courts may subpoena health records and Community Services may request information at child at risk investigations.
- However, I am not asking for any details - just general information about whether you did certain things. Please just answer "yes" or "no".

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Standard Drinks Kit, New South Wales State Library

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Εξώφυλλο ATOP Manual for ATOP v4, June 2013

ATOP

Australian Treatment Outcomes Profile

**Clinical Outcome Monitoring for the
Drug and Alcohol Sector**

ATOP Manual

for

ATOPv4

June 2013



Health
South Eastern Sydney
Local Health District



Health
Hunter New England
Local Health District

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ: Ερωτηματολόγιο TOP, v.2.0, Public Health England

TREATMENT OUTCOMES PROFILE

ABOUT THE TOP

The Treatment Outcomes Profile (TOP) is the national outcome monitoring tool for substance misuse services. It is a simple set of questions that can aid improvements in clinical practice by enhancing assessment and care plan reviews. It can also help to ensure that each service user's recovery care plan identifies and addresses his or her needs and treatment goals.

Outcome reports are compiled centrally within Public Health England (PHE) via the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS).

Keyworkers should complete the TOP within two weeks either side (+/- two weeks) of the first modality start date at the beginning of each service user's treatment journey. This provides a baseline record of behaviour in the month leading up to starting a new treatment journey. If the treatment start TOP is completed after the first modality start date, it should focus on the 28 days before this date.

It is good practice to review a service user's recovery care plan every 12 weeks, and it is recommended that the TOP is completed at these reviews. However, this may be more or less frequent depending on individual need.

Also complete the TOP at treatment exit. Some services may want to use the TOP to measure post treatment exit outcomes.

HOW TO COMPLETE THE TOP

START BY ENTERING:

- client ID, date of birth and gender
- completion date
- keyworker name
- date of assessment
- treatment stage – treatment start, review, treatment exit, or post-treatment exit.

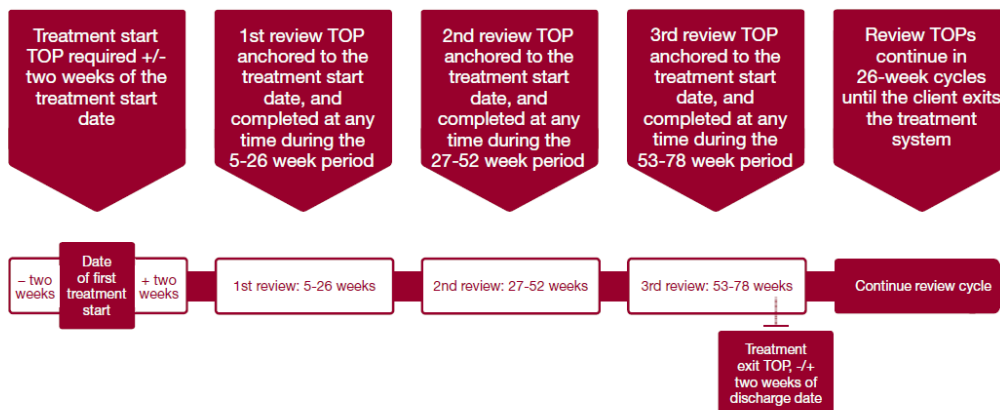
TYPES OF RESPONSES:

- timeline – invite the client to recall the number of days in each of the past four weeks on which they did something, for example, the number of days they used heroin. You then add these to create a total for the past four weeks in the red NDTMS box
- yes and no – a simple tick for yes or no, then a 'Y' or 'N' in the red NDTMS box
- rating scale – a 21-point scale from poor to good. Together with the client, mark the scale in an appropriate place and then write the equivalent score in the red NDTMS box.

A FEW THINGS TO REMEMBER

- the red shaded boxes are the only information that gets sent to PHE
- week 4 is the most recent week; week 1 is the least recent
- the Treatment Start TOP should always capture pre-treatment drug use, so it is important that the recall period is the 28 days before the treatment start date. Not doing this will skew outcomes as there is likely to be a lower baseline.

THE PROTOCOL FOR TOP REPORTING



Alcohol units converter

Drink	%ABV	Units
Pint ordinary strength lager, beer or cider	3.5	2
Pint strong lager, beer or cider	5	3
440ml can ordinary strength lager	3.5	1.5
440ml can strong lager, beer or cider	5	2
440ml can super strength lager or cider	9	4
1 litre bottle ordinary strength cider	5	5
1 litre bottle strong cider	9	9

Drink	%ABV	Units
Glass of wine (175ml)	12	2
Large glass of wine (250ml)	12	3
Bottle of wine (750ml)	12	10
Single measure of spirits (25ml)	40	1
Bottle of spirits (750ml)	40	30
275ml bottle alcopops	5	1.5

THANK YOU FOR USING THE TOP AND CONTRIBUTING TO NDTMS

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε: Ερωτηματολόγιο ADOM (Νέα Ζηλανδία)

Alcohol and Drug Outcome Measure (ADOM)

Client Name:..... NHI:..... DOB:.....

Gender: Male Female Ethnicity:..... Team:.....

Referral Date:..... Referral Source:..... Mandated Voluntary

Reason for collection:	Treatment Start: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Other AOD Service <input type="checkbox"/> Assessment only (up to 2 contacts)
	Treatment review: <input type="checkbox"/> 6 weeks <input type="checkbox"/> 12 weeks
	Treatment End: <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Other AOD Service <input type="checkbox"/> Other

Date of Collection:..... Collected by:..... Number of days covered: (7-28)

Focus of care: Engagement/Assessment Active Treatment Continuing care CEP: Yes No

Section 1: Alcohol and other drug use

In the past four weeks how many days did you use/drink:	Days used 0-28	Notes	Main substance of concern
1. Alcohol			
2. How many standard drinks did you consume on a typical drinking day?		Refer to ALAC conversion chart (over page)	
3. Cannabis			
4. Amphetamine-type Stimulants		e.g. Methamphetamine, speed, Ritalin	
5. Opioids		e.g. poppies, poppy seed, morphine, Nurofen plus, codeine	
6. Sedatives/Tranquilisers		e.g. Diazepam (Valium), Temazepam, Benzos	
7. Any other drugs? Specify what drugs (maximum of 3 'other drugs')		e.g. Ecstasy, hallucinogens, solvents, GHB, party pills etc	
1.		If 'other drugs' contains substances covered in the above questions please return to the appropriate question and recode	
2.			
3.			
8. How many cigarettes have you smoked per day, on average?		50gm tobacco = 100 cigarettes	
9. Main substance of concern. For Questions 1 to 8 above, please identify up to three main substances of concern by writing a 1, 2 or 3 in the right hand column to identify priority.			
10. On how many days have you injected drugs?		If none, enter 0 and go to question 12.	
11. Have you shared any injecting equipment?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	See over to clarify 'shared'.	

Section 2: Lifestyle and wellbeing

In the past four weeks :	Not at all	Less than weekly	Once or twice a week	Three or four times a week	Daily or almost daily
12. How often has your general physical health caused problems in your daily life?					
13. How often has your general mental health caused problems in your daily life?					
14. How often has your alcohol or drug use led to problems or arguments with friends or family members?					
15. How often has your alcohol or drug use caused problems with your work or other activities in any of the following: social, recreational, looking after children or other family members, study or other personal activities?					
16. How often have you engaged in any of the following: paid work, voluntary work, study, looking after children or other caregiving activities?					
17. Have you had difficulties with housing or finding somewhere stable to live?					
18. How often have you been involved in any criminal or illegal activity such as driving a motor vehicle under the influence of alcohol or drugs, assault, shoplifting, supplying an illicit substance to another person? (do not include using illegal drugs)					

Section 3: Recovery

19. Overall, how close are you to where you want to be in your recovery? Tick the number that best fits where you are now. (10 is the best possible)
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. How satisfied are you with your progress towards achieving your recovery goals?
- Not at all Slightly Moderately Considerably Extremely

ADOM Practitioner Prompt Sheet

About the ADOM

ADOM was developed for use in community-based outpatient addiction services, including community-based 'after care' programmes, where outcomes (change) can be measured over a period of time.

Addiction practitioners are required to complete ADOM training with a recognised ADOM trainer, and be familiar with the guidance contained in the ADOM Guide for Addiction Practitioners before collecting ADOM with tāngata whai ora.

Introducing the ADOM to service users

To introduce ADOM, provide the handout *ADOM information for service users/tāngata whai ora* and go through with them. Cover all points in the sheet and check for other questions and concerns.

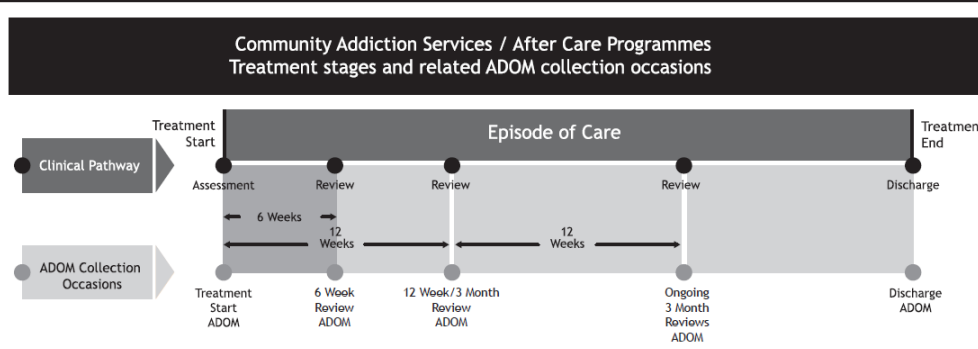
Ensure you cover confidentiality including use of information (local privacy protocols and that information is encoded when shared with MOH and researchers).

Where information is to be shared with other service providers it is good practice to ensure tāngata whai ora consent is gained. It is important that sharing information occurs according to local and national protocols and legislation.

Why we are using ADOM

Data from each ADOM collection provides information about change to the status of the tāngata whai ora in relation to their substance use and psychosocial wellbeing. This helps in care planning and seeing what's happening as well as making looking back for changes easy. It also helps services to evaluate how well they are providing treatment.

When is ADOM collected?



How to complete the ADOM (for the complete Information Collection Protocol read the *ADOM Guide for Addiction Practitioners*)

- To be completed in person in a collaborative manner between tāngata whai ora and practitioner.
- Frame the interview – use the calendar page to clarify the last 28 days and record important events during this period that the tāngata whai ora recalls – this will help as you go through the form. Start at the top of the form and work through it.
- Number of days covered:** The tāngata whai ora must have been in the community for 7 or more consecutive days immediately prior to an ADOM collection. Do not complete an ADOM until this is the case.
- Timeline – work back through each week – and record number of days as you go – then add for total.
- Introduce each question, and if needed explain the intent of the question – give the tāngata whai ora time to think about it.
- Where Nil use – enter 0. It is important that '0' scores are not mistaken for missing/unanswered data.
- If the question cannot be answered, the item should be identified as NA 'Not answered'. This should be avoided as much as possible.
- Q11.** Sharing means using someone else's equipment which has already been used, or someone using yours, regardless of whether you were both present at the time or not – this includes partners/couples. Equipment includes needles, syringes, water, spoons, filters.

Section 2 – Lifestyle and wellbeing

- Before completing Section 2, highlight confidentiality and how the questions only record frequency, not the activity.
- Rating Scale – if NO – tick 'Not at all'. If YES – support the tāngata whai ora to look at the calendar and calculate frequency by week – then determine the best rating and 'tick'.

Section 3 – Recovery

- Identify the response that best describes the current feeling of the tāngata whai ora about their recovery progress.

Section 1 – Alcohol and other drug use

- The questions **do not** apply to prescribed medications; however, any misuse of prescription medication should be included, for example, taking more than prescribed; injecting of medications not intended to be injected.
- Use the ALAC conversion table (right) for alcohol

What is a standard drink?

Standard drinks measure the amount of alcohol you are drinking. One standard drink equals 10 grams of pure alcohol.

