



05 ΔΕΚ. 2011

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ



**«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΕ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΟΥ Ο.ΚΑ.ΝΑ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Γεωργία Κολοκυθά

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Μ. Κοντούλη-Γείτονα, Επίκουρη Καθηγήτρια , Επιβλέπουσα
Λ. Ανδρούτσου, Οικονομολόγος της Υγείας
Ε. Σπυριδάκης, Επίκουρος Καθηγητής

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2011

038175

Copyright © Γεωργία Κολοκυθά, 2011.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	
Η ΧΡΗΣΗ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ ΚΑΙ ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΠΟ ΟΠΙΟΕΙΔΗ	
1.1 Η Θεραπεία με Υποκατάστατα	8
1.2 Η Ιστορία της Υποκατάστασης.....	9
1.3 Μεθαδόνη	11
1.4 Βουπρενορφίνη	12
1.5 Διαφορές Μεθαδόνης και Βουπρενορφίνης	13
1.6 Έρευνες Αξιολόγησης των Προγραμμάτων Υποκατάστασης.....	14
1.7 Εναλλακτικές Ουσίες Υποκατάστασης	17
1.8 Τα προγράμματα Υποκατάστασης στην Ευρώπη.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση του όρου «Ποιότητα Ζωής»	22
2.2 Εργαλεία Μέτρησης της Ποιότητας Ζωής.....	24
2.3 Δείκτες Ποιότητας Ζωής.....	25
2.4 Έκθεση Σύγχρονων Επιστημονικών Μελετών Για την Ποιότητα Ζωής των Εξαρτημένων Ατόμων από Ηρωίνη που Βρίσκονται σε Προγράμματα Υποκατάστασης	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	
ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ Ο.ΚΑ.ΝΑ	
3.1 Γενικά Στοιχεία για τον Ο.ΚΑ.ΝΑ	33
3.2 Υπηρεσίες του Ο.ΚΑ.ΝΑ	34
3.3 Πολιτική του ΟΚΑΝΑ στη Θεραπεία με Υποκατάσταση.....	34
<i>Κολοκυθά Γεωργία</i>	2

Ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε προγράμματα υποκατάστασης των μονάδων
Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ

3.4 Προϋποθέσεις Ένταξης Στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ	36
3.5 Τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ.....	37
3.6 Οικονομικά Στοιχεία του Ο.ΚΑ.ΝΑ.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	
4.1. Σκοπός.....	41
4.2 Μεθοδολογία της έρευνας	41
4.2.1 Επιλογή δείγματος	44
4.3. Επεξεργασία – Ανάλυση Δεδομένων.....	44
4.4 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων.....	45
4.4.1 Περιγραφή των Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων	46
4.4.2 Περιγραφή της Επαγγελματικής και Οικονομικής Κατάστασης.....	49
4.4.3 Περιγραφή Νομικών-Δικαστικών Υποθέσεων.....	54
4.4.4 Περιγραφή Συνθηκών Διαβίωσης και Ποιότητας Ζωής.....	58
4.4.5 Ελεύθερος Χρόνος.....	61
4.4.6 Έλεγχος Ανεξαρτησίας Μεταβλητών	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο	
7.1 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	82
7.2 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	88
7.2 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	94

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Ηλικιακή Κατανομή Συμμετεχόντων	47
Διάγραμμα 2: Ποσοστό Μορφωτικού Επιπέδου Ερωτηθέντων	47
Διάγραμμα 3: Ποσοστό Οικογενειακής Κατάστασης Συμμετεχόντων	49
Διάγραμμα 4: Χρονολογία Εισαγωγής Συμμετεχόντων	49
Διάγραμμα 5: Επαγγελματική Κατάσταση	49
Διάγραμμα 6: Κατηγορίες Επαγγελμάτων Συμμετεχόντων	50
Διάγραμμα 7: Κύρια Πηγή Εισοδήματος Συμμετεχόντων	51
Διάγραμμα 9: Χρέη μετά την Ένταξη στο Πρόγραμμα (Οι ερωτηθέντες είχαν την δυνατότητα να επιλέξουν περισσότερες από μία απαντήσεις)	53
Διάγραμμα 10: Εκκρεμείς Δίκες ή Αποφάσεις Δικαστηρίων Συμμετεχόντων.....	56
Διάγραμμα 11: Υπό Αναστολή ή Δικαστική Επιτήρηση.....	55
Διάγραμμα 12: Τύπος Αδικημάτων των Συμμετεχόντων πριν την ένταξη τους στο πρόγραμμα	56
Διάγραμμα 13: Νέες κατηγορίες/φυλάκιση των Συμμετεχόντων μετά την ένταξη τους στο πρόγραμμα	57
Διάγραμμα 14: Συνθήκες διαβίωσης των Συμμετεχόντων πριν και μετά την ένταξη τους στα προγράμματα υποκατάστασης.....	58
Διάγραμμα 15: Ικανοποίηση των Συμμετεχόντων από τις συνθήκες διαβίωσης πριν την ένταξή τους στο πρόγραμμα.....	59
Διάγραμμα 16: Ικανοποίηση συνθηκών διαβίωσης των Συμμετεχόντων μετά την ένταξη στο πρόγραμμα	60
Διάγραμμα 17: Αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου των συμμετεχόντων.....	61
Διάγραμμα 18: Αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου των συμμετεχόντων.....	62
Διάγραμμα 19: Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου	63
Διάγραμμα 20: Αριθμός στενών φίλων των συμμετεχόντων	64
Διάγραμμα 21: Βελτίωση των σχέσεων των συμμετεχόντων σε φιλικό επίπεδο	65
Διάγραμμα 22: Βελτίωση των Οικογενειακών Σχέσεων	66
Διάγραμμα 23: Βελτίωση της Ποιότητας Ζωής.....	67
Διάγραμμα 24: Ικανοποίηση από το πρόγραμμα.....	68
Διάγραμμα 25: Επιθυμία για Αλλαγή θεραπείας.....	68

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Συσχέτιση φύλου με βελτίωση των φιλικών σχέσεων	69
Πίνακας 2: Συσχέτιση φύλου με βελτίωση οικογενειακών σχέσεων	69
Πίνακας 3: Συσχέτιση φύλου με ικανοποίηση συνθηκών διαβίωσης πριν την ένταξη στα προγράμματα υποκατάστασης	71
Πίνακας 4: Ηλικία και ικανοποίηση συνθηκών διαβίωσης μετά την ένταξη	72
Πίνακας 5: Αριθμός εκκρεμών δικών πριν και μετά την ένταξη στο πρόγραμμα.....	73

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το αντικείμενο που πραγματεύεται η παρούσα ερευνητική μελέτη αφορά την ποιότητα ζωής των ατόμων που βρίσκονται σε προγράμματα υποκατάστασης βουπρενορφίνης και μεθαδόνης των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ και πιο συγκεκριμένα τις κοινωνικές, οικονομικές και επαγγελματικές αλλαγές στη ζωή τους. Η εργασία εντάσσεται στα πλαίσια της μεταπτυχιακής μελέτης, η οποία κρίνεται απαραίτητη για την ολοκλήρωση των σπουδών μου, στο πρόγραμμα «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Κίνητρο για την διεξαγωγή της μελέτης αποτέλεσε η ενασχόληση μου ως κοινωνική λειτουργός στον τομέα της υποκατάστασης και συγκεκριμένα στην Μονάδα Περιστερίου του Ο.ΚΑ.ΝΑ., όπου γίνεται χορήγηση υποκαταστάτου βουπρενορφίνης.

Η τελική διαμόρφωση του θέματος της μελέτης και η υλοποίηση της έγινε με την εποπτεία της Καθηγήτριας κυρίας Γείτονα Μαίρης, την οποία ευχαριστώ ιδιαίτερα για τις κατευθυντήριες οδηγίες της αλλά και υποστήριξή της. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ.Λορένα Ανδρούτσου για την πολύτιμη βοήθεια της

Για την υλοποίηση της, εκτός της βιβλιογραφικής έρευνας και αναζήτησης πηγών στο διαδίκτυο, χρησιμοποιήθηκαν πρωτογενή στοιχεία από τον φάκελο του ασθενούς(EuroAsi) που τηρούνται στις Μονάδες του Περιστερίου και του Πειραιά.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διοίκηση του Ο.ΚΑ.ΝΑ που μου έδωσε την άδεια πρόσβασης στα παραπάνω στοιχεία, καθώς και την βοήθεια από το προσωπικό των δυο Μονάδων. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κ.Βρυνιώτου Βαρβάρα Υπεύθυνη της Μονάδας Περιστερίου του Ο.ΚΑ.ΝΑ και τον κ.Κωνσταντίνο Κοκκώλη, Ψυχίατρο, Υπεύθυνο της Γ΄ Μονάδας Βραχείας Διαρκείας του Ο.ΚΑ.ΝΑ, που διευκόλυναν την πρόσβασή μου στα αρχεία της Μονάδας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα προγράμματα υποκατάστασης εφαρμόζονται σήμερα σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τα οφέλη της θεραπείας υποκατάστασης, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα από τις όλες τις χώρες μέλη δείχνουν ότι συμβάλλει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των συμμετεχόντων. Επιπλέον συμβάλλει στην ύπαρξη ενός ποιοτικού τρόπου ζωής που αναφέρεται στην βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και στην αύξηση του ενδιαφέροντος για εκπαίδευση/κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση, καθώς και του βαθμού ικανοποίησης από την ζωή.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει ως σκοπό να διερευνήσει τις αλλαγές στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε προγράμματα υποκατάστασης των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ(πρόγραμμα μεθαδόνης και βουπρενορφίνης)

Αποτελείται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος πραγματοποιήθηκε βάσει βιβλιογραφικής ανασκόπησης και αποτελείται από τρία κεφάλαια. Για το ερευνητικό μέρος της εργασίας πραγματοποιήθηκε συλλογή ερωτηματολογίων, τα οποία διανεμήθηκαν σε 120 συμμετέχοντες στις μονάδες υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ Περιστερίου και Πειραιά.

Στο πρώτο κεφάλαιο αποσαφηνίζονται βασικές έννοιες σχετικές με την θεραπεία με υποκατάστατα, περιγράφεται η ιστορική εξέλιξη της θεραπείας υποκατάστασης, καθώς και γίνεται εκτενής αναφορά στα προγράμματα υποκατάστασης στην Ευρώπη. Τέλος αναφέρονται οι διαφορές των δύο υποκαταστάτων και παρατίθενται έρευνες αξιολόγησης των προγραμμάτων υποκατάστασης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρατίθενται θεωρητικά στοιχεία για την έννοια «ποιότητα ζωής»(Quality Of Life), για την οποία τελευταία 20 χρόνια σημειώνεται αυξανόμενο ενδιαφέρον και κυρίως για την εκτίμηση της (ψυχικής) υγείας. Ειδικότερα, στο συγκεκριμένο κεφάλαιο αναφέρεται το περιεχόμενο της έννοιας : «ποιότητα ζωής» (ορισμός),η ιστορική αναδρομή των ερευνητών που ασχολήθηκαν με τον όρο, καθώς επίσης και οι δείκτες της ποιότητας ζωής. Τέλος, το κεφάλαιο περιλαμβάνει την βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα προγράμματα υποκατάστασης των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και πιο συγκεκριμένα στο πλαίσιο λειτουργίας, στις υπηρεσίες του, στην διαδικασία ένταξης σε αυτά καθώς παρατίθενται τα οικονομικά στοιχεία του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Ακολουθεί το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής, το οποίο αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια.

Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει το σχεδιασμό της μεθοδολογίας της μελέτης, την παρουσίαση του δείγματος, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας, την διαδικασία συλλογής και επεξεργασίας των ερευνητικών δεδομένων και τέλος τα αποτελέσματα της έρευνας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας, δηλαδή αναλύονται τα στοιχεία που προέκυψαν από τις συσχετίσεις των μεταβλητών που αφορούν την ποιότητα ζωής στα εν λόγω προγράμματα υποκατάστασης.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τη διατύπωση των βασικών συμπερασμάτων της έρευνας και των προτάσεων για τη μελλοντική εξέλιξη των προγραμμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΧΡΗΣΗ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ ΚΑΙ ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΠΟ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

1.1 Η Θεραπεία με Υποκατάστατα

Η απεξάρτηση από οπιούχα αποτελεί σημαντική στρατηγική αντιμετώπισης των κοινωνικών επιπτώσεων, καθώς και των επιπτώσεων στην υγεία οι οποίες σχετίζονται με την εξάρτηση από ναρκωτικά σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Η αδυναμία επαρκούς αντιμετώπισης της εξάρτησης από οπιούχα καθίσταται επιβλαβής για τις υγειονομικές υπηρεσίες και την κοινωνία (ΠΟΥ/ UNODC/ UNAIDS, 2004).

Αυτό που διαφοροποιεί τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα (στεγνά), είναι η χορήγηση οπιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Τα φάρμακα αυτά έχουν βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να ελέγξουν ή και να διακόψουν τη χρήση της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών (σιρόπια, παυσίπονα χάπια) και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους (<http://www.okana.gr>).

Τα προγράμματα υποκατάστατων αντιμετωπίζουν την εξάρτηση από οπιούχα, ως μια κατάσταση ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής δυσλειτουργίας του ατόμου, άρα ως νόσο. Αντιμετωπίζουν δε τα υποκατάστατα, ως αποτελεσματικά φάρμακα, τα οποία, καθιστά αποτελεσματικότερα, η παράλληλη παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης. (Γαζγαλίδης, 2003)

Η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι πανάκεια, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας (<http://www.veresies.com>).

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα στα οπιούχα (ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές απαιτούν σε σύγκριση με την ηρωίνη,

μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει τόσο η δράση όσο και η αποδρομή τους. Αντίθετα, η ηρωίνη προκαλεί, σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της, μια κατάσταση ευφορίας («ανέβασμα») που ακολουθείται, σε σύντομο χρονικό διάστημα, από «πτώση». Έτσι, με τα υποκατάστατα αποφεύγονται οι γρήγορες μεταπτώσεις του θυμικού που προκαλεί η λήψη της ηρωίνης, οι οποίες οδηγούν με την σειρά τους στην ανάγκη συχνής επανάληψης της χρήσης της. Επιπλέον, τα υποκατάστατα δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, μάλιστα έχουν και την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί, ενώ μειώνουν σημαντικά και την επιθυμία για χρήση. (<http://www.okana.gr>)

Στόχος των θεραπειών υποκατάστασης είναι η βελτίωση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του εξαρτημένου χρήστη οπιούχων. Σ' αυτό το στόχο περιλαμβάνεται και η αποχή από τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, ως μια θεραπευτική επιλογή και εν επίγνωση, ότι τις περισσότερες φορές είναι εφικτή μόνο μέσα από μακροχρόνια συμμετοχή σε τέτοια προγράμματα ή και καθόλου. Η αξιοπρεπής συντήρηση είναι, η καθ' όλα θεμιτή επιλογή (Γαζγαλίδης, 2003).

1.2. Η Ιστορία της Υποκατάστασης

Η ιστορία της «υποκατάστασης, ξεκινάει από το 1898 όταν η BAYER εισάγει στην αγορά ένα νέο τότε παράγωγο της μορφίνης την ηρωίνη, η οποία «πλασάρεται» σαν το ειδικό φάρμακο για κάθε μορφή τοξικομανίας. Η αποτυχία του «εγχειρήματος», συνεχίζεται αργότερα το 1943 όταν η γερμανική φαρμακοβιομηχανία HOECSHT παράγει την μεθαδόνη, ένα ισχυρό αναλγητικό και αποδείχτηκε ότι προκαλεί ίδια εξάρτηση με την ηρωίνη και τη μορφίνη (<http://www.e-esyn.gr>).

Η μεθαδόνη ως θεραπεία υποκατάστασης για την εξάρτηση από οπιούχα χρησιμοποιήθηκε πρώτα στη Βόρεια Αμερική, από τον Halliday, στο τέλος της δεκαετίας του 1950 στον Καναδά και από τους Doyle και Nyswander τη δεκαετία του '60 στις Η.Π.Α (Fischer, 1999).

Το 1965 οι Dole και Nyswander, ΗΠΑ, δημοσίευσαν μια μελέτη με θέμα «Μια Ιατρική θεραπεία για την εξάρτηση από την ηρωίνη», αφού ήδη από το 1963

είχαν ξεκινήσει στη Νέα Υόρκη την υλοποίηση ενός πειραματικού προγράμματος υποκατάστασης με μεθαδόνη, που απευθυνόταν σε χρόνιους χρήστες οπιοειδών. Η πρώτη αυτή δημοσίευση θεωρείται σταθμός στην ιστορία της υποκατάστασης με την οποία η μεθαδόνη καθιερώθηκε ως ένας δόκιμος τρόπος αντιμετώπισης των ηρωινομανών, αφού υποστηρίχθηκε από τους ερευνητές «ότι εξαλείφει την ηρωίνη (craving) και ο χρήστης επιτυγχάνει τη μακροχρόνια αποχή από τη χρήση ηρωίνης». Πέραν τούτου, σημαντικό αποτέλεσμα της υποκατάστασης θεωρήθηκε και η απεμπλοκή από τα κυκλώματα διακίνησης ναρκωτικών αλλά και από τον συνδεόμενο μ' αυτά τρόπο ζωής. Έτσι, τα προγράμματα υποκατάστασης αναγνωρίστηκαν ως μια αποτελεσματική θεραπεία της εξάρτησης από ηρωίνη (Dole, Nyswanter, 1965).

Στην Ευρώπη τα πρώτα προγράμματα με μεθαδόνη λειτούργησαν στο τέλος της δεκαετίας του '60 στη Σουηδία, τη Μεγάλη Βρετανία, την Ολλανδία και τη Δανία, τη δεκαετία του '70 στη Φιλανδία, την Πορτογαλία, την Ιταλία και το Λουξεμβούργο, τη δεκαετία του '80 στην Αυστρία και την Ισπανία και τη δεκαετία του '90 στην Ιρλανδία, τη Γερμανία, την Ελλάδα και τη Γαλλία (Vester and Bunning, 2000). Μετά τα μέσα της δεκαετίας του 1980 και αφού διαπιστώθηκε συστηματική αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων από οπιούχα και κυρίως ενδημία μολυσματικών νοσημάτων στον πληθυσμό των χρηστών ηρωίνης, όπως είναι οι ηπατίτιδες, η φυματίωση και ιδιαίτερα η Ηιν-λοίμωξη και το HIV, προκλήθηκε έντονος πανικός τόσο στις τοπικές κοινωνίες κυρίως του δυτικού κόσμου, όσο και στους υπεύθυνους για τη δημόσια υγεία, ο οποίος κίνδυνος εστιαζόταν κυρίως στο φόβο της εξάπλωσης των λοιμωδών νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό. Ο «πανικός του HIV» καθόρισε από εκεί και έπειτα, σε ένα μεγάλο βαθμό , τη γρήγορη εξάπλωση των προγραμμάτων μεθαδόνης σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρώπης, της Αμερικής και της Αυστραλίας. Η ανάγκη για ταχεία εξάπλωση των προγραμμάτων είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή της φιλοσοφίας των προγραμμάτων αυτών από προγράμματα κυρίως θεραπευτικά που στόχευαν στην αποχή από την παράλληλη χρήση οπιοειδών σε προγράμματα «μείωσης της βλάβης» (harm reduction), στα οποία πρωταρχικός στόχος είναι η συγκράτηση αν όχι όλου, πάντως μεγάλου αριθμού χρηστών στα προγράμματα καθώς και η μείωση των αρνητικών συνεπειών της χρήσης (και όχι απαραίτητως η αποχή από τη χρήση ουσιών). Η ανάγκη

μαζικοποίησης των προγραμμάτων και η διαπίστωση ότι τα εξειδικευμένα προγράμματα ή κέντρα υποκατάστασης δεν θα μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στη ζήτηση, οδήγησε στις αρχές της δεκαετίας του 1990, στην ενσωμάτωση στο εθνικό και ιδιωτικό σύστημα υγείας της κάθε ευρωπαϊκής χώρας της αντιμετώπισης των τοξικομανών μέσω της συνταγογράφησης υποκατάστατων και ανταγωνιστικών των οπιοειδών ουσιών κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Έτσι η άποψη που κυριαρχεί στη δεκαετία του 1990 σχετικά με την χορήγηση μεθαδόνη είναι ότι «η μεθαδόνη είναι ένα φάρμακο, το οποίο πρέπει να δίδεται σε όλους ηρωινομανείς κάτω από ιατρική παρακολούθηση».

1.3. Μεθαδόνη

Η μεθαδόνη ανήκει σε μια κατηγορία φαρμάκων, στα οπιοειδή. Τα οπιοειδή χαρακτηρίζονται ως κατασταλτικά φάρμακα, καθώς επιβραδύνουν τις λειτουργίες του νευρικού συστήματος. Άλλες κατασταλτικές ουσίες είναι το αλκοόλ, η κάνναβη και οι βενζοδιαζεπίνες (όπως το Stedon, το Hipnocedon και το Vulbegal).

Η μεθαδόνη παρασκευάζεται συνθετικά και χρησιμοποιείται στη θεραπεία υποκατάστασης για άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη, ή άλλα οπιοειδή. Η δράση της διαρκεί πολύ περισσότερο από της ηρωίνης. Μία δόση είναι αποτελεσματική για τουλάχιστον 24 ώρες, ενώ η ηρωίνη μπορεί να διαρκεί λίγες μόνο ώρες. Στα θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η μεθαδόνη χορηγείται υπό τη μορφή πόσιμου διαλύματος (σιρόπι).

Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 60 και 120mg, κατά την αρχική φάση. Η δόση αυτή μπορεί κατόπιν να μειώνεται σταδιακά, με αργό ρυθμό, χωρίς τον κίνδυνο εμφάνισης στερητικών φαινομένων.

Όταν η μεθαδόνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης. Πέραν αυτών, επαναφέρει στο φυσιολογικό πολλές λειτουργίες του οργανισμού που έχουν διαταραχθεί από την κατάχρηση ουσιών. Έτσι δίνεται η ευκαιρία να βελτιωθεί

η σωματική κατάσταση, η ψυχική υγεία, αλλά και οι κοινωνικές λειτουργίες του ατόμου (<http://www.okana.gr>).

1.4. Βουπρενορφίνη

Η βουπρενορφίνη είναι και αυτή ένα οπιοειδές φάρμακο, όπως και η μεθαδόνη. Χρησιμοποιείται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από ηρωίνη. Η αποτελεσματικότητά της έχει αποδειχθεί τόσο στη θεραπεία υποκατάστασης της ηρωίνης, όσο και στη σωματική αποτοξίνωση από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Η βουπρενορφίνη, όπως και πολλά άλλα οπιοειδή, έχει χρησιμοποιηθεί και ως ισχυρό αναλγητικό.

Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η βουπρενορφίνη χορηγείται υπό τη μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας. Πρόκειται για μια μορφή χαπιού που δεν πρέπει να το καταπίνουμε ή να το μασούμε, αλλά να το αφήνουμε να λιώσει στο στόμα (χρειάζονται 15-30 λεπτά). Η δράση της αρχίζει μετά από 30 περίπου λεπτά και διαρκεί, ανάλογα με τη δόση, έως και τρεις ημέρες. Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 4 και 16mg.

Όταν η βουπρενορφίνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης. Έχει δηλαδή όμοια αποτελέσματα με την μεθαδόνη (<http://www.okana.gr>).

Γενικώς η βουπρενορφίνη είναι ασφαλέστερη ουσία από τη μεθαδόνη λόγω απουσίας καταστολής της αναπνοής. Για το λόγο αυτό προτιμάται η χορήγηση της σε περιπτώσεις Take Home χορήγησης ή συνταγογράφησης, δηλαδή σε περιπτώσεις μιας πιο χαλαρής πολιτικής χορήγησης υποκαταστάτων.

Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητη η αναφορά στην καινούργια φαρμακευτική ουσία, η οποία είναι εγκρίθηκε συνδυασμός βουπρενορφίνης-ναλοξόνης και αναπτύχθηκε για να μειώσει την κατάχρηση και την παράνομη διακίνηση της βουπρενορφίνης. Κλινικές και εργαστηριακές μελέτες έχουν εδραιώσει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού βουπρενορφίνης-ναλοξόνης καθώς και τη μειωμένη τάση για κατάχρηση έναντι της βουπρενορφίνης.

Τα χαρακτηριστικά του συνδυασμού βουπρενορφίνης-ναλοξόνης που τον καθιστούν κατάλληλο για τη θεραπεία της οπιοειδούς εξάρτησης περιλαμβάνουν την αποτελεσματικότητά του σε χορήγηση λιγότερο συχνή της ημερήσιας, την ασφάλειά του σε απευθείας έναρξη της θεραπείας, τη χρησιμότητά του σε βραχυχρόνια αποτοξίνωση από οπιοειδή, τη χρήση του ως κατ'οίκον (take home) θεραπεία, καθώς και τη δυνατότητά του να χρησιμοποιείται παράλληλα με θεραπεία για το HIV-AIDS.

Όπως αναφέρουν στη μελέτη τους οι Fiellin και συνεργάτες (2006) ο συνδυασμός βουπρενορφίνης-ναλοξόνης σε άτομα με εξάρτηση από ηρωίνη ή από συνταγογραφούμενα οπιοειδή είναι πιο αποτελεσματική από το placebo και τόσο αποτελεσματική όσο και μέτριες δόσεις μεθαδόνης. (Γείτονα και συν.2010)

1.5 Διαφορές Μεθαδόνης και Βουπρενορφίνης

Η δράση των δύο αυτών φαρμάκων διαρκεί περίπου 24 ώρες με την προϋπόθεση ότι η χορήγηση μιας επαρκούς δόσης γίνεται σωστά, αλλά το καθένα δρα διαφορετικά:

Η δράση της μεθαδόνης είναι αντίστοιχη με της μορφίνης και έχει αργή δράση μακράς διάρκειας. Η δόση της μεθαδόνης πρέπει να είναι αυστηρά καθορισμένη. Δεν πρέπει ταυτόχρονα να γίνεται λήψη άλλων φαρμάκων, παραγώγων της μορφίνης, διότι θα δράσουν αθροιστικά και θα υπάρξουν προβλήματα λήψης υπερβολικής δόσης (overdose) και παρενεργειών.

Η βουπρενορφίνη δεν προκαλεί αίσθημα ευεξίας που προκαλεί μεθαδόνη. Εγκαθίσταται στους υποδοχείς και εμποδίζει τη δράση της ηρωίνης και άλλων παραγώγων της μορφίνης. Δεν προκαλεί ευφορία και δεν προκαλεί καταστολή ακόμη και σε αυξημένες δόσεις και έτσι, ο κίνδυνος υπερβολικής δόσης είναι πολύ περιορισμένος όταν χρησιμοποιείται χωρίς άλλα φάρμακα και με τον σωστό τρόπο. Εμφανίζει πολύ λιγότερα στερητικά συμπτώματα από τη μεθαδόνη και για το λόγο αυτό είναι ευκολότερο να αποτοξινωθεί κανείς από αυτήν, καθώς μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για όποιους δυσκολεύονται να αποτοξινωθούν από τη μεθαδόνη.

Η βουπρενορφίνη έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης, όχι μόνο από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Συγκεκριμένα, στην κατάλληλη δόση, μπορεί να

είναι αποτελεσματική για έως και 72 ώρες. Έτσι δεν είναι απαραίτητη η καθημερινή προσέλευση στο πρόγραμμα. Η χορήγηση μπορεί να γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα και τα Σαββατοκύριακα να είναι ελεύθερα. (ΟΚΑΝΑ ,2000).

