

# ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΖΗΤΗΣΑΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΕΘΕΑ ΤΟ 1995

*Από το 1992 έχει εισαχθεί στο Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων η συνέντευξη που μετρά το “Δείκτη Πρώτης Ζήτησης Θεραπείας” σαν καθιερωμένη λειτουργία των Κέντρων Ενημέρωσης και Εισαγωγής. Κατά το 1995 και σύμφωνα με το πρωτόκολλο εξέτασης συλλέγησαν, καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν τα στοιχεία 1075 ατόμων που απετέλεσαν τις 988 έγκυρες εγγραφές όσων στην πρώτη τους επαφή με τα Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ζήτησαν θεραπεία. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ανάλυση αυτών των στοιχείων παρουσιάζονται στην παρακάτω αναφορά.*

## Εισαγωγή

Η ετήσια Αναφορά Ζήτησης Θεραπείας αποτελεί μια συνολική παρουσίαση των περιπτώσεων χρηστών οι οποίοι ζήτησαν Θεραπεία πραγματοποιώντας την πρώτη τους επαφή με τα Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής για την έναρξη θεραπείας τους από την εξάρτηση ουσιών. Βασίζεται στις προτάσεις που διατυπώθηκαν από τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη διακρατική συνεργασία πιλοτικών εφαρμογών σε 11 Ευρωπαϊκές πόλεις από το 1989 μέχρι το 1992 υπό την εποπτεία του Expert Epidemiology Pompidou Group (Hartnoll 1992,1994)

Σύμφωνα με την πρόταση αυτής της συνεργασίας, στόχος είναι η διαμόρφωση ενός κοινού τυποποιημένου συστήματος συλλογής πληροφοριών το οποίο επιτρέπει την συγκρότηση αναφορών με στοιχεία που αφορούν στα χαρακτηριστικά των χρηστών που έρχονται σε επαφή με τα θεραπευτικά κέντρα και διευκολύνει στις μετρήσεις για το μέγεθος του αριθμού των χρηστών αυτών συνδυάζοντας τα στοιχεία από διάφορες υπηρεσίες, πόλεις ή χώρες.

Στόχο ωστόσο του πρωτοκόλλου αυτής της συνεργασίας δεν αποτελεί η δημιουργία μιας κεντρικής βάσης δεδομένων η οποία θα περιέχει τα στοιχεία των πληροφοριών για τις ατομικές αιτήσεις θεραπείας. Αντίθετα, η στατιστική επεξεργασία των πληροφοριών κάθε μέρους που συνεργάζεται, δίνει τη δυνατότητα συγκρίσεων και συνδυαστικών συμπερασμάτων (Hartnoll 1992,1994).

Η σύγκριση των πληροφοριών που οι διάφορες υπηρεσίες διαθέτουν, επιτρέπει τη διαμόρφωση δεικτών άμεσης εκτίμησης των υποομάδων που προτιμούν το συγκεκριμένο είδος υπηρεσιών που παρέχεται από το κάθε κέντρο αλλά και την ελκυστικότητα των υπηρεσιών μετρώντας τον χρόνο που διαρκεί η χρήση ουσιών μέχρι την πρώτη επαφή για θεραπεία. Επιπλέον και εφ' όσον εξετάζονται διαχρονικά τα αποτελέσματα, διαμορφώνονται εμμέσως οι δείκτες επίπτωσης (:συχνότητα εμφάνισης νέων περιπτώσεων σε σχέση με χρήστες που στο παρελθόν έχουν ξαναζητήσει θεραπεία), της επικράτησης της χρήσης ουσιών και των τάσεων της ενδεχόμενης αλλαγής στη συμπεριφορά κατά τη χρήση.

Ωστόσο θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπ' όψη κατά την ερμηνεία που στις πληροφορίες αυτές δίνονται, οι περιορισμοί που το σύστημα αυτού του τύπου καταγραφής έχει:

- το χρονικό διάστημα, συνήθως αρκετών ετών, που μεσολαβεί από την έναρξη της χρήσης ουσιών μέχρι τη πρώτη ζήτηση θεραπείας,
- η διαθεσιμότητα και η ευκολία πρόσβασης των υπηρεσιών όπως και η συνολική τοπική και εθνική πολιτική για τα ναρκωτικά επηρεάζει και αντανakλά τους δείκτες ζήτησης θεραπείας
- οι επαναλαμβανόμενες επισκέψεις από το ίδιο πρόσωπο σε άλλα κέντρα δημιουργεί προβλήματα πολλαπλών μετρήσεων και απαιτείται μια προσεκτικότητα εξέταση των περιπτώσεων που δεν θα αντίκειται στις δεοντολογικές αρχές που διέπουν το σύστημα αλλά και θα εξασφαλίζουν την πραγματική μέτρηση στην κίνηση των διαφόρων υπηρεσιών.
- η επιβεβαίωση των δεικτών απαιτεί τη χρήση συμπληρωματικών εργαλείων που θα προσδιορίζουν τη διάρκεια της θεραπευτικής εμπειρίας και που σε συνδυασμό με τη καταγραφή της κλινικής πορείας καθιστά δυνατόν να εκτιμούν τη σοβαρότητα της θεραπευτικής επαφής

Στην Ευρώπη, πέραν της μελέτης η οποία προαναφέρθηκε, αρκετά Θεραπευτικά Προγράμματα συνηθίζουν με επίσιες αναφορές που αφορούν τα χαρακτηριστικά των χρηστών και με στόχο να εντοπίσουν τις διαφορές που παρουσιάζονται διαχρονικά να παρουσιάσουν τις τάσεις που παρατηρούνται στη χρήση ουσιών, στο είδος και τη συχνότητα της χρήσης, στις ουσίες που χρησιμοποιούνται αλλά και σε ιδιαίτερα προσωπικά στοιχεία των πελατών τους όπως ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και επαγγελματική κατάσταση. Πέρα από την παρουσίαση αυτών των στοιχείων και τις πληροφορίες που περιέχουν, η χρησιμότητα των πληροφοριών αφορά και τον καλύτερο σχεδιασμό της παρεχόμενης υπηρεσίας σε συνάρτηση με τις ενδεχόμενες αλλαγές που διαφαίνονται στα χαρακτηριστικά των αποδεκτών των υπηρεσιών (Yorkshire Regional Substance Misuse Information Centre 1993).

Προτάσεις για την οργάνωση συστημάτων συλλογής πληροφοριών έχουν διατυπωθεί ιδιαίτερα στις ΗΠΑ και αποτέλεσαν ένα σημαντικό πεδίο μελέτης πριν την τελική διαμόρφωση του συστήματος συλλογής των δεδομένων της εφαρμογής στο ΚΕΘΕΑ. Οι αναφορές επίσης διεθνών οργανισμών σχετικά συμπλήρωσαν το προκαταρκτικό στάδιο της μελέτης (Ευρωπαϊκή Ένωση 1992, Ο.Ν.Υ. 1985, 1993, NIDA, 1988)

Επιπλέον οι βάσεις δεδομένων στις οποίες καταχωρούνται οι πληροφορίες αυτές, είναι μέρος του συνόλου των πληροφοριών που συλλέγονται ώστε να αποτελούν τη βάση σύγκρισης στην οποία μπορεί να βασίζεται οποιαδήποτε μελέτη που συγκροτεί αναδρομικές έρευνες για την έρευνα αποτελεσματικότητας αυτών των προγραμμάτων (Mc Lellan 1980, 1985, De Leon 1986, Παπαναστασάτος 1995).

Βασική προϋπόθεση για τη λειτουργία ενός τέτοιου συστήματος είναι η οργάνωση των υπηρεσιών και η ανάπτυξη συστημάτων αποθήκευσης ώστε να δύνανται οι ίδιες οι υπηρεσίες να αξιοποιούν τις πληροφορίες που διαθέτουν. Στη συνέχεια η δημιουργία ενός δικτύου και η σύνδεση των υπηρεσιών με αυτό, με συμφωνημένη και κοινή μεθοδολογία συλλογής, αποθήκευσης, και επεξεργασίας θα έχει τη δυνατότητα ανταλλαγής πληροφοριών και τεχνογνωσίας βασισμένο στο σεβασμό του έργου των υπηρεσιών, στην αυτονομία δράσης και στην αποκέντρωση λειτουργιών. Κεφαλαιώδες ζήτημα σ' αυτή τη συνεργασία αποτελεί



η διασφάλιση του απορρήτου των προσωπικών στοιχείων όσων συμμετέχουν και παρέχουν τις πληροφορίες όπως και η εξασφάλιση ώστε από κάθε πλευρά να μην είναι δυνατή η αναγνώριση προσώπων. Με αυτή την έννοια αντενδείκνυται η δημιουργία μιας κεντρικής βάσης δεδομένων με όλες τις πιθανές πληροφορίες, αφού εμπεριέχει πολλούς κινδύνους κακής χρήσης αυτών των πληροφοριών σε βάρος των ενδιαφερομένων. Αντίθετα είναι εφικτή - γεγονός που επιβεβαιώνει και η διεθνής πρακτική - η δημιουργία ενός πλαισίου αρχών, διαδικασιών και μεθόδων, συμφωνημένων από κοινού με τις υπηρεσίες οι οποίες και το συγκροτούν.

Μελέτες ανάλογου τύπου στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αφού η καταγραφή των περιπτώσεων από τις υπηρεσίες σε μια οργανωμένη βάση μόλις από το 1994 άρχισε να λειτουργεί και με αφορμή την ίδρυση του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου της Ψυχικής Υγείας και τις συνεργαζόμενες με αυτό υπηρεσίες (ΕΠΨΥ 1994). Έτσι η σύγκριση με στοιχεία ανάλογου τύπου δεν είναι δυνατή.

Στην Ελλάδα τα στοιχεία που υπάρχουν είναι τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών ερευνών σε γενικό ή μαθητικό πληθυσμό όπου εντοπίζεται η επικράτηση της χρήσης ουσιών και τίθεται ως υπόθεση η ειδική ομάδα των εξαρτημένων (Μαρσέλος 1985, Μαδιανού 1992, Κοκκέβη 1994).

Το σύστημα συλλογής στοιχείων τα οποία αναλύονται και παρουσιάζονται σ αυτή την μελέτη στηρίζεται στο δίκτυο των Γραφείων Τήρησης Στοιχείων των Κέντρων Ενημέρωσης και Εισαγωγής του ΚΕΘΕΑ στο οποίο απευθύνονται οι χρήστες κατά την πρώτη τους επαφή για την ένταξή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης του ΚΕΘΕΑ.

Στα Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής προσέρχονται οι χρήστες αφού ορίσουν, συνήθως μετά από τηλεφωνική επικοινωνία, ατομική συνάντηση. Αυτή η ατομική συνάντηση αποτελεί και την πρώτη επαφή στην οποία διατυπώνεται από τον χρήστη η αίτηση του για έναρξη του προγράμματος και ενημερώνεται σχετικά με το πρόγραμμα και τις συναντήσεις που θα ακολουθήσουν. Στη συνέχεια του προτείνεται η συμμετοχή του σε ατομική συνέντευξη σε ιδιαίτερο χώρο για την συμπλήρωση των πληροφοριών που αποτελούν και τα στοιχεία τα οποία κρατούνται στο Κέντρο. Ο χρήστης εντάσσεται στη συνέχεια στις ομάδες του Κέντρου. Η ενδεχόμενη άρνησή του να συμμετάσχει στη συνέντευξη δεν αποτελεί κριτήριο αποκλεισμού του από την ένταξη στις ομάδες του Κέντρου.

Τα στοιχεία τα οποία συλλέγονται είναι εμπιστευτικά και απόρρητα. Ο τελικός έλεγχος και η επεξεργασία τους γίνεται από το Κεντρικό Τμήμα Έρευνας σε συνεργασία με το Τμήμα Μηχανογράφησης του ΚΕΘΕΑ αφού συγκεντρωθούν τα στοιχεία από όλα τα Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής.

Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι η ανάδειξη των στοιχείων που συγκροτούν το συνολικό προφίλ των ανθρώπων που ζητούν θεραπεία. Η εξέταση των χαρακτηριστικών των ανθρώπων που προσεγγίζουν μια υπηρεσία απεξάρτησης όπως τα Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής του ΚΕΘΕΑ είναι πολλαπλά χρήσιμη αφού:

- διευκολύνει τον εντοπισμό των βασικών χαρακτηριστικών αυτού του πληθυσμού
- συγκροτεί το πλαίσιο αναγκών που αυτός ο πληθυσμός έχει
- ορίζει τις πολιτικές ανάπτυξης των υπηρεσιών

- διευκρινίζει τα προβλήματα που συνοδεύουν τη χρήση
- ελέγχει τις ενδεχόμενες αλλαγές που παρατηρούνται στο χρόνο
- διευκολύνει την αναπροσαρμογή των υπηρεσιών στις ανάγκες των αποδεκτών τους.

Από την άλλη μεριά η δημοσιοποίηση αυτών των στοιχείων διευκολύνει τους φορείς υπηρεσιών με ανάλογο αντικείμενο να μελετήσουν τον πληθυσμό που προσέγγισε τις υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ και να συγκρίνουν τα χαρακτηριστικά των δικών τους πληθυσμών αλλά και οργανισμούς (ερευνητικούς, επαγγελματικούς, εκπαιδευτικούς κ. λ. π.) οι οποίοι έχουν ένα σαφές ενδιαφέρον για τα στοιχεία στα οποία ωστόσο δεν έχουν την δυνατότητα πρόσβασης. Η σύγκριση των πληροφοριών που παρέχονται μέσω αυτής της τακτικής ετήσιας παρουσίασης, βοηθά :

- στην σύνθεση της συνολικής εικόνας του χώρου των ναρκωτικών στη βάση της εξέτασης της αίτησης θεραπείας
- στη σύγκριση υπηρεσιών που παρέχονται
- στην προτίμηση υπηρεσιών των αιτούντων θεραπεία σε σχέση με τα χαρακτηριστικά τους
- στον καλύτερο συνολικό σχεδιασμό παροχής υπηρεσίας
- στην καλύτερη τοπικά και χρονικά κατανομή υπηρεσιών
- στην μερική αξιολόγηση μεταξύ υπηρεσιών

## Μεθοδολογία

Σε κάθε Κέντρο Ενημέρωσης και Εισαγωγής του ΚΕΘΕΑ μετά την πρώτη επαφή κατά την οποία κάποιος χρήστης διατυπώνει το αίτημα του για θεραπεία, πραγματοποιείται η συνέντευξη σύμφωνα με τους ορισμούς και τη διαδικασία η οποία έχει προβλεφθεί από το σύστημα συλλογής των πληροφοριών. Η συνέντευξη είναι προσωπική και σε ιδιαίτερο χώρο.

