



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: Π. ΛΑΓΙΟΥ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:**

**ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΩΣ  
ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ Β, C ΚΑΙ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ)**

**ROMA AND HEALTH IN GREECE:**

**USE AND ACCESS TO HEALTH SERVICES AND BLOODBORNE DISEASES (VIRAL  
HEPATITIS B, C AND HIV INFECTION)**

**ΙΩΑΝΝΑ ΠΕΤΡΑΚΗ  
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ – ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ**

**ΑΘΗΝΑ**

**2022**



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: Π. ΛΑΓΙΟΥ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:**

**ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΩΣ  
ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ Β, C ΚΑΙ HIV ΛΟΙΜΩΞΗ)**

**ROMA AND HEALTH IN GREECE:**

**USE AND ACCESS TO HEALTH SERVICES AND BLOODBORNE DISEASES (VIRAL  
HEPATITIS B, C AND HIV INFECTION)**

**ΙΩΑΝΝΑ ΠΕΤΡΑΚΗ  
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ – ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ**

**ΑΘΗΝΑ**

**2022**

## **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

Ρομά και Υγεία στην Ελλάδα:  
Χρήση και Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και Αιματογενώς Μεταδιδόμενα Νοσήματα  
(Ιογενείς Ηπατίτιδες Β, C και HIV Λοίμωξη)

**ΙΩΑΝΝΑ ΠΕΤΡΑΚΗ**

Ημερομηνία αίτησης: 16/12/2015

Ημερομηνία ορισμού τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής: 02/02/2016

Ημερομηνία ορισμού του θέματος: 15/02/2016

Ημερομηνία κατάθεσης της διδακτορικής διατριβής: 02/08/2022

Βαθμός: Άριστα

### **ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:**

**ΒΑΝΑ ΣΥΨΑ**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ (επιβλέπουσα)

**ΓΙΩΤΑ ΤΟΥΛΟΥΜΗ**, Καθηγήτρια, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ**, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

### **ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΜΕΛΗ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:**

**ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ**, Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειο  
Πανεπιστήμιο

**ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**ΜΑΝΟΛΗΣ ΤΖΑΝΑΚΗΣ**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας,  
Πανεπιστήμιο Κρήτης

**ΝΙΚΟΣ ΠΑΝΤΑΖΗΣ**, Επίκουρος Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

### **ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ:**

**ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΣΙΑΣΟΣ**

## ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΟΣ ΟΡΚΟΣ ΚΕΙΜΕΝΟ



ΟΜΝΥΜΙ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΙΗΤΡΟΝ ΚΑΙ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΑΝ ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ ΠΑΣΑΣ ΙΣΤΟΡΑΣ ΠΟΙΟΥΜΕΝΟΣ, ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΗΣΕΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ ΚΑΙ ΞΥΓΓΡΑΦΗΝ ΤΗΝΔΕ ΠΗΓΗΣΕΘΑΙ ΜΕΝ ΤΟΝ ΔΙΔΑΣΧΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΙΣΑ ΓΕΝΕΤΗΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ, ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΟΙΝΩΣΕΘΑΙ ΚΑΙ ΧΡΕΩΝ ΧΡΗΖΟΥΝΤΙ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΕΘΑΙ ΚΑΙ ΓΕΝΟΣ ΤΟ ΕΞ ΑΥΤΟΥ ΑΔΕΛΦΕΪΣΙ ΣΟΝ ΕΠΙΚΡΙΝΕΕΙΝ ΑΡΡΕΣΙ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΧΕΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΧΡΗΖΟΥΣΙ ΜΑΘΘΑΝΕΙΝ, ΑΝΕΥ ΜΙΣΘΟΥ ΚΑΙ ΞΥΓΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΗΣ ΤΕ ΚΑΙ ΑΚΡΟΗΣΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΠΗΣ ΑΠΑΣΕΣ ΕΜΑΘΕΤΕΣ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΕΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣΙ ΚΑΙ ΤΟΙΣΙ ΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΣΧΑΝΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΑΙΣΙ ΞΥΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΙΣ ΤΕ ΚΑΙ ΟΥΚΙΣΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΩ ΙΗΤΡΙΚΩ, ΑΛΛΩ ΔΕ ΟΥΔΕΝΙ ΔΙΑΙΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ, ΕΠΙ ΔΗΛΗΣΕΙ ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΗΝ ΕΙΡΕΒΕΙΝ ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΣΙΜΟΝ ΟΥΔΕ ΥΦΑΓΗΣΟΜΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΙΗΝ ΤΟΙΗΝΔΕ ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ ΟΥΔΕ ΠΥΛΑΙΚΙ ΠΕΣΤΟΣ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΩΣΩ. ΑΓΝΩΣ ΔΕ ΚΑΙ ΟΣΙΩΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΕ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ, ΟΥ ΤΕΜΕΣ ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΛΟΙΩΝΤΑΣ, ΕΚΧΩΡΗΣΩ ΔΕ ΕΡΓΑΤΗΣΙΝ ΑΝΔΡΑΣΙΝ ΠΡΗΣΙΟΡΤΗΣΔΕ ΕΞΟΡΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΙΑΣ ΑΝ ΕΣΙΩ, ΕΞΕΛΕΥΣΟΜΑΙ ΔΕ Π' ΩΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ, ΕΚΤΟΣ ΕΩΝ ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΗΣ ΤΗΣ ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ ΕΠ' ΤΕ ΨΥΧΙΚΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΕΙΩΝ, ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΤΕ ΚΑΙ ΔΟΥΛΩΝ, Α Δ' ΑΥ ΒΗΙ ΘΕΡΑΠΕΙΗ Η ΙΔΩ Η ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΑΝΕΥ ΘΕΡΑΠΕΙΗΣ ΚΑΤΕ ΒΙΟΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ, Α ΜΗ ΧΡΗ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑΛΕΒΕΣΘΑΙ ΕΣΩ, ΣΙΤΗΣΟΜΑΙ ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟΙΑΥΤΑ. ΟΡΚΟΝ ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΕΟΝΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΞΥΓΓΕΟΝΤΑ ΕΙΗ ΞΥΓΓΡΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ, ΔΟΣΕΑΖΟΜΕΝΩ ΠΑΡΑ ΤΡΙΩΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΣ ΤΟΝ ΑΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ ΠΑΡΑΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕΙ ΚΑΙ ΕΒΙΟΡΚΕΟΝΤΙ, ΤΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΕΩΝ.

«Η έγκρισις τής διδακτορικής διατριβής υπό τής Ιατρικής Σχολής του Έθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών δέν υποδηλοϊ αποδοχήν τών γνωμών του συγγραφέως»

Άρθρο 2002 & 2 του Νόμου 5343/32

## ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

01/16-Σήμερα	<b>Υποψήφια Διδάκτορας</b> , Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ Τίτλος Διατριβής: <i>Ρομά και Υγεία στην Ελλάδα: Χρήση και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα (ιογενείς ηπατίτιδες Β, C και HIV λοίμωξη)</i>
10/16-09/18	<b>Μεταπτυχιακό: Κοινωνική &amp; Πολιτισμική Ανθρωπολογία</b> , Πάντειο Πανεπιστήμιο
10/11-11/14	<b>Μεταπτυχιακό: Διεθνής Ιατρική-Διαχείριση Κρίσεων Υγείας</b> , ΕΚΠΑ
09/08-06/10	<b>Μεταπτυχιακό: Δημόσια Υγεία</b> , Ινστιτούτο Καρολίνσκα
02/03-07/07	<b>Πτυχίο: Διατροφή και Διαιτολογία</b> , ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

### ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ/ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ (επιλογή)

11/19	3rd Ethmig Survey Data Training School <i>Research On Ethnic And Migrant Minorities</i> , Centre for Social Sciences, Βουδαπέστη (Ουγγαρία)
07/19	Καλοκαιρινό Μάθημα <i>Romani Identities and Antigypsyism</i> , Central European University, Βουδαπέστη (Ουγγαρία)
03/19	Σεμινάριο <i>Roma Health</i> , Open Medical Institute, American Austrian Foundation, Σάλτςμπουργκ (Αυστρία)
11/17	Μάθημα <i>2017 Fall School in International Humanitarian Action</i> , Network on Humanitarian Action, Βρυξέλλες (Βέλγιο)
6/14	Συνέδριο <i>United for Dignity</i> on the specific situation of Roma young people affected by multiple discrimination, European Youth Centre, Στρασβούργο (Γαλλία)
10/12-12/13	Εκπαιδευτικό πρόγραμμα <i>Training Roma youth leaders and activists for promoting human rights and taking action against discrimination</i> , Council of Europe, Βουδαπέστη (Ουγγαρία) και Στρασβούργο (Γαλλία)
11/13	Εκπαιδευτικό πρόγραμμα <i>Act together for equal participation</i> , Great SilkWay, Μπακού (Αζερμπαϊτζάν)
09/12	Μάθημα <i>Tropical and Travel Medicine</i> , Ιατρική Σχολή Αθήνας, Ιφακάρα (Τανζανία)
08/12	<i>Civil Protection and Humanitarian Action in the EU</i> , European Research and Training Center for Human Rights and Humanitarian Law, Ηράκλειο
01/12-11/14	<i>Project Cycle Management, Post-traumatic stress disorder, Psychology in Disaster Medicine, Health Crisis Management and Media, Principles of Humanitarian Law: Medical and Humanitarian Action under the protection of International Law</i> , Ιατρική Σχολή Αθήνας, Αθήνα

### ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

09/22-	<b>Σύμβουλος – Εμπειρογνώμονας σε θέματα υγείας των Ρομά</b> , UNICEF, Θεσσαλονίκη
02/20-07/21 12/18-01/20	<b>Σύμβουλος Εργασίας</b> , Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης, Χανιά <b>Διοικητικός</b> , Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Αλληλεγγύης Χανίων, Χανιά
08/17-03/18	<b>Συντονίστρια Υγείας</b> , Διεθνής Ομοσπονδία Ερυθρού Σταυρού και

04/17-07/17	Ερυθράς Ημισελήνου, Αθήνα
02/17-04/17	<b>Υπεύθυνη Επαφής με το πεδίο</b> , Save the Children, Αθήνα
10/16-12/16	<b>Εθνική Συντονίστρια</b> , United Nations Population Funds, Αθήνα
03/16-10/16	<b>Ερευνήτρια</b> για την έκθεση <i>Εκτίμηση Αναγκών Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας των προσφύγων</i> , Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων, Αθήνα
02/14-07/14	<b>Βοηθός Συντονίστριας</b> , Γιατροί Χωρίς Σύνορα, Αθήνα
05/13-10/15	<b>Συντονίστρια και Εκπαιδύτρια</b> πιλοτικού προγράμματος <i>Νέοι Ρομά Διαμεσολαβητές Υγείας</i> , PRAKSIS, Αθήνα
06/13-08/13	<b>Συντονίστρια</b> για την πληθυσμιακή ομάδα των Ρομά, πρόγραμμα <i>Hprolipsis</i> , Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα
11/11-04/13	<b>Βοηθός Ειδικού Συμβούλου</b> , Open Society Foundations, Αθήνα
	<b>Συντονίστρια</b> της δράσης Προαγωγή Υγείας των Παιδιών Ρομά, πρόγραμμα <i>Εκπαίδευση των Παιδιών Ρομά</i> , Κέντρο Διαπολιτισμικής Αγωγής, ΕΚΠΑ, Αθήνα

### ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- **Petraki, I.** Kalpourtzi N, Terzidis A, Gavana M, Vantarakis A, Rachiotis G, et al. Living in Roma Settlements in Greece: Self-Perceived Health Status, Chronic Diseases and Associated Social Determinants of Health. *Int J Environ Res Public Health* **18**, 8403 (2021).
- **Petraki, I.** Roma Health Mediators: A Neocolonial Tool for the Reinforcement of Epistemic Violence? *Critical Romani Studies* **3**, 72–95 (2020).
- Touloumi, G. Karakosta A, Sypsa V, **Petraki I**, Anagnostou O, Terzidis A, et al. Design and Development of a Viral Hepatitis and HIV Infection Screening Program (Hprolipsis) for the General, Greek Roma, and Migrant Populations of Greece: Protocol for Three Cross-Sectional Health Examination Surveys. *JMIR Research Protocols* **9**, e13578 (2020).
- Touloumi, G. Karakosta A, Kaskafetou S, **Petraki I**, Anagnostou O, Gavana M, et al. Treatment cascade of hepatitis B and C in general, migrant and Roma populations. *Journal of Hepatology* **66**, S71–S72 (2017).
- Papamichail, D. **Petraki I**, Arkoudis C, Terzidis A, Smyrnakis E, Benos A, et al. Low vaccination coverage of Greek Roma children amid economic crisis: national survey using stratified cluster sampling. *European Journal of Public Health* **27**, 318–324 (2016).

### ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ (επιλογή)

- **Petraki, I.** Roma Health Mediators: a neo-colonial tool for the reinforcement of epistemic violence? in *Critical Approaches to Romani Studies of the Romani Studies Program at Central European University* (Central European University, 2019)
- Παπαμιχαήλ, Δ, **Πετράκη I**, Ιωαννίδη Ε, Σμυρνάκης Ε, Μπένος Α, Παναγιωτόπουλος Τ. Ποιοτική μελέτη διερεύνησης αντιλήψεων και εμποδίων των Ελλήνων Τσιγγάνων γονέων για τους παιδικούς εμβολιασμούς: ευρήματα, προτάσεις και προβληματισμοί. στο *12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας* (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2018).
- **Πετράκη, I.** Προσέγγιση ευάλωτων πληθυσμών: η σημασία της ενσυναίσθησης, της

διαπολιτισμικής εκπαίδευσης & της εμπλοκής των ωφελούμενων σε δράσεις προαγωγής και αγωγής υγείας. στο 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προαγωγής & Αγωγής Υγείας με θέμα *Ενδυνάμωση των ευάλωτων πληθυσμών – Ο ρόλος της Προαγωγής Υγείας* (Ιατρική Σχολή Αθήνας, 2017).

- Paramichail, D, **Petraki I**, Arcoudis C, Terzidis A, Smyrnakis E, Benos A, et al. Very low vaccination coverage of Greek Roma children amid economic crisis: national survey using stratified cluster sampling. in *9th Young Researchers' Forum, ASPHER Deans' and Directors' Retreat*. (Association of Schools of Public Health in the European Region, 2017).
- Touloumi, G, Kalpourtzi A, Anagnostou O, **Petraki I**, Karakosta A, Kaskafetou S, et al. Hepatitis B, C and HIV testing uptake in the general, migrant and Roma populations in Greece: results from the Health Examination Survey Hprolipsis. in *HepHIV 2017 Conference: HIV and Viral Hepatitis: Challenges of Timely Testing and Care* (HIV in Europe, 2017).
- Παπαμιχαήλ, Δ, **Πετράκη Ι**, Αρκούδη Χ, Τερζίδης Ά, Ιωαννίδη Έ, Σμυρνάκης Ε, et al. Εθνική μελέτη εμβολιασμού του παιδικού πληθυσμού Τσιγγάνων στην Ελλάδα: ποσοτική και ποιοτική έρευνα. στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Φόρουμ Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Ιατρικής (Φόρουμ Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Ιατρικής, 2016).
- Παπαμιχαήλ, Δ, Τσάνα Μ, Σαλονικιώτη Α, Γκόγκογλου Β, Θεοχαρόπουλος Γ, Κουτεντάκης Κ, et al. Μελέτη εκτίμησης εμβολιαστικής κάλυψης παιδικού πληθυσμού Τσιγγάνων στην Ελλάδα. στο 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2014).

#### ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΕΚΘΕΣΕΩΝ/ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΩΝ (επιλογή)

- **Petraki I**, Louka A. *Sexual and Reproductive Health Needs Assessment Report for Refugees/Migrants in Greece*. Athens: Hellenic Center for Disease Control and Prevention and United Nations Population Fund; 2017 Jan.
- **Petraki I**. *Educational Program Young Roma Health Mediators. Trainers and Presenters' Manual*. Athens: PRAKSIS; 2014
- **Petraki I**. *Educational Program Young Roma Health Mediators. A practical guide for implementing health promotion activities with the Roma people*. Athens: PRAKSIS; 2014
- **Petraki I**. *Educational Program Young Roma Health Mediators. Participants' Manual*. Athens: PRAKSIS; 2014

#### ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΡΙΑ/ΟΜΙΛΗΤΡΙΑ ΣΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ/ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ (επιλογή)

12/17	<i>Health of Population on the Move Seminar</i> , Ιατρική ΕΚΠΑ, Αθήνα
02-04/17	<i>Train of Trainers on Clinical Management of Rape Survivors, Sexual and Gender Based Violence, Sexual and Reproductive Health</i> , UNFPA, Athens
02/17	<i>Ολοκληρωμένη Επείγουσα Παρέμβαση Υγείας για την Προσφυγική Κρίση</i> PHILOS, ΚΕΕΛΠΙΝΟ, Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Ιωάννινα
04/15	<i>Ιατρική στο Δρόμο-Ιατρική Ελαχίστων Πόρων</i> , Ιατρική ΕΚΠΑ, Αθήνα

07/14	<i>Εθνικό Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα για την Εκπαίδευση Ανθρώπων Δικαιωμάτων, Ενωμένες Κοινωνίες των Βαλκανίων, με την υποστήριξη του Συμβουλίου της Ευρώπης, Θεσσαλονίκη</i>
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### ΥΠΟΤΡΟΦΙΕΣ / ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ / ΒΡΑΒΕΙΑ

11/19	Επιχορήγηση, COST Action CA16111, Training School, Center for Social Sciences
07/19	Επιχορήγηση, Summer University program <i>Romani Identities and Antigypsyism</i> , Central European University
03/19	Υποτροφία, Σεμινάριο <i>Υγεία των Ρομά</i> , Open Medical Institute, Salzburg Stiftung of the American Austrian Foundation
02/17	Βραβείο, Winners of the ASSET best practice award for the national vaccination coverage survey of Roma children
02/14-07/14	Επιχορήγηση, πιλοτικό πρόγραμμα <i>Νέοι Ρομά Διαμεσολαβητές Υγείας</i> , European Youth Foundation
08/12-09/12	Υποτροφία, IKY, ERASMUS LLP
10/08-09/09	Υποτροφία, Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος
11/06-04/07	Υποτροφία, IKY, Socrates/Erasmus Exchange Program

### ΓΝΩΣΕΙΣ ΞΕΝΩΝ ΓΛΩΣΣΩΝ

- Αγγλικά: Άριστη γνώση
- Ισπανικά: Μέτρια γνώση

### ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ

- Κάτοχος πιστοποιητικού ECDL (ενότητες: επεξεργασία κειμένου, υπολογιστικά φύλα και υπηρεσίες διαδικτύου)
- Καλή χρήση στατιστικού πακέτου SPSS

### ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Σχετικά με:** Ρομά, πρόσφυγες, οροθετικούς, φυλακισμένους, χρήστες ουσιών, άστεγους και άλλες κοινωνικά ευπαθείς ομάδες

**Φορείς:** Συμβούλιο της Ευρώπης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Hogeschool van Amsterdam, Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Χανίων, Χαμόγελο του Παιδιού, Πορτραίτα της Κρίσης



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΥΠΟΒΑΘΡΟ:** Οι συστηματικές διακρίσεις στις οποίες υπόκεινται οι Ρομά διαχρονικά, έχουν επιδράσει σημαντικά στην κατάσταση της υγείας τους, η οποία βρίσκεται σε πολύ δυσμενέστερη θέση συγκριτικά με αυτή των μη-Ρομά σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Σημαντικό τμήμα της νοσηρότητας των Ρομά αποτελούν τα λοιμώδη νοσήματα. Εξ αυτών, τα αιματογενώς και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ειδικότερα οι ηπατίτιδες Β (HBV) και C (HCV) και η HIV λοίμωξη, επιβαρύνουν ιδιαίτερα τη δημόσια υγεία. Η έλλειψη έγκυρων δεδομένων σχετικά με τον επιπολασμό των λοιμωδών νοσημάτων αναγνωρίζεται διεθνώς ως σημαντικός φραγμός στην ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης και ελέγχου της εξάπλωσής τους.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της διατριβής, η οποία αφορά στον ενήλικο πληθυσμό των Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα, είναι η εκτίμηση:

1. των συνθηκών διαβίωσης και των παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας τους
2. σχετικά με τις ιογενείς HBV και HCV και την HIV λοίμωξη:
  - α. του καταρράκτη θεραπείας,
  - β. του ποσοστού εμβολιαστικής κάλυψης έναντι της HBV,
  - γ. των γνώσεων και των στάσεων σε σχέση με τα παραπάνω νοσήματα και η αξιολόγηση σχετικών δράσεων ευαισθητοποίησης,
3. της αυτοαξιολόγησης της υγείας τους και των αυτοαναφερόμενων διαγνωσμένων χρόνιων νοσημάτων τους και
4. της χρήσης υπηρεσιών υγείας και των πιθανών φραγμών στην πρόσβαση σε αυτές στην Ελλάδα.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Τα δεδομένα προέρχονται από την Πανελλαδική Έρευνα Υγείας *Hprolipsis*, η οποία συνέλεξε δεδομένα για τους Ρομά που διαμένουν σε κοινότητες από τον Δεκέμβριο του 2014 έως τον Ιανουάριο του 2016 και το δείγμα βασίστηκε σε τυχαία δειγματοληψία ποσοτώσεων με πληθυσμό-στόχο περίπου 500 ενήλικες. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τέσσερις περιφέρειες της Ελλάδας, στην καθεμία από τις οποίες επιλέχθηκαν οικισμοί Ρομά,

αντιπροσωπευτικοί τριών τύπων οικισμών: α. Τύπου 1 (σπίτια), β. Τύπου 2 (σπίτια και παράγκες/μικτός) και γ. Τύπου 3 (παράγκες). Όλοι οι ενήλικες Ρομά κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, διατηρώντας την επιθυμητή και προκαθορισμένη κατανομή ανά φύλο και ηλικία. Έπειτα από σχετική ενημέρωση και έντυπη συγκατάθεση, συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο και έγινε αιμοληψία για έλεγχο ορολογικών δεικτών HBV και HCV και την HIV λοίμωξη. Για τη στατιστική ανάλυση, εκτός των περιγραφικών στατιστικών, χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα πολλαπλής λογαριθμιστικής ή διαβαθμισμένης λογαριθμιστικής εξάρτησης ή μοντέλα μικτών επιδράσεων ανάλογα με τη φύση της μεταβλητής απόκρισης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στη μελέτη έλαβαν μέρος 534 Ρομά (287 γυναίκες και 247 άνδρες), με διάμεση ηλικία τα (ενδοτεταρτομοριακό εύρος) 35 (25, 48) έτη. Περισσότεροι από τους μισούς (50,7%) δεν είχαν πάει ποτέ στο σχολείο, λιγότεροι από 30% εργάζονταν μόνιμα ή προσωρινά και μόλις 35,8% δήλωσαν ότι δεν είχαν ποτέ θέμα διατροφικής ανασφάλειας. Μόνο το 4,1% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι διαθέτουν στο νοικοκυριό τους και τις τέσσερις βασικές οικιακές εγκαταστάσεις (νερό, ηλεκτρικό ρεύμα, θέρμανση και τουαλέτα μέσα στο σπίτι). Ο επιπολασμός της HBV εκτιμήθηκε σε 7,5% με 95% ΔΕ (5,50-10,07), και αναφορικά με τον καταρράκτη θεραπείας για την HBV, από τους 39 συμμετέχοντες με HBsAg(+), 9 (23,1%) δήλωσαν ότι είχαν διαγνωστεί κατά το παρελθόν και 2 (5,1%) ότι είχαν ακολουθήσει κάποια θεραπεία. Ο επιπολασμός των anti-HCV στους άνδρες (καμία γυναίκα δε βρέθηκε θετική) εκτιμήθηκε σε 2,9% με 95% ΔΕ (1,40-5,90). Αναφορικά με τον καταρράκτη θεραπείας της HCV, εκ των 7 συμμετεχόντων με anti-HCV(+), 1 (14,3%) δήλωσε ότι είχε ήδη διαγνωστεί και ακολουθήσει κάποια θεραπεία. Κανένας από τους συμμετέχοντες δε βρέθηκε θετικός στον ιό του HIV.

Το 26% των συμμετεχόντων απάντησαν «Δεν ξέρω» στις ερωτήσεις γνώσεων για την HBV, την HCV και την HIV λοίμωξη και περίπου 40% είχαν χαμηλό γενικό επίπεδο γνώσεων. Κατά προσέγγιση 50% δήλωσαν ότι είχαν τρύπημα/τατουάζ, 80% ότι δε χρησιμοποιούσαν προφυλακτικά όταν συνευρίσκονταν με την/τον σύντροφό τους και ότι δεν είχαν κάνει ποτέ εξέταση για τα εν λόγω νοσήματα και 5% ότι είχαν διαγνωστεί στο παρελθόν με Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (ΣΜΝ). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αξιολόγησης των δράσεων ευαισθητοποίησης από υποσύνολο των συμμετεχόντων (N=94), το υψηλό γενικό επίπεδο γνώσεων αυξήθηκε από 7,9% σε 42,6% και για τα τρία νοσήματα συνολικά.

Περίπου το 62% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι είχαν καλή/πολύ καλή υγεία, το 26% ότι είχαν μέτρια και το 12% ότι είχαν κακή/πολύ κακή. Κατά προσέγγιση, οι μισοί από τους

συμμετέχοντες συνολικά και το 29% εκείνων με καλή/πολύ καλή αυτοαξιολόγηση υγείας ανέφεραν ότι είχαν τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα. Η υψηλή αρτηριακή πίεση (15,7%), η υψηλή χοληστερόλη (11,8%), η κατάθλιψη (10,1%) και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (9,2%), ήταν τα συχνότερα αυτοαναφερόμενα ως διαγνωσμένα χρόνια νοσήματα.

Τον τελευταίο χρόνο, περίπου 65% των συμμετεχόντων είχαν επισκεφτεί γιατρό και 10% χρειάστηκε να νοσηλευτούν. Κατά προσέγγιση 50% των συμμετεχόντων ήταν ανασφάλιστοι και 37% χρειάστηκαν πρόσβαση στο σύστημα υγείας αλλά δεν είχαν. Το οικονομικό κόστος (74,4%) και η απόσταση από τη δομή υγείας/απουσία μεταφορικού μέσου (18,6%) ήταν οι δύο συχνότερα αναφερόμενες αιτίες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από την πολυπαραγοντική ανάλυση, πλήθος δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών μεταβλητών που συγκαταλέγονται στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας φάνηκε να σχετίζονται σημαντικά με τους παραπάνω δείκτες υγείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:** Τα δεδομένα που προκύπτουν από τη μελέτη *Hprolipsis* μπορούν να συμβάλουν καθοριστικά στον αρτιότερο σχεδιασμό πολιτικών δημόσιας υγείας για τους Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα και παράλληλα να αποτελέσουν τη βάση για την παρακολούθηση της κατάστασης και την αξιολόγηση των προγραμμάτων που εφαρμόζονται. Η χρήση του εννοιολογικού πλαισίου δράσης για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και οι προσεγγίσεις που στηρίζονται στην άμεση εμπλοκή των κοινοτήτων Ρομά, οφείλουν να αποτελέσουν κεντρικούς πυλώνες των μελλοντικών πολιτικών υγείας και των προγραμμάτων που θα σχεδιαστούν για την εν λόγω ομάδα.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** Ρομά, HBV, HCV, HIV, αυτοαναφορά κατάστασης υγείας, πρόσβαση στο σύστημα υγείας

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** The systematic discrimination to which the Roma are subject over time had a significant impact on their health status, which is in a much more unfavorable position than that of non-Roma in many European countries. Infectious diseases consist an important part of Roma morbidity. Of these, blood-borne and sexually transmitted diseases, especially hepatitis B (HBV) and C (HCV) and HIV infection, have a particular burden on public health. The lack of reliable data on the prevalence of infectious diseases is recognized internationally as a major barrier to the development of effective programs to prevent and control their spread.

**PURPOSE:** The aim of the thesis, which concerns the adult Roma population living in settlements in Greece, is to assess:

1. the living conditions and the factors affecting their health status
2. regarding viral HBV and HCV and HIV infection:
  - a. the treatment cascade,
  - b. the HBV vaccination coverage rate,
  - c. the knowledge and attitudes in relation to the above diseases and to evaluate the relevant awareness-raising activities,
3. the self-assessment of their health status and the self-reported diagnosed chronic diseases, and
4. the use of health services and the possible barriers to accessing them in Greece.

**METHODOLOGY:** Data were derived from the Hprolipsis Nationwide Health Survey, which collected data on Roma living in communities from December 2014 to January 2016 and the sample was based on quota random sampling with a target population of approximately 500 adults. The data were collected from four regions of Greece. In each of the regions three types of Roma settlements were selected a. Type 1 (houses), b. Type 2 (houses and shacks/mixed) and c. Type 3 (shacks). All Roma adults were invited to participate in the study, maintaining the desired and predefined gender and age distribution. After providing participants with relevant information and having their signed consent, a questionnaire was filled out and a blood sample was taken to test

serological markers of HBV and HCV and HIV infection. For the statistical analysis, apart from descriptive statistics, multivariable logistic or ordinal logistic regression or mixed effects models were applied, depending on the nature of the response variable.

**RESULTS:** The study included 534 Roma (287 women and 247 men), with a median age (interquartile range) of 35 (25, 48) years. More than half (50.7%) had never been to school, less than 30% were working permanently or temporarily, and just 35.8% said they never had food insecurity. Only 4.1% of the participants stated that they had all four basic household facilities (water, electricity, heating and toilet inside the house) in their household. HBV prevalence was estimated at 7.5% with 95% CI (5.50, 10.07), and regarding the HBV treatment cascade, of the 39 participants with HBsAg(+), 9 (23.1%) stated that they had been previously diagnosed and 2 (5.1%) had received some treatment. The prevalence of anti-HCV in men (no women tested positive) was estimated at 2.9% with 95% CI (1.40, 5.90). Regarding the HCV treatment cascade, of the 7 participants with anti-HCV(+), 1 (14.3% ) stated that he had already been diagnosed and received some treatment. None of the participants tested positive for HIV.

Twenty six per cent of the participants answered "I don't know" to the HBV, HCV and HIV infection knowledge questions and about 40% had a low general level of knowledge. Approximately 50% stated that they had a piercing/tattoo, 80% that they did not use condoms when having sex with their partner and that they had never been tested for the diseases in question, and 5% that they had previously been diagnosed with a Sexually Transmitted Disease (STD). According to the results of the evaluation of the awareness raising activities in a subset of the participants (N=94), the high general level of knowledge increased from 7.9% to 42.6% for all three diseases in total.

About 62% of the participants answered that they had good/very good health, 26% that they had average health, and 12% that they had poor/very poor health. Approximately half of the participants overall and 29% of those with good/very good self-rated health reported having at least one chronic disease. High blood pressure (15.7%), high cholesterol (11.8%), depression (10.1%) and respiratory diseases (9.2%) were the most common self-reported as diagnosed chronic diseases.

In the last year, about 65% of the participants had seen a doctor and 10% needed to be hospitalized. Approximately 50% of the participants were uninsured and 37% needed access to the health system but did not have it. Financial cost (74.4%) and distance from the health facility/lack of

transport (18.6%) were the two most frequently stated reasons. According to the results from the multivariable analysis, a number of demographic and socio-economic variables that are among the social determinants of health appeared to be significantly related to the above health indices.

**CONCLUSIONS-RECOMMENDATIONS:** The data obtained from the Hprolipsis study can contribute decisively to the better planning of public health policies for Roma living in settlements in Greece and at the same time form the basis for monitoring the situation and evaluating the programs implemented. The use of the conceptual framework for social health determinants and approaches based on the direct involvement of Roma communities should be central pillars of future health policies and programs designed for this group.

**KEYWORDS:** Roma, HBV, HCV, HIV, self-reported health status, access to health services

*Ρώτησα τον σκύλο μου, τον Ρίβα, άμα νιώθει  
Έλληνας, αυτόχθονας ή κάτι σχετικό  
Εκείνος χασμουρήθηκε, επέστρεψε στον ύπνο  
κι η ανάσα του ήταν όμορφη σαν κύμα στον γιαλό  
Εο! ... το φασισμό*

*Γυρνά στην άγρια ροδιά και τη ρωτώ τα ίδια,  
αν Ελληνίς αισθάνεται λουσμένη από το φως  
«Πήρα σκυτάλη για ζωή, για θάνατο σκυτάλη»  
μου απαντάει ο κόκκινος, στα κλώνια της, ανθός  
Έο! Σαπίλα ο φασισμός*

Στίχοι από το τραγούδι *Ερώτηση Κρίσεως* του Θανάση Παπακωνσταντίνου

**Την παρούσα διδακτορική διατριβή αφιερώνω:**

στους γονείς μου, **Ρούλα** και **Στέλιο**, για την αγάπη τους,

στον σύντροφό μου, **Παναγιώτη**, για τα λουλούδια που γεμίζει την ψυχή μου και

στους ακόλουθους Ρομά, ως ένδειξη αλληλεγγύης στις οικογένειές τους για την απώλειά τους και τον διαχρονικό συστημικό και δομικό ρατσισμό που βιώνουν:

**Νίκος Σαμπάνης**, 18 χρονών (22 Οκτωβρίου 2021): δολοφονήθηκε στο Πέραμα εν μέσω ενός καταιγισμού τουλάχιστον 36 πυροβολισμών από επτά αστυνομικούς της ομάδας ΔΙΑΣ

**Όλγα**, 8 χρόνων (17 Νοεμβρίου 2021): εγκλωβίστηκε στην συρόμενη ηλεκτρική πόρτα της εισόδου εργοστασίου στο Κερατσίνι και σκοτώθηκε μπροστά στα μάτια εργαζόμενων που αδιαφόρησαν

**Παιδί**, 5 χρονών (8 Σεπτεμβρίου 2022): σκοτώθηκε στον καταυλισμό Τσαΐρια της Θεσσαλονίκης από το τζάμι του σπιτιού τους το οποίο το καταπλάκωσε καθώς έπαιζε.

Η προσπάθεια αυτή δε θα είχε ολοκληρωθεί χωρίς τη σημαντική συμβολή πλήθους ανθρώπων. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής της διδακτορικής μου διατριβής, και πιο συγκεκριμένα:

■ την κυρία **Γιώτα Τουλούμη**, Καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, η οποία με εμπιστεύτηκε, αφενός ως συντονίστρια της πληθυσμιακής ομάδας των Ρομά για τη μελέτη Ηrgolipsis και αφετέρου ως ερευνήτρια η οποία θα επεξεργαζόταν τα πολύτιμα δεδομένα που καταφέραμε να συλλέξουμε. Ακόμα, την ευχαριστώ για τη σημαντική της καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διατριβής

■ την κυρία **Βάνα Σύψα**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για την πολύτιμη ανατροφοδότηση κατά τη διάρκεια της ανάλυσης των δεδομένων, κατά τη συγγραφή προόδων και δημοσιεύσεων καθώς και κατά τη συγγραφή της διατριβής

■ τον κύριο **Γιώργο Παπαθεοδωρίδη**, Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για τα σχόλιά του πάνω στη διατριβή

Επίσης ευχαριστώ θερμά τα υπόλοιπα μέλη της επταμελούς εξεταστικής επιτροπής:

■ τον κύριο **Χαράλαμπο Οικονόμου**, Καθηγητή της Κοινωνιολογίας Παντείου

■ τον κύριο **Δημήτρη Παρασκευή**, Αναπληρωτή Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

■ τον κύριο **Μανόλη Τζανάκη**, Αναπληρωτή Καθηγητή της Κοινωνιολογίας Ρεθύμνου

■ τον κύριο **Νίκο Πανταζή**, Επίκουρο Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

για την πρόθυμη και ευγενή συνεργασία τους και την ουσιαστική συμβολή τους στην τελική αξιολόγηση και κρίση της διατριβής.

Ακόμα θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τις επιστημονικές συνεργάτιδες του Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και πιο συγκεκριμένα:



■ την κυρία **Αναστασία Καλπουρτζή**, για την πολύτιμη βοήθειά της στη στατιστική ανάλυση, καθώς επίσης για την υπομονή της, την ψυχραιμία της και την άψογη συνεργασία που αναπτύξαμε

■ την κυρία **Γεωργία Βουρλή**, για την πολύτιμη βοήθειά της στη στατιστική ανάλυση. Παρά το ότι έχει αλλάξει καριέρα τα τελευταία χρόνια, συνέχισε να μου παρέχει απλόχερα, με υπομονή και αφιλοκερδώς την ανεκτίμητη υποστήριξή της

■ την κυρία **Αργυρώ Καρακώστα**, για την πολύτιμη ψυχολογική υποστήριξη που μου παρείχε όλα αυτά τα χρόνια

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω με ζεστασιά:

■ την κυρία **Ιωάννα Ζερβάκη-Παπαθεοδώρου**, φιλόλογο, για την αφιλοκερδή βοήθειά της και την ιδιαίτερη αγάπη που επέδειξε στη γλωσσική απόδοση της εργασίας και

■ τους φίλους και συνεργάτες **Δημήτρη Παπαμιχαήλ**, **Χρήστο Βαρβαντάκη**, **Ανδρέα Βούρτση**, **Hanna Steger** και **Παναγιώτη Παπαθεοδώρου**, για τις πολύ ωφέλιμες συζητήσεις που κάναμε κατά καιρούς, την εξαιρετικά χρήσιμη ανατροφοδότηση στη σκέψη μου και τα γραπτά μου και την ψυχολογική υποστήριξη.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω επίσης σε όλα τα άτομα που εργάστηκαν σκληρά για την υλοποίηση της μελέτης *Hprolipsis* και ειδικά τους Ρομά διαμεσολαβητές. Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ οφείλω να πω σε όλους τους **Ρομά συμμετέχοντες** στη μελέτη *Hprolipsis*, καθώς και στους **υπόλοιπους κατοίκους των κοινοτήτων τους**, για την προθυμία τους να συμμετάσχουν σε δράσεις της μελέτης και τη ζεστή φιλοξενία που επέδειξαν όσο καιρό επισκεπτόμασταν τις κοινότητές τους.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ</b> .....	<b>iii</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>x</b>
<b>ΑΦΙΕΡΩΣΗ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	<b>xiv</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	<b>xvi</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</b> .....	<b>xxi</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ</b> .....	<b>xxv</b>
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>xxvii</b>
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>1</b>
<b>1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>2</b>
1.1. Ρομά: Ιστορική αναδρομή από τον 10ο αιώνα μέχρι και την πτώση του κομμουνισμού	2
1.1.1. Οι Ρομά στην ευρωπαϊκή ήπειρο .....	3
1.1.2. Οι Ρομά στον ελλαδικό χώρο .....	5
1.2. Η εξέλιξη του «μικρόκοσμου» των Ρομά από το 1960 και έπειτα.....	7
<b>2. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ, ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΡΟΜΑ</b> .....	<b>9</b>
2.1. Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης .....	9
2.2. Διεθνείς οργανώσεις και προγράμματα για τους Ρομά .....	10
2.3. Ελληνική πολιτική .....	10
2.4. Αποτελέσματα των πολιτικών και των προγραμμάτων ενσωμάτωσης .....	14
2.5. Κριτική των πολιτικών και των προγραμμάτων ενσωμάτωσης .....	16
<b>3. ΟΙ ΡΟΜΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΥΡΩΠΗ</b> .....	<b>21</b>
<b>4. ΟΙ ΡΟΜΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΑΔΑ</b> .....	<b>26</b>
4.1. Μελέτες που έχουν εκπονηθεί σε εθνικό επίπεδο .....	26
4.2. Πληθυσμός .....	28

4.3.	Γεωγραφική κατανομή, τύποι οικισμών και συνθήκες διαβίωσης.....	29
4.4.	Φάρες.....	32
4.5.	Κινητικότητα .....	32
4.6.	Κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά διαμενόντων σε οικισμούς Ρομά.....	33
<b>5.</b>	<b>Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΡΟΜΑ .....</b>	<b>35</b>
5.1.	Αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα (ιογενείς ηπατίτιδες Β, C και HIV λοίμωξη) ...	35
5.2.	Αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας και χρόνια νοσήματα.....	39
5.3.	Χρήση υπηρεσιών υγείας και εμπόδια στην πρόσβασή τους.....	40
<b>6.</b>	<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΡΟΜΑ .....</b>	<b>43</b>
6.1.	Ορισμός πληθυσμού .....	43
6.2.	Δειγματοληψία.....	45
6.3.	Αναγνώριση συμμετεχόντων .....	46
6.4.	Συλλογή χρήσιμων δεδομένων και συγκρίσιμων δεικτών .....	48
6.5.	Επιστημική βία, «δύσκολα προσεγγίσιμος πληθυσμός» και παραγωγή γνώσης .....	48
6.6.	Μεθοδολογικοί περιορισμοί μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα.....	51
	<b>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>59</b>
<b>7.</b>	<b>Η ΜΕΛΕΤΗ ΗPROLIPSIS.....</b>	<b>60</b>
<b>8.</b>	<b>ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ.....</b>	<b>62</b>
<b>9.</b>	<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>63</b>
9.1.	Δειγματοληψία.....	63
9.2.	Διαδικασία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου, αιμοληψίας, ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων και παροχής ατομικής συμβουλευτικής στους οροθετικούς.....	66
9.3.	Δράσεις ευαισθητοποίησης .....	70
9.4.	Αξιολόγηση δράσεων ευαισθητοποίησης.....	72
9.5.	Επεξεργασία της βάσης δεδομένων και δημιουργία επιπλέον μεταβλητών .....	73
9.6.	Στατιστική Ανάλυση.....	82

9.7.	Ζητήματα δεοντολογίας.....	84
<b>10.</b>	<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>85</b>
10.1.	Συνθήκες διαβίωσης στους οικισμούς και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	85
10.2.	Αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα (ιογενείς HBV, HCV και HIV λοίμωξη).....	93
10.2.1.	Καταρράκτης θεραπείας.....	93
10.2.2.	Γνώσεις για την HBV, την HCV και HIV λοίμωξη.....	106
10.2.3.	Παράγοντες κινδύνου για την HBV, την HCV και την HIV λοίμωξη.....	113
10.2.4.	Υλοποίηση δράσεων ευαισθητοποίησης.....	117
10.2.5.	Αξιολόγηση δράσεων ευαισθητοποίησης.....	124
10.3.	Αυτοαναφορά κατάστασης υγείας.....	138
10.3.1.	Αυτοαξιολόγηση υγείας και αυτοαναφορά χρόνιων νοσημάτων και συμπτωμάτων ψυχικής ασθένειας.....	138
10.3.2.	Παράγοντες κινδύνου .....	141
10.4.	Υπηρεσίες υγείας .....	146
10.4.1.	Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας.....	146
10.4.2.	Χρήση και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας .....	150
10.4.3.	Εμπόδια στην πρόσβαση .....	155
<b>11.</b>	<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>162</b>
11.1.	Συνθήκες διαβίωσης στους οικισμούς και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	162
11.2.	Αιματογενώς Μεταδιδόμενα νοσήματα (ιογενείς HBV, HCV και HIV λοίμωξη)...	173
11.2.1.	Καταρράκτης θεραπείας .....	173
11.2.2.	Γνώσεις.....	186
11.2.3.	Παράγοντες κινδύνου .....	191
11.2.4.	Υλοποίηση και αξιολόγηση των δράσεων ευαισθητοποίησης.....	197
11.3.	Αυτοαναφορά κατάστασης υγείας.....	209

11.3.1.	Αυτοαξιολόγηση υγείας, χρόνια νοσήματα και συμπτώματα ψυχικής ασθένειας	209
11.3.2.	Παράγοντες κινδύνου .....	213
11.4.	Υπηρεσίες υγείας .....	217
11.4.1.	Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας.....	217
11.4.2.	Χρήση και αξιολόγηση.....	219
11.4.3.	Εμπόδια στην πρόσβαση .....	222
11.5.	Περιορισμοί της μελέτης .....	230
11.6.	Πρωτοτυπία και ισχυρά σημεία .....	232
<b>12.</b>	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>234</b>
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>240</b>
	<b>ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΣΗ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗΣ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ.....</b>	<b>302</b>
	<b>ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ/ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ .....</b>	<b>303</b>
	<b>ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ.....</b>	<b>305</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....</b>	<b>306</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I: Χρονολόγιο διαβουλεύσεων με ορόσημα διαπιστώσεων και προτεινόμενων μέτρων από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την ενσωμάτωση των Ρομά στην ΕΕ .....</b>	<b>306</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Διεθνείς οργανώσεις που υλοποιούν προγράμματα για τους Ρομά... 309</b>	<b>309</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III: Διεθνή προγράμματα για τους Ρομά.....</b>	<b>311</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: Σύνθεση δεδομένων μελετών καταγραφής οικισμών και πληθυσμού Ρομά στην Ελλάδα.....</b>	<b>312</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: Δελτίο καταγραφής οικισμών .....</b>	<b>313</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: Εγχειρίδιο Ερευνητών Πεδίου για τον πληθυσμό των Ρομά .....</b>	<b>317</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII: Ερωτηματολόγιο για τον πληθυσμό των Ρομά.....</b>	<b>326</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII: Έντυπη συναίνεση συμμετοχής.....</b>	<b>344</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IX: Συμπληρωματικό έντυπο γιατρού.....</b>	<b>345</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ X: Παραπεμπτικό εξετάσεων .....</b>	<b>346</b>

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XI: Οδηγίες συλλογής αίματος - φύλαξης και αποστολής δειγμάτων..</b>	<b>347</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XII: Ενημερωτική επιστολή προς τους συμμετέχοντες που είχαν θετικό αποτέλεσμα και απουσίαζαν κατά τη διάρκεια των επισκέψεων του γιατρού στον οικισμό .....</b>	<b>348</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XIII: Ενημερωτικό φυλλάδιο Β΄ φάσης.....</b>	<b>349</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XIV: Εκπαιδευτικά βιωματικά παιχνίδια.....</b>	<b>350</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XV: Καρτέλα εμβολιασμού .....</b>	<b>352</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XVI: Παραπεμπτικό σε ηπατολόγο .....</b>	<b>353</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XVII: Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης για τον πληθυσμό των Ρομά .....</b>	<b>354</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XVIII: Ερωτήσεις γνώσεων για την HBV, την HCV και την HIV λοίμωξη και σωστές απαντήσεις .....</b>	<b>359</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XIX: Συμπληρωματικοί πίνακες .....</b>	<b>363</b>

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 4.1 Πληθυσμός Ρομά ανά περιφέρεια και αριθμός και τύπος οικισμών Ρομά στην Ελλάδα.....	30
Πίνακας 6.1 Μελέτες για τους Ρομά στην Ελλάδα που έχουν εκπονηθεί σε εθνικό επίπεδο: παρουσίαση και σύγκριση αναφερόμενων μεθοδολογικών χαρακτηριστικών.....	54
Πίνακας 9.1 Τυπολογία Ρομά οικισμών στην Ελλάδα .....	63
Πίνακας 9.2 Επιθυμητό δείγμα πληθυσμού ανά επιλεγθείσα περιφέρεια .....	66
Πίνακας 9.3 Το ερωτηματολόγιο διατροφικής ανασφάλειας νοικοκυριού τριών στοιχείων.....	74
Πίνακας 9.4 Διαθεσιμότητα μεταβλητών που συμμετείχαν στον υπολογισμό της βαθμολογίας γνώσεων/παρανοήσεων για την HBV, την HCV και την HIV λοίμωξη.....	78
Πίνακας 9.5 Διαθεσιμότητα μεταβλητών που συμμετείχαν στον υπολογισμό της βαθμολογίας παραγόντων ιατρικού κινδύνου μετάδοσης λοίμωξης .....	79
Πίνακας 9.6 Το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς 4 στοιχείων (PHQ-4).....	80
Πίνακας 10.1 Επιλεγθέντες οικισμοί ανά περιφέρεια και ανά τύπο οικισμού .....	85
Πίνακας 10.2 Βασικά περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ανά φύλο .....	86
Πίνακας 10.3 Βασικά περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης των συμμετεχόντων ανά τύπο οικισμού .....	89
Πίνακας 10.4 Επιπολασμός αντιγόνου επιφανείας της HBV (HBsAg) ανά τύπο οικισμού και ανά φύλο (N=522) .....	93
Πίνακας 10.5 Αυτοαναφορά εξέτασης για HBV στο παρελθόν σε σύγκριση με τα αποτελέσματα από τις αιματολογικές εξετάσεις για το HBsAg .....	94
Πίνακας 10.6 Καταρράκτης θεραπείας για την HBV: προηγούμενη διάγνωση (αυτοαναφορά) και προηγούμενη λήψη θεραπείας (αυτοαναφορά) για την HBV μεταξύ των 39 συμμετεχόντων με HBsAg(+) σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	96
Πίνακας 10.7 Έκθεση στον ιό της HBV με βάση τα πλήρη ανοσολογικά δεδομένα για 476 συμμετέχοντες με βάση βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	99

Πίνακας 10.8 Εμβολιαστική κάλυψη έναντι της HBV σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τις αιματολογικές εξετάσεις (προφίλ εμβολιασμένου: AntiHbc(-) και AntiHbs(+)) σε σύγκριση με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες για το εάν έχουν εμβολιαστεί έναντι της HBV (αυτοαναφορά) (N=476).....	101
Πίνακας 10.9 Αποτελέσματα ανάλυσης δεδομένων αιματολογικού ελέγχου για τον επιπολασμό της HCV ανά τύπο οικισμού και ανά φύλο (N=523) .....	102
Πίνακας 10.10 Αυτοαναφορά εξέτασης για HCV στο παρελθόν σε σύγκριση με τα αποτελέσματα από τις αιματολογικές εξετάσεις για Anti-HCV.....	103
Πίνακας 10.11 Καταρράκτης θεραπείας για την HCV: προηγούμενη διάγνωση (αυτοαναφορά) και προηγούμενη λήψη θεραπείας (αυτοαναφορά) για την HCV μεταξύ των 7 συμμετεχόντων με anti-HCV(+) σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	104
Πίνακας 10.12 Αυτοαναφορά εξέτασης για HIV στο παρελθόν .....	105
Πίνακας 10.13 Παράγοντες που επηρεάζουν τις πιθανότητες παρουσίας υψηλού/μέτριου έναντι χαμηλού γενικού επιπέδου γνώσεων και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά): αποτελέσματα από λογαριθμική παλινδρόμηση .....	110
Πίνακας 10.14 Κατανομή παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης με τη λοίμωξη HBV, τη HCV και τη HIV, ανά φύλο.....	114
Πίνακας 10.15 Διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για HBsAg(+): Αποτελέσματα από λογαριθμική παλινδρόμηση .....	115
Πίνακας 10.16 Περιγραφικά χαρακτηριστικά του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση των δράσεων ευαισθητοποίησης ανά τύπο οικισμού .....	124
Πίνακας 10.17 Αποκρίσεις του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση των δράσεων ευαισθητοποίησης αναφορικά με την ικανοποίησή του από τα διάφορα στάδια της μελέτης, ανά τύπο οικισμού.....	126
Πίνακας 10.18 Αποκρίσεις του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση των δράσεων ευαισθητοποίησης αναφορικά με την ικανοποίησή του από τα διάφορα στάδια της μελέτης, ανά περιφέρεια .....	128
Πίνακας 10.19 Μεταβολή γενικού επιπέδου γνώσεων και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά) μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης, με βάση τις αποκρίσεις του	



υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση, σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	133
Πίνακας 10.20 Μεταβολή διάμεσης τιμής (25 <sup>ο</sup> , 75 <sup>ο</sup> ) γενικής βαθμολογίας γνώσεων εκφρασμένη σε επί τοις % και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά) μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης με βάση τις αποκρίσεις του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση.....	135
Πίνακας 10.21 Παράγοντες που σχετίζονται με το γενικό επίπεδο γνώσεων και τις μεταβολές του μετά την υλοποίηση των δράσεων ευαισθητοποίησης. Αποτελέσματα μοντέλου μικτών επιδράσεων με τυχαία σταθερά. Το γενικό επίπεδο γνώσεων θεωρήθηκε διατάξιμη μεταβλητή και εφαρμόστηκαν μοντέλα διαβαθμισμένης λογαριθμιστικής εξάρτησης μικτών επιδράσεων.....	137
Πίνακας 10.22 Αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας, παρουσία χρόνιου νοσήματος και παρουσία συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης των συμμετεχόντων ανά φύλο.....	139
Πίνακας 10.23 Παράγοντες που επηρεάζουν τις πιθανότητες αυτοαξιολόγησης της κατάστασης της υγείας ως μέτριας/κακής/πολύ κακής: Αποτελέσματα από λογαριθμιστική παλινδρόμηση.....	143
Πίνακας 10.24 Παράγοντες που επηρεάζουν τις πιθανότητες παρουσίας χρόνιου νοσήματος: Αποτελέσματα από λογαριθμιστική παλινδρόμηση.....	145
Πίνακας 10.25 Δυνατότητα πρόσβασης σε ιατρική εξέταση ή θεραπεία το τελευταίο έτος σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα, την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας, την αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας και την παρουσία χρόνιου νοσήματος.....	156
Πίνακας 10.26 Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με αδυναμία πρόσβασης των συμμετεχόντων (N=199) στο σύστημα υγείας κατά το τελευταίο έτος: Αποτελέσματα από λογαριθμιστική παλινδρόμηση.....	159
Πίνακας 10.27 Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με αδυναμία πρόσβασης στο σύστημα υγείας για λόγους οικονομικούς κατά το τελευταίο έτος: Αποτελέσματα από λογαριθμιστική παλινδρόμηση.....	160
Πίνακας 0.1 Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο διατροφικής ανασφάλειας νοικοκυριού τριών στοιχείων.....	363

Πίνακας 0.2 Απαντήσεις που δόθηκαν στις ερωτήσεις γνώσεων για την HBV, την HCV και την HIV (τα ποσοστά με έντονη γραφή υποδεικνύουν τις σωστές απαντήσεις).....	365
Πίνακας 0.3 Διάμεση τιμή (25ο, 75ο) γενικής βαθμολογίας γνώσεων και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά) σε εκατοστιαία βάση μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης με βάση τις αποκρίσεις του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση και σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	370
Πίνακας 0.4 Αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας, παρουσία χρόνιου νοσήματος και παρουσία συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης των συμμετεχόντων ανά κατηγορία οικισμού.....	373
Πίνακας 0.5 Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας των συμμετεχόντων σε σχέση με τον τύπο οικισμού, την περιφέρεια και το φύλο (N=534).....	375
Πίνακας 0.6 Οργανισμός ασφάλισης των συμμετεχόντων σε σχέση με τον τύπο οικισμού, την περιφέρεια και το φύλο (N=257) .....	376
Πίνακας 0.7 Υπηρεσίες υγείας: χρήση, αξιολόγηση και δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές κατά το τελευταίο έτος σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας.....	377
Πίνακας 0.8 Υπηρεσίες υγείας: χρήση, αξιολόγηση και δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές κατά το τελευταίο έτος σε σχέση με τον τύπο οικισμού.....	380

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 10.1 Καταρράκτης θεραπείας για την HBV: Ποσοστό από τους 39 συμμετέχοντες με HBsAg(+) (με βάση τις αιματολογικές εξετάσεις) με προηγούμενη διάγνωση (αυτοαναφορά) και προηγούμενη λήψη θεραπείας για την HBV (αυτοαναφορά) .....	96
Διάγραμμα 10.2 Ποσοστιαία έκθεση στον ιό της HBV με βάση τα πλήρη ανοσολογικά δεδομένα για 476 συμμετέχοντες.....	98
Διάγραμμα 10.3 Καταρράκτης θεραπείας για την HCV: Ποσοστό από τους 7 συμμετέχοντες με anti-HCV(+) με προηγούμενη διάγνωση (αυτοαναφορά) και προηγούμενη λήψη θεραπείας για την HCV (αυτοαναφορά).....	104
Διάγραμμα 10.4 Κατανομή της γενικής βαθμολογίας γνώσεων (αριθμός σωστών απαντήσεων) για καθένα από τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV επιμέρους) (N=534) .....	106
Διάγραμμα 10.5 Κατανομή γενικής βαθμολογίας γνώσεων (αριθμός σωστών απαντήσεων) και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά) (N=534) .....	107
Διάγραμμα 10.6 Γενικό επίπεδο γνώσεων για την HBV, την HCV και την HIV επιμέρους και συνολικά (N=534) .....	108
Διάγραμμα 10.7 Επίπεδο γνώσεων τρόπων μετάδοσης για την HBV, την HCV και την HIV επιμέρους και συνολικά (N=534).....	108
Διάγραμμα 10.8 Επίπεδο παρανοήσεων των τρόπων μετάδοσης για την HBV, την HCV και την HIV επιμέρους και συνολικά (N=534) .....	109
Διάγραμμα 10.9 Μεταβολή γενικού επιπέδου γνώσεων και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV επιμέρους και συνολικά) μετά τις ενημερωτικές δράσεις ευαισθητοποίησης με βάση τις αποκρίσεις του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση.....	132
Διάγραμμα 10.10 Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας και οργανισμός ασφάλισης των συμμετεχόντων (N=534).....	146
Διάγραμμα 10.11 Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας και οργανισμός ασφάλισης των συμμετεχόντων σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά (N=534).....	148

Διάγραμμα 10.12 Λόγοι για τους οποίους οι 273 συμμετέχοντες δεν είχαν ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας σε σχέση με τον τύπο οικισμού, την περιφέρεια και το φύλο (ερώτηση με δυνατότητα για πολλαπλές απαντήσεις) .....	149
Διάγραμμα 10.13 Επίσκεψη των συμμετεχόντων (N=534) σε γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες .....	150
Διάγραμμα 10.14 Υπηρεσία υγείας κατά την τελευταία επίσκεψη για τους συμμετέχοντες που είχαν επισκεφτεί γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες (N=345).....	151
Διάγραμμα 10.15 Υπηρεσία υγείας κατά την τελευταία επίσκεψη για τους συμμετέχοντες που είχαν επισκεφτεί γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες, σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας (N=343) και την ηλικιακή ομάδα (N=345) .....	152
Διάγραμμα 10.16 Τελευταία επίσκεψη των συμμετεχόντων (N=534) σε οδοντίατρο .....	153
Διάγραμμα 10.17 Γενική αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας (N=530) .....	154
Διάγραμμα 10.18 Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με παλιότερα σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας (N=530) και τον τύπο οικισμού (N=534).....	154
Διάγραμμα 10.19 Δυνατότητα πρόσβασης των συμμετεχόντων σε ιατρική εξέταση ή θεραπεία το τελευταίο έτος (N=534).....	155
Διάγραμμα 10.20 Ειδικοί λόγοι αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας κατά το τελευταίο έτος (N=199) (ερώτηση με δυνατότητα για πολλαπλές απαντήσεις).....	157
Διάγραμμα 10.21 Γενικοί λόγοι αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας κατά το τελευταίο έτος (N=199) (ερώτηση με δυνατότητα για πολλαπλές απαντήσεις).....	158

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το 2011 επισκέφτηκα για πρώτη φορά οικισμούς Ρομά σε όλη την Ελλάδα στο πλαίσιο των επαγγελματικών μου καθηκόντων. Πέντε χρόνια αργότερα, έχοντας ήδη ξεκινήσει την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής, άρχισα να συνειδητοποιώ, με την πολύτιμη βοήθεια των σπουδών μου στην Κοινωνική και Πολιτισμική Ανθρωπολογία, τον βαθμό με τον οποίο είχα συμβάλει και εγώ με τα γραπτά μου και τον προφορικό μου λόγο, ως λευκή, δυτική, μη Ρομά, στη στερεοτυπική εικόνα που διαμορφώνουμε εδώ και αιώνες γύρω από τους Ρομά, η οποία τους θέλει, στην καλύτερη περίπτωση, να είναι κάτι μεταξύ του «εξωτικού» και του «περιθωριοποιημένου». Μου πήρε αρκετό καιρό να τολμήσω να ξαναγράψω σχετικά και παράλληλα να δεχτώ ότι, τελικά, η επιστήμη της επιδημιολογίας και της στατιστικής μπορεί όντως να βοηθήσει στην αποδόμηση αυτής της «συναινετικής αφήγησης». Σήμερα, χρησιμοποιώντας ως πολύτιμα εργαλεία την κριτική θεωρία (critical theory), τον αναστοχασμό (reflection) και τη διαθεματικότητα (intersectionality), πιστεύω ότι μέσω της παρούσας εργασίας κατάφερα να μετακινηθώ, έστω και λίγο, από την προηγούμενη στερεοτυπική θέαση.

## **ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## 1.1.Ρομά: Ιστορική αναδρομή από τον 10ο αιώνα μέχρι και την πτώση του κομμουνισμού

Οι Ρομά<sup>1</sup>, κατά κύριο λόγο λαός της προφορικής παράδοσης, δεν άφησαν γραπτά κείμενα, ώστε να γνωρίσουμε μέσα από τη δική τους οπτική την ιστορία, τον πολιτισμό και τα βιώματά τους. Ωστόσο, στις επόμενες δύο υποενότητες γίνεται μια προσπάθεια σύντομης παράθεσης της ιστορίας τους από την άφιξή τους στη Βυζαντινή αυτοκρατορία μέχρι και το τελευταίο μεγάλο κύμα μετακίνησής τους, έπειτα από την πτώση του κομμουνισμού, στην Ευρώπη. Έτσι, κρίνεται σκόπιμο σε αυτό το σημείο να παρατεθούν μερικές από τις καίριες παρατηρήσεις των Κονατς & Λαου<sup>1</sup> αναφορικά με την ιστορική προσέγγιση μελέτης των Ρομά: α) η ιστορία για τους Ρομά έχει γραφτεί κατά κύριο λόγο από μη Ρομά και μάλιστα όχι ιστορικούς, β) υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες στην «κατασκευή» της ιστορίας των Ρομά εξαιτίας, αφενός του μικρού συνολικού όγκου των ιστορικών αναφορών<sup>2</sup> και της μη ενσωμάτωσής τους στην κυρίαρχη ιστορική αφήγηση και αφετέρου επειδή η ίδια η ταυτότητά τους χρησιμοποιείται για να υποδείξει πότε οι άνθρωποι ή τα αντικείμενα υπό συζήτηση αφορούν τους Ρομά, καθώς οι λέξεις κλειδιά με τις οποίες κάποιος θα πρέπει να ψάξει

---

<sup>1</sup> Στην παρούσα διατριβή επέλεξα να χρησιμοποιήσω τον όρο Ρομά για την αναφορά σε ετερογενείς πληθυσμούς (ή και άτομα) που αυτοπροσδιορίζονται ως Ρομά, Τσιγγάνοι, Γύφτοι, Manouches, Sinti, Ταξιδιώτες, ή με άλλους σχετικούς όρους, οι οποίοι πληθυσμοί ποικίλλουν κοινωνικά, πολιτισμικά και οικονομικά σε σημαντικό βαθμό και κυμαίνονται από φτωχές, απομονωμένες και «παραδοσιακές» κοινότητες μέχρι εύπορους ιδιοκτήτες και αστούς επιστήμονες και διάσημους καλλιτέχνες. Επιπλέον, αναγνωρίζοντας ότι οι αναφορές που έχω επιλέξει να κάνω ενέχουν τον κίνδυνο γενικεύσεων για τους προαναφερθέντες πληθυσμούς, κρίνω σημαντικό να τονίσω ότι η πρόθεσή μου σε καμία περίπτωση δεν είναι να στιγματίσω τις συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες και τις κοινότητές τους, να προαγάγω υπάρχοντα στερεότυπα ή και να προβάλω οποιαδήποτε ομοιογένεια μεταξύ των πολλών προαναφερθέντων διαφορετικά αυτοπροσδιοριζόμενων ή και ετεροπροσδιοριζόμενων πληθυσμών, καθένas από τους οποίους έχει τη δική του ιστορία, γλώσσα, θρησκεία, ήθη, έθιμα και ό,τι άλλο κρίνει ότι τον χαρακτηρίζει. Ωστόσο, να σημειώσω ότι σε διάφορα σημεία του κειμένου, κυρίως σε αυτά που αναφέρονται σε ιστορικά δεδομένα, χρησιμοποιώ επίσης τον όρο «Τσιγγάνοι», για λόγους ιστορικής συνέπειας.

<sup>2</sup> Όπως έχει αναφέρει χαρακτηριστικά και ο Wim Willems <sup>2</sup>, «Όποιος μελετητής της ευρωπαϊκής ιστορίας ψάχνει για τους Ρομά, θα τους βρει μονάχα στις υποσημειώσεις».

πηγές είναι οι Egyptian, Cigany, Zigeuner, Gypsy, κοκ. γ) η φύση των περισσότερων ιστορικών αρχείων για τους Ρομά εκφράζει μια διάκριση εξουσίας στη σχέση μεταξύ του παρατηρητή και του παρατηρούμενου (π.χ. νομικά και διοικητικά αρχεία) και δ) μια περιεκτική αφήγηση της ιστορίας των Ρομά στην Ευρώπη αποτελεί μια τεράστια μεθοδολογική και πνευματική πρόκληση, καθώς θα απαιτούσε, εκτός από την ταυτοποίηση αυτών των ιστορικών αναφορών, την περαιτέρω ανάλυσή τους σε σχέση με το συγκεκριμένο ευρωπαϊκό χρονικό και γεωγραφικό πλαίσιο.

### 1.1.1. Οι Ρομά στην ευρωπαϊκή ήπειρο

Αν και η ινδική καταγωγή των Ρομά έχει αποδειχτεί μέσα από ευρήματα της επιστήμης της γλωσσολογίας, της κοινωνικής ανθρωπολογίας, της ιστορίας και της γενετικής<sup>3-6,3</sup> η ακριβής περίοδος κατά την οποία οι πρόγονοί τους ξεκίνησαν τη μετανάστευση προς την Ευρώπη, καθώς και οι λόγοι αυτής παραμένουν υπό συζήτηση.

Οι Ρομά ενδέχεται να προσέγγισαν τη Βυζαντινή αυτοκρατορία (σημερινή Τουρκία και Ελλάδα) γύρω στο 10<sup>ο</sup> αιώνα και, σύμφωνα με αρκετές ιστορικές ενδείξεις, από τον 13<sup>ο</sup> αιώνα και έπειτα κατοικούσαν στη δυτική ακτή της Πελοποννήσου.<sup>8</sup> Από τον 14<sup>ο</sup> αιώνα και μετά αρχίζουν να μετακινούνται προς το Βορρά και μέχρι το 1435 οι Ρομά είναι πλέον γνωστοί στις περισσότερες ευρωπαϊκές πόλεις<sup>9</sup>. Οι επιστολές ασφαλούς συμπεριφοράς (letters of safe conduct) που αρχίζουν να χρησιμοποιούνται από τους ηγέτες των ομάδων και οι ισχυρισμοί τους ότι το ταξίδι τους είχε θρησκευτικά κίνητρα τους εξασφάλιζαν, σε κάποιες περιπτώσεις, ελευθερία μετακίνησης, ασφάλεια και φιλόξενο πνεύμα, όχι όμως για μεγάλο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, οι πρώτες ιστορικές πηγές που τους κατηγορούν ως «αθάνατους», «άθεους», «επίβουλους», «άπιστους», «κατασκόπους της Τουρκίας» κλπ. έχουν ήδη κάνει την εμφάνισή τους<sup>9</sup>.

---

<sup>3</sup> Με εξαίρεση τους Judith Okely<sup>7</sup> και Wim Willems<sup>2</sup>, οι οποίοι διαφοροποιούνται από την πλειονότητα των ερευνητών όσον αφορά την προσέγγιση της ιστορικής διασποράς των Ρομά.



Η πρώτη καταγεγραμμένη αγοραπωλησία τους ως σκλάβων έγινε το 1385 στη Μολδοβλαχία (η κατάργηση της δουλείας στη σημερινή Ρουμανία έρχεται περίπου πέντε αιώνες αργότερα, το 1855)<sup>10</sup>, ενώ από το 16<sup>ο</sup> αιώνα και έπειτα, η όλο και περισσότερο ακραία νομοθεσία που θεσπίζεται σε πλήθος ευρωπαϊκών χωρών οδηγεί σε εκδιώσεις, απελάσεις ή και σε «προσπάθειες αφομοίωσης» από τους «κυρίαρχους του Διαφωτισμού», με αποκορύφωμα τις οργανωμένες δολοφονίες τους<sup>11</sup>. Αναλυτικότερα, η θανατική καταδίκη τους διατασσόταν χωρίς δίκη, (π.χ. Δανία:1589, Σουηδία:1637, Πρωσσία:1734), οι γάμοι με Ρομά απαγορεύονταν (π.χ. Μολδαβία:1776), δεν τους επιτρεπόταν η είσοδος σε δημόσια λουτρά (π.χ. Γερμανία:1920), τα παιδιά τους αρπάζονταν χωρίς τη συγκατάθεσή τους με σκοπό να μεγαλώσουν σε «σωστές» οικογένειες (Ελβετία:1926, Τσεχοσλοβακία:1927) κλπ.<sup>11-13</sup>. Στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα, λαμβάνει χώρα το δεύτερο κύμα μετανάστευσης των Ρομά, το οποίο φαίνεται να προκλήθηκε κατά κύριο λόγο από την κατάργηση της δουλείας στην Μολδοβλαχία και την αναδυόμενη εκβιομηχάνιση<sup>14</sup>.

Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, οι Ρομά, οι οποίοι ορίζονταν ως «πρόβλημα», «αντικοινωνικοί» και «φυλετικά κατώτεροι<sup>4</sup>», συλλαμβάνονταν και δολοφονούνταν σε Γερμανικά κατεχόμενα εδάφη (βλ. σχετικά [φωτ. 1](#))<sup>16</sup>. Αν και μέχρι σήμερα δεν είναι γνωστός ο αριθμός των Ρομά που έπεσαν θύματα των εκτελέσεων των Ναζί κατά τη διάρκεια του ολοκαυτώματος (1939-1945), εκτιμάται ότι 220.000–1.500.000 Ρομά δολοφονήθηκαν<sup>17</sup>.

Τη δεκαετία του 1950 και του 1960 άρχισε σταδιακά να αυξάνεται σημαντικά ο αριθμός των οργανώσεων που συστήνονταν, προετοιμάζοντας κατά κάποιο τρόπο το πεδίο για το «Κίνημα των Ρομά» της δεκαετίας του 1970 και της συνακόλουθης πολιτικής εκπροσώπησής τους σε διεθνές επίπεδο<sup>18</sup>. Με την κατάρρευση του

---

<sup>4</sup> Μέχρι το 1944, όταν πλέον η «κατηγοριοποίηση» των Ρομά είχε ολοκληρωθεί, το Γραφείο Ερευνών για Θέματα Φυλετικής Υγιεινής (Rassenhygienische und bevölkerungs - biologische Forschungsstelle) υπό τον Ritter είχε «κατηγοριοποιήσει» περίπου 24.000 ανθρώπους, πολλοί από τους οποίους δεν ζούσαν πια. Στη συνέχεια ακολουθεί απόσπασμα σχετικής αφήγησης: «Ο Ritter το έκανε ήρεμα, στους δρόμους, με ένα φιλικό τρόπο. Το ένα παιδί μετά το άλλο ερχόταν μπροστά και καθόταν σε μια καρέκλα. Τότε συνέκρινε τα μάτια των παιδιών, μάς ρώτησε πολλές ερωτήσεις και ο Justin τα σημείωνε όλα. Μετά είπε: «Ανοίξτε το στόμα σας», και είχε κάποιον είδους όργανο με το οποίο μέτρησε το λαιμό, τα ρουθούνια, τη μύτη, τη γέφυρα, την απόσταση των ματιών, το χρώμα των ματιών, τα φρύδια, τα αυτιά στην εσωτερική και εξωτερική πλευρά, το λαιμό, τα χέρια, κάθε πράγμα που θα μπορούσε να μετρηθεί.» (μεταφρασμένο στα αγγλικά από τον Michael Krausnick<sup>15</sup>, όπως αναφέρεται σε σχετικό ενημερωτικό δελτίο του Συμβουλίου της Ευρώπης<sup>16</sup>. μετάφραση στα ελληνικά δική μου.)

Κομμουνισμού στην Ευρώπη και σε συνδυασμό με παράγοντες όπως πολέμους, πολιτικές αλλαγές και «οικονομική κρίση», ξεκινάει η τρίτη ευρωπαϊκή περίοδος διασποράς των Ρομά, κατά την οποία αυξάνεται η ρατσιστική βία απέναντί τους.<sup>19</sup>



**Φωτογραφία 1:**

Οι συστηματικές μαζικές εκτελέσεις των Ρομά ξεκινούν στην κατεχόμενη Σοβιετική Ένωση και σε άλλα κατεχόμενα εδάφη της Νοτιοανατολικής Ευρώπης. Μια κινητή μονάδα δολοφονίας, η λεγόμενη Einsatzgruppe της Αστυνομίας Ασφαλείας, και η Υπηρεσία Ασφαλείας των SS αναφέρουν από την Κριμαία: «Το ζήτημα των τσιγγάνων επιλύθηκε». Περίπου 5.000 Ρομά και Σίντι απελάθηκαν από την περιοχή Burgenland της Αυστρίας στο γκέτο στο Litzmannstadt (Łódź) στην κατεχόμενη Πολωνία, όπου πεθαίνουν περισσότεροι από 600. Οι επιζώντες μπαίνουν σε θαλάμους αερίων σε ειδικά εξοπλισμένα φορτηγά στο κέντρο δολοφονίας Chełmno τον Ιανουάριο του 1942. (Πηγή: Συμβούλιο της Ευρώπης, [Chronology of the Roma Genocide](#); μετάφραση λεζάντας δική μου.)

### **1.1.2. Οι Ρομά στον ελλαδικό χώρο**

Γύρω στον 8<sup>ο</sup> αιώνα, οι «Αθίγγανοι» φαίνεται να αναφέρονται για πρώτη φορά σε θρησκευτικά κείμενα, τα οποία τους παρουσιάζουν ως άτομα που «διαβάζουν τη μοίρα» και που προσπαθούν να επηρεάσουν άλλα άτομα με κατακριτέο τρόπο.<sup>8</sup> Σε

πηγή του Αγίου Όρους, το 1068, οι «Αθίγγανοι» αναφέρονται ως «μάγοι και τσαρλατάνοι» ενώ τον 12<sup>ο</sup> και στις αρχές του 14<sup>ου</sup> αιώνα, κείμενα με θρησκευτικά κίνητρα προειδοποιούν για τους «Αθίγγανους» που λένε τη μοίρα.<sup>8</sup> Τον 13<sup>ο</sup> αιώνα, η λέξη «Αθίγγανοι» εξισώθηκε για πρώτη φορά με το λεγόμενο «Αιγύπτιος» ή «Γύφτος» σε μια αλληλογραφία σχετική με φορολογικά θέματα στην πόλη της Μονεμβασιάς (πρώην Μαλβαζία), στην Πελοπόννησο.<sup>8</sup> Το 1322, όπως αναφέρουν δύο Φραγκισκανοί μοναχοί, παρατήρησαν σκουρόχρωμους Χαμ να ζουν στην Κρήτη σε αντίσκηνα ή σπηλιές.<sup>20</sup> Στο τέλος του 13<sup>ου</sup> αιώνα, Ιταλοί και Γερμανοί ταξιδιώτες κάνουν αναφορά σε κείμενα για τους «Ρομνίτες» και τους «Αιγύπτιους, μαύρους και άσχημους» στη Μεθώνη της Μεσσηνίας.<sup>8</sup> Την ίδια περίπου εποχή στο Ναύπλιο, εμφανίζονται ως σιδεράδες που ζουν σε καλύβες, ενώ στην Κέρκυρα δημιουργείται το Φέουδο των Τσιγγάνων (14<sup>ος</sup> αιώνας), με ονομασία Τιμάριον των Ατσίγγανων ή Αθίγγανων.<sup>21</sup> Στα τέλη του 15ου ή τις αρχές του 16ου αιώνα, οι Τσιγγάνοι εμφανίζονται ως οργανωμένη κοινωνία στη Βενετοκρατούμενη Κρήτη και μάλιστα κάποιοι από αυτούς, που φαίνεται να γνώριζαν γραφή και ανάγνωση, παρίστανται ως μάρτυρες σε συμβολαιογραφικές πράξεις.<sup>22</sup>

Από τον 14<sup>ο</sup> αιώνα αλλά και σε όλη τη διάρκεια της ιστορικής παρουσίας τους στον ελλαδικό χώρο, είναι είτε νομάδες, που εργάζονται ευκαιριακά σε αγροτικές και οικοδομικές εργασίες ή ασχολούνται με το εμπόριο, είτε ημινομάδες, με τις ίδιες ασχολίες. Μερικοί από αυτούς εμφανίζονται μόνιμα εγκαταστημένοι στις παρυφές των πόλεων ή των χωριών, όπου συνήθως εργάζονται ως σιδηρουργοί, ενώ άλλοι εργάζονται ως ζωέμποροι, πεταλωτές, χαλκιάδες, γανωτήδες, καλαθοπλέκτες, ξυλουργοί ή υπαίθριοι μουσικοί<sup>23</sup>.

Ωστόσο, με την επερχόμενη ανάπτυξη της τεχνολογίας, τη δημιουργία νέων μορφών οργάνωσης της παραγωγής αλλά και το μαρasmus της ζωής στην ύπαιθρο, οι Τσιγγάνοι αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τα συνηθισμένα επαγγέλματά τους και να εγκατασταθούν στις πόλεις, ασχολούμενοι κυρίως με το πλανόδιο εμπόριο.<sup>20,23</sup> Με την ολοκλήρωση της τουρκικής κατάκτησης, από τον σημαντικά μεγάλο αριθμό των Τσιγγάνων που είχε παραμείνει στον ευρύτερο χώρο της Ελλάδας, κάποιοι ακολούθησαν την τύχη των υπόδουλων χριστιανών, στο βαθμό που υπερασπίστηκαν την πίστη ή την πατρίδα τους, ενώ άλλοι εξισλαμίστηκαν (κυρίως στη βόρεια Ελλάδα).

Την ευρύτερη περίοδο της Μικρασιατικής Εκστρατείας και Καταστροφής (1914-1924) πάνω από το 80% της κοινότητας των Ελλήνων Τσιγγάνων που σήμερα ζουν στον ελλαδικό χώρο φαίνεται να πέρασαν συνειδητά και από επιλογή (θρησκευτική και εθνική) στην Ελλάδα.<sup>25</sup> Ωστόσο, οι ελληνικές αρχές κατέγραψαν αυτόν τον πληθυσμό των Τσιγγάνων ως «αθιγγανικής καταγωγής και ακαθορίστου υπηκοότητας», καθεστώς το οποίο, κατά παράβαση της κείμενης νομοθεσίας, επεκτάθηκε και στα παιδιά τους που γεννήθηκαν στην Ελλάδα και στα παιδιά των παιδιών τους.<sup>26</sup> Ως αποτέλεσμα, για πάνω από μισό αιώνα (μέχρι το 1973 που άρχισαν να πολιτογραφούνται τελικά ως Έλληνες πολίτες), ο πληθυσμός αυτός στερήθηκε το δικαίωμα συμμετοχής σε προγράμματα αποκατάστασης προσφύγων, στέγασης σε προσφυγικές πολυκατοικίες και αγοράς ακίνητης περιουσίας σε παραμεθόριες περιοχές.<sup>26</sup>

Κατά την περίοδο του Μεσοπολέμου (1918-1939) εργάζονταν σε όλη την ελληνική επικράτεια ως τεχνίτες, επιδιορθώνοντας και συντηρώντας οικιακά, αγροτικά ή επαγγελματικά εργαλεία, ως έμποροι αγροτικών προϊόντων και οικιακού εξοπλισμού και ως το κύριο εποχιακό εργατικό δυναμικό στη γη.<sup>22</sup>

Οι Τσιγγάνοι πολέμησαν μαζί με Έλληνες στρατιώτες στους Βαλκανικούς πολέμους του 1912-1913, ενώ πολλοί συμμετείχαν στο εθνικό αντιστασιακό κίνημα κατά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, κυρίως στο πλευρό του Εθνικού Απελευθερωτικού Μετώπου (ΕΑΜ).<sup>27</sup> Σύμφωνα με τον Χρήστο Ρούπα, μέλος της Αντίστασης, κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, πολλοί Ρομά φυλακίστηκαν για την ενεργή συμμετοχή τους στην Αντίσταση, ενώθηκαν με τις ομάδες ένοπλων ανταρτών και προσέφεραν καταφύγιο, πολεμοφόδια και πληροφορίες στους μαχητές της αντίστασης.<sup>28</sup>

## **1.2.Η εξέλιξη του «μικρόκοσμου» των Ρομά από το 1960 και έπειτα**

Σύμφωνα με τους Κότςζέ και Rönid<sup>29</sup> οι φάσεις της εμφάνισης του «μικρόκοσμου» των Ρομά, μπορούν να διακριθούν στις ακόλουθες τρεις: α) 1970-1980: αυτοδιάθεση, β)

1990-2000: παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και γ) από τα τέλη της δεκαετίας του 2000 και έπειτα: κοινωνικο-οικονομική ένταξη.

Αναφορικά με την πρώτη φάση, η αυτοδιάθεση των Ρομά φαίνεται να έχει τις ρίζες της στο 1960, περίοδο κατά την οποία τα Ηνωμένα Έθνη ενέπνευσαν τη δημιουργία διεθνών οργανώσεων Ρομά, με σκοπό να προάγουν τα συμφέροντά τους. Το 1971 οι προσπάθειες αυτές αποκρυσταλλώνονται στο πρώτο Παγκόσμιο Συνέδριο για τους Ρομά, κατά το οποίο υιοθετείται η εθνική τους σημαία και ο ύμνος, ενώ παράλληλα κατασκευάζεται ο όρος «Ρομά», ο οποίος, από τότε και έπειτα, θα περιλαμβάνει μια ποικιλία διαφορετικών ταυτοτήτων από κοινότητες Ρομά σε διάφορες χώρες <sup>29</sup>.

Η δεύτερη φάση περιλαμβάνει την εμφάνιση αφενός μεν του «ζητήματος των Ρομά» και την αύξηση της ρατσιστικής βίας απέναντί τους με την πτώση του κομμουνισμού στην Ευρώπη, αφετέρου δε των διεθνών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ) (π.χ. *Amnesty International, Human Rights Watch, the European Roma Rights Centre*), που μάχονται για τα ανθρώπινα δικαιώματα των Ρομά, και των οργανώσεων οι οποίες τις χρηματοδοτούν (π.χ. *Open Society Foundation*). Παράλληλα, φορείς, όπως το *Συμβούλιο της Ευρώπης* και ο *Οργανισμός για την Ασφάλεια και τη Συνεργασία στην Ευρώπη*, παράγουν σχετικές εκθέσεις, διατυπώνουν συστάσεις και ιδρύουν επιτροπές ειδικών επί του «ζητήματος των Ρομά» <sup>29,30</sup>.

Κατά την τρίτη φάση, το *Open Society Foundation* σε συνεργασία με την *Παγκόσμια Τράπεζα* ξεκινάει το πρόγραμμα *Δεκαετία Ένταξης των Ρομά 2005-2015* και τα κράτη-μέλη της ΕΕ (που ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε εθελοντική βάση) θα πρέπει να επιδείξουν την πολιτική δέσμευσή τους για βελτίωση της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης των Ρομά, μέσω της ανάπτυξης δικών τους εθνικών σχεδίων δράσης στους τομείς της εκπαίδευσης, της εργασίας, της υγείας και της στέγασης <sup>29</sup>.

## 2. ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ, ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΡΟΜΑ

### 2.1. Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), σύμφωνα με το άρθρο 35 του *Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης*,<sup>31</sup> οι πολίτες έχουν το δικαίωμα της πρόσβασης στην πρόληψη σε θέματα υγείας και της απόλαυσης ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

Ενώ η πολιτική για την υγεία εξακολουθεί να αποτελεί αρμοδιότητα των κρατών μελών, η ΕΕ οφείλει: α) να λαμβάνει υπόψη της την προστασία της ανθρώπινης υγείας κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δραστηριοτήτων της (άρθρα 9 και 168 της *Συνθήκης για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης* (ΣΛΕΕ)), β) να έχει κοινή αρμοδιότητα με τα κράτη-μέλη σε σχέση με κοινά ζητήματα ασφάλειας στη δημόσια υγεία (άρθρο 4 ΣΛΕΕ) και γ) να αναλαμβάνει δράσεις για την υποστήριξη, τον συντονισμό ή τη συμπλήρωση των δράσεων των κρατών μελών σε σχέση με την προστασία και τη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας (άρθρο 6 ΣΛΕΕ).<sup>32</sup>

Σε αυτό το πλαίσιο, οι πρώτες πολιτικές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την υποστήριξη της ένταξης των Ρομά χρονολογούνται από τη δεκαετία του 1990, περίοδο κατά την οποία ξεκίνησε η διαδικασία προσχώρησης των χωρών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Οι πρώτες πρωτοβουλίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που εστίασαν σε θέματα υγείας των Ρομά συγκαταλέγονται κατά κύριο λόγο στο πλαίσιο ενός ευρύτερου προγράμματος πολιτικών οι οποίες σχετίζονται με την καταπολέμηση των διακρίσεων και την κοινωνική ένταξη. Ωστόσο από τη δεκαετία του 2000 ξεκινούν πλέον να εμφανίζονται πιο στοχευμένες διαβουλεύσεις για την ενσωμάτωση των Ρομά, καθώς και τα αποτελέσματά τους μέσω των μέτρων τα οποία άρχισε να συστήνει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στα κράτη-μέλη (για χρονολόγιο με σχετικά ορόσημα βλ. [παράρτημα I](#))

## 2.2. Διεθνείς οργανώσεις και προγράμματα για τους Ρομά

Εκτός από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το σύνολο των σχετικών μηχανισμών της ΕΕ, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν πλήθος διεθνών οργανώσεων. Αναλυτικότερα, η έναρξη της *Δεκαετίας Ένταξης των Ρομά*, το 2005, σηματοδότησε την αρχή μιας συντονισμένης προσπάθειας από τις εθνικές αρχές, τους διεθνείς οργανισμούς και την κοινωνία των πολιτών να αντιμετωπίσουν το ζήτημα μέσω πολιτικής δράσης και στήριξης σε προγράμματα που αφορούν τις κοινότητες Ρομά. Στο [παράρτημα II](#) γίνεται αναφορά σε μερικές από τις πιο σημαντικές οργανώσεις που ασχολούνται με τους Ρομά, και στο [παράρτημα III](#) σε μερικά από τα πιο σημαντικά προγράμματα που έχουν υλοποιηθεί μέχρι σήμερα σε διακρατικό επίπεδο με τη συνεργασία πλήθους φορέων.

## 2.3. Ελληνική πολιτική

Οι Ρομά γίνονται δικαιούχοι βασικών και θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων στην Ελλάδα μόλις το 1955, οπότε αναγνωρίστηκαν ως γηγενείς πολίτες της χώρας σύμφωνα με σχετικό νομοθετικό διάταγμα (Ν.Δ.3370/1955), και η πρώτη αθρόα δημοτολόγησή τους επιχειρήθηκε με εγκυκλίους του Υπουργείου Εσωτερικών (1978-79) κατ' εφαρμογή των διατάξεων του Κώδικα Ελληνικής Ιθαγένειας περί ανιθαγενών γεννημένων σε ελληνικό έδαφος <sup>33</sup>.

Τη δεκαετία του 1980 ξεκινούν να υλοποιούνται τα πρώτα προγράμματα υποστήριξης των Ρομά. Αναλυτικότερα, το 1984 στην Αγία Βαρβάρα και στην Κάτω Αχαΐα υλοποιήθηκε το πειραματικό πρόγραμμα Λαϊκής Επιμόρφωσης, στο πλαίσιο του οποίου προέκυψε μια από τις πρώτες μελέτες που κατέγραψε τον τρόπο ζωής των Τσιγγάνων και τα εκπαιδευτικά τους προβλήματα. <sup>34</sup> Τα πρωταρχικά στοιχεία αυτής της διερεύνησης συμπληρώνονται το 1987 από τη «Μελέτη για την αντιμετώπιση των εκπαιδευτικών προβλημάτων των Τσιγγάνων», η οποία υλοποιήθηκε από ομάδα

εργασίας στην οποία συμμετείχαν εκπρόσωποι των Υπουργείων Παιδείας, Εσωτερικών και Υγείας.<sup>35</sup> Με βάση τα συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτές τις μελέτες και δεδομένης της έντονης κινητικότητας γύρω από την απαίτηση να αναληφθούν πρωτοβουλίες και να σχεδιαστούν μακροχρόνιες και βιώσιμες πολιτικές για την υποστήριξη της κοινωνικής ένταξης των Τσιγγάνων, αρχίζουν να γίνονται συγκεκριμένες προτάσεις και οι πρώτες απόπειρες συγκρότησης ενός συνεκτικού πλαισίου πολιτικής υποστήριξης.<sup>34,36</sup> Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύχθηκε η κοινωνία των πολιτών των Τσιγγάνων, μέσω της ίδρυσης συλλόγων, σωματείων και ΜΚΟ για την υποστήριξή τους. Το 1995, με πρωτοβουλία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ιδρύθηκε το *Πανελλαδικό Διαδημοτικό Δίκτυο για την Υποστήριξη των Ελλήνων Τσιγγάνων - Δίκτυο Ρομ* (Δίκτυο Ρομ), και την ίδια εποχή πραγματοποιήθηκε η ένωση των Συλλόγων των Ρομά, μέσω της σύστασης της *Πανελληνίας Ομοσπονδίας Σωματείων Ελλήνων Ρομά* (ΠΟΣΕΡ).<sup>36</sup>

Οι δράσεις αυτής της περιόδου δε φαίνεται να έχουν ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα για πολλούς και διαφορετικούς λόγους, όπως είναι η ελλιπής γνώση σχετικά με την κοινωνική ομάδα των Τσιγγάνων, η απουσία επιχειρησιακού σχεδιασμού σε πανελλαδικό επίπεδο, η ανεπάρκεια του θεσμικού πλαισίου, η απουσία δομών υποστήριξης με χαρακτήρα αποκεντρωμένων υπηρεσιών, η απουσία και η μη πρόβλεψη θεσμοθετημένων δημόσιων πόρων και το έλλειμμα τεχνογνωσίας στο θέμα.<sup>37</sup> Ωστόσο, οι Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκής Επιμόρφωσης (ΝΕΛΕ), οι οποίες δραστηριοποιήθηκαν περίπου την περίοδο 1988 – 1995, άφησαν μια πολύτιμη παρακαταθήκη, καθώς πέρα από τις παρεμβάσεις αλφαριθμητισμού και επαγγελματικής κατάρτισης ενηλίκων, συνέβαλαν σημαντικά - με μελέτες και επί τόπου δράση - στην πρώτη καταγραφή και την ανάδειξη των προβλημάτων των Ρομά, αμφισβητώντας τις στερεοτυπικές προσεγγίσεις και συνδέοντας τα προβλήματα στον τομέα της εκπαίδευσης με τα οικιστικά προβλήματα.<sup>37</sup>

Έτσι, με τη συνδρομή των ΝΕΛΕ, το 1999 προκύπτει η «Μελέτη Σχεδίου Προγράμματος για την Αντιμετώπιση των Άμεσων Οικιστικών Προβλημάτων των Ελλήνων Τσιγγάνων», η οποία περιλαμβάνει μια πανελλήνια καταγραφή των χώρων διαμονής των τσιγγάνικων κοινοτήτων και μια δειγματοληπτική έρευνα για τους όρους εγκατάστασης και διαβίωσης. Επίσης, το 2000, με ευθύνη του Δικτύου Ρομ, ακολούθησε η «Πανελλαδική απογραφική μελέτη διερεύνησης κοινωνικών,



οικιστικών συνθήκων και αναγκών των Ελλήνων Τσιγγάνων πολιτών» (εφεξής «μελέτη Δικτύου Ρομ»), η οποία προσέφερε ερευνητικό υλικό για το σχεδιασμό και την εφαρμογή μιας ολιστικής πολιτικής και κοινωνικής υποστήριξης των Ελλήνων Ρομά. <sup>38,39</sup> Μάλιστα, αυτές οι δύο μελέτες αποτέλεσαν την πρώτη ολοκληρωμένη προσπάθεια καταγραφής των χώρων διαμονής των Ρομά και των συνολικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Ταυτόχρονα έθεσαν τις βάσεις για τη μεθοδολογία που ακολουθείται μέχρι και σήμερα αναφορικά με τις μελέτες οι οποίες υλοποιούνται στην Ελλάδα για τους Ρομά σε εθνικό επίπεδο (για περισσότερες πληροφορίες βλέπε [υποκεφάλαιο 4.1](#) και [υποκεφάλαιο 6.6](#)).

Το 2001 υιοθετήθηκε το «Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Δράσης (ΟΠΔ) για την Κοινωνική Ένταξη των Ελλήνων Τσιγγάνων 2001 - 2008», με βασικούς στόχους την εφαρμογή στεγαστικής πολιτικής για τους Έλληνες Τσιγγάνους, σε συνδυασμό με ενέργειες που θα υποστήριζαν και θα προωθούσαν την κοινωνική τους ένταξη (κατάρτιση, εκπαίδευση, προώθηση στην απασχόληση, παροχή υπηρεσιών υγείας, πολιτισμού και αθλητισμού). <sup>36</sup> Επιπλέον, η Ελληνική πολιτεία εναρμόνισε το εσωτερικό της δίκαιο με τις κοινοτικές οδηγίες: Ν. 3304/2005, ΦΕΚ 16/Α περί της «αρχής της ίσης μεταχείρισης, ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού» και παράλληλα επιχείρησε, μέσω της υλοποίησης θετικών δράσεων κοινωνικής ένταξης, την καταπολέμηση των διακρίσεων και του κοινωνικού αποκλεισμού. <sup>36</sup>

Δύο από τις σημαντικότερες νομοθετικές παρεμβάσεις της ελληνικής πολιτείας που έγιναν προς την κατεύθυνση της κοινωνικής ένταξης των Ρομά και ειδικότερα σε σχέση με την προαγωγή της υγείας τους ήταν η ίδρυση των Ιατροκοινωνικών Κέντρων (ΙΑΚ) <sup>40</sup> για τους Ρομά και η συμπερίληψη Ρομά διαμεσολαβητών (σχετικά με τους Ρομά διαμεσολαβητές, βλ. [υποκεφάλαιο 6.5](#)) στο ανθρώπινο δυναμικό τους.

Αναλυτικότερα, τον Οκτώβριο του 2002 τέθηκαν τα θεμέλια για την ίδρυση και λειτουργία των ΙΑΚ για τους Ρομά, η λειτουργία των οποίων σε πρώτη φάση χρηματοδοτήθηκε μέσω των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης. <sup>41</sup> Στους βασικούς στόχους των ΙΑΚ συμπεριλαμβάνονταν: η καταγραφή της ομάδας στόχου, η μελέτη επεξεργασίας και ανάλυση των ποιοτικών και ποσοτικών χαρακτηριστικών, καθώς και «ιδιαιτεροτήτων»

τους, η ανίχνευση και η καταγραφή των αναγκών και των υγειονομικών και κοινωνικών προβλημάτων τους με επιδημιολογική έρευνα, η ενημέρωση των συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού για θέματα δημόσιας υγείας (δράσεις αγωγής υγείας) και πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες, η προάσπιση και προαγωγή υγείας με την ανάπτυξη αναγκαίων δράσεων, η σύνδεσή τους με κοινωνικο-προνοιακά προγράμματα κλπ.<sup>41</sup>

Από το 2006, οπότε καθορίστηκε με μεγαλύτερη σαφήνεια το θεσμικό τους πλαίσιο<sup>42</sup>, λειτούργησαν σε όλη την Ελλάδα περίπου 30–35 ΙΑΚ προσφέροντας σημαντικό έργο. Ωστόσο, η λειτουργία τους δοκιμάστηκε σε μεγάλο βαθμό κατά το 2009-2011, καθώς οι άνθρωποι και υλικοί τους πόροι δεν ήταν εξασφαλισμένοι ή ήταν περιστασιακά διαθέσιμοι<sup>43</sup>, με αποτέλεσμα είτε να μειώσουν την προσφορά των υπηρεσιών τους είτε να κλείσουν.