1.6 Έρευνες Αξιολόγησης των Προγραμμάτων Υποκατάστασης

Οι έρευνες που παρατίθενται επιβεβαιώνουν τις παρακάτω συστάσεις που έχει υιοθετήσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, για τη θεραπεία υποκατάστασης, τονίζοντας την ανάγκη για μακροχρόνια θεραπεία με τη μορφή της θεραπείας συντήρησης «...Η θεραπεία υποκατάστασης συντήρησης αποτελεί μια από τις πλέον αποτελεσματικές θεραπείες για την εξάρτηση από οπιοειδή. Μπορεί να ελαττώσει το υψηλό κόστος της εξάρτησης από οπιοειδή για τα άτομα, τις οικογένειές τους και την κοινωνία ως επί το πλείστον, μειώνοντας τους σχετιζόμενους θανάτους, τις συμπεριφορές HIV κινδύνου και την εγκληματική δραστηριότητα. Η θεραπεία υποκατάστασης συντήρησης αποτελεί κρίσιμο μέρος των βασισόμενων στην κοινότητα προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από οπιοειδή και την πρόληψη της λοίμωξης από το ιό HIV ή άλλα μεταδοτικά νοσήματα, ανάμεσα στους χρήστες ενέσιμων οπιοειδών (IDUs) ή και στην ευρύτερη κοινωνία. Η παροχή θεραπείας υποκατάστασης συντήρησης- καθοδηγούμενη από ερευνητικά στοιχεία και υποστηριζόμενη από επαρκή αξιολόγηση, εκπαίδευση και πιστοποίηση- θα πρέπει να θεωρείται ως μία σημαντική θεραπευτική επιλογή σε κοινότητες με υψηλό επιπολασμό εξάρτησης από οπιοειδή, ειδικά σε εκείνες στις οποίες η ενέσιμη χρήση οπιοειδών θέτει τους χρήστες ενέσιμων οπιοειδών σε κίνδυνο.» (World Health Organization, 2009).

Πρόκειται για έρευνες της αποτελεσματικότητας προγραμμάτων υποκατάστασης, σε συνθήκες καθημερινής λειτουργίας, αυτών των προγραμμάτων.

Οι σημαντικότερες τέτοιες μελέτες, έχουν πραγματοποιηθεί στις ΗΠΑ. Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Εξάρτηση από ουσίες (NIDA) έχει χρηματοδοτήσει και συντονίσει αρκετές έρευνες που εξέτασαν τα αποτελέσματα της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη στις ΗΠΑ. Ορισμένα από αυτά τα ερευνητικά

προγράμματα ήταν: η μελέτη DARP (Drug Abuse Reporting Program) το 1970, η TOPS (Treatment Outcomes Prospective Study) το 1979-1981, το πρόγραμμα έρευνας μεθαδόνης των Ball και Ross, και κατέδειξαν ότι η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη είναι πιο αποτελεσματική για την παραμονή στη θεραπεία και τη μείωση της χρήσης ηρωίνης, απ' ό,τι το εικονικό φάρμακο και την αποτοξίνωση.

Επίσης το Εθνικό Ινστιτούτο Ουσιοεξάρτησης των ΗΠΑ υπολόγισε το ετήσιο κόστος συντήρησης ενός εξαρτημένου στη Νέα Υόρκη το 1991 σε 43.000 δολάρια, όταν είναι εκτός θεραπείας στο δρόμο σε 43.000 δολάρια στη φυλακή, σε 11.000 δολάρια σε κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα και σε 2.400 δολάρια σε θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη (Γαζγαλίδης ,2003).

Επιπλέον, με τη μείωση της χρήσης ηρωίνης, η θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα συνδέεται και με άλλα οφέλη: Μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο αιφνιδίου θανάτου απ' όλες τις αιτίες, συμπεριλαμβανομένης και της κατάχρησης ηρωίνης, συγκριτικά με τον πληθυσμό εκτός προγραμμάτων. Μειώνει την ενέσιμη χρήση, την κοινή χρήση σύριγγας και τη μετάδοση του HIV. Μειώνει την εμπλοκή σε παράνομες δραστηριότητες και το ποσοστό φυλακίσεων. Βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων και των θετικών αλλαγών στην υγεία, τις δυνατότητες εργασίας και την κοινωνική και σωματική λειτουργικότητα.(O'Connor and Fiellin ,2000).

Μια άλλη σημαντική έρευνα, για το χώρο της Ευρώπης είναι η βρετανική National Treatment Outcome Research Study (NTORS) η οποία δεν καταγράφει μόνο την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, αλλά εξετάζει και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Υπολογίσθηκε ότι για κάθε 1 αγγλική λίρα που ξοδεύεται για θεραπεία συντήρησης επιστρέφονται 3 και η εξοικονόμηση αυτή συνδέεται με το κόστος από θύματα εγκληματικών ενεργειών και τις μειωμένες απαιτήσεις από το ποινικό σύστημα (Γαζγαλίδης ,2003).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα αναφέρει ότι τα τελευταία χρόνια, η χορήγηση του συνδυασμού βουπρενορφίνης/ναλοξόνης (Suboxone®) βραχυχρόνια ή και μακροχρόνια (συντήρηση) έχει αναδειχθεί μέχρι στιγμής ο βέλτιστος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος της εξάρτησης από τα οπιοειδή.

Οι λόγοι που συνάδουν σε αυτή τη διαπίστωση έγκειται στις περισσότερες θετικές επιλογές που προσφέρει αυτή η θεραπεία, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι

υποκαθιστά τη θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη. Αντίθετα, η χορήγηση του συνδυασμού βουπρενορφίνης/ναλοξόνης φαίνεται να υποκαθιστά σχεδόν πλήρως τη μονοθεραπεία με βουπρενορφίνη. Επιπρόσθετα, η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητά (effectiveness) της θεραπείας του συνδυασμού σε σχέση με τη μεθαδόνη βασίζεται στις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, στην ελαχιστοποίηση των πιθανοτήτων κατάχρησης του φαρμάκου λόγω της ναλοξόνης και στα ηπιότερα στερητικά φαινόμενα που εμφανίζει. Σήμερα, οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη χορήγηση θεραπειών υποκατάστασης εμφανίζουν το συνδυασμό βουπρενορφίνης/ναλοξόνης ως την καταλληλότερη αγωγή σε δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (Γείτονα και συν.2010).

Ο Connock και οι συνεργάτες του(2007) αναφέρουν μια ερευνητική αναφορά που πραγματοποιήθηκε από το Health Technology Assessment (HTA) Programme, κατά παραγγελία του National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), με πρωταρχικό στόχο να εκτιμήσει την κλινική αποτελεσματικότητα και το κόστος-αποτελεσματικότητα της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη και βουπρενορφίνη, από την οπτική του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) της Βρετανίας και των κοινωνικών υπηρεσιών (Personal Social Services) (Connock et al, 2007). Σύμφωνα με την έρευνα :

- Οι σταθερές δόσεις μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης έχουν απώτερα επίπεδα συγκράτησης στη θεραπεία και είναι αποτελεσματικές στη μείωση της χρήσης οπιούχων, από ότι το placebo ή τη μη θεραπεία.
- Υψηλότερες σταθερές δόσεις μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης είναι αποτελεσματικότερες από χαμηλές σταθερές δόσεις.
- Σταθερές δόσεις μεθαδόνης μειώνουν τη θνησιμότητα, τις επικίνδυνες συμπεριφορές για HIV και τα επίπεδα εγκληματικότητας, σε σύγκριση με τη μη θεραπεία.
- Η συγκράτηση στη θεραπεία είναι ανώτερη, όταν χρησιμοποιούνται ελαστικές δόσεις μεθαδόνης, σε σύγκριση με ελαστικές δόσεις βουπρενορφίνης, αλλά δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη χρήση οπιούχων.
- Συνοδευτικές ψυχοκοινωνικές και άλλες παρεμβάσεις ενισχύουν τα αποτελέσματα και των δυο υποκαταστάτων

- Ο δείκτης κόστους- αποτελεσματικότητας (ICER) της θεραπείας συντήρησης με μεθαδόνη, σε σχέση με τη μη θεραπεία, ήταν £13,697/QALY
- Ο δείκτης κόστους- αποτελεσματικότητας (ICER) της θεραπείας συντήρησης με βουπρενορφίνη, σε σχέση με τη μη θεραπεία, ήταν £26,492 QALY
- Η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη ήταν ελαφρώς πιο αποτελεσματική (διαφορά QALY 0.0126) και λιγότερο κοστοβόρα από τη θεραπεία συντήρησης με βουπρενορφίνη (-£520)
- Η θεραπεία με τα υποκατάστατα παρέχουν μεγαλύτερο κέρδος υγείας και είναι λιγότερο κοστοβόρες από τη μη θεραπεία (Connock et al.,2007).

Τέλος αξίζει να επισημανθεί, ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας συντήρησης με υποκατάστατα εξαρτάται από την έγκαιρη εισαγωγή στη θεραπεία, την επαρκή δοσολογία φαρμάκων, τη διάρκεια και συνέχιση της θεραπείας και τις συνοδευτικές ιατρικές και ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες (O' Connor and Fiellin 2000, Connock et al, 2007).

1.7 Εναλλακτικές Ουσίες Υποκατάστασης

Πολλά κράτη-μέλη έχουν ήδη υιοθετήσει εναλλακτικές ουσίες υποκατάστασης όπως, την Levo alpha acetyl methadol (LAAM), η οποία είναι αποτελεσματική όπως η μεθαδόνη αν χορηγηθεί από το στόμα. Η LAAM και η μεθαδόνη έχουν σχεδόν την ίδια αποτελεσματικότητα όσον αφορά τη δυνατότητα μείωσης της παράνομης χρήσης ναρκωτικών, όμως η LAAM έχει πιο αργή εκδήλωση επίδρασης και μεγαλύτερη διάρκεια δράσης σε σύγκριση με τη μεθαδόνη, και μπορεί να χορηγηθεί ανά τρεις ημέρες, παράγοντας έτσι μεγαλύτερη ευελιξία κινήσεων για τους χρήστες, με μικρότερη ανάγκη για δόσεις χωρίς επιτήρηση και συνεπώς μικρότερη πιθανότητα αλλαγής της δόσης. Η LAAM χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ, αλλά στην Ευρώπη έχει αποσυρθεί από το θεραπευτικό στίβο, λόγω της ανησυχίας για πιθανές επιπτώσεις στην καρδιακή λειτουργία.

Η διυδροκοδεΐνη χρησιμοποιείται σε ορισμένες χώρες για την αποτοξίνωση και τη θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα. Το βάμμα οπίου(λάβδανο) χρησιμοποιείται σε μερικές χώρες της Ασίας για την αντιμετώπιση της στέρησης από

οπιούχα και, σε μικρότερο βαθμό, στη θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα. Τα διάφορα στοματικά σκευάσματα της μορφίνης, τα οποία έχουν σχεδιαστεί να παρέχουν αργή έκλυση(γνωστά επίσης ως σκευάσματα παρατεταμένης έκλυσης, ελεγχόμενης έκλυσης και χρονικά καθορισμένης έκλυσης) έχουν επίσης πιθανή αξία στη θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα. Ωστόσο, πρέπει ακόμα να διενεργηθούν ελεγχόμενες μελέτες με την αποτελεσματικότητα των εν λόγω σκευασμάτων στη θεραπεία υποκατάστασης.

Η προσέγγιση παροχής διακετυλομορφίνης(ηρωίνης) με ιατρική συνταγή ως θεραπεία συντήρησης με υποκατάστατα οπιούχων έχει γίνει το αντικείμενο εκτενούς δημόσιας συζήτησης άλλα έχει γίνει σχετικά μικρή έρευνα. Εθνικά έργα στην Ολλανδία και την Ελβετία έχουν αξιολογήσει τη δυνατότητα υλοποίησης της χρήσης διακετυλομορφίνης κατόπιν ιατρικής συνταγής ως θεραπεία για ιδιαίτερα εξαρτημένα άτομα. Και στις δύο χώρες, οι ασθενείς που είχαν προηγουμένως αποτύχει στη θεραπεία με μεθαδόνη συμμετείχαν επιτυχώς στη θεραπεία με διακετυλομορφίνη. Η σχετική συμβολή στα αποτελέσματα της έρευνας της παροχής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ως επακόλουθο της συνταγογράφησης διακετυλομορφίνης, πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω. Η προσέγγιση της συνταγογράφησης της διακετυλομορφίνης είναι περίπλοκη και δαπανηρή, και έχει αξιολογηθεί μόνο σε χώρες με καλά αναπτυγμένα συστήματα θεραπείας. Τα αποτελέσματα των αξιολογήσεων αυτών φανερώνουν ότι στα ολοκληρωμένα συστήματα θεραπείας μπορεί να αποτελέσει μια εναλλακτική λύση για μια μικρή μερίδα σοβαρά εξαρτημένων επί πολλά χρόνια ασθενών, για τους οποίους άλλες επιλογές θεραπείας δεν είχαν αποτέλεσμα. (UNAIDS, 2006).

1.8 Τα προγράμματα Υποκατάστασης στην Ευρώπη

Η κατάσταση των θεραπειών υποκατάστασης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζεται ως εξής:

Αυστρία: Η λειτουργία προγραμμάτων μεθαδόνης επιτράπηκε για πρώτη φορά το 1987 κάτω από πολύ αυστηρούς περιορισμούς. Το 1991 στα εξειδικευμένα κέντρα προστέθηκαν και ιδιώτες γιατροί που μπορούσαν να χορηγούν μεθαδόνη μετά από σχετική έρευνα. Το 1997 προστέθηκε και η μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης

καθώς και η βουπρενορφίνη. Τέλος το κύριο φάρμακο υποκατάστατο παραμένει η μεθαδόνη.

Βέλγιο: Η πολιτική της χώρας μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του '90 ήταν προσανατολισμένη στην πρόληψη και τις ελεύθερες ουσιών θεραπευτικές μεθόδους. Ιδιαίτερα σημαντική χαρακτηρίζεται η δουλειά των οικογενειακών γιατρών οι οποίοι συνταγογραφούσαν μεθαδόνη παρόλο που δεν υπήρχε επισήμως πλαίσιο χορήγησης του φαρμάκου. Το 1994 υιοθετήθηκαν από την πολιτεία τα προγράμματα μεθαδόνης, η οποία και σήμερα αποτελεί το κύριο φάρμακο υποκατάστασης. Τα υποκατάστατα λαμβάνουν τόσο μέσω εξειδικευμένων κέντρων όσο και μέσω ιδιωτών γιατρών.

Μεγάλη Βρετανία: Η Μ.Βρετανία έχει πρωτεύοντα ρόλο στην χορήγηση μεθαδόνης μέχρι το 1968 κάθε γιατρός μπορούσε να συνταγογραφήσει μεθαδόνη αλλά και ηρωίνη και κοκαΐνη. Από το 1968 όμως η συνταγογράφηση ηρωίνης και κοκαΐνης μπορούσε να γίνει μόνο από ειδικά εξουσιοδοτημένους γιατρούς. Η κρατούσα πρακτική της συνταγογράφησης υποκαταστάθηκε από την συνταγογράφηση της μεθαδόνης και από το 1999 και της βουπρενορφίνης. Η μεθαδόνη αποτελεί την κύρια ουσία υποκατάστασης. Τα φάρμακα στη θεραπεία υποκατάστασης χρησιμοποιούνται τόσο σε σύντομα προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης όσο και σε μακροχρόνια προγράμματα με στόχο την σταθεροποίηση του τρόπου ζωής των μελών τους, την βελτίωση της υγείας και από τα κυκλώματα της μαύρης αγοράς.

Γαλλία: Το 1973 λειτούργησαν για πρώτη φορά προγράμματα μεθαδόνης για δύο εξειδικευμένα κέντρα. Στα μέσα της δεκαετίας του '90 και λόγω της αύξησης προσβολής από τον ιό του HIV μεταξύ των χρηστών αποφασίστηκε η προσχώρηση στη λογική των υποκαταστάτων. Δεδομένου των δυσκολιών στη χορήγηση μεθαδόνης οι γιατροί στράφηκαν στην χορήγηση βουπρενορφίνης η οποία από το 1996 χορηγείται ευρέως.

Γερμανία: Από το 1981 επιτρέπεται η συνταγογράφηση ναρκωτικών ουσιών κάτω από πολύ αυστηρές ιατρικές ενδείξεις. Από το 1992 ο νέος νόμος περί ναρκωτικών προέβλεπε ότι οι ναρκωτικές ουσίες μπορούν να συνταγογραφηθούν για τη θεραπεία της εξάρτησης. Από το 1993 η μεθαδόνη χορηγείται στα πλαίσια προγραμμάτων χαμηλών και υψηλών απαιτήσεων τόσο από εξειδικευμένα κέντρα όσο και από ένα σώμα 2.000 περίπου γιατρών (ψυχίατροι και οικογενειακοί

γιατροί). Εκτός από τη μεθαδόνη, η οποία σε μικρό ποσοστό χορηγείται και ως LAAM, συνταγογραφείται ευρέως και η διυδροκωδεΐνη. Από το 2000 εισήχθη η θεραπεία υποκατάστασης με βουπρενορφίνη.

Δανία: Το 1967 λειτουργούσαν τα πρώτα πειραματικά προγράμματα μεθαδόνης από το 1970 κέντρα και ιδιώτες γιατροί χορηγούσαν μεθαδόνη κυρίως όμως σε προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης και απεξάρτησης. Στο χρονικό διάστημα 1986-89 αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των ληπτών μεθαδόνης. Από το 1998 λαμβάνουν και τα υποκατάστατα LAAM και βουπρενορφίνη.

Ελβετία: Μέχρι το 1975 η συνταγογράφηση ψυχοτρόπων ουσιών σε εξαρτημένα άτομα ήταν ευθύνη του ιατρού. Από το 1975 απαιτείται ειδική άδεια για την συνταγογράφησή τους. Εκτός από τη μεθαδόνη άλλα υποκατάστατα που χρησιμοποιούνται στην Ελβετία είναι η διυδροκωδεΐνη, η μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης, η βουπρενορφίνη, αλλά και η ηρωίνη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα προγράμματα χορήγησης ηρωίνης υπό ιατρικό έλεγχο και η θεραπεία αυτή υιοθετήθηκε μετά από σχετική έρευνα με θετικά αποτελέσματα. από το 1997.

Βόρεια Ιρλανδία: Τα προγράμματα υποκατάστασης ξεκίνησαν το 1970 αλλά μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '90 δεν γνώρισαν ανάπτυξη. Μέσα από εξειδικευμένα κέντρα χορηγείται μεθαδόνη σε ποσοστό 20% περίπου του πληθυσμού των εξαρτημένων από ηρωίνη. άλλες ουσίες υποκατάστασης δεν λαμβάνουν.

Ισπανία: Η μεθαδόνη χορηγείται από το 1972. Από το 1997 χορηγείται επίσης το LAAM. Και τις δύο ουσίες τις λαμβάνουν μέσω εξειδικευμένων κέντρων.

Ιταλία: Από το 1975 επιτρεπόταν στους γιατρούς της Ιταλίας να συνταγογραφούν για ιατρικούς λόγους ψυχότροπες ουσίες μέσα σε αυτές και της μεθαδόνης. Από το 1980 η μεθαδόνη χορηγείται κυρίως από εξειδικευμένα κέντρα και λίγους ιδιώτες γιατρούς. Η μεθαδόνη γίνεται περισσότερο αποδεκτή ως φάρμακο επιλογής για τη σωματική αποτοξίνωση και λιγότερο ως μέσο απεξάρτησης ή μείωσης της βλάβης, για αυτό και χορηγείται για σύντομο χρονικό διάστημα. Μόνο για βαρύτερα περιστατικά προβλέπεται μακροχρόνια χορήγηση. Από το 1999 χορηγείται και η βουπρενορφίνη.

Ολλανδία: Στη Ολλανδία χορηγείται μεθαδόνη από το 1969 κυρίως από ιδιώτες γιατρούς και το νοσοκομείο Jellinek του Amsterdam. Παράλληλα με την αύξηση των εξαρτημένων αυξήθηκαν και τα προγράμματα μεθαδόνης όπου χαρακτηριστικά ήταν τα «λεωφορεία μεθαδόνης» (Methadone Bus), σε διάφορα στέκια των εξαρτημένων για τη χορήγηση του φαρμάκου. Εκτός από τα προγράμματα Χαμηλών απαιτήσεων υπάρχουν και τα προγράμματα υψηλών απαιτήσεων όπου στόχος είναι η μείωση της παράλληλης χρήσης στο ελάχιστο. Από το 1997 λειτούργησαν πειραματικά προγράμματα χορήγησης ηρωίνης ενώ επίκειται και η ουσία της βουπρενορφίνης ως δεύτερης ουσίας υποκατάστασης.

Πορτογαλία: Η μεθαδόνη χορηγείται από το 1997 ενώ από το 1994 χορηγείται και η LAAM. Και οι δύο ουσίες λαμβάνονται μέσα από εξειδικευμένες μονάδες.

Σουηδία: Το 1965-66 λειτούργησε το πρώτο πρόγραμμα μεθαδόνης στην Ευρώπη στα πρότυπα του προγράμματος των Dole και Nyswander, ωστόσο παρά την πρόωμη έναρξη τα προγράμματα υποκατάστασης δεν έγιναν ποτέ θεραπευτική μέθοδος πρώτης επιλογής. Το 1981 αναγνωρίστηκε η υποκατάσταση ως θεραπευτική μέθοδος από το Υπουργείο Υγείας. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction (EMCDDA, 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση του όρου «Ποιότητα Ζωής»

Με αφετηρία τη σύγχρονη θεώρηση της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες ως πολυδιάστατο ψυχο-κοινωνικό φαινόμενο με πολλαπλές διαστάσεις, η θεραπεία υποκατάστασης δεν ορίζεται αποκλειστικά σε σχέση με τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Λαμβάνει υπόψη της και μια σειρά άλλων παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και την κοινωνική δραστηριοποίηση του ατόμου.

Η έννοια «ποιότητα ζωής» έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτους χρόνους τους Έλληνες φιλοσόφους. Οι πρώτες αναφορές στην ποιότητα της ζωής έχουν γίνει από τον Πλάτωνα, ο οποίος περιγράφει ότι ο Σωκράτης συζητούσε για την ποιότητα της ζωής συγκρίνοντας την με την ποσότητα. Ο Αριστοτέλης, φιλόσοφος και θεμελιωτής πολλών επιστημών, ασχολήθηκε επίσης με την ποιότητα ζωής. Πιο συγκεκριμένα, ταύτισε τη λέξη «ευδαιμονία», όπως την ανέλυσε στις φιλοσοφικές του μελέτες, με τον όρο «ποιότητα ζωής» (Κουτσιμανή, 2009).

Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας ζωής τις τελευταίες δεκαετίες έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών στο χώρο της υγείας και ειδικότερα στο χώρο της ψυχικής υγείας η οποία έχει ως επίκεντρο την ψυχολογική ευεξία και την ικανοποίηση από τη ζωή. Η ποιότητα ζωής σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή (Campbell et al, 1976), αναφέρεται στη σωματική υγεία των ατόμων ,στην κοινωνική, υλική, και ψυχολογική ευεξία τους (Young & Longman, 1983).

Μέχρι και σήμερα όμως ο ορισμός της ποιότητας ζωής ερμηνεύεται με διαφορετικούς τρόπους από άτομο σε άτομο. Για ορισμένους ένα περιβάλλον υψηλής ποιότητας αντιστοιχεί σε μέρη σπάνιας φυσικής ομορφιάς στα οποία δεν κυριαρχεί ο άνθρωπος αλλά ο φυσικός πλούτος. Αντίθετη εικόνα έχουν όσοι συνδέουν την ποιοτική ζωή με την εικόνα μιας σύγχρονης και πλούσιας πόλης με σημαντικά

δείγματα πολιτισμού και τέχνης. Άλλοι πάλι, θα περιέγραφαν τον παραπάνω όρο ως τη διαθεσιμότητα περισσότερων υλικών αγαθών, υψηλότερης τεχνολογίας.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η ευρύτερη έννοια της υγείας δηλώνει την πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, εργασίας και κοινωνικής δράσης δημιουργεί νέα δεδομένα για τον σημερινό άνθρωπο. Έτσι, ποιότητα ζωής, ευ ζην, θετική στάση, είναι έννοιες που σήμερα αποκτούν νέες διαστάσεις.

Μελετώντας την ποιότητα ζωής ο Schalock (2004) υποστηρίζει ότι η ποιότητα ζωής είναι μια σύνθετη έννοια με πολλές προοπτικές και συντίθεται από τις εξής οχτώ βασικές διαστάσεις: Συναισθηματική ευημερία, Διαπροσωπικές σχέσεις, Υλικό ευ ζην, Προσωπική ανάπτυξη, Φυσικό ευ ζην, Αυτοπροσδιορισμός, Κοινωνική ένταξη, δικαιώματα. Αυτές οι διαστάσεις προσδιορίζουν το πλαίσιο της πραγμάτωσης μιας ποιοτικής ζωής που βασίζεται σε καλύτερες συνθήκες διαβίωσης μέσα σε λειτουργικά περιβάλλοντα προσαρμοσμένα στις ανάγκες του κάθε ατόμου (Schalock, R.,2004).

Κατά τον Hornquist καταστάσεις όπως το στρες λόγω εργασίας, η κοινωνική επανένταξη αποκλεισμένων ομάδων στην κοινωνία και την αγορά εργασίας, η προσαρμογή των μεταναστών σε νέες συνθήκες, η χρήση ουσιών από νέους, οι σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων, το άγχος του θανάτου, η αποκατάσταση από σωματικές αναπηρίες και η προαγωγή της δημιουργικότητας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (<http://www.bestrong.org.gr>).

Σύμφωνα με τον Cutter (1985), η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η ευτυχία ή η ικανοποίηση που αισθάνεται ένα άτομο για τη ζωή ή το περιβάλλον του, συμπεριλαμβανομένων των επιθυμιών, των αναγκών και των προτιμήσεων, αλλά και όλων των υπολοίπων υλικών ή πνευματικών προτιμήσεων. Όταν υπάρχει αλληλεπίδραση της ατομικής ποιότητας ζωής και της τοπικής κοινωνίας, ο όρος επεκτείνεται, για να συμπεριλάβει περιβαλλοντολογικούς παράγοντες, όπως το κλίμα, την τοπική οικονομία και τις διαφορετικές εκφάνσεις του πολιτισμού». (http://www.epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_5329.html)

Σύμφωνα με τον Townshed (2001), η αστικοποίηση συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία, όπως έχει υποστηρίξει και ο Park (1925).

Χαρακτηριστικά του αστικού χώρου, όπως για παράδειγμα η πυκνότητα του πληθυσμού, έχουν συσχετισθεί με αυξημένα ποσοστά ψυχολογικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, αλλά και με το αυξημένο αίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης (http://www.epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_5329.html).

2.2 Εργαλεία Μέτρησης της Ποιότητας Ζωής

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γίνεται με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, κυρίως ερωτηματολογίων. Τα περισσότερα όργανα εξετάζουν την ποιότητα ζωής σφαιρικά αξιολογώντας διάφορες πλευρές ή διαστάσεις του ατόμου, όπως η λειτουργικότητα στον κοινωνικό, οικογενειακό, σεξουαλικό και εργασιακό τομέα, η ψυχολογική ευεξία, καθώς και χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που θεωρούνται ότι καθορίζουν ως ένα βαθμό την ποιότητα ζωής.

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται εργαλεία τα οποία μας οδηγούν σε σημαντικά συμπεράσματα. Μερικά από τα σημαντικότερα εργαλεία που χρησιμοποιούνται παρουσιάζονται παρακάτω.

Για την μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται δύο εργαλεία γενικής χρήσης το SF-36 (Short Form Questionnaire-36) και το EQ-5D (EuroQol). Το πρώτο δημιουργήθηκε στη Βοστώνη το 1992 από τους Ware και Shelbourne (MOS SF-36) και αποτελείται από 36 ερωτήσεις που κατηγοριοποιούνται σε 8 θεματικές κλίμακες: σωματικές λειτουργίες, κοινωνικές λειτουργίες, πόνος, γενική ψυχική υγεία, περιορισμοί ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων, περιορισμοί ρόλου λόγω ψυχολογικών προβλημάτων, ζωτικότητα – ζωντάνια και γενική αντίληψη για την υγεία. Το EQ-5D είναι ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, το οποίο δημιουργήθηκε το 1987 από μια ομάδα ερευνητών από πέντε ευρωπαϊκές χώρες, σε συνεργασία με το πανεπιστήμιο του YORK (EuroQol Group, 1990). Το συγκεκριμένο εργαλείο περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις υγείας: (α) κινητικότητα (mobility), (β) αυτοεξυπηρέτηση (self-care), (γ) συνήθεις δραστηριότητες (usual activities), (δ) πόνος/δυσφορία (pain/discomfort) και (ε) άγχος/κατάθλιψη (anxiety/depression), καθεμιά από τις οποίες διαιρείται σε τρία επίπεδα απαντήσεων: κανένα πρόβλημα, μερικά προβλήματα και υπερβολικά προβλήματα. (EUROQOL GROUP, 1990).