*RTD (Ready To Drink)

330ML Can of Beer @ 4% ALC	100ML Glass of Table Wine @ 12.5% ALC	335ML Bottle of RTD* Spirits @ 8% ALC	750ML Bottle of Wine @ 13% ALC	1000ML Bottle of Spirits @ 47% ALC	3 Litre Cask of Wine @ 12.5% ALC
1	1	2.1	7.7	37	30

10g of Alcohol

Standard Drinks

Reproduced with the permission of the Health Promotion Agency

ADOM feedback wheel

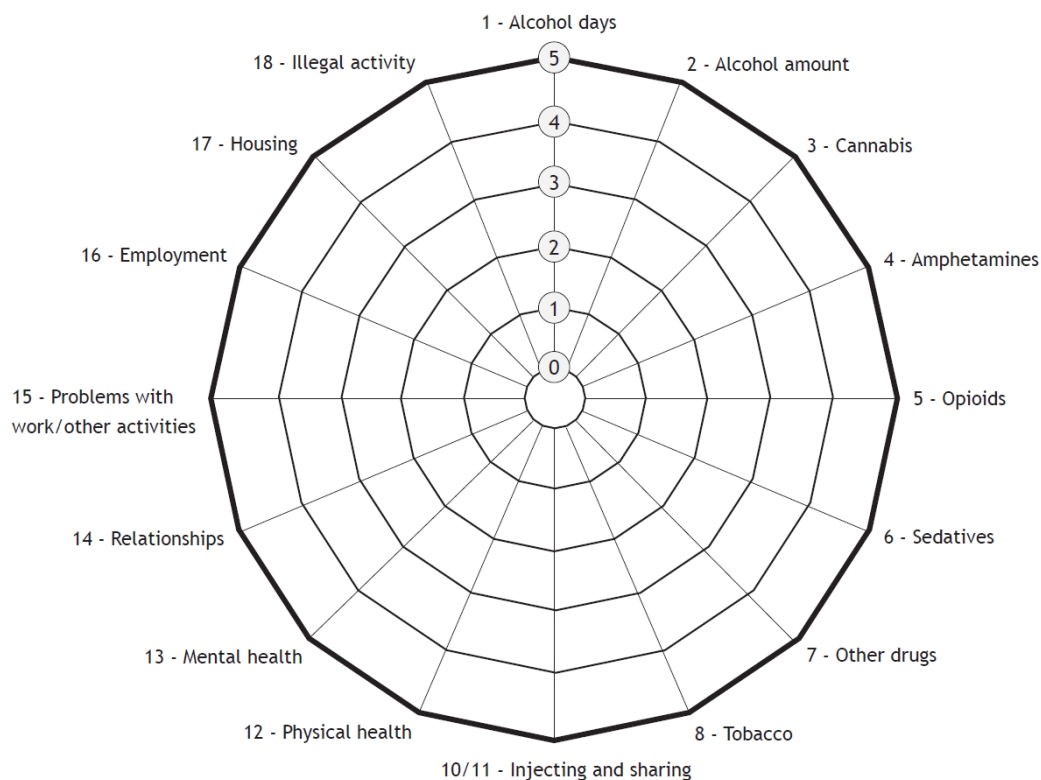
Te Pou o te Whakaaro Nui Matua Raki

This form can be used for up to three ADOM collections.

Record the date below and use a **different colour pen** each collection to show changes.

Date _____ Date _____ Date _____

Use the legend over page to map ADOM scores to the feedback wheel.



Main substance of concern

Q.9 Substance _____ Substance _____ Substance _____

Recovery progress

Q.19 Overall, how close are you to where you want to be in your recovery (Where 10 = best possible)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Q.20 How satisfied are you with your progress towards achieving your recovery goals?

Not at all	Slightly	Moderately	Considerably	Extremely

Plan/goals

ADOM feedback wheel - interpretation and completion guide

ADOM questions	0	1	2	3	4	5
Q1 alcohol	0	1-4	5-15	16-25	26+	Not answered
Q2 standard drinks	0	1-4	5-10	11-15	16+	
Q3 cannabis	0	1-4	5-15	16-25	26+	
Q4-7 other drugs e.g. amph/opioids	0	1	2-8	9-15	16+	
Q8 cigarettes	0	1-10	11-20	21-30	31+	
Q10 days injecting/Q11 *sharing	0	1/Safe	2-28/Safe	1-9 /*Unsafe	10+ /*Unsafe	
Q12, 13, 14, 15,17 and 18	Not at all	Less than weekly	Once or twice a week	3 or 4 times a week	Daily or almost daily	
Q16	Daily or almost daily	3 or 4 times a week	Once or twice a week	Less than weekly	Not at all	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ: Ερωτηματολόγιο TOP, Perfil de Resultados de Tratamiento (Χιλή)

Perfil de Resultados de Tratamiento (TOP)

<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Usuario	(dd / mm / año) Fecha de nacimiento	Nombre del Entrevistador
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Fecha de entrevista (dd / mm / año)	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Etapa del Tratamiento: Ingreso <input type="checkbox"/> En tratamiento <input type="checkbox"/> Egreso <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/>

Sección 1: Uso de Sustancias

Registrar la cantidad promedio de uso diario y el número de días de uso de sustancias consumidas en las últimas 4 semanas

	Promedio	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total
a. Alcohol	<input type="text"/> Tragos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
b. Marihuana	<input type="text"/> Pitos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
c. Pasta Base	<input type="text"/> Papelillos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
d. Cocaína	<input type="text"/> Gramos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
e. Sedantes o Tranquilizantes	<input type="text"/> Comprimidos/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
f. Otra sustancia problema	<input type="text"/> Medida/día	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28

Nombre otra sustancia:..... Unidad de medida:.....

Sección 2: Transgresión a la Norma Social

Registrar hurtos, robos, violencia intrafamiliar y otras acciones cometidas en las últimas 4 semanas.

a. Hurto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" → <input type="text"/>			
b. Robo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" → <input type="text"/>			
c. Venta de droga	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" → <input type="text"/>			
d. Riña	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" → <input type="text"/>			
e. Violencia Intrafamiliar (Maltrato físico o psicológico)	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
f. Otra acción:.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" → <input type="text"/>			

Sección 3: Salud y Funcionamiento Social

a. Calificar el estado de salud psicológica del usuario (ansiedad, depresión y/o problemas emocionales)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Mala																				Buena	→ <input type="text"/> 0-20

Registrar los días trabajados y asistidos a institución de educación (Colegio, Instituto, Universidad, Centro de capacitación, etc.) durante las últimas 4 semanas

	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total
b. Días de trabajo remunerado	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
c. Días asistidos al Colegio o Instituto o Universidad o Centro de capacitación, etc.	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28

d. Calificación del estado de salud física del usuario (grado de síntomas físicos u molestias por enfermedad)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Mala																				Buena	→ <input type="text"/> 0-20

Registrar condiciones de vivienda de las últimas 4 semanas

e. Tiene un lugar estable para vivir	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" → <input type="text"/>																			
f. Habita en una vivienda que cumple con las condiciones básicas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Marque "S" o "N" → <input type="text"/>																			
g. Calificación global de calidad de vida del usuario (Ej: Es capaz de disfrutar de la vida, consigue estar bien con su familia y el entorno)																					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Mala																				Buena	→ <input type="text"/> 0-20

Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP)

Acerca del TOP

El Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP, siglas del inglés) es una nueva herramienta de monitoreo de resultados del tratamiento de drogas, fue desarrollada por la National Treatment Agency for Substance Misuse de Inglaterra, siendo autorizada su validación en Chile. Su utilización es recomendada para todas las modalidades estructuradas de tratamiento, a través de un conjunto simple de preguntas, este instrumento permitirá que usuarios y profesionales sean capaces de obtener datos objetivos y comparables sobre las mejoras reales en la vida de los usuarios, lo que incidirá en la información y mejoras en el desarrollo del plan de atención de éstos. El instrumento como no es autoaplicable debe ser aplicado con el usuario por algún integrante del equipo de tratamiento.

El TOP debe ser completado al inicio del tratamiento de cada usuario, para registrar una **línea base** de comportamiento en el mes **previo** a su aplicación. El seguimiento de los resultados debe ser registrado, como máximo, cada **tres meses** durante el tratamiento para capturar cambios conductuales. También debe ser completado al momento del **egreso** o alta del tratamiento y puede ser utilizado por algunos centros para medir resultados posteriores al alta (**Seguimiento**).

Como completar el TOP

Comience por introducir:

- Nombre e identificador del usuario.
- Nombre de quien aplica el instrumento
- Fecha de la aplicación
- Etapa en la que el TOP está siendo aplicado:
 - Ingreso / -En tratamiento / -Egreso o Alta / -Seguimiento

Tipos de Respuestas:

- Cronología y Frecuencia: Se le solicita al usuario recordar el número de días de las últimas 4 semanas en los cuales realizaron alguna acción, por ejemplo, el número de días de consumo de cocaína. Luego, usted debe sumar e ingresar el total en el recuadro azul.
- Sí o No; una marca sencilla de sí o no, luego debe registrar "S" ó "N" en el recuadro azul.
- Escala de calificación; una escala de 20 puntos desde malo hasta bueno. Junto con el usuario, marque la escala en el lugar apropiado y luego escriba el puntaje correspondiente en el recuadro azul.

Usted debe intentar realizar el cuestionario completo. No deje ningún recuadro azul en blanco. Ingrese "NA" si el usuario se niega a contestar la pregunta o, después de intentarlo, no puede recordar.

Para mayor información, ver el [Manual de aplicación del TOP](#).

Unidades de Conversión de Alcohol

CERVEZA (5°grados)	Lata (350 ml)	1 trago (13,8 gramos)
	Shop (500 ml)	1 trago y medio (19,8 gramos)
	Botella cerveza (1.000ml, 1 litro)	3 tragos (39,5 gramos)
VINO (14° grados)	Copa de vino (media caña, vaso chico, jote) (140 ml)	1 trago (15,5 gramos)
	Vaso de vino, caña (280 ml)	2 tragos (31 gramos)
	Botella de vino (750ml)	6 tragos (83 gramos)
	Caja, Tetrapack (1.000 ml, 1 litro)	8 tragos (111 gramos)
LICORES (40°) (Pisco, ron, vodka, whisky, etc.)	Corto (40 ml)	1 trago (12,6 gramos)
	Combinado simple (40 ml de licor, más bebidas sin alcohol)	1 trago (12,6 gramos)
	Combinado fuerte, cabezón (80 ml de licor, más bebidas sin alcohol)	2 tragos (25,3 gramos)
	Botella (750 ml)	17 tragos (237 gramos)

Gracias por su contribución al TOP

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ: «Ενδείξεις και Κριτήρια Μετάβασης σε Επόμενη Φάση Θεραπείας»,
 ΑΠ:17068/06.11.2014 απόφαση της Διεύθυνσης Εφαρμογής Προγραμμάτων του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

Α. Ερωτηματολόγια με ενδείξεις και κριτήρια μετάβασης σε επόμενη φάση θεραπείας

Συμπληρωματικά προς το Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ και προκειμένου να διευκολυνθεί η κινητικότητα των εξυπηρετούμενων μεταξύ των φάσεων της θεραπείας, είναι απαραίτητη η ανά τρίμηνο τουλάχιστον συμπλήρωση για κάθε εξυπηρετούμενο του αντιστοίχου ερωτηματολογίου από το πρόσωπο αναφοράς του:

- A1. Ενδείξεις μετάβασης από τη Φάση Εισαγωγής στη Φάση Αποκατάστασης**
- A2. Ενδείξεις μετάβασης από τη Φάση Αποκατάστασης στη Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας**
- A3. Κριτήρια μετάβασης από τη Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας...**
 - α'. ...στη **Φάση Ιατρικής Συντήρησης**
 - β'. ...στη **Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας**
 - γ'. ...στην **Κοινωνική Επανάταξη**

Σε κάθε περίπτωση που όλα τα ερωτήματα μπορούν να απαντηθούν θετικά ο εξυπηρετούμενος κρίνεται κατάλληλος και μεταβαίνει στην επόμενη φάση. Ειδικά για τη **Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας** υπάρχει η δυνατότητα μετακίνησης σε μία από τρεις διαφορετικές επακόλουθες φάσεις και η επιλογή θα πρέπει να γίνει βάσει της επιθυμίας του ασθενούς και εφ' όσον πληρούνται τα επί μέρους κριτήρια. Μια απάντηση μπορεί να είναι θετική ακόμη και αν εξακολουθεί να υφίσταται κάποιο θέμα το οποίο όμως δεν αξιολογείται ως πρόβλημα και δεν επηρεάζει τη λειτουργικότητα και τη θεραπευτική πρόοδο.

Όταν κάποια απάντηση είναι αρνητική, το πρόσωπο αναφοράς οφείλει να διευκρινίσει τους λόγους περιγράφοντας τη φύση του προβλήματος και το θεραπευτικό πλάνο αντιμετώπισής του, αναφέροντας τον κωδικό του ερωτήματος. Το πρόσωπο αναφοράς θα πρέπει επίσης να χρησιμοποιήσει τις επιστημονικές του γνώσεις και τις κλινικές του δεξιότητες, από κοινού με τη διεπιστημονική ομάδα, προκειμένου να προσαρμοστεί το θεραπευτικό πλάνο του ασθενούς ώστε να αυξηθεί το ποσοστό των θετικών απαντήσεων στην επόμενη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Κατά τη διάρκεια κάθε θεραπευτικής συνεδρίας θα πρέπει να εξετάζεται η επιτυχία του θεραπευτικού πλάνου ως προς αυτά τα ζητήματα και αμέσως μετά θα γίνεται υποχρεωτικά ενημέρωση του φακέλου με χρονική σήμανση ώστε να είναι εφικτή η παρακολούθηση της προσπάθειας επίλυσης των προβλημάτων αυτών με τη μελέτη των καταχωρήσεων της κάθε συνεδρίας.

Η διακοπή της προβληματικής χρήσης ουσιών για κάποιο χρονικό διάστημα παραμένει σημαντικό κριτήριο για την μετάβαση από φάση σε φάση. Μεμονωμένη ή αραιή σποραδική χρήση ουσιών εντός του δεδομένου χρονικού διαστήματος δεν αποτελεί εμπόδιο αλλαγής φάσης εφόσον είναι σχετικά απομακρυσμένη χρονικά και ο εξυπηρετούμενος κατόρθωσε να επιτύχει εκ νέου την αποχή. Αντιστοίχως η μη προβληματική, περιορισμένη ή περιστασιακή χρήση κάνναβης, αλκοόλ και βενζοδιαζεπινών, όπως τεκμηριώνεται από την κλινική εικόνα και τον εργαστηριακό έλεγχο, δεν αποκλείει την πρόοδο σε επόμενη φάση, με μόνη εξαίρεση την Κοινωνική Επανάταξη.