Το 2011 η ελληνική πολιτεία ανταποκρινόμενη στις επιταγές της ΕΕ σχετικά με τις εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά μέχρι το 2020, ανέπτυξε την επικαιροποιημένη «Εθνική Στρατηγική για την κοινωνική ένταξη των Ρομά 2012-2020», η οποία ακολούθησε το σκεπτικό του προηγούμενου ΟΠΑ του 2001 και εστίασε σε τέσσερις βασικούς άξονες: υγεία, εκπαίδευση, απασχόληση και στέγαση.<sup>43</sup>

Παράλληλα, το 2012 τα ΙΑΚ εντάσσονται στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και συγχρηματοδοτούνται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς για την Προγραμματική Περίοδο 2007-2013. Μετονομάζονται σε Κέντρα Στήριξης Ρομά και Ευπαθών Ομάδων και οι υπηρεσίες τους πλέον διευρύνονται και απευθύνονται και σε άλλες ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, όπως πρόσφυγες και παλιννοστούντες.<sup>44</sup>

Το 2016 με σχετικό νόμο δίνεται η δυνατότητα σε κάθε Οργανισμό Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) Α βαθμού να συστήσει «Κέντρο Κοινότητας» με ακόμα πιο διευρυμένες αρμοδιότητες και σκοπό την υποστήριξη στην εφαρμογή πολιτικών κοινωνικής προστασίας αποτελώντας ένα τοπικό σημείο αναφοράς για την υποδοχή, εξυπηρέτηση και διασύνδεση των πολιτών με όλα τα κοινωνικά προγράμματα και τις υπηρεσίες που υλοποιούνται στην περιοχή λειτουργίας του<sup>45</sup>. Στις περιοχές όπου στον Δήμο λειτουργεί ήδη «Κέντρο Στήριξης Ρομά και Ευπαθών Ομάδων», αυτό παραμένει

ως παράρτημα του διευρυμένου «Κέντρου Κοινότητας». <sup>46</sup> Σύμφωνα με στοιχεία της Ειδικής Γραμματείας Κοινωνικής Ένταξης των Ρομά, στις αρχές του 2018 στη χώρα λειτουργούν περίπου 250 «Κέντρα Κοινότητας» ενώ τα 35–40 από αυτά διαθέτουν ως Παράρτημα ενεργό «Κέντρο Στήριξης Ρομά και Ευπαθών Ομάδων» (Κέντρο Κοινότητας με Παράρτημα Ρομά).

Εξαιρετικά σημαντική συμβολή αναφορικά με την πολιτική της υγείας στην Ελλάδα και τους Ρομά, είχε νομοθετική πρωτοβουλία του 2016 σύμφωνα με την οποία θεσπίστηκε το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων και των Ρομά. <sup>47,48</sup>

#### **2.4.Αποτελέσματα των πολιτικών και των προγραμμάτων ενσωμάτωσης**

Σύμφωνα με την Έκθεση που αφορά με τα διδάγματα που αντλήθηκαν από την ενδιάμεση αξιολόγηση του πλαισίου της ΕΕ για εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά, η οποία κάλυπτε την περίοδο 2011-2017, <sup>49</sup> η εκπαίδευση είναι ο τομέας όπου έχει σημειωθεί η μεγαλύτερη πρόοδος, κυρίως με τη μείωση της πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου και τη βελτίωση της συμμετοχής στην προσχολική εκπαίδευση και την υποχρεωτική σχολική φοίτηση. Ωστόσο, έχουν αυξηθεί τα περιστατικά διαχωρισμού των μαθητών Ρομά στην εκπαίδευση. Η πρόσβαση στην απασχόληση δεν βελτιώθηκε, ενώ το ποσοστό των νέων Ρομά που βρίσκονται εκτός απασχόλησης ή κατάρτισης έχει μάλιστα αυξηθεί. Παρά τη μείωση του κινδύνου φτώχειας και τη βελτίωση στην κατάσταση της υγείας των Ρομά κατά την υποκειμενική αντίληψη των ίδιων, η ιατρική κάλυψη παραμένει περιορισμένη και η κατάσταση στον τομέα της στέγασης δύσκολη, κυρίως λόγω της ανεπαρκούς και διαχωρισμένης στέγασης. <sup>49</sup> Αν και υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι υπάρχει κάποια μείωση στα φαινόμενα διακρίσεων μεταξύ των Ρομά και αύξηση της αποδοχής των Ρομά από τον γενικό πληθυσμό, ο αντισιγχανισμός, τα εγκλήματα μίσους, η εμπορία ανθρώπων στους Ρομά, ιδιαίτερα γυναικών και παιδιών, εξακολουθούν να αποτελούν ζητήματα που προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία. <sup>49,50</sup>

Ειδικότερα, αναφορικά με τις πολιτικές στον τομέα της υγείας των Ρομά, τα επιτεύγματα που αναφέρθηκαν συχνότερα από τις εκθέσεις των εθνικών σημείων επαφής για τους Ρομά, οι οποίες υποβλήθηκαν στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2018,<sup>51</sup> ήταν: εκστρατείες εμβολιασμού, άλλα προγράμματα πρόληψης και ανίχνευσης, βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και υγείας και της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, ευαισθητοποίηση, διαμεσολάβηση στον τομέα της υγείας και πολυμερής συνεργασία με την εμπλοκή της κεντρικής διοίκησης, της αυτοδιοίκησης και της κοινωνίας των πολιτών. Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν αναφέρθηκαν προσπάθειες για την καταπολέμηση των διακρίσεων, τη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και την πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα.<sup>51</sup>

Αντίστοιχα, επισημάνθηκαν οι ακόλουθες προκλήσεις: η έλλειψη συντονισμού και αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ κεντρικής διοίκησης και τοπικής αυτοδιοίκησης, η διατήρηση της κατάλληλης (εθνικής ή ενωσιακής) χρηματοδότησης ή στελέχωσης, η έλλειψη επίγνωσης για θέματα υγείας, η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης υγείας των Ρομά, και οι ανεπαρκείς γνώσεις των επαγγελματιών υγείας για θέματα Ρομά. Προβληματισμό επίσης προκάλεσαν τα χαμηλά ποσοστά εμβολιασμού των Ρομά, που σε ορισμένες χώρες θεωρείται ότι συμβάλλουν στην αύξηση των ποσοστών πρόωρης θνησιμότητας και νοσηρότητας. Τέλος, η χειραφέτηση και η συμμετοχή των Ρομά σε πρωτοβουλίες υγειονομικής περίθαλψης θεωρήθηκε προβληματική, λόγω και του χαμηλού επιπέδου αλφαριθμητισμού και των γλωσσικών φραγμών.<sup>51</sup>

Επίσης, σύμφωνα με έκθεση μετα-αξιολόγησης που δημοσιεύτηκε το 2019,<sup>52</sup> οι περισσότερες από τις αξιολογήσεις σε αυτόν τον τομέα σχετίζονται με διαμεσολαβητές Ρομά και προγράμματα υποστήριξης της υγείας και η γενική γνώμη για αυτές τις παρεμβάσεις είναι θετική (π.χ. διευκόλυνση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, βελτίωση των υγειονομικών και υγειονομικών συνθηκών των Ρομά, αντιμετώπιση συγκεκριμένων αναγκών υγείας, κ.α.). Ωστόσο, υπάρχουν επίσης κριτικές που ασκούνται σε αυτές τις παρεμβάσεις και σχετίζονται κυρίως με την περιορισμένη πρόοδο στα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα και την περιορισμένη ένταξη/συντονισμό τους με τις κύριες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, η αξιολόγηση των έργων κοινοτικής στήριξης του Μηχανισμού Προενταξιακής Βοήθειας υπογράμμισε την ανάγκη μετάβασης σε νέες και πιο αποτελεσματικές προσεγγίσεις,

συμπεριλαμβανομένης της «μετάβασης από τους Ρομά διαμεσολαβητές σε θεσμικές μεταρρυθμίσεις για την αντιμετώπιση των θεσμικών διακρίσεων σε ένα σύστημα». <sup>52</sup>

## **2.5.Κριτική των πολιτικών και των προγραμμάτων ενσωμάτωσης**

Σύμφωνα με μελέτη η οποία αποτελεί μια σύνθεση αξιολογήσεων του πλαισίου της ΕΕ για τις εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά έως το 2020, <sup>53</sup> αν και για πολλούς το πλαίσιο θεωρείται ένα επίτευγμα από μόνο του, ασκείται κριτική σε αυτό σε πολλαπλά επίπεδα. Αναλυτικότερα επικρίνεται σχετικά με:

- Τον μη δεσμευτικό χαρακτήρα του, καθώς αποτελεί ένα ήπιο εργαλείο πολιτικής, το οποίο μπορεί να παρέχει ένα σημείο αναφοράς για τον συντονισμό της πολιτικής, τη διαβούλευση και την παρακολούθηση και στοχοθετημένες συστάσεις πολιτικής για τις εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά, αλλά στην πραγματικότητα οι αποφάσεις που θα παρθούν και η ερμηνεία που θα δοθεί στο πλαίσιο εναπόκεινται στις εθνικές, περιφερειακές και τοπικές κυβερνήσεις.
- Τη σύνδεση κυρίως με τη δημιουργία εγγράφων και δομών σε επίπεδο ΕΕ, και όχι με την ανάπτυξη νέων πολιτικών, την εφαρμογή δράσεων και την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων τους, καθώς αυτές εξαρτώνται από τις πολιτικές προτεραιότητες των αντίστοιχων υπουργείων κάθε χώρας.
- Τη συχνή εξάρτηση της πραγματικής εφαρμογής του περισσότερο από την πολιτική βούληση και τις προτεραιότητες της ηγεσίας της τοπικής αυτοδιοίκησης παρά από αυτές που υπάρχουν σε εθνικό επίπεδο.
- Τη μη επαρκή λογοδοσία στα εθνικά κοινοβούλια αλλά την απευθείας υποβολή σχετικών εκθέσεων στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή, δεδομένου ότι οι στρατηγικές του πλαισίου συνήθως δεν αποτελούν μέρος των ημερήσιων διατάξεων των εθνικών κοινοβουλίων των κρατών μελών της ΕΕ.
- Το γεγονός ότι η «ρητή αλλά όχι αποκλειστική στόχευση» των Ρομά αποτελεί στην πράξη μια προσέγγιση η οποία δεν διαχωρίζει τις παρεμβάσεις που εστιάζονται στους Ρομά από τις ευρύτερες πολιτικές πρωτοβουλίες. Επιπλέον,

δημιουργεί τον κίνδυνο τα κράτη μέλη στα οποία απουσιάζει μια πραγματική πολιτική βούληση, να εφαρμόζουν δράσεις που δεν έχουν πραγματικό αντίκτυπο στις κοινότητες των Ρομά και ταυτόχρονα να δικαιολογούν τη χρήση χρηματοδότησης βάσει των δεσμεύσεων του πλαισίου.

- Την εξάρτηση σε μεγάλο βαθμό των κρατών μελών με μεγάλους πληθυσμούς Ρομά από τη χρηματοδότηση της ΕΕ χωρίς ωστόσο να δηλώνουν δημοσίως ποιο τμήμα των εθνικών τους προϋπολογισμών διατίθεται για την εφαρμογή των εθνικών στρατηγικών ένταξης των Ρομά, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να παρακολουθεί κανείς την έκταση της δέσμευσής τους.
- Το γεγονός ότι τα εθνικά σημεία επαφής των Ρομά, τα οποία δεν έχουν πάντα Ρόμικη καταγωγή, σπάνια έχουν λόγο όσον αφορά το περιεχόμενο των πολιτικών ένταξης των Ρομά. Επιπλέον ο ρόλος τους περιορίζεται κυρίως στην επικοινωνία και αναφορά στην Επιτροπή, κάτι που μετατοπίζει περαιτέρω τη συζήτηση στις Βρυξέλλες παρά στις αντίστοιχες πρωτεύουσες.

Αναφορικά με την Ελλάδα, ο κοινωνικός αποκλεισμός των Ρομά στους κύριους πυλώνες, παρά τις όποιες προσπάθειες από μια σημαντική μερίδα ομάδων, δε φαίνεται να έχει αλλάξει σημαντικά προς το καλύτερο. Οι λόγοι περιλαμβάνουν την έλλειψη ενσωμάτωσης των πολιτικών ένταξης των Ρομά σε εθνικό επίπεδο, την έλλειψη κατανομής του κρατικού προϋπολογισμού σε αυτές τις πολιτικές, την έλλειψη πολιτικής βούλησης για ανάληψη δράσης, την έλλειψη διαβούλευσης με την κοινωνία των πολιτών των Ρομά και την έλλειψη συνολικής συμμετοχής των Ρομά, αλλά δεν περιορίζονται σε αυτούς.<sup>54,55</sup>

Σημαντική κριτική για τις πολιτικές ενσωμάτωσης της ΕΕ αλλά και τα προγράμματα των διεθνών οργανώσεων ασκείται επίσης και από ένα σημαντικό μέρος ακαδημαϊκών της Ρομά κριτικής θεωρίας. Σύμφωνα με τον Matras<sup>56</sup>, μετά την πτώση του κομμουνισμού η ευρωπαϊκή πολιτική για τους Ρομά διαμορφώθηκε από δυτικές ανησυχίες σχετικά με τη μετανάστευσή τους από την Ανατολική Ευρώπη. Οι δυτικές «απαντήσεις» στην επέκταση των συνθηκών ελεύθερης μετακίνησης μέσα στην ΕΕ, το 2004 και το 2007, συνδύασαν δύο φαινομενικά αντιφατικές αφηγήσεις: η πρώτη αφορά την ιστορική απεικόνιση των Ρομά ως απειλής και η δεύτερη τη δέσμευση της ΕΕ μετά το 1990 για την κοινωνική ένταξη των Ρομά. Το προκύπτον μείγμα αυτών των

αφηγήσεων ο Matras το αποκαλεί «νεο-παραδοσιακή» ιδεολογία. Αυτή η ιδεολογία απεικονίζει τον πολιτισμό των Ρομά ως απειλή για το λαό τους, ειδικά για τα ευάλωτα μέλη της κοινότητάς τους, προβάλλοντας τη «σωματεμπορία», την «ασφαλή κηδεμονία» και τον «πρόωρο και εξαναγκασμένο γάμο». Παράλληλα, παρουσιάζει την υποτιθέμενη απροθυμία των Ρομά να συνεργαστούν με δημόσιους θεσμούς, όπως της εκπαίδευσης και της υγειονομικής περίθαλψης, ως μια από τις κυριότερες προκλήσεις. Με τον τρόπο αυτό η συγκεκριμένη ιδεολογία εξαρτά την ενσωμάτωση των Ρομά από τον περιορισμό και τον έλεγχο. Η επιχειρησιακή απάντηση που παρουσιάζεται είναι αυτή της «διαμεσολάβησης», η οποία υποδηλώνει ότι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες πρέπει να διαχειρίζονται τις αλληλεπιδράσεις των Ρομά με τους δημόσιους θεσμούς, καθώς οι ίδιοι οι Ρομά δεν είναι σε θέση να τις διαχειριστούν.<sup>56</sup>

Προς την ίδια κατεύθυνση, ο van Baar<sup>57</sup> υποστηρίζει ότι, από την κατάρρευση του κομμουνισμού στα κράτη της ανατολικής Ευρώπης και έπειτα, οι Ρομά άρχισαν να αντιμετωπίζονται ως υποκείμενα μεγάλων ευρωπαϊκών αναπτυξιακών προγραμμάτων και ταυτόχρονα να συνδέονται με προβληματικές γύρω από την κοινωνική, κρατική και δημόσια ασφάλεια. Ακόμα, σημειώνει ότι οι βιοπολιτικές και οι γεωπολιτικές συνθήκες κάτω από τις οποίες οι διαφορούμενες έννοιες της ανάπτυξης και της ασφάλειας έχουν συγχωνευθεί, όχι μόνο επιδείνωσαν τις συνθήκες διαβίωσης τους, αλλά παράλληλα έκαναν το χάσμα μεταξύ των πλούσιων και των φτωχών της Ευρώπης, στο οποίο έχουν προσδοθεί ανεξέλεγκτα ρατσιστικά χαρακτηριστικά, να φαίνεται μη γεφυρώσιμο.<sup>57</sup> Την ίδια στιγμή, η ουσιοκρατική δυναμική που παρουσιάζει τους Ρομά ως μια ομοιογενή μειονότητα και η συχνά αναφερόμενη παραδοχή της στενής ή και εγγενούς σύνδεσης μεταξύ των «Ρομά» και του «κινδύνου», η οποία ενισχύεται κάθε φορά που οι Ρομά προβάλλονται μόνο μέσα σε ένα πλαίσιο φτώχειας και επικινδυνότητας, καταλήγουν να κάνουν «αόρατους» εκείνους τους Ρομά οι οποίοι δεν χωράνε μέσα σε αυτό το συγκεκριμένο κοινωνικο-οικονομικό πλαίσιο, με συνέπεια να μην μπορούν να επωφεληθούν από αυτές τις πολιτικές.<sup>58,59</sup>

Σύμφωνα με τις Delcour και Hustinx<sup>59</sup> οι κύριες προσεγγίσεις για την ενσωμάτωση των Ρομά που έχουν υπάρξει μέχρι σήμερα είναι τρεις: α) ως κατόχων ατομικών δικαιωμάτων, β) ως κοινωνικο-οικονομικά αποκλεισμένης ομάδας και γ) ως πολιτισμικής μειονότητας. Σε ό,τι έχει να κάνει με την πρώτη προσέγγιση, η οποία είναι κατά κύριο λόγο η νεοφιλελεύθερη προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και

πηγαίνει «χέρι-χέρι» με την κοινωνία των πολιτών και τις ΜΚΟ, ο Ρομά κοινωνιολόγος Zoltan έχει δηλώσει ότι το κίνημα για τα δικαιώματα των Ρομά έχει δημιουργήσει αρκετές χιλιάδες θέσεις εργασίας (και επομένως ασφάλεια) σε ολόκληρη την Ευρώπη για τους τεχνοκράτες, οι οποίοι δεν έχουν άμεση γνώση των κοινοτήτων των Ρομά.<sup>60</sup>

Ίσως πεντακόσιες περίπου από αυτές τις θέσεις θα πάνε στην ελίτ των εκπαιδευμένων Ρομά, εάν σταθούν τυχεροί. Ωστόσο, η μάζα των Ρομά εξακολουθεί να παραμένει φτωχή και αποκλεισμένη από την αγορά εργασίας, ζώντας με τρομερή ανασφάλεια.<sup>60</sup>

Σύμφωνα με την Trehan,<sup>61</sup> η στροφή προς το κίνημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων μπορεί να ερμηνευτεί ως απάντηση στη βία που δέχτηκαν οι Ρομά μετά το 1990 και την αδυναμία των μετα-σοσιαλιστικών κρατών να ανταποκριθούν αποτελεσματικά. Ταυτόχρονα, οι ισχυρές αντικομμουνιστικές ιδεολογίες οι οποίες έκαναν την εμφάνισή τους μέσα από τις νεοφιλελεύθερες αμερικανικές ιδιωτικές οργανώσεις, σε συνδυασμό με την αποτυχία της ενσωμάτωσης των Ρομά πολιτικών στα κυρίαρχα πολιτικά κόμματα έκαναν τους Ρομά ακτιβιστές και διανοούμενους να δουν την κοινωνία των πολιτών ως μια εναλλακτική αρένα επιρροής τους στη δημόσια σφαίρα.<sup>61</sup>

Έτσι, σύμφωνα με την Trehan<sup>61</sup>, η παρατήρηση του Gramsi<sup>62</sup> ότι η κοινωνία των πολιτών είναι ένα πεδίο για την ηγεμονία της καθιερωμένης τάξης και όχι ένα πεδίο χειραφέτησης, βρίσκει εφαρμογή στις ιεραρχίες που αφθονούν στις ΜΚΟ που υλοποιούν προγράμματα για τους «υποτελείς Ρομά», αντανακλώντας κατ' αυτό τον τρόπο τα συμφέροντα των διεθνών πολυμερών οργανισμών και των ΜΚΟ, καθώς επίσης της ανατολικοευρωπαϊκής ελίτ, η οποία είναι πρόθυμη συνεργάτης τους. Μερικές από τις επιπτώσεις της αυξανόμενης δύναμης των διεθνών νεοφιλελεύθερων ΜΚΟ, οι οποίες εδραιώνουν την κυριαρχική τους θέση μέσα από τις μη ισότιμες στρατηγικές συνεργασίες που συνάπτουν με τοπικές ΜΚΟ, είναι: α. τα προ-σχεδιασμένα προγράμματα με βάση τις προτεραιότητες των δωρητών<sup>63</sup>, β. η διάλυση/μετατροπή του κλασικού ήθους της αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης για τους καταπιεσμένους, το οποίο υπήρχε στο χώρο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, σε αυτό της τεχνοκρατικής δεξιότητας και της πίστης σε μια αναδυόμενη νεοφιλελεύθερη ιεραρχία από ανθρώπους που αναζητούν ένα πεδίο με προοπτικές καριέρας<sup>60</sup> και γ. το γεγονός ότι οι Ρομά, αντί να γίνονται αντιληπτοί ως ενεργά υποκείμενα, έχουν μετατραπεί σε «αντικείμενα» ή και «πειράματα» της δουλειάς επιχειρηματιών στο διεθνή χώρο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων<sup>64</sup>.



Ως αποτέλεσμα, οι κοινωνικο-οικονομικές προτεραιότητες των Ρομά, στις περισσότερες περιπτώσεις, φαίνεται να αντιμετωπίζονται επιφανειακά από τις αποσπασματικές παρεμβάσεις των επιχειρηματιών στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων<sup>54,60</sup>. Την ίδια στιγμή εμποτίζουν τους εκπαιδευόμενους με τις αρχές της νεοφιλελεύθερης φιλοσοφίας, σύμφωνα με την οποία το άτομο έχει την ευθύνη για την ευημερία του ως ενεργός πολίτης, απομακρύνοντάς το κατ' αυτόν τον τρόπο από έννοιες όπως «εξουσία, φτώχεια, κυριαρχία, ισότητα και εκμετάλλευση», και επιρρίπτοντάς του παράλληλα ευθύνες για την αποτυχία<sup>65,66</sup>.

Σε ό,τι έχει να κάνει με τη δεύτερη προσέγγιση, (οι Ρομά ως κοινωνικο-οικονομικά αποκλεισμένη ομάδα), η οποία είναι αυτή που υιοθετεί κατά κύριο λόγο η ΕΕ μέσα από το σχεδιασμό και την υλοποίηση των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων, η κριτική που της ασκείται αφορά το γεγονός ότι οι πρωτοβουλίες επικεντρώθηκαν κατά κύριο λόγο σε εκπαιδεύσεις και συμβουλευτικά μέτρα αποτυγχάνοντας έτσι να επιφέρουν θεσμικές μεταρρυθμίσεις και μέτρα ισότητας<sup>67-69</sup>.

Αναφορικά με την τρίτη προσέγγιση, το πρόβλημα της υπερβολικής εστίασης σε εθνοτικές ή άλλες κατηγορίες παραβλέπει την διαθεματική διάσταση του ζητήματος, αποτρέποντας παράλληλα το διάλογο με άλλες ομάδες που αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με την Κότζίε<sup>70</sup>, η εθνικότητα, το φύλο και η τάξη, ως αναπόσπαστοι προσδιοριστικοί παράγοντες των ανισοτήτων, λειτουργούν αλληλοεξαρτώμενα και αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη πολλαπλών συστημάτων κυριαρχίας, τα οποία επηρεάζουν την πρόσβαση στην εξουσία και τα προνόμια, επιδρούν πάνω στις κοινωνικές σχέσεις, κατασκευάζουν νοήματα και διαμορφώνουν τις καθημερινές εμπειρίες των ανθρώπων. Έτσι, αν και αυτές οι διαθεματικές ανισότητες μπορεί να φαίνονται υπερβατές σε ατομικό επίπεδο<sup>71</sup>, επιτρέποντας σε ορισμένα άτομα να καταφέρουν να δημιουργήσουν μονοπάτια ανοδικής κινητικότητας, στην πραγματικότητα οι δομές τους δε διαλύονται<sup>72</sup>.

### 3. ΟΙ ΡΟΜΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΥΡΩΠΗ

Η ακριβής **εκτίμηση του πληθυσμού** των Ρομά στην Ευρώπη είναι εξαιρετικά δύσκολη υπόθεση, καθώς δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία σχετικά με τον αριθμό τους σε κανένα κράτος μέλος της ΕΕ. Μάλιστα, κατά μέσο όρο, η διαφορά μπορεί να είναι μεγάλη, ως και τετραπλάσια.<sup>73</sup> Παράλληλα, οι εθνικές εκτιμήσεις ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό. Ωστόσο, εκτιμάται ότι περίπου 8-15 εκατομμύρια Ρομά ζουν στην Ευρώπη, με το 70% αυτών να κατοικεί στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη και τα Βαλκάνια.<sup>74,75</sup>

Οι Ρομά στην ΕΕ είναι πολύ **ετερογενείς** και οι ειδικοί τονίζουν τη διαφορετικότητα και την πολυπλοκότητα των πληθυσμών αυτών στις χώρες τους.<sup>76,77</sup> Υπάρχουν οι «εθνικοί» Ρομά που έχουν κατοικήσει για πολλούς αιώνες σε κάποια χώρα, αλλά που ταυτόχρονα μπορεί να υποδιαιρεθούν σε ξεχωριστές ομάδες, η καθεμία από τις οποίες έχει τη δική της ταυτότητα. Στη συνέχεια, υπάρχουν μετανάστες Ρομά, μερικοί από τους οποίους είναι πολύ πρόσφατοι ενώ άλλοι βρίσκονται σε κάποια χώρα για αρκετές δεκαετίες. Υπάρχουν επίσης διαφορές μεταξύ των μεταναστών Ρομά που είναι πολίτες της ΕΕ που προέρχονται από άλλα κράτη-μέλη, και εκείνων που είναι υπήκοοι τρίτων χωρών. Σημαντικές είναι επίσης οι διαφορές που προκύπτουν με βάση τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά. Αν και στις περισσότερες χώρες, η πλειονότητα των Ρομά έχουν υιοθετήσει σταθερή εγκατάσταση, σε κάποιες από αυτές (π.χ. Βέλγιο, Γαλλία, Ολλανδία) το ταξίδι παραμένει σημαντικό μέρος του τρόπου ζωής τους. Επίσης, σε αρκετές περιπτώσεις μοιράζονται αρκετά κοινά πολιτισμικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το ρόλο που έχει η εκτεταμένη οικογένεια ως θεμελιώδης πυλώνας σε θέματα φροντίδας και υποστήριξης.<sup>78</sup>

Η **γεωγραφική κατανομή** των Ρομά ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό από χώρα σε χώρα. Εξαρτάται από τη συγκέντρωσή τους σε υποβαθμισμένες περιοχές ή σε ξεχωριστές γειτονιές και από τη διαμονή τους σε αγροτική ή αστική ζώνη. Ωστόσο, σημαντικός αριθμός Ρομά ζουν σε διαχωρισμένους οικισμούς, οι οποίοι διαφέρουν πολύ είτε από χώρα σε χώρα είτε και μέσα στην ίδια τη χώρα.<sup>78</sup>

Το **ηλικιακό προφίλ** τους σε όλα τα κράτη-μέλη της ΕΕ είναι πολύ νεότερο σε σχέση με τον εθνικό μέσο όρο κάθε χώρας. Ενδεικτικά, η μέση ηλικία σε έτη του πληθυσμού των Ρομά στην Ευρώπη είναι 25,1 σε σύγκριση με 40,2 για την ΕΕ των 27 μελών. Επίσης, οι Ρομά φαίνεται να έχουν πολύ μεγαλύτερο ποσοστό νέων και σχετικά μικρότερο ποσοστό ηλικιωμένων.<sup>79</sup>

Συνολικά, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο **βαθμό φτώχειας, ρατσισμού και κοινωνικού αποκλεισμού** σε σύγκριση με άλλες μειονοτικές ομάδες στις χώρες όπου ζουν. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην έκταση και το βάθος της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν τόσο εντός όσο και μεταξύ των χωρών. Σε γενικές γραμμές, βιώνουν πολύ υψηλότερα επίπεδα εισοδηματικής φτώχειας και στέρησης από τον υπόλοιπο πληθυσμό και έχουν υψηλά επίπεδα χρέους.<sup>78</sup>

Ενδεικτικά, σύμφωνα με τη «Δεύτερη Έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις Μειονότητες και τις Διακρίσεις» (EU-MIDIS II) του European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) η οποία εκπονήθηκε το 2016 (εφεξής «μελέτη FRA EU-MIDIS II»), μεταξύ του γενικού πληθυσμού της ΕΕ των 28 μελών και μεταξύ διαφόρων μειονοτικών ομάδων, οι Ρομά φάνηκε ότι είχαν το υψηλότερο ποσοστό με εισόδημα κάτω από το όριο κινδύνου-φτώχειας (17% του γενικού πληθυσμού, 80% των Ρομά, 63% των ατόμων με καταγωγή από τη Βόρεια Αφρική και 55% των ατόμων με καταγωγή από την Υποσαχάρια Αφρική, δήλωσαν εισόδημα κάτω από το όριο κινδύνου-φτώχειας).<sup>80</sup> Επιπλέον, κατά μέσο όρο, το 27% των συμμετεχόντων Ρομά ζούσαν σε νοικοκυριά όπου ένα άτομο τουλάχιστον έπρεπε να πάει στο κρεβάτι πεινασμένο, τουλάχιστον μία φορά τον προηγούμενο μήνα, ενώ σε ορισμένα κράτη-μέλη το ποσοστό αυτό ήταν ακόμη υψηλότερο.<sup>81</sup>

Η φτώχεια των Ρομά δεν είναι απλώς η έλλειψη οικονομικών πόρων, η ανεργία, οι δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης ή η δυσκολία πρόσβασης σε κοινωνικές υπηρεσίες, αλλά ο συνδυασμός όλων αυτών των παραγόντων, οι οποίοι είναι απόρροια των προηγούμενων περιόδων αποκλεισμού που έχουν βιώσει και ταυτόχρονα προσδιοριστικοί παράγοντες μελλοντικών στερήσεων, οι οποίοι ενισχύουν τον **φαύλο κύκλο της φτώχειας**.<sup>82</sup>

Επίσης, σύμφωνα με την έρευνα FRA EU-MIDIS II, φάνηκε ότι, μεταξύ διαφόρων άλλων μειονοτικών ομάδων, οι Ρομά στην Ευρώπη είχαν το υψηλότερο ποσοστό

εμπειριών **παρενόχλησης** και **βίας** που προκαλούνται από μίσος λόγω εθνικής ή μεταναστευτικής προέλευσης (30% και 4% των Ρομά, 29% και 2% των ατόμων με καταγωγή από τη Βόρεια Αφρική, 28% και 2% των Εβραίων συμμετεχόντων δήλωσαν ότι έχουν υποστεί παρενόχληση και βία τους τελευταίους 12 μήνες, αντιστοίχως).<sup>80</sup> Μάλιστα, σύμφωνα με παρόμοια έρευνα του FRA η οποία έλαβε χώρα τρία χρόνια αργότερα (2019) σε χώρες της ανατολικής και νότιας Ευρώπης, φάνηκε ότι η συντριπτική πλειονότητα των Ρομά συμμετεχόντων δεν προέβη σε αναφορά αυτών των περιστατικών, καθώς υπάρχει τόσο έλλειψη εμπιστοσύνης στην αστυνομία και τα νομικά συστήματα, όσο και έλλειψη συνειδητοποίησης των νόμων και των θεσμών στους οποίους μπορούν να απευθυνθούν.<sup>83</sup>

Τα **αρνητικά στερεότυπα** που επικρατούν είναι ένα ακόμα σοβαρό ζήτημα, όπως επίσης ο αρνητικός ρόλος που παίζουν σε αυτό τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ).<sup>77,84</sup> Μάλιστα, σε συνδυασμό με την άνοδο των ακροδεξιών κομμάτων και τη μετανάστευση νέων ομάδων Ρομά σε ορισμένα κράτη-μέλη τα τελευταία χρόνια, η δημόσια συζήτηση σχετικά με τους Ρομά είναι συνήθως «εκρηκτική».<sup>85,86</sup>

Στον τομέα της **εκπαίδευσης**, οι Ρομά αντιμετωπίζουν τέσσερα σημαντικά αλληλένδετα προβλήματα: χαμηλή προσχολική φοίτηση· υψηλό κίνδυνο διαχωρισμένης σχολικής εκπαίδευσης η οποία συνδυάζεται με προκαταλήψεις και διακρίσεις· υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης του σχολείου πριν από την ολοκλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης· χαμηλά ποσοστά εγγραμματοσύνης.<sup>87</sup> Σύμφωνα με πιλοτική μελέτη «Έρευνα για τις διακρίσεις και τον κοινωνικό αποκλεισμό των Ρομά στην Ε.Ε» του FRA, η οποία εκπονήθηκε το 2011 σε 11 χώρες της ΕΕ (εφεξής «μελέτη FRA πιλοτική»)<sup>87</sup>, μόνο ένα στα δύο παιδιά Ρομά που συμμετείχαν στη μελέτη παρακολουθούσαν προσχολική αγωγή και ένα πολύ μικρό ποσοστό συνέχιζε το σχολείο μετά την υποχρεωτική εκπαίδευση. Επιπλέον, σύμφωνα με τη μελέτη FRA EU-MIDIS II<sup>88</sup>, τα παιδιά Ρομά υστερούσαν σε σχέση με τους συνομηλικούς τους μη Ρομά σε όλους τους δείκτες εκπαίδευσης. Ειδικότερα, μόνο περίπου τα μισά (53%) των παιδιών Ρομά μεταξύ της ηλικίας των τεσσάρων και της αρχικής ηλικίας της υποχρεωτικής πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συμμετείχαν στην προσχολική εκπαίδευση. Κατά μέσο όρο, το 18% των Ρομά μεταξύ 6 και 24 ετών φοιτούσαν σε εκπαιδευτική βαθμίδα χαμηλότερη από αυτήν που αντιστοιχούσε στην ηλικία τους. Τέλος, το

ποσοστό των Ρομά που εγκατέλειψαν πρόωρα το σχολείο ήταν δυσανάλογα υψηλό σε σύγκριση με αυτό του γενικού πληθυσμού.<sup>88</sup>

Αν και τα πρότυπα **απασχόλησης** των Ρομά φαίνεται να διαφέρουν μεταξύ των κρατών μελών, αντανακλώντας έτσι την ιστορική πορεία των στρατηγικών επιβίωσης που υιοθετήθηκαν από διαφορετικές ομάδες ως απάντηση στις κρατικές παρεμβάσεις και συνθήκες της αγοράς, στις περισσότερες χώρες οι Ρομά αντιμετωπίζουν επίσης σοβαρά μειονεκτήματα στην αγορά εργασίας. Σύμφωνα με την μελέτη FRA πιλοτική, τα ποσοστά απασχόλησης ήταν ιδιαίτερα χαμηλά για τους Ρομά που συμμετείχαν στη μελέτη (28% των Ρομά έναντι 45% των μη Ρομά που ζουν κοντά, ηλικίας 16 ετών και άνω, δήλωσαν την αμειβόμενη εργασία ως κύρια δραστηριότητά τους), ενώ ένα υψηλό ποσοστό από αυτούς που δήλωσαν ότι απασχολούνται, ήταν σε συνθήκες επισφάλειας (23% δήλωσαν ad hoc θέσεις εργασίας, 21% αυτοαπασχολούμενοι και 9% μερική απασχόληση).<sup>89</sup> Επίσης, σύμφωνα με την ίδια μελέτη, τα ποσοστά ανεργίας για τους Ρομά ήταν τρεις φορές υψηλότερα σε σύγκριση με τους μη Ρομά που ζουν σε γειτνίαση, ενώ το 74% των ανέργων Ρομά δήλωσαν ότι εκείνη την περίοδο αναζητούσαν εργασία. Τέλος, ένας στους τρεις Ρομά, ηλικίας 45 ετών και άνω, δεν ανέμενε να λάβει σύνταξη.<sup>89</sup>

Αναφορικά με τον τομέα της **στέγασης**, τα πράγματα είναι το ίδιο ανησυχητικά, καθώς πολλοί Ρομά ζουν σε πολύ κακές οικιστικές συνθήκες και σε επικίνδυνα φυσικά περιβάλλοντα, τα οποία μάλιστα συνήθως αποτελούν απομονωμένους και διαχωρισμένους οικισμούς. Μερικά από τα συνήθη προβλήματα που καταγράφονται είναι ο υπερπληθυσμός, οι εκτεταμένες διαρροές και η υγρασία, καθώς επίσης η απουσία ή η έλλειψη επαρκούς θέρμανσης και μόνωσης, βασικών εγκαταστάσεων, όπως καθαρού τρεχούμενου νερού, τουαλέτας, ντους, ηλεκτρικής ενέργειας, τηλεφωνικών γραμμών, η απουσία βασικών υπηρεσιών κοινής ωφελείας, όπως αποχέτευσης, δημόσιων συγκοινωνιών, συλλογής απορριμμάτων, πλακόστρωτων δρόμων, πεζοδρομίων και ηλεκτρικού φωτισμού και τέλος τίτλων ιδιοκτησίας σπιτιών και γης.<sup>78</sup>

Οι Ρομά γυναίκες, κορίτσια και άτομα που ανήκουν στην ΛΟΑΤ+<sup>5</sup> κοινότητα αντιμετωπίζουν υψηλό βαθμό έμφυλης ανισότητας, και παράλληλα βιώνουν πολλαπλούς τύπους βίας, μεταξύ των οποίων σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική και οικονομική.<sup>90-92</sup> Αναλυτικότερα, ενώ όλες οι γυναίκες επηρεάζονται από ανισότητες στους δώδεκα τομείς που προσδιορίζονται στην πλατφόρμα δράσης του Πεκίνου,<sup>93</sup> πολλές από αυτές που ανήκουν σε ομάδες μειονοτήτων, όπως οι Ρομά, αντιμετωπίζουν πρόσθετες προκλήσεις.<sup>94</sup> Η έμφυλη διαθεματικότητα στους Ρομά, έννοια στην οποία δίνεται όλο και περισσότερη έμφαση τα τελευταία χρόνια, αναφέρεται στην κοινωνική και πολιτική θέση αυτών των ατόμων και δείχνει τόσο την εσωτερική πατριαρχική καταπίεση μέσα στις ίδιες τους τις κοινότητες, όσο και τον εξωτερικό έμφυλο, πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό αποκλεισμό που βιώνουν από τις κυρίαρχες, μη Ρομά, κοινωνικές δομές.<sup>72,95,96</sup>

Τέλος, η πανδημία του **COVID-19**, φαίνεται να έχει πολλαπλασιάσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Ρομά στον τομέα της εργασίας, της μόρφωσης και της υγείας, ενώ παράλληλα οι κακές συνθήκες διαβίωσης (πρόσβαση στο νερό, διαχείριση απορριμμάτων κλπ.) αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης με τον ιό.<sup>97</sup>

---

<sup>5</sup> Αρκτικόλεξο που προέρχεται από τις λέξεις Λεσβία, Ομοφυλόφιλος, Αμφιφυλόφιλος και Τρανς.

## 4. ΟΙ ΡΟΜΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΑΔΑ

### 4.1. Μελέτες που έχουν εκπονηθεί σε εθνικό επίπεδο

Εξ όσων γνωρίζουμε, οι μεγαλύτερες μελέτες σχετικά με τους Ρομά στην Ελλάδα οι οποίες έχουν επιχειρήσει να καταγράψουν πλήθος παραμέτρων, όπως κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, συνθήκες διαβίωσης, εκπαιδευτικό επίπεδο, κατάσταση υγείας, τρόπο ζωής, κτλ., είναι έξι.<sup>6</sup> Οι μελέτες αυτές έχουν υλοποιηθεί σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, από διαφορετικούς φορείς και με διαφορετική μεθοδολογία μεταξύ τους.

Αναλυτικότερα, η πρώτη μελέτη σχετικά με την «υπάρχουσα κοινωνικο-πολιτισμική κατάσταση της τσιγγάνικης κοινότητας στην Ελλάδα» υλοποιήθηκε το 1997-1999 από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (εφεξής «μελέτη Πανεπιστημίου Ιωαννίνων»). Απώτερος σκοπός της ήταν η διαμόρφωση εκπαιδευτικής πολιτικής για τα Τσιγγανόπαιδα και ο τίτλος της σχετικής έκθεσής της είναι «Οικονομική – Κοινωνική – Πολιτισμική Κατάσταση των Τσιγγάνων στην Ελλάδα: Πρώτη (1998) και Δεύτερη (1999) Φάση της Έρευνας»<sup>99</sup>. Για την επιλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η χαρτογράφηση του τσιγγάνικου πληθυσμού που είχε γίνει από τη Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης το 1996, καθώς δεν υπήρχε μέχρι τότε κανένα άλλο επίσημο στοιχείο σε αυτόν τον τομέα. Η δεύτερη κατά σειρά μελέτη, η μελέτη του Δικτύου Ρομ (όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα στο [υποκεφάλαιο 2.3](#)), υλοποιήθηκε το 2000 στο πλαίσιο ενός γενικότερου σχεδιασμού για τη δημιουργία επαρκούς μελετητικής βάσης, που θα αφορά την προοπτική ένταξης των Τσιγγάνων πολιτών στο σύνολό της.<sup>7 39</sup>

---

<sup>6</sup> Το άρθρο των Pappa et al. με τίτλο «Health-Related Quality of Life of the Roma in Greece: The Role of Socio-Economic Characteristics and Housing Conditions»<sup>98</sup> φαίνεται επίσης να στηρίζεται σε μεγάλη μελέτη που εκπονήθηκε στην Ελλάδα τη χρονική περίοδο Δεκέμβριο 2010 - Απρίλιο 2013. Ωστόσο, δεν μπορέσαμε να βρούμε περαιτέρω πληροφορίες πέρα από αυτές που παρατίθενται στην εν λόγω δημοσίευση.

<sup>7</sup> Δίδυμο σκέλος αυτής της μελέτης αποτελεί η έκθεση με τίτλο «Μελέτη Σχεδίου Προγράμματος για την Αντιμετώπιση των Άμεσων Οικιστικών Προβλημάτων των Ελλήνων Τσιγγάνων», η οποία εκπονήθηκε και παραδόθηκε το 1999 από το Τμήμα Ερευνών της Δημόσιας Επιχείρησης Πολεοδομίας

Η τρίτη μελέτη, «Εκπόνηση Μελέτης για την Καταγραφή της Υφιστάμενης Κατάστασης των ΡΟΜΑ στην Ελλάδα, Απολογισμός Δράσεων και Εκπόνηση Σχεδίου Δράσης για την 4η Προγραμματική Περίοδο», υλοποιήθηκε το 2008 από την Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Παρακολούθησης Δράσεων Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου (ΕΥΣΕΚΤ) (εφεξής «μελέτη ΕΥΣΕΚΤ»), με στόχο την αποτίμηση των προβλημάτων των Ελλήνων Τσιγγάνων και των πολιτικών που έχουν αναληφθεί ώστε, σε επόμενο στάδιο, να διατυπωθούν προτάσεις πολιτικής. Ο τίτλος της έκθεσης των αποτελεσμάτων είναι «Τεύχος με τα αποτελέσματα / πορίσματα της καταγραφής της υφιστάμενης κατάστασης των Ελλήνων Τσιγγάνων και της έρευνας πεδίου»<sup>100</sup>. Η τέταρτη, υλοποιήθηκε επίσης το 2008 από την Εύξεινη Πόλη στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού έργου «Υγεία και κοινότητα των Ρομά. Ανάλυση της κατάστασης στην Ευρώπη» (εφεξής «μελέτη Εύξεινη Πόλη-Gitano»), με στόχο τη συγκέντρωση αντιπροσωπευτικού δείγματος πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού των Ρομά στην Ελλάδα και τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με εκείνα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών που συμμετείχαν στη μελέτη. Ο τίτλος της έκθεσης της ελληνικής έκδοσης είναι «Υγεία και κοινότητα των Ρομά: Ανάλυση της κατάστασης στην Ελλάδα»<sup>101</sup> και ο τίτλος της αγγλικής είναι «Health and the Roma Community, Analysis of the situation in Europe».<sup>79</sup>

Η πέμπτη και η έκτη μελέτη υλοποιήθηκαν υπό τον συντονισμό του FRA. Ειδικότερα, το 2011, ο FRA σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το UNDP και την Παγκόσμια Τράπεζα υλοποίησαν πιλοτική μελέτη σε πληθυσμούς Ρομά και μη Ρομά που ζουν σε γειτνίαση (μελέτη FRA πιλοτική)<sup>102</sup>. Το 2015-2016 υλοποιήθηκε η πιο πρόσφατη μελέτη για τους Ρομά στην Ελλάδα, ως μέρος της FRA EU-MIDIS II μελέτης, η οποία συγκέντρωσε δεδομένα σχετικά με τις εμπειρίες και τις απόψεις των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων σε πλήθος ευρωπαϊκών χωρών<sup>103</sup>. Για τα μεθοδολογικά ζητήματα αυτών των μελετών βλ. [υποκεφάλαιο 6.6](#).

---

και Στέγασης για λογαριασμό του ΥΠΕΧΩΔΕ, στα πλαίσια, η οποία είχε περιλάβει Πανελλήνια καταγραφή των χώρων διαμονής των τσιγγάνικων κοινοτήτων και δειγματοληπτική έρευνα για τους όρους εγκατάστασης και διαβίωσης.



## 4.2. Πληθυσμός

Αναφορικά με την εκτίμηση του πληθυσμού των Ρομά που ζουν ως Έλληνες πολίτες στην Ελλάδα, ο ακριβής αριθμός τους δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί με ασφάλεια εξαιτίας των παρακάτω λόγων<sup>39,99,100</sup>:

- Η Εθνική Απογραφή δεν περιλαμβάνει τις κατάλληλες κατηγοριοποιήσεις, καθώς δεν αναγνωρίζονται ως μειονότητα<sup>8</sup>
- Δεν υπάρχει νομοθετική ή διοικητική απόφαση ή ρύθμιση σχετικά με τη συλλογή «εθνοτικών» δεδομένων στη στέγαση
- Η αντίσταση των Δήμων να επιχειρήσουν μια μορφή καταγραφής των διαμενόντων ή/ και διερχόμενων Ρομά στις περιφέρειές τους, είναι ιδιαίτερα σθεναρή, καθώς επικαλούνται την απαγόρευση καταγραφής με βάση τα φυλετικά κριτήρια
- Η εκτίμηση του πληθυσμού σε πολλές περιπτώσεις σχετίζεται με τον τρόπο που ο καταγράφων φορέας αντιμετωπίζει την παρουσία των Ρομά στην περιοχή της δικαιοδοσίας του, την εικόνα που θέλει να παρουσιάσει, αλλά και τη γνώση που έχει για το ζήτημα ή την πολιτική που εφαρμόζει. Έτσι, για παράδειγμα, υπάρχουν φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης που αγνοούν ή αρνούνται την ύπαρξη χώρων μόνιμης διαμονής Τσιγγάνων στην περιοχή τους, αποφεύγοντας την όποια υποχρέωση αντιμετώπισης των προβλημάτων διαβίωσης που απορρέουν από αυτήν, ενώ αντίθετα, υπάρχουν δήμοι που, δεδομένου ότι θεωρούν τις Ρομά κοινότητες απολύτως ενσωματωμένες στην τοπική κοινωνία, κρίνουν ότι δεν υπάρχει λόγος καταγραφής τους ως διακριτών ομάδων.
- Υπάρχει πληθώρα αστικο-δημοτικών εκκρεμοτήτων
- Ένα ποσοστό των Ρομά είναι μετακινούμενοι είτε για λόγους εργασίας είτε επειδή αναγκάζονται να αφήνουν τα σπίτια τους εξαιτίας των διώξεων (κατά κύριο λόγο στο παρελθόν), γεγονός που δημιουργεί ζητήματα στις απογραφές

---

<sup>8</sup> Ωστόσο, η Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2021, η οποία διενεργήθηκε από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), φαίνεται να έλαβε για πρώτη φορά πρόνοια για τη διενέργεια απογραφής των περιοχών όπου μένουν Ρομά στο πλαίσιο της απογραφής συλλογικών καταλυμάτων ή ειδικών χώρων, με δημογραφικά στοιχεία ανά άτομο και νοικοκυριό καθώς και στοιχεία συνθηκών διαβίωσης.  
104

- Υπάρχουν περιπτώσεις απροθυμίας του αυτοπροσδιορισμού ως Ρομά, εξαιτίας των συνεπειών των κοινωνικών προκαταλήψεων που υφίσταται αυτή η πληθυσμιακή ομάδα
- Τα τελευταία χρόνια, στον Ρομά πληθυσμό της Ελλάδας έχει προστεθεί σημαντικός πληθυσμός νεοαφιχθέντων Ρομά, προερχόμενων από την Αλβανία και τις χώρες της πρώην Γιουγκοσλαβίας.
- Σε πολλές περιπτώσεις οι Ρομά της Θράκης συνυπολογίζονται στους Μουσουλμάνους της Θράκης είτε δεν υπολογίζονται καθόλου λόγω μη καταγραφής τους στα ληξιαρχεία της
- Τέλος, λαμβάνονται σοβαρά υπόψη προβλήματα δεοντολογίας που προκύπτουν ως προς τη σκοπιμότητα καταγραφής μιας ειδικής πληθυσμιακής ομάδας στη βάση ασαφώς ορισμένων κριτηρίων, «εθνοτικού», πολιτισμικού κλπ. χαρακτήρα

Επίσης, αν και υπάρχουν μερικές έρευνες/μελέτες οι οποίες επιτυγχάνουν μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση, σε συγκεκριμένες όμως γεωγραφικές περιοχές, δεν μπορούν να αναχθούν σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του - με πολλές ιδιομορφίες - πληθυσμού των Ρομά σε όλη την Ελλάδα.

Ωστόσο, παρά τις όποιες αντικειμενικές και υποκειμενικές δυσκολίες και περιορισμούς σχετίζεται ένα τέτοιο εγχείρημα (βλ. σχετικά [κεφάλαιο 6](#)), έχουν γίνει κάποιες σημαντικές προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση. Για παράδειγμα, το Ελληνικό Παρατηρητήριο του Ελσίνκι έχει κάνει αναφορά σε 300-350.000 Ρομά στην Ελλάδα, <sup>27</sup> ενώ με βάση τα δεδομένα ερευνών που έχουν διεξαχθεί μέχρι και σήμερα σε πλαίσιο εθνικών μελετών, ο συνολικός πληθυσμός στους διακριτούς και αναγνωρίσιμους χώρους διαμονής Ρομά ανερχόταν σε 60.000 το 1998, 65.000 άτομα το 2008, <sup>100</sup> 120.000 άτομα σε 370 οικισμούς/καταυλισμούς το 2014 <sup>105</sup> και 104.210 άτομα σε 354 οικισμούς/καταυλισμούς το 2017 <sup>106</sup>.

#### **4.3.Γεωγραφική κατανομή, τύποι οικισμών και συνθήκες διαβίωσης**

Η εκτίμηση της γεωγραφικής κατανομής των Ρομά υπόκειται στους ίδιους περιορισμούς που ισχύουν και για την εκτίμηση του πληθυσμού τους (βλ. προηγούμενη υποενότητα). Ωστόσο, σύμφωνα με την πιο πρόσφατη διαθέσιμη καταγραφή που υλοποιήθηκε το 2017 από την Ειδική Γραμματεία Κοινωνικής Ένταξης των Ρομά <sup>106</sup>, οι περιφέρειες με το μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού Ρομά στην Ελλάδα είναι η Αττική (29,1%), η Ανατολική Μακεδονία και Θράκη (15,7%), η Δυτική Ελλάδα (15,2%) και η Κεντρική Μακεδονία (14,5%) (για περισσότερες πληροφορίες, βλ. [πίνακα 4.1](#)). Επιπλέον, οι 354 οικισμοί που καταγράφηκαν κατηγοριοποιήθηκαν στους ακόλουθους τρεις τύπους:

- Τύπος I - Συνθήκες διαβίωσης μη αποδεκτές με καλύβια, παραπήγματα και απουσία βασικών υποδομών: 76 οικισμοί
- Τύπος II - Ανάμειξη σπιτιών με πρόχειρες κατασκευές (παραπήγματα, σκηνές /τσαντίρια, λυόμενες κατασκευές (container) με μόνιμη, συνήθως, χρήση και μερική υποδομή (ύδρευσης, ηλεκτροδότησης, οδοποιίας), συνήθως στις παρυφές κατοικημένης περιοχής: 159 οικισμοί
- Τύπος III - «Γειτονιά» σε μόνιμη χρήση, συχνά σε υποβαθμισμένες περιοχές του αστικού ιστού (κυρίως σπίτια, κανονική οικοδομή - διαμερίσματα ή μονοκατοικίες και κάποιες λυόμενες κατασκευές (container): 119 οικισμοί

**Πίνακας 4.1 Πληθυσμός Ρομά ανά περιφέρεια και αριθμός και τύπος οικισμών Ρομά στην Ελλάδα**

Περιφέρεια	Πληθυσμός (%)	Οικισμοί			
		Αριθμός (%)	Τύπου		
			I*	II †	III*
Αττική	30.363 (29,1)	44 (12,4)	12	13	19
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	16.453 (15,7)	32 (9,0)	5	9	18
Δυτική Ελλάδα	15.898 (15,2)	65 (18,4)	9	30	26

<b>Κεντρική Μακεδονία</b>	15.374 (14,5)	47 (13,3)	11	22	14
<b>Θεσσαλία</b>	14.534 (13,9)	13 (3,7)	2	7	4
<b>Στερεά Ελλάδα</b>	4.958 (4,7)	36 (10,2)	9	16	11
<b>Πελοπόννησος</b>	1.661 (1,6)	53 (15,0)	7	40	6
<b>Ήπειρος</b>	1.500 (1,4)	11 (3,1)	4	4	3
<b>Κρήτη</b>	1.211 (1,1)	10 (2,8)	2	1	7
<b>Βόρειο Αιγαίο</b>	755 (0,7)	19 (5,4)	4	9	6
<b>Ιόνια Νησιά</b>	639 (0,6)	15 (4,2)	6	6	3
<b>Νότιο Αιγαίο</b>	554 (0,5)	6 (1,7)	3	1	2
<b>Δυτική Μακεδονία</b>	328 (0,3)	3 (0,8)	2	1	0
<b>Σύνολο</b>	<b>104.210 (100)</b>	<b>354 (100)</b>	<b>76</b>	<b>159</b>	<b>119</b>

Πηγή: Ειδική Γραμματεία Κοινωνικής Ένταξης Ρομά, 2017 <sup>106</sup>

\* Τύπος I - Συνθήκες διαβίωσης μη αποδεκτές με καλύβια, παραπήγματα και απουσία βασικών υποδομών

‡ Τύπος II - Ανάμειξη σπιτιών με πρόχειρες κατασκευές (παραπήγματα, σκηνές /τσαντίρια, λυόμενες κατασκευές (container) με μόνιμη, συνήθως, χρήση και μερική υποδομή (ύδρευσης, ηλεκτροδότησης, οδοποιίας), συνήθως στις παρυφές κατοικημένης περιοχής

‡ Τύπος III - «Γειτονιά» σε μόνιμη χρήση, συχνά σε υποβαθμισμένες περιοχές του αστικού ιστού (κυρίως σπίτια, κανονική οικοδομή - διαμερίσματα ή μονοκατοικίες και κάποιες λυόμενες κατασκευές (container)

Τα προβλήματα που εντοπίζονται σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης στους οικισμούς Ρομά στην Ελλάδα, αν και διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό ανάλογα με τον τύπο του οικισμού, είναι πάγια εδώ και δεκαετίες. Συνοπτικά, σε αυτά περιλαμβάνονται ζητήματα χωροθέτησης (θέσεις ακατάλληλες, απομακρυσμένες και εκτός σχεδίου), απουσίας τεχνικών υποδομών (δρόμων, υδροδότησης, ηλεκτροδότησης, αποχέτευσης,

δημόσιου φωτισμού), υγειονομικού ενδιαφέροντος (απουσία αποκομιδής απορριμμάτων, εστίες μόλυνσης), απουσία δημόσιας συγκοινωνίας κλπ.<sup>99,100</sup>

#### 4.4.Φάρες

Οι Έλληνες Ρομά αυτοπροσδιορίζονται χρησιμοποιώντας την επωνομασία της ιδιαίτερης ομάδας τους, η οποία μπορεί να είναι σχετική με τη γενεαλογική καταγωγή τους, τη γλωσσική διάλεκτό τους, τη γεωγραφική περιοχή ή τη χώρα από την οποία προέρχονται, την επαγγελματική ενασχόλησή τους, το θρήσκευμά τους, το βαθμό εγκατάστασής τους, κ.α.<sup>23</sup> Για παράδειγμα, αν και προτάσσουν κυρίως την ελληνική τους ταυτότητα πριν από την ταυτότητα του Τσιγγάνου, μερικές από τις κυριότερες υποομάδες που προέκυψαν σύμφωνα με μελέτη του 1997-1998 ήταν *Ερλία, Καλαθοποιοί, Μπατζόρια, Ρουμελία, Φιτζίρια, Φιλιππιτζία, Χαντούρια, Γύφτοι*, ενώ υπήρχε μεταξύ αυτών και ένα ποσοστό που είτε αγνοούσε την ομάδα στην οποία ανήκε είτε ενδεχομένως δεν επιθυμούσε άλλη διαφοροποίηση<sup>99</sup>.

#### 4.5.Κινητικότητα

Το ζήτημα των μετακινήσεων θεωρείται συνυφασμένο με την ταυτότητα των Ρομά και άπτεται όλων των στερεοτύπων που έχουν συνδεθεί με τον εν λόγω πληθυσμό. Σύμφωνα με την έκθεση του πανεπιστημίου Ιωαννίνων, οι τελευταίες μαζικές μετακινήσεις προς την Ελλάδα έγιναν το 1922 από τη Μικρά Ασία και το 1956 από τη Ρουμανία. Το υψηλότερο ποσοστό μετακίνησης έλαβε χώρα το 1977.<sup>99</sup> Ενδεχομένως αυτό να συνέπεσε με το τέλος του καθεστώτος της ανιθαγένειας στο οποίο μέχρι τότε βρίσκονταν οι Τσιγγάνοι. Ωστόσο, από το 1996 και μετά δεν παρατηρούνται σημαντικές μετακινήσεις και μετεγκαταστάσεις του τσιγγάνικου πληθυσμού.<sup>99</sup>

Οι μετακινήσεις των Ελλήνων Ρομά περιέχουν, κατά κύριο λόγο, τις ακόλουθες τρεις διαφορετικές συνιστώσες <sup>100</sup>:

- μετακινήσεις που συνδέονται με το **χώρο διαμονής** η οποία χαρακτηρίζει το βαθμό νομαδισμού μιας δεδομένης κοινωνικής ομάδας. Είναι η συνιστώσα που συνήθως ταυτίζεται με την «ιδιαιτέρη πολιτισμική ταυτότητα» των Τσιγγάνων, προσφέροντας συχνά έδαφος σε στερεοτυπικές ερμηνείες. Οι μετακινήσεις αυτού του τύπου είναι σχετικά μεγάλης διάρκειας
- μετακινήσεις που πραγματοποιούνται για **επαγγελματικούς** λόγους, των οποίων η διάρκεια μπορεί να ποικίλλει (από μερικές μέρες έως μερικούς μήνες)
- σύντομης διάρκειας μετακινήσεις «**κοινωνικού**» χαρακτήρα (συμμετοχή σε πανηγύρια, γάμους κλπ.) οι οποίες πολλές φορές ενέχουν ταυτόχρονα και επαγγελματικό χαρακτήρα

Ωστόσο, η συνεχής τάση εδραιοποίησης των Ρομά νοικοκυριών στην Ελλάδα φαίνεται να επαληθεύεται μέσα από αρκετές μελέτες. <sup>39,99,100</sup>

#### **4.6. Κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά διαμενόντων σε οικισμούς Ρομά**

Στη συντριπτική τους πλειονότητα οι Έλληνες Ρομά είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι (84%) ενώ περίπου 15% είναι Μουσουλμάνοι. <sup>99</sup> Κατά προσέγγιση, 62,5% είναι έγγαμοι ή συζούν και 57% των γυναικών έχουν γεννήσει από 4 παιδιά και πάνω. <sup>107</sup> Σύμφωνα με τη μελέτη Εύξεινη Πόλη-Gitano, <sup>101</sup> περίπου 71% του πληθυσμού των Ρομά στην Ελλάδα έχει ηλικία μικρότερη από 29 έτη ενώ μόλις 2% έχει ηλικία μεγαλύτερη από 65 έτη. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, περίπου 48,7% των ατόμων άνω των 16 ετών είναι αναλφάβητα. Μόλις 62,3% των ανδρών άνω των 16 ετών εργάζονται (36,5% εξ αυτών χωρίς ένσημα ή ασφάλιση) ενώ το ίδιο ποσοστό στις γυναίκες φτάνει μόλις το 16,6% (και αντίστοιχα 9,4% εξ αυτών χωρίς ένσημα ή ασφάλιση). <sup>101</sup> Μάλιστα, σύμφωνα με τη μελέτη FRA EU-MIDIS II, οι Ρομά που διέμεναν στην Ελλάδα είχαν το μεγαλύτερο έμφυλο χάσμα σε σχέση με τους συμμετέχοντες Ρομά από τις υπόλοιπες χώρες, καθώς 81% των γυναικών Ρομά στην

Ελλάδα δεν βρίσκονταν σε καθεστώς εργασίας, εκπαίδευσης ή κατάρτισης τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό για τους άντρες Ρομά στην Ελλάδα ήταν μόλις 38%.<sup>94</sup>

Η πλειονότητα των Ελλήνων Ρομά ασκεί το επάγγελμα του πλανόδιου πωλητή παράτυπα (χωρίς τη σχετική άδεια επαγγέλματος) εξαιτίας των απαιτούμενων εξόδων και των γραφειοκρατικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν, με αποτέλεσμα να υφίστανται συχνά τις σχετικές κυρώσεις (επιβολή προστίμων, κατάσχεση των εμπορευμάτων τους κλπ.). Περαιτέρω συνέπειες της παραμονής τους εκτός τυπικής αγοράς εργασίας είναι η μη εξασφάλιση ικανοποιητικής σύνταξης και η περιορισμένη ιατρική περίθαλψη.<sup>55</sup> Κατά προσέγγιση στο 64% των νοικοκυριών διαμένουν από 5 άτομα και πάνω. Επίσης, 43,5% των νοικοκυριών δεν έχουν ανεξάρτητο μπάνιο, 11,1% δεν έχουν ηλεκτρικό και 22% δεν έχουν παροχή νερού.<sup>107</sup>

## 5. Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΡΟΜΑ

### 5.1. Αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα (ιογενείς ηπατίτιδες B, C και HIV λοίμωξη)

Τα λοιμώδη νοσήματα αποτελούν διαχρονικό παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας εξαιρετικής σημασίας. Από αυτά, ιδιαίτερο ενδιαφέρον στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες παρουσιάζουν οι λοιμώξεις από τον ιό της ηπατίτιδας B (HBV), τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) και τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), κυρίως λόγω του νοσολογικού φορτίου που προκαλούν μέσω των μακροπρόθεσμων επιπλοκών τους.

Αναλυτικότερα, το 2015 ο επιπολασμός της HBV και της HCV εκτιμήθηκε ότι ήταν περίπου 1,6% και 1,5% στην ευρωπαϊκή περιφέρεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), με συνολικά 15 και 14 εκατομμύρια περιπτώσεις HBV και HCV, αντίστοιχα.<sup>108</sup> Οι δύο αυτές παθήσεις αποτελούν σημαντικές αιτίες σοβαρής νοσηρότητας και θανάτου παγκοσμίως και, μαζί με τις επακόλουθες νόσους τους (ηπατική νόσο και πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος), ευθύνονται για περίπου ένα εκατομμύριο θανάτους ετησίως.<sup>109</sup> Παγκοσμίως, 57% των κηρώσεων και 78% του πρωτοπαθών καρκίνων του ήπατος αποδίδονται στους ιούς HBV και HCV.<sup>110</sup> Το 2019, 296 εκατομμύρια άνθρωποι ζούσαν με χρόνια HBV και 58 εκατομμύρια άνθρωποι με χρόνια HCV παγκοσμίως.<sup>111</sup>

Αναφορικά με την HIV λοίμωξη, το 2018 καταγράφηκαν 141.552 καινούργιες μολύνσεις σε 50 από τις 53 χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ και περίπου 770.000 θάνατοι παγκοσμίως.<sup>112,113</sup> Κατά προσέγγιση 0,7% των ανθρώπων σε ηλικία 15-49 παγκοσμίως ζουν με HIV,<sup>114</sup> αν και η επιβάρυνση της επιδημίας συνεχίζει να ποικίλλει σημαντικά μεταξύ διαφορετικών χωρών και ηπείρων.

Η HBV, η HCV και η HIV μοιράζονται κοινούς τρόπους μετάδοσης, όπως επαφή με αίμα, κάθετη μετάδοση και σεξουαλική επαφή, και κοινές συμπεριφορές κινδύνου.<sup>115</sup> Παρά τη διαθεσιμότητα εμβολίου HBV, τις πολύ αποτελεσματικές νεότερες θεραπείες για τον HCV που οδηγούν σε ίαση και τις αρκετά αποτελεσματικές θεραπείες για



λοιμώξεις από HBV και HIV, τα προαναφερθέντα χρόνια νοσήματα εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικά ζητήματα δημόσιας υγείας παγκοσμίως.<sup>116,117</sup> Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι, ακόμα και αν οι θεραπευτικές επιλογές για τις HBV και HCV είναι οικονομικά δυσβάσταχτες για τα εθνικά συστήματα υγείας, παραμένουν οικονομικά συμφέρουσες, καθώς εκτός από την μείωση των μακροπρόθεσμων επιπλοκών, μπορούν να αποτελέσουν μέσο για τον έλεγχο της εξάπλωσης των ασθενειών αυτών.<sup>118</sup> Ωστόσο, τροχοπέδη στον έλεγχο των λοιμώξεων αυτών αποτελεί το γεγονός ότι οι χρόνιες HBV και HCV παραμένουν ασυμπτωματικές για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ενδεικτικά, παγκοσμίως, μόνο το 10% των ατόμων που ζουν με χρόνια λοίμωξη HBV και το 21% των ατόμων που ζουν με χρόνια HCV διαγιγνώσκονται και εξ αυτών (των διαγνωσμένων) μόλις 22% και 62% αντίστοιχα λαμβάνουν θεραπεία.<sup>111</sup> Επίσης, ένας στους δύο ανθρώπους που ζουν σήμερα με HIV διαγιγνώσκεται αργά στην πορεία της νόσου.<sup>119</sup> Ως αποτέλεσμα ένα πολύ μικρό ποσοστό ασθενών γνωρίζει ότι πάσχει και εξ αυτών ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό έχει πρόσβαση στη θεραπεία.<sup>109</sup>

Αναφορικά με την κατάσταση στην Ελλάδα, οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό των HBV και HCV έχουν προκύψει από μελέτες σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων (αιμοκαθαιρόμενοι, χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, αιμοδότες), από μελέτες που έχουν γίνει σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές<sup>120-123</sup> και από μελέτες που στηρίχτηκαν στην αυτοαναφορά των συμμετεχόντων<sup>124</sup>. Αυτό καθιστά δύσκολη την εκτίμηση του επιπολασμού στο γενικό πληθυσμό της χώρας. Ωστόσο, εκτιμάται ότι 2% είναι θετικό στο αντιγόνο επιφανείας του ιού της HBV (HBsAg) και 1-2% του πληθυσμού έχει αντισώματα έναντι της HCV.<sup>125-127</sup>

Η επιδημιολογική επιτήρηση της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα πραγματοποιείται κυρίως μέσω του συστήματος της υποχρεωτικής δήλωσης των νέων περιστατικών HIV λοίμωξης, AIDS και των θανάτων. Σύμφωνα με αυτό, από το 1981 έως το 2020 έχουν διαγνωστεί 18.710 άτομα με HIV λοίμωξη, εκ των οποίων 82,53% είναι άνδρες και το 74,6% άτομα ελληνικής εθνικότητας.<sup>128</sup> Αναφορικά με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, το 2020 διαγνώστηκαν και δηλώθηκαν 601 νέα περιστατικά HIV, εκ των οποίων 80,2% ήταν άνδρες.<sup>129</sup> Ωστόσο, τα δεδομένα αυτά απαιτούν προσεκτική ερμηνεία, καθώς δεν αντανακλούν πλήρως την επίπτωση της HIV λοίμωξης και επηρεάζονται από τον χρόνο εξέτασης των ατόμων για τον HIV και από την, ενδεχομένως, μη έγκαιρη δήλωση των

θετικών περιστατικών στις υγειονομικές αρχές.<sup>128</sup> Επιπλέον, δεδομένου ότι οι Ρομά στην Ελλάδα δεν θεωρούνται μειονοτική ομάδα, δεν παρέχονται ξεχωριστά στοιχεία για αυτούς, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η συλλογή αξιόπιστων, πρόσφατων και ακριβών δεδομένων για την ανάπτυξη, παρακολούθηση και αξιολόγηση αποτελεσματικών στοχευμένων πολιτικών για τις ειδικές ανάγκες των κοινοτήτων Ρομά<sup>130</sup>.

Διαχρονικά στην Ελλάδα οι περισσότερες μεταδόσεις του ιού αποδίδονται στην σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, κατά κύριο λόγο μεταξύ ανδρών, με εξαίρεση το 2012, περίοδο κατά την οποία υπήρξε έκρηξη επιδημίας HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών.<sup>131</sup> Όπως προκύπτει από την ανάλυση των νέων διαγνώσεων των τελευταίων 10 ετών, η προεξάρχουσα ηλικιακή ομάδα κατά τη διάγνωση είναι αυτή των 30-39 ετών με σταδιακή μείωση του ποσοστού της το 2020.

129

Για την πρόληψη περαιτέρω μολύνσεων, είναι αναγκαία η αποτελεσματικότερη συνεργασία με ευάλωτους πληθυσμούς. Οι Ρομά οι οποίοι ζουν σε οικισμούς με επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης, και οι οποίοι αντιμετωπίζουν τη φτώχεια και τις διακρίσεις ως αποτέλεσμα αλλά και ως αφετηρία του αποκλεισμού τους από την εκπαίδευση, την απασχόληση, την υγεία και τη στέγαση, είναι ένας από τους πληθυσμούς σε κίνδυνο.<sup>81,132</sup>

Παρόλο που η πλειονότητα των διαθέσιμων δημοσιεύσεων σχετικά με τους Ρομά και τα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα έχουν αρκετούς περιορισμούς,<sup>133</sup> όπως δειγματοληψία ευκολίας, μικρό μέγεθος δείγματος, ανεπαρκή προσαρμογή για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες και εστίαση σε συγκεκριμένες υποομάδες (π.χ. φυλακισμένες/οι, άτομα εργαζόμενα στη βιομηχανία του σεξ, έγκυες γυναίκες κλπ.)<sup>134-136</sup>, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι Ρομά μπορεί να έχουν υψηλότερα ποσοστά HBV, HCV και HIV σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.<sup>137-141</sup>

Επιπλέον, η συνύπαρξη διαφόρων παραγόντων κινδύνου για τη μετάδοση των HBV, HCV και HIV μέσα στις κοινότητες των Ρομά, καταδεικνύει τη σημασία της περαιτέρω μελέτης αυτών των λοιμωδών νοσημάτων στον εν λόγω πληθυσμό. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι Ρομά είναι κατά βάση «νεαρός» πληθυσμός σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες (π.χ. στην Ελλάδα, κατά

προσέγγιση το 70% του πληθυσμού τους είναι κάτω των 29 χρόνων <sup>100</sup>), γεγονός το οποίο τους καθιστά, εμμέσως, μια από τις πιο ευάλωτες ομάδες ως προς τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Αναφορικά με τα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας που υλοποιούνται σε κάθε χώρα, φαίνεται να ευνοούνται από αυτά λιγότερο σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, καθώς είτε οι ίδιοι δεν γνωρίζουν την ύπαρξή τους είτε τα προγράμματα αυτά δεν έχουν σχεδιαστεί κατάλληλα ώστε να φτάνουν τις κοινότητές τους. 45-47 Ενδεικτικά, τα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης στον πληθυσμό των Ρομά, συμπεριλαμβανομένου αυτού έναντι της HBV, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες δεν είναι ικανοποιητικά.  
142-144

Σύμφωνα με σημαντικό αριθμό μελετών, παράγοντες κινδύνου οι οποίοι εμφανίζονται συχνότερα στις κοινότητες Ρομά -ανεπαρκής συμμόρφωση σε θεραπείες, τατουάζ, τρύπημα σώματος (body piercing), σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών κ.α.- ενδεχομένως να επηρεάζουν σημαντικά τις πιθανότητες μόλυνσης από τους ιούς της HBV και HCV και της HIV. <sup>79,145-152</sup> Τέλος, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης των Ρομά σχετικά με τα μεταδιδόμενα νοσήματα και την πρόληψή τους <sup>134,149</sup>, γεγονός το οποίο καθυστερεί και δυσχεραίνει την εμπλοκή τους σε δράσεις σχετικά με την πρόληψη και τη διαχείρισή τους.

Η απουσία δεδομένων σχετικά με τον επιπολασμό των λοιμωδών νοσημάτων αναγνωρίζεται παγκοσμίως ως σημαντικό εμπόδιο στην ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης και ελέγχου της εξάπλωσής τους τόσο σε τοπικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο. Τα συστήματα επιτήρησης χαρακτηρίζονται από σοβαρή υποδήλωση, η πιθανότητα της οποίας είναι ιδιαίτερα αυξημένη σε νοσήματα όπως η χρόνια HBV και HCV και η HIV λοίμωξη που χαρακτηρίζονται από μεγάλη ασυμπτωματική περίοδο. Σε ευάλωτους πληθυσμούς με περιορισμένη πρόσβαση στο σύστημα Υγείας, όπως οι Ρομά, το ποσοστό υποδήλωσης αναμένεται να είναι δραματικά υψηλό.

Δεδομένης της έλλειψης έγκυρων στοιχείων σχετικά με την εκτίμηση του νοσολογικού φορτίου (disease burden) των παραπάνω μεταδιδόμενων νοσημάτων, κρίνεται αναγκαία η υλοποίηση μελετών επιπολασμού σε αντιπροσωπευτικά δείγματα του γενικού πληθυσμού και των ευάλωτων πληθυσμών, όπως οι Ρομά. Τέτοιου είδους

μελέτες μπορούν να παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για τον επιπολασμό της HBV, της HCV και της HIV τόσο συνολικά, όσο και ανά ηλικία και φύλο, καθώς και για την ταυτοποίηση παραγόντων αυξημένου κινδύνου μετάδοσης. Τα στοιχεία αυτά είναι απαραίτητα για την υιοθέτηση αποτελεσματικών στρατηγικών θεραπείας και πρόληψης τόσο σε κλινικό όσο και σε επίπεδο δημόσιας υγείας.

## 5.2. Αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας και χρόνια νοσήματα

Η υγεία των Ρομά είναι χειρότερη σε σύγκριση με την υγεία του γενικού πληθυσμού αλλά και άλλων ομάδων εθνοτικών μειονοτήτων, γεγονός το οποίο αποδίδεται ολοένα και περισσότερο στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας (social determinants of health).<sup>132,139</sup> Ενδεικτικά, σύμφωνα με μελέτη που εκπονήθηκε στη Σερβία και τη Βόρεια Μακεδονία το 2012–2013 με 410 συμμετέχουσες Ρομά γυναίκες, οι διαπροσωπικές διακρίσεις και η διαβίωση σε γειτονιά με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο συνδέονται με χαμηλό βάρος γέννησης στους Ρομά.<sup>153</sup>

Αναλυτικότερα, εκτός από υψηλότερο επιπολασμό μεταδιδόμενων νοσημάτων σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό,<sup>140</sup> οι Ρομά φαίνεται να έχουν υψηλότερο επιπολασμό και σε χρόνια νοσήματα, όπως καρδιαγγειακά, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία, νευρολογικά, δερματικά, αναπνευστικά κλπ.<sup>132,139,154–156</sup> Οι Ρομά φαίνεται επίσης να έχουν χειρότερη αυτοαξιολόγηση υγείας σε σχέση με τους μη Ρομά.<sup>154–156</sup> Μάλιστα, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη που στηρίχτηκε σε δεδομένα από έξι χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, οι Ρομά συμμετέχοντες είχαν χειρότερη αυτοαξιολόγηση υγείας σε σχέση με τους γείτονές τους και το γενικό πληθυσμό, ακόμα και έπειτα από διόρθωση ως προς την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο.<sup>157</sup>

Παρόλα αυτά, τα αξιόπιστα ερευνητικά στοιχεία για την υγεία των Ρομά είναι περιορισμένα (βλ. σχετικά [κεφάλαιο 6](#)). Επιπλέον, δεδομένου ότι τα θέματα που έχουν προσελκύσει την προσοχή των ερευνητών υποδηλώνουν εστίαση στις έννοιες της μετάδοσης και του κοινωνικού δαρβινισμού, υποδεικνύοντας μεγαλύτερη ανησυχία για τις ανάγκες υγείας των κυρίαρχων πληθυσμών σε σχέση με αυτές των Ρομά,<sup>137,158</sup>

ορισμένοι ερευνητές υπογραμμίζουν την ανάγκη για περαιτέρω μελέτες για τις μη μεταδοτικές ασθένειες και τους Ρομά.<sup>154,159,160</sup>

Στην Ελλάδα, τα διαθέσιμα στοιχεία για την υγεία των Ρομά είναι επίσης περιορισμένα και κατακερματισμένα, ιδίως όσον αφορά τις μη μεταδοτικές ασθένειες. Εξ όσων γνωρίζουμε, έξι συγχρονικές μελέτες που παρέχουν δεδομένα για την υγεία των Ελλήνων Ρομά από διάφορους νομούς της Ελλάδας (τουλάχιστον τέσσερις διαφορετικούς), έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα.<sup>39,79,98,100,102,103</sup> Ωστόσο, ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι μόνο τα αποτελέσματα μιας εξ αυτών<sup>98</sup> έχουν δημοσιευθεί σε επιστημονικό περιοδικό με κριτές, και μάλιστα είναι η μοναδική που διερευνά την επίδραση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας στην κατάσταση της υγείας των Ρομά.

### **5.3.Χρήση υπηρεσιών υγείας και εμπόδια στην πρόσβασή τους**

Σύμφωνα με το άρθρο 5 της Διεθνούς Σύμβασης για την Κατάργηση κάθε Μορφής Φυλετικών Διακρίσεων, τα κράτη-μέλη πρέπει να λάβουν μέτρα για την απαλοιφή και την απαγόρευση φυλετικών διακρίσεων κάθε μορφής και να εγγυηθούν το δικαίωμα όλων των πολιτών, χωρίς καμία φυλετική ή εθνική διάκριση, στην ισότητα απέναντι στο νόμο σε σχέση με τα οικονομικά, τα κοινωνικά και τα δικαιώματα που έχουν να κάνουν με την κουλτούρα. Η υποχρέωση αυτή εφαρμόζεται ρητά σε σχέση με το δικαίωμα στη δημόσια υγεία, την ιατρική περίθαλψη, την κοινωνική ασφάλιση και τις κοινωνικές υπηρεσίες.<sup>1619</sup> Επιπλέον, στην Ελλάδα, η διασφάλιση των συνθηκών υγείας των Ελλήνων πολιτών αποτελεί υποχρέωση της Πολιτείας. Στο Σύνταγμα, άρθρο 21 παρ. 3, ρητά αναφέρεται ότι: «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».

---

<sup>9</sup> Η Ελλάδα υπέγραψε και επικύρωσε τη Σύμβαση με νομοθετικό διάταγμα (Ν.Δ. 494/1970 ΦΕΚ Α', 77, 3 Απριλίου 1970).

Ωστόσο, οι παραπάνω δεσμεύσεις απέχουν σημαντικά από την πραγματικότητα. Σύμφωνα με μελέτη του 2011 που βασίζεται σε δεδομένα από 12 χώρες και δείγμα 8.735 Ρομά και 4.572 μη Ρομά που ζουν στις ίδιες κοινότητες, οι Ρομά είχαν δύο με τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν ότι τους τελευταίους 12 μήνες είχαν μια ανάγκη υγείας που δεν καλύφθηκε, σε σχέση με τους μη Ρομά που ζούσαν κοντά τους.<sup>162</sup> Μάλιστα, ακόμη και μετά τον έλεγχο για πιθανές διαφορές σε συμβατικά μέτρα πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη (π.χ. γεωγραφική πρόσβαση και ασφάλιση υγείας) δεν φάνηκε να εξαλείφεται η εν λόγω ανισότητα, γεγονός που υποδηλώνει την ανάγκη για λεπτομερείς αξιολογήσεις των φραγμών που υπάρχουν σε κάθε χώρα, εντός και εκτός των συστημάτων υγείας.<sup>162</sup>

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, οι Ρομά βιώνουν συστηματικό αποκλεισμό από την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εξαιτίας της έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης, της απουσίας ιθαγένειας, της έλλειψης προσωπικών εγγράφων, της αδυναμίας κάλυψης των σχετικών εξόδων, της έλλειψης πληροφοριών σχετικά με την πρόσβαση στο σύστημα υγείας, της γεωγραφικής απόστασης από δομές υγείας, των γλωσσικών εμποδίων και διάφορων άλλων λόγων.<sup>142,163-165</sup> Ειδικότερα, στις περισσότερες χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, οι Ρομά είναι πολύ λιγότερο πιθανό να έχουν ασφαλιστική κάλυψη, κενό το οποίο παραμένει ακόμα και μετά τη διόρθωση για τις κοινωνικο-οικονομικές διαφορές μεταξύ Ρομά και μη Ρομά σε πολλές χώρες.<sup>88,166</sup>

Επιπλέον, οι Ρομά αντιμετωπίζουν σχεδόν πάντα άμεσες ή έμμεσες μορφές φυλετικής διάκρισης στην προσπάθειά τους να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και συχνά αντιμετωπίζουν ακόμη και ακραίες μορφές καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Για παράδειγμα, σε χώρες όπως η Βουλγαρία, η Ρουμανία, η Βόρεια Μακεδονία, η Ουγγαρία, κ.α., είναι αρκετές οι καταγραφές περιστατικών οι οποίες σχετίζονται με την κακοποίησή τους από επαγγελματίες υγείας, την εξαναγκαστική στέρωση των γυναικών, την άρνηση βοήθειας σε έκτακτη ανάγκη και θεραπείας τους, καθώς και την απουσία υγειονομικού προσωπικού κατά τη διάρκεια του τοκετού.<sup>142,167-169</sup>

Στην Ελλάδα, πολλοί Ρομά δεν έχουν στην κατοχή τους κρατικά έγγραφα, γεγονός το οποίο αποτελεί τροχοπέδη στη βασική ή και έκτακτη παροχή υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με μελέτη του 2008, περίπου ένας στους δέκα Ρομά δεν ήταν καταχωρημένος σε ληξιαρχείο και δεν είχε ταυτότητα, και 67,2% δεν είχαν ασφάλεια υγείας.<sup>100</sup>

Ωστόσο, σύμφωνα με καταγγελίες, οι δημοτικές αρχές καθώς και οι διοικήσεις των νοσοκομείων και οι κοινωνικές τους υπηρεσίες έχουν υπάρξει, το λιγότερο, απρόθυμες στο να βοηθήσουν τους Ρομά στην απόκτηση τέτοιων εγγράφων.<sup>27,33</sup> Επιπροσθέτως, πολλές φορές η απόσταση από τις δομές υγείας κάνει την πρόσβασή τους σε αυτές πολύ δύσκολη λόγω της περιορισμένης οικονομικής τους δυνατότητας ή/και της απουσίας μέσων μεταφοράς.<sup>100,164</sup>

## 6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΡΟΜΑ

### 6.1.Ορισμός πληθυσμού

Ο ορισμός πληθυσμού είναι μια από τις βασικότερες μεθοδολογικές προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ερευνητές οι οποίοι δουλεύουν για/με τους Ρομά. Αναλυτικότερα, η βιβλιογραφία που επιχειρεί να δώσει απαντήσεις σε αυτό το ερώτημα είναι εκτεταμένη, το ίδιο και οι αντιπαραθέσεις που δημιουργούνται μέσα σε αυτό το πεδίο.<sup>10</sup> Για παράδειγμα, ένας σημαντικός αριθμός μελετητών και ακτιβιστών υποστηρίζουν ότι οι Ρομά σχηματίζουν ένα διασκορπισμένο έθνος χωρίς ιθαγένεια και ενδεχομένως να συμπεριλαμβάνει 9-12 εκατομμύρια ανθρώπους από όλο τον κόσμο, των οποίων η καταγωγή εντοπίζεται, σύμφωνα με γλωσσολογικά στοιχεία, στην Ινδική Υποήπειρο<sup>170,171</sup>. Ειδικότερα, από την πτώση του κομμουνισμού και έπειτα, ο όρος «Ρομά» άρχισε σταδιακά να αποτελεί μια μεγάλη «ομπρέλα» κάτω από την οποία τοποθετήθηκε πλήθος πληθυσμιακών ομάδων όπως *Ρομά, Σίντι/Μανούς, Μπόνας, Ασκάλια, Αιγύπτιοι, Ταξιδιώτες, Γιένις, Καλέ/Τζιτάνος, Ρομανικέλις, Ντομ, Λομ, Ρομ, Αμπντάλ, Κατσίβελοι, Αθίγγανοι, Γύφτοι, Φιραούνης*, κ.α. οι οποίες παράλληλα αναγνωρίστηκαν ως μειονοτικές.<sup>56,172-175</sup>

Ωστόσο, άλλοι μελετητές αμφισβητούν ότι οι Ρομά εμφανίζουν μια τέτοια διασπορά και υποστηρίζουν ότι ορισμένες υποτιθέμενες ομάδες Ρομά, όπως οι κοινότητες Αιγύπτων, Σίντι, Ταξιδιώτες και Τζιτάνο, ούτε ανήκουν ούτε ταυτίζονται με το έθνος των Ρομά.<sup>176,177</sup> Άλλωστε, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που αυτού του είδους η «τιτλοφόρηση» φαίνεται να μη λαμβάνει υπόψη τους αυτοπροσδιορισμούς και τις αντίστοιχες αυτοονομασίες των επί μέρους κοινοτήτων.<sup>76,178</sup> Επιπλέον, κάποιοι

---

<sup>10</sup> Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου δεν είναι η εξαντλητική παράθεση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας επί του θέματος, καθώς κάτι τέτοιο αφενός δεν συμπεριλαμβάνεται στους σκοπούς της μελέτης και αφετέρου είναι αρκετά μεγάλο και ιδιαίτερα απαιτητικό. Ωστόσο, δεδομένης της σημασίας του, γίνεται μια συνοπτική αναφορά στις κυριότερες σχετικές προκλήσεις, η οποία μπορεί να λειτουργήσει ως αφετηρία παραγωγικού προβληματισμού αναφορικά με τις μεθοδολογικές και ηθικές προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ερευνητές σε θέματα Ρομά.



υποστηρίζουν ότι η Ρομά-εικόνα που έχει δημιουργηθεί δε βασίζεται σε ένα πρότυπο μιας εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας αλλά στην κοινωνική θέση των Ρομά, η οποία αποτελεί προϊόν καταπίεσης <sup>77,179</sup> και ότι είναι επιστημονικά ανεύθυνο και πολιτικά παραπλανητικό να αντιμετωπίζονται ως μία τέτοιες ομάδες, διαφορετικές πολιτιστικά, γλωσσικά και εθνοτικά <sup>180</sup>. τέλος, ότι ο καλύτερος τρόπος για να καταλάβουμε ποιοι είναι οι Ρομά, δεν είναι να κάνουμε αναλύσεις γύρω από αυτό το ερώτημα αλλά να επικεντρωθούμε στο «Ποιος καθορίζει ποιος είναι Τσιγγάνος» <sup>2</sup> και να εξετάσουμε αυτούς τους «διάφορους ταξινομητές τους»<sup>181</sup>.

Στην Ελλάδα ο όρος Ρομά άρχισε να υιοθετείται από το 1990 και έπειτα. <sup>27,182</sup> Ωστόσο, η στάση των Ελλήνων Ρομά (κατά κύριο λόγο εκπροσώπων συλλογικών οργάνων και ακτιβιστών Ρομά) απέναντι στην χρήση αυτού του όρου φαίνεται να είναι συγκεχυμένη. Οι Έλληνες Ρομά, ήταν από τους πρώτους που προσπάθησαν να μείνουν έξω από την παραπάνω αφήγηση, προβάλλοντας ως πρωταρχικό στοιχείο της ταυτότητάς τους την ελληνική εθνικότητα και δευτερευόντως την τσιγγάνικη<sup>11</sup>, τονίζοντας παράλληλα ότι δεν αποτελούν μειονότητα της Ελλάδας <sup>183</sup> (για σχετικό απόσπασμα βλ. [φωτογραφία 2](#)) Ωστόσο, σήμερα η αντίστασή τους αυτή φαίνεται να κάμπτεται ολοένα και περισσότερο<sup>12</sup> υπό το βάρος της πολιτικής που ασκείται, των προγραμμάτων που υλοποιούνται από την ΕΕ, τα διάφορα φιλανθρωπικά ιδρύματα και τις ΜΚΟ, και των χρηματοδοτήσεων με τις οποίες αυτά σχετίζονται.

Οι ερευνητές που επικεντρώνονται σε πληθυσμούς Ρομά οφείλουν να είναι ενήμεροι σχετικά με την πολυπλοκότητα του ζητήματος του ορισμού του πληθυσμού, να

---

<sup>11</sup> Στην Ελλάδα ο όρος «Τσιγγάνος» δεν θεωρείται υποτιμητικός, σε αντίθεση με πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

<sup>12</sup> Σύμφωνα με τον Karpalski <sup>174,184</sup>, αναφορικά με τις προσπάθειες κατασκευής/εφεύρεσης μιας παν-Ρομανικής εθνικής ταυτότητας, υπάρχουν δύο ειδών τελετουργίες, της γλωσσολογίας και της μνήμης. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα γλωσσολογικής τελετουργίας στην Ελλάδα είναι η συνεχής αντικατάσταση της λέξης «Τσιγγάνου» με τη λέξη «Ρομά» (π.χ. «Πανελλήνιος Πολιτιστικός Σύλλογος Ελλήνων Τσιγγάνων» σε «Πανελλαδική Συνομοσπονδία Ελλήνων Ρομά», «Εκπαίδευση Τσιγγανοπαίδων» σε «Εκπαίδευση των παιδιών Ρομά», «Εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την κατάρτιση Τσιγγάνων συνδέσμων (mediators)» σε «Ένωση Διαμεσολαβητών Ρομά»). Ένα χαρακτηριστικό τελετουργικό παράδειγμα μνήμης, το οποίο φαίνεται να αποτελεί κομμάτι της ατζέντας της ΕΕ <sup>185,186</sup>, αποτελεί το γεγονός ότι το 2018, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, πραγματοποιήθηκε η επετειακή εκδήλωση για την «Ημέρα Μνήμης του Ολοκαυτώματος των **Ρομά**» με πρωτοβουλία της Πανελλαδικής Συνομοσπονδίας Ελλήνων Ρομά (για σχετικό δελτίο τύπου βλ. εδώ: [https://kis.gr/files/PR\\_ELAN\\_PASSE.pdf](https://kis.gr/files/PR_ELAN_PASSE.pdf)).

αναλαμβάνουν την ευθύνη της υιοθέτησης των όρων που χρησιμοποιούν και να παρέχουν σχετικές διευκρινίσεις επί του ζητήματος.

## **ΑΥΤΟΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΩΝ ΤΣΙΓΓΑΝΩΝ (ΜΑΪΟΣ 2001 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ)**

**Εμείς οι Έλληνες Τσιγγάνοι δηλώνουμε κατηγορηματικά και προς πάσα κατεύθυνση, ότι αποτελούμε ένα άρρηκτα συνδεδεμένο τμήμα του απανταχού Ελληνισμού. Οποιαδήποτε άλλη θεώρηση από οπουδήποτε και αν εκφράζεται ή/και εκπορεύεται, δεν θα μας βρίσκει απλώς διαφωνούντες, αλλά και αντιμέτωπους.**

**Εάν δε ποτέ έστω και υποθετικά τεθεί ερώτημα περί απαλοιφής του ενός εκ των δύο συστατικών όρων της Ταυτότητάς μας για την οποία δηλώνουμε υπερήφανοι, δηλαδή: α)«Έλληνες» - β)«Τσιγγάνοι», δηλώνουμε απερίφραστα, κατηγορηματικά και ομόφωνα, ότι επιλέγουμε την απαλοιφή του όρου «Τσιγγάνοι» και τη διατήρηση μόνου του όρου «Έλληνες».-**

Το παραπάνω κείμενο είναι Ομόφωνο συμπέρασμα, απόφαση και ψήφισμα που λήφθηκε ως απάντηση και αποστασιοποίηση των Ελλήνων Τσιγγάνων σε αυτοπροσδιορισμό Ευρωπαίων Roma ως minority. Στο τριήμερο Συνέδριο της Θεσσαλονίκης εκπροσωπούντο όλοι οι Έλληνες Τσιγγάνοι, ενώ μεταξύ των Συλλόγων που ψήφισαν τον αυτοπροσδιορισμό, είναι και 4 Σύλλογοι Ελλήνων Τσιγγάνων Μουσουλμάνων από τη Θράκη.

**Φωτογραφία 2 Απόσπασμα από ψήφισμα που προέκυψε στο πλαίσιο συνεδρίου στη Θεσσαλονίκη το 2001 σχετικά με τον αυτοπροσδιορισμό των Ελλήνων Τσιγγάνων**

### **6.2.Δειγματοληψία**

Αναφορικά με τη δειγματοληψία, πέρα από την απουσία επαρκούς δειγματοληπτικού πλαισίου, όπως αυτό αναλύθηκε και νωρίτερα (βλ. [κεφάλαιο 3](#) και [υποκεφάλαιο 4.2](#)), γεγονός το οποίο αποτρέπει την λήψη τυχαίου δείγματος, σε ένα σημαντικό αριθμό μελετών τίθενται ζητήματα αντιπροσωπευτικότητας και μεροληψίας.

Αναλυτικότερα, πέρα από το ότι τα δεδομένα τους βασίζονται σε ανέκδοτα/ανεπίσημα στοιχεία ή φτωχά σχεδιασμένες περιγραφικές μελέτες χαμηλής αξιοπιστίας, η δειγματοληψία γίνεται πολλές φορές σε επίπεδο τοπικό ή κοινότητας ή ακόμα και με βάση συγκεκριμένες ομάδες ατόμων (μητρώα δομών υγείας, σωφρονιστικά καταστήματα, απομακρυσμένες κοινότητες κλπ.) με ανεπαρκή μεγέθη δειγμάτων.

<sup>154,156,187</sup> Επιπλέον, είναι σύνηθες φαινόμενο ο τρόπος που ερμηνεύονται από τους ίδιους τους ερευνητές (αλλά και από τα άτομα που χαράσσουν πολιτικές, τα ΜΜΕ

κλπ.) αυτά τα ευρήματα να οδηγεί σε μια γενίκευση των αποτελεσμάτων, η οποία τελικά ανάγεται στο σύνολο αυτού που αποκαλείται πληθυσμός Ρομά, είτε σε εθνικό είτε ακόμα και σε διεθνές επίπεδο.<sup>188</sup>

### 6.3. Αναγνώριση συμμετεχόντων

Ένας σημαντικός αριθμός δημοσιεύσεων κάνει λόγο για τη σημασία της μεθόδου αναγνώρισης των συμμετεχόντων, δηλαδή για το αν τα υποκείμενα της μελέτης θα προκύψουν έπειτα από αυτοπροσδιορισμό (self-identification) ή από προσδιορισμό ταυτότητας από άλλους (external identification), όπως π.χ. από τους ερευνητές, τους ηγέτες της κοινότητας ή τους διαμεσολαβητές. Αναλυτικότερα, η εικόνα που έχουν οι μη Ρομά για τους Ρομά φαίνεται να είναι λίγο πολύ ομοιογενής, στερεότυπη και γεμάτη αρνητικές προκαταλήψεις, ενώ για τους ίδιους τους Ρομά είναι ετερογενής.<sup>77</sup> Λαμβάνοντας υπόψη αυτό, την απροθυμία των Ρομά να «αποκαλύψουν» την εθνική τους ταυτότητα και την συχνή απουσία σε μελέτες τρόπου καταγραφής των πολλαπλών διαστάσεων που μπορεί να έχει μια ταυτότητα, τίθεται ζήτημα από τα δεδομένα που προκύπτουν ποιοι είναι τελικά «αυτοί» που εκπροσωπούνται.