Τα WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life) είναι εργαλεία τα οποία αναπτύχθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας, με στόχο την προαγωγή ενός διαπολιτισμικού συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και την χρησιμοποίησή τους στον ευρύτερο χώρο της Υγείας. Αφορά στη μέτρηση της αυτοαναφερόμενης ποιότητας ζωής. (Skevington et al.,2004) Οι ερωτήσεις κατανέμονται σε μια δομή τεσσάρων διαστάσεων: (α) σωματική υγεία, (β) ψυχολογική υγεία, (γ) κοινωνικές σχέσεις και (δ) περιβάλλον. Επίσης, περιλαμβάνονται δύο ερωτήσεις, οι οποίες προσφέρουν μια συνολική εκτίμηση της ποιότητας ζωής και της κατάστασης της υγείας. Η ελληνική εκδοχή αποτελείται από τις 26 ερωτήσεις και 4 νέες ερωτήσεις, οι οποίες προστέθηκαν κατά την πολιτισμική προσαρμογή και τη στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου.

Τέλος στις περισσότερες φαρμακοοικονομικές μελέτες που βασίζονται και σε οικονομικά στοιχεία αξιολόγησης, οι πιο συνήθεις δείκτες για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας είναι τα QALYs και τα HYE (Healthy Year Equivalent) (Γείτονα Μ.,2004)

2.3 Δείκτες Ποιότητας Ζωής

Τα στοιχεία που καθορίζουν την ποιότητα ζωής τα ονομάζουμε δείκτες. Στα πρώτα στάδια προσδιορισμού της έννοιας οι μελέτες επικεντρώνονταν στους κοινωνικούς δείκτες που αφορούσαν την ανεργία, την απασχόληση, το οικονομικό επίπεδο, την υγεία και την φτώχεια. Σήμερα όμως οι δείκτες περιλαμβάνουν όχι μόνο τον πλούτο και την απασχόληση, αλλά και το δομημένο περιβάλλον, τη σωματική και ψυχική υγεία, την εκπαίδευση, την αναψυχή και τον ελεύθερο χρόνο, αλλά και την κοινωνική συμμετοχή.

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (The Karnofski Performance Index - KPI) (1969) επικεντρώνεται περισσότερο στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας. Η εκτίμηση γίνεται από τον ιατρό ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Σε μία ποσοστιαία κλίμακα από το 0 έως το 100 έχουν κατηγοριοποιηθεί 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας με ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Η

βαθμολογία τίθεται από τον ιατρό, όπου το 100% αντιπροσωπεύει τη φυσική σωματική λειτουργία χωρίς περιορισμούς ή χωρίς την εμφάνιση κάποιας νόσου και το 0% το θάνατο (Θεοφίλου Π.2009).

Παρόμοιο δείκτη λειτουργικότητας με το Δείκτη Karnofski δημιούργησε ο WHO (1979). Σε μία 5βαθμη κλίμακα, από 0 έως 4, κατατάσσονται 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας, όπου η βαθμίδα 0 αντιπροσωπεύει την κατάσταση του αρρώστου που είναι ικανός να κάνει όλες τις δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς ενώ στη βαθμίδα 4 ο άρρωστος είναι εντελώς ανίκανος να κάνει οτιδήποτε ή να φροντίσει τον εαυτό του (Θεοφίλου Π.2009).

Ο Δείκτης Katz (1963) δημιουργήθηκε αρχικά για να εκτιμήσει τη λειτουργική κατάσταση ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση γίνεται από ιατρούς ή νοσηλευτές σύμφωνα με έξι ερωτήσεις που αφορούν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας τους. Οι άρρωστοι βαθμολογούνται ανάλογα με την εξάρτηση ή τη μη εξάρτησή τους σε συγκεκριμένα θέματα καθημερινής φροντίδας. Οι ερωτήσεις είναι διατεταγμένες κατά βαθμίδα δυσκολίας. Ο Δείκτης αυτός θεωρείται ότι έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για τους συγκεκριμένους αρρώστους.

Ο Δείκτης Spitzer (1981) σχεδιάστηκε αρχικά για να χρησιμοποιηθεί ως όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής καρκινοπαθών αλλά εφαρμόστηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Η εκτίμηση προσανατολίζεται σε πέντε βασικούς τομείς:

- δραστηριότητες
- καθημερινή ζωή
- αντίληψη της υγείας
- κοινωνική υποστήριξη και
- άποψη για τη ζωή.

Σε καθέναν από τους παραπάνω τομείς, ο άρρωστος, είτε αυτο-βαθμολογείται, είτε βαθμολογείται από τον ιατρό σε μία κλίμακα 3 βαθμίδων, από το 0 μέχρι το 2. Ο δείκτης αυτός παρουσιάζει καλή διάκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων αρρώστων, όπως και μεταξύ διαφόρων επιπέδων μίας αρρώστιας (Θεοφίλου Π.2009).

2.4 Έκθεση Σύγχρονων Επιστημονικών Μελετών Για την Ποιότητα Ζωής των Εξαρτημένων Ατόμων από Ηρωίνη που Βρίσκονται σε Προγράμματα Υποκατάστασης

Από την ανασκόπηση της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας, διαπιστώνεται ότι η έννοια της ποιότητας ζωής έχει μελετηθεί κυρίως σε συνάρτηση με παραμέτρους που αφορούν την σωματική υγεία (για παράδειγμα μελέτες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής ατόμων που πάσχουν από καρκίνο βάσει ειδικά σχεδιασμένων μεθοδολογικών εργαλείων) .Η επιλογή και παρουσίαση των ακόλουθων ερευνών κρίθηκε σκόπιμη, καθόσον αφορούν την ποιότητα ζωής σε συνάρτηση με την θεραπεία με υποκατάστατα για ναρκωτικές ουσίες. Αρχικά ο Smith και Larson αναγράφουν ότι η Ποιότητα Ζωής είναι σοβαρά διαταραγμένη στους εξαρτημένους από ηρωίνη, αλλά ελάχιστες μελέτες έχουν διεξαχθεί συγκρίνοντας τα αποτελέσματα στην Ποιότητα Ζωής μεταξύ των υποκατάστατων (Smith et al.2003).

Στην μελέτη της η A. Karowa, και των συνεργατών της(2010) σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με εξάρτηση στα οπιοειδή σε σύγκριση με ασθενείς που βρίσκονται σε θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη αναφέρουν ότι :

Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών μέτρηση της Ποιότητας Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία (ΣΥΠΖ) θεωρείται όλο και περισσότερο ως σημαντική παράμετρος για τη διερεύνηση των κλινικών αποτελεσμάτων στην ιατρική έρευνα. Ο εθισμός στα ναρκωτικά συνδέεται με διάφορα προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν σοβαρά τη σωματική και ψυχική υγεία, την κοινωνική και την καθημερινή ζωή. Υπάρχουν επίσης αυξανόμενα στοιχεία ότι η Ποιότητα Ζωής που αφορά την υγεία (ΣΥΠΖ) σχετίζεται με μια επιτυχημένη θεραπεία και καλύτερη έκβαση σε ασθενείς με εξάρτηση από τα οπιοειδή. Η ΣΥΠΖ βελτιώθηκε μετά την έναρξη και κατά τη διάρκεια συντήρησης της θεραπείας.

Λίγο μετά την έναρξη των προγραμμάτων συντήρησης η ΣΥΠΖ αυξήθηκε σε διάφορους τομείς της ζωής (π.χ. ξοδεύουν χρόνο με την οικογένεια και στο σπίτι), η οποία μπορεί επίσης να έχει επιπτώσεις σε άλλους προβληματικούς τομείς της ζωής όπως την παραβατικότητα και την επαφή με τα ναρκωτικά. Η συνέχιση της χρήσης παράνομων ουσιών σε ασθενείς που υποβάλλονταν σε συντήρηση συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα ΣΥΠΖ. Η αλλαγή της θεραπείας συντήρησης σε ασθενείς με ανεπιθύμητες ενέργειες ή σε μη ανταποκριθέντες είχε θετική επίδραση στην ΣΥΠΖ.

Επίσης στοιχεία από πρόσφατη δημοσιευθείσα μελέτη, έδειξαν ότι η αυξημένη ικανοποίηση της ποιότητας ζωής μείωσε τον κίνδυνο υποτροπής σε ανθρώπους που αναρρώνουν από κάποια διαταραχή της χρήσης ναρκωτικών.

Άλλες μελέτες παρατήρησαν ότι η συννοσηρότητα ψυχιατρικών καταστάσεων, όπως κατάθλιψη, άγχος και διαταραχές της προσωπικότητας, αλλά και λοιμώδη νοσήματα ασθενειών συνδέονταν με την κακή ΣΥΠΖ σε ασθενείς με την κατάχρηση ουσιών. Ωστόσο, μέχρι στιγμής λίγες μελέτες συγκρίνουν διαφορετικές θεραπείες όσον αφορά την ένωσή τους με την ΣΥΠΖ και σε ασθενείς με εξάρτηση από τα οπιοειδή. Κάποιες μελέτες συγκρίνουν την ΣΥΠΖ κάτω από θεραπεία μεθαδόνης και βουπρενορφίνης. Όλες οι μελέτες βρήκαν παρόμοιο επίπεδο βελτίωσης ΣΥΠΖ υπό τις δύο μορφές συντήρησης (Karow et al.2010) Στην Ελλάδα δεν έχει υπάρξει σχετική μελέτη.

Επιπροσθέτως, αξιόλογα ευρήματα προκύπτουν από την έρευνα των Alexander M. Ponizovsky, και Alexander Grinshpoon(2007), η οποία επικεντρώθηκε στην ανίχνευση διαφορών στην ποιότητα ζωής μεταξύ των χρηστών ηρωίνης που βρίσκονται σε θεραπεία βουπρενορφίνης και σε θεραπείας μεθαδόνης. Διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν περισσότερα πλεονεκτήματα στην περίπτωση της χρήσης βουπρενορφίνης σε σχέση με τη χρήση μεθαδόνης όπως 1) χαμηλότερη εξάρτηση, 2) μικρότερη ανοχή 3) ηπιότερα συμπτώματα στέρησης, 4) χαμηλότερο κίνδυνο θανατηφόρας υπερδοσολογίας, και 5) μεγαλύτερη διάρκεια δράση. Επιπλέον ενώ η μεθαδόνη είναι τόσο ευφορική όσο και τα άλλα οπιοειδή, όπως τα ναρκωτικά, η βουπρενορφίνη δεν φαίνεται να είναι αρκετά ισχυρή για να παράγει την ευφορία και την καταστολή που προκαλούνται από την ηρωίνη ή άλλα οπιούχα. Δεδομένου ότι το άγχος είναι ένας από τους ψυχολογικούς παράγοντας που επηρεάζει την Ποιότητα Ζωής και την ψυχική υγεία, είναι πιθανό ότι στη μεθαδόνη υπάρχει ταχεία μείωση της συναισθηματικής κατάπτωσης και της ενίσχυσης της ευημερίας, γεγονός που έχει βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις στην ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή (Ponizovsky et al.2007).

Ο Lintzeris και οι συνεργάτες του μελέτησαν (2003) τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα βουπρενορφίνης ,οι οποίοι παρουσίασαν ένα βελτιωμένο προφίλ ασφαλείας, με λιγότερη αναπνευστική καταστολή, μειωμένο κίνδυνο θανατηφόρων

υπερδοσολογίας, και λιγότερες οικιοθελής εξόδους από το πρόγραμμα σε σχέση με μεθαδόνη(Lintzeris et al.2003).

Σύμφωνα με τους Sees, Karen, DO, et al (2000) η θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη (MMT), έχει δείξει ότι βελτιώνει την λειτουργικότητα στην ζωή και την μείωση της χρήσης ηρωίνης, εγκληματική συμπεριφορά, πρακτικές χρήσης ναρκωτικών, όπως η κοινή χρήση βελόνας, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), και της HIV λοίμωξης (Sees, Karen, DO, et al.2000).

Από την άλλη πιστεύεται ότι επειδή η βουπρενορφίνη είναι μερικώς ανταγωνιστής των οπιοειδών, εκτιμάται ότι έχει κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση μεθαδόνης και την levomethadyl (LAAM),περιέχοντας λιγότερα συμπτώματα στέρησης και χαμηλότερο κίνδυνο υπερδοσολογίας. Η βουπρενορφίνη είναι εξίσου αποτελεσματική με τη μεθαδόνη όταν χρησιμοποιείται σε επαρκή δόση. Όπως η levomethadyl , η βουπρενορφίνη έχει το πλεονέκτημα της μεγάλης δράσης όπου μπορεί να χορηγηθεί αποτελεσματικά τρεις φορές την εβδομάδα. (O'Connor et al.2000).

Έχει αποδειχθεί ότι η θεραπεία με μεθαδόνη μειώνει σημαντικά την εγκληματική συμπεριφορά. Λόγω της θεραπείας με μεθαδόνη υπάρχει μείωση επιθετικών εγκλημάτων, λόγω είναι πιθανόν το ότι οι ασθενείς δεν χρειάζονται πλέον να χρηματοδοτήσουν την δαπανηρή εξάρτηση της ηρωίνης, και επειδή η θεραπεία επιτρέπει σε πολλούς ασθενείς να σταθεροποιήσουν τη ζωή τους και να επιστρέψουν σε νόμιμη απασχόληση (Hubbard, R.L., et al.1991) .

Συνεχίζοντας, εστιάζοντας σε σύγχρονα ερευνητικά πορίσματα για τα δυο υποκατάστατα ,αξίζει να γίνει αναφορά στην έρευνα των Giacomuzzi SM και των συνεργατών του(2005), όπου τα αποτελέσματα της έρευνας φανερώνουν ότι η χρήση βουπρενορφίνης είναι εξίσου αποτελεσματική σε σχέση με την χρήση της μεθαδόνης ως προς με την ποιότητα ζωής και συνεπώς συμφωνούν με το συμπέρασμα του Εγγράφου Διαβούλευσης για την αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κλινικής Αριστείας στο Ηνωμένο Βασίλειο σύμφωνα με το οποίο και τα δυο υποκατάστατα πρέπει να είναι διαθέσιμα σε κλινικές πρακτικές. Ένα άλλο σημαντικό συμπέρασμα από την μελέτη, ειδικά για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, είναι

ότι, από τα δύο φάρμακα, η μεθαδόνη θα πρέπει να συνταγογραφείται ως πρώτη επιλογή, καθώς είναι φθηνότερη. (Giacomuzzi et al.2005).

Η μελέτη του Icro Maremmani και των συνεργατών (2007) είχε σκοπό να διερευνήσει την λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη πάνω από 1 χρόνο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ασθενείς που συμμετείχαν σε μακροχρόνια θεραπεία με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη παρουσιάζουν βελτίωση της κατάστασης στον έλεγχο της χρήσης ουσιών (κυρίως της ηρωΐνης και της κοκαΐνης), της ψυχιατρική κατάσταση, της κοινωνικής προσαρμογής, και της γενικής ποιότητας ζωής.

Αρκετές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για να συγκριθεί η βουπρενορφίνη με την μεθαδόνη σε δόσεις υψηλότερες από 60 mg ανέφεραν καλύτερα αποτελέσματα για τη μεθαδόνη.

Παράλληλα άλλες μελέτες επικεντρώθηκαν ή περιέλαβαν στην έρευνα τους, την λειτουργική κατάσταση των ασθενών και την ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια μιας μακροχρόνιας θεραπείας μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης. Τα ευρήματα από τις μελέτες αυτές δείχνουν ότι μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη μπορούν να αυξήσουν τη λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής των ασθενών που έλαβαν θεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα ακόμη και με φαρμακευτική αγωγή.

Αντίθετα σε ορισμένες μελέτες έχουν παρατηρηθεί επιδράσεις της βουπρενορφίνης για τους καταθλιπτικούς ασθενείς ή επιδράσεις της μεθαδόνης για τα άτομα με πιο σοβαρά προβλήματα σε ψυχιατρικό επίπεδο ή στην κοινωνική προσαρμογή.

Άλλοι ερευνητές, οι οποίοι επικεντρώθηκαν στην προγνωστική αξία της διάγνωσης για την διάρκεια ζωής, της αντικοινωνικής προσωπικότητας ή κατάθλιψης σε ασθενείς με τυχαία ένταξη τους σε θεραπεία με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη απέτυχαν να δείξουν οποιαδήποτε σχέση με τις παραμέτρους αποτέλεσμα όπως την διατήρηση στη θεραπεία και τη χρήση των οπιοειδών ή κοκαΐνης.(Maremmani et al.2007).

Μόνο σε μία από αυτές τις μελέτες για την ποιότητα ζωής σχετικά με την υγεία βρέθηκε βελτίωση σε ασθενείς που λαμβάνουν μεθαδόνη έναντι βουπρενορφίνης (Ponizovsky, Grinshpoon 2007).

στα κέντρα απεξάρτησης , στις νοσοκομειακές μονάδες και στις μονάδες έκτακτης ανάγκης.

Η μελέτη αφορούσε άτομα ,τα οποία παρακολουθούνταν από το κέντρο απεξάρτησης και παρουσίαζαν τα συμπτώματα εξάρτησης ναρκωτικών ουσιών σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο IV, American Psychiatric Association).Στην παρούσα μελέτη, η μείωση ήταν πιο αισθητή στα άτομα που χορηγούνταν μεθαδόνη και επιβεβαιώνονταν από άλλες μελέτες, αλλά παρέμειναν ανεπιβεβαιώτες από άλλες. Σε αντίθεση, έχει παρατηρηθεί αύξηση της κατανάλωσης κοκαΐνης στα προγράμματα μεθαδόνης στη Γαλλία, καθώς και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Δυστυχώς, ορισμένα άτομα φαίνεται να άρχισαν την χρήση κοκαΐνης, όταν εισήχθησαν στα θεραπευτικά προγράμματα.

Τα υποκειμενικά αποτελέσματα της ηρωίνης μειώνονται, όταν συνδυάζεται με την μεθαδόνη, ενώ η κοκαΐνη διατηρεί τις φαρμακολογικές της επιδράσεις. Ένας από τους στόχους της κατανομή των υψηλών δόσεων βουπρενορφίνης ήταν η μείωση της χρήσης αυτής. Τα αποτελέσματά ήταν ενθαρρυντικά, καθώς παρουσίασαν μείωση κατανάλωσης κοκαΐνης στην ομάδα της βουπρενορφίνης (8%) σε σύγκριση με την ομάδα την μεθαδόνης (16%), αλλά η συνεχιζόμενη χρήση κοκαΐνης είναι ένα γνωστό φαινόμενο για την αποτυχία της θεραπείας. Η ενδοφλέβια χρήση παραμένει ένα θέμα σοβαρής ανησυχίας.

. Φαίνεται ότι η ανεπαρκής προσαρμογή της δόσης προκαλεί σύνδρομο στέρησης που οδηγεί τον ασθενή να βρει εναλλακτική αίσθηση ευημερίας. Εν κατακλείδι, η επιτυχία των προγραμμάτων συντήρησης πραγματικά εξαρτάται από τη φύση του φαρμάκου συντήρησης, ή με τρόπο χορήγησης και διαχείρισης. Δεν χρειάζονται εξειδικευμένα προσόντα ή εμπειρία από τους γιατρούς για να χορηγούν τις συνταγές βουπρενορφίνης, σε αντίθεση με την συνταγογράφηση μεθαδόνης, το οποίο απαιτεί εξειδικευμένη κατάρτιση. Οι ασθενείς, ωστόσο, δεν είναι πειθαρχημένοι και υπάρχουν δυσκολίες στην διαχείριση. Η προσαρμογή της δοσολογίας είναι δύσκολη να επιτευχθεί με αποτέλεσμα να μην γίνεται σωστή

παρακολούθηση. Αντίθετα, οι ασθενείς που συμμετέχουν σε εξειδικευμένα κέντρα, τα οποία διοικούνται από ειδικευμένους ιατρούς με μεγαλύτερη εμπειρία έχουν καλύτερα αποτελέσματα.

Σε μια πρόσφατη διάσκεψη, η θεραπεία συντήρησης καθορίστηκε σαν ρυθμιστικό εργαλείο εθισμού και όχι ως μέθοδος απογαλακτισμού (Consensus conference: withdrawal modalities for opiate users 1998). Η σημασία της θεραπείας συντήρησης είναι πλέον αναγνωρισμένη, αλλά η συνταγογράφηση και οι τρόποι παράδοσης έχουν ανάγκη να αναθεωρηθούν. (BARRAU et al.2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ Ο.ΚΑ.ΝΑ

3.1 Γενικά Στοιχεία για τον Ο.ΚΑ.ΝΑ

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/93 που ψηφίστηκε από το σύνολο του Κοινοβουλευτικού Σώματος και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995. Είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο ΟΚΑΝΑ έχει ως κύριους σκοπούς:

- το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων
- τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού
- την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Ο ΟΚΑΝΑ από την ίδρυσή του έως σήμερα επιδιώκει να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης. Για τη χάραξη και το συντονισμό της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται με φορείς της χώρας (συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα κ.ά.) καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας EMCDDA, Ομάδα Pompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, κ.ά.) ενώ για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται στενά με το

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΙΝ).

Στον τομέα της πρόληψης ο Ο.ΚΑ.ΝΑ, σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, ενώ παράλληλα, αναπτύσσει ποικίλα προγράμματα στον τομέα της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων.(Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2002)

3.2 Υπηρεσίες του Ο.ΚΑ.ΝΑ

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ έχει αναπτύξει ένα δίκτυο υπηρεσιών το οποίο διευρύνεται συνεχώς, ώστε να καλυφθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι πολύπλευρες ανάγκες σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, κοινωνικής και επαγγελματικής ενσωμάτωσης και μείωσης της βλάβης.

Οι υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ περιλαμβάνουν 71 Κέντρα Πρόληψης σε 49 νομούς της χώρας, σε άμεση συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Στο κομμάτι της θεραπείας Λειτουργούν σήμερα σε όλη την Ελλάδα: 25 Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης, 3 Στεγνά Προγράμματα Ενηλίκων, 3 Στεγνά Προγράμματα Εφήβων, 1 Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης (Detox) (<http://www.okana.gr/node/12>).

3.3 Πολιτική του ΟΚΑΝΑ στη Θεραπεία με Υποκατάσταση

Από τα τέλη της δεκαετίας του '70, σημειώθηκε στη χώρα μας αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων, που είχε ήδη παρατηρηθεί στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η αύξηση αυτή καταγραφόταν στους διάφορους δείκτες υπολογισμού της έκτασης του προβλήματος (θάνατοι, συλλήψεις, καταδίκες, κατασχέσεις ναρκωτικών κ.λπ.), οι οποίοι -ιδιαίτερα μετά το 1985- παρουσίαζαν αλματώδη άνοδο. Η κατάσταση αυτή επιβαρυνόταν διεθνώς από την εμφάνιση του ιού του AIDS και από την ταχεία εξάπλωσή του στους χρήστες ηρωίνης. Παράλληλα, αυξανόταν και η διάθεση όλων των ναρκωτικών και ιδιαίτερα της ηρωίνης στη χώρα μας. Κάτω από αυτές τις

συνθήκες, προέκυψε η ανάγκη για αλλαγή της νομοθεσίας μας, ώστε να καταστεί δυνατή η φαρμακευτική αντιμετώπιση των χρονίως εξαρτημένων από ηρωίνη ατόμων με τη χορήγηση υποκατάστατων ναρκωτικών ουσιών («πρόγραμμα υποκατάστασης»).

Το 1993, με το Νόμο 2161/1993 (ιδρυτικός νόμος του ΟΚΑΝΑ) προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης, ενώ με υπουργική απόφαση (ΓΕΟ/25/6-4-95, ΦΕΚ 254 Β΄) προσδιορίστηκαν οι προδιαγραφές για την ίδρυση και τη λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης (ΠΠΥ) για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Τον Ιανουάριο του 1996 ο ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε το πρώτο στη χώρα μας ΠΠΥ με χορήγηση μεθαδόνης, και ίδρυσε τις δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη.

Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα οποία η θεραπευτική αυτή μέθοδος καλύπτει περίπου τα 2/3 των θέσεων θεραπείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τα οφέλη της θεραπείας αυτής, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα από τις άλλες χώρες και τη δική μας δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης συμβάλλει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων.

Η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι πανάκεια, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας, όπως η ηλικία και η προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι προτιμότερο να πετύχει ένα άτομο την πλήρη απεξάρτησή του από το να παίρνει ένα φάρμακο, ενδεχομένως για πολλά χρόνια. Υπάρχουν όμως χρόνιοι και βαριά εξαρτημένοι χρήστες που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν στα «στεγνά» προγράμματα (νευροβιολογικές συνιστώσες), και επομένως έχουν ανάγκη από μια θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα. Στα άτομα αυτά οφείλουμε να παρέχουμε τη θεραπεία που χρειάζονται, όπως το κάνουμε και σε άλλους χρόνιους ασθενείς, π.χ. σε όσους πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, επιληψία ή σχιζοφρένια.

Στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας. Μέλημα του προγράμματος είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων - κοινωνικών και υγείας - καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών ενώ παράλληλα, στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα, που το επιθυμούν και μπορούν, να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την απεξάρτηση.

Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε ένα κανονικό τρόπο ζωής που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση.

Σήμερα ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει 25 Μονάδες Υποκατάστασης σε όλη την Ελλάδα είτε ως αυτόνομες μονάδες είτε σε συνεργασία με τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.), τα τοπικά νοσοκομεία και το ΙΚΑ. Στόχος του ΟΚΑΝΑ είναι η κάλυψη και των 13 υγειονομικών περιφερειών της χώρας (<http://www.okana.gr/node/12>).

3.4 Προϋποθέσεις Ένταξης Στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την εισαγωγή στα Προγράμματα Υποκατάστασης είναι :

- Η υποβολή αίτησης του ενδιαφερομένου στο ΚΥΕΠ και η εγγραφή του στη Λίστα Αναμονής.
- Ο εξαρτημένος να είναι άνω των 20 ετών.
- Να κάνει μακροχρόνια ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης ή άλλου αποπειδούς.
- Η χρήση να έχει προκαλέσει ψυχική και σωματική εξάρτηση.
- Για άτομα που δεν έχουν συμπληρώσει το 35ο έτος της ηλικίας, να υπάρχει αποτυχία σοβαρής προσπάθειας απεξάρτησης σε άλλο εγκεκριμένο από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Πρόγραμμα, η οποία θα αποδεικνύεται με βεβαίωση που θα χορηγείται αρμοδίως από αυτό.

Ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε προγράμματα υποκατάστασης των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ

- Ο χρήστης να αποδεχθεί εγγράφως τους όρους του Θεραπευτικού Συμβολαίου, η παράβαση των οποίων επιφέρει κυρώσεις κατά την κρίση της Θεραπευτικής ομάδας του Προγράμματος Υποκατάστασης.
- Ο εξαρτημένος να μην παρουσιάζει βαριά ψυχοπαθολογία, η οποία να καθιστά ασύμβατη την παρακολούθηση του προγράμματος.

Η εισαγωγή σε Μονάδα του Π.Υ. των ασθενών που έχουν υποβάλει αίτηση συμμετοχής στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης γίνεται με βάση τον αύξοντα αριθμό πρωτοκόλλου και το χρόνο κατάθεσης της αίτησής τους, ή νωρίτερα αν ισχύουν κατ' εξαίρεση λόγοι όπως χρόνια ασθένεια (HIV), κύηση, αναπηρία κ.τ.λ.

3.5 Τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ

Τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης, του ΟΚΑΝΑ παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση.

Αυτό που διαφοροποιεί τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα (στεγνά), είναι η χορήγηση οπιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη.

Τα φάρμακα αυτά έχουν βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να ελέγξουν ή και να διακόψουν τη χρήση της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών (σιρόπια, παυσίπονα χάπια) και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Με τη χορήγησή τους είναι δυνατό να διακόψει κάποιος τη χρήση της ηρωίνης, χωρίς να εμφανίσει στερητικό σύνδρομο και χωρίς να βασανίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία να κάνει χρήση ηρωίνης. Η δράση τους διαρκεί πολλές ώρες (ή και μέρες) και εξαφανίζονται οι γρήγορες και απότομες μεταβολές διάθεσης που προκαλεί η ηρωίνη. Επίσης, δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, έχουν την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί και μειώνουν σημαντικά την επιθυμία για χρήση.

Επιπλέον, τα φάρμακα αυτά:

- είναι ελεγμένα και λαμβάνονται υπό ιατρική παρακολούθηση, δεν υπάρχει περίπτωση νοθείας με αδρανείς ή επικίνδυνες ουσίες και μηδενίζεται ο κίνδυνος υπερδοσολογίας (overdose).
- λαμβάνονται δωρεάν και δε χρειάζεται να καταφεύγει κανείς στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει. Δίνεται έτσι η ευκαιρία να διακοπούν οι δεσμοί με τον κόσμο των ναρκωτικών.
- λαμβάνονται υπό μορφή πόσιμου διαλύματος ή ταμπλέτας. Έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι από την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χρήση της ηρωίνης (αποστήματα, θρομβώσεις, μετάδοση ασθενειών κλπ).

Στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, παράλληλα με τη χορήγηση του υποκατάστατου, παρέχεται και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους ψυχίατρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών. Ειδικότερα, παρέχονται:

- Ιατρικές Υπηρεσίες: Βασική ιατρική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων (AIDS, ηπατίτιδα κλπ), ψυχιατρική περίθαλψη, χορήγηση μεθαδόνης
- Ψυχολογικές Υπηρεσίες: Ατομική συμβουλευτική, ομάδα αυτοεκτίμησης,
- πρόληψη υποτροπής
- Ψυχοθεραπεία: ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία
- Κοινωνικές Υπηρεσίες: Ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας
- Νομικές Υπηρεσίες: Συμβουλές νομικής φύσης, εκπροσώπηση και υπεράσπιση των θεραπευομένων ενώπιον των δικαστηρίων

Στα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Μακροχρόνιοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρωίνης άνω των 35 ετών μπορεί να γίνουν δεκτοί, έστω κι αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης. (Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2002).

3.6 Οικονομικά Στοιχεία του Ο.ΚΑ.ΝΑ

Μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε το 2010 από το Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, με επικεφαλής την Επίκουρη Καθηγήτρια κα Μαίρη Γείτονα και θέμα: Κοινωνικοοικονομική Αξιολόγηση της Θεραπείας Υποκατάστασης για την Εξάρτηση από Οπιοειδή στην Ελλάδα έδειξε ότι η χορήγηση του συνδυασμού βουπρενορφίνης-ναλοξόνης είναι η θεραπεία με το μικρότερο κοινωνικό και οικονομικό κόστος από τις υπόλοιπες θεραπείες υποκατάστασης. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η εξοικονόμηση που θα προέκυπτε από μια υποθετική χορήγηση του συνδυασμού έναντι της μονοθεραπείας με βουπρενορφίνη προσεγγίζει το 54% του συνολικού κόστους χορήγησης της μονοθεραπείας ετησίως και δίνει τη δυνατότητα επέκτασης του Προγράμματος Υποκατάστασης σε 2.057 ασθενείς που αναμένουν την ένταξή τους στα σχετικά προγράμματα. Επιπρόσθετα, σε περίπτωση καθολικής κατά 76,5% μείωση της λίστας αναμονής ένταξης στις μονάδες Υποκατάστασης. Πέρα από τα προαναφερθέντα κοινωνικά και οικονομικά οφέλη, τα ευρήματα της μελέτης αναφέρουν μείωση της σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά θνησιμότητας και νοσηρότητας (avoided mortality and morbidity), καθώς και αυξημένη ικανοποίηση και ποιότητα ζωής των ασθενών στους οποίους χορηγείται ο συνδυασμός (Γείτονα Μ. και συν. 2010).

Ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε προγράμματα υποκατάστασης των μονάδων
Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ

	2005	2006	2008	2009
Πρόληψη	€	€	€	€
Κόστος ουγγρηματοδότησης Κέντρων Πρόληψης	2.982.878,19	2.778.241,30	2.192.047,97	6.146.370,92
Κόστος εκπαίδευσης και υποστήριξης	661.416,12	200.000,00	45.813,00	
Κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	367.877,78	391.538,71	546.143,90	668.382,34
Κόστος; έρευνας;		835.532,20	386.644,81	
Σύνολο	4.847.704,29	3.756.424,82	2.784.004,87	6.814.753,26
Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης				
Κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	8.877.650,36	10.988.010,0	17.851.592,42	18.236.515,86
Εξοδα στέγασης και λειτουργίας	4.384.064,94	4.355.950,05	5.897.305,81	8.522.640,33
Σύνολο	13.261.715,3	15.343.960,0	23.748.898,23	26.759.156,19
Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας				
κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	300.709,72	370.859,01	446.520,28	476.287,71
Εξοδα στέγασης και λειτουργίας	147.754,80	172.830,34	167.849,66	167.920,59
Σύνολο	448.464,52	543.689,35	614.369,94	644.208,30
Μονάδες Εφήβων (Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Ρέθυμνου, Λάρισας)				
Κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	814.521,41	997.780,12	1.419.387,90	1.396.393,80
Εξοδα στέγασης και λειτουργίας	291.018,84	286.432,43	313.968,13	383.858,78
Σύνολο	1.105.540,25	1.284.212,55	1.733.356,03	1.780.252,58
Κέντρο Βοήθειας				
Κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	1.516.862,77	1.821.372,64	2.746.155,65	2.836.610,67
Εξοδα στέγασης και λειτουργίας	520.989,97	415.822,06	502.141,41	604.006,20
Σύνολο	2.037.852,74	2.237.194,70	3.248.297,06	3.440.616,87
Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης;				
Κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	325.283,13	402.910,23	513.145,64	523.680,48
Εξοδα στέγασης και λειτουργίας	123.782,79	104.193,94	139.347,80	146.224,29
Σύνολο	449.065,92	507.104,17	652.493,44	669.904,77
Εξειδικευμένα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Αθήνα,				
κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	227.651,55	285.868,66	470.998,27	413.028,26
Εξοδα στέγασης και λειτουργίας	116.305,39	142.578,92	223.172,57	300.396,33
Σύνολο	343.956,94	428.447,58	694.170,84	713.424,59
Κεντρική Διοίκηση				
Κόστος μισθοδοσίας προσωπικού	2.039.610,73	2.536.514,52	3.252.254,82	3.601.701,64
Εξοδα στέγασης και λειτουργίας	4.102.111,77	1.162.323,33	2.457.652,05	1.936.317,87
Σύνολο	6.141.722,50	3.698.837,85	5.709.906,87	5.538.019,51
Επιχορηγήσεις φορέων μέσω ΥΥΚΑ				573.880,53
Γενικό Σύνολο	28.636.022,4	27.799.871,0	39.185.497,2	46.934.216,6

Πίνακας 1.3:Κόστος Υπηρεσιών Ο.ΚΑ.ΝΑ (2005-2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ Σ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ ΚΑΙ ΠΕΙΡΑΙΑ –Ο.ΚΑ.ΝΑ

Ερευνητικό Μέρος

4.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ατόμων που βρίσκονται σε προγράμματα υποκατάστασης των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑΝΑ και τους χορηγείται βουπρενορφίνη ή μεθαδόνη. Η εν λόγω έρευνα θα συντελέσει στο να διασαφηνιστεί ο βαθμός βελτίωσης της κοινωνικής, οικονομικής και επαγγελματικής, κατάστασης των θεραπευομένων 1 χρόνο μετά την εισαγωγή τους σε πρόγραμμα υποκατάστασης μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης. Πρέπει να επισημανθεί ότι η εκπόνηση της μελέτης θα δώσει επίσης απαντήσεις στα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Σύγκριση βουπρενορφίνης και μεθαδόνης όσον αφορά την βελτίωση της επαγγελματικής κατάστασης και οικονομικής κατάστασης των ερωτηθέντων.
2. Ποσοστό βελτίωσης της παραβατικής συμπεριφοράς των ερωτηθέντων στην βουπρενορφίνης και στην μεθαδόνη.
3. Σύγκριση της ποιότητας ζωής των ατόμων που τους χορηγείται μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης, τον ελεύθερο χρόνο, τις διαπροσωπικές και οικογενειακές σχέσεις.

4.2 Μεθοδολογία της έρευνας

Η συγκριτική μελέτη έχει την εξής μεθοδολογία:

Όσον αφορά το θεωρητικό μέρος περιλαμβάνει στοιχεία που προέρχονται από βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ενώ για το ερευνητικό κομμάτι η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δυο χρονικές περιόδους .Η πρώτη φάση περιλαμβάνει στοιχεία από το έντυπο EuroASI και η δεύτερη φάση αντιστοιχεί στην επανεκτίμηση (follow-up) των ίδιων ατόμων όπου κρίθηκε απαραίτητη η σύνταξη ερωτηματολογίου προκειμένου να επιτευχθεί η σύγκριση.

Κατά τη πρώτη φάση συλλέξαμε δεδομένα από το έντυπο EuroASI σε 120 συμμετέχοντες των προγραμμάτων υποκατάστασης των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ . Για την υλοποίηση της παρούσας συγκριτικής μελέτης κρίθηκε απαραίτητη η πρόσβαση στις 4 από τις 7 ενότητες του εντύπου EuroASI και πιο συγκεκριμένα: α) στις Γενικές Πληροφορίες β) στην Επαγγελματική/ Οικονομική Κατάσταση) γ) στην Νομική/ Δικαστική Κατάσταση δ) στις Οικογενειακές/ Κοινωνικές Σχέσεις.

Το EuroASI θεωρείται ένας Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης, όπως φαίνεται και από την ανάλυση του αρκτικόλεξου της ονομασίας του: Addiction Severity Index, προσαρμοσμένο στην 5η έκδοση του αμερικάνικου ASI (McLellan,1992), από το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), υπό την εποπτεία και με τη συνεργασία του καθηγητή McLellan, του Τμήματος Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια (ΕΚΤΕΠΝ 1996).

Οι λόγοι, που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο εργαλείο, είναι πολλοί, κυριότεροι των οποίων είναι:

Πρώτον, ότι είναι ένα σταθμισμένο, έγκυρο και αξιόπιστο ψυχομετρικό εργαλείο και δεύτερον παρέχει πληροφορίες για την γενική περιγραφή της κατάστασης του ατόμου σε επτά υπό διερεύνηση τομείς της ζωής του και αφορά τη χρονική περίοδο στις τελευταίες 30 ημέρες πριν την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα. Οι τομείς που διερευνώνται είναι: α) Γενικές πληροφορίες, β) Κατάσταση υγείας, γ) Επαγγελματική/ Οικονομική κατάσταση, δ) Χρήση ναρκωτικών/αλκοόλ, ε) Νομική/ Δικαστική κατάσταση, στ) Οικογενειακές/ Κοινωνικές σχέσεις και ζ) Ψυχική κατάσταση.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου EuroASI από τα άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα υποκατάστασης γίνεται μετά από μια εβδομάδα χορήγησης υποκαταστάτου στο πρόγραμμα .

Η χρήση του EuroASI έγινε προκειμένου τα αποτελέσματα της έρευνας μας να μπορούν να συγκρίνουν την χρονική περίοδο πριν την έναξή τους στο πρόγραμμα και την περίοδο μετά από 1 χρόνο θεραπείας στα προγράμματα υποκατάστασης (βουπρενορφίνη, μεθαδόνη).

Σε δεύτερη φάση, διαμορφώθηκε στα ίδια άτομα ερωτηματολόγιο 28 ερωτήσεων που στόχο είχε την αποτύπωση των αλλαγών που έχουν επέλθει στον τρόπο ζωής των ατόμων που συμμετέχουν στα προγράμματα υποκατάστασης των 2 μονάδων Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Ο λόγος που έγινε χρήση δομημένου ερωτηματολογίου είναι ότι για το συγκεκριμένο θέμα και με τους συγκεκριμένους ερωτώμενους είναι η καταλληλότερη μορφή καθώς δημιουργεί αυξανόμενη αξιοπιστία και εγκυρότητα των συλλεγμένων στοιχείων. Ο αριθμός, η σειρά και το περιεχόμενο προκαθορίζεται από μια λίστα ερωτήσεων επιλεγμένες με βάση το σκοπό της επιχειρούμενης έρευνας. Οι ερωτήσεις, βασίζονται στο σύνολό τους στο ερωτηματολόγιο EuroQASl, οι οποίες είναι άμεσες, ξεκάθαρες και ζητάνε ευθέως την απάντηση του ερωτώμενου. Δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα στη σαφήνεια του τρόπου διατύπωσής τους, ενώ αποφευχθήκαν ερωτήσεις ανεπαρκώς ανεπτυγμένες, ερωτήσεις που πιθανόν να εκλαμβάνονται με διαφορετικό τρόπο από τους ερωτώμενους, καθώς και ερωτήσεις που να κατευθύνουν τον ερωτώμενο.

Χαρακτηριστικά της δομημένης αυτής συνέντευξης ήταν ότι διήρκεσε 25 λεπτά για κάθε ερωτώμενο κάτω από τις ίδιες συνθήκες.

Το ερωτηματολόγιο(Παράρτημα 1) χωρίζεται στις εξής ενότητες:

A. Μέρος - Δημογραφικά στοιχεία (1.1-1.7, 7 κλειστές ερωτήσεις)

B. Μέρος – Πληροφορίες για την Επαγγελματική/Οικονομική κατάσταση (2.1-2.6, 6 κλειστές ερωτήσεις).

Γ. Μέρος – Πληροφορίες για την Νομική Κατάσταση (3.1 – 3.4, 4 κλειστές ερωτήσεις)

Δ. Μέρος – Πληροφορίες για τις Συνθήκες Διαβίωσης-Ποιότητα Ζωής (4.1 – 4.11, 11 κλειστές ερωτήσεις)

Οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου και πιο αναλυτικά, υπήρχαν ερωτήσεις όπου η απάντηση ήταν ΝΑΙ ή ΟΧΙ, ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και ερωτήσεις κλίμακας, όπου κλιμακώνεται ο βαθμός συμφωνίας ή ικανοποίησης των ερωτηθέντων σχετικά με:

- Την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου
- Τις κάλυψη νομικών εκκρεμοτήτων
- Την κοινωνική δικτύωση
- Τις διαπροσωπικές σχέσεις
- Την προσωπική ανάπτυξη (επαγγελματικά και οικονομικά)
- Την επιλογή άλλης θεραπείας αποτοξίνωσης

Η παρούσα έρευνα ακολούθησε τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, οι οποίοι είναι κοινοί σε όλες τις επιστημονικές ενώσεις των ψυχολόγων παγκοσμίως, απορρέουν κυρίως από τον Κώδικα Δεοντολογίας που θεσπίστηκε αρχικά από την Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία (American Psychological Association, 2001).

4.2.1 Επιλογή δείγματος

Η μελέτη έχει απογραφικό χαρακτήρα και ανταποκρίθηκαν όλοι οι συμμετέχοντες. Η συλλογή στοιχείων πραγματοποιήθηκε με την διανομή ερωτηματολογίου συνολικά σε 120 άτομα, εκ των οποίων 60 άτομα ήταν στην μονάδα του Περιστερίου και τους χορηγείται βουπρενορφίνη και 60 άτομα ήταν στην μονάδα του Πειραιά όπου τους χορηγείται μεθαδόνη.

Η επιλογή του δείγματος βασίστηκε στα έξι κριτήρια:

Οι συμμετέχοντες να είναι ηλικίας 18 ετών και άνω, να βρίσκονται στα προγράμματα υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ (Περιστερίου-Πειραιά) και η παραμονή τους στα προγράμματα να είναι πάνω από ένα χρόνο.

4.3. Επεξεργασία – Ανάλυση Δεδομένων

Όπως ήδη αναφέρθηκε στην μεθοδολογία, πραγματοποιήθηκε συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του EuroPasi, με τα στοιχεία που προκύπτουν από την επεξεργασία των δεδομένων του ερωτηματολογίου για τη διερεύνηση του τρόπου

ζωής των ερωτώμενων (αφορά το παρόν, δηλαδή τη παρούσα κατάσταση των ίδιων συμμετεχόντων στα προγράμματα υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ).

Για να μπορέσουμε να προχωρήσουμε σε πληρέστερη ποιοτική και ποσοτική ανάλυση των δεδομένων που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο του τρόπου ζωής χρειάζεται να έχουμε και ορισμένα στοιχεία από το EuroAsi. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε μια ειδικά διαμορφωμένη βάση όπου έγινε η επεξεργασία των αντίστοιχων 120 συνεντεύξεων EuroAsi και των 120 ερωτηματολογίων.

Η βάση δεδομένων και η επεξεργασία των στοιχείων αυτών έγινε με το πρόγραμμα Microsoft Office Excel.

Η στατιστική ανάλυση της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε με την εισαγωγή των κωδικοποιημένων μεταβλητών σε στατιστικούς πίνακες του δείγματος και παρουσιάστηκε σε Microsoft Office Excel. Στη συνέχεια τα στοιχεία αναλύθηκαν με τη βοήθεια γραφικών παραστάσεων.

Η αναλογία (σχετική συχνότητα) στην παρούσα έρευνα – όπως και συνηθίζεται – πολλαπλασιάζετε επί της εκατό για να μας δώσει την σχετική αναλογία σε ποσοστό. Παρόλο που ο στατιστικός πίνακας περιέχει το σύνολο της πληροφορίας που ενδιαφέρει, είναι χρήσιμο να δοθεί η οπτική εικόνα του πίνακα με διάγραμμα (Microsoft Office Excel) ώστε να εντοπιστούν μερικές όψεις των αποτελεσμάτων που είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν μελετώντας μόνο τον στατιστικό πίνακα. Διάφορα είδη γραφικών παραστάσεων χρησιμοποιήθηκαν. Για την γραφική παράσταση των κατανομών ως προς τα χαρακτηριστικά (ποσοτικά και ποιοτικά) που μελετούνται στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν ραβδογράμματα.

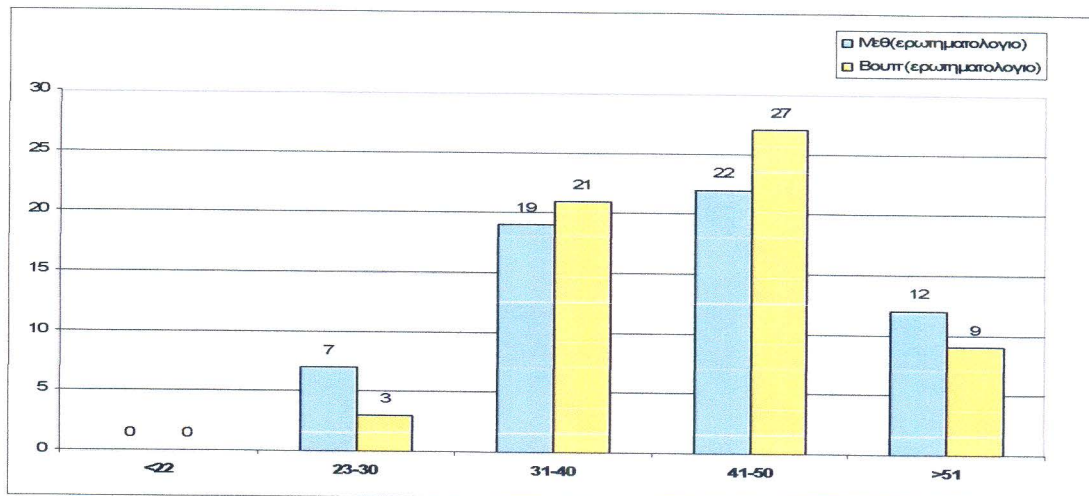
Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με chi-square test (έλεγχος χ^2) όπου χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Microsoft Office Excel με το οποίο έγιναν έλεγχοι συσχετίσεων μεταξύ διαφορετικών μεταβλητών και για τις δύο ομάδες ξεχωριστά.(π.χ φύλο-οικογενειακή κατάσταση, ηλικία-ικανοποίηση συνθηκών διαβίωσης). Για την συσχέτιση αυτών των μεταβλητών με τα χαρακτηριστικά του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων, θέτοντας ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p\text{-value}<0.05$ και $p\text{-value}>0.05$ στατιστικά μη σημαντικό.

4.4 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων

4.4.1 Περιγραφή των Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

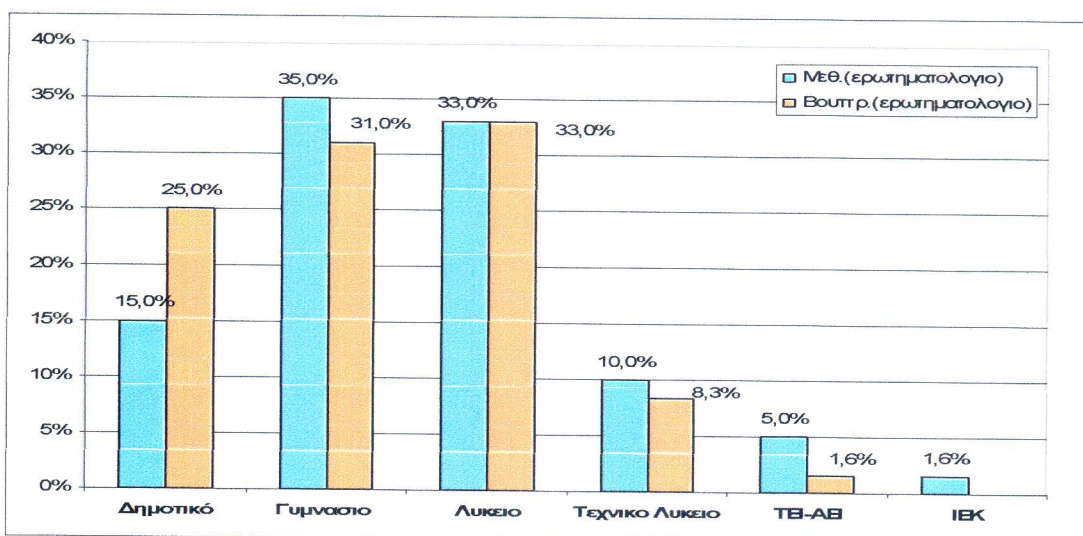
Το δείγμα που εξετάστηκε στην έρευνα αποτελείται από 120 άτομα, 60 άτομα σε κάθε μονάδα, εκ των οποίων 57 άτομα ήταν άνδρες και 3 γυναίκες που τους χορηγείται βουπρενορφίνη , ενώ η ομάδα της μεθαδόνης απαρτίζεται από 46 άνδρες και 14 γυναίκες. Ενδεικτικό στοιχείο του γεγονότος πως τα περισσότερα άτομα που παρακολουθούν τα προγράμματα υποκατάστασης είναι άνδρες (το γεγονός θα πρέπει να θεωρηθεί συμπτωματικό, καθώς δεν υπάρχουν ερευνητικά ευρήματα που να υποστηρίζουν ότι οι άνδρες είναι επιρρεπείς στην χρήση ναρκωτικών ουσιών και σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι χρήστες αποτελούν ετερογενή πληθυσμό) (Simpson,D 1979).

Ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων που συμμετείχε στην έρευνα διερεύνησης της ποιότητας ζωής είναι τα 41 έτη. Όπως παρατηρούμε και στο παρακάτω διάγραμμα, η μικρότερη ηλικία είναι τα 25 έτη και η μεγαλύτερη ηλικία είναι τα 65 έτη. Το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζει την ηλικιακή κατανομή.



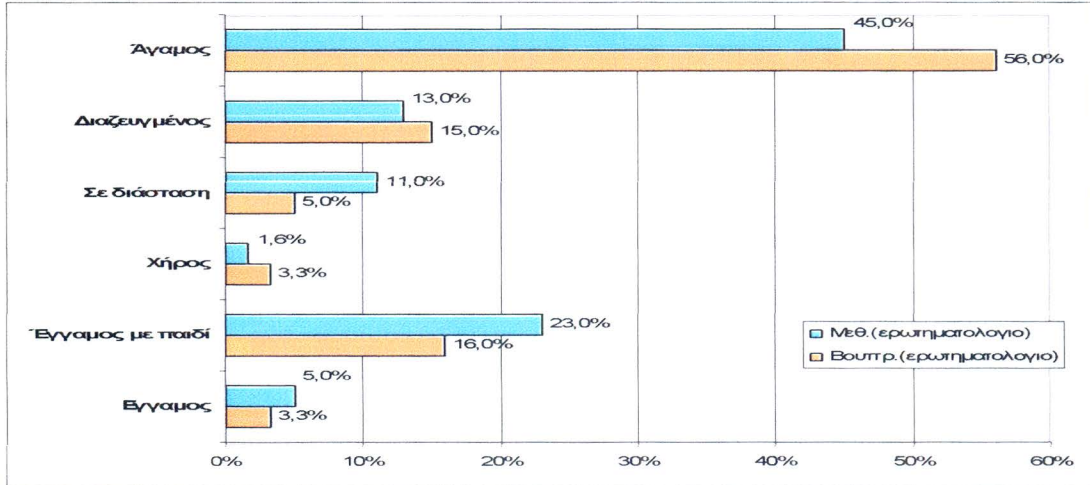
Διάγραμμα 1: Ηλικιακή Κατανομή Συμμετεχόντων

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων στην πλειοψηφία τους είναι απόφοιτοι γυμνασίου και λυκείου όπως φαίνεται και από το διάγραμμα 2. Ένα πολύ μικρό ποσοστό και από τη ομάδα της βουπρενορφίνης (5%) αλλά και της μεθαδόνης (1.6%) έχει αποφοιτήσει από τριτοβάθμια εκπαίδευση. Ενώ αρκετοί είναι εκείνοι οι οποίοι διέκοψαν την εκπαίδευση στο Δημοτικό το 25% του δείγματος από το πρόγραμμα βουπρενορφίνης και 15% από το πρόγραμμα της μεθαδόνης.



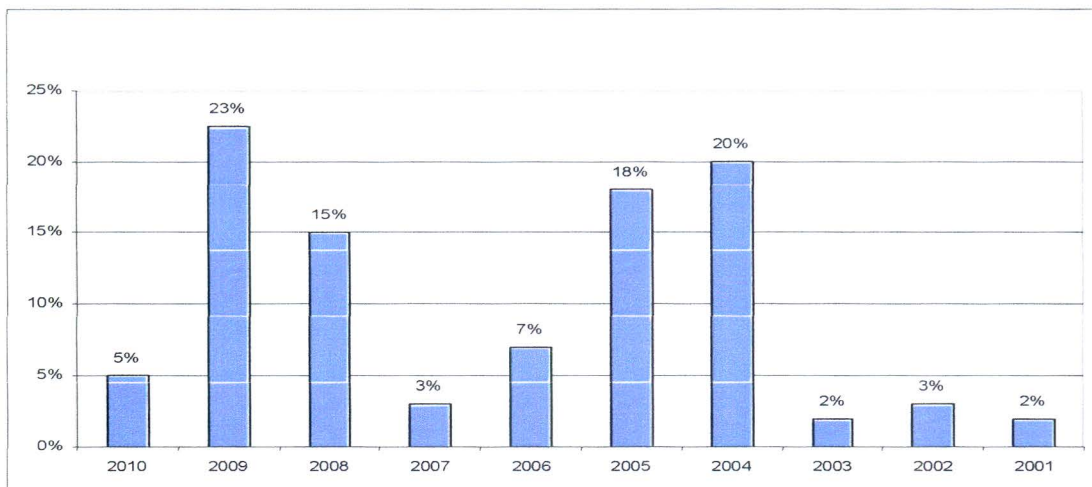
Διάγραμμα 2: Ποσοστό Μορφωτικού Επιπέδου Ερωτηθέντων

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι άγαμοι. Το 5% του δείγματος από την ομάδα της βουπρενορφίνης είναι έγγαμοι ενώ το αντίστοιχο ποσοστό της ομάδα της μεθαδόνης είναι 3.3%. Το 23% δήλωσε έγγαμοι με παιδιά από την ομάδα της μεθαδόνης ενώ το 16% από την ομάδα της βουπρενορφίνης.



Διάγραμμα 3: Ποσοστό Οικογενειακής Κατάστασης Συμμετεχόντων

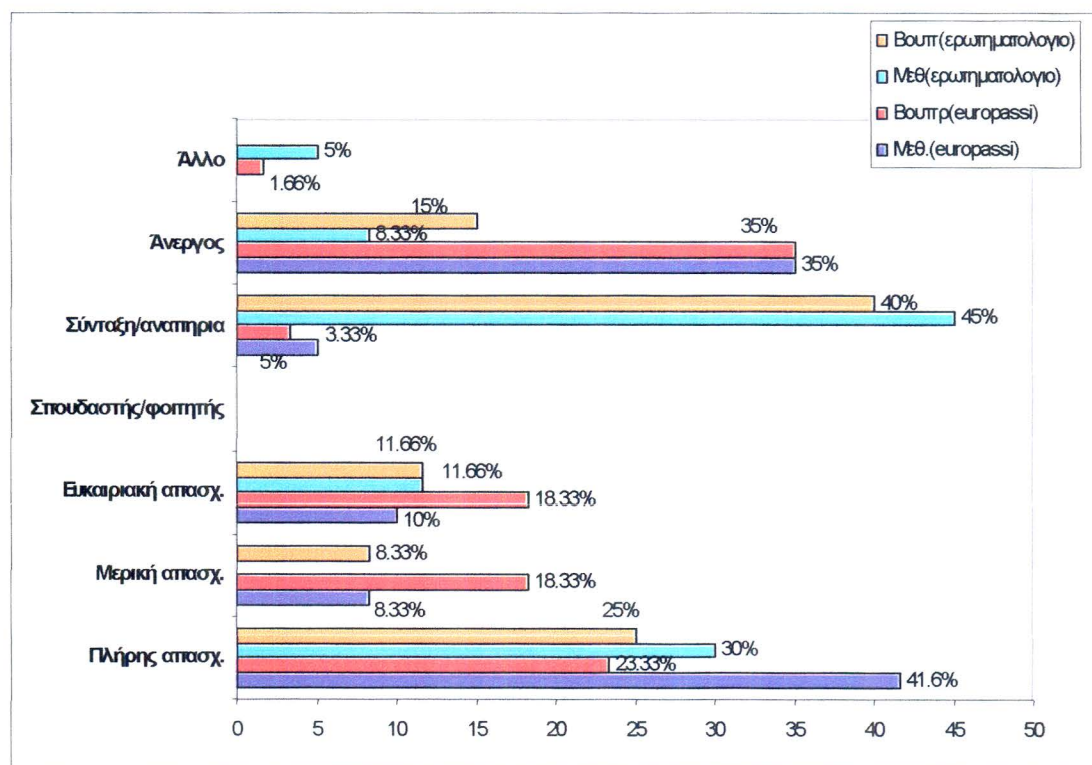
Από την έρευνα παρατηρήθηκε ότι το 25% των συμμετεχόντων εισήχθη στο πρόγραμμα υποκατάστασης το 2009 ενώ μόλις το 5% το 2010. Το 2008 εισήχθη το 15% του δείγματος, το 2007 το 3% και το 2006 το 7%. Το 2005 εισήχθη το 18% του δείγματος ενώ το 2004 το 20%. Τέλος το 2003 εισήχθη το 2% του δείγματος, το 2002 το 3% και το 2001 το 2%.



Διάγραμμα 4: Χρονολογία Εισαγωγής Συμμετεχόντων

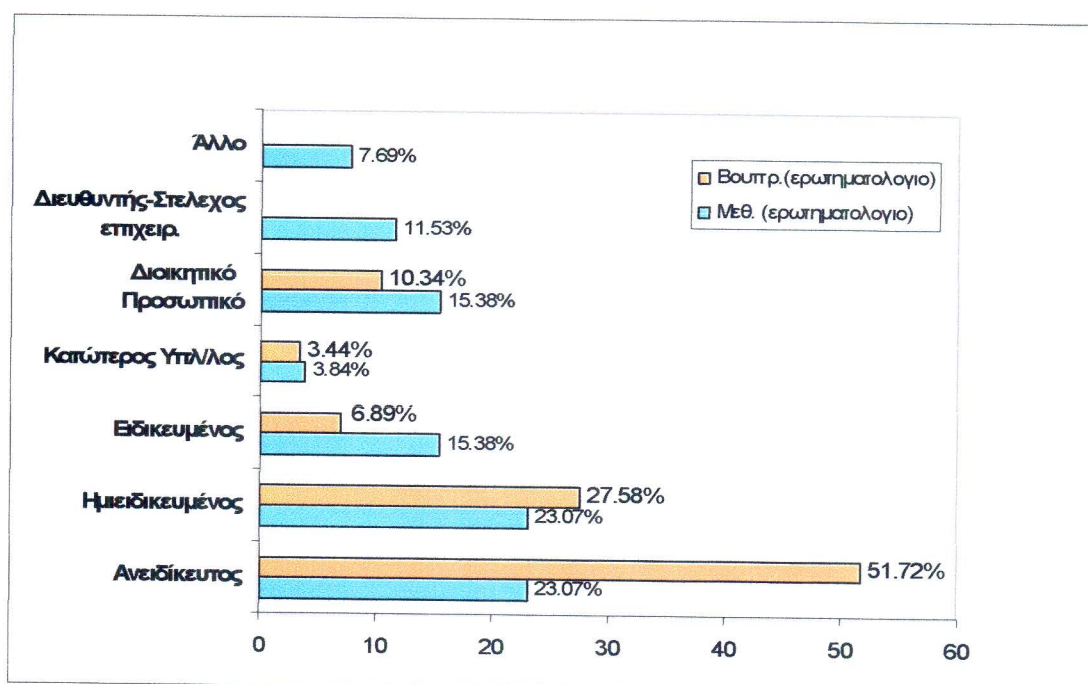
4.4.2 Περιγραφή της Επαγγελματικής και Οικονομικής Κατάστασης

Στο Διάγραμμα 5 περιγράφεται αναλυτικά η επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων πριν την ένταξη τους στο πρόγραμμα (EurorAsi) και μετά την ένταξη τους μέχρι και σήμερα (ερωτηματολόγιο). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων σήμερα (45%) που είναι στο πρόγραμμα της μεθαδόνης δεν εργάζεται και η κύρια πηγή εισοδήματος τους είναι η σύνταξη ή το επίδομα πρόνοιας. Το αντίστοιχο ποσοστό για την βουπρενορφίνη είναι 40%. Στο ίδιο διάγραμμα διαφαίνεται ότι πριν την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα της μεθαδόνης μόνο το 5% λάμβανε τις κοινωνικές παροχές της πρόνοιας. Αξίζει να σημειωθεί και για τις δύο ομάδες των συμμετεχόντων υπήρξε μεγάλη μείωση του ποσοστού που εργάζεται με όρους πλήρης απασχόλησης μετά την ένταξη τους στο πρόγραμμα.



Διάγραμμα 5: Επαγγελματική Κατάσταση

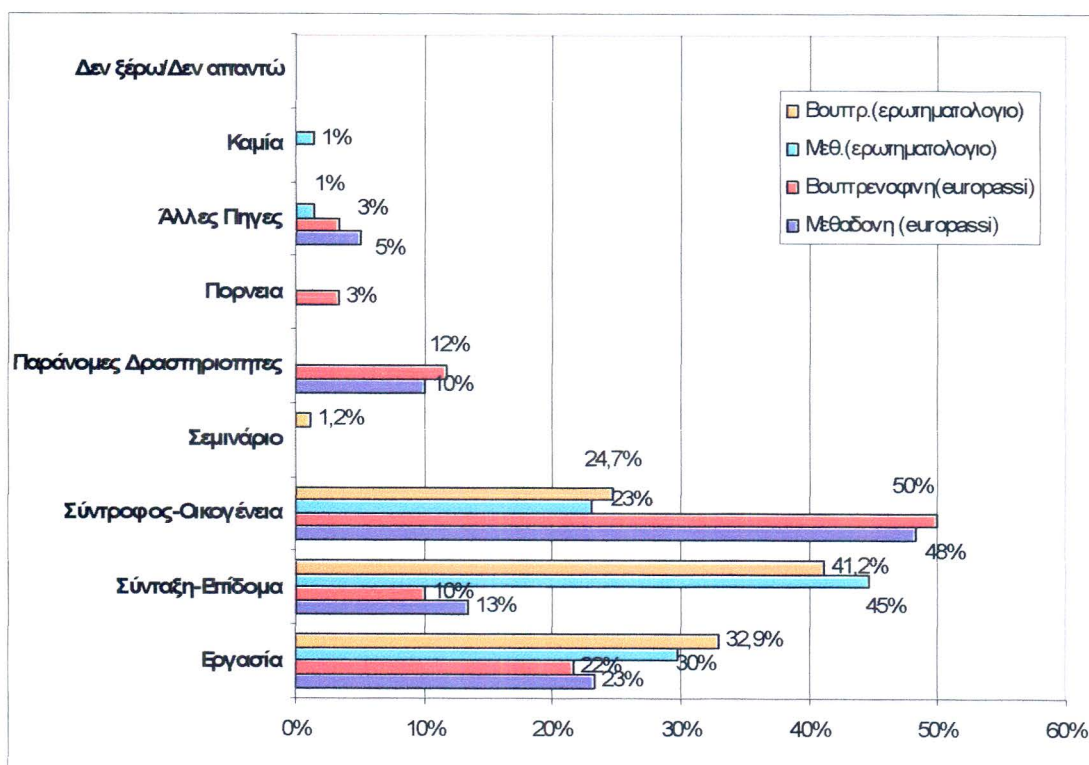
Όσον αφορά την κατηγορία των επαγγελματιών τα στοιχεία προέρχονται μόνο από την παρούσα κατάσταση (ερωτηματολόγιο) καθώς επίσης και από το σύνολο του δείγματος που εργάζεται. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από το σύνολο των συμμετεχόντων που εργάζεται είκοσι έξι προέρχονταν από το πρόγραμμα της μεθαδόνης ενώ είκοσι εννιά από το πρόγραμμα βουπρενορφίνης. Τα αποτελέσματα έχουν κατηγοριοποιηθεί σύμφωνα με τις κατηγορίες επαγγελματιών Hollingshead (Παράρτημα 2). Στο Διάγραμμα 6 παρουσιάζεται μεγαλύτερο ποσοστό (51,72%) στην κατηγορία ανειδίκευτο προσωπικό σε άτομα που βρίσκονται σε πρόγραμμα βουπρενορφίνης έναντι 23,07% που είναι σε πρόγραμμα μεθαδόνης. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι στη κατηγορία «διευθυντής στέλεχος επιχείρησης» ανήκουν άτομα μόνο από το πρόγραμμα μεθαδόνης καθώς επίσης στη κατηγορία «Διοικητικό προσωπικό» το ποσοστό των εργαζομένων που ανήκει στο πρόγραμμα της μεθαδόνης (15,38%) είναι αισθητά μεγαλύτερο σε σχέση με εκείνο της βουπρενορφίνης(10,34%).



Διάγραμμα 6: Κατηγορίες Επαγγελματιών Συμμετεχόντων

Σχετικά με την κύρια πηγή εισοδήματος είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί ότι και στις δύο περιπτώσεις αυξήθηκε το ποσοστό των συμμετεχόντων που έχουν ως κύρια πηγή εισοδήματος την εργασία μετά από την ένταξη τους σε πρόγραμμα υποκατάστασης. Πριν την ένταξη τους η οικογένεια ή ο σύντροφος ήταν η κύρια πηγή εισοδήματος με ποσοστό κοντά στο 50% του συνόλου των ερωτηθέντων.

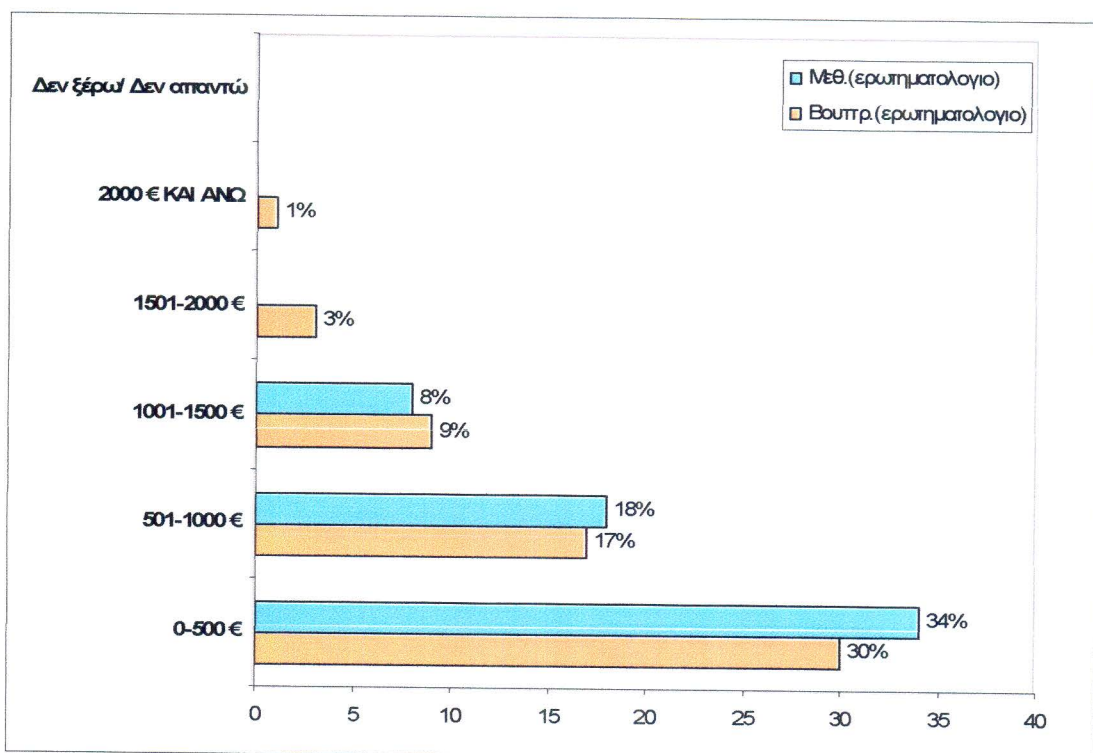
Μετά την ένταξη των συμμετεχόντων στα προγράμματα υποκατάστασης παρατηρείται ότι οι ασθενείς που τους χορηγείται βουπρενορφίνη και μεθαδόνη έχουν σαν κύρια πηγή εισοδήματος την σύνταξη ή τα επιδόματα (41.2% βουπρενορφίνη, 45% μεθαδόνη). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ραγδαία μείωση των παράνομων δραστηριοτήτων των συμμετεχόντων μετά την ένταξη τους στα προγράμματα. Χαρακτηριστικά παρατηρείται στο Διάγραμμα 7 ότι η πηγή εισοδημάτων από παράνομες πράξεις έχει μηδενιστεί ενώ πριν την ένταξη τους άγγιζε σχεδόν το 11%.



Διάγραμμα 7: Κύρια Πηγή Εισοδήματος Συμμετεχόντων

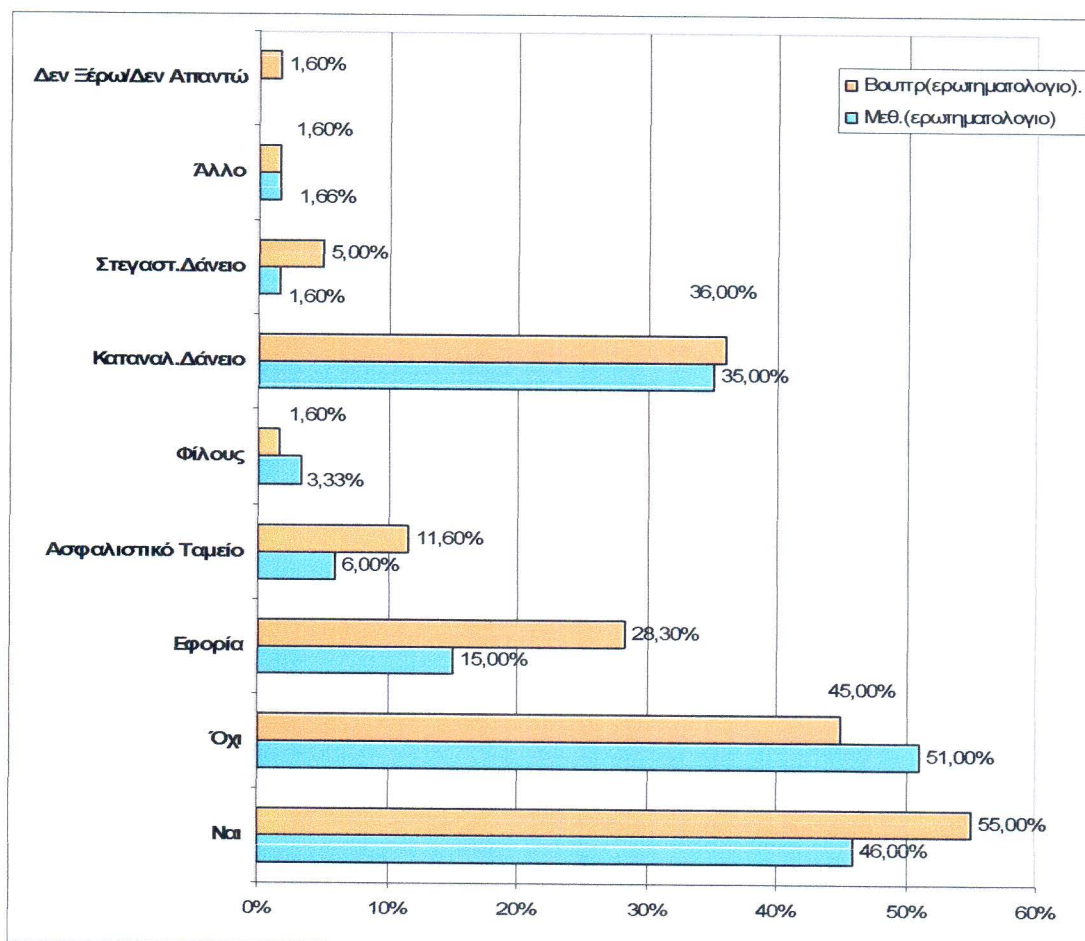
Ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε προγράμματα υποκατάστασης των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ

Το καθαρό μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων που παρακολουθούν το πρόγραμμα υποκατάστασης με βουπρενορφίνη είναι αρκετά υψηλό σε σχέση με εκείνους της μεθαδόνης, σύμφωνα με το παρακάτω διάγραμμα. Το υψηλότερο εισόδημα στο σύνολο του δείγματος που χορηγείται μεθαδόνη βρέθηκε να αγγίζει τα 1001 με 1500 ευρώ μηνιαίως (3%) ενώ οι περισσότεροι (34%) έχουν εισόδημα μεταξύ 0 και 500 ευρώ μηνιαίως. Στο σύνολο των συμμετεχόντων που χορηγείται με βουπρενορφίνη βρέθηκε ότι το 1% έχει εισόδημα άνω των 2000 ευρώ μηνιαίως.



Διάγραμμα 8: Συνολικό Καθαρό Μηνιαίο Εισόδημα Συμμετεχόντων

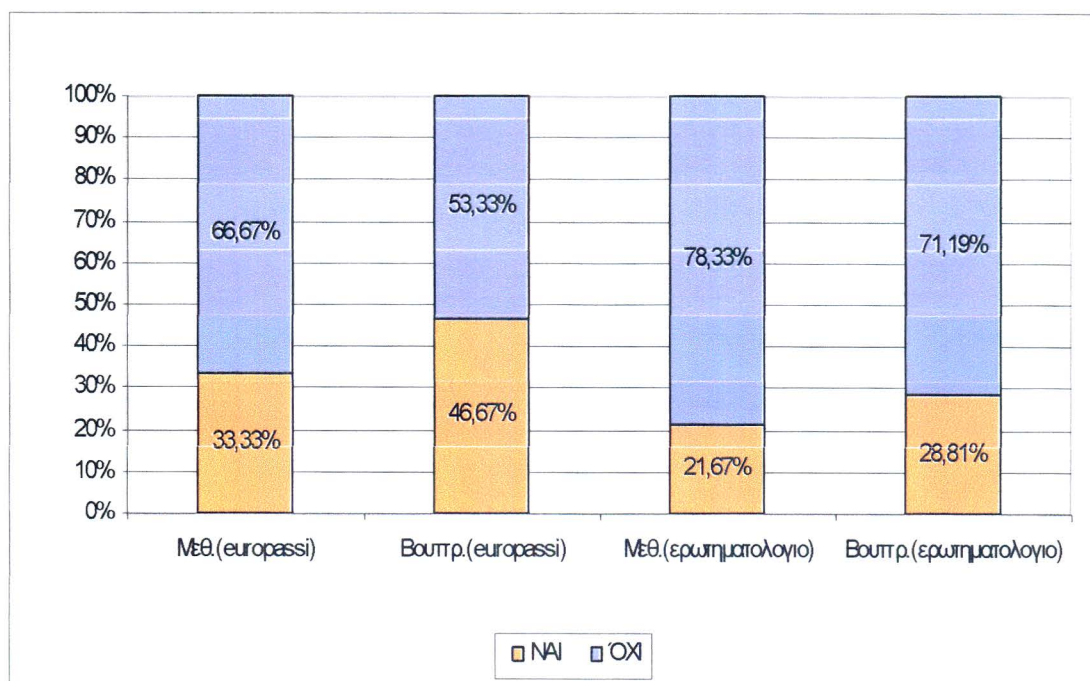
Μελετώντας τα οικονομικά στοιχεία των συμμετεχόντων μετά την ένταξή τους στα προγράμματα υποκατάστασης παρατηρείται ότι αρκετοί από τους ερωτηθέντες έχουν οικονομικά χρέη (Διάγραμμα 9). Συγκεκριμένα το 55% των συμμετεχόντων από την ομάδα της βουπρενορφίνης και το 46% από την ομάδα της μεθαδόνης έχουν οικονομικά χρέη προς τρίτους. Αναλυτικότερα από το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό και από τις δύο ομάδες έχουν χρέη σε καταναλωτικά δάνεια (35% μεθαδόνης, 36% βουπρενορφίνης).



Διάγραμμα 9: Χρέη μετά την Ένταξη στο Πρόγραμμα (Οι ερωτηθέντες είχαν την δυνατότητα να επιλέξουν περισσότερες από μία απαντήσεις)

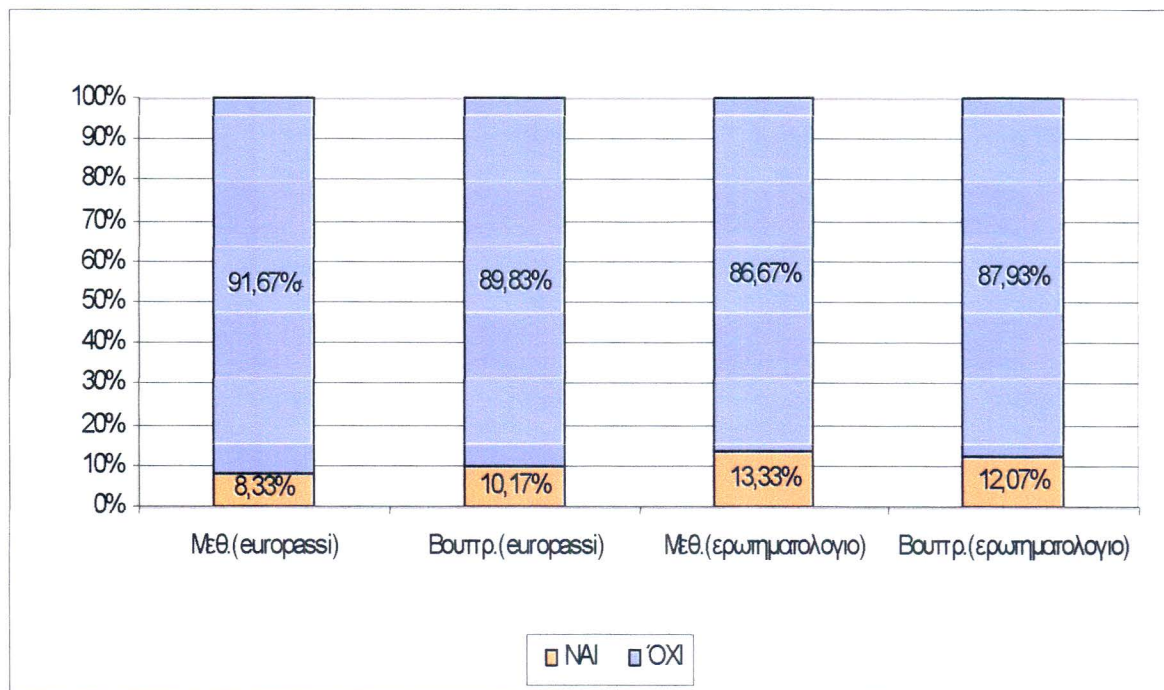
4.4.3 Περιγραφή Νομικών-Δικαστικών Υποθέσεων

Ένα από τα σημαντικότερα κομμάτια της έρευνας είναι οι νομικές εκκρεμότητες τις οποίες είχαν οι συμμετέχοντες πριν και κατά την διάρκεια της θεραπείας. Το Διάγραμμα 10 παρουσιάζει τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν δικαστικές υποθέσεις πριν την ένταξη τους στο πρόγραμμα αλλά και κατά την διάρκεια του. Στο διάγραμμα διαφαίνεται ότι οι συμμετέχοντες και στα δύο προγράμματα υποκατάστασης είχαν δικαστικές εκκρεμότητες πριν την εισαγωγή τους στο πρόγραμμα (33,33% μεθαδόνης και 46,67% βουπρενορφίνης), ωστόσο τα ποσοστά αυτά μειώθηκαν αισθητά κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους (21,67% μεθαδόνη και 28,81% βουπρενορφίνης. Παρατηρείται ότι το ποσοστό μείωσης των νομικών υποθέσεων των συμμετεχόντων που τους έχει χορηγηθεί μεθαδόνη είναι 11,66%. Στον ίδιο διάγραμμα βλέπουμε ότι το αντίστοιχο ποσοστό των συμμετεχόντων που τους έχει χορηγηθεί βουπρενορφίνη είναι 17,86%. Όπως διαπιστώνεται υπάρχει μία μικρή αλλά υπαρκτή διαφορά υπέρ των συμμετεχόντων που χορηγείται βουπρενορφίνη.