Για τη συμπλήρωση του δομημένου ερωτηματολογίου στο οποίο στηρίζεται η συνέντευξη δεν απαιτείται η χρήση του ονοματεπώνυμου του ερωτώμενου δεδομένου ότι ο κάθε χρήστης σύμφωνα με τα στοιχεία που δίνει, παίρνει έναν κωδικό ο οποίος φαίνεται να τον ταυτοποιεί ικανοποιητικά. Για τη σύνθεση του κωδικού χρησιμοποιούνται κωδικοποιημένα προσωπικά στοιχεία του ατόμου που συμμετέχει στη συνέντευξη. Συντάσσεται από τον ερευνητή σε συνεργασία με τον ερωτώμενο.

Κατά τη συνέντευξη δηλώνεται από τον ερευνητή ότι οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές και απόρρητες. Τονίζεται, επίσης, ότι η προστασία των προσωπικών πληροφοριών είναι δεδομένη και η αναγνώριση συγκεκριμένων προσώπων από τις πληροφορίες που παρέχονται είναι αδύνατη επειδή δεν υπάρχει πρόσβαση τρίτων στα στοιχεία και αυτό αποτελεί βασική αρχή του συστήματος συλλογής των δεδομένων. Επισημαίνεται τέλος ότι η συμμετοχή στη συνέντευξη είναι εθελοντική.

Η συνέντευξη διαρκεί περί τα 15-20 λεπτά της ώρας.

Μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου η συνέντευξη, καταχωρείται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σύμφωνα με την επεξεργασμένη κωδικοποίηση σε ειδικό αρχείο. Τόσο στο ερωτηματολόγιο όσο και στην ηλεκτρονική φόρμα καταχώρησης δεν υπάρχει το όνομα του ερωτώμενου.

Για την επανάληψη της συνέντευξης απαιτείται παρέλευση 30 ημερών από την προηγούμενη συνέντευξη που πραγματοποιήθηκε. Πρόκειται προφανώς για πρόσωπα τα οποία μετά την πρώτη τους επαφή με το κέντρο δεν συνέχισαν σύμφωνα με τις υποδείξεις των λειτουργών και επέστρεψαν επαναδιατυπώνοντας το αίτημα τους για θεραπεία. Το διάστημα των 30 ημερών επελέγη διότι σημαντικό μέρος της συνέντευξης εστιάζεται στην “παρούσα περίοδο” η οποία αντιστοιχεί στις τελευταίες 30 ημέρες. Επιπλέον για να εντοπισθούν αλλαγές που ενδεχομένως προκάλεσε η βραχεία θεραπευτική εμπειρία.

Κατά την επεξεργασία ελέγχεται η επανάληψη καταχώρησης του ίδιου κωδικού και εφ’ όσον μετά τον έλεγχο αποδειχθεί ότι πρόκειται για το ίδιο πρόσωπο το οποίο έχει προσέλθει περισσότερες φορές στο Κέντρο δεν λαμβάνονται υπόψη οι υπόλοιπες μετά την πρώτη καταγραφή. Έτσι τα αποτελέσματα των αναφορών στηρίζονται σε δεδομένα που συλλέγησαν από τις πρώτες συνεντεύξεις στις οποίες συμμετείχαν τα άτομα που ζήτησαν θεραπεία στη διάρκεια ενός έτους. Ο έλεγχος των διπλών εγγραφών επιβάλλεται για να αποκλεισθούν περιπτώσεις πολλαπλών εγγραφών που αφορούν το ίδιο πρόσωπο.

### **α. Ορισμοί**

Σε ό,τι αφορά στην ανάγνωση των αποτελεσμάτων χρειάζεται να αποσαφηνισθούν οι όροι που συναντώνται στο ερωτηματολόγιο:

**“νέος πελάτης”**: αναφέρεται σε περιπτώσεις πελατών οι οποίοι δεν είχαν ποτέ κανενός είδους επαφή με το Κέντρο στο οποίο πραγματοποιείται η συνέντευξη στο παρελθόν

**“παλαιός πελάτης”**: αναφέρεται σε περιπτώσεις ατόμων που είχαν κάποτε επαφή με το Κέντρο που πραγματοποιείται η συνέντευξη

**“έχει υποβληθεί σε θεραπεία”**: αναφέρεται σε περιπτώσεις πελατών οι οποίες στο παρελθόν είχαν θεραπευτική εμπειρία οπουδήποτε

**“θεραπεία”**, σύμφωνα με το εγχειρίδιο χρήσης, αποτελεί οποιαδήποτε δραστηριότητα απευθύνεται σε άτομα που έχουν προβλήματα με τη χρήση ναρκωτικών και η οποία στοχεύει στο να βελτιώσει την ψυχολογική, σωματική ή κοινωνική κατάσταση όσων με δική τους πρωτοβουλία ζητούν βοήθεια για τα προβλήματα που έχουν με τα ναρκωτικά. Υπό αυτή την έννοια αποτελεί αίτηση για θεραπεία η ζήτηση από μέρους ενός ατόμου να ενταχθεί σε ένα βραχύχρονο πρόγραμμα συμβουλευτικής και υποστήριξης και με στόχο την προετοιμασία του σε ένα δομημένο μακρόχρονο πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης και ψυχικής απεξάρτησης.

**“Θεραπευτικό Κέντρο”**: αναφέρεται στην υπηρεσία που παρέχει τα παραπάνω. Πρόκειται για τα Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής του ΚΕΘΕΑ. Κατά το 1995, περίοδο συλλογής των παραπάνω στοιχείων, λειτουργούσαν 9 Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής.

**“Ναρκωτικά”** σύμφωνα με το Πρωτόκολλο αποτελούν:



1. οι ουσίες που περιλαμβάνονται στους καταλόγους I και II του Single Convention on Narcotic Drugs του 1961 και του Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1972.
2. οι ουσίες που περιλαμβάνονται στους καταλόγους I , II, III ή IV του Convention on Psychotropic Substances, 1971.
3. ουσίες που χρησιμοποιούνται χωρίς ιατρική συνταγή και των οποίων η χρήση εκτός της ιατρικής πρακτικής, θεωρείται ότι θέτουν σε σοβαρό κίνδυνο την υγεία και προκαλούν κοινωνικά προβλήματα. Αυτές οι ουσίες είναι κυρίως τα εισπνεόμενα πτητικά και τα συνθετικά (“σχεδιασμένα”, “Designer”) ναρκωτικά, ουσίες που ωστόσο δεν περιλαμβάνονται στους καταλόγους που εκδόθηκαν το 1971.

Δεν έχει αποκλεισθεί το αλκοόλ και η μεθαδόνη έστω και με ιατρική συνταγή ενώ αποκλείονται (και από την εμπειρία των Κέντρων δεν υπάρχουν καταγραφές τέτοιων περιστατικών) ο καπνός και ουσίες οι οποίες χορηγούνται με ιατρική συμβουλή και ιατρική παρακολούθηση.

**“Κύρια ουσία κατάχρησης”** πρόκειται για την ουσία την οποία ο ερωτώμενος αναγνωρίζει ως το κύριο πρόβλημα εξάρτησης που έχει και για το οποίο ζητά θεραπεία, ανεξάρτητα από το αν το τελευταίο διάστημα η συχνότητα χρήσης της ουσίας αυτής είναι μειωμένη ή δεν υφίσταται.

**“Δευτερεύουσα ουσία χρήσης 1 και 2”** αναφέρεται στις ουσίες που χρησιμοποιούνται παράλληλα ή αντί της κύριας ουσίας κατάχρησης και σύμφωνα με την προτεραιότητα σημαντικότητας που ο ίδιος ο ερωτώμενος δίνει.

### **β. Το ερωτηματολόγιο**

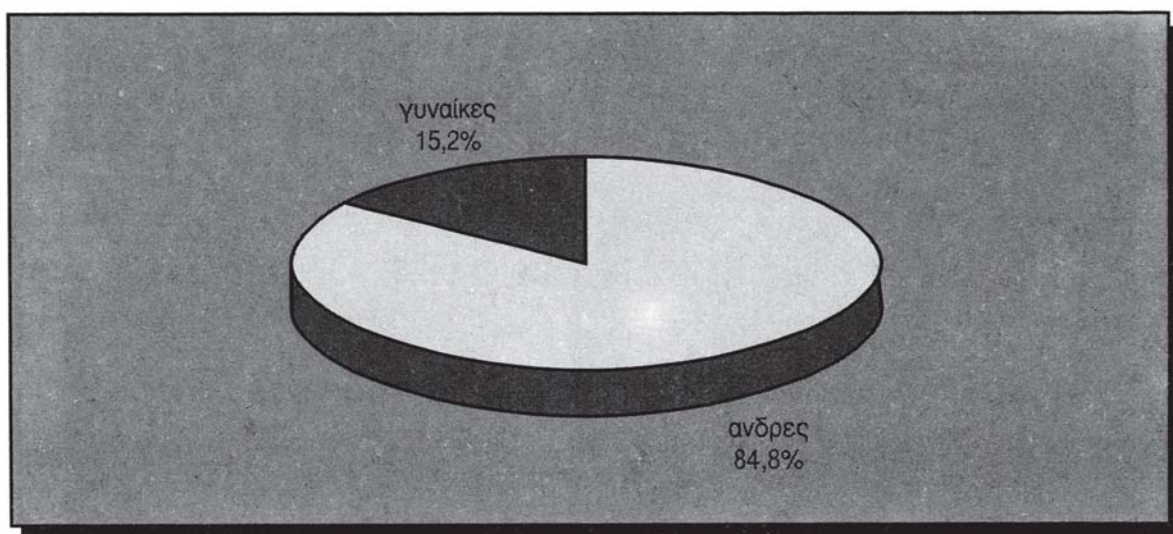
Τα στοιχεία που παρουσιάζονται σ’ αυτήν την εργασία συλλέχτηκαν με το ερωτηματολόγιο της “Συνέντευξης στην Πρώτη Επαφή”. Είναι στηριγμένο στο ερωτηματολόγιο που προέκυψε από το Definitive Protocol του Expert Epidemiology Pompidou Group και το οποίο μετρά τον δείκτη “Πρώτης Ζήτησης Θεραπείας” όπως στην εισαγωγή έχει προαναφερθεί και διαμορφώθηκε για τις ανάγκες του ΚΕΘΕΑ σύμφωνα με τις προδιαγραφές που περιγράφονται από το πρωτόκολλο. Αποτελεί ένα εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται στην πρώτη επαφή του πελάτη με το κέντρο όπου διατυπώνει και το αίτημα του για θεραπεία.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 71 μεταβλητές που κατηγοριοποιούνται σε πέντε μέρη τα οποία ελέγχουν τα παρακάτω:

- τύπος επαφής με το κέντρο, ιστορικό θεραπευτικής εμπειρίας
- κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά
- χρήση ουσιών
- συμπεριφορά υψηλού κινδύνου και κατάσταση υγείας
- αξιολόγηση της συνέντευξης

## Αποτελέσματα

Τα στοιχεία που συλλέγησαν κατά το 1995 αφορούν άτομα με τα οποία πραγματοποιήθηκε προσωπική συνέντευξη στην αυστηρά πρώτη περίοδο που παρουσιάστηκαν να ζητήσουν Θεραπεία στα Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής του ΚΕΘΕΑ. Όλα τα άτομα που ζήτησαν Θεραπεία στο ΚΕΘΕΑ ήταν για το 1995, 1473 από τα οποία μερικά εμφανίστηκαν περισσότερες φορές στο ίδιο ή σε διαφορετικό Κέντρο. Οι περιπτώσεις που τα Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής αντιμετώπισαν ήταν συνολικά 2665. Αποκλείστηκαν οι διπλές ή πολλαπλές εγγραφές, και τελικά απομονώθηκαν 1075 καρτέλες (ποσοστό κάλυψης 73%). Από αυτά, 988 συμπληρωμένα έγκυρα ερωτηματολόγια από προσωπική συνέντευξη αποτελούν και τη βάση της ανάλυσης αυτής της παρουσίας και αντιστοιχούν σε διαφορετικά πρόσωπα.



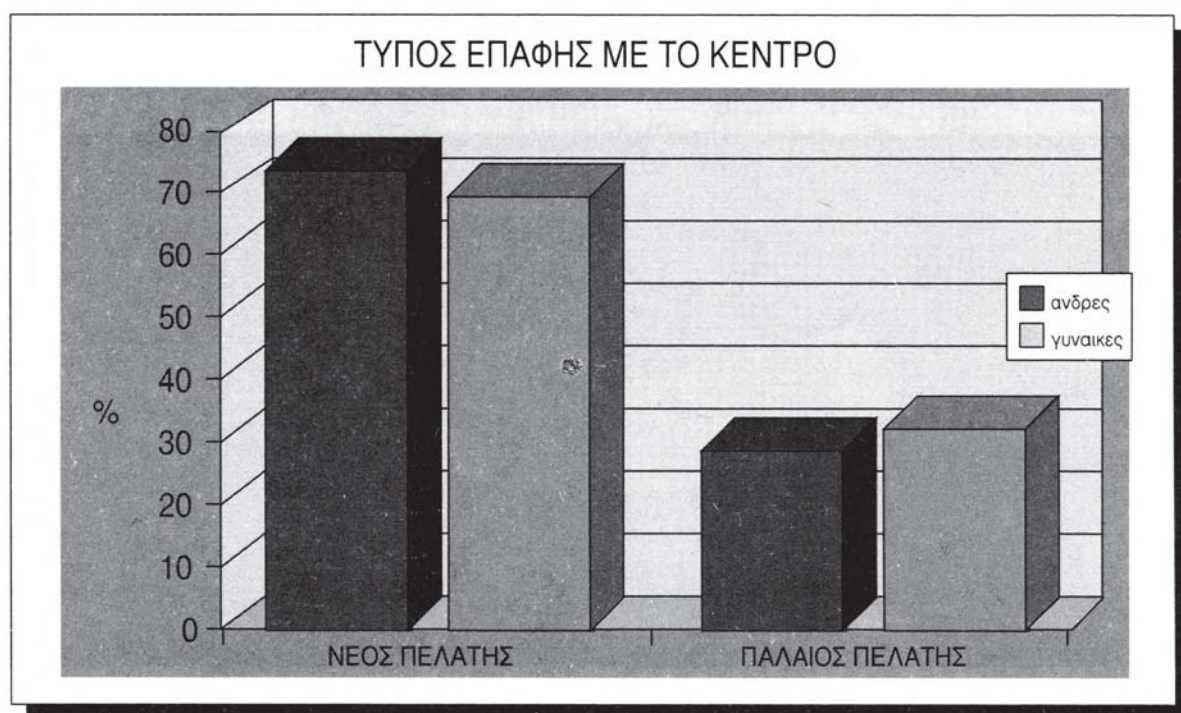
Οι άνδρες ήταν 838 (84,8%) και οι γυναίκες 150 (15,2%). Στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιείται η διάκριση τριών ηλικιακών ομάδων: κάτω από 19 ετών, από 20 έως 29 ετών και πάνω από 30 ετών.



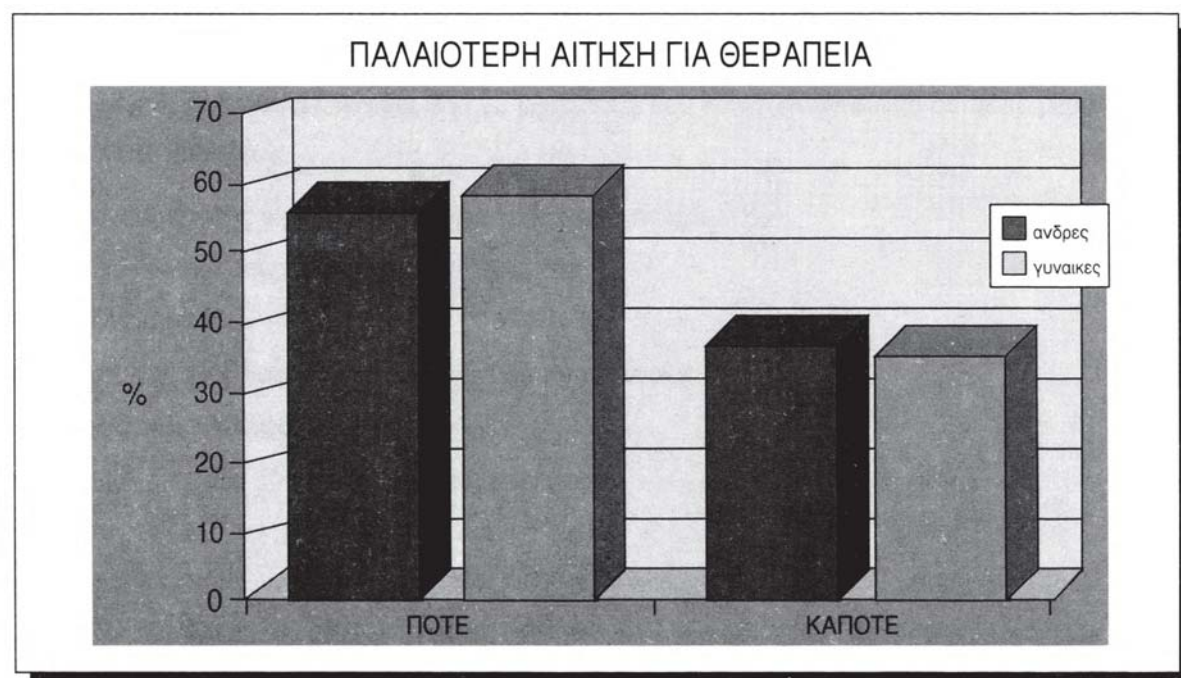
## Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΑΦΗΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

### ΤΥΠΟΣ ΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ

- Η μεγάλη πλειοψηφία όσων προσέγγισαν τα Κέντρα ενημέρωσης του ΚΕΘΕΑ (72,1%) αποτελούσαν νέους πελάτες.
- Αυτό μάλιστα φαίνεται να επιβεβαιώνεται σε όλες τις κατηγορίες ηλικιακών ομάδων εκτός από εκείνη των γυναικών της κατηγορίας 20-29 ετών όπου εμφανίζεται ένα ποσοστό 37% να αποτελούν παλαιούς πελάτες.



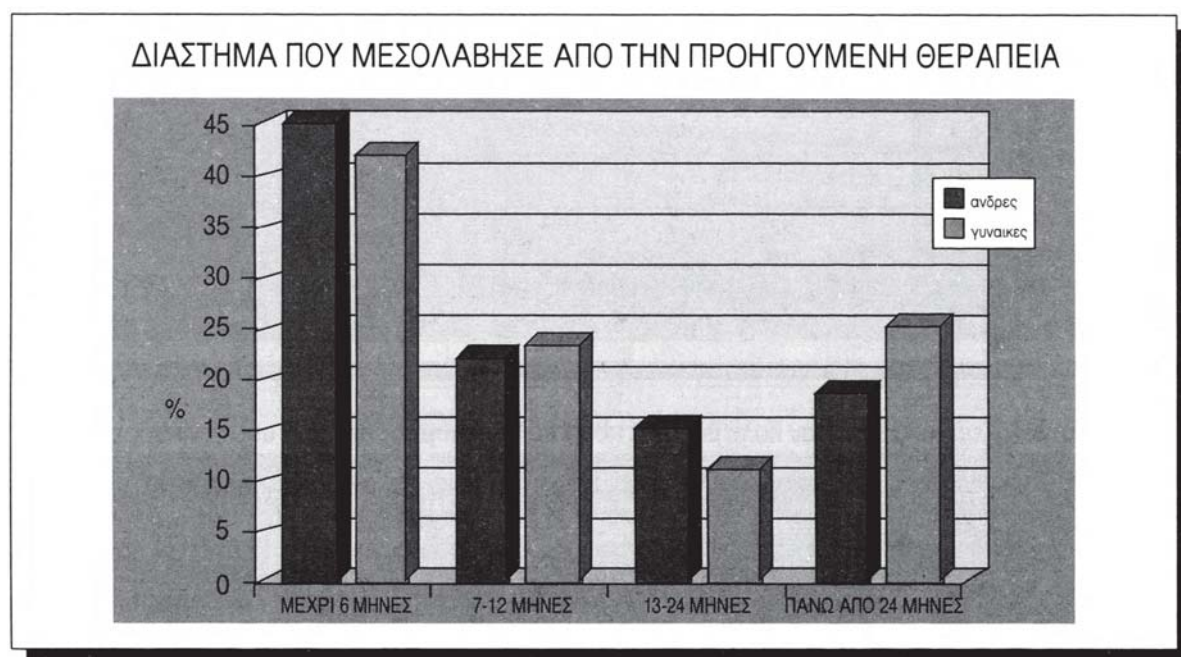
### ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ





- Ένα συνολικό ποσοστό 62,6% δεν είχαν υποβληθεί παλαιότερα σε κάποιου είδους θεραπεία. Όπως είναι φυσικό φαίνεται να αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία η επανάληψη της εμπειρίας έναρξης ή αίτησης για έναρξη της Θεραπείας.
- Οι μισοί περίπου άνδρες (49,6%) και γυναίκες (45,5%) της ηλικιακής κατηγορίας πάνω από 30 ετών εμφανίζονται να έχουν στο παρελθόν εμπειρία θεραπείας.

### ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

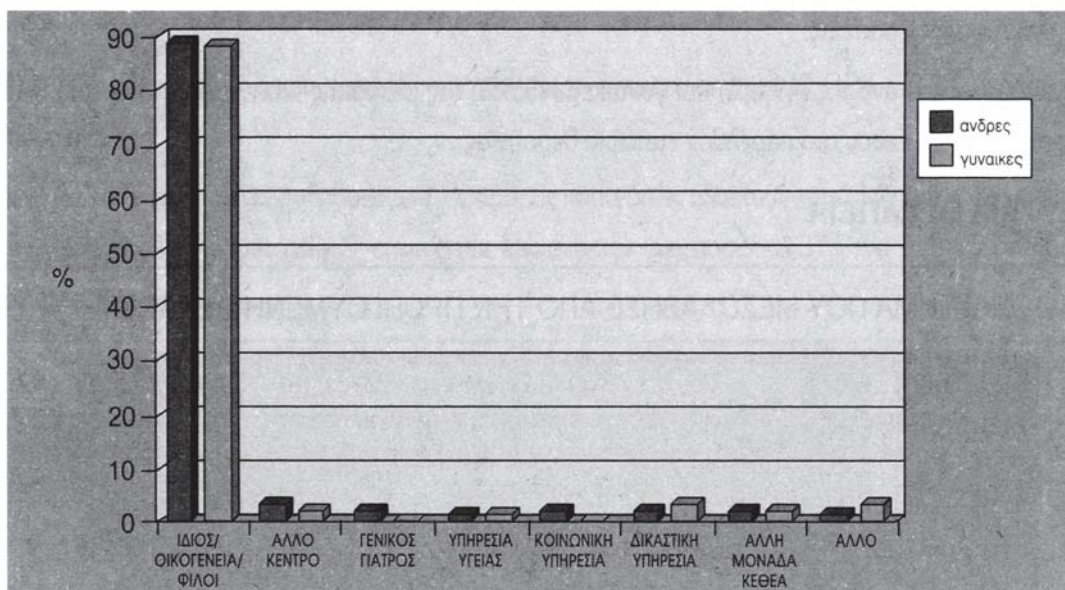


- Η πλειοψηφία τόσο των ανδρών (44,8%) όσο και των γυναικών (41,7%) που είχαν υποβληθεί παλαιότερα σε θεραπεία, προσέγγισε τα Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής σε διάστημα μικρότερο των 6 μηνών από την ημερομηνία τελευταίας θεραπείας. Πρόκειται για πελάτες του φορέα που διέκοψαν τη θεραπεία τους αλλά επανήλθαν σε σύντομο χρονικό διάστημα με αίτημα να επιστρέψουν σε αυτή. Αυτό παρατηρήθηκε ιδιαίτερα στους πελάτες που ήταν μικρότεροι των 19 χρόνων, με σημαντική διαφοροποίηση από τις άλλες ηλικιακές ομάδες αφού το σύνολο των ανδρών κάτω των 19 που είχαν υποβληθεί παλαιότερα σε θεραπεία, προσέγγισε το φορέα σε διάστημα μικρότερο ή ίσο των 6 μηνών από την ημερομηνία τελευταίας υποβολής τους σε θεραπεία. Ιδιαίτερα υψηλό (75%) εμφανίζεται και το ποσοστό των γυναικών της κατηγορίας κάτω των 19 ετών που επανήλθαν για θεραπεία σε διάστημα μικρότερο ή ίσο των 6 μηνών.

### ΠΗΓΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ

- Ως κύρια πηγή παραπομπής οι πελάτες που προσέγγισαν το 1995 το φορέα δήλωσαν την οικογένεια ή την προσωπική τους επιλογή. Με την αύξηση της ηλικίας παρατηρείται μία μείωση του ποσοστού εμφάνισης της οικογένειας ως πηγής παραπομπής σε θεραπεία.
- Η επιρροή των φίλων εμφανίζεται μεγαλύτερη στις μικρές ηλικίες και ιδιαίτερα στις γυναίκες. Η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 20 και 29 ετών φαίνεται να επηρεάζεται λιγότερο από τους φίλους σε σχέση με τις άλλες δύο ηλικιακές ομάδες.

### ΠΗΓΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



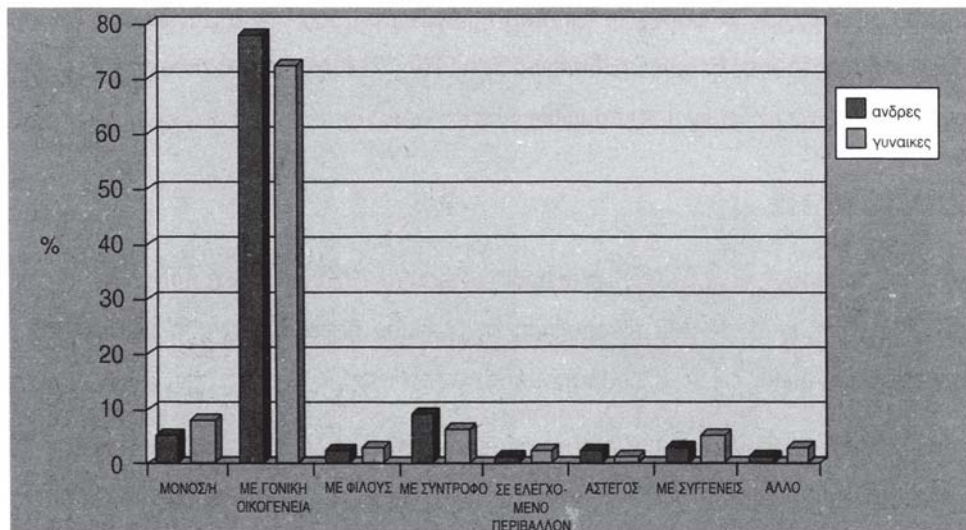
- Σε όλη τη διάρκεια του 1995 ήταν πολύ μικρά τα ποσοστά παραπομπής πελατών από γενικούς γιατρούς, νοσοκομεία, κοινωνικές υπηρεσίες. Στις γυναίκες μάλιστα κάποια από αυτά τα ποσοστά είναι μηδενικά.
- Ενδιαφέρον παρουσιάζει ένα ποσοστό τόσο ανδρών (8,8%) όσο και γυναικών (8,6%) της κατηγορίας κάτω των 19 ετών το οποίο παραπέμπεται σε θεραπευτικό κέντρο από δικαστικές υπηρεσίες.

### Β. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΧΡΗΣΤΩΝ

- Η μέση ηλικία όσων προσήλθαν στα Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής ήταν τα 26,65 έτη. Οι γυναίκες ήταν μέσης ηλικίας 24 και οι άνδρες 27 ετών.

### ΠΑΡΟΥΣΑ ΣΥΝΘΗΚΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

#### ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ





- Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών που προσέγγισαν το φορέα, διέμενε με τη γονική οικογένεια. Ακόμα και στην ηλικιακή ομάδα άνω των 30 ετών, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 68,8% για τους άνδρες και 57,6% για τις γυναίκες.
- Είναι ενδιαφέρον - όσο και αναμενόμενο ότι το υψηλότερο ποσοστό διαβίωσης με την γονική οικογένεια (83,4% για τους άνδρες και 80,6% για τις γυναίκες) παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα των κάτω των 19 ετών. Μόνο οι γυναίκες της ηλικιακής ομάδας πάνω από 30 ετών διαβιούν λιγότερο με την οικογένεια και σε ποσοστό 57,6%.
- Το ποσοστό όσων συμβιώναν με σύντροφο εμφανίζεται αυξημένο όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.
- Το ποσοστό που παρουσιάζεται στους άστεγους της μικρότερης ηλικιακής ομάδας είναι το υψηλότερο που καταγράφεται (3,9%). Μάλιστα οι γυναίκες της ίδιας ηλικιακής ομάδας παρουσιάζουν διπλάσιο ποσοστό χωρίς στέγη (5,9%) από ό,τι οι άνδρες (2,9%).

### ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΤΕΣ



- Περισσότερες γυναίκες ( ποσοστό 19,6%) απ' ό,τι άνδρες (15,5%) συγκατοικούν με χρήστες.
- Τα μεγαλύτερα ποσοστά συμβίωσης με χρήστες παρατηρούνται στην ηλικιακή ομάδα των 20-29 ετών όπου παρατηρείται 1 περίπου στους 4 χρήστες να συγκατοικεί με άλλον χρήστη. Στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες η αναλογία είναι 1 προς 5.

### ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

- Οι περισσότεροι χρήστες (περισσότεροι από το 66%) που προσέγγισαν το φορέα προήλθαν από την περιοχή της πρωτεύουσας, όπου έχουν έδρα τα 5 από τα 9 Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής και τα 4 από τα 6 Θεραπευτικά Προγράμματα του φορέα .



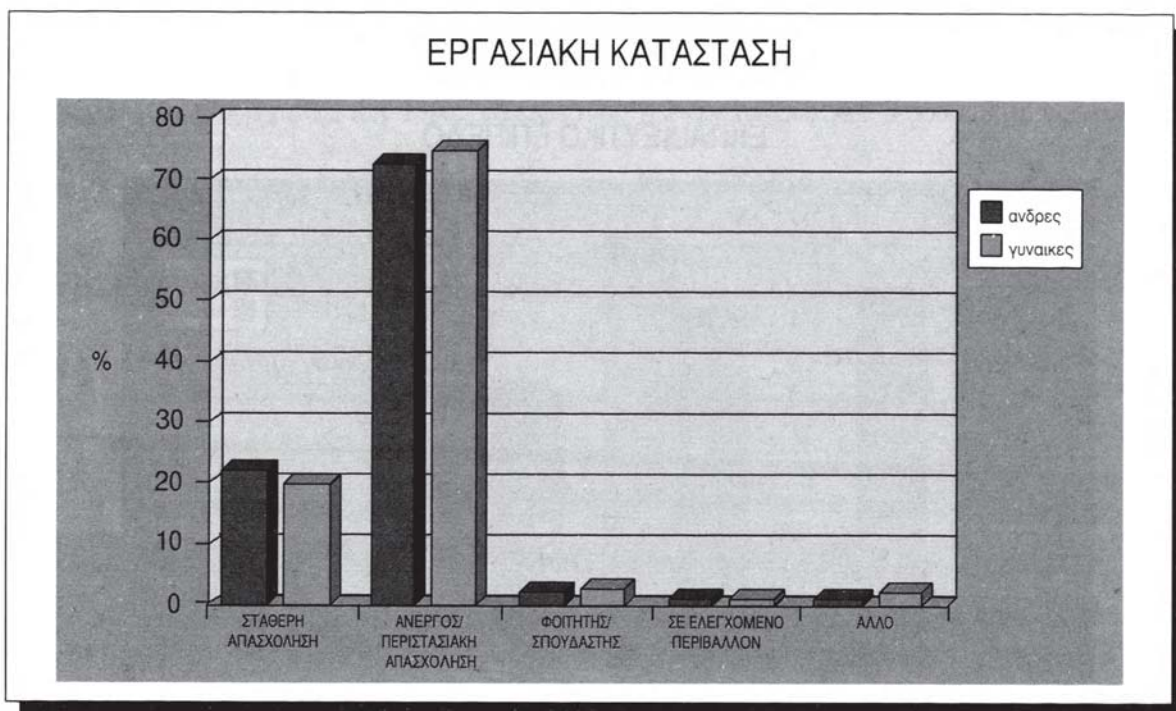


- Οι έφηβοι χρήστες προήλθαν σε πολύ μικρότερο ποσοστό, σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες, από άλλες αστικές και ημιαστικές περιοχές εκτός της περιοχής της πρωτεύουσας από όπου προέρχεται το 84,5% των χρηστών αυτής της κατηγορίας ( και όπου εδρεύει το Πρόγραμμα για Έφηβους χρήστες “ΣΤΡΟΦΗ”).
- Από το πολεοδομικό συγκρότημα Θεσσαλονίκης φαίνεται να προσέρχεται ένα ποσοστό περίπου 11% τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 20-29 ετών, ενώ οι γυναίκες της κατηγορίας πάνω από 30 ετών που προέρχονται από την ίδια περιοχή εμφανίζουν ένα ποσοστό 18%.
- Η μεγαλύτερη προσέλευση από υπόλοιπες αστικές περιοχές παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα πάνω από 30 ετών (23,7%) για τους άνδρες και στην κατηγορία 20-29 ετών (29.6%) για τις γυναίκες.
- Από τις ημιαστικές ή τις αγροτικές περιοχές προέρχεται ένα χαμηλό ποσοστό χρηστών (4% για τους άνδρες και 2% για τις γυναίκες. Είναι αξιοσημείωτο ότι καμία γυναίκα από όσες προσέγγισαν το φορέα και εντάσσονται στις ηλικιακές ομάδες κάτω των 19 και πάνω από 30 ετών δεν προήλθε από ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές.

### ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

- Το μεγαλύτερο ποσοστό των πελατών του φορέα για το 1995 ήταν Έλληνες και Ελληνίδες υπήκοοι.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό αλλοδαπών αφορούσε γυναίκες μικρότερες των 19 ετών και αφορούσε ένα ποσοστό 11,4%.

## ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



- Το μεγαλύτερο ποσοστό των πελατών του φορέα ήταν άνεργοι ή είχαν περιστασιακή απασχόληση. Το 74,5% των ανδρών και το 80,3% των γυναικών δήλωσαν κατά τη διάρκεια της αίτησης θεραπείας τους ότι δεν είχαν εργασία ή ότι εργάζονταν περιστασιακά. τα ποσοστά αυτά στις γυναίκες φαίνεται να αυξάνουν ανάλογα με την ηλικία και να αγγίζουν το σύνολο των γυναικών της ηλικιακής ομάδας πάνω από 30 ετών (90,9%).
- Πολλοί περισσότεροι άνδρες (22,5%) από ό,τι γυναίκες (8,8%) είχαν σταθερή απασχόληση.
- Μεγαλύτερο εμφανίζεται (6,1%) το ποσοστό των γυναικών που ήταν στο σχολείο ή σπούδαζε (το αντίστοιχο των ανδρών ήταν 1,3%). Το μεγαλύτερο ποσοστό επί του συνόλου παρατηρείται σε όσους ήταν κάτω από 19 ετών τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες.
- Καμία γυναίκα δεν βρισκόταν σε ελεγχόμενο περιβάλλον πριν προσεγγίσει το φορέα, ενώ βρίσκονταν αρκετοί άνδρες κυρίως κάτω των 19 ετών (στο στρατό, σε θεραπευτική κοινότητα ή άλλο πρόγραμμα διαμονής, σε ψυχιατρείο ή φυλακή).

## ΑΝΩΤΑΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

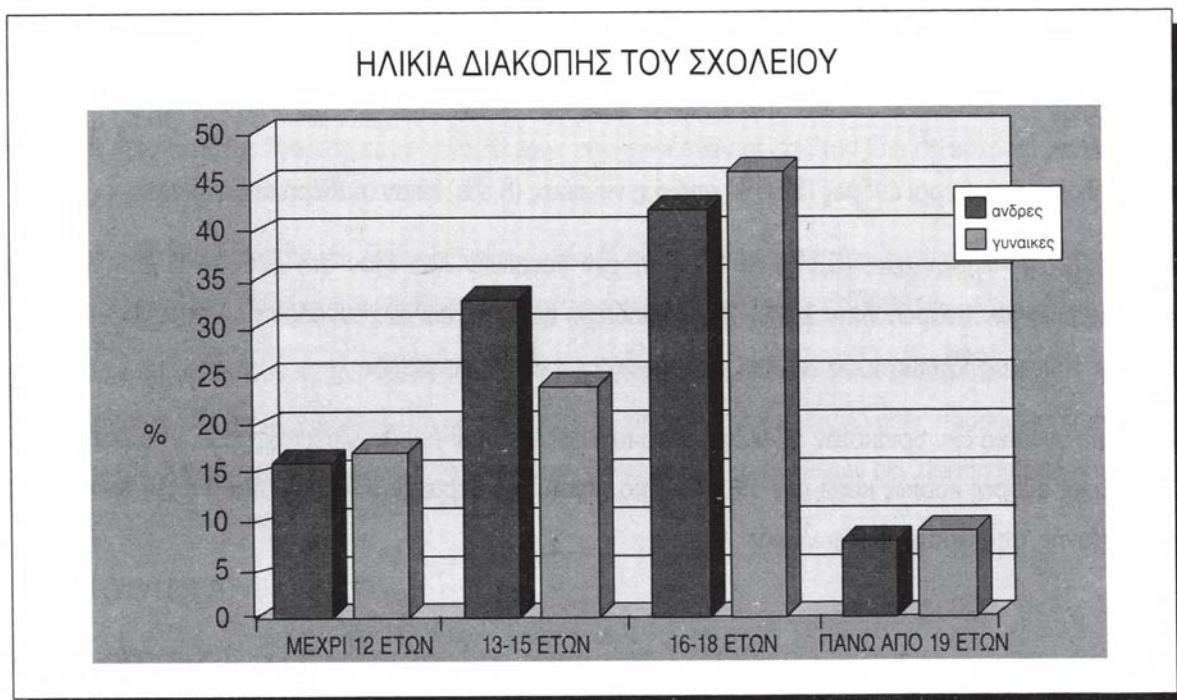
- Οι γυναίκες παρουσιάζουν ένα υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης από αυτό των ανδρών.
- Το ποσοστό των πελατών που είχαν ανώτερες σπουδές ήταν πολύ μικρό. Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό του 20,7% που παρατηρείται για τις γυναίκες άνω των 30 ετών.



- Σημαντικό ποσοστό ανδρών ήταν απόφοιτοι μόνον δημοτικού (35,3%) με υψηλότερα ποσοστά στις ηλικιακές ομάδες των 20-29 ετών (36,9%) και των πάνω από 30 (40,5%), με διαφορά από τις γυναίκες, οι οποίες στο σύνολό τους είχαν καλύτερο μορφωτικό επίπεδο.



### ΗΛΙΚΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΣΧΟΛΕΙΟΥ



- Ο μέσος όρος ηλικίας διακοπής του σχολείου ήταν ο ίδιος για άνδρες και γυναίκες (15,3 έτη) και σχεδόν ανάλογος για όλες τις ηλικιακές ομάδες.
- Οι μισοί περίπου χρήστες που προσέγγισαν τα θεραπευτικά κέντρα (49,9%) εγκατέλειψαν το σχολείο μέχρι την ηλικία των 15 ετών. Το 17,1%, μάλιστα, διέκοψε το σχολείο πριν τα 13 έτη.



- Οι περισσότεροι άνδρες είχαν τελειώσει το Δημοτικό ή λίγες τάξεις Γυμνασίου, ενώ οι περισσότερες γυναίκες το Γυμνάσιο ή λίγες τάξεις Λυκείου.
- Τα υψηλότερα ποσοστά διακοπής του σχολείου εμφανίζονται στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 19 ετών και αφορούν την ηλικία μεταξύ των 13 και 15 ετών τόσο για τους άνδρες 54,8% όσο και για τις γυναίκες 66,7%.

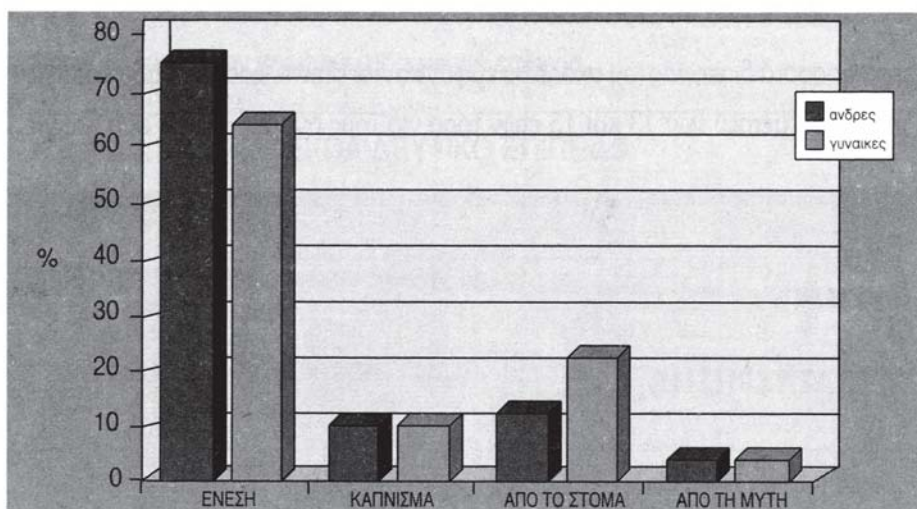
## Γ. ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

### ΚΥΡΙΑ ΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ

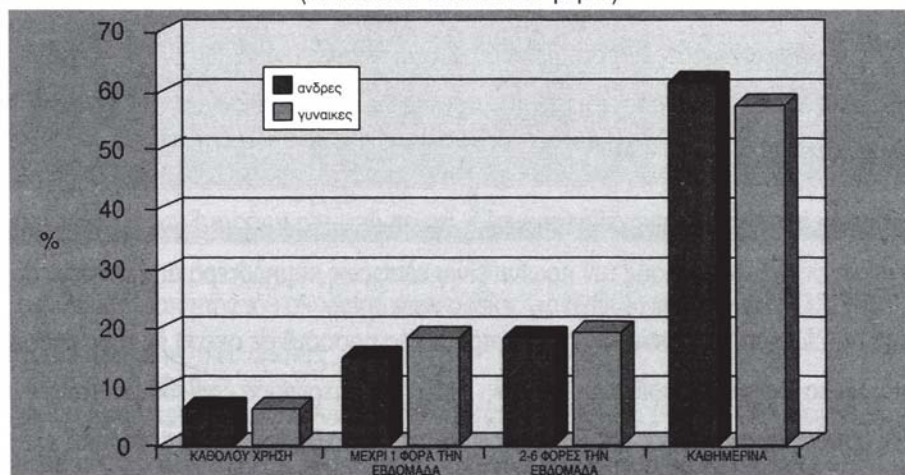


- Κύρια ουσία κατάχρησης των περισσότερων ανδρών και γυναικών που προσέγγισαν το φορέα ήταν η ηρωίνη και τα οπιοειδή (82,5%).
- Το 84,4% των ανδρών και το 72% των γυναικών χρησιμοποιούσαν ως κύρια ουσία την ηρωίνη.
- Ελέγχοντας τις ηλικιακές ομάδες παρατηρείται ότι οι νέοι άνδρες (κάτω των 19 ετών) λιγότερο από ότι οι γυναίκες της ίδιας ηλικίας χρησιμοποιούσαν την ηρωίνη ως κύρια ουσία κατάχρησης (26,5% και 34,3% αντίστοιχα)
- Στις δύο επόμενες κατηγορίες ανατρέπεται αυτή η σχέση όπου τα ποσοστά των γυναικών που χρησιμοποιούν ως κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη είναι ελαφρώς χαμηλότερα από ότι αυτά των ανδρών.
- Οι γυναίκες (14,4%) χρησιμοποιούσαν σε υπερτριπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τους άνδρες (4,2%), τα κατασταλτικά χάπια ως κύρια ουσία κατάχρησης. Αυτή η συμπεριφορά επιβεβαιώνεται ελέγχοντας όλες τις ηλικιακές ομάδες όπου τα ποσοστά των γυναικών που χρησιμοποιούν κατασταλτικά χάπια εμφανίζονται ιδιαίτερα υψηλά συγκρινόμενα με αυτά των ανδρών.

## ΤΡΟΠΟΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΣ ΟΥΣΙΑΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ



- Σχεδόν το σύνολο όσων χρησιμοποιούν για κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη και τα οπιοειδή κάνουν ενδοφλέβια χρήση. Τα ποσοστά ενδοφλέβιας χρήσης είναι χαμηλότερα στην ηλικιακή ομάδα των κάτω των 19 ετών όπου επίσης οι γυναίκες παρουσιάζουν ένα υψηλότερο ποσοστό (23,5%) από ότι οι άνδρες (16,4%) και όπου τα ποσοστά κατάχρησης ηρωίνης και οπιοειδών είναι χαμηλότερα.
- Η κάνναβη εμφανίζεται να χρησιμοποιείται ως κύρια ουσία κατάχρησης από το 7,2% όσων προσήλθαν στα θεραπευτικά κέντρα. Τα ποσοστά φαίνονται αυξημένα στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 19 ετών (31,1%) και κυρίως στους άνδρες αυτής της ηλικιακής ομάδας (38,2%) οι οποίοι είναι περίπου οι διπλάσιοι από τις γυναίκες (17,1%).
- Τα ποσοστά εμφάνισης της κάνναβης στις ηλικιακές ομάδες 20-29 και πάνω από 30 παραμένουν τα ίδια για τους άνδρες (4,3% και 4,2%), ενώ μειώνονται στο ήμισυ για τις γυναίκες (από 6,1% σε 3%).
- Ένα χαμηλό ποσοστό (1,7%) χρησιμοποιεί ως κύρια ουσία κατάχρησης το αλκοόλ. Ελέγχοντας τις ηλικιακές ομάδες, αυξάνονται τα ποσοστά χρήσης όσο αυξάνεται η ηλικία στις ηλικιακές κατηγορίες.

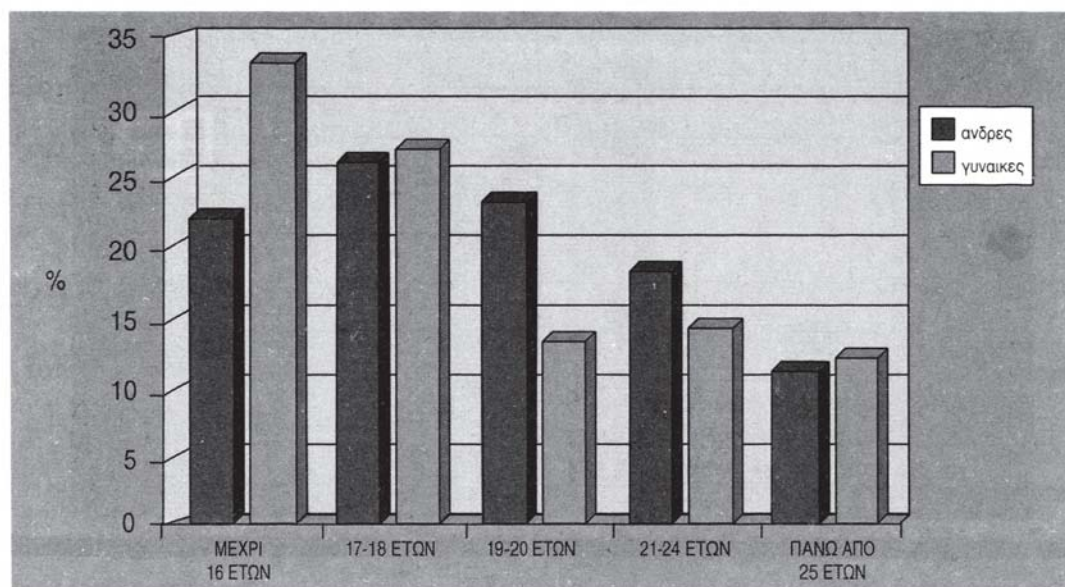
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΣ ΟΥΣΙΑΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ  
(Κατά τον τελευταίο μήνα)



- Το 60,8% (61,5% των ανδρών και 56,8% των γυναικών) χρησιμοποιούν την κύρια ουσία κατάχρησης καθημερινά.
- Δεν εμφανίζονται νέες ουσίες, ενώ πολύ μικρό είναι το ποσοστό χρήσης κοκαΐνης και αυτό όσον αφορά στους άνδρες, αφού καμία γυναίκα δεν είχε ως κύρια ουσία κατάχρησης την κοκαΐνη.

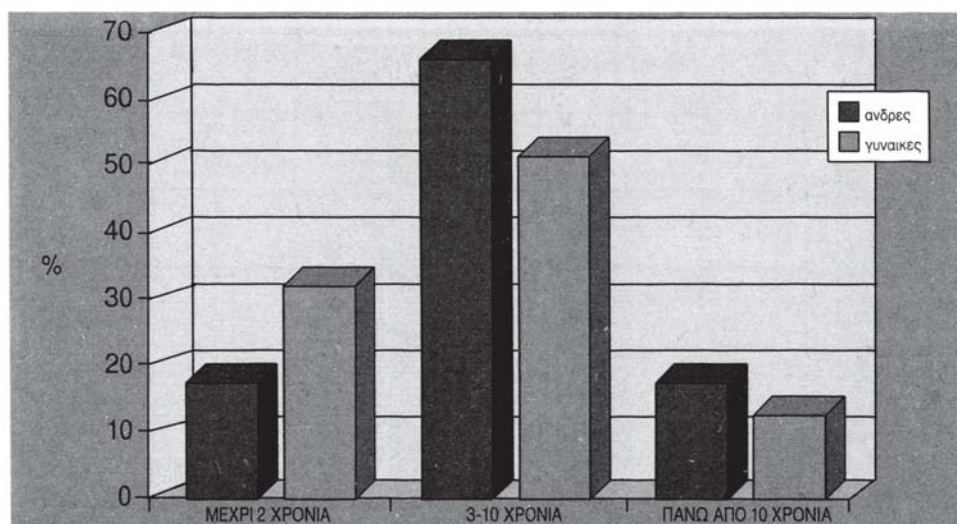
### ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΥΡΙΑΣ ΟΥΣΙΑΣ - ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ

ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΣ ΟΥΣΙΑΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ



- Η ηλικία έναρξης χρήσης της κύριας ουσίας κατάχρησης είναι τα 19,2 έτη. (Άνδρες και γυναίκες δεν εμφανίζουν σημαντικές διαφορές τόσο στα συνολικά ποσοστά όσο και στα ποσοστά που αφορούν τις διάφορες ηλικιακές ομάδες.)

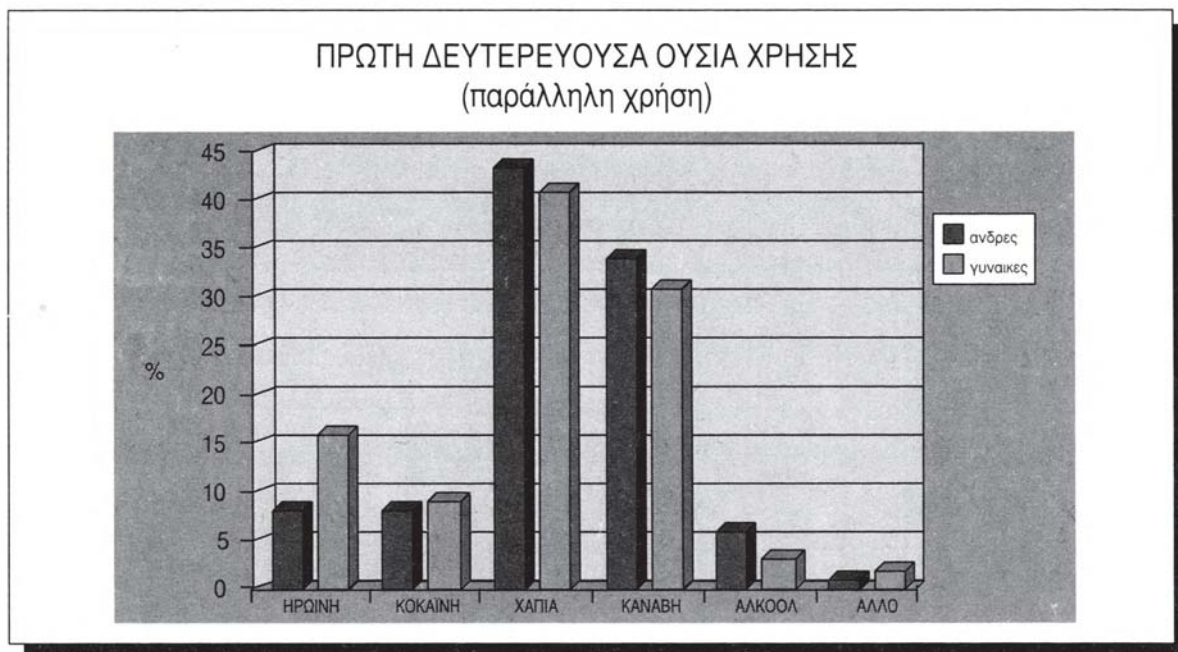
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΣ ΟΥΣΙΑΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ



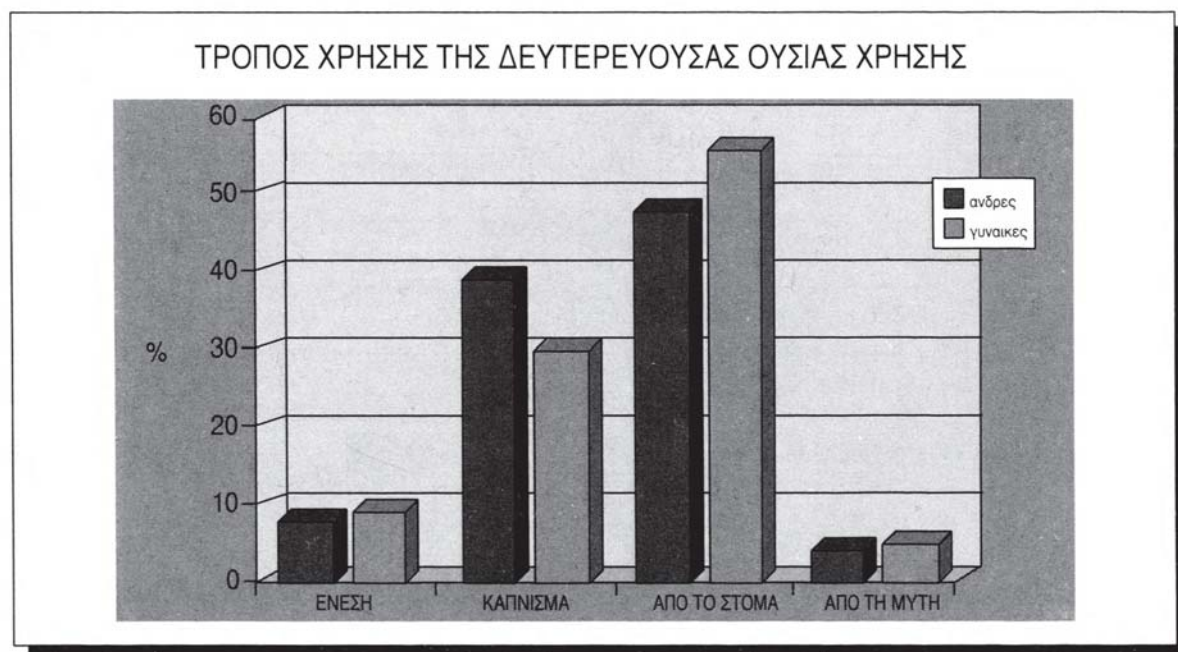


- Οι γυναίκες είχαν ξεκινήσει κατά μέσο όρο νωρίτερα τη χρήση της κύριας ουσίας από τους άνδρες (18.6 έτη έναντι 19.3 ), ήρθαν όμως πιο σύντομα για θεραπεία, αφού η διάρκεια χρήσης ήταν κατά μέσο όρο μικρότερη από εκείνη των ανδρών (5.2 έτη έναντι 6.9). Μόνο στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 30 ετών φαίνεται να είναι περίπου ίδιος ο μέσος όρος διάρκειας της χρήσης .

### ΠΡΩΤΗ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ ΟΥΣΙΑ



- Ως δευτερεύουσα ουσία χρησιμοποιούνται τα κατασταλτικά χάπια σε ποσοστό 30,1% από τους άνδρες και 28,7% από τις γυναίκες και η κάνναβη με ποσοστά 34,7% για τους άνδρες και 30,6% για τις γυναίκες.
- Στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 19 ετών εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από ό,τι στις άλλες ηλικιακές ομάδες η ηρωίνη ως δευτερεύουσα ουσία (15,1% για τους άνδρες και 25,9% για τις γυναίκες.). Η ίδια



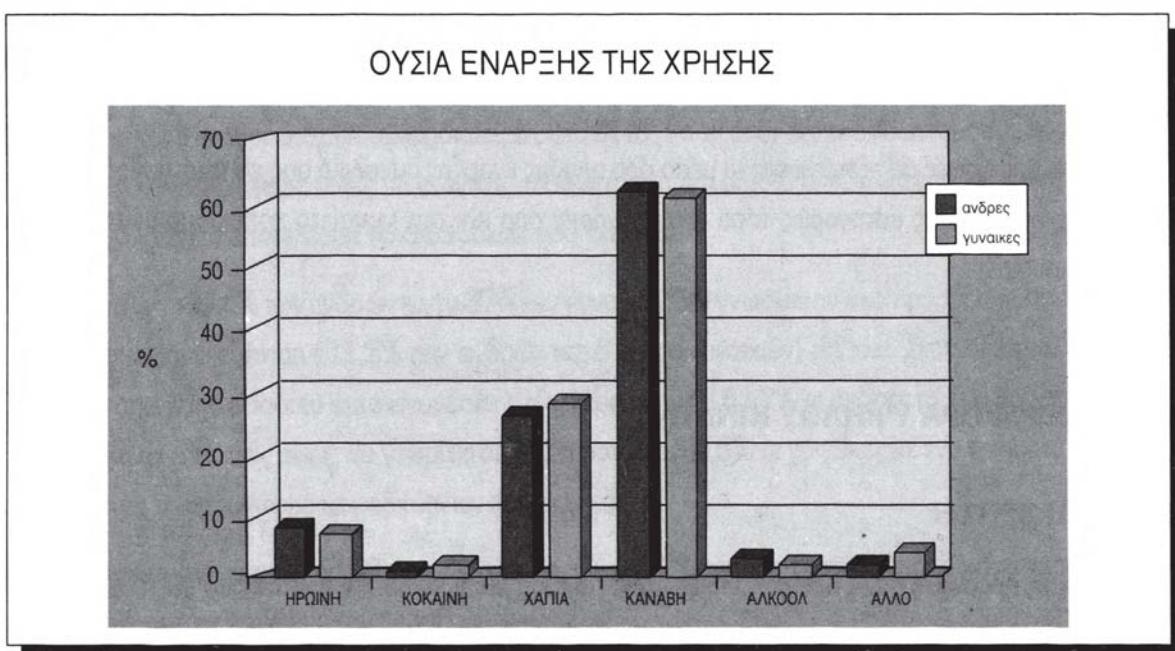
ουσία εμφανίζεται γενικά σε μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες ως δευτερεύουσα ουσία κατάχρησης.

- Στις ηλικιακές ομάδες 20-29 και πάνω από 30 η κάνναβη εμφανίζεται περισσότερο συχνά ως δευτερεύουσα ουσία, ενώ στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 19 εμφανίζονται περισσότερο συχνά τα κατασταλτικά χάπια.
- Η κοκαΐνη εμφανίζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό (28%) ως δευτερεύουσα ουσία στις γυναίκες άνω των 30. Καμία γυναίκα όμως δεν είχε την κοκαΐνη ως κύρια ουσία.
- Παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες, και ιδιαίτερα στις ηλικίες άνω των 30 (8,8% και 4% αντίστοιχα).
- Τα παραισθησιογόνα εμφανίζονται ως δευτερεύουσα ουσία στους άνδρες ηλικίας κάτω των 19
- Από το σύνολο των χρηστών που προσέγγισαν το φορέα, ένα ποσοστό 70.4% έκανε χρήση και κάποιας δευτερεύουσας ουσίας (70.2% των ανδρών και 70.5% των γυναικών).

### ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΑ ΟΥΣΙΑ

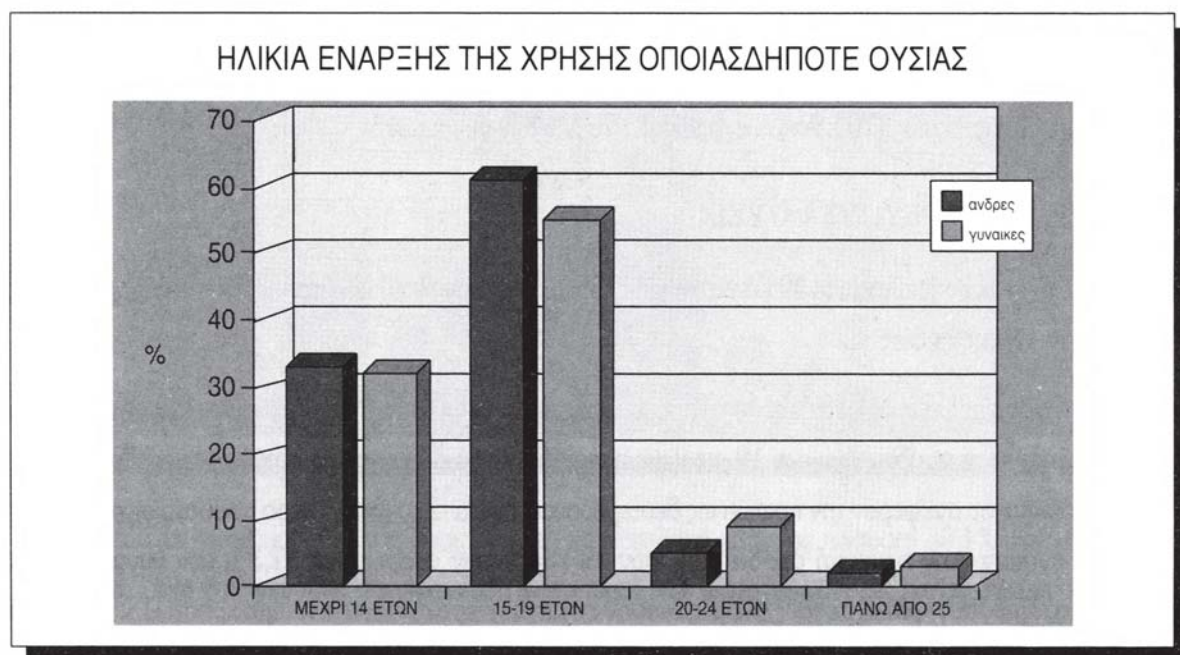
- Το 34.5% των γυναικών και το 39% των ανδρών (35.1% του συνόλου) που προσέγγισαν το φορέα έκανε χρήση και τρίτης ουσίας.
- Η ηρωίνη εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό ως δευτερεύουσα ουσία -2 από ό,τι δευτερεύουσα ουσία -1 στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 19, με μεγαλύτερη διαφορά όσον αφορά στους άνδρες. Στο σύνολο των ατόμων που ανέφεραν την ηρωίνη ως δευτερεύουσα ουσία -2 το μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσε σε όσους ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 19 ( 50% των ανδρών και 31.3% των γυναικών). Οι γυναίκες όμως συγκριτικά με τους άνδρες έκαναν σε μεγαλύτερο ποσοστό ενέσιμη χρήση (13.5% έναντι 8.7%).

### ΟΥΣΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ





- Το 62% όσων προσέγγισαν τα θεραπευτικά κέντρα χρησιμοποίησαν ως πρώτη ουσία στη ζωή τους την κάνναβη, το 16,6% χρησιμοποίησε κατασταλτικά χάπια και άλλα χάπια το 9,5%. Ηρωίνη χρησιμοποίησε για πρώτη φορά το 7,3%.
- Ελέγχοντας τις ηλικιακές ομάδες διαπιστώνεται ότι τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης κάνναβης ως πρώτης ουσίας χρήσης παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα των 20-29 ετών ενώ αυξάνει η χρήση χαπιών κάθε είδους όσο μικρότερη είναι η ηλικιακή κατηγορία που εξετάζεται.
- Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης χρήσης οποιασδήποτε ουσίας είναι τα 16 έτη. Οι άνδρες φαίνεται να δοκιμάζουν για πρώτη φορά κάποια ουσία περίπου ένα χρόνο νεώτεροι από ότι οι γυναίκες (15,8 και 17 αντίστοιχα).



- Η ηλικία έναρξης χρήσης στις ηλικιακές ομάδες των 20-29 και πάνω από 30 φαίνεται να διαφέρει ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες ( 15,3 και 16,8 για τους άνδρες και 15,9 και 18,2 για τις γυναίκες αντίστοιχα.) Στην ηλικιακή ομάδα των κάτω από 19 ετών δεν εμφανίζεται διαφορά (14,2 για τους άνδρες και 14,4 για τις γυναίκες).
- Είναι πάντως σαφές ότι εξετάζοντας το μέσο όρο ηλικίας έναρξης συνολικά στις εξεταζόμενες ηλικιακές ομάδες, οι νεώτερες κατηγορίες τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες χρησιμοποιούν νωρίτερα κάποια ουσία.

#### **Δ. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

##### **ΕΝΕΣΙΜΗ ΧΡΗΣΗ**

- Από όσους προσέγγισαν τα Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής το 88.1% των ανδρών και το 80.3% των γυναικών είχε κάνει ενέσιμη χρήση κάποια στιγμή στη ζωή του.



- Το 77% των ανδρών και το 63,3% των γυναικών κάνουν ενέσιμη χρήση ουσιών την περίοδο που προσεγγίζουν τα θεραπευτικά κέντρα.
- Τα υψηλότερα ποσοστά ενέσιμης χρήσης κατά την τελευταία περίοδο πριν από την αίτηση για θεραπεία παρατηρούνται στην ηλικιακή ομάδα των 20-29 ετών τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες ( 82,4% και 76,3% αντίστοιχα). Η ομάδα των κάτω από 19 ετών παρουσιάζει ένα ποσοστό ενέσιμης χρήσης 23,1% για τους άνδρες και 20,6% για τις γυναίκες στην ίδια περίοδο. Σε κάθε ηλικιακή ομάδα οι γυναίκες φαίνεται να κάνουν ενέσιμη χρήση την τελευταία περίοδο σε ελαφρά χαμηλότερο ποσοστό από ότι οι άνδρες .
- Ένας στους τρεις άντρες (30.3%) και περίπου οι μισές γυναίκες κάνουν κοινή χρήση σύριγγας. Η διαφορά αυτής της συμπεριφορά είναι ιδιαίτερα σημαντική στην ηλικιακή ομάδα των κάτω από 19 όπου οι άνδρες κάνουν κοινή χρήση σύριγγας σε ποσοστό 14,3% ενώ οι γυναίκες σε ποσοστό 57,1%. Στην ηλικιακή ομάδα των 20-29 τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 30,3% για τους άνδρες και 55% για τις γυναίκες, ενώ στη ηλικιακή ομάδα των πάνω από 30 δεν φαίνεται να διαφοροποιείται η συμπεριφορά ( 31,5% για τους άνδρες και 33,3% για τις γυναίκες).
- Όπως προαναφέρθηκε το 86,9% του συνόλου των χρηστών έκαναν κάποια φορά στη ζωή τους ενέσιμη χρήση. Κοινή χρήση σε όλη τους τη ζωή έκαναν σε ποσοστό 68,8% οι άνδρες και 71,2% οι γυναίκες. Οι γυναίκες επίσης σε ολόκληρη τη ζωή τους και σε όλες τις ηλικιακές ομάδες κάνουν κοινή χρήση σύριγγας περισσότερο από ότι οι άνδρες.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (47,6%) και των γυναικών (45,8%) έκανε για πρώτη φορά ενέσιμη χρήση ουσιών στην ηλικία μεταξύ 15-19 ετών.
- Υψηλότερο ποσοστό γυναικών από ότι ανδρών έκανε ενέσιμη χρήση ουσιών πριν τα 14 στις ηλικιακές ομάδες κάτω των 19 και πάνω από 30 χρονών.
- Κατά μέσο όρο οι άνδρες έκαναν πρώτη φορά ενέσιμη χρήση στα 20.3 έτη οι γυναίκες στα 19.6 .
- Το 38,1% των ανδρών και το 39,4% των γυναικών δεν γνωρίζει αν έχει προσβληθεί από τον ιό του HIV, είτε έχει κάνει εξέταση ( 10,9% των ανδρών και 7,3% των γυναικών) είτε όχι. Στην ηλικιακή ομάδα των κάτω από 19 το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα υψηλό ( 69,1% οι άνδρες και από αυτούς ένα ποσοστό 1,5% να έχει κάνει εξετάσεις χωρίς να γνωρίζει αποτελέσματα και 60,6% οι γυναίκες με ένα ποσοστό 3% να μην γνωρίζει το αποτέλεσμα των εξετάσεων που έχει κάνει).
- Επιπλέον το 37,6% των ανδρών και το 37% των γυναικών δεν γνωρίζει αν έχει προσβληθεί από Ηπατίτιδα, είτε έχει κάνει εξέταση ( 11,2% των ανδρών και 8% των γυναικών) είτε όχι. Στην ηλικιακή ομάδα των κάτω από 19 το ποσοστό αυτό είναι επίσης ιδιαίτερα υψηλό ( 63,2% οι άνδρες με ένα ποσοστό 2,9% να έχει κάνει εξετάσεις χωρίς να γνωρίζει αποτελέσματα και 60,6% οι γυναίκες με ένα ποσοστό 3% να μην γνωρίζει το αποτέλεσμα των εξετάσεων που έχει κάνει).
- Ένα ποσοστό χαμηλό (0,5% για τους άνδρες και 0,7% για τις γυναίκες) έχει κάνει τεστ με θετικό αποτέλεσμα σε σχέση με την προσβολή του ιού.

- Αυξάνοντας η ηλικία των κατηγοριών που ελέγχονται αυξάνονται και τα ποσοστά όσων έχουν προσβληθεί από τον ιό.
- Αντίστοιχα το 27,8% των ανδρών και το 25,4% των γυναικών είναι φορείς του ιού της Ηπατίτιδας ενώ 37,6% των ανδρών και 37% των γυναικών είτε δεν χουν κάνει ποτέ τεστ (26,4% των ανδρών και 29% των γυναικών) είτε έχουν κάνει αλλά δεν γνωρίζουν το αποτέλεσμα (11,2% για τους άνδρες και 8% για τις γυναίκες).

### **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ**

- Μέτρια ή κακή αντίληψη των ερωτήσεων εμφανίζεται να παρουσιάζει ένα ποσοστό 5,4% των ερωτώμενων.
- Η συνεργασία πάντως για τη συνέντευξη και τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εμφανίζει ένα αρνητικό ποσοστό μόλις 2,8% (μέτρια συνεργασία του ερωτώμενου).

### **Συμπεράσματα Προτάσεις**

Από την Ετήσια Αναφορά της πρώτης Ζήτησης Θεραπείας είναι δυνατό να εξαχθεί μια συνολική εικόνα με τα βασικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζει ο πληθυσμός ο οποίος απευθύνεται στα Κέντρα Ενημέρωσης και Εισαγωγής του ΚΕΘΕΑ και καταθέτει το αίτημα του για έναρξη της θεραπείας του σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα.

Ο εξαρτημένος που απευθύνθηκε στο ΚΕΘΕΑ στη διάρκεια του 1995 κατά την πρώτη του επαφή με το πρόγραμμα είναι συνήθως άνδρας μέσης ηλικίας 27 ετών και δεν είχε ξαναζητήσει στη ζωή του υπηρεσίες που θα αντιμετώπιζαν το πρόβλημα της εξάρτησης τόσο από Κέντρο του ΚΕΘΕΑ όσο και από υπηρεσία άλλου φορέα. Αν είχε προηγούμενη θεραπευτική εμπειρία αυτή συνήθως αφορούσε ένα διάστημα μικρότερο των έξι μηνών πριν. Κατοικεί σε αστική περιοχή και κυρίως στην πρωτεύουσα και ζει με τη γονική του οικογένεια. Το στενό του κοινωνικό περιβάλλον (οικογένεια, φίλοι) ενισχύει την προσωπική του απόφαση για την πραγματοποίηση της επαφής για έναρξη θεραπείας. Δεν έχει συστηματική απασχόληση. Έχει εγκαταλείψει το σχολείο κατά την εφηβική του ηλικία, λίγο παραπάνω από 15 ετών. Αυτή είναι και η ηλικία κατά την οποία πειραματίζεται για πρώτη φορά με τις ουσίες και κατά τη γνώμη του αποτελεί και τη χρονική αφετηρία της έναρξης χρήσης ουσιών κάθε τύπου. Μετά από περίπου ένα διάστημα εφτά ετών ζητά θεραπεία από εξάρτηση κυρίως ηρωίνης. Όσο νεότερος είναι τόσο αυξάνεται η πιθανότητα η κύρια ουσία κατάχρησης να μην είναι η ηρωίνη. Σε μεγάλο βαθμό πέρα από την κύρια ουσία κατάχρησης χρησιμοποιεί και άλλες ουσίες, κυρίως κατασταλτικά χάπια ή κάνναβη εφ' όσον είναι εξαρτημένος από ηρωίνη ή χρησιμοποιεί δευτερευόντως ηρωίνη εφόσον είναι εξαρτημένος από άλλη ουσία. Την εποχή που προσεγγίζει το κέντρο κάνει ενέσιμη, καθημερινή χρήση της ουσίας από την οποία είναι εξαρτημένος και ο ένας στους τρεις χρησιμοποιεί κοινή σύριγγα με άλλους χρήστες. Για πρώτη φορά χρησιμοποίησε σύριγγα στην ηλικία των 20 ετών και στη διάρκεια της χρήσης έχει κάνει χρήση ενδοφλέβια ουσιών με κοινή σύριγγα. Σχεδόν οι δύο στους τρεις έχουν κάνει ιατρικές εξετάσεις και ενώ δεν έχει προσβληθεί από τον ιό HIV ένας στους τρεις έχει Ηπατίτιδα. Τέλος φαίνεται να αντιλαμβάνεται τη χρησιμότητα της συλλογής των δεδομένων στη συνέντευξη και συνεργάζεται καλά με τους ερευνητές κατά την συνέντευξη.



Τα παραπάνω επιβεβαιώνουν στοιχεία τόσο εμπειρικά που διαμόρφωναν τις πολιτικές των θεραπευτικών προγραμμάτων αλλά και στοιχεία που προέκυψαν από προηγούμενες μελέτες σχετικά με τα χαρακτηριστικά των χρηστών. Συμπεράσματα σχετικά με τις πιθανές αλλαγές που παρουσιάζονται στη διάρκεια των ετών δεν υπάρχουν αφού συστηματικές μελέτες τέτοιου είδους στην Ελλάδα δεν είναι γνωστές. Εκτός ίσως από τη μείωση του χρόνου που μεσολαβεί από την έναρξη της χρήσης ουσιών και την αίτηση για έναρξη θεραπείας (ΚΕΘΕΑ, 1995).

Οι ανάγκες που διαφαίνονται να ισχύουν γι αυτόν τον πληθυσμό αφορούν τους τομείς της υγείας, της απασχόλησης, της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης τους σχετικά με την συμπεριφορά τους σε σχέση με τη χρήση ουσιών. Έτσι οι υπηρεσίες θα πρέπει βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα να οργανώνουν ένα πλαίσιο υποστήριξης που αφορά την ενίσχυση του ενδιαφέροντος των χρηστών για την ιατρική τους φροντίδα και την συμπεριφορά υψηλού κινδύνου που συνοδεύει τη χρήση ουσιών, όπως επίσης και την οργάνωση σε επόμενη φάση - με την ένταξη τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα - την οργάνωση πλαισίου εκπαίδευσης που θα συμπληρώσει την εκπαίδευσή τους και θα τους ενισχύσει σε μια προοπτική επαγγελματικής αποκατάστασης για την εργασιακή τους απασχόληση.

Το γεγονός της επιστροφής για επανάληψη του αιτήματος για θεραπεία από όσους είχαν θεραπευτική εμπειρία σε μικρό σχετικά διάστημα από την διακοπή της προηγούμενης επιτρέπει την υπόθεση ότι οι υπηρεσίες συμβάλλουν στην ωρίμανση της απόφασης για θεραπεία του χρήστη που απευθύνεται σ' αυτές και ότι εγκαθίσταται ένα πεδίο εμπιστοσύνης από μέρους του χρήστη προς τις υπηρεσίες. Από την άλλη μεριά το γεγονός ότι από τον αριθμό των νέων πελατών των Κέντρων κάποιοι έχουν θεραπευτική εμπειρία σε άλλες υπηρεσίες δηλώνει ότι οι χρήστες "δοκιμάζουν" διάφορα θεραπευτικά πλαίσια και αυτή η συμπεριφορά μπορεί να ενισχύσει την απόφασή τους για θεραπεία. Γι αυτό απαιτείται και ένας συντονισμός και επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών με στόχο την αποτελεσματικότερη απόφαση σε συντομότερους χρόνους.

Η πρόωπη εγκατάλειψη του σχολείου σε συνδυασμό με την σύμπτωση χρόνου της ηλικίας έναρξης χρήσης που προκύπτει από τα προηγούμενα στοιχεία, επιβάλλει εντατικότερη μελέτη για το σχεδιασμό προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης σε ηλικίες "υψηλού κινδύνου" που θα στοχεύει τόσο στην αποφυγή της εγκατάλειψης της εκπαιδευτικής διαδικασίας όσο και στην οργάνωση της άμυνας για καθυστέρηση του πειραματισμού με τις ουσίες και θα απευθύνεται στο σύνολο της εκπαιδευτικής κοινότητας: μαθητές, δάσκαλοι και γονείς.

Το γεγονός ότι, ποσοτικά, οι νεώτερες ηλικίες εμφανίζονται να απομακρύνονται από τη γονική οικογένεια σε συνδυασμό με την εγκατάλειψη του σχολείου και τον πειραματισμό με τις ουσίες δείχνει την σπουδαιότητα που έχει η εκπαίδευση της οικογένειας για το ρόλο που μπορεί να αναλάβει στην υπόθεση της διαχείρισης του προβλήματος της χρήσης ουσιών στην πρώιμη φάση του. Επιπλέον το ότι ένα μεγάλο ποσοστό των χρηστών μεγαλύτερων ηλικιών παραμένει και συγκατοικεί με τη γονική οικογένεια δίνει στην οικογένεια ένα βαρύνοντα ρόλο στην υπόθεση της κινητοποίησης του χρήστη για θεραπεία. Χρειάζεται συστηματικότερη μελέτη και παρακολούθηση στο χρόνο για να φανεί αν η διαφορά που εμφανίζεται στα ποσοστά συγκατοίκησης με τη γονική οικογένεια ανάμεσα στις ηλικίες αποτελεί παράλληλη συμπεριφορά των εφήβων που συνοδεύει μια γενική στάση απέναντι σε σχήματα (σχολείο, οικογένεια) και συμπεριφορές (χρήση ουσιών) και η οποία αλλάζει προϊόντος του χρόνου ή αποτελεί πραγματική διαφορά και χαρακτηριστικό των ομάδων των νέων χρηστών που τους διαφοροποιεί από τους χρήστες προηγούμενων εποχών.

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στο γεγονός ότι αρκετοί χρήστες διαμένουν και με άλλους επίσης χρήστες στην ίδια στέγη (: συνήθως αδέρφια ή σύντροφοι). Όπως είναι φυσικό η παραμονή σε ένα τέτοιο περιβάλλον αμβλύνει τις αντιστάσεις απέναντι στη χρήση και καθυστερεί τη συνειδητοποίηση της συμπεριφοράς ως προβληματικής και την απόφαση, επομένως, της αντιμετώπισης της εξάρτησης. Ιδιαίτερο λοιπόν βάρος χρειάζεται να δοθεί στην κινητοποίηση για απεξάρτηση αυτών των ομάδων χρηστών.

Το γεγονός ότι σε μεγάλο βαθμό οι χρήστες διαμένουν σε αστικές περιοχές δεν μας επιτρέπει από μόνο του να συμπεράνουμε ότι η χρήση και η κατάχρηση ουσιών είναι ένα αποκλειστικά αστικό φαινόμενο. Ιδιαίτερα μάλιστα αν ελέγξουμε τον τρόπο ανάπτυξης των ημιαστικών και των αγροτικών περιοχών. Εκείνο που φαίνεται πιο λογικό να υποθέσουμε είναι ότι η πρόσβαση στις ουσίες από άποψη διαθεσιμότητας και δυνατότητας χρήσης γίνεται ευκολότερα στις αστικές περιοχές από ότι στις ημιαστικές ή τις αγροτικές.

Το γεγονός ότι στις υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ απευθύνθηκαν κυρίως Έλληνες υπήκοοι δεν αποκλείει το ότι είναι δυνατό να υπάρχουν ομάδες εθνικών μειονοτήτων οι οποίες έχουν αναπτύξει προβληματικές συμπεριφορές σε σχέση με τις ουσίες. Στοιχεία μάλιστα τα οποία διατηρούμε σε άλλες παράλληλες καταγραφές μας υποχρεώνουν να υποθέσουμε ότι στο μέλλον και σε συνδυασμό με μια έντονη κινητικότητα πληθυσμών και άλλων εθνικοτήτων που παρατηρείται στην Ελλάδα (η ευρωπαϊκή ενοποίηση της αγοράς για παράδειγμα ευνοεί τέτοιες μετακινήσεις) θα αυξηθούν οι αιτήσεις από αλλοδαπούς. Η έρευνα άλλωστε τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες (ισπανόφωνοι πληθυσμοί) όσο και στην Ευρώπη (ομάδες μεταναστών από κράτη που αποτελούσαν αποικίες) έχει δείξει ότι οι εθνικά μειονοτικές ομάδες είναι περισσότερο ευάλωτες σε συμπεριφορές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών.

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο, επίσης, που εντοπίζεται από τα στοιχεία που αυτή η μελέτη διαπραγματεύεται είναι το γεγονός ότι πρακτικά δεν υφίσταται ένα κοινωνικό δίκτυο συμβουλευτικής ή ένα πλαίσιο το οποίο συμβάλλει στη διαμόρφωση του αιτήματος για θεραπεία και το οποίο θα παρέπεμπε στα θεραπευτικά κέντρα. Οι χρήστες οι οποίοι έφθασαν να ζητήσουν θεραπεία δεν προκύπτει ότι παραπέμφθηκαν από άλλες υπηρεσίες υγείας ή άλλους κοινωνικούς φορείς οι οποίοι ασχολούνται με το συγκεκριμένο ζήτημα. Εκείνο που βάρυνε στην απόφαση τους ήταν το αυστηρά ατομικό τους περιβάλλον (οικογένεια) ή συνειδητοποίηση της κατάστασης τους (προσωπική απόφαση και επιλογή). Εξάιρεση ίσως, και μόνον για τις νεώτερες ηλικίες, αποτελούν οι δικαστικές αρχές οι οποίες φαίνεται αντί της ποινικής αντιμετώπισης να προτείνουν στους νεαρούς χρήστες τα θεραπευτικά κέντρα. Συμπεριφορά που ωστόσο δεν υιοθετούν και για τους χρήστες μεγαλύτερης ηλικίας.

Όλα τα παραπάνω συνηγορούν στην εντατικοποίηση των προσπαθειών επιμόρφωσης και ενημέρωσης των φορέων και των προσώπων που συχνά έρχονται σε επαφή και αντιμετωπίζουν χρήστες, γονείς χρηστών ή και τις συνέπειες της χρήσης.

Η διευκόλυνση πρόσβασης των χρηστών σε υπηρεσίες οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στην αποτελεσματική παρέμβαση του προβλήματος της χρήσης ουσιών, τόσο σε ότι αφορά στην ποικιλία της παροχής υπηρεσίας όσο και στο επίπεδο της χωροταξικής τους κατανομής, θα πρέπει να αποτελεί ένα από τα πεδία σχεδιασμού της συνολικής πολιτικής σχετικά με τα ναρκωτικά. Αυτό μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του



χρόνου που μεσολαβεί από την έναρξη της χρήσης ουσιών και την πρώτη επαφή για θεραπεία ώστε να αντιμετωπισθούν περισσότερο έγκαιρα προβλήματα που σχετίζονται με την χρήση.

Το γεγονός ότι είναι μάλλον χαμηλό το ποσοστό μόλυνσης τόσο από την ηπατίτιδα όσο κυρίως από τον ιό του AIDS δεν μπορεί να μας καθυσυχάζει. Κι αυτό γιατί μόνον το ένα τρίτο όσων προσέρχονται στους συμβουλευτικούς σταθμούς έχουν εξετασθεί σχετικά πρόσφατα για τα παραπάνω. Σε νεώτερες εξετάσεις που ακολουθούν το ποσοστό όσων έχουν προσβληθεί από την ηπατίτιδα αυξάνει δραματικά. Θα πρέπει, επομένως, να αναπτυχθούν προγράμματα που να αφορούν στον έλεγχο της υγείας των χρηστών, την ενημέρωσή τους για τους κινδύνους μόλυνσης από την ηπατίτιδα ή τον ιό του AIDS που συνδέεται με την ανεξέλεκτη και πολλαπλή χρήση ουσιών, τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ώστε να δίνουν την απαιτούμενη προσοχή στη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Ιδιαίτερη χρήσιμη μπορεί να αποδειχθεί η λειτουργία "Γραμμής SOS" και κινητών μονάδων περίθαλψης για την αντιμετώπιση εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών. Τα προγράμματα προσέγγισης χρηστών στο δρόμο είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά για εκείνους τους χρήστες που δεν προσέρχονται στις υπηρεσίες.

Η ανεργία που αποτελεί ένα από τα κύρια προβλήματα των σύγχρονων κοινωνιών και για πολλούς ερευνητές συνδέεται με την χρήση ουσιών αποτελεί και αιτιολογικό παράγοντα υποτροπής. Είναι λοιπόν κρίσιμη για την κοινωνική επανένταξη των αποθεραπευμένων χρηστών η περαιτέρω ανάπτυξη προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης υποστήριξης της έναρξης της επαγγελματικής τους δραστηριοποίησης και διαμεσολάβησης στην αγορά εργασίας.

Σε ό,τι αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση, χρειάζεται να αναπτυχθούν προγράμματα συμβουλευτικής γονέων για την όσο το δυνατόν συντομότερη κινητοποίηση του χρήστη. Χρειάζεται επίσης να αναπτυχθούν ανοικτά προγράμματα συμβουλευτικής και υποστήριξης για τους περιστασιακούς χρήστες ουσιών. Επιπλέον είναι σημαντική η περαιτέρω ανάπτυξη του δικτύου των θεραπευτικών κοινοτήτων και των προγραμμάτων απεξάρτησης όπως επίσης και η ανάπτυξη προγραμμάτων κινητοποίησης των χρηστών μέσα στη φυλακή έτσι ώστε να αυξηθούν οι παραπομπές από το σωφρονιστικό σύστημα στα θεραπευτικά προγράμματα.

Ένα επιπλέον πεδίο προβληματισμού αποτελεί το γεγονός της έλλειψης σχετικών εργασιών από άλλα κέντρα ανάλογων υπηρεσιών που θα επέτρεπαν τη συνολική εκτίμηση των αναγκών των ατόμων που απευθύνονται σε υπηρεσίες. Αυτή η εκτίμηση θα επέτρεπε την ανάλυση των χαρακτηριστικών τους και θα διευκόλυνε την δυνατότητα συντονισμού των υπηρεσιών.

Η ανάπτυξη κατά το δυνατόν κοινής μεθοδολογίας και συγγενών παρουσιάσεων θα επέτρεπε στους μελετητές του φαινομένου της χρήσης ουσιών, να συγκροτούν μια περισσότερο έγκυρη εικόνα στηριγμένη στα δεδομένα και όχι στις εικασίες ή σε στερεότυπα. Η εμπειρία από την άλλη μεριά των Θεραπευτικών Κέντρων είναι μια σημαντική πηγή πληροφοριών που μέχρι πολύ πρόσφατα απέμενε αναξιοποίητη. Με δεδομένο ότι οι χρήστες ουσιών στην Ελλάδα έχουν ουσιαστικά δύο σημεία αναφοράς, τα Θεραπευτικά Κέντρα και τις υπηρεσίες καταστολής, είναι ευνόητη η σημαντικότητα της ανάπτυξης υπηρεσιών τεκμηρίωσης και έρευνας από τα θεραπευτικά κέντρα ώστε να δύνανται να παρουσιάζουν την υπηρεσία που παρέχουν και επιπλέον να ανατροφοδοτούνται με πληροφορίες σχετικά με το αντικείμενο της ενασχόλησής τους.

Πάντως παραμένει κεφαλαιώδης το ζήτημα της διατήρησης των ηθικών κωδίκων που εγγυώνται τον εμπιστευτικό χαρακτήρα των πληροφοριών που συλλέγονται και την προστασία τόσο των χρηστών που ζητούν θεραπεία όσο και εκείνων που παρέχουν υπηρεσίες θεραπείας, από κάθε πιθανή κακή χρήση των δεδομένων (Hartnoll 1994). Στο ίδιο, άλλωστε πνεύμα κινείται και ο Κανονισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ίδρυση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας και το οποίο αναφέρεται σαφώς στην προστασία των πληροφοριών προσωπικού χαρακτήρα όπως ορίζει η Σύμβαση 108 του Συμβουλίου της Ευρώπης περί προστασίας των προσώπων έναντι της αυτόματης ηλεκτρονικής επεξεργασίας των στοιχείων προσωπικού χαρακτήρα (Κανονισμός ΕΟΚ 1993).

Η χρήση εργαλείων από την άλλη μεριά σε μια μόνιμη διαδικασία που επιτρέπουν την συνολική εξέταση των χαρακτηριστικών των αποδεκτών της υπηρεσίας του κάθε κέντρου διευκολύνει την δυνατότητα καλύτερου σχεδιασμού.

Με δεδομένα ότι η καταγραφή των στοιχείων των χρηστών από τη μια απαιτεί ανάπτυξη επιπλέον δραστηριοτήτων από μέρους των υπηρεσιών και από την άλλη, ότι τα θεραπευτικά κέντρα αντιμετωπίζουν με επιφύλαξη ανάλογες διαδικασίες χρειάζεται να αποσαφηνισθεί η σημαντικότητα αυτών των λειτουργιών οι οποίες σε κάθε περίπτωση διαφυλάττουν την κατ' εξοχήν δραστηριότητα των θεραπευτικών κέντρων και εγγυώνται βεβαίως την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που διαθέτουν. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με τα σημαντικά υψηλά ποσοστά θετικής αξιολόγησης της συνέντευξης που παρουσιάζονται κατά την πραγματοποίησή της, αποτελούν σημείο που δύναται να άρει την επιφυλακτικότητα των θεραπευτικών υπηρεσιών δεδομένου ότι οι χρήστες φαίνεται να κατανοούν τη χρησιμότητα της συλλογής των πληροφοριών.

Η περιοδικά σε τακτική βάση δημοσιοποίηση αναφορών από τις υπηρεσίες σχετικά με τα παραπάνω είναι δυνατό να επιτρέψει την διαμόρφωση μιας συνολικής εκτίμησης σχετικά με το ζήτημα της ζήτησης θεραπείας.

Τέλος, η μελέτη των αποτελεσμάτων από διάφορες θεραπευτικές υπηρεσίες, που εκτιμά το δείκτη πρώτης ζήτησης θεραπείας, επιτρέπει το συνδυασμό με άλλους έμμεσους δείκτες του φαινομένου της χρήσης και καθιστά πιθανότερες τις εκτιμήσεις σχετικά με τον πραγματικό αριθμό των χρηστών ώστε η πολιτική ανάπτυξης υπηρεσιών να απαντά συντονισμένα στις ανάγκες που προκύπτουν.

### **Σημείωση**

Επιστημονικοί Υπεύθυνοι:	Χαράλαμπος Πουλόπουλος, Γεράσιμος Παπαναστασάτος
Ειδικοί Ερευνητές:	Γαβριέλα Ασπράκη, Στέλλα Γαλάνη, Βασίλης Γκιτάκος, Αθηνά Δρίζη, Αναστασία Κλαδευτήρα, Δημήτρης Κολοκάθης, Ελένη Μπάρδη, Ευαγγελία Νταφούλη, Ζωή Πέτρου
Τεχνική Υποστήριξη:	Βίλμα Τσακίρογλου

Για τη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά και για την οργάνωση του συστήματος συλλογής στοιχείων συνεργάστηκαν με την ομάδα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και οι Άννα Κοκκέβη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Αθηνών και ο Richard Hartnoll, Υπεύθυνος του Expert Epidemiology Pompidou Group, των οποίων η συμβολή ήταν πολύτιμη.



## Βιβλιογραφία

- Δασκαλάκης Η., Ανδρίτσου Α., Παπαδοπούλου Α., Παππάς Π., Περαντζάκη Ι., Τσαμπαρλή Δ., “Απονομή Δικαιοσύνης στην Ελλάδα”, Εθνικό Κέντρο Ερευνών, Αθήνα, 1983.
- De Leon, G.; Ziegenfuss, J.(Ed.): “Therapeutic Communities for Addictions. Readings in Theory, Research and Practice”, Charles C Thomas Publisher, Springfield Illinois, 1986.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, “Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο για τη δεύτερη Έκθεση Σχετικά με τη Μείωση της Ζήτησης Ναρκωτικών”, ΣΕΚ (92) 725 τελικό, Βρυξέλλες, 1992.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Κανονισμός ΕΟΚ αριθ. 302/93 του Συμβουλίου της 8ης Φεβρουαρίου 1993 για την ίδρυση ευρωπαϊκού κέντρου παρακολούθησης ναρκωτικών και τοξικομανίας, Ε.Ε. αριθ. L 36/1, 12.2.93.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), Σύστημα Καταγραφής Εξαρτημένων Ατόμων και Δείκτης Πρώτης Ζήτησης Θεραπευτικής Βοήθειας, Οδηγός, Αθήνα, 1994.
- Estievenard G (Ed.), “Policies and Strategies to Combat Drugs in Europe”, European University Institute, Florence, Martinus Nijhoff Publishers, 1995.
- European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA), First three-year programme of the EMCDDA (1995-1997), Brussels, 1995.
- Hartoll, R.L et. al. A multi city Study of drug Misure in Europe, United Nations Bulletin on Narcotics, vol XLI, Nos. 1 & 2, 1989.
- Hartoll, R.L, Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator: Definitive Protocol, Draft: August 1992, Strasburg,
- Hartoll, R.L, Drug Treatment Reporting Systems and the First Treatment Demand Indicator: Definitive Protocol, Barcelona, 1994.
- International Narcotics Control Board, “Report of the International Narcotics Control Board for 1993” United Nations Publication, New York, 1993.
- Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), Παρουσίαση των Κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών των Εισαχθέντων στις Θεραπευτικές Κοινότητες του ΚΕΘΕΑ από το 1983 μέχρι και το 1994, Αθήνα, 1995.
- Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), “Ετήσια αναφορά κατά την πρώτη επαφή για Θεραπεία. Έτος Αναφοράς 1995”. Αθήνα, 1995.
- Κοκκέβη Α., Μαδιανού Δ., Στεφανής Κ.. “Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα”, τόμος Β Η Χρήση Ουσιών στο Μαθητικό Πληθυσμό, Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα, Γενική Επιμέλεια: Κ Στεφανής, Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη Αθήνα 1992.
- Κοκκέβη Α., Στεφανής Κ.. “Τα Ναρκωτικά στην Ελλάδα: Η διαχρονική Πορεία της Χρήσης”, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Αθήνα 1994.

- Μαδιανού Δ., Κοκκέβη Α., Μαδιανός Μ., Στεφανής Κ. "Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα", τόμος γ Η Χρήση Ουσιών στο Γενικό Πληθυσμό, Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα, Γενική Επιμέλεια: Κ Στεφανής, Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη Αθήνα 1992.
- Mc Lellan, A.T.; Luborsky, L.; Woody, G.E. and OTBrien, C.: "An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patient", The Journal Of Nervous and Mental Disease, Vol.163 No. 1980.
- Mc Lellan, A.T.; Luborsky, L.; Cacciola, J.; Griffith, J.; Evans, F.; Barr, H.L. and OTBrien, C.: " New Data from The Addiction Severity Index", The Journal Of Nervous and Mental Disease, Vol. 173, No. 7 1985.
- Μαρσέλος Μ. και Φραγκίδης, : "Τα Ναρκωτικά στα Σχολεία" Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 58 (1985) 145-166.
- National Institute on Drug Abuse, "National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1985" U.S. Department of Health and Human Services, DHHS Pub. No. (ADM) 88-1586, Washington, 1988.
- Παπαναστασάτος Γ., Τσιμπουκλή Α., Πουλόπουλος Χ.: "The Development of The Clinical Managment Information System for the Evaluation of Treatment Programmes", First European Association of Substance Abuse Research Conference, Tutzing, 1995.
- Στεφανής Κ, Κοκκέβη Α, Μαδιανού Δ., Μαδιανός Μ. " Η Χρήση Ναρκωτικών Στην Ελλάδα. Συνοπτική παρουσίαση της Έρευνας Της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με τη Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς για τη χρήση Ναρκωτικών σε Μαθητικό και γενικό Πληθυσμό, Αθήνα, 1992.
- Yorkshire Regional Substance Misuse Information Centre, "1992/1993 Annual Report", Regional Substance Misuse Information Centre, Leeds Addiction Unit, Leeds, 1993.