Ειδικότερα, στην περίπτωση του προσδιορισμού της ταυτότητας από άλλους, συμπεριλαμβάνεται ένα μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και κοινωνικά αποκλεισμένων - ανεξάρτητα από το πώς αυτοί οι άνθρωποι θεωρούν τη δική τους εθνική ταυτότητα - απλώς και μόνο επειδή η αντίληψη της κυρίαρχης κοινωνίας για τους Ρομά είναι τέτοια<sup>189</sup>. Μάλιστα, αυτή η κατηγοριοποίηση, η οποία φαίνεται να γίνεται με βάση κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως αυτό της φτώχειας, του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και της διαμονής σε μεγάλα νοικοκυριά, δεν ισχύει για άλλες εθνικές μειονότητες, γεγονός το οποίο υποδηλώνει ότι η αιτιότητα μεταξύ φτώχειας και Ρομά εθνικότητας πρέπει να διερευνηθεί σε μεγαλύτερο βάθος.<sup>190,191</sup> Από την άλλη, τα δεδομένα που συλλέγονται με βάση τον αυτοπροσδιορισμό Ρομά σχετίζονται με σχετικά χαμηλά ποσοστά ανταπόκρισης, με υψηλό ποσοστό συμμετεχόντων που έχουν ισχυρό αίσθημα εθνικής

ταυτότητας και χαμηλό ποσοστό «αφομοιωμένων» (και επομένως μη περιθωριοποιημένων) Ρομά. <sup>189</sup>

Αναφορικά με την καταλληλότερη μέθοδο αναγνώρισης συμμετεχόντων, οι Bernat & Messing προτείνουν ότι σε περίπτωση που ο στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση μηχανισμών και συνεπειών του στιγματισμού, της διάκρισης και του αποκλεισμού, ο προσδιορισμός της ταυτότητας από άλλους είναι θεμιτός, ενώ σε περίπτωση που ο στόχος είναι η μελέτη των συνθηκών διαβίωσης στις κοινότητές τους, των απόψεών τους, των στάσεών τους κλπ. τότε ο αυτοπροσδιορισμός φαίνεται να είναι καταλληλότερος <sup>192</sup>. Από την άλλη, οι Janka et al., αν και αναφέρουν παρόμοια συμπεράσματα, καταλήγουν ότι στην πραγματικότητα ο προσδιορισμός της ταυτότητας από άλλους δεν μπορεί να αυξήσει σημαντικά τη χρησιμότητα μιας έρευνας, καθώς οι διαφορές μεταξύ των Ρομά και των μη Ρομά είναι πολύ μεγαλύτερες από τις όποιες διαφορές προκύπτουν μεταξύ των Ρομά, ανεξάρτητα από το ποια από τις δύο διαφορετικές προσεγγίσεις (προσδιορισμός της ταυτότητας από άλλους ή αυτοπροσδιορισμός) χρησιμοποιούνται. <sup>193</sup>

Τέλος, μια τρίτη προσέγγιση του ζητήματος είναι αυτή που υποστηρίζει πως καμία από τις δύο προσεγγίσεις δεν μπορεί να είναι ιδανική, καθώς αντανakλούν μέρος μόνο της πολύπλοκης πραγματικότητας. <sup>73,194</sup> Έτσι, αντί αυτών, προτείνουν την εξαρχής αποδοχή της «ρευστής ταυτότητας» των Ρομά και της μη αντιπροσωπευτικότητας των δεδομένων (καθώς είναι αδύνατο να προσεγγιστούν όλοι οι Ρομά σε μια μελέτη, είτε αποκλεισμένοι είτε όχι) και την επικέντρωση σε πληθυσμούς Ρομά που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη υποστήριξης. Ειδικότερα, θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα σε περιοχές/κοινότητες όπου οι Ρομά φαίνεται να υπερεκπροσωπούνται και παράλληλα υπάρχει κίνδυνος περιθωριοποίησης, καθώς στην πραγματικότητα αυτόν τον πληθυσμό αφορούν οι προσπάθειες ένταξης και χρηματοδότησης, ενώ ταυτόχρονα αυτό θα πρέπει να διευκρινίζεται ρητά. <sup>73,180</sup> Ακόμα, βοηθητική μπορεί να είναι η δυνατότητα καταγραφής της όποιας πολυδιάστατης ταυτότητας μπορεί να έχουν οι συμμετέχοντες. <sup>189</sup>

#### 6.4.Συλλογή χρήσιμων δεδομένων και συγκρίσιμων δεικτών

Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενα κεφάλαια, υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός περιορισμών σχετικά με τα δεδομένα που αφορούν τους Ρομά στην Ευρώπη, όπως για παράδειγμα ότι είτε δεν υπάρχουν, είτε δεν είναι επικαιροποιημένα, είτε είναι ελλιπή, είτε είναι αναξιόπιστα, είτε αφορούν συγκεκριμένες κοινότητες κλπ.<sup>78,156</sup> Επιπλέον, τα δεδομένα αυτά στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι συγκρίσιμα μεταξύ διαφορετικών χωρών και μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών (π.χ. γενικός πληθυσμός και άλλες μειονοτικές ομάδες).<sup>142,180</sup> Ακόμα, σε αρκετές περιπτώσεις οι δείκτες που χρησιμοποιούνται δεν είναι σαφείς και διαφανείς και δεν είναι κατασκευασμένοι με τρόπο ώστε να αντικατοπτρίζουν τις πραγματικές προκλήσεις στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνονται οι πολιτικές.<sup>82,189</sup> Τέλος, υπάρχει μεγάλη ανάγκη για δείκτες που θα βοηθούν στην παρακολούθηση και την αξιολόγηση των εφαρμοζόμενων πολιτικών.<sup>78</sup>

#### 6.5.Επιστημική βία, «δύσκολα προσεγγίσιμος πληθυσμός» και παραγωγή γνώσης

Ο τομέας της υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όσον αφορά την επιστημική βία<sup>13</sup><sup>197</sup> η οποία έχει ασκηθεί και συνεχίζει να ασκείται στους Ρομά, ως τομέας διακυβέρνησης (governmentality) που περιλαμβάνει όχι μόνο την κατασκευή της ταυτότητάς τους αλλά και ένα ευρύ φάσμα τεχνικών ελέγχου, όπως η βιοπολιτική<sup>14</sup><sup>198</sup>. Συνοπτικά γίνεται αναφορά στο ρόλο που έχει διαδραματίσει στην εφαρμογή των

---

<sup>13</sup> Η Ινδή μεταποικιακή θεωρητικός Gayatri Chajravorty Spivak, στο διάσημο δοκίμιό της «Μπορούν οι υποτελείς να ομιλούν;» (1988), χτίζοντας πάνω στον όρο «συμβολική βία» του Bourdieu<sup>195,196</sup>, ήταν η πρώτη που ανέπτυξε τον όρο «επιστημική βία», ο οποίος αναφέρεται στις πρακτικές αποικιακής γνώσης που έχουν εφαρμοστεί σε χώρες του «τρίτου κόσμου». Πιο συγκεκριμένα, η Spivak χρησιμοποιεί τον όρο «επιστημική βία» σε σχέση με τη γνώση που έχει παραχθεί από διάφορα έργα στη λογοτεχνία, την ιστορία και τον πολιτισμό, μέσω των οποίων τα υποκείμενα της αποικίας έχουν συγκροτηθεί ως «Άλλοι».

<sup>14</sup> Σύμφωνα με τον Foucault, ένα από τα εργαλεία της κυβερνητικότητας είναι η βιοπολιτική, έννοια την οποία συσχετίζει με στρατηγικές ρύθμισης του πληθυσμού με σκοπό την αντιμετώπιση ανυπέρβλητων προβλημάτων, όπως «υγεία, υγιεινή, γεννήσεις, προσδόκιμο ζωής, φυλή».

βιοπολιτικών μεθόδων της ευγονικής και των τεχνικών ελέγχου του πληθυσμού, όπως για παράδειγμα: στις στειρώσεις Ρομά γυναικών χωρίς τη συγκατάθεσή τους <sup>168,199,200</sup>. στις έρευνες<sup>15</sup> που χρησιμοποιήθηκαν για να δικαιολογήσουν τη δουλεία, τον ιμπεριαλισμό, την αντιμεταναστευτική πολιτική και το κοινωνικό status quo. <sup>201</sup> στην παραγωγή γνώσης μέσω των μελετών οι οποίες συμβάλλουν στην ομογενοποίησή τους και την ενίσχυση των στερεοτύπων που τους έχουν αποδοθεί κάτω από την ομπρέλα του όρου Ρομά, μη λαμβάνοντας πολλές φορές υπόψη τις διαφορές τους σε εθνικότητα, κοινωνική τάξη, εκπαιδευτικό επίπεδο και συνθήκες διαβίωσης <sup>181,202,203</sup> (βλ. σχετικά παραδείγματα <sup>139,204,205</sup>. στην απόδοση ευθύνης για την κατάσταση της υγείας τους σε πολιτισμικά χαρακτηριστικά τους, προσδίδοντας κατ' αυτό τον τρόπο στατικό χαρακτήρα στην έννοια του πολιτισμού και αγνοώντας παράλληλα κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές διαστάσεις που σχετίζονται με αυτό το θέμα (βλ. σχετικά παραδείγματα <sup>206-208</sup>. στη σύνδεση των Ρομά με την έννοια του κινδύνου και της απειλής, μέσω της έμφασης στα μεταδιδόμενα νοσήματα που δίνεται στη βιβλιογραφία <sup>137,158</sup>. στην προβολή τους ως «πρόβλημα», που απαιτεί στοχευμένη παρέμβαση <sup>56</sup>. τέλος, στις ηθικά αμφίβολες και πολλές φορές επικίνδυνες πρακτικές συλλογής, διαμοιρασμού και ανάλυσης γενετικού υλικού των Ρομά από επιστήμονες οι οποίοι τους προσεγγίζουν ως «ειδική ομάδα» που χρήζει επισταμένης μελέτης <sup>181,187</sup>.

Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες πληθαίνει όλο και περισσότερο η ακαδημαϊκή βιβλιογραφία που προσεγγίζει με κριτική ματιά τα παραπάνω ζητήματα και ταυτόχρονα διερευνά πιο συμμετοχικές και ισότιμες διαδικασίες παραγωγής γνώσης. Αναλυτικότερα, ερευνητές της κριτικής θεωρίας αποδομούν πλέον την έννοια του «δύσκολα προσεγγίσιμου πληθυσμού», η οποία χρησιμοποιείται εδώ και χρόνια για τους Ρομά, επισημαίνοντας ότι στην πραγματικότητα η χρήση της κατά κύριο λόγο αντικατοπτρίζει την έλλειψη γνώσης εκ μέρους των ερευνητών σχετικά με το ποιος θα πραγματοποιήσει επικοινωνία με ποιον και με ποιο τρόπο, παρά μια αντικειμενική δυσκολία προσέγγισης των Ρομά. <sup>209</sup>

---

<sup>15</sup> Π.χ. έρευνες οι οποίες κατέταξαν τις φυλές με βάση τη «βιολογική και κοινωνική τους αξία», χρησιμοποιώντας μετρήσεις του μεγέθους και του σχήματος του κεφαλιού και του περιεχομένου του εγκεφάλου για τη μέτρηση της νοημοσύνης. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι βορειοευρωπαϊκές ομάδες ήταν πάντα στην κορυφή αυτών των κατατάξεων. <sup>201</sup>

Μάλιστα, η προτεινόμενη βέλτιστη πρακτική συνεργασίας με Ρομά διαμεσολαβητές, των οποίων στόχος είναι η διασύνδεση της ομάδας που εκπροσωπούν με την κοινωνία στην οποία επιχειρείται η ένταξή της <sup>210-212</sup>, εγείρει πλέον σημαντικά ζητήματα. Ειδικότερα, αν και η συνεργασία με Ρομά διαμεσολαβητές προσδίδει σημαντικά οφέλη στις κοινότητες (όπως βελτίωση πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, αύξηση των προληπτικών εξετάσεων και παιδιατρικών εμβολιασμών, κτλ.) <sup>213</sup>, ο σχεδιασμός των προγραμμάτων για Ρομά διαμεσολαβητές υγείας δεν λαμβάνει πάντα υπόψη την ανάγκη διευθέτησης των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, στους οποίους υποκρύπτονται τα βαθύτερα αίτια των ανισοτήτων στην υγεία. <sup>214</sup> Επιπλέον, οι τρόποι με τους οποίους υλοποιούνται τα εν λόγω προγράμματα, στην πραγματικότητα, παρέχουν ενδείξεις για την προσομοίωση του θεσμού των Ρομά διαμεσολαβητών υγείας με ένα νεοαποικιακό μέσο εφαρμογής και εγκαθίδρυσης νεοφιλελεύθερων πολιτικών, το οποίο αναστέλλει αγώνες που έχουν σκοπό να επιφέρουν διαρθρωτικές αλλαγές σε κοινωνικό, οικονομικό, φυλετικό και έμφυλο επίπεδο. <sup>215-218</sup>

Οι κριτικοί ερευνητές αναδεικνύουν επίσης το πώς οι ίδιοι οι Ρομά αισθάνονται ως ερευνητικά υποκείμενα, κάνοντας λόγο για αυτό που ο Robinson <sup>219</sup> έχει περιγράψει ως «ερευνητική κόπωση» και για την απογοήτευσή τους επειδή στην πραγματικότητα οι μελέτες που εκπονούνται δεν φαίνεται ούτε να αλλάζουν ιδιαίτερα τις συνθήκες διαβίωσής τους αλλά ούτε και να εστιάζουν στα καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν. <sup>38,213</sup> Ακόμα, κάνουν λόγο αφενός για τη σημασία της πολιτισμικής κατανόησης, του σεβασμού και του ειλικρινούς ενδιαφέροντος το οποίο πρέπει να επιδείξουν οι ερευνητές απέναντι στις κοινότητες που προσεγγίζουν και αφετέρου για την αναγκαιότητα της εμπλοκής των ερευνητών με τις υπό μελέτη κοινότητες και της συμμετοχής της ίδιας της κοινότητας στο σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των προγραμμάτων που τους αφορούν. <sup>220-222</sup>

Τέλος, κάνουν ιδιαίτερη αναφορά στην ευθύνη που έχουν οι ερευνητές να κατανοήσουν την έννοια και την ουσία του δομικού ρατσισμού (structural racism), τις ιστορικές του ρίζες, τις επιπτώσεις του στις ανισότητες στην υγεία και τις δυνάμεις εξουσίας που αναπτύσσονται με την είσοδο των «λευκών σωτήρων» σε κοινότητες Ρομά. <sup>223-226</sup> Πρέπει επίσης να γίνει κατανοητό από τους ερευνητές ότι δεν μπορούν να έχουν την πολυτέλεια να δρουν χωρίς πολιτική σκέψη. <sup>223,227</sup> Η διεπιστημονική συνεργασία <sup>228</sup>, η κριτική και αναστοχαστική θεωρία <sup>229-231</sup>, η συμμετοχική έρευνα-

δράση (Participatory Action-Research) <sup>229,232,233</sup> και η διαλογική δημιουργία επιστημονικής γνώσης <sup>234</sup> φαίνεται να αποτελούν μερικά από τα ουσιαστικότερα στοιχεία προς αυτή την κατεύθυνση.

## **6.6.Μεθοδολογικοί περιορισμοί μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα**

Όπως αναφέρθηκε και στο [υποκεφάλαιο 4.1](#), εξ όσων γνωρίζουμε, οι μεγαλύτερες μελέτες που έχουν εκπονηθεί για/με τους Ρομά στην Ελλάδα μέχρι σήμερα, για τις οποίες μπορούμε να αντλήσουμε πληροφορίες από σχετικές εκθέσεις, είναι έξι. Στον [πίνακα 6.1](#) γίνεται προσπάθεια μιας σύντομης παρουσίασης και σύγκρισης των μεθοδολογιών τους, όπως αυτές περιγράφονται στις σχετικές εκθέσεις των φορέων υλοποίησης. Με βάση αυτή τη συλλογή και σύγκριση πληροφοριών αλλά και την κριτική προσέγγιση τους, παρατίθενται στη συνέχεια μερικές παρατηρήσεις.

Αναλυτικότερα, όλες οι μελέτες προσεγγίζουν την καταγραφή της κατάστασης των Ρομά όχι ως διακριτής πληθυσμιακής ομάδας, αλλά μέσω των χώρων διαμονής τους. Επιπλέον, με εξαίρεση τις δύο μελέτες του FRA, η αναγνώριση των συμμετεχόντων γίνεται μέσω του προσδιορισμού της Ρομά ταυτότητας από άλλους (FRA πιλοτική: σιωπηρή επιβεβαίωση και FRA EU-MIDIS II: ρητή επιβεβαίωση). Συνεπώς, γίνεται ξεκάθαρο πως τα δεδομένα που προκύπτουν για την Ελλάδα από αυτές τις μελέτες, αφορούν το κομμάτι του πληθυσμού των Ρομά οι οποίοι ζουν σε διακριτούς χώρους διαμονής και σε καμία περίπτωση το σύνολο αυτού που θα μπορούσε κάποιος να ορίσει ως πληθυσμιακή ομάδα των Ρομά.

Ωστόσο, αυτό το γεγονός δεν είναι πάντα ξεκάθαρο στις περιγραφές αυτών των εκθέσεων. Ως αποτέλεσμα, η όποια αναφορά σε Ρομά φαίνεται να είναι συνυφασμένη στο δημόσιο διάλογο με τις πληθυσμιακές ομάδες που διαβιούν σε δυσμενείς οικιστικές συνθήκες και που αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα και μόνο, αφήνοντας έξω από τη συζήτηση όλους τους Ρομά οι οποίοι μπορεί να έχουν ενσωματωθεί σε σημαντικό βαθμό στην κυρίαρχη, μη μειονοτική, κοινωνία της Ελλάδας. Με αυτό τον τρόπο, διαιωνίζεται ο στιγματισμός των Ρομά, καθώς η όποια «πρόοδος» ενσωμάτωσης



μπορεί να λαμβάνει χώρα, δε φαίνεται να καταγράφεται, αλλά αντίθετα, το «ζήτημα» των Ρομά στην Ελλάδα περιορίζεται κατά κύριο λόγο στην υποτιθέμενη αδυναμία ενσωμάτωσης.

Αναφορικά με τα δειγματοληπτικά πλαίσια του πληθυσμού των Ρομά στην Ελλάδα, πάνω στα οποία βασίζονται όλες οι μελέτες, παρά τις όποιες φιλότιμες προσπάθειες έχουν γίνει μέχρι και σήμερα για την όσο δυνατόν καλύτερη καταγραφή του πληθυσμού των εν λόγω χώρων διαμονής, είναι δεδομένο ότι έχουν σημαντικούς περιορισμούς (για περισσότερες πληροφορίες βλ [υποκεφάλαιο 4.2](#)). Ως αποτέλεσμα, θα πρέπει να είναι ξεκάθαρο ότι τα συμπεράσματα που προκύπτουν από κάθε μελέτη, ενέχουν αρκετά περιθώρια σφάλματος.<sup>16</sup>

Σε συνέχεια της παραπάνω προβληματικής, αρκετά ερωτήματα μπορούν να τεθούν σχετικά με τις δειγματοληπτικές μεθόδους που αναφέρονται ότι εφαρμόστηκαν σε κάθε περίπτωση. Για παράδειγμα, στη μελέτη του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων<sup>99</sup> αναφέρεται ότι το δείγμα ήταν τυχαίο, χωρίς όμως να δίνονται παραπάνω πληροφορίες για το πώς εφαρμόστηκε η τυχαία δειγματοληψία, και στη FRA EU-MIDIS II<sup>103</sup> η εκτίμηση πληθυσμού Ρομά στην Ελλάδα, στην οποία βασίστηκαν, ήταν 62.920, αριθμός ο οποίος είναι αρκετά μικρός.

Αν και σε όλες τις μελέτες γίνεται προσπάθεια για όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα των αποτελεσμάτων με βάση τον καθορισμό συγκεκριμένων κριτηρίων (όπως περιφερειακή κατανομή, τύπος και είδος εγκατάστασης κλπ.) ενδεχομένως αυτό να μην είναι πάντα αποτελεσματικό. Για παράδειγμα, στη μελέτη FRA EU-MIDIS II,<sup>103</sup> οι οικισμοί που επιλέχθηκαν ανήκουν στις περιφέρειες της Αττικής, της Δυτικής Ελλάδας, της Κεντρικής Μακεδονίας και της Θεσσαλίας, αφήνοντας έτσι εκτός περιφέρειες, όπως αυτή της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, με ομάδες Ρομά που ενδέχεται να διαφέρουν σημαντικά (π.χ. Μουσουλμάνοι Ρομά). Επίσης, στις περισσότερες από τις μελέτες, δεν είναι ξεκάθαρο εάν στο δείγμα

---

<sup>16</sup> Για παράδειγμα, σύμφωνα με το δειγματοληπτικό πλαίσιο που προέκυψε από τη μελέτη ΕΥΣΕΚΤ και στο οποίο βασίστηκαν αρκετές μετέπειτα μελέτες, η περιοχή της Αττικής δεν εντάχθηκε στις περιφέρειες με τη μεγαλύτερη πληθυσμιακή συγκέντρωση Ρομά, σε αντίθεση με τα δεδομένα που προέκυπταν από τις προηγούμενες χαρτογραφήσεις. Το γεγονός αυτό οφείλεται αποκλειστικά στις ελλείψεις της καταγραφής, καθώς απουσίαζαν σημαντικοί χώροι διαμονής, όπως αυτοί της Δυτικής Αττικής (Μέγαρα, Ασπρόπυργος, Ελευσίνα κλπ.) για τους οποίους δεν συμπληρώθηκαν δελτία καταγραφής, παρά τις προσπάθειες της ομάδας μελέτης.<sup>100</sup>

τους συμπεριλαμβάνονται Ρομά που μπορεί να μετανάστευσαν τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα και οι οποίοι μπορεί να διαφέρουν σημαντικά από το μέσο όρο των Ρομά που γεννήθηκαν ή και που οι πρόγονοί τους διαμένουν πάρα πολλά χρόνια στην Ελλάδα. Έτσι, και στις δύο περιπτώσεις, δεν είναι ξεκάθαρο ποιες ομάδες Ρομά αντιπροσωπεύονται στη μελέτη, ενώ ταυτόχρονα ενέχεται ο κίνδυνος της «απώλειας» ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που μπορεί να έχουν διάφορες υποομάδες των Ρομά μέσα σε αυτό που συνήθως ονομάζεται «αντιπροσωπευτικό δείγμα».

Σημαντικό κρίνεται επίσης το γεγονός ότι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων, στις περισσότερες περιπτώσεις, δε γίνεται στο επίπεδο των ερωτηθέντων, αλλά στο επίπεδο των μελών του νοικοκυριού. Έτσι, δεδομένου ότι στην πραγματικότητα ένα άτομο καλείται να δώσει απαντήσεις για τα υπόλοιπα μέλη του νοικοκυριού, μειώνεται σημαντικά η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Αντίστοιχα, έχει σημασία να διασαφηνιστεί ότι τα δεδομένα που υπάρχουν για τους ανήλικους Ρομά προκύπτουν από τις απαντήσεις που έδωσαν οι κηδεμόνες τους αντί για τους ίδιους.

Δεδομένου ότι οι μεθοδολογίες των μελετών διαφέρουν σημαντικά, δεν είναι εφικτή η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ τους, η οποία ενδεχομένως θα επέτρεπε την εξαγωγή συμπερασμάτων για τις αλλαγές της κατάστασης των Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα με το πέρασμα των ετών. Ακόμα, μόνο η μελέτη FRA EU-MIDIS II <sup>103</sup> συνέλεξε ταυτόχρονα δεδομένα από άλλη μη Ρομά κοινωνική ομάδα, ώστε να μπορεί να υπάρχει κάποια βάση σύγκρισης, και μόνο τρεις μελέτες <sup>79,102,103</sup> επιτρέπουν τη σύγκριση δεδομένων μεταξύ διαφορετικών χωρών. Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι τα αποτελέσματα αυτών των μελετών δε δημοσιεύτηκαν ποτέ σε επιστημονικό περιοδικό με κριτές.

**Πίνακας 6.1 Μελέτες για τους Ρομά στην Ελλάδα που έχουν εκπονηθεί σε εθνικό επίπεδο: παρουσίαση και σύγκριση αναφερόμενων μεθοδολογικών χαρακτηριστικών**

Μελέτη (έτος υλοποίησης)	Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (1997-1998) <sup>17 99</sup>	Δίκτυο Ρομ (2000) <sup>39</sup>	ΕΥΣΕΚΤ (2008) <sup>100</sup>	Εύξεινη Πόλη - Gitano (2008) <sup>79</sup>	FRA πιλοτική <sup>102</sup> (2011)	FRA EU-MIDIS II (2015-2016) <sup>103</sup>
<b>Ομάδα στόχος</b>	Δήμοι και κοινότητες νομών στους οποίους συγκεντρώνεται μεγάλος και αντιπροσωπευτικός αριθμός Τσιγγάνων	Ρομά που ζουν σε μόνιμους και προσωρινούς οικισμούς Ρομά όλων των τύπων (σπίτια, μικτούς, παράγκες κλπ.)	Ρομά που ζουν σε αναγνωρίσιμους χώρους, μόνιμους ή εποχικούς, διαμονής πληθυσμιακών ομάδων οι οποίες, στη συνείδηση της τοπικής κοινωνίας ή/και των φορέων που πραγματοποίησαν την καταγραφή, έχουν πολιτογραφηθεί ως Τσιγγάνοι	Νοικοκυριά Ελλήνων Ρομά πολιτών, οι οποίοι διαβιούν στην Ελληνική επικράτεια σε οικισμούς ανεξαρτήτως τυπολογίας και θρησκευματος, σε σαφώς οριοθετημένους χώρους, μη διάσπαρτους στον αστικό ιστό.	Ρομά που ζουν σε περιοχές όπου η συγκέντρωσή τους είναι επαρκής - πάνω από τον εθνικό μέσο όρο. Μη Ρομά που ζουν σε νοικοκυριά σε κοντινή απόσταση από τους συμμετέχοντες Ρομά χωρίς κανένα αναγνωρισμένο μέλος Ρομά.	Ρομά που ζουν σε περιοχές όπου η συγκέντρωσή τους είναι επαρκής - πάνω από τον εθνικό μέσο όρο.
<b>Αναγνώριση συμμετεχόντων / προσδιορισμός «ταυτότητας» Ρομά</b>	Προσδιορισμός της ταυτότητας από άλλους (external identification)		Αυτοπροσδιορισμός συμμετεχόντων με σιωπηρή επιβεβαίωση (self-identification with implicit confirmation)		Αυτοπροσδιορισμός συμμετεχόντων με ρητή επιβεβαίωση (self-identification with explicit confirmation)	
<b>Πλαίσιο δείγματος /</b>	Χαρτογράφηση Τσιγγάνικου	Μελέτη Σχεδίου Προγράμματος	Μελέτη ΕΥΣΕΚΤ <sup>100</sup>		Πληροφορίες από Δήμους, εκπροσώπους	FRA πιλοτική έρευνα για τους Ρομά 2011 <sup>102</sup>

<sup>17</sup> Είναι η μοναδική από τις έξι μελέτες που δεν παρέχει δεδομένα σχετικά με την υγεία των Ρομά.

Μελέτη (έτος υλοποίησης)	Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (1997-1998) <sup>17 99</sup>	Δίκτυο Ρομ (2000) <sup>39</sup>	ΕΥΣΕΚΤ (2008) <sup>100</sup>	Εύξεινη Πόλη - Gitano (2008) <sup>79</sup>	FRA πιλοτική (2011) <sup>102</sup>	FRA EU-MIDIS II (2015-2016) <sup>103</sup>
<b>πηγή δεδομένων που χρησιμοποιούνται για δειγματοληψία</b>	πληθυσμού Γενικής Γραμματείας Λαϊκής Επιμόρφωσης, 1996 <sup>18</sup>	για την Αντιμετώπιση των Άμεσων Οικιστικών Προβλημάτων των Ελλήνων Τσιγγάνων, 1999 (ΔΕΠΟΣ ΑΕ) <sup>38</sup> , Χαρτογράφηση Τσιγγάνικου πληθυσμού, Γ.Γ.Λ.Ε., 1996 και όσα νεότερα στοιχεία ήταν διαθέσιμα			Ρομά, Γραφεία Ρομά, Στατιστικές Υπηρεσίες Νομών, Κέντρα Εξυπηρέτησης Πολιτών, ΙΑΚ Ξάνθης, Κοινωνικές Υπηρεσίες Δήμων	και ειδικές γνώσεις των τοπικών ΜΚΟ Ρομά
<b>Δειγματοληπτική μέθοδος</b>	Τυχαία δειγματοληψία (ελλιπής περιγραφή)	Μη τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία κρίσης	Μη τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία κρίσης	Μη τυχαία δειγματοληψία κρίσης ποσοστάσεων	Τυχαία δειγματοληψία πολλαπλών σταδίων	Έμμεση πολυσταδιακή στρωματοποιημένη (μέθοδος που ακολουθήθηκε στην Ελλάδα)
<b>Προσπάθεια για αντιπροσωπευτικότητα</b>	- περιφερειακή κατανομή (10 νομοί), - τύπος εγκατάστασης	- περιφερειακή κατανομή (59 οικισμοί / 13 νομούς),	- περιφερειακή κατανομή (20 οικισμοί / 7 νομούς) και	- περιφερειακή κατανομή (31 οικισμοί / 6 νομούς), - τύπος οικισμού (α. αμιγής-παράγκες (με	- περιφερειακή κατανομή (όλοι οι δήμοι με κοινότητες Ρομά όπως	- περιφερειακή κατανομή (4 περιφέρειες)

<sup>18</sup> Στοιχεία σχετικά με αυτή την χαρτογράφηση μπορούν να βρεθούν στην έκθεση ΔΕΠΟΣ ΑΕ <sup>38</sup>.

Μελέτη (έτος υλοποίησης)	Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (1997-1998) <sup>17 99</sup>	Δίκτυο Ρομ (2000) <sup>39</sup>	ΕΥΣΕΚΤ (2008) <sup>100</sup>	Εύξεινη Πόλη - Gitano (2008) <sup>79</sup>	FRA πιλοτική (2011) <sup>102</sup>	FRA EU-MIDIS II (2015-2016) <sup>103</sup>
<b>λαμβάνοντας υπόψη</b>	κατοικίας (μόνιμοι σε σπίτια και σε καταυλισμούς, ημιεγκατεστημένο ι, διερχόμενοι) - επίπεδο αστικοποίησης (αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές) - περιοχές που: α) αποτελούν σημεία αναφοράς εγκατάστασης Τσιγγάνων και έχουν πολυετή παράδοση στη διαμονή τους, β) μπορεί να μην συγκεντρώνουν ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό Τσιγγάνων, αλλά είτε δεν έχουν ερευνηθεί μέχρι σήμερα είτε οι ιστορικές αναφορές στην	- τύπος οικισμού (σπίτια, καλύβες κλπ.), - τύπος εγκατάστασης κατοικίας (μόνιμη ή προσωρινή) - επίπεδο αστικοποίησης (αστικό, επαρχιακό κλπ.)	- τύπος οικισμού σε γειτονίες Ρομά (α. με σπίτια, β. μικτοί, γ. με παράγκες και δ. νέο είδος οικισμών Ρομά)	μόνιμη ή εποχική χρήση), β. μικτός-ανάμειξη σπιτιών με παράγκες με μόνιμη, συνήθως, χρήση, γ. γειτονιά-κυρίως σπίτια, με μόνιμη χρήση, συχνά σε υποβαθμισμένες περιοχές του αστικού ιστού), δ. συμβατικές κατοικίες ή διαμερίσματα ή λυόμενα, σε οριοθετημένη περιοχή ή διάσπαρτα στον κύριο αστικό ιστό) - δημογραφικά χαρακτηριστικά των Ρομά που κατοικούν στους επιλεγμένους οικισμούς.	προσδιορίζονται στην έρευνα των δήμων). - επίπεδο αστικοποίησης (αστικό, επαρχιακό κλπ.). - ποικιλομορφία των ομάδων Ρομά όσον αφορά το μέγεθος της κοινότητας	- επίπεδο αστικοποίησης (αστικό, επαρχιακό κλπ.).

Μελέτη (έτος υλοποίησης)	Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (1997-1998) <sup>17 99</sup>	Δίκτυο Ρομ (2000) <sup>39</sup>	ΕΥΣΕΚΤ (2008) <sup>100</sup>	Εύξεινη Πόλη - Gitano (2008) <sup>79</sup>	FRA πιλοτική (2011) <sup>102</sup>	FRA EU-MIDIS II (2015-2016) <sup>103</sup>
	ύπαρξη τους χρονολογούνται από πολύ παλιά, γ) διαμένουν Μουσουλμάνοι Τσιγγάνοι					
Μέγεθος δείγματος (αριθμός συμμετεχόντων και κατ' εκτίμηση αριθμός μελών των νοικοκυριών)	339 Ρομά συμμετέχοντες (δεν διευκρινίζεται σε πόσα μέλη νοικοκυριού αντιστοιχούν)	698 Ρομά συμμετέχοντες 4.086 μέλη νοικοκυριού	276 Ρομά συμμετέχοντες 1.464 μέλη νοικοκυριού	641 <sup>19</sup> Ρομά συμμετέχοντες 3.485 μέλη νοικοκυριού	1.102 Ρομά και 500 μη-Ρομά συμμετέχοντες 5.449 Ρομά και 1.369 μη-Ρομά μέλη νοικοκυριού	508 Ρομά συμμετέχοντες 2.719 μέλη νοικοκυριού
Παρουσίαση αποτελεσμάτων με βάση <sup>20</sup>	Επίπεδο μελών νοικοκυριού	Επίπεδο μελών νοικοκυριού (εξαιρείται η ενότητα της εκπαίδευσης)	Επίπεδο μελών νοικοκυριού	Επίπεδο ερωτηθέντων (κυρίως) και επίπεδο μελών νοικοκυριού (δευτερευόντως)	Επίπεδο μελών νοικοκυριού (κυρίως)	Δεν είναι πάντα ξεκάθαρο
Αποτελέσματα που ελήφθησαν για	0 και άνω					

<sup>19</sup> 426 ενήλικες που απάντησαν άμεσα και 215 ανήλικοι που απάντησαν έμμεσα μέσω ενός ενήλικα που ήταν υπεύθυνος για αυτούς

<sup>20</sup> Επίπεδο ερωτηθέντων: πληροφορίες που παρέχονται από τους ερωτώμενους μόνο για τους εαυτούς τους και το νοικοκυριό τους (ένα άτομο ανά νοικοκυριό). Επίπεδο μελών νοικοκυριού: πληροφορίες που παρέχονται από τους ερωτώμενους για όλα τα μέλη που ζουν στο νοικοκυριό (όλα τα άτομα ανά νοικοκυριό).

Μελέτη (έτος υλοποίησης)	Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (1997-1998) <sup>17 99</sup>	Δίκτυο Ρομ (2000) <sup>39</sup>	ΕΥΣΕΚΤ (2008) <sup>100</sup>	Εύξεινη Πόλη - Gitano (2008) <sup>79</sup>	FRA πιλοτική (2011) <sup>102</sup>	FRA EU-MIDIS II (2015-2016) <sup>103</sup>
συμμετέχοντες ηλικίας (ετών)						
Σύγκριση με άλλες ομάδες στην Ελλάδα	Όχι				Ο γενικός πληθυσμός που ζούσε σε γειτνίαση με τους συμμετέχοντες Ρομά.	Όχι
Σύγκριση με άλλες χώρες	Όχι			Βουλγαρία, Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία και Τσεχία	Βουλγαρία, Τσεχία, Ισπανία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία Ουγγαρία, Γαλλία, Ιταλία, Πολωνία	Βουλγαρία, Τσεχία, Ισπανία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία, Ουγγαρία, Κροατία

**ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## 7. Η ΜΕΛΕΤΗ HPROLIPSIS

Η μελέτη [Hprolipsis](#) διεξήχθη από την *Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών* σε συνεργασία με τις άλλες Ιατρικές Σχολές της Ελλάδας και τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις *Γιατροί του Κόσμου* και *PRAKSIS*, στο πλαίσιο της Πράξης «Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Προγράμματος Ελέγχου Ιογενών HBV και HCV και HIV λοίμωξης στον Γενικό Πληθυσμό και σε Μετακινούμενους Πληθυσμούς», με συγχρηματοδότηση από κοινοτικούς (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και εθνικούς πόρους. Οι ομάδες στόχου της μελέτης Hprolipsis ήταν ενήλικα άτομα ( $\geq 18$  ετών) από τον γενικό πληθυσμό και από ευάλωτους πληθυσμούς (Ελληνες Ρομά και μετανάστες). Η συλλογή δεδομένων έγινε μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίου και αιμοληψίας. Η μελέτη στόχευε:

- α. στη συλλογή έγκυρων δεδομένων σχετικά με:
  - δημογραφικά στοιχεία και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας
  - τον επιπολασμό και τις γνώσεις και στάσεις έναντι της HBV, της HCV και της HIV λοίμωξης, καθώς και του ποσοστού εμβολιαστικής κάλυψης έναντι της HBV
  - την αυτοαξιολόγηση της υγείας και των αναφερόμενων από τους ίδιους διαγνωσμένων χρόνιων νοσημάτων τους,
  - τη χρήση υπηρεσιών υγείας και των πιθανών φραγμών στην πρόσβαση σε αυτές στην Ελλάδα
- β. στην υλοποίηση δράσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πληθυσμών στόχων έναντι της HBV, της HCV και της HIV λοίμωξης και την αξιολόγηση αυτών
- γ. στον εμβολιασμό των επίνοσων ατόμων των ευάλωτων πληθυσμών και

- δ. στην ατομική συμβουλευτική οροθετικών<sup>21</sup> ατόμων και στη διασύνδεσή τους με το δημόσιο σύστημα παροχής υγείας.

Η Hprolipsis ξεκίνησε τον Μάιο του 2013 και ολοκληρώθηκε τον Ιούνιο του 2016. Η έρευνα για τον γενικό πληθυσμό υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της έρευνας «[Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου](#)» (EMENO). Η EMENO στόχευε στη διερεύνηση της νοσηρότητας (εστιασμένη σε καρδιαγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα) και σε συναφείς παράγοντες κινδύνου στον ενήλικο γενικό πληθυσμό. Η συλλογή δεδομένων που αφορούσαν τους Ρομά ξεκίνησε τον Δεκέμβριο του 2014 και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2016.

---

<sup>21</sup> Με τη χρήση του όρου «οροθετικός» στην παρούσα διατριβή γίνεται αναφορά σε άτομα που έχουν διαγνωσθεί θετικά στη λοίμωξη του ιού HIV ή/και βρέθηκαν θετικά στις εξετάσεις σχετικά με την έκθεσή τους στους ιούς της HBV και της HCV.

## 8. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Σκοπός της διατριβής, η οποία αφορά στον ενήλικο πληθυσμό των Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα, είναι η εκτίμηση:

1. των συνθηκών διαβίωσης και των παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας τους, όπως δημογραφικά στοιχεία και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες,
2. σχετικά με τις ιογενείς HBV και HCV και την HIV λοίμωξη:
  - α. του καταρράκτη θεραπείας και συγκεκριμένα i. του επιπολασμού των νοσημάτων αυτών (πόσα άτομα είναι θετικά στο σύνολο του δείγματος), ii. του ποσοστού των οροθετικών ατόμων που είχαν ήδη εξεταστεί για αυτά και του ποσοστού των αδιαγνώστων και iii. του ποσοστού από το σύνολο των διαγνωσμένων (πριν από τη μελέτη Hprolipsis) που είχε λάβει θεραπεία,
  - β. του ποσοστού εμβολιαστικής κάλυψης έναντι της HBV,
  - γ. των γνώσεων και των στάσεων σε σχέση με τα παραπάνω νοσήματα και επιπλέον η αξιολόγηση σχετικών δράσεων ευαισθητοποίησης,
3. της αυτοαξιολόγησης της υγείας τους και των αυτοαναφερόμενων διαγνωσμένων χρόνιων νοσημάτων τους και
4. της χρήσης υπηρεσιών υγείας και των πιθανών φραγμών στην πρόσβαση σε αυτές στην Ελλάδα.

## 9. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 9.1.Δειγματοληψία

Η απουσία ολοκληρωμένης και επικαιροποιημένης καταγραφής του συνόλου των οικισμών των Ρομά στην Ελλάδα και του πληθυσμού αυτών, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την απουσία δειγματοληπτικού πλαισίου, απέτρεψε εξ αρχής την εφαρμογή της τυχαίας δειγματοληψίας. Για τον παραπάνω λόγο, εφαρμόστηκε η μη τυχαία δειγματοληψία ποσοτώσεων, η οποία συνέβαλε στην επιλογή ενός όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικού δείγματος. Επιπροσθέτως, για τη μεγαλύτερη δυνατή αξιοπιστία και εγκυρότητα του δείγματος, τα ακόλουθα κριτήρια λήφθηκαν υπόψη σχετικά με το δείγμα:

- να έχει ικανοποιητική γεωγραφική διασπορά, δηλαδή να προέρχεται από διαφορετικές περιφέρειες της Ελλάδας,
- να περιλαμβάνει διαφορετικούς τύπους οικισμού, εξαιτίας των διαφορών στις συνθήκες διαβίωσης, και
- να είναι αριθμητικά επαρκές σε κάθε οικισμό για την εκτίμηση δεικτών στον αντίστοιχο πληθυσμό αναφοράς

Λαμβάνοντας υπόψη τους στόχους της έρευνας, έγινε λήψη δείγματος από όλους τους τύπους οικισμών εκτός από τον τύπο 4 (βλ. [πίνακα 9.1](#)), ο οποίος αφορά συμβατικές κατοικίες ή διαμερίσματα, διάσπαρτα στον αστικό ιστό (π.χ. Αγία Βαρβάρα).

**Πίνακας 9.1 Τυπολογία Ρομά οικισμών στην Ελλάδα**

Τυπολογία οικισμού	Οικισμός με
Τύπος 1.	Σπίτια
Τύπος 2.	Σπίτια & παράγκες (μικτός)
Τύπος 3.	Παράγκες
Τύπος 4.	Συμβατικές κατοικίες, διάσπαρτες στον αστικό ιστό

Με βάση τα ανωτέρω, προκειμένου να επιλεγεί κατάλληλο δείγμα από τον ενήλικο πληθυσμό των Ρομά εφαρμόστηκαν τα εξής τρία στάδια:

**Στο 1<sup>ο</sup> στάδιο** έγινε συλλογή πληροφοριών σχετικά με τον αριθμό των οικισμών και τον αριθμό των ατόμων που διαμένουν σε αυτούς, καθώς και τη γενική κατάσταση των οικισμών. Η σχετική έκθεση που παραδόθηκε (βλ. [παράρτημα IV](#)) συμπεριέλαβε δεδομένα που προέκυψαν ύστερα από επαφή με α) κρατικούς φορείς, όπως Διευθύνσεις Υπουργείων (π.χ. Υπουργείο εργασίας – Γενική γραμματεία διαχείρισης κοινοτικών και άλλων πόρων, ειδική υπηρεσία συντονισμού και παρακολούθησης δράσεων ΕΚΤ), Περιφέρειες (π.χ. Κεντρικής Μακεδονίας: Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Διεύθυνση Κοινωνικής Μέριμνας, Πελοποννήσου: Διεύθυνση Κοινωνικής Μέριμνας, Κρήτης – Διεύθυνση Κοινωνικής Μέριμνας), Δήμους (Τυρνάβου, Λάρισας, Αμπελοκήπων-Μενεμένης) και Ιατροκοινωνικά Κέντρα (Αγίας Σοφίας, Θεσσαλονίκη), β) μη κρατικούς/ανεξάρτητους φορείς, όπως ο Συνήγορος του Πολίτη και ΜΚΟ που ασχολούνται με Ρομά (π.χ. Ομοσπονδία Τσιγγάνων Θεσσαλίας), γ) Πανεπιστημιακά ιδρύματα, όπως Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Πανεπιστήμιο Αθηνών και δ) άτομα/κλειδιά με πολύχρονη εμπειρία στα ζητήματα των Ρομά, ώστε να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο παράλειψης σχετικών πηγών.

Επιπλέον, πέρα από την παράθεση των σχετικών ευρημάτων των επιμέρους πρωτογενών μελετών, έγινε προσπάθεια της συγκριτικής τους παράθεσης. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε επέκταση και περαιτέρω επεξεργασία του ηλεκτρονικού αρχείου (βλ. [παράρτημα IV](#)) που είχε δημιουργήσει το Τμήμα Υγείας του Παιδιού, της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, και το οποίο αντιπαρέθετε τα αποτελέσματα των διαθέσιμων πρωτογενών μελετών ανά Περιφέρεια, Περιφερειακή Ενότητα, Δήμο και οικισμό.

**Στο 2<sup>ο</sup> στάδιο** επιλέχθηκαν αντιπροσωπευτικοί οικισμοί από τέσσερις περιφέρειες της Ελλάδας, οι οποίες περιλαμβάνουν τη Κεντρική Μακεδονία, τη Θεσσαλία, τη Δυτική Ελλάδα και την Αττική (οι τρεις από τις τέσσερις Περιφέρειες με τη μεγαλύτερη πληθυσμιακή συγκέντρωση Ρομά στην Ελλάδα, όπως προκύπτει με βάση τα στοιχεία της μελέτης ΕΥΣΕΚΤ <sup>100</sup> και το μεγαλύτερο αστικό κέντρο της χώρας). Σε κάθε γεωγραφική περιοχή εκπροσωπούνται στο δείγμα και οι τρεις διαφορετικές κατηγορίες οικισμών. Στους επιλεγέντες οικισμούς ειδικοί επιστήμονες (κοινωνικών ή/και επιστημών υγείας με συναφείς σπουδές και τεκμηριωμένη εμπειρία) συνέλεξαν

πληροφορίες σχετικά με τον περιβάλλοντα χώρο, τις υποδομές και τον πληθυσμό τους (βλ. [παράρτημα V](#)).

**Στο 3<sup>ο</sup> στάδιο**, με βάση τα δεδομένα που προέκυψαν από την έκθεση καταγραφής των επιλεχθέντων οικισμών Ρομά οι οποίοι συμπεριελήφθησαν στη μελέτη, αποφασίστηκε το δείγμα των 540 ατόμων που θα επιλεγεί σε περιφερειακό επίπεδο να μην είναι αναλογικό του πληθυσμού των περιφερειών αλλά να επιλεγούν ισόποσα δείγματα (135 άτομα) σε καθεμία από τις τέσσερις περιφέρειες. Αυτό έγινε δεδομένου ότι θα μπορούσε να γίνει αντίστοιχη στάθμιση κατά τη στατιστική ανάλυση αλλά και για να υπάρχει ικανός αριθμός για συγκρίσεις ανά περιοχή. Αναφορικά με την κατανομή του δείγματος σε κάθε επιμέρους οικισμό (τύπος 1: οικισμός με σπίτια, τύπος 2: οικισμός με σπίτια και παράγκες (μικτός) και τύπος 3: οικισμός με παράγκες) της κάθε περιφέρειας, αποφασίστηκε να γίνει σχετική στάθμιση ανάλογα με τον πληθυσμό που καταγράφηκε σε κάθε τύπο οικισμού σε καθεμία από τις Περιφέρειες, όπως αναφέρεται στον [πίνακα 9.2](#) που ακολουθεί.

Τα κύρια κριτήρια επιλογής των οικισμών στους οποίους έγινε δειγματοληψία από το σύνολο των επιλέξιμων οικισμών κάθε περιφέρειας, ήταν: α) η δυνατότητα πρόσβασης στους επιλεχθέντες οικισμούς και η καλή συνεργασία με πολιτισμικούς διαμεσολαβητές που προέρχονται από τους ίδιους ή γειτονικούς οικισμούς, ώστε να διασφαλιστεί η συλλογή δεδομένων και να ελαχιστοποιηθεί το ποσοστό άρνησης συμμετοχής στη μελέτη (non-response rate), β) οι διαφορετικού τύπου οικισμοί που θα επιλεγθούν σε καθεμία από τις περιφέρειες να βρίσκονται όσο το δυνατόν πιο κοντά μεταξύ τους ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα παράγοντες που σχετίζονται με τη γεωγραφική περιοχή (όπως απόσταση από κέντρο υγείας, κακό οδικό δίκτυο κλπ.) να επηρεάσουν τη σύγκριση των διαφορετικών τύπων οικισμού, γ) η ύπαρξη ικανοποιητικού μεγέθους νοικοκυριών, ώστε να μπορεί να ληφθεί το απαιτούμενο δείγμα και δ) η κρίση των εμπειρογνομόνων και των εμπλεκόμενων συνεργατών στις παρεμβάσεις πεδίου της έρευνας.

**Πίνακας 9.2 Επιθυμητό δείγμα πληθυσμού ανά επιλεγθείσα περιφέρεια**

Επιλεγθέντες οικισμοί	Εκτίμηση κατά προσέγγιση			Επιθυμητό Δείγμα
	Σπίτια	Οικογένειες / σπίτι	Άτομα/ σπίτι	
<b>Περιφ. Αττικής</b>				
Τύπος 1: Μενίδι	300	2-3	5-10	45
Τύπος 2: Άνω Λιόσια	300	2-4	5-8	45
Τύπος 3: Ασπρόπυργος	200-300	2	8	45
Σύνολο Περιφέρειας				135
<b>Περιφ. Δυτ. Ελλάδας</b>				
Τύπος 1: Κάτω Αχαγιά	2.000	1	9	95
Τύπος 2: Σαγιέικα	150	3	20	30
Τύπος 3: Ρηγανόκαμπος	20	3	15	10
Σύνολο Περιφέρειας				135
<b>Περιφ. Θεσσαλίας</b>				
Τύπος 1: Νέα Σμύρνη	400	1-3	5-10	53
Τύπος 2: Τύρναβος	400	1-3	5-8	53
Τύπος 3: Φάρσαλα	150-200	1-3	5-10	29
Σύνολο Περιφέρειας				135
<b>Περιφ. Κεντ. Μακεδονίας</b>				
Τύπος 1: Δενδροπόταμος	500	2-3	6-10	45
Τύπος 2: Αγ. Σοφία	300	2-3	8-10	45
Τύπος 3: Περαιά	65-70	1-2	4-5	30
Τύπος 3: Χαλάστρα	20	1-2	5-8	15
Σύνολο Περιφέρειας				135
<b>Σύνολο</b>				<b>540</b>

**9.2. Διαδικασία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου, αιμοληψίας, ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων και παροχής ατομικής συμβουλευτικής στους οροθετικούς**

Για τις ανάγκες της μελέτης έγινε εντοπισμός κατάλληλων συνεργατών, με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εμπειρία και εκπαίδευση σε θέματα Ρομά. Αναλυτικότερα, οι γιατροί και οι συνεντευκτές της ομάδας ήταν άτομα τα οποία είχαν συμμετάσχει στο παρελθόν σε αντίστοιχες δράσεις και μάλιστα, η πλειονότητα αυτών είχε ήδη πολύ καλές σχέσεις με τις επιλεγθείσες κοινότητες Ρομά. Επιπλέον, για την καλύτερη δυνατή ολοκλήρωση της διαδικασίας, παράχθηκε σχετικό εγχειρίδιο (βλ. [παράρτημα VI](#)) για τους συνεντευκτές, το οποίο συμπεριλάμβανε γενικές οδηγίες για τη διαδικασία των συνεντεύξεων αλλά και τις απαραίτητες διασαφηνίσεις σχετικά με τις ερωτήσεις που έπρεπε να συμπληρωθούν. Η επιλογή των Ρομά πολιτισμικών διαμεσολαβητών που συμμετείχαν στην έρευνα, έγινε με αντίστοιχα κριτήρια. Αναλυτικότερα, τα άτομα αυτά είτε είχαν συμμετάσχει παλιότερα σε αντίστοιχες δράσεις είτε είχαν ολοκληρώσει πρόσφατα εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχετικά με Ρομά διαμεσολαβητές Υγείας <sup>235</sup>.

Η συνέντευξη έγινε με ερωτηματολόγιο (βλ. [παράρτημα VII](#)), το οποίο αποτελούνταν από έξι θεματικές ενότητες, η καθεμία από τις οποίες χωριζόταν σε υποενότητες. Οι απαντήσεις για όλες τις ερωτήσεις των έξι ενοτήτων δίνονταν με τη μορφή κλειστών ερωτήσεων πολλαπλών ή εναλλακτικών επιλογών, ενώ υπήρχαν και ερωτήσεις-φίλτρα (συνήθως τύπου Ναι – Όχι) που απέκλειαν ή παρέπεμπαν σε επόμενη ερώτηση. Οι έξι ενότητες του ερωτηματολογίου περιλάμβαναν τα βασικά δημογραφικά στοιχεία του ατόμου, τη γενική κατάσταση υγείας, τη χρήση υπηρεσιών υγείας, τους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας, τις συνθήκες ζωής, και τα μεταδιδόμενα νοσήματα. Επισημαίνεται ότι, παρότι το ερωτηματολόγιο επικαλυπτόταν σε μεγάλο βαθμό με αυτό του γενικού πληθυσμού, προσαρμόστηκε κατάλληλα για να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού των Ρομά.

Η ομάδα μελέτης, σε συνεργασία με Ρομά διαμεσολαβητές, προσκάλεσαν όλους τους ενήλικες Ρομά που ζούσαν στους επιλεγμένους οικισμούς να συμμετάσχουν στη μελέτη, διατηρώντας παράλληλα την επιθυμητή και προκαθορισμένη κατανομή ανά φύλο και ηλικία. Οι Ρομά που κλήθηκαν να λάβουν μέρος στη μελέτη, αφού ενημερώθηκαν και τους δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλουν διευκρινιστικές ερωτήσεις, έδιναν έντυπη συναίνεση συμμετοχής στη μελέτη (βλ. [παράρτημα VIII](#)). Σε περίπτωση αναφαβητισμού, πραγματοποιούνταν προφορική ενημέρωση με συνυπογραφή του ερευνητή και του ιατρού. Επίσης, επισημαίνεται ότι ζητούνταν ξεχωριστή συναίνεση για τον έλεγχο για HBV και HCV και ξεχωριστή για τον έλεγχο



για HIV. Στη συνέχεια, πραγματοποιούνταν η συνέντευξη και κατόπιν η λήψη ιατρικού ιστορικού και η αιμοληψία (βλ. [παράρτημα IX](#)), προκειμένου να ληφθεί δείγμα ορού που θα ελεγχόταν για ορολογικούς δείκτες ιογενών HBV και HCV (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs, και Anti-HCV) και HIV λοίμωξης (anti-HIV-1/2). Ο έλεγχος των δειγμάτων πραγματοποιήθηκε στο Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Ρετροϊών (ΕΚΑΡ) του Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Τα δείγματα που συλλέγονταν σε περιοχές εκτός της Αττικής, φυγοκεντρώνταν τοπικά και ανά τακτικά χρονικά διαστήματα αποστέλλονταν (βλ. [παράρτημα X](#)) προς έλεγχο στο ΕΚΑΡ με βάση τις σχετικές οδηγίες (βλ. [παράρτημα XI](#)).

Όλα τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια καταγράφηκαν σε ειδικά διαμορφωμένη βάση δεδομένων. Κάθε συμμετέχων είχε ένα κωδικό τυχαία επιλεγμένο και αυτός χρησιμοποιήθηκε για την καταγραφή των δεδομένων στη βάση. Προσωπικά στοιχεία ταυτοποίησης δεν καταγράφονταν στη βάση. Για κάθε συμμετέχοντα, είχαν προεκτυπωθεί κατάλληλες ετικέτες (barcode) με τον κωδικό του και αυτές χρησιμοποιήθηκαν για την επισήμανση των δειγμάτων αίματος. Ξεχωριστό αρχείο με τη διασύνδεση κωδικού συμμετέχοντος και προσωπικών στοιχείων ταυτοποίησης δημιουργήθηκε και αποθηκεύτηκε με ασφάλεια σε χώρο με περιορισμένη πρόσβαση. Μόνο ο κύριος ερευνητής σε κάθε περιοχή και η κύρια ερευνήτρια της μελέτης καθώς και οι ιατροί της μελέτης που είχαν την ευθύνη σχολιασμού των αποτελεσμάτων είχαν πρόσβαση στο αρχείο αντιστοίχισης κωδικού και στοιχείων ταυτοποίησης. Όλα αυτά τα άτομα είχαν υπογράψει συμφωνητικό εμπιστευτικότητας. Στους ιατρούς της μελέτης έγινε σύσταση για εμβολιασμό έναντι της HBV, αν δεν ήταν ήδη εμβολιασμένοι.

Η διαδικασία η οποία ακολουθήθηκε αναφορικά με την ενημέρωση για τα αποτελέσματα των αιματολογικών εξετάσεων του πληθυσμού των Ρομά, αποτελούνταν από τα ακόλουθα βήματα:

- 1<sup>ο</sup> βήμα: παραλαβή των αιματολογικών εξετάσεων από το εργαστήριο
- 2<sup>ο</sup> βήμα: έγγραφος σχολιασμός των αιματολογικών εξετάσεων από την υπεύθυνη γιατρό της μελέτης

- 3<sup>ο</sup> βήμα: παράδοση της επιστολής ενημέρωσης (αιματολογικές εξετάσεις και ιατρικός σχολιασμός αυτών), καθώς και προφορική επεξήγηση αυτής στους συμμετέχοντες στη μελέτη από τον γιατρό ο οποίος πραγματοποίησε στην προηγούμενη φάση την αιμοληψία. Σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στον οικισμό ο γιατρός δεν μπορούσε να βρει προσωπικά κάποιον από τους συμμετέχοντες που είχαν διαγνωστεί ως θετικοί σε κάποια από τα τρία αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα, ταχυδρομούνταν σχετική ενημερωτική επιστολή (βλ. [παράρτημα XII](#)), ως ύστατη προσπάθεια προσωπικής επαφής, προτού αποσταλούν τα αποτελέσματα στη διεύθυνση που είχαν δηλώσει.

Αναφορικά με την ενημέρωση για τα αποτελέσματα των αιματολογικών εξετάσεων και, ειδικότερα, την παροχή ατομικής συμβουλευτικής που ακολούθησε σε άτομα τα οποία είχαν διαγνωσθεί ως οροθετικά σε τουλάχιστον ένα από τα τρία νοσήματα, οι γιατροί της μελέτης κλήθηκαν να μοιραστούν την εμπειρία που αποκόμισαν, απαντώντας στις ακόλουθες ερωτήσεις:

1. Ποια ήταν η ανταπόκριση των συμμετεχόντων (όχι μόνο των οροθετικών, αλλά συνολικά) στην ανακοίνωση των αποτελεσμάτων; Υπήρχε ενδιαφέρον να μάθουν τα αποτελέσματά τους;
2. Ποιες ήταν οι αντιδράσεις των οροθετικών ατόμων όταν τους ανακοινώθηκε το αποτέλεσμα;
3. Ποιες δυσκολίες αντιμετωπίσατε ως γιατροί σε σχέση με την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων στα οροθετικά άτομα;
4. Υπήρξαν συμμετέχοντες που γνώριζαν την οροθετικότητά τους αλλά σας το είχαν αποκρύψει (αναφερόμαστε μόνο στους γιατρούς και όχι τους συνεντευκτές) κατά τη διαδικασία της αιμοληψίας ή της συνέντευξης;
5. Πόσα από τα οροθετικά άτομα για τα οποία προγραμματίστηκε ραντεβού προσήλθαν στο ηπατολογικό ιατρείο/στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων;
6. Ποιες δυσκολίες αντιμετωπίσατε αναφορικά με την παραπομπή των οροθετικών ατόμων στο ηπατολογικό ιατρείο/στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων;
7. Ποιες δυσκολίες εκτιμάτε ότι αντιμετώπισαν τα οροθετικά άτομα αναφορικά με την παραπομπή τους στο ηπατολογικό ιατρείο/στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων και την περαιτέρω θεραπεία τους;

8. Υπήρξαν οροθετικά άτομα που δε δέχτηκαν/δεν τους ενδιέφερε να κλείσουν ραντεβού στο ηπατολογικό ιατρείο/στη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων; Αν ναι, για ποιους λόγους εκτιμάτε ότι έγινε αυτό;
9. Άλλες πληροφορίες που κρίνετε χρήσιμες;

### 9.3.Δράσεις ευαισθητοποίησης

Σκοπός των δράσεων ευαισθητοποίησης ήταν: α) η γνωστοποίηση της μελέτης και των σκοπών της, β) η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πληθυσμών-στόχων για τις λοιμώξεις HBV, HCV και HIV, γ) η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πληθυσμών-στόχων σχετικά με βασικές αρχές υγιεινής και πρόληψης. Οι δράσεις αυτές απευθύνονταν στον ευρύτερο πληθυσμό των περιοχών και όχι μόνο στους συμμετέχοντες στη μελέτη και υλοποιήθηκαν σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση, που σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας πεδίου, αφορούσε την επαρκή ενημέρωση του πληθυσμού-στόχου και την προώθηση της μελέτης. Η δεύτερη φάση αφορούσε στη βελτίωση του επιπέδου γνώσης γύρω από τα ζητήματα των λοιμώξεων HBV, HCV και HIV και στην προαγωγή ασφαλών σεξουαλικών συμπεριφορών και υλοποιήθηκε μετά τη διεξαγωγή της έρευνας πεδίου και αφού είχαν συλλεγεί τα δεδομένα για τις γνώσεις και στάσεις.

Αναλυτικότερα, σχεδιάστηκαν οι ακόλουθες δράσεις:

#### Α' φάση

Αναφορικά με την ενημέρωση για το έργο και την αποκατάσταση σχέσεων εμπιστοσύνης με τους πληθυσμούς-στόχους προγραμματίστηκαν:

- Προφορική ενημέρωση των κατοίκων των επιλεγμένων οικισμών Ρομά σχετικά με την υλοποίηση της μελέτης από πολιτισμικούς διαμεσολαβητές (λόγω του υψηλού ποσοστού αναλφαβητισμού στους οικισμούς Ρομά, αποφασίστηκε να μη μοιραστούν σχετικά ενημερωτικά έντυπα)
- Παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στους οικισμούς μέσω χρήσης κινητών μονάδων (όπως οδοντιατρικές, παιδιατρικές και

οφθαλμολογικές προληπτικές εξετάσεις), σε συνεργασία με διάφορους κρατικούς και μη φορείς.

- Διάθεση ρουχισμού και παιχνιδιών

### Β' φάση

Αναφορικά με την ευαισθητοποίηση που αφορά την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ιογενών HBV και HCV και τον ιό της HIV/AIDS προγραμματίστηκαν οι ακόλουθες δράσεις:

- έπειτα από την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων
  - κατ' ιδίαν συζήτηση με τους συμμετέχοντες σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης των εν λόγω ιών
  - μοίρασμα ενημερωτικών φυλλαδίων που διαμορφώθηκε με εικόνες αντί κειμένου προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα του αναλφαβητισμού και χρηστικών αντικειμένων (τσαντάκι με βραχιολάκι, προφυλακτικά, κτλ.) στους κατοίκους των οικισμών (βλ. [παράρτημα XIII](#))
- ενημερωτική εκδήλωση κατά τη διάρκεια της οποίας θα πραγματοποιούνταν:
  - προβολή οπτικοακουστικού υλικού (σύντομο βίντεο, το οποίο θα εστίαζε σε «μηνύματα-κλειδιά» αναφορικά με τη μετάδοση των ιογενών ηπατιτίδων) και συζήτηση πάνω σε αυτό με προσκεκλημένους γιατρούς
  - εκπαιδευτικά βιωματικά παιχνίδια (βλ. [παράρτημα XIV](#))
- έπειτα από την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων στους συμμετέχοντες από τους γιατρούς της ομάδας:
  - εκ νέου κατ' ιδίαν συζήτηση με όλους τους συμμετέχοντες σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης των εν λόγω ιών
  - εμβολιασμός για HBV των επίοσων ατόμων (βλ. [παράρτημα XV](#))
  - παροχή ατομικής συμβουλευτικής στα οροθετικά άτομα και

- ο παραπομπή των ατόμων που πρωτοδιαγνώστηκαν σε ηπατολογικά κέντρα/μονάδες ειδικών λοιμώξεων για περαιτέρω αντιμετώπιση και θεραπεία (βλ. [παράρτημα XVI](#))

Οι παραπάνω δράσεις σχεδιάστηκαν και υλοποιήθηκαν σύμφωνα με τις συστάσεις του «Πρακτικού Οδηγού για την Υλοποίηση Δράσεων Προαγωγής Υγείας με τους Ρομά» του προγράμματος «Νέοι Ρομά Διαμεσολαβητές Υγείας», ώστε να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο κατάλληλα προσαρμοσμένες στην ομάδα-στόχο, και με σεβασμό στις 10 Κοινές Βασικές Αρχές Ενσωμάτωσης των Ρομά <sup>222</sup>.

#### **9.4.Αξιολόγηση δράσεων ευαισθητοποίησης**

Έπειτα από την ολοκλήρωση της επιτόπιας έρευνας, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων ευαισθητοποίησης σε υποσύνολο του συνολικού δείγματος, μέσω επιτόπιων επισκέψεων στους οικισμούς και της χρήσης ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου (βλ. [παράρτημα XVII](#)). Αναλυτικότερα, το δείγμα των 100 ατόμων το οποίο είχε επιλεγεί για να πραγματοποιηθεί η αξιολόγηση των δράσεων ευαισθητοποίησης στον πληθυσμό των Ρομά, αποφασίστηκε να μοιραστεί ισόποσα μεταξύ των περιφερειών, δηλαδή 25 άτομα σε καθεμία από τις τέσσερις περιφέρειες που έπαιρναν μέρος στη μελέτη. Στη συνέχεια, αφού καταγράφηκαν σε αρχείο excel οι κωδικοί όλων των συμμετεχόντων ανά περιφέρεια και ανά τύπο οικισμού, έγινε συστηματική δειγματοληψία, επιλέγοντας έναν κωδικό ανά 5 άτομα. Μέσω της λίστας αντιστοίχισης κωδικών και στοιχείων ταυτοποίησης, ταυτοποιήθηκαν τα άτομα που θα συμμετείχαν στην αξιολόγηση των δράσεων ευαισθητοποίησης. Επισημαίνεται ότι οι συμμετέχοντες είχαν δηλώσει κατά την αρχική συνέντευξη αν επιθυμούν/επιτρέπουν μελλοντική επαφή για θέματα υγείας. Σε περίπτωση που ο συνεντευκτής δεν μπορούσε να πραγματοποιήσει τη συνέντευξη με το άτομο που είχε επιλεγεί ή αυτό είχε δηλώσει ότι δε θέλει να συμμετάσχει σε μελλοντική έρευνα, προχωρούσε στον επόμενο κωδικό του αρχείου excel.

Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης χωρίστηκε σε δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τα διάφορα στάδια της μελέτης. Η δεύτερη ενότητα περιλάμβανε τις ερωτήσεις γνώσης σχετικά με την HBV, την HCV και την HIV λοίμωξη, οι οποίες είχαν συμπεριληφθεί και στο αρχικό ερωτηματολόγιο. Ως εκ τούτου, η σύγκριση των απαντήσεων των συμμετεχόντων πριν και μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης θα αποτελούσε ένα αξιόπιστο δείκτη της αποτελεσματικότητας των δράσεων ευαισθητοποίησης που υλοποιήθηκαν.

### **9.5.Επεξεργασία της βάσης δεδομένων και δημιουργία επιπλέον μεταβλητών**

Η μηχανογράφηση, η επεξεργασία των δεδομένων και η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση των στατιστικών προγραμμάτων Stata (έκδοση 13.0) και SPSS (έκδοση 22.0). Αναλυτικότερα, μετά τη συλλογή και τη μηχανογράφηση των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε ποιοτικός έλεγχος μέσω λογικών ελέγχων και διερεύνησης για ακραίες τιμές..

Επίσης, δημιουργήθηκαν καινούργιες μεταβλητές για την καλύτερη περιγραφική παρουσίαση των αποτελεσμάτων αλλά και για την εισαγωγή τους σε πολυπαραγοντικά μοντέλα παλινδρόμησης. Στη συνέχεια παρατίθενται περαιτέρω πληροφορίες για τις πιο σημαντικές από αυτές τις μεταβλητές ανά ενότητα/υποενότητα αποτελεσμάτων.

#### 10.1. Συνθήκες διαβίωσης στους οικισμούς και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Η μεταβλητή «**διατροφική ανασφάλεια**» των νοικοκυριών (ερώτηση 39 του ερωτηματολογίου, βλ. [παράρτημα VII](#)) αξιολογήθηκε με βάση το ερωτηματολόγιο διατροφικής ανασφάλειας νοικοκυριού τριών στοιχείων.<sup>236,237</sup> Ειδικότερα, η βαθμολογία για καθεμία από τρεις ερωτήσεις κυμαινόταν από 0-2 (βλ. [πίνακα 9.3](#)) Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι επιμέρους βαθμολογίες των τριών ερωτήσεων και δημιουργήθηκαν οι ακόλουθες τρεις κατηγοριοποιήσεις διατροφικής ανασφάλειας:

- βαθμολογία 0: ποτέ διατροφική ανασφάλεια
- βαθμολογία 1–3: σπάνια ή μερικές φορές διατροφική ανασφάλεια
- βαθμολογία 4–6: συχνά διατροφική ανασφάλεια

**Πίνακας 9.3 Το ερωτηματολόγιο διατροφικής ανασφάλειας νοικοκυριού τριών στοιχείων**

<b>Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα:</b>	<b>Ποτέ</b>	<b>Σπάνια ή μερικές φορές (1-3 φορές)</b>	<b>Συχνά (≥4 φορές)</b>	<b>Προτιμώ να μην απαντήσω</b>
1. Υπήρξε κάποια στιγμή που δεν υπήρχε καθόλου φαγητό στο σπίτι λόγω οικονομικών προβλημάτων;	0	1	2	
2. Μήπως εσύ ή κάποιος άλλος από το σπίτι που μένεις έπεσε για ύπνο πεινασμένος, επειδή δεν υπήρχε αρκετό φαγητό;	0	1	2	
3. Μήπως εσύ ή κάποιος άλλος από το σπίτι που μένεις δεν έφαγε για μια ολόκληρη μέρα και έπεσε για ύπνο νηστικός;	0	1	2	

Η μεταβλητή «**κάπνισμα σε πακετο-χρόνια**» (ερωτήσεις 43, 44 και 45 του ερωτηματολογίου, βλ. [παράρτημα VII](#)) υπολογίστηκε με βάση την εκτίμηση ότι ένα πακέτο τσιγάρα έχει 20 τσιγάρα.

Η μεταβλητή «**διαθεσιμότητα βασικών οικιακών εγκαταστάσεων**» των νοικοκυριών (ερωτήσεις 56, 58, 59 και 60 του ερωτηματολογίου, βλ. [παράρτημα VII](#)) υπολογίστηκε με βάση τον αριθμό των διαθέσιμων βασικών οικιακών εγκαταστάσεων των νοικοκυριών, δηλ. του πόσιμου νερού, του ηλεκτρισμού, της θέρμανσης και της τουαλέτας μέσα στο σπίτι. Αναλυτικότερα η διαθεσιμότητα για καθένα από αυτά ορίστηκε ως εξής:

1. πόσιμο νερό: κεντρική ύδρευση,
2. ηλεκτρισμός: ΔΕΗ ή γεννήτρια ή άλλη πηγή,
3. θέρμανση: καλοριφέρ ή τζάκι ή ξυλόσομπα ή σόμπα πετρελαίου/υγραερίου, ή ηλεκτρική θερμάστρα ή αερόθερμο και
4. τουαλέτα μέσα στο σπίτι: ύπαρξη τουαλέτας μέσα στο σπίτι

Στη συνέχεια η διαθεσιμότητα αυτών κατηγοριοποιήθηκε σε α. 4 διαθέσιμες, β. 2-3 διαθέσιμες, και γ. 0-1 διαθέσιμη

### 10.2.1. Καταρράκτης θεραπείας

Η παρουσία λοίμωξης έναντι των τριών αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων εκτιμήθηκε με βάση τους κάτωθι ορολογικούς δείκτες:

- **HBV λοίμωξη:** HBsAg(+) (αυστραλιανό αντιγόνο/αντιγόνο επιφανείας HBV)
- **HCV λοίμωξη:** anti-HCV(+)
- **HIV λοίμωξη:** anti-HIV(+)

Επιπλέον, αναφορικά με την HBV, θεωρήθηκαν:

- **Επίνοσοι** (μη εμβολιασμένοι ή χωρίς νόσηση): HBsAg(-), anti-HBc(-), anti-HBs(-)
- Έχοντες **φυσική ανοσία** (παρελθούσα λοίμωξη): HBsAg(-), anti-HBc(+), anti-HBs(+)
- Έχοντες **επίκτητη ανοσία** (ανοσία μετά από εμβολιασμό): HBsAg(-), anti-HBc(-), anti-HBs(+)
- **Ευρισκόμενοι σε περίοδο παραθύρου σε οξεία λοίμωξη ή έχοντες φυσική ανοσία με μη ανιχνεύσιμους τίτλους anti-HBs ή ψευδώς θετικό anti-HBc ή χρόνιοι φορείς με μη ανιχνεύσιμα επίπεδα HbsAg** (εφεξής τα άτομα με αυτή την πιθανή διάγνωση θα αναφέρονται ως «έχοντες μόνο anti-HBc θετικό»): HBsAg(-), anti-HBs(-) και anti-HBc(+)

### 10.2.2. Γνώσεις

Προκειμένου να αξιολογηθούν οι γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την HBV, την HCV και την HIV λοίμωξη, κλήθηκαν να απαντήσουν σε 17 ερωτήσεις για καθένα από τα τρία νοσήματα. Από αυτές τις 17 ερωτήσεις, 7 αφορούσαν γενικές γνώσεις και 10 αφορούσαν τρόπους μετάδοσης (5 για τρόπους μετάδοσης και 5 για παρανοήσεις τρόπων μετάδοσης) (βλ. [παράρτημα XVIII](#) για τις ερωτήσεις με τις σωστές απαντήσεις τους). Οι ερωτήσεις ήταν τύπου σωστό/λάθος. Επιπλέον, υπήρχαν επιλογές «Δεν



ξέρω» και «Δεν απαντώ» με σκοπό την αποφυγή της περίπτωσης η σωστή απάντηση να δόθηκε τυχαία.

Για κάθε νόσημα υπολογίστηκε διαφορετική βαθμολογία με βάση τον αριθμό σωστών απαντήσεων και συνολικά δημιουργήθηκαν οι ακόλουθες τρεις μεταβλητές που αφορούν τις βαθμολογίες γνώσεων/παρανοήσεων: α. η **γενική βαθμολογία γνώσεων**, β. η **βαθμολογία γνώσεων τρόπων μετάδοσης** και γ. η **βαθμολογία παρανοήσεων τρόπων μετάδοσης**.

Ειδικότερα:

**α. «γενική βαθμολογία γνώσεων»:**

- i. η γενική βαθμολογία για καθένα από τα 3 νοσήματα κυμαινόταν από 0 έως 17. Κάθε σωστή απάντηση ανά συμμετέχοντα λάμβανε ένα βαθμό και οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την HBV, την HCV και την HIV ήταν οι A1-A17, οι B1-B17 και οι Γ1-Γ17 αντίστοιχα. Η κατηγοριοποίηση έγινε ως εξής:
  - βαθμολογία 0-5: χαμηλό γενικό επίπεδο γνώσεων,
  - βαθμολογία 6-11: μέτριο γενικό επίπεδο γνώσεων και
  - βαθμολογία 12-17: υψηλό γενικό επίπεδο γνώσεων
- ii. η γενική βαθμολογία και για τα 3 νοσήματα (άθροισμα των επιμέρους συνολικών βαθμολογιών για καθένα από τα 3 νοσήματα/συνολικά) κυμαινόταν από 0 έως 51. Κάθε σωστή απάντηση ανά συμμετέχοντα λάμβανε ένα βαθμό και οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι A1-Γ17. Η κατηγοριοποίηση έγινε ως εξής:
  - βαθμολογία 0-16: χαμηλό γενικό επίπεδο γνώσεων,
  - βαθμολογία 17-33: μέτριο γενικό επίπεδο γνώσεων και
  - βαθμολογία 34-51: υψηλό γενικό επίπεδο γνώσεων

**β. «βαθμολογία γνώσεων των τρόπων μετάδοσης»:**

- i. η βαθμολογία γνώσεων των τρόπων μετάδοσης για καθένα από τα 3 νοσήματα κυμαινόταν από 0 έως 5. Κάθε σωστή απάντηση ανά συμμετέχοντα λάμβανε ένα βαθμό και οι ερωτήσεις που

χρησιμοποιήθηκαν για την HBV, την HCV και την HIV ήταν οι A8-A12, οι B8-B12 και οι Γ8-Γ12 αντίστοιχα. Η κατηγοριοποίηση έγινε ως εξής:

- βαθμολογία 0-1: χαμηλό επίπεδο γνώσεων τρόπων μετάδοσης
- βαθμολογία 2-3: μέτριο επίπεδο γνώσεων τρόπων μετάδοσης
- βαθμολογία 4-5: υψηλό επίπεδο γνώσεων τρόπων μετάδοσης

ii. η βαθμολογία γνώσεων των τρόπων μετάδοσης και για τα 3 νοσήματα (άθροισμα των επιμέρους βαθμολογιών για καθένα από τα 3 νοσήματα/συνολικά) κυμαινόταν από 0 έως 15. Κάθε σωστή απάντηση ανά συμμετέχοντα λάμβανε ένα βαθμό και οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι A8-A12, B8-B12 και Γ8-Γ12. Η κατηγοριοποίηση έγινε ως εξής:

- βαθμολογία 0-5: χαμηλό επίπεδο γνώσεων τρόπων μετάδοσης,
- βαθμολογία 6-10: μέτριο επίπεδο γνώσεων τρόπων μετάδοσης και
- βαθμολογία 11-15: υψηλό επίπεδο γνώσεων τρόπων μετάδοσης

**γ. «βαθμολογία παρανοήσεων των τρόπων μετάδοσης»:**

i. Η βαθμολογία παρανοήσεων των τρόπων μετάδοσης για καθένα από τα 3 νοσήματα κυμαινόταν από 0 έως 5. Κάθε λανθασμένη απάντηση ανά συμμετέχοντα λάμβανε ένα βαθμό και οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την HBV, την HCV και την HIV ήταν οι A13-A17, οι B13-B17 και οι Γ13-Γ17 αντίστοιχα. Η κατηγοριοποίηση έγινε ως εξής:

- βαθμολογία 0-1: χαμηλό επίπεδο παρανοήσεων τρόπων μετάδοσης
- βαθμολογία 2-3: μέτριο επίπεδο παρανοήσεων τρόπων μετάδοσης
- βαθμολογία 4-5: υψηλό επίπεδο παρανοήσεων τρόπων μετάδοσης

ii. η βαθμολογία παρανοήσεων των τρόπων μετάδοσης και για τα 3 νοσήματα (άθροισμα των επιμέρους βαθμολογιών για καθένα από τα 3 νοσήματα/συνολικά) κυμαινόταν από 0 έως 15. Κάθε σωστή απάντηση ανά συμμετέχοντα λάμβανε ένα βαθμό και οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι A13-A17, οι B13-B17 και οι Γ13-Γ17. Η κατηγοριοποίηση έγινε ως εξής:

- βαθμολογία 0-5: χαμηλό επίπεδο παρανοήσεων τρόπων μετάδοσης,
- βαθμολογία 6-10: μέτριο επίπεδο παρανοήσεων τρόπων μετάδοσης και
- βαθμολογία 11-15: υψηλό επίπεδο παρανοήσεων τρόπων μετάδοσης

Και στις τρεις βαθμολογίες οι απαντήσεις «Δεν ξέρω» και «Δεν απαντώ» και τα άγνωστα θεωρήθηκαν λανθασμένες και δεν συνεισέφεραν βαθμό. Τέλος, σε κάθε βαθμολογία έγινε αναγωγή της κλίμακας της συνολικής βαθμολογίας στο 100 (εύρος: 0-100), ώστε το 100 να αντιστοιχεί στο «Άριστη γνώση».

Από τις αναλύσεις που ακολούθησαν εξαιρέθηκαν οι συμμετέχοντες που τους έλειπαν  $\geq 6$  ερωτήσεις γνώσης συνολικά και για τις 3 λοιμώξεις (δηλαδή περισσότερες από 6 από τις 51 ερωτήσεις, 1 άτομο) (βλ. σχετικά [πίνακα 9.4](#)). Για όσους τους έλειπαν έως και 5 ερωτήσεις γνώσης, πραγματοποιήθηκε αντικατάσταση των τιμών που έλειπαν, χρησιμοποιώντας τις μέσες τιμές των απαντήσεων στις υπόλοιπες ερωτήσεις, ανά λοίμωξη και ανά άτομο.

**Πίνακας 9.4 Διαθεσιμότητα μεταβλητών που συμμετείχαν στον υπολογισμό της βαθμολογίας γνώσεων/παρανοήσεων για την HBV, την HCV και την HIV λοίμωξη**

Διαθεσιμότητα μεταβλητών	N (%)
Πλήρη δεδομένα	470 (88,0)
Ελλείπουσες τιμές σε 1 ερώτηση	51 (9,6)
Ελλείπουσες τιμές σε 2 ερωτήσεις	8 (1,5)
Ελλείπουσες τιμές σε 3 ερωτήσεις	2 (0,4)
Ελλείπουσες τιμές σε 4 ερωτήσεις	2 (0,4)
Ελλείπουσες τιμές σε 9 ερωτήσεις	1 (0,2)

### 10.2.3 Παράγοντες κινδύνου

Προκειμένου να αξιολογηθούν οι **παράγοντες κινδύνου** που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία σχετίζονται με τη μετάδοση της HBV, της HVC και την HIV, <sup>238-241</sup> έγιναν αρκετές σχετικές ερωτήσεις. Επιπλέον, δεδομένου ότι υπάρχουν ιατρικές

πρακτικές οι οποίες συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης, δημιουργήθηκε η μεταβλητή «**βαθμολογία παραγόντων ιατρικού κινδύνου μετάδοσης λοίμωξης**». Ειδικότερα, λήφθηκαν υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες κινδύνου (ερωτήσεις 79-81 του ερωτηματολογίου, βλ. [παράρτημα VII](#)):

1. Επαγγελματικοί: επαφή με αίμα, προϊόντα αίματος, σύριγγα ή βελόνες κατά την εργασία
2. Οικογενειακό ιατρικό ιστορικό: μέλος της οικογένειας με HBV ή HCV
3. Χειρουργική επέμβαση με νάρκωση ή ενδοσκόπηση
4. Μετάγγιση πριν από το 1992
5. Αιμοκάθαρση
6. Μεταμόσχευση κάποιου οργάνου

Η βαθμολογία κυμαινόταν από 0 έως 6. Κάθε θετική απάντηση για τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου ανά συμμετέχοντα λάμβανε ένα βαθμό. Στη συνέχεια, η κατηγοριοποίηση έγινε ως εξής:

- βαθμολογία 0: χαμηλό επίπεδο παραγόντων ιατρικού κινδύνου
- βαθμολογία 1: μέτριο επίπεδο παραγόντων ιατρικού κινδύνου
- βαθμολογία 2-5: υψηλό επίπεδο παραγόντων ιατρικού κινδύνου

Για τον υπολογισμό εξαιρέθηκαν οι απαντήσεις «Δεν ξέρω» και «Δεν απαντώ», τα άγνωστα και όσες παρατηρήσεις είχαν έστω 1 ελλείπουσα απάντηση σε έναν από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου (βλ. σχετικά [πίνακα 9.5](#)).

**Πίνακας 9.5 Διαθεσιμότητα μεταβλητών που συμμετείχαν στον υπολογισμό της βαθμολογίας παραγόντων ιατρικού κινδύνου μετάδοσης λοίμωξης**

Διαθεσιμότητα μεταβλητών	N (%)
Πλήρη δεδομένα	445 (83,3)
Δεν ξέρω	88 (16,5)
Ελλείπουσες τιμές σε 1 ερώτηση	1 (0,2)

#### 10.2.5. Αξιολόγηση δράσεων ευαισθητοποίησης

Η αξιολόγηση των γνώσεων/παρανοήσεων των συμμετεχόντων έγινε με τον ίδιο τρόπο που περιγράψαμε προηγουμένως (βλ. ανωτέρω: 10.2.2. Γνώσεις και στάσεις για την HBV, την HCV και την HIV).

### 10.3. Αυτοαναφορά κατάστασης υγείας

Η μεταβλητή «**από δύο νοσήματα και πάνω**», η οποία υποδηλώνει την παρουσία τουλάχιστον δύο χρόνιων νοσημάτων ανά συμμετέχοντα, δημιουργήθηκε με βάση το άθροισμα των χρόνιων νοσημάτων που δήλωσε ο κάθε συμμετέχων.

Επίσης, η μεταβλητή «**άλλα χρόνια νοσήματα**» προέκυψε με βάση τις σχετικές απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες στην ερώτηση 20 του ερωτηματολογίου και συγκεκριμένα στην υποερώτηση «άλλη πάθηση». Αναλυτικότερα, οι απαντήσεις αυτές κατηγοριοποιήθηκαν εκ νέου στις ακόλουθες κατηγορίες χρόνιων νοσημάτων:

- Ψυχιατρικές και κατάχρηση ουσιών
- Ενδοκρινικού συστήματος
- Νευρολογικού συστήματος
- Μυοσκελετικού συστήματος
- Πεπτικού συστήματος
- Μεταδιδόμενες

Για την εκτίμηση παρουσίας συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς τεσσάρων στοιχείων (PHQ-4)<sup>242</sup> το οποίο αποτελείται από την κλίμακα κατάθλιψης δύο στοιχείων (PHQ-2) και την κλίμακα άγχους 2 στοιχείων (GAD-2) ([πίνακας 9.6](#)). Βαθμολογία  $\geq 3$  στο PHQ-2 και στο GAD-2 υποδηλώνει την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους, αντίστοιχα.

**Πίνακας 9.6 Το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς 4 στοιχείων (PHQ-4)**

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες:	Καθόλου	Μερικές φορές	Περισσότερες από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1. Νιώσατε νευρικός/η, αγχωμένος/η*	0	1	2	3

2. Νιώσατε ότι δεν μπορούσατε να ελέγξετε το άγχος σας*	0	1	2	3
3. Νιώσατε ότι δεν είχατε πολλή όρεξη να κάνετε αυτά που κάνετε συνήθως**	0	1	2	3
4. Νιώσατε πεσμένος/η, θλιμμένος/η, ή απελπισμένος/η**	0	1	2	3

\*Στοιχεία για κλίμακα άγχους

\*\*Στοιχεία για κλίμακα κατάθλιψης.

#### 10.4. Υπηρεσίες υγείας

Αναφορικά με τους λόγους μη ασφαλιστικής κάλυψης (ερώτηση 16 του ερωτηματολογίου, βλ. [παράρτημα VII](#)), οι 3 απαντήσεις από τις συνολικά 8, «Έχω δυσκολίες στο να συγκεντρώσω τα απαραίτητα δικαιολογητικά από τις αντίστοιχες υπηρεσίες», «Δεν είναι δυνατόν να συγκεντρώσω τα απαραίτητα δικαιολογητικά από τις αντίστοιχες υπηρεσίες (λόγω αστικοδημοτικής κατάστασης)» και «Δεν γνωρίζω τις γραφειοκρατικές διαδικασίες που πρέπει να ακολουθήσω», ενώθηκαν για να δημιουργηθεί η απάντηση «**Αντιμετωπίζω γραφειοκρατικές δυσκολίες**».

Αναφορικά με τους λόγους αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας (ερώτηση 35 του ερωτηματολογίου, βλ. [παράρτημα VII](#)), δημιουργήθηκαν οι ακόλουθες δύο μεταβλητές:

- α. «**Ειδικοί λόγοι αδυναμίας πρόσβασης**», όπου συμπεριλήφθηκαν όλες οι πιθανές απαντήσεις της σχετικής ερώτησης
- β. «**Γενικοί λόγοι αδυναμίας πρόσβασης**», όπου κατηγοριοποιήθηκαν εκ νέου οι απαντήσεις της σχετικής ερώτησης ως εξής:

##### **1. Οικονομικοί**

- Δυσκολευόμουν να πληρώσω το κόστος

##### **2. Κοινωνικο-πολιτικοί**

- Μακριά λίστα αναμονής
- Δεν μπορούσα να πάρω άδεια από την εργασία μου/τη φροντίδα παιδιών ή άλλων
- Ήταν πολύ μακριά για να ταξιδέψω/δεν είχα μεταφορικό μέσο

- Δεν ήξερα κανένα καλό γιατρό ή ειδικό
- Δυσκολευόμουν να κλείσω ραντεβού
- Δε μου φέρονται καλά και δεν θέλω να πηγαίνω

### 3. Προσωπικοί

- Φοβάμαι τους γιατρούς, νοσοκομεία, εξετάσεις, θεραπεία
- Ήθελα να δω εάν το πρόβλημα θα βελτιωνόταν χωρίς να πάω στο γιατρό
- Το αμέλησα
- Ντρεπόμουν να με εξετάσει γιατρός
- Άλλος λόγος

## 9.6. Στατιστική Ανάλυση

Για την περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα συνοπτικά στατιστικά όπως κατανομή συχνοτήτων, μέση, διάμεση τιμή και σταθερή απόκλιση/25<sup>ο</sup> και 75<sup>ο</sup> εκατοστημόριο. Για τη διερεύνηση παραγόντων που ενδεχομένως σχετίζονται με α) την πιθανότητα προηγούμενου ελέγχου για HBV, HVB και HIV και β) την πιθανότητα θετικού αποτελέσματος, χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα πολυπαραγοντικής λογαριθμιστικής εξάρτησης. Αντίστοιχα μοντέλα χρησιμοποιήθηκαν και για τις γνώσεις και τις στάσεις των Ρομά και των καθοριστικών παραγόντων. Για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την πρόσβαση των Ρομά στο σύστημα υγείας χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα πολυπαραγοντικά μοντέλα (πολυπαραγοντική λογαριθμιστική ή διαβαθμισμένη (ordinal) παλινδρόμηση), αναλόγως της φύσης της μεταβλητής έκβασης.

Για τις δίτιμες εκβάσεις που μελετήθηκαν, αρχικά εφαρμόστηκε μονοπαραγοντική ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης. Στη συνέχεια όλες οι μεταβλητές εισήχθησαν σε πολυπαραγοντικό μοντέλο λογαριθμιστικής παλινδρόμησης και εφαρμόστηκε προς τα πίσω επιλογή με βάση το κριτήριο της μέγιστης πιθανοφάνειας. Στο τελικό μοντέλο, δοκιμάστηκαν μία-μία οι μεταβλητές που στο προηγούμενο βήμα

είχαν εξαιρεθεί, και παρέμειναν εφόσον το κριτήριο της μέγιστης πιθανοφάνειας είχε  $p < 0.05$ .<sup>243</sup> Η ηλικία και το φύλο περιλήφθηκαν σε όλα τα μοντέλα, ανεξαρτήτως στατιστικής σημαντικότητας.

Για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μεταβολή του επιπέδου γνώσεων μετά την εφαρμογή των δράσεων ευαισθητοποίησης, και προκειμένου να ληφθούν υπόψη οι δύο πηγές μεταβλητότητας (εντός των ατόμων πριν και μετά τις δράσεις και μεταξύ των ατόμων), εφαρμόστηκαν μοντέλα μικτών επιδράσεων. Η έκβαση που αναλύθηκε ήταν το επίπεδο γνώσεων ως διατάξιμη μεταβλητή (χαμηλό, μέτριο, υψηλό επίπεδο γνώσεων) και επομένως τα μοντέλα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν μοντέλα διαβαθμισμένης λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (Multilevel mixed-effects ordered logistic regression). Στο μοντέλο προβλέφθηκαν τυχαίες επιδράσεις σταθεράς, επιτρέποντας ατομικές διαφοροποιήσεις στο επίπεδο γνώσεων πριν από τις δράσεις ευαισθητοποίησης. Σε όλα τα μοντέλα εισήχθη η μεταβλητή του χρόνου (δίτιμη μεταβλητή για το χρόνο αξιολόγησης ως αρχική επίσκεψη και δεύτερη επίσκεψη), προκειμένου να διερευνηθεί αν υπήρξε μεταβολή μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης. Στο δι-παραγοντικό αυτό μοντέλο εισήχθησαν και οι υπόλοιπες μεταβλητές (δημογραφικές, κοινωνικο-οικονομικές) προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση τους με το επίπεδο γνώσεων. Τέλος, για όλες τις σημαντικές μεταβλητές εισήχθησαν και αλληλεπιδράσεις με τη μεταβλητή του χρόνου, προκειμένου να διερευνηθεί αν υπήρχε διαφοροποίηση στη μεταβολή του επιπέδου γνώσεων μετά την υλοποίηση των δράσεων ευαισθητοποίησης. Στις περιπτώσεις σημαντικών αλληλεπιδράσεων, παρουσιάζεται η επίδραση των μεταβλητών χωριστά την πρώτη και τη δεύτερη χρονική στιγμή, καθώς επίσης και η επίδραση του χρόνου χωριστά στα διάφορα επίπεδα της μεταβλητής με σημαντικές αλληλεπιδράσεις με τη μεταβλητή του χρόνου.

Στη συνέχεια παρατίθενται περαιτέρω πληροφορίες ανά ενότητα αποτελεσμάτων.

### 10.2.2. Γνώσεις

Για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις γνώσεις για την HBV, την HCV και HIV λοίμωξη χρησιμοποιήθηκε ως εξαρτημένη η διαβαθμισμένη μεταβλητή



η οποία εκφράζει το γενικό επίπεδο γνώσεων (χαμηλό, μέτριο, υψηλό) και για τα τρία νοσήματα.

### 10.2.3. Παράγοντες κινδύνου

Για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τον επιπολασμό της HBV χρησιμοποιήθηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή η παρουσία της HBV (HBsAg(+)).

### 10.3. Αυτοαναφορά κατάστασης υγείας

Για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την αυτοαξιολόγηση υγείας και τα χρόνια νοσήματα χρησιμοποιήθηκαν ως εξαρτημένες μεταβλητές η μέτρια/κακή/πολύ κακή αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας και η παρουσία χρόνιου νοσήματος αντίστοιχα.

### 10.4. Υπηρεσίες υγείας

Για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με χρήση υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιήθηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή η αδυναμία πρόσβασης στο σύστημα υγείας (χρειάστηκε και δεν είχα πρόσβαση).

## **9.7.Ζητήματα δεοντολογίας**

Η μελέτη Hprolipsis εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών (ημερομηνία: 4 Μάρτη 2015, αρ. πρωτοκόλλου: 6141) και διενεργήθηκε από το Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής με υπεύθυνη την Καθηγήτρια κα. Γιώτα Τουλούμη. Ο απαιτούμενος προϋπολογισμός για την υλοποίηση της παρούσας διατριβής, καλύφθηκε εξ ολοκλήρου στο πλαίσιο της μελέτης Hprolipsis.

## 10.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 10.1. Συνθήκες διαβίωσης στους οικισμούς και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

#### Χαρακτηριστικά οικισμών

Στον [πίνακα 10.1](#) παρουσιάζονται οι διαφορετικού τύπου οικισμοί που επιλέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη ανά περιφέρεια.

**Πίνακας 10.1 Επιλεγθέντες οικισμοί ανά περιφέρεια και ανά τύπο οικισμού**

Περιφέρεια	Τύπος 1 (σπίτια)	Τύπος 2 (μικτός)	Τύπος 3 (παράγκες)
Αττική	Μενίδι	Άνω Λιόσια	Ασπρόπυργος
Κεντρ. Μακεδονία	Δενδροπόταμος	Αγιά Σοφιά	Περαία και Χαλάστρα
Δυτ. Ελλάδα	Κάτω Αχαγιά	Σαγιέικα	Ρηγανόκαμπος
Θεσσαλία	Νέα Σμύρνη	Τύρναβος	Φάρσαλα

Με βάση την ανάλυση των αποτελεσμάτων τα οποία προήλθαν από το δελτίο καταγραφής των επιλεγθέντων οικισμών, αυτοί του τύπου 3 φαίνεται να αντιμετωπίζουν τα μεγαλύτερα προβλήματα. Ενδεικτικά, τρεις από τους πέντε βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση από κατοικημένες περιοχές, μόνο ένας στους πέντε έχει κάδους για σκουπίδια και μόνο δύο στους πέντε έχουν δημόσιο φωτισμό. Ωστόσο, σημαντικά προβλήματα παρουσιάζονται σε όλους τους οικισμούς, ανεξαρτήτως οικιστικής κατηγοριοποίησης, καθώς σε όλους αναφέρθηκαν ακατάλληλες υγειονομικές συνθήκες, ενώ σε δέκα από αυτούς οι κάτοικοι αντιμετωπίζουν προβλήματα με πλημμύρες. Περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης ανά τύπο οικισμού παρατίθενται στη συνέχεια.

## Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Στον [πίνακα 10.2](#) παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού των Ρομά που συμμετείχαν στη μελέτη ανά φύλο και στον [πίνακα 10.3](#) τα χαρακτηριστικά των συνθηκών διαβίωσής τους ανά κατηγορία οικισμού. Οι απαντήσεις «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», οι οποίες κυμαίνονται από 6% έως 10%, παραλείφθηκαν και στους δύο πίνακες.

**Πίνακας 10.2 Βασικά περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ανά φύλο**

Περιγραφικά χαρακτηριστικά N (%)*	Γυναίκες N=287	Άνδρες N=247	Συνολικά N=534	p-value
<b>Περιφέρεια</b>				0.161
Αττική	66 (23,0)	68 (27,5)	134 (25,1)	
Κεντρική Μακεδονία	57 (19,9)	62 (25,1)	119 (22,3)	
Δυτική Ελλάδα	83 (28,9)	60 (24,3)	143 (26,8)	
Θεσσαλία	81 (28,2)	57 (23,1)	138 (25,8)	
<b>Τυπολογία οικισμού</b>				0.515
Τύπος 1 (σπίτια)	94 (32,8)	71 (28,9)	165 (31,0)	
Τύπος 2 (μικτός)	124 (43,2)	108 (43,5)	232 (43,3)	
Τύπος 3 (παράγκες)	69 (24,0)	68 (27,6)	137 (25,7)	
<b>Χώρα Γέννησης</b>				0.059
Ελλάδα	283 (98,6)	245 (99,2)	528 (98,9)	
Αλβανία, Ρουμανία, Βουλγαρία	4 (1,3)	2 (0,8)	6 (1,1)	
<b>Θρήσκευμα</b>				
Χριστιανές/οι Ορθόδοξες/οι	263 (91,6)	220 (89,1)	483 (90,5)	0.102
Ευαγγελικές/οι	15 (5,2)	13 (5,3)	28 (5,2)	
Μουσουλμάνες/οι	4 (1,4)	11 (4,5)	15 (2,8)	
Άλλο	5 (1,8)	3 (1,1)	8 (1,5)	
<b>Ηλικιακή ομάδα, έτη</b>				

18-34	127 (44,3)	138 (55,9)	265 (49,6)	0.015
35-49	86 (30,0)	66 (26,7)	152 (28,5)	
50-64	51 (17,8)	35 (14,2)	86 (16,1)	
65+	23 (8,0)	8 (3,2)	31 (5,8)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				0.001
Άγαμες/οι	26 (9,1)	36 (14,6)	62 (11,6)	
Έγγαμες/οι	118 (48,1)	92 (37,3)	210 (39,3)	
«Κλεμμένες/οι»	104 (36,2)	108 (43,7)	212 (39,7)	
Χήρες/οι	21 (7,3)	3 (1,2)	24 (4,5)	
Διαζευγμένες/οι	17 (5,9)	8 (3,2)	25 (4,7)	
<b>Αριθμός παιδιών</b>				<0.001
0	18 (6,3)	41 (16,6)	59 (11,1)	
1-3	122 (42,7)	107 (43,3)	229 (43,0)	
4+	146 (51,0)	99 (40,1)	245 (46,0)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>				<0.001
Καθόλου σχολείο	187 (65,4)	83 (33,6)	270 (50,7)	
Α΄-Στ΄ τάξη δημοτικού	84 (29,4)	131 (53,0)	215 (40,3)	
Α΄ τάξη γυμνασίου και μετά	15 (5,2)	33 (13,4)	48 (9,0)	
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>				<0.001
Εργαζόμενοι (μόνιμα ή περιστασιακά)	34 (11,9)	119 (48,4)	153 (28,7)	
Συνταξιούχοι	14 (4,9)	4 (1,6)	18 (3,4)	
Οικιακά/μαθητής/οικογενειακή επιχείρηση (χωρίς μισθό)	154 (53,7)	12 (4,9)	166 (31,1)	
Άνεργοι	85 (29,6)	111 (45,1)	196 (36,8)	

## Επαγγέλματα<sup>22</sup>

Εμπόριο	34 (11,8)	106 (42,9)	140 (26,2)
Υπάλληλοι	13 (4,5)	25 (10,1)	38 (7,1)
Ευκαιριακά μεροκάματα	48 (16,7)	41 (16,6)	89 (16,7)
Εργάτριες/ες υποδομών	0 (0,0)	9 (3,6)	9 (1,7)
Παλιατζήδες/ανακύκλωση	16 (5,6)	65 (26,3)	81 (15,2)
Μουσικοί	0 (0,0)	5 (2,0)	5 (0,9)
Εργάτριες/τες γης	51 (17,8)	17 (6,9)	68 (12,7)
Δεν έχουν εργαστεί ποτέ με αμοιβή	112 (39,0)	6 (2,4)	118 (22,1)
Άλλο	7 (2,4)	7 (2,8)	14 (2,6)

\*Οι απαντήσεις «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ» παραλείφθηκαν, καθώς ήταν λίγες (0,2-0,4%).

Από το σύνολο των 534 συμμετεχόντων (287 γυναίκες και 247 άνδρες), 31% διέμεναν στον πρώτο τύπο οικισμού (σπίτια), 43,3% διέμεναν στον δεύτερο (μικτός) και 25,7% στον τρίτο (παράγκες). Η διάμεση ηλικία τους (25<sup>ο</sup>, 75<sup>ο</sup> εκατοστημόριο) ήταν 35 (25, 48) έτη και πιο συγκεκριμένα για τις γυναίκες ήταν 38 (26, 50) ενώ για τους άνδρες 31 (23, 45). Αναφορικά με τη χώρα γέννησης, 98,9% των συμμετεχόντων είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα και 90,5% δήλωσαν Χριστιανοί Ορθόδοξοι. Σχεδόν το 80% των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένοι, 39,3% από αυτούς επίσημα και 39,7% ως «κλεμμένες/οι». Μόλις 11,1% δεν είχαν κανένα παιδί ενώ 46% είχαν τουλάχιστον 4 παιδιά. Μάλιστα, περισσότερες πολυμελείς οικογένειες καταγράφηκαν στον τύπο 3 (παράγκες) και ακολούθησαν ο τύπος 2 (μικτός) και ο τύπος 1 (σπίτια) (53,3%, 46,6% και 39,0% αντίστοιχα είχαν από 4 παιδιά και πάνω).

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (50,7%) δεν είχαν πάει ποτέ στο σχολείο. Μάλιστα, οι συμμετέχοντες από τη Δυτική Ελλάδα και τη Θεσσαλία ήταν αρκετά πιο πιθανό να μην έχουν πάει σχολείο σε σχέση με τους συμμετέχοντες από την Αττική και την Κεντρική Μακεδονία (59,4% και 59,4% έναντι 40,3% και 41,5%,

<sup>22</sup> Μπορούσαν να δηλώσουν παραπάνω από ένα επαγγέλματα.

αντίστοιχα). Λιγότεροι από 30% εργάζονταν μόνιμα ή προσωρινά. Το εμπόριο (υπαίθριες αγορές και γυρολόγοι) (26,2%), τα ευκαιριακά μεροκάματα (16,7%), η βιομηχανία ανακύκλωσης (15%) και η εργασία γης ήταν τα πιο συχνά αναφερόμενα επαγγέλματα. Σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να μην έχουν πάει ποτέ στο σχολείο (33,6% και 65,4%, αντίστοιχα), να μην έχουν κάποια δουλειά (48,4% και 11,9%, αντίστοιχα) και να μην έχουν εργαστεί ποτέ με αμοιβή (4,9% και 53,7%, αντίστοιχα).

**Πίνακας 10.3 Βασικά περιγραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης των συμμετεχόντων ανά τύπο οικισμού**

Περιγραφικά χαρακτηριστικά N (%)*	Τύπος 1 (σπίτια) N=165	Τύπος 2 (μικτός) N=232	Τύπος 3 (παράγκες) N=137	Συνολικά N=534	p-value
<b>Μηνιαίο εισόδημα συγκριτικά με το βασικό μισθό στην Ελλάδα (586 ευρώ ακαθάριστο)</b>					0.004
Υψηλότερο/περίπου το ίδιο	37 (22,6)	27 (11,7)	20 (14,6)	84 (15,8)	
Χαμηλότερο	78 (47,5)	137 (59,6)	90 (65,7)	305 (57,5)	
Καθόλου εισόδημα	49 (29,9)	66 (28,7)	27 (19,7)	142 (26,7)	
<b>Κάλυψη αναγκών με βάση το εισόδημα</b>					0.001
Όχι	144 (87,3)	219 (94,4)	134 (97,8)	497 (93,1)	
Ναι	21 (12,7)	13 (5,6)	3 (2,2)	37 (6,9)	
<b>Διατροφική ανασφάλεια (βαθμολογία)**</b>					0.131
Ποτέ (0)	62 (38,0)	91 (39,6)	37 (27,0)	190 (35,8)	
Σπάνια/Μερικές φορές (1-3)	58 (35,6)	85 (37,0)	56 (40,9)	199 (37,5)	
Συχνά (4-6)	43 (26,4)	54 (23,5)	44 (32,1)	146 (26,6)	
<b>Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας</b>					<0.001
Όχι	63 (38,9)	137 (59,3)	73 (53,3)	273 (51,5)	

<b>Περιγραφικά χαρακτηριστικά N (%)*</b>	<b>Τύπος 1 (σπίτια)</b>	<b>Τύπος 2 (μικτός)</b>	<b>Τύπος 3 (παράγκες)</b>	<b>Συνολικά N=534</b>	<b>p-value</b>
	N=165	N=232	N=137	N=534	
Ναι	99 (61,1)	94 (40,7)	64 (46,7)	257 (48,5)	
<b>Κατανάλωση καπνού</b>					0.053
Καπνίστρια/ης	101 (61,2)	137 (59,1)	90 (65,7)	328 (61,4)	
Πρώην καπνίστρια/ης	19 (11,5)	12 (5,2)	12 (8,8)	43 (8,1)	
Ποτέ καπνίστρια/ης	45 (27,3)	83 (35,8)	35 (25,5)	163 (30,5)	
<b>Κάπνισμα σε πακετο- χρόνια</b>					0.263
0	50 (30,0)	86 (37,0)	38 (28,0)	174 (33,0)	
1-30	81 (49,0)	95 (41,0)	70 (51,0)	246 (46,0)	
31+	32 (19,0)	49 (21,0)	27 (20,0)	108 (20,0)	
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>					0.112
Ναι	78 (47,3)	118 (50,9)	81 (59,1)	277 (51,9)	
Όχι	87 (52,7)	114 (49,1)	56 (40,9)	257 (48,1)	
<b>Ποτήρια αλκοόλ/τελευταία εβδομάδα</b>					0.001
0	99 (60,4)	148 (64,3)	98 (71,5)	345 (65,0)	
1-7	44 (26,8)	30 (13,0)	19 (13,9)	93 (17,5)	
8+	21 (12,8)	52 (22,6)	20 (14,6)	93 (17,5)	
<b>Ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ/τελευταία εβδομάδα</b>					0.170
0	99 (60,0)	148 (64,1)	98 (71,5)	345 (64,7)	
1-2	51 (30,9)	60 (26,0)	25 (18,2)	136 (25,5)	
3+	15 (9,1)	23 (10,0)	14 (10,2)	52 (9,8)	
<b>Έτη διαμονής στην περιοχή</b>					0.016
Έως 5	14 (8,5)	13 (6,0)	20 (15,0)	47 (9,1)	
Παραπάνω από 5	151 (91,5)	204 (94,0)	114 (85,0)	468 (90,9)	
<b>Συχνή αλλαγή μέρους διαμονής</b>					0.012

<b>Περιγραφικά χαρακτηριστικά N (%)*</b>	<b>Τύπος 1 (σπίτια)</b>	<b>Τύπος 2 (μικτός)</b>	<b>Τύπος 3 (παράγκες)</b>	<b>Συνολικά N=534</b>	<b>p-value</b>
	N=165	N=232	N=137	N=534	
Όχι	142 (86,6)	212 (91,4)	109 (80,1)	463 (87,4)	
Ναι, μια φορά στους 6 ή 12 μήνες	21 (12,8)	20 (8,6)	26 (19,1)	67 (12,6)	
<b>Αριθμός ατόμων που διαμένουν στο σπίτι</b>					0.610
Μέχρι και 5	73 (44,2)	93 (40,1)	61 (44,5)	227 (42,5)	
6 και πάνω	92 (55,8)	139 (59,9)	76 (55,5)	307 (57,5)	
<b>Αριθμός ατόμων που κοιμούνται /δωμάτιο</b>					
1-3	109 (66,1)	125 (33,9)	48 (35,0)	282 (52,8)	<0.001
4+	56 (33,9)	107 (46,1)	89 (65,0)	252 (47,2)	
<b>Πόσιμο νερό</b>					<0.001 <sup>23</sup>
Οικιακή σύνδεση	69 (42,1)	120 (51,9)	39 (28,5)	228 (42,9)	
Δημόσια σύνδεση	93 (56,7)	104 (45,0)	98 (71,5)	295 (55,5)	
Άλλο	2 (1,2)	7 (3,0)	0 (0,0)	9 (1,7)	
<b>Παροχή ηλεκτρικής ενέργειας</b>					<0.001
Μέσω προμηθευτή	157 (95,7)	163 (70,6)	105 (76,6)	425 (79,9)	
Γεννήτρια	0 (0,0)	36 (15,5)	15 (10,9)	51 (9,6)	
Καμία	7 (4,3)	32 (13,9)	17 (12,4)	56 (10,5)	
<b>Θέρμανση</b>					0.003
Όχι	150 (90,9)	222 (95,7)	136 (99,3)	508 (95,1)	
Ναι	15 (9,1)	10 (4,3)	1 (0,7)	26 (4,9)	
<b>Τουαλέτα μέσα στο σπίτι</b>					<0.001
Όχι	42 (25,6)	74 (31,9)	87 (63,5)	203 (38,1)	
Ναι	122 (74,4)	158 (68,1)	50 (36,5)	330 (61,9)	
<b>Αριθμός βασικών οικιακών εγκαταστάσεων</b>					<0.001
4/4	7 (4,2)	15 (6,5)	0 (0,0)	22 (4,1)	

<sup>23</sup> Για την εκτίμηση του p-value αυτής της μεταβλητής, η κατηγορία «άλλο» παραλείφθηκε.



Περιγραφικά χαρακτηριστικά N (%)*	Τύπος 1 (σπίτια)	Τύπος 2 (μικτός)	Τύπος 3 (παράγκες)	Συνολικά N=534	p-value
	N=165	N=232	N=137	N=534	
2-3/4	128 (77,6)	150 (64,7)	66 (48,2)	344 (64,4)	
0-1/4	30 (18,2)	67 (28,9)	71 (51,8)	168 (31,5)	

\*Οι απαντήσεις «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ» παραλείφθηκαν, καθώς ήταν πάρα πολύ λίγες (0,2-0,6%).

\*\* Για τις επιμέρους απαντήσεις με βάση τις οποίες υπολογίστηκε η βαθμολογία βλ. [παράρτημα XIX, πίνακα 0.2](#)

Αναφορικά με το εισόδημα των συμμετεχόντων, μόνο 15,8% (10,8% των γυναικών και 21,5% των ανδρών) δήλωσαν ότι είχαν υψηλότερο/σχεδόν το ίδιο οικογενειακό εισόδημα από τον κατώτερο βασικό μισθό στην Ελλάδα (ακαθάριστο 586 ευρώ). Μάλιστα 30%, κατά προσέγγιση, των συμμετεχόντων από τον τύπο 1 και τύπο 2 ανέφεραν ότι δεν είχαν κανένα εισόδημα. Επιπλέον, λιγότεροι από τους μισούς (48,5%) συμμετέχοντες είχαν ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας, μόλις 7% ανέφεραν ότι μπορούσαν να καλύψουν τις ανάγκες τους και μόλις 35,8% ότι δεν είχαν ποτέ θέμα διατροφικής ανασφάλειας. Αναφορικά με το κάπνισμα, μόνο το 25,5% δεν είχαν καπνίσει ποτέ, κατά προσέγγιση 70% από αυτούς που δήλωσαν ότι καπνίζουν σε καθημερινή βάση έκαναν από 1 πακέτο (20 τσιγάρα) και πάνω και το 66% κατέγραψαν τουλάχιστον ένα πακέτο-χρόνο. Τουλάχιστον ένα ποτήρι αλκοόλ την τελευταία εβδομάδα δήλωσε ότι είχε καταναλώσει περίπου το 35%.

Περισσότερο από το 90% των συμμετεχόντων διέμεναν για περισσότερα από 6 χρόνια στην ίδια περιοχή, ενώ η πλειονότητα των λίγων ατόμων που δήλωσαν ότι μετακινούνται μία φορά ανά 6 ή 12 μήνες (12,6%) διευκρίνισε ότι το κάνουν για λόγους εργασίας (95,7%). Σε σχέση με την περιφέρεια, οι συμμετέχοντες από τη Θεσσαλία ήταν αυτοί με το μεγαλύτερο ποσοστό μετακίνησης (29,9%), ενώ ακολουθούσαν οι συμμετέχοντες από την Κεντρική Ελλάδα (19,7%), την Αττική (2,2%) και τη Δυτική Ελλάδα (0,0%). Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες (47,2%) δήλωσαν ότι περίπου τέσσερα άτομα κοιμούνται ανά υπνοδωμάτιο. Με βάση τις απαντήσεις που δόθηκαν για τις βασικές οικιακές εγκαταστάσεις (νερό, ηλεκτρικό ρεύμα, θέρμανση και τουαλέτα μέσα στο σπίτι), μόνο το 4,1% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει

διαθέσιμες και τις τέσσερις στο νοικοκυριό τους, σε αντίθεση με το 64,4% και το 31,5% που δήλωσαν ότι έχουν 2 -3 και 0-1 αντίστοιχα.

## 10.2. Αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα (ιογενείς HBV, HCV και HIV λοίμωξη)

Εκ των 534 συμμετεχόντων στη μελέτη, λήφθηκε αίμα από 523, προκειμένου να ελεγχθεί για ορολογικούς δείκτες των ιογενών λοιμώξεων της HBV, της HCV και της HIV. Συγκεκριμένα, δεδομένα για HBsAg ήταν διαθέσιμα για 522 άτομα, για anti-HBc και anti-HBs για 476 άτομα και για anti-HCV και anti-HIV-1/2 για 523 άτομα.

### 10.2.1. Καταρράκτης θεραπείας

#### 10.2.1.1. HBV

Στον [πίνακα 10.4](#) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων ελέγχου για την HBV ανά τύπο οικισμού και ανά φύλο. Συγκεκριμένα, ο επιπολασμός HBsAg(+) εκτιμήθηκε σε 7,5% με 95% ΔΕ (5,50-10,07) επί του συνόλου των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες από τον τύπο 3 (παράγκες) είχαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό έναντι αυτών του τύπου 1 (σπίτια) και 2 (μικτός) (11,8% έναντι 2,5% και 8,4%, αντίστοιχα,  $p=0.004$ )

**Πίνακας 10.4** Επιπολασμός αντιγόνου επιφανείας της HBV (HBsAg) ανά τύπο οικισμού και ανά φύλο (N=522)

N (%)	HBsAg(+)		p-value
	Ναι	Όχι	
<b>Τυπολογία οικισμού</b>			0.004
Τύπος 1 (σπίτια)	4 (2,5)	156 (97,5)	
Τύπος 2 (μικτός)	19 (8,4)	208 (91,6)	

Τύπος 3 (παράγκες)	16 (11,8)	119 (88,2)	
<b>Φύλο</b>			0.242
Γυναίκα	17 (6,0)	263 (94,0)	
Άντρας	22 (9,1)	220 (90,9)	
<b>Συνολικά</b>	39 (7,5)	483 (92,5)	

Στη συνέχεια παρατίθενται δεδομένα σχετικά με την αυτοαναφορά των συμμετεχόντων σε ερώτηση για προηγούμενη εξέταση για την HBV και τα αποτελέσματα που είχαν λάβει. Επίσης, παρατίθενται συγκριτικά τα αποτελέσματα από τις αιματολογικές εξετάσεις για το HBsAg που προέκυψαν από τη μελέτη Hprolipsis σε σχέση με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες σε κάθε περίπτωση.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τον [πίνακα 10.5](#), 70,6% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι δεν είχαν κάνει ποτέ στο παρελθόν εξέταση αίματος για HBV, 14,4% ότι είχαν εξεταστεί και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό, και 3,1% ότι είχαν εξεταστεί και το αποτέλεσμα ήταν θετικό. Έτσι, λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις αιματολογικές εξετάσεις για το HBsAg της παρούσας μελέτης (παρατίθενται συγκριτικά στον ίδιο πίνακα), το ποσοστό των συμμετεχόντων που γνώριζαν ότι είναι θετικοί στην HBV ήταν 23,1% (9/39) ενώ το ποσοστό των αδιάγνωστων θετικών στην HBV ήταν 76.9% (30/39).

**Πίνακας 10.5 Αυτοαναφορά εξέτασης για HBV στο παρελθόν σε σύγκριση με τα αποτελέσματα από τις αιματολογικές εξετάσεις για το HBsAg**

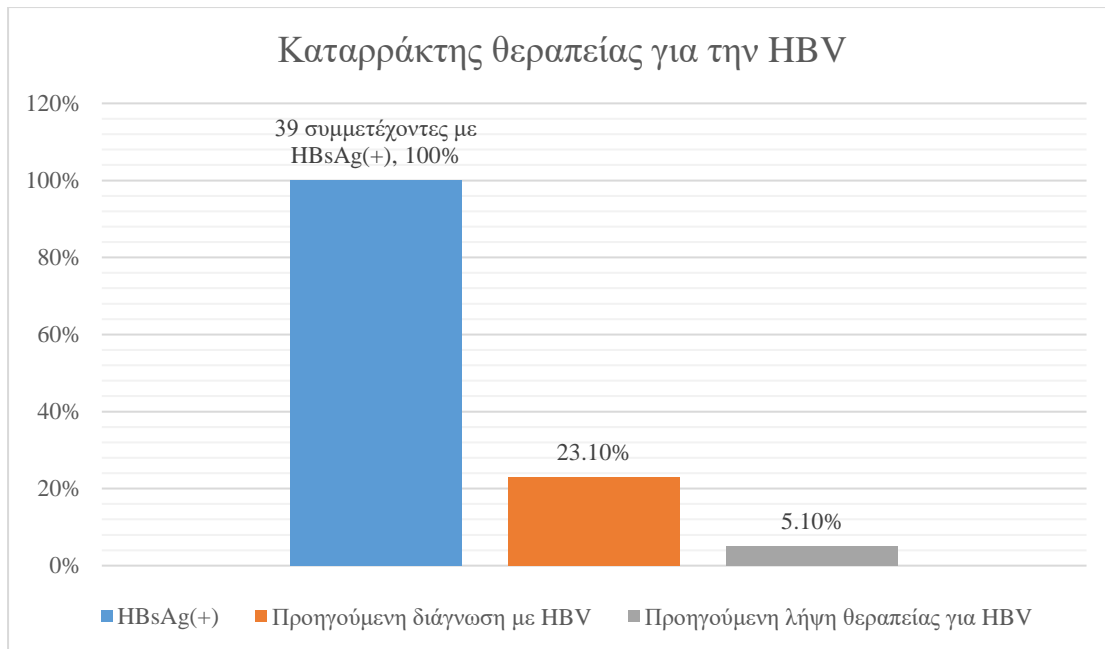
Έχετε κάνει ποτέ εξέταση αίματος για HBV και, εάν ναι, ποιο ήταν το αποτέλεσμα;	Αυτοαναφορά	N (%)		
		Αποτελέσματα με βάση τις αιματολογικές εξετάσεις για το HBsAg	Θετικό	Αρνητικό
Δεν εξετάσθηκα ποτέ	377 (70,6)	22 (5,8)	346 (91,8)	9 (2,4)
Εξετάσθηκα και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό	77 (14,4%)	6 (7,8)	70 (91,0)	1 (1,2)
Εξετάσθηκα και το αποτέλεσμα ήταν θετικό	17 (3,1)	9 (52,9)	7 (41,2)	1 (5,9)

Εξετάσθηκα αλλά δεν ξέρω το αποτέλεσμα	8 (1,5)	2 (25,0)	6 (75,0)	0 (0,0)
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	55 (10,3)	0 (0,0)	54 (98,2)	1 (1,8)
Σύνολο	534 (100)	39 (7,3)	483 (90,4)	12 (2,3)

Από τα 7 άτομα που δήλωσαν ότι είχαν θετικό αποτέλεσμα σε εξετάσεις για HBV κατά το παρελθόν, αλλά σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αιματολογικών εξετάσεων της Hprolipsis είχαν HBsAg(-):

- 1 άτομο ήταν επίνοσο, δηλ. δεν είχε έρθει ποτέ σε επαφή με τον ιό της HBV (anti-HBc(-), anti-HBs(-))
- 4 άτομα είχαν φυσική ανοσία, δηλ. είχαν ιαθεί μετά από προηγούμενη επαφή με τον ιό της HBV (anti-HBc(+), anti-HBs(+)) και
- 2 άτομα είχαν επίκτητη ανοσία, δηλαδή είχαν αποκτήσει ανοσία στον ιό της HBV μετά από εμβολιασμό (anti-HBc(-), anti-HBs(+))

Στο [διάγραμμα 10.1](#) αποτυπώνεται ο καταρράκτης θεραπείας για την HBV. Συγκεκριμένα, από τους 39 συμμετέχοντες που βρέθηκαν θετικοί στον ιό της HBV, 9 (23,1%) δήλωσαν ότι είχαν διαγνωστεί κατά το παρελθόν και 2 (5,1%) δήλωσαν ότι είχαν ακολουθήσει κάποια θεραπεία.



**Διάγραμμα 10.1 Καταρράκτης θεραπείας για την HBV: Ποσοστό από τους 39 συμμετέχοντες με HBsAg(+)** (με βάση τις αιματολογικές εξετάσεις) με προηγούμενη διάγνωση (αυτοαναφορά) και προηγούμενη λήψη θεραπείας για την HBV (αυτοαναφορά)

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τον [πίνακα 10.6](#) από τις 17 HBsAg(+) συμμετέχουσες γυναίκες, 6 είχαν κάνει προηγούμενη εξέταση και 2 από αυτές είχαν λάβει θεραπεία. Από την άλλη, από τους 22 HBsAg(+) συμμετέχοντες άνδρες μόλις 3 είχαν κάνει προηγούμενη εξέταση και κανένας από αυτούς δεν είχε λάβει θεραπεία. Εκτός από τις γυναίκες, τη μεγαλύτερη συχνότητα προηγούμενης εξέτασης για HBV είχαν οι συμμετέχοντες από τον τύπο 2 (σπίτια) (N=4), την ηλικιακή ομάδα 18-34 (N=6) και την περιφέρεια της Κεντρικής Μακεδονίας (N=6). Τέλος, κανένας από τους συμμετέχοντες που ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία 50+ και την Αττική δεν είχε κάνει ποτέ προηγούμενη εξέταση για HBV.

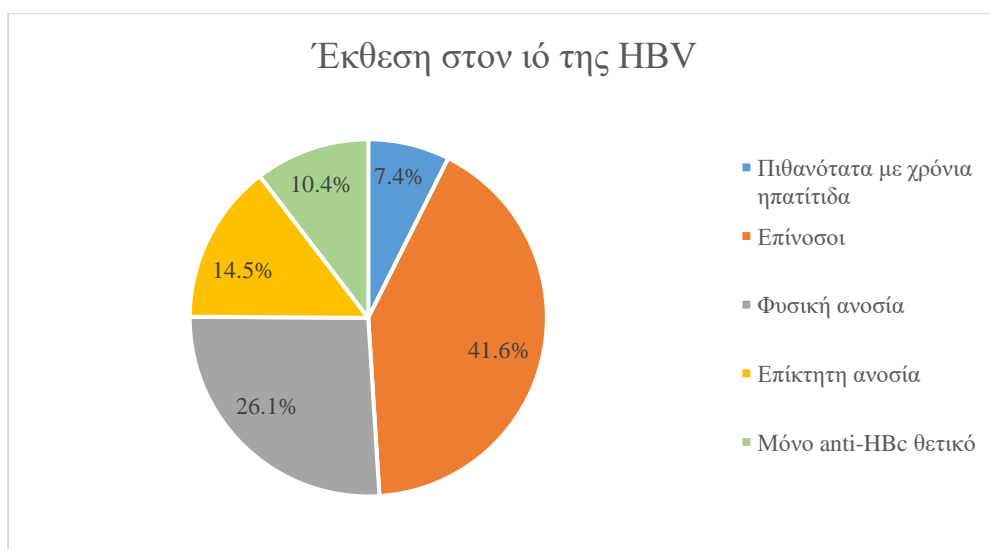
**Πίνακας 10.6 Καταρράκτης θεραπείας για την HBV: προηγούμενη διάγνωση (αυτοαναφορά) και προηγούμενη λήψη θεραπείας (αυτοαναφορά) για την HBV μεταξύ των 39 συμμετεχόντων με HBsAg(+)** σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά

N (% μεταξύ των 522 συμμετεχόντων)	N (% μεταξύ των 39 HBsAg(+) συμμετεχόντων)

	<b>HBsAg(+)</b> <b>(εξετάσεις αίματος)</b>	<b>Προηγούμενη</b> <b>διάγνωση HBV</b> <b>(αυτοαναφορά)</b>	<b>Προηγούμενη λήψη</b> <b>θεραπείας HBV</b> <b>(αυτοαναφορά)</b>
<b>Φύλο</b>			
Γυναίκα	17 (6,1)	6 (35,3)	2 (11,8)
Αντρας	22 (9,1)	3 (13,6)	0 (0,0)
<b>Τυπολογία</b>			
<b>οικισμού</b>			
Τύπος 1 (σπίτια)	4 (2,5)	2 (50,0)	0 (0,0)
Τύπος 2 (μικτός)	19 (8,4)	4 (21,1)	1 (5,2)
Τύπος 3 (παράγκες)	16 (11,9)	3 (18,8)	1 (6,2)
<b>Ηλικιακή ομάδα</b>			
<b>(έτη)</b>			
18-34	23 (9,0)	6 (26,1)	1 (4,3)
35-49	14 (9,3)	3 (21,4)	1 (7,1)
50+	2 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Περιφέρεια</b>			
Αττική	8 (6,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Κεντρική	14 (12,6)	6 (42,9)	1 (7,1)
Μακεδονία			
Θεσσαλία	12 (8,8)	2 (16,7)	1 (8,3)
Δυτική Ελλάδα	5 (3,5)	1 (20,0)	0 (0,0)
<b>Συνολικά</b>	39 (7,5)	9 (23,1)	2 (5,1)

Επιπλέον, στο [διάγραμμα 10.2](#) απεικονίζεται η ποσοστιαία κατανομή της έκθεσης στον ιό της HBV που προκύπτει με βάση τα πλήρη ανοσολογικά δεδομένα για 476 συμμετέχοντες και στον [πίνακα 10.7](#) παρατίθενται περαιτέρω σχετικά δεδομένα σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά. Αναλυτικότερα, από τους 476 συμμετέχοντες, 7,4% πιθανότατα είχαν χρόνια ηπατίτιδα, 41,6% ήταν επίνοσοι (χωρίς προηγούμενη επαφή με τον ιό της HBV), 26,1% είχαν φυσική ανοσία (ίαση μετά από επαφή με τον ιό της HBV), 14,5% είχαν επίκτητη ανοσία (ανοσία μετά από εμβολιασμό για την HBV) και, τέλος, 10,4% είχαν μόνο anti-HBc θετικό. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα: οι άνδρες, συγκριτικά με τις γυναίκες είχαν σε κάποιο βαθμό υψηλότερο επιπολασμό HBsAg(+), είχαν σε υψηλότερο ποσοστό επίκτηση

ανοσία και σε χαμηλότερο ποσοστό φυσική ανοσία ενώ τα ποσοστά επίνοσων ήταν παρόμοια στα δύο φύλα. Σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν ανάλογα με τον τύπο οικισμού. Συγκεκριμένα, ο επιπολασμός HBsAg(+) ήταν υψηλότερος όσο χειρότερες ήταν οι συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής: 2,5% στους οικισμούς τύπου 1 (σπίτια), 5,0% στους οικισμούς τύπου 2 (μικτούς) και 14,4% στους οικισμούς τύπου 3 (παράγκες). Αντίστοιχη τάση παρατηρήθηκε, όπως ήταν αναμενόμενο, και στα ποσοστά αυτών με φυσική ανοσία και αντίστροφη τάση στα ποσοστά των επίνοσων, ενώ υπήρχαν μικρές διαφορές στα ποσοστά αυτών με επίκτητη ανοσία με το χαμηλότερο ποσοστό σε αυτούς που ζουν σε οικισμούς τύπου 2 (μικτούς).



**Διάγραμμα 10.2 Ποσοστιαία έκθεση στον ιό της HBV με βάση τα πλήρη ανοσολογικά δεδομένα για 476 συμμετέχοντες**

**Πίνακας 10.7 Έκθεση στον ιό της HBV με βάση τα πλήρη ανοσολογικά δεδομένα για 476 συμμετέχοντες με βάση βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά**

	<b>Πιθανότητα με χρόνια ηπατίτιδα (HBsAg(+))</b>	<b>Επίνοσοι (HBsAg(-), Anti- HBc(-), Anti-HBs(-))</b>	<b>Φυσική ανοσία (HBsAg(-), Anti- HBc(+), Anti-HBs(+))</b>	<b>Επίκτητη ανοσία (HBsAg(-), Anti- HBc(-), Anti-HBs(+))</b>	<b>Μόνο anti-HBc θετικό (HBsAg(-), anti-HBs(-) και anti-HBc(+))</b>	<b>p-value</b>
<b>Συνολικά</b>	35 (7,4)	198 (41,6)	124 (26,1)	69 (14,5)	50 (10,4)	
<b>Φύλο</b>						0.195
Γυναίκες	15 (5,8)	109 (42,2)	74 (28,7)	31 (12,0)	29 (11,3)	
Άνδρες	20 (9,2)	89 (40,8)	50 (22,9)	38 (17,4)	21 (9,7)	
<b>Τυπολογία οικισμού</b>						<0.001
Τύπος 1 (σπίτια)	4 (2,5)	87 (54,4)	28 (17,5)	27 (16,9)	14 (8,7)	
Τύπος 2 (μικτός)	18 (8,0)	96 (42,5)	67 (29,6)	26 (11,5)	19 (8,4)	
Τύπος 3 (παράγκες)	13 (14,4)	15 (16,7)	29 (32,2)	16 (17,8)	17 (18,9)	
<b>Ηλικιακή κατηγορία, έτη</b>						<0.001
18-34	22 (9,6)	92 (40,2)	45 (19,7)	55 (24,0)	15 (6,5)	
35-49	12 (8,9)	53 (39,3)	45 (33,3)	8 (5,9)	17 (12,6)	
50+	1 (0,9)	53 (47,3)	34 (30,4)	6 (5,4)	18 (16,0)	
<b>Περιφέρεια</b>						<0.001
Αττική	5 (5,7)	42 (48,3)	19 (21,8)	16 (18,4)	5 (5,8)	
Κεντρική Μακεδονία	13 (11,8)	31 (28,2)	32 (29,1)	22 (20,0)	12 (10,9)	
Δυτική Ελλάδα	5 (3,5)	83 (58,5)	30 (21,1)	12 (8,5)	12 (8,4)	



Θεσσαλία

12 (8,8)

42 (30,7)

43 (31,4)

19 (13,9)

21 (15,2)

---

Σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν και ανάλογα με την ηλικία. Ο επιπολασμός HBsAg(+) ήταν πολύ χαμηλός στους άνω των 50 ετών και η φυσική ανοσία ήταν πολύ χαμηλή στη νεότερη ηλικία (18-24 ετών) στην οποία όμως ηλικία ήταν σχετικά υψηλό το ποσοστό επίκτητης ανοσίας. Ως αποτέλεσμα των ανωτέρω, το ποσοστό των επίνοσων ήταν υψηλότερο στα άτομα άνω των 50 ετών. Σημαντικές διαφορές σχετικά με τον επιπολασμό HBsAg(+) παρατηρήθηκαν και ανάλογα με την περιφέρεια. Επίσης, τα ποσοστά φυσικής ανοσίας ήταν υψηλότερα σε Κεντρική Μακεδονία και Θεσσαλία, ενώ τα ποσοστά επίκτητης ανοσίας ήταν χαμηλότερα στη Στερεά Ελλάδα, ακολουθούμενη από τη Θεσσαλία. Ως συνεπακόλουθο, το υψηλότερο ποσοστό επίνοσων ήταν στη Στερεά Ελλάδα, ακολουθούμενο από τη Θεσσαλία και στη συνέχεια από την Αττική, με την Κεντρική Μακεδονία να έχει το χαμηλότερο ποσοστό επίνοσων.

Τέλος, στον [πίνακα 10.8](#) παρατίθενται συγκριτικά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις αιματολογικές εξετάσεις αναφορικά με την επίκτητη ανοσία των συμμετεχόντων σε σχέση με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους ίδιους για το εάν έχουν εμβολιαστεί έναντι της HBV (αυτοαναφορά). Συνολικά, το 27,2% δε γνώριζε αν έχει εμβολιαστεί. Από αυτούς, το 16,9% είχε στην πραγματικότητα εμβολιαστεί. Από όσους δήλωσαν ότι είχαν εμβολιαστεί (3,8%) το 25% είχε όντως εμβολιαστεί, ενώ το υπόλοιπο 75% θεωρούσε λανθασμένα ότι ήταν εμβολιασμένο. Από αυτούς που δήλωσαν ότι δεν είχαν εμβολιαστεί (69%) είχε εμβολιαστεί το 11,0%. Ο συντελεστής συμφωνίας Cohen's Kappa ήταν μόλις 0,0875 καταδεικνύοντας πάρα πολύ ασθενή συμφωνία μεταξύ του τι πιστεύουν και τι πραγματικά ισχύει ως προς τον εμβολιασμό.

**Πίνακας 10.8 Εμβολιαστική κάλυψη έναντι της HBV σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τις αιματολογικές εξετάσεις (προφίλ εμβολιασμένου: AntiHbc(-) και AntiHbs(+)) σε σύγκριση με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες για το εάν έχουν εμβολιαστεί έναντι της HBV (αυτοαναφορά) (N=476)**

(N%)	Επίκτητη ανοσία (αιματολογικές εξετάσεις)		
	Όχι	Ναι	Συνολικά
<b>Αυτοαναφορά εμβολιασμού έναντι της HBV</b>			
Δεν έχω εμβολιαστεί	321 (88,9)	40 (11,08)	361 (69,0)

Έχω εμβολιαστεί	15 (75,0)	5 (25,0)	20 (3,8)
Άγνωστο	118 (83,1)	24 (16,9)	142 (27,2)

### 10.2.1.2. HCV

Στον [πίνακα 10.9](#) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων αιματολογικού ελέγχου ανά τύπο οικισμού και ανά φύλο για την παρουσία αντισωμάτων έναντι του ιού HCV. Συγκεκριμένα, ο επιπολασμός anti-HCV εκτιμήθηκε σε 1,3% με 95% ΔΕ (0,64-2,79) και στα δύο φύλα, 2,9% στους άνδρες με 95% ΔΕ (1,40-5,90), ενώ καμία γυναίκα δε βρέθηκε θετική.

**Πίνακας 10.9 Αποτελέσματα ανάλυσης δεδομένων αιματολογικού ελέγχου για τον επιπολασμό της HCV ανά τύπο οικισμού και ανά φύλο (N=523)**

N (%)	anti-HCV(+)		p-value
	Ναι	Όχι	
<b>Τυπολογία οικισμού</b>			0.558
Τύπος 1 (σπίτια)	2 (1,2)	158 (98,8)	
Τύπος 2 (μικτός)	2 (0,9)	225 (99,1)	
Τύπος 3 (παράγκες)	3 (2,2)	133 (97,8)	
<b>Φύλο</b>			0.004
Γυναίκα	0 (0,0)	280 (100)	
Άντρας	7 (2,9)	236 (97,1)	
<b>Συνολικά</b>	7 (1,3)	516 (98,7)	

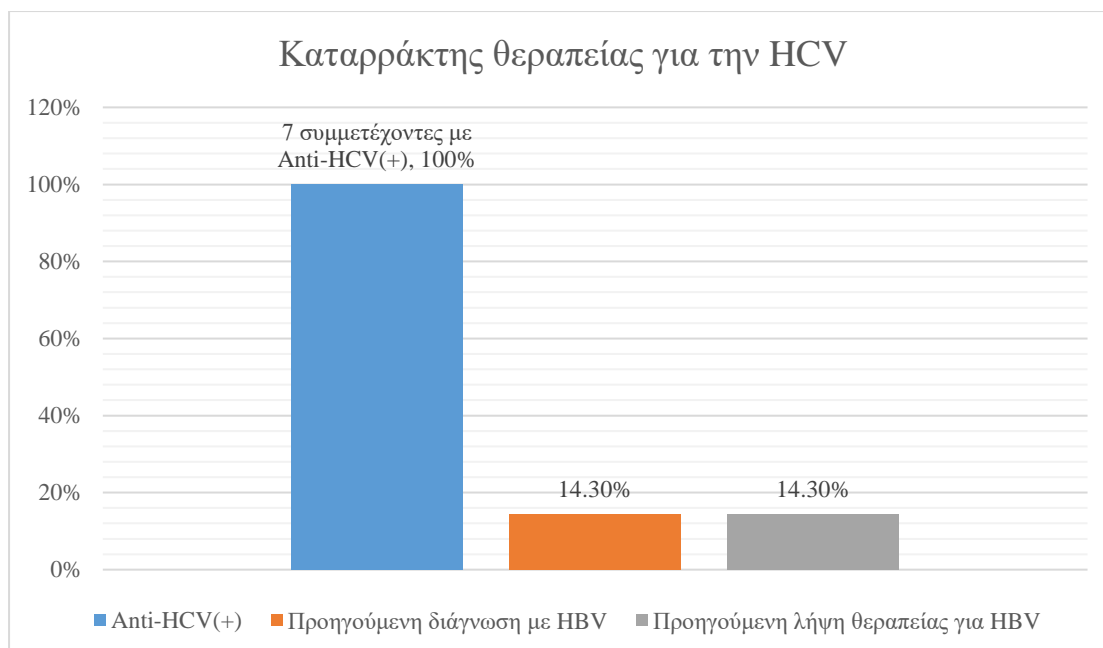
Σύμφωνα με τον [πίνακα 10.10](#), 84,6% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι δεν είχαν κάνει ποτέ στο παρελθόν εξέταση αίματος για HCV, 4,4% ότι είχαν εξεταστεί και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό, και 0,3% ότι είχαν εξεταστεί και το αποτέλεσμα ήταν θετικό. Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις αιματολογικές εξετάσεις για το anti-HCV της παρούσας μελέτης (παρατίθενται συγκριτικά στον ίδιο πίνακα), το ποσοστό αδιάγνωστων θετικών στην HCV είναι 85,7% (6/7), καθώς μόνο

ένα άτομο γνώριζε την οροθετικότητα του και ένα άτομο δήλωσε λανθασμένα ότι είχε διαγνωστεί κατά το παρελθόν με HCV.

**Πίνακας 10.10 Αυτοαναφορά εξέτασης για HCV στο παρελθόν σε σύγκριση με τα αποτελέσματα από τις αιματολογικές εξετάσεις για Anti-HCV**

Έχετε κάνει ποτέ εξέταση αίματος για HCV, και εάν ναι, ποιο ήταν το αποτέλεσμα;	Αυτοαναφορά	N (%)		
		Αποτελέσματα με βάση τις αιματολογικές εξετάσεις για anti-HCV		
		Θετικό	Αρνητικό	Άγνωστο
Δεν εξετάσθηκα ποτέ	452 (84,6)	4 (0,9)	438 (96,9)	10 (2,2)
Εξετάσθηκα και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό	24 (4,4)	2 (8,3)	22 (91,7)	0 (0,0)
Εξετάσθηκα και το αποτέλεσμα ήταν θετικό	2 (0,3)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
Εξετάσθηκα αλλά δεν ξέρω το αποτέλεσμα	4 (0,7)	0 (0,0)	4 (100)	0 (0,0)
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	52 (9,6)	0 (0,0)	51 (98,0)	1 (2,0)
Σύνολο	534 (100)	7 (1,3)	516 (96,6)	11 (2,1)

Στο [διάγραμμα 10.3](#) αποτυπώνεται ο καταρράκτης θεραπείας για την HCV. Συγκεκριμένα, εκ των 7 συμμετεχόντων που βρέθηκαν θετικοί στον ιό της HCV, 1 (14,3%) δήλωσε ότι είχε διαγνωστεί κατά το παρελθόν και ότι είχε ακολουθήσει κάποια θεραπεία.



**Διάγραμμα 10.3 Καταρράκτης θεραπείας για την HCV: Ποσοστό από τους 7 συμμετέχοντες με anti-HCV(+) με προηγούμενη διάγνωση (αυτοαναφορά) και προηγούμενη λήψη θεραπείας για την HCV (αυτοαναφορά)**

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τον [πίνακα 10.11](#) ο μοναδικός από τους 7 συμμετέχοντες με anti-HCV(+) που είχε κάνει προηγούμενη εξέταση και είχε λάβει θεραπεία ήταν άνδρας, που διέμενε στον τύπο 2 (μικτός) στη Δυτική Ελλάδα, ηλικίας 35-49 ετών.

**Πίνακας 10.11 Καταρράκτης θεραπείας για την HCV: προηγούμενη διάγνωση (αυτοαναφορά) και προηγούμενη λήψη θεραπείας (αυτοαναφορά) για την HCV μεταξύ των 7 συμμετεχόντων με anti-HCV(+) σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά**

	N (% μεταξύ των 523 συμμετεχόντων)	N (% μεταξύ των 7 anti-HCV(+) συμμετεχόντων)	
		Προηγούμενη διάγνωση HCV (αυτοαναφορά)	Προηγούμενη λήψη θεραπείας HCV (αυτοαναφορά)
<b>Φύλο</b>			
Γυναίκα	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Άντρας	7 (2,8)	1 (14,3)	1 (14,3)

<b>Τυπολογία οικισμού</b>			
Τύπος 1 (σπίτια)	2 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Τύπος 2 (μικτός)	2 (0,9)	1 (50,0)	1 (50,0)
Τύπος 3 (παράγκες)	3 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Ηλικιακή ομάδα (έτη)</b>			
18-34	2 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
35-49	4 (2,6)	1 (25,0)	1 (25,0)
50+	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Περιφέρεια</b>			
Αττική	2 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Κεντρική Μακεδονία	4 (3,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Θεσσαλία	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Δυτική Ελλάδα	1 (0,7)	1 (100)	1 (100)
<b>Συνολικά</b>	<b>7 (1,3)</b>	<b>1 (14,3)</b>	<b>1 (14,3)</b>

### 10.2.1.3. HIV

Αναφορικά με τον επιπολασμό της HIV λοίμωξης, κανένας από τους 523 συμμετέχοντες που πραγματοποίησαν αιμοληψία δε βρέθηκε θετικός. Ωστόσο, 3,9% δήλωσαν ότι είχαν εξεταστεί στο παρελθόν και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό και 91,4% ότι δεν είχαν εξεταστεί ποτέ στο παρελθόν για HIV (βλ. [πίνακα 10.12](#)).

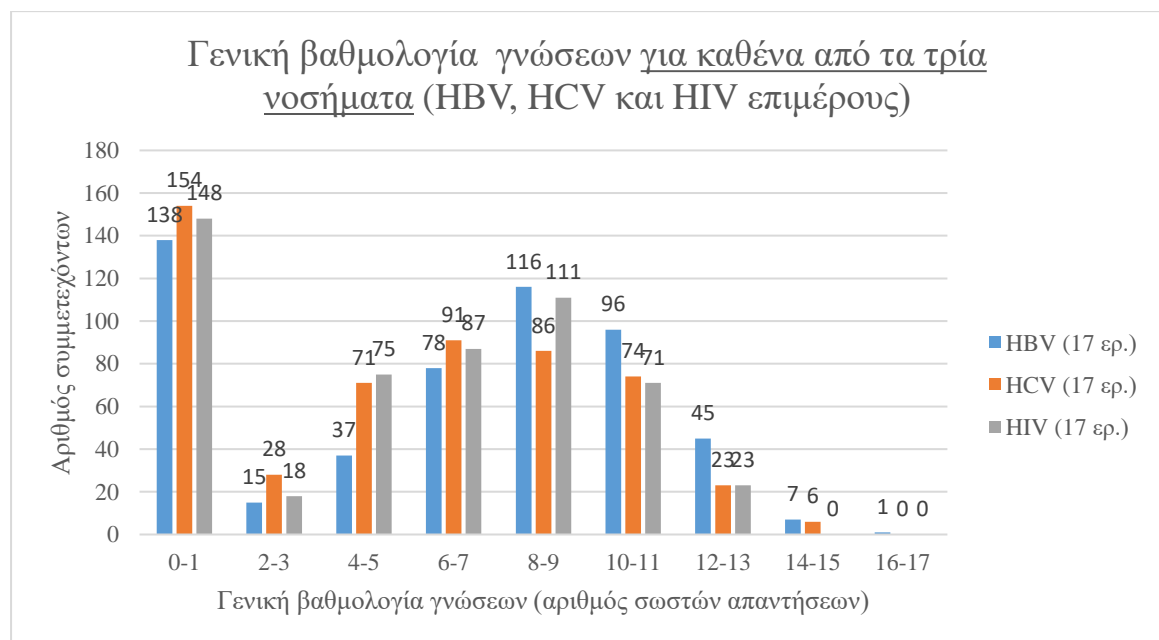
**Πίνακας 10.12 Αυτοαναφορά εξέτασης για HIV στο παρελθόν**

<b>Έχετε κάνει ποτέ εξέταση αίματος για HIV και, εάν ναι, ποιο ήταν το αποτέλεσμα</b>	<b>Αυτοαναφορά N (%)</b>
Δεν εξετάσθηκα ποτέ	488 (91,4)
Εξετάσθηκα και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό	21 (3,9)
Εξετάσθηκα και το αποτέλεσμα ήταν θετικό	0 (0,0)
Εξετάσθηκα αλλά δεν ξέρω το αποτέλεσμα	2 (0,4)
Δεν ξέρω	23 (4,3)
<b>Σύνολο</b>	<b>534 (100)</b>

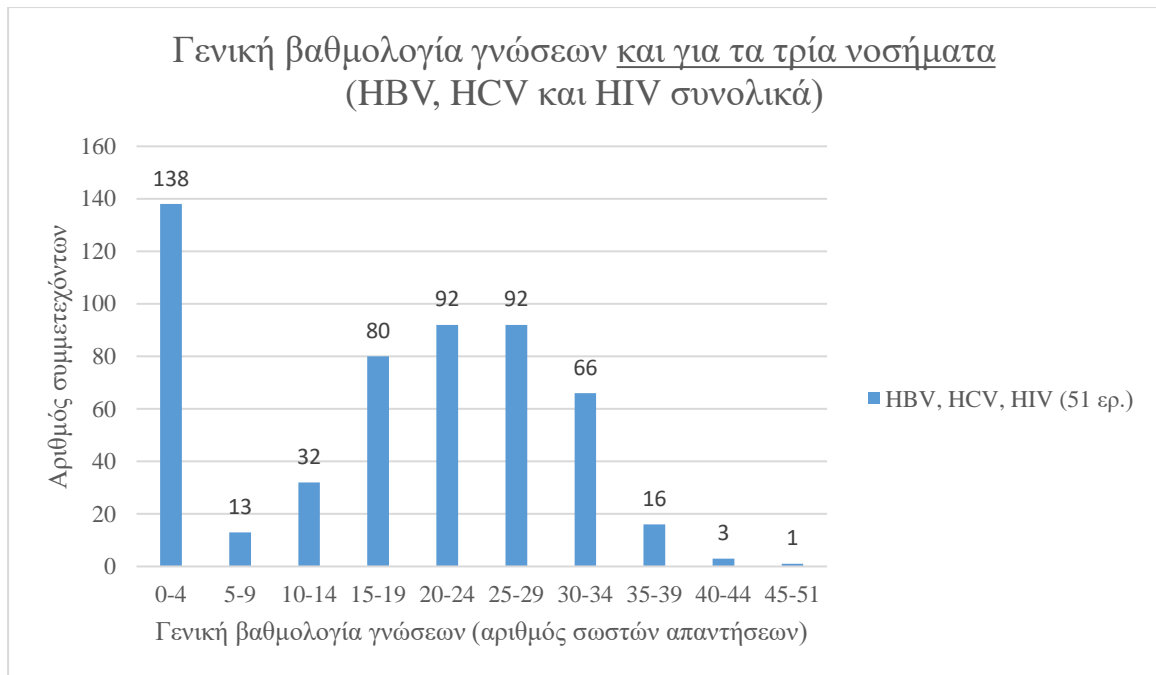
### 10.2.2. Γνώσεις για την HBV, την HCV και HIV λοίμωξη

Ο συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) για την κλίμακα των 17 ερωτήσεων γνώσεων ήταν 0,951 για την HBV, 0,941 για την HCV και 0.956 για την HIV, καταδεικνύοντας την πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου.

Τα αποτελέσματα σχετικά με τη γενική βαθμολογία γνώσεων για καθένα από τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV επιμέρους) και τη γενική βαθμολογία γνώσεων για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά) παρουσιάζονται στο [διάγραμμα 10.4](#) και στο [διάγραμμα 10.5](#), αντίστοιχα. Σύμφωνα με αυτά, η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων βαθμολογήθηκε με 0 βαθμούς στις ερωτήσεις γνώσεων για τα τρία νοσήματα. Ειδικότερα, 0 βαθμούς έλαβαν 138 (25,9%) συμμετέχοντες για την HBV, 154 (28,9%) για την HCV, 148 (27,8%) για την HIV και 138 (25,9%) και για τα τρία νοσήματα συνολικά). Η βαθμολογία αυτή προέκυψε από το ότι δήλωναν «Δεν ξέρω» στις σχετικές ερωτήσεις, απάντηση η οποία βαθμολογούνταν με 0 βαθμούς.



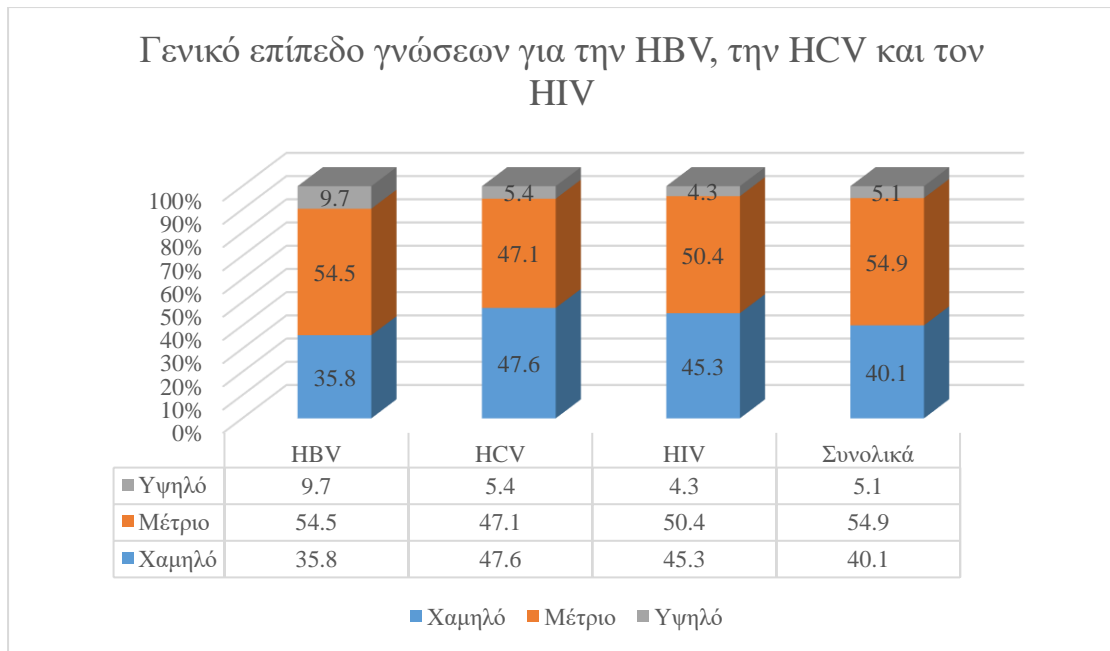
**Διάγραμμα 10.4 Κατανομή της γενικής βαθμολογίας γνώσεων (αριθμός σωστών απαντήσεων) για καθένα από τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV επιμέρους) (N=534)**



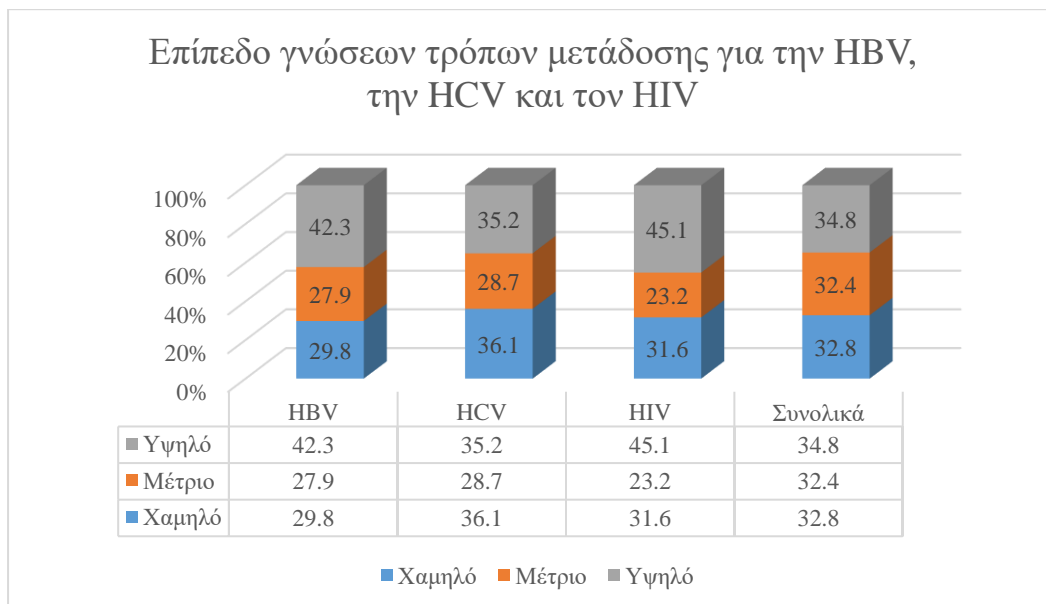
**Διάγραμμα 10.5 Κατανομή γενικής βαθμολογίας γνώσεων (αριθμός σωστών απαντήσεων) και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά) (N=534)**

Επίσης, στο [διάγραμμα 10.6](#) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το γενικό επίπεδο γνώσεων (17 ερωτήσεις για καθένα από τα τρία νοσήματα και 51 ερωτήσεις συνολικά), στο [διάγραμμα 10.7](#) το επίπεδο γνώσεων των τρόπων μετάδοσης (5 ερωτήσεις για οδούς μετάδοσης για καθένα από τα τρία νοσήματα και 15 ερωτήσεις συνολικά) και στο [διάγραμμα 10.8](#) το επίπεδο παρανοήσεων των τρόπων μετάδοσης (5 ερωτήσεις για παρανοήσεις οδών μετάδοσης για καθένα από τα τρία νοσήματα και 15 ερωτήσεις συνολικά). Ακόμα, στο [παράρτημα XIX, πίνακα 0.2](#), παρατίθενται αναλυτικά τα ποσοστά των απαντήσεων που δόθηκαν σε όλες τις ερωτήσεις.

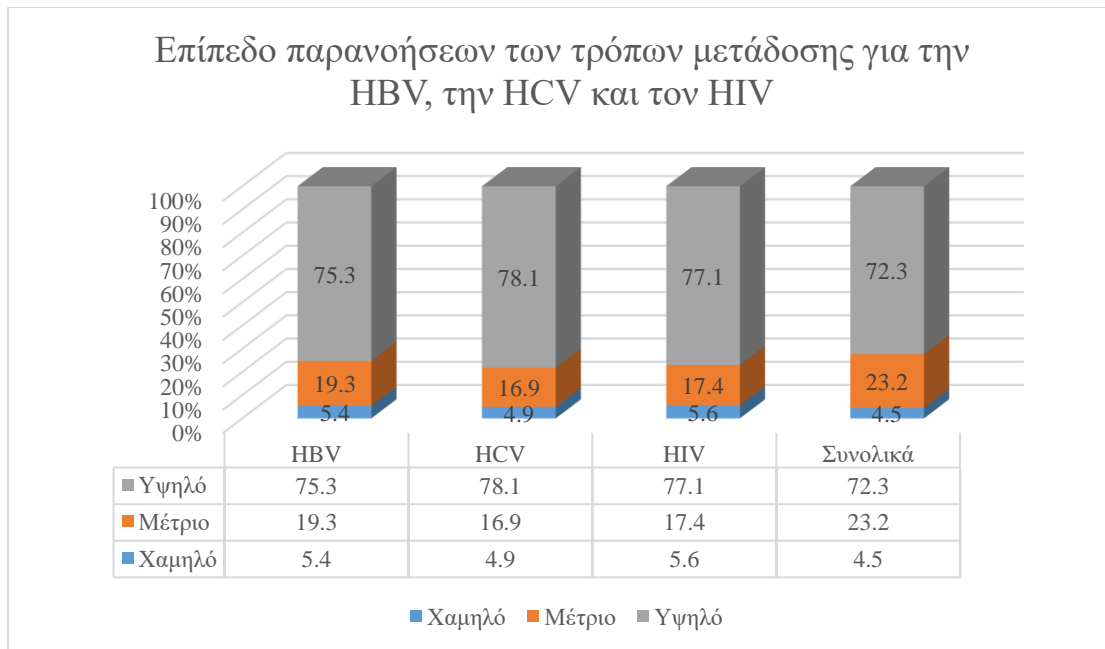




**Διάγραμμα 10.6** Γενικό επίπεδο γνώσεων για την HBV, την HCV και την HIV επιμέρους και συνολικά (N=534)



**Διάγραμμα 10.7** Επίπεδο γνώσεων τρόπων μετάδοσης για την HBV, την HCV και την HIV επιμέρους και συνολικά (N=534)



**Διάγραμμα 10.8 Επίπεδο παρανοήσεων των τρόπων μετάδοσης για την HBV, την HCV και την HIV επιμέρους και συνολικά (N=534)**

Όσον αφορά το γενικό επίπεδο γνώσεων συνολικά, 40,1% είχαν χαμηλό και 54,9% μέτριο. Ειδικότερα, όσον αφορά το γενικό επίπεδο γνώσεων για την HBV, το 35,8% παρουσίασε χαμηλό, το 54,4% μέτριο και το 9,7% υψηλό. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την HCV ήταν 47,6%, 47,1% και 5,4% και για την HIV, 45,3%, 50,4%, και 4,3%. Με βάση τη στρωματοποίηση ανά τύπο οικισμού, το μεγαλύτερο ποσοστό υψηλού γενικού επιπέδου γνώσεων για την HBV και την HCV ήταν αυτό του τύπου 2 (μικτός) (11,2% και 5,6%, αντίστοιχα), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό υψηλού γενικού επιπέδου γνώσεων για την HIV ήταν αυτό του τύπου 1 (σπίτια) (4,9%).

Σχετικά με τη βαθμολογία γνώσεων των τρόπων μετάδοσης, το μεγαλύτερο ποσοστό υψηλού επιπέδου γνώσεων καταγράφηκε για την HIV (45,1%) και ακολουθεί αυτό της HBV (42,3%) και της HCV (35,2%). Αντίστοιχα, το μεγαλύτερο ποσοστό υψηλού επιπέδου παρανοήσεων των τρόπων μετάδοσης αφορούσε την HCV (78,1%), με δεύτερο αυτό της HIV (77,1%) και τέλος αυτό της HBV (75,3%).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες στις 5 ερωτήσεις που αφορούσαν τις παρανοήσεις τρόπων μετάδοσης, υψηλό ποσοστό από αυτούς (75% για την HBV, 78% για την HCV και 77% για την HIV) δεν γνώριζε ότι τα συγκεκριμένα

λοιμώδη δε μεταδίδονται με την καθημερινή κοινωνική επαφή, την κοινή χρήση μαγειρικών σκευών, την κοινή χρήση τουαλέτας, το φιλί και το τσίμπημα κουνουπιού. Τα ποσοστά «Δεν Ξέρω/Δεν Απαντώ» ήταν υψηλά στις περισσότερες ερωτήσεις και κυμαίνονταν από 33% έως 65%. Τέλος, σύμφωνα με την εμπειρία που αποκόμισαν οι συνεντευκτές και οι γιατροί της ομάδας μελέτης κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και της εξέτασης, η σύγχυση γύρω από τις διαφορές της HBV και της HCV ήταν εμφανής.

### Σχετιζόμενοι παράγοντες κινδύνου

Μετά από εξέταση δημογραφικών, κοινωνικο-οικονομικών και συμπεριφορικών παραγόντων, εκείνοι που διαπιστώθηκε ότι σχετίζονται σημαντικά με το γενικό επίπεδο γνώσεων (υψηλό/μέτριο έναντι χαμηλού) ήταν η περιφέρεια, η τυπολογία οικισμού, το εισόδημα, τα παιδιά, η χρήση προφυλακτικού, το τατουάζ ή τρύπημα σώματος (body piercing), η προηγούμενη εξέταση για τουλάχιστον μια από τις τρεις λοιμώξεις και ο αριθμός των ποτηριών αλκοόλ που καταναλώθηκαν την προηγούμενη εβδομάδα. Τα αποτελέσματα από την αδρή μη προσαρμοσμένη (μονοπαραγοντική) και την προσαρμοσμένη (πολυπαραγοντική) ανάλυση για όλους τους παραπάνω παράγοντες, παρουσιάζονται στον [πίνακα 10.13](#).

**Πίνακας 10.13 Παράγοντες που επηρεάζουν τις πιθανότητες παρουσίας υψηλού/μέτριου έναντι χαμηλού γενικού επιπέδου γνώσεων και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά): αποτελέσματα από λογαριθμιστική παλινδρόμηση**

	Υψηλή/μέτρια βαθμολογία γενικού επιπέδου γνώσης και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά)			
	Μη προσαρμοσμένο	p – value	Προσαρμοσμένο	p – value
	OR (95% ΔΕ )		OR (95% ΔΕ )	
<b>Περιφέρεια</b>				
Αττική	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Κεντρική Μακεδονία	0.57 (0.33, 0.99)	0.048	0.32 (0.16, 0.64)	0.001
Δυτική Ελλάδα	1.30 (0.72, 2.34)	0.384	0.85 (0.39, 1.82)	0.671
Θεσσαλία	0.05 (0.03, 0.09)	<0.001	0.03 (0.01, 0.06)	<0.001
<b>Τυπολογία οικισμού</b>				

<b>Υψηλή/μέτρια βαθμολογία γενικού επιπέδου γνώσης και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά)</b>				
	<b>Μη προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ )</b>	<b>p – value</b>	<b>Προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ )</b>	<b>p – value</b>
Τύπος 1 (σπίτια)	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Τύπος 2 (μικτός)	1.96 (1.30, 2.96)	0.001	2.37 (1.29, 4.37)	0.006
Τύπος 3 (παράγκες)	1.14 (0.73, 1.80)	0.561	1.17 (0.61, 2.27)	0.637
<b>Φύλο</b>				
Γυναίκες	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Άνδρες	1.77 (1.24, 2.52)	0.002	1.66 (0.98, 2.81)	0.061
<b>Ηλικιακή ομάδα, έτη</b>				
18-34	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
35-49	0.79 (0.53, 1.19)	0.267	1.58 (0.87, 2.87)	0.136
50+	0.70 (0.45, 1.08)	0.109	1.19 (0.58, 2.45)	0.628
<b>Εισόδημα</b>				
Ναι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Όχι	1.81 (1.20, 2.72)	0.005	2.73 (1.44, 5.19)	0.002
<b>Παιδιά</b>				
Ναι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Όχι	2.35 (1.25, 4.39)	0.008	3.74 (1.29, 10.80)	0.015
<b>Χρήση προφυλακτικού</b>				
Όχι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Ναι	3.43 (2.07, 5.68)	<0.001	2.36 (1.19, 4.65)	0.014
<b>Τατουάζ ή τρύπημα σώματος</b>				
Όχι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Ναι	2.03 (1.43, 2.88)	<0.001	2.15 (1.24, 3.73)	0.006
<b>Προηγούμενη εξέταση για τουλάχιστον μια από τις τρεις λοιμώξεις (HBV, HCV και HIV)</b>				

<b>Υψηλή/μέτρια βαθμολογία γενικού επιπέδου γνώσης και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά)</b>				
	<b>Μη προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ )</b>	<b>p – value</b>	<b>Προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ )</b>	<b>p – value</b>
Όχι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Ναι	2.63 (1.62, 4.29)	<0.001	2.94 (1.57, 5.52)	0.001
<b>Ποτήρια αλκοόλ/προηγούμενη εβδομάδα</b>				
0	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
1-7	2.43 (1.46, 4.05)	0.001	2.16 (1.04, 4.45)	0.038
8+	1.80 (1.11, 2.92)	0.017	1.32 (0.64, 2.74)	0.454

Εκτός από τους παράγοντες που έχουν συμπεριληφθεί στον πίνακα, εξετάστηκαν επιπλέον το εκπαιδευτικό επίπεδο, η εργασιακή κατάσταση, η συγκατοίκηση με σύντροφο, ο αριθμός σεξουαλικών συντρόφων, το τατουάζ ή τρύπημα σώματος, η διάγνωση ΣΜΝ και η βαθμολογία ιατρικού παράγοντα κινδύνου. Ωστόσο, δεδομένου ότι δε φάνηκε να επηρεάζουν τις πιθανότητες παρουσίας υψηλού/μέτριου γενικού επιπέδου γνώσης και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά), δε συμπεριλήφθηκαν στον τελικό πίνακα.

Ειδικότερα, με βάση την προσαρμοσμένη ανάλυση, συγκριτικά με αυτούς που ζούσαν στην περιφέρεια Αττικής, αυτοί που ζούσαν στην Κεντρική Μακεδονία είχαν μειωμένες πιθανότητες να έχουν υψηλό/μέτριο επίπεδο γνώσης κατά 68%, με τη διαφορά να είναι πολύ στατιστικά σημαντική, αυτοί που ζούσαν στη Δυτική Ελλάδα μειωμένες πιθανότητες κατά 15% χωρίς όμως η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική, ενώ τέλος, αυτοί που ζούσαν στη Θεσσαλία είχαν μειωμένες πιθανότητες κατά 97% και βέβαια η διαφορά ήταν πάρα πολύ στατιστικά σημαντική.

Οι συμμετέχοντες που διέμεναν στον οικισμό τύπου 2 (μικτός) είχαν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλό/μέτριο γενικό επίπεδο γνώσεων σε σύγκριση με εκείνους που διέμεναν στον οικισμό τύπου 1 (σπίτια) και 3 (παράγκες). Τα άτομα χωρίς κάποιο εισόδημα και τα άτομα που είχαν εξεταστεί κατά το παρελθόν για τουλάχιστον μια από τις τρεις λοιμώξεις είχαν κατά προσέγγιση τριπλάσιες πιθανότητες να έχουν υψηλό/μέτριο γενικό επίπεδο γνώσεων. Ακόμα, τα άτομα που χρησιμοποιούσαν προφυλακτικό και όσα είχαν τατουάζ ή τρύπημα σώματος (body

piercing) είχαν κατά προσέγγιση διπλάσιες πιθανότητες και τα άτομα που δεν είχαν παιδιά είχαν σχεδόν τετραπλάσιες πιθανότητες να έχουν υψηλό/μέτριο γενικό επίπεδο γνώσεων.

Τέλος, το χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων φαίνεται να είχαν οι συμμετέχοντες που δεν είχαν καταναλώσει αλκοόλ. Αντίθετα, τα άτομα που είχαν καταναλώσει 1-7 ποτήρια αλκοόλ την προηγούμενη εβδομάδα είχαν διπλάσιες πιθανότητες, ενώ εκείνα που είχαν καταναλώσει 8 ή περισσότερα ήταν εξίσου πιθανό να έχουν υψηλό/μέτριο γενικό επίπεδο γνώσεων, σε σύγκριση με εκείνα που δεν είχαν καταναλώσει αλκοόλ.

### **10.2.3. Παράγοντες κινδύνου για την HBV, την HCV και την HIV λοίμωξη**

Στον [πίνακα 10.14](#) παρουσιάζεται ο επιπολασμός παραγόντων κινδύνου οι οποίοι, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σχετίζονται με τη λοίμωξη HBV, την HCV και τον ιό HIV, ανά φύλο. Συγκεκριμένα, περίπου το 60,0% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είχαν μόνο μια/ένα σεξουαλικό σύντροφο, το 25,0% ότι είχαν 2-9 και το 15,5% ότι είχαν 10 ή περισσότερες/ους. Συνολικά, το 78,2% δήλωσαν ότι δε χρησιμοποιούσαν προφυλακτικά όταν είχαν σεξουαλική επαφή με την/τον σύντροφό τους και περισσότεροι από τους μισούς (53,8%) ότι είχαν κάνει κάποιο τρύπημα στο σώμα τους (body piercing) ή κάποιο τατουάζ. Όσον αφορά τη βαθμολογία παραγόντων ιατρικού κινδύνου μετάδοσης λοίμωξης, σχεδόν το 42% είχε χαμηλή, το 48% είχε μέτρια και το 10% είχε υψηλή. Σχεδόν το 95% απάντησε ότι δεν είχαν διαγνωστεί ποτέ με κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (ΣΜΝ) και το 80% ότι δεν είχε κάνει ποτέ κάποια εξέταση για την HBV, την HCV και την HIV. Οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων, τη χρήση προφυλακτικού, το τρύπημα σώματος ή τατουάζ και τη βαθμολογία παραγόντων ιατρικού κινδύνου μετάδοσης λοίμωξης.

**Πίνακας 10.14 Κατανομή παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης με τη λοίμωξη HBV, τη HCV και τη HIV, ανά φύλο**

N (%)	Γυναίκες	Άνδρες	Συνολικά	p-value
<b>Αριθμός σεξουαλικών συντρόφων*</b>				<0.001
0-1	240 (85,7)	70 (28,8)	310 (59,3)	
2-9	38 (13,6)	94 (38,7)	132 (25,2)	
10+	2 (0,7)	79 (32,5)	81 (15,5)	
<b>Χρήση προφυλακτικού με την/τον σύντροφο</b>				<0.001
Όχι	235 (85,1)	170 (70,2)	405 (78,2)	
Ναι	41 (14,9)	72 (29,8)	113 (21,8)	
<b>Τατουάζ ή τρύπημα σώματος</b>				0.012
Όχι	118 (41,1)	128 (52,0)	246 (46,2)	
Ναι	169 (58,9)	118 (48,0)	287 (53,8)	
<b>Διάγνωση ΣΜΝ</b>				0.315
Όχι	275 (95,8)	231 (93,9)	506 (94,9)	
Ναι	12 (4,2)	15 (6,1)	27 (5,1)	
<b>Βαθμολογία ιατρικού παράγοντα κινδύνου</b>				0.001
Χαμηλή (0 ή 1 παράγοντας)	83 (34,6)	103 (50,2)	186 (41,8)	
Μέτρια (2 παράγοντες)	123 (51,2)	90 (43,9)	213 (47,9)	
Υψηλή (>2 παράγοντες)	34 (14,2)	12 (5,9)	46 (10,3)	
<b>Προηγούμενη εξέταση για HBV, HCV και HIV (τουλάχιστον 1 από τις 3 λοιμώξεις)</b>				0.433
Όχι	233 (81,2)	193 (78,5)	426 (79,9)	
Ναι	54 (18,8)	53 (21,5)	107 (20,1)	

\*Δεδομένου ότι η ερώτηση που αφορούσε τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων μπορεί να θεωρούνταν προσβλητική, η ερώτηση «Έχετε ‘παντρευτεί’ (επίσημα ή ανεπίσημα) περισσότερες από μία φορές; Εάν ναι, πόσες φορές;» τέθηκε μόνο στις/στους συμμετέχουσες/οντες που δήλωσαν ότι συζούσαν με κάποια/ο σύντροφο.

Στη συνέχεια, διερευνήθηκαν οι παράγοντες κινδύνου για την HBV λοίμωξη με βάση τα δεδομένα της μελέτης (για την HCV και την HIV ο μικρός αριθμός των οροθετικών δεν επέτρεψε αντίστοιχη ανάλυση). Μετά από εξέταση διάφορων δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων, εκείνοι που διαπιστώθηκε ότι σχετίζονταν σημαντικά με την παρουσία της HBV (HBsAg(+)) ήταν η ηλικιακή ομάδα, η τυπολογία οικισμού, η διαθεσιμότητα ηλεκτρισμού στο νοικοκυριό, η προηγούμενη εξέταση για τουλάχιστον μια από τις τρεις λοιμώξεις (HBV, HCV και HIV) και η προηγούμενη διάγνωση ΣΜΝ ([πίνακας 10.15](#)). Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα από την προσαρμοσμένη ανάλυση, η ηλικιακή ομάδα 18-34 είχε περίπου πενταπλάσιες πιθανότητες και η ηλικιακή ομάδα 35-49 είχε περίπου τετραπλάσιες πιθανότητες να έχει HBsAg(+) σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα 50+, αν και η δεύτερη διαφορά ήταν οριακά στατιστικά σημαντική ( $p=0.036$  και  $p=0.071$ , αντίστοιχα). Επίσης, τα άτομα που διέμεναν σε οικισμούς τύπου 3 (παράγκες) είχαν σχεδόν τετραπλάσια πιθανότητα να είναι HBsAg(+) σε σχέση με αυτούς του τύπου 1 (σπίτια). Τέλος, τα άτομα που δεν διέθεταν ηλεκτρισμό στο νοικοκυριό τους, τα άτομα που είχαν εξεταστεί στο παρελθόν για τουλάχιστον μια από τις τρεις λοιμώξεις και τα άτομα που είχαν διαγνωστεί με κάποιο ΣΜΝ είχαν σχεδόν διπλάσια, τριπλάσια και τετραπλάσια πιθανότητα, αντίστοιχα, να έχουν HBsAg(+).

**Πίνακας 10.15 Διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για HBsAg(+): Αποτελέσματα από λογαριθμιστική παλινδρόμηση**

	Παρουσία HBV (HBsAg(+))			
	Μη προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ)	p -value	Προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ)	p-value
<b>Φύλο</b>				
Γυναίκες	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Άνδρες	1.55 (0.80, 2.99)	0.194	1.45 (0.70, 3.01)	0.319
<b>Ηλικιακή ομάδα, έτη</b>				
50+	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
35-49	5.82 (1.30, 26.16)	0.020	4.20 (0.88, 19.95)	0.071
18-34	5.65 (1.31, 24.39)	0.022	5.03 (1.12, 22.64)	0.036



**Τυπολογία Οικισμού**

Τύπος 1 (σπίτια)	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Τύπος 2 (μικτός)	3.56 (1.19, 10.68)	0.023	2.51 (0.78, 8.05)	0.122
Τύπος 3 (παράγκες)	5.24 (1.71, 16.09)	0.004	3.97 (1.19, 13.23)	0.025

**Διαθεσιμότητα****ηλεκτρισμού στο  
νοικοκυριό**

Ναι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Όχι	2.97 (1.51, 5.86)	0.002	2.24 (1.04, 4.84)	0.039

**Προηγούμενη****εξέταση για****τουλάχιστον μια από****τις τρεις λοιμώξεις****(HBV, HCV και****HIV)**

Όχι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Ναι	3.33 (1.70, 6.53)	<0.001	3.21 (1.53, 6.77)	0.002

**Διάγνωση ΣΜΝ**

Όχι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Ναι	2.75 (0.97, 7.80)	0.057	3.79 (1.19, 12.08)	0.024

---

Εκτός από τους παράγοντες που έχουν συμπεριληφθεί στον πίνακα, εξετάστηκαν επιπλέον η περιφέρεια, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η εργασιακή κατάσταση, η διαθεσιμότητα του πόσιμου νερού, η διαθεσιμότητα της θέρμανσης, η διαθεσιμότητα της τουαλέτας μέσα στο σπίτι, η διαθεσιμότητα των βασικών οικιακών εγκαταστάσεων, ο αριθμός σεξουαλικών συντρόφων, η χρήση προφυλακτικού με την/τον σύντροφο, το τατουάζ ή τρύπημα σώματος, η διάγνωση ΣΜΝ, το γενικό επίπεδο γνώσεων και η βαθμολογία ιατρικού παράγοντα κινδύνου. Ωστόσο, δεδομένου ότι δε φάνηκε να επηρεάζουν την παρουσία της HBV, δεν συμπεριλήφθηκαν στον τελικό πίνακα.

## 10.2.4. Υλοποίηση δράσεων ευαισθητοποίησης

### 10.2.4.1. Α΄ και Β΄ φάση ευαισθητοποίησης

#### Α΄ φάση

Αναφορικά με την ενημέρωση για το έργο και την αποκατάσταση σχέσεων εμπιστοσύνης με τους πληθυσμούς-στόχους υλοποιήθηκαν σε οικισμούς που περιλαμβάνονταν στη μελέτη τα κάτωθι:

- **Προφορική ενημέρωση** των κατοίκων των επιλεγμένων οικισμών Ρομά σχετικά με την υλοποίηση της μελέτης με τη βοήθεια των πολιτισμικών διαμεσολαβητών. Ειδικότερα, λόγω του υψηλού ποσοστού αναλφαβητισμού στους οικισμούς των Ρομά, αποφασίστηκε να μη μοιραστούν σχετικά ενημερωτικά έντυπα, αλλά να προηγηθούν της επίσημης έναρξης της μελέτης προφορικές ενημερώσεις, ατομικά αλλά και κατά ομάδες, στις επιλεγμένες κοινότητες. Κατά τη διάρκεια αυτών των ενημερώσεων δόθηκε αρκετός χρόνος για να εξηγηθεί με απλό τρόπο ποιος ήταν ο σκοπός της μελέτης και τι θα προσέφερε σε ατομικό αλλά και σε κοινοτικό επίπεδο και παράλληλα δόθηκαν διευκρινίσεις στις περιπτώσεις που αυτό ήταν απαραίτητο. Επιπλέον, διευκρινίζεται ότι η διαδικασία αυτή δεν αντικαθιστούσε τη διαδικασία ενημέρωσης των συμμετεχόντων σχετικά με την έρευνα και τη λήψη της ενυπόγραφης συγκατάθεσής τους για τη συμμετοχή σε αυτή, αλλά λειτουργούσε συμπληρωματικά
- **Προληπτικές παιδιατρικές εξετάσεις** σε 65 παιδιά από 3 οικισμούς, σε συνεργασία με τον οργανισμό *Χαμόγελο του Παιδιού* στο πλαίσιο της δράσης *Προληπτική Ιατρική/Οδοντιατρική «Ιπποκράτης»*, με τη συνδρομή της Κινητής Οφθαλμολογικής/Ωτορινολαρυγγολογικής Μονάδας «Ιπποκράτης»
- **Παιδιατρικές οφθαλμολογικές εξετάσεις** σε 103 παιδιά από 3 οικισμούς σε συνεργασία με τον οργανισμό *Χαμόγελο του Παιδιού* στο πλαίσιο της δράσης *Προληπτική Ιατρική/Οδοντιατρική «Ιπποκράτης»*, με τη συνδρομή της Κινητής Οφθαλμολογικής/Ωτορινολαρυγγολογικής Μονάδας «Ιπποκράτης»
- **Οδοντιατρικές εξετάσεις** 87 ενηλίκων σε 3 οικισμούς σε συνεργασία με την Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών (Κινητή Προσθετική Μονάδα).

- Ενημέρωση σχετικά με **προγράμματα απεξάρτησης** σε 2 οικισμούς σε συνεργασία με το ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ – κινητές μονάδες του streetwork
- **Διανομή ρουχισμού και παιχνιδιών** σε πάνω από 150 παιδιά σε 1 οικισμό σε συνεργασία με τον οργανισμό Χαμόγελο του Παιδιού (Δράση: *Προληπτική Ιατρική/Οδοντιατρική «Ιπποκράτης»*, με τη συνδρομή της Κινητής Οφθαλμολογικής/Ωτορινολαρυγγολογικής Μονάδας «Ιπποκράτης»)

## **Β΄ φάση**

Αναφορικά με την ευαισθητοποίηση που αφορά την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ιογενών HBV και HCV και τον ιό του HIV/AIDS υλοποιήθηκαν οι ακόλουθες δράσεις:

- έπειτα από την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων:
  - **κατ' ιδίαν συζήτηση** με όλους τους συμμετέχοντες σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης των εν λόγω ιών
  - **μοίρασμα ενημερωτικών φυλλαδίων** και χρηστικών αντικειμένων (τσαντάκι με βραχιολάκι, προφυλακτικά, κτλ.) σχετικών με τη μετάδοση των ιών της HBV και HCV και του HIV/AIDS σε πάνω από 600 άτομα που συμμετείχαν ή παρακολούθησαν τις δράσεις ευαισθητοποίησης της μελέτης
- **πραγματοποίηση ενημερωτικών εκδηλώσεων** σε καθέναν από τους συμμετέχοντες στη μελέτη οικισμούς κατά τη διάρκεια των οποίων έλαβαν χώρα:
  - **προβολή οπτικοακουστικού υλικού** σχετικά με την μετάδοση των ιών της HBV και HCV και του HIV/AIDS. Το σύντομο αυτό βίντεο, το οποίο ήταν προσαρμοσμένο για να ανταποκρίνεται στην κουλτούρα των Ρομά, παρακολούθησαν πάνω από 700 άτομα από τους συμμετέχοντες στη μελέτη οικισμούς
  - υλοποίηση εκπαιδευτικών **βιωματικών παιχνιδιών** ανίχνευσης των στερεοτύπων και των αντιλήψεων για τις ανωτέρω λοιμώξεις, στα οποία συμμετείχαν πάνω από 300 άτομα (στις περισσότερες περιπτώσεις και

από τα δύο φύλα) από αυτά που έλαβαν μέρος στις δράσεις ευαισθητοποίησης της μελέτης

- πρόχειρες συζητήσεις κατά τη διάρκεια διάθεσης φαγητού και ποτού
- έπειτα από την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων στους συμμετέχοντες από τους γιατρούς της ομάδας πραγματοποιήθηκαν:
  - εν νέου **κατ' ιδίαν συζήτηση** με όλους τους συμμετέχοντες σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης των εν λόγω ιών
  - **παροχή εμβολιασμού των επίνουσων ατόμων** από τους γιατρούς της μελέτης. Τα ποσοστά ανταπόκρισης στην πρώτη δόση εμβολιασμού ήταν της τάξης των 78,8-100% των επίνουσων, ποσοστό που θεωρείται ιδιαίτερα υψηλό. Τα ποσοστά συμμόρφωσης στις επόμενες δόσεις όμως (τριπλό εμβολιαστικό σχήμα) ήταν σαφώς χαμηλότερα.
  - παροχή **ατομικής συμβουλευτικής** από τους γιατρούς της μελέτης σε 46 άτομα, δηλ. σε όλους τους συμμετέχοντες της μελέτης που βρέθηκαν θετικοί στον ιό της HBV και της HCV (για αναφορά εμπειρίας ατομικής συμβουλευτικής από την πλευρά των γιατρών, βλ. επόμενη υποενότητα)
  - **παραπομπή σε/διασύνδεση με** ηπατολόγους σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας των 36 ατόμων που βρέθηκαν θετικοί στον ιό της HBV και της HCV και δεν είχαν προηγούμενη διάγνωση

#### **Περαιτέρω συνεργασίες:**

- ΘΕΤΙΚΗ ΦΩΝΗ – Σύλλογος Οροθετικών Ελλάδος: συμμετοχή εθελοντή οροθετικού στις δράσεις ευαισθητοποίησης
- ΟΙΚΟΚΟΙΝΩΝΙΑ – Πρωτοβουλία για την Κοινωνική Κατοικία και την Υποστήριξη της Κοινωνικής Ένταξης των Τσιγγάνων Πολιτών: μοίρασμα υλικού σχετικού με τις δράσεις ευαισθητοποίησης σε οικισμούς Ρομά
- Αποστολή «ΑΝΘΡΩΠΟΣ» –Ανθρωπιστική ΜΚΟ: συνεργασία σε θέματα παιδικού εμβολιασμού
- Salud Entre Culturas – Ισπανική ΜΚΟ για κοινωνικά ευπαθείς ομάδες πληθυσμού: παραχώρηση σκίτσων που χρησιμοποιήθηκαν στα φυλλάδια και στο βίντεο δράσεων ευαισθητοποίησης
- Εθελοντές ιατροί

#### 10.2.4.2. Αναφορά εμπειρίας ατομικής συμβουλευτικής

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους γιατρούς της μελέτης αναφορικά με την ανακοίνωση των προσωπικών αποτελεσμάτων, υπήρξε ενδιαφέρον από τους συμμετέχοντες. Επίσης, ενδιαφέρον υπήρξε και για την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων που αφορούσαν άλλα άτομα. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι ο βαθμός του ενδιαφέροντος διαφοροποιούνταν σημαντικά από τον έναν οικισμό στον άλλον.

Οι αντιδράσεις των ατόμων με HBV ή HCV στην ανακοίνωση των αποτελεσμάτων ήταν ποικίλες. Τα περισσότερα άτομα που πριν από τη μελέτη δεν γνώριζαν ότι ήταν οροθετικά, εκδήλωσαν ενδιαφέρον να μάθουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη φύση και τις επιπτώσεις της νόσου και έντονο άγχος σχετικά με την εξέλιξή της. Από την άλλη, κάποια άτομα παρέμειναν σιωπηλά.

Διαπιστώθηκε επίσης ότι υπήρχαν άτομα που, ενώ γνώριζαν ότι ήταν οροθετικά πριν από τη μελέτη, το είχαν αποκρύψει από το γιατρό, όταν είχαν ερωτηθεί σχετικά. Οι γιατροί εκτίμησαν ότι αυτό ενδεχομένως συνέβη είτε λόγω της άρνησης της κατάστασής τους είτε λόγω του φόβου και της σύγχυσης που επικρατεί σχετικά με την κατανόηση της φύσης της ασθένειας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτέλεσε το γεγονός ότι κανένα από αυτά τα άτομα δε γνώριζε ή δεν μπορούσε να ξεχωρίσει τους διαφορετικούς τύπους της ηπατίτιδας. Για παράδειγμα, ανέφεραν «κάτι μου είχε πει ο γιατρός για ηπατίτιδα» ή ότι «γνώριζα ότι είχα κάποιο πρόβλημα με το συκώτι μου» χωρίς όμως να είναι σε θέση να γνωρίζουν οι ίδιοι σε ποιο νόσημα γενικότερα ή σε ποιο τύπο ηπατίτιδας ειδικότερα οφείλεται αυτό.

Γενικότερα, η πλειονότητα των οροθετικών φάνηκε να δυσκολεύεται σημαντικά στην κατανόηση της φύσης της ασθένειας, των επιπτώσεών της και της θεραπείας που απαιτείται. Ένα από τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετώπισαν οι γιατροί ήταν η δυσκολία εύρεσης κατάλληλου χώρου για την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων. Ειδικότερα, στις περιπτώσεις που το νοικοκυριό αποτελούνταν από ένα δωμάτιο, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (ή ακόμα και οι γείτονες) καλούνταν να βγουν έξω και να περιμένουν έως ότου ολοκληρωθεί η διαδικασία ανακοίνωσης των προσωπικών αποτελεσμάτων. Το ίδιο συνέβη και σε περιπτώσεις που το νοικοκυριό διέθετε δύο δωμάτια, καθώς το δεύτερο δωμάτιο μπορεί να κρινόταν ακατάλληλο για αυτή τη διαδικασία. Για παράδειγμα, μπορεί να μη διέθετε φυσικό ή ηλεκτρικό φωτισμό,

καρέκλες και τραπέζια, ή ακόμα, δεδομένων των πρόχειρων κατασκευών, να μην υπήρχαν πόρτες, κατάλληλοι τοίχοι κλπ. Το γεγονός αυτό δυσχέραινε ιδιαίτερα την προσπάθεια τήρησης του ιατρικού απορρήτου. Επιπλέον, η δυσκολία αυτή πολλαπλασιαζόταν εξαιτίας του συνωστισμού που υπήρχε στα νοικοκυριά, της φασαρίας της περιοχής και του «ενδιαφέροντος» που επιδείκνυαν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και οι γείτονες.

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι, ενώ οι γιατροί διαφύλατταν σε κάθε περίπτωση το απόρρητο και προέτρεπαν τους συμμετέχοντες να μην αποκαλύψουν ό,τι είχε συζητηθεί κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, σε αρκετές περιπτώσεις ανακοίνωναν από μόνοι τους τα αποτελέσματα, μόλις έβγαιναν από το δωμάτιο, ακόμα και σε περίπτωση που ήταν οροθετικοί.

Για την αντιμετώπιση των παραπάνω ζητημάτων, καταλυτικής σημασίας ήταν η συμβολή των διαμεσολαβητών και η διακριτικότητα των γιατρών. Ακόμα, ιδιαίτερα αποτελεσματικός φάνηκε ο καλός προγραμματισμός στη σειρά ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, τα οροθετικά άτομα καλούνταν τελευταία, ώστε να υπάρχει αρκετός χρόνος για συζήτηση και για να έχει μειωθεί το ενδιαφέρον των υπολοίπων και ο συνωστισμός στο χώρο. Τέλος, όσον αφορά την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων στις γυναίκες, σε αρκετές περιπτώσεις ανέκυπτε το ζήτημα του περιορισμένου διαθέσιμου χρόνου τους εξαιτίας της φύλαξης των παιδιών και των γενικότερων οικογενειακών τους υποχρεώσεων.

Η παρακολούθηση των ασθενών από τους γιατρούς της μελέτης, μετά την παραπομπή τους στα ηπατολογικά ιατρεία, δεν ήταν εφικτή σε όλες τις περιπτώσεις αφενός επειδή δεν προβλεπόταν από τη μελέτη και αφετέρου λόγω άλλων πρακτικών δυσκολιών (π.χ. μεγάλη απόσταση από οικισμό).

Δεδομένου ότι δεν βρέθηκαν HIV οροθετικά άτομα, δεν έγιναν παραπομπές σε Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων.

Σχετικά με τις παραπομπές σε ηπατολογικά ιατρεία οι γιατροί αντιμετώπισαν τα ακόλουθα προβλήματα:

- δυσκολίες ανεύρεσης ραντεβού ή και ακυρώσεις από τους ηπατολόγους λόγω έκτακτων συνθηκών

- μη προσέλευση μερικών ασθενών στα ιατρεία την προκαθορισμένη μέρα και ώρα, με αποτέλεσμα οι γιατροί να αναγκάζονται να κλείνουν εκ νέου ραντεβού
- απουσία ενημέρωσης των γιατρών της μελέτης για την πορεία των ασθενών εκ μέρους των ηπατολογικών ιατρείων
- δυσκολία/αδυναμία επίσκεψης στο ηπατολογικό ιατρείο λόγω: α. έλλειψης μεταφορικού μέσου, β. κακής οικονομικής κατάστασης (δεν είχαν χρήματα να βάλουν βενζίνη), γ. δυσκολίας στη μετακίνηση μέσα στον αστικό ιστό (δεν υπήρχε μεταφορικό μέσο) και δ. έλλειψης ελεύθερου χρόνου λόγω οικογενειακών υποχρεώσεων
- δυσκολία/αδυναμία κάλυψης των ιατρικών δαπανών που απαιτούνταν από τους ανασφάλιστους ασθενείς, με αποτέλεσμα να εγκαταλείπεται πολύ συχνά η θεραπεία. Για παράδειγμα, αν και η εξέταση μετά από παραπομπή σε ηπατολόγο Πανεπιστημιακής Κλινικής ήταν δωρεάν και ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος στις περισσότερες περιπτώσεις δε δημιούργησε πρόβλημα, ο έλεγχος του ιικού φορτίου συναντούσε μεγάλες δυσκολίες. Ιδιαίτερο πρόβλημα αποτέλεσε ο έλεγχος του HBVDNA, το κόστος του οποίου (περίπου 200 ευρώ) ήταν απαγορευτικό για τη συντριπτική πλειονότητα των Ρομά συμμετεχόντων, καθώς δεν καλυπτόταν από κανένα ασφαλιστικό ταμείο στην Ελλάδα. Γενικότερα, η εξασφάλιση της συνέχειας της διαγνωστικής διαδικασίας (βιοχημικός έλεγχος ήπατος, ιικό φορτίο, έλεγχος με ελαστογραφία ήπατος και υπερηχογραφικός έλεγχος) και της θεραπευτικής αντιμετώπισης αποτέλεσε σημαντικό πρόβλημα για τα μη ασφαλισμένα άτομα

Τα περισσότερα οροθετικά άτομα συμφώνησαν με την παραπομπή σε ηπατολογικό ιατρείο. Ωστόσο υπήρχαν περιπτώσεις που κάποιοι αρνήθηκαν εξαιτίας: α. του χρόνου που θα έχαναν από τη δουλειά τους, β. της απουσίας ασφαλιστικής κάλυψης και απροθυμίας έκδοσης ΑΜΚΑ, γ. της επιφύλαξης ή άρνησης που είχαν σχετικά με τη λοίμωξη και δ. της αδιαφορίας για τη λοίμωξη, δεδομένου ότι κάποιοι δεν ένιωθαν άρρωστοι και άρα μια τέτοια επίσκεψη τη θεωρούσαν περιττή.