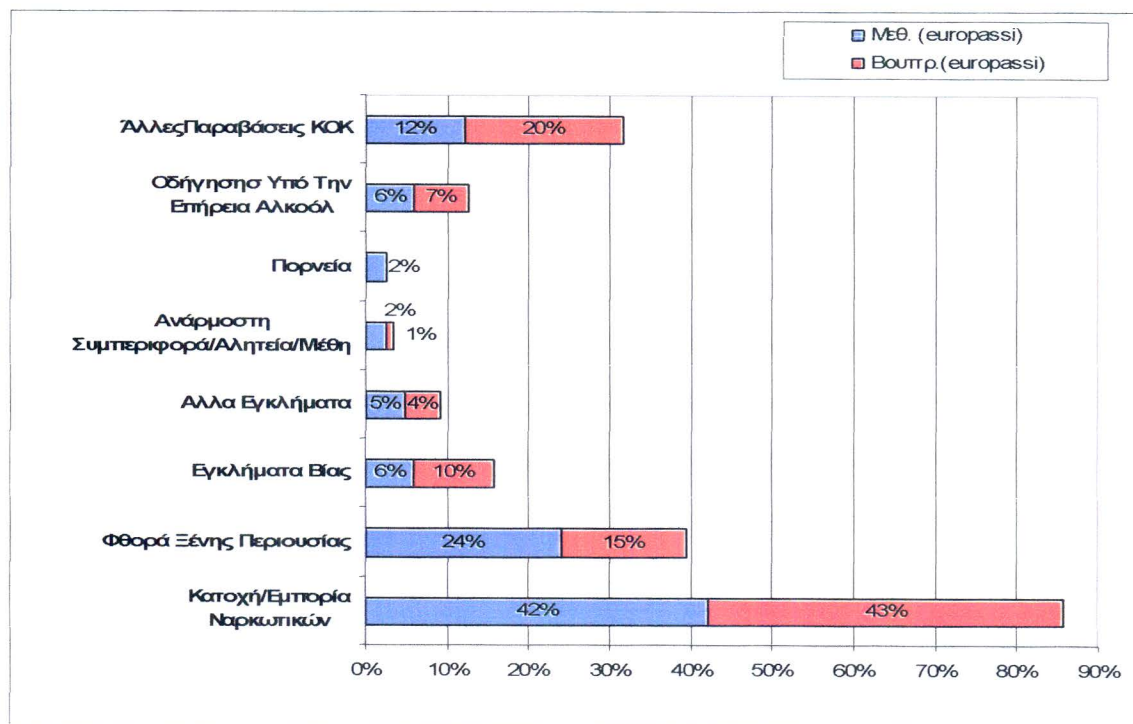
Διάγραμμα 10: Εκκρεμείς Δίκες ή Αποφάσεις Δικαστηρίων Συμμετεχόντων

Το ίδιο συμπέρασμα βγαίνει και από το Διάγραμμα 11 το οποίο αφορά τα άτομα που ήταν υπό αναστολή ή δικαστική επιτήρηση και παραμένουν στην ίδια νομική κατάσταση. Από το διάγραμμα παρατηρείται μια αισθητή αύξηση και στις δύο ομάδες με μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης να συναντάμε στην ομάδα της μεθαδόνης.



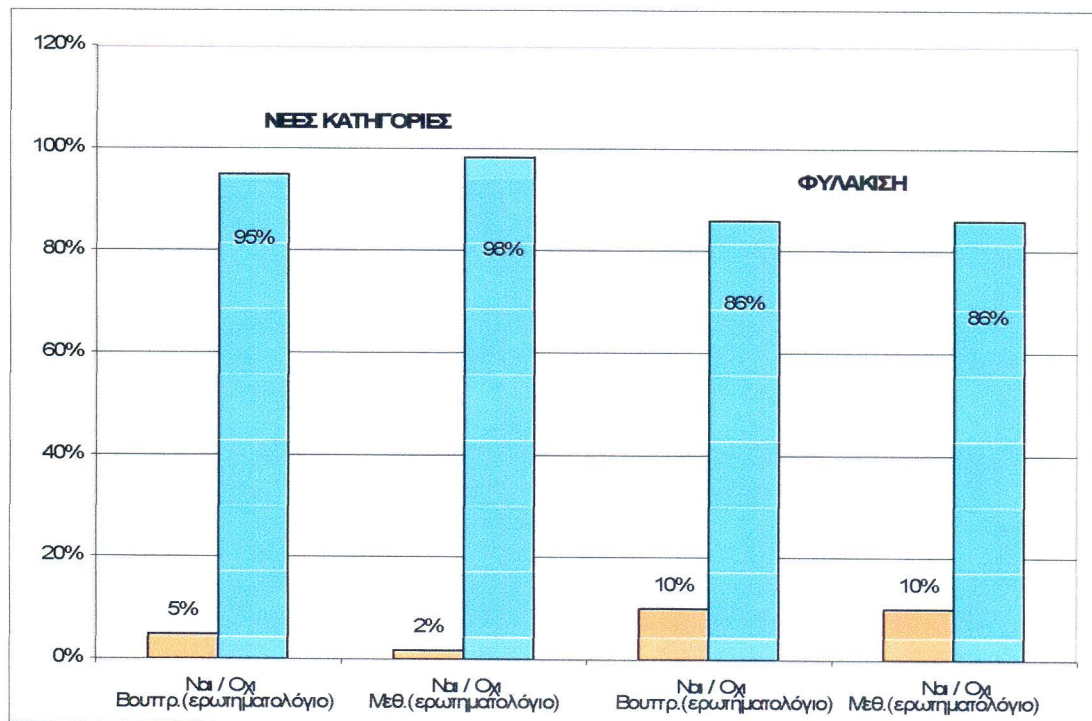
Διάγραμμα 11: Υπό Αναστολή ή Δικαστική Επιτήρηση

Τα αδικήματα για τα οποία κατηγορήθηκαν στο σύνολό τους οι ερωτηθέντες πριν την ένταξη τους σε πρόγραμμα υποκατάστασης είναι η κατοχή και εμπορία ναρκωτικών όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 12.



Διάγραμμα 12: Τύπος Αδικημάτων των Συμμετεχόντων πριν την ένταξη τους στο πρόγραμμα

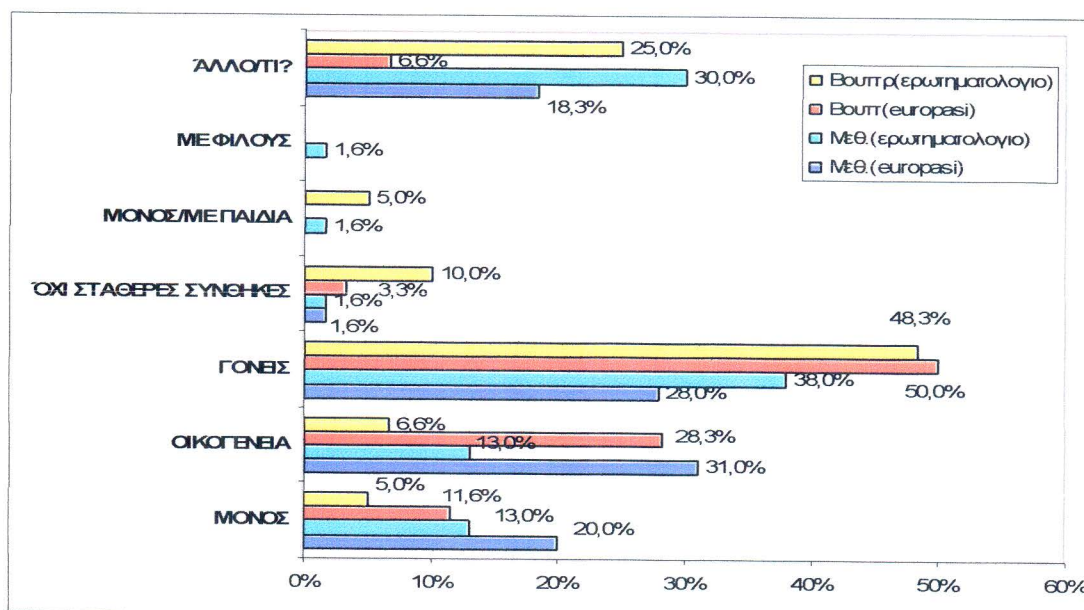
Το ποσοστό των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα δεν αντιμετωπίζει νέες κατηγορίες όπως φυλάκιση ή παράνομες πράξεις μετά την ένταξη τους. Τα ποσοστά αυτά είναι μόλις 5% (βουπρενορφίνη) και 2% (μεθαδόνη) για νέες κατηγορίες και 10% για ποινή φυλάκισης. Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ατόμων όπου έχουν ενοχοποιηθεί έχουν ως κύρια κατηγορία την διακίνηση ναρκωτικών ουσιών.



Διάγραμμα 13: Νέες κατηγορίες/φυλάκιση των Συμμετεχόντων μετά την ένταξη τους στο πρόγραμμα

4.4.4 Περιγραφή Συνθηκών Διαβίωσης και Ποιότητας Ζωής

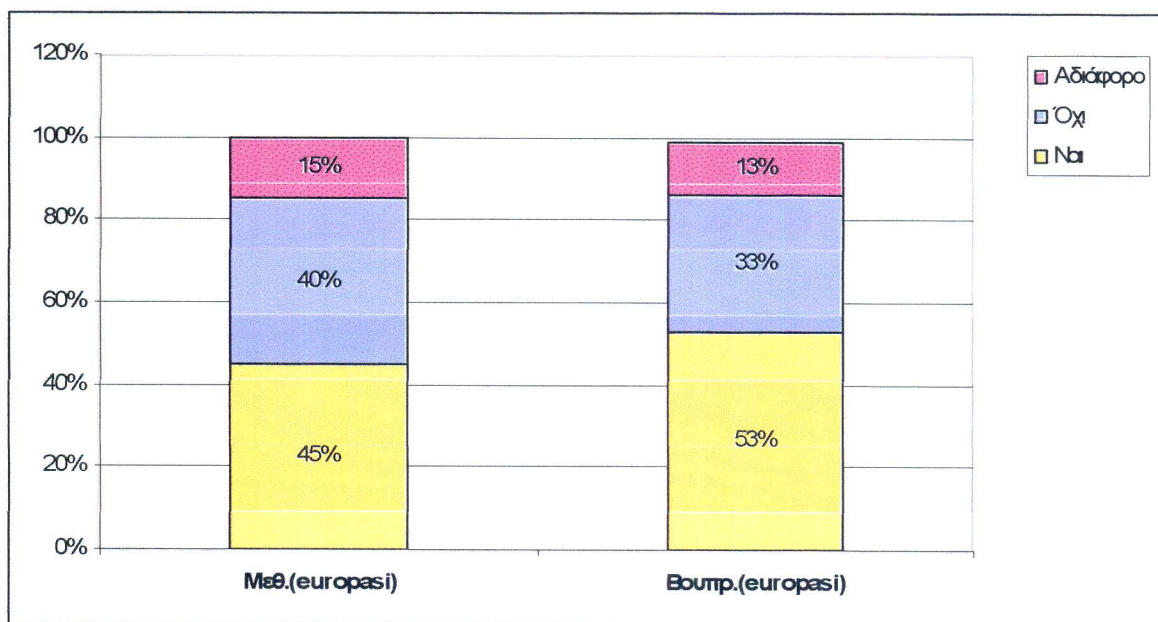
Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα κομμάτια της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ατόμων πριν την ένταξη τους στα προγράμματα υποκατάστασης αλλά και μετά την ένταξη τους σε αυτά. Σύμφωνα και με τα δύο επόμενα διαγράμματα (Διάγραμμα 14 και 15) το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων συμβιώναν και συμβιώνουν με τους γονείς. Σύμφωνα με το διάγραμμα 14 το ποσοστό των συμμετεχόντων που συμβιώνει με τους γονείς τους αυξήθηκε κατά 10% μόνο στην περίπτωση των συμμετεχόντων που χορηγείται με μεθαδόνη. Σε αντίθεση το ποσοστό αυτό μειώθηκε κατά 2% περίπου στην περίπτωση της βουπρενορφίνης. Επίσης ενδιαφέρον παρουσιάζει το ποσοστό μείωσης των συμμετεχόντων οι οποίοι μένουν μόνοι τους μετά την ένταξη τους στο πρόγραμμα (μεθαδόνη από 20% σε 13%, βουπρενορφίνη από 11.6 σε 5%). Τέλος, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων δηλώσαν ότι συμβιώνουν με τον/την ερωτικό τους σύντροφο (οι συγκεκριμένη εντάχθηκαν στην κατηγορία «ΑΛΛΟ/ΤΙ»). Το συγκεκριμένο ποσοστό αυξήθηκε αρκετά μετά την έναρξη της χορήγησης των υποκατάστατων σύμφωνα με το Διάγραμμα 14.



Διάγραμμα 14: Συνθήκες διαβίωσης των Συμμετεχόντων πριν και μετά την ένταξη τους στα προγράμματα υποκατάστασης

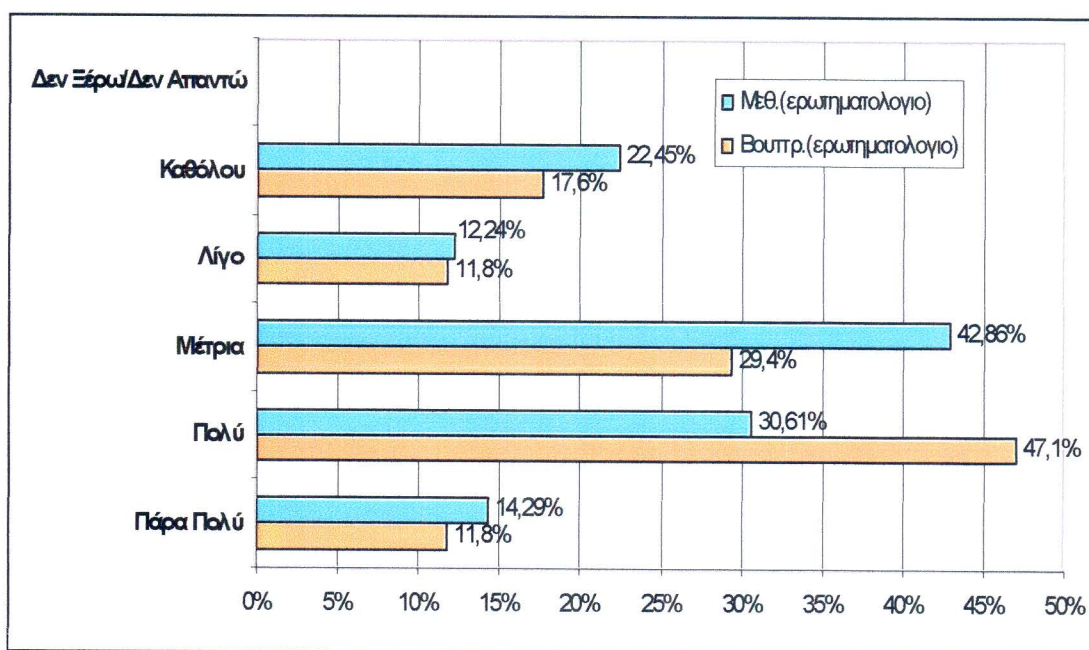
Ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε προγράμματα υποκατάστασης των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ

Στο σύνολο του δείγματος παρατηρείται ότι το 53% από την ομάδα της βουπρενορφίνης δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις συνθήκες διαβίωσης τους πριν την ένταξή τους στο πρόγραμμα υποκατάστασης και το 45% από την ομάδα της μεθαδόνης.



Διάγραμμα 15: Ικανοποίηση των Συμμετεχόντων από τις συνθήκες διαβίωσης πριν την ένταξή τους στο πρόγραμμα

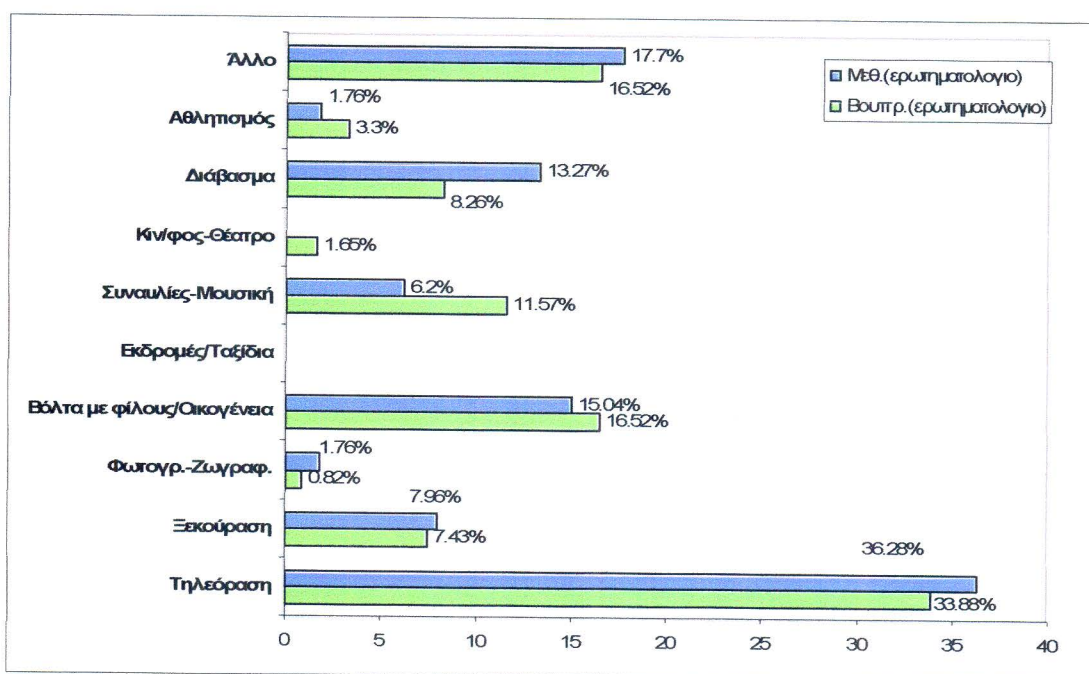
Το ποσοστό ικανοποίησης αυξήθηκε ραγδαία μετά την ένταξη των ερωτηθέντων στα προγράμματα υποκατάστασης(Διάγραμμα 16). Σύμφωνα με το διάγραμμα το 58.9% των συμμετεχόντων από την ομάδα της βουπρενορφίνης δήλωσαν παρά πολύ και πολύ ικανοποιημένοι από τις συνθήκες διαβίωσης. Το ποσοστό αυτό ήταν μικρότερο για την ομάδα της μεθαδόνης (44.9%). Το σημαντικό και ευχάριστο στοιχείο του συγκεκριμένου διαγράμματος είναι ότι και στις δύο περιπτώσεις οι ασθενείς παρουσίασαν αύξηση στην ικανοποίηση των συνθηκών διαβίωσης μετά από την ένταξη τους στα προγράμματα.



Διάγραμμα 16: Ικανοποίηση συνθηκών διαβίωσης των Συμμετεχόντων μετά την ένταξη στο πρόγραμμα

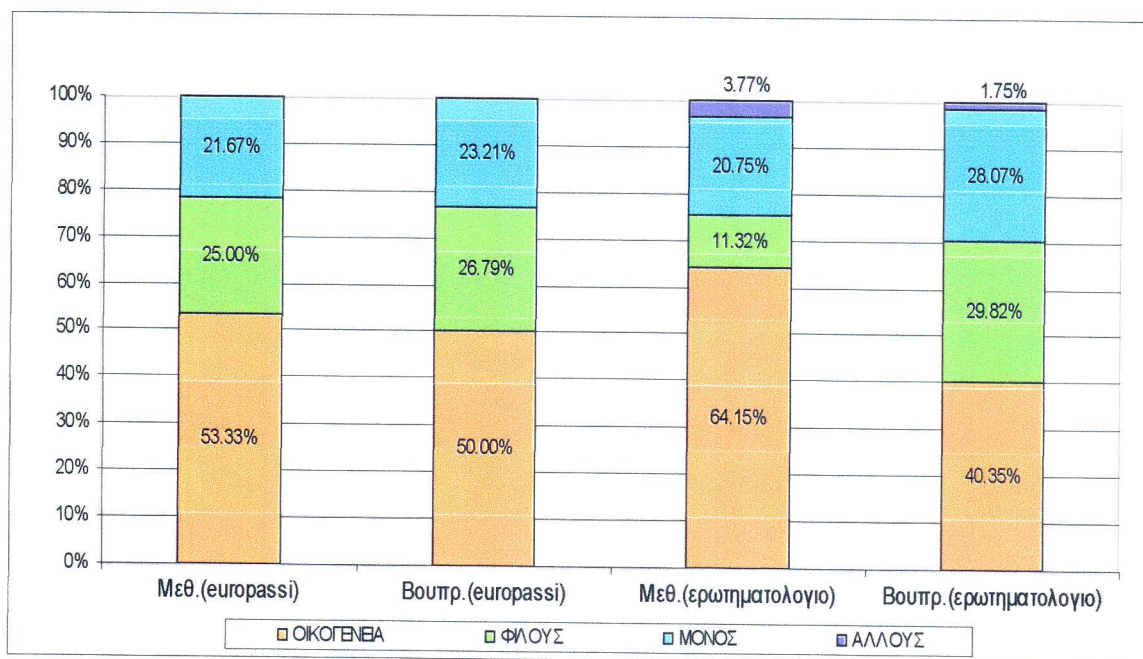
4.4.5 Ελεύθερος Χρόνος

Από το Διάγραμμα 17 φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό ξοδεύει τον ελεύθερο χρόνο του παρακολουθώντας τηλεοπτικά προγράμματα. Αρκετοί όμως είναι εκείνοι οι οποίοι αξιοποιούν το ελεύθερο χρόνο τους πηγαίνοντας βόλτες με φίλους ή με την οικογένεια σε ποσοστό (16.52% βουπρενορφίνη, 15.04% μεθαδόνη). Επίσης το 16.52% των ατόμων που χορηγείται βουπρενορφίνη καθώς επίσης το 17.7% που χορηγείται μεθαδόνη επιλέγουν να περάσουν τον ελεύθερο χρόνο τους σε άλλες δραστηριότητες που αφορούν το internet, τη φροντίδα του κήπου, τη μαγειρική, και την παρακολούθηση εκθέσεων και πολιτιστικών δρώμενων. Οι αθλητικές δραστηριότητες, το διάβασμα, η ζωγραφική καθώς επίσης και ο κινηματογράφος δεν επιλέγονται από μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων.



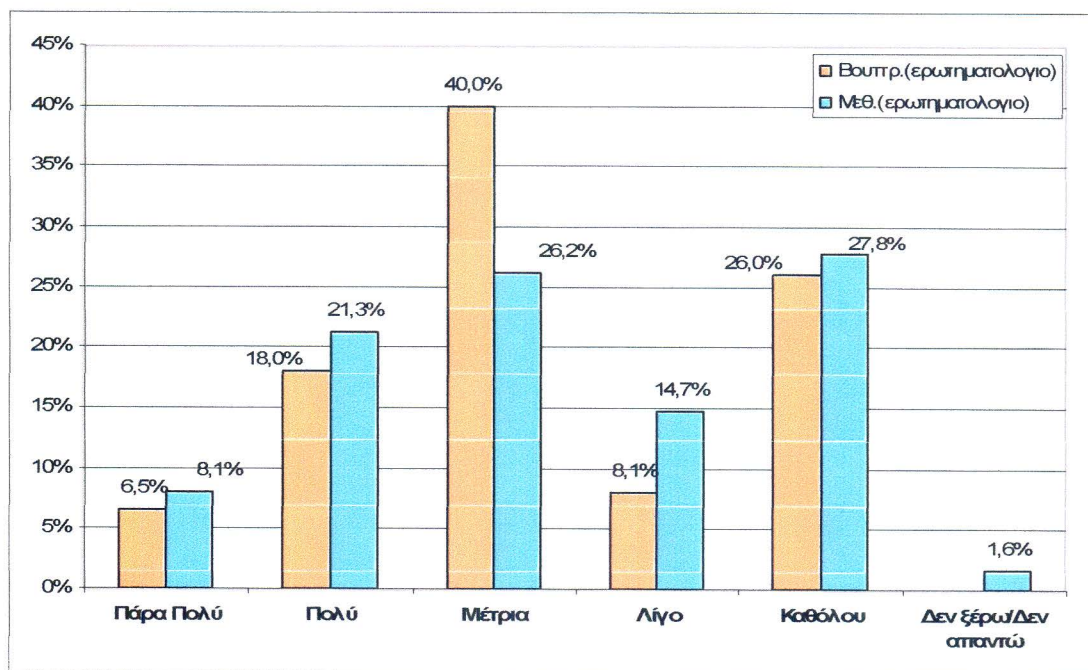
Διάγραμμα 17: Αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου των συμμετεχόντων

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν μεθαδόνη αύξησαν τον χρόνο που περνούν με την οικογένεια τους ενώ το μείωσαν με τους φίλους (Διάγραμμα 18). Το αντίθετο μάλιστα παρατηρείται στους ασθενείς που λαμβάνουν βουπρενορφίνη. Όπως διαπιστώνεται στο διάγραμμα στους συγκεκριμένους, αυξήθηκε κατά 8% το ποσοστό των ερωτηθέντων που αφιερώνουν τον ελεύθερο χρόνο τους στον εαυτό τους.



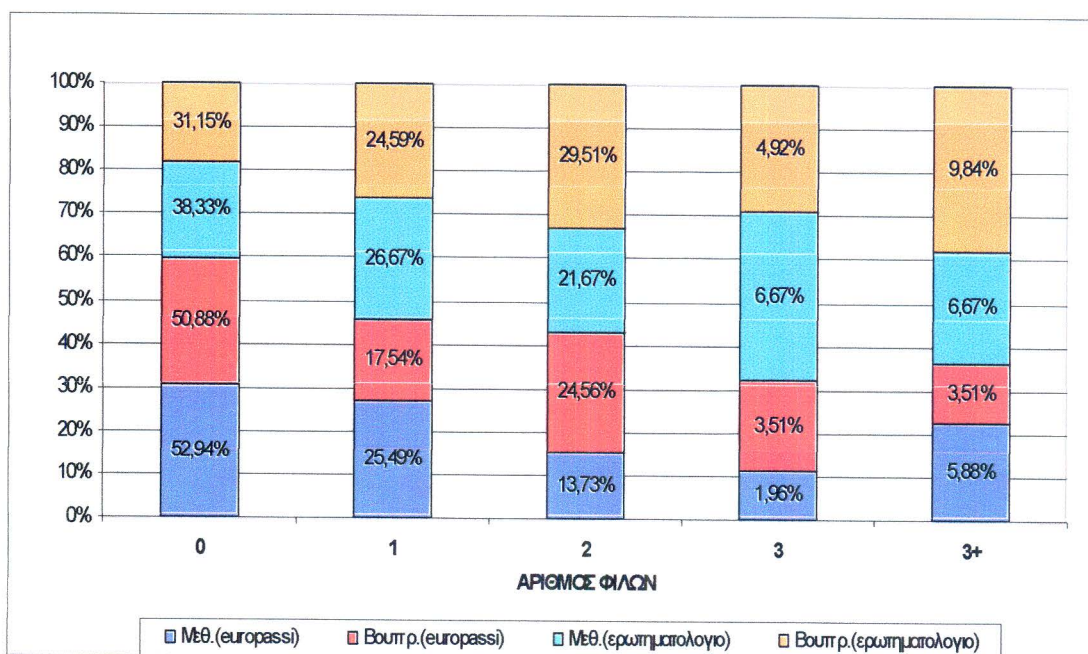
Διάγραμμα 18: Αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικό στοιχείο της έρευνας είναι ότι μεγάλο ποσοστό από το σύνολο των ερωτηθέντων δήλωσε καθόλου ικανοποιημένο από την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου (26% βουπρενορφίνη, 27.8% μεθαδόνη).



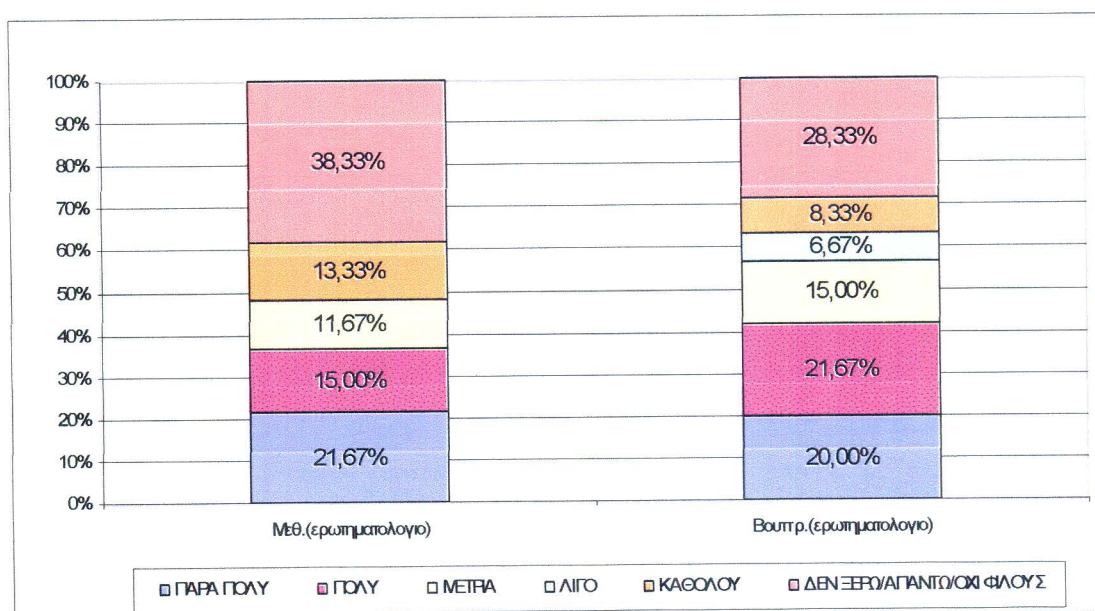
Διάγραμμα 19: Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου

Οι διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων φαίνονται πολύ ισχυρές και καλύτερες μετά την έναρξη της χορήγησης των υποκατάστατων. Σύμφωνα με πολλές μελέτες οι διαπροσωπικές σχέσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου όσο και στην αντιμετώπιση των δυσκολιών. Στο Διάγραμμα 20 φαίνεται ότι μετά την ένταξη των ερωτηθέντων στο πρόγραμμα αυξηθήκαν σημαντικά οι φιλικές τους σχέσεις. Συγκεκριμένα πριν την έναρξη της θεραπείας 52.94% των ατόμων που χορηγείται μεθαδόνη δεν είχε κανένα φίλο. Το ποσοστό αυτό μειώθηκε αισθητά κατά 14.61% (38.33%) μετά από την έναρξη του προγράμματος. Το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα της βουπρενορφίνης είναι 19.73% (από 50.88% σε 31.15%). Ευχάριστο είναι και το γεγονός ότι έχουμε πολύ μεγάλη αύξηση του ποσοστού των ατόμων που έχουν περισσότερους από τρεις φίλους. Στην ομάδα της βουπρενορφίνης από 3.51% ανήλθε 9.84% και το αντίστοιχο της μεθαδόνης είναι από 5.88% σε 6.67%.



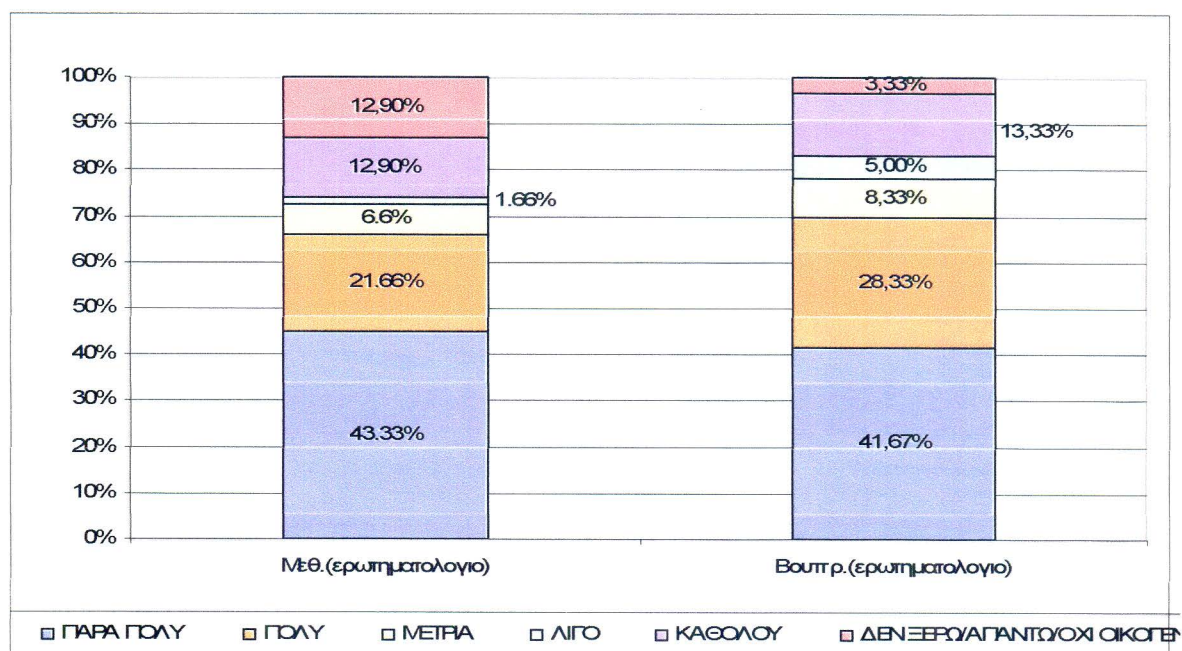
Διάγραμμα 20: Αριθμός στενών φίλων των συμμετεχόντων

Η βελτίωση των σχέσεων των ατόμων τόσο σε φιλικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο συντρόφων αποτυπώνει πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας υποκατάστασης τα άτομα δεν αντιμετωπίζονται αποκομμένα από το οικείο περιβάλλον τους, αλλά ως μέρος του. Οι αλλαγές που διαφαίνονται στο δίκτυο των σχέσεων τους είναι επιθυμητές και απαραίτητες τόσο για την πρόληψη της υποτροπής όσο και για την καλύτερη ποιότητα ζωής.



Διάγραμμα 21: Βελτίωση των σχέσεων των συμμετεχόντων σε φιλικό επίπεδο

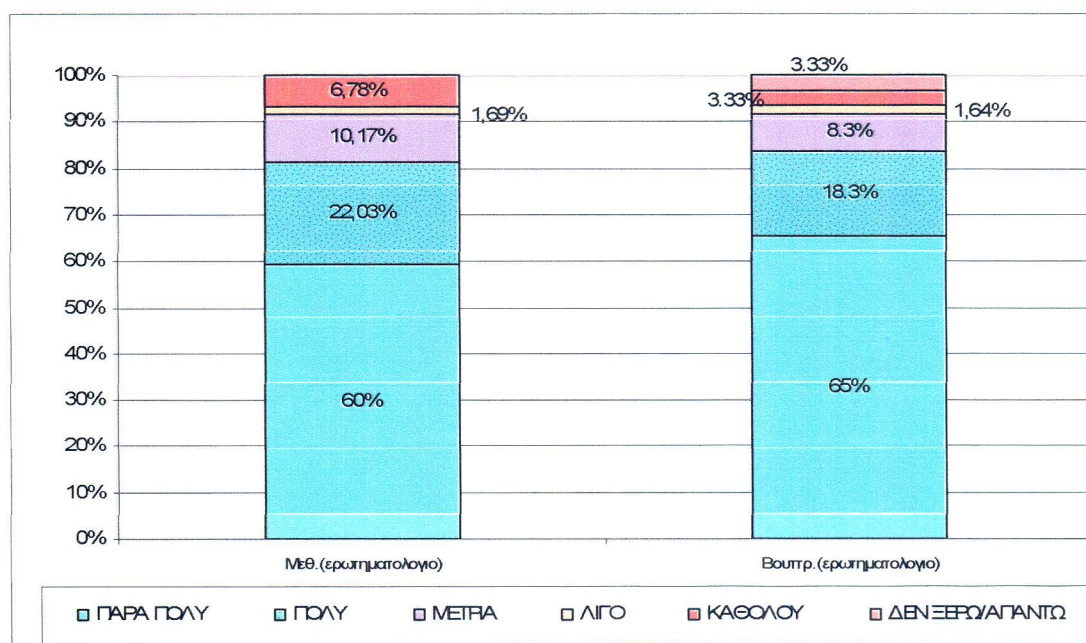
Παράλληλα με την βελτίωση των φιλικών σχέσεων παρατηρείται και βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων. Το 43.33 % δήλωσε ότι έχουν βελτιωθεί πάρα πολύ οι οικογενειακές τους σχέσεις μετά την έναρξη της θεραπείας με μεθαδόνη. Το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα της βουπρενορφίνης είναι 41.67%. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων και από τις δύο ομάδες απάντησαν ότι έχουν βελτιωθεί οι οικογενειακές τους σχέσεις πολύ ή πάρα πολύ (64.99% μεθαδόνη, 70% βουπρενορφίνη).



Διάγραμμα 22: Βελτίωση των Οικογενειακών Σχέσεων

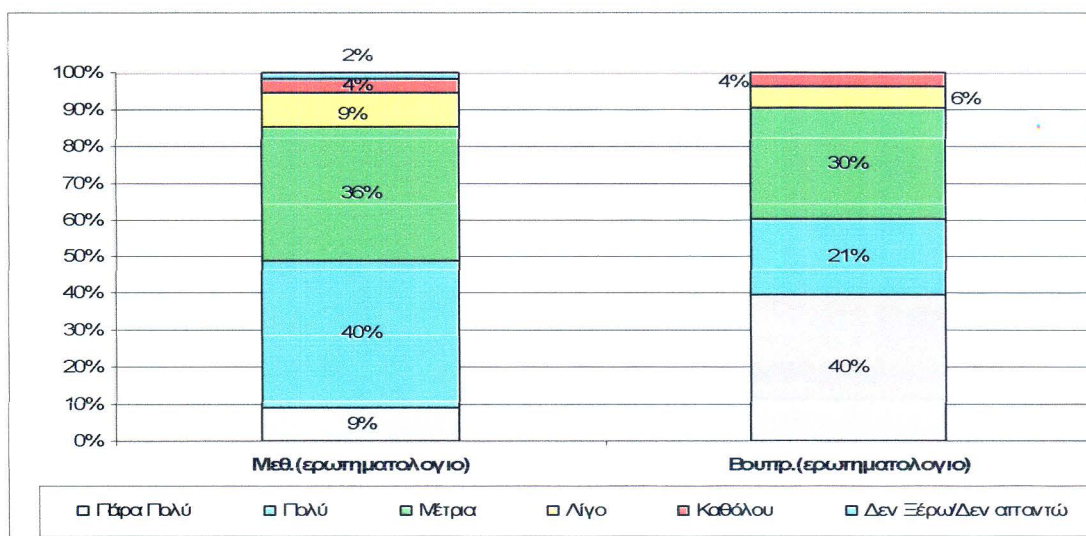
Ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε προγράμματα υποκατάστασης των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ

Η βελτίωση των οικογενειακών και φιλικών σχέσεων αποτυπώνεται και στην ποιότητα ζωής. Στην ερώτηση «Αν η ποιότητα ζωής έχει βελτιωθεί μετά την ένταξή σας στο πρόγραμμα» το 60% της ομάδας της μεθαδόνης απάντησε παρά πολύ ενώ το αντίστοιχο της βουπρενορφίνης απάντησε 65%.



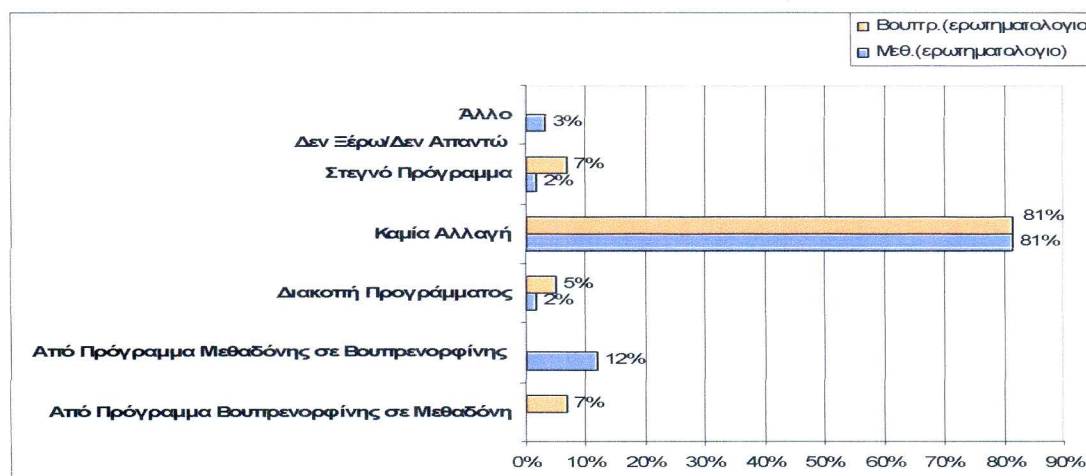
Διάγραμμα 23: Βελτίωση της Ποιότητας Ζωής

Τελειώνοντας την έρευνα οι συμμετέχοντες σε αυτή ρωτήθηκαν πόσο ικανοποιημένοι είναι από το πρόγραμμα που παρακολουθούν και αν θα άλλαζαν κάτι στη θεραπεία τους επιλέγοντας ένα άλλο πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στα δύο παρακάτω διάγραμμα. Στην ερώτηση «πόσο ικανοποιημένοι είστε από το πρόγραμμα υποκατάστασης που συμμετέχετε» το 40% από την ομάδα της βουπρενορφίνης απάντησε πάρα πολύ ενώ το αντίστοιχο ποσοστό της μεθαδόνης ήταν πολύ μικρότερο 9%.



Διάγραμμα 24: Ικανοποίηση από το πρόγραμμα

Τέλος το 11.86% των ερωτηθέντων από την ομάδα της μεθαδόνης επιθυμούν να αλλάξουν την θεραπεία τους με βουπρενορφίνη. Το αντίστοιχο ποσοστό στην βουπρενορφίνης είναι 6.78%. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες στη ερώτηση αν επιθυμούν αλλαγή στη θεραπεία τους απάντησαν καμία αλλαγή (81.36%).



Διάγραμμα 25: Επιθυμία για αλλαγή θεραπείας

4.4.6 Έλεγχος Ανεξαρτησίας Μεταβλητών

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με chi-square test (έλεγχος χ^2). Ο έλεγχος αυτός είναι ένα πολύ χρήσιμο στατιστικό κριτήριο, καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να κρίνει ένα μεγάλο αριθμό υποθέσεων οι οποίες σχετίζονται με κατηγορικού τύπου δεδομένα. Το επίπεδο σημαντικότητας που έχουμε ορίσει είναι το $p\text{-value} < 0.05$. Όταν το $p\text{-value} < 0.05$ τότε προκύπτει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ενώ όταν το $p\text{-value} > 0.05$ προκύπτει στατιστικά μη σημαντικό αποτέλεσμα.

Αρχικά συγκρίθηκε το φύλο των ερωτηθέντων με την ικανοποίησή τους σε κοινωνικά θέματα μετά την ένταξη τους στα προγράμματα αλλά και πριν από αυτή. Στην σύγκριση του φύλου με την ικανοποίησή τους στη σχέση τους με τους φίλους τους η συσχέτιση για την ομάδα της μεθαδόνης βρέθηκε 0.018 ενώ για την ομάδα της βουπρενορφίνης 0.34

	Πάρα Πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου	Δεν Ξέρω Δεν απαντώ/Δεν έχω φίλους
Ομάδα Μεθαδόνης						
Ανδρες	8	4	7	0	8	19
Γυναίκες	5	5	0	0	4	0
Ομάδα Βουπρενορφίνης						
Ανδρες	12	11	8	4	5	17
Γυναίκες	0	2	1	0	0	0

	p-value
Ομάδα Μεθαδόνης	0.018
Ομάδα Βουπρενορφίνης	0.34

Πίνακας 1: Συσχέτιση φύλου με βελτίωση των φιλικών σχέσεων

Από τον πίνακα 1 παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα στην περίπτωση της μεθαδόνης ($p\text{-value} < 0,05$). Αντίθετα, στη περίπτωση του δείγματος των ασθενών βουπρενορφίνης, δεν παρατηρείται στατιστική σημαντικότητα (το $p\text{-value}$ είναι 0.34). Αυτό ίσως οφείλεται στην επιλογή του δείγματος και στην αναλογία ανδρών και γυναικών στις δύο ομάδες.

στη ομάδα τους για την ομάδα της βουπρενορφίνης και την ομάδα της μεθαδόνης μετά την ένταξη τους στα προγράμματα.

	Πάρα Πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου	Δεν Ξέρω Δεν απαντώ/Δεν έχω φίλους
Ομάδα Μεθαδόνης						
Άνδρες	18	11	3	1	6	7
Γυναίκες	8	2	1	0	2	1
Ομάδα Βουπρενορφίνης						
Άνδρες	25	17	4	2	7	2
Γυναίκες	0	0	1	1	1	0

	p-value
Ομάδα Μεθαδόνης	0.6
Ομάδα Βουπρενορφίνης	0.05

Πίνακας 2: Συσχέτιση φύλου με βελτίωση οικογενειακών σχέσεων

Από τον πίνακα 2 παρατηρείται ότι στην ομάδα της βουπρενορφίνης το $p\text{-value} = 0.05$ άρα υπάρχει στατιστική σημαντικότητα. Αντίθετα, στη περίπτωση του δείγματος των ασθενών μεθαδόνης, δεν παρατηρείται στατιστική σημαντικότητα γιατί το $p\text{-value} > 0.05$.

Από τις στατιστικές συσχετίσεις του πίνακα 1 και πίνακα 2 προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες από την ομάδα της μεθαδόνης δίνουν μεγαλύτερο βάρος στις φιλικές σχέσεις σε σχέση με τις οικογενειακές. Παρατηρείται ότι έχουν την τάση να ξεκινούν από το φιλικό τους περιβάλλον την προσπάθεια βελτίωσης της ζωής τους σε αντίθεση με τους ερωτηθέντες από την ομάδα της βουπρενορφίνης οι οποίοι φτιάχνουν τις εσωτερικές τους σχέσεις πρώτα μέσα από την οικογένεια και μετά από την ένταξη τους στα προγράμματα.

Ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε προγράμματα υποκατάστασης των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ

Χρησιμοποιώντας συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της ικανοποίησης συνθηκών διαβίωσης πριν την ένταξη στα προγράμματα, βρέθηκαν τα ακόλουθα αποτελέσματα για τις δύο ομάδες ξεχωριστά.

	Όχι	Αδιάφορο	Ναί
Ομάδα Μεθαδόνης			
Άνδρες	20	7	19
Γυναίκες	4	2	8
Ομάδα Βουπρενορφίνης			
Άνδρες	17	8	32
Γυναίκες	3	0	0
			p-value
Ομάδα Μεθαδόνης			0.5
Ομάδα Βουπρενορφίνης			0.04

Πίνακας 3: Συσχέτιση φύλου με ικανοποίηση συνθηκών διαβίωσης πριν την ένταξη στα προγράμματα υποκατάστασης

Από τον πίνακα 3 παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα στην ομάδα της βουπρενορφίνης ($p\text{-value} < 0,05$). Αντίθετα, στη περίπτωση του δείγματος των ασθενών μεθαδόνης, δεν παρατηρείται στατιστική σημαντικότητα ($p\text{-value} > 0,05$).

Ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε προγράμματα υποκατάστασης των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά του Ο.ΚΑ.ΝΑ

Παρακάτω παρατίθεται ο πίνακας με τα αποτελέσματα της συσχέτισης ηλικίας και ικανοποίηση συνθηκών διαβίωσης μετά την ένταξη.

	Πάρα Πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ/Όχι Οικογένεια
Ομάδα Βουπρενορφίνης						
<22	0	0	0	0	0	0
23-30	1	1	3	0	2	0
31-40	1	4	7	4	2	0
41-50	2	6	8	1	5	0
>51	2	4	4	1	2	0
Ομάδα Μεθαδόνης						
<22	0	0	0	0	0	0
23-30	0	1	1	0	2	0
31-40	2	10	3	2	2	0
41-50	4	11	9	1	2	0
>51	0	2	2	3	3	0

	p-value
Ομάδα Βουπρενορφίνης	0.85
Ομάδα Μεθαδόνης	0.14

Πίνακας 4: Ηλικία και ικανοποίηση συνθηκών διαβίωσης μετά την ένταξη

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 4 δεν διαπιστώθηκε στατιστική σημαντικότητα σε καμία ομάδα γιατί και στις δύο περιπτώσεις το $p\text{-value} > 0.05$.

Ο παρακάτω πίνακας (πίνακας 5) παρουσιάζει τον αριθμό των εκκρεμών δικών πριν και μετά την ένταξη των ατόμων στο πρόγραμμα υποκατάστασης τόσο για την ομάδα της βουπρενορφίνης όσο και για της μεθαδόνης.

	Όχι	Ναί
Ομάδα Μεθαδόνης		
Πριν	40	20
Μετά	47	13
Ομάδα Βουπρενορφίνης		
Πριν	32	28
Μετά	43	17

	p-value
Ομάδα Βουπρενορφίνης	0.03
Ομάδα Μεθαδόνης	0.06

Πίνακας 5: Αριθμός εκκρεμών δικών πριν και μετά την ένταξη στο πρόγραμμα

Οι τιμές του p-value δείχνουν πως η μείωση του αριθμού των ατόμων με εκκρεμείς δίκες παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα για την ομάδα της μεθαδόνης (p-value <0,05). Αντίθετα, στη περίπτωση του δείγματος των ασθενών βουπρενορφίνης, δεν παρατηρείται στατιστική σημαντικότητα (p-value >0,05).

Ελέχθησαν ακόμη οι συσχετίσεις που αφορούν το διάστημα μετά την ένταξη ηλικία και συνθήκες διαβίωσης, ηλικία και ικανοποίηση ποιότητας ζωής. Για το διάστημα πριν από τη ένταξή τους στο πρόγραμμα ελέγχθηκε το φύλο και η ικανοποίηση ελεύθερου χρόνου. Δεν υπήρχε στατιστική σημαντικότητα στις συγκεκριμένες συσχετίσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι αλλαγές που έχουν επέλθει στην τρόπο ζωής των συμμετεχόντων σε προγράμματα υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ και συγκεκριμένα των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά σε δύο διαδοχικές φάσεις. Σε πρώτη φάση συλλέξαμε στοιχεία από το έντυπο EuroPASI όσον αφορά τον τρόπο ζωής των συμμετεχόντων πριν την ένταξή τους στο πρόγραμμα και όντας μέσα στην χρήση και την εξάρτηση. Ενώ σε δεύτερη φάση ακολούθησε η συμπλήρωση ερωτηματολογίου από τα ίδια άτομα μετά από 1 έτος συμμετοχής τους στα προγράμματα υποκατάστασης.

Από τη στατιστική ανάλυση, προέκυψε αρχικά το δημογραφικό προφίλ των συμμετεχόντων στα προγράμματα υποκατάστασης, που εκπροσωπούν το σύνολο των μονάδων Περιστερίου και Πειραιά. . Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχε στην έρευνα ήταν άνδρες ηλικίας 41-50 ετών (36.6% ομάδα μεθαδόνης και 45% ομάδα βουπρενορφίνης) και με επίπεδο εκπαίδευσης απόφοιτοι Γυμνασίου (35 % ομάδα βουπρενορφίνης και 31% ομάδα μεθαδόνης) και Λυκείου (33% ομάδα μεθαδόνης και 33% ομάδα βουπρενορφίνης). Τέλος παρατηρήθηκε ότι οι ερωτηθέντες στην πλειοψηφία ήταν άγαμοι (56% ομάδα της βουπρενορφίνης και 45% μεθαδόνης) και το 25% των συμμετεχόντων εισήχθησαν στο πρόγραμμα υποκατάστασης το 2009.

Σχετικά με την επαγγελματική τους κατάσταση παρατηρείται μείωση της πλήρους απασχόλησης των ατόμων που χορηγείται μεθαδόνη έναντι της βουπρενορφίνης που παρατηρείται αύξηση κατά 1.67% μετά την ένταξη τους στα προγράμματα υποκατάστασης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων και από τις δύο ομάδες δήλωσε ότι λαμβάνει σύνταξη ή αναπηρικό επίδομα μετά την ένταξη του στο πρόγραμμα. Στον τομέα της μερικής απασχόλησης βλέπουμε μείωση και στις δύο ομάδες με το μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης να το παρουσιάζει η ομάδα της μεθαδόνης(από 8.33% πριν την ένταξη στο πρόγραμμα σε 0% μετά την ένταξη). Τέλος ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι μειώθηκε ραγδαία το ποσοστό της ανεργίας και στις δύο ομάδες μετά την έναρξη του προγράμματος. Στην ομάδα της

μεθαδόνης παρατηρήθηκε μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης(26.67%) σε σχέση με την βουπρενορφίνη(20%). Η μείωση της ανεργίας οφείλεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό στην χορήγηση επιδόματος αναπηρίας που παραχωρήθηκε στους περισσότερους ασθενείς μετά την ένταξή τους στα προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Όσον αφορά τις επαγγελματικές κατηγορίες στις οποίες ανήκουν οι ερωτηθέντες η ταξινόμηση επαγγελμάτων έχει γίνει σύμφωνα με το έντυπο EuroPAsi (κατηγορίες επαγγελμάτων Hollingshead). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το ποσοστό των ερωτηθέντων που καλύπτουν διευθυντικές θέσεις (7.69%) οι οποίοι ανήκουν μόνο στην ομάδα της μεθαδόνης. Το 10.34% από την ομάδα της βουπρενορφίνης καλύπτει διοικητική θέση ενώ το ποσοστό αυτό στην μεθαδόνη είναι μεγαλύτερο κατά 5.04% (15.38%).

Σημειώνεται ότι το 32.9% των συμμετεχόντων από την βουπρενορφίνη έχει ως κύρια πηγή εισοδήματος την επαγγελματική του εργασία. Το αντίστοιχο ποσοστό στη μεθαδόνη είναι 30%. Είναι πολύ σημαντικό να αναφέρουμε και για τις δύο ομάδες το γεγονός ότι οι ερωτηθέντες δεν έχουν έσοδα από παράνομες δραστηριότητες μετά την ένταξη τους στα προγράμματα καθώς επίσης παρατηρείται και αρκετή μείωση εκείνων που δηλώσαν ως κύρια πηγή εισοδήματος τον/την σύντροφο ή την οικογένεια (24.7% βουπρενορφίνη, 23% μεθαδόνη).

Συμπερασματικά αξίζει να αναφερθεί το συνολικό καθαρό μηνιαίο εισόδημα που δήλωσαν οι συμμετέχοντες. Μεγαλύτερο μηνιαίο εισόδημα δηλώθηκε από την ομάδα της βουπρενορφίνης. 4% από την ομάδα αυτή έχει εισόδημα άνω των 1.501 ευρώ ενώ από την ομάδα της μεθαδόνης το ποσοστό αυτό είναι 0%. Μεταξύ 1.001 ευρώ και 1.500 ευρώ παίρνει το 9% της βουπρενορφίνης και το 8% της μεθαδόνης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων από την ομάδα της μεθαδόνης έχει έσοδα μεταξύ 0 και 500 ευρώ τον μήνα.

Οικονομικά χρέη δήλωσε το 55% της βουπρενορφίνης και το 46% της μεθαδόνης. Σε καταναλωτικά δάνεια είναι χρεωμένοι οι περισσότεροι ερωτηθέντες σε ποσοστό 36% από την ομάδα της βουπρενορφίνης και 35% της μεθαδόνης. Σε ασφαλιστικά ταμεία οφείλουν κυρίως από την ομάδα της βουπρενορφίνης 11.60% έναντι 6% από την μεθαδόνη. Επίσης οι ερωτηθέντες από την ομάδα της

βουπρενορφίνης έχουν περισσότερες οικονομικές οφειλές προς την εφορία (28.30% έναντι 15%).

Ως προς την παραβατική συμπεριφορά των συμμετεχόντων διαφαίνεται ότι τα ποσοστά μειώθηκαν αισθητά και στα δύο προγράμματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Το φαινόμενο αυτό, οφείλεται, κατά πάσα πιθανότητα, στο γεγονός ότι τα περισσότερα από τα αδικήματα για τα οποία είχαν κατηγορηθεί οι συμμετέχοντες, ήταν αδικήματα που διαπράχθηκαν κατά την περίοδο της εξάρτησης (τα περισσότερα δε, είναι συνδεδεμένα με τη χρήση: είτε έγιναν υπό την επήρεια, είτε προκειμένου να εξασφαλιστεί η δόση), εξάρτηση η οποία όμως έχει θεραπευτεί στη συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων. Πιο συγκεκριμένα το 21,67% της ομάδας της μεθαδόνης έναντι του 28,81% της βουπρενορφίνης έχουν δικαστικές εκκρεμότητες. Όπως διαπιστώνουμε υπάρχει μία μικρή αλλά υπαρκτή διαφορά υπέρ των συμμετεχόντων που χορηγείται βουπρενορφίνη. Το ίδιο συμπέρασμα αφορά και τα άτομα που ήταν υπό αναστολή ή δικαστική επιτήρηση και παραμένουν στην ίδια νομική κατάσταση. Τέλος, παρατηρείται μια αισθητή αύξηση και στις δύο ομάδες με μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης να συναντάμε στην ομάδα της μεθαδόνης (13.33% έναντι 12.07%).

