

**Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών**



**Σχολή Επιστημών Υγείας**

**Ιατρική Σχολή**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών**

**«Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων- Εξαρτησιολογία»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΤΖΟΓΟΥ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΤΕΓΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΥΝ  
ΔΟΜΕΣ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ**

**ΑΡΕΤΗ ΚΑΛΥΒΙΩΤΗ**

**A.M.: 20190299**

**Επιβλέπων:** Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:** Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Φωτίου Αναστάσιος, PhD Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, Νευροεπιστημών και Ιατρικής Ακριβείας, «ΚΩΣΤΑΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ», ΕΠΙΨΥ

Μαλλιώρα Μινέρβα-Μελομένη, Ομότιμη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**ΑΘΗΝΑ,**

**ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2021**

## Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	6
Εισαγωγή.....	8
Μέρος Α: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας .....	10
Κεφάλαιο 1: Διαταραχή τζόγου .....	10
1.1 Διαγνωστικά κριτήρια διαταραχής τζόγου.....	10
1.2 Επιπολασμός διαταραχής τζόγου.....	11
1.3 Διαταραχή τζόγου και συννόσηση.....	13
1.4 Επιβαρυντικοί παράγοντες.....	14
Κεφάλαιο 2: Το πρόβλημα της έλλειψης στέγης .....	17
2.1 Έλλειψη στέγης και άστεγοι: Ορισμός του προβλήματος .....	17
2.2 Το μέγεθος του προβλήματος διεθνώς.....	19
2.3 Το πρόβλημα της έλλειψης στέγης στην Ελλάδα .....	20
2.4 Αιτιολογικοί παράγοντες της έλλειψης στέγης.....	22
Κεφάλαιο 3: Τζόγος και έλλειψη στέγης .....	26
3.1 Σχέση τζόγου και έλλειψης στέγης.....	26
3.2 Συμπεριφορές τζόγου και επιπολασμός διαταραχής τζόγου σε πληθυσμούς αστέγων.....	28
3.3 Συμπεριφορές τζόγου και συννοσηρότητα σε πληθυσμούς αστέγων .....	31
Μέρος Β: Ερευνητικό μέρος.....	34
Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία.....	34
4.1 Πληθυσμός-στόχος, Δειγματοληψία και Δείγμα .....	34
4.2 Ερευνητική διαδικασία .....	35
4.3 Εργαλεία .....	37
4.4 Στατιστική ανάλυση.....	39
Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα.....	40
5.1 Έλεγχος υποθέσεων .....	45
Κεφάλαιο 6: Συζήτηση .....	50

Βιβλιογραφία .....	55
<i>Ξενόγλωσση βιβλιογραφία</i> .....	55
<i>Ελληνική βιβλιογραφία</i> .....	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	61

### **Ευρετήριο Πινάκων**

<b>Πίνακας 1.</b> ETHOS- Ευρωπαϊκή Τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία	18
<b>Πίνακας 1.</b> Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά δείγματος .....	40
<b>Πίνακας 2.</b> Παθολογία τζόγου .....	42
<b>Πίνακας 3.</b> Ψυχική υγεία και άλλες εξαρτήσεις .....	42
<b>Πίνακας 4.</b> Δραστηριότητες και συμπεριφορές τζόγου .....	43
<b>Πίνακας 5.</b> Σύγκριση μέσων στην κλίμακα PGSI ως προς κατηγορικές περιγραφικές μεταβλητές με περισσότερες από δύο κατηγορίες .....	47
<b>Πίνακας 6.</b> Σύγκριση μέσων στην κλίμακα PGSI ως προς ποσοτικές μεταβλητές .....	48
<b>Πίνακας 7.</b> Σύγκριση μέσων τιμών στις ερωτήσεις αξιολόγησης της συχνότητας τζόγου σε διάφορα είδη στοιχηματισμού, μεταξύ προβληματικών και μη τζογαδόρων .....	49

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η έλλειψη στέγης και η διαταραχή τζόγου αποτελούν δύο ζητήματα δημόσιας υγείας, και παρόλο που αρχικά δε φαίνεται να σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους, ο κίνδυνος συνύπαρξης και πιθανά σύνδεσής τους δεν πρέπει να αγνοηθεί. Από τις ελάχιστες έρευνες που έχουν μελετήσει τη διαταραχή τζόγου σε πληθυσμούς αστέγων έχει προκύψει υψηλός επιπολασμός σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, και συχνά συννοσηρότητα με ψυχιατρικές διαταραχές και άλλες εξαρτήσεις.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη διερευνά την έκταση και τα χαρακτηριστικά της δραστηριότητας τζόγου στους άστεγους και το αν η έλλειψη στέγης συνδέεται με τις δραστηριότητες τζόγου στον πληθυσμό αυτόν. Πιο συγκεκριμένα στόχοι της μελέτης είναι: 1) ο υπολογισμός και αποτύπωση της έκτασης, συχνότητας, παθολογίας και του πλαισίου της συμπεριφοράς τζόγου στην καθημερινή ζωή των αστέγων, 2) η διερεύνηση συννοσηρότητας με άλλες εξαρτήσεις, 3) η διερεύνηση κοινωνικο- δημογραφικών παραγόντων.

**Μεθοδολογία:** Συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 104 αστέγων που προσεγγίζουν δομές υποστήριξης/ φιλοξενίας αστέγων στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, από τον Ιούλιο έως τον Σεπτέμβριο του 2020. Το δείγμα προήλθε από ωφελούμενους δύο Υπνωτηρίων στην Αθήνα και τη Νίκαια, δύο Ξενώνων στην Αθήνα, δύο Κέντρων Κοινότητας στην Αθήνα και τον Πειραιά, και ενός Κοινωνικού Συσσιτίου στην Αθήνα. Για την ανίχνευση παθολογίας τζόγου χορηγήθηκε το εργαλείο Problem Gambling Severity Index (PGSI), ενώ οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικές με τη συχνότητα τζόγου και τον τύπο παιχνιδιών, την παρουσία άλλων εξαρτητικών συμπεριφορών και προβλημάτων ψυχικής υγείας, κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών, και συνθηκών αστεγίας.

**Αποτελέσματα:** Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (57,7%) έχει συμμετάσχει σε κάποιο τυχερό παιχνίδι τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το 20,2% επί του συνόλου του δείγματος πληροί τα κριτήρια για παθολογικό τζόγο. Παρόλο που η πλειονότητα των συμμετεχόντων απέχει από τη χρήση ουσιών (Αλκοόλ: 50%, Κάνναβη: 86,5% Χρήση άλλων παράνομων ουσιών: 86,5%), βρέθηκε πως η χρήση κάνναβης, αλλά όχι καθημερινά, η κατανάλωση αλκοόλ τέσσερις ή και περισσότερες φορές την εβδομάδα, και η κατανάλωση αλκοόλ μαζί με

τζόγο, σχετίζονται με υψηλότερες μέσες τιμές στην κλίμακα PGSI ( $p<0,05$ ). Επιπρόσθετα, η διάσταση όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, τα οικογενειακά προβλήματα ως κύρια αιτία αστεγίας, και η παρόρμηση για τζόγο μετά από σημαντικό γεγονός της ζωής, επίσης σχετίζονται με υψηλότερες μέσες τιμές στην κλίμακα PGSI ( $p<0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια αποτύπωσης της σχέσης ανάμεσα στα προβλήματα τζόγου και την έλλειψη στέγης, δύο ζητήματα που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία. Τα ευρήματα που προκύπτουν καταδεικνύουν πως ο πληθυσμός των αστέγων είναι ένας ιδιαίτερα ευάλωτος πληθυσμός απέναντι στη διαταραχή τζόγου, αλλά και στη συννοσηρότητα με άλλες εξαρτήσεις. Οι επαγγελματίες των υπηρεσιών υποστήριξης αστέγων θα πρέπει να έχουν γνώση αυτής της ευαλωτότητας, με σκοπό την έγκαιρη αναγνώριση, την πρόληψη, αλλά και την αντιμετώπιση των προβλημάτων τζόγου και των επιπτώσεών τους.

**Λέξεις κλειδιά:** Διαταραχή τζόγου, άστεγοι, επιπολασμός, συννόσηση, εξάρτηση

## ABSTRACT

**Introduction:** Homelessness and gambling disorder are both recognized as public health concerns, and although they initially do not appear to be directly related, the risk of co-existence and possible connection should not be ignored. The few studies that have been conducted on the gambling disorder among homeless populations have shown a high prevalence in comparison to the general population, and often co-morbidity with psychiatric disorders and other addictions.

**Aim:** This study looks into the extent and characteristics of gambling activity among the homeless and whether homelessness is linked to gambling activities in this population. More specifically, the objectives of the study are: 1) the calculation and depiction of the extent, frequency, pathology and context of gambling behavior in the daily lives of the homeless, 2) the investigation of co-morbidity with other addictions, 3) the search of socio-demographic factors.

**Methodology:** A cross-sectional study was carried out on a sample of 104 homeless people seeking assistance in homeless support/hospitality structures in the wider area of Athens from July to September 2020. The sample came from beneficiaries of two Night Shelters in Athens and Nikaia, two Shelters in Athens, two Community Centers in Athens and Piraeus, and one Soup Kitchen in Athens. The Problem Gambling Severity Index (PGSI) was provided in order to assess gambling pathology, and participants were asked to answer questions about gambling frequency and type of gambling, the presence of other addictive behaviors and mental health problems, socio-economic characteristics, as well as homelessness conditions.

**Results:** A great number of participants (57.7%) have gambled the last 12 months, while 20.2% of the total sample meets the criteria for pathological gambling. Although the majority of participants abstain from substance use (Alcohol: 50%, Cannabis: 86.5%, Use of other illegal substances: 86.5%), it was found that cannabis use, but not on a daily basis, alcohol consumption four or more times a week, and alcohol consumption while gambling, are associated with higher average scores on the PGSI scale ( $p < 0.05$ ). In addition, separation in terms of marital status, dealing with family problems as the main cause of homelessness, and the urge to gamble after a major life event, are also associated with higher average scores on the PGSI scale ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** The present study constitutes a first attempt to pinpoint the link between gambling problems and homelessness, two issues related to public health. The related findings show that the homeless population is a particularly vulnerable one to gambling disorder, but also to co-morbidity with other addictions. Homeless support professionals should be aware of this vulnerability, with a view to timely identification, prevention, and addressing gambling problems and their implications.

**Key words:** Gambling disorder, homeless, prevalence, comorbidity

## Εισαγωγή

Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια αποτελεί μία νόμιμη, για άτομα από 18 ετών για τον επίγειο τζόγο, και από 21 ετών για τον ηλεκτρονικό τζόγο και το καζίνο, δραστηριότητα του ελεύθερου χρόνου με σκοπό τη διασκέδαση. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται παγκόσμια επέκταση της βιομηχανίας των τυχερών παιχνιδιών προσφέροντας στους παίκτες διάφορες μορφές παιχνιδιών, τα οποία μπορούμε να κατατάξουμε σε τέσσερις κατηγορίες: α) το ποντάρισμα (χαρτιά, μηχανήματα με κέρματα, πόκερ, ρουλέτα, κ.ά.), β) το στοίχημα (ιπποδρομίες, αθλητικά στοίχηματα, κ.ά.), γ) τη λοταρία (τζόκερ, λαχεία, κ.ά.), δ) την επένδυση (τοποθέτηση χρημάτων σε μετοχές και χρηματιστηριακά παράγωγα) που θεωρείται οικονομική δραστηριότητα, παρόλο που έχει όλα τα χαρακτηριστικά των τυχερών παιχνιδιών (Οικονόμου και συν., 2016). Το κοινό χαρακτηριστικό των παραπάνω δραστηριοτήτων είναι ότι το άτομο ρισκάρει κάτι που έχει αξία με την προσδοκία να αποκτήσει μεγαλύτερο κέρδος (Potenza et al., 2001).

Παρόλο που αρχικά ο τζόγος δε φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με την έλλειψη στέγης, ο κίνδυνος συνύπαρξης και πιθανά σύνδεσής τους δεν πρέπει να αγνοηθεί. Ο πληθυσμός των αστέγων παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα ψυχιατρικών και εξαρτητικών διαταραχών (FEANTSA, 2018). Μια διαταραχή που έχει λιγότερο μελετηθεί στον πληθυσμό αυτό είναι η διαταραχή τζόγου (Edgar, 2009, Matheson, et al., 2014). Ωστόσο, σε όσες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί τα αποτελέσματα συνάδουν μεταξύ τους, καταδεικνύοντας υψηλότερο επιπολασμό διαταραχής τζόγου στον συγκεκριμένο πληθυσμό, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Sharman, 2019).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των συμπεριφορών τζόγου σε δείγμα αστέγων που προσεγγίζουν δομές στην Αθήνα. Το πρώτο μέρος αφορά στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο θα γίνει περιγραφή της διαταραχής τζόγου και των διαγνωστικών κριτηρίων της διαταραχής, ενώ θα παρουσιαστούν δεδομένα που υπάρχουν σχετικά με τον επιπολασμό της διαταραχής αυτής. Στη συνέχεια του πρώτου κεφαλαίου θα γίνει αναφορά στη συννοσηρότητα της διαταραχής τζόγου με άλλες ψυχιατρικές παθήσεις, και τέλος, θα αναφερθούν οι σημαντικότεροι επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση της διαταραχής τζόγου.



Στο δεύτερο κεφάλαιο θα περιγραφεί το πρόβλημα της έλλειψης στέγης. Θα επιχειρηθεί να οριστεί και να περιγραφεί το μέγεθος του προβλήματος τόσο σε διεθνές επίπεδο, όσο και σε εγχώριο, ενώ τέλος, θα γίνει αναφορά στα κυριότερα αίτια που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου της έλλειψης στέγης.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα περιγραφεί ο τρόπος που συνδέονται ο τζόγος και η έλλειψη στέγης. Θα αναφερθούν οι συμπεριφορές τζόγου που εμφανίζουν οι άστεγοι και θα παρατεθούν στοιχεία μελετών σχετικά με τον επιπολασμό της διαταραχής στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Τέλος, θα γίνει αναφορά στα στοιχεία που είναι διαθέσιμα για τον πληθυσμό των αστέγων με προβλήματα τζόγου και εμφανίζουν συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές παθήσεις και εξάρτηση με ψυχοτρόπες ουσίες.

Στο δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας θα γίνει περιγραφή της έρευνας, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δομές υποστήριξης/ φιλοξενίας αστέγων στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς και μεταξύ άλλων κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν τις δραστηριότητες τζόγου, παρουσία άλλων εξαρτητικών συμπεριφορών, ενώ χορηγήθηκε σταθμισμένο εργαλείο αξιολόγησης της παθολογίας του τζόγου. Πιο συγκεκριμένα, στο τέταρτο κεφάλαιο θα περιγραφεί η μεθοδολογία στην οποία στηρίχθηκε η ερευνητική διαδικασία, δίνοντας περιγραφή των συμμετεχόντων, της ερευνητικής διαδικασίας που ακολουθήθηκε, των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν και της στατιστικής ανάλυσης.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης, και τέλος, το έκτο κεφάλαιο εστιάζεται στη συζήτηση και τα συμπεράσματα.

## **Μέρος Α: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας**

### **Κεφάλαιο 1: Διαταραχή τζόγου**

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συμμετάσχει κατά τη διάρκεια της ζωής τους σε κάποιο τυχερό παιχνίδι. Ωστόσο, κάποιο ποσοστό χάνει τον έλεγχο με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα, όπως οικονομικά, εργασιακά, υγείας, ψυχολογικά και διατάραξης προσωπικών σχέσεων (Abbot, 2017).

Σε αυτό το κεφάλαιο θα περιγραφούν τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής τζόγου σύμφωνα με το DSM-5 (2013), θα γίνει αναφορά στα στοιχεία επιπολασμού της διαταραχής, καθώς και στη συνύπαρξή της με άλλες διαταραχές, και τέλος θα γίνει μνεία στους επιβαρυντικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη διαταραχή.

#### **1.1 Διαγνωστικά κριτήρια διαταραχής τζόγου**

Η διαταραχή τζόγου ή η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια είναι ο πρώτος μη χημικός ή συμπεριφορικός εθισμός που εντάσσεται στην τελευταία έκδοση DSM-5 της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (2013). Ως ψυχιατρική διαταραχή είχε ήδη συμπεριληφθεί από το 1980 στο DSM-3 με τον όρο «παθολογικός τζόγος», με τη διαφορά ότι υπαγόταν στις διαταραχές έλεγχου των παρορμήσεων.

Σύμφωνα με το DSM-5 (APA, 2013), για τη διάγνωση της διαταραχής τζόγου θα πρέπει να υπάρχουν επίμονες και επαναλαμβανόμενες δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές τζόγου, και να πληρούνται τέσσερα από τα ακόλουθα κριτήρια για μία περίοδο δώδεκα μηνών: 1) ανάγκη στοιχηματισμού όλο και μεγαλύτερων χρηματικών ποσών, 2) εμμονή με τον τζόγο, δηλαδή αφιέρωση πολύ χρόνου σκέψης σε εμπειρίες σχετικές με τον τζόγο, ή για την εξασφάλιση χρημάτων για τον τζόγο, 3) ανησυχία ή ευερεθιστότητα όταν γίνονται προσπάθειες μείωσης ή διακοπής του τζόγου, 4) επαναλαμβανόμενες αποτυχημένες προσπάθειες μείωσης, ελέγχου ή διακοπής τζόγου, 5) ψευδείς ισχυρισμοί στους άλλους σχετικά με την εμπλοκή στα τυχερά παιχνίδια, 6) απώλεια εργασίας, σημαντικών σχέσεων, ή εκπαιδευτικών ευκαιριών λόγω της εμπλοκής με τα τυχερά παιχνίδια, 7) ρύθμιση αρνητικών συναισθημάτων με τα τυχερά παιχνίδια, 8) προσπάθεια ισοφαρίσματος των χαμένων ύστερα από απώλεια («ρεφάρισμα»), 9) στήριξη σε άλλους με σκοπό την εξασφάλιση χρημάτων για

την αντιμετώπιση της απελπιστικής οικονομικής κατάστασης στην οποία έχει περιέλθει το άτομο λόγω της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια.

Ανάλογα με τον αριθμό κριτηρίων που πληρούνται, η διαταραχή χαρακτηρίζεται ήπια (4-5 κριτήρια), μέτρια (6-7 κριτήρια) ή σοβαρή (8-9 κριτήρια).

Εκτός από την διαταραχή τζόγου, συχνά χρησιμοποιούμενος, είναι και ο όρος «προβληματικός τζόγος», ο οποίος αναφέρεται στην ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, με τέτοιο τρόπο, ώστε να επηρεάζει σημαντικά την επαγγελματική, διαπροσωπική και οικονομική δραστηριότητα του ατόμου, χωρίς όμως να πληροί τα κριτήρια της διάγνωσης.

Με βάση τα παραπάνω κριτήρια έχουν δημιουργηθεί και χρησιμοποιηθεί αρκετά διαγνωστικά εργαλεία και δομημένες κλινικές συνεντεύξεις για την εκτίμηση της εξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια, όπως οι κλίμακες South Oaks Gambling Screen (SOGS), Problem Gambling Severity Index (PGSI), AUDASIS, NODS, κ.ά., ενώ παράλληλα υπάρχουν και πιο σύντομα εργαλεία ανίχνευσης, όπως το NODS-CLiP, το LIE/BET Questionnaire, κ.ά.

## **1.2 Επιπολασμός διαταραχής τζόγου**

Σύμφωνα με τα κριτήρια που περιγράφηκαν παραπάνω και τα διαγνωστικά εργαλεία που αναφέρθηκαν, σε διάφορες χώρες έχουν διεξαχθεί αντιπροσωπευτικές μελέτες που αποτυπώνουν την έκταση της διαταραχής τζόγου.

Λαμβάνοντας υπόψη τη χρήση διαφορετικών εργαλείων, μεθοδολογίας, και άλλων παραμέτρων που επηρεάζουν τις εκτιμήσεις (Meyer et al., 2015), προκύπτει πως η διαταραχή τζόγου επηρεάζει το 0,2–5,3% του ενήλικου πληθυσμού παγκοσμίως (Huberfeld and Dannon, 2014). Ενώ σύμφωνα με πιο πρόσφατα δεδομένα, το ποσοστό κυμαίνεται από 0,5% έως 7,6%, με μέσο όρο 2,3%. Υψηλότερα είναι τα ποσοστά σε παγκόσμιο επίπεδο σε ανήλικα άτομα, αφού φαίνεται πως το 0,8% έως 6,0% των εφήβων αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον τζόγο (Dowling et al., 2017).

Γενικότερα, φαίνεται πως χαμηλότερα ποσοστά συναντάμε στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, υψηλά στην Ασία, και ενδιάμεσα στην Αυστραλία και τη Νότια Αμερική, ενώ ειδικά σε Αυστραλία, Καναδά, και ΗΠΑ υπάρχουν διακυμάνσεις στα ποσοστά ανά τα χρόνια (Abbot, 2017).

Σε μελέτη που πραγματοποίησε η National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) στις ΗΠΑ σε 43.000 τυχαία επιλεγμένους ενήλικες, βρέθηκε πως ο δια βίου επιπολασμός της διαταραχής του τζόγου είναι 0,4%, και το ποσοστό ετήσιου επιπολασμού 0,2% (Petry, 2016). Αξίζει να αναφερθεί πως στις ΗΠΑ υψηλότερα είναι τα ποσοστά του προβληματικού τζόγου στους Ασιάτες, Ισπανούς και μαύρους, σε σχέση με τους λευκούς (Huberfeld and Dannon, 2014).

Στην Αυστραλία καταγράφηκε από το Australian Institute for Gambling Research ένα από τα υψηλότερα ποσοστά διαταραχής τζόγου σε μια αγγλόφωνη χώρα, το οποίο ανερχόταν στο 1,9% του γενικού πληθυσμού. Ωστόσο, φαίνεται να εγείρονται αμφιβολίες για το ποσοστό που προέκυψε, καθώς στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο SOGS, το οποίο τείνει να υπερεκτιμά τα ποσοστά επικράτησης (Petry, 2016).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Χονγκ- Κονγκ, βρέθηκε πως το ποσοστό του πληθυσμού που πληροί τα κριτήρια για προβληματικό τζόγο και για διαταραχή τζόγου, ανέρχεται στο 6% (Huberfeld and Dannon, 2014), ενώ από έρευνα του Υπουργείου Κοινωνικής Ανάπτυξης της Σιγκαπούρης, το ποσοστό που προέκυψε ήταν με μεγάλη διαφορά μικρότερο, αφού ανερχόταν στο 2,1% (Petry, 2016).

Όσον αφορά στις ευρωπαϊκές χώρες, στη Γερμανία οι εκτιμήσεις για τον δια βίου επιπολασμό διαταραχής τζόγου κυμαίνονται από 0,15-3,5% (Meyer et al., 2015), στη Φινλανδία 0,6%, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Νορβηγία και στην Πολωνία 0,7%, και στη Σουηδία 0,9% (Wieczorek et al., 2019).

Στην Ελλάδα, από την μοναδική έρευνα που έχει διεξαχθεί σε εθνικό επίπεδο σχετικά με την εκτίμηση του επιπολασμού της διαταραχής τζόγου, προέκυψε πως το 2,4% των συμμετεχόντων πληροί τα κριτήρια για προβληματικό τζόγο (Oikonomou et al., 2019).

Παρόλο που αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν πως λόγω των αυξανόμενων παιχνιδιών και ευκαιριών για να παίξει ένα άτομο κάποιο τυχερό παιχνίδι, και την ευκολία πρόσβασης, υπάρχει και αυξητική τάση της διαταραχής τζόγου, οι Martin και Shaffer (2010), και Abbot (2017), υποστηρίζουν πως οι αυξήσεις στα ποσοστά είναι βραχυπρόθεσμες, και πως ο επιπολασμός της διαταραχής τζόγου παραμένει σταθερός για δεκαετίες, καθώς υπολογίζεται πως κάθε χρόνο περίπου τα μισά άτομα που έχουν διαγνωσθεί με διαταραχή τζόγου, είτε θεραπεύονται, είτε πεθαίνουν, και αντικαθίστανται από νέα εθισμένα άτομα (Abbot, 2017).

### 1.3 Διαταραχή τζόγου και συννόσηση

Η διαταραχή τζόγου αρκετά συχνά συνυπάρχει τόσο με παθολογικές, όσο και με ψυχιατρικές παθήσεις. Η υπέρταση, το πεπτικό έλκος και καρδιαγγειακού τύπου παθήσεις εμφανίζονται ως απόρροια του χρόνιου άγχους που αντιμετωπίζουν τα άτομα που εμπλέκονται στον τζόγο. Άλλες παθήσεις που συνδέονται με την πολύωρη ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια αφορούν τις διαταραχές ύπνου και τις κακές διατροφικές συνήθειες, που με τη σειρά τους επιφέρουν έλλειψη ύπνου και παχυσαρκία ή επεισόδια υπερφαγίας, αντίστοιχα (Μέλλος και Παπαρρηγόπουλος, 2019).

Όσον αφορά την ψυχιατρική συννοσηρότητα, φαίνεται ότι η εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια σχετίζεται με τις διαταραχές χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Μία πρόσφατη μετα-ανάλυση βρήκε πως 13,7% των εξαρτημένων που βρίσκονται σε θεραπεία για ψυχοτρόπες ουσίες πληρούν τα κριτήρια παθολογικού τζόγου (Rash and Petry, 2016). Ενώ σύμφωνα με άλλες έρευνες, το ποσοστό παθολογικού τζόγου σε άτομα σε προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη εκτιμάται από 7 έως 16%, και σε άτομα που αναζητούν θεραπεία για την εξάρτηση από την κοκαΐνη 15% (Petry, 2001). Επίσης, από την έρευνα NESARC προέκυψε πως το 47,8% που διεγνώσθησαν με διαταραχή τζόγου, πληρούσαν επίσης τα κριτήρια για εξάρτηση από το αλκοόλ, ενώ περισσότεροι από το ένα τρίτο ήταν εθισμένοι επιπλέον σε μία ή περισσότερες ουσίες, όπως κάνναβη, ηρωίνη, κ.ά. (Petry, 2016). Τέλος, φαίνεται να υπάρχει υψηλή συσχέτιση και με τη νικοτίνη, αφού το 60% των ατόμων που έχουν προβλήματα με τον τζόγο, παράλληλα είναι εθισμένα και στη νικοτίνη (Martin and Shaffer, 2010).

Άλλες ψυχιατρικές παθήσεις που δεν αφορούν ψυχοτρόπες ουσίες και σχετίζονται με τη διαταραχή τζόγου, είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές άγχους και προσωπικότητας (Abbot, 2017). Επίσης, έρευνες αναφέρουν πως 36-50% των ατόμων με διαταραχές τζόγου εμφανίζουν αυτοκτονικό ιδεασμό, και 20-30% έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας ως λύση για τις συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές απώλειες που έχουν υποστεί. Μάλιστα, φαίνεται πως ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας είναι πιο αυξημένος για τα άτομα τα οποία εμφανίζουν διαταραχή τζόγου και συννόσηση με διαταραχές συναισθήματος και εξάρτηση από ουσίες (Huberfeld and Dannon, 2014).

Δεν υπάρχουν εκτιμήσεις για την σχέση της διαταραχής τζόγου με άλλες συμπεριφορικές εξαρτήσεις, με εξαίρεση κάποιες έρευνες που έχουν γίνει σε έφηβους, από τις οποίες προκύπτει υψηλή συσχέτιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τον τζόγο, με την

άσκηση, κατάχρηση ηλεκτρονικών παιχνιδιών και διαδικτύου, και υπερβολικών αγορών (Petry, 2016).

Τέλος, παρά τη δεδομένη συνύπαρξη της διαταραχής τζόγου με άλλες διαταραχές, δεν είναι σαφής η σχέση αιτίου αιτιατού μεταξύ τους (Gainsbury et al., 2019), καθώς σε κάποιες περιπτώσεις η διαταραχή τζόγου προηγείται της συνυπάρχουσας διαταραχής, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών, ή άλλες καταστάσεις, όπως η κακοποίηση και το τραύμα, αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών τζόγου (Abbot, 2017).

#### **1.4 Επιβαρυντικοί παράγοντες**

Εκτός από την εκτίμηση του επιπολασμού της διαταραχής τζόγου, ένα άλλο πεδίο ενδιαφέροντος των επιδημιολογικών μελετών σχετικά με την παθολογία τζόγου αποτελεί η διερεύνηση των επιβαρυντικών παραγόντων. Οι επιβαρυντικοί παράγοντες μας παρέχουν γνώση σχετικά με τις καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση της διαταραχής τζόγου (Dowling et al., 2017), και η γνώση αυτή μας βοηθάει να στο να σχεδιάζουμε αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις (Oikonomou et al., 2019).

Τα κυριότερα δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη διαταραχή τζόγου είναι το φύλο, η ηλικία και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι άνδρες φαίνεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν προβλήματα με τον τζόγο σε σχέση με τις γυναίκες. Σε μετα- ανάλυση εκτιμήθηκε πως το άρρεν φύλο είναι ο πιο ισχυρός επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνιση της διαταραχής τζόγου (Dowling et al., 2017), ενώ σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 8.857 άνδρες και 10.056 γυναίκες, τα ποσοστά προβληματικού τζόγου που βρέθηκαν ήταν 4,9% και 2,7% αντίστοιχα (Afifi et al., 2010). Ωστόσο, οι Martin και Shaffer (2010), υποστηρίζουν πως το φύλο μας δίνει λιγότερα ποιοτικά δεδομένα σε σχέση με άλλους δημογραφικούς ή μη παράγοντες κινδύνου για την κατανόηση της διαταραχής του τζόγου, και πως δεν καθορίζει τόσο την εγκαθίδρυση της διαταραχής, όσο την έναρξη της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια και την εξέλιξη της ενασχόλησης. Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρουν οι ίδιοι ερευνητές, οι γυναίκες τείνουν να ξεκινάνε σε μεγαλύτερη ηλικία την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, σε σχέση με τους άνδρες, όμως οι γυναίκες αναπτύσσουν σε μικρότερο

χρονικό διάστημα προβλήματα με τον τζόγο, σε σχέση με τους άνδρες (Martin and Shaffer, 2010).

Η έναρξη της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια σε νεαρή ηλικία (πριν από τα 21 έτη) επίσης αποτελεί σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση διαταραχής τζόγου (Huberfeld and Dannon, 2014). Από την έρευνα NCS-R προέκυψε πως τα άτομα που βρίσκονταν στην ηλικία 18-44 ετών, είχαν πέντε φορές πιο αυξημένο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν διαταραχή τζόγου σε σχέση με τα άτομα άνω των 45 ετών (Petry, 2016). Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται πως η διαταραχή τζόγου είναι συχνότερη στα άτομα νεαρότερης ηλικίας, με τα ποσοστά στον εφηβικό πληθυσμό να κυμαίνονται από 0,8% έως 6,0% (Dowling et al., 2017).

Το χαμηλό κοινωνικο- οικονομικό επίπεδο επίσης συσχετίζεται με τη διαταραχή τζόγου. Από τις περισσότερες έρευνες προκύπτει πως όσοι πληρούν τα κριτήρια για τη διαταραχή έχουν χαμηλό εισόδημα ή/ και χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Petry, 2016). Υψηλά ποσοστά διαταραχής τζόγου εμφανίζουν οι εθνικές μειονότητες (Huberfeld and Dannon, 2014; Abbot, 2017), αλλά και όσοι διαμένουν σε υποβαθμισμένες περιοχές (Abbot, 2017).

Τα παραπάνω δεδομένα φαίνεται να ισχύουν και για την Ελλάδα, αφού από έρευνα επιπολασμού του παθολογικού τζόγου των Οικονόμου και συνεργατών (2019), εκτιμάται πως αυτοί που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα με τον τζόγο είναι άνδρες, με μη ελληνική καταγωγή, που ζουν με τους γονείς τους ή με άλλους συγγενείς, με εκπαίδευση κάτω από δώδεκα έτη, και με χαμηλό ή μηδενικό εισόδημα (Οικονομου et al., 2019).

Επιγραμματικά αναφέρονται και κάποιοι άλλοι σημαντικοί επιβαρυντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη διαταραχή τζόγου, όπως οι γνωστικές διαστρεβλώσεις (λανθασμένες αντιλήψεις, ψευδαίσθηση ελέγχου), τα αισθητηριακά χαρακτηριστικά, η διαδικασία ενίσχυσης, η παραβατική συμπεριφορά (Johansson et al., 2008), η συμμετοχή σε παραπάνω από έναν τύπο παιχνιδιού, η συμμετοχή σε παιχνίδια που προσφέρουν μεγάλη πιθανότητα κέρδους και που η ευκαιρία για να παίξει κάποιος είναι άμεση, όπως τα «φρουτάκια» (Gainsbury et al., 2019), η συχνή συμμετοχή (Abbot, 2017), η ύπαρξη διαταραχής τζόγου ή/ και αλκοόλ στο οικογενειακό περιβάλλον (Welte et al., 2016), η αναζήτηση διέγερσης- συναισθημάτων (sensationseeking), η παρορμητικότητα, και τέλος η ευκολία της προσβασιμότητας (Οικονόμου και συν., 2016).

Σύμφωνα με τα δεδομένα που αναφέρθηκαν παραπάνω φαίνεται η διαταραχή τζόγου να είναι συχνότερη σε συγκεκριμένους πληθυσμούς, όπως στον ψυχιατρικό πληθυσμό, στους ουσιοεξαρτημένους, και στους έφηβους. Οι άστεγοι, στους οποίους θα γίνει αναλυτική αναφορά στο επόμενο κεφάλαιο, αποτελούν άλλη μία πληθυσμιακή ομάδα που συναντάμε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά διαταραχής τζόγου, όμως φαίνεται πως υποτιμώνται ερευνητικά.



## **Κεφάλαιο 2: Το πρόβλημα της έλλειψης στέγης**

Το πρόβλημα της έλλειψης στέγης αποτελεί ένα σύνθετο ζήτημα δημόσιας υγείας, με ποικίλες αιτίες, που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη σωματική, ψυχική και κοινωνική κατάσταση του ατόμου. Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει περιγραφή των διαστάσεων του φαινομένου της έλλειψης στέγης αναφέροντας τον ορισμό του προβλήματος και τις εννοιολογικές δυσκολίες του, το μέγεθος του προβλήματος στην Ελλάδα και διεθνώς, καθώς και τους κυριότερους αιτιολογικούς παράγοντες.

### **2.1 Έλλειψη στέγης και άστεγοι: Ορισμός του προβλήματος**

Λόγω του ότι οι άστεγοι δεν αποτελούν μία ομοιογενή ομάδα, και σε συνδυασμό με το γεγονός πως σε διεθνές επίπεδο υπάρχουν διαφορές σε εννοιολογικό και μεθοδολογικό επίπεδο, δεν έχει προκύψει μέχρι τώρα ένας κοινός ορισμός (Ασημόπουλος και συν., 2015).

Το πρόβλημα της έλλειψης στέγης προσεγγίζεται είτε ανάλογα με τις επιμέρους ομάδες που αποτελούν τους άστεγους στο σύνολο, όπως ενήλικες, νέοι, οικογένειες με παιδιά, κλπ (Shin and Khadduri, 2020), είτε ανάλογα με τις συνθήκες διαμονής (άστεγοι στο δρόμο, επισφαλείς συνθήκες, κλπ), σύμφωνα με την τυπολογία ETHOS της Ευρωπαϊκής Συνομοσπονδίας Οργανώσεων Αστέγων (FEANTSA- European Federation of National Organizations Working with the Homeless) (FEANTSA, 2013). Άλλες προσεγγίσεις μπορεί να αφορούν τη διάκριση μεταξύ του διαστήματος που κάποιος είναι άστεγος (προσωρινή, επεισοδιακή, μακροχρόνια έλλειψη στέγης) (Meanwell, 2012).

Φαίνεται, πως τουλάχιστον στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, επικρατεί η υιοθέτηση της τυπολογίας αστέγων ETHOS, παρόλο που ο ορισμός της έλλειψης στέγης σε μία χώρα μπορεί να περιλαμβάνει περισσότερες καταστάσεις, σε σχέση με κάποια άλλη χώρα (Boesveldt, 2019). Η συγκεκριμένη τυπολογία, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 1, περιλαμβάνοντας 4 βασικές κατηγορίες και 13 υποκατηγορίες αστέγων, φαίνεται να προσεγγίζει με μεγαλύτερη πληρότητα και διευρυμένη αντίληψη την έννοια της έλλειψης στέγης και του αστέγου, αφού εντάσσει διάφορες ομάδες ανθρώπων με ετερογένεια (αποφυλακισμένους, ηλικιωμένους, κ.ά.) όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης και το διάστημα αστεγίας (Ασημόπουλος και συν., 2015).

**Πίνακας 1. ETHOS- Ευρωπαϊκή Τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία**

Εννοιολογική Κατηγορία	Λειτουργικός Ορισμός		Συνθήκες Διαβίωσης		Γενικοί Προσδιορισμοί Όρων κατοικίας
	ΑΣΤΕΓΟΙ ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ	1	Άνθρωποι που ζουν στο δρόμο	1.1	Διαμονή σε δημόσιους ή εξωτερικούς χώρους
	2	Διαμονή σε χώρους για επείγουσες καταστάσεις	2.1	Διανυκτέρευση σε ξενώνες ύπνου	Άνθρωποι χωρίς σταθερό τόπο διαμονής, που χρησιμοποιούν για διανυκτέρευση υποβαθμισμένα καταλύματα
ΣΤΕΡΟΥΜΕΝΟΙ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	3	Διαμονή σε ξενώνες για άστεγους	3.1 3.2 3.3	Διαμονή σε ξενώνα για άστεγους Προσωρινή παραμονή σε ξενώνα για άστεγους Υποστηριζόμενη διαμονή σε μεταβατικό στάδιο	Ο χρόνος παραμονής ορίζεται να είναι σύντομος*
	4	Φιλοξενία σε ξενώνες γυναικών	4.1	Διαμονή σε ξενώνα για γυναίκες	Σύντομη* φιλοξενία γυναικών, που έχουν βιώσει ενδο-οικογενειακή βία
	5	Διαμονή σε κέντρα για μετανάστες και πρόσφυγες	5.1 5.2	Προσωρινή φιλοξενία σε κέντρα υποδοχής για αιτούντες άσυλο Προσωρινή φιλοξενία για μετανάστες	Βραχυχρόνια φιλοξενία σε χώρους υποδοχής λόγω νομικής εκκρεμότητας
	6	Πρόσωπα που φεύγουν από ιδρύματα	6.1 6.2 6.3	Εξιτήριο από σωφρονιστικά καταστήματα- Αποφυλακίζόμενοι Εξιτήριο από Ψυχιατρεία και άλλα Νοσοκομεία ή αποποίηση από θεραπευτικά προγράμματα για χρήση ουσιών Λήξη φιλοξενίας σε Ιδρύματα Παιδική Προστασία/ στέγες ανηλίκων	Δεν υπάρχει άλλη κατοικία πριν την αποφυλάκιση Παράταση της νοσηλείας λόγω έλλειψης στέγης Δεν πιστοποιείται η ύπαρξη κατοικίας (με τη συμπλήρωση των 18 χρόνων)
	7	Πρόσωπα που λαμβάνουν μακροχρόνια υποστήριξη	7.1 7.2	Στεγαστική φροντίδα για ηλικιωμένους άστεγους Υποστηριζόμενη διαμονή για πρώην άστεγους	Διαμονή μακράς διάρκειας* και παροχή φροντίδας για πρώην άστεγους
ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΕ ΕΠΙΣΦΑΛΕΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΕΓΑΣΗΣ	8	Άνθρωποι που ζουν σε επισφαλή κατοικία	8.1 8.2 8.3	Προσωρινή φιλοξενία σε συγγενείς ή φίλους (από ανάγκη) Διαμονή σε καθεστώς παράνομης ή παράτυπης υπενοικίασης Παράνομη καταπάτηση γης (για στεγαστικό σκοπό)	Προσωρινή διαμονή σε συμβατική κατοικία αλλά όχι κανονική και μόνιμη λόγω έλλειψης στέγης Διαμονή χωρίς νόμιμη ενοικίαση- παράνομη κατάληψη Καταπάτηση γης χωρίς νόμιμα δικαιώματα
	9	Άνθρωποι που ζουν υπό την απειλή έξωσης	9.1 9.2	Αναγκαστική έξωση με δικαστική εντολή από ενοικιαζόμενη κατοικία Εντολή κατάσχεσης ιδιόκτητης κατοικίας	Όπου εντολές για έξωση είναι σε ισχύ Όπου υπάρχει δικαστική εντολή για κατάσχεση
	10	Πρόσωπα που ζουν υπό την απειλή βίας	10.1	Διαμονή στην οικογενειακή εστία με καταγεγραμμένα από την αστυνομία περιστατικά βίας	Όταν η αστυνομία λαμβάνει μέτρα για να εξασφαλίσει ασφαλή διαμονή σε θύματα ενδο-οικογενειακής βίας
ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΑΝΕΠΑΡΚΗ- ΑΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΑΤΑΛΥΜΑΤΑ	11	Άνθρωποι που ζουν σε προσωρινά ή πρόχειρα καταλύματα	11.1 11.2 11.3	Τροχόσπιτα- Αυτοκίνητα Μη συμβατικές κατασκευές Προσωρινές κατασκευές	Δεν προορίζονται για μόνιμη διαμονή Αυτοσχέδιες κατασκευές, παραπήγματα ή παράγκες Ημι-μόνιμες κατασκευές, λυόμενα, containers
	12	Άνθρωποι που ζουν σε ακατάλληλα καταλύματα	12.1	Κατειλημμένα κτίρια ακατάλληλα για κατοίκηση	Χώροι που θεωρούνται ακατάλληλοι για κατοίκηση σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία
	13	Διαμονή υπερβολικά μεγάλου αριθμού ανθρώπων στον ίδιο χώρο	13.1	Υπέρβαση του ανώτατου επιτρεπτού ορίου συνωστισμού σε κατοικία	Υπέρβαση του ανώτατου επιτρεπτού εθνικού ορίου ανθρώπων ανά χρησιμοποιούμενο δωμάτιο ή επιφάνεια κατοικίας ανά άτομο
<p>Σημείωση: Ως διαμονή σύντομης διάρκειας ορίζεται χρόνος λιγότερος του ενός έτους Ως διαμονή μακράς διάρκειας ορίζεται χρόνος πέραν του έτους Αυτός ο ορισμός είναι συμβατός με τους ορισμούς των απογραφών, όπως συνιστώνται στην Έκθεση του 2006 της UNECE/ EUROSTAT</p>					

Στην Ελλάδα, ο ορισμός δόθηκε σχετικά πρόσφατα, το 2012, με τον Νόμο 4052, όπου παράλληλα οι άστεγοι αναγνωρίζονται ως «ευάλωτη ομάδα». Πιο συγκεκριμένα, στο άρθρο 29 αναφέρονται τα εξής:

1. *«Αναγνωρίζονται οι άστεγοι ως ευπαθής κοινωνική ομάδα, στην οποία παρέχεται κοινωνική προστασία. Ως άστεγοι ορίζονται 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.*
2. *Στους αστέγους περιλαμβάνονται ιδίως αυτοί που διαβιούν στο δρόμο, σε ξενώνες, αυτοί που φιλοξενούνται από ανάγκη προσωρινά σε ιδρύματα ή άλλες κλειστές δομές, καθώς και αυτοί που διαβιούν σε ακατάλληλα καταλύματα».*

Φαίνεται όμως πως ο συγκεκριμένος ορισμός έχει δεχθεί κριτική (Ασημόπουλος και συν., 2015, Theodorikakou et al., 2013), καθώς είναι περιορισμένος σε σχέση με τον διευρυμένο ορισμό της Ευρωπαϊκής τυπολογίας ETHOS, ενώ παράλληλα αποκλείει όσους δεν διαμένουν νόμιμα στη χώρα. Μάλιστα, η στενότητα του ορισμού που έχει υιοθετήσει η Ελλάδα και άλλα τέσσερα κράτη μέλη της Ε.Ε. επισημαίνεται και σε κείμενο εργασίας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τις ευρωπαϊκές πολιτικές για τους άστεγους (Ασημόπουλος και συν., 2015).

## **2.2 Το μέγεθος του προβλήματος διεθνώς**

Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, η έλλειψη ενός κοινού ορισμού και η έλλειψη επαρκών μεθόδων ποσοτικής συλλογής δεδομένων υπολογισμού των αστέγων καθιστά αδύνατο το να οριστεί διεθνώς, αλλά και σε ευρωπαϊκό επίπεδο ο επιπολασμός των αστέγων (Boesveldt, 2019).

Σύμφωνα με μία συγκριτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2014 σε ευρωπαϊκές χώρες σχετικά με την έλλειψη στέγης, βρέθηκε πως ο ετήσιος επιπολασμός στην Τσεχία ήταν 0,3%, στη Γαλλία 0,24%, στη Γερμανία 0,35%, στην Ολλανδία 0,16%, στην Ισπανία και την Ιρλανδία 0,05% (Boesveldt, 2019). Ενώ από συγχρονικές έρευνες προκύπτει πως 2.000 άτομα ζουν στο δρόμο στην Ουγγαρία, στην Πολωνία, στην Ισπανία και στο Ηνωμένο Βασίλειο (Boesveldt, 2019).

Όσον αφορά τις Η.Π.Α, σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του 2018 για την αστεγία, του U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD), καταγράφηκαν περίπου 552,830 άστεγοι εκείνη τη χρονιά (Rukmana, 2020).

### **2.3 Το πρόβλημα της έλλειψης στέγης στην Ελλάδα**

Το φαινόμενο της έλλειψης στέγης αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα για τις περισσότερες χώρες. Στην Ελλάδα ξεκίνησε να παίρνει διαστάσεις τη δεκαετία του '90 και αποδόθηκε εσφαλμένα στις αυξημένες ροές μεταναστών και αιτούντων άσυλο (Theodorikakou et al., 2013). Την ίδια περίοδο, άλλες ομάδες στόχου που πλήττονταν από την αστεγία αποτελούσαν οι πρόσφυγες, οι επαναπατρισθέντες Πόντιοι, οι Ρομά, οι ψυχικά ασθενείς λόγω της αποϊδρυματοποίησης, και οι ηλικιωμένοι (Kourachanis, 2015).

Παρόλο που εκείνη την περίοδο το πρόβλημα ήταν ήδη ορατό και τα ποσοστά των αστέγων στην Ελλάδα ήταν εμφανώς υψηλότερα σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι προσπάθειες αντιμετώπισης και πρόληψης του προβλήματος ήταν ελάχιστες (Kourachanis, 2015).

Οι μεγάλες διαστάσεις που έλαβε το πρόβλημα από το 2009, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, και η ραγδαία αύξηση (25-30%) των αστέγων στην Ελλάδα (Arapoglou et al., 2015; FEANTSA, 2018), συνέβαλαν στην αναγνώριση της σοβαρότητας του προβλήματος. Μάλιστα, από το 2015 παρατηρείται αύξηση σε όλες τις κατηγορίες όπως περιγράφονται στην τυπολογία ETHOS (Arapoglou et al., 2015).

Το δημογραφικό προφίλ των αστέγων που εξυπηρετούνται στις υπηρεσίες έχει αλλάξει και περιλαμβάνει περισσότερους Έλληνες που έρχονται αντιμέτωποι με την κοινωνική και στεγαστική επισφάλεια, την απώλεια εργασίας, κοινωνικής ασφάλισης και εισοδήματος. Ο κοινωνικός αποκλεισμός γι' αυτά τα άτομα εντείνεται, ενώ σαν επακόλουθο εντείνονται τα προβλήματα υγείας και ψυχικής υγείας (Arapoglou et al., 2015).

Τα νέα αυτά δεδομένα στην Ελλάδα γεννούν τον όρο «νέο- άστεγοι» (Theodorikakou et al., 2013; FEANTSA, 2014). Ο πληθυσμός των αστέγων στην Ελλάδα θα μπορούσε να ταξινομηθεί σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη αφορά άτομα που αντιμετωπίζουν την έλλειψη στέγης λόγω συνδυασμού των παρακάτω παραγόντων: ανεργία και χαμηλό εισόδημα, προβλήματα ψυχικής υγείας, και συνήθως συννοσηρότητα με ουσιοεξάρτηση, εξάρτηση από

το αλκοόλ, και διαταραχή τζόγου. Κυρίως είναι Έλληνες, αλλά και μετανάστες, και είναι μακροχρόνια άστεγοι. Στη δεύτερη κατηγορία είναι η νέα γενιά αστέγων: έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο, και μέχρι να έρθουν αντιμέτωποι με την ανεργία και τις οικονομικές δυσκολίες, διατηρούσαν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Τέλος, η τρίτη κατηγορία αποτελείται από μετανάστες, αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες, που αντιμετωπίζουν προβλήματα έλλειψης στέγης είτε προσωρινά στο πλαίσιο μετακίνησής τους σε άλλη χώρα, είτε μακροχρόνια διαμένοντας σε επισφαλείς κατοικίες, ή συγκατοικώντας με μεγάλο αριθμό ατόμων (Theodorikakou et al., 2013).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, λόγω της έλλειψης συστηματικής καταγραφής των αστέγων και αποτελεσματικής μεθοδολογίας, δεν προκύπτουν επίσημα δεδομένα όσον αφορά τον επιπολασμό των αστέγων στην Ελλάδα (FEANTSA, 2018), με αποτέλεσμα, αφ' ενός να υποεκτιμάται το μέγεθος του προβλήματος, και αφετέρου να απουσιάζουν αποτελεσματικές πολιτικές πρόληψης και αντιμετώπισης του προβλήματος (Ασημόπουλος και συν., 2015).

Από την Ετήσια Έκθεση 2018 της FEANTSA για την Ελλάδα προκύπτουν τα εξής στοιχεία:

- Σε έρευνα του Υπουργείου Υγείας το 2009, βρέθηκε πως ο συνολικός αριθμός των αστέγων ήταν 7.720, χωρίς να περιλαμβάνονται μετανάστες. Από αυτούς, 1.800 διαβιούσαν στο δρόμο, ενώ 970 σε ξενώνες και υπνωτήρια.
- Μία πρώτη προσπάθεια αποτίμησης των αστέγων ξεκίνησε το 2018 σε πιλοτικό επίπεδο. Η δράση υποστηρίχθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και σχεδιάστηκε από το Πάντειο Πανεπιστήμιο και το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και στόχος της ήταν να καταγράψει τους άστεγους επτά μεγάλων περιοχών της Ελλάδας (Αθήνα, Πειραιάς, Νέα Ιωνία, Θεσσαλονίκη, Τρίκαλα Θεσσαλίας, Ηράκλειο Κρήτης, Ιωάννινα) μέσω streetwork, σύντομων συνεντεύξεων, αλλά και από τα αρχεία φορέων που εξυπηρετούν άστεγα άτομα. Μέχρι στιγμής, δεν έχουν προκύψει τα τελικά αποτελέσματα, όμως από τα αρχικά φαίνεται πως 691 άτομα διαβιούν στο δρόμο (το 51% στην Αθήνα), 516 άτομα σε υπνωτήρια και ξενώνες, και 438 άτομα σε διαμερίσματα. Από δείγμα 317 ατόμων που μένουν στο δρόμο προέκυψε πως η πλειονότητα έμενε σε σπίτι ιδιόκτητο ή ενοικιαζόμενο, ή φιλοξενούνταν από συγγενείς, είναι άνδρες, Έλληνες, 18-44 ετών, και κάνουν χρήση υπηρεσιών όπως συσσίτια, ενώ συχνά λαμβάνουν κρατικά επιδόματα.

- Σύμφωνα με στοιχεία του Δήμου Αθηναίων για το 2016 από δείγμα 451 ατόμων που διαβιούσαν στο δρόμο το 2015, το 62% είναι ελληνικής καταγωγής και το 85% άνδρες μεταξύ 35-55 ετών. Το 71% από αυτούς βρέθηκε να είναι άστεγοι τα τελευταία πέντε χρόνια της οικονομικής κρίσης.
- Η τελευταία έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2015 εκτιμά ότι 17.720 άτομα διαβιούν στο δρόμο στην περιφέρεια Αττικής, ενώ αν συμπεριληφθούν και άλλες κατηγορίες σύμφωνα με την τυπολογία ETHOS, ο αριθμός φτάνει τις 500,000.

## 2.4 Αιτιολογικοί παράγοντες της έλλειψης στέγης

Λόγω του ότι η έλλειψη στέγης αποτελεί ένα πολυσύνθετο και ετερογενές φαινόμενο, έχουν γίνει προσπάθειες να ερμηνευτεί διαμέσου διαφόρων προσεγγίσεων. Οι Παπαδοπούλου και Κουραχάνης (2017), προσπάθησαν να ομαδοποιήσουν και να ταξινομήσουν τις θεωρητικές προσεγγίσεις έλλειψης στέγης και τις αναλύουν σε τέσσερις οικογένειες: πρώτον, οι λειτουργιστικές ατομικές και δομικές ερμηνείες και οι συνδυασμοί τους. Δεύτερον, οι προσεγγίσεις του κονστρουκτιβισμού και του κριτικού ρεαλισμού. Τρίτον, οι ανθρωπολογικές προσεγγίσεις των διαδρομών (pathways) της έλλειψης στέγης και της εθνογραφίας. Και τέταρτον, οι προσεγγίσεις με φεμινιστικό, αντιρατσιστικό και οικολογικό περιεχόμενο.

Στην παρούσα έρευνα, ύστερα από την μελέτη της βιβλιογραφίας, έχει επιλεγεί η προσέγγιση του φαινομένου μέσα από τον συνδυασμό δομικών και ατομικών παραγόντων, αφού όταν ατομικά χαρακτηριστικά και καταστάσεις στη ζωή ενός ατόμου αλληλεπιδρούν με διάφορους δομικούς παράγοντες, τότε σαν αποτέλεσμα μπορεί να προκύψουν φαινόμενα έλλειψης στέγης. Σε αυτό το μείγμα, που για κάθε άστεγο άτομο είναι διαφορετικό, υπερέχουν οι δομικοί παράγοντες, ενώ οι ατομικοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο (Παπαδοπούλου και Κουραχάνης, 2017).

Οι κυριότεροι δομικοί παράγοντες στους οποίους θα γίνει αναφορά είναι η φτώχεια, η ανεργία και ο κοινωνικός αποκλεισμός, ενώ άλλοι δομικοί παράγοντες σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αποτελούν η μετανάστευση, η αποϊδρυματοποίηση, η συρρίκνωση του κράτους ευημερίας, οι οικονομικές αλλαγές στην αγορά και διάθεση προς ενοικίαση ακινήτων, κ.ά.

Η φτώχεια είναι ένας παράγοντας που συνδέεται άμεσα με την έλλειψη στέγης, αφού είναι επόμενο ένα άτομο με πολύ χαμηλά ή μηδενικά εισοδήματα να μην είναι σε θέση να καλύψει

τις στεγαστικές του ανάγκες και τη σίτισή του. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία από την ΕΛΣΤΑΤ (Ιούνιος 2020), με περίοδο αναφοράς εισοδήματος το έτος 2018, ο πληθυσμός που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό ανέρχεται στο 30,0% (3.161.900 άτομα) του πληθυσμού της χώρας και το 16,2% βρίσκεται σε υλική στέρηση, με σοβαρή δυσκολία να ανταπεξέλθει στην αποπληρωμή ενοικίου, δανείου, λογαριασμών, ή άλλων οικονομικών υποχρεώσεων. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για τον άορατο πληθυσμό αστέγων, τα άτομα δηλαδή που διαβιούν σε κατοικίες χωρίς ρεύμα, χωρίς θέρμανση, έχουν υποστεί έξωση, ή βρίσκονται υπό απειλή έξωσης (FEANTSA, 2018)

Η ανεργία είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου, και μία από τις κύριες αιτίες της έλλειψης στέγης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των αστέγων είναι άνεργοι, ή εργάζονται περιστασιακά και είναι χαμηλά αμειβόμενοι. Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί πως η μεγάλη διάρκεια έλλειψης στέγης, μειώνει την προοπτική εύρεσης εργασίας (Ασημόπουλος και συν., 2015).

Η έλλειψη στέγης συνιστά πιθανώς την πιο ακραία έκφανση του κοινωνικού αποκλεισμού και της φτώχειας. Πριν το άτομο βιώσει τον αποκλεισμό από τη στέγαση, φαίνεται πως έχει προηγηθεί μία σειρά άλλων αποκλεισμών όπως, από την εργασία, την εκπαίδευση, την οικογένεια, κλπ., αποκλεισμοί που εντείνονται το διάστημα που το άτομο παραμένει άστεγο. Ο κοινωνικός αποκλεισμός σχετίζεται επίσης με στέρηση δημόσιων παροχών, όπως είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, σε συνδυασμό με την απώλεια των κοινωνικών δικαιωμάτων του ατόμου (Παπαδοπούλου και Κουραχάνης, 2017).

Οι κυριότεροι ατομικοί παράγοντες έλλειψης της στέγης που θα περιγραφούν στη συνέχεια αφορούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας και τις εξαρτητικές συμπεριφορές.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2012 στην Αθήνα σε άστεγους με προβλήματα ψυχικής υγείας, βρέθηκε υψηλότερος επιπολασμός σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Οι άστεγοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας βρίσκονται αντιμέτωποι με πολλαπλούς αποκλεισμούς, αφού πολύ συχνά δεν λαμβάνουν καν ιατρική φροντίδα (FEANTSA, 2018), με αποτέλεσμα να έχουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας (Boesveldt, 2019). Ωστόσο, οι Shin και Khadduri (2020), αναφέρουν πως η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας στους άστεγους συχνά υπερτιμάται, αφού μόνο ένας στους τέσσερις άστεγους αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, χωρίς να υπολογίσουμε την εξάρτηση από αλκοόλ και ουσίες, και μόνο ένας στους οκτώ πάσχει από κάποια ψυχωτική διαταραχή.

Πάντως, τα προβλήματα ψυχικής υγείας ως ατομικός αιτιολογικός παράγοντας για την έλλειψη στέγης, συνδέονται στενά και με ένα δομικό παράγοντα, αυτόν της αποϊδρυματοποίησης, καθώς η έλλειψη στέγασης αφενός οφείλεται στις ψυχικές δυσλειτουργίες του ατόμου, και αφετέρου στις αναποτελεσματικές πολιτικές αποϊδρυματοποίησης (Παπαδοπούλου και Κουραχάνης, 2017).

Η εξάρτηση από το αλκοόλ και τις ουσίες είναι η πιο συχνή διαταραχή ανάμεσα στους άστεγους, όπως προκύπτει από έρευνα στις ΗΠΑ, με το ένα τέταρτο των αστέγων να είναι εξαρτημένα από ουσίες, και τα δύο πέμπτα από αλκοόλ (Shin and Khadduri, 2020). Από στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ (2018) προκύπτει πως από τα άτομα που εισήλθαν σε θεραπεία για προβλήματα από τη χρήση ουσιών το 2017, το 12,7% δηλώνει αστεγία/ μη-σταθερή στέγη.

Επίσης, όσον αφορά τα τυχερά παιχνίδια, προβληματική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια (46,2%) και παθολογική ενασχόληση (12,0%) που βρέθηκαν σε πληθυσμό αστέγων, δείχνουν μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Schutz, 2016). Σε αυτό όμως θα γίνει εκτενέστερη αναφορά στο επόμενο κεφάλαιο.

Αξίζει να αναφερθεί πως τα προβλήματα ψυχικής υγείας από μόνα τους, αλλά και η συννοσηρότητά τους με εξαρτητικές συμπεριφορές είναι ταυτόχρονα αίτιο, αλλά και αποτέλεσμα της έλλειψης στέγης.

Ο Edgar (2009), στη θεωρία συνδυασμού δομικών και ατομικών παραγόντων που σχετίζονται με την έλλειψη στέγης, πρόσθεσε τους θεσμικούς παράγοντες, όπως έλλειψη ή ανεπάρκεια υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες φροντίδας, ή θεσμικές διαδικασίες, όπως αυτή της έξωσης· και τους σχεσιακούς παράγοντες, όπως η μοναχικότητα, η ενδοοικογενειακή βία, ή το διαζύγιο. Όσον αφορά τη διάρρηξη των διαπροσωπικών σχέσεων, οι Παπαδοπούλου και Κουραχάνης (2017), αναφέρονται σε αυτό ως χαλάρωση ή διάρρηξη του κοινωνικού δεσμού. Αντίθετα, η ύπαρξη ενός δικτύου φίλων και γνωστών, καθώς και ένα υγιές οικογενειακό περιβάλλον, συνιστούν προστατευτικούς παράγοντες στον κίνδυνο εμφάνισης της έλλειψης στέγης (Παπαδοπούλου και Κουραχάνης, 2017).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο όρος «άστεγος» αποτελεί έναν όρο ομπρέλα (Breakey and Fischer, 1990) για να περιγράψει μια ετερογενή ομάδα ανθρώπων που μοιράζονται την έλλειψη στέγης. Πέρα από τις ερμηνευτικές προσεγγίσεις, το κάθε άτομο διανύει μία διαφορετική και προσωπική διαδρομή μέχρι να καταλήξει στην απώλεια στέγης, και το πρόβλημα πρέπει να αντιμετωπίζεται κάθε φορά με διαφορετικό τρόπο, έτσι ώστε να



καλύπτονται οι διαφορετικές ανάγκες του κάθε ατόμου (Παπαδοπούλου και Κουραχάνης, 2017).

Αφού έχει αναφερθεί στο πρώτο κεφάλαιο η διαταραχή τζόγου, και στο παρόν κεφάλαιο οι διαστάσεις της έλλειψης στέγης, θα επιχειρηθεί στη συνέχεια να περιγραφεί το πώς αυτά τα δύο ζητήματα δημόσιας υγείας συνδέονται μεταξύ τους παρουσιάζοντας τα ευρήματα που προκύπτουν από την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

### **Κεφάλαιο 3: Τζόγος και έλλειψη στέγης**

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο η έλλειψη στέγης είναι ένα πολυδιάστατο και ετερόκλητο φαινόμενο, διαθέτει διαφορετικές εκφάνσεις και διαφορετικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Παρόλο που αρχικά ο τζόγος δε φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με την έλλειψη στέγης, ο κίνδυνος συνύπαρξης και πιθανά σύνδεσής τους δεν πρέπει να αγνοηθεί. Η συγκεκριμένη σχέση έχει ελάχιστα μελετηθεί, και αυτό γιατί συχνά υποτιμάται (Edgar, 2009).

Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην έλλειψη στέγης και τον τζόγο, θα γίνει αναφορά σε ερευνητικά δεδομένα που ποσοτικοποιούν αυτή τη σχέση, ενώ θα γίνει μνεία στις περιπτώσεις συννοσηρότητας που εμφανίζει ο άστεγος πληθυσμός που αντιμετωπίζει προβλήματα με το τζόγο.

#### **3.1 Σχέση τζόγου και έλλειψης στέγης**

Όπως έχει περιγραφεί και στα προηγούμενα κεφάλαια, η φτώχεια και η ανεργία αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του φαινομένου της έλλειψης στέγης, ενώ σε πολλές περιπτώσεις αποτελούν συνέπειες της διαταραχής τζόγου. Επιπρόσθετα, είδαμε πως οι δραστηριότητες τζόγου είναι δημοφιλείς σε άνεργα άτομα και άτομα που διαβιών σε υποβαθμισμένες περιοχές (Abbot, 2017).

Η δημοτικότητα αυτή φαίνεται να αποκτάει νόημα αν σκεφτούμε πως η προοπτική νίκης ενός μεγάλου χρηματικού ποσού έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή ενός φτωχότερου ατόμου, παρά σε ένα πιο ευκατάστατο άτομο (Sharman, 2019). Η ελπίδα εξάλλου, άμεσα συνυφασμένη με τον τζόγο, φαίνεται να αποτελεί μεγαλύτερη ανταμοιβή από το χρηματικό κέρδος (Ginakis and Ohtsuka, 2005). Για ένα άστεγο άτομο, που βιώνει την πιο ακραία μορφή φτώχειας, η προοπτική μίας νίκης μπορεί να σημαίνει από το ότι θα εξασφαλίσει το φαγητό του, ή μια βραχυχρόνια διαμονή (Sharman, 2019), μέχρι ακόμα και μία ευκαιρία να ξεφύγει από την ακραία φτώχεια με μία "μεγάλη νίκη" (Sharman et al., 2016).

Σε έρευνα σε Αμερικανούς βετεράνους πολέμου βρέθηκε πως η έλλειψη στέγης τον προηγούμενο χρόνο αυξάνει την πιθανότητα διάγνωσης διαταραχής τζόγου σε δείγμα που υποστηρίζεται για προβλήματα ψυχικής υγείας (Sharman, 2019).

Ωστόσο, η γνώση μας σχετικά με τους λόγους για τους οποίους ένα άστεγο άτομο μπορεί να συμμετέχει σε δραστηριότητες τζόγου είναι περιορισμένη. Από έρευνα των Sharman και συνεργατών (2016), προέκυψε πως οι χώροι στους οποίους μπορεί ένα άτομο να παίξει, όπως τα καζίνο, λόγω του εκτεταμένου ωραρίου που λειτουργούν, προσφέρουν σε ένα άστεγο άτομο ασφάλεια από τους κινδύνους μίας διανυκτέρευσης στο δρόμο, προστασία από τις καιρικές συνθήκες, και πολλές φορές κάποιο γεύμα ή ποτό (Sharman et al., 2014).

Επίσης, όπως έχει αναφερθεί και στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι άστεγοι αποτελούν μια ομάδα που βιώνουν στιγματισμό, κοινωνικό αποκλεισμό και απομόνωση. Σε μια ποιοτική έρευνα των Holdsworth και Tiyce (2012), σε άστεγους με προβλήματα τζόγου, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως η παραμονή τους σε χώρους όπου συμμετείχαν σε τυχερά παιχνίδια τους πρόσφερε μία προσωρινή διέξοδο από τις αρνητικές εμπειρίες της έλλειψης στέγης, ενώ παράλληλα τους δινόταν η δυνατότητα να περάσουν ευχάριστα την ώρα τους, να δημιουργήσουν κοινωνικούς δεσμούς και να νιώσουν το αίσθημα του ανήκειν (Holdsworth and Tiyce, 2012).

Δεδομένου ότι η διαταραχή τζόγου επηρεάζει τις ζωές των ατόμων με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα, όπως οικονομικά, εργασιακά, υγείας, ψυχολογικά και διατάραξης προσωπικών σχέσεων (Abbot, 2017), υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν πως η διαταραχή τζόγου αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για την έλλειψη στέγης. Σε κάποιες περιπτώσεις, η σχέση του τζόγου με την έλλειψη στέγης μπορεί να είναι ευθύγραμμη, για παράδειγμα, όταν το άτομο έχει φτάσει μέσω του τζόγου στην οικονομική καταστροφή. Σε άλλες περιπτώσεις όμως, ο εθισμός στον τζόγο μπορεί να κρύβεται πίσω από την διατάραξη των προσωπικών και οικογενειακών σχέσεων, που αποτελούν μία από τις αιτίες της έλλειψης στέγης (Sharman et al., 2016).

Από έρευνα διερεύνησης της χρονικής αλληλουχίας μεταξύ της διαταραχής τζόγου και της έλλειψης στέγης που πραγματοποιήθηκε σε 72 άστεγους στο Λονδίνο, προέκυψε πως από τους 26 συμμετέχοντες που αντιμετώπιζαν προβλήματα με τον τζόγο, οι 16 (61,5%) ανέφεραν πως τα προβλήματα με τον τζόγο προϋπήρχαν της αστεγίας, οι 4 (15,4%) ανέφεραν πως άρχισαν να αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον τζόγο αφού βρέθηκαν να είναι άστεγοι, ενώ οι υπόλοιποι 6 θεωρούσαν πως δεν αντιμετώπισαν ποτέ προβλήματα με το τζόγο (Sharman et al., 2016). Ενώ σε έρευνα στο Λίβερπουλ σχετικά με τον τζόγο "αρκετοί συμμετέχοντες" ανέφεραν πως το γεγονός ότι είναι άστεγοι οφείλεται σε έναν βαθμό στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν με τον τζόγο (Liverpool Public Health Observatory, 2014).

Τα αποτελέσματα ποιοτικής έρευνας στο Τορόντο του Καναδά σε 30 άνδρες με ιστορικό προβληματικού ή παθολογικού τζόγου στο παρόν, με μη σταθερή ή έλλειψη στέγης, δείχνουν πως γι' αυτούς τους άνδρες η ενασχόληση με τον τζόγο και η παθολογία ξεκίνησε από την εφηβική ηλικία μέσα σε ένα πλαίσιο οικογενειακής κακοποίησης, παραμέλησης, φτώχειας, χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και εγκληματικότητας. Γι' αυτούς τους έφηβους η ενασχόληση με τον τζόγο αποτελούσε στρατηγική αντιμετώπισης των συναισθηματικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετώπιζαν, ή ακόμα και ένας τρόπος να κερδίσουν χρήματα για να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες (Hamilton- Wright et al., 2016).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το 2008 έως το 2016 σε τρία υπνωτήρια αστέγων στο Σύδνεϋ της Αυστραλίας σε συνολικό δείγμα 2,388 ατόμων, 289 άτομα (12,1%) ανέφεραν πως η έλλειψη στέγης που αντιμετωπίζουν οφείλεται στα προβλήματα τζόγου. Ωστόσο, μειονέκτημα της έρευνας αυτής είναι πως δεν χορηγήθηκε κάποιο εργαλείο για την ανίχνευση της παθολογίας τζόγου, αλλά οι συμμετέχοντες αυτό- προσδιορίστηκαν ως "προβληματικοί τζογαδόροι" (Machart et al., 2019).

Από τα δεδομένα που παρουσιάστηκαν, αλλά και από τα δεδομένα που επιδημιολογικών μελετών που θα αναφερθούν παρακάτω, φαίνεται πως η σχέση έλλειψης στέγης και προβλημάτων με τον τζόγο είναι θεμελιωμένη, χωρίς όμως να μπορούμε να προσδιορίσουμε εμπειριστατωμένα τη χρονική αλληλουχία. Από τη μία φαίνεται πως τα άτομα μπορεί να υιοθετούν πιο ριψοκίνδυνες συμπεριφορές για να αποφύγουν καταστάσεις, όπως η ακραία φτώχεια, και από την άλλη, τα προβλήματα τζόγου μπορεί να οδηγήσουν σε καταστάσεις ακραίας φτώχειας, όπως η έλλειψη στέγης (Hamilton- Wright et al., 2016). Σε κάθε περίπτωση, απαιτούνται περισσότερες έρευνες για την κατανόηση της αλληλεπίδρασης των δύο φαινομένων.

### **3.2 Συμπεριφορές τζόγου και επιπολασμός διαταραχής τζόγου σε πληθυσμούς αστέγων**

Η ερευνητική δραστηριότητα της άμεσης διερεύνησης του επιπολασμού της διαταραχής τζόγου, αλλά και των συμπεριφορών τζόγου σε πληθυσμούς αστέγων είναι περιορισμένη. Ωστόσο, σε όσες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί τα αποτελέσματα συνάδουν μεταξύ τους, καταδεικνύοντας υψηλότερο επιπολασμό διαταραχής τζόγου στον συγκεκριμένο πληθυσμό, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Sharman, 2019). Πρέπει όμως να αναφερθεί, πως η χρήση διαφορετικών εργαλείων για την μέτρηση της παθολογίας του τζόγου, η αναφορά σε

διαφορετικό χρονικό πλαίσιο (δια βίου και ετήσιος επιπολασμός), η μελέτη διαφόρων τύπων τυχερών παιχνιδιών, το μη αντιπροσωπευτικό δείγμα, οι διαφορές στην τυπολογία αστέγων, και η επικέντρωση στον ανδρικό πληθυσμό, δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων (Sharman, 2019).

Σε παλαιότερη έρευνα, και μία από τις πρώτες που μελέτησαν το θέμα, η οποία πραγματοποιήθηκε στη Βοστώνη των Η.Π.Α. σε δομή υποστήριξης αστέγων, βρέθηκε πως ο επιπολασμός των ατόμων που αντιμετώπιζαν κάποιες επιπτώσεις λόγω του τζόγου, και των ατόμων που πληροί τα κριτήρια για διαταραχή τζόγου ήταν 12,8% και 5,5% αντίστοιχα, σε συνολικό δείγμα 171 ατόμων. Τα αντίστοιχα ποσοστά στο γενικό πληθυσμό εκείνη την περίοδο ήταν 2,8 % και 1,14% (Shaffer et al., 2002).

Σε μία πιο πρόσφατη έρευνα στις Η.Π.Α. σε πληθυσμό 275 αστέγων, κατά κύριο λόγο Αφροαμερικανών, βρέθηκε πως ο δια βίου επιπολασμός ήταν 12,0% για διαταραχή τζόγου και 46,2% για προβληματικό τζόγο. Ο επιπολασμός της διαταραχής τζόγου (12,0%) ήταν σχεδόν δώδεκα φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό των Η.Π.Α. (1-2%). Οι άνδρες βρέθηκε πως ήταν περισσότερο πιθανό να αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον τζόγο, και λιγότερο πιθανό να μην έχουν καμία δραστηριότητα τζόγου σε σχέση με τις γυναίκες (Nower et al., 2014).

Οι Matheson και συνεργάτες (2014), σε αντίστοιχη έρευνα στο Τορόντο του Καναδά, βρήκαν πως σε συνολικό δείγμα 264 αστέγων, ο δια βίου επιπολασμός του προβληματικού τζόγου ήταν 10,0% και του παθολογικού τζόγου 25,0%, ποσοστά υψηλότερα από εκείνα του γενικού πληθυσμού. Στη συγκεκριμένη έρευνα, οι γυναίκες υπο-εκπροσωπούνταν, αφού αποτελούσαν το 5,0% του συνολικού δείγματος.

Υψηλός ήταν ο επιπολασμός (12,6%) της επικίνδυνης συμπεριφοράς τζόγου που βρέθηκε σε άστεγους έφηβους στο Μόντρεαλ του Καναδά, με πιο δημοφιλή τύπο παιχνιδιού τα βιντεολόττο και μέσο όρο στοιχηματισμού 300\$ (20\$ έως 5000\$) (Dufour et al., 2014).

Οι Sharman και συνεργάτες (2014), σε μία προσπάθεια αποτύπωσης της συμπεριφοράς και παθολογίας τζόγου αστέγων, προσέγγισαν 456 άτομα από 16 φορείς υποστήριξης στο Λονδίνο, χορηγώντας τους την κλίμακα PGSI. Η πλειονότητα, 76,8% (n=350) φάνηκε να μην αντιμετωπίζει προβλήματα με τον τζόγο, ενώ το 11,6% (n=53) βρέθηκε να πληροί τα κριτήρια για προβληματικό τζόγο. Και σε αυτή τη μελέτη, οι γυναίκες υπο-εκπροσωπούνται (18 γυναίκες επί του συνολικού δείγματος). Οι άστεγοι που διαβιούν στο δρόμο είχαν

περισσότερες πιθανότητες να πληρούν τα κριτήρια για παθολογικό τζόγο σε σχέση με τους άστεγους που φιλοξενούνται σε κάποια δομή. Στο σύνολο του δείγματος, τα "φρουτάκια" και ο ιππόδρομος ήταν οι πιο δημοφιλείς δραστηριότητες τζόγου, ενώ οι λιγότερο δημοφιλείς ήταν ο ηλεκτρονικός τζόγος και το καζίνο.

Παρόμοια είναι τα ποσοστά σε μεταγενέστερη έρευνα των ίδιων ερευνητών, αλλά σε μικρότερο δείγμα, σε 72 άστεγα άτομα, βρέθηκε πως το 44,4% συμμετείχε σε δραστηριότητες τζόγου τον προηγούμενο χρόνο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό του γενικού πληθυσμού της Βρετανίας ήταν 73%. Από το 44,4% (n=32), το 12,5% (n=9) ταξινομήθηκε με μικρή/ μέτρια επικινδυνότητα, και το 23,6% (n=17) ως προβληματικοί τζογαδόροι, ενώ ο επιπολασμός προβληματικού τζόγου στο γενικό πληθυσμό είναι 0,7%. Οι άστεγοι που διαμένουν στο δρόμο είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να ταξινομηθούν ως προβληματικοί τζογαδόροι σε σχέση με τους άστεγους που φιλοξενούνταν σε υπνωτήρια (Sharman et al., 2016).

Η πρώτη προσπάθεια αποτύπωσης της συμπεριφοράς και παθολογίας τζόγου αστέγων στην Πολωνία πραγματοποιήθηκε σε 19 υπνωτήρια της Βαρσοβίας με χορηγούμενο εργαλείο το PGSI. Στη συγκεκριμένη έρευνα, όπως και στις άλλες έρευνες που αναφέρθηκαν, η πλειονότητα δεν έχει εμπλακεί σε δραστηριότητες τζόγου τους τελευταίους 12 μήνες, το 30,2% (n=208) έχει σημειώσει σκορ πάνω από ένα στην κλίμακα PGSI, ενώ το 11,3% (n=78) πληροί τα κριτήρια για παθολογικό τζόγο. Από τους τελευταίους, η πλειονότητα είναι άνδρες, με μέση ηλικία 43,3 έτη, απόφοιτοι επαγγελματικής σχολής ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, και 5,9 χρόνια μέσο όρο αστεγίας. Και σε αυτή τη μελέτη, ο επιπολασμός προβληματικού τζόγου στον πληθυσμό των αστέγων είναι υψηλότερος, σε σχέση με του γενικού πληθυσμού της Πολωνίας (0,7%) (Wiescorek et al., 2019).

Η ίδια έρευνα μας προσφέρει επίσης στοιχεία σχετικά με τις δραστηριότητες τζόγου των αστέγων. Τα πιο δημοφιλή παιχνίδια στο σύνολο του δείγματος ήταν οι λοταρίες (60%), τα φρουτάκια (25,6%) και τα παιχνίδια με τράπουλα σε ιδιωτικούς χώρους (18,9%). Ενώ οι λιγότερο δημοφιλείς δραστηριότητες ήταν ο ηλεκτρονικός στοιχηματισμός (4,7%) και οι ιπποδρομίες (5,7%). Πάνω από το 40% του δείγματος (n=278) είχε παίξει σε παραπάνω από έναν τύπο παιχνιδιού.

Στην Ελλάδα, παρόλο που έχει επισημανθεί (Alamanou et al., 2013; Παπαδοπούλου, Κουραχάνης, 2017) πως η διαταραχή τζόγου αποτελεί έναν από τους παράγοντες που οδηγούν στην έλλειψη στέγης, δεν έχει πραγματοποιηθεί μέχρι τώρα κάποια σχετική έρευνα.

Παρά τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού της παθολογίας τζόγου στους πληθυσμούς των αστέγων που αναφέρθηκαν, φαίνεται πως τα προβλήματα τζόγου στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα υποδιαγνώσκονται και υποτιμώνται (Sharman, 2019; Holdsworth and Tiyce, 2012). Αφενός, οι άστεγοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον τζόγο, είτε δεν αποκαλύπτουν το πρόβλημα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας φοβούμενοι το στιγματισμό, είτε οι ίδιοι υποτιμούν το πρόβλημα, θεωρώντας πως είναι λιγότερο σοβαρό σε σχέση με τα άλλα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν (Holdsworth and Tiyce, 2012). Αφετέρου, οι επαγγελματίες που εργάζονται σε δομές υποστήριξης αστέγων όχι μόνο δεν είναι εκπαιδευμένοι στο να αναγνωρίζουν και να υποστηρίξουν άστεγα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον τζόγο (Sharman et al., 2016), αλλά πολλές φορές δεν έχουν τη γνώση ότι η έλλειψη στέγης μπορεί να είναι απόρροια εθισμού στο τζόγο (Sharman, 2019). Ενώ, οι Matheson και συνεργάτες (2014) αναφέρουν πως συχνά είναι δύσκολο να εντοπιστούν προβλήματα τζόγου σε έναν πληθυσμό που αντιμετωπίζει πολλαπλά προβλήματα ψυχικής υγείας, και εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες.

### **3.3 Συμπεριφορές τζόγου και συννοσηρότητα σε πληθυσμούς αστέγων**

Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο η διαταραχή τζόγου συχνά συνυπάρχει με άλλες ψυχικές ασθένειες καθώς και εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες. Αυτή τη συνύπαρξη φαίνεται να τη συναντάμε και στους πληθυσμούς των αστέγων.

Ενώ η σχέση μεταξύ διαταραχής τζόγου και χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, και η χρήση ουσιών σε πληθυσμούς αστέγων είναι θεμελιωμένη, τα δεδομένα που έχουμε για τη σχέση διαταραχής τζόγου και χρήσης ουσιών από άστεγους φαίνεται πως είναι ανεπαρκή και αντικρουόμενα μεταξύ τους (Sharman, 2019).

Από έρευνα των Nower και συνεργατών (2014), προέκυψε πως οι άστεγοι προβληματικοί τζογαδόροι ήταν περισσότερο πιθανό να κάνουν χρήση κάποιας παράνομης ουσίας ή να πληρούν τα κριτήρια για εξάρτηση από νικοτίνη, αλκοόλ, ή κάποια άλλη ουσία (Nower et al., 2014). Ωστόσο, από έρευνα σε άστεγους στο Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ βρέθηκαν υψηλά ποσοστά χρήσης αλκοόλ (70,8% χρήση και 36,1% επικίνδυνη χρήση), κάποιας ουσίας εκτός

από αλκοόλ ή καπνού (41,7% χρήση και 38,9% επικίνδυνη χρήση), και υψηλό ποσοστό προβληματικού τζόγου, δεν προέκυψε κάποια συσχέτιση ανάμεσα στον τζόγο και τη χρήση ουσιών ή αλκοόλ (Sharman et al., 2016).

Επίσης, από έρευνα 2.388 αστέγων στο Σύδνεϋ προέκυψε πως οι προβληματικοί τζογαδόροι παρουσίασαν υψηλά ποσοστά εξάρτησης από κάποια ουσία, όμως με μικρή διαφορά από αυτούς που δεν εμφάνιζαν προβλήματα με τον τζόγο (68,9% έναντι 66,1% αντίστοιχα). Η πιο συχνή εξάρτηση στους προβληματικούς τζογαδόρους ήταν το αλκοόλ (73,7%) (Machart et al., 2019).

Ο Sharman (2019), αναφέρει πως τα υψηλά ποσοστά διαταραχής τζόγου και χρήσης ουσιών στους άστεγους μπορεί να συνδέονται με αυξημένη παρορμητικότητα, αναζήτηση της καινοτομίας και άμεσης ανταμοιβής, χαρακτηριστικά προσωπικότητας που ενώ έχουν συσχετιστεί με τις εξαρτήσεις, μέχρι στιγμής δεν έχουν μελετηθεί στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Επίσης είναι πιθανό η συμπεριφορά τζόγου στους άστεγους και η συνύπαρξη με την εξάρτηση από κάποια ουσία να συνδέεται με πιο πρακτικούς λόγους, όπως για παράδειγμα με την προσπάθεια εξασφάλισης εισοδήματος μέσω του τζόγου με σκοπό τη χρηματοδότηση της εξάρτησης από τον καπνό, το αλκοόλ, ή παράνομες ουσίες (Sharman, 2019).

Όσον αφορά στις ψυχιατρικές παθήσεις, εκτός της εξάρτησης από ουσίες/ αλκοόλ, από έρευνα σε πληθυσμό αστέγων στις Η.Π.Α. προέκυψε πως οι άστεγοι που πληρούσαν τα κριτήρια για προβληματικό τζόγο σε σχέση με εκείνους που δεν πληρούσαν τα κριτήρια, διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να πληρούν επίσης τα κριτήρια για διπολική διαταραχή (3,6 φορές), για μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (PTSD) (3,0 φορές) και για αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (2,9 φορές) (Nower et al., 2014).

Λίγες είναι οι έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με τη συνύπαρξη μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής και παθολογίας τζόγου. Όσον αφορά τον πληθυσμό αστέγων, σε ποιοτική μελέτη άστεγων ανδρών που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον τζόγο βρέθηκε πως γι' αυτά τα άτομα η ενασχόληση με τον τζόγο αποτελούσε μία στρατηγική αντιμετώπισης πρώιμων τραυμάτων όπως η σωματική κακοποίηση, η γονική παραμέληση, η οικογενειακή βία, και η στεγαστική επισφάλεια, αλλά και το παρόν τραύμα που αντιμετωπίζουν από την έλλειψη στέγης και τα επακόλουθα προβλήματα (Hamilton- Wright et al., 2016).



Τα αποτελέσματα άλλης μία ποιοτικής έρευνας καταδεικνύουν υψηλά ποσοστά (83%, n=25) ήπιων και σοβαρών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε άστεγους άνδρες με προβλήματα τζόγου (Hamilton- Wright et al., 2016). Ενώ από έρευνα σε πληθυσμό εφήβων, παρόλο που δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ επικίνδυνων συμπεριφορών τζόγου και ψυχικής ασθένειας, προέκυψε πως οι έφηβοι που έχουν τουλάχιστον μία διάγνωση κάποιας ψυχικής πάθησης έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν επικίνδυνη συμπεριφορά τζόγου, σε σχέση με τους έφηβους που δεν έχουν διάγνωση ψυχικής ασθένειας (Dufour et al., 2014).

Είναι γνωστό πως η παρουσία ψυχικών παθήσεων είναι αυξημένη τόσο στον πληθυσμό των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον τζόγο, όσο και στον πληθυσμό αστέγων. Παρόλο που υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η συνύπαρξη ψυχιατρικής συννοσηρότητας, εκτός από την εξάρτηση από ουσίες, είναι αρκετά συχνή σε πληθυσμούς αστέγων που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον τζόγο, απαιτείται περισσότερη έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο (Nower et al., 2014).

Σε αυτό το κεφάλαιο περιγράφηκαν οι λόγοι που καθιστούν τον πληθυσμό των αστέγων ευάλωτο για την ανάπτυξη παθολογίας τζόγου και αναφερθήκαν δεδομένα που καταδεικνύουν τη διαταραχή τζόγου ως έναν από τους παράγοντες για την εμφάνιση του φαινομένου της έλλειψης στέγης. Παράλληλα, είδαμε πως ο επιπολασμός της διαταραχής τζόγου είναι εμφανώς υψηλότερος στους πληθυσμούς των αστέγων σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, ενώ φαίνεται πως υψηλός είναι και ο επιπολασμός των ψυχιατρικών νοσημάτων και εξαρτητικών συμπεριφορών στους άστεγους με προβλήματα τζόγου.

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε απουσία ερευνών στην Ελλάδα που να συσχετίζουν τον τζόγο με την έλλειψη στέγης. Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια διερεύνησης της έκτασης και των χαρακτηριστικών της δραστηριότητας τζόγου στους άστεγους και το αν η έλλειψη στέγης συνδέεται με τις δραστηριότητες τζόγου στον πληθυσμό αυτόν. Πιο συγκεκριμένα στόχος της έρευνας είναι:

- ο υπολογισμός και αποτύπωση της έκτασης, συχνότητας, παθολογίας και του πλαισίου της συμπεριφοράς τζόγου στην καθημερινή ζωή των αστέγων
- η διερεύνηση συννοσηρότητας με άλλες εξαρτήσεις
- η διερεύνηση κοινωνικο- δημογραφικών παραγόντων

## **Μέρος Β: Ερευνητικό μέρος**

### **Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία**

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης είναι αυτή της συγχρονικής μελέτης (cross-sectional survey).

#### **4.1 Πληθυσμός-στόχος, Δειγματοληψία και Δείγμα**

Τον πληθυσμό-στόχο της έρευνας αποτέλεσαν άστεγα άτομα,  $\geq 18$  ετών που διαβιούν σε δημόσιους ή εξωτερικούς χώρους, ή διαμένουν σε ξενώνες αστέγων/διανυκτέρευσης, ή ζουν σε προσωρινά, πρόχειρα και ακατάλληλα καταλύματα (αυτοκίνητα- τροχόσπιτα, μη συμβατικές και προσωρινές κατασκευές, κατειλημμένα κτίρια ακατάλληλα για κατοίκηση) και κάνουν χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών και δομών της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας.

Από τη συμμετοχή τους στην έρευνα αποκλείστηκαν τα άτομα με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Ηλικία  $< 18$
- Άστεγοι που δεν περιλαμβάνονται στην περιγραφή του δείγματος, δηλαδή άτομα που ζουν σε επισφαλή κατοικία (φιλοξενία σε φίλους ή συγγενείς), ή ζουν υπό την απειλή έξωσης
- Συνυπάρχουσα νόσος με σοβαρές γνωστικές δυσλειτουργίες
- Ελλιπής ικανότητα κατανόησης, ανάγνωσης και γραφής της ελληνικής γλώσσας

Το δειγματοληπτικό πλαίσιο αποτέλεσαν συνολικά επτά (7) δομές: το Υπνωτήριο Νίκαιας του Ομίλου UNESCO Πειραιώς και Νήσων, το Υπνωτήριο των Γιατρών του Κόσμου, το Κέντρο Κοινότητας του Δήμου Αθηναίων, το Κέντρο Κοινότητας του Δήμου Πειραιά, το Κοινωνικό Σύσσιτο «Equal Society», το Α Πολυδύναμο Κέντρο Αστέγων Δήμου Αθηναίων και το Β Πολυδύναμο Κέντρο Αστέγων Δήμου Αθηναίων. Λόγω των περιορισμών της πανδημίας του Covid-19, δεν κατέστη δυνατή η συμπερίληψη του Ξενώνα Μεταβατικής Φιλοξενίας για άστεγους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών και του Κοινωνικού Ξενώνα Καρέα.

Ακολουθήθηκε η δειγματοληπτική μέθοδος της απογραφής. Συγκεκριμένα προσεγγίστηκαν τα άτομα που την περίοδο της συλλογής των στοιχείων εξυπηρετούνταν από τις επτά δομές. Το σύνολο των εξυπηρετούμενων στις παραπάνω δομές ήταν 304. Από αυτούς προσεγγίστηκαν συνολικά 132 άτομα (43,4%) και από τα άτομα αυτά τα κριτήρια συμμετοχής πληρούσαν και δέχθηκαν να συμμετάσχουν συνολικά 104 (78,7% όσων προσεγγίστηκαν ή το 34,2% όσων εξυπηρετούνταν εκείνη την περίοδο).

	Εξυπηρετούμενοι (n)	Προσεγγίστηκαν (n)	Συμμετείχαν (n)
Υπνωτήριο Νίκαιας του Ομίλου UNESCO Πειραιώς και Νήσων	30	8	8
Υπνωτήριο των Γιατρών του Κόσμου	42	32	18
Κέντρο Κοινότητας του Δήμου Αθηναίων	35	35	31
Κέντρο Κοινότητας του Δήμου Πειραιά	20	20	17
Κοινωνικό Συσσίτιο Equal Society	17	17	15
Α Πολυδύναμο Κέντρο Αστέγων Δήμου Αθηναίων	80	13	8
Β Πολυδύναμο Κέντρο Αστέγων Δήμου Αθηναίων	80	7	7
	304	132	104

## 4.2 Ερευνητική διαδικασία

Σε όλες τις δομές που προσεγγίστηκαν εστάλησαν ηλεκτρονική επιστολή στην οποία αναφέρονταν ο σκοπός και η σημασία της έρευνας, το ερευνητικό πρωτόκολλο, το ερωτηματολόγιο, καθώς και το έντυπο συγκατάθεσης.

Ενώ η έρευνα είχε σχεδιαστεί να πραγματοποιηθεί τον Ιούλιο και τον Αύγουστο του 2020, λόγω της ύπαρξης της νόσου COVID-19 και της επιβολής περιοριστικών μέτρων και επιτήρησης, υπήρξαν αναβολές από τους φορείς λόγω ύπαρξης επιβεβαιωμένων κρουσμάτων, με αποτέλεσμα να επεκταθεί η περίοδος συλλογής του δείγματος. Ως εκ τούτου, το δείγμα που συγκεντρώθηκε ήταν μικρότερο από αυτό που αρχικά είχε υπολογιστεί. Τελικά, η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιούλιο έως τον Σεπτέμβριο του 2020 σε επτά δομές υποστήριξης/ φιλοξενίας αστέγων.

- Από το Υπνωτήριο της Νίκαιας του Ομίλου Unesco Πειραιώς και Νήσων, που εκείνη την περίοδο φιλοξενούσε 30 άστεγα άτομα, συγκεντρώθηκαν 8 ερωτηματολόγια. Στη συγκεκριμένη δομή δεν επετράπη η αυτοπρόσωπη παρουσία της ερευνήτριας και ως

εκ τούτου τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν από το προσωπικό, καθώς τελούσε υπό καθεστώς αυστηρών περιοριστικών μέτρων και επιτήρησης λόγω επιβεβαιωμένων κρουσμάτων της νόσου COVID-19.

- Στο Υπνωτήριο των Γιατρών του Κόσμου στην Αθήνα, που εκείνη την περίοδο φιλοξενούσε 42 άστεγα άτομα, προσεγγίστηκαν 32 άστεγοι, εκ των οποίων οι 18 δέχθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης, οι 8 απορρίφθηκαν γιατί δεν πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής (ελλιπής ικανότητα κατανόησης, ανάγνωσης και γραφής της ελληνικής γλώσσας), και οι 6 αρνήθηκαν τη συμμετοχή στην έρευνα.
- Στο Κέντρο Κοινότητας του Δήμου Αθηναίων όπου μεταξύ των κατοίκων υποστηρίζονται και άστεγα άτομα σχετικά με την παροχή επιδομάτων και υπηρεσιών συμβουλευτικής, προσεγγίστηκαν 35 άστεγοι, εκ των οποίων οι 31 δέχθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης, και οι 4 αρνήθηκαν τη συμμετοχή στην έρευνα. Η συγκεκριμένη υπηρεσία δεν τηρεί μητρώο αστέγων.
- Στο Κέντρο Κοινότητας του Δήμου Πειραιά, προσεγγίστηκαν 20 άστεγοι εκ των οποίων οι 17 δέχθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης, και οι 3 αρνήθηκαν τη συμμετοχή στην έρευνα. Η συγκεκριμένη υπηρεσία δεν τηρεί μητρώο αστέγων.
- Στο Κοινωνικό Σύστίτιο Equal Society στην Αθήνα, όπου σιτίζονται και υποστηρίζονται ψυχοκοινωνικά άποροι και άστεγοι κάτοικοι της Αθήνας προσεγγίστηκαν 17 άστεγοι, εκ των οποίων οι 15 δέχθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης, και οι 2 απορρίφθηκαν γιατί δεν πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής (ελλιπής ικανότητα κατανόησης, ανάγνωσης και γραφής της ελληνικής γλώσσας). Η συγκεκριμένη υπηρεσία δεν τηρεί μητρώο αστέγων.
- Στους δύο ξενώνες του Πολυδύναμου Κέντρου Αστέγων του Δήμου Αθηναίων που συστεγάζονται και που εκείνη την περίοδο φιλοξενούσαν από 80 άτομα ο κάθε ξενώνας, προσεγγίστηκαν στον Ξενώνα 1 13 άτομα εκ των οποίων οι 8 δέχθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης, ο ένας απορρίφθηκε γιατί δεν πληρούσε τα κριτήρια συμμετοχής (ελλιπής ικανότητα

κατανόησης, ανάγνωσης και γραφής της ελληνικής γλώσσας), και οι 4 αρνήθηκαν τη συμμετοχή στην έρευνα. Στον Ξενώνα 2 προσεγγίστηκαν 7 άτομα εκ των οποίων το σύνολο δέχθηκε να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο και να υπογράψει το έντυπο συγκατάθεσης. Στη συγκεκριμένη δομή λόγω της χωροταξίας και της επιβολής μέτρων λόγω ύπαρξης επιβεβαιωμένων κρουσμάτων της νόσου COVID-19 πριν τη έναρξη της μελέτης, το δείγμα επελέγη τυχαία από τον επιστημονικά υπεύθυνο και το προσωπικό και ορίστηκαν από εκείνους προκαθορισμένα ραντεβού μεταξύ της ερευνήτριας και των υποψήφιων συμμετεχόντων. Ενώ και στους δύο ξενώνες υπήρχαν και άλλα προγραμματισμένα ραντεβού η διαδικασία της χορήγησης των ερωτηματολογίων αναγκάστηκε να διακοπεί λόγω επιβολής αυστηρών περιοριστικών μέτρων και επιτήρησης ύστερα από νέα επιβεβαιωμένα κρούσματα της νόσου COVID-19.

Συνολικά, και στους επτά φορείς, προσεγγίστηκαν 132 άτομα, από τα οποία 17 άτομα αρνήθηκαν τη συμμετοχή στη μελέτη, 11 απορρίφθηκαν γιατί δεν πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής (ελλιπής ικανότητα κατανόησης, ανάγνωσης και γραφής της ελληνικής γλώσσας), και 104 δέχθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να υπογράψουν το έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης.

### **4.3 Εργαλεία**

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης συντάχθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του οποίου το μεγαλύτερο μέρος βασίστηκε στο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε σε επιδημιολογική έρευνα προβληματικού τζόγου στην Ελλάδα (Oikonomou et al., 2019) και διατέθηκε στην ερευνήτρια στην ελληνική γλώσσα από τους ερευνητές. Αφού έγιναν οι προσαρμογές για την πληθυσμιακή ομάδα των αστέγων και τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, αρχικά χορηγήθηκε πιλοτικά σε 4 άστεγα άτομα, ωφελούμενους της Οργάνωσης Ithaca Laundry- Κινητό Πλυντήριο Ρούχων για Άστεγους. Ύστερα από τις αλλαγές που κρίθηκαν σκόπιμο να πραγματοποιηθούν η τελική μορφή του ερωτηματολογίου αποτελείται από 41 ερωτήματα και αποτελείται από τα εξής μέρη:

#### *Δραστηριότητες και συμπεριφορές τζόγου*

Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις είναι βασισμένες στα εργαλεία Canadian Problem Gambling Index (CPGI) και South Oaks Gambling Screen (SOGS), προσαρμοσμένες στην ελληνική

κοινωνία. Περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα συμμετοχής σε τυχερά παιχνίδια τους τελευταίους 12 μήνες (ποτέ, καθημερινά, 2- 6 φορές την εβδομάδα, μία φορά την εβδομάδα, 2- 3 φορές το μήνα, μία φορά το μήνα, 6-11 φορές το χρόνο, 1-5 φορές το χρόνο), και με τον μέσο όρο χρημάτων στοιχηματισμού (ανοιχτή ερώτηση). Οι δραστηριότητες και τα παιχνίδια που συμπεριλήφθηκαν αφορούν αυτοπρόσωπη παρουσία σε πρακτορείο ΟΠΑΠ για συμμετοχή σε λοταρίες, προγνωστικά αγώνων, κ.ά., αυτοπρόσωπη παρουσία σε καζίνο και ιππόδρομο, και συμμετοχή σε παίγνια σε ιδιωτικούς χώρους, όπως ιδιωτικές λέσυχες, σπίτια ή καφεενεία. Περιλαμβάνονται επίσης τα αντίστοιχα ερωτήματα για ηλεκτρονική συμμετοχή.

Στη συγκεκριμένη ενότητα περιλαμβάνονται επιπρόσθετα και άλλες πληροφορίες σχετικά με το τζόγο, όπως π.χ. ηλικία έναρξης ενασχόλησης, ύπαρξη ατόμου στην οικογένεια με προβλήματα τζόγου, κ.ά.

#### *Παθολογία τζόγου*

Για την ανίχνευση της παθολογίας τζόγου χορηγήθηκε το εργαλείο Problem Gambling Severity Index (PGSI), το οποίο αποτελεί μέρος του CPGI (Ferris and Wynne, 2001), και μπορεί να χορηγηθεί αυτόνομα. Το PGSI είναι ένα σύντομο, αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο που αποτελείται από 9 ερωτήματα συχνότητας συμπεριφορών που σχετίζονται με τον τζόγο τους τελευταίους 12 μήνες και οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε τέσσερις κλίμακες (0= ποτέ, 1= μερικές φορές, 2= τις περισσότερες φορές, 3= σχεδόν πάντα). Ανάλογα με το συνολικό σκορ οι συμμετέχοντες ταξινομούνται ως εξής: 1) 0= δεν υπάρχει παθολογία, 2) 1-2= χαμηλό επίπεδο παθολογίας με λίγες ή μη αναγνωρίσιμες επιπτώσεις, 3) 3-7= σοβαρό επίπεδο παθολογίας που οδηγεί σε κάποιες αρνητικές επιπτώσεις, 4) 8 και πάνω= προβληματικός τζόγος με αρνητικές επιπτώσεις και πιθανή απώλεια ελέγχου.

Επιπρόσθετα, για αύξηση της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων του PGSI, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα LIE/ BET QUESTIONNAIRE (Johnson et al., 1988). Πρόκειται για ένα συνοπτικό εργαλείο, αφού περιλαμβάνει μόνο δύο ερωτήσεις, όμως διαθέτει υψηλή ευαισθησία και εξειδίκευση. Εάν η απάντηση είναι "Ναι" σε μία από τις δύο ερωτήσεις απαιτείται περισσότερη διερεύνηση και αξιολόγηση.

### *Δημογραφικά στοιχεία και χαρακτηριστικά παθολογίας*

Ερωτηματολόγιο σχετικά με την παρουσία άλλων εξαρτητικών συμπεριφορών, ατομικά χαρακτηριστικά παθολογίας, συνθήκες αστεγίας, καθώς και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά.

#### **4.4 Στατιστική ανάλυση**

Τα περιγραφικά μέτρα υπολογίστηκαν και παρουσιάζονται ως μέσοι όροι με τυπική απόκλιση για τις ποσοτικές μεταβλητές και ως συχνότητες με επί τοις εκατό ποσοστά για τις ποιοτικές μεταβλητές. Οι συσχετίσεις μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών αξιολογήθηκαν υπολογίζοντας το συντελεστή συσχέτισης Pearson  $r$ . Οι συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων σε ποσοτικές μεταβλητές έγινε με τη χρήση του Student's  $t$ -test για ανεξάρτητα δείγματα (στην περίπτωση δύο ομάδων) ή της Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) μονής κατεύθυνσης (στην περίπτωση τριών ή παραπάνω ομάδων). Στην τελευταία περίπτωση, όπου απαιτήθηκαν εκ των υστέρων (post-hoc) συγκρίσεις ανά ζεύγη χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Tukey HSD. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι ορισμένο στην τιμή  $p \leq 0,05$ . Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v.22 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp).

## Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα

Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των χαρακτηριστικών του δείγματος α) ως σύνολο β) μόνο των ατόμων που αναφέρουν ότι έχουν παίξει τυχερά παιχνίδια το τελευταίο 12μηνο γ) των προβληματικών τζογαδόρων (σκορ PGSI  $\geq 8$ ), τα αποτελέσματα των οποίων παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Συνολικά συμμετείχαν 104 άτομα,  $\geq 18$  ετών. Στο σύνολο του δείγματος, η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι άνδρες ( $n=82$ ) σε ποσοστό 78,8%, ενώ το 21,2% είναι γυναίκες ( $n=22$ ). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι τα 53 έτη (SD 11,5). Οι περισσότεροι είναι Έλληνες σε ποσοστό 92,3% ( $n=96$ ) και απόφοιτοι γυμνασίου ( $n=35$ , 33,7%). Το 51,9% ( $n=54$ ) των συμμετεχόντων είναι άνεργοι και ψάχνουν για δουλειά, και το εισόδημά τους, που κυμαίνεται από 1-200€ ( $n=45$ , 43,7%), προέρχεται από επίδομα ( $n=55$ , 54,5%). Η πλειονότητα είναι είτε άγαμοι ( $n=38$ , 36,5%), είτε διαζευγμένοι ( $n=39$ , 37,5%), και το 43,3% ( $n=45$ ) έχει αποκτήσει παιδί/ά. Οι περισσότεροι είναι πρώτη φορά άστεγοι ( $n=70$ , 67,3%), και είτε διαβιούν στο δρόμο ( $n=35$ , 33,7%), είτε φιλοξενούνται σε Ύπνωτήριο ( $n=33$ , 31,7%).

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά δείγματος

Μεταβλητές	Σύνολο	Άτομα που έχουν παίξει τυχερά παιχνίδια το τελευταίο 12μηνο	Προβληματικοί Τζογαδόροι 12μηνου
<b>Φύλο[N(%)]</b>			
Άνδρας	82 (78,8%)	50 (83,3%)	19 (90,5%)
<b>Εθνικότητα[N(%)]</b>			
Ελληνική	96 (92,3%)	55 (91,7%)	20 (95,2%)
<b>Ηλικία (Mean±SD)</b>	52,73 ±11,5	52,2 ± 12,8	53,29 ±9,8
<b>Οικογενειακή κατάσταση [N(%)]</b>			
Άγαμος	38 (36,5%)	26 (43,3%)	8 (38,1%)
Έγγαμος	9 (8,7%)	6 (10%)	3 (14,3%)
Σε διάσταση	10 (9,6%)	5 (8,3%)	4 (19%)
Διαζευγμένος	39 (37,5%)	19 (31,7%)	6 (28,6%)
Χήρος	8 (7,7%)	4 (6,7%)	0 (0%)
<b>Παιδιά[N(%)]</b>			
Ναι	45 (43,3%)	27 (45%)	12 (57,1%)
<b>Αριθμός παιδιών (Mean±SD)</b>	2, 04 ±1,17	2,07±0,99	2,42±0,9
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο[N(%)]</b>			
Ανεκπαιδευτος	4 (3,8%)	1 (1,7%)	1 (4,8%)
Απόφοιτος Δημοτικού	28 (26,9%)	16 (26,7%)	7 (33,3%)
Απόφοιτος Γυμνασίου	35 (33,7%)	21 (35,0%)	7 (33,3%)



Απόφοιτος Λυκείου	19 (18,3%)	11 (18,3%)	1 (4,8%)
Απόφοιτος ΙΕΚ	8 (7,7%)	6 (10,0%)	1 (4,8%)
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	8 (7,7%)	4 (6,7%)	1 (4,8%)
Μεταπτυχιακές σπουδές	2 (1,9%)	1 (1,7%)	0 (0%)
<b>Απασχόληση[N(%)]</b>			
Όχι, αλλά δεν ψάχνω για δουλειά.	28 (26,9%)	19 (31,7%)	10 (47,6%)
Όχι, και ψάχνω για δουλειά	54 (51,9%)	28 (46,7%)	9 (42,9%)
Ναι	22 (21,1%)	13 (21,7%)	2 (9,6%)
<b>Μήνες ανεργίας(Mean±SD)</b>	52,6 ±48,8	51,92 ± 54,23	60,42 ±70,5
<b>Μηνιαίο εισόδημα[N(%)]</b>			
0€	17 (16,5%)	6 (10,2%)	2 (9,5%)
1-200€	45 (43,7%)	20 (33,9%)	3 (14,3%)
201-300€	13 (12,6%)	10 (16,9%)	4 (19%)
301-400€	14 (13,6%)	13 (22,0%)	7 (33,3%)
401-800€+	13 (12,6%)	10 (17%)	4 (19,1%)
<b>Κόρια πηγή εισοδήματος[N(%)]</b>			
Εργασία	22 (21,8%)	12 (20,3%)	4 (19%)
Βοήθεια από φίλους συγγενείς	6 (5,9%)	3 (5,1%)	1 (4,8%)
Σύνταξη	4 (4,0%)	4 (6,8%)	2 (9,5%)
Επίδομα	55 (54,5%)	31 (52,5%)	10 (47,6%)
Επαιτεία	5 (5,0%)	5 (8,5%)	2 (9,5%)
Άλλο	9 (8,9%)	4 (6,8%)	2 (9,5%)
<b>Διαμονή[N(%)]</b>			
Στο δρόμο	35 (33,7%)	19 (31,7%)	7 (33,3%)
Υπνωτήριο	33 (31,7%)	15 (25,0%)	4 (19%)
Ξενώνα	18 (17,3%)	13 (21,7%)	4 (19%)
Αυτοκίνητο/ Τροχόσπιτο	9 (8,7%)	7 (11,7%)	3 (14,3%)
Προσωρινή κατασκευή	2 (1,9%)	1 (1,7%)	1 (4,8%)
Κατάληψη σε οίκημα ακατάλληλο για κατοίκηση	7 (6,7%)	5 (8,3%)	2 (9,5%)
<b>Πρώτη φορά άστεγος/η[N(%)]</b>			
Όχι	34 (32,7%)	16 (26,7%)	8 (38,1%)
<b>Διαμονή προ αστεγίας[N(%)]</b>			
Σε δικό μου σπίτι	25 (24%)	14 (23,3%)	6 (28,6%)
Φιλοξενία σε σπίτι συγγενή ή φίλου	32 (30,8%)	19 (31,7%)	7 (33,3%)
Νοίκιαζα σπίτι	38 (36,5%)	22 (36,7%)	5 (23,8%)
<b>Αιτία αστεγίας[N(%)]</b>			
Οικογενειακά προβλήματα	23 (22,1%)	15 (25,0%)	10 (47,6%)
Ανεργία	28 (26,9%)	12 (20,0%)	3 (14,3%)
Αποφυλάκιση	3 (2,9%)	2 (3,3%)	2 (9,5%)
Πρόβλημα υγείας	9 (8,7%)	6 (10,0%)	1 (4,8%)
Οικονομικά προβλήματα	24 (23,1%)	15 (25,0%)	1 (4,8%)
Απώλεια κατοικίας	4 (3,8%)	4 (6,7%)	2 (9,5%)

Στον Πίνακα 2 περιγράφονται τα αποτελέσματα των κλιμάκων PGSI και LIE/ BET που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της παθολογίας τζόγου. Το 42,3% (n=44)

κατατάσσονται ως μη τζογαδόροι, ενώ το 20,2% (n=21) κατατάσσονται ως προβληματικοί τζογαδόροι σύμφωνα με την κλίμακα PGSI, με μέσο σκορ 12,8 (SD 3,1).

<b>Πίνακας 2. Παθολογία τζόγου</b>			
<b>Μεταβλητές</b>	<b>Σύνολο</b>	<b>Άτομα που έχουν παίξει τυχερά παιχνίδια το τελευταίο 12μηνο</b>	<b>Προβληματικοί Τζογαδόροι 12μηνου</b>
<b>Συνολικό σκορ σε κλίμακα PGSI(Mean±SD)</b>	4,94 ±5,82	5,68 ± 5,90	12,8 ±3,1
<b>Κατάταξη σε κατηγορίες PGSI[N(%)]</b>			
ΜΗ ΤΖΟΓΑΔΟΡΟΣ	44 (42,3%)	0 (0%)	0 (0%)
ΜΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΖΟΓΑΔΟΡΟΣ	19 (18,3%)	19 (31,7%)	0 (0%)
ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΖΟΓΑΔΟΡΟΣ	7 (6,7%)	7 (11,7%)	0 (0%)
ΜΕΤΡΙΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΖΟΓΑΔΟΡΟΣ	13 (12,5%)	13 (21,7%)	0 (0%)
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΖΟΓΑΔΟΡΟΣ	21 (20,2%)	21 (35,0%)	21 (100%)
<b>Συνολικό Σκορ σε κλίμακα LIE-BET(Mean±SD)</b>	0,36 ±0,48	0,58 ± 0,49	1 ±0
<b>Κατάταξη σε κατηγορίες LIE- BET</b>			
ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΖΟΓΟΥ	66 (63,5%)	25 (41,7%)	0 (0)
ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΖΟΓΟΥ	38 (36,5%)	35 (58,3%)	21 (100%)
M: Mean, SD: Standard deviation Τα ποσοστά υπολογίστηκαν ως προς τις στήλες			

Στον Πίνακα 3 περιγράφονται στοιχεία που αφορούν την ψυχική υγεία και τη χρήση αλκοόλ, νικοτίνης, κάνναβης και άλλων παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών για α) το σύνολο β) τα άτομα που αναφέρουν ότι έχουν παίξει τυχερά παιχνίδια το τελευταίο 12μηνο γ) τους προβληματικούς τζογαδόρους (σκορ PGSI  $\geq$ 8). Στο σύνολο του δείγματος η πλειονότητα (75%, n=78) κάνει χρήση νικοτίνης, οι μισοί δεν έχουν καταναλώσει αλκοόλ τους τελευταίους 12 μήνες (n=52) και η συντριπτική πλειονότητα (86,5%, n=90) δεν έχει κάνει χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών τις τελευταίες 30 ημέρες.

<b>Πίνακας 3. Ψυχική υγεία και άλλες εξαρτήσεις</b>			
<b>Μεταβλητές</b>	<b>Σύνολο</b>	<b>Άτομα που έχουν παίξει τυχερά παιχνίδια το</b>	<b>Προβληματικοί Τζογαδόροι 12μηνου</b>

		<b>τελευταίο 12μηνο</b>	
<b>Επίσκεψη σε επαγγελματία ψυχικής υγείας τελευταίους 12 μήνες[N(%)]</b>			
Ναι	30 (28,8%)	18 (30%)	8 (38,1%)
<b>Λήψη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής τους τελευταίους 12 μήνες [N(%)]</b>			
Ναι	23 (22,1%)	14 (23,3%)	5 (23,8%)
<b>Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ τους τελευταίους 12 μήνες[N(%)]</b>			
Ποτέ	52 (50%)	19 (31,7%)	4 (19%)
Κάθε μήνα ή λιγότερο συχνά	10 (9,6%)	7 (11,7%)	2 (9,5%)
2-4 φορές το μήνα	14 (13,5%)	12 (20%)	5 (23,8%)
2-3 φορές την εβδομάδα	22 (21,2%)	16 (26,7%)	5 (23,8%)
4 + φορές την εβδομάδα	6 (5,8%)	6 (10%)	5 (23,8%)
<b>Αριθμός ποτών ανά φορά κατανάλωσης τους τελευταίους 12 μήνες [N(%)]</b>			
1-2 ποτά	35 (33,7%)	20 (44,4%)	5 (23,8%)
3-4 ποτά	18 (17,3%)	15 (33,3 %)	7 (33,3%)
5-6 ποτά	5 (4,8%)	5 (11,1%)	4 (19%)
7-8 ποτά	4 (3,8%)	4 (8,9%)	1 (4,8%)
9 + ποτά	1 (1%)	1 (2,2%)	1 (4,8%)
<b>Καπνιστής/στρια[N(%)]</b>			
Ναι	78 (75%)	47 (78,8%)	19 (90,4%)
<b>Αριθμός τσιγάρων ανά μέρα(Mean±SD)</b>	19,95 ±13,21	21,11 ± 10,64	21,25 ±11,47
<b>Χρήση Κάνναβης[N(%)]</b>			
Όχι	90 (86,5%)	48 (80%)	15 (71,4%)
Ναι, αλλά όχι καθημερινά	11 (10,6%)	9 (15%)	4 (19%)
Ναι, καθημερινά	3 (2,9%)	3 (5%)	2 (9,5%)
<b>Χρήση άλλων ουσιών τελευταίες 30 ημέρες[N(%)]</b>			
Όχι	90 (86,5%)	50 (83,3%)	18 (85,7%)

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφονται οι δραστηριότητες και συμπεριφορές τζόγου για α) το σύνολο β) τα άτομα που αναφέρουν ότι έχουν παίξει τυχερά παιχνίδια το τελευταίο 12μηνο γ) τους προβληματικούς τζογαδόρους (σκορ PGSI  $\geq 8$ ). Για τα άτομα που έχουν παίξει τυχερά παιχνίδια το τελευταίο 12μηνο, η πιο συχνή δραστηριότητα τζόγου είναι το Πρακτορείο σε ποσοστό 45% (n=27), με μέσο ποσό στοιχηματισμού 12,48€ (SD 19,51). Για το σύνολο του δείγματος η μέση ηλικία έναρξης τζόγου είναι τα 23 έτη (SD 11,6).

<b>Πίνακας 4. Δραστηριότητες και συμπεριφορές τζόγου</b>			
<b>Μεταβλητές</b>	<b>Σύνολο</b>	<b>Άτομα που έχουν παίξει</b>	<b>Προβληματικοί Τζογαδόροι 12μηνου</b>

		<b>τυχερά παιχνίδια το τελευταίο 12μηνο</b>	
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Πρακτορείο[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	59 (56,7%)	16 (26,7%)	3 (14,3%)
Συχνά	28 (26,9%)	27 (45,0%)	6 (28,6%)
Καθημερινά	17(16,3%)	17 (28,3%)	12 (57,1%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Πρακτορείο(Mean±SD)</b>	7,2 ±16,00	12,48 ± 19,51	21,33 ±28,66
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Καζίνο[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	99 (96,9%)	56 (93,3%)	17 (81%)
Συχνά	4 (3,9%)	4 (6,7%)	4 (19%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Καζίνο(Mean±SD)</b>	5,9 ±20,8	10,25 ±26,68	28,10 ±39,5
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Ιππόδρομο[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	101 (97,1%)	57 (95%)	13 (61,9%)
Συχνά	3 (2,9%)	3 (5%)	3 (14,3%)
Καθημερινά	0 (0%)	0 (0%)	5 (23,8%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Ιππόδρομο</b>	3,9 ±17,1	6,90 + 22,18	20 ±34,64
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Ιδιωτική Λέσχη[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	90 (86,5%)	46 (76,7%)	13 (61,9%)
Συχνά	8 (7,7%)	8 (13,3%)	3 (14,3%)
Καθημερινά	6 (5,8%)	6 (10%)	5 (5%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Ιδιωτική Λέσχη(Mean±SD)</b>	3,16 ±8,82	5,42 ± 11,05	11,19 ±15,96
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Ηλεκτρονικό Στοιχείμα[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	103 (99%)	59 (98,3%)	21 (100%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Ηλεκτρονικό στοιχείμα(Mean±SD)</b>	0,53 ±4,9	0,92 ± 6,47	2,38 ±10,91
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Ηλεκτρονικό Καζίνο[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	104 (100%)	60 (100%)	21 (100%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Ηλεκτρονικό Καζίνο(Mean±SD)</b>	1,44 ±10,9	2,50± 14,33	4,76 ±21,82
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Ηλεκτρονικό Ιππόδρομο[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	104 (100%)	60 (100%)	21 (100%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Ηλεκτρονικό Ιππόδρομο(Mean±SD)</b>	0,78 ±5,72	1,36 ± 7,53	3,81 ±12,44

<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Άλλο Ηλεκτρονικό Παίγνιο[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	104 (100%)	60 (100%)	21 (100%)
<b>Ηλικία πρώτη φορά τζόγου(Mean±SD)</b>	22,7 ±11,16	20,92±9,504	22,05 ±10,54
<b>Αξιολόγηση κέρδους από τζόγο (μόνο όσοι έχουν παίξει το τελευταίο 12μηνο) [N(%)]</b>			
Σίγουρα χαμένος	17 (6,3%)	14 (23,3%)	7 (33,3%)
Μάλλον χαμένος	20 (19,2%)	20 (33,3%)	7 (33,3%)
Ούτε κερδισμένος, ούτε χαμένος	17 (16,3%)	17 (28,3%)	5 (23,8%)
Μάλλον κερδισμένος	8 (7,7%)	8 (13,3%)	2 (9,5%)
<b>Ιστορικό Τζόγου στην Οικογένεια [N(%)]</b>			
Ναι	17 (16,3%)	12 (20%)	7 (33,3%)
<b>Κατανάλωση αλκοόλ μαζί με τζόγο τους τελευταίους 12 μήνες[N(%)]</b>			
Ναι	18 (18,9%)	17 (28,3%)	10 (47,6%)
<b>Παρόρμηση για τζόγο μετά από σημαντικό γεγονός ζωής τους τελευταίους 12 μήνες [N(%)]</b>			
Ναι	17 (18,9%)	17 (28,3%)	10 (47,6%)

### 5.1 Έλεγχος υποθέσεων

Όσον αφορά στις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, βρέθηκε ότι η μέση τιμή στην κλίμακα PGSI είναι  $M=4,94$  ( $SD=5,82$ ) για το σύνολο του δείγματος. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν: α) συσχετίσεις μεταξύ της κλίμακας PGSI και των ποσοτικών περιγραφικών μεταβλητών της έρευνας, που αξιολογήθηκαν υπολογίζοντας το συντελεστή Pearson's  $r$ , β) συγκρίσεις μέσων τιμών της κλίμακας PGSI με τις ποσοτικές μεταβλητές με τη χρήση του Student's  $t$ -test για ανεξάρτητα δείγματα ή της Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) για την σύγκριση περισσότερων από δύο μέσων τιμών. Όπου απαιτήθηκαν εκ των υστέρων (post-hoc) συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Tukey HSD, για τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων.

Από αυτές τις συγκρίσεις δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών της PGSI και των ποσοτικών περιγραφικών μεταβλητών της έρευνας, ενώ προέκυψαν στατιστικά σημαντικές ( $p<0,05$ ) διαφορές στις μέσες τιμές της κλίμακας PGSI μεταξύ των κατηγοριών των εξής μεταβλητών : α) οικογενειακή κατάσταση [ $F(4,64=2,72, p=0,03]$ , β)

αιτία αστεγίας [ $F(8,60)=2,89, p=0,009$ ], γ) ύπαρξη ιστορικού τζόγου στην οικογένεια [ $F(2,66)=7,12, p=0,002$ ], δ) κατανάλωση αλκοόλ μαζί με τζόγο τους τελευταίους 12 μήνες [ $t(67)=-3,82, p=0,002$ ], ε) παρόρμηση για τζόγο μετά από σημαντικό γεγονός ζωής τους τελευταίους 12 μήνες [ $t(67)=-4,23, p<0,001$ ], στ) συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ [ $F(4,64)=5,40, p=0,001$ ] και ζ) χρήση κάνναβης [ $F(2,66)=4,01, p=0,02$ ].

Από τα αποτελέσματα των One-Way ANOVA αναλύσεων και των post hoc αναλύσεων με τη χρήση του τεστ Tukey HSD για κατηγορικές περιγραφικές μεταβλητές με περισσότερες από δύο κατηγορίες (*Οικογενειακή κατάσταση, Αιτία αστεγίας, Ύπαρξη ιστορικού τζόγου στην οικογένεια, Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, Χρήση κάνναβης*) φαίνεται ότι :

1. Οι εν διαστάσει συμμετέχοντες έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στην PGSI ( $M=10,83, SD=8,13$ ), σε σχέση με τους χήρους ( $M=1,4, SD=1,67$ ). Οι διαφορές ανάμεσα στις υπόλοιπες κατηγορίες της μεταβλητής δεν παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα (Πίνακας 5).

2. Οι συμμετέχοντες που αναφέρουν οικογενειακά προβλήματα ως κύρια αιτία της αστεγίας τους έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στην PGSI ( $M=10,0, SD=6,4$ ), σε σχέση με όσους αναφέρουν οικονομικά προβλήματα ( $M=2,50, SD=3,03$ ), ή την ανεργία ( $M=3,05, SD=3,94$ ) ως κύρια αίτια. Οι διαφορές ανάμεσα στις υπόλοιπες κατηγορίες της μεταβλητής δεν παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα (Πίνακας 5).

3. Οι συμμετέχοντες που αναφέρουν απουσία ιστορικού τζόγου στο οικογενειακό τους περιβάλλον έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην PGSI ( $M=3,27, SD=4,70$ ), σε σχέση με όσους αναφέρουν ότι δε γνωρίζουν ( $M=8,30, SD=4,42$ ) ή επιβεβαιώνουν ( $M=8,66, SD=7,99$ ), ιστορικό τζόγου στο οικογενειακό τους περιβάλλον (Πίνακας 5).

4. Οι συμμετέχοντες που αναφέρουν ότι καταναλώνουν αλκοόλ 4 ή και περισσότερες φορές την εβδομάδα έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στην PGSI ( $M=12, SD=4,6$ ) σε σχέση με όσους αναφέρουν ότι δεν καταναλώνουν ποτέ αλκοόλ ( $M=2,07, SD=4,92$ ). Οι διαφορές ανάμεσα στις υπόλοιπες κατηγορίες της μεταβλητής δεν παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα (Πίνακας 5).

5. Οι συμμετέχοντες που αναφέρουν ότι κάνουν χρήση κάνναβης αλλά όχι καθημερινά, έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στην PGSI ( $M=8,88, SD=7,35$ ) σε σχέση με όσους αναφέρουν ότι δεν κάνουν καθόλου χρήση κάνναβης ( $M=4,07, SD=5,07$ ). Οι διαφορές στις μέσες τιμές της PGSI μεταξύ των υπολοίπων κατηγοριών της μεταβλητής δεν παρουσιάζουν στατιστική σημαντικότητα (Πίνακας 5).

<b>Πίνακας 5. Σύγκριση μέσωn στην κλίμακα PGSI ως προς κατηγορικές περιγραφικές μεταβλητές με περισσότερες από δύο κατηγορίες</b>			
	PGSI	F	p-value
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			
Άγαμος	4,06± 4,23	2,72	0,030
Έγγαμος	7,50±6,97		
Σε διάσταση	10,83±8,13		
Διαζευγμένος	4,63±6,07		
Χήρος	1,40±1,67		
<b>Αιτία αστεγίας</b>			
<i>Οικογενειακά προβλήματα</i>	10±6,4	2,89	0,009
<i>Ανεργία</i>	3,05±3,94		
<i>Αποφυλάκιση</i>	10±0		
<i>Πρόβλημα υγείας</i>	2,87±6,35		
<i>Έξωση</i>	6,33±10,9		
<i>Οικονομικά προβλήματα</i>	2,5±3,03		
<i>Απώλεια κατοικίας</i>	5,5±4,43		
<i>Άλλο</i>	4±6,92		
<b>Υπαρξη ιστορικού τζόγου στην οικογένεια.</b>			
<i>Όχι</i>	3,27±4,7	7,12	0,002
<i>Ναι</i>	8,66±7,99		
<i>Δε γνωρίζω</i>	8,3±4,42		
<b>Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ</b>			
<i>Ποτέ</i>	2,07±4,92	5,40	0,001
<i>Κάθε μήνα ή λιγότερο συχνά</i>	4,57±7,89		
<i>2-4 φορές το μήνα</i>	7,0±5,25		

2-3 φορές την εβδομάδα	5,7±4,39		
4 + φορές την εβδομάδα	12±4,6		
<b>Χρήση κάναβης</b>			
Όχι	4,07±5,07	4,01	0,020
Ναι, αλλά όχι καθημερινά	8,88±7,35		
Ναι	9,66±9,5		
One-Way ANOVA ώστε να προσδιοριστούν πιθανές διαφορές στις μέσες τιμές μεταξύ των υποκατηγοριών. Οι τιμές παρουσιάζονται σε μέσες τιμές ±τιμές τυπικής απόκλισης.			

Από τα αποτελέσματα των συγκρίσεων μέσω των τιμών της κλίμακας PGSI με τις ποσοτικές μεταβλητές με τη χρήση του Student's t-test για ανεξάρτητα δείγματα, στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάστηκε στις μέσες τιμές της PGSI στις μεταβλητές Κατανάλωση αλκοόλ μαζί με τζόγο τους τελευταίους 12 μήνες και Παρόρμηση για τζόγο μετά από σημαντικό γεγονός ζωής τους τελευταίους 12 μήνες. Άτομα του δείγματος που ανέφεραν ότι κατανάλωναν αλκοόλ παίζοντας τυχερά παιχνίδια ( $M=8,7$ ,  $SD=4,8$ );  $t(63)=-3,82$ ,  $p= 0,002$ ) ή ένιωσαν την ανάγκη να παίξουν μετά από κάποιο σοβαρό γεγονός στη ζωή τους ( $M=9,58$   $SD=5,0$ );  $t(63)=-4,23$ ,  $p= <0,001$ ) παρουσίασαν σχεδόν 2,5 φορές υψηλότερη μέση τιμή στην PGSI από ότι όσοι απάντησαν αρνητικά (Πίνακας 6).

<b>Πίνακας 6.</b> Σύγκριση μέσω στην κλίμακα PGSI ως προς ποσοτικές μεταβλητές			
	PGSI	T	p-value
Κατανάλωση αλκοόλ μαζί με τζόγο τους τελευταίους 12 μήνες			
<b>Ναι(N=52)</b>	8,70±4,80	-3,82	0,002
<b>Όχι(N=17)</b>	3,71±5,63		
Παρόρμηση για τζόγο μετά από σημαντικό γεγονός ζωής τους τελευταίους 12 μήνες			
<b>Ναι(N=52)</b>	9,58±5,00	-4,23	<0,001
<b>Όχι(N=17)</b>	3,42±5,27		



Από τα αποτελέσματα των συγκρίσεων μέσω των τιμών στις ερωτήσεις αξιολόγησης της συχνότητας τζόγου σε διάφορα είδη στοιχηματισμού, μεταξύ προβληματικών και μη τζογαδόρων με τη χρήση του Student's t-test για ανεξάρτητα δείγματα, στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάστηκε στις μέσες τιμές συχνότητας παιχνιδιού σε Πρακτορείο ( $M=2,43$   $SD=0,74$ );  $t(66,3)=4,03$ ,  $p < 0,001$ ), Καζίνο ( $M=1,19$   $SD=0,40$ );  $t(66,3)=2,16$ ,  $p = 0,04$ ), Λέσχη ( $M=1,62$   $SD=0,86$ );  $t(66,3)=2,39$ ,  $p = 0,02$ ) (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7.** Σύγκριση μέσω των τιμών στις ερωτήσεις αξιολόγησης της συχνότητας τζόγου σε διάφορα είδη στοιχηματισμού, μεταξύ προβληματικών και μη τζογαδόρων

Μεταβλητές	PGSI $\geq 8$ (N =21)	PGSI $< 8$ (N=39)	t	p-value
Πρακτορείο	2,43 $\pm$ 0,74	1,79 $\pm$ 0,65	4,03	<0,001*
Καζίνο	1,19 $\pm$ 0,40	1,00 $\pm$ 0,0	2,16	0,040*
Ιππόδρομος	1,14 $\pm$ 0,35	1,00 $\pm$ 0,0	1,82	0,080
Λέσχη	1,62 $\pm$ 0,86	1,18 $\pm$ 0,45	2,39	0,020*
Ηλεκτρονικό Στοιχείμα	1,00 $\pm$ 0,0	1,03 $\pm$ 0,16	1,0	0,3
Ηλεκτρονικό Καζίνο	1,00 $\pm$ 0,0	1,00 $\pm$ 0,0	- **	- **
Ηλεκτρονικός Ιππόδρομος	1,00 $\pm$ 0,0	1,00 $\pm$ 0,0	- **	- **
Άλλο ηλεκτρονικό παίγνιο	1,00 $\pm$ 0,0	1,00 $\pm$ 0,0	- **	- **

\* Στατιστικά σημαντικό. t-test ώστε να προσδιοριστούν πιθανές διαφορές στις μέσες τιμές μεταξύ των υποκατηγοριών. Οι τιμές παρουσιάζονται σε μέσες τιμές  $\pm$  τιμές τυπικής απόκλισης.

\*\*Ο συντελεστής t δεν μπορεί να υπολογιστεί γιατί οι τιμές μέσω των όρων και τυπικής απόκλισης σε τουλάχιστον μία κατηγορία είναι 0.

## Κεφάλαιο 6: Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα επιχειρήθηκε η διερεύνηση του τζόγου σε σχέση με την πληθυσμιακή ομάδα των αστέγων. Στόχος της είναι ο υπολογισμός και η αποτύπωση της έκτασης, συχνότητας, παθολογίας και του πλαισίου της συμπεριφοράς τζόγου στην καθημερινή ζωή των αστέγων, η διερεύνηση συννοσηρότητας με άλλες εξαρτήσεις, καθώς και η διερεύνηση κοινωνικο- δημογραφικών παραγόντων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν υψηλή συχνότητα εμφάνισης προβληματικού τζόγου στον πληθυσμό των αστέγων και θετική συσχέτιση προβληματικού τζόγου με χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Το ποσοστό προβληματικού τζόγου στους αστέγους που προσεγγίζουν δομές στην Αθήνα που προέκυψε από την κλίμακα PGSI ανέρχεται στο 20,2%, και είναι υψηλότερο σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό (2,4%) στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας (Oikonomou et al., 2019). Η υψηλή συχνότητα εμφάνισης προβληματικού τζόγου που βρέθηκε στην παρούσα έρευνα, φαίνεται ότι συμφωνεί με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών: Βαρσοβία: 11,3% (Wiescorek et al., 2019), Λονδίνο: 23,6% (Sharman et al., 2016) και 11,6% (Sharman et al., 2014), Η.Π.Α.: 12% (Nower et al., 2014), Τορόντο: 10% (Matheson et al., 2014), λαμβάνοντας υπόψη πολιτισμικές και μεθοδολογικές διαφορές, όπως τη χρήση διαφορετικών εργαλείων για την μέτρηση της παθολογίας του τζόγου, την αναφορά σε διαφορετικό χρονικό πλαίσιο (δια βίου και ετήσιος επιπολασμός), την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, τη μελέτη διαφόρων τύπων τυχερών παιχνιδιών, και τις διαφορές στην τυπολογία αστέγων.

Αναφορικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, στο σύνολο του δείγματος προκύπτουν χαμηλά ποσοστά χρήσης, με εξαίρεση τη χρήση νικοτίνης. Το εύρημα αυτό φαίνεται να μη συμφωνεί με ευρήματα αντίστοιχων μελετών (Machart, et al., 2019; Nower, et al., 2014; Sharman, et al., 2016), όπου βρέθηκαν υψηλά ποσοστά χρήσης, ή/ και κατάχρησης ουσιών.

Ωστόσο, από τις συγκρίσεις μέσω των τιμών της κλίμακας PGSI με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, προέκυψε πως όσοι καταναλώνουν αλκοόλ 4 ή και περισσότερες φορές την εβδομάδα, καταναλώνουν αλκοόλ παίζοντας τυχερά παιχνίδια, κάνουν χρήση κάνναβης αλλά όχι καθημερινά, έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στην κλίμακα PGSI. Η σχέση διαταραχής τζόγου και χρήσης ουσιών από άστεγους δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένη, με τα αποτελέσματα των ερευνών να είναι αντικρουόμενα μεταξύ τους (Sharman, 2019). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας φαίνεται να συμφωνούν με τα ευρήματα της έρευνας των

Nower και συνεργατών (2014), σε πληθυσμό αστέγων, όπου βρέθηκε πως οι προβληματικοί τζογαδόροι του δείγματος είχαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάχρησης παράνομων ουσιών, νικοτίνης και αλκοόλ, σε σύγκριση με τους μη προβληματικούς τζογαδόρους. Αντίθετα, σε έρευνα των Sharman και συνεργατών (2016), ενώ βρέθηκαν υψηλά ποσοστά χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και υψηλό ποσοστό προβληματικού τζόγου, φαίνεται αυτά να μην συσχετίζονται μεταξύ τους. Επίσης, σε έρευνα των Machart και συνεργατών (2019), παρόλο που βρέθηκε πως οι άστεγοι προβληματικοί τζογαδόροι παρουσίασαν υψηλά ποσοστά εξάρτησης από κάποια ουσία, με συχνότερη το αλκοόλ, η διαφορά από αυτούς που δεν εμφάνιζαν προβλήματα με τον τζόγο, ήταν μικρή.

Αναφορικά με την ψυχική υγεία και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής δεν προέκυψε κάποια σημαντική διαφορά ανάμεσα σε προβληματικούς τζογαδόρους και μη. Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας έρχονται σε αντίθεση με προηγούμενη έρευνα των Nower και συνεργατών (2014), η οποία έδειξε ότι οι προβληματικοί τζογαδόροι του δείγματος ήταν πιο πιθανό να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για διπολική διαταραχή (3,6 φορές), για μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (PTSD) (3,0 φορές) και για αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (2,9 φορές), σε σχέση με τους μη προβληματικούς τζογαδόρους. Παρόλο που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι συχνή η συνύπαρξη διαταραχών τζόγου με ψυχιατρικές διαταραχές, απαιτείται περισσότερη έρευνα για να καθοριστεί η συγκεκριμένη σχέση στην πληθυσμιακή ομάδα των αστέγων (Wieczorek et al., 2019; Nower et al., 2014).

Όσον αφορά τις δραστηριότητες τζόγου, η πλειονότητα του δείγματος σε ποσοστό 57,7% έχει συμμετάσχει σε κάποιο τυχερό παιχνίδι τους τελευταίους 12 μήνες, ποσοστό υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού (41%) (Oikonomou et al., 2019), αλλά και αντίστοιχης έρευνας σε πληθυσμό αστέγων, όπου η πλειονότητα απείχε από τα τυχερά παιχνίδια (Wieczorek et al., 2019).

Στο σύνολο του δείγματος η πιο δημοφιλής δραστηριότητα τζόγου είναι τα παιχνίδια σε πρακτορείο, ενώ λιγότερο δημοφιλή είναι κάθε τύπος παιχνιδιού σε ηλεκτρονική μορφή. Για τους προβληματικούς τζογαδόρους τα παιχνίδια σε πρακτορείο, το καζίνο και η ιδιωτική λέσχη, είναι οι πιο δημοφιλείς τύποι παιχνιδιών. Ο διαφορετικός τύπος κατηγοριοποίησης των τύπων παιχνιδιών από έρευνα σε έρευνα καθιστά αδύνατη τη σύγκριση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας με ευρήματα άλλων μελετών. Όμως, μπορούμε να συμπεράνουμε πως οι προβληματικοί τζογαδόροι του δείγματος της παρούσας έρευνας τείνουν να επιλέγουν παιχνίδια με υψηλά εξαρτησιογόνο δυναμική.

Όσον αφορά τους κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες, η πλειονότητα των συμμετεχόντων, αλλά και των προβληματικών τζογαδόρων είναι άνδρες, ελληνικής καταγωγής. Λόγω του ότι στην παρούσα έρευνα οι γυναίκες και οι μετανάστες υποεκπροσωπούνται, δεν διερευνήθηκαν διαφορές ανάμεσα στο φύλο και την εθνικότητα. Παρόλο που σε έρευνες επιπολασμού τζόγου τόσο σε άστεγους, όσο και στο γενικό πληθυσμό, έχει βρεθεί πως η παθολογία τζόγου σχετίζεται με το άρρεν φύλο, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, τη νεαρή ηλικία, και το να ανήκει κάποιος σε εθνική μειονότητα, στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μέσων τιμών στην κλίμακα PGSI μεταξύ των υποκατηγοριών των διάφορων κοινωνικών και δημογραφικών μεταβλητών, με εξαίρεση τους/ τις εν διαστάσει, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, και την ύπαρξη οικογενειακών προβλημάτων, ως κύριο αίτιο της αστεγίας. Σύμφωνα με τη μελέτη της βιβλιογραφίας, η διατάραξη προσωπικών σχέσεων αποτελεί ταυτόχρονα αίτιο για την αστεγία, αλλά και συνέπεια προβλημάτων με τον τζόγο. Ωστόσο, η φύση της μελέτης δεν επιτρέπει την αναγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τα αν η εξάρτηση από τον τζόγο αποτελεί αίτιο ή αιτιατό της αστεγίας.

Σύμφωνα με τη μελέτη της βιβλιογραφίας, η ύπαρξη διαταραχής τζόγου στο οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση παθολογίας τζόγου στη ζωή ενός ατόμου (Welte et al., 2016). Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας προέκυψε πως η απουσία ιστορικού τζόγου στο οικογενειακό περιβάλλον των συμμετεχόντων σχετίζεται με στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην PGSI, σε σχέση με όσους αναφέρουν ότι δε γνωρίζουν, ή επιβεβαιώνουν ιστορικό τζόγου στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Το γεγονός πως άτομα του δείγματος που ανέφεραν ότι ένιωσαν την παρόρμηση να παίξουν μετά από κάποιο σοβαρό γεγονός στη ζωή τους παρουσίασαν σχεδόν 2,5 φορές υψηλότερη μέση τιμή στην PGSI από ότι όσοι απάντησαν αρνητικά, φαίνεται να ταιριάζει με την κατηγορία του "ψυχολογικά ευάλωτου παίκτη" του μοντέλου των διαδρομών προς τον εθισμό στα τυχερά παιχνίδια, όπου ο τζόγος επιλέγεται από το άτομο ως μία λανθασμένη στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους και των στρεσογόνων καταστάσεων που αντιμετωπίζει (Οικονόμου και συν., 2016). Αυτό επιβεβαιώνεται και ερευνητικά από ποιοτική μελέτη εφήβων, για τους οποίους η ενασχόληση με τον τζόγο αποτελούσε στρατηγική αντιμετώπισης των συναισθηματικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετώπιζαν (Hamilton- Wright et al., 2016).

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας καταδεικνύουν υψηλή συχνότητα εμφάνισης προβληματικού τζόγου και συννοσηρότητα με άλλες εξαρτήσεις στον πληθυσμό

των αστέγων, προάγοντας την αναγκαιότητα προγραμμάτων με στόχο την αναγνώριση, πρόληψη, αλλά και αντιμετώπιση των προβλημάτων τζόγου και των επιπτώσεών τους.

### *Περιορισμοί της έρευνας*

Καθώς η παρούσα μελέτη αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης της έκτασης και των χαρακτηριστικών της δραστηριότητας τζόγου στους άστεγους, ένα θέμα που δεν έχει μελετηθεί στην Ελλάδα, παρουσιάζει κάποιες μεθοδολογικές αδυναμίες. Ο μικρός αριθμός δείγματος (n=104) και το γεγονός ότι το δείγμα συλλέχθηκε από φορείς που υποστηρίζουν άστεγους στην περιοχή της Αθήνας και του Πειραιά, μία μικρή περιοχή της επικράτειας, καθιστούν αποτρεπτική τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επίσης, στην παρούσα έρευνα το δείγμα αποτελείται από άστεγα άτομα που δέχονται ψυχοκοινωνική και/ ή οικονομική υποστήριξη από τους φορείς που προσεγγίστηκαν, χωρίς να έχει συμπεριληφθεί μέρος του πληθυσμού των αστέγων που δε σχετίζονται με τις κοινωνικές υπηρεσίες, οι οποίοι ενδεχομένως να έχουν διαφορετικά ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά και η συμμετοχή τους πιθανόν να επέφερε άλλα αποτελέσματα. Ένας άλλος περιορισμός της μελέτης είναι ότι δεν υπήρχε δυνατότητα μετάφρασης του ερωτηματολογίου σε άλλες γλώσσες, με αποτέλεσμα να αποκλείονται οι μετανάστες/ πρόσφυγες που δεν μιλάνε επαρκώς την ελληνική γλώσσα. Επιπρόσθετα, παρόλο που οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για προβλήματα ψυχικής υγείας και χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, δεν χορηγήθηκε κάποιο σταθμισμένο ψυχομετρικό εργαλείο για την ανίχνευση των παραπάνω μεταβλητών. Τέλος, η παρούσα μελέτη είναι μία συγχρονική μελέτη, και αυτό σημαίνει πως δεν μπορεί να υποστηριχτεί ότι τα προβλήματα τζόγου είναι αίτιο ή συνέπεια της έλλειψης στέγης. Η σχέση μεταξύ των προβλημάτων τζόγου και της έλλειψης στέγης εγείρει αρκετά ερωτήματα, και μελλοντικές έρευνες μπορούν να διερευνήσουν την πολυπλοκότητα αυτής της σχέσης.

### *Συμπεράσματα- Μελλοντικές κατευθύνσεις*

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια αποτύπωσης της σχέσης ανάμεσα στα προβλήματα τζόγου και την έλλειψη στέγης, δύο ζητήματα που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία. Τα ευρήματα που προκύπτουν καταδεικνύουν πως ο πληθυσμός των αστέγων είναι ένας ιδιαίτερα ευάλωτος πληθυσμός για ανάπτυξη διαταραχής τζόγου, αλλά και στη συννοσηρότητα με άλλες εξαρτήσεις. Οι επαγγελματίες των υπηρεσιών υποστήριξης αστέγων θα πρέπει να έχουν γνώση αυτής της ευαλωτότητας, με σκοπό την έγκαιρη αναγνώριση, την πρόληψη, αλλά και την αντιμετώπιση των προβλημάτων τζόγου και των

επιπτώσεών τους. Με αφορμή τα παρόντα αποτελέσματα θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθεί μία συνέχεια της παρούσας μελέτης με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων.

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Abbot, M. (2017). *The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling-related harm*. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/the-epidemiology-and-impact-of-gambling-disorder-and-other-gambling-related-harm.pdf?sfvrsn=5901c849\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/the-epidemiology-and-impact-of-gambling-disorder-and-other-gambling-related-harm.pdf?sfvrsn=5901c849_2) [Accessed 12<sup>th</sup> April 2020]

Afifi, T.O., Cox, B.J., Martens, P.J., Sareen, J. and Enns, M.W. (2010). Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. *Psychiatry Research*, 178(2), 395–400.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Arapoglou, V., Gounis, K. and Siatitsa, D. (2015). Revisiting the concept of shelterisation: insights from Athens, Greece. *European Journal of Homelessness*, 9(2), 137-157.

Boesveldt, N.F. (2019). Homelessness. At A.M. Orum (ed). *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Urban and Regional Studies*. Hoboken, U.S.A.: John Wiley and Sons. 1–12. Available at: doi:10.1002/9781118568446.eurs0139 [Accessed 23<sup>th</sup> March 2020].

Breakey, W.R and Fischer J.P. (1990). Homelessness: the extent of the Problem. *Journal of Social Issues*, 46(4), 31-47.

Dowling, N.A., Merkouris, S.S, Greenwood, C.J., Oldenhof, E., Toumbourou, J.W and Youssef, G.J. (2017) .Early risk and protective factors for problem gambling: a systematic review and meta- analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 51, 109- 124.

Dufour, M., Roy, E., Boivin, J.F., Boudreau, J.F. and Robert, M. M.D. (2014). *Correlates of At-risk Gambling Behaviors of Homeless Youth*. *Journal of Addiction Research and Therapy*, 10. Available from doi:10.4172/2155-6105.s10-007 [Accessed 11<sup>th</sup> December 2019].

Economou, M., Souliotis, K., Malliori, M., Peppou, L.E., Kontoangelos, K., Lazaratou, H., Anagnostopoulos, D., Golna, C., Dimitriadis, G., Papadimitriou, G. and Papageorgiou, C.

(2019). Problem gambling in Greece: prevalence and risk factors during the financial crisis. *Journal of Gambling Studies*, 35(4), 1193–1210.

Edgar, B. (2009). *European Review of Statistics on Homelessness*. Brussels: European Observatory on Homelessness.

FEANTSA. (2014). *Homelessness Country Profile 2014. Greece*. Available from: <https://www.feantsa.org/download/gr-country-profile-20188609335085222190081.pdf> [Accessed 23<sup>th</sup> March 2020].

FEANTSA. (2018). *Homelessness Country Profile 2018. Greece*. Available from: <https://www.feantsa.org/download/gr-country-profile-20188609335085222190081.pdf> [Accessed 23<sup>th</sup> March 2020].

Ferris, J., and Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index user manual. Report to the Canadian inter-provincial task force on problem gambling*. Canada: The Canadian Centre on Substance Abuse.

Gainsbury, S.M., Angus, D.J and Blaszczynski, A. (2019). Isolating the impact of specific gambling activities and modes on problem gambling and psychological distress in internet gamblers. *BMC Public Health*, 19,(1), 1372.

Ginakis, S. and Ohtsuka, K. (2005). Problem Gambling: An exploration of the role of global personal hopefulness, short-term gambling hope, and illusion of control beliefs. *Gambling Research*, 17(2), 7-16.

Hamilton-Wright, S., Woodhall-Melnik, J., Guilcher, S., Schuler, A., Wendaferew, A., Hwang, S. and Matheson, F. (2016). Gambling in the landscape of adversity in youth: reflections from men who live with poverty and homelessness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(9), 854.

Holdsworth, L. and Tiyce, M. (2012). *A study of homelessness and gambling in the Northern Rivers Region, New South Wales, Australia: perspectives of people experiencing Homelessness and gambling, and the service providers supporting Them*. Available from [https://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1779&context=tourism\\_pubs](https://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1779&context=tourism_pubs) [Accessed 11<sup>th</sup> December 2019].



- Huberfeld, R. And Dannon, P.N. (2014). Pathological gambling: who gains from others' losses? In Bijleveld, E. and Aarts, H. (eds). *The psychological science of money*. New York: Springer Science+Business Media, 163–185.
- Johansson, A., Grant, J.E., Kim, S.W., Odlaug, B.L. and Götestam, K.G. (2008). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 67–92.
- Johnson, E.E., Hammer, R., Nora, R.M., Tan, B., Eistenstein, N., & Englehart, C. (1988). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80, 83-88.
- Kourachanis, N. (2015). Confronting homelessness in Greece during at time of crisis. *Social Cohesion and Development*, 10(2), 113- 129.
- Liverpool Public Health Observatory. (2014). *Fixed odds betting terminal use and problem gambling across the Liverpool city region*. Available from [https://www.wirralintelligenceservice.org/media/1374/problem-gambling-and-fobt-use-across-the-liverpool-city-region\\_afb48-2.pdf](https://www.wirralintelligenceservice.org/media/1374/problem-gambling-and-fobt-use-across-the-liverpool-city-region_afb48-2.pdf) [Accessed 29th August 2020].
- Machart, T., Cooper, L., Jones, N., Nielssen, A., Doughty, E., Staples, L. and Nielssen, O. (2019). *Problem gambling among homeless clinic attenders*. *Australasian Psychiatry*, 28(1), 91-94.
- Martin, R. and Shaffer, H.J. (2010). Disordered gambling: etiology, trajectory, and clinical considerations. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 483–510.
- Matheson, F.I., Devotta, K., Wendaferew, A. and Pedersen, C. (2014). Prevalence of gambling problems among the clients of a Toronto homeless shelter. *Journal of Gambling Studies*, 30 (2), 537-546.
- Meanewell, E. (2012). Experiencing homelessness: a review of recent literature. *Sociology Compass*, 6(1), 72-85.
- Meyer, C., Bischof, A., Westram, A., Jeske, C., de Brito, S., Glorius, S., Schön, D., Porz, S., Gürtler, D., Kastirke, N., Hayer, T., Jacobi, F., Lucht, M., Premper, V., Gilberg, R., Hess, D., Bischof, G., John, U. and Rumpf, H.J. (2015). The "Pathological Gambling and Epidemiology" (PAGE) study program: design and fieldwork. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24, 11–31.

- Nower, L., Eyrich-Garg, K.M., Pollio, D.E. and North, C.S. (2014). Problem gambling and homelessness: results from an epidemiologic study. *Journal of Gambling Studies*, 31(2), 533-545.
- Petry, N.M. (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 29–38.
- Petry, N.M. (2016). Gambling disorder. The first officially recognized behavioral addiction. In Petry, N.M. (ed.). *Behavioral addictions. DSM -5 and beyond*. New York: Oxford, 7- 41.
- Potenza, M.N., Kosten, T.R. and Rounsaville, B.J. (2001). Pathological gambling. *JAMA*. 286(2),141-144.
- Rash, C.J. and Petry, N.M. (2016). Gambling disorder in the DSM-5: opportunities to improve diagnosis and treatment especially in substance use and homeless populations. *Current Addiction Reports*, 3(3), 249–253.
- Rukmana, D. (2020). The causes of homelessness and the characteristics associated with high risk of homelessness: a review of intercity and intracity homelessness data. *Housing Policy Debate*, 30(2), 291- 308.
- Schütz, C.G. (2016). Homelessness and addiction: causes, consequences and interventions. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 3(3), 306–313.
- Shaffer, H. J., Freed, C. R., & Healea, D. (2002). Gambling disorders among homeless persons with substance use disorders seeking treatment at a community centre. *Psychiatric Services*, 53(9), 1112–1117.
- Sharman, S. (2019). Gambling and homelessness: prevalence and pathways. *Current Addiction Reports*, 6, 57-64.
- Sharman, S., Dreyer, J., Aitken, M., Clark, L. and Bowden-Jones, H. (2014). Rates of problematic gambling in a British homeless sample: a preliminary study. *Journal of Gambling Studies*, 31(2), 525-532.
- Sharman, S., Dreyer, J., Clark, L. and Bowden-Jones, H. (2016). Down and out in London: addictive behaviors in homelessness. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 318-324.
- Shinn, M. and Khadduri, J. (2020). *In the midst of plenty: homelessness and what to do about*

itt. Hoboken, U.S.A.: John Willey and Sons.

Theodorikakou, O., Alamanou, A. and Katsadoros, K. (2013). "Neo-homelessness" and the Greek crisis. *European Journal of Homelessness*, 7(2), 203- 210.

Welte, J.W., Barnes, G. M., Tidwell, M.-C. O. and Wieczorek, W.F. (2016). Predictors of Problem Gambling in the U.S. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 327–342.

Wieczorek, Ł., Stokwiszewski, J. and Klingemann, J.I. (2019). Screening of problem gambling among a homeless population in Warsaw. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(6), 542–555.

### **Ελληνική βιβλιογραφία**

Ασημόπουλος, Χ., Μαρτινάκη, Σ. και Ασημοπούλου- Μαρίνου, Α. (2015). Το πρόβλημα της έλλειψης στέγης και οι άστεγοι στην Ελλάδα: αιτιολογικοί παράγοντες, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και οι δημόσιες πολιτικές πρόληψης και αντιμετώπισης. *Κοινωνική Εργασία*, 117,46-66.

ΕΚΤΕΠΝ. (2019). Ετήσια έκθεση 2018: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οίνοπνευματωδών στην Ελλάδα. Διαθέσιμο στο [https://www.ektepn.gr/sites/default/files/2020-06/Ethsia-Ekthesh-Ektepn-2018\\_0.pdf](https://www.ektepn.gr/sites/default/files/2020-06/Ethsia-Ekthesh-Ektepn-2018_0.pdf)

[Προσπελάστηκε την 28η Ιουλίου 2020].

ΕΛΣΤΑΤ. (2020). Δελτίο τύπου. Κίνδυνος φτώχειας. Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών: Έτος 2019 (Περίοδος αναφοράς εισοδήματος: Έτος 2018).

Διαθέσιμο στο

<https://www.statistics.gr/documents/20181/14632616/%CE%9A%CE%AF%CE%BD%CE%B4%CF%85%CE%BD%CE%BF%CF%82+%CE%A6%CF%84%CF%8E%CF%87%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%82+%28+2019+%29.pdf/30f0529c-ba53-e260-f1dc-cd35d6b6530a>

[Προσπελάστηκε την 28η Ιουλίου 2020].

Μέλλος, Ε. και Παπαρρηγόπουλος, Θ. (2019). Συμπεριφορικές εξαρτήσεις. Σε Θ. Παπαρρηγόπουλος και Χ. Δάλλα (επιμ.) *Οι εξαρτήσεις. Αίτια, μηχανισμοί, εκδηλώσεις, αντιμετώπιση*. Ηράκλειο Κρήτης: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης. 171- 184.

Οικονόμου, Μ., Θεοδώρου, Β.Ν. και Παπαδημητρίου, Γ.Ν. (2016). Η ψυχοπαθολογία των τυχερών παιχνιδιών. Σύγχρονα διαγνωστικά, αιτιολογικά και θεραπευτικά δεδομένα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(2), 165- 179.

Παπαδοπούλου, Δ. και Κουραχάνης, Ν. (2017). *Άστεγοι και κοινωνικός αποκλεισμός στην Ελλάδα της κρίσης*. Αθήνα: Τόπος.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας. (2012). *Άρθρο 29 του Ν. 4052/2012 (ΦΕΚ Α, 41/ 1.3.2012, Τ.Α.)*. Αθήνα.

FEANTSA. (2013). *ETHOS- Ευρωπαϊκή τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία*. Διαθέσιμο στο: [https://www.feantsa.org/download/el\\_6311838887283173706.pdf](https://www.feantsa.org/download/el_6311838887283173706.pdf) [Προσπελάστηκε την 23η Μαρτίου 2020].

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

<b>Πίνακας 1. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά δείγματος</b>			
<b>Μεταβλητές</b>	<b>Σύνολο</b>	<b>Άτομα που έχουν παίξει τυχερά παιχνίδια το τελευταίο 12μηνο</b>	<b>Προβληματικοί Τζογαδόροι 12μηνου</b>
<b>Φύλο[N(%)]</b>			
Ανδρας	82 (78,8%)	50 (83,3%)	19 (90,5%)
Γυναίκα	22 (21,2%)	10 (16,7%)	2 (9,5%)
<b>Εθνικότητα[N(%)]</b>			
Ελληνική	96 (92,3%)	55 (91,7%)	20 (95,2%)
Άλλη	8 (7,7%)	5 (8,3%)	1 (4,8%)
<b>Έτη στην Ελλάδα (μόνο για άτομα άλλης εθνικότητας)(Mean±SD)</b>	15,63 ±8,4	13,8 ± 8,04	23 ±0
<b>Ηλικία (Mean±SD)</b>	52,73 ±11,5	52,2 ± 12,8	53,29 ±9,8
<b>Οικογενειακή κατάσταση [N(%)]</b>			
Άγαμος	38 (36,5%)	26 (43,3%)	8 (38,1%)
Έγγαμος	9 (8,7%)	6 (10%)	3 (14,3%)
Σε διάσταση	10 (9,6%)	5 (8,3%)	4 (19%)
Διαζευγμένος	39 (37,5%)	19 (31,7%)	6 (28,6%)
Χήρος	8 (7,7%)	4 (6,7%)	0 (0%)
<b>Παιδιά[N(%)]</b>			
Όχι	59 (56,7%)	33 (55%)	9 (42,9%)

Ναι	45 (43,3%)	27 (45%)	12 (57,1%)
<b>Αριθμός παιδιών (Mean±SD)</b>	2,04 ±1,17	2,07±0,99	2,42±0,9
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο[N(%)]</b>			
Ανεκπαιδευτος	4 (3,8%)	1 (1,7%)	1 (4,8%)
Απόφοιτος Δημοτικού	28 (26,9%)	16 (26,7%)	7 (33,3%)
Απόφοιτος Γυμνασίου	35 (33,7%)	21 (35,0%)	7 (33,3%)
Απόφοιτος Λυκείου	19 (18,3%)	11 (18,3%)	1 (4,8%)
Απόφοιτος ΙΕΚ	8 (7,7%)	6 (10,0%)	1 (4,8%)
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	8 (7,7%)	4 (6,7%)	1 (4,8%)
Μεταπτυχιακές σπουδές	2 (1,9%)	1 (1,7%)	0 (0%)
<b>Απασχόληση[N(%)]</b>			
Όχι, αλλά δεν ψάχνω για δουλειά.	28 (26,9%)	19 (31,7%)	10 (47,6%)
Όχι, και ψάχνω για δουλειά	54 (51,9%)	28 (46,7%)	9 (42,9%)
Ναι, περιστασιακά	17 (16,3%)	3 (16,7%)	1 (4,8%)
Ναι, πλήρως	5 (4,8%)	10 (5,0%)	1 (4,8%)
<b>Μήνες ανεργίας(Mean±SD)</b>	52,6 ±48,8	51,92 ± 54,23	60,42 ±70,5
<b>Μηνιαίο εισόδημα[N(%)]</b>			
0€	17 (16,5%)	6 (10,2%)	2 (9,5%)
1-100€	6 (5,8%)	3 (5,1%)	0 (0%)
101-200€	39 (37,9%)	17 (28,8%)	3 (14,3%)
201-300€	13 (12,6%)	10 (16,9%)	4 (19%)
301-400€	14 (13,6%)	13 (22,0%)	7 (33,3%)
401-500€	5 (4,9%)	4 (6,8%)	2 (9,5%)
501-600€	4 (3,9%)	3 (5,1%)	1 (4,8%)

701-800€	2 (1,9%)	2 (3,4%)	1 (4,8%)
800€+	2 (1,9%)	1 (1,7%)	0 (0%)
<b>Κύρια πηγή εισοδήματος[N(%)]</b>			
Εργασία	22 (21,8%)	12 (20,3%)	4 (19%)
Βοήθεια από φίλους συγγενείς	6 (5,9%)	3 (5,1%)	1 (4,8%)
Σύνταξη	4 (4,0%)	4 (6,8%)	2 (9,5%)
Επίδομα	55 (54,5%)	31 (52,5%)	10 (47,6%)
Επαιτεία	5 (5,0%)	5 (8,5%)	2 (9,5%)
Άλλο	9 (8,9%)	4 (6,8%)	2 (9,5%)
<b>Διαμονή[N(%)]</b>			
Στο δρόμο	35 (33,7%)	19 (31,7%)	7 (33,3%)
Υπνωτήριο	33 (31,7%)	15 (25,0%)	4 (19%)
Ξενώνα	18 (17,3%)	13 (21,7%)	4 (19%)
Αυτοκίνητο/ Τροχόσπιτο	9 (8,7%)	7 (11,7%)	3 (14,3%)
Προσωρινή κατασκευή	2 (1,9%)	1 (1,7%)	1 (4,8%)
Κατάληψη σε οίκημα ακατάλληλο για κατοίκηση	7 (6,7%)	5 (8,3%)	2 (9,5%)
<b>Πρώτη φορά άστεγος/η[N(%)]</b>			
Όχι	34 (32,7%)	16 (26,7%)	8 (38,1%)
Ναι	70 (67,3%)	44 (73,3%)	13 (61,9%)
<b>Διαμονή προ αστεγίας[N(%)]</b>			
Σε δικό μου σπίτι	25 (24%)	14 (23,3%)	6 (28,6%)
Σε Προνοιακή Δομή/ Ίδρυμα	1 (1%)	1 (1,7%)	1 (4,8%)
Φιλοξενία σε σπίτι συγγενή ή φίλου	32 (30,8%)	19 (31,7%)	7 (33,3%)

Νοίκιαζα σπίτι	38 (36,5%)	22 (36,7%)	5 (23,8%)
Σε Σωφρονιστικό Ίδρυμα	3 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)
Σε Κέντρο Υποδοχής/ Κράτησης για μετανάστες/ πρόσφυγες	1 (1%)	1 (1,7%)	0 (0%)
Σε Υπνωτήριο/ Ξενώνα/ Δομή Φιλοξενίας	4 (3,8%)	3 (5,0%)	2 (9,5%)
<b>Αιτία αστεγίας[N(%)]</b>			
Οικογενειακά προβλήματα	23 (22,1%)	15 (25,0%)	10 (47,6%)
Ανεργία	28 (26,9%)	12 (20,0%)	3 (14,3%)
Αποφυλάκιση	3 (2,9%)	2 (3,3%)	2 (9,5%)
Πρόβλημα υγείας	9 (8,7%)	6 (10,0%)	1 (4,8%)
Έξωση	8 (7,7%)	2 (3,3%)	1 (4,8%)
Λήξη παραμονής σε ίδρυμα	1 (1%)	1 (1,7%)	0 (0%)
Οικονομικά προβλήματα	24 (23,1%)	15 (25,0%)	1 (4,8%)
Απώλεια κατοικίας	4 (3,8%)	4 (6,7%)	2 (9,5%)
Άλλο	4 (3,8%)	3 (5,0%)	1 (4,8%)



<b>Πίνακας 3. Ψυχική υγεία και άλλες εξαρτήσεις</b>			
<b>Μεταβλητές</b>	<b>Σύνολο</b>	<b>Άτομα που έχουν παίξει τυχερά παιχνίδια το τελευταίο 12μηνο</b>	<b>Προβληματικοί Τζογαδόροι 12μηνου</b>
<b>Επίσκεψη σε επαγγελματία ψυχικής υγείας τους τελευταίους 12 μήνες[N(%)]</b>			
Όχι	74 (71,2%)	42 (70%)	13 (61,9%)
Ναι	30 (28,8%)	18 (30%)	8 (38,1%)
<b>Λήψη ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής τους τελευταίους 12 μήνες [N(%)]</b>			
Όχι	81 (77,9%)	46 (76,7%)	16 (76,2%)
Ναι	23 (22,1%)	14 (23,3%)	5 (23,8%)
<b>Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ τους τελευταίους 12 μήνες[N(%)]</b>			
Ποτέ	52 (50%)	19 (31,7%)	4 (19%)
Κάθε μήνα ή λιγότερο συχνά	10 (9,6%)	7 (11,7%)	2 (9,5%)
2-4 φορές το μήνα	14 (13,5%)	12 (20%)	5 (23,8%)
2-3 φορές την εβδομάδα	22 (21,2%)	16 (26,7%)	5 (23,8%)
4 + φορές την εβδομάδα	6 (5,8%)	6 (10%)	5 (23,8%)
<b>Αριθμός ποτών ανά φορά κατανάλωσης τους τελευταίους 12 μήνες [N(%)]</b>			
1-2 ποτά	35 (33,7%)	20 (44,4%)	5 (23,8%)
3-4 ποτά	18 (17,3%)	15 (33,3 %)	7 (33,3%)
5-6 ποτά	5 (4,8%)	5 (11,1%)	4 (19%)
7-8 ποτά	4 (3,8%)	4 (8,9%)	1 (4,8%)

9 + ποτά	1 (1%)	1 (2,2%)	1 (4,8%)
<b>Καπνιστής/στρια[N(%)]</b>			
Όχι	26 (25%)	13 (21,7%)	2 (9,5%)
Ναι, αλλά όχι καθημερινά	22 (21,2%)	15 (25%)	7 (33,3%)
Ναι, καθημερινά	56 (53,8%)	32 (53,3%)	12 (57,1%)
<b>Αριθμός τσιγάρων ανά μέρα(Mean±SD)</b>	19,95 ±13,21	21,11 ± 10,64	21,25 ±11,47
<b>Χρήση Κάνναβης[N(%)]</b>			
Όχι	90 (86,5%)	48 (80%)	15 (71,4%)
Ναι, αλλά όχι καθημερινά	11 (10,6%)	9 (15%)	4 (19%)
Ναι, καθημερινά	3 (2,9%)	3 (5%)	2 (9,5%)
<b>Χρήση άλλων ουσιών τελευταίες 30 ημέρες[N(%)]</b>			
Όχι	90 (86,5%)	50 (83,3%)	18 (85,7%)
Βενζοδιαζεπίνες (χωρίς να έχετε συνταγή γιατρού)	2 (1,9%)	1 (1,7%)	0 (0%)
Κοκαΐνη	1 (1%)	1 (1,7%)	1 (4,8%)
Ηρωίνη	5 (4,8%)	4 (6,7%)	1 (4,8%)
Βουπρενορφίνη/μεθαδόνη (του δρόμου)	2 (1,9%)	2 (3,3%)	1 (4,8%)
Άλλη ουσία	2 (1,9%)	1 (1,7%)	0 (0%)

**Πίνακας 4. Δραστηριότητες και συμπεριφορές τζόγου**

<b>Μεταβλητές</b>	<b>Σύνολο</b>	<b>Άτομα που έχουν παίξει τυχερά παιχνίδια το τελευταίο 12μηνο</b>	<b>Προβληματικοί Τζογαδόροι 12μηνου</b>
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Πρακτορείο[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	59 (56,7%)	16 (26,7%)	3 (14,3%)
Συχνά	28 (26,9%)	27 (45,0%)	6 (28,6%)
Καθημερινά	17(16,3%)	17 (28,3%)	12 (57,1%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Πρακτορείο(Mean±SD)</b>	7,2 ±16,00	12,48 ± 19,51	21,33 ±28,66
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Καζίνο[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	99 (96,9%)	56 (93,3%)	17 (81%)
Συχνά	4 (3,9%)	4 (6,7%)	4 (19%)
Καθημερινά	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Καζίνο(Mean±SD)</b>	5,9 ±20,8	10,25 ±26,68	28,10 ±39,5
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Ιππόδρομο[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	101 (97,1%)	57 (95%)	13 (61,9%)
Συχνά	3 (2,9%)	3 (5%)	3 (14,3%)
Καθημερινά	0 (0%)	0 (0%)	5 (23,8%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Ιππόδρομο</b>	3,9 ±17,1	6,90 + 22,18	20 ±34,64
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Ιδιωτική Λέσχη[N(%)]</b>			

Ποτέ/ Σπάνια	90 (86,5%)	46 (76,7%)	13 (61,9%)
Συχνά	8 (7,7%)	8 (13,3%)	3 (14,3%)
Καθημερινά	6 (5,8%)	6 (10%)	5 (5%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Ιδιωτική Λέσχη(Mean±SD)</b>	3,16 ±8,82	5,42 ± 11,05	11,19 ±15,96
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Ηλεκτρονικό Στοιχείμα[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	103 (99%)	59 (98,3%)	21 (100)
Συχνά	1 (1%)	1 (1,7%)	0 (0%)
Καθημερινά	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Ηλεκτρονικό στοιχείμα(Mean±SD)</b>	0,53 ±4,9	0,92 ± 6,47	2,38 ±10,91
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Ηλεκτρονικό Καζίνο[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	104 (100%)	60 (100%)	21 (100%)
Συχνά	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Καθημερινά	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Ηλεκτρονικό Καζίνο(Mean±SD)</b>	1,44 ±10,9	2,50± 14,33	4,76 ±21,82
<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Ηλεκτρονικό Ιππόδρομο[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	104 (100%)	60 (100%)	21 (100%)
Συχνά	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Καθημερινά	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Ηλεκτρονικό Ιππόδρομο(Mean±SD)</b>	0,78 ±5,72	1,36 ± 7,53	3,81 ±12,44

<b>Συχνότητα Παιχνιδιού σε Άλλο Ηλεκτρονικό Παίγνιο[N(%)]</b>			
Ποτέ/ Σπάνια	104 (100%)	60 (100%)	21 (100%)
Συχνά	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Καθημερινά	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Ποσό στοιχηματισμού ανά φορά σε Άλλο Ηλεκτρονικό Παίγνιο(Mean±SD)</b>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Ηλικία πρώτη φορά τζόγου(Mean±SD)</b>	22,7 ±11,16	20,92±9,504	22,05 ±10,54
<b>Αξιολόγηση κέρδους από τζόγο[N(%)]</b>			
Σίγουρα χαμένος	17 (6,3%)	14 (23,3%)	7 (33,3%)
Μάλλον χαμένος	20 (19,2%)	20 (33,3%)	7 (33,3%)
Ούτε κερδισμένος, ούτε χαμένος	17 (16,3%)	17 (28,3%)	5 (23,8%)
Μάλλον κερδισμένος	8 (7,7%)	8 (13,3%)	2 (9,5%)
<b>Ιστορικό Τζόγου στην Οικογένεια [N(%)]</b>			
Όχι	72 (69,2%)	28 (63,3%)	8 (38,1%)
Ναι	17 (16,3%)	12 (20%)	7 (33,3%)
Δε γνωρίζω	15 (14,4%)	10 (16,7%)	6 (28,6%)
<b>Κατανάλωση αλκοόλ μαζί με τζόγο τους τελευταίους 12 μήνες[N(%)]</b>			
Όχι	77 (81,1%)	43 (71,7%)	11 (52,4%)
Ναι	18 (18,9%)	17 (28,3%)	10 (47,6%)
<b>Παρόρμηση για τζόγο μετά από σημαντικό γεγονός ζωής τους τελευταίους 12 μήνες [N(%)]</b>			
Όχι	77 (81,1%)	43 (71,7%)	11 (52,4%)

Nα	17 (18,9%)	17 (28,3%)	10 (47,6%)
----	------------	------------	------------