Όλα τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια αποτελούν απαραίτητα και προσβάσιμα στοιχεία του φακέλου ασθενούς και θα πρέπει να συγκεντρώνονται σε αυτόν.

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

Ερωτηματολόγιο Α1. Ενδείξεις μετάβασης από τη Φάση Εισαγωγής στη Φάση Αποκατάστασης

α'. ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

- 01. Έχουν εξαλειφθεί τα συμπτώματα στέρησης οπιοειδών;
- 02. Έχει εξαλειφθεί η ακατανίκητη επιθυμία χρήσης οπιοειδών (craving);
- 03. Νιώθει ευεξία ο εξυπηρετούμενος;
- 04. Διαθέτει δεξιότητες αποφυγής καταστάσεων που σχετίζονται με τη χρήση;
- 05. Αναγνωρίζει τον εθισμό και την εξάρτηση ως προβλήματα;
- 06. Είναι κινητοποιημένος για αλλαγή;

β'. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- 07. Δεν υφίστανται ή έχουν επιλυθεί τα οξέα ιατρικά προβλήματα;
 - Λοιμώδη
 - Παθολογικά
 - Χειρουργικά
- 08. Έγινε έναρξη και εδραίωση συνεχιζόμενης φροντίδας για χρόνιες παθήσεις;
 - Λοιμώδεις
 - Παθολογικές
 - Χειρουργικές

γ'. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- 09. Δεν υφίστανται ή έχουν επιλυθεί τα οξέα ψυχιατρικά προβλήματα;
- 10. Έγινε έναρξη και εδραίωση συνεχιζόμενης φροντίδας για χρόνιες παθήσεις;

δ'. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

- 11. Είναι ικανοποιημένες οι βασικές ανάγκες διαβίωσης (στέγη, ρουχισμός, καθαριότητα);
- 12. Είναι σταθερός ο τρόπος διαβίωσης;
- 13. Υπάρχει σταθερό εισόδημα ή οικονομική βοήθεια (επίδομα);
- 14. Δεν υφίστανται ή έχουν δρομολογηθεί οι εκκρεμούσες νομικές υποθέσεις;
- 15. Δεν υφίστανται ή έχουν επιλυθεί προβλήματα μεταφοράς και φροντίδας παιδιών;
- 16. Υπάρχει βιβλιάριο υγείας ή έχει δρομολογηθεί ή έκδοσή του;

ε'. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

- 17. Υπάρχει κλίμα εμπιστοσύνης στη θεραπευτική σχέση;
- 18. Ο εξυπηρετούμενος προσέρχεται τακτικά στις συναντήσεις;
- 19. Έχουν καθοριστεί οι θεραπευτικοί στόχοι της επόμενης φάσης;
- 20. Έχει γίνει διασύνδεση με άλλους φορείς, όπου αυτό ενδείκνυται;

στ'. ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ

- 21. Έχει λυθεί η αμφιθυμία του εξυπηρετούμενου;
- 22. Έχει δεσμευτεί ο εξυπηρετούμενος για αλλαγή;
- 23. Αναγνωρίζει τον εθισμό και την εξάρτηση ως προβλήματα;
- 24. Έχουν διαπιστωθεί αλλαγές (τρόπου ζωής, θεμάτων χρήσης κτλ);
- 25. Έχει γίνει ενδυνάμωση;
- 26. Έχει κατανοήσει τη σημασία του να κάνει κάποιος μια νέα αρχή;

Σε περίπτωση αρνητικών απαντήσεων, παρακαλούμε να εξηγήσετε στην πίσω σελίδα, αναφέροντας τον κωδικό του ερωτήματος, πχ «Α1δ'11: Ο εξυπηρετούμενος φιλοξενείται προσωρινά σε σπίτι συγγενούς»

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

Ερωτηματολόγιο Α2. Ενδείξεις μετάβασης από τη Φάση Αποκατάστασης στη Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας

α'. ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

- 01. Αναγνωρίζει και διαχειρίζεται με επιτυχία ο εξυπηρετούμενος παράγοντες που ωθούν σε υποτροπή;
- 02. Αναπτύχθηκε ρεπερτόριο δεξιοτήτων αντιμετώπισης καταστάσεων;
- 03. Διαπιστώνονται αλλαγές στις συνθήκες ζωής προκειμένου να προληφθεί η υποτροπή;
- 04. Επιτεύχθηκε η διακοπή της χρήσης οπιοειδών και άλλων παράνομων ουσιών;
- 05. Επιτεύχθηκε η διακοπή της προβληματικής χρήσης αλκοόλ;

β'. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- 06. Διαπιστώνεται συμμόρφωση με τη θεραπεία χρόνιων παθήσεων;
- 07. Διαπιστώνεται βελτίωση γενικής κατάστασης υγείας;
- 08. Διαπιστώνεται βελτίωση της οδοντικής υγείας & υγιεινής;
- 09. Υπάρχει σταθερή κατάσταση της σωματικής υγείας;

γ'. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- 10. Υπάρχει σταθερή ψυχιατρική κατάσταση και συμμόρφωση με ψυχιατρική αγωγή;

δ'. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

- 11. Υπάρχει σταθερή πηγή εισοδήματος;
- 12. Έχει κινητοποιηθεί ο εξυπηρετούμενος για αναζήτηση απασχόλησης ή απασχολείται ήδη;
- 13. Συμμετέχει σε παραγωγικές δραστηριότητες (σχολείο, εργασία, εθελοντισμός);

ε'. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

- 14. Υπάρχουν καλές και λειτουργικές σχέσεις με τα άλλα μέλη της οικογένειας;
- 15. Διαπιστώνεται απουσία μειζόνων οικογενειακών συγκρούσεων;
- 16. Υπάρχει ενεργό σύστημα κοινωνικής υποστήριξης;
- 17. Υπάρχει κοινωνική δραστηριότητα;
- 18. Διαπιστώνεται απουσία μειζόνων κοινωνικών προβλημάτων και συγκρούσεων;

στ'. ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

- 19. Έχουν επιλυθεί ή συνεχίζονται οι προσπάθειες να επιλυθούν τα νομικά προβλήματα;
- 20. Διαπιστώνεται απουσία γνωστής παράνομης δραστηριότητας;

Σε περίπτωση αρνητικών απαντήσεων, παρακαλούμε να εξηγήσετε στην πίσω σελίδα, αναφέροντας τον κωδικό του ερωτήματος, πχ «Α1δ'11: Ο εξυπηρετούμενος φιλοξενείται προσωρινά σε σπίτι συγγενούς»

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

Ερωτηματολόγιο Α3. Κριτήρια μετάβασης από τη Φάση Υποστηρικτικής Φροντίδας...

α'. ...στη Φάση Ιατρικής Συντήρησης

- 01. Έχουν ολοκληρωθεί δύο τουλάχιστον έτη συνεχούς θεραπείας, εκτός εξαιρετικών περιπτώσεων πρώιμης και πλήρους συμμόρφωσης σε συντομότερο χρονικό διάστημα;
- 02. Απέχει ο εξυπηρετούμενος από κοκαΐνη, οπιοειδή και αμφεταμίνες για διάστημα 6-12 μηνών με μηδενικές υποτροπές το τελευταίο δίμηνο;
- 03. Δεν διαπιστώνεται κατάχρηση αλκοόλ και βενζοδιαζεπινών;
- 04. Έχει αποδειχθεί η ασφαλής αυτοδιαχείριση του φαρμάκου από τον ασθενή;
- 05. Υπάρχουν σταθερές συνθήκες διαβίωσης;
- 06. Υπάρχει σταθερό νόμιμο εισόδημα;
- 07. Συμμετέχει σε παραγωγικές δραστηριότητες (σχολείο, εργασία, εθελοντισμός);
- 08. Διαπιστώνεται απουσία γνωστής παράνομης δραστηριότητας και νέων νομικών εμπλοκών για διάστημα τουλάχιστον 12 μηνών;
- 09. Υπάρχει επαρκές υποστηρικτικό σύστημα;
- 10. Υπάρχει σταθερή κατάσταση της σωματικής υγείας;
- 12. Υπάρχει σταθερή ψυχιατρική κατάσταση και συμμόρφωση με ψυχιατρική αγωγή;

β'. ...στη Φάση Συνεχιζόμενης Φροντίδας

- 01. Απέχει ο εξυπηρετούμενος από τα οπιοειδή και την κοκαΐνη τουλάχιστον για διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών με μηδενικές υποτροπές το τελευταίο δίμηνο;
- 02. Δεν διαπιστώνεται κατάχρηση αλκοόλ και βενζοδιαζεπινών τον τελευταίο μήνα τουλάχιστον;
- 03. Διαπιστώνεται απουσία γνωστής παράνομης δραστηριότητας για διάστημα τουλάχιστον 12 μηνών;
- 04. Έχει ελαττωθεί η δοσολογία του υποκαταστάτου (εκτός αν αντενδείκνυται για ιατρικούς λόγους);
- 05. Είναι ο εξυπηρετούμενος συνεπής με τις θεραπευτικές διαδικασίες;
- 06. Υπάρχει ομοφωνία στη θεραπευτική ομάδα για την αλλαγή φάσης;
- 07. Έχει υπογράψει το ειδικό θεραπευτικό συμβόλαιο;

γ'. ...στην Κοινωνική Επανάταξη

- 01. Απέχει ο εξυπηρετούμενος από κάθε παράνομη ψυχοδραστική ουσία σύμφωνα και με τον τοξικολογικό έλεγχο;
- 02. Έχει διακοπεί το υποκατάστατο φάρμακο ή προέρχεται από μη φαρμακευτική θεραπεία;
- 03. Υπάρχει ομοφωνία στη θεραπευτική ομάδα για την μετάβαση στην Κοινωνική Επανάταξη;
- 04. Έχει υπογράψει το ειδικό θεραπευτικό συμβόλαιο της Κοινωνικής Επανάταξης;

Σε περίπτωση αρνητικών απαντήσεων, παρακαλούμε να εξηγήσετε στην πίσω σελίδα, αναφέροντας τον κωδικό του ερωτήματος, πχ «Α1δ' 11: Ο εξυπηρετούμενος φιλοξενείται προσωρινά σε σπίτι συγγενούς»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Η: Ανάδρομη Μετάφραση Ερωτηματολογίου ΑΤΟΡ

<h3 style="margin: 0;">Treatment Outcome Profile - HTOP</h3>		Surname: _____ AMKA: _____ Name: _____ Code TDI: _____ Date of Birth: ____/____/____ Gender: _____ Unit: _____ Treatment Phase: _____								
Date HTOP: ____/____/____ Treatment Stage: <input type="checkbox"/> Beginning of Treatment <input type="checkbox"/> Progress Review <input type="checkbox"/> Discharge <input type="checkbox"/> After Discharge		INTERVIEWER: _____								
Section 1: Substance Use										
For each of the <u>past four weeks</u> , list the number of days you used:										
		Mean Quantity _____	Units Typical drinks _____	Week 4 (most recent) 0-7 []	Week 3 0-7 []	Week 2 0-7 []	Week 1 0-7 []	TOTAL [] []		
α	Alcohol	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[] []	0-28	
β	Cannabis	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[] []	0-28	
γ	Amphetamines (i.e., Shisha, Crystal Meth, MDMA, Ecstasy)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[] []	0-28	
δ	Benzodiazepines (prescribed or non)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[] []	0-28	
ε	Heroin	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[] []	0-28	
σ	Other opioids (substitutes other than those administered by the program)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[] []	0-28	
ζ	Cocaine	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[] []	0-28	
η	(i) Other substance	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[] []	0-28	
	(ii) Other substance	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[] []	0-28	
θ	Daily use of tobacco?	[]	[]	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
For each of the <u>past four weeks</u> , list the number of days you used injectable substances (If not, note no and proceed to Section 2)					TOTAL [] []					
ι	Injection Drug Use	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[] []	0-28	
κ	Injection Drug Use with equipment used by another person	[]	[]	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Section 2: Health and Welfare										
For each of the <u>past four weeks</u> , list the number of working days, days at school, 3 rd grade education, or vocational training										
		Week 4 0-7 []	Week 3 0-7 []	Week 2 0-7 []	Week 1 0-7 []	TOTAL [] []				
α	Days of paid labor (not voluntary)	[]	[]	[]	[]	[] []	0-28			
β	Days at school, 3 rd grade education, or vocational training	[]	[]	[]	[]	[] []	0-28			
Record the following information for <u>the past four weeks</u>										
γ	Have you been homeless?						Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
δ	Have you been in danger of eviction?						Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
ε	Have you ever been the <u>main caretaker</u> or <u>lived</u> with a child or children?						(i) under 5 years old; Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
							(ii) 5-15 years old; Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
σ	Have you been arrested?						Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
ζ	Have you displayed a violent behavior against someone (including domestic violence)?						Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
η	Has anyone displayed a violent behavior against you (including domestic violence)?						Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
θ	Client's mental health status self-evaluation (<i>anxiety, depression, problematic emotions and feelings</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bad Good								
ι	Client's physical health status self-evaluation (extent of somatic symptoms, discomfort due to illness)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bad Good								
κ	Client's general quality of life self-evaluation (<i>i.e. ability to enjoy life, getting along with his/her family and his/her partner, satisfaction from living conditions</i>)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bad Good								

Reasons for not completing HTOP: Client's denial clinically non indicated

Brief HTOP Reference Guide

(for detailed completion guidelines, please consult the HTOP User's Manual)

About HTOP

The Hellenic Treatment Outcomes Profile (HTOP) is a simple group of questions to improve and simplify the review process and to assist with continuous treatment planning and clinical referrals. Moreover, answers to these questions will provide data for treatment outcome assessments.