Άλλες δυσκολίες που χρειάστηκε να αντιμετωπίσουν οι γιατροί της μελέτης αφορούσαν:

- καθυστέρηση παραλαβής των αποτελεσμάτων (έως και 6 μήνες σε κάποιες περιπτώσεις)

- σημαντικές δυσκολίες στην ανεύρεση μερικών ατόμων στα οποία εκκρεμούσε η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων, παρότι είχε ζητηθεί εξαρχής παραπάνω από ένας τρόπος επικοινωνίας μαζί τους
- ζητήματα που προέκυπταν από την έλλειψη επαγγελματικότητας των διαμεσολαβητών, όπως: α. απουσία των ίδιων από προκαθορισμένα ραντεβού ή παραμονή τους στο χώρο για λιγότερο από τον απαιτούμενο χρόνο, β. διάδοση ανακρίβειών ή και υπερβολών στους οικισμούς («Θα σας φέρουμε γυναικολόγους, θα εμβολιάσουμε τα παιδιά» κτλ.), γεγονός το οποίο απαιτούσε τη διαρκή επαγρύπνηση της ομάδας μελέτης, ώστε να υπάρχει σωστή πληροφόρηση προς αποφυγή παρεξηγήσεων, γ. δημιουργία της αίσθησης στην κοινότητα ότι οι δράσεις αυτές είχαν σχεδιαστεί από άτομα ή φορείς της περιοχής (π.χ. από τον «αρχηγό», το σύλλογο του οικισμού, κτλ.), για μικροπολιτικούς σκοπούς, κ.α.
- ζητήματα που προέκυπταν από την απουσία κινητής μονάδας, η οποία συνεπαγόταν την αναγκαιότητα εξεύρεσης κατάλληλου χώρου, απαραίτητου για την ομαλή διεξαγωγή όλων των φάσεων της μελέτης. Μάλιστα, αυτό είχε ως αποτέλεσμα σε κάποιες περιπτώσεις την «εκμετάλλευση» του ρόλου των διαμεσολαβητών από την ομάδα μελέτης. Αναλυτικότερα, οι διαμεσολαβητές κλήθηκαν, πέραν των καθηκόντων τους, να αναλάβουν το βάρος εύρεσης χώρου, πράγμα εξαιρετικά δύσκολο στις περισσότερες περιπτώσεις. Επιπλέον, αυτό τους δημιούργησε προβλήματα και τους εξέθεσε αρκετές φορές. Για παράδειγμα, υποχρεώθηκαν να ζητήσουν φιλοξενία σε σπίτια, τα οποία στη συνέχεια ζήτησαν χρηματική απολαβή ή και κατηγόρησαν το διαμεσολαβητή ότι βγάζει χρήματα εκμεταλλευόμενος την κοινότητα.<sup>215</sup>
- την απουσία προγραμμάτων ΠΦΥ, όπως προληπτική ιατρική, σεμινάρια αγωγής υγείας κατάλληλα σχεδιασμένα για πληθυσμούς χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου, παροχή υπηρεσιών κοινωνικών λειτουργών, κ.α.)
- την αντίληψη, των γυναικών κυρίως, ότι τα προφυλακτικά είναι θέμα ταμπού και ντροπής. Χαρακτηριστικό είναι ότι αρκετές γυναίκες δεν ήθελαν καν να τα έχουν στο τσαντάκι που τους δόθηκε και σε επόμενες επισκέψεις η ομάδα μελέτης ρωτήθηκε από κάποιους άνδρες για ποιο λόγο δόθηκαν προφυλακτικά σε γυναίκες



Τέλος, οι γιατροί της ομάδας επισήμαναν ότι, παρά τις προαναφερθείσες δυσκολίες, οι κοινότητες των Ρομά είναι γενικότερα ανοιχτές και συνεργάσιμες σε δράσεις που αφορούν την προαγωγή της υγείας τους· επίσης, ότι οι δράσεις οι οποίες σχεδιάζονται χωρίς ολιστική προσέγγιση αντιμετώπισης των κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι κοινότητες Ρομά, περιορίζουν σημαντικά το βαθμό αποτελεσματικότητάς τους. Για παράδειγμα, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, ακόμα και αν εντοπιστούν ασθενείς με HBV, ενδέχεται να μην καταφέρουν να ακολουθήσουν την απαιτούμενη θεραπεία λόγω της έλλειψης ασφαλιστικής ικανότητας ή της αδυναμίας τους, για οικονομικούς λόγους, να επισκέπτονται το νοσοκομείο.

#### 10.2.5. Αξιολόγηση δράσεων ευαισθητοποίησης

Έπειτα από την ολοκλήρωση των δράσεων ευαισθητοποίησης (κατά προσέγγιση 4-6 μήνες μετά την αιμοληψία), πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους σε 94 άτομα (τυχαίο υποσύνολο του συνολικού δείγματος επιμερισμένο σε καθεμία από τις τέσσερις περιφέρειες) μέσω επιτόπιων επισκέψεων στους οικισμούς και της χρήσης ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου. Στον [πίνακα 10.16](#) παρατίθενται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά αυτού του υποσυνόλου ανά τύπο οικισμού.

**Πίνακας 10.16 Περιγραφικά χαρακτηριστικά του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση των δράσεων ευαισθητοποίησης ανά τύπο οικισμού**

Περιγραφικά χαρακτηριστικά υποσυνόλου που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση των δράσεων ευαισθητοποίησης N (%)	Τύπος 1 (σπίτια)	Τύπος 2 (μικτός)	Τύπος 3 (παράγκες)	Συνολικά	p-value

	N=31	N=39	N=24	N=94	
<b>Περιφέρεια</b>					0.039
Αττική	9 (29,0)	4 (10,3)	8 (33,3)	21 (22,3)	
Κεντρική Μακεδονία	7 (22,6)	9 (23,1)	8 (33,3)	24 (25,5)	
Δυτ. Ελλάδα	5 (16,1)	17 (43,6)	3 (12,5)	25 (26,6)	
Θεσσαλία	10 (32,3)	9 (23,1)	5 (20,8)	24 (25,5)	
<b>Φύλο</b>					0.491
Γυναίκες	13 (41,9)	18 (46,2)	14 (58,3)	45 (47,9)	
Άνδρες	18 (58,1)	21 (53,8)	10 (41,7)	49 (52,1)	
<b>Ηλικιακή ομάδα, έτη</b>					0.759
18-34	20 (64,5)	20 (51,3)	16 (66,7)	56 (59,6)	
35-49	7 (22,6)	11 (28,2)	5 (20,8)	23 (24,5)	
50+	4 (12,9)	8 (20,5)	3 (12,5)	15 (16,0)	

Επίσης, στον [πίνακα 10.17](#) παρατίθενται οι αποκρίσεις του υποσυνόλου στις ερωτήσεις αξιολόγησης σχετικά με τα διάφορα στάδια της μελέτης ανά τύπο οικισμού και στον [πίνακα 10.18](#) ανά περιφέρεια. Ειδικότερα, πάνω από 80% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι έμειναν πολύ ικανοποιημένοι/ικανοποιημένοι αναφορικά με τη διαδικασία της συνέντευξης, της αιμοληψίας και της παραλαβής/ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων. Από την συντριπτική πλειονότητα (96,8%) των συμμετεχόντων που έλαβαν το ενημερωτικό φυλλάδιο, οι 7 στους 10 το διάβασαν ή τους το εξήγησε κάποιος άλλος. Εξ αυτών που το διάβασαν ή τους το εξήγησε κάποιος άλλος, 93,8% το βρήκαν πολύ χρήσιμο/χρήσιμο. Κατά προσέγγιση οι μισοί από τους συμμετέχοντες παρακολούθησαν την ενημέρωση που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα και εξ αυτών 92% την αξιολόγησαν ως πολύ χρήσιμη/χρήσιμη. Οι κύριοι λόγοι για τους οποίους οι υπόλοιποι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν παρακολούθησαν την ενημέρωση ήταν ότι ενημερώθηκαν αλλά δεν μπόρεσαν να παραβρεθούν (50%) και ότι δεν ενημερώθηκαν (38,1%). Ακόμα, 90,4% των συμμετεχόντων αξιολόγησαν τη μελέτη ως πολύ χρήσιμη/χρήσιμη. Οι απαντήσεις στις παραπάνω ερωτήσεις δε φάνηκε να διαφέρουν σε σχέση με τον τύπο οικισμού. Ωστόσο παρατηρήθηκαν διαφορές σε σχέση με την περιφέρεια. Ειδικότερα, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων από την περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας φάνηκε να διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με τις υπόλοιπες περιφέρειες, έχοντας το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης από τη

διαδικασία παραλαβής/ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων, ανάγνωσης/λήψης βοήθειας για την κατανόηση του ενημερωτικού φυλλαδίου, συμμετοχής στην ενημερωτική εκδήλωση και εκτίμησης της μελέτης συνολικά ως χρήσιμης/πολύ χρήσιμης.

**Πίνακας 10.17 Αποκρίσεις του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση των δράσεων ευαισθητοποίησης αναφορικά με την ικανοποίησή του από τα διάφορα στάδια της μελέτης, ανά τύπο οικισμού**

N (%)	Τύπος 1 (σπίτια)	Τύπος 2 (μικτός)	Τύπος 3 (παράγκες)	Συνολικά N=94	p-value
<b>Από την διαδικασία της συνέντευξης μείνατε</b>	N=31	N=39	N=24	N=94	0.269
Πολύ ικανοποιημένοι /Ικανοποιημένοι	26 (83,9)	37 (94,9)	22 (91,7)	85 (90,4)	
Ούτε ικανοποιημένοι ούτε απογοητευμένοι	5 (16,1)	2 (5,1)	2 (8,3)	9 (9,6)	
Απογοητευμένοι/Πολύ απογοητευμένοι	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Από τη διαδικασία της αιμοληψίας μείνατε</b>					0.499
Πολύ ικανοποιημένοι /Ικανοποιημένοι	30 (96,8)	32 (84,2)	23 (95,8)	85 (91,5)	
Ούτε ικανοποιημένοι ούτε απογοητευμένοι	1 (3,2)	4 (10,3)	1 (4,2)	6 (6,4)	
Άγνωστο/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0 (0,0)	2 (5,1)	0 (0,0)	2 (2,1)	
<b>Έχετε παραλάβει τα αποτελέσματα των εξετάσεών σας;</b>					0.247
Όχι	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (1,1)	
Ναι	31 (100)	36 (92,3)	21 (87,5)	88 (93,6)	
Άγνωστο/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0 (0,0)	3 (7,7)	2 (8,3)	5 (5,3)	

<b>Από τη διαδικασία παραλαβής/ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων μείνατε:</b>					0.877
Πολύ ικανοποιημένοι /Ικανοποιημένοι	26 (83,9)	32 (88,9)	20 (95,2)	78 (88,6)	
Ούτε ικανοποιημένοι ούτε απογοητευμένοι	4 (12,9)	3 (8,3)	1 (4,8)	8 (9,1)	
Απογοητευμένοι/Πολύ απογοητευμένοι	1 (3,2)	1 (2,8)	0 (0,0)	2 (2,3)	
<b>Έχετε λάβει το ενημερωτικό φυλλάδιο σχετικά με το πώς μεταδίδονται η HBV, η HCV και η HIV/AIDS λοίμωξη;</b>					0.999
Όχι	1 (3,2)	1 (2,6)	0 (0,0)	2 (2,1)	
Ναι	30 (96,8)	37 (94,9)	24 (100)	91 (96,8)	
Άγνωστο/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	1 (1,1)	
<b>Αν ναι, το έχετε διαβάσει ή σας το έχει εξηγήσει κάποιος;</b>					0.716
Όχι	5 (16,7)	4 (10,8)	2 (8,3)	11 (12,1)	
Ναι	21 (70,0)	25 (67,6)	19 (79,2)	65 (71,4)	
Άγνωστο/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	4 (13,3)	8 (21,6)	3 (12,5)	15 (16,5)	
<b>Το ενημερωτικό φυλλάδιο σας φάνηκε:</b>					0.823
Πολύ χρήσιμο/Χρήσιμο	19 (90,5)	24 (96,0)	18 (94,7)	61 (93,8)	
Ούτε χρήσιμο, ούτε άχρηστο	2 (9,5)	1 (4,0)	1 (5,3)	4 (6,2)	
<b>Συμμετείχατε στην ενημερωτική εκδήλωση που πραγματοποιήσαμε σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα;</b>					0.559
Όχι	12 (38,7)	20 (51,3)	10 (41,7)	42 (44,7)	
Ναι	18 (58,1)	18 (46,2)	14 (58,3)	50 (53,2)	
Άγνωστο/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1 (3,2)	1 (2,6)	0 (0,0)	2 (2,1)	
<b>Αν ναι, η ενημέρωση αυτή σας φάνηκε;</b>					0.999
Πολύ χρήσιμο/Χρήσιμο	16 (88,9)	17 (94,4)	13 (92,9)	46 (92,0)	

Ούτε χρήσιμο, ούτε άχρηστο	2 (11,1)	1 (5,6)	1 (7,1)	4 (8,0)	
<b>Αν όχι, για ποιο λόγο;</b>					0.056
Δεν ενημερώθηκα	5 (41,7)	10 (50,0)	1 (10,0)	16 (38,1)	
Ενημερώθηκα, αλλά δεν μπόρεσα να παρευρεθώ	6 (50,0)	10 (50,0)	5 (50,0)	21 (50,0)	
Ενημερώθηκα, αλλά δεν με ενδιέφερε	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Δεν πραγματοποιήθηκε στην κοινότητα τέτοια ενημέρωση	1 (8,3)	0 (0,0)	3 (30,0)	4 (9,5)	
Δεν απαντώ	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (2,4)	
<b>Τώρα που ολοκληρώθηκε η μελέτη, σας φάνηκε:</b>					0.525
Πολύ χρήσιμη/Χρήσιμη	29 (93,5)	37 (94,9)	19 (79,2)	85 (90,4)	
Ούτε χρήσιμη, ούτε άχρηστη	2 (6,5)	1 (2,6)	2 (8,3)	5 (5,3)	
Όχι και τόσο χρήσιμη/Καθόλου χρήσιμη	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Άγνωστο/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0 (0,0)	1 (2,6)	3 (12,5)	4 (4,3)	

**Πίνακας 10.18 Αποκρίσεις του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση των δράσεων ευαισθητοποίησης αναφορικά με την ικανοποίησή του από τα διάφορα στάδια της μελέτης, ανά περιφέρεια**

N (%)	Αττική	Κεντ. Μακεδονία	Δυτική Ελλάδα	Θεσσαλία	Συνολικά	p-value
	N=21	N=24	N=25	N=24	N=94	
<b>Από την διαδικασία της συνέντευξης μείνατε</b>						0.071
Πολύ ικανοποιημένοι	17 (81,0)	23 (95,8)	25 (100)	20 (83,3)	85 (90,4)	
/Ικανοποιημένοι						

Ούτε ικανοποιημένοι ούτε απογοητευμένοι	4 (19,0)	1 (4,2)	0 (0,0)	4 (16,7)	9 (9,6)	
Απογοητευμένοι/Πο λύ απογοητευμένοι	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Από τη διαδικασία της αιμοληψίας μείνατε</b>						0.111
Πολύ ικανοποιημένοι /Ικανοποιημένοι	20 (95,2)	22 (91,7)	24 (96,0)	20 (83,3)	86 (91,5)	
Ούτε ικανοποιημένοι ούτε απογοητευμένοι	1 (4,8)	1 (4,2)	0 (0,0)	4 (16,7)	6 (6,4)	
Άγνωστο/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (4,0)	0 (0,0)	2 (2,1)	
<b>Έχετε παραλάβει τα αποτελέσματα των εξετάσεων σας;</b>						0.434
Όχι	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (1,1)	
Ναι	21 (100)	23 (95,8)	21 (84,0)	23 (95,8)	88 (93,6)	
Άγνωστο/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0 (0,0)	1 (4,2)	4 (16,0)	0 (0,0)	5 (5,3)	
<b>Από τη διαδικασία παραλαβής/ανακοίν ωσης των αποτελεσμάτων μείνατε:</b>						0.043
Πολύ ικανοποιημένοι /Ικανοποιημένοι	20 (95,2)	23 (100)	16 (76,2)	19 (82,6)	78 (88,6)	
Ούτε ικανοποιημένοι ούτε απογοητευμένοι	1 (4,8)	0 (0,0)	3 (14,3)	4 (17,4)	8 (9,1)	

Απογοητευμένοι/Πο λύ απογοητευμένοι	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (9,5)	0 (0,0)	2 (2,3)	
<b>Έχετε λάβει το ενημερωτικό φυλλάδιο σχετικά με το πώς μεταδίδονται η HBV, η HCV και η HIV/AIDS λοίμωξη;</b>						0.510
Όχι	1 (4,8)	1 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,1)	
Ναι	19 (90,5)	23 (95,8)	25 (100)	24 (100)	91 (96,8)	
Άγνωστο/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	
<b>Αν ναι, το έχετε διαβάσει ή σας το έχει εξηγήσει κάποιος;</b>						<0.001
Όχι	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (45,8)	11 (12,1)	
Ναι	19 (100)	22 (95,7)	11 (44,0)	13 (54,2)	65 (71,4)	
Άγνωστο/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0 (0,0)	1 (4,3)	14 (56,0)	0 (0,0)	15 (16,5)	
<b>Το ενημερωτικό φυλλάδιο σας φάνηκε:</b>						0.052
Πολύ χρήσιμο/Χρήσιμο	18 (94,7)	20 (90,9)	11 (100)	12 (92,3)	61 (93,8)	
Ούτε χρήσιμο, ούτε άχρηστο	1 (5,3)	2 (9,1)	0 (0,0)	1 (7,7)	4 (6,2)	
<b>Συμμετείχατε στην ενημερωτική εκδήλωση που πραγματοποιήσαμε σχετικά με τα</b>						<0.001

**λοιμώδη****νοσήματα;**

Όχι	11 (52,4)	1 (4,2)	22 (88,0)	8 (33,3)	42 (44,7)
Ναι	10 (47,6)	21 (87,5)	3 (12,0)	16 (66,7)	50 (53,2)
Άγνωστο/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0 (0,0)	2 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,1)

**Αν ναι, η**

0.154

**ενημέρωση αυτή****σας φάνηκε;**

Πολύ χρήσιμο/Χρήσιμο	9 (90,0)	21 (100)	3 (100)	13 (81,3)	46 (92,0)
Ούτε χρήσιμο, ούτε άχρηστο	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (18,8)	4 (8,0)

**Αν όχι, για ποιο**

&lt;0.001

**λόγο;**

Δεν ενημερώθηκα	1 (9,1)	0 (0,0)	15 (68,2)	0 (0,0)	16 (38,1)
Ενημερώθηκα, αλλά δεν μπόρεσα να παρευρεθώ	9 (81,8)	0 (0,0)	4 (18,2)	8 (100)	21 (50,0)
Ενημερώθηκα, αλλά δεν με ενδιέφερε	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Δεν πραγματοποιήθηκε στην κοινότητα τέτοια ενημέρωση	1 (9,1)	0 (0,0)	3 (13,6)	0 (0,0)	4 (9,5)
Δεν απαντώ	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,4)

**Τώρα που**

0.040

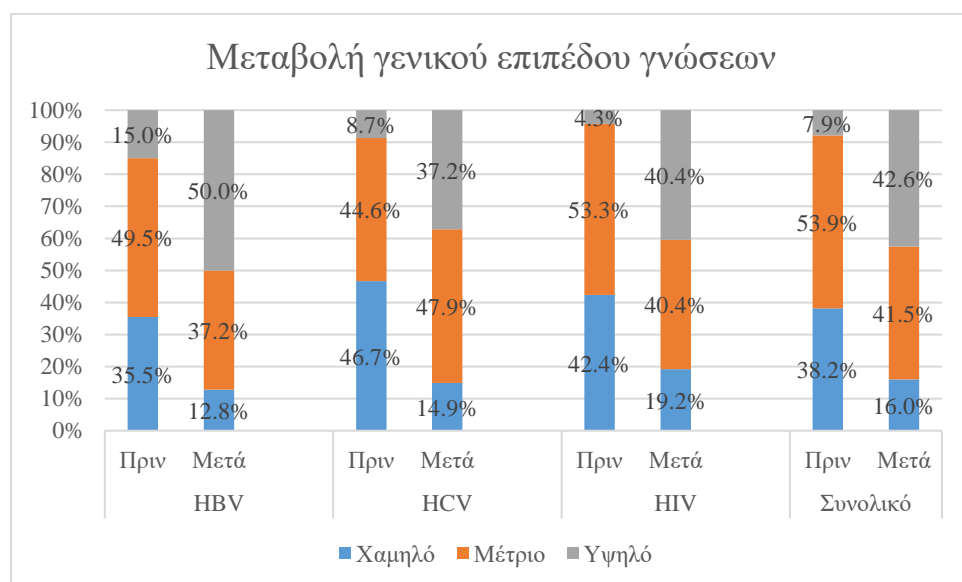
**ολοκληρώθηκε η****μελέτη, σας****φάνηκε:**

Πολύ χρήσιμη/Χρήσιμη	20 (95,2)	24 (100)	21 (84,0)	20 (83,3)	85 (90,4)
Ούτε χρήσιμη, ούτε άχρηστη	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,7)	5 (5,3)



Όχι και τόσο χρήσιμη/Καθόλου χρήσιμη	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Άγνωστο/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,0)	0 (0,0)	4 (4,3)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα (βλ. [διάγραμμα 10.9](#)), υπήρξε σημαντική βελτίωση του γενικού επιπέδου γνώσεων και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV επιμέρους και συνολικά) έπειτα από την ολοκλήρωση των δράσεων ευαισθητοποίησης. Αναλυτικότερα, το ποσοστό αυτών με υψηλό γενικό επίπεδο γνώσεων αυξήθηκε περίπου κατά 35% για την HBV (από 15% σε 50%), κατά 28% για την HCV (από 8,7% σε 37,2%), κατά 36% για την HIV (από 4,3% σε 40,4%) και κατά 35% και για τα τρία νοσήματα (από 7,9% σε 42,6%). Σύμφωνα με τον [πίνακα 10.19](#), υπήρξε σημαντική βελτίωση του επιπέδου γνώσης (αύξηση των ποσοστών με υψηλό επίπεδο και μείωση των ποσοστών με χαμηλό επίπεδο γνώσεων) μετά την υλοποίηση των δράσεων ευαισθητοποίησης. Η βελτίωση αυτή αφορούσε όλες τις κατηγορίες συμμετεχόντων όπως αυτές ορίζονται με βάση δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά κριτήρια αν και σε διαφορετικό βαθμό μεταξύ τους.



**Διάγραμμα 10.9 Μεταβολή γενικού επιπέδου γνώσεων και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV επιμέρους και συνολικά) μετά τις ενημερωτικές δράσεις**

ευαισθητοποίησης με βάση τις αποκρίσεις του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση.

**Πίνακας 10.19 Μεταβολή γενικού επιπέδου γνώσεων και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά) μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης, με βάση τις αποκρίσεις του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση, σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά**

N (%)	Γενικό επίπεδο γνώσεων για την HBV, την HCV και τον HIV μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης				p-value (Stuart- Maxwell)
	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	Άγνωστο	
<b>Γενικά</b>					<0.001
Πριν	34 (36,2)	48 (51,1)	7 (7,4)	5 (5,3)	
Μετά	15 (16,0)	39 (41,5)	40 (42,6)	0 (0,0)	
<b>Φύλο</b>					
Γυναίκες					<0.001
Πριν	23 (46,0)	22 (44,0)	1 (2,0)	4 (8,0)	
Μετά	8 (16,0)	21 (42,0)	21 (42,0)	0 (0,0)	
Άντρες					<0.001
Πριν	11 (25,0)	26 (59,1)	6 (13,6)	1 (2,3)	
Μετά	7 (15,9)	18 (40,9)	19 (43,2)	0 (0,0)	
<b>Ηλικιακή ομάδα, έτη</b>					
18-34					<0.001
Πριν	22 (39,3)	28 (50,0)	4 (7,1)	2 (3,6)	
Μετά	6 (10,7)	29 (51,8)	21 (37,5)	0 (0,0)	
35-49					<0.001
Πριν	7 (30,4)	12 (52,2)	3 (13,0)	1 (4,3)	
Μετά	5 (21,7)	8 (34,8)	10 (43,5)	0 (0,0)	
>50 ετών					0.002
Πριν	5 (33,3)	8 (53,3)	0 (0,0)	2 (13,3)	
Μετά	4 (26,7)	2 (13,3)	9 (60,0)	0 (0,0)	
<b>Περιφέρεια</b>					
Αττική					0.002
Πριν	4 (19,0)	16 (76,2)	1 (4,8)	0 (0,0)	

Μετά	0 (0,0)	15 (71,4)	6 (28,6)	0 (0,0)	
<b>Κεντ. Μακεδονία</b>					0.003
Πριν	6 (25,0)	13 (54,2)	4 (16,7)	1 (4,2)	
Μετά	3 (12,5)	6 (25,0)	15 (62,5)	0 (0,0)	
<b>Δυτική Ελλάδα</b>					<0.001
Πριν	4 (16,0)	16 (64,0)	1 (4,0)	4 (16,0)	
Μετά	0 (0,0)	8 (32,0)	17 (68,0)	0 (0,0)	
<b>Θεσσαλία</b>					0.001
Πριν	20 (83,3)	3 (12,5)	1 (4,2)	0 (0,0)	
Μετά	12 (50,0)	10 (41,7)	2 (8,3)	0 (0,0)	
<b>Τυπολογία οικισμού</b>					
<b>Τύπος 1 (σπίτια)</b>					0.004
Πριν	14 (45,2)	13 (41,9)	4 (12,9)	0 (0,0)	
Μετά	9 (29,0)	13 (41,9)	9 (29,0)	0 (0,0)	
<b>Τύπος 2 (μικτός)</b>					<0.001
Πριν	11 (28,2)	22 (56,4)	3 (7,7)	3 (7,7)	
Μετά	4 (10,3)	15 (38,5)	20 (51,3)	0 (0,0)	
<b>Τύπος 3 (παράγκες)</b>					<0.001
Πριν	9 (37,5)	13 (54,2)	0 (0,0)	2 (8,3)	
Μετά	2 (8,3)	11 (45,8)	11 (45,8)	0 (0,0)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>					
<b>Καθόλου σχολείο</b>					<0.001
Πριν	18 (40,0)	22 (48,9)	2 (4,4)	3 (6,7)	
Μετά	8 (17,8)	19 (42,2)	18 (40,0)	0 (0,0)	
<b>Α΄-Στ΄ τάξη δημοτικού</b>					<0.001
Πριν	13 (34,2)	22 (57,9)	1 (2,6)	2 (5,3)	
Μετά	6 (15,8)	15 (39,5)	17 (44,7)	0 (0,0)	
<b>Α΄ τάξη γυμνασίου και μετά</b>					0.168
Πριν	3 (27,3)	4 (36,4)	4 (36,4)	0 (0,0)	
Μετά	1 (9,1)	5 (45,5)	5 (45,5)	0 (0,0)	
<b>Συμμετοχή στην ενημερωτική εκδήλωση</b>					
<b>Όχι</b>					<0.001

Πριν	15 (37,5)	22 (55,0)	3 (7,5)	0 (0,0)	
Μετά	8 (19,0)	17 (40,5)	17 (40,5)	0 (0,0)	
Ναι					<0.001
Πριν	19 (38,8)	26 (53,1)	4 (8,2)	0 (0,0)	
Μετά	6 (12,0)	21 (42,0)	23 (46,0)	0 (0,0)	

Επίσης, χρησιμοποιώντας ως δείκτη τη διάμεση τιμή (25<sup>ο</sup>, 75<sup>ο</sup>) της γενικής βαθμολογίας γνώσεων μετά από μετατροπή σε εκατοστιαία βάση, και εφαρμόζοντας μη παραμετρικούς ελέγχους, βρέθηκε ότι η γενική βαθμολογία γνώσεων για την HBV, την HCV, την HIV και για τα τρία νοσήματα συνολικά είχε στατιστικά πολύ σημαντική βελτίωση (p=0.001) μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης (βλ. [πίνακα 10.20](#)). Συγκεκριμένα, η διάμεση τιμή της γενικής βαθμολογίας γνώσεων αυξήθηκε από 47,1 σε 67,6 για την HBV, από 35,3 σε 61,8 για την HCV και από 41,2 σε 64,7 για την HIV. Επίσης, η διάμεση τιμή της γενικής βαθμολογίας γνώσεων συνολικά και για τις τρεις λοιμώξεις, αυξήθηκε από 39,2 σε 62,7, δηλαδή παρατηρήθηκε αύξηση της τάξης του 80% (σχεδόν διπλασιασμός).

**Πίνακας 10.20** Μεταβολή διάμεσης τιμής (25<sup>ο</sup>, 75<sup>ο</sup>) γενικής βαθμολογίας γνώσεων εκφρασμένη σε επί τοις % και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά) μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης με βάση τις αποκρίσεις του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση

	Διάμεση τιμή (25 <sup>ο</sup> , 75 <sup>ο</sup> ) γενικής βαθμολογίας γνώσεων για HBV, HCV και HIV		p-value (Wilcoxon signed-rank test)
	Πριν	Μετά	
<b>HBV</b>	47,1 (17,6-58,8)	67,6 (47,1-76,5)	p<0.001
<b>HCV</b>	35,3 (5,9-58,8)	61,8 (41,2-76,5)	p<0.001
<b>HIV</b>	41,2 (17,6-52,9)	64,7 (47,1-70,6)	p<0.001
<b>Συνολικά</b>	39,2 (11,8-54,9)	62,7 (47,1-76,5)	p<0.001

Στο [παράρτημα XIX πίνακα 0.3](#) παρατίθενται επιπλέον δεδομένα σχετικά με την μεταβολή της διάμεσης τιμής (25<sup>ο</sup>, 75<sup>ο</sup>) της γενικής βαθμολογίας γνώσεων και για τα

τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά) μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Στον [πίνακα 10.21](#) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την εφαρμογή μοντέλων διαβαθμισμένης λογαριθμιστικής εξάρτησης μικτών επιδράσεων. Σε συμφωνία με τα προηγούμενα αποτελέσματα, συγκριτικά με τη διαμονή στον οικισμό τύπου 1 (σπίτια), η διαμονή στον οικισμό τύπου 2 (μικτός) σχετίζεται με υψηλότερο επίπεδο γνώσεων ενώ η διαμονή στον οικισμό τύπου 3 (παράγκες) με ελαφρώς υψηλότερο αλλά όχι σε βαθμό στατιστικά σημαντικό. Δεν υπήρξαν ενδείξεις για διαφοροποίηση αυτών των σχέσεων μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης. Συγκριτικά με τη διαμονή στην Αττική, η διαμονή στη Δυτική Ελλάδα συνδέεται με υψηλότερο επίπεδο γνώσεων ενώ η διαμονή στη Θεσσαλία με πολύ χαμηλότερο. Όσο υψηλότερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο, τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο γνώσεων. Τέλος, η συμμετοχή στην ενημερωτική εκδήλωση συνδέεται με υψηλότερο επίπεδο γνώσεων, ακόμα και μετά τον έλεγχο για όλες τις άλλες μεταβλητές του μοντέλου.

Για καμία από τις ανωτέρω αναφερθείσες μεταβλητές δεν υπήρξαν σημαντικές αλληλεπιδράσεις με τη μεταβλητή του χρόνου. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική αλληλεπίδραση φύλου και μεταβλητής του χρόνου ( $p=0,024$ ). Η υλοποίηση των ενημερωτικών δράσεων ευαισθητοποίησης αύξησαν τις πιθανότητες καλύτερου επιπέδου γνώσεων κατά περίπου 22 φορές στις γυναίκες και μόλις κατά 3,45 φορές στους άνδρες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της προσαρμοσμένης ανάλυσης. Αυτό αντανακλάται και στη διαφορά στο επίπεδο γνώσεων ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες στις δύο χρονικές στιγμές, με τις πιθανότητες υψηλότερου επιπέδου γνώσης να είναι 4 φορές υψηλότερες στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες πριν από την εφαρμογή των δράσεων ευαισθητοποίησης με τη διαφορά να είναι πολύ στατιστικά σημαντική ( $p=0,015$  στην προσαρμοσμένη ανάλυση) αλλά να μην υπάρχει διαφορά στο επίπεδο γνώσεων ανάμεσα στα δύο φύλα μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης ( $p=0,845$ ). Για όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου (τύπος οικισμού, περιφέρεια, εκπαιδευτικό επίπεδο και συμμετοχή στην ενημερωτική εκδήλωση) η διαφορά μεταξύ των κατηγοριών υπήρξε σταθερή τόσο πριν όσο και μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης (όπως αναφέρονται ανωτέρω και παρουσιάζονται στον [πίνακα 10.21](#)), ενώ η αύξηση του επιπέδου γνώσεων στη χρονική στιγμή ήταν ανάλογη με το αν αφορούσε σε γυναίκες ή σε άνδρες, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

**Πίνακας 10.21 Παράγοντες που σχετίζονται με το γενικό επίπεδο γνώσεων και τις μεταβολές του μετά την υλοποίηση των δράσεων ευαισθητοποίησης. Αποτελέσματα μοντέλου μικτών επιδράσεων με τυχαία σταθερά. Το γενικό επίπεδο γνώσεων θεωρήθηκε διατάξιμη μεταβλητή και εφαρμόστηκαν μοντέλα διαβαθμισμένης λογαριθμιστικής εξάρτησης μικτών επιδράσεων.**

	Μη προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ)	p-value	Προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ)	p-value
<b>Τυπολογία οικισμού</b>				
Τύπου 1 (σπίτια)	1.0 (αναφορά)	-	1.0 (αναφορά)	-
Τύπου 2 (μικτός)	3.07, (1.00, 9.37)	0.05	3.11 (1.12, 8.67)	0.030
Τύπου 3 (παράγκες)	1.83 (0.54, 6.23)	0.331	2.14 (0.73, 5.81)	0.174
<b>Περιφέρεια</b>				
Αττική	1.0 (αναφορά)	-	1.0 (αναφορά)	-
Κεντρική Μακεδονία	1.87 (0.71, 4.92)	0.201	1.57 (0.54, 4.58)	0.405
Θεσσαλία	0.06 (0.02, 0.20)	<0.001	0.04 (0.01, 0.17)	<0.001
Δυτική Ελλάδα	2.22 (0.86, 5.76)	0.100	3.26 (1.06, 10.02 )	0.039
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>				
Καθόλου σχολείο	1.0 (αναφορά)	-	1.0 (αναφορά)	-
Α΄-Στ΄ τάξη δημοτικού	1.31 (0.48, 3.55)	0.596	0.97 (0.41, 2.34)	0.958
Α΄ τάξη γυμνασίου και μετά	3.66 (0.75, 17.87)	0.109	6.94 (1.51, 31.83)	0.013
<b>Συμμετοχή στην ενημερωτική εκδήλωση</b>				
Όχι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Ναι	1.77 (0.57, 5.47)	0.319	3.43 (1.18, 9.94)	0.023
<b>Ανάλυση όρων αλληλεπίδρασης</b>				
<b>Επίδραση χρόνου στις γυναίκες</b>				
Αρχική	1.0 (αναφορά)	-	1.0 (αναφορά)	-
Μετά τη μελέτη	22.7 (6.96, 74.037)	<0.001	21.91 (3.09, 54.00)	<0.001
<b>Επίδραση χρόνου στους άνδρες</b>				

Αρχική	1.0 (αναφορά)	-	1.0 (αναφορά)	-
Μετά τη μελέτη	5.0 (1.85, 13.51)	0.001	3.45 (1.07, 11.12)	0.039
<b>Επίδραση φύλου στην</b>				
<b><u>αρχική επίσκεψη</u></b>				
Γυναίκα	1.0 (αναφορά)	-	1.0 (αναφορά)	-
Άνδρας	4.92 (1.39, 17.38)	0.013	4.13 (1.32, 12.97)	0.015
<b>Επίδραση φύλου στην</b>				
<b><u>δεύτερη επίσκεψη</u></b>				
Γυναίκα	1.0 (αναφορά)	-	1.0 (αναφορά)	-
Άνδρας	1.08 (.34, 3.478)	0.892	1.10 (0.40, 3.02)	0.847

Εκτός από τους παράγοντες που έχουν συμπεριληφθεί στον πίνακα, εξετάστηκε επιπλέον η ηλικιακή ομάδα.

### 10.3. Αυτοαναφορά κατάστασης υγείας

#### 10.3.1. Αυτοαξιολόγηση υγείας και αυτοαναφορά χρόνιων νοσημάτων και συμπτωμάτων ψυχικής ασθένειας

Η αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων, η αυτοαναφορά παρουσίας χρόνιων νοσημάτων και συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης παρουσιάζονται στον [πίνακα 10.22](#) στρωματοποιημένα ανά φύλο. Οι απαντήσεις «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», οι οποίες κυμαίνονται από 6% έως 10%, παραλείφθηκαν. Περίπου το 62% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι είχαν καλή/πολύ καλή υγεία, το 26% ότι είχαν μέτρια και το 12% ότι είχαν κακή/πολύ κακή. Με βάση τη στρωματοποίηση ανά τύπο οικισμού (βλ. [παράρτημα XIX πίνακα 0.4](#)), οι συμμετέχοντες από τον τύπο 3 (παράγκες) είχαν το υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων καλή/πολύ καλή υγεία (66,4%) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες από τον τύπο 1 (σπίτια) (56,4%) και τον τύπο 2 (μικτός) (63,2%). Συνολικά, οι γυναίκες είχαν χειρότερη αυτοαξιολόγηση της υγείας τους σε σύγκριση με τους άνδρες ( $p < 0.001$ ). Με βάση τη στρωματοποίηση ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο, το ποσοστό των ανδρών ηλικιακής κατηγορίας 50 ετών και άνω που αυτοαξιολόγησαν την υγεία τους ως καλή/πολύ καλή ήταν κατά προσέγγιση

διπλάσιο από το αντίστοιχο των γυναικών (46,5% έναντι 22,4%). Με βάση την στρωματοποίηση ανά εκπαιδευτικό επίπεδο, το ποσοστό των ατόμων που δεν είχαν πάει σχολείο και που αυτοαξιολόγησαν την υγεία τους ως κακή/πολύ κακή ήταν κατά προσέγγιση διπλάσιο από το αντίστοιχο αυτών που είχαν πάει σχολείο (18,5% έναντι 9,8%).

**Πίνακας 10.22 Αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας, παρουσία χρόνιου νοσήματος και παρουσία συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης των συμμετεχόντων ανά φύλο**

N (%)	Γυναίκες	Άνδρες	Συνολικά	p-value <sup>24</sup>
<b>Αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας</b>				<0.001
Πολύ καλή ή καλή	147 (51,2)	183(74,1)	330 (61,9)	
Μέτρια	100 (34,8)	38 (15,4)	138 (25,9)	
Πολύ κακή ή κακή	39 (13,6)	26 (10,5)	65 (12,2)	
<b>Παρουσία χρόνιου νοσήματος</b>				
Τουλάχιστον ένα	163 (58,4)	91 (37,9)	254 (48,9)	<0.001
Από δύο και πάνω	66 (23,0)	25 (10,1)	91 (17,0)	<0.001
Υψηλή χοληστερόλη	35 (13,7)	21 (9,6)	56 (11,8)	0.170
Διαβήτης	26 (9,8)	15 (6,8)	41 (8,4)	0.237
Υψηλή αρτηριακή πίεση	51 (18,9)	26 (11,8)	77 (15,7)	0.032
Καρδιοαγγειακό	30 (11,1)	13 (5,7)	43 (8,7)	0.033
Αναπνευστικού συστήματος	31 (11,4)	15 (6,6)	46 (9,2)	0.061
Φυματίωση	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,2)	0.455 <sup>25</sup>
Καρκίνος	3 (1,1)	1 (0,4)	4 (0,8)	0.402
Αναιμία	25 (9,1)	7 (3,1)	32 (6,4)	0.005
Κατάθλιψη	42 (15,9)	7 (3,1)	49 (10,1)	<0.001
Άλλα				
Ψυχιατρικά και κατάχρηση ουσιών	5 (1,7)	10 (4,0)	15 (2,8)	

<sup>24</sup> Για την εκτίμηση του p-value σε αυτόν τον πίνακα, χρησιμοποιήθηκε το τεστ Pearson Chi-Square, εκτός αν δηλώνεται κάτι άλλο.

<sup>25</sup> Για την εκτίμηση του p-value αυτής της μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε το τεστ Fishers's Exact.



Ενδοκρινικού συστήματος	18 (6,3)	0 (0,0)	18 (3,4)	
Νευρολογικού συστήματος	11 (4)	5 (2)	16 (3,0)	
Μυοσκελετικού συστήματος	7 (2,4)	4 (1,6)	11 (2,1)	
Πεπτικού συστήματος	5 (1,7)	4 (1,6)	9 (1,7)	
Μεταδιδόμενα	2 (0,7)	2 (0,8)	4 (0,7)	
<b>Παρουσία συμπτωμάτων άγχους</b>	136 (47,4)	84 (34,0)	220 (41,2)	0.002
<b>Παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης</b>	125 (43,6)	71 (28,7)	196 (36,7)	<0.001

Περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες συνολικά και το 29% εκείνων με καλή/πολύ καλή αυτοαξιολόγηση υγείας ανέφεραν ότι είχαν τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα. Περίπου το 37% αυτών που είχαν πάει στο σχολείο και το 62% εκείνων που δεν είχαν, απάντησαν ότι έχουν τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα. Οι συμμετέχοντες από τον τύπο 3 (παράγκες) είχαν το χαμηλότερο ποσοστό ατόμων που δήλωσαν κάποιο χρόνια νόσημα, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες από τον τύπο 1 (σπίτια) και τον τύπο 2 (μικτός) (44,9%, 57,4% και 45,2% αντίστοιχα).

Με βάση την στρωματοποίηση ανά ηλικιακή ομάδα, το 30,7% των ατόμων ηλικίας 18-34 ετών, το 53,6% των ατόμων ηλικίας 35-49 ετών και το 77,3% των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω απάντησαν ότι έχουν κάποιο χρόνια νόσημα.

Υψηλή αρτηριακή πίεση (15,7%), υψηλή χοληστερόλη (11,8%), κατάθλιψη (10,1%), νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (9,2%), καρδιαγγειακές παθήσεις (8,7%), σακχαρώδης διαβήτης (8,4%) και αναιμία (6,4%) ήταν τα αυτοαναφερόμενα ως διαγνωσμένα χρόνια νοσήματα με την υψηλότερη συχνότητα.

Αναφορικά με τον παράγοντα του φύλου, οι γυναίκες ανέφεραν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά (<0.001) χειρότερης αυτοαξιολόγησης κατάστασης υγείας και παρουσίας ενός ή περισσότερων από ένα διαγνωσμένου χρόνιου νοσήματος σε σύγκριση με τους άνδρες (58.4% έναντι 37.9% και 23.0% έναντι 10.1% αντίστοιχα).

Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν υψηλή αρτηριακή πίεση ( $p=0,032$ ), καρδιακές παθήσεις ( $p=0,033$ ) και αναιμία ( $p= 0,005$ ). Επιπλέον, μεταξύ των γυναικών τα ποσοστά με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης

ήταν πολύ υψηλά, και μάλιστα στατιστικά σημαντικά υψηλότερα από αυτά των ανδρών (47,4% έναντι 34,0%,  $p=0,002$  και 43,6% έναντι 28,7%,  $p=<0,001$ , αντίστοιχα).

### 10.3.2. Παράγοντες κινδύνου

Μετά από εξέταση διάφορων δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων, διαπιστώθηκε ότι η περιφέρεια διαμονής, η τυπολογία οικισμού, το φύλο, η ηλικιακή ομάδα, η συγκατοίκηση με σύντροφο, η παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης, η διατροφική ανασφάλεια και ο αριθμός των ποτηριών αλκοόλ που είχαν καταναλώσει την τελευταία εβδομάδα σχετίζονταν σημαντικά με την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων (μέτρια/κακή/πολύ κακή έναντι καλής/πολύ καλής).

Τα αποτελέσματα από τη μη προσαρμοσμένη και την προσαρμοσμένη ανάλυση για όλες τις προαναφερθείσες μεταβλητές, παρουσιάζονται στον [πίνακα 10.23](#). Ειδικότερα, από την προσαρμοσμένη ανάλυση προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες που διέμεναν στην περιφέρεια της Αττικής και της Κεντρικής Μακεδονίας ήταν κατά προσέγγιση τρεις φορές πιο πιθανό, ενώ εκείνοι που ζούσαν στην περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας ήταν σχεδόν 70% πιο πιθανό να αυτοαξιολογήσουν την υγεία τους ως μέτρια/κακή/πολύ κακή σε σύγκριση με αυτούς που διέμεναν στην περιφέρεια της Θεσσαλίας. Ωστόσο, η διαφορά του προσαρμοσμένου OR των συμμετεχόντων από τη Δυτική Ελλάδα σε σχέση με τους συμμετέχοντες από τη Θεσσαλία δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Οι συμμετέχοντες από τον τύπο 1 (σπίτια) και, σε ένα μικρότερο βαθμό (όχι στατιστικά σημαντικό), από τον τύπο 2 (μικτός), ήταν πιο πιθανό να αυτοαξιολογήσουν την υγεία τους ως μέτρια/κακή/πολύ κακή σε σύγκριση με αυτούς από τον τύπο 3 (παράγκες) (προσαρμοσμένο OR (95%): 2.22 (1.19 έως 4.13) και 1.31 (0.73 έως 2.36), αντίστοιχα).

Κατά προσέγγιση, οι γυναίκες και τα άτομα που ζουν χωρίς σύντροφο είχαν διπλάσια πιθανότητα, τα άτομα με συμπτώματα κατάθλιψης είχαν πάνω από πενταπλάσια πιθανότητα και τα άτομα που βίωσαν κάποια διατροφική ανασφάλεια είχαν κατά 70%

μεγαλύτερη πιθανότητα να αυτοαξιολογήσουν την υγεία τους ως μέτρια/κακή ή πολύ κακή σύμφωνα με την προσαρμοσμένη ανάλυση.

Όπως ήταν αναμενόμενο, οι ηλικιωμένοι συμμετέχοντες ήταν πιο πιθανό να αυτοαξιολογήσουν την υγεία τους ως μέτρια/κακή ή πολύ κακή. Συγκεκριμένα, όσοι ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία 35-49 ετών ήταν τρεις φορές πιο πιθανό και όσοι ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία από 50 ετών και πάνω ήταν έντεκα φορές πιο πιθανό να αυτοαξιολογήσουν την υγεία τους ως μέτρια/κακή ή πολύ κακή σε σύγκριση με τη νεότερη ηλικιακή ομάδα (18-34 ετών).

Μια συσχέτιση σχήματος U διαμορφώθηκε μεταξύ του αριθμού κατανάλωσης ποτηριών αλκοόλ και της πιθανότητας να αυτοαξιολογήσουν την υγεία τους ως μέτρια/κακή ή πολύ κακή. Αναλυτικότερα, αυτοί που δήλωσαν ότι κατανάλωσαν 1-7 ποτά την τελευταία εβδομάδα ήταν κατά 51% λιγότερο πιθανό και εκείνοι που δήλωσαν ότι κατανάλωσαν 8 ή περισσότερα ήταν κατά 13% πιο πιθανό να αυτοαξιολογήσουν την υγεία τους ως μέτρια/κακή ή πολύ κακή σε σύγκριση με εκείνους που δεν κατανάλωσαν αλκοόλ, αν και η διαφορά στην τελευταία κατηγορία δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 10.23 Παράγοντες που επηρεάζουν τις πιθανότητες αυτοαξιολόγησης της κατάστασης της υγείας ως μέτριας/κακής/πολύ κακής: Αποτελέσματα από λογαριθμιστική παλινδρόμηση**

	Μέτρια/κακή/πολύ κακή αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας			
	Μη προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ)	p- value	Προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ)	p – value
<b>Περιφέρεια</b>				
Θεσσαλία	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Αττική	1.22 (0.75, 1.99)	0.766	3.14 (1.61, 6.12)	0.001
Κεντ. Μακεδονία	0.92 (0.55, 1.54)	0.501	2.84 (1.41, 5.72)	0.003
Δυτ. Ελλάδα	1.18 (0.72, 1.91)	0.415	1.70 (0.88, 3.29)	0.114
<b>Τυπολογία οικισμού</b>				
Τύπος 3 (παράγκες)	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Τύπος 1 (σπίτια)	1.53 (0.95, 2.44)	0.075	2.22 (1.19, 4.13)	0.012
Τύπος 2 (μικτός)	1.15 (0.73, 1.79)	0.533	1.31 (0.73, 2.36)	0.369
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Γυναίκες	2.70 (1.87, 3.90)	<0.001	2.10 (1.30, 3.39)	0.020
<b>Ηλικιακή ομάδα, έτη</b>				
18-34	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
35-49	3.34 (2.15, 5.16)	<0.001	3.17 (1.88, 5.34)	<0.001
50+	8.34 (5.10, 13.64)	<0.001	11.30 (5.86, 21.78)	<0.001
<b>Συγκατοίκηση με σύντροφο</b>				
Ναι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Όχι	1.53 (1.00, 2.34)	0.048	1.96 (1.12, 3.42)	0.018
<b>Παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης</b>				
Όχι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Ναι	5.37 (3.66, 7.88)	<0.001	5.50 (3.41, 8.86)	<0.001
<b>Διατροφική ανασφάλεια</b>				
Ποτέ	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	

Σπάνια/κάποιες φορές/πολύ συχνά	2.71 (1.82, 4.03)	<0.001	1.78 (1.09, 2.91)	0.022
<b>Ποτήρια αλκοόλ/προηγούμενη εβδομάδα</b>				
0	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
1-7	0.56 (0.34, 0.92)	0.125	0.51 (0.27, 0.97)	0.040
8+	0.68 (0.42, 1.11)	0.023	1.13 (0.59, 2.16)	0.715

Επιπλέον μεταβλητές που εξετάστηκαν: εκπαιδευτικό επίπεδο, οικιακές εγκαταστάσεις, εργασιακή κατάσταση, εισόδημα, αριθμός παιδιών, κατανάλωση αλκοόλ, ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ/τελευταία εβδομάδα, πακετοχρόνια, συχνή αλλαγή μέρους διαμονής, αριθμός ατόμων που διαμένουν στο σπίτι, αριθμός ατόμων που κοιμούνται /δωμάτιο, ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας, παρουσία συμπτωμάτων άγχους

Μετά από τη διερεύνηση των ίδιων μεταβλητών που εξετάστηκαν και στην προηγούμενη ανάλυση, οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την παρουσία ή μη ενός χρόνιου νοσήματος ήταν το φύλο, η ηλικιακή ομάδα, η παρουσία συμπτωμάτων άγχους, η διατροφική ανασφάλεια και ο αριθμός των ατόμων που ζουν στο σπίτι ([πίνακας 10.24](#)).

Αναλυτικότερα, στην προσαρμοσμένη ανάλυση, τα άτομα με συμπτώματα άγχους, όσα βίωναν κάποιο είδος διατροφικής ανασφάλειας και όσα διέμεναν στο σπίτι με λιγότερα από 6 άτομα είχαν κατά προσέγγιση διπλάσια πιθανότητα να αναφέρουν τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα σε σχέση με τις αντίθετες ομάδες. Όπως ήταν αναμενόμενο, η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα αναφοράς τουλάχιστον ενός χρόνιου νοσήματος. Αναλυτικότερα, τα άτομα ηλικιακής κατηγορίας 35-49 ετών είχαν πάνω από τρεις φορές και τα άτομα από 50 ετών και άνω είχαν δώδεκα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα σε σύγκριση με τα άτομα ηλικιακής κατηγορίας 18-34 ετών. Τέλος, οι γυναίκες είχαν κατά 50% μεγαλύτερη πιθανότητα να δηλώσουν κάποιο χρόνια νόσημα σε σχέση με τους άνδρες ( $p=0.052$ ).

**Πίνακας 10.24 Παράγοντες που επηρεάζουν τις πιθανότητες παρουσίας χρόνιου νοσήματος: Αποτελέσματα από λογαριθμιστική παλινδρόμηση**

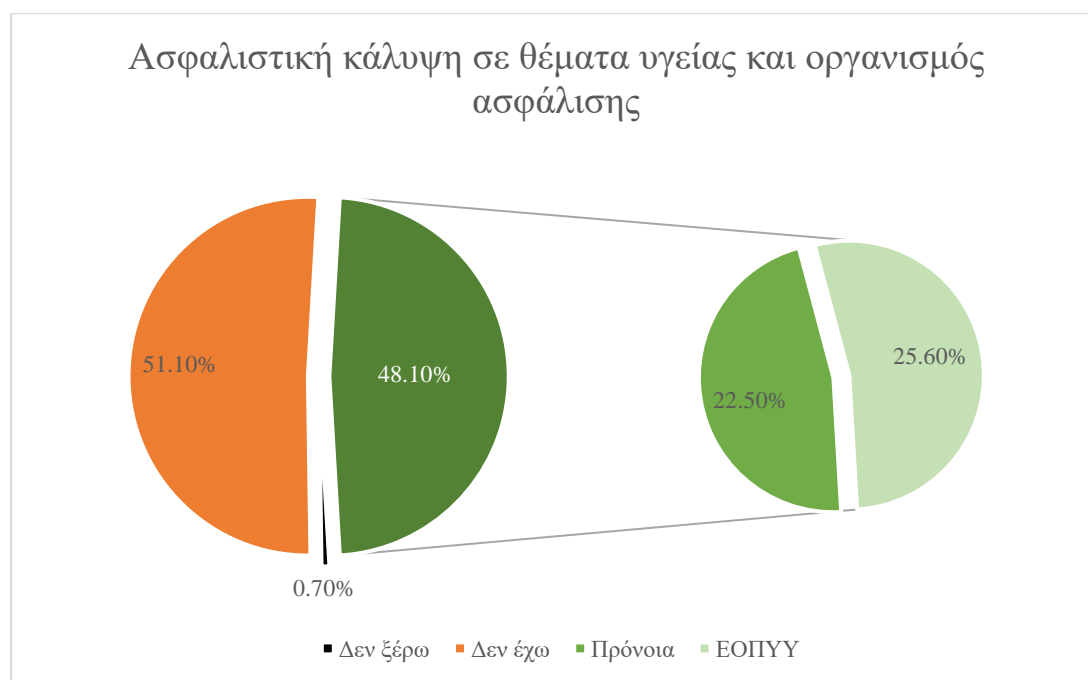
	Παρουσία χρόνιου νοσήματος			
	Μη προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ)	p – value	Προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ)	p – value
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Γυναίκες	2.30 (1.61, 3.27)	<0.001	1.53 (1.00, 2.36)	0.052
<b>Ηλικιακή ομάδα, έτη</b>				
18-34	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
35-49	3.34 (2.15, 5.16)	<0.001	3.38 (2.05, 5.58)	<0.001
50+	8.34 (5.10, 13.64)	<0.001	12.71 (7.19, 22.47)	<0.001
<b>Παρουσία συμπτωμάτων άγχους</b>				
Όχι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Ναι	2.33 (1.63, 3.33)	<0.001	2.10 (1.36, 3.25)	0.001
<b>Διατροφική ανασφάλεια</b>				
Ποτέ	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Σπάνια/κάποιες φορές/πολύ συχνά	2.31 (1.60, 3.35)	<0.001	1.82 (1.13, 2.92)	0.014
<b>Αριθμός ατόμων που διαμένουν στο σπίτι</b>				
6 και πάνω	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Μέχρι και 5	1.09 (0.77, 1.54)	0.616	1.99 (1.27, 3.13)	0.003

Επιπλέον μεταβλητές που εξετάστηκαν: περιφέρεια, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικιακές εγκαταστάσεις, εργασιακή κατάσταση, εισόδημα, αριθμός παιδιών, κατανάλωση αλκοόλ, ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ/τελευταία εβδομάδα, ποτήρια αλκοόλ/τελευταία εβδομάδα, πακετοχρόνια, συχνή αλλαγή μέρους διαμονής, συγκατοίκηση με σύντροφο, αριθμός ατόμων που διαμένουν στο σπίτι, αριθμός ατόμων που κοιμούνται /δωμάτιο, ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας, παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης

## 10.4. Υπηρεσίες υγείας

### 10.4.1. Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας

Σύμφωνα με τα δεδομένα που αφορούν την ασφαλιστική ικανότητα των 534 συμμετεχόντων, 51,1% ήταν ανασφάλιστοι, 22,5% ήταν ασφαλισμένοι στην πρόνοια, 25,6% ήταν ασφαλισμένοι στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και 0,7% δεν γνώριζαν αν έχουν ασφάλιση (βλ. [διάγραμμα 10.10](#)).



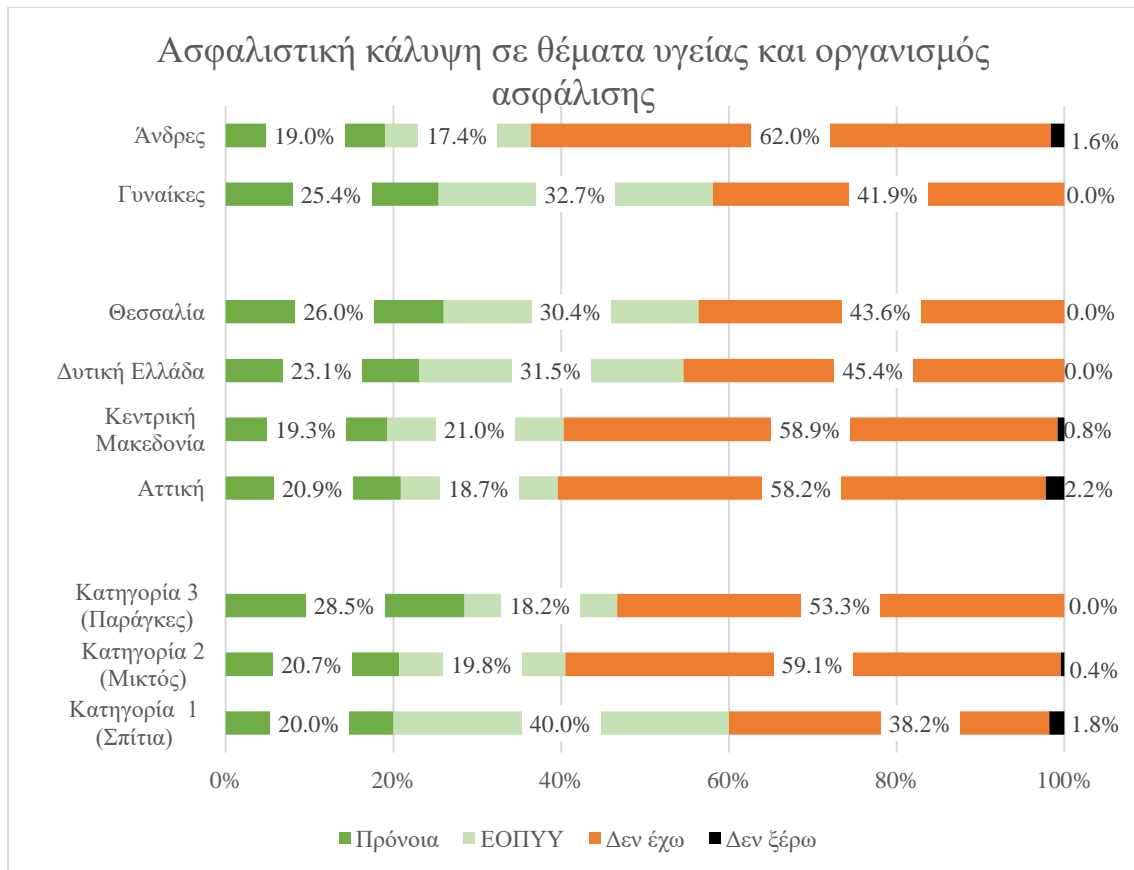
**Διάγραμμα 10.10 Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας και οργανισμός ασφάλισης των συμμετεχόντων (N=534)**

Ειδικότερα, από την ανάλυση ανάλογα με τα βασικά δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (βλ. [διάγραμμα 10.11](#)), οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες ανέφεραν πιο συχνά απουσία ασφαλιστικής κάλυψης σε θέματα υγείας (62,0% έναντι 41,9%, αντίστοιχα) και χαμηλότερο ποσοστό ασφάλισης στην πρόνοια (19,0% έναντι 25,4%,

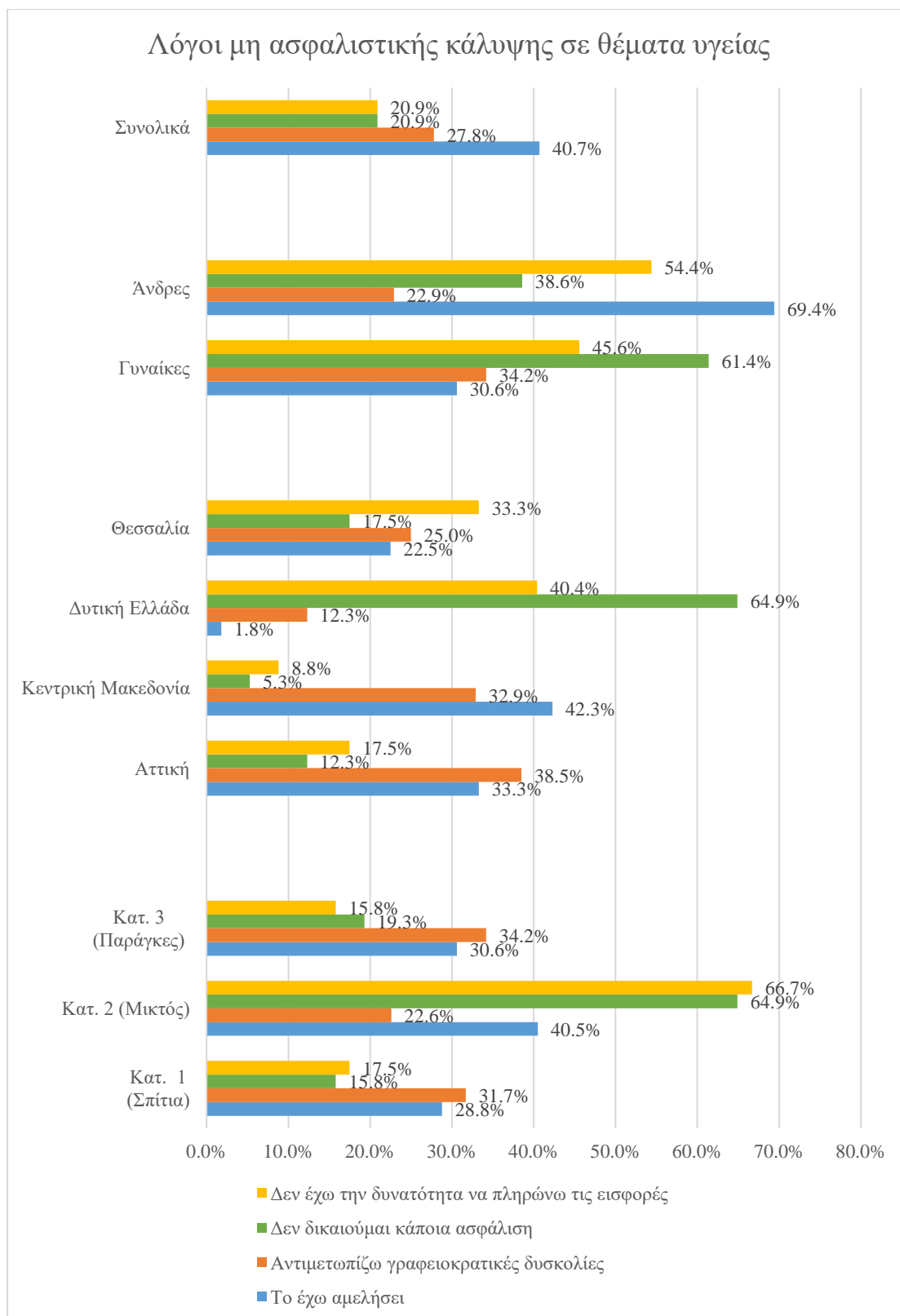
αντίστοιχα) και στον ΕΟΠΥΥ (17,4% έναντι 32,7%, αντίστοιχα). Οι συμμετέχοντες από τις περιφέρειες της Κεντρικής Μακεδονίας και της Αττικής σε σχέση με τους συμμετέχοντες από τις περιφέρειες της Δυτικής Ελλάδας και της Θεσσαλίας ανέφεραν πιο συχνά απουσία ασφαλιστικής κάλυψης σε θέματα υγείας (58,9% και 58,2% έναντι 45,4% και 36,6%, αντίστοιχα) και μικρότερο ποσοστό ασφάλισης στην πρόνοια (19,3% και 20,9% έναντι 23,1% και 26,0% αντίστοιχα) και τον ΕΟΠΥΥ (21,0% και 18,7% έναντι 31,5% και 30,4%, αντίστοιχα). Ακόμα, οι συμμετέχοντες από τον οικισμό τύπου 1 (σπίτια) σε σχέση με τους συμμετέχοντες από τον τύπο 2 (μικτός) και 3 (παράγκες) είχαν το μικρότερο ποσοστό ανασφάλιστων (38,2% έναντι 59,1% και 53,3%, αντίστοιχα) και το μεγαλύτερο ποσοστό ασφαλισμένων στον ΕΟΠΥΥ (40,0% έναντι 19,8% και 18,2% αντίστοιχα). Τέλος, οι συμμετέχοντες από τον οικισμό τύπου 3 (παράγκες) σε σχέση με τους συμμετέχοντες από τον τύπο 2 (μικτός) και 1 (σπίτια) είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό προνοιακής ασφάλισης (28,5% έναντι 20,7% και 20,0%, αντίστοιχα). Στο παράρτημα XIX, [πίνακα 0.5](#) και [πίνακα 0.6](#), παρατίθενται πιο αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω δεδομένα.

Αναφορικά με τους λόγους της απουσίας ασφαλιστικής κάλυψης σε θέματα υγείας των 273 συμμετεχόντων (51,1%), 40,7% δήλωσαν ότι το είχαν αμελήσει, 27,8% ότι αντιμετώπιζαν γραφειοκρατικές δυσκολίες, 20,9% ότι δεν δικαιούνταν κάποια ασφάλιση και 20,9% ότι δεν είχαν τη δυνατότητα να πληρώνουν εισφορές. Σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά (βλ. [διάγραμμα 10.12](#)), οι δύο επικρατέστεροι λόγοι της μη ασφαλιστικής κάλυψης σε θέματα υγείας για τον τύπο 1 (σπίτια), τον τύπο 3 (παράγκες), την Αττική και την Κεντρική Μακεδονία ήταν α. ότι το είχαν αμελήσει και β. ότι αντιμετώπιζαν γραφειοκρατικές δυσκολίες. Αντίστοιχα, για τον τύπο 2 (μικτός), τη Δυτική Ελλάδα και τις γυναίκες ήταν α. ότι δεν δικαιούνταν κάποια ασφάλιση και β. ότι δεν είχαν τη δυνατότητα να πληρώνουν εισφορές· για τη Θεσσαλία ότι αντιμετώπιζαν γραφειοκρατικές δυσκολίες και ότι δεν είχαν τη δυνατότητα να πληρώνουν εισφορές· τέλος, για τους άνδρες ότι δεν είχαν τη δυνατότητα να πληρώνουν εισφορές και ότι το είχαν αμελήσει.





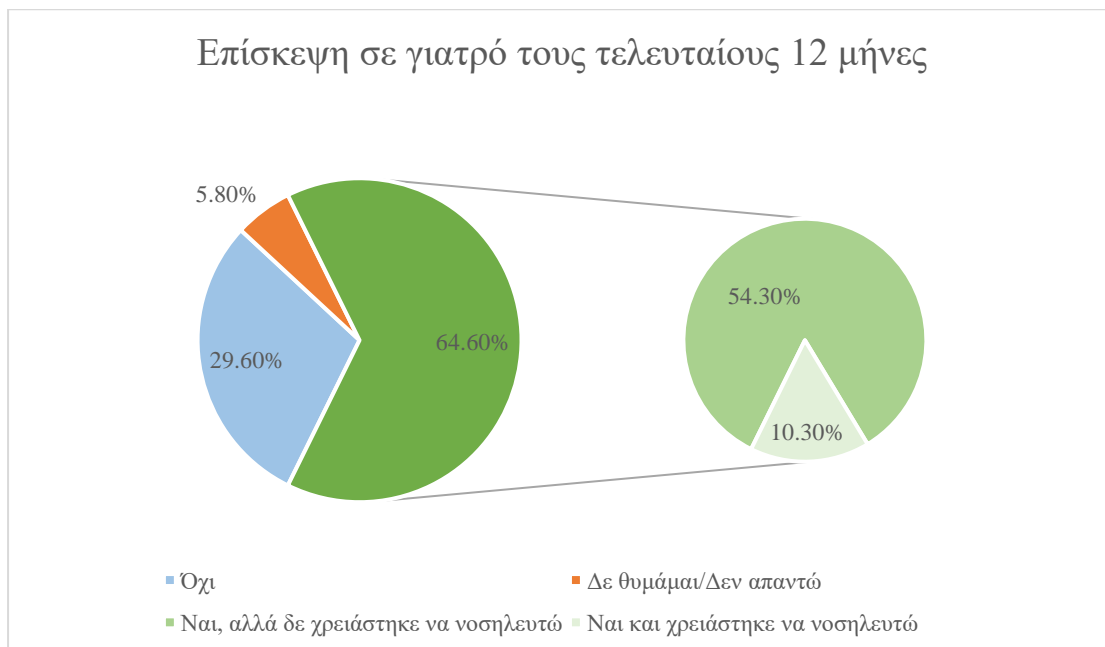
**Διάγραμμα 10.11 Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας και οργανισμός ασφάλισης των συμμετεχόντων σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά (N=534)**



**Διάγραμμα 10.12** Λόγοι για τους οποίους οι 273 συμμετέχοντες δεν είχαν ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας σε σχέση με τον τύπο οικισμού, την περιφέρεια και το φύλο (ερώτηση με δυνατότητα για πολλαπλές απαντήσεις)

#### 10.4.2. Χρήση και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας

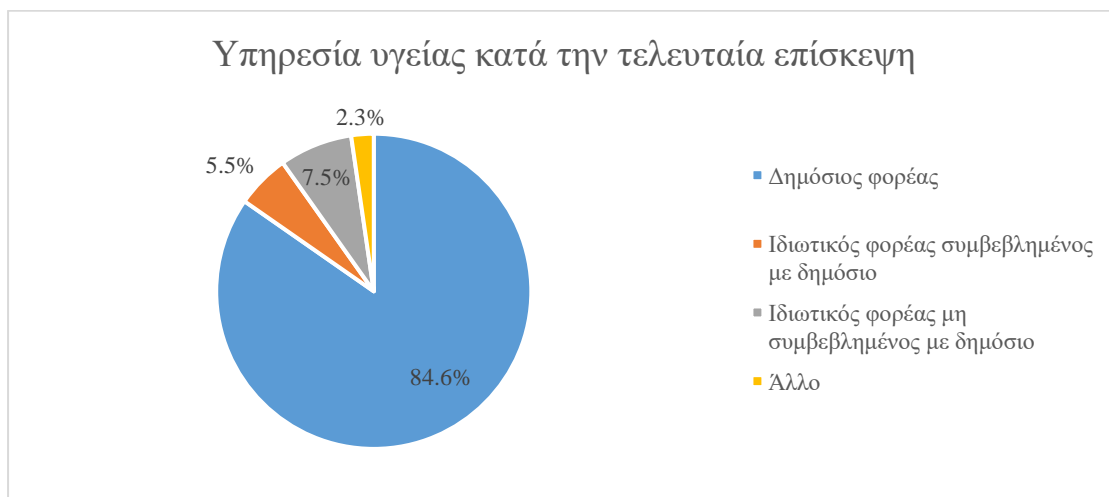
Αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, 345 (64,6%) συμμετέχοντες είχαν επισκεφτεί κάποιο γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες και 55 (10,3%) χρειάστηκε να νοσηλευτούν (βλ. [διάγραμμα 10.13](#)). Στατιστικά σημαντική διαφορά για την επίσκεψη σε γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες σε σχέση με βασικούς δημογραφικούς δείκτες παρατηρήθηκε ανάλογα με το φύλο (γυναίκες 74,8% έναντι ανδρών 61,4%,  $p=0.001$ ) και την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας (ανασφάλιστοι 61,9% έναντι ασφαλισμένων 76,0%,  $p=0.001$ ).



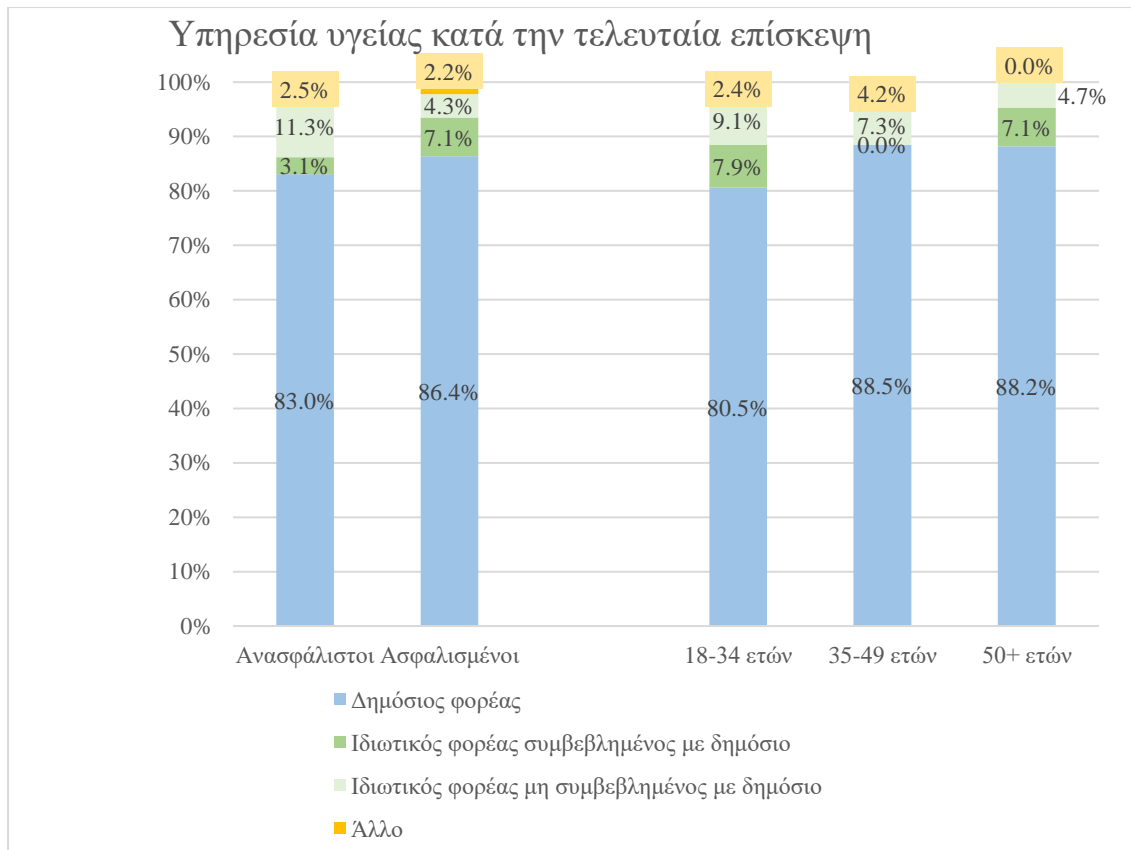
**Διάγραμμα 10.13** Επίσκεψη των συμμετεχόντων (N=534) σε γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες

Εκ των 345 συμμετεχόντων που είχαν επισκεφτεί γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες, 84,6% είχαν επισκεφτεί δημόσιο φορέα (νοσοκομείο ή κέντρο υγείας), 5,5% είχαν επισκεφτεί ιδιωτικό φορέα συμβεβλημένο με το δημόσιο και 7,5% είχαν επισκεφτεί ιδιωτικό φορέα μη συμβεβλημένο με το δημόσιο (βλ. [διάγραμμα 10.14](#)). Στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με βασικούς δημογραφικούς δείκτες παρατηρήθηκε για την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας ( $p=0.043$ ) και την ηλικιακή ομάδα

( $p=0.045$ ) (βλ. [διάγραμμα 10.15](#)) με τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα να χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις δημόσιες δομές υγείας.

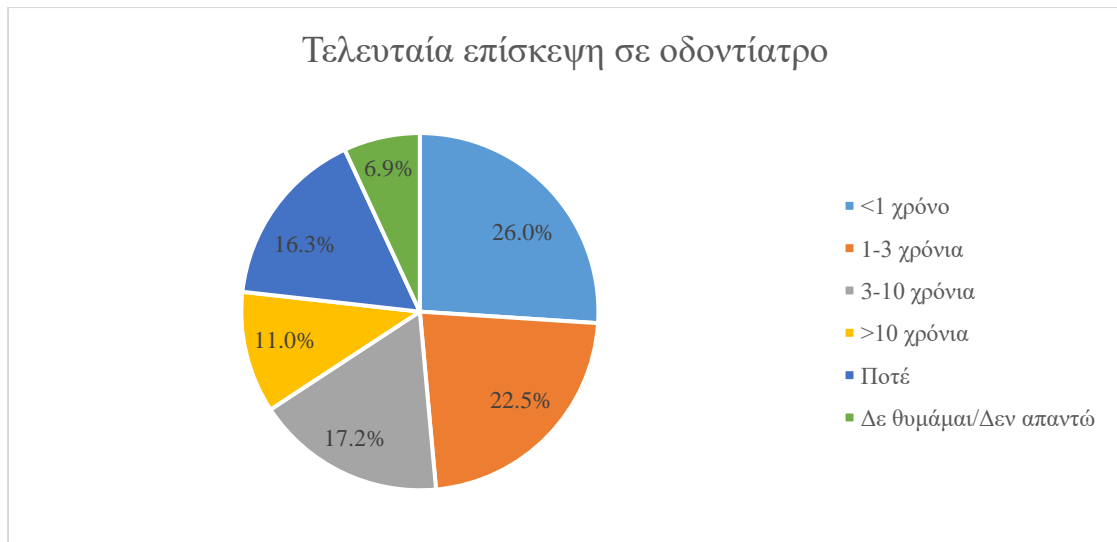


**Διάγραμμα 10.14 Υπηρεσία υγείας κατά την τελευταία επίσκεψη για τους συμμετέχοντες που είχαν επισκεφτεί γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες (N=345)**



**Διάγραμμα 10.15 Υπηρεσία υγείας κατά την τελευταία επίσκεψη για τους συμμετέχοντες που είχαν επισκεφτεί γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες, σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας (N=343) και την ηλικιακή ομάδα (N=345)**

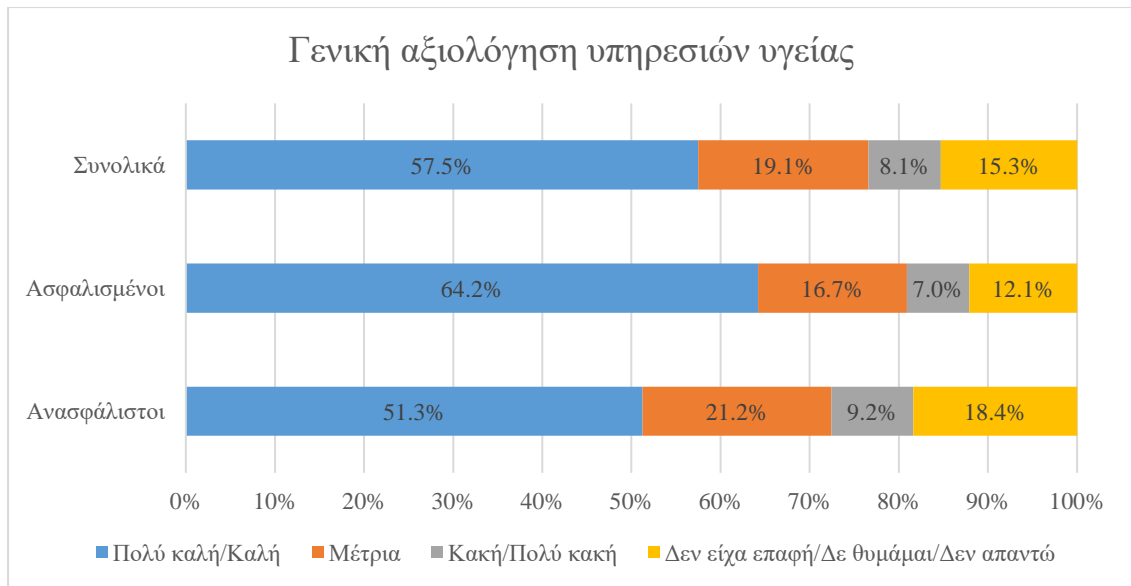
Είκοσι έξι τοις εκατό των συμμετεχόντων είχε πραγματοποιήσει επίσκεψη σε οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες, 22,5% 1-3 χρόνια πριν, 28,2% από 3 χρόνια και πάνω και 16,3% δεν είχαν επισκεφτεί ποτέ (βλ. [διάγραμμα 10.16](#)). Μάλιστα, σε σχέση με τον τύπο οικισμού, 1 στους 4 συμμετέχοντες από τον τύπο 3 (παράγκες) δεν έχει επισκεφτεί ποτέ οδοντίατρο.



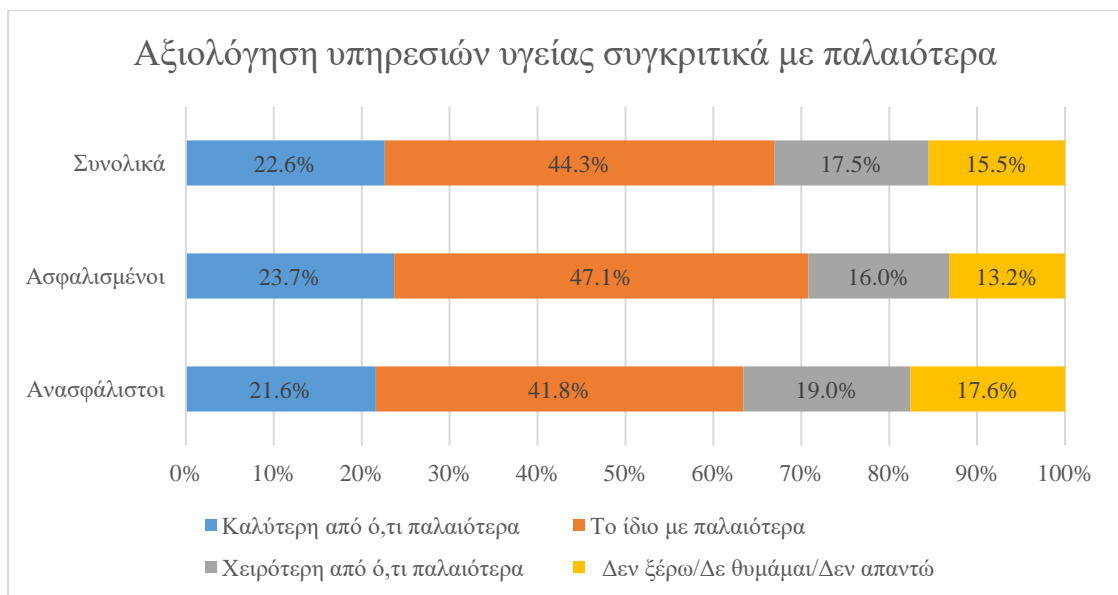
**Διάγραμμα 10.16 Τελευταία επίσκεψη των συμμετεχόντων (N=534) σε οδοντίατρο**

Αναφορικά με τη γενική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας (βλ. [διάγραμμα 10.17](#)) 57,5% του συνόλου των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι πολύ καλή/καλή, 19,1% ότι είναι μέτρια και 8,1% ότι είναι κακή/πολύ κακή. Ακόμα, σε σχέση με την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με παλαιότερα, 22,6% του συνόλου των συμμετεχόντων δήλωσε ότι είναι καλύτερη και 44,3% ότι δεν έχει αλλάξει κάτι ([διάγραμμα 10.18](#)).

Για αναλυτικότερα δεδομένα για τις προαναφερθείσες μεταβλητές σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας και τον τύπο οικισμού, βλ. παράρτημα XIX [πίνακα 0.7](#) και [πίνακα 0.8](#).



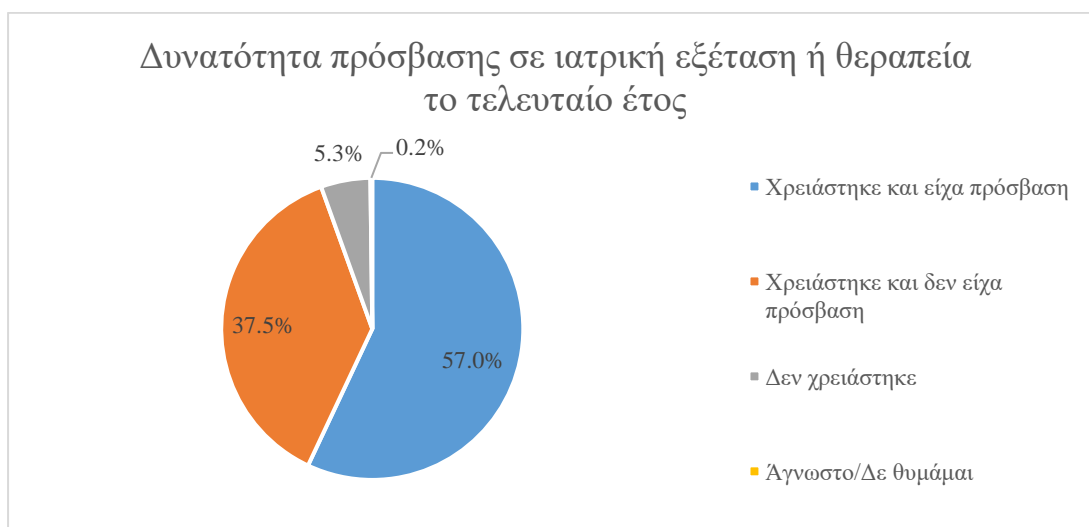
**Διάγραμμα 10.17** Γενική αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας (N=530)



**Διάγραμμα 10.18** Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με παλιότερα σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας (N=530) και τον τύπο οικισμού (N=534)

### 10.4.3. Εμπόδια στην πρόσβαση

Αναφορικά με τη δυνατότητα πρόσβασης των συμμετεχόντων σε ιατρική εξέταση ή θεραπεία το τελευταίο έτος (βλ. [διάγραμμα 10.19](#)), 57% (56,4% των γυναικών και 57,9% των ανδρών) χρειάστηκαν και είχαν πρόσβαση, 37,5% (40,4% των γυναικών και 34,4% των ανδρών) χρειάστηκαν πρόσβαση αλλά δεν είχαν και 5.3% (3,1% των γυναικών και 7,7% των ανδρών) δε χρειάστηκαν.



**Διάγραμμα 10.19** Δυνατότητα πρόσβασης των συμμετεχόντων σε ιατρική εξέταση ή θεραπεία το τελευταίο έτος (N=534)

Σύμφωνα με τον [πίνακα 10.25](#) στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα ( $p < 0.001$ ), την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας ( $p = 0.017$ ), την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας ( $p < 0.001$ ) και την παρουσία χρόνιου νοσήματος ( $p < 0.001$ ). Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, αυτά χωρίς ασφαλιστική κάλυψη και τα άτομα με χρόνια νοσήματα είχαν τα μεγαλύτερα ποσοστά μη καλυπτόμενων αναγκών υγείας, ενώ όσο υψηλότερη ήταν η αυτοαξιολόγηση της κατάστασης υγείας τόσο υψηλότερα και τα ποσοστά μη-καλυπτόμενων αναγκών υγείας. Ειδικότερα, 47,9% των συμμετεχόντων ηλικίας από 50 έτη και πάνω, 56,7% των ανασφάλιστων, 15,5% των συμμετεχόντων που αξιολόγησαν την υγεία τους ως πολύ κακή/κακή και 63,5% των συμμετεχόντων με τουλάχιστον ένα χρόνια πρόβλημα



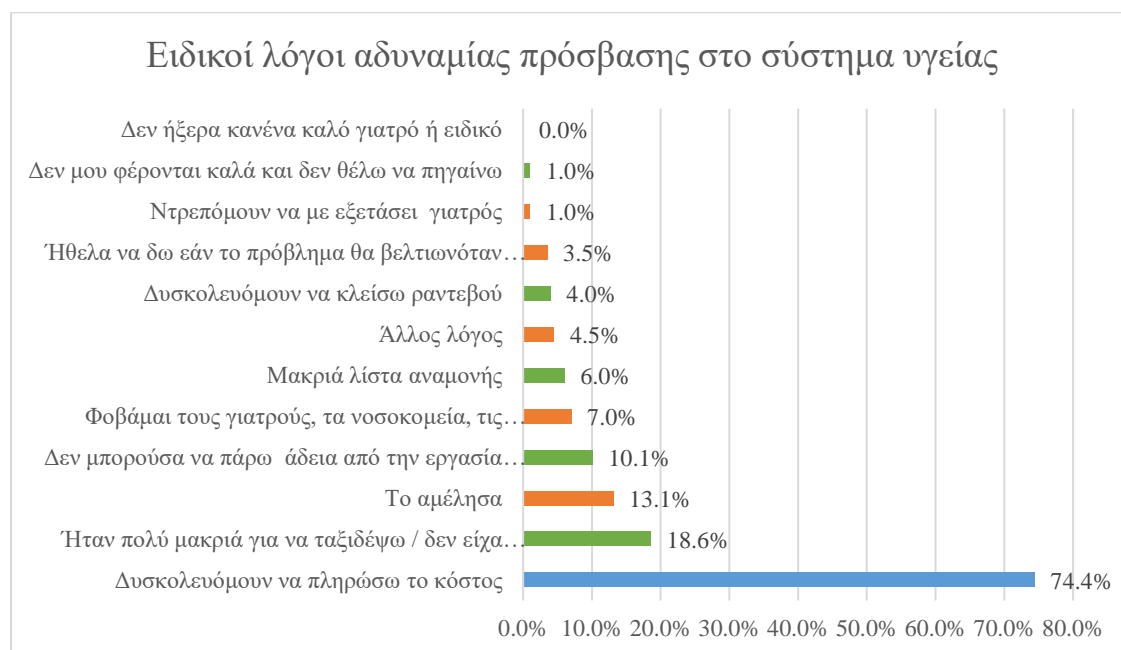
υγείας χρειάστηκαν πρόσβαση σε ιατρική εξέταση ή θεραπεία το τελευταίο έτος, αλλά δεν είχαν.

**Πίνακας 10.25** Δυνατότητα πρόσβασης σε ιατρική εξέταση ή θεραπεία το τελευταίο έτος σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα, την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας, την αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας και την παρουσία χρόνιου νοσήματος

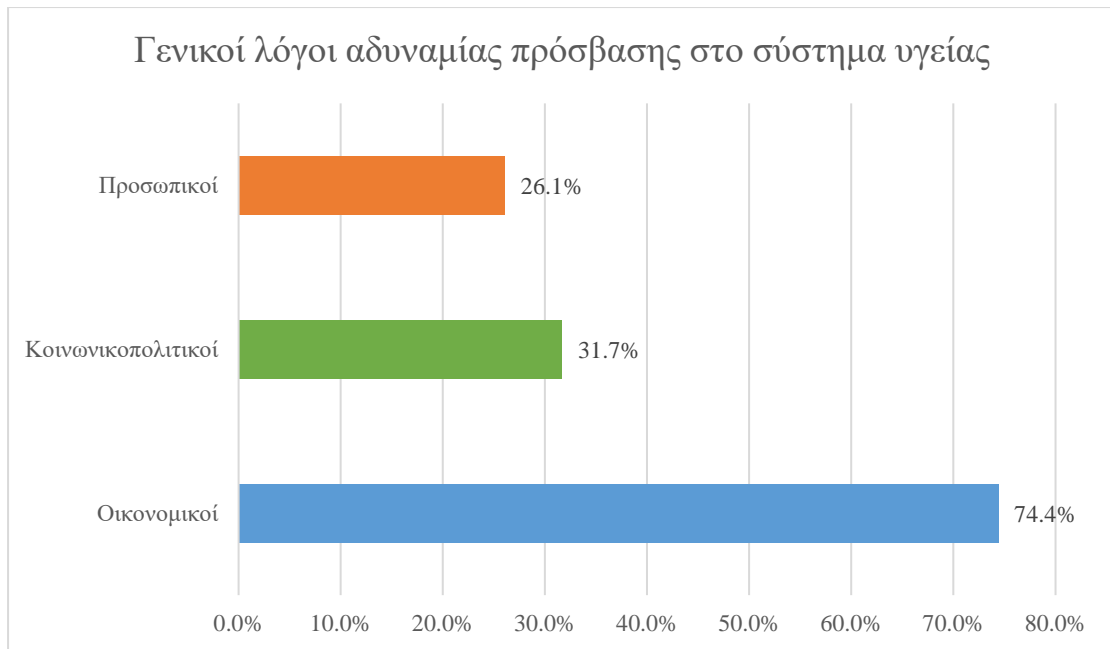
N (%)	Χρειάστηκε και είχα πρόσβαση	Χρειάστηκε και δεν είχα πρόσβαση	Δεν χρειάστηκε	Συνολικά	p-value
<b>Ηλικιακή ομάδα, έτη</b>					<0.001
18-34	171 (64,8)	74 (28,0)	19 (7,2)	264 (49,4)	
35-49	74 (49,0)	70 (46,4)	7 (4,6)	151 (28,3)	
50+	60 (50,4)	57 (47,9)	2 (1,7)	119 (22,3)	
<b>Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας</b>					0.017
Όχι	140 (46,5)	114 (56,7)	19 (67,9)	273 (51,5)	
Ναι	161 (53,5)	87 (43,3)	9 (32,1)	257 (48,5)	
<b>Αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας</b>					<0.001
Πολύ καλή/καλή	211 (69,2)	97 (48,5)	22 (78,6)	330 (61,9)	
Μέτρια	60 (19,7)	72 (36,0)	6 (21,4)	138 (25,9)	
Πολύ κακή/κακή	34 (11,1)	31 (15,5)	0 (0,0)	65 (12,2)	
<b>Παρουσία χρόνιου νοσήματος</b>					<0.001
Όχι	175 (58,1)	70 (36,5)	20 (76,9)	265 (51,1)	
Ναι	126 (41,9)	122 (63,5)	6 (23,1)	254 (48,9)	

Σύμφωνα με το [διάγραμμα 10.20](#), όπου παρατίθενται οι ειδικοί λόγοι αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας για τα 199 άτομα που χρειάστηκαν αλλά δεν είχαν πρόσβαση, η δυσκολία πληρωμής του κόστους (74,4%), η απόσταση από τη δομή υγείας/απουσία μεταφορικού μέσου (18,6%) και το γεγονός ότι το αμέλησαν (13,1%)

ήταν οι τρεις απαντήσεις με τη μεγαλύτερη συχνότητα. Επιπλέον, σύμφωνα με το [διάγραμμα 10.21](#), όπου παρατίθενται οι γενικοί λόγοι αδυναμίας πρόσβασης (περαιτέρω ομαδοποίηση των ειδικών λόγων αδυναμίας πρόσβασης) στο σύστημα υγείας, εκ των 199 συμμετεχόντων που χρειάστηκαν αλλά δεν είχαν πρόσβαση, 74,4% δήλωσαν οικονομικούς λόγους, 31,7% κοινωνικο-πολιτικούς και 26,1% προσωπικούς.



