



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



## **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ικανοποίηση χρόνιων αλκοολικών από τις υπηρεσίες του  
Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων του Πανεπιστημιακού  
Νοσοκομείου Λάρισας.**

**Δαλλιού Μαρία  
Κοινωνική Λειτουργός ΤΕ  
Α.Μ 06020832**

**Επιβλέπων:  
Οδυσσέας Μουζάς  
Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής**

**Λάρισα, Σεπτέμβριος 2012**

Στους αδιάλειπτα παρόντες στη ζωή μου,  
Νεφέλη, Άγγελο, Θοδωρή

## Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στους ανθρώπους, χωρίς τη βοήθεια των οποίων, θα ήταν αδύνατο να καταφέρω το στόχο μου.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Οδυσσέα Μουζά, Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής, για την αμέριστη εμπιστοσύνη, καθοδήγηση και έμπνευση που μου προσφέρει σε κάθε συνεργασία μας. Δεν θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω τον κ. Αντώνη Κατσιούλη, Στατιστικό, για την συμβολή του στο μεθοδολογικό μέρος της έρευνας.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου:

- Σε όλους τους καθηγητές του συγκεκριμένου Μεταπτυχιακού Προγράμματος για την καλή συνεργασία και την προθυμία τους.
- Στη γραμματεία του Μεταπτυχιακού Προγράμματος και συγκεκριμένα τις κυρίες Βλάχου Αργυρώ & Τζερεμέ Ντίνα για την υποστήριξη τους, όπου ήταν δυνατό.
- Στα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσαν.
- Σε όλους τους εξυπηρετούμενους με πρόβλημα στη χρήση του αλκοόλ για την σχέση που κτίσαμε και για όλα όσα μου έμαθαν.
- Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου Δημήτρη, για την αγάπη, την αφοσίωση και την υποστήριξή του σε ότι κι αν κάνω.

## Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες .....	2
Πίνακας περιεχομένων .....	3
Περίληψη μεταπτυχιακής εργασίας .....	5
Abstract .....	7
Συνοτομογραφίες .....	9
Αντί προλόγου .....	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ....	11
ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ .....	11
1.1 Ιστορική Αναδρομή .....	11
1.2 Εννοιολογικές Διασαφηνίσεις .....	13
1.3 Στατιστικά Στοιχεία – Διεθνής Κατάσταση .....	15
1.4 Η κατάσταση στην Ελλάδα .....	17
1.5 Η κατανάλωση στους νέους .....	18
1.6 Αιτιοπαθογένεια αλκοολισμού .....	19
1.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση .....	23
1.8 Ενδονοσοκομειακή Θεραπεία .....	25
1.9 Θεραπευτικές προσεγγίσεις της εξάρτησης και κατάχρησης οινόπνευματων .....	26
1.9.1 Ατομική θεραπεία .....	26
1.9.2 Ατομικές ψυχοθεραπείες .....	26
1.9.3 Οικογενειακή ψυχοθεραπεία θεραπεία ζεύγους .....	26
1.9.4 Κίνημα αυτοβοήθειας και αποχή από το αλκοόλ .....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ....	30
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ .....	30
2.1 Προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ .....	30
2.2 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και αλκοόλ .....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ....	33
ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ: «ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΛΚΟ» .....	33
3.1 Αλκοολισμός και Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας .....	33
3.2 Εξωτερικό Ιατρείο Υποστήριξης και Αντιμετώπισης Χρηστών Οινόπνευματος «ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΛΚΟ» στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας .....	34
3.3 Σκοπός- Οργάνωση Εξωτερικού Ιατρείου .....	35
3.4 Αξιολόγηση της προκαλούμενης βλάβης από το αλκοόλ – σκοπός .....	36
και μεθοδολογία .....	36
3.5 Αντιμετώπιση συμπτωμάτων αλκοολικής στέρησης .....	36
3.6 Φαρμακευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης-προβληματικής χρήσης αλκοόλ .....	37
3.7 Βραχείες παρεμβάσεις στην επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ .....	37
3.8 Ομαδική Συμβουλευτική .....	38
3.9 Συμβουλευτική οικογένειας .....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ....	40
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ .....	40
4.1 Ορισμός της ικανοποίησης .....	40
4.2 Ικανοποίηση ασθενών από Υπηρεσίες Υγείας .....	41
4.3 Ικανοποίηση χρηστών από υπηρεσίες- θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ .....	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	49
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	49
5.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας .....	49
5.2 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα .....	49
5.3 Ο πληθυσμός και το πλαίσιο της μελέτης .....	50
5.4 Περιγραφή των ερευνητικού εργαλείου .....	51
5.5 Πιλοτική Μελέτη .....	52
5.6 Συγκέντρωση Δεδομένων .....	52
5.7 Στατιστική μέθοδος .....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....	54
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	54
6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων .....	54
6.2 Δημογραφικά στοιχεία μη απαντούντων .....	57
6.3 Προσδοκίες από τη θεραπεία .....	58
6.4 Πληροφορίες για την εξάρτηση από το αλκοόλ .....	59
6.5 Βαθμός ικανοποίησης εξυπηρετούμενων .....	62
6.5.1 Θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις .....	63
6.5.2 Αρνητικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις .....	64
6.5.3 Επιλογή Υπηρεσιών .....	65
6.5.4 Ικανότητα Επαγγελματιών .....	67
6.5.5 Επάρκεια Συστήματος .....	69
6.6 Συνολική Ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες του Ιατρείου ΑΛΚΟ .....	71
6.7 Στατιστική συμπερασματολογία .....	74
6.7.1 Φύλο και διαστάσεις Ικανοποίησης .....	74
6.7.2 Ηλικία και διαστάσεις Ικανοποίησης .....	75
6.7.3 Εκπαίδευση και διαστάσεις Ικανοποίησης .....	75
6.7.4 Οικονομική κατάσταση και διαστάσεις Ικανοποίησης .....	76
6.7.5 Οικογενειακή κατάσταση και διαστάσεις Ικανοποίησης .....	77
6.7.6 Σχέση προβλήματος ψυχικής ή σωματικής υγείας και Ικανοποίησης .....	78
6.7.7 Σχέση διάρκειας παροχής υπηρεσιών του ιατρείου και περίοδος αποχής από το αλκοόλ .....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 .....	82
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	82
Συζήτηση .....	82
Προτάσεις για την ενίσχυση του θεραπευτικού προγράμματος .....	87
Προεκτάσεις — Προτάσεις για μελλοντική έρευνα .....	88
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	89
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	92
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ .....	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β .....	111
Εμπειρικός κανόνας για το βαθμό αξιοπιστίας του συντελεστή Cronbach's alpha .....	111
Τιμές του συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho και βαθμός συσχέτισης .....	111

## Περίληψη μεταπτυχιακής εργασίας

**Τίτλος Εργασίας:** Ικανοποίηση χρόνιων αλκοολικών από τις υπηρεσίες του Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας

**Της:** Δαλλιού Μαρίας

**Υπό την επίβλεψη του:** Μουζά Οδυσσέα

**Ημερομηνία:** 09/2012

Η κατάχρηση αλκοόλ είναι μια από τις πιο συχνές χρόνιες παθήσεις στις ανεπτυγμένες χώρες. Η εφαρμογή θεραπευτικών προγραμμάτων συμβάλλει στην ενίσχυση των εξαρτημένων ατόμων, τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής καθώς και στην αλλαγή του τρόπου ζωής τους. Η ποιότητα στην παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών στη νοσοκομειακή περίθαλψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη κριτήρια που επιχειρεί να εξασφαλίσει κάθε υγειονομικός οργανισμός και σύστημα υγείας. Με την αυξανόμενη σημασία της κίνησης των καταναλωτών και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στον τομέα της ψυχικής υγείας και θεραπείας του εθισμού, η αξιολόγηση έχει μετατοπιστεί προς τη μέτρηση της απόδοσης ενός προγράμματος θεραπείας όσον αφορά την ικανοποίηση των πελατών από τη θεραπεία. Εκτός του ότι προσφέρουν μια νέα προοπτική για τις επιδόσεις, τα δεδομένα σχετικά με την ικανοποίηση είναι πολύ ευκολότερα για τους διαχειριστές του προγράμματος στη συλλογή, ανάλυση και αξιοποίηση.

**Σκοπός:** Υπό το πρίσμα των παραπάνω εξελίξεων και με δεδομένη την αναγκαιότητα για την άρση της παθητικής θέσης και της εξάρτησης του ασθενή από τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας, θα επιχειρηθεί στο πλαίσιο της έρευνας αυτής η αποτύπωση της ικανοποίησης αλκοολικών από τις υπηρεσίες του Εξωτερικού Ιατρείου Υποστήριξης και Αντιμετώπισης Χρηστών Οινοπνεύματος-«Ιατρείο ΑΛΚΟ»- που ξεκίνησε να λειτουργεί στα πλαίσια του Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων του Π.Γ.Ν. Λάρισας σε συνεργασία με την Παθολογική Κλινική από τον Απρίλιο 2010. Εξετάζεται η ικανοποίηση των ασθενών, η διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτή καθώς επίσης και οι προσδοκίες των ασθενών από τη θεραπεία τους, με στόχο τη διατύπωση προτάσεων και στρατηγικών για την ενίσχυση των υπάρχοντων στρατηγικών και υπηρεσιών.

**Μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 51 άτομα που επισκέπτονται το Εξωτερικό Ιατρείο. Κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο που διερευνούσε την ικανοποίηση των χρηστών σε σχέση με 5 διαστάσεις της ικανοποίησης (θετικές και αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις, ικανότητα μελών θεραπευτικής ομάδας, επιλογή υπηρεσιών και επάρκεια συστήματος).

**Αποτελέσματα:** Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας εικάζεται ότι η πλειονότητα των εξυπηρετούμενων εμφανίζεται ευχαριστημένη τόσο από τις υπηρεσίες του θεραπευτικού προγράμματος όσο και από το προσωπικό της θεραπευτικής ομάδας. Συνάγεται επίσης, ότι 85.7% των εξυπηρετούμενων παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας ενώ οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν σε ψυχιατρική παρακολούθηση (88,1%), ιατρική φροντίδα (57,1%), νοσηλεία (40,5%), κοινωνικής υπηρεσία (45,2%), ομαδικής συμβουλευτικής (38,1%), ψυχολογικής υπηρεσίας (19%) και οικογενειακής θεραπείας (4,8%). Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα αναδεικνύεται η επιθυμία των εξυπηρετούμενων για παροχή επιπλέον υπηρεσιών, πράγμα που καθιστά σαφή την ανάγκη βελτίωσης της λειτουργίας του συγκεκριμένου προγράμματος.

**Συμπεράσματα:** Η απόκτηση πληροφοριών που αφορούν στην ικανοποίηση των χρηστών θεραπευτικών προγραμμάτων είναι απαραίτητη παράμετρος στη διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πρέπει να γίνουν προσπάθειες να ξεπεραστούν τα όποια μεθοδολογικά προβλήματα και μέσα από την αναλυτική προσέγγιση της ικανοποίησης να αναζητηθούν οι παράγοντες εκείνοι που θα συμβαδίζουν στο σύνολο τους με τις προσδοκίες των εξυπηρετούμενων.

**Λέξεις-κλειδιά:** **Ικανοποίηση αλκοολικών, εξάρτηση από το αλκοόλ, προσδοκίες ασθενών, αλκοολισμός, εξωτερικό ιατρείο υποστήριξης και αντιμετώπισης χρηστών οινόπνεύματος**

## Abstract

**Title:** Satisfaction of alcoholics with the therapeutic services provided by the Adult Psychiatric Department of University Hospital Larissa

**By:** Dalliou Maria

**Supervisor:** Odysseas Mouzas

**Date:** 9/2012

Alcohol misuse is one of the most common chronic disorders in developed countries. Implementation of therapeutic programs contributes to strengthening the dependants, improving quality of life and changing their lifestyle. The quality in health services especially in hospitalised care and in primary health care is one of the fundamental criteria that every healthcare organization and health care system seek. With the growing importance of the consumers movement and continuous quality improvement in mental health and addiction treatment, evaluation has shifted to measuring the performance of a treatment program for customer satisfaction with treatment. Besides offering a new perspective on performance, data on satisfaction are much easier for program managers to collect, analyze and use

**Aim:** In the light of these developments, and in view of removing the passive position and the patient dependence from suppliers of health services, in the context of this research will be attempted a depiction of patients' satisfaction from the therapeutic services of an alcohol outpatient program, provided under the collaboration of the Psychiatric Adult Department and Medical Department of University Hospital in Larissa since April 2010. Patients' satisfaction as well as related socioeconomic factors and expectations of therapy are examined with a view to formulating proposals and strategies for strengthening existing strategies and services. **Method:** The sample consisted of 51 alcohol dependent adults. Constructed questionnaire which investigated users' satisfaction regarding 5 dimensions of satisfaction (positive and negative interpersonal perceptions, ability of professional therapeutic team, selection of services and system adequacy). **Results:** According to the results of our study, it is concluded that the majority of the users appears to be satisfied with the therapeutic program as well as the therapeutic team. It can also be conducted that 85.7% of the study population have mental and physical health problems and the provided services regard of psychiatric care (88.1%), medical care (57.1%), hospitalization (40.5%), social work (45, 2%), group counselling (38.1%), psychological treatment (19%) and family therapy



(4.8%). Yet their wish for the offer of more services appears to be rather interesting, something that highlights the need to improve the functioning of the program.

**Conclusions:** Obtaining information on patients' satisfaction is an essential parameter in the process of continuous improvement of service quality. Efforts should be made to overcome any methodological problems and through an analytic approach of satisfaction term to seek for the factors that will be consistent throughout users' expectations of therapy.

**Keywords:** **Satisfaction of Alcoholics, Alcohol Dependence, expectations of patients, alcoholism, outpatient alcoholism treatment program**

## Συντομογραφίες

**A. A:** Ανώνυμοι Αλκοολικοί

**A. P. A:** American Psychiatric Association

**DSM IV:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

**E. K. ΤΕ. Π. Ν:** Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά

**E. Π. Ι. Ψ. Υ:** Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

**H. S. B. C:** Health Behaviour in School aged children

**ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΛΚΟ:** Ιατρείο Υποστήριξης και Αντιμετώπισης Χρηστών Οινόπνεύματος

**I.C.D :** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

**K.A.A:** Κλαμπς Αλκοολικών σε Αποκατάσταση

**N.I.A.A:** National Institute on Alcohol Abuse

**Ο.ΚΑ.ΝΑ:** Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

**Π. Σ. Α:** Προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ

**Ψ. Τ. Ε:** Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων

**ΠΟΥ:** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

**Πα. Γ. Ν. Η:** Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**WHO:** World Health Organisation

## Αντί προλόγου .....

Γιατί πνεις;  
Για να ξεχάσω.

Για να ξεχάσεις τι;  
Για να ξεχάσω πως ντρέπομαι.

Γιατί  
ντρέπεσαι;  
Ντρέπομαι  
επειδή πνω.

Ο μικρός πρίγκηπας  
Antoine de Saint-Exupéry

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

## ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

### 1.1 Ιστορική Αναδρομή

*«Και ήρξατο Νώε άνθρωπος γεωργός γης. Και εφύτευσεν αμπελώνα Και έπιεν εκ του οίνου και εμεθύσθη. Και εγυμνώθη εν τη οικία αυτού»  
(Γένεσις: Θ.2021)*

Το αλκοόλ ή αλλιώς αιθυλική αλκοόλη ή απλά οινόπνευμα είναι μια μικρού μοριακού βάρους ουσία που ανήκει στις αλκοόλες. Διαλύεται πλήρως στο νερό και πολλούς οργανικούς διαλύτες, χρησιμοποιείται ως απολυμαντικό και περιέχεται στο κρασί, τις μπύρες και άλλα οينوπνευματώδη ποτά (Μουζάς, 2005: 31). Το όνομα προέρχεται από το αραβικό *al Kohl* =το πνεύμα (Ποταμιάνος, 2005). Ανά τους αιώνες, το αλκοόλ έχει χρησιμοποιηθεί ως ουσία με αναλγητικές ιδιότητες και ως αναισθητικό στη χειρουργική (Μαρσέλος, 1997). Πέρα απ' αυτά, το αλκοόλ θεωρείται τροφή, καύσιμη ύλη και φυσικά ουσία με ανασταλτικές ιδιότητες, που «διευκολύνει» τις κοινωνικές σχέσεις (Ποταμιάνος, 2005). Η χρήση του οينوπνεύματος αποτέλεσε εξ αρχής σημαντικό κομμάτι της ανθρώπινης κουλτούρας. Η χρήση του περιλαμβάνεται σε θρησκευτικές και κοινωνικές τελετές τόσο στην Αρχαία Ελλάδα και τη Ρώμη, όσο και στους Εβραίους (Davidson, 1997)

Ιστορικά, η χρήση των οينوπνευματωδών καταγράφεται από τα πρώτα γραπτά κείμενα του ανθρώπινου πολιτισμού που έχουν διασωθεί (Υφαντής, 1990: 13). Πολλές από τις σημερινές κοινωνικές συνθήκες γύρω από το αλκοόλ έχουν τις ρίζες τους σε παραδόσεις των Σουμέριων και των αρχαίων Αιγυπτίων (Μαρτινίδης & Τούνα, 2011). Συγκεκριμένα, στον πολιτισμό των Σουμέριων, το 2000 περίπου π.Χ, σε πλάκες με σφηνοειδή γραφή έχουν βρεθεί οδηγίες για την ιατρική χρήση της μπύρας (Eames, 1995: 17). Δύο αιώνες αργότερα, στον κώδικα του Χαμουραμπί, ανευρίσκονται τα πρώτα νομικά κείμενα στα οποία αναφέρεται το οινόπνευμα και αφορούν στους κανονισμούς για τα καταστήματα πώλησης ποτών στην αρχαία Βαβυλώνα (κανόνες λειτουργίας οίκων οينوποσίας). Στην Βίβλο, ο Ησαΐας καυτηριάζει την κατάχρηση οينوπνεύματος από τους θρησκευτικούς ηγέτες των Εβραίων. Επισημαίνεται επίσης η συζήτηση σχετικά με το θάνατο του Μ. Αλεξάνδρου ως οφειλόμενο σε μεγάλη κατανάλωση οينوπνεύματος (Ο'Brien, 1980a). Λόγω των επακόλουθων της

κατανάλωσης οινόπνευματος στην ανθρώπινη συμπεριφορά, αρκετές θρησκείες επέβαλαν τον έλεγχο του που έφθανε μέχρι την πλήρη αποχή (Μαυρέας 2005: 58)

Η έννοια του αλκοολισμού είναι σχετικά πρόσφατη και έχει την καταγωγή της στο 17<sup>ο</sup> και κυρίως τον 18<sup>ο</sup> αιώνα (Υφαντής, 1990: 20).

Οι πρώτες αντιδράσεις κατά τον 18<sup>ο</sup> αιώνα είναι καθαρά ηθικολογικές... Την ηθική απαξία της μέθης και της μεγάλης κατανάλωσης, ακολουθεί σύντομα η αντίθετη άποψη ότι στα άτομα που υποφέρουν από τη χρήση οινόπνευματων, δεν τους αρμόζει η ηθική απαξία αλλά η ιατρική φροντίδα αφού είναι άρρωστοι... Εκείνη την εποχή, η ιατροποίηση των προβλημάτων από τη χρήση οινόπνευματων έχει θετικά αποτελέσματα, συντελώντας στον αποστιγματισμό τους. Στο πλαίσιο αυτό, το ιατρικό σώμα της εποχής αρχίζει να ασχολείται με τις συνέπειες της χρήσης του οινόπνευματος. (Μαυρέας, 2005: 58).

Το 1730, ο Mandeville περιγράφει την κατασταλτική και χαλαρωτική δράση του οινόπνευματος και το 1724 ο Cheyne το φαινόμενο της προοδευτικής ανάπτυξης της ανοχής στο οινόπνευμα και τη συνεπακόλουθη εξάρτηση, όπως και τα συμπτώματα της στέρησης (Porter 1988: xvi)

Ο γιατρός Lettsom ανέλυσε για πρώτη φορά το 1792 την κατάχρηση οινόπνευματος ως νόσο, ενώ το 1804 δόθηκε ένας πληρέστερος κατάλογος των δυσμενών επιπτώσεων του αλκοολισμού από τον Trotter (Υφαντής, 1990). Μια βασική ιατρική πραγματεία που έπαιξε σημαντικό ρόλο στην περιγραφή και καθιέρωση του αλκοολισμού ως ψυχικού προβλήματος, ήταν το βιβλίο του Thomas Trotter, *An Essay, Medical, Philosophical and Chemical on Drunkenness and its Effects on the Human Body* (Trotter 1804). Είναι η πρώτη φορά που η μέθη (drunkenness) κατηγοριοποιείται στον ιατρικό χώρο (Porter, 1988: xiv). Ο Trotter θεωρούσε τα προβλήματα από τη χρήση των οινόπνευματων ως αποτέλεσμα του σύγχρονου πολιτισμού, συνδεδεμένα με το «νευρωτικό ταμπεραμέντο» (Nervous temperament) που αυτός προκαλεί. «Ο Trotter περιγράφει με σαφήνεια όλο το σύνδρομο της αλκοολικής εξάρτησης και τα σωματικά επακόλουθα του οινόπνευματος, θεωρώντας τα ως νόσο, συγκεκριμένα ως ψυχική νόσο. Ο Rosh είναι ο πρώτος που εισάγει στον αλκοολισμό την κοινωνική διάσταση και πιστεύει πως είναι αποτέλεσμα συνδυασμού σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων» (Μαυρέας, 2005: 59). Το 1819 ο Brühl-Cramer περιέγραψε την ιδεοληπτική κατανάλωση οινόπνευματος, χαρακτηρίζοντας την ως «διψομανία» (Υφαντής, 1990 ; Μαρσέλος, 1997).

Τα πρώτα στατιστικά στοιχεία για τις επιπτώσεις της κατανάλωσης οινόπνευματος προκύπτουν από τον Αυστριακό γιατρό Lippich (1799-1845) ο οποίος

παρακολούθησε διακόσιους πότες για τέσσερα χρόνια και απέδειξε ότι η ζωή τους ήταν πιο σύντομη και ότι είχαν λιγότερα παιδιά, που ήταν πιο επιρρεπή στην ασθένεια από εκείνα των ασθενών που δεν πίνουν (Valliant, 1995: 26)

Ο όρος αλκοολισμός οφείλεται στο Σουηδό Magnus Huss, ο οποίος τον εισήγαγε στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα για την περιγραφή ατόμων που πίνουν σε υπερβολικό βαθμό (Valliant 1995: 43). Τέλος, την ίδια εποχή αρχίζει να συζητείται το θέμα της κληρονομικότητας της διάθεσης για αλκοολισμό (Ποταμιάνος, 2005). Το 1935 δημιουργούνται οι «Ανώνυμοι Αλκοολικοί» οριοθετώντας την έναρξη της κίνησης για τη θεραπεία του αλκοολισμού (Υφαντής, 1990).

Το 1951 η έκθεση της ειδικής επιτροπής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είχε προτείνει ως ορισμό του φαινομένου του αλκοολισμού:

*Οποιοδήποτε είδος πόσης, που σε όλη του την έκταση υπερβαίνει την παραδοσιακή και συνηθισμένη χρήση στη διατροφή ή την κανονική συμμόρφωση με τις συνήθειες της κοινωνικής πόσης που ισχύουν μέσα σε μια κοινότητα ανεξαρτήτως των αιτιολογικών παραγόντων, οι οποίοι οδηγούν προς μια τέτοια συμπεριφορά και ακόμη ασχέτως προς το βαθμό στον οποίο τέτοιου είδους αιτιολογικοί παράγοντες εξαρτώνται από την κληρονομικότητα, τους κανόνες ή τις επίκτητες ψυχοπαθολογικές και βιολογικές επιδράσεις (WHO, 1952).*

Ο όρος **αλκοολισμός** έχει ακόμη ευρεία χρήση, τόσο στον ιατρικό χώρο, όσο και ευρύτερα, περιλαμβάνοντας την υπερβολική κατανάλωση, την εξάρτηση και τη βλάβη εξαιτίας της χρήσης οινόπνευματων. Επίσης περιλαμβάνει την επικίνδυνη χρήση ή κατανάλωση οινόπνευματων μια έννοια που δεν υφίσταται στα διεθνή διαγνωστικά συστήματα και ορίζεται ως η κατανάλωση που αυξάνει την πιθανότητα μελλοντικής βλάβης (Μαυρέας, 2005). Σήμερα όσον αφορά στη διάγνωση των διαταραχών από τη χρήση οινόπνευματων είναι διεθνώς αποδεκτό τα δύο επικρατούντα διαγνωστικά συστήματα, το ICD -10 του ΠΟΥ(1993) και το DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας ( A.P.A,1994).

## 1.2 Εννοιολογικές Διασαφηνίσεις

Από την βιβλιογραφία είναι προφανές ότι η ορολογία στο πεδίο των εννοιών που σχετίζονται με τη χρήση του αλκοόλ από τον άνθρωπο έχει υποστεί πολλαπλές μεταλλαγές στη διάρκεια του χρόνου. Τα όρια μεταξύ της απλής, της επικίνδυνης, της επιβλαβούς χρήσης και της εξάρτησης δεν ήταν πάντα σαφώς καθορισμένα. Από την άποψη της δημόσιας υγείας, το μεγάλο ποσοστό των βλαβών από το αλκοόλ σχετίζεται



όχι με τα εξαρτημένα άτομα αλλά με αυτά που κάνουν επικίνδυνη και επιβλαβή χρήση για τον απλούστατο λόγο ότι αριθμητικά είναι πολύ περισσότερα (Babor et al, 2001). Η κατανάλωση οινοπνευματωδών και ιδίως μικρών ποσοτήτων δεν προξενεί κάποια βλάβη στους περισσότερους ανθρώπους. Ωστόσο, οι σύγχρονες απόψεις εξετάζουν τη σχέση όχι μόνο «κατάχρησης-προβλημάτων», αλλά επίσης «κατανάλωσης-προβλημάτων», καθώς παρατηρούνται ατομικές διαφορές στο θέμα του μεταβολισμού και στις γενικότερες ανθρώπινες λειτουργίες (Μουζάς, 2005).

Για όλους τους παραπάνω λόγους κρίνεται σκόπιμο να διασαφηνιστούν οι έννοιες με τις οποίες σχετίζεται η παρούσα ανασκόπηση. Σύμφωνα με το λεξικό της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας (WHO, 1994) :

**Επικίνδυνη (hazardous) χρήση αλκοόλ** από ένα άτομο είναι η χρήση του αλκοόλ, εφόσον αυτή συνεχιστεί αμετάβλητη, που μπορεί να οδηγήσει σε βλάβες στο ίδιο το άτομο ή σε τρίτους (Babor et. al., 1994). Στην επικίνδυνη χρήση δεν έχουν εμφανιστεί βλάβες, ωστόσο πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό θέμα για την υγεία, τόσο την ατομική όσο και τη δημόσια. Μια πρόσφορη αντιστοιχία είναι αυτή με την υπερχοληστερολαιμία ή τις προκαρκινωματώδεις καταστάσεις (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ, 2008-2012). Δεν υπάρχει καθορισμένη συμφωνία για το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ (Μουζάς, 2005). Ο ορισμός του Π.Ο.Υ. (WHO, 2004) την περιγράφει ως τη μέση ημερήσια κατανάλωση 20 – 40 gr αλκοόλης για τις γυναίκες και 40 – 60 gr για τους άνδρες (Rehm et. al., 2004).

**Επιβλαβής (harmful use) χρήση αλκοόλ** από ένα άτομο είναι η χρήση που αποδεδειγμένα έχει προκαλέσει ή προκαλεί βλάβη στη σωματική (π.χ. παγκρεατίτιδα) ή στην ψυχική υγεία του ατόμου (π.χ. επεισόδιο κατάθλιψης) (Π.Ο.Υ., 1992). Ο όρος εισήχθη στο ICD-10 και αντικατέστησε ως διαγνωστικός όρος το «χρήση χωρίς εξάρτηση». Ο πλησιέστερος όρος σε άλλα διαγνωστικά συστήματα (π.χ. το D.S.M.) είναι ο όρος «κατάχρηση αλκοόλ», ο οποίος περιλαμβάνει συνήθως και τις κοινωνικές συνέπειες (ΟΚΑΝΑ, 1999). Βασιζόμενος σε επιδημιολογικά στοιχεία που συσχετίζουν την κατανάλωση αλκοόλ με τη βλάβη, ο Π.Ο.Υ. (2004) υιοθέτησε ως ορισμό για την **επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ** τη μέση κατανάλωση άνω των 40 gr αλκοόλης ημερησίως στις γυναίκες και άνω των 60 gr για τους άνδρες (Rehm et al, 2004)

**Επεισόδιο μεγάλης κατανάλωσης (binge drinking):** Υπερβολική χρήση αλκοολούχων ποτών σε παρατεταμένο χρονικό διάστημα που κανονίζεται από τα άτομα προς το σκοπό αυτό. Στις πληθυσμιακές έρευνες, το διάστημα αυτό ορίζεται συνήθως ως άνω της μιας ημέρας για κάθε επεισόδιο. Οι όροι «ξέσπασμα οινοποσίας», «στην καθισιά», «κραιπάλη» και «ξεφάντωμα» χρησιμοποιούνται επίσης αντί του όρου «binge drinking» Ο επεισοδιακός πότης είναι ένα άτομο που πίνει κυρίως κατ'αυτόν τον τρόπο

και συνήθως απέχει από το αλκοόλ στα μεσοδιαστήματα μεταξύ των επεισοδίων (ΟΚΑΝΑ, 1999). Ένας άλλος ορισμός θα μπορούσε να είναι η κατανάλωση σε μία μόνο περίσταση το λιγότερο 60 gr αλκοόλης (N.I.A.A., 2004).

Σύμφωνα με τον ορισμό της Π.Ο.Υ ο **αλκοολισμός** είναι μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς με επαναλαμβανόμενη χρήση οινοπνευματωδών ποτών σε ασύμβατη ποσότητα με τις διαιτητικές συνήθειες και τα κοινωνικά πρότυπα τα οποία επηρεάζουν την υγεία και τη λειτουργικότητα του χρήστη (επαγγελματική, κοινωνική) (Μαδιανός, 2004 & Χριστοδούλου, 2000). Ο όρος αλκοολισμός δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμος με την εμφάνιση σωματικής εξάρτησης από το αλκοόλ. Ο **αλκοολισμός** είναι μια κατάσταση κατά την οποία δημιουργούνται στο άτομο προβλήματα υγείας, εργασίας και κοινωνικά προβλήματα με ενδεχόμενες νομικές προεκτάσεις, ανεξάρτητα από το κατά πόσο έχει αναπτυχθεί σωματική εξάρτηση από το αλκοόλ (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Αλκοόλ 2008-2012).

Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας( WHO, 1994) δεχόμαστε την **Εξάρτηση (dependence)** ως: ανάγκη λήψης επαναλαμβανόμενων δόσεων αλκοόλ ώστε το άτομο να αισθάνεται καλά ή να αποφεύγει να αισθάνεται άσχημα. Η ψυχική εξάρτηση αναφέρεται στην εμπειρία του μειωμένου ελέγχου ενώ η σωματική εξάρτηση στην ανοχή και τα συμπτώματα στέρησης. **Ανοχή** είναι η ανάγκη για λήψη εκσεσημασμένα αυξημένων ποσοτήτων της ουσίας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος ή η παρουσία σημαντικά ελαττωμένου αποτελέσματος με την κανονική χρήση της ίδιας ποσότητας. **Στερητικό σύνδρομο:** Είναι η ανάπτυξη σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στην περίπτωση που μια ουσία, προς την οποία έχει αναπτυχθεί σωματικός εθισμός, διακόπτεται ή ελαττώνεται σημαντικά με απότομο τρόπο. Ο χρόνος εμφάνισης του συνδρόμου εξαρτάται από την ημιπερίοδο της ουσίας και το ρυθμό μεταβολισμού της στο κάθε άτομο, ενώ η ένταση των συμπτωμάτων είναι ευθέως ανάλογη του ύψους της δόσης και του διαστήματος τακτικής χρήσης της ουσίας. Από μέσα της δεκαετίας του 1970 από τους ειδικούς και από την Π.Ο.Υ χρησιμοποιείται ο όρος «**προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ**» **Π.Σ.Α**, που περιλαμβάνει οτιδήποτε πρόβλημα από το ευρύ φάσμα των δυσμενών συνεπειών της κατανάλωσης αλκοόλ.

### 1.3. Στατιστικά Στοιχεία – Διεθνής Κατάσταση

Στις ΗΠΑ όπου 8 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 18 και άνω πληρούν τα κριτήρια κατά DSM-IV για εξάρτηση από αλκοόλ, έχει αποδειχθεί ότι η εξάρτηση αυτή αυξάνει



τον κίνδυνο θνησιμότητας έως και 50% ανεξάρτητα από την ποσότητα κατανάλωσης οινοπνεύματος (A. P. A, 2000). Στις ΗΠΑ ο επιπολασμός της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι 3,8% (Τερζίδου 2006; Κοκκέβη 2007). Περίπου το ίδιο ποσοστό εξάρτησης από το αλκοόλ, κυμαινόμενο από 1 έως 5% αναφέρει και ο ΠΟΥ για τις υπόλοιπες αναπτυσσόμενες χώρες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται και η Ελλάδα (Τερζίδου, 2006; Κοκκέβη 2007). Η χρήση αλκοόλ επιφέρει σημαντικές επιβαρύνσεις σε πολλούς τομείς της ζωής. Η σοβαρότερη επίπτωση παρατηρείται στον τομέα της υγείας. Στο αλκοόλ αποδίδονται 1,8 εκατομμύρια θάνατοι (3,2% του συνόλου) και 58, 3 εκατομμύρια (4% του συνόλου) ετών ζωής με προβλήματα υγείας (Disability Adjusted Life Years/DALY) (WHO, 2009). Τέλος το αλκοόλ αποτελεί τον πρώτο παράγοντα κινδύνου νοσοεπιβάρυνσης στις αναπτυσσόμενες, χαμηλής θνησιμότητας χώρες και τον τρίτο μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου στις αναπτυσσόμενες χώρες (Κοκκέβη 2007; Δουζένης & Μουσσάς 2007; Μουσσάς et al 2009; Μουσσάς & Μαλλιώρα 2009). Υπολογίζεται ότι 76, 3 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν από διαταραχές σχετιζόμενες με τη χρήση αλκοόλ (WHO, 2010).

Η κατανάλωση οινοπνεύματος θεωρείται η αιτία για περίπου 195.000 θανάτους το χρόνο στην Ε.Ε. Σ' αυτούς προσμετρούνται 17.000 θάνατοι ετησίως σε τροχαία ατυχήματα, 27.000 από ατυχήματα, 2.000 από ανθρωποκτονίες, 10.000 αυτοκτονίες, 45.000 από κίρρωση του ήπατος, 50.000 από καρκίνο και 17.000 θάνατοι, που οφείλονται σε νευροψυχιατρικές καταστάσεις. Επιπρόσθετα, το αλκοόλ είναι υπεύθυνο για 200.000 επεισόδια κατάθλιψης. Το ποσοστό θνησιμότητας εξαιτίας του αλκοόλ ξεπερνάει το 10% των νέων γυναικών και φτάνει το 25% των νέων ανδρών. Στην Ε.Ε. δαπανώνται μεγάλα ποσά για την πρόληψη και τη θεραπεία της κατάχρησης οινοπνεύματος προκειμένου να περιοριστούν οι δυσμενείς του επιπτώσεις (Anderson & Baumberg, 2006).

Η Ευρώπη έχει τα μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης αλκοόλ στον κόσμο. Αυτό οφείλεται εν μέρει στις μικρότερες διαφοροποιήσεις μεταξύ των τρόπων πόσης ανδρών και γυναικών απ' ότι σε άλλες περιοχές του κόσμου (WHO, 2001). Μέσος όρος κατανάλωσης είναι τα 11 λίτρα καθαρού αλκοόλ το χρόνο.

Τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. για την υπερβολική περιστασιακή πόση ("binge drinking") με την έννοια της μεμονωμένης επικίνδυνης περίπτωσης πόσης σε μερικές χώρες, δείχνουν μια συνεχιζόμενη τάση υπερβολικής και επικίνδυνης κατάχρησης αλκοόλ ανάμεσα στα άτομα που ήδη πίνουν. Για παράδειγμα, στην Ιρλανδία μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η υπερβολική ή επικίνδυνη πόση είναι ο κανόνας για τους άντρες και συμβαίνει στο 1/3 περίπου των περιστάσεων πόσης των γυναικών.

Οι άνδρες συγκεντρώνουν αρκετά μεγαλύτερα ποσοστά τόσο υπερβολικής πόσης όσο και εμφάνισης συνδρόμου εξάρτησης από το αλκοόλ σε σύγκριση με το γυναικείο πληθυσμό (WHO, 2004).

Περισσότεροι άντρες καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλης σε σύγκριση με τις γυναίκες. Πολλές γυναίκες διακόπτουν τη χρήση σε περίπτωση εγκυμοσύνης, ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 25 – 50% συνεχίζει να πίνει, ενώ ορισμένες καταναλώνουν σε επιβλαβές σημείο. Βάσει του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα είναι λιγότερο πιθανό να καταναλώνουν οινόπνευμα. Παρόλα αυτά, η μέθη και η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι πιθανότερο να παρατηρηθούν σε πότες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου (Anderson & Baumberg, 2006).

Η εξάρτηση από το αλκοόλ αυξάνει το «ποσοστό θνησιμότητας» έως και 50%, ανεξάρτητα από το επίπεδο κατανάλωσης οινόπνευματος (Dawson, 2000).

#### 1.4 Η κατάσταση στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης (2009) περίπου 200.000 Έλληνες πάσχουν από αλκοολική εξάρτηση, ενώ εκτιμάται ότι περίπου 5.000 θάνατοι ετησίως οφείλονται σε αιτίες που σχετίζονται με την κατάχρηση οινόπνευματος.

Τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα (2004) για την Ελλάδα δείχνουν ότι, παρά τη διαχρονική μείωση, η κατανάλωση αλκοόλ συνεχίζει να αποτελεί μια διαδεδομένη συνήθεια στη χώρα μας. Στην χώρα μας η χρήση αλκοόλ, παρουσιάζει κατά κεφαλή κατανάλωση 11,39 λίτρα και καταλαμβάνει την 10η θέση μεταξύ 26 ευρωπαϊκών χωρών. Η κατανάλωση οινόπνευματων από τους μαθητές παρουσιάζεται γενικά σταθερή κατά την περίοδο 1984-2003. Κατά την περίοδο αυτή, η χρήση μειώθηκε το 1998 σε σχέση με το 1993, αλλά αυξήθηκε το 2003 (Τερζίδου 2006; Κοκκέβη 2007). Η «βαριά κατανάλωση» οινόπνευματος, δηλαδή η κατανάλωση 5 ή περισσότερων ποτηριών για 3 τουλάχιστον φορές τον προηγούμενο μήνα, εμφανίζεται ελαφρά αυξημένη τα τελευταία 5 χρόνια. Τα περιστατικά μέθης αυξάνονται σταθερά. Το 2003 ποσοστό 12,4% των μαθητών δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει 3 φορές κατά το προηγούμενο της έρευνας χρόνο. Επειδή η αντίληψη της μέθης είναι υποκειμενική, αξιοσημείωτη είναι περισσότερο η αυξητική τάση που καταγράφεται παρά τα ίδια τα ποσοστά (Τερζίδου, 2006). Ο κίνδυνος νοσηρότητας από αλκοολισμό σε όλη τη διάρκεια ζωής, ανέρχεται για τους άνδρες σε 10-15% και για τις γυναίκες 3-5%. Η επίπτωση για ένα χρόνο υπολογίζεται στο 6%. Η νόσος αρχίζει στη νεαρή ηλικία των 20

ετών περίπου. Μόνο το 10% των αλκοολικών εμφανίζει έναρξη νόσου μετά τα 55 έτη (Τερζίδου 2006; Κοκκέβη 2007). Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. (2007) οι συνήθεις χώροι κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών μπορεί να είναι είτε στο σπίτι, είτε να σχετίζονται με κάποια μορφή διασκέδασης/εξόδου. Συνήθως, ο ένας στους τρεις ερωτώμενους καταναλώνει αλκοολούχα στο «σπίτι» (31,9%) ή στο «σπίτι κάποιου άλλου» (5,5%), ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων (61,9%) αναφέρει κατανάλωση αλκοολούχων εκτός σπιτιού και κυρίως σε χώρους διασκέδασης όπως «μπαρ/ντίσκο/κλαμπ» (28,5%), «ταβέρνα/εστιατόριο» (19,2%) και «καφενείο/καφετέρια» (14,2%). Σημαντικές διαφοροποιήσεις στο χώρο κατανάλωσης παρατηρούνται σε σχέση με το φύλο: οι γυναίκες αναφέρουν κατανάλωση αλκοολούχων στο «σπίτι» σε υψηλότερο ποσοστό από τους άνδρες (42, 3% και 33, 6%, αντίστοιχα), οι οποίοι αναφέρουν κατανάλωση αλκοολούχων κυρίως σε χώρους διασκέδασης και ιδιαίτερα σε «μπαρ/ντίσκο/κλαμπ» (30%). Όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοολούχων στους διάφορους χώρους διασκέδασης, οι γυναίκες συνήθως καταναλώνουν αλκοολούχα σε χώρους, οι οποίοι δεν αποτελούν μέρη αποκλειστικής κατανάλωσης αλκοόλ, όπως οι ταβέρνες και τα εστιατόρια, ως συνοδευτικό του φαγητού, ενώ οι άνδρες προτιμούν σε μεγαλύτερο ποσοστό να καταναλώνουν αλκοολούχα στους χώρους διασκέδασης όπως «μπαρ/ντίσκο/κλαμπ», καθώς και στο «καφενείο/καφετέρια».

## 1.5 Η κατανάλωση στους νέους

Το πρόβλημα κατανάλωσης αλκοόλ φαίνεται να είναι σημαντικό στους νέους της Ελλάδας. Βασική πηγή πληροφόρησης για την κατανάλωση οινόπνευματων στην Ελλάδα αποτελούν οι πανελλήνιες επιδημιολογικές έρευνες που υλοποιεί το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) στο γενικό και στο μαθητικό πληθυσμό. Το πλαίσιο διεξαγωγής αυτών των ερευνών παρέχει τη δυνατότητα για έγκυρη και αξιόπιστη εξέταση του φαινομένου διαχρονικά και διακρατικά, εφόσον τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται δίνουν τη δυνατότητα σύγκρισης των ελληνικών δεδομένων με τα αντίστοιχα άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα συνοπτικά στοιχεία για την κατανάλωση οινόπνευματων στην Ελλάδα από τη διεθνή έρευνα HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), η οποία πραγματοποιήθηκε το 2010 στο μαθητικό πληθυσμό ηλικίας 11-15 ετών (Κοκκέβη et al.,2011):

■ Η κατανάλωση οινόπνευματων αφορά μεγαλύτερο αριθμό αγοριών από ότι κοριτσιών και οι διαφορές μεγαλώνουν ανάλογα με τη συχνότητα και την ποσότητα που καταναλώνονται.

- Ένας στους τρεις 15χρονους εφήβους καταναλώνει κάποιο οινόπνευματώδες ποτό τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.
- Ένα στα τέσσερα αγόρια και ένα στα πέντε κορίτσια ηλικίας 15 ετών πίνουν τουλάχιστον 3 ποτά στη σειρά σε κάθε συνηθισμένη τους έξοδο.
- Δύο στους πέντε εφήβους ηλικίας 15 ετών έχουν μεθύσει τουλάχιστον μία φορά σε όλη τους τη ζωή.
- Ένας στους πέντε εφήβους ηλικίας 11-15 ετών ανέφεραν ότι πολλοί από τους φίλους τους πίνουν οινόπνευματώδη.
- Έχουν αυξηθεί σημαντικά το 2010, συγκριτικά με το 2006 (από 27, 6% σε 35, 3%), οι 15χρονοι μαθητές που καταναλώνουν οινόπνευματώδη σε εβδομαδιαία βάση, ενώ αντίθετα έχει μειωθεί το αντίστοιχο ποσοστό μαθητών που αντιλαμβάνονται τη χρήση του αλκοόλ ως ακίνδυνη. Σύμφωνα με τα ερευνητικά στοιχεία, η εβδομαδιαία χρήση των οινόπνευματωδών στους 15χρονους Έλληνες μαθητές έχει αυξηθεί σημαντικά το 2010 (35,3%) σε σύγκριση με το 2006 (27,6%).

## 1.6 Αιτιοπαθογένεια αλκοολισμού

*Trying to specify the etiology of alcoholism is analogous to shooting a fish in the water. Because of bending of light by the water, the fish is never where it appears to be. We can only discover where the fish really is in the water by requiring the fish to remain stationary while we experiment (George Valliant, 1995)*

Το φαινόμενο του αλκοολισμού αφορά όλους τους ανθρώπους κάθε ηλικίας, φύλου, επαγγελματικής ιδιότητας, μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Το στερεότυπο του αλκοολικού άστεγου είναι προ πολλού ξεπερασμένο και σε καμία περίπτωση δεν αντικατοπτρίζει την πραγματικότητα και τις διαστάσεις του φαινομένου (Ποταμιάνος, 2005).

Δεν υπάρχει ένα μοναδικό και σαφώς καθορισμένο κίνητρο που ωθεί το άτομο στο να πίνει (Λύκουρας 2006). Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ένα φαινόμενο σύνθετο και πολύ-παραγοντικό που χαρακτηρίζεται από την αλληλεπίδραση ατομικών βιολογικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών, με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, τις οικογενειακές σχέσεις και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο (Vaillant, 1995; Frances & Miller 1998 ; Λύκουρας, 2006)

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες υποθέσεις για τους αιτιοπαθογενετικούς μηχανισμούς του αλκοολισμού όπως ψυχαναλυτικές, μαθησιακές, φυσιολογικές και κοινωνιολογικές θεωρίες (Μαδιανός, 2004:179). Η πλήρης συζήτηση του θέματος της

αιτιοπαθογένειας της χρήσης αλκοόλ εκφεύγει της παρούσας ανασκόπησης. Επιλεκτικά αναφέρεται πως

το σύνολο των μέχρι τώρα θεωριών που έχουν αναπτυχθεί έχει μια ισχυρή κοινωνικοψυχολογική κατεύθυνση. Όλοι σχεδόν συμφωνούν ότι η χρήση είναι αποτέλεσμα τόσο ατομικής προδιάθεσης όσο και χαρακτηριστικών συγκεκριμένου κοινωνικού πλαισίου. Η ατομική προδιάθεση συμπεριλαμβάνει χαμηλή αυτοεκτίμηση και προηγούμενες αντικομφορμιστικές στάσεις και συμπεριφορές. Το πλαίσιο των διαπροσωπικών σχέσεων περιλαμβάνει μοντέλα που παροτρύνουν στη χρήση, εμποδωμένα στην ευρύτερη κοινότητα. Οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες ίσως εξηγούν καλύτερα την πρώιμη εμπλοκή με τη χρήση, ενώ οι ψυχολογικοί παράγοντες φαίνεται να είναι ισχυρότεροι για την εξήγηση της παραπέρα μακροχρόνιας ανάμειξης (Υφαντής 1990).

Υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν τόσο το μοντέλο της κοινωνικής επιρροής όσο και το μοντέλο της κοινωνικής επιλογής (Kringe et. al., 2010).

Τις τελευταίες δεκαετίες έγινε προφανές ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ έχει πολλαπλές αιτίες και ότι δεν υπάρχει ένας και μόνος παράγων που να προκαλεί την παθολογική αυτή κατάσταση. (Ποταμιάνος, 2005).

Επί πλέον των διαφόρων και πολλαπλών **προδιαθεσικών αιτιολογικών παραγόντων**, φάνηκε η σημασία και των λεγόμενων **εκλυτικών** παραγόντων που θα κάνουν ορατό και ενεργό το πρόβλημα που προϋπήρχε σε αφάνεια (Μουζάς, 2005) αλλά και των **παραγόντων που το κάνουν να χρονίζει και να αναπαράγεται** (Μουζάς 2005; Moussas et al, 2009; Kringe et al, 2010).

Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να τονιστεί ότι οι παράγοντες αλκοολισμού δε λειτουργούν ατομικά αλλά συλλογικά, δηλαδή υπόκεινται σε συνεχή αλληλεξάρτηση για να οδηγήσουν στον αλκοολισμό (Ποταμιάνος, 2005).

## Προδιαθεσικοί παράγοντες στην εξάρτηση από το αλκοόλ

### ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ

- Γενετική προδιάθεση (μεταλλαγές στο χρωμόσωμα 11 που επηρεάζουν την παραγωγή του υποδοχέα D2 της ντοπαμίνης, μειωμένη έκφραση του ένζυμου αφυδρογονάση της αλκοόλης)
- Τάση προς εθισμό
- Ικανότητα ανοχής του αλκοόλ

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ

- Άγχος, καταπίεση
- Κατάθλιψη
- Κοινωνική φοβία, εσωτερίκευση αισθημάτων
- Διαταραχές προσωπικότητας (borderline προσωπικότητα)
- Γενικευμένο ψυχικό άλγος (πένθος, μετανάστευση, οικονομικές καταστροφές, απώλεια της ελευθερίας)
- Χρήση του αλκοόλ ως ψυχοφάρμακο (αντιμετώπιση αναστολών, άγχους, φοβίας, δυσφορίας, αϋπνίας)
- Εξάρτηση από άλλες ουσίες (ηρωίνη, κοκαΐνη, κάνναβις) και συμπεριφορές εξάρτησης (παθολογικό τυχερό παιχνίδι, βουλιμία, ψυχογενής ανορεξία, δικτυακοί τόποι (site) με σεξουαλικό περιεχόμενο)

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ

- Πίεση του ατόμου από τον κοινωνικό περίγυρο ώστε να καταναλώσει περισσότερο αλκοόλ (κοινωνικές εκδηλώσεις, συμμετοχικότητα, συντροφικότητα, παρέα, «τελετές-ενηλικίωσης»)
- Συγκρούσεις στην οικογένεια (σύζυγοι μεταξύ τους, γονείς-παιδιά)
- Συγκρούσεις στην εργασία (προϊστάμενοι, συνάδελφοι, ανταγωνιστές)
- Αρχόμενη ή προχωρημένη περιθωριοποίηση του ατόμου ή του συνολικού κοινωνικού περιγύρου (συνέπειες πολέμων ή φτώχειας)

Μουζάς 2005

**Εκλυτικοί παράγοντες της εξάρτησης από το αλκοόλ**

- Σημαντικές περιόδους αλλαγής στην ζωή του ατόμου
  - Εφηβεία
  - Ωρίμανση, συνταξιοδότηση
  - Γηρατειά
- Γεγονότα τραυματικά
  - Πένθος
  - Ασθένειες
  - Ατυχήματα
  - Διαζύγιο
- Προβλήματα σε συναισθηματικές και προσωπικές σχέσεις
  - Γάμος
  - Οικογένεια
  - Σχέσεις με φίλους και παρέα
- Εργασιακά προβλήματα
  - Αλλαγή είδους εργασίας ή τόπου εργασίας
  - Ανεργία
  - Αύξηση ή μείωση των ευθυνών στην εργασία

**Παράγοντες που συντελούν στην χρονιότητα στην εξάρτηση από το αλκοόλ**

- Σύστημα ανταμοιβής στο κεντρικό νευρικό σύστημα  
(κεντρικός μηχανισμός εξάρτησης από ουσίες)
- Ψυχολογικά πλεονεκτήματα από την χρήση του αλκοόλ λόγω της ηρεμιστικής και αγχολυτικής δράσης του
- Κοινωνική ανεκτικότητα, πολιτισμός του αλκοόλ
- Μηχανισμοί ψυχολογικής άρνησης από το εξαρτημένο άτομο  
(«δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα»)
- Κάλυψη του προβλήματος από τους συγγενείς, εργασιακό περιβάλλον, γιατρούς
- Απόκτηση και διατήρηση διακριτών ρόλων στο σύστημα της οικογένειας από τον αλκοολικό και τα άλλα μέλη της, προσπάθεια να κρατηθεί η «ισορροπία»

Μουζάς 2005



## 1.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Πρέπει εξ αρχής να τονιστεί ότι η θεραπεία του αλκοολικού είναι μια δύσκολη και επίπονη προσπάθεια τόσο για τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του, τους φίλους του αλλά και για τους συμμετέχοντες θεραπευτές. Για τους τελευταίους, η σημαντικότερη ηθική ανταμοιβή είναι το τελικό αποτέλεσμα ενός αλλαγμένου ατόμου, μιας αλλαγμένης οικογένειας και αμέσου κοινωνικού περίγυρου μέσω της περίπλοκης διαδικασίας της αλλαγής.

Τα τεράστια προβλήματα από την κατάχρηση ή την εξάρτηση των οινόπνευματων είναι ατομικά, οικογενειακά, οικονομικά και κοινωνικά (Nikelly, 1994). Άρα η πρόληψή τους και η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι σύνθετες και επιτακτικές (Μαδιανός, 2004; Kring, 2010). **Βασική αρχή: Η επιθυμία του ατόμου να διακόψει τη λήψη οινόπνευματων.** «Μόνο ένα 20% των αλκοολικών υπόσχονται και κρατούν την υπόσχεσή τους να διακόψουν τη λήψη οινόπνευματος, ένα 30% των αρρώστων σε θεραπευτική διαδικασία παραμένει σε αποχή από το ποτό, ενώ ένα άλλο 30% βελτιώνει την κατάσταση της υγείας του» (Μαδιανός, 2004:183). Η υποχρεωτική θεραπεία έχει μηδαμινή πιθανότητα επιτυχίας (Λύκουρας, 2000). Η θεραπεία δεν είναι κάτι παθητικό, το οποίο ο χρήστης υφίσταται, αλλά μια προσπάθεια με στόχο την τροποποίηση παλαιών θέσεων απέναντι στη ζωή και στις ουσίες και την παράλληλη ανάπτυξη και ενδυνάμωση παραγόντων της προσωπικότητας, της οικογένειας και της κοινωνίας, που θα μπορούσαν να δράσουν ευοδωτικά στην προσπάθεια για μια ζωή μακριά από το αλκοόλ (Λιάππας, 2003:75).

Οι τρόποι αντιμετώπισης ποικίλουν ξεκινώντας από μακροχρόνια προγράμματα τύπου θεραπευτικής κοινότητας έως ολιγοήμερες αντιμετωπίσεις των στερητικών συνδρόμων σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων. (Λιάππας, 2003; Λύκουρας, 2006). Η Φροντίδα για τους αλκοολικούς ασθενείς διαφέρει στις λεπτομέρειες μεταξύ των χωρών. Σε γενικές γραμμές, παρέχεται τόσο από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα της υγείας καθώς και από εθελοντές και μη κυβερνητικές οργανώσεις. Παρατηρείται επίσης στη Νότια Ευρώπη μια τάση προς την δημιουργία περιφερειακών δικτύων Αλκοολογίας. Η Φροντίδα Υγείας του αλκοολικού ασθενή προσφέρεται από μια μεγάλη ποικιλία επαγγελματιών υγείας: Ψυχίατροι, γαστρεντερολόγοι, παθολόγοι, γενικοί ιατροί, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί. Ειδική ή εξειδικευμένη θεραπεία απευθύνεται σε ασθενείς με ποικίλο φάσμα της σοβαρότητας της εξάρτησης από το αλκοόλ ή ψυχιατρική συνοσηρότητα. Η υγειονομική περίθαλψη, με τη μορφή της ειδικής θεραπείας για το αλκοόλ ποικίλλει σημαντικά από χώρα σε χώρα ανάλογα με τις εθνικές πολιτικές, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, τη χρηματοδότηση, καθώς και τους



ποικίλους ανθρώπινους πόρους. Οι δομές που εμπλέκονται περιλαμβάνουν κέντρα αποτοξίνωσης σε εξωτερική βάση (outpatient alcohol withdrawal centre), ιατρεία και τα νοσοκομεία (Mouzas, 2011).

Η θεραπεία του αλκοολισμού όπως υποστηρίζεται πρέπει να είναι προσβάσιμη σε όλα τα επίπεδα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση μπορεί να βελτιωθεί μέσω της αύξησης της ευαισθητοποίησης και της θετικής στάσης των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Mouzas 2011). Η συμμετοχή στις ομάδες αυτοβοήθειας συνιστάται ένθερμα από τους κλινικούς, εφόσον συνεχίζεται η ιατρική παρακολούθηση. Στο προτεινόμενο πρόγραμμα των 12 βημάτων των Ανώνυμων Αλκοολικών (AA) δίνεται έμφαση στην αδυναμία του αλκοολικού να αντιμετωπίσει το πρόβλημά μόνος του, ενώ, αντίθετα, η συμμετοχή στις ομάδες αυτές και οι διεργασίες μέσα από αυτές τον ενισχύουν και τον βοηθούν να επιλύσει το πρόβλημά της εξάρτησης (Λύκουρας, 2000).

Ο στόχος της ολοκληρωμένης θεραπείας του αλκοολικού, μετά την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου, αποσκοπεί στην **διατήρηση της αποχής, την αποκατάσταση και επανένταξη του ασθενούς, καθώς και την αντιμετώπιση τυχόν κοινωνικών, ιατρικών και ψυχιατρικών προβλημάτων που συνυπάρχουν**. Η φαρμακευτική θεραπεία αποτελεί μέρος της συνολικής θεραπευτικής παρέμβασης. (Μουζάς, 2005).

Η επιλογή της μεθόδου αντιμετώπισης εξαρτάται περισσότερο από το τι είναι διαθέσιμο για το συγκεκριμένο τόπο και χρήστη και λιγότερο από το τι θεωρείται ιδανικό για την περίπτωση (Λύκουρας, 2006). Το τι είναι διαθέσιμο, τις περισσότερες φορές αποτελεί ένα συνδυασμό παραμέτρων, όπως το νομικό καθεστώς της χώρας, οι επικρατούσες κοινωνικές αντιλήψεις, οι προσωπικές προτιμήσεις του θεραπευόμενου και τέλος, η ειδική εκπαίδευση του θεραπευτή.

Ως γενικοί θεραπευτικοί στόχοι (Λιάππας, 2003:77) θα μπορούσαν να αναφερθούν τα εξής:

- **Ανακούφιση του ατόμου από τα σωματικά στερητικά συμπτώματα που οφείλονται στη χρόνια λήψη της ουσίας**
- **Αντιμετώπιση των πόνων και της δυσφορίας**
- **Υποστήριξη των βιολογικών λειτουργιών του σώματος**
- **Εξασφάλιση ενός σταθερού και ασφαλούς περιβάλλοντος με σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα.**
- **Δημιουργία συνθηκών ενθάρρυνσης για μια πιο μακροχρόνια θεραπευτική συνεργασία, καθώς και προετοιμασία για παραπομπή του χρήστη σε ανάλογους θεραπευτικούς οργανισμούς.**

Η έγκαιρη επισήμανση και διάγνωση του αλκοολισμού είναι αποφασιστικής σημασίας το κόστος της θεραπείας είναι τότε μικρότερο, η πρόγνωση ευνοϊκότερη και οι επιπλοκές λιγότερες (Λύκουρας, 2006; Μουσάς et al, 2010). Η διάγνωση του αλκοολισμού συχνά διαφεύγει, διότι οι αλκοολικοί αρνούνται το πρόβλημά τους και έτσι αρκετά συχνά επιτυγχάνουν τη συγκάλυψή του. Ο στόχος του γιατρού ή της ομάδας που ασχολείται μαζί του είναι να υπερβεί την αρνητική στάση του αλκοολικού και να τον βοηθήσει να αποκτήσει επίγνωση της νοσηρής αυτής κατάστασης (Λιάππας, 2003; Μουζάς, 2005)

Τα άτομα που έχουν απεθιστεί από το οινόπνευμα εμφανίζουν αξιόλογη αποκατάσταση σε σχέση με ορισμένα σωματικά και κοινωνικά προβλήματα, που τους δημιούργησε η χρόνια κατάχρηση οινόπνεύματος και έχουν βρει τρόπους να επανακτήσουν τη χαμένη αυτοπεποίθηση τους και ελπίδα για το μέλλον (Λύκουρας, 2006).

## 1.8 Ενδονοσοκομειακή Θεραπεία

Εδώ και χρόνια τα δημόσια νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές σε όλο τον κόσμο παρέχουν θεραπεία σε ανθρώπους εξαρτημένους από το αλκοόλ, προσφέροντας μία ποικιλία ατομικών και ομαδικών θεραπειών. Η αποτοξίνωση, δηλαδή η αποχή από το αλκοόλ, συχνά είναι δύσκολη, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο και διαρκεί περίπου ένα μήνα. Πολλοί ασθενείς περνούν τη διαδικασία της αποτοξίνωσης πολλές φορές. Δυστυχώς, αν κάποιος έχει περάσει τη φάση της αποτοξίνωσης πολλές φορές, έχει χειρότερη ανταπόκριση στη θεραπεία (Malcolm et al., 2000).

Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της ενδονοσοκομειακής θεραπείας δεν είναι ανώτερα από εκείνα της εξωνοσοκομειακής (Mundle et al, 2001; Soyka et al., 2001). Επιπλέον σε ό, τι αφορά τη νοσηλεία για αποτοξίνωση, η σύντομη παραμονή (λιγότερο από οκτώ ημέρες) μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική με εκείνη που διαρκεί περισσότερες ημέρες (Foster & Marshall & Peters, 2000). Υπάρχουν επίσης στοιχεία ότι, για επιλεγμένες ομάδες ασθενών, ακόμη και η αποτοξίνωση στο σπίτι μπορεί να αποτελεί εφαρμόσιμη εναλλακτική των νοσοκομείων ημέρας ή της ενδονοσοκομειακής θεραπείας (Allan et al., 2000; Λύκουρας, 2006). Εντούτοις, μία ανάλυση της θεραπείας για την εξάρτηση από το αλκοόλ καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ενδονοσοκομειακή προσέγγιση μπορεί να είναι απαραίτητα για άτομα που έχουν λίγες πηγές κοινωνικής υποστήριξης, που ζουν σε ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει την κατάχρηση αλκοόλ και ιδιαίτερα για άτομα που έχουν και άλλα σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα πέρα από την κατάχρηση ουσιών (Finney & Moos, 1998).

## **1.9 Θεραπευτικές προσεγγίσεις της εξάρτησης και κατάχρησης οινόπνευματων.**

### **1.9.1 Ατομική θεραπεία**

Περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης, ψυχωτικών, στερητικών συμπτωμάτων και επιπλοκών, κατάλληλη διατροφή, ανάπαυση, ψυχοθεραπεία. Η χρήση βενζοδιαζεπινών 25-100 μγρ είναι θεραπεία εκλογής για το στερητικό σύνδρομο (Μαδιανός, 2004).

### **1.9.2 Ατομικές ψυχοθεραπείες**

Έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικότερες ορισμένες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, με βάση την συσσωρευμένη εμπειρία, στον ασθενή με ΠΣΑ. Αυτές είναι η θεραπεία κινητοποίησης (motivational), η γνωσιακή-συμπεριφορική, η συστημική και η ψυχοδυναμική θεραπεία (Andersen & Gual, 2005; Μουζάς, 2005).

### **1.9.3 Οικογενειακή ψυχοθεραπεία θεραπεία ζεύγους.**

Ο αλληλοσυσχετισμός που υπάρχει ανάμεσα στην κατάχρηση αλκοόλ και στις οικογενειακές συγκρούσεις, όπου η αιτιώδης σχέση είναι αμφίδρομη, έχει οδηγήσει στη χρήση διαφόρων ειδών θεραπείας ζεύγους και οικογενειακής θεραπείας, που έχουν ως στόχο να βοηθήσουν τους χρήστες αλκοόλ να απέχουν από αυτό ή να ελέγξουν την υπερβολική του κατανάλωση (Ο'Farrell, 1993). Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία στον χώρο των εξαρτήσεων από ψυχοτρόπες ουσίες γενικότερα έχει αναπτυχθεί στην διάρκεια των τελευταίων 40 χρόνων, επομένως έχει στην διάθεσή της ένα μεγάλο πλούτο εμπειριών, προσεγγίσεων, καθώς και μελέτες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητά της (Pomini, Liappas, Boukounala 2002; Λιάππας & Πομίνι 2006). Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην οποία ένας ή περισσότεροι θεραπευτές συνεργάζονται με ποικίλους συνδυασμούς μελών μιας οικογένειας, αξιοποιούν και εισάγουν πληροφορίες έτσι ώστε να αλλάζουν οι δυναμικές των σχέσεων και οι αλληλεπιδράσεις στο οικογενειακό πλαίσιο στο οποίο παρουσιάζεται το πρόβλημα (ή το σύμπτωμα), με αποτέλεσμα να αλλάζει και ο τρόπος επικοινωνίας της οικογένειας και αυτό να συνδέεται με την μείωση ή και την επίλυση του προβλήματος ή και της ψυχολογικής δυσφορίας (Πομίνι, 2007). Τα περισσότερα άτομα που απευθύνονται στις υπηρεσίες απεξάρτησης από το αλκοόλ είναι ενήλικες, επομένως συχνά υπάρχει σύντροφος ή σύζυγος άμεσα εμπλεκόμενος με το πρόβλημα. Στην Ελλάδα τα περισσότερα περιστατικά που απευθύνονται στις υπηρεσίες απεξάρτησης είναι 36-50 ετών (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν 2006). Το ζεύγος θεωρείται υπο-σύστημα

της οικογένειας και μπορεί η θεραπευτική παρέμβαση να απευθύνεται σε αυτό, με στόχο (Πομίνι & Λιάππας, 2007):

- α) να ξαναβρεθεί ανάμεσα στο ζευγάρι μια ισορροπία στα επίπεδα εγγύτητας, όπως οι ίδιοι την επιθυμούν, η οποία έχει διαταραχθεί από την παρουσία του αλκοόλ,
- β) την αντιμετώπιση και τον χειρισμό των συγκρούσεων που υπάρχουν,
- γ) την πρόληψη και αποφυγή βίαιων συμπεριφορών,
- δ) να βρεθεί μια νέα ισορροπία στην ανάληψη οικογενειακών ευθυνών και κυρίως στον γονεϊκό ρόλο,
- ε) τον σχεδιασμό εναλλακτικών δραστηριοτήτων που βοηθούν την αποφυγή του αλκοόλ και υποστηρίζουν την αποχή, τόσο σε οικογενειακό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο,
- στ) την εξάσκηση σε νέους, λειτουργικούς τρόπους επικοινωνίας,
- ζ) την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και των δύο μελών,
- η) η ενίσχυση των θετικών πλευρών της σχέσης.

Είναι σημαντικό η οικογενειακή ψυχοθεραπεία ή η θεραπεία ζεύγους να αποτελεί μέρος μιας συνολικότερης θεραπευτικής δράσης και να μην συνιστά μια απομονωμένη προσέγγιση. Π.χ. μπορεί να ακολουθήσει ή να προσφέρεται παράλληλα με μια ατομικού τύπου υποστηρικτική παρέμβαση ή/και με την χορήγηση ανταγωνιστικών φαρμάκων. Μπορεί επίσης, να οδηγήσει στην αποδοχή μιας νοσηλείας, να αρχίσει παράλληλα με αυτήν ή αμέσως μετά το εξιτήριο και να συνδέεται με παρακολούθηση ομάδων αυτοβοήθειας, όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί. Συνολικά, τα αποτελέσματα των μελετών συγκλίνουν στην αναγκαιότητα της ένταξης της οικογένειας στη θεραπεία απεξάρτησης, αφού αποδεικνύουν ότι η συμμετοχή της: α) μπορεί να οδηγήσει – με την κατάλληλη εκπαίδευση- στην εμπλοκή του εξαρτημένου ατόμου στη θεραπεία, β) σχετίζεται θετικά με το συνολικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και τη διατήρηση της αποχής και γ) συντελεί στο να βοηθηθεί η ίδια από αυτήν βελτιώνοντας έτσι το περιβάλλον στο οποίο εντάσσεται το εξαρτημένο μέλος μετά τη θεραπεία (Μισουρίδου, 2010). Συμπερασματικά, η θεραπεία ζεύγους που απευθύνεται σε αλκοολικούς και τους συντρόφους/суζύγους τους έχει τρεις βασικούς στόχους: α) να μειωθεί η κατάχρηση αλκοόλ, β) να μειωθεί το στρες συνδεδεμένο με την ύπαρξη της εξάρτησης και γ) να βελτιωθεί η συζυγική σχέση (Vetere & Henley 2001, Copello & Velleman 2005).

#### 1.9.4 Κίνημα αυτοβοήθειας και αποχή από το αλκοόλ

Ο αλκοολισμός αποτελεί ένα ιδιάζον κλινικό φαινόμενο μεγάλης έκτασης. Αναφέρεται επίσης πως κανένα άλλο πεδίο ψυχοπαθολογικών μεταβολών δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο θεραπευτικής διεκδίκησης από μη ψυχιατρικές ομάδες, επαγγελματιών της υγείας ή μη, όσο της εξάρτησης (Τζαβάρας, 2004).

Σήμερα οι ομάδες αυτοβοήθειας παρουσιάζουν τεράστια εξάπλωση σε διεθνές επίπεδο (Makela et al 1996: 26). Στις Η.Π.Α για παράδειγμα οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι η πιο συχνά επισκεπτόμενη πηγή παροχής βοήθειας για τα προβλήματα εξάρτησης από το αλκοόλ και άλλες ψυχοτρόπες ουσίες. (Workgroup on Substance Abuse Self Help Organizations, 2003). Οι **Ανώνυμοι Αλκοολικοί ΑΑ** και τα **Club Αλκοολικών σε Αποκατάσταση (ΚΑΑ)** είναι η συμβολή του κινήματος αυτοβοήθειας στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Η διάδοση των δύο αυτών μεθόδων σε διαφορετικά πολιτιστικά και κοινωνικά περιβάλλοντα μαρτυρεί την αμεσότητα της προσέγγισης και την κατανόηση των πολλαπλών πλευρών του προβλήματος της εξάρτησης από το αλκοόλ. «Οι δύο αυτές προσεγγίσεις χαρακτηρίζονται από μια δοκιμασμένη μεθοδολογία, κεντρικό σημείο της οποίας είναι η *αξιοποίηση της θετικής αλληλεπίδρασης* των μελών κατά την διάρκεια των τακτικών συναντήσεων και από τον *κοινό στόχο που είναι η αποχή και η νηφαλιότητα*» (Μουζάς 2005:192).

Η ιστορική προσέγγιση στο πρόβλημα της εξάρτησης από το αλκοόλ, από την πλευρά της αυτοβοήθειας, είναι οι **Ανώνυμοι Αλκοολικοί**. Πρόκειται για την πλέον αποτελεσματική μακροχρόνια ψυχουποστηρικτική ή προσπάθεια του αλκοολικού με βάση το πρόγραμμα των 12 βημάτων (Λαϊνάς, 2007). Μέσα στο ασφαλές πλαίσιο των ομοτίμων, το άτομο ενδυναμώνεται και αρχίζει να ενεργοποιείται. Η αρχή των ομοτίμων σε συνδυασμό με τη φιλοσοφία της αυτενέργειας για της αυτοδιαχείρισης που χαρακτηρίζουν μια ομάδα αυτοβοήθειας οδηγούν σε αλλαγές (Reisman 1997; Λαϊνάς 2007). Ο αλκοολισμός αντικαθιστά τα καθημερινά του παθολογικά βιώματα με τα νέα μέσα από την ομάδα των Α.Α. για τον κοινό αγώνα. Υπάρχουν επίσης ομάδες αυτοβοήθειας συζύγων αλκοολικών.

Τα **clubs των αλκοολικών σε Αποκατάσταση (ΚΑΑ)** είναι κοινότητες που αποτελούνται από οικογένειες. Βασίζονται στην αποδοχή ότι για να επέλθει αποκατάσταση από τα ΠΣΑ θα πρέπει να συμμετέχει σε αυτήν όλο το σύστημα στο οποίο ζει και ανήκει ο αλκοολικός. Μέσα στο club, οι οικογένειες υποβάλλονται σε μια διαδικασία αλλαγής, πολιτιστικής και κοινωνικής (Μουζάς, 2005). Οι οικογένειες με προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ (Π.Σ.Α) βοηθούνται να αναπτυχθούν και να

ωριμάσουν, να επικοινωνούν και να αλληλεπιδρούν παραγωγικά με την κοινότητα στην οποία ζουν και ανήκουν (Hudolin, 2001).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

### ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ

#### 2.1. Προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ

Τα στοιχεία επιδημιολογικών ερευνών (WHO, 2001) δείχνουν ότι η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλης που υπερβαίνει τα 60-80 gr για τους άνδρες και τα 20-40 gr για τις γυναίκες ενδέχεται να προκαλέσει Προβλήματα Σχετιζόμενα με το Αλκοόλ (Ποταμίανος, 2005)

Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας συμφωνεί στο γεγονός ότι το αλκοόλ επηρεάζει ουσιαστικά όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος, ενώ η κατανάλωσή του σχετίζεται με περισσότερες από 60 ιατρικές καταστάσεις (WHO, 2004). Συγκεκριμένα:

- Συμμετέχει στην παθογένεση αρκετών καρκίνων όπως αυτοί του στόματος, οισοφάγου και λάρυγγος (English et al, 1995; Μουζάς, 2005) και του ηπατοκυτταρικού καρκίνου (McCullough, 1999). Επίσης η κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου και του μαστού (Longecker, 1994).
- Στο νευρικό σύστημα, η υπερβολική και παρατεταμένη κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί ποικίλες βλάβες του εγκεφάλου και των περιφερικών νεύρων. Οι βλάβες αυτές μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές αναπηρίες διάφορων μορφών. Επιπλέον, μπορεί να εμφανισθούν επιληψία, περιφερική πολυνευροπάθεια και σύνδρομο Wernicke – Korsakoff.
- Επιδεινώνει συχνές νοσηρές καταστάσεις όπως υπέρταση, διαβήτη, γαστρίτιδα, εγκεφαλικά επεισόδια, κατάθλιψη.
- Προκαλεί γαστρεντερικά προβλήματα, παθήσεις του παγκρέατος (οξεία παγκρεατική βλάβη, αλκοολική παγκρεατίτιδα), καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Σκελετικές και μυικές παθήσεις.
- Ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές (διαταραχές του συναισθήματος, αγχώδεις διαταραχές).
- Επιπλέον, το αλκοόλ αυξάνει τις πιθανότητες και τη σοβαρότητα ορισμένων ασθενειών, όπως η καρδιομυοπάθεια, χωρίς ν' αποτελεί πρωταρχική αιτία εμφάνισής τους, με τρόπο που εξαρτάται από την καταναλωθείσα ποσότητα, τη συχνότητα και το βαθμό της επεισοδικής υπερκατανάλωσης (Anderson & Baumberg, 2006).