Presenting HTOP

- I would like us to spend a few minutes completing a brief interview (called HTOP).
- The questions are about substance use and health and welfare hazards during the last 4 weeks- some of them might not be relevant to your situation.
- All our clients are asked to complete the HTOP.
- We are using this information as a part of your treatment plan, and in order to assess the quality of our provided services.
- It is important that you answer as accurately and sincerely as possible, but if you don't want to give an answer in any of the questions, please say so and we will proceed to the next one.
- After HTOP completion, we can examine in detail your needs and goals.

How to complete HTOP

1. Carefully explain about confidentiality (see box)

Do not assume that all clients will be interested in or indifferent about confidentiality issues to the same degree.

2. Fill in:

Client's Information (Name, AMKA, Treatment Demand Index, Date of birth, Gender, Unit and Treatment Phase).

You name

The date of HTOP completion

The stage during which HTOP was completed

3. Helping with the interview:

Use a simple calendar to clarify what you mean by telling "during the past four weeks", so as to help your client think retrospectively about this period. Week 4=the past 7 days (usually), Week 3=7 days before week 4 etc.

4. Fill in the clients' answers

- **No drug/alcohol use** – note "00" to the Total box.
- **Timetable** – invite your client to recall the number of days during which he/she did something, for each of the past four weeks.
- **Quantities** – The mean quantity of substance used in a typical day of usage during the last four weeks. Agree with your client on the measuring units.
- **Yes and No** – note an x to either Yes or No
- **Self-evaluation scale** - a scale from 0 to 10, in which "0" means bad and "10" good. **CIRCLE** a number together with your client.
- **Denial/inability to recall information** – write down "NA" (abbreviation for Not Answered) next to the total box, tick box, or evaluation scale.

5. Notes for Section 1:

Question (α): A typical drink corresponds to 30ml of whisky, vodka or tsipouro, 100ml of wine, or 330ml of beer.

Question (σ): Examples of "Other Opioids" include codeine (Lonarid, Lonalgol), phentanyl (Durogesic and generic products) and illegally obtained methadone or buprenorphine. Methadone or buprenorphine administered within an opioid addiction treatment program **should not be included**.

Question (κ): Injection equipment includes the needle, the syringe, the cooker, the "sour" or the filter.

6. Notes for Section 2:

- Please consult the user's manual for the definitions of homelessness and danger of eviction
- Before asking **questions (σ) to (η)** remind your client about confidentiality issues (**see box**)

7. Policies

WHEN

Beginning of Treatment

All clients complete the HTOP at the beginning of a new treatment cycle, unless they have already filled in one during the past 28 days, a copy of which is available.

Progress Review

Clients attending Substitution Treatment Programs (Pharmaceutical Programs) complete an HTOP every 12 weeks for progress reviewing reasons.

Clients attending Counseling Treatment Programs (Drug-free Programs) complete an HTOP at least every 6 months, but not more frequently than every 4 weeks.

Discharge

Irrespective of treatment program type, all clients should complete a discharge HTOP, within two weeks before or after the planned date of discharge.

REFERRAL – when a client is referred to an additional service as a part of the current therapeutic plan or to another service provider after his discharge, send a copy of his/her most recent HTOP together with the referral documents.

CONSENT – Exchange of information among service providers during treatment plan reviewing process comprises a good clinical practice. It's important that information is exchanged according to validated protocols and that the client is informed of that practice. There is no need for client's consent, if all service providers involved work for the same authorized organization.

Confidentiality

- HTOP should be treated like any other information saved in your file- it is protected by law from non-authorized access or use- every person having access to this information is restricted by the principle of confidentiality.
- **Judicial authorities may subpoena health services' files and social services may ask information in case of investigations concerning juveniles in danger.**
- When data are going to be used for the quality assessment of provided treatment services, the information retrieved from the database should be presented in such a way so as identification of individual members is impossible.

Section 2: Items (σ) to (η)

- I would like to remind you that the answers to these questions are stored to your health file and that judicial authorities may subpoena health files and social services may ask information in case of investigations concerning juveniles in danger.
- Nevertheless, I don't ask for details – just general information whether you did certain things. Please just answer with "yes" or "no".

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Θ: Ερωτηματολόγιο ΗΤΟΡ, v1, 2019



OKANA

Προφίλ Έκβασης Θεραπείας – ΗΤΟΡ

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Ημερομηνία Γέννησης: _/_/_ Φύλο: _____

ΑΜΚΑ: _____ Κωδικός ΕΠΙΦΥ: _____ Μονάδα: _____ Φάση Θεραπείας: _____

Ημερομηνία ΗΤΟΡ: _/_/_ Ημερομηνία Εισαγωγής: _/_/_ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗΣ/ΤΡΙΑ: _____

Στάδιο: Έναρξη Θεραπείας Αξιολόγηση Θεραπευτικής Πορείας Ολοκλήρωση Θεραπείας Διακοπή Follow-up

ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Καταγράψτε τον αριθμό των ημερών που έγινε χρήση για κάθε μία από τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες

	Μ.Η.Π.	ΟΔ. ΧΟΡ.	Εβδομάδα				ΣΥΝΟΛΟ
			4	3	2	1	
α. Αλκοόλ _____	Τυπικά Ποτά		<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
β. Κάνναβη - κανναβινοειδή _____		Σ Κ	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
γ. Αμφεταμίνες-αμφετ/ειδή _____		Σ Μ Κ Ε	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
δ. Βενζοδιαζεπίνες _____		Σ Μ Κ Ε	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
ε. Ηρωίνη _____		Σ Μ Κ Ε	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
στ. Άλλα οπιοειδή _____		Σ Μ Κ Ε Δ	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
ζ. Κοκαΐνη _____		Σ Μ Κ Ε Δ	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
η. Άλλη ουσία I) _____ II) _____		Σ Μ Κ Ε Δ	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28
θ. Προϊόντα καπνού _____		Σ Κ Δ	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-7	<input type="text"/> 0-28

Καταγράψτε τον αριθμό των ημερών που έγινε ενέσιμη χρήση για κάθε μία από τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες.

(εάν δεν έγινε, σημειώστε 0 και συνεχίστε στην Ενότητα 2)

ι. Ενέσιμη χρήση κ. Ενέσιμη χρήση με σύνεργα που χρησιμοποίησε άλλο άτομο; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΝΟΤΗΤΑ 2: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΕΞΙΑ

ΣΥΝΟΛΟ

Καταγράψτε ημέρες εργασίας και ημέρες σε εκπαίδευση, επαγγελματική κατάρτιση, εθελοντισμό, αθλητισμό για κάθε μία από τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες.

α. Ημέρες αμειβόμενης εργασίας	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
β. Ημέρες εκπαίδευσης/κατάρτισης	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
γ. Ημέρες εθελοντισμού/αθλητισμού	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Καταγράψτε τα ακόλουθα στοιχεία για τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες.

δ. Έχετε υπάρξει άστεγος/η;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ε. Έχετε κινδυνεύσει να σας κάνουν έξωση;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
στ. Έχετε οποιαδήποτε στιγμή τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες αναλάβει τη φροντίδα ή έχετε ζήσει μαζί με κάποιο/α παιδί/παιδιά	i) κάτω των 6 ετών; ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
	ii) 5-15 ετών; ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ζ. Έχετε συλληφθεί;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
η. Έχετε εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά (και ενδοοικογενειακή βία) εναντίον κάποιου/ας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
θ. Έχει εκδηλώσει κάποιος/α βίαιη συμπεριφορά (και ενδοοικογενειακή βία) εναντίον σας;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

ι. Αξιολογήστε την κατάσταση της ψυχικής σας υγείας (άγχος, κατάθλιψη & δυσφορικά συναισθήματα)

☹️ Κακή	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	😊 Καλή
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

κ. Αξιολογήστε την κατάσταση της σωματικής σας υγείας (έκταση σωματικών συμπτωμάτων και ενόχληση από ασθένεια)

☹️ Κακή	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	😊 Καλή
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

λ. Αξιολογήστε συνολικά την ποιότητα ζωής σας

☹️ Κακή	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	😊 Καλή
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

Λόγος μη συμπλήρωσης: _____ Άρνηση εξυπηρετούμενου/ης: Μη ενδεδειγμένη κλινικά:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Σύντομος Οδηγός Αναφοράς ΗΤΟΡ, v1, 2019

Σύντομος Οδηγός Αναφοράς ΗΤΟΡ

(για εκτενείς οδηγίες συμπλήρωσης ανατρέξτε στον Αναλυτικό Οδηγό Συμπλήρωσης ΗΤΟΡ)

Σχετικά με το ΗΤΟΡ

Το Ελληνικό Προφίλ Έκβασης Θεραπείας (**Hellenic Treatment Outcomes Profile - ΗΤΟΡ**) είναι ένα απλό σύνολο ερωτήσεων για τη βελτίωση και απλούστευση της διαδικασίας ανασκόπησης και την υποβοήθηση του σχεδιασμού της συνεχιζόμενης θεραπείας και της κλινικής παραπομπής. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις αυτές θα προσφέρουν, επίσης, δεδομένα για τη μέτρηση της έκβασης της θεραπείας.

Παρουσιάζοντας το ΗΤΟΡ

- Θα ήθελα να αφιερώσουμε λίγα λεπτά συμπληρώνοντας μια σύντομη συνέντευξη (που ονομάζεται ΗΤΟΡ) μαζί σας.
- Οι ερωτήσεις εξετάζουν τη χρήση ουσιών, κινδύνους για την υγεία και την ευεξία κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων – ορισμένες από αυτές ενδέχεται να μη σας αφορούν.
- Η συνέντευξη αυτή γίνεται στο πλαίσιο της έρευνας για την προσαρμογή της συνέντευξης στον ελληνικό πληθυσμό. Οι πληροφορίες που συγκεντρώνουμε θα χρησιμοποιηθούν μόνο για αυτό το σκοπό και παραμένουν απόρρητες.
- Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη ακρίβεια και ειλικρίνεια που μπορείτε, αλλά, εάν δε θέλετε να απαντήσετε σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις, πείτε το και θα προχωρήσουμε παρακάτω.

Πώς να συμπληρώσετε το ΗΤΟΡ

1. Εξηγήστε προσεκτικά την εμπιστευτικότητα (δείτε το πλαίσιο): Μην υποθέσετε πως όλοι/ες οι εξυπηρετούμενοι/ες θα ενδιαφέρονται ή θα αδιαφορούν σχετικά με την εμπιστευτικότητα εξίσου.

2. Εισάγετε:

- Α)Στοιχεία εξυπηρετούμενου/ης: κωδικό ΕΠΙΨΥ, φύλο, Μονάδα και Φάση Θεραπείας),
- Β)Το όνομά σας
- Γ)Την ημερομηνία συμπλήρωσης του ΗΤΟΡ,
- Δ)Το στάδιο κατά το οποίο συμπληρώθηκε το ΗΤΟΡ.

3. Πλαισιώστε τη συνέντευξη: Χρησιμοποιήστε ένα απλό ημερολόγιο για να διευκρινίσετε τι εννοείτε «κατά τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες» και ως προτροπή για να βοηθήσετε τον/την εξυπηρετούμενο/η να σκεφθεί αναδρομικά για αυτήν την περίοδο. Εβδομάδα 4=οι τελευταίες 7 ημέρες · Εβδομάδα 3=7 ημέρες πριν από αυτήν, κ.ο.κ.

4. Εισάγετε τις απαντήσεις των εξυπηρετούμενων

- **Μηδενική χρήση ουσιών/αλκοόλ:** εισάγετε "00" στο πλαίσιο του συνόλου.
- **Χρονοδιάγραμμα:** Προσκαλέστε τον/την εξυπηρετούμενο/η να ανακαλέσει τον αριθμό των ημερών σε κάθε μία από τις περασμένες τέσσερις εβδομάδες κατά τις οποίες έκανε κάτι.
- **Ποσότητες:** Η μέση ποσότητα χρήσης σε μία τυπική ημέρα χρήσης κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων. Συμφωνήστε με τον/την εξυπηρετούμενο/η για τις μονάδες μέτρησης.
- **Ναι και Όχι:** σημειώστε x στο Ναι ή το Όχι
- **Κλίμακα αυτοαξιολόγησης:** μία κλίμακα 0-10 όπου "0" σημαίνει κακή και "10" σημαίνει καλή. Μαζί με τον/την εξυπηρετούμενο/η, **ΚΥΚΛΩΣΤΕ** έναν αριθμό.
- **Άρνηση/αδυναμία να ανακαλέσει πληροφορίες:** γράψτε "ΔΑ" (συντόμευση για το Δεν Απάντησε) δίπλα στο τετραγωνάκι του συνόλου, το κουτάκι τσεκαρίσματος ή την κλίμακα αξιολόγησης.