**Διάγραμμα 10.20** Ειδικοί λόγοι αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας κατά το τελευταίο έτος (N=199) (ερώτηση με δυνατότητα για πολλαπλές απαντήσεις)



**Διάγραμμα 10.21 Γενικοί λόγοι αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας κατά το τελευταίο έτος (N=199) (ερώτηση με δυνατότητα για πολλαπλές απαντήσεις)**

Μετά από εξέταση διάφορων δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων, διαπιστώθηκε ότι η ηλικιακή ομάδα και η ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας σχετίζονταν σημαντικά με την αδυναμία πρόσβασης των 199 συμμετεχόντων στο σύστημα υγείας κατά το τελευταίο έτος. Τα αποτελέσματα από τη μη προσαρμοσμένη και την προσαρμοσμένη ανάλυση για τις προαναφερθείσες μεταβλητές και το φύλο, παρουσιάζονται στον [πίνακα 10.26](#). Ειδικότερα, από την προσαρμοσμένη ανάλυση προκύπτει ότι τα άτομα ηλικίας 35-49 και 50 ετών και πάνω είχαν κατά προσέγγιση διπλάσια πιθανότητα να μην έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε σχέση με τα άτομα ηλικίας 18-34 ετών. Επίσης, οι ανασφάλιστοι είχαν κατά 60% μεγαλύτερη πιθανότητα να μην έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε σχέση με τους ασφαλισμένους.

**Πίνακας 10.26 Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με αδυναμία πρόσβασης των συμμετεχόντων (N=199) στο σύστημα υγείας κατά το τελευταίο έτος: Αποτελέσματα από λογαριθμιστική παλινδρόμηση**

	Μη προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ)	p-value	Προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ)	p-value
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Γυναίκες	1.18 (0.82,1.69)	0.375	1.18 (0.81, 1.72)	0.387
<b>Ηλικιακή ομάδα, έτη</b>				
18-34	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
35-49	2.14 (1.40, 3.27)	<0.001	2.10 (1.37, 3.23)	0.001
50+	2.21 (1.40, 3.48)	0.001	2.21 (1.39, 3.50)	0.001
<b>Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας</b>				
Ναι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Όχι	1.47 (1.03, 2.11)	0.036	1.59 (1.09, 2.31)	0.016

Εκτός από τους παράγοντες που έχουν συμπεριληφθεί στον πίνακα, εξετάστηκαν επιπλέον η περιφέρεια, η οικιστική κατηγορία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η εργασιακή κατάσταση, το εισόδημα, η συγκατοίκηση με σύντροφο, ο αριθμός ατόμων που διαμένουν στο σπίτι, τα ποτήρια αλκοόλ/τελευταία εβδομάδα, οι ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ/τελευταία εβδομάδα. Ωστόσο, δεδομένου ότι δε φάνηκε να επηρεάζουν τις πιθανότητες αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας κατά το τελευταίο έτος, δεν συμπεριλήφθηκαν στον τελικό πίνακα.

Τέλος, έπειτα από την εξέταση των ίδιων δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων διαπιστώθηκε ότι η περιφέρεια, το σχολείο και η ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας σχετίζονταν σημαντικά με την αδυναμία πρόσβασης των 199 συμμετεχόντων στο σύστημα υγείας για λόγους οικονομικούς κατά το τελευταίο έτος (βλ. [πίνακα 10.27](#)). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες από την περιφέρεια της Θεσσαλίας και της Δυτικής Ελλάδας είχαν κατά προσέγγιση 16 και 8 φορές, αντίστοιχα, μεγαλύτερη πιθανότητα να μην έχουν δυνατότητα πρόσβασης για λόγους οικονομικούς σε σχέση με τους συμμετέχοντες από την περιφέρεια της Κεντρικής

Μακεδονίας. Ακόμα, τα άτομα που δεν είχαν πάει ποτέ σχολείο και τα άτομα που ήταν ανασφάλιστα είχαν κατά προσέγγιση 2,5 φορές και 9 φορές, αντίστοιχα, μεγαλύτερη πιθανότητα να μην έχουν δυνατότητα πρόσβασης για λόγους οικονομικούς σε σχέση με αυτούς που είχαν πάει σχολείο και που ήταν ασφαλισμένοι. Αξίζει να σημειωθεί ότι, ενώ στη μονοπαραγοντική ανάλυση η ηλικία ήταν σημαντικός παράγοντας, με τα μικρότερης ηλικίας άτομα, να έχουν μειωμένες πιθανότητες μη πρόσβασης για οικονομικούς λόγους συγκριτικά με αυτά άνω των 50 ετών, η διαφορά αυτή δεν παρέμεινε σημαντική μετά τον έλεγχο για το αν έχουν πάει σχολείο. Αυτό μάλλον οφείλεται στο γεγονός ότι τα μικρότερης ηλικίας άτομα έχουν μικρότερη πιθανότητα να μην έχουν πάει σχολείο, αλλά όσοι δεν έχουν πάει σχολείο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να μην έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας για οικονομικούς λόγους.

**Πίνακας 10.27 Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με αδυναμία πρόσβασης στο σύστημα υγείας για λόγους οικονομικούς κατά το τελευταίο έτος: Αποτελέσματα από λογαριθμιστική παλινδρόμηση**

	Μη προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ)	p-value	Προσαρμοσμένο OR (95% ΔΕ)	p-value
<b>Περιφέρεια</b>				
Κεντ. Μακεδονία	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Αττική	2.06 (0.84, 5.02)	0.112	1.71 (0.65, 4.51)	0.277
Θεσσαλία	13.12 (3.88, 44.38)	<0.001	15.86 (4.26, 59.00)	<0.001
Δυτ. Ελλάδα	7.75 (3.04, 19.78)	<0.001	8.48 (3.02, 23.80)	<0.001
<b>Φύλο</b>				
Άνδρες	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Γυναίκες	1.57 (0.83, 2.98)	0.168	1.66 (0.76, 3.65)	0.206
<b>Ηλικιακή ομάδα, έτη</b>				
50+	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
18-34	0.38 (0.16, 0.89)		1.07 (0.36, 3.22)	0.901
35-49	0.59 (0.24, 1.44)		1.34 (0.45, 4.03)	0.602
<b>Σχολείο</b>				
Ναι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	

Όχι	2.77 (1.43, 5.36)	0.003	2.45 (1.07, 5.62)	0.034
<b>Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας</b>				
Ναι	1.0 (αναφορά)		1.0 (αναφορά)	
Όχι	2.28 (1.19, 4.36)	0.013	3.89 (1.75, 8.65)	0.001

---

Εκτός από τους παράγοντες που έχουν συμπεριληφθεί στον πίνακα, εξετάστηκαν επιπλέον η τυπολογία οικισμού, η εργασιακή κατάσταση, το εισόδημα, η συγκατοίκηση με σύντροφο, ο αριθμός ατόμων που διαμένουν στο σπίτι, τα ποτήρια αλκοόλ/τελευταία εβδομάδα, οι ημέρες κατανάλωσης αλκοόλ/τελευταία εβδομάδα. Ωστόσο, δεδομένου ότι δε φάνηκε να επηρεάζουν τις πιθανότητες αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας για λόγους οικονομικούς κατά το τελευταίο έτος, δεν συμπεριλήφθηκαν στον τελικό πίνακα.

## 11.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 11.1. Συνθήκες διαβίωσης στους οικισμούς και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης επαληθεύουν, για ακόμα μια φορά, τις δυσμενέστερες συνθήκες διαβίωσης και τους ανησυχητικούς κοινωνικο-οικονομικούς δείκτες οι οποίοι προκύπτουν αναφορικά με τους Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα. Στη συνέχεια, θα γίνει προσπάθεια σύγκρισης των δεδομένων της παρούσας μελέτης με αυτά που έχουν προκύψει από παρόμοιες μελέτες για Ρομά στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες της ευρωπαϊκής ηπείρου, όπως επίσης με αυτά που αφορούν το γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, λαμβάνοντας, όσο το δυνατό, υπόψη τις μεθοδολογικές διαφορές που υπάρχουν μεταξύ τους (για αναλυτική παράθεση αυτών, βλ. [υποκεφάλαιο 4.1](#) και [υποκεφάλαιο 6.6](#)).

Αν και από τα δεδομένα μας δεν είναι δυνατό να προκύψει σχεδιασμός **πληθυσμιακής πυραμίδας** της υπό μελέτη κοινωνικής ομάδας (το δείγμα μας δεν συμπεριλαμβάνει άτομα μικρότερα των 18 ετών), είναι εμφανής η έντονη πληθυσμιακή συρρίκνωση που προκύπτει από τα 50 έτη και άνω. Συγκεκριμένα, μόνο το 22% των συμμετεχόντων έχει ηλικία από 50 ετών και πάνω, τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό του γενικού πληθυσμού της μελέτης Hrgolipsis είναι υπερδιπλάσιο (46%) (Γ. Τουλούμη, 2022, προσωπική επικοινωνία). Αντίστοιχα δεδομένα προκύπτουν και από τις μελέτες του πανεπιστημίου Ιωαννίνων (1997-1999), του Δικτύου Ρομ (2000) και της ΕΥΣΕΚΤ (2008), όπου οι πληθυσμιακές πυραμίδες κατανέμονταν ανισομερώς με διευρυμένες τις μικρές ηλικίες, συρρίκνωση των παραγωγικών ηλικιών και σχεδόν «αφανισμό» της τρίτης ηλικίας.<sup>39,99,100</sup>

Στην ίδια κατεύθυνση κυμαίνονται και τα αποτελέσματα της μελέτης Εύξεινη Πόλη-Gitano (2008), σύμφωνα με τα οποία η μέση ηλικία των Ρομά στην Ευρώπη είναι σημαντικά μικρότερη (25,1) από αυτή των 27 κρατών-μελών της ΕΕ (40,2) και μάλιστα η χαμηλότερη εξ αυτών καταγράφηκε στην Ελλάδα (21,6).<sup>79</sup> Σύμφωνα με τους ίδιους

μελετητές, το εύρημα αυτό εξηγείται από τα ποσοστά παιδιών (child rate)<sup>26</sup> και νέων (youth rate)<sup>27</sup> που είναι υψηλότερα μεταξύ των Ρομά σε σχέση με αυτά των 27 κρατών-μελών της ΕΕ (62,3% έναντι 34,9% αντίστοιχα) και από το ποσοστό μακροζωίας (longevity rate)<sup>28</sup> που είναι σχεδόν το μισό μεταξύ των Ρομά από αυτό των 27 κρατών-μελών της ΕΕ (26,6% έναντι 51,0% αντίστοιχα). Μάλιστα, μόνο ένα μικρό ποσοστό των Ελλήνων Ρομά φαίνεται να φτάνει την ηλικία των 75 ετών, γεγονός που εξηγεί το χαμηλότερο ποσοστό μακροζωίας τους μεταξύ των Ρομά των υπολοίπων ευρωπαϊκών χωρών (μόλις 16%).<sup>79</sup> Αναφορικά με το προσδόκιμο επιβίωσης των Ρομά, αν και ακριβή και ολοκληρωμένα εθνικά δεδομένα δεν είναι γενικά διαθέσιμα σε όλη την Ευρώπη, κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι έχουν σημαντικά χαμηλότερο σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (έως και 20 χρόνια λιγότερα), γεγονός το οποίο αποδίδεται στις ευρύτερες περιβαλλοντικές συνθήκες μέσα στις οποίες ζουν.<sup>142,145,244</sup> Σύμφωνα με μελέτη του Nikolaidis et al., στην Αλεξανδρούπολη η διάμεση τιμή του προσδόκιμου επιβίωσης των Ρομά ήταν κατά 7 χρόνια λιγότερη (6 έτη για τις γυναίκες και 9 έτη για τους άνδρες και) σε σχέση με αυτή του γενικού πληθυσμού της πόλης.<sup>245</sup>

Αναφορικά με την **οικογενειακή κατάσταση**, λαμβάνοντας υπόψη τα διαθέσιμα δεδομένα, φαίνεται να υπάρχει μια αυξητική τάση στο ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ότι έχουν σύντροφο (έγγαμος/οι και κλεμμένες/οι) τα τελευταία χρόνια (Δίκτυο Ρομ, 2000: 53,9%, ΕΥΣΕΚΤ, 2008: 62,5%, FRA πιλοτική, 2011: 76,0%, Pappa et al., 2010-2013: 82,0%, FRA EU-MIDIS II, 2015-2016: 59%, Hprolipsis, 2015: 79,0%).<sup>39,98,100,246,247</sup> Ιδιαίτερη σημασία έχει και η επιλογή μεταξύ του νομικά έγκυρου (πολιτικού ή θρησκευτικού) ή μη έγκυρου (τσιγγάνικου) γάμου, καθώς στην πραγματικότητα μόνο η πρώτη επιλογή παράγει έννομα αποτελέσματα για μια σειρά δικαιωμάτων, όπως είναι η γέννηση των παιδιών μέσα στο γάμο, τα οικογενειακά και εργασιακά επιδόματα, οι επαγγελματικές διευκολύνσεις κλπ. Αν και υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι το ποσοστό των Ρομά με παραδοσιακό γάμο στην Ελλάδα αυξάνεται τα τελευταία χρόνια (Δίκτυο Ρομ, 2000: 21,3%, ΕΥΣΕΚΤ, 2008: 31,6%, FRA πιλοτική, 2011: 21%, Hprolipsis 2015: 39,7%),<sup>39,100,246</sup> πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι

---

<sup>26</sup> Ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας ≤14 ετών

<sup>27</sup> Ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 15 έως 29 ετών

<sup>28</sup> Ποσοστό του πληθυσμού ≥75 ετών διαιρούμενο με την ομάδα ≥65 ετών



οι απαντήσεις που δίνονται σε αυτή την ερώτηση μπορεί να μην έχουν μεγάλο βαθμό εγκυρότητας, εξαιτίας της σύγχυσης που δημιουργείται γύρω από τα διαφορετικά πιστοποιητικά που απαιτούνται σε κάθε περίπτωση. Τέλος, ελαφρά αύξηση παρατηρείται και στο ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν διαζευγμένες/οι ή χήρες/οι με το πέρασμα των χρόνων στην Ελλάδα (Δίκτυο Ρομ, 2000: 4,8%, ΕΥΣΕΚΤ, 2008: 6,6%, FRA πιλοτική, 2011: 8,0%, Pappa et al., 2010-2013: 8,6%, Hprolipsis, 2015: 9,2%).<sup>39,98,100,246</sup>, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας φαίνεται να παραμένει σχετικά σταθερό σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (ΕΛΣΤΑΤ, 2001:9,54% και ΕΛΣΤΑΤ, 2011:10,65%)<sup>248,249</sup>.

Αν και ο **αριθμός των παιδιών** ανά συμμετέχοντα ενήλικα στον πληθυσμό της μελέτης μας φαίνεται να έχει πτωτική τάση με το πέρασμα των χρόνων, κατά προσέγγιση 1 στους 2 συμμετέχοντες είχε από 4 παιδιά και πάνω (ΕΥΣΕΚΤ, 2008: 57,0%, Pappa et al., 2010-2013: 53,4%, Hprolipsis, 2015: 46,0%).<sup>98,107</sup> Η διαφορά που καταγράφεται στη γονιμότητα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό της Ελλάδας είναι πάρα πολύ μεγάλη, καθώς σύμφωνα με την απογραφή του 2011 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόλις 4,8%, δηλαδή κατά προσέγγιση μόνο 1 στις 20 γυναίκες είχαν γεννήσει από 4 παιδιά και πάνω.<sup>250</sup>

Σε ό,τι αφορά το **εκπαιδευτικό επίπεδο**, αν και τα στοιχεία της παρούσας μελέτης συνηγορούν στη μείωση του ποσοστού των Ρομά στην Ελλάδα που δεν πήγαν ποτέ σχολείο από γενιά σε γενιά, στην πραγματικότητα το ποσοστό αυτό παραμένει εξαιρετικά υψηλό (Πανεπ. Ιωαννίνων 1997-1999: 69,7%, ΕΥΣΕΚΤ, 2008: 55,6%, FRA πιλοτική, 2011: 44,0%, Pappa et al., 2010-2013: 59,0%, FRA EU-MIDIS II, 2015-2016: 58,0%, Hprolipsis, 2015: 50,7%).<sup>98,99,107,246,247</sup> Ειδικότερα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της FRA EU-MIDIS II (2015-2016), οι Έλληνες Ρομά είχαν το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που δεν είχαν πάει ποτέ σχολείο (58%) και μάλιστα αυτό διέφερε σημαντικά σε σχέση με τους Ρομά από τις υπόλοιπες οκτώ συμμετέχουσες χώρες και τον γενικό μέσο όρο (14%).<sup>247</sup> Επιπλέον, είχαν: α. τον χαμηλότερο δείκτη παρακολούθησης προσχολικής αγωγής (28% έναντι 53% του γενικού μέσου όρου των Ρομά από τις συμμετέχουσες χώρες και 84% του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας του έτους 2014), β. τον χαμηλότερο δείκτη υποχρεωτικής εκπαίδευσης (69% έναντι 90% του γενικού μέσου όρου των Ρομά από τις συμμετέχουσες χώρες) και γ. τον υψηλότερο δείκτη πρόωρης εγκατάλειψης εκπαίδευσης και κατάρτισης (92% έναντι 68% του

γενικού μέσου όρου των Ρομά από τις συμμετέχουσες χώρες και 8% του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας του έτους 2015).<sup>88</sup>

Σύμφωνα με μελέτες,<sup>39,99,100</sup> οι παράγοντες που σχετίζονται με τη μη φοίτηση και την πρόωρη εγκατάλειψη φοίτησης των Ρομά στην Ελλάδα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στις ακόλουθες τρεις ομάδες:

- **Εξωτερικοί:** π.χ. οι μετακινήσεις για λόγους δουλειάς και γενικότερα τα οικονομικά προβλήματα που τους εξωθούν σε αναζήτηση δουλειάς από πολύ μικρή ηλικία, η απόσταση από το σχολείο, οι κακές συνθήκες διαβίωσης και η έλλειψη μόνιμης στέγης
- **Εσωτερικοί:** π.χ. η αδυναμία του εκπαιδευτικού συστήματος να παρέχει επαρκή εκπαίδευση σε μαθητές με αυξημένες ανάγκες και του οικογενειακού περιβάλλοντος να ενισχύσει τους μαθητές σε ένα σχολείο που απαιτεί από τους γονείς όλο και μεγαλύτερη συμβολή στη μαθησιακή διαδικασία
- **Άλλοι:** π.χ. η δομή του εκπαιδευτικού συστήματος, η οποία φαίνεται να μην πείθει τους Ρομά ότι μπορεί να τους παρέχει εχέγγυα για τη βελτίωση του τρόπου ζωής τους

Συνεπώς, γίνεται εμφανές για ακόμα μια φορά ότι για τη σημαντική βελτίωση των εκπαιδευτικών δεικτών που αφορούν τους Ρομά απαιτείται ταυτόχρονη βελτίωση άλλων δεικτών, όπως αυτών της απασχόλησης και της στέγασης, καθώς στην πραγματικότητα τα κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν σε καθημερινή βάση είναι αλληλοσυνδεόμενα μεταξύ τους.

Στον τομέα της **εργασιακής κατάστασης**, η σημαντική διαφορά στους δείκτες που χρησιμοποιούνται σε κάθε μελέτη φαίνεται να μην επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών και έγκυρων συμπερασμάτων. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τη μελέτη FRA EU-MIDIS II, η οποία διεξήχθη περίπου την ίδια χρονική περίοδο με την Hprolipsis (2015-2016 και 2015 αντίστοιχα), το ποσοστό των περιστασιακά ή μόνιμα εργαζόμενων είναι 22% για τις γυναίκες, 82% για τους άνδρες και 52% για τα δύο φύλα.<sup>88</sup> Από την άλλη, τα αντίστοιχα ποσοστά που προκύπτουν από την Hprolipsis είναι περίπου κατά 50% χαμηλότερα, δηλ. 11,9% για τις γυναίκες, 48,4% για τους άνδρες και 28,7% για τα δύο φύλα. Σε κάθε περίπτωση, η εργασιακή επισφάλεια των Ρομά στην Ελλάδα, και ιδιαίτερα των γυναικών, είναι δεδομένη. Ειδικότερα, σύμφωνα με τα δεδομένα της

Hprolipsis (2015), το ποσοστό ανεργίας για τους άνδρες Ρομά ήταν περίπου διπλάσιο από αυτό των ανδρών του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ για το έτος 2015 (45% έναντι 23% αντίστοιχα)<sup>29</sup>.<sup>251</sup>

Τέλος, οι αλλαγές που λαμβάνουν χώρα τις τελευταίες δεκαετίες στον τομέα της απασχόλησης στην Ελλάδα (αναδιαρθρώσεις στο γεωργικό και βιομηχανικό κλάδο, ύφεση ή εξαφάνιση των παραδοσιακών τους επαγγελμάτων, μαζική παραγωγή καταναλωτικών προϊόντων, είσοδος στην αγορά εργασίας δυναμικού μεταναστών, κτλ.) φαίνεται να έχουν ως αποτέλεσμα την περαιτέρω περιθωριοποίηση του εργασιακού δυναμικού των Ρομά, με αποτέλεσμα τη σημαντική αποκοπή τους από την τυπική αγορά εργασίας και τον εγκλωβισμό τους σε μια άτυπη «παραγορά», σε εργασίες εποχιακού χαρακτήρα, χαμηλής ειδίκευσης και χαμηλών αμοιβών, οι οποίες δεν έχουν βιώσιμες οικονομικά προοπτικές.<sup>39,99,252</sup>

Ο αποκλεισμός που υφίστανται οι Ρομά στην Ελλάδα στον εργασιακό τομέα αντανακλάται άμεσα στο **εισόδημά** τους. Στην παρούσα μελέτη πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (57,5%) δηλώνουν ότι το μέσο μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού τους είναι χαμηλότερο συγκριτικά με τον κατώτατο βασικό μισθό στην Ελλάδα για το 2015 (586 ευρώ ακαθάριστο) και περίπου ένας στους τέσσερις (26,7%) ότι δεν έχουν καθόλου εισόδημα. Τα εξαιρετικά υψηλά ποσοστά φτώχειας των Ρομά στην Ελλάδα έχουν επαληθευτεί από αρκετές μελέτες. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη μελέτη της ΕΥΣΕΚΤ (2008), το 74,8% των νοικοκυριών που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν δηλώσει μέσο ετήσιο εισόδημα έως 6.000 ευρώ και σύμφωνα με τη μελέτη της Pappa et al. (2010-2013) 46% των συμμετεχόντων είχαν δηλώσει μέσο μηνιαίο εισόδημα έως 500 ευρώ.<sup>98,100</sup> Ακόμα, σύμφωνα με τη μελέτη FRA πιλοτική (2011), 88% των Ρομά συμμετεχόντων από την Ελλάδα δήλωσαν ότι βρίσκονταν στο όριο της φτώχειας (εισόδημα κάτω του 60% του εθνικού μέσου όρου), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους μη Ρομά γείτονές τους ήταν μόλις 49%.<sup>246</sup> Μάλιστα, σύμφωνα με τη μελέτη FRA EU-MIDIS II (2015-2016), το ποσοστό των Ρομά στην Ελλάδα που δήλωσαν ότι βρίσκονταν στο όριο της φτώχειας αυξήθηκε τα επόμενα 5 χρόνια κατά 8 μονάδες

---

<sup>29</sup> Επιλέξαμε να παραθέσουμε το δείκτη ανεργίας που αφορά τους άνδρες, δεδομένου ότι το ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό που καταγράφηκε στις γυναίκες Ρομά ως «οικιακά» (53,7%), ενδέχεται να υποκρύπτει σημαντικό ποσοστό ανεργίας.

(96%), το οποίο ήταν και το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό –μετά την Ισπανία με 98%– ανάμεσα στις συνολικά 9 συμμετέχουσες χώρες.<sup>247</sup>

Αντίστοιχα υψηλά είναι και τα ποσοστά των Ελλήνων Ρομά που δεν μπορούν να **καλύψουν τις ανάγκες** τους με βάση το εισόδημά τους, γεγονός το οποίο συνεπάγεται **διατροφική ανασφάλεια**. Συγκεκριμένα, 93% σύμφωνα με τη μελέτη Hprolipsis (2015) και 90% (το υψηλότερο έναντι όλων των υπολοίπων χωρών) σύμφωνα με τη μελέτη FRA EU-MIDIS II (2015-2016) των Ελλήνων Ρομά δεν μπορούσαν να καλύψουν τις ανάγκες τους με βάση το εισόδημά τους.<sup>247</sup> Επιπλέον, σύμφωνα με τη μελέτη FRA πιλοτική (2011), 25% από τους Έλληνες Ρομά (το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μετά τους Ρουμάνους Ρομά με 46%), έπεφταν συχνά για ύπνο πεινασμένοι τον προηγούμενο μήνα επειδή δεν υπήρχε αρκετό φαγητό στο νοικοκυριό, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους μη Ρομά γείτονές τους ήταν μόλις 1%.<sup>246</sup> Τέσσερα χρόνια αργότερα το αντίστοιχο ποσοστό σύμφωνα με τη μελέτη Hprolipsis (2015) παρέμεινε σχεδόν το ίδιο (24,7%), ενώ σύμφωνα με τη μελέτη FRA EU-MIDIS II (2015-2016) έπεσε κατά 12 μονάδες (13%)<sup>246</sup>.

Αναφορικά με το **κάπνισμα** και σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία από τις δύο πιο πρόσφατες μελέτες (ΕΥΣΕΚΤ και Εύξεινη Πόλη-Gitano), το ποσοστό των Ρομά που δήλωσαν ότι κάπνιζαν σε καθημερινή βάση στην Ελλάδα κατά το έτος 2008 ανερχόταν κατά προσέγγιση στο 56%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό κατά το έτος 2015 σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας μελέτης αυξήθηκε κατά 5,5 μονάδες (Δίκτυο Ρομ, 2000: 78,9%, ΕΥΣΕΚΤ, 2008: 55,5%, Εύξεινη Πόλη-Gitano, 2008: 56,3%, Hprolipsis, 2015: 61,4%).<sup>39,79,100</sup> Μάλιστα, σύμφωνα με τη μελέτη Εύξεινη Πόλη-Gitano (2008), οι Ρομά της Ελλάδας έχουν το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό καπνίσματος μετά τους Ρομά της Τσεχίας (58,4%) και περίπου 12 μονάδες παραπάνω από το μέσο όρο των χωρών που πήραν μέρος στη μελέτη (44,2%).<sup>79</sup>

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Hprolipsis, ο πληθυσμός των Ρομά είχε κατά 23,6 μονάδες υψηλότερο ποσοστό καπνιστών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό της μελέτης (61,4% έναντι 37,8%).<sup>253</sup> Επιπλέον, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα δεδομένα (κάπνισμα σε καθημερινή βάση) της Eurostat για το έτος 2014 για άτομα ηλικίας 15 και πάνω, οι Έλληνες Ρομά είχαν 34,4 μονάδες παραπάνω σε σχέση με το γενικό πληθυσμό της Ελλάδας και 43 μονάδες παραπάνω σε σχέση με το μέσο όρο των 28 χωρών που συμπεριλαμβάνονται στη μελέτη (61,4% έναντι 27,0% και 18,4% αντίστοιχα).<sup>254</sup> Κατά

προσέγγιση, πάνω από το 70% των Ρομά καπνιστών στην Ελλάδα φαίνεται να καπνίζουν από 1 πακέτο (20 τσιγάρα) και πάνω την ημέρα (Δίκτυο Ρομ, 2000: 71,8%, ΕΥΣΕΚΤ, 2008: 77,7%, Hprolipsis, 2015: 70,0%).<sup>39,100</sup>

Τα δεδομένα αυτά γίνονται ακόμα πιο ανησυχητικά, αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι, σύμφωνα με εμπειρικά δεδομένα των μελών της ομάδας μελέτης, ένα συντριπτικό ποσοστό των Ρομά στην Ελλάδα καταναλώνει λαθραία τσιγάρα, τα οποία σύμφωνα με μελέτες φαίνεται να είναι ακόμα πιο επιβλαβή για την υγεία σε σχέση με τα νόμιμα, εξαιτίας του υψηλότερου επιπέδου καδμίου και άλλων επικίνδυνων για την υγεία μετάλλων.<sup>255,256</sup> Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι και στην περίπτωση της εκτίμησης του καπνίσματος τα υπάρχοντα δεδομένα αφενός δεν επαρκούν και αφετέρου δεν επιτρέπουν τη σύγκριση των δεικτών μεταξύ των διαφορετικών μελετών. Για παράδειγμα, δεν υπάρχουν λεπτομερή δεδομένα σχετικά με το είδος προϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων που καταναλώνονται (π.χ. τσιγάρα, καπνός για στριφτά τσιγάρα, καπνός χωρίς καύση, ηλεκτρονικά τσιγάρα κλπ.), όπως επίσης τη ποιότητα αυτών (π.χ. νόμιμα ή παράνομα), με αποτέλεσμα να μην μπορούν να διερευνηθούν με ακρίβεια οι όποιες επιπτώσεις ενδέχεται να έχουν στην κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων.

Σε ό,τι έχει να κάνει με την κατανάλωση **αλκοόλ** των Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα, τα υπάρχοντα στοιχεία επίσης δε φαίνεται να επαρκούν για την εξαγωγή ασφαλών και έγκυρων συμπερασμάτων. Ενδεικτικά, σύμφωνα με τη μελέτη ΕΥΣΕΚΤ (2008) (τη μοναδική που συμπεριλαμβάνει σχετικά δεδομένα), 26% των ερωτώμενων δήλωσε ότι κατανάλωνε αλκοόλ από 3 μέρες και πάνω την εβδομάδα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό της παρούσας μελέτης ήταν κατά 16 ποσοστιαίες μονάδες λιγότερο (9,8%).<sup>107</sup> Η μεγάλη αυτή διαφορά είναι πολύ πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι για τη συγκεκριμένη ερώτηση λήφθηκε υπόψη μόνο η απάντηση του ερωτώμενου και όχι του συνόλου των μελών του νοικοκυριού, όπως έγινε για άλλες ερωτήσεις. Έτσι, δεδομένου ότι οι ερωτώμενοι σε αυτή τη μελέτη ήταν οι αρχηγοί του νοικοκυριού, δηλαδή κατά κύριο λόγο ήταν άνδρες, πιθανότατα το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί στην συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ των ανδρών. Συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, το αντίστοιχο ποσοστό για το 2014 σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ ήταν 17%, δηλ. κατά προσέγγιση 7 μονάδες παραπάνω σε σχέση με τα δεδομένα της Hprolipsis για τους Ρομά (9,8%).<sup>257</sup>

Σχετικά με τη **μετακίνηση**, από το τέλος της δεκαετίας του 1990 έως και το 2008, τουλάχιστον 3 στους 4 Ρομά που διέμεναν σε κοινότητες στην Ελλάδα είχαν δηλώσει ότι η περιοχή διαμονής τους παρέμενε ίδια για τουλάχιστον 5 χρόνια και η αναλογία αυτή από το 2008 και έπειτα αυξήθηκε σε 9 στους 10 (Πανεπ. Ιωαννίνων 1997-1999: 90%, Δίκτυο Ρομ, 2000: 85,4%, ΕΥΣΕΚΤ, 2008: 78%, FRA πιλοτική, 2011: 93%, Hprolipsis, 2015: 91%).<sup>39,99,100,246</sup> Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία της FRA πιλοτική (2011) 96% των Ρομά στην Ελλάδα δήλωσαν ότι η κατοικία που διέμεναν ήταν σταθερή για όλο το χρόνο.<sup>246</sup> Όπως είναι αναμενόμενο, τα ποσοστά αυτά ήταν υψηλότερα στους οικισμούς τύπου 1 (σπίτια) έναντι των οικισμών τύπου 3 (παράγκες), πράγμα το οποίο επιβεβαιώνεται και μέσα από την παρούσα μελέτη. Ενδεικτικά, σύμφωνα με τη μελέτη ΕΥΣΕΚΤ, η μέση διάρκεια παραμονής σε μια δεδομένη περιοχή είναι μεγαλύτερη στα νοικοκυριά που κατοικούν σε σπίτια (περίπου 30 χρόνια) έναντι εκείνων που κατοικούν σε καλύβια (περίπου 20 χρόνια) ή τσαντίρια (8,5 χρόνια).<sup>100</sup>

Ο κύριος **λόγος μετακίνησης**, όπως προκύπτει από τα διαθέσιμα στοιχεία και την παρούσα μελέτη, είναι η εργασία, δεδομένου ότι ένα σημαντικό ποσοστό από τις επαγγελματικές δραστηριότητες που ασκούν προϋποθέτει μετακινήσεις.<sup>38,39,100</sup> Συγκεκριμένα, ο κύριος όγκος των επαγγελματικών μετακινήσεων φαίνεται να πραγματοποιείται τις εποχές που οι καιρικές συνθήκες είναι πιο ευνοϊκές, όπως καλοκαίρι και άνοιξη.<sup>100</sup> Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι, αν και οι μετακινήσεις αποτελούν σε κάποιες περιπτώσεις αναπόσπαστο κομμάτι των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων, δε φαίνεται να υπάρχει κάποιο νοικοκυριό το οποίο να μην ενδιαφέρεται για μόνιμο κατάλυμα, ακόμα και αν αυτό χρησιμοποιείται απλώς ως ασφαλής «έδρα» την εποχή που οι μετακινήσεις δεν είναι απαραίτητες.<sup>38</sup>

Αναφορικά με τις συνθήκες διαβίωσης μέσα στο σπίτι και ειδικότερα τον **αριθμό των ατόμων που διαμένουν στο σπίτι**, σύμφωνα με τα στοιχεία της παρούσας μελέτης πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (57,5%) ζουν σε νοικοκυριά με τουλάχιστον 6 άτομα. Επίσης, περίπου ένας στους δύο (47,2) **κοιμούνται μαζί** με τουλάχιστον άλλα 3 άτομα στο ίδιο δωμάτιο. Τα στοιχεία αυτά, πέραν του ότι καταδεικνύουν για ακόμα μια φορά τις δυσμενέστερες συνθήκες διαβίωσης των Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα, συνηγορούν στο ότι τα πράγματα ελάχιστα έχουν βελτιωθεί με το πέρασμα των χρόνων. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με την έκθεση του πανεπιστημίου Ιωαννίνων (1997-1999), πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες στη

μελέτη έμεναν σε χώρους ενός ή δύο δωματίων. Μάλιστα, στους καταυλισμούς το ποσοστό των νοικοκυριών που διέθεταν ένα μόνο δωμάτιο ήταν 89,3%.<sup>99</sup> Επίσης, σύμφωνα με τη μελέτη του Δικτύου Ρομ (2000) και τη μελέτη ΕΥΣΕΚΤ (2008), το μέσο εμβαδόν κυμαινόταν κατά προσέγγιση από 72 τ.μ. σε οικισμούς με σπίτια έως 18,2 τ.μ. για οικισμούς με τσαντίρια (σκηνές) και το αντίστοιχο μέσο εμβαδό ανά άτομο κυμαινόταν από 14,0 έως 2,7 τ.μ.<sup>39,100</sup> Τέλος, σύμφωνα με τη μελέτη FRA EU-MIDIS II (2015-2016), οι Ρομά στην Ελλάδα είχαν το υψηλότερο δηλωθέν ποσοστό υπερπληθυσμού<sup>30</sup> από τους Ρομά στις υπόλοιπες συμμετέχουσες χώρες (92%).<sup>247</sup>

Σχετικά με τις διαθέσιμες **οικιακές εγκαταστάσεις** και συσκευές, η σύγκριση μεταξύ των δεδομένων που προκύπτουν από τις υπάρχουσες μελέτες είναι αρκετά δύσκολη έως ανέφικτη, δεδομένης της χρήσης διαφορετικών δεικτών καταγραφής και της διαφορετικής τυπολογίας οικισμών. Ωστόσο, στη συνέχεια θα γίνει μια σχετική προσπάθεια.

Στην παρούσα μελέτη 55,5% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι έχουν δημόσια σύνδεση **νερού** στο νοικοκυριό τους. Το δεδομένο αυτό υποδηλώνει ότι σχεδόν ένα στα δύο νοικοκυριά δεν έχει την δυνατότητα οικιακής σύνδεσης με δίκτυο ύδρευσης(είτε για λόγους οικονομικούς, είτε για άλλους λόγους, όπως ιδιοκτησιακά ζητήματα). Σε άλλες μελέτες καταγράφηκε η διαθεσιμότητα νερού στα νοικοκυριά. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη μελέτη ΕΥΣΕΚΤ (2008) και FRA πιλοτική (2011) 2 στα 10 νοικοκυριά δε διαθέτουν νερό μέσα στο σπίτι ενώ η αναλογία αυτή φαίνεται να μειώθηκε λίγα χρόνια μετά σε 1 στα 10 σύμφωνα με τη μελέτη FRA EU-MIDIS II (2015-2016). Κατά προσέγγιση, επίσης 1 στα 10 νοικοκυριά φαίνεται να μη διαθέτουν **ηλεκτρισμό** (ΕΥΣΕΚΤ, 2008: 11,1%, FRA πιλοτική, 2011:16% και Hprolipsis, 2015: 10,5%) και 4 στα 10 νοικοκυριά δεν διαθέτουν **τουαλέτα** μέσα στο σπίτι (FRA πιλοτική, 2011:39% και Hprolipsis, 2015: 38,1%) τα τελευταία χρόνια. Ακόμα, αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με τη μελέτη FRA EU-MIDIS II (2015-2016), μόνο 23% των νοικοκυριών των Ρομά συμμετεχόντων από την Ελλάδα είχαν πρόσβαση στο ίντερνετ και μόλις

---

<sup>30</sup> Υπερπληθυσμός: ποσοστό πληθυσμού που ζει σε υπερπλήρες νοικοκυριό. Ένα πρόσωπο θεωρείται ότι ζει σε υπερπλήρες νοικοκυριό εάν το νοικοκυριό δεν διαθέτει έναν ελάχιστο αριθμό δωματίων ίσο με: — ένα δωμάτιο για την οικογένεια· — ένα δωμάτιο για κάθε ζεύγος· — ένα δωμάτιο για κάθε μεμονωμένο άτομο ηλικίας 18+· — ένα δωμάτιο για δύο άτομα του ίδιου φύλου, μεταξύ 12 και 17 ετών· — ένα δωμάτιο για κάθε άτομο διαφορετικού φύλου ηλικίας μεταξύ 12 και 17 ετών· — ένα δωμάτιο για δύο άτομα ηλικίας κάτω των 12 ετών.<sup>258</sup>

22% διέθεταν υπολογιστή ή τάμπλετ (τα χαμηλότερα ποσοστά και στις δύο περιπτώσεις σε σύνολο 9 χωρών).

Αναφορικά με τη δυνατότητα **θέρμανσης** του νοικοκυριού, τα στοιχεία της παρούσας μελέτης διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με τα διαθέσιμα στοιχεία από τις υπόλοιπες μελέτες. Ειδικότερα, σύμφωνα με τα στοιχεία της Hrgolipsis (2015) μόλις 4,9% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είχαν κάποιου είδους θέρμανση στο νοικοκυριό τους και 95,1% ότι δεν είχαν καμία. Από την άλλη, 98,5% των συμμετεχόντων στη μελέτη ΕΥΣΕΚΤ (2008) δήλωσαν ότι το νοικοκυριό τους διέθετε θέρμανση και 65% των συμμετεχόντων στη μελέτη FRA πιλοτική (2011) δήλωσαν ότι διέθεταν εγκατάσταση θέρμανσης. Επιπλέον, 81% των συμμετεχόντων στη μελέτη FRA EU-MIDIS II (2015-2016) δήλωσαν ότι στο νοικοκυριό τους διέθετε εγκατάσταση θέρμανσης και 55% ότι το νοικοκυριό τους μπορούσε να αντέξει οικονομικά να διατηρήσει το σπίτι τους επαρκώς ζεστό. Συνεπώς, οι αρκετά μεγάλες διαφορές που καταγράφονται στο ζήτημα της θέρμανσης μεταξύ των μελετών ενδέχεται να σχετίζονται με τις ελαφρά διαφοροποιημένες ερωτήσεις που τίθενται κάθε φορά και την απουσία των συνοδευτικών απαραίτητων διευκρινίσεων (π.χ. το ότι κάποιο νοικοκυριό διαθέτει εγκατάσταση θέρμανσης, δεν συνεπάγεται ότι τη χρησιμοποιεί).

Όπως επαληθεύεται και από την παρούσα μελέτη, οι υποβαθμισμένες **συνθήκες διαβίωσης στον περιβάλλοντα χώρο** των οικισμών, όπως κίνδυνοι πλημμύρας και κατολισθήσεων, εστίες μόλυνσεων, απουσία οδικού δικτύου και δημόσιου φωτισμού, μη κάλυψη από τα δίκτυα υδροδότησης, ηλεκτροδότησης και αποχέτευσης κλπ. παραμένουν σχετικά ίδιες εδώ και δεκαετίες.<sup>39,88,99,100,259,260</sup> Ενδεικτικά, σύμφωνα με τη μελέτη ΕΥΣΕΚΤ (2008) τα κύρια έργα υποδομών που οι ερωτώμενοι είχαν θεωρήσει ως προτεραιότητα ήταν η βελτίωση κατοικιών, η διαχείριση απορριμμάτων και το αποχετευτικό δίκτυο (πολύ σημαντικά κατά τους ίδιους σε ποσοστό άνω του 90%).<sup>100</sup> Ωστόσο, σύμφωνα με τη μελέτη FRA πιλοτική (2011), 43% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι η ανάπτυξη στη γειτονιά τους γενικά τα τελευταία 5 χρόνια είχε παραμείνει ίδια και 34% ότι είχε γίνει χειρότερη. Ακόμα, 53% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι η ανάπτυξη στη γειτονιά τους σε σχέση με το στεγαστικό είχε μείνει ίδια και 20% ότι είχε χειροτερέψει. Επιπλέον, 77% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δεν είχαν λάβει από το κράτος κάποια βοήθεια στην εύρεση στέγασης, όταν μετακόμισαν στην περιοχή τους.<sup>246</sup> Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι οι δυσμενείς



συνθήκες που περιγράφηκαν σε αυτή την ενότητα είναι αρκετά πιο έντονες στους οικισμούς τύπου 3 (παράγκες) και ότι σε κάθε περίπτωση, σε συμφωνία με άλλες μελέτες <sup>94,260-262</sup>, **επιρεάζουν δυσανάλογα τις γυναίκες Ρομά σε σχέση με τους άνδρες Ρομά και το γενικό πληθυσμό.**

**Συμπερασματικά**, μπορούμε να πούμε ότι η μελέτη Hrgolipsis επαλήθευσε και ενίσχυσε την πλειονότητα των διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με τις δυσμενέστερες συνθήκες διαβίωσης και τα εξαιρετικά ανησυχητικά κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα. Ειδικότερα, μέσα από την προσπάθεια σύγκρισης των δεδομένων της παρούσας μελέτης και των υπόλοιπων σχετικών μελετών επικαιροποιήθηκαν τα διαθέσιμα στοιχεία και παράλληλα καταδείχτηκε η ανάγκη για συλλογή συγκρίσιμων δεικτών μεταξύ των μελετών και λεπτομερέστερη καταγραφή δεδομένων. Επιπλέον, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι σε αρκετές περιπτώσεις τα δεδομένα της παρούσας μελέτης διέφεραν αρκετά σε σχέση με αυτά της μελέτης FRA EU-MIDIS II (στην οποία καταγράφηκαν καλύτεροι δείκτες σε αρκετές περιπτώσεις), η οποία πραγματοποιήθηκε το ίδιο περίπου χρονικό διάστημα. Η ανάλυση και ερμηνεία αυτών των δεδομένων θα πρέπει να απεμπλακεί πλήρως από την κλασική βιοϊατρική προσέγγιση, η οποία, μεταξύ άλλων, επικεντρώνεται σε δείκτες που αφορούν τον τρόπο ζωής (π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ κλπ.), χωρίς ωστόσο να λαμβάνει υπόψη κοινωνικο-οικονομικούς και πολιτικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, καθιστώντας έτσι τα άτομα υπεύθυνα για τη διαίωσιση συστημικών ζητημάτων. <sup>227,263</sup> επίσης, πρέπει να απεμπλακεί από λογικές οι οποίες αποδίδουν στην υποτιθέμενη απουσία περιβαλλοντικής συνείδησης των διαμενόντων υποκειμένων τις ευθύνες για τις συνθήκες διαβίωσης στους οικισμούς. <sup>264</sup>

Σε κάθε περίπτωση, αναδείχτηκε για ακόμα μια φορά η ανάγκη για έγκυρα, περισσότερα, επικαιροποιημένα και συγκρίσιμα στοιχεία, τα οποία θα μπορούν να αποτελούν τη βάση για την παρακολούθηση της κατάστασης και την αξιολόγηση των πολιτικών που εφαρμόζονται.

## **11.2. Αιματογενώς Μεταδιδόμενα νοσήματα (ιογενείς HBV, HCV και HIV λοίμωξη)**

### **11.2.1. Καταρράκτης θεραπείας**

#### **11.2.1.1. HBV**

Σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας μελέτης, ο **επιπολασμός** της HBV για τους ενήλικες Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα εκτιμήθηκε σε 7,5% με 95% ΔΕ (5,50-10,07). Αναφορικά με τον καταρράκτη θεραπείας για την HBV, από τους 39 συμμετέχοντες με HBsAg(+), μόνο 9, δηλαδή ποσοστό (23,1%) δήλωσαν ότι είχαν διαγνωστεί κατά το παρελθόν και μόνο 2 (5,1%) δήλωσαν ότι είχαν ακολουθήσει κάποια θεραπεία.

Επιπλέον, σύμφωνα με στοιχεία που προέκυψαν με βάση τα πλήρη ανοσολογικά δεδομένα για 476 συμμετέχοντες, 7,4% πιθανότατα είχαν χρόνια ηπατίτιδα, 41,6% ήταν επίνοσοι (χωρίς προηγούμενη επαφή με τον ιό της HBV), 26,1% είχαν φυσική ανοσία (ίαση μετά από επαφή με τον ιό της HBV), 14,5% είχαν επίκτητη ανοσία (ανοσία μετά από εμβολιασμό για την HBV) και, τέλος, 10,4% είχαν μόνο anti-HBc θετικό.

Ο επιπολασμός της HBV στους Ρομά ήταν κατά προσέγγιση 6 ποσοστιαίες μονάδες μεγαλύτερος σε σχέση με το αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού (1,7% με 95% ΔΕ (1,36-2,23)) και σχεδόν το ίδιο με αυτό του πληθυσμού των μεταναστών (7,3% με 95% ΔΕ (5,35-9,96)), όπως προκύπτει από τα δεδομένα της παρούσας μελέτης.<sup>265</sup> Όπως ήταν αναμενόμενο, ο επιπολασμός της HBV διέφερε σημαντικά μεταξύ των τριών διαφορετικών κατηγοριών οικισμού. Ειδικότερα, όσο χειρότερες ήταν οι συνθήκες διαβίωσης και άρα οι συνθήκες υγιεινής, τόσο υψηλότερος ήταν και ο επιπολασμός.

Ο υψηλότερος επιπολασμός της HBV στους Ρομά σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό έχει αναδειχθεί και από προηγούμενες μελέτες στην Ελλάδα.<sup>266-269</sup> Ωστόσο, τα στοιχεία αυτά στην πραγματικότητα δεν επαρκούν, δεν είναι αντιπροσωπευτικά, συνήθως αφορούν συγκεκριμένες ομάδες και δεν περιλαμβάνουν δεδομένα σχετικά με τον καταρράκτη θεραπείας. Ενδεικτικά, σύμφωνα με δεδομένα που έχουν προκύψει

από γυναικολογικές κλινικές, το ποσοστό εγκύων Ρομά με ενεργή λοίμωξη είχε εκτιμηθεί σε 3,6% (3/83) το 2003 σύμφωνα με τη Papaevangelou et al.<sup>269</sup> και σε 5,3% (8/152) το 2007-2009 σύμφωνα με τον Karatapanis et al.<sup>267</sup> Το 2017 το ποσοστό αυτό ήταν σχεδόν διπλάσιο (11,1%, 5/45) σύμφωνα με την Anagnostatou et al.<sup>266</sup> Ωστόσο, είναι προφανές ότι τα δείγματα που χρησιμοποιήθηκαν, πέρα από το ότι αφορούν συγκεκριμένη ομάδα Ρομά (έγκυες), δεν προέρχονται από τις ίδιες περιφέρειες ώστε να μπορούν να συγκριθούν, δεν είναι αντιπροσωπευτικά και δεν επαρκούν για να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα.

Αντίστοιχοι περιορισμοί προκύπτουν και από μελέτες οι οποίες αφορούν παιδιά Ρομά. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1995 σε δείγμα 395 παιδιών Ρομά που ζουν στην Αθήνα, ο επιπολασμός της HBV ήταν υψηλότερος συγκριτικά με αυτόν του γενικού πληθυσμού.<sup>268</sup> Επίσης, σύμφωνα με μελέτη του 2008 η οποία συμπεριέλαβε 118 παιδιά Ρομά και 98 παιδιά μη Ρομά, το 22% των παιδιών Ρομά ταυτοποιήθηκε με ενδείξεις προηγούμενης μόλυνσης, ενώ καμία προηγούμενη μόλυνση δεν εντοπίστηκε μεταξύ των παιδιών μη Ρομά.<sup>270</sup>

Ενδιαφέροντα δεδομένα φαίνεται να προκύπτουν και από μια πρόσφατη δημοσίευση της Rigorouliou et al,<sup>271</sup> η οποία υποστηρίζει ότι η χρόνια HBV εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλίας και ότι η νοσοεπιβάρυνση από τη χρόνια ηπατική νόσο τείνει να αυξάνεται διαχρονικά. Αναλυτικότερα, η μελέτη επικεντρώνεται στα επιδημιολογικά, κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά 1910 ασθενών με χρόνια HBV. Αν και δε διευκρινίζεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που ενδέχεται να είναι Ρομά, το γεγονός ότι συγκαταλέγονται μεγάλες κοινότητες Ρομά μέσα στις περιοχές που εξακολουθούν να διατηρούν υψηλό ποσοστό επιπολασμού και οι οποίες χαρακτηρίζονται από συνωστισμένες συνθήκες διαβίωσης (όπως οι Σοφάδες της Καρδίτσας, ο Τύρναβος της Λάρισας και η Νέα Ιωνία της Μαγνησίας) υποδηλώνει ότι αυτές οι κοινότητες ενδέχεται να αποτελούν συστάδες μόλυνσης με HBV.

Περιορισμένα είναι και τα δεδομένα σχετικά με τον επιπολασμό της HBV στους Ρομά στην υπόλοιπη Ευρώπη, με εξαίρεση τη Σλοβακία. Σύμφωνα με τη μελέτη HeraMeta που εκπονήθηκε στην προαναφερθείσα χώρα το 2011, 12,5% από τους 441 Ρομά συμμετέχοντες είχαν ενεργή λοίμωξη, 40,4% είχαν φυσική ανοσία και 47,2% ήταν επίνοσοι.<sup>272</sup> Το ποσοστό της χρόνιας HBV ήταν σημαντικά υψηλότερο στον πληθυσμό

των Ρομά (N= 452) σε σύγκριση με τον πληθυσμό μη Ρομά (N=403) της ίδιας μελέτης (12,4% έναντι 2,8% αντίστοιχα).<sup>273</sup> Μάλιστα, οι Ρομά έναντι των μη Ρομά είχαν σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες να έχουν ενεργή λοίμωξη με HBV ακόμη και μετά από προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο, τα τατουάζ, τα οικονομικά προβλήματα, την εργασιακή κατάσταση και την εκπαίδευση. Ακόμα, όπως προέκυψε από την ίδια μελέτη, ο επιπολασμός της χρόνιας HBV και της ταυτόχρονης παρουσίας μεταβολικού συνδρόμου ήταν επίσης υψηλός στους Ρομά, γεγονός το οποίο φάνηκε να αυξάνει ακόμα περισσότερο τον κίνδυνο για κίρρωση του ήπατος και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα στη συγκεκριμένη ομάδα.<sup>274,275</sup>

Αναφορικά με στοιχεία που προκύπτουν από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, στη μελέτη της Gyarmathy et al.<sup>276</sup>, η οποία έλαβε χώρα στη Βουδαπέστη το 2005-2006 και στην οποία συμμετείχαν 42 Ρομά και 144 μη Ρομά χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, 14% είχαν προηγούμενη μόλυνση με HBV, 0,5% είχαν οξεία μόλυνση με HBV και 15,1% ήταν εμβολιασμένοι έναντι της HBV. Ωστόσο, δε διευκρινίζεται πόσοι εξ αυτών σε κάθε περίπτωση ήταν Ρομά. Ακόμα, σύμφωνα με μια μελέτη η οποία εκπονήθηκε το 2012 σε μια κοινότητα της Βοσνίας – Ερζεγοβίνης, οι Ρομά συμμετέχοντες (N=612) είχαν πολύ μεγαλύτερο ποσοστό μόλυνσης με HBV σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό του γενικού πληθυσμού της περιοχής (4,9/1000 άτομα έναντι 0.1/1000, αντίστοιχα), σύμφωνα με τα στοιχεία που είχαν καταγραφεί στο κέντρο υγείας της περιοχής.<sup>277</sup>

Επιπλέον δεδομένα για τον υψηλότερο επιπολασμό HBV στους Ρομά σε σχέση με τους μη Ρομά έχουν προκύψει και από άλλες μελέτες, οι οποίες ωστόσο στόχευσαν σε συγκεκριμένες ομάδες, όπως έγκυες<sup>278,279</sup>, εργαζόμενες στη βιομηχανία του σεξ<sup>135</sup> και άλλες ομάδες<sup>280</sup>.

Αναφορικά με τον **καταρράκτη θεραπείας**, σε σύγκριση με τις ομάδες του γενικού πληθυσμού και των μεταναστών της Ηρολιψις, οι Ρομά είχαν το χαμηλότερο ποσοστό προηγούμενης διάγνωσης με HBV (33,7%, 40,5% και 23,1%, αντίστοιχα) και λήψης θεραπείας (6,5%, 26,7% και 5,1%, αντίστοιχα).<sup>265</sup> Πέρα από την παρούσα μελέτη, δεν γνωρίζουμε άλλη αντίστοιχη διεθνώς που να αφορά τους Ρομά με την οποία θα μπορούσαμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας. Ωστόσο, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, σύμφωνα με τη μελέτη των Paratheodoridis et al., από τηλεφωνική έρευνα που έγινε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού στην

Ελλάδα το 2012 -και αφού λήφθηκαν υπόψη πληθυσμοί υψηλού κινδύνου- εκτιμήθηκε ότι από τα 230.618 άτομα με χρόνια HBV που ζουν στην Ελλάδα, το 50,3% είχαν διαγνωστεί και μόλις το 17,0% είχαν λάβει θεραπεία κάποια στιγμή, με βάση την αυτο-αναφορά των συμμετεχόντων.<sup>124</sup>

Περαιτέρω πληροφορίες σε σχέση με τους προσυμπτωματικούς ελέγχους για την HBV, προκύπτουν από μελέτη του 2003, η οποία στηρίχτηκε σε δείγμα 3.760 εγκύων γυναικών που γέννησαν στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι σχετίζονται με την απουσία προηγούμενου προγεννητικού ή περιγεννητικού ελέγχου για HbsAg, που εντοπίστηκε στο 3,2% των συμμετεχουσών, ήταν ο τοκετός σε δημόσιο νοσοκομείο και ο αναλφαβητισμός.<sup>269</sup> Σε κάθε περίπτωση τα ποσοστά αυτά, ειδικά όσον αφορά τον πληθυσμό των Ρομά, είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά και απαιτούνται άμεσα εντατικές προσπάθειες για την αύξηση του προσυμπτωματικού ελέγχου για την HBV, καθώς και για τη μείωση των φραγμών στη θεραπεία των διαγνωσμένων ασθενών.

Πέρα από τις δυσκολίες πρόσβασης στο σύστημα υγείας που αντιμετωπίζουν οι Ρομά (βλ. σχετικά [υποκεφάλαιο 11.4](#)), επιπλέον λόγοι για τα πολύ χαμηλά ποσοστά προηγούμενης διάγνωσης και θεραπείας ενδέχεται να είναι ότι η HBV και η HCV δεν θεωρούνται σε μεγάλο βαθμό ως σοβαρές, απειλητικές για τη ζωή ασθένειες και ότι έχουν ασυμπτωματική φύση<sup>281,282</sup>. Μάλιστα, σύμφωνα με εργαζόμενους σε υπηρεσίες θεραπείας ηπατίτιδας, η έλλειψη συμπτωμάτων συχνά έθετε σε κίνδυνο την πρόσληψη και την τήρηση της θεραπείας, καθώς οι ασθενείς δεν μπορούσαν να κατανοήσουν τον σκοπό της παρακολούθησης ή της λήψης φαρμάκων όταν ένιωθαν καλά.<sup>282</sup> Επίσης, φαίνεται ότι οι όποιες γνώσεις υπάρχουν γύρω από τις παθήσεις προέρχονται από προσωπική ή οικογενειακή εμπειρία σε σχέση με την ασθένεια,<sup>283,284</sup> καθώς η ευαισθητοποίηση σχετικά με αυτές σε κοινότητες υψηλού ρίσκου είναι χαμηλή.<sup>281</sup>

Σύμφωνα με ποιοτική μελέτη, η οποία εκπονήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο και διερεύνησε τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις και τις στάσεις μεταναστευτικών ομάδων (μεταξύ των οποίων και Ρομά) σε σχέση με την παροχή προσυμπτωματικού ελέγχου και θεραπείας για την HBV και την HCV, η πλειονότητα των συμμετεχόντων εξέφρασε την ικανοποίησή της για την ιδέα ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου.<sup>282</sup> Ωστόσο, οι συμμετέχοντες σε ομάδες εστίασης εντόπισαν επίσης πολλά πρακτικά εμπόδια για προσυμπτωματικό έλεγχο και θεραπεία στην ΠΦΥ. Ειδικότερα,

αναφέρθηκαν στις δυσκολίες που σχετίζονται με τη γλώσσα και την επικοινωνία, τον περιορισμένο χρόνο (λόγω πολλών ωρών εργασίας) και (για ορισμένους) το χαμηλό επίπεδο εμπιστοσύνης στη φροντίδα που βασίζεται στη γενική ιατρική. Από την άλλη, οι γενικοί γιατροί εξέφρασαν ανησυχίες σχετικά με τις επιπτώσεις του φόρτου εργασίας και τη βιωσιμότητα του ελέγχου και της θεραπείας ασθενών που ανήκουν σε μεταναστευτικές ομάδες για χρόνια ιογενή ηπατίτιδα στην ΠΦΥ.<sup>282</sup>

Αναφορικά με τον **εμβολιασμό** των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη έναντι της HBV, το 27% συνολικά δε γνώριζε αν έχει εμβολιαστεί. Από αυτούς, το 16,9% είχε στην πραγματικότητα εμβολιαστεί. Από όσους δήλωσαν ότι είχαν εμβολιαστεί (3,8%) μόνο το 25% είχε όντως εμβολιαστεί, ενώ από αυτούς που δήλωσαν ότι δεν είχαν εμβολιαστεί (69%) είχε εμβολιαστεί το 11,0%. Τα διαθέσιμα δεδομένα στην Ελλάδα και διεθνώς και με τα οποία μπορούμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας είναι περιορισμένα και, ταυτόχρονα, η πλειονότητα των μελετών που έχουν γίνει μέχρι και σήμερα χαρακτηρίζονται από σοβαρές μεθοδολογικές αδυναμίες. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα στοιχεία τα οποία προκύπτουν, βασίζονται σε ερωτήσεις που έχουν γίνει προς τους γονείς και όχι σε επίσημες καταγραφές, με αποτέλεσμα συνήθως την υπερεκτίμηση των ποσοστών εμβολιασμού και την αδυναμία υπολογισμού δεικτών εμβολιασμού κατά δόση εμβολίου.<sup>285</sup> Μάλιστα, ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το εύρημα της παρούσας μελέτης, σύμφωνα με το οποίο ο συντελεστής συμφωνίας Cohen's Kappa μεταξύ του τι πιστεύουν οι συμμετέχοντες αναφορικά με τον εμβολιασμό τους και τι πραγματικά ισχύει ήταν μόλις 0,0875, καταδεικνύοντας πάρα πολύ ασθενή συμφωνία. Επιπλέον, δεδομένου ότι τις περισσότερες φορές δεν καταγράφονται πληροφορίες σχετικά με την ημερομηνία διενέργειας των εμβολιασμών, είναι σχεδόν αδύνατον να γίνουν εκτιμήσεις για τα ποσοστά έγκαιρου εμβολιασμού.<sup>285</sup>

Αναλυτικότερα, σε σχέση με τα υπάρχοντα δεδομένα στην Ελλάδα για την εμβολιαστική κάλυψη των Ρομά, τα οποία στηρίχτηκαν στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, σύμφωνα με τη μελέτη του Δικτύου Ρομ (2000)<sup>39</sup>, 61,3% των συμμετεχόντων είχαν κάνει εμβόλια για την HBV, ενώ σύμφωνα με τη μελέτη της ΕΥΣΕΚΤ (2008)<sup>100,107</sup> περίπου 34% των ενηλίκων και 73% των ανηλίκων είχαν κάνει τα απαραίτητα εμβόλια. Ακόμα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης Εύξεινη Πόλη-Gitano (2008), το ποσοστό των ανηλίκων που δηλώθηκε ότι δεν ακολούθησαν

επαρκώς το πρόγραμμα εμβολιασμού για την HBV ήταν 27,1%, και το ποσοστό των ανηλίκων που δηλώθηκε ότι δεν είχε κάνει κανένα εμβόλιο ήταν 14,7%.<sup>101</sup> Μάλιστα, όσον αφορά τη σύγκριση των παιδιών Ρομά στην Ελλάδα με παιδιά Ρομά από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, σύμφωνα με τη μελέτη Ευξείνη Πόλη-Gitano (2008), η Ρουμανία, η Ελλάδα και η Βουλγαρία βρίσκονται στις τρεις πρώτες θέσεις, μεταξύ 7 χωρών, αναφορικά με τη μη συμμόρφωση με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού (46%, 35% και 29% αντίστοιχα).<sup>79</sup>

Το 2006 και το 2012 προέκυψαν επιπλέον στοιχεία, τα οποία βασίστηκαν σε πληροφορίες που αντλήθηκαν από τα βιβλιάρια υγείας παιδιών. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την τρίτη εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού του παιδικού πληθυσμού που φοιτά σε σχολείο, η οποία διενεργήθηκε το 2006 με αντιπροσωπευτικό πανελλαδικό δείγμα, η εμβολιαστική κάλυψη έναντι της HBV των 52 παιδιών Ρομά που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν ιδιαίτερα χαμηλή (38% είχαν ολοκληρώσει την πρωτογενή σειρά εμβολιασμού για αιμόφιλο ινφλουέντσας τύπου b (Hib) και 38% ήταν πλήρως εμβολιασμένα).<sup>286</sup> Ακόμα, σύμφωνα με αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2012 από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και συμπεριέλαβε 218 παιδιά ηλικίας 2-6,5 ετών από 26 κοινότητες Ρομά στην Ελλάδα, η εμβολιαστική κάλυψη έναντι της HBV έφτανε μόλις στο 77% για την πρώτη δόση και στο 39% για την τρίτη δόση.<sup>287</sup> Μάλιστα, αξίζει να σημειωθεί ότι η μελέτη αυτή αναφέρεται στη χρονική περίοδο λίγο πριν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης στη χώρα.

Σε σχέση με μικρότερες και τοπικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση των δημοσιευμένων την περίοδο 2006–2013 μελετών εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών Ρομά στην Ελλάδα, η οποία έγινε το 2015, περίπου το 76% από αυτές κρίθηκαν ως μη ικανές να παρέχουν αξιόπιστα σχετικά στοιχεία για το επίπεδο της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών των Ρομά.<sup>288</sup>

Σύμφωνα με ποιοτική μελέτη του 2015, η οποία διερεύνησε τα εμπόδια και τις αντιλήψεις των Ελλήνων Ρομά γονέων για τους εμβολιασμούς των παιδιών, τα σημαντικότερα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες εμβολιασμού που αναφέρθηκαν ήταν: το υψηλό οικονομικό κόστος, η μεγάλη απόσταση, οι διαδικαστικές δυσκολίες και το γεγονός ότι οι προληπτικές παρεμβάσεις τείνουν να μην ιεραρχούνται ψηλά στο πλαίσιο της δύσκολης τσιγγάνικης καθημερινότητας, καθώς το όφελός τους δεν είναι άμεσα ορατό.<sup>285</sup> Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι καλύτερες συνθήκες διαβίωσης στον

οικισμό και η εγγύτητά του σε πρωτοβάθμιες δομές υγείας που παρέχουν εμβολιασμούς εμφάνισαν θετική συσχέτιση με υψηλότερους δείκτες εμβολιασμού, καθώς και ότι οι Ρομά γονείς στην πλειονότητά τους έχουν θετική αντίληψη για τους εμβολιασμούς, παρά το έλλειμμα ενημέρωσης το οποίο αποτυπώθηκε.<sup>285,289</sup>

Αναφορικά με τη διαθέσιμη διεθνή βιβλιογραφία, σύμφωνα με μελέτη του 2011 η οποία διερεύνησε την εμβολιαστική κάλυψη παιδιών ηλικίας κάτω των 6 ετών και η οποία στηρίχτηκε σε απαντήσεις γονιών από 12 χώρες της Κεντρικής και Νοτιοανατολικής Ευρώπης, τα παιδιά Ρομά έχουν το 33,9%-47,5% των πιθανοτήτων των παιδιών μη Ρομά να είναι εμβολιασμένα έναντι της διφθερίτιδας, της πολιομυελίτιδας, της ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας και της φυματίωσης. Μάλιστα, αυτές οι διαφορές δε φάνηκε να εξηγούνται εξ ολοκλήρου από τη χειρότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των Ρομά. Η διερεύνηση των λόγων για τους οποίους οι Ρομά είχαν χαμηλότερα ποσοστά εμβολιασμού απαιτεί, σύμφωνα με τους ίδιους μελετητές, διαθεματική προσέγγιση, καθώς η πρόσβαση στον εμβολιασμό δεν μπορεί να συζητηθεί χωριστά από άλλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Ρομά, όπως η μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης γενικότερα, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, το κοινωνικο-οικονομικό μειονέκτημα και οι διακρίσεις που υφίστανται.<sup>290</sup>

Τέλος, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση του 2018, η οποία διερεύνησε τους πιθανούς παράγοντες που σχετίζονται με τον μη εμβολιασμό των Ρομά στην Ευρώπη, μεταξύ αυτών των παραγόντων συγκαταλέγονται: οι δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, οι επισφαλείς κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, η έκθεση σε στιγματισμό, περιθωριοποίηση και διακρίσεις, το χαμηλό επίπεδο τυπικής εκπαίδευσης, η χαμηλή ευαισθητοποίηση σχετικά με τον εμβολιασμό ως προληπτικό μέτρο και οι πολιτισμικές διαφορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (π.χ. γλωσσικά εμπόδια, θρησκευτικές πεποιθήσεις, παραδοσιακές θεραπείες, πρακτική πρώιμων γάμων, χαμηλότερη κοινωνική θέση των γυναικών στις κοινότητες των Ρομά).<sup>291</sup> Επίσης, επισημαίνεται πως δεν υπάρχουν στοιχεία ότι οι γονείς Ρομά αντιτίθενται για ιδεολογικούς λόγους στο να εμβολιαστούν τα παιδιά τους και ότι οι λανθασμένες αντιλήψεις τους σχετικά με τον εμβολιασμό δε διαφέρουν σε καμία περίπτωση από αυτές που συναντώνται στον γενικό πληθυσμό.<sup>291</sup>



### 11.2.1.2. HCV

Σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας μελέτης, ο **επιπολασμός** της HCV των ενηλίκων Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα εκτιμήθηκε σε 1,3% με 95% ΔΕ (0,64-2,79) και στα δύο φύλα, 2,9% στους άνδρες με 95% ΔΕ (1,40-5,90), ενώ καμία γυναίκα δε βρέθηκε θετική. Αναφορικά με τον καταρράκτη θεραπείας, εκ των 7 συμμετεχόντων με anti-HCV(+), μόνο 1 (14,3%) δήλωσε ότι είχε διαγνωστεί κατά το παρελθόν και ότι είχε ακολουθήσει κάποια θεραπεία.

Ο επιπολασμός της HCV στους Ρομά είναι κατά 0,5% υψηλότερος σε σχέση με τον αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού (0,8% με 95% ΔΕ (0,57-1,19)) και σχεδόν ο μισός από αυτόν του πληθυσμού των μεταναστών (3,0% με 95% ΔΕ (1,80-4,88)), όπως προκύπτει από την ίδια μελέτη.<sup>265</sup> Αναφορικά με τον μεγαλύτερο επιπολασμό της HCV στους άνδρες, αν και στη μελέτη μας δεν συμπεριλάβαμε ερώτηση σχετικά με τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών εξαιτίας της ευαισθησίας του θέματος, ενδεχομένως αυτό να οφείλεται στη συχνότερη χρήση ναρκωτικών μεταξύ των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες<sup>292,293</sup>. Μάλιστα, το γεγονός ότι ο επιπολασμός της HBV δε διέφερε μεταξύ των δύο φύλων αλλά αντιθέτως ο επιπολασμός της HCV, που ο κύριος τρόπος μετάδοσης είναι η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών, διέφερε, συνηγορεί υπέρ αυτής της πιθανής ερμηνείας.

Τα διαθέσιμα δεδομένα όσον αφορά τους Ρομά και τον **καταρράκτη θεραπείας** της HCV στην Ελλάδα είναι επίσης περιορισμένα και μάλιστα σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με την HBV. Ειδικότερα, γνωρίζουμε μόνο τη μελέτη του Michos et al.,<sup>270</sup> η οποία εκπονήθηκε το 2008 και συμπεριέλαβε 118 παιδιά Ρομά και 98 παιδιά μη Ρομά. Εξ αυτών, κανένα παιδί σε καμία ομάδα (Ρομά και μη Ρομά) δε βρέθηκε θετικό για δείκτες HCV.

Το ίδιο περιορισμένα είναι τα δεδομένα σχετικά με την HCV και τους Ρομά στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Αναλυτικότερα, στη Σλοβακία, σύμφωνα με τη μελέτη HeraMeta που εκπονήθηκε το 2011, ο επιπολασμός της HCV ήταν 0.7% (1 γυναίκα και 2 άνδρες) μεταξύ των 441 Ρομά συμμετεχόντων, και μάλιστα 2 στους 3 συμμετέχοντες με anti-HCV(+) είχαν ταυτόχρονη μόλυνση με HBV.<sup>272</sup> Στη Σερβία, σύμφωνα με μελέτη του 2010 στην οποία έγινε αιμοληψία από 240 νεαρούς Ρομά από 2 πόλεις, 1,6% του δείγματος (1 γυναίκα και 3 άνδρες) είχε εκτεθεί στον ιό HCV.<sup>294</sup> Ακόμα, σύμφωνα με μελέτη του 2017 στην Τσεχία, 32 από τους 35 Ρομά

συμμετέχοντες (16/18 γυναίκες και 16/17 άνδρες), οι οποίοι λάμβαναν θεραπεία σε ένα νεοσύστατο κέντρο απεξάρτησης στο Μπρνο, είχαν εκτεθεί στον ιό της HCV. Επιπλέον, οι 26 από αυτούς ήταν HCV RNA PCR θετικοί.<sup>295</sup> Όμως, η τελευταία μελέτη αφορά χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτική του πληθυσμού των Ρομά.

Τέλος, στην Ουγγαρία, σύμφωνα με τη μελέτη της Gyarmathy et al.<sup>136</sup> που έλαβε χώρα σε κοινότητα της Βουδαπέστης το 2004, οι Ρομά είχαν μεγαλύτερο επιπολασμό HCV σε σχέση με τους μη Ρομά (26,0% έναντι 14,3% αντίστοιχα). Ωστόσο, οι περιορισμοί της μελέτης, όπως ότι το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν ευκολίας και μη επαρκές, ότι η συμμετοχή των μη Ρομά ήταν πάρα πολύ μικρή (50 Ρομά και 14 μη Ρομά) και ότι δε δόθηκαν δεδομένα για τον επιπολασμό ανά φύλο, δεν μας επιτρέπουν να εξαγάγουμε ασφαλή συμπεράσματα. Σε μια ακόμα μελέτη της Gyarmathy et al.<sup>276</sup> στη Βουδαπέστη το 2005-2006, στην οποία συμμετείχαν 42 Ρομά και 144 μη Ρομά χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, ο επιπολασμός HCV ήταν 37,1%. Εν τούτοις, δεν διευκρινίζεται πόσοι εξ αυτών ήταν Ρομά και τι φύλο είχαν.

Αναφορικά με τον καταρράκτη θεραπείας, σε σύγκριση με τις ομάδες του γενικού πληθυσμού και των μεταναστών της Ηρολιψις, οι Ρομά είχαν το χαμηλότερο ποσοστό προηγούμενης διάγνωσης με HCV (29,7% στο γενικό πληθυσμό, 33,3% στους μετανάστες και 14,3% στους Ρομά) και λήψης θεραπείας (12,5%, 20,0% και 0%, αντίστοιχα).<sup>265</sup> Πέρα από την παρούσα μελέτη, δεν γνωρίζουμε άλλη αντίστοιχη διεθνώς που να αφορά τους Ρομά, με την οποία θα μπορούσαμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας. Σε σχέση με το γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, σύμφωνα με τη μελέτη των Paratheodoridis et al., από τηλεφωνική έρευνα που έγινε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού στην Ελλάδα το 2012 -και αφού λήφθηκαν υπόψη πληθυσμοί υψηλού κινδύνου- εκτιμήθηκε ότι από τα 166. 639 άτομα με χρόνια HCV που ζουν στην Ελλάδα, το 19,2% είχαν διαγνωστεί και μόλις το 9,4% είχαν λάβει κάποια στιγμή θεραπεία, με βάση την αυτο-αναφορά των συμμετεχόντων.<sup>124</sup> Επιπλέον, στοιχεία που προκύπτουν από τριτοβάθμια ηπατολογικά κέντρα στην Ελλάδα υποδηλώνουν ότι σχεδόν οι μισοί από τους ασθενείς με HCV που επισκέπτονται εξωτερικά ιαρεία για ηπατολογικά νοσήματα σταματάνε κάποια στιγμή την παρακολούθηση ή παραμένουν χωρίς θεραπεία.<sup>296,297</sup> Αντίστοιχα με τα αποτελέσματα για την HBV, τα ποσοστά αυτά, ειδικά όσον αφορά τον πληθυσμό των Ρομά, είναι

επίσης ιδιαίτερα ανησυχητικά και απαιτούνται άμεσα αλλαγές στην πολιτική υγείας στην Ελλάδα και διεθνώς, οι οποίες θα συντελέσουν στην αύξηση των ποσοστών προσυμπτωματικού ελέγχου και λήψης θεραπείας για την HCV.

Πέρα από τους πιθανούς λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω (βλ. προηγούμενο υποκεφάλαιο για HBV) για τα πολύ χαμηλά ποσοστά προηγούμενης διάγνωσης και θεραπείας, το στίγμα το οποίο μπορεί να υπάρχει σχετικά με την HCV, δηλ. οι συσχετίσεις με παράνομες ενέσεις ναρκωτικών, με τη μολυσματικότητα και με την κοινωνική αποστροφή για χρόνιες ασθένειες, ενδέχεται να αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα.<sup>298</sup>

Επιπλέον, σύμφωνα με ποιοτική μελέτη, η οποία εκπονήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο και διερεύνησε τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις και τις στάσεις μεταναστευτικών ομάδων (μεταξύ των οποίων και Ρομά) σε σχέση με την παροχή προσυμπτωματικού ελέγχου και θεραπείας για την HBV και την HCV, η ανταπόκριση σε μια πρόσκληση προσυμπτωματικού ελέγχου από τον γενικό ιατρό εξαρτάται αρχικά από το εάν ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι διατρέχει κίνδυνο μόλυνσης από χρόνια ηπατίτιδα, κάτι που είναι πιθανό να επηρεαστεί από την επίγνωση και την κατανόησή του για την πάθηση.<sup>282</sup> Επίσης, η απάντησή τους είναι πολύ πιθανό να εξαρτηθεί από τις προκλήσεις που μπορεί να αντιμετωπίσουν κατά την κινητοποίηση των ψυχολογικών και πρακτικών πόρων για την εξέταση και τη διαδικασία θεραπείας, όπως ο φόβος της διάγνωσης και το φύλο του γιατρού.<sup>282</sup>

Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, οι παρεμβάσεις που απλοποιούν την διαδικασία της εξέτασης για HCV - συμπεριλαμβανομένης της εξέτασης ξηρών κηλίδων αίματος, της εξέτασης αντισωμάτων στο σημείο της φροντίδας, της επί τόπου εξέτασης για HCV-RNA στο ίδιο δείγμα σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος αντισωμάτων (reflex RNA testing) και του opt-out ελέγχου (ενημέρωση για τη διάθεση ελέγχου και μη υλοποίηση του ελέγχου επί αρνήσεως)- και οι παρεμβάσεις που εστιάζουν στην εκπαίδευση του ασθενούς και του υγειονομικού προσωπικού, φαίνεται να αυξάνουν σημαντικά τις πιθανότητες προληπτικής εξέτασης για HCV.<sup>299</sup> Επιπλέον, σύμφωνα με την ίδια μελέτη, η ολοκληρωμένη περίθαλψη και καθοδήγηση του ασθενούς φαίνεται να βελτιώνουν σημαντικά τη διασύνδεση με τη φροντίδα και με τη λήψη της αντιικής θεραπείας άμεσης δράσης.<sup>299</sup> Τέλος, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση που

διερεύνησε τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας του προσυμπτωματικού ελέγχου για χρόνια HCV στο γενικό πληθυσμό και σε κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο προσυμπτωματικός έλεγχος για HCV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών είναι οικονομικά αποδοτικός.<sup>300</sup>

### 11.2.1.3. HIV

Σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας μελέτης, κανένας Ρομά από το δείγμα μας δε βρέθηκε θετικός στον ιό του HIV. Το αντίστοιχο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό είναι 0,08% με 95% ΔΕ (0,02-0,32) ενώ στον πληθυσμό των μεταναστών είναι 1,10% με 95% ΔΕ (0,50-2,50).

Αναφορικά με τον επιπολασμό HIV σε Ρομά στην Ελλάδα, μέχρι και σήμερα, δε γνωρίζουμε να έχει πραγματοποιηθεί σχετική μελέτη. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες παρόμοιες μελέτες άλλων ευρωπαϊκών χωρών με τις οποίες μπορούμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας. Σύμφωνα με τον Amir Khanian et al, αν και ο επιπολασμός της HIV στο δείγμα μελέτης που έλαβε χώρα στη Βουλγαρία το 2007- 2010 ήταν χαμηλός (0,5% στους 405 Ρομά συμμετέχοντες), το πολύ υψηλό ποσοστό της σεξουαλικά επικίνδυνης συμπεριφοράς των ανδρών συνιστά έναν παράγοντα κινδύνου που προκαλεί μεγάλη ανησυχία.<sup>152</sup> Ειδικότερα, οι συγκεκριμένοι ερευνητές είχαν εκτιμήσει ότι σε περίπτωση που εμφανιστούν λοιμώξεις σε γειτονίες των Ρομά, η επίπτωση της νόσου μπορεί να αυξηθεί γρήγορα.<sup>152</sup> Αντίστοιχες ενδείξεις προκύπτουν και από μελέτη του 2003-2004, η οποία επίσης έλαβε χώρα στη Βουλγαρία.<sup>301</sup> Συγκεκριμένα, αν και οι συμμετέχοντες δεν υποβλήθηκαν σε τεστ για HIV/AIDS, 21,7% από τους 286 άνδρες Ρομά συμμετέχοντες είχαν τουλάχιστον ένα ΣΜΝ, ποσοστό κατά πολύ υψηλότερο σε σχέση με το αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού της Βουλγαρίας.

Σε μελέτη του 2010 στη Σερβία, στην οποία έγινε αιμοληψία από 240 νεαρούς Ρομά (20-24 ετών) από 2 πόλεις, 1 άτομο (0,4%) βρέθηκε θετικό στον ιό του HIV.<sup>294</sup> Ακόμα, σύμφωνα με αναδρομική μελέτη κοορτής που πραγματοποιήθηκε σε κοινότητα της Βαρκελώνης με δείγμα 380 άτομα, η υψηλή συχνότητα λοιμωδών νοσημάτων, όπως το AIDS, και της ενδοφλέβιας χρήσης ναρκωτικών, σε συνδυασμό με τον κοινωνικό

αποκλεισμό και τη φτώχεια, εξηγούν το χαμηλό βιοτικό επίπεδο επιβίωσης αυτής της κοινότητας.<sup>145</sup> Ειδικότερα, η επίπτωση του AIDS εκτιμήθηκε σε 104 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 ανθρωποέτη παρακολούθησης και στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών σε 240 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 ανθρωποέτη παρακολούθησης.

Αναφορικά με πιο ειδικές ομάδες, σύμφωνα με μελέτη του 1987-1988 σε αναμορφωτήριο της Καταλονίας με 631 άνδρες συμμετέχοντες, οι Ρομά είχαν υψηλότερο επιπολασμό HIV σε σχέση με τους μη Ρομά (52,7% έναντι 35,0% αντίστοιχα).<sup>302</sup> Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, η διαφορά αυτή ενδεχομένως να οφειλόταν στο μεγαλύτερο ποσοστό χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών μεταξύ των οροθετικών Ρομά έναντι των οροθετικών μη Ρομά (74,4% έναντι 52,5%) και την κοινή πρακτική του διαμοιρασμού της σύριγγας μεταξύ των Ρομά.

Δεδομένα έχουν προκύψει επίσης από ένα πιλοτικό πρόγραμμα πρόληψης της μετάδοσης της HIV από τη μητέρα στο παιδί, που έλαβε χώρα το 2000-2002 σε περιφέρεια της Ρουμανίας, η οποία παλιότερα ήταν γνωστή για την επιδημιολογική έκρηξη HIV.<sup>303</sup> Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, 0,6% των Ρομά εγκύων γυναικών ήταν θετικές στον ιό του HIV, έναντι 0,1% των λευκών γυναικών και 0,8% των προερχόμενων από την κεντρική Ασία γυναικών.

Από την άλλη, κανένας Ρομά δε βρέθηκε θετικός στον ιό του HIV στις δύο μελέτες που έλαβαν χώρα στη Βουδαπέστη το 2004 ( N=50)<sup>136</sup> και το 2005-2006 (N=42),<sup>276</sup> παρόλο που το δείγμα στη δεύτερη απαρτιζόταν από χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Αντίστοιχα, κανένας από τους 30 Ρομά συμμετέχοντες σε μελέτη του 2017 στην Τσεχία δε βρέθηκε θετικός στον ιό του HIV, αν και όλοι τους λάμβαναν θεραπεία σε ένα νεοσύστατο κέντρο απεξάρτησης.<sup>295</sup>

Δεδομένου ότι στη δική μας μελέτη κανένας Ρομά δε βρέθηκε θετικός στον ιό του HIV, δεν έχουμε στη διάθεσή μας δεδομένα σχετικά με τον καταρράκτη φροντίδας για την HIV λοίμωξη. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη τα πολύ χαμηλά ποσοστά προηγούμενης εξέτασης για HBV και HCV που αναφέρθηκαν παραπάνω, καθώς επίσης τα αποτελέσματα από άλλες σχετικές μελέτες, είναι σαφές ότι υπάρχει ανάγκη αύξησης του ποσοστού εξετάσεων για την HIV σε κοινότητες Ρομά. Ειδικότερα, σύμφωνα με μελέτη του 2016-2019 που έλαβε χώρα στη μεγαλύτερη κοινότητα Ρομά της Σόφιας στη Βουλγαρία, στην οποία συμμετείχαν 271 νεαροί άνδρες που κάνουν σεξ με άνδρες

(153 μη Ρομά και 118 Ρομά), ενώ το 74% των μη Ρομά είχε εξεταστεί προηγουμένως για HIV, το αντίστοιχο ποσοστό για τους Ρομά συμμετέχοντες ήταν μόλις 4%.<sup>304</sup> Επιπλέον, όπως σημειώνουν οι ίδιοι ερευνητές, αναφορικά με τις εξετάσεις για την HIV, οι Ρομά συμμετέχοντες σε σχέση με τους μη Ρομά, είχαν λιγότερες γνώσεις, εντόπιζαν μεγαλύτερα εμπόδια και είχαν περισσότερες αρνητικές στάσεις και προθέσεις. Μάλιστα, παρόλο που όλοι οι συμμετέχοντες είχαν άντρες συντρόφους, κανένας Ρομά δεν αυτοπροσδιορίστηκε ως ομοφυλόφιλος, αντίληψη η οποία μπορεί να συμβάλει στο χαμηλό ποσοστό προηγούμενης εξέτασης, καθώς οι άντρες που δεν θεωρούν τους εαυτούς τους ομοφυλόφιλους δεν θεωρούν απαραίτητη την εξέταση για HIV.<sup>304</sup>

Ακόμα, σύμφωνα με μελέτη που εκπονήθηκε το 2008 στα Τίρανα με δείγμα 90 γυναίκες εργαζόμενες στη βιομηχανία του σεξ, εκ των οποίων οι μισές ήταν Ρομά, μόλις το 27,4% έχει κάνει έστω και μία φορά εξέταση για την HIV και λιγότερο από το ένα τρίτο είχε γνώσεις σχετικά με τη διαθεσιμότητα των εξετάσεων και των συμβουλευτικών υπηρεσιών.<sup>135</sup> Τα δεδομένα αυτά είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά, ειδικά αν ληφθεί υπόψη η χειρότερη πορεία που έχει η μόλυνση με HIV στους Ρομά εξαιτίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την ισπανική μελέτη κοορτής VACH που διερεύνησε μεταξύ άλλων τα χαρακτηριστικά της HIV για 210 Ρομά και 4252 μη Ρομά οροθετικούς ασθενείς οι οποίοι επισκέπτονταν κλινικές το 2004, η νόσος του HIV είχε κατά 50% υψηλότερες πιθανότητες να εξελιχθεί ταχύτερα σε AIDS ή και σε θάνατο στους Ρομά σε σχέση με το γενικό πληθυσμό ενώ υπήρχε μια τάση για περιορισμένη συνταγογράφηση αντιρετροϊκής θεραπείας.<sup>147</sup>

### 11.2.2. Γνώσεις

Η παρούσα μελέτη είναι η μόνη που γνωρίζουμε σχετικά με την αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων για την HBV, την HCV και την HIV και τη διερεύνηση των σχετικών παραγόντων κινδύνου για Ρομά που ζουν σε οικισμούς στην Ελλάδα. Τα ευρήματά μας έδειξαν ότι 26% των συμμετεχόντων απάντησαν «Δεν ξέρω» σε όλες τις σχετικές ερωτήσεις γνώσεων, λαμβάνοντας κατά αυτό τον τρόπο 0 βαθμούς στη γενική βαθμολογία γνώσεων και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά).

Το γενικό επίπεδο γνώσεων ήταν χαμηλό για το 40% των συμμετεχόντων, ποσοστό το οποίο είναι περίπου κατά 11 μονάδες υψηλότερο (28,7%) από την αντίστοιχη βαθμολογία του γενικού πληθυσμού της ίδιας μελέτης.<sup>305</sup> Το ποσοστό του υψηλού επιπέδου γνώσεων των τρόπων μετάδοσης ήταν ελαφρώς μεγαλύτερο για την HIV (45,1%) σε σύγκριση με αυτό της HBV (42,3%) και της HCV (35,2%). Αυτή η τάση είναι παρόμοια με τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού της ίδιας μελέτης, παρόλο που είναι αρκετά μεγαλύτερα (69,4%, 64,3% και 61,8%, αντίστοιχα).<sup>305</sup>

Όσον αφορά το επίπεδο παρανοήσεων των τρόπων μετάδοσης, είναι υψηλό για περισσότερο από το 75% των συμμετεχόντων, ποσοστό το οποίο είναι περίπου κατά 10 μονάδες μεγαλύτερο από τα αντίστοιχα αποτελέσματα του γενικού πληθυσμού (HBV 75,3% έναντι 65,9%, HCV 78,1% έναντι 67,2%, HIV 77,1% έναντι 67,9%).<sup>305</sup> Ειδικότερα, οι Ρομά συμμετέχοντες στη μελέτη μας δεν γνώριζαν ότι τα συγκεκριμένα λοιμώδη δεν μεταδίδονται με την καθημερινή κοινωνική επαφή, την κοινή χρήση μαγειρικών σκευών, τη κοινή χρήση τουαλέτας, το φιλί και το τσίμπημα κουνουπιού. Επιπλέον, η σύγχυση γύρω από τις διαφορές της HBV και της HCV ήταν εμφανής.

Αναφορικά με το επίπεδο γνώσης των Ρομά σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες για τις αιματογενώς μεταδιδόμενες ασθένειες, η βιβλιογραφία φαίνεται να είναι περιορισμένη, ειδικά όσον αφορά την HBV και την HCV. Συγκεκριμένα, γνωρίζουμε μόνο τη μελέτη των Sweeney et al.<sup>282</sup> με την οποία μπορούμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας. Σύμφωνα με αυτή την ποιοτική μελέτη, πολλοί από τους συμμετέχοντες υψηλού κινδύνου στις ομάδες εστίασης (μεταξύ των οποίων και Ρομά), είχαν περιορισμένη ευαισθητοποίηση και κατανόηση σχετικά με την HBV και την HCV. Ειδικότερα, είχαν σύγχυση σχετικά με τις διαφορές μεταξύ των τύπων ιογενούς ηπατίτιδας, λανθασμένες

αντιλήψεις σχετικά με τη μετάδοση και άγνοια για την ασυμπτωματική φύση και την εξέλιξη της χρόνιας λοίμωξης. Επιπλέον, δεν γνώριζαν ότι οι κοινότητές τους θεωρούνται υψηλού κινδύνου μετάδοσης των εν λόγω ασθενειών, με αποτέλεσμα να υποεκτιμούν τη σοβαρότητα της μόλυνσης.<sup>282</sup>

Παρόμοια ευρήματα προκύπτουν από ποιοτική μελέτη που αφορούσε άλλες πληθυσμιακές ομάδες (Ασιάτες Αμερικανοί, Αφροαμερικανοί, ομοφυλόφιλοι ή αμφιφυλόφιλοι άνδρες και γενικός πληθυσμός), η οποία εκπονήθηκε το 2009 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής με δείγμα 119 άτομα.<sup>281</sup> Ειδικότερα, τόσο η ευαισθητοποίηση όσο και η γνώση για την ιογενή ηπατίτιδα ήταν χαμηλή σε όλους τους συμμετέχοντες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για τη νόσο. Επιπλέον, λίγα ήταν γνωστά για τους διαφορετικούς τύπους ηπατίτιδας, τους παράγοντες κινδύνου ή τον τρόπο μετάδοσης των ιών, ενώ ακόμα οι συμμετέχοντες υπέθεσαν εσφαλμένα ότι εάν είχαν ιογενή ηπατίτιδα, θα είχαν συμπτώματα και θα γνώριζαν ότι είχαν μολυνθεί.<sup>281</sup>

Σε σχέση με τις γνώσεις γύρω από την HIV, σύμφωνα με ευρήματα από μελέτη που έλαβε χώρα στη Βουλγαρία το 2007-2010 σε 6 κοινωνικό-κεντρικά δίκτυα, οι 405 άντρες Ρομά συμμετέχοντες απάντησαν σωστά μόνο στις 10,1, κατά μέσο όρο, από τις συνολικά 15 ερωτήσεις ερωτηματολογίου που αφορούσε την αξιολόγηση των γνώσεων σχετικά με τα βήματα μείωσης του κινδύνου του AIDS.<sup>152</sup> Επίσης, σε μελέτη του 2010 με 411 νέους Ρομά συμμετέχοντες από δύο πόλεις της Σερβίας, μόνο το ένα τέταρτο απάντησε σωστά και στις πέντε τυπικές ερωτήσεις γνώσης για την HIV<sup>294</sup>.

Αναφορικά με τα άτομα που εργάζονται στη βιομηχανία του σεξ στα Τίρανα, σύμφωνα με μελέτη που εκπονήθηκε το 2008 με δείγμα 90 γυναίκες, εκ των οποίων οι μισές ήταν Ρομά, η γενική γνώση σχετικά με την HIV και τα προφυλακτικά ήταν υψηλή.<sup>135</sup> Συγκεκριμένα, πάνω από το 80% των συμμετεχόντων είχε ακούσει για τον ιό HIV και το 80,5% συμφώνησε ότι η συνεπής και σωστή χρήση προφυλακτικού θα μπορούσε να αποτρέψει τη μόλυνση από αυτόν. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων γνώριζε επίσης ότι ένα προστατευτικό μέτρο κατά της HIV ήταν να έχει μόνο έναν σύντροφο και να γνωρίζει ότι αυτός ή αυτή δεν έχει μολυνθεί.<sup>135</sup>

Σε σχέση με τις παρανοήσεις για τους τρόπους μετάδοσης, παρόμοια ευρήματα με αυτά της Hprolipsis έχουν αναφερθεί σε μελέτη που έλαβε χώρα στη Βουλγαρία και την



Ουγγαρία μεταξύ 2001-2002 σε γυναίκες και άντρες.<sup>149</sup> Ειδικότερα, παρά το γεγονός ότι οι 42 συμμετέχοντες γνώριζαν ότι ο κίνδυνος για AIDS σχετίζεται με το σεξ, είχαν επίσης εκτεταμένες παρανοήσεις ότι το νόσημα μπορούσε να μεταδοθεί μέσω οδών όπως βήχα, σάλιο και φιλία, τσίμπημα από μολυσμένα κουνούπια, κοινή χρήση σκευών φαγητού και χρήση της ίδιας τουαλέτας με κάποιον που πάσχει από AIDS<sup>149</sup>. Επιπλέον, σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε μια κοινότητα Ρομά στη Βουλγαρία, παρόλο που όλοι οι συμμετέχοντες άνδρες (N=324) ήξεραν ότι ο ιός HIV μεταδίδεται μέσω αίματος και κοινών βελόνων, οι παρανοήσεις σχετικά με την μετάδοση ήταν συχνές<sup>306</sup>. Αντίστοιχα, στη μελέτη που εκπονήθηκε στα Τίρανα με δείγμα 90 εργαζόμενες στη βιομηχανία του σεξ, εκ των οποίων οι μισές ήταν Ρομά, το επίπεδο των παρανοήσεων ήταν υψηλό με περισσότερο από το 75% να πιστεύει ότι τα κουνούπια μεταδίδουν τον ιό HIV και 53% ότι η κοινή χρήση γευμάτων με ένα μολυσμένο άτομο μπορεί μεταδώσει τον HIV.<sup>135</sup>

Μετά από εξέταση δημογραφικών, κοινωνικο-οικονομικών και συμπεριφορικών παραγόντων, εκείνοι που διαπιστώθηκε ότι σχετίζονται σημαντικά με το υψηλό/μέτριο γενικό επίπεδο γνώσεων (υψηλό/μέτριο έναντι χαμηλού) ήταν η περιφέρεια, η τυπολογία οικισμού, το εισόδημα, τα παιδιά, η χρήση προφυλακτικού, το τατουάζ ή τρύπημα σώματος (body piercing), η προηγούμενη εξέταση για τουλάχιστον μια από τις τρεις λοιμώξεις και ο αριθμός των ποτηριών αλκοόλ που καταναλώθηκαν την προηγούμενη εβδομάδα.

Όπως ήταν αναμενόμενο, όσοι δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν προφυλακτικό και όσοι είχαν κάνει εξέταση στο παρελθόν για HBV, HCV και HIV είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν υψηλή/μέτρια βαθμολογία συνολικής γνώσης από αυτούς που ανήκαν στις αντίθετες κατηγορίες. Ωστόσο, σύμφωνα με τη μελέτη των Amirkhanian et al.<sup>152</sup>, το να έχει κάποιος υψηλότερο επίπεδο γνώσεων για το AIDS, αλλά να μην έχει κάνει κανένα τεστ για τον HIV στο παρελθόν, σχετίζεται με μεγαλύτερα επίπεδα σεξουαλικού κινδύνου. Μια πιθανή εξήγηση αυτού του ευρήματος, σύμφωνα με τους συγγραφείς, είναι ότι τα άτομα που έχουν πιο επικίνδυνη συμπεριφορά έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τον HIV και είναι περισσότερο πιθανό να ξέρουν άλλα άτομα με επικίνδυνη συμπεριφορά.<sup>152</sup> Η ίδια εξήγηση μπορεί να ισχύει και στη δική μας μελέτη για όσα άτομα είχαν παιδιά, και όσα άτομα είχαν τατουάζ ή είχαν κάνει τρύπημα σώματος στο παρελθόν, τα οποία είχαν περισσότερες πιθανότητες να

έχουν υψηλή/μέτρια συνολική βαθμολογία γνώσεων από αυτούς που ανήκαν στην αντίθετη κατηγορία. Μια αντίστοιχη ερμηνεία μπορεί να ευσταθεί και για το εύρημα σχετικά με το εισόδημα, ότι δηλαδή τα άτομα που δεν είχαν εισόδημα είχαν κατά προσέγγιση τριπλάσιες πιθανότητες να έχουν υψηλή/μέτρια βαθμολογία σε σχέση με τα άτομα που είχαν εισόδημα. Ειδικότερα, τα άτομα χωρίς εισόδημα στον εν λόγω πληθυσμό ενδεχομένως να έχουν μεγαλύτερο βαθμό έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου οι οποίοι σχετίζονται με τους μηχανισμούς επιβίωσης της ακραίας φτώχειας, όπως η συχνότερη εναλλαγή επισφαλούς εργασίας (π.χ. επαιτεία, σεξ επιβίωσης κλπ.)<sup>135,307</sup>, κατάσταση η οποία μπορεί επίσης να έχει ως αποτέλεσμα τις περισσότερες γνώσεις σε σχέση με τα άτομα που έχουν εισόδημα και αντιμετωπίζουν λιγότερες προκλήσεις.

Αναφορικά με την περιφέρεια, οι συμμετέχοντες της Θεσσαλίας είχαν κατά πολύ χαμηλότερο γενικό επίπεδο γνώσεων από όλες τις άλλες περιφέρειες (μειωμένη πιθανότητα υψηλού γενικού επιπέδου γνώσεων κατά 97% συγκριτικά με αυτούς που διέμεναν στην Αττική και κατά 90% συγκριτικά με αυτούς που διέμεναν στην Κεντρική Μακεδονία, την περιοχή με το αμέσως μετά τη Θεσσαλία χαμηλότερο επίπεδο γνώσεων). Το εύρημα αυτό ενδεχομένως να σχετίζεται με το γεγονός ότι, σύμφωνα με συνεργάτη με πολύχρονη εμπειρία σε θέματα Ρομά, οι Ρομά της Θεσσαλίας έχουν, συγκριτικά με τους Ρομά των υπολοίπων περιοχών, εγκατασταθεί στην περιοχή πριν από λίγα, σχετικά, χρόνια. Πιθανότατα, λοιπόν, το μικρό διάστημα ενσωμάτωσής τους να αντανακλάται και στο χαμηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τις αιματογενώς μεταδιδόμενες ασθένειες (Ρ. Σπανούλη, 2021, προσωπική επικοινωνία). Η ερμηνεία αυτή φαίνεται να ταιριάζει και με άλλα ευρήματα της μελέτης μας, καθώς οι συμμετέχοντες από την περιφέρεια της Θεσσαλίας, όπως αναφέρθηκε και στο υποκεφάλαιο 10.1, είναι αυτοί με το μεγαλύτερο ποσοστό μετακίνησης (30% μετακινούνται 1-2 φορές/έτος) και μη φοίτησης σε σχολείο (59,4% δεν πήγαν ποτέ σε σχολείο).

Όσον αφορά το φύλο, αν και αυτός ο παράγοντας οριακά δεν αναγνωρίστηκε ως στατιστικά σημαντικός σε σχέση με το επίπεδο γνώσης στη μελέτη μας ( $p=0.061$ ), σε άλλες μελέτες φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη μας, οι άνδρες είχαν 66% περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλό/μέτριο γενικό επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τις γυναίκες. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στο εκπαιδευτικό επίπεδο (33,6% των ανδρών και 65,4% των γυναικών

δεν είχαν πάει ποτέ στο σχολείο) και στον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων που δήλωσαν ότι είχαν (28,8% των ανδρών και 85,7% των γυναικών δήλωσαν ότι είχαν 0-1 σεξουαλικούς συντρόφους).

Σύμφωνα με την εθνογραφική μελέτη των Kelly et al <sup>149</sup>, οι γυναίκες συμμετέχουσες φάνηκε να έχουν έλλειψη γνώσεων για την πρόληψη των ασθενειών και μειωμένη αντίληψη κινδύνου για το AIDS σε σχέση με τους άνδρες, παρά το γεγονός ότι η σεξουαλική ελευθερία των δευτέρων και του πειραματισμού τους με πολλές συντρόφους είναι κοινωνικά αποδεκτή. Ωστόσο, στη μελέτη των Djonic et al. η οποία αξιολόγησε τις γνώσεις για τον ιό HIV σε νέους Ρομά (ηλικίας 15-24 ετών) από δύο πόλεις της Σερβίας μέσω ενός ερωτηματολογίου με 5 σχετικές ερωτήσεις, οι συμμετέχουσες γυναίκες φάνηκαν να έχουν περισσότερες γνώσεις σε σύγκριση με τους άνδρες <sup>294</sup>.

Η μελέτη μας παρείχε περαιτέρω αποδείξεις για την ανάγκη παρεμβάσεων εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας για τις HBV και HCV και για τον HIV σε οικισμούς Ρομά. Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας ατόμων που κινδυνεύουν ή έχουν διαγνωστεί με αιματογενείς λοιμώξεις μπορεί να βελτιώσει τη συμμετοχή τους στη διαχείριση της νόσου, να επηρεάσει την υιοθέτηση συμπεριφορών μείωσης κινδύνου και προαγωγής της υγείας και να προωθήσει την ενδυνάμωσή τους. <sup>308-310</sup>

Για τον κατάλληλο σχεδιασμό αυτών των προγραμμάτων, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη πολλά χαρακτηριστικά αυτού του ευάλωτου πληθυσμού, όπως υψηλό επίπεδο αναλφαβητισμού, κακές συνθήκες στέγασης, πλαίσια που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία, αντιλήψεις σχετικά με εναλλακτικές πρακτικές, σύνθετες δυναμικές περιθωριοποίησης και στιγματισμού <sup>81,203,311</sup> κλπ. Ως εκ τούτου, οι παραδοσιακές βιοϊατρικές παρεμβάσεις και οι ιατρικές συστάσεις μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματικές σε σχέση με προσεγγίσεις κατάλληλα διαμορφωμένων και συμμετοχικών προγραμμάτων τα οποία έχουν αξιολογηθεί στο παρελθόν (evaluated tailored participatory projects), είναι προσανατολισμένα στη δράση (action-oriented) και βασίζονται στην κριτική θεωρία, και οι οποίες (προσεγγίσεις) θα αμφισβητήσουν τις υπάρχουσες δομές εξουσίας και την κληρονομιά της κοινωνικής αδικίας. <sup>154,312-314</sup>

### 11.2.3. Παράγοντες κινδύνου

Η παρούσα μελέτη είναι η μόνη εξ όσων γνωρίζουμε σχετικά με τη διερεύνηση της κατανομής παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης με τη λοίμωξη HBV, την HCV και την HIV και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις πιθανότητες παρουσίας HBsAg(+) για Ρομά που ζουν σε οικισμούς στην Ελλάδα. Ειδικότερα, σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, κατά προσέγγιση 1 στους 2 δήλωσαν ότι είχαν κάνει κάποιο τρύπημα στο σώμα τους (body piercing) ή κάποιο τατουάζ και 4 στους 5 ότι δε χρησιμοποιούσαν προφυλακτικά όταν συνευρίσκονταν με την/τον σύντροφό τους και ότι δεν είχαν κάνει ποτέ κάποια εξέταση για την HBV, την HCV και την HIV. Επίσης, 1 στους 10 φάνηκε να έχει υψηλό επίπεδο ιατρικού κινδύνου μετάδοσης λοίμωξης και 5% δήλωσαν ότι είχαν διαγνωστεί στο παρελθόν με κάποιο ΣΜΝ.

Ακόμα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τη λογαριθμική παλινδρόμησης τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18-34, τα άτομα που διαμένουν στον τύπο 3 (παράγκες), τα άτομα που δεν έχουν ηλεκτρισμό στο νοικοκυριό τους, καθώς επίσης τα άτομα που έχουν πραγματοποιήσει κάποια προηγούμενη εξέταση για τουλάχιστον μια από τις τρεις λοιμώξεις (HBV, HCV και HIV) και τα άτομα που είχαν προηγούμενη διάγνωση με ΣΜΝ, είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν HBsAg(+) σε σχέση με τις αντίθετες κατηγορίες.

Η δυνατότητα σύγκρισης της κατανομής των παραπάνω παραγόντων κινδύνου σε σχέση με την αντίστοιχη που αφορά το γενικό πληθυσμό της μελέτης Hprolipsis είναι περιορισμένη, καθώς οι σχετικές ερωτήσεις δεν ήταν δυνατόν να τεθούν με τον ίδιο ακριβώς τρόπο. Ωστόσο, διάφορες παρατηρήσεις μπορούν να σημειωθούν. Αναλυτικότερα, μεταξύ των Ρομά συμμετεχόντων και των συμμετεχόντων του γενικού πληθυσμού της παρούσας μελέτης, δεν καταγράφηκε ιδιαίτερη διαφορά αναφορικά με την προηγούμενη διάγνωση με ΣΜΝ (5,1% έναντι 6,2%, αντίστοιχα). Βέβαια, σε αυτή την περίπτωση, πιθανότατα θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το ενδεχόμενο υποδιάγνωσης από την πλευρά των Ρομά, το οποίο έχει αναδειχθεί από άλλες μελέτες, και το οποίο σχετίζεται με τη μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά και άλλους παράγοντες, όπως για παράδειγμα ότι οι Ρομά αναζητούν υγειονομική περίθαλψη μόνο για επίμονα και σοβαρά συμπτώματα. <sup>142,315-317</sup>

Από την άλλη, οι Ρομά συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είχαν πραγματοποιήσει τρύπημα σώματος/τατουάζ σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με το γενικό πληθυσμό της παρούσας μελέτης (53,8% έναντι 16,8%, αντίστοιχα) <sup>305</sup>. Το εύρημα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία αν ληφθεί υπόψη ότι τα τατουάζ στις κοινότητες Ρομά σε πολύ μεγάλο ποσοστό δεν γίνονται από επαγγελματίες αλλά ιδιωτικά <sup>294,315</sup>, γεγονός το οποίο αυξάνει ακόμα περισσότερο τον κίνδυνο μόλυνσης με αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα. Ενδεικτικά, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση, τα τατουάζ αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης της HBV κατά περίπου στο μισό και μάλιστα σε ασθενείς με επικίνδυνη συμπεριφορά κατά περισσότερο από 60%, ενώ τα τατουάζ που γίνονται ιδιωτικά, τα οποία συχνά εκτελούνται με ακατάλληλα αποστειρωμένα εργαλεία τατουάζ, είναι πιο επικίνδυνα. <sup>318</sup> Σε κάθε περίπτωση, για μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τις πιθανότητες παρουσίας HBsAg(+) στις κοινότητες Ρομά, πέρα από τα δεδομένα τα οποία αντλούνται από την παρούσα μελέτη και τα οποία προκύπτουν από τη σύγκριση των Ρομά συμμετεχόντων μεταξύ τους, είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθεί στο μέλλον σύγκριση μεταξύ των Ρομά συμμετεχόντων και των συμμετεχόντων του γενικού πληθυσμού.

Παρόμοια αποτελέσματα με αυτά της παρούσας μελέτης προκύπτουν από αντίστοιχες μελέτες που έχουν εκπονηθεί σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη μελέτη HepaMeta της Σλοβακίας, η οριζόντια μετάδοση στην ενήλικη ζωή των Ρομά φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εξάπλωση της λοίμωξης HBV. <sup>315</sup> Ειδικότερα, ο τρόπος ζωής των Ρομά συμμετεχόντων σε σχέση με τους μη Ρομά σχετιζόταν με σημαντικά υψηλότερα ποσοστά επικίνδυνης συμπεριφοράς για άμεση μετάδοση μέσω αίματος, συγκεκριμένα με τατουάζ γενικά αλλά και τατουάζ ιδιωτικά, με χρήση ναρκωτικών, με μετάγγιση αίματος και με φυλάκιση. <sup>273</sup> Από την άλλη, όπως σημειώνει η ίδια ερευνητική ομάδα, αν και οι Ρομά ξεκινούν τη σεξουαλική τους ζωή νωρίτερα και κάνουν σεξ χωρίς προστασία πιο συχνά, φαίνεται να είναι πολύ πιο συγκρατημένοι ως προς τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. <sup>319</sup> Ακόμα, σύμφωνα με τους ερευνητές της ίδιας μελέτης, οι παράγοντες κινδύνου για HBsAg(+), μεταξύ της ομάδας των Ρομά ήταν το ανδρικό φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία, το τατουάζ και η προηγούμενη φυλάκιση, <sup>272</sup> ενώ όταν

διερευνήθηκαν μεταξύ όλων των συμμετεχόντων (Ρομά και μη Ρομά) ήταν η εθνικότητα των Ρομά, το ανδρικό φύλο και το τατουάζ<sup>273</sup>.

Αρκετές αντίστοιχες πληροφορίες μπορούν να αντληθούν και από άλλες ευρωπαϊκές μελέτες, οι οποίες ωστόσο έχουν σημαντικούς μεθοδολογικούς περιορισμούς, όπως μικρό δείγμα, δείγμα ευκολίας, κτλ. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με μελέτη που εκπονήθηκε το 2008 στα Τίρανα σε δείγμα 90 γυναικών εργαζόμενων στη βιομηχανία του σεξ, εκ των οποίων οι μισές ήταν Ρομά, λιγότερο από το 57% ανέφερε ότι γνώριζε τα γυναικεία συμπτώματα των ΣΜΝ, μόνο το 31% γνώριζε ότι το εμπιστευτικό τεστ HIV ήταν διαθέσιμο στα Τίρανα και μόνο το 27,4% είχε κάνει κάποια στιγμή τεστ για HIV.<sup>135</sup> Επιπλέον, αν και το 80,5% των συμμετεχόντων γνώριζε ότι η συνεπής και σωστή χρήση προφυλακτικού θα μπορούσε να αποτρέψει τη μόλυνση από τον ιό HIV, η συνεπής χρήση προφυλακτικού τους προηγούμενους 6 μήνες με πελάτες ήταν 34,4% και με μη πελάτες ήταν 15,9%.<sup>135</sup>

Σε μελέτη του 2006-2007 στο Βελιγράδι, δε βρέθηκε να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των 91 Ρομά και 100 μη Ρομά γυναικών που εργάζονταν στη βιομηχανία του σεξ αναφορικά με τις HIV/AIDS επικίνδυνες συμπεριφορές, παρότι οι Ρομά συμμετέχουσες ήταν σημαντικά νεότερες, λιγότερο μορφωμένες και με περισσότερα τεστ για HIV κατά τη διάρκεια της ζωής τους σε σύγκριση με τις μη Ρομά.<sup>320</sup> Επιπλέον, σημαντικά προστατευτικοί καθοριστικοί παράγοντες για τις Ρομά συμμετέχουσες ήταν η γνώση της ανάγνωσης και της γραφής και η λιγότερο συχνή καθημερινή χρήση έκστασης τον προηγούμενο μήνα σε σύγκριση με τις μη Ρομά.<sup>320</sup>

Σύμφωνα με τη μελέτη της Kabakchieva et al.<sup>306</sup>, που έλαβε χώρα το 2001 στη μεγαλύτερη διακριτή γειτονιά Ρομά στην πρωτεύουσα της Βουλγαρίας με 324 άνδρες ηλικίας 14-37 ετών, καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά σεξουαλικής επαφής χωρίς προφύλαξη, χαμηλά ποσοστά χρήσης προφυλακτικού, συχνές πολλαπλές σεξουαλικές συναναστροφές και διαδεδομένα μοτίβα εμπορικού σεξ. Μάλιστα, ιδιαίτερα ανησυχητικά ήταν τα υψηλά ποσοστά ετεροφυλόφιλου και ομοφυλόφιλου σεξ χωρίς προστασία και ο σχετικά υψηλός επιπολασμός χρήσης ενέσιμων ναρκωτικών. Οι πιθανές ερμηνείες για το υψηλό ποσοστό ετεροφυλόφιλου πρωκτικού σεξ συμπεριλάμβαναν την επιθυμία της «προστασίας» της γυναικείας παρθενίας, τη χρήση του ως μεθόδου αντισύλληψης ή ακόμα και το γεγονός ότι μπορεί να αποτελεί μέρος της σεξουαλικής τους κουλτούρας.<sup>306</sup> Σύμφωνα με τους ίδιους μελετητές, επιπλέον

παράγοντες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μια πιθανή μετάδοση της HIV ήταν το χαμηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με το AIDS, η αντίληψη του AIDS ως μιας μακρινής απειλής, οι πολύ φτωχές κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, η χαμηλή εκτίμηση της υγείας και ο περιορισμένος αριθμός κατάλληλα προσαρμοσμένων υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έγκαιρης ανίχνευσης ΣΜΝ στις περισσότερες από τις κοινότητες Ρομά.<sup>306</sup>

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται από παρόμοιες μελέτες στη Βουλγαρία σε Ρομά άνδρες. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με μελέτη του 2003-2004, στην οποία συμμετείχαν 296 Ρομά άνδρες οι οποίοι ανήκαν σε 54 κοινωνικά δίκτυα<sup>301</sup>, τα επίπεδα σεξουαλικού κινδύνου ήταν παρόμοια με αυτά της μελέτης της Kabakchieva et al.<sup>306</sup>. Παράλληλα, στην ίδια μελέτη<sup>301</sup>, επαληθεύτηκε η σημαντική επιρροή του κοινωνικού δικτύου ενός ατόμου όσον αφορά τις συμπεριφορές κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων τον περασμένο χρόνο και τους τελευταίους 3 μήνες, την πρόσφατη σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη και την ανταλλαγή σεξ με χρήματα.

Ακόμα, σύμφωνα με μελέτη του 2007- 2010 στην οποία συμμετείχαν 405 άνδρες από 6 κοινωνικο-κεντρικά δίκτυα, οι σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι, άνδρες και γυναίκες σύντροφοι και χαμηλή χρήση προφυλακτικού, ήταν συχνές.<sup>152</sup> Τα μεγαλύτερα επίπεδα σεξουαλικού κινδύνου που εντοπίστηκαν στην ίδια μελέτη συσχετίστηκαν με χαμηλότερες προθέσεις και εκτιμήσεις για την αυτο-αποτελεσματικότητα της χρήσης προφυλακτικών, με τη χρήση ναρκωτικών, με τους συντρόφους αρσενικού γένους, με τη γνώση ενός οροθετικού ατόμου και με το υψηλότερο επίπεδο γνώσεων για το AIDS αλλά όχι με την προηγούμενη εξέταση για HIV.<sup>152</sup>

Σε μια ακόμα μελέτη με δείγμα 42 άντρες και γυναίκες Ρομά που ζούσαν σε κοινότητες στη Βουλγαρία και την Ουγγαρία, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν εις βάθος συνεντεύξεις για να προκύψουν λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά και τους σχετικούς παράγοντες κινδύνου, αναδείχτηκαν για ακόμα μια φορά οι διαφορές που σχετίζονται με το φύλο.<sup>149</sup> Συγκεκριμένα, οι άνδρες φάνηκε ότι είχαν μεγάλη σεξουαλική ελευθερία πριν και κατά τη διάρκεια του γάμου, επιδίδονταν σε ένα ευρύ φάσμα σεξουαλικών πρακτικών χωρίς προφύλαξη με τους συντρόφους τους αλλά και με άλλα άτομα και είχαν πολύ μεγαλύτερο έλεγχο των σχέσεων. Αντίθετα, οι γυναίκες ήταν αναμενόμενο ότι θα έπρεπε να διατηρήσουν την παρθενία

τους πριν από το γάμο και στη συνέχεια τη σεξουαλική αποκλειστικότητα στους συζύγους τους. Τέλος, η χρήση προφυλακτικού δεν ήταν κανονιστική και γινόταν αντιληπτή κυρίως ως μια μορφή αντισύλληψης.

Περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τη χρήση προφυλακτικών προέρχονται από μελέτη που εκπονήθηκε στη Σερβία το 2010 με δείγμα 1.082 Ρομά και 2.145 μη Ρομά γυναίκες.<sup>321,322</sup> Συγκεκριμένα, αν και οι Ρομά γυναίκες χρησιμοποιούσαν οποιοδήποτε είδος αντισύλληψης πιο συχνά από τις μη Ρομά, οι πρώτες βασίζονταν περισσότερο σε παραδοσιακές και μη ασφαλείς μεθόδους, όπως η μέθοδος της απόσυρσης, και σημαντικά λιγότερο σε σύγχρονες μεθόδους, όπως το χάπι και το προφυλακτικό.<sup>321,322</sup>

Αναφορικά με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών, σύμφωνα με την ισπανική μελέτη κοορτής VACH που διερεύνησε μεταξύ άλλων τα χαρακτηριστικά της HIV για 210 Ρομά και 4252 μη Ρομά οροθετικούς ασθενείς που επισκέπτονταν κλινικές το 2004, η ενέσιμη χρήση ναρκωτικών ήταν ο πιο συχνός μηχανισμός μετάδοσης μεταξύ των συμμετεχόντων, αλλά σε μεγαλύτερο βαθμό μεταξύ των Ρομά (Ρομά: 72% έναντι μη Ρομά: 50%,  $p < 0.000$ ).<sup>147</sup> Ωστόσο, σε αντίθετα συμπεράσματα φαίνεται να καταλήγει η ερευνητική ομάδα της μελέτης Herameta, καθώς, όπως σημειώνει, ο χαμηλός επιπολασμός της HCV που καταγράφηκε, ενδεχομένως να οφειλόταν στην πολύ χαμηλή χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών από τους Ρομά.<sup>272,315</sup>

Τέλος, πέρα από τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται άμεσα με τη μόλυνση με αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα, έχει ιδιαίτερη αξία να διερευνηθούν και οι έμμεσοι που σχετίζονται με την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των Ρομά. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τη μελέτη Herameta, η χειρότερη εκπαίδευση, το χαμηλότερο ποσοστό απασχόλησης και η φτώχεια συσχετίστηκαν με θετικότητα του HbsAg, καθώς επίσης, ο μεγαλύτερος αριθμός ατόμων σε ένα νοικοκυριό και ο ελλιπής οικιακός εξοπλισμός συσχετίστηκαν με antiHBcIgG(+).<sup>273</sup> Σε καθεμία από αυτές τις παραμέτρους στην εν λόγω μελέτη υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ των Ρομά και των μη Ρομά συμμετεχόντων με HBsAg(+). Συνεπώς, όπως σημειώνουν οι ερευνητές της Herameta, τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι η φτώχεια και η κακή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση γενικά, μπορεί να σχετίζονται με υψηλότερο επιπολασμό της χρόνιας HBV.<sup>273</sup>



Τα ευρήματα αυτά επαληθεύονται και από μια παλιότερη μελέτη που είχε πραγματοποιηθεί στην Ισπανία, στην οποία δεν είχε βρεθεί κανένας “Gypsy” (άτομα που διαβιούσαν σε καλύτερες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες) με HBsAg(+) ενώ, αντίθετα, 27% των “Ciganes,” (άτομα που διαβιούσαν σε συνθήκες μεγάλης φτώχειας) είχαν HBsAg(+).<sup>323</sup> Ενδιαφέρον έχει επίσης και η μελέτη της Gyarmathy et al.<sup>136</sup> σύμφωνα με την οποία οι μη Ρομά κάτοικοι μιας κοινότητας Ρομά της Βουδαπέστης είχαν υψηλότερα ποσοστά HBV από τους Ρομά γείτονές τους. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, δηλαδή ότι όσο χειρότερες είναι οι συνθήκες διαβίωσης στις κοινότητες Ρομά (οικιστική κατηγορία 3 και απουσία ηλεκτρισμού στο νοικοκυριό), τόσο πιο πιθανό είναι να έχει κάποιος HBsAg(+), συνηγορούν προς την ίδια κατεύθυνση με τις τρεις προηγούμενες μελέτες. Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερες μελέτες, οι οποίες θα μπορούν να ρίξουν ακόμα περισσότερο φως πάνω σε αυτού του είδους τις συσχετίσεις.

## 11.2.4. Υλοποίηση και αξιολόγηση των δράσεων ευαισθητοποίησης

### 11.2.4.1. Α΄ και Β΄ φάση ευαισθητοποίησης

Η παρούσα εργασία είναι η μόνη την οποία γνωρίζουμε σχετικά με **αξιολόγηση** μελέτης και δράσεων ευαισθητοποίησης για την HBV, την HCV και την HIV σε Ρομά που ζουν σε κοινότητες στην Ελλάδα. Η ευρεία αποδοχή του σκοπού της μελέτης, η καλή συνεργασία που αναπτύχθηκε με τους κατοίκους των οικισμών και η αποτελεσματικότητα των δράσεων ευαισθητοποίησης αναφορικά με την βελτίωση των γνώσεων της ομάδας-στόχου σχετικά με την HBV, την HCV και την HIV, ως βιωμένη εμπειρία της ομάδας μελέτης, επαληθεύτηκε και μέσα από τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες στο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τα ευρήματά μας, πάνω από 80% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι έμειναν πολύ ικανοποιημένοι/ικανοποιημένοι από τη διαδικασία της συνέντευξης, της αιμοληψίας και της παραλαβής/ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων και 90,4% των συμμετεχόντων αξιολόγησαν τη μελέτη ως πολύ χρήσιμη/χρήσιμη. Περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες παρακολούθησαν την ενημέρωση που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα και 92% από αυτούς την αξιολόγησαν ως πολύ χρήσιμη/χρήσιμη. Επίσης, υπήρξε σημαντική βελτίωση του γενικού επιπέδου γνώσεων και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά) έπειτα από την ολοκλήρωση των δράσεων ευαισθητοποίησης. Αναλυτικότερα, το υψηλό γενικό επίπεδο γνώσεων αυξήθηκε περίπου κατά 35 μονάδες για την HBV (από 15% σε 50%), κατά 28 μονάδες για HCV (από 8,7% σε 37,2%), κατά 36 μονάδες για την HIV (από 4,3% σε 40,4%) και κατά 35 μονάδες και για τα τρία νοσήματα (από 7,9% σε 42,6%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από την εφαρμογή μοντέλων διαβαθμισμένης λογαριθμιστικής εξάρτησης μικτών επιδράσεων, οι παράγοντες που σχετίζονται με το επίπεδο γνώσεων και τις μεταβολές του, μετά την υλοποίηση των δράσεων ευαισθητοποίησης είναι η τυπολογία οικισμού, η περιφέρεια, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η συμμετοχή στην ενημερωτική εκδήλωση.

Αναλυτικότερα, όπως ήταν αναμενόμενο, οι συμμετέχοντες με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και οι συμμετέχοντες οι οποίοι παρακολούθησαν την

ενημερωτική εκδήλωση, είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά στο γενικό επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τις αντίθετες ομάδες. Αντίστοιχα και με τα παρόμοια αποτελέσματα στο υποκεφάλαιο [11.2.2 \(Γνώσεις\)](#), ενδεχομένως το εύρημα ότι οι συμμετέχοντες της Θεσσαλίας είχαν πολύ χαμηλότερο γενικό επίπεδο γνώσεων σε σχέση με τους συμμετέχοντες από τις άλλες περιφέρειες, να σχετίζεται και πάλι με το γεγονός ότι άρχισαν να εγκαθίστανται σε μια περιοχή πριν από λίγα, σχετικά, χρόνια. Συνεπώς, ίσως, αυτό να οφείλεται στο μικρό διάστημα ενσωμάτωσής τους σε σχέση με τους συμμετέχοντες από τις υπόλοιπες περιφέρειες. (Ρ. Σπανούλη, 2021, προσωπική επικοινωνία).

Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της προσαρμοσμένης ανάλυσης, η υλοποίηση των δράσεων ευαισθητοποίησης αύξησε τις πιθανότητες υψηλότερου επιπέδου γνώσεων κατά περίπου 22 φορές στις γυναίκες και μόλις κατά 3,45 φορές στους άνδρες, γεγονός το οποίο κάλυψε την όποια διαφορά υπήρχε στο επίπεδο γνώσεων ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες πριν από τις δράσεις ευαισθητοποίησης.

Μια πιθανή εξήγηση για αυτό το εύρημα είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες Ρομά (και εν γένει οι γυναίκες) είναι αυτές που είναι υπεύθυνες στην οικογένεια για τα θέματα φροντίδας <sup>222,324,325</sup> και άρα πιθανότατα επιδεικνύουν περισσότερο ενδιαφέρον και μεγαλύτερη εξοικείωση με τα θέματα υγείας. Προς την ίδια κατεύθυνση, οι Plaza del Pino et al., οι οποίοι διερεύνησαν τις πεποιθήσεις Ρομά γυναικών της Ισπανίας για την υγεία, καταλήγουν ότι κάθε πρόγραμμα σχετικά με τη βελτίωση της υγείας των Ρομά που διαμένουν σε κοινότητες, εκτός από την εξασφάλιση των αρχών της Πολιτιστικής Ασφάλειας<sup>31</sup>, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ενεργό συμμετοχή των γυναικών Ρομά.<sup>327</sup> Ωστόσο, παρά το πολλαπλασιαστικό όφελος για την κατάσταση υγείας των οικογενειών τους και εν γένει των κοινοτήτων τους που μπορεί να έχει η εμπλοκή των Ρομά γυναικών σε προγράμματα υγείας, δε θα πρέπει να αποτελούν τη μοναδική ομάδα-στόχο, καθώς αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την επιπρόσθετη επιβάρυνση στις ευθύνες που έχουν αναλάβει.<sup>325</sup>

---

<sup>31</sup> Η Πολιτιστική Ασφάλεια σχετίζεται με την εμπειρία του αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας και εκτείνεται πέρα από την πολιτιστική συνείδηση και την πολιτισμική ευαισθησία. Ακόμα, παρέχει στους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας τη δύναμη να σχολιάζουν τις πρακτικές και να συμβάλλουν στο επίτευγμα θετικών αποτελεσμάτων και εμπειριών υγείας. Τέλος, τους δίνει τη δυνατότητα να συμμετέχουν στην αλλαγή οποιασδήποτε αρνητικής αντίληψης ή εμπειρίας υπηρεσίας υγείας.<sup>326</sup>

Επιπλέον, το εύρημα της μελέτης μας σχετικά με την κάλυψη της αρχικής διαφοράς στο επίπεδο γνώσεων ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες με την ολοκλήρωση των δράσεων ευαισθητοποίησης, μπορεί να αποτελέσει ένα πολύ χρήσιμο παράδειγμα της αντανάκλασης αφενός της πολλαπλής καταπίεσης που βιώνουν οι γυναίκες Ρομά σε σχέση με τους άντρες Ρομά αλλά και το γενικό πληθυσμό, και αφετέρου της υπερπροσπάθειας που φαίνεται να καταβάλλουν ώστε να καλύψουν το κενό που δημιουργείται από την έμφυλη και ταξική άνιση μεταχείριση που δέχονται. Με άλλα λόγια, παρότι οι Ρομά γυναίκες στη μελέτη μας, σε αντιστοιχία με άλλες μελέτες<sup>94,260-262</sup>, φαίνεται να βρίσκονται σε αρκετά δυσμενέστερη θέση σε σχέση με τους άντρες στους τομείς της εκπαίδευσης, της εργασίας, της υγείας, των οικονομικών απολαβών, κτλ., όταν τους παρέχεται δυνατότητα ίσης μεταχείρισης μπορούν να αντεπεξέλθουν, αν όχι σε μεγαλύτερο βαθμό, τουλάχιστον στον ίδιο σε σχέση με τους άντρες.

Η ερμηνεία αυτή, ταιριάζει με τα ευρήματα ποιοτικής μελέτης του 2017-2018 στην οποία διερεύνησαν το ρόλο των οικογενειών στην πορεία της ακαδημαϊκής επιτυχίας των γυναικών Ρομά από φεμινιστική σκοπιά.<sup>328</sup> Αναλυτικότερα, οι ερευνήτριες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η στήριξη την οποία είχαν από τις οικογένειες τους στην πρόσβασή τους στις πανεπιστημιακές σπουδές, είχε ως αποτέλεσμα την περαιτέρω ενδυνάμωση και συνειδητοποίηση της φυλετικής και έμφυλης ανισότητας που υπάρχει στις κοινότητές τους και την επιθυμία να συμβάλουν στην οικοδόμηση μιας πορείας προς την έμφυλη ισότητα εντός της κοινότητας των Ρομά και τη φυλετική ισότητα εντός της κυρίαρχης κοινωνίας.<sup>328</sup>

Σε κάθε περίπτωση, παρά τα όποια ποσοτικά δεδομένα προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης, δεν είναι εφικτό να προσδιορίσουμε με ασφάλεια ποια συγκεκριμένα στοιχεία της προσέγγισης που εφαρμόσαμε και σε τι βαθμό αυτά συνετέλεσαν αφενός στην καλή συνεργασία με τις κοινότητες που επισκεφτήκαμε και αφετέρου στη σημαντική βελτίωση του γενικού επιπέδου γνώσεων για την HBV, την HCV και την HIV. Για παράδειγμα, δεν είναι δυνατόν να προσδιορίσουμε αν στη βελτίωση των γνώσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα έπαιξαν μεγαλύτερο ρόλο τα διαδραστικά παιχνίδια ή οι κατ' ιδίαν συζητήσεις. Επιπλέον, δεν διερευνήθηκαν σημαντικές παράμετροι, όπως για παράδειγμα ο βαθμός εμπιστοσύνης που ανέπτυξαν οι συμμετέχοντες προς την ομάδα μελέτης, οι οποίες, αν και είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθούν, είναι αναγκαίο να

ληφθούν υπόψη για τη συνολική εκτίμηση της αποτελεσματικότητας μιας παρέμβασης.

329,330

Ωστόσο, στη συνέχεια θα αναφερθούμε σε στοιχεία τα οποία, κατά τη δική μας εκτίμηση, έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση της υλοποίησης αυτής της μελέτης. Αρχικά, όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των δράσεων έγιναν σύμφωνα με τις συστάσεις του «Πρακτικού Οδηγού για την Υλοποίηση Δράσεων Προαγωγής Υγείας με τους Ρομά» του προγράμματος «Νέοι Ρομά Διαμεσολαβητές Υγείας». <sup>222</sup> Το γεγονός αυτό φαίνεται ότι έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην ευρεία αποδοχή των δράσεων και στη συμμετοχή σε αυτές όλων των κατοίκων των οικισμών οι οποίοι έλαβαν μέρος στη μελέτη. Ειδικότερα, προσπαθήσαμε να σχεδιάσουμε και να υλοποιήσουμε τη μελέτη με βάση τις 10 Κοινές Βασικές Αρχές Ενσωμάτωσης των Ρομά <sup>331</sup> και ακολουθήσαμε τα προτεινόμενα πρακτικά βήματα και συμβουλές για την υλοποίηση δράσεων σε κοινότητες Ρομά <sup>222</sup>.

Με βάση την εμπειρία μας, ιδιαίτερος βοηθητικός ήταν: α. η **συνεργασία** με εκπαιδευμένους διαμεσολαβητές από τις κοινότητες, με τους συνεντευκτές της ομάδας, οι οποίοι, στην πλειονότητά τους, ήταν άτομα που είχαν προηγούμενες σχέσεις με τις κοινότητες, καθώς και με τοπικές δομές υγείας και οργανώσεις, β. οι **προπαρασκευαστικές δράσεις** μέσα από τις οποίες δόθηκε χώρος να εμπλακούν οι κάτοικοι και χρόνος για να γνωριστούν με την ομάδα μελέτης, γ. η **προσαρμογή** του ενημερωτικού και επιμορφωτικού υλικού σε άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο σε συνδυασμό με τη χρήση εκπαιδευτικών **βιοματικών παιχνιδιών** ως επιμορφωτικού μέσου του πληθυσμού-στόχου. Αντιθέτως, η απουσία κινητής μονάδας, η οποία θα παρείχε τον κατάλληλο χώρο για τις αιμοληψίες και τις συνεντεύξεις, δυσχέρανε σε πολλές περιπτώσεις την ομαλή διεξαγωγή της μελέτης (π.χ. δυσκολία στην εύρεση χώρου και την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων, έκθεση των διαμεσολαβητών σε κίνδυνο κλπ.).

Αναλυτικότερα, η συνεργασία με άτομα της κοινότητας και η προσαρμογή των δράσεων ανάλογα με το κοινωνικο-μορφωτικό επίπεδο (π.χ. χρήση εικόνων αντί κειμένου) και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (π.χ. ελαστικότητα στο χρονοδιάγραμμα των προγραμματισμένων δράσεων) έχουν επισημανθεί και από άλλες μελέτες ως αποδοτικές στρατηγικές για την πρόσβαση στην κοινότητα, την

προσέγγιση των υποψήφιων συμμετεχόντων και την επιτυχή έκβαση των επιμορφωτικών προγραμμάτων.<sup>221,313,332</sup> Ενδεικτικά, σύμφωνα με βιβλιογραφική ανασκόπηση της Bonevski et al.<sup>333</sup> σχετικά με στρατηγικές βελτίωσης της υγείας κοινωνικά ευπαθών ομάδων, οι ερευνητές δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία των κοινοτικών συνεργασιών και στη δυνατότητα επέκτασης του χρονοδιαγράμματος και σχεδιασμού υψηλού κόστους πόρων. Μάλιστα, σε αυτό το σημείο αξίζει να τονιστεί ότι, δεδομένου του περιορισμένου προϋπολογισμού της μελέτης Hrolipsis, ένα σημαντικό κομμάτι των δράσεων ευαισθητοποίησης δεν θα ήταν δυνατόν να υλοποιηθεί χωρίς τη συμμετοχή πλήθους εθελοντών και την αφιλοκερδή συνεργασία άλλων φορέων, οι οποίοι προσέφεραν σημαντικό αριθμό υπηρεσιών. Επιπλέον, η χρήση εναλλακτικών και δημιουργικών επιμορφωτικών προσεγγίσεων, όπως τα βιωματικά παιχνίδια και η «Ανοιχτή βιβλιοθήκη», και η προσπάθεια δημιουργίας μιας όμορφης ατμόσφαιρας μέσω της διάθεσης φαγητού και ποτού, όπως εφαρμόσαμε σε αυτή τη μελέτη, έχουν αναφερθεί και από άλλους ερευνητές ως ιδιαιτέρως βοηθητικά σε παρεμβάσεις που απευθύνονται σε κοινωνικά ευπαθείς ομάδες.<sup>334-336</sup>

Επίσης, οι προπαρασκευαστικές δράσεις, φαίνεται πως ενίσχυσαν με πολλαπλούς τρόπους τη θετική ανταπόκριση των κατοίκων. Ειδικότερα, πέρα από τα προσωρινά οφέλη τα οποία αποκόμισαν οι κοινότητες μέσα από τις δράσεις που υλοποιήθηκαν (π.χ. παιδιατρικές προληπτικές εξετάσεις), εκτιμούμε ότι ο χρόνος που δόθηκε για να εξηγηθεί ο σκοπός της μελέτης στους κατοίκους και να εδραιωθεί ένας στοιχειώδης βαθμός εμπιστοσύνης απέναντι στην ομάδα μελέτης, ήταν ιδιαίτερα βοηθητικός. Σε παρόμοια συμπεράσματα φαίνεται να καταλήγει και η βιβλιογραφική ανασκόπηση του Flory et al.,<sup>337</sup> σύμφωνα με την οποία ο αποτελεσματικότερος τρόπος για τη βελτίωση της κατανόησης των συμμετεχόντων χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου στην έρευνα είναι το να περνάνε αρκετό χρόνο μαζί τους τα μέλη της ομάδας μελέτης και να μιλάνε έναν προς έναν με αυτούς.

Μάλιστα, αξίζει να αναφερθεί ότι, αν και υπήρχε αγωνία από την πλευρά της ομάδας μελέτης προτού επισκεφτεί τους οικισμούς αναφορικά με την ανταπόκριση των κατοίκων απέναντι σε ένα θέμα-ταμπού (δηλ. την HIV/AIDS λοίμωξη), τελικά αυτή αποδείχτηκε ιδιαιτέρως θετική στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Σε αντίστοιχο συμπέρασμα καταλήγει και η βιβλιογραφική ανασκόπηση του Wendler et al.,<sup>338</sup> σύμφωνα με την οποία οι προσπάθειες για την αύξηση της συμμετοχής των

μειονοτήτων στην έρευνα για την υγεία θα πρέπει να επικεντρωθούν στη διασφάλιση συμπερίληψής τους σε αυτές αντί για την αλλαγή της στάσης τους απέναντι σε αυτές.

Αναφορικά με μελέτες σε διεθνές επίπεδο οι οποίες παρέχουν δεδομένα από αξιολογήσεις δράσεων ευαισθητοποίησης σε προγράμματα που σχετίζονται με την HBV, την HCV και την HIV σε πληθυσμούς Ρομά, με τις οποίες θα μπορούσαμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας, γνωρίζουμε μόνο μια. Συγκεκριμένα, οι Kelly et al.<sup>150</sup>, διερεύνησαν τα αποτελέσματα μιας συμπεριφορικής παρέμβασης για την πρόληψη της HIV και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων σε 286 άνδρες Ρομά από 52 κοινωνικά δίκτυα, στην οποία εντόπισαν, εκπαίδευσαν και δέσμευσαν ηγέτες των κοινωνικών δικτύων ανδρών Ρομά να συμβουλεύουν τα μέλη του δικτύου τους. Στην αρχή, αξιολογήθηκε η συμπεριφορά κινδύνου των συμμετεχόντων σχετικά με την HIV. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες εξετάστηκαν και υποβλήθηκαν σε θεραπεία για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, έλαβαν συμβουλές για τη μείωση του κινδύνου και τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδες παρέμβασης ή ελέγχου. Επίσης, οι ηγέτες των δικτύων έμαθαν πώς να συμβουλεύουν τα μέλη τους σχετικά με την πρόληψη των κινδύνων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, ο αναφερόμενος επιπολασμός της σεξουαλικής επαφής χωρίς προφύλαξη στην ομάδα παρέμβασης μειώθηκε περισσότερο από ό,τι στην ομάδα ελέγχου (από 81% και 80%, αντίστοιχα, κατά την έναρξη σε 65% και 75% στους τρεις μήνες και 71% και 86% στους δώδεκα μήνες). Οι ερευνητές κατέληξαν ότι η επιδοκιμασία/στήριξη και η παροχή συμβουλών σχετικά με την πρόληψη της HIV από τους ηγέτες κοινωνικών δικτύων επιφέρουν θετικές αλλαγές στις σεξουαλικές πρακτικές των μελών των κοινωνικών δικτύων, οι οποίες έχουν διάρκεια, και ότι το μοντέλο αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας σε πληθυσμούς όπως οι Ρομά που μπορεί να έχουν δυσπιστία σε άτομα τα οποία δεν ανήκουν στις κοινότητές τους.<sup>150</sup> Μάλιστα, τα θετικά αποτελέσματα αυτού του επιμορφωτικού μοντέλου επαληθεύτηκαν από μια αντίστοιχη παρέμβαση της ίδιας ερευνητικής ομάδας<sup>339,340</sup> σε κοινωνικά δίκτυα νεαρών ανδρών που κάνουν σεξ με άνδρες στην Αγία Πετρούπολη της Ρωσίας και στη Σόφια της Βουλγαρίας.

Τα υπάρχοντα δεδομένα δεν μας επιτρέπουν να εξαγάγουμε συμπεράσματα σχετικά με το τι λειτουργεί αποδεδειγμένα σε παρεμβάσεις για την πρόληψη της HBV, της HCV και της HIV σε κοινότητες Ρομά. Ωστόσο, από την ποιοτική μελέτη των Sweeney et al.<sup>282</sup>, η οποία εκπονήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο και διερεύνησε τις γνώσεις, τις

πεποιθήσεις και τις στάσεις μεταναστευτικών ομάδων (μεταξύ των οποίων και Ρομά), προκειμένου να ενημερώσει τον σχεδιασμό ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου και θεραπείας για την HBV και την HCV στην ΠΦΥ, μπορούμε να αντλήσουμε μερικές ακόμα χρήσιμες πληροφορίες. Ενδεικτικά, σύμφωνα με τις πληροφορίες που αντλήθηκαν μέσα από τις ομάδες εστίασης, οι ενημερωτικές εκστρατείες πρέπει να φροντίζουν να μην προκαλούν ανησυχία ή φόβο για αυτές τις λοιμώξεις, καθώς μπορεί να αποθαρρύνουν τη συμμετοχή στον προληπτικό έλεγχο μέσω του φόβου της διάγνωσης, και παράλληλα μπορεί να επιδεινώσουν οποιοδήποτε στίγμα υπάρχει ήδη. Επίσης, προκύπτει ότι είναι απαραίτητη η συνεργασία μεταξύ εκπαιδευτών σε θέματα υγείας, μελών της κοινότητας, θρησκευτικών οργανώσεων κ.λπ. για την προφορική ενημέρωση σχετικά με την ηπατίτιδα και τον προληπτικό έλεγχο και ότι ενδέχεται να θεωρηθεί προσβλητική η χρήση επιστολής η οποία μπορεί να αναφέρει ότι η κοινότητά τους διατρέχει αυξημένο κίνδυνο μολυσματικής ασθένειας.<sup>282</sup>

Ακόμα, αναφορικά με τις παρεμβάσεις που αφορούν τα προφυλακτικά, από τη μελέτη των Kabakchieva et al.<sup>306</sup>, αναδείχτηκαν δύο ειδών παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τη χρήση τους, οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί. Συγκεκριμένα, οι ψυχολογικοί παράγοντες περιλάμβαναν: α. τη θετική στάση απέναντι στη χρήση του προφυλακτικού, β. την ισχυρή πρόθεση χρήσης προφυλακτικού, γ. τις θετικές συμπεριφορές και στάσεις ομοτίμων ως προς τη χρήση προφυλακτικών και δ. την αυτοπεποίθηση για τη δυνατότητα συμμόρφωσης με τις οδηγίες χρήσης προφυλακτικών σε δύσκολες καταστάσεις. Αντίστοιχα, οι κοινωνικοί περιλάμβαναν: α. την αγορά προφυλακτικών και β. τη διαθεσιμότητά τους όταν χρειάζονται. Συνεπώς, όπως καταλήγουν οι ερευνητές, σε σχέση με τη χρήση προφυλακτικού, προγράμματα πρόληψης τα οποία θα στοχεύουν σε σχετικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και δεξιότητες, ειδικά ατόμων νεαρής ηλικίας, μπορούν να φανούν χρήσιμα.<sup>306</sup>

Σε κάθε περίπτωση τα προγράμματα πρόληψης αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων σε κοινότητες Ρομά θα πρέπει: να αντιμετωπίζουν τις πιο κοινές επικίνδυνες πρακτικές συμπεριφοράς, να βελτιώνουν τις γνώσεις γύρω από τα μεταδιδόμενα νοσήματα και να ξεδιαλύνουν τις όποιες σχετικές παρανοήσεις υπάρχουν, να λαμβάνουν υπόψη τις έμφυλες δυναμικές και τη διαφορετική προσέγγιση που ενδέχεται να χρειάζεται ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία απευθύνονται



και να είναι προσαρμοσμένα στην κουλτούρα των Ρομά.<sup>152,282</sup> Μάλιστα, δεδομένης της μεγαλύτερης σεξουαλικής ελευθερίας των ανδρών Ρομά σε σχέση με τις γυναίκες Ρομά και της έκθεσής τους σε υψηλότερα επίπεδα κινδύνου, θα πρέπει οπωσδήποτε να δίνεται ιδιαίτερο βάρος σε προσεγγίσεις τροποποίησης της συμπεριφοράς των ανδρών.

149

Πέρα από το είδος των παρεμβάσεων, ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να έχει και ο τρόπος σχεδιασμού, υλοποίησης και αξιολόγησής τους. Για παράδειγμα, όπως επισημαίνουν οι Crondahl & Eklund Karlsson,<sup>310,341</sup> η βελτίωση των γνώσεων μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα που θα στοχεύουν στη βελτίωση της εγγραμματοσύνης υγείας σε κοινότητες Ρομά έχει νόημα, αν παράλληλα δίνεται η αναγκαία έμφαση στους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας, όπως επίσης αν λαμβάνονται υπόψη οι αντιλήψεις των ατόμων και των κοινοτήτων για το τι είναι για αυτούς υγεία και ποιότητα ζωής. Επιπλέον, όπως σημειώνουν και άλλοι ερευνητές<sup>310,342,343</sup>, η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας δεν οδηγεί αυτόματα σε ενδυνάμωση και, για να φτάσει σε αυτή, θα πρέπει να καλλιεργήσει υψηλότερα επίπεδα κριτικής σκέψης, συμπεριλαμβανομένης της αμφισβήτησης και του αναστοχασμού, και να παρέχει τα εφόδια για την εμπλοκή σε κοινωνικούς και πολιτικούς αγώνες.

Συνεπώς, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενα κεφάλαια, θα πρέπει να απομακρυνθούμε από τις παραδοσιακές βιοϊατρικές παρεμβάσεις και συστάσεις, οι οποίες φαίνεται να μην είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές<sup>312</sup>. Αντί αυτών, οφείλουμε να στραφούμε προς τη διερεύνηση άλλων προσεγγίσεων που φαίνεται να είναι πολλά υποσχόμενες όπως, για παράδειγμα, η συμμετοχική έρευνα-δράση<sup>229,232,233,344</sup>, η οποία στηρίζεται στη συμμετοχή της κοινότητας και τη διεπιστημονική συνεργασία<sup>228</sup>, και η οποία περιλαμβάνει στοιχεία κριτικής και αναστοχαστικής θεωρίας<sup>229-231</sup> και διαλογικής δημιουργίας επιστημονικής γνώσης<sup>234,328</sup>.

#### **11.2.4.2. Αναφορά εμπειρίας ατομικής συμβουλευτικής**

Από όσο γνωρίζουμε, δεν υπάρχει άλλη μελέτη διεθνώς πέρα από τη δική μας που να αναφέρεται στην εμπειρία γιατρών σχετικά με την ανακοίνωση σε Ρομά αποτελεσμάτων για αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα.

Σύμφωνα με τους γιατρούς της μελέτης, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες έδειξαν ενδιαφέρον για την **ανακοίνωση των αποτελεσμάτων** τους, παρά την όποια δυσκολία κατανόησης της φύσης των ασθενειών και των επιπτώσεων που έχουν αυτές στην υγεία. Μάλιστα, ενδεικτικό της σύγχυσης η οποία επικρατεί σχετικά με τις ιογενείς ηπατίτιδες στον εν λόγω πληθυσμό, είναι ότι ακόμα και τα άτομα που είχαν διαγνωστεί στο παρελθόν είτε με HBV είτε με HVC δεν ήταν σε θέση να περιγράψουν πώς κατανοούσαν τη φύση της ασθένειάς τους. Από την άλλη, δεν έλειψαν τα άτομα τα οποία, αν και είχαν διαγνωστεί παλιότερα, αφενός το απέκρυψαν και αφετέρου δεν ακολούθησαν ή δεν ολοκλήρωσαν τη θεραπεία τους. Επίσης, οι γιατροί αναφέρθηκαν στις δυσκολίες που αντιμετώπισαν κατά τη διάρκεια της ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων, εξαιτίας της απουσίας κατάλληλου χώρου. Τέλος, αναφέρθηκαν στα ποικίλα εμπόδια που προέκυψαν σχετικά με τις παραπομπές των ασθενών στα ηπατολογικά ιατρεία, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται οι δυσκολίες στον προγραμματισμό των ραντεβού και η δυσκολία πρόσβασης των ασθενών στα ιατρεία είτε για λόγους μη ασφαλιστικής κάλυψης σε θέματα υγείας, είτε για άλλους λόγους.

Τα ευρήματά μας σχετικά με τη δυσκολία κατανόησης της φύσης της HBV και της HCV από κοινωνικά ευπαθείς ομάδες, όπως οι Ρομά που διαμένουν σε κοινότητες, συμφωνούν και με άλλες μελέτες.<sup>281,282</sup> Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναδειχτεί το γεγονός ότι, πέρα από το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο το οποίο προφανώς ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για αυτό το εύρημα, σημαντικό ρόλο παίζει και η ελλιπής εκπαίδευση των γιατρών σχετικά με το πώς να επεξηγούν απλοϊκά στους ασθενείς όσα χρειάζεται να γνωρίζουν. Ενδεικτικά, χαρακτηριστικό είναι σχετικό παράδειγμα από την ποιοτική μελέτη των Jackson1 et al.,<sup>143</sup> σύμφωνα με την οποία μια Ρομά μαμά από τη Σλοβακία που διαμένει στη Γλασκώβη αναφέρει: *«Πήρα τον γιο μου δύο φορές [για εμβόλια]. Δεν ήξερα τι έλεγαν στην πραγματικότητα, δεν ήξερα σε τι χρησίμευε· δεν κατάλαβα. Αν πάω κάπου καταφέρνω να γίνω κατανοητή, εκείνη τη φορά δεν το έκανα.»* Επίσης, στην ίδια μελέτη μια Ιρλανδή Ταξιδιώτισσα (Traveller) σχολιάζει: *«Είναι καλή, μου αρέσει [η Επισκέπτης Υγείας]. Ανησυχείς για πράγματα και της λες «δεν ξέρω τι, τι να κάνω». Αυτή, θα σου πει, αλλά θα σου πει με τα λόγια μας με τα οποία καταλαβαίνουμε... ενώ αν πας σε γιατρό... θα κάτσει εκεί και θα σκέφτεσαι 'Δεν ξέρω τι λες. αλλά θα προσποιηθώ ότι ξέρω αλλιώς θα φαίνομαι ηλίθια', καταλαβαίνετε τι εννοώ;»*<sup>143</sup>

Η απόπειρα κάποιων συμμετεχόντων να αποκρύψουν από τους γιατρούς προηγούμενη διάγνωση, ενδεχομένως να εξηγείται από το φόβο και το άγχος που τους δημιουργείται απέναντι στην ασθένεια και από τον τρόπο που την αντιλαμβάνονται. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με ποιοτική μελέτη η οποία διερεύνησε την έννοια της υγείας και της αρρώστιας σε κοινότητες Ρομά της Ισπανίας μεταξύ 2013-2016<sup>345</sup>, η ανάγκη δράσης γίνεται σαφής μόνο όταν ένα άτομο εμφανίζει σοβαρές σωματικές επιπτώσεις και άρα θεωρείται ότι βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, όπως εξηγούν οι ίδιοι ερευνητές, επικρατεί η αιτιολογική απόδοση της νόσου, η οποία επηρεάζεται από τις έννοιες της φύσης, της θρησκείας και του χρόνου. Ειδικότερα, αυτή η αιτιολογική απόδοση της νόσου από τους Ρομά που διαμένουν σε κοινότητες, αναφέρεται σε έναν εξωτερικό τόπο ελέγχου (δυνάμεις της φύσης, Θεός) και παράλληλα ορίζεται από αυτό που βιώνουν στο παρόν. Ως αποτέλεσμα, αποφεύγουν να μιλούν για ασθένειες (αφού δεν αναφέρεται, δεν υπάρχει), αποκρύπτουν την ασθένειά τους και την πηγή της προέλευσης των σχετικών ιατρικών πληροφοριών και παραμένουν σε κατάσταση άρνησης μέχρι να φτάσει η υγεία τους σε οριακό σημείο.

345

Αναφορικά με τη μη συμμόρφωση των απομονωμένων Ρομά στις ιατρικές συστάσεις και τις συστάσεις για τη δημόσια υγεία, οι Belak et al., στηριζόμενοι σε δεδομένα 10 ετών που προέκυψαν από εθνογραφία και συστηματικές συνεντεύξεις σε κοινότητα Ρομά της Σλοβακίας, παρέχουν τη δική τους εξήγηση σχετικά με το «Γιατί οι απομονωμένοι Ρομά δεν κάνουν περισσότερα για την υγεία τους;». <sup>311</sup> Αναλυτικότερα, εντόπισαν τους ακόλουθους 7 μηχανισμούς που υποστηρίζουν τη μη συμμόρφωσή τους: α. η κατάσταση της φτώχειας των Ρομά, του διαχωρισμού και των υποτυπωδών υποδομών, β. ο τρόπος κοινωνικοποίησης των Ρομά στο πλαίσιο της κατάστασή τους. γ. η αντιληπτή αξία των εναλλακτικών πρακτικών των Ρομά, δ. οι ιδεολογίες αποκλεισμού των Ρομά από τους μη Ρομά και οι ιδεολογίες αυτο-αποκλεισμού των Ρομά, ε. οι ιδεολογίες και η παραπληροφόρηση των μη Ρομά κατά των Ρομά, στ. οι διακρίσεις, ο ρατσισμός και η δυσλειτουργική υποστήριξη προς τους Ρομά από τους μη Ρομά, και ζ. τα μειονεκτήματα που σχετίζονται με την συμμόρφωση. Όπως σημειώνουν, αυτοί οι μηχανισμοί σχηματίζουν ένα αλληλένδετο σύστημα που ελέγχεται και λειτουργεί μέσω των Ρομά όσο και των μη Ρομά. Επιπλέον, οι ίδιοι συγγραφείς επισημαίνουν ότι οι νέοι Ρομά, που κοινωνικοποιήθηκαν υπό την επίδραση

τέτοιων ιδεολογιών, έτειναν σταδιακά να γίνουν ενήλικες, οι οποίοι κατανοούσαν τους εαυτούς τους ως φυσικά λιγότερο ικανούς και ήταν πιο πιθανό να αποτύχουν στην συμμόρφωση.<sup>311</sup>

Η ίδια ερευνητική ομάδα μελέτησε επίσης το γιατί οι επαγγελματίες της πρώτης γραμμής της υγειονομικής περίθαλψης στη Σλοβακία δεν κάνουν περισσότερα για τους απομονωμένους Ρομά.<sup>346</sup> Σύμφωνα με τα ευρήματά τους, κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους, πολλοί επαγγελματίες αισθάνθηκαν αρχικά ότι είχαν υποχρέωση και ήταν επιμελείς όσον αφορά τους απομονωμένους ασθενείς Ρομά. Ωστόσο, με το πέρασμα του χρόνου ένιωσαν να αποτυγχάνουν, δεδομένης της απουσίας εξοπλισμού και της εγκατάλειψης, με αποτέλεσμα να απογοητευτούν, να παραιτηθούν από την ιδέα της ίσης μεταχείρισης ως προς την φροντίδα της ομάδας και να γίνουν κυνικοί.<sup>346</sup> Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω είναι αναγκαίο να λάβουν υποστήριξη σε σχέση με τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες και τα εργαλεία που χρειάζονται οι επιδημιολόγοι, οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας και το υγειονομικό προσωπικό, ώστε να λογοδοτούν με μεγαλύτερη ευαισθησία και αποτελεσματικότητα σχετικά με τις δυσμενείς δομικές και πολιτισμικές επιδράσεις στην υγεία των απομονωμένων Ρομά.<sup>347</sup>

Προς την ίδια κατεύθυνση και, σύμφωνα με έκθεση του European Public Health Alliance, ένας σημαντικός αριθμός ερευνών σχετικά με την ποικιλομορφία στα επαγγέλματα υγείας δείχνει ξεκάθαρα ότι η παρουσία περισσότερων επαγγελματιών υγείας Ρομά δε θα αποκόμιζε μόνο ατομικά, αλλά και πολλά συλλογικά οφέλη, κυρίως εξοικονομήσεις στην υγειονομική περίθαλψη, δικαιότερη ανακατανομή εξουσίας, πλούτου και κύρους καθώς και αμφισβήτηση των προκαταλήψεων και του ρατσισμού έναντι των Ρομά.<sup>348</sup>

Σχετικά με το σχολιασμό για τις δυσκολίες παραπομπής των συμμετεχόντων στα ηπατολογικά ιατρεία, βλ. σχετικά το [υποκεφάλαιο 11.4.3](#) (*Εμπόδια στην πρόσβαση*).

**Συμπερασματικά**, η μελέτη Hprolipsis είναι η πρώτη μελέτη στην Ελλάδα που παρέχει έγκυρα δεδομένα σχετικά με τα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα της HBV, της HCV και της HIV για τους Ρομά που διαμένουν σε κοινότητες στην Ελλάδα. Σύμφωνα με αυτά, αν και κανένας από τους Ρομά που συμμετείχαν στη μελέτη δε βρέθηκε θετικός σε αντισώματα έναντι της HIV, ο επιπολασμός HBV στους Ρομά που

διαμένουν σε κοινότητες στην Ελλάδα είναι σημαντικά υψηλότερος συγκριτικά με αυτόν στο γενικό πληθυσμό και αυτό φαίνεται να οφείλεται εν πολλοίς στο χαμηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και τις χειρότερες συνθήκες υγιεινής στους χώρους που ζουν. Αντίθετα, ο επιπολασμός της HCV ήταν σχετικά χαμηλός και οριακά μόνο υψηλότερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Τα δεδομένα μας σχετικά με τη συχνότητα της HBV και την HIV λοίμωξης συμφωνούν με αυτά άλλων μελετών <sup>140,349</sup>. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη το χαμηλό επίπεδο γνώσεων και την παρουσία αυξημένων παραγόντων κινδύνου στον πληθυσμό των Ρομά αναφορικά με την HBV, την HCV και την HIV, κρίνεται απαραίτητος ο κατάλληλος σχεδιασμός, η υλοποίηση και η αξιολόγηση σχετικών προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης των εν λόγω αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένων του εμβολιασμού, των εξετάσεων για νοσήματα, τη βελτίωση των γνώσεων και άλλες συμπεριφορές μείωσης κινδύνου. <sup>245,281,282,315</sup> Η χρήση του εννοιολογικού πλαισίου δράσης για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας <sup>350,351</sup> και οι προσεγγίσεις που στηρίζονται στην άμεση εμπλοκή των κοινοτήτων Ρομά <sup>229,232,233,344</sup>, τη διεπιστημονική συνεργασία <sup>228</sup>, την κριτική και αναστοχαστική θεωρία <sup>229-231</sup>, και τη διαλογική δημιουργία επιστημονικής γνώσης <sup>234,328</sup>, οφείλουν να αποτελέσουν κεντρικούς πυλώνες αυτών των προσπαθειών.

### **11.3. Αυτοαναφορά κατάστασης υγείας**

#### **11.3.1. Αυτοαξιολόγηση υγείας, χρόνια νοσήματα και συμπτώματα ψυχικής ασθένειας**

Η παρούσα μελέτη είναι μια από τις λίγες που αφενός εκτιμούν την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας, την παρουσία χρόνιων νοσημάτων και την παρουσία συμπτωμάτων ψυχικής ασθένειας σε Έλληνες Ρομά οι οποίοι ζουν σε διαφορετικές τυπολογίες οικισμών και αφετέρου διερευνούν τους σχετικούς παράγοντες κινδύνου στη διεθνή βιβλιογραφία. Τα ευρήματά μας έδειξαν ότι, αν και το 62% περίπου των συμμετεχόντων θεώρησαν την κατάσταση της υγείας τους ως καλή/πολύ καλή, σχεδόν οι μισοί από αυτούς είχαν διαγνωστεί με τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα. Επίσης, ότι οι γυναίκες βρίσκονταν σε δυσμενέστερη θέση σε σύγκριση με τους άνδρες.

Το ποσοστό των συμμετεχόντων που αυτοαξιολόγησαν την κατάσταση της υγείας τους ως καλή/πολύ καλή (62%) είναι κατά 12,4 μονάδες χαμηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας (74,4%) και 6,2 μονάδες χαμηλότερο από τον μέσο όρο των 34 κρατών-μελών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) για το ίδιο έτος (2015).<sup>352</sup>

Παρομοίως, το ποσοστό αυτών που είχαν διαγνωστεί το 2014 με τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα (48,9%), είναι σχεδόν δύο φορές υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα (23,9%) και σχεδόν 13 μονάδες υψηλότερο (32,5%) από τον μέσο όρο των 28 κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ).<sup>353</sup> Τα ευρήματα αυτά είναι παρόμοια με αυτά που προκύπτουν από τις πανελλήνιες μελέτες του ΥΠΕΚΑ<sup>39</sup> και του ΥΠΑΚΠ<sup>100</sup> (ένα στα δύο μέλη του νοικοκυριού και το 54,3% των συμμετεχόντων, αντίστοιχα) αλλά αρκετά διαφορετικά από αυτά που προκύπτουν από τις μελέτες Εύξεινη πόλη-Gitano (2008)<sup>79</sup> και FRA EU-MIDIS II (2015-2016)<sup>354</sup>, (15,8% και 14,0%, αντίστοιχα).

Αν και η συνεκτίμηση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τις μελέτες Εύξεινη πόλη-Gitano<sup>79</sup>, FRA πιλοτική<sup>246</sup> και την παρούσα, υποδεικνύει μια αυξανόμενη με

την πάροδο του χρόνου τάση του ποσοστού των Ρομά που αυτοαξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους ως κακή/πολύ κακή (8,3% το 2008, 11% το 2011 και 12,2% το 2015), η μελέτη FRA EU-MIDIS II <sup>354</sup> αναφέρει ένα αρκετά χαμηλότερο ποσοστό για το έτος 2015-2016 (7%). Ωστόσο, αυτά τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνεύονται προσεκτικά εξαιτίας των σημαντικών διαφορών στις εφαρμοζόμενες μεθοδολογίες (για διαφορές στη μεθοδολογία αυτών των μελετών βλ. [πίνακα 6.1](#))

Το υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων που ανέφεραν ότι δεν ήξεραν αν είχαν διαγνωστεί με κάποιο χρόνιο νόσημα στη μελέτη μας, θα μπορούσε να αποδοθεί στο χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης των Ρομά σε θέματα υγείας και στην έλλειψη κουλτούρας πρόληψης. <sup>233,312,317</sup> Παραδόξως, περισσότεροι συμμετέχοντες από τον τύπο 3 (παράγκες) σε σύγκριση με εκείνους από τον τύπο 1 (σπίτια) και 2 (μικτός), ανέφεραν ότι η υγεία τους ήταν καλή ή πολύ καλή, παρά την προσαρμογή για πιθανές διαφορές στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων από διαφορετικές τυπολογίες οικισμών· κατά προσέγγιση 1 στους 3 συμμετέχοντες από τον τύπο 3 (παράγκες) που είχαν δηλώσει κάποιο χρόνιο νόσημα, αυτοαξιολόγησαν την υγεία τους ως καλή/πολύ καλή. Ένα παρόμοιο φαινόμενο παρατηρήθηκε στη μελέτη Εύξεινη πόλη-Gitano (2008) <sup>79</sup>, καθώς οι συμμετέχοντες Έλληνες Ρομά, παρά το γεγονός ότι δήλωσαν ότι η κατάσταση υγείας τους είναι ίδια με το μέσο όρο των Ρομά στην Ευρώπη, φάνηκαν να έχουν υψηλότερα ποσοστά αναπηρίας ή χρόνιου νοσήματος.

Η «θετική» αυτοαξιολόγηση της γενικής κατάστασης υγείας μεταξύ των Ρομά δεν είναι ένα νέο εύρημα, καθώς, για παράδειγμα, η αυτο-αντανάκλαση της κατάστασης της υγείας τους, μπορεί να βασίζεται στο γεγονός ότι έχουν χαμηλότερη προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας, στην περιορισμένη επίγνωση που μπορεί να έχουν σε θέματα υγείας, στο πώς ερμηνεύουν την έννοια της υγείας και σε διάφορων ειδών προκαταλήψεις. <sup>355</sup>

Για παράδειγμα, σύμφωνα με ποιοτική μελέτη η οποία διερεύνησε την έννοια της υγείας και της αρρώστιας σε κοινότητες Ρομά της Ισπανίας μεταξύ 2013-2016 <sup>345</sup>, η κοσμοθεωρία τους γύρω από την αντίληψη της κατάσταση της υγείας τους οικοδομείται πάνω στο δίπολο «όχι άρρωστος/άρρωστος». Έτσι, όπως σημειώνουν οι ίδιοι ερευνητές, όταν κάποιος δεν αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως άρρωστο, η

αισιοδοξία και η ευτυχία έχουν προτεραιότητα ως συναισθήματα, με αποτέλεσμα να αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους μέσα από αυτό το πρίσμα. Επιπλέον, δεδομένου ότι τα προβλήματα υγείας των Ρομά γίνονται αντιληπτά από τους ίδιους μόνο όταν είναι ορατά, όταν φτάσουν σε οξείες μορφές και όταν η επίσκεψη στο γιατρό καταστεί «αναγκαία», αυτό σημαίνει ότι οι χρόνιες ασθένειες που μπορεί να έχουν, δεν γίνονται κατανοητές ως τέτοιες, σε περίπτωση που δεν παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα.<sup>345,355</sup>

Επίσης, η «θετική» αυτοαξιολόγηση της γενικής κατάστασης υγείας τους μπορεί να είναι το αποτέλεσμα των ισχυρών κοινωνικών δεσμών των Ρομά με τον πυρήνα και τα μέλη της εκτεταμένης οικογένειάς τους, το οποίο, με βάση το μοντέλο «γένεσης της υγείας» (Salutogenesis) του Antonovsky<sup>356</sup>, φαίνεται να λειτουργεί ως πηγή για γενική αντίσταση στο άγχος και τις δυσκολίες της ζωής<sup>155</sup>. Για παράδειγμα, σύμφωνα με ποιοτική μελέτη που αφορούσε Ρομά στη Σουηδία, οι όροι «υγεία», «ευημερία» και «ποιότητα ζωής» συχνά συνδέονταν με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και θεωρούνταν ως συλλογικό φαινόμενο και όχι ως ατομικές ή αυτόνομες εμπειρίες.<sup>357</sup> Σε κάθε περίπτωση, οι παραπάνω ερμηνείες είναι απλώς πιθανές εξηγήσεις και επομένως οι μελλοντικές σχετικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο ενσωμάτωσης ανθρωπολογικών προοπτικών και εργαλείων που θα επιτρέψουν την καλύτερη ερμηνεία τέτοιων «παζλ».

Αναφορικά με τις συνηθέστερα αναφερόμενες παθήσεις (διαγνωσμένες ή μη διαγνωσμένες) των Ρομά που ζουν σε κοινότητες στην Ελλάδα, η σύγκριση των διαθέσιμων δεδομένων είναι δύσκολη. Ειδικότερα, σύμφωνα με την παρούσα μελέτη αυτές ήταν η υψηλή αρτηριακή πίεση (15,7%), η υψηλή χοληστερόλη (11,8%), η κατάθλιψη (10,1%), τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (9,2%), οι καρδιαγγειακές παθήσεις (8,7%), ο σακχαρώδης διαβήτης (8,4%) και η αναιμία (6,4%). Ωστόσο, σύμφωνα με τη μελέτη του Δικτύου Ρομ (2000)<sup>39</sup> αυτές ήταν οι καρδιοπάθειες (18,1%), οι ασθένειες του αναπνευστικού (κυρίως άσθμα) (13,9%), οι ψυχικές ασθένειες (κυρίως μελαγχολία-κατάθλιψη) (12,1%) και οι νευρολογικές ασθένειες (κυρίως επιληψία) (6,8%), και σύμφωνα με τη μελέτη ΕΥΣΕΚΤ (2008)<sup>107</sup> ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι αναπηρίες, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, λοιπές ασθένειες και η επιληψία (δεν διευκρινίζεται το ποσοστό αυτών). Τέλος, σύμφωνα με



τη μελέτη Εύξεινη Πόλη-Gitano (2008)<sup>79</sup> ήταν η υψηλή αρτηριακή πίεση (16,3%), οι ημικρανίες ή οι πονοκέφαλοι (16,2%), η κατάθλιψη (13,7%), άλλες ψυχικές παθήσεις (12,8%), η υψηλή χοληστερόλη (12,1%), το στομαχικό έλκος (10,3%) και οι καρδιοαγγειακές παθήσεις (10,1%).

Συνεπώς, πέρα από τις όποιες παγίδες μπορεί να κρύβει η αυτοαναφορά μιας ασθένειας, ιδιαίτερα από ερωτώμενους χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, γίνεται αντιληπτό ότι ο διαφορετικός τρόπος που μπορεί να έχει τεθεί η σχετική ερώτηση (π.χ. αν είναι διαγνωσμένες ασθένειες ή όχι) αλλά και η διαφορετική μορφή που μπορεί να έχει η απάντηση σε αυτή (π.χ. ανοιχτού ή κλειστού τύπου, τρόπος κατηγοριοποίησης ασθενειών, κτλ.), δεν επιτρέπει τη διεξαγωγή έγκυρων παρατηρήσεων. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι οι προαναφερθείσες μελέτες (με εξαίρεση την παρούσα) δεν διαθέτουν τα αντίστοιχα δεδομένα για το γενικό πληθυσμό, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να γίνει οποιαδήποτε έγκυρη σύγκριση αναφορικά με τις διαφορές που ενδέχεται να υπάρχουν μεταξύ των δύο ομάδων και η οποία θα βοηθούσε στην αντίστοιχη χάραξη πολιτικών και υλοποίηση δράσεων. Συνεπώς, για ακόμα μια φορά αναδεικνύεται η ανάγκη για συλλογή χρήσιμων δεδομένων και συγκρίσιμων δεικτών σε μελέτες που αφορούν τους Ρομά στην Ελλάδα.

Αναφορικά με τη σύγκριση των διαθέσιμων δεδομένων της μελέτης Hprolipsis σχετικά με τις συνηθέστερες αναφερόμενες παθήσεις μεταξύ των Ρομά που ζουν σε κοινότητες στην Ελλάδα και του γενικού πληθυσμού, μπορούν να γίνουν διάφορα σχόλια. Συγκεκριμένα, οι συνηθέστερες αναφερόμενες παθήσεις του γενικού πληθυσμού ήταν η υψηλή χοληστερόλη (26,5%), η υψηλή αρτηριακή πίεση (26,1%), οι παθήσεις του αναπνευστικού (14,6%), ο σακχαρώδης διαβήτης (11,6%), η θυρεοειδοπάθεια (10,4%), η αλλεργία (9,4%) και η κατάθλιψη (4,3%).<sup>358</sup> Έτσι, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι, αν και οι δύο συχνότερα αναφερόμενες παθήσεις είναι ίδιες και στους δύο πληθυσμούς (υψηλή χοληστερόλη και αρτηριακή πίεση), στο γενικό πληθυσμό τα ποσοστά αυτά είναι κατά προσέγγιση διπλάσια σε σχέση με τα αντίστοιχα του πληθυσμού των Ρομά. Μια πιθανή εξήγηση για αυτό το φαινόμενο είναι ότι στον πληθυσμό των Ρομά ενδέχεται να υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων με μη διαγνωσμένες παθήσεις, γεγονός το οποίο, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, μπορεί με τη σειρά του να οφείλεται στις δυσκολίες πρόσβασης στο σύστημα υγείας που έχουν οι Ρομά

(βλ. επίσης [υποκεφάλαιο 10.4](#) και [υποκεφάλαιο 11.4](#) σχετικά) και στο χαμηλό εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Μια ακόμα σημαντική παρατήρηση, η οποία έρχεται σε αντίθεση με την προαναφερθείσα, είναι ότι η τρίτη συνηθέστερα αναφερόμενη ασθένεια για τους Ρομά ήταν η κατάθλιψη, το ποσοστό της οποίας ήταν υπερδιπλάσιο σε σχέση με το αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού (9,2% έναντι 4,3% αντίστοιχα) <sup>358</sup>. Μάλιστα, η χειρότερη ψυχική κατάσταση των Ρομά έναντι του γενικού πληθυσμού επιβεβαιώνεται και από τις απαντήσεις που δόθηκαν για την εκτίμηση παρουσίας συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά της παρουσίας συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης ήταν επίσης, κατά προσέγγιση, διπλάσια στους Ρομά (41,2% και 36,7% αντίστοιχα) έναντι του γενικού πληθυσμού (23,2% και 16,3% αντίστοιχα) <sup>358</sup>.  
[αναφορά]

Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν από τη μελέτη του Vorvolakos et al. <sup>359</sup>, η οποία σύγκρινε δεδομένα προερχόμενα από 122 Ρομά και 132 μη Ρομά ασθενείς που επισκέφτηκαν το Εξωτερικό Ψυχιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης κατά το 2002-2004. Συγκεκριμένα, το ποσοστό διάγνωσης με μείζονα κατάθλιψη στους Ρομά ήταν 45,4% και στους μη Ρομά ήταν 28,8% και επιπλέον οι Ρομά εμφάνισαν περισσότερα συμπτώματα σωματικών εκδηλώσεων, κατάθλιψης, άγχους, φοβικού άγχους, διαταραχών ύπνου, αποστροφής, αδιαφορίας και ενθουσιασμού, σε σχέση με τους μη Ρομά <sup>359</sup>. Η χειρότερη ψυχική κατάσταση των Ρομά έναντι του γενικού πληθυσμού, η οποία αποδίδεται σε κοινωνικούς, οικονομικούς και εκπαιδευτικούς παράγοντες, επαληθεύεται και από μελέτες άλλων ευρωπαϊκών χωρών. <sup>355,360-362</sup> Μάλιστα, σύμφωνα με μελέτη που υλοποιήθηκε στην Ουγγαρία και αφορούσε ασθενείς που είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, οι Ρομά έναντι των μη Ρομά φαίνεται να είχαν υψηλότερο ποσοστό μη αντιμετωπισμένων, μη αναγνωρισμένων ή υποδιαγνωσμένων προβλημάτων ψυχικής υγείας <sup>316</sup>.

### **11.3.2. Παράγοντες κινδύνου**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται σημαντικά με την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων ως μέτριας/κακής/πολύ κακής έναντι καλής/πολύ καλής ήταν η περιφέρεια διαμονής, η τυπολογία οικισμού, το φύλο, η ηλικιακή ομάδα, η συγκατοίκηση με σύντροφο, η παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης, η διατροφική ανασφάλεια και ο αριθμός των ποτηριών αλκοόλ που είχαν καταναλώσει την προηγούμενη εβδομάδα. Ακόμα, οι παράγοντες κινδύνου που φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά την παρουσία τουλάχιστον ενός χρόνιου νοσήματος έναντι της απουσίας του ήταν η ηλικιακή ομάδα, η παρουσία συμπτωμάτων άγχους, η διατροφική ανασφάλεια, ο αριθμός των ατόμων που ζουν στο σπίτι και το φύλο (το τελευταίο ήταν οριακά στατιστικά σημαντικό,  $p=0.052$ )

Εξ όσων γνωρίζουμε, εκτός από τη μελέτη των Pappa et al. <sup>98</sup>, δεν υπάρχουν άλλες μελέτες οι οποίες διερευνούν τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας και την παρουσία χρόνιων νοσημάτων των Ελλήνων Ρομά με τις οποίες θα μπορούσαμε να συγκρίνουμε τα ευρήματά μας. Ωστόσο, πολλά σχόλια μπορούν να σημειωθούν. Τα ευρήματά μας που αφορούν τα μοτίβα τα οποία παρατηρούνται σχετικά με τις διαφορές γύρω από τις διαφορετικές τυπολογίες οικισμού (δηλαδή, η καλύτερη αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των ατόμων που διαβιούν σε χειρότερες συνθήκες), έρχονται σε αντίθεση με αυτά μιας μελέτης που διεξήχθη στην Αγγλία <sup>156</sup>. Παρόλα αυτά δεν είναι εφικτό από τα συγχρονικά μας δεδομένα να προσδιορίσουμε εάν η τυπολογία οικισμού έχει επίδραση στην υγεία ή το αντίστροφο (αντίστροφη αιτιότητα).

Όπως ήταν αναμενόμενο, το ποσοστό της αυτοαξιολόγησης της υγείας ως κακής/πολύ κακής και της παρουσίας χρόνιων νοσημάτων αυξάνεται με την ηλικία. Ωστόσο, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι η αύξηση των αναφερόμενων προβλημάτων υγείας στους ηλικιωμένους Ρομά είναι πολύ πιο απότομη, καθώς για τα άτομα ηλικίας 65 ετών το ποσοστό αυτό φτάνει το 70% για τους Ρομά, ενώ το αντίστοιχο για τους μη Ρομά είναι 56%. <sup>355</sup>

Η διαπίστωση της χειρότερης αυτοαξιολόγησης της κατάστασης υγείας, των υψηλότερων ποσοστών αυτοαναφοράς χρόνιων νοσημάτων και ψυχικών συμπτωμάτων των γυναικών Ρομά σε σύγκριση με τους άνδρες Ρομά βρίσκεται σε

αντιστοιχία με αρκετές παρόμοιες μελέτες Ρομά που διεξήχθησαν στην Ελλάδα 79,98,100,354,363,364 και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες<sup>365,366</sup>. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής για τη δημόσια υγεία οφείλουν να είναι ενήμεροι σχετικά με την κοινή βασική αρχή της διάστασης του φύλου σε θέματα που αφορούν την ενσωμάτωση των Ρομά<sup>331</sup> και να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στην αλληλεπίδραση αυτού με την τάξη και το έθνος, η οποία συχνά παραβλέπεται ή/και παρεξηγείται.<sup>157,367</sup>

Σε αντιστοιχία με τη μελέτη μας, η μη συγκατοίκηση με σύντροφο αποτελούσε παράγοντα κινδύνου για αυτοξιολόγηση της κατάστασης της υγείας ως κακής/πολύ κακής στην έρευνα των Pappa et al.<sup>98</sup>, αν και ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν στο σπίτι δεν φάνηκε να είναι σημαντικός καθοριστικός παράγοντας. Ωστόσο, ο προστατευτικός ρόλος της ύπαρξης συντρόφου σε αυτές τις δύο μελέτες, φαίνεται να έρχεται σε αντίθεση με αυτό που προέκυψε από μια ισπανική μελέτη, σύμφωνα με την οποία όσοι δεν ήταν ανύπαντροι, είχαν περισσότερες πιθανότητες να αυτοαξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας τους ως πολύ κακή.<sup>366</sup>

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, το οποίο θεωρείται ένας από τους πιο σημαντικούς κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας<sup>368</sup>, αναγνωρίστηκε ως σημαντικός καθοριστικός παράγοντας στη μελέτη των Pappa et al.<sup>98</sup>, αλλά αυτό δεν συνέβη στη μελέτη μας. Ωστόσο, με βάση άλλα ευρήματα<sup>173</sup>, το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο φαίνεται να είναι αυτό που συνδέεται με την καλύτερη αυτοαξιολόγηση της υγείας. Επομένως, αυτό το «παράδοξο» της μελέτης μας θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι μόνο το 9% των συμμετεχόντων μας είχαν φοιτήσει σε κάποια τάξη της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και άρα ενδεχομένως αυτός να είναι ο λόγος για τον οποίο το εκπαιδευτικό επίπεδο να μην μπόρεσε να αναδειχθεί ως σημαντικός παράγοντας.

Μια παρόμοια εξήγηση θα μπορούσε να ισχύει για το οικογενειακό εισόδημα το οποίο, επίσης, δε βρέθηκε να σχετίζεται με την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας στη μελέτη μας. Το εισόδημα μπορεί να μην διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, όταν γίνεται σύγκριση μεταξύ των Ρομά που ζουν στις κοινότητές τους, καθώς, στην πραγματικότητα, η πλειονότητα αυτών είναι πολύ φτωχοί. Αυτό το εύρημα είναι σε συμφωνία με αυτό που προέκυψε από μια μελέτη στη Σλοβακία<sup>369</sup>, αλλά σε διαφωνία με αυτό που προέκυψε από μια μελέτη που υλοποιήθηκε στη Βουλγαρία, την Ουγγαρία και τη Ρουμανία<sup>370</sup>.

**Συμπερασματικά**, τα αποτελέσματα της μελέτης μας σχετικά με την αυτοαναφορά της κατάστασης της υγείας, της παρουσίας χρόνιων νοσημάτων και της παρουσίας συμπτωμάτων ψυχικής ασθένειας υπογραμμίζουν τη χειρότερη κατάσταση της υγείας των Ρομά σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό και παρέχουν μια βάση για μελλοντικές συγκρίσεις. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη, (π.χ. αυτοαξιολόγηση της κατάστασης της υγείας, αυτοαναφορά της παρουσίας χρόνιου νοσήματος, αυτοαναφορά της διατροφικής ανασφάλειας κλπ.), αν και τυποποιημένοι για τον γενικό πληθυσμό, θα μπορούσαν να είναι πολύ παραπλανητικοί όταν χρησιμοποιούνται σε έρευνες για Ρομά που διαμένουν σε κοινότητες Ρομά, καθώς αυτός ο πληθυσμός φαίνεται να έχει πολύ χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και διαφορετικές αντιλήψεις σε θέματα υγείας.<sup>371</sup> Επί του παρόντος, φαίνεται να υπάρχει έλλειψη ενημερωτικών και συγκρίσιμων σχετικών δεικτών μεταξύ των μελετών. Ως εκ τούτου, πρέπει να καταβληθούν μεγαλύτερες προσπάθειες για το συνδυασμό αυτών των δεικτών με ουσιαστικές και αξιόπιστες βάσεις δεδομένων σε θέματα υγείας.<sup>355</sup> Μια προσέγγιση «γένεσης της υγείας» (salutogenic approach) και η χρήση της Κλίμακας Αίσθησης Συνοχής (Sense of Coherence scale) θα μπορούσαν να συνδυαστούν ως ένα έγκυρο, αξιόπιστο και ένα διαπολιτισμικά εφαρμόσιμο εργαλείο για τη «μέτρηση» της υγείας, το οποίο και θα επιτρέψει μια ορθότερη ερμηνεία τέτοιων δεδομένων.<sup>372</sup>

## 11.4. Υπηρεσίες υγείας

### 11.4.1. Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, κατά προσέγγιση 50% των Ρομά ήταν ανασφάλιστοι και μάλιστα το ποσοστό αυτό έφτανε, κατά προσέγγιση, το 60% για τους άνδρες και τους συμμετέχοντες από τον τύπο 2 (μικτός). Το υψηλότερο ποσοστό προνοιακής ασφάλισης, κατά προσέγγιση από 25% και πάνω, είχαν οι συμμετέχοντες από τον τύπο 3 (παράγκες), οι συμμετέχοντες από την Κεντρική Μακεδονία και οι γυναίκες. Από την άλλη, το μεγαλύτερο ποσοστό ασφάλισης στον ΕΟΠΥΥ είχαν οι συμμετέχοντες από τον τύπο 1 (σπίτια). Οι επικρατέστεροι λόγοι μη ασφαλιστικής κάλυψης σε θέματα υγείας ήταν η αμέλεια από την πλευρά τους και οι δυσκολίες που ενέχουν οι σχετικές γραφειοκρατικές διαδικασίες.

Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες στην Ελλάδα, το ποσοστό συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι είχαν ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας ήταν 67.3% το 2000 σύμφωνα με τη μελέτη του Δικτύου Ρομ, 32,8% το 2008 σύμφωνα με τη μελέτη ΕΥΣΕΚΤ, 27,5% το 2008 σύμφωνα με τη μελέτη Εύξεινη Πόλη-Gitano (2008),<sup>101</sup> 60% το 2011 σύμφωνα με τη μελέτη FRA πιλοτική και 79% το 2015-2016 σύμφωνα με τη μελέτη FRA EU-MIDIS II.<sup>39,100,101,246,247</sup> Τα ποσοστά αυτά, με εξαίρεση αυτό της μελέτης ΕΥΣΕΚΤ<sup>100</sup> και της μελέτης Εύξεινη Πόλη-Gitano<sup>101</sup>, είναι αρκετά υψηλότερα συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό της δικής μας μελέτης (48,1%). Μάλιστα, σύμφωνα με τη μελέτη FRA EU-MIDIS II, η οποία πραγματοποιήθηκε περίπου την ίδια περίοδο με τη μελέτη Hprolipsis, το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά μεγαλύτερο, δηλ. κατά προσέγγιση 31 μονάδες παραπάνω.

Αναφορικά με τα δεδομένα που αφορούν τον οργανισμό ασφάλισης (π.χ. ποσοστό προνοιακής ασφάλισης), τα οποία ενδεχομένως να βοηθούσαν σε καλύτερη κατανόηση της κατάστασης της ασφαλιστικής κάλυψης σε θέματα υγείας, δυστυχώς είναι εξαιρετικά περιορισμένα (μόνο οι μελέτες του Δικτύου Ρομ<sup>39</sup> και της ΕΥΣΕΚΤ<sup>100</sup> διαθέτουν κάποια από αυτά). Παράλληλα ο διαφορετικός τρόπος που τίθενται οι

ερωτήσεις σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας<sup>32</sup>, οι διαφορετικές πιθανές απαντήσεις<sup>33</sup>, καθώς επίσης η πολυπλοκότητα του συστήματος ασφάλισης, οι συνεχείς αλλαγές σε αυτό τις τελευταίες δεκαετίες και οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ αυτού της Ελλάδας και άλλων ευρωπαϊκών χωρών, κάνουν εξαιρετικά δύσκολη την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων στο εν λόγω θέμα.<sup>39,100,101,246</sup>

Επιπλέον, σε αυτό το σημείο αξίζει να επισημανθεί ότι τα παραπάνω αποτελέσματα στην ουσία αποτελούν αυτοαναφορές των ίδιων των συμμετεχόντων και όχι αντικειμενικά δεδομένα που προκύπτουν βάσει της εκάστοτε νομοθεσίας, γεγονός το οποίο ενδέχεται να ενέχει ένα σημαντικό μέρος σφάλματος. Για παράδειγμα, δεν διευκρινίζεται σε καμία από αυτές τις περιπτώσεις αν τα άτομα που δήλωσαν ως ασφαλισμένα είχαν οφειλές στο ταμείο ασφάλισής τους και άρα στην πραγματικότητα να μην είχαν πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Από την άλλη, δεν μπορεί να είναι βέβαιο ότι τα άτομα τα οποία δήλωσαν ανασφάλιστα γνώριζαν τα δικαιώματά τους σχετικά με την πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Για παράδειγμα, όπως αναφέρθηκε και στο υποκεφάλαιο 2.3, το 2016 ψηφίστηκε νομοθετική πρωτοβουλία σύμφωνα με την οποία θεσπίστηκε το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων και των Ρομά. Ωστόσο, δεν γνωρίζουμε τι ποσοστό των συμμετεχόντων στη μελέτη FRA EU-MIDIS II (2016) μπορεί να το γνώριζε αυτό ή όχι.

Παρόλες τις δυσκολίες καταγραφής, σύγκρισης και ερμηνείας δεδομένων σχετικά με αυτό το θέμα, η χαμηλότερη ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας για τους Ρομά σε σχέση με το γενικό πληθυσμό διαφόρων χωρών της ευρωπαϊκής ένωσης έχει

---

<sup>32</sup> Για παράδειγμα, στην παρούσα μελέτη τέθηκε η ερώτηση «Έχετε κάποια ασφάλιση αυτή την περίοδο;» και στη μελέτη FRA EU-MIDIS II τέθηκε η ερώτηση «Το [ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ] καλύπτει αυτή τη στιγμή τις δαπάνες σας για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη; Έχετε κάποια πρόσθετη ασφαλιστική κάλυψη;»

<sup>33</sup> Για παράδειγμα, στη μελέτη Εύξεινη Πόλη-Gitano (2008),<sup>101</sup> οι πιθανές απαντήσεις σε ερώτηση σχετικά με το είδος της υγειονομικής κάλυψης ήταν α. «Ασφαλισμένος άμεσα ή έμμεσα με πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας», β. «Άλλη Δημόσια ασφάλιση», γ. «Ιδιωτική ασφάλιση», δ. «Άλλες μορφές κάλυψης μέσω πληρωμών», ε. «Όχι κάλυψη από Ταμείο Κοινωνικής προστασίας αλλά πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας», στ. «Όχι κάλυψη από Ταμείο Κοινωνικής προστασίας αλλά από ΜΚΟ», ενώ στη μελέτη FRA πιλοτική (2011)<sup>102</sup> οι πιθανές απαντήσεις σε ερώτηση για το αν έχουν κάποια μορφή ιατρικής ασφάλισης ήταν α. «Ναι» και β. «Όχι».

επαληθευτεί μέσα από σημαντικές μελέτες.<sup>166,246</sup> Σύμφωνα με έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με τις μειονότητες και τις διακρίσεις, αν και το 95 % έως 98 % των Ρομά σε Ισπανία, Πορτογαλία και Σλοβακία καλύπτονται είτε από το εθνικό σύστημα βασικής ασφαλιστικής κάλυψης είτε από πρόσθετη ασφάλιση, μόλις 45 % των Ρομά στη Βουλγαρία και 54% των Ρομά στη Ρουμανία δήλωσαν ότι έχουν ασφαλιστική κάλυψη.<sup>88</sup>

Στην Ελλάδα, από όσο γνωρίζουμε, η μοναδική μελέτη η οποία παρέχει δεδομένα επ' αυτού του ζητήματος δηλ. δεδομένα για την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας των Ρομά και του γενικού πληθυσμού, τα οποία μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους είναι η μελέτη Hprolipsis. Ειδικότερα, κατά προσέγγιση, 5 στους 10 Ρομά δήλωσαν ανασφάλιστοι ενώ η αντίστοιχη αναλογία για το γενικό πληθυσμό είναι μόλις 1 στους 10.<sup>358</sup>

Σε σχέση με τους λόγους της μη ασφαλιστικής κάλυψης των Ρομά σε θέματα υγείας, δε γνωρίζουμε άλλες μελέτες στην Ελλάδα που να παρέχουν τέτοια δεδομένα. Ωστόσο, ένας από τους βασικούς λόγους που αναδείχτηκε μέσα από τη δική μας μελέτη, δηλαδή οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σε σχέση με τη γραφειοκρατία, αναδεικνύεται εξίσου και από άλλες μελέτες<sup>39,106</sup> ως ένα ζήτημα το οποίο αποτελεί βασικό εμπόδιο προς την κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση των Ρομά και τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους. Τέλος, σε κάθε περίπτωση οφείλουμε να επισημάνουμε ότι τα στοιχεία αυτά, δεδομένου ότι αφορούν την περίοδο αμέσως πριν από τη σημαντική αλλαγή που επήλθε με τη νομοθετική πρωτοβουλία του 2016 για το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, είναι πάρα πολύ πιθανό να έχουν αλλάξει σημαντικά από τότε.

#### **11.4.2. Χρήση και αξιολόγηση**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης 64,6% των συμμετεχόντων είχαν **επισκεφτεί κάποιο γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες**. Το ποσοστό αυτό ήταν υψηλότερο για τις **γυναίκες** σε σχέση με τους άνδρες (74,8% έναντι 61,4% αντίστοιχα).



Επίσης 10,3% των συμμετεχόντων χρειάστηκε να **νοσηλευτούν**. Από αυτούς που είχαν επισκεφτεί κάποιο γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες, 84,6% είχαν επισκεφτεί **δημόσιο φορέα** (νοσοκομείο ή κέντρο υγείας). Τα ποσοστά αυτά είναι παρόμοια με αυτά που προέκυψαν από τη μελέτη Εύξεινη Πόλη-Gitano (2008) <sup>101</sup>. Ειδικότερα, 76,2% των συμμετεχόντων είχαν επισκεφτεί κάποιο γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες, 19,7% χρειάστηκαν νοσηλεία και 85,1% επισκέφθηκαν δημόσιο φορέα. Επιπλέον, 30,9% χρησιμοποίησε τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης τους τελευταίους 12 μήνες και 63,3% από αυτούς έκαναν χρήση από 2 φορές και πάνω. <sup>101</sup> Συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ για το έτος 2014, οι Ρομά φαίνεται να είχαν υψηλότερο ποσοστό επίσκεψης σε κάποιο γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες (64,6% έναντι 58,8%, αντίστοιχα) και παρόμοιο ποσοστό ανάγκης νοσηλείας (10,3% έναντι 9,7%, αντίστοιχα). <sup>373</sup>

Αναφορικά με την οδοντιατρική πρόληψη και θεραπεία, στη μελέτη μας, 26% των συμμετεχόντων είχαν πραγματοποιήσει επίσκεψη σε **οδοντίατρο** τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ 16,3% δεν είχαν επισκεφτεί ποτέ οδοντίατρο. Τα ποσοστά αυτά είναι σχετικά βελτιωμένα σε σχέση με τη μελέτη του Δικτύου Ρομ (2000) <sup>39</sup>, στην οποία μόλις το 10,0% επισκεπτόταν τακτικά οδοντίατρο, τη μελέτη ΕΥΣΕΚΤ (2008) <sup>100</sup>, στην οποία 41,2% δεν είχε πάει ποτέ στον οδοντίατρο και 48,5% πήγαινε σπάνια, και τη μελέτη Εύξεινη Πόλη-Gitano (2008) <sup>101</sup>, στην οποία 22,9% είχε επισκεφτεί οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες και 24,7% δεν είχε πάει ποτέ.

Η συχνότητα επίσκεψης σε οδοντίατρο των Ρομά σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό φαίνεται να είναι κατά πολύ χαμηλότερη. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ για το έτος 2014, 47,4% του γενικού πληθυσμού επισκέφθηκε οδοντίατρο/ορθοδοντικό τους τελευταίους 12 μήνες, 49,2% ένα χρόνο πριν ή περισσότερο και μόνο 3,3% δεν έχουν επισκεφτεί ποτέ οδοντίατρο. <sup>373</sup>

Τα παραπάνω στοιχεία επιβεβαιώνουν υπάρχουσες ενδείξεις ότι οι Ρομά τείνουν να χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με διαφορετικό τρόπο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, δηλ. συχνότερη χρήση επείγουσών ιατρικών υπηρεσιών (κυρίως από τις γυναίκες Ρομά) και χαμηλότερη χρήση προληπτικών. <sup>142,374</sup> Προς αυτή την κατεύθυνση, οι Devaux & Loope <sup>375</sup> σε έκθεση στην οποία εξετάζουν τις σχετιζόμενες με το εισόδημα ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, αναφέρουν ότι οι λιγότερο πλούσιοι επισκέπτονται τους γενικούς γιατρούς

πιο συχνά από τα πιο πλούσια τμήματα του πληθυσμού, αλλά κάνουν λιγότερες επισκέψεις σε οδοντιάτρους και ειδικούς.

Μια πιθανή ερμηνεία για αυτό το μοτίβο χρήσης των υπηρεσιών υγείας είναι ότι σε αρκετές χώρες οι επείγουσες ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν.<sup>142</sup> Επίσης, μπορεί να σχετίζεται με αντιλήψεις που μπορεί να έχουν οι Ρομά, όπως για παράδειγμα η πεποίθηση ότι αφενός η έλλειψη συμπτωμάτων ασθένειας ισοδυναμεί με καλή κατάσταση υγείας και αφετέρου ότι η εμφάνισή τους, την οποία συνδέουν με αναπηρία και εγγύτητα στο θάνατο, απαιτεί επείγουσες και άμεσες λύσεις.<sup>158,317,355</sup> Ακόμα, σύμφωνα με ποιοτική μελέτη η οποία διερεύνησε την έννοια της υγείας και της αρρώστιας σε κοινότητες Ρομά της Ισπανίας μεταξύ 2013-2016,<sup>345</sup> φαίνεται να επικρατεί η ιδέα ότι οι Ρομά δεν δραστηριοποιούνται ως προς τη φροντίδα της υγείας τους και ότι εκχωρούν αυτή τη διαδικασία στη φιγούρα του γιατρού, με αποτέλεσμα την εξάρτηση από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, αυτή η ιδέα πιθανόν να ευνοείται από τη θεώρηση των μη Ρομά ότι οι αιτίες της ασθένειας των Ρομά, αποτελούν χαρακτηριστικό της κουλτούρας τους.<sup>345</sup>

Αναφορικά με τη γενική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στη μελέτη μας, 57,5% των Ρομά συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι πολύ καλή/καλή, ενώ αναφορικά με την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με παλιότερα, περίπου 17% δήλωσαν ότι είναι χειρότερη. Σε παρόμοια συμπεράσματα φαίνεται να είχε καταλήξει και η μελέτη ΕΥΣΕΚΤ (2008)<sup>100</sup>. Συγκεκριμένα, 66,1% των συμμετεχόντων είχαν δηλώσει πολύ/αρκετά ικανοποιημένοι σε σχέση με την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα ΙΑΚ ήταν κατά πολύ υψηλότερο (97,4%). Επιπλέον, στην ίδια μελέτη οι δύο επικρατέστερες απαντήσεις σχετικά με το τι θα έπρεπε να αλλάξει στις κοινωνικές υπηρεσίες προκειμένου να βελτιωθεί η πρόσβαση των Ρομά σε αυτές ήταν: α. αλλαγή αντιμετώπισης από τους υπαλλήλους/καλύτερη εξυπηρέτηση και β. καλύτερη ενημέρωση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.<sup>100</sup> Τέλος, οι ίδιοι ερευνητές είχαν συμπεράνει ότι οι Ρομά εκφράζουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης για τις υπηρεσίες που έχουν σχεδιαστεί και εφαρμόζονται αποκλειστικά για την ομάδα τους (θετικές δράσεις) και παράλληλα είχαν διαπιστώσει την ανάγκη αλλαγών στη νοοτροπία και την οργάνωση των δημοσίων κοινωνικών υπηρεσιών<sup>100</sup>.

### 11.4.3. Εμπόδια στην πρόσβαση

Αναφορικά με τη δυνατότητα πρόσβασης σε ιατρική εξέταση ή θεραπεία τους τελευταίους 12 μήνες, 37,5% των Ρομά συμμετεχόντων της μελέτης Hprolipsis χρειάστηκαν πρόσβαση αλλά δεν την είχαν. Μάλιστα, το ποσοστό αυτό ήταν μεγαλύτερο για τις γυναίκες (40,4%), τους συμμετέχοντες ηλικίας από 50 ετών και πάνω (47,9%), για τους ανασφάλιστους (56,7%) και για τους συμμετέχοντες με τουλάχιστον ένα χρόνια πρόβλημα υγείας (63,5%). Ο επικρατέστερος λόγος της αδυναμίας πρόσβασης των συμμετεχόντων ήταν το οικονομικό (74,4%). Με σημαντική διαφορά ακολούθησαν οι κοινωνικο-οικονομικοί λόγοι (31,7%), όπως η απόσταση από τη δομή υγείας, η αδυναμία εύρεσης χρόνου λόγω δουλειάς ή φύλαξης παιδιών, κτλ., και οι προσωπικοί λόγοι (26,1%), όπως η αμέλεια, ο φόβος, κτλ.

Συγκρίνοντας τα παραπάνω αποτελέσματα με τα αντίστοιχα της μελέτης Εύξεινη Πόλη-Gitano (2008)<sup>79</sup>, FRA πιλοτική (2011)<sup>246</sup> και FRA EU-MIDIS II (2016)<sup>88</sup> φαίνεται ότι η κατάσταση είχε σημαντική επιδείνωση ως προς τη δυνατότητα πρόσβασης σε γιατρό ή θεραπεία για το έτος 2015, στη διάρκεια του οποίου πραγματοποιήθηκε η μελέτη Hprolipsis.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τη μελέτη Εύξεινη Πόλη-Gitano (2008)<sup>79</sup>, 20,6% των ενήλικων Ρομά συμμετεχόντων στην Ελλάδα χρειάστηκαν αλλά δεν έλαβαν ιατρική βοήθεια τους προηγούμενους 12 μήνες<sup>34</sup>. Το ποσοστό αυτό ήταν το υψηλότερο ανάμεσα σε Ρομά συμμετέχοντες από 7 χώρες της ΕΕ και ήταν κατά 12,5 μονάδες υψηλότερο από το μέσο όρο (8%) των Ρομά συμμετεχόντων από τις 7 χώρες της ΕΕ.<sup>79</sup> Οι κύριοι λόγοι για τους οποίους δεν κατάφεραν να λάβουν ιατρική βοήθεια ήταν οικονομικής φύσης και πιο συγκεκριμένα, 21,8% δήλωσαν ότι δεν είχαν τα χρήματα που απαιτούνταν, 11,5% ότι η ασφάλισή τους δεν κάλυπτε την επίσκεψη και 10,9% ότι δεν είχαν ασφάλιση.

Η κατάσταση φαίνεται να βελτιώθηκε σε πολύ μεγάλο βαθμό το 2011 για τους Ρομά συμμετέχοντες από την Ελλάδα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης FRA

---

<sup>34</sup> Το ποσοστό των ενήλικων Ρομά συμμετεχόντων που χρειάστηκαν και έλαβαν ιατρική βοήθεια ήταν 79,4%. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι δεν γίνεται αναφορά στο ποσοστό αυτών που ενδέχεται να μη χρειάστηκαν καθόλου ιατρική βοήθεια.

πιλοτική <sup>246</sup>. Ειδικότερα, μόλις 5% των Ρομά συμμετεχόντων από την Ελλάδα δεν μπόρεσαν να καλύψουν την ανάγκη τους για κάποια ιατρική εξέταση ή θεραπεία τους προηγούμενους 12 μήνες<sup>35</sup>. Το ποσοστό αυτό ήταν ίδιο με το μέσο όρο των Ρομά από τις 11 συμμετέχουσες χώρες της ΕΕ της ίδιας μελέτης και μόλις 3 μονάδες παραπάνω σε σχέση με τους μη Ρομά που ζούσαν σε κοντινή απόσταση από τους Ρομά συμμετέχοντες στην Ελλάδα <sup>246</sup>.

Τέλος, αν και η μελέτη FRA EU-MIDIS II (2016) πραγματοποιήθηκε περίπου το ίδιο διάστημα ή λίγο μετά την παρούσα μελέτη, τα αντίστοιχα αποτελέσματα φαίνεται να είναι σημαντικά καλύτερα. Αν και δεν διατίθενται αναλυτικά δεδομένα ανά χώρα για αυτό το δείκτη, αναφέρεται ότι, ανάλογα με τη χώρα, ποσοστό μεταξύ 1 % και 7 % των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι αδυνατούσαν να λάβουν την απαραίτητη περίθαλψη ή αγωγή. <sup>88</sup>

Η αρκετά μεγάλη διαφορά που παρατηρείται στο ποσοστό των συμμετεχόντων που χρειάστηκαν αλλά δεν έλαβαν ιατρική βοήθεια κατά τους προηγούμενους 12 μήνες μεταξύ της Hprolipsis και των μελετών που προαναφέρθηκαν, είναι αρκετά πιθανό να σχετίζεται με μεθοδολογικά ζητήματα, όπως για παράδειγμα στις διαφορές που υπάρχουν στη δειγματοληψία, στον τρόπο που τέθηκε η ερώτηση, στην επιλογή των πιθανών απαντήσεων, κτλ. Ωστόσο, ο επικρατέστερος λόγος ενδέχεται να σχετίζεται με την οικονομική κρίση και τις σημαντικές επιπτώσεις που είχαν τα μέτρα λιτότητας στην υγεία του συνόλου του ελληνικού πληθυσμού. <sup>376,377</sup> Συγκεκριμένα, ένας από τους πιο επιβαρυντικούς παράγοντες σε ό,τι αφορά την δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας για τους Ρομά ενδεχομένως να ήταν η αλλαγή που επήλθε από την αριθ. Υ4α/οικ.165114/ΦΕΚ 2080/31/12/2010 κοινή υπουργική απόφαση για τον καθορισμό αμοιβής εξετάστρων των προσερχόμενων στα νοσηλευτικά ιδρύματα και τα κέντρα υγείας. <sup>378</sup>

Ειδικότερα, σύμφωνα με αυτή, από την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 2011 οι προσερχόμενοι στα εξωτερικά ιατρεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ασθενείς για εξέταση έπρεπε να καταβάλλουν 5 ευρώ ως αμοιβή για τα εξέταστρα. Μεταξύ των εξαιρέσεων, οι οποίες προβλέπονταν από την εγκύκλιο με αριθμό πρωτοκόλλου Υ4α/οικ 1329/04/01/2011,

---

<sup>35</sup> Το ποσοστό των Ρομά συμμετεχόντων που χρειάστηκαν και έλαβαν ιατρική βοήθεια ήταν 36% και το ποσοστό αυτών που δεν χρειάστηκαν καθόλου ιατρική βοήθεια ήταν 59%.

ήταν οι κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας (ασφάλιση πρόνοιας)<sup>379</sup>. Επιπλέον, σύμφωνα με το νόμο υπ' αριθ. 4093/12/11/2012, από την 1η Ιανουαρίου του 2014 ορίστηκε η καταβολή 25 ευρώ σε περίπτωση εισαγωγής για νοσηλεία σε Νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ.<sup>380</sup> Τα δεδομένα στον τομέα της πρόσβασης στο σύστημα υγείας αλλάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό, όπως είχε αναφερθεί και στο υποκεφάλαιο 2.3, το 2016, έτος κατά το οποίο θεσπίστηκε το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.<sup>47,48</sup> Συνεπώς, η αρκετά μεγάλη διαφορά που παρατηρείται μεταξύ της μελέτης μας και των μελετών FRA πιλοτική (2011) και FRA EU-MIDIS II (2016) αναφορικά με τη δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας ενδέχεται να αντανακλά τις πολύ σοβαρές επιπτώσεις της εφαρμογής της πολιτικής για καταβολή αμοιβής για τα εξέταστρα και την εισαγωγή για νοσηλεία σε δημόσιες δομές υγείας, η οποία διήρκεσε από το 2011 έως τις αρχές του 2016.

Οι Ρομά συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας και σύμφωνα με τα στοιχεία που προέκυψαν από την έρευνα της ΕΕ για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης των Νοικοκυριών (EU-SILC) για το έτος 2016<sup>381</sup>, φαίνεται να δήλωσαν κατά 23 μονάδες παραπάνω ότι δεν καλύφθηκαν οι ανάγκες τους για ιατρική εξέταση ή θεραπεία τους προηγούμενους 12 μήνες (37,5% έναντι 14,4% αντίστοιχα). Επίσης, για τους Ρομά συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης και τον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας, η έλλειψη οικονομικής δυνατότητας αποτέλεσε τον κύριο λόγο για τον οποίο δεν έλαβαν την ιατρική εξέταση ή θεραπεία που χρειάστηκαν (74,4% έναντι 83,2%, αντίστοιχα), ενώ η δεύτερη και τρίτη κατά σειρά απαντήσεις που έδωσαν στην κάθε ομάδα διέφερε (απόσταση από τη δομή υγείας/απουσία μεταφορικού μέσου: 18,6% και αμέλεια: 13,1% έναντι λίστας αναμονής: 6,1% και έλλειψης χρόνου: 2,6%).<sup>381</sup>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολλαπλής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης της παρούσας μελέτης, η ηλικιακή ομάδα και η ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας σχετίζονταν σημαντικά με την αδυναμία πρόσβασης στο σύστημα υγείας κατά το προηγούμενο έτος. Ειδικότερα, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και τα άτομα χωρίς ασφαλιστική κάλυψη είχαν σε μεγαλύτερο βαθμό αδυναμία πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Επιπλέον, η περιφέρεια και το αν είχαν πάει σχολείο σχετίζονταν σημαντικά με την αδυναμία πρόσβασης στο σύστημα υγείας για λόγους οικονομικούς κατά το

προηγούμενο έτος. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες από την περιφέρεια της Θεσσαλίας και της Δυτικής Ελλάδας και τα άτομα που δεν είχαν πάει ποτέ σχολείο είχαν σε μεγαλύτερο βαθμό αδυναμία πρόσβασης στο σύστημα υγείας για λόγους οικονομικούς.

Οι συμμετέχοντες από τις περιφέρειες της Θεσσαλίας και της Δυτικής Ελλάδας είχαν κατά προσέγγιση 16 και 8 φορές περισσότερες πιθανότητες αδυναμίας κάλυψης των ιατρικών τους αναγκών για λόγους οικονομικούς σε σχέση με τους συμμετέχοντες από Κεντρική Μακεδονία και Αττική. Μια πιθανή ερμηνεία για αυτό το φαινόμενο είναι η μικρότερη διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας στην επαρχία σε σχέση με τις δύο μεγαλύτερες πόλεις στην Ελλάδα. Το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ως ανασταλτικός παράγοντας στην κάλυψη ιατρικών αναγκών για λόγους οικονομικούς, εκτός από τη μελέτη μας, έχει επίσης αναδειχτεί ως τέτοιο σε αντίστοιχη μελέτη η οποία αφορούσε το γενικό πληθυσμό της Ελλάδας.<sup>382</sup> Ωστόσο, το φύλο και η οικονομική κατάσταση, παράγοντες οι οποίοι επίσης φάνηκαν να επηρεάζουν σημαντικά τις πιθανότητες αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας για οικονομικούς λόγους στην εν λόγω μελέτη<sup>382</sup>, δεν αναγνωρίστηκαν στη δική μας ως τέτοιοι.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί η σημασία που έχει το γεγονός ότι στην παρούσα μελέτη οι αναλύσεις που πραγματοποιούνται αφορούν τους Ρομά μεταξύ τους και όχι σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Αυτό ενδέχεται να έχει ιδιαίτερη σημασία καθώς, σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες η επίδραση της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης των Ρομά στην υγεία τους αναγνωρίζεται ως ιδιαίτερα σημαντική όταν υπάρχει σύγκριση με το γενικό πληθυσμό<sup>365,383,384</sup>, αλλά όχι όταν υπάρχει σύγκριση μεταξύ της ίδιας της ομάδας των Ρομά<sup>369</sup>.

Σχετικά με τους λόγους για τους οποίους μπορεί να μην είχε καταστεί εφικτή η πρόσβαση των Ρομά σε υπηρεσίες υγείας όταν υπήρξε ανάγκη, έχουν γίνει αναφορές στη μελέτη ΕΥΣΕΚΤ (2008)<sup>100</sup> και τη μελέτη Εύξεινη Πόλη-Gitano (2008)<sup>79</sup>. Ωστόσο, στην πρώτη περίπτωση οι λόγοι αυτοί (π.χ. η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης και η απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας) είναι εκτιμήσεις των ερευνητών (δε συμπεριλαμβάνονταν σχετικές ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο) και στη δεύτερη περίπτωση, αν και στο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθηκαν σχετικές ερωτήσεις, οι λόγοι που καταγράφηκαν δεν αναλύθηκαν στη συνέχεια περαιτέρω. Συνεπώς, από όσο

γνωρίζουμε, η παρούσα μελέτη δίνει για πρώτη φορά στην Ελλάδα σχετικά αναλυτικά δεδομένα.

Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν και τα αποτελέσματα της FRA EU-MIDIS II (2016) <sup>88</sup>, σύμφωνα με τα οποία 20% των Ρομά συμμετεχόντων από την Ελλάδα δήλωσαν ότι υπέστησαν διακριτική μεταχείριση λόγω καταγωγής Ρομά κατά την πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη κατά τους προηγούμενους 12 μήνες. Το ποσοστό αυτό, πέρα του ότι ήταν το υψηλότερο μεταξύ των Ρομά από 9 συμμετέχουσες χώρες και παραπάνω από διπλάσιο (8%) σε σχέση με το μέσο όρο των Ρομά από τις 9 συμμετέχουσες χώρες, ήταν και το υψηλότερο σε σχέση με άλλες μειονοτικές ομάδες, όπως πρόσφατοι μετανάστες και άτομα με καταγωγή από τη βόρεια Αφρική. <sup>385</sup> Όπως δήλωσαν οι Ρομά συμμετέχοντες από την Ελλάδα, οι κύριοι λόγοι για τους οποίους θεώρησαν ότι υπέστησαν διακριτική μεταχείριση ήταν το χρώμα του δέρματός τους/η φυσική τους εμφάνιση (60%), η προφορά τους/ο τρόπος που μιλάνε τη γλώσσα της χώρας (40%) και ο τρόπος που ήταν ντυμένοι (36%). Μόλις 2% των Ρομά συμμετεχόντων από την Ελλάδα υπέβαλαν σχετικό παράπονο όταν συνέβη αυτό, ενώ οι υπόλοιποι δεν υπέβαλαν, επειδή θεωρούσαν ότι μια καταγγελία δε θα άλλαζε κάτι (52%), δεν γνώριζαν πώς να προβούν στη διαδικασία της καταγγελίας (29%) και φοβόντουσαν ότι θα είχαν αρνητικές συνέπειες (26%). <sup>247</sup>

Ωστόσο, σύμφωνα με μια αξιολόγηση των πρωτοβουλιών νομικής υπεράσπισης στη Δημοκρατία της Βόρειας Μακεδονίας, υπάρχουν ενδείξεις ότι μετά από λίγα μόλις χρόνια παρεμβάσεων από ΜΚΟ (από το 2012 έως το 2015), σημειώθηκε πρόοδος στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ νόμου και πρακτικής για την πρόσβαση των Ρομά στην υγειονομική περίθαλψη. <sup>386</sup>

Η επίδραση του ρατσισμού στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας έχει επίσης αναδειχθεί από πλήθος άλλων μελετών. Αναλυτικότερα, οι Javenic et al. διεξήγαγαν μια ποιοτική μελέτη προκειμένου να διερευνήσουν πώς ο ρατσισμός κατά των γυναικών Ρομά επηρέασε την πρόσβασή τους στη μητρική υγειονομική περίθαλψη στα Βαλκάνια. <sup>169</sup> Σύμφωνα με αυτή, ο ρατσισμός λειτουργεί στα ακόλουθα τρία πεδία: α. ρατσισμός με προσωπική διαμεσολάβηση, ο οποίος αναφέρεται στις αντιλήψεις και τις αλληλεπιδράσεις με το σύστημα υγείας και ο οποίος σχετίζεται κυρίως με καταστάσεις κακής ποιότητας φροντίδας και προβλήματα επικοινωνίας, β. εσωτερικευμένος ρατσισμός, ο οποίος συνδέεται με ψυχολογικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης

της έλλειψης αυτο-αποτελεσματικότητας (π.χ. δυσπιστία των γυναικών για την αποτελεσματικότητα της υποβολής καταγγελίας σχετικά με τη θεραπεία που έλαβαν), χαμηλής αυτοεκτίμησης και φόβου και γ. θεσμικός ρατσισμός, ο οποίος περιλαμβάνει ζητήματα που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον και τους πόρους, τη λογοδοσία του συστήματος υγείας, τα οικονομικά ζητήματα ή την εκπαίδευση. Οι ίδιοι ερευνητές καταλήγουν ότι οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στη μητρική υγεία θα πρέπει να στοχεύουν στην αντιμετώπιση του ρατσισμού και στα τρία αυτά πεδία.<sup>169</sup>

Σε αντίστοιχα συμπεράσματα καταλήγει μια πρόσφατη μελέτη για Ρομά στην Φιλανδία.<sup>387</sup> Συγκεκριμένα, η αντίληψη της άδικης μεταχείρισης σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης ήταν σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της μη κάλυψης ιατρικών αναγκών από γενικούς ιατρούς και νοσηλευτές. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι οι άγαμοι ή οι διαζευγμένοι και όσοι είχαν χαμηλότερη εκπαίδευση, ήταν πιο πιθανό να βιώσουν περισσότερες φορές το αίσθημα της μη κάλυψης των ιατρικών αναγκών τους σε σχέση με τις αντίθετες ομάδες.<sup>387</sup>

Ακόμα, σύμφωνα με δεδομένα από τη Σλοβάκικη μελέτη Herameta<sup>388</sup>, η χειρότερη αυτοαξιολόγηση της υγείας των Ρομά φαίνεται να εξηγείται εν μέρει από τη χειρότερη πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, οι Ρομά ανέφεραν ότι η έλλειψη χρημάτων για φάρμακα και μεταφορά και η κακή εμπειρία, ο φόβος ή η έλλειψη εμπιστοσύνης είναι τα πιο συνηθισμένα εμπόδια που αντιλαμβάνονται. Αυτοί οι φραγμοί, σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, μπορούν να θεωρηθούν ως θεσμικές και ενδοπροσωπικές διακρίσεις έναντι των Ρομά που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας τους.<sup>388</sup>

Ακόμα, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση του 2018 που έλαβε υπόψη τα αποτελέσματα 99 μελετών από 32 χώρες, ο τρόπος οργάνωσης των συστημάτων υγείας, οι διακρίσεις, η κουλτούρα και η γλώσσα, η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας, τα χαρακτηριστικά του χρήστη υπηρεσιών και οι οικονομικοί λόγοι αποτελούν τα βασικά εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για τους Ρομά.<sup>389</sup> Από την άλλη, όπως υποστηρίζουν οι ίδιοι ερευνητές, ο ρόλος που μπορεί να παίζουν οι ειδικοί της κοινότητας, οι υπηρεσίες προσέγγισης στο πεδίο, οι υπηρεσίες με εξειδίκευση στους Ρομά, η ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας, τα έντυπα αρχεία, η εκπαίδευση του



υγειονομικού προσωπικού και η συλλογική εργασία, αποτελούν πολλά υποσχόμενες στρατηγικές αύξησης χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά.<sup>389</sup>

Συνεπώς, όπως υποστηρίζουν και οι συγγραφείς μιας από τις μεγαλύτερες μελέτες για την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας των Ρομά,<sup>166</sup> η ασφαλιστική κάλυψη υγείας φαίνεται να είναι απαραίτητος αλλά όχι επαρκής παράγοντας για να διασφαλιστεί ότι οι Ρομά θα μπορούν να έχουν έγκαιρη και υψηλής ποιότητας πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες. Σχετικό παράδειγμα προκύπτει και από τη μελέτη των Stojisavljevic et al.,<sup>390</sup> σύμφωνα με την οποία οι Ρομά γυναίκες από δύο κοινότητες της Βοσνίας – Ερζεγοβίνης είχαν ακάλυπτες ανάγκες υγείας λόγω των συνθηκών στις οποίες ζούσαν, παρά το γεγονός ότι η πλειονότητά τους (94%) είχε ασφάλιση υγείας και η καθολική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στη χώρα τους ήταν νομικά κατοχυρωμένη.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, οι όποιες σημαντικές ανισότητες στην ασφαλιστική κάλυψη μεταξύ Ρομά και μη Ρομά είναι μόνο ένα μικρό μέρος της δεινής κατάστασης που αντιμετωπίζουν και στην ουσία είναι το σύμπτωμα του αποκλεισμού τους από τα συστήματα που χρησιμοποιούν οι κοινωνίες για να προστατεύσουν τα μέλη τους από κοινωνικές και οικονομικές δυσκολίες.<sup>166</sup> Άλλωστε, τα κοινωνικο-επιδημιολογικά στοιχεία τα τελευταία 50 χρόνια έδειξαν ότι οι μεγάλες ανισότητες στον τομέα της υγείας οφείλονται κυρίως σε συστηματικές ανισότητες στις συνθήκες που συμβάλλουν στο να αρρωσταίνουν οι άνθρωποι, παρά σε συστηματικές διαφορές στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των ήδη ασθενών.<sup>214</sup>

**Συμπερασματικά**, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των Ρομά που ζουν σε κοινότητες σε σχέση με το γενικό πληθυσμό είναι δυσκολότερη και σχετίζεται με περισσότερα και πιο πολύπλοκα εμπόδια. Δεδομένου ότι η δημόσια υγειονομική περίθαλψη, ανάλογα με το βαθμό πρόσβασης σε αυτή, αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο αποκλεισμού ή ενσωμάτωσης,<sup>391</sup> η πολιτεία οφείλει να εξασφαλίσει ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας και ταυτόχρονα να άρει όλα τα εμπόδια που υπάρχουν προς αυτή την κατεύθυνση. Ειδικότερα, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα αίτια για τη μη κάλυψη των ιατρικών αναγκών των Ρομά σχετίζονται άμεσα με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας,<sup>132,139</sup> οι ειδικοί χάραξης πολιτικής οφείλουν να πραγματοποιήσουν διαρθρωτικές αλλαγές σύμφωνα με το εννοιολογικό

πλαίσιο δράσης για τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας του ΠΟΥ.

350

## 11.5. Περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη μας υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς. Το δείγμα μας, ελλείψει δεδομένων απογραφής για τους Ρομά στην Ελλάδα, δεν ήταν τυχαιοποιημένο, αλλά βασίστηκε σε δειγματοληψία ποσοτώσεων, γεγονός το οποίο ενδέχεται να έχει εισαγάγει στη μελέτη συστηματικό σφάλμα επιλογής (selection bias). Επιπλέον, εξαιτίας του περιορισμένου διαθέσιμου προϋπολογισμού, δεν επιλέχθηκαν οικισμοί στους οποίους κατά κύριο λόγο διαμένουν Μουσουλμάνοι Ρομά (π.χ. Αλάν Κουγιού, Κομοτηνής), αφήνοντας έτσι εκτός μελέτης μια σημαντική πληθυσμιακή ομάδα που συγκαταλέγεται στους Ρομά που κατοικούν στην Ελλάδα. Παρόλα αυτά, η προσπάθεια συλλογής και σύνθεσης πληροφοριών για διαφορετικούς τύπους οικισμών Ρομά, η μέθοδος δειγματοληψίας πολλαπλών σταδίων που χρησιμοποιήθηκε και η συνεργασία με έμπειρους ερευνητές, διαμεσολαβητές υγείας και μέλη από τις κοινότητες των Ρομά που επισκεφτήκαμε, υποδηλώνουν ότι τα ευρήματα είναι πιθανό να είναι αντιπροσωπευτικά για τους Ρομά που ζουν σε οικισμούς στην Ελλάδα.

Ένας άλλος περιορισμός ήταν ότι η συλλογή πληροφοριών με ακρίβεια για ορισμένες συγκεκριμένες μεταβλητές, όπως το οικογενειακό εισόδημα, δεν ήταν εφικτή λόγω της ευαισθησίας αυτών των ερωτήσεων, οι οποίες, ενδεχομένως να είχαν αρνητικό αντίκτυπο στη συνεργασία μας με τον πληθυσμό. Επιπλέον, όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενες αντίστοιχες μελέτες <sup>39,100</sup>, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι οι απαντήσεις ενός πληθυσμού με τέτοιο υψηλό ποσοστό αναλφαβητισμού ενδέχεται να δημιουργούν αποκλίσεις από την πραγματικότητα. Για παράδειγμα, σε κάποιες περιπτώσεις, η χρήση διοικητικής (π.χ. «Τι είδους ασφάλιση υγείας έχετε;») ή και ιατρικής ορολογίας («Έχετε κάνει ποτέ εξέταση για ηπατίτιδα Β;», «Έχετε ποτέ διαγνωσθεί με κάποια από τις παρακάτω ασθένειες;» κλπ.) είναι πιθανό να μη γινόταν πλήρως κατανοητή.

Ακόμα, όπως έχουν σημειώσει και άλλοι ερευνητές στην Ελλάδα <sup>38</sup>, η κατάσταση της συνέντευξης καθ' αυτή αποτελεί σε κάποιες περιπτώσεις ένα κώδικα ξένο προς αυτή την κοινωνική ομάδα, ο οποίος οδηγεί τους ερωτώμενους σε απαντήσεις στερεότυπες, ανακριβείς, αόριστες, συγκεχυμένες και εν τέλει μη έγκυρες. Ως αποτέλεσμα, παρά την προσπάθεια για προσαρμογή των ερωτήσεων και την παροχή διευκρινίσεων, όπου

απαιτούνταν, οι συμμετέχοντες ενδέχεται να απαντούσαν σε ερωτήσεις που δεν μπορούσαν να κατανοήσουν ή ακόμα και να έδιναν τις απαντήσεις τις οποίες θεωρούσαν ότι έπρεπε να δώσουν.

Τέλος, παρά τη συνεργασία και παρά το ότι σε κάποιες περιπτώσεις επιδιώξαμε τη συνδιαμόρφωση αξόνων της μελέτης με εκπροσώπους και διαμεσολαβητές Ρομά, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ότι η συμμετοχική έρευνα-δράση θα ήταν σημαντικά πιο ουσιώδης. Καίριας σημασίας θα ήταν και ο συνδυασμός με ποιοτικά δεδομένα, τα οποία θα προσέφεραν μια αρκετά καλύτερη εικόνα της οπτικής των ίδιων των συμμετεχόντων ως προς τα ερευνώμενα ερωτήματα και παράλληλα θα μας παρείχαν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις αντιλήψεις, τις πεποιθήσεις και τα βαθύτερα κίνητρά τους. Ωστόσο, δεσμευόμαστε να λειτουργήσουμε προς αυτή την κατεύθυνση σε αντίστοιχα μελλοντικά εγχειρήματα.

## 11.6. Πρωτοτυπία και ισχυρά σημεία

Η μελέτη Hprolipsis εξασφάλισε, σε αρκετά μεγάλο βαθμό, την αξιοπιστία των παρεχόμενων δεδομένων μέσω της χρήσης ενοποιημένης μεθοδολογίας και τυποποιημένων εργαλείων. Ταυτόχρονα, έδωσε για πρώτη φορά τη δυνατότητα σύγκρισης αξιόπιστων δεδομένων μεταξύ διαφορετικών ομάδων πληθυσμού (γενικός πληθυσμός, μετανάστες και Ρομά) και κατέδειξε την ανάγκη χρήσης κατάλληλων και συγκρίσιμων δεικτών για σχετικές μελέτες σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και ειδικά όσον αφορά την πληθυσμιακή ομάδα των Ρομά.

Ειδικότερα, επαλήθευσε, επικαιροποίησε και ενίσχυσε την πλειονότητα των διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης, με τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, με την αυτοαναφορά της κατάστασης της υγείας και με τη δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας των Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα. Επίσης, αποτέλεσε μια από ελάχιστες διαθέσιμες μελέτες διεθνώς που προσφέρουν έγκυρες ποσοτικές εκτιμήσεις και εμπειρικά δεδομένα, σχετικά με: α. τον καταρράκτη θεραπείας, β. τις γνώσεις, γ. τους παράγοντες κινδύνου των αιματογενώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων της HBV, της HCV και της HIV στην παραπάνω ομάδα και δ. την αξιολόγηση των σχετικών δράσεων ευαισθητοποίησης που υλοποιήθηκαν.

Μάλιστα, μέχρι και σήμερα, έχει προσφέρει στη διεθνή βιβλιογραφία τις πρώτες δημοσιεύσεις σε επιστημονικό περιοδικό με κριτές, σχετικά με: α. την αναλυτική περιγραφή του πρωτοκόλλου που ακολουθήθηκε για την εκτίμηση του επιπολασμού της HBV, της HCV και της HIV, σε εθνικό επίπεδο <sup>392</sup>, β. τις συνθήκες διαβίωσης, την αυτοαναφορά της κατάστασης της υγείας και τους συναφείς κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας των Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα, σε εθνικό επίπεδο <sup>393</sup> και γ. τη διερεύνηση του θεσμού των Ρομά διαμεσολαβητών υγείας στην Ελλάδα μέσα από εμπειρικά δεδομένα <sup>215</sup>.

Η Hprolipsis υλοποιήθηκε σύμφωνα με τις συστάσεις του «Πρακτικού Οδηγού για την Υλοποίηση Δράσεων Προαγωγής Υγείας με τους Ρομά» του προγράμματος «Νέοι Ρομά Διαμεσολαβητές Υγείας» <sup>222</sup> και, ως τέτοια, είχε ευρεία αποδοχή από τις κοινότητες των Ρομά, δημιουργώντας σχέσεις εμπιστοσύνης. Επιπλέον, δεν αποτέλεσε μόνο μια ερευνητική μελέτη αλλά και ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα, που παρείχε

στην κοινότητα δράσεις ευαισθητοποίησης σχετικά με την HBV, την HCV και την HIV, καθώς επίσης ατομική συμβουλευτική, διασύνδεση και παραπομπή των οροθετικών ατόμων σε αντίστοιχες δομές υγείας και εμβολιασμό έναντι της HBV στους επίνοσους συμμετέχοντες.

Τα παραπάνω ποσοτικά και εμπειρικά δεδομένα μπορούν να συμβάλουν καθοριστικά στον αρτιότερο σχεδιασμό πολιτικών δημόσιας υγείας και παράλληλα να αποτελέσουν τη βάση για την παρακολούθηση της κατάστασης και την αξιολόγηση των πολιτικών που εφαρμόζονται.

## 12.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα δεδομένα που προκύπτουν από τη μελέτη Hprolipsis μπορούν να συμβάλουν καθοριστικά στον αρτιότερο σχεδιασμό πολιτικών δημόσιας υγείας για τους Ρομά που διαμένουν σε οικισμούς στην Ελλάδα και παράλληλα να αποτελέσουν τη βάση για την παρακολούθηση της κατάστασης και την αξιολόγηση των προγραμμάτων που εφαρμόζονται σε αυτό τον τομέα. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, παραθέτουμε στη συνέχεια τα βασικά συμπεράσματα και τις προτάσεις μας:

- Οι εξαιρετικά ανησυχητικοί δείκτες οι οποίοι καταγράφηκαν και από την παρούσα μελέτη αναφορικά με τις **συνθήκες διαβίωσης** και την **κοινωνικο-οικονομική κατάσταση** των Ρομά που διαμένουν σε κοινότητες στην Ελλάδα, καταδεικνύουν για ακόμα μια φορά την αναγκαιότητα σχεδιασμού, υλοποίησης και αξιολόγησης ολοκληρωμένων σχεδίων δράσης, τα οποία θα πρέπει να παρέχουν ταυτόχρονα ουσιώδη υποστήριξη στους τομείς της υγείας, της απασχόλησης, της στέγασης και της εκπαίδευσης.<sup>394</sup> Επιπλέον, επισημάνθηκε η ανάγκη για:
  - **έγκυρα, περισσότερα, λεπτομερέστερα και επικαιροποιημένα δεδομένα**, τα οποία θα μπορέσουν να προσφέρουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για το βαθμό στον οποίο βιώνουν συστηματικό και πολυεπίπεδο αποκλεισμό από την κυρίαρχη κοινωνία
  - **συγκρίσιμους δείκτες** αφενός σε επίπεδο διαφορετικών **πληθυσμών υπό μελέτη** (Ρομά, γενικός πληθυσμός, μετανάστες, άστεγοι, κτλ.) και αφετέρου σε **περιφερειακό, εθνικό και διεθνές επίπεδο**, οι οποίοι θα επιτρέψουν την σε βάθος κατανόηση των ζητημάτων που αντιμετωπίζει η κάθε ομάδα και παράλληλα θα αποτελέσουν τη βάση για την αξιολόγηση των πολιτικών που εφαρμόζονται
  - μεγαλύτερη έμφαση στην καταγραφή δεδομένων που αφορούν την **περιβαλλοντική δικαιοσύνη** στις κοινότητες Ρομά στην Ελλάδα, η οποία θα αναδείξει ότι ο περιβαλλοντικός ρατσισμός που υφίστανται (συστηματική άρνηση περιβαλλοντικών υπηρεσιών, καταναγκασμός διαβίωσης και εργασίας σε περιβαλλοντικά υποβαθμισμένες τοποθεσίες

κλπ.) είναι δομικός και αλληλένδετος με τις υπόλοιπες διαστάσεις διακρίσεων και αποκλεισμών που υπόκεινται (στέγαση, εκπαίδευση, υγεία και εργασία) <sup>264,395,396</sup>

- Αν και κανένας από τους Ρομά που συμμετείχαν στη μελέτη δε βρέθηκε θετικός σε αντισώματα έναντι της **HIV**, ο επιπολασμός της **HCV** και, κυρίως, της **HBV** στους Ρομά που διαμένουν σε κοινότητες στην Ελλάδα είναι σημαντικά υψηλότερος σε σχέση με αυτόν του γενικού πληθυσμού. Επιπλέον, οι Ρομά που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν χαμηλό ποσοστό εμβολιασμού έναντι της HBV, χαμηλό ποσοστό προηγούμενης προληπτικής εξέτασης, χαμηλό επίπεδο γνώσεων και παρουσία αυξημένων παραγόντων κινδύνου αναφορικά με την HBV, την HCV και την HIV. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, κρίνεται απαραίτητος ο κατάλληλος σχεδιασμός, η υλοποίηση και η αξιολόγηση σχετικών προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης των εν λόγω αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, τα οποία θα πρέπει να εξασφαλίσουν:
  - ένα ολοκληρωμένο σχέδιο για τον συστηματικό και συνεχιζόμενο **εμβολιασμό**, συμπεριλαμβανομένου του εμβολίου έναντι της HBV, των παιδιών Ρομά στην Ελλάδα, κεντρικά σημεία του οποίου θα είναι η σταθερή και συνεχιζόμενη λειτουργία ιατρείων εμβολιασμού ελεύθερης και δωρεάν πρόσβασης κοντά ή μέσα σε κάθε οικισμό. <sup>285</sup> Στα ιατρεία αυτά θα πρέπει να εξασφαλιστεί η επαρκής στελέχωση, η συνεχής παροχή εμβολίων, η απλοποίηση των σχετικών διαδικασιών και ο συστηματικός συντονισμός όλων των πρωτοβουλιών εφαρμογής εμβολιασμού <sup>285</sup>
  - την αύξηση ευκαιριών για **προληπτικές εξετάσεις** για αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα κοντά ή μέσα σε κάθε οικισμό και, σε περίπτωση οροθετικότητας, την παραπομπή και διασύνδεση με τις σχετικές δομές υγείας <sup>349,397</sup>
  - την καθολική και δωρεάν πρόσβαση **στη διαγνωστική** (βιοχημικός έλεγχος ήπατος, ιικά φορτία, έλεγχος με ελαστογραφία ήπατος και υπερηχογραφικός έλεγχος) **και θεραπευτική διαδικασία** για την HCV, όπως έχει ήδη γίνει επιτυχημένα σε άλλες χώρες, όπως στην Αίγυπτο <sup>111</sup>, μέσω της συλλογής και ανάλυσης στοιχείων που θα επιτρέψουν τη



λήψη των αποτελεσματικότερων μέτρων προς αυτή την κατεύθυνση.<sup>398</sup> Ειδικότερα, αν και έχει υπάρξει σχετική πρόοδος τα τελευταία χρόνια (π.χ. διαβούλευση για τη μείωση των τιμών των φαρμάκων, κάλυψη του κόστους του γονότυπου και της ελαστογραφίας για την HCV κλπ.), εξακολουθούν να υπάρχουν ουσιαστικά ελλείμματα ως προς την έγκαιρη διάγνωση, την απλοποίηση των διαδικασιών πρόσβασης στις σχετικές υπηρεσίες υγείας και τη δυνατότητα λήψης θεραπείας (π.χ. για τη λήψη θεραπείας ο ασθενής πρέπει να διαθέτει ΑΜΚΑ και αφού καταχωρηθεί στο μητρώο ασθενών θα πρέπει να λάβει τη σχετική έγκριση) Μάλιστα, αυτά τα ελλείμματα είναι ακόμα πιο σημαντικά για κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, όπως οι Ρομά οι οποίοι υπόκεινται σε πολλαπλούς φραγμούς πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

- την αύξηση παροχής υπηρεσιών **μείωσης της βλάβης** στα άτομα που κάνουν χρήση ενέσιμων ναρκωτικών (θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης, παροχή καθαρών συρίγγων κλπ.), δεδομένου ότι, επί του παρόντος, η μετάδοση της HCV στην Ελλάδα συμβαίνει κυρίως σε αυτόν τον πληθυσμό και ότι στην περίπτωση της HCV ισχύει η έννοια της θεραπείας ως πρόληψης (εάν τα εν λόγω άτομα λάβουν θεραπεία και θεραπευτούν, δεν είναι πλέον μεταδοτικά)<sup>399</sup>
- την υλοποίηση **προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας** στις κοινότητες των Ρομά, οι στόχοι των οποίων θα συμπεριλαμβάνουν τη μείωση των πιο κοινών επικίνδυνων πρακτικών συμπεριφοράς, τη βελτίωση των γνώσεων και τη διάλυση παρανοήσεων γύρω από τα μεταδιδόμενα νοσήματα. Επιπλέον, τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να λάβουν υπόψη τις έμφυλες δυναμικές, τη διαφορετική προσέγγιση που ενδέχεται να απαιτείται ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία θα απευθύνονται και την ανάγκη προσαρμογής τους στην κουλτούρα των Ρομά
- Αν και τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επαληθεύουν και υπογραμμίζουν τη χειρότερη **κατάσταση της υγείας των Ρομά** σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, υπάρχει ανάγκη για πιο έγκυρα, περισσότερα και λεπτομερέστερα στοιχεία σε σχέση με το εν λόγω θέμα, τα οποία θα επιτρέπουν

παράλληλα τη σύγκριση με άλλες ομάδες πληθυσμών. Ειδικότερα, δεδομένου ότι οι τυποποιημένοι δείκτες που χρησιμοποιούνται για την αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας ενδέχεται να είναι πολύ παραπλανητικοί όταν χρησιμοποιούνται στον εν λόγω πληθυσμό, εξαιτίας του πολύ χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και των διαφορετικών αντιλήψεων σε θέματα υγείας, υπάρχει ανάγκη για:

- **συνδυασμό των τυποποιημένων δεικτών** για την αυτοαναφορά της κατάστασης της υγείας αφενός με δεδομένα που προκύπτουν από **κατάλληλα προσαρμοσμένα πολιτισμικά εργαλεία** και αφετέρου με ουσιαστικές και **αξιόπιστες βάσεις δεδομένων** σε θέματα υγείας (π.χ. δεδομένα που προκύπτουν από το πλησιέστερο Κέντρο Κοινότητας με Παράρτημα POMA).<sup>355</sup>
- **προληπτικές εξετάσεις** για την ανίχνευση ορισμένων χρόνιων νοσημάτων, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτης, προβλήματα με το αναπνευστικό, καρκίνος και ψυχικές διαταραχές, με σκοπό την έγκαιρη αντιμετώπισή τους
- υλοποίηση προγραμμάτων **προαγωγής και αγωγής υγείας** στις κοινότητες των Ρομά, σε σχέση με βασικά ζητήματα υγείας, όπως συνηθέστερες χρόνιες ασθένειες, υγιεινή διατροφή, κατανόηση ορθής χρήσης φαρμάκων κλπ. Επίσης, στο ίδιο πλαίσιο θα πρέπει να επιδιωχτεί η βελτίωση της **ψηφιακής εγγραμματοσύνης**, δεδομένου ότι πλέον είναι απαραίτητη σε διαδικασίες που σχετίζονται με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- Για ακόμα μια φορά επαληθεύτηκε ότι η πρόσβαση στο σύστημα υγείας για τους Ρομά που ζουν σε κοινότητες στην Ελλάδα είναι δυσκολότερη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Στη συντριπτική πλειονότητα, η αδυναμία πρόσβασης σχετίζεται με οικονομικούς λόγους. Δεδομένου ότι η δημόσια υγειονομική περίθαλψη, ανάλογα με το βαθμό πρόσβασης σε αυτή, αποτελεί ένα ισχυρό εργαλείο αποκλεισμού ή ενσωμάτωσης, η πολιτεία οφείλει να εξασφαλίσει **ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας** και ταυτόχρονα να άρει όλα τα εμπόδια που υπάρχουν προς αυτή την κατεύθυνση. Συγκεκριμένα, οφείλει να:

- **αυξήσει το υγειονομικό προσωπικό** στις δημόσιες δομές υγείας, με έμφαση στην ΠΦΥ, σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού.<sup>400</sup> Ειδικότερα, θα πρέπει να διασφαλίσει την άρτια λειτουργία των Κέντρων Κοινότητας με Παράρτημα ΡΟΜΑ (ή, σε περίπτωση απουσίας τους, των πλησιέστερων δομών ΠΦΥ) μέσω: α. της επάρκειας διεπιστημονικού υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού, β. της διαθεσιμότητας υγειονομικού υλικού και εξοπλισμού, γ. της δημιουργίας υγειονομικών πρωτοκόλλων προσαρμοσμένων στις τοπικές ανάγκες του πληθυσμού, δ. της δυνατότητας να παρέχονται υπηρεσίες όχι μόνο στο χώρο του Κέντρου Κοινότητας με Παράρτημα ΡΟΜΑ αλλά και στο πεδίο και ε. της μακροχρόνιας εξασφάλισης σχετικών κονδυλίων και σταθερής πολιτικής δέσμευσης ως προς αυτή την κατεύθυνση
- **εντάξει την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ** (διαθεσιμότητα ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών κλπ.), ώστε να αυξηθεί η δυνατότητα πρόσβασης στη σχετική υπηρεσία, να βελτιωθεί η ανίχνευση ασθενών που χρήζουν βοήθειας και παράλληλα να μειωθεί το στίγμα γύρω από την ψυχική υγεία<sup>401</sup>
- **Διατομεακά ζητήματα** (cross-cutting issues): Η χρήση του εννοιολογικού πλαισίου δράσης για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας<sup>350,351</sup> και οι προσεγγίσεις που στηρίζονται στην άμεση εμπλοκή των κοινοτήτων Ρομά<sup>229,232,233,344</sup>, οφείλουν να αποτελέσουν κεντρικούς πυλώνες των μελλοντικών πολιτικών υγείας και των προγραμμάτων που θα σχεδιαστούν για τους Ρομά και άλλες ευπαθείς ομάδες. Ειδικότερα, θα πρέπει να διασφαλιστεί ότι οι μελλοντικές πρωτοβουλίες θα λαμβάνουν υπόψη την ενσωμάτωση ορισμένων χαρακτηριστικών. Αυτά είναι:
  - ο συνδυασμός **ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων**, τα οποία θα είναι έγκυρα, επαρκή και συγκρίσιμα τόσο μεταξύ διαφορετικών ομάδων πληθυσμού όσο και σε εθνικό και διεθνές επίπεδο
  - η **διεπιστημονική συνεργασία** (π.χ. συνεργασία Ρομά διαμεσολαβητών υγείας, επιδημιολόγων, ανθρωπολόγων, κοινωνικών λειτουργών κλπ.)<sup>228</sup>, η **διαθεματική προσέγγιση** (ανάλυση μιας κατάστασης

λαμβάνοντας υπόψη τις διαστάσεις της φυλής, του φύλου, της τάξης, της αναπηρίας, κτλ.)<sup>290,402</sup>, η **κριτική και αναστοχαστική θεωρία**<sup>229-231</sup> και η **διαλογική δημιουργία επιστημονικής γνώσης**<sup>234,328</sup>

- η διερεύνηση **καινοτόμων ερευνητικών προσεγγίσεων**, οι οποίες στον πυρήνα τους έχουν τη συμμετοχή της κοινότητας, όπως η εννοιολογική χαρτογράφηση (concept mapping)<sup>403,404</sup>, η προσέγγιση βασισμένη στα περιουσιακά στοιχεία (asset-based approach)<sup>405,406</sup>, η χρήση της τέχνης και των βιωματικών παιχνιδιών<sup>334,336</sup>, κ.α.
- η **συνεχής εκπαίδευση** των εμπλεκόμενων στα εν λόγω προγράμματα (π.χ. Ρομά διαμεσολαβητές υγείας, υγειονομικό προσωπικό, ευρύτερη ακαδημαϊκή κοινότητα, επαγγελματίες που χαράσσουν πολιτικές υγείας, δημοσιογράφοι κλπ.) σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας επηρεάζουν την υγεία και τη συνολικότερη ποιότητα ζωής τους, τη γενικότερη κουλτούρα και τα ειδικότερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά τους που είναι αποφασιστικής σημασίας για την υγεία κλπ.<sup>282,400,404</sup>
- η προστασία του ρόλου, των αρμοδιοτήτων, της θεσμικής σταθερότητας και των εργασιακών δικαιωμάτων των **Ρομά διαμεσολαβητών υγείας** και η διασφάλιση ότι ο θεσμός τους δεν θα χρησιμοποιηθεί για σκοπούς αντίθετους προς το καλό των ίδιων και των κοινοτήτων τους<sup>211,214-216,218,407,408</sup>
- Πριν από την εφαρμογή περαιτέρω παρεμβάσεων, θεωρούμε ότι είναι απαραίτητη η ύπαρξη διαχρονικά, σε εθνικό επίπεδο, ενός **μηχανισμού παρακολούθησης και αξιολόγησης**, ο οποίος θα βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία (evidence-based data) με σκοπό να αξιολογεί με σαφήνεια την αποτελεσματικότητα και την πρόοδο αυτών των παρεμβάσεων<sup>409</sup>.
- Τέλος, πρέπει να καταστεί σαφές ότι η αποτελεσματικότητα των παραπάνω, εξαρτάται από **διαρκή πολιτική δέσμευση** για σταθερότητα και συνέπεια στην εφαρμογή των παρεμβάσεων, η οποία οφείλει να μην επηρεάζεται από τις όποιες αλλαγές των διοικήσεων των εμπλεκόμενων φορέων και των υπηρεσιακών τους παραγόντων

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Law, I. & Kovats, M. *Rethinking Roma: Identities, Politicisation and New Agendas*. (Palgrave Macmillan UK, 2018).
2. Willems, W. *In search of the true Gypsy: from enlightenment to final solution*. (Frank Cass, 1997).
3. Hancock, I. The emergence of Romani as a koíné outside of India. in *Scholarship and Gypsy Struggle: Commitment in Romani Studies* (ed. Acton, T.) (University of Hertfordshire Press, 1987).
4. Fraser, A. *The Gypsies*. (Blackwell Publishers, 1992).
5. Mendizabal, I. *et al.* Reconstructing the population history of European Romani from genome-wide data. *Current biology : CB* **22**, 2342–2349 (2012).
6. Moorjani, P. *et al.* Reconstructing Roma History from Genome-Wide Data. *PLOS ONE* **8**, e58633 (2013).
7. Okely, J. *The Traveller Gypsies*. (Cambridge University Press, 1983).
8. Council of Europe. *1.0 From India to Europe, Fact sheets on Roma history, Project education of Roma children in Europe*. [https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture\\_en.asp](https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture_en.asp) (n.d.).
9. Council of Europe. *2.0 Arrival in Europe, Fact sheets on Roma history, Project education of Roma children in Europe*. [https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture\\_en.asp](https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture_en.asp) (n.d.).

10. Council of Europe. 2.2 *Wallachia and Moldavia, Fact sheets on Roma history, Project education of Roma children in Europe.*  
[https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture\\_en.asp](https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture_en.asp) (n.d.).
11. Council of Europe. 2.4 *Western Europe, Fact sheets on Roma history, Project education of Roma children in Europe.*  
[https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture\\_en.asp](https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture_en.asp) (n.d.).
12. Council of Europe. 3.2 *Russian Empire, Fact sheets on Roma history, Project education of Roma children in Europe.*  
[https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture\\_en.asp](https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture_en.asp) (n.d.).
13. Patrin Web Journal. *Timeline of Romani History.*  
<http://www.oocities.org/~patrin/timeline.htm> (1998).
14. Council of Europe. 4.1 *Austria and Hungary 1850-1938, Fact sheets on Roma history, Project education of Roma children in Europe.*  
[https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture\\_en.asp](https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture_en.asp) (n.d.).
15. Krausnick, M. *Wo sind sie hingekommen? Der unterschlagene Völkermord an den sinti und roma.* (Gerlingen, 1995).
16. Council of Europe. 5.0 *Holocaust, Fact sheets on Roma history, Project education of Roma children in Europe.*  
[https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture\\_en.asp](https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture_en.asp) (n.d.).
17. Hancock, I. Romanies and the Holocaust: A Re-evaluation and Overview. in *The Historiography of the Holocaust* (ed. Stone, D.) 383–396 (Palgrave Macmillan UK, 2004). doi:10.1057/9780230524507\_18.

18. Council of Europe. *6.2 Institutionalisation and Emancipation, Fact sheets on Roma history, Project education of Roma children in Europe*. [https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture\\_en.asp](https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture_en.asp) (n.d.).
19. Council of Europe. *7.0 Third Migration, Fact sheets on Roma history, Project education of Roma children in Europe*. [https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture\\_en.asp](https://www.coe.int/t/dg4/education/roma/histoCulture_en.asp) (n.d.).
20. Λυδάκη, Α. *Οι Τσιγγάνοι στην πόλη: Μεγαλώνοντας στην Αγία Βαρβάρα*. (Καστανιώτης, 1998).
21. Αθανασοπούλου, Ι. Το "Φέουδο των Ατσιγγανων" στην Κέρκυρα (14ος-19ος αιώνας). in *Οι Ρομά στο σύγχρονο ελληνικό κράτος: Συμβιώσεις, αναιρέσεις, απουσίες* (ed. Τρουμπέτα, Σ.) (Κριτική, 2008).
22. Γκότσης, Σ. Ρομά. Ιστορικές διαδρομές και σημερινές αναζητήσεις - Εισαγωγή. in *Ρομά. Ιστορικές διαδρομές και σημερινές αναζητήσεις 17–29* (Βυζαντινό και Χριστιανικό Μουσείο, 2014).
23. *Ρομά: πρόσωπα πίσω από τα στερεότυπα*. (Αλεξάνδρεια, 2013).
24. Ντούσας, Δ. *Rom και φυλετικές διακρίσεις: στην ιστορία, την κοινωνία, την κουλτούρα, την εκπαίδευση και τα ανθρώπινα δικαιώματα*. (Gutenberg, 1997).
25. Λιεζουά, Ζ.-Π. *Ρομά, Τσιγγάνοι, Ταξιδευτές, οι Τσιγγάνοι της Ευρώπης*. (Καστανιώτης, 1999).
26. Ράντης, Μ. Οι έλληνες Τσιγγάνοι στη νεοελληνική πραγματικότητα. in *Ρομά. Ιστορικές διαδρομές και σημερινές αναζητήσεις* (ed. Γκότσης, Σ.) 109–114 (Βυζαντινό και Χριστιανικό Μουσείο, 2014).

27. Ευρωπαϊκό Κέντρο για τα Δικαιώματα των Ρομά. *Επιχειρήσεις Καθαριότητας, Ο Αποκλεισμός των Ρομά στην Ελλάδα*. (European Roma Rights Center, 2004).
28. Ρούπας, Χ. Ρομά στην Αντίσταση. *Εφημερίδα Αυγή* (2001).
29. Kóczé, A. & Rövid, M. Pro-Roma Global Civil Society: Acting for, with or Instead of Roma? in *Global Civil Society 2012: Ten Years of Critical Reflection* (eds. Kaldor, M., Moore, H. L., Selchow, S. & Murray-Leach, T.) 110–122 (Palgrave Macmillan UK, 2012). doi:10.1057/9780230369436\_7.
30. Rövid, M. One-size-fits-all Roma?: On the normative dilemmas of the emerging European Roma policy. *Romani studies* **21**, 1–22 (2011).
31. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Χάρτης Των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων Της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (2010).
32. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ενοποιημένη Απόδοση Της Συνθήκης Για Τη Λειτουργία Της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (2012).
33. Τάκης, Α. *Δημοτολογική Τακτοποίηση των Ελλήνων Τσιγγάνων, Ειδική Έκθεση (άρθρο 3 § 5 ν. 3094/2003)*. (2009).
34. Βασιλειάδου, Μ. & Παυλή-Κορρέ, Μ. *Η εκπαίδευση των Τσιγγάνων στην Ελλάδα*. (Ίδρυμα Νεολαίας και Διά Βίου Μάθησης, 2011).
35. Βασιλειάδου, Μ., Γενειατάκη, Ε., Δρόσος, Α., Κοτσιώνης, Π. & Μαρσέλος, Β. *Μελέτη για την αντιμετώπιση των εκπαιδευτικών προβλημάτων των Τσιγγάνων*. (Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης, 1995).
36. Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Καταπολέμησης της Φτώχειας, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Ελληνική Νομοθεσία, Κοινωνική Ένταξη των Ρομά. <https://egroma.gov.gr/ellhnikh-nomothesia/> (2018).



37. Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Παρακολούθησης Δράσεων Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου (ΕΥΣΕΚΤ). *Εκπόνηση Μελέτης για την Καταγραφή της Υφιστάμενης Κατάστασης των Ρομά στην Ελλάδα, Απολογισμός Δράσεων και Εκπόνηση Σχεδίου Δράσης για την 4η Προγραμματική Περίοδο: Αποτίμηση των δράσεων που εντάσσονται στο Εθνικό Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα καθώς και άλλων δράσεων που αφορούν τη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα.* (2008).
38. Τμήμα ερευνών της Δημόσια Επιχείρησης Πολεοδομίας και Στέγασης για λογαριασμό του ΥΠΕΧΩΔΕ, Διεύθυνση Μελετών και Ερευνών (ΔΕΠΟΣ ΑΕ). *Μελέτη Σχεδίου Προγράμματος για την Αντιμετώπιση των Άμεσων Οικιστικών Προβλημάτων των Ελλήνων Τσιγγάνων.* (1999).
39. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΠΕΚΑ) & Δίκτυο Ρομ. *Πανελλαδική απογραφική μελέτη διερεύνησης κοινωνικών, οικιστικών συνθηκών και αναγκών των Ελλήνων Τσιγγάνων πολιτών.* (2000).
40. Andrioti, D., Kotrotsou, C. & Tsakatara, V. The medical social centres in support of Roma in Greece. *Diversity & Equality in Health and Care* **10**, 95–99 (2013).
41. ΚΥΑ 113956/2002 (ΦΕΚ 1295/ Β'/04-10-2002) «Σύστημα διαχείρισης, αξιολόγησης, παρακολούθησης ελέγχου και διαδικασία εφαρμογής της ενέργειας: Προάσπιση - προαγωγή υγείας και κοινωνική ενσωμάτωση Ελλήνων Τσιγγάνων».
42. ΚΥΑ 110309/2006 (ΦΕΚ 196/ Β'/13.02.2006) «Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. 113956 / 2-10-02 (ΦΕΚ 1295 / Β'/ 4-10-2002) Κοινής Υπουργικής Απόφασης που ορίζει το «Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης Ελέγχου και Διαδικασία Εφαρμογής της ενέργειας «Προάσπιση - Προαγωγή Υγείας και Κοινωνική Ενσωμάτωση Ελλήνων Τσιγγάνων» συγχρηματοδοτούμενης από το

*Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) στο πλαίσιο των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (ΠΕΠ) κατά το Γ' ΚΠΣ».*

43. Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Προνοίας. *Εθνική στρατηγική για την κοινωνική ένταξη των Ρομά.*  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwib3N683orvAhW58uAKHdoSA-gQFjAAegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.esfhellas.gr%2Felibrary%2Fstratigiki\\_roma\\_el.pdf&usg=AOvVaw1bgplQgbuRXwmkFy4Xj2a7](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwib3N683orvAhW58uAKHdoSA-gQFjAAegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.esfhellas.gr%2Felibrary%2Fstratigiki_roma_el.pdf&usg=AOvVaw1bgplQgbuRXwmkFy4Xj2a7) (2011).
44. ΚΥΑ 1.5422/οικ. 3.1022/2011 (ΦΕΚ 824/Α'/12.05.2011) «*Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης Ελέγχου και Διαδικασία Εφαρμογής της ενέργειας «Κέντρα Στήριξης Ρομά και Ευπαθών Ομάδων» στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς για την Προγραμματική Περίοδο 2007–2013*».
45. Νόμος 4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α') «*Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις*», άρθρο 4.
46. ΚΥΑ Δ23/οικ. 14435-1135/2016 (ΦΕΚ 854/Β'/30.03.2016) «*Καθορισμός ελαχίστων προδιαγραφών λειτουργίας των Κέντρων Κοινότητας*».
47. ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 «*Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας*».
48. Νόμος 4368/2016, Υποκεφάλαιο Ε1 «*Μέτρα ανακούφισης από την ανθρωπιστική κρίση και διασφάλιση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού*», άρθρο 33.
49. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο: Έκθεση σχετικά με τα διδάγματα που αντλήθηκαν*

από την ενδιάμεση αξιολόγηση του πλαισίου της ΕΕ για εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά. [https://eur-lex.europa.eu/legal-](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52018DC0785&qid=1619782674863)

[content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52018DC0785&qid=1619782674863](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52018DC0785&qid=1619782674863)

(2018).

50. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο: Μια Ένωση ισότητας: στρατηγικό πλαίσιο της ΕΕ για την ισότητα, την ένταξη και τη συμμετοχή των Ρομά.* [https://eur-lex.europa.eu/legal-](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0620&qid=1619782674863)

[content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0620&qid=1619782674863](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0620&qid=1619782674863)

(2020).

51. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο: Έκθεση για την εφαρμογή των εθνικών στρατηγικών για την ένταξη των Ρομά - 2019.* [https://eur-lex.europa.eu/legal-](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52019DC0406&qid=1619782674863)

[content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52019DC0406&qid=1619782674863](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52019DC0406&qid=1619782674863)

(2019).

52. Fresno, J. M. *et al.* *A Meta-Evaluation of Interventions for Roma Inclusion.* <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC117901> (2019).

53. Korver, R. *Framework for national Roma integration strategies up to 2020: European Implementation Assessment.* <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/9a5aa9fc-d5f8-11ea-adf7-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-search> (2020).

54. Bulbul, G. *Civil society monitoring report on implementation of the national Roma integration strategies in Greece: Focusing on structural and horizontal*

*preconditions for successful implementation of the strategy.*

<https://cps.ceu.edu/roma-civil-monitor-reports> (2017).

55. Ράντης, Μ., Σιαπέρα, Σ. & Θεολόγου, Α. *Έκθεση Φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών για την υλοποίηση των Εθνικών Στρατηγικών για την Ένταξη των Ρομά στην Ελλάδα: Αξιολογώντας την πρόοδο στα τέσσερα βασικά πεδία πολιτικής της Εθνικής Στρατηγικής.* <https://cps.ceu.edu/roma-civil-monitor-reports> (2018).
56. Matras, Y. Europe's neo-traditional Roma policy: Marginality management and the inflation of expertise. in *Romani worlds: Academia, policy, and modern media* (eds. Friedman, V. & Friedman, E.) 29–47 (Council of Europe and the contributors, 2015).
57. Van Baar, H. Contained mobility and the racialization of poverty in Europe: the Roma at the development–security nexus. *Social Identities* **24**, 442–458 (2018).
58. Vermeersch, P. & Baar, H. van. The Limits of Operational Representations: Ways of Seeing Roma beyond the Recognition-redistribution Paradigm. *Intersections* **3**, 120–139 (2017).
59. Delcour, C. & Hustinx, L. Discourses of Roma Anti-Discrimination in Reports on Human Rights Violations. *Social Inclusion; Vol 3, No 5 (2015): Talking about Roma: Implications for Social Inclusion* (2015) doi:10.17645/si.v3i5.225.
60. Trehan, N. Human rights entrepreneurship in post-socialist Hungary: From the ‘Gypsy problem’ to ‘Romani rights’. (London School of Economics and Political Science, 2009).
61. Trehan, N. The Romani Subaltern within Neoliberal European Civil Society: NGOization of Human Rights and Silent Voices. in *Romani Politics in*

- Contemporary Europe: Poverty, Ethnic Mobilization, and the Neoliberal Order* (eds. Sigona, N. & Trehan, N.) 51–71 (Palgrave Macmillan UK, 2009). doi:10.1057/9780230281165\_3.
62. Gramsci, A. *Selections from the Prison Notebooks of Antonio Gramsci*. (International Publishers, 1971).
63. Trehan, N. In the Name of the Roma? The Role of Private Foundations and NGOs. in *Between Past and Future: The Roma of Central and Eastern Europe* (ed. Guy, W.) 134–149 (University of Hertfordshire Press, 2001).
64. Trehan, N. & Kóczé, A. Racism, (neo-)colonialism and social justice: the struggle for the soul of the Romani movement in post-socialist Europe. in *Racism Postcolonialism Europe* (eds. Huggan, G. & Law, I.) 50–73 (Liverpool University Press, 2009).
65. Van Baar, H. *The European Roma: minority representation, memory, and the limits of transnational governmentality*. (University of Amsterdam, 2011).
66. Χάρβει, Ν. *Νεοφιλελευθερισμός: Ιστορία και Παρόν [A Brief History of Neoliberalism]*. (Καστανιώτης, 2017).
67. Kovats, M. The EU's Roma role. *Open Democracy* <https://www.opendemocracy.net/en/eus-roma-role/> (2012).
68. Kóczé, A. et al. *Programming the Structural Funds for Roma Inclusion in 2014-20: Making the Most of EU Funds for Roma (MtM) program*. [https://www.opensocietyfoundations.org/publications/programming-structural-funds-roma-inclusion-2014-20#publications\\_download](https://www.opensocietyfoundations.org/publications/programming-structural-funds-roma-inclusion-2014-20#publications_download) (2014).

69. Kostka, J. Implementation of Roma Inclusion Policies: Why Defining the Problem Matters. *Social Inclusion* **3**, 78–89 (2015).
70. Kóczé, A. Gender, Ethnicity and Class: Romani Women's Political Activism and Social Struggles. (Central European University, 2011).
71. Tilly, C. *Durable Inequality*. (University of California Press, 1998).
72. Kóczé, A. & Popa, R. M. Missing Intersectionality: Race/Ethnicity, Gender, and Class in Current Research and Policies on Romani Women in Europe. *CEU University Press* 76 (2009).
73. Ivanov, A., Kling, J. & Kagin, J. *Integrated household surveys among Roma populations: one possible approach to sampling used in the UNDP World Bank-EC Regional Roma Survey 2011. Roma Inclusion Working Papers*. (2012).
74. Ivanov, A. *At risk: Roma and the displaced in Southeast Europe*. <https://www.eurasia.undp.org/content/rbec/en/home/library/roma/At-risk-Roma-displaced-Southeast-Europe.html> (2006).
75. Open Society Institute. *Mediating Romani Health: Policy and program opportunities*. (Open Society Institute, 2005).
76. Marushiakova-Popova, E. & Popov, V. Roma labelling: policy and academia. *Slovensky narodopis* **66**, 385–418 (2018).
77. Csepeli, G. & Simon, D. Construction of Roma identity in Eastern and Central Europe: perception and self-identification. *Journal of Ethnic and Migration Studies* **30**, 129–150 (2004).
78. Frazer, H. & Marlier, E. *Promoting the Social Inclusion of Roma: Synthesis Report*. (2011).

79. Fundación Secretariado Gitano. *Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain*.  
<http://romani.humanities.manchester.ac.uk/virtuallibrary/librarydb/web/files/pdfs/155/VL-070.pdf> (2009).
80. European Union Agency for Fundamental Rights. *Fundamental Rights Report 2019*. <https://fra.europa.eu/en/project/2015/second-european-union-minorities-and-discrimination-survey> (2019).
81. European Union Agency for Fundamental Rights. *A persisting concern: anti-Gypsyism as a barrier to Roma inclusion*.  
<https://fra.europa.eu/en/publication/2018/persisting-concern-anti-gypsyism-barrier-roma-inclusion> (2018).
82. Kagin, J. & Ivanov, A. *Roma Poverty from a Human Development Perspective*.  
<https://www.eurasia.undp.org/content/rbec/en/home/library/roma/roma-poverty-human-development-perspective.html> (2014).
83. European Union Agency for Fundamental Rights. *Roma and Travellers in Six Countries*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/roma-travellers-survey> (2020).
84. Okely, J. Recycled (mis)representations: Gypsies, Travellers or Roma treated as objects, rarely subjects. *People, Place and Policy* **8**, 65–85 (2014).
85. Loveland, M. T. & Popescu, D. The Gypsy Threat Narrative: Explaining Anti-Roma Attitudes in the European Union. *Humanity & Society* **40**, 329–352 (2015).

86. Kóczé, A. & Rövid, M. Roma and the politics of double discourse in contemporary Europe. *Identities* **24**, 684–700 (2017).
87. European Union Agency for Fundamental Rights. *Education: the situation of Roma in 11 EU Member States. Roma survey – Data in focus*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/education-situation-roma-11-eu-member-states> (2016).
88. European Union Agency for Fundamental Rights. *Second European Union Minorities and Discrimination Survey: Roma – Selected findings*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2016/second-european-union-minorities-and-discrimination-survey-roma-selected-findings> (2016).
89. European Union Agency for Fundamental Rights. *Poverty and employment: the situation of Roma in 11 EU Member States. Roma survey – Data in focus*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/poverty-and-employment-situation-roma-11-eu-member-states> (2016).
90. European Union Agency for Fundamental Rights. *Analysis of FRA Roma survey results by gender*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2013/analysis-fra-roma-survey-results-gender> (2013).
91. Milenković, N. *Nowhere to turn: Gender-based violence against Roma women*. [https://www.eurasia.undp.org/content/dam/rbec/docs/NowhereToTurn\\_Roma\\_UNDP\\_RBEC.pdf](https://www.eurasia.undp.org/content/dam/rbec/docs/NowhereToTurn_Roma_UNDP_RBEC.pdf) (2018).
92. *Gypsy, Roma & Traveller LGBTQ+ Spoken History Archive Book*. (Romani Cultural & Arts Company, 2021).



93. United Nations Women. *Beijing Declaration and Platform for Action, Beijing +5 Political Declaration and Outcome*. [beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/pfa\\_e\\_final\\_web.pdf](https://beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/pfa_e_final_web.pdf) (2015).
94. European Union Agency for Fundamental Rights. *Second European Union Minorities and Discrimination Survey Roma women in nine EU Member States*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2019/roma-women-nine-eu-member-states> (2019).
95. Cukrowska, E. & Kóczé, A. *Interplay between gender and ethnicity: Exposing Structural Disparities of Romani women. Analysis of the UNDP/World Bank/EC regional Roma survey data*. <https://www.undp.org/content/dam/rbec/docs/Exposing-structural-disparities-of-Romani-women.pdf> (2013).
96. Fremlova, L. *Queer Roma*. (Routledge, 2021).
97. European Union Agency for Fundamental Rights. *Coronavirus Pandemic in the Eu – Impact on Roma and Travellers*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/covid19-rights-impact-september-1> (2020).
98. Pappa, E., Chatzikonstantinidou, S., Chalkiopoulos, G., Papadopoulos, A. & Niakas, D. Health-Related Quality of Life of the Roma in Greece: The Role of Socio-Economic Characteristics and Housing Conditions. *International journal of environmental research and public health* **12**, 6669–6681 (2015).

99. Παπακωνσταντίνου, Γ., Βασιλειάδου, Μ. & Παυλή-Κορρέ, Μ. *Οικονομική – Κοινωνική – Πολιτισμική Κατάσταση των Τσιγγάνων στην Ελλάδα: Πρώτη (1998) και Δεύτερη (1999) Φάση της Έρευνας*. <https://edulll.ekt.gr/edulll/handle/10795/282> (2004).
100. Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Παρακολούθησης Δράσεων Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου (ΕΥΣΕΚΤ). *Εκπόνηση Μελέτης για την Καταγραφή της Υφιστάμενης Κατάστασης των Ρομά στην Ελλάδα, Απολογισμός Δράσεων και Εκπόνηση Σχεδίου Δράσης για την 4η Προγραμματική Περίοδο. Παραδοτέο Α.2.3.Α. : Τεύχος με τα αποτελέσματα / πορίσματα της καταγραφής της υφιστάμενης κατάστασης των Ελλήνων Τσιγγάνων και της έρευνας πεδίου*. (2008).
101. Ζαροκόστα, Ε., Τζανάς, Κ. & Τζέβα, Α. *Υγεία και κοινότητα των Ρομά: Ανάλυση της κατάστασης στην Ελλάδα*. <http://www.gitanos.org/upload/56/59/GRIEGO-final-baja.pdf> (2009).
102. European Union Agency for Fundamental Rights. *Roma Pilot Survey Technical report: methodology, sampling and fieldwork*. [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-roma-pilot-survey-technical-report\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-roma-pilot-survey-technical-report_en.pdf) (2013).
103. European Union Agency for Fundamental Rights. *Second European Union Minorities and Discrimination Survey Technical report*. [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2017-eu-midis-ii-technical-report\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2017-eu-midis-ii-technical-report_en.pdf) (2017).
104. Συνεργασία ΕΛΣΤΑΤ – Γενικής Γραμματείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης & Φορέων Ρομά στο πλαίσιο της Απογραφής Πληθυσμού-Κατοικιών 2021.

<https://egroma.gov.gr/%cf%83%cf%85%ce%bd%ce%b5%cf%81%ce%b3%ce%b1%cf%83%ce%af%ce%b1-%ce%b5%ce%bb%cf%83%cf%84%ce%b1%cf%84-%ce%b3%ce%b5%ce%bd%ce%b9%ce%ba%ce%ae%cf%82-%ce%b3%cf%81%ce%b1%ce%bc%ce%bc%ce%b1%cf%84%ce%b5%ce%af/>  
(2021).

105. *Επιχειρησιακό Σχέδιο Εξειδίκευσης της Εθνικής Στρατηγικής για την Κοινωνική Ένταξη των Ρομά.* (n.d.).
106. Ειδική Γραμματεία Κοινωνικής Ένταξης των Ρομά. *Επιχειρησιακό Σχέδιο Εξειδίκευσης της Εθνικής Στρατηγικής για την Κοινωνική Ένταξη Των Ρομά: 'Κοινωνική Ένταξη προς Όφελος Όλων', 2017-2021.*  
[http://peproe.gr/images/diavouleusi\\_2021-2027/stratigikes-ee-keimena/14-ethniko-epixeirisiako-sxedio-drasis-gia-tin-koinoniki-entaxi-roma.pdf](http://peproe.gr/images/diavouleusi_2021-2027/stratigikes-ee-keimena/14-ethniko-epixeirisiako-sxedio-drasis-gia-tin-koinoniki-entaxi-roma.pdf) (n.d.).
107. Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Παρακολούθησης Δράσεων Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου (ΕΥΣΕΚΤ). *Εκπόνηση Μελέτης για την Καταγραφή της Υφιστάμενης Κατάστασης των Ρομά στην Ελλάδα, Απολογισμός Δράσεων και Εκπόνηση Σχεδίου Δράσης για την 4η Προγραμματική Περίοδο. Παραδοτέο Α.2.3.Α.: Τεύχος με τα αποτελέσματα / πορίσματα της καταγραφής της υφιστάμενης κατάστασης των Ελλήνων Τσιγγάνων και της έρευνας πεδίου. Παράρτημα IV - Αποτελέσματα Έρευνας Πεδίου.* (2008).
108. World Health Organization. *Global Hepatitis Report 2017.*  
<https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>  
(2017).

109. World Hepatitis Alliance. *Viral Hepatitis: Global Policy*.  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/hepatitis-global-alliance-full-report.pdf> (2012).
110. Perz, J. F., Armstrong, G. L., Farrington, L. A., Hutin, Y. J. F. & Bell, B. P. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *Journal of Hepatology* **45**, 529–538 (2006).
111. World Health Organization. *Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact*. (2021).
112. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – 2018 data*.  
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2018-2017-data> (2019).
113. UNAIDS. *Fact Sheet – World Aids Day 2019*.  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf) (2019).
114. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data.  
[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-hiv-among-adults-aged-15-to-49\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-hiv-among-adults-aged-15-to-49(-)).
115. Sulkowski, M. S. Viral hepatitis and HIV coinfection. *Journal of Hepatology* **48**, 353–367 (2008).
116. Leoni, M. C., Ustianowski, A., Farooq, H. & Arends, J. E. HIV, HCV and HBV: A Review of Parallels and Differences. *Infect Dis Ther* **7**, 407–419 (2018).

117. Lombardi, A., Mondelli, M. U., & ESCMID Study Group for Viral Hepatitis (ESGVH). Hepatitis C: Is eradication possible? *Liver Int* **39**, 416–426 (2019).
118. Buti, M., Brosa, M., Casado, M. A., Rueda, M. & Esteban, R. Modeling the cost-effectiveness of different oral antiviral therapies in patients with chronic hepatitis B. *Journal of Hepatology* **51**, 640–646 (2009).
119. European Centre for Disease Prevention and Control. *Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA – An integrated approach*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-guidance-hiv-hepatitis-b-and-c-testing-eueea> (2018).
120. HBV and HCV patient cohort study. *Viral Hepatitis* **16**, 8–11 (2008).
121. Migration and viral hepatitis. *Viral Hepatitis* **16**, 18–19 (2008).
122. Kakisi, O. K. *et al.* Prevalence of Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV Infections Among Patients in a Psychiatric Hospital in Greece. *PS* **60**, 1269–1272 (2009).
123. Mina, P., Georgiadou, S. P., Rizos, C., Dalekos, G. N. & Rigopoulou, E. I. Prevalence of occult hepatitis B virus infection in haemodialysis patients from central Greece. *World J Gastroenterol* **16**, 225–231 (2010).
124. Papatheodoridis, G., Sypsa, V., Kantzanou, M., Nikolakopoulos, I. & Hatzakis, A. Estimating the treatment cascade of chronic hepatitis B and C in Greece using a telephone survey. *Journal of Viral Hepatitis* **22**, 409–415 (2015).
125. Sypsa, V., Hadjipaschali, E. & Hatzakis, A. Prevalence, risk factors and evaluation of a screening strategy for chronic hepatitis C and B virus infections in healthy company employees. *European Journal of Epidemiology* **17**, 721–728 (2001).

126. Gogos, C. *et al.* Prevalence of hepatitis B and C virus infection in the general population and selected groups in South-Western Greece. *European Journal of Epidemiology* **18**, 551–557 (2003).
127. Triantos, C. *et al.* Epidemiology of hepatitis C in Greece. *World J Gastroenterol* **22**, 8094–8102 (2016).
128. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ). *Συνοπτική αναφορά για την HIV λοίμωξη στους χρήστες ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα.*  
<https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/07/%CE%A4%CE%95%CE%9B%CE%99%CE%9A%CE%97-%CE%91%CE%9D%CE%91%CE%A6%CE%9F%CE%A1%CE%91%CE%A3-%CE%93%CE%99%CE%91-IDU.pdf> (2021).
129. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ). *Δελτίο Επιδημιολογικής Επιτήρησης HIV/AIDS στην Ελλάδα, 31-12-2020.* <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/07/epidimiologiko-deltio-hiv-2020-1.pdf> (2021).
130. Caeneghem, J. *Legal Aspects of Ethnic Data Collection and Positive Action, The Roma Minority in Europe.* (Springer Nature, 2019).
131. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ). *HIV λοίμωξη: προκαταρκτικά επιδημιολογικά δεδομένα για το χρονικό διάστημα 1/1/21 έως 31/10/21.*  
<https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/07/prokatartika-dedomena-hiv-2021.pdf> (2021).
132. Parekh, N. & Rose, T. Health Inequalities of the Roma in Europe: a Literature Review. *Central European Journal of Public Health* **19**, 139–142 (2011).

133. European Centre for Disease Prevention and Control. *Systematic review on hepatitis B and C prevalence in the EU/EEA*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/systematic-review-hepatitis-b-and-c-prevalence-eueea> (2016).
134. Khan, L. K., Sethi, S. M., Kokab, F. & Qureshi, A. HIV/AIDS knowledge amongst gypsies in Lahore and their preventive practices. *J Coll Physicians Surg Pak* **21**, 553–555 (2011).
135. Qyra, S. T. *et al.* Behavioral risk factors and prevalence of HIV and other STIs among female sex workers in Tirana, Albania. *The new microbiologica* **34**, 105–108 (2011).
136. Gyarmathy, V. A., Ujhelyi, E. & Neaigus, A. HIV and selected blood-borne and sexually transmitted infections in a predominantly Roma (Gypsy) neighbourhood in Budapest, Hungary: a rapid assessment. *Cent Eur J Public Health* **16**, 124–127 (2008).
137. Hajioff, S. & McKee, M. The health of the Roma people: a review of the published literature. *Journal of epidemiology and community health* **54**, 864–869 (2000).
138. Toumová, K., Olišarová, V. & Tóthová, V. The health condition of the Roma population in the context of primary and secondary care. *Kontakt* **18**, e90–e95 (2016).
139. Zeman, C. L., Depken, D. E. & Senchina, D. S. Roma health issues: a review of the literature and discussion. *Ethnicity & Health* **8**, 223–249 (2003).

140. Tombat, K. & van Dijk, J. P. Roma Health: An Overview of Communicable Diseases in Eastern and Central Europe. *Int J Environ Res Public Health* **17**, 7632 (2020).
141. Seyyed, K., Asl, H., Avijgan, M. & Mohamadnejad, M. High prevalence of HBV, HCV, and HIV infections in Gypsy population residing in Shahr-E-Kord. *Archives of Iranian Medicine* **7**, 20–22 (2014).
142. Matrix. *Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union.* [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social\\_determinants/docs/2014\\_roma\\_health\\_report\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf) (2014).
143. Jackson, C. *et al.* Needles, Jabs and Jags: a qualitative exploration of barriers and facilitators to child and adult immunisation uptake among Gypsies, Travellers and Roma. *BMC Public Health* **17**, 254 (2017).
144. Stojanovski, K. *et al.* Risk factors for low vaccination coverage among Roma children in disadvantaged settlements in Belgrade, Serbia. *Vaccine* **30**, 5459–5463 (2012).
145. Casals, M. *et al.* Incidence of infectious diseases and survival among the Roma population: a longitudinal cohort study. *European Journal of Public Health* **22**, 262–266 (2012).
146. Iraurgi, I., Jiménez-Lerma, J. M., Landabaso Vázquez, M. A., Arrazola, X. & Gutiérrez-Fraile, M. Gypsies and drug addictions. Study of the adherence to treatment. *Eur Addict Res ;6:34-41* **6**, 34–41 (2000).



147. Teira, R. *et al.* Characteristics and outcome of HIV infection in gypsies in the Spanish VACH Cohort. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* **28**, 266–272 (2010).
148. Steele, B., Richmond-Reese, V. & Lomax, S. Racial and Ethnic Disparities in HIV/AIDS, Sexually Transmitted Diseases, and Tuberculosis among Women. *Journal of Women's Health* **15**, 116–122 (2006).
149. Kelly, J. *et al.* Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study. *AIDS care* **16**, 231–245 (2004).
150. Kelly, J. A. *et al.* Prevention of HIV and sexually transmitted diseases in high risk social networks of young Roma (Gypsy) men in Bulgaria: randomised controlled trial. *BMJ* **333**, 1098–1098 (2006).
151. Rosario Pac, M. *et al.* Brote epidémico de hepatitis B por tatuaje en familias de étnia gitana [Epidemic outbreak of hepatitis B from the tattoo in gypsy families]. *Revista española de salud pública* **10**, 63–69 (1996).
152. Amirkhanian, Y. A. *et al.* High-risk sexual behavior, HIV/STD prevalence, and risk predictors in the social networks of young Roma (Gypsy) men in Bulgaria. *J Immigr Minor Health* **15**, 172–181 (2013).
153. Janevic, T. *et al.* Associations between racial discrimination, smoking during pregnancy and low birthweight among Roma. *Eur J Public Health* **27**, 410–415 (2017).

154. Cook, B., Wayne, G. F., Valentine, A., Lessios, A. & Yeh, E. Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003–2012. *International Journal of Public Health* **58**, 885–911 (2013).
155. Hassler, S. & Eklund, L. Sense of coherence and self-reported health among Roma people in Sweden--a pilot study. *International journal of circumpolar health* **71**, 1–6 (2012).
156. Parry, G. *et al.* Health status of Gypsies and Travellers in England. *Journal of Epidemiology and Community Health* **61**, 198 (2007).
157. La Parra-Casado, D., Solheim, E. F. & Estévez, J. F. Health inequalities between Roma and non-Roma populations in Europe: A study of 118,834 individuals combining the UNDP Roma and the EU-SILC surveys. *Scand J Public Health* 14034948211056210 (2021) doi:10.1177/14034948211056210.
158. Fernández-Feito, A., Pesquera-Cabezas, R., González-Cobo, C. & Prieto-Salceda, M. D. What do we know about the health of Spanish Roma people and what has been done to improve it? A scoping review. *Ethnicity & Health* **24**, 224–243 (2019).
159. Monasta, L., Erenbourg, A., Restaino, S., Lutje, V. & Ronfani, L. Review of the scientific literature on the health of the Roma and Sinti in Italy. *Ethn Dis* **22**, (2012).
160. Koupilová, I., Epstein, H., Holčík, J., Hajioff, S. & McKee, M. Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics. *Social Science & Medicine* **53**, 1191–1204 (2001).

161. Ηνωμένα Έθνη. *Διεθνής Σύμβαση για την Κατάργηση κάθε Μορφής Φυλετικών Διακρίσεων*. (1965).
162. Arora, V. S., Kühlbrandt, C. & McKee, M. An examination of unmet health needs as perceived by Roma in Central and Eastern Europe. *European Journal of Public Health* **26**, 737–742 (2016).
163. Kaluski, D. N. *et al.* Health insurance and accessibility to health services among Roma in settlements in Belgrade, Serbia—the journey from data to policy making. *Health Policy and Planning* **30**, 976–984 (2015).
164. European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia. *Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2003/breaking-barriers-romani-women-and-access-public-health-care> (2003).
165. Idzerda, L., Adams, O., Patrick, J., Schrecker, T. & Tugwell, P. Access to primary healthcare services for the Roma population in Serbia: a secondary data analysis. *BMC International Health and Human Rights* **11**, 10 (2011).
166. Kühlbrandt, C., Footman, K., Rechel, B. & McKee, M. An examination of Roma health insurance status in Central and Eastern Europe. *European Journal of Public Health* **24**, 707–712 (2014).
167. Danova/Russinova, S. *Ambulance not on the way: The Disgrace of Health Care for Roma in Europe*. <http://www.errc.org/reports-and-submissions/ambulance-not-on-the-way-the-disgrace-of-health-care-for-roma-in-europe> (2006).

168. Albert, G. & Szilvasi, M. Intersectional Discrimination of Romani Women Forcibly Sterilized in the Former Czechoslovakia and Czech Republic. *Health Hum Rights* **19**, 23–34 (2017).
169. Janevic, T., Sripad, P., Bradley, E. & Dimitrievska, V. “There’s no kind of respect here” A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans. *International Journal for Equity in Health* **10**, 53 (2011).
170. Gheorghe, N. The Social Construction of Romani Identity. in *Gypsy Politics and Traveller Identity* (ed. Acton, T.) (University of Hertfordshire Press, 1997).
171. Will, G. Romani Identity and Post-Communist Policy. in *Between Past and Future: The Roma of Central and Eastern Europe* (ed. Will, G.) (University of Hertfordshire Press, 2001).
172. Council of Europe. *Council of Europe Descriptive Glossary of terms relating to Roma issues*. <https://rm.coe.int/1680088eab> (2012).
173. Robayo, M. & Millan, N. *Breaking the Cycle of Roma Exclusion in the Western Balkans*.  
<http://documents.worldbank.org/curated/en/642861552321695392/Breaking-the-Cycle-of-Roma-Exclusion-in-the-Western-Balkans> (2019).
174. Kapralski, S. Symbols and Rituals in the Mobilisation of the Romani National Ideal. *Studies in Ethnicity and Nationalism* **12**, 64–81 (2012).
175. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ανακοίνωση της επιτροπής προς το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το συμβούλιο, την ευρωπαϊκή οικονομική και κοινωνική επιτροπή και την επιτροπή των περιφερειών: Εθνικές στρατηγικές για την ένταξη των Ρομά: ένα πρώτο βήμα*

- προς την εφαρμογή του πλαισίου της ΕΕ. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX%3A52012DC0226> (2012).
176. Gay y Blasco, P. Gypsy/Roma diasporas. A comparative perspective. *Social Anthropology* **10**, 173–188 (2002).
177. Okely, J. Some Political Consequences of Theories of Gypsy Ethnicity. in *After Writing Culture* (eds. Dawson, A., Hockey, J. & James, A.) (Routledge, 1997).
178. Klípa, O. Identifying of European Roma-Gypsy groups with the term „Roma”. Towards consensus? *Wschodnioznawstwo* **10**, 203–217 (2016).
179. Magazzini, T. What’s in a Name? Causes and Consequences of Labelling Minorities as “National” or “Migrant”: Roma in Italy and Spain. *International Migration* **56**, 203–220 (2018).
180. Messing, V. Methodological puzzles of surveying Roma/Gypsy populations. *Ethnicities* **14**, 811–829 (2014).
181. Surdu, M. *Those Who Count: Expert Practices of Roma Classification*. (Central European University Press, 2016).
182. Theodosiou, A. Multiculturalism and the catachresis of otherness: Settling Gypsies, unsettling Gypsy belongings. *Critique of Anthropology* **31**, 89–107 (2011).
183. The Intercultural Institute of Timisoara. *Experiencing ROMED: A Legacy for Improved Participation of Roma Communities*. <http://coe-romed.org/sites/default/files/experiencing-romed.pdf> (2017).

184. Kapralski, S. Ritual of Memory in Constructing the Modern Identity of Eastern European Romanies. in *Role of the Romanies* (eds. Saul, N. & Tebbutt, S.) 208–225 (Liverpool University Press, 2004). doi:10.2307/j.ctt5vjv0.18.
185. Baar, H. van. Cultural policy and the governmentalization of Holocaust remembrance in Europe: Romani memory between denial and recognition. *International Journal of Cultural Policy* **17**, 1–17 (2011).
186. Radonic, L. “People of Freedom and Unlimited Movement”: Representations of Roma in Post-Communist Memorial Museums. *Social Inclusion* vol. 3 14 (2015).
187. Lipphardt, V., Surdu, M., Ellebrecht, N., Pfaffelhuber, P. & Wienroth, M. Europe’s Roma people are vulnerable to poor practice in genetics. *Nature* **559**, 368–371 (2021).
188. Zachar Podolinská, T. & Škobla, D. “Why Labelling Matters”: On Social Construction of Roma/Gypsies in Europe. *Slovenský národopis* **66**, 378–384 (2018).
189. Bernát, A. & Messing, V. *Methodological and data infrastructure report on Roma population in the EU (InGRID Working Paper MS20.3)*. <https://www.inclusivegrowth.eu/project-output> (2016).
190. Ivanov, A. *et al. The Roma in Central and Eastern Europe : avoiding the dependency trap : a regional human development report*. (2002).
191. Rughiniş, C. Quantitative tales of ethnic differentiation: measuring and using Roma/Gypsy ethnicity in statistical analyses. *Ethnic and Racial Studies* **34**, 594–619 (2011).

192. Messing, V. & Bernát, A. Methodological challenges of the surveys targeting the Roma (and the migrant population) - A comparative and experimental overview. (2019).
193. Janka, E. A., Vincze, F., Ádány, R. & Sándor, J. Is the Definition of Roma an Important Matter? The Parallel Application of Self and External Classification of Ethnicity in a Population-Based Health Interview Survey. *Int J Environ Res Public Health* **15**, 353 (2018).
194. Ladányi, J. & Szelényi, I. The social construction of roma ethnicity in Bulgaria, Romania and Hungary during market transition. *Review of Sociology* **7**, 79–89 (2001).
195. Bourdieu, P. & Passeron, J. C. *Reproduction in education, society and culture*. (Sage Publications, 1977).
196. Bourdieu, P. *The logic of practice*. (Polity Press, 1990).
197. Spivak, G. Can the Subaltern Speak? in *Marxism and the interpretation of culture* (eds. Nelson, C. & Grossberg, L.) 271–313 (University of Illinois Press, 1988).
198. Foucault, M. *The Birth of Biopolitics: Lectures at the College de France, 1978-1979*. (Palgrave Macmillan, 2008).
199. Mottier, V. Eugenics, politics and the state: social democracy and the Swiss ‘gardening state’. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* **39**, 263–269 (2008).
200. Zampas, C. & Lamačková, A. Forced and coerced sterilization of women in Europe. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* **114**, 163–166 (2011).

201. Bhopal, R. Is Research into Ethnicity and Health Racist, Unsound, or Important Science? *BMJ: British Medical Journal* **314**, 1751–1756 (1997).
202. Surdu, M. & Kovats, M. Roma Identity as an Expert-Political Construction. *Social Inclusion* **3**, 5–18 (2015).
203. Crețan, R. & Powell, R. The Power of Group Stigmatization: Wealthy Roma, Urban Space and Strategies of Defence in Post-socialist Romania. *International Journal of Urban and Regional Research* **42**, 423–441 (2018).
204. Kalaydjieva, L., Gresham, D. & Calafell, F. Genetic studies of the Roma (Gypsies): a review. *BMC Med Genet* **2**, 5–5 (2001).
205. Vivian, C. & Dundes, L. The Crossroads of Culture and Health Among the Roma (Gypsies). *Journal of Nursing Scholarship* **36**, 86–91 (2004).
206. Bobakova, D. *et al.* Differences between Roma and non-Roma in how social support from family and friends helps to overcome health care accessibility problems. *Int J Equity Health* **14**, 37–37 (2015).
207. Roman, G. *et al.* The health mediators-qualified interpreters contributing to health care quality among Romanian Roma patients. *Medicine, Health Care and Philosophy* **16**, 843–856 (2013).
208. Council of Europe. *Final report endorsed by the thematic group of experts CAHROM, Ad hoc committee of experts on Roma and Travelers issues (CAHROM) Thematic report of the group of experts on Roma health mediators.* <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806a9331> (2016).



209. Brown, P. & Scullion, L. ‘Doing research’ with Gypsy—Travellers in England: reflections on experience and practice. *Community Development Journal* **45**, 169–185 (2010).
210. Πετράκη, Ι. *Νέοι Ρομά Διαμεσολαβητές Υγείