

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ
ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΜΑΡΓΑΡΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΗΣ ΣΙΔΕΡΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΔΡ. ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΡΙΤΣΑΣ

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2015

TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF WESTERN GREECE
FACULTY OF HEALTH AND WELFARE
SOCIAL WORK DEPARTMENT

THESIS

**AN EMPIRICAL RESEARCH ON THE
OPERATING CONDITIONS OF DRUG
PREVENTION CENTERS IN GREECE**



STUDENTS:

MARGARIS THEODOROS

CHRISTODOULIDIS SIDERIS

SUPERVISING PROFESSOR:

DR. IOANNIS DRITSAS

PATRA, SEPTEMBER 2015

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

υ © 2015, All Rights Reserved

υ © 2015, Copyright υπό Μάργαρης Θεόδωρος & Χριστοδουλίδης Σιδέρης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους επαγγελματίες των Κέντρων Πρόληψης που προσφέρθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα που διεξάγαμε με απόλυτη προθυμία και διάθεση να συμβάλλουν, παρέχοντάς μας τις απαραίτητες πληροφορίες.

Θέλουμε επίσης να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας που υπήρξαν πραγματικό στήριγμα καθ'όλο το διάστημα πραγματοποίησης της πτυχιακής εργασίας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή μας, δόκτωρ Ιωάννη Δρίτσα για την αμέριστη υποστήριξη και καθοδήγηση που μας πρόσφερε από την αρχή μέχρι το τέλος της πτυχιακής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται τις συνθήκες λειτουργίας στα Κέντρα Πρόληψης της Ουσιοεξάρτησης και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί στην σημερινή ελληνική πραγματικότητα. Για αυτό το λόγο, η μελέτη αυτή επιχειρεί να προσφέρει μια σφαιρική εικόνα της κατάστασης, με βάση τόσο την θεωρία και τα επίσημα κείμενα όσο και την χρήση της εμπειρικής έρευνας, την οποία διεξάγαμε οι ίδιοι. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης και τα Κέντρα Πρόληψης είναι ανεπαρκώς εξερευνημένα πεδία στην χώρα μας, καταβλήθηκε μεγάλη προσπάθεια στην όσο το δυνατό καλύτερη κάλυψη των στοιχείων των πεδίων αυτών.

Η μελέτη αυτή είναι διαχωρισμένη σε δύο ευδιάκριτα μέρη, την θεωρία και την έρευνα. Το πρώτο κεφάλαιο αποτελεί μια εισαγωγή στο κυρίο μέρος της εργασίας. Σε αυτό υπάρχει μια σύντομη εισαγωγή της μελέτης, όπως και κάποιες διευκρινίσεις σε έννοιες που ο αναγνώστης ίσως δεν είναι εξοικειωμένος, αλλά και προβληματισμούς και στόχους που χαρακτηρίζουν την μελέτη αυτή.

Στα κεφάλαια 2-6 γίνεται μια εκτενής αναφορά στα κυριότερα σημεία της πρόληψης. Περιγράφονται με σειρά:

- I Η έκταση που έχει λάβει το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, εξετάζοντας την επιδημιολογία και την επίδραση της οικονομικής κρίσης, όπως επίσης και τις στρατηγικές και τα σχέδια δράσης που έχουν αναπτυχθεί σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο
- I Τα θεωρητικά μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί και προσδιορίζουν τις σύγχρονες παρεμβάσεις πρόληψης
- I Τα Κέντρα Πρόληψης, με ανάλυση των στοιχείων και των χαρακτηριστικών που τα αποτελούν σημαντικούς φορείς πρόληψης, με παράλληλα αναφορά στην φύση των παρεμβάσεων πρόληψης που πραγματοποιούν
- I Οι προληπτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στις εκάστοτε κοινωνικές ομάδες, ως προς το αντικείμενό τους και το σχεδιασμό τους, και με αναφορά σε σημαντικά εγχειρίδια πρόληψης που χαρακτηρίζουν την σύγχρονη πρακτική της πρόληψης
- I Τα σημαντικότερα καινοτόμα και πρότυπα ευρωπαϊκά και ελληνικά προγράμματα πρόληψης, επισημαίνοντας παραδείγματα χωρών που αναδεικνύουν τον ρόλο της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης.

Στα κεφάλαια 7, 8, και 9, αναλύεται ουσιαστικά η έρευνα που διεξήχθη σε επαγγελματίες πρόληψης σε Αττική και Αχαΐα και αφορά τις συνθήκες λειτουργίας στα Κέντρα Πρόληψης, περιλαμβάνοντας τον βαθμό ικανοποίησης του επιστημονικού προσωπικού, τα προβλήματα που υπάρχουν και οι προτεινόμενες λύσεις, ενσωματώνοντας τον παράγοντα την οικονομική κρίση. Αρχικά περιγράφεται λεπτομερώς η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, και μετά περνάμε στην ανάλυση των ποσοτικών και ποιοτικών αποτελεσμάτων της έρευνας, με την χρήση διαγραμμάτων και πινάκων. Τέλος, ως κατακλείδα της μελέτης, συνοψίζουμε το περιεχόμενο της βιβλιογραφικής και εμπειρικής έρευνας, παραθέτοντας τα δικά μας συμπεράσματα

και προτάσεις.

ABSTRACT

The thesis presented is about the operating conditions in the Drug Prevention & Psychosocial Health Promotion Centers, as they have been formed in the to-day Greek reality. For this reason, this study attempts to give a spherical depiction of the whole situation, based in theory and the official documents, as well as the use of empirical research, which we conducted ourselves. Considering that the drug prevention and the Prevention Centers are unefficiently unexplored fields in our country, a huge amount of effort has been put on for the as good coverage of these fields' elements as possible.

This study is separated in two discernible parts, the theory and the research. The first chapter works as an introduction in the main body of thesis. In this, there are a synopsis of our study, as well as some clarifications on definitions a reader may not be acquainted with, and even questioning and goals that characterize this study.

In chapters 2-6 a lengthy reference in the most important of the prevention is made. They are described in order:

- I The extent the phenomenon of drug dependence has taken place, examining the epidemiology and the influence of the financial crisis, as well as the strategies and action plans developed in a national and european level
- I The theoretical models developed which define the modern prevention interventions
- I The Prevention Centers, with an analysis on the elements and characteristics consisting them of, with a parallel reference in the prevention interventions they implement
- I The preventive interventions applied to the current social groups, as to their objective and planning, with a reference on important prevention handbooks that characterize the modern prevention practice
- I The most significant innovative and standard european and Greek prevention programs, pointing out examples of countries that highlight the role of drug prevention

In chapters 7, 8, and 9, the research conducted in prevention professionals in Attica and Achaia is essentially analyzed and is about the working conditions in Prevention Centers, including the grade of disciplinary staff's satisfaction, the problems existing and the solutions suggested, embodying the factor of financial crisis. At first, the methodology followed is described in detail, and then we go through the analysis of quantitative and qualitative results of the research, using charts and tables. Finally, as a close of our study, we summarize the context of the bibliographical and empirical research, citing our own conclusions and suggestions.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	III
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	IV
ABSTRACT	VI

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1.1. Σύντομη εισαγωγή	1
1.2. Εννοιολογικές Διευκρινίσεις.....	2
1.3. Στόχοι της μελέτης.....	3
1.4. Προβληματισμοί	4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΚΑΙ Η ΕΘΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	5
2.1. Εισαγωγή	5
2.2. Νομοθετικό και θεσμικό πλαίσιο για τη χρήση ουσιών στην Ελλάδα	6
2.2.1. Γενική νομοθεσία περί ναρκωτικών	6
2.2.2. Θεσμικό πλαίσιο και έργο του ΟΚΑΝΑ.....	7
2.3. Επιδημιολογία της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα	9
2.3.1. Η χρήση ουσιών στο γενικό πληθυσμό της χώρας	9
2.3.2. Οι αιτούντες για θεραπεία από εξαρτησιογόνες ουσίες.....	10
2.3.3. Οι προβληματικοί χρήστες.....	11
2.3.4. Προβλήματα υγείας και θνησιμότητα από χρήση ουσιών.....	12
2.4. Η εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά.....	13
2.5. Η ευρωπαϊκή στρατηγική για τα ναρκωτικά.....	15
2.6. Η οικονομική κρίση και οι συνέπειες της στην ψυχική υγεία	18
2.7: Ανακεφαλαίωση	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	21
3.1. Εισαγωγή	21
3.2. Θεωρητικές προσεγγίσεις με εστίαση σε ατομικό επίπεδο.....	21
3.2.1. Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία	21
3.2.2. Η θεωρία της έλλογης δράσης και η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς	22
3.3. Θεωρητικές προσεγγίσεις με εστίαση σε διαπροσωπικό επίπεδο.....	23
3.3.1. Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης.....	23
3.3.2. Το μοντέλο της κοινωνικής ανάπτυξης.....	23
3.3.3. Η θεωρία της προβληματικής συμπεριφοράς	24
3.4. Θεωρητικές προσεγγίσεις με εστίαση σε κοινοτικό επίπεδο	24
3.4.1. Η θεωρία της διάχυσης καινοτομιών	24

3.4.2. Το μοντέλο της κοινωνικής οικολογίας	25
3.5. Ανακεφαλαίωση	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1. Εισαγωγή	28
4.2. Ιστορική αναδρομή των φορέων και προγραμμάτων πρόληψης στην Ελλάδα	28
4.3. Τα Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης.....	29
4.3.1. Χαρακτηριστικά των Κέντρων Πρόληψης	30
4.3.2. Κέντρα Πρόληψης και ομάδες στόχου	30
4.3.3. Δράσεις των Κέντρων Πρόληψης της Ουσιοεξάρτησης.....	31
4.3.3.1. Παρεμβάσεις στις ομάδες στόχου	31
4.3.3.2 Εκπαίδευση και εποπτεία.....	32
4.3.3.3 Διατύπωση και συνεδριάσεις των φορέων πρόληψης.....	33
4.3.4. Δομή των Κέντρων Πρόληψης	33
4.3.4.1. Οργανόγραμμα και οργάνωση των Κέντρων Πρόληψης	33
4.3.4.2. Το επιστημονικό προσωπικό που απασχολείται στα Κέντρα Πρόληψης	34
4.3.4.3. Φορείς συνεργασίας των Κέντρων Πρόληψης	35
4.4. Άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης της Ουσιοεξάρτησης	37
4.5. Ανακεφαλαίωση	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....

5.1.Εισαγωγή	38
5.2. Κύρια πεδία εφαρμογής των παρεμβάσεων πρόληψης	38
5.3. Στρατηγικές παρεμβάσεων πρόληψης	39
5.4. Πλαίσιο εφαρμογής των παρεμβάσεων πρόληψης	40
5.4.1. Σχολική κοινότητα	40
5.4.2. Οικογένεια.....	41
5.4.3. Κοινότητα	42
5.5. Προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου.....	42
5.6. Στάδια ανάπτυξης ενός σχεδίου πρόληψης.....	44
5.7 Σχεδιασμός και αξιολόγηση των παρεμβάσεων	44
5.7.1. Βασικοί άξονες σχεδιασμού των παρεμβάσεων πρόληψης	44
5.7.2. Συστήματα σχεδιασμού και αξιολόγησης πρόληψης.....	48
5.7.2.1. Το σύστημα πρόληψης Hourd System	48
5.7.2.2. Το εγχειρίδιο PERK	52
5.8. Ανακεφαλαίωση	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΠΡΟΤΥΠΑ ΚΑΙ ΚΑΙΝΟΤΟΜΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ

ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ.....	56
6.1. Εισαγωγή	56
6.2: Δείγματα πολιτικών και προγραμμάτων πρόληψης στην Ευρώπη	57
6.2.1.: Ηνωμένο Βασίλειο.....	57
6.2.1.1.: Η Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά και οι πολιτικές πρόληψης του Ηνωμένου Βασιλείου	57
6.2.1.2.: Πρότυπα και καινοτόμα προγράμματα πρόληψης του Ηνωμένου Βασιλείου.....	58
6.2.2.: Νορβηγία	59
6.2.2.1. Η Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά και οι πολιτικές πρόληψης της Νορβηγίας.....	59
6.2.2.2.: Πρότυπα και καινοτόμα προγράμματα πρόληψης στην Νορβηγία	61
6.2.3.: Σουηδία.....	61
6.2.3.1.: Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά και οι πολιτικές πρόληψης της Σουηδίας	61
6.2.3.2.: Πρότυπα και καινοτόμα προγράμματα πρόληψης στην Σουηδία.....	63
6.2.4.: Ολλανδία, ο «παράδεισος των νόμιμων ουσιών».....	64
6.2.4.1.: Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά και οι πολιτικές πρόληψης στην Ολλανδία.....	64
6.2.4.2.: Πρότυπα και καινοτόμα προγράμματα πρόληψης στην Ολλανδία	67
6.3.: Πανευρωπαϊκά πρότυπα και καινοτόμα προγράμματα πρόληψης	68
6.3.1.: Το Πρόγραμμα Triple P	68
6.3.2. Το Πρόγραμμα «The Incredible Years»	71
6.3.3 Το Πρόγραμμα Ενδυνάμωσης Οικογενειών (« Strengthening Families Program»)	73
6.3.4. Το Πρόγραμμα SNAP	75
6.4.: Ελληνικά καινοτόμα και πρότυπα προγράμματα πρόληψης	78
6.4.1: <<Ο κήπος με τις 11 γάτες>>	78
6.4.2.: Το Βιντεοπαιχνίδι “Resist”	80
6.5: Ανακεφαλαίωση	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	81
7.1: Ο σχεδιασμός της έρευνας.....	81
7.2: Μεθοδολογία της έρευνας	81
7.3: Σκοπός και στόχοι της έρευνας.....	81
7.4.: Δεδομένα και ενδεχόμενα της έρευνας.....	82
7.5.: Πληθυσμός και Δείγμα	82
7.6: Ερευνητικά Εργαλεία.....	83
7.7.: Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας	84
7.8: Ηθική και δεοντολογία της έρευνας	84
7.9: Κωδικοποίηση και ανάλυση των δεδομένων	85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	86
---------------------------------------	-----------

8.1. Δημογραφικά στοιχεία	86
8.2. Ερωτηματολόγιο Α'	89
8.3. Ερωτηματολόγιο Β' (ESI).....	106
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	120
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	122
9.1. Γενικά συμπεράσματα	122
9.2. Συμπεράσματα που σχετίζονται με τα ερευνητικά ερωτήματα	123
9.3. Προτάσεις	125
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	127
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	132

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Σύντομη εισαγωγή

Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης είναι ένα ιδιαίτερο πεδίο ενδιαφέροντος στην συνολική προσπάθεια καταπολέμησης του φαινομένου των ναρκωτικών. Ενώ τα υπόλοιπα κομμάτια σχετικά με την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης ασχολούνται με το ζήτημα αφού προκύψει, η πρόληψη ασχολείται με το πριν, με τις καταστάσεις εκείνες που δυνητικά θα μπορούσαν να οδηγήσουν κάποιον στο να κάνει χρήση ουσιών. Κι εδώ εντοπίζεται και το ιδιαίτερο του χαρακτήρα της. Αναζητώντας τους παράγοντες που ωθούν το άτομο στο να καταφύγει σε τέτοιου είδους λύσεις, τροφοδοτεί ένα κλίμα ευμάρειας για το κοινό και την κοινωνία, εξοπλίζει και ενισχύει το άτομο ώστε να είναι ικανό να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητα χωρίς να έχει ανάγκη για ουσίες. Έτσι η πρόληψη οδηγεί στην βελτίωση της ψυχοκοινωνικής υγείας και είναι απόλυτα σχετιζόμενη με αυτή. Με αυτό το σκεπτικό δρουν και τα Κέντρα Πρόληψης στην χώρα μας, οι επίσημες υπηρεσίες που δραστηριοποιούνται στον χώρο της πρόληψης.

Επιθυμώντας λοιπόν την εις βάθος ανάλυση του αντικειμένου της εργασίας, δομήθηκε η μελέτη με τέτοιο τρόπο που να καλύπτει όλο το φάσμα της πρόληψης. Επιγραμματικά τα θέματα που θα αναλύσουμε είναι:

- I Η έκταση που έχει λάβει η ουσιοεξάρτηση και οι στρατηγικές για της αντιμετώπισή της
- I Τα θεωρητικά μοντέλα που επιχειρούν να ορίσουν με διαφορετική οπτική το καθένα την έννοια και τους τρόπους εφαρμογής της πρόληψης
- I Η φύση, η δομή και ο τρόπος λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης
- I Οι εφαρμογές πάνω στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα
- I Τα καινοτόμα προγράμματα πρόληψης που υπάρχουν στην Ευρώπη και στην Ελλάδα.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε εστιάζει στο κομμάτι που αφορά τις συνθήκες λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης. Μέσα από απόψεις εργαζομένων στα Κέντρα αναπτύσσεται μια εικόνα της όλης κατάστασης, με τις δυσκολίες, την επίδραση της οικονομικής λύσης και την προσπάθεια για βελτίωση της κατάστασης να βρίσκονται στο επίκεντρο, ενώ την ίδια στιγμή υπάρχει μέριμνα να δούμε και πως οι ίδιοι οι εργαζόμενοι επηρεάζονται προσωπικά από την επικατούσα κατάσταση.

Το κεφάλαιο αυτό, το πρώτο της μελέτης, επιδιώκει να εισάγει τον αναγνώστη στις έννοιες που διέπουν την πρόληψη, ώστε να μην αποσπαστεί από τυχόν ιδιαίτερες και εξειδικευμένες ορολογίες και να μπορεί να επικεντρωθεί στην ουσία της μελέτης.

Επίσης, αναφέρονται οι στόχοι της μελέτης, δηλαδή τι επιχειρείται να επιτύχει η μελέτη και γιατί κρίνεται να έχει τόσο μεγάλη αναγκαιότητα. Τέλος, διατυπώνονται κάποιοι προβληματισμοί που αφορούν το αντικείμενο της μελέτης και προέκυψαν στην πορεία της συγγραφής της, και τις οποίες θα θέλαμε να τονίσουμε με την ελπίδα να βρουν το κατάλληλο αντίκρουσμα.

1.2. Εννοιολογικές Διευκρινίσεις

Πριν προχωρήσουμε παρακάτω στη μελέτη μας, κρίνεται σκόπιμο πρώτα να διευκρινιστούν ειδικοί όροι και έννοιες που πολύ πιθανό θα μπορούσαν να προκαλέσουν απορίες στον άπειρο αναγνώστη.

Ουσιοεξάρτηση ή εξάρτηση: Ως ουσιοεξάρτηση ορίζεται η κατάσταση απόλυτου εθισμού του ανθρώπου, όπου υπάρχει έντονη ανάγκη για λήψη της ουσίας. Θεωρητικά, η εξάρτηση χωρίζεται σε σωματική και ψυχολογική. Στην σωματική εξάρτηση ο οργανισμός του ατόμου έχει προσαρμοστεί στην ουσία, κι έτσι η απουσία αυτής συνεπάγεται με την εκδήλωση σωματοποιημένων συμπτωμάτων. Από την άλλη, στην ψυχολογική εξάρτηση η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου ορίζεται πλήρως από τη λήψη της ουσίας, με αποτέλεσμα η απουσία της ουσίας να εμποδίζει το άτομο να ανταπεξέλθει στις καθημερινές προκλήσεις. Σε πολλές περιπτώσεις τα δύο είδη συνυπάρχουν, αλλά αυτό κυρίως εξαρτάται από την ληφθείσα ουσία. (www.kethea.gr)

Πρόληψη της ουσιοεξάρτησης: Γενικότερα, η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης αναφέρεται στην δυνατότητα παρέμβασης πριν το άτομο αναπτύξει εξαρτητικές τάσεις προς μια ουσία (Ντινάκη, 2011).

Παραδοσιακά, η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. **Πρωτογενής πρόληψη** ονομάζεται αυτός ο τύπος πρόληψης που ανα-

φέρεται στις παρεμβάσεις που υλοποιούνται πριν από την εκδήλωση ενός προβλήματος ή φαινομένου και στόχο έχουν να εμποδίσουν ή να καθυστερήσουν την επαφή των νέων με τις ουσίες. Αντίστοιχα, η **δευτερογενής πρόληψη** αποσκοπεί στο να υπάρξει μείωση στην επικράτηση του προβλήματος, μέσα από τις μεθόδους της έγκαιρης διάγνωσης και του ετοπισμού των πειραματικών χρηστών. Τέλος, η **τριτογενής πρόληψη** περιλαμβάνει δράσεις για τη μείωση της έντασης και των επιπτώσεων της ρήσης ουσιών (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Ωστόσο, αυτή η κατηγοριοποίηση έχει θεωρηθεί ανεπαρκής, και οπότε αρχίζει η χρήση της να περιορίζεται στη σύγχρονη βιβλιογραφία (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Αντί αυτής, η πρόληψη πλέον χωρίζεται σε καθολική, επικεντρωμένη και ενδεδειγμένη, με την επιπλέον εισαγωγή των περιβαλλοντικών στρατηγικών πρόληψης. Η πρώτη κατηγορία, η **καθολική πρόληψη**, αφορά παρεμβάσεις ευρείας κλίμακας που στοχεύουν τους νέους και όσους είναι κοντά σε αυτούς (π.χ. εκπαιδευτικοί) και στόχο έχει την παροχή των νέων με γνώσεις και δεξιότητες που καθυστερήσουν ή και θα

αποτρέψουν την επαφή του ατόμου με τις ουσίες (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Από την άλλη, η **επικεντρωμένη πρόληψη** εστιάζει την προσοχή της στους νέους που παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να αναμειχθούν με τις ουσίες. Οι παρεμβάσεις που υλοποιούνται εδώ είναι σε επίπεδο ομάδας(ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Η **ενδεδειγμένη πρόληψη** τώρα περιλαμβάνει παρεμβάσεις που απευθύνονται άμεσα σε άτομα τα οποία εμφανίζουν πρώιμα στάδια χρήσης, προβληματικές συμπεριφορές ή ψυχικές διαταραχές μπορούν να οδηγήσουν στην ουσιοεξάρτηση(ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Η έγκαιρη διάγνωση και η ατομική παρέμβαση εδώ πρωτοστατούν(ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Πέραν όμως αυτών των μορφών πρόληψης, μια άλλη νέα τάση είναι οι **περιβαλλοντικές στρατηγικές**. Το σημείο που ξεχωρίζει τις στρατηγικές αυτές είναι πως δεν ασχολούνται τόσο με την διαμόρφωση στάσεων, αντίθετα στοχεύουν στις συνθήκες που επικρατούν γύρω από τον πληθυσμό, σε κοινωνικό, φυσικό και οικονομικό πλαίσιο. Ουσιαστικά, οι στρατηγικές αυτές αντιλαμβάνονται την ουσιοεξάρτηση ως κάτι το πολυπαραγοντικό, όπου η προσωπικότητα του ατόμου συναντά τις κοινωνικές αντιλήψεις, τους κοινωνικούς κανόνες και την ύπαρξη διαθέσιμων πηγών απόκτησης ουσιών. Έτσι, τα μέτρα αφορούν το σύνολο της κοινωνίας, όπως είναι οι νόμοι περί καπνίσματος και η ελεγχόμενη πώληση καπνού και αλκοόλ στον πληθυσμό. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Συννοσηρότητα: Η συννοσηρότητα είναι η συνύπαρξη μιας ψυχικής διαταραχής με μια άλλη διαταραχή που οφείλεται στην χρήση μιας ουσίας. (www.who.int, πρόσβαση στις 25 Ιουλίου 2015)

Παρέμβαση πρόληψης: <<Ο όρος παρέμβαση αναφέρεται σε συστηματικές, δομημένες δράσεις που υλοποιούνται στο πλαίσιο της φιλοσοφίας της αγωγής υγείας με σκοπό την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, στις οποίες συμμετέχει ή εκτίθεται η ομάδα-στόχος. Παρεμβάσεις πρόληψης γίνονται σε διάφορα πλαίσια, με διαφορετικούς στόχους, με την εφαρμογή διαφόρων μεθόδων και με διαφορετικό περιεχόμενο. Σε κάθε περίπτωση, μια παρέμβαση έχει σαφώς διατυπωμένους στόχους, καθορισμένη μεθοδολογία και θεωρητικό πλαίσιο, ενώ ανταποκρίνεται στα χαρακτηριστικά και στις ανάγκες της ομάδας-στόχος.>> (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

1.3. Στόχοι της μελέτης

Η μελέτη αυτή γίνεται σε μια προσπάθεια να υπάρξει μια πλήρη αναφορά των συνθηκών λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης εντός του ελληνικού χώρου. Ξεκινώντας με την παρουσίαση της γενικής εικόνας γύρω από την ουσιοεξάρτηση, προωθείται η αναγκαιότητα της πρόληψης στη συνέχεια, και προβάλλεται το τι ακριβώς εστί πρόληψη και σε θεωρητικό και σε πρακτικό πλαίσιο. Επειδή η πρόληψη δεν είναι μια έννοια αφηρημένη, στόχος της μελέτης είναι μεταξύ άλλων να κατανοηθεί το έργο και η προσπάθεια που καταβάλλεται από τα Κέντρα Πρόληψης για τον περιορισμό της χρήσης μέσα από τις παρεμβάσεις και τις δράσεις που

πραγματοποιούν. Επίσης, η μελέτη αυτή επιχειρείται να συμβάλλει στο κενό που υπάρχει γύρω από τα Κέντρα Πρόληψης και την πρόληψη γενικότερα ως προς τις διαθέσιμες πηγές πληροφόρησης στην Ελλάδα. Τέλος, ειδικότερα για την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, υλοποιήθηκε με σκοπό να αντιληφθούμε και να προβάλλουμε τις συνθήκες λειτουργίας των Κέντρων όχι μόνο μέσα από βιβλιογραφικές αναφορές, αλλά και μέσα από τα λεγόμενα των άμεσα ενδιαφερόμενων, των επαγγελματιών που απασχολούνται σε αυτά. Ο συνδυασμός λοιπόν θεωρίας και συλλογής πληροφοριών μέσω συνεντεύξεων στόχο είχε να προσφέρει μια όσο καλύτερη και ρεαλιστικότερη ματιά στον κόσμο της πρόληψης.

1.4. Προβληματισμοί

Κατά το στάδιο της αναζήτησης διαθέσιμης βιβλιογραφίας, διαπιστώθηκε ότι στην χώρα μας η βιβλιογραφία γύρω από την πρόληψη είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και μόλις τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να παρατηρείται η τάση από μεριάς της επιστημονικής κοινότητας να ερευνήσει και να συντάξει κείμενα για τις παρεμβάσεις πρόληψης. Κι αυτό ενώ την ίδια στιγμή στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αλλά και στις ΗΠΑ η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης έχει αναδειχθεί σε έναν ανεξάρτητο επιστημονικό κλάδο, στον οποίο υπάρχει συνεχής ανοιχτός διάλογος για την θέσπιση και υιοθέτηση των βέλτιστων πρακτικών. Για τα Κέντρα Πρόληψης δε, έναν θεσμό που υπάρχει και συνεχώς αναπτύσσεται στην Ελλάδα για περίπου μία εικοσαετία, η βιβλιογραφία ήταν μετά βίας επαρκής, με αποτέλεσμα τα κεφάλαια που αφορούν την περιγραφή του ρόλου του να βασίζονται σε μικρό αριθμό βιβλιογραφικών πηγών.

Κάτι ακόμα που μας προξένησε δυσαρέσκεια είναι οι συνθήκες κατά τις οποίες η πρόληψη δραστηριοποιείται. Σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ, η Ελλάδα παρουσιάζει μεγάλη έλλειψη σε καλές πρακτικές και καινοτομίες, με μόνο μερικά μεμονωμένα περιστατικά να εξαιρούνται από τον κανόνα. Η πρόληψη στη χώρα μας ακόμα κινείται σε παλαιότερα πρότυπα, με την απλή πληροφόρηση να κυριαρχεί ακόμα στην καθημερινή πρακτική.

Τέλος, η απόσταση ανάμεσα στη θεωρία και τα αποτελέσματα της έρευνας είχαν ιδιαίτερα μεγάλη διάσταση μεταξύ τους, με αποτέλεσμα να υπάρχει έντονη αμφιβολία για το αληθές των γραπτών κειμένων και για το αν τελικά τα επίσημα κείμενα εφαρμόζονται ή όχι στην πράξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΚΑΙ Η ΕΘΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

2.1. Εισαγωγή

Η ουσιοεξάρτηση είναι ένα φαινόμενο που έχει απασχολήσει έντονα την επιστημονική κοινότητα και τις κυβερνήσεις τις τελευταίες δεκαετίες σε όλο τον κόσμο. Ως μια κατάσταση συνυφασμένη με την παρακμή και την εγκληματικότητα, ο πόλεμος κατά των ναρκωτικών μαίνεται σε πολλαπλά μέτωπα και υπάρχει μια συνεχής τάση για τη διερεύνησή της. Έτσι, η καταγραφή της όλης κατάστασης είναι συνεχής και αδιάκοπη.

Η Ελλάδα δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση. Ως μέλος της ΕΕ, έχει ενεργή συμμετοχή στην διαμόρφωση στρατηγικών και νομικών διατάξεων, την καταγραφή και τον έλεγχο των περιστατικών και στην οργάνωση δράσεων κατά των εξαρτήσεων. Ειδικότερα τα τελευταία χρόνια, προκειμένου να βελτιώσει τις συνθήκες γύρω από τις οποίες συντελείται η αντιμετώπιση των ναρκωτικών και των εξαρτέων, εισήγαγε μια νέα νομοθεσία και ένα ανανεωμένο Σχέδιο Δράσης, με βάση τις σύγχρονες διεθνείς και ευρωπαϊκές εξελίξεις. Η Ευρωπαϊκή Ένωση αντίστοιχα εκπονεί στρατηγικές με τρόπο που αυτές να προωθούν τις βέλτιστες πρακτικές και τις σύγχρονες τάσεις στον τομέα της χρήσης ουσιών, αλλά και να ανταποκρίνονται στο αίτημα για συνεχή βελτίωση της κατάστασης που επικρατεί.

Θα ήταν όμως αθέμιτο να παραλείψουμε ένα σημαντικό κομμάτι της σύγχρονης πραγματικότητας, που έχει επηρεάσει τα τελευταία χρόνια την χώρα μας σε τεράστιο βαθμό, αυτό της οικονομικής κρίσης. Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης ήταν τεράστιος ειδικά στην Ελλάδα, οπότε αξίζει να εξεταστεί πώς αυτή επηρέασε την ουσιοεξάρτηση και τις παροχές στις υπηρεσίες.

Στο κεφάλαιο αυτό λοιπόν, αναπτύσσεται το νομοθετικό και θεσμικό πλαίσιο γύρω από τη χρήση ουσιών στην Ελλάδα, με την ανάλυση της πρόσκαιρης νομοθεσίας και με ειδική μνεία στον ΟΚΑΝΑ, τον επίσημο κρατικό φορέα στον τομέα των εξαρτήσεων. Έπειτα θα ασχοληθούμε με την επιδημιολογία της χρήσης στη χώρα μας, εξετάζοντας τις τάσεις και τις επιπτώσεις που παράγει το φαινόμενο. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι ελληνικές και ευρωπαϊκές στρατηγικές για την αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών, με ειδικές αναφορές στα τρέχοντα Σχέδια Δράσης.

Τέλος, αναφορά γίνεται και στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο κομμάτι των εξαρτήσεων και γενικότερα της ψυχικής υγείας, ώστε να δούμε αν η εικόνα των τάσεων γύρω από την χρήση βρίσκεται σε συνάρτηση με αυτήν ή όχι.

2.2. Νομοθετικό και θεσμικό πλαίσιο για τη χρήση ουσιών στην Ελλάδα

2.2.1. Γενική νομοθεσία περί ναρκωτικών

Οι νέες συνθήκες στο χώρο της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα ορίζονται από ν.4139/2013, ο οποίος αποτελεί το νέο νόμο που ορίστηκε από την Ελληνική Κυβέρνηση περί ναρκωτικών, καλύπτοντας όλο το φάσμα των παραγόντων της ουσιοεξάρτησης και όντας εναρμονισμένος με τις ευρωπαϊκές προδιαγραφές (εκτεπν, 2014). Ο νόμος κάνει μια πλήρης αναφορά στον ορισμό περί ναρκωτικών, τον έλεγχο των ναρκωτικών και των όρων διάθεσής τους από το κράτος, τα μέτρα αντιμετώπισης και κυρώσεων των παράνομων δραστηριοτήτων που σχετίζονται με αυτά, καθώς και οι αρμόδιοι οργανισμοί και όργανα για την αντιμετώπιση του φαινομένου (ΦΕΚ 74Α, 2013). Σημαντικά καινούργια σημεία του νόμου αφορούν τις ποινικές κυρώσεις που ορίζονται. Ειδικότερα:

- I Ως προς την ποινική μεταχείριση των ουσιοεξαρτώμενων, προβλέπεται μια πιο ενδεδειγμένη διαδικασία διάγνωσης της εξάρτησης, καθώς επίσης εισάγει την θεραπεία ως μέτρο εναλλακτικό ή συμπληρωματικό της φυλάκισης του ατόμου, αναιρώντας την ποινή αν το θεραπευτικό πρόγραμμα ολοκληρωθεί επαρκώς (ΕΚΤΕΠΝ, 2014).
- I Τα αδικήματα κατοχής ναρκωτικών ή καλλιέργειας κάνναβης τιμωρούνται με πεντάμηνη φυλάκιση, εάν και εφόσον πρόκειται καθαρά για ατομική χρήση του εναγόμενου και όχι για διακίνηση ή εμπορία, αφήνοντας ανοιχτό το ενδεχόμενο της ατιμωρησίας τους κατά την ευχέρεια του δικαστηρίου, με κριτήρια τη φύση της τέλεσης της χρήσης, την προσωπικότητα του χρήστη και το ενδεχόμενο επανάληψης της πράξης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2014).

Μεγάλη βαρύτητα του νέου αυτού νόμου δίνεται και στον συντονισμό των αρμόδιων γύρω από τα θέματα των ναρκωτικών. Στην κορυφή της πυραμίδας του συντονισμού βρίσκεται μια νεοσύστατη Διυπουργική Επιτροπή, υπεύθυνη για την έγκριση, παρακολούθηση και αξιολόγηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, μέλη της οποίας αποτελούν ο Πρωθυπουργός, ο Πρόεδρος της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής και 10 Υπουργοί (ΦΕΚ 74Α, 2013).

Στο επόμενο επίπεδο της πυραμίδας βρίσκεται η Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών, η οποία αποτελείται από εκπροσώπους των 10 Υπουργείων που συμμετέχουν στην Διυπουργική Επιτροπή, του ΟΚΑΝΑ, του ΚΕΘΕΑ, του ΨΝΑ, του ΕΚΤΕΠΝ, αλλά και του νεοσύστατου Δικτύου Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας (ΦΕΚ 74Α, 2013). Έργο της Εθνικής Επιτροπής είναι η εκπόνηση του Εθνικού Σχεδίου δράσης για τις εξαρτήσεις, ενώ Πρόεδρος της Επιτροπής είναι ο Εθνικός

Συντονιστής, πενταετούς θητείας, ο οποίος συμμετέχει και στην Διυπουργική Επιτροπή(ΦΕΚ 74Α, 2013) . Στα καθήκοντα του Εθνικού Συντονιστή περιλαμβάνονται (ΕΚΤΕΠΝ, 2015):

- I Εκπροσώπηση της χώρας σε διεθνή όργανα που ασχολούνται με θέματα περί ναρκωτικών.
- I Παρακολούθηση την πορεία εκπόνησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, στο οποίο καθορίζονται σαφώς οι αρχές, οι στόχοι, οι δράσεις, οι ενέργειες, τα μέτρα, το χρονοδιάγραμμα και οι οριζόμενες δαπάνες για την κάλυψη των δράσεων.
- I Συντονισμός των εμπλεκόμενων στην εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών φορέων
- I Συνεργασία με τις υπηρεσίες και τους οργανισμούς που εμπλέκονται στον αγώνα κατά των ναρκωτικών.
- I Μέριμνα για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κοινού □
- I Ενημέρωση με ετήσια Έκθεση που υποβάλλεται το πρώτο τρίμηνο κάθε έτους του Πρωθυπουργού και της Βουλής. (ΕΚΤΕΠΝ, 2015)

Τέλος, άλλοι αρμόδιοι φορείς στα πλαίσια των εθνικών δράσεων κατά των ναρκωτικών είναι ο ΟΚΑΝΑ, ο ΚΕΘΕΑ, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Αττικής και Θεσσαλονίκης, ενώ εγκεκριμένοι φορείς πρόληψης στα πλαίσια των δράσεων πρόληψης ορίζονται τα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας (ΦΕΚ 74Α, 2013).

2.2.2. Θεσμικό πλαίσιο και έργο του ΟΚΑΝΑ

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών είναι ο πλέον εγκεκριμένος αρμόδιος κρατικός φορέας σε θέματα εξάρτησης. Ιδρύθηκε βάσει του νόμου 2161/1993, ενώ η λειτουργία του άρχισε επίσημα το 1995 (ΦΕΚ 74Α, 2013). Η φύση του οργανισμού περιγράφεται νομικά ως <νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου>, το οποίο λειτουργεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 74Α, 2013). Το Διοικητικό του Συμβούλιο είναι επταμελές, και σε αυτό μετέχουν ο πρόεδρος της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδας, ο επικεφαλής του συντονιστικού οργάνου της Δίωξης Ναρκωτικών, ενώ τα υπόλοιπα μέλη πρέπει να προέρχονται από το χώρο των επιστημών υγείας, των ανθρωπιστικών επιστημών και της Νομικής με κατεύθυνση στον τομέα των ουσιοεξαρτήσεων (ΦΕΚ 74Α, 2013).

Ο σκοπός του ΟΚΑΝΑ είναι νομικά κατοχυρωμένος και αναγνωρισμένος και μπορεί να εντοπιστεί σε πολλά επίπεδα του τομέα των εξαρτήσεων. Η σύγχρονη λειτουργία του και ο συνολικός στόχος ορίστηκε κυρίως από τον ιδρυτικό του νόμου και στη συνέχεια τροποποιήθηκε από τον ν.4139/2013(ΦΕΚ 74Α, 2013). Η βασικότερη ίσως από τις τροποποιήσεις του σκοπού του οργανισμού ήταν ότι, ενώ προηγουμένως κατείχε τον ρόλο του συντονιστή ανάμεσα στα υπουργεία για την εκπόνηση των εθνικών συντονισμένων δράσεων για τις ουσιοεξαρτήσεις, μετά τον

ορισμό του εθνικού συντονιστή, “υποβιβάστηκε” σε βασικό συμβαλλόμενο μέλος (ΦΕΚ 74Α, 2013). Η αφαίρεση του συντονιστικού του ρόλου θέτει σε νέες βάσεις τον ΟΚΑΝΑ και αποτελεί απόρροια του επαναπροσδιορισμού του συντονιστικού μοντέλου που θεσπίστηκε από τη νέα νομοθεσία περί ναρκωτικών τον Μάρτιο του 2013 (ΦΕΚ 74Α, 2013).

Αρχικά, παίζει σημαίνοντα ρόλο τόσο στον σχεδιασμό και την εκπόνηση πολιτικής και προγραμμάτων γύρω από την πρόληψη, την θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη, όσο και στην ενεργή παρακολούθηση της έκτασης του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης στην ελληνική επικράτεια (ΦΕΚ 74Α, 2013). Επίσης, ως βασικός φορέας στο χώρο των εξαρτήσεων, οφείλει να προωθεί την σημασία του φαινομένου στο ευρύ κοινό και να συμπαρίσταται σε κάθε άλλο φορέα που επιθυμεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, ενώ παράλληλα οφείλει να εισάγει και να προωθεί μέτρα τα οποία είναι ικανά να καταστείλουν το πρόβλημα στο σύνολό του (ΦΕΚ 74Α, 2013). Ένας ακόμα σκοπός του οργανισμού είναι η συνεργασία με συναφείς φορείς της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προκειμένου να εναρμονίσει την εθνική πολιτική με τις διεθνείς εξελίξεις στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων(ΦΕΚ 74Α, 2013).

Όπως προαναφέρθηκε, ο ΟΚΑΝΑ δραστηριοποιείται σε όλο το φάσμα της ουσιοεξάρτησης(www.okana.gr, πρόσβαση στις 11 Αυγούστου 2015). Ως προς τον τομέα της πρόληψης, ο ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση διατηρεί 75 Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας σε όλη την Ελλάδα, τα οποία έχουν αναλάβει το έργο να προλάβουν τις αιτίες που μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στην χρήση ουσιών, ενισχύοντας παράλληλα την ψυχοκοινωνική υγεία του πληθυσμού (www.okana.gr, πρόσβαση στις 11 Ιουλίου 2015).

Η θεραπεία, η οποία απορροφά μεγάλο κομμάτι του έργου του οργανισμού, εξαρτάται από τα θεραπευτικά προγράμματα, τα οποία διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τα προγράμματα με υποκατάστατα οπιοειδών στους εξυπηρετούμενους, σε συνδυασμό με την προσφορά ψυχοκοινωνικών, νομικών και κοινωνικών υπηρεσιών, και τα λεγόμενα “στεγνά” προγράμματα, δηλ. προγράμματα που βασίζονται καθαρά στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του χρήστη χωρίς την χρήση υποκατάστατων(www.okana.gr, πρόσβαση στις 11 Ιουλίου 2015). Τα θεραπευτικά προγράμματα αριθμούν τα 4 “στεγνά” προγράμματα και 54 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης (ΘΜΦΑΕ) σε όλη την ελληνική επικράτεια(www.okana.gr, πρόσβαση στις 11 Ιουλίου 2015). Επίσης, τα τελευταία χρόνια λειτουργεί και θεραπευτικό πρόγραμμα στις φυλακές του Αγίου Στεφάνου στην Πάτρα, το πρώτο του ΟΚΑΝΑ σε σωφρονιστικό ίδρυμα (www.okana.gr, πρόσβαση στις 11 Ιουλίου 2015).

Ένας ακόμα κλάδος του χώρου των εξαρτήσεων που εναπόκειται στον ΟΚΑΝΑ είναι η μείωση της βλάβης(www.okana.gr, πρόσβαση στις 11 Ιουλίου 2015). Οι υπηρεσίες που αφορούν αυτό το κομμάτι εστιάζουν στην παροχή βοήθειας στους χρήστες που δεν είναι ενταγμένοι σε δομές (www.okana.gr, πρόσβαση στις 11 Ιουλίου

2015). Τα άτομα αυτά προσεγγίζονται είτε με ανοιχτές δομές είτε με την διαδικασία του street work στα στέκια των χρηστών(www.okana.gr, πρόσβαση στις 11 Ιουλίου 2015). Οι λόγοι που πραγματοποιούνται τέτοιες δράσεις είναι κυρίως ο περιορισμός της ζημίας στην υγεία των ατόμων και η πρόληψη των κοινωνικών συνεπειών της ουσιοεξάρτησης (www.okana.gr, πρόσβαση στις 11 Ιουλίου 2015). Άλλοι τρόποι που πραγματοποιείται η μείωση της βλάβης είναι η λειτουργία της τηλεφωνικής γραμμής 1031 και η Υπηρεσία Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων(www.okana.gr, πρόσβαση στις 11 Ιουλίου 2015) .

Τέλος, στο κομμάτι της κοινωνικής επανένταξης, ο ΟΚΑΝΑ λειτουργεί Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης και Εξειδικευμένα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης και Εκπαίδευσης σε πολλά μέρη της χώρας (www.okana.gr, πρόσβαση στις 11 Ιουλίου 2015).

2.3. Επιδημιολογία της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα

Οι επιδημιολογικές έρευνες είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο των φορέων που ασχολούνται με την πρόληψη. Μια έρευνα είναι ικανή να δείξει την εικόνα του πληθυσμού ή μέρος αυτού της χώρας, παρουσιάζοντας την τρέχουσα κατάσταση μέσα από αναλυτικά στατιστικά στοιχεία. Για αυτό το λόγο το ΕΚΤΕΠΝ έχει δημιουργήσει πέντε επιδημιολογικούς δείκτες, προσφέροντας μια όσο το δυνατό πληρέστερη εικόνα στον ενδιαφερόμενο. Οι δείκτες αυτές είναι(www.ektepn.gr, πρόσβαση στις 14 Ιουλίου 2015):

- I Ο δείκτης επικράτησης στον γενικό πληθυσμό
- I Ο δείκτης αιτήσεων για θεραπεία από τις ουσίες
- I Ο δείκτης επικράτησης προβληματικής χρήσης
- I Ο δείκτης επικράτησης των μολυσματικών ασθενειών
- I Ο δείκτης θανάτων (www.ektepn.gr, πρόσβαση στις 14 Ιουλίου 2015)

2.3.1. Η χρήση ουσιών στο γενικό πληθυσμό της χώρας

Το πιο πρόσφατο ολοκληρωμένο αντιπροσωπευτικό δείγμα που αφορά τις ουσίες στον γενικό πληθυσμό δίνεται από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2004 από το ΕΠΙΨΥ και φέρει τον τίτλο «Πανελλήνια έρευνα στον γενικό πληθυσμό για την ψυχοκοινωνική υγεία και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών» (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Η έρευνα αυτή, η οποία πραγματοποιήθηκε υπό ευρωπαϊκές προδιαγραφές σε δείγμα 4.774 ατόμων ηλικίας 12-64 ετών, έδειξε ότι χρήση ουσιών για τους δώδεκα τελευταίους μήνες είχε κάνει το 2% των ερωτηθέντων και για τον τελευταίο μήνα μόλις το 1% αυτών(ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Έκτοτε καμία παρόμοια έρευνα δεν έχει επαναληφθεί (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

Ωστόσο άλλες δύο έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στη χώρα μας συμπεριέλαβαν στοιχεία που αφορούν την χρήση ουσιών (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Η μία

έλαβε χώρα κατά τη διετία 2009-2010 από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, σε δείγμα 4.894 ατόμων στην ηπειρωτική Ελλάδα, ηλικίας 18-70, και είχε ως αντικείμενο την ψυχική υγεία (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Μεταξύ άλλων στις ερωτήσεις συμπεριλαμβάνονταν δύο ερωτήσεις γύρω από τη χρήση κάνναβης (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Η πρώτη ερώτηση κάλυπτε το ενδεχόμενο χρήσης του ατόμου έστω και μία φορά στη ζωή του, ενώ η δεύτερη αφορούσε τη χρήση κάνναβης έστω και μία φορά εντός των τελευταίων 30 ημερών(ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Τωρινοί χρήστες κάνναβης ορίστηκαν όσοι απάντησαν ότι έχουν κάνει χρήση πάνω από δέκα φορές στη ζωή τους στην πρώτη ερώτηση και συνεχίζουν να κάνουν και απάντησαν θετικά στη δεύτερη ερώτηση (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Το ποσοστό των χρηστών ανήλθε στο 2,1% του δείγματος της έρευνας, με τους άντρες χρήστες να ανέρχονται στο 3,5% και τις γυναίκες στο 0,61% (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

Η δεύτερη έρευνα που δίδει στοιχεία σχετικά με τη χρήση διενεργήθηκε στα πλαίσια πανευρωπαϊκής έρευνας για την υγεία του γενικού πληθυσμού για λογαριασμό της ΕΛΣΤΑΤ (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Δείγμα σε αυτήν ήταν 6.036 άτομα άνω των 15 ετών (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Δύο ερωτήσεις εντός του ερωτηματολογίου της έρευνας αφορούσαν την χρήση κάνναβης και τη χρήση άλλων ουσιών κατά τους 12 τελευταίους μήνες(ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Η πρόσφατη χρήση κάνναβης αναφέρθηκε από το 0,6% του δείγματος και αντίστοιχα η χρήση άλλων ουσιών από το 0,2% (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

Σε αντίθεση με την έλλειψη ερευνών γύρω από τον γενικό πληθυσμό, έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες στον μαθητικό και εφηβικό πληθυσμό της χώρας (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Αυτό δεν μας προκαλεί μεγάλη έκπληξη, αν σκεφτεί κανείς ότι οι ανήλικοι είναι από τις πλέον ευπαθείς ομάδες στον τομέα της ουσιοεξάρτησης, και ειδικά η πρόληψη στοχεύει σε πολλές περιπτώσεις τους νέους(ΕΚΤΕΠΝ, 2015) .

Σύμφωνα λοιπόν με τα πιο πρόσφατα στοιχεία, τα οποία συλλέχθηκαν από την έρευνα του ΕΠΙΨΥ το 2014, με τίτλο «Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών», προκύπτει ότι (ΕΚΤΕΠΝ, 2015):

- I Ως συχνότερα χρησιμοποιούμενη ουσία αναφέρθηκε η κάνναβη. Περίπου ένας στους δέκα μαθητές ηλικίας 15 ετών (9,6%) έχει κάνει χρήση κάνναβης έστω και μία φορά στη ζωή του, ενώ χρήση κάνναβης τον τελευταίο χρόνο έκανε το 7,6% του δείγματος και τον τελευταίο μήνα το 4,8%.
- I Η χρήση κάνναβης ήταν συνηθέστερη στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια συχνότερη χρήση εντοπίστηκε στα φάρμακα εκτός ηρεμιστικών και υπνωτικών.
- I Από τις ουσίες εκτός κάνναβης, αναφέρθηκε χρήση των παρακάτω: φάρμακα εκτός υπνωτικών και ηρεμιστικών (5,1%), εισπνεόμενες ουσίες (π.χ. διαλύτες, 4,2%), άλλες ουσίες (2,9%), μη συνταγογραφούμενα ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα (2,4%) και έκσταση ή άλλες συνθετικές ουσίες (1,5%). (ΕΚΤΕΠΝ, 2015)

2.3.2. Οι αιτούντες για θεραπεία από εξαρτησιογόνες ουσίες

Με τα στοιχεία του 2013, οι αιτούντες για θεραπεία ανήλθαν στους 4.894 (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Από αυτούς 3 στους 5 (61%) έκαναν αίτηση σε μονάδες εξωτερικής διαμονής, 1 στους 3 (33,1%) σε μονάδες εσωτερικής διαμονής και το 5,9% σε μονάδες άμεσης πρόσβασης. Ως προς τα προγράμματα που εντάχθηκαν οι αιτούντες, οι εντάξεις σε “στεγνά” προγράμματα έφτασαν το 71,7% και σε προγράμματα υποκατάστασης στο 22,5% (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Σε σχέση με το 2012, σημειώθηκε αυξημένη ροή αιτήσεων στις μονάδες εσωτερικής διαμονής και σε αυτές που είναι άμεσης πρόσβασης, ενώ μειωμένο ήταν το ποσοστό σε μονάδες εξωτερικής διαμονής (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Αντίστοιχα, τα “στεγνά” προγράμματα προτιμήθηκαν περισσότερο το 2013 από τα προγράμματα υποκατάστασης (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

Στους αιτούντες για θεραπεία δεν εντάσσονται 533 χρήστες, οι οποίοι ήταν κυρίως χρήστες οπιοειδών και βρίσκονται σε λίστες αναμονής για προγράμματα υποκατάστασης(ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

Ως προς τη φύση της ίδιας της χρήσης, παρατηρήθηκαν τα παρακάτω(ΕΚΤΕΠΝ, 2015) :

- I Η πολλαπλή χρήση ουσιών αναφέρθηκε από το 71,7%, με τους χρήστες κοκαΐνης και οπιοειδών και αυτούς που είχαν λάβει στο παρελθόν θεραπεία να είναι περισσότεροι στο σύνολο των χρηστών πολλαπλών ουσιών.
- I Οι συχνότερα χρησιμοποιημένες ουσίες ήταν η κάνναβη (50,5%), οι συνταγογραφούμενες ψυχοδραστικές ουσίες (51,6%) και η κοκαΐνη (36,3%).
- I Οι αιτούντες για θεραπεία λόγω προβλημάτων που προέκυπταν από τη χρήση οπιοειδών ήταν περισσότεροι από τους υπόλοιπους αιτούντες, σε ποσοστό 69,2%.
- I Η κάνναβη ήταν η κυριότερη ουσία που αναφέρθηκε περισσότερο από το 21,5%.
- I Ως μέση ηλικία έναρξης της χρήσης σημειώθηκαν τα 19,9 έτη.
- I Συνηθέστερος τρόπος λήψης της ουσίας ήταν η ενδοκρινική (38,4%), και ακολουθούν η εισπνεόμενη (29,1%) και η ενέσιμη (26,7%).
- I Η ενέσιμη χρήση ουσιών έχει γίνει έστω και μία φορά από το 62,2%, δηλαδή περίπου από τους δύο στους τρεις χρήστες. (ΕΚΤΕΠΝ, 2015)

Με βάση τις αιτήσεις, προκύπτουν μεταξύ και τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των αιτούντων σε θεραπευτικά προγράμματα (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Συνοπτικά, οι περισσότεροι χρήστες είναι άνδρες (84,1%), μέσος όρος ηλικίας ορίστηκαν τα 32,7 έτη, με τους νεαρούς ενήλικες 25-32 να επικρατούν επί των άλλων ηλικιακών ομάδων, ενώ το 88,5% διαβίωσε σε σταθερή στέγη, με τους περισσότερους από αυτούς (57,2%) να διαμένουν με τους γονείς τους (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Επίσης, 3 στους 5 αιτούντες ήταν άνεργοι και ένας στους δύο ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

2.3.3. Οι προβληματικοί χρήστες

Για το έτος 2013 οι συνολικές εκτιμήσεις των προβληματικών χρηστών ηλικίας 15-64 ετών ήταν 16.162 άτομα, το οποίο μεταφράζεται σε 2,24 τοις χιλίοις του γενικού πληθυσμού της ηλικιακής αυτής ομάδας (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Η συνολική εκτίμηση είναι σαφώς μικρότερη της αντίστοιχης του 2012, η οποία ήταν 20.429 (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Τα νούμερα αυτά υποδεικνύουν μία συνέπεια στις εκτιμήσεις των τελευταίων ετών, σημειώνοντας πτώση από την τιμή των 24.000 χρηστών το 2009(ΕΚΤΕΠΝ, 2015) .

2.3.4. Προβλήματα υγείας και θνησιμότητα από χρήση ουσιών

Μια άμεση απόρροια της ουσιοεξάρτησης σε πολλές περιπτώσεις είναι οι επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία του χρήστη. Αυτές οι συνέπειες είναι προϊόν είτε της φύσης της ληφθείσας ουσίας είτε της φύσης των μεθόδων κατά των οποίων πραγματοποιείται η ίδια η χρήση. Οι κυριότερες μολυσματικές ασθένειες που εντοπίζονται ανάμεσα στους χρήστες είναι ο ιός HIV, οι ηπατίτιδες Β και C και η φυματίωση(ΕΚΤΕΠΝ, 2015) .

Όσον αφορά τα κρούσματα HIV ανάμεσα στους χρήστες, το ενδιαφέρον εστιάζεται στους χρήστες ενέσιμων ουσιών (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Σύμφωνα με στοιχεία του ΚΕΕΛΠΝΟ, το 2013 αναφέρθηκαν συνολικά 920 νέες περιπτώσεις μόλυνσης από τον HIV, μεταξύ των οποίων οι 262 είχαν την ενέσιμη χρήση ουσιών ως πιθανή κατηγορία μετάδοσης σε ποσοστό 37,8% (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Ο αριθμός αυτός είναι μικρότερος από αυτόν του 2012, όπου για το έτος αυτό τα αναφερόμενα περιστατικά λόγω ενέσιμης λήψης της ουσίας ανερχόταν σε 547 (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Η μείωση αυτή είναι πολύ πιθανό να οφείλεται στον περιορισμό της μετάδοσης του ιού ανάμεσα στους ουσιοεξαρτώμενους σε συνδυασμό με το έργο των αρμόδιων φορέων με προγράμματα πρόληψης και μείωσης της βλάβης (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

Από στοιχεία των θεραπευτικών προγραμμάτων σε όλη τη χώρα , ο επιπολασμός από τον HIV στους χρήστες ενέσιμων ουσιών που εντάχθηκαν στη θεραπεία για ναρκωτικά κυμάνθηκε μεταξύ 6,0% και 10,7%. Τέλος, τα περισσότερα κρούσματα HIV ήταν για το 2013 υψηλότερος στην Αθήνα συγκριτικά με τις άλλες περιοχές της χώρας (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

Ως προς την μόλυνση από την ηπατίτιδα τύπου Β, για το 2013 υπήρξε καταγεγραμμένο ιστορικό μόλυνσης στο 37% των διενεργημένων ελέγχων σε ενέσιμους χρήστες σε προγράμματα υποκατάστασης, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και τις μονάδες άμεσης πρόσβασης του ΟΚΑΝΑ (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Σύμφωνα με τα στοιχεία των οργανισμών αυτών, οι άντρες εμφάνιζαν πιο συχνά τον ιό της ηπατίτιδας Β σε ποσοστό 39,1% έναντι των γυναικών (27,7%) (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Επίσης, υψηλά ποσοστά νοσηρότητας υπήρξαν στους χρήστες άνω των 34 ετών (44,7%) και σε αυτούς με ιστορικό χρήσης άνω των δύο ετών(ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

□

□ Σχεδόν δύο στους 5 χρήστες ενέσιμων ουσιών (38,3%) δεν έχουν νοσήσει, αλλά ούτε έχουν εμβολιασθεί κατά του ιού της Ηπατίτιδας Β (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Μόλις ένας στους 4 εξετασθέντες χρήστες (24,7%) έχει εμβολιασθεί για τον ιό της Ηπατίτιδας Β, ωστόσο το ποσοστό αυξάνεται διαρκώς, αντανακλώντας τις αλλαγές στην πολιτική εμβολιασμού κατά του ιού της Ηπατίτιδας Β που επικρατεί τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα (ΕΚΤΕΠΝ, 2015) .

Αντίστοιχα, στοιχεία για την λοίμωξη από την ηπατίτιδα τύπου C δείχνουν επιπολασμό στον πληθυσμό των χρηστών μεταξύ 55,6 και 74,4%, αναλόγως της πηγής των στοιχείων (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Η τάση των κρουσμάτων εμφανίζεται περισσότερο αυξημένη για το 2013 σε σχέση με αυτά του 2012, με την πλειοψηφία των χρηστών ενέσιμων ουσιών να εντοπίζεται στα προγράμματα υποκατάστασης, τις υπηρεσίες μείωσης της βλάβης και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

Σύμφωνα με διαθέσιμα ατομικά στοιχεία του ΔΕΜΑ για το 2013, ο επιπολασμός της λοίμωξης ήταν περισσότερο εντοπισμένος στους αστέγους κατά τους τελευταίους 12 μήνες (84,5%), στους πρώην κρατούμενους (83,9%), στους χρήστες κυρίως ενέσιμων ουσιών (86,0%), στους χρήστες διεγερτικών ουσιών (82,7%), στα άτομα με ιστορικό ενέσιμης χρήσης λιγότερο από 2 χρόνια (88,4%) και στα άτομα που έχουν κάνει ενέσιμη χρήσης τις 30 τελευταίες ημέρες πριν από την είσοδό τους στο πρόγραμμα (82,4%) (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

Όσον αφορά τη φυματίωση, θετικό στην δερματοαντίδραση Mantoux ήταν το 26,2% των 191 εξετασθέντων χρηστών στον Οκανα και το ΨΝΘ, το 15% των συνολικά 225 εξετασθέντων του ΚΕΘΕΑ και το 12% των συνολικά 144 ατόμων του 18 ΑΝΩ(ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος εντοπίστηκαν σε ποσοστό 0,4% και 1% σε ΟΚΑΝΑ και ΨΝΘ και στο ΚΕΘΕΑ αντίστοιχα (ΕΚΤΕΠΝ, 2015) .

Πέραν όμως των ασθενειών, πολλοί χρήστες δυστυχώς καταλήγουν να οδηγούνται στο θάνατο (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Όπως αναφέρει το ΕΚΤΕΠΝ, το 2013 αναφέρθηκαν 74 θάνατοι από χρήση ουσιών, με το 95% να αφορά χρήστες ηρωίνης ή μορφίνης (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Κυρίως οι θανόντες ήταν άνεργοι Έλληνες άντρες άνω των 30 ετών (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

2.4. Η εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά

Η τρέχουσα Εθνική Στρατηγική για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών στην χώρα μας έχει συνταχθεί από την νεοσύστατη Εθνική Επιτροπή για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών και αφορά την περίοδο από το 2014 ως και το 2020 (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Με την Στρατηγική αυτή, επιχειρείται η προσέγγιση του θέματος με τρόπο ολιστικό, περιλαμβάνοντας διαφορετικούς τομείς και διαφορετικές υπηρεσίες και

επιστημονικές οπτικές, αλλά και με την αλληλοσύνδεση μεταξύ μείωσης της προσφοράς και της ζήτησης (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Με βάση λοιπόν το παραπάνω σκεπτικό, συντάχθηκαν οι εξής πέντε προτεραιότητες(ΕΚΤΕΠΝ, 2015) :

1. Εξειδικευμένες δράσεις πρόληψης και στήριξης των κοινωνικά ευπαθών ομάδων
2. Εφαρμογή σύγχρονων στρατηγικών για τη μείωση της προσφοράς και της ζήτησης
3. Υιοθέτηση σύγχρονων ευρωπαϊκών και διεθνών πολιτικών
4. Αποτελεσματικές πρακτικές που έχουν τεκμηριωμένες επιστημονικές πρακτικές
5. Κοινωνική συμμετοχή μέσω της ευαισθητοποίησης της κοινωνίας (ΕΚΤΕΠΝ, 2015)

Ωστόσο, οι προτεραιότητες αυτές συνδέονται άμεσα με ένα σύνολο στόχων, οι οποίοι πρόκειται να οδηγήσουν στα επιθυμητά αποτελέσματα (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Συνοπτικά είναι οι παρακάτω (ΕΚΤΕΠΝ, 2015):

- l Περιορισμός της χρήσης ουσιών στον γενικό πληθυσμό της χώρας
- l Μείωση στην διαθεσιμότητα, διακίνηση, εμπορία και διαθεσιμότητα των ουσιών
- l Εξασφαλισμένη διαρκής φροντίδα όλων ανεξαιρέτων των χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών
- l Αύξηση της προσβασιμότητας και της εξυπηρέτησης των αναγκών από μεριάς των αρμόδιων υπηρεσιών
- l Ενεργή εμπλοκή των εκάστοτε εξυπηρετούμενων σε όλη τη διάρκεια παροχής φροντίδας
- l Διαρκώς βελτιωμένη γνώση γύρω από τη χρήση παράνομων ουσιών και τις συνέπειές της
- l Μεγαλύτερη ώθηση ευαίσθητων ομάδων στη θεραπευτική υποστήριξη, δίνοντας βαρύτητα σε εφήβους, νεαρούς ενήλικες και γυναίκες
- l Ενίσχυση της συνολικής δικτύωσης των οργανισμών, των φορέων και των κοινωνικών εταίρων με έμφαση στην οριζόντια συνεργασία
- l Βελτίωση της επιχειρησιακής επάρκειας και ικανότητας όλων των εμπλεκόμενων στον έλεγχο των παράνομων ουσιών
- l Ενίσχυση της έρευνας μέσω της ανάπτυξης συστημάτων συλλογής πληροφοριών, τα οποία επιτρέπουν την αξιολόγηση και την αποτελεσματική παρακολούθηση του συνόλου της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης
- l Αύξηση των καλών πρακτικών που θεμελιώνονται από την έρευνα
- l Συνεχής εκπαίδευση και όσο το δυνατόν πιο αποδοτική αξιοποίηση του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού
- l Αξιοποίηση οικονομικών πόρων
- l Αναβάθμιση και αξιοποίηση των δυνατοτήτων που προκύπτουν από τη στενή συνεργασία με τις υπηρεσίες ελέγχου της προσφοράς σε εθνικό και υπερεθνικό επίπεδο (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

Με βάση λοιπόν την Εθνική Στρατηγική, ορίστηκε για τα έτη 2014-2016 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, το οποίο βρίσκεται σε πλήρη αρμονία με το αντίστοιχο Σχέδιο Δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2013-2016, το οποίο θα αναλυθεί σε επόμενο υποκεφάλαιο (ΕΚΤΕΠΝ, 2015). Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κινείται σε πέντε βασικούς άξονες, οι οποίοι περιλαμβάνουν και αντίστοιχες δράσεις και συστήματα παρακολούθησης και αξιολόγησης(ΕΚΤΕΠΝ, 2015) :

1. Μείωση της ζήτησης (πρόληψη, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση, έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση, μείωση της βλάβης, θεραπεία και κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση),
2. Μείωση της προσφοράς,
3. Συντονισμός,
4. Εκπαίδευση, παρακολούθηση, έρευνα, αξιολόγηση, και
5. Διεθνείς συνεργασίες. (ΕΚΤΕΠΝ, 2015)

Οι στόχοι που αφορούν το Εθνικό Σχέδιο περιλαμβάνουν(ΕΚΤΕΠΝ, 2015) :

- Ι Μείωση της χρήσης και της βλάβης που προκαλείται εξαιτίας αυτής
- Ι Αποφυγή ή καθυστέρηση της έναρξης της χρήσης και η έγκαιρη παρέμβαση στα πρώτα της στάδια
- Ι Αύξηση της διαθεσιμότητας και της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων
- Ι Ενίσχυση της κοινωνικής επανένταξης
- Ι Μείωση των επιβλαβών συνεπειών της χρήσης και της ουσιοεξάρτησης στην σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και στην κοινωνική ζωή του χρήστη
- Ι Μείωση της διαθεσιμότητας των ουσιών στο κοινωνικό σύνολο
- Ι Τήρηση της νομοθεσίας γύρω από τη διακίνηση, το εμπόριο και την παραγωγή παράνομων ουσιών και η καίρια καταπολέμηση του οργανωμένου εγκλήματος
- Ι Συντονισμός όλων των σχετικών με την αντιμετώπιση του φαινομένου των εξαρτησιογόνων ουσιών δράσεων
- Ι Εις βάθος διερεύνηση του φαινομένου της χρήσης και της εξάρτησης
- Ι Βελτίωση στην παρακολούθηση όλων των πτυχών του φαινομένου (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

Αξίζει να σημειωθεί ότι τόσο η Εθνική Στρατηγική όσο και το Εθνικό Σχέδιο έχουν λάβει έγκριση από την Διυπουργική Επιτροπή του Σχεδίου Δράσης Κατά των Ναρκωτικών(ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

2.5. Η ευρωπαϊκή στρατηγική για τα ναρκωτικά

Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά 2013-2020 επιχειρεί να αντιμετωπίσει το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης και της χρήσης ουσιών στο σύνολό του μέσα από μια ολοκληρωμένη, ισορροπημένη και βασισμένη σε τεκμήρια προσέγγιση, εφαρμόζοντας επίσημες ευρωπαϊκές συμβάσεις, όπως τη Συνθήκη της Λισαβόνας,

αλλά και με σεβασμό σε κάθε αναφαίρετο επίσημα αναγνωρισμένο ανθρώπινο δικαίωμα, όπως εκφράζεται από την Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2012).

Η παρούσα Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης λοιπόν αποσκοπεί κατά βάση στη μείωση της προσφοράς και της ζήτησης των ναρκωτικών, με παράλληλο περιορισμό των συνεπειών και των κινδύνων που ανακύπτουν εξαιτίας της χρήσης ουσιών, λειτουργώντας συμπληρωματικά προς τις εθνικές πολιτικές των κρατών-μελών της (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2012).

Γενικότερα, η στρατηγική επιχειρεί να προσφέρει λύσεις σε νέες εξελίξεις στο χώρο των ναρκωτικών, όπως είναι η άνοδος της πολλαπλής χρήσης ουσιών και η συνεχής αύξηση των λοιμώξεων εξαιτίας της ουσιοεξάρτησης, αλλά και να ανταποκριθεί στην ανάγκη για μια αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών σε όλο το φάσμα της χρήσης ουσιών (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2012). Για να το επιτύχει αυτό, είναι σχεδιασμένη με βάση δύο βασικούς άξονες, τη μείωση της προσφοράς και τη μείωση της ζήτησης, και τρία οριζόντια θέματα, αυτά του συντονισμού, της διεθνούς συνεργασίας και της έρευνας, παρακολούθησης, πληροφόρησης και αξιολόγησης (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2012).

Οι στόχοι λοιπόν της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά είναι:

- I Μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών, της ουσιοεξάρτησης και των βλαβών στη υγεία και την κοινωνική ζωή των πολιτών
- I Περιορισμός της τροφοδότησης της αγοράς παράνομων ναρκωτικών με παράλληλη μείωση της διαθεσιμότητας αυτών
- I Ενθάρρυνση για συντονισμένες ενέργειες με τη διενέργεια ενεργών συζητήσεων και αναλύσεων στις εξελίξεις και τις προοπτικές στον τομέα των ναρκωτικών σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο,
- I Ενίσχυση περαιτέρω διαλόγου και συνεργασίας μεταξύ της ΕΕ και τρίτων χωρών και διεθνών οργανισμών για θέματα ναρκωτικών,
- I Συμβολή στην καλύτερη διάδοση της παρακολούθησης, της έρευνας και της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων και στην καλύτερη κατανόηση όλων των πτυχών του φαινομένου των ναρκωτικών και των επιπτώσεων των παρεμβάσεων, προκειμένου να παρέχουν ορθή και πλήρη τεκμηριωμένη βάση για πολιτικές και δράσεις. (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2012)

Για την υλοποίηση των στόχων, η ΕΕ θα φροντίσει να συνεργαστεί με άλλους ευρωπαϊκούς και διεθνείς φορείς, όπως η Europol, η Eurojust, το EMCDDA και η επιτροπή Pompidou. Επίσης, προκειμένου οι δράσεις να είναι όσο το δυνατό πιο αποτελεσματικές, προβλέπεται να είναι τεκμηριωμένες, χρονικά προκαθορισμένες, επιστημονικά υγιείς, οικονομικά αποδοτικές και να παράγουν μετρήσιμα αποτελέσματα με βάση επίσημους δείκτες απόδοσης (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2012).

Για το 2013-2016, εκπονήθηκε λοιπόν το πρώτο Σχέδιο Δράσης της ΕΕ για τα

Ναρκωτικά, πλήρως ευθυγραμμισμένο με την Ευρωπαϊκή Στρατηγική (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2013). Στο Σχέδιο Δράσης, στόχοι και δράσεις είναι άρρηκτα συνδεδεμένα (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2013). Σε συνοπτική παρουσίαση, οι στόχοι, οι οποίοι τίθενται ανά άξονα και οριζόντιο θέμα, είναι οι εξής (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2013):

Μείωση της ζήτησης

1. Πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών και παράλληλη καθυστέρηση της έναρξης χρήσης
2. Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών απεξάρτησης και αποκατάστασης, ώστε να μειωθούν οι επιπτώσεις και τα αρνητικά φαινόμενα που συνδέονται με τη χρήση, όπως η προβληματική χρήση και η συννοσηρότητα
3. Ενσωμάτωση συντονισμένων και ποιοτικών προσεγγίσεων και καλών πρακτικών για τη μείωση των ναρκωτικών (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2013)

Μείωση της προσφοράς

4. Ισχυρότερη επιβολή του νόμου, με συνδυαστικό συντονισμό και συνεργασία εντός της ΕΕ, ώστε να καταπολεμηθούν οι σχετικές με τα ναρκωτικά παράνομες δραστηριότητες
5. Αποτελεσματικότερη δικαστική συνεργασία και νομοθεσία εντός της ΕΕ
6. Αποτελεσματική αντιμετώπιση των υφιστάμενων και νέων τάσεων στις σχετικές με τις παράνομες ουσίες δραστηριότητες (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2013)

Συντονισμός

7. Εξασφάλιση αποτελεσματικού ευρωπαϊκού συντονισμού στον τομέα των ναρκωτικών
8. Διασφάλιση πιο αποτελεσματικού συντονισμού της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά
9. Εξασφάλιση της συμμετοχής της Κοινωνίας των Πολιτών στην πολιτική κατά των ναρκωτικών (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2013)

Διεθνής Συνεργασία

10. Ενσωμάτωση της στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο ευρύτερο πλαίσιο της εξωτερικής πολιτικής της, ως τμήμα μιας συνολικής προσέγγισης που χρησιμοποιεί κάθε πολιτικό, διπλωματικό και οικονομικό μέσο
11. Βελτίωση ως προς τη συνοχή της προσέγγισης και της προβολής της ΕΕ στον ΟΗΕ και ενίσχυση του ευρωπαϊκού συντονισμού με τους διεθνείς φορείς που ασχολούνται με ζητήματα σχετικά με τα ναρκωτικά
12. Υποστήριξη της διαδικασίας προσαρμογής και ευθυγράμμισης των προσχωρούν και υποψήφιων χωρών με τα κεκτημένα των ευρωπαϊκών πολιτικών (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2013)

Έρευνα, πληροφόρηση, παρακολούθηση και αξιολόγηση

13. Διασφάλιση συνεχούς επένδυσης για έρευνες, συλλογή δεδομένων, παρακολούθηση, αξιολόγηση και ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με όλες τις πτυχές του φαινομένου των ναρκωτικών
14. Διατήρηση της δικτύωσης και της συνεργασίας και ανάπτυξη ικανοτήτων εντός της ΕΕ για την ενημέρωση, παρακολούθηση, έρευνα και αξιολόγηση των ουσιών
15. Βελτίωση στην διάδοση των αποτελεσμάτων που εξάγονται μέσα από την παρακολούθηση, την έρευνα και την αξιολόγηση σε επίπεδο εθνικό και ΕΕ (Επίσημη Εφημερίδα της ΕΕ, 2013).

2.6. Η οικονομική κρίση και οι συνέπειες της στην ψυχική υγεία

Η επιστημονική κοινότητα ανησυχεί ιδιαίτερα για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία για αυτό και τονίζει την ανάγκη κατάλληλης αντιμετώπισης. Τα περιοδικό Lancet ανέφερε πως οι καταθλιπτικές διαταραχές και οι αυτοκτονίες πρόκειται να αυξηθούν ραγδαία. Έρευνα που διεξήχθη στη Χιλή συμπέρανε πως η απότομη περικοπή του εισοδήματος σχετίζεται με την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών, με τα συμπτώματα να ξεκινούν 6 μήνες μετά την μείωση του εισοδήματος. Στην Ταϊλάνδη έρευνα του 1998-1999 κατέδειξε το στρες και τον αυτοκτονικό ιδεασμό ως βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της ανεργίας και της οικονομικής δυσχέρειας. (Ευθυμίου Κ. και συν, 2013)

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης πλήττουν περισσότερο τις οικονομικά και κοινωνικά ασθενέστερες ομάδες όπως άτομα και οικογένειες χαμηλού εισοδήματος, μετανάστες, χρήστες ουσιών και χρόνια πάσχοντες. Η κρίση αναμένεται να επιβαρύνει την υγεία, την στέγαση, τα ποσοστά θνησιμότητας, τη βία, την κοινωνική ανισότητα, τη παραβατικότητα και τη χρήση ουσιών. Όσον αφορά τη κρίση αναμένεται ότι θα επιβαρύνει την ψυχική και σωματική υγεία των χρηστών, θα ενισχύσει την εξάρτησή τους στην παραβατική συμπεριφορά και τον παραμερισμό τους. Σε αυτές τις δύσκολα χρονικά στιγμές οι οργανισμοί καλούνται να δράσουν κάτω από συνθήκες μειωμένου προϋπολογισμού και προσωπικού με παράλληλη ελάττωση της εκπαίδευσης και εποπτείας των εργαζομένων. Αυτές οι καταστάσεις ήρθαν για να ενισχύσουν την αβεβαιότητα που υπήρχε ήδη στους οργανισμούς λόγω έλλειψης εθνικής στρατηγικής και υποχρηματοδότησης. (ΚΕΘΕΑ, 2011)

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στους χρήστες ουσιών ποικίλουν και οι εξαρτημένοι από ψυχοτρόπες ουσίες είναι πολύ πιο επιβαρυνμένοι από το γενικό πληθυσμό. Για το λόγο αυτό οι οργανισμοί έχουν εκτός από την απεξάρτησή τους, τη βελτίωση της εργασιακής τους κατάστασης, την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και την απεμπλοκή από την παραβατικότητα. (ΚΕΘΕΑ, 2011)

Η εργασιακή κατάσταση παίζει σημαντικό ρόλο στην θεραπεία του εξαρτημένου αφού οι 6 στους 10 χρήστες που απευθύνθηκαν στο ΚΕΘΕΑ ήταν άνεργοι ενώ οι 2 στους 10 είχαν περιστασιακή ή επισφαλή εργασιακή δραστηριότητα. Στόχος του ΚΕΘΕΑ είναι η ένταξη των εξαρτημένων στον κόσμο της εργασίας αφού θεωρεί πως αυτό είναι ένας καθοριστικός παράγοντας πρόληψης της υποτροπής. Βέβαια η κρίση έχει δυσχεράνει την αναζήτηση και παραμονή της εργασιακής θέσης καθώς και την προσφορά αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης. Το εργασιακό περιβάλλον αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής ανεπιθύμητων συμπεριφορών όπως η χρήση ουσιών και η παραβατικότητα. (ΚΕΘΕΑ, 2011)

Η χρήση όταν διαρκεί για μεγάλα διαστήματα και είναι συστηματική δημιουργεί σημαντικά προβλήματα υγείας. Στα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ ένας στους τρεις πάσχει από ηπατίτιδα c, ποσοστό που αυξάνεται ανάλογα τα χρόνια της χρήσης και την ηλικία. Στα προβλήματα έρχονται να προστεθούν φλεγμονές, προβλήματα ψυχικής υγείας, οδοντιατρικά και ορθοπεδικά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά παραμένουν είτε λόγω λίστας αναμονής των νοσοκομείων είτε λόγω παραμέλησης τους. Όταν δεν γίνεται έγκυρη διάγνωση και αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων τότε επιβαρύνεται περισσότερο η υγεία τους και αυτό καθιστά δαπανηρότερη και δυσκολότερη τη θεραπεία. (ΚΕΘΕΑ, 2011)

Μεγάλα είναι τα ποσοστά των εξαρτημένων που έχουν εμπλακεί με το νόμο. Οι δυο στους τρεις που απευθύνονται στα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕΘΕΑ έχουν συλληφθεί μια φορά τουλάχιστον στο παρελθόν ενώ οι μισοί αναφέρουν μια καταδίκη και ταυτόχρονα άλλες δικαστικές εκκρεμότητες. Η κρίση δημιουργεί πρόσφορο έδαφος στην παραβατικότητα και στο μέγεθος των αδικημάτων που καταγράφονται. Αν δεν ενταχθούν σε κάποιο πρόγραμμα θεραπείας, οι χρήστες θα συνεχίσουν τις παραβατικές πράξεις με κίνδυνο να διεισδύσουν βαθύτερα στον κόσμο του εγκλήματος. Η απεξάρτηση εκτός από τη θεραπεία απομακρύνει τους εξαρτημένους από το χώρο του εγκλήματος ενώ οι διώξεις, οι καταδίκες και οι φυλακίσεις τους εγκλωβίζει στην παραβατικότητα. (ΚΕΘΕΑ, 2011)

2.7: Ανακεφαλαίωση

Σε αυτό το κεφάλαιο εξετάστηκε εκτενώς η έκταση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης και στις στρατηγικές γύρω από αυτό. Είδαμε ότι η νέα νομοθεσία εισήγαγε δύο νέα δεδομένα στην εξίσωση, και αναδιάρθρωσε τον τρόπο που τα κυβερνητικά σώματα συμβάλλουν και λειτουργούν στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Η αναδιάρθρωση, η οποία δημιουργεί νέους ρόλους και σχήματα, όπως η Διυπουργική Επιτροπή και ο Εθνικός Συντονιστής, έγινε ουσιαστικά με στόχο τον καλύτερο συντονισμό των υπεύθυνων φορέων. Αντίστοιχα, ο ΟΚΑΝΑ είδε τον θεσμικό του ρόλο να τροποποιείται, αναλαμβάνοντας νέες ευθύνες και αποποιούμενος παλαιότερες.

Στο κομμάτι της επιδημιολογίας, τα στατιστικά στοιχεία είναι ικανά να δείξουν τον τρόπο που οι ουσίες κινούνται και χρησιμοποιούνται, αλλά και οι συνέπειες της χρήσης. Όλα τα στοιχεία φυσικά προέρχονται από επίσημες έρευνες. Στο γενικό πληθυσμό είδαμε πως ελάχιστοι είναι οι χρήστες, με ανώτερο ποσοστό το 2%, χωρίς

να ισχύει το ίδιο για τους εφήβους, η οποία παρουσιάζουν ανησυχητική τάση για πειραματισμό και χρήση με τις παράνομες αλλά και τις νόμιμες ουσίες, καθώς 1 στους 10 κάνει χρήση κάνναβης, αντιστοιχία μεγάλη στο συνολικό μαθητικό πληθυσμό. Ευτυχώς, υπάρχει και η αντίθετη τάση, αυτή που το άτομο ωθείται στο να απεξαρτηθεί και να ενταχθεί σε κάποιο πρόγραμμα θεραπείας, με τα στεγνά προγράμματα πλέον να προτιμούνται ιδιαίτερα. Οι επιπτώσεις πάλι εξετάζονται κρίνοντας τις λοιμώξεις που ο χρήστης μπορεί να πάθει, με την ηπατίτιδα C να εμφανίζεται σε ποσοστό μέχρι και 80%, και το HIV να επηρεάζει το 10% των χρηστών.

Οι στρατηγικές τώρα επιχειρούν να καταπολεμήσουν το πρόβλημα με μεθόδους σύγχρονες και εναρμονισμένες με ευρωπαϊκές και διεθνείς πρακτικές. Στην Ελλάδα, με νέο συντονιστικό σχήμα για τα ναρκωτικά, η εθνική στρατηγική και στο σχέδιο δράσης προσπαθούν να προσεγγίσουν τις πιο σύγχρονες διαστάσεις, όπως αυτές συχνά αναφέρονται από τους ευρωπαϊκούς φορείς. Στην Ευρώπη πάλι, επιχειρούνται κυρίως βελτιωτικές κινήσεις, που περιλαμβάνουν καλύτερο συντονισμό, ανάπτυξη και διάδοση βέλτιστων πρακτικών και ταύτιση απόψεων με τα διεθνή δεδομένα. Τέλος, η οικονομική κρίση επηρέασε δραστικά τον τομέα της καταπολέμησης των εξαρτήσεων. Με τον πληθυσμό να έρχεται καθημερινά αντιμέτωπος με νέες προκλήσεις και απαιτήσεις, με το παράλληλο κλείσιμο κοινωνικών δομών που ασχολούνται με τις εξαρτήσεις και την ψυχική υγεία και μια οικονομική στενότητα να διέπει κάθε κύτταρο της σημερινής ελληνικής κοινωνίας, ευνόητο είναι να υπάρξουν αρνητικές επιπτώσεις και σε αυτόν τον τομέα.

Στη συνέχεια θα εξετάσουμε το θεωρητικό υπόβαθρο που χαρακτηρίζει τις σύγχρονες παρεμβάσεις πρόληψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

3.1. Εισαγωγή

Το θεωρητικό υπόβαθρο των παρεμβάσεων πρόληψης είναι ένα πολύ σημαντικό τους κομμάτι, διότι είναι ικανό να διαμορφώσει και να πλαισιώσει την διαδικασία ορισμού των στόχων μίας παρέμβασης και τον τρόπο που μπορούν να συνδεθούν με την πράξη (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Κάθε θεωρητικό μοντέλο βασίζεται σε διαφορετικές ιδέες και προσφέρει μια ακόμα οπτική γωνία στον τρόπο που μπορεί να λάβει χώρα η πρόληψη. Από το σύνολο των εκατοντάδων προσεγγίσεων που έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς, επιλέχθηκαν οι κατά τη γνώμη μας σπουδαιότερες και πιο ενδιαφέρουσες. Κατηγοριοποιήθηκαν με βάση το κέντρο βάρους τους - άτομο, διαπροσωπικό επίπεδο και κοινωνία - και σε συντομία είναι οι εξής:

- I Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία
- I Η θεωρία της έλλογης δράσης και η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (παρουσιάζονται μαζί γιατί η δεύτερη υποστηρίζεται ότι είναι επέκταση της πρώτης)
- I Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης
- I Το μοντέλο της κοινωνικής ανάπτυξης
- I Η θεωρία της προβληματικής συμπεριφοράς
- I Η θεωρία της διάχυσης καινοτομιών
- I Το μοντέλο της κοινωνικής οικολογίας

Σε όλα τα θεωρητικά μοντέλα παρουσιάζεται η γενική ιδέα στη οποία βασίζονται, οι εξειδικευμένοι όροι που χρησιμοποιούν και μια σύντομη κριτική σε αυτές, προσπαθώντας να διατηρηθεί η αμεροληψία κατά την παρουσίασή τους.

3.2. Θεωρητικές προσεγγίσεις με εστίαση σε ατομικό επίπεδο

3.2.1. Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (Health Belief Model – HBM) αποτελεί ένα θεωρητικό πλαίσιο που επιχειρεί να ερμηνεύσει το πώς τα άτομα αντιμετωπίζουν τα ζητήματα υγείας (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Το όλο μοντέλο κινείται γύρω από την βασική ιδέα ότι το άτομο θα κινητοποιηθεί για να ασχοληθεί ενεργά με το να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του, αν και εφόσον συνειδητοποιήσει τα οφέλη από την ενεργοποίηση αυτή και τους κινδύνους από την πιθανή έκθεση σε μία ασθένεια, με βάση τις ατομικές αντιλήψεις που χαρακτηρίζουν τον τρόπο σκέψης του (Rosenstock 1974, στο ΕΚΤΕΠΝ 2011).

Συνοπτικά, το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία κινείται γύρω από επτά βασικούς άξονες, οι οποίοι θεωρούνται ικανοί να ενεργοποιήσουν αποτελεσματικά το άτομο:

- η υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας (*perceived susceptibility*), δηλαδή το κατά πόσο κάποιος θεωρεί πιθανό να ζημιωθεί η υγεία του από μια ασθένεια ή μια επικίνδυνη συμπεριφορά.
- η υποκειμενική αίσθηση σοβαρότητας (*perceived severity*), δηλαδή πώς το άτομο αντιλαμβάνεται με βάση αυτά που ξέρει ότι θα επηρεαστεί η κλινική του κατάσταση και η κοινωνική του ζωή από μία ασθένεια ή μια κατάσταση ή μια συμπεριφορά.
- η υποκειμενική αίσθηση για τα οφέλη (*perceived benefits*), το κατά πόσον θα αλλάξει τη συμπεριφορά του εξαρτάται από τις πεποιθήσεις του σχετικά με τα οφέλη των ενεργειών στις οποίες θα μπορούσε να προβεί για τη μείωση του σχετικού κινδύνου.
- η υποκειμενική αίσθηση για τα εμπόδια (*perceived barriers*), δηλαδή το αν το άτομο εντοπίζει αρνητικές συνέπειες σε μια ενδεχόμενη υιοθέτηση πιο υγιών στάσεων.
- τα ερεθίσματα για δράση (*cues to action*), είτε εσωτερικά είτε εξωτερικά, που θα ωθήσουν το άτομο να δράσει.
- η αυτεπάρκεια (*self-efficacy*). Η έννοια της αυτεπάρκειας εντάχθηκε στο μοντέλο με το πέρασμα των χρόνων και κυρίως εντάσσεται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης του Bandura, γι αυτό και θα επεξηγηθεί λεπτομερέστερα σε παρακάτω ενότητα (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Ως προς τη χρήση ουσιών, το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία υποστηρίζει ότι η επαρκής και έγκυρη πληροφόρηση σε σχέση με τις επιπτώσεις και τους κινδύνους από τις ουσίες είναι ικανή να αποτρέπει και να λειτουργήσει προληπτικά ως προς την ουσιοεξάρτηση, δημιουργώντας αρνητικές στάσεις στο άτομο (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Αν και το μοντέλο αυτό είναι ευρέως διαδεδομένο για δεκαετίες σε προγράμματα πρόληψης, ωστόσο παρουσιάζει κάποιους σημαντικούς περιορισμούς σε σχέση με οποιαδήποτε συμπεριφορά μη αποκλειστικά συνδεδεμένη με απλές και πλήρως λογικές αποφάσεις (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Για παράδειγμα, όσον αφορά τη χρήση προφυλακτικών ως μεθόδου πρόληψης κατά της μόλυνσης από τον ιό HIV στους εφήβους, η χρήση προφυλακτικού από τους νέους βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, παρά την πολύπλευρη ενημέρωση επί του θέματος, κι αυτό γιατί διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο στην λήψη αποφάσεων συγκριτικά με την απλή έγκυρη ενημέρωση (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

3.2.2. Η θεωρία της έλλογης δράσης και η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς

Η Θεωρία της Έλλογης Δράσης και η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς είναι ένα πλαίσιο που αφορά τη συμπεριφορά του ατόμου, με βασικό σημείο προσοχής τους παράγοντες που είναι σχετικοί με τις προθέσεις, τις στάσεις και τα κίνητρα που οδηγούν το άτομο στην υιοθέτηση μιας συγκεκριμένης

συμπεριφοράς (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Συγκεκριμένα, η Θεωρία της Έλλογης Δράσης υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά επηρεάζεται από τη στάση του ατόμου σε σχέση με τη συγκεκριμένη συμπεριφορά και τους κοινωνικούς κανόνες που έχει ενστερνιστεί το άτομο (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς αποτελεί επέκταση της πρώτης, περιλαμβάνοντας επιπλέον την αίσθηση άσκησης ελέγχου που έχει το άτομο σχετικά με μια συμπεριφορά (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Σύμφωνα λοιπόν με τις παραπάνω θεωρίες, η συμπεριφορά σε θέματα υγείας βασίζεται στο αν το άτομο έχει την πρόθεση να διατηρήσει έναν υγιή τρόπο ζωής, σε εξάρτηση με την στάση του άμεσου περιγυρού του ως προς τον αυτό τον τρόπο ζωής. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Οι δύο θεωρίες χρησιμοποιούνται κυρίως για να ερμηνευτούν τα κίνητρα σχετικά με συμπεριφορές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και παρέχουν ένα κατάλληλο πλαίσιο για τη διερεύνηση των προβληματισμών σε σχέση με τις στάσεις και τους υποκειμενικούς κανόνες στη διαμόρφωση συμπεριφοράς των ατόμων (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

3.3. Θεωρητικές προσεγγίσεις με εστίαση σε διαπροσωπικό επίπεδο

3.3.1. Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης

Η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Social Learning Theory) αναπτύχθηκε κατά τη δεκαετία του 1960 από τον Alfred Bandura (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Η θεωρία αυτή εισήγαγε την άποψη ότι άτομο και περιβάλλον βρίσκονται σε μια συνεχή αλληλεπίδραση, με την αλληλεπίδραση αυτή να επιδρά καταλυτικά στην προσωπικότητα, τις εσωτερικές διεργασίες και κατ' επέκταση τη συμπεριφορά του ατόμου (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Το άτομο παρατηρεί τις εξωτερικές επιδράσεις, τις ερμηνεύει με βάση τις κεκτημένες εμπειρίες του, τις οργανώνει και στη συνέχεια περνά στη πράξη (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Μια άλλη σημαντική ιδέα που αναπτύσσεται στη θεωρία αυτή και η *αίσθηση αυτεπάρκειας* (self-efficacy) του ατόμου. Ο όρος αυτεπάρκεια αναφέρεται “στις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τις δυνατότητες που έχει να οργανώσει και να εκτελέσει μια σειρά ενεργειών για την αποτελεσματική επίτευξη ενός έργου ή την αντιμετώπιση μιας κατάστασης” (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Οι πεποιθήσεις αυτές επηρεάζουν τον τρόπο σκέψης του ατόμου και άρα την επιθυμία του να επιτύχει ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης αποτελεί βάση για πολλά άλλα μοντέλα, που ενσωματώνουν τον ρόλο των συνομηλίκων ή/και εκπαίδευση σε δεξιότητες ζωής (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

3.3.2. Το μοντέλο της κοινωνικής ανάπτυξης

Το Μοντέλο Κοινωνικής Ανάπτυξης (Social Development Model) αποτελεί ένα

γενικό εννοιολογικό πλαίσιο ως προς την ανθρώπινη συμπεριφορά (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Σύμφωνα με το μοντέλο λοιπόν, το δέσιμο με την οικογένεια, το σχολείο, την κοινότητα και τους συνομηλίκους παρέχει στους νέους πολλές προοπτικές για να αναπτύξουν μια υγιή ενήλικη ζωή, ενώ η απουσία του δεσίματος μπορεί να τους οδηγήσει σε παραβατικές συμπεριφορές και την χρήση ουσιών (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Έτσι, οι νέοι πρέπει να έχουν σημαντικές ευκαιρίες για θετική συναισθηματική έκφραση και αναγνώριση της αξία τους, με ολοένα και εντατικότερη ενίσχυση των μηνυμάτων αυτών (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Το μοντέλο αυτό ουσιαστικά παρέχει τη θεωρητική βάση για τη μείωση της επικινδυνότητας σχετικά με την εμφάνιση μιας παραβατικής συμπεριφοράς και την πρόληψή της. Έτσι, δίνει ιδιαίτερη σημασία σε προστατευτικούς παράγοντες και παράγοντες κινδύνου, προσφέροντας ένα γύμνασμα για την πρόληψη αρνητικών συμπεριφορών (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

3.3.3. Η θεωρία της προβληματικής συμπεριφοράς

Το Μοντέλο Προβληματικής Συμπεριφοράς (Problem Behaviour Model) επικεντρώνεται στην αμοιβαία σχέση μεταξύ μιας συμπεριφοράς, του περιβάλλοντος και της προσωπικότητας, ερμηνεύοντας με τον τρόπο αυτό μια προβληματική συμπεριφορά (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Το μοντέλο αναγνωρίζει ότι η συμπεριφορά των νέων είναι απόρροια πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ αυτών και του περιβάλλοντός τους, σε συνάρτηση πάντα με γνωσιακούς, κοινωνικούς, συμπεριφορικούς και ατομικούς παράγοντες (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Έτσι υποτίθεται ότι ένας νεός μπορεί να οδηγηθεί στη χρήση ουσιών με την πεποίθηση ότι θα επιτύχει προσωπικούς του στόχους (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Η πιθανότητα της χρήσης λοιπόν κρίνεται υψηλότερη αν το άτομο στερείται δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και κοινωνικών δεξιοτήτων ή/και αντιμετωπίζει έντονο κοινωνικό άγχος (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

3.4. Θεωρητικές προσεγγίσεις με εστίαση σε κοινοτικό επίπεδο

3.4.1. Η θεωρία της διάχυσης καινοτομιών

Η Θεωρία της Διάχυσης Καινοτομιών (Diffusion of Innovations Theory) του Rogers (2003) είναι μια προσέγγιση που συνεχώς κερδίζει έδαφος (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Τα σημεία εστίασης της θεωρίας αυτής είναι οι διαφορετικοί τύποι ανθρώπων, η διαδικασία λήψης μιας ουσίας και οι ιδιότητες της ουσίας αυτής (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Για τους διαφορετικούς τύπους ατόμων διατυπώνεται ότι οι «νεωτεριστές» και τα άτομα που έχουν ευκολία στην υιοθέτηση νέων στάσεων είναι πιο επιρρεπείς στην πειραματική χρήση ή στην χρήση μιας νέας ουσίας (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Κατά κανόνα αυτοί οι τύποι είναι άτομα που υφίστανται έντονη πίεση από κοινωνικό περιβάλλον

(ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Η θεωρητική αυτή προσέγγιση παρέχει επιπλέον ένα σαφές πλαίσιο σχεδιασμού των παρεμβάσεων, με επίκεντρο τους διαφορετικούς κοινωνικούς ρόλους των ατόμων και στην επιρροή που ασκούν. Να τονιστεί ωστόσο ότι οι ρόλοι αυτοί είναι πολύ συχνά μεταβαλλόμενοι και εξαρτάται από το εμπειρικό κομμάτι η υιοθέτηση ή η διάρκειά τους (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

3.4.2. Το μοντέλο της κοινωνικής οικολογίας

Το μοντέλο της κοινωνικής οικολογίας είναι ένα σύνολο μοντέλων που εστιάζουν στο μακροκοινωνικό επίπεδο, περιλαμβάνοντας το ευρύ κοινωνικό περιβάλλον, τα κοινοτικά δίκτυα, τους θεσμούς, τους δεσμούς, αλλά και το δέσιμο με την οικογένεια, το σχολείο και τους συνομηλίκους. Τα μοντέλα αυτά περιλαμβάνουν περαιτέρω ατομικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η αυτεπάρκεια και το στρες (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Η πρόληψη λοιπόν στην προκειμένη περίπτωση πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία που θα μπορούν να βελτιώσουν το κλίμα στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο, την αυτεπάρκεια, το δέσιμο με το σχολείο και τις σχέσεις με τους συνομηλίκους (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Μέσα για αυτόλα αυτά θεωρούνται η καθιέρωση και διατήρηση σαφών κανόνων και ορίων, με παράλληλη ισχυρή υποστήριξη και επιβράβευση της θετικής συμπεριφοράς (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

3.5. Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό είδαμε λοιπόν τα σημαντικότερα θεωρητικά μοντέλα πρόληψης, τα οποία ασχολούνται με την πρόληψη σε ατομικό, διαπροσωπικό ή κοινωνικό επίπεδο. Το καθένα με τον δικό του, μοναδικό τρόπο επιχειρεί να ερμηνεύσει τι μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο στη χρήση , και κατά συνέπεια τι θα μπορούσε να κάνει η πρόληψη γι αυτό.

Η θεωρία των πεποιθήσεων για την υγεία ισχυρίζεται ότι το άτομο θα αποφύγει τη χρήση αν συνειδητοποιήσει απολύτως τους κινδύνους αυτής για την υγεία του.

Η θεωρία της έλλογης δράσης υποστηρίζει ότι η υιοθέτηση μια τέτοιας συμπεριφοράς από τους κοινωνικούς κανόνες και τις στάσεις του ατόμου, ενώ η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς προσθέτει τον παράγοντα της αίσθησης άσκησης ελέγχου του ατόμου στη συμπεριφορά αυτή.

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης αναφέρει ότι η συμπεριφορά που θα υιοθετήσει κάποιος είναι σχετική με την διαρκή αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του.

Η θεωρία της κοινωνικής ανάπτυξης αναδεικνύει τη σημασία της ύπαρξης θετικών στοιχείων ενίσχυσης και του δεσίματος του ατόμου με την οικογένεια, το σχολείο και τους συνομηλίκους του για το αν κάποιος θα στραφεί στις ουσίες ή όχι.

Η θεωρία της προβληματικής συμπεριφοράς προωθεί το σκεπτικό ότι οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες είναι αυτοί που τελικά θα

καθορίσουν ή θα αποτρέψουν την τάση του ατόμου για τη χρήση ουσιών.

Από την άλλη, η θεωρία της διάχυσης καινοτομιών λαμβάνει υπόψη τους τύπους ανθρώπων που μπορεί να συναντήσει κανείς, τη διαδικασία της λήψης μιας ουσίας αλλά και την ίδια την ουσία, ενσωματώνοντας τον παράγοντα της κοινωνικής πίεσης.

Τέλος, το μοντέλο της κοινωνικής οικολογίας αντιλαμβάνεται το θέμα της χρήσης ως ένα σύνολο παραγόντων που πολλές φορές σχετίζεται άμεσα με τα μακροκοινωνικά χαρακτηριστικά μιας κοινωνίας, χωρίς να αποκλείει προσωπικούς παράγοντες όπως το στρες που μπορεί να βιώνει κάποιος.

Όποια προσέγγιση κι αν ακολουθήσει κάποιος, σίγουρα θα έχει μια πολύ σαφής εικόνα της κατάστασης και θα μπορεί να κατανοήσει το νόημα και τη σπουδαιότητα της κάθε μίας ξεχωριστά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ

ΕΛΛΑΔΑ

4.1. Εισαγωγή

Η γενική φιλοσοφία των Κέντρων πρόληψης βασίζεται στη παρέμβαση πριν εκδηλωθεί η συμπεριφορά υψηλού κινδύνου. Εφαρμόζεται η πρωτογενής πρόληψη που έχει ως στόχο να μειωθεί η ζήτηση των ναρκωτικών και να αντιμετωπιστούν τα αίτια της ουσιοεξάρτησης. Απευθύνεται σε άτομα που δεν είναι χρήστες και ιδιαίτερα σε «ομάδες υψηλού κινδύνου» εκείνους δηλαδή που θεωρούνται ευάλωτοι στην χρήση. Στον γενικό πληθυσμό χρησιμοποιούνται καθολικά προγράμματα με συντονισμένες παρεμβάσεις και συνεργασία άλλων φορέων. Τα προγράμματα πρόληψης που χρησιμοποιούν τα Κέντρα Πρόληψης βασίζονται στις αρχές που διέπουν την υγεία ενώ προωθούν την βελτίωση της. Μέσα από μακροχρόνια αλλά σταθερή εκπαιδευτική διαδικασία σκοπεύει να δημιουργήσει συμπεριφορές που εξασφαλίζουν έναν υγιή τρόπο ζωής που από τη μία αποτρέπεται η μη επιθυμητή και ζημιογόνα συμπεριφορά και από την άλλη προωθείται η ισορροπημένη ψυχική και σωματική υγεία. Κάποιοι από τους στόχους των Κέντρων Πρόληψης είναι: α) οι νέοι να αποκτήσουν θετική στάση και να καλλιεργήσουν αμυντικές ιδιότητες στη χρήση ουσιών μέσω εκπαίδευσης και υποστήριξης, β) να βελτιωθεί η επικοινωνία στην οικογένεια και ο ρόλος των γονέων μέσω συμβουλευτικής, γ) η βελτίωση των σχέσεων καθηγητών- μαθητών με την εκπαίδευση τους σε θέματα πρόληψης και η ενίσχυση του εκπαιδευτικού τους ρόλου, δ) η ενημέρωση για θεραπευτικά προγράμματα και ε) η ενημέρωση της κοινωνίας. Τέλος το τμήμα Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ εποπτεύει τα προγράμματα και τις δράσεις που διεξάγουν τα κέντρα πρόληψης καθώς και τα οικονομικά τους στοιχεία.

4.2. Ιστορική αναδρομή των φορέων και προγραμμάτων πρόληψης στην

Ελλάδα

Η πρώτη απόπειρα υλοποίησης Προγραμμάτων Πρόληψης έγινε το 1995 όταν τέθηκε σε εφαρμογή το σχέδιο λειτουργίας ενός Κέντρου Πρόληψης σε κάθε Νομό της χώρας με την αναγκαία συνεργασία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, η οποία θα συμμετέχει στη συγχρηματοδότηση αλλά και στην εύρυθμη λειτουργία των Κέντρων. Με την ίδρυση τους τα Κέντρα Πρόληψης αποβλέπουν στην ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση των τοπικών κοινοτήτων στο ζήτημα της χρήσης ουσιών. (Ντινάκη, 2011)

Το 2009 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 71 Κέντρα Πρόληψης σε 49 Νομούς (εκτός

των Νομών Δράμας και Λασιθίου) ενώ το 2010 ιδρύθηκαν Κέντρα Πρόληψης και σε αυτούς του Νομούς. Ο σχεδιασμός του OKANA προβλέπει την ίδρυση νέων Κέντρων Πρόληψης, τα οποία θα φτάσουν στο σύνολο τους τα 83 σε όλη τη χώρα. Για την λειτουργία των Κέντρων υπογράφεται Προγραμματική σύμβαση όλων των εμπλεκόμενων μερών, η οποία διαρκεί πέντε έτη. (Ντινάκη, 2011)

Στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης ξεκίνησαν όταν κλιμακώθηκε το πρόβλημα της χρήσης ουσιών και στην κοινωνία και ιδιαίτερα στους νέους. Για την πρωτογενή πρόληψη καθιερώθηκαν οι εξής βασικές προσεγγίσεις: η προσέγγιση του εκφοβισμού, της ενημέρωσης – πληροφόρησης, της ανάπτυξης εναλλακτικών προς τη χρήση δραστηριοτήτων και της εκπαίδευσης ατόμων και ομάδων σε προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες.

Όσον αφορά την προσέγγιση του εκφοβισμού, αυτή στόχευσε στη δημιουργία ενός κλίματος φόβου ώστε προβάλλοντας τις δυσμενείς επιπτώσεις των ναρκωτικών να αποτρέψει τη χρήση. Βέβαια τις περισσότερες φορές τα μηνύματα που υιοθετούσε δεν ανταποκρινόταν στην πραγματικότητα αφού μεγαλοποιούσαν τα γεγονότα κάτι που έκανε ιδιαίτερα τους νέους να την απορρίψουν. Το αποτέλεσμα της προσέγγισης έκανε τους νέους περισσότερο περίεργους να δοκιμάσουν αυτό το παιχνίδι του κινδύνου παρά να δείξουν ενδιαφέρον για τις μακροχρόνιες συνέπειες.

Η προσέγγιση της ενημέρωσης – πληροφόρησης στοχεύει στην ενημέρωση για τις ουσίες και τις εκπτώσεις της χρήσης πιστεύοντας πως αυτή η γνώση θα τροποποιήσει στάσεις και συμπεριφορές. Στην πράξη αυξήθηκε μεν η γνώση ωστόσο δεν επέφερε την προβλεπόμενη αλλαγή συμπεριφοράς.

Η τρίτη προσέγγιση, αυτή της ανάπτυξης εναλλακτικών προς τη χρήση δραστηριοτήτων, εστιάζει στους νέους και καλύπτει κάποιες ανάγκες τους μέσω δραστηριοτήτων. Αθλητικές και πολιτιστικές δραστηριότητες ενισχύουν την ένταξη τους σε ομάδα, ενισχύουν τις σχέσεις τους με συνομηλίκους και τους βοηθούν να ξεχωρίζουν. Τις δραστηριότητες αυτές τείνουν να υποστηρίζουν οι πολιτικοί αλλά επικροτεί και η κοινωνία στο σύνολο της.

Η προσέγγιση της εκπαίδευσης σε δεξιότητες ζωής επιχειρεί να βοηθήσει το άτομο να κατανοήσει τον εαυτό του σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο καθώς και τη σχέση του με τον κοινωνικό περίγυρο. Εκτιμά πως αυτή η κατανόηση θα βελτίωση την επικοινωνία, τη κοινωνική διεκδίκηση, τη κριτική λήψη αποφάσεων, τη διαχείριση του άγχους και την επίλυση συγκρούσεων. Η προσέγγιση αυτή εφαρμόζεται ευρέως σε ευρωπαϊκές χώρες ενώ θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική. (Ντινάκη, 2011)

4.3. Τα Κέντρα Πρόληψης OKANA και Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Ο Ο.Κ.Α.Ν.Α σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και με άλλους φορείς αναλαμβάνει την ίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας. Ο Ο.Κ.Α.Ν.Α διακρίνει την αναγκαία συμμετοχή των τοπικών κοινωνιών στη πρόληψη και την σημασία ανάληψης κοινωνικής δράσης από την Τοπική Αυτοδιοίκηση ανάλογα με τις ανάγκες

την κάθε κοινότητα. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Υπουργείο Εσωτερικών έχουν αναλάβει την συγχρηματοδότηση των Κέντρων Πρόληψης ενώ την εποπτεία έχει αναλαμβάνει το τμήμα Εφαρμογών Πρόληψης του Ο.Κ.Α.Ν.Α. (Ντινάκη, 2011)

4.3.1. Χαρακτηριστικά των Κέντρων Πρόληψης

Η τρέχουσα Προγραμματική Σύμβαση για την λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης της εξάρτησης για την περίοδο 2009-2013 μεταβιβάστηκε με Πρτ. Υπ' αριθ. ΔΥΓ6/ΓΠ 48011/9-4-2009 έγγραφο και περιλαμβάνει τα εξής:

Ως προοίμιο της σύμβασης θεωρείται ο σχεδιασμός και υλοποίηση αξιόπιστων προγραμμάτων πρόληψης. Είναι αναγκαία η συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την υλοποίηση των προγραμμάτων. Η προγραμματική σύμβαση έχει σκοπό να αναβαθμίσει και να εναρμόνιση νομοθεσία σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή, σχετικά με πρόληψη, την υποστήριξη και την ανάπτυξη του θεσμού. Ως αντικείμενο της σύμβασης θεωρείται η υποχρέωση των συμβαλλόμενων μερών να σχεδιάσουν και να αναπτύξουν ένα πλήρες δίκτυο Κέντρων πρόληψης, το οποίο θα: 1) καταγράφει, θα τεκμηριώνει, θα αξιολογεί και θα πιστοποιεί την υπάρχουσα κατάσταση, 2) Θα αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για την εύρυθμη λειτουργία των κέντρων πρόληψης, 3) θα σχεδιάζει και θα υλοποιεί πρωτοβουλίες υποστήριξης των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ, 4) θα εξασφαλίζει την χρηματοδότηση των Κέντρων Πρόληψης, 5) θα παρακολουθεί την πορεία υλοποίησης όσων ειπώθηκαν και 6) θα προβάλλει στο κοινό τον θεσμό και το έργο των Κέντρων Πρόληψης. (Ντινάκη, 2011)

4.3.2. Κέντρα Πρόληψης και ομάδες στόχου

Τα Κέντρα Πρόληψης χρησιμοποιούν προγράμματα που στηρίζονται στη φιλοσοφία της αγωγής και της παραγωγής υγείας, και αφού ευαισθητοποιήσουν την κοινωνία να πετύχουν την ενεργοποίησή της. Οι δράσεις ποικίλουν ανάλογα με τον στόχο, για παράδειγμα όσον αφορά τους νέους, μπορεί να προσεγγιστούν άμεσα αλλά και μέσω άλλων ομάδων πληθυσμού όπου έρχονται σε επαφή με τους νέους. Κάποιες από τις άμεσες δράσεις για τους νέους είναι η σχολική κοινότητα, κάποιοι χώροι εργασίας, αθλητικοί χώροι και άλλοι χώροι διασκέδασης. (Ντινάκη, 2011)

Οι ομάδες που απευθύνονται τα προγράμματα είναι :

- Γονείς
- Μαθητές & έφηβοι
- Στρατευμένοι
- Φορείς, σύλλογοι και οργανώσεις τοπικών κοινωνιών

- Χρήσιμοι επαγγελματίες (εκπαιδευτικοί, προπονητές, αστυνομικοί, ιερείς, επαγγελματίες υγείας κ.α)
- Ειδικές ομάδες πληθυσμού (πρόσφυγες, μετανάστες, παλιννοστούντες κ.α)
- Ευρύτερη κοινότητα. (Ντινάκη, 2011)
-

Οι στόχοι διαμορφώνονται ανάλογα με την ομάδα που απευθύνονται κάποιοι από αυτούς είναι οι εξής:

- Εκπαίδευση, υποστήριξη και ενδυνάμωση των νέων για να αποκτήσουν μια θετική στάση ζωής, και τροποποίηση συμπεριφορών για την αποφυγή της χρήσης.
- Υποστήριξη των οικογενειών μέσω συμβουλευτικής.
- Ενημέρωση των εκπαιδευτικών σε θέματα πρόληψης και ενδυνάμωση της σχέσης εκπαιδευτικών – μαθητών.
- Ενημέρωση και κινητοποίηση της κοινότητας. (Ντινάκη, 2011)

4.3.3. Δράσεις των Κέντρων Πρόληψης της Ουσιοεξάρτησης

4.3.3.1. Παρεμβάσεις στις ομάδες στόχου

Για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα υπάρχουν παρεμβάσεις στη σχολική κοινότητα, στην οικογένεια και στην κοινότητα.

Οι παρεμβάσεις στην σχολική κοινότητα διεξάγονται από προγράμματα της Αγωγής Υγείας του υπουργείου παιδείας και γίνονται πράξη είτε από εκπαιδευτικούς είτε από επαγγελματίες των κέντρων πρόληψης. Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Υγείας αναπτύσσουν συνεργασίες με τα κέντρα πρόληψης και με άλλους φορείς και από κοινού διοργανώνουν σεμινάρια για εκπαιδευτικούς σε θέματα της πρόληψης και συναντήσεις στήριξης των εκπαιδευτικών που συμμετέχουν σε τέτοια προγράμματα. Στόχοι των προγραμμάτων είναι η ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών, να ενισχύσουν τον εκπαιδευτικό τους ρόλο και η στήριξη τους στη διαχείριση κρίσεων και άλλων προβλημάτων στην τάξη. (Μπάφη, 2011)

Οι παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια έχουν επίσης μεγάλη σημασία για την πρόληψη γενικά στην Ελλάδα. Οι παρεμβάσεις στους γονείς μπορούν να χωριστούν σε δύο άξονες. Τις παρεμβάσεις πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης, οι οποίες είναι σύντομες και ανοιχτές συναντήσεις. Τα θέματα που καλύπτει το πρόγραμμα αφορούν την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη, τις σχέσεις της οικογένειας και την εκπαίδευση των παιδιών από μικρή ηλικία έως και την εφηβεία. Από την άλλη, οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης είναι ομάδες γονέων με βιωματικό χαρακτήρα και στοχεύουν στην αξιοποίηση της αλληλεπίδρασης εμπειριών. Τέτοιες ομάδες έχουν προκαθορισμένο αριθμό συναντήσεων και μελών. Η σύνθεση της ομάδας διαχωρίζεται βάση ηλικίας των παιδιών. Αυτό ενισχύει την εξειδίκευση τα θεμάτων στις συζητήσεις. Στόχοι είναι η υποστήριξη του γονικού τους ρόλου και η ενίσχυση της επικοινωνίας. Τέλος τα κέντρα πρόληψης προσεγγίζουν ευπαθείς ομάδες (μονογονεϊκές οικογένειες, διαφοροποιημένες ομάδες) όσον αφορά την πρόληψη και ανταποκρίνονται

συμβουλευτικά σε αιτήματα γονέων. (Μπάφη, 2011)

Οι παρεμβάσεις πρόληψης στην κοινότητα έχουν ως βασική ομάδα στόχου τους νέους, παιδιά και εφήβους. Τα κέντρα πρόληψης πραγματοποιούν παρεμβάσεις μέσω βιωματικών συνεδριών, δημιουργικών δραστηριοτήτων (ομάδες θεάτρου, μουσικής και εικαστικών) και δράσεις πληροφόρησης και κατανόησης ζητημάτων πρόληψης. Στο ευρύτερο πλαίσιο της κοινότητας στόχοι είναι να προσεγγισθεί η κοινότητα, να ευαισθητοποιηθεί, να συμμετέχει σε δραστηριότητες πρόληψης και να κάνει χρήση των παρεχόμενων φορέων. Για την κινητοποίηση της κοινότητας διοργανώνονται ομιλίες, δημοσιεύσεις σε τοπική εφημερίδα, ραδιόφωνο και τηλεόραση καθώς και διανομή πληροφοριακών φυλλαδίων των κέντρων πρόληψης και άλλων φορέων. (Μπάφη, 2011)

4.3.3.2 Εκπαίδευση και εποπτεία

Το κέντρο εκπαίδευσης και εποπτείας του ΟΚΑΝΑ λειτουργεί από το Νοέμβριο του 2011 και αναλαμβάνει την εποπτεία του τόσο του ΟΚΑΝΑ όσο και φορέων και προγραμμάτων σχετικά με την χρήση ουσιών. Αναλαμβάνει την εκπαίδευση των στελεχών των κέντρων πρόληψης, των εργαζομένων του ΟΚΑΝΑ, άλλους που εργάζονται ή επιθυμούν να εργαστούν στον τομέα της χρήσης ουσιών, επαγγελματίες υγείας, εθελοντές, πρακτικά ασκούμενους, άλλα μέλη συλλόγων ή φορέων, υπαλλήλους σωφρονιστικών καταστημάτων, ενόπλων δυνάμεων και στην αστυνομία. (Ντινάκη, 2011)

Οι μόνιμοι υπάλληλοι των Κέντρων Πρόληψης Αστικών μη Κερδοσκοπικών Οργανώσεων αριθμούν τους 350. Αρμόδια για την διαχείριση των υπαλλήλων των Κέντρων είναι η Επιτροπή Αξιολόγησης των Κέντρων πρόληψης με απόφαση του Δ.Σ του Ο.Κ.Α.Ν.Α. (Ντινάκη, 2011)

Τα Κέντρα Πρόληψης σχεδιάζουν τον Τριετή Σχεδιασμό Δράσης και τον προωθούν για να εγκριθεί από τη Διεύθυνση Εφαρμογής Προγραμμάτων του Ο.Κ.Α.Ν.Α. Ο σχεδιασμός περιέχει την διεξαγωγή ερευνών, ομάδες γονέων, απαντήσεις σε αιτήματα γονέων, παρεμβάσεις πρόληψης σε σχολεία, διεξαγωγή ημερίδων και σεμιναρίων σε εκπαιδευτικούς. Στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ αποδεικνύουν την μείωση της χρήσης της ηρωίνης ως αποτέλεσμα των παρεμβάσεων. (Ντινάκη, 2011)

Το Τμήμα Πρόληψης της Διεύθυνσης νσης Εφαρμογών Προγραμμάτων του Ο.Κ.Α.Ν.Α., εγκρίνει τις αιτήσεις των Κέντρων Πρόληψης όσον αφορά τις δράσεις τους, ενώ το Τμήμα Οικονομικού Ελέγχου των Κέντρων Πρόληψης της Διεύθυνσης Οικονομικών & Διοικητικών Υπηρεσιών του Ο.Κ.Α.Ν.Α. ελέγχει τα οικονομικά στοιχεία των Κέντρων. Ο έλεγχος στις δαπάνες πραγματοποιείται αν εξάμηνο ή κατ'έτος και αξιολογείται η εκτέλεση του προϋπολογισμού τους, ο Τριετής Σχεδιασμός Δράσης, η νομιμότητα των δαπανών τους, και παρακολουθούνται τα λειτουργικά έξοδα τους. Κάθε Κέντρο Πρόληψης στηρίζεται από Λογιστή (εξωτερικό συνεργάτη) με μέσο μηνιαίο κόστος απασχόλησης τα 250 ευρώ. (Ντινάκη, 2011)

4.3.3.3 Διατύπωση και συνεδριάσεις των φορέων πρόληψης

Κατά την διετία 2010-2011 ο Ο.Κ.Α.Ν.Α πραγματοποίησε τις ακόλουθες ημερίδες και εκπαιδευτικά προγράμματα:

- Με την συνεργασία του Ο.Κ.Α.Ν.Α και της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Ύπατος έλαβε χώρα η ημερίδα με τίτλο ``Η αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C σε χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών που λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης – στοχεύοντας στο βέλτιστο αποτέλεσμα``. Αριθμός συμμετεχόντων 100 στελέχη από μονάδες του οργανισμού.
- Πρόγραμμα εκπαίδευσης που πραγματοποιήθηκε με θέμα ``Ενημέρωση, μελέτη και ανταλλαγή επιστημονικών απόψεων για το νέο πλαίσιο λειτουργίας των μονάδων υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ``. Συμμετέχοντες στο πρόγραμμα: 170 στελέχη του Οργανισμού από περιφέρεια και Αθήνα.
- Πρόγραμμα εκπαίδευσης με θέμα: ``Εκπαίδευση του προσωπικού των νοσοκομείων για τη λειτουργία νέων μονάδων του ΟΚΑΝΑ`` Συμμετέχοντες στην ημερίδα 51 στελέχη των νοσοκομείων της 1^{ης} και 2^{ης} υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής. (Ο.Κ.Α.Ν.Α, 2012)

Συμμετοχή σε ημερίδες και συνέδρια την διετία 2010-2011:

- Πραγματοποιήθηκαν 25 συνεδρία σε Ελλάδα και εξωτερικό και συμμετείχαν σε αυτά με εισηγήσεις 32 εργαζόμενοι του ΟΚΑΝΑ (επιστημονικό προσωπικό).
- Άλλοι φορείς διοργάνωσαν 159 εκπαιδευτικές δράσεις (συνέδρια, σεμινάρια, ημερίδες) με υπό την παρουσία 260 στελεχών του Οργανισμού.
- Κατά το 2011, συνολικά 233 στελέχη του Οργανισμού παρακολούθησαν 108 εκπαιδευτικές δράσεις, που διοργανώθηκαν από άλλους φορείς. (Ο.Κ.Α.Ν.Α, 2012)

4.3.4. Δομή των Κέντρων Πρόληψης

4.3.4.1. Οργανόγραμμα και οργάνωση των Κέντρων Πρόληψης

Το 1995 έγινε η πρώτη απόπειρα δημιουργίας κέντρων πρόληψης σε κάθε νομός της χώρας με τη συνεργασία της τοπικής αυτοδιοίκησης καθώς και τη συγχρηματοδότηση τους. Το 2009 λειτούργησαν 71 κέντρα σε όλη τη χώρα ενώ το 2010 καλύφθηκαν όλοι οι νομοί της χώρας με συνολικό αριθμό 83 κέντρα πρόληψης σε όλη τη χώρα. Απαραίτητη για τη λειτουργία των κέντρων πρόληψης η προγραμματική σύμβαση η οποία έχει πενταετή διάρκεια.

Οι υποχρεώσεις των Συμβαλλόμενων μερών:

1.Το Υπουργείο Εσωτερικών Αποκέντρωσης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης συνεργάζεται με την ΚΕΔΚΕ και ευθύνεται για την αναβάθμιση και πρόοδο των κέντρων πρόληψης. Αναλαμβάνει την ανάθεση σε αξιολογητή την αξιολόγηση των κέντρων και συμμετέχει στην ίδρυση και λειτουργία των κέντρων πρόληψης. Επίσης συμμετέχει στο 50% της χρηματοδότησης των Κέντρων.

2.Το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναλαμβάνει: Την εγγραφή των

αναγκαίων πιστώσεων για την χρηματοδότηση κατά 50% των Κέντρων Πρόληψης μέσω του ΟΚΑ.ΝΑ. Και αυτό το υπουργείο αναλαμβάνει την ανάθεση σε αξιολογητή την αξιολόγηση των κέντρων και συμμετέχει στην ίδρυση και λειτουργία των κέντρων πρόληψης. Τέλος συστήνει την ομάδα διοίκησης έργου και ομάδων εργασίας.

3.Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ αναλαμβάνει την διαχείριση της χρηματοδότησης των κέντρων πρόληψης, εγκρίνει το μισθολόγιο και αξιολογεί τις υπάρχουσες καταστάσεις, εποπτεύει το έργο των κέντρων πρόληψης, συμμετέχει στην ίδρυση νέων κέντρων πρόληψης, συνεργάζεται με τα υπόλοιπα μέρη για την αναβάθμιση των κέντρων πρόληψης και είναι μέλος της επιτροπής παρακολούθησης της σύμβασης.

4. Η ΚΕΔΚΕ αναλαμβάνει: Την ετήσια κάλυψη του 50% των οικονομικών μέσω Κεντρικών Αυτοτελών Πόρων και τη συνεργασία του Υπουργείου Εσωτερικών. Και αυτή με τη σειρά της αναλαμβάνει την ανάθεση σε αξιολογητή την αξιολόγηση των κέντρων και συμμετέχει στην ίδρυση και λειτουργία των κέντρων πρόληψης. Τέλος εγκρίνει την αμοιβή των μελών και του γραμματέως της επιτροπής.

5. Η Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης αναλαμβάνει: την προώθηση των ποσών που προέρχονται από τους Κεντρικούς Αυτοτελείς Πόρους, την προβολή των θεσμών και του έργου των κέντρων, την παροχή τεχνικής βοήθειας, την ανάθεση σε αξιολογητή την αξιολόγηση των κέντρων και συμμετέχει στην ίδρυση και λειτουργία των κέντρων πρόληψης. Ακόμη συνεργάζεται με Ομάδες Εργασίας και την Ομάδα Διοίκησης Έργου.

4.3.4.2. Το επιστημονικό προσωπικό που απασχολείται στα Κέντρα Πρόληψης

Το προσωπικό που δραστηριοποιείτε στον Ο.Κ.Α.Ν.Α αποτελεί μια ισχυρή δυναμική για τον οργανισμό. Παρά τις μειώσεις που υπέστη, το προσωπικό διατηρεί ένα υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών στην κοινωνία. Ο Ο.Κ.Α.Ν.Α την 1^η Ιανουαρίου του 2012 διατηρούσε 637 εργαζομένους, εκ των οποίων 86 ιατρικό προσωπικό, 139 νοσηλευτικό προσωπικό, 221 επιστημονικό/ θεραπευτικό προσωπικό, 143 διοικητικό προσωπικό και 48 βοηθητικό προσωπικό. Επιπλέον για τις ανάγκες του Οργανισμού σε όλη την Ελλάδα, νοσοκομεία της χώρας έχουν διαθέσει 81 συνολικά άτομα επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό ενώ ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται επικουρικά εκτός του σταθερού προσωπικού του με 19 άτομα (ιατρικό προσωπικό). (Ο.Κ.Α.Ν.Α, 2012)

Ο Οργανισμός διατηρεί επίσης εθελοντική εργασία η οποία τα τελευταία χρόνια αυξάνεται. Ο Ο.Κ.Α.Ν.Α αναζητεί κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, κοινωνιολόγους και φοιτητές άλλων σχολών επαγγελματιών υγείας λόγω του ειδικού αντικειμένου. Στόχοι της εθελοντικής εργασίας για τον Οργανισμό είναι η κάλυψη των αυξανόμενων αναγκών του Οργανισμού, η παροχή υπηρεσιών και η συμμετοχή σε δράσεις που ενθαρρύνουν την ενεργητικότερη συμμετοχή των πολιτών στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Το 2010 20 άτομα πρόσφεραν εθελοντικά της υπηρεσίες τους ενώ το 2011 ο αριθμός ήταν 12 άτομα. (Ο.Κ.Α.Ν.Α, 2012)

Όσον αφορά τα 71 Κέντρα Πρόληψης που δραστηριοποιούνται σε όλη την Ελλάδα

οι εργαζόμενοι που τα απαρτίζουν αριθμούν τους 399 εκ των οποίων 148 ψυχολόγοι, 59 κοινωνικοί λειτουργοί, 47 κοινωνιολόγοι, 82 διοικητικό προσωπικό και 63 άλλων ειδικοτήτων ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών. (Ο.Κ.Α.Ν.Α, 2012)

4.3.4.3. Φορείς συνεργασίας των Κέντρων Πρόληψης

Τον Ιούλιο του 2010 ανακοινώθηκε το Εθνικό Σχέδιο Καταπολέμησης των Εξαρτήσεων (ΕΣΚΕ) υπό την παρουσία των αρμόδιων υπουργών, υφυπουργών και του Πρωθυπουργού Γεωργίου Παπανδρέου. (Ο.Κ.Α.Ν.Α 2010-2012). Το πολύπλευρο πρόβλημα των ναρκωτικών απαιτεί συντονισμό όλων των εμπλεκόμενων φορέων για την καταπολέμηση του φαινομένου. Εντούτοις πέρα από μια συλλογική προσπάθεια κρίνεται αναγκαία από τη μια η ανάπτυξη πολιτικών της μείωσης, της ζήτησης και προσφοράς των ναρκωτικών και από την άλλη η τροποποίηση και βελτίωση της αποτελεσματικότητας μέσω διαδικασιών αξιολόγησης. Έπειτα η Ευρωπαϊκή Ένωση συστήνει σχέδιο οκταετούς διάρκειας (2013–2020) σύμφωνα με το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης κατά των εξαρτήσεων. (Ο.Κ.Α.Ν.Α 2010-2012). Στην πράξη το Σχέδιο δημιουργεί νέες θέσεις θεραπείας, προβλέπει τη δημιουργία προγραμμάτων μέσα από τα οποία θα χορηγούνται υποκατάστατα στις φυλακές, την επιβολή εναλλακτικών μέτρων αντί της φυλάκισης για μικροπαραβάτες των νόμων περί ναρκωτικών και την ενίσχυση των κινήτρων που θα οδηγήσει κάποιον να επιλέξει την αναβολή της στρατιωτικής του θητείας του με σκοπό την ένταξη σε πρόγραμμα απεξάρτησης. (Ο.Κ.Α.Ν.Α, 2012)

Διυπουργικές συνεργασίες

Για την επίλυση θεσμικών ζητημάτων είναι αναγκαία η συνεργασία του ΟΚΑΝΑ με επιμέρους υπουργεία. Πιο συγκεκριμένα:

- Υπουργείο εσωτερικών:
Η ψήφιση νόμου 3966/4-5-2011 (ΦΕΚ Α, 118) όπου στο άρθρο 58 “Λοιπά θέματα αρμοδιότητας του Υπουργείου εσωτερικών Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής διακυβέρνησης” συμπεριλαμβάνεται η νομοθετική ρύθμιση για το θεσμικό πλαίσιο των Κέντρων Πρόληψης.
- Υπουργείο παιδείας:
Έκδοση ΚΥΑ Οικονομικών και παιδείας (ΦΕΚ Β, 434) για τον Καθορισμό Πλαισίου Συνεργασίας των Κέντρων Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ και του Υπουργείου Παιδείας για την εφαρμογή Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία Π/βαθμίας και Δ/βαθμίας Εκπαίδευσης (17-3-2011)
- Υπουργείο Εθνικής άμυνας:
Έκδοση Υπουργικής Απόφασης Φ.421 4/482381/ 17-6-2011, ΦΕΚ 1456 για την παροχή κινήτρων σε όσους ζητούν αναβολή στρατιωτικής θητείας λόγω χρήσης ουσιών, προκειμένου να εντάσσονται σε προγράμματα απεξάρτησης (17-6-2011).

Υπογραφή Μνημονίου Συναντίληψης και Συνεργασίας μεταξύ των Υπουργών Εθνικής Άμυνας και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της χρήσης εξαρτισιογόνων ουσιών στις Ένοπλες Δυνάμεις (22-3-2011).

- Υπουργείο Δικαιοσύνης:
Συμμετοχή της Προέδρου του ΟΚΑΝΑ στην ειδική Νομοπαρασκευαστική Επιτροπή του υπουργείου Δικαιοσύνης για την αναμόρφωση των διατάξεων του κώδικα Νόμων για τα ναρκωτικά (Ν.3459/2006). Τη τελική πρόταση Σχεδίου Νόμου υπέβαλε η επιτροπή τον Απρίλιο 2011 στον Υπουργό Δικαιοσύνης.
- Υπουργείο Δικαιοσύνης και Οικονομικών:
Υπογραφή της υπ’ αριθ. ΔΥΓ6/ΓΠ.98553 ΚΥΑ Οικονομικών, Υγείας και Δικαιοσύνης για την απόδοση των εσόδων, που προέρχονται από χρηματικές ποινές σε παρεμβάσεις του Νόμου περί ναρκωτικών και σε πολιτικές αντιμετώπισης του προβλήματος.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης:
(ΦΕΚ Β.2773) Έκδοση Υπουργικής Απόφασης επικύρωσης της λειτουργίας των Μονάδων του ΟΚΑΝΑ στα συγκεκριμένα νοσοκομεία 2-12-2011)).
- Υπουργείο Οικονομικών και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης:
Ψήφιση Νόμου 4058/22-3-2012 (ΦΕΚ Α,63) όπου στο άρθρο 41 ‘‘Ρυθμίσεις θεμάτων Νοσοκομείων ΕΣΥ, Κέντρων Υγείας και ΟΚΑΝΑ’’ προβλέπεται η συνεργασία του ΟΚΑΝΑ με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς με δελτίο παροχής υπηρεσιών (22-3-2012) (Ο.Κ.Α.Ν.Α, 2012)

Ο ΟΚΑΝΑ θεωρεί την συνεργασία με ευρωπαϊκούς και διεθνείς φορείς εξαιρετικά σημαντική για την πολιτική του ΟΚΑΝΑ. Ενθαρρύνει μια ενιαία πολιτική και μια κατάλληλη στρατηγική για τις σύγχρονες ανάγκες του Οργανισμού. Παρακάτω ακολουθούν οι συνεργασίες του ΟΚΑΝΑ στην Ευρώπη αλλά και σε ένα διεθνές επίπεδο: (Ο.Κ.Α.Ν.Α, 2012)

- Το Ευρωπαϊκό κέντρο Παρακολούθησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (EMCDDA).
- Την Οριζόντια Ομάδα για τα ναρκωτικά του Συμβουλίου της Ε.Ε.
- Την Ομάδα POMPIDOU του Συμβουλίου της Ευρώπης.
- Τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) για θέματα Ναρκωτικών και Αλκοόλ.
- Τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών – Γραφείο ΟΗΕ για τα Ναρκωτικά και το έγκλημα. (Ο.Κ.Α.Ν.Α, 2012)

4.4. Άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης της Ουσιοεξάρτησης

Το Υπουργείο Παιδείας, Δια βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων σε συνεργασία με τα Κέντρα Πρόληψης διεξάγει παρεμβάσεις της ουσιοεξάρτησης μέσα στο Πλαίσιο του θεσμού των Προγραμμάτων Αγωγής και Υγείας. Άλλοι κρατικοί ή μη κυβερνητικοί φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης είναι ο Κ.Ε.Θ.Ε.Α, το Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, η Μονάδα Απεξάρτησης των 18 άνω του ΨΝΘ, η Κίνηση Πρόταση για έναν άλλο τρόπο ζωής (μια εθελοντική οργάνωση), δυο φορείς της εκκλησίας, το Ίδρυμα ψυχοκοινωνικής Αρωγής και Στήριξης ΔΙΑΚΟΝΙΑ της Αρχιεπισκοπής Αθηνών και ο Οργανισμός Προαγωγής της Υγείας Άγιος Λουκάς Κριμαίας και της Ιεράς Μητροπόλεως Αιτωλίας και Ακαρνανίας. (Ντινάκη, 2011)

4.5. Ανακεφαλαίωση

Ο σκοπός της πρόληψης προβλέπει την δράση των Κέντρων Πρόληψης, για παρεμβάσεις σε τρία πεδία πριν την εκδήλωση συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Η πρωτογενής πρόληψη επικεντρώνεται στην μείωση της ζήτησης των εξαρτησιογόνων ουσιών, η δευτερογενής επικεντρώνεται στην έγκαιρη παρέμβαση σε άτομα που μόλις έχουν ξεκινήσει τη χρήση και η τριτογενής που στοχεύει στην πρόληψη της υποτροπής των ατόμων που έχουν απεξαρτηθεί. Από τον παρόντα έλεγχο δεν προέκυψαν στοιχεία που να επιβεβαιώνουν ότι τα Κέντρα Πρόληψης δραστηριοποιούνται και στα τρία αυτά πεδία.

Βέβαια η απουσία ενιαίου και ξεκάθਾਰου πλαισίου λειτουργίας, το υφιστάμενο πενταμερές σχήμα εμπλεκόμενων φορέων με τη πενταετή Προγραμματικής Συμφωνίας, η σύναψη Τριετών Σχεδιασμών Δράσης και το σύστημα συγχρηματοδότησης, έχουν οδηγήσει στην έλλειψη συντονισμού, την αλληλοεπικάλυψη της διοικητικής και επιστημονικής εποπτείας, ενώ από την αλλά η ασάφειες στο σύστημα προσλήψεων και μισθοδοσίας προσωπικού, έχει σαν αποτέλεσμα την διατήρηση σοβαρών δυσλειτουργιών και αδράνειας στη δράση των Κέντρων Πρόληψης με άμεση συνέπεια στην αποτελεσματικότητα τους και την δυνατότητα κλιμάκωσης των παρεμβάσεών τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ

ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

5.1.Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια αποτελεί όλο και περισσότερο επιστημονικά αναγκαίο η ύπαρξη παρεμβάσεων πρόληψης της ουσιοεξάρτησης που υλοποιούνται με επιστημονικά δεδομένα. Σε αυτό μπορούν να συμβάλουν η ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών και η ενσωμάτωση τους σε σχετικά εγχειρίδια ώστε να διασφαλίζεται η πιστότητα και η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Αξίζει να αναλυθεί η εφαρμογή των παρεμβάσεων πρόληψης, ποιές στρατηγικές χρησιμοποιούνται, σε ποιο πλαίσιο υλοποιούνται, ποιοι παράγοντες ενισχύουν και ποιοι δυσχεραίνουν το έργο της πρόληψης, πως σχεδιάζεται και πως αξιολογείται μια παρέμβαση.

5.2. Κύρια πεδία εφαρμογής των παρεμβάσεων πρόληψης

Ιδιαίτερα σημαντική για την ουσιοεξάρτηση στην Ελλάδα αποτελεί η συμμετοχή της σχολικής κοινότητας (γονέων, μαθητών, εκπαιδευτικών) σε παρεμβάσεις.

Οι παρεμβάσεις στην σχολική κοινότητα διεξάγονται από προγράμματα της Αγωγής Υγείας του υπουργείου παιδείας και γίνονται πράξη είτε από εκπαιδευτικούς είτε από επαγγελματίες των κέντρων πρόληψης. Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Υγείας αναπτύσσουν συνεργασίες με τα κέντρα πρόληψης και με άλλους φορείς διοργανώνοντας από κοινού σεμινάρια για εκπαιδευτικούς σε θέματα της πρόληψης και συναντήσεις στήριξης των εκπαιδευτικών που συμμετέχουν σε τέτοια προγράμματα. Στόχοι των προγραμμάτων είναι να ευαισθητοποιηθούν οι εκπαιδευτικοί, να ενισχύσουν τον εκπαιδευτικό τους ρόλο και η στήριξη τους στη διαχείριση κρίσεων και άλλων προβλημάτων στην τάξη. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Οι παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια έχουν επίσης μεγάλη σημασία για την πρόληψη γενικά στην Ελλάδα. Οι παρεμβάσεις στους γονείς μπορούν να χωριστούν σε δύο άξονες τις παρεμβάσεις πρόληψης και ευαισθητοποίησης και από την άλλη τις παρεμβάσεις εκπαίδευσης. Οι παρεμβάσεις πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης είναι σύντομες και ανοιχτές συναντήσεις. Τα θέματα που καλύπτει το πρόγραμμα αφορούν την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη, τις σχέσεις της οικογένειας και την εκπαίδευση των παιδιών από μικρή ηλικία έως και την εφηβεία. Από την άλλη, οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης είναι ομάδες γονέων με βιωματικό χαρακτήρα και στοχεύουν στην αξιοποίηση της αλληλεπίδρασης εμπειριών. Τέτοιες ομάδες έχουν προκαθορισμένο αριθμό συναντήσεων και μελών. Η σύνθεση της ομάδας διαχωρίζεται βάση ηλικίας των παιδιών. Αυτό ενισχύει την εξειδίκευση των θεμάτων στις συζητήσεις. Στόχοι είναι η υποστήριξη του γονικού τους ρόλου και η ενίσχυση

της επικοινωνίας. Τέλος τα κέντρα πρόληψης προσεγγίζουν ευπαθείς ομάδες (μονογονεϊκές οικογένειες, διαφοροποιημένες ομάδες) σε θέματα πρόληψης και ανταποκρίνονται συμβουλευτικά σε αιτήματα γονέων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Οι παρεμβάσεις πρόληψης στην κοινότητα έχουν ως βασική ομάδα στόχου νέους, παιδιά και εφήβους. Τα κέντρα πρόληψης πραγματοποιούν παρεμβάσεις μέσω βιωματικών συνεδριών, δημιουργικών δραστηριοτήτων (ομάδες θεάτρου, μουσικής και εικαστικών) και δράσεις πληροφόρησης και κατανόησης ζητημάτων πρόληψης. Στο ευρύτερο πλαίσιο της κοινότητας στόχοι είναι να προσεγγισθεί η κοινότητα, να ευαισθητοποιηθεί, να συμμετέχει σε δραστηριότητες πρόληψης και να κάνει χρήση των παρεχόμενων φορέων. Για την κινητοποίηση της κοινότητας διοργανώνονται ομιλίες, δημοσιεύσεις σε τοπική εφημερίδα, προβολή μέσω ραδιόφωνου και τηλεόρασης καθώς και διανομή πληροφοριακών φυλλαδίων των κέντρων πρόληψης και άλλων φορέων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

5.3. Στρατηγικές παρεμβάσεων πρόληψης

ΔΙΚΤΥΩΣΗ / ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

Οι δραστηριότητες της κινητοποίησης / δικτύωσης στοχεύουν να την ευαισθητοποιήσουν την τοπική κοινωνία σε ζητήματα πρόληψης της ουσιοεξαρτησης και στην κινητοποίηση με απώτερο σκοπό να συμμετέχουν ενεργά στην πρόληψη και να λειτουργήσουν ως πολλαπλασιαστές. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ / ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

Σε αρχικό επίπεδο οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας. Διεξάγονται συγκεντρώσεις μέσα στις οποίες παρέχεται γνώση σχετικά με τις εξαρτισογόνες ουσίες, τα αίτια της, τις επιδράσεις της αλλά και τις συνέπειες της. Επιπλέον γίνεται επεξεργασία θεμάτων του πρόβλημα της χρήσης ουσιών καταρρίπτοντας παράλληλα μύθους και στερεότυπα. Αυτές οι δράσεις περιλαμβάνουν επίσης ευαισθητοποίηση σε θέματα αγωγής υγείας, πρόληψης, διαπαιδαγώγησης και τον ρόλο και τις δυνατότητες του σχολείου και της οικογένειας. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Παρότι η παροχή γνώσεων και της ευαισθητοποίησης είναι σημαντική, κρίνεται αναγκαία η διαμόρφωση στάσεων και αντιλήψεων, η απόκτηση δεξιοτήτων ώστε να αντιμετωπιστούν με επιτυχία επιβαρυντικοί παράγοντες καθώς και η ενίσχυση προστατευτικών παραγόντων κατά της χρήσης. Πιο συγκεκριμένα πραγματοποιούνται βιωματικά σεμινάρια τα οποία απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους και έχουν ως στόχους την ανάπτυξη δεξιοτήτων, την διερεύνηση θεμάτων

αντίληψης του εαυτού, τη διαμόρφωση κανονιστικών αντιλήψεων / στάσεων και γενικότερα η διερεύνηση θεμάτων σχετικά με την πρόληψη. Οι παρεμβάσεις που απευθύνονται στους γονείς έχουν βασικούς στόχους την βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια και την ενίσχυση του γονεϊκού τους ρόλου. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Οι δημιουργικές δραστηριότητες που περιλαμβάνονται στις παρεμβάσεις πρόληψης υλοποιούνται με δομημένο και οργανωμένο τρόπο και απευθύνονται σε παιδιά, εφήβους και νέους αξιοποιώντας τον ελεύθερο χρόνο τους σε ομάδες θεάτρου, μουσικής κτλ. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Η συμβουλευτική που παρέχουν οι παρεμβάσεις πρόληψης αφορά επικεντρωμένες και ενδεδειγμένες παρεμβάσεις πρόληψης και περιλαμβάνει παροχή συμβουλευτικής και υποστήριξης για την αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Σημαντικό ρόλο παίζουν επίσης το περιβάλλον, οι κανόνες και οι κανονισμοί του σχολείου. Ο Butter (2005) διαπίστωσε πως «η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς εξαρτάται από τον βαθμό στον οποίο ήδη παρατηρείται η συγκεκριμένη συμπεριφορά μέσα στο συγκεκριμένο περιβάλλον». Παραδείγματος χάρη όταν κάποιο άτομο φοιτά σε σχολείο όπου μαθητές ή εκπαιδευτικοί καπνίζουν σε δημόσιους χώρους, τότε το άτομο έχει αυξημένες πιθανότητες να ξεκινήσει τη χρήση. Έχοντας αυτό γνώμονα κάποιες Ευρωπαϊκές χώρες επιβάλουν κανόνες και κανονισμούς για την κατανάλωση, την διαθεσιμότητα και τη διακίνηση των νομίμων και παρανόμων ουσιών εσωτερικά και γύρω από τις σχολικές μονάδες. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Πολλές φορές οι διαρθρωτικές παρεμβάσεις αποκαλούνται «μέτρα ελέγχου» ή δυσφημούνται με άλλους τρόπους λόγω της περιοριστικής πολιτικής που ασκούν. Βέβαια τα μέτρα αυτά είναι απαραίτητα επειδή προστατεύουν τους νέους από τα τεράστια οικονομικά οφέλη καπνοβιομηχανιών και βιομηχανιών αλκοολούχων ποτών καθώς και την πίεση των ΜΜΕ και των διαφημίσεων για κατανάλωση νομίμων εξαρτησιογόνων ουσιών. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

5.4. Πλαίσιο εφαρμογής των παρεμβάσεων πρόληψης

5.4.1. Σχολική κοινότητα

Η σχολική κοινότητα αποτελεί ένα σημαντικό πλαίσιο εφαρμογής των παρεμβάσεων πρόληψης επειδή επιτυγχάνεται πρόσβαση σε μεγάλο πληθυσμό (νέοι) και λόγω του

εκπαιδευτικού και οργανωμένου περιβάλλοντος που διαθέτει. Στόχοι της πρόληψης στη σχολική κοινότητα είναι να ενισχυθούν οι παράγοντες που προστατεύουν τους νέους και η αντιμετώπιση επιβαρυντικών ως προς τη χρήση ουσιών. Η παρέμβαση στοχεύει στην αλλαγή πεποιθήσεων σχετικά με την χρήση ουσιών από συνομηλίκους, την ενίσχυση κοινωνικών και προσωπικών δεξιοτήτων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων αντίστασης στην πίεση των συνομηλίκων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Κάποιες από τις εφαρμοσμένες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις πρόληψης στη σχολική κοινότητα είναι 1) η υιοθέτηση ενός ολοκληρωμένου θεωρητικού πλαισίου που θα προστατεύει το άτομο από παράγοντες που το καθιστούν ευάλωτο και παράλληλα θα ενισχύει αποτρεπτικούς παράγοντες ως προς τη χρήση, 2) να εφαρμοσθούν μέθοδοι αλληλεπίδρασης με σκοπό να ενθαρρυνθεί η συμμετοχή και η ανάπτυξη δεξιοτήτων, 3) η καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων, παράλληλα με την παροχή ακριβής ενημέρωσης για τις ουσίες, θα είναι επιστημονικά έγκυρη και θα εναρμονίζεται με την κοινωνική πραγματικότητα των νέων, 4) η αξιοποίηση εκπαιδευτικών υλικών και προγραμμάτων πρόληψης από εκπαιδευμένους εκπαιδευτικούς, 5) η δημιουργία ενός σαφή καθορισμένου περιεχομένου βασισμένο σε εκπαιδευτικά υλικά και προγράμματα που θα διαθέτουν εγχειρίδια και υλικό. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Πιο συγκεκριμένα αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε παιδιά προσχολικής / νηπιακής ηλικίας περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση επιθετικών συμπεριφορών, δυσκολιών στο σχολικό περιβάλλον και το χαμηλό επίπεδο κοινωνικών δεξιοτήτων. Παρεμβάσεις σε παιδιά σχολικής ηλικίας 6-12 ετών στοχεύουν στην βελτίωση της σχολικής επίδοσης καθώς και την κοινωνικο-συναισθηματική εκπαίδευση για να αντιμετωπιστεί η πρόωγη επιθετικότητα, η σχολική διαρροή και η σχολική αποτυχία. Ιδιαίτερης σημασίας θεωρείται οι παρεμβάσεις να στοχεύουν σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας με σκοπό να αντιμετωπίζονται ζητήματα που μπορεί να οδηγήσουν στη χρήση ουσιών. Οι παρεμβάσεις σε παιδιά εφηβικής ηλικίας 12-15 ετών περιλαμβάνουν την βελτίωση της σχολικής επίδοσης και δραστηριοτήτων σχετικών με την μελέτη και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων που θα ενισχύσουν τα παιδιά με διεκδικητικότητα και με δεξιότητες αντίστασης στη πίεσης από συνομηλίκους. Ακόμη θεωρείται σημαντικό τα παιδιά να διαμορφώσουν κατάλληλες αντιλήψεις σχετικά με τη χρήση ουσιών και να καλλιεργήσουν προσωπικές δεσμεύσεις και κίνητρα αποχής της χρήσης ουσιών. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Τέλος, οι παρεμβάσεις πρόληψης λαβαίνουν υπ όψη σημαντικές αλλαγές στη ζωή των παιδιών 'η βασικές μεταβατικές φάσεις στη ζωή των παιδιών όπως για παράδειγμα η αλλαγή τόπου κατοικίας, η απώλεια ενός γονέα ή η μετάβαση από το δημοτικό στο γυμνάσιο. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

5.4.2. Οικογένεια

Εκτός από τις παρεμβάσεις στο σχολείο, σημαντικές είναι οι παρεμβάσεις που εστιάζουν στην οικογένεια και κυρίως στους γονείς. Σύγχρονες μελέτες αξιολόγησης έχουν δείξει πως αποτελεσματικές παρεμβάσεις πρέπει να περιλαμβάνουν την ενημέρωση σχετικά με τις εξαρτησιογόνες ουσίες, την καλλιέργεια δεξιοτήτων

γονεϊκού ρόλου και την ενδυνάμωση των οικογενειακών δεσμών και σχέσεων των μελών της οικογένειας. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Αποτελεσματικοί παράγοντες των παρεμβάσεων θεωρούνται η ενίσχυση της σχέσης γονέα-παιδιού, η εκπαίδευση σε θέματα κοινωνικής μάθησης και ορίων, η εφαρμογή μεθόδων αλληλεπίδρασης, η εφαρμογή εμπειρικά τεκμηριωμένου θεωρητικού πλαισίου, η εφαρμογή θεμάτων κατάλληλα προσαρμοσμένων με την ηλικία των παιδιών (προσχολική, σχολική και εφηβική ηλικία) και η επιλογή θεμάτων λαβαίνοντας υπ όψη τις πολιτισμικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες των γονέων. Σε οικογένειες με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, είναι κατάλληλο να εφαρμόζονται επικεντρωμένες παρεμβάσεις πρόληψης εφόσον κρίνεται πως υπάρχουν θετικές ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

5.4.3. Κοινότητα

Επιτυχημένες πρακτικές που εφαρμόζονται στις παρεμβάσεις πρόληψης στη κοινότητα είναι η αποφυγή μεμονωμένων και αποσπασματικών παρεμβάσεων, συγκεκριμένα και σαφή μηνύματα όταν προσεγγίζονται ομάδες διαφορετικού πλαισίου και συνδυασμός παρεμβάσεων σε διαφορετικές ομάδες. (Μπάφη, 2011)

5.5. Προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου

Ως προστατευτικοί παράγοντες θεωρούνται εκείνοι οι οποίοι μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης και εκδήλωσης συμπεριφορών, επιλογών και προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Οι προστατευτικοί παράγοντες ενισχύουν θετικές συμπεριφορές και αποτρέπουν τις αρνητικές, μειώνοντας την επίδραση που μπορεί να έχει η έκθεση ενός ατόμου σε καταστάσεις κινδύνου και σε συνθήκες που ευνοούν τη χρήση ουσιών. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Σε ατομικό επίπεδο οι προστατευτικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τη διαμόρφωση αρνητικών στάσεων σε σχέση με τη χρήση ουσιών, γνώση για τις ουσίες και τις συνέπειες της χρήσης τους, ατομικές δεξιότητες διαχείρισης προβλημάτων και καθορισμού στόχων κτλπ, κοινωνικές δεξιότητες, αυτοεκτίμηση, μειωμένη παρορμητικότητα, προσαρμοστικότητα ή εύκολη ιδιοσυγκρασία και η ενασχόληση με τη θρησκεία. Σε επίπεδο οικογένειας, οι ισχυροί δεσμοί μεταξύ των μελών της οικογένειας συναισθηματική στήριξη, ασφαλής πρόσδεση γονέα-παιδιού, υψηλή γονεϊκή εποπτεία, συνεπής ανάλογα με την ηλικία, επιβολή πειθαρχίας, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων στην οικογένεια, υποστηρικτική επικοινωνία των μελών της οικογένειας, σημαντική προσκόλληση σε ενήλικες με θετική κοινωνική συμπεριφορά, σημασία στην αξία της εκπαίδευσης, απουσία πρόωρης απώλειας ή χωρισμού. Σε επίπεδο σχολείου περιλαμβάνει συνεργασία γονέα – δασκάλου, καλές σχέσεις με τους δασκάλους, εκπαιδευτικούς στόχους και φιλοδοξίες, θετικές εκπαιδευτικές προσδοκίες από τους γονείς και εξειδικευμένες παρεμβάσεις για μαθητές με ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες. Σε επίπεδο συνομηλίκων περιλαμβάνει δραστηριότητες θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς και την ανάγκη φίλων που

αποδοκιμάζουν την προβληματική συμπεριφορά. Σε επίπεδο κοινωνικού περιβάλλοντος – γειτονιάς – περιοχής ενήλικους φίλους με θετική κοινωνική συμπεριφορά, συνομιλικούς με θετική κοινωνική συμπεριφορά, υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο γειτονιάς ή περιοχής, πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας προγεννητική φροντίδα, πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας παιδιατρική υγειονομική περίθαλψη, πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας ψυχιατρική περίθαλψη, συνοχή και οργάνωση συνοικίας, σταθερότητα κατοικίας και προσφορά θέσεων εργασίας. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Ως παράγοντες κινδύνου θεωρούνται αυτοί που δημιουργούν ευνοϊκό κλίμα στην εμφάνιση της χρήσης ουσιών και συναφών προβλημάτων. Τέτοιοι παράγοντες αυξάνουν τις πιθανότητες κάποιο άτομο να γίνει ευάλωτο και να οδηγηθεί στη χρήση ουσιών. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι πως ενώ κάποιος παράγοντας μπορεί να επηρεάζει κάποιο άτομο μπορεί να μην παίζει ρόλο σε κάποιον άλλο. Όσον αφορά τις επιπτώσεις διαφέρουν ανάλογα με την προσωπικότητα του ατόμου, την αναπτυξιακή φάση και το περιβάλλον του. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Σε ατομικό επίπεδο οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την παραβατική συμπεριφορά σε μικρή ηλικία, κάπνισμα και κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε μικρή ηλικία, θετικές στάσεις για τη χρήση ουσιών, σεξουαλική δραστηριότητα σε μικρή ηλικία, ιστορικό με προβλήματα συμπεριφοράς, αρνητικά συμβάντα στη ζωή (σεξουαλική κακοποίηση, απώλεια σημαντικού προσώπου), άγχος, κατάθλιψη, επιθετικότητα, δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων (υπερκινητικότητα), αντικοινωνική συμπεριφορά, αναζήτηση διέγερσης/συναισθημάτων, προβλήματα ψυχικής υγείας και έλλειψη θετικών προτύπων και φιλοδοξιών. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Σε επίπεδο οικογενείας περιλαμβάνουν την χρήση ουσιών από τους γονείς, θετικές στάσεις στο ζήτημα της χρήσης, ελλειψείς γονεϊκή εποπτεία, γονεϊκή απόρριψη χαμηλό επίπεδο δεσμών και πρόσδεσης, συναισθηματική αδιαφορία και παραμέληση, αυταρχικούς γονείς, συγκρούσεις στην οικογένεια, χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον, χαμηλές ή υπερβολικά υψηλές προσδοκίες γονέων, ανεργία / χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και δυσκολίες επικοινωνίας στην οικογένεια. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Σε επίπεδο σχολείου οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν αντικοινωνική συμπεριφορά, χαμηλή σχολική εκπαίδευση, έλλειψη σχολικής δέσμευσης, σχολικός εκφοβισμός, χαμηλές προσδοκίες εκπαιδευτικών, αρνητικό σχολικό κλίμα, απουσίες, σκασιαρχείο (σχολική διαρροή), περιορισμένη υποστήριξη εκπαιδευτικού συστήματος και χρήση ουσιών από εκπαιδευτικούς. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Σε επίπεδο συνομηλικών είναι η χρήση ουσιών από φίλους, απομόνωση / αποκλεισμός, ευνοϊκή στάση σε προβληματικές συμπεριφορές, φίλοι με προβληματική συμπεριφορά, πρόωμη έναρξη προβληματικής συμπεριφοράς και ανεργία των νέων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Σε επίπεδο κοινωνικού περιβάλλοντος / γειτονιάς και περιοχής οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τη διαθεσιμότητα ουσιών στη γειτονιά, χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο περιοχής, συνομήλικοι χρήστες ουσιών, συνομήλικοι παραβάτες, πρόσβαση σε στέκια που γίνεται χρήση, εγκληματικότητα στη γειτονιά, κοινωνική ανοχή στη βία ή τη κατάχρηση ουσιών, αποδιοργάνωση συνοικίας, μετακινήσεις

πληθυσμού και φτώχεια. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

5.6. Στάδια ανάπτυξης ενός σχεδίου πρόληψης

Τα στάδια ανάπτυξης καθορίζουν την σειρά προτεραιότητας από την αρχική φάση του σχεδιασμού μέχρι την ολοκλήρωση της παρέμβασης και την αξιολόγηση. Συμβάλλουν ώστε η παρέμβαση να αποτυπωθεί με σαφήνεια, οι συντελεστές της να είναι αλληλένδετες και να έχουν αρμονική σχέση μεταξύ τους. Τα περισσότερα μοντέλα που χρησιμοποιούνται για τη περιγραφή των σταδίων εστιάζουν στα κύρια μέρη μιας παρέμβασης και μεταφέρουν την λογική σχέση των μερών και των αποτελεσμάτων της μέσω τεσσάρων βασικών τομέων. Τα περισσότερα μοντέλα εστιάζουν στο γενικό πλαίσιο (φάση πριν την υλοποίηση), το θεωρητικό υπόβαθρο και τις θεωρητικές υποθέσεις, τις κύριες δράσεις της παρέμβασης (μεθοδολογία, στρατηγικές) και τα αποτελέσματα της αξιολόγησης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Αρχικά το γενικό πλαίσιο περιλαμβάνει όλες τις τρέχουσες συνθήκες που απαρτίζουν μια παρέμβαση και τις συνιστώσες που την επηρεάζουν. Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει γεωγραφικά, πολιτιστικά, οικονομικά, και δημογραφικά χαρακτηριστικά της κοινότητας και τις πολιτικές και τους κανόνες που τη ρυθμίζουν. Οι θεωρητικές υποθέσεις βασίζονται σε θεωρίες και θεωρητικά μοντέλα που πλαισιώνουν το σχεδιασμό και την ανάπτυξη. Οι κύριες δραστηριότητες εστιάζουν στην υλοποίηση της παρέμβασης για παράδειγμα την ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, τη μεθοδολογία και τις στρατηγικές της παρέμβασης. Τα αποτελέσματα είναι οι επιδράσεις της παρέμβασης στο τελικό στάδιο και περιλαμβάνει αλλαγή στη στάση και τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Τέλος πρέπει να διασφαλίζεται η λογική και αρμονική σχέση των σταδίων μεταξύ των αναγκών και των στόχων της παρέμβασης, των δεικτών αξιολόγησης και των θεωρητικών υποθέσεων, των στόχων της παρέμβασης, των κύριων πεδίων και της μεθοδολογίας παρέμβασης, των στόχων της παρέμβασης και των δεικτών αξιολόγησης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

5.7 Σχεδιασμός και αξιολόγηση των παρεμβάσεων

5.7.1. Βασικοί άξονες σχεδιασμού των παρεμβάσεων πρόληψης

1. ΑΞΟΝΑΣ: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ

Σε αυτό το στάδιο αναλύονται οι λόγοι που κρίνεται αναγκαία η παρέμβαση και οι παράγοντες που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την παρέμβαση ενώ αποσαφηνίζεται η αρχική κατάσταση του προβλήματος και καθορίζονται οι προτεραιότητες της παρέμβασης. Η πολυπλοκότητα της δράσης διαμορφώνει την ανάγκη συλλογής πληροφοριών και στοιχείων που θα πλαισιώσουν την εκτίμηση των αναγκών. Μια

παρέμβαση με ένα στόχο θα συμπεριλάβει κάποιο μέρος από τα δεδομένα που υπάρχουν από την αρχική κατάσταση και όχι όλα τα δεδομένα που έχει στη διάθεση της. Επιπλέον η εκτίμηση των αναγκών συμβάλει τόσο στις παρεμβάσεις της πρόληψης στο τομέα της ουσιοεξάρτησης όσο και στην δημιουργία μιας σφαιρικής εικόνας για τα κοινωνικά ζητήματα ή τα θέματα υγείας της περιοχής. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ

Υπάρχουν δυο μεταβλητές που διαμορφώνουν την εκτίμηση αναγκών, οι μεταβλητές που επεξηγούν την αρχική κατάσταση / πρόβλημα και οι μεταβλητές που επηρεάζουν τον σχεδιασμό και την υλοποίηση της παρέμβασης. Οι μεταβλητές που επεξηγούν την αρχική κατάσταση / πρόβλημα διακρίνονται σε επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν την έκταση της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών, την χρήση καπνού, προβλήματα λόγω αλκοολισμού, χαρακτηριστικά των ατόμων που επιθυμούν θεραπεία και στους κοινωνικούς δείκτες, που αφορούν τα ποσοστά παραβατικότητας και εγκληματικότητας, το μέγεθος της ανεργίας και το ποσοστό του πληθυσμού υπό χαμηλές συνθήκες διαβίωσης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Οι μεταβλητές που επηρεάζουν τον σχεδιασμό και την υλοποίηση της παρέμβασης διακρίνονται στο θεσμικό πλαίσιο το οποίο περιλαμβάνει τιμές εξαρτησιογόνων ουσιών, τη διαθεσιμότητα παράνομων και νόμιμων ουσιών, την ανεπάρκεια εφαρμογής των νόμων και στο κοινωνικό – πολιτισμικό πλαίσιο που αφορά τη στάση των ΜΜΕ, τη στάση της βιομηχανίας (νυχτερινής) ψυχαγωγίας, τις συνήθειες και της αντίληψης της κοινότητας σχετικά με την χρήση και το κοινωνικο-πολιτισμικό επίπεδο της κοινότητας. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

2. ΑΞΟΝΑΣ: ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Έπειτα από την ολοκλήρωση της εκτίμησης των αναγκών ακολουθεί ο προσδιορισμός του σκοπού της παρέμβασης, των λειτουργικών στόχων και των θεωρητικών υποθέσεων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρέμβασης πρέπει να είναι συνυφασμένος με τον σκοπό της παρέμβασης που υλοποιείται. Πρέπει να περιλαμβάνει την επιθυμητή αλλαγή στην ομάδα-στόχο και το χρονικό πλαίσιο που αναμένεται να επιτευχθεί. Επιπλέον ο γενικός σκοπός περιλαμβάνει τους προστατευτικούς παράγοντες και τους παράγοντες κινδύνου. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Για την επίτευξη του γενικού σκοπού είναι αναγκαίο να τεθούν οι ειδικοί στόχοι οι οποίοι θα λειτουργήσουν ως ενδιάμεσοι παράμετροι. Οι ειδικοί στόχοι πρέπει να συνδέονται με τις αλλαγές που θα επέλθουν στην ομάδα στόχο της παρέμβασης, να είναι σαφείς, να μετρούν και να ορίζουν ποσοτικά τις αλλαγές που θα επιφέρουν και θα πρέπει να περιέχουν ένα ρεαλιστικό χρονοδιάγραμμα. Ο καθένας από τους ειδικούς στόχους μπορεί άμεσα να μην σχετίζεται με την χρήση ουσιών (π.χ μπορεί να εστιάζει σε θέματα που αφορούν την επιθετικότητα, τη προσαρμοστικότητα και τη σχολική επίδοση) εντούτοις ο καθένας από τους στόχους πρέπει να ενισχύει και να είναι αλληλένδετος. Ως σημαντικότερο κρίνεται, οι ειδικοί στόχοι να είναι μετρήσιμοι,

ρεαλιστικοί και επιτεύξιμοι. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Είναι αναγκαίο να υπάρχει σύνδεση μεταξύ ειδικών στόχων και αποτελέσματος και σε αυτό συμβάλει η υπόθεση εργασίας / θεωρητική υπόθεση της παρέμβασης. Οι θεωρητικές υποθέσεις ορίζουν τις στρατηγικές και τη μεθοδολογία της παρέμβασης και συμβάλλουν στην υλοποίηση των ειδικών στόχων. Ένα λάθος που κάνουν συχνά οι επαγγελματίες είναι να βασίζονται αποκλειστικά στον εαυτό τους χωρίς να αμφισβητούν τις υποθέσεις τους. Ωστόσο το θεωρητικό πλαίσιο θα ενίσχυση την διαμόρφωση και πλαisiώση των στόχων συνδέοντας ταυτόχρονα το αποτέλεσμα της παρέμβασης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Οι θεωρητικές υποθέσεις αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της πρόληψης καθώς ενισχύουν την πρόληψη, προσθέτουν επαγγελματική εγκυρότητα και συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων. Θεωρείται αυτονόητο πως μια θεωρία τροποποιείται , επεκτείνεται και χρησιμοποιείται μαζί με άλλες στο σχεδιασμό μιας παρέμβασης. Βέβαια, κρίνεται σημαντικό οι επαγγελματίες ανάλογα με την παρέμβαση τους να επιλέγουν με προσοχή το θεωρητικό πλαίσιο της παρέμβασης επειδή όλα τα μοντέλα δεν λειτουργούν σε όλες τις περιπτώσεις. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

3. ΑΞΟΝΑΣ: ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Καθοριστικό ρόλο για να κριθεί αποτελεσματική η παρέμβαση διαδραματίζει το πλαίσιο εφαρμογής (σχολείο, οικογένεια, κοινότητα), η μέθοδος υλοποίησης (χρήση εκπαιδευτικού υλικού, ομιλιών, τεχνικές αλληλεπίδρασης) και η σαφής διατύπωση της ομάδας-στόχου. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΟΜΑΔΑ-ΣΤΟΧΟΣ

Αρχικά πρέπει να οριστεί η τελική ομάδα-στόχου και η ενδιάμεση ομάδα εφόσον υπάρχει. Οι παρεμβάσεις πρόληψης μπορεί να υλοποιούνται άμεσα στους νέους (π.χ μαθητές) είτε έμμεσα σε άλλες ομάδες (π.χ εκπαιδευτικούς, γονείς). Οι ειδικοί στόχοι που έχουν τεθεί πρέπει να είναι σε αρμονία με την ομάδα-στόχου που απευθύνεται. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΠΛΑΙΣΙΟ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

Όταν οι παρεμβάσεις της σχολικής κοινότητας αφορούν κάποιο πρόγραμμα με εκπαιδευτικό υλικό τότε είναι προτιμότερο να υλοποιείται στη σχολική κοινότητα λόγω της σταθερότητας των συνθηκών και της επαφής. Οι παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια ίσως περιέχουν δυσκολία λόγω πιθανού κινδύνου που μπορεί να διατρέχουν οι γονείς για αυτό και η συμμετοχή τους είναι δύσκολη. Στην κοινότητα η παρέμβαση είναι δυσκολότερη επειδή δεν μπορούν να συγκεντρωθούν και να διατηρηθούν εύκολα ευπαθείς ομάδες. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

ΜΕΘΟΔΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

Στη σχολική κοινότητα μπορεί να λεχθεί πως αποτελεσματική έχει κριθεί η παρέμβαση που βασίζεται στην εφαρμογή εκπαιδευτικού υλικού/προγραμμάτων . Τα προγράμματα περιέχουν εγχειρίδια, προσδιορισμένο αριθμό συναντήσεων και έχουν συγκεντρωμένη διάρκεια και περιεχόμενό. Έχει παρατηρηθεί βέβαια πως τα

προγράμματα είναι δύσκολο να υλοποιηθούν επειδή τα εκπαιδευτικά υλικά που προέρχονται από άλλες χώρες πολλές φορές δεν συνάδουν με την εκάστοτε πολιτισμική πραγματικότητα. Λόγο αυτού η ανάπτυξη της πρόληψης έχει μείνει στάσιμη ενώ αποτελεσματικότερες είναι παραδοσιακές και αναπόδεικτες προσεγγίσεις. Υπό αυτές τις συνθήκες οι επαγγελματίες πρέπει να βρουν τη χρυσή τομή μεταξύ εκπαιδευτικού υλικού και ανάγκης για προσαρμογή του περιεχομένου στις διάφορες συνθήκες. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

4. ΑΞΟΝΑΣ: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΦΑΡΜΟΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η εκτίμηση εφαρμοστικότητα περιλαμβάνει το συνδυασμό του θεωρητικού πλαισίου με την εκτίμηση αναγκών και τους διαθέσιμους πόρους με την επιλογή ενεργειών στο πλαίσιο της παρέμβασης. Οι επαγγελματίες από τη μια πρέπει να αποφύγουν υπερβολικές φιλοδοξίες και από την άλλη να εστιάσουν στα αναγκαϊότερα σημεία και σε αυτά που είναι ρεαλιστικά ως προς την υλοποίησή τους. Ταυτόχρονα πρέπει να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με την αξιολόγηση. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Στην καταγραφή των αναγκών για την εφαρμογή της παρέμβασης περιλαμβάνονται οι διαθέσιμοι πόροι. Αυτοί συγκεντρώνουν τις οικονομικές απαιτήσεις όπως παρουσιάζονται στον προϋπολογισμό της παρέμβασης, υλικοτεχνική υποδομή και το ανθρώπινο δυναμικό. Χρήσιμη θεωρείται η χρήση μιας γραφικής αναπαράστασης των πόρων, η καταγραφή πιθανών εμποδίων και λύσεων για το κάθε εμπόδιο. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

5. ΑΞΟΝΑΣ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ταυτόχρονα με την εφαρμογή της παρέμβασης υλοποιείται και η αξιολόγηση της. Οι επαγγελματίες δεν πρέπει να υποτιμούν αυτοί τη διαδικασία επειδή εξηγεί πως δημιουργήθηκαν τα αποτελέσματα της παρέμβασης ή γιατί δεν δημιουργήθηκαν. Η αξιολόγηση διακρίνεται σε δυο μορφές, την αξιολόγηση της διαδικασίας και την αξιολόγηση του αποτελέσματος. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Για να αξιολογηθούν, ο τρόπος εφαρμογής της παρέμβασης, οι αντιδράσεις των συμμετεχόντων και η έκταση εφαρμογής της παρέμβασης χρησιμοποιείται η αξιολόγηση της διαδικασίας. Η αξιολόγηση της διαδικασίας εστιάζει στην ακρίβεια της εφαρμογής, αν υπάρχει συνέπεια ως προς το αρχικό σχέδιο, αν τηρήθηκαν τα χρονοδιαγράμματα και αν η πρόοδος της παρέμβασης πραγματοποιήθηκε σωστά και ομαλά. Ιδιαίτερη χρησιμότητα της αποτελεί η δυνατότητα της να ενισχύει τη παρέμβαση. Τα δεδομένα που συλλέγονται δίνουν την δυνατότητα για τροποποίηση ή αναπροσαρμογή της παρέμβασης. (Μπάφη, 2011)

Για να εξακριβωθεί η επιτυχία της παρέμβασης χρησιμοποιείται η αξιολόγηση του αποτελέσματος. Η αξιολόγηση του αποτελέσματος αναλύει τις συνέπειες της παρέμβασης, εάν πέτυχε τους στόχους που τέθηκαν και αν πρέπει η παρέμβαση να συνεχιστεί, να τροποποιηθεί ή να εγκαταλειφτεί. Η διαδικασία της αξιολόγησης περιλαμβάνει την ανάλυση κάποιων δεικτών. Στη φάση της διατύπωσης των ειδικών

στόχων πρέπει να έχουν τεθεί οι περισσότεροι δείκτες και άλλες σημαντικές πληροφορίες. (Μπάφη, 2011)

6. ΑΞΟΝΑΣ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ & ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο τελευταίο στάδιο της παρέμβασης ακολουθεί μια συνοπτική περίληψη του κάθε άξονα με σκοπό να αναδείξει μια καθολική παρουσίαση της παρέμβασης και της λογικής αλληλουχίας της. Όσον αφορά την αξιοποίηση της αξιολόγησης επειδή δεν ενδιαφέρονται όλα τα εμπλεκόμενα μέρη για τους ίδιους δείκτες και παραμέτρους πρέπει να υπάρχει ταξινόμηση που θα διευκρινίζει ποια στοιχεία πάνε σε ποιόν. Ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης τους, οι συμμετέχοντες πρέπει να ενημερώνονται για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης. Ακόμη η αξιολόγηση αποτελεί εργαλείο για την προώθηση της παρέμβασης. Για την διάδοση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης είναι κατάλληλη η χρήση των ΜΜΕ σε τοπικό επίπεδο, η δημιουργία ενημερωτικών δελτίων, η δημιουργία παρουσιάσεων των αποτελεσμάτων στο διαδίκτυο με απλή γλώσσα και σε επιστημονικό επίπεδο, δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά και προβολή της παρέμβασης σε βάσεις δεδομένων καλής πρακτικής όπως το σύστημα EDDRA. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

5.7.2. Συστήματα σχεδιασμού και αξιολόγησης πρόληψης

Η πρόληψη αποτελεί ένα ζήτημα το οποίο απασχόλησε τις σύγχρονες κοινωνίες καθόλη τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα. Ωστόσο, κανείς δεν μπορεί να μιλήσει για ενοποιημένο ή επαρκώς θεωρητικά υποστηριζόμενο μοντέλο πρόληψης μέχρι την δεκαετία του 1960, όπου η συμβολή διάφορων θεωρητικών μοντέλων οδήγησε και σε περισσότερο οργανωμένα συστήματα στον ευρύτερο τομέα της πρόληψης από την χρήση ουσιών (Negreiros, 1992).

Από τότε, έχουν δημιουργηθεί κατά καιρούς αρκετά ενιαία συστήματα σε εθνικό, πολυεθνικό ή παγκόσμιο επίπεδο, τα οποία χαρακτηρίζονται ως οδηγό ή εγχειρίδια πρόληψης. Παρακάτω θα παρουσιάσουμε σε χρονολογική σειρά τρία από αυτά, τα οποία είναι έχουν χρησιμοποιηθεί στη χώρα μας αυτούσια ή προσαρμοσμένα και έχουν επηρεάσει σημαντικά τον τρόπο που υλοποιούνται οι παρεμβάσεις πρόληψης.

5.7.2.1. Το σύστημα πρόληψης Hourd System

Το «HOURD Ενιαίο Σύστημα Πρόληψης Ναρκωτικών (Λήψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών)», ή αλλιώς «Hourd System» όπως είναι περισσότερο γνωστό, είναι ένα σύστημα πρωτογενούς πρόληψης το οποίο διατυπώθηκε και αναπτύχθηκε από την ψυχολόγο Μαρία Χουρδάκη και βρήκε ανταπόκριση τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο (Χουρδάκη, 2000). Το συγκεκριμένο σύστημα εφαρμόστηκε επιτυχώς για 40 περίπου χρόνια σε πολλά σημεία της Ελλάδας και

έφερε μια περισσότερο ανθρωποκεντρική και εκτεταμένη προσέγγιση του ζητήματος της πρόληψης στην χώρα μας (Χουρδάκη, 2000).

Το σύστημα αυτό προβάλλει έντονη κριτική στο μέχρι τότε υφιστάμενο τρόπο που η κοινωνία στο σύνολό της αντιμετώπιζε το θέμα της ουσιοεξάρτησης και κυρίως τον τρόπο που η πρόληψη εφαρμοζόταν στο σύνολό της (Χουρδάκη, 2000). Τόνισε την ανεπάρκεια της απλής πληροφόρησης ως μέσο κινητοποίησης και πρόληψης, τον αποκλεισμό των γονέων από τις παρεμβάσεις και τον στεγνά εκπαιδευτικό τρόπο λειτουργίας των σχολείων, καθώς και την αδιαφορία των Αρχών για τον τομέα της πρόληψης (Χουρδάκη, 2000). Στο πλαίσιο αυτό αντέταξε ένα νέο σύστημα πρόληψης, με πολλαπλούς άξονες δράσεις.

Σύμφωνα λοιπόν με το σύστημα αυτό, στόχος της πρόληψης είναι – και πρέπει να είναι – το άτομο να διαμορφώσει μια πάγια προσωπικότητα, με αίσθημα ευθύνης, υπευθυνότητας και γεμάτη θετικές στάσεις από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ζωής του, ώστε το ίδιο, εντελώς συνειδητοποιημένα, να αρνηθεί οποιαδήποτε σχέση με τις ουσίες (Χουρδάκη, 2000). Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, πρέπει να διασαφηνιστούν τόσο οι ανασταλτικοί παράγοντες (π.χ. συνθήκες διαβίωσης) όσο και οι βοηθητικοί παράγοντες (όπως η ικανοποίηση αναγκών), δίνοντας την δέουσα προσοχή σε όλα αυτά που το περιβάλλουν (Χουρδάκη, 2000). Έτσι, ορίζονται τρεις φορείς αγωγής και πρόληψης, οι οποίοι αναλαμβάνουν ακριβώς τα παραπάνω καθήκοντα: η οικογένεια, το σχολείο, και η Τοπική Αυτοδιοίκηση (Χουρδάκη, 2000).

Ως προς την οικογένεια, επισημαίνεται ότι είναι καιρός να απενοχοποιηθεί η οικογένεια για τον ρόλο που της έχει παραδοσιακά αποδοθεί στον τομέα της ουσιοεξάρτησης, δηλαδή αυτός του «άλλοθι» για την στροφή του ατόμου προς τις ουσίες, και να αντιμετωπίζεται ως πρωταρχική πηγή πρόληψης ως πρώτο και βασικό περιβάλλον ανάπτυξης του ατόμου (Χουρδάκη, 2000). Οι γονείς είναι οι πρώτοι παιδαγωγοί και η οικογένεια το πρώτο περιβάλλον που κάποιος λαμβάνει τα πρώτα στοιχεία για να διαμορφώσει την προσωπικότητα του (Χουρδάκη, 2000). Στρεφόμενοι λοιπόν πρώτα εκεί, η πρόληψη είναι ικανή να ξεκινήσει από πολύ νωρίς, από τα πρώτα χρόνια ζωής του ανθρώπου, και όχι από τα σχολικά χρόνια, όπως συνηθιζόταν ως τότε (Χουρδάκη, 2000). Αυτό απαιτεί οι γονείς να εφοδιαστούν με τις απαραίτητες γνώσεις πάνω στο ζήτημα της χρήσης ουσιών, αλλά πρωτίστως στην αγωγή του παιδιού τους στην σημερινή κοινωνία, ώστε να χτίσει μια υγιή προσωπικότητα (Χουρδάκη, 2000).

Στα πλαίσια λοιπόν αυτή την στροφής προς την οικογένεια και σε μια προσπάθεια κινητοποίησης των γονέων, δημιουργήθηκαν «ομάδες γονέων για την πρόληψη των ναρκωτικών» το 1990, όπου τέθηκαν πολλά ερωτήματα που προβληματίζουν τον κάθε γονέα, όπως η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, οι ανάγκες ενός παιδιού και η εφηβεία (Χουρδάκη, 2000). Μετά από δύο χρόνια λειτουργίας, εκπονήθηκε σε συνεργασία με γονείς ένας δεκάλογος πρόληψης για γονείς, ο οποίος διανεμήθηκε ευρέως στην επαρχία και περιλαμβάνει τα σημεία εκείνα που κρίνονται αναγκαία για τη σωστή διαπαιδαγώγηση (Χουρδάκη, 2000) :

- Γέννηση ενός παιδιού σε ζεστό οικογενειακό κλίμα και με πρόθεση δημιουργίας δεσμών από τους γονείς προς το παιδί

- Διαμόρφωση υπευθυνότητας του παιδιού και ανάπτυξη διαλόγου ανάμεσα σ' αυτό και τους γονείς
- Αποδοχή του παιδιού από το γονέα όπως ακριβώς είναι, όπως κι αν είναι
- Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, ενθάρρυνση και ανάπτυξη πρωτοβουλίας και κριτικού πνεύματος
- Κατανόηση και διαλλακτικότητα απέναντι στους εφήβους, με συνεργατικό και όχι αυταρχικό πνεύμα από μεριάς των γονέων
- Διαμόρφωση μελλοντικού πλάνου με βάση τις ουσιαστικές του ικανότητες
- Ενθάρρυνση ομαδικής ευθύνης και συμμετοχής του παιδιού σε κοινωνικές ομάδες
- Ειλικρίνεια των γονέων ως προς τις δυσκολίες που υπάρχουν μέσα στην οικογένεια
- Ανάγκη επαρκούς συνεννόησης και παραδοχής των συζύγων
- Εμφύσηση ιδανικών πέρα της έννοιας του εγώ στο παιδί (Χουρδάκη, 2000).

Η διαφοροποίηση του συστήματος αυτού ως προς τα ήδη υπάρχοντα έγκειται στο γεγονός ότι ήξερε πως ο επιθυμητός στόχος δεν θα επιτυγχανόταν μόνο με πληροφόρηση, αντιθέτως χρειαζόταν κάτι με χρονική διάρκεια που θα οδηγήσει σε διαμόρφωση στάσεων και απόψεων και όχι σε άλλη μία συζήτηση επί του θέματος (Χουρδάκη, 2000). Στα πλαίσια αυτής της θέσης ξεκίνησαν λοιπόν να λειτουργούν σχολές γονέων από το 1962, με αναλυτικό πρόγραμμα με γνωστικά αντικείμενα γύρω από το παιδί και την οικογένεια, ενώ το ίδιο έτος ιδρύθηκε και ο Πανελλήνιος Σύνδεσμος Σχολών Γονέων, παράρτημα και ιδρυτικό μέλος της Διεθνούς Ομοσπονδίας για την Εκπαίδευση των Γονέων (IFPE) (Χουρδάκη, 2000). Στο ίδιο μήκος κύματος δημιουργήθηκαν επίσης ομάδες συνομηλίκων - νέων και γονέων – με πρωτοβουλιακή συμμετοχή και με ευελιξία ως προς τα θέματα προς συζήτηση (Χουρδάκη, 2000). Κάποια από τα θέματα που συζητήθηκαν αφορούσαν την ψυχολογία, κοινωνικά προβλήματα, σχέσεις με άλλα πρόσωπα ή φορείς, και φυσικά το θέμα των εξαρτήσεων (Χουρδάκη, 2000).

Όσον αφορά το σχολείο και τον τομέα της παιδείας, το Hourd System προάγει το σκεπτικό ότι , εφόσον η διαπαιδαγώγησης ενός νέου εξαρτάται και από το σχολείο, ένα χώρο που το άτομο περνά πολλά από τα χρόνια διάπλασης της προσωπικότητάς του, το ίδιο πρέπει να ξεκολλήσει από την στείρα μετάδοση γνώσεων και να επεκτείνει τις δράσεις του και τον ρόλο του στην ίδια τη διαμόρφωση της προσωπικότητας, πέρα από εξετάσεις και βαθμοθηρικές αντιλήψεις (Χουρδάκη, 2000). Γι αυτό οι ίδιοι οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει πρώτα να εκπαιδευτούν και να κινητοποιηθούν ώστε να λειτουργήσουν ενισχυτικά στην διαμόρφωση θετικών στάσεων και να αντιληφθούν αυτό το διττό χαρακτήρα που τους προσδίδει η ιδιότητά τους, ώστε η έννοια της πρόληψης να υπάρξει διάχυτη μέσα στο σχολικό περιβάλλον και στο εκπαιδευτικό σύστημα (Χουρδάκη, 2000). Οι εκπαιδευτικοί λοιπόν, για να συμβάλλουν στο έργο της πρόληψης και να ενισχύσουν την υγιή ανάπτυξη των παιδιών, καλούνται να έχουν υπόψη τα εξής (Χουρδάκη, 2000):

- Διασαφήνιση των εννοιών «παιδεία» και «εκπαίδευση»
- Ανάπτυξη οικειότητας, συνεργατικότητας και ουσιαστικού διαλόγου με τους μαθητές

- Ενεργός μάθηση, με συμμετοχή του ίδιου του μαθητή στην εκπαιδευτική διαδικασία
- Μετάδοση των διαστάσεων της ψυχικής υγείας στο μαθητικό πληθυσμό μέσα από συζητήσεις που απασχολούν τους νέους
- Αγαστή συνεργασία εκπαιδευτικών – γονέων με ουσιαστική ανταλλαγή πληροφοριών και απόψεων ως προς την προσωπικότητα των μαθητών, ακόμα και παρουσία των τελευταίων, εφόσον κάτι τέτοιο κριθεί αναγκαίο
- Από μεριάς των ίδιων, ανάπτυξη αυτογνωσίας και αυτοπαρατήρησης ως μια διαδικασία αυτοβελτίωσης και «εξανθρωπισμού»
- Αποζήτηση του σχολικού ψυχολόγου στο σχολικό περιβάλλον (Χουρδάκη, 2000)

Εδώ να τονιστεί μια ειδοποιός διαφορά στο παρόν σύστημα: η πρόληψη δεν ξεκινά από το δημοτικό, όπως γινόταν πριν, αλλά αρχίζει ήδη από το νηπιαγωγείο, από την στιγμή δηλαδή που το παιδί απομακρύνεται για πρώτη φορά από το οικογενειακό περιβάλλον (Χουρδάκη, 2000). Εκεί, με την χρήση δημιουργικών δραστηριοτήτων και μέσων, σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, ο νηπιαγωγός οφείλει να μεριμνά για την πολύπλευρη ανάπτυξη του νηπίου και την ομαλή του κοινωνικοποίηση εκτός οικογένειας (Χουρδάκη, 2000). Φτάνοντας στο δημοτικό, το παιδί πρέπει να έχει ξεπεράσει τον ατομικισμό της νηπιακής ηλικίας, ώστε να μπορέσει να διαμορφώσει την προσωπικότητά του με άξονα την συνεργασία και την αλληλεπίδραση με όλα τα μέλη του σχολείου, μέσω και της ανάληψης ευθυνών (Χουρδάκη, 2000). Στο πλαίσιο αυτό, οι γονείς πρέπει να είναι συμμετοχικοί και παρόντες, χωρίς να υπερπροστατεύουν το παιδί ή να το επιβαρύνουν συναισθηματικά με θέματα σχολικής προόδου και του συζυγικού βίου, αλλά με αίσθημα ευθύνης και στήριξης (Χουρδάκη, 2000).

Κάτι ακόμη που πρέπει να αναφερθεί στο κομμάτι αυτό, είναι ότι δίνεται σημασία σε ένα ευέλικτο σχήμα σχολείου, με μικρές σχολικές ομάδες, που ευνοούν την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων του μαθητή, παρουσία εξειδικευμένων επαγγελματιών και με ίσες ευκαιρίες για όλους, ανεξάρτητα από εισοδηματικά κριτήρια και κοινωνικό υπόβαθρο (Χουρδάκη, 2000). Επίσης, με εξωταξικές δραστηριότητες με καλλιτεχνικό και επιμορφωτικό χαρακτήρα, με σκοπό την πολύπλευρη ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου, πέραν του συντηρητικού σχήματος εκπαίδευσης (Χουρδάκη, 2000). Τέλος, διατυπώνονται οι εξής γενικές αρχές πρόληψης του σχολικού τομέα, που συνίστανται σε όλο το φάσμα του τομέα αυτού (Χουρδάκη, 2000):

- «Αντιαυταρχικό σχολείο», με αυτοπειθαρχία και κριτική σκέψη από τον ίδιο το μαθητή
- Εκπαιδευτικοί με ευελιξία κινήσεων, αυτοέλεγχο και ενδιαφέρον προς το παιδί και τις ανάγκες του
- Ουσιαστική συνεργασία σχολείου και οικογένειας, με ενίσχυση και κινητοποίηση των γονέων προς τα ζητήματα που αφορούν τα παιδιά και όχι με επικριτική στάση απέναντί τους
- Κατάλληλη ενημέρωση του δασκάλου για τις συνθήκες διαβίωσης του μαθητή

- Ομάδες δημιουργικής απασχόλησης εντός του σχολικού χώρου, 2 ώρες την εβδομάδα, με ελευθερία στην επιλογή αντικειμένου κατά επιθυμία των μαθητών (Χουρδάκη, 2000).

Στον τομέα της Τοπική Αυτοδιοίκησης, και γενικά των Αρχών, τονίστηκαν αρχικά οι αδυναμίες της μέχρι τότε αντιμετώπισης του ζητήματος της πρόληψης. Οι Αρχές σε πολλές περιπτώσεις επαναπαύονται στην απλή περιστασιακή ενημέρωση και πληροφόρηση και σε μια γραφειοκρατική προσέγγιση και λειτουργούν υπηρεσίες οι οποίες αφορούν τον ήδη εμπλεκόμενο με την ουσιοεξάρτηση πληθυσμό, με αποτέλεσμα να μην καλύπτουν τις απαιτούμενες παροχές πρόληψη (Χουρδάκη, 2000). Η Τοπική Αυτοδιοίκηση είναι αυτή που, ως μικρός κοινωνικός χώρος, έχει άμεση επαφή με τον πληθυσμό και τους φορείς πρόληψης που προαναφέρθηκαν και έχει την δύναμη να κινητοποιήσει, να παρέχει πληροφορίες και να σχηματίσει οργανώσεις και προγράμματα πρόληψης, με στόχο πάντα την προαγωγή της ευημερίας και ανάληψης δράσης των πολιτών (Χουρδάκη, 2000). Πρέπει λοιπόν να υπάρξει πολιτική βούληση για θεσμική αναδιαμόρφωση (Χουρδάκη, 2000). Με αφορμή αυτή την πρόταση, κατατέθηκε στο Υπουργείο Εσωτερικών και σε δήμους της χώρας, πρόταση για ίδρυση και σύσταση «Κέντρων Φιλίας και Πρόληψης», με πρόγραμμα που περικλείει τους παρακάτω επτά τομείς (Χουρδάκη, 2000):

- *Τομέας 1:* Ανοιχτοί διάλογοι νέων με ειδικούς επαγγελματίες για θέματα ατομικής και κοινωνικής φύσεως
- *Τομέας 2:* Ατομικές συνεντεύξεις νέων από ειδικούς
- *Τομέας 3:* Υπηρεσίες ανεύρεσης εργασίας και διευκολύνσεις στην πρόσληψη από εργοδότες για τους νέους που κρίνονται υποψήφιοι χρήστες
- *Τομέας 4:* Οργάνωση προγραμμάτων και δραστηριοτήτων με καλλιτεχνικό, πολιτιστικό και αθλητικό χαρακτήρα από τους νέους και για τους νέους
- *Τομέας 5:* Λειτουργία Σχολών Γονέων
- *Τομέας 6:* Συμβουλευτική και στήριξη των οικογενειών των χρηστών
- *Τομέας 7:* Σύσταση επιτροπών πρωτοβουλίας και κινητοποίηση των πολιτών σε δράσεις και οργανώσεις κατά της χρήσης ουσιών (Χουρδάκη, 2000)

5.7.2.2. Το εγχειρίδιο PERK

Το 2010, ύστερα από έρευνα και προσπάθεια χρόνων, το EMCDDA εξέδωσε ένα περιεκτικό και εμπεριστατωμένο εγχειρίδιο, το οποίο παρουσιάζει βασικές αρχές πρόληψης, κανόνες σχεδιασμού και συμβουλές αξιολόγησης των παρεμβάσεων πρόληψης (EMCDDA, 2010). Το εγχειρίδιο αυτό φέρει την ονομασία PERK (Prevention and Evaluation Resources Kit – Εργαλείο Πηγών Πρόληψης και Αξιολόγησης) και σκοπό έχει την ανάπτυξη ενός συστήματος βασικών αρχών και συνθηκών πρόληψης για επαγγελματίες εντός του χώρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης

(EMCDDA, 2010). Έμπνευση για τη δημιουργία του ήταν η έκδοση του εγχειριδίου Redbook από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ουσιοεξάρτηση (NIDA), το οποίο εξυπηρετούσε τους ίδιους σκοπούς (EMCDDA, 2010).

Το κύριο χαρακτηριστικό του εγχειριδίου αυτού είναι πως προάγει την ιδέα ότι ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση της πρόληψης είναι αλληλένδετα, κι εντούτοις δεν μπορούν και δεν πρέπει να υπολογίζονται ξεχωριστά (EMCDDA, 2010). Επίσης, είναι ένα εργαλείο ανοιχτό προς περαιτέρω προτάσεις και διερεύνηση από όλες τις χώρες της ΕΕ (EMCDDA, 2010).

Το κύριο μέρος του εγχειριδίου αποδίδεται μέσω ενός λογικού μοντέλου, μιας γραφικής αναπαράστασης ενός προγράμματος που περιγράφει τα στάδια που πρέπει να ακολουθήσει ένα πρόγραμμα από την αρχή μέχρι το τέλος (EMCDDA, 2010). Αυτό το μοντέλο πρέπει να σχεδιαστεί τη στιγμή που θα παρθεί η απόφαση για σχεδιασμό μιας παρέμβασης και θα πρέπει να ακολουθεί μια προκαθορισμένη πορεία, όπως αποδίδεται στο παρακάτω βήματα (EMCDDA, 2010).

ΒΗΜΑ 1: Εκτίμηση αναγκών

Σε αυτό το αρχικό στάδιο, απαιτείται η ανάλυση των προβλημάτων που στοχεύει η παρέμβαση, όπως επίσης και των παραγόντων που μπορεί να την στηρίξουν ή να την παρεμποδίσουν (EMCDDA, 2010). Ο επαγγελματίας καλείται να σχηματίσει κάποιες ερωτήσεις που θα τον βοηθήσουν να ανακαλύψει αυτό που επιθυμεί να γνωρίζει ή να επιβεβαιώσει την αρχική κατάσταση μέσα στην κοινότητα ή την ομάδα στόχου (EMCDDA, 2010). Τα αρχικά δεδομένα μπορούν να συγκεντρωθούν ρωτώντας τα εμπλεκόμενα μέρη, αναζητώντας επιπλέον υφιστάμενες πηγές και μεταφράζοντας τα υπάρχοντα δεδομένα (EMCDDA, 2010).

Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει να γίνει σαφές στα εμπλεκόμενα μέρη και τους χρηματοδότες της παρέμβασης γιατί και πώς αυτή είναι απαραίτητη, φροντίζοντας πάντα να είναι προσαρμοσμένη στο περιβαλλοντικό της περιεχόμενο (EMCDDA, 2010). Για να γίνει κάτι τέτοιο, απαιτείται να είναι κανείς να εξηγήσει την προβληματική κατάσταση μέσα από επιδημιολογικά στοιχεία και κοινωνικές συνθήκες, αλλά και να παρουσιάσει τις συνθήκες μέσα στις οποίες ξεκινά η παρέμβαση βάσει των επικρατούντων κοινωνικών προτύπων συμπεριφοράς και της επικρατούσας κουλτούρας (EMCDDA, 2010). Έτσι, καθορίζονται συγκεκριμένοι δείκτες αναγκών, ανάλογα με τη φύση της παρέμβασης (EMCDDA, 2010).

ΒΗΜΑ 2Α: Καθορισμός στόχων και υπόθεση έργου

Στο βήμα αυτό, καθορίζεται ο γενικός στόχος της παρέμβασης και η υπόθεση έργου, δηλαδή η παρουσίαση των εργασιών που θα ακολουθηθούν στην παρέμβαση και το επιθυμητό αποτέλεσμα της κάθε μιας (EMCDDA, 2010). Εδώ, είναι το σημείο που χτίζεται το θεωρητικό υπόβαθρο της παρέμβασης, πάνω σε σχετικές θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα, ανάλογα με τη φύση της παρέμβασης, το πρόβλημα, την ομάδα στόχου και το επιθυμητό αποτέλεσμα (EMCDDA, 2010). Έτσι, η παρέμβαση δομείται σε γερές βάσεις, με τρόπο ρεαλιστικό και λογικό, και ενισχύεται η εγκυρότητα της αρχικής διατύπωσης (EMCDDA, 2010). Στη διαδικασία της πρόληψης, κοινώς χρησιμοποιούνται οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες, ανάλογα με την κάθε περίπτωση (EMCDDA, 2010).

ΒΗΜΑ 2Β: Προσδιορισμός περιεχομένων και αντικειμένων

Τώρα, με βάση την επιλεγμένη υπόθεση έργου, πρέπει να οριστούν κατάλληλα τα περιεχόμενα συστατικά της παρέμβασης, με επιστημονικά ευρήματα (EMCDDA, 2010). Καθορίζονται λοιπόν τα συγκεκριμένα αντικείμενα που θα πραγματοποιεί η παρέμβαση, αναφέροντας σε κάθε ένα τους όρους ποσοτικής και ποιοτικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων, το χρονικό περιθώριο και τον πληθυσμό στόχου, φροντίζοντας να είναι εφικτά, ρεαλιστικά και με προσανατολισμό προς το γενικό αντικείμενο (EMCDDA, 2010). Ακόμη, σημαντικό είναι να προσδιοριστούν οι δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν, επιτρέποντας τον υπολογισμό των αποτελεσμάτων με έναν σαφή τρόπο (EMCDDA, 2010). Οι δείκτες μπορεί να είναι παγκόσμιοι, άμεσοι προς την ουσιοεξάρτηση, δείκτες ενδιάμεσων μεταβλητών (π.χ. κοινωνικές δεξιότητες) και δείκτες για το ίδιο το σχέδιο παρέμβασης (EMCDDA, 2010). Όπως και να έχει, πρέπει να είναι συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, κατάλληλοι, ρεαλιστικοί και χρονικά προσδιορισμένοι (EMCDDA, 2010).

ΒΗΜΑ 3: Επιλογή στρατηγικών και παράδοση

Βασικό στοιχείο των παρεμβάσεων αποτελεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα παραδοθούν στις ομάδες στόχου, καθώς και ο τρόπος που κάτι τέτοιο συντελείται (EMCDDA, 2010). Κλασικά παραδείγματα τρόπων παράδοσης των προγραμμάτων στο κοινό είναι τα ΜΜΕ, οι εναλλακτικές δραστηριότητες και η κινητοποίηση μέσω συνέντευξης (EMCDDA, 2010). Όσον αφορά το πλαίσιο, η σχολική τάξη είναι ένα κοινό πλαίσιο ανάπτυξης, ενώ μέτρα ρύθμισης φαίνεται να αποδίδουν σε επίπεδο κοινότητας (EMCDDA, 2010). Τέλος, η πρόληψη βάσει προγραμμάτων είναι η προτιμότερη στρατηγική εφαρμογής της πρόληψης (EMCDDA, 2010).

ΒΗΜΑ 4: Έλεγχος της δυνατότητας υλοποίησης

Αφού οριστούν τα κύρια μέρη της παρέμβασης, είναι απαραίτητο να εξεταστεί τι είναι περισσότερο αναγκαίο να γίνει και τι μπορεί πραγματικά να επιτευχθεί (EMCDDA, 2010). Στο σημείο αυτό θέτονται από την ομάδα υλοποίησης ερωτήματα ως προς τους τρόπους παράδοσης, τα εμπόδια, τις διαθέσιμες πηγές και το συντονισμό της δράσης (EMCDDA, 2010). Επιπροσθέτως, αποφασίζεται αν θα πραγματοποιηθεί αξιολόγηση της παρέμβασης, κι αν ναι, ποιος τύπος αξιολόγησης θα πραγματοποιηθεί (EMCDDA, 2010).

ΒΗΜΑ 5: Εκτέλεση της παρέμβασης και αξιολόγηση της διαδικασίας

Στο σημείο αυτό αρχίζει η εκτέλεση της παρέμβασης και παράλληλα ξεκινά να αξιολογείται η πορεία της από την ομάδα εργασίας (EMCDDA, 2010). Απαιτείται λοιπόν συστηματική συλλογή δεδομένων σε όλη την πορεία τους προγράμματος (EMCDDA, 2010). Πρώτα-πρώτα λοιπόν καθορίζονται οι δράσεις που ακολουθούνται για την ολοκλήρωση της παρέμβασης και τα σχέδια δράσης που θα εκπονηθούν με όλες τις απαραίτητες λεπτομέρειες (συντονιστής, χρόνος, αρμοδιότητες, κτλ) (EMCDDA, 2010). Έπειτα γίνεται αξιολόγηση της διαδικασίας εφαρμογής, με σκοπό να διασφαλίσουμε την λειτουργικότητα και το επίπεδο ποιότητας της όλης παρέμβασης, ενώ τα δεδομένα που συλλέγονται καθόλη τη διάρκεια υλοποίησης βοηθούν σε πιθανές αναπροσαρμογές ή τροποποιήσεις του αρχικού πλάνου (EMCDDA, 2010).

ΒΗΜΑ 6: Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

Στο βήμα αυτό πραγματοποιείται η τελική αξιολόγηση, βοηθώντας στο να

διαπιστώσουμε αν τελικά ή παρέμβαση ήταν επιτυχημένη ή όχι και είναι το πιο απαιτητικό στάδιο (EMCDDA, 2010). Η αξιολόγηση έχει ιδανικά σχεδιαστεί από την αρχή κιάλας της παρέμβασης (EMCDDA, 2010). Κατά την διάρκεια της αξιολόγησης, οι δείκτες αναλύονται σε συγκεκριμένες μεταβλητές, ενώ προστίθεται κι επιπλέον δείκτες, μεταβλητές και ποιοτικά δεδομένα, που ίσως σχετίζονται πιο άμεσα με την χρήση ουσιών (EMCDDA, 2010). Ακόμη, επιλέγεται το πλάνο που θα χρησιμοποιηθεί για τη διαδικασία της αξιολόγησης, αλλά και τα πλαίσια στα οποία θα βασιστεί η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της παρέμβασης, συμπεριλαμβάνοντας πιθανές υποομάδες του πληθυσμού-στόχου, θεωρητικά τεκμηριωμένες απαντήσεις και σημαντικές περιβαλλοντικές επιρροές (EMCDDA, 2010).

ΒΗΜΑ 7: Ολοκλήρωση και συμπεράσματα

Στο τελευταίο αυτό στάδιο, έχει πλέον ολοκληρωθεί ο σχεδιασμός του προγράμματος και της αξιολόγησης (EMCDDA, 2010). Η παρέμβαση πλέον είναι βήμα προς βήμα σχεδιασμένη και μια περιληπτική περιγραφή της μπορεί να αποτελέσει μια ετοιμοπαράδοτη αίτηση χρηματοδότησης (EMCDDA, 2010). Ακόμη, περιγράφονται τα συμπεράσματα από τα αποτελέσματα της παρέμβασης, με στόχο την κινητοποίηση για περαιτέρω παρεμβάσεις βασισμένες στην υφιστάμενη γνώση, μέσω δημοσιοποίησής τους σε δημοφιλή μέσα επικοινωνίας, όπως ηλεκτρονικά ταχυδρομεία, ιστοσελίδες και ενημερωτικές εφημερίδες (EMCDDA, 2010).

Η ανταπόκριση που βρήκε το εγχειρίδιο ήταν αξιοσημείωτη. Ήδη στην Ελλάδα κυκλοφορεί ένα εγχειρίδιο πρόληψης της ουσιοεξάρτησης από τον ΕΚΤΕΠΝ, σε συνεργασία με το ΕΚΠΝΤ και τον ΟΚΑΝΑ, που χρησιμοποιεί πολλά από τα σημεία που περιγράψαμε παραπάνω, και χρησιμοποιεί το εγχειρίδιο PERK ως κύρια έμπνευσή του (ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Ωστόσο δεν θα γίνει συγκεκριμένη ανάλυση του ελληνικού εγχειριδίου, εφόσον έχει γίνει εκτεταμένη περιγραφή του και χρήση βασικών του σημείων σε όλη την έκταση του τρέχοντος κεφαλαίου.

5.8. Ανακεφαλαίωση

Συνοπτικά σε αυτό το κεφάλαιο έγινε μια προσπάθεια να παρουσιάσει των εφαρμογών πρόληψης της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα. Αρχικά αναφέρθηκαν τα κύρια πεδία εφαρμογής και οι στρατηγικές των παρεμβάσεων. Στη συνέχεια αναλύθηκε το πλαίσιο εφαρμογής των παρεμβάσεων καθώς και και ποιοι θεωρούνται προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου. Για τον σχεδιασμό των παρεμβάσεων παρουσιάστηκαν έξι άξονες, η εκτίμηση αναγκών, στόχοι και θεωρητικό υπόβαθρο, βασικά χαρακτηριστικά της παρέμβασης, εκτίμηση εφαρμοσιμότητας, αξιολόγηση και αποτελέσματα αξιολόγησης και συμπεράσματα. Τέλος έγινε αναφορά στα συστήματα σχεδιασμού και αξιολόγησης της πρόληψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΠΡΟΤΥΠΑ ΚΑΙ ΚΑΙΝΟΤΟΜΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

6.1. Εισαγωγή

Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης είναι ένας κλάδος ο οποίος συνεχώς εξελίσσεται και επεκτείνεται, σε μια προσπάθεια να ανταποκρίνεται στους σύγχρονους τρόπους ζωής και να ανταποκρίνεται επαρκώς στις ανάγκες του σύγχρονου ατόμου. Γι αυτό το λόγο, προγράμματα των περασμένων χρόνων πλέον έχουν αμφισβητηθεί, καθώς είτε δεν είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικά είτε επειδή έειννες που έχουν διεξαχθεί σε αυτά έδειξαν την ανεπάρκεια που τα χαρακτήριζε. Με την σειρά τους, έχουν ξεκινήσει και αναπτυχθεί νέα προγράμματα πρόληψης παγκοσμίως, τα οποία εισάγουν καινοτομίες στο μέχρι τώρα σκηνικό και λειτουργούν ως πρότυπα για την ανάπτυξη ολοένα και περισσότερων προγραμμάτων. Στο κεφάλαιο αυτό λοιπόν θα ρίξουμε μια ματιά σε αυτά τα καινοτόμα και πρότυπα προγράμματα που λαμβάνουν χώρα στην Ευρώπη, αλλά και στη χώρα μας.

Ο αγώνας για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να θεωρηθεί καθαρά φαινόμενο της ελληνικής πραγματικότητας. Όλες οι χώρες της Ευρώπης δίνουν το δικό τους στίγμα για την καταπολέμηση της χρήσης ουσιών και των συνεπειών της, τόσο σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και μέσα από το συντονισμό του EMCDDA. Γι αυτό αρχικά θα εξετάσουμε κάποια δείγματα ευρωπαϊκής πολιτικής και προγραμμάτων από ευρωπαϊκές χώρες. Επιλέχθηκαν λοιπόν, τέσσερα αντιπροσωπευτικά δείγματα ευρωπαϊκών χωρών - προτύπων πρόληψης: το Ηνωμένο Βασίλειο, μια χώρα με ανοιχτές κεραίες και εισαγωγές καινοτομιών στην Ευρώπη, την Νορβηγία, μια χώρα με αξιοζήλευτα επίπεδα παρεμβάσεων πρόληψης με ένα από τα καλύτερα επίπεδα πρόληψης, όπως φαίνεται από τα στατιστικά του EMCDDA, την Σουηδία, μια χώρα με ένα απίστευτα οργανωμένο σύστημα πρόληψης και με σημαντικά καινοτόμα προγράμματα πρόληψης, και την Ολλανδία, η οποία είναι γνωστή για τον ιδιότυπο ρόπο που αντιμετωπίζει το θέμα των ναρκωτικών και έχει καταφέρει να αποδείξει περίτρανα την αναποτελεσματικότητα των ανάλητων πολιτικών κατά των ουσιών. Επίσης, θα δούμε κάποια προγράμματα πρόληψης που έχουν κερδίσει έδαφος λόγω της καινοτομίας και της αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητάς τους σε πολλές χώρες της Ευρώπης. Τέλος, θα ρίξουμε μια ματιά και σε προγράμματα τα οποία αναπτύχθηκαν στη χώρα μας, και δείχνουν ότι και η Ελλάδα συμμετέχει ενεργά στον αγώνα της πρόληψης.

6.2: Δείγματα πολιτικών και προγραμμάτων πρόληψης στην Ευρώπη

6.2.1.: Ηνωμένο Βασίλειο

6.2.1.1.: Η Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά και οι πολιτικές πρόληψης του Ηνωμένου Βασιλείου

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η πρόληψη φαίνεται να κινείται γύρω από τον άξονα των νέων, δίνοντας βάση στην εκπαίδευση πάνω στις ουσίες και στα προγράμματα πρόληψης προς την νεολαία (Reitox, 2013). Ιδίως τα τελευταία χρόνια, επιχειρείται από την βρετανική κυβέρνηση η καθιέρωση μιας ολιστικής προσέγγισης που συνδυάζει την παρέμβαση από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ζωής του ατόμου, την στήριξη της οικογένειας, την εκπαίδευση ως προς τις ουσίες και την στήριξη των νέων από ειδικούς (HM Government, 2010). Επίσης, οι πολιτικές έχουν συμπεριλάβει δράσεις που ενισχύουν το άτομο ή την κοινότητα με τρόπο που ευνοείται η πλήρης ανάπτυξη της δυναμικής τους, ενισχύοντας έτσι και την αντίσταση προς τη χρήση ουσιών (Reitox, 2013). Εν γένει, η χώρα φαίνεται να βρίσκεται σε έναν συνεχή αγώνα βελτίωσης, προσθέτοντας συνεχώς νέους παράγοντες και καινούργια δεδομένα στον τομέα της πρόληψης. Η αρχή για την σύγχρονη κατάσταση έγινε το 2006, όπου το ACMD εξέδωσε την έκθεση «Pathways to Problems» (ACMD, 2006). Στην έκθεση αυτή ανέφερε, μεταξύ άλλων, προτάσεις για τον τομέα της πρόληψης, δίνοντας έμφαση σε σημεία όπως η ανάγκη για παροχή έγκυρης πληροφόρησης για τους πραγματικούς κινδύνους από την χρήση ουσιών στους νέους και για την ανάγκη να ληφθούν προληπτικά μέτρα και για τις νόμιμες ουσίες, αναφέροντας πως οι επιπτώσεις στην υγεία είναι παρόμοιες σε σχέση με άλλες ψυχοδραστικές ουσίες και πως μπορούν να είναι ο προπομπός για την χρήση παράνομων ουσιών (ACMD, 2006). Το 2009, εκδόθηκε μια ακόλουθη έκθεση, στα πλαίσια της αξιολόγησης της εκτέλεσης των προηγούμενων προτάσεων από την έκθεση του 2006 (ACMD, 2009). Σε αυτήν την έκθεση, προτάθηκε στα επόμενα χρόνια η επέκταση των αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης και η χρήση των MME ως φορείς ενημέρωσης για τους κινδύνους που προέρχονται από τις ουσίες (ACMD, 2009).

Ως αποτέλεσμα των δύο αυτών εκθέσεων, το 2010 η βρετανική κυβέρνηση εξέδωσε τη Στρατηγική για τα Ναρκωτικά, στην οποία ανέφερε ότι οι στόχοι για την πρόληψη και τη μείωση της ζήτησης ήταν (HM Government, 2010):

- Η στήριξη των ευάλωτων οικογενειών, ώστε να σπάσουν τα διαγενεακά μονοπάτια προς την εξάρτηση
- Η παροχή ποιοτικής εκπαίδευσης και συμβουλών σε γονείς και νέους προκειμένου να είναι σε θέση να αντισταθούν ενεργητικά στην κατάχρηση ουσιών
- Η προληπτική παρέμβαση στα πρώτα στάδια της ζωής του ατόμου
- Η χρήση του οργανισμού “Public Health England” στην ενθάρρυνση του ατόμου να αναλάβει ευθύνη για την υγεία του
- Η επιβολή νομικών κυρώσεων για να επέλθει καθυστέρηση της χρήσης
- Η υποστήριξη στην ανάρρωση (HM Government, 2010)

Έτσι τα επόμενα χρόνια, δημιουργήθηκαν δύο κύρια ρεύματα πρόληψης στα πλαίσια

του Πλαισίου Αξιολόγησης της Στρατηγικής για τα Ναρκωτικά: το ρεύμα της πρόωρης παρέμβασης και το ρεύμα της εκπαίδευσης και πληροφόρησης (ACMD, 2015).

Το πρώτο ρεύμα περιγράφει τις δραστηριότητες εκείνες που είναι σχεδιασμένες να αναδιαμορφώνουν τα πρότερα περιβάλλοντα και να προλαμβάνουν μελλοντικά δυσάρεστα αποτελέσματα (ACMD, 2015). Αυτή η προσέγγιση αναγνωρίζει τους ευρύτερους κοινωνικούς και δομικούς καταλυτικούς παράγοντες για την συμπεριφορά υγείας και αναγνωρίζει ότι η ευθύνη της πολιτικής πρόληψης επαφίεται στα κυβερνητικά διαμερίσματα (ACMD, 2015). Παρόλα αυτά, η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και των δαπανών για τέτοιου τύπου παρεμβάσεις είναι εξαιρετικά δύσκολη, ενώ πολλά σημαντικά προγράμματα δεν υποστηρίζονται – καθόλου ή επαρκώς – αυτή τη στιγμή (ACMD, 2015).

Αντίστοιχα, το ρεύμα της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης είναι μια συνήθης προληπτική δραστηριότητα, μιας και η αξιολόγηση και κοστολόγηση είναι σχετικά εύκολη (ACMD, 2015). Αυτό το ρεύμα διατείνεται πως η σωστή πληροφόρηση είναι ικανή να ενισχύσει την αποχή από την χρήση ουσιών, ενώ η ελλιπής πληροφόρηση είναι επικίνδυνη για το άτομο (ACMD, 2015). Ωστόσο, η αποτελεσματικότητά της πληροφόρησης ως μέσο πρόληψης αφ' εαυτής δεν έχει αποδειχθεί (ACMD, 2015).

Άλλα σημεία βαρύτητας της βρετανικής πολιτικής για τον τομέα της πρόληψης είναι οι πρωτοβουλίες ως προς την καθολική πρόληψη, τα πλάνα δράσης για παιδιά και νέους και οι κοινοτικές δραστηριότητες (Reitox, 2013).

Οι πολιτικές που αφορούν το σχολικό περιβάλλον ποικίλουν ανάλογα με την περιοχή. Για παράδειγμα, στην Αγγλία είναι επιβεβλημένο τα σχολεία να περιλαμβάνουν στο πρόγραμμα των μαθημάτων τους το πρόγραμμα σπουδών «Προσωπική, Κοινωνική και Υγειονομική Εκπαίδευση», ως ένα μέσο εκπαίδευσης προς τους μαθητές εντός της εκπαιδευτικής διαδικασίας (Reitox, 2013). Στο πλαίσιο της βελτίωσης της πρόληψης στα σχολεία, εφαρμόζονται συνεχώς έρευνες για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεμβάσεων, οδηγού καλής πρακτικής και προγράμματα πρόληψης εντός του χώρου του σχολείου (Reitox, 2013). Από την άλλη μεριά, στην κοινότητα εντάσσονται συνεχώς καινούργια προγράμματα, ενώ μεγάλη βαρύτητα δίνεται στην χρηματοδότησή τους (Reitox, 2013). Παράδειγμα αυτής της ενθάρρυνσης από μεριάς του κράτους για πρωτοβουλίες μέσα από την χρηματοδότηση είναι το κοινοτικό σχέδιο “CashBack for Communities”, το οποίο ανακυκλώνει χρήματα που έχουν κατασχεθεί από εγκληματικές ενέργειες βάσει ενός νομοσχεδίου του 2002, για την ανάπτυξη κοινοτικών προγραμμάτων, εγκαταστάσεων και δραστηριοτήτων, με κύριους αποδέκτες τους νέους με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης παραβατικών και αντικοινωνικών συμπεριφορών στο μέλλον (Reitox, 2013).

6.2.1.2.: Πρότυπα και καινοτόμα προγράμματα πρόληψης του Ηνωμένου Βασιλείου

Strengthening Families Program 10-14

Το πρόγραμμα “Strengthening Families Program 10-14” είναι μια αναπροσαρμογή του διεθνούς αποδοχής προγράμματος καθολικής πρόληψης “Strengthening Families Program”, ειδικά προσαρμοσμένο σε οικογένειες με παιδιά ηλικίας μεταξύ 10-14

ετών (UNODC, 2009). Τελικός σκοπός του προγράμματος είναι, μέσα από επτά συνεδρίες με γονείς, παιδιά και οικογένειες και χρησιμοποιώντας παιχνίδια γνώσεων, παιχνίδια ρόλων, προβολή βίντεο και συζητήσεις, να προλάβει τη χρήση ουσιών στους ανηλίκους και να ενισχύσει τις δεξιότητες των γονέων (UNODC, 2009). Το πρόγραμμα έχει αποδειχθεί να έχει θετικά αποτελέσματα ως προς την μείωση αρνητικών συμπεριφορών, την ανάπτυξη αντιστάσεων και την ορθή οριοθέτηση από τους γονείς (UNODC, 2009).

6.2.2.: Νορβηγία

6.2.2.1. Η Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά και οι πολιτικές πρόληψης της Νορβηγίας

Η Νορβηγία είναι μια χώρα που επάξια διεκδικεί τα πρωτεία στον τομέα της πρόληψης. Δεν είναι τυχαίο ότι στον χάρτη των Προφίλ Πρόληψης στην ιστοσελίδα του EMCDDA σημειώνει υψηλούς δείκτες προσφοράς προληπτικών στρατηγικών και παρεμβάσεων στην πλειοψηφία των κριτηρίων αξιολόγησης του οργανισμού (EMCDDA, 2013).

Το έργο για την πρόληψη στην Νορβηγία βασίζεται σε μια μακροπρόθεσμη, συνεχή προοπτική, στην οποία η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης είναι συνυφασμένη με τα ευρύτερα μέτρα πρόληψης που στοχεύουν στην ευημερία των πολιτών στο σύνολό τους, στα πλαίσια της εθνικής πολιτικής για τη δημόσια υγεία (Reitox, 2013). Σύμφωνα λοιπόν με τον ισχύοντα νόμο περί Δημόσιας Υγείας, ο οποίος θεσπίστηκε τον Φεβρουάριο του 2013, όλες οι δημοτικές υπηρεσίες ανεξαιρέτως επωμίζονται την ευθύνη για την προαγωγή της δημόσιας υγείας σε όλα τα τμήματα της κοινωνίας (Reitox, 2013). Υπό την υποστήριξη της Νορβηγικής Διεύθυνσης Υγείας, η οποία έχει την ευθύνη εφαρμογής προληπτικών μέτρων σε τοπικό επίπεδο, λειτουργούν επτά περιφερειακά κέντρα ανταγωνιστικότητας για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, τα οποία μεριμνούν για το συντονισμό και την βελτίωση της πρόληψης στην περιοχή δικαιοδοσίας τους (Reitox, 2013). Αντίστοιχα, οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τα τοπικά προγράμματα πρόληψης, τα οποία ποικίλλουν ως προς τη φύση τους και το αντικειμενικό τους σκοπό (Reitox, 2013).

Στα πλαίσια λοιπόν της πρόληψης της Νορβηγίας, οι αρμόδιες υπηρεσίες έχουν τρεις βασικές υποχρεώσεις:

- Να ενσωματώσουν παρεμβάσεις πρόληψης στην παροχή υπηρεσιών υγείας
- Να δράσουν προληπτικά ως προς την εμφάνιση κοινωνικών προβλημάτων, μέσα από την εκπαίδευση σε αλλαγή του τρόπου ζωής, την παροχή συμβουλών, την πληροφόρηση και την καθοδήγηση
- Να παρέχουν διυπηρεσιακή στήριξη με την μετάδοση της γνώσεων σημαντικών προληπτικών δράσεων (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2013).

Κύρια σημεία ενδιαφέροντος για την εθνική πολιτική πρόληψης είναι οι παρεμβάσεις καθολικής πρόληψης για το καπνό και το αλκοόλ, καθώς και οι παρεμβάσεις σε ομάδες υψηλού κινδύνου και σε άτομα με incipient προβλήματα (Reitox, 2013). Σε

επίπεδο κοινότητας, επιδιώκεται τα τελευταία χρόνια η αύξηση της ανταγωνιστικότητας σε όλους τους σημαίνοντες φορείς των δήμων, όπως η αστυνομία, οι δάσκαλοι και οι εθελοντικοί οργανισμοί (Reitox, 2013). Όσον αφορά τον καλύτερο συντονισμό των προληπτικών μέτρων, οι δήμοι απαιτείται να ετοιμάζουν πολυετή σχέδια δράσης για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά και να ελέγχουν θέματα σχετικά με την πώληση και την προσφορά αλκοόλ στα πλαίσια της πολιτικής, όπως τα όρια ηλικίας και οι περιορισμοί προσφοράς αλκοολούχων ποτών σε άτομα που είναι υπό την επήρεια ουσιών ή αλκοόλ (Reitox, 2013). Στα πλαίσια των μέτρων πρόληψης για το αλκοόλ, έχει προσφάτως αναπτυχθεί μια πρωτοβουλιακή δράση πάνω στην υπεύθυνη διαχείριση του αλκοόλ, με στόχο τη μείωση των βλαβερών συνεπειών που προκαλεί η νόμιμη αυτή ουσία (Reitox, 2013). Αυτή η δράση περιλαμβάνει:

- Εκστρατείες και εργασίες πληροφόρησης
- Υλικά και εργαλεία για το εμπόριο από δικαιούχους
- Ενθάρρυνση της συνεργασίας ανάμεσα στις Τοπικές Αρχές, την αστυνομία και τη βιομηχανία, σε αντιστοιχία με το Σουηδικό μοντέλο «Υπεύθυνης Προσφοράς Αλκοόλ»
- Αύξηση της ανταγωνιστικότητας στους δήμους
- Ανάπτυξη οδηγών εποπτείας των δικαιούχων για την πώληση και προσφορά αλκοόλ
- Σύσταση Εθνικού Συμβουλίου για το Αλκοόλ
- Βελτίωση στην καταγραφή και την ανάπτυξη των γνώσεων
- Ένα σύνολο μέτρων πρόληψης σχετικών με το Νομοθετικό Πλαίσιο περί Αλκοόλ
- Ομάδα ενδιαφέροντος για δημοτικούς υπαλλήλους υποθέσεων (Reitox, 2013).

Ένα άλλο σημαντικό σημείο είναι τα ενδοσχολικά προγράμματα πρόληψης, τα οποία κερδίζουν συνεχώς έδαφος και προσανατολίζονται με βάση διεθνείς συστάσεις (EMCDDA, 2013). Γενικότερα, τα σχολεία συνυπολογίζονται στους βασικούς φορείς πρόληψης και καλούνται να εφαρμόσουν βασικά στοιχεία στην καθημερινή τους λειτουργία, όπως την συνεργασία με το σπίτι, μεθόδους ενεργοποίησης των μαθητών και γενικά ένα καλό περιβάλλον μάθησης (REITOX, 2013).

Στο κομμάτι της επικεντρωμένης πρόληψης, η Νορβηγική πολιτική δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στους νέους που εγκαταλείπουν το σχολείο, στους μετανάστες και τους αιτούντες άσυλο, στα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς και στους νεαρούς χρήστες κάνναβης (EMCDDA, 2013). Για τους νέους που εγκαταλείπουν την φοίτησή τους, χρησιμοποιείται η μέθοδος της προσέγγισης στο φυσικό τους χώρο, με την ενσωμάτωση δραστηριοτήτων πρόληψης στις υπηρεσίες παιδικής προστασίας και με την προαγωγή πρόσβασης από νωρίς σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (EMCDDA, 2013). Αλλά μέτρα που αφορούν τον τομέα της επικεντρωμένης πρόληψης είναι η εκπαίδευση στελεχών παιδικής προστασίας και ειδικών υπηρεσιών υγείας, ο έγκυρος εντοπισμός αναγκών μέσα στις ομάδες στόχου, προσεγγίσεις μέσω ομάδας συνομηλίκων και η παροχή εναλλακτικών ελεύθερων δραστηριοτήτων (EMCDDA, 2013; REITOX, 2013). Τέλος, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ανάπτυξη ψηφιακών προγραμμάτων αυτοβοήθειας, τα οποία απευθύνονται κυρίως σε άτομα

που κάνουν περιστασιακή χρήση ουσιών κι επιθυμούν να αλλάξουν αυτή τους τη συνήθεια (REITOX, 2013).

6.2.2.2.: Πρότυπα και καινοτόμα προγράμματα πρόληψης στην Νορβηγία

«Ut av taka» («Έξω από την ομίχλη»)

Το πρόγραμμα “Ut av taka” ξεκίνησε από το Όσλο και απευθύνεται σε νέους ηλικίας 15-25 ετών που κάνουν χρήση κάνναβης και σε αστυφύλακες που καλούνται να συναναστραφούν τους νέους αυτούς σε πολύ συχνή βάση (Reitox, 2013). Σκοπός του προγράμματος είναι η μείωση της χρήσης κάνναβης μεταξύ των νέων (Reitox, 2013). Μέσω του προγράμματος, οι αστυφύλακες καταρτίζονται ώστε να ενισχύσουν τους νέους με τέτοιο τρόπο ώστε να διακόψουν τη χρήση (Reitox, 2013). Η εκπαίδευση τους είναι εντατική και περιλαμβάνει καθοδήγηση και συμβουλευτική από εκπαιδευμένο προσωπικό (Reitox, 2013). Με το πέρας της εκπαίδευσης, ο αστυφύλακας είναι πλέον ικανός να διεξάγει ομάδες νέων ως προς τη χρήση της συγκεκριμένης ουσίας (Reitox, 2013). Στη συνέχεια, το πρόγραμμα εξελίχθηκε ώστε να περιλαμβάνει και τους χρήστες χασίς (Reitox, 2013).

6.2.3.: Σουηδία

6.2.3.1.: Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά και οι πολιτικές πρόληψης της Σουηδίας

Επί του παρόντος, οι πολιτικές για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στη Σουηδία στηρίζονται στην «Συνοπτική Στρατηγική για την Πολιτική για το Αλκοόλ, τις Ναρκωτικές Ουσίες, τα Αναβολικά και το Καπνό» («A Cohesive Strategy for ANDT Policy»), η οποία υιοθετήθηκε το 2011 και καλύπτει μια χρονική περίοδο μέχρι και το 2015 (EMCDDA, 2014). Η στρατηγική αυτή έχει ως γενικό αντικείμενο να δημιουργήσει μια κοινωνία ελεύθερη από εξαρτησιογόνες ουσίες και αναβολικά, να μειώσει την χρήση του καπνού και να εξαλείψει τις συνέπειες στις ιατρικές και κοινωνικές συνέπειες από την χρήση αλκοόλ και βασίζεται σε πέντε πυλώνες: την πρόληψη, την θεραπεία και αποκατάσταση, την προστασία παιδιών και εφήβων, την μείωση της προμήθειας και την συνεργασία (EMCDDA, 2014). Ωστόσο, ορίζονται, πέραν του γενικού αντικείμενου, και επτά εξίσου σημαντικά μακροπρόθεσμα αντικείμενα (EMCDDA, 2014):

- Σταδιακή μείωση του αριθμού των νέων που αρχίζουν να κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από πολύ νεαρή ηλικία
- Περιορισμός της προμήθειας παράνομων και νόμιμων ουσιών, καθώς και αναβολικών
- Προστασία των παιδιών από τις επιβλαβείς συνέπειες των νόμιμων και παράνομων ουσιών
- Σταδιακή μείωση των ατόμων που κάνουν επιβλαβή χρήση, κατάχρηση ή είναι εξαρτημένα από εξαρτησιογόνες ουσίες

- Βελτίωση της πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας φροντίδας και υποστήριξης για τους χρήστες ουσιών
- Μείωση του αριθμού των ατόμων που πλήττονται σοβαρά ή πεθαίνουν από ίδια ή έτερη χρήση ουσιών
- Προαγωγή μια αυστηρής και βασισμένης στην δημόσια υγείας προσέγγισης της πολιτικής κατά των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αλλά και διεθνώς (EMCDDA, 2014).

Όσον αφορά την πρόληψη και τις λοιπές δράσεις που προβλέπονται από την τρέχουσα στρατηγική, κύριος εκτελεστικός και ελεγκτικός φορέας είναι το Σουηδικό Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας (Reitox,2013). Ωστόσο, η Σουηδική Κυβέρνηση δίνει σημαντικό μερίδιο ευθύνης στους τοπικούς διοικητικούς φορείς, οι οποίοι καλούνται να οργανώσουν τοπικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά και να εκτελούν και να στηρίζουν δράσεις πρόληψης σε τοπικό επίπεδο με κρατική επιχορήγηση, υπό τον συντονισμό ενός «συντονιστή για τα ναρκωτικά» σε κάθε διοικητική περιφέρεια (Reitox,2013).

Η γενική στρατηγική για την πρόληψη στη Σουηδία φαίνεται να εστιάζει σε περιβαλλοντικές στρατηγικές και καθολικές μορφές δράσης (Reitox,2013). Οι περιβαλλοντικές στρατηγικές περιστρέφονται κυρίως γύρω από τις νόμιμες ουσίες, δηλαδή το αλκοόλ και τον καπνό (Reitox,2013).

Βασικός παράγοντας ρύθμισης για το αλκοόλ είναι το «Alcohol Act», το οποίο ξεκίνησε να εφαρμόζεται το 2011 (Reitox,2013). Από αυτό προβλέπεται μεταξύ άλλων ότι οι κάτοχοι άδειας για το σερβίρισμα αλκοολούχων ποτών υπόκεινται σε τεστ γνώσεων πάνω στο σερβίρισμα αλκοόλ, ενώ οι κατευθυντήριες γραμμές, οι ρυθμίσεις και η εποπτεία εμπίπτουν στην αρμοδιότητα των Τοπικών Αρχών (Reitox,2013). Επίσης, απαγορεύεται η παροχή αλκοολούχων ποτών, με εξαίρεση μπύρα με περιεκτικότητα 3,5% ή λιγότερο, πριν από τις 11π.μ. και μετά τη 1π.μ. και η κατανάλωση αλκοόλ εκτός εγκεκριμένων εγκαταστάσεων παροχής αλκοόλ (Reitox,2013). Ακόμη, για τους ανήλικους ορίζεται πως απαγορεύεται να καταναλώσουν και να αγοράσουν οποιοδήποτε αλκοολούχο ποτό αν είναι κάτω των 18 ετών, και τους προσφέρεται μπύρα αν είναι 18-20 ετών, ενώ οι πωλητές έχουν το δικαίωμα άρνησης αλκοόλ σε ανηλικούς και εμφανώς μεθυσμένους (Reitox,2013). Τέλος, η αστυνομία υποχρεούται να ελέγξει τους ύποπτους οδηγούς αν οδηγούν υπό την επήρεια αλκοόλ, με μέσα όπως τεστ αναπνοής, εξετάσεις ούρων ή αίματος και στοιχεία νηφαλιότητας (Reitox,2013).

Για το τσιγάρο, υπάρχει εντατική προσπάθεια από το κράτος για τον περιορισμό των καπνιστών. Ήδη από το 1993 και μετά υπάρχουν μέτρα πρόληψη για τον καπνό, όπως:

- Η απαγόρευση πώλησης καπνού σε ανηλικούς (SFS 1993:581, στο Reitox,2013).

- Η απαγόρευση καπνίσματος σε όλους του κλειστούς δημόσιους χώρους και τα σχολεία (SFS 1993:581, στο Reitox,2013).
- Η απαγόρευση οποιασδήποτε διαφήμισης, προώθησης και χορηγίας για τσιγάρα (SFS 1993:581, στο Reitox,2013).

Επίσης, υπάρχει εθνική γραμμή βοήθειας για όσους θέλουν να κόψουν το κάπνισμα, ενώ κάποια τοπικά κέντρα υγείας προσφέρουν προγράμματα θεραπείας για το τσιγάρο, αν και σε περιορισμένη κλίμακα ακόμα (Reitox,2013). Παρά όλες τις προσπάθειες όμως, η Σουηδία φαίνεται να υστερεί στην πρακτική εφαρμογή των αντικαπνιστικών μέτρων σε σχέση με άλλες χώρες (Reitox,2013).

Η καθολική πρόληψη πάλι είναι ένας παράγοντας που κερδίζει έδαφος χρόνο με το χρόνο (Reitox,2013). Ιδιαίτερη προσοχή υπάρχει για το θέμα της χρήσης κάνναβης, με χαρακτηριστικό παράδειγμα το πρότζεκτ «Trestad 2», που έλαβε χώρα από το 2011 μέχρι και το 2014 και εστίαζε στην ευαισθητοποίηση των νέων και των γονέων για τη χρήση κάνναβης, με στόχο τη μείωση της χρήσης στους νέους κάτω των 25 ετών (Reitox,2013). Στα σχολεία πάλι, δίνεται βαρύτητα στην πρόληψη του καπνίσματος, με ολοένα και περισσότερα σχολεία να αναπτύσσουν προγράμματα πρόληψης αλλά και διακοπής (Statens folkhalsoinstitut, 2013c στο Reitox,2013). Για τις οικογένειες, το ενδιαφέρον της σουηδικής κυβέρνησης εστιάζει στην προώθηση ανάπτυξης δικτύων αλληλεγγύης γονέων σε τοπικό επίπεδο, εισάγοντας παράλληλα πολλά προγράμματα πρόληψης για οικογένειες και γονείς σε επίπεδο διοικητικής περιφέρειας (Reitox,2013). Επιπλέον, σε επίπεδο κοινότητας, σημαντικά μέτρα πρόληψης αποτελούν η προβολή του ζητήματος της ουσιοεξάρτησης μέσα από τα τοπικά ΜΜΕ, η συνεργασία των Αστυνομικών Αρχών με τους κοινοτικούς φορείς πρόληψης και η προαγωγή θετικών τρόπων ψυχαγωγίας, όπως οι αθλητικές δραστηριότητες (Reitox,2013). Τέλος, σε επίπεδο επικεντρωμένης πρόληψης, προωθούνται παρεμβάσεις για ομάδες και οικογένειες υψηλού κινδύνου, αλλά και σε κέντρα ψυχαγωγίας, εφαρμόζοντας συνεχώς νέα προληπτικά προγράμματα (Reitox,2013).

6.2.3.2.: Πρότυπα και καινοτόμα προγράμματα πρόληψης στην Σουηδία

Responsible Beverage Service

Στα κέντρα διασκέδασης και σε χώρους συνεστίασης εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια η μέθοδος «Responsible Beverage Service» («Υπεύθυνη Προσφορά Ποτού»), η οποία αποσκοπεί στη δημιουργία μιας κουλτούρας όπου οι ανήλικοι ή οι εμφανώς μεθυσμένοι δεν σερβίρονται αλκοόλ, και προβλέπει εκπαίδευση του προσωπικού, συντονισμό των συμβαλλόμενων μερών (Αστυνομία, ΟΤΑ και μαγαζάτορες) και εποπτεία από τις δημόσιες Αρχές (Reitox,2013). Αυτή η μέθοδος είχε ως αποτέλεσμα την μείωση των αναφερόμενων βίαιων εγκλημάτων σε κάθε περιοχή που υιοθετήθηκε, με θετικότερα αποτελέσματα στις μικρές κοινότητες (Reitox,2013).

EFFEKT (Πρώην Πρόγραμμα Πρόληψης «Örebro»)

Το Πρόγραμμα Πρόληψης Örebro είναι ένα πρόγραμμα καθολικής πρόληψης

σχεδιασμένο να μειώσει τα περιστατικά κατάχρησης αλκοόλ στους ανηλίκους με το να διατηρήσει τις περιοριστικές διαθέσεις και προσδοκίες των γονέων ως προς την κατανάλωση αλκοόλ από ανηλίκους (CAYT,2012). Το πρόγραμμα βασίζεται στο σκεπτικό ότι οι γονείς, καθώς το παιδί μεγαλώνει και γίνεται έφηβος, γίνονται συνεχώς πιο ανεκτικοί ως προς την κατανάλωση αλκοόλ, παραβλέποντας έτσι σοβαρές συνέπειες που μπορεί να προκύψουν στην υγεία του παιδιού. Ομάδα στόχου είναι οι γονείς των παιδιών ηλικίας 13-16 ετών (CAYT,2012). Το πρόγραμμα έχει γρήγορα γίνει ένα από τα κυριότερα προγράμματα πρόληψης για γονείς στη Σουηδία, και τώρα χρησιμοποιείται σε αρκετές άλλες χώρες. Το Πρόγραμμα Örebro απευθύνεται σε γονείς νέων ηλικίας 13-16 ετών (CAYT,2012). Με το πέρασμα των χρόνων, το πρόγραμμα Örebro έχει εξελιχθεί στο πρόγραμμα EFFEKT, με βασική διαφορά ότι το νέο πρόγραμμα ευνοεί περισσότερο την επικοινωνία με τους γονείς (CAYT,2012).

«Clubs Against Drugs»

Το «Clubs Against Drugs» αποτελεί άλλο ένα πρόγραμμα πρόληψης που λαμβάνει μέρος στους χώρους διασκέδασης (Reitox,2013). Πρόκειται για μια πολυεπίπεδη παρέμβαση σε επίπεδο κοινότητας, περικλείοντας στοιχεία όπως εκπαίδευση πάνω στις ουσίες, κινητοποίηση της κοινότητας και αλλαγές συμπεριφορών στο φυσικό περιβάλλον των εργαζόμενων και των πελατών σε χώρους διασκέδασης (Gripenberg Abdon et al., 2011). Κάποια από τα σημαντικότερα στοιχεία εστίασης του προγράμματος είναι να παροτρύνει το προσωπικό να μειώσει τη χρήση ουσιών στον εργασιακό του χώρο, να πληροφορήσει για την τρέχουσα πολιτική για τα ναρκωτικά, και να προωθηθεί η απαγόρευση εισόδου σε άτομα που βρίσκονται υπό την επήρεια ουσιών (Gripenberg Abdon et al., 2011).

6.2.4.: Ολλανδία, ο «παράδεισος των νόμιμων ουσιών»

6.2.4.1.: Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά και οι πολιτικές πρόληψης στην Ολλανδία

Το ενδιαφέρον της σύγχρονης πολιτικής για τα ναρκωτικά στην Ολλανδία περιστρέφεται γύρω από το να περιοριστεί η χρήση ουσιών, αλλά και η βλάβη που προκύπτει από την χρήση και από την παραγωγή και διακίνηση ουσιών (Stc 2012-26938, στο Reitox, 2013). Τα βασικότερα σημεία της εθνικής πολιτικής, όπως αυτή έχει καθιερωθεί τα τελευταία χρόνια, είναι τα εξής (Reitox, 2013):

- Περιορισμός του φαινομένου χρήσης ουσιών και αλκοόλ από τους ανηλίκους σε πιο έντονο βαθμό (Adviescommissie Drugsbeleid 2009, στο Reitox, 2013).
- Πάταξη του οργανωμένου εγκλήματος, με προτεραιότητα την παράνομη παραγωγή και καλλιέργεια της κάνναβης (Reitox, 2013).
- Ενίσχυση του σχολείου με τέτοιο τρόπο ώστε να εγκαθιδρύσουν μέτρα ασφαλείας, όπως στην περίπτωση χρήσης ουσιών (Reitox, 2013).

- Εντατικός έλεγχος των ιδιοκτητών των coffee shops, ώστε να διερευνηθεί η πιθανή σύνδεση με εγκληματικές οργανώσεις (Reitox, 2013).
- Η πολιτική πρόληψης εστιάζει την προσοχή στην έγκυρη ανίχνευση και την αντιμετώπιση προβληματικών συμπεριφορών στους νέους (Reitox, 2013).

Επίσης, από το 2014 ως και το 2016 βρίσκεται σε ισχύ το «Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης» (National Prevention Program – NPP), το οποίο φέρνει στο προσκήνιο την πρόληψη παθήσεων και παραγόντων κινδύνου, και ειδικότερα της χρήσης καπνού, της επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ, της κατάθλιψης, του διαβήτη, της παχυσαρκίας και της καθιστικής ζωής (Reitox, 2013). Η βασική ιδέα που προάγεται μέσω του Προγράμματος είναι ότι η υγιής συμπεριφορά είναι ατομική ευθύνη του καθενός, χωρίς αυτό να συνεπάγεται ότι υποτιμάται η παροχή αξιόπιστων πληροφοριών και ο ρόλος που παίζουν τα εκάστοτε συμβαλλόμενα μέρη στην εφαρμογή της πρόληψης (Reitox, 2013). Αντίθετα, βασικό στοιχείο αποτελεί η συνεργασία και ο συντονισμός όλων των εμπλεκόμενων φορέων της κοινότητας (Reitox, 2013). Ειδικότερα ως προς την κατάχρηση ουσιών, το Πρόγραμμα εισάγει τροποποιήσεις στην μέχρι τότε υφιστάμενη κατάσταση, όπως στην αύξηση του κατώτερου ορίου ηλικίας για την αγορά και κατανάλωση αλκοολούχων και ειδών καπνού από τα 16 χρόνια στα 18, στην επέκταση της απαγόρευσης του καπνίσματος στα μπαρ που δεν έχουν προσωπικό και στην προαγωγή ασφαλούς και υγιούς νυχτερινής ζωής, όσον αφορά τον καπνό, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά (Reitox, 2013).

Την βασική ευθύνη για την εθνική πολιτική πρόληψης της ουσιοεξάρτησης, η οποία εντάσσεται σε μια ευρύτερη πολιτική πρόληψης για τη δημόσια υγεία, έχει το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού, το οποίο συντονίζει και επιβλέπει τις υλοποιούμενες παρεμβάσεις (Reitox, 2013). Από εκεί και πέρα, οι Τοπικές Αρχές είναι αυτές που εφαρμόζουν και αναπτύσσουν τις πολιτικές πρόληψης, ενώ η παροχή πληροφοριών στις εκάστοτε ομάδες στόχου βρίσκεται στα χέρια των ΜΜΕ, με την διοργάνωση εκστρατειών για το ευρύ κοινό (Reitox, 2013).

Για τις περιβαλλοντικές στρατηγικές πρόληψης, το βασικό ενδιαφέρον είναι οι τρεις επί Ολλανδικού χώρου νόμιμες ουσίες: το αλκοόλ, ο καπνός και η κάνναβη (Reitox, 2013). Για το αλκοόλ, η κυβέρνηση της χώρας επιδιώκει να καταπολεμήσει την κατάχρηση και τα προβλήματα που αυτή επιφέρει σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο, όπως τις επιπτώσεις στην υγεία, τα περιστατικά επιθετικότητας σε χώρους διασκέδασης και στα τροχαία ατυχήματα που οφείλονται σε αυτήν (Reitox, 2013). Ειδικά οι νέοι θεωρούνται ομάδα υψηλού κινδύνου και δέουσας σημασίας, όπως φαίνεται από μια τροποποίηση που ισχύει από την 1^η Ιανουαρίου του 2014, σύμφωνα με την οποία τα άτομα μεταξύ 16 και 18 ετών επιτρέπεται να αγοράσουν και να καταναλώσουν οινοπνευματώδη ποτά μόνο αν έχουν περιεκτικότητα κάτω από 15%, ενώ μόνο οι άνω των 18 μπορούν να αγοράσουν και να καταναλώσουν πιο βαριά ποτά (Reitox, 2013). Επιπλέον, οι καταστηματαρχές και οι απανταχού πωλητές οφείλουν να επιβεβαιώνουν την ηλικία ενός ατόμου, ενώ σε αντίθεση περίπτωση επιβάλλονται νομικές κυρώσεις μέχρι και αναστολή της άδειας λειτουργίας (Reitox,

2013). Άλλα μέτρα εξάλειψης των συνεπειών είναι ο έλεγχος των παρανομούμενων για βίαια αδικήματα για πιθανή υπερκατανάλωση αλκοόλ και αύξηση του ΦΠΑ στα αλκοολούχα προϊόντα (Reitox, 2013).

Ως προς το κάπνισμα, η Ολλανδία έχει ήδη επιβάλλει την απαγόρευση διαφήμισης τσιγάρων και ειδών καπνού από το 2002 (Stb. 2002, 201), ενώ έχει απαγορευτεί το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους χώρους και στα μέσα συγκοινωνίας, με εξαίρεση προς το παρόν στα μπαρ που δεν απασχολούν καθόλου προσωπικό (Reitox, 2013). Ακόμη, η φορολογία στα είδη καπνού έχει σημειώσει αύξηση από το 2012, με ενδεχόμενο να αυξηθεί κι άλλο προσεχώς και προβλέπονται πρόστιμα για την παράβαση του αντικαπνιστικού νόμου (Reitox, 2013).

Ρυθμίσεις έχουν προκύψει και για το θέμα της κατανάλωσης κάνναβης (Reitox, 2013). Βασικό σημείο αυτών των ρυθμίσεων είναι ο αυστηρότερος τρόπος λειτουργίας που έχει εφαρμοστεί στα λεγόμενα coffee shops, στα οποία έχουν προστεθεί δύο κρίσιμα κριτήρια λειτουργίας στα ήδη υπάρχοντα: το κριτήριο της εντοπιότητας (residence criterion) και το κριτήριο της ιδιωτικής λέσχης (private club criterion) (Reitox, 2013). Σύμφωνα με το πρώτο κριτήριο, απαγορεύεται η πώληση κάνναβης σε μη κατοίκους της Ολλανδίας, με σκοπό να αποτραπεί ο τουρισμός που οφείλεται στην προμήθεια ουσιών, ενώ το δεύτερο κριτήριο προβλέπει την εγγραφή μελών που αγοράζουν κάνναβη από τα coffee shops, με ανώτερο όριο τα 2000 άτομα ανά έτος (Reitox, 2013). Αυτά προστίθενται στα υπόλοιπα κριτήρια λειτουργίας, τα οποία προβλέπουν απαγόρευση της διαφήμισης, της πώλησης σε ανηλίκους, των «σκληρών» ναρκωτικών, της διατάραξης του κοινού και της πώλησης μη εγκεκριμένων ποσοτήτων κάνναβης ανά άτομο (Reitox, 2013). Μια ακόμα προσθήκη αφορά την απαγόρευση πώλησης ειδών κάνναβης με περιεκτικότητα τετραϋδροκανναβινόλης πάνω από 15% (Reitox, 2013).

Στο κομμάτι της καθολικής πρόληψης, η προσοχή έχει στραφεί κυρίως στον τομέα της εκπαίδευσης (Reitox, 2013). Τα σχολεία έχουν συμπεριλάβει στο πρόγραμμα σπουδών τους την εκπαίδευση ως προς τις ουσίες, ενώ η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών φορέων έχουν τη δική τους πολιτική εκπαίδευσης στο ζήτημα της ουσιοεξάρτησης και τις δικές τους κατευθυντήριες ως προς την αντιμετώπιση περιστατικών χρήσης (Reitox, 2013). Προγράμματα πρόληψης αποτελούν άλλο ένα μέσο που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης (Reitox, 2013). Επίσης, λειτουργούν ομάδες φροντίδας και συμβουλευτικής για την υποστήριξη των μαθητών που παρουσιάζουν πολυσύνθετα προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ουσιών (Reitox, 2013). Άλλα μέτρα καθολικής πρόληψης είναι τα οικογενειακά προγράμματα πρόληψης, οι εκστρατείες ενημέρωσης για γονείς, και τηλεφωνικές και διαδικτυακές γραμμές υποστήριξης και πληροφόρησης για το κοινό και τους επαγγελματίες πρόληψης (Reitox, 2013).

Ωστόσο, με τις εκστρατείες ενημέρωσης να περιορίζονται σε αριθμό σημαντικά από χρόνο σε χρόνο λόγω ανεπαρκούς χρηματοδότησης, η προσοχή έχει στραφεί τόσο στην επικεντρωμένη όσο και στην ενδεδειγμένη πρόληψη (Reitox,

2013). Εδώ να σημειωθεί ότι στην Ολλανδία ο διαχωρισμός αυτός των δύο ειδών πρόληψης είναι περισσότερο τεχνητός και σπάνια ξεχωρίζει στις παρεμβάσεις πρόληψης (Reitox, 2013). Όπως και να έχει, σε αυτούς τους δύο τομείς πρόληψης βασικές ομάδες στόχου είναι η νεολαία και η νυχτερινή ζωή (Reitox, 2013). Για την νεολαία, πρόσφατα διαπιστώθηκε πως καμία από τις εφαρμοσμένες παρεμβάσεις των τελευταίων χρόνων δεν ήταν αποδεδειγμένα αποτελεσματική, ενώ πολλές εξ αυτών δεν τηρούσαν ούτε τις βασικές προϋποθέσεις, με εξαίρεση κάποιες παρεμβάσεις στο σχολικό περιβάλλον, που πληρούσαν τις δύο προαναφερθείσες προϋποθέσεις (Reitox, 2013). Για αυτό το λόγο, στο προσεχές μέλλον προβλέπεται επανεξέταση των τρεχόντων προγραμμάτων ώστε να καλυφθούν κενά και ελλείψεις αυτών, αλλά και η εφαρμογή και ενίσχυση προγραμμάτων εκπαίδευσης σε επαγγελματίες που ασχολούνται με τους νέους (Reitox, 2013).

Τέλος, όσον αφορά τη νυχτερινή διασκέδαση, σημειώνεται αυξημένο ενδιαφέρον από τους δήμους για την εφαρμογή προγραμμάτων που σχετίζονται με την μείωση χρήση ουσιών, αυξάνοντας έτσι την ασφάλεια στους χώρους διασκέδασης (Reitox, 2013). Στα πλαίσια αυτά, υπάρχουν πολλές παρεμβάσεις που μπορεί να απευθύνονται στο προσωπικό, στις Αστυνομικές Αρχές ή στο κοινό και περιλαμβάνουν παροχή έγκυρων πληροφοριών, εκπαίδευση σε δεξιότητες διαχείρισης των συμπεριφορών που προκύπτουν από την υπέρμετρη χρήση ουσιών και διαπαιδαγώγηση σε υγιείς μορφές διασκέδασης (Reitox, 2013).

6.2.4.2.: Πρότυπα και καινοτόμα προγράμματα πρόληψης στην Ολλανδία

The Cannabis Show

Το «The Cannabis Show» είναι ένα σχολικό πρόγραμμα επικεντρωμένης πρόληψης που έλαβε χώρα στην Ολλανδία κατά το έτος 2008 (www.emcdda.com, πρόσβαση στις 25 Απριλίου 2015). Η ποιότητα αυτού του πρότυπου προγράμματος είναι αξιολογημένο με επίπεδο ποιότητας 3 από το EMCDDA, το πιο υψηλό επίπεδο αποτελεσματικότητας (www.emcdda.com, πρόσβαση στις 25 Απριλίου 2015). Ομάδα στόχου του είναι τα παιδιά και οι νέοι, κυρίως αυτοί που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες και ως εκ τούτου δεν έχουν ευκολία πρόσβασης στην εκπαίδευση υγείας (www.emcdda.com, πρόσβαση στις 25 Απριλίου 2015). Το πρόγραμμα συνδυάζει την μετάδοση πληροφοριών με τη διασκέδαση, με δρώμενα να μεσολαβούν ανάμεσα στα μέρη της παρέμβασης (www.emcdda.com, πρόσβαση στις 25 Απριλίου 2015). Το «σόου» παρουσιάζεται από τρεις συνομηλίκους που έχουν περάσει εκπαίδευση πάνω στο πρόγραμμα: έναν «οικοδεσπότη», ο οποίος που παρέχει τις βασικές πληροφορίες γύρω από την χρήση της κάνναβης, ένα βοηθό, που υποδύεται τον χρήστη κάνναβης και θέτει ερωτήματα στον οικοδεσπότη, δίνοντας έτσι το έναυσμα για διάλογο, κι έναν «διευκολυντή», ο οποίος κυκλοφορεί με μικρόφωνο ανάμεσα στους παρευρισκόμενους, δίνοντάς τους την ευκαιρία να παρέμβουν στο διάλογο (www.emcdda.com, πρόσβαση στις 25 Απριλίου 2015). Επίσης, χρησιμοποιούνται και

άλλες μέθοδοι, όπως παιχνίδια ρόλων και γνώσεων, ώστε να συμμετάσχουν όσο το δυνατό περισσότεροι (www.emcdda.com, πρόσβαση στις 25 Απριλίου 2015). Αποτελέσματα ερευνών αποδεικνύουν η γνώση και η αυτάρκεια αυξήθηκε στους συμμετέχοντες και η πρόσφατη χρήση κάνναβης μειώθηκε βραχυπρόθεσμα κατά 50% μετά το πέρας της παρέμβασης, με τα μακροπρόθεσμα οφέλη να είναι επί του παρόντος άγνωστα (www.emcdda.com, πρόσβαση στις 25 Απριλίου 2015).

6.3.: Πανευρωπαϊκά πρότυπα και καινοτόμα προγράμματα πρόληψης

6.3.1.: Το Πρόγραμμα Triple P

Το Πρόγραμμα Triple P (Triple P -Positive Parenting Program- «Πρόγραμμα Θετικής Γονεϊκότητας») αποτελεί ένα πολυεπίπεδο και διεπιστημονικό σύστημα στρατηγικών στήριξης της οικογένειας και των γονέων, σχεδιασμένο ώστε να προλαμβάνει ή να εξασθενεί συμπεριφοριστικές, συναισθηματικές και αναπτυξιακές διαταραχές στα παιδιά (UNODC, 2009). Ουσιαστικά δεν πρόκειται για ένα σύνολο παρεμβάσεων με κλιμάκωση ως προς την έντασή του (<http://www.triplep.net/glo-en/home/>, πρόσβαση στις 10 Μαΐου 2015). Δημιουργήθηκε από το Πανεπιστήμιο του Μπρίσμπεϊν στην Αυστραλία και εφαρμόστηκε πολύ επιτυχώς σε διάφορες χώρες παγκοσμίως, ενώ στην Ευρώπη εφαρμόστηκε από τις χώρες Βέλγιο, Γερμανία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Σουηδία, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο (<http://www.triplep.net/glo-en/home/>, πρόσβαση στις 10 Μαΐου 2015).

Το θεωρητικό του υπόβαθρο εντοπίζεται στις θεωρίες της κοινωνικής μάθησης, της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής προσέγγισης και της αναπτυξιακής προσέγγισης, ενώ έχει σχεδιαστεί να είναι προσαρμόζεται στον εκάστοτε πληθυσμό ανάλογα με την περιοχή ή χώρα που εφαρμόζεται, ώστε να προσελκύει όσο το δυνατό περισσότερα άτομα (<http://www.triplep.net/glo-en/home/>, πρόσβαση στις 10 Μαΐου 2015).

Το πρόγραμμα εν γένει αποσκοπεί πρωτίστως στο να βοηθήσει τους ίδιους τους γονείς να δημιουργήσουν ένα ασφαλές οικογενειακό περιβάλλον, να προάγουν θετικές σχέσεις μέσα σε αυτό, με βάση το γνήσιο ενδιαφέρον, και να αναπτύξουν αποτελεσματικές και μη βίαιες στρατηγικές για την προαγωγή της ανάπτυξης του παιδιού και την διαχείριση κοινών ζητημάτων συμπεριφοράς και ανατροφής (UNODC, 2009). Στόχος επίσης του προγράμματος είναι η μείωση των γνωστών παραγόντων κινδύνου με την παράλληλη ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων μέσα από την μείωση του γονεϊκού στρες, την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των γονέων και την βελτίωση της επικοινωνίας και συνέπειας του ζευγαριού ως προς το ρόλο τους ως γονείς (UNODC, 2009). Όλα τα παραπάνω πρόκειται να στηθούν πάνω στα θεμέλια υφιστάμενων δυναμικών μέσα στις οικογένειες, εστιάζοντας στην ικανότητα αυτορρύθμισης του γονεϊκού ρόλου προκειμένου να ενισχυθεί η αυτάρκεια και η ετοιμότητα των γονέων για την επίλυση μελλοντικών προβλημάτων (UNODC, 2009).

Ομάδα στόχου του Triple P είναι όλοι οι γονείς με ανήλικα τέκνα, από την

παιδική ηλικία ως και την εφηβεία, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα θεμάτων και αναγκών (UNODC, 2009). Ο συντονισμός του γίνεται τυπικά από έναν επαγγελματία, αν και σε μεγάλες ομάδες έργου προτείνονται συνεργάτες, ενώ συνίσταται και η εποπτεία στο χώρο εργασίας (UNODC, 2009). Το πρόγραμμα είναι οργανωμένο σε πέντε επίπεδα, που το καθένα περιλαμβάνει εστιασμένη ομάδα στόχου, συγκεκριμένη μεθοδολογία, διαφορετικό επίπεδο παρέμβασης και συγκεκριμένο αριθμό συνεδριών και δράσεων (UNODC, 2009).

Το *πρώτο επίπεδο* (Universal Triple P – Καθολικό Πρόγραμμα Triple P) απευθύνεται σε όλους τους γονείς που επιθυμούν να λάβουν πληροφόρηση σχετικά με γενικά ζητήματα γονεϊκότητας και προώθησης της ανάπτυξης του παιδιού τους (UNODC, 2009). Στο επίπεδο αυτό, συντονίζεται μια εκστρατεία πληροφόρησης με τη χρήση έντυπων και ηλεκτρονικών μέσων και στρατηγικών προαγωγής της υγείας ώστε να υπάρξει ευαισθητοποίηση σε θέματα γονεϊκότητας και να ενθαρρυνθεί η συμμετοχή σε προγράμματα γονέων (UNODC, 2009). Κάποιες φορές ίσως υπάρχει και επαγγελματικό προσωπικό για τη στήριξη της δράσης (UNODC, 2009).

Το *δεύτερο επίπεδο* (Selected Triple P – Εστιασμένο Πρόγραμμα Triple P) κινείται κυρίως σε επίπεδο ομάδας και απευθύνεται σε γονείς με ενδιαφέρον ως προς την εκπαίδευση γονέων και την πληροφόρηση σε θέματα προαγωγής της ανάπτυξης του παιδιού ή σε γονείς με ανησυχίες σε συγκεκριμένα θέματα που αφορούν την συμπεριφορά ή την ανάπτυξη του παιδιού (UNODC, 2009). Αποτελείται από τρία σεμινάρια εισαγωγικά ως προς το συνολικό πρόγραμμα, ιδιαίτερος χρήσιμα σε περιπτώσεις γονέων με παιδιά στις πρώτες τάξεις των εκπαιδευτικών βαθμίδων (UNODC, 2009). Κατά περίπτωση περιλαμβάνει και μια βραχεία ατομική παρέμβαση για καθοδήγηση γονέων ατόμων με ήπιας μορφής προβλήματα συμπεριφοράς ή αναπτυξιακές δυσκολίες (UNODC, 2009).

Το *τρίτο επίπεδο* (Primary Care Triple P – Πρόγραμμα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης Triple P) αφορά τους γονείς εκείνους με συγκεκριμένες ανησυχίες ως προς την συμπεριφορά ή την ανάπτυξη του παιδιού που επιζητούν σύντομες παρεμβάσεις συμβουλευτικής ή ενεργή εξάσκηση σε δεξιότητες (UNODC, 2009). Το επίπεδο αυτό αποτελείται από τρεις ή τέσσερις συνεδρίες επικεντρωμένης παρέμβασης όπου οι γονείς, μέσω παροχής συμβουλών, ενεργητικής εξάσκησης σε δεξιότητες και αυτοαξιολόγησης, εκπαιδεύονται ώστε να διαχειριστούν τις περιπτώσεις που το παιδί επιδεικνύει διακριτά προβλήματα συμπεριφοράς ή να εκπονήσουν ένα συγκεκριμένο σχέδιο δράσης (UNODC, 2009).

Το *τέταρτο επίπεδο* ουσιαστικά χωρίζεται σε τέσσερα ξεχωριστά μεταξύ τους προγράμματα: το *πρότυπο πρόγραμμα* (Standard Triple P), το *ομαδικό πρόγραμμα* (Group Triple P), το *αυτοκατευθυνόμενο πρόγραμμα* (Self-directed Triple P) και το *πρόγραμμα μέσων προόδου* (Stepping Stones Triple P) (UNODC, 2009). Τα τρία πρώτα έχουν κοινή ομάδα στόχου τους γονείς που επιζητούν εντατική άσκηση σε θετικά γονεϊκά πρότυπα συμπεριφοράς και εστιάζουν στην αλληλεπίδραση του γονέα με το παιδί, την εφαρμογή γονεϊκών ικανοτήτων σε ευρύ φάσμα συμπεριφορών και την χρήση στρατηγικών ενίσχυσης της γενίκευσης αυτής για να προαχθεί η γονεϊκή αυτονομία (UNODC, 2009). Επίσης, μέσω δραστηριοτήτων και εργασιών για το σπίτι, καλύπτονται ζητήματα αιτιολογίας για τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών,

στρατηγικών προαγωγής θετικών οικογενειακών σχέσεων και ενθάρρυνσης της ανάπτυξης των παιδιών, στρατηγικών διαχείρισης των επισφαλών συμπεριφορών και ενδυνάμωσης της γενίκευσης (UNODC, 2009).

Ωστόσο το καθένα χρησιμοποιεί διαφορετικές μεθόδους (UNODC, 2009). Στο *πρότυπο πρόγραμμα* γίνονται δέκα ωριαίες τυπικά συνεδρίες, που περιλαμβάνουν πρακτική εκμάθηση καίριων τεχνικών ώστε οι γονείς να εξασκήσουν και να αξιολογήσουν την εφαρμογή των θετικών δεξιοτήτων τους (UNODC, 2009). Στο *ομαδικό πρόγραμμα* υπάρχουν ομάδες δέκα ως δώδεκα ατόμων και συμπεριλαμβάνει πέντε δίωρες ομαδικές συνεδρίες, με βιντεοσκοπημένες και ζωντανές παρουσιάσεις και ενεργή συμμετοχή του κοινού, τρεις τηλεφωνικές επικοινωνίες με κάθε μέλος της ομάδας για προσωπική στοχοθεσία και αυτοαξιολόγηση, και μία τελική ομαδική συνεδρία (UNODC, 2009). Τέλος, στο *αυτοκατευθυνόμενο πρόγραμμα*, παρέχεται στους γονείς ένας οδηγός αυτοβοήθειας ο οποίος οδηγεί σε δέκα εβδομάδες έργων ανάγνωσης και πρακτικής καλύπτοντας το ίδιο περιεχόμενο με το πρότυπο πρόγραμμα, ενώ προτείνεται πρόσθετη βιβλιογραφία για επιπλέον μελέτη (UNODC, 2009). Το τελευταίο είναι κατάλληλο ειδικά για οικογένειες που κατοικούν σε απομακρυσμένες ή αγροτικές περιοχές, ενώ πιθανόν να περιλαμβάνει τηλεφωνική επικοινωνία για προσωπική στοχοθεσία και αυτοαξιολόγηση (UNODC, 2009).

Από την άλλη, το *πρόγραμμα μέσω προόδου* απευθύνεται σε οικογένειες ατόμων με αναπηρία τα οποία έχουν ή παρουσιάζουν το κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών συμπεριφοράς ή συναισθημάτων (UNODC, 2009). Το πρόγραμμα δομείται από δέκα συνεδρίες και πρόκειται για μια στρατηγική έγκυρης παρέμβασης ιδιαίτερα χρήσιμη για γονείς αντιμετωπίζουν κωλύματα στην προσαρμογή της κατάστασης της αναπηρίας του παιδιού τους (UNODC, 2009). Ακόμη, υπάρχει η δυνατότητα εκτέλεσης της παρέμβασης συνδυαστικά με το πρότυπο πρόγραμμα, με εκπαίδευση γονέων και στρατηγικές βασισμένες στην έρευνα για την αναπηρία (UNODC, 2009).

Τελικώς, το πέμπτο και τελευταίο επίπεδο χωρίζεται σε δύο διαφορετικά προγράμματα, το *ενισχυμένο πρόγραμμα* (Enhanced Triple P) και το *πρόγραμμα «Μονοπάτια»* (Pathways Triple P) (UNODC, 2009). Το ενισχυμένο πρόγραμμα απευθύνεται σε γονείς παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς ως αποτέλεσμα δυσλειτουργίας στην οικογένεια (UNODC, 2009). Είναι ένα εντατικό, ατομικά προσαρμοσμένο πρόγραμμα έντεκα ωριαίων συνεδριών και περιλαμβάνει κατ' οίκον επισκέψεις με στόχο την ενδυνάμωση των γονεϊκών ικανοτήτων, των στρατηγικών διαχείρισης, των ικανοτήτων διαχείρισης άγχους και των ικανοτήτων στήριξης του συντρόφου (UNODC, 2009). Το πρόγραμμα «Μονοπάτια» έχει ως ομάδα στόχους του γονείς με υψηλό κίνδυνο κακομεταχείρισης των παιδιών τους και στοχεύει στα προβλήματα διαχείρισης θυμού και σε άλλους παράγοντες που συνδέονται με την κακοποίηση (UNODC, 2009). Συνήθως είναι μια στρατηγική παρέμβαση τεσσάρων ή πέντε συνεδριών, με δυνατότητα εμπλουτισμού από άλλες παρεμβάσεις του γενικού προγράμματος, ενώ μπορούν να προστεθούν δύο επιπλέον μοντέλα παρέμβασης για την διαχείριση του θυμού και την αποφυγή παγίδων, αλλά και μία συνεδρία κλεισίματος για την προαγωγή της διατήρησης των κερκτημένων (UNODC, 2009).

Τα αποτελέσματα του συνολικού προγράμματος στον πληθυσμό είναι ιδιαίτερα

θετικά, με τα παιδιά να παρουσιάζουν συνολικά λιγότερες ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, και με τους γονείς να επιδεικνύουν θετικές ως λιγότερο αρνητικές συμπεριφορές σε σχέση με τις οικογενειακές σχέσεις, τον τρόπο διαχείρισης καταστάσεων και τα επίπεδα άγχους, με υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των γονέων (UNODC, 2009).

Το πρόγραμμα Triple P κρίνεται ως ένα από τα πιο αποδοτικά προγράμματα παγκοσμίως, με πολλές έρευνες να στηρίζουν την αποτελεσματικότητά του και συγκεκριμένα, τέσσερις μετα-αναλύσεις μελετών, 10 ανεξάρτητες τυχαίες δοκιμές ελέγχου, 47 τυχαίες δοκιμές ελέγχου, 28 οιονεί πειραματικές μελέτες και 11 μελέτες βασισμένες σε προπαραεμβατική και μεταπαραεμβατική αξιολόγηση (UNODC, 2009).

6.3.2. Το Πρόγραμμα «The Incredible Years»

Το πρόγραμμα «The Incredible Years» («Τα Απίθανα Χρόνια») είναι μια σειρά εκπαίδευσης για γονείς, εκπαιδευτικούς και παιδιά, με τρία περιεκτικά και πολυδιάστατα προγράμματα μαθητείας, ένα για κάθε προαναφερόμενη ομάδα στόχου (UNODC, 2009). Το θεωρητικό υπόβαθρο του προγράμματος εντοπίζεται στην γνωσιακή θεωρία κοινωνικής μάθησης, η οποία εστιάζει στην σημασία των μηχανισμών κοινωνικοποίησης από την οικογένεια και τους εκπαιδευτικούς, ειδικά σε αυτές που επιδρούν στα νεαρά άτομα (UNODC, 2009).

Η παρέμβαση συνολικά βασίζεται στην υπόθεση ότι η αρνητική ενίσχυση αναπτύσσει και διατηρεί αρνητικές συμπεριφορές στα παιδιά και επικριτική ή πειστική συμπεριφορά στους γονείς και στους δασκάλους, και έτσι οι τελευταίοι καλούνται να τροποποιήσουν την δική τους συμπεριφορά ώστε να βελτιώσουν τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες των παιδιών (UNODC, 2009). Έτσι, πρωταρχικό ρόλο παίζει η εκμάθηση κατάλληλων θετικών στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων και πειθαρχίας (UNODC, 2009).

Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στη συνέχεια υιοθετήθηκε και από άλλες χώρες ανά τον κόσμο (UNODC, 2009). Σε ευρωπαϊκό έδαφος εφαρμόστηκε με επιτυχία από την Ιρλανδία, τη Γερμανία, την Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Πορτογαλία και τη Ρωσία (UNODC, 2009).

Η σειρά εκπαίδευσης για γονείς συνίσταται από τρία προγράμματα, τα οποία στοχεύουν γονείς παιδιών με υψηλές πιθανότητες εμφάνισης αρνητικών συμπεριφορών και παιδιών που επιδεικνύουν προβλήματα συμπεριφοράς (UNODC, 2009).

Το πρώτο πρόγραμμα («Βασικό Πρόγραμμα» - «Basic Programme») επικεντρώνεται σε δεξιότητες γονέων οι οποίες είναι γνωστές για την προώθηση κοινωνικής επάρκειας για τα παιδιά και για την μείωση προβλημάτων συμπεριφοράς (UNODC, 2009). Οι δεξιότητες αυτές περιλαμβάνουν (UNODC, 2009):

- Παιδοκεντρικές δεξιότητες παιχνιδιού
- Κοινωνική και συναισθηματική διαχείριση
- Υποβοήθηση των παιδιών στην μάθηση
- Αποτελεσματική χρήση της επιδοκμασίας και των κινήτρων

- Στρατηγικές αποτελεσματικού καθορισμού ορίων και θετικής πειθάρχησης (UNODC, 2009).

Το επόμενο πρόγραμμα, το επονομαζόμενο «Προχωρημένο Πρόγραμμα» («Advanced Programme»), εστιάζει σε διαπροσωπικές δεξιότητες των γονέων, όπως δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας, διαχείριση θυμού και κατάπτωσης, επίλυση προβλημάτων μεταξύ ενηλίκων και τρόπους παροχής και λήψης υποστήριξης (UNODC, 2009). Προσφέρεται σε ομάδες γονέων που έχουν συμπληρώσει το «Βασικό Πρόγραμμα» (UNODC, 2009).

Το τρίτο και τελευταίο πρόγραμμα είναι το Πρόγραμμα «Στηρίζοντας την Εκπαίδευση του Παιδιού σου» («Supporting Your Child's Education Programme») (UNODC, 2009). Εκτελείται ακολουθώντας το Βασικό Πρόγραμμα, από τη στιγμή που δομείται πάνω στις βασικές αρχές συμπεριφοράς που υποβόσκουν σε κοινωνικές δεξιότητες που γνωστοποιήθηκαν σε αυτό και εφαρμόζει τις αρχές αυτές σε ακαδημαϊκές δεξιότητες (UNODC, 2009). Το πρόγραμμα αυτό υιοθετεί γονεϊκές προσεγγίσεις, σχεδιασμένες να προάγουν τη εμπλοκή του γονέα στο στήσιμο της προβλεπόμενης ρουτίνας εργασιών για το σπίτι και στην ανατροφή ακαδημαϊκών δεξιοτήτων των παιδιών, όπως είναι η ανάγνωση και το χτίσιμο συνεργατικών σχέσεων με τους δασκάλους (UNODC, 2009).

Η σειρά εκπαίδευσης δασκάλων αποτελείται από έξι συνοπτικά προγράμματα ομαδικής συζήτησης και παρέμβασης για εκπαιδευτικούς, ψυχολόγους και σχολικούς συμβούλους που εργάζονται με παιδιά 3-10 ετών (UNODC, 2009). Το κάθε πρόγραμμα εστιάζει στην ενδυνάμωση στρατηγικών διαχείρισης μέσα στην τάξη, την προαγωγή προ-κοινωνικής συμπεριφοράς και σχολικής ετοιμότητας στα παιδιά, και στην μείωση της παιδικής επιθετικότητας στην τάξη και της έλλειψης συνεργασίας των απιδιών με συνομηλίκους και δασκάλους (UNODC, 2009). Οι συντονιστές της ομάδας χρησιμοποιούν οπτικοακουστικά μέσα που απεικονίζουν διάφορους τρόπους διαχείρισης προβληματικών καταστάσεων, προκειμένου να διευκολυνθεί η συζήτηση, να λυθούν και να γίνει ανταλλαγή ιδεών μεταξύ των εκπαιδευτικών (UNODC, 2009). Επίσης οι συντονιστές βοηθούν τους δασκάλους να συζητήσουν βασικές αρχές και να εξασκήσουν νέες δεξιότητες μέσα από παιχνίδια ρόλων και εργασιών για το σπίτι (UNODC, 2009).

Τέλος, η σειρά εκπαίδευσης για παιδιά, το «Dina Dinosaur Social Skills» και το «Πρόγραμμα Μαθημάτων Επίλυσης Προβλημάτων» («Problem-Solving Curriculum»), εστιάζει στην εκπαίδευση σε δεξιότητες όπως η συναισθηματική παιδεία, η ενσυναίσθηση, η φιλία, η διαχείριση του θυμού, η επίλυση προβλημάτων και την πρόποσα συμπεριφορά εντός του σχολείου (UNODC, 2009).

Το πρόγραμμα «The Incredible Years» θεωρείται ιδιαίτερα αποδοτικό, με την αποτελεσματικότητά του να πιστοποιείται από 8 ανεξάρτητες σε τυχαίο δείγμα δοκιμές ελέγχου, 10 δοκιμές ελέγχους σε τυχαίο δείγμα (4 ενδεδειγμένης πρόληψης και 6 αντιμετώπισης) και 3 μελέτες βάσει προπαραεμβατικής και μεταπαραεμβατικής αξιολόγησης (UNODC, 2009). Συνοπτικά τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής (UNODC, 2009):

- Οι γονείς επέδειξαν μικρή ως μέτρια αύξηση της θετικής και περιποιητικής τους συμπεριφοράς

- Παρατηρήθηκε μέτρια ως υψηλή μείωση στην σκληρή, πιεστική και αρνητική άσκηση του γονεϊκού ρόλου
- Στα παιδιά σημειώθηκε μικρή ως μέτρια μείωση στην παιδική επιθετικότητα και στα προβλήματα διαγωγής στο σπίτι και μέτρια ως υψηλή μείωση των ίδιων συμπεριφορών στο σχολικό περιβάλλον
- Επίσης, υπήρξε μέτρια αύξηση της κοινωνικής και συναισθηματικής επάρκειας των παιδιών
- Ακόμη, υπήρξε μικρή ως μεγάλη δέσμευση του παιδιού με την τάξη και υψηλή αύξηση ως προς την σχολική ετοιμότητα
- Οι δάσκαλοι παρουσίασαν μέτρια αύξηση στον δεσμό τους με τους γονείς
- Επιτεύχθηκε μεγάλη αύξηση στη χρήση στρατηγικών θετικής διαχείρισης στην τάξη από δασκάλους, και παράλληλη μείωση στην χρήση των αρνητικών στρατηγικών (UNODC, 2009).

6.3.3 Το Πρόγραμμα Ενδυνάμωσης Οικογενειών (« Strengthening Families Program»)

Ένα άλλο πρόγραμμα οικογενειακής εκπαίδευσης είναι το Πρόγραμμα Ενδυνάμωσης Οικογενειών («Strengthening Families Program»), το οποίο εμπλέκει ολόκληρη την οικογένεια σε τρία παράλληλα μαθήματα μία φορά την εβδομάδα (UNODC, 2009). Για πρώτη φορά σχεδιάστηκε και εκτελέστηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες από την καθηγήτρια Karol L. Kumpfer, και στην συνέχεια διαδόθηκε και σε άλλες χώρες, μεταξύ των οποίων η Γαλλία, η Ιταλία, η Ιρλανδία, η Νορβηγία, η Ολλανδία, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ρωσία (UNODC, 2009).

Αν και η αποτελεσματικότητά του έχει εντοπιστεί σε πολλούς τύπους οικογενειών, ως κύρια ομάδα στόχου χαρακτηρίζονται οι οικογένειες εκείνες που διατρέχουν υψηλά επίπεδα κινδύνου και έχει σχεδιαστεί ειδικά για παιδιά πρώην ή νυν ουσιοεξαρτώμενων, για γονείς που θεωρούνται επιρρεπείς στην κακομεταχείριση ή την παραμέληση των παιδιών τους και ελέγχονται από υπηρεσίες παιδικής προστασίας, για γονείς υπό κράτηση ή επιτήρηση για αδικήματα που σχετίζονται με τις ουσίες, για γονείς ή εφήβους που ακολουθούν θεραπεία απεξάρτησης και για παιδιά του συστήματος αναδοχής (UNODC, 2009).

Το πρόγραμμα χωρίζεται σε τρία σκέλη: το Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Γονέων, το Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Δεξιοτήτων για Παιδιά ή/και Εφήβους και το Οικογενειακό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Δεξιοτήτων (UNODC, 2009). Στην αρχή του προγράμματος, χρησιμοποιείται το τελετουργικό του οικογενειακού τραπέζιού ανάμεσα στους συμμετέχοντες και τους συντονιστές (UNODC, 2009). Στη συνέχεια οι γονείς και τα παιδιά μεταφέρονται σε ξεχωριστές αίθουσες, όπου πραγματοποιούνται παράλληλα τα δύο πρώτα προγράμματα (UNODC, 2009).

Στο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Γονέων, οι συμμετέχοντες μαθαίνουν να ορίζουν τις προσδοκίες τους για τα παιδιά με βάση το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού και να έχουν θετική αλληλεπίδραση μαζί τους μέσα από (UNODC, 2009):

- Τον έπαινο της θετικής συμπεριφοράς μέσα από κατάλληλες μορφές επιβράβευσης
- Την ενθάρρυνση του ηγετικού ρόλου των παιδιών στα πλαίσια του παιχνιδιού
- Την υιοθέτηση θετικών μορφών επικοινωνίας στην οικογένεια μέσω ενεργητικής ακρόασης και χωρίς επικριτική ή σαρκαστική διάθεση
- Την πραγματοποίηση οικογενειακών συναντήσεων για τη βελτίωση της τάξης και της οργάνωσης στον οικογενειακό κορμό
- Την ανάπτυξη αποτελεσματικής και συνεκτικής συμμόρφωσης, συμπεριλαμβάνοντας τις έννοιες των «συνεπειών» και του «διαλείμματος» (UNODC, 2009)

Αντίστοιχα, την ίδια ώρα πραγματοποιείται το δεύτερο πρόγραμμα που απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους (UNODC, 2009). Αυτό το τμήμα διαμορφώνεται ανάλογα με μία από τις τρεις ηλικιακές ομάδες: 3-5, 6-11 και 12-16 (UNODC, 2009). Το σκέλος αυτό πραγματεύεται την ανάπτυξη των παρακάτω δεξιοτήτων στα παιδιά (UNODC, 2009):

- Δεξιότητες επικοινωνίας χρήσιμες για τη βελτίωση των σχέσεων του παιδιού με τους συνομηλίκους του, τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς
- Διαχείριση θυμού και ικανότητες διαχείρισης δυσάρεστων καταστάσεων
- Σκέψη προσανατολισμένη στο μέλλον
- Ελαστικότητα, επίλυση προβλημάτων και δεξιότητες αντίστασης των ομότιμων
- Κατάλληλη συναισθηματική ταύτιση (UNODC, 2009).

Στους εφήβους συμπεριλαμβάνεται μια επιπλέον συνεδρία που αναφέρεται στις σχέσεις των δύο φύλων (UNODC, 2009).

Τελευταίο πρόγραμμα είναι το Οικογενειακό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Δεξιοτήτων, όπου οι δύο ομάδες ενώνονται σε ένα κοινό πρόγραμμα, δίνοντάς τους την ευκαιρία να εφαρμόσουν στην πράξη όσα έχουν μάθει στα προηγούμενα προγράμματα μέσω της αλληλεπίδρασης (UNODC, 2009). Στο σκέλος αυτό, οι τέσσερις εκπαιδευτές καλούνται να ενθαρρύνουν τα μέλη της οικογένειας να βελτιώσουν την αλληλεπίδραση ανάμεσα τους, με κύριες διδασκόμενες δεξιότητες την ελεύθερη βούληση του παιδιού να επιλέγει τα παιχνίδια ή τη δημιουργική απασχόληση με τεχνικές παρόμοιες με αυτές που χρησιμοποιούνται στην παιγνιοθεραπεία, την διεξαγωγή οικογενειακών συναντήσεων, τις δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας και τις θετικές μορφές πειθαρχίας (UNODC, 2009). Στα πλαίσια αυτού επίσης δίδονται πρακτικές εργασίες για το σπίτι για να εφαρμοστούν τα κεκτημένα σε πραγματικό περιβάλλον (UNODC, 2009).

Το συνολικό πρόγραμμα διαρκεί 14 συνεδρίες διάρκειας δύομιση ωρών, με κάθε συνεδρία να δομείται παρομοίως για τα παιδιά και τους γονείς (UNODC, 2009). Η αποτελεσματικότητά του καλύπτεται από αποδείξεις 8 ανεξάρτητων δοκιμών ελέγχου σε τυχαίο δείγμα, 10 δοκιμές ελέγχου σε τυχαίο δείγμα και πάνω από 100 οιονεί πειραματικές μελέτες (UNODC, 2009). Συγκεκριμένα, οι δοκιμές ελέγχου απέδειξαν ότι:

- Το πρόγραμμα για γονείς βελτιώνει τις δεξιότητες γονεϊκότητας, την αυτοπεποίθηση, την γονεϊκή αποτελεσματικότητα και την εμπλοκή στη σχέση τους παιδι και μειώνει την αρνητική παιδική συμπεριφορά και την εμφάνιση επιθετικότητας και αναγωγής
- Το περιεχόμενο του προγράμματος εκπαίδευσης για παιδιά βελτιώνει τους βαθμούς των παιδιών και τις κοινωνικές ικανότητες
- Το πρόγραμμα για όλη την οικογένεια επιφέρει βελτίωση στο δέσιμο, την ελαστικότητα, την οργάνωση και την επικοινωνία στο οικογενειακό σχήμα
- Το συνολικό Πρόγραμμα Ενδυνάμωσης Οικογενειών μειώνει την χρήση ή την πιθανότητα έναρξης της χρήσης αλκοόλ ή ουσιών από τους γονείς και τα μεγαλύτερα παιδιά, βελτιώνει τους παράγοντες προστασίας και μειώνει τους παράγοντες κινδύνου περισσότερο από τις περισσότερες μελετημένες παρεμβάσεις (UNODC, 2009).

Αυτή του η επιτυχία οδηγεί στην δοκιμή νέων μορφών του προγράμματος. Σε κάποιες πολιτείες των ΗΠΑ δοκιμάζεται πειραματικά μία κατ' οίκον εκδοχή του προγράμματος για την πρόληψη της παιδικής κακομεταχείρισης, εστιάζοντας την αλλαγή εντός του ίδιου του οικιακού περιβάλλοντος (UNODC, 2009). Επίσης, έχει ήδη αναπτυχθεί ένα διεθνές πρόγραμμα μέσω διαδικτύου για παιδιά 10-16 ετών (UNODC, 2009).

6.3.4. Το Πρόγραμμα SNAP

Πριν από περίπου τρεις δεκαετίες, το Ινστιτούτο Ανάπτυξης Παιδιού στο Τορόντο του Καναδά, εκπονήθηκε μια πολυπαραγοντική στρατηγική, βασισμένη στην γνωσιακή συμπεριφοριστική προσέγγιση (UNODC, 2009). Αυτή η στρατηγική πήρε την ονομασία «Stop Now And Plan» (« Σταμάτα Τώρα Και Σχεδίασε») ή σε συντομία SNAP και στοχεύει σε παιδιά ηλικίας 6-11 ετών, τα οποία παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς και υψηλές πιθανότητες νεανικής παραβατικότητας (UNODC, 2009). Σύντομα, ο ιδιαίτερος χαρακτήρας του προγράμματος, όπως εξελίχθηκε στο πέρασμα του χρόνου, τράβηξε και την προσοχή άλλων χωρών, που υιοθέτησαν την στρατηγική παρέμβασης που προτείνει, με τη Νορβηγία, τη Φιλανδία, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο να ανήκουν στις χώρες αυτές (UNODC, 2009).

Αν και το αρχικό πρόγραμμα απευθυνόταν γενικότερα σε άτομα με προβλήματα συμπεριφοράς και τις οικογένειές τους, από το 1996 έγινε αναδιαμόρφωση του αρχικού μοντέλου με προσέγγιση βάσει φύλου των παιδιών, σε μια προσπάθεια να καλυφθεί ένα κενό της γενικής απουσίας υπηρεσιών αποκλειστικά για κορίτσια (UNODC, 2009). Έτσι, αυτή η προσέγγιση παραπέμπει σε ενδεδειγμένες μορφές πρόληψης στον πληθυσμό (UNODC, 2009).

Σκοπός της ευρύτερης εφαρμογής του προγράμματος SNAP είναι να ανταποκριθεί σε ανάγκες που τα γενικά προγράμματα για παιδιά και οικογένειές δεν επικαλύπτουν και αποτελεί τη βάση για πολυπαραγοντικές, πολυσυστημικές παρεμβάσεις βάσει φύλου για παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς ή/και σε σύγκρουση με το νόμο (UNODC, 2009). Το σκεπτικό του όλου προγράμματος βασίζεται στην διαχείριση του θυμού και των παρορμήσεων, η οποία με την

κατάλληλη βοήθεια και πρακτική εφαρμογή μπορεί να οδηγεί σε ευκολότερη διαχείριση των προβλημάτων τόσο από τα παιδιά όσο και από γονείς (UNODC, 2009). Κατά αυτόν τον τρόπο είναι δυνατό να προληφθούν συμπεριφορές όπως η κλοπή, το ψέμα, η εξαπάτηση, ακόμα και η σωματική επίθεση σε άλλα άτομα (UNODC, 2009). Αυτές οι συμπεριφορές κρίνονται εντέλει ως προϊόντα χαμηλού αυτοελέγχου και ανεπαρκών κοινωνικών δεξιοτήτων (UNODC, 2009).

Η επιτυχία όμως εντοπίζεται και από έναν άλλο παράγοντα: το πρόγραμμα SNAP σε προπαραεμβατικό στάδιο εκτιμά τους πιθανούς κινδύνους του εκάστοτε παιδιού μέσα από ενδελεχή ανάλυση του οικοσυστήματος που το παιδί κινείται κάθε φορά (UNODC, 2009). Έτσι, πέρα από το ομαδικό σχέδιο παρέμβασης, εκπονείται και εφαρμόζεται παράλληλα και ένα εξατομικευμένο βάσει ενός Καταλόγου Πρώιμης Εκτίμησης Κινδύνων (« Early Assessment Risk List» - σε συντομία EARL) που εξυπηρετεί τις πραγματικές ανάγκες του παιδιού (UNODC, 2009).

Το πρόγραμμα SNAP για αγόρια (« SNAP Under 12 Outreach Project») είναι μια μορφή παρέμβασης που συμπεριλαμβάνει τα αγόρια και τους γονείς τους, που διδάσκει στρατηγικές αυτοελέγχου, τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, κοινωνικές δεξιότητες και γνωστική αυτοδιαχείριση (UNODC, 2009). Ανάλογα με τον ειδικά διαμορφωμένο κατάλογο, υπάρχουν δέκα διαφορετικά συστατικά που μπορούν να εφαρμοστούν στην παρέμβαση (UNODC, 2009). Τα βασικά εξ αυτών, που εφαρμόζονται σε όλες τις περιπτώσεις, είναι δύο, η Ομάδα Παιδιών SNAP («SNAP Children's Group»), διάρκειας 12 εβδομάδων, που αποτελεί μια δομημένη ομάδα που εφαρμόζεται ακριβώς μετά το σχολείο και διδάσκει τεχνικές αυτοελέγχου και επίλυσης προβλημάτων βάσει της γνωσιακής συμπεριφοριστικής προσέγγισης, και παράλληλα στο ίδιο διάστημα υπάρχει η Ομάδα Γονέων SNAP («SNAP Parent Group»), με εστίαση στην εκμάθηση στρατηγικών αποτελεσματικής διαχείρισης των παιδιών (UNODC, 2009). Άλλα συστατικά, τα οποία ενσωματώνονται με βάση το επίπεδο των κινδύνων και των αναγκών που είναι ανάγκη να καλυφθούν είναι τα εξής (UNODC, 2009):

- Οικογενειακή συμβουλευτική («SNAP Parenting»)
- Ακαδημαϊκή διδασκαλία («Homework Club»)
- «Απογευματινή Λέσχη» («Evening Night Club»), μια απογευματινή ομάδα για αγόρια σε υψηλό κίνδυνο που έχουν συμπληρώσει την Ομάδα Παιδιών SNAP και εργάζονται πάνω σε ηγετικές δεξιότητες
- Σχολική συμβουλευτική και καθοδήγηση δασκάλων
- Ατομική φιλική προσέγγιση, κατά την οποία τα αγόρια συνδέονται με έναν επαγγελματία, εκπαιδευμένο εθελοντή ή μαθητευόμενο επαγγελματία του προγράμματος με σκοπό την ενίσχυση της δόμησης δεξιοτήτων και την δυνατότητα εμπλοκής σε οργανωμένες κοινοτικές δράσεις
- Πρόγραμμα Πρόληψης Εμπρησμού για Παιδιά («Arson Prevention Program for Children»)
- Συνεχιζόμενες ομάδες φροντίδας για γονείς που έχουν συμπληρώσει την Ομάδα Γονέων SNAP
- Αποκατάσταση των θυμάτων (UNODC, 2009).

Αντίστοιχα, το πρόγραμμα για τα κορίτσια και τις οικογένειες τους, το πρόγραμμα

«Σύνδεση Κοριτσιών SNAP» («SNAP Girls Connection») ανταποκρίνεται στην ανάγκες του εκάστοτε εξυπηρετούμενου και μπορεί να περιλαμβάνει δεκατρία διαφορετικά συστατικά (UNODC, 2009). Η εκτίμηση των κινδύνων και των αναγκών γίνεται με βάση τον αντίστοιχο προαναφερόμενο Κατάλογο για Κορίτσια («Early Assessment Risk List for Girls») (UNODC, 2009). Όλα τα εκάστοτε στοιχεία χρησιμοποιούν παιχνίδια ρόλων, εξατομικευμένους στόχους και εξάσκηση στο σπίτι ως δραστηριότητες που αποσκοπούν στην γενίκευση των κεκτημένων γνώσεων και δεξιοτήτων (UNODC, 2009). Εκ των δεκατριών συστατικών, τα τρία εφαρμόζονται σε όλα τα κορίτσια και τις οικογένειές τους (UNODC, 2009). Αυτά είναι η Λέσχη Κοριτσιών SNAP, όπου ομάδες κοριτσιών χωρισμένες με κριτήριο την ηλικία τους διδάσκονται σε 12 συνεδρίες τεχνικές αυτοελέγχου και επίλυσης προβλημάτων, η Ομάδα Γονέων SNAP με διάρκεια και στόχους αντίστοιχους με το πρόγραμμα των αγοριών, και το πρόγραμμα «Κορίτσια που Μεγαλώνουν Υγιή» («Girls Growing Up Healthy»), στο οποίο δημιουργούνται ομάδες μητέρας-κόρης σε 8 συνεδρίες με εστίαση στο χτίσιμο δεσμού των δύο μερών και στη σωματική και σεξουαλική υγεία (UNODC, 2009). Επιπροσθέτως, ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες και τους εκτιμώμενους κινδύνους, δύνανται να εφαρμοστούν τα παρακάτω συστατικά (UNODC, 2009):

- Ομάδα Επίλυσης Προβλημάτων (« Problem-Solving Group»), ομάδα στήριξης γονέων έξι συνεδριών, επικεντρωμένο σε δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων
- Οικογενειακή συμβουλευτική («SNAP Parenting»)
- Σχολική συμβουλευτική και καθοδήγηση δασκάλων
- Ακαδημαϊκή διδασκαλία
- «Λέσχη Εργασιών για το Σπίτι» («Homework Club»)
- «Ηγέτες προς Εκπαίδευση» («Leaders in Training»), ομάδα εκπαίδευσης για κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών που έχουν περάσει τα βασικά στοιχεία εκπαίδευσης, διάρκειας εννέα μηνών, με εκπαίδευση σε δεξιότητες ηγεσίας και ζωής
- Ατομική φιλική προσέγγιση, στην οποία τα κορίτσια συνδέονται με έναν επαγγελματία, εκπαιδευμένο εθελοντή ή μαθητή του προγράμματος με σκοπό αντίστοιχο αυτού στο πρόγραμμα για αγόρια
- Αποκατάσταση των θυμάτων
- Εκτίμηση τραυματική εμπειρίας και θεραπείας, βασισμένης στο γνωσιακό-συμπεριφορικό μοντέλο θεραπείας με εστίαση στην τραυματική εμπειρία
- Εξειδικευμένες εκτιμήσεις κινδύνου (UNODC, 2009).

Την αποτελεσματικότητα της συνολικής στρατηγικής παρέμβασης υποστηρίζουν 6 ανεξάρτητες και 4 μη ανεξάρτητες δοκιμές ελέγχου σε τυχαίο δείγμα, 5 οιονεί πειραματικές μελέτες και 4 μελέτες βάσει προπαραεμβατικής και μεταπαραεμβατικής αξιολόγησης (UNODC, 2009). Τα πορίσματα από τα ερευνητικά δεδομένα έδειξαν πως υπήρξαν αξιοσημείωτες βελτιώσεις των συμμετεχόντων στους τομείς των εξωτερικευμένων συμπεριφορών (π.χ. επιθετικότητα), των εσωτερικευμένων συμπεριφορών (π.χ. άγχος) και της κοινωνικής επάρκειας (π.χ. σχέσεις με

συνομηλίκους) (UNODC, 2009). Επίσης, καταγράφηκε βελτίωση στην αλληλεπίδραση και της ποιότητας αυτής μεταξύ των παιδιών και των γονέων, ενώ το 70% των παιδιών που συμμετείχαν στο πρόγραμμα για αγόρια δεν έχουν ποινικό μητρώο μέχρι την ηλικία των 18 ετών (UNODC, 2009). Σημαντική ήταν και η ανάπτυξη προκοινωνικών δεξιοτήτων και για τα δύο φύλα στις συναναστροφές τους με συνομηλίκους, γονείς και δασκάλους (UNODC, 2009).

6.4.: Ελληνικά καινοτόμα και πρότυπα προγράμματα πρόληψης

6.4.1: <<Ο κήπος με τις 11 γάτες>>

“ Ο κήπος με τις 11 γάτες” είναι ένα εγχειρίδιο πρόληψης, ένα εικονογραφημένο παραμύθι, το οποίο αρχικά ξεκίνησε από την Ιταλία και μεταφράστηκε στα ελληνικά από το ΚΕΘΕΑ. Το βιβλίο αποτελείται από δώδεκα ιστορίες οι οποίες παρουσιάζουν τα βιώματα των έντεκα κατοίκων του φανταστικού κήπου, καθώς και κάποιων επισκεπτών. Μέσα από τις ιστορίες αυτές προβάλλονται θέματα όπως η φιλία, η ευτυχία και ο φόβος. Ο τρόπος που αυτό το παιδικό βιβλίο μετατρέπεται σε ένα ενεργητικό πρόγραμμα πρόληψης είναι με τη συνδυαστική χρήση βιωματικών μεθόδων, δραματοποίησης και ενεργητικής διαδραστικής μάθησης. (http://dipe-g-athin.att.sch.gr/files/agogh_ygeias/KHPOS.doc, πρόσβαση στις 20 Αυγούστου 2015)

Σκοπός του προγράμματος είναι οι συμμετέχοντες μαθητές να απομακρυνθούν όσο το δυνατό περισσότερο από τον κίνδυνο της χρήσης ουσιών, μέσα από την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής υγείας τους και την καλλιέργεια ευνοϊκών συνθηκών στο περιβάλλον εντός του οποίου κινούνται. Μέσα από το πρόγραμμα τα παιδιά μαθαίνουν μέσα από βιωματικές μεθόδους να μην παραδίδονται στους πειρασμούς και σε δυσάρεστες καταστάσεις. Επιμέρους στόχοι αποτελούν οι παρακάτω: (http://dipe-g-athin.att.sch.gr/files/agogh_ygeias/KHPOS.doc, πρόσβαση στις 20 Αυγούστου 2015)

- § Ανάπτυξη αυτογνωσίας και αποδοχής του εαυτού
- § Έκφραση συναισθημάτων
- § Ανάπτυξη φιλιών εντός και εκτός του σχολικού περιβάλλοντος
- § Ενίσχυση της ομοψυχίας εντός της ομάδας
- § Αντίληψη των πολυπλοκοτήτων της ζωής και ενθάρρυνση συνεργασίας μεταξύ παιδιών και ενηλίκων
- § Ενίσχυση των θετικών προτύπων με παράλληλη αποφυγή των αρνητικών
- § Καλλιέργεια της αυτεπίγνωσης
- § Ανάπτυξη της πρέπουσας κοινωνικής συμπεριφοράς με την παράλληλη συναισθηματική καλλιέργεια των παιδιών (http://dipe-g-athin.att.sch.gr/files/agogh_ygeias/KHPOS.doc, πρόσβαση στις 20 Αυγούστου 2015)

Η θεωρητική βάση του προγράμματος εντοπίζεται στο γνωστικό μοντέλο, στο συναισθηματικό μοντέλο και στο μοντέλο της κοινωνικής μάθησης. Το κάθε μοντέλο με τη σειρά του προσθέτει και κάτι επιπλέον στην ιδέα που συνθέτει το πρόγραμμα.

Κατά το πρώτο μοντέλο, η αντικειμενική και έγκυρη ενημέρωση ως προς δυνητικά συτοκαταστροφικές συμπεριφορές μπορεί να αποτρέψει την εμφάνισή τους. Επειδή όμως η πληροφόρηση από μόνη της δεν έχει επαρκή αποτελέσματα, το συναισθηματικό μοντέλο προσθέτει τις αρχές της αυτοεκτίμησης και της ανάπτυξης της συναισθηματικής νοημοσύνης και συχνά αποκλείει την εκτενή πληροφόρηση για τις επιπτώσεις της ουσίας στην υγεία του ατόμου. Τέλος, με το μοντέλο της κοινωνικής μάθησης εισάγεται η κοινωνική διάσταση της χρήσης ουσιών, ορίζοντάς της ως μια κυρίως κοινωνική συμπεριφορά, οπότε οι μαθητές θα πρέπει να εκπαιδευτούν σε δεξιότητες ζωής και να αναπτύξουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες, ενώ οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να έχουν υπόψη τον παράγοντα της μίμησης προτύπων. (http://dipe-g-athin.att.sch.gr/files/agogh_ygeias/KHPOS.doc, πρόσβαση στις 20 Αυγούστου 2015)

Παρακάτω, θα παρουσιάσουμε τους ηρώες του βιβλίου:

- I Χιονάτος: Ματαιόδοξος, εγωκεντρικός και επιδειξιμανής, είναι έρμαιο της προσοχής των άλλων και χρησιμοποιεί ακόμα και “μαγικές λύσεις” για να καταφέρει αυτό που θέλει.
- I Μαργαριταρένια: Καλόκαρδη αλλά και κάπως αδέξια, με έντονο αίσθημα ανασφάλειας και επιρρεπής στις γνώμες των άλλων
- I Μουσούδης: Ναρκισσιστής, αλλά και αδύναμος και παθητικός. Προκειμένου να εξασφαλίσει την προσοχή που επιθυμεί προβαίνει σε πράξεις που μετέπειτα μετανιώνει. Στην πορεία συνειδητοποιεί ότι δεν χρειάζεται να ακολουθεί τα λάθος παραδείγματα για να είναι αρεστός.
- I Λευκή: Γενναία, δραστήρια, εγωίστρια και αυταρχική, η Λευκή επιδιώκει να καταδυναστεύει τους άλλους, ενώ δεν την ενδιαφέρει τίποτα άλλο πέρα από τον εαυτό της.
- I Βούλα: Η πιο ντροπαλή από όλους, με λεπτεπίλεπτη συμπεριφορά, μέσα από την βοήθεια προς τους άλλους αποκτά το θάρρος που τόσο επιθυμεί και είχε ανάγκη
- I Νώε: Ανοιχτόκαρδος και καλοσυνάτος, είναι ο συνετός ενήλικας που χαρακτηρίζεται από σταθερότητα και πίστη στον εαυτό του. Θεωρείται ο πιο σπουδαίος γάτος του κήπου και φέρει το προσωνύμιο “Μέγας”
- I Παντοφλίνος: Μαζεμένος και μικρούλης, θαυμάζει τον Νώε και θέλει όταν μεγαλώσει να γίνει σαν αυτόν
- I Πορτοκαλιά: η συνετή του κήπου. Πάντα εύθυμη και θετική, είναι θετική επιρροή της ομάδας
- I Κιτρινιάρης: είναι εκδικητικός και του αρέσει να μοιράζει διαταγές, ενώ βάζει τους άλλους σε μπελάδες. Η “κακή” επιρροή της παρέας.
- I Τίγρης: Σκληρός και θέλει να πλακώνει τους άλλους, είναι ένας γάτος όλο νύχια
- I Νέρων: ο γέρικος γάτος του κήπου, συνεχώς γκρινιάζει και όλα τον ενοχλούν
- I Χαλιμά: Μια γάτα βασίλισσα από κάποιον μακρινό κήπο, σαγηνευτική και μυστηριώδης
- I Γάτος Γιατρός: Ένας συνετός γάτος, πολύ καλός σε αυτό που κάνει
- I Σιάμ: Ένας γάτος ακαθόριστης ηλικίας, είναι ένας μάγος που υπόσχεται την απόλυτη ευτυχία με αντάλλαγμα την πλήρη υποταγή στα παραμύθια και τους όρους του, ένας εκ των οποίων είναι να πεις το μαγικό του φίλτρο. (Morati,

6.4.2.: Το Βιντεοπαιχνίδι “Resist”

Εστιάζοντας στα πλεονεκτήματα της τεχνολογίας, τα τελευταία χρόνια συντελείται η δημιουργία ψηφιακών προγραμμάτων πρόληψης σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο. Ενδεικτικό ελληνικό παράδειγμα αποτελεί η δημιουργία του παιχνιδιού «RESIST» από το Κέντρο Πρόληψης Θεσσαλονίκης «Ελπίδα» (RESIST online, 2009). Το παιχνίδι αυτό έχει στόχο να μιλήσει στους νέους για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης με τρόπο κατανοητό γι αυτούς (Ελπίδα, 2007). Το περιεχόμενό του βασίζεται στην προσομοίωση και την ενεργή αλληλεπίδραση του χρήστη και την κεκτημένη γνώση από πολυετή προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης για τη νεολαία (Ελπίδα, 2007). Η ανάπτυξη ενός τέτοιου προγράμματος είναι καινοτόμα για τα ελληνικά δεδομένα, μιας και δεν υπάρχουν αντίστοιχα παραδείγματα στη χώρα μας, ενώ είναι σχεδιασμένο κατά τέτοιο τρόπο που δεν ωθεί τον χρήστη στο να βυθιστεί σε μια ψηφιακή εκδοχή της πραγματικότητας (Ελπίδα, 2007). Αντίθετα, ο χρήστης είναι αυτός που επηρεάζει την έκβαση του παιχνιδιού. Επίσης, το 2008 το πρόγραμμα βραβεύτηκε από την ομάδα Πομπιντού και το Συμβούλιο της Ευρώπης, γεγονός που πιστοποιεί την καινοτομία του προγράμματος (Pompidou Group, 2008).

6.5: Ανακεφαλαίωση

Το κεφάλαιο αυτό προσπάθησε να δώσει μια πλήρη και αναλυτική εικόνα για κάποια από τα προγράμματα πρόληψης τα οποία ξεχωρίζουν ανάμεσα στο σύνολο για την καινοτομία τους και το πρότυπο του χαρακτήρα τους. Ξεκινήσαμε με τα ευρωπαϊκά παραδείγματα, τα οποία είναι πιο πλούσια και ποικίλα.

Προκειμένου όμως να λάβουμε μια πλήρη εικόνα των προγραμμάτων, υπήρξε η επιθυμία να αναφερθεί και η γλώσσα που κυρίως εφαρμόζονται, με μια σύντομη ανάλυση των πολιτικών που υιοθετούν και την επισήμανση των σημαντικότερων προγραμμάτων τους. Αυτές οι χώρες είναι η Αγγλία, χώρα με ενεργή συμμετοχή στο διεθνή διάλογο για τα ναρκωτικά, η Νορβηγία, μια χώρα με κοινοτικές δράσεις και έντονο ερευνητικό πνεύμα, η Σουηδία, μια χώρα με υψηλό δείκτη ποιότητας ζωής, και η Ολλανδία, μια χώρα με ιδιόρρυθμη πολιτική και προσέγγιση στο ζήτημα των ουσιών.

Στη συνέχεια έγινε λόγος για τέσσερα πανευρωπαϊκά προγράμματα πρόληψης με εξαιρετικά καινοτόμα δράση: Το Triple P, ένα πολυεπίπεδο σύστημα εκπαίδευσης των οικογενειών, το “The Incredible Years”, πρόγραμμα εκπαίδευσης για νέους που εμπλέκει ενεργά και τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, το “Strengthening Families Program”, πρόγραμμα ενίσχυσης για οικογένειες υψηλού κινδύνου, και το SNAP, ένα από τα λίγα προγράμματα παγκοσμίως που εισάγει την έννοια του φύλου στην παρεμβατική διαδικασία. Τέλος, αναφέρθηκαν και δύο ελληνικά παραδείγματα, ο “κήπος με τις 11 γάτες”, ένα διαδραστικό παραμύθι για παιδιά που στοχεύει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων ζωής, και το “RESIST online”, ένα διαδραστικό βιντεοπαιχνίδι που περνά μηνύματα πρόληψης με την ενεργή παρέμβαση του χρήστη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1: Ο σχεδιασμός της έρευνας

Ο σχεδιασμός της ερευνητικής διαδικασίας είναι πολύ σημαντικός για την πορεία της έρευνας καθώς και για την εφαρμοσιμότητα της. Μία επαρκώς δομημένη έρευνα βοηθά τους ερευνητές να φέρουν εις πέρας με επιτυχία τον σκοπό και τους στόχους, να αντιληφθούν τα δυνατά και αδύναμα σημεία κατά την διάρκεια όλης της διαδικασίας και να αντιμετωπίσουν πιθανά προβλήματα που θα εμφανιστούν (Cohen et al., 2007).

Η έρευνα αυτή έχει σχεδιαστεί με βάση την μη πειραματική στρατηγική του προκαθορισμένου σχεδίου, γι αυτό και πρόκειται να προσδιοριστούν πλήρως όλα τα στάδια εκπόνησής της (Robson, 2010).

7.2: Μεθοδολογία της έρευνας

Η παρούσα έρευνα ορίζεται ως επισκόπηση γιατί σκοπός της είναι μέσα από ένα όσο τον δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα να διευκρινίσει και να αναδείξει μια τρέχουσα κατάσταση (Cohen et al., 2007).

Ο πληθυσμός-δείγμα που έχει επιλεγεί από την ερευνητική ομάδα είναι τα επιστημονικά στελέχη που εργάζονται σε Κέντρα Πρόληψης της Ουσιοεξάρτησης και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας ΟΚΑΝΑ και Τοπικής Αυτοδιοίκησης στους νομούς της Αττικής και της Αχαΐας.

Βασικός σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστωθούν οι τρέχουσες συνθήκες λειτουργίας στα Κέντρα Πρόληψης όπως αυτές εκφράζονται από μεριάς των εργαζομένων σε αυτά. Ειδικότερα θέλουμε να διαπιστώσουμε σε ποιον βαθμό είναι ικανοποιημένοι οι εργαζόμενοι στα Κέντρα Πρόληψης ως προς τις συνθήκες λειτουργίας, ποια προβλήματα και δυσκολίες αντιμετωπίζουν στην εργασιακή τους καθημερινότητα, αλλά και πως θα μπορούσαν να επιλυθούν με βάσεις καίριες προτάσεις. Τέλος, θα εξετασθεί και ο ρόλος που έχει διαδραματίσει η οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων στη χώρα μας και στις σημερινές συνθήκες λειτουργίας.

7.3: Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Μια ερευνητική διαδικασία μεταξύ άλλων αναλαμβάνει να αναδείξει φαινόμενα για τα οποία υπάρχει ανάγκη διερεύνησης. Στην προκειμένη περίπτωση, όπου εξετάζονται οι συνθήκες λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης στην Ελλάδα, γίνεται προσπάθεια σε ένα πρώτο επίπεδο να ερευνηθεί ο τρόπος που ασκείται η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης και των συμπεριφορών που συνδέονται με αυτήν, καθώς αυτή είναι ένας επιστημονικός κλάδος ο οποίος δεν έχει λάβει την πρέπουσα σημασία και προσοχή από την ελληνική επιστημονική κοινότητα και γενικότερα από την ελληνική

κοινωνία. Έτσι θεωρείται πως η παρούσα έρευνα θα είναι ικανή να προσφέρει κάτι επιπλέον στην υφιστάμενη γνώση.

Επίσης ο παράγοντας των εργαζομένων στο ερευνητικό αντικείμενο δεν συμπεριλαμβάνεται στις περισσότερες μελέτες και έτσι η αντίληψη ως φαινομένου είναι ανεπαρκής και βασισμένη σε τυπικές πληροφορίες που προέρχονται από επίσημα γραπτά κείμενα και νομοθετικές διατάξεις, τα οποία πολλές φορές διαφέρουν από την απτή πραγματικότητα.

Σκοπός λοιπόν της έρευνας είναι να εξετασθούν οι συνθήκες λειτουργίας στα Κέντρα Πρόληψης όπως αυτές είναι σήμερα διαμορφωμένες και γίνονται αντιληπτές από τους επαγγελματίες των κέντρων. Οι στόχοι που απορρέουν από τον σκοπό αυτό καλούνται να εντοπίσουν τα εξής ζητούμενα:

- Τον βαθμό τον οποίο τα στελέχη πρόληψης είναι ικανοποιημένα από τις συνθήκες λειτουργίας στα Κέντρα Πρόληψης
- Τα προβλήματα που εντοπίζουν οι επαγγελματίες στην επαγγελματική τους πρακτική, είτε είναι μακροπρόθεσμα είτε βραχυπρόθεσμα
- Τις δράσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην αντιμετώπιση των προβαλλόμενων προβλημάτων
- Τον ρόλο και τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης; στις τρέχουσες συνθήκες λειτουργίας στα Κέντρα Πρόληψης

Θέλουμε να πιστεύουμε ότι τα αποτελέσματα που θα εξαχθούν από την έρευνα αυτή θα βοηθήσουν στο να υπάρξει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τις επικρατούσες συνθήκες μέσα στα κέντρα πρόληψης αλλά και ότι στο μέλλον θα επιχειρηθεί από άλλους μελετητές μια εκ νέου προσέγγιση του αντικειμένου της έρευνας, ελέγχοντας την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της παρούσας έρευνας.

7.4.: Δεδομένα και ενδεχόμενα της έρευνας

Πριν ξεκινήσουμε τη πραγματοποίηση της ερευνητικής διαδικασίας πρέπει να έχουμε υπ όψιν τα παρακάτω ενδεχόμενα ή δεδομένα:

- Η οικονομική κρίση έχει επιδράσει αρνητικά στον τρόπο που λειτουργούν οι κοινωνικές υπηρεσίες, οπότε αυτό είναι πολύ πιθανό να ισχύει και στην περίπτωση των Κέντρων Πρόληψης.
- Η κατάσταση, όπως παρουσιάζεται μέσα από επίσημες διατάξεις και την προώθηση που έχει λάβει χώρα για τις συνθήκες στα Κέντρα Πρόληψης, παρουσιάζουν αποκλίσεις από την πραγματικότητα.
- Εσωτερικοί και εξωτερικοί παράγοντες μπορεί να αποτρέψουν τους συμμετέχοντες να απαντήσουν με πλήρη ειλικρίνεια στις ερωτήσεις που τους απευθύνονται.
- Οι ερωτώμενοι ανταποκρίνονται στις ερωτήσεις με βάση την δική τους προσωπική εμπειρία κατά την απασχόλησή τους στα Κέντρα Πρόληψης

7.5.: Πληθυσμός και Δείγμα

Ο πληθυσμός-δείγμα της έρευνας είναι τα επιστημονικά στελέχη στα Κέντρα Πρόληψης των νομών Αχαΐας και Αττικής. Πληθυσμός-στόχος της έρευνας είναι οι επαγγελματίες των Κέντρων Πρόληψης.

Η δειγματοληψία σε αυτή την έρευνα έγινε επικεντρωμένα σε επιστημονικό προσωπικό που εργάζεται στα Κέντρα Πρόληψης ύστερα από επικοινωνία με τον επιστημονικό υπεύθυνο, με ελάχιστο αριθμό συμμετεχόντων τα 40 άτομα. Όπως γίνεται κατανοητό μιλάμε για ένα δείγμα μη πιθανοτήτων καθώς εστιάζουμε μια συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, σε μια πολύ συγκεκριμένη ομάδα επαγγελματιών, η οποία έχει προσεγγιστεί με την μέθοδο της «βολικής» δειγματοληψίας, αν ληφθεί υπόψη πως από όλα τα Κέντρα Πρόληψης πανελλαδικώς, επιλέχθηκαν να συμπεριληφθούν στο δείγμα τα πιο εύκολα γεωγραφικά προς τους ερευνητές προσβάσιμα, δηλαδή αυτά της Αχαΐας και της Αττικής.

Το δείγμα μας επιλέχθηκε με βάση τις γεωγραφικά προσβάσιμες περιοχές των ερευνητών, όπου το δείγμα παρουσίαζε υψηλή συγκέντρωση, και με βασική προϋπόθεση την προθυμία των συμμετεχόντων.

Επιθυμώντας να εξασφαλιστεί ένα όσο τον δυνατόν πιο αξιόπιστο αποτέλεσμα, θεωρήθηκε σκόπιμο να οριστούν κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού των δεδομένων που θα συγκεντρωθούν από την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της έρευνας.

Ως κριτήρια εισαγωγής ορίστηκαν:

- οι ερωτηθέντες να ανήκουν στο διοικητικό ή επιστημονικό προσωπικό των κέντρων πρόληψης
- οι απαντήσεις τους να καλύπτουν όλο το φάσμα των ερωτήσεων κλειστού τύπου του ερωτηματολογίου της συνέντευξης.

Από την άλλη, ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν :

- οι ερωτηθέντες να μην ανήκουν στο πληθυσμό-δείγμα
- οι ερωτήσεις κλειστού τύπου να μην είναι πλήρως καλυμμένες.

Εδώ να επισημανθεί το εξής. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δύο ανοιχτές ερωτήσεις, οι 9 και 11, που λειτουργούν συμπληρωματικά στις ερωτήσεις 7 και 10 αντίστοιχα. Εδώ προβλέπεται ότι ο ερωτώμενος μπορεί να μην απαντήσει στις ερωτήσεις αυτές αν θεωρεί πως έχει καλυφθεί από τις ερωτήσεις 7 και 10, αρκεί το σύνολο των ερωτηθέντων που κάνει κάτι τέτοιο να μην ξεπερνά το 50% του δείγματος, διαφορετικά οι ερωτήσεις βγαίνουν εκτός ερωτηματολογίου.

7.6: Ερευνητικά Εργαλεία

Η συλλογή των δεδομένων πρόκειται να πραγματοποιηθεί μέσω ατομικής συνέντευξης, η οποία θα βασίζεται σε δυο δομημένα ερωτηματολόγια. Επί της ουσίας, η συνέντευξη που θα χρησιμοποιηθεί ορίζεται ως «κλειστού τύπου ποσοτική συνέντευξη», καθώς οι απαντήσεις είναι ως επί το πλείστον τυποποιημένες και ο συνεντευξιαζόμενος καλείται κυρίως να απαντήσει υποστηρίζοντας μία από αυτές (Cohen et al., 2007).

Το πρώτο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τους υποφαινόμενους σπουδαστές και αποτελείται από 11 ερωτήσεις, με 9 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 2 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν υποχρεωτικά

στις ερωτήσεις κλειστού τύπου, ενώ οι ανοιχτές ερωτήσεις μπορούν να μείνουν κενές αν ο ερωτώμενος θεωρεί ότι έχει καλυφθεί από τις υπόλοιπες ερωτήσεις. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο είναι τυποποιημένο και παραχωρήθηκε από τον κο Αθανάσιο Κουστέλιο με την πλήρη συγκατάθεση και με τη διαμεσολάβηση του επιβλέποντος καθηγητή. Το ερωτηματολόγιο αυτό απαρτίζεται από 24 προτάσεις, τοποθετημένες σε κλίμακα 1 (διαφωνώ απόλυτα) ως 5 (συμφωνώ απόλυτα), οι οποίες απαντώνται αυθόρμητα, καθώς δεν μιλάμε για σωστές ή λάθος απαντήσεις, αλλά για προσωπικές απόψεις (Κουστέλιος, χ.χ.).

Ο στόχος που χρησιμοποιήθηκαν αυτά τα 2 ερωτηματολόγια είναι να καλυφθούν όσο τον δυνατόν περισσότερο οι ερευνητικοί στόχοι μέσα από μια μικρής διάρκειας δομημένη συνέντευξη και φροντίζοντας ώστε οι απαντήσεις που θα λάβουμε να είναι αντίστοιχες των ερευνητικών στόχων. Ως μέγιστος απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωση και των δύο ερωτηματολογίων ορίζονται τα 10 λεπτά.

Όσον αφορά το σχεδιασμένο από τους φοιτητές ερωτηματολόγιο, υπήρξε η επιθυμία οι ερωτήσεις να είναι όσο τα δυνατό πιο κατανοητές στους συμμετέχοντες και να μην θίγουν την προσωπικότητα του αποκρινόμενου.

7.7.: Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας

Η έρευνα θα διεξαχθεί στην γεωγραφική επικράτεια των νομών Αχαΐας και Αττικής.

Ο υπολογισμένος χρόνος που θα διεξαχθεί η συλλογή των δεδομένων είναι δυο εβδομάδες και πιθανότερα μέσα στους μήνες Μάιο και Ιούνιο. Οι συγκεκριμένες ημερομηνίες όπου θα συγκεντρωθούν τα δεδομένα από κάθε Κέντρο Πρόληψης θα οριστούν μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με τους επιστημονικά υπεύθυνους.

7.8: Ηθική και δεοντολογία της έρευνας

Οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν μια ερευνητική διαδικασία είναι πολύ σημαντικές προκειμένου να μην υπάρξουν δυσάρεστες συνέπειες στα συμβαλλόμενα μέρη της έρευνας. Κυρίως είναι πολύ σημαντικό να τηρηθούν στο έπακρο όλα τα αναγνωρισμένα από διεθνής συνθήκες ανθρώπινα δικαιώματα. Οι αρχές οι οποίες έχουν λάβει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην παρούσα έρευνα:

- I Η αρχή της συνειδητής συναίνεσης και συμμετοχής
- I Η αρχή της πρόσβασης και αποδοχής.
- I Η αρχή της εμπιστευτικότητας και της τήρησης ανωνυμίας και απορρήτου.
- I Η αρχή της μη βλάβης και του σεβασμού της αξιοπρέπειας.
- I Ο σεβασμός της ιδιωτικότητας του ατόμου.
- I Η αποφυγή προδοσίας και εξαπάτησης.
- I Αρχή της ενημέρωσης των συμμετεχόντων για την τηρούμενη δεοντολογία αλλά και των οφελών από την υλοποίηση της έρευνας. (Cohen et al., 2007).

Επιπλέον λαμβάνονται υπόψιν τα 10 άρθρα που αποτελούν τον Κώδικα της Νυρεμβέργης και η Διακήρυξη του Ελσίνκι.

7.9: Κωδικοποίηση και ανάλυση των δεδομένων

Η κωδικοποίηση και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που έχουνε συλλεχθεί από τις ερωτήσεις κλειστού τύπου θα γίνει με την χρήση του ηλεκτρονικού προγράμματος SPSS.

Αντίστοιχα η κωδικοποίηση των ανοιχτών ερωτήσεων θα πραγματοποιηθεί μέσα από την ιεράρχηση των απαντήσεων με κριτήριο την εμφάνιση συχνότητας τους. Τα δεδομένα θα παρουσιαστούν υπό την μορφή διαγραμμάτων και πινάκων όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο.

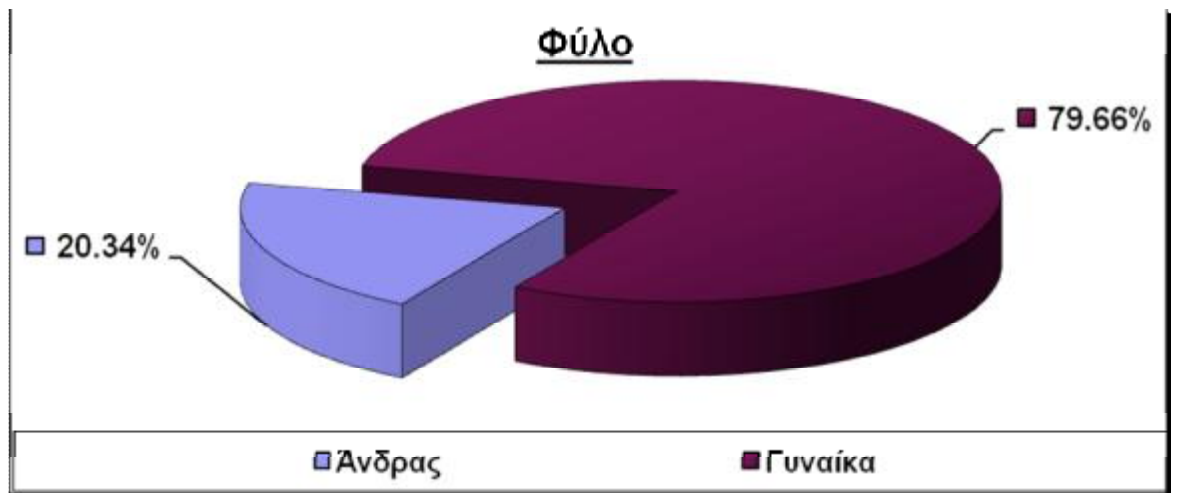
Η γενικότερη ανάλυση προβλέπεται να αναδείξει συμπεράσματα ως εξαγόμενο αποτέλεσμα της έρευνας και να προτείνει δράσεις και στάσεις που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την παρούσα κατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

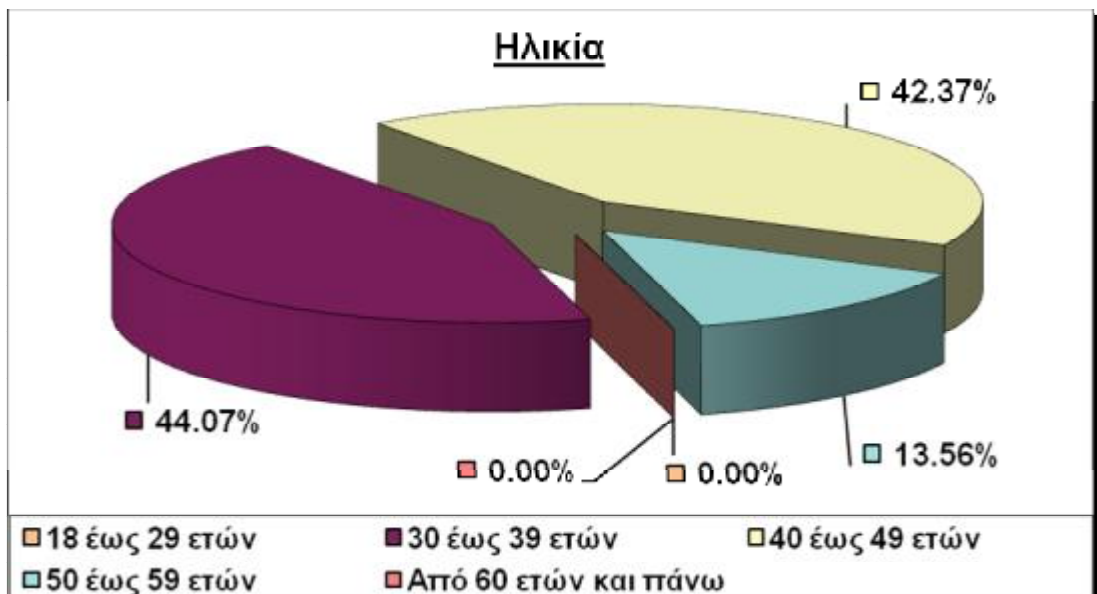
8.1. Δημογραφικά στοιχεία

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο τους.



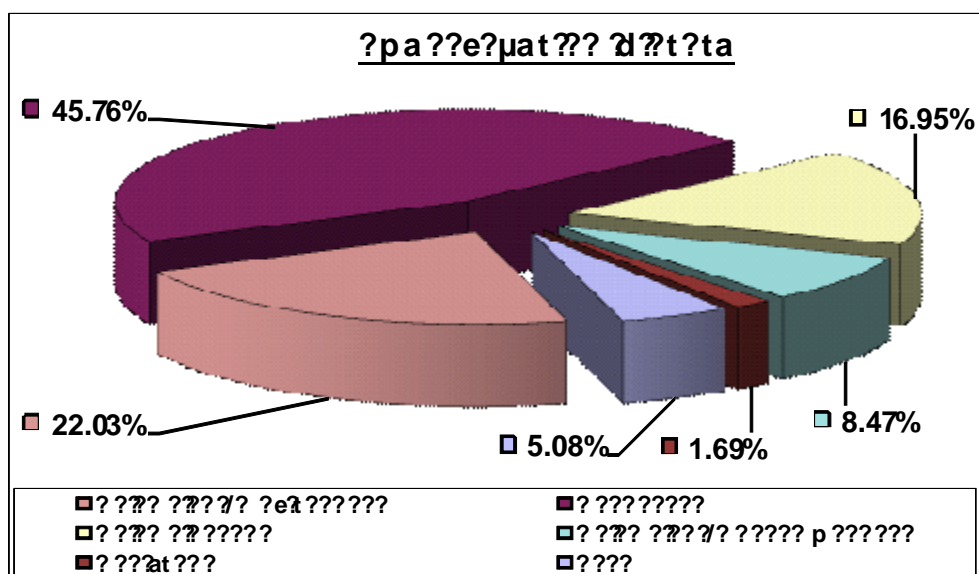
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 79,66%) απάντησε ότι είναι γυναίκες ενώ το ποσοστό στο ανδρών ήταν 20,34%.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία τους.



Η πλειοψηφία (ποσοστό 44,07%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχει ηλικία από 30 έως 39 ετών. Ακολουθούν σε ποσοστό οι ηλικιακές κατηγορίες 40 έως 49 ετών (ποσοστό 42,37%) και από 50 έως 59 ετών (ποσοστό 13,56%). Μηδενική παρουσιάζεται η παρουσία των άνω των 60 ετών καθώς και κάτω των 30 (ποσοστό 0,00%).

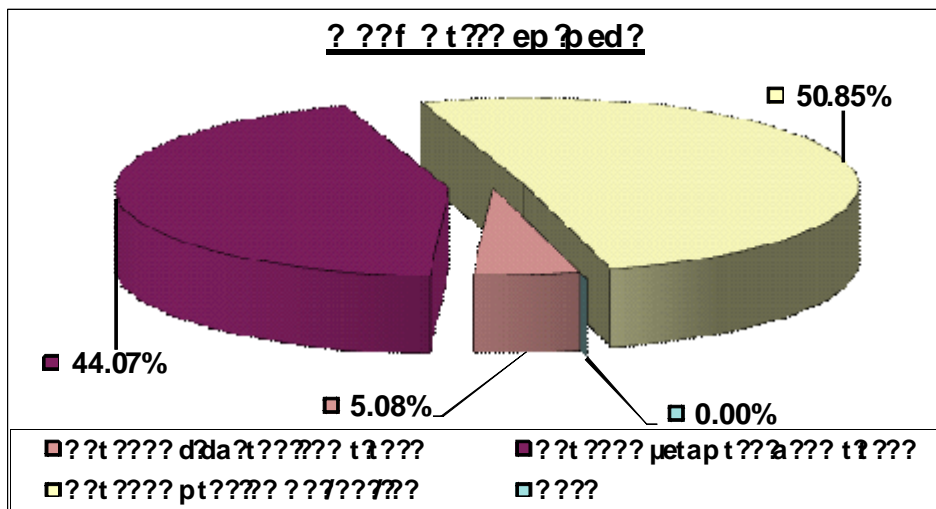
ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων



σε σχέση με την επαγγελματική τους ιδιότητα.

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 45,76%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι η επαγγελματική του ιδιότητα είναι ψυχολόγος. Από τους υπόλοιπους, το 22,03% είναι κοινωνικοί λειτουργοί, το 16,95% κοινωνιολόγοι, το 8,47% κοινωνικοί ανθρωπολόγοι, το 1,69% ψυχίατροι, ενώ το 5,08% καλύπτει άλλες επιστημονικές ειδικότητες.

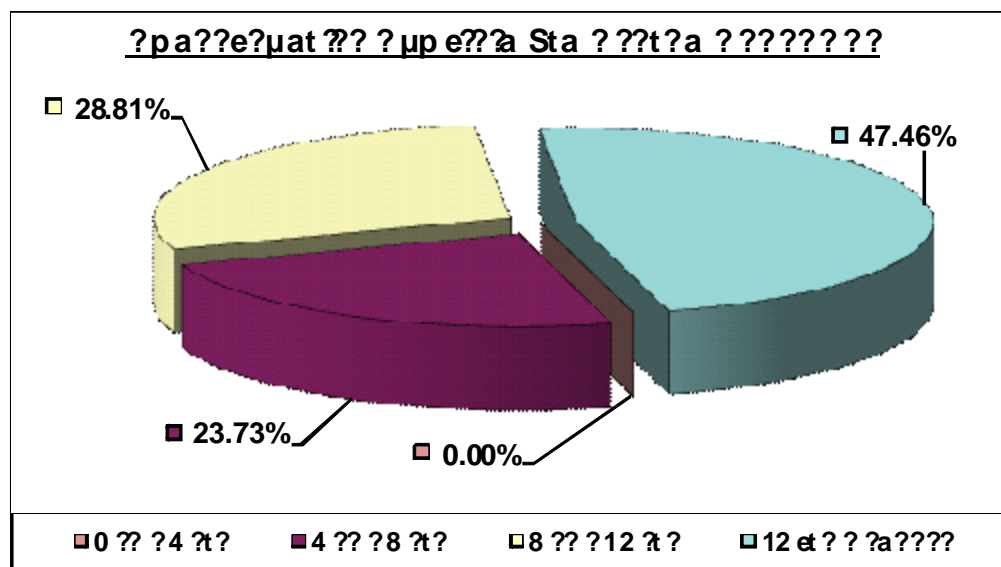
ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο. Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 50,85%) των ερωτηθέντων απάντησε σε σχέση με το μορφωτικό του επίπεδο ότι είναι κάτοχος πτυχίου ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ. Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου δήλωσε το 44,07%,



ενώ κάτοχος διδακτορικού το 5,08%. Η επιλογή “Άλλο” έλαβε μηδενικό ποσοστό.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με την επαγγελματική τους εμπειρία στα Κέντρα Πρόληψης.

Η πλειοψηφία (ποσοστό 47,46%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι η



επαγγελματική τους εμπειρία στα Κέντρα Πρόληψης είναι 12 ετών και άνω.

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων

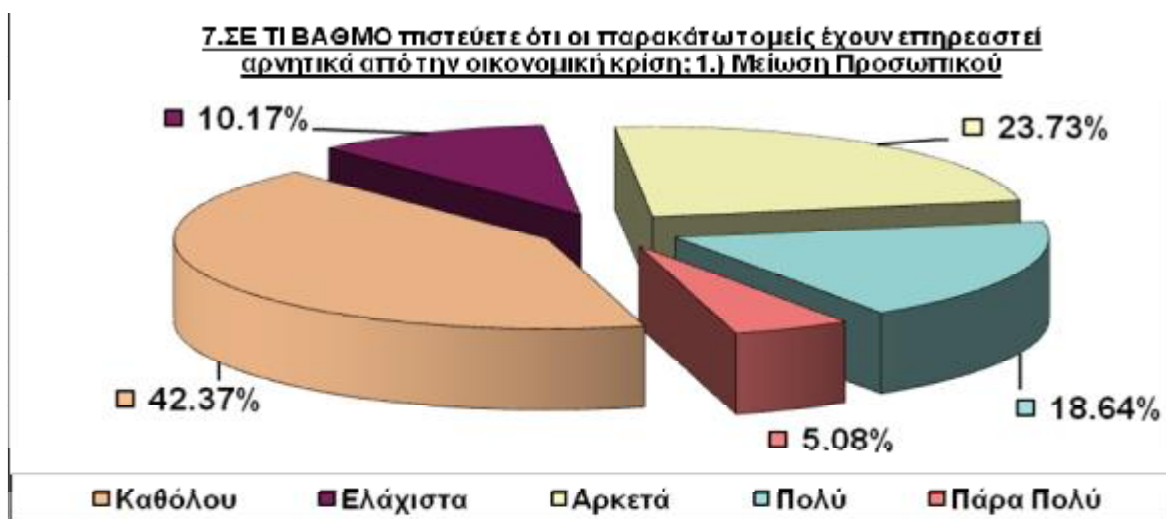
σε σχέση με το αν πιστεύουν πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά τις συνθήκες λειτουργίας στα Κέντρα Πρόληψης.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 89,83%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι καταφατικά (Ναι) στο ερώτημα ότι δηλαδή η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά τις συνθήκες λειτουργίας στα Κέντρα Πρόληψης.

8.2. Ερωτηματολόγιο Α'

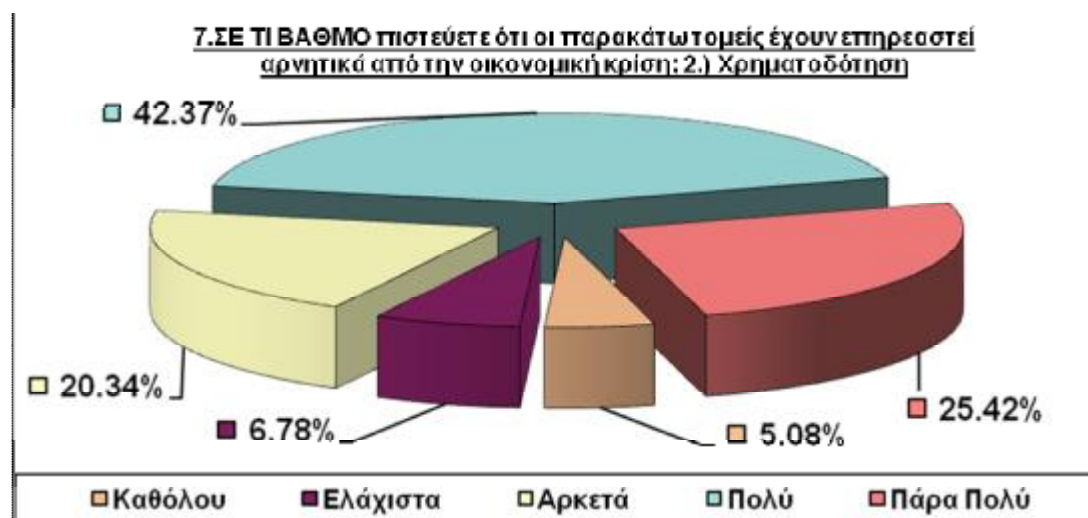
ΣΧΗΜΑ 7.1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που πιστεύουν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση ο τομέας μείωσης προσωπικού.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 42,37%) στην ερώτηση είναι «Καθόλου». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει τον τομέα μείωσης προσωπικού «Καθόλου» (αρνητική στάση). Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Αρκετά» με ποσοστό 23,73%. Οι απαντήσεις που

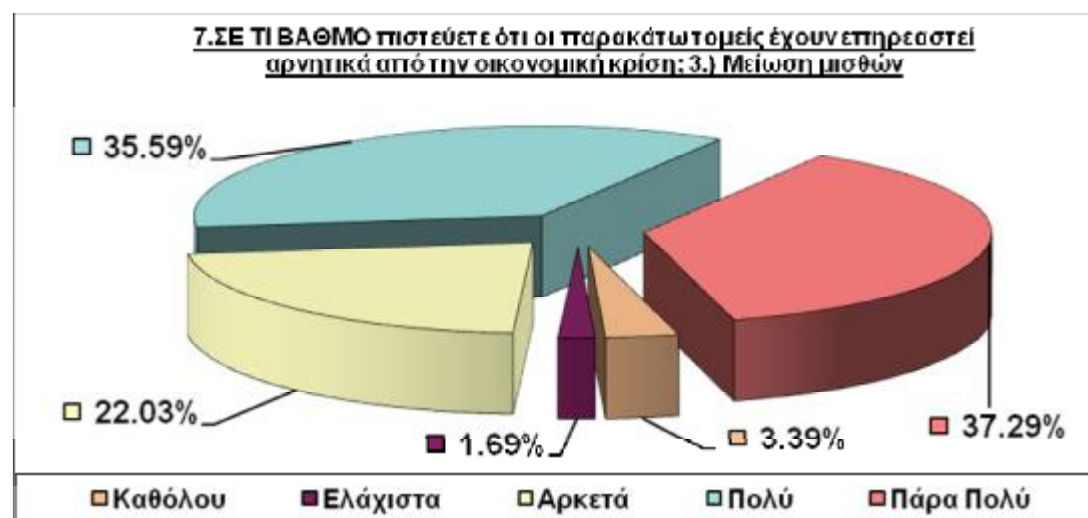
εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 52,54% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 23,73% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

ΣΧΗΜΑ 7.2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που πιστεύουν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση η χρηματοδότηση.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 42,37%) στην ερώτηση είναι «Πολύ». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την χρηματοδότηση «Πολύ». Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Πάρα Πολύ» με ποσοστό 25,42%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 11,86% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 67,80% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

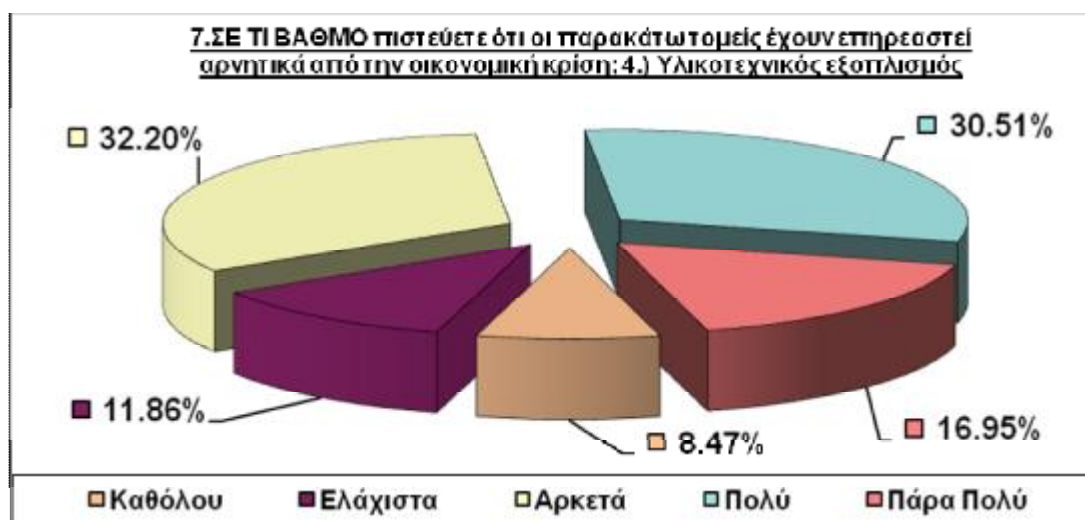
ΣΧΗΜΑ 7.3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που πιστεύουν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση ο τομέας μείωση μισθών.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 37,29%) στην ερώτηση είναι «Πάρα Πολύ».

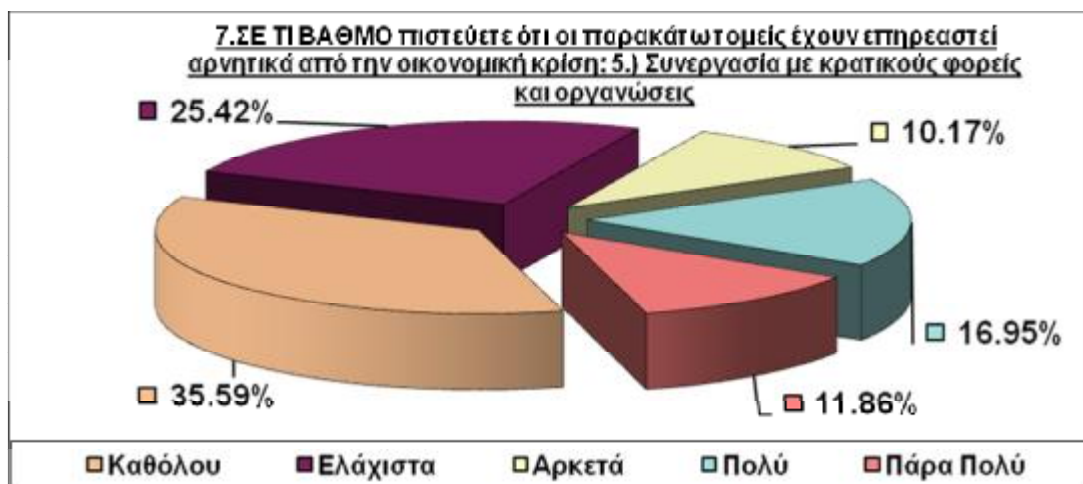
Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τον τομέα μείωση μισθών «Πάρα Πολύ». Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Πολύ» με ποσοστό 23,73%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 5,08% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 72,88% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

ΣΧΗΜΑ 7.4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που πιστεύουν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση ο τομέας υλικοτεχνικός εξοπλισμός.



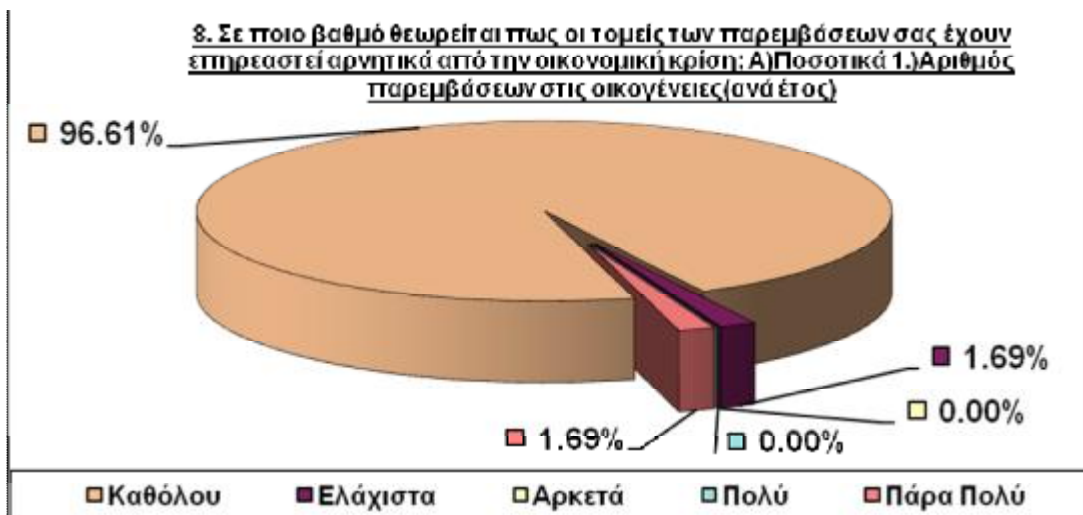
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 32,20%) στην ερώτηση είναι «Αρκετά». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει «Αρκετά» τον τομέα υλικοτεχνικός εξοπλισμός. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Πολύ» με ποσοστό 30,51%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 20,34% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 47,46% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

ΣΧΗΜΑ 7.5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που πιστεύουν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση ο τομέας της συνεργασίας με κρατικούς φορείς και οργανώσεις.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 35,59%) στην ερώτηση είναι «Καθόλου». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει τον τομέα της συνεργασίας με κρατικούς φορείς και οργανώσεις «Καθόλου» (αρνητική στάση). Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Ελάχιστα» με ποσοστό 23,73%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 61,02% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 28,81% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

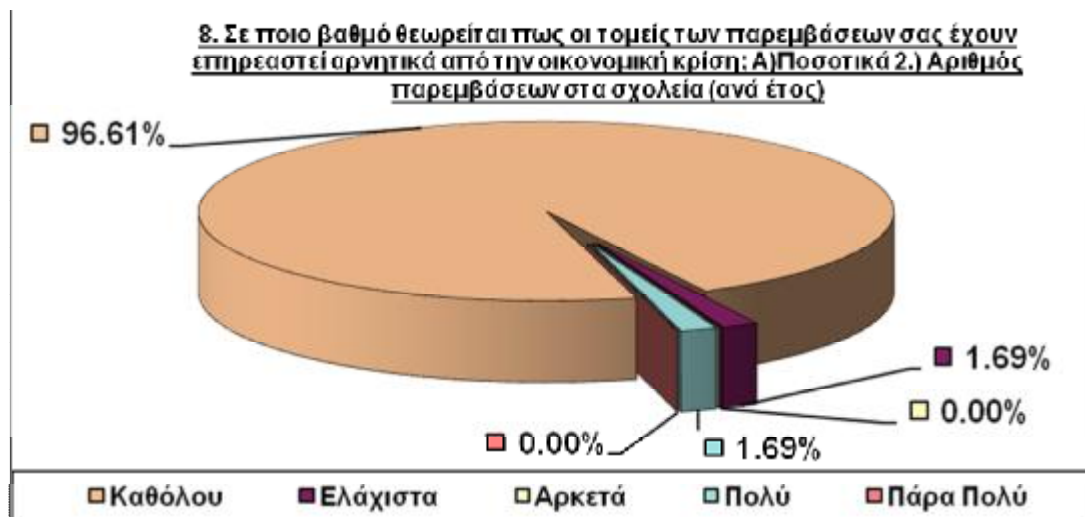
ΣΧΗΜΑ 8.Α1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που θεωρούν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση ποσοτικά ο αριθμός παρεμβάσεων στις οικογένειες (ανά έτος).



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 96,61%) στην ερώτηση είναι «Καθόλου». Δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει ποσοτικά «Καθόλου» (αρνητική στάση) τον αριθμός παρεμβάσεων στις οικογένειες (ανά έτος). Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Ελάχιστα» με

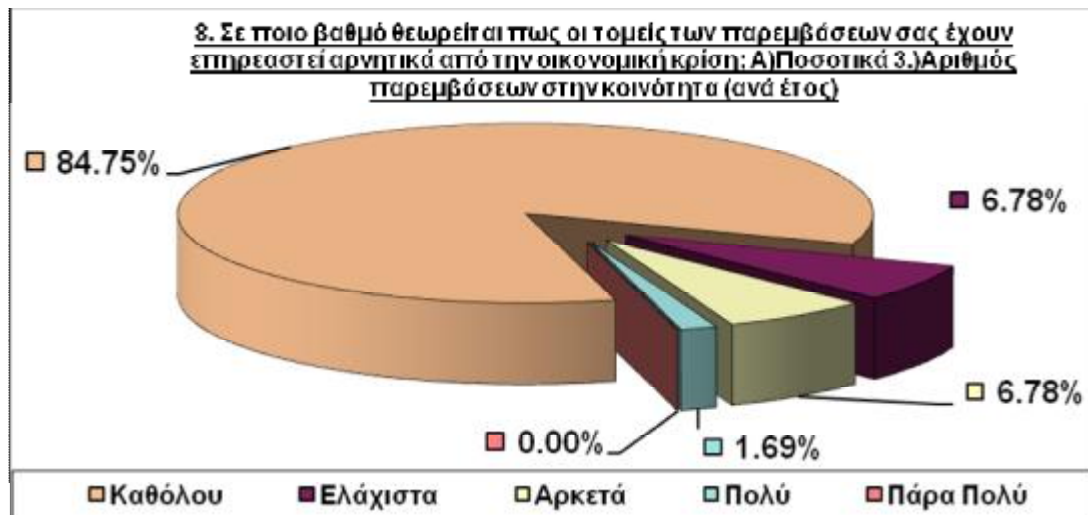
ποσοστό 1,69%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 98,31% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 1,69% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

ΣΧΗΜΑ 8.A2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που θεωρούν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση ποσοτικά ο αριθμός παρεμβάσεων στα σχολεία (ανά έτος).



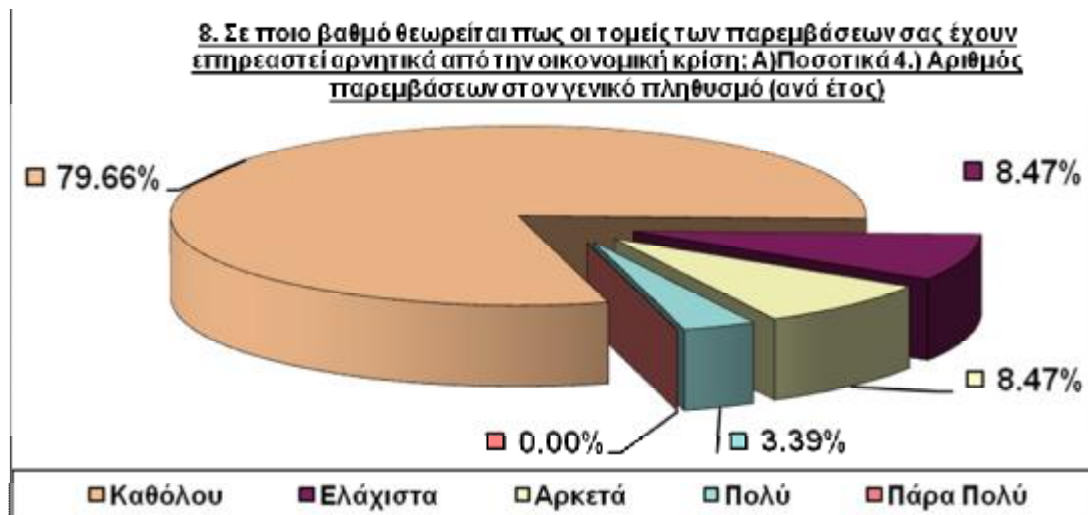
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 96,61%) στην ερώτηση είναι «Καθόλου». Δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει ποσοτικά «Καθόλου» (αρνητική στάση) τον αριθμός παρεμβάσεων στα σχολεία (ανά έτος). Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Ελάχιστα» με ποσοστό 1,69%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 98,31% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 1,69% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

ΣΧΗΜΑ 8.A3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που θεωρούν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση ποσοτικά ο αριθμός παρεμβάσεων στην κοινότητα (ανά έτος).



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 84,75%) στην ερώτηση είναι «Καθόλου». Δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει ποσοτικά «Καθόλου» (αρνητική στάση) τον αριθμός παρεμβάσεων στην κοινότητα (ανά έτος). Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Ελάχιστα» με ποσοστό 6,78%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 91,53% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 1,69% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

ΣΧΗΜΑ 8.A4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που θεωρούν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση ποσοτικά ο αριθμός παρεμβάσεων στον γενικό πληθυσμό (ανά έτος).



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 79,66%) στην ερώτηση είναι «Καθόλου». Δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει ποσοτικά «Καθόλου» (αρνητική στάση) τον αριθμός παρεμβάσεων στον γενικό πληθυσμό (ανά έτος). Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Ελάχιστα»

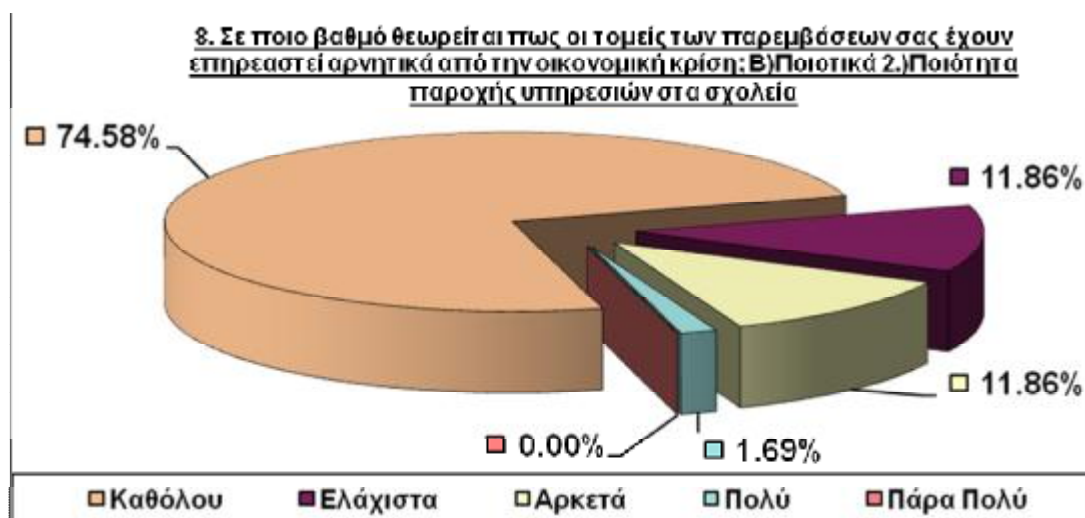
με ποσοστό 8,47%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 88,14% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 3,39% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

ΣΧΗΜΑ 8.B1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που θεωρούν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση η ποιότητα παροχής υπηρεσιών στις οικογένειες.



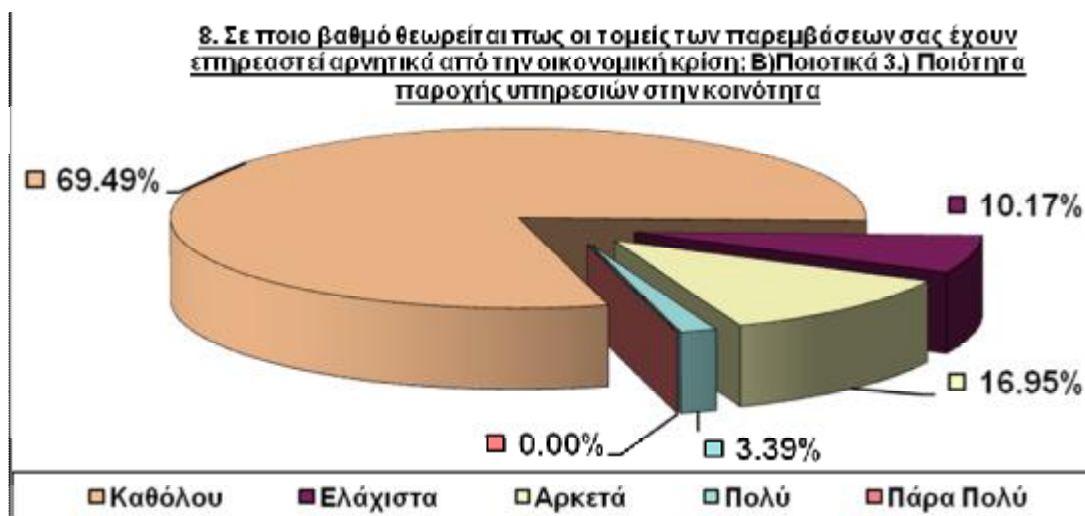
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 79,66%) στην ερώτηση είναι «Καθόλου». Δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει «Καθόλου» (αρνητική στάση) την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στις οικογένειες. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Αρκετά» με ποσοστό 11,86%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 86,44% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 1,69% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

ΣΧΗΜΑ 8.B2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που θεωρούν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση η ποιότητα παροχής υπηρεσιών στα σχολεία.



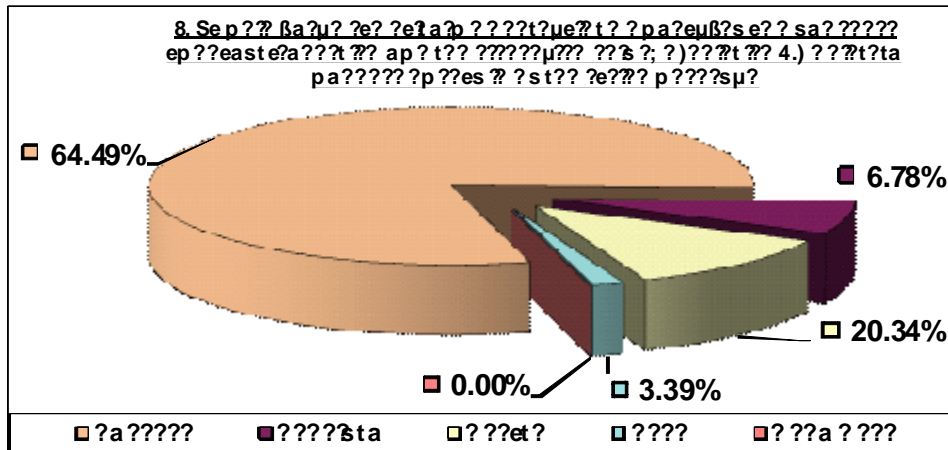
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 74,58%) στην ερώτηση είναι «Καθόλου». Δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει «Καθόλου» (αρνητική στάση) την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στα σχολεία. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Ελάχιστα» με ποσοστό 11,86%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 86,44% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 1,69% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

ΣΧΗΜΑ 8.B3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που θεωρούν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση η ποιότητα παροχής υπηρεσιών στην κοινότητα.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 69,49%) στην ερώτηση είναι «Καθόλου». Δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει «Καθόλου» (αρνητική στάση) την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στην κοινότητα. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Αρκετά» με ποσοστό 16,95%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 79,66% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 3,39% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

ΣΧΗΜΑ 8.B4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που θεωρούν ότι έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση η ποιότητα παροχής υπηρεσιών στον γενικό πληθυσμό.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 69,49%) στην ερώτηση είναι «Καθόλου». Δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι πιστεύει ότι η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει «Καθόλου» (αρνητική στάση) την ποιότητα παροχής υπηρεσιών στον γενικό πληθυσμό. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Αρκετά» με ποσοστό 20,34%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 76,27% («Καθόλου» & «Ελάχιστα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 3,39% («Πολύ» & «Πάρα Πολύ»).

Όσον αφορά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα Κέντρα πρόληψης σαν υπηρεσίες αλλά και οι ίδιοι οι επαγγελματίες, λήφθηκαν ποικίλες απαντήσεις, με μέγιστο αριθμό το 5 ανά επαγγελματία. Προκειμένου να υπάρξει μια κατανοητή και παρουσιάσιμη μορφή των απαντήσεων, μιας και η ερώτηση ήταν ανοιχτού τύπου, χωρίς να υπόκειται σε περιορισμούς ως προς τον τύπο απαντήσεων, τα αποτελέσματα συγκεντρώθηκαν σε κατηγορίες. Προέκυψαν λοιπόν οι εξής επτά κατηγορίες:

- 1) Ζητήματα γύρω από το θεσμικό πλαίσιο των Κέντρων Πρόληψης
- 2) Ζητήματα εκπαίδευσης και εποπτείας των στελεχών πρόληψης
- 3) Ζητήματα εργασιακής καθημερινότητας ή εσωτερικής λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης
- 4) Ζητήματα συνεργασίας με κοινοτικούς και κρατικούς φορείς και οργανισμούς
- 5) Προβλήματα στην δικτύωση, προβολή και τον αντιλαμβανόμενο ρόλο των Κέντρων Πρόληψης
- 6) Προβλήματα στην χρηματοδότηση και τη μισθοδοσία στα Κέντρα Πρόληψης
- 7) Προβλήματα υλικοτεχνικής υποδομής και στέγασης

Αναλυτικότερα, εντός των επτά κατηγοριών εντάσσονται οι εξής απαντήσεις

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΩΤΗ: Ζητήματα γύρω από το θεσμικό πλαίσιο των Κέντρων	<ul style="list-style-type: none"> I Ασαφές θεσμικό πλαίσιο I Απουσία ενιαίου κανονισμού

Πρόληψης	<ul style="list-style-type: none"> I λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης I Ασαφής ρόλος του επιστημονικού υπεύθυνου
<p>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕΥΤΕΡΗ: Ζητήματα εκπαίδευσης και εποπτείας των στελεχών πρόληψης</p>	<ul style="list-style-type: none"> I Ελλιπής εκπαίδευση και εποπτεία I Ελλιπής εκπαίδευση I Ελλιπής εποπτεία I Απουσία εκπαίδευση σε νέα γνωστικά αντικείμενα (πρακτικές, νέες τεχνολογίες) I Μειωμένη πρόσβαση στην εκπαίδευση I Μειωμένη συμμετοχή και πραγματοποίηση συνεδρίων και σεμιναρίων από τον ΟΚΑΝΑ I Ελλιπής εκπαίδευση των νέων στελεχών I Απουσία συστηματικού ελέγχου του παραγόμενου έργου
<p>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΡΙΤΗ: Ζητήματα εργασιακής καθημερινότητας ή εσωτερικής λειτουργίας των εκάστοτε Κέντρων Πρόληψης</p>	<ul style="list-style-type: none"> I Υπερσυσσώρευση των αιτημάτων I Συνεχείς μετακινήσεις I Αυξημένες γραφειοκρατικές υποχρεώσεις I “Ψυχολογικοποίηση” των υπηρεσιών (εστίαση στο μερικό και όχι στην συνολική εικόνα) I Ανεπαρκής αριθμός επιστημονικών στελεχών I Περιορισμένη πρόσβαση σε ερευνητικά δεδομένα I Δυσκολία συντονισμού μεταξύ των παραρτημάτων του Κέντρου Πρόληψης I Περιορισμένη πρόσβαση σε νέες τεχνολογίες I Ανάγκη για στελέχωση με επαγγελματία σχετικό με την παιδική απασχόληση I Δυσκολία συνεργασίας εντός της επιστημονικής ομάδας I Μη έγκριση χρονοδιαγράμματος του Κέντρου Πρόληψης από τον ΟΚΑΝΑ I Μεγάλη εξάρτηση του συντελούμενου έργου από τη συμφωνία ανωτέρων ιεραρχικά φορέων (π.χ. ΟΚΑΝΑ -

	<p>Υπουργείο Υγείας)</p> <ul style="list-style-type: none"> I Δυσκολία στην κάλυψη όλης της γεωγραφικής έκτασης I Αγωνία για το μέλλον των Κέντρων Πρόληψης
<p>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕΤΑΡΤΗ: Ζητήματα συνεργασίας με κοινοτικούς και κρατικούς φορείς και οργανισμούς</p>	<ul style="list-style-type: none"> I Δυσκολία στη συνεργασία με τη Διοικητική Αρχή I Δυσκολία στη συνεργασία με τον φορέα - επόπτη (ΟΚΑΝΑ) I Παρεμβατικότητα του Διοικητικού Συμβουλίου στο έργο του Κέντρου I Ελλιπής επικοινωνία και στήριξη από το Διοικητικό Συμβούλιο I Ελλιπής υποστήριξη από τον ΟΚΑΝΑ και τη Δημοτική Αρχή I Δυσκολία στην επικοινωνία με τη Δημοτική Αρχή
<p>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΜΠΤΗ: Προβλήματα στην δικτύωση, προβολή και τον αντιλαμβανόμενο ρόλο των Κέντρων Πρόληψης</p>	<ul style="list-style-type: none"> I Η έννοια της πρόληψης δεν είναι κατανοητή σε όλους τους ανθρώπους I Έλλειψη επαρκούς δικτύωσης μεταξύ των Κέντρων Πρόληψης I Δυσκολία στις παραπομπές λόγω μείωσης των διαθέσιμων κοινωνικών δομών I Παρερμίνευση του ρόλου των Κέντρων Πρόληψης από την εκπαιδευτική κοινότητα I Εκμετάλλευση του έργου των Κέντρων Πρόληψης από τη Δημοτική αρχή για λόγους αυτοπροβολής I Σύγχυση του κοινού ως προς τον ρόλο των Κέντρων Πρόληψης I Μειωμένη προβολή λόγω έλλειψης έντυπου υλικού I Δυσκολία στην επαφή με την κοινότητα I Δυσκολία στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των Κέντρων Πρόληψης I Απομόνωση του Κέντρου Πρόληψης I Ελλιπής προβολή του Κέντρου πρόληψης από την κοινότητα και την Τοπική Αυτοδιοίκηση I Δυσκολία στην διωπηρεσιακή

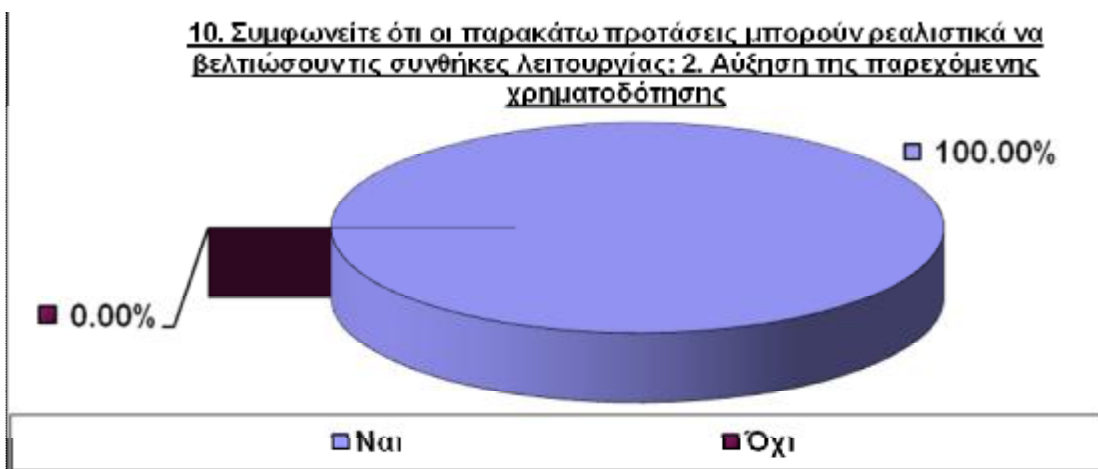
	<p>συνεργασία λόγω της συρρίκνωση των δομών ψυχικής υγείας</p> <ul style="list-style-type: none"> Δυσκολία στη δικτύωση μεταξύ φορέων Επιφυλακτική στάση από εκπαιδευτικούς
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΚΤΗ: Προβλήματα στην χρηματοδότηση και τη μισθοδοσία στα Κέντρα Πρόληψης	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση της χρηματοδότησης από μεριάς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης Προβληματική χρηματοδότηση των Κέντρων Πρόληψης Άτακτη μισθοδοσία Άτακτη χρηματοδότηση Κακή συνεργασία των Υπουργείων Υγείας και Εσωτερικών ως προς τη χρηματοδότηση των Κέντρων Πρόληψης Δυσκολία στη ροή της χρηματοδότησης και μισθοδοσίας Μη ύπαρξη επιδόματος θέσης για τον επιστημονικό υπεύθυνο
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΒΔΟΜΗ: Ζητήματα στέγασης και υλικοτεχνικής υποδομής	<ul style="list-style-type: none"> Έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού Αβεβαιότητα για τη στέγαση του Κέντρου Πρόληψης Δυσχερείς κτιριακές συνθήκες Ανεπαρκής κτιριακή υποδομή Ελλιπής συντήρηση της κτιριακής υποδομής Επικινδυνότητα στην περιοχή στέγασης Δυσκολία στην απόκτηση νέων υλικοτεχνικών μέσων

ΣΧΗΜΑ 10.1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμφωνούν ότι η πρόσληψη επιπλέον προσωπικού μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 91,53%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι καταφατικά (Ναι) στο ερώτημα ότι δηλαδή η πρόσληψη επιπλέον προσωπικού μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.

ΣΧΗΜΑ 10.2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμφωνούν ότι η αύξηση της παρεχόμενης χρηματοδότησης μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.



Η απόλυτη πλειοψηφία (το σύνολο του δείγματος, ποσοστό 100%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι καταφατικά (Ναι) στο ερώτημα ότι η αύξηση της παρεχόμενης χρηματοδότησης μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.

ΣΧΗΜΑ 10.3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμφωνούν ότι η εξασφάλιση συνεργασίας με νέους φορείς μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 89,83%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι καταφατικά (Ναι) στο ερώτημα ότι η εξασφάλιση συνεργασίας με νέους φορείς μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.

ΣΧΗΜΑ 10.4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμφωνούν ότι η αύξηση των προμηθειών υλικοτεχνικών μέσων μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 91,53%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι καταφατικά (Ναι) στο ερώτημα ότι δηλαδή η αύξηση των προμηθειών υλικοτεχνικών μέσων μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.

ΣΧΗΜΑ 10.5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμφωνούν ότι η εντατικότερη εκπαίδευση και εποπτεία μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 98,31%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι καταφατικά (Ναι) στο ερώτημα ότι δηλαδή η εντατικότερη εκπαίδευση και εποπτεία μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.

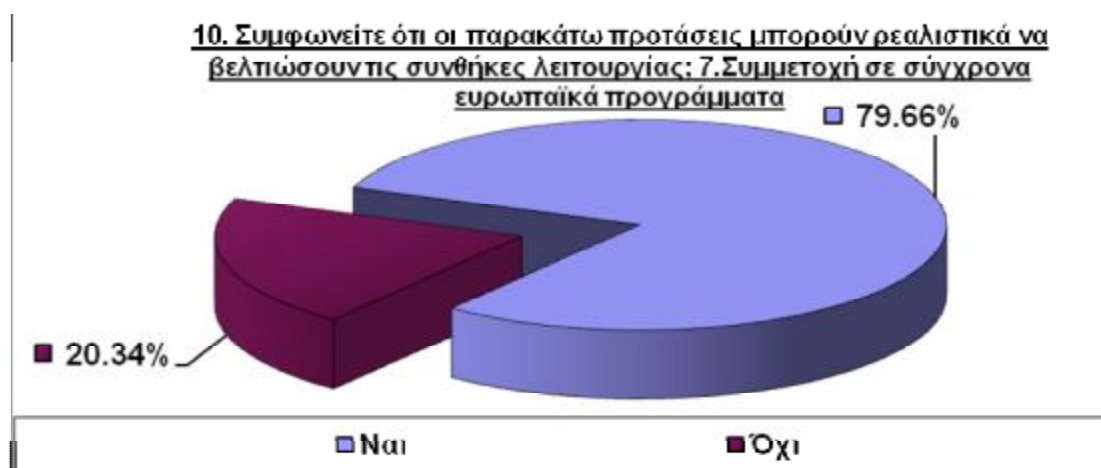
ΣΧΗΜΑ 10.6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμφωνούν ότι η μεγαλύτερη προσέλκυση εθελοντών μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 71,19%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι καταφατικά (Ναι) στο ερώτημα ότι δηλαδή η μεγαλύτερη προσέλκυση εθελοντών μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.

ΣΧΗΜΑ 10.7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμφωνούν ότι η συμμετοχή σε σύγχρονα

ευρωπαϊκά προγράμματα μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.



Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 79,66%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι καταφατικά (Ναι) στο ερώτημα ότι δηλαδή η συμμετοχή σε σύγχρονα ευρωπαϊκά προγράμματα μπορεί ρεαλιστικά να βελτιώσει τις συνθήκες λειτουργίας.

Ερώτηση 11

Όσον αφορά τις προτάσεις για τη βελτίωση των συνθηκών λειτουργίας, δόθηκαν διάφορες προτάσεις με ανώτατο αριθμό τις 3. Η ερώτηση ήταν ανοιχτού τύπου χωρίς περιορισμούς ως προς τον τύπο απαντήσεων ενώ τα αποτελέσματα συγκεντρώθηκαν σε πέντε κατηγορίες.

- 1) Επίλυση του θεσμικού ζητήματος και του τρόπου οργάνωσης.
- 2) Βελτίωση της προβολής των Κέντρων Πρόληψης, δικτύωσης, συνεργασίας και διασύνδεσης.
- 3) Εκπαίδευση και αξιολόγηση
- 4) Ζητήματα συνεργασίας με κοινοτικούς και κρατικούς φορείς και οργανισμούς
- 5) Σταθερή χρηματοδότηση

Αναλυτικότερα, εντός των πέντε κατηγοριών εντάσσονται οι εξής απαντήσεις

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΩΤΗ: Επίλυση του θεσμικού ζητήματος και του τρόπου οργάνωσης.	<ul style="list-style-type: none"> I Λύση του θεσμικού ζητήματος I Διαμόρφωση εσωτερικών κανονισμών λειτουργίας των Κ.Π κυρίως σε εργασιακά ζητήματα I Επαναπροσδιορισμός του αντικειμένου λειτουργίας και του ρόλου των Κ.Π
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕΥΤΕΡΗ: Βελτίωση της προβολής των Κέντρων Πρόληψης, δικτύωσης, συνεργασίας και διασύνδεσης.	<ul style="list-style-type: none"> I Καλύτερη δικτύωση και συνεργασία των Κ.Π. I Βελτίωση της προβολής των Κ.Π και του έργου τους.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΡΙΤΗ: Εκπαίδευση και αξιολόγηση	<ul style="list-style-type: none"> I Εκπαίδευση σε νέες τεχνολογίες, σε ψυχοκοινωνικά ζητήματα που είναι απόρροια της κρίσης και σε νέα μοντέλα εργασίας I Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. I Αξιολόγηση των παρεμβάσεων και των εγχειριδίων από σύγχρονους δείκτες πρόληψης
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕΤΑΡΤΗ: Συνεργασία με κοινοτικούς και κρατικούς φορείς και οργανισμούς	<ul style="list-style-type: none"> I Μείωση της γραφειοκρατίας εντός της διοίκησης I Συμμετοχή ατόμων με γνώσεις πάνω στην πρόληψη στο Δ.Σ I Διερεύνηση των δράσεων των Κ.Π και των εκπαιδευτικών εργαλείων I Μεγαλύτερο ποσοστό κοινωνικών επιστημόνων στα Κ.Π (κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνικοί ανθρωπολόγοι) I Περιορισμός του είδους των παρεχόμενων υπηρεσιών I Συμμετοχή στον σχεδιασμό I Για την πρόληψη σε πανευρωπαϊκό επίπεδο.
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕΜΠΤΗ: Σταθερή χρηματοδότηση	<ul style="list-style-type: none"> I Σταθεροποίηση της χρηματοδότησης των Κέντρων Πρόληψης

Στην πρώτη κατηγορία 42 από τους 59 ερωτηθέντες απάντησαν η επίλυση του θεσμικού ζητήματος και του τρόπου οργάνωσης. Πράγματι και η «έκθεση μικτού κλιμακίου ελέγχου» διαπιστώνει πως υπάρχει ανάγκη για ένα σαφή και ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης.

Στην δεύτερη κατηγορία 16 από τους 59 ερωτηθέντες απάντησαν κάποιο από τα εξής: βελτίωση της προβολής, βελτίωση της δικτύωσης, βελτίωση της συνεργασίας και βελτίωση της διασύνδεσης των Κέντρων Πρόληψης.

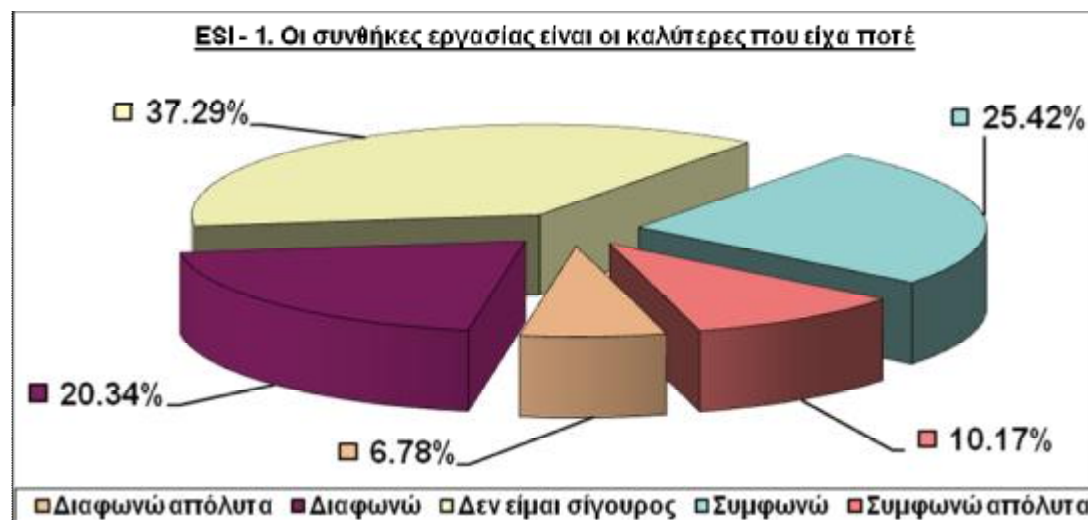
Στην τρίτη κατηγορία 8 από τους 59 ερωτηθέντες απάντησαν κάποιο από: την αύξηση της εκπαίδευσης και αξιολόγησης και την ύπαρξη εξωτερικής εποπτείας. Όπως αναφέρει η «έκθεση μικτού κλιμακίου ελέγχου» η αξιολόγηση των Κέντρων Πρόληψης σήμερα κρίνεται ελλιπείς έως και ανύπαρκτη για αυτό και προτείνει την ενεργοποίηση Επιτροπής Παρακολούθησης με αρμοδιότητα την αξιολόγηση των Κέντρων Πρόληψης.

Στην τέταρτη κατηγορία 8 από τους 59 ερωτηθέντες απάντησαν λύσεις σε ζητήματα καθημερινής εργασιακής πρακτικής όπως βελτίωση κτηριακής υποδομής, πρόσληψη επιστημόνων με ειδικευση στην πρόληψη και μείωση της γραφειοκρατίας εντός της διοίκησης. Η «έκθεση μικτού κλιμακίου ελέγχου» αναφέρει προβλήματα συντονισμού και συναρμοδιότητας των εμπλεκόμενων φορέων που λειτουργούν στα Κέντρα Πρόληψης με τη συμβολή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και του Ο.Κ.Α.Ν.Α και προτείνει την επανεξέταση του συστήματος προσλήψεων προσωπικού.

Στην πέμπτη κατηγορία 2 από τους 59 ερωτηθέντες απάντησαν η σταθερή χρηματοδότηση. Η «έκθεση μικτού κλιμακίου ελέγχου» διαπιστώνει την ανάγκη για ανάληψη πρωτοβουλιών με σκοπό την αναμόρφωση του πλαισίου λειτουργίας, χρηματοδότησης και ρόλου που θα εκτελούν στο μέλλον οι φορείς πρόληψης

8.3. Ερωτηματολόγιο Β' (ESI)

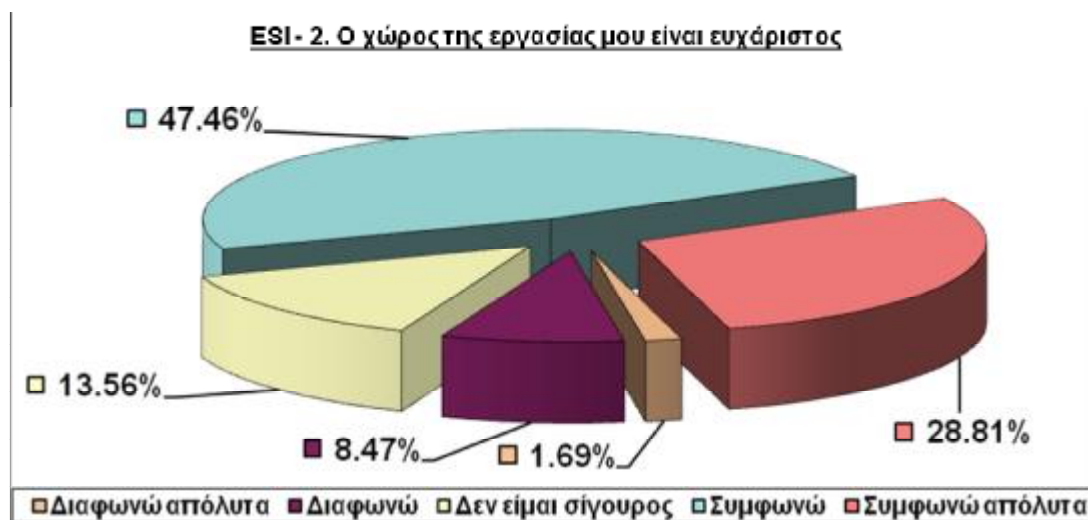
ΣΧΗΜΑ ESI-1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι οι συνθήκες εργασίας είναι οι καλύτερες που είχαν ποτέ.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 37,29%) στην ερώτηση είναι «Δεν είμαι σίγουρος». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι δεν είναι σίγουροι (ουδέτερη στάση) ότι οι συνθήκες εργασίας είναι οι καλύτερες που είχαν. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Συμφωνώ» με ποσοστό 25,42%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 27,12% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 35,59% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

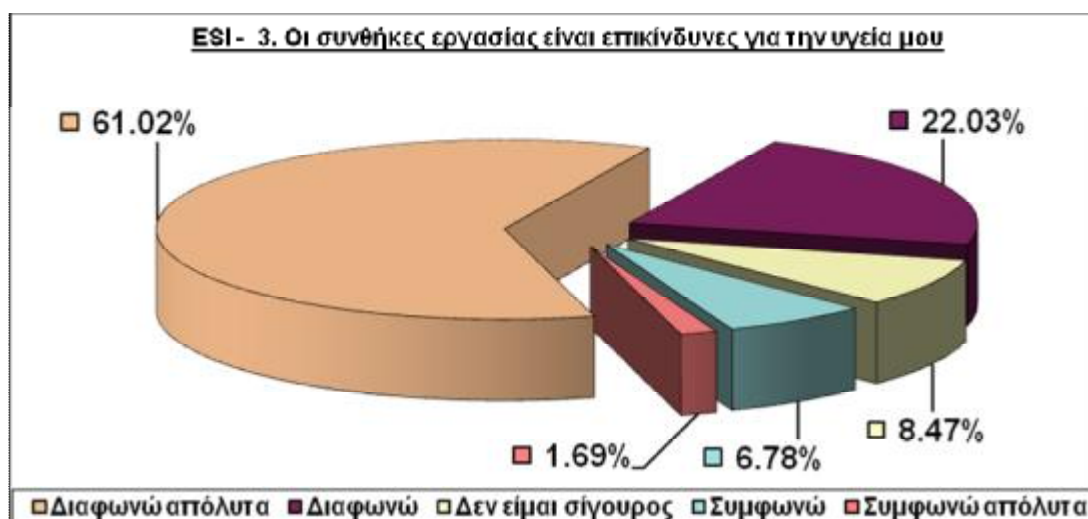
ΣΧΗΜΑ ESI-2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι ο χώρος της

εργασίας τους είναι ευχάριστος.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 47,46%) στην ερώτηση είναι «Συμφωνώ». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί (θετική στάση) ότι οι συνθήκες εργασίας είναι οι καλύτερες που είχαν. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Συμφωνώ απόλυτα» με ποσοστό 28,81%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 10,17% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 76,27% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

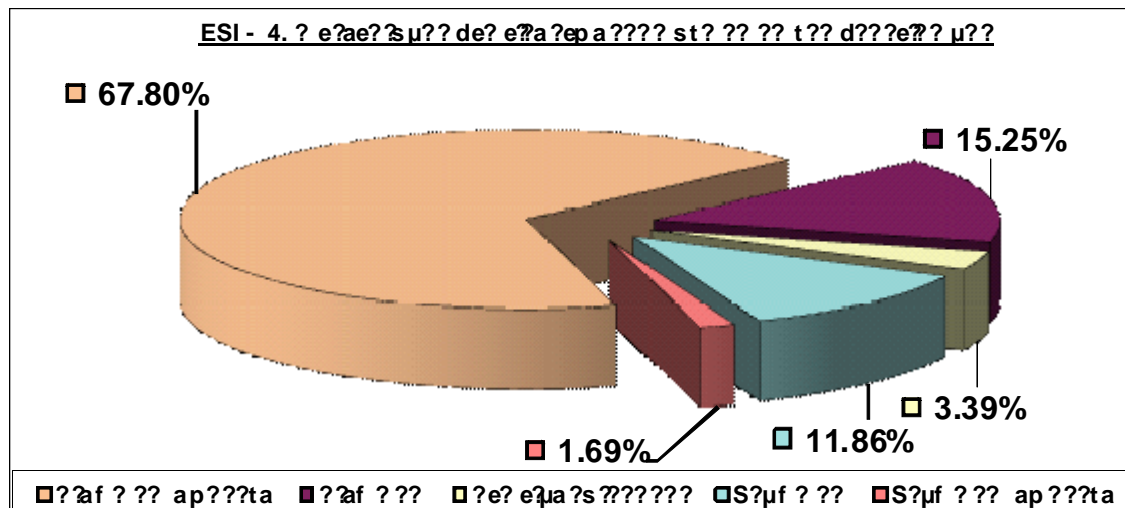
ΣΧΗΜΑ ESI-3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι οι συνθήκες εργασίας είναι επικίνδυνες για την υγεία τους.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 61,02%) στην ερώτηση είναι «Διαφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι διαφωνούν απόλυτα (αρνητική στάση) ότι οι συνθήκες εργασίας είναι επικίνδυνες για την υγεία τους. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Διαφωνώ» με ποσοστό 22,03%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 83,05% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι

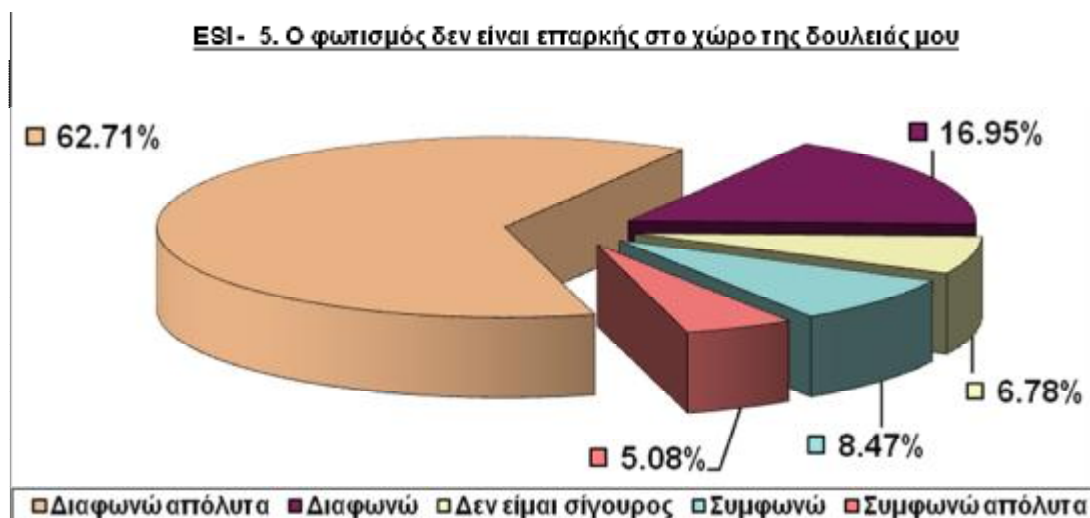
απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 8,47% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι ο εξαερισμός δεν είναι επαρκής στο χώρο της δουλειάς τους.



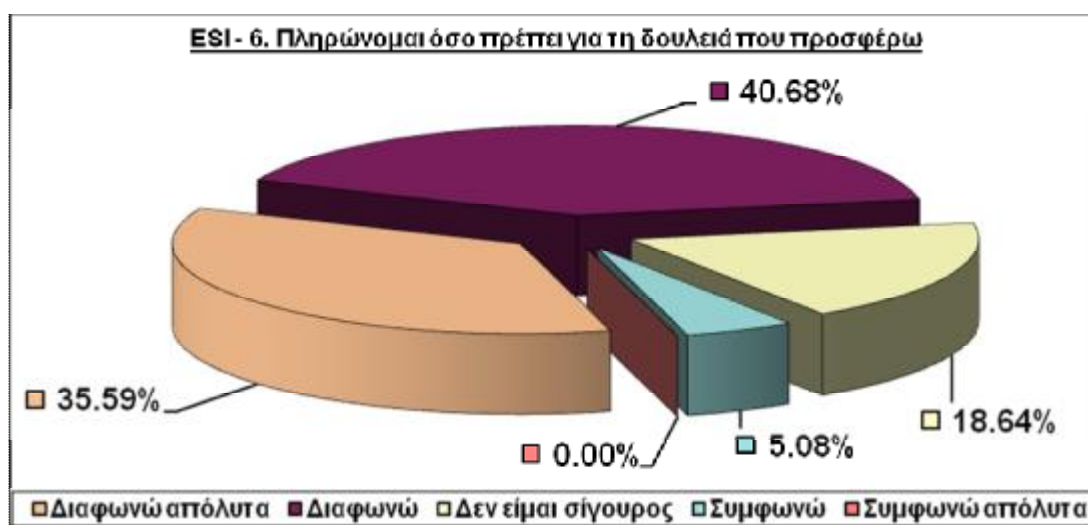
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 67,80%) στην ερώτηση είναι «Διαφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτη (αρνητική στάση) ότι ο εξαερισμός δεν είναι επαρκής στο χώρο της δουλειάς τους. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Διαφωνώ» με ποσοστό 15,25%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 83,05% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 13,56% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι οι συνθήκες εργασίας είναι οι καλύτερες που είχαν ποτέ.



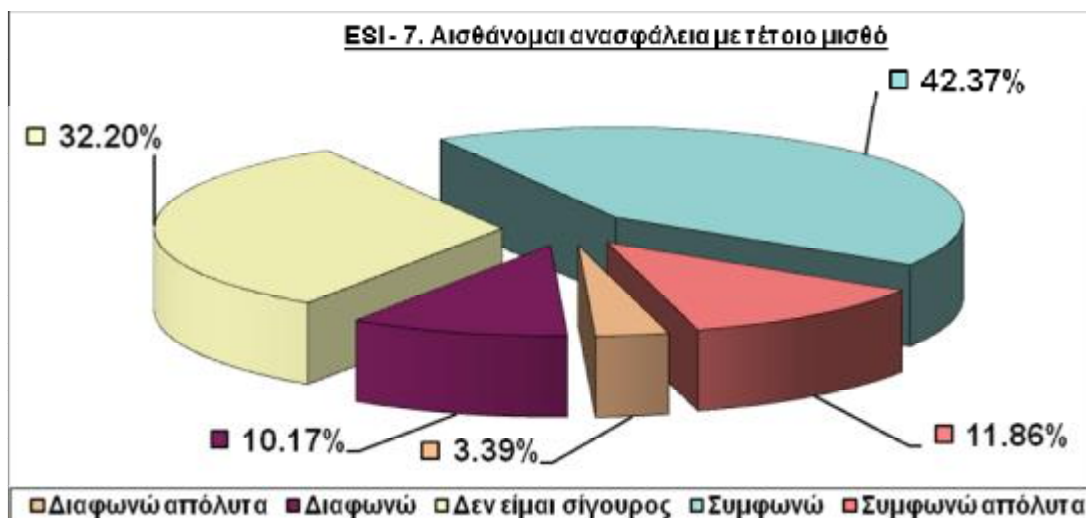
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 62,71%) στην ερώτηση είναι «Διαφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα (αρνητική στάση) ότι ο φωτισμός δεν είναι επαρκής στο χώρο της δουλειάς τους. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Διαφωνώ» με ποσοστό 16,95%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 79,66% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 13,56% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι πληρώνονται όσο πρέπει για τη δουλειά που προσφέρουν.



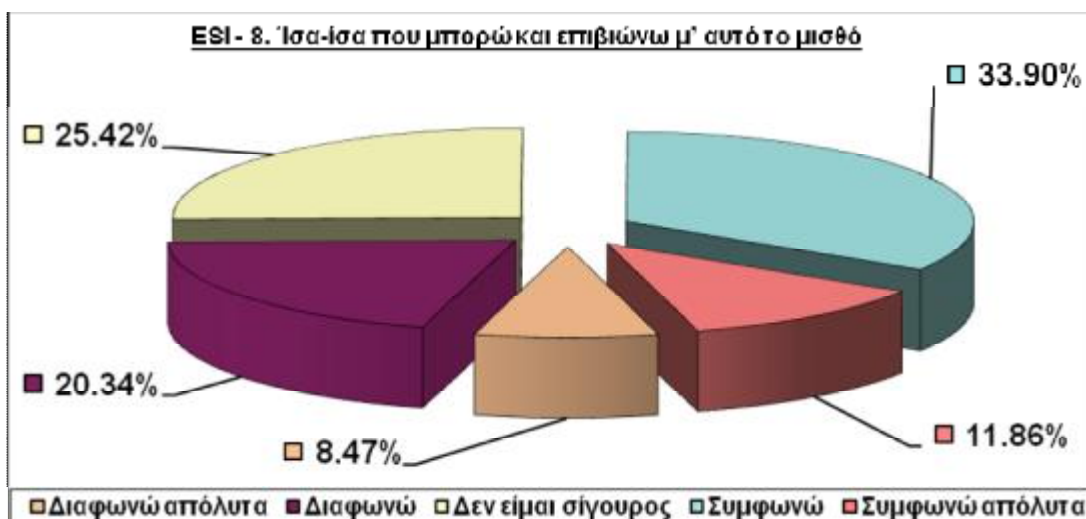
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 40,68%) στην ερώτηση είναι «Διαφωνώ». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι διαφωνεί (αρνητική στάση) ότι πληρώνονται όσο πρέπει για τη δουλειά που προσφέρουν. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Διαφωνώ απόλυτα» με ποσοστό 35,59%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 76,27% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 5,08% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι αισθάνονται ανασφάλεια με τέτοιο μισθό.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 42,37%) στην ερώτηση είναι «Συμφωνώ». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνούν (θετική στάση) ότι οι συνθήκες εργασίας είναι οι καλύτερες που είχαν. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Δεν είμαι σίγουρος» με ποσοστό 32,20%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 13,56% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 54,24% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

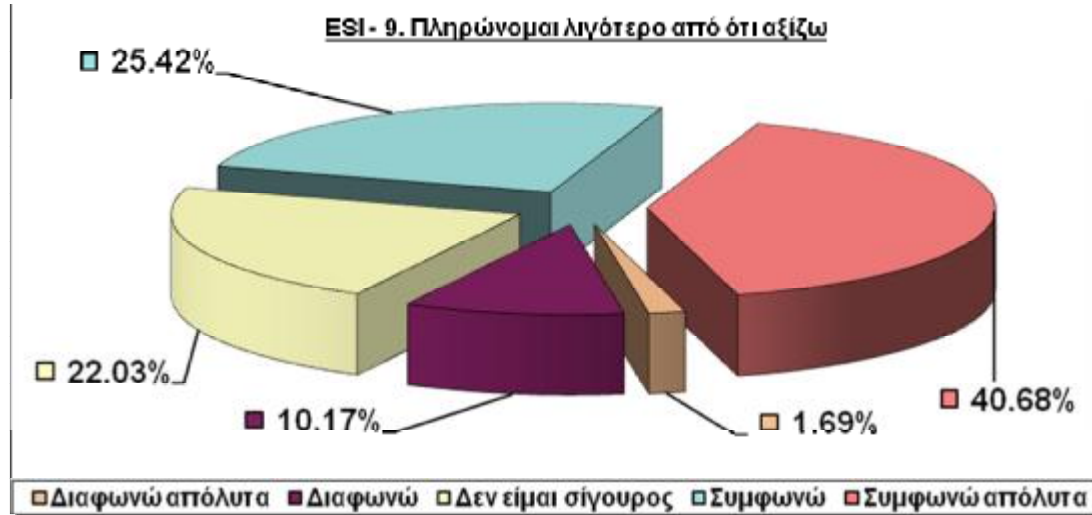
ΣΧΗΜΑ ESI-8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι ίσα-ίσα που μπορούν και επιβιώνουν μ' αυτό το μισθό.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 33,90%) στην ερώτηση είναι «Συμφωνώ». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί (θετική στάση) ότι ίσα-ίσα που μπορούν και επιβιώνουν μ' αυτό το μισθό. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Δεν είμαι σίγουρος» με ποσοστό 25,42%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 28,81% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 45,76%

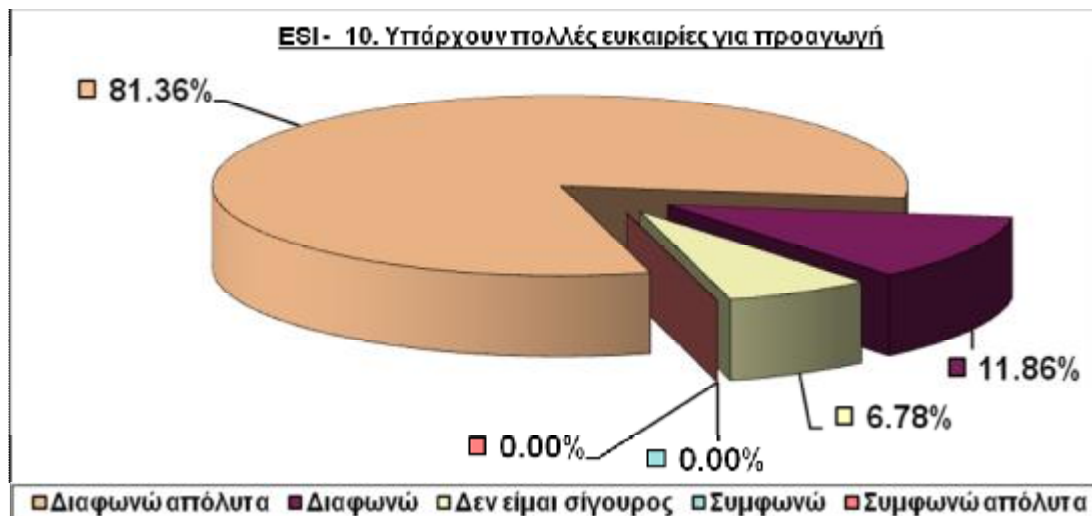
(«Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι πληρώνονται λιγότερο από ότι αξίζουν.



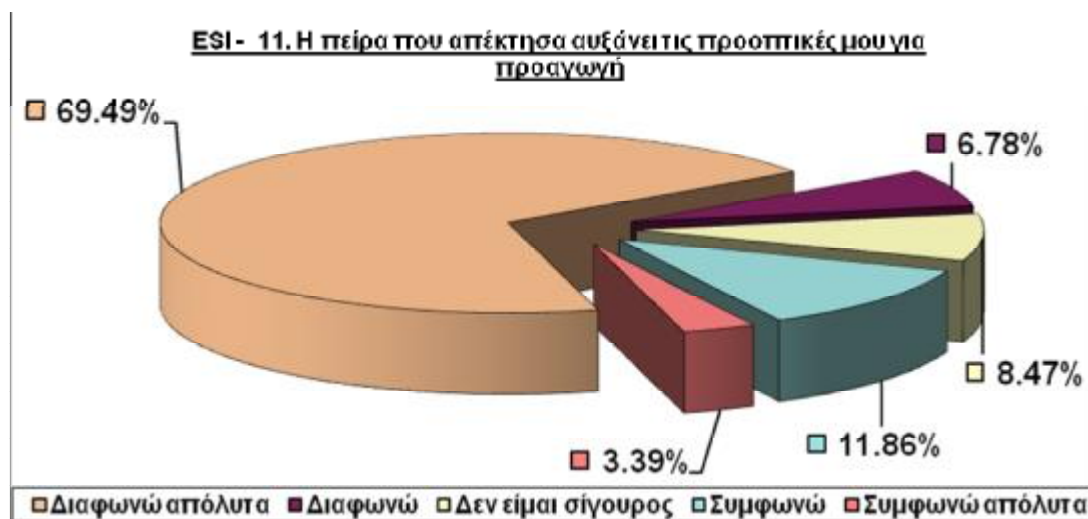
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 40,68%) στην ερώτηση είναι «Συμφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα (θετική στάση) ότι πληρώνονται λιγότερο από ότι αξίζουν. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Συμφωνώ» με ποσοστό 25,42%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 11,86% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 66,10% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι υπάρχουν πολλές ευκαιρίες για προαγωγή.



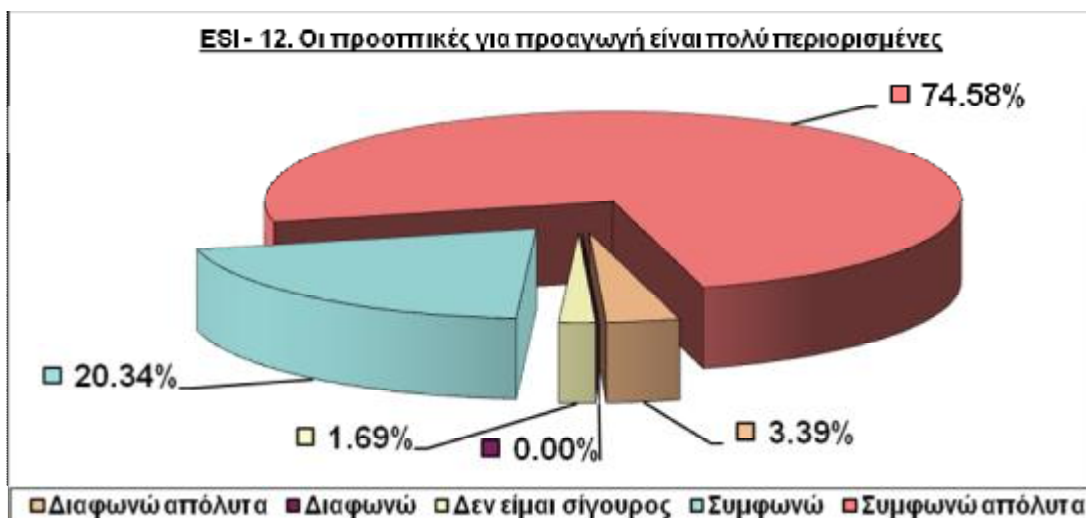
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 81,36%) στην ερώτηση είναι «Διαφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα (αρνητική στάση) ότι υπάρχουν πολλές ευκαιρίες για προαγωγή. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Διαφωνώ» με ποσοστό 11,86%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 93,22% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε μηδενικό ποσοστό 0,00% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι η πείρα που απέκτησαν αυξάνει τις προοπτικές τους για προαγωγή.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 69,49%) στην ερώτηση είναι «Διαφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα (αρνητική στάση) ότι η πείρα που απέκτησαν αυξάνει τις προοπτικές τους για προαγωγή. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Συμφωνώ» με ποσοστό 11,86%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 76,27% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 15,25% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι οι προοπτικές για προαγωγή είναι πολύ περιορισμένες.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 74,58%) στην ερώτηση είναι «Συμφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα (θετική στάση) ότι οι προοπτικές για προαγωγή είναι πολύ περιορισμένες. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Συμφωνώ» με ποσοστό 20,34%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 3,39% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 94,92% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

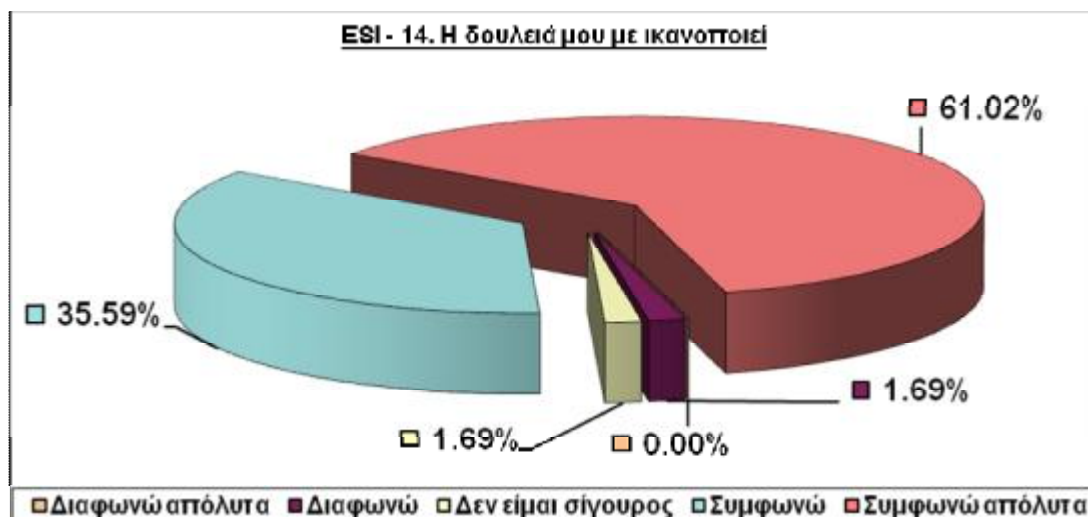
ΣΧΗΜΑ ESI-13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι η δουλειά τους είναι αξιόλογη.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 72,88%) στην ερώτηση είναι «Συμφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα (θετική στάση) ότι η δουλειά τους είναι αξιόλογη. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Συμφωνώ» με ποσοστό 25,42%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 0,00% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι

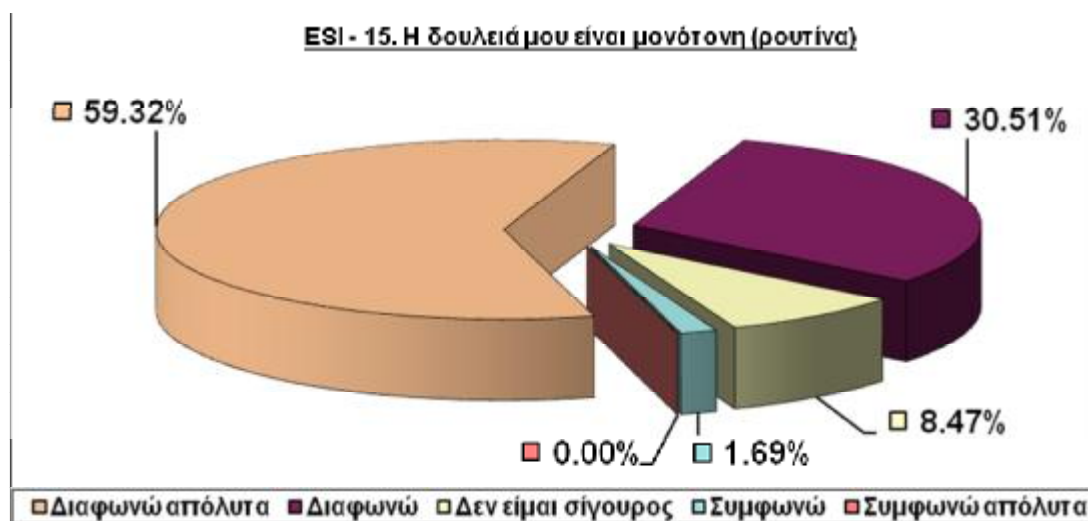
απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν στο συντριπτικό ποσοστό 98,31% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι η δουλειά τους τους ικανοποιεί.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 61,02%) στην ερώτηση είναι «Συμφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα (θετική στάση) ότι η δουλειά τους τους ικανοποιεί. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Συμφωνώ» με ποσοστό 35,59%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 1,69% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν στο συντριπτικό ποσοστό 96,61% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι η δουλειά τους είναι μονότονη (ρουτίνα).



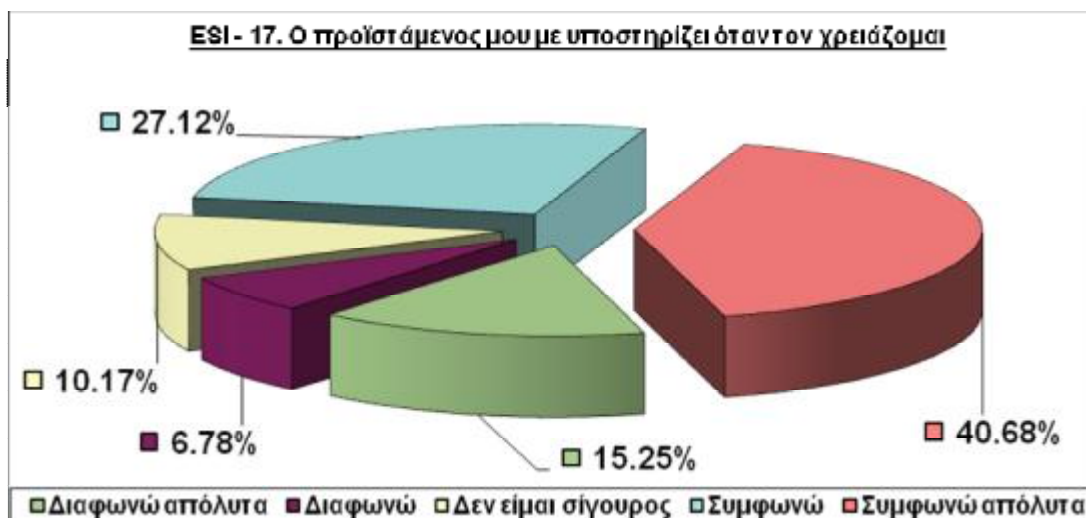
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 59,32%) στην ερώτηση είναι «Διαφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα(αρνητική στάση) ότι η δουλειά τους είναι μονότονη (ρουτίνα). Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Διαφωνώ απόλυτα» με ποσοστό 30,51%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 89,83% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 1,69% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-16: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι η δουλειά τους είναι βαρετή.



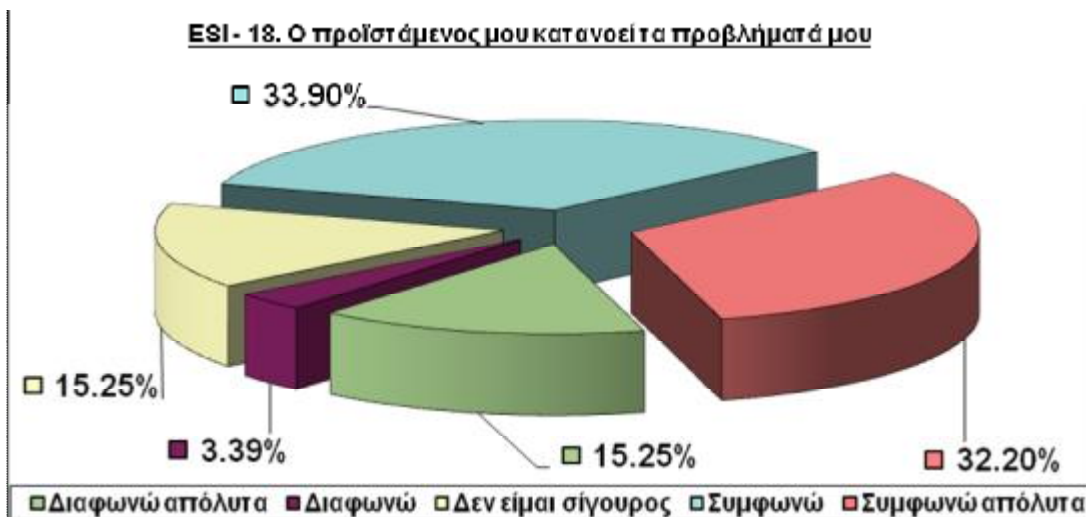
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 67,80%) στην ερώτηση είναι «Διαφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα (αρνητική στάση) ότι η δουλειά τους είναι βαρετή. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Διαφωνώ» με ποσοστό 27,12%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν στο συντριπτικό ποσοστό 94,92% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε μηδενικό ποσοστό 0,00% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-17: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι ο προϊστάμενος τους τους υποστηρίζει όταν τον χρειάζονται.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 40,68%) στην ερώτηση είναι «Συμφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα (θετική στάση) ότι ο προϊστάμενος τους τους υποστηρίζει όταν τον χρειάζονται. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Συμφωνώ» με ποσοστό 27,12%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 22,03% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 67,80% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

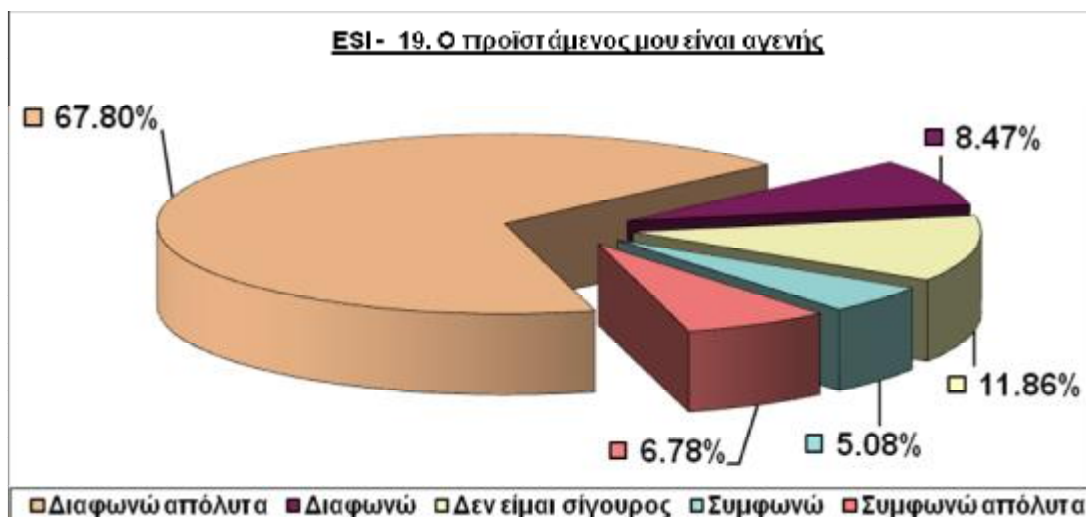
ΣΧΗΜΑ ESI-18: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι ο προϊστάμενος τους κατανοεί τα προβλήματά τους



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 33,90%) στην ερώτηση είναι «Συμφωνώ». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί (θετική στάση) ότι ο προϊστάμενος τους κατανοεί τα προβλήματά τους. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Συμφωνώ απόλυτα» με ποσοστό 32,20%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την

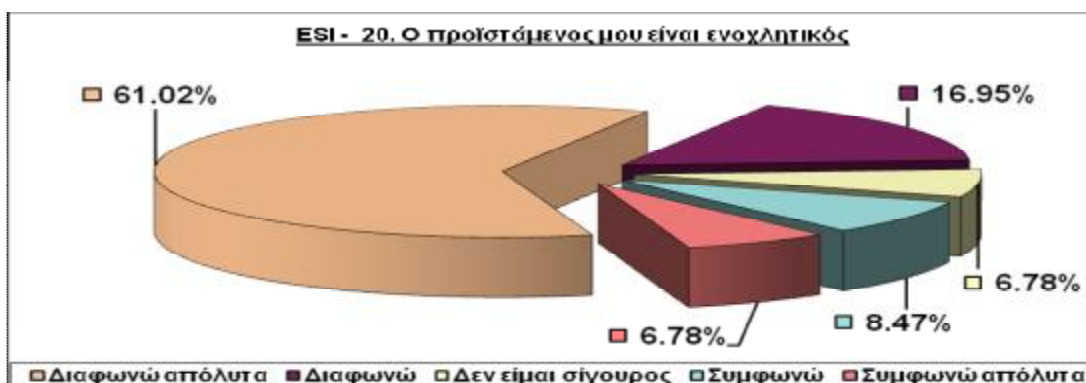
διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 18,64% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 66,10% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-19: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι ο προϊστάμενος τους είναι αγενής.



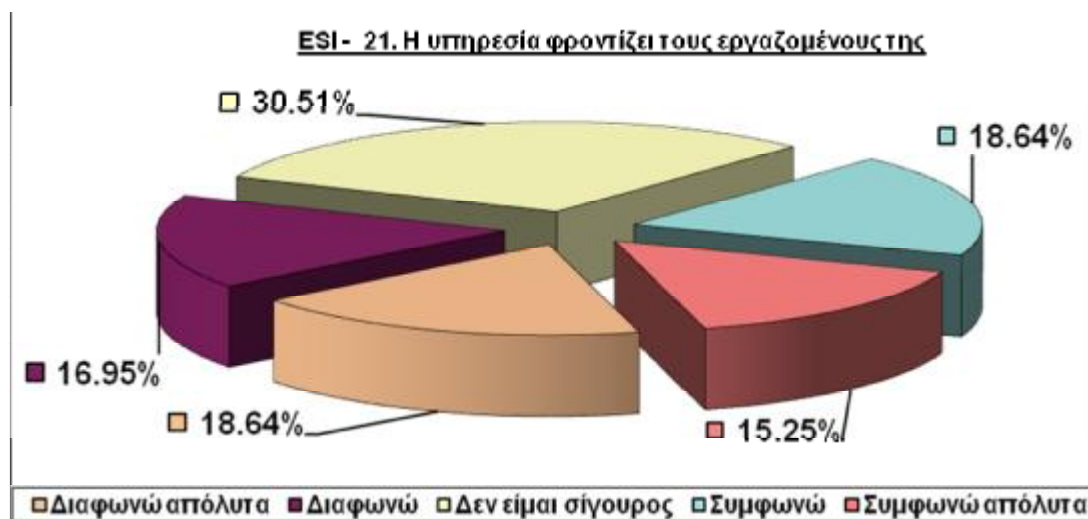
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 67,80%) στην ερώτηση είναι «Διαφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα (αρνητική στάση) ότι ο προϊστάμενος τους είναι αγενής. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Δεν είμαι σίγουρος» (ουδέτερη στάση) με ποσοστό 11,86%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 76,27% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 11,86% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-20: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι ο προϊστάμενος τους είναι ενοχλητικός.



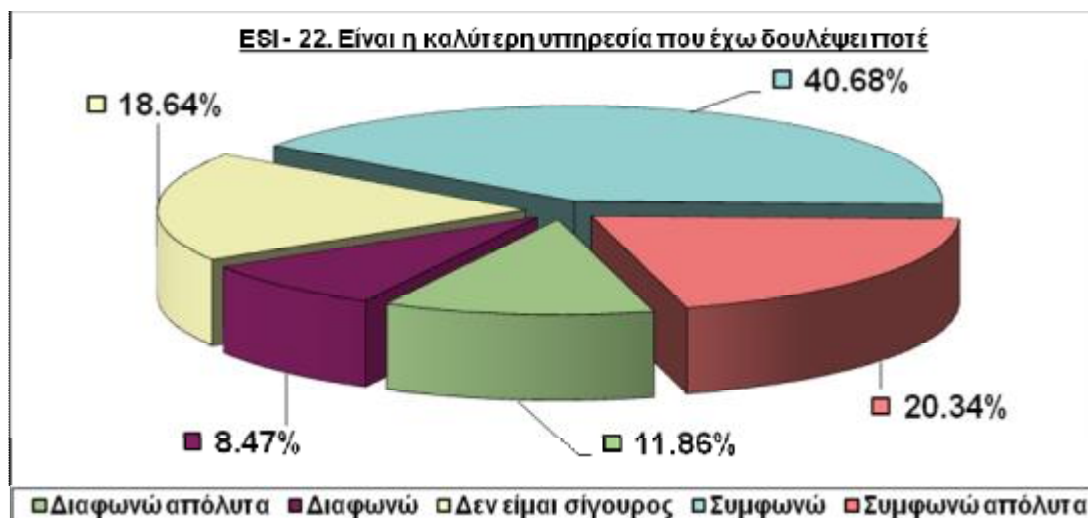
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 61,02%) στην ερώτηση είναι «Διαφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα (αρνητική στάση) ότι ο προϊστάμενος τους είναι ενοχλητικός. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Διαφωνώ» με ποσοστό 16,95%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 77,97% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 15,25% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-21: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι η υπηρεσία φροντίζει τους εργαζομένους της.



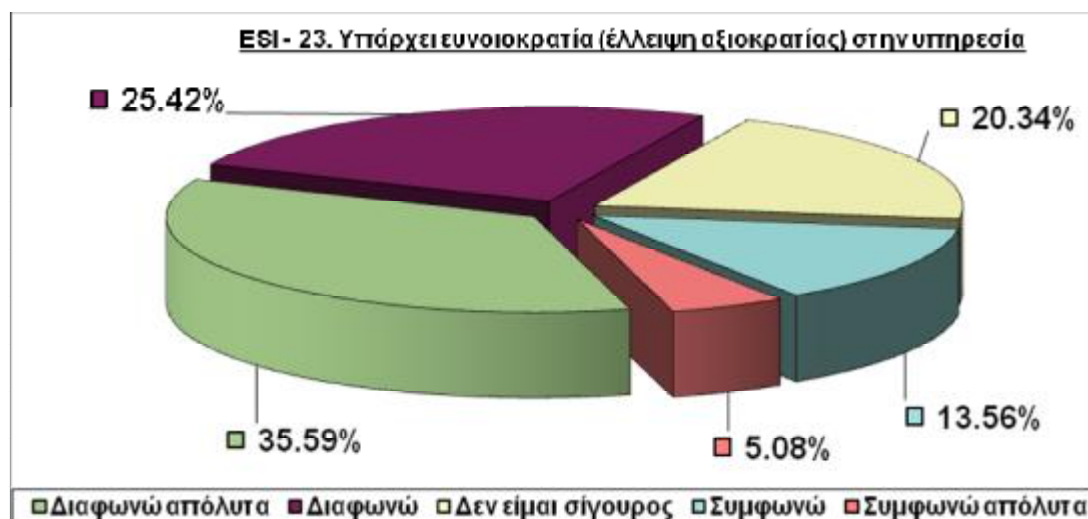
Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 30,51%) στην ερώτηση είναι «Δεν είμαι σίγουρος». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι δεν είναι σίγουροι (ουδέτερη στάση) ότι η υπηρεσία φροντίζει τους εργαζομένους. Δεύτερη σε συχνότητα είναι οι επιλογές «Διαφωνώ απόλυτα» αλλά και «Συμφωνώ» με ποσοστό 18,64%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 35,59% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 33,90% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI - 22: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι είναι η καλύτερη υπηρεσία που έχουν δουλέψει ποτέ.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 40,68%) στην ερώτηση είναι «Συμφωνώ». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι συμφωνεί (θετική στάση) ότι είναι η καλύτερη υπηρεσία που έχουν δουλέψει ποτέ. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Συμφωνώ απόλυτα» με ποσοστό 20,34%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 20,34% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 61,02% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

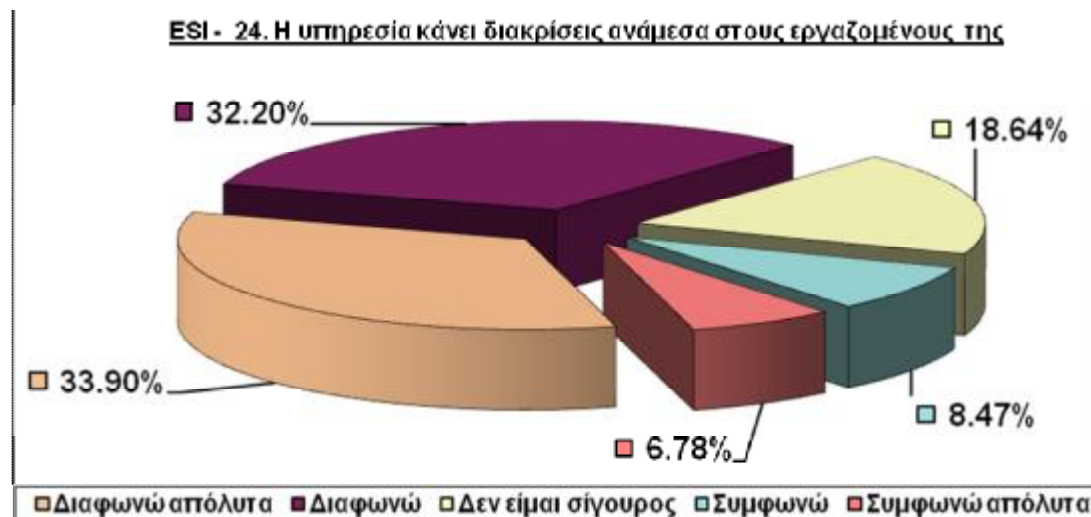
ΣΧΗΜΑ ESI-23: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι υπάρχει ευνοιοκρατία (έλλειψη αξιοκρατίας) στην υπηρεσία.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 35,59%) στην ερώτηση είναι «Διαφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα (αρνητική στάση) ότι υπάρχει ευνοιοκρατία (έλλειψη αξιοκρατίας) στην υπηρεσία. Δεύτερη σε συχνότητα είναι οι επιλογή «Διαφωνώ » με ποσοστό 25,42%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 61,02% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε

ποσοστό 18,64% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΧΗΜΑ ESI-24: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 59 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που συμφωνούν στην πρόταση ότι η υπηρεσία κάνει διακρίσεις ανάμεσα στους εργαζομένους της.



Η επικρατούσα τιμή (mode) (με ποσοστό 33,90%) στην ερώτηση είναι «Διαφωνώ απόλυτα». Δηλαδή η πλειοψηφία απάντησε ότι διαφωνεί απόλυτα (αρνητική στάση) ότι η υπηρεσία κάνει διακρίσεις ανάμεσα στους εργαζομένους της. Δεύτερη σε συχνότητα είναι η επιλογή «Διαφωνώ » με ποσοστό 33,20%. Οι απαντήσεις που εκφράζουν την διαφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 66,10% («Διαφωνώ» & «Διαφωνώ απόλυτα»). Οι απαντήσεις που εκφράζουν την συμφωνία αθροίστηκαν σε ποσοστό 15,25% («Συμφωνώ» & «Συμφωνώ απόλυτα»).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην έρευνα συμμετείχαν 59 ερωτηθέντες από τους οποίους από τους οποίους οι 8 στους 10 ήταν γυναίκες (79,66%). Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων που συμμετείχε είχε ηλικία μεταξύ 30-49 ετών με ποσοστό 86,37% ενώ οι περισσότεροι ήταν ψυχολόγοι με ποσοστό 45,67%. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων όσον αφορά το μορφωτικό τους επίπεδο, ήταν κάτοχοι ΑΕΙ-ΤΕΙ-ΙΕΚ με ποσοστό 50,85% ενώ η επαγγελματική τους εμπειρία ήταν τα 12 έτη και άνω με ποσοστό 47,46%.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά τις συνθήκες λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης με ποσοστό 89,83%. Πιο συγκεκριμένα θεωρεί πως έχει επηρεαστεί πάρα πολύ η μείωση μισθών, η χρηματοδότηση έχει επηρεαστεί πολύ, ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός έχει επηρεαστεί αρκετά ενώ θεωρούν πως δεν έχει επηρεαστεί καθόλου η μείωση προσωπικού και η συνεργασία με κρατικούς φορείς και οργανώσεις. Όσον αφορά

τον αριθμό των παρεμβάσεων (ποσοτικά, ως προς τον αριθμό που χρησιμοποιείται ανά έτος) σε οικογένειες, σχολεία, κοινότητα και το γενικό πληθυσμό, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί πως δεν έχει επηρεαστεί καθόλου. Το ίδιο θεωρούν και για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ως επιπρόσθετες δυσκολίες στα Κέντρα Πρόληψης οι εργαζόμενοι ορίζουν προβλήματα που δημιουργεί η ασάφεια του θεσμικού πλαισίου, η ελλιπής εκπαίδευση και εποπτεία και προβλήματα εργασιακής καθημερινότητας και εσωτερικής λειτουργίας. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί πως η αύξηση της παρεχόμενης χρηματοδότησης, η εξασφάλιση συνεργασίας με νέους φορείς, η αύξηση των προμηθειών υλικοτεχνικών μέσων, η εντατικότερη εκπαίδευση και εποπτεία, η μεγαλύτερη προσέλκυση εθελοντών, η συμμετοχή σε σύγχρονα ευρωπαϊκά προγράμματα μπορούν ρεαλιστικά να βελτιώσουν τις συνθήκες λειτουργίας των Κέντρων. Επιπρόσθετες προτάσεις για την βελτίωση των συνθηκών λειτουργίας είναι η επίλυση του θεσμικού ζητήματος και του τρόπου οργάνωσης, η βελτίωση της προβολής των Κέντρων Πρόληψης δικτύωσης, συνεργασίας και διασύνδεσης, η εκπαίδευση και αξιολόγηση, η συνεργασία με κοινοτικούς και κρατικούς φορείς και οργανισμούς και η σταθερή χρηματοδότηση.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί πως δουλειά τους είναι αξιόλογη και τους ικανοποιεί. Η υπηρεσία φροντίζει τους εργαζομένους τις και δεν κάνει διακρίσεις. Συμφωνούν πως ο προϊστάμενος δεν κάνει διακρίσεις και δεν είναι ενοχλητικός ή αγενής. Εκτιμούν πως οι συνθήκες εργασίας δεν είναι επικίνδυνες για την υγεία ενώ υπάρχει επαρκής φωτισμός και εξαερισμός. Διαφωνούν ότι ο μισθός του ανταποκρίνεται με τα δουλειά τους, αντιθέτως τους δημιουργεί ανασφάλεια. Τέλος, πιστεύουν πως οι πείρα τους δεν αυξάνει τις προοπτικές για προαγωγή ενώ γενικά θεωρούν ότι δεν υπάρχουν προοπτικές για προαγωγή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

9.1. Γενικά συμπεράσματα

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων που συμμετείχε στην έρευνα ήταν γυναίκες σε ποσοστό 79,66% έναντι των ανδρών 20,34%. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 44,07%) απάντησε πως η ηλικία του είναι από 30 έως 39 ετών. Ακολουθεί σε ποσοστό η ηλικιακή κατηγορία από 40 έως 49 ετών (ποσοστό 42,37%) και από 50 έως 59 ετών (ποσοστό 13,56%). Μηδενική παρουσιάζεται η παρουσία των άνω των 60 ετών καθώς και κάτω των 30 (ποσοστό 0,00%).

Από τα στατιστικά μπορούμε να συμπεράνουμε κατ αρχάς πως, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά τις συνθήκες λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης(ποσοστό 89,83%). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί πως η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει αρνητικά τη μείωση προσωπικού (με ποσοστό 42,37%). Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύει πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει πολύ την χρηματοδότηση (με ποσοστό 42,37%). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει πάρα πολύ τη μείωση μισθών (με ποσοστό 37,29%). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρκετά τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό (με ποσοστό 32,20%). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί πως η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει καθόλου την συνεργασία με κρατικούς φορείς και οργανώσεις (ποσοστό 35,59%).

Όσον αφορά το ερώτημα σε ποιο βαθμό θεωρείται πως οι τομείς των παρεμβάσεων σας (οικογένειες, σχολεία, κοινότητα, γενικό πληθυσμό) έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση, σε ποσοτικό επίπεδο, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί πως δεν έχουν επηρεαστεί καθόλου. Όσον αφορά το ερώτημα σε ποιο βαθμό θεωρείται πως οι τομείς των παρεμβάσεων σας (οικογένειες, σχολεία, κοινότητα, γενικό πληθυσμό) έχουν επηρεαστεί αρνητικά από την οικονομική κρίση, σε ποιοτικό επίπεδο, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί πως δεν έχουν επηρεαστεί καθόλου.

Στο ερώτημα «συμφωνείτε ότι οι παρακάτω προτάσεις μπορούν ρεαλιστικά να βελτιώσουν τις συνθήκες λειτουργίας;» η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε καταφατικά (ναι) πως, η πρόσληψη επιπλέον προσωπικού, η αύξηση παρεχόμενης χρηματοδότησης, η εξασφάλιση συνεργασίας με νέους φορείς, η αύξηση των προμηθειών υλικοτεχνικών μέσων, η εντατικότερη εκπαίδευση και εποπτεία, η μεγαλύτερη προσέλκυση εθελοντών και η συμμετοχή σε σύγχρονα ευρωπαϊκά προγράμματα μπορούν ρεαλιστικά να βελτιώσουν τις συνθήκες λειτουργίας.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο από το πανεπιστήμιο της Θεσσαλίας η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων «συμφώνησε» ή «συμφώνησε απόλυτα» στις εξής προτάσεις:

- I Ο χώρος της εργασίας μου είναι ευχάριστος
- I Αισθάνομαι ανασφάλεια με τέτοιο μισθό
- I Ίσα-ίσα μπορώ να επιβιώσω με τέτοιο μισθό
- I Πληρώνομαι λιγότερο από ότι αξίζω
- I Οι προοπτικές μου για προαγωγή είναι πολύ περιορισμένες

- I Οι δουλειά μου είναι αξιόλογη
- I Η δουλειά μου με ικανοποιεί
- I Ο προϊστάμενος μου με υποστηρίζει όταν τον χρειάζομαι
- I Ο προϊστάμενος μου κατανοεί τα προβλήματα μου
- I Είναι η καλύτερη υπηρεσία που έχω δουλέψει ποτέ

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε «Δεν είμαι σίγουρος» στις εξής προτάσεις:

- I Οι συνθήκες εργασίας είναι οι καλύτερες που είχα ποτέ
- I Η υπηρεσία φροντίζει τους εργαζομένους τους

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε «Διαφωνώ» ή «διαφωνώ απόλυτα» στις εξής προτάσεις:

- I Οι συνθήκες εργασίας είναι επικίνδυνες για την υγεία μου
- I Ο εξαερισμός δεν είναι επαρκής στο χώρο της δουλειάς μου
- I Ο φωτισμός δεν είναι επαρκής στο χώρο της δουλειάς μου
- I Πληρώνομαι όσο πρέπει για τα δουλειά που προσφέρω
- I Υπάρχουν πολλές ευκαιρίες για προαγωγή
- I Η πείρα που απέκτησα αυξάνει τις προοπτικές μου για προαγωγή
- I Η δουλειά μου είναι μονότονη (ρουτίνα)
- I Η δουλειά μου είναι βαρετή
- I Ο προϊστάμενος μου είναι αγενής
- I Ο προϊστάμενος μου είναι ενοχλητικός
- I Υπάρχει ευνοιοκρατία (έλλειψη αξιοκρατίας) στην υπηρεσία
- I Η υπηρεσία κάνει διακρίσεις ανάμεσα στους εργαζομένους της

9.2. Συμπεράσματα που σχετίζονται με τα ερευνητικά ερωτήματα

Σε προηγούμενο κεφάλαιο είδαμε τα ζητούμενα της έρευνας, δηλαδή τα ερευνητικά μας ερωτήματα - στόχους. Προκειμένου να διαπιστώσουμε αν τελικά λάβαμε τις απαντήσεις που αναζητούσαμε, θα τα αναδιατυπώσουμε με την μορφή ερωτημάτων και θα απαντήσουμε με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, όχι απαραίτητα με σειρά βαρύτητας.

1) Κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι οι επαγγελματίες πρόληψης ως προς την εργασία τους;

Στο ερώτημα οι συνθήκες εργασίας είναι οι καλύτερες που είχα ποτέ η πλειοψηφία

των ερωτηθέντων απάντησε πως δεν είμαι σίγουρος σε ποσοστό 37,29%. Στο ερώτημα ο χώρος της εργασίας μου είναι ευχάριστος, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε συμφωνώ με ποσοστό 47,46%. Στο ερώτημα η δουλειά μου είναι αξιόλογη η συντριπτική πλειοψηφία συμφωνησε με ποσοστό 72.88%. Στο ερώτημα η δουλειά με ικανοποιεί η συντριπτική πλειοψηφία συμφωνεί με ποσοστό 61.02%. Στο ερώτημα η δουλειά μου είναι μονότονη (ρουτίνα) η συντριπτική πλειοψηφία διαφώνησε απόλυτα με ποσοστό 59.32%. Στο ερώτημα η δουλειά μου είναι βαρετή η συντριπτική πλειοψηφία διαφωνεί απόλυτα με ποσοστό 67.80%.

2) Ποιες είναι οι επιπτώσεις και ο ρόλος της οικονομικής κρίσης στις συνθήκες λειτουργίας των κέντρων Πρόληψης;

Αρχικά εδώ να αναφέρουμε ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η οικονομική κρίση είχε επηρεάσει τις συνθήκες λειτουργίας. Άρα η υπόθεση ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τα Κέντρα Πρόληψης θεωρείται επαληθευμένη.

Από κει και πέρα, η οικονομική κρίση είχε αρχικά πολύ σοβαρό αντίκτυπο στην οικονομία. Στην περίπτωση των Κέντρων Πρόληψης αυτό μεταφράζεται κυρίως σε προβλήματα χρηματοδότησης, είτε μιλάμε για μειώσεις στην παρεχόμενη χρηματοδότηση είτε στην καθυστέρηση και ανοργάνωτη εισφορά αυτής, και σε μείωση της μισθοδοσίας των εργαζομένων. Επίσης, η κρίση είχε συνέπειες και στο κομμάτι της συνεργασίας με άλλες φορείς, οι οποίοι έχουν μειωθεί σε αριθμό ή, στην περίπτωση των κρατικών φορέων, δεν είναι πλέον τόσο υποστηρικτικοί απέναντι στα Κέντρα Πρόληψης.

Ωστόσο, η ποσότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο σύνολό τους δεν έχουν επηρεαστεί ιδιαίτερα από την δυσχερή οικονομική κατάσταση της χώρας. Αντίθετα, μένει σταθερή και σε πολλές περιπτώσεις καταβάλλεται μεγαλύτερη προσπάθεια από πριν για να υπάρξουν καλής ποιότητας υπηρεσίες που ικανοποιούν όλο και μεγαλύτερα κομμάτια του πληθυσμού, ως αίτημα που προκύπτει από την υπερσυσσώρευση αιτημάτων.

3) Ποιες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι των Κέντρων Πρόληψης;

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα επιστημονικά στελέχη των Κέντρων Πρόληψης είναι πολλά και καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα.

Το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα εντοπίζεται σε ό,τι αφορά το θεσμικό πλαίσιο στο οποίο υπάγονται τα Κέντρα Πρόληψης. Ο χαρακτηρισμός “ασαφές” επαναλήφθηκε σε πάνω από το μισό δείγμα, και μεταφράζεται με πολλούς τρόπους. Καταρχάς, έχουμε το νομικό καθεστώς που ανήκουν, όπου ορίζονται ως “αστικές εταιρείες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα”. Αυτό ουσιαστικά σημαίνει ότι δεν ανήκουν απόλυτα ούτε στο δημόσιο ούτε στον ιδιωτικό τομέα. Άρα η φύση τους δεν είναι ακριβής. Επίσης, υπάρχει μια πληθώρα συμβαλλόμενων μερών που μοιράζονται τα καθήκοντα συντονισμού, οργάνωσης και χρηματοδότησης προς τα Κέντρα, με αποτέλεσμα η λήψη αποφάσεων να ακολουθεί πολλαπλές διαδρομές και ένα απλό αίτημα να χάνεται στην πορεία. Αυτό, σε συνδυασμό με την μειωμένη υποστήριξη των μερών αυτών, αφήνει τα Κέντρα Πρόληψης μετέωρα να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα. Επίσης, η

έλλειψη ενιαίου κανονισμού προκαλεί σημαντικές αποκλίσεις στο τρόπο που το έργο του συντελείται, άρα και ασάφεια ως προς τον χαρακτήρα τους.

Επίσης, υπάρχουν προβλήματα ζωτικής σημασίας στην χρηματοδότηση και την υποδομή τους. Η χρηματοδότηση, πέρα από μειωμένη, είναι και άτακτη, με αποτέλεσμα τα λειτουργικά έξοδα να μην είναι πάντα επαρκή, άρα μιλάμε για καταστάσεις υπολειτουργίας τους. Ακόμη, η προβληματική στέγαση σε κάποια Κέντρα και η περιορισμένη διαθεσιμότητα υλικοτεχνικής υποδομής εμποδίζει την ομαλή λειτουργία και την υλοποίηση των δράσεων πρόληψης εντός των εγκαταστάσεων.

Επιπλέον, υπάρχουν ζητήματα συνεργασίας με αρμόδιους φορείς και κοινωνικές δομές. Οι αρμόδιοι φορείς φαίνεται να μην υποστηρίζουν το έργο των Κέντρων Πρόληψης επαρκώς - αν όχι καθόλου σε μερικές περιπτώσεις, με αποτέλεσμα η ίδια αναζήτηση λύσεων να είναι μονόδρομος, η εκπαίδευση και η εποπτεία να είναι ελλιπείς, οπότε η ανανέωση της υφιστάμενης γνώσης είναι ανύπαρκτη, και να παρουσιάζεται έτσι μια εικόνα παραμέλησης από τους αρμόδιους φορείς για τη στήριξη των Κέντρων Πρόληψης.

Όλα αυτά με τη σειρά τους οδηγούν σε μια παρερμηνευση του ρόλου και σε περιορισμένη προβολή των Κέντρων. Αρκετά κομμάτια του πληθυσμού, όπως οι εκπαιδευτικοί, δεν γνωρίζουν ακριβώς το τι κάνουν οι εργαζόμενοι των Κέντρων Πρόληψης, ενώ η μειωμένη προβολή επηρεάζει τη δυνατότητα πραγματοποίησης δράσεων και συνεργασίας με τις εναπομείνουσες κοινωνικές δομές για την παραπομπή εξυπηρετούμενων.

Τέλος, υπάρχουν και εσωτερικά προβλήματα, που οφείλονται είτε σε εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. Υπερσυσσώρευση αιτημάτων) είτε σε καθαρά εσωτερικούς παράγοντες (π.χ. Προβλήματα συνεργασίας εντός τη επιστημονικής ομάδας).

4) Τι θα μπορούσε να γίνει για τη βελτίωση της κατάστασης;

Για να βελτιωθεί η κατάσταση είναι αναγκαία η επίλυση του θεσμικού ζητήματος του τρόπου οργάνωσης και η διαμόρφωση των εσωτερικών κανονισμών. Ακόμη είναι αναγκαία η βελτίωση της προβολής των Κέντρων Πρόληψης, η δικτύωση, η συνεργασία και η διασύνδεση. Σημαντική κρίνεται η εκπαίδευση σε νέες τεχνολογίες και η αξιολόγηση των παρεμβάσεων και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για την καλύτερη συνεργασία των οργανισμών πρέπει να μειωθεί η γραφειοκρατία εντός της διοίκησης και να αυξηθούν οι επαγγελματίες με γνώσεις πάνω στην πρόληψη. Τέλος, υψίστης σημασίας θεωρείται η σταθεροποίηση της χρηματοδότησης των Κέντρων Πρόληψης.

9.3. Προτάσεις

Στα προηγούμενα κεφάλαια έγινε σαφές ότι υπάρχει ανάγκη για την ύπαρξη ενός σαφούς και ενιαίου πλαισίου λειτουργίας με τη διαμόρφωση εσωτερικών κανονισμών λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης κυρίως σε εργασιακά ζητήματα και τον επαναπροσδιορισμό του αντικειμένου λειτουργίας και του ρόλου των Κέντρων Πρόληψης. Επίσης αναγκαία κρίνεται η βελτίωση της προβολής των Κέντρων

Πρόληψης, δικτύωσης συνεργασίας και διασύνδεσης. Όσον αφορά την εκπαίδευση και αξιολόγηση χρειάζεται ειδικευση σε νέες τεχνολογίες, σε ψυχοκοινωνικά ζητήματα που είναι απόρροια της κρίσης και σε νέα μοντέλα εργασίας ενώ η αξιολόγηση των παρεμβάσεων και εγχειριδίων πρέπει να γίνεται από σύγχρονους δείκτες πρόληψης. Στα ζητήματα συνεργασίας με οργανισμούς, κοινοτικούς και κρατικούς φορείς απαιτείται η μείωση της γραφειοκρατίας εντός της διοίκησης, η συμμετοχή των ατόμων με γνώσεις σχετικά με την πρόληψη στο Διοικητικό Συμβούλιο, η διερεύνηση των δράσεων των Κ.Π. και των εκπαιδευτικών εργαλείων, η ύπαρξη μεγαλύτερου ποσοστού κοινωνικών επιστημόνων στα Κ.Π, και ο περιορισμός του είδους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για την σταθεροποίηση της χρηματοδότησης των Κέντρων Πρόληψης είναι αναγκαία η ανάληψη πρωτοβουλιών για την αναμόρφωση του πλαισίου χρηματοδότησης.

Ακόμη μπορούμε να προσθέσουμε τη δημιουργία Μητρώου Προσωπικού των Κέντρων Πρόληψης, την ενεργοποίηση της Επιτροπής Παρακολούθησης, τη διερεύνηση των αρμοδιοτήτων των Κέντρων Πρόληψης και σε άλλες δράσεις που αφορούν και άλλους τομείς εξαρτήσεων, και την αξιοποίηση του Πανελλαδικού δικτύου των Κέντρων Πρόληψης για λόγους ερευνητικούς. Να επανεξετασθεί το σύστημα προσλήψεων του προσωπικού των Κέντρων Πρόληψης, καθώς και το σύστημα αμοιβών των υπαλλήλων αυτών των υπηρεσιών. Τέλος, η ενεργοποίηση του Μνημονίου Συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και παιδείας & Δια βίου Μάθησης για την διείσδυση Προγραμμάτων των Κέντρων Πρόληψης στη σχολική κοινότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2007) *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας - νέα συμπληρωμένη και αναθεωρημένη έκδοση*, μετάφραση: Κυρανάκης, Σ, Μαυράκη, Μ, Μητσοπούλου, Χ, Μπιθάρα, Π, Φιλοπούλου, Μ, Αθήνα: Μεταίχμιο.

ΕΚΤΕΠΝ (2011) *Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης - Κατευθυντήριες Γραμμές & Σχεδιασμός Παρεμβάσεων*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, στο www.ektepn.gr/Documents/PDF/EGXEIRIDIOfiNaL.pdf [πρόσβαση στις 22 Φεβρουαρίου 2015]

ΕΚΤΕΠΝ (2014) *Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των οιοπνευματοειδών - Ετήσια Έκθεση 2014*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, στο <http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ee2013.pdf> [πρόσβαση στις 22 Φεβρουαρίου 2015]

ΕΚΤΕΠΝ (2015) *Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των οιοπνευματοειδών - Ετήσια Έκθεση 2014*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, στο <http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/Cover.pdf> [πρόσβαση στις 18 Απριλίου 2015]

Morati, L. (1994) *Ο Κήπος με τις 11 Γάτες*, μετάφραση: Κωνσταντινίδου, Μ, Θεσσαλονίκη: Σχήμα & Χρώμα

Ντινάκη, Φ., Σχοινά, Ι., Λελόβα, Σ., Πανουτσόπουλος, Α. (2011) *Έκθεση Μικτού Κλιμακίου Ελέγχου Κέντρων Πρόληψης & Αγωγής Υγείας*, Αθήνα: Ελληνική

Δημοκρατία, στο [http://www.gedd.gr/article_data/Linked_files/81/3hEkthesh \(KentraProlhpshts\).pdf](http://www.gedd.gr/article_data/Linked_files/81/3hEkthesh(KentraProlhpshts).pdf) [πρόσβαση στις 23 Φεβρουαρίου 2015]

ΟΚΑΝΑ (2012) *Απολογισμός Έργου Διετίας 2010-2012*, Αθήνα : Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών, στο <http://www.okana.gr/apologismos-okana> [πρόσβαση στις 30 Μαρτίου 2015]

Robson, C. (2010) *Η Έρευνα του Πραγματικού Κόσμου - Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*, μετάφραση: Νταλάκου, Β, Βασιλικού, Κ, Αθήνα: Gutenberg.

Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2012), <<Στρατηγική της ΕΕ για τα Ναρκωτικά (2013-2020)>>, *Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, 30 Νοεμβρίου, σελ: C250/1 - C250/3, στο [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012XG1229\(01\)&from=EL](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012XG1229(01)&from=EL) [πρόσβαση στις 17 Μαρτίου 2015]

Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2013), <<Σχέδιο Δράσης της ΕΕ για τα Ναρκωτικά (2013-2016)>>, *Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, 30 Νοεμβρίου, σελ: C351/1 - C351/19, στο <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2013:351:FULL&from=EL> [πρόσβαση στις 17 Μαρτίου 2015]

Χουρδάκη, Μ. (2000) *Ναρκωτικά. Πρωτογενής Τομέας*, 3η έκδοση, Αθήνα: Leader Books.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Advisory Council on the Misuse of Drugs (2006) *Pathways to Problems: Hazardous use of tobacco, alcohol and other drugs by young people in the UK and its implications for policy*, London: Advisory Council on the Misuse of Drugs, στο https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119053

[/Pathwaystoproblems.pdf](#) [πρόσβαση στις 30 Απριλίου 2015]

Advisory Council on the Misuse of Drugs (2009) *Pathways to Problems: A follow-up report on the implementation of recommendations from Pathways to Problems*,

London: Home Office, στο

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/119150/acmd-pathways-to-problems-report.pdf [πρόσβαση στις 30 Απριλίου 2015]

Advisory Council on the Misuse of Drugs (2015) *Prevention of drug and alcohol dependence - briefing by the Recovery Committee*, London: Advisory Council on the

Misuse of Drugs, στο

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/406926/ACMD_RC_Prevention_briefing_250215.pdf [πρόσβαση στις 29 Απριλίου 2015]

Center for Analysis of Youth Transition (2012) *Orebro Prevention Program*,

UK: Center for Analysis of Youth Transition, στο

<http://www.ifs.org.uk/publications/6246> [πρόσβαση στις 2 Μαΐου 2015]

EMCDDA (2010) *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)*, Luxembourg:

Publications Office of The European Union, στο

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk> [πρόσβαση στις 22 Φεβρουαρίου 2015]

Gripenberg Abdon, J., Wallin, E., Andreasson, S., <<The "Clubs against Drugs" program in Stockholm, Sweden: two cross-sectional surveys examining drug use among staff at licensed premises>>, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, (6), 2, στο <http://www.substanceabusepolicy.com/content/6/1/2> [πρόσβαση στις 3 Ιουνίου 2015]

HM Government (2010) *Drugs Strategy 2010 - Reducing Demand, Restricting Supply*,

Building Recovery: Supporting People To Live A Life Drug Free, UK: HM Government, στο

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/118336/drug-strategy-2010.pdf [πρόσβαση στις 30 Απριλίου 2015]

Reitox (2013) *2013 REPORT TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point - THE NETHERLANDS, DRUG SITUATION 2013*, Lisbon: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, στο <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index228325EN.html> [πρόσβαση στις 29 Απριλίου 2015]

Reitox (2013) *2013 NATIONAL REPORT (2012 data) TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point - UNITED KINGDOM, Developments and Trends*, London: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, στο <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index228543EN.html> [πρόσβαση στις 29 Απριλίου 2015]

Reitox (2013) *2013 NATIONAL REPORT (2012 data) TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point - SWEDEN, New developments and trends*, Lisbon: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, στο <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index228527EN.html> [πρόσβαση στις 29 Απριλίου 2015]

Reitox (2013) *2013 NATIONAL REPORT (mainly 2012 data) TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point - 'NORWAY', New Developments, Trends*, Lisbon: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, στο <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index228471EN.html> [πρόσβαση στις 29 Απριλίου 2015]

UNODC (2009) *Compilation of Evidence - Based Family Skills Training Programs*,

New York: United Nations, στο
<https://www.unodc.org/documents/prevention/family-compilation.pdf> [πρόσβαση στις
16 Μαρτίου 2015]

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

www.okana.gr

www.emcdda.com

<http://www.kpelpida.com/>

<http://resist.transludic.net/>

<http://www.triplep.net/glo-en/home/>

http://dipe-g-athin.att.sch.gr/files/agogh_ygeias/KHPOS.doc

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

<http://www.triplep.net/glo-en/home/>

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κουστέλιος, χ.χ., Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης (Employee Satisfaction Inventory - ESI) (Παραχωρήθηκε από τον επιβλέποντα καθηγητή).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΟΔΗΓΙΕΣ

Στο παρακάτω ερωτηματολόγιο υπάρχουν κάποιες προτάσεις, οι οποίες αφορούν στην εργασία σας.

Παρακαλώ διαβάστε με προσοχή το παρακάτω ερωτηματολόγιο και απαντήστε με τη μεγαλύτερη δυνατή **ειλικρίνεια**, τοποθετώντας ένα **κύκλο** στην απάντηση που σας εκφράζει. Η απαντήσεις σας θα δίνονται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα (1= Διαφωνώ Απόλυτα, 5= Συμφωνώ Απόλυτα).

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Αυτό που ζητάμε από εσάς είναι η **προσωπική σας άποψη**.

Παρακάτω υπάρχει μια σειρά από προτάσεις με τις οποίες θέλουμε να δηλώσετε κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε. Κάθε αριθμός αντιστοιχεί σε άλλη απάντηση. Η επεξήγηση για την αντιστοιχία αυτή δίνεται παρακάτω. Κυκλώστε την απάντηση που σας εκφράζει.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

	1	2	3	4	5
1. Οι συνθήκες εργασίας είναι οι καλύτερες που είχα ποτέ	1	2	3	4	5
2. Ο χώρος της εργασίας μου είναι ευχάριστος	1	2	3	4	5
3. Οι συνθήκες εργασίας είναι επικίνδυνες για την υγεία μου	1	2	3	4	5
4. Ο εξαερισμός δεν είναι επαρκής στο χώρο της δουλειάς μου	1	2	3	4	5
5. Ο φωτισμός δεν είναι επαρκής στο χώρο της δουλειάς μου	1	2	3	4	5
6. Πληρώνομαι όσο πρέπει για τη δουλειά που προσφέρω	1	2	3	4	5
7. Αισθάνομαι ανασφάλεια με τέτοιο μισθό	1	2	3	4	5
8. Ίσα-ίσα που μπορώ και επιβιώνω μ' αυτό το μισθό	1	2	3	4	5
9. Πληρώνομαι λιγότερο από ότι αξίζω	1	2	3	4	5
10. Υπάρχουν πολλές ευκαιρίες για προαγωγή	1	2	3	4	5
11. Η πείρα που απέκτησα αυξάνει τις προοπτικές μου για προαγωγή	1	2	3	4	5
12. Οι προοπτικές για προαγωγή είναι πολύ περιορισμένες	1	2	3	4	5
13. Η δουλειά μου είναι αξιόλογη	1	2	3	4	5
14. Η δουλειά μου με ικανοποιεί	1	2	3	4	5
15. Η δουλειά μου είναι μονότονη (ρουτίνα)	1	2	3	4	5
16. Η δουλειά μου είναι βαρετή	1	2	3	4	5
17. Ο προϊστάμενος μου με υποστηρίζει όταν τον χρειάζομαι	1	2	3	4	5
18. Ο προϊστάμενος μου κατανοεί τα προβλήματά μου	1	2	3	4	5
19. Ο προϊστάμενος μου είναι αγενής	1	2	3	4	5
20. Ο προϊστάμενος μου είναι ενοχλητικός	1	2	3	4	5
21. Η υπηρεσία φροντίζει τους εργαζομένους της	1	2	3	4	5
22. Είναι η καλύτερη υπηρεσία που έχω δουλέψει ποτέ	1	2	3	4	5
23. Υπάρχει ευνοιοκρατία (έλλειψη αξιοκρατίας) στην υπηρεσία	1	2	3	4	5
24. Η υπηρεσία κάνει διακρίσεις ανάμεσα στους εργαζομένους της	1	2	3	4	5