ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΊΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΤΕΓΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη / Abstract **3**

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ***6***

2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ***8***

3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΕΝ ΜΕΣΩ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ***11***

3.1 Προβλήματα προσβασιμότητας και νομοθετικές ρυθμίσεις για την κάλυψη των ανασφάλιστων ***11***

4. ΣΗΜΑΣΙΑ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΕΥΠΑΘΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΕΝ ΜΕΣΩ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ***15***

5. Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΣΤΕΓΩΝ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ

5.1 Προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας σε αστέγους και χρήση υπηρεσιών υγείας

5.1.1 Θνησιμότητα 22

5.1.2 Λοιμώδη νοσήματα 23

5.1.3 Χρόνιες ασθένειες 23

5.1.4. Καρδιαγγειακές και μεταβολικές παθήσεις 23

5.1.5 Ψυχιατρικές διαταραχές 24

5.1.5.1 Ψυχική υγεία αστέγων στην Ελλάδα

5.2 Χρηση υπηρεσιών υγείας από την ευπαθή ομάδα των αστέγων 26

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ***28***

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ***28***

6.1. Σκοπός ***27***

6.2 Μεθοδολογία ***30***

6.3 Κριτήρια επιλογής δείγματος ***30***

6.4 Τόπος δειγματοληψίας ***30***

6.5 Τα εργαλεία της μελέτης ***32***

6.6 Περιορισμοί ***32***

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ***35***

7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ***35***

7.2. Θέματα υγείας ***37***

7.3. Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ***41***

7.4. Γνώση και κριτική άποψη των Δημόσιων υπηρεσιών υγείας ***46***

7.5. Θέματα ψυχικής υγείας ***48***

7.6. Πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ***51***

7.8. Διάγνωση *58*
7.9. Συσχετίσεις *61*
7.9.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Μη λήψη φαρμάκου εξαιτίας αδυναμίας αγοράς του 61
7.9.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Προβλήματα στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας 63
7.9.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, η οποία δεν ικανοποιήθηκε 65
7.9.4. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για κατάθλιψη 67
7.9.5. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για αγχώδη διαταραχή 68
7.9.6. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για ψυχωτική διαταραχή 69
7.9.7. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για διπολική διαταραχή 70
7.9.8. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για χρήση αλκοόλ 70
7.9.9. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για χρήση ουσιών 71
7.9.10. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για συννοσηρότητα 72
7.9.11. Σχέση αυτό-αναφερόμενης ψυχικής διαταραχής με τη θετική ψυχιατρική διάγνωση (παρόν και παρελθόν μαζί) 73
7.9.12. Εξαρτημένη μεταβλητή: Παροχή/λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας 75
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ **78**
8.1 Δημογραφικά στοιχεία *78*
8.2 Γενικά/σωματικά προβλήματα υγείας αστέγων Θεσσαλονίκης **79**
8.2.1 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. 80
8.3 Ψυχοπαθολογία αστέγων Θεσσαλονίκης **84**
8.3.1 Συννόσηση 86
8.3.2 Πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας 87
9. ΕΠΙΛΟΓΟΣ **90**
10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ **91**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ **95**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο αυξανόμενος πληθυσμός των αστέγων λόγω της οικονομικής κρίσης, αποτελεί έναν ευπαθή πληθυσμό με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σωματικής και ψυχικής νόσου. Παράλληλα το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχοντας πληγεί από την οικονομική κρίση αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις αυξημένες ανάγκες για παροχή υπηρεσιών.

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να μελετήσει την ψυχοπαθολογία και τις αναφερόμενες ανάγκες για προβλήματα σωματικής υγείας του πληθυσμού των αστέγων στη Θεσσαλονίκη, καθώς και να διερευνήσει τα πιθανά εμπόδια κατά την πρόσβασή τους στις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας.

Μεθοδολογία: Η παρούσα εργασία είναι μία συγχρονική μελέτη που είχε στόχο την εκτίμηση των διαστάσεων της ψυχοπαθολογίας και της σωματικής νοσηρότητας σε ένα δείγμα 72 αστέγων στο Δήμο Θεσσαλονίκης. Χρησιμοποιήθηκε η συνέντευξη MINI για εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας τους και έλαβε χώρα στο Κέντρο Ημέρας αστέγων Θεσσαλονίκης. Παράλληλα, εκτιμήθηκε η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας με βάση δομημένο ερωτηματολόγιο

Αποτελέσματα: Όσον αφορά στα αυτοαναφερόμενα χρόνια προβλήματα υγείας το 56,9% ανέφεραν κάποιο πρόβλημα υγείας σωματικό η ψυχικό (n=41) ποσοστό αρκετά αυξημένο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Όσον αφορά τις αυτοαναφερόμενες, μη ικανοποιούμενες ανάγκες του δείγματός μας, για το 43,1% (n=31), τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπόρεσαν. Για το 36,1% (n=26), τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκαν φάρμακα, αλλά δεν μπόρεσαν να τα λάβουν.

Όσον αφορά την ψυχική υγεία του δείγματος, όπως ήταν αναμενόμενο η επίπτωση των ψυχικών διαταραχών ήταν κατά πολύ μεγαλύτερη από τον γενικό πληθυσμό με τις διαταραχές χρήσης ουσιών και αλκοόλ να έχουν τα ηνία. Η χρήση ουσιών και αλκοόλ φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα σε αυτό τον πληθυσμό αλλά και αίτιο για διάφορα γενικά προβλήματα υγείας. Το 59,7% του δείγματος (n=43) ανέφερε ψυχιατρικά προβλήματα ενώ στη συνέχεια βρέθηκε με τη δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη MINI, ψυχιατρική νοσηρότητα στο 76,4% (n=55) του δείγματος.

Μόνο το 48,6% (n=35) των ερωτηθέντων λάμβανε ή έλαβε στο παρελθόν ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή ενώ όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μόνο το 41,7%

(n=30) επισκέφθηκε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας τον τελευταίο χρόνο. Όσον αφορά στις μη ικανοποιηθείσες ανάγκες υγείας, το 30% των αστέγων (n=21) δήλωσε ότι κατά τον τελευταίο χρόνο υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε ψυχιατρικά φάρμακα ή ψυχιατρική παρακολούθηση, αλλά δεν μπόρεσε να τη λάβει ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον γενικό πληθυσμό για το 2014 ανέρχεται μόλις στο 4,3%.

Συμπέρασμα: Είναι προφανές ότι υπάρχει άμεση ανάγκη για ανάπτυξη δομών υγείας οι οποίες θα απαντήσουν στις τρέχουσες ανάγκες του ευπαθούς πληθυσμού των αστέγων δεδομένου ότι αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα με αυξημένες ανάγκες για φροντίδα. Είναι όμως εξίσου σημαντικό, οι υπηρεσίες που θα αναπτυχθούν να είναι και προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους.

ABSTRACT

Introduction: While the homeless population in Greece is rising as a result of the economic crisis, this population, constitute a vulnerable group with high risk of mental and general health problems. The health system, affected from the crisis is unable to deal with the increased need of health care of the Greek population.

Purpose: The purpose of this dissertation is to study the self-reported needs for general health and mental health problems of the homeless in the city of Thessaloniki and whether these needs where met.

Methods: This is a descriptive study of a sample of 72 adult homeless in Thessaloniki. The psychopathology of the sample was measured with the MINI psychiatric structured questionnaire and the access to health care services was estimated with the use of a structured questionnaire. The study took place at the Homeless Day Center of Thessaloniki.

Results: The self-reported chronic health problems were at 48,6% (n=35), which is higher than the general population. For the past 12 months, the unmet needs for health care were at 43,1% (n=31), and 36,1% (n=26) of the population reports no access to medication.

Mental health problems were more prevalent than from the general population and more specifically alcohol and substance use disorders were the most common amongst the homeless of our sample. Alcohol and drug use in this population is problematic and can be the cause of general health problems. Self-reported psychiatric problems were at 59,7% (n=43) and psychiatric morbidity was found to be at 76,4% (n=55), when the MINI psychiatric structured interview was applied.

Only the 48,6% (n=35) was receiving (current/past) psychiatric medication and only 41,7% (n=30) has reported visiting mental health services during the past year. The past 12 months 30% (n=21) of the sample reported that they needed psychiatric medication or follow up but could not get access to it.

Conclusion: There is an immediate need for development of healthcare services for the homeless in Thessaloniki. These services should be designed to respond to the specific needs of this special population with increased needs for healthcare.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικονομική κρίση, που επηρέασε πολλές Ευρωπαϊκές κυβερνήσεις τα τελευταία χρόνια, συνετέλεσε στην υιοθέτηση πολιτικών μείωσης των δαπανών των υπηρεσιών υγείας σε πολλές από αυτές. Ειδικά η Ελλάδα, επηρεάστηκε σε πολύ μεγάλο βαθμό από την οικονομική κρίση, έχοντας απωλέσει από το 2010 περισσότερο από το ένα τέταρτο του ΑΕΠ της. Επίσης, όσον αφορά τις δαπάνες υγείας, το 2015 δαπάνησε το 8,4% του ΑΕΠ, ποσοστό μειωμένο σε σχέση με τον αντίστοιχο μέσο όρο της Ευρωπαϊκής ένωσης (9,5% ΑΕΠ) ενώ από την αρχή της κρίσης, το 2010, οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν κατά περίπου ένα πέμπτο.

Παρά τις μειώσεις των δαπανών όμως, τα τελευταία χρόνια, η ανεργία και η οικονομική δυσπραγία των πολιτών αυξήθηκε με αποτέλεσμα να υπάρξει μία αυξημένη ανάγκη για υπηρεσίες υγείας καθώς και μια στροφή προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Η υγεία των πολιτών φαίνεται να έχει επηρεαστεί, αλλά οι πολίτες συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση σε ένα σύστημα υγείας αποδυναμωμένο πλέον από τις πολιτικές λιτότητας, αδύναμο να ικανοποιήσει τις αυξημένες τους ανάγκες. (1)

Οι ανασφάλιστοι, οι άνεργοι, οι ηλικιωμένοι, οι μετανάστες, τα παιδιά, οι άστεγοι και οι πάσχοντες από μακροχρόνιες ασθενείς και ψυχικές διαταραχές είναι οι ομάδες που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση στην Ελλάδα. (2) Οι ανασφάλιστοι υπολογίζονται γύρω στα 2,5 εκατομμύρια και ο αριθμός των ανέργων το τέταρτο τρίμηνο του 2017 διαμορφώθηκε στους 1.006.844 (21,2%). (2–4) Βεβαίως είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το ποσοστό των μακροχρόνια ανέργων ανέρχεται στο 71,8 % για την ίδια περίοδο, ενώ ο δείκτης εισοδηματικής ανισότητας (Gini coefficient) ανήλθε στο 34,3 για το έτος 2016.(4)

Η ανεργία μπορεί να έχει μια αρνητική επίπτωση στη σωματική αλλά και στην ψυχική υγεία των ατόμων. (5) Ακόμη, είναι γνωστό ότι η επίπτωση των ψυχικών διαταραχών αυξάνεται στην ευάλωτη ομάδα των αστέγων και κυρίως όσον αφορά τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ. (6,7)Επίσης, από ελληνικές μελέτες, που έλαβαν χώρα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, προκύπτει ότι η πρόσβαση του συγκεκριμένου πληθυσμού στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι περιορισμένη για διάφορους λόγους π.χ. (έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, ελλιπής γνώση διαδικασιών για πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας, γραφειοκρατικά προβλήματα, μη κατάλληλο σύστημα παραπομπών, ελλιπής εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας σε θέματα διαπολιτισμικότητας,

προβλήματα επικοινωνίας, στιγματοποίηση λόγω της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας και μη επαρκείς και κατάλληλες δομές)(8,9)

Οι Ευπαθείς Ομάδες Πληθυσμού ορίζονται με το Νομό 4019/2011 (ΦΕΚ 216 Α') για την Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα (άρθρο 1 παρ. 4). Σύμφωνα με τον νόμο αυτό, ευπαθείς ομάδες πληθυσμού γενικά νοούνται οι κοινωνικές ομάδες πληθυσμού των οποίων η συμμετοχή στην κοινωνική και οικονομική ζωή δυσχεραίνεται, είτε εξαιτίας κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων ή σωματικών ή ψυχικών διαταραχών, είτε εξαιτίας απρόβλεπτων γεγονότων, τα οποία επηρεάζουν την εύρυθμη λειτουργία της τοπικής ή ευρύτερα περιφερειακής οικονομίας. Οι άστεγοι, με τους οποίους θα ασχοληθούμε στην παρούσα εργασία αναγνωρίζονται ως ευπαθής κοινωνική ομάδα σύμφωνα με το άρθρο 29 παρ. 1 του νομού 4052/2012 (ΦΕΚ 41 Α'). Ο νόμος αυτός, ορίζει ως άστεγους όλα τα άτομα που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, τα οποία στερούνται πρόσβασης ή έχουν επισφαλή πρόσβαση σε επαρκή ιδιόκτητη, ενοικιαζόμενη ή παραχωρημένη κατοικία που πληροί τις αναγκαίες τεχνικές προδιαγραφές και διαθέτει τις βασικές υπηρεσίες ύδρευσης και ηλεκτροδότησης.

Σε μελέτη που έγινε σε πληθυσμό αστέγων στην Αθήνα, η επίπτωση των ψυχικών διαταραχών βρέθηκε μεγαλύτερη από τον γενικό πληθυσμό αλλά παρ' όλα αυτά η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας βρέθηκε χαμηλότερη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.(10) Στη διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζονται παρόμοια αποτελέσματα με μεγάλη όμως ετερογένεια όσον αφορά τα ποσοστά νοσηρότητας. Για τον λόγο αυτό είναι σημαντικό να εκπονούνται τοπικές μελέτες οι οποίες θα μπορούν να αναδείξουν τα πραγματικά προβλήματα του εν λόγω πληθυσμού έτσι ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες υπηρεσίες γι΄αυτούς.(11)

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει την ψυχοπαθολογία και τις αναφερόμενες ανάγκες για προβλήματα σωματικής υγείας, και να εντοπίσει τα πιθανά εμπόδια κατά την πρόσβαση στις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας από την ευπαθή ομάδα των αστέγων στη Θεσσαλονίκη.

2. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Ελλάδα το 2009 βυθίστηκε σε μια βαθιά, δομική και πολύπλευρη κρίση, τα κύρια χαρακτηριστικά της οποίας είναι το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα και το πολύ υψηλό δημόσιο χρέος. Σε 4 χρόνια έχασε το 25% του ΑΕΠ της και η ανεργία εκτοξεύθηκε στο 27.3% για να πέσει σήμερα στο 20.6%, ενώ ο αριθμός των ανασφάλιστων έχει φτάσει στα 2.5 εκατομμύρια. Αρνητικές επιπτώσεις παρατηρούνται και σε κοινωνικό επίπεδο, καθώς όλοι οι κοινωνικοί δείκτες έχουν επιδεινωθεί. Το ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού το 2012 υπερέβη το 34.5%. (12,13)

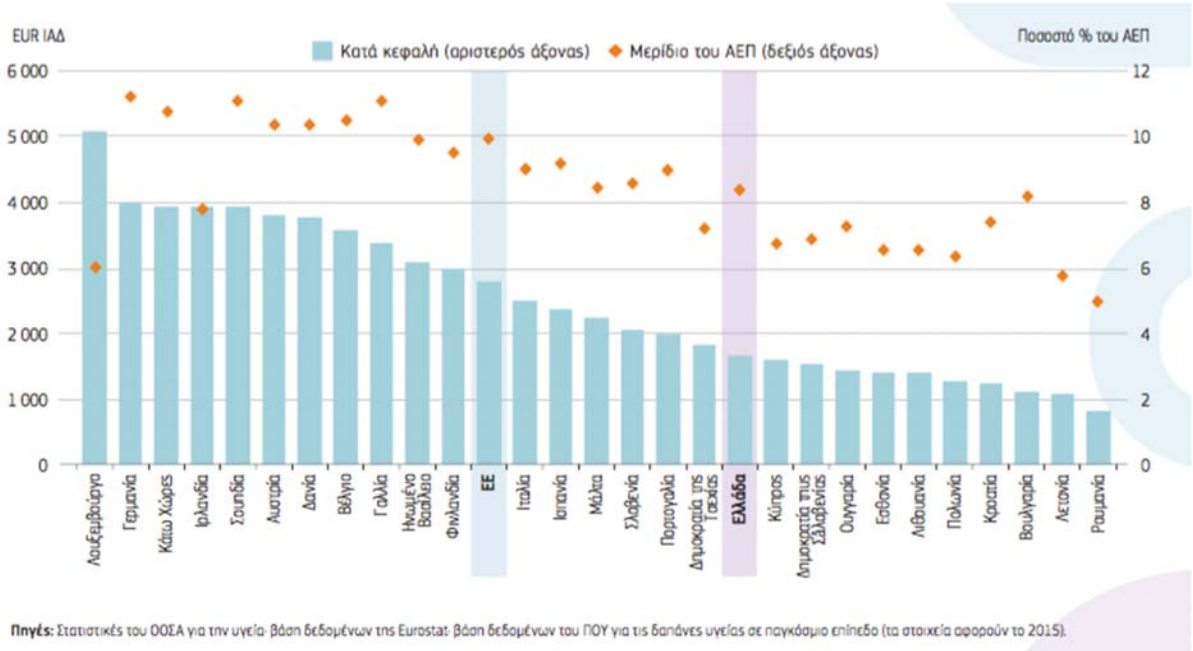
Η κρίση δεν άφησε βεβαίως ανεπηρέαστο και τον υγειονομικό τομέα. Το 2015 που έγινε και η μελέτη αυτή, η Ελλάδα δαπάνησε το 8.4% του ΑΕΠ στην υγεία, αλλά στα πλαίσια του δραστικά συρρικνωμένου ΑΕΠ, οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν πολύ στην πραγματικότητα. Η κατά κεφαλή δαπάνη μειώθηκε από 2287 ευρώ το 2009 σε 1650 ευρώ το 2015, μείωση ύψους 28%, η οποία κατατάσσει την Ελλάδα σε αρκετά χαμηλά σε σχέση με τον μέσο όρο της ΕΕ. (1) (βλέπε Εικόνα 2.1)

Το ελληνικό σύστημα υγείας, όντας μεικτό σύστημα (κοινωνική ασφάλιση υγείας και κεντρικά χρηματοδοτούμενο σύστημα υγείας) έχει επηρεαστεί και στους δυο άξονες εν μέσω οικονομικής κρίσης. Αφενός, με την αύξηση της ανεργίας έχουν μειωθεί οι κοινωνικές εισφορές λόγω της υψηλής ανεργίας και αφετέρου, έχουν εφαρμοστεί πολιτικές μειωμένης κεντρικής χρηματοδότησης. Από το 2010 έχουν ξεκινήσει σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις με γνώμονα την αποδοτικότητα, πολλές από τις οποίες εντάσσονται στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής της χώρας. (1) Οι μεταρρυθμίσεις ωστόσο μπορούν να χωριστούν σε 2 διαφορετικούς τομείς. Από τη μία έχουμε τα μέτρα που ελήφθησαν για την αύξηση της αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων και την εισαγωγή διαρθρωτικών αλλαγών που ήταν και αναγκαίες και πριν την κρίση. Παραδείγματος χάρη, η ένωση των ασφαλιστικών ταμείων και η δημιουργία ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα ΕΟΠΥΥ, ο εξορθολογισμός των προμηθειών των νοσοκομείων, ο έλεγχος της συνταγογράφησης, η καλύτερη οργάνωση και ο συντονισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καταγραφή και η ανάλυση των οικονομικών μεγεθών μέσω του συστήματος λογαριασμών υγείας. Από την άλλη πλευρά όμως λήφθηκαν και μέτρα οριζόντιων περικοπών, τα οποία απέρρεαν από τις υποχρεώσεις λόγω των δανειακών συμβάσεων. (12,13)

Οι περικοπές αυτές όμως φαίνεται να επέφεραν το αντίθετο αποτέλεσμα ως προς το όφελος της χώρας εγείροντας ερωτήματα για την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας κυρίως από τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας επιφέρει και στη συνέχεια χειρότερη σωματική αλλά και ψυχική υγεία. (12,14)

Όσον αφορά τις υπηρεσίες ψυχικής υγειάς είναι γνωστή η ψυχιατρική μεταρρύθμιση που γίνεται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα με σκοπό την αποασυλοποίηση των ασθενών και την μετάθεση του κέντρου βάρους από την νοσοκομειακή φροντίδα στη φροντίδα στην κοινότητα. Όμως παρότι η λογική της παραπάνω μεταρρύθμισης είναι στο σύγχρονο πνεύμα των συστημάτων υγείας διεθνώς, στην πραγματικότητα, οι υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας πλήττονται σημαντικά από την προϊούσα περικοπή της χρηματοδότησης, την έλλειψη πόρων και μέσων, την ραγδαία μείωση του προσωπικού, την δραματική αύξηση της ανασφάλειας των λειτουργών λόγω των εργασιακών συνθηκών, και την αδυναμία των υπηρεσιών να καλύψουν την συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν συγκεκριμένα ψυχιατρικά νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν με προσωπικό κάτω από τα όρια της «ασφαλούς λειτουργίας», και χωρίς να έχουν κατ΄ ελάχιστον δημιουργηθεί οι εναλλακτικές υπηρεσίες που θα μπορούσαν να υποκαταστήσουν την νοσοκομειακή περίθαλψη, σύμφωνα με τους ίδιους τους εργαζόμενους, με αναβαθμισμένες, κοινοτικές δομές. (15,16)

Εικόνα 2.1 Κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία στην Ευρώπη και ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανήθηκε



Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία· βάση δεδομένων της Eurostat· βάση δεδομένων του ΠΟΥ για τις δαπάνες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (τα στοιχεία αφορούν το 2015).

3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΕΝ ΜΕΣΩ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η κρίση ανέδειξε το γεγονός ότι η κάλυψη (για υπηρεσίες υγειάς) για την πλειονότητα όσων έμεναν άνεργοι ή αδυνατούσαν πλέον να καταβάλλουν τις εισφορές (όπως οι αυτοαπασχολούμενοι) σταματούσε έπειτα από ένα διάστημα που μπορούσε να φτάσει το μέγιστο δύο χρόνια. Το ποσοστό της εκρηκτικά αυξανόμενης ανεργίας (άνω του 25% το 2015) σήμαινε ότι η απώλεια κάλυψης ήταν πολύ σημαντική και επηρέασε κατά προσέγγιση 2,5 εκατ. άτομα (ή σχεδόν το ένα τέταρτο του πληθυσμού), συμπεριλαμβανομένων των εξαρτημένων μελών των πρώην ασφαλισμένων. Οι νομοθετικές απόπειρες για την αντιμετώπιση αυτού του κενού το 2013 και το 2014 αποδείχτηκαν ανεπιτυχείς, κυρίως λόγω διοικητικών εμποδίων. Αυτό ώθησε στη θέσπιση νέας νομοθεσίας το 2016, η οποία πλέον καθιστά δικαίωμα όλων των Ελλήνων πολιτών την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και παρέχει ολοκληρωμένη κάλυψη όχι μόνο σε αυτούς, αλλά και στους μετανάστες χωρίς χαρτιά, και στους αιτούντες άσυλο. (1,13)

Η δέσμη των παροχών τυποποιήθηκε με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και έτσι ενισχύθηκε η ισοτιμία ως προς τις αποζημιούμενες υπηρεσίες υγείας. Στο παρελθόν, τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία ανάλογα με το επάγγελμα είχαν τα δικά τους ποσοστά εισφορών και δέσμες παροχών, με αποτέλεσμα την κατακερματισμένη και άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες. Σήμερα, η δέσμη των δημοσίων παροχών είναι κοινή. (1)

3.1 Προβλήματα προσβασιμότητας και νομοθετικές ρυθμίσεις για την κάλυψη των ανασφάλιστων (Health voucher και ATLAS)

Από τον Ιούνιο του 2014 σύμφωνα με μια τροπολογία που έγινε οι ανασφάλιστοι Έλληνες και οι Ευρωπαίοι πολίτες, οι μετανάστες από τρίτες χώρες με άδεια παραμονής, και οι οικογένειες τους είχαν πρόσβαση στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα καθώς και στην φαρμακοθεραπεία. Το πρόγραμμα αυτό, παρόλο που έδινε πρόσβαση σε αυτά τα άτομα στις υπηρεσίες υγείας, στο κομμάτι της φαρμακοθεραπείας, η συμμετοχή που έπρεπε να πληρώσει ο ασθενής (ίδια με ασφαλισμένους) για να ακολουθήσει μια φαρμακευτική αγωγή σε πολλές περιπτώσεις ήταν απαγορευτική για ξεκινήσει τη φαρμακοθεραπεία. Ένα άλλο πρόγραμμα που ξεκίνησε τον Σεπτέμβριο του 2013 ήταν το Health Voucher το οποίο προσέφερε στους δικαιούχους (ανασφάλιστοι για περισσότερα από 2 χρόνια, άνεργοι και οι οικογένειές τους)

πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όχι όμως σε φάρμακα και νοσηλεία. Το κουπόνι αυτό διαρκούσε για 4 μήνες και χωριζόταν σε 2 κατηγορίες. Είτε για 3 επισκέψεις σε γιατρό η διαγνωστικό κέντρο συμβεβλημένο με ΕΟΠΥΥ είτε για εγκύους οι οποίες είχαν εκδόσει το κουπόνι στο πρώτο τρίμηνο, που περιλαμβάνει 7 επισκέψεις σε γιατρό η διαγνωστικό κέντρο συμβεβλημένο με ΕΟΠΥΥ. Φαίνεται από τα χαμηλά νούμερα των εκδοθέντων κουπονιών ότι αυτό το μέτρο δεν ήταν πολύ αποτελεσματικό.

Παρά τις προαναφερόμενες ρυθμίσεις όμως, η αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής αυτή τριπλασιάστηκε κατά την τελευταία δεκαετία και είναι πλέον η δεύτερη υψηλότερη στην ΕΕ (12,3% έναντι 3,3% του μέσου όρου της ΕΕ). Τα στοιχεία δείχνουν μια άνιση πρόσβαση σε υπηρεσίες που βιώνουν οι διάφορες εισοδηματικές ομάδες, καθώς οι ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες πρόσβασης στην περίθαλψη. (1)

Το κόστος αναφέρεται ως η συχνότερη αιτία μη ικανοποιούμενης ανάγκης στην Ελλάδα και αφορά ενδεχομένως όχι μόνο οικονομικές δυσκολίες στην προσιτότητα των υπηρεσιών αλλά και μεταβολές στο εισόδημα των νοικοκυριών και στα μοντέλα κατανάλωσης, όπως επίσης και στις προτιμήσεις των χρηστών. Το ποσοστό του πληθυσμού που αναφέρει μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης λόγω υψηλού κόστους υπερδιπλασιάστηκε μεταξύ 2010 και 2015 (από 4,2% σε 10,9%), ενώ ιδιαίτερα μεγάλες είναι οι ανισότητες ανάλογα με την εισοδηματική ομάδα. Στο φτωχότερο πεμπτημόριο, οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες εφτασαν στο 17,4%, ποσοστό που αποτελεί το υψηλότερο στην ΕΕ, όπου ο μέσος όρος είναι μόλις 4,1%.(1)

Οι άμεσες δαπάνες που καλούνται να πληρώσουν οι πολίτες αποτελούν εμπόδιο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η Ελλάδα εμφανίζει ένα από τα υψηλότερα επίπεδα ιδιωτικών δαπανών για την υγεία στην ΕΕ. Ο ασφαλισμένος καλείται να πληρώσει συμμετοχή στις (ιδιωτικά παρεχόμενες) διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, στα φάρμακα και στις επισκέψεις σε ιδιωτικούς παρόχους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Ωστόσο, ισχύουν διάφορες εξαιρέσεις για ορισμένες παθήσεις και ευάλωτες ομάδες, όπως γι' αυτές με χαμηλό εισόδημα ή για όσους πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, ώστε να διασφαλίζεται η προστασία της πρόσβασης. Επιπλέον, ενώ το 2011 η συμμετοχή του ασθενούς για επισκεψη στα εξωτερικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας αυξήθηκε από 3 ευρώ στα 5 ευρώ, το 2015 ανακλήθηκε η συμμετοχή, έπειτα από ανησυχίες για τον αντίκτυπό

της στην πρόσβαση. Στην πραγματικότητα, το υψηλότερο μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία συνιστούν οι άμεσες πληρωμές των ασθενών και όχι η συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. (1,17)

Σε μια προσπάθεια να βελτιωθούν τα σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση των ανασφάλιστων τα οποία διήρκησαν περίπου μια πενταετία, ψηφίσθηκε το 2016 ο νόμος ν.4368/2016 σύμφωνα με τον οποίο θεσπίζεται για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. (13)

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας, η πλέον θεμελιώδης αλλαγή που εισάγει το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο είναι η εξίσωση του δικαιώματος ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδυνάμου ή Ανασφάλιστου ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η υγειονομική κάλυψη που εγγυάται το νέο πλαίσιο είναι πλήρης και περιλαμβάνει τη νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική κάλυψή τους. Οι ανασφάλιστοι δικαιούνται πλέον ότι και οι ασφαλισμένοι και με αυτό τον νόμο αποκτούν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας όλοι οι νόμιμοι κάτοικοι της Ελλάδας αλλά και οι ευάλωτες ομάδες που χρήζουν άμεσης υγειονομικής κάλυψης (έγκυοι, παιδιά, χρόνιοι, ανάπηροι, ψυχικά ασθενείς, πρόσφυγες, κτλ.) δικαιούνται την Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Κ.Υ.Π.Α.) με την οποία τους παρέχεται πρόσβαση. Η ΚΥΠΑ αν και έχει καθυστερήσει, τα άτομα αυτά έχουν πρόσβαση αν έχουν κάποιο νόμιμο έγγραφο (ταυτότητα, διαβατήριο) (13)

Με τη νέα αυτή ρύθμιση όμως προκύπτουν κάποιες δυσκολίες στην πρόσβαση λόγω του ότι τα άτομα αυτά εξυπηρετούνται από τις δημόσιες δομές παροχής υγείας και όχι από ιδιωτικές δομές συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ. Αυτό μπορεί να εμποδίσει την πρόσβαση σε περιοχές όπου υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής ή δεν υπάρχουν οι απαιτούμενες εξειδικευμένες παροχές στον δημόσιο τομέα.

Οι γεωγραφικές ανισότητες συνιστούν μια πρόκληση για την προσβασιμότητα καθώς η Ελλάδα αντιμετωπίζει μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των γιατρών . Η κατανομή των γιατρών το 2014 κυμαινόταν από 2,9 ανά 1 000 κατοίκους στη Δυτική Μακεδονία και στην Κεντρική Ελλάδα έως 8,6 ανά 1 000 κατοίκους στην Αττική σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ. Παρότι παρασχέθηκαν ορισμένα (οικονομικά) κίνητρα σε γιατρούς που εργάζονται σε

αγροτικές περιοχές της Ελλάδας, αυτά δεν αποδείχτηκαν επαρκή για την πρόσληψη και την παραμονή προσωπικού σε αυτές τις περιοχές. Μια άλλη γεωγραφικής φύσεως δυσκολία στην πρόσβαση αποτελεί το κλείσιμο κάποιων υπηρεσιών υγείας εν μέσω κρίσης λόγω περικοπών και η απουσία άλλων εναλλακτικών δομών. Το καινοτόμο έργο Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής, που συγχρηματοδοτείται από την ΕΕ, αξιοποιεί τις δυνατότητες της τηλεϊατρικής για την προσέγγιση ασθενών που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές και θα μπορούσε να αποτελέσει ένα μέσο για εξομάλυνση των γεωγραφικών ανισοτήτων της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας που χωρίς την τεχνολογία αυτή θα ήταν απαραίτητη η μετακίνηση είτε του ιατρού είτε του ασθενούς. (1,18)

Μια ακόμη πρόκληση για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι η έλλειψη προσωπικού που επηρεάζει την λειτουργία των μονάδων υγείας. Παρά τη συνολική υπερπροσφορά γιατρών, τα δημόσια νοσοκομεία και ορισμένες υπηρεσίες χαρακτηρίζονται συχνά από υποστελέχωση ή λειτουργούν κάτω από το όριο της επιχειρησιακής τους ικανότητας . Οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό κυρίως στον δημόσιο τομέα υπήρχαν ανέκαθεν λόγω των ελλείψεων προσωπικού. Η πρόκληση της επαρκούς στελέχωσης των δημοσίων υπηρεσιών επιτείνεται λόγω του παγώματος των προσλήψεων προσωπικού σε όλο τον δημόσιο τομέα, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας, που εφαρμόζεται από το 2010.(1)

Επίσης αυξήθηκαν οι ομάδες ασθενών με συγκεκριμένες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας όπως πχ. οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, για τις οποίες η ζήτηση αυξήθηκε εν μέσω κρίσης και λόγω αυξημένης νοσηρότητας αλλά και λόγω μιας αύξησης της ροής ασθενών από τον ιδιωτικό τομέα προς τον δημόσιο. Παρόλ'αυτά, η χρηματοδότηση των δομών αυτών έχει μειωθεί. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα μια δυσχέρεια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές κυρίως για τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού.(1)

Ακόμη είναι γνωστό ότι κάποιες ομάδες πολιτών βίωναν από πριν τη κρίση στιγματισμό και διακρίσεις στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας αλλά και σε άλλους τομείς της καθημερινότητάς τους όπως οι χρήστες ουσιών, οι ρομά, οι άστεγοι και οι μετανάστες. Η κατάσταση αυτή εν μέσω κρίσης, δεν φαίνεται να έχει βελτιωθεί. Αντιθέτως υπάρχουν αναφορές ότι η στιγματοποίησή τους έχει αυξηθεί, και ακόμη κάποιες από αυτές τις ομάδες μεγάλωσαν σε μέγεθος ως αποτέλεσμα της κρίσης.(1,12)

4. ΣΗΜΑΣΙΑ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΕΥΠΑΘΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΕΝ ΜΕΣΩ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Ανέκαθεν, ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες παρουσίαζαν μια δυσκολία στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της οικονομικής κρίσης, κάποιες πολιτικές οι οποίες βοηθούσαν στην ευκολότερη πρόσβαση αυτών των ατόμων σταμάτησαν λόγω περικοπών. Πρόκειται για άτομα με μειωμένη γνώση όσον αφορά την υγεία, άτομα με χαμηλό κοινωνικό/εκπαιδευτικό υπόβαθρο, χαμηλό εισόδημα, άτομα με αυξημένες ανάγκες φροντίδας όπως άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας(προβλήματα ψυχικής υγείας, χρόνιες παθήσεις, ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρίες) ή άτομα που προέρχονται από πληθυσμιακές ομάδες όπως Ρομά, άστεγοι και μετανάστες.

Βεβαίως, η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση νέων ευπαθών ομάδων λόγω της αυξημένης ανεργίας, κυρίως ανάμεσα στους νέους καθώς και των αυξημένων χρεών των νοικοκυριών που αντιμετωπίζουν πλέον οικονομική και κοινωνική ανασφάλεια και ορισμένα εξ αυτών και κίνδυνο απώλειας στέγης. Οι πολίτες είναι πλέον πιο ευάλωτοι λόγω κρίσης κυρίως όσοι:

- Έχουν μειωμένο εισόδημα

- Δεν έχουν εργασία με ασφαλιστική κάλυψη ή έχουν χάσει την ασφαλιστική κάλυψη του ταμείου ανεργίας μετά από τα 2 χρόνια που είναι το μέγιστο στην Ελλάδα.

- Ανήκουν στην 'γκρίζα ζώνη' δηλαδή που δεν δικαιούνται κοινωνική υποστήριξη/επιδόματα αλλά είναι οριακά στα κατώτατα εισοδήματα.

- Δεν έχουν ουσιαστική βοήθεια από το κράτος γιατί δεν έχουν δημιουργηθεί ακόμη υπηρεσίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους είτε δεν γνωρίζουν τα δικαιώματα τους.

- Χρειάζονται υπηρεσίες οι οποίες έχουν μειωμένη προσφορά πλέον, είτε λόγω περικοπών στον προϋπολογισμό τους, είτε λόγω ελλείψεων προσωπικού.

-Αντιμετωπίζουν δυσκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω απόστασης

-Αντιμετωπίζουν διακρίσεις στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες (18)

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων σε 5.000 άτομα, 18-74 ετών, μέσω συνεντεύξεων (2009 – 2010), βρέθηκε πως τα άτομα που αντιμετώπιζαν αυξημένες οικονομικές δυσκολίες διέτρεχαν 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν σοβαρή ψυχοπαθολογία. Οι εργαζόμενοι εμφάνιζαν τη χαμηλότερη συχνότητα σοβαρής ψυχοπαθολογίας, ενώ οι άνεργοι διέτρεχαν διπλάσιο κίνδυνο να την εμφανίσουν και ήταν 2,5 φορές πιο πιθανό να έχουν ιδέες αναξιότητας για τη ζωή. Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία, οι ψυχολογικές επιπτώσεις της κρίσης χτυπούν περισσότερο τις παραγωγικές ηλικίες (36-50 ετών), δηλαδή άτομα στα οποία στηρίζεται ο κοινωνικός ιστός της χώρας. (19,20)

5. Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΣΤΕΓΩΝ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ

Το φαινόμενο της απώλειας στέγης είναι αρκετά παλιό, ιδιαίτερα σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες και ξεκινάει ουσιαστικά από την εποχή του μεσοπολέμου και του οικονομικού κραχ. Οι άστεγοι αποτελούνταν κυρίως από άνδρες μέσης ηλικίας με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980 οι άστεγοι αυξήθηκαν και άλλαξαν τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Στις μέρες μας είναι νεότεροι, κοιμούνται στους δρόμους ή σε δημόσια μέρη και είναι συχνά γυναίκες. (9) Στις ευρωπαϊκές χώρες το φαινόμενο είναι νεότερο, αλλά συνιστά ένα σημαντικό πρόβλημα καθώς υπολογισμοί δείχνουν ότι υπάρχουν γύρω στα 410,000 άτομα χωρίς σπίτι ή στέγη κάθε βραδύ στην Ευρωπαϊκή ένωση. Κατά την διάρκεια ενός έτους περίπου 4.1 εκατομμύρια άτομα στην Ε.Ε δύναται να εκτεθούν σε κάποιου είδους απώλεια στέγης για κάποιο χρονικό διάστημα. Σύμφωνα με την FEANTSA (European Federation of National Organizations Working with the Homeless) φαίνεται ότι το φαινόμενο αυτό έχει αυξητική τάση τα τελευταία χρόνια σε όλες τις χώρες της Ευρώπης εκτός από τη Φιλανδία.(21) (βλ. Πίνακα 5.1)

Δυστυχώς, το φαινόμενο της απώλειας στέγης είναι από τα χειροτέρα φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού. Για να το ορίσουμε θα χρησιμοποιήσουμε το μοντέλο ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion) που αναπτύχθηκε από την FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless). Το μοντέλο αυτό αναγνωρίζει τρεις τομείς (φυσικός, κοινωνικός και νομικός τομέας) οι οποίοι συνιστούν ένα σπιτικό η απουσία ενός εκ των οποίων σχετίζεται με το φαινόμενο της απώλειας στέγης. Το να ζει κανείς σε ένα σπίτι μπορεί να γίνει κατανοητό ως: 1. η κατοχή ενός χώρου που εκπληρώνει τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειάς του, 2. η ικανότητα διατήρησης και απόλαυσης της ιδιωτικότητας και των κοινωνικών σχέσεων και 3. η απόκτηση αποκλειστικών τίτλων κατοχής και ιδιοκτησίας (22) Στον πίνακα 5.2 φαίνονται οι θεωρητικές μορφές του φαινομένου, οι οποίες ποικίλλουν από τους ανθρώπους που κοιμούνται στο δρόμο, έως και τους ανθρώπους σε επισφαλή και επικίνδυνα καταλύματα.(9)

Πίνακας 5.1: Πληθυσμός αστέγων ανά χώρα (Πηγή: http://www.oecd.org/els/family/HC3-1-Homeless-population.pdf)

	Έτος	Αριθμός αστέγων	% αστέγων επί του πληθυσμού	Τα στοιχεία περιλαμβάνουν περισσότερα από άτομα1) που ζουν στο δρόμο 2) σε προσωρινά καταλύματα 3) σε υπνωτήρια αστέγων
Αυστραλία	2011	105,237	0,47%	Ναι
Αυστρία	2014	14,603	0,17%	Όχι
Καναδάς	2011	150,000	0,44%	Όχι
Χιλή	2011	12,255	0,16%	Όχι
Κροατία	2013	462	0,01%	Όχι
Τσεχία(1)	2015	68,500	0,65%	Ναι
Δανία	2013	6,138	0,10%	Ναι
Εσθονία	2011	864	0,06%	Ναι
Φινλανδία	2015	7,200	0,13%	Ναι
Γαλλία	2012	141,500	0,22%	Όχι
Γερμανία(2)	2014	335,000	0,42%	Ναι
Ελλάδα	2009	21,216	0,19%	Ναι
Ουγγαρία	2014	10,068	Ο,10%	Ναι
Ιρλανδία	2015	3,625	0,08%	Όχι
Ιταλία	2014	50,724	0,08%	Όχι
Ιαπωνία	2015	6,235	0,00%	Όχι
Λετονία	2011	2,342	0,11%	Ναι
Λιθουανία	2011	857	Ο,03%	Όχι
Λουξεμβούργο	2006	715	0,15%	Ναι
Μεξικό	2010	40,911	0,04%	Ναι
Ολλανδία	2015	31,000	0,18%	Ναι
Νέα Ζηλανδία	2015	41,207	0,94%	Ναι
Νορβηγία	2012	6,259	0,13%	Ναι
Πολωνία	2015	36,161	0,10%	Ναι
Πορτογαλία	2009	2,133	0,02%	Όχι
Σλοβενία	2015	2,700	0,13%	Όχι
Ισπανία	2012	22,938	0,05%	Όχι
Σουηδία	2011	34,000	0,36%	Ναι
Ηνωμένο Βασίλειο	2015-16	(57,750 σπίτια)	0,25% (σπίτια)	Ναι
Η.Π.Α	2015	564 708	0,18%	Ναι

1. Τσεχία: άλλοι 119,000 άνθρωποι θεωρείται ότι βρίσκονται σε κίνδυνο να μείνουν άστεγοι, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που ζουν σε ακατάλληλες συνθήκες
2. Γερμανία: δεν υπάρχουν επίσημα ομοσπονδιακά στοιχεία στον αριθμό των αστέγων. Οι αριθμοί αποτελούν ετήσιες εκτιμήσεις του Ομοσπονδιακού Οργανισμού για τη Στήριξη των Αστέγων.

Πίνακας 5.2: ETHOS Ευρωπαϊκή Τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία (Πηγή: http://www.feantsa.org/download/el___6311838887283173706.pdf)

1	Άστεγοι που ζουν στο δρόμο	Διαμένουν και κοιμούνται στο δρόμο και σε δημόσιους χώρους
2	Άστεγοι σε επείγοντα καταλύματα	Άνθρωποι που κάνουν χρήση ξενώνων για μία νύχτα, χωρίς σταθερή κατοικία
3	Άστεγοι σε καταλύματα Για αστέγους	Άνθρωποι που κάνουν χρήση ξενοδοχείων, προσωρινών καταλυμάτων και μεταβατικών δομών για αστέγους για περιορισμένο χρονικό διάστημα
4	Άστεγοι σε καταλύματα για γυναίκες	Γυναίκες που κάνουν χρήση ειδικών καταλυμάτων λόγω εμπειριών οικογενειακής βίας για μικρό χρονικό διάστημα
5	Άστεγοι σε καταλύματα για μετανάστες	Μετανάστες που κάνουν χρήση προσωρινών καταλυμάτων, δομών υποδοχής και ξενώνων για μετανάστες για μικρό χρονικό διάστημα
6	Άστεγοι που εξέρχονται από ιδρύματα	Άνθρωποι που βγαίνουν από φυλακές, νοσοκομεία και ορφανοτροφεία, όπου δεν υπάρχει διαθέσιμη στέγη κατά την έξοδό τους.
7	Άστεγοι που λαμβάνουν μακροπρόθεσμη υποστήριξη λόγω απώλειας στέγης.	Άνθρωποι ηλικιωμένοι και πρώην άστεγοι που κάνουν χρήση καταλυμάτων μακροπρόθεσμα
8	Άστεγοι που ζουν σε επισφαλή στέγη	Άνθρωποι που ζουν με οικογένεια/γονείς, κάνουν καταπάτηση περιουσίας
9	Άστεγοι που ζουν με το φόβο της έξωσης	Άνθρωποι που ζουν σε κατοικίες όπου είναι ενεργή η νομική οδός της έξωσης ή της κατάσχεσης λόγω υποθήκης
10	Άστεγοι που ζουν με την απειλή της βίας	Άνθρωποι που μετακινήθηκαν από την αστυνομία μετά από καταγραφή περιστατικών οικογενειακής βίας.
11	Άστεγοι που ζουν σε προσωρινές / μη συμβατικές δομές	Άνθρωποι που ζουν σε μη συμβατικά κτίρια, τροχόσπιτα, προσωρινές δομές που δεν προορίζονται για χώρους κατοικίας
12	Άστεγοι που ζουν σε ακατάλληλες κατοικίες	Άνθρωποι που ζουν σε κατοικίες που έχουν χαρακτηριστεί ως ακατάλληλες από τη νομοθεσία του κράτους
13	Άστεγοι που ζουν σε συνθήκες συνωστισμού	Άνθρωποι που ζουν πολλοί μαζί σε μία κατοικία και ξεπερνούν τον αριθμό των ατόμων που ορίζει η νομοθεσία ότι μπορεί να συμβιώσει σε ένα διαμέρισμα ή δωμάτιο

Στην Ελλάδα το πρόβλημα αυτό είναι πιο πρόσφατο σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και φαίνεται να διογκώνεται τα τελευταία χρόνια. Επί του παρόντος, το αυξημένο ποσοστό των αστέγων στην Ελλάδα έχει πλησιάσει τα ποσοστά των άλλων κρατών-μελών της Ε.Ε. Αυτά τα φαινόμενα βρήκαν την ελληνική πολιτεία απροετοίμαστη στο επίπεδο ανάπτυξης ιδρυμάτων για την πρόληψη και την καταπολέμησή τους. (23)

Οι συνέπειες της υποχώρησης των παραδοσιακών δομών της ελληνικής κοινωνίας έγιναν ορατές στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες. Η μετάβαση από την διευρυμένη προστατευτική οικογένεια στην πυρηνική της σύνθεση συνδυάζεται με την χαλάρωση των δεσμών αλληλεγγύης ανάμεσα στα μέλη της και την υποχώρηση της ανεκτικότητας προς τα αδύναμα, διαφορετικά και με ιδιαιτερότητες μέλη της. Αυτές οι αλλαγές στη δομή της κοινωνίας και της οικογένειας, σε συνδυασμό με την ραγδαία αστικοποίηση του πληθυσμού, ήταν οι γενεσιουργές αιτίες των φαινομένων κοινωνικής παθολογίας. Πολλά άτομα που σήμερα είναι κάτω από την οικογενειακή προστασία, ίσως βρεθούν σε κατάσταση φτώχιας και αποκλεισμού(24)

Στην Ελλάδα ο προσδιορισμός του φαινομένου έχει γίνει στο νόμο 4052/2012 που προαναφέρθηκε στην εισαγωγή. Βέβαια, σε επίπεδο κοινωνικής πολιτικής, οι απαντήσεις μέχρι σήμερα διαμορφώνουν μια υπολλειματική αντιμετώπιση με επίκεντρο τις υπηρεσίες εκτακτης ανάγκης, γεγονός που θεωρητικά ούτε προλαβαίνει την απώλεια κατοικίας ούτε αντιμετωπίζει το πρόβλημα όταν πραγματικά εμφανίζεται.(25)

Σύμφωνα με τις διεθνείς παρατηρήσεις, ο άστεγος πληθυσμός προέρχεται από τις παρακάτω ευαίσθητες ομάδες: άτομα με διαταραχές χρήσης παράνομων ουσιών και αλκοόλ, μονογονεϊκές οικογένειες, άτομα με νοητική υστέρηση, μετανάστες, παραβατικοί νέοι, θύματα σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης, άτομα με πολύ χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο διαβίωσης.(9)

Μέχρι στιγμής στην Ελλάδα δεν υπάρχει επίσημη εθνική καταγραφή των αστέγων και οι διάφορες προσπάθειες που έγιναν μεθοδολογικά ήταν αμφισβητήσιμες και τα νούμερα διαφέρουν. Η πρώτη επίσημη προσπάθεια καταγραφής σε εθνικό επίπεδο ξεκίνησε τον Μάρτιο του 2018 και θα ολοκληρωθεί σε 2 φάσες και συντονίζεται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Πάντειο Πανεπιστήμιο και άλλες οργανώσεις. Τα νούμερα που έχουμε από μια έρευνα που έγινε από το Υπουργείο Υγείας το 2009 αναφέρει ότι οι άστεγοι ανέρχονται στους 7720 χωρίς να περιλαμβάνονται όμως οι μετανάστες. Οι ΜΚΟ υπολογίζουν περίπου 15000 άτομα

στην Αττική σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση ETHOS. Το συμβούλιο ανθρωπίνων δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών υπολογίζει ότι τα άτομα που ζουν χωρίς στέγη, ανέρχονται στις 21216.(23) Η τελευταία έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2015 από το παρατηρητήριο κοινωνικών και οικονομικών εξελίξεων και υπολογίζει τους αστέγους στις 17000 στην Αττική ενώ τα άτομα που υπόκεινται σε οποιαδήποτε μορφή απώλειας στέγης σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση ETHOS φτάνουν τις 500000.(23,26)

Ο Δήμος Αθηναίων δημοσίευσε τον Μάιο του 2016 μια έρευνα χρηματοδοτουμένη από την Ευρωπαϊκή ένωση σύμφωνα με την οποία σε ένα δείγμα 451 αστέγων ατόμων (που κοιμούνται στον δρόμο η σε δομές για αστέγους) το 62% ήταν ελληνικής καταγωγής και το 85% αρρένες, και ηλικίας 35-55 ετών. Μάλιστα, το 71% είχαν γινεί άστεγοι κατά τη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας λόγω της οικονομικής κρίσης.(27)

Όσον αφορά στον αριθμό και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των αστέγων στην πόλη της Θεσσαλονίκης, περιοχή στην οποία εκπονήθηκε η παρούσα διατριβή, δεν κατέστη δυνατή η εύρεση κάποιας έγκυρης καταγραφής από κάποιο επίσημο φορέα. Ωστόσο, σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις του 2014, οι καταγεγραμμένοι άστεγοι από τις ΜΚΟ ξεπερνούν τους 450. Πρόκειται για το σύνολο των ατόμων που έχουν απευθυνθεί στις δομές των ΜΚΟ, έχουν φιλοξενηθεί σε ξενώνες και έχουν καταμετρηθεί κατά τη διαδικασία των κοινωνικών προγραμμάτων δρόμου (streetwork) στα πλαίσια των δομών του "Δήμου Θεσσαλονίκης για άμεση αντιμετώπιση φτώχειας" (Μάιος-Νοέμβριος 2014). Οι χρήστες τοξικών ουσιών και αλκοόλ σε αυτόν τον πληθυσμό ανέρχονται στους 94 σύμφωνα με τα στοιχεία των ΜΚΟ.

5.1 Προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας σε αστέγους και χρήση υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τα ευρήματα πολλών μελετών φαίνεται ότι οι άστεγοι έχουν χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία από τον γενικό πληθυσμό ακόμη και από άτομα τα οποία προέρχονται από υποβαθμισμένες περιοχές. (28–30) Τα αίτια είναι πολυπαραγοντικά και περιλαμβάνουν τους ίδιους παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν και τον κίνδυνο να βρεθεί κάποιος χωρίς στέγη, πχ. να ζει κάποιος κάτω από τα όρια της φτώχειας, να παρουσιάζει προβλήματα ψυχικής υγείας και διαταραχές χρήσης ουσιών. Μάλιστα όσον αφορά στους δυο τελευταίους παράγοντες, μπορεί να αποτελέσουν και αιτία αλλά και συνέπεια της απώλειας στέγης. Ακόμη, οι συνθήκες διαβίωσης σε αστέγους συνδέονται με ελλιπή /κακή διατροφή, μεγαλύτερη έκθεση σε λοιμώδη νοσήματα, ατυχήματα, υψηλή συχνότητα θυματοποίησης (βίας) και αυξημένη χρήση νικοτίνης. Όλα αυτά είναι επιβαρυντικοί παράγοντες για την υγεία η οποία μπορεί να επιδεινωθεί ακόμη περισσότερο και από μειωμένη τη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας καθώς και δυσκολίες όσον αφορά στην συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή.(28,30)

Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι η μέση ηλικία του πληθυσμού των αστέγων τα τελευταία χρόνια φαίνεται να αυξάνεται σε έρευνες που έγιναν στις Ηνωμένες Πολιτείες, και να πλησιάζει τα 50 έτη.(31) Στην έρευνα της Χονδράκη Π. που έλαβε χώρα στην Αθήνα ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 50,9 στις γυναίκες και 51,9 στους άντρες. (32) Αυτό έχει σημασία όσον αφορά τις πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται γι' αυτόν τον πληθυσμό καθώς οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν άλλες ανάγκες (χρόνια νοσήματα, γηριατρικά προβλήματα) από τους νεότερους (σεξουαλικώς μεταδιδόμενα, χρήση ουσιών-αλκοόλ, τραυματισμοί). (30)

5.1.1 Θνησιμότητα:

Φαίνεται ότι η θνησιμότητα είναι αυξημένη 2 με 5 φορές στον μελετώμενο πληθυσμό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και μάλιστα με μεγαλύτερα ποσοστά στα νεότερα άτομα. (30,33) Στα αίτια θνησιμότητας περιλαμβάνονται λοιμώδη νοσήματα (HIV, φυματίωση), ισχαιμική καρδιοπάθεια, διαταραχές χρήσης ουσιών, καθώς και εξωτερικοί παράγοντες όπως τραυματισμοί, αυτοκτονίες, φόνοι, δηλητηριάσεις. Η αυξημένη θνησιμότητα σ' αυτόν τον πληθυσμό μπορεί να εξηγηθεί και από την αυξημένη έκθεσή τους σε παράγοντες κινδύνου όπως αλκοόλ, παράνομες ουσίες, κάπνισμα, κακή διατροφή. (30,33)

5.1.2 Λοιμώδη νοσήματα:

Όσον αφορά την επίπτωση των λοιμωδών νοσημάτων σε αυτόν τον πληθυσμό τα αποτελέσματα έχουν μεγάλη απόκλιση αλλά φαίνεται ξεκάθαρα ότι οι άστεγοι παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά λοιμωδών νοσημάτων από τον γενικό πληθυσμό.(34) Χαρακτηριστικά, για τη φυματίωση τα ποσοστά λοίμωξης φτάνουν μέχρι και 20 φορές περισσότερο από το γενικό πληθυσμό ενώ για ηπατίτιδα C αναφέρεται επίπτωση 4 έως 36 % σε αντίθεσή με τον γενικό πληθυσμό που είναι έως 2% και για HIV έχουμε επίπτωση μέχρι 21% ενώ στον γενικό πληθυσμό το ποσοστό αυτό είναι μόλις 0.1%-0.6%. (30)

5.1.3 Χρόνιες ασθένειες

Με τη γήρανση του πληθυσμού των αστέγων η επίπτωση των χρόνιων ασθενειών και ασθενειών σχετικών με το γήρας αυξάνονται όπως πχ τα γνωστικά ελλείματα και οι δυσκολίες στη λειτουργικότητα. Φαίνεται ότι παθήσεις σχετικές με το γήρας εμφανίζονται πιο νωρίς στους αστέγους παρά στον γενικό πληθυσμό. Προτείνεται μάλιστα οι άστεγοι να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίας γηριατρικής από την ηλικία των 50 ετών αντί των 65 που θεωρείται το όριο για τον γενικό πληθυσμό. (30,35) Βέβαια είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, στην Ελλάδα, τέτοιου είδους υπηρεσίες δεν είναι ανεπτυγμένες, επομένως ακόμη και ο γενικός πληθυσμός στερείται πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες γηριατρικής φροντίδας.

5.1.4 Καρδιαγγειακές και μεταβολικές παθήσεις

Παρατηρούνται μεγάλα ποσοστά καρδιαγγειακής νόσου και θνησιμότητας στον εν λόγω πληθυσμό. Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο, τα στοιχεία μέχρι σήμερα δείχνουν ότι οι άστεγοι έχουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος αλλά χαμηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας, υπερλιπιδαιμίας και παρόμοια ποσοστά διαβήτη και υπέρτασης με τον γενικό πληθυσμό. Όπως προαναφέρθηκε οι ασθενείς αυτοί έχουν μειωμένη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, ανθυγιεινό τρόπο ζωής (κάπνισμα, διατροφή), δυσκολία στη συμμόρφωση στην θεραπεία παράγοντες που επιτείνουν τις συγκεκριμένες παθήσεις. (30)

5.1.5 Ψυχιατρικές διαταραχές

Η ψυχική νόσος μπορεί να είναι συνάμα και αιτία αλλά και συνέπεια της απώλειας στέγης. Υπάρχει θετική συσχέτιση στη βιβλιογραφία μεταξύ οικονομικών προβλημάτων και ψυχικής υγείας, επισφαλών συνθηκών στέγασης και άγχους στρες και ανησυχίας για το μέλλον, διαβίωσης σε συνθήκες συνωστισμού και ψυχικής υγείας ιδιαίτερα για τους νέους και τα παιδιά και αυξημένη χρήση παράνομων ουσιών και αλκοόλ. Με βάση τη βιβλιογραφία για τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, η ύπαρξη σταθερών και ασφαλών συνθηκών διαβίωσης είναι υψίστης σημασίας για το επίπεδο της υγείας τους.(36)

Οι περισσότεροι ερευνητές αναφέρουν υψηλό επιπολασμό των μείζονων ψυχικών διαταραχών μεταξύ των αστέγων, μέχρι και 10 φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό. (11) Οι ψυχωτικές διαταραχές κυμαίνονται από 2 έως 31 %, η κατάθλιψη από 4 έως 41%, οι αγχώδεις διαταραχές από 11.9% έως 54.2 %, οι διαταραχές χρήσης αλκοόλ από 8.5% έως 58.1%, οι διαταραχές χρήσης ουσιών από 4.7% έως 54.2% και οι διαταραχές προσωπικότητας από 3 έως 71% (37) Αυτή η ετερογένεια των αποτελεσμάτων πιθανόν να οφείλεται στον διαφορετικό τρόπο διεξαγωγής των ερευνών, οι οποίες μπορεί να ήταν βασισμένες σε δείγματα μη τυχαιοποιημένα, τον τρόπο καθορισμού της παρουσίας η μη της ψυχιατρικής διαταραχής που μπορεί να διέφερε, το ποσοστό συμμετοχής των αστέγων στην έρευνα το οποίο αν είναι χαμηλό έχουμε και χαμηλότερο ποσοστό ψυχωτικών διαταραχών, καθώς και τον χρόνο κατά τον οποίο κάποιος είναι άστεγος ο οποίος φαίνεται να αυξάνεται αν υπάρχει συννόσηση ψυχιατρικής νόσου. (11,37,38) Ακριβώς αυτή η μεγάλη ετερογένεια στα αποτελέσματα αναδεικνύει την ανάγκη να γίνονται έρευνες σε τοπικό επίπεδο έτσι ώστε η ανάπτυξη τω υπηρεσιών υγείας να γίνεται αναλόγως των αναγκών που προκύπτουν. Όσον αφορά τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού που μελετήθηκε στη συστημική ανασκόπηση που συμπεριέλαβε 5684 αστέγους από 7 διαφορετικές χώρες, φαίνεται ότι οι άστεγοι ήταν στην πλειοψηφία τους άντρες, άγαμοι, με χαμηλό κοινωνικοεκπαιδευτικό επίπεδο, έμεναν σε αστικά κέντρα, αποτελούσαν μέρος μειονοτήτων, ζούσαν σε συνθήκες φτώχειας και είχαν μειωμένη προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές παροχές. Η πλειοψηφία των πασχόντων δεν είχαν επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. (11)

Από έρευνες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, φαίνεται επίσης, ότι το χρονικό διάστημα που μένει κανείς χωρίς στέγη επιδεινώνει την κλινική του εικόνα και συντελεί στην αύξηση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Το εύρημα αυτό σε συνδυασμό με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας για την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας ως παράγοντα κινδύνου για την απώλεια στέγης φαίνεται να δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο όπου η παραμονή στους δρόμους αυξάνει την ψυχοπαθολογία και η ψυχοπαθολογία οδηγεί στην απώλεια στέγης, χωρίς να γνωρίζει κανείς τι προηγείται και τι ακολουθεί. (8,29)

Αξίζει εδώ να αναφερθεί ότι έχουν ταυτοποιηθεί αρκετοί προδιαθεσικοί παράγοντες για ψυχική νόσο σε αυτό τον πληθυσμό. Σε έρευνα που έγινε σε 500 αστέγους στον Καναδά φάνηκε ότι τα ¾ ήταν θύματα κάποιου είδους βίας στο παρελθόν, με περισσότερους από τους μισούς να αναφέρουν σεξουαλική βία.(6) Είναι γνωστό από την βιβλιογραφία ότι το ιστορικό βίας συσχετίζεται θετικά με ψυχιατρική νόσο και με αυτοτραυματισμό. (40)

5.1.5.1 Ψυχική υγεία αστέγων στην Ελλάδα

Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα είναι σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης η οποία έλαβε και κοινωνικές αλλά και ψυχολογικές προεκτάσεις με αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και αυτοκτονιών. (41,42)

Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα, εντοπίστηκε μία παλαιότερη μελέτη της ψυχοπαθολογίας του άστεγου πληθυσμού από τον Κωνσταντακόπουλο και συν. το 2003. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 58 άστεγοι που έκανα χρήση του κέντρου υποστήριξης αστέγων στη Κλίμακα και η επίπτωση των ψυχικών διαταραχών καταγράφηκε ως εξής: Ψυχωτική διαταραχή 32,7%, Συναισθηματικές διαταραχές 12,1%, Αγχώδης διαταραχή 8,6%, Διαταραχή προσωπικότητας 17,2%, Κατάχρηση αλκοόλ 22,4%, Κατάχρηση ουσιών 18,9%.(43) Μια πιο πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη της ψυχοπαθολογίας του άστεγου πληθυσμού στην περιοχή των Αθηνών, πραγματοποιήθηκε από την Χονδράκη Π. το χρονικό διάστημα 2009/2010 και περιλαμβάνει 254 άτομα χωρίς στέγη που ζουν στην περιοχή αυτή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν άνδρες (74%) με σχετικά υψηλό μέσο όρο ηλικίας (51 έτη), ήταν άστεγοι για πάνω από 25 μήνες (σε ποσοστό 50%), είχαν σε σημαντικό ποσοστό αποφοιτήσει το λύκειο και ήταν στην πλειοψηφία τους άνεργοι. Στη συντριπτική πλειοψηφία ήταν άγαμοι, ζούσαν

χωρίς την οικογένειά τους και δεν είχαν καμία επικοινωνία μαζί της. Ένα σημαντικό ποσοστό βρέθηκε να κοιμάται στο δρόμο (18,5%), αλλά οι περισσότεροι βρέθηκαν σε ξενώνες αστέγων. Η κυριότερη αιτία για την απώλεια της στέγης τους βρέθηκε να είναι οι οικονομικοί λόγοι, ενώ ακολουθούν τα προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ ή /και παράνομων ουσιών και οι οικογενειακοί λόγοι. Η επίπτωση των ψυχικών διαταραχών βρέθηκε πολύ υψηλή στο δείγμα αυτό με συνολική τρέχουσα επίπτωση 56,7% και επιμέρους οι διαταραχές διάθεσης κατέχουν ένα ποσοστό 16,1%, οι διαταραχές άγχους 11,8%, οι ψυχωτικές διαταραχές 13,0%, οι καταχρήσεις/εξαρτήσεις από ουσίες 11,8% και η συννόσηση 11,8%. Η επίπτωση αυτή είναι πολύ υψηλότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας και παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με την επίπτωση των ψυχικών διαταραχών του άστεγου πληθυσμού στις χώρες της Ευρώπης. Η χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας βρέθηκε χαμηλή σε σχέση με τα ποσοστά επίπτωσης των ψυχικών διαταραχών (οι μισοί ασθενείς λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και το 1/4 έχει νοσηλευτεί) αλλά σχετικά υψηλότερη χρήση φαίνεται να κάνουν οι άστεγοι με διαταραχή χρήσης ουσιών. Έτσι, οι άστεγοι χρήστες ουσιών έχουν νοσηλευτεί για το πρόβλημα αυτό σε ποσοστό 42,3% και έχουν αναζητήσει βοήθεια σε ποσοστό 69,2%, ενώ το 65,4% έχει παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα επανένταξης. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους αστέγους με προβλήματα χρήσης αλκοόλ είναι επίσης υψηλά: 35,7%, 42,9% και 37%. (9)

5.2 Χρήση υπηρεσιών υγείας από την ευπαθή ομάδα των αστέγων

Οι άστεγοι είναι συχνοί χρήστες των υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα του τμήματος επειγόντων περιστατικών αλλά και των εσωτερικών τμημάτων νοσηλείας. Αυτή η τάση φαίνεται να συναντάται σε πολλές χώρες περιλαμβανομένων και χωρών που προσφέρουν καθολική ασφαλιστική κάλυψη στους πολίτες (28,44)

Η απώλεια στέγης φαίνεται να αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα όσον αφορά στη χρήση του τμήματος επειγόντων περιστατικών με επισκέψεις που ανέρχονται στις 3-5 το χρόνο.(45) Αν και τα ποσοστά ποικίλουν ανάλογα με το όριο που θα χρησιμοποιήσουμε για να ορίσουμε ένα άτομο συχνό χρήστη υπηρεσιών (περισσότερες από 3-5 επισκέψεις/έτος), φαίνεται ότι μια μικρή μερίδα, περίπου το 10% του πληθυσμού των αστέγων, κάνει περισσότερες από τις μισές επισκέψεις που κάνουν όλοι οι άστεγοι στα επείγοντα. Οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές χρήσης ουσιών αποτελούν παράγοντες κινδύνου για να γίνει κάποιος συχνός χρήστης

του τμήματος επειγόντων.(44) Παρατηρούνται ακόμη αυξημένα ποσοστά εισαγωγών για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε αυτόν τον πληθυσμό αλλά και αυξημένη μέση διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο κατά 2 μέρες, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. (46)

Βεβαίως, η υψηλή επίπτωση προδιαθεσικών παραγόντων όπως μεταδοτικές η μη ασθένειες, τραυματισμοί, ψυχικές διαταραχές και διαταραχές χρήσης ουσιών εξηγούν την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών.

Ωστόσο, η απώλεια στέγης αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας και αυτό μπορεί να εξηγηθεί με τους παρακάτω λόγους: γίνεται πιο εύκολα και με λιγότερες ενδείξεις εισαγωγή αστέγων για νοσηλεία για προβλήματα που πιθανόν να μπορούσαν να αντιμετωπιστούν εξωνοσοκομειακά. Ακόμη οι άστεγοι έχουν δυσκολία στην πρόσβαση στις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας και ελλιπή γνώση ύπαρξης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας.(28,30)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός

Όπως προαναφέρθηκε ο αυξανόμενος πληθυσμός των αστέγων λόγω της οικονομικής κρίσης, αποτελεί έναν ευπαθή πληθυσμό με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σωματικής και ψυχικής νόσου. Παράλληλα το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχοντας πληγεί από την οικονομική κρίση αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις αυξημένες ανάγκες για παροχή όλων των υπηρεσιών που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Από τις υπάρχουσες έρευνες που έχουν γίνει σε αυτήν την ομάδα, όπως προαναφέρθηκε, φαίνεται πως αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας λόγω διακρίσεων, μη επαρκούς γνώσεως του συστήματος υγείας, υψηλού κόστους, μεγάλης αναμονής και λόγω απόστασης.(1,18)

Παρόλο που ο ευπαθής πληθυσμός των αστέγων αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια, οι αντίστοιχες κοινωνικές δομές και οι υπηρεσίες υγείας, δεν ήταν προετοιμασμένες κατάλληλες προκειμένου να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν να μελετήσει την ψυχοπαθολογία και τις αναφερόμενες ανάγκες για προβλήματα σωματικής υγείας του πληθυσμού των αστέγων στη Θεσσαλονίκη, καθώς και να διερευνήσει τα πιθανά εμπόδια κατά την πρόσβαση τους στις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας

Ο λόγος που επιλέχθηκε η πόλη της Θεσσαλονίκης ήταν γιατί η ερευνήτρια κατά το διάστημα της διεξαγωγής της μελέτης εργαζόταν στη ΜΚΟ Praksis ως ιατρός και είχε πρόσβαση στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Όσον αφορά στον μελετώμενο πληθυσμό των αστέγων στην πόλη της Θεσσαλονίκης, δεν κατέστη δυνατή η εύρεση κάποια έγκυρης καταγραφής από κάποιο επίσημο φορέα ούτε δεδομένων αναφορικά με θέματα υγείας του πληθυσμού αυτού. Ωστόσο, σύμφωνα με ορισμένες εκτιμήσεις των Μη Κυβερνητικών Οργάνωσεων που δραστηριοποιούνται όσον αφορά στην φροντίδα της συγκεκριμένης ομάδας, οι καταγεγραμμένοι άστεγοι φαίνεται να ξεπερνούν τους 450. Πρόκειται για το σύνολο των ατόμων που έχουν απευθυνθεί στις δομές των ΜΚΟ, έχουν φιλοξενηθεί σε ξενώνες και έχουν καταμετρηθεί κατά τη διαδικασία των κοινωνικών προγραμμάτων δρόμου

(streetwork) στα πλαίσια των δομών του "Δήμου Θεσσαλονίκης για άμεση αντιμετώπιση φτώχειας" (Μάιος-Νοέμβριος 2014) [1]. Οι χρήστες τοξικών ουσιών και αλκοόλ σε αυτόν τον πληθυσμό ανέρχονται στους 94 σύμφωνα με τα στοιχεία των ΜΚΟ.

Παρόλα αυτά για τον συγκεκριμένο πληθυσμό δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για την ψυχική και σωματική τους τους υγεία και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας σε μια περίοδο προ του νόμου ν.4368/2016 γεγονός που αποτέλεσε κίνητρο για την εκπόνηση της παρούσας διατριβής.

[1] Στα πλαίσια της προσπάθειας καταπολέμησης της φτώχειας και των επιπτώσεων της στην υγεία, εντάσσεται το πρόγραμμα «Κοινωνικές Δομές αντιμετώπισης της φτώχειας στο Δήμο Θεσσαλονίκης» που συντονίζουν η ΑΡΣΙΣ - Κοινωνική Οργάνωση Υποστήριξης Νέων και ο Δήμος Θεσσαλονίκης σε συνεργασία με την PRAKSIS. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός δικτύου οκτώ κοινωνικών δομών για την υποστήριξη ατόμων και οικογενειών που πλήττονται οικονομικά και αδυνατούν να ικανοποιήσουν καθημερινά βασικές βιοτικές τους ανάγκες. Το Κοινωνικό Παντοπωλείο, η Δομή Παροχής Συσσιτίου, το Κοινωνικό Φαρμακείο, ο Δημοτικός Λαχανόκηπος, το Κέντρο Ημερήσιας Υποδοχής Αστέγων, το Υπνωτήριο, η Τράπεζα Χρόνου και το Γραφείο Διαμεσολάβησης απευθύνονται σε άτομα και οικογένειες, κατοίκους του Δήμου που στερούνται το δικαίωμα στην αξιοπρεπή διαβίωση, αντιμετωπίζουν την ανεργία, αντιμετωπίζουν την έλλειψη στέγης και σημαντικά εμπόδια στη χρήση υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

6.2 Μεθοδολογία

Η παρούσα εργασία είναι μία συγχρονική μελέτη και έχει γίνει περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Η εργασία είχε ως στόχο την εκτίμηση των διαστάσεων της ψυχοπαθολογίας και της σωματικής νοσηρότητας σε ένα δείγμα αστέγων στο Δήμο Θεσσαλονίκης. Παράλληλα, εκτιμήθηκε η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας με βάση δομημένο ερωτηματολόγιο, που χρησιμοποιήθηκε για την διερεύνηση προβλημάτων προσβασιμότητας σε ευπαθείς πληθυσμούς προσαρμοσμένο για τις ανάγκες τις διατριβής από τη γράφουσα και παρατίθεται στο παράρτημα. (47) Για την χρήση του ζητήθηκε και εξασφαλίσθηκε η σχετική άδεια.

Οι ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης είναι οι εξής:

Α) ο πληθυσμός των αστέγων παρουσιάζει αυξημένη σωματική και ψυχική νοσηρότητα και

Β) αντιμετωπίζει δυσκολίες στην πρόσβασή και χρήση των υπηρεσιών υγείας για τους λόγους που προαναφέρθηκαν.

6.3 Κριτήρια επιλογής δείγματος

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα ευκολίας 72 ατόμων. Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα τις μέρες που η ερευνήτρια δούλευε στο Ανοικτό Κέντρο Ημερήσιας Υποδοχής Αστέγων Θεσσαλονίκης (ΚΗ)(Δευτέρα-Παρασκευή 09:00-18:00). Η έρευνα διήρκησε 2 μήνες (Μάρτιος-Απρίλιος 2015). Τα κριτήρια επιλογής των ερωτηθέντων ήταν

- Να μιλάνε και να κατανοούν την Ελληνική, Αγγλική η Γαλλική γλώσσα (γλώσσες που επαρκώς γνωρίζει η ερευνήτρια)
- Να δέχονται να συμμετάσχουν στην έρευνα
- Να υπάρχει κατανόηση των ερωτήσεων (απουσία σοβαρών γνωστικών ελλειμάτων)
- Να είναι άστεγοι σύμφωνα με τα κριτήρια FEANTSA

6.4 Τόπος δειγματοληψίας

Το Ανοικτό Κέντρο Ημερήσιας Υποδοχής Αστέγων (ΚΗ) άρχισε να λειτουργεί τον Μάιο του 2014 στο κέντρο της Θεσσαλονίκης, με λειτουργία κατά τη διάρκεια της ημέρας, σε επταήμερη βάση, στην πόλη της Θεσσαλονίκης ως βασικό στόχο έχει την άμεση ανακούφιση των αστέγων, μέσω της προσφοράς βασικών υπηρεσιών:

• Ιατροφαρμακευτική πρωτοβάθμια φροντίδα, περίθαλψης και κάλυψης επειγόντων ιατρικών αναγκών.
• Λουτρά και Κιτ υγιεινής μιας χρήσης
• Πλυντήρια.
• Ιματιοθήκη.
• Παιδική γωνιά για τα παιδιά των εξυπηρετούμενων.
• Ψυχοκοινωνική στήριξη από εξειδικευμένους κοινωνικούς επιστήμονες.
• Παραπομπές και συνοδείες σε κοινωνικές υπηρεσίες και νοσοκομεία.
• Δυνατότητα ανάπαυσης.
• Πρόσβαση σε internet και τηλέφωνο.
• Ρόφημα.

Ως Άμεση ομάδα στόχος του ΚΗ, ορίζονται οι άστεγοι. Ως άστεγος, νοείται κάθε άνθρωπος που δεν έχει πρόσβαση σε αξιοπρεπή και ασφαλή κατοικία. Αφορά δηλαδή σε όλα τα άτομα που διαμένουν στη χώρα, τα οποία δεν διαθέτουν ιδιόκτητη, ενοικιαζόμενη ή παραχωρούμενη κατοικία, και διαμένουν στο δρόμο ή σε ξενώνες και ιδρύματα, φιλοξενούνται από γνωστούς και φίλους, συχνά μάλιστα σε συνθήκες υπεράριθμης συγκατοίκησης, διαβιούν σε καταλήψεις, σε ανεπαρκή και ανασφαλή καταλύματα, χωρίς να έχουν πρόσβαση στις βασικές υπηρεσίες τρεχούμενου νερού, ηλεκτρικού και θέρμανσης.(48)

Η γράφουσα εργαζόταν ως ιατρός στο κέντρο ημερήσιας φροντίδας αστέγων κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας.

Αφού ελήφθη η άδεια από την συντονίστρια των προγραμμάτων της ΜΚΟ Praksis για τη διεξαγωγή της έρευνας στο ΚΗ, ενημερώθηκαν οι εξυπηρετούμενοι για την διεξαγωγή έρευνας στη συνέχεια τους ζητήθηκε να συμμετάσχουν. Από τα 80 άτομα τα οποία ζητήθηκαν να συμμετάσχουν τα 8 αρνήθηκαν. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο γραφείο ιατρού στο ΚΗ. Ο χρόνος διεξαγωγής τους ήταν από τις 09:00 μέχρι τις 18:00. Η διάρκεια της συνέντευξης

κυμαινόταν από 30 λεπτά μέχρι 60 λεπτά για κάθε εξυπηρετούμενο ανάλογα με τα προβλήματα που ανέφερε και το επίπεδο κατανόησης.

6.5 Τα εργαλεία της μελέτης

Σύμφωνα με τον σχεδιασμό της έρευνας κατά τη διάρκεια της συνέντευξης χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία:

1. Η ψυχιατρική κλινική εκτίμηση του ασθενή που έγινε με τη δομημένη κλινική συνέντευξη M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0 ελληνική έκδοση).(49) Η M.I.N.I σχεδιάστηκε ως μια βραχεία δομημένη συνέντευξη για τις μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές του άξονα I του DSM 4. Έχουν γίνει μελέτες εγκυρότητας και αξιοπιστίας στη M.I.N.I που τη συνέκριναν με τη SCID-P και CIDL. Αυτές οι μελέτες έδειξαν ότι η M.I.N.I έχει αποδεχτά υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, και μάλιστα μπορεί να διεξαχθεί σε πολύ μικρότερο χρόνο από τις άλλες δυο συνεντεύξεις γι' αυτό και επιλέχθηκε για την συγκεκριμένη διατριβή. Η συνέντευξη αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί από κλινικούς μετά από μια σύντομη συνεδρία εκπαίδευσης. Η εκπαίδευση της γράφουσας έγινε στην Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική ΑΠΘ κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής της στην ειδικότητα της ψυχιατρικής και λήφθηκε αδεια από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών για να χρησιμοποιηθεί η ελληνική έκδοση της M.I.N.I. (βλ. Παράρτημα)
2. Το ερωτηματολόγιο πρόσβασης των ευπαθών ομάδων πολιτών στις Υπηρεσίες υγείας το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα.(47) Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει κάποια κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία του ατόμου όπως ηλικία, φύλο, νομικό καθεστώς παραμονής, ασφαλιστική κάλυψη, εξαρτημένα μέλη, εργασία, εισόδημα, τόπος διαμονής και στη συνέχεια περιλαμβάνει συγκεκριμένες ερωτήσεις για την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας και μελετάει την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας σε περίπτωση που αυτό κατέστη αναγκαίο.

6.6 Περιορισμοί

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς της εργασίας ήταν μικρό σε αριθμό επομένως δεν μπορεί να γίνει αναγωγή των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό των αστέγων. Πρόκειται για μια μελέτη που έγινε αποκλειστικά στο ΚΗ καθώς δεν υπήρχε δυνατότητα για αναζήτηση άλλων ατόμων σε άλλους χώρους πχ. στους δρόμους, συσσίτια. Επομένως μελετήθηκαν μόνο οι

άστεγοι οι οποίοι είχαν έρθει και είχαν εγγραφεί ως εξυπηρετούμενοι του ΚΗ. Η μελέτη έγινε χωρίς ομάδα ελέγχου επομένως για λόγους καλύτερης κατανόησης συγκρίνουμε τα αποτελέσματα με παρόμοιες μελέτες από την βιβλιογραφία.

Επίσης όσον αφορά τις σωματικές νόσους έχουμε τα αυτοαναφερόμενα προβλήματα χωρίς να έχει γίνει σύγκριση με τις πραγματικές διαγνώσεις οι οποίες τέθηκαν από τους θεράποντες ιατρούς. Ακόμη για την ψυχιατρική διάγνωση η οποία τέθηκε με την MINI συνέντευξη δεν έγινε διασταύρωση με την διάγνωση από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί επίσης ότι η ερευνήτρια αποτελούσε μέρος του συστήματος υγείας, των κοινωνικών ιατρείων συγκεκριμενα, και αυτό ενδεχομένως να επηρέασε τις απαντήσεις του πληθυσμού όσον αφορά τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν στις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας.

6.7 Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση, SD) ή ως διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος, IR). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή και ο έλεγχος των Mann-Whitney όταν η ποσοτική μεταβλητή δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος x^2 (chi-square test).

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν διχοτόμος μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p<0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multivariate logistic regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι λόγοι των odds (odds ratios), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Εξαιτίας του εξαιρετικά μικρού αριθμού παρατηρήσεων στις διάφορες κατηγορίες των μεταβλητών, ως εξαρτημένες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η μη λήψη φαρμάκου εξαιτίας αδυναμίας αγοράς του, τα προβλήματα στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, η οποία δεν ικανοποιήθηκε και η λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Επιπλέον, ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι φύλο, ηλικία, υπηκοότητα, κατοχή βιβλιαρίου υγείας, εργασιακή κατάσταση, γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας, γνώση των δικαιωμάτων για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, η ψυχιατρική νοσηρότητα και η ψυχιατρική και σωματική συννοσηρότητα.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από **72** άτομα.

Στους Πίνακες 7.1 και 7.2 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Πίνακας 7.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Άνδρας	56 (77,8)
Γυναίκα	16 (22,2)
Ηλικία[α]	49,3 (12,8)
Υπηκοότητα	
Αλλοδαπή	25 (34,7)
Ελληνική	47 (65,3)
Νομικό καθεστώς παραμονής	
Ημεδαπός	48 (66,7)
Αιτών άσυλο/πρόσφυγας	8 (11,1)
Οικονομικός μετανάστης με άδεια παραμονής	7 (9,7)
Ευρωπαίος πολίτης	8 (11,1)
Εκτός νομικού πλαισίου	1 (1,4)
Έχετε βιβλιάριο υγείας;	
Όχι	52 (72,2)
Ναι	20 (27,8)
Τη στιγμή αυτή εργάζεστε;	
Όχι	60 (83,3)
Ναι	12 (16,7)

Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα της οικογένειάς σας;[α]	67,7 (165,1)
Τόπος διαμονής	
Άστεγος (χωρίς χώρο διαμονής, στον «δρόμο»)	15 (20,8)
Έλλειψη κατοικίας (διαμονή σε υπνωτήριο, ξενώνες, κέντρα κράτησης)	17 (23,6)
Επισφαλείς συνθήκες στέγασης	16 (22,2)
Ανεπαρκείς/ ακατάλληλες συνθήκες διαβίωσης	24 (33,3)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

[α] Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Το 77,8%% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν άνδρες και η μέση ηλικία ήταν τα 49,3 έτη (ΤΑ=12,8) και το 65,3% ήταν Έλληνες πολίτες. Το 11,1% ήταν πρόσφυγες (αιτούντες άσυλο), το 9,7% ήταν οικονομικοί μετανάστες με άδεια παραμονής, το 11,1% ήταν Ευρωπαίοι πολίτες και ένας ήταν εκτός νομικού πλαισίου (παράτυπος μετανάστασης). Το 72,2% δεν είχε βιβλιάριο υγείας και το 83,3% δεν εργαζόταν. Το μέσο μηνιαίο εισόδημα ήταν 67,7 ευρώ και το 20,8% ήταν άστεγοι, το 23,6% διέμεναν σε υπνωτήριο, ξενώνες, κέντρα κράτησης, για το 22,2% οι συνθήκες στέγασης ήταν επισφαλείς και για το 33,3% οι συνθήκες διαβίωσης ήταν ανεπαρκείς/ακατάλληλες.

7.2. Θέματα υγείας

Στους Πίνακες 7.2, 7.3 και 7.4 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά που αφορούσαν στην υγεία των ασθενών.

Πίνακας 7.2: Προβλήματα Υγείας

Χαρακτηριστικό	N (%)
Χρόνιο νόσημα	
Όχι	37 (51,4)
Ναι	35 (48,6)
Σωματική συννοσηρότητα	
Όχι	53 (73,6)
Ναι	19 (26,4)
Πάσχετε από τα παρακάτω νοσήματα;	
Υπέρταση	
Όχι	63 (87,5)
Ναι	9 (12,5)
Άσθμα	
Όχι	71 (98,6)
Ναι	1 (1,4)
Διαβήτης	
Όχι	70 (97,2)
Ναι	2 (2,8)
Καρδιαγγειακή Νόσος	
Όχι	62 (86,1)
Ναι	10 (13,9)
Καρκίνος	
Όχι	69 (95,8)
Ναι	3 (4,2)

Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	
Όχι	67 (93,1)
Ναι	5 (6,9)
Ψυχιατρικό νόσημα	
Όχι	48 (66,7)
Ναι	24 (33,3)
Λοιμώδη νοσήματα	
Όχι	64 (87,5)
Ναι	9 (12,5)
Άλλο	18(25)
Αρρυθμίες	1 (1,4)
Βουβωνοκήλη, ρήξη μηνίσκου	1 (1,4)
Γοναλγία, λιθίαση ουροποιητικού	1 (1,4)
Δισκοκήλη	1 (1,4)
Επιληψία	2 (2,8)
Οστεοαρθρίτιδα	1 (1,4)
Σιδηροπενική αναιμία, επιληψία	1 (1,4)
Κήλη ΣΣ	1 (1,4)
Μονόνεφρος, λιθίαση ουροποιητικού	1 (1,4)
Οδοντιατρικά προβλήματα	1 (1,4)
Υπερθυρεοειδισμός	1 (1,4)
Υπερλιπιδαιμία	1 (1,4)
Υπερτροφία προστάτη	1 (1,4)
Φλεβίτιδα	2 (2,8)
ΧΑΠ	1 (1,4)
Χρόνια κεφαλαλγία (επιπλοκή μετά τραυματισμό από σφαίρα)	1 (1,4)

Το 48,6% δήλωσε ότι έπασχε από χρόνιο πρόβλημα υγείας, ότι όλοι χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας και το 26,4% έπασχε από περισσότερες από μία νόσους (σωματική συννοσηρότητα). Το 12,5% δήλωσε ότι έπασχε από υπέρταση, το 1,4% από άσθμα, το 2,8% από διαβήτη, το 13,9% από

καρδιαγγειακή νόσο %, το 4,2% από καρκίνο, από νοσήματα του πεπτικού το 6,9%, το 33,3% από ψυχιατρικό νόσημα και το 12,5% από λοιμώδη νοσήματα.

Πίνακας 7.3: Χρόνια νοσήματα και φαρμακευτική αγωγή

Χαρακτηριστικό	N (%)
Λαμβάνετε φάρμακο(α) για χρόνιο νόσημα;	
Όχι	47 (65,3)
Ναι	25 (34,7)
Υπήρξαν περιπτώσεις στις οποίες δεν λάβατε το φάρμακο σας, επειδή δεν μπορούσατε να το αγοράσετε;	
Όχι	9 (12,5)
Ναι	20 (27,8)
Δεν απάντησαν	43 (59,7)

Το 34,7% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι λαμβάνουν φάρμακο(α) για χρόνιο νόσημα, ενώ το 27,8% δήλωσαν ότι υπήρξαν φορές που δεν έλαβαν το φάρμακό τους επειδή δεν μπορούσαν να το αγοράσουν.

Πίνακας 7.4: Νόσημα/Ασθένεια κατά τη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών και ενέργειες για να αντιμετωπίσουν την ασθένεια[2]

Χαρακτηριστικό	N (%)
Νόσημα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών	
Όχι	17 (23,6)
Ναι	55 (76,4)
Επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό για την αντιμετώπιση ασθένειας	

[2] Τα ποσοστά αθροίζουν ανά ερώτημα (και όχι στο σύνολο του δείγματος της μελέτης)

Όχι	54 (98,2)
Ναι	1 (1,8)
Επίσκεψη σε ΤΕΠ Δημόσιου Νοσοκομείου για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Όχι	19 (34,5)
Ναι	36 (65,5)
Επίσκεψη σε Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ή Κέντρο Υγείας για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Όχι	42 (76,4)
Ναι	13 (23,6)
Επίσκεψη σε Δημοτικό Ιατρείο για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Όχι	54 (98,2)
Ναι	1 (1,8)
Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο/Ιδιωτική Κλινική για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Όχι	43 (78,2)
Ναι	12 (21,8)
Συμβουλή από φαρμακοποιό για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Όχι	54 (98,2)
Ναι	1 (1,8)
Συμβουλή από το φιλικό μου περιβάλλον για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Όχι	53 (96,4)
Ναι	2 (3,6)
Συμβουλή από το οικογενειακό μου περιβάλλον για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Όχι	55 (100,0)
Ιατρείο ΜΚΟ/ιατρείο ΜΚΟ (οδοντίατρος)	
Όχι	48 (69,6)
Ναι	21 (30,4)
Δεν έκανα τίποτα/περίμενα να περάσει μόνο του	

Όχι	51 (92,7)
Ναι	4 (7,3)

Κατά την διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών το 76,4% δήλωσε ότι νόσησε και στην ερώτηση σε τι ενέργειες προχώρησαν ώστε να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους, το 23,6% απάντησε ότι επισκέφθηκε Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ή Κέντρο Υγείας, το 65,5% επισκέφθηκε το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, μόλις το 1,8% επισκέφθηκε δημοτικό ιατρείο και το ίδιο ποσοστό για την επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό. Το 30,4%, επισκέφθηκε ιατρείο ΜΚΟ και το 21,8% νοσηλεύτηκε σε νοσοκομείο ή κλινική, ενώ μόλις το 1,8% και το 3,6% δέχθηκε συμβουλές από φαρμακοποιό και από το φιλικό τους περιβάλλον, αντίστοιχα.

7.3. Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Στους Πίνακες 7.5, 7.6, 7.7 και 7.8 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 7.5: Δυσκολίες στη χρήση υπηρεσιών[3]

Χαρακτηριστικό	N (%)
Παροχή υπηρεσιών υγείας	
Όχι	3 (4,2)
Ναι	48 (66,7)
Βαθμός δυσκολιών στα ΤΕΠ	
Καθόλου	23 (31,2)
Λίγο	2 (2,8)
Μέτρια	4 (5,6)
Αρκετά	3 (4,2)

[3] Λόγω του μεγάλου αριθμού των ελλειπουσών τιμών (missing values), στον Πίνακα 7.5 τα ποσοστά αθροίζουν στο σύνολο του δείγματος της μελέτης.

Πολύ	3 (4,2)
Βαθμός δυσκολιών στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο/Κέντρο Υγείας	
Καθόλου	6 (8,3)
Λίγο	2 (2,8)
Μέτρια	3 (4,2)
Πολύ	1 (1,4)
Βαθμός δυσκολιών στη ΜΚΟ	
Καθόλου	20 (27,8)
Μέτρια	1 (1,4)
Αρκετά	1 (1,4)
Πολύ	1 (1,4)
Βαθμός δυσκολιών στη νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο	
Καθόλου	11 (15,3)
Πολύ	1 (1,4)

Χρειάστηκε να παρασχεθούν υπηρεσίες υγείας στο 66,7% των συμμετεχόντων. Το 14% στο σύνολο του δείγματος ανέφερε ότι αντιμετώπισε δυσκολίες, το 5,6% στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο/Κέντρο Υγείας, ενώ το 27,8% και το 15,3% δεν αντιμετώπισε καθόλου δυσκολίες στις ΜΚΟ και στη νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο.

Πίνακας 7.6: Οικονομικά ζητήματα που εμποδίζουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας[4]

Χαρακτηριστικό	N (%)
Καταβολή χρηματικού ποσού στα ΤΕΠ	
Ναι	1 (1,4)
Καταβολή χρηματικού ποσού στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο	
Ναι	3 (4,2)
Καταβολή χρηματικού ποσού στο Δημοτικό Ιατρείο	
Ναι	0 (0,0)

[4] Λόγω του μεγάλου αριθμού των ελλειπουσών τιμών (missing values), στον Πίνακα 7.6 τα ποσοστά αθροίζουν στο σύνολο του δείγματος της μελέτης.

Καταβολή χρηματικού ποσού στη ΜΚΟ	
Ναι	1 (1,4)
Καταβολή χρηματικού ποσού στη νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο	
Ναι	5 (7,0)

Όσον αφορά στην καταβολή χρηματικού ποσού, ένα άτομο δήλωσε πως κατέβαλε κάποιο αντίτιμο στα ΤΕΠ, τρεις στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο, ένας στη ΜΚΟ, κανένας στο Δημοτικό Ιατρείο και το 7% κατέβαλε κάποιο χρηματικό ποσό για τη νοσηλεία του σε Δημόσιο Νοσοκομείο.

Πίνακας 7.7: Προβλήματα στην Πρόσβαση και Χρήση Υπηρεσιών Υγείας[5]

Χαρακτηριστικό	N (%)
Προβλήματα στην πρόσβαση και χρήση στις υπηρεσίες υγείας	
Ναι	27 (37,5)
Δυσκολίες στην επικοινωνία	
Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	27 (37,5)
Πολύ	1 (1,4)
Δυσκολίες στις γραφειοκρατικές διαδικασίες (πολύπλοκες)	
Καθόλου/Λίγο	23 (31,2)
Πολύ	5 (7,0)
Έλλειψη προσοχής από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	
Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	23 (31,2)
Αρκετά/Πολύ	5 (7,1)
Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας	
Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	21 (29,2)
Αρκετά/Πολύ	7 (9,7)
Δυσκολία πρόσβασης το μεγάλο κόστος	
Καθόλου/Μέτρια	21 (29,2)
Αρκετά/Πολύ	7 (9,7)

[5] Λόγω του μεγάλου αριθμού των ελλειπουσών τιμών (missing values), στον Πίνακα 7.7 τα ποσοστά αθροίζουν στο σύνολο του δείγματος της μελέτης.

Το 37,5% των ερωτηθέντων απάντησε πως υπάρχουν προβλήματα στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι δυσκολίες επικοινωνίας δεν αποτέλεσαν πρόβλημα, ενώ η πολυπλοκότητα των γραφειοκρατικών διαδικασιών, η έλλειψη προσοχής από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η έλλειψη ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας τους και το μεγάλο κόστος αποτέλεσαν τις πιο συχνά αναφερόμενες δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι συμμετέχοντες στη μελέτη.

Πίνακας 7.8: Μη χρήση υπηρεσιών υγείας, αιτίες[6]

Χαρακτηριστικό	N (%)
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορέσατε; (Μη χρήση υπηρεσιών υγείας)	
Όχι	41 (56,9)
Ναι	31 (43,1)
Λόγος/άγνωστη τοποθεσία	
Όχι	26 (36,1)
Ναι	5 (7,0)
Λόγος/υψηλό κόστος	
Όχι	13 (18,1)
Ναι	18 (25,0)
Λόγος/έλλειψη χρόνου	
Όχι	29 (40,3)
Ναι	2 (2,8)
Λόγος/απόσταση	
Όχι	25 (34,7)
Ναι	6 (8,3)
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση, στην οποία χρειαστήκατε φάρμακα, αλλά δεν μπορέσατε να τα λάβετε; (Μη λήψη φαρμάκων)	

[6] Λόγω του μεγάλου αριθμού των ελλειπουσών τιμών (missing values), στον Πίνακα 8.8 τα ποσοστά αθροίζουν στο σύνολο του δείγματος της μελέτης.

Όχι	46 (63,9)
Ναι	26 (36,1)
Λόγος/μη διαθέσιμο	
Όχι	19 (26,4)
Ναι	9 (12,5)
Λόγος/μη απαραίτητο	
Όχι	24 (33,3)
Ναι	4 (5,6)
Λόγος/έλλειψη χρημάτων	
Όχι	5 (7,0)
Ναι	22 (30,1)

Για το 43,1%, τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπόρεσαν. Το 7% δεν έκανε χρήση υπηρεσιών λόγω του ότι δεν ήξερε που να απευθυνθεί, το 25%, λόγω του υψηλού κόστους, το 2,8%, λόγω έλλειψης χρόνου και το 8,3% λόγω απόστασης.

Για το 36,1%, τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκαν φάρμακα, αλλά δεν μπόρεσαν να τα λάβουν. Το 12,5% δεν τα έλαβε λόγω μη διαθεσιμότητας, το 5,6% γιατί δεν τα θεώρησε απαραίτητα και το 30,1% λόγω έλλειψης χρημάτων.

7.4. Γνώση και κριτική άποψη των Δημόσιων υπηρεσιών υγείας

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη γνώση και κριτική άποψή τους για τις Δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 7.9: Γνώση και κριτική άποψη των Δημόσιων υπηρεσιών υγείας

Χαρακτηριστικό	N (%)
Πόσο καλά πιστεύετε ότι γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;	
Καθόλου	16 (22,9)
Λίγο	13 (18,6)
Μέτρια	14 (20,0)
Αρκετά	16 (22,9)
Πολύ	11 (15,7)
Πόσο καλά πιστεύετε ότι γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;	
Καθόλου	21 (29,6)
Λίγο	8 (11,3)
Μέτρια	15 (21,1)
Αρκετά	11 (15,5)
Πολύ	16 (22,5)
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;	
Καθόλου	7 (11,7)
Λίγο	1 (1,7)
Μέτρια	8 (13,3)
Αρκετά	8 (13,3)
Πολύ	36 (60,0)
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;	
Καθόλου	5 (8,3)

Λίγο	3 (5,0)
Μέτρια	9 (15,0)
Αρκετά	6 (10,0)
Πολύ	37 (61,7)

Το 58,6% απάντησε πως γνωρίζει μέτρια/αρκετά/πολύ καλά τις υπηρεσίες υγείας, ενώ τα δικαιώματά τους για τη χρήση τους μέτρια έως πολύ το 59,1%. Σημαντικά αρνητικός παράγοντας θεωρήθηκε το κόστος για το 86,6%. Μέτρια έως πολύ πολύπλοκο θεωρήθηκε το σύστημα υγείας από το 86,7% των ερωτώμενων.

7.5. Θέματα ψυχικής υγείας

Στους Πίνακες 7.10, 7.11 και 7.12 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά που αφορούσαν στην ψυχική υγεία των ασθενών.

Πίνακας 7.10: Προβλήματα ψυχικής υγείας

Χαρακτηριστικό	N (%)
Είχατε στο παρελθόν ή έχετε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας (Αυτό-αναφερόμενη ψυχική διαταραχή)	
Όχι	29 (40,3)
Ναι	43 (59,7)
Αν ναι, τι πρόβλημα;	
Χρήση ουσιών	
Όχι	45 (63,4)
Ναι	26 (36,6)
Κατάθλιψη	
Όχι	47 (66,2)
Ναι	24 (33,8)
Διπολική διαταραχή	
Όχι	70 (98,6)
Ναι	1 (1,4)
Ψυχωτική διαταραχή	
Όχι	66 (93,0)
Ναι	5 (7,0)
Διαταραχή προσωπικότητας	
Όχι	68 (95,8)
Ναι	3 (4,2)

Το 59,7% δήλωσε ότι έχει ή έπασχε στο παρελθόν από πρόβλημα ψυχικής υγείας. Το 36,6% δήλωσε ότι έκανε χρήση ουσιών, το 33,8% ότι έπασχε από κατάθλιψη, το 7% από ψυχωτική διαταραχή, το 4,2% από διαταραχή προσωπικότητας και το 1,4% από διπολική διαταραχή.

Πίνακας 7.11: Χρόνια νοσήματα και φαρμακευτική αγωγή

Χαρακτηριστικό	N (%)
Λαμβάνετε ή λάβατε στο παρελθόν φάρμακο(α) για ψυχικό νόσημα;	
Όχι	37 (51,4)
Ναι	35 (48,6)
Υπήρξαν περιπτώσεις στις οποίες δεν λάβατε το φάρμακο σας, επειδή δεν μπορούσατε να το αγοράσετε;	
Όχι	25 (65,8)
Ναι	13 (34,2)

Το 48,6% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι λαμβάνουν ή λάμβαναν στο παρελθόν φάρμακο(α) για ψυχικό νόσημα, ενώ το 34,2% εξ αυτών δήλωσαν ότι υπήρξαν φορές που δεν έλαβαν το φάρμακό τους επειδή δεν μπορούσαν να το αγοράσουν.

Πίνακας 7.12: Νόσημα/Ασθένεια κατά τη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών και ενέργειες για να αντιμετωπίσουν την ασθένεια[7]

Χαρακτηριστικό	N (%)
Χρειάστηκε να δείτε ένα επαγγελματία ψυχικής υγείας τους τελευταίους 12 μήνες;	
Όχι	42 (58,3)
Ναι	30 (41,7)
Εάν ναι, τι πρόβλημα είχατε;	

[7] Λόγω του μεγάλου αριθμού των ελλειπουσών τιμών (missing values), στον Πίνακα 7.12 τα ποσοστά αθροίζουν στο σύνολο του δείγματος της μελέτης.

Άγχος/κατάθλιψη	3 (9,7)
Αλκοόλ/Χρήση ουσιών/κατάθλιψη	15 (48,4)
Κατάθλιψη	10 (32,3)
Ψυχωτική διαταραχή/ψυχωτικό επεισόδιο	2 (6,5)
Εισαγγελική εντολή	1 (3,2)
Επίσκεψη σε ιδιώτη επαγγελματία ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Ναι	7 (9,7)
Επίσκεψη σε ΤΕΠ Δημόσιου Νοσοκομείου για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Ναι	3 (4,2)
Επίσκεψη σε Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ή Κέντρο Ψυχικής Υγείας για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Ναι	9 (12,5)
Επισκέφθηκα ΜΚΟ με υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Ναι	1 (1,4)
Επισκέφθηκα εξειδικευμένο κέντρο εξαρτήσεων (ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, ΙΑΝΟΣ-ψυχιατρείο) για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Ναι	11 (15,3)
Νοσηλεύθηκα σε Δημόσιο Νοσοκομείο/ Ιδιωτική Κλινική για την αντιμετώπιση ασθένειας	
Ναι	5 (7,0)
Δεν έκανα τίποτα/περίμενα να περάσει μόνο του	
Ναι	2 (2,8)

Το 41,7% δήλωσε ότι χρειάστηκε να δει έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας τους τελευταίους 12 μήνες (το 9,7% λόγω άγχους/κατάθλιψης, το 48,4% λόγω κατάχρησης αλκοόλ/χρήσης ουσιών/κατάθλιψης, το 32,3% λόγω κατάθλιψης, το 6,5% λόγω ψυχωτικής διαταραχής/ψυχωτικού επεισοδίου και το 3,2% λόγω εισαγγελικής εντολής.

Στην ερώτηση σε τι ενέργειες προχώρησαν ώστε να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους, το 12,5% απάντησε ότι επισκέφθηκε Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ή Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το 4,2%

επισκέφθηκε το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, μόλις το 1,4% επισκέφθηκε ΜΚΟ με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και το 9,7% ιδιώτη επαγγελματίας. Το 15,3%, επισκέφθηκε ιατρείο εξειδικευμένο κέντρο εξαρτήσεων (ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, ΙΑΝΟΣ-ψυχιατρείο), το 7% νοσηλεύτηκε σε νοσοκομείο ή κλινική, ενώ το 2,8% δεν έκανε τίποτα/περίμενε να περάσει μόνο του. Κανείς δεν επισκέφτηκε Δημοτικό Ιατρείο, δεν συμβουλεύτηκε φαρμακοποιό, το φιλικό ή το οικογενειακό του περιβάλλον.

7.6. Πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Στους Πίνακες 13, 14, 15 και 16 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη πρόσβαση τους στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Πίνακας 7.13: Δυσκολίες στη χρήση υπηρεσιών

Χαρακτηριστικό	N (%)
Παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας	
Όχι	42 (58,3)
Ναι	30 (41,7)
Βαθμός δυσκολιών στα ΤΕΠ	
Καθόλου	1 (1,4)
Λίγο	1 (1,4)
Πολύ	1 (1,4)
Βαθμός δυσκολιών στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο/Κέντρο Ψυχικής Υγείας	
Καθόλου	12 (16,7)
Λίγο	2 (2,8)
Αρκετά	1 (1,4)
Πολύ	2 (2,8)
Βαθμός δυσκολιών στη ΜΚΟ	
Καθόλου	4 (5,6)

Βαθμός δυσκολιών στη νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο	
Καθόλου	2 (2,8)
Λίγο	1 (1,4)
Πολύ	1 (1,4)
Βαθμός δυσκολιών στη νοσηλεία σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο	
Καθόλου	1 (1,4)
Πολύ	1 (1,4)

Το 41,7% των συμμετεχόντων στη μελέτη έλαβαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το 1,4% αντιμετώπισε δυσκολίες στα ΤΕΠ, το 4,2% στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο/Κέντρο Ψυχικής Υγείας, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία δεν αντιμετώπισε καθόλου δυσκολίες στις ΜΚΟ και στη νοσηλεία σε Δημόσιο και Ιδιωτικό Νοσοκομείο.

Πίνακας 7.14: Οικονομικά ζητήματα που εμποδίζουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας[8]

Χαρακτηριστικό	N (%)
Καταβολή χρηματικού ποσού στα ΤΕΠ	
Όχι	3 (4,2,0)
Καταβολή χρηματικού ποσού στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο	
Όχι	18 (25,0)
Καταβολή χρηματικού ποσού στη ΜΚΟ	
Όχι	4 (5,6)
Καταβολή χρηματικού ποσού στη νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο	
Όχι	4 (5,6)
Καταβολή χρηματικού ποσού στη νοσηλεία σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο	
Όχι	1 (1,4)

Όσον αφορά στην καταβολή χρηματικού ποσού, τρία άτομα δήλωσαν πως κατέβαλαν κάποιο αντίτιμο στα ΤΕΠ, 18 στο Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο, 4 στη ΜΚΟ, κανένας στο Δημοτικό Ιατρείο

[8] Λόγω του μεγάλου αριθμού των ελλειπουσών τιμών (missing values), στον Πίνακα 8.14 τα ποσοστά αθροίζουν στο σύνολο του δείγματος της μελέτης.

και το 5,6% και το 1,4% κατέβαλε κάποιο χρηματικό ποσό για τη νοσηλεία του σε Δημόσιο και Ιδιωτικό Νοσοκομείο, αντίστοιχα.

Πίνακας 7.15: Προβλήματα στην Πρόσβαση και Χρήση Υπηρεσιών Υγείας[9]

Χαρακτηριστικό	N (%)
Προβλήματα στην πρόσβαση και χρήση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας	
Όχι	13 (18,1)
Ναι	18 (25,0)
Δυσκολίες στην επικοινωνία	
Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	10 (13,9)
Αρκετά/Πολύ	7 (9,7)
Δυσκολίες στις γραφειοκρατικές διαδικασίες (πολύπλοκες)	
Καθόλου/Μέτρια	13 (18,1)
Αρκετά/Πολύ	5 (7,0)
Έλλειψη προσοχής από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	
Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	11 (15,3)
Αρκετά/Πολύ	7 (9,7)
Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας	
Καθόλου/Λίγο/Μέτρια	14 (19,4)
Αρκετά/Πολύ	4 (5,6)
Δυσκολία πρόσβασης το μεγάλο κόστος	
Καθόλου/Μέτρια	13 (18,1)
Αρκετά/Πολύ	5 (7,0)

Το 25% των ερωτηθέντων απάντησε πως υπάρχουν προβλήματα στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Λιγότερο από 1 στους 10 απάντησαν ότι οι δυσκολίες επικοινωνίας, η πολυπλοκότητα των γραφειοκρατικών διαδικασιών, η έλλειψη προσοχής από το ιατρονοσηλευτικό

[9] Λόγω του μεγάλου αριθμού των εκλιπουσών τιμών (missing values), στον Πίνακα 8.15 τα ποσοστά αθροίζουν στο σύνολο του δείγματος της μελέτης.

προσωπικό, η έλλειψη ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας τους και το μεγάλο κόστος αποτέλεσαν αρκετά/πολύ προβλήματα που αντιμετώπισαν οι συμμετέχοντες στη μελέτη.

Πίνακας 7.16: Μη χρήση υπηρεσιών υγείας, αιτίες[10]

Χαρακτηριστικό	N (%)
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά δεν μπορέσατε; (Μη χρήση υπηρεσιών υγείας)	
Όχι	60 (84,5)
Ναι	11 (15,5)
Λόγος/άγνωστη τοποθεσία	
Όχι	10 (13,9)
Ναι	1 (1,4)
Λόγος/έλλειψη χρόνου	
Όχι	5 (7,0)
Ναι	11 (15,3)
Λόγος/απόσταση	
Όχι	9 (12,5)
Ναι	2 (2,8)
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση, στην οποία χρειαστήκατε ψυχιατρικά φάρμακα ή ψυχιατρική παρακολούθηση, αλλά δεν μπορέσατε να τα λάβετε; (Μη λήψη φαρμάκων)	
Όχι	49 (70,0)
Ναι	21 (30,0)
Λόγος/ Δεν υπήρχε διαθέσιμο στο Κοινωνικό Φαρμακείο ή στη ΜΚΟ	
Όχι	17 (23,6)
Ναι	3 (4,2)
Λόγος/μη απαραίτητα	
Όχι	17 (23,6)

[10] Λόγω του μεγάλου αριθμού των ελλειπουσών τιμών (missing values), στον Πίνακα 7.16 τα ποσοστά αθροίζουν στο σύνολο του δείγματος της μελέτης.

Ναι	4 (5,6)
Λόγος/η παρακολούθηση δεν ήταν απαραίτητη	
Όχι	16 (22,2)
Ναι	4 (5,6)
Λόγος/έλλειψη χρημάτων	
Όχι	9 (12,5)
Ναι	11 (15,3)

Για το 15,5%, τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά δεν μπόρεσαν. Το 1,4% δεν έκανε χρήση υπηρεσιών λόγω του ότι δεν ήξερε που να απευθυνθεί, το 15,3%, λόγω έλλειψης χρόνου και το 2,8% λόγω απόστασης.

Για το 30%, τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκαν ψυχιατρικά φάρμακα ή ψυχιατρική παρακολούθηση, αλλά δεν μπόρεσαν να τα λάβουν. Το 4,2% δεν τα έλαβε λόγω μη διαθεσιμότητας στο Κοινωνικό Φαρμακείο ή στη ΜΚΟ, το 5,6% γιατί δεν τα θεώρησε απαραίτητα και το 15,3% λόγω έλλειψης χρημάτων.

7.7. Γνώση και κριτική άποψη των Δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη γνώση και κριτική άποψή τους για τις Δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Πίνακας 7.17: Γνώση και κριτική άποψη των Δημόσιων υπηρεσιών υγείας

Χαρακτηριστικό	N (%)
Πόσο καλά πιστεύετε ότι γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;	
Καθόλου	39 (59,1)
Λίγο	10 (15,2)
Μέτρια	4 (6,1)
Αρκετά	6 (9,1)
Πολύ	7 (10,6)
Πόσο καλά πιστεύετε ότι γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;	
Καθόλου	42 (63,6)
Λίγο	7 (10,6)
Μέτρια	4 (6,1)
Αρκετά	6 (9,1)
Πολύ	7 (10,6)
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;	
Καθόλου	9 (22,5)
Λίγο	2 (5,0)
Μέτρια	2 (5,0)
Αρκετά	4 (10,0)
Πολύ	23 (57,5)
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;	
Καθόλου	3 (8,8)

Λίγο	3 (8,8)
Μέτρια	3 (8,8)
Αρκετά	2 (5,9)
Πολύ	23 (67,6)

Το 25,8% απάντησε πως γνωρίζει μέτρια/αρκετά/πολύ καλά τις υπηρεσίες ψυχικής και τα δικαιώματά τους για τη χρήση τους. Σημαντικά αρνητικός παράγοντας θεωρήθηκε το κόστος για το 67,5%. Μέτρια έως πολύ πολύπλοκο θεωρήθηκε το σύστημα υγείας από το 82,3% των ερωτώμενων.

7.8. Διάγνωση

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάγνωση για την ψυχική τους υγεία στο παρελθόν και το παρόν.

Για την καλύτερη επεξεργασία των αποτελεσμάτων λογω περιορισμένου αριθμού του δείγματος, όπου θεωρήθηκε αναγκαίο, έγινε ομαδοποίηση των διαγνώσεων αναλογα με την κατηγοριοποίηση του DSM 4. (πχ. αγχώδεις διαταραχές)

Πίνακας 7.18: Γνώση και κριτική άποψη των Δημόσιων υπηρεσιών υγείας

Χαρακτηριστικό	**N (%)**
ΠΑΡΟΝ	
Κατάθλιψη	
Ναι	20 (27,8)
Αγχώδης διαταραχή	
Ναι	9 (12,5)
Ψυχωτική διαταραχή	
Ναι	7 (9,7)
Διπολική διαταραχή	
Ναι	1 (1,4)
Αλκοόλ	
Ναι	14 (19,4)
Ουσίες	
Ναι	17 (23,9)
Συννοσηρότητα	
Ναι	21 (29,2)
Καμία διάγνωση	
Ναι	25 (34,7)
Όχι	47 (65,3)

ΠΑΡΕΛΘΟΝ	
Κατάθλιψη	
Ναι	34 (47,2)
Αγχώδης διαταραχή	
Ναι	8 (11,1)
Ψυχωτική διαταραχή	
Ναι	7 (9,7)
Διπολική διαταραχή	
Ναι	1 (1,4)
Αλκοόλ	
Ναι	15 (20,8)
Ουσίες	
Ναι	19 (26,4)
Συννοσηρότητα	
Ναι	26 (36,1)
Καμία διάγνωση	
Ναι	20 (28,2)
Θετική ψυχιατρική διάγνωση (παρόν και παρελθόν μαζί)	
Όχι	17 (23,6)
Ναι	55 (76,4)

Αναφορικά με την παρούσα κατάσταση της ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων στη μελέτη, το 27,8% έχει διαγνωστεί με κατάθλιψη, το 12,5% με αγχώδης διαταραχή, το 9,7% με ψυχωτική διαταραχή, το 1,4% με διπολική διαταραχή, το 19,4% με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ, το 23,9% με προβλήματα χρήσης ουσιών, το 29,2% με συννοσηρότητα και το 34,7% δεν έλαβε καμία διάγνωση. Από το σύνολο των ατόμων που έχουν ψυχιατρική διάγνωση στο παρόν (n=47), στο 63,8% εξ αυτών (n=30) παρασχέθηκαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Αναφορικά με την παρελθούσα κατάσταση της ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων στη μελέτη, το 47,2% είχε διαγνωστεί με κατάθλιψη, το 11,1% με αγχώδης διαταραχή, το 9,7% με ψυχωτική διαταραχή, το 1,4% με διπολική διαταραχή, το 20,8% με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ, το 26,4% με προβλήματα χρήσης ουσιών, το 36,1% με συννοσηρότητα και το 28,2% δεν είχε λάβει καμία διάγνωση.

Για το 76,4% (n=55), υπάρχει θετική ψυχιατρική διάγνωση (παρόν και παρελθόν μαζί), εκ των οποίων το 54,6% (n=30) χρησιμοποίησε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (όπως αναφέρονται στον Πίνακα 8.12).

7.9. Συσχετίσεις

7.9.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Μη λήψη φαρμάκου εξαιτίας αδυναμίας αγοράς του

Στον Πίνακα 7.19 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη μη λήψη φαρμάκου εξαιτίας αδυναμίας αγοράς του.

Πίνακας 7.19: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη μη λήψη φαρμάκου εξαιτίας αδυναμίας αγοράς του

Χαρακτηριστικό	Μη λήψη φαρμάκου εξαιτίας αδυναμίας αγοράς του		Τιμή p
	Όχι	Ναι	
Φύλο			0,619[α]
Άντρες	17 (65,4)	9 (34,6)	
Γυναίκες	8 (66,7)	4 (33,3)	
Ηλικία[β]	49,2 (13,5)	49,2 (11,0)	0,999[γ]
Υπηκοότητα			0,314[α]
Μη ελληνική	5 (83,3)	1 (16,7)	
Ελληνική	20 (62,5)	12 (37,5)	
Κατοχή βιβλιαρίου υγείας			0,577[α]
Όχι	16 (66,7)	8 (33,3)	
Ναι	9 (64,3)	5 (35,7)	
Τη στιγμή αυτή εργάζεστε;			0,314[α]
Όχι	20 (62,5)	12 (37,5)	
Ναι	5 (83,3)	1 (16,7)	
Γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας			0,315[α]
Καθόλου/λίγο/μέτρια	16 (69,6)	7 (30,4)	
Αρκετά/πολύ	6 (54,5)	5 (45,5)	
Γνώση των δικαιωμάτων για τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας			0,502[α]

Καθόλου/λίγο/μέτρια	16 (66,7)	8 (33,3)	
Αρκετά/πολύ	6 (60,0)	4 (40,0)	
Ψυχιατρική νοσηρότητα			0,106[α]
Όχι	20 (80,0)	13 (100,0)	
Ναι	5 (20,0)	0 (0,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά
[α] Ακριβής έλεγχος Fisher
[β] Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)
[γ] Έλεγχος t

Στη διμεταβλητή ανάλυση δεν βρέθηκε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p<0,05$) ανάμεσα στη μη λήψη φαρμάκου εξαιτίας αδυναμίας αγοράς του και τις ανεξάρτητες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, υπηκοότητα, κατοχή βιβλιαρίου υγείας, εργασιακή κατάσταση, γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας, γνώση των δικαιωμάτων για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας).

7.9.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Προβλήματα στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Στον Πίνακα 7.21 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα προβλήματα στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 7.21: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα προβλήματα στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας

Χαρακτηριστικό	**Προβλήματα στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας**		**Τιμή p**
	Όχι	**Ναι**	
Φύλο			0,417[α]
Άντρες	10 (45,5)	12 (54,5)	
Γυναίκες	3 (33,3)	6 (66,7)	
Ηλικία[β]	52,8 (13,2)	45,7 (12,7)	**0,138**[γ]
Υπηκοότητα			0,341[α]
Μη ελληνική	3 (60,0)	2 (40,0)	
Ελληνική	10 (38,5)	16 (61,5)	
Κατοχή βιβλιαρίου υγείας			0,524[δ]
Όχι	8 (47,1)	9 (52,9)	
Ναι	5 (35,7)	9 (64,3)	
Τη στιγμή αυτή εργάζεστε;			0,624[α]
Όχι	12 (42,9)	16 (57,1)	
Ναι	1 (33,3)	2 (66,7)	
Γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας			0,624[α]
Καθόλου/λίγο/μέτρια	8 (40,0)	12 (60,0)	
Αρκετά/πολύ	3 (37,5)	5 (62,5)	
Γνώση των δικαιωμάτων για τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας			0,321[α]
Καθόλου/λίγο/μέτρια	6 (33,3)	12 (66,7)	
Αρκετά/πολύ	5 (50,0)	5 (50,0)	

Ψυχιατρική νοσηρότητα			0,329[α]
Όχι	13 (100,0)	16 (88,9)	
Ναι	0 (0,0)	2 (11,1)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά
[α] Ακριβής έλεγχος Fisher
[β] Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)
[γ] Έλεγχος t
[δ] Έλεγχος x^2

Στη διμεταβλητή ανάλυση δεν βρέθηκε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p<0,05$) ανάμεσα στα προβλήματα στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τις ανεξάρτητες μεταβλητές (φύλο, ηλικία, υπηκοότητα, κατοχή βιβλιαρίου υγείας, εργασιακή κατάσταση, γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας, γνώση των δικαιωμάτων για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας).

7.9.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, η οποία δεν ικανοποιήθηκε

Στον Πίνακα 7.22 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, η οποία δεν ικανοποιήθηκε.

Πίνακας 7.22: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, η οποία δεν ικανοποιήθηκε

Χαρακτηριστικό	**Ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, η οποία δεν ικανοποιήθηκε**		**Τιμή p**
	Όχι	**Ναι**	
Φύλο			**0,062**[α]
Άντρες	49 (89,1)	6 (10,9)	
Γυναίκες	11 (68,8)	5 (31,2)	
Ηλικία[β]	50,5 (12,6)	44,6 (13,1)	**0,166**[γ]
Υπηκοότητα			**0,055**[α]
Μη ελληνική	23 (95,8)	1 (4,2)	
Ελληνική	37 (78,7)	10 (21,3)	
Κατοχή βιβλιαρίου υγείας			0,628[α]
Όχι	43 (84,3)	1 (5,7)	
Ναι	17 (85,0)	3 (15,0)	
Τη στιγμή αυτή εργάζεστε;			0,458[α]
Όχι	50 (83,3)	10 (16,7)	
Ναι	10 (90,9)	1 (9,1)	
Γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας			**0,108**[α]
Καθόλου/λίγο/μέτρια	46 (88,5)	6 (11,5)	
Αρκετά/πολύ	9 (69,2)	4 (30,8)	
Γνώση των δικαιωμάτων για τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας			0,317[α]

Καθόλου/λίγο/μέτρια	45 (86,5)	7 (13,5)	
Αρκετά/πολύ	10 (76,9)	3 (23,1)	
Ψυχιατρική νοσηρότητα			**0,055**[α]
Όχι	37 (61,7)	10 (90,9)	
Ναι	23 (38,3)	1 (9,1)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά
[α] Ακριβής έλεγχος Fisher
[β] Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)
[γ] Έλεγχος t

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p<0,20$) ανάμεσα στην ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, η οποία δεν ικανοποιήθηκε και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, στην οποία κανένα δημογραφικό χαρακτηριστικό δεν σχετίζονταν με την ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, η οποία δεν ικανοποιήθηκε.

7.9.4. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για κατάθλιψη

Στον Πίνακα 7.23 παρουσιάζεται η σχέση της παρελθούσας με την παρούσα διάγνωση για κατάθλιψη.

Πίνακας 7.23: Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για κατάθλιψη

			Παρόν-Κατάθλιψη		**Σύνολο**	**Τιμή p**
			Όχι	**Ναι**		
						<0,001[α]
Παρελθόν-Κατάθλιψη	**Όχι**	Ν	37	1	**38**	
		% Παρελθόν-Κατάθλιψη	97,4%	2,6%	**100,0%**	
		% Παρόν-Κατάθλιψη	71,2%	5,0%	**52,8%**	
	Ναι	Ν	15	19	**34**	
		% Παρελθόν-Κατάθλιψη	44,1%	55,9%	**100,0%**	
		% Παρόν-Κατάθλιψη	28,8%	95,0%	**47,2%**	
Σύνολο		**Ν**	**52**	**20**	**72**	
		% Παρελθόν-Κατάθλιψη	**72,2%**	**27,8%**	**100,0%**	
		% Παρόν-Κατάθλιψη	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	

[α] Έλεγχος X^2

Προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για κατάθλιψη στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 ($p<0,001$).

Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους η παρούσα διάγνωση είναι κατάθλιψη (n=20), στο 95% εξ αυτών η διάγνωση ήταν και στο παρελθόν κατάθλιψη (n=19), ενώ από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους η παρούσα διάγνωση δεν είναι κατάθλιψη (n=52), στο 28,8% εξ αυτών η διάγνωση ήταν στο παρελθόν κατάθλιψη (n=15).

7.9.5. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για αγχώδη διαταραχή

Στον Πίνακα 7.24 παρουσιάζεται η σχέση της παρελθούσας με την παρούσα διάγνωση για αγχώδη διαταραχή.

Πίνακας 7.24: Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για αγχώδη διαταραχή

			Παρόν-Αγχώδης διαταραχή		**Σύνολο**	**Τιμή p**
			Όχι	Ναι		
						<0,001[α]
Παρελθόν-Αγχώδης διαταραχή	**Όχι**	N	63	1	**64**	
		% Παρελθόν-Αγχώδης διαταραχή	98,4%	1,6%	**100,0%**	
		% Παρόν-Αγχώδης διαταραχή	100,0%	11,1%	**88,9%**	
	Ναι	N	0	8	**8**	
		% Παρελθόν-Αγχώδης διαταραχή	0,0%	100,0%	**100,0%**	
		% Παρόν-Αγχώδης διαταραχή	0,0%	88,9%	**11,1%**	
Σύνολο		**N**	**63**	**9**	**72**	
		% Παρελθόν-Αγχώδης διαταραχή	**87,5%**	**12,5%**	**100,0%**	
		% Παρόν-Αγχώδης διαταραχή	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	

[α] Ακριβής έλεγχος Fisher

Προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για αγχώδη διαταραχή στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 ($p<0,001$).

Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους η παρούσα διάγνωση είναι αγχώδης διαταραχή (n=9), στο 88,9% εξ αυτών η διάγνωση ήταν και στο παρελθόν αγχώδης διαταραχή (n=8), ενώ από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους η παρούσα διάγνωση δεν είναι αγχώδης διαταραχή (n=63), σε κανέναν εξ αυτών η διάγνωση ήταν στο παρελθόν αγχώδης διαταραχή (n=0).

7.9.6. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για ψυχωτική διαταραχή

Στον Πίνακα 7.25 παρουσιάζεται η σχέση της παρελθούσας με την παρούσα διάγνωση για ψυχωτική διαταραχή.

Πίνακας 7.25: Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για ψυχωτική διαταραχή

			Παρόν-Ψυχωτική διαταραχή		**Σύνολο**	**Τιμή p**
			Όχι	**Ναι**		
						<0,001[α]
Παρελθόν-Ψυχωτική διαταραχή	**Όχι**	N	65	0	**65**	
		% Παρελθόν-Ψυχωτική διαταραχή	100,0%	0,0%	**100,0%**	
		% Παρόν-Ψυχωτική διαταραχή	100,0%	0,0%	**90,3%**	
	Ναι	N	0	7	**7**	
		% Παρελθόν-Ψυχωτική διαταραχή	0,0%	100,0%	**100,0%**	
		% Παρόν-Ψυχωτική διαταραχή	0,0%	100,0%	**9,7%**	
Σύνολο		**N**	**65**	**7**	**72**	
		% Παρελθόν-Ψυχωτική διαταραχή	**90,3%**	**9,7%**	**100,0%**	
		% Παρόν-Ψυχωτική διαταραχή	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	

[α] Ακριβής έλεγχος Fisher

Προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για ψυχωτική διαταραχή στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 ($p<0,001$).

Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους η παρούσα διάγνωση είναι ψυχωτική διαταραχή (n=7), στο 100% εξ αυτών η διάγνωση ήταν και στο παρελθόν ψυχωτική διαταραχή (n=7), ενώ από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους η παρούσα διάγνωση δεν είναι ψυχωτική διαταραχή (n=65), σε κανέναν εξ αυτών η διάγνωση ήταν στο παρελθόν ψυχωτική διαταραχή (n=0).

7.9.7. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για διπολική διαταραχή

Στον Πίνακα 26 παρουσιάζεται η σχέση της παρελθούσας με την παρούσα διάγνωση για διπολική διαταραχή.

Πίνακας 7.26: Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για διπολική διαταραχή

			Παρόν-Διπολική διαταραχή		**Σύνολο**	**Τιμή p**
			Όχι	**Ναι**		
						0,014[α]
Παρελθόν-Διπολική διαταραχή	**Όχι**	N	71	0	**71**	
		% Παρελθόν-Διπολική διαταραχή	100,0%	0,0%	**100,0%**	
		% Παρόν-Διπολική διαταραχή	100,0%	0,0%	**98,6%**	
	Ναι	N	0	1	**1**	
		% Παρελθόν-Διπολική διαταραχή	0,0%	100,0%	**100,0%**	
		% Παρόν-Διπολική διαταραχή	0,0%	100,0%	**1,4%**	
Σύνολο		**N**	**71**	**1**	**72**	
		% Παρελθόν-Διπολική διαταραχή	**98,6%**	**1,4%**	**100,0%**	
		% Παρόν-Διπολική διαταραχή	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	

[α] Ακριβής έλεγχος Fisher

Προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για διπολική διαταραχή στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 (p=0,014).

7.9.8. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για χρήση αλκοόλ

Στον Πίνακα 7.27 παρουσιάζεται η σχέση της παρελθούσας με την παρούσα διάγνωση για χρήση αλκοόλ.

Πίνακας 7.27: Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για χρήση αλκοόλ

			Παρόν-Αλκοόλ		Σύνολο	Τιμή p
			Όχι	Ναι		
						<0,001[α]
Παρελθόν-Αλκοόλ	**Όχι**	N	56	1	**57**	
		% Παρελθόν-Αλκοόλ	98,2%	1,8%	**100,0%**	
		% Παρόν-Αλκοόλ	96,6%	7,1%	**79,2%**	
	Ναι	N	2	13	**15**	
		% Παρελθόν-Αλκοόλ	13,3%	86,7%	**100,0%**	
		% Παρόν-Αλκοόλ	3,4%	92,9%	**20,8%**	
Σύνολο		**N**	**58**	**14**	**72**	
		% Παρελθόν-Αλκοόλ	**80,6%**	**19,4%**	**100,0%**	
		% Παρόν-Αλκοόλ	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	

[α] Ακριβής έλεγχος Fisher

Προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για χρήση αλκοόλ στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 ($p<0,001$).

Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους η παρούσα διάγνωση είναι χρήση αλκοόλ (n=14), στο 92,9% εξ αυτών η διάγνωση ήταν και στο παρελθόν χρήση αλκοόλ (n=13), ενώ από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους η παρούσα διάγνωση δεν είναι χρήση αλκοόλ (n=58), στο 3,4% εξ αυτών η διάγνωση ήταν στο παρελθόν χρήση αλκοόλ (n=2).

7.9.9. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για χρήση ουσιών

Στον Πίνακα 7.28 παρουσιάζεται η σχέση της παρελθούσας με την παρούσα διάγνωση για χρήση ουσιών.

Πίνακας 7.28: Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για χρήση ουσιών

			Παρόν-Ουσίες		Σύνολο	Τιμή p
			Όχι	Ναι		
						<0,001[α]
Παρελθόν-Ουσίες	**Όχι**	N	52	0	**52**	
		% Παρελθόν-Ουσίες	100,0%	0,0%	**100,0%**	
		% Παρόν-Ουσίες	96,3%	0,0%	**73,2%**	
	Ναι	N	2	17	**19**	
		% Παρελθόν-Ουσίες	10,5%	89,5%	**100,0%**	
		% Παρόν-Ουσίες	3,7%	100,0%	**26,8%**	
Σύνολο		**N**	**54**	**17**	**71**	
		% Παρελθόν-Ουσίες	**76,1%**	**23,9%**	**100,0%**	
		% Παρόν-Ουσίες	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	

[α] Ακριβής έλεγχος Fisher

Προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για χρήση ουσιών στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 ($p<0,001$).

Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους η παρούσα διάγνωση είναι χρήση ουσιών (n=17), στο 100% εξ αυτών η διάγνωση ήταν και στο παρελθόν χρήση ουσιών (n=17), ενώ από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους η παρούσα διάγνωση δεν είναι χρήση ουσιών (n=54), στο 3,7% εξ αυτών η διάγνωση ήταν στο παρελθόν χρήση ουσιών (n=2).

7.9.10. Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για συννοσηρότητα

Στον Πίνακα 7.29 παρουσιάζεται η σχέση της παρελθούσας με την παρούσα διάγνωση για συννοσηρότητα.

Πίνακας 7.29: Σχέση παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για συννοσηρότητα

			Παρόν-Συννοσηρότητα		Σύνολο	Τιμή p
			Όχι	Ναι		
						<0,001[α]
Παρελθόν-Συννοσηρότητα	**Όχι**	N	46	0	**46**	
		% Παρελθόν-Συννοσηρότητα	100,0%	0,0%	**100,0%**	
		% Παρόν-Συννοσηρότητα	90,2%	0,0%	**63,9%**	
	Ναι	N	5	21	**26**	
		% Παρελθόν-Συννοσηρότητα	19,2%	80,8%	**100,0%**	
		% Παρόν-Συννοσηρότητα	9,8%	100,0%	**36,1%**	
Σύνολο		**N**	**51**	**21**	**72**	
		% Παρελθόν-Συννοσηρότητα	**70,8%**	**29,2%**	**100,0%**	
		% Παρόν-Συννοσηρότητα	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	

[α] Έλεγχος X^2

Προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της παρελθούσας και παρούσας διάγνωσης για συννοσηρότητα στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 ($p<0,001$).

Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους η παρούσα διάγνωση είναι για συννοσηρότητα (n=21), στο 100% εξ αυτών η διάγνωση ήταν και στο παρελθόν για συννοσηρότητα (n=21), ενώ από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους η παρούσα διάγνωση δεν είναι για συννοσηρότητα (n=51), στο 9,8% εξ αυτών η διάγνωση ήταν στο παρελθόν για συννοσηρότητα (n=5).

7.9.11. Σχέση αυτό-αναφερόμενης ψυχικής διαταραχής με τη θετική ψυχιατρική διάγνωση (παρόν και παρελθόν μαζί)

Στον Πίνακα 7.30 παρουσιάζεται η σχέση της αυτό-αναφερόμενης ψυχικής διαταραχής με τη θετική ψυχιατρική διάγνωση (παρόν και παρελθόν μαζί).

Πίνακας 7.30: Σχέση αυτό-αναφερόμενης ψυχικής διαταραχής με τη θετική ψυχιατρική διάγνωση (παρόν και παρελθόν μαζί)

			Θετική ψυχιατρική διάγνωση (παρόν και παρελθόν μαζί)		Σύνολο	Τιμή p
			Ναι	Όχι		
						<0,001[α]
Είχατε στο παρελθόν ή έχετε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας; (αυτό-αναφερόμενη ψυχική διαταραχή)	Όχι	N	13	16	**29**	
		% αυτό-αναφερόμενη ψυχική διαταραχή	44,8%	55,2%	**100,0%**	
		% Θετική ψυχιατρική διάγνωση (παρόν και παρελθόν μαζί)	23,6%	94,1%	**40,3%**	
	Ναι	N	42	1	**43**	
		% αυτό-αναφερόμενη ψυχική διαταραχή	97,7%	2,3%	**100,0%**	
		% Θετική ψυχιατρική διάγνωση (παρόν και παρελθόν μαζί)	76,4%	5,9%	**59,7%**	
Σύνολο		**N**	**55**	**17**	**72**	
		% αυτό-αναφερόμενη ψυχική διαταραχή	**76,4%**	**23,6%**	**100,0%**	
		% Θετική ψυχιατρική διάγνωση (παρόν και παρελθόν μαζί)	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	

[α] Έλεγχος X^2

Προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αυτό-αναφερόμενης ψυχικής διαταραχής και της θετικής ψυχικής διάγνωσης (παρόν και παρελθόν μαζί). στο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 ($p<0,001$). Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους δεν υπάρχει θετική ψυχιατρική διάγνωση (παρόν και παρελθόν μαζί) (n=17), το 94,1% εξ αυτών ανέφερε ότι στο παρελθόν ή στο παρόν δεν είχε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας (n=16), ενώ από το σύνολο των ασθενών για τους οποίους υπάρχει θετική ψυχιατρική διάγνωση (παρόν και παρελθόν μαζί) (n=55), το 23,6% εξ αυτών ανέφερε ότι στο παρελθόν ή στο παρόν δεν είχε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας (n=13).

7.9.12. Εξαρτημένη μεταβλητή: Παροχή/λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Στον Πίνακα 7.31 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την παροχή/λήψη υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 7.31: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την παροχή/λήψη υπηρεσιών υγείας

Χαρακτηριστικό	**Παροχή/λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας**		**Τιμή p**
	Όχι	**Ναι**	
Φύλο			**0,180**[α]
Άντρες	35 (83,3)	21 (70,0)	
Γυναίκες	7 (16,7)	9 (30,0)	
Ηλικία[β]	50,5 (12,4)	47,7 (13,3)	0,363[γ]
Υπηκοότητα			**0,027**[α]
Μη ελληνική	19 (45,2)	6 (20,0)	
Ελληνική	23 (54,8)	24 (80,0)	
Κατοχή βιβλιαρίου υγείας			**0,013**[α]
Όχι	35 (83,3)	17 (56,7)	
Ναι	7 (16,7)	13 (43,3)	
Τη στιγμή αυτή εργάζεστε;			**0,200**[α]
Όχι	33 (78,6)	27 (90,0)	
Ναι	9 (21,4)	3 (10,0)	
Γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας			**0,094**[α]
Καθόλου/λίγο/μέτρια	34 (87,2)	19 (70,4)	
Αρκετά/πολύ	5 (12,8)	8 (29,6)	
Γνώση των δικαιωμάτων για τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας			**0,020**[α]

Καθόλου/λίγο/μέτρια	35 (89,7)	18 (66,7)	
Αρκετά/πολύ	4 (10,3)	9 (33,3)	
Ψυχιατρική νοσηρότητα			**<0,001**[α]
Όχι	19 (45,2)	28 (93,3)	
Ναι	23 (54,8)	2 (6,7)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά
[α] Έλεγχος X^2
[β] Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)
[γ] Έλεγχος t

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p<0,20$) ανάμεσα στην παροχή/λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.32.

Πίνακας 7.32: Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την παροχή/λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας

	Λόγος των odds	**95% διάστημα εμπιστοσύνης**	**Τιμή p**
Κατοχή βιβλιαρίου υγείας (Κατηγορία αναφοράς: Όχι)	4,153	1,117 έως 15,433	0,034
Ψυχιατρική νοσηρότητα (Κατηγορία αναφοράς: Όχι)	14,276	2,768 έως 73,615	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Τα άτομα με βιβλιάριο υγείας έλαβαν συχνότερα υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σχέση με τα άτομα χωρίς βιβλιάριο υγείας. Μάλιστα, η σχετική πιθανότητα παροχής/λήψης υπηρεσιών

ψυχικής υγείας ήταν 4,1 φορές μεγαλύτερη στα άτομα με βιβλιάριο υγείας σε σχέση με τα άτομα χωρίς βιβλιάριο υγείας (OR=4,1, p=0,034).

- Τα άτομα με ψυχιατρική νοσηρότητα έλαβαν συχνότερα υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σχέση με τα άτομα χωρίς ψυχιατρική νοσηρότητα. Μάλιστα, η σχετική πιθανότητα παροχής/λήψης υπηρεσιών ψυχικής υγείας ήταν 14,3 φορές μεγαλύτερη στα άτομα με ψυχιατρική νοσηρότητα σε σχέση με τα άτομα χωρίς ψυχιατρική νοσηρότητα (OR=14,3, p=0,001).

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 26,9% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής, παροχή/λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αν και πρόκειται για ένα μικρό σε αριθμό δείγμα φαίνεται πως τα αποτελέσματά μας είναι σύντονα με τη βιβλιογραφία. Το ποσοστό αυτών που απάντησαν στην μελέτη (90%) ήταν υψηλό (Response rate) και πιθανόν να οφείλεται στο ότι οι ερωτηθέντες ήταν λιγότερο καχύποπτοι καθώς γνώριζαν ήδη την ερευνήτρια που εργαζόταν στο ΚΗ ως ιατρός. Παρατηρήθηκε ότι οι απαντήσεις που έδιναν ήταν συχνά αντικρουόμενες (δεν πάσχω από κάποιο νόσημα αλλά λαμβάνω φάρμακα κλπ.) γεγονός το οποίο μπορεί να περιπλέκει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων

8.1 Δημογραφικά στοιχεία

Από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης βλέπουμε ότι η πλειοψηφία των αστέγων ήταν άνδρες σε ποσοστό 77.8% και ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι τα 49,3 έτη, δηλαδή το δείγμα είναι αρκετά μεγαλύτερο σε ηλικία από το μέσο όρο άλλων ερευνών που προέρχονται από τον ευρωπαϊκό χώρο. Βέβαια σύμφωνα με τελευταίες έρευνες φαίνεται ο πληθυσμός των αστέγων να «γερνάει» (9) γεγονός που μπορεί να βοηθάει στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης. Η αλλαγή αυτή, παρατηρήθηκε κυρίως σε έρευνες που έγιναν στις ΗΠΑ, όπου φαίνεται ο μέσος όρος ηλικίας να προσεγγίζει τα 50. Οι λόγοι για τους οποίους εκτιμάται ότι έγινε αυτή η αλλαγή είναι προβλήματα στην συντήρηση στέγης που οφείλονται στην οικονομική κρίση, αλλαγές στη δομή της οικογένειας και η γήρανση του γενικού πληθυσμού. Ο μέσος όρος ηλικίας στην ελληνική έρευνα που εντοπίσηκε της Χονδράκη Π. φαίνεται να είναι επίσης συμβατός με τα ευρήματα της παρούσης μελέτης (51.19 έτη). Η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν όσον αφορά τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας που έχουν αυτά τα άτομα. Γνωρίζοντας ότι σε νεότερο πληθυσμό η προτεραιότητα είναι τα λοιμώδη νοσήματα, οι τραυματισμοί, το αλκοόλ και η χρήση ουσιών, σε μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα οι προτεραιότητες αλλάζουν και η διαχείριση χρόνιων ασθενειών και γηριατρικών παθήσεων αποτελεί πρωταρχικό μέλημα. (9,31,35)

Όσον αφορά στην ασφαλιστική κάλυψη του μελετώμενου πληθυσμού, αξίζει να αναφερθεί ότι το 72.2% ήταν ανασφάλιστοι, ενώ από το μικρό ποσοστό των ασφαλισμένων μόνο 2 άτομα είχαν στην κατοχή τους Health Voucher (το διάστημα εκπόνησης της παρούσας μελέτης, ήταν σε ισχύ ο θεσμός των health voucher που όμως αργότερα καταργήθηκε). Δεν διερευνήθηκαν οι λόγοι για τους οποίους οι ανασφάλιστοι δεν προέβησαν σε έκδοση του Health Voucher.

Η πλειοψηφία του δείγματος διέμεναν σε ανεπαρκείς/ακατάλληλες συνθήκες (33.3%) ενώ το 20,8% στον δρόμο, το 23,6% σε υπνωτήριο/ξενώνες και το 22% με επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης. Η έρευνα της Χονδράκη καταλήγει σε λίγο μεγαλύτερα ποσοστά όσον αφορά αυτούς που κοιμούνται στον δρόμο στην Αθήνα 26%. Παρόμοια ποσοστά με την δική μας μελέτη δίνουν όμως και άλλες μελέτες στην Ευρώπη(50–52) .

Μόλις το 16.7% των αστέγων του δείγματος δήλωσε ότι εργαζόταν και τις πλείστες φορές σε μερικής απασχόλησης εργασία με πολύ χαμηλές απολαβές. Από άλλες έρευνες φαίνεται ότι από τον πληθυσμό των αστέγων δουλεύει γύρω στο 10% ενώ το 80% αναφέρει ότι επιθυμεί να δουλέψει.(36) Η ανεργία έχει φανεί από διάφορες έρευνες ότι μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την υγεία των ατόμων.(3) Πιθανόν λόγω της οικονομικής κρίσης, των αυξημένων ποσοστών ανεργίας, του κοινωνικού αποκλεισμού και στίγματος που μπορεί να αντιμετωπίζει αυτή η ομάδα, η εξεύρεση εργασίας αποτελεί ένα πολύ δύσκολο εγχείρημα για το οποίο κατάλληλες δομές όπως λειτουργούν στο ΚΗ (σύμβουλος εργασίας) μπορούν να βοηθήσουν το άτομα που ενδιαφέρονται.

8.2 Γενικά/σωματικά προβλήματα υγείας αστέγων Θεσσαλονίκης

Όσον αφορά τα αυτοαναφερόμενα χρόνια προβλήματα υγείας το 56,9% ανέφεραν κάποιο πρόβλημα υγείας σωματικό ή και ψυχικό (n=41) ποσοστό αρκετά αυξημένο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Σχεδόν τα τρία τέταρτα του πληθυσμού στην Ελλάδα (74%) δηλώνουν καλά στην υγεία τους το 2015, ποσοστό υψηλότερο από τις περισσότερες υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, αλλά ελαφρώς χαμηλότερο σε σχέση με πριν από 10 χρόνια (77% το 2005). Μόνο το 43,1% των αστέγων του δείγματός μας στη Θεσσαλονίκη δήλωσαν καλά στην υγεία τους.(12)

Από το δείγμα μας το 48.6% (n= 35) ανέφερε κάποιο σωματικό πρόβλημα υγείας με συχνότερα την υπέρταση 12,5% την καρδιαγγειακή νόσο 13,9% και τα λοιμώδη νοσήματα 12,5%. Όσον αφορά τα λοιμώδη νοσήματα (HCV, HBV, HIV, tuberculosis) είναι γνωστό και από άλλες έρευνες ότι η επίπτωση στον πληθυσμό αυτό είναι μεγαλύτερη από τον γενικό πληθυσμό με τις υπάρχουσες έρευνες να παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια όσον αφορά τα ποσοστά. (30) Από τους 35 που αναφέρουν χρόνιο νόσημα προκύπτει ότι οι 25 έχουν απευθυνθεί σε κάποιο γιατρό για φαρμακευτική αγωγή.

8.2.1 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Το 34,7 % (n=25) αναφέρει ότι βρίσκεται σε φαρμακευτική αγωγή για κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας άρα αυτό σημαίνει ότι έχει απευθυνθεί σε κάποιο γιατρό για το πρόβλημά του, ενώ οι 20 εξ αυτών δήλωσαν ότι υπήρξαν φορές που δεν έλαβαν το φάρμακό τους επειδή δεν μπορούσαν να το αγοράσουν.

Όταν ρωτήθηκε το δείγμα μας αν κατά τους τελευταίους 12 μήνες νοσήσαν, το 76,4% (n=55) απάντησε καταφατικά στην ερώτηση. Συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα υγείας αποτέλεσαν η λοίμωξη αναπνευστικού και οι τραυματισμοί/ατυχήματα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι τραυματισμοί αποτελούν μια από τις κυριότερες αιτίες εισαγωγής των αστέγων είτε στο τμήμα επειγόντων είτε για νοσηλεία.(30) Φαίνεται πως οι τραυματισμοί αυτοί μπορεί να συνδέονται με την αυξημένη χρήση ουσιών σε αυτό τον πληθυσμό αλλά και σε άλλους λόγους σχετικούς με το φαινόμενο αυτό καθαυτό όπως πχ εγκαύματα από αποτυχημένες προσπάθειες για να ζεσταθούν, ατυχήματα, θύματα βίας κλπ. Οι μελέτες που έχουν γίνει μέχρι τώρα προτείνουν να τεθούν σε εφαρμογή στρατηγικές πρόληψης ατυχημάτων/τραυματισμών (εγκαύματα, πτώσεις, δηλητηριάσεις και βία) (53)

Στην ερώτηση σε τι ενέργειες προχώρησαν ώστε να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα υγείας τους, οι πλείστοι (65,5%, n=36) επισκέφθηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, το 23,6% (n=13) απάντησε ότι επισκέφθηκε Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ή Κέντρο Υγείας, μόλις το 1,8% (n=1) επισκέφθηκε δημοτικό ιατρείο και το ίδιο ποσοστό ανέφερε επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό. Το 30,4% (n=21) επισκέφθηκε ιατρείο ΜΚΟ και το 21,8% (n=12) νοσηλεύτηκε σε νοσοκομείο ή κλινική, ενώ μόλις το 5,4% αναζήτησε μη ιατρική βοήθεια (φαρμακοποιός/φιλικό περιβάλλον) και το 7,3% περίμενε να περάσει από μόνο του. Φαίνεται ότι ο πληθυσμός των αστέγων στη Θεσσαλονίκη ακολουθεί την τάση που υπάρχει και σε άλλες χώρες δηλαδή να γίνεται μεγάλη χρήση του τμήματος επειγόντων και της νοσηλείας. (28,44–46) Γνωρίζοντας την τάση αυτή καθώς και τις ανάγκες αυτού του πληθυσμού η ανάπτυξη δομών όπως υπηρεσιών γενικής ιατρικής με διασύνδεση στις υπάρχουσες δομές αστέγων (υπνωτήριο, ΚΗ) ή ακόμη και "street actions" θα μπορούσαν να προλάβουν και να καλύψουν τέτοιες ανάγκες. Ακόμη, όπως προαναφέραμε, η χρήση των επειγόντων γίνεται συχνότερα από τους αστέγους-χρήστες ουσιών/αλκοόλ. Με την ανάπτυξη των αντίστοιχων δομών για εξαρτήσεις θα μπορούσε αυτός ο πληθυσμός να

αντιμετωπιστεί πληρέστερα και να έχουν οι ασθενείς αυτοί θεράποντες αναφοράς οι οποίοι θα μπορούσαν να τους κατευθύνουν αν χρειάζεται περαιτέρω φροντίδα.

Αναδεικνύεται ταυτόχρονα η μεγάλη χρήση των ιατρείων κοινωνικής αλληλεγγύης από αυτόν τον πληθυσμό που είναι κατά κύριο λόγο ανασφάλιστος. Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα τα κοινωνικά ιατρεία, ιατρεία ΜΚΟ έχουν αυξηθεί κατά πολύ και εξυπηρετούν μια μεγάλη μερίδα του ανασφάλιστου πληθυσμού. Ενώ προ κρίσης τα ιατρεία αυτά ήταν πολύ λιγότερα σε αριθμό και εξυπηρετούσαν κυρίως μετανάστες, από το 2010 και μετά καταγράφεται μια μεγάλη αύξηση του αριθμού τους καθώς το 2015 υπολογίζονταν να υπάρχουν 94 ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης (ΚΑ) σε ολόκληρη τη χώρα. Η αύξηση αυτή εξηγείται από τη δυσκολία του ελληνικού συστήματος υγείας να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού εν μέσω κρίσης. Έτσι, οι επισκέψεις στα ιατρεία ΚΑ αυξήθηκαν και πλέον η πλειοψηφία των ασθενών είναι ελληνικής καταγωγής σύμφωνα με τα στοιχεία που δόθηκαν από τα ιατρεία. Αν και αυτά τα ιατρεία παρείχαν μεγάλη βοήθεια στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού φαίνεται να έχουν δυσκολίες όσον αφορά τη λειτουργία τους, την αποτελεσματικότητά τους, και τη χρηματοδότησή τους. Ακόμη, η αδυναμία συντονισμού και ελέγχου τους από ένα κεντρικό φορέα, καθώς και η έλλειψη ενός σαφούς πλαισίου αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθιστά προβληματική τη λειτουργία τους. Φαίνεται όμως ότι λόγω αδυναμίας του Εθνικού συστήματος υγείας να ανταποκριθεί στις ανάγκες των πολίτων και ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων τα ιατρεία ΚΑ από βραχυπρόθεσμη λύση εξελίχθηκαν σε μακροπρόθεσμη λύση, έστω και αποσπασματική, του προβλήματος.(54)

Από τους αστέγους που αποτάθηκαν σε υπηρεσίες υγείας για το πρόβλημα τους (70,9%, n=51), μόνο οι 3 αναφέρουν ότι δεν τους παρασχέθηκαν καθόλου υπηρεσίες υγείας. Το 14% (n=10) αντιμετώπισε δυσκολίες στα ΤΕΠ, το 5,6% (n=4) στα Τακτικά εξωτερικά ιατρεία, ενώ οι υπόλοιποι δεν αντιμετώπισαν δυσκολίες στα ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης και στη νοσηλεία στο δημόσιο. Από την προσωπική μου παρατήρηση φαίνεται πως οι άστεγοι προτιμούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας των κοινωνικών ιατρείων καθώς νιώθουν ότι εξυπηρετούνται καλύτερα και δεν στιγματοποιούνται. Η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ιδιαίτερη αυτή ομάδα έχει μεγάλη σημασία για να επιτευχθεί βελτίωση και προσαρμογή στις ανάγκες τους των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Όσον αφορά τις αυτοαναφερόμενες, μη ικανοποιούμενες ανάγκες του δείγματός μας, για το 43,1% (n=31), τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπόρεσαν. Το 7% (n=5) δεν έκανε χρήση υπηρεσιών λόγω του ότι δεν ήξερε που να απευθυνθεί, λόγος ο οποίος ανευρίσκεται και στην ερευνά της Χονδράκη Π. στην Αθήνα. Το 25% (n=18) λόγω του υψηλού κόστους, το 2,8%,(n=2) λόγω έλλειψης χρόνου και το 8,3% (n=6) λόγω απόστασης. Το αντίστοιχο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό με μη ικανοποιούμενες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας ανήλθε στο 12,3% και θεωρείται μάλιστα αυξημένο σε σχέση με τον μέσο όρο στην ΕΕ που είναι στο 3,3%.(1) Η ενημέρωση των αστέγων σχετικά με τα δικαιώματα τους από τις κοινωνικές υπηρεσίες του κράτους αλλά και των δομών των ΜΚΟ όσον αφορά την πρόσβαση, είναι σημαντική καθώς πολλές φορές, τα άτομα αυτά φαίνεται να αγνοούν τα δικαιώματά τους και επομένως να μην τα διεκδικούν.

Για το 36,1% (n=26), τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκαν φάρμακα, αλλά δεν μπόρεσαν να τα λάβουν. Το 12,5% δεν τα έλαβε λόγω μη διαθεσιμότητας στο κοινωνικό φαρμακείο, το 5,6% γιατί δεν τα θεώρησε απαραίτητα και το 30,1% λόγω έλλειψης χρημάτων. Όσον αφορά τον γενικό πληθυσμό, Σύμφωνα με την Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ ένα ποσοστό της τάξεως του 22% δήλωσε ότι έχει πρόβλημα στην πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας με κύριο αναφερόμενο φραγμό το οικονομικό κόστος. Το 2014, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν ιατρική φροντίδα ή θεραπεία, το 13,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Οδοντιατρική φροντίδα ή θεραπεία δεν έλαβε το 15,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. Παρά το γεγονός ότι στο διάστημα 2012-2014 αυξήθηκε σε όγκο η κατανάλωση φαρμάκων ένας στους τέσσερις πολίτες που λαμβάνει φάρμακα σε τακτική βάση, έχει μειώσει την κατανάλωση ειδών πρώτης ανάγκης για την κάλυψη του κόστους των φαρμάκων, ενώ ένας στους πέντε καθυστερεί να εκτελέσει ή και δεν λαμβάνει τελικά τη συνταγή λόγω αδυναμίας πληρωμής της σχετικής δαπάνης. Στην πλειονότητα των ατόμων, όλων των επαγγελματικών κατηγοριών, διαπιστώνεται δέσμευση για συνταγογραφούμενα φάρμακα ποσοστού τους εισοδήματος μέχρι 10%. Πάνω από τους μισούς συνταξιούχους, ανέργους και νοικοκυρές αναφέρουν μεγάλη ανησυχία για την πληρωμή των φαρμάκων, ενώ ένας στους τρεις καλύπτει ιδία δαπάνη την αγορά φαρμάκων (άνεργοι 42,3%). Ένας στους τρεις ασθενείς με καρκίνο και ένας στους δύο ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, αντιμετώπιζαν πρόβλημα πρόσβασης στην φαρμακευτική θεραπεία, ενώ από το 2013 στο 2014 αυξήθηκε το ποσοστό των ασθενών που δηλώσαν διακοπή λόγω υψηλού κόστους της υπολιπιδαιμικής

φαρμακευτικής αγωγής, από 13% σε 16,5%. Η εξαίρεση των ευπαθών ομάδων από το θεσμό του ποσοστού συμμέτοχής για τη λήψη φαρμάκων θα διευκόλυνε την πρόσβαση των ομάδων αυτών στη φαρμακευτική αγωγή. Με τον νόμο του 2016 για την καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας φαίνεται να έχει διευκολυνθεί έως ένα βαθμό ο πληθυσμός αυτός.(55)

Όσον αφορά το μελετώμενο δείγμα των αστέγων, το 37,5% των ερωτηθέντων απάντησε πως υπάρχουν προβλήματα στη πρόσβαση τα οποία εντόπισαν στην πολυπλοκότητα των γραφειοκρατικών διαδικασιών, στην έλλειψη προσοχής από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στην έλλειψη ενημέρωσης τους και στο μεγάλο κόστος. Το κόστος φαίνεται να είναι ο σημαντικότερος λόγος μη ικανοποιούμενων αναγκών (φάρμακα 36,1%, υπηρεσίες υγείας 43,1%) το τελευταίο 12μηνο. Τα ποσοστά μη ικανοποιούμενων αναγκών λόγω κόστους είναι αυξημένα και στον γενικό πληθυσμό όπως προαναφέρθηκε.(12)

Τέλος φαίνεται πως ο πληθυσμός μας θεωρεί ότι γνωρίζει καλά τις υπηρεσίες γενικής υγείας και τα δικαιώματά τους αλλά θεωρεί πως το σύστημα είναι πολύπλοκο.

8.3 Ψυχοπαθολογία αστέγων Θεσσαλονίκης

Όσον αφορά την ψυχική υγεία του δείγματος, όπως ήταν αναμενόμενο η επίπτωση των ψυχικών διαταραχών ήταν κατά πολύ μεγαλύτερη από τον γενικό πληθυσμό με τις διαταραχές χρήσης ουσιών και αλκοόλ να έχουν τα ηνία. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία και μάλιστα η χρήση ουσιών και αλκοόλ φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα σε αυτό τον πληθυσμό αλλά και αίτιο για διάφορα γενικά προβλήματα υγείας. (11)Τα αυτοαναφερόμενα ψυχιατρικά προβλήματα ήταν στο 59,7% του δείγματος ενώ στη συνέχεια βρέθηκε με τη δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη MINI, ψυχιατρική νοσηρότητα στο 76,4% του δείγματος με το 29,2% να παρουσιάζει τρέχουσα συννοσηρότητα (πάνω από 2 ψυχιατρικές διαταραχές). Ουσιαστικά αυτοί που έκαναν αυτοαναφορά ψυχιατρικού νοσήματος είχαν και μεγάλη πιθανότητα να διαγνωστούν τελικά με μια ψυχιατρική διαταραχή.

Στα επιμέρους προβλήματα ψυχικής υγείας, η κατάθλιψη κατέχει ένα ποσοστό 27,8% στην παρούσα φάση, των αγχωδών διαταραχών ήταν στο 12,5% και των ψυχωτικών διαταραχών στο 9,7%. Όσον αφορά την διαταραχής χρήσεως αλκοόλ το ποσοστό ήταν στο 19,4% και της διαταραχής χρήσεων ουσιών στο 23,9%. Παρόλο που κάποιοι ερωτηθέντες ανέφεραν αποχή από ναρκωτικές ουσίες και αλκοόλ, η απόπνοια αλκοόλης καθώς και η κλινική τους εικόνα φανέρωνε το αντίθετο.

Τα αντίστοιχα ποσοστά των ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας δείχνουν να διαφέρουν από τα στοιχεία που έχουμε στον μελετώμενο πληθυσμό. Από την Πανελλήνια Επιδημιολογική μελέτη Ψυχοπαθολογίας ενηλίκων του Ψυχιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που έγινε το 2009, βρέθηκε ότι μόνο το 14% του πληθυσμού εμφανίζει κάποια μείζων ψυχοπαθολογία. Η τρέχουσα επικράτηση της καταθλιπτικής διαταραχής στο γενικό πληθυσμό είναι 2,9% (σε αντιδιαστολή με το 27,8% στην παρούσα έρευνα), οι αγχώδεις διαταραχές είναι στο 6,46% (12,5% στην παρούσα έρευνα). Η κατάχρηση αλκοολ καταγράφεται στο 12,69% του πληθυσμό (19,4% διαταραχές χρήσης αλκοόλ στην παρούσα έρευνα). (20) Το ποσοστό των Ελλήνων ενήλικων που ανέφεραν περιστασιακή υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ το 2014 ήταν στο 10% σύμφωνα με την έκθεση του OECD.(12)

Σε μία άλλη πανελλαδική έρευνα που έγινε τηλεφωνικώς βρέθηκε ότι ο επιπολασμός του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου κατά τον τελευταίο μήνα, στον γενικό πληθυσμό, το 2008 ήταν 3,3%, ενώ το 2009 6,8%, που σημαίνει πως αυξήθηκε κατά 2,1 φορές ($p<0,0001$). Ο υψηλός βαθμός οικονομικής δυσχέρειας φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με την επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης. (41) Όσον αφορά την επικράτηση των ψυχωτικών διαταραχών, τα ποσοστά της επικράτησης της νόσου για τη δεκαετία του 1980 κυμαίνονται στο 1,2% σε τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού ενηλίκων στην Ελλάδα. (56) Πιθανολογείται ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η αποσυλοποίηση των χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών χωρίς να υπάρχουν οι κατάλληλες ενδιάμεσες δομές όπως προαναφέρθηκε έχει παίξει κάποιο ρόλο σε αυτά τα μεγάλα ποσοστά στον πληθυσμό των αστέγων, αν και είναι γνωστό και από έρευνες εκτός ελλαδικού χώρου ότι οι ψυχωτικές διαταραχές συναντώνται πολύ συχνότερα στους αστέγους απ' ότι στον γενικό πληθυσμό. (11)
Η χρήση παράνομων ουσιών δια βίου, από μία έρευνα του 2004, αναφέρεται ποσοστό 8,6% για τη δια βίου επικράτηση της κατάχρησης παράνομων ουσιών στο γενικό πληθυσμό, με το μεγαλύτερο μέρος να αφορά την κατάχρηση ινδικής κάνναβης. (57) Η παρούσα μελέτη βρήκε ποσοστό παρούσας χρήσης ουσιών στο 23,9% το οποίο είναι κοντά στο 20,8% της αυτοαναφερόμενης χρήσης στους εξυπηρετούμενους του ΚΗ της ΜΚΟ Praksis.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό των αστέγων είναι πολύ υψηλότερη σε όλες τις κατηγορίες ψυχικών διαταραχών αλλά και στη συνολική επικράτηση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με άλλες έρευνες που συγκρίνουν την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό των αστέγων με το γενικό πληθυσμό των χωρών από τις οποίες προέρχονται (11)

Όσον αφορά την έρευνα που έγινε πρόσφατα σε πληθυσμό αστέγων στην Αθήνα φαίνεται ότι η συνολική τρέχουσα επικράτηση είναι 56,7% ενώ στην παρούσα έρευνα 65,3%($n=47$). Βρέθηκαν κάποιες διαφορές μεταξύ των επιμέρους επιπτώσεων των ψυχιατρικών νοσημάτων κυρίως όσον αφορά την κατάθλιψη και τις διαταραχές χρήσης ουσιών και αλκοόλ όπου στην παρούσα εργασία ήταν υψηλότερες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η παρούσα έρευνα είχε υψηλότερο response rate το οποίο συνδέεται με μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης και ακόμη το δείγμα ήταν από το ΚΗ όπου επιτρεπόταν σε χρήστες ουσιών και αλκοόλ να επισκεφθούν αν τηρούσαν κάποιους κανόνες σε αντίθεση με κάποιους χώρους από τους οποίους λήφθηκε το δείγμα στην

Αθήνα. Είναι επίσης γνωστό ότι υπάρχει μεγάλη συννοσηρότητα με καταθλιπτική διαταραχή σε αυτόν τον πληθυσμό.(58) Λόγω του μικρού δείγματος της παρούσας μελέτης δεν μπορεί να γίνει στατιστική σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Σε έρευνες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα για την μέτρηση της ψυχοπαθολογίας σε αστέγους παρατηρούμε μεγάλη ετερογένεια αποτελεσμάτων. Σε μια συστημική έρευνα που έγινε το 2008 που συμπεριέλαβε 29 έρευνες από 7 διαφορετικές χώρες (5684 άτομα) βρέθηκε η πιο συχνή διαταραχή είναι η διαταραχή χρήσης αλκοόλ και ουσιών με ποσοστά μέχρι 58,3% (μέσο όρο= 37,9%) και μέχρι 54,2% (μέσο όρο=24,4%) αντίστοιχα.(11) Τα ποσοστά ψυχωτικών διαταραχών (2,8-42,3% Μ.Ο 12,7%) ήταν σχεδόν στα ίδια ποσοστά με αυτά της κατάθλιψης (0%-40,9% ΜΟ 11,4%) εύρημα το οποίο διαφέρει από άλλους ευπαθείς πληθυσμούς όπως πρόσφυγες, φυλακισμένους αλλά και τον γενικό πληθυσμό όπου η κατάθλιψη ανευρίσκεται συχνότερα από τη ψύχωση. Η μεγάλη ετερογένεια των αποτελεσμάτων αναδεικνύει την ανάγκη για διεξαγωγή ερευνών σε τοπικό επίπεδο με στόχο να μετρηθούν οι ανάγκες για υπηρεσίες ψυχικής υγείας αυτών των ατόμων. Παρατηρείται ότι όσο μικρότερο response rate έχουμε τόσο μικραίνει και το ποσοστό της ψύχωσης. Ακόμη όταν οι ερευνητές έχουν κλινική εμπειρία αναφέρουν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης και όσο μεγαλύτερο response rate έχουμε τόσο μεγαλώνουν και τα ποσοστά κατάθλιψης. Όσον αφορά το αλκοόλ, φαίνεται ότι η επίπτωση του είναι ανοδική τις τελευταίες δεκαετίες και πιθανότατα αυτό είναι αποτέλεσμα της μεγαλύτερης προσβασιμότητας που έχουν οι άστεγοι λόγω των φθηνών αλκοολούχων ποτών που κυκλοφορούν.(11)

8.3.1 Συννόσηση

Στην έρευνα που έγινε στη Γερμανία φαίνεται ότι οι διαταραχές χρήσης που σχετίζονται με το αλκοόλ αγγίζουν και ξεπερνούν κάποιες φορές το 70%, ενώ η συνολική επικράτηση των ψυχικών διαταραχών κυμαίνεται επίσης στα ίδια ποσοστά.(59). Φαίνεται ότι, αυτή η υψηλή επικράτηση των διαταραχών χρήσης αλκοόλ και ουσιών στους αστέγους συμπαρασύρει τη συνολική επικράτηση των ψυχικών διαταραχών και συνεπώς τη συννόσηση, η οποία στις περισσότερες έρευνες αφορά το συνδυασμό της διαταραχής κατάχρησης/εξάρτησης από αλκοόλ με συναισθηματική, αγχώδη διαταραχή ή σχιζοφρένεια. Σε έρευνα με 185 αστέγους που διεξήχθη στη Δανία τα 2/3 των ατόμων που είχαν ψύχωση είχαν συννόσηση με διαταραχή χρήσης

ουσιών/αλκοόλ. (60) Πολύ συχνά αυτοί τα άτομα με συννόσηση βιώνουν μία πιο σοβαρή και παρατεταμένη πορεία στην ψυχική ασθένεια σε σχέση με τους ασθενείς με μία μόνο διάγνωση, καθώς και περισσότερες κοινωνικές συνέπειες. Η υποτροπή και η χρονιότητα φαίνεται να είναι χαρακτηριστικά πιο εμφανή και επίμονα στην περίπτωση των ασθενών με συννόσηση. (61)
Σε έρευνα που έγινε στη Δανία φάνηκε ότι η παρουσία ψυχικής διαταραχής ή διαταραχής χρήσης ουσιών/αλκοόλ σε συνδυασμό με απώλεια στέγης αυξάνει την θνησιμότητα των ατόμων αυτών. Η ιδιά έρευνα καταλήγει ότι το φαινόμενο απώλειας στέγης σχετίζεται και ανεξάρτητα με αυξημένη θνησιμότητα.(62)

8.3.2 Πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Όσον αφορά τον γενικό πληθυσμό, το 2014, χρειάστηκαν και δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να λάβουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας από ψυχολόγο ή ψυχίατρο το 4,3% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω. (55)

Μόνο το 48,6% (n=35) των ερωτηθέντων λάμβανε ή έλαβε στο παρελθόν ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή ενώ όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας το 41,7% (n=30) χρειάστηκε να δει ένα επαγγελματία ψυχικής υγείας το τελευταίο χρόνο, δηλαδή το 62,5% των ατόμων που παρουσιάζουν ψυχιατρική διαταραχή στην παρουσα φάση (36,9% στην έρευνα της Χονδράκη) Το ποσοστό που χρησιμοποίησε υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι μεγαλύτερο από τις υπάρχουσες έρευνες και πιθανόν να οφείλεται στο μεγάλο ποσοστό στο δείγμα μας ατόμων με προβλήματα χρήσης ουσιών και αλκοόλ οι οποίοι φαίνεται να επιζητούν συχνότερα βοήθεια απ' ότι οι υπόλοιποι ασθενείς.(9) Οι περισσότεροι άστεγοι στο δείγμα μας, αναφέρουν ότι επισκέφθηκαν ειδικό λόγω διαταραχής χρήσεων ουσιών/αλκοόλ ή και κατάθλιψης. Παρατηρούμε ακόμη, ότι όπως και σε άλλες μελέτες, οι άστεγοι, χρησιμοποιούν λιγότερο τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας συγκριτικά με της υπηρεσίες γενικής υγείας.(63) Παρατηρούμε μια διαφορά σε σχέση με την πρόσβαση στις γενικές υπηρεσίες υγείας, όσον αφορά την κατανομή τους στις διάφορες υπηρεσίες ψυχικής υγείας κυρίως όσον αφορά την επίσκεψη του τμήματος πρώτων βοηθειών που αποτέλεσε την πλειοψηφία στα γενικά προβλήματα υγείας και παρατηρούμε ακόμη ότι μόνο ένα άτομο πήγε σε ψυχίατρο σε ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης(ενώ για τα σωματικά προβλήματα το 30,4%).

Η πλειοψηφία (15,3%) ζήτησε βοήθεια από εξειδικευμένα κέντρα εξαρτήσεων, ενώ το 12,5% επισκέφθηκε τα εξωτερικά ιατρεία ψυχικής υγείας και μόλις το 7% νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο. Η μεγαλύτερη αναζήτηση υπηρεσιών υγείας από την ομάδα των ατόμων με διαταραχές χρήσης ουσιών και αλκοόλ είναι εύρημα που συμφωνεί και με τη έρευνα της Χονδράκη αλλά και με έρευνες που έγιναν στον διεθνή χώρο.(32,63) Πιθανόν, λόγω του street work που γίνεται από ΜΚΟ για προβλήματα εξαρτήσεων, διευκολύνεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Τα άτομα με βιβλιάριο υγείας προκύπτει ότι έλαβαν συχνότερα υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σχέση με τα άτομα χωρίς βιβλιάριο υγείας. Μάλιστα, η σχετική πιθανότητα παροχής/λήψης υπηρεσιών ψυχικής υγείας ήταν 4,1 φορές μεγαλύτερη στα άτομα με βιβλιάριο υγείας σε σχέση με τα άτομα χωρίς βιβλιάριο υγείας (OR=4,1, p=0,034). Εδώ θα ήταν σημαντικό να υπενθυμίσουμε ότι κατά τη χρονική περίοδο που έλαβε χώρα η έρευνα δεν ίσχυε ο νομός 4368/2016.

Το 25% των ερωτηθέντων απάντησε πως υπάρχουν προβλήματα στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι δυσκολίες επικοινωνίας, η πολυπλοκότητα των γραφειοκρατικών διαδικασιών, η έλλειψη προσοχής από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η έλλειψη ενημέρωσης για το πρόβλημα υγείας τους , το μεγάλο κόστος και οι λίστες αναμονής αποτέλεσαν προβλήματα που αντιμετώπισαν οι συμμετέχοντες στη μελέτη. Από τους 35 που λαμβάνουν ή λάμβαναν στο παρελθόν φαρμακευτική αγωγή για ψυχική νόσο οι 13 κάποιες φορές δεν το έλαβαν επειδή δεν μπορούσαν να το αγοράσουν.

Για το 30%, (n=21) τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκαν ψυχιατρικά φάρμακα ή ψυχιατρική παρακολούθηση, αλλά δεν μπόρεσαν να τα λάβουν ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον γενικό πληθυσμό για το 2014 ανέρχεται μόλις στο 4,3%. Το 4,2% δεν έλαβε τα φάρμακα λόγω μη διαθεσιμότητας στο Κοινωνικό Φαρμακείο ή στη ΜΚΟ, το 5,6% γιατί δεν τα θεώρησε απαραίτητα και το 15,3% λόγω έλλειψης χρημάτων. Έντεκα άτομα (15,3%) αναφέρουν ότι χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας αλλά λόγω ελλείψεως χρόνου δεν μπορέσαν να πάνε. Κάποιοι από αυτούς που παρουσίαζαν διαταραχή χρήσης ουσιών και συγκεκριμένα για τα οπιοειδή, ανέφεραν δυσκολίες στην πρόσβασή τους στο πρόγραμμα υποκατάστατων του ΟΚΑΝΑ λόγω μεγάλης λίστας αναμονής και γραφειοκρατικών διαδικασιών.

Όσον αφορά τη γνώση των υπηρεσιών και των δικαιωμάτων τους, μόνο το 25,8% αναφέρει ότι γνωρίζει τα γνωρίζει καλά. Το 67,5% θεωρούν ότι ένας αρνητικός παράγοντας είναι το κόστος και το σύστημα θεωρείται πολύπλοκο από το 82,3% των ερωτηθέντων

Όπως ήταν αναμενόμενο έγινε μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών γενικής υγείας από τους αστέγους παρά υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τη διεθνή αλλά και ελληνική βιβλιογραφία.(32,63) Θεωρούμε όμως σημαντικό να αναφέρουμε από την εμπειρία μας αλλά και όπως έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία, και την προοπτική των αστέγων, οι οποίοι δυσκολεύονται να εμπιστευτούν το σύστημα υγείας και είναι συχνά καχύποπτοι προς το προσωπικό. Επίσης φαίνεται να υπάρχει και μια δυσκολία και ελλιπής εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να ασχοληθεί με τέτοιου είδους ασθενείς οι οποίοι έχουν ένα τόσο σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα. Όλα αυτά μπορεί με τη σειρά τους να δυσχεραίνουν την αναζήτηση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, και ακόμη και σε αυτούς που ζήτησαν τελικά βοήθεια να επηρεάζουν τη συμμόρφωση τους στη θεραπεία και την παρακολούθηση.(63)

9. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είναι προφανές ότι υπάρχει άμεση ανάγκη για ανάπτυξη δομών υγείας στη Θεσσαλονίκη οι οποίες θα απαντήσουν στις τρέχουσες ανάγκες του ευπαθούς πληθυσμού των αστέγων οι οποίοι αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα με αυξημένες ανάγκες για φροντίδα. Είναι όμως εξίσου σημαντικό, οι υπηρεσίες που θα αναπτυχθούν να είναι και προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους όπως φάνηκε από την παρούσα έρευνα αλλά και τη βιβλιογραφία. Τα λοιμώδη μεταδοτικά νοσήματα (HIV, HCV, HBV), οι χρόνιες παθήσεις στη τρίτη ηλικία καθώς και τα ψυχικά νοσήματα θα πρέπει να αποτελέσουν προτεραιότητα αυτών των υπηρεσιών. Όσον αφορά τα ψυχικά νοσήματα η αντιμετώπιση των διαταραχών χρήσεως αλκοόλ και ουσιών είναι υψίστης σημασίας σε συνδυασμό με την παράλληλη αντιμετώπιση τυχόν συννοσησης με άλλη ψυχική νόσο. Οι ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας πιθανόν να μην είναι επαρκώς στελεχωμένες και σχεδιασμένες έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν αυτό τον πληθυσμό ο οποίος παρουσιάζει μεγάλα ποσοστά χρήσης ουσιών και αλκοόλ καθώς και συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές και σωματικές ενδεχομένως ασθένειες αλλά και αυξημένη ανάγκη για κοινωνικές υπηρεσίες

Το προσωπικό που θα εργάζεται σε αυτές τις υπηρεσίες είναι αναγκαίο να είναι ειδικά εκπαιδευμένο όσον αφορά τις ιδιαιτερότητες αυτής της ευπαθούς ομάδας τις συνθήκες διαβίωσης τους και να προσαρμόζουν τις υπηρεσίες τους αναλόγως. Η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών είναι υψίστης και πρωταρχικής σημασίας γι' αυτούς, και θα ήταν ιδανικό να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των διάφορων ειδικοτήτων έτσι ώστε η αντιμετώπιση και διαχείριση των ατόμων αυτών να γίνεται ολοκληρωμένα μέσω μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης.

Με την οικονομική κρίση να συνεχίζεται στην Ελλάδα η χρηματοδότηση τέτοιων προγραμμάτων μπορεί να είναι δύσκολη αλλά είναι σημαντικό να έχουμε υπόψιν ότι ο πληθυσμός αυτός λόγω των συνθηκών είναι και συνεχώς αυξανόμενος. Επομένως είναι επιτακτική ανάγκη να γίνει προτεραιότητα η χάραξη πολιτικής που να αφορά αυτές στις ομάδες σε κοινωνικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο παροχών υπηρεσιών υγείας.

10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Economou C, Kaitelidou D. Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. Soc Cohes Dev. 2014;9(2):99–115.
2. Μπουλουτζά Π. Χωρίς χρήματα για ανασφάλιστους τα νοσοκομεία. Η Καθημερινή [Internet]. Available from: http://www.kathimerini.gr/951353/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/anergia-paramenei-prwta8lhtria-sthn-ee-h-ellada-ay3hsh-stoys-neoys-katw-twn-25
3. Drydakis N. The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. Soc Sci Med 1982. 2015 Mar;128:43–51.
4. ΕΛΣΤΑΤ: Στο 21,2% η ανεργία. ΤΑ ΝΕΑ [Internet]. 2018 Mar 15 [cited 2018 Jun 7]; Available from: http://www.tanea.gr/news/economy/article/5527543/elstat-sto-21-2-h-anergia/
5. Hwang SW. Homelessness and health. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 2001 Jan 23;164(2):229–33.
6. Saddichha S, Linden I, Krausz MR. Physical and Mental Health Issues among Homeless Youth in British Columbia, Canada: Are they Different from Older Homeless Adults? J Can Acad Child Adolesc Psychiatry J Acad Can Psychiatr Enfant Adolesc. 2014 Sep;23(3):200–6.
7. Acorn S. Mental and physical health of homeless persons who use emergency shelters in Vancouver. Hosp Community Psychiatry. 1993 Sep;44(9):854–7.
8. Mastrogianni A. Migration and mental health: a study of the mental disorders and needs of immigrants who use the services of the Psychiatric Hospital of Thessaloniki. Aristotle University of Thessaloniki; 2013.
9. Chondraki P. Epidemiological study of psychopathology in a sample of homeless people in muniapality of Athens. [Athens]: ΕΚΡΑ; 2012.
10. Kaitelidou Daphne. Economic Crisis and its impact of the sustainability of the Greek Health Care System. Hell J Nurs. 2014;53(2):129–32.
11. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med. 2008 Dec 2;5(12):e225.
12. Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017 [Internet]. OECD Publishing; 2017 [cited 2018 May 5]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/da-f-e-a-2017_9789264285224-el
13. Economou C, Kaitelidou D, Karanikolas M, Maresso A. Greece: Health System Review. Health Systems in Transition. 2017.
14. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. Health Policy Amst Neth. 2014 Apr;115(2–3):111–9.
15. Madianos MG. Economic crisis, mental health and psychiatric care: what happened to the 'psychiatric reform' in Greece? Psychiatr Psychiatr. 2013 Mar;24(1):13–6.
16. Απαντήσεις Ξανθού στην ΠΟΕΔΗΝ για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και τις προσλήψεις. ANT1 News [Internet]. 2018 Apr 25 [cited 2018 Jun 7]; Available from: http://nkv.antenna.gr/news/Politics/article/502847/apantiseis-xanthoy-stin-poedin-gia-tin-psyxiatriki-metarrythmisi-kai-tis-proslipseis
17. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. Lancet Lond Engl. 2014 Feb 22;383(9918):748–53.

18. EUROFOUND. Access to healthcare in times of crisis. Luxembourg: EUROFOUND; 2014.
19. Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής; 2016.
20. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. BMC Psychiatry. 2013 Jun 4;13:163.
21. Confronting Homelessness in the European Union [Internet]. European Commission; 2013 [cited 2018 Apr 14]. Available from: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013SC0042&from=EN
22. Amore K, Baker M, Howden-Chapman P. The ETHOS Definition and Classification of Homelessness: An Analysis Kate Amore, Michael Baker and Philippa Howden-Chapman. Eur J Homelessness [Internet]. 2011 Dec;5(2). Available from: http://www.feantsa.org/download/article-1-33278065727831823087.pdf
23. FEANTSA COUNTRY FICHE – LAST UPDATE: 2017 HOMELESSNESS IN GREECE [Internet]. 2017. Available from: http://www.feantsa.org/download/greece-2017292867307432823831 7.pdf
24. Gutenberg Γ, Δαρδανός Κ. Οικογένειες και κράτος πρόνοιας στην Ευρώπη. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.); 2002.
25. Κουραχάνης Ν. Η κοινωνική πολιτική για τους αστέγους στην Ελλάδα. Ποιοτική και κριτική ανάλυση ενός ακραίου κοινωνικού αποκλεισμού. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών; 2015.
26. Αράπογλου Β, Γκούνης Κ, Σιατιτσα Δ, Σουλελέ Δ. Κοινωνική επισφάλεια και έλλειψη στέγης στην Αθήνα: Διαδρομές αποκλεισμού και ένταξης [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 14]. Available from: http://ineobservatory.gr/publication/kinoniki-episfalia-ke-ellipsi-stegis-stin-athina-diadromes-apoklismou-ke-entaxis/
27. Συνέντευξη τύπου δημάρχου Αθηναίων Γιώργου Καμίνη για την ολοκλήρωση του προγράμματος «Καταπολέμηση της Φτώχειας και της Κοινωνικής Περιθωριοποίησης» [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 14]. Available from: https://www.cityofathens.gr/node/28429
28. Lebrun-Harris LA, Baggett TP, Jenkins DM, Sripipatana A, Sharma R, Hayashi AS, et al. Health status and health care experiences among homeless patients in federally supported health centers: findings from the 2009 patient survey. Health Serv Res. 2013 Jun;48(3):992–1017.
29. Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric syndromes in older homeless adults. J Gen Intern Med. 2012 Jan;27(1):16–22.
30. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet Lond Engl. 2014 Oct 25;384(9953):1529–40.
31. Culhane DP, Metraux S, Bainbridge J. The Age Structure of Contemporary Homelessness: Risk Period or Cohort Effect? [Internet]. Penn School of Social Policy and Practice Working Paper; [cited 2018 May 2]. Available from: http://repository.upenn.edu/spp_papers/140
32. Chondraki P, Madianos MG, Dragioti E, Papadimitriou GN. Homeless mentally ill in Athens area: A cross-sectional study on unmet needs and help-seeking. Int J Soc Psychiatry. 2014 Sep;60(6):544–53.
33. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. Lancet

Lond Engl. 2011 Jun 25;377(9784):2205–14.
34. Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2012 Nov;12(11):859–70.
35. Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric syndromes in older homeless adults. J Gen Intern Med. 2012 Jan;27(1):16–22.
36. The impact on health of homelessness. Local Goverment Association; 2017.
37. Philippot P, Lecocq C, Sempoux F, Nachtergael H, Galand B. Psychological Research on Homelessness in Western Europe: A Review from 1970 to 2001. J Soc Issues. 2007 Sep;63(3):483–503.
38. Caton CL, Shrout PE, Dominguez B, Eagle PF, Opler LA, Cournos F. Risk factors for homelessness among women with schizophrenia. Am J Public Health. 1995 Aug;85(8 Pt 1):1153–6.
39. Folsom DP, Hawthorne W, Lindamer L, Gilmer T, Bailey A, Golshan S, et al. Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. Am J Psychiatry. 2005 Feb;162(2):370–6.
40. Mock SE, Arai SM. Childhood trauma and chronic illness in adulthood: mental health and socioeconomic status as explanatory factors and buffers. Front Psychol. 2010;1:246.
41. Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011 Oct;46(10):943–52.
42. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Stefanis CN. Suicidality and the economic crisis in Greece. Lancet Lond Engl. 2012 Jul 28;380(9839):337; author reply 337-338.
43. Konstantakopoulos G, Kakoulas I, Valma V, Stamatogiannopoulou E, Giotakos O, Katsadoros K. Mental disorders and dual diagnosis in a sample of homeless people in Athens. Ann Gen Hosp Psychiatry. 2003 Dec 23;2(1):S113.
44. Hwang SW, Chambers C, Chiu S, Katic M, Kiss A, Redelmeier DA, et al. A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. Am J Public Health. 2013 Dec;103 Suppl 2:S294-301.
45. Tsai J, Rosenheck RA. Risk factors for ED use among homeless veterans. Am J Emerg Med. 2013 May;31(5):855–8.
46. Hwang SW, Weaver J, Aubry T, Hoch JS. Hospital costs and length of stay among homeless patients admitted to medical, surgical, and psychiatric services. Med Care. 2011 Apr;49(4):350–4.
47. Galanis P, Sourtzi P, Bellali T, Theodorou M, Karamitri I, Siskou O, et al. Public health services knowledge and utilization among immigrants in Greece: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2013 Sep 13;13:350.
48. Κοινωνικές δομές αντιμετώπισης της φτώχειας στο δήμο Θεσσαλονίκης [Internet]. Available from: https://www.praksis.gr/el/προγράμματα/παρεμβάσεις-που-έχουν-ολοκληρωθεί/item/«κοινωνικές-δομές-αντιμετώπισης-της-φτώχειας-στο-δήμο-θεσσαλονίκης»
49. Lecubrier Y, Sheehan D. Mini International Neuropsychiatric Interview - Ελληνική έκδοση 5.0.0 DSM IV. 1998.
50. Madianos MG, Chondraki P, Papadimitriou GN. Prevalence of psychiatric disorders among homeless people in Athens area: a cross-sectional study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013 Aug;48(8):1225–34.
51. Vázquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental

disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. Acta Psychiatr Scand. 1997 Jun;95(6):523–30.
52. Kovess V, Mangin Lazarus C. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1999 Nov;34(11):580–7.
53. Mackelprang JL, Graves JM, Rivara FP. Homeless in America: injuries treated in US emergency departments, 2007-2011. Int J Inj Contr Saf Promot. 2014;21(3):289–97.
54. Evlampidou I, Kogevinas M. Solidarity outpatient clinics in Greece: a survey of a massive social movement. Gac Sanit. 2018 Mar 6;
55. Δελτίο Τύπου Έρευνα Υγείας Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή; Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή; 2015.
56. Madianos M, Stefanis C, Madianou D. Prevalence of mental disorders and utilization of mental health services in two areas of greater Athens. Sychiatric Epidemiol Prog Prospects. 1987;372–86.
57. Kokkevi A, Fotiou A, Richardson C. Drug use in the general population of Greece over the last 20 years: results from nationwide household surveys. Eur Addict Res. 2007;13(3):167–76.
58. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. Curr Opin Psychiatry. 2008 Jan;21(1):14–8.
59. Fichter MM, Quadflieg N. Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. Acta Psychiatr Scand. 2001 Feb;103(2):94–104.
60. Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. BMJ. 2003 Jul 12;327(7406):81.
61. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA. 1990 Nov 21;264(19):2511–8.
62. Feodor Nilsson S, Laursen TM, Hjorthøj C, Nordentoft M. Homelessness as a predictor of mortality: an 11-year register-based cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018 Jan;53(1):63–75.
63. Bonin J-P, Fournier L, Blais R, Perreault M, White ND. Health and mental health care utilization by clients of resources for homeless persons in quebec city and montreal, Canada: a 5-year follow-up study. J Behav Health Serv Res. 2010 Jan;37(1):95–110.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Πρόσβαση Ευπαθών Ομάδων στις Υπηρεσίες Υγείας

Τόπος συλλογής: ……..
Ημερομηνία: ……

1. Ποιο είναι το φύλο σας;
Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. Πότε γεννηθήκατε;……

3. Ποιά η υπηκοότητά σας;……..

4. Νομικό καθεστώς παραμονής:

ημεδαπός ☐
αιτών άσυλο/πρόσφυγας ☐
οικονομικός μετανάστης με άδεια παραμονής ☐
ευρωπαίος πολίτης ☐
εκτός νομικού πλαισίου ☐

5. Έχετε βιβλιάριο υγείας;
Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, τι βιβλιάριο έχετε;
Βιβλιάριο μέσω ΟΑΕΔ (ΙΚΑ) ☐
Βιβλιάριο απορίας ☐
Κουπόνια Υγείας (Health Voucher) ☐

6. Έχετε εξαρτημένα μέλη στην οικογένειά σας;
Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, πόσα;…….

Έχουν ασφάλιση υγείας;
Ναι ☐ Όχι ☐

7. Τη στιγμή αυτή εργάζεστε;

Ναι ☐ Όχι ☐

8. Ποια είναι η εργασία σας; ……

9. Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα της οικογένειάς σας;……....ευρώ
10. Τόπος διαμονής
Άστεγος (χωρίς χώρο διαμονής, στον «δρόμο») ☐
Έλλειψη κατοικίας (διαμονή σε υπνωτήριο, ξενώνες, κέντρα κράτησης) ☐
Επισφαλείς συνθήκες στέγασης (υπό την απειλή έξωσης, βίας, φιλοξενία σε συγγενείς) ☐
Ανεπαρκείς/ ακατάλληλες συνθήκες διαβίωσης ☐

11. Πάσχετε από τα παρακάτω νοσήματα;
Υπέρταση……..……..... ☐

Άσθμα……..……..... ☐

Διαβήτης……..……..... ☐

Καρδιαγγειακή νόσος…….. ☐

Καρκίνος……...……...……...……...……. ☐

Νοσήματα του πεπτικού συστήματος……...……...……..... ☐

Ψυχιατρικό νόσημα……...……...……...……...……. ☐

Άλλο (προσδιορίστε)……...……...……..... ☐

12. Λαμβάνετε φάρμακο(α) για χρόνιο νόσημα;
Ναι ☐ Όχι ☐

13. Υπήρξαν περιπτώσεις στις οποίες δεν λάβατε το φάρμακο σας, επειδή δεν μπορούσατε να το αγοράσετε;
Ναι ☐ Όχι ☐

14. Νοσήσατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;
Ναι ☐ Όχι ☐

Εάν ναι, τι ασθένεια είχατε;…….

Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε την ασθένεια αυτή;

Επισκέφθηκα ιδιώτη ιατρό……..……..... ☐

Επισκέφθηκα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου ……. ☐

Επισκέφθηκα Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ή Κέντρο Υγείας …….. ☐

Επισκέφθηκα δημοτικό ιατρείο……..…….. ☐

Νοσηλεύθηκα σε Δημόσιο Νοσοκομείο/ Ιδιωτική Κλινική……. ☐

Συμβουλεύθηκα φαρμακοποιό…….. ☐

Συμβουλεύθηκα το φιλικό μου περιβάλλον……..... ☐

Συμβουλεύθηκα το οικογενειακό μου περιβάλλον……..... ☐

Δεν έκανα τίποτα/περίμενα να περάσει μόνο του……...…….……. ☐

Άλλο (προσδιορίστε) ……..... ☐

15. Σας παρασχέθηκαν Υπηρεσίες Υγείας;
Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, σε τι βαθμό αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

	Καθόλου	**Λίγο**	**Μέτρια**	**Αρκετά**	**Πολύ**
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)					
Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο/Κέντρο Υγείας					

Δημοτικό Ιατρείο					
Μη Κυβερνητική Οργάνωση					
Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο					
Νοσηλεία σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο					

16. Σας ζητήθηκε να πληρώσετε;

	Όχι	**Ναι**	**Τι ποσό ακριβώς;**
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)			
Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο/Κέντρο Υγείας			
Δημοτικό ιατρείο			
Μη Κυβερνητική Οργάνωση			
Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο			
Νοσηλεία σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο			

17. Αντιμετωπίσατε προβλήματα στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, σε τι βαθμό αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

	Καθόλου	**Λίγο**	**Μέτρια**	**Αρκετά**	**Πολύ**
Δυσκολίες στην επικοινωνία					
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες					
Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό					
Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου					
Μεγάλο κόστος					
Άλλο (προσδιορίστε)					

18. Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορέσατε;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, λόγω:

Δεν ήξερα που να πάω…….....☐

Το υψηλό κόστος…….....☐

Έλλειψη χρόνου……..☐

Απόστασης……..☐

Άλλο (προσδιορίστε)……...☐

19. Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση, στην οποία χρειαστήκατε φάρμακα, αλλά δεν μπορέσατε να τα λάβετε;

Ναι ☐ Όχι ☐

20. Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να λάβετε το φάρμακο που χρειαζόσαστε;

Δεν υπήρχε διαθέσιμο στο Κοινωνικό Φαρμακείο ή στη ΜΚΟ…….…. ☐

Θεώρησα πως τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα.…… ☐

Δεν είχα τα χρήματα……..... ☐

Άλλο (προσδιορίστε) ……..... ☐

21. Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Στις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώστε με Χ την απάντηση που σας εκφράζει καλύτερα.

	Καθόλου	**Λίγο**	**Μέτρια**	**Αρκετά**	**Πολύ**	**ΔΓ/ΔΑ**
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;						
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματα σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;						
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;						
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;						

22. Είχατε στο παρελθόν ή έχετε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας

ναι ☐

όχι ☐

Αν ναι, τι πρόβλημα;
Χρήση ουσιών
Κατάθλιψη
Διπολική διαταραχή
Ψυχωτική διαταραχή
Διαταραχή προσωπικότητας
Άλλο……..

23. Λαμβάνετε ή λάβατε στο παρελθόν φάρμακο(α) για ψυχικό νόσημα;

Ναι ☐ Όχι ☐

24. Υπήρξαν περιπτώσεις στις οποίες δεν λάβατε το φάρμακο σας, επειδή δεν μπορούσατε να το αγοράσετε;

Ναι ☐ Όχι ☐

25. Χρειάστηκε να δείτε ένα επαγγελματία ψυχικής υγείας τους τελευταίους 12 μήνες;

Ναι ☐ Όχι ☐

Εάν ναι, τι πρόβλημα είχατε;…….

Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε το πρόβλημα αυτό;

Επισκέφθηκα ιδιώτη επαγγελματία ψυχικής υγείας……..……... ☐

Επισκέφθηκα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου ……. ☐

Επισκέφθηκα Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ή Κέντρο Ψυχικής Υγείας …… ☐

Επισκέφθηκα δημοτικό ιατρείο……..…….. ☐

Επισκέφθηκα ΜΚΟ με υπηρεσίες ψυχικής υγείας……... ☐

Επισκέφθηκα εξειδικευμένο κέντρο εξαρτήσεων (ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, ΙΑΝΟΣ-ψυχιατρείο)….. ☐

Νοσηλεύθηκα σε Δημόσιο Νοσοκομείο/ Ιδιωτική Κλινική……. ☐

Συμβουλεύθηκα φαρμακοποιό…….. ☐

Συμβουλεύθηκα το φιλικό μου περιβάλλον……..... ☐

Συμβουλεύθηκα το οικογενειακό μου περιβάλλον……..... ☐

Δεν έκανα τίποτα/περίμενα να περάσει μόνο του……...…….……. ☐

Άλλο (προσδιορίστε) ……..... ☐

26. Σας παρασχέθηκαν Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, σε τι βαθμό αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

	Καθόλου	**Λίγο**	**Μέτρια**	**Αρκετά**	**Πολύ**
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)					
Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο/Κέντρο Υγείας					
Δημοτικό Ιατρείο					
Μη Κυβερνητική Οργάνωση					
Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο					
Νοσηλεία σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο					

27. Σας ζητήθηκε να πληρώσετε;

	Όχι	**Ναι**	**Τι ποσό ακριβώς;**
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)			
Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο/Κέντρο Υγείας			
Δημοτικό ιατρείο			
Μη Κυβερνητική Οργάνωση			
Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο			
Νοσηλεία σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο			

28. Αντιμετωπίσατε προβλήματα στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, σε τι βαθμό αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

	Καθόλου	**Λίγο**	**Μέτρια**	**Αρκετά**	**Πολύ**
Δυσκολίες στην επικοινωνία					
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες					
Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό					
Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου					
Μεγάλο κόστος					
Άλλο (προσδιορίστε)					

29. Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά δεν μπορέσατε;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, λόγω:

Δεν ήξερα που να πάω…….....☐

Το υψηλό κόστος…….....☐

Έλλειψη χρόνου…….☐

Απόστασης……..☐

Άλλο (προσδιορίστε)……...☐

30. Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση, στην οποία χρειαστήκατε ψυχιατρικά φάρμακα ή ψυχιατρική παρακολούθηση, αλλά δεν μπορέσατε να τα λάβετε;

Ναι ☐ Όχι ☐

31. Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να λάβετε το ψυχιατρικό φάρμακο ή την παρακολούθηση που χρειαζόσαστε;

Δεν υπήρχε διαθέσιμο στο Κοινωνικό Φαρμακείο ή στη ΜΚΟ…….…. ☐

Θεώρησα πως τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα.……. ☐

Θεώρησα πως η παρακολούθηση δεν ήταν απαραίτητη.……. ☐

Δεν είχα τα χρήματα……..... ☐

Άλλο (προσδιορίστε) ……..... ☐

32. Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώστε με Χ την απάντηση που σας εκφράζει καλύτερα.

	Καθόλου	**Λίγο**	**Μέτρια**	**Αρκετά**	**Πολύ**	**ΔΓ/ΔΑ**
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;						
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματα σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;						
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;						
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;						

Δομημένη συνέντευξη MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) 5.0.0

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Ελληνική Έκδοση 5.0.0.

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpétrière – Paris – FRANCE

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – USA.

Για την Ελληνική Μετάφραση:
Γ. Ν. Παπαδημητρίου[1], Σ. Μπεράτη[2], Θ. Ματσούκας[1], Κ. Ρ. Σολδάτος[1]
[1]Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ψυχιατρική Κλινική
[2]Πανεπιστήμιο Πατρών, Ψυχιατρική Κλινική

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Κανένα τμήμα αυτού του εγγράφου δεν επιτρέπεται να αναπαραχθεί ή να μεταδοθεί σε οποιαδήποτε μορφή ή με οποιοδήποτε τρόπο, ηλεκτρονικό ή μηχανικό, συμπεριλαμβανομένης της φωτοαντιγράφησης, ή μέσω οποιουδήποτε συστήματος καταχώρησης ή ανάκλησης πληροφοριών, χωρίς την έγγραφη άδεια των συγγραφέων. Οι ερευνητές και οι κλινικοί που εργάζονται σε μη κερδοσκοπικά ή δημόσια ιδρύματα (συμπεριλαμβάνονται πανεπιστήμια, μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία και κυβερνητικά ιδρύματα) μπορούν να κάνουν αντίγραφα ενός ερωτηματολογίου M.I.N.I. για δική τους κλινική και ερευνητική χρήση.

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:	_____	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ:	_____
ΗΜ/ΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	_____	Ώρα έναρξης συνέντευξης:	_____
ΟΝΟΜΑ ΕΞΕΤΑΣΤΗ:	_____	Ώρα λήξης συνέντευξης:	_____
ΗΜ/ΜΗΝΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ:	_____	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ:	_____

M.I.N.I. 5.0.0 / **Ελληνική Έκδοση / DSM-IV/ τελευταία έκδοση**

ΕΝΟΤΗΤΑ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	
Α. ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΜΚΕ)	Παρόν (2 τελευταίες εβδομάδες) + Παρελθόν	
Α΄. ΜΚΕ με μελαγχολικά στοιχεία	Παρόν (2 τελευταίες εβδομάδες)	Προαιρετικό
Β. ΔΥΣΘΥΜΙΑ	Παρόν (2 τελευταίες εβδομάδες)	
Γ. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ	Παρόν (τελευταίος μήνας)	
Δ. (ΥΠΟ)ΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	Παρόν + Παρελθόν	
Ε. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ	Παρελθόν + Παρόν (τελευταίος μήνας)	
Ζ. ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ	Παρόν	
Η. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ	Παρόν (τελευταίος μήνας)	
Θ. ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	Παρόν (τελευταίος μήνας)	
Ι. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΡΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	Παρόν (τελευταίος μήνας)	Προαιρετικό
Κ. ΕΞΑΡΤΗΣΗ / ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ	Παρόν (τελευταίοι 12 μήνες)	
Λ. ΕΞΑΡΤΗΣΗ / ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ (εκτός οινοπνεύματος)	Παρόν (τελευταίοι 12 μήνες)	
Μ. ΨΥΧΩΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Παρελθόν + Παρόν	
Ν. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	Παρόν (3 τελευταίοι μήνες)	
Ξ. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ	Παρόν (3 τελευταίοι μήνες)	
Ο. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	Παρόν (3 τελευταίοι μήνες)	
Π. ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	Παρελθόν + Παρόν	Προαιρετικό

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Α. ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Α1	Τις δύο τελευταίες εβδομάδες, αισθάνεστε σταθερά θλιμμένος ή «πεσμένος» για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
Α2	Τις δύο τελευταίες εβδομάδες, συμβαίνει τον περισσότερο καιρό να ενδιαφέρεστε λιγότερο για τα περισσότερα πράγματα ή δεν είστε σε θέση να ευχαριστηθείτε με πράγματα που παλιότερα σας ευχαριστούσαν;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Α1** Ή ΤΟ **Α2** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ ΝΑΙ ;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Α3	**Τις δύο τελευταίες εβδομάδες, που αισθάνεστε κατάθλιψη και/ ή απώλεια ενδιαφέροντος:**			
α	Είναι η όρεξή σας για φαγητό μειωμένη ή αυξημένη σχεδόν κάθε μέρα, ή έχετε πάρει ή έχετε χάσει βάρος χωρίς να το επιδιώκετε; (π.χ. ±5 % του σωματικού βάρους ή ± 3,5 κιλά για ένα άτομο 70 κιλών μέσα σ' ένα μήνα).	ΟΧΙ	ΝΑΙ	3
	ΕΑΝ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ ΙΣΧΥΕΙ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΝΑΙ**			
β	Έχετε δυσκολία στον ύπνο σχεδόν κάθε νύχτα (δυσκολεύεστε να σας πάρει ο ύπνος, ξυπνάτε στη μέση της νύχτας, ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί ή κοιμάστε υπερβολικά);	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4
γ	Είναι η ομιλία σας ή οι κινήσεις σας πιο αργές απ' ό,τι συνήθως; Ή, αισθάνεστε νευρικότητα, ανησυχία ή δυσκολεύεστε να καθήσετε ήσυχος, σχεδόν κάθε μέρα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	5
δ	Αισθάνεστε κουρασμένος ή χωρίς ενέργεια, σχεδόν κάθε μέρα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	6
ε	Αισθάνεστε χωρίς αξία ή ένοχος, σχεδόν κάθε μέρα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	7
ζ	Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε ή να πάρετε αποφάσεις, σχεδόν κάθε μέρα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	8
η	Έχετε επανειλημμένα σκεφτεί να κάνετε κακό στον εαυτό σας, έχετε τάσεις αυτοκτονίας ή έχετε νιώσει την επιθυμία να ήσασταν πεθαμένος;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	9
Α4	ΕΙΝΑΙ **3** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Α3** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ**; (Ή **4** ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ **Α3**, ΕΑΝ ΤΟ **Α1** Ή ΤΟ **Α2** ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΟΧΙ**;)	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΠΑΡΟΝ**		
Α5	ΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΛΗΡΕΙ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΠΑΡΟΝ ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ:			
α	Κατά τη διάρκεια της ζωής σας, υπήρξαν άλλες περίοδοι διάρκειας δύο εβδομάδων ή περισσότερο, κατά τις οποίες αισθανόσασταν κατάθλιψη ή απώλεια ενδιαφέροντος για τα περισσότερα πράγματα, και είχατε τις περισσότερες από τις δυσκολίες για τις οποίες μόλις μιλήσαμε;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	10
β	Υπήρξε μεσοδιάστημα τουλάχιστον 2 μηνών χωρίς κατάθλιψη και/ ή απώλεια ενδιαφερόντων ανάμεσα στο τωρινό επεισόδιο και το αμέσως προηγούμενο επεισόδιο κατάθλιψης;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	11
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Α5β** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ**	

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Α΄. ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΜΕ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (προαιρετικό)

ΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΙΝΑΙ ΘΕΤΙΚΟΣ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (**Α4 = ΝΑΙ**), ΕΞΕΤΑΣΤΕ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ:

Α6α	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Α2** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	12
β	Κατά τη χειρότερη περίοδο του τωρινού επεισοδίου κατάθλιψης, χάσατε την ικανότητα να χαίρεστε με πράγματα που παλιότερα σας έδιναν χαρά ή σας έφτιαχναν το κέφι; ΑΝ ΟΧΙ: Όταν συμβαίνει κάτι καλό, δεν αισθάνεστε καλύτερα, έστω και για λίγο;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	13
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Α6α** Ή ΤΟ **Α6β** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ ΝΑΙ;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	
	Τις δύο τελευταίες εβδομάδες, όταν νιώθετε κατάθλιψη ή απώλεια ενδιαφέροντος:			
Α7α	Νιώθετε κατάθλιψη μ' έναν τρόπο που είναι διαφορετικός από το αίσθημα που θα νιώθατε αν κάποιος δικός σας άνθρωπος πέθαινε;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	14
β	Αισθάνεστε κατά κανόνα χειρότερα το πρωί, σχεδόν κάθε μέρα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	15
γ	Ξυπνάτε τουλάχιστον 2 ώρες νωρίτερα από την ώρα που ξυπνούσατε παλιότερα και δυσκολεύεστε να ξανακοιμηθήτε, σχεδόν κάθε μέρα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	16
δ	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Α3γ** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	17
ε	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Α3α** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ** (ΑΝΟΡΕΞΙΑ Ή ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΜΟΝΟΝ);	ΟΧΙ	ΝΑΙ	18
ζ	Αισθάνεστε ενοχές που είναι πολύ έντονες ή δυσανάλογες με την πραγματικότητα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	19
	ΕΙΝΑΙ **3** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Α7** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ ΝΑΙ;	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ** **ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ με μελαγχολικά στοιχεία ΠΑΡΟΝ**	

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Β. ΔΥΣΘΥΜΙΑ

ΑΝ ΤΑ ΤΡΕΧΟΝΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΛΗΡΟΥΝ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ, ΠΡΟΣΠΕΡΑΣΤΕ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΕΝΟΤΗΤΑ

B1	Τα τελευταία δύο χρόνια, αισθάνεστε λυπημένος, πεσμένος ή σε κατάθλιψη τον περισσότερο καιρό;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	20
B2	Είχε αυτή η περίοδος διακοπές κατά τις οποίες αισθανόσασταν καλά, για δυο μήνες ή περισσότερο;	ΟΧΙ	→ ΝΑΙ	21
B3	**Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, που αισθάνεστε σε κατάθλιψη τον περισσότερο καιρό:**			
α	Έχει αλλάξει σημαντικά η όρεξή σας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	22
β	Έχετε δυσκολία να σας πάρει ο ύπνος ή κοιμάστε υπερβολικά;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	23
γ	Αισθάνεστε κουρασμένος ή χωρίς ενέργεια;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	24
δ	Έχετε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	25
ε	Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε ή να πάρετε αποφάσεις;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	26
ζ	Αισθάνεστε απελπισία;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	27
	ΕΙΝΑΙ **2** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ **B3** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ**;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	
B4	Τα συμπτώματα της κατάθλιψης σας ταλαιπωρούν σημαντικά ή σας εμποδίζουν να λειτουργήσετε καλά στην εργασία σας, στις κοινωνικές σας σχέσεις ή σε κάτι άλλο σημαντικό;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	28
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **B4** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ ΔΥΣΘΥΜΙΑ ΠΑΡΟΥΣΑ**	

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Leerubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Γ. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ

Τον τελευταίο μήνα:

Γ1	Έχετε σκεφτεί ότι θα ήταν καλύτερα να είχατε πεθάνει, ή έχετε ευχηθεί να είχατε πεθάνει;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
Γ2	Έχετε νιώσει την επιθυμία να κάνετε κακό στον εαυτό σας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
Γ3	Έχετε σκεφτεί την αυτοκτονία;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	3
Γ4	Έχετε κάνει σχέδιο αυτοκτονίας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4
Γ5	Έχετε αποπειραθεί να αυτοκτονήσετε;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	5

Κατά τη διάρκεια της ζωής σας;

Γ6	Έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	6

ΕΙΝΑΙ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ **1** ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΗ **ΝΑΙ**;

ΑΝ ΝΑΙ, **ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ** ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΩΣ ΕΞΗΣ:

Γ1 ή Γ2 ή Γ6 = ΝΑΙ: ΧΑΜΗΛΟΣ

Γ3 ή (Γ2 και Γ6) = ΝΑΙ: ΜΕΤΡΙΟΣ

Γ4 ή Γ5 ή (Γ3 και Γ6) = ΝΑΙ: ΥΨΗΛΟΣ

ΟΧΙ	ΝΑΙ
ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	
ΧΑΜΗΛΟΣ	☐
ΜΕΤΡΙΟΣ	☐
ΥΨΗΛΟΣ	☐

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Δ. (ΥΠΟ)ΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Δ1α	Υπήρξε ποτέ στη ζωή σας κάποια περίοδος, κατά την οποία να αισθάνεστε «ανεβασμένος» ή τόσο γεμάτος από ενέργεια ή τόσο σίγουρος για τον εαυτό σας, ώστε να μπλέξετε σε προβλήματα ή οι άλλοι να σκέφτονται ότι δεν είστε ο συνηθισμένος εαυτός σας; (Μην λάβετε υπόψη σας περιπτώσεις που τυχόν βρισκόσασταν υπό την επήρεια οινοπνεύματος ή άλλων ουσιών)	ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
	ΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΕΝΟΣ Ή ΝΑ ΜΗΝ ΚΑΤΑΛΑΒΑΙΝΕΙ ΣΑΦΩΣ ΤΙ ΕΝΝΟΕΙΤΕ ΜΕ ΤΟ «ΑΝΕΒΑΣΜΕΝΟΣ», ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ ΩΣ ΕΞΗΣ: Όταν λέω «ανεβασμένος» εννοώ: να έχετε «ανεβασμένη» διάθεση, αυξημένη ενέργεια, να χρειάζεστε λιγότερο ύπνο, να έχετε γρήγορες σκέψεις, να είστε γεμάτος από ιδέες, να έχετε αυξημένη παραγωγικότητα, δημιουργικότητα, πιο έντονα κίνητρα ή παρορμητική συμπεριφορά.			
β	ΑΝ ΝΑΙ: Αισθάνεστε αυτόν τον καιρό «ανεβασμένος» ή γεμάτος ενέργεια;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
Δ2α	Σας έχει συμβεί να είστε σταθερά ευέξαπτος για αρκετές μέρες, έτσι ώστε να μαλώνετε ή να έρχεστε στα χέρια με άλλους, ή να φωνάζετε σε ανθρώπους που δεν ανήκουν στην οικογένειά σας; Έχετε παρατηρήσει, εσείς ή κάποιος άλλος, ότι ήσασταν πιο ευέξαπτος ή αντιδρούσατε πολύ έντονα, σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους, άσχετα αν αισθανόσασταν ότι είχατε δίκιο; (Μην λάβετε υπόψη σας περιπτώσεις που τυχόν βρισκόσασταν υπό την επήρεια οινοπνεύματος ή άλλων ουσιών)	ΟΧΙ	ΝΑΙ	3
β	ΑΝ ΝΑΙ: Αισθάνεστε αυτόν τον καιρό συνέχεια ευέξαπτος;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Δ1α** Ή ΤΟ **Δ2α** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Δ3	ΑΝ Δ1β Ή Δ2β = ΝΑΙ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΤΕ ΜΟΝΟ ΤΟ **ΠΑΡΟΝ** ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΑΝ Δ1β ΚΑΙ Δ2β = ΟΧΙ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΤΕ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ **ΜΕ ΤΑ ΕΝΤΟΝΟΤΕΡΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**			
	Τότε που αισθανόσασταν «ανεβασμένος», γεμάτος ενέργεια και/ή ευέξαπτος:			
α	Αισθανόσασταν ότι μπορούσατε να κάνετε πράγματα που οι άλλοι δεν μπορούσαν, ή ότι ήσασταν ένα ιδιαίτερα σημαντικό πρόσωπο;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	5
β	Χρειαζόσασταν λιγότερο ύπνο απ' ό,τι συνήθως (π.χ. αισθανόσασταν ξεκούραστος μετά από λίγες ώρες ύπνο);	ΟΧΙ	ΝΑΙ	6
γ	Μιλούσατε πάρα πολύ χωρίς να σταματάτε, ή τόσο γρήγορα που οι άλλοι δυσκολεύονταν να σας καταλάβουν;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	7
δ	Είχατε σκέψεις που κάλπαζαν στο μυαλό σας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	8
ε	Ήταν τόσο εύκολο να διασπαστεί η προσοχή σας, ώστε μια μικρή διακοπή να μπορεί να σας αποσπάσει;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	9
ζ	Είχατε γίνει τόσο δραστήριος ή υπερκινητικός που οι άλλοι να ανησυχούν για σας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	10
η	Θέλατε τόσο πολύ να εμπλακείτε σε ευχάριστες δραστηριότητες, ώστε να μη δίνετε σημασία στους κινδύνους ή τις συνέπειες (π.χ. σπατάλες, απρόσεχτη οδήγηση ή αδιάκριτη σεξουαλική συμπεριφορά);	ΟΧΙ	ΝΑΙ	11
	ΕΙΝΑΙ **3** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Δ3** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ**; Ή **4**, ΑΝ **Δ1α = ΟΧΙ** (ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ) Ή **Δ1β = ΟΧΙ** (ΠΑΡΟΝ	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ);

Δ4 Κράτησαν αυτά τα συμπτώματα τουλάχιστον για μια εβδομάδα **και** σας δημιούργησαν σημαντικά προβλήματα στο σπίτι, στην εργασία σας ή στο σχολείο,
ή νοσηλευτήκατε γι' αυτά τα προβλήματα; ΟΧΙ ΝΑΙ 12
ΑΝ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ ΙΣΧΥΕΙ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΝΑΙ

ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Δ4** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΟΧΙ**;
ΤΟΤΕ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΑΝ ΤΟ ΔΙΕΡΕΥΝΟΥΜΕΝΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΟΝ Ή ΠΑΡΕΛΘΟΝ

ΟΧΙ ΝΑΙ
ΥΠΟΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
ΠΑΡΟΝ
ΠΑΡΕΛΘΟΝ

ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Δ4** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;
ΤΟΤΕ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΑΝ ΤΟ ΔΙΕΡΕΥΝΟΥΜΕΝΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΟΝ Ή ΠΑΡΕΛΘΟΝ

ΟΧΙ ΝΑΙ
ΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
ΠΑΡΟΝ
ΠΑΡΕΛΘΟΝ

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Ε. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ

Ε1	Σας έχει συμβεί, περισσότερο από μία φορά, να έχετε επεισόδια ή κρίσεις στα οποία αισθανθήκατε **ξαφνικά** άγχος, φόβο ή ανησυχία, ακόμα και σε καταστάσεις όπου οι περισσότεροι άνθρωποι δεν θα αισθάνονταν έτσι; Κορυφώνονταν οι κρίσεις μέσα σε 10 λεπτά; ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΝΑΙ ΜΟΝΟ ΑΝ ΟΙ ΚΡΙΣΕΙΣ ΚΟΡΥΦΩΝΟΝΤΑΙ ΜΕΣΑ ΣΕ 10 ΛΕΠΤΑ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
	ΑΝ **Ε1 = ΟΧΙ**, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΟΧΙ ΣΤΟ Ε5 ΚΑΙ ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΚΑΤΕΥΘΕΙΑΝ ΣΤΟ Ζ1			
Ε2	Σε οποιαδήποτε περίοδο στο παρελθόν, ξεκίνησε κάποιο απ' αυτά τα επεισόδια χωρίς να το περιμένετε ή από μόνο του, ή επήλθε με απρόβλεπτο τρόπο, χωρίς προφανή αιτία;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
	ΑΝ **Ε2 = ΟΧΙ**, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΟΧΙ ΣΤΟ Ε5 ΚΑΙ ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΚΑΤΕΥΘΕΙΑΝ ΣΤΟ Ζ1			
Ε3	Σας έχει ποτέ συμβεί, μετά από ένα τέτοιο επεισόδιο, για ένα μήνα ή περισσότερο, να έχετε επίμονους φόβους μήπως σας συμβεί και άλλο επεισόδιο ή να ανησυχείτε για τις συνέπειες αυτού του επεισοδίου;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	3
	ΑΝ **Ε3 = ΟΧΙ**, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΟΧΙ ΣΤΟ Ε5 ΚΑΙ ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΚΑΤΕΥΘΕΙΑΝ ΣΤΟ Ζ1			
Ε4	**Κατά τη διάρκεια του χειρότερου επεισοδίου που μπορείτε να θυμηθείτε:**			
α	Είχατε ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών (δυνατούς χτύπους της καρδιάς) ή διαλείψεις στο σφυγμό;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4
β	Είχατε ιδρώτα ή γλιστερά χέρια;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	5
γ	Τρέματε η είχατε ταρακούνημα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	6
δ	Είχατε δύσπνοια;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	7
ε	Αισθανθήκατε σαν να πνιγόσασταν ή νιώθατε έναν κόμπο στο λαιμό;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	8
ζ	Είχατε πόνο, πίεση ή δυσφορία στο στήθος;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	9
η	Είχατε ναυτία, ενοχλήματα στο στομάχι ή ξαφνική διάρροια;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	10
θ	Αισθανθήκατε ζαλάδα, αστάθεια ή τάση για λιποθυμία;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	11
ι	Αισθανθήκατε τα πράγματα γύρω σας περίεργα, εξωπραγματικά, ξένα ή αποκομμένα από εσάς; Ή, αισθανθήκατε σαν να ήσασταν έξω ή αποκομμένος από το σώμα σας ή από μέρος του σώματός σας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	12
κ	Φοβηθήκατε ότι χάνατε τον έλεγχο ή ότι τρελαινόσασταν;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	13
λ	Φοβηθήκατε ότι πεθαίνατε;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	14
μ	Είχατε τσιμπήματα ή μούδιασμα σε μέρη του σώματός σας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	15
ν	Είχατε εξάψεις ή κρυάδες;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	16
Ε5	ΕΙΝΑΙ **4** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Ε4** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ**; ΑΝ **Ε5 = ΟΧΙ**, ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΚΑΤΕΥΘΕΙΑΝ ΣΤΟ **Ε7**	ΟΧΙ	ΝΑΙ	**Διαταραχή Πανικού στο παρελθόν**
Ε6	Τον τελευταίο μήνα, είχατε επανειλημμένα τέτοια επεισόδια (2 ή περισσότερες φορές), που ακολουθούνταν από επίμονους φόβους μήπως πάθετε κι άλλο επεισόδιο; ΑΝ **Ε6=ΝΑΙ**, ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΚΑΤΕΥΘΕΙΑΝ ΣΤΟ Ζ1	ΟΧΙ	ΝΑΙ	**Διαταραχή Πανικού Παρούσα** 17
Ε7	ΕΙΝΑΙ **1,2** Ή **3** ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Ε4** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ;**	ΟΧΙ	ΝΑΙ	**Ιστορικό κρίσεων με περιορισμένα συμπτώματα** 18

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Z. ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Z1	Αισθάνεστε άγχος ή εξαιρετικά άβολα σε μέρη ή σε καταστάσεις από τις οποίες η διαφυγή θα ήταν ίσως δύσκολη, και όπου μπορεί να μη βρίσκατε βοήθεια σε περίπτωση που σας έπιανε κρίση πανικού, όπως λ.χ. όταν είστε μέσα σε πλήθος, όταν περιμένετε σε ουρά, όταν είστε μόνος σας στο σπίτι ή μακριά από το σπίτι, όταν διασχίζετε γέφυρα ή όταν ταξιδεύετε με λεωφορείο, τρένο ή αυτοκίνητο;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	19

ΑΝ **Z1 = ΟΧΙ**, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΟΧΙ ΣΤΟ Z2

Z2	Φοβάστε αυτές τις καταστάσεις τόσο πολύ, ώστε να υποφέρετε πολύ όταν τις περνάτε, να χρειάζεστε ένα συνοδό για να τα βγάλετε πέρα ή να τις αποφεύγετε εντελώς;	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ**	20
		Αγοραφοβία Παρούσα		

ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Z2** (ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ) ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΟΧΙ** και ΤΟ **Ε6** (ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ) ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ** **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ χωρίς αγοραφοβία ΠΑΡΟΥΣΑ**
ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Z2** (ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ) ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ** και ΤΟ **Ε6** (ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ) ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ** **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ με αγοραφοβία ΠΑΡΟΥΣΑ**
ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Z2** (ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ) ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ** και ΤΟ **Ε5** (ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΑΝΙΚΟΥ) ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΟΧΙ**;	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ** **ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού ΠΑΡΟΥΣΑ**

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Η. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

H1	Τον τελευταίο μήνα, νιώθατε φόβο ή εξαιρετικά άβολα όταν σας κοιτούσαν, όταν ήσασταν το επίκεντρο της προσοχής, ή φόβο ότι θα εξευτελιζόσασταν; Μιλάμε για καταστάσεις όπως το να μιλάτε σε κοινό, να τρώτε δημόσια ή μαζί με άλλους, να γράφετε ενώ κάποιος σας κοιτάει ή να βρίσκεστε μαζί με άλλους ανθρώπους.	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
H2	Είναι αυτός ο φόβος υπερβολικός ή παράλογος;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
H3	Φοβάστε τόσο πολύ αυτές τις καταστάσεις, ώστε να υποφέρετε πολύ όταν τις περνάτε ή να τις αποφεύγετε;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	3
H4	Αυτός ο φόβος σας δημιουργεί πρόβλημα στην εργασία σας ή στην κοινωνική σας ζωή ή σας κάνει να υποφέρετε πολύ;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4

ΕΙΝΑΙ ΤΟ **H4** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;

ΟΧΙ **ΝΑΙ**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ ΠΑΡΟΥΣΑ

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Θ. ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Θ1	Τον τελευταίο μήνα, σας ενοχλούσαν σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις που επανέρχονταν συχνά και που: δεν τις θέλατε, δεν σας άρεσαν, δεν ταίριαζαν στις περιστάσεις, σας εμπόδιζαν ή σας βασάνιζαν; (π.χ. ιδέες ότι είστε βρόμικος, μολυσμένος ή γεμάτος μικρόβια, **ή** φόβοι ότι θα μολύνετε τους άλλους, **ή** φόβοι ότι θα κάνετε κακό σε κάποιον ενώ δεν το θέλετε, **ή** φόβοι ότι θα κάνετε πράξη κάποια παρόρμησή σας, **ή** φόβοι και προλήψεις ότι εσείς θα φταίγατε αν τα πράγματα πήγαιναν στραβά, **ή** έμμονες σεξουαλικές ιδέες, εικόνες ή παρορμήσεις, **ή** τάσεις να μαζεύετε και να συσσωρεύετε πράγματα, **ή** θρησκευτικές εμμονές); ΜΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΑΠΛΑ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΕΣ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΜΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΕΜΜΟΝΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΑΜΕΣΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ, ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΠΑΡΕΚΚΛΙΣΕΙΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΕ ΤΥΧΕΡΑ ΠΑΙΓΝΙΔΙΑ, ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ Ή ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ, ΚΑΘΟΤΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΤΛΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠ' ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΝΑ ΘΕΛΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΣΤΑΘΕΙ ΜΟΝΟ ΚΑΙ ΜΟΝΟ ΛΟΓΩ ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΤΟΥΣ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ.	ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
	ΑΝ **Θ1 = ΟΧΙ**, ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΚΑΤΕΥΘΕΙΑΝ ΣΤΟ **Θ4**			
Θ2	Αυτά τα βιώματα συνεχίζουν να επανέρχονται στο μυαλό σας, ακόμα και όταν προσπαθείτε να τα αγνοήσετε ή να απαλλαγείτε απ' αυτά; ΑΝ **Θ2 = ΟΧΙ**, ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΚΑΤΕΥΘΕΙΑΝ ΣΤΟ **Θ4**	ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
Θ3	Πιστεύετε ότι αυτές οι εμμονές είναι προϊόν του μυαλού σας και δεν σας επιβάλλονται από έξω;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	3
Θ4	Τον τελευταίο μήνα, σας έχει συμβεί να κάνετε κάτι επανειλημμένα χωρίς να μπορείτε να αντισταθείτε στο να το κάνετε, όπως λ.χ. να πλένεστε ή να καθαρίζετε συνέχεια, να μετράτε ή να τσεκάρετε πράγματα ξανά και ξανά, να επαναλαμβάνετε, να συσσωρεύετε ή να τακτοποιείτε πράγματα, ή να κάνετε άλλες τελετουργίες;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Θ3** Ή ΤΟ **Θ4** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ;**	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Θ5	Καταλαβαίνετε ότι αυτές οι έμμονες σκέψεις και/ ή αυτές οι καταναγκαστικές συμπεριφορές, στις οποίες δεν μπορείτε να αντισταθείτε, είναι υπερβολικές ή παράλογες;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	5
Θ6	Αυτές οι έμμονες σκέψεις και / ή οι καταναγκαστικές συμπεριφορές σας δημιουργούν σημαντικές δυσκολίες στην καθημερινή σας ζωή, στην επαγγελματική σας δραστηριότητα, στις συνήθεις κοινωνικές σας δραστηριότητες, ή σας τρώνε περισσότερο από μια ώρα τη μέρα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	6
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Θ6** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ;**	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ** **ΙΔΕΟΨΥΧΑ-ΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΡΟΥΣΑ**	

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Η. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

H1	Τον τελευταίο μήνα, νιώθατε φόβο ή εξαιρετικά άβολα όταν σας κοιτούσαν, όταν ήσασταν το επίκεντρο της προσοχής, ή φόβο ότι θα εξευτελιζόσασταν; Μιλάμε για καταστάσεις όπως το να μιλάτε σε κοινό, να τρώτε δημόσια ή μαζί με άλλους, να γράφετε ενώ κάποιος σας κοιτάει ή να βρίσκεστε μαζί με άλλους ανθρώπους.	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
H2	Είναι αυτός ο φόβος υπερβολικός ή παράλογος;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
H3	Φοβάστε τόσο πολύ αυτές τις καταστάσεις, ώστε να υποφέρετε πολύ όταν τις περνάτε ή να τις αποφεύγετε;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	3
H4	Αυτός ο φόβος σας δημιουργεί πρόβλημα στην εργασία σας ή στην κοινωνική σας ζωή ή σας κάνει να υποφέρετε πολύ;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **H4** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ**	**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ ΠΑΡΟΥΣΑ**

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Θ. ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Θ1	Τον τελευταίο μήνα, σας ενοχλούσαν σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις που επανέρχονταν συχνά και που: δεν τις θέλατε, δεν σας άρεσαν, δεν ταίριαζαν στις περιστάσεις, σας εμπόδιζαν ή σας βασάνιζαν; (π.χ. ιδέες ότι είστε βρόμικος, μολυσμένος ή γεμάτος μικρόβια, **ή** φόβοι ότι θα μολύνετε τους άλλους, **ή** φόβοι ότι θα κάνετε κακό σε κάποιον ενώ δεν το θέλετε, **ή** φόβοι ότι θα κάνετε πράξη κάποια παρόρμησή σας, **ή** φόβοι και προλήψεις ότι εσείς θα φταίγατε αν τα πράγματα πήγαιναν στραβά, **ή** έμμονες σεξουαλικές ιδέες, εικόνες ή παρορμήσεις, **ή** τάσεις να μαζεύετε και να συσσωρεύετε πράγματα, **ή** θρησκευτικές εμμονές); ΜΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΑΠΛΑ ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΕΣ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΜΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΕΜΜΟΝΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΑΜΕΣΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ, ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΠΑΡΕΚΚΛΙΣΕΙΣ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΕ ΤΥΧΕΡΑ ΠΑΙΓΝΙΔΙΑ, ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ Ή ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ, ΚΑΘΟΤΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΤΛΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠ' ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΝΑ ΘΕΛΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΣΤΑΘΕΙ ΜΟΝΟ ΚΑΙ ΜΟΝΟ ΛΟΓΩ ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΤΟΥΣ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ.	ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
	ΑΝ **Θ1 = ΟΧΙ**, ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΚΑΤΕΥΘΕΙΑΝ ΣΤΟ **Θ4**			
Θ2	Αυτά τα βιώματα συνεχίζουν να επανέρχονται στο μυαλό σας, ακόμα και όταν προσπαθείτε να τα αγνοήσετε ή να απαλλαγείτε απ' αυτά; ΑΝ **Θ2 = ΟΧΙ**, ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΚΑΤΕΥΘΕΙΑΝ ΣΤΟ **Θ4**	ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
Θ3	Πιστεύετε ότι αυτές οι εμμονές είναι προϊόν του μυαλού σας και δεν σας επιβάλλονται από έξω;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	3
Θ4	Τον τελευταίο μήνα, σας έχει συμβεί να κάνετε κάτι επανειλημμένα χωρίς να μπορείτε να αντισταθείτε στο να το κάνετε, όπως λ.χ. να πλένεστε ή να καθαρίζετε συνέχεια, να μετράτε ή να τσεκάρετε πράγματα ξανά και ξανά, να επαναλαμβάνετε, να συσσωρεύετε ή να τακτοποιείτε πράγματα, ή να κάνετε άλλες τελετουργίες;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Θ3** Ή ΤΟ **Θ4** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ;**	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Θ5	Καταλαβαίνετε ότι αυτές οι έμμονες σκέψεις και/ ή αυτές οι καταναγκαστικές συμπεριφορές, στις οποίες δεν μπορείτε να αντισταθείτε, είναι υπερβολικές ή παράλογες;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	5
Θ6	Αυτές οι έμμονες σκέψεις και / ή οι καταναγκαστικές συμπεριφορές σας δημιουργούν σημαντικές δυσκολίες στην καθημερινή σας ζωή, στην επαγγελματική σας δραστηριότητα, στις συνήθεις κοινωνικές σας δραστηριότητες, ή σας τρώνε περισσότερο από μια ώρα τη μέρα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	6
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Θ6** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ;**	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ** **ΙΔΕΟΨΥΧΑ-ΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΡΟΥΣΑ**	

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Ι. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΡΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (προαιρετικό)

Ι1	Σας έχει ποτέ συμβεί να ζήσετε, να γίνετε μάρτυρας ή να χρειαστεί να αντιμετωπίσετε ένα εξαιρετικά τραυματικό γεγονός, στο οποίο συνέβη θάνατος ή υπήρξε κίνδυνος θανάτου ή σοβαρός τραυματισμός για εσάς ή κάποιον άλλο; ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ: ΣΟΒΑΡΟ ΑΤΥΧΗΜΑ, ΒΙΑΙΗ Ή ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΙΘΕΣΗ, ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΗ ΕΠΙΘΕΣΗ, ΟΜΗΡΕΙΑ, ΑΠΑΓΩΓΗ, ΛΗΣΤΕΙΑ, ΠΥΡΚΑΓΙΑ, ΑΝΑΚΑΛΥΨΗ ΠΤΩΜΑΤΟΣ, ΞΑΦΝΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ, ΠΟΛΕΜΟΣ, ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ...	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
Ι2	Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, σας έχει συμβεί να ξαναζήσετε αυτό το γεγονός με τρόπο που σας αναστάτωσε (π.χ. όνειρα, έντονες αναμνήσεις, επεισόδια αναβίωσης ή σωματικές αντιδράσεις;)	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	2

Ι3	**Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα:**			
α	Αποφεύγετε να σκέφτεστε αυτό το γεγονός ή να βλέπετε πράγματα που σας το θυμίζουν;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	3
β	Δυσκολεύεστε να θυμηθείτε κάποια σημαντική πλευρά αυτού που συνέβη;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4
γ	Έχει μειωθεί το ενδιαφέρον σας για τα χόμπυ σας ή τις κοινωνικές σας συναναστροφές;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	5
δ	Έχετε αισθανθεί αποκομμένος ή αποξενωμένος από τους άλλους;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	6
ε	Έχετε νιώσει τα αισθήματά σας να έχουν μουδιάσει;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	7
ζ	Αισθανθήκατε ότι αυτό το τραυματικό γεγονός θα συντομέψει τη ζωή σας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	8
	ΕΙΝΑΙ **3** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Ι3** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ**;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	

Ι4	**Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα:**			
α	Δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	9
β	Είστε ιδιαίτερα ευερέθιστος ή έχετε ξεσπάσματα θυμού;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	10
γ	Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	11
δ	Είστε νευρικός ή συνέχεια «στην τσίτα»;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	12
ε	Έχετε την τάση να ξαφνιάζεστε εύκολα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	13
	ΕΙΝΑΙ **2 Ή** ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Ι4** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ**;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	
	Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, αυτά τα προβλήματα σας έχουν δημιουργήσει σημαντικές δυσκολίες στην εργασία σας ή στις κοινωνικές σας δραστηριότητες, ή σας έχουν κάνει να υποφέρετε πολύ;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	14
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Ι5** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ**	

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΡΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΑΡΟΥΣΑ

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Κ. ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ

Κ1	Τους τελευταίους 12 μήνες, έχει συμβεί, 3 ή περισσότερες φορές, να πιείτε 3 ή περισσότερα οινοπνευματώδη ποτά μέσα σε 3 ώρες;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
Κ2	**Τους τελευταίους 12 μήνες:**			
α	Έχει χρειαστεί να πιείτε περισσότερο για να έχετε το ίδιο αποτέλεσμα που είχατε όταν ξεκινήσατε το ποτό;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
β	Όταν μειώνετε το ποτό, τρέμουν τα χέρια σας, ιδρώνετε ή αισθάνεστε αναστάτωση;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	3
	Ή, έχετε πιει για να αποφύγετε αυτά τα συμπτώματα ή για να αποφύγετε τις «επιπτώσεις της επόμενης μέρας», π.χ. την τρεμούλα, τους ιδρώτες ή την αναστάτωση;			
	ΑΝ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΠ' ΑΥΤΑ ΤΑ ΔΥΟ ΙΣΧΥΕΙ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΝΑΙ			
γ	Τις φορές που πίνατε οινοπνευματώδη, καταλήγατε να πίνετε περισσότερο απ' ό,τι είχατε σχεδιάσει όταν ξεκινήσατε;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4
δ	Έχετε προσπαθήσει να μειώσετε ή να σταματήσετε το ποτό και έχετε αποτύχει;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	5
ε	Τις μέρες που πίνατε, καταναλώνατε πολύ χρόνο για να βρείτε ποτό, πίνοντας ή για να συνέλθετε από την επίδραση του οινοπνεύματος;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	6
ζ	Το ότι πίνετε σας κάνει να αφιερώνετε λιγότερο χρόνο στην εργασία σας, στα χόμπυ σας ή στις κοινωνικές σας συναναστροφές;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	7
η	Συνεχίζετε να πίνετε παρόλο που γνωρίζατε ότι το ποτό σας προκαλεί προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	8
	ΕΙΝΑΙ **3** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Κ2** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ**;	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ ΠΑΡΟΥΣΑ**	
	ΕΧΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ;	ΟΧΙ	→ ΝΑΙ	
Κ3	**Τους τελευταίους 12 μήνες:**			
α	Έχετε βρεθεί σε κατάσταση μέθης, «ανεβάσματος» ή «ζάλης της επόμενης μέρας» περισσότερες από μία φορά, ενώ είχατε άλλες υποχρεώσεις στο σχολείο, στην εργασία σας ή στο σπίτι; Σας δημιούργησε αυτό προβλήματα; ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΝΑΙ ΜΟΝΟ ΑΝ ΑΥΤΟ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	9
β	Έχετε βρεθεί σε κατάσταση μέθης σε περιπτώσεις όπου διατρέχατε κάποιο σωματικό κίνδυνο (π.χ. ενώ οδηγούσατε αυτοκίνητο, μοτοσικλέτα ή σκάφος ή ενώ χρησιμοποιούσατε κάποια μηχανή);	ΟΧΙ	ΝΑΙ	10
γ	Είχατε καμιά φορά προβλήματα με το νόμο λόγω του ποτού (π.χ. σύλληψη ή διαταραγμένη συμπεριφορά);	ΟΧΙ	ΝΑΙ	11
δ	Το ότι πίνετε σας έχει δημιουργήσει προβλήματα με την οικογένειά σας ή με άλλους ανθρώπους αλλά εσείς συνεχίζετε να πίνετε;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	12
	ΕΙΝΑΙ **1** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Κ3** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ;**	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΠΑΡΟΥΣΑ**	

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

ΚΑΡΤΑ ΟΥΣΙΩΝ

ΑΙΘΕΡΑΣ	ΚΟΛΛΕΣ	ΟΠΙΟ
ΑΜΦΕΤΑΜΙΝΗ	ΚΡΑΚ	PCP
ARTANE	ΚΩΔΕΙΝΗ	«ΠΡΕΖΑ»
BENZINH	LSD	RITALIN
ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ	ΜΑΡΙΧΟΥΑΝΑ	ΤΕΤΡΑΫΔΡΟΚΑΝΝΑΒΙΝΟΛΗ
ECSTASY	«ΜΑΥΡΟ»	ΤΟΛΟΥΟΛΙΟ
ΗΡΩΙΝΗ	ΜΕΘΑΔΟΝΗ	ΤΡΙΧΛΩΡΟΑΙΘΥΛΕΝΙΟ
ΚΑΝΝΑΒΗ	ΜΕΣΚΑΛΙΝΗ	ΧΑΣΙΣ
ΚΟΚΑΙΝΗ	ΜΟΡΦΙΝΗ	«ΧΟΡΤΟ»

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Λ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΛΩΝ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

Λ1	Τώρα, θα σας δείξω (ΔΕΙΞΤΕ ΤΗΝ ΚΑΡΤΑ ΜΕ ΤΙΣ ΟΥΣΙΕΣ) / θα σας διαβάσω (ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΛΙΣΤΑ) μια λίστα από ουσίες και φάρμακα. Τους τελευταίους 12 μήνες, έχετε πάρει κάποια απ' αυτές τις ουσίες, περισσότερες από μία φορά, για να «ανεβείτε», να νιώσετε καλύτερα ή να αλλάξετε τη διάθεσή σας;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ

ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΚΑΘΕ ΟΥΣΙΑ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΛΗΦΘΕΙ:
Ψυχοδιεγερτικά: Αμφεταμίνες, μεθαμφεταμίνη,"speed", Ritalin, Dexedrine, χάπια αδυνατίσματος
Κοκαΐνη: Κόκα, κρακ, "freebase", "speedball"
Ναρκωτικά: Ηρωίνη, μορφίνη, «πρέζα», όπιο, μεθαδόνη, κωδεΐνη, Lonarid-N, Lonalgal, Medamol, Romidon, Demerol, Sival, Darvon
Ψευδαισθησιογόνα: LSD, μεσκαλίνη, πεγιότ, PCP, «αγγελόσκονη», ψιλοκυβίνη, «μανιτάρια», ecstasy, MDA ή MDMA.
Εισπνεόμενα: κόλλα, χλωριούχο αιθύλιο, πρωτοξείδιο του αζώτου, νιτρώδες αμύλιο ή βουτύλιο, αιθέρας, βενζίνη, "poppers"
Κάνναβη: Χασίς, τετραϋδροκανναβινόλη, «χόρτο», «μπάφες», «μαύρο»
Ηρεμιστικά: βαρβιτουρικά, Stedon, Tavor, Xanax, Halcion, Hipnosedon, Vulbegal, Normison, Stilnox, Imovane, Seconal, Dalmane, Gardenal
Αντιχολινεργικά: Artane, Akineton
Άλλα: Αναβολικά στεροειδή, φάρμακα για ύπνο ή αδυνάτισμα. Άλλα;

ΚΑΤΑΓΡΑΨΤΕ ΤΙΣ ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ:

_____

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ ΤΙ ΘΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΘΕΙ ΜΕ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ:
- ΕΠΙ ΠΑΡΑΛΛΗΛΗΣ Ή ΔΙΑΔΟΧΙΚΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΟΛΛΩΝ ΟΥΣΙΩΝ: Η ΚΑΘΕ ΟΥΣΙΑ (Ή ΟΜΑΔΑ ΟΥΣΙΩΝ) ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ
- ΜΟΝΟΝ Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΗ ΟΥΣΙΑ (Ή ΟΜΑΔΑ ΟΥΣΙΩΝ)
- ΕΠΙ ΧΡΗΣΗΣ ΜΟΝΟ ΜΙΑΣ ΟΥΣΙΑΣ (Ή ΟΜΑΔΑΣ ΟΥΣΙΩΝ) Η ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΗ ΟΥΣΙΑ (Ή ΟΜΑΔΑ ΟΥΣΙΩΝ)

Λ2	**Σε ό,τι αφορά τη χρήση [ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΛΕΧΘΕΙΣΑ ΟΥΣΙΑ / ΟΜΑΔΑ ΟΥΣΙΩΝ] κατά τους τελευταίους 12 μήνες:**			
α	Έχετε αντιληφθεί να χρειάζεται να πάρετε μεγαλύτερη ποσότητα [ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗΣ ΟΥΣΙΑΣ / ΟΜΑΔΑΣ ΟΥΣΙΩΝ] για να έχετε το ίδιο αποτέλεσμα που είχατε όταν ξεκινήσατε να την λαμβάνετε;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
β	Όταν ελαττώσατε ή σταματήσατε τη χρήση [ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗΣ ΟΥΣΙΑΣ / ΟΜΑΔΑΣ ΟΥΣΙΩΝ], είχατε στερητικά συμπτώματα (πόνοι, ρίγη, πυρετός, αδυναμία, διάρροια, ναυτία, ιδρώτες, έντονους χτύπους της καρδιάς, δυσκολία στον ύπνο, ή διέγερση, άγχος, ευερεθιστότητα ή κατάθλιψη); Ή, πήρατε κάποια φάρμακα ή ουσίες για να προλάβετε τα στερητικά συμπτώματα ή για να αισθανθείτε καλύτερα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
	ΕΑΝ **ΝΑΙ** ΣΕ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΠ' ΑΥΤΑ ΤΑ ΔΥΟ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΝΑΙ**			
γ	Έχετε διαπιστώσει αρκετές φορές ότι, όταν παίρνατε [ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗΣ ΟΥΣΙΑΣ / ΟΜΑΔΑΣ ΟΥΣΙΩΝ], τελικά καταλήγατε να πάρετε μεγαλύτερη ποσότητα απ' ό,τι περιμένατε ότι θα πάρετε;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	3

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

δ Έχετε προσπαθήσει να ελαττώσετε ή να σταματήσετε τη λήψη [ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗΣ ΟΥΣΙΑΣ / ΟΜΑΔΑΣ ΟΥΣΙΩΝ], αλλά έχετε αποτύχει; ΟΧΙ ΝΑΙ 4

ε Τις μέρες που παίρνατε [ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗΣ ΟΥΣΙΑΣ / ΟΜΑΔΑΣ ΟΥΣΙΩΝ], ξοδεύατε πολύ χρόνο (> 2 ώρες) για να βρείτε την [ΟΥΣΙΑ / ΟΜΑΔΑ ΟΥΣΙΩΝ], για να την πάρετε, για να αναρρώσετε από τις συνέπειές της ή στο να την σκέφτεστε; ΟΧΙ ΝΑΙ 5

ζ Αφιερώνετε λιγότερο χρόνο στην εργασία σας, στα χόμπυ σας ή στο να βρίσκεστε με την οικογένεια ή τους φίλους σας εξαιτίας της χρήσης [ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗΣ ΟΥΣΙΑΣ / ΟΜΑΔΑΣ ΟΥΣΙΩΝ]; ΟΧΙ ΝΑΙ 6

η Έχετε συνεχίσει τη χρήση [ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗΣ ΟΥΣΙΑΣ / ΟΜΑΔΑΣ ΟΥΣΙΩΝ] παρόλο που σας δημιούργησε προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας; ΟΧΙ ΝΑΙ 7

ΕΙΝΑΙ **3** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Λ2** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ**;
ΚΑΤΑΓΡΑΨΤΕ ΤΗΝ/ΤΙΣ ΟΥΣΙΑ /ΕΣ:

_____

ΟΧΙ ΝΑΙ

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΑ/ΕΣ ΠΑΡΟΥΣΑ

ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΑ/ΕΣ; → ΟΧΙ ΝΑΙ

Λ3 **Τους τελευταίους 12 μήνες:**

α Έχει συμβεί, περισσότερες από 1 φορές, να βρεθείτε «φτιαγμένος», «ανεβασμένος» ή σε «ζάλη της επόμενης μέρας» από [ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗΣ ΟΥΣΙΑΣ / ΟΜΑΔΑΣ ΟΥΣΙΩΝ], σε στιγμές όπου είχατε άλλες ευθύνες στο σχολείο, στην εργασία ή στο σπίτι; Δημιούργησε αυτό κάποιο πρόβλημα; (ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΝΑΙ ΜΟΝΟ ΑΝ ΑΥΤΟ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ) ΟΧΙ ΝΑΙ 8

β Έχετε βρεθεί «φτιαγμένος» ή «ανεβασμένος» από [ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗΣ ΟΥΣΙΑΣ / ΟΜΑΔΑΣ ΟΥΣΙΩΝ] σε κάποια περίσταση, στην οποία διατρέχατε σωματικό κίνδυνο (π.χ. ενώ οδηγούσατε αυτοκίνητο, μοτοσικλέτα ή σκάφος ή ενώ χειριζόσασταν κάποιο μηχάνημα); ΟΧΙ ΝΑΙ 9

γ Είχατε προβλήματα με το νόμο λόγω της χρήσης [ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗΣ ΟΥΣΙΑΣ / ΟΜΑΔΑΣ ΟΥΣΙΩΝ], όπως π.χ. σύλληψη ή διαταραγμένη συμπεριφορά; ΟΧΙ ΝΑΙ 10

δ Έχετε συνεχίσει τη χρήση [ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗΣ ΟΥΣΙΑΣ / ΟΜΑΔΑΣ ΟΥΣΙΩΝ] παρόλο που σας δημιούργησε προβλήματα με την οικογένειά σας ή με άλλους ανθρώπους; ΟΧΙ ΝΑΙ 11

ΕΙΝΑΙ **1** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Λ3** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ**;
ΚΑΤΑΓΡΑΨΤΕ ΤΗΝ/ΤΙΣ ΟΥΣΙΑ/ΕΣ):

_____

ΟΧΙ ΝΑΙ

ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΑΣ/ΩΝ ΠΑΡΟΥΣΑ

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

Μ. ΨΥΧΩΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΖΗΤΗΣΤΕ ΕΝΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΘΕΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ. ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΝΑΙ ΜΟΝΟ ΑΝ** ΤΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΦΑΝΕΡΩΝΟΥΝ ΣΑΦΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ Ή ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ Ή ΑΝ ΔΕΝ ΑΡΜΟΖΟΥΝ ΣΤΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ. ΠΡΙΝ ΣΗΜΕΙΩΣΕΤΕ, ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΤΕ ΑΝ ΟΙ ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ ΕΙΝΑΙ «ΑΛΛΟΚΟΤΕΣ».
ΟΙ ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ ΕΙΝΑΙ ΑΛΛΟΚΟΤΕΣ ΟΤΑΝ: ΕΙΝΑΙ ΣΑΦΩΣ ΕΞΩΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ, ΠΑΡΑΛΟΓΕΣ, ΑΚΑΤΑΝΟΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΗΘΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ.
ΟΙ ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΩΣ ΑΛΛΟΚΟΤΕΣ ΟΤΑΝ: ΜΙΑ ΦΩΝΗ ΣΧΟΛΙΑΖΕΙ ΤΙΣ ΣΚΕΨΕΙΣ Ή ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ, Ή ΟΤΑΝ ΔΥΟ Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΦΩΝΕΣ ΣΥΖΗΤΟΥΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ.

				ΑΛΛΟΚΟΤΗ	
	Τώρα θα σας ρωτήσω για κάποιες ασυνήθιστες εμπειρίες που κάποιοι άνθρωποι είναι δυνατόν να έχουν.				
Μ1α	Έχετε ποτέ πιστέψει ότι κάποιοι σας παρακολουθούν, συνωμοτούν εναντίον σας ή προσπαθούν να σας κάνουν κακό;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	1
β	**ΑΝ ΝΑΙ:** Πιστεύετε και σήμερα αυτά τα πράγματα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ → **Μ6α**	2
Μ2α	Έχετε ποτέ πιστέψει ότι κάποιος διάβαζε το μυαλό σας ή μπορούσε να ακούσει τις σκέψεις σας, ή ότι εσείς μπορούσατε να διαβάσετε ή να ακούσετε τις σκέψεις κάποιου άλλου;	ΟΧΙ		ΝΑΙ	3
β	**ΑΝ ΝΑΙ:** Πιστεύετε και σήμερα αυτά τα πράγματα;	ΟΧΙ		ΝΑΙ → **Μ6α**	4
Μ3α	Έχετε ποτέ πιστέψει ότι κάποιος ή κάποια δύναμη έξω από εσάς έβαζε σκέψεις στο μυαλό σας που δεν ήταν δικές σας, ή ότι σας έκανε να συμπεριφέρεστε μ' έναν τρόπο ξένο προς το συνηθισμένο σας εαυτό; Έχετε ποτέ αισθανθεί ότι σας κατείχε κάποιο πνεύμα ή κάποια δύναμη;	ΟΧΙ		ΝΑΙ	5
β	**ΑΝ ΝΑΙ:** Πιστεύετε και σήμερα αυτά τα πράγματα;	ΟΧΙ		ΝΑΙ → **Μ6α**	6
Μ4α	Έχετε ποτέ πιστέψει ότι σας στέλνουν ειδικά μηνύματα μέσω της τηλεόρασης, του ραδιοφώνου ή των εφημερίδων, ή ότι κάποιος που δεν γνωρίζατε προσωπικά ενδιαφερόταν ιδιαίτερα για εσάς;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	7
β	**ΑΝ ΝΑΙ:** Πιστεύετε και σήμερα αυτά τα πράγματα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ → **Μ6α**	8
Μ5α	Συγγενείς ή φίλοι σας έχουν θεωρήσει ποτέ αυτά που πιστεύατε περίεργα ή εξωπραγματικά;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	9
	ΤΥΧΟΝ ΠΑΡΑΛΗΡΗΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΘΗΚΑΝ ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ Μ1-Μ4, ΟΠΩΣ λ.χ. ΜΕΓΑΛΕΙΟΥ, ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ, ΕΝΟΧΗΣ, ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΚΕΣ...				
β	**ΑΝ ΝΑΙ:** Θεωρούν περίεργα και αυτά που πιστεύετε αυτόν τον καιρό;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	10
Μ6α	Έχετε ποτέ ακούσει πράγματα που άλλοι άνθρωποι δεν μπορούσαν να ακούσουν, όπως φωνές;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	11
	ΟΙ ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ ΣΗΜΕΙΩΝΟΝΤΑΙ ΩΣ «ΑΛΛΟΚΟΤΕΣ» ΜΟΝΟ ΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΚΑΤΑΦΑΤΙΚΑ ΣΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ:				
	Ακούγατε μία φωνή που σχολίαζε τις σκέψεις ή τη συμπεριφορά σας, ή δύο ή περισσότερες φωνές που συζητούσαν μεταξύ τους;				
β	**ΑΝ ΝΑΙ:** Έχετε ακούσει αυτά τα πράγματα τον τελευταίο μήνα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ → **Μ8β**	12

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

M7α	Είχατε ποτέ οράματα ενώ ήσασταν ξύπνιος, ή έχετε δει πράγματα που άλλοι άνθρωποι δεν μπορούσαν να δουν; ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΝΑΙ ΜΟΝΟ ΑΝ ΤΑ ΟΡΑΜΑΤΑ ΕΙΝΑΙ ΑΣΥΜΒΑΤΑ ΜΕ ΤΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	13
β	**ΑΝ ΝΑΙ:** Έχετε δει αυτά τα πράγματα τον τελευταίο μήνα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	14
	ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ:			
M8β	ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΤΩΡΑ ΑΣΥΝΑΡΤΗΣΙΑ, ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΟΜΙΛΙΑ Ή ΕΜΦΑΝΗ ΧΑΛΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΙΡΜΟΥ;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	15
M9β	ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΤΩΡΑ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ Ή ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	16
M10β	ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ, ΠΡΟΕΞΑΡΧΟΥΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ, ΔΗΛ. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΕΠΙΠΕΔΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ, ΠΤΩΧΕΙΑ ΛΟΓΟΥ (ΑΛΟΓΙΑ) Ή ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ Ή ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΣΤΟΧΟ-ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ (ΑΒΟΥΛΙΑ);	ΟΧΙ	ΝΑΙ	17
M11	ΑΠΟ ΤΟ **M1 ΩΣ ΤΟ M10:** • ΕΙΝΑΙ **1 Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ «β»** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ, ΑΛΛΟΚΟΤΟ;** **Ή** • ΕΙΝΑΙ **2** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ «β» ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ** (ΑΝΤΙ ΓΙΑ ΝΑΙ, ΑΛΛΟΚΟΤΟ);	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ** **ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΠΑΡΟΥΣΑ**	
M12	ΑΠΟ ΤΟ **M1 ΩΣ ΤΟ M7:** • ΕΙΝΑΙ **1 Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ «α»** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ, ΑΛΛΟΚΟΤΟ;** **Ή** • ΕΙΝΑΙ **2** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ «α» ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ** (ΑΝΤΙ ΓΙΑ ΝΑΙ, ΑΛΛΟΚΟΤΟ); (ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΑΥΤΑ ΤΑ 2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΑΝ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ) **Ή** • ΕΙΝΑΙ ΤΟ **M11** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ** **ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ**	
M13α	ΑΝ ΤΟ M12 ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**, Ή ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ **ΝΑΙ** ΑΠΟ ΤΟ M1 ΩΣ ΤΟ M7: ΚΑΤΑΧΩΡΕΙΤΑΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΘΕΤΙΚΑ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΠΑΡΟΝ Ή ΠΑΡΕΛΘΟΝ) **Ή** ΓΙΑ ΜΑΝΙΑΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΠΑΡΟΝ Ή ΠΑΡΕΛΘΟΝ);	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	
β	Μου είπατε νωρίτερα ότι υπήρχε/αν περίοδος/οι κατά την/τις οποία/ες αισθανόσασταν κατάθλιψη/ ανεβασμένος / ευερέθιστος. Μήπως οι πεποιθήσεις και τα βιώματα που μόλις μου περιγράψατε (M1-M7) εμφανίζονταν αποκλειστικά τις περιόδους που νιώθατε κατάθλιψη / ανεβασμένος / ευερέθιστος;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	18
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **M13β** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ** **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΜΕ ΨΥΧΩΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΟΥΣΑ**	

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Ν. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

N1α	Τι ύψος έχετε;	⊔⊔⊔	cm	
β	Ποιο ήταν το χαμηλότερο βάρος σας τους τελευταίους 3 μήνες;	⊔⊔⊔	kg	
γ	ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΟΡΙΟ ΠΟΥ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΕΙ ΣΤΟ ΥΨΟΣ ΤΟΥ;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
	Τους τελευταίους 3 μήνες:			
N2	Παρά το χαμηλό σας βάρος, έχετε προσπαθήσει να μην πάρετε βάρος;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
N3	Έχετε φοβηθεί μήπως πάρετε βάρος ή μήπως γίνετε παχύς, παρόλο που είστε λιποβαρής;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	3
N4α	Έχετε θεωρήσει τον εαυτό σας παχύ ή ότι κάποιο μέρος του σώματός σας είναι πολύ παχύ;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4
β	Επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό ο τρόπος που βλέπετε τον εαυτό σας από το σωματικό σας βάρος ή το σχήμα του σώματός σας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	5
γ	Έχετε σκεφτεί ότι το τωρινό σας χαμηλό σωματικό βάρος είναι φυσιολογικό ή υπερβολικό;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	6
N5	ΕΙΝΑΙ **1** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **M4** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ**;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	
N6	ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: Τους τρεις τελευταίους μήνες, μήπως δεν είχατε καμμία έμμηνη ρύση, ενώ αναμενόταν να έχετε (εφόσον δεν είστε έγκυος);	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	7

ΓΥΝΑΙΚΕΣ: ΕΙΝΑΙ ΤΟ **M5** ΚΑΙ ΤΟ **M6** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΑ **ΝΑΙ;**
ΑΝΔΡΕΣ: ΕΙΝΑΙ ΤΟ **M5** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;

ΟΧΙ ΝΑΙ
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΠΑΡΟΥΣΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΨΟΥΣ / ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΟΡΙΟΥ ΒΑΡΟΥΣ (ΥΨΟΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΠΟΥΤΣΙΑ, ΒΑΡΟΣ ΧΩΡΙΣ ΡΟΥΧΑ)

ΥΨΟΣ (cm)		140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
ΒΑΡΟΣ (kg)	Γυναίκες	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
	Άνδρες	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

ΤΑ ΚΑΤΩΤΕΡΑ ΟΡΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥΝ ΣΕ ΤΙΜΕΣ 15% ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΟΡΙΟ ΒΑΡΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΑΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ, ΟΠΩΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ DSM-IV.

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Ξ. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Ξ1	Τους τελευταίους τρεις μήνες, είχατε ποτέ επεισόδια υπερφαγίας, κατά τα οποία τρώγατε πολύ μεγάλη ποσότητα φαγητού μέσα σε χρονικό διάστημα 2 ωρών;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	8
Ξ2	Τους τελευταίους τρεις μήνες, είχατε τέτοια επεισόδια υπερφαγίας τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	9
Ξ3	Κατά τη διάρκεια αυτών των επεισοδίων, αισθανόσασταν ότι η λήψη του φαγητού σας ήταν εκτός ελέγχου;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	10
Ξ4	Κάνατε κάτι για να αποτρέψετε ή να αντισταθμίσετε τυχόν αύξηση του βάρους σας απ' αυτά τα επεισόδια, όπως: να προκαλείτε εμετούς, να κάνετε αυστηρή δίαιτα, να κάνετε πολλή γυμναστική ή να παίρνετε καθαρτικά, διουρητικά ή άλλα φάρμακα ή να κάνετε κλύσματα;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	11
Ξ5	Επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό ο τρόπος που βλέπετε τον εαυτό σας από το σωματικό σας βάρος ή το σχήμα του σώματός σας;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	12
Ξ6	ΜΗΠΩΣ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΛΗΡΕΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ; ΑΝ **Ξ6 = ΟΧΙ**, ΠΗΓΑΙΝΕΤΕ ΚΑΤΕΥΘΕΙΑΝ ΣΤΟ **Ξ8**	ΟΧΙ	ΝΑΙ	13
Ξ7	Μήπως αυτά τα επεισόδια υπερφαγίας συμβαίνουν μόνο όταν είστε κάτω από ____ kg*; * ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΕΔΩ ΤΟ ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΟΡΙΟ ΒΑΡΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΕΙ ΣΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΑΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ, ΟΠΩΣ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	14
Ξ8	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Ξ5** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ** ΚΑΙ ΤΟ **Ξ7** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΟΧΙ** (Η ΕΧΕΙ ΠΑΡΑΛΕΙΦΘΕΙ);	**ΟΧΙ** **ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ** ΠΑΡΟΥΣΑ	**ΝΑΙ**	
	ΕΙΝΑΙ ΤΟ **Ξ7** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ **ΝΑΙ**;	**ΟΧΙ** **ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ (τύπος υπερφαγίας/ προκλητής κάθαρσης) ΠΑΡΟΥΣΑ**	**ΝΑΙ**	

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Ο. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Ο1	Τους τελευταίους 6 μήνες, ανησυχείτε υπερβολικά ή άγχεστε για αρκετά			
α	ζητήματα της καθημερινής σας ζωής, σε ό,τι αφορά την εργασία σας, το σπίτι σας ή το στενό κοινωνικό σας κύκλο; ΜΗΝ ΣΗΜΕΙΩΣΕΤΕ ΝΑΙ ΑΝ Η ΕΣΤΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΤΑΙ ΣΕ ΜΙΑΝ ΑΛΛΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΟΥ ΔΙΕΡΕΥΝΗΘΗΚΕ ΜΕΧΡΙ ΑΥΤΟ ΤΟ ΣΗΜΕΙΟ – ΟΠΩΣ: ΑΓΧΟΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΗΠΩΣ ΠΑΘΕΙ ΚΡΙΣΗ ΠΑΝΙΚΟΥ (ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ), ΜΗΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΑΒΟΛΑ ΕΝΩΠΙΟΝ ΑΛΛΩΝ (ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ), ΜΗΠΩΣ ΕΙΝΑΙ ΜΟΛΥΣΜΕΝΟ (ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ), ΜΗΠΩΣ ΠΑΡΕΙ ΒΑΡΟΣ (ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ) κλπ.	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
β	Έχετε αυτές τις ανησυχίες τις περισσότερες μέρες;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
Ο2	Δυσκολεύεστε να ελέγξετε αυτές τις ανησυχίες, ή σας εμποδίζουν να συγκεντρωθείτε σε αυτά που κάνετε;	→ ΟΧΙ	ΝΑΙ	3

ΑΠΟ ΤΟ Ο3α ΩΣ ΤΟ Ο3ζ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΑΝ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΟΥ ΔΙΕΡΕΥΝΗΘΗΚΑΝ ΣΤΙΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ

Ο3	**Τους τελευταίους 6 μήνες, κάθε μέρα που έχετε άγχος:**			
α	Αισθάνεστε «στην τσίτα», «στην πρίζα» ή σαν να μην μπορείτε να βρείτε ησυχία;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4
β	Αισθάνεστε σφιγμένος;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	5
γ	Αισθάνεστε κουρασμένος, αδύναμος ή κουράζεστε εύκολα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	6
δ	Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε ή αισθάνεστε το μυαλό σας να κολλάει εντελώς;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	7
ε	Αισθάνεστε ευερέθιστος;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	8
ζ	Δυσκολεύεστε στον ύπνο (δυσκολεύεστε να αποκοιμηθείτε, ξυπνάτε στη μέση της νύχτας, ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί ή κοιμάστε υπερβολικά);	ΟΧΙ	ΝΑΙ	9

ΕΙΝΑΙ **3** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Ο3** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ**;

ΟΧΙ ΝΑΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΠΑΡΟΥΣΑ

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.

→ ΣΗΜΑΙΝΕΙ: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ **ΟΧΙ** ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ **ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ** ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

Π. ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ (προαιρετικό)

Π1	**Πριν να κλείσετε τα 15 έτη:**			
α	Φεύγατε επανειλημμένα από το σχολείο ή το σκάγατε από το σπίτι και λείπατε όλο το βράδυ;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	1
β	Επανειλημμένα λέγατε ψέματα, κάνατε ζαβολιές, εξαπατούσατε άλλους ή κλέβατε;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	2
γ	Ξεκινούσατε καυγάδες, απειλούσατε ή εκφοβίζατε άλλους;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	3
δ	Καταστρέφατε επίτηδες πράγματα ή βάζατε φωτιές;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	4
ε	Κάνατε κακό επίτηδες σε ανθρώπους ή ζώα;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	5
ζ	Είχατε υποχρεώσει κανέναν να έρθει σε σεξουαλική επαφή μαζί σας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	6
	ΕΙΝΑΙ **2** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Π1** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ;**	→		
		ΟΧΙ	ΝΑΙ	
Π2	ΜΗΝ ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΕ **ΝΑΙ** ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ, ΑΝ ΟΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΠΟΚΙΝΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟ ΠΟΛΙΤΙΚΑ Ή ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΑ ΚΙΝΗΤΡΑ			
	Αφού κλείσατε τα 15 έτη και μετά:			
α	Έχετε επανειλημμένα συμπεριφερθεί με τρόπο που οι άλλοι θα θεωρούσαν ανεύθυνο, όπως να μην πληρώνετε δανεικά, να συμπεριφέρεστε εσκεμμένα παρορμητικά ή εσκεμμένα να μην εργάζεστε για να συντηρήσετε τον εαυτό σας;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	7
β	Έχετε κάνει πράγματα που δεν ήταν νόμιμα, έστω και αν δεν σας έπιασαν (π.χ. να καταστρέψετε ξένη ιδιοκτησία, να κλέψετε από μαγαζί, να κλέψετε, να πουλάτε ναρκωτικά ή να κάνετε κάποιο κακούργημα);	ΟΧΙ	ΝΑΙ	8
γ	Έχετε εμπλακεί επανειλημμένα σε βίαιους καβγάδες (συμπεριλαμβάνονται χειροδικίες με σύζυγο ή παιδιά);	ΟΧΙ	ΝΑΙ	9
δ	Έχετε συχνά πει ψέματα ή εξαπατήσει άλλους ανθρώπους για να αποκομίσετε χρήματα ή ευχαρίστηση, ή έχετε πει ψέματα απλώς για διασκέδαση;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	10
ε	Έχετε εκθέσει άλλους σε κίνδυνο χωρίς να σας νοιάζει;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	11
ζ	Έχετε κάνει κακό, συμπεριφερθεί άσχημα, πει ψέματα, κλέψει από άλλους ή κάνει ζημιές σε ξένη ιδιοκτησία, χωρίς να αισθανθείτε μετά ενοχές;	ΟΧΙ	ΝΑΙ	12
	ΕΙΝΑΙ **3** Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ **Π2** ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ **ΝΑΙ;**	**ΟΧΙ**	**ΝΑΙ**	**ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

M.I.N.I. 5.0.0. Ελληνική έκδοση / DSM-IV / current (August 1998) (Translation into Greek June 2004)
Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – TAMPA – USA/ Greek Translation: G.N. Papadimitriou[1], S. Beratis[2], T.Matsoukas[1], K.R. Soldatos[1] (1: Athens University, Dept of Psychiatry, 2: University of Patras, Dept of Psychiatry.