- Προκαλεί σωματικές βλάβες στο έμβρυο και στην έγκυο γυναίκα (Chang et. al., 1998). Η κατανάλωση οινοπνεύματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να εκθέσει το έμβρυο σε διάφορους κινδύνους, όπως το αλκοολικό εμβρυϊκό σύνδρομο (WHO, 2004). Οι συνηθέστερες ανωμαλίες είναι προγεννητική και μεταγεννητική ελλιπής αύξηση, μικροκεφαλία, διανοητική καθυστέρηση, καρδιακές ανωμαλίες κ.τ.λ. (ΟΚΑΝΑ, 1999).
- Αναφέρεται ως άμεση ή έμμεση αιτία σε πολλές παθήσεις και τραυματισμούς, καθώς και σε κοινωνικά και νομικά προβλήματα.
- Το αλκοόλ δεν επηρεάζει αρνητικά μόνο τον ίδιο τον πότη, αλλά προκαλεί προβλήματα και κινδύνους και σε άλλα άτομα. Πολλά άτομα – εκτός από τον οδηγό – σκοτώνονται κάθε χρόνο σε τροχαία λόγω μέθης. Στα άτομα που κινδυνεύουν περιλαμβάνονται 60.000 ελλειποβαρή νεογνά, 16% του συνόλου των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και 5 – 9 εκατομμύρια παιδιά με προβληματικές οικογένειες λόγω κατανάλωσης οινοπνεύματος (Anderson & Baumberg, 2006).

## 2.2 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και αλκοόλ

Ήδη από το 1980 ο Π.Ο.Υ. ανέφερε την επιτακτική ανάγκη εργαλείων ανίχνευσης των περιπτώσεων υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και την ανάγκη σχεδιασμού στρατηγικών πληροφόρησης και πρόληψης καθώς και μεθόδων βραχείας παρέμβασης, με την ελάχιστη δαπάνη χρόνου και πόρων (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2002). Η λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (γενικοί γιατροί, παιδίατροι, επαγγελματίες υγείας, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί) έχουν στη διάθεση τους εργαλεία πρώιμης ανίχνευσης και διάγνωσης προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ τα οποία μπορούν να εφαρμοστούν και να προσαρμοστούν σε συγκεκριμένες ομάδες και ανάγκες (Taj et al. 1998, Blazer 2009). Η **πρώιμη ανίχνευση** μπορεί να ωφελήσει τα άτομα που βρίσκονται να κάνουν επικίνδυνη ή επιβλαβή χρήση και με πρώιμη παρέμβαση μπορεί να ωφεληθούν οι ίδιοι και να προασπισθεί η κατάσταση της υγείας τους. **Οι βραχείες παρεμβάσεις** των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υποστηρίζονται ως αποτελεσματικές στη μείωση κατανάλωση αλκοόλ κατά πάνω από 25% σε άτομα με επικίνδυνη ή βλαβερή κατανάλωση (WHO 2002). Οι παρεμβάσεις αυτές είναι οικονομικά αποτελεσματικές, μειώνουν το κόστος φροντίδας υγείας, και οδηγούν σε καλύτερη υγεία (Babor & Higgins-Biddle 2001). Πέντε (5) συστηματικές



ανασκοπήσεις με μετα-ανάλυση ειδικά εστιασμένες στην αποτελεσματικότητα των βραχέων παρεμβάσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Kahan et al. 1995; Poikolainen 1999; Ballesteros et al., 2004a; Whitlock et al. 2004; Bertholet et al, 2005) κατέληξαν ότι οι βραχείες παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι αποτελεσματικές. Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των βραχέων παρεμβάσεων σε δομές γενικού νοσοκομείου (Emmen et al 2004)

Μερικοί άνθρωποι με αλκοολική εξάρτηση βελτιώνονται από μόνοι τους και δεν απαιτείται για τον καθένα ειδική θεραπεία, αν και για πολλούς είναι απαραίτητη (Dawson et. al., 2005). **Τα άτομα με εξάρτηση μπορούν να λάβουν φροντίδα στη πρωτοβάθμια υγεία αν συμφωνήσουν να απέχουν ακόμη κι αν δεν θεωρούν ότι είναι εξαρτημένα, εάν αρνούνται να απευθυνθούν σε ένα ειδικό κέντρο και δεν έχουν σοβαρές ψυχιατρικές, κοινωνικές ή ιατρικές επιπλοκές** (Λύκουρας 2006).

Σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2006) τα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ θα πρέπει να παραπέμπονται για εξειδικευμένη θεραπεία όταν έχουν προηγηθεί ανεπιτυχείς θεραπευτικές προσπάθειες, όταν υπάρχουν σοβαρές επιπλοκές, ή κίνδυνος μέτριων προς σοβαρών στερητικών συμπτωμάτων, όταν υπάρχει σοβαρή ιατρική ή ψυχιατρική συνοσηρότητα και όταν δεν μπορεί να δοθεί θεραπεία από την ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Andersen et al, 2005).

Το καλύτερο μοντέλο για τη σχέση μεταξύ της πρωτοβάθμιας υγείας και των εξειδικευμένων υπηρεσιών δεν είναι σαφές. Στις ΗΠΑ, τουλάχιστον, φαίνεται ότι **ο συνδυασμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των θεραπειών εξάρτησης δίνει ένα καλύτερο αποτέλεσμα από την παροχή τους χωριστά** (Weisner et al 2001; Samet et al, 2001). Η σε χρόνο παρακολούθηση μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο υποτροπής (Hilton et al 2001; Stout et al 1999), οπότε είναι πιθανόν σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να διατηρούν επαφή για μεγάλο διάστημα με τους ασθενείς που θεραπεύονται για την εξάρτηση από το αλκοόλ και που δεν είναι ακόμη υπό θεραπεία από εξειδικευμένες υπηρεσίες (Andersen et al, 2005) Έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση μπορεί να βελτιωθεί μέσω της αύξησης της ευαισθητοποίησης και της θετικής στάσης των παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. «Τα δυνατά σημεία στην αντιμετώπιση των αλκοολικών ασθενών συνδέονται κυρίως με περιφερειακά δίκτυα Αλκοολογίας. Αυτά τα δίκτυα μπορούν να βοηθήσουν στην διατήρηση της συνεχούς φροντίδας: τη μείωση του κατακερματισμού των υπηρεσιών, παρέχουν υπηρεσίες με τον πιο αποτελεσματικό και ενδεδειγμένο τρόπο, τον συντονισμό και την παρακολούθηση παραπομπής» (Mouzas, 2011).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

# ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ: «ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΛΚΟ»

### 3.1 Αλκοολισμός και Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

Η κατανάλωση οινοπνεύματος έχει επιπτώσεις στην υγεία και την κοινωνική ζωή του ατόμου διαμέσου της τοξίκωσης (οξείας μέθης), της εξάρτησης και άλλων βιοχημικών επιπτώσεων της αλκοόλης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι τα ποικίλα, σοβαρά και διαφορετικά προβλήματα των χρηστών οινοπνευματωδών ποτών απαιτούν βιο-ψυχο-κοινωνική (ολιστική) προσέγγιση από διεπιστημονική ομάδα, ώστε να μειωθεί κατά το δυνατόν το πρόβλημα του αλκοολισμού. Η θεραπεία του Αλκοολισμού πρέπει να είναι προσβάσιμη σε όλα τα επίπεδα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (Mouzas, 2011)

Οι ασθενείς με σχετιζόμενα με το αλκοόλ προβλήματα (**Π.Σ.Α**) βρίσκονται στα Εξωτερικά Ιατρεία Επειγόντων περιστατικών όλων των ειδικοτήτων και η αντιμετώπιση τους πραγματοποιείται από διαφορετικές θεραπευτικές ομάδες (Διακογιάννης, 2010) :

- Στα Τακτικά Ε.Ι και στα Ε.Ι Επειγόντων της Ψυχιατρικής Κλινικής
- Νοσηλευόμενοι σε διάφορες Κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου
- Νοσηλευόμενοι στην ψυχιατρική κλινική

Η **Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική** αντιμετωπίζει το πλήθος των σωματικών προβλημάτων. Στο **Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων** του **Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας** από το 2008 προσφέρεται η δυνατότητα νοσηλείας για τη σωματική απεξάρτηση από το αλκοόλ και την τοποθέτηση βάσεων της ψυχικής απεξάρτησης που συνεχίζει σε δεύτερη φάση με εξωτερική παρακολούθηση (ατομικά, ομαδικά, οικογενειακά). Αντιμετωπίζονται περιστατικά με συνοσηρότητα αλκοολισμού και άλλων ψυχικών διαταραχών. Η **ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση του αλκοολισμού περιλαμβάνει τη χορήγηση** φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου και των συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης, ψυχωτικών, στερητικών συμπτωμάτων και επιπλοκών, όπως επίσης και ατομικές ή/και οικογενειακές ψυχοθεραπείες και ομαδική συμβουλευτική.

### 3.2 Εξωτερικό Ιατρείο Υποστήριξης και Αντιμετώπισης Χρηστών Οινόπνεύματος «ΙΑΤΡΕΙΟ ΑΛΚΟ» στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Από τον Απρίλιο του 2011 λειτουργεί το **Εξωτερικό ιατρείο υποστήριξης και αντιμετώπισης χρηστών οινόπνεύματος** με βασικό στόχο την παροχή ολοκληρωμένης σωματικής, ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής εκτίμησης των ατόμων με προβλήματα στη χρήση οινόπνευματων που ζητούν βοήθεια σε εξωτερική βάση (υπ' αριθμ 20/29-07-2010 απόφαση του Δ.Σ του Π.Γ.Ν. Λάρισας).

Ο Σχεδιασμός του συγκεκριμένου ιατρείου προέκυψε μετά από εκτίμηση αναγκών που συγκέντρωναν άτομα με πρόβλημα στη χρήση αλκοόλ αλλά και οι οικογένειες με μέλος αλκοολικό. Οι τελευταίες επιζητούσαν υποστήριξη στην κινητοποίηση των μελών τους να ζητήσουν θεραπεία καθώς και υποστήριξη για τις (πιθανές) βλάβες που προκαλεί στους κόλπους της κάθε οικογένειας η ύπαρξη ενός εξαρτημένου ατόμου.

Ο σχεδιασμός του «Ιατρείου ΑΛΚΟ» έγινε προκειμένου:

- Να ωφελήσει σε **εξωτερική** βάση άτομα με επικίνδυνη/επιβλαβή χρήση αλκοόλ και εξαρτημένους καθώς επίσης άμεσα τους πάσχοντες από παθολογικά και ψυχικά προβλήματα από τη χρήση οινόπνευματων ποτών, ο αριθμός των οποίων αυξάνεται και δεν προσφέρεται σήμερα ολιστική προσέγγιση. Όπως προαναφέρθηκε τα θεραπευτικά αποτελέσματα της ενδονοσοκομειακής θεραπείας δεν είναι ανώτερα από εκείνα της εξωνοσοκομειακής (Mundle et al., 2001; Soyka et al., 2001)
- Να διατηρηθεί η συνεχής φροντίδα στα άτομα με Π.Σ.Α, να μειωθεί ο κατακερματισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών και να παραχθούν υπηρεσίες με πιο αποτελεσματικό και ενδεδειγμένο τρόπο όπως επίσης και να επιτευχθεί συντονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών και παρακολούθηση της κάθε παραπομπής
- Να ωφελήσει έμμεσα τις οικογένειες των πασχόντων παρέχοντας υποστήριξη, ανακούφιση, εκπαίδευση και ψυχοθεραπευτική προσέγγιση με σκοπό την αναδιοργάνωση των οικογενειακών σχέσεων
- Να ωφελήσει του επαγγελματίες υγείας μέσα από εκπαίδευση, ενημέρωση, δράσεις δημοσιότητας και επικοινωνίας

Το εξωτερικό Ιατρείο ΑΛΚΟ λειτουργεί με συνεργασία της Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής και της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής. Το ιατρείο πλαισιώνεται από διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από :

- Ιατρό Παθολόγο
- Ιατρό Ψυχίατρο
- Κοινωνικό Λειτουργό
- Ψυχολόγο
- Νοσηλεύτριες της Ψυχιατρικής Κλινικής

### 3.3 Σκοπός- Οργάνωση Εξωτερικού Ιατρείου

Βασικός σκοπός του ιατρείου είναι η διεπιστημονική προσέγγιση των ατόμων που παρουσιάζουν σωματικά, ψυχικά, κοινωνικά προβλήματα ως απόρροια της χρήσης, κατάχρησης ή εξάρτησης από τη χρήση οινόπνευματος. Η οργανωμένη και με βάση το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο αντιμετώπιση των ατόμων στοχεύει στην παροχή της μέγιστης βοήθειας για τους ίδιους ασθενείς και τις οικογένειές του. Το Κέντρο αντιμετώπισης των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα από τη χρήσης οινόπνευματων ποτών, με βάση τη νέα διεπιστημονική προσέγγιση, θεωρείται το Εξωτερικό Ιατρείο. Εκεί γίνεται εκτίμηση από τη διεπιστημονική ομάδα κα οι ασθενείς παραπέμπονται στα υπόλοιπα συνεργαζόμενα Τμήματα.

Ο τρόπος λειτουργίας και η διασύνδεση των Τμημάτων φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα.



**Διάγραμμα Λειτουργίας Εξωτερικού Ιατρείου ΑΛΚΟ**

### 3.4 Αξιολόγηση της προκαλούμενης βλάβης από το αλκοόλ – σκοπός και μεθοδολογία

Οι άνθρωποι με πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ δεν παρουσιάζουν μια ομοιογενή ομάδα. Πολλές φορές συνοδά ή υποβόσκοντα προβλήματα αναγνωρίζονται ακόμη και αν η σχέση μεταξύ τους δεν είναι σαφής (Ramskogler et al, 2010).

Η αξιολόγηση είναι μία από τις αρχικές ευκαιρίες που έχει η θεραπευτική ομάδα του Ιατρείου για τη δέσμευση και παραμονή των ασθενών στη θεραπεία. Η πρώτη διαγνωστική εκτίμηση γίνεται από Ψυχίατρο, Παθολόγο και Κοινωνικό Λειτουργό. Σε πρώτη φάση χρησιμοποιείται συνέντευξη αξιολόγησης για την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης. Ο κάθε εξυπηρετούμενος ενημερώνεται για τις διαθέσιμες τοπικά επιλογές θεραπείας και βοηθιέται ώστε να κάνει μια λογική επιλογή ανάλογα με τις ανάγκες του/της. Η αξιολόγηση συνεχίζεται καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας καθώς η πρόοδος του ασθενή εκτιμάται σε σχέση με τους στόχους που είχαν τεθεί γι' αυτόν. Η αξιολόγηση συνδυάζει μία ποικιλία τεχνικών για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τον ασθενή περιλαμβάνοντας **διαγνωστικές συνεντεύξεις, λήψη κοινωνικού ιστορικού, ιατρικές-βιοχημικές εξετάσεις, κλινική εξέταση** που θα βοηθήσουν στη διαμόρφωση ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού πλάνου. Πληροφορίες για παρελθούσες εμπειρίες είναι χρήσιμες στη διευκρίνιση του πώς έφθασε ο ασθενής στην παρούσα κατάσταση και τι συντηρεί δυσπροσαρμοστικές σκέψεις και συμπεριφορές.

Στα πλαίσια του «**Ιατρείου ΑΛΚΟ**» η εκτίμηση της εξάρτησης περιλαμβάνει τη **χρήση της τυπολογίας του LESCH** (Lesch et al, 1990) η οποία αφορά 4 κλινικά χρήσιμους υποτύπους εξάρτησης από το αλκοόλ. Για κάθε ένα από αυτούς προβλέπεται συγκεκριμένος σκοπός θεραπείας, συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή για πρόληψη της υποτροπής και τη θεραπεία του στερητικού συνδρόμου. (Lesch, 2010)

### 3.5 Αντιμετώπιση συμπτωμάτων αλκοολικής στέρησης

Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης στο σπίτι είναι κατάλληλη όταν δεν υπάρχουν σοβαρά στερητικά σημεία, όταν δεν υπάρχει ιστορικό σοβαρών στερητικών συμπτωμάτων, όταν υπάρχει υποστηρικτικό συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον που μπορεί να βοηθήσει και να φροντίσει το άτομο καθώς και όταν δεν συνυπάρχουν γνωστές ιατρικές ή ψυχιατρικές ασθένειες. Κατά την αντιμετώπιση τους σε εξωτερική βάση, οι ασθενείς παρακολουθούνται τακτικά, προκειμένου να εκτιμηθούν και να λάβουν την αγωγή για τα στερητικά συμπτώματα. Η ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση ασθενών απαιτείται για άτομα με σοβαρό ιστορικό αλκοολικών στερητικών συμπτωμάτων, με

γνωστή συνυπάρχουσα ιατρική ή ψυχιατρική ασθένεια και/ή ένα ακατάλληλο συγγενικό περιβάλλον.

### 3.6 Φαρμακευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης-προβληματικής χρήσης αλκοόλ

Η φαρμακευτική θεραπεία των αλκοολικών ασθενών (Andersen et al, 2005; Μουζάς, 2005) περιλαμβάνει φάρμακα:

- Που προκαλούν αποστροφή στην λήψη αλκοόλ
- Που ελαττώνουν την επιθυμία για αναζήτηση και κατανάλωση αλκοόλ
- Που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικές συνυπάρχουσες νόσους (συνοσηρότητα-comorbidity ή διπλή διάγνωση) όπως καταθλιπτικές και αγχωτικές διαταραχές και έτσι με έμμεσο τρόπο, ελαττώνουν τον κίνδυνο υποτροπής.

Σε εξαρτημένα άτομα από το αλκοόλ που βρίσκονται σε αποχή, οι υποτροπές είναι συνηθισμένες. Η φαρμακοθεραπεία δεν θεωρείται ως μονοθεραπεία αλλά ως ένα εργαλείο στο γενικότερο πλάνο της επίτευξης της αποχής από το αλκοόλ. Τα φάρμακα θεωρούνται, στην καλύτερη περίπτωση συμπληρωματικά. Προκειμένου να αποκομίζονται καλύτερα αποτελέσματα η φαρμακοθεραπεία συνδυάζεται με την ψυχοκοινωνική θεραπευτική παρέμβαση (Kranzler, 2000)

### 3.7 Βραχείες παρεμβάσεις στην επικίνδυνη και επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ

Οι βραχείες παρεμβάσεις δεν είναι τύπος θεραπείας αλλά κατηγορία παρεμβάσεων με γενικά χαρακτηριστικά και εννοιολογική συνοχή (Heather, 1995). Το πλαίσιο της βραχείας παρέμβασης που απευθύνεται σε άτομα με επικίνδυνη χρήση αλκοόλ περιλαμβάνει: **Ενημέρωση** ότι ο τρόπος κατανάλωσης αλκοόλ του ασθενή ανήκει στην επικίνδυνη κατηγορία κατανάλωσης αλκοόλ, **Παροχή Πληροφοριών** για τους ειδικούς κινδύνους της συνεχιζόμενης σε επικίνδυνα επίπεδα χρήσης, **Δημιουργία ενός στόχου να επιτευχθεί** από τον ασθενή ώστε να αλλάξει η συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, **Συμβουλές σχετικά με τα όρια** κατανάλωσης ποσότητας αλκοόλ των 280 gr αλκοόλης ή και περισσότερων εβδομαδιαίως για τους άνδρες, και των 140 gr ή και περισσότερων εβδομαδιαίως για τις γυναίκες και τη **Διαβεβαίωση** ότι όσοι καταναλώνουν αλκοόλ κατά έναν επικίνδυνο τρόπο δεν είναι απαραίτητως εξαρτημένοι από αυτό, και ότι μπορούν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ.



### 3.8 Ομαδική Συμβουλευτική

Η παροχή Ομαδικής Συμβουλευτικής ξεκίνησε αρχικά για να καλύψει την παροχή συμβουλευτικής, υποστήριξης και ενίσχυσης σε πρώην νοσηλευόμενους που ολοκλήρωναν πρόγραμμα σωματικής απεξάρτησης στην ψυχιατρική κλινική. Οι στόχοι λειτουργίας αφορούσαν στην ανάπτυξη αλληλεπίδρασης, την ανταλλαγή προσωπικών βιωμάτων σε σχέση με το αλκοόλ, τη δημιουργία άτυπου δικτύου υποστήριξης μεταξύ των μελών, τη διερεύνηση των δυνατοτήτων στους ίδιους και το περιβάλλον τους, την ανάδειξη μελλοντικών σχεδίων και υποστήριξη στην υλοποίησή τους.

Η πρώτη ομάδα αρχικά ήταν κλειστού χαρακτήρα (αφορούσε μόνο σε συγκεκριμένο αριθμό νοσηλευόμενων). Συνολικά έχουν πραγματοποιηθεί 4 κύκλοι ομαδικών συναντήσεων ανοιχτού χαρακτήρα (όπου περιλαμβάνονται άτομα από την ευρύτερη κοινότητα που ζητούν την ομαδική υποστήριξη για την διακοπή της χρήσης του αλκοόλ και εξυπηρετούνται από το εξωτερικό Ιατρείο ΑΛΚΟ). Ουσιαστικά ο στόχος λειτουργίας των ομάδων με εξωτερικούς ασθενείς και άτομα που διαβιούν στην κοινότητα είναι **η ενίσχυση της αλληλοβοήθειας, η ανάδειξη του πολυπαραγοντικού χαρακτήρα του ψυχοκοινωνικού προβλήματος της εξάρτησης και η πρόληψη των υποτροπών**. Επειδή η υποτροπή είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα για όσους προσπαθούν να υπερνικήσουν τις εξαρτητικές συμπεριφορές, η επισήμανση της είναι βασικό στοιχείο της θεραπείας και προκαλεί μεγάλες δυσκολίες στον χώρο των εξαρτήσεων από αλκοόλ και ουσίες. Υπάρχει ένας σημαντικός ρυθμός υποτροπής τον πρώτο χρόνο μετά τη θεραπεία, περίπου 60%, όταν ως υποτροπή ορίζεται η επιστροφή στην προβληματική κατανάλωση αλκοόλ (Connors et al. 1996). Το μοντέλο της πρόληψης της υποτροπής αντιλαμβάνεται την υποτροπή ως φυσικό μέρος της διαδικασίας αλλαγής: οι υποτροπές θεωρούνται ως ευκαιρίες για τους ασθενείς να κατανοήσουν τη συμπεριφορά τους και να αναπτύξουν νέες ικανότητες στην αντιμετώπιση των καταστάσεων υψηλού κινδύνου (Parks et al, 2001). Ένας βασικός στόχος της συνολικής θεραπευτικής παρέμβασης για την πρόληψη των υποτροπών είναι να βοηθηθεί ο ασθενής ώστε να εντοπίσει και να διορθώσει γνώσεις και συμπεριφορές με σκοπό να προλάβει την υποτροπή. Άλλος σημαντικός στόχος είναι να ενδυναμωθεί το κίνητρο του ασθενούς για αποχή και να αναπτυχθούν από κοινού με τον ασθενή στρατηγικές πρόληψης υποτροπών (Μουζάς, 2005)

Συνολικά 19 άτομα με προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση αλκοόλ σε εξωτερική βάση έχουν συμμετάσχει στις ομαδικές δραστηριότητες (Αρχείο Κοινωνικής Υπηρεσίας Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων Π.Γ.Ν.Α).

### 3.9 Συμβουλευτική οικογένειας

Η πίεση που ασκεί η οικογένεια ώστε το εξαρτημένο άτομο να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του και να ζητήσει βοήθεια είναι σημαντικότερη και είναι μία από τις κύριες πηγές κινητοποίησής του (Μισουρίδου, 2010). Στην Ελλάδα, ένα τρίτο περίπου των αιτημάτων βοήθειας στα προγράμματα απεξάρτησης προέρχεται από άμεσο συγγενή του εξαρτημένου (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006). «Όμως πολύ συχνά αυτό το δυναμικό δεν αξιοποιείται, διότι πολλά προγράμματα απεξάρτησης, παρόλο που μπορεί να προσφέρουν θεραπεία οικογένειας ζητούν τη συμμετοχή του εξαρτημένου από την πρώτη επαφή» (Πομίνι, 2009 ; Μισουρίδου 2010).

Στα πλαίσια του «Ιατρείου ΑΛΚΟ» δίνεται προσοχή στο αίτημα των συγγενών του αλκοολικού με στόχο να αξιοποιηθεί το κίνητρό τους για αλλαγή.

Συνολικά έχουν πραγματοποιηθεί 8 παρεμβάσεις-τύπου συμβουλευτικής που αφορούν σε οικογένειες ή σε μέλη αυτών. Αυτές περιλάμβαναν τις εξής δραστηριότητες:

- Ενημέρωση γύρω από τους μηχανισμούς δράσης του αλκοόλ, . σ
- Ενημέρωση για τις διαθέσιμες θεραπευτικές δυνατότητες στον χώρο που διαβίει η οικογένεια.
- Εκτίμηση της παρούσας κατάστασης, των άμεσων αναγκών και του κινήτρου αλλαγής του εξαρτημένου ατόμου.
- Υποστήριξη της οικογένειας στην προσπάθεια κινητοποίησης του εξαρτημένου μέλους



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

# ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

### 4.1 Ορισμός της ικανοποίησης

Αναζητώντας τον ορισμό της ικανοποίησης πελατών (client satisfaction) διαπιστώνεται ότι στην σχετική βιβλιογραφία υπάρχει μια πληθώρα αυτών, τους οποίους μπορούμε να ομαδοποιήσουμε σε δύο βασικές κατηγορίες ανάλογα με την έμφαση που δίνουν στην ικανοποίηση καταναλωτών είτε ως αποτέλεσμα είτε ως διαδικασία.

Η πρώτη κατηγορία αφορά τους ορισμούς εκείνους που περιγράφουν την ικανοποίηση ως ένα αποτέλεσμα που προκύπτει από την εμπειρία κατανάλωσης. Οι Howard και Sheth (1969:145) αναφέρονται στην ικανοποίηση ως τη «*γνωστική κατάσταση του καταναλωτή, όσον αφορά την επαρκή ή ανεπαρκή ανταμοιβή του για τις θυσίες και τις προσπάθειες που έχει καταβάλει*» ενώ σε άλλο σημείο οι Westbrook και Reilly (1983:256) αναφέρονται σε αυτήν ως μια *συναισθηματική αντίδραση στις εμπειρίες του πελάτη, οι οποίες σχετίζονται είτε με συγκεκριμένα προϊόντα και υπηρεσίες, είτε με τις διαδικασίες αγοράς, είτε ακόμη με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του πελάτη αυτού*. Τέλος στην κατηγορία αυτή μπορεί να προστεθεί και ο ορισμός του Oliver (1981: 27) που χαρακτηρίζει την ικανοποίηση ως μια «*περίληψη της ψυχολογικής κατάστασης που προκύπτει όταν το συναίσθημα, που περιβάλλει μη επιβεβαιωμένες προσδοκίες, συνδυάζεται με το πρωταρχικό συναίσθημα του καταναλωτή για την καταναλωτική εμπειρία*»

Οι ορισμοί που ομαδοποιούνται στην δεύτερη κατηγορία είναι προσανατολισμένοι στην διαδικασία. Οι Engel και Blackwell (1982: 501) αναφέρονται στον όρο ως μια *διαδικασία αξιολόγησης, η οποία εξετάζει αν η συγκεκριμένη επιλογή είναι συμβατή με τις προγενέστερες πεποιθήσεις του πελάτη*» καθώς οι Tse και Wilton (1988:204) την ορίζουν ως «*την αντίδραση του καταναλωτή στη διαδικασία αξιολόγησης, η οποία εξετάζει τις ασυμφωνίες μεταξύ των προγενέστερων προσδοκιών και του πραγματικού επιπέδου απόδοσης του προϊόντος, όπως γίνεται αντιληπτό από τον καταναλωτή μετά τη χρήση του*». Ο Hunt (1977: 459) αναφερόμενος στην ικανοποίηση την περιγράφει ως μια «*διαδικασία αξιολόγησης, η οποία βασίζεται στο κατά πόσο η συγκεκριμένη εμπειρία ήταν τόσο καλή όσο ο πελάτης πίστευε ότι θα ήταν*».

Η ικανοποίηση καταναλωτών ως αποτέλεσμα μιας διαδικασίας χρειάζεται μια διαδικασία αξιολόγησης, όπως φαίνεται από τους παραπάνω ορισμούς. Η προσέγγιση αυτή δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα σε ποικίλες διαδικασίες (αντιληπτικές, ψυχολογικές, αξιολογικές, κ.α) οι οποίες θα πρέπει να συνδυάζονται προκειμένου να επιτευχθεί ικανοποίηση πελατών και δείχνει μια σημαντική διαδικασία που μπορεί να οδηγήσει στην ικανοποίηση του καταναλωτή.

Ένας άλλος ορισμός ικανοποίησης πελατών που χρησιμοποιείται συχνά προέρχεται από το πρότυπο μη επιβεβαίωσης (disconfirmation model) (Oliver, 1980). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η ικανοποίηση του πελάτη που ακολουθεί μια εμπειρία κατανάλωσης καθορίζεται από το επίπεδο μη επιβεβαίωσης μεταξύ των προσδοκιών του καταναλωτή και της πραγματικής απόδοσης που αντιλαμβάνεται ότι έλαβε ο πελάτης. Συνεπώς όταν η πραγματική απόδοση είναι μεγαλύτερη από την αναμενόμενη (positive disconfirmation) τότε προκύπτει ικανοποίηση του πελάτη ενώ όταν η απόδοση των υπηρεσιών είναι χειρότερη από την αναμενόμενη (negative disconfirmation) έχουμε δυσaréσκεια του καταναλωτή (Oliver, 1980).

Για την αποφυγή παρανοήσεων κρίνεται σκόπιμο να διευκρινιστεί ο όρος «προσδοκίες» δεδομένου ότι συναντάται στον όρο της ικανοποίησης του πελάτη και στην παρούσα ερευνητική εργασία. Ο Oliver (1977) αναφερόμενος στην ποιότητα υπηρεσιών, ισχυρίζεται ότι οι προσδοκίες είναι οι επιθυμίες (τα «θέλω») των καταναλωτών οι οποίες προέρχονται από παλαιότερες εμπειρίες ενώ στην περίπτωση της ικανοποίησης πελατών, ως προσδοκίες χαρακτηρίζονται οι «προβλέψεις» του καταναλωτή σχετικά με τα πιθανά γεγονότα που θα λάβουν χώρα σε μια συναλλαγή. Ο Oliver (1981: 27) υποστηρίζει ότι «είναι κοινά αποδεκτό ότι οι προσδοκίες είναι οι πιθανότητες που καθορίζονται από τον πελάτη για την πραγματοποίηση θετικών και αρνητικών συμβάντων αν ο καταναλωτής ασκήσει «κάποια συμπεριφορά».

## 4.2 Ικανοποίηση ασθενών από Υπηρεσίες Υγείας

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, οι προσπάθειες όλων των οργανισμών παγκοσμίως για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών εστιάστηκαν στις εκτιμήσεις του καταναλωτή για τα αγαθά και τις υπηρεσίες. Οι προμηθευτές ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας πρέπει να ανατροφοδοτούν τα προγράμματά τους με κρίσεις των καταναλωτών, στοχεύοντας να εντοπίσουν κάποιες ελλείψεις και να προχωρήσουν στην οργάνωση προγραμμάτων βελτίωσης. Οι έρευνες για την ικανοποίηση του καταναλωτή εξελίσσονται, έτσι, από απλά όργανα προώθησης αγαθών και υπηρεσιών σε μεθόδους μέτρησης της ποιότητάς τους (Παπανικολάου, 2003).

Η ποιότητα είναι το μέτρο της ικανοποίησης των αναγκών του χρήστη. Στη μελέτη μας, την ικανοποίηση των συμμετεχόντων-χρηστών μπορούμε να τη δούμε σαν ένα μέτρο στο οποίο αυτοί που παρέχουν το θεραπευτικό έργο έχουν πετύχει στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων. Η ικανοποίηση έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας (Κυριόπουλος et al 1990; Παρασκευόπουλος, 1993) καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ αυτών που παρέχουν τη φροντίδα υγείας.

Έρευνες από τους Parasuraman, Zeithaml και Berry (1988) έχουν δείξει ότι οι καταναλωτές χρησιμοποιούν παρόμοια κριτήρια στην αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ανεξάρτητα από τον τύπο των υπηρεσιών. Τα κριτήρια αντιστοιχούν σε δέκα κατηγορίες — κλειδιά που καλούνται «καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών» και είναι οι ακόλουθοι (Παπανικολάου, 2003):

**Αξιοπιστία (reliability):** Σταθερότητα φροντίδας, συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.

**Ανταπόκριση (responsiveness):** Προθυμία, ετοιμότητα των εργαζομένων να εξυπηρετήσουν το χρήστη.

**Ικανότητα (competence):** Απαραίτητα προσόντα-δεξιότητες των εργαζομένων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.

**Πρόσβαση (access):** Πόσο εύκολο είναι να έρθεις σε επαφή ή να εισχωρήσεις στην υπηρεσία.

**Ευγένεια (courtesy):** Φιλικότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη.

**Επικοινωνία (communication):** Τρόποι πληροφόρησης του χρήστη με κατανοητούς όρους και ενδιαφέρον για να ακούσεις τις ανησυχίες του χρήστη.

**Επαγγελματική πίστη (credibility):** Εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού.

**Ασφάλεια (security):** Σωματική ασφάλεια, όχι ρίσκο ή αμφιβολίες, εχεμύθεια

**Κατανόηση (understanding):** Σκληρή δουλειά από τους εργαζόμενους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη καθώς και επίδειξη της κατανόησης στην πράξη.

**Φυσικά χαρακτηριστικά (physical tangibles):** Εμφάνιση εργαζομένων, ευχάριστο περιβάλλον εργασίας.

Το αίτημα για προσφορά των υπηρεσιών υγείας που να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες, τις ανάγκες των χρηστών τους οδηγεί σε ένα αυξημένο ενδιαφέρον για την εκτίμηση της γνώμης τους με τη μέτρηση της ικανοποίησης τους (Crawford et al, 1999; Turnbull & Hember, 1999). Η αποτύπωση της γνώμης των ασθενών για τις υπηρεσίες

που λαμβάνουν αποδεικνύεται ότι αποτελεί ουσιαστικό δείκτη ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, περισσότερο ακριβή και από τα αντίστοιχα κριτήρια (criteria) και πρότυπα (standards) που αφορούν στην ίδια την παροχή των υπηρεσιών (Οικονομοπούλου et al 2000)

Η εκτίμηση της γνώμης των ασθενών ακολουθεί συνήθως τη μέθοδο συλλογής πληροφοριών από τους ασθενείς με δομημένα ερωτηματολόγια συμπληρωμένα με ποικίλους τρόπους στα οποία επιχειρείται η ποσοτικοποίηση και μέτρηση της ικανοποίησης τους για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Αν και σε άλλες χώρες η εκτίμηση της ικανοποίησης γίνεται τακτικά στα πλαίσια της αξιολόγησης των υπηρεσιών (Sitzia & Wood, 1997) στη χώρα μας τέτοιες προσπάθειες είναι λιγότερες (Κυριόπουλος, 1994; Νιάκας & Γναρδέλης, 2000)

Ως διαδικασία μέτρησης, η ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να αποφέρει πολύτιμες γνώσεις σχετικά με την παροχή υπηρεσιών. Η χρησιμότητα της ικανοποίησης των ασθενών, ως μέτρηση αποτελεσμάτων εξαρτάται εν μέρει από την ικανότητά της να προσδιορίσει κλινικά σημαντικές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου (Smith & Manderscheid, 1997).