5. Σημειώσεις Ενότητας 1:

Μ.Η.Π.(Μέση Ημερήσια Ποσότητα): Στην πρώτη στήλη της ενότητας αυτής συμπληρώνετε τη Μέση Ημερήσια Ποσότητα χρήσης κάθε ουσίας. Το είδος της μονάδας μέτρησης που θέλετε να καταγράψετε, εξαρτάται από εσάς. Η καλύτερη συμβουλή είναι να αφήσετε τον/την εξυπηρετούμενο/η να την αναφέρει αυτολεξεί.

ΟΔ. ΧΟΡ. (ΟΔΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ): Στη δεύτερη στήλη επιλέγετε με κύκλο τον τρόπο χρήσης της ουσίας με βάσει τις ακόλουθες επιλογές. **Σ = στόμα, Μ = μύτη, Κ = κάπνισμα, Ε = ένεση, Δ = διαδερμική χρήση.**

Ερώτηση (α): Το τυπικό ποτό αντιστοιχεί σε 30ml ούισκι, βότκα ή τσίπουρο, 100ml κρασί ή 330ml μύρας.

ΠΩΣ ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΥΜΕ ΕΝΑ ΤΥΠΙΚΟ ΠΟΤΟ;

1 ένα τυπικό ποτό περιέχει 10 γρ αλκοόλ. Αυτό αντιστοιχεί σε περίπου:



100 ML
κρασί



330 ML
κουτί μύρας



30 ML
"σκληρού" ποτού



7 ΤΥΠΙΚΑ ΠΟΤΑ

Ένα μπουκάλι κρασί 750 ml περιέχει περίπου 7 "τυπικά" ποτά.

Για τις ερωτήσεις (β)-(θ) δώστε πλήθος παραδειγμάτων: Πέραν των ακόλουθων παραδειγμάτων, μπορείτε να αξιοποιήσετε συμβουλευτικά το **Παράρτημα 4/Κωδικό ουσιών του Ατομικού Εντύπου TDI/Δέμα: Οδηγός Συμπλήρωσης 2018.**

Ερώτηση (θ): Παραδείγματα κανναβινοειδών: Χόρτο, σοκολάτα, χασισέλαιο, skunk, bonzai, K2, BlackMamba, Spice, Jamaica Gold, Lemon Haze, Head Trip.

Ερώτηση (γ): Παραδείγματα: Σίσια, Crystal Meth, MDMA Ecstasy.

Ερώτηση (δ): Καταγράφονται Βενζοδιαζεπίνες συνταγογραφούμενες ή μη. Παραδείγματα: Vulbegal (Bouble), Hipnosedon (Υπνος), Stedon, Lexotanil.

Ερώτηση (στ): Παραδείγματα “Άλλων οπιοειδών”: Κωδεΐνη (Lonarid, Lonalgal), φαιντανύλη (Durogesic και γενόσημα), τραμαδόλη (Tramal), μεθαδόνη και βουπρενορφίνη από την παράνομη αγορά. **Δεν συμπεριλαμβάνονται:** μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη που χορηγούνται για θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή.

Ερώτηση (ζ): Συμπεριλαμβάνεται το κρακ.

Ερώτηση (η): Συμπληρώστε οποιαδήποτε άλλη ουσία χρησιμοποιεί ο/η εξυπηρετούμενος/η και δεν ανήκει στις παραπάνω κατηγορίες, π.χ. ψυχιατρικά φάρμακα (Lyrica, Seroquel, Remeron, κλπ.) ή νέες ουσίες.

Ερώτηση (θ): Παραδείγματα: Βιομηχανικά Τσιγάρα, Καπνός, Πίπα, θερμαινόμενος καπνός (IQOS), Ατμός. Για τον ατμό, στη Μ.Η.Π. σημειώστε ποσότητα (ml) και περιεκτικότητα σε νικοτίνη (mg).

Ερώτηση (κ): Ο εξοπλισμός των ενέσεων (σέα) συμπεριλαμβάνει τη βελόνα, τη σύριγγα, το νερό, το τάσι, το «ξινό» ή το φίλτρο.

6. Σημειώσεις Ενότητας 2:

Ερώτηση (α): Στην αμειβομένη εργασία δε συμπεριλαμβάνεται η άμισθη εργασία σε οικογενειακή επιχείρηση.

Ερώτηση (β): Συμπληρώνετε στο κενό ποια δραστηριότητα αφορά.

Ερώτηση (γ): Συμπληρώνετε στο κενό ποια δραστηριότητα αφορά.

Ερώτηση (δ): Ως αστεγία ορίζεται κάθε κατάσταση στην οποία ο/η εξυπηρετούμενος/η δεν έχει μόνιμη/σταθερή/επαρκή (π.χ. χωρίς ρεύμα ή νερό) στέγη. Οι ξενώνες φιλοξενίας ή άλλη μορφή φιλοξενίας ή η διαβίωση πολλών ατόμων σε συνωστισμένο χώρο δεν νοούνται ως μόνιμη/σταθερή/επαρκής στέγη.

Ερώτηση (ε): Ο κίνδυνος έξωσης αφορά στη νομική διάσταση του ζητήματος (π.χ. προφορική προειδοποίηση από τον/την ιδιοκτήτη/τρια ή έγγραφη προειδοποίηση από τράπεζα/δικαστήριο).

Πριν διατυπώσετε τις ερωτήσεις (ζ) έως (θ) υπενθυμίστε στον/στην εξυπηρετούμενο/η ότι δεσμεύστε από την αρχή της εμπιστευτικότητας (**δείτε το πλαίσιο**)

Η ερώτηση (ζ) αφορά σε κάθε διακοπή από τις συνήθειες δραστηριότητες εξαιτίας νόμιμης αρχής ή κυρώσεων, ανεξάρτητα από το αν έχει ασκηθεί ποινική δίωξη (συμπεριλαμβάνεται και εξακρίβωση ή προσαγωγή).

Οι ερωτήσεις (η) & (θ) αφορούν σε κάθε μορφή βίας (λεκτική, ψυχολογική, σωματική, σεξουαλική).

Η ερώτηση (λ) αφορά στο σύνολο των παραγόντων που ο/η εξυπηρετούμενος/η θεωρεί ότι αφορούν την ποιότητα ζωής (π.χ. υγιεινή, συνθήκες διαβίωσης, κοινωνικές σχέσεις).

Εμπιστευτικότητα

- Όπως αναφέρεται και στο Έντυπο Συγκατάθεσης, η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και η ανωνυμία σας διασφαλίζεται.
- Οι πληροφορίες που θα χρησιμοποιηθούν θα παρουσιάζονται σε μορφή που θα καθιστά αδύνατη την ταυτοποίηση των μεμονωμένων μελών.
- Οι πληροφορίες του ΗΤΟΡ αντιμετωπίζονται όπως κάθε άλλη πληροφορία που συγκεντρώνεται ερευνητικά – προστατεύεται δια νόμου από μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση ή χρήση – κάθε άτομο το οποίο έχει πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες δεσμεύεται από την αρχή της εμπιστευτικότητας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΑ: MOS 36-Item Short-Form Health Survey- SF- 36

1. ΦΥΛΟ	1. Άρρεν <input type="checkbox"/>	2. Θήλυ <input type="checkbox"/>
2. ΗΛΙΚΙΑ		
3. ΒΑΡΟΣ (σε kg)	4. ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
5. α. Οικογενειακή κατάσταση:	1. Έγγαμος <input type="checkbox"/>	2. Άγαμος <input type="checkbox"/>
β. Αριθμός μελών οικογένειας	3. Συζεί με τον / την σύντροφο <input type="checkbox"/>	4. Διαζευγμένος <input type="checkbox"/>
6. Επίπεδο μόρφωσης του :	1. Κατώτερη εκπαίδευση <input type="checkbox"/>	2. Μέση εκπαίδευση <input type="checkbox"/>
7. Επαγγελματική κατάσταση :	1. Εργάτης <input type="checkbox"/>	2. Ελεύθερος Επαγγελματίας <input type="checkbox"/>
8. Εισοδήματις	3. Ιδιωτικός Υπάλληλος <input type="checkbox"/>	4. Δημόσιος Υπάλληλος <input type="checkbox"/>
9. Νοικοκυρά	5. Άνεργος <input type="checkbox"/>	6. Συνταξιούχος <input type="checkbox"/>
10. Ανίκανος για εργασία		

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ SF-36

1. Σε γενικές γραμμές, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι :	1. Άριστη <input type="checkbox"/>	2. Πολύ καλή <input type="checkbox"/>	3. Καλή <input type="checkbox"/>	4. Μέτρια <input type="checkbox"/>	5. Κακή <input type="checkbox"/>
2. Κάνοντας σύγκριση με την κατάστασή σας πριν από ένα χρόνο που κατατάσσετε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα:	1. Πολύ καλύτερα <input type="checkbox"/> 2. Κάπως καλύτερα <input type="checkbox"/> 3. Τα ίδια <input type="checkbox"/> 4. Κάπως χειρότερα <input type="checkbox"/> 5. Πολύ χειρότερα <input type="checkbox"/>				
Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει...	1. πολύ <input type="checkbox"/>	2. λίγο <input type="checkbox"/>	3. καθόλου <input type="checkbox"/>		
3. Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. Μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Να σκύβετε ή να γονατίζετε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Να περπατάτε περισσότερο από 1 χιλιόμετρο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. Να περπατάτε ένα τετράγωνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. Να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνος /η σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Τον τελευταίο μήνα η υγεία σας, σας ανάγκασε	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Τον τελευταίο μήνα είχατε κάποιο πρόβλημα	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

13. Μειώσατε τον χρόνο που διαθέσατε για την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των άλλων ασχολιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Δεν κάνατε εργασία ή τις άλλες εργασίες σας τόσο προσεκτικά όπως συνήθως	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Χρησιστηκατε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

20. Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους τους γείτονες ή άλλους;	1. Καθόλου <input type="checkbox"/>	2. Λίγο <input type="checkbox"/>	3. Μέτρια <input type="checkbox"/>	4. Αρκετά <input type="checkbox"/>	5. Πάρα πολύ <input type="checkbox"/>	
21. Τον τελευταίο μήνα πόσο σωματικό πόνο είχατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο ο σωματικός σας πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθάνεστε και πως σας πήγαν τα πράγματα τον τελευταίο μήνα						
	Συνέχεια	Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
23. Αισθανθήκατε γεμάτος ζορικότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ήσασταν πολύ νευρικός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγη χαρά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Αισθανθήκατε εξαντλημένος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Νιώσατε ευτυχισμένος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Αισθανθήκατε κουρασμένος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες π.χ με φίλους, συγγενείς κλπ	Συνέχεια <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνά <input type="checkbox"/>	Μερικές φορές <input type="checkbox"/>	Σπάνια <input type="checkbox"/>	Ποτέ <input type="checkbox"/>	
Ποιο σωστό ή λάθος είναι για σας οι παρακάτω ερωτήσεις	Εντελώς σωστό	Μάλλον σωστό	Δεν γνωρίζω	Μάλλον λάθος	Εντελώς λάθος	
33. Νομίζω ότι αρρωσταίνω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. Είμαι υγιής όπως κάθε άλλος που γνωρίζω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. Περιμένο ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Σας ευχαριστώ για τη συνεργασία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IB: Alcohol Use Disorders Identification Test- AUDIT

Ερωτηματολόγιο [Questionnaire]

Το Τεστ Εντοπισμού Δυσλειτουργιών από την Χρήση Αλκοόλ: Εκδοχή Αυτοαναφοράς

Ασθενή, επειδή η χρήση του αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει την υγεία σας και να παρέμβει στην λήψη ορισμένων φαρμάκων και θεραπειών, θεωρούμε σημαντικό να σας κάνουμε μερικές ερωτήσεις για την δική σας χρήση αλκοόλ. Οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές γι αυτό σας παρακαλούμε να είστε ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

Σημειώστε με Χ στο κουτί που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας σε κάθε ερώτηση.

ΠΩΣ ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΥΜΕ ΕΝΑ ΤΥΠΙΚΟ ΠΟΤΟ ;

1 ένα τυπικό ποτό περιέχει 10 γρ αλκοόλ. Αυτό αντιστοιχεί σε περίπου:



100 ML
κρασί



330 ML
κουτί μπίρας



30 ML
"σκληρού" ποτού



7 ΤΥΠΙΚΑ ΠΟΤΑ
Ένα μπουκάλι κρασί 750 ml περιέχει περίπου 7 "τυπικά" ποτά.

Ηλικία: _____

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

1. Πόσο συχνά πίνετε ποτό που περιέχει αλκοόλ;

- Ποτέ [Πηγαίνετε στις Ερ. 9-10]
- 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- 2 ως 4 τέσσερις φορές το μήνα
- 2 ως 3 φορές τη βδομάδα
- 4 ή περισσότερες φορές τη βδομάδα

2. Πόσα αλκοολούχα ποτά πίνετε σε μια συνηθισμένη ημέρα;

- 1 ή 2
- 3 ή 4
- 5 ή 6
- 7, 8, ή 9
- 10 ή περισσότερα

3. Πόσο συχνά πίνετε έξι ή περισσότερα ποτά κάθε φορά;

- Ποτέ
- Λιγότερο από 1 φορά το μήνα
- 1 φορά το μήνα
- 1 φορά τη βδομάδα
- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

4. Πέρυσι, πόσο συχνά βρήκατε ότι δε μπορούσατε να σταματήσετε να πίνετε από τη στιγμή που αρχίσατε να πίνετε;

- Ποτέ
- Λιγότερο από 1 φορά το μήνα
- 1 φορά το μήνα
- 1 φορά τη βδομάδα
- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

5. Πέρυσι, πόσο συχνά δεν πετύχατε να κάνετε ότι συνήθως κάνετε λόγω κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών;

- Ποτέ
- Λιγότερο από 1 φορά το μήνα
- 1 φορά το μήνα
- 1 φορά τη βδομάδα
- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

6. Πέρυσι, πόσο συχνά χρειάζοσαστε ένα πρώτο ποτό το πρωί για να μπορέσετε να αρχίσετε την ημέρα μετά από μεγάλη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών;

- Ποτέ
- Λιγότερο από 1 φορά το μήνα
- 1 φορά το μήνα
- 1 φορά τη βδομάδα
- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

7. Πέρυσι, πόσο συχνά είχατε συναίσθημα ενοχής ή τύψης μετά από κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών;

- Ποτέ
- Λιγότερο από 1 φορά το μήνα
- 1 φορά το μήνα
- 1 φορά τη βδομάδα
- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

8. Πέρυσι, πόσο συχνά δε μπορούσατε να θυμηθείτε τι συνέβηκε το προηγούμενο βράδυ λόγω κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών;

- Ποτέ
- Λιγότερο από 1 φορά το μήνα
- 1 φορά το μήνα
- 1 φορά τη βδομάδα
- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

9. Έχετε τραυματιστεί εσείς ή κάποιος άλλος λόγω της δικής σας κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών;

- Όχι
- Ναι, αλλά όχι πέρυσι
- Ναι, πέρυσι

10. Ανησυχούν οι συγγενείς, ή φίλοι ή γιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας για την κατανάλωσή σας ποτού ή σας συνέστησαν να το μετριάσετε;

- Όχι
- Ναι, αλλά όχι πέρυσι
- Ναι, πέρυσι

AUDIT © World Health Organization 1989

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΓ: WHO-QOL-BREF

WHOQOL-BREF(Μετάφραση-Προσαρμογή: Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση και συν, 2000)

Στο ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζεται πως **εσείς** αξιολογείτε την **ποιότητα ζωής σας**, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Αν δεν είστε σίγουρος/η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, παρακαλούμε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο κατάλληλη για σας**. Συχνά, η πιο σωστή απάντηση μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε να δώσετε.

Παρακαλούμε να σκεφτείτε τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στην μνήμη σας **τις δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας και να δώσετε τις απαντήσεις σας σύμφωνα με αυτό το χρονικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

Έχετε από τους άλλους την συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
	1	2	3	4	5

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις δυο τελευταίες εβδομάδες. Για παράδειγμα, εάν έχετε σε μεγάλο βαθμό υποστήριξη από τους άλλους, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό **4** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση «**Πολύ**».

Αν δεν έχετε «**Καθόλου**» την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε τα συναισθήματά σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει την πιο κατάλληλη για σας απάντηση, σε κάθε ερώτηση.

Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
	1	2	3	4	5

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;	Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο πολύ** βιώνετε κάποιες καταστάσεις **τις δυο τελευταίες εβδομάδες**

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή ζωή;	1	2	3	4	5
Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
Αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα ;	1	2	3	4	5
Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε ;	1	2	3	4	5
Πόσο ασφαλής από εξωτερι-κούς κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον που ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο απόλυτα**, δηλαδή **σε ποιο βαθμό** μπορείτε να βιώνετε κάποιες καταστάσεις ή **πόσο ικανός/ή** θεωρείτε ότι είστε έτσι ώστε να κάνετε ορισμένα πράγματα τις δυο τελευταίες εβδομάδες.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Μπορείτε να αποδεχθείτε τη σωματική εμφάνισή σας;	1	2	3	4	5
Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύψετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε την πληροφόρηση που χρειάζεστε για θέματα που αφορούν την καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανός/ή είστε να κινείστε στο χώρο και να κυκλοφορείτε;	1	2	3	4	5

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

	Πολύ δυσανε- στημένος/η	Δυσανε- μένος/η	Ούτε δυσανε- στημένος/η ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιη- -μένος/η	Πολύ ικανοποιημένος
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας να βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σχέσεις σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την σεξουαλική ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

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

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΔ: EuroPASI

Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης (Ευρωπαϊκή Προσαρμογή): Χρήση Αλκοόλ/Ναρκωτικών

EuroPASI

ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

(Ευρωπαϊκή Προσαρμογή)¹

ΟΔΗΓΙΕΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΕΘΙΣΜΟΥ Βαθμός Βαρύτητας	ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ																																																																																																														
<p>1. Ανάλογα με την περίπτωση χρησιμοποιήστε τους κωδικούς: X = η ερώτηση δεν απαντήθηκε N = η ερώτηση δεν τον / την αφορά Χρησιμοποιήστε ένα μόνο κωδικό για κάθε ερώτηση.</p> <p>2. Οι ερωτήσεις σε κύκλο πρέπει να γίνονται κατά την επανεξέταση. Οι ερωτήσεις με αστερίσκο είναι συγκεντρωτικές και πρέπει να διατυπωθούν διαφορετικά στην επανεξέταση (Βλ. Εγχειρίδιο).</p> <p>3. Ο χώρος στο τέλος κάθε ενότητας είναι για συμπληρωματικά σχόλια.</p>	<p>Οι βαθμοί βαρύτητας αποτελούν μια προσωπική εκτίμηση του συννευκτικού σχετικά με την ανάγκη του ασθενή για πρόσθετη θεραπεία σε κάθε ενότητα. Η κλίμακα εκτείνεται από το 0 (η θεραπεία δεν είναι απαραίτητη) μέχρι το 9 (χρειάζεται η θεραπεία για παρέμβαση σε καταστάσεις που απειλούν τη ζωή του ασθενή). Κάθε βαθμός βασίζεται στο ιστορικό των συμπτωμάτων που αποτελούν πρόβλημα για τον ασθενή στην παρούσα κατάσταση και στην υποκειμενική εκτίμηση της ανάγκης του για θεραπεία σε κάθε ενότητα. (βλ. Εγχειρίδιο για λεπτομερή περιγραφή του τρόπου εξαγωγής του βαθμού βαρύτητας). Σημ: Οι βαθμοί βαρύτητας είναι προαιρετικοί.</p>	<p>0 – Καθόλου 1 – Λίγο 2 – Μέτρια 3 – Πολύ 4 – Πάρα πολύ</p>																																																																																																														
<p>A. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											<p style="text-align: center;">ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ</p> <p>1. ΤΩΡΙΝΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">1. Μεγάλη πόλη (> 100.000)</p> <p style="margin-left: 20px;">2. Μεσαία (10- 100.000)</p> <p style="margin-left: 20px;">3. Μικρή (αγροτική) (< 10.000)</p>	<p style="text-align: center;">ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣΘΕΤΩΝ ΤΕΣΤ</p> <p>Συνολικό αποτέλεσμα Beck <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Σύνολο SCL – 90 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>																																																																																																				
<p>B. ΤΥΠΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1. Αποτοξίνωση-εξωτερικής παραμονής</p> <p>2. Αποτοξίνωση-εσωτερικής διαμονής</p> <p>3. Υποκατάσταση εξωτερικής παραμονής</p> <p>4. Στεγνό πρόγραμμα εξωτερικής παραμονής</p> <p>5. Στεγνό πρόγραμμα εσωτερικής διαμονής</p> <p>6. Ημερήσια παραμονή</p> <p>7. Ψυχιατρικό νοσοκομείο</p> <p>8. Άλλη νοσοκομειακή μονάδα/θάλαμος</p> <p>9. Άλλο _____</p> <p>0. Καμία θεραπεία</p>	<p>2. ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΟΛΗΣ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3. Πόσο καιρό μένετε σ' αυτή τη διεύθυνση; <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">_____ χρόνια _____ μήνες</p> <p>4. Το σπίτι ανήκει σε σένα ή στην οικογένειά σου; <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">0 = Όχι 1 = Ναι</p>	<p style="text-align: center;">ΠΡΟΦΙΛ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">9</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ΥΠΕΑΣ</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ΕΠΙΣΑΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ΑΛΚΟΟΛ</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ΝΑΡΚΩΤΙΚΟΝ</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ΝΟΜΙΚΑ</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΝΟΜΙΚΑ</td><td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	9										8										7										6										5										4										3										2										1										0										ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΥΠΕΑΣ	ΕΠΙΣΑΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ	ΑΛΚΟΟΛ	ΝΑΡΚΩΤΙΚΟΝ	ΝΟΜΙΚΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΝΟΜΙΚΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ		
9																																																																																																																
8																																																																																																																
7																																																																																																																
6																																																																																																																
5																																																																																																																
4																																																																																																																
3																																																																																																																
2																																																																																																																
1																																																																																																																
0																																																																																																																
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΥΠΕΑΣ	ΕΠΙΣΑΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ	ΑΛΚΟΟΛ	ΝΑΡΚΩΤΙΚΟΝ	ΝΟΜΙΚΑ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΝΟΜΙΚΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ																																																																																																									
<p>Γ. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">_____ ημέρα _____ μήνας _____ έτος</p> <p>Δ. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">_____ ημέρα _____ μήνας _____ έτος</p>	<p>5. ΗΛΙΚΙΑ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>6. ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>7. ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Ασθενή _____ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Πατέρα _____ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Μητέρα _____ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>9. Έχεις βρεθεί σε ελεγχόμενο (κλειστό) Περιβάλλον μέσα στις 30 τελευταίες μέρες; <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">1. Όχι</p> <p style="margin-left: 20px;">2. Φυλακή</p> <p style="margin-left: 20px;">3. Θεραπεία για αλκοόλ ή ναρκωτικά</p> <p style="margin-left: 20px;">4. Ιατρική θεραπεία</p> <p style="margin-left: 20px;">5. Ψυχιατρική θεραπεία</p> <p style="margin-left: 20px;">6. Αποτοξίνωση (μόνο)</p> <p style="margin-left: 20px;">7. Άλλο _____</p>																																																																																																														
<p>E. Ωρα έναρξης <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Z. Ωρα λήξης <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>8. Τύπος ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1. Αρχική</p> <p>2. Επανεξέταση</p>	<p>1. ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΠΑΦΗΣ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1. Κατά πρόσωπο</p> <p>2. Τηλεφωνική</p>																																																																																																														
<p>I. ΦΥΛΟ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1. Άνδρας</p> <p>2. Γυναίκα</p>	<p>K. ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>Λ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1. Ο ασθενής δέχομαι τη συνέντευξη</p> <p>2. Ο ασθενής αρνήθηκε τη συνέντευξη</p> <p>3. Ο ασθενής δεν ήταν σε θέση να απαντήσει</p>																																																																																																														

1: Ευρωπαϊκή προσαρμογή της 3ης έκδοσης του Αμερικανικού ASI (Mc Lellan, 1992) από Α. Κοκκίβη, C. Hartgers, P. Blanken, G. Gozzi, E. Tempesta, A. Uchtinhen (1994).

ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ / ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

	Ηλικία (της χρήσης)	Σε όλη τη ζωή σου χρόνια	Τελευταίες 30 μέρες	Τρόπος χρήσης
01. Αλκοόλ				
02. Αλκοόλ – πάνω από το κρίσιμο όριο				
03. Ηρωίνη				
04. Μεθαδόνη / LAAM				
05. Άλλα οπιούχα παυσίπονα				
06. Φάρμακα χάπια (BZP, Barb, Sed, Hyrn)				
07. Κοκαΐνη				
08. Αμφεταμίνες				
09. Κάνναβη				
10. Παραισθησιογόνα				
11. Εισπνεόμενα				
12. Άλλα				
13. Περισσότερες από μια ουσίες/ημέρα (ουσίες 02-12)				

20. Πριν πόσους μήνες έληξε αυτή η περίοδος αποχής; (00 – η αποχή συνεχίζεται)

21. Πόσα χρήματα θα έλεγες ότι ξόδεψες τις τελευταίες 30 μέρες για:

Αλκοόλ _____ (ποσό)

Ναρκωτικά _____ (ποσό)

22. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 έκανες θεραπεία για αλκοόλ ή ναρκωτικά ως εξωτερικός ασθενής; (Συμπεριλάβετε τις ομάδες NA, AA)

23. Πόσες μέρες μέσα στις τελευταίες 30 είχες:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 24 & 25 ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Σημ.: Βλ. Εγχειρίδιο για αντιπροσωπευτικά παραδείγματα κάθε κατηγορίας ναρκωτικών

- Τρόπος χρήσης: 1 = στόμα, 2 = μύτη, 3 = κάπνισμα, 4 = μη ενδοφλέβια ένεση, 5 = ενδοφλέβια ένεση.