Το ποσοστό των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα αντιμετωπίζει νέες κατηγορίες όπως φυλάκιση ή παράνομες πράξεις μετά την ένταξη τους σε ποσοστά μόλις 5% (βουπρενορφίνη) και 2% (μεθαδόνη) για νέες κατηγορίες και 10% για ποινή φυλάκισης. Δυστυχώς η πλειοψηφία όπου κατηγορούνται έχουν ως κύρια κατηγορία τη διακίνηση ναρκωτικών ουσιών.

Σχετικά με την διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ατόμων στα προγράμματα το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων συμβιώνουν με τους γονείς. Το ποσοστό των συμμετεχόντων που συμβιώνει με τους γονείς τους αυξήθηκε κατά 10% μόνο στην περίπτωση των συμμετεχόντων που χορηγείται με μεθαδόνη ενώ το ποσοστό αυτό μειώθηκε κατά 2% περίπου στην περίπτωση της βουπρενορφίνης. Επίσης ενδιαφέρον παρουσιάζει το ποσοστό μείωσης των συμμετεχόντων οι οποίοι μένουν μόνοι τους μετά την ένταξη τους στο πρόγραμμα (μεθαδόνη από 20% σε 13%, βουπρενορφίνη από 11.6 σε 5%). Τέλος, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων δηλώσαν ότι συμβιώνουν με τον/την ερωτικό

τους σύντροφο (οι συγκεκριμένη εντάχθηκαν στην κατηγορία «ΑΛΛΟ/ΤΙ»). Το συγκεκριμένο ποσοστό αυξήθηκε στην ομάδα της βουπρενορφίνης κατά 18.4% και κατά 11.7% στην ομάδα της μεθαδόνης.

Το ποσοστό ικανοποίησης για τις συνθήκες διαβίωσης αυξήθηκε ραγδαία μετά την ένταξη των ερωτηθέντων στα προγράμματα, καθώς οι συμμετέχοντες από την ομάδα της βουπρενορφίνης δήλωσαν το 58.9% παρά πολύ και πολύ ικανοποιημένοι. Το ποσοστό αυτό ήταν μικρότερο για την ομάδα της μεθαδόνης (44.9%). Περισσότεροι από την ομάδα της μεθαδόνης σε σχέση με εκείνους της βουπρενορφίνης δήλωσαν λίγο ή καθόλου ευχαριστημένοι από τις συνθήκες διαβίωσης. Το σημαντικό και ευχάριστο στοιχείο είναι ότι και στις δύο περιπτώσεις οι ασθενείς παρουσίασαν αύξηση στην ικανοποίηση των συνθηκών διαβίωσης μετά από την ένταξη τους στα προγράμματα.

Από την έρευνα φαίνονται οι τρόποι με τους οποίους οι συμμετέχοντες επιλέγουν να περάσουν τον ελεύθερο χρόνο τους. Αρκετοί είναι εκείνοι οι οποίοι αξιοποιούν το ελεύθερο χρόνο τους πηγαίνοντας βόλτες με φίλους ή με την οικογένεια τους. Τα ποσοστά και των δύο ομάδων είναι σχεδόν ίδια (16.52% βουπρενορφίνη, 15.04% μεθαδόνη). Επίσης το 16.52% των ατόμων που χορηγείται βουπρενορφίνη καθώς και το 17.7% που χορηγείται μεθαδόνη επιλέγουν να περάσουν τον ελεύθερο χρόνο τους σε άλλες δραστηριότητες που αφορούν το internet, τη φροντίδα του κήπου, τη μαγειρική, και την παρακολούθηση εκθέσεων και πολιτιστικών δρώμενων. Μεγαλύτερο ποσοστό από την ομάδα της βουπρενορφίνης (3.3%) επιλέγει αθλητικές δραστηριότητες σε σχέση με την μεθαδόνη (1.76%). Το 13.27% από την ομάδα της μεθαδόνης επιλέγουν το διάβασμα στον ελεύθερο χρόνο τους έναντι 8.26% από την ομάδα της βουπρενορφίνης. Δυστυχώς όμως οι πλειοψηφία των ερωτηθέντων επιλέγουν να περνάνε τον ελεύθερο χρόνο τους βλέποντας τηλεόραση.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι ασθενείς που τους χορηγείται μεθαδόνη αύξησαν τον χρόνο που περνούν με την οικογένεια τους ενώ μείωσαν με τους φίλους. Το αντίθετο μάλιστα παρατηρείται στους ασθενείς που τους χορηγείται βουπρενορφίνη, όπου αυξήθηκε κατά 8% το ποσοστό των ερωτηθέντων που αφιερώνουν τον ελεύθερο χρόνο τους στον εαυτό τους.

Σχετικά με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου, μεγάλο ποσοστό από το σύνολο των ερωτηθέντων δήλωσε καθόλου ικανοποιημένο από την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου (26% βουπρενορφίνη, 27.8% μεθαδόνη). Οι περισσότεροι από την ομάδα της βουπρενορφίνης δήλωσαν μέτρια ικανοποίηση (40%) ενώ από την ομάδα της μεθαδόνης το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε καθόλου ικανοποίηση.

Σύμφωνα με πολλές μελέτες οι διαπροσωπικές σχέσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου όσο και στην αντιμετώπιση των δυσκολιών. Ευχάριστο είναι το γεγονός ότι έχουμε πολύ μεγάλη αύξηση του ποσοστού των ατόμων που έχουν περισσότερους από τρεις φίλους. Το ποσοστό αυτό στην ομάδα της βουπρενορφίνης είναι 9.84% και το αντίστοιχο της μεθαδόνης είναι 6.67%. Δυστυχώς περισσότεροι από τα μέλη της ομάδας της μεθαδόνης δήλωσαν ότι δεν έχουν καθόλου φίλους σε σχέση με εκείνους της βουπρενορφίνης (38.33% έναντι 31.15%).

Η βελτίωση των σχέσεων των ατόμων τόσο σε φιλικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο συντρόφων αποτυπώνει πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας υποκατάστασης τα άτομα δε αντιμετωπίζονται αποκομμένα από το οικείο περιβάλλον τους, αλλά ως μέρος του.

Και οι δύο ομάδες σχεδόν με το ίδιο ποσοστό δηλώνουν πάρα πολύ ευχαριστημένοι από την βελτίωση των σχέσεων τους τόσο σε οικογενειακό (κοντά στο 43%) όσο και σε φιλικό επίπεδο (κοντά στο 21%). Δυστυχώς από την ομάδα της μεθαδόνης είχαμε μεγαλύτερο ποσοστό ερωτηθέντων που δήλωσαν καθόλου ευχαριστημένοι (13.33%) ή ότι δεν έχουν φίλους (38.33%) σε σχέση με την ομάδα της βουπρενορφίνης (8.33% και 28.33% αντίστοιχα).

Παράλληλα με την βελτίωση των φιλικών σχέσεων παρατηρείται και βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων. Το ποσοστό που δηλώνει πάρα πολύ ικανοποίηση από την βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων είναι περίπου το ίδιο και αγγίζει σχεδόν το 44% των ερωτηθέντων (43.33% μεθαδόνη έναντι 41.67% βουπρενορφίνη). 6.67% περισσότεροι από την ομάδα της βουπρενορφίνης δήλωσαν πολύ ευχαριστημένοι. Δυστυχώς από την ομάδα της μεθαδόνης όπως και στις φιλικές σχέσεις έτσι και στις οικογενειακές δήλωσε ότι δεν έχει οικογένεια το 12.90% έναντι

του 3,33% στην βουπρενορφίνη. Η μείωση που παρατηρείται (από το παρελθόν στο παρόν) σε όλα τα ποσοστά των ατόμων με προβληματικές σχέσεις με τα μέλη της οικογένειάς τους, οφείλεται, κατά πάσα πιθανότητα, σε ένα διττό λόγο: από τη μία η απουσία της ουσίας, επιφέρει μια άμβλυνση των ενδο-οικογενειακών συγκρούσεων και από την άλλη η θεραπευτική διαδικασία, στην οποία εισήλθαν οι ερωτώμενοι, στοχεύει και στην καλύτερευση των σχέσεων αυτών.

Η βελτίωση των οικογενειακών και φιλικών σχέσεων αποτυπώνεται και στην ποιότητα ζωής. Το 82,03% από την μεθαδόνη δήλωσε πάρα πολύ και πολύ βελτιωμένη η ποιότητα ζωής τους έναντι 83,3% από την ομάδα της βουπρενορφίνης. Καθόλου βελτίωση δήλωσε το 6,78 % από την μεθαδόνη ενώ το 3,33% από την βουπρενορφίνη.

Τελειώνοντας οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν πόσο ικανοποιημένοι είναι από το πρόγραμμα που ακολουθούν και αν θα άλλαζαν κάτι στη θεραπεία τους επιλέγοντας ένα άλλο πρόγραμμα. Το 40% από την ομάδα της βουπρενορφίνης απάντησε πάρα πολύ ικανοποιημένοι ενώ το αντίστοιχο ποσοστό της μεθαδόνης ήταν πολύ μικρότερο 9%. Το 12% των ερωτηθέντων από την ομάδα της μεθαδόνης επιθυμούν να αλλάξουν την θεραπεία τους με βουπρενορφίνη. Το αντίστοιχο ποσοστό στην βουπρενορφίνη είναι 7% ενώ οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες στη ερώτηση αν επιθυμούν αλλαγή στη θεραπεία τους απάντησαν καμία αλλαγή (81%).

Από τις ερευνητικές κλίμακες προκύπτει ότι εμφανίζεται βελτίωση στις καθημερινές δραστηριότητες, καλύτερη λειτουργικότητα καλύτερη και μεγαλύτερη ικανοποίηση στις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων.

Η λειτουργικότητα των ατόμων του δείγματος γενικά, έχει διαφοροποιηθεί αισθητά, σε οικογενειακό, κοινωνικό, και εργασιακό επίπεδο.

Στην παρούσα μελέτη έγινε έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας και οι μεταβλητές που έχουν τις σημαντικότερες συσχετίσεις είναι οι εξής:

- Συσχέτιση φύλου με βελτίωση των φιλικών σχέσεων
- Συσχέτιση φύλου με βελτίωση οικογενειακών σχέσεων
- Συσχέτιση φύλου με ικανοποίηση συνθηκών διαβίωσης πριν την ένταξη στα προγράμματα υποκατάστασης
- Αριθμός εκκρεμών δικών πριν και μετά την ένταξη στο πρόγραμμα

Τα ερευνητικά πορίσματα που προέκυψαν από τη τρέχουσα έρευνα συμφωνούν με τα πορίσματα σύγχρονων μελετών και συγκεκριμένα σύμφωνα με την Karow A. και τους συνεργάτες της (2010) όπου αναφέρει ότι λίγο μετά την έναρξη των προγραμμάτων συντήρησης η Ποιότητα Ζωής των συμμετεχόντων Σχετιζόμενη με την Υγεία (ΣΥΠΖ) αυξήθηκε σε διάφορους τομείς της ζωής (π.χ. ξοδεύουν χρόνο με την οικογένεια και στο σπίτι), η οποία μπορεί επίσης να έχει επιπτώσεις σε άλλους προβληματικούς τομείς της ζωής όπως την παραβατικότητα και την επαφή με τα ναρκωτικά.

Τα άτομα που συμμετείχαν σε προγράμματα υποκατάστασης και λάμβαναν μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη είχαν παρόμοιο επίπεδο βελτίωσης της Ποιότητας Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία (ΣΥΠΖ).

Επιπλέον, η μελέτη των Giacomuzzi SM και των συνεργατών του(2005), φανερώνουν ότι η χρήση βουπρενορφίνης είναι εξίσου αποτελεσματική σε σχέση με την χρήση της μεθαδόνης ως προς την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων σε προγράμματα υποκατάστασης.

Καταλήγοντας, η μελέτη του Icro Maremmani και των συνεργατών (2007) συνάδει με την παρούσα έρευνα, αφού σκοπός και των δύο ήταν να διερευνηθεί η λειτουργική κατάσταση και η ποιότητα ζωής των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη πάνω από 1 χρόνο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ασθενείς που συμμετείχαν σε μακροχρόνια θεραπεία με μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη παρουσίασαν βελτίωση της κατάστασης στον έλεγχο της χρήσης ουσιών (κυρίως της ηρωΐνης και της κοκαΐνης), της ψυχιατρικής κατάστασης, της κοινωνικής προσαρμογής, και της γενικής ποιότητας ζωής.

Τα αποτελέσματα της συγκριτικής μελέτης είναι αρκετά ικανοποιητικά και ενθαρρύνουν τη προσπάθεια του θεραπευτικού έργου που επιτελείται στα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι πλέον σαφές η ανάγκη για διαρκή αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων του υποκαταστάτου, σε τακτά χρονικά διαστήματα ανά άτομο με τη χρησιμοποίηση ψυχομετρικών οργάνων μέτρησης των αλλαγών σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Αυτό θα έχει ως συνέπεια την βελτίωση των παρερχόμενων υπηρεσιών και την εναρμόνιση των θεραπευτικών παρεμβάσεων με τους συνεχώς μεταβαλλόμενους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Η διαρκής αξιολόγηση επίσης, θα δώσει την ώθηση για εφαρμογή νέων θεραπευτικών μεθόδων και προγραμμάτων, με σκοπό μια περισσότερο πλουραλιστική αντιμετώπιση της εξάρτησης.

Για το παρόν εκπόνημα παρατηρείται πως η εκτίμηση της ποιότητας ζωής θα αποτελέσει πιο συχνό αντικείμενο μελέτης σε άτομα που βρίσκονται σε προγράμματα υποκατάστασης. Θα πρέπει να επισημανθεί πως η αξία για την ποιότητα ζωής εξαρτάται από την προσοχή με την οποία γίνεται η επιλογή των εργαλείων ανάλογα με το στόχο της εκτίμησης. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην λειτουργικότητα, την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την ευαισθησία των εργαλείων, με γνώση των πιθανών σφαλμάτων. Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής στον ευρύτερο κλάδο της θεραπείας με υποκατάσταση πρέπει να επιτρέπει την αναγνώριση ατομικών χαρακτηριστικών και προτιμήσεων και να είναι ευέλικτη στις αλλαγές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική:

1. Γαζγαλίδης Κ.,2003, “ Ηρωίνη Υποκατάστατα και Ανταγωνιστές :Θεραπείες. Εκδοτική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη”
2. Γείτονα Μ., Καραγιάννη, Β., Κουσουλάκου, Χ., Ανδρούτσου, Λ. (2010). Κοινωνικο-οικονομική Αξιολόγηση της Θεραπείας Υποκατάστασης για την Εξάρτηση από Οπιοειδή στην Ελλάδα. Βόλος, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών.
3. Γείτονα Μ. (2004 επιμέλεια): Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας: Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος,225
4. ΕΚΤΕΙΠΝ 1996,Ευρωπαϊκός Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης
5. Θεοφίλου Π.(2009) “Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, ψυχοπαθολογία και πεποιθήσεις για την υγεία: Συσχέτιση με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνιας νεφρικής ανεπάρκεια”. Επιθεώρηση Υγείας 2009, 118: 47.
6. Κουτσιμανή Αγγελική, 2009, Κοινωνικοοικονομικοί Δείκτες της Ποιότητας Ζωής στην Ελληνική Οικογένεια: Η Περίπτωση της Λάρισας»
7. ΟΚΑΝΑ ,2000 ,Πληροφορίες για θεραπεία με χρήση υποκαταστάτων
8. ΟΚΑΝΑ, 2001, Έντυπο: Τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης ,Αθήνα
9. Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2002, Έκθεση Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών, Αθήνα
10. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), Γραφείο Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC), “Κοινό Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών

για τον ιό HIV/AIDS (UNAIDS) (2004) Θεραπεία Συντήρησης με υποκατάστατα για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από οπιούχα και την πρόληψη του HIV/AIDS :έγγραφο θέσης”, Γενέβη, Ελβετία

Ξενόγλωση:

11. American Psychological Association, “Ethical principles of psychologists and code of conduct” στο American Psychologist, 47, 1992, 1597-1611, και American Psychological Association, Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct, Draft for comment, The Monitor of Psychology, 32 (2), 77-89, 2001.

12. A. Karow, J.Reimer, I.Schäfer, M.Krausz, C.Haasen, U.Verthein (2010).Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence

13. Alexander M. Ponizovsky, and Alexander Grinshpoon (2007). Quality of Life Among Heroin Users on Buprenorphine versus Methadone Maintenance. . The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 33: 631–642, 2007

14. Campbell, A., Converse, P.E. & Rodgers, W.L. (1976), The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions, Russell Sage Foundation, New York..

15. Connock, M.,Juarez-Garcia.A., Jowett,S.,Frew,E.,Liu,Z., Taylor, R.J., et al.(2007), “Methadon and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation”, Health Technology Assesmant 11:9

16. Dole V.P., Nyswanter M.A., Medical treatment of heroin addiction, JAMA,193,1965

17. EUROQOL GROUP. EuroQol – A new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990, 16:199–208

24. Lintzeris, N., Bammer, G., Rushworth, L., Jolley, D. J., & Whelan, G. (2003). Buprenorphine dosing regime for inpatient heroin withdrawal: A symptom-triggered dose titration study. *Drug and Alcohol Dependence*, 70, 287–294.
25. M. Ponizovsky, and Alexander Grinshpoon (2007). Quality of Life Among Heroin Users on Buprenorphine versus Methadone Maintenance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33: 631–642, 2007
26. O'Connor,P and and Fiellin,D., (2000),”Pharmacological Treatment Of Heroin-Dependent Patients”, *Annals of Internal Medicine* 133:40-54) (FapteII, M., Ward,J., Mattick,R., Hall, W., Stison,G., Jarles,D., Gossop,M., Strang,J.,(1994), “Methadon Maintenance Treatment in Opiate Dependence: a Review” , *BMJ* 309:997-1001)
27. O’Connor, Patrick G, MD, MPH, “Treating Opioid Dependence—New data and New Opportunities,” *New England Journal of Medicine*, Nov. 2, 2000 (Boston, MA: Massachusetts Medical Society, 2000), Vol. 343, No. 18, from the web at <http://www.nejm.org/content/2000/0343/0018/1332.asp> last accessed Feb. 12 , 2001, citing Schottenfeld RS, Pakes JR, Oliveto A, Ziedonis D, Kosten TR, “Buprenorphine vs. methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse,” *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:713-20; and Schottenfeld RS, Pakes J. O’connor P, Chawarski M, Oliverto A, Kosten TR, ‘Thrice-weekly versus daily buprenorphine maintenance,’ *Biol Psychiatry* 2000;1072-9.
28. O’ Connor, P., and Fiellin, D., (2000), “Pharmacological Treatment of Heroin-Dependent Patients”, *Annals of Internal Medicine* 133:40-54
29. Skevington SM, Lotfy M, O’Connell KA; WHOQOL Group. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004, 13:299–310

30. Smith KW, Larson MJ. Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. Am J Drug Alcohol Abuse 2003; 29:323–335

31. Schalock, R. (2004), The concept of quality of life: what we know and do not know, Journal of Intellectual Disability Research, 48(3), pp. 203-216.

32. Simpson,D 1979.The relation of time in drug abuse treatment to post treatment outcome American Journal Psyshiatry 136:1449.

33. Sees, Karen, DO, et al.(2000), “Methadone Maintenance vs. 180-Day Psychosocially Enriched Detoxification for Treatment of Opioid Dependence: A Randomized Controlled Trial”, Journal of the American Medical Association, 2000, 283:1303.

34. UNAIDS, 2006, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα ναρκωτικά και το έγκλημα ,Έγγραφο

35. Vester A, Bunning E.(2000) “Methadone guidelines”Amsterdam, The Netherlands: Euro-Metwork

36. World Health Organization,(WHO),United Nations Drug Control Program (UNDCP) and European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), (2009).

Πηγές Internet

37. <http://www.bestrong.org.gr>

38. http://www.epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_5329.html

39. <http://www.e-esyn.gr/arthra/99/215-ypokatastata.html>

7.2 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

1.2 Ηλικία

- <22 ετών
- 23-30 ετών
- 31-40 ετών
- 41-50 ετών
- >51 ετών

1.3 Οικογενειακή Κατάσταση

- Έγγαμος/η
- Έγγαμος/η με παιδί/α
- Χήρος/α
- Σε διάσταση
- Διαζευγμένος/η
- Άγαμος/η

1.4 Μορφωτικό επίπεδο

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Τεχνικό Λύκειο
- ΤΕΙ-ΑΕΙ
- ΙΕΚ

1.5 Τόπος κατοικίας

.....

1.6 Ημερομηνία εισαγωγής στο πρόγραμμα

.....

1.7 Χορήγηση Υποκατάστατου

- Βουπρενορφίνη
- Μεθαδόνη

2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ / ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

2.1 Ποιά είναι η επαγγελματική κατάστασή σας σήμερα;

- Πλήρης απασχόληση
- Μερική απασχόληση
- Ευκαιριακή απασχόληση
- Σπουδαστής / Φοιτητής
- Σύνταξη / Αναπηρία
- Άνεργος
- Άλλο

2.2 Κατηγορία Επαγγέλματος

- Ανειδίκευτος
- Ημειδίκευμένος εργάτης
- Ειδίκευμένος εργάτης
- Κατώτερος υπάλληλος
- Διοικητικό προσωπικό
- Διευθυντής -στέλεχος επιχειρήσεων
- Άλλο

2.3 Πόσο κράτησε η πιο μακροχρόνια απασχόληση (πλήρης-μερική) μετά την ένταξή σας στο πρόγραμμα;

Ημερομηνία έναρξης Διάρκεια.....

2.4 Κύρια πηγή εισοδήματος μετά την ένταξή σας στο πρόγραμμα

- Εργασία
- Σύνταξη - επιδόματα
- Από το σύντροφο, την οικογένεια ή τους φίλους
- Επιδοτούμενο σεμινάριο
- Παράνομες δραστηριότητες (εκτός από πορνεία)
- Πορνεία
- Άλλες πηγές Ποιες;
- Καμία
- Δεν ξέρω/δεν απαντώ

2.5 Ποιο είναι το συνολικό καθαρό μηνιαίο εισόδημα σας;

- Από 0 -- 500 ευρώ
- Από 501 -1000 ευρώ
- Από 1101 έως 1500 ευρώ
- Από 1501 έως 2000 ευρώ
- 2000 ευρώ και άνω
- Δεν ξέρω/δεν απαντώ

2.6 Έχετε χρέη;

- ΟΧΙ
- ΝΑΙ

ΑΝ ΝΑΙ σε ποιους;

- Στην εφορία;
- Στο ασφαλιστικό ταμείο (ΤΕΒΕ);
- Σε φίλους;
- Σε καταναλωτικό δάνειο;
- Σε στεγαστικό δάνειο;
- Άλλο;
- Δεν ξέρω ,δεν απαντώ

3. ΝΟΜΙΚΕΣ-ΔΙΚΑΣΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

3.1 Βρίσκεστε υπό αναστολή ή δικαστική επιτήρηση;

- Ναι,
 - Όχι
- Για ποιο αδίκημα;

3.2 Εκκρεμούν δίκες για κατηγορίες ή απόφαση δικαστηρίου;

- Ναι. Πόσες.....
 - Όχι
- Για ποιο αδίκημα;

3.3. Σας απαγγέλθηκαν νέες κατηγορίες μετά την εισαγωγή σας στο πρόγραμμα;

- Ναι, Πόσες.....
 - Όχι
- Για ποιο αδίκημα;

4.5 Πως αξιοποιείτε τον ελεύθερο χρόνο σας; (πολλαπλές απαντήσεις)

- Τηλεόραση
- Ξεκούραση
- Φωτογραφία- Ζωγραφική
- Βόλτα με φίλους –οικογένεια
- Εκδρομές – Ταξίδια
- Συναυλίες - Μουσική
- Κιν/φος- Θέατρο
- Διάβασμα
- Αθλητισμός
- Άλλο

4.6. Είστε ικανοποιημένος/μένη από τον τρόπο που αξιοποιείτε τον ελεύθερο χρόνο σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου
- Δεν ξέρω/δεν απαντώ/Δεν έχω ελεύθερο χρόνο

4.7 Πιστεύετε ότι η σχέση σας με την οικογένειά σας έχει βελτιωθεί από τότε που ενταχθήκατε στο πρόγραμμα υποκατάστασης;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου
- Δεν ξέρω/δεν απαντώ/Δεν έχω οικογένεια

4.8 Πιστεύετε ότι η σχέση σας με τους φίλους σας έχει βελτιωθεί από τότε που ενταχθήκατε στο πρόγραμμα υποκατάστασης;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου
- Δεν ξέρω/δεν απαντώ/Δεν έχω φίλους

- ΠΟΛΥ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου
- Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

4.10 Είστε ικανοποιημένος/η από το πρόγραμμα υποκατάστασης που συμμετέχετε;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου
- Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

4.11 Επιθυμείτε να αλλάξετε τη θεραπεία σας επιλέγοντας κάποιο άλλο πρόγραμμα :

- Από Πρόγραμμα Βουπρενορφίνης σε Πρόγραμμα Μεθαδόνης
- Από Πρόγραμμα Μεθαδόνης σε Πρόγραμμα Βουπρενορφίνης
- Διακοπή Προγράμματος
- Καμία Αλλαγή
- Στεγνό πρόγραμμα
- Άλλο
- Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ

Κατηγορίες Hollingshead

6 - Ανώτερα στελέχη - μείζονες επαγγελματίες, ιδιοκτήτες μεγάλων επιχειρήσεων.

5 - Διευθυντές επιχειρήσεων - (μεσαίου μεγέθους) μεσαίοι επαγγελματίες (νοσοκόμες, οπτικοί, φαρμακοποιοί, κοινωνικοί λειτουργοί, δάσκαλοι).

4 - Διοικητικό προσωπικό - μανάτζερ, μικροί επαγγελματίες, ιδιοκτήτες μικρών επιχειρήσεων(αρτοποιείας, εμπορίας αυτοκινήτων, ανθοπωλείων, υδραυλικοί, διακοσμητές), ηθοποιοί, δημοσιογράφοι, ταξιδιωτικοί πράκτορες, έμποροι.

3 - Κατώτεροι υπάλληλοι και πωλητές - τεχνίτες, μικρές επιχειρήσεις (ταμίες τραπεζών, λογιστές, γραφείς, σχεδιαστές, γραμματείς, πωλητές αυτοκινήτων).

2 - Ειδικευμένοι εργάτες - συνήθως εκπαιδευμένοι (αρτεργάτες, κουρείς, αρχιμάγειροι, ηλεκτρολόγοι, πυροσβέστες, χειριστές μηχανημάτων, μηχανικοί, ταπετσήρηδες, ελαιοχρωματιστές, επισκευαστές, ράφτες, συγκολλητές, αστυφύλακες, υδραυλικοί).

2 - Ημειδικευμένοι - (βοηθητικό νοσοκομειακό προσωπικό, ελαιοχρωματιστές, μπάρμαν, οδηγοί λεωφορείου, κόπτες, μάγειροι, γκαραζιέρηδες, φύλακες, ελεγκτές, σερβιτόροι, συγκολλητές, χειριστές μηχανημάτων, disk-jockey, ναυτικοί).

1 - Ανειδίκευτοι - (συνοδοί, θυρωροί, βοηθοί οικοδομών, διάφορες εργασίες, αχθοφόροι, αγροτικές εργασίες).