Σύμφωνα με μελέτες η αλληλεπίδραση ανάμεσα στους χρήστες και τους προμηθευτές φροντίδας αποτελεί ένα σημαντικό προσδιοριστή ικανοποίησης. Οι Bitner, Booms και Tetreault (1990) διερεύνησαν την αλληλεπίδραση αυτή και κατέληξαν στο ότι υπάρχει θετική και αρνητική αποτίμηση μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα αναγνωρίστηκαν τρεις κατηγορίες οι οποίες περιλαμβάνουν την ανταπόκριση των προμηθευτών στην αποτυχία του προϊόντος, την ανταπόκριση στις επιθυμίες των καταναλωτών και την εκούσια προσφερθείσα συμπεριφορά των προμηθευτών. Για παράδειγμα, στην πρώτη κατηγορία, οι προμηθευτές κατόρθωσαν να αντιστρέψουν την αρνητική σε θετική αποτίμηση διαμέσου της αλληλεπίδρασης τους με τον καταναλωτή. Γενικά διαπιστώθηκε ότι η ο βαθμός ικανοποίησης διαφέρει ανάλογα με τον τύπο των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Σημειώνεται πως ένα χαρακτηριστικό των ερευνών γύρω από την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας είναι η διαφορετική μεθοδολογία η οποία ακολουθείται, γεγονός που σημαίνει, αφενός ότι τα αποτελέσματα ποικίλουν και αφετέρου ότι η συγκέντρωση συμπερασμάτων που προκύπτουν από διαφορετικές προσεγγίσεις μπορούν να αποτελέσουν ένα σημαντικό μέτρο αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας. Πάντως με δεδομένο ότι κατά κύριο λόγο η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά των ασθενών, το προφίλ των φορέων υγείας και τις εμπειρίες από την παραμονή τους σε αυτούς, γίνεται

αντιληπτό πως η δυνατότητα ανάπτυξης κοινών μεθοδολογικών εργαλείων για την μέτρηση της ικανοποίησης είναι εξαιρετικά αμφίβολη (Κυριόπουλος και συν., 1994).

#### **4.3 Ικανοποίηση χρηστών από υπηρεσίες– θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η ικανοποίηση του πελάτη με τις υπηρεσίες αναγνωρίζεται ως ένα σημαντικό μέτρο για την έκβαση των υπηρεσιών υγείας και οι προσπάθειες για την κατανόηση των αντιλήψεων του πελάτη ως προς την περίθαλψη έχουν αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια (Williams, 1994).

Η περιοχή της θεραπείας του εθισμού δεν έχει απαλλάξει από αυτήν την αυξανόμενη έμφαση στο ρόλο των καταναλωτών στην ποιότητα των προσπαθειών βελτίωσης. Αυτό οδήγησε σε μια μετατόπιση προς την αξιολόγηση των προσπαθειών μέτρησης της απόδοσης των προγραμμάτων θεραπείας για τον εθισμό, όσον αφορά την ικανοποίηση του πελάτη, εκτός από τους πιο παραδοσιακούς δείκτες επιτυχίας των προγραμμάτων, όπως η αποχή και η απασχόληση (McLellan & Hunkeler, 1998)

Παραδοσιακά, η απόδοση των προγραμμάτων θεραπείας λόγω κατάχρησης ουσιών έχει μετρηθεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας με δείκτες για την ικανότητα του προγράμματος στη συμμετοχή και τη διατήρηση- δέσμευση των ασθενών και μετά τη θεραπεία με μέτρα για την κατάσταση του ασθενούς, όπως η αποχή, η απασχόληση, και η χρήση των υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών. Παρά το γεγονός ότι αυτά τα μέτρα προσφέρουν μια έγκυρη εκτίμηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας, αξιολογήσεις και εκβάσεις αυτού του τύπου αναφέρονται ως χρονοβόρες και δαπανηρές (Sederer & Dickey, 1995).

Με την αυξανόμενη σημασία της κίνησης των καταναλωτών και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας στον τομέα της ψυχικής υγείας και θεραπείας του εθισμού, η αξιολόγηση έχει μετατοπιστεί προς τη μέτρηση της απόδοσης ενός προγράμματος θεραπείας όσον αφορά την ικανοποίηση των πελατών με τη θεραπεία. Εκτός του ότι προσφέρουν μια νέα προοπτική για τις επιδόσεις, τα δεδομένα σχετικά με την ικανοποίηση είναι πολύ ευκολότερα για τους διαχειριστές του προγράμματος στη συλλογή, ανάλυση και αξιοποίηση (Comprehensive Accreditation Manual for Health Care Networks, 1995).

Παρά την αυξημένη έμφαση, η βιβλιογραφία σχετικά με την ικανοποίηση του πελάτη με τη θεραπεία κατάχρησης ουσιών παραμένει περιορισμένη. Υπάρχει μια αντίληψη ότι αυτή η έλλειψη της έρευνας μπορεί να αντικατοπτρίζει τις μεθοδολογικές δυσκολίες που συνδέονται με τη διεξαγωγή της έρευνας μεταξύ αυτής της συγκεκριμένης ομάδας, δηλαδή της αξιοπιστίας των δεδομένων από τους ερωτηθέντες με τα μακροπρόθεσμα

προβλήματα αλκοολισμού και των συναφών κακής ψυχικής υγείας (Sheilagh et al, 2009).

Η βιβλιογραφία σχετικά με την ικανοποίηση του πελάτη με τη θεραπεία από το αλκοόλ δεν είναι μόνο αραιά, αλλά και αντιφατική. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη ασθενών σε ψυχιατρική μονάδα και ασθενών σε μια μονάδα θεραπείας για κατάχρηση ουσιών, η ικανοποίηση των ασθενών βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τα κέρδη από τη θεραπεία σε επίπεδο συμπτωμάτων της ποιότητας ζωής, καθώς και σε επίπεδο λειτουργικότητας (Holcomb et al., 1997).

Άλλη μελέτη που εξέτασε την ικανοποίηση των πελατών σε κλειστό πρόγραμμα για απεξάρτηση από το αλκοόλ και σε ανοικτό ημερήσιο πρόγραμμα διαπίστωσε ότι και στις δύο δομές οι πελάτες ήταν πολύ ικανοποιημένοι με τις συνολικές υπηρεσίες, και οι βαθμολογίες ικανοποίησης δεν διέφεραν μεταξύ των διαφορετικών τρόπων θεραπείας (Chan et al. 1997). Στη συγκεκριμένη μελέτη της ικανοποίησης βρέθηκε επίσης μια συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των πελατών και της διατήρησης στη θεραπεία, καθώς και με ορισμένα αποτελέσματα της θεραπείας (όπως η απασχόληση και η απουσία ψυχιατρικών συμπτωμάτων).

Ωστόσο, σε άλλη μελέτη 435 ασθενών από τέσσερα προγράμματα για το αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών, τα επίπεδα της ικανοποίησης των πελατών δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με τους δείκτες απόδοσης (McLellan & Hunkeler, 1998).

Ενώ υπάρχουν κάποιες αντιφάσεις στη βιβλιογραφία, ένας τομέας συνοχής στα πορίσματα για την ικανοποίηση του πελάτη με τη θεραπεία κατάχρησης ουσιών είναι ότι τα αναφερόμενα ποσοστά ικανοποίησης είναι σχεδόν πάντα σε υψηλά επίπεδα. Αυτό φαίνεται να ισχύει και ανεξάρτητα από την θεραπευτική προσέγγιση (Etheridge et al, 1995; Holcomb et al, 1997; McLellan & Hunkeler, 1998). Τα υψηλά επίπεδα αναφερόμενης ικανοποίησης επίσης έχουν βρεθεί σταθερά σε μελέτες που εξετάζουν την ψυχική ικανοποίηση με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Lebow, 1982; Perreault et al, 1993). Αυτό έχει οδηγήσει σε κάποια ανησυχία ότι πολλοί πελάτες που συμμετέχουν σε έρευνες ικανοποίησης μπορεί να έχουν την τάση να διογκώνουν τις εκθέσεις της ικανοποίησης (Lebow, 1982 ; Perreault et al, 1993; Williams, 1994).

Συχνά σε μελέτες της αποτελεσματικότητας προγραμμάτων θεραπείας από το αλκοόλ, τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς είναι το μόνο σημείο εστίασης, όπως έχει αναφερθεί. Ενώ σημαντικά, τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς δεν εξερευνούν την άποψη του πελάτη σχετικά με την επιτυχία του προγράμματος, και οι αξιολογητές αναγνωρίζουν πλέον τη σημασία της μέτρησης της απόδοσης των προγραμμάτων θεραπείας για τον εθισμό, όσον αφορά την ικανοποίηση του πελάτη. Ερευνητές, στην προσπάθειά τους να αξιολογήσουν την ικανοποίηση του πελάτη χρησιμοποίησαν



ομάδες εστίασης (focus groups) σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπείας από αλκοόλ για γυναίκες και τα παιδιά τους. Οι παραπάνω ερευνητές υποστηρίζουν την καταλληλότητα της συγκεκριμένης μεθοδολογίας τους (focus group) στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των πελατών σε υπηρεσίες που παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες απεξάρτησης για τις γυναίκες (Connors & Franklin, 2000).

Ένα πολύ σημαντικό και φιλόδοξο σχέδιο για την αξιολόγηση των ψυχοθεραπειών στον αλκοολισμό υπήρξε η μελέτη MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity) στις ΗΠΑ. Με πολυκεντρικό και τυποποιημένο σχεδιασμό, συγκρίθηκαν τρία ψυχοθεραπευτικά σχήματα που χρησιμοποιούνται κατεξοχήν στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού: η μέθοδος των Ανωνύμων Αλκοολικών (τα «δώδεκα βήματα»), η γνωσιακή/συμπεριφορική θεραπεία και η θεραπεία κινητοποίησης. Η μελέτη προέβλεπε παρακολούθηση επί ένα χρόνο μετά τη λήξη της εκάστοτε θεραπείας. Και οι τρεις προσεγγίσεις ήταν εξίσου αποτελεσματικές ως προς την επίτευξη και διατήρηση της αποχής. Αναφορικά για την ικανοποίηση αλκοόλ-χρηστών από τη συμμετοχή στα τρία διαφορετικά θεραπευτικά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα **υψηλότερα επίπεδα της ικανοποίησης συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα συμμετοχής της θεραπείας, μεγαλύτερες μειώσεις στην κατανάλωση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, και καλύτερη κλινική κατάσταση κατά το τέλος της θεραπείας**. Και σε αυτά τα αποτελέσματα, όπως υποστηρίζουν οι μελετητές, **αντικατοπτρίζεται η πολυπλοκότητα της σχέσης μεταξύ της διαδικασίας της θεραπείας, το θεραπευτικό αποτέλεσμα και την ικανοποίηση του πελάτη** (Donovan et. al., 2002).

Ομάδα ερευνητών (Magil et al, 2010) του Centre for Alcohol and Addiction Studies (Πανεπιστήμιο Brown-Πρόβιντενς) στις Η.Π.Α. εκτίμησε την *ικανοποίηση* ασθενών σε μονάδα απεξάρτησης από το αλκοόλ μαζί με την *θεραπευτική συμμαχία* (therapeutic alliance) και την *δέσμευση* (engagement) στη θεραπεία τόσο κατά την ατομική θεραπεία κινητοποίησης και την θεραπεία κινητοποίησης με την συμμετοχή και άλλων σημαντικών προσώπων (significant others) σε συνολικό αριθμό 382 συμμετεχόντων-εξαρτώμενων χρηστών από αλκοόλ. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν στη δεύτερη περίπτωση μεγαλύτερη ικανοποίηση και σημείωσαν μεγαλύτερα σκορ στην θεραπευτική συμμαχία και τη δέσμευση από αυτά που είχαν προσλάβει οι θεραπευτές τους.

Το τμήμα Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια μελέτησε τη συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών (525 συμμετέχοντες) από τη συμμετοχή σε συνολικά τέσσερα πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ και των αποτελεσμάτων από τη θεραπεία. Η ικανοποίηση των ασθενών εκτιμήθηκε μέσω των ακόλουθων έξι πτυχών της θεραπείας: οι ομάδες θεραπείας που πραγματοποιήθηκαν, η συχνότητα και το μέγεθος των θεραπευτικών ομάδων, η ποιότητα των θεραπειών της ομάδας, η



συνολική ποιότητα του προγράμματος, η καταλληλότητα και η αποτελεσματικότητα του.

Το 80% των συμμετεχόντων ήταν ικανοποιημένοι (σε κλίμακα από 1 έως 5), ενώ και τα έξι μέτρα αθροίζονται για μια συνολική βαθμολογία ικανοποίησης. Αν και η ικανοποίηση είναι προφανώς ένας σημαντικός παράγοντας για τους διαχειριστές και τους φροντιστές σε θέματα της θεραπείας εξάρτησης, τα στοιχεία αυτά αναφέρουν οι συντάκτες δείχνουν ότι τα μέτρα ικανοποίησης μπορεί να αποτελέσουν έναν ξεχωριστό τομέα που δεν πρέπει να θεωρείται δείκτης πιστοποίησης για την βελτίωση των συμπτωμάτων ή τη λειτουργικότητα (Mc Lellan, 1998).

Το **Project Predict** ήταν μια τυχαιοποιημένη διπλή τυφλή μελέτη και ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική δοκιμή σε 7 γερμανικά κέντρα μελέτης με ένα σύνολο από 427 συμμετέχοντες που είχαν προσληφθεί από ενδοноσοκομειακά προγράμματα αποτοξίνωσης σε αντίστοιχα κέντρα στη Γερμανία. Η θεραπεία των ασθενών με εξάρτηση από το αλκοόλ αποτελούνταν της φαρμακοθεραπείας (acamprosate / ναλτρεξόνη / εικονικό φάρμακο) και δεκαπενθήμερη Ιατρική Διαχείριση (MM). **Ο κύριος στόχος αυτής της έρευνας ήταν να εκτιμηθεί η υποκειμενική εκτίμηση των πελατών ως προς τα θεραπευτικά στοιχεία και άλλους υποστηρικτικούς παράγοντες.** Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν το ημιδομημένο ερωτηματολόγιο Helping Alliance Questionary (HAQ) για τη θεραπευτική συμμαχία, ερωτηματολόγιο για τους υποστηρικτικούς παράγοντες και ερωτηματολόγιο για την υποκειμενική εκτίμηση των στοιχείων της θεραπείας. Σαράντα εννέα συμμετέχοντες στη μελέτη ρωτήθηκαν με ένα ερωτηματολόγιο για την ικανοποίησή τους με τη θεραπεία και την υποκειμενική εκτίμηση διαφόρων στοιχείων θεραπείας και υποστηρικτικών παραγόντων. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν πολύ ικανοποιημένοι με τη θεραπεία. Τα υποστηρικτικά στοιχεία που είχαν διαπιστωθεί από τους Orford et al, επιβεβαιώθηκαν. Η «Φαρμακοθεραπεία» βαθμολογήθηκε σημαντικά λιγότερο αποτελεσματική από ότι η «Ιατρική Διαχείριση» ( $p < 0,001$ ). Οι σημαντικές διαφορές στην αξιολόγηση των στοιχείων θεραπείας δείχνουν μια προτίμηση για τις θεραπευτικές επαφές σε κανονική βάση, αντί για την φαρμακοθεραπεία. Οι επαφές αυτές που βασίζονται σε ιατρική διαχείριση θα μπορούσε να είναι μια χρήσιμη παρέμβαση στην κλινική φροντίδα, και η αποτελεσματικότητα της πρέπει να εξεταστεί πιο προσεκτικά σε περαιτέρω έρευνα προτείνουν οι ερευνητές (Frick et al, 2011).

Σε άλλο σημείο στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι υπάρχει ελάχιστη τεκμηρίωση σχετικά με το πώς το κίνημα της αυτοβοήθειας και των επαγγελματικών υπηρεσιών θεραπείας για το αλκοόλ επηρεάζουν την ικανοποίηση του πελάτη από τη θεραπεία. Σε συγκεκριμένη μελέτη (Mavis & Stöffelmayr, 1994) όπου συμμετείχαν τριάντα έξι δημόσια προγράμματα θεραπείας για κατάχρηση ουσιών εξετάστηκε η σχέση των

χαρακτηριστικών θεραπείας (αναφορικά με το μέγεθος του προγράμματος, τα πρότυπα στελέχωσης, την επιρροή των Ανωνύμων Αλκοολικών) με την ικανοποίηση των ασθενών. Στα προγράμματα που προσφέρονταν σε βάση εξωτερικών ιατρείων, η ικανοποίηση σχετιζόταν με το μέγεθος του προγράμματος, καθώς και τον αριθμό του παραϊατρικού και ιατρικού προσωπικού. Η ικανοποίηση των ασθενών δεν σχετιζόταν με την επιρροή των ΑΑ στη θεραπεία. Για τους εσωτερικούς ασθενείς, η επιρροή των ΑΑ στη θεραπεία και οι πεποιθήσεις που κατέχονταν από το προσωπικό σχετίζονται με την ικανοποίηση, ενώ παράγοντες που σχετίζονται με το μέγεθος του προγράμματος και τα σχέδια στελέχωσης ήταν ανεξάρτητοι από την ικανοποίηση. Τα αποτελέσματα σύμφωνα με τους ερευνητές θέτουν σε αμφισβήτηση την καταλληλότητα των παρεμβάσεων αυτοβοήθειας σε όλα τα πλαίσια και δίνουν έμφαση στις διαφορές σε επίπεδο πλαισίων σε κλειστά και εξωτερικά προγράμματα.

Στη διαχρονική μελέτη των Matthew Carlson και Gabriel (2001) εξετάστηκαν οι σχέσεις μεταξύ ικανοποίησης από τις υπηρεσίες, τη χρήση των υπηρεσιών, και τα αποτελέσματα ενός έτους σε χρηματοδοτούμενη –δημόσια θεραπεία κατάχρησης ουσιών. Δύο από τα τρία στοιχεία ικανοποίησης-ικανοποίηση με την πρόσβαση και την ικανοποίηση με την αποτελεσματικότητα-συσχετίστηκαν θετικά με τη χρήση των υπηρεσιών και με την αποχή από τη χρήση ουσίας σε ένα χρόνο παρακολούθησης. Ούτε η ικανοποίηση των ασθενών, ούτε η χρήση των υπηρεσιών συνδέθηκαν με άλλα αποτελέσματα, όπως η απασχόληση και η παρουσία των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Οι ερευνητές τονίζουν πως λόγω του σημαντικού ρόλου της ικανοποίησης στη βελτίωση της ποιότητας, απαιτείται περισσότερη έρευνα για να εντοπίσουν τις μεμονωμένες υπηρεσίες και τα χαρακτηριστικά που προβλέπουν ικανοποίηση από τη θεραπεία κατάχρησης ουσιών.

Η πλειοψηφία των μελετών οδηγούν στο συμπέρασμα ότι λόγω της συνεχιζόμενης αύξησης των αναγκών των χρηστών, χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια για να ανταπεξέλθουν οι υπηρεσίες στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2000) αναφέρει πως οι έρευνες που διερευνούν την ικανοποίηση μπορεί να παρέχουν και τα μόνα μέσα που έχουν οι εξυπηρετούμενοι προκειμένου να εκφράσουν τις ανησυχίες τους (concern) σε σχέση με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Ανεξάρτητα πάντως από τις μεθοδολογικές δυσκολίες, είναι δεδομένη η χρησιμότητα τέτοιων ερευνών, ιδιαίτερα στις μέρες μας όπου κυριαρχούν απόψεις που τονίζουν για τη συμμετοχή ή ακόμη κυριαρχία του ασθενή (patient sovereignty) στη διαδικασία αποφάσεων στον τομέα της υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 5.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Η κατάχρηση αλκοόλ είναι μια από τις πιο συχνές χρόνιες παθήσεις στις ανεπτυγμένες χώρες (Schneider et. al., 2004). Η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ συμβάλλουν σημαντικά σε παγκόσμιο επίπεδο στην πρόκληση ασθενειών και αποτελούν τον πέμπτο σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου πρόωρων θανάτων και αναπηριών στον κόσμο (WHO, 2007). Σύμφωνα με τα στοιχεία (WHO, 2009) το αλκοόλ ευθύνεται για την πρόκληση πάνω από 60 τύπων ασθενειών και βλαβών. Περισσότεροι από 200.000 χιλιάδες άτομα στην Ελλάδα εξαρτώνται από το αλκοόλ (ΕΚΤΕΠΕΝ, 2009). Το φάσμα παροχής υπηρεσιών θεραπείας και απεξάρτησης από το αλκοόλ είναι μεγάλο. Η εφαρμογή των συγκεκριμένων προγραμμάτων συμβάλλει στην ενίσχυση των εξαρτημένων ατόμων, τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής καθώς και στην αλλαγή του τρόπου ζωής τους.

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην ανάδειξη της σπουδαιότητας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των θεραπευτικών προγραμμάτων για άτομα εξαρτημένα από το αλκοόλ. Γενικότερα από τα αποτελέσματα των μελετών ικανοποίησης φαίνεται ξεκάθαρα πόσο πραγματικά οι υπηρεσίες σε επίπεδο θεραπείας αγγίζουν τις ανάγκες των χρηστών, επίσης, με δεδομένο ότι τα αποτελέσματα της αποτύπωσης της γνώμης των χρηστών, μπορούν να αξιοποιηθούν προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της διαχειριστικής διαδικασίας και της αναβάθμισης της ποιότητας των υπηρεσιών (Κυριόπουλος et. al., 1994).

Σκοπός της παρούσας είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Ιατρείου Υποστήριξης και Αντιμετώπισης Χρηστών Οινόπνευματος στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας με στόχο τη διατύπωση προτάσεων και στρατηγικών για την ενίσχυση των υπαρχόντων στρατηγικών και υπηρεσιών.

#### 5.2 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα, που προέκυψαν από τον σκοπό, είναι τα παρακάτω:

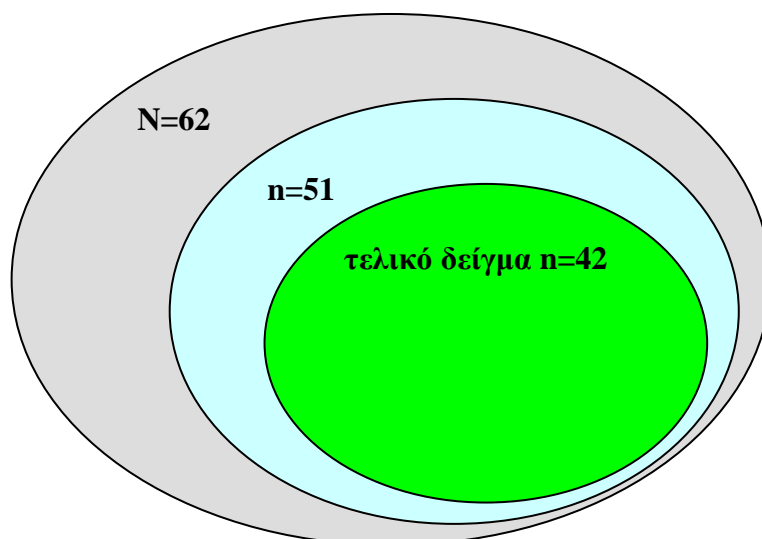
1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η οικονομική κατάσταση, το φύλο έχουν σχέση με την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ιατρείου;

2. Ο παράγοντας «διαπροσωπικές σχέσεις» με τους επαγγελματίες υγείας του ιατρείου επηρεάζει την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων;
3. Είναι ικανοποιημένοι οι εξυπηρετούμενοι από τις ικανότητες του προσωπικού του προγράμματος;
4. Οι επιλογές των παρεχόμενων υπηρεσιών ικανοποιούν τους εξυπηρετούμενους;
5. Η επάρκεια του συστήματος ικανοποιεί πλήρως τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων;
6. Πως συσχετίζονται οι προσδοκίες των εξυπηρετούμενων από τη θεραπεία με την επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ικανότητα των επαγγελματιών και την επιλογή των υπηρεσιών;

### 5.3 Ο πληθυσμός και το πλαίσιο της μελέτης

Στην παρούσα μελέτη, ο πληθυσμός αναφοράς και πληθυσμός στόχος ταυτίζονται. Αποτελούνται από τα άτομα που έχουν απευθυνθεί σε εξωτερική βάση από την έναρξη λειτουργίας των υπηρεσιών του εξωτερικού «Ιατρείου ΑΛΚΟ» από Απρίλιο 2011 έως Ιούλιο 2012. Από το μητρώο του ιατρείου υπολογίστηκαν 62 εξυπηρετούμενοι (γράφημα 1). Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται συνολικά από 51 άτομα δεδομένου ότι 11 άτομα προσήλθαν περιστασιακά (μία με δύο φορές).

Γράφημα 1: Πληθυσμός Μελέτης



Ως κριτήρια εισαγωγής στον πληθυσμό της μελέτης ορίστηκαν τα παρακάτω:

- Άτομα-Εξυπηρετούμενοι του ιατρείου με προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ
- Να εξυπηρετούνται από το «Ιατρείο ΑΛΚΟ» τουλάχιστον 2 μήνες.

## 5.4 Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο (βλ. παράρτημα Α) το οποίο δομείται σε τέσσερις θεματικές ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου, ερωτήσεις επιλογής και συμπλήρωσης για τη συγκέντρωση των δημογραφικών στοιχείων που αφορούν στο φύλο, στην ηλικία, τον τόπο κατοικίας την επαγγελματική, την οικογενειακή και την οικονομική κατάσταση. Η δεύτερη ενότητα (Προσδοκίες από τη Θεραπεία) περιλαμβάνει ερωτήσεις για τις προσδοκίες από τη θεραπεία (10 δηλώσεις που βαθμολογούνται με 0= καθόλου σημαντικό, 1= σημαντικό, 2= πολύ σημαντικό). Η Τρίτη ενότητα περιλαμβάνει πληροφορίες για την χρήση αλκοόλ: ηλικία έναρξης χρήσης, κατάχρησης, περίοδος αποχής από το αλκοόλ, προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση αλκοόλ, το είδος και η χρονική διάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η τελευταία ενότητα (βαθμός ικανοποίησης εξυπηρετούμενων) περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις εξαβάθμιας επιλογής (συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ αρκετά, συμφωνώ, διαφωνώ, διαφωνώ αρκετά, διαφωνώ απόλυτα) που εξετάζουν τις πέντε παραμέτρους ικανοποίησης. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει ερωτήσεις που εξετάζουν την επάρκεια του συστήματος (6), την ικανότητα των μελών της θεραπευτικής ομάδας του ιατρείου (10), τις θετικές διαπροσωπικές σχέσεις (5), τις αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις (7) και την επιλογή υπηρεσιών (4). Επίσης η κάθε υποενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις με θετική και αρνητική σημασία. Στο τέλος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνεται και μία ερώτηση ανοικτού τύπου.

### Αξιοπιστία ερωτηματολογίου

Σε κάθε μια από τις θεματικές κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha ώστε να μετρηθεί η εσωτερική συνοχή/αξιοπιστία των δηλώσεων, δηλαδή ο βαθμός κατά τον οποίο οι ερωτήσεις/δηλώσεις μπορεί να θεωρηθούν ότι μετράνε το ίδιο χαρακτηριστικό. Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται οι τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha ανά θεματική κατηγορία, καθώς και ο βαθμός αξιοπιστίας βάσει του εμπειρικού κανόνα (παράρτημα Β).

Πίνακας 1 : Τιμές συντελεστή Cronbach's alpha ανά θεματική κατηγορία και βαθμός αξιοπιστίας

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	Cronbach's alpha	Βαθμός αξιοπιστίας
Θετικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	0, 897	Καλή (σχεδόν εξαιρετική)
Αρνητικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	0, 750	Αποδεκτή
Επιλογή Υπηρεσιών	0, 780	Αποδεκτή
Ικανότητα επαγγελματιών	0, 824	Καλή
Επάρκεια Συστήματος	0, 810	Καλή

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι η εσωτερική συνοχή/αξιοπιστία των ερωτήσεων/δηλώσεων ανά θεματική κατηγορία είναι αποδεκτή έως σχεδόν εξαιρετική.

## 5.5 Πιλοτική Μελέτη

Πριν αρχίσει η διεξαγωγή της μελέτης, το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε πιλοτικά σε μικρό αριθμό (5 άτομα), εξυπηρετούμενων από τα Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τμήματος Ενηλίκων οι οποίοι δεν συμπεριλαμβάνονται στο δειγματοληπτικό μας πλαίσιο. Οι ερωτώμενοι είχαν ενημερωθεί για τον σκοπό της μελέτης και ζητήθηκε απ' αυτούς η γνώμη τους σχετικά με την τελική μορφοποίηση του ερευνητικού εργαλείου (Burns, 1995), σχετικά με τη σαφήνεια, την διατύπωση και τη συντακτική διάρθρωση των ερωτήσεων.

Η πιλοτική μελέτη διήρκεσε δύο εβδομάδες και εξετάστηκε:

- Εάν η ενημέρωση για τον σκοπό της μελέτης ήταν διατυπωμένη με σαφήνεια.
- Εάν στις δημογραφικές ερωτήσεις υπήρχε η κατάλληλη διαθέσιμη απάντηση για κάθε ερωτώμενο.
- Εάν οι ερωτήσεις ήταν σαφείς.
- Εάν οι ερωτήσεις είχαν μονοσήμαντη έννοια.
- Εάν η συντακτική διάρθρωση ήταν σωστή.
- Τα συμπεράσματα οδήγησαν στην αναδιατύπωση ερωτήσεων οι οποίες ήταν λιγότερο κατανοητές.

## 5.6. Συγκέντρωση Δεδομένων

Για την διεξαγωγή της μελέτης προηγήθηκε γραπτή ενημέρωση (βλ. παράρτημα Α). Τα άτομα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις εισαγωγής στη μελέτη ενημερώθηκαν

τηλεφωνικά από την ερευνήτρια και Κοινωνικό Λειτουργό του Ιατρείου. Αφού συμφώνησαν να συμμετάσχουν, ακολούθησε τηλεφωνική επικοινωνία ώστε να οριστεί η ακριβής ημέρα και ώρα συνάντησής.

Κατά τη συνάντηση κάθε εξυπηρετούμενος/η ενημερωνόταν για τον σκοπό της έρευνας και ακολουθούσε η διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας και ότι οι απαντήσεις στις ερωτήσεις θα ανακοινωθούν μόνο ως απρόσωπα στατιστικά αριθμητικά σύνολα. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν παρόντος του ερευνητή για τη δυνατότητα παροχής διευκρινίσεων. Η διάρκεια συμπλήρωσης κάθε ερωτηματολογίου κυμαινόταν από 20—30 λεπτά. Μετά τη συμπλήρωση ο κάθε εξυπηρετούμενος τοποθετούσε το ερωτηματολόγιο σε ειδική κάλπη που υπήρχε στο χώρο του Εξωτερικού Ιατρείου. Το χρονικό διάστημα που πραγματοποιήθηκε η συγκέντρωση των δεδομένων ήταν Μάιος - Ιούλιος του 2012.

## 5.7 Στατιστική μέθοδος

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων της μελέτης ακολούθησε η κωδικοποίηση των απαντήσεων, η καταχώριση αυτών σε λογιστικά φύλλα επεξεργασίας και στη συνέχεια η στατιστική τους επεξεργασία. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 15.0.

Για την απεικόνιση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν κυκλικά διαγράμματα (pie charts), ομαδοποιημένα ραβδογράμματα (clustered bar charts), αλλά και διαγράμματα πλαισίου απολήξεων (box-whisker plots). Οι κατηγορικές μεταβλητές δίνονται ως απόλυτες συχνότητες με τα αντίστοιχα ποσοστά, και οι ποσοτικές μεταβλητές δίνονται ως μέση τιμή με την τυπική απόκλιση (standard deviation – SD) ή ως διάμεσος με το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (interquartile range – IQR). Οι διατάξιμες μεταβλητές, οι προσδοκίες και οι δηλώσεις που αποτελούν τις πέντε διαστάσεις, παρουσιάζονται και ως συχνότητες με ποσοστά και ως μέση τιμή με τυπική απόκλιση.

Για τον έλεγχο των σχέσεων μεταξύ κατηγορικών και ποσοτικών μεταβλητών, μη κανονικά κατανομημένων, χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney test ή το Kruskal-Wallis test. Για τον έλεγχο ύπαρξης γραμμικής τάσης μεταξύ διατάξιμων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το Linear-by-linear association test (linear trend test) και για τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ των διατάξιμων μεταβλητών προσδοκίες και διαστάσεις χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho. Επίσης, για τον έλεγχο αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας/εσωτερική συνοχής Cronbach's alpha. Τέλος, όταν το p-value μικρότερο του 0,05 το αποτέλεσμα θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

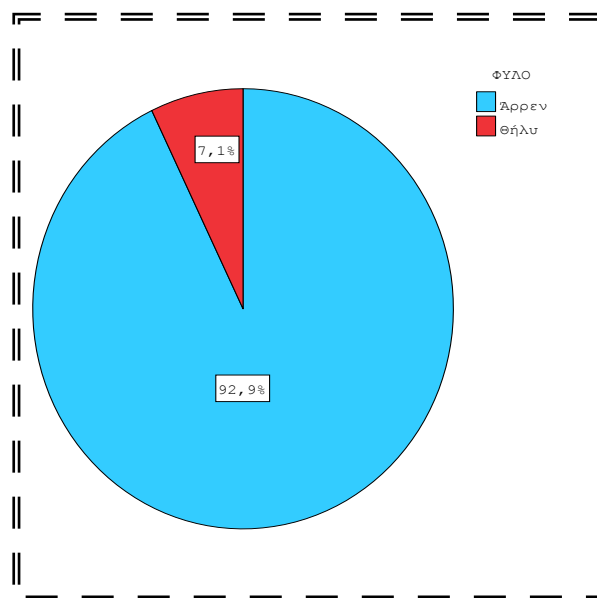
### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Συνολικά συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη 42 άτομα, από τους οποίους το 92, 9% ήταν άνδρες (39/42) και το 7,1% γυναίκες (3/42).

Πίνακας 2 : Φύλο εξυπηρετούμενων

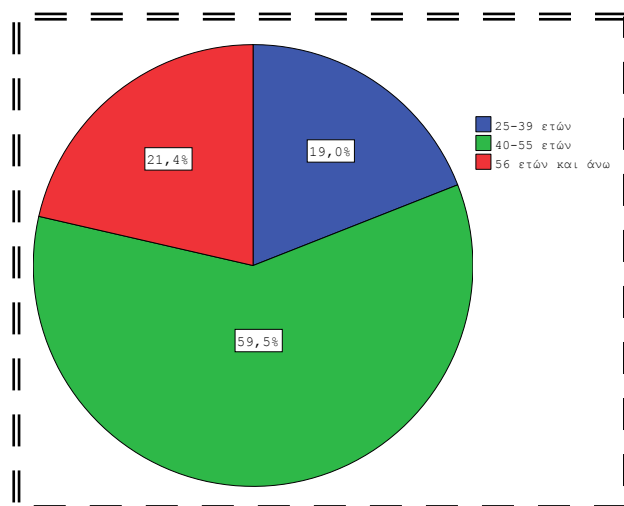
Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό
Άρρεν	39	92,9
Θήλυ	3	7,1
Σύνολο	42	100,0



Οκτώ άτομα (19%) ήταν ηλικίας 25-39 ετών, είκοσι πέντε άτομα (59, 5%) ηλικίας 40-55 ετών και εννέα άτομα (21,4%) ήταν ηλικίας 56 ετών και άνω.

Πίνακας 3: Ηλικία εξυπηρετούμενων

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό
25-39 ετών	8	19, 0
40-55 ετών	25	59, 5
56 ετών και άνω	9	21, 4



Από τα 42 άτομα του δείγματος οι είκοσι επτά κατοικούν στη Λάρισα (64,3%), οι οκτώ (19%) στην Καρδίτσα, οι τέσσερις (9,5%) στο Βόλο, οι δύο (4,8%) στα Τρίκαλα και, τέλος, ένας (2,4%) διαμένει στη Λαμία.

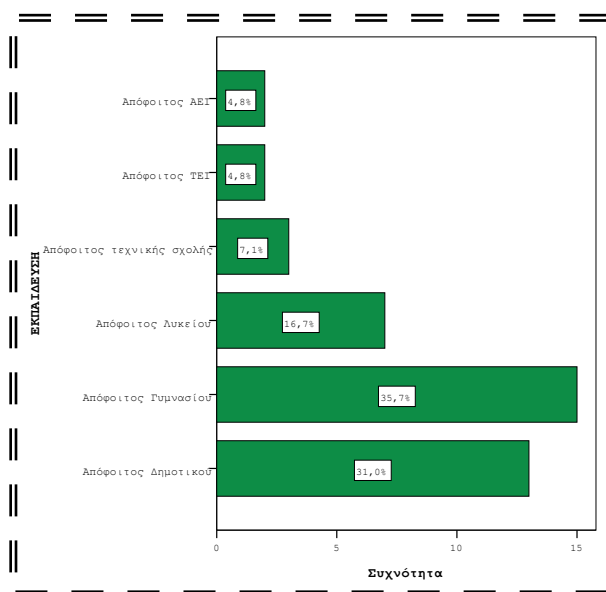
Πίνακας 4: Τόπος κατοικίας εξυπηρετούμενων

Τόπος κατοικίας	Συχνότητα	Ποσοστό
Βόλος	4	9, 5
Καρδίτσα	8	19, 0
Λαμία	1	2, 4
Λάρισα	27	64, 3
Τρίκαλα	2	4, 8

Όσον αφορά στο εκπαιδευτικό τους επίπεδο το 31% (13/42) είναι απόφοιτοι Δημοτικού, το 35,7% απόφοιτοι Γυμνασίου, το 16,7% απόφοιτοι Λυκείου, το 7,1% απόφοιτοι Τεχνικής Σχολής, το 4,8% (2/42) απόφοιτοι ΤΕΙ και τέλος, το 4,8% απόφοιτοι ΑΕΙ.

Πίνακας 5: Επίπεδο εκπαίδευσης εξυπηρετούμενων

Επίπεδο εκπαίδευσης	Συχνότητα	Ποσοστό
Αναλφάβητος	0	0, 0
Απόφοιτος Δημοτικού	13	31
Απόφοιτος Γυμνασίου	15	35, 7
Απόφοιτος Λυκείου	7	16, 7
Απόφοιτος τεχνικής σχολής	3	7, 1
Απόφοιτος ΤΕΙ	2	4, 8
Απόφοιτος ΑΕΙ	2	4, 8



Από τα 42 άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο οι 15 (35,7%) δήλωσαν συνταξιούχοι, το 14,3% ελεύθεροι επαγγελματίες, όπως επίσης και το 14,3% αγρότες. Πέντε άτομα (11,9%) δήλωσαν άνεργοι, τέσσερις (9,5%) ιδιωτικοί υπάλληλοι, όπως επίσης και τέσσερις (9,5%) δήλωσαν δημόσιοι υπάλληλοι.

Πίνακας 6: Επαγγελματική κατάσταση εξυπηρετούμενων

Επάγγελμα	Συχνότητα	Ποσοστό
Ιδιωτικός υπάλληλος	4	9, 5
Δημόσιος υπάλληλος	4	9, 5
Ελεύθερος επαγγελματίας	6	14, 3
Αγρότης	6	14, 3
Τεχνίτης	2	4, 8
Άνεργος	5	11, 9
Συνταξιούχος	15	35, 7

Όσον αφορά στην οικονομική κατάστασή τους το 35,7% τη χαρακτήρισε άσχημη, το 35,7% μέτρια και μόλις το 28,6% τη χαρακτήρισε καλή ή πολύ καλή.

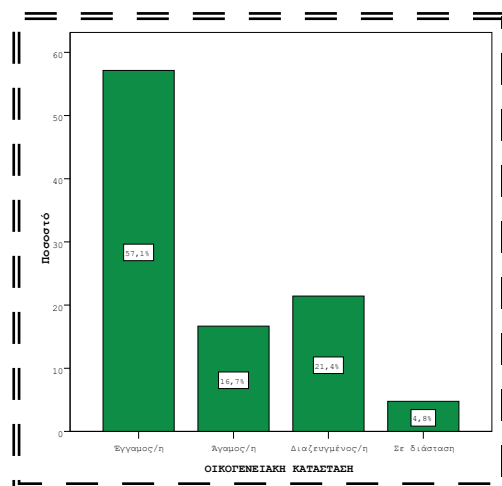
Πίνακας 7: Οικονομική κατάσταση εξυπηρετούμενων

Οικονομική κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό
Πολύ καλή	4	9, 5
Καλή	8	19, 0
Μέτρια	15	35, 7

Τέλος, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (57,1%) ήταν έγγαμοι, το 16,7% άγαμοι και το 21,4% διαζευγμένοι.

Πίνακας 8: Οικογενειακή κατάσταση εξυπηρετούμενων

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγγαμος/η	24	57, 1
Άγαμος/η	7	16, 7
Διαζευγμένος/η	9	21, 4
Σε διάσταση	2	4, 8
Χήρος/α	0	0, 0



Πίνακας 9 : Συγκεντρωτικά δημογραφικά στοιχεία εξυπηρετούμενων

Δημογραφικά χαρακτηριστικά		Συχνότητα	%
Φύλο	Άρρεν	39	92, 9
	Θήλυ	3	7, 1
	Σύνολο	42	100, 0
Ηλικία	25-39 ετών	8	19, 0
	40-55 ετών	25	59, 5
	56 ετών και άνω	9	21, 4
Τόπος κατοικίας	Βόλος	4	9, 5
	Καρδίτσα	8	19, 0
	Λαμία	1	2, 4
	Λάρισα	27	64, 3
	Τρίκαλα	2	4, 8
Επίπεδο εκπαίδευσης	Αναλφάβητος	0	0, 0
	Απόφοιτος Δημοτικού	13	31
	Απόφοιτος Γυμνασίου	15	35, 7
	Απόφοιτος Λυκείου	7	16, 7
	Απόφοιτος τεχνικής σχολής	3	7, 1
	Απόφοιτος ΤΕΙ	2	4, 8
	Απόφοιτος ΑΕΙ	2	4, 8
Επάγγελμα	Ιδιωτικός υπάλληλος	4	9, 5
	Δημόσιος υπάλληλος	4	9, 5
	Ελεύθερος επαγγελματίας	6	14, 3
	Αγρότης	6	14, 3
	Τεχνίτης	2	4, 8
	Άνεργος	5	11, 9
	Συνταξιούχος	15	35, 7
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	4	9, 5
	Καλή	8	19, 0
	Μέτρια	15	35, 7
	Άσχημη	15	35, 7
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	24	57, 1
	Άγαμος/η	7	16, 7
	Διαζευγμένος/η	9	21, 4
	Σε διάσταση	2	4, 8
	Χήρος/α	0	0, 0

## 6.2 Δημογραφικά στοιχεία μη απαντούντων.

Από το αρχικό μέγεθος του πληθυσμού (51 άτομα) δε συμμετέχουν 9 άτομα, εκ των οποίων η μία είναι γυναίκα (11,11 %) και οι 8 είναι άνδρες (88,89 %). Αίτια μη απάντησης:

- Προβλήματα Υγείας (άνοια, Ca, ατύχημα, χρόνια ψυχική νόσος) (4 άτομα)
- Νοσηλεία σε ιδιωτική Νευρολογική Κλινική (1 άτομο)
- Μεγάλη γεωγραφική απόσταση (1 άτομο)
- Άρνηση (2 άτομα)
- Απουσία (1 άτομο)

### 6.3 Προσδοκίες από τη θεραπεία

Στη συνέχεια δίνεται η περιγραφική ανάλυση για τις προσδοκίες των συμμετεχόντων για το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθούν. Για κάθε μία από τις δέκα προσδοκίες ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να απαντήσουν βάσει της κλίμακας: καθόλου σημαντικό=0, σημαντικό=1 και πολύ σημαντικό=2. Οι απαντήσεις παρουσιάζονται περιγραφικά ως απόλυτες συχνότητες με τα ποσοστά και ως μέση τιμή (μ.τ) με την τυπική απόκλιση (τ.α).

Παρατηρούμε ότι το 57,1% και το 21,4% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα θεωρεί πολύ σημαντικό και σημαντικό αντίστοιχα, μέσω της θεραπείας, να πετύχει «ζωή χωρίς αλκοόλ» (μ.τ.=1,36, τ.α.=0,82), ενώ το 50% δεν θεωρεί καθόλου σημαντικό το να πετύχει «ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ» (μ.τ.=0,83, τ.α.=0,91). Το 88,1% του δείγματος θεωρεί σημαντικό ή πολύ σημαντικό το να πετύχει «συναισθηματική υποστήριξη» (μ.τ.=1,43, τ.α.=0,70), μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία. Επίσης, το 52,4% θεωρεί πολύ σημαντικό το να πετύχει «υποστήριξη για τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση αλκοόλ», ενώ το 14,3% δεν το θεωρεί καθόλου σημαντικό (μ.τ.=1,38, τ.α.=0,73). Το 78,6% δεν θεωρεί καθόλου σημαντικό το να πετύχει «υποστήριξη στην ανεύρεση εργασίας», ενώ μόλις το 16,7% το θεωρεί πολύ σημαντικό (μ.τ.=0,38, τ.α.=0,76). Ως προς το να πετύχει «βελτίωση οικογενειακών σχέσεων», μέσω της θεραπείας, το 42,9% το θεωρεί πολύ σημαντικό, αντιθέτως το 45,2% δεν το θεωρεί καθόλου σημαντικό (μ.τ.=0,98, τ.α.=0,95). Ακόμη, το 76,2% θεωρεί σημαντικό ή πολύ σημαντικό το να «εκπαιδευτεί στο να χειρίζεται τις υποτροπές» (μ.τ.=1,24, τ.α.=0,82), ενώ το 50,7% δεν θεωρεί καθόλου σημαντικό το «να μάθει να οργανώνει τη ζωή του» (μ.τ.=0,74, τ.α.=0,91). Τέλος, 59,5% των ερωτώμενων θεωρεί σημαντικό ή πολύ σημαντικό το «να μάθει να χειρίζεται τους φόβους του» (μ.τ.=0,95, τ.α.=0,88) και το 59,5% θεωρεί πολύ σημαντικό, μέσω της θεραπείας, «να μάθει από άλλους που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα» (μ.τ.=1,38, τ.α.=0,82).

Πίνακας 10: Περιγραφική ανάλυση προσδοκιών

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ	Καθόλου σημαντικό		Σημαντικό		Πολύ σημαντικό		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	συχνότητα	%	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%		
Ζωή χωρίς αλκοόλ	9	21, 4	9	21, 4	24	57, 1	1, 36	0, 82
Ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ	21	50, 0	7	16, 7	14	33, 3	0, 83	0, 91
Συναισθηματική υποστήριξη	5	11, 9	14	33, 3	23	54, 8	1, 43	0, 70
Υποστήριξη για τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση αλκοόλ	6	14, 3	14	33, 3	22	52, 4	1, 38	0, 73
Υποστήριξη στην ανεύρεση εργασίας	33	78, 6	2	4, 8	7	16, 7	0, 38	0, 76
Βελτίωση οικογενειακών σχέσεων	19	45, 2	5	11, 9	18	42, 9	0, 98	0, 95
Εκπαίδευση στο να χειρίζομαι τις υποτροπές	10	23, 8	12	28, 6	20	47, 6	1, 24	0, 82
Πώς να οργανώσω τη ζωή μου	24	57, 1	5	11, 9	13	31, 0	0, 74	0, 91
Πώς να χειρίζομαι τους φόβους μου	17	40, 5	10	23, 8	15	35, 7	0, 95	0, 88
Να μάθω από άλλους που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα	9	21, 4	8	19, 0	25	59, 5	1, 38	0, 82

#### 6.4. Πληροφορίες για την εξάρτηση από το αλκοόλ

Στη συνέχεια της ανάλυσης παρουσιάζονται οι ερωτήσεις που σκοπό έχουν να αντλήσουν χρήσιμες πληροφορίες για την εξάρτηση από το αλκοόλ. Παρατηρώντας τον παρακάτω πίνακα(πίνακας 11) διαπιστώνουμε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων (71,4%) ξεκίνησε να καταναλώνει αλκοόλ σε ηλικία μεταξύ 15 και 20 ετών, το 16,7% σε ηλικία 21-25 ετών και το 11,9% σε ηλικία μεγαλύτερη των 25 ετών. Όσον αφορά στα πόσα έτη άρχισαν την κατάχρηση αλκοόλ, αφότου είχαν ήδη ξεκινήσει να πίνουν αλκοόλ, από τους συνολικά 42 συμμετέχοντες το 38,1% δήλωσε σε 3-5 έτη, το 31% σε 6-8 έτη, το 14, 3% σε 9-12 έτη και το 16,7% δήλωσε ότι άρχισε την κατάχρηση αλκοόλ ύστερα από 12 χρόνια. Στην ερώτηση για το πόσο καιρό απέχουν από το αλκοόλ, το 16,7% δήλωσε λιγότερο από μήνα, το 33,3% απέχει ένα με τέσσερις μήνες, το 26,2% απέχει επτά με δώδεκα μήνες και το 23,8% δήλωσε ότι απέχει από το αλκοόλ περισσότερο από δώδεκα μήνες.

Πίνακας 11: Πληροφορίες για την εξάρτηση από το αλκοόλ

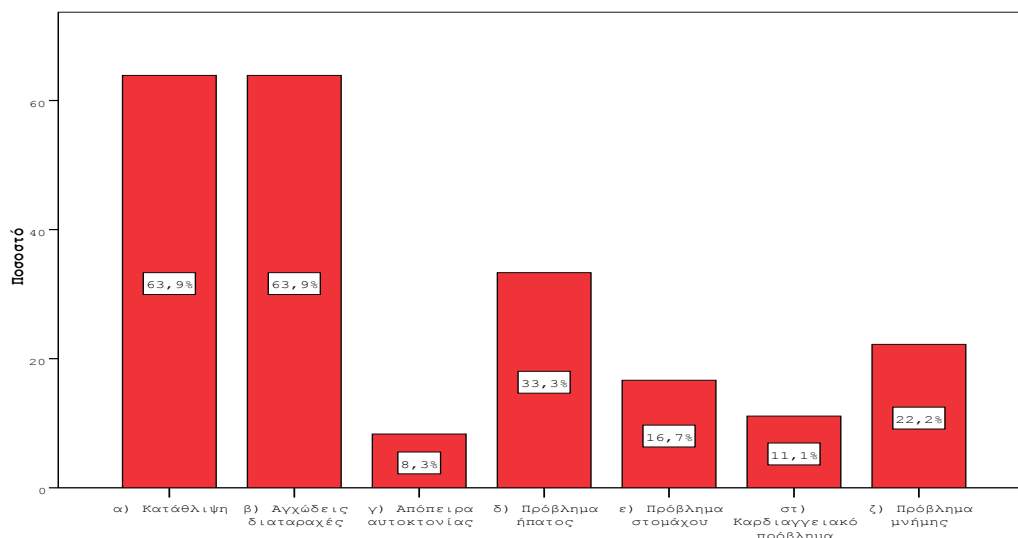
		Συχνότητα	%
Ηλικία έναρξης χρήσης αλκοόλ	15-20 ετών	30	71, 4
	21-25 ετών	7	16, 7
	26-30 ετών	3	7, 1
	31-35 ετών	2	4, 8
Έναρξη κατάχρησης αλκοόλ μετά από:	3-5 έτη	16	38, 1
	6-8 έτη	13	31, 0
	9-12 έτη	6	14, 3
	>12 έτη	7	16, 7
Περίοδος αποχής από το αλκοόλ:	<1 μήνα	7	16, 7
	1-6 μήνες	14	33, 3
	7-12 μήνες	11	26, 2
	>12 μήνες	10	23, 8

Στην ερώτηση για το εάν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα είτε ψυχικής είτε σωματικής υγείας που σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ το 85,7% (36/42) απάντησε καταφατικά. Από τα 36 άτομα που δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα το 63,9% (23/36) δήλωσε ότι πάσχει από κατάθλιψη, όπως επίσης το 63,9% δήλωσε ότι αντιμετωπίζει αγχώδεις διαταραχές. Ακόμη, το 33,3% των ερωτώμενων δήλωσε ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα με το ήπαρ, το 22,2% με τη μνήμη, το 16,7% με το στομάχι, το 11, 1% με την καρδιά και τρία άτομα (8,3%) δήλωσαν ότι έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας. Τέλος, 4/36 (11,1%) δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν κάποιο άλλο πρόβλημα όπως π.χ. καρκίνο, παγκρεατίτιδα, κτλ(πίνακας 12).

Πίνακας 12: Προβλήματα ψυχικής ή σωματικής υγείας λόγω χρήσης αλκοόλ

	Συχνότητα	%
Αντιμετωπίζεται κάποιο πρόβλημα ψυχικής ή σωματικής υγείας που σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ;	36/42	85, 7
α) Κατάθλιψη	23/36	63, 9
β) Αγχώδεις διαταραχές	23/36	63, 9
γ) Απόπειρα αυτοκτονίας	3/36	8, 3
δ) Πρόβλημα ήπατος	12/36	33, 3
ε) Πρόβλημα στομάχου	6/36	16, 7
στ) Καρδιαγγειακό πρόβλημα	4/36	11, 1
ζ) Πρόβλημα μνήμης	8/36	22, 2
η) Άλλο	4/36	11, 1





Στην ερώτηση για την αποτοξίνωση, από τους συνολικά 42 συμμετέχοντες οι 17 (40,5%) δήλωσαν ότι έχουν και προηγουμένως προσπαθήσει για σωματική αποτοξίνωση από το αλκοόλ, από αυτούς το 67,7% (10/15) έχει προσπαθήσει να αποτοξινωθεί δυο και περισσότερες φορές.

Πίνακας 13: Ερώτηση για προηγούμενη σωματική αποτοξίνωση

		Συχνότητα	%
Προηγούμενη σωματική αποτοξίνωση	ΝΑΙ	17/42	40, 5
Αν Ναι, πόσες φορές;	1	5/15	33, 3
	2	3/15	20, 0
	3	3/15	20, 0
	4	1/15	6, 7
	7	1/15	6, 7
	8	1/15	6, 7
	9	1/15	6, 7

Ακόμη, από τα 42 άτομα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια το 28, 6% (12/42) έχει περισσότερους από 12 μήνες που του παρέχονται οι υπηρεσίες του ιατρείου, επίσης το 28,6% από αυτούς επισκέπτεται το ιατρείο για 3-6 μήνες, ενώ το 19% λαμβάνει τις υπηρεσίες του ιατρείου λιγότερο από 3 μήνες.

Πίνακας 14: Ερώτηση που αφορά το χρονικό διάστημα παροχής υπηρεσιών του ιατρείου ΑΛΚΟ

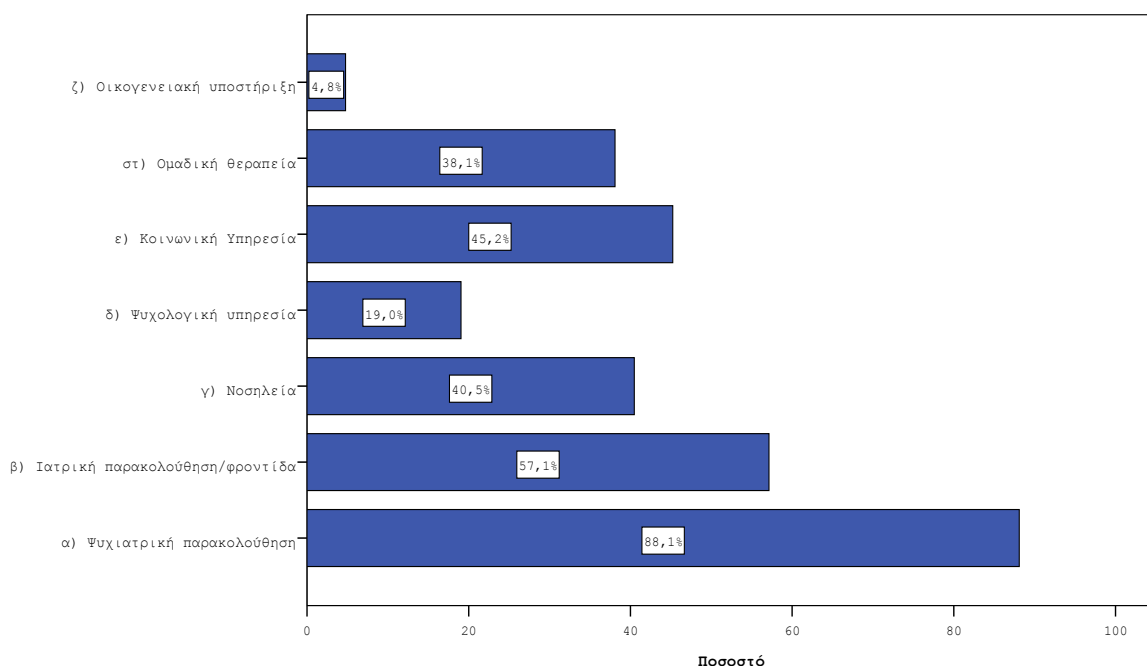
		Συχνότητα (n=42)	%
Πόσο χρονικό διάστημα σας παρέχονται οι υπηρεσίες του ιατρείου;	<3 μήνες	8	19, 0
	3-6 μήνες	12	28, 6
	7-9 μήνες	6	14, 3
	10-12 μήνες	4	9, 5
	>12 μήνες	12	28, 6

Σχετικά με την ερώτηση για το ποιες υπηρεσίες τους παρέχονται στο ιατρείο, η πλειοψηφία (88,1%) δήλωσε ότι του παρέχεται ψυχιατρική παρακολούθηση, στο 57, 1%

ιατρική παρακολούθηση, στο 45,2% κοινωνική υπηρεσία, στο 40,5% νοσηλεία και στο 38,1% ομαδική θεραπεία (πίνακας 15).

Πίνακας 15: Παρεχόμενες υπηρεσίες

	Συχνότητα (n=42)	%
Α) Ψυχιατρική παρακολούθηση	37	88, 1
β) Ιατρική παρακολούθηση/φροντίδα	24	57, 1
γ) Νοσηλεία	17	40, 5
δ) Ψυχολογική υπηρεσία	8	19, 0
ε) Κοινωνική Υπηρεσία	19	45, 2
στ) Ομαδική θεραπεία	16	38, 1
ζ) Οικογενειακή υποστήριξη	2	4, 8



Τέλος, μόλις το 11,9% (5/42) των συμμετεχόντων στην μελέτη δήλωσε ότι λαμβάνει συμπληρωματική παρακολούθηση από ιδιώτη γιατρό ή άλλον φορέα για το πρόβλημα με το αλκοόλ, το 42,9% απάντησε ότι έχει υποτροπιάσει κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ το 88,1% δήλωσε ότι το οικογενειακό του περιβάλλον τους υποστηρίζει στην προσπάθεια που κάνουν για την απεξάρτηση από το αλκοόλ.

Πίνακας 16: Συμπληρωματική παρακολούθηση /υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον

	Συχνότητα	%
Λαμβάνετε συμπληρωματική παρακολούθηση από ιδιώτη γιατρό ή άλλον φορέα για το πρόβλημα με το αλκοόλ;	5/42	11, 9
Υποτροπή κατά τη διάρκεια της θεραπείας;	18/42	42, 9
Θεωρείται ότι το οικογενειακό περιβάλλον σας υποστηρίζει;	37/42	88, 1

## 6.5. Βαθμός ικανοποίησης εξυπηρετούμενων

Στη συνέχεια της ανάλυσης παρατίθενται οι δηλώσεις που αναφέρονται στην 4η ενότητα, δηλαδή στο βαθμό ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων. Η ενότητα αυτή

αποτελείται από 32 δηλώσεις οι οποίες ομαδοποιούνται στις ακόλουθες πέντε θεματικές κατηγορίες: «θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις», «αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις», «επιλογή υπηρεσιών», «ικανότητα επαγγελματιών» και «επάρκεια συστήματος». Ειδικότερα, ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να απαντήσουν κατά πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν για κάθε μια δήλωση/ερώτηση βάσει της κλίμακας Likert: διαφωνώ απόλυτα=1, διαφωνώ αρκετά=2, διαφωνώ=3, συμφωνώ=4, συμφωνώ αρκετά=5 και συμφωνώ απόλυτα=6. Οι απαντήσεις παρουσιάζονται περιγραφικά ως απόλυτες συχνότητες με τα ποσοστά και ως μέση τιμή με την τυπική απόκλιση.

### 6.5.1 Θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις

Παρακάτω δίνονται οι δηλώσεις που αναφέρονται στις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα θεραπείας (πίνακας 17).

Στον ακόλουθο πίνακα παρατηρούμε ότι το 83,3% συμφωνεί απόλυτα με το ότι «τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας φαίνονται ότι νοιάζονται για μένα», ενώ δεν υπάρχει κανείς που να διαφωνεί με αυτή τη δήλωση (μ.τ.=5,74, τ.α.=0,63), επίσης το 95,2% συμφωνεί απόλυτα με το ο, τι «τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας τον αποδέχονται όπως είναι», ενώ ένα άτομο (2,4%) διαφωνεί απόλυτα με την παραπάνω δήλωση (μ.τ. = 5,83, τ.α. = 0,82). Το 71,4% των ερωτηθέντων συμφωνεί απόλυτα με τη δήλωση «τα μέλη της ομάδας συζητούν μαζί μου τα ζητήματα στα οποία διαφωνώ μαζί τους» (μ.τ. = 5,43, τ.α.=1,11), το 90,5% δηλώνει ότι συμφωνεί απόλυτα με το ότι «τα μέλη της ομάδας είναι φιλικοί μαζί μου» (μ.τ. = 5,79, τ.α.=0,84), επίσης ένα πολύ υψηλό ποσοστό των ερωτώμενων (92,9%) συμφωνεί απόλυτα με τη δήλωση «τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι ευγενικοί μαζί μου» (μ.τ.=5,81, τ.α.=0,83).

Γενικά, διαπιστώνουμε ότι σε όλες τις σχετικές δηλώσεις η μέση βαθμολογία είναι μεγαλύτερη του 5,4 το οποίο δείχνει ότι τα άτομα που επισκέπτονται το ιατρείο έχουν πολύ θετική γνώμη για τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

Πίνακας 17: Ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων σχετικά με τις θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)		
Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας φαίνονται ότι νοιάζονται για μένα	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	4 (9, 5)	3 (7, 1)	35 (83, 3)	5, 74	0, 63
Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας με αποδέχονται όπως είμαι	1 (2, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	0 (0, 0)	40 (95, 2)	5, 83	0, 82
Τα μέλη της ομάδας συζητούν μαζί μου τα ζητήματα στα οποία διαφωνώ μαζί τους	1 (2, 4)	0 (0, 0)	2 (4, 8)	4 (9, 5)	5 (11, 9)	30 (71, 4)	5, 43	1, 11
Τα μέλη της ομάδας είναι φιλικόι μαζί μου	1 (2, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	2 (4, 8)	38 (90, 5)	5, 79	0, 84
Τα μέλη της ομάδας είναι ευγενικοί μαζί μου	1 (2, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	1 (2, 4)	39 (92, 9)	5, 81	0, 83
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ</b>							<b>5, 72</b>	<b>0, 72</b>

Επιπρόσθετα, συνολικά η μέση τιμή όλων των δηλώσεων είναι 5,72 ( $\pm 0,72$ ) το οποίο σημαίνει ότι έχουν πολύ θετική αντίληψη για τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

### 6.5.2 Αρνητικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις

Στη συνέχεια της περιγραφικής ανάλυσης παρουσιάζονται οι δηλώσεις που αναφέρονται στις αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις των συμμετεχόντων (πίνακας 18). Παρατηρώντας τον παρακάτω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το 69% των συμμετεχόντων της έρευνας διαφωνεί απόλυτα με τη δήλωση «αισθάνομαι ότι κανένα από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας δεν με ακούει σχετικά με το τι θέλω από τη θεραπεία μου» (μ.τ.=1,69, τ.α.=1,26), επίσης το 73,8% διαφωνεί απόλυτα με τη φράση «αισθάνομαι ότι κανένα από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας δεν μου φέρονται με σεβασμό σαν άνθρωπο» (μ.τ.=1,67, τ.α.=1,39). Το 64,3% των ερωτώμενων απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα με τη δήλωση «τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας μου επιβάλλουν πράγματα», ενώ 6 άτομα από τα 42 (14,3%) απάντησαν ότι συμφωνούν ή συμφωνούν αρκετά ή συμφωνούν απόλυτα (μ.τ.=2,02, τ.α.=1,60). Όσον αφορά στη δήλωση «τα μέλη της ομάδας με βάζουν στη θέση μου όταν διαφωνώ μαζί τους» το 50% διαφωνεί απόλυτα, ενώ το 21,4% (9/42) συμφωνεί ή συμφωνεί αρκετά ή συμφωνεί απόλυτα (μ.τ.=2,31, τ.α.=1,66). Επίσης, όσον αφορά στη δήλωση «τα μέλη της ομάδας ζητούν με τον τρόπο τους από μένα χρήματα για τις υπηρεσίες που μου προσφέρουν» το 97, 6% διαφωνεί απόλυτα ή διαφωνεί (μ.τ.=1,21, τ.α.=0,87). Το 71,4% των ερωτώμενων διαφωνεί απόλυτα με τη δήλωση «τα μέλη της ομάδας αγνοούν ότι τους λέω για τις ανάγκες μου», ενώ το 11,9% συμφωνεί ή συμφωνεί αρκετά ή συμφωνεί απόλυτα με τη δήλωση αυτή (μ.τ.=1,83, τ.α.=1,53). Τέλος, το 85,7% των συμμετεχόντων διαφωνεί

απόλυτα με τη δήλωση «τα μέλη της ομάδας είναι αγενή απέναντί μου» (μ.τ.=1,43, τ.α.=1,19).

Διαπιστώνουμε ότι, γενικά, η πλειοψηφία των ερωτώμενων διαφωνεί με τις πιο πολλές από τις αρνητικές δηλώσεις, αφού η μέση βαθμολογία των πιο πολλών αρνητικών δηλώσεων είναι μικρότερη του δύο.

**Πίνακας 18: Ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων σχετικά με τις αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις**

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)		
Αισθάνομαι ότι κανένα από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας δεν με ακούει σχετικά με το τι θέλω από τη θεραπεία μου	29 (69, 0)	3 (7, 1)	8 (19, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	2 (4, 8)	1, 69	1, 26
Αισθάνομαι ότι κανένα από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας δεν μου φέρονται με σεβασμό σαν άνθρωπο	31 (73, 8)	3 (7, 1)	5 (11, 9)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	3 (7, 1)	1, 67	1, 39
Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας μου επιβάλλουν πράγματα αντί να με βοηθούν σε αυτά που επιθυμώ	27 (64, 3)	1 (2, 4)	8 (19, 0)	1 (2, 4)	2 (4, 8)	3 (7, 1)	2, 02	1, 60
Τα μέλη της ομάδας με βάζουν στη θέση μου όταν διαφωνώ μαζί τους	21 (50, 0)	5 (11, 9)	7 (16, 7)	4 (9, 5)	1 (2, 4)	4 (9, 5)	2, 31	1, 66
Τα μέλη της ομάδας ζητούν με τον τρόπο τους από μένα χρήματα για τις υπηρεσίες που μου προσφέρουν	39 (92, 9)	0 (0, 0)	2 (4, 8)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	1, 21	0, 87
Τα μέλη της ομάδας αγνοούν ό, τι τους λέω για τις ανάγκες μου	30 (71, 4)	1 (2, 4)	6 (14, 3)	1 (2, 4)	1 (2, 4)	3 (7, 1)	1, 83	1, 53
Τα μέλη της ομάδας είναι αγενή απέναντί μου	36 (85, 7)	0 (0, 0)	4 (9, 5)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	2 (4, 8)	1, 43	1, 19
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ</b>							<b>1, 74</b>	<b>0, 87</b>

Επιπρόσθετα, η μέση τιμή συνολικά όλων των δηλώσεων είναι 1,74 ( $\pm 0,87$ ) το οποίο σημαίνει ότι τα άτομα που ακολουθούν το πρόγραμμα θεραπείας διαφωνούν αρκετά με τις αρνητικές δηλώσεις αντίληψης για τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

### 6.5.3 Επιλογή Υπηρεσιών

Παρακάτω παρουσιάζονται οι ερωτήσεις που αναφέρονται στην επιλογή υπηρεσιών που θα ήθελαν οι συμμετέχοντες της έρευνας να περιλαμβάνονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθούν (πίνακας 19).

Παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων (97,6%) συμφωνεί ή συμφωνεί αρκετά ή συμφωνεί απόλυτα με τη δήλωση «τα μέλη της ομάδας μου δίνουν τη βοήθεια που πραγματικά χρειάζομαι» (μ.τ.=5,38, τ.α.=0,94). Το 71,4% διαφωνεί απόλυτα με τη φράση «χρειάζομαι περισσότερη βοήθεια από όση παίρνω από τα μέλη της ομάδας», ενώ το 16,7% συμφωνεί ή συμφωνεί αρκετά ή συμφωνεί απόλυτα με την παραπάνω δήλωση (μ.τ.=1,98, τ.α.=1,76). Το 54,8% των ερωτηθέντων διαφωνεί απόλυτα με τη δήλωση «θα επιθυμούσα περισσότερες επιλογές όσον αφορά τα είδη των υπηρεσιών που λαμβάνω», ενώ το 33,3% συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα (μ.τ.=2,52, τ.α.=1,94). Τέλος, όσον αφορά στη δήλωση «μακάρι, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να μπορούσαν να κάνουν περισσότερα πράγματα για μένα από αυτά που κάνουν ήδη» το 52,4% (22/42) διαφωνεί απόλυτα ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (31%) συμφωνεί ή συμφωνεί αρκετά ή συμφωνεί απόλυτα (μ.τ.=2,60, τ.α.=2,00).

Συμπερασματικά, διαπιστώνουμε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενώ μεν συμφωνούν ότι η βοήθεια που τους παρέχεται είναι αυτή που χρειάζονται, ωστόσο θεωρούν ότι κάποιες επιπλέον επιλογές-παροχές θα ήταν χρήσιμο να προσφερθούν.

Πίνακας 19: Ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων σχετικά με την επιλογή των υπηρεσιών

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)		
Τα μέλη της ομάδας μου δίνουν τη βοήθεια που πραγματικά χρειάζομαι	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	10 (23, 8)	3 (7, 1)	28 (66, 7)	5, 38	0, 94
Χρειάζομαι περισσότερη βοήθεια από όση παίρνω από τα μέλη της ομάδας	30 (71, 4)	1 (2, 4)	4 (9, 5)	1 (2, 4)	1 (2, 4)	5 (11, 9)	1, 98	1, 76
Θα επιθυμούσα περισσότερες επιλογές όσον αφορά τα είδη των υπηρεσιών που λαμβάνω	23 (54, 8)	2 (4, 8)	3 (7, 1)	7 (16, 7)	0 (0, 0)	7 (16, 7)	2, 52	1, 94
Μακάρι, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να μπορούσαν να κάνουν περισσότερα πράγματα για μένα από αυτά που κάνουν ήδη	22 (52, 4)	3 (7, 1)	4 (9, 5)	4 (9, 5)	1 (2, 4)	8 (19, 0)	2, 60	2, 00
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ*</b>							<b>2, 18</b>	<b>1, 33</b>

\* Για τον υπολογισμό της μέσης τιμής έγινε αντιστροφή της βαθμολογίας της δήλωσης «τα μέλη της ομάδας μου δίνουν τη βοήθεια που πραγματικά χρειάζομαι»

Επιπρόσθετα, συνολικά η μέση τιμή όλων των δηλώσεων είναι 2,18 ( $\pm 1,33$ ) το οποίο σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες διαφωνούν με το ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από την βοήθεια και τις υπηρεσίες που τους παρέχονται.

#### 6.5.4 Ικανότητα Επαγγελματιών

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι δηλώσεις που αναφέρονται στην ικανότητα των επαγγελματιών της θεραπευτικής ομάδας και πως την κρίνουν οι συμμετέχοντες του προγράμματος(πίνακας 20).

Όλοι οι ερωτώμενοι της έρευνας (100%) συμφωνούν ή συμφωνούν αρκετά ή συμφωνούν απόλυτα με τις δηλώσεις «είμαι ικανοποιημένος/η από την εκτίμηση των αναγκών μου που γίνεται από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας» (μ.τ.=5,5, τ.α.=0,8), «είμαι ικανοποιημένος/η από το ατομικό θεραπευτικό πλάνο που εφαρμόζεται από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας» (μ.τ.=5,45, τ.α.=0,8), «είμαι ικανοποιημένος/η από την ικανότητα της θεραπευτικής ομάδας να μου παρέχει υπηρεσίες για το πρόβλημά μου σε σχέση με το αλκοόλ» (μ.τ.=5,55, τ.α.=0,77) και τη δήλωση «τα μέλη της ομάδας ξέρουν καλά τη δουλειά τους» (μ.τ.=5,76, τ.α.=0,62).

Επίσης, το 97,6% των ερωτώμενων συμφωνεί ή συμφωνεί αρκετά ή συμφωνεί απόλυτα με τη δήλωση «ξέρω ότι μπορώ να έρθω σε επαφή με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας εάν το έχω ανάγκη» (μ.τ.=5,31, τ.α.=1,12), τη δήλωση «είμαι πολύ ενημερωμένος/η για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας» (μ.τ.=5,50, τ.α.=0,83), τη δήλωση «συνολικά, τα μέλη της ομάδας κάνουν καλή δουλειά όσον αφορά την οργάνωση του θεραπευτικού μου σχεδίου» (μ.τ.=5,40, τ.α.=1,06), όπως επίσης και με τη δήλωση «τα μέλη της ομάδας μου εξήγησαν καθαρά το πρόγραμμα των προσφερόμενων υπηρεσιών, κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης» (μ.τ.=5,76, τ.α.=0,69).

Τέλος, το 95,2% των συμμετεχόντων διαφωνεί ή διαφωνεί αρκετά ή διαφωνεί απόλυτα με τη δήλωση «τα μέλη της ομάδας έχουν αποτύχει να μου προσφέρουν τις υπηρεσίες που χρειάζομαι» (μ.τ.=1,67, τ.α.=1,24), όπως επίσης και με τη δήλωση «θα ήταν χάσιμο χρόνου να καλέσω τα μέλη της ομάδας, αν είχα κάποιο πρόβλημα σε σχέση με το αλκοόλ» (μ.τ.=1,71, τ.α.=1,27).

Γενικά, οι συμμετέχοντες του προγράμματος θεραπείας φαίνονται πολύ ικανοποιημένοι από την ικανότητα των επαγγελματιών της θεραπευτικής ομάδας, καθώς σε όλες τις δηλώσεις με θετική άποψη η μέση τιμή είναι μεγαλύτερη του 5,30, ενώ στις δηλώσεις με αρνητική άποψη η μέση τιμή τους είναι μικρότερη του δυο, το οποίο δείχνει ότι διαφωνούν αρκετά με αυτές τις δηλώσεις.



Πίνακας 20 : Ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων σχετικά με την ικανότητα των επαγγελματιών

	Διαφωνώ απόλυτα Συχνότητα (%)	Διαφωνώ αρκετά Συχνότητα (%)	Διαφωνώ Συχνότητα (%)	Συμφωνώ Συχνότητα (%)	Συμφωνώ αρκετά Συχνότητα (%)	Συμφωνώ απόλυτα Συχνότητα (%)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Είμαι ικανοποιημένος/η από την εκτίμηση των αναγκών μου που γίνεται από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	8 (19, 0)	5 (11, 9)	29 (69, 0)	5, 50	0, 80
Είμαι ικανοποιημένος/η από το ατομικό θεραπευτικό πλάνο που εφαρμόζεται από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	8 (19, 0)	7 (16, 7)	27 (64, 3)	5, 45	0, 80
Είμαι ικανοποιημένος/η από την ικανότητα της θεραπευτικής ομάδας να μου παρέχει υπηρεσίες για το πρόβλημά μου σε σχέση με το αλκοόλ	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	7 (16, 7)	5 (11, 9)	30 (71, 4)	5, 55	0, 77
Τα μέλη της ομάδας ξέρουν καλά τη δουλειά τους	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	4 (9, 5)	2 (4, 8)	36 (85, 7)	5, 76	0, 62
Ξέρω ότι μπορώ να έρθω σε επαφή με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας εάν το έχω ανάγκη	1 (2, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	11 (26, 2)	2 (4, 8)	28 (66, 7)	5, 31	1, 12
Είμαι πολύ ενημερωμένος/η για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες από τα μέλη της ομάδας	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	6 (14, 3)	6 (14, 3)	29 (69, 0)	5, 50	0, 83
Τα μέλη της ομάδας έχουν αποτύχει να μου προσφέρουν τις υπηρεσίες που χρειάζομαι	29 (69, 0)	4 (9, 5)	7 (16, 7)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	2 (4, 8)	1, 67	1, 24
Συνολικά, τα μέλη της ομάδας κάνουν καλή δουλειά όσον αφορά την οργάνωση του θεραπευτικού μου σχεδίου	1 (2, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	8 (19, 0)	4 (9, 5)	29 (69, 0)	5, 40	1, 06
Θα ήταν χάσιμο χρόνου να καλέσω τα μέλη της ομάδας, αν είχα κάποιο πρόβλημα σε σχέση με το αλκοόλ	29 (69, 0)	2 (4, 8)	9 (21, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	2 (4, 8)	1, 71	1, 27
Τα μέλη της ομάδας μου εξήγησαν καθαρά το πρόγραμμα των προσφερόμενων υπηρεσιών, κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	3 (7, 1)	1 (2, 4)	37 (88, 1)	5, 76	0, 69
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ*</b>							<b>5, 49</b>	<b>0, 59</b>

\* Για τον υπολογισμό της μέσης τιμής έγινε αντιστροφή της βαθμολογίας των δηλώσεων: «τα μέλη της ομάδας έχουν αποτύχει να μου προσφέρουν τις υπηρεσίες που χρειάζομαι» και «θα ήταν χάσιμο χρόνου να καλέσω τα μέλη της ομάδας, αν είχα κάποιο πρόβλημα σε σχέση με το αλκοόλ»

Επιπλέον, συνολικά η μέση τιμή όλων των δηλώσεων που αναφέρονται στην ικανότητα των επαγγελματιών είναι 5,49 ( $\pm 0,59$ ) το οποίο δείχνει ότι οι συμμετέχοντες είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις ικανότητες των επαγγελματιών-μελών της θεραπευτικής ομάδας.

### 6.5.5 Επάρκεια Συστήματος

Τέλος, παρουσιάζονται οι δηλώσεις που αναφέρονται στην επάρκεια του συστήματος και πως την κρίνουν οι συμμετέχοντες του προγράμματος θεραπείας (πίνακας 21). Παρατηρούμε ότι όλοι οι ερωτώμενοι (100%) συμφωνούν ή συμφωνούν αρκετά ή συμφωνούν απόλυτα με τις δηλώσεις: «οι υπηρεσίες που μου παρέχονται από τα μέλη της ομάδας είναι μεγάλη βοήθεια για να αντιμετωπίσω αποτελεσματικά το πρόβλημά μου σε σχέση με το αλκοόλ» (μ.τ.=5,40, τ.α.=0,89), «θα συνιστούσα την υπηρεσία σε γνωστά μου πρόσωπα» (μ.τ.=5,83, τ.α.=0,54) και «περιμένω με χαρά τις συναντήσεις» (μ.τ.=5,24, τ.α.=0,96). Ακόμη, το 88,1% των συμμετεχόντων στην έρευνα συμφωνεί ή συμφωνεί αρκετά ή συμφωνεί απόλυτα με τη δήλωση «τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας ειδοποιούν σε περίπτωση αργοπορίας τους ή απουσίας τους» (μ.τ.=5,24, τ.α.=1,14), ενώ το 95,2% συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα με τη δήλωση «οι συναντήσεις με τα μέλη της ομάδας είναι τόσο συχνές όσο μου χρειάζεται» (μ.τ.=4,95, τ.α.=1,19). Τέλος, όσον αφορά στη δήλωση «τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι πάντοτε βιαστικά στις συναντήσεις τους με μένα» το 95,2% διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα με αυτή τη φράση (μ.τ.=10,81, τ.α.=1,07).

Συμπερασματικά, παρατηρούμε ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι με την επάρκεια του συστήματος αφού σε όλες τις δηλώσεις που εκφράζουν θετική επάρκεια η μέση βαθμολογία ξεπερνά το 4,95, ενώ στη δήλωση που εκφράζει αρνητική επάρκεια (τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι πάντοτε βιαστικά στις συναντήσεις τους με μένα) η μέση βαθμολογία είναι μικρότερη του δυο δηλώνοντας σημαντική διαφωνία με την παραπάνω φράση.

Πίνακας 21: Ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων σχετικά με την επάρκεια του συστήματος

	Διαφωνώ απόλυτα Συχνότητα (%)	Διαφωνώ αρκετά Συχνότητα (%)	Διαφωνώ Συχνότητα (%)	Συμφωνώ Συχνότητα (%)	Συμφωνώ αρκετά Συχνότητα (%)	Συμφωνώ απόλυτα Συχνότητα (%)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Οι υπηρεσίες που μου παρέχονται από τα μέλη της ομάδας είναι μεγάλη βοήθεια για να αντιμετωπίσω αποτελεσματικά το πρόβλημά μου σε σχέση με το αλκοόλ	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	11 (26, 2)	3 (7, 1)	28 (66, 7)	5, 40	0, 89
Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας ειδοποιούν σε περίπτωση αργοπορίας τους ή απουσίας τους	0 (0, 0)	0 (0, 0)	5 (11, 9)	8 (19, 0)	1 (2, 4)	28 (66, 7)	5, 24	1, 14
Θα συνιστούσα την υπηρεσία σε γνωστά μου πρόσωπα	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	3 (7, 1)	1 (2, 4)	38 (90, 5)	5, 83	0, 54
Περιμένω με χαρά τις συναντήσεις	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	15 (35, 7)	2 (4, 8)	25 (59, 5)	5, 24	0, 96
Οι συναντήσεις με τα μέλη της ομάδας είναι τόσο συχνές όσο μου χρειάζεται	0 (0, 0)	2 (4, 8)	0 (0, 0)	18 (42, 9)	0 (0, 0)	22 (52, 4)	4, 95	1, 19
Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι πάντοτε βιαστικά στις συναντήσεις τους με μένα	26 (61, 9)	0 (0, 0)	14 (33, 3)	2 (4, 8)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1, 81	1, 07
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ*</b>							<b>5, 31</b>	<b>0, 71</b>

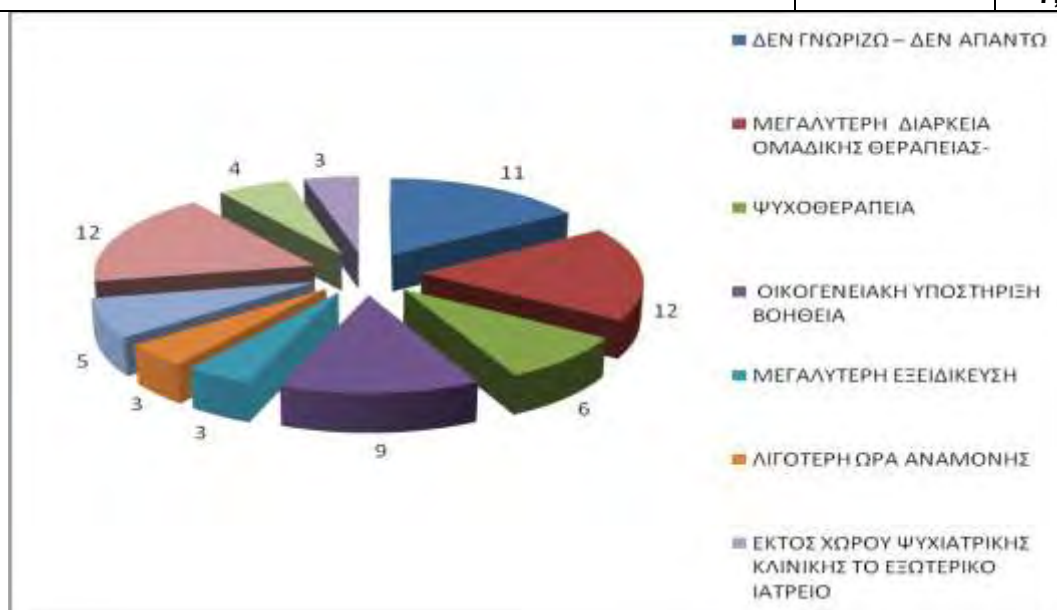
\* Για τον υπολογισμό της μέσης τιμής έγινε αντιστροφή της βαθμολογίας της δήλωσης «τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι πάντοτε βιαστικά στις συναντήσεις τους με μένα»

Ακόμη, η μέση βαθμολογία συνολικά όλων των δηλώσεων που αναφέρονται στην επάρκεια του συστήματος είναι 5,31 ( $\pm 0,71$ ) το οποίο σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες είναι αρκετά ικανοποιημένοι/ευχαριστημένοι από την επάρκεια του συστήματος.

Τέλος στην ανοικτή ερώτηση σε σχέση με τις προτάσεις των εξυπηρετούμενων για την βελτίωση του προγράμματος 12 άτομα ζητούν «μεγαλύτερη διάρκεια της ομαδικής συμβουλευτικής» (18%), 9 άτομα «οικογενειακή βοήθεια-υποστήριξη» (13%), 6 άτομα «ψυχοθεραπεία» (9%), 4 άτομα «εργασιακή αποκατάσταση» (6%), 5 άτομα «λειτουργία του ιατρείου σε χώρο εκτός ψυχιατρικής κλινικής» (7%) και 3 άτομα παροχή τηλεβοήθειας επί 24ώρου. Αξίζει να αναφερθεί τέλος, πως ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων (18,7%) διατυπώνει την ευχή να συνεχιστεί το πρόγραμμα προσδιορίζοντας το ως σημαντική βοήθεια για το πρόβλημά τους σε σχέση με το αλκοόλ( πίνακας 22)

Πίνακας 22 : Προτάσεις για την βελτίωση του ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΑΛΚΟ

Προτάσεις για την βελτίωση του Ιατρείου	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ – ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	11	26, 19%
ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ-ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	12	28, 57%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΒΟΗΘΕΙΑ	6	14, 29%
ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ	9	21, 43%
ΛΙΓΟΤΕΡΗ ΩΡΑ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	3	7, 14%
ΕΚΤΟΣ ΧΩΡΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ	3	7, 14%
ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΤΕΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	5	11, 90%
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	12	28, 57%
ΤΗΛΕΒΟΗΘΕΙΑ ΕΠΙ 24 ΩΡΟΥ	4	9, 52%
	3	7, 14%



## 6.6 Συνολική Ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες του Ιατρείου ΑΛΚΟ

Η επάρκεια του συστήματος είναι η διάσταση ικανοποίησης που περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις στην συγκεκριμένη μελέτη, οι οποίες σχετίζονται με την αξιοπιστία της υπηρεσίας, την σταθερότητα της φροντίδας, την συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών. Από τις 7 ερωτήσεις η μια έχει αρνητική κλίμακα μέτρησης, και μια είναι ανοικτή ερώτηση. Οι επιθυμητές απαντήσεις που δηλώνουν ικανοποίηση θεωρούνται αυτές με κλίμακα 6, 5 και 4 (συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ σχετικά, συμφωνώ). Η μέση βαθμολογία όλων των δηλώσεων είναι 5,31 (+0,71) το οποίο σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες είναι αρκετά ικανοποιημένοι με την επάρκεια του συστήματος (πίνακας 21).

Η ικανότητα των φροντιστών αποτελεί την διάσταση της ικανοποίησης που σχετίζεται με τα απαραίτητα προσόντα, τις δεξιότητες, την προθυμία, την ετοιμότητα των εργαζομένων για να εκτελέσουν την υπηρεσία και να εξυπηρετήσουν τον χρήστη. Ως προς την διάσταση αυτή τέθηκαν 10 ερωτήσεις εκ των οποίων 2 έχουν αρνητική κλίμακα. Συνολικά η μέση τιμή όλων των δηλώσεων (42 άτομα) που αναφέρονται στην ικανότητα των επαγγελματιών είναι 5,49 ( $\pm 0,59$ ) το οποίο δείχνει ότι οι συμμετέχοντες είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις ικανότητες των επαγγελματιών-μελών της θεραπευτικής ομάδας (πίνακας 20).

Οι θετικές διαπροσωπικές αντιλήψεις αποτελούν την διάσταση της ικανοποίησης που περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις στην συγκεκριμένη μελέτη, οι οποίες αφορούν την ευγένεια, την φιλικότητα και τον προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη, αλλά και την εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού. Συνολικά η μέση τιμή όλων των δηλώσεων είναι 5,72 ( $\pm 0,72$ ) το οποίο σημαίνει ότι έχουν πολύ θετική αντίληψη για τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (πίνακας 17).

Οι αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις στην μελέτη καλύπτονται από 7 ερωτήσεις και αφορούν τους ίδιους παράγοντες με τις θετικές διαπροσωπικές σχέσεις αλλά με αρνητική διατύπωση. Οι επιθυμητές απαντήσεις που δηλώνουν ικανοποίηση σε αυτή την διάσταση θεωρούνται αυτές με κλίμακα 1, 2 και 3 (διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ σχετικά, διαφωνώ). Η μέση τιμή συνολικά όλων των δηλώσεων είναι 1,74 ( $\pm 0,87$ ) το οποίο σημαίνει ότι τα άτομα που ακολουθούν το πρόγραμμα θεραπείας διαφωνούν αρκετά με τις αρνητικές δηλώσεις αντίληψης για τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (πίνακας 18).

Η επιλογή υπηρεσιών αποτελεί την διάσταση της ικανοποίησης που σχετίζεται με το κατά πόσο καλύπτονται οι ανάγκες που σχετίζονται με το πρόβλημα εξάρτησης του κάθε Ο αριθμός των ερωτήσεων που αφορούν την διάσταση αυτή είναι 4. Συνολικά η μέση τιμή όλων των δηλώσεων είναι 2,18 ( $\pm 1,33$ ) το οποίο σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες διαφωνούν με το ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από την βοήθεια και τις υπηρεσίες που τους παρέχονται (πίνακας 19).

Πίνακας 23 :ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΕΝΤΕ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

	Διαφωνώ απόλυτα Συχνότητα (%)	Διαφωνώ αρκετά Συχνότητα (%)	Διαφωνώ Συχνότητα (%)	Συμφωνώ συχνότητα (%)	Συμφωνώ αρκετά Συχνότητα (%)	Συμφωνώ απόλυτα Συχνότητα (%)	Μέση τιμή	τ. α.
<b>Θετικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις</b>								
Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας φαίνονται ότι νοιάζονται για μένα	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	4 (9, 5)	3 (7, 1)	35 (83, 3)	5, 74	0, 63
Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας με αποδέχονται όπως είμαι	1 (2, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	0 (0, 0)	40 (95, 2)	5, 83	0, 82
Τα μέλη της ομάδας συζητούν μαζί μου τα ζητήματα στα οποία διαφωνώ μαζί τους	1 (2, 4)	0 (0, 0)	2 (4, 8)	4 (9, 5)	5 (11, 9)	30 (71, 4)	5, 43	1, 11
Τα μέλη της ομάδας είναι φιλικόί μαζί μου	1 (2, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	2 (4, 8)	38 (90, 5)	5, 79	0, 84
Τα μέλη της ομάδας είναι ευγενικοί μαζί μου	1 (2, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	1 (2, 4)	39 (92, 9)	5, 81	0, 83
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ</b>							<b>5, 72</b>	<b>0, 72</b>
<b>Αρνητικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις</b>								
Αισθάνομαι ότι κανένα από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας δεν με ακούει σχετικά με το τι θέλω	29 (69, 0)	3 (7, 1)	8 (19, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	2 (4, 8)	1, 69	1, 26
Αισθάνομαι ότι κανένα από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας δεν μου φέρονται με σεβασμό σαν άνθρωπο	31 (73, 8)	3 (7, 1)	5 (11, 9)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	3 (7, 1)	1, 67	1, 39
Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας μου επιβάλλουν πράγματα	27 (64, 3)	1 (2, 4)	8 (19, 0)	1 (2, 4)	2 (4, 8)	3 (7, 1)	2, 02	1, 60
Τα μέλη της ομάδας με βάζουν στη θέση μου όταν διαφωνώ μαζί τους	21 (50, 0)	5 (11, 9)	7 (16, 7)	4 (9, 5)	1 (2, 4)	4 (9, 5)	2, 31	1, 66
Τα μέλη της ομάδας ζητούν με τον τρόπο τους από μένα χρήματα για τις υπηρεσίες που μου προσφέρουν	39 (92, 9)	0 (0, 0)	2 (4, 8)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	1, 21	0, 87
Τα μέλη της ομάδας αγνοούν ό, τι τους λέω για τις ανάγκες μου	30 (71, 4)	1 (2, 4)	6 (14, 3)	1 (2, 4)	1 (2, 4)	3 (7, 1)	1, 83	1, 53
Τα μέλη της ομάδας είναι αγενή απέναντί μου	36 (85, 7)	0 (0, 0)	4 (9, 5)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	2 (4, 8)	1, 43	1, 19
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ</b>							<b>1, 74</b>	<b>0, 87</b>

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα	Μέση τιμή	τ. α.
	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)		
<b>Επιλογή Υπηρεσιών</b>								
Τα μέλη της ομάδας μου δίνουν τη βοήθεια που πραγματικά χρειάζομαι	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	10 (23, 8)	3 (7, 1)	28 (66, 7)	5, 38	0, 94
Χρειάζομαι περισσότερη βοήθεια από όση παίρνω από τα μέλη της ομάδας	30 (71, 4)	1 (2, 4)	4 (9, 5)	1 (2, 4)	1 (2, 4)	5 (11, 9)	1, 98	1, 76
Θα επιθυμούσα περισσότερες επιλογές όσον αφορά τα είδη των υπηρεσιών που λαμβάνω	23 (54, 8)	2 (4, 8)	3 (7, 1)	7 (16, 7)	0 (0, 0)	7 (16, 7)	2, 52	1, 94
Μακάρι, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να μπορούσαν να κάνουν περισσότερα πράγματα για μένα από αυτά που χρειάζομαι να γίνουν	22 (52, 4)	3 (7, 1)	4 (9, 5)	4 (9, 5)	1 (2, 4)	8 (19, 0)	2, 60	2, 00
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ</b>							<b>2, 18</b>	<b>1, 33</b>
<b>Ικανότητα Επαγγελματιών</b>								
Είμαι ικανοποιημένος/η από την εκτίμηση των αναγκών μου που γίνεται από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	8 (19, 0)	5 (11, 9)	29 (69, 0)	5, 50	0, 80
Είμαι ικανοποιημένος/η από το ατομικό θεραπευτικό πλάνο που εφαρμόζεται από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	8 (19, 0)	7 (16, 7)	27 (64, 3)	5, 45	0, 80
Είμαι ικανοποιημένος/η από την ικανότητα της θεραπευτικής ομάδας να μου παρέχει υπηρεσίες για το πρόβλημά μου σε σχέση με το αλκοόλ	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	7 (16, 7)	5 (11, 9)	30 (71, 4)	5, 55	0, 77
Τα μέλη της ομάδας ξέρουν καλά τη δουλειά τους	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	4 (9, 5)	2 (4, 8)	36 (85, 7)	5, 76	0, 62
Ξέρω ότι μπορώ να έρθω σε επαφή με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας εάν το έχω ανάγκη	1 (2, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	11 (26, 2)	2 (4, 8)	28 (66, 7)	5, 31	1, 12
Είμαι πολύ ενημερωμένος/η για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες από τα μέλη της ομάδας	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	6 (14, 3)	6 (14, 3)	29 (69, 0)	5, 50	0, 83
Τα μέλη της ομάδας έχουν αποτύχει να μου προσφέρουν τις υπηρεσίες που χρειάζομαι	29 (69, 0)	4 (9, 5)	7 (16, 7)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	2 (4, 8)	1, 67	1, 24
Συνολικά, τα μέλη της ομάδας κάνουν καλή δουλειά όσον αφορά την οργάνωση του θεραπευτικού μου σχεδίου	1 (2, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	8 (19, 0)	4 (9, 5)	29 (69, 0)	5, 40	1, 06
Θα ήταν χάσιμο χρόνου να καλέσω τα μέλη της ομάδας, αν είχα κάποιο πρόβλημα σε σχέση με το αλκοόλ	29 (69, 0)	2 (4, 8)	9 (21, 4)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	2 (4, 8)	1, 71	1, 27
Τα μέλη της ομάδας μου εξήγησαν καθαρά το πρόγραμμα των προσφερόμενων υπηρεσιών, κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1 (2, 4)	3 (7, 1)	1 (2, 4)	37 (88, 1)	5, 76	0, 69
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ</b>							<b>5, 49</b>	<b>0, 59</b>
<b>Επάρκεια Συστήματος</b>								
Οι υπηρεσίες που μου παρέχονται από τα μέλη της ομάδας είναι μεγάλη βοήθεια για να αντιμετωπίσω αποτελεσματικά το πρόβλημά μου σε σχέση με το αλκοόλ	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	11 (26, 2)	3 (7, 1)	28 (66, 7)	5, 40	0, 89
Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας ειδοποιούν σε περίπτωση αργοπορίας τους ή απουσίας τους	0 (0, 0)	0 (0, 0)	5 (11, 9)	8 (19, 0)	1 (2, 4)	28 (66, 7)	5, 24	1, 14
Θα συνιστούσα την υπηρεσία σε γνωστά μου πρόσωπα	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	3 (7, 1)	1 (2, 4)	38 (90, 5)	5, 83	0, 54
Περιμένω με χαρά τις συναντήσεις	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	15 (35, 7)	2 (4, 8)	25 (59, 5)	5, 24	0, 96
Οι συναντήσεις με τα μέλη της ομάδας είναι τόσο συχνές όσο μου χρειάζεται	0 (0, 0)	2 (4, 8)	0 (0, 0)	18 (42, 9)	0 (0, 0)	22 (52, 4)	4, 95	1, 19
Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι πάντοτε βιαστικά στις συναντήσεις τους με μένα	26 (61, 9)	0 (0, 0)	14 (33, 3)	2 (4, 8)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	1, 81	1, 07
<b>ΣΥΝΟΛΙΚΑ</b>							<b>5, 31</b>	<b>0, 71</b>



## 6.7 Στατιστική συμπερασματολογία

Στην προηγούμενη ενότητα παρουσιάστηκαν περιγραφικά τα αποτελέσματα/απαντήσεις των 42 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και οι οποίοι παρακολουθούν το θεραπευτικό πρόγραμμα του Ιατρείου

Στη συνέχεια της στατιστικής ανάλυσης εξετάζεται εάν υπάρχουν κάποιοι δημογραφικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις επιλογές/απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις/δηλώσεις του ερωτηματολογίου. Ειδικότερα, διερευνάται εάν η μέση βαθμολογία της κάθε διάστασης, βάσει των δηλώσεων/ερωτήσεων από τις οποίες αποτελούνται, επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικονομική και την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.

### 6.7.1 Φύλο και διαστάσεις Ικανοποίησης

Στον επόμενο πίνακα (πίνακας 24) συγκρίνονται οι βαθμολογίες των πέντε διαστάσεων μεταξύ των δύο φύλων. Δίνονται η μέση τιμή με την τυπική απόκλιση (SD) και η διάμεσος με το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR) της βαθμολογίας της κάθε διάστασης τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία μεταξύ των γυναικών και ανδρών και για τις πέντε διαστάσεις, καθώς όλες οι τιμές του p-value είναι μεγαλύτερες του 0,05. Συνεπώς, συμπεραίνουμε ότι **το φύλο δεν είναι σημαντικός παράγοντας επίδρασης ως προς το βαθμό ικανοποίησης από το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθούν οι συμμετέχοντες**. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο τρεις γυναίκες συμμετείχαν στην έρευνα και κατά συνέπεια τα συμπεράσματα για το φύλο να μπορούν να μην θεωρηθούν και τόσο αξιόπιστα.

Πίνακας 24: Φύλο και διαστάσεις ικανοποίησης

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	ΦΥΛΟ				
	Άρρεν		Θήλυ		p-value*
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	
Θετικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	5, 70 (0, 75)	6, 00 (5, 80-6, 00)	5, 93 (0, 12)	6, 00 (5, 80-6, 00)	0, 818
Αρνητικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	1, 72 (0, 86)	1, 43 (1, 00-2, 00)	2, 00 (1, 17)	1, 71 (1, 00-3, 29)	0, 644
Επιλογή Υπηρεσιών	2, 19 (1, 38)	1, 75 (1, 00-3, 00)	2, 00 (0, 50)	2, 00 (1, 50-2, 50)	0, 712
Ικανότητα Επαγγελματιών	5, 51 (0, 59)	5, 80 (5, 10-6, 00)	5, 13 (0, 47)	5, 30 (4, 60-5, 50)	0, 181
Επάρκεια Συστήματος	5, 36 (0, 67)	5, 67 (4, 83-6, 00)	4, 61 (0, 95)	4, 33 (3, 83-5, 67)	0, 111

\*Mann-Whitney test



### 6.7.2 Ηλικία και διαστάσεις Ικανοποίησης

Στον επόμενο πίνακα (πίνακας 25) διερευνάται εάν οι βαθμολογίες και των πέντε διαστάσεων επηρεάζονται από την ηλικία των συμμετεχόντων, δηλαδή εάν η ηλικία αποτελεί παράγοντα επίδρασης ως προς τη βαθμολογία ικανοποίησης. Διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία μεταξύ των τριών ηλικιακών ομάδων ως προς τις πέντε διαστάσεις, καθώς όλες οι τιμές του p-value είναι μεγαλύτερες του 0,05. Συμπεραίνουμε, δηλαδή, ότι **η ηλικία δεν επηρεάζει σε σημαντικά το βαθμό ικανοποίησης από το θεραπευτικό πρόγραμμα για όλες τις διαστάσεις.**

Πίνακας 25: Ηλικία και διαστάσεις ικανοποίησης

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	Ηλικιακή ομάδα						p-value*
	25-39 ετών		40-55 ετών		56 ετών και άνω		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	
Θετικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	5, 63 (0, 75)	5, 90 (5, 70-6, 00)	5, 71 (0, 84)	6, 00 (5, 80-6, 00)	5, 82 (0, 27)	6, 00 (5, 80-6, 00)	0, 537
Αρνητικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	1, 70 (0, 82)	1, 36 (1, 14-2, 14)	1, 93 (0, 97)	1, 57 (1, 00-2, 43)	1, 24 (0, 34)	1, 00 (1, 00-1, 57)	0, 133
Επιλογή Υπηρεσιών	2, 56 (1, 32)	2, 38 (1, 63-3, 13)	2, 13 (1, 41)	1, 50 (1, 00-2, 50)	1, 97 (1, 16)	1, 75 (1, 00-3, 00)	0, 435
Ικανότητα Επαγγελματιών	5, 55 (0, 57)	5, 65 (5, 40-6, 00)	5, 40 (0, 65)	5, 60 (4, 80-6, 00)	5, 68 (0, 39)	5, 80 (5, 40-6, 00)	0, 635
Επάρκεια Συστήματος	5, 33 (0, 81)	5, 67 (4, 83-5, 92)	5, 25 (0, 74)	5, 50 (4, 50-6, 00)	5, 44 (0, 56)	5, 67 (5, 00-6, 00)	0, 843

\*Kruskal-Wallis test

### 6.7.3 Εκπαίδευση και διαστάσεις Ικανοποίησης

Στον ακόλουθο πίνακα (πίνακας 26) συγκρίνονται οι βαθμολογίες των πέντε διαστάσεων ανά επίπεδο εκπαίδευσης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση). Δίνονται η μέση τιμή με την τυπική απόκλιση (SD) και η διάμεσος με το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR) της βαθμολογίας της κάθε διάστασης για κάθε επίπεδο εκπαίδευσης. Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία μεταξύ των τριών επιπέδων εκπαίδευσης και για τις πέντε διαστάσεις, καθώς όλες οι τιμές του p-value είναι μεγαλύτερες του 0,05. Συνεπώς, συμπεραίνουμε ότι **η εκπαίδευση δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα επίδρασης ως προς το βαθμό ικανοποίησης από το θεραπευτικό πρόγραμμα που ακολουθούν.**

Πίνακας 26: Εκπαίδευση και διαστάσεις ικανοποίησης

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	Επίπεδο Εκπαίδευσης						p-value*
	Πρωτοβάθμια		Δευτεροβάθμια		Τριτοβάθμια		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	
Θετικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	5, 86 (0, 30)	6, 00 (6, 00-6, 00)	5, 66 (0, 88)	6, 00 (5, 80-6, 00)	5, 65 (0, 70)	6, 00 (5, 30-6, 00)	0, 551
Αρνητικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	1, 54 (0, 63)	1, 57 (1, 00-1, 71)	1, 77 (0, 90)	1, 43 (1, 00-2, 00)	2, 21 (1, 38)	2, 00 (1, 07-3, 36)	0, 709
Επιλογή Υπηρεσιών	2, 04 (1, 14)	1, 75 (1, 00-3, 00)	2, 16 (1, 31)	1, 75 (1, 25-2, 50)	2, 75 (2, 18)	2, 25 (1, 00-4, 50)	0, 917
Ικανότητα Επαγγελματιών	5, 73 (0, 47)	6, 00 (5, 70-6, 00)	5, 45 (0, 57)	5, 60 (5, 10-6, 00)	4, 93 (0, 77)	4, 75 (4, 40-5, 45)	0, 089
Επάρκεια Συστήματος	5, 60 (0, 60)	5, 83 (5, 67-6, 00)	5, 15 (0, 73)	5, 33 (4, 50-5, 67)	5, 38 (0, 75)	5, 50 (4, 75-6, 00)	0, 114

\*Kruskal-Wallis test

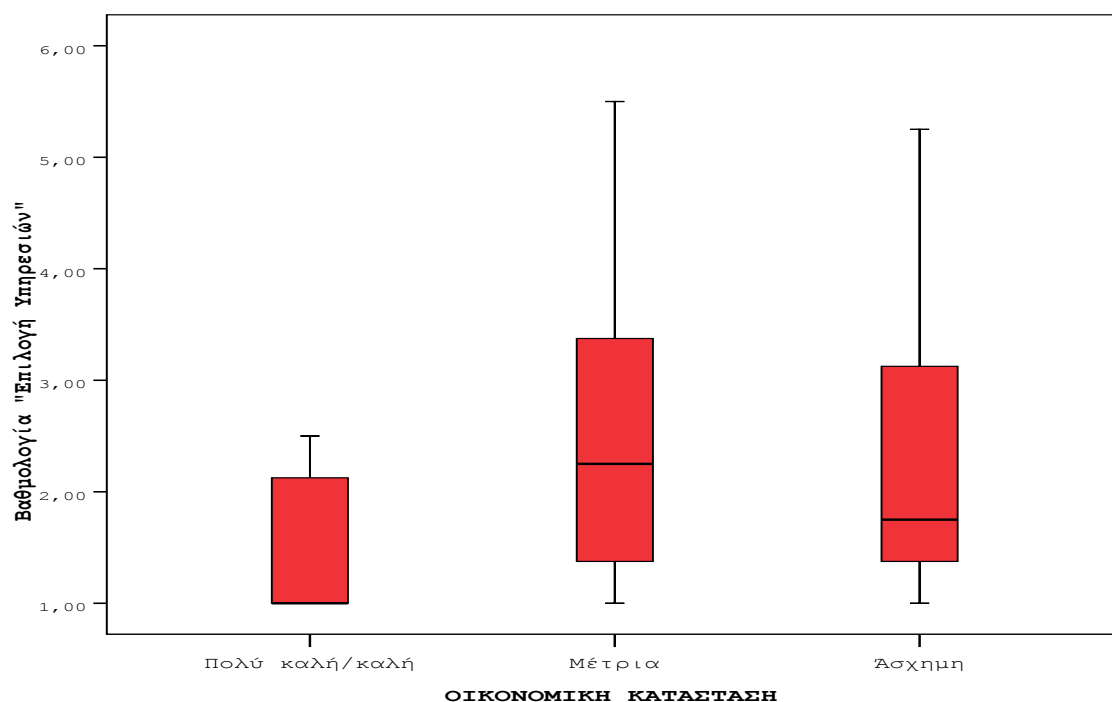
#### 6.7.4 Οικονομική κατάσταση και διαστάσεις Ικανοποίησης

Στον επόμενο πίνακα (πίνακας 27) συγκρίνονται οι βαθμολογίες των πέντε διαστάσεων ως προς την οικονομική κατάσταση (πολύ καλή/καλή, μέτρια και άσχημη) βάσει της εκτίμησης των ερωτώμενων. Διαπιστώνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία μεταξύ των τριών επιπέδων οικονομικής κατάστασης για τη διάσταση **«επιλογή υπηρεσιών»**, καθώς το  $p\text{-value} = 0,028 < 0,05$ . Παρατηρούμε ότι τα άτομα που χαρακτηρίζουν την οικονομική κατάστασή τους πολύ καλή ή καλή έχουν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία (μέση τιμή=1,42, διάμεσος=1) σε σχέση τόσο με τα άτομα που θεωρούν την οικονομική κατάστασή τους μέτρια (μέση τιμή=2,6, διάμεσος=2,25) όσο και με τα άτομα που τη χαρακτηρίζουν άσχημη (μέση τιμή=2,37, διάμεσος=1,75). Δηλαδή, **τα άτομα σε καλή/πολύ καλή οικονομική κατάσταση διαφωνούν πιο πολύ σε σύγκριση τους υπολοίπους ως προς το ότι χρειάζονται περισσότερες υπηρεσίες, με άλλα λόγια είναι πιο ευχαριστημένοι από τις ήδη παρεχόμενες υπηρεσίες του ιατρείου και των μελών της θεραπευτικής ομάδας**. Όσον αφορά στις υπόλοιπες τέσσερις διαστάσεις δεν φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία μεταξύ των τριών επιπέδων οικονομικής κατάστασης, καθώς όλες οι τιμές του  $p\text{-value}$  είναι μεγαλύτερες του 0,05. Επομένως, συμπεραίνουμε ότι **το επίπεδο της οικονομικής κατάστασης των συμμετεχόντων αποτελεί σημαντικό παράγοντα επίδρασης/διαφοροποίησης ως προς το βαθμό ικανοποίησης από την επιλογή υπηρεσιών**.

Πίνακας 27: Οικονομική κατάσταση και διαστάσεις ικανοποίησης

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	Οικονομική Κατάσταση						p-value*
	Πολύ καλή/καλή		Μέτρια		Άσχημη		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	
Θετικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	5, 65 (1, 15)	6, 00 (6, 00-6, 00)	5, 63 (0, 64)	5, 80 (5, 60-6, 00)	5, 87 (0, 24)	6, 00 (5, 80-6, 00)	0, 180
Αρνητικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	1, 67 (1, 04)	1, 07 (1, 00-2, 21)	1, 80 (0, 90)	1, 57 (1, 00-2, 57)	1, 73 (0, 75)	1, 57 (1, 29-2, 00)	0, 587
Επιλογή Υπηρεσιών	1, 42 (0, 62)	1, 00 (1, 00-2, 13)	2, 60 (1, 49)	2, 25 (1, 25-3, 50)	2, 37 (1, 39)	1, 75 (1, 25-3, 25)	<b>0, 028</b>
Ικανότητα Επαγγελματιών	5, 59 (0, 54)	6, 00 (5, 10-6, 00)	5, 49 (0, 63)	5, 70 (5, 20-6, 00)	5, 39 (0, 61)	5, 60 (5, 00-6, 00)	0, 513
Επάρκεια Συστήματος	5, 54 (0, 62)	5, 83 (5, 17-6, 00)	5, 34 (0, 70)	5, 67 (4, 83-6, 00)	5, 09 (0, 76)	5, 33 (4, 33-5, 67)	0, 175

\*Kruskal-Wallis test



### 6.7.5 Οικογενειακή κατάσταση και διαστάσεις ικανοποίησης

Στη συνέχεια (πίνακας 28) εξετάζεται εάν οι βαθμολογίες των πέντε διαστάσεων επηρεάζονται από την οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος/η, άγαμος/η και διαζευγμένος/σε διάσταση/χήρος-α). Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία μεταξύ των τριών κατηγοριών οικογενειακής κατάστασης και για τις πέντε διαστάσεις, καθώς όλες οι τιμές του p-value είναι μεγαλύτερες του 0,05. Συνεπώς, συμπεραίνουμε ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν

μπορεί να θεωρηθεί σημαντικός παράγοντας επίδρασης ως προς το βαθμό ικανοποίησης από το θεραπευτικό πρόγραμμα.

Πίνακας 28: Οικογενειακή κατάσταση και διαστάσεις ικανοποίησης

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ							
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	Έγγαμος/η		Άγαμος/η		Διαζευγμένος/η Σε διάσταση Χήρος/α		p-value*
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	
Θετικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	5, 76 (0, 82)	6, 00 (5, 90-6, 00)	5, 86 (0, 15)	5, 80 (5, 80-6, 00)	5, 55 (0, 73)	6, 00 (5, 20-6, 00)	0, 268
Αρνητικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	1, 72 (0, 91)	1, 50 (1, 00-2, 07)	1, 53 (0, 74)	1, 29 (1, 00-1, 57)	1, 91 (0, 90)	1, 86 (1, 00-2, 57)	0, 593
Επιλογή Υπηρεσιών	2, 11 (1, 24)	1, 75 (1, 00-2, 38)	1, 75 (0, 98)	1, 25 (1, 00-3, 00)	2, 59 (1, 68)	2, 50 (1, 00-3, 50)	0, 551
Ικανότητα Επαγγελματιών	5, 52 (0, 57)	5, 75 (5, 20-6, 00)	5, 74 (0, 30)	5, 80 (5, 50-6, 00)	5, 25 (0, 70)	5, 50 (4, 60-6, 00)	0, 336
Επάρκεια Συστήματος	5, 32 (0, 76)	5, 67 (4, 50-6, 00)	5, 43 (0, 51)	5, 67 (4, 83-5, 83)	5, 21 (0, 73)	5, 33 (4, 83-6, 00)	0, 831

\*Kruskal-Wallis test

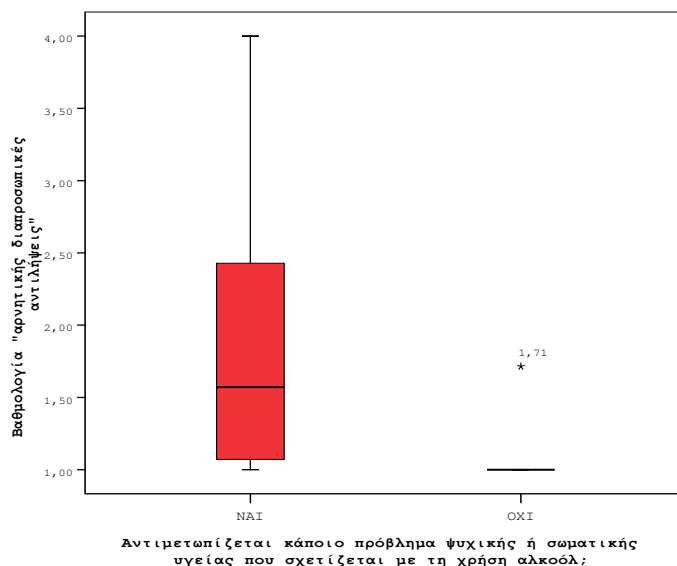
### 6.7.6 Σχέση προβλήματος ψυχικής ή σωματικής υγείας και Ικανοποίησης

Παρακάτω εξετάζεται εάν οι βαθμολογίες των πέντε διαστάσεων διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής ή σωματικής υγείας που σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ και μη. Παρατηρώντας τον πίνακα (πίνακας 29) διαπιστώνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία της διάστασης «αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις» μεταξύ των ατόμων που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα λόγω χρήσης αλκοόλ (μέση τιμή=1,84, διάμεσος=1,57) και αυτών που δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα (μέση τιμή=1,12, διάμεσος=1), αφού το  $p\text{-value}=0,020<0,05$ . Τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα έχουν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία δείχνοντας ότι διαφωνούν λιγότερο με τις δηλώσεις αρνητικής αντίληψης για τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, δηλαδή είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Όσον αφορά στις υπόλοιπες τέσσερις διαστάσεις δεν φαίνεται η ύπαρξη προβλήματος ή μη να διαφοροποιεί σημαντικά τη βαθμολογία των συμμετεχόντων. Συνοψίζοντας, συμπεραίνουμε ότι η ύπαρξη κάποιου προβλήματος ψυχικής ή σωματικής υγείας εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ επιδρά αρνητικά ως προς το βαθμό ικανοποίησης από τα μέλη της ομάδας.

Πίνακας 29: Σχέση προβλήματος ψυχικής και σωματικής υγείας και ικανοποίησης εξυπηρετούμενων

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	Αντιμετωπίζεται κάποιο πρόβλημα ψυχικής ή σωματικής υγείας που σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ;				
	ΝΑΙ		ΟΧΙ		p-value*
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	
Θετικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	5, 67 (0, 77)	6, 00 (5, 80-6, 00)	6, 00 (0, 00)	6, 00 (6, 00-6, 00)	0, 111
Αρνητικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	1, 84 (0, 90)	1, 57 (1, 07-2, 43)	1, 12 (0, 29)	1, 00 (1, 00-1, 00)	<b>0, 020</b>
Επιλογή Υπηρεσιών	2, 19 (1, 42)	1, 50 (1, 00-3, 13)	2, 13 (0, 65)	2, 25 (2, 00-2, 25)	0, 586
Ικανότητα Επαγγελματιών	5, 44 (0, 59)	5, 60 (5, 05-6, 00)	5, 75 (0, 56)	6, 00 (5, 90-6, 00)	0, 149
Επάρκεια Συστήματος	5, 26 (0, 68)	5, 42 (4, 75-5, 92)	5, 58 (0, 87)	6, 00 (5, 67-6, 00)	0, 149

\*Mann-Whitney test



### 6.7.7 Σχέση διάρκειας παροχής υπηρεσιών του ιατρού και περίοδος αποχής από το αλκοόλ

Στη συνέχεια της στατιστικής ανάλυσης εξετάζεται εάν υπάρχει γραμμική τάση μεταξύ του χρονικού διαστήματος που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του ιατρού οι συμμετέχοντες και της χρονικής περιόδου αποχής τους από το αλκοόλ. Από τον παρακάτω πίνακα (πίνακας 30) διαπιστώνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική γραμμική τάση μεταξύ τους αφού το  $p\text{-value} < 0,001 < 0,05$ . **Παρατηρούμε ότι όσο αυξάνεται το διάστημα λήψης υπηρεσιών του ιατρού τόσο αυξάνεται και η περίοδος αποχής από το αλκοόλ.** Από τα 12 άτομα που τους παρέχονται οι υπηρεσίες του ιατρού 3-6 μήνες τα 9 (75%) απέχουν το πολύ 6 μήνες, ενώ από τα 12

άτομα που τους παρέχονται οι υπηρεσίες του ιατρείου για περισσότερους από 12 μήνες τα 7 (58,3%) απέχουν από το αλκοόλ περισσότερο από 12 μήνες.

Πίνακας 30: Σχέση διάρκειας παροχής υπηρεσιών και αποχής από το αλκοόλ

		Περίοδος αποχής από το αλκοόλ					p-value*
		< 1 μήνα	1-6 μήνες	7-12 μήνες	> 12 μήνες	Σύνολο	
Πόσο χρονικό διάστημα σας παρέχονται οι υπηρεσίες του ιατρείου;	<3 μήνες	Συχνότητα (%)	3 (37, 5)	5 (62, 5)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	8
	3-6 μήνες	Συχνότητα %	2 (16, 7)	7 (58, 3)	2 (16, 7)	1 (8, 3)	12
	7-9 μήνες	Συχνότητα %	1 (16, 7)	0 (0, 0)	4 (66, 7)	1 (16, 7)	6
	10-12 μήνες	Συχνότητα %	0 (0, 0)	1 (25, 0)	2 (50, 0)	1 (25, 0)	4
	>12 μήνες	Συχνότητα %	1 (8, 3)	1 (8, 3)	3 (25, 0)	7 (58, 3)	12
							<0, 001

\*Linear-by-linear association (exact) test

### 6.7.8 Προσδοκίες από τη Θεραπεία και διαστάσεις Ικανοποίησης

Στη συνέχεια χρησιμοποιώντας το συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho εξετάζεται εάν μεταξύ των προσδοκιών και των διαστάσεων υφίσταται οποιαδήποτε σχέση είτε θετική είτε αρνητική και σε τι βαθμό (παρ. Β).

Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική μέτρια συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών «ζωή χωρίς αλκοόλ» και «επάρκεια συστήματος» ( $p=0,337$ ,  $p\text{-value}=0,029<0,05$ ). Αυτό σημαίνει ότι αύξηση της βαθμολογίας της προσδοκίας «ζωή χωρίς αλκοόλ» σχετίζεται με αυξημένη βαθμολογία της διάστασης «επάρκεια συστήματος», δηλαδή όσο πιο σημαντικό θεωρείται η ζωή χωρίς αλκοόλ τόσο πιο πολύ συμφωνούν με τη επάρκεια του συστήματος. Επίσης, μεταξύ της προσδοκίας «ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ» και της διάστασης «επιλογή υπηρεσιών» παρατηρείται στατιστικά σημαντική θετική ισχυρή συσχέτιση ( $p=0,520$ ,  $p\text{-value}<0,001<0,05$ ), το οποίο δείχνει όσο πιο σημαντική θεωρείται η ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ τόσο πιο πολύ συμφωνούν με το ότι τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας θα μπορούσαν να παρέχουν/προσφέρουν περισσότερα.

Επίσης, στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση διαπιστώνεται μεταξύ της διάστασης «επιλογή υπηρεσιών» και των προσδοκιών «συναισθηματική υποστήριξη» ( $p=0,408$ ,  $p\text{-value}=0,007<0,05$  – μέτρια συσχέτιση), «υποστήριξη για τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση αλκοόλ» ( $p=0,581$ ,  $p\text{-value}<0,001<0,05$  – ισχυρή συσχέτιση) και «πώς να οργανώσω τη ζωή μου» ( $p=0,408$ ,  $p\text{-value}=0,007<0,05$  – μέτρια συσχέτιση). Οι παραπάνω συσχετίσεις δηλώνουν ότι όσο πιο πολύ σημαντικές

θεωρούνται αυτές οι προσδοκίες από τη θεραπεία τόσο πιο πολύ συμφωνούν με το ότι τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας θα μπορούσαν να παρέχουν/προσφέρουν περισσότερα, με άλλα λόγια τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι είναι από την υπάρχουσα παροχή υπηρεσιών. Τέλος, θετική μέτρια συσχέτιση, στατιστικά σημαντική, παρατηρείται μεταξύ της προσδοκίας «πώς να οργανώσω τη ζωή μου» και της διάστασης «αρνητικές διαπροσωπικές αντιλήψεις» ( $\rho=0,363$ ,  $p\text{-value}=0,018<0,05$ ). Αυτό δείχνει ότι όσο πιο πολύ σημαντικό θεωρούν το μάθουν να οργανώσουν τη ζωή τόσο πιο πολύ συμφωνούν με τις δηλώσεις αρνητικών αντιλήψεων, δηλαδή τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι είναι από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (πίνακας 31).

Πίνακας 31: Προσδοκίες από τη θεραπεία και διαστάσεις ικανοποίησης

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ		ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ				
		Θετικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	Αρνητικές Διαπροσωπικές Αντιλήψεις	Επιλογή Υπηρεσιών	Ικανότητα Επαγγελματιών	Επάρκεια Συστήματος
Ζωή χωρίς αλκοόλ	Spearman's rho	0,242	-0,008	-0,030	0,023	<u>0,337</u>
	p-value	0,122	0,958	0,850	0,884	<u>0,029</u>
Ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ	Spearman's rho	-0,008	0,149	<u>0,520</u>	0,067	0,066
	p-value	0,958	0,346	<u>&lt;0,001</u>	0,674	0,679
Συναίσθηματική υποστήριξη	Spearman's rho	0,043	0,152	<u>0,408</u>	0,114	0,240
	p-value	0,785	0,337	<u>0,007</u>	0,474	0,125
Υποστήριξη για τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση αλκοόλ	Spearman's rho	-0,180	0,269	<u>0,581</u>	-0,051	0,122
	p-value	0,255	0,085	<u>&lt;0,001</u>	0,747	0,442
Υποστήριξη στην ανεύρεση εργασίας	Spearman's rho	-0,079	0,153	0,281	-0,256	-0,081
	p-value	0,618	0,334	0,071	0,102	0,612
Εκπαίδευση στο να χειρίζομαι τις υποτροπές	Spearman's rho	0,115	0,033	0,090	0,017	0,065
	p-value	0,467	0,837	0,572	0,916	0,684
Πώς να οργανώσω τη ζωή μου	Spearman's rho	-0,096	<u>0,363</u>	<u>0,408</u>	-0,174	0,155
	p-value	0,547	<u>0,018</u>	<u>0,007</u>	0,269	0,327
Πώς να χειρίζομαι τους φόβους μου	Spearman's rho	0,225	0,205	0,191	0,067	0,206
	p-value	0,152	0,193	0,225	0,671	0,190
Να μάθω από άλλους που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα	Spearman's rho	0,015	0,216	0,177	0,112	0,141
	p-value	0,923	0,169	0,262	0,478	0,375



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### Συζήτηση

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η προσπάθεια διερεύνησης και αποτίμησης των προσδοκιών και της ικανοποίησης, - της φωνής δηλαδή-, των χρηστών σε μια σειρά από καίρια ζητήματα.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης για την μέτρηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων- ατόμων με πρόβλημα στη χρήση αλκοόλ του «Ιατρείου ΑΛΚΟ» επέβαλε την απογραφική έρευνα του πληθυσμού των εξυπηρετούμενων. Ως ιδανικότερη λύση θεωρήθηκε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τον ερωτώμενο (self-competition questionnaire) παρόντος του ερευνητή. Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα: 1) Αποφυγή ανακολουθιών και παρερμηνειών, 2) Δυνατότητα άντλησης περισσότερων πληροφοριών, 3) Οι ερωτήσεις ήταν δομημένες και ακολουθούσαν συγκεκριμένη σειρά. Ο ερευνητής δημιουργούσε κλίμα εμπιστοσύνης, με αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού συνεργασίας του πληθυσμού. Το μειονέκτημα που λήφθηκε υπόψη ήταν η κατεύθυνση των ερωτήσεων (Crossley et al, 2002).

Ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων ήταν αρκετά δύσκολο να λάβουμε. Οι εξυπηρετούμενοι είναι επιρρεπείς στα σφάλματα απάντησης (response bias), δίνοντας για παράδειγμα απαντήσεις που οι άλλοι θα ήθελαν να ακούσουν (Rose, 2001). Το υψηλό ποσοστό ικανοποίησης που παρατηρείται γενικότερα ίσως να μην αποδίδει πλήρως την ακριβή εικόνα της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε απροθυμία να ασκήσουν οι χρήστες κριτική στα συγκεκριμένα άτομα που τους φροντίζουν. Παρόλο τη διαβεβαίωση και τη διασφάλιση του ανωνύμου και της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών, δεν θέλησαν να εκφραστούν αρνητικά για τα άτομα της θεραπευτικής ομάδας και τον τρόπο εργασίας τους. Έτσι, η προσπάθειά τους να δώσουν μια καλή εικόνα, μπορεί να διαστρέβλωσε τα αποτελέσματα. Επίσης ορισμένοι χρήστες της υπηρεσίας πιθανών να μην έχουν επαρκή πληροφόρηση για το τι μπορούν να περιμένουν από αντίστοιχες υπηρεσίες με αποτέλεσμα να μην έχουν σύγκριση και άρα η ικανοποίηση που εκφράζουν να είναι σχετική. Είναι πιθανόν οι εξυπηρετούμενοι του Ιατρείου να εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση στις περιπτώσεις που υπάρχει μια καλά εδραιωμένη σχέση γιατρού-θεραπευτή και ασθενούς, όπου δίνεται η ευκαιρία στον

τελευταίο να εμπλακεί σε αποφάσεις που αφορούν την φροντίδα του (Speeding & Rose, 1985).

Περιορισμοί τέθηκαν από την γεωγραφική κατανομή του χώρου, όπου ένα άτομο έπρεπε να μετακινηθεί στο Νοσοκομειακό Χώρο για να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο με αποτέλεσμα άτομα επιβαρυνόμενα στην σωματική τους υγεία δεν ήταν εφικτό να μετακινηθούν. Τα ραντεβού κλείνονταν σύμφωνα με το πρόγραμμα των εξυπηρετούμενων δίνοντας τη δυνατότητα να προσέλθουν σε οποιαδήποτε στιγμή της εβδομάδας. Από την άλλη, άτομα με χρόνιο πρόβλημα υγείας δεν κατέστη δυνατόν να μετακινηθούν.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η διερευνητική φύση της μελέτης περιορίζει έντονα την δυνατότητα να γενικεύσουμε τα συμπεράσματα. Επίσης αν και το ποσοστό ανταπόκρισης μπορεί να θεωρηθεί ικανοποιητικό (42 από τους 51), πληροφορίες για την ικανοποίηση παρέχουν μόνο όσοι εξυπηρετούμενοι συνεργάστηκαν με τη θεραπευτική ομάδα του Ιατρείου και για χρονικό διάστημα άνω των δύο μηνών. Ως εκ τούτου δεν μπορούμε να εξαγάγουμε συμπεράσματα σχετικά με τις απόψεις των ατόμων που διέκοψαν τη συνεργασία με το Ιατρείο μετά την πρώτη ή τη δεύτερη επίσκεψη.

Η πλειοψηφία του πληθυσμού είναι άνδρες σε ποσοστό 92.6%. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα ουσιοεξάρτησης επισκέπτονται θεραπευτικά προγράμματα μόλις σε αναλογία 1:5 με τους άντρες (Κουλεντάκη, 2010) ενώ σε άλλα σημεία αναφέρεται πως ο γυναικείος αλκοολισμός στιγματίζει τη γυναίκα περισσότερο από τον άντρα- ιδιαίτερα στην επαρχία (Lex, 1991; Beckman 1986; Fillmore, 1985). Ωστόσο σε άλλη επισκόπηση αναφέρεται ως πολύ σημαντικός ο ρόλος υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δεδομένου ότι οι γυναίκες με προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ (Alcohol Use Disorders) αναζητούν βοήθεια σε πλαίσια πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κάτι που πρέπει να κινητοποιήσει τους Λειτουργούς Υγείας στην ανίχνευσή τους και σε βραχείες παρεμβάσεις (Brienza & Stein, 2002).

Ο πληθυσμός της μελέτης φαίνεται επιβαρυνμένος σε προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας (σε ποσοστό 85,7%). Τα ποσοστά συνοσηρότητας και σε άλλες μελέτες είναι υψηλά, η δε ψυχοπαθολογία μπορεί να προηγείται ή να έπεται της εκδήλωσης του συνδρόμου της αλκοολικής εξάρτησης αλλά και να αποτελεί έκφραση κάποιου λανθάνοντος κοινού παθογενετικού παράγοντα. (Λιάππας & Τζινιέρη, 2002). Το 63, 9% (23/36) δήλωσε ότι πάσχει από κατάθλιψη, όπως επίσης το 63, 9% δήλωσε ότι αντιμετωπίζει αγχώδεις διαταραχές. Ως προς τη συνοσηρότητα συναισθηματικών διαταραχών διάφορες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό έως και 80% των αλκοολικών αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ τουλάχιστον το 1/3 από αυτούς

εμφανίζουν κλινική εικόνα που εμπίπτει στα πλαίσια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (Schuckit et. al., 1997; Kessler et. al., 1996; Kandel et. al., 2001). Αποτελεί επίσης κοινή παραδοχή στη βιβλιογραφία ότι οι αλκοολικοί ασθενείς εμφανίζουν σοβαρή συμπτωματολογία αγχώδους διαταραχής σε ποσοστά κατά πολύ υψηλότερα από ότι ο γενικός πληθυσμός (Schuckit & Hesselbrock, 1994). Όπως επιβεβαιώνεται τόσο από εγχώριες καταγραφές (ΕΚΤΕΠΕΝ, 2011), αλλά και διεθνείς μελέτες (Lucey et. al., 2009) η επιβάρυνση των εξαρτημένων από το αλκοόλ τόσο σε ψυχιατρικά όσο και σε σωματικά συμπτώματα (π.χ αλκοολική ηπατίτιδα) είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Ιατρείου, σε ποσοστό (88,1%) οι εξυπηρετούμενοι λαμβάνουν ψυχιατρική παρακολούθηση. Ήδη σε άλλες μελέτες ικανοποίησης οι εξυπηρετούμενοι-χρήστες αλκοόλ θεωρούν, ως υποστηρικτικό στοιχείο αυτό το κομμάτι της «Ιατρικής Διαχείρισης» (Frick et. al., 2011). Οι συμμετέχοντες που λαμβάνουν «ιατρική φροντίδα» ανέρχονται στο 57.1%. Επίσης το 40.5% του συνόλου των εξυπηρετούμενων λαμβάνει νοσηλεία για τη σωματική αποτοξίνωση, το 45,2% λαμβάνουν υποστήριξη από την κοινωνική υπηρεσία, 19% από τη ψυχολογική υπηρεσία ενώ σε ποσοστό 38% συμμετέχουν στην ομαδική συμβουλευτική. Τα παραπάνω ποσοστά σε σχέση με τη ψυχο-σωματική συμπτωματολογία που παρουσιάζει η πλειονότητα των εξυπηρετούμενων, είναι ενδεικτικά του προσανατολισμού του Ιατρείου ΑΛΚΟ στην βιοψυχοκοινωνική αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ, μέσα από τη συστηματική παρακολούθηση και τη συνεχή εξατομικευμένη υγειονομική φροντίδα σε όλα τα επίπεδα θεραπευτικής πρακτικής. Η επιλογή του προσανατολισμού των συμμετεχόντων ως προς την ομαδική συμβουλευτική (38%) σε σημαντικό ποσοστό επιβεβαιώνει τα οφέλη της συμβολής της και της υποστήριξης που παρέχει στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού- σε επίπεδο προσωπικής αλλαγής, πρόληψης υποτροπής, και υποστήριξης (Connors & Franklin, 2000)

Το ποσοστό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που παρέχονται στα πλαίσια του Ιατρείου ΑΛΚΟ εμφανίζεται αρκετά υψηλό. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τα ευρήματα άλλων ερευνών σύμφωνα με τα οποία οι χρήστες των υπηρεσιών απεξάρτησης από το αλκοόλ αναφέρουν υψηλή ικανοποίηση ανεξαρτήτου θεραπευτικής προσέγγισης (Etheridge et. al., 1995; Holcomb et. al., 1997; McLellan & Hunkeler, 1998). Το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, εκπαιδευτικό επίπεδο) των ερωτηθέντων δεν φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Με εξαίρεση την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα επίδρασης/διαφοροποίησης, ως προς το βαθμό ικανοποίησης από την «επιλογή

υπηρεσιών» ( $p\text{-value} = 0,028 < 0,05$ ). Η οικονομική κατάσταση -αν και υποκειμενική κατάθεση- δείχνει να επηρεάζει την ικανοποίηση ως προς τη διάσταση «της επιλογής υπηρεσιών». Αυτό φυσικά αποτελεί εύρημα που θα χρειαστεί να παρακολουθηθεί στα πλαίσια της βελτίωσης και διεύρυνσης των παρεχόμενων ειδικά ως προς το κομμάτι καταγραφής των κοινωνικών αναγκών των εξυπηρετούμενων που βρίσκονται σε κακή οικονομική κατάσταση.

Ως προς τη διάσταση «θετικές διαπροσωπικές σχέσεις» σε όλες τις σχετικές δηλώσεις η μέση βαθμολογία είναι μεγαλύτερη του 5,4 το οποίο δείχνει ότι τα άτομα που επισκέπτονται το ιατρείο έχουν πολύ θετική γνώμη για τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Σε ανάλογη (ποιοτική) μελέτη οι εξυπηρετούμενοι φαίνεται να δίνουν έμφαση στην επίδραση των θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με τους επαγγελματίες πάνω στην ικανοποίησή τους από τη θεραπεία και στη συμβολή των σχέσεων αυτών στην ανάρρωσή τους (Connors & Franklin, 2000). Σε άλλο σημείο επισημαίνεται ότι ένας από τους σοβαρούς λόγους που οδηγούν σε πρόωγη απόσυρση από πρόγραμμα απεξάρτησης είναι η αδυναμία εγκατάστασης θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με το προσωπικό (Nordfjaern & Rundmo, 2010).

Παρατηρούμε ότι όσο αυξάνεται το διάστημα λήψης υπηρεσιών του ιατρείου τόσο αυξάνεται και η περίοδος αποχής από το αλκοόλ ( $p\text{-value} < 0,001 < 0,05$ ). Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα σε έρευνα αντίστοιχου Εξωτερικού Ιατρείου στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (Κουλεντάκη et. al., 2010).

Κατά την ανάλυση προέκυψε ότι η ύπαρξη κάποιου προβλήματος ψυχικής ή σωματικής υγείας εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ, επιδρά αρνητικά ως προς το βαθμό ικανοποίησης και ειδικά ως προς τη διάσταση της ικανοποίησης που αφορά τις «αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις» με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Σε άλλες μελέτες βρέθηκε η παρουσία ψυχιατρικού συμπτώματος να μην συσχετίζεται με τις εξεταζόμενες διαστάσεις της ικανοποίησης (Mc Lellan, 1998; Carlson & Gabriel, 2001).

Σημαντικό είναι ότι η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων (μ.τ 2,18 ( $\pm 1,33$ )) παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από τη θεραπεία ως προς την επιλογή των υπηρεσιών που τους παρέχονται από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, αλλά ταυτόχρονα ένα 31% επιζητά επιπλέον επιλογή υπηρεσιών κυρίως συνέχιση ομαδικής συμβουλευτικής, οικογενειακή βοήθεια, περισσότερη εξειδίκευση και ψυχοθεραπεία. Το γεγονός αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν ελλείψεις στην παροχή των θεραπευτικών υπηρεσιών της ομάδας που πρέπει να αναζητηθούν για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας του Ιατρείου.

Περαιτέρω στατιστική ανάλυση των προσδοκιών οδήγησε στη διαπίστωση πως οι εξυπηρετούμενοι ( $p\text{-value} = 0,029 < 0,05$ ) είναι ικανοποιημένοι με την επάρκεια το

συστήματος και μάλιστα όπως προσδιορίζεται από τις προσδοκίες τους όσο πιο σημαντική θεωρείται «η ζωή χωρίς αλκοόλ» τόσο πιο πολύ συμφωνούν με τη επάρκεια του συστήματος. Σε άλλο σημείο της βιβλιογραφίας έχει βρεθεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας (Miaoulis & Gutman, 2009). Αξίζει να αναφέρουμε επίσης ότι η «ελεγχόμενη χρήση του αλκοόλ» που παραπέμπει σε ένα διαφορετικό θεραπευτικό τρόπο προσέγγισης, κατά την ανάλυση της μελέτης, έδωσε την πληροφορία ότι όσο πιο σημαντική θεωρείται ως προσδοκία τόσο πιο πολύ οι εξυπηρετούμενοι συμφωνούν με το ότι τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας θα μπορούσαν να παρέχουν/προσφέρουν περισσότερα. Πιθανά ως δεδομένο αυτό συνιστά μια πρόκληση στην θεραπευτική προσέγγιση του αλκοολισμού από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Στη βιβλιογραφία πάντως υποστηρίζεται ότι θεραπείες που προσανατολίζονται τόσο στην αποχή όσο και στην ελεγχόμενη χρήση είναι αναγκαίες (William et. al., 1977) και ότι δεν υπάρχει απόδειξη που να προτείνει ότι η αποχή από το αλκοόλ ή η ελεγχόμενη χρήση οδηγεί καλύτερα σε ανάρρωση από τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ (Raistrick et. al., 2006). Η αποδοχή πάντως της μίας ή της άλλης σχετίζεται με τα προσωπικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας (Luquiens & Reynaud, 2011). Σημαντικό θα ήταν μέσα από τη θεραπευτική σχέση να φανεί ποιοι ασθενείς ζητούν την ελεγχόμενη χρήση, σε ποια φάση της θεραπείας τους και πως οι επαγγελματίες θα μπορούσαν αν βοηθήσουν σε αυτό τον στόχο, εφόσον νιώθουν επαρκείς να υποστηρίξουν ανάλογα θεραπευτικά σχέδια. Η ελεγχόμενη κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να αποτελεί αυτοσκοπό, ένα βήμα προς την αποχή ή τρόπος περιορισμού των σχετιζόμενων με το αλκοόλ προβλημάτων. Η αποδοχή ότι ο ασθενής θέτει τους δικούς του στόχους θεραπείας βοηθά στην ενίσχυση της θεραπευτικής σχέσης και μειώνει τα drop-out. Επιπλέον, η προσέγγιση της θεραπείας γίνεται πιο εκλεπτυσμένη δεδομένου ότι βοηθά τους ασθενείς να μην παρεκκλίνουν συνεχώς μεταξύ αποχής και μαζικής κατανάλωσης. (Albrecht & Daerpen, 2007).

Η ερευνητική αναζήτηση μεγαλύτερης επίγνωσης των προσδοκιών των εξυπηρετούμενων έφερε στην επιφάνεια εκπαιδευτικές ανάγκες και ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη, ως προς τα προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση του αλκοόλ. Οι παραπάνω συσχετίσεις δηλώνουν ότι όσο πιο πολύ σημαντικές θεωρούνται αυτές οι προσδοκίες από τη θεραπεία τόσο πιο πολύ συμφωνούν με το ότι τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας θα μπορούσαν να παρέχουν/προσφέρουν περισσότερα σε επίπεδο «επιλογής υπηρεσιών» («συναισθηματική υποστήριξη»:  $\rho = 0,408$ ,  $p\text{-value} = 0,007 < 0,05$  – μέτρια συσχέτιση, «υποστήριξη για τα προβλήματα που προκύπτουν από

τη χρήση αλκοόλ» ( $\rho=0,581$ ,  $p\text{-value}<0,001<0,05$  – ισχυρή συσχέτιση και «πώς να οργανώσω τη ζωή μου» ( $\rho=0,408$ ,  $p\text{-value}=0,007<0,05$  – μέτρια συσχέτιση). Οι προτάσεις τους για μεγαλύτερης διάρκειας ομαδική συμβουλευτική, περισσότερη εξειδίκευση και ψυχοθεραπεία είναι σε συνάφεια με τις ανάγκες όπως τις προσδιορίζουν στις προσδοκίες τους από τη θεραπεία. Παρόμοια ευρήματα έχει αναδείξει και η έρευνα των Schneider et al (2004) ως προς τις σημαντικές προσδοκίες από τη θεραπεία. Δεδομένης της οικογενειακής κατάστασης του πληθυσμού (57,1% έγγαμοι) και λαμβάνοντας υπόψη τις προτάσεις των συμμετεχόντων, οι μελλοντικές παρεμβάσεις θα πρέπει να έχουν σαφή οικογενειακό προσανατολισμό (ατομικό, ομαδικό ή οικογενειακή θεραπεία) ή/και σχέδια δράσης για υποστήριξη, κινητοποίηση, αλλαγή και επικοινωνία με το περιβάλλον (Hudolin, 2001)

## Προτάσεις για την ενίσχυση του θεραπευτικού προγράμματος

Η ικανοποίηση των χρηστών αποτελεί ένα πολύτιμο και κεντρικό δείκτη της ποιότητας της φροντίδας και των υπηρεσιών που παρέχονται. Η επιτυχία όλων των προγραμμάτων που βρίσκονται σε συνεχή εγρήγορση για την βελτίωση των υπηρεσιών τους, εξαρτάται από το βαθμό ανταπόκρισης στα προβλήματα και στις ανάγκες των πολιτών. Προφανώς όλα τα προηγούμενα στοιχεία αποτελούν σημαντικά πεδία επεξεργασίας και διαλόγου.

Είναι απαραίτητο να υπάρξει ευρύτερη ενημέρωση για τη λειτουργία του Εξωτερικού Ιατρείου έτσι ώστε οι επαγγελματίες υγείας και οι πολίτες να κατανοήσουν το σκεπτικό και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για το σκοπό αυτό, θα μπορούσε να προβληθεί περισσότερο στα έντυπα, τα ηλεκτρονικά μέσα και σε ομιλίες.

Επίσης, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ανάλογων υπηρεσιών στον τομέα της εξάρτησης και η καλή συνεργασία με τα Τμήματα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου θα είχε ως αποτέλεσμα την ενημέρωση των ιατρικών και διοικητικών υπηρεσιών για τη λειτουργία του προγράμματος. Η ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των επαγγελματιών που βρίσκονται στον ίδιο χώρο και η δημιουργία δικτύων αλκοολογίας θα συνέβαλε στην ενίσχυση των υπαρχόντων πρακτικών και στην ανατροφοδότηση των επαγγελματιών. Για την εξασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, απαραίτητη είναι η διαρκής επιμόρφωση της επιστημονικής ομάδας και η επανεκπαίδευσή τους σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Η προσέλκυση και η εκπαίδευση εθελοντών μπορεί να οργανωθεί σε μία συστηματική βάση, δημιουργώντας ένα δίκτυο υποστήριξης ατόμων και οικογενειών με



πρόβλημα αλκοόλ, αξιοποιώντας την εμπειρία αντίστοιχου Ιατρού στο Πα.Γ.Ν. Ηρακλείου.

Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του Ιατρού ΑΛΚΟ είναι αναγκαίο να γίνουν ορισμένες σημαντικές παρεμβάσεις:

- Να επισπευσθεί η λειτουργία των ομάδων των οικογενειών με μέλος εξαρτώμενο από το αλκοόλ
- Εκπαιδευτικά σεμινάρια στελεχών του προγράμματος

## Προεκτάσεις — Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η απόκτηση πληροφοριών που αφορούν την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών είναι απαραίτητα παράμετρος στην διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η επεξεργασία της πληροφορίας και η ενσωμάτωσή της στον προγραμματισμό των υπηρεσιών δεν είναι εύκολη διαδικασία. Πρέπει να γίνουν προσπάθειες για να ξεπεραστούν τα όποια μεθοδολογικά προβλήματα και μέσα από την αναλυτική προσέγγιση του όρου ικανοποίηση να αναζητηθούν οι παράγοντες εκείνοι που θα συμβαδίζουν ή και θα ξεπερνούν στο σύνολό τους τις προσδοκίες των χρηστών των θεραπευτικών προγραμμάτων. Τα στοιχεία αυτά απαιτούν σαφείς προσανατολισμούς, εμπειριστατωμένες θεωρήσεις και σχέδια δράσης τα οποία χαρακτηρίζονται από συνεχή ανατροφοδότηση, συνέπεια και πνεύμα συνεργασίας.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας, διαφαίνεται ότι οι εξυπηρετούμενοι δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι γενικά από το προσωπικό του ιατρού ΑΛΚΟ και από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η ικανοποίηση του ίδιου του προσωπικού θα ήταν χρήσιμο να μετρηθεί σε μια μετέπειτα μελέτη, ώστε να υπάρχει μια συνολική εικόνα των εμπλεκόμενων ατόμων στο δίκτυο παροχής υπηρεσιών για τα άτομα με προβλήματα που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ. Θα ήταν ωφέλιμο να γνωρίσουμε τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, είτε αυτά αφορούν τις συνθήκες εργασίες, είτε την ανάγκη εκπαιδευτικών σεμιναρίων για την καλύτερη εξειδίκευσή τους. Ενδιαφέρουσα πτυχή μελλοντικής έρευνας θα αποτελούσε τέλος, να εξετασθεί σε ποιο βαθμό η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζει την απόδοση του κλινικού έργου και αν συμβαδίζει με την αντίστοιχη ικανοποίηση των χρηστών που λαμβάνουν τις αντίστοιχες θεραπευτικές υπηρεσίες.



**ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Διακογιάννης, Ι. (2010) Αλκοόλ- Προβλήματα και η αντιμετώπισή τους στο Γενικό Νοσοκομείο. Παρουσίαση στο Πανελλήνιο Συμπόσιο Αλκοολογίας: Πρόληψη της υποτροπής στον Αλκοολισμό, Ηράκλειο: 7-8 Μαΐου 2010.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον περιορισμό των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ στην υγεία, 2008-2012.

Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, (2006) Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα 2005. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, (2009) Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα 2005. ΕΠΙΨΥ, Αθήνα.

Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. – ΟΚΑΝΑ (2001) *Εγχειρίδιο Πρόληψης: Οινοπνευματώδη, Ναρκωτικά και Καπνός*, Διαχείριση έργου από την Ομάδα Πομπιντού για την Πρόληψη. Συμβούλιο της Ευρώπης, Αθήνα.

Κοκκέβη, Α. (2007) Η επιδημιολογία της χρήσης του αλκοόλ. Στο Λ. Λύκουρας και Κ. Σολδάτος, Αλκοολισμός: Ιατρικές και ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Κουλεντάκη, Μ., Γρυνάκης, Ε., Ουσταμανωλάκης, Π., Λιοδάκη, Ν., Σταθάκη, Δ., Κουρούμαλης, Η., Μουζάς, Ι. (2010). Ιατρείο Αλκοόλ: Εμπειρία πέντε χρόνων από την Κρήτη. Παρουσίαση στο 30ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Αθήνα: 11-14 Νοεμβρίου 2010.

Κυριόπουλος, Γεωργούση, Γεννηματά (1994) Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια. Στο : Γ. Κυριόπουλος, Ε. Γεωργούση (Συντ) Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994

Κωσταράς, Θ., Λέκκα, Δ., Μπάκα, Ε., Γιωτάκης, Κ., Καρκανιάς, Α., Μουσσάς, Γ. (2010). Ο αλκοολισμός στο γενικό νοσοκομείο - Νοσηλεία της οξείας φάσης απόσυρσης (στερητικό σύνδρομο) στα παθολογικά τμήματα. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 112 (4): 74-80

Λαϊνάς, Σ., (2007) Κριτική αποτίμηση της Αυτοβοήθειας στην Εξάρτησης. *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία*, Ιαν 2008, τεύχος 6.

Λιάππας, Ι.Α. Η ουσιοεξάρτηση στη Γενική Ιατρική. Γενικές Αρχές. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, Ι.Α. Λιάππας, Βλ. Δ. Τομαράς, Μ.Σ Βασιλειάδου(2003) Η ψυχιατρική στη Γενική Ιατρική. Αθήνα :Εκδόσεις ΒΗΤΑ .

Λιάππας, Ι.Α., Πομίни Β. (επιμέλεια έκδοσης)(2006) Ουσιοεξάρτηση : Σύγχρονα Θέματα. ΙΤΑΚΑ- Ελληνικό Τμήμα.

Λιάππας, Ι.Α., Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ. (2008) Αλκοολική Εξάρτηση και ποιότητα ζωής: Σύγχρονη ανασκόπηση του προβλήματος. *Εξαρτήσεις*, τεύχος 8.

Λύκουρας, Λ.,(2000) Οινόπνευματώδη. Στο Γ.Ν Χριστοδούλου και Συνεργάτες, Ψυχιατρική. πρώτος τόμος, εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Λύκουρας, Ε. (2006) Κατάχρηση/Εξάρτηση από το οινόπνευμα : ένα σύγχρονο Πρόβλημα. Στο Ι.Α Λιάππας, Ε.Κ. Μέλλος, Β. Πομίни (επιμέλεια έκδοσης), Κατάχρηση & Εξάρτηση από το οινόπνευμα : προβλήματα & αντιμετώπιση. ΙΤΑΚΑ- Ελληνικό Τμήμα.

Μαδιανός, Μ.(2004) Κλινική Ψυχιατρική. εκδόσεις Καστανιώτη.

Μαρτινίδης, Γ., Τούνα, Ε. (2011) Η ιστορία της χρήσης και της κατάχρησης του αλκοόλ. *Σύναψις* 1 (7): 64-74.

Μαρσέλος, Μ.,(1997) Εξαρτησιογόνες Ουσίες. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Μαυρέας, Β. (2005) Περιγράφοντας τον Αλκοολισμό: Υγρά και Ξηρά Περιβάλλοντα Πολιτισμικά Περιβάλλοντα. *Σύναψις*. 1:58-63.

Μισουρίδου, Ε. (2010) Η αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 109 (1): 109-115.

Μουζάς, Γ. (2005) Αλκοολογία για τον Κλινικό Γιατρό. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Μουσσάς, Γ. Ι., Νταντούτη, Γ., Δουζένης, Α., Πουλής Ε., Τσελεμπής Α., Μπράτης Δ., Χριστοδούλου Χ., Λύκουρας Ε.,(2010) Αξιοπιστία και εγκυρότητα της Ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου Ανίχνευσης Διαταραχών Κατάχρησης- Εξάρτησης Αλκοόλ (AUDIT), *Ψυχιατρική* , 21: 54-59.

Νιάκας, Δ. Γναρδέλλης Χ. (2000) Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας. *Ιατρική* 77:464-470.

Οικονομοπούλου, Χ., Λιαρόπουλος Λ., Δόσιος Θ. (2000) *Αξιολόγηση* ποιότητας υπηρεσιών υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 12:35-37.

ΟΚΑΝΑ, (επ. Μαλλιώρα Μ.)(1999) Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες. Αθήνα: ΒΗΤΑ.

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, (2002) Υγεία 21. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Πομίνι, Β., Λιάππας, Ι.Α. (2007) Ο ρόλος της οικογένειας στην εξέλιξη και θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Στο: Λύκουρας Λ., Σολδάτος Κ., (επιμέλεια έκδοσης). Αλκοολισμός. Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Ποταμιάνος, Γ.Α. (2005) ΑΛΚΟΟΛ: Επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και τη θεραπεία. Αθήνα: Λιβάνη.

Σιάμου, Ι., Μπάφη, Ι., Καναβού, Ε. (2010). Οικοπνευματώδη. Χρήση και εξάρτηση. Ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οικοπνευματωδών στην Ελλάδα. ΕΠΙΨΥ. Αθήνα, ΕΠΙΨΥ: 181-201.

Τερζίδου, Μ., Σιάμου, Ι. (2009). Επιδημιολογικά στοιχεία για τη χρήση και κατάχρηση των οικοπνευματωδών στην Ελλάδα. *Εγκέφαλος*, 46 (2), 57-63.

Τζαβάρας, Ν. (2004) Κοινωνιολογικές και Ψυχιατρικές Διαστάσεις του Αλκοολισμού. *Σύναψις* 1 φθινόπωρο 2005: 64-72.

Τσαρούχας, Κ. (2000.) Αλκοόλ. Ένα σκληρό ναρκωτικό. Αθήνα: Άγκυρα.

Υφαντής, Θ. (1990) Οινόπνευματώδη Ποτά και Μαθητόκοσμος. Διδακτορική Διατριβή, Ιωάννινα.

Χρηστίδη, Σ. (2010) Ανυπαρξία δομών αλκοολογίας. Παρουσίαση στο δεύτερο Πανελλήνιο συμπόσιο Αλκοολογίας, Ηράκλειο-Κρήτη.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Albrecht, A., Daepfen JB (2007) Controlled drinking for alcohol-dependent. *Rev.Ned. Suisse*, 3 (118):1670-2 [PubMed].

Allan, C., Smith, L., & Mellin, M. (2000). Detoxification from alcohol: A comparison of home detoxification and hospital-based day patient care. *Alcohol & Alcoholism*, 35, 66-69.

American Psychiatric Association.(2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. Text Revision. Washington.

Anderson, P., Guarn, A., Colom, J. (2005) (επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ιωάννης Διακογιάννης-Παναγιώτης Παναγιωτίδης) Alcohol and Primary Health Care:Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health Department of the Government of Catalonia Barcelona.

Anderson, P., Baumberg, B. (2006) Το Αλκοόλ στην Ευρώπη από τη Σκοπιά της Δημόσιας Υγείας: Μια αναφορά για την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ινστιτούτο Μελετών του Αλκοόλ Ηνωμένο Βασίλειο.

Ankuta, GY., Abeles, N.(1993) Client satisfaction, clinical significance, and meaningful change in psychotherapy. *Professional Psychology*24:71-74.

Babor, TF, Grant, M.(1992) Programme on substance abuse. Project on identification and management of alcohol related problems. Report on phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Babor, TI, Campbell, R., Room, R. & Saunders, J., eds. (1994) Lexicon of Alcohol and Drug Terms. World Health Organization, Geneva.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C. (2001) Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.

Ballesteros, J., Duffy, J. C., Querejeta, I., Arino, J. & Gonzales-Pinto, A. (2004a) Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 28, 608-618.

Bertholet, N., Daeppen, J-B., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. (2005) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165, 986-995.

Blazer, D., Wu, L. (2009) The epidemiology of at risk and Binge Drinking among middle-aged and Elderly community adults: National Survey on Drug use and health. *Journal of Am Psychiatry* 166:1162-1169.

Bitner, M.J., Booms, B.H., and Tetreault, M.S. (1990) The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents. *Journal of Marketing*, 54 (71-84). 24 (5), 26-28.

Carlson, M., J., Gabriel, R., M. (2001). Patient Satisfaction, Use of Services, and One-Year Outcomes in Publicly Funded Substance Abuse Treatment. *Psychiatric Services* Sep;52(9):1230-6. [PubMed].

Chan, M., Sorensen, J.L., Guydish, J., , Tajima, B., , Acampora, A., (1997) Client satisfaction with drug abuse day treatment versus residential care *Journal of Drug Issues*, 27, pp. 367–377.

Chang, G., Wilkins-Haug, L., Berman, S., et al. (1998). Alcohol use and pregnancy: Improving identification. *Obstet Gynecol* 91,892-898.

Churchill, G.A. Jr. and Surprenant, C. (1982). An Investigation into the Determinants of Consumer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19,491 - 504.

Coate, D., Grossman, M. (1988) The effects of alcoholic beverage prices and legal drinking ages on youth alcohol use. *Journal of Law and Economics* 31:151-171.

Comprehensive Accreditation Manual for Health Care Networks(1995). Chicago, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Conners, N. A., Franklin (2000) Using focus groups to evaluate client satisfaction in an alcohol and drug treatment program, *Journal of Substance Abuse Treatment* Volume 18, Issue 4, 313–320.

Copello, A.G., Velleman, R.d. & Templeton, L.J (2005) Family Interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24: 369-385.

Crawford, MJ., Kessel (1999). A Not listening to patients- the use and misuse of patient satisfaction studies, *Int J Soc.Psychiatry*, 45:1-6.

Currie, C., et al. (2004) Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. WHO Europe.

Davidson, J. (1997) Courtesans and Fishcakes. The consuming Passions of Classical Athens. Harper & Collins, London. Ελληνική έκδοση. Αρχαίοι Αθηναίοι. Ηδονές, Καταχρήσεις και Πάθη. Αθήνα :Εκδόσεις Περίπλους 2003. 77-120.

Dawson, DA. (2000) Alcohol consumption, alcohol dependence, and all-cause mortality. Epidemiology and prevention. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 24:72-81.

Derry, A.D. (2000) Substance use in older adults: a review of current assessment, treatment and service provision. *Journal of Substance Use*. 5:22-262.

Donovan, Dennis M.; Kadden, Ronald M.; Diclemente, Carlo C.; Carroll, Kathleen M. (2002) Client Satisfaction with Three Therapies in the Treatment of Alcohol Dependence: Results from Project MATCH *Am J Addict* :11: 291-307.

Doyle, M, Carr, A., Rowen, S., Galvin, P., Lyons, S., Cooney G. (2003). Family- oriented treatment for people with alcohol problems in Ireland :a comparison of the effectiveness of residential and community-based programmes. *Journal of Family Therapy*, 25: 15-40.

Eames, A.D. (1995) *Secret Life of Beer: Legends, Lore and Little-Known Fact*. Pownal, Vermont .

Emmen, M.J, Schippers, MG, Bleijenverg, G, Wollersheim, H, (2004) Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting : systematic review. *British Medical Journal* Feb & ; 328 (7435) : 318.

English, DR, Holman, CJ., Milne, E., Winter, MG., Hulse GK, Codde, J.P et al. (1995) The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.

Frances, R.J., Miller S.I (Eds) (1998) *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. 2<sup>nd</sup> ed. Guilford Press, New York.

Finney, J. W., & Moos, R.H. (1998) Psychosocial treatments for alcohol use disorders. In P.E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp.156-166). New York: Oxford University Press.

Frick K., M., Less B., Brueck R., K., Kriston L, Jaehne A. (2011) What Works for Patients in Outpatient Treatment for Alcohol Addiction? An Explorative Study into Clients' Evaluation of Subjective Factors and Therapy Satisfaction *Substance Abuse: Research and Treatment*: 5, (available from <http://www.la-press.com>).

Crossley, T. F., Kennedy S.(2002) The reliability of self-assessed health status. *Journal oh Health Economics*. Vol 21. pp. 643 – 658.

Hilton, M.E, Maisto, SA, Conigliaro J, McNiel M, Kraemer K, Kelley ME. (2001) Improving alcoholism treatment across the spectrum of services. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 25 (1):128-35.

Hudolin, V. (ed)(2001) *Club degli alcolisi in trattamento*. Scuola Europea di alcologia e Psichiatria Ecologia. Trieste.



Hunt, H. Keith (1977) CS/D- Overview and Future Research Direction” Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction. Cambridge, MA: Marketing Science Institute.

Heather, N. (1995) Brief Intervention strategies. In: Hester RK, Miller WR, eds. Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives. Needham Heights, MA :Allyn and Bacon, 1995: 105-22.

Holcomb, W.R, Parker J.C., Leong G.B (1997) Outcomes of inpatients treated on a VA psychiatric unit and a substance abuse treatment unit. *Psychiatric Services*, 48, pp. 699–704.

Howard, J., Sheth, J.N. (1968). *Theory of Buyer Behavior*. New York, J. Wiley & Sons, NY.

Kahan, M., Wilson, L. & Becker, L. (1995) Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review, *Canadian Medical Association Journal*, 152, 851-859.

Kandel, D.B., Huang, FY., Davies, M. (2001) Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug Alcohol Depend*, 64:233-241.

Kaufman, E., Kaufmann, P. (1992) From multiple family therapy to couple therapy. In Kaufman E, Kaufmann (Eds) (1992) Family Therapy of Drug and Alcohol abuse. 2<sup>nd</sup> edition. Allyn & Bacon, Boston, pp.287-314.

Kessler, RC, Nelson, CB, McGonagle, KA, Eclund, MJ., Frank, RG., Leof, PJ. (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders. *Am J Orthopsychiatry*, 66:17-31.

Kranzler, H.R. (2000) Pharmacotherapy of alcoholism: Gaps in Knowledge and opportunities for research. *Alcohol& Alcoholism*, 35, 537-547.

Lebow, J., (1982) Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin*, 91, pp. 244–259.

Longnecker, M. (1994) Alcoholic beverage consumption in relation to risk of breast cancer: meta analysis and review. *Cancer Causes Control* 5:73-82.

Lesch, O. M., Kefer J. Lentner S., Mader R., Marx B., Musalek M., Nimmerrichter A., Preinsberger H., Punchiger H., Rustembegovic A., Walter H., Zach E., (1990). Diagnosis of Chronic Alcoholism- Classificatory Problems, *Psychopathology* 23: 88-96.

Lesch, O. M (2010). Lesch Alcoholism Typology, Heraklion, May 8<sup>th</sup> 2010.

Luquiens, A., Reynaud, M., Aubin, HJ. (2011) Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists *Alcohol and Alcoholism*, 46 (5), p : 586-591.

Makela, K., Arminen, I., Bloomfield, K., Eisenbach-Stangl, I., Bergmark, K.H., Kurube, N., Olafsdottir, H., Peterson, J. H., Phillips, M., Rehm, J., Room, R., Rosenqvist, P., Rosovsky H., Steniuw, K., Swiatkiewicz, G., Woronowicz, B., & Zielinski, A. (1996). Alcoholics Anonymous aw a mutual-help movement:.A study in eight societies. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.

Malcolm, R., Herron, J. E., Anton, R. F., Roberts, J., & Moore, J. (2000) Reccurent detoxification may elevate alcohol craving as measured by the Obsessive Compulsive Drinking scale. *Alcohol*, 20, 181-185.

Mc Cullough, A.J. (1999) Alcoholic liver disease. *Am J Med* 107:450–455.

Mundle, G., Bruegel, R., Urbaniak, H., Laengle, G., Buchkremer, G., & Mann, K. (2001). Short- and medium-term outcome of outpatient treatment for alcohol dependent patients in Germany- A 6-, 18-, and 36- month follow- up. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69, 374-378.

Mavis, BE, Stöffelmayr, BE. (1994) Program factors influencing client satisfaction in alcohol treatment. *J Subst Abuse*.;6 (3):345-54.

- Magill, M, Mastroleo, NR, Apodaca, TR, Barnett, NP, Colby, SM, Monti, PM. (2010) Motivational interviewing with significant other participation: assessing therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement. *J Subst Abuse Treat.* Dec;39 (4):391-8.
- McLellan, A.T. & Hunkeler, E. (1998) Patient satisfaction and outcomes in alcohol and drug abuse treatment. *Psychiatric Services*, 49, pp. 573–575.
- Miaoulis, G.J., Gutman, J., Snow, MM. (2009) Closing the gap: The patient-physician disconnect. *Health Mark Q*, 26:56–68.
- Miller, NS, (1995) Pharmacotherapy in alcoholism. *J Addict Dis*, 1995: 14 (1);23-46.
- Moussas, G., Christodoulou C., Douzenis, A., (2009), A short review on the etiology and pathophysiology of alcoholism, *Annual of General Psychiatry*, 8: 10.
- Mouzas, I. (2011) Care devices for alcoholic patients in Southern Europe Alcoholism: *Clinical and Experimental Research* 35: 22A.
- National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism, (2004) NIAA Council approves definition of Binge Drinking NIAA Newsletter (3).
- Nikelly, A.G.,(1994) Alcoholism: Social as well as psycho-medical problem- The missing “big Picture”. *Alcohol and Drug Education* spring 1994, pp 1-12.
- Nordfjaern, T, Rundmo T, Hole R. (2010) Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction *J Psychiatr Ment Health Nurs.* Feb;17 (1):46-64.
- O'Brien, JM (1980α) The enigma of Alexander. The alcohol factor. *Annals of Scholarship*, 1:31-46.
- O'Farrell, T.J. (1993). A behavioral marital therapy couples group program for alcoholics and their spouses. In T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems; Marital and Family interventions* N. York: Guilford Press, pp. 170-209.
- .

Oliver, R.L. (1977) Effect of Expectation and Disconfirmation on Post-exposure Product Evaluations: An Alternative Interpretation. *Journal of Applied Psychology*, August, pp. 217-34.

Oliver, R.L. (1980) A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions, *Journal of Marketing Research*, Vol17, No 4, pp. 460-9.

Oliver, R.L. (1981) "Measurement and Evaluation of Satisfaction Process in Retail Setting", *Journal of Retailing*, 57 (FALL), pp. 25-48.

Parasuraman, A, Zeithalm, N.A and Berry, LL (1985) A conceptual Model of Service Quality And its Implication for Future Research. *Journal of Marketing* Fall Vol. 49, No. 4, pp. 41-50.

Perreault, M., Leichner, P., Sabourin S., Gendreau P. (1993). Patient satisfaction with outpatient psychiatric services qualitative and quantitative assessments. *Evaluation and Program Planning*, 16 (1993), pp. 109–118.

Poikolainen, K. (1999) Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventive Medicine*, 28, 503-509.

Pomini V., Liappas I., Boukouvala V. (2002). Clients' needs in the drug field. Roma; ITACA, CEDIS,

Porter R (1988). Introduction. Εισαγωγή στην επανέκδοση του βιβλίου του T.Trotter. An essay, medical, philosophical, and chemical, on drunkenness, and its effects on human body. Routledge, London.

Raistrick, D., Heather, N., Godfrey, C. (2006). Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems.

(at:[http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta\\_review\\_of\\_the\\_effectiveness\\_of\\_treatment\\_problems\\_fullreport\\_2006\\_alcohol](http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_review_of_the_effectiveness_of_treatment_problems_fullreport_2006_alcohol) (last accessed April 6 2012).

Ramskogler, K, Walter H, Hertling I, Riegler A, Gutierrez K, Lesch OM Subgroups of Alcohol Dependence and their Specific Therapeutic Management: A Review and

Introduction to the Lesch- Typology. 2010 ( available at:  
<http://www.isamweb.com/pages/pdfs/e-book%20Issue%202/Lesch.pdf>)

Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., Sempos, C.T., Grick, U. & Jernigan, D. (2004) Alcohol. In :WHO (ed), Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva: WHO.

Riessman, F. (1997) Ten self help principles. *Social Policy*, 29.6-11.

Royal College of Psychiatrists (1986). Alcohol. Our Favourite Drug. Tavistock, London.

Samet, JH., Freidmann P., Saitz, R. (2001) Benefits of linking primary medical care and substance abuse services: patient, provider and societal perspectives. *Arch Int Med*. 84:207-10.

Schneider, U., Kroemer-Olbrisch, T., Wedegärtner, F., Cimander, K.F., Wetterling, T. (2004) Wishes and expectations of alcoholic patients concerning their therapy. *Alcohol and Alcoholism* 39 (2): 141-145.

Sederer, L., Dickey, B., (eds) (1995) *Outcomes Assessment in Clinical Practice*. Baltimore, Williams & Wilkins.

Schuckit, M., Hesselbrock, V. (1994) Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship. *Am J Psychiatry*, 151: (12) 1723-1733.

Sheilagh, M. Resnick & Mark D. Griffiths, (2009). Service quality in alcohol treatment: A qualitative study, *International journal of mental Health and addiction.*, volume 8, num 3 (2010), 453-470.

Shipley, K., Hillborn B., Mansell A., Tyrer, I., Tipper, P., (2000) Patient satisfaction: a valid index of quality of care in a psychiatric service, *Acta Psychiatr. Scand* , 4: 330-333.

Smith, RG, Manderscheid, RW, Flynn LM, et al (1997): Principles for assessment of patient outcomes in mental health care. *Psychiatric Services* 48:1033-1036, [PubMed]

Sitzia, J., Wood, N. (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc. Sci Med* 45: 1829-1843.

Sournia, J. C. (1990) A history of alcoholism. Oxford: Basil Blackwell.

Soyka, M., Horak, M., Morhart, V., & Moeller, H.J. (2001) Qualified outpatient detoxification. *Nervenarzt*, 72, 565-569.

Speedling, E.J, Rose, DN, (1985). Building an effective doctor-patient relationship. From patient satisfaction to patient participation. *Soc Sci Med* 21 (2): 115-20.

Stout, R. L., Rubin, A., Zwick, W., Zywiak, W. & Bellino, L. (1999) Optimizing the costeffectiveness of alcohol treatment: a rationale for extended case monitoring. *Addictive Behaviors*, 24, 17-35.

Schuckit, MA, Tipp, JE., Bergman, M., Reich, W., Hesselbrock V., Smith TL. (1997) Comparison of induced and independent Major Depressive Disorders in 2, 954 Alcoholics. *Am J Psychiatry*, 154 (7):948-957.

Trotter, T., ( 1808) An essay, medical, philosophical, and chemical, on drunkenness, and its effects on the human body. ( available at [www.google.gr/books](http://www.google.gr/books))

Taj, N., Devera-Sales, A., Vinson, DC, (1998) Screening for problem drinking. Does a single question work? *Journal of Family Practice* 4c (4), 328-335.

Tse, D.K. & Wilton P.C.,(1988) "Models of Consumer Satisfaction: An Extension. " *Journal of Marketing Research*, Vo.25 (May), pp 204-12

Turnbull JE, Hepbree W. F (1999) Consumer information, patient satisfaction surveys and public reports. *Am J Qual*, 11:1829-1843.

Valliant, George (1995) The Natural History of Alcoholism. Revisted Harvard University Press.

Vetere, A., Henley, M. (2001) Integrating couples and family therapy into a community alcohol service : a pantheoretical approach. *Journal of Family Therapy*, 23: 85-101.

Weisner, C, Mewrtens, J, Parthasarathy, S, Moore, C, Yun, L. (2001) Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomised controlled trial. *JAMA* ;286:1715-23.

Westbrook, R., Relly M., (1983) “ Value- Percept Disparity: An Alternative Disconfirmation of Expectation theory of consumer Satisfaction” in *Advances in Consumer Research*, Rischard P. Bagozzi& Alice M. Tybout, eds Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, Pages:256-261.

Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. & Klein, J. (2004) Behavioral counselling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557-568.

Williams, B. (1994) Patient satisfaction a valid concept? *Social Science and Medicine*, 38, pp. 509–516.

Workgroup on Substance Abuse Self help Organizations, (2003) *Self Help Organizations for Alcohol and Drug Problems: Towards Evidence –Based Practice and Policy*.

World Health Organization, (1952) *Technical Report Series No 48, Alcoholism Subcommittee*, WHO, Geneva.

WHO/ISBRA Study on Biological State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence (1997) Progress Report. WHO/ MSA/PSA/97. 11: pp. 1.40.

World Health Organization (2001) *A Summary of Global Status Report on Alcohol* WHO, Geneva.

World Health Organization (2002a) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for measuring alcohol dependence( [http://www3.who.int/cidi/cidi-sf\\_\\_12-03-02.pdf](http://www3.who.int/cidi/cidi-sf__12-03-02.pdf)



World Health Organization (2002b) Scoring the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) for measuring alcohol dependence  
(<http://www3.who.int/cidi/CIDISFScoringMemo12-03-02.pdf>)

World Health Organization (2009) Global Health Risks. Mortality and burden of diseases attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland, 2009.

### ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

[www.who.int/entity/substance\\_abuse](http://www.who.int/entity/substance_abuse)

[www.hbsc.org/publications/reports.html](http://www.hbsc.org/publications/reports.html)

[www.niaaaa.nih.gov/](http://www.niaaaa.nih.gov/)

[www.ektepn.gr/content](http://www.ektepn.gr/content)

[www.encephalos.gr/ful](http://www.encephalos.gr/ful)

[www.18ano.gr/programma\\_p\\_i\\_k\\_n.pdf](http://www.18ano.gr/programma_p_i_k_n.pdf)

[www.annals-general-psychiatry.com/content/8/1/10](http://www.annals-general-psychiatry.com/content/8/1/10)

[www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta\\_review\\_of\\_the\\_effectiveness\\_of\\_treatment](http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_review_of_the_effectiveness_of_treatment_problems_fullreport_2006_alcohol)

[problems\\_fullreport\\_2006\\_alcohol](http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_review_of_the_effectiveness_of_treatment_problems_fullreport_2006_alcohol)

[www.google.gr/book](http://www.google.gr/book)

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



Αγαπητέ/ή κύριε/ κυρία,

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο χορηγείται στα πλαίσια εκπόνησης Διπλωματικής εργασίας στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών **«Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»** του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, με θέμα:

**«Ικανοποίηση εξυπηρετούμενων από τις υπηρεσίες του Ιατρείου Υποστήριξης και Αντιμετώπισης Χρηστών Οινοπνεύματος στο Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας».**

Η προσωπική σας συμμετοχή στην παραπάνω ερευνητική εργασία θα ήταν ιδιαίτερα σημαντική προκειμένου να αναδειχθεί η αναγκαιότητα των υπηρεσιών αυτών αλλά και να συλλεχθούν πληροφορίες για τη βελτίωση τους.

Σε κάθε περίπτωση σας διαβεβαιώνουμε ότι θα τηρηθεί το ανώνυμο για κάθε συμμετέχοντα στην εργασία.

**Με τιμή**

**Υπεύθυνη μεταπτυχιακή φοιτήτρια**

**Ο επιβλέπων καθηγητής**

**Δαλλιού Μαρία**

**Μουζάς Οδυσσέας**

**Κοινωνική Λειτουργός**

**Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ  
ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΧΡΗΣΤΩΝ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ**

\* (συμπληρώνεται από τον ερευνητή)

Αριθμός ερωτηματολογίου

**A. Δημογραφικά στοιχεία**

(Κυκλώστε τη σωστή απάντηση)

**1. ΦΥΛΟ**

α) Άνδρας

β) Γυναίκα

**2. Ημερομηνία Γέννησης** .....**3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ** .....**4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

1. Αναλφάβητος
2. Απόφοιτος δημοτικού
3. Απόφοιτος Γυμνασίου
4. Απόφοιτος Λυκείου
5. Απόφοιτος τεχνικής σχολής
6. Απόφοιτος Τ.Ε.Ι
7. Απόφοιτος Πανεπιστημιακής Σχολής

**5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**

1. Ιδιωτικός Υπάλληλος
2. Δημόσιος Υπάλληλος
3. Ελεύθερος Επαγγελματίας
4. Αγρότης
5. Τεχνίτης
6. Άνεργος
7. Συνταξιούχος

**6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

1. Πολύ Καλή
2. Καλή
3. Μέτρια
4. Άσχημη

**7. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

1. Έγγαμος/η
2. Άγαμος/η
3. Διαζευγμένος/η
4. Σε διάσταση
5. Χήρος/α

**Β. ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Τι θέλετε να πετύχετε από τη θεραπεία;

(0 = καθόλου σημαντικό, 1 = σημαντικό, 2 = πολύ σημαντικό)

(Κυκλώστε την επιθυμητή απάντηση)

	Προσδοκίες	Καθόλου σημαντικό (0)	Σημαντικό (1)	Πολύ σημαντικό (2)
1	Ζωή χωρίς αλκοόλ	0	1	2
2	Ελεγχόμενη χρήση αλκοόλ	0	1	2
3	Συναισθηματική υποστήριξη	0	1	2
4	Υποστήριξη για τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση αλκοόλ	0	1	2
5	Υποστήριξη στην ανεύρεση εργασίας	0	1	2
6	Βελτίωση οικογενειακών σχέσεων	0	1	2
7	Εκπαίδευση στο να χειρίζομαι τις υποτροπές	0	1	2
8	Πώς να οργανώσω τη ζωή μου	0	1	2
9	Πώς να χειρίζομαι τους φόβους μου	0	1	2
10	Να μάθω από άλλους που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα	0	1	2

**Γ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ**

1	Ηλικία έναρξης χρήσης αλκοόλ	15-20	21-25	26-30	31-35
2	Έναρξη κατάχρησης αλκοόλ μετά από:	3-5 ΕΤΗ	6-8 ΕΤΗ	9-12 ΕΤΗ	>12 ΕΤΗ
3	Περίοδος αποχής από το αλκοόλ:	< 1 ΜΗΝΑ	1-6 ΜΗΝΕΣ	7-12 ΜΗΝΕΣ	> 12 ΜΗΝΕΣ
4	Αντιμετωπίζεται κάποιο πρόβλημα ψυχικής ή σωματικής υγείας που σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ;	ΝΑΙ		ΟΧΙ	

5	Αν Ναι, επιλέξτε	α) Κατάθλιψη β) Αγχώδεις διαταραχές γ) Απόπειρα αυτοκτονίας δ) Πρόβλημα ήπατος ε) Πρόβλημα στομάχου στ) Καρδιαγγειακό πρόβλημα ζ) Πρόβλημα μνήμης η) Άλλο: ..... ..... .....	
6	Προηγούμενη σωματική αποτοξίνωση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7	Αν Ναι πόσες φορές;		
8	Πόσο χρονικό διάστημα σας παρέχονται οι υπηρεσίες του ιατρείου;	α) <3μήνες β) 3-6 μήνες γ) 7-9 μήνες δ) 10-12 μήνες ε) >12 μήνες	
9	Ποιες υπηρεσίες σας παρέχονται από το ιατρείο;	α) Ψυχιατρική παρακολούθηση β) Ιατρική παρακολούθηση/φροντίδα (εκτός ψυχιατρικής παρακολούθησης, πχ Παθολόγος, ιατρικές εξετάσεις, κ.ά) γ) Νοσηλεία δ) Ψυχολογική υπηρεσία ε) Κοινωνική Υπηρεσία στ) Ομαδική Συμβουλευτική ζ) Οικογενειακή υποστήριξη	
10	Λαμβάνετε συμπληρωματική παρακολούθηση από ιδιώτη γιατρό ή άλλον φορέα για το πρόβλημα με το αλκοόλ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
11	Υποτροπή κατά τη διάρκεια της θεραπείας	ΝΑΙ	ΟΧΙ
12	Θεωρείται ότι το οικογενειακό περιβάλλον σας υποστηρίζει;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

## Δ. ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ

(Σημειώστε με Χ την απάντησή σας)

		Διαφωνώ απόλυτα (1)	Διαφωνώ αρκετά (2)	Διαφωνώ (3)	Συμφωνώ (4)	Συμφωνώ αρκετά (5)	Συμφωνώ απόλυτα (6)
1.	Είμαι ικανοποιημένος/η από την εκτίμηση των αναγκών μου που γίνεται από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας						
2.	Είμαι ικανοποιημένος/η από το ατομικό θεραπευτικό πλάνο που εφαρμόζεται από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας						
3.	Είμαι ικανοποιημένος/η από την ικανότητα της θεραπευτικής ομάδας να μου παρέχει υπηρεσίες για το πρόβλημά μου σε σχέση με το αλκοόλ						
4.	Οι υπηρεσίες που μου παρέχονται από τα μέλη της ομάδας είναι μεγάλη βοήθεια για να αντιμετωπίσω αποτελεσματικά το πρόβλημά μου σε σχέση με το αλκοόλ						
5.	Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας φαίνονται ότι νοιάζονται για μένα						
6.	Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας ειδοποιούν σε περίπτωση αργοπορίας τους ή απουσίας τους						
7.	Αισθάνομαι ότι κανένα από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας δεν με ακούει σχετικά με το τι θέλω από τη θεραπεία μου						
8.	Αισθάνομαι ότι κανένα από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας δεν μου φέρονται με σεβασμό σαν άνθρωπο						
9.	Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας με αποδέχονται όπως είμαι						
10.	Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας μου επιβάλλουν πράγματα αντί να με βοηθούν σε αυτά που επιθυμώ						

		Διαφωνώ απόλυτα (1)	Διαφωνώ αρκετά (2)	Διαφωνώ (3)	Συμφωνώ (4)	Συμφωνώ αρκετά (5)	Συμφωνώ απόλυτα (6)
11.	Τα μέλη της ομάδας συζητούν μαζί μου τα ζητήματα στα οποία διαφωνώ μαζί τους						
12.	Τα μέλη της ομάδας με βάζουν στη θέση μου όταν διαφωνώ μαζί τους						
13.	Θα συνιστούσα την υπηρεσία σε γνωστά μου πρόσωπα						
14.	Τα μέλη της ομάδας ξέρουν καλά τη δουλειά τους						
15.	Τα μέλη της ομάδας ζητούν με τον τρόπο τους από μένα χρήματα για τις υπηρεσίες που μου προσφέρουν						
16.	Τα μέλη της ομάδας μου δίνουν τη βοήθεια που πραγματικά χρειάζομαι						
17.	Περιμένω με χαρά τις συναντήσεις						
18.	Οι συναντήσεις με τα μέλη της ομάδας είναι τόσο συχνές όσο μου χρειάζεται						
19.	Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι πάντοτε βιαστικά στις συναντήσεις τους με μένα						
20.	Ξέρω ότι μπορώ να έρθω σε επαφή με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας εάν το έχω ανάγκη						
21.	Είμαι πολύ ενημερωμένος/η για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες από τα μέλη της ομάδας						
22.	Τα μέλη της ομάδας έχουν αποτύχει να μου προσφέρουν τις υπηρεσίες που χρειάζομαι.						
23.	Συνολικά, τα μέλη της ομάδας κάνουν καλή δουλειά όσον αφορά την οργάνωση του θεραπευτικού μου σχεδίου						
24.	Θα ήταν χάσιμο χρόνου να καλέσω τα μέλη της ομάδας, αν είχα κάποιο πρόβλημα σε σχέση με το αλκοόλ						



		Διαφωνώ απόλυτα (1)	Διαφωνώ αρκετά (2)	Διαφωνώ (3)	Συμφωνώ (4)	Συμφωνώ αρκετά (5)	Συμφωνώ απόλυτα (6)
25.	Τα μέλη της ομάδας μου εξήγησαν καθαρά το πρόγραμμα των προσφερόμενων υπηρεσιών, κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψής						
26.	Τα μέλη της ομάδας είναι φιλικοί μαζί μου						
27.	Τα μέλη της ομάδας είναι ευγενικοί μαζί μου						
28.	Τα μέλη της ομάδας αγνοούν ό, τι τους λέω για τις ανάγκες μου						
29.	Τα μέλη της ομάδας είναι αγενή απέναντί μου						
30.	Χρειάζομαι περισσότερη βοήθεια από όση παίρνω από τα μέλη της ομάδας						
31.	Θα επιθυμούσα περισσότερες επιλογές όσον αφορά τα είδη των υπηρεσιών που λαμβάνω.						
32.	Μακάρι, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να μπορούσαν να κάνουν περισσότερα πράγματα για μένα από αυτά που κάνουν ήδη						

### Προτάσεις για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Σας ευχαριστούμε**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Εμπειρικός κανόνας για το βαθμό αξιοπιστίας του συντελεστή Cronbach's alpha

Cronbach's alpha	Βαθμός αξιοπιστίας
$\geq 0,9$	Εξαιρετική
$\geq 0,8 - <0,9$	Καλή
$\geq 0,7 - <0,8$	αποδεκτή
$\geq 0,6 - <0,7$	αμφισβητήσιμη
$\geq 0,5 - <0,6$	φτωχή
$<0,5$	μη αποδεκτή

Τιμές του συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho και βαθμός συσχέτισης

Spearman's rho ( $\rho$ )	Βαθμός συσχέτισης
$\geq 0,5$ ή $\leq -0,5$	Ισχυρή (θετική/αρνητική)
$0,3 \leq \rho < 0,5$ ή $-0,5 < \rho \leq -0,3$	μέτρια (θετική/αρνητική)
$0,1 \leq \rho < 0,3$ ή $-0,3 < \rho \leq -0,1$	μικρή (θετική/αρνητική)
$0 \leq \rho < 0,1$ ή $-0,1 < \rho \leq 0$	Καθόλου