14. Έχεις κάνει ποτέ ενέσιμη χρήση;
0. Όχι 1. Ναι

14A. Ηλικία 1ης Ενέσιμης Χρήσης Σε όλη τη ζωή σου 6 μήνες 30 μέρες
Χρονίων χρόνια μήνες μέρες

14B. Ενέσιμη χρήση τους τελευταίους 6 μήνες:
1. Δεν κάνει κοινή χρήση
2. Κάνει μερικές φορές κοινή χρήση με άλλους
3. Κάνει συχνά κοινή χρήση με άλλους

15. Πόσες φορές σου έχει συμβεί:
Να πάθεις τρομώδες παραλήρημα

Να πάρεις υπερβολική δόση ναρκωτικών

16. Τύπος υπηρεσιών και φορές που υποβλήθηκες σε θεραπεία:

	Αλκοόλ	Ναρκωτικά
1. Αποτοξίνωση εξωτερικής Παραμονής		
2. Αποτοξίνωση εσωτερικής Παραμονής		
3. Υποκατάσταση εξωτερικής Παραμονής		
4. Στεγνό πρόγραμμα εξωτερικής Παραμονής		
5. Στεγνό πρόγραμμα εσωτερικής Διαμονής		
6. Πρόγραμμα ημερήσιας Παραμονής		
7. Ψυχιατρικό νοσοκομείο/Κλινική		
8. Άλλη νοσοκομειακή μονάδα/Θάλαμος		
9. Άλλο		

17. Πόσους μήνες διήρκεσε η μεγαλύτερη περίοδος αποχής σαν αποτέλεσμα αυτών των θεραπειών; Αλκοόλ Ναρκωτικά

18. Ποια ουσία είναι το κύριο πρόβλημα; (Χρησιμοποιήστε την παραπάνω κωδικοποίηση ή το 00-Καμία, 15. Αλκοόλ και Ναρκωτικά – Διπλός εθισμός, 16. Πολλαπλός εθισμός, όπου υπάρχει αμφιβολία ρωτήστε τον ασθενή)

19. Πόσο διήρκεσε η τελευταία περίοδος εθελοντικής αποχής από αυτή τη κύρια ουσία, όχι σαν αποτέλεσμα της θεραπείας; (00 – ποτέ σε αποχή) μήνες

24. Σε ποιο βαθμό σου δημιούργησαν πρόβλημα ή σε ενόχλησαν τις τελευταίες 30 μέρες τα:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

25. Πόσο σημαντική είναι για σένα τώρα η θεραπεία για:

Προβλήματα με το αλκοόλ

Προβλήματα με τα ναρκωτικά

ΒΑΘΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΣΥΝΝΕΤΕΥΚΤΗ

26. Πώς εκτιμάτε την ανάγκη του ασθενούς για θεραπεία για:

Κατάχρηση αλκοόλ

Κατάχρηση ναρκωτικών

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

Οι παραπάνω πληροφορίες είναι διαστρεβλωμένες από:

27. Αλλοίωση που έκανε στην εικόνα του ο ασθενής;
0 – Όχι 1 – Ναι

28. Από αδυναμία του ασθενή να καταλάβει την ερώτηση;
0 – Όχι 1 – Ναι

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΕ: Έντυπο Ενημέρωσης



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ-Ο.ΚΑ.ΝΑ.

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ AUSTRALIAN TREATMENT OUTCOMES PROFILE - ΑΤΟΡ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Η ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

Το Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης και η Διεύθυνση Εφαρμογής Προγραμμάτων του Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) διεξάγουν μελέτη με θέμα: Προσαρμογή του Ερωτηματολογίου Australian Treatment Outcomes Profile - ΑΤΟΡ στην ελληνική πραγματικότητα: Η αξιοποίηση του στις υπηρεσίες θεραπείας των εξαρτήσεων.

Στόχος της μελέτης είναι η προσαρμογή και αξιοποίηση του ερωτηματολογίου «Australian Treatment Outcomes Profile»- ΑΤΟΡ στην ελληνική πραγματικότητα, μέσω ελέγχου εγκυρότητας και αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου σε ένα δείγμα 150 ωφελουμένων του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών- Ο.ΚΑ.ΝΑ. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε να διερευνηθεί ως καταλληλότερο γιατί είναι ένα εργαλείο παρακολούθησης έκβασης αποτελεσμάτων θεραπείας που παρέχει δεδομένα για δύο βασικούς άξονες σε σχέση με τους/ τις ωφελούμενους-ες: α) **Χρήση Ουσιών** και β) **Υγεία και Ευεξία** για το χρονικό διάστημα των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων, είναι σύντομο και περιεκτικό, διευκολύνοντας τις διαδικασίες χορήγησης και συλλογής δεδομένων, καθώς και γιατί είναι συμβατό με την καθημερινή κλινική πρακτική, ιδίως εκείνες που περιγράφει το Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

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

- **Συνέντευξη** για τη **συμπλήρωση του ερωτηματολογίου** Hellenic Treatment Outcomes Profile-ΗΤΟΡ με το ερευνητικό προσωπικό του Ο.ΚΑ.ΝΑ. (διάρκειας περίπου 25 λεπτών)
- **Συνέντευξη** για τη **συμπλήρωση του ερωτηματολογίου** Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT με το ερευνητικό προσωπικό του Ο.ΚΑ.ΝΑ. (διάρκειας περίπου 10 λεπτών)
- **Συνέντευξη** για τη **συμπλήρωση των** ερωτημάτων 14 α και 14 β της υποκλίμακας *Χρήση Αλκοόλ/Ναρκωτικών* (στοιχεία για την ενέσιμη χρήση) της κλίμακας European Addiction Severity Index- EuroASI με το ερευνητικό προσωπικό του Ο.ΚΑ.ΝΑ. (διάρκειας περίπου 5 λεπτών)
- **Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου** OS 36-Item Short-Form Health Survey - SF- 36 (διάρκειας περίπου 10 λεπτών)
- **Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου** World Health Organization Quality of Life Instruments - WHO-QOL-BREF (διάρκειας περίπου 10 λεπτών)
- Σε Τοξικολογικό έλεγχο ούρων για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του **ερωτηματολογίου** Hellenic Treatment Outcomes Profile-ΗΤΟΡ

Το έντυπο αυτό σας χορηγείται με σκοπό να σας πληροφορήσει για το σκοπό και τους στόχους της παρούσας μελέτης. Όλες οι πληροφορίες που θα μας δώσετε είναι



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ-Ο.ΚΑ.ΝΑ.

εμπιστευτικές και θα αντιμετωπισθούν με εχεμύθεια. Πρόσβαση στην πληροφορία αυτή θα έχουν μόνο οι ερευνητές/τριες που συμμετέχουν στη μελέτη.

Η παρούσα μελέτη έχει εγκριθεί από τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (αρ. πρωτ. 5011 - 19/11/2018).

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

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

Θα σας δοθεί αντίγραφο αυτού του εγγράφου.

Ημερομηνία Ημερομηνία

Υπογραφή συμμετέχοντα-ουσας
.....

Υπογραφή ερευνητή-τριας
.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΣΤ: Έντυπο Συγκατάθεσης



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ-Ο.ΚΑ.ΝΑ.

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ
ΜΕΛΕΤΗ
ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ AUSTRALIAN
TREATMENT OUTCOMES PROFILE - ΑΤΟΡ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Η ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ**

Εγώ ο/η
(ονοματεπώνυμο με κεφαλαία)

Επιβεβαιώνω ότι

- έχω διαβάσει τις πληροφορίες που περιέχονται στο έντυπο συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση για αυτή τη μελέτη,
- είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις σχετικά με τη μελέτη και είμαι ικανοποιημένος/η με τις απαντήσεις και τις επεξηγήσεις που μου δόθηκαν,
- μου δόθηκε ο χρόνος και η ευκαιρία να διαβάσω τις πληροφορίες προσεκτικά και να αποφασίσω για το αν θα συμμετάσχω στη μελέτη αυτή, και
- οι πληροφορίες και διαδικασίες της μελέτης μου επεξηγήθηκαν από (ονοματεπώνυμο ερευνητή-τριας) στις (ημερομηνία) κατά τη διάρκεια της διαδικασίας λήψης της συγκατάθεσης για αυτή τη μελέτη.
- κατανοώ ότι πιθανά να μην υπάρχουν οφέλη για εμένα, λαμβάνοντας μέρος σε αυτήν τη μελέτη, αλλά άλλα άτομα (π.χ. άλλοι-ες θεραπευόμενοι-ες, οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον) μπορεί να ωφεληθούν στο μέλλον από τις πληροφορίες που θα παρέχω κατά τη συμμετοχή μου σε αυτή.
- κατανοώ ότι η συλλογή και η χρήση οποιουδήποτε βιολογικού μου δείγματος, **στη συγκεκριμένη μελέτη ούρα**, δεν θα μου προκαλέσει απολύτως κανέναν κίνδυνο.
- κατανοώ ότι οι πληροφορίες και τα δεδομένα που θα παρέχω κατά τη διάρκεια των ερευνητικών διαδικασιών της μελέτης θα αξιοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς και σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δε θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά μου.
- έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων, η οποία θα λάβει χώρα σύμφωνα με όλες τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τον Κανονισμό 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.
- έχω κατανοήσει ότι τα αρχεία/δεδομένα της μελέτης που με αφορούν θα διατηρηθούν για πέντε (5) χρόνια σε κατάλληλα φυλασσόμενο χώρο του Τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και μετά το πέρας αυτού του διαστήματος θα καταστραφούν. Επιπλέον, τα δεδομένα που καταχωρίζονται σε ηλεκτρονικά αρχεία, φυλάσσονται σε Η/Υ ή άλλη ηλεκτρονική συσκευή, προστατευόμενα από κωδικό πρόσβασης και ονοματισμένα με μοναδικό κωδικό αντί για το όνομά μου, προκειμένου να διασφαλιστεί πλήρως η ανωνυμία μου.
- κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν.


ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ-Ο.ΚΑ.ΝΑ.

- συμφωνώ να αποθηκευτούν οι πληροφορίες/δεδομένα που θα παρέχω για αυτήν τη μελέτη, προκειμένου να αξιοποιηθούν και σε μελλοντικές ερευνητικές μελέτες.
- έχω κατανοήσει ότι, εάν κατά τη διάρκεια της συμμετοχής μου στη μελέτη και από τις πληροφορίες που θα παράσχω, το ερευνητικό προσωπικό έχει βάσιμη αιτία να πιστεύει ότι υφίσταται κακοποίηση ανήλικου/υπερήλικου, παρόλο που θα καταβάλει κάθε εύλογη προσπάθεια για να προστατεύσει την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών μου, υποχρεούται να προβεί στις απαραίτητες ενέργειες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία και είναι πιθανό οι δικαστικές αρχές να απαιτήσουν πρόσβαση στις πληροφορίες που έχω παράσχει κατά τη διάρκεια της μελέτης.
- Έχω κατανοήσει ότι, εάν κατά τη διάρκεια της συμμετοχής μου στη μελέτη και από τις πληροφορίες που θα παράσχω, το ερευνητικό προσωπικό έχει βάσιμη αιτία να πιστεύει ότι είμαι σε κίνδυνο για αυτοκτονία ή να βλάψω τον εαυτό μου με όποιο άλλο τρόπο, υποχρεούται να προβεί στις απαραίτητες ενέργειες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στη μελέτη είναι απολύτως εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω από τη μελέτη, ακόμα και μετά από την υπογραφή του συγκεκριμένου εγγράφου, χωρίς καμία επίπτωση στην ιατρική μου περίθαλψη ή χωρίς καμία άλλη επίπτωση:

- όταν το επιθυμώ,
- χωρίς καμία εξήγηση
- ή να αρνηθώ να απαντήσω σε συγκεκριμένες ερωτήσεις και να συνεχίσω να συμμετέχω στην έρευνα.

Επιπλέον, κατανοώ ότι:

- σε περίπτωση που αισθανθώ άβολα ή συναισθηματικά αναστατωμένος-η όταν απαντάω σε κάποιες από τις ερωτήσεις, μπορώ ανά πάσα στιγμή εάν θέλω να κάνω ένα διάλειμμα ή να σταματήσω τη συνέντευξη.
- ενδέχεται το ερευνητικό προσωπικό να ζητήσει την απόσυρσή μου από τη μελέτη, χωρίς την άδειά μου, εάν κρίνει ότι είναι προς όφελός μου.

Συμφωνώ ότι το προσωπικό του Οργανισμού μπορεί να επικοινωνήσει μαζί μου στο μέλλον:

προκειμένου να παρέχω περαιτέρω πληροφορίες για τη ΝΑΙ ΟΧΙ
συγκεκριμένη μελέτη.

προκειμένου να ερωτηθώ εάν επιθυμώ να συμμετάσχω σε ΝΑΙ ΟΧΙ
μελλοντικές μελέτες/ έρευνες του Οργανισμού.

Κατανοώ ότι εάν έχω περαιτέρω ερωτήσεις ή ανησυχίες σχετικά με αυτή τη μελέτη/έρευνα, μπορώ να επικοινωνήσω με τους/τις Υπευθύνους **κο Κωνσταντίνο Κοκκώλη, Διευθυντή Εφαρμογής Προγραμμάτων Ο.ΚΑ.ΝΑ.** στην ηλεκτρονική διεύθυνση: okana_programs@okana.gr, τηλέφωνο επικοινωνίας +30 210 8898311 και τη **Δρ. Χαρίκλεια Τσατσαρώνη, Υπεύθυνη Τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης Ο.ΚΑ.ΝΑ** στην ηλεκτρονική διεύθυνση: chttsaroni@okana.gr, τηλέφωνο επικοινωνίας +30 210 8898254.

Έχω ενημερωθεί ότι για τυχόν παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διαχείριση προσωπικών δεδομένων θα πρέπει να επικοινωνήσω με τους/τις Υπευθύνους **κο Κωνσταντίνο Κοκκώλη, Διευθυντή Εφαρμογής Προγραμμάτων Ο.ΚΑ.ΝΑ.** στην ηλεκτρονική διεύθυνση: okana_programs@okana.gr, τηλέφωνο επικοινωνίας +30 210



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ-Ο.ΚΑ.ΝΑ.

8898311 και τη Δρ. Χαρίκλεια Τσατσαρώνη, Υπεύθυνη Τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης Ο.ΚΑ.ΝΑ στην ηλεκτρονική διεύθυνση: chtstsaroni@okana.gr , τηλέφωνο επικοινωνίας +30 210 8898254, και σε κάθε περίπτωση με την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (complaints@dpa.gr).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, συμφωνώ να συμμετέχω στην μελέτη αυτή. Θα λάβω το πλήρες αντίγραφο του εντύπου συγκατάθεσης.

Ημερομηνία Ημερομηνία

Υπογραφή συμμετέχοντα-ουσας
.....

Υπογραφή ερευνητή-τριας
.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΖ: Αίτημα για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας ΑΠ:24241/18.06.19

Αρ. Πρωτοκόλλου: 24241 - 18/06/2019

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Αβέρωφ 21, 104 33 Αθήνα
Τηλ: 210 8898200
Fax: 210 8253760
e-mail: okana@okana.gr

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ
Αρμόδιος: Κων/νος Κοκκώλης

Τηλ: 210 8898287
Fax: 210 8898239

Αθήνα, 13.06.2019

Αρ. Πρωτ.

Προς:

Κέντρο Εκπαίδευσης & Εποπτείας ΟΚΑΝΑ
Ευδόξου 25, ΤΚ 11743, Ν. Κόσμος, Αθήνα
Τηλ.: 210 9245745, 9245741
Fax: 210 9245744
e-mail: kee@okana.gr

Υπόψιν κου Παναγιώτη Αδάμ

e-mail: adampan@okana.gr

Συν.:

1. Πρωτόκολλο Διπλωματικής Εργασίας
2. Βεβαίωση φοίτησης στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
3. Βεβαίωση επιβλέποντα Καθηγητή
4. Απόφαση έγκρισης έρευνας ΑΠ.: 5011 - 19/11/2018

Θέμα: «Αίτημα εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο «Προσαρμογή του Ερωτηματολογίου Australian Treatment Outcomes Profile – ATOP: Ένα Χρήσιμο Εργαλείο για τα Θεραπευτικά Προγράμματα Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων στην Ελλάδα».

Αξιότιμε κε Αδάμ,

Στο πλαίσιο της φοίτησής μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων - Εξαρτησιολογία» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για το Ακαδημαϊκό έτος 2018-2019, σας καταθέτω με την παρούσα αίτημα εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο «Προσαρμογή του Ερωτηματολογίου Australian Treatment Outcomes Profile – ATOP: Ένα Χρήσιμο Εργαλείο για τα Θεραπευτικά Προγράμματα Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων στην Ελλάδα».

Ειδικότερα, στο πλαίσιο της έρευνας του Οργανισμού για την προσαρμογή του ATOP στην ελληνική πραγματικότητα (ΑΠ.: 5011 - 19/11/2018), η οποία διεξάγεται από τους/τις Δ. Φωτόπουλο, Κ. Κοκκώλη, Χ. Τσατσαρώνη, Α. Κίτσιου, Π. Καρακούλα, Ε. Κουκίδη, Α. Φραγκούλη, Π. Δανούση, Γ. Κολιό, Γ. Βλάχου, αιτούμαι την άδεια να χρησιμοποιήσω τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν στην πρώτη φάση της στάθμισης του εργαλείου στην Αττική από 150 άτομα, με σκοπό να διεξάγω τις αναλύσεις και να χρησιμοποιήσω τα ευρήματα για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου εργασίας.

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η διενέργεια των προκαταρκτικών αναλύσεων για τον έλεγχο της εγκυρότητας και αξιοπιστίας του εργαλείου σε ελληνικό πληθυσμό ληπτών υπηρεσιών θεραπείας εξαρτήσεων. Η παροχή των αναλύσεων και των προκαταρκτικών

ευρημάτων από το αρχικό δείγμα στάθμισης των 150 ατόμων στην Ομάδα Έργου του Οργανισμού, θα συμβάλει στην προσαρμογή του ερωτηματολογίου Australian Treatment Outcomes Profile - ATOP στην Ελληνική πραγματικότητα και στην αξιοποίησή του στις υπηρεσίες θεραπείας των εξαρτήσεων. Η υιοθέτησή του από τον Οργανισμό μπορεί περαιτέρω να προάγει την έρευνα στις εξαρτήσεις στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. και τη χώρα.

Σε αυτό το πλαίσιο, δηλώνω ότι η χρήση στοιχείων από τις βάσεις δεδομένων του Οργανισμού θα πραγματοποιηθεί μόνο για τους σκοπούς και μέσα στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας και σε καμία άλλη περίπτωση.

Η στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών δεδομένων θα πραγματοποιηθεί με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statistics and Data (Stata)¹⁵. Αναλυτικότερα, η συγκλίνουσα εγκυρότητα θα ελεγχθεί με το συντελεστή συσχέτισης Pearson και η ταυτόχρονη εγκυρότητα με τον συντελεστή συμφωνίας Cohen's Kappa. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας θα ελεγχθεί με τον δείκτη α (alpha) του Cronbach, ενώ η αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου και η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών θα ελεγχθούν με τον συντελεστή ενδοσυσχέτισης ICC (Intraclass Correlation Coefficient) και τον συντελεστή συμφωνίας Cohen's Kappa.

Σχετικά με τη διαδικασία διασφάλισης του απορρήτου των πληροφοριών και των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων/ουσών, οι συμμετέχοντες/ουσες θα προσδιορίζονται σε οποιοδήποτε έγγραφο και αρχείο μόνον με κωδικό, ώστε να διασφαλίζονται τα προσωπικά δεδομένα και η ανωνυμία τους.

Εφόσον στην πορεία διεξαγωγής της έρευνας εμπλακούν ενεργά περισσότεροι εργαζόμενοι του Οργανισμού, θα αναφέρεται ο ρόλος τους και θα διασφαλιστεί η αναφορά των ονομάτων και των ειδικοτήτων τους.

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών θα αναφέρεται ως πηγή σε κάθε σχετική δημοσίευση ή ανακοίνωση.

Το τελικό κείμενο της ερευνητικής μελέτης θα κατατεθεί στο πρωτόκολλο του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών προτού υποβληθεί στον επιβλέποντα Καθηγητή κο Θωμά Παπαρρηγόπουλο προς αξιολόγηση.

Ο Αναπληρωτής Διευθυντής
Εφαρμογής Προγραμμάτων

Κωνσταντίνος Κοκκώλης
Ψυχίατρος
Αν. Διευθυντής Εφαρμογής
Προγραμμάτων ΟΚΑΝΑ

Κοκκώλης Κωνσταντίνος
Ψυχίατρος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΗ: Έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας ΑΠ:24442/19.06.19

Αρ. Πρωτ: 24442 - 19/06/2019

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ
(ΟΚΑΝΑ)
ΚΕΝΤΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ**
Ευδόξου 25, Αθήνα 117 43
Τηλέφωνο: 210-9245748, 210-9245745
Fax: 210 9245744
Mail: kee@okana.gr

Αθήνα, 19-6-19
Αρ. Πρωτ.:

Προς:
- Κο Κοκκώλη Κωνσταντίνο
Αναπληρωτή Διευθυντή Εφαρμογής
Προγραμμάτων
Κοινοποίηση:
- Γενικό Δ/ντή Δρ. Γκανά Αντώνιο
- Υπεύθυνη τμήματος Έρευνας και
Αξιολόγησης Δρ. Τσατσαρώνη Χ.

Θέμα: Έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας στον Οργανισμό.

Σχετικό: Το με αρ. πρωτ. 24241 - 18/06/2019 αίτημα του κ. Κοκκώλη.

-Την με αρ. πρωτ. 5011 - 19/11/2018 απόφαση Γενικού Διευθυντή.

Σας γνωρίζουμε ότι, σε συνέχεια των ανωτέρω σχετικών εγγράφων, ο Οργανισμός αποδέχεται το αίτημα του **κ. Κωνσταντίνου Κοκκώλη**, Ψυχιάτρου, Φοιτητή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων- Εξαρτησιολογία» της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για διεξαγωγή έρευνας στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας με τίτλο: «Προσαρμογή του Ερωτηματολογίου Australian Treatment Outcomes Profile – ATOP: Ένα Χρήσιμο Εργαλείο για τα Θεραπευτικά Προγράμματα Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων στην Ελλάδα», υπό την επίβλεψη του **κ. Παπαρρηγόπουλου Θωμά**, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ.

Σκοπός της εν λόγω έρευνας είναι η διενέργεια των προκατακτικών αναλύσεων για τον έλεγχο της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του παραπάνω ερευνητικού εργαλείου.

Κατόπιν αιτήματος του ενδιαφερόμενου κρίνεται σκόπιμη η συνεργασία με την Υπεύθυνη του Τμήματος Έρευνας και Αξιολόγησης κα Τσατσαρώνη και η διευκόλυνσή του για την ολοκλήρωση της προαναφερθείσας εργασίας στο πλαίσιο και με τους όρους που αναφέρονται στη συνημμένη επιστολή προς τον ΟΚΑΝΑ (*τήρηση των κανόνων δεοντολογίας κ.ά.*).

Η έγκριση για τη διεξαγωγή της ερευνητικής εργασίας δίδεται **υπό τους ακόλουθους όρους:** **α)** η πρόσβαση του ερευνητή στο αρχείο θα πραγματοποιείται αποκλειστικά στο χώρο που τηρείται αυτό, **β)** η διεξαγωγή συνεντεύξεων ή η λήψη ερωτηματολογίων από τα υποκείμενα των δεδομένων θα διενεργείται αποκλειστικά εντός του χώρου της εκάστοτε Θεραπευτικής Μονάδας της οποίας είναι μέλος το υποκείμενο των δεδομένων και σύμφωνα με τα ερευνητικά πρωτόκολλα, **γ)** ο ερευνητής θα θέτει υπό επεξεργασία από το αρχείο μόνον όσα στοιχεία είναι κατά την επιστημονική κρίση του απαραίτητα για την ολοκλήρωση του συγκεκριμένου ερευνητικού του έργου και **δ)** κατά την ολοκλήρωση της έρευνας και πριν από τη δημοσίευση ή καθ' οιονδήποτε άλλο τρόπο χρήση των αποτελεσμάτων της, ο ερευνητής θα προβεί στην ανωνυμοποίηση των προσωπικών δεδομένων που έχει συλλέξει υπό την έννοια ότι δεν επιτρέπεται να καταγραφούν και να συνδεθούν τα στοιχεία που ταυτοποιούν τους ασθενείς με τα ιατρικά δεδομένα και θα καταστρέψει το τυχόν υπάρχον ονομαστικό αρχείο που έχει συλλέξει μετά το πέρας του χρονικού διαστήματος που απαιτείται για την επίτευξη του εκάστοτε ερευνητικού σκοπού.

Ο ερευνητής καθίσταται υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων, δεσμεύεται από την τήρηση επαγγελματικής εχεμύθειας και απορρήτου και φέρει όλες τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, μεταξύ των οποίων την ενημέρωση και συγκατάθεση των υποκειμένων των δεδομένων, στην περίπτωση που η

έρευνα δεν είναι αναδρομική και την ασφάλεια της επεξεργασίας μέσω των κατάλληλων τεχνικών και οργανωτικών μέτρων.

Σε περίπτωση που η έρευνα είναι αναδρομική, αν ο ερευνητής δεν μπορεί να λάβει την προηγούμενη συγκατάθεση των υποκειμένων των δεδομένων έχει υποχρέωση προς τον ΟΚΑΝΑ να εξηγήσει τους λόγους για τους οποίους δεν είναι εφικτή η προηγούμενη ενημέρωση και λήψη συγκατάθεσης των υποκειμένων των δεδομένων.

Σε περίπτωση που εκδοθεί εγκύκλιος ή άλλη απόφαση του ΟΚΑΝΑ σχετικά με την εκπόνηση ερευνητικών εργασιών και την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ο ερευνητής αυτομάτως θα υπόκειται και στις ρυθμίσεις αυτές.

Με το δεδομένο ότι η συνεργασία με τον κo Κοκκώλη για την υλοποίηση των ανωτέρω συνάδει με την εύρυθμη λειτουργία του τμήματος ευθύνης σας, παρακαλούνται τα αρμόδια στελέχη να διευκολύνουν τον ενδιαφερόμενο.

Με την ολοκλήρωση της εν λόγω εργασίας, ο ενδιαφερόμενος δεσμεύεται να καταθέσει αντίγραφο της στο Πρωτόκολλο του Οργανισμού.

Ο Πρόεδρος Δ.Σ. ΟΚΑΝΑ

Ευάγγελος Καφετζόπουλος



Εσωτερική Διανομή:

1. Κο Πρόεδρο
2. Γραφείο Γενικού Διευθυντή
3. Δ/ση Εφαρμογής Προγράμματος
4. Κέντρο Εκπαίδευσης και Εποπτείας
5. Τμήμα Έρευνας και Αξιολόγησης

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι δε πηγές που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.