

Περίληψη

Εισαγωγή: Η τοξικοεξάρτηση αποτελεί μία σοβαρή, χρόνια, υποτροπιάζουσα πάθηση, που ιδιαίτερα για τις γυναίκες, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης η χρήση ουσιών προκαλεί μία σειρά σημαντικών κινδύνων τόσο για τις ίδιες όσο και για το παιδί. Οι υγειονομικοί υπάλληλοι που παρέχουν φροντίδα σε γυναίκες με προβλήματα χρήσης ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους πρέπει να κατανοήσουν την πολυπλοκότητα των κοινωνικοψυχολογικών και φυσικών προβλημάτων της γυναίκας ώστε να παρέχουν την κατάλληλη συμβουλευτική και υποστήριξη κατά την εγκυμοσύνη αλλά και την περίοδο μετά τον τοκετό.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός του κοινωνικού και δημογραφικού προφίλ των εγκύων οι οποίες εντάσσονται σε θεραπευτικά προγράμματα με υποκατάστατα οπιοειδών καθώς και των παραγόντων που επιδρούν θετικά στην παραμονή τους στα εν λόγω προγράμματα και μετά την ολοκλήρωση του τοκετού. Επιπλέον μελετήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την παράλληλη χρήση ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Μεθοδολογία: Εξετάστηκαν οι φάκελοι (συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο-TDI, ψυχιατρική εκτίμηση αν υπήρχε και αποτελέσματα ούρων) από 74 γυναίκες στις οποίες χορηγήθηκε βουπρενοφρίνη ή μεθαδόνη τουλάχιστον τρεις μήνες πριν τον τοκετό. Οι μεταβλητές στις οποίες επικεντρώθηκε η παρούσα έρευνα ήταν οι εξής: ηλικία, εθνικότητα, μορφωτικό επίπεδο, στέγαση, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, κατάσταση υγείας, ψυχιατρικό ιστορικό, φύλλο αξιολόγησης, φυλάκιση, παράλληλη χρήση, παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό.

Αποτελέσματα: Οι γυναίκες που χορηγήθηκε βουπρενοφρίνη ήταν ηλικίας κατά μέσο όρο 32 ετών (Μ.Ο.=32,47±4,93) και εισήχθησαν στη θεραπευτική μονάδα κατά μέσο όρο στον 3ο μήνα εγκυμοσύνης (Μ.Ο.=2,87±2,22), ενώ στις γυναίκες που χορηγήθηκε μεθαδόνη, ήταν κατά μέσο όρο 33 ετών (Μ.Ο.=33,33±4,28) και εισήχθησαν στη μονάδα κατά μέσο όρο στον 4ο μήνα εγκυμοσύνης (Μ.Ο.=3,59±3,00). Για τις γυναίκες που πήραν βουπρενοφρίνη, προκύπτει ότι το 59,6% (N=28) αυτών δεν αντιμετώπιζε κανένα ψυχιατρικό ζήτημα. Επιπλέον, το 17% (N=8) εμφάνιζαν διαταραχή διάθεσης/συμπεριφοράς/προσωπικότητας, το 8,5% (N=4) κατάθλιψη, το 6,4% (N=3) οριακή διαταραχή και το 4,3% (N=2) αγχώδη διαταραχή/διαταραχή πανικού ή σχιζοσυναισθηματική/ψυχωτική διαταραχή.

Αναφορικά με τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη, προκύπτει ότι το 63% (N=17) αυτών δεν αντιμετώπιζε κανένα ψυχιατρικό ζήτημα. Επιπλέον, το 11,1% (N=3) εμφάνιζε κατάθλιψη, το 7,4% (N=2) οριακή διαταραχή ή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και το 3,7% (N=1) ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή ΔΕΠΥ ή διπολική διαταραχή. Σχετικά με τις γυναίκες που πήραν βουπρενοφρίνη, προκύπτει ότι το 25,5% (N=12) αυτών δεν είχαν κάνει καμία παράλληλη χρήση στην εγκυμοσύνη, ενώ το υπόλοιπο 74,5% (N=35) είχε κάνει. Σχετικά με τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη, προκύπτει ότι το 29,6% (N=8) αυτών δεν είχαν κάνει καμία παράλληλη χρήση στην εγκυμοσύνη, ενώ το υπόλοιπο 70,4% (N=19) είχε κάνει. Όσον αφορά τις γυναίκες που πήραν βουπρενοφρίνη, προκύπτει ότι οι περισσότερες, για την ακρίβεια το 70,2% (N=33) παρέμειναν στο πρόγραμμα για διάστημα 6 μηνών και άνω, ενώ το 14,9% (N=7) παρέμειναν για διάστημα λιγότερο των 6 μηνών ή διέκοψαν μετά τον τοκετό. Σχετικά με τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη, προκύπτει ότι η μεγάλη πλειοψηφία τους, δηλαδή το 74,1% (N=20) παρέμειναν στο πρόγραμμα για διάστημα 6 μηνών και άνω, το 22,2% (N=6) για διάστημα λιγότερο των 6 μηνών και μόλις το 3,7% (N=1) διέκοψαν μετά τον τοκετό.

Συμπεράσματα: Σχετικά με τις γυναίκες που πήραν βουπρενοφρίνη η πλειοψηφία τους ακολουθεί αγωγή με quetiapine, ενώ για τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη, μισές περίπου ακολουθούν αγωγή με quetiapine. Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή των εγκύων που πήραν βουπρενοφρίνη και μεθαδόνη. Φάνηκε ότι και στις δύο ομάδες γυναικών, η μεγάλη τους πλειοψηφία έχει κάνει παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη, με τις περισσότερες να δηλώνουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει βενζοδιαζεπίνες και τις μισές περίπου οπιούχα. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης έδειξαν ότι οι γυναίκες που πήραν βουπρενοφρίνη, είχαν μικρότερο μήνα εγκυμοσύνης κατά την εισαγωγή στην μονάδα, δεν κατανάλωσαν οπιούχα, είχαν μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό. Τέλος η μη παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη συνδέθηκε με μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα για την ομάδα που πήρε βουπρενοφρίνη.

Λέξεις κλειδιά: Παραμονή σε θεραπεία, υποκατάστατα οπιοειδών, παράμετροι παραμονής, τοξικοεξάρτηση

Abstract

Introduction: Drug addiction is a serious, chronic, recurrent condition, which especially for women, during pregnancy, substance use poses a number of significant risks for both themselves and the child. Healthcare professionals who care for women with substance use problems during pregnancy should understand the complexity of a woman's socio-psychological and physical problems in order to provide appropriate counseling and support during pregnancy and the postpartum period. The purpose of this study is to determine the social and demographic profile of pregnant women who are part of treatment programs with opioid substitutes as well as the factors that positively affect their stay in these programs after childbirth. In addition, the factors that affect the concomitant use of substances during pregnancy were studied.

Methodology: 74 women who received buprenorphine or methadone at least three months before delivery were examined (completed questionnaire - TDI, by the staff of the organization, psychiatric assessment if there were urine results). The variables that this research focused on were: age, nationality, educational level, housing, marital status, number of children, health status, psychiatric history, evaluation sheet, imprisonment, concurrent use, stay in the program after childbirth.

Results: The women who received buprenorphine were on average 32 years old (mean = 32.47 ± 4.93) and were admitted to the unit on average in the 3rd month of pregnancy (mean = 2.87 ± 2.22), while the women who received methadone were on average 33 years old (mean = 33.33 ± 4.28) and were admitted to the unit on average in the 4th month of pregnancy (mean = 3.59 ± 3.00). For women who took buprenorphine, it appears that 59.6% (N = 28) of them have no psychiatric issues. In addition, 17% (N = 8) show mood / behavior / personality disorder, 8.5% (N = 4) depression, 6.4% (N = 3) borderline disorder and 4.3% (N = 2) anxiety disorder / panic disorder or schizoaffective / psychotic disorder. Regarding the women who took methadone, it appears that 63% (N = 17) of them do not face any psychiatric issues. In addition, 11.1% (N = 3) show depression, 7.4% (N = 2) borderline disorder or major depressive disorder and 3.7% (N = 1) obsessive-compulsive disorder or ADHD or bipolar disorder. Regarding women who took buprenorphine, it appears that 25.5% (N = 12) of them have not used any concomitant use in pregnancy, while the

remaining 74.5% (N = 35) have. Regarding the women who took methadone, it appears that 29.6% (N = 8) of them have not made any parallel use in pregnancy, while the remaining 70.4% (N = 19) have done. Regarding women who took buprenorphine, it appears that most, to be precise, 70.2% (N = 33) remained in the program for 6 months or more, while 14.9% (N = 7) remained for a period less than 6 months or discontinued after delivery. Regarding women who took methadone, it appears that the vast majority, ie 74.1% (N = 20) remained in the program for 6 months or more, 22.2% (N = 6) for less than 6 months and only 3.7% (N = 1) stopped after childbirth..

Conclusions: The majority of women taking buprenorphine are treated with quetiapine, while about half of the women taking methadone are treated with quetiapine. No statistically significant differences were found in the medication of pregnant women taking buprenorphine and methadone. It appeared that in both groups of women, the vast majority had used substances in parallel during pregnancy, with most stating that they had used benzodiazepines, and about half that opiates. The results of the regression analysis showed that women who took buprenorphine had a shorter month of gestation upon admission to the unit and did not consume opiates had a longer stay in the postpartum program. Finally, concomitant substance use in pregnancy was associated with a longer stay in the program for the buprenorphine group.

Keywords: Staying in treatment, opioid substitutes, staying parameters, drug dependence

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	1
Abstract	3
Περιεχόμενα Πινάκων	6
Εισαγωγή	7
1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση	11
1.1. Τα αίτια και οι συνέπειες της χρήσης ουσιών	11
1.2. Τα χαρακτηριστικά της γυναικείας τοξικοεξάρτησης	14
1.2.1. Βιολογικοί παράγοντες	20
1.2.2. Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες	20
1.2.3. Ψυχολογικοί παράγοντες και ψυχιατρικές διαταραχές	21
1.2.4. Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες	22
1.2.5. Πορεία χρήσης ουσιών	23
1.2.6. Κοινωνικές και οικογενειακές συνέπειες	23
1.3. Εισαγωγή εγκύων σε θεραπευτικά προγράμματα	24
1.4. Τα δεδομένα στην Ελλάδα	37
1.5. Σύνοψη ευρημάτων βιβλιογραφικής ανασκόπησης	39
1.6. Σκοπός της μελέτης	41
1.7. Ερευνητικές υποθέσεις	42
2. Μεθοδολογία	43
2.1. Ερευνητική Διαδικασία	43
2.2. Συμμετέχοντες	43
2.3. Ερευνητικά εργαλεία	43
2.4. Στατιστική Ανάλυση	44
3. Αποτελέσματα	45
3.1. Δημογραφικά στοιχεία	45
3.2. Κατάσταση υγείας	47
3.3. Ψυχιατρικό ιστορικό	48
3.4. Φαρμακευτική αγωγή	49
3.5. Παράλληλη χρήση ουσίας στην εγκυμοσύνη	50
3.6. Παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό	51
3.7. Προβλεπτικοί παράγοντες της παραμονής στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό	51
3.8. Προβλεπτικοί παράγοντες της παράλληλης χρήσης ουσιών στην εγκυμοσύνη.	53
Συμπεράσματα	56

Περιορισμοί της έρευνας	60
Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες	60
Βιβλιογραφία	60

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1: Έλεγχος independent samples t-test για ποσοτικές δημογραφικές μεταβλητές ως προς ουσία χορήγησης.....	45
Πίνακας 2: Έλεγχος Χ ² test για ποιοτικές δημογραφικές μεταβλητές ως προς ουσία χορήγησης.....	46
Πίνακας 3: Έλεγχος Χ ² test για κατάσταση υγείας ως προς ουσία χορήγησης	47
Πίνακας 4: Έλεγχος Χ ² test για ψυχιατρικό ιστορικό ως προς ουσία χορήγησης.....	48
Πίνακας 5: Έλεγχος Χ ² test για φαρμακευτική αγωγή ως προς ουσία χορήγησης ...	49
Πίνακας 6: Έλεγχος Χ ² test για παράλληλη χρήση ουσίας στην εγκυμοσύνη ως προς ουσία χορήγησης.....	50
Πίνακας 7: Έλεγχος Χ ² test για παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό ως προς ουσία χορήγησης.....	51
Πίνακας 8: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τις γυναίκες που πήραν βουπρενορφίνη με εξαρτημένη μεταβλητή την παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό.....	51
Πίνακας 9: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τις γυναίκες που πήραν βουπρενορφίνη με εξαρτημένη μεταβλητή την παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό και ομαδοποίηση των ανεξάρτητων μεταβλητών	53
Πίνακας 10: Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τις γυναίκες που πήραν βουπρενορφίνη με εξαρτημένη μεταβλητή την καμία παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη και ομαδοποίηση των ανεξάρτητων μεταβλητών	54
Πίνακας 11: Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη με εξαρτημένη μεταβλητή την καμία παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη και ομαδοποίηση ανεξάρτητων μεταβλητών	54

Εισαγωγή

Η τοξικοεξάρτηση αποτελεί μία σημαντική, χρόνια, υποτροπιάζουσα πάθηση. Και τα δύο φύλα είναι ευάλωτα σε αυτήν, αλλά οι γυναίκες επηρεάζονται διαφορετικά σε σχέση με τους άντρες λόγω μίας σειράς παραγόντων (Πολιτοπούλου, 2010), ενώ και ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιούν τις ουσίες τα δύο φύλα διαφέρει (NIH, 2018). Η χρήση ουσιών μπορεί να οφείλεται σε μία σειρά διαφορετικών αιτιών, ενώ έχει πληθώρα αρνητικών συνεπειών για τον χρήστη (Αίτια και συνέπειες των ναρκωτικών, 27/1/2019). Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης η χρήση εγκυμονεί μία σειρά σημαντικών κινδύνων τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί (Πολιτοπούλου, 2010, Αίτια και συνέπειες των ναρκωτικών, 27/1/2019). Λόγω των ιδιαιτεροτήτων της γυναικείας τοξικοεξάρτησης έχουν διαμορφωθεί ειδικευμένα προγράμματα απεξάρτησης τα οποία επικεντρώνουν στον γυναικείο πληθυσμό (Πολιτοπούλου, 2010).

Στην Ελλάδα οι έγκυες γυναίκες που κάνουν χρήση οπιοειδών εισάγονται κατ'εξάιρεση στα προγράμματα του OKANA εκτός λίστας. Ορισμένα από τα πλέον συχνά συμπτώματα που ενδέχεται να παρουσιάσει το νεογνό των γυναικών αυτών είναι το μειωμένο σωματικό βάρος, καθώς και στερητικό σύνδρομο (Λουκά, 2014). Η έγκυος ενδέχεται να αντιμετωπίσει ημικρανίες, επιληπτικές κρίσεις ή αυξημένη αρτηριακή πίεση, η οποία μπορεί να επηρεάσει και το έμβρυο. Αναφορικά με την είσοδο και παραμονή μίας εγκύου σε πρόγραμμα απεξάρτησης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και κοινωνικοί παράγοντες (NIH, 2018). Πέραν των ζητημάτων που σχετίζονται με την υγεία, η εξάρτηση από ουσίες μπορεί να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό τη στάση μίας γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, δημιουργώντας σημαντικά προβλήματα για την ανάπτυξη του παιδιού. Η εγκυμοσύνη ενδέχεται να αποτελέσει μία ευκαιρία για τις γυναίκες, τους συντρόφους τους και τα υπόλοιπα άτομα του νοικοκυριού ούτως ώστε να μεταβάλουν τα πρότυπα χρήσης των ουσιών τους. Οι υγειονομικοί υπάλληλοι που παρέχουν φροντίδα σε γυναίκες με διαταραχές χρήσης ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους πρέπει να κατανοήσουν την πολυπλοκότητα των κοινωνικών, ψυχολογικών και φυσικών προβλημάτων τους ούτως ώστε να παρέχουν την κατάλληλη συμβουλευτική και υποστήριξη τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και την περίοδο μετά τον τοκετό (WHO, 2014).

Σε διάστημα 12 μηνών μετά τον τοκετό βρέθηκε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να παραμείνουν σε πρόγραμμα θεραπείας με υποκατάστατα, στην περίπτωση κατά την οποία είχαν εισαχθεί σε αυτό κατά την αρχή της εγκυμοσύνης τους. Η συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών κατά το τρίτο τρίμηνο επίσης συσχετίστηκε με αυξημένες πιθανότητες παραμονής στο πρόγραμμα για περίοδο έξι μηνών μετά τον τοκετό. Η χρήση τοξικών ουσιών τόσο στη περίοδο της εγκυμοσύνης όσο και για περίοδο 12 μηνών μετά τον τοκετό βρέθηκε ότι συσχετίζεται αρνητικά με την παραμονή σε θεραπευτικό πρόγραμμα (O'Connor et al., 2018).

Άλλο ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει την ερευνητική κοινότητα, είναι η παραμονή στα θεραπευτικά προγράμματα, είτε των εγκύων ή των γυναικών που έχουν γεννήσει. Έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται αρνητικά με σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Επιπρόσθετα, η κατάσταση των ασθενών κατά τη στιγμή του εξιτηρίου συνδέεται με τον χρόνο παραμονής τους στο πρόγραμμα (Brown et al., 1999). Επισημαίνονται διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών όσον αφορά τους παράγοντες που επιδρούν στην έναρξη της θεραπείας, την ολοκλήρωση και τον χρόνο διάρκειας της. Ως θετικούς παράγοντες που συνεισφέρουν στην έναρξη της θεραπείας εντοπίστηκαν η έγκυρη διάγνωση της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ για τις γυναίκες και ο γάμος ή η εργασία για τους άντρες. Η αναβολή έναρξης της θεραπείας αποδίδεται σε ζητήματα ψυχικής υγείας για τις γυναίκες και σε χαμηλό μορφωτικό επίπεδο για τους άντρες. Η ολοκλήρωση της θεραπείας αποδίδεται σε υψηλό εισόδημα και νομική παραπομπή για τις γυναίκες και στη μεγάλη ηλικία για τους άντρες. Η αποτυχία ολοκλήρωσης της θεραπείας αποδίδεται σε διαγνώσεις βαρύτερης εξάρτησης και υψηλότερες τιμές του Δείκτη Σοβαρότητας Εθισμού για τις γυναίκες και σε άσχημη ψυχιατρική κατάσταση και έλλειψη ασφάλισης και κινήτρου για τους άντρες. Ο χρόνος διάρκειας της θεραπείας αυξάνεται στις γυναίκες λόγω διαγνώσεων που σχετίζονταν με την εξάρτηση από το αλκοόλ ή τα οπιοειδή καθώς και εξαιτίας νομικών παραπομπών. Στους άντρες η αύξηση οφείλεται σε λιγότερες διαγνώσεις προβλημάτων ψυχικής υγείας, υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και ενδοοικογενειακή βία (Green et al., 2002).

Ως παράγοντες οι οποίοι συνεισφέρουν στην ολοκλήρωση των θεραπευτικών προγραμμάτων αναφέρονται οι ακαδημαϊκές επιτυχίες, οι εργασιακές ικανότητες και το επαγγελματικό ιστορικό των γυναικών που συμμετείχαν στο πρόγραμμα. Επιπρόσθετα, άλλοι παράγοντες που οδηγούν αυτές τις γυναίκες στην επιτυχή έξοδο

προγραμμάτων θεραπείας είναι ο χαμηλότερος βαθμός εμπλοκής τους με υπηρεσίες κοινωνικής ευημερίας, καθώς και η απουσία προβλήματος στέγασης, ψυχιατρικών διαγνώσεων ή ενδοοικογενειακής βίας. Η ολοκλήρωση των θεραπευτικών προγραμμάτων θεωρείται περισσότερο πιθανή για γυναίκες με προσωπικούς και κοινωνικούς πόρους (Kelly et al., 2001).

Οι μητέρες που συμμετείχαν σε θεραπευτικά προγράμματα με βουπρενορφίνη και ξεκινούσαν τη φαρμακευτική αγωγή πριν την εγκυμοσύνη ή και νωρίτερα σε σχέση με εκείνες που συμμετείχαν σε θεραπευτικό πρόγραμμα με μεθαδόνη, βρέθηκε ότι είχαν μικρότερες πιθανότητες να γεννήσουν πρόωρα, παρουσίαζαν κυοφορία μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας, ενώ τα βρέφη τους είχαν μεγαλύτερο βάρος κατά τη γέννηση. Επιπρόσθετα, τα νεογέννητα τους είχαν πολύ πιο σπάνια την ανάγκη θεραπείας από το νεογνικό σύνδρομο αποχής και με μικρότερη χρονική διάρκεια σε σχέση με εκείνα από μητέρες οι οποίες ήταν ενταγμένες σε θεραπευτικό πρόγραμμα μεθαδόνης (Meyer et al., 2015). Σε έρευνα που διεξήχθη σε έγκυες χρήστριες οπιοειδών βρέθηκε ότι το 86% από αυτές είχαν ακούσια εγκυμοσύνη, με το ποσοστό να διαμοιράζεται σε άκαιρη εγκυμοσύνη (34%), ανεπιθύμητη (27%) και αμφίβολη (26%) (Heil et al., 2011).

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην αξιολόγηση ορισμένων παραμέτρων οι οποίες θεωρείται ότι συμβάλουν στην παραμονή εγκύων γυναικών σε θεραπεία με υποκατάστατα οπιοειδών στην διάρκεια αλλά και μετά το πέρας του τοκετού. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες επιλέχθηκαν βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας. Είναι η ηλικία, η εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, η στέγαση, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των παιδιών, η κατάσταση της υγείας, το ψυχιατρικό ιστορικό, η φαρμακευτική αγωγή, η φυλάκιση, η παράλληλη χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η εργασιακή κατάσταση και ο μήνας εγκυμοσύνης κατά την εισαγωγή στη μονάδα. Εξετάζονται σε σύγκριση με το εάν η ασθενής παρέμεινε στη μονάδα μετά τον τοκετό καθώς και σε σχέση με το χρονικό διάστημα για το οποίο παρέμεινε (περισσότερο ή λιγότερο από έξι μήνες).

Για την εκπλήρωση του σκοπού της μελέτης πραγματοποιήθηκε δευτερογενής και πρωτογενής έρευνα. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της δευτερογενούς έρευνας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση επιστημονικών μελετών, ακαδημαϊκών άρθρων και επιστημονικών βιβλίων. Για την πραγματοποίηση της

πρωτογενούς έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της προοπτικής-αναδρομικής έρευνας.

Η εργασία διαρθρώνεται σε τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο από αυτά πραγματοποιείται μία βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία εστιάζει στις παραμέτρους οι οποίες σχετίζονται με την παραμονή εγκύων σε θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης στην διάρκεια αλλά και μετά τον τοκετό. Επίσης, περιγράφεται το περιεχόμενο και η σημασία των συγκεκριμένων προγραμμάτων, ενώ συζητούνται εναλλακτικές προσεγγίσεις στο εν λόγω ζήτημα και παρουσιάζονται οι παραδοσιακές και σύγχρονες αντιλήψεις. Στην συνέχεια, διατυπώνονται η προβληματική και τα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία προέκυψαν έπειτα από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει την ερευνητική μεθοδολογία που υιοθετήθηκε στην παρούσα εργασία. Παρουσιάζεται ο συνολικός σχεδιασμός της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, περιγράφονται τα θεμελιώδη στοιχεία της ακολουθούμενης μεθοδολογικής προσέγγισης, αναφέρεται το προφίλ του δείγματος, καθώς και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων και πραγματοποιείται μία αναφορά της μεθόδου επεξεργασίας και ανάλυσης τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα που προέκυψαν μετά από τη διαδικασία της ανάλυσης των δεδομένων. Το τέταρτο κεφάλαιο περιέχει τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την παρούσα μελέτη, καθώς και ορισμένα ζητήματα η μελλοντική διερεύνηση των οποίων θα παρουσίαζε επιστημονικό ενδιαφέρον. Στο τέλος της παρούσας διπλωματικής εργασίας παρατίθεται η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε κατά την εκπόνηση της.

1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

1.1. Τα αίτια και οι συνέπειες της χρήσης ουσιών

Οι λόγοι για την έναρξη χρήσης ουσιών μεταξύ εφήβων κοριτσιών έχουν μελετηθεί κυρίως σε δυτικές κουλτούρες. Οι συχνά αναφερόμενοι λόγοι για την έναρξη περιλαμβάνουν κατάθλιψη των εφήβων, προβλήματα προσαρμογής, παρέα με μεγαλύτερους άνδρες φίλους, πίεση από ομότιμους, αίσθημα αίγλης και δύναμης και εξαφάνιση στερεοτύπων για τη θηλυκότητα (Murthy & Chand, 2005). Η έρευνα των Koushik & Swati (2015) δείχνει ότι, ενώ πολλοί από αυτούς τους λόγους μπορεί να είναι ουδέτεροι ως προς το φύλο, κάποιοι παράγοντες όπως η εφηβεία μπορεί να επηρεάζουν τα κορίτσια περισσότερο από τα αγόρια. Μια άλλη μελέτη, η οποία προσδιόριζε κρίσιμους παράγοντες που συνέβαλαν στην έναρξη χρήσης ουσιών μεταξύ γυναικών, ανέφερε ως ιδιαίτερα κρίσιμους παράγοντες το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον, την ύπαρξη άγχους και την ανάπτυξη προβληματικών σχέσεων που εμπειρείχαν κακοποίηση αυτών των γυναικών (Maharaj et al., 2005). Ινδικές μελέτες αναφέρουν ηλικιωμένους άνδρες (φίλος, μέλος της οικογένειας ή σύζυγος) ως κοινό παράγοντα εκκίνησης (Nebhinani et al., 2013). Ορισμένα επαγγέλματα όπως η σεξουαλική εργασία και η εργασία σε ενώσεις οινόπνευματών, επίσης αποτέλεσαν παράγοντες κινδύνου για την έναρξη χρήσης οινόπνευματος ή άλλων ουσιών (Kermode et al., 2013). Η ανακούφιση από το άγχος ή τους σωματικούς πόνους προέκυψαν επίσης ως σημαντικοί παράγοντες σε ορισμένες μελέτες (Nebhinani et al., 2013). Έχουν επίσης αναφερθεί θετικές προσδοκίες σχετικά με τα οφέλη της χρήσης οινόπνευματος στην ανακούφιση από την καταθλιπτική διάθεση. Μεγαλύτερες γυναίκες παρατηρήθηκε να ξεκινούν το αλκοόλ πιστεύοντας ότι είχε σημαντικές ιδιότητες αποκατάστασης μετά τον τοκετό (Murthy & Chand, 2005).

Τα κυριότερα αίτια της χρήσης ουσιών μπορούν να συνοψιστούν ως εξής (Αίτια και συνέπειες των ναρκωτικών, 27/1/2019):

- Λανθασμένη διαπαιδαγώγηση κατά τις μικρότερες ηλικίες. Δεν αναπτύσσεται η προσωπική βούλησης των παιδιών, η οποία θα είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη αντιστάσεων, ατομικής ευθύνης και κρίσης ούτως ώστε το άτομο να μην παρασύρεται εύκολα (Sahu & Sahu, 2012).

- Άγνοια από το άτομο της εσωτερικής υπακοής, της πειθαρχίας και της υποταγής σε μία τάξη πραγμάτων, ούτως ώστε να βρίσκεται σε θέση να υπομένει και να περιμένει. Άγνοια του ότι η ευτυχία και η επιτυχία δεν συνδέονται με την απουσία του κόπου και του πόνου, καθώς και του ότι χωρίς προσπάθεια και αγώνα το άτομο δεν μπορεί να απεξαρτηθεί από τις επιθυμίες του (Oser et al., 2013).
- Οικογενειακές κρίσεις, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την έλλειψη επικοινωνίας η οποία στρέφει τα παιδιά προς την πρόωρη και επικίνδυνη φυγή από το σπίτι (Oser et al., 2013).
- Αλλοτριωτικός χαρακτήρας των σύγχρονων ανθρώπινων σχέσεων. Η μειωμένη προσωπική επικοινωνία, η αποξένωση και η μοναξιά έχουν ως αποτέλεσμα τη δοκιμασία της ψυχικής ισορροπίας των σύγχρονων ανθρώπων και την αναζήτηση διεξόδων από αυτούς. Η δυσκολία ένταξης στην κοινωνική ζωή ενδέχεται να οδηγήσει στην αναζήτηση ένταξης σε κάποιο αντικοινωνικό υποσύνολο. Στην κατηγορία αυτή ανήκει και η χρήση ουσιών.
- Θεώρηση της χρήσης ουσιών ως αντίδρασης στο κοινωνικό κατεστημένο. Αντιμετώπιση της χρήσης ως μορφής ανεξαρτητοποίησης, επανάστασης και φυγής, καθώς και ως προσπάθειας διαφοροποίησης των νέων από τους μεγαλύτερους, οι οποίοι και αποτελούν το αντικείμενο της αμφισβήτησης τους (Swensen, 2015).
- Νεανική περιέργεια, η οποία συχνά αντί να αποθαρρυνθεί διαμέσου των νουθεσιών των μεγαλύτερων ενισχύεται από αυτές. Η συγκεκριμένη τάση είναι ιδιαιτέρως έντονη στους εφήβους, οι οποίοι επιθυμούν να αποκτήσουν δικές τους εμπειρίες (Swensen, 2015).
- Προσέλκυση από άλλους χρήστες ουσιών, οι οποίοι προσπαθούν να μεταδώσουν τις συνήθειες τους και σε άλλα άτομα, καθώς όταν ένα ελάττωμα διαδοθεί παύει να αποτελεί κατακριτέα εξαίρεση και είναι ευκολότερο να γίνει αποδεκτό από τη στιγμή που το μοιράζονται πολλά άτομα (Okafor, 2020).

Ορισμένα ψυχολογικά αίτια στα οποία αποδίδεται η εξάρτηση από ουσίες συνοψίζονται στο ελλειμματικό ψυχικό υπόβαθρο, τη συναισθηματική ανωριμότητα και τραύματα από την παιδική ηλικία τα οποία εμφανίζονται σε δυσλειτουργικές οικογένειες (Μάτσα, 2013).

Οι συνέπειες της χρήσης ουσιών είναι ποικίλες και αποτελούν συνάρτηση διαφόρων παραγόντων (για παράδειγμα, το είδος της ουσίας, ο τρόπος και η διάρκεια της χρήσης κλπ.). Οι πλέον διαδεδομένες συνέπειες από τη χρήση ουσιών είναι οι παρακάτω (Αίτια και συνέπειες των ναρκωτικών, 27/1/2019):

- Οξεία δηλητηρίαση, η οποία αποτελεί μία από τις πλέον διαδεδομένες αιτίες θανάτου των χρηστών. Ένας σημαντικός αριθμός ουσιών (κατά κύριο λόγο τα οπιούχα, οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη και τα βαρβιτουρικά) δημιουργεί την ανάγκη της λήψης μεγαλύτερων δόσεων λόγω εθισμού, γεγονός το οποίο ενδέχεται να έχει μοιραίες συνέπειες για τη ζωή του εξαρτημένου. Λόγω της συνεχούς ανάγκης του χρήστη να αυξάνει τη δόση του, κάποια στιγμή οδηγείται στην υπερδόση (overdose) η οποία είναι τοξική για τον οργανισμό. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια τη δηλητηρίαση, η οποία έχει ποικίλα συμπτώματα, ενώ τελικά οδηγεί σε παράλυση της αναπνοής και της κυκλοφορίας και συνεπακόλουθα στον θάνατο (Sahu & Sahu, 2012).
- Γενικές λοιμώξεις (για παράδειγμα ηπατίτιδα, HIV, τέτανος, πνευμονικές επιπλοκές, σηψαιμία, ενδοκαρδίτιδα κλπ.) οι οποίες οφείλονται σε άγνοια ή αδυναμία τήρησης των συνθηκών ασηψίας όταν λαμβάνει χώρα ενέσιμη χρήση (Swensen, 2015).
- Κίνδυνος πρόσμειξης των ναρκωτικών με άλλες ουσίες. Οι διάφορες ουσίες (κινίνη, στρυχνίνη κτλ.) με τις οποίες νοθεύονται τα ναρκωτικά από τους διακινητές (κατά κύριο λόγο η ηρωίνη) ούτως ώστε αυτοί να αυξήσουν τα κέρδη τους συνδέονται με μία σειρά συμπτωμάτων καθώς και θανάτων (Okafor, 2020).
- Η χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει ολέθριες συνέπειες για τα βρέφη. Οι ναρκωτικές ουσίες διαπερνούν τον πλακούντα, γεγονός το οποίο έχει ως αποτέλεσμα τη διάδοση της επίδρασης τους στο έμβρυο και την ανάπτυξη εξάρτησης από εκείνο (Nachinaab, 2018).
- Αρνητικές κοινωνικές συνέπειες, όπως είναι η εγκληματικότητα, η βία και η διάβρωση των ηθικών αξιών (Sahu & Sahu, 2012).

Ως τόσο η ηλικία της έναρξης χρήσης ουσιών, η ουσία και η ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα έχουν σημαντικό ρόλο στις συνέπειες και την πορεία της χρήσης ουσιών.

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του 2017 για τα ναρκωτικά του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας¹, για την περίπτωση της Ελλάδας, από τους χρήστες που ξεκινούν θεραπεία, το 14% αποτελεί γυναίκες και το 86% αποτελεί άνδρες. Η μέση ηλικία έναρξης χρήσης ηρωίνης είναι τα 22 έτη, ενώ η μέση ηλικία ένταξης σε προγράμματα θεραπείας για πρώτη φορά είναι τα 35 έτη. Σύμφωνα με την παραπάνω έκθεση το 2015 στην Ελλάδα έγιναν 2.603 εισαγωγές για θεραπεία, με 769 από αυτούς τους χρήστες να ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά. Επιπλέον, η τάση στον αριθμό των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά παρουσιάζει μείωση μεγαλύτερη του 50%, καθώς το 2006 στην Ελλάδα είχαμε περίπου 2.000 άτομα και το 2015 είχαμε 769. Ως προς τα στοιχεία που σχετίζονται με τους θανάτους από τη χρήση ναρκωτικών, η έκθεση δεν παρουσιάζει στοιχεία που να σχετίζονται με το φύλλο, αλλά αναφέρει ότι από το σύνολο των θανάτων που οφείλονταν στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, το 93% αποτελούσαν περιπτώσεις χρήσης οπιοειδών σκευασμάτων. Ως προς την τάση στον αριθμό των θανάτων από ναρκωτικά παρουσιάζεται μια σταθερή μείωση από το 2009 (235 θάνατοι) μέχρι το 2012, όπου η κατάσταση φαίνεται να σταθεροποιείται μέχρι το 2014, με 75 περίπου ετήσιους θανάτους από τη χρήση ναρκωτικών. Το 2015, το πλήθος των θανάτων που οφείλονται στη χρήση ναρκωτικών αυξάνει ξανά μετά το 2009, φτάνοντας τους 94 θανάτους.

1.2. Τα χαρακτηριστικά της γυναικείας τοξικοεξάρτησης

Η τοξικοεξάρτηση είναι μία σοβαρή, χρόνια, υποτροπιάζουσα πάθηση η οποία επιδρά και στα δύο φύλα. Οι γυναίκες όμως, λόγω μίας σειράς παραγόντων, επηρεάζονται με διαφορετικό τρόπο σε σχέση με τους άντρες. Η γυναικεία χρήση ουσιών είναι λιγότερο ανεκτή από την κοινωνία σε σχέση με την αντρική, γεγονός το οποίο οδηγεί σε στιγματισμό, απόκρυψη του προβλήματος από τις γυναίκες και αύξηση της διστακτικότητας τους όσον αφορά την αναζήτηση βοήθειας από τους ειδικούς (Πολιτοπούλου, 2010). Οι γυναίκες αναφέρονται ως η πλέον ευάλωτη κατηγορία τοξικοεξαρτημένων (Μάτσα, 2013). Επιπρόσθετα, λόγω του κοινωνικού ρατσισμού ενδέχεται να παρουσιάζουν αυξημένες επιφυλάξεις απέναντι στα θεραπευτικά προγράμματα. Οι μητέρες τοξικοεξαρτημένες στιγματίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό

¹ Greece - Country Drug Report 2017 - emcdda - europa.eu
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjR-9HLm4zrAhWvgVwKHcY1DeIQFjAAegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fsystem%2Ffiles%2Fpublications%2F4526%2FTD0416907ELN.pdf&usg=AOvVaw1P_hbbQh3Q9d2dZ4LQpzLR

(Μάτσα, 2013). Ως εκ τούτου η μητρότητα θα μπορούσε να θεωρηθεί η πλέον σημαντική περίοδος για τις γυναίκες χρήστριες. Η χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ενέχει μία σειρά σημαντικών κινδύνων τόσο για την έγκυο γυναίκα όσο και για το βρέφος. Χαρακτηριστικά αναφέρονται η πρόωρη γέννηση, το χαμηλό βάρος γέννησης, ο εθισμός του νεογνού και το σύνδρομο του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου. Συν τοις άλλοις οι τοξικοεξαρτημένες μητέρες απαγορεύεται να θηλάσουν τα βρέφη τους για λόγους προστασίας (Λουκά, 2014). Ενδέχεται να μεταδοθεί στο έμβρυο ο ιός HIV. Επιπρόσθετα, οι μητέρες τοξικοεξαρτημένες ενδέχεται να παραμελούν και να κακοποιούν τα παιδιά τους, γεγονός το οποίο συνεπάγεται την ύπαρξη ενός δυσλειτουργικού οικογενειακού περιβάλλοντος (Tuchman, 2010). Μάλιστα μία από τις πλέον διαδεδομένες αιτίες απόκρυψης της χρήσης συνίσταται στον φόβο αξιολόγησης της τοξικοεξαρτημένης ως ανίκανης μητέρας, γεγονός το οποίο οφείλεται στην αντίθεση της χρήσης με τον κοινωνικό ρόλο της μητέρας, ο οποίος αποσκοπεί στη δημιουργία, διατήρηση και φροντίδα της οικογένειας (Πολιτοπούλου, 2010).

Οι γυναίκες αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα ζητήματα αναφορικά με τη χρήση ουσιών, τα οποία διαμορφώνονται εν μέρει από (NIH, 2018):

- Το φύλο: διαφορές τους σε σχέση με τους άντρες που σχετίζονται με τη βιολογία (Tuchman, 2010).
- Το γένος: διαφορές βάσει των πολιτισμικά καθορισμένων ρόλων των αντρών και γυναικών (Poole & Dell, 2005).

Η γυναικεία τοξικοεξάρτηση αποδίδεται σε τραυματικά γεγονότα ή στρεσογόνους παράγοντες όπως είναι η σεξουαλική, συναισθηματική και σωματική κακοποίηση. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες οι γυναίκες χρήστριες αποτελούν κατά πλειοψηφία θύματα σεξουαλικής ή άλλου είδους κακοποίησης κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής τους ηλικίας (Poole & Dell, 2005). Επιπρόσθετα, είναι ιδιαίτερος πιθανό να προέρχονται από ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον εντός του οποίου τουλάχιστον ο ένας από τους δύο γονείς έκανε κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών (Gorman, 2014). Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάχρησης συνταγογραφούμενων χαπιών (αγχολυτικών, βενζοδιαζεπινών) στοχεύοντας στην αυτοθεραπεία τους (Tuchman, 2010). Αντιμετωπίζουν τη χρήση ως ένα μέσο διαχείρισης δυσάρεστων καταστάσεων (για παράδειγμα, κακοποίηση, πένθος) ή

επίπονων συναισθημάτων (για παράδειγμα, χρόνια κατάθλιψη, άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση) (Πολιτοπούλου, 2010).

Επιστήμονες που μελετούν τη χρήση ουσιών έχουν ανακαλύψει ότι οι γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών αντιμετωπίζουν ζητήματα τα οποία σχετίζονται με τις ορμόνες, τον εμμηνορρυσιακό κύκλο, τη γονιμότητα, την εγκυμοσύνη, τον θηλασμό και την εμμηνόπαυση (Metz et al., 2012). Επιπρόσθετα, οι γυναίκες από μόνες τους αναφέρουν συγκεκριμένες αιτίες για τις οποίες καταφεύγουν στη χρήση ουσιών, όπως είναι ο έλεγχος του βάρους, η καταπολέμηση της κόπωσης, η αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και προσπάθειες αυτοδιαχείρισης προβλημάτων ψυχικής υγείας (NIH, 2018).

Η γυναικεία τοξικοεξάρτηση παρουσιάζει υψηλότερο ποσοστό συννοσηρότητας, στην οποία συμπεριλαμβάνονται κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, φοβίες, ψυχοσεξουαλικές διαταραχές, διατροφικές διαταραχές, καθώς και διαταραχή μετατραυματικού στρες (Sherman et al., 2008). Οι γυναίκες τοξικοεξαρτημένες συνήθως ξεκινούν τη χρήση μέσω ερωτικού συντρόφου ο οποίος ήδη κάνει χρήση τοξικών ουσιών. Ο σύντροφος τείνει να καθορίζει την ουσία, την ποσότητα και τη μέθοδο χρήσης. Είναι διαδεδομένο το φαινόμενο της εμπλοκής των γυναικών τοξικοεξαρτημένων σε εξαρτητικές σχέσεις, οι οποίες συνεπάγονται μία έντονη προσκόλληση στον σύντροφο, ο οποίος συχνά στέκεται αποθαρρυντικά απέναντι στη θεραπεία (Πολιτοπούλου, 2010).

Αναφορικά με τις σωματικές συνέπειες της χρήσης ουσιών, οι γυναίκες τείνουν να εξαρτώνται ευκολότερα από την κοκαΐνη. Επιπρόσθετα, παρουσιάζουν υψηλότερη ευαισθησία σε προβλήματα υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η μεγαλύτερη ευαισθησία του γυναικείου ήπατος στην τοξική επίδραση της χρόνιας κατάχρησης αλκοόλ. Επιπλέον, οι τοξικοεξαρτημένες γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα λόγω του ότι έχουν την τάση να διαμοιράζονται σύριγγες με τους συντρόφους τους καθώς και να εκδίδονται ούτως ώστε να αποκτήσουν τη δόση τους (Πολιτοπούλου, 2010).

Ωστόσο η χρήση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη ενέχει κινδύνους για την υγεία της γυναίκας και του παιδιού της τόσο σε βραχυπρόθεσμο όσο και σε μακροπρόθεσμο επίπεδο. Οι περισσότερες ουσίες, ανάμεσα τους τα οπιοειδή και τα διεγερτικά, μπορούν δυνητικά να βλάψουν ένα αγέννητο βρέφος. Η χρήση ορισμένων ουσιών

ενδέχεται να αυξήσει τον κίνδυνο αποβολής και να προκαλέσει ημικρανίες, κρίσεις ή υψηλή αρτηριακή πίεση στη μητέρα, γεγονός το οποίο ενδέχεται να επηρεάσει το βρέφος της. Επιπρόσθετα, ο κίνδυνος της θνησιγένειας είναι δύο με τρεις φορές μεγαλύτερος σε γυναίκες οι οποίες χρησιμοποιούν καπνό ή μαριχουάνα, λαμβάνουν συνταγογραφούμενα αναλγητικά ή χρησιμοποιούν παράνομες ουσίες κατά την εγκυμοσύνη (Sherman et al., 2008). Έρευνες δείχνουν ότι όλο και μεγαλύτερος αριθμός γυναικών κάνει χρήση μαριχουάνας κατά την εγκυμοσύνη, γεγονός το οποίο έχει προκαλέσει ανησυχίες στους ειδικούς. Το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτικής και Γυναικολογίας (American College of Obstetrics and Gynecology-ACOG) αναφέρει ότι η μαριχουάνα μπορεί να οδηγήσει σε βρέφη με προβληματική ανάπτυξη, ειδικά σε εγκύους οι οποίες έκαναν χρήση μαριχουάνας κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (El-Bassel et al., 2010). Το ACOG συνιστά επίσης ότι οι έγκυες γυναίκες ή οι γυναίκες που επιθυμούν να μείνουν έγκυες θα πρέπει να διακόψουν τη χρήση της μαριχουάνας, ακόμα και εάν αυτή λαμβάνει χώρα για ιατρικούς σκοπούς και να συζητήσουν με τους γιατρούς τους επιλογές οι οποίες θα είναι περισσότερο υγιεινές για τα βρέφη τους. Οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να πραγματοποιούν ελέγχους σε συνεργασία με τον πάροχο ιατρικής φροντίδας τους προτού χρησιμοποιήσουν οποιοδήποτε φάρμακο ή ουσία (NIH, 2018).

Όταν μία γυναίκα κάνει συστηματική χρήση ουσιών ή φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το βρέφος ενδέχεται να βιώσει στερητικό σύνδρομο μετά τη γέννηση του, ένα φαινόμενο το οποίο ονομάζεται νεογνικό σύνδρομο αποχής (Lari et al., 2010). Η σχετική έρευνα έχει δείξει ότι το σύνδρομο αυτό μπορεί να εμφανιστεί σε περιπτώσεις χρήσης οπιοειδών, καφεΐνης, αλκοόλ και ορισμένων συνταγογραφούμενων ηρεμιστικών. Το είδος και η ένταση των στερητικών συμπτωμάτων ενός βρέφους εξαρτώνται από τις ουσίες που χρησιμοποιήθηκαν, το διάστημα και τη συχνότητα χρήσης της μητέρας, τον τρόπο με τον οποίο το σώμα της μεταβολίζει την ουσία, καθώς και από το εάν το βρέφος γεννήθηκε πρόωρα ή όχι (NIH, 2018).

Τα συμπτώματα του νεογνικού συνδρόμου αποχής ενδέχεται να εμφανιστούν άμεσα ή σε μία περίοδο 14 ημερών μετά τη γέννηση. Ορισμένα από αυτά περιλαμβάνουν (NIH, 2018):

- Στίγματα στο δέρμα

- Διάρροια
- Υπερβολικό ή τσιριχτό κλάμα
- Πυρετός
- Αυξημένοι καρδιακοί παλμοί
- Ευερεθιστότητα
- Κακή λήψη τροφής
- Γρήγορη αναπνοή
- Προβλήματα ύπνου
- Αργή πρόσληψη βάρους
- Τρόμος
- Εμετοί

Επιπρόσθετα η χρήση ουσιών από μία έγκυο γυναίκα ενδέχεται να οδηγήσει σε μακροπρόθεσμες, ακόμα και θανατηφόρες παρενέργειες, μεταξύ των οποίων (NIH, 2018):

- Γενετικές ανωμαλίες
- Χαμηλό βάρος νεογνού
- Πρόωρη γέννηση
- Μικρό μέγεθος κεφαλιού
- Σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου

Ορισμένες ουσίες, όπως η μαριχουάνα, το αλκοόλ, η νικοτίνη και ορισμένα φάρμακα μπορούν να εντοπιστούν στο μητρικό γάλα. Παρόλα αυτά, δεν είναι γνωστά αρκετά σχετικά με τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις σε ένα παιδί το οποίο έχει εκτεθεί στις συγκεκριμένες ουσίες διαμέσου του μητρικού γάλακτος. Οι επιστήμονες γνωρίζουν ότι οι έφηβοι που χρησιμοποιούν ουσίες ενώ οι εγκεφαλοί τους ακόμα αναπτύσσονται ενδέχεται να καταστρέφουν τις μαθησιακές ικανότητες των εγκεφάλων τους. Επομένως, παρόμοιοι κίνδυνοι εγκεφαλικών προβλημάτων ενδέχεται να υπάρχουν και για τα βρέφη που εκτίθενται σε αυτές (Lari et al., 2010). Εάν ληφθεί υπόψη η πιθανότητα κάθε ουσίας να επηρεάσει τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο ενός βρέφους, οι γυναίκες που θηλάζουν θα πρέπει να μιλήσουν με έναν ειδικό σχετικά με όλο το ιστορικό χρήσης ουσιών (NIH, 2018).

Η εγκυμοσύνη αναφέρεται σε ορισμένες περιπτώσεις ως ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα για την είσοδο γυναικών σε προγράμματα απεξάρτησης (Λουκά, 2014). Ένα

από τα σημαντικότερα προβλήματα των εξαρτημένων από τοξικές ουσίες εγκύων γυναικών είναι ότι αντιλαμβάνονται την εγκυμοσύνη τους με σημαντική καθυστέρηση. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι η χρήση οπιοειδών διαταράσσει τον κύκλο τους. Επιπρόσθετα, οι συνθήκες ζωής του πληθυσμού αυτού είναι τελείως ακατάλληλες για μία ομαλή εγκυμοσύνη (Loikas et al., 2013). Σύμφωνα με στοιχεία του ΚΕΘΕΑ σχεδόν οι μισοί από τους χρήστες ουσιών στην Αθήνα είναι άστεγοι, ενώ αναφορικά με τις γυναίκες το 60% από αυτές οδηγείται στην πορνεία ούτως ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στον εθισμό του. Σε συνδυασμό με τον διαμοιρασμό συρίγγων αυξάνεται ο κίνδυνος της προσβολής από λοιμώδη ή άλλα νοσήματα. Το 50% των εγκύων τοξικοεξαρτημένων υποφέρει από αναιμία, διαβήτη ή καρδιακές παθήσεις. Αναφορικά με τις έγκυες γυναίκες που παρουσιάζουν εξάρτηση από την ηρωίνη προκρίνεται η θεραπεία με τη χρήση μεθαδόνης, η οποία επηρεάζει επίσης το έμβρυο μέσω του πλακούντα, αλλά προκαλώντας λιγότερες επιπλοκές συγκρινόμενη με την ηρωίνη. Το γεγονός αυτό αποτελεί και την αιτία για την οποία οι έγκυες εισέρχονται σε θεραπευτικά προγράμματα του ΟΚΑΝΑ κατ'εξάιρεση χωρίς να περιμένουν στις λίστες αναμονής (Κανέλλης, 2015).

Κατά τα τελευταία χρόνια αναφέρεται στην Ελλάδα μία αύξηση των εγκύων γυναικών εξαρτημένων από ουσίες, οι οποίες παρουσιάζουν αυξημένες ανάγκες παρέμβασης και στήριξης. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τους είναι το ότι η τακτική μαιευτική φροντίδα δεν μπορεί να συμβιβαστεί με τα χαρακτηριστικά του τρόπου διαβίωσης τους. Επιπρόσθετα, στη πλειοψηφία τους είναι ανασφάλιστες (Λουκά, 2014).

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, η ιδιαιτερότητα της γυναικείας τοξικοεξάρτησης συνίσταται στην κοινωνική της αντιμετώπιση, τους παράγοντες που οδηγούν στη χρήση, καθώς και των ιδιαίτερων γυναικείων ζητημάτων, όπως είναι η μητρότητα. Κατά το 2010 οι γυναίκες αντιπροσώπευαν το ένα τρίτο του πληθυσμού των θεραπευτικών υπηρεσιών. Οι προαναφερθείσες ιδιαιτερότητες της γυναικείας τοξικοεξάρτησης καθιστούν αναγκαία την υλοποίηση ειδικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων. Προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση, μία σειρά χωρών έχει αναπτύξει ειδικά θεραπευτικά προγράμματα τα οποία στοχεύουν αποκλειστικά στη γυναικεία τοξικοεξάρτηση, λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες διαμόρφωσης της καθώς και τις αναγκαίες θεραπευτικές προσεγγίσεις (Πολιτοπούλου, 2010). Ωστόσο, δεν είναι

λίγες οι έρευνες που εστιάζουν σε βιολογικούς παράγοντες ως προς τη χρήση ναρκωτικών ουσιών από τις γυναίκες.

1.2.1. Βιολογικοί παράγοντες

Οι διαφορές μεταξύ των φύλων στις προσαρμογές νευροενδοκρινικών συστημάτων στο στρες και στην ανταμοιβή είναι γνωστό ότι μεσολαβούν στην ευαισθησία των γυναικών τόσο στα πρότυπα χρήσης ουσιών όσο και στις υποτροπές (Sinha et al., 2007). Μελέτες έχουν αναφέρει ότι, μεταξύ των γυναικών χρηστών ουσιών, εμφανίζεται εξασθενημένη απόκριση του νευροενδοκρινικού στρες μετά από έκθεση σε ναρκωτικά και η επινεφριδιακή απορρύθμιση της θαλαμικής υπόφυσης στις γυναίκες μπορεί να αποτελέσει κλειδί για την αυξημένη ευαισθησία στην υποτροπή ως απάντηση σε αρνητική επίδραση (Back et al., 2008). Όσον αφορά τις διαφορές των φύλων στις φυσιολογικές επιδράσεις, το αλκοόλ έχει μελετηθεί περισσότερο. Οι στεροειδείς ορμόνες των ωοθηκών (π.χ. οιστρογόνα, προγεστερόνη), οι μεταβολίτες της προγεστερόνης και οι αρνητικοί αλλοστεριακοί ρυθμιστές του γ αμινοβουτυρικού οξέος A υποδοχέα όπως η δεϋδροεπιανδροστενοδιόνη, βρέθηκαν να επηρεάζουν τις επιδράσεις των ουσιών στη συμπεριφορά (Doron et al., 2006). Σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες εθίζονται μετά την κατανάλωση μικρότερων ποσοτήτων οινόπνευματος, γεγονός που δείχνει ότι οι γυναίκες επιτυγχάνουν υψηλότερες συγκεντρώσεις αλκοολαιμίας (blood alcohol concentrations-BACs) μετά την κατανάλωση ισοδύναμης ποσότητας οινόπνευματος. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε λιγότερη ποσότητα νερού στο σώμα των γυναικών. Επιπρόσθετα, χαμηλότερα επίπεδα ενζύμων αφυδρογονάσης στο στομάχι έχουν ως αποτέλεσμα υψηλότερη ποσότητα αλκοόλ στη συστηματική κυκλοφορία. Η χαμηλή επίδραση της αντιδιουρητικής ορμόνης αναφέρεται ότι είναι πιο εμφανής με ποτά υψηλότερης περιεκτικότητας σε οινόπνευμα (Bzraona et al., 2001), έτσι ώστε μεταξύ των χρόνια αλκοολικών γυναικών σχεδόν όλο το οινόπνευμα που καταναλώνεται τείνει να απορροφάται. Ωστόσο, αυτές οι διαφορές μεταξύ των φύλων τείνουν να εξαφανίζονται σε γυναίκες άνω των 50 ετών (Seitz et al., 1993). Επιπλέον διαφορές παρατηρούνται και στους γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

1.2.2. Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες

Ανεξάρτητα από το φύλο, οι μελέτες που σχετίζονται με δίδυμα βρέφη και οι μελέτες υιοθεσίας υποδεικνύουν ισχυρό ρόλο των γενετικών παραγόντων στην αιτία του

εθισμού. Ωστόσο, οι γενετικές επιρροές φαίνεται να είναι μεγαλύτερες για τους άνδρες (33% για τους άνδρες και 11% για τις γυναίκες) (Han et al., 1999). Στις γυναίκες, η έναρξη παράνομων ουσιών διαπιστώνεται ότι διαμορφώνεται περισσότερο από περιβαλλοντικούς παράγοντες, ενώ η πρόοδος στην εξάρτηση καθορίζεται από γενετικές επιρροές (Kendler & Prescott, 1998). Ο σημαντικότερος περιβαλλοντικός παράγοντας που επηρεάζει την κατανάλωση στις γυναίκες ήταν η κατανάλωση αλκοόλ από τον σύζυγο ή άλλο στενό μέλος της οικογένειας, ο εξαναγκασμός, ενώ κάποιες γυναίκες σημείωσαν πως άρχισαν να καταναλώνουν αλκοόλ για να κάνουν παρέα στους συντρόφους τους (Selvaraj et al., 1997). Σε άλλη μελέτη, οι βασικοί λόγοι που αναφέρθηκαν από τις γυναίκες για την έναρξη χρήσης ουσιών ήταν η επίδραση φίλων (48%), το άγχος και η έντασης (16%) και η επιρροή των συζύγων (11%) (Ray, 2004). Εκτός από μια ουσία που χρησιμοποιεί μέλος της οικογένειας ή φίλος, το να βιώνει κανείς μία μετάβαση και αλλαγές στον τρόπο ζωής του, αυξάνουν τον κίνδυνο κατάχρησης ναρκωτικών στις γυναίκες, όπως έχει αναφερθεί σε διάφορες μελέτες (Grover et al., 2005).

1.2.3. Ψυχολογικοί παράγοντες και ψυχιατρικές διαταραχές

Το ιστορικό συμβάντων πρώιμων τραυματικών εμπειριών μπορεί να επιταχύνει την ανάπτυξη διαταραχών χρήσης ουσιών στη μετέπειτα ζωή και μελέτες αναφέρουν ότι ο επιπολασμός της χρήσης ουσιών κατά τη διάρκεια ζωής είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερος σε γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης (Winfield et al., 1990). Στη μελέτη του Kendler et al (2000), δίδυμες γυναίκες ανέφεραν μια έντονη συσχέτιση μεταξύ προγενέστερης παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και του κινδύνου ανάπτυξης τοξικομανίας (Kendler et al., 2000). Μια πιο πρόσφατη μελέτη γυναικών που είχαν υποστεί σεξουαλική επίθεση ως ενήλικες (N = 1863) ανέφερε τις ουσίες ως στρατηγική αντιμετώπισης της επακόλουθης διαταραχής μετατραυματικού στρες. Έχει επίσης αναφερθεί σημαντική σχέση μεταξύ χρήσης ουσιών και μείζονος κατάθλιψης στις γυναίκες (Merikangas et al., 1998), με μελέτες που υποδεικνύουν σαν λόγο για την ανάπτυξη κατάχρησης οινόπνευματος ή εξάρτησης (4,1 για τις γυναίκες σε σύγκριση με 2,67 για άνδρες) την μείζονα κατάθλιψη. Τα ποσοστά των αποπειρών αυτοκτονίας είναι επίσης σημαντικά υψηλότερα στις γυναίκες που εξαρτώνται από τα ναρκωτικά (Zilberman et al., 2003). Έρευνα για τη χρήση ναρκωτικών και την υγεία (N = 133.221 ενήλικες) ανέφερε ότι, αν και αμφότερα τα φύλα είναι πιθανό να έχουν υψηλότερο επιπολασμό της αγχώδους διαταραχής, μόνο

οι γυναίκες που κάνουν χρήση ναρκωτικών είναι πιο πιθανό να έχουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή σε σύγκριση με τους άνδρες (Peiper & Rodu, 2013). Σε άλλη μελέτη αποκαλύφθηκε ότι οι γυναίκες που κάνουν χρήση ναρκωτικών είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν διαταραχές που σχετίζονται με τη διάθεση και την ανάπτυξη άγχους, ενώ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν εξωτερικευόμενου τύπου διαταραχές (Khan et al., 2013). Παράλληλα, συχνά απαντώνται διατροφικές διαταραχές σε γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών (Greenfield et al., 2010). Μια ανασκόπηση των κλινικών πληθυσμών ανέφερε ότι περίπου 40% γυναίκες ανέφεραν συνήθεις διατροφικές διαταραχές καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Holderness et al., 1994). Μεταξύ των γυναικών με βουλιμία, τα ποσοστά χρήσης ουσιών ήταν υψηλότερα σε όσες είχαν ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης (Dohm et al., 2002).

1.2.4. Κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες

Η κοινωνική αντίληψη για τις γυναίκες που χρησιμοποιούν αλκοόλ μπορεί να γίνει κατανοητή στο πλαίσιο του σχετικού μοντέλου (Finkelstein, 1993). Η κοινωνία αναμένει από μια γυναίκα να φροντίζει τους γύρω της, να γίνει σύζυγος, μητέρα, σεξουαλική σύντροφος και όταν παρεκκλίνει από αυτούς τους καθορισμένους ρόλους, τείνει να αντιμετωπίζει στίγμα και διακρίσεις. Έτσι, η χρήση αλκοόλ στις γυναίκες συνδέεται με τις αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης σεξουαλικής απιστίας και αδιαφορίας για τα παιδιά, προκαλώντας τον κοινωνικό στιγματισμό (Carter, 1997). Η πρόωρη έναρξη σεξουαλικών επαφών και το αναγκαστικό σεξ για την υποστήριξη της χρήσης ναρκωτικών, επίσης τις θέτει σε σύγκρουση με τον νόμο, με αποτέλεσμα την παρενόχληση τόσο από σκληρούς εγκληματίες όσο και από την αστυνομία (Siddiqui, 2004). Σε αντίθεση με τους άνδρες, όπου η χρήση ουσιών μπορεί να επηρεάσει την επαγγελματική ζωή, οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερα προβλήματα σε οικογενειακούς και κοινωνικούς τομείς, με την οικογενειακή συμπεριφορά που έχουν αντιμετωπίσει να είναι γενικά σκληρή ή αδιάφορη γι' αυτές και την ενδοοικογενειακή βία να είναι συχνή. Επιπλέον, παράγοντες όπως η έλλειψη εκπαίδευσης και απασχόλησης, η νεαρή ηλικία εκκίνησης της εργασιακής ζωής, ο πρόωρος γάμος και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης αυξάνουν την τρωτότητα αυτών των γυναικών (Siddiqui, 2004).

1.2.5. Πορεία χρήσης ουσιών

Μελέτες έχουν αναφέρει ότι, σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες χρησιμοποιούν μικρότερες ποσότητες ηρωίνης, για μικρότερες περιόδους και είναι πιο πιθανό να την εισπνέουν (Powis et al., 1996). Για την κάνναβη, δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των φύλων στα πρότυπα χρήσης σε μια μεγάλη έρευνα της Αυστραλίας για τους εφήβους (Rey et al., 2002), ωστόσο, άλλες έρευνες αναφέρουν ότι σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες ξεκινούν την κάνναβη αργότερα (Azofeifa, 2016) και τη χρησιμοποιούν περιστασιακά (Gfroerer et al., 2002).

Γυναίκες χρήστες ναρκωτικών βρέθηκαν να αναπτύσσουν σοβαρότερη πνευμονία, ρήξη πνευμόνων και φυματίωση (tuberculosis-TB), ηπατίτιδα, HIV και άλλα προβλήματα υγείας λόγω του AIDS (Kumar & Sharma, 2008). Παράλληλα, εντοπίστηκαν αρκετές σωματικές επιπλοκές όπως σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες (sexually transmitted diseases-STD), απόστημα, φυματίωση, ακανόνιστους κύκλους εμμήνου ρύσης, αμηνόρροια και διακοπή της εγκυμοσύνης (Ray, 2004).

1.2.6. Κοινωνικές και οικογενειακές συνέπειες

Σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν γενικά μικρότερη κοινωνική στήριξη (Selvaraj et al., 1997). Οι κοινωνικές συνέπειες της χρήσης αλκοόλ και ουσιών μπορεί να κυμαίνονται από διαπροσωπικές δυσκολίες έως έλλειψη στέγης, ανεργία, φτώχεια και μια γενική αποδέσμευση από τις κοινότητες (Crome & Kumar, 2007). Μελέτη έδειξε ότι όταν ένα ζευγάρι\τοξικομανών χώριζε, οι γυναίκες αντιμετώπιζαν σκληρότερες συμπεριφορές από την οικογένεια τους και είχαν αυξημένο κίνδυνο για σωματική και λεκτική κακοποίηση (Ray, 2004). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν επίσης παρατηρηθεί στις γυναίκες που αναζητούν θεραπεία για εθισμό (Grover et al., 2005). Η γυναικεία χρήση ουσιών θεωρείται μία ατομική νόσος και οι μεγαλύτερες κοινωνικές διεργασίες θεραπείας σπάνια διερευνώνται. Σχετική έρευνα (Kelly et al., 2001) εντόπισε ότι οι γυναίκες που ολοκληρώνουν επιτυχώς τα θεραπευτικά προγράμματα είχαν σημειώσει κατά τη διάρκεια του προγενέστερου βίου τους επιτυχίες στους τομείς της εκπαίδευσης, των εργασιακών ικανοτήτων και του ιστορικού απασχόλησης. Επιπρόσθετα, είχαν λιγότερα παιδιά, χαμηλότερο βαθμό εμπλοκής με τις υπηρεσίες φροντίδας και προστασίας ανηλίκων, καθώς και χαμηλότερα επίπεδα «χάους» (όρος που αναφέρεται για τις ανάγκες της έρευνας και περιλαμβάνει την παρουσία τουλάχιστον δύο από τους εξής παράγοντες στη ζωή της

γυναίκας: υπηρεσίες φροντίδας και προστασίας ανηλίκων, έλλειψη στέγασης, ψυχιατρική διάγνωση, ενδοοικογενειακή βία). Η ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος θεωρήθηκε πιθανότερη για τις γυναίκες με προσωπικούς και κοινωνικούς πόρους. Κομβικό ρόλο στην επιτυχία των θεραπευτικών προγραμμάτων διαδραματίζει η επαρκής χρηματοδότηση τόσο για την αξιολόγηση όσο και για την υποστήριξη ούτως ώστε να επιτευχθεί η αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πλέον ευάλωτες γυναίκες. Τέλος, αναφέρεται ότι οι γυναίκες στις οποίες επιτράπηκε να παραμείνουν μαζί με τα παιδιά τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας παρουσίασαν υψηλότερες πιθανότητες παραμονής στο πρόγραμμα (WHO, 2014).

1.3. Εισαγωγή εγκύων σε θεραπευτικά προγράμματα

Η έκθεση στο αλκοόλ και στις ουσίες προκαλεί σημαντικές βλάβες σε ένα έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες οι οποίες χρησιμοποιούσαν ουσίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο να βιώσουν μακροπρόθεσμες συμπεριφοριστικές δυσκολίες και αναπτυξιακές επιβραδύνσεις. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συνιστά ολοκληρωτική αποχή από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά για τις έγκυες γυναίκες. Παρόλα αυτά, οι ειδικοί της υγείας προτείνουν στις γυναίκες που υποφέρουν από εξαρτήσεις να αναζητήσουν θεραπεία αντί να αποπειραθούν να διακόψουν τη χρήση χωρίς ιατρική παρακολούθηση (Hornby, 2015).

Οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση οπιοειδών και δεν θεραπεύονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ενδέχεται να έχουν καταστροφικές συνέπειες για την υγεία του αγέννητου βρέφους (Terplan et al., 2015). Τα κυμαινόμενα επίπεδα οπιοειδών στη μητέρα ενδέχεται να εκθέσουν το βρέφος σε επαναλαμβανόμενες περιόδους στέρησης, γεγονός το οποίο μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στη λειτουργία του πλακούντα (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

Ορισμένοι ακόμα φυσικοί κίνδυνοι συνοψίζονται ως εξής (ΕΚΤΕΠΝ, 2019):

- Νεογνικό σύνδρομο αποχής
- Ελλιπής ανάπτυξη
- Πρόωρος τοκετός
- Εμβρυϊκοί σπασμοί
- Εμβρυϊκός θάνατος

Ορισμένοι έμμεσοι κίνδυνοι για το έμβρυο είναι οι παρακάτω (ΕΚΤΕΠΝ, 2019):

- Αυξημένος κίνδυνος μητρικής λοίμωξης (για παράδειγμα, HIV, HBV, HCV).
- Κακή διατροφή και ελλιπής προγεννητική φροντίδα.
- Κίνδυνοι λόγω της αναζήτησης ουσιών (για παράδειγμα, βία και εγκλεισμός).

Το νεογνικό σύνδρομο αποχής εμφανίζεται όταν ένα νεογνό παρουσιάζει εξάρτηση από τα οπιοειδή ή άλλες ουσίες που χρησιμοποιεί η μητέρα του κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Terplan et al., 2015). Το νεογνό βιώνει συμπτώματα αποχής που εκδηλώνονται με την εμφάνιση ρίγους, διάρροιας, πυρετού, ευερεθιστότητας και δυσκολία στη λήψη τροφής (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

Ως τόσο η εγκυμοσύνη μπορεί να αποτελέσει μία ευκαιρία για τις γυναίκες, τους συντρόφους τους και τα υπόλοιπα μέλη του νοικοκυριού να αλλάξουν τα πρότυπα χρήσης αλκοόλ και λοιπών ουσιών. Οι υπεύθυνοι στα θεραπευτικά προγράμματα στα οποία συμμετέχουν έγκυες γυναίκες χρήτριες ουσιών πρέπει να κατανοήσουν την πολυπλοκότητα των κοινωνικών, ψυχικών και φυσικών προβλημάτων της γυναίκας και να παρέχουν τη σωστή συμβουλευτική και υποστήριξη κατά το χρονικό διάστημα του τοκετού αλλά και μετά από αυτόν (WHO, 2014).

Εάν μία έγκυος γυναίκα αποπειραθεί να διακόψει απότομα τη χρήση ουσιών και αλκοόλ χωρίς ιατρική φροντίδα, ενδέχεται να εκθέσει το έμβρυο της σε κίνδυνο. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η θεραπεία των διαταραχών που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών στις γυναίκες ενδέχεται να εξελιχθεί διαφορετικά σε σχέση με την αντίστοιχη των αντρών. Οι γυναίκες αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν ορισμένες ουσίες για συντομότερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τους άντρες όταν εισέρχονται σε θεραπευτικά προγράμματα (Heil et al., 2011). Παρόλα αυτά, η γυναικεία χρήση ουσιών τείνει να εξελίσσεται περισσότερο γρήγορα από την πρώτη χρήση ως τον εθισμό, όπως και η διακοπή μπορεί να είναι περισσότερο έντονη στις γυναίκες (NIH, 2018).

Οι γυναίκες ενδέχεται να φοβηθούν να αναζητήσουν βοήθεια κατά τη διάρκεια ή μετά την εγκυμοσύνη λόγω πιθανών νομικών ή κοινωνικών φόβων καθώς και απουσίας παιδικής φροντίδας κατά το διάστημα που θα βρίσκονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Οι γυναίκες σε θεραπεία συχνά χρειάζονται υποστήριξη για τη διαχείριση των απαιτήσεων της εργασίας, της οικιακής φροντίδας, της παιδικής φροντίδας και των υπολοίπων οικογενειακών ευθυνών (NIH, 2018).

Ειδικά προγράμματα μπορούν να βοηθήσουν τις έγκυες γυναίκες να διακόψουν ασφαλώς τη χρήση ουσιών και επιπρόσθετα να τους παρέχουν προγεννητική φροντίδα (Stone, 2015). Συγκεκριμένοι τύποι θεραπείας έχουν παρουσιάσει θετικά αποτελέσματα, ειδικά εάν παρέχουν υπηρεσίες παιδικής φροντίδας, γονικών μαθημάτων και εργασιακής κατάρτισης. Συνταγογραφήσεις όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη, σε συνδυασμό με τις προαναφερθείσες θεραπείες, μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα. Ορισμένα βρέφη θα χρειαστούν επιπρόσθετη θεραπεία για τα στερητικά τους σύνδρομα. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα είναι καλύτερα για το νεογνό εάν η μητέρα λαμβάνει συνταγογραφούμενη θεραπεία κατά την εγκυμοσύνη αντί να συνεχίζει τη χρήση οπιοειδών (NIH, 2018), (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

Έχουν διατυπωθεί ορισμένες γενικές αρχές οι οποίες καθοδηγούν τις διαδικασίες του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης των πλέον κατάλληλων σχετικών δράσεων λαμβάνοντας υπόψη το εκάστοτε εθνικό πλαίσιο και τους διαθέσιμους πόρους (WHO, 2014).

Προτεραιότητα στην πρόληψη: Η πρόληψη, ο περιορισμός και η διακοπή της χρήσης αλκοόλ και ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την περίοδο μετά τον τοκετό αποτελούν απαραίτητες συνιστώσες για τη βελτιστοποίηση της υγείας και ευεξίας των γυναικών και των παιδιών τους. Αυτή η προσπάθεια απαιτεί μία πολύπλευρη προσέγγιση με διεπιστημονικές δράσεις, ανάμεσα τους το δικαίωμα της ακριβούς πληροφόρησης σχετικά με τους κινδύνους της χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών κατά την εγκυμοσύνη, ένα υγειονομικό σύστημα το οποίο εφαρμόζει στρατηγικές πρόληψης και υποστηρίζει υγιεινές επιλογές αναφορικά με τη χρήση ουσιών από τις γυναίκες οι οποίες βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία και προσπάθειες προώθησης της υγείας οι οποίες ενθαρρύνουν ένα υγιεινό οικιακό και κοινωνικό περιβάλλον, υποστηρίζοντας την πραγματοποίηση σωστών επιλογών από τις εγκύους και τους συντρόφους τους σε ό,τι αφορά την καταναλώση αλκοόλ ή την χρήση παράνομων ουσιών (Stone, 2015).

Διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας: Όλες οι έγκυες γυναίκες και οι οικογένειες τους που επηρεάζονται από διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας, καθώς και παρεμβάσεις οι οποίες πραγματοποιούνται με ιδιαίτερη έμφαση στην εμπιστευτικότητα, την εθνική νομοθεσία και τα διεθνή πρότυπα που σχετίζονται με τα ανθρώπινα δικαιώματα. Οι γυναίκες δεν θα πρέπει να

αποκλείονται από την πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα λόγω της χρήσης ουσιών. Οι υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας πρέπει να έχουν τη δυνατότητα εντοπισμού και διαχείρισης της χρήσης ουσιών και των διαταραχών που απορρέουν από αυτήν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών πρέπει να εντοπίζονται από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κατά το πρωιμότερο δυνατό στάδιο και είναι αναγκαίο να παρέχεται προσβασιμότητα στη θεραπεία. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες παιδικής φροντίδας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών. Η εμπιστευτικότητα, ένα θεμελιώδες δικαίωμα του οποιουδήποτε χρήστη υγειονομικών υπηρεσιών επηρεάζεται επίσης από την οργάνωση των υπηρεσιών (Martin et al., 2015).

Σεβασμός στην αυτονομία του ασθενούς: Η αυτονομία της εγκύου και θηλάζουσας γυναίκας θα πρέπει πάντοτε να γίνεται σεβαστή. Οι γυναίκες με διαταραχές χρήσης ουσιών θα πρέπει να λαμβάνουν πλήρη πληροφόρηση σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη, τόσο για τις ίδιες όσο και για τα έμβρυα ή τα παιδιά, καθώς και τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές όταν λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την υγειονομική τους περίθαλψη. Οι θεραπευτικές αποφάσεις θα πρέπει να βασίζονται στις αποδεκτές αρχές της ηθικής της υγειονομικής περίθαλψης, επιδεικνύοντας σεβασμό στην αυτονομία μίας γυναίκας αναφορικά με τις αποφάσεις που σχετίζονται με την περίθαλψη της και την υγεία του εμβρύου της, καθώς και στο δικαίωμα της στην ιδιωτικότητα και την εμπιστευτικότητα όταν συζητά θεραπευτικές επιλογές. Είναι απαραίτητο να παρέχεται ξεκάθαρη, ακριβής και συνεκτική πληροφόρηση στις έγκυες και θηλάζουσες γυναίκες αναφορικά με τους κινδύνους της χρήσης αλκοόλ και ουσιών, ενώ όλες οι γυναίκες με διαταραχές χρήσης ουσιών θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματική αντισύλληψη (Patrick et al., 2018).

Παροχή πλήρους περίθαλψης: Οι υπηρεσίες για τις έγκυες και θηλάζουσες γυναίκες με διαταραχές χρήσης ουσιών θα πρέπει να διατηρούν ένα επίπεδο πληρότητας το οποίο αντιστοιχεί στην πολυπλοκότητα και την πολύπλευρη φύση των διαταραχών χρήσης ουσιών και των απορρεόντων από αυτήν προκαταλήψεων. Οι πλήρεις υπηρεσίες προς τις έγκυες και θηλάζουσες γυναίκες περιλαμβάνουν ένα εύρος ευαίσθητων ως προς το φύλο παρεμβάσεων πρόληψης και θεραπείας οι οποίες μπορούν να ανταποκριθούν σε διάφορες ανάγκες, ανάμεσα τους ανάγκες παιδικής φροντίδας, συνυπάρχουσες ψυχικές και σωματικές καταστάσεις, αιματολογικές και άλλες λοιμώδεις ασθένειες, κακή διατροφή και ψυχοκοινωνικά προβλήματα όπως

είναι οι σχέσεις με τον σύντροφο ή τους άλλους ανθρώπους που ζουν στο ίδιο νοικοκυριό, έλλειψη στέγης, φτώχεια και βία (Killam et al., 2010).

Προστασία από τις διακρίσεις και τον στιγματισμό: Οι παρεμβάσεις που σχετίζονται με την πρόληψη και τη θεραπεία θα πρέπει να παρέχονται στις έγκυες και θηλάζουσες γυναίκες με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφεύγεται ο στιγματισμός, οι διακρίσεις, η περιθωριοποίηση και να προωθούνται η οικογενειακή, κοινοτική και κοινωνική υποστήριξη, καθώς και η κοινωνική ένταξη διαμέσου της δημιουργίας ισχυρών δεσμών με τις διαθέσιμες υπηρεσίες παιδικής φροντίδας, απασχόλησης, μόρφωσης, στέγασης κλπ. Οι ειδικοί υγειονομικής φροντίδας θα πρέπει να αναζητούν τη δημιουργία μίας σχέσης ιατρού-ασθενούς χωρίς διακρίσεις και στιγματισμούς. Οποιαδήποτε σημαντική πληροφορία σχετικά με τους κινδύνους της χρήσης ουσιών και τα οφέλη της θεραπείας θα πρέπει να επικοινωνείται με έναν μη επικριτικό, ευγενικό και κατανόηση τρόπο, ο οποίος θα επιδεικνύει ευαισθησία ως προς την ηλικία, καθώς και τις γλωσσικές και πολιτισμικές διαφορές. Οποιαδήποτε σημαντική πληροφορία θα πρέπει να παρέχεται προφορικά, καθώς και γραπτά, σε επίπεδα ανάγνωσης και κατανόησης τα οποία είναι σύμφωνα με το επίπεδο γλωσσικών ικανοτήτων της ασθενούς. Οι φορείς υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αντιμετωπίζουν την αποκάλυψη ιδιωτικών και ευαίσθητων πληροφοριών (για παράδειγμα, βία με βάση το φύλο ή αυτοτραυματισμοί) με ευαισθησία (Wong et al., 2011).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει διατυπώσει ορισμένες προτάσεις σχετικά με τη θεραπεία εγκύων γυναικών εξαρτημένων από αλκοόλ και ουσίες, οι οποίες συνοψίζονται ως εξής (WHO, 2014):

1. Οι ειδικοί υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να ρωτούν όλες τις έγκυες γυναίκες σχετικά με το ιστορικό τους χρήσης αλκοόλ και ουσιών όσο το δυνατόν νωρίτερα κατά την εγκυμοσύνη καθώς και σε οποιαδήποτε προγεννητική επίσκεψη (Killam et al., 2010).
2. Οι ειδικοί υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να παρέχουν μία σύντομη παρέμβαση σε όλες τις εγκύους οι οποίες χρησιμοποιούν αλκοόλ ή ουσίες. Υπό τον όρο «σύντομη παρέμβαση» νοείται μία δομημένη θεραπεία σύντομης διάρκειας (συνήθως μεταξύ 5 και 30 λεπτών) η οποία αποσκοπεί στην παροχή βοήθειας σε ένα άτομο ώστε αυτό να διακόψει ή να μειώσει τη χρήση μίας ψυχοδραστικής ουσίας.

3. Οι ειδικοί υγειονομικής περίθαλψης που έχουν την ευθύνη γυναικών με διαταραχές χρήσης αλκοόλ ή άλλων ουσιών κατά τις περιόδους της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό θα πρέπει να προσφέρουν μία συνολική αξιολόγηση καθώς και εξατομικευμένη φροντίδα. Η συνολική αξιολόγηση περιλαμβάνει μία αξιολόγηση των προτύπων χρήσης ουσιών, της ιατρικής ή ψυχιατρικής συννοσηρότητας, του οικογενειακού πλαισίου, καθώς και των κοινωνικών προβλημάτων. Η εξατομικευμένη φροντίδα περιλαμβάνει την εκλογή των κατάλληλων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων διαφορετικής έντασης βάσει των συγκεκριμένων αναγκών των εγκύων και των διαθέσιμων πόρων (Killam et al., 2010).
4. Οι ειδικοί υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει με την πρώτη δυνατή ευκαιρία να συμβουλεύουν τις εγκύους που παρουσιάζουν εξαρτήσεις από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά να σταματήσουν τη χρήση και να παρέχουν ή να κατευθύνουν σε υπηρεσίες απεξάρτησης υπό ιατρική παρακολούθηση όταν αυτό είναι αναγκαίο και εφαρμόσιμο. Οι έγκυες γυναίκες που συμφωνούν να παρακολουθήσουν πρόγραμμα απεξάρτησης θα πρέπει να λαμβάνουν τη σχετική υποστήριξη σε μία κατάλληλη τοποθεσία. Η απεξάρτηση μπορεί να λάβει χώρα σε οποιοδήποτε στάδιο της εγκυμοσύνης, αλλά σε κανένα στάδιο δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται διαφορετικά υποκατάστατα (για παράδειγμα, ναλοξόνη ή ναλτρεξόνη για την περίπτωση της διακοπής της χρήσης οπιοειδών) για την επιτάχυνση της διαδικασίας απεξάρτησης. Θα πρέπει να δίδεται ίση προσοχή στην υγεία της μητέρας και του εμβρύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και να προσαρμόζεται κατάλληλα η θεραπεία. Εξαιρέσεις στη συγκεκριμένη οδηγία αποτελούν οι εξαρτήσεις από τα οπιοειδή και τις βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες καλύπτονται από τις οδηγίες 5 και 6 (Stone, 2015).
5. Οι έγκυες γυναίκες που εξαρτώνται από οπιοειδή θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ξεκινήσουν θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών οποτεδήποτε αυτή είναι διαθέσιμη αντί να επιχειρούν διακοπή της χρήσης των οπιοειδών. Η θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών αναφέρεται σε θεραπεία μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης. Οι έγκυες ασθενείς με εξάρτηση από οπιοειδή που επιθυμούν να απεξαρτηθούν θα πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με το ότι η υποτροπή είναι περισσότερο πιθανή στην περίπτωση κατά την οποία υιοθετηθεί ιατρικά υποβοηθούμενη διακοπή σε σχέση με τη θεραπεία

υποκατάστασης. Η διακοπή της χρήσης των οπιοειδών θα πρέπει να επιχειρείται μόνο σε μία μονάδα με εσωτερικούς ασθενείς, εφαρμόζοντας μία σταδιακή μείωση των δόσεων μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης. Η θεραπεία εντός της θεραπευτικής εγκατάστασης θα πρέπει να εξετάζεται επίσης για την εκκίνηση και τη βελτιστοποίηση της θεραπείας υποκατάστασης. Η ψυχοκοινωνική θεραπεία θα πρέπει να αποτελεί μία ενσωματωμένη συνιστώσα των συγκεκριμένων θεραπειών. Οι έγκυες γυναίκες που αποτυγχάνουν να ολοκληρώσουν τη θεραπεία της ιατρικά υποβοηθούμενης διακοπής της χρήσης θα πρέπει να λαμβάνουν φαρμακοθεραπεία υποκατάστασης (Krans et al., 2015).

6. Οι έγκυες γυναίκες εξαρτημένες από βενζοδιαζεπίνες θα πρέπει να μειώνουν σταδιακά τη δόση τους, με τη χρήση βενζοδιαζεπινών μακράς διάρκειας (Krans et al., 2015).
7. Οι έγκυες γυναίκες που αναπτύσσουν συμπτώματα αποχής μετά τη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ θα πρέπει να θεραπεύονται με τη βραχυπρόθεσμη χρήση μίας βενζοδιαζεπίνης μακράς διάρκειας (Greenfield et al., 2010).
8. Κατά τη διαχείριση των συνδρόμων αποχής σε εγκύους εξαρτημένες από διεγερτικά, οι ψυχοφαρμακολογικές θεραπείες ενδέχεται να αποβούν χρήσιμες για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά δεν απαιτούνται σε συστηματική βάση (Krans et al., 2015).
9. Η φαρμακοθεραπεία δεν ενδείκνυται για την περίπτωση της τυπικής θεραπείας της εξάρτησης από διεγερτικά τύπου αμφεταμίνης, κάνναβη, κοκαΐνη ή εισπνεόμενες ουσίες σε εγκύους (Greenfield et al., 2010).
10. Λόγω του ότι η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα των θεραπειών της εξάρτησης από το αλκοόλ δεν έχει τεκμηριωθεί κατά την εγκυμοσύνη, θα πρέπει να διεξάγεται μία ατομική ανάλυση κινδύνου και οφέλους για την κάθε γυναίκα (Greenfield et al., 2010).
11. Οι έγκυες ασθενείς εξαρτημένες από οπιοειδή θα πρέπει να συμβουλεύονται να συνεχίζουν ή να ξεκινούν τη θεραπεία υποκατάστασης είτε με μεθαδόνη είτε με βουπρενορφίνη. Η συγκεκριμένη θεραπεία πρέπει να συνδυάζεται με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Οι έγκυες γυναίκες που βρίσκονται ήδη σε θεραπεία με μεθαδόνη δεν θα πρέπει να στραφούν προς τη βουπρενορφίνη λόγω του κινδύνου εμφάνισης συνδρόμων αποχής. Επιπρόσθετα οι έγκυες που λαμβάνουν βουπρενορφίνη δεν θα πρέπει να στραφούν προς τη μεθαδόνη

εκτός εάν δεν παρουσιάζονται καλά αποτελέσματα από την τρέχουσα θεραπεία τους. Θα πρέπει να προτιμάται σκέτη βουπρενορφίνη και όχι σύνθεση βουπρενορφίνη και ναλοξόνη. Ασχέτως της επιλογής θεραπείας οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις θα πρέπει να αποτελούν συστατικό στοιχείο του προγράμματος. Οι έγκυες ασθενείς εξαρτημένες από οπιοειδή που επιθυμούν να λάβουν φαρμακοθεραπεία μικτών οπιοειδών θα πρέπει να αποθαρρύνονται από μία τέτοια επιλογή (Greenfield et al., 2010).

12. Οι γυναίκες με διαταραχές χρήσης ουσιών θα πρέπει να ενθαρρύνονται να θηλάζουν εκτός εάν οι κίνδυνοι είναι ξεκάθαρα περισσότεροι από τα οφέλη. Οι θηλάζουσες γυναίκες που πραγματοποιούν χρήση αλκοόλ ή ουσιών θα πρέπει να λαμβάνουν συμβουλευτική και υποστήριξη ώστε να διακόψουν τη χρήση. Παρόλα αυτά, η χρήση ουσιών δεν αποκλείει απαραίτητα τον θηλασμό (Karlsson et al., 2014).
13. Η σωματική επαφή μεταξύ μητέρας και βρέφους είναι απαραίτητη άσχετα από την επιλογή διατροφής και πρέπει να ενθαρρύνεται ενεργά σε μία γυναίκα με διαταραχή χρήσης ουσιών η οποία είναι ικανή να ανταποκριθεί στις ανάγκες του βρέφους της (Karlsson et al., 2014).
14. Οι μητέρες που παρουσιάζουν σταθερότητα στη θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών με βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη πρέπει να ενθαρρύνονται προς τον θηλασμό ασχέτως του εάν οι κίνδυνοι είναι ξεκάθαρα περισσότεροι από τα οφέλη. Οι γυναίκες που λαμβάνουν συνταγογραφούμενα οπιοειδή όπως είναι η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη και επιθυμούν να διακόψουν τον θηλασμό μπορούν να μειώνουν σταδιακά το μητρικό γάλα που χορηγούν στα παιδιά τους ώστε να μην εμφανιστεί σύνδρομο αποχής (Roberts & Nuru-Jeter, 2010).
15. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν μαιευτική φροντίδα θα πρέπει να έχουν ένα πρωτόκολλο για τον προσδιορισμό, την αξιολόγηση, την παρακολούθηση και την παρέμβαση, εφαρμόζοντας μη φαρμακολογικές και φαρμακολογικές μεθόδους, για νεογέννητα τα οποία εκτέθηκαν πριν τη γέννηση τους σε οπιοειδή (Jones et al., 2014).
16. Ένα οπιοειδές θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως αρχική θεραπεία για ένα βρέφος με νεογνικό σύνδρομο αποχής εάν αυτό είναι αναγκαίο (Roberts & Nuru-Jeter, 2010).

17. Εάν ένα έμβρυο παρουσιάζει δείγματα συνδρόμου αποχής λόγω της διακοπής της χρήσης ηρεμιστικών ή αλκοόλ ή άγνωστης ουσίας η φαινοβαρβιτάλη μπορεί να αποτελέσει μία προκρινόμενη επιλογή αρχικής θεραπείας (Jones et al., 2014).
18. Όλα τα βρέφη που γεννούνται από μητέρες με διαταραχές χρήσης αλκοόλ θα πρέπει να αξιολογούνται για συμπτώματα συνδρόμου εμβρυϊκού αλκοολισμού (Jones et al., 2014).

Για την εξάρτηση από οπιοειδή επιπρόσθετα στη σύσταση διακοπής της χρήσης δίδεται η δυνατότητα συνταγογράφησης μακράς δράσης οπιοειδών όπως είναι η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη ώστε να διατηρηθούν σταθερά επίπεδα οπιοειδών. Αν και η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση ενέχει τον κίνδυνο εμφάνισης νεογνικού συνδρόμου αποχής, τα οπιοειδή είναι ουσιαστικά μη τοξικά σε σταθερά επίπεδα χορήγησης (Jones et al., 2014). Η διακοπή των οπιοειδών από την άλλη πλευρά, ενέχει έναν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής στη χρήση οπιοειδών βραχείας διάρκειας (όπως είναι η ηρωίνη). Η απόφαση επομένως βρίσκεται ανάμεσα στη θεραπευτική προσέγγιση υποκατάστασης οπιοειδών με έναν γνωστό κίνδυνο νεογνικού συνδρόμου αποχής αλλά έναν χαμηλό κίνδυνο υποτροπής και στην αποτοξίνωση από τα οπιοειδή, η οποία εάν πετύχει δεν παρουσιάζει κάποιον κίνδυνο νεογνικού συνδρόμου αποχής, αλλά εάν αποτύχει παρουσιάζει υψηλότερο κίνδυνο δυσμενών αποτελεσμάτων προς το νεογνό, όπως είναι το νεογνικό σύνδρομο αποχής από τα οπιοειδή και η ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης καθώς και δυσμενή αποτελέσματα για τη μητέρα όπως η υπερβολική δόση (WHO, 2014).

Η μεθαδόνη χρησιμοποιείται για τη θεραπεία εγκύων γυναικών με διαταραχές χρήσης οπιοειδών από τη δεκαετία του 1970 ενώ αναγνωρίζεται ως το θεραπευτικό πρότυπο από το 1998. Έκτοτε, μελέτες έχουν δείξει ότι η βουπρενορφίνη αποτελεί επίσης μία αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή (Krans & Patrick, 2016). Τα συγκεκριμένα υποκατάστατα υποστηρίζονται ως οι βέλτιστες πρακτικές για τη θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων και την Αμερικανική Εταιρεία Ιατρικής Τοξικομανίας (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

Συστηματικές αξιολογήσεις ψυχοφαρμακευτικών θεραπειών, ανάμεσα στις οποίες σύγκριση της μεθαδόνης σε σχέση με τη βουπρενορφίνη και της μεθαδόνης σε σχέση

με τη μορφίνη βραδείας απελευθέρωσης έλαβαν χώρα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (WHO, 2014) σε ό,τι αφορά την εφαρμογή τους σε έγκυες γυναίκες με διαταραχές χρήσης ουσιών και αξιολογήθηκαν οι επιδράσεις τους, καταλήγοντας στα παρακάτω ευρήματα:

- Η φαρμακοθεραπεία αποδείχθηκε επιτυχής στη διαχείριση της εξάρτησης από οπιοειδή και βενζοδιαζεπίνες. Η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη έχουν παρόμοια επίδραση στη διαχείριση της εξάρτησης από τα οπιοειδή. Ενώ η μεθαδόνη ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερα ποσοστά παραμονής των γυναικών στη θεραπεία, η βουπρενορφίνη ενδέχεται να παρουσιάσει ηπιότερο νεογνικό σύνδρομο αποχής, χαμηλότερα ποσοστά πρόωρων γεννήσεων και υψηλότερο βάρος βρέφους κατά τη γέννηση (Krans & Patrick, 2016).
- Ο συνδυασμός ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων με τη θεραπεία έχει φανεί ότι παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την αποκλειστική φαρμακοθεραπεία (Krans & Patrick, 2016).
- Δεν βρέθηκαν στοιχεία τα οποία να υποστηρίζουν τη χρήση ναλτρεξόνη αναφορικά με την πρόληψη της μητρικής υποτροπής στα οπιοειδή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Jones et al., 2014).

Η θεραπεία με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη βελτιώνει τα αποτελέσματα για το βρέφος διαμέσου των εξής θετικών επιδράσεων (WHO, 2014):

- Σταθεροποιούνται τα εμβρυϊκά επίπεδα των οπιοειδών και μειώνεται η επαναλαμβανόμενη εμβρυϊκή στέρηση (Jones et al., 2014).
- Διαμέσου της σύνδεσης της μητέρας με τη θεραπεία μολυσματικών ασθενειών (για παράδειγμα, HIV, HBV, HCV) μειώνεται η πιθανότητα μετάδοσης στο αγέννητο βρέφος (Heil et al., 2011).
- Παρέχονται ευκαιρίες καλύτερης προγεννητικής φροντίδας.
- Βελτιώνονται τα μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα για την υγεία της μητέρας και του βρέφους (Heil et al., 2011).

Συγκρινόμενες με έγκυες γυναίκες οι οποίες δεν παρακολούθησαν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, όσες έλαβαν βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη είχαν βρέφη με (WHO, 2014):

- Χαμηλότερο κίνδυνο νεογνικού συνδρόμου αποχής.

- Λιγότερο έντονο νεογνικό σύνδρομο αποχής.
- Συντομότερη χρονική διάρκεια θεραπείας.
- Μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κήσης, βάρος και περιφέρεια κεφαλής κατά τη γέννηση.

Μετά-ανάλυση που έλαβε χώρα στις ΗΠΑ αναφέρει ότι η μεθαδόνη παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά παραμονής στη θεραπεία (WHO, 2014), αλλά η βουπρενορφίνη είχε ως αποτέλεσμα (Flavin & Paltrow, 2010):

- 10% χαμηλότερη εμφάνιση νεογνικού συνδρόμου αποχής.
- Μειωμένο χρονικό διάστημα θεραπείας του νεογνού κατά 8,46 μέρες.
- Χαμηλότερη αναγκαία δόση μορφίνης για τη θεραπεία του νεογνικού συνδρόμου αποχής κατά 3,6 mg.

Η φαρμακευτική αγωγή είτε με μεθαδόνη είτε με βουπρενορφίνη θεωρείται η τυπική θεραπεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ενώ η μεθαδόνη έχει χρησιμοποιηθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε θεραπευτικά προγράμματα για την εξάρτηση από οπιοειδή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η βουπρενορφίνη φαίνεται ότι σχετίζεται με μία συντομότερη διάρκεια και ένα λιγότερο έντονο νεογνικό σύνδρομο αποχής. Συγκρινόμενες με γυναίκες στις οποίες χορηγήθηκε μεθαδόνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες που έλαβαν βουπρενορφίνη παρουσίασαν κήσεις με σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια, λιγότερα συμβάντα πρόωρου τοκετού, ενώ κατά μέσο όρο τα νεογνά είχαν μεγαλύτερο βάρος γέννησης και περιφέρεια κεφαλής. Ενώ τα βραχυπρόθεσμα μητρικά και εμβρυϊκά αποτελέσματα που σχετίζονται με τη χρήση της βουπρενορφίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν μελετηθεί, δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με τις γυναίκες αυτές ύστερα από την άμεση περίοδο μετά τον τοκετό (O'Connor et al., 2018).

Σε σχετική έρευνα η οποία έλαβε χώρα σε ένα πρόγραμμα οικογενειακής θεραπείας στην πολιτεία Μέιν των ΗΠΑ στα πλαίσια του οποίου χορηγούνταν βουπρενορφίνη σε τοξικοεξαρτημένες γυναίκες από τον Δεκέμβριο του 2007 έως τον Δεκέμβριο του 2015 βρέθηκε ότι το 79,5% των γυναικών παρέμεναν στη θεραπεία σε διάστημα 6 μηνών μετά τον τοκετό. Από τις γυναίκες που παρέμεναν στη θεραπεία το 51,3% λάμβανε την ίδια δόση βουπρενορφίνης με εκείνη που χορηγούνταν κατά τον τοκετό. Το 15,9% λάμβανε μεγαλύτερη δόση και το 32,5% μικρότερη. Από όσες γυναίκες εγκατέλειψαν τη θεραπεία το 71,8% αποχώρησε, το 20,5% κατευθύνθηκε σε μία

ανώτερη βαθμίδα φροντίδας (εντατικό πρόγραμμα εξωτερικών ασθενών, κατ' οίκον θεραπεία ή καθημερινή θεραπεία με μεθαδόνη), το 5,1% κατευθύνθηκε σε σωφρονιστικά καταστήματα ενώ το 2,6% ολοκλήρωσε επιτυχώς τη θεραπεία (O'Connor et al., 2018). Σε διάστημα 12 μηνών μετά τον τοκετό το 70,9% των γυναικών παρέμεινε στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Από αυτές το 36,3% λάμβανε την ίδια δόση βουπρενορφίνης με εκείνη που λάμβανε κατά τον τοκετό. Το 15,6% λάμβανε υψηλότερη δόση και το 48,1% χαμηλότερη. Το 70,9% των γυναικών που αποχώρησαν από τη θεραπεία εγκατέλειψε το πρόγραμμα, το 20% κατευθύνθηκε σε κάποια υψηλότερη βαθμίδα περίθαλψης, το 3,6% οδηγήθηκε σε σωφρονιστικά καταστήματα και το 5,5% ολοκλήρωσε επιτυχώς τη θεραπεία (O'Connor et al., 2018).

Αναφορικά με τις παράμετρος οι οποίες πιθανόν συσχετίζονται θετικά με την παραμονή στη θεραπεία σε διάστημα 6 και 12 μηνών μετά τον τοκετό, η έγκαιρη πρόσβαση στη θεραπεία (οριζόμενη ως συμμετοχή σε αυτήν κατά την περίοδο της σύλληψης ή έως και μετά από 13 εβδομάδες κύησης) συσχετίστηκε θετικά με την παραμονή στη θεραπεία με το διάστημα 12 μηνών μετά τον τοκετό. Η παράνομη χρήση ουσιών (η οποία περιελάμβανε άλλα οπιοειδή, κοκαΐνη και λοιπά διεγερτικά καθώς και βενζοδιαζεπίνες) κατά το τρίτο τρίμηνο παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με την παραμονή για διάστημα 6 και 12 μηνών μετά τον τοκετό. Τέλος, η συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικής θεραπείας κατά το τρίτο τρίμηνο παρουσίασε θετική συσχέτιση με την παραμονή στη θεραπεία για διάστημα 6 μηνών μετά τον τοκετό (O'Connor et al., 2018).

Το εύρημα που αφορά τη θετική συσχέτιση μεταξύ της συνταγογράφησης αντικαταθλιπτικών και την παραμονή στη θεραπεία παρέχει σημαντικές ενδείξεις για τη δημόσια υγεία. Αν και η χρήση των αντικαταθλιπτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει κάποιους κινδύνους, η ισχυρή συσχέτιση της με την παραμονή στη θεραπεία θα πρέπει να εξεταστεί επιπρόσθετα με μία σειρά άλλων επωφελών επιπτώσεων της μητρικής ψυχικής σταθερότητας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στη συχνότητα των ψυχιατρικών διαγνώσεων ανάμεσα στις γυναίκες που βρίσκονταν σε θεραπεία με υποκατάστατα και στις υπόλοιπες για χρονικό διάστημα 6 και 12 μηνών μετά τον τοκετό, γεγονός το οποίο υποδεικνύει ότι η ακριβής θεραπεία σχετικά με άλλη ψυχική

διαταραχή και η συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών ενδέχεται να ενισχύσει την παραμονή στη θεραπεία (O'Connor et al., 2018).

Η γρήγορη πρόσβαση στη φαρμακευτική αγωγή συσχετίζεται με την παραμονή στη θεραπεία μετά τον τοκετό των γυναικών στις οποίες έχει συνταγογραφηθεί βουπρενορφίνη κατά την εγκυμοσύνη, υπογραμμίζοντας τη σημασία της επέκτασης της πρόσβασης στη φαρμακευτική αγωγή των γυναικών οι οποίες βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία με διαταραχές χρήσης οπιοειδών (O'Connor et al., 2018).

Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τον γιατρό τους ώστε να καταλήγουν στη βέλτιστη για εκείνους θεραπεία (WHO, 2014).

Αν και ο θηλασμός συνήθως είναι χαμηλός ανάμεσα στις γυναίκες με διαταραχές χρήσης οπιοειδών, σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι μπορεί να μειώσει τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο και την ανάγκη για θεραπεία με παροχή μορφίνης στα βρέφη. Εκτός και εάν υπάρχουν συγκεκριμένες ιατρικές ανησυχίες (για παράδειγμα, μητρική προσβολή από HIV) η ενθάρρυνση της μητέρας προς τον θηλασμό μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα του νεογνικού συνδρόμου αποχής και να βελτιώσει τον δεσμό μεταξύ εκείνης και του βρέφους (WHO, 2014).

Ο διαχωρισμός των δόσεων της μεθαδόνης (δηλαδή η χορήγηση μικρότερων δόσεων με υψηλότερη συχνότητα) περιορίζει την έκθεση του εμβρύου σε περιόδους στέρησης. Οι μητέρες που θεραπεύτηκαν με διαχωρισμένες δόσεις είχαν βρέφη με λιγότερο έντονο σύνδρομο αποχής (WHO, 2014).

Ο στιγματισμός και η προκατάληψη εκ μέρους των υπηρεσιών υγείας ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα την ελλιπή αναφορά της χρήσης ουσιών και την ανεπαρκή χορήγηση θεραπευτικών δόσεων, το οποίο συχνά οδηγεί σε καθυστερημένες ή αναποτελεσματικές θεραπείες (WHO, 2014). Στις ΗΠΑ 18 πολιτείες θεωρούν τη χρήση ουσιών εκ μέρους της μητέρας ως κακοποίηση ανηλίκου, ενώ τρεις πολιτείες ως αιτία ακούσιας νοσηλείας, δρώντας αποτρεπτικά στην αναζήτηση θεραπείας εκ μέρους των γυναικών (Flavin & Paltrow, 2010).

Οι μητέρες που έλαβαν θεραπεία με βουπρενορφίνη βρέθηκε σε σχετική έρευνα (Meyer et al., 2015) ότι ήταν περισσότερο πιθανό να ξεκινήσουν το πρόγραμμα πριν την εγκυμοσύνη ή νωρίτερα κατά τη διάρκεια της σε σχέση με εκείνες που έλαβαν μεθαδόνη, είχαν μεγαλύτερη διάρκεια τοκετού και βαρύτερα νεογνά. Τα νεογέννητα

τους απαιτούσαν αρκετά πιο σπάνια και για συντομότερο χρονικό διάστημα θεραπεία από το νεογνικό σύνδρομο αποχής σε σχέση με εκείνα οι μητέρες των οποίων είχαν παρακολουθήσει πρόγραμμα μεθαδόνης.

1.4. Τα δεδομένα στην Ελλάδα

Κατά το 2017 εισήλθαν στα αναγνωρισμένα προγράμματα θεραπείας για προβλήματα από τη χρήση ουσιών 4.283 άτομα. Το 23,7% από αυτούς τους ασθενείς εισήλθαν σε θεραπευτικά προγράμματα με υποκατάστατα (ΕΚΤΕΠΝ, 2019). Η πλειοψηφία των εισερχόμενων (60,2%) είχε πραγματοποιήσει και στο παρελθόν κάποια προσπάθεια θεραπείας. Ως πηγές παρότρυνσης για την είσοδο στη θεραπεία αναφέρονται τα ίδια τα άτομα (38,7%) και η οικογένεια-φίλοι (34,3%)

Η πλειοψηφία των εισερχόμενων χρηστών σε θεραπευτικά προγράμματα (71%) κατά το 2017 ανέφερε χρήση πολλαπλών ουσιών. Για τους χρήστες οπιοειδών το ποσοστό αυτό ανήλθε σε 78,1%. Πλέον των οπιοειδών, οι συχνότερες ουσίες παράλληλης χρήσης ήταν τα ψυχοδραστικά φάρμακα (66,5%), η κάνναβη (55,3%) και η κοκαΐνη (34,9%) (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

Τα οπιοειδή αποτελούσαν κατά το 2017 την πλέον διαδεδομένη κύρια ουσία χρήσης στην Ελλάδα (Anagnostou et al., 2018). Το σχετικό ποσοστό επί του συνόλου των χρηστών ουσιών που εισήλθαν σε θεραπευτικά προγράμματα ανήλθε σε 60,9%. Στα άτομα που είχαν προγενέστερο ιστορικό εισόδου σε θεραπεία αναφέρθηκε υψηλότερο ποσοστό χρήσης οπιοειδών σε σχέση με εκείνους που εισήλθαν για πρώτη φορά (74,8% και 38,9% αντίστοιχα) (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

Οι γυναίκες αντιπροσώπευαν το 15,5% των εισερχόμενων σε θεραπευτικά προγράμματα. Η μέση ηλικία των γυναικών που εισήλθαν σε θεραπευτικά προγράμματα κατά το 2017 ανήλθε σε 32,2 έτη. Το 88,6% των εισερχομένων ήταν Έλληνες.

Τα οπιοειδή (κατά κύριο λόγο η ηρωίνη) αποτελούν τη συχνότερη κύρια ουσία χρήσης των εισερχόμενων σε θεραπευτικά προγράμματα όσον αφορά την Ελλάδα (Anagnostou et al., 2018). Επιπρόσθετα, κατά το 2017 σημειώθηκε μία αύξηση του ποσοστού των γυναικών που εισήλθαν σε θεραπεία.

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που παρακολούθησαν θεραπευτικά προγράμματα κατά το 2017 ένας στους τρεις αντιμετωπίζει ποινική εμπλοκή, 3 στους

10 ψυχιατρική συννοσηρότητα , ενώ 2 στους 10 ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 50 ετών (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

Αναφορικά με την έκβαση της θεραπείας, το 74% των εισερχομένων κατά το 2017 συνέχιζε την παρακολούθηση μέχρι το τέλος του έτους, ενώ το 4,7% ολοκλήρωσε το πρόγραμμα. Το 21,4% αποχώρησε από τα προγράμματα αναφέροντας ως κυριότερες αιτίες: την οικιοθελή αποχώρηση και την πρόωρη χορήγηση εξιτηρίου (ΕΚΤΕΠΝ, 2019) (Πίνακας 1).

Κατά το 2017 δέχθηκαν θεραπεία (οποιοδήποτε είδους παρέμβασης) 12.480 άτομα, εκ των οποίων το 74% παρακολούθησε πρόγραμμα υποκατάστασης, το 19% ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, το 5% παρεμβάσεις στο πλαίσιο του σφραγιστικού συστήματος και το 2% εντάχθηκε στο πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

Τα προγράμματα υποκατάστασης παρέχουν φαρμακευτική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία πιθανής σωματικής ή ψυχικής συννοσηρότητας (Anagnostou et al., 2018). Αποσκοπούν στη μείωση της χρήσης ουσιών και των προβλημάτων που απορρέουν από αυτήν, καθώς και στην προστασία της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών, ενώ παρέχουν βοήθεια σε όσους μπορούν και επιθυμούν να απεξαρτηθούν. Κυριότερη επιδίωξη τους είναι η σταθεροποίηση σε έναν κανονικό τρόπο ζωής, συνδυαζόμενη με τη βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και την ενίσχυση του ενδιαφέροντος για εκπαίδευση/κατάρτιση, εργασία και επαγγελματική αποκατάσταση (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

Υπάρχουν δύο κύριες κατηγορίες ΜΟΘΕ (Μονάδων Θεραπείας της Εξάρτησης): οι μονάδες που χορηγούν ως κύρια ουσία χρήσης τη μεθαδόνη και οι μονάδες που χορηγούν ως φαρμακευτική ουσία τη βουπρενορφίνη (Fotiou et al., 2016). Το δίκτυο του ΟΚΑΝΑ αποτελείται από 56 μονάδες, το 41% εκ των οποίων βρίσκεται στην Αττική, το 21% στη Θεσσαλονίκη και το 38% σε διάφορες πόλεις της χώρας. Κατά το 2017 η συνολική τους δυναμικότητα ανέρχονταν σε 8.411 θέσεις (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

Το πρόγραμμα παρακολούθησαν 9.270 άτομα, από τα οποία 2.186 εντάχθηκαν σε μονάδες μεθαδόνης και 7.084 σε μονάδες βουπρενορφίνης. Από το σύνολο των

εισαγωγών για το 2017 (1.496 άτομα) το 12,8% εντάχθηκε σε μονάδες μεθαδόνης και το 87,2% σε μονάδες βουπρενορφίνης (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

Αναφορικά με την έκβαση της θεραπείας, το 82% των ατόμων που παρακολούθησαν τα προγράμματα κατά το 2017 συνέχισαν τη θεραπεία μέχρι το τέλος του χρόνου, ενώ το 18% αποχώρησε από αυτήν. Ενέσιμη χρήση πριν την ένταξη στο πρόγραμμα είχε δηλώσει το 62,5% των χρηστών, 7 στους 10 θεραπευόμενους ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 35-55 ετών, ενώ παρόμοιο ποσοστό παραμένει στις ΜΟΘΕ για περίοδο μεγαλύτερη των 2 ετών (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

1.5. Σύνοψη ευρημάτων βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Οι γυναίκες αναφέρονται ως η πλέον ευάλωτη κατηγορία τοξικοεξαρτημένων (Μάτσα, 2013). Επιπρόσθετα, λόγω του κοινωνικού ρατσισμού ενδέχεται να παρουσιάζουν αυξημένες επιφυλάξεις απέναντι στα θεραπευτικά προγράμματα. Οι μητέρες τοξικοεξαρτημένες στιγματίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό (Μάτσα, 2013). Ως εκ τούτου η μητρότητα θα μπορούσε να θεωρηθεί η πλέον σημαντική παράμετρος της γυναικείας χρήσης. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες οι γυναίκες χρήστριες αποτελούν κατά πλειοψηφία θύματα σεξουαλικής ή άλλου είδους κακοποίησης κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής τους ηλικίας (Poole & Dell, 2005). Επιπρόσθετα, είναι ιδιαίτερος πιθανό να προέρχονται από ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον εντός του οποίου τουλάχιστον ο ένας από τους δύο γονείς έκανε κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών (Gorman, 2014). Οι γυναίκες από μόνες τους αναφέρουν συγκεκριμένες αιτίες για τις οποίες καταφεύγουν στη χρήση ουσιών, όπως είναι ο έλεγχος του βάρους, η καταπολέμηση της κόπωσης, η αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και προσπάθειες αυτοδιαχείρισης προβλημάτων ψυχικής υγείας (NIH, 2018).

Η χρήση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη ενέχει κινδύνους για την υγεία της γυναίκας και του παιδιού της τόσο σε βραχυπρόθεσμο όσο και σε μακροπρόθεσμο επίπεδο. Οι περισσότερες ουσίες, ανάμεσα τους τα οπιοειδή και τα διεγερτικά, μπορούν δυνητικά να βλάψουν ένα αγέννητο βρέφος. Η εγκυμοσύνη αναφέρεται σε ορισμένες περιπτώσεις ως ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα για την είσοδο γυναικών σε προγράμματα απεξάρτησης (Λουκά, 2014). Κατά τα τελευταία χρόνια αναφέρεται στην Ελλάδα μία αύξηση των εγκύων γυναικών εξαρτημένων από ουσίες, οι οποίες παρουσιάζουν αυξημένες ανάγκες παρέμβασης και στήριξης. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τους είναι το ότι η τακτική μαιευτική φροντίδα δεν μπορεί να

συμβιβαστεί με τα χαρακτηριστικά του τρόπου διαβίωσης τους. Επιπρόσθετα, η πλειοψηφία τους είναι ανασφάλιστοι (Λουκά, 2014).

Μία σειρά χωρών έχει αναπτύξει ειδικά θεραπευτικά προγράμματα τα οποία στοχεύουν αποκλειστικά στη γυναικεία τοξικοεξάρτηση, λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες διαμόρφωσης της καθώς και τις αναγκαίες θεραπευτικές προσεγγίσεις (Πολιτοπούλου, 2010). Ειδικά προγράμματα μπορούν να βοηθήσουν τις έγκυες γυναίκες να διακόψουν ασφαλώς τη χρήση ουσιών και επιπρόσθετα να τους παρέχουν προγεννητική φροντίδα (Stone, 2015). Συγκεκριμένοι τύποι θεραπείας έχουν παρουσιάσει θετικά αποτελέσματα, ειδικά εάν παρέχουν υπηρεσίες παιδικής φροντίδας, γονικών μαθημάτων και εργασιακής κατάρτισης. Συνταγογραφήσεις όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη, σε συνδυασμό με τις προαναφερθείσες θεραπείες, μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα. Ορισμένα βρέφη θα χρειαστούν επιπρόσθετη θεραπεία για τα στερητικά τους σύνδρομα. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα είναι καλύτερα για το νεογνό εάν η μητέρα λαμβάνει συνταγογραφούμενη θεραπεία κατά την εγκυμοσύνη αντί να συνεχίζει τη χρήση οπιοειδών (NIH, 2018).

Για την εξάρτηση από οπιοειδή επιπρόσθετα στη σύσταση διακοπής της χρήσης δίδεται η δυνατότητα συνταγογράφησης μακράς δράσης οπιοειδών όπως είναι η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη ώστε να διατηρηθούν σταθερά επίπεδα οπιοειδών. Αν και η συγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση ενέχει τον κίνδυνο εμφάνισης νεογνικού συνδρόμου αποχής, τα οπιοειδή είναι ουσιαστικά μη τοξικά σε σταθερά επίπεδα χορήγησης (Jones et al., 2014). Η μεθαδόνη χρησιμοποιείται για τη θεραπεία εγκύων γυναικών με διαταραχές χρήσης οπιοειδών από τη δεκαετία του 1970 ενώ αναγνωρίζεται ως το θεραπευτικό πρότυπο από το 1998. Έκτοτε, μελέτες έχουν δείξει ότι η βουπρενορφίνη αποτελεί επίσης μία αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή (Krans & Patrick, 2016). Τα συγκεκριμένα υποκατάστατα υποστηρίζονται ως οι βέλτιστες πρακτικές για τη θεραπεία της εξάρτησης από οπιοειδή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων και την Αμερικανική Εταιρεία Ιατρικής Τοξικομανίας (ΕΚΤΕΠΝ, 2019).

Οι μητέρες που έλαβαν θεραπεία με βουπρενορφίνη βρέθηκε σε σχετική έρευνα (Meyer et al., 2015) ότι ήταν περισσότερο πιθανό να ξεκινήσουν το πρόγραμμα πριν την εγκυμοσύνη ή νωρίτερα κατά τη διάρκεια της σε σχέση με εκείνες που έλαβαν

μεθαδόνη, είχαν μεγαλύτερη διάρκεια τοκετού και βαρύτερα νεογνά. Τα νεογέννητα τους απαιτούσαν αρκετά πιο σπάνια και για συντομότερο χρονικό διάστημα θεραπεία από το νεογνικό σύνδρομο αποχής σε σχέση με εκείνα οι μητέρες των οποίων είχαν παρακολουθήσει πρόγραμμα μεθαδόνης.

Η φαρμακευτική αγωγή είτε με μεθαδόνη είτε με βουπρενορφίνη θεωρείται η τυπική θεραπεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ενώ η μεθαδόνη έχει χρησιμοποιηθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε θεραπευτικά προγράμματα για την εξάρτηση από οπιοειδή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η βουπρενορφίνη φαίνεται ότι σχετίζεται με μία συντομότερη διάρκεια και ένα λιγότερο έντονο νεογνικό σύνδρομο αποχής. Συγκρινόμενες με γυναίκες στις οποίες χορηγήθηκε μεθαδόνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες που έλαβαν βουπρενορφίνη παρουσίασαν κύσεις με σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια, λιγότερα συμβάντα πρόωρου τοκετού, ενώ κατά μέσο όρο τα νεογνά είχαν μεγαλύτερο βάρος γέννησης και περιφέρεια κεφαλής. Ενώ τα βραχυπρόθεσμα μητρικά και εμβρυϊκά αποτελέσματα που σχετίζονται με τη χρήση της βουπρενορφίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν μελετηθεί, δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με τις γυναίκες αυτές ύστερα από την άμεση περίοδο μετά τον τοκετό (O'Connor et al., 2018).

1.6. Σκοπός της μελέτης

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση και τον προσδιορισμό των παραγόντων οι οποίοι επιδρούν θετικά στην παραμονή εγκύων γυναικών εξαρτημένων από ουσίες σε θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης μετά την ολοκλήρωση του τοκετού. Προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση εξετάζεται η ύπαρξη πιθανών συσχετίσεων μεταξύ παραγόντων οι οποίοι εκλέχθηκαν βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας και της παραμονής των εγκύων γυναικών στο θεραπευτικό πρόγραμμα για διάστημα μεγαλύτερο ή μικρότερο των έξι μηνών μετά τον τοκετό.

Στόχος είναι η μελέτη του κοινωνικού και δημογραφικού προφίλ των εγκύων οι οποίες εντάσσονται σε θεραπευτικά προγράμματα με υποκατάστατα οπιοειδών καθώς και η μελέτη της θεραπευτικής πορείας των ασθενών που συμμετέχουν στα θεραπευτικά προγράμματα μετά το πέρας του τοκετού. Θεωρείται ύψιστης σημασίας η ταυτοποίηση των συγκεκριμένων παραγόντων ούτως ώστε στη συνέχεια να λάβει χώρα ο κατάλληλος σχεδιασμός για τη βελτίωση των ποσοστών παραμονής των εγκύων γυναικών στα θεραπευτικά προγράμματα μετά την ολοκλήρωση του τοκετού.

Παράλληλα θα διερευνηθεί η επίδραση ορισμένων παραγόντων οι οποίοι εκλέχθηκαν βάσει της διεθνούς σχετικής βιβλιογραφίας στη διάρκεια της παραμονής των εγκύων γυναικών στα θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης μετά τον τοκετό. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- Η ηλικία
- Η εθνικότητα
- Το μορφωτικό επίπεδο
- Ο μήνας εγκυμοσύνης κατά την εισαγωγή στη μονάδα
- Η στέγαση
- Η οικογενειακή κατάσταση
- Ο αριθμός παιδιών
- Η ύπαρξη κάποιας ασθένειας ή όχι
- Η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού
- Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής
- Η φυλάκιση
- Η παράλληλη χρήση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη
- Η εργασιακή κατάσταση

1.7. Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης διαμορφώνεται ως εξής:

1. Οι έγκυες γυναίκες στις οποίες κατά την παραμονή τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα χορηγείται βουπρενορφίνη παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες παραμονής για μακρύτερες χρονικές περιόδους μετά το πέρας του τοκετού στη θεραπεία σε σχέση με εκείνες στις οποίες χορηγείται μεθαδόνη.
2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εγκύων γυναικών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο ως προς την παραπάνω υπόθεση.

2. Μεθοδολογία

2.1. Ερευνητική Διαδικασία

Η παρούσα έρευνα εγκρίθηκε από την επιστημονική επιτροπή του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών-ΟΚΑΝΑ. Τα στοιχεία συλλέχτηκαν κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας με κάθε υπεύθυνο της θεραπευτικής μονάδας του ΟΚΑΝΑ, σε καθορισμένη μέρα και ώρα και κατόπιν συνεννόησης με το εκάστοτε προσωπικό μονάδας.

Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της αναδρομικής συλλογής δεδομένων, δηλαδή συλλέχθηκαν στοιχεία από τους φακέλους των ασθενών (συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο - TDI, από το προσωπικό του οργανισμού, ψυχιατρική εκτίμηση αν υπήρχε και αποτελέσματα ούρων).

2.2. Συμμετέχοντες

Ο πληθυσμός που εξετάστηκε αποτελούνταν από 74 γυναίκες, 47 στις οποίες χορηγήθηκε βουπρενορφίνη και 27 γυναίκες με μεθαδόνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε Μονάδες Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ στον Νομό Αττικής κατά την περίοδο 2012-2018. Προϋπόθεση συμμετοχής ήταν οι γυναίκες να έχουν γεννήσει ζωντανό βρέφος, να έχουν χορηγηθεί με την υποκατάστατη ουσία ενώ ήταν σε κατάσταση εγκυμοσύνης, να είναι άνω των 20 ετών (εσωτερικός κανονισμός ΟΚΑΝΑ 2015), ανεξαιρέτως θρησκείας και εθνικότητας.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από όλες τις φαρμακευτικές Μονάδες Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ στον νομό Αττικής και αφορούσαν την περίοδο 2012-2018. Τα προσωπικά στοιχεία ήταν κωδικοποιημένα και μετά την εξαγωγή των αποτελεσμάτων καταστράφηκαν. Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τους φακέλους των ασθενών και πιο συγκεκριμένα το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο TDI, την ψυχιατρική εκτίμηση και τα αποτελέσματα ούρων.

2.3. Ερευνητικά εργαλεία

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένα ερωτηματολόγιο βάσει του πρωτοκόλλου του “Δείκτη Αίτησης Θεραπευτικής Βοήθειας (Treatment Demand Indicator TDI)” (Simon et al., 1999). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τέσσερις βασικές ενότητες ερωτήσεων που σχετίζονται με δημογραφικά στοιχεία, το

ιστορικό θεραπείας, τη χρήση ουσιών και τη συμπεριφορά υψηλού κινδύνου του χρήστη.

2.4. Στατιστική Ανάλυση

Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση (ανάλυση συχνοτήτων) των δημογραφικών και προσωπικών στοιχείων. Για την επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση, ενώ για την παρουσίαση των ποιοτικών μεταβλητών τα ποσοστά. Για τη μελέτη των δεδομένων και την εξαγωγή των συμπερασμάτων εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-squared test).

Το επίπεδο σημαντικότητας τοποθετήθηκε στο 5%. Η περιγραφική στατιστική ανάλυση έλαβε χώρα με τη χρήση του λογισμικού Microsoft Excel, ενώ η ανάλυση συσχετίσεων με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS.

3. Αποτελέσματα

Στην παρούσα έρευνα συμμετέχουν 74 γυναίκες που βρίσκονται σε περίοδο εγκυμοσύνης και στις οποίες χορηγήθηκε βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη τουλάχιστον τρεις μήνες πριν τον τοκετό. Έτσι οι ερωτηθείσες μελετούνται χωρισμένες σε δύο ομάδες, στην ομάδα πλήθους 47 ατόμων, στα οποία χορηγήθηκε βουπρενορφίνη και στην ομάδα πλήθους 27 ατόμων, όπου χορηγήθηκε μεθαδόνη.

3.1. Δημογραφικά στοιχεία

Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου independent samples t-test των ποσοτικών δημογραφικών μεταβλητών ως προς την ουσία που χορηγήθηκε, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών ($p \geq 0,282$).

Προκύπτει ότι οι γυναίκες που χορηγήθηκε βουπρενορφίνη είναι ηλικίας κατά μέσο όρο 32 ετών (M.O.=32,47±4,93) και εισήχθησαν στη μονάδα κατά μέσο όρο στον 3ο μήνα εγκυμοσύνης (M.O.=2,87±2,22),

Στις γυναίκες που χορηγήθηκε μεθαδόνη, ήταν κατά μέσο όρο 33 ετών (M.O.=33,33±4,28) και εισήχθησαν στη μονάδα κατά μέσο όρο στον 4ο μήνα εγκυμοσύνης (M.O.=3,59±3,00).

Πίνακας 1: Έλεγχος independent samples t-test για ποσοτικές δημογραφικές μεταβλητές ως προς ουσία χορήγησης

Στοιχείο	Βουπρενορφίνη M.O.(T.A.)	Μεθαδόνη M.O. (T.A.)	Στατιστικό	p-value
Ηλικία	32,47 (4,93)	33,33 (4,28)	t (72) =-0,762	0,449
Μήνας εγκυμοσύνης εισαγωγής στη μονάδα	2,87 (2,22)	3,59 (3,00)	t (42, 689) =-1,090	0,282

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων X² test των ποιοτικών δημογραφικών μεταβλητών των γυναικών ως προς την ουσία που χορηγήθηκε, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση σε καμία περίπτωση ($p \geq 0,081$).

Όσον αφορά τις γυναίκες που χορηγήθηκε βουπρενορφίνη, προκύπτει ότι το 93,6% (N=44) αυτών έχουν Ελληνική καταγωγή, αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, το 42,6% (N=20) είναι απόφοιτες Λυκείου και το 21,3% (N=10) Γυμνασίου, σχετικά με την κατάσταση στέγασης της, το 27,7% (N=13) των συμμετεχόντων δηλώνουν ότι

ζουν με τους γονείς ή τη μητέρα τους, ενώ το 72,3% (N=34) δήλωσαν άγαμες και το 23,4% (N=11) έγγαμες. Επιπλέον, όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση προκύπτει ότι η συντριπτική τους πλειοψηφία, για την ακρίβεια το 89,1% (N=41) δήλωσαν άνεργες. Τέλος, αναφορικά με τις γυναίκες που χορηγήθηκε μεθαδόνη, προκύπτει ότι το 92,6% (N=25) αυτών έχουν Ελληνική καταγωγή.

Πίνακας 2: Έλεγχοι Χ² test για ποιοτικές δημογραφικές μεταβλητές ως προς ουσία χορήγησης

Στοιχείο	Κατηγορίες	Βουπρενορφίνη N (f%)	Μεθαδόνη N (f%)	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Εθνικότητα	Ελληνική	44 (93,6%)	25 (92,6%)	Χ ² test	Χ ² =5,207	0,267
	Αλβανική	0 (0%)	1 (3,7%)			
	Βουλγαρική	0 (0%)	1 (3,7%)			
	Γεωργιανή	1 (2,1%)	0 (0%)			
	Ρωσική	2 (4,3%)	0 (0%)			
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	5 (10,6%)	5 (18,5%)	Χ ² test	Χ ² =9,627	0,292
	Ημιτελής φοίτηση Γυμνασίου	3 (6,4%)	0 (0%)			
	Γυμνάσιο	10 (21,3%)	7 (25,9%)			
	Ημιτελής φοίτηση Λυκείου	4 (8,5%)	1 (3,7%)			
	Λύκειο	20 (42,6%)	12 (44,4%)			
	ΕΠΑΛ	1 (2,1%)	0 (0%)			
	ΙΕΚ	2 (4,3%)	0 (0%)			
	ΤΕΙ	2 (4,3%)	0 (0%)			
ΑΕΙ	0 (0%)	2 (7,4%)				
Στέγαση	Όχι	4 (8,5%)	1 (3,7%)	Χ ² test	Χ ² =7,950	0,337
	Ναι, με γονείς/μητέρα	13 (27,7%)	7 (25,9%)			
	Ναι, με σύντροφο	11 (23,4%)	2 (7,4%)			
	Ναι, με σύζυγο	7 (14,9%)	8 (29,6%)			
	Ναι, με σύζυγο/ σύντροφο και παιδιά	4 (8,5%)	1 (3,7%)			
	Ναι, με γονείς και παιδιά	1 (2,1%)	1 (3,7%)			
	Ναι, με σύζυγο και γονείς	0 (0%)	1 (3,7%)			
Ναι, μόνη	7 (14,9%)	6 (22,2%)				
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	34 (72,3%)	13 (48,1%)	Χ ² test	Χ ² =4,338	0,227
	Έγγαμη	11 (23,4%)	12 (44,4%)			
	Σε διάσταση	1 (2,1%)	1 (3,7%)			
	Χήρα	1 (2,1%)	1 (3,7%)			
Αριθμός παιδιών	0	26 (55,3%)	7 (25,9%)	Χ ² test	Χ ² =9,792	0,081
	1	15 (31,9%)	13 (48,1%)			
	2	4 (8,5%)	6 (22,2%)			
	3	1 (2,1%)	0 (0%)			
	4	0 (0%)	1 (3,7%)			
	5	1 (2,1%)	0 (0%)			
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργη	41 (89,1%)	25 (92,6%)	Χ ² test	Χ ² =0,235	0,628
	Εργαζόμενη	5 (10,9%)	2 (7,4%)			

Ιστορικό φυλάκισης	Όχι	32 (68,1%)	19 (76%)	Χ ² test	Χ ² =1,303	0,728
	Ναι, μία φορά	9 (19,1%)	4 (16%)			
	Ναι, δύο φορές	1 (2,1%)	1 (4%)			
	Ναι, πάνω από δύο φορές	5 (10,6%)	1 (4%)			

3.2. Κατάσταση υγείας

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Χ² test των μεταβλητών που αφορούν την κατάσταση υγείας των γυναικών και γενικότερα το ιατρικό ιστορικό τους, ως προς την ουσία που χορηγήθηκε, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση σε καμία περίπτωση ($p \geq 0,133$).

Όσον αφορά τις γυναίκες που πήραν βουπρενοφρίνη, προκύπτει ότι 66% (N=31) έπασχαν από κάποια πάθηση. Από το σύνολο των γυναικών που πήραν βουπρενοφρίνη το 63,8% (N=30) είχαν HCV, που αποτέλεσε και την πάθηση που συγκέντρωσε τα μεγαλύτερα ποσοστά.

Σχετικά με τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη, προκύπτει ότι το 51,9% (N=14) αυτών δηλώνουν πως δεν έχουν καμία πάθηση. Από το σύνολο των γυναικών που πήραν μεθαδόνη, το 48,1% (N=13) έχουν HCV, που αποτέλεσε την πάθηση με τα μεγαλύτερα ποσοστά.

Πίνακας 3: Έλεγχοι Χ² test για κατάσταση υγείας ως προς ουσία χορήγησης

Στοιχείο	Κατηγορίες	Βουπρενοφρίνη N (f%)	Μεθαδόνη N (f%)	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
HIV	Όχι	44 (93,6%)	23 (85,2%)	Χ ² test	Χ ² =1,424	0,233
	Ναι	3 (6,4%)	4 (14,8%)			
HCV	Όχι	17 (36,2%)	14 (51,9%)	Χ ² test	Χ ² =1,732	0,188
	Ναι	30 (63,8%)	13 (48,1%)			
Σύφιλη	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	Χ ² test	Χ ² =1,765	0,184
	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)			
Καρδιά	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	Χ ² test	Χ ² =1,765	0,184
	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)			
Φυματίωση	Όχι	46 (97,9%)	27 (100%)	Χ ² test	Χ ² =0,582	0,445
	Ναι	1 (2,1%)	0 (0%)			
Κώφωση	Όχι	46 (97,9%)	27 (100%)	Χ ² test	Χ ² =0,582	0,445
	Ναι	1 (2,1%)	0 (0%)			
Καμία πάθηση	Όχι	31 (66%)	13 (48,1%)	Χ ² test	Χ ² =2,256	0,133
	Ναι	16 (34%)	14 (51,9%)			

3.3. Ψυχιατρικό ιστορικό

Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων χ^2 test των μεταβλητών που αφορούν το ψυχιατρικό ιστορικό των γυναικών ως προς την ουσία που χορηγήθηκε, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση με τη διαταραχή διάθεσης/συμπεριφοράς/προσωπικότητας ($\chi^2=5,153$, $p=0,023$), με τα ποσοστά διαταραχής να είναι υψηλότερα για τα άτομα που πήραν βουπρενοφρίνη (17% έναντι 0%).

Όσον αφορά τις γυναίκες που πήραν βουπρενοφρίνη, προκύπτει ότι το 59,6% (N=28) αυτών δεν αντιμετωπίζουν κανένα ψυχιατρικό ζήτημα. Αναφορικά με τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη, προκύπτει ότι το 63% (N=17) αυτών δεν αντιμετωπίζουν κανένα ψυχιατρικό ζήτημα..

Πίνακας 4: Έλεγχοι χ^2 test για ψυχιατρικό ιστορικό ως προς ουσία χορήγησης

Στοιχείο	Κατηγορίες	Βουπρενοφρίνη N (f%)	Μεθαδόνη N (f%)	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value																																																																																						
Οριακή διαταραχή	Όχι	44 (93,6%)	25 (92,6%)	χ^2 test	$\chi^2=0,029$	0,866																																																																																						
	Ναι	3 (6,4%)	2 (7,4%)				Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)	Κατάθλιψη	Όχι	43 (91,5%)	24 (88,9%)	χ^2 test	$\chi^2=0,135$	0,713	Ναι	4 (8,5%)	3 (11,1%)	ΔΕΠΥ	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)	Μείζον καταθλιπτική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	25 (92,6%)	χ^2 test	$\chi^2=3,578$	0,059	Ναι	0 (0%)	2 (7,4%)	Διπολική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)	Διαταραχή διάθεσης/ προσωπικότητας	Όχι	39 (83%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=5,153$	0,023	Ναι	8 (17%)	0 (0%)	Αγχώδης διαταραχή/ Διαταραχή πανικού	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Σχιζοσυναισθηματική/ Ψυχωτική διαταραχή	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	Όχι	19 (40,4%)	10 (37%)	χ^2 test	$\chi^2=0,083$
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184																																																																																						
	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)				Κατάθλιψη	Όχι	43 (91,5%)	24 (88,9%)	χ^2 test	$\chi^2=0,135$	0,713	Ναι	4 (8,5%)	3 (11,1%)	ΔΕΠΥ	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)	Μείζον καταθλιπτική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	25 (92,6%)	χ^2 test	$\chi^2=3,578$	0,059	Ναι	0 (0%)	2 (7,4%)	Διπολική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)	Διαταραχή διάθεσης/ προσωπικότητας	Όχι	39 (83%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=5,153$	0,023	Ναι	8 (17%)	0 (0%)	Αγχώδης διαταραχή/ Διαταραχή πανικού	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Σχιζοσυναισθηματική/ Ψυχωτική διαταραχή	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	Όχι	19 (40,4%)	10 (37%)	χ^2 test	$\chi^2=0,083$	0,774	Ναι	28 (59,6%)	17 (63%)						
Κατάθλιψη	Όχι	43 (91,5%)	24 (88,9%)	χ^2 test	$\chi^2=0,135$	0,713																																																																																						
	Ναι	4 (8,5%)	3 (11,1%)				ΔΕΠΥ	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)	Μείζον καταθλιπτική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	25 (92,6%)	χ^2 test	$\chi^2=3,578$	0,059	Ναι	0 (0%)	2 (7,4%)	Διπολική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)	Διαταραχή διάθεσης/ προσωπικότητας	Όχι	39 (83%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=5,153$	0,023	Ναι	8 (17%)	0 (0%)	Αγχώδης διαταραχή/ Διαταραχή πανικού	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Σχιζοσυναισθηματική/ Ψυχωτική διαταραχή	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	Όχι	19 (40,4%)	10 (37%)	χ^2 test	$\chi^2=0,083$	0,774	Ναι	28 (59,6%)	17 (63%)																
ΔΕΠΥ	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184																																																																																						
	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)				Μείζον καταθλιπτική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	25 (92,6%)	χ^2 test	$\chi^2=3,578$	0,059	Ναι	0 (0%)	2 (7,4%)	Διπολική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)	Διαταραχή διάθεσης/ προσωπικότητας	Όχι	39 (83%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=5,153$	0,023	Ναι	8 (17%)	0 (0%)	Αγχώδης διαταραχή/ Διαταραχή πανικού	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Σχιζοσυναισθηματική/ Ψυχωτική διαταραχή	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	Όχι	19 (40,4%)	10 (37%)	χ^2 test	$\chi^2=0,083$	0,774	Ναι	28 (59,6%)	17 (63%)																										
Μείζον καταθλιπτική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	25 (92,6%)	χ^2 test	$\chi^2=3,578$	0,059																																																																																						
	Ναι	0 (0%)	2 (7,4%)				Διπολική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)	Διαταραχή διάθεσης/ προσωπικότητας	Όχι	39 (83%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=5,153$	0,023	Ναι	8 (17%)	0 (0%)	Αγχώδης διαταραχή/ Διαταραχή πανικού	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Σχιζοσυναισθηματική/ Ψυχωτική διαταραχή	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	Όχι	19 (40,4%)	10 (37%)	χ^2 test	$\chi^2=0,083$	0,774	Ναι	28 (59,6%)	17 (63%)																																				
Διπολική διαταραχή	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184																																																																																						
	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)				Διαταραχή διάθεσης/ προσωπικότητας	Όχι	39 (83%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=5,153$	0,023	Ναι	8 (17%)	0 (0%)	Αγχώδης διαταραχή/ Διαταραχή πανικού	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Σχιζοσυναισθηματική/ Ψυχωτική διαταραχή	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	Όχι	19 (40,4%)	10 (37%)	χ^2 test	$\chi^2=0,083$	0,774	Ναι	28 (59,6%)	17 (63%)																																														
Διαταραχή διάθεσης/ προσωπικότητας	Όχι	39 (83%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=5,153$	0,023																																																																																						
	Ναι	8 (17%)	0 (0%)				Αγχώδης διαταραχή/ Διαταραχή πανικού	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Σχιζοσυναισθηματική/ Ψυχωτική διαταραχή	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	Όχι	19 (40,4%)	10 (37%)	χ^2 test	$\chi^2=0,083$	0,774	Ναι	28 (59,6%)	17 (63%)																																																								
Αγχώδης διαταραχή/ Διαταραχή πανικού	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277																																																																																						
	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)				Σχιζοσυναισθηματική/ Ψυχωτική διαταραχή	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)	Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	Όχι	19 (40,4%)	10 (37%)	χ^2 test	$\chi^2=0,083$	0,774	Ναι	28 (59,6%)	17 (63%)																																																																		
Σχιζοσυναισθηματική/ Ψυχωτική διαταραχή	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277																																																																																						
	Ναι	2 (4,3%)	0 (0%)				Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	Όχι	19 (40,4%)	10 (37%)	χ^2 test	$\chi^2=0,083$	0,774	Ναι	28 (59,6%)	17 (63%)																																																																												
Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	Όχι	19 (40,4%)	10 (37%)	χ^2 test	$\chi^2=0,083$	0,774																																																																																						
	Ναι	28 (59,6%)	17 (63%)																																																																																									

3.4. Φαρμακευτική αγωγή

Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων χ^2 test των μεταβλητών που αφορούν την φαρμακευτική αγωγή των γυναικών ως προς την ουσία που χορηγήθηκε, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ($p \geq 0,184$).

Όσον αφορά τις γυναίκες που πήραν βουπρενοφρίνη, η πλειοψηφία των γυναικών, δηλαδή το 63,8% (N=30) ακολουθούν αγωγή με quetiapine, το 6,4% (N=3) με seroquel, το 4,3% (N=2) με remeron και το 2,1% (N=1) με zoloft ή avetrapine ή bustirone ή sertraline ή prenorvine ή seropram.

Όσον αφορά τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη, το 48,1% (N=13) ακολουθούν αγωγή με quetiapine και το 3,7% (N=1) με remeron ή lyrica ή seroquel.

Πίνακας 5: Έλεγχοι χ^2 test για φαρμακευτική αγωγή ως προς ουσία χορήγησης

Στοιχείο	Κατηγορίες	Βουπρενοφρίνη N (f%)	Μεθαδόνη N (f%)	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Αγωγή με remeron	Όχι	45 (95,7%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,013$	0,908
	Ναι	2 (4,3%)	1 (3,7%)			
Αγωγή με lyrica	Όχι	47 (100%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=1,765$	0,184
	Ναι	0 (0%)	1 (3,7%)			
Αγωγή με seroquel	Όχι	44 (93,6%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,241$	0,624
	Ναι	3 (6,4%)	1 (3,7%)			
Αγωγή με zoloft	Όχι	46 (97,9%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=0,582$	0,445
	Ναι	1 (2,1%)	0 (0%)			
Αγωγή με quetiapine	Όχι	17 (36,2%)	14 (51,9%)	χ^2 test	$\chi^2=1,732$	0,188
	Ναι	30 (63,8%)	13 (48,1%)			
Αγωγή με avetrapine	Όχι	46 (97,9%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=0,582$	0,445
	Ναι	1 (2,1%)	0 (0%)			
Αγωγή με bustirone	Όχι	46 (97,9%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=0,582$	0,445
	Ναι	1 (2,1%)	0 (0%)			
Αγωγή με sertraline	Όχι	46 (97,9%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=0,582$	0,445
	Ναι	1 (2,1%)	0 (0%)			
Αγωγή με prenorvine	Όχι	46 (97,9%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=0,582$	0,445
	Ναι	1 (2,1%)	0 (0%)			
Αγωγή με seropram	Όχι	46 (97,9%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=0,582$	0,445
	Ναι	1 (2,1%)	0 (0%)			

3.5. Παράλληλη χρήση ουσίας στην εγκυμοσύνη

Ο Πίνακας 6 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων χ^2 test των μεταβλητών που αφορούν την παράλληλη χρήση ουσίας στην εγκυμοσύνη, ως προς την ουσία που χορηγήθηκε στις συμμετέχουσες, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση σε καμία περίπτωση ($p \geq 0,277$).

Όσον αφορά τις γυναίκες που πήραν βουπρενοφρίνη, προκύπτει ότι το 25,5% (N=12) αυτών δεν έχουν κάνει καμία παράλληλη χρήση στην εγκυμοσύνη, ενώ το υπόλοιπο 74,5% (N=35) έχουν κάνει. Από τις γυναίκες που πήραν βουπρενοφρίνη, το 68,1% (N=32) αυτών έχουν χρησιμοποιήσει βενζοδιαζεπίνες, το 51,1% (N=24) οπιούχα, το 6,4% (N=3) κοκαΐνη, το 4,3% (N=2) κάνναβη και το 2,1% (N=1) αλκοόλ ή σίσα.

Σχετικά με τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη, προκύπτει ότι το 29,6% (N=8) αυτών δεν έχουν κάνει καμία παράλληλη χρήση στην εγκυμοσύνη, ενώ το υπόλοιπο 70,4% (N=19) έχουν κάνει. Από το σύνολο των γυναικών που πήραν μεθαδόνη, το 66,7% (N=18) αυτών έχουν χρησιμοποιήσει βενζοδιαζεπίνες, το 55,6% (N=15) οπιούχα, το 11,1% (N=3) κοκαΐνη, το 3,7% (N=1) αλκοόλ ή σίσα.

Πίνακας 6: Έλεγχοι χ^2 test για παράλληλη χρήση ουσίας στην εγκυμοσύνη ως προς ουσία χορήγησης

Στοιχείο	Κατηγορίες	Βουπρενοφρίνη N (f%)	Μεθαδόνη N (f%)	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value																																																					
Καμία παράλληλη χρήση στην εγκυμοσύνη	Όχι	35 (74,5%)	19 (70,4%)	χ^2 test	$\chi^2=0,146$	0,702																																																					
	Ναι	12 (25,5%)	8 (29,6%)				Βενζοδιαζεπίνες	Όχι	15 (31,9%)	9 (33,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,016$	0,900	Ναι	32 (68,1%)	18 (66,7%)	Οπιούχα	Όχι	23 (48,9%)	12 (44,4%)	χ^2 test	$\chi^2=0,139$	0,709	Ναι	24 (51,1%)	15 (55,6%)	Αλκοόλ	Όχι	46 (97,9%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,162$	0,687	Ναι	1 (2,1%)	1 (3,7%)	Κοκαΐνη	Όχι	44 (93,6%)	24 (88,9%)	χ^2 test	$\chi^2=0,515$	0,473	Ναι	3 (6,4%)	3 (11,1%)	Σίσα	Όχι	46 (97,9%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,162$	0,687	Ναι	1 (2,1%)	1 (3,7%)	Κάνναβη	Όχι	45 (95,7%)
Βενζοδιαζεπίνες	Όχι	15 (31,9%)	9 (33,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,016$	0,900																																																					
	Ναι	32 (68,1%)	18 (66,7%)				Οπιούχα	Όχι	23 (48,9%)	12 (44,4%)	χ^2 test	$\chi^2=0,139$	0,709	Ναι	24 (51,1%)	15 (55,6%)	Αλκοόλ	Όχι	46 (97,9%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,162$	0,687	Ναι	1 (2,1%)	1 (3,7%)	Κοκαΐνη	Όχι	44 (93,6%)	24 (88,9%)	χ^2 test	$\chi^2=0,515$	0,473	Ναι	3 (6,4%)	3 (11,1%)	Σίσα	Όχι	46 (97,9%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,162$	0,687	Ναι	1 (2,1%)	1 (3,7%)	Κάνναβη	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277						
Οπιούχα	Όχι	23 (48,9%)	12 (44,4%)	χ^2 test	$\chi^2=0,139$	0,709																																																					
	Ναι	24 (51,1%)	15 (55,6%)				Αλκοόλ	Όχι	46 (97,9%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,162$	0,687	Ναι	1 (2,1%)	1 (3,7%)	Κοκαΐνη	Όχι	44 (93,6%)	24 (88,9%)	χ^2 test	$\chi^2=0,515$	0,473	Ναι	3 (6,4%)	3 (11,1%)	Σίσα	Όχι	46 (97,9%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,162$	0,687	Ναι	1 (2,1%)	1 (3,7%)	Κάνναβη	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277																
Αλκοόλ	Όχι	46 (97,9%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,162$	0,687																																																					
	Ναι	1 (2,1%)	1 (3,7%)				Κοκαΐνη	Όχι	44 (93,6%)	24 (88,9%)	χ^2 test	$\chi^2=0,515$	0,473	Ναι	3 (6,4%)	3 (11,1%)	Σίσα	Όχι	46 (97,9%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,162$	0,687	Ναι	1 (2,1%)	1 (3,7%)	Κάνναβη	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277																										
Κοκαΐνη	Όχι	44 (93,6%)	24 (88,9%)	χ^2 test	$\chi^2=0,515$	0,473																																																					
	Ναι	3 (6,4%)	3 (11,1%)				Σίσα	Όχι	46 (97,9%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,162$	0,687	Ναι	1 (2,1%)	1 (3,7%)	Κάνναβη	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277																																				
Σίσα	Όχι	46 (97,9%)	26 (96,3%)	χ^2 test	$\chi^2=0,162$	0,687																																																					
	Ναι	1 (2,1%)	1 (3,7%)				Κάνναβη	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277																																														
Κάνναβη	Όχι	45 (95,7%)	27 (100%)	χ^2 test	$\chi^2=1,181$	0,277																																																					

3.6. Παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό

Ο Πίνακας 7 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 test του διαστήματος παραμονής στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό, ως προς την ουσία που χορηγήθηκε στις γυναίκες, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ($p=0,280>0,05$).

Όσον αφορά τις γυναίκες που πήραν βουπρενοφρίνη, προκύπτει ότι οι περισσότερες, για την ακρίβεια το 70,2% (N=33) παρέμειναν στο πρόγραμμα για διάστημα 6 μηνών και άνω, ενώ το 14,9% (N=7) παρέμειναν για διάστημα λιγότερο των 6 μηνών ή διέκοψαν μετά τον τοκετό.

Σχετικά με τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη, προκύπτει ότι η μεγάλη πλειοψηφία τους, δηλαδή το 74,1% (N=20) παρέμειναν στο πρόγραμμα για διάστημα 6 μηνών και άνω, το 22,2% (N=6) για διάστημα λιγότερο των 6 μηνών και μόλις το 3,7% (N=1) διέκοψαν μετά τον τοκετό.

Πίνακας 7: Έλεγχος χ^2 test για παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό ως προς ουσία χορήγησης

Στοιχείο	Κατηγορίες	Βουπρενοφρίνη N (f%)	Μεθαδόνη N (f%)	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό	Όχι, διέκοψα	7 (14,9%)	1 (3,7%)	χ^2 test	$\chi^2=2,546$	0,280
	Ναι, κάτω από 6 μήνες	7 (14,9%)	6 (22,2%)			
	Ναι, 6 μήνες και άνω	33 (70,2%)	20 (74,1%)			

3.7. Προβλεπτικοί παράγοντες της παραμονής στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό» και ανεξάρτητες μεταβλητές τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας που δεν δημιουργούν πολυσυγγραμικότητα ($VIF \leq 8,277 < 10$). Προκύπτει ότι το πολλαπλό γραμμικό μοντέλο προσαρμόζεται στα δεδομένα ($F(36,34)=2,408$, $p=0,034$) με υψηλό βαθμό προσαρμογής ($AdjR^2=0,476 > 0,250$). Στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή έχει η ανεξάρτητη μεταβλητή «Μήνας εγκυμοσύνης εισαγωγής στη μονάδα» ($Beta=-0,591$, $t=-3,784$, $p=0,002$) και η μεταβλητή «Οπιούχα» ($Beta=-0,600$, $t=-2,876$, $p=0,011$).

Πίνακας 8: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τις γυναίκες που πήραν βουπρενοφρίνη με εξαρτημένη μεταβλητή την παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό

Εξαρτημένη μεταβλητή	R	R²	AdjR²	F (36,34)	p
Παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό	0,902	0,814	0,476	2,408	0,034
Ανεξάρτητες μεταβλητές	B	Beta	t	p	VIF
Σταθερά	0,327	-	0,136	0,893	-
Ηλικία	0,045	0,291	1,575	0,135	2,923
Μήνας εγκυμοσύνης εισαγωγής στη μονάδα	-0,199	-0,591	-3,784	0,002	2,097
Εθνικότητα	0,711	0,236	1,419	0,175	2,381
Μορφωτικό επίπεδο	0,027	0,064	0,351	0,730	2,853
Στέγαση	0,183	0,069	0,223	0,826	8,277
Οικογενειακή κατάσταση	0,229	0,139	0,812	0,429	2,510
Αριθμός παιδιών	0,205	0,271	1,826	0,087	1,888
Εργασιακή κατάσταση	-0,690	-0,289	-1,451	0,166	3,409
Ιστορικό φυλάκισης	-0,174	-0,228	-1,097	0,289	3,698
HIV	-0,590	-0,196	-0,708	0,489	6,581
HCV	0,077	0,050	0,321	0,753	2,114
Φυματίωση	1,423	0,279	1,329	0,203	3,791
Κώφωση	0,543	0,107	0,872	0,396	1,282
Οριακή διαταραχή	0,579	0,192	1,151	0,266	2,399
Κατάθλιψη	-0,124	-0,047	-0,313	0,759	1,951
Διαταραχή	0,003	0,002	0,008	0,993	3,208
διάθεσης/συμπεριφοράς/προσωπικότητας					
Σχιζοσυναισθηματική/Ψυχωτική διαταραχή	0,371	0,073	0,348	0,732	3,751
Αγωγή με seroquel	0,557	0,185	0,880	0,392	3,794
Αγωγή με zoloft	0,046	0,009	0,071	0,945	1,431
Αγωγή με quetiapine	1,182	0,324	1,110	0,283	7,332
Αγωγή με bustirone	-1,341	-0,263	-1,005	0,330	5,884
Αγωγή με sertraline	-0,497	-0,098	-0,407	0,689	4,931
Αγωγή με prenorvine	1,581	0,310	1,951	0,069	2,171
Αγωγή με seropram	1,426	0,280	1,109	0,284	5,457
Βενζοδιαζεπίνες	-0,174	-0,110	-0,521	0,609	3,796
Οπιούχα	-0,892	-0,600	-2,876	0,011	3,738
Αλκοόλ	1,232	0,242	1,367	0,190	2,684
Κοκαΐνη	0,534	0,146	0,734	0,474	3,418
Κάνναβη	1,074	0,295	1,736	0,102	2,473

Ο Πίνακας 9 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό» και ανεξάρτητες μεταβλητές τις υπόλοιπες ομαδοποιημένες μεταβλητές της έρευνας που δεν δημιουργούν πολυσυγγραμμικότητα ($VIF \leq 2,244 < 10$). Προκύπτει ότι το πολλαπλό γραμμικό μοντέλο προσαρμόζεται στα δεδομένα ($F(13,32)=2,317$, $p=0,026$) με υψηλό βαθμό προσαρμογής ($AdjR^2=0,276 > 0,250$). Στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή έχει η ανεξάρτητη μεταβλητή «Μήνας εγκυμοσύνης εισαγωγής στη μονάδα» ($Beta=-0,517$, $t=-3,624$, $p=0,001$) και

η μεταβλητή «Καμία παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη» (Beta=0,336, t=2,183, p=0,036).

Πίνακας 9: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τις γυναίκες που πήραν βουπρενορφίνη με εξαρτημένη μεταβλητή την παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό και ομαδοποίηση των ανεξάρτητων μεταβλητών

Εξαρτημένη μεταβλητή	R	R²	AdjR²	F (13,32)	p
Παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό	0,696	0,485	0,276	2,317	0,026
Ανεξάρτητες μεταβλητές	B	Beta	t	p	VIF
Σταθερά	0,358	-	0,276	0,785	-
Ηλικία	0,044	0,286	1,824	0,078	1,532
Μήνας εγκυμοσύνης εισαγωγής στη μονάδα	-0,174	-0,517	-3,624	0,001	1,262
Εθνικότητα	0,308	0,102	0,721	0,476	1,249
Μορφωτικό επίπεδο	0,022	0,051	0,341	0,735	1,387
Στέγαση	0,050	0,019	0,125	0,901	1,397
Οικογενειακή κατάσταση	0,186	0,112	0,714	0,480	1,538
Αριθμός παιδιών	0,224	0,295	1,994	0,055	1,357
Εργασιακή κατάσταση	-0,283	-0,119	-0,776	0,444	1,452
Ιστορικό φυλάκισης	-0,051	-0,067	-0,459	0,649	1,312
Καμία πάθηση	-0,193	-0,124	-0,779	0,442	1,562
Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	-0,164	-0,108	-0,618	0,541	1,884
Καμία φαρμακευτική αγωγή	-0,267	-0,136	-0,717	0,479	2,244
Καμία παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη	0,569	0,336	2,183	0,036	1,470

Όσον αφορά τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη το πολλαπλό γραμμικό μοντέλο δεν προσαρμόστηκε στα δεδομένα της εξαρτημένης μεταβλητής «Παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό» με χρήση των υπολοίπων ανεξάρτητων μεταβλητών (F(22,2)=3,014, p=0,279) αλλά και των ομαδοποιημένων (F(13,11)=0,918, p=0,564)

3.8. Προβλεπτικοί παράγοντες της παράλληλης χρήσης ουσιών στην εγκυμοσύνη.

Μελετώντας τις γυναίκες που πήραν βουπρενορφίνη και εφαρμόζοντας λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Καμία παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη» δεν βρέθηκαν προβλεπτικοί παράγοντες ($X^2(25)=36,428$, p=0,065).

Ο Πίνακας 10 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Καμία παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη» και ανεξάρτητες μεταβλητές τις υπόλοιπες ομαδοποιημένες μεταβλητές της έρευνας. Προκύπτει ότι το μοντέλο προσαρμόζεται στα δεδομένα ($X^2(13)=33,211$, p=0,002) με υψηλό βαθμό προσαρμογής (NagR²=0,753>0,250). Ωστόσο δεν βρέθηκαν προβλεπτικοί παράγοντες (p≥0,062).

Πίνακας 10: Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τις γυναίκες που πήραν βουπρενορφίνη με εξαρτημένη μεταβλητή την καμία παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη και ομαδοποίηση των ανεξάρτητων μεταβλητών

Εξαρτημένη μεταβλητή	NagR²	Χ²(13)	p
Καμία παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη	0,753	33,211	0,002
Ανεξάρτητες μεταβλητές	B	Wald	Sig.
Ηλικία	-0,517	1,726	0,189
Μήνας εγκυμοσύνης εισαγωγής στη μονάδα	1,807	3,478	0,062
Εθνικότητα	-4,670	0,728	0,394
Μορφωτικό επίπεδο	-1,054	2,345	0,126
Στέγαση	23,507	0,000	0,999
Οικογενειακή κατάσταση	2,079	1,116	0,291
Αριθμός παιδιών	-0,904	1,903	0,168
Εργασιακή κατάσταση	8,372	3,225	0,073
Ιστορικό φυλάκισης	1,274	1,827	0,177
Καμία πάθηση	2,197	0,850	0,357
Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	0,983	0,255	0,613
Καμία φαρμακευτική αγωγή	30,003	0,000	0,998
Παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό	11,246	2,385	0,123
Σταθερός όρος	-91,454	0,000	0,998

Μελετώντας τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη και εφαρμόζοντας λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την «Καμία παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη» δεν βρέθηκαν προβλεπτικοί παράγοντες ($X^2(21)=31,343$, $p=0,068$).

Ο Πίνακας 11 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Καμία παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη» και ανεξάρτητες μεταβλητές τις υπόλοιπες ομαδοποιημένες μεταβλητές της έρευνας. Προκύπτει ότι το μοντέλο προσαρμόζεται στα δεδομένα ($X^2(13)=31,343$, $p=0,003$) με υψηλό βαθμό προσαρμογής ($NagR^2=1,000>0,250$). Ωστόσο δεν βρέθηκαν προβλεπτικοί παράγοντες ($p\geq 0,997$).

Πίνακας 11: Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη με εξαρτημένη μεταβλητή την καμία παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη και ομαδοποίηση ανεξάρτητων μεταβλητών

Εξαρτημένη μεταβλητή	NagR²	Χ²(13)	p
	1,000	31,343	0,003
Ανεξάρτητες μεταβλητές	B	Wald	p
Ηλικία	-12,265	0,000	0,998
Μήνας εγκυμοσύνης εισαγωγής στη μονάδα	-2,068	0,000	1,000
Εθνικότητα	-93,725	0,000	0,998
Μορφωτικό επίπεδο	15,790	0,000	0,999
Στέγαση	16,373	0,000	1,000
Οικογενειακή κατάσταση	4,889	0,000	1,000
Αριθμός παιδιών	45,511	0,000	0,997

Εργασιακή κατάσταση	83,551	0,000	0,999
Ιστορικό φυλάκισης	24,328	0,000	0,999
Καμία πάθηση	69,233	0,000	0,997
Κανένα ψυχιατρικό ζήτημα	6,472	0,000	1,000
Καμία φαρμακευτική αγωγή	-178,927	0,000	0,998
Παραμονή στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό	-2,758	0,000	1,000
Σταθερός όρος	358,992	0,000	0,999

Συζήτηση

Στην έρευνα συμμετείχαν 74 γυναίκες που βρίσκονται σε περίοδο εγκυμοσύνης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός του κοινωνικού και δημογραφικού προφίλ των εγκύων οι οποίες εντάσσονται σε θεραπευτικά προγράμματα με υποκατάστατα οπιοειδών καθώς και των παραγόντων που επιδρούν θετικά στην παραμονή τους στα εν λόγω προγράμματα και μετά την ολοκλήρωση του τοκετού. Επιπλέον μελετήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την παράλληλη χρήση ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στις 47 από τις συμμετέχουσες χορηγήθηκε βουπρενορφίνη τουλάχιστον τρεις μήνες πριν τον τοκετό και στις υπόλοιπες 27 χορηγήθηκε μεθαδόνη, πάλι τουλάχιστον τρεις μήνες πριν τον τοκετό.

Αρχικά, όσον αφορά το δημογραφικό και κοινωνικό προφίλ των εγκύων των γυναικών που πήραν βουπρενορφίνη, προέκυψε πως είναι κατά μέσο όρο 32 ετών και βρίσκονταν στον 3ο μήνα εγκυμοσύνης κατά την εισαγωγή στη μονάδα. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία είναι Ελληνικής εθνικότητας και οι περισσότερες άγαμες, άνεργες, χωρίς ιστορικό φυλάκισης. Επίσης, κατά την πλειοψηφία τους διαθέτουν μορφωτικό επίπεδο Λυκείου ή Γυμνασίου και στεγάζονται με γονείς ή με το σύντροφο-σύζυγό τους. Τέλος, οι μισές περίπου έγκυες δεν έχουν άλλα παιδιά, ενώ μία στις τρεις έχει ήδη ένα παιδί. Ανάλογα, ως προς το δημογραφικό και κοινωνικό προφίλ των εγκύων που πήραν μεθαδόνη, εκείνες είναι ηλικίας κατά μέσο όρο 33 ετών και βρίσκονταν στον 4ο μήνα εγκυμοσύνης κατά την εισαγωγή στη μονάδα. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία Ελληνικής εθνικότητας και οι περισσότερες άγαμες, χωρίς ιστορικό φυλάκισης. Οι μισές περίπου ανέφεραν ότι είναι άνεργες και στεγάζονται με γονείς ή με το σύζυγό τους. Σχετικά με την ανεργία, όπως φάνηκε και στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες αντιμετωπίζοντας γενικά μικρότερη κοινωνική στήριξη (Selvaraj et al., 1997), οι κοινωνικές συνέπειες της χρήσης ουσιών μπορεί να κυμαίνονται από διαπροσωπικές δυσκολίες έως έλλειψη στέγης, ανεργία, φτώχεια και μια γενική αποδέσμευση από τις κοινότητες (Crome & Kumar, 2007). Επίσης, κατά την πλειοψηφία τους διαθέτουν μορφωτικό επίπεδο Γυμνασίου ή Λυκείου, δηλαδή είτε δεν έχουν καταφέρει να ολοκληρώσουν την υποχρεωτική εκπαίδευση, είτε την ολοκλήρωσαν χωρίς ωστόσο να συνεχίσουν τις σπουδές τους. Ως προς αυτό συνηγορεί και η έρευνα του Siddiqui (2004), όπου σύμφωνα με τον ερευνητή η έλλειψη εκπαίδευσης και απασχόλησης, η νεαρή ηλικία εκκίνησης της εργασιακής ζωής, ο πρόωρος γάμος και η έλλειψη

κοινωνικής στήριξης αυξάνουν την τρωτότητα αυτών των γυναικών. Τέλος, οι μισές περίπου έγκυες έχουν ήδη 1 παιδί, μία στις τέσσερις δεν έχει άλλα παιδιά και μία στις πέντε έχει 2 παιδιά. Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το δημογραφικό και κοινωνικό προφίλ των εγκύων που πήραν βουπρενορφίνη συγκριτικά με όσες πήραν μεθαδόνη.

Σε ότι αφορά την κατάσταση υγείας των γυναικών και γενικότερα το ιατρικό ιστορικό τους, η πλειοψηφία των γυναικών που πήραν βουπρενορφίνη πάσχουν από HCV, ενώ μία στις τρεις δεν έχει καμία πάθηση. Ακόμα, οι μισές έγκυες που πήραν μεθαδόνη πάσχουν από HCV. Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την κατάσταση υγείας των εγκύων που πήραν βουπρενορφίνη συγκριτικά με όσες πήραν μεθαδόνη.

Μελετήθηκε επίσης το ψυχιατρικό ιστορικό των εγκύων. Σχετικά με τις γυναίκες που πήραν βουπρενορφίνη οι περισσότερες δήλωσαν ότι δεν αντιμετωπίζουν κανένα ψυχιατρικό ζήτημα, ενώ μία στις πέντε εμφανίζει διαταραχή διάθεσης, συμπεριφοράς και προσωπικότητας. Όσον αφορά τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη, η πλειοψηφία ανέφερε ότι δεν αντιμετωπίζει κανένα ψυχιατρικό ζήτημα, ενώ μία στις δέκα εμφάνισε κατάθλιψη. Στατιστικά σημαντική θεωρήθηκε η διαφορά όσον αφορά την διαταραχή διάθεσης, συμπεριφοράς και προσωπικότητας η οποία ήταν συχνότερη στις γυναίκες που πήραν βουπρενορφίνη, ένα στοιχείο που ωστόσο δεν επιβεβαιώνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς όπως είδαμε στην ανάλυσή της, (O'Connor et al., 2018) δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη συχνότητα των ψυχιατρικών διαγνώσεων ανάμεσα στις γυναίκες που βρίσκονταν σε θεραπεία με υποκατάστατα όπως μεθαδόνη και βουπρενορφίνη.

Μελετήθηκε επίσης η φαρμακευτική αγωγή των εγκύων. Σχετικά με τις γυναίκες που πήραν βουπρενορφίνη η πλειοψηφία τους ακολουθεί αγωγή με quetiapine, ενώ για τις γυναίκες που πήραν μεθαδόνη, μισές περίπου ακολουθούν αγωγή με quetiapine. Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή των εγκύων που πήραν βουπρενορφίνη συγκριτικά με όσες πήραν μεθαδόνη.

Φάνηκε ότι και στις δύο ομάδες γυναικών, η μεγάλη τους πλειοψηφία έχει κάνει παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη, με τις περισσότερες να δηλώνουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει βενζοδιαζεπίνες, και τις μισές περίπου οπιούχα. Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την χρήση ουσιών κατά

στην εγκυμοσύνη μεταξύ των εγκύων που πήραν βουπρενορφίνη συγκριτικά με όσες πήραν μεθαδόνη, κάτι που έρχεται σε συμφωνία με την έρευνα των Krans & Patrick (2016), οι οποίοι συμπέραναν ότι η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη έχουν παρόμοια επίδραση στη διαχείριση της εξάρτησης από τα οπιοειδή. Ενώ η μεθαδόνη ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερα ποσοστά παραμονής των γυναικών στη θεραπεία, η βουπρενορφίνη ενδέχεται να παρουσιάσει ηπιότερο νεογνικό σύνδρομο αποχής, χαμηλότερα ποσοστά πρόωρων γεννήσεων και υψηλότερο βάρος βρέφους κατά τη γέννηση (Krans & Patrick, 2016)..

Οι περισσότερες γυναίκες και στις δύο ομάδες, παρέμειναν στο πρόγραμμα για διάστημα 6 μηνών και άνω, μετά τον τοκετό, χωρίς να εντοπίζονται μεταξύ των ομάδων στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης έδειξαν ότι οι γυναίκες που πήραν βουπρενορφίνη, είχαν μικρότερο μήνα εγκυμοσύνης κατά την εισαγωγή στην μονάδα, δεν κατανάλωσαν οπιούχα και είχαν μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα μετά τον τοκετό. Ωστόσο, στην εργασία τους οι O'Connor et al (2018) υποστήριξαν ότι οι γυναίκες που έλαβαν βουπρενορφίνη παρουσίασαν κυήσεις με σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια, λιγότερα συμβάντα πρόωρου τοκετού, ενώ κατά μέσο όρο τα νεογνά είχαν μεγαλύτερο βάρος γέννησης και περιφέρεια κεφαλής. Τέλος η μη παράλληλη χρήση ουσιών στην εγκυμοσύνη συνδέθηκε με μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα για την ομάδα που πήρε βουπρενορφίνη, γεγονός που έρχεται σε σύγκρουση με τα αποτελέσματα της μετά-ανάλυσης που έλαβε χώρα στις ΗΠΑ και η οποία αναφέρει ότι η μεθαδόνη παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά παραμονής στη θεραπεία (WHO, 2014), αλλά η βουπρενορφίνη είχε ως αποτέλεσμα (Flavin & Paltrow, 2010) χαμηλότερη αναγκαία δόση μορφίνης για τη θεραπεία του νεογνικού συνδρόμου αποχής κατά 3,6 mg.

Περιορισμοί της έρευνας

Θα πρέπει να αναφερθεί μία σειρά σημαντικών περιορισμών της παρούσας έρευνας. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία υποθέσεων αλλά όχι για τη θεμελίωση αιτίας και αποτελέσματος. Δεν εξετάστηκε η χορήγηση των υποκατάστατων (μεθαδόνης, βουπρενορφίνης), δηλαδή η ημερήσια συνταγογραφούμενη δόση που έλαβε το κάθε μέλος του εξεταζόμενου πληθυσμού. Επιπρόσθετα, τα στοιχεία σχετικά με τις ψυχιατρικές νόσους και τη σχετική

χορηγούμενη φαρμακευτική θεραπεία αναφέρονται στα σχετικά δεδομένα των ιατρικών εγγραφών, αλλά δεν εξετάστηκε η σχετική θεραπεία. Ενδέχεται να έχει λάβει χώρα περιστασιακή χρήση παράνομων ουσιών, η οποία να μην καταγράφηκε.

Επιπρόσθετα, η γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων περιορίζεται εν μέρει από το γεγονός του ότι ο αριθμός του δείγματος ήταν σχετικά μικρός.

Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Παρακολούθηση της συνταγογράφησης αντικαταθλιπτικής θεραπείας και η ορθή της εφαρμογή κατά την εγκυμοσύνη για την ενίσχυση της παραμονής στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Οι επιπλέον έρευνες σχετικά με τα ιατρικά δεδομένα των βρεφών όπως και η μετέπειτα πορεία τους ίσως βοηθήσει να διατυπωθεί μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για την ελληνική πραγματικότητα, όπως και μια μελλοντική μελέτη για να καταγραφούν και να εξεταστούν ποιοτικές μεταβλητές και τρέχουσες ανάγκες στις έγκυες στις οποίες χορηγείται φαρμακευτική θεραπεία σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τέλος, η εξέταση ύπαρξης μιας δομής εσωτερικής παραμονής, ειδικά διαμορφωμένης για την υποστήριξη, τη φροντίδα και την εκπαίδευση των εγκύων γυναικών και μετέπειτα των βρεφών τους, ίσως συμβάλει σε πιο θετικά αποτελέσματα όσον αφορά την παραμονή, την εξέλιξη της θεραπείας, την παράλληλη χρήση και την πορεία της σχέσης των βρεφών και των μητέρων τους.

Βιβλιογραφία

- Ahmad, F. B., Rossen, L. M., Spencer, M. R., Warner, M., & Sutton, P. (2018). Provisional drug overdose death counts. *National Center for Health Statistics*.
- Allen, D. (1996). Are alcoholic women more likely to drink premenstrually?. *Alcohol and alcoholism, 31*(2), 145-147.
- Altura, B. M., & Altura, B. T. (1999). Association of alcohol in brain injury, headaches, and stroke with brain-tissue and serum levels of ionized magnesium: a review of recent findings and mechanisms of action. *Alcohol, 19*(2), 119-130.
- Anagnostou, O., Fotiou, A., Kanavou, E., Antaraki, A., Terzidou, M., Richardson, C., ... & Chalkiadakis, E. (2018). Factors associated with HCV test uptake in heroin users entering substitution treatment in Greece. *HIV medicine, 19*, 34-39.
- Ashley, M. J., Olin, J. S., le Riche, W. H., Kornaczewski, A., Schmidt, W., & Rankin, J. G. (1977). Morbidity in alcoholics: evidence for accelerated development of physical disease in women. *Archives of Internal Medicine, 137*(7), 883-887.
- Azofeifa, A., Mattson, M. E., Schauer, G., McAfee, T., Grant, A., & Lyerla, R. (2016). National estimates of marijuana use and related indicators—National Survey on Drug Use and Health, United States, 2002–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries, 65*(11), 1-25.
- Back, S. E., Waldrop, A. E., Saladin, M. E., Yeatts, S. D., Simpson, A., McRae, A. L., ... & Kreek, M. J. (2008). Effects of gender and cigarette smoking on reactivity to psychological and pharmacological stress provocation. *Psychoneuroendocrinology, 33*(5), 560-568.
- Baraona, E., Abittan, C. S., Dohmen, K., Moretti, M., Pozzato, G., Chayes, Z. W., ... & Lieber, C. S. (2001). Gender differences in pharmacokinetics of alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 25*(4), 502-507.

- Brown, V.B., Melchior, L.A., Huba, G.J. (1999). Level of burden among women diagnoses with severe mental illness and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31. pp. 31–40.
- Carter, C. S. (1997). Ladies don't: A historical perspective on attitudes toward alcoholic women. *Affilia*, 12(4), 471-485.
- Crome, I. B., & Kumar, M. T. (2007, April). Epidemiology of drug and alcohol use in young women. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 12, No. 2, pp. 98-105). WB Saunders.
- Dohm, F. A., Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Hook, J., & Fairburn, C. G. (2002). Self-harm and substance use in a community sample of Black and White women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 389-400.
- Doron, R., Fridman, L., Gispan-Herman, I., Maayan, R., Weizman, A., & Yadid, G. (2006). DHEA, a neurosteroid, decreases cocaine self-administration and reinstatement of cocaine-seeking behavior in rats. *Neuropsychopharmacology*, 31(10), 2231-2236.
- El-Bassel, N., Terlikbaeva, A., & Pinkham, S. (2010). HIV and women who use drugs: double neglect, double risk. *The Lancet*, 376(9738), 312-314.
- Finkelstein, N. (1993). Treatment programming for alcohol and drug-dependent pregnant women. *International Journal of the Addictions*, 28(13), 1275-1309.
- Flavin, J., & Paltrow, L. M. (2010). Punishing pregnant drug-using women: Defying law, medicine, and common sense. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 231-244.
- Fotiou, A., Kanavou, E., Antarakis, A., Richardson, C., Terzidou, M., & Kokkevi, A. (2016). HCV/HIV coinfection among people who inject drugs and enter opioid substitution treatment in Greece: prevalence and correlates. *Hepatology, medicine and policy*, 1(1), 9.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2004). The social epidemiology of substance use. *Epidemiologic reviews*, 26(1), 36-52.

- Gfroerer, J. C., Wu, L. T., & Penne, M. A. (2002). *Initiation of marijuana use: Trends, patterns, and implications*. Rockville: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.
- Gopman, S. (2014). Prenatal and postpartum care of women with substance use disorders. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 41(2), 213-228.
- Green, C.A., Polen, M.R., Dickinson, D.M., Lynch, F.L., Bennett, M.D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 23. pp. 285-295.
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics*, 33(2), 339-355.
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics*, 33(2), 339-355.
- Grover, S., Irpati, A. S., Saluja, B. S., Mattoo, S. K., & Basu, D. (2005). Substance-dependent women attending a de-addiction center in North India: Sociodemographic and clinical profile. *Indian journal of medical sciences*, 59(7), 283-291.
- Han, C., McGue, M. K., & Iacono, W. G. (1999). Lifetime tobacco, alcohol and other substance use in adolescent Minnesota twins: univariate and multivariate behavioral genetic analyses. *Addiction*, 94(7), 981-993.
- Hanna, E., Dufour, M. C., Elliott, S., Stinson, F., & Harford, T. C. (1992). Dying to be equal: women, alcohol, and cardiovascular disease. *British Journal of Addiction*, 87(11), 1593-1597.
- Hedegaard, H., Miniño, A. M., & Warner, M. (2020). Drug overdose deaths in the United States, 1999-2018.
- Heil, S. H., Jones, H. E., Arria, A., Kaltenbach, K., Coyle, M., Fischer, G., ... & Martin, P. R. (2011). Unintended pregnancy in opioid-abusing women. *Journal of substance abuse treatment*, 40(2), 199-202.

- Heil, S. H., Jones, H. E., Arria, A., Kaltenbach, K., Coyle, M., Fischer, G., ... & Martin, P. R. (2011). Unintended pregnancy in opioid-abusing women. *Journal of substance abuse treatment, 40*(2), 199-202.
- Heil, S.H., Jones, H.E., Arria, A., Kaltenbach, K., Coyle, M., Fischer, G., Stine, S., Selby, P., and Martin, P.R. (2011). Unintended pregnancy in opioid-abusing women. *Journal of Substance Abuse Treatment. 40*. pp. 199–202.
- Hernandez-Avila, C. A., Rounsaville, B. J., & Kranzler, H. R. (2004). Opioid-, cannabis-and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and alcohol dependence, 74*(3), 265-272.
- Holderness, C. C., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 16*(1), 1-34.
- Hornby Zeller Associates. (2015). *Substance Abuse Trends in Maine State Epidemiological Profile 2015*. South Portland, ME: Hornby Zeller Associates Inc.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D., & Booth, M. W. (1987). Sex differences in addict careers. 3. Addiction. *The American journal of drug and alcohol abuse, 13*(3), 231-251.
- Jones, H. E., Deppen, K., Hudak, M. L., Leffert, L., McClelland, C., Sahin, L., ... & Creanga, A. A. (2014). Clinical care for opioid-using pregn
- Kandel, D. B., & Chen, K. (2000). Extent of smoking and nicotine dependence in the United States: 1991–1993. *Nicotine & Tobacco Research, 2*(3), 263-274.
- Karlsson, G., Francis, G., Koren, G., Heining, P., Zhang, X., Cohen, J. A., ... & Collins, W. (2014). Pregnancy outcomes in the clinical development program of fingolimod in multiple sclerosis. *Neurology, 82*(8), 674-680.
- Kelly, P.J., Blackstein, B., Mason, E. (2001). Factors affecting substance abuse treatment completion for women. *Issues in Mental Health Nursing. 22*. pp. 287-304.
- Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (1998). Cannabis use, abuse, and dependence in a population-based sample of female twins. *American Journal of Psychiatry, 155*(8), 1016-1022.

- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of general psychiatry*, *57*(10), 953-959.
- Kermode, M., Sono, C. Z., Songput, C. H., & Devine, A. (2013). Falling through the cracks: a qualitative study of HIV risks among women who use drugs and alcohol in Northeast India. *BMC international health and human rights*, *13*(1), 9.
- Khan, S. S., Secades-Villa, R., Okuda, M., Wang, S., Pérez-Fuentes, G., Kerridge, B. T., & Blanco, C. (2013). Gender differences in cannabis use disorders: results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Drug and alcohol dependence*, *130*(1-3), 101-108.
- Killam, W. P., Tambatamba, B. C., Chintu, N., Rouse, D., Stringer, E., Bweupe, M., ... & Stringer, J. S. (2010). Antiretroviral therapy in antenatal care to increase treatment initiation in HIV-infected pregnant women: a stepped-wedge evaluation. *Aids*, *24*(1), 85-91.
- Krans, E. E., & Patrick, S. W. (2016). Opioid use disorder in pregnancy: health policy and practice in the midst of an epidemic. *Obstetrics and gynecology*, *128*(1), 4.
- Krans, E. E., Cochran, G., & Bogen, D. L. (2015). Caring for opioid dependent pregnant women: prenatal and postpartum care considerations. *Clinical obstetrics and gynecology*, *58*(2), 370.
- Kumar, M. S., & Sharma, M. (2008). Women and substance use in India and Bangladesh. *Substance use & misuse*, *43*(8-9), 1062-1077.
- Lapi, F., Vannacci, A., Moschini, M., Cipollini, F., Morsuillo, M., Gallo, E., ... & Cariglia, M. T. (2010). Use, attitudes and knowledge of complementary and alternative drugs (CADs) among pregnant women: a preliminary survey in Tuscany. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *7*.
- Loikas, D., Wettermark, B., von Euler, M., Bergman, U., & Schenck-Gustafsson, K. (2013). Differences in drug utilisation between men and women: a cross-sectional analysis of all dispensed drugs in Sweden. *BMJ open*, *3*(5).

- Maharaj, R. G., Rampersad, J., Henry, J., Khan, K. V., Koonj-Beharry, B., Mohammed, J., ... & Barclay, S. (2005). Critical incidents contributing to the initiation of substance use and abuse among women attending drug rehabilitation centres in Trinidad and Tobago. *West Indian Med J*, 54(1), 51-8.
- Martin, C. E., Longinaker, N., & Terplan, M. (2015). Recent trends in treatment admissions for prescription opioid abuse during pregnancy. *Journal of substance abuse treatment*, 48(1), 37-42.
- McGinty, E. E., Goldman, H. H., Pescosolido, B., & Barry, C. L. (2015). Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Social Science & Medicine*, 126, 73-85.
- Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., ... & Kolody, B. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive behaviors*, 23(6), 893-907.
- Metz, V., Köchl, B., & Fischer, G. (2012). Should pregnant women with substance use disorders be managed differently?. *Neuropsychiatry*, 2(1), 29.
- Meyer, M., Johnston, A.M., Crocker, A.M., Heil, S.H. (2015). Methadone and buprenorphine for opioid dependence during pregnancy: A retrospective cohort study. *Journal of Addiction Medicine*. 9. pp. 81-86.
- Murthy, P., & Chand, P. (2005). Substance use disorder in women. *Substance Use Disorder: Manual for Physicians*, 170-177.
- Nachinaab, J. O. (2018). The Causes and Effects of Substance Abuse in Communities: A Case Study of Wli-Agorviefe in the Hohoe Ahado District of the Volta Region. Available at SSRN 3146432.
- Nebhinani, N., Sarkar, S., Gupta, S., Mattoo, S. K., & Basu, D. (2013). Demographic and clinical profile of substance abusing women seeking treatment at a de-addiction center in north India. *Industrial psychiatry journal*, 22(1), 12.

- NIH. (2018). Substance Use in Women. *National Institute on Drug Abuse*. Διαθέσιμο στο link: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-women>. Προσπελάστηκε στις: 22/1/2019.
- O'Connor, A.B., Uhler, B., O'Brien, L.M., and Knuppel, K. (2018). Predictors of treatment retention in postpartum women prescribed buprenorphine during pregnancy. *Journal of substance abuse treatment*. 86. pp. 26-29.
- Okafor, I. P. (2020). Causes and Consequences of Drug Abuse among Youth in Kwara State, Nigeria. *Canadian Journal of Family and Youth/Le Journal Canadien de Famille et de la Jeunesse*, 12(1), 147-162.
- Oser, C. B., Biebel, E. P., Pullen, E., & Harp, K. L. (2013). Causes, consequences, and prevention of burnout among substance abuse treatment counselors: A rural versus urban comparison. *Journal of psychoactive drugs*, 45(1), 17-27.
- Patrick, S. W., Martin, P. R., Scott, T. A., Michael Richards, M. D., & Cooper, W. O. (2018). Barriers to accessing treatment for pregnant women with opioid use disorder in Appalachian states. *Substance abuse*.
- Peiper, N., & Rodu, B. (2013). Evidence of sex differences in the relationship between current tobacco use and past-year serious psychological distress: 2005–2008 National Survey on Drug Use and Health. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(8), 1261-1271.
- Poole, N., & Dell, C. A. (2005). *Girls, women and substance use*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Powis, B., Griffiths, P., Gossop, M., & Strang, J. (1996). The differences between male and female drug users: community samples of heroin and cocaine users compared. *Substance use & misuse*, 31(5), 529-543.
- Ray, R. (2004). *The extent, pattern and trends of drug abuse in India: National survey*. Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India & United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Office for South Asia.
- Rey, J. M., Sawyer, M. G., Raphael, B., Patton, G. C., & Lynskey, M. (2002). Mental health of teenagers who use cannabis: results of an Australian survey. *The British Journal of Psychiatry*, 180(3), 216-221.

- Riggins, D.P., Cunningham, C.O., Ning, Y., and Fox, A.D. (2017). Recent Incarceration and Buprenorphine Maintenance Treatment Outcomes Among HIV-positive Patients. *Substance Abuse*, 38(3), pp. 297-302.
- Roberts, S. C., & Nuru-Jeter, A. (2010). Women's perspectives on screening for alcohol and drug use in prenatal care. *Women's Health Issues*, 20(3), 193-200.
- Sahu, K. K., & Sahu, S. (2012). Substance abuse causes and consequences. *Bangabasi Acad J*, 9, 52-61.
- Seitz, H. K., Egerer, G., Simanowski, U. A., Waldherr, R., Eckey, R., Agarwal, D. P., ... & Von Wartburg, J. P. (1993). Human gastric alcohol dehydrogenase activity: effect of age, sex, and alcoholism. *Gut*, 34(10), 1433-1437.
- Selvaraj, V., Suveera, P., Ashok, M. V., & Appaya, M. P. (1997). Women alcoholics: Are they different from men alcoholics?. *Indian journal of psychiatry*, 39(4), 288.
- Sheehan, R., Hassiotis, A., Walters, K., Osborn, D., Strydom, A., & Horsfall, L. (2015). Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *Bmj*, 351, h4326.
- Sherman, S. G., Kamarulzaman, A., & Spittal, P. (2008). Women and drugs across the globe: A call to action. *International Journal of Drug Policy*, 19(2), 97-98.
- Siddiqui, H. Y. (2004). National survey on extent, pattern and trends of drug abuse in India, Drug abuse monitoring system: A profile of treatment seekers, Ministry of social justice and empowerment, Government of India and United Nations office on drugs and crime, Regional office of South Asia. *New Delhi*, 3-9.
- Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R., Kokkevi, A., Ouwehand, A. W., Stauffacher, M., & Vicente, J. (1999). The EMCDDA/Pompidou Group treatment demand indicator protocol: a European core item set for treatment monitoring and reporting. *European Addiction Research*, 5(4), 197-207.
- Sinha, R., Fox, H., Hong, K. I., Sofuoglu, M., Morgan, P. T., & Bergquist, K. T. (2007). Sex steroid hormones, stress response, and drug craving in cocaine-

- dependent women: implications for relapse susceptibility. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 15(5), 445.
- Stampfer, M. J., Colditz, G. A., Willett, W. C., Speizer, F. E., & Hennekens, C. H. (1988). A prospective study of moderate alcohol consumption and the risk of coronary disease and stroke in women. *New England Journal of Medicine*, 319(5), 267-273.
- Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health & Justice*, 3(1), 2.
- Swensen, I. D. (2015). Substance-abuse treatment and mortality. *Journal of Public Economics*, 122, 13-30.
- Terplan, M., Ramanadhan, S., Locke, A., Longinaker, N., & Lui, S. (2015). Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- Tobin, M. B., Schmidt, P. J., & Rubinow, D. R. (1994). Reported alcohol use in women with premenstrual syndrome. *The American journal of psychiatry*.
- Tuchman, E. (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of addictive diseases*, 29(2), 127-138.
- WHO. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva: World Health Organization.
- Winfield, I., George, L. K., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1990). Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 147(3), 335-341.
- Wong, S., Ordean, A., Kahan, M., Gagnon, R., Hudon, L., Basso, M., ... & Farine, D. (2011). Substance use in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(4), 367-384.
- Zilberman, M. L., Tavares, H., & Andrade, A. G. (2003). Discriminating drug-dependent women from alcoholic women and drug-dependent men. *Addictive behaviors*, 28(7), 1343-1349.

- Αίτια και συνέπειες των ναρκωτικών*. Διαθέσιμο στο link: <http://lyk-esp-chalk.eyv.sch.gr/14a34.htm>. Προσπελάστηκε στις: 27/1/2019.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ). (2019). Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση 2018.
- Κανέλλης, Ε. (2015). Τοπικά συμβούλια πρόληψης παραβατικότητας.
- Λουκά, Μ. (2014). Τι Συμβαίνει Όταν μια Μητέρα Είναι Τοξικοεξαρτημένη; Vice. Διαθέσιμο στο link: <https://www.vice.com/gr/article/kbevnd/eksartisi-kai-mhtrohta>. Προσπελάστηκε στις: 14/1/2019.
- Μάτσα, Κ. (2013). Οι γυναίκες τοξικομανείς είναι διπλά στιγματισμένες. TVXS. Διαθέσιμο στο link: <https://tvxs.gr/news/egrapsan-eipan/k-matsa-oi-gynaikes-toksikomaneis-einai-dipla-stigmatismenes>. Προσπελάστηκε στις: 19/12/2018.
- NIH. (2019). Overdose Death Rates. *National Institute on Drug Abuse*. Διαθέσιμο στο link: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>. Προσπελάστηκε στις: 3/2/2019.
- Πολιτοπούλου, Ε. (2010). Γυναικεία Τοξικομανία. *Ψυχοθεραπευτήριο Λυράκου*. Διαθέσιμο στο link: <http://www.klinikilyrakou.gr/blog/apotoxinosi-apexartisi/gynaikeia-toxikomania.html>. Προσπελάστηκε στις: 11/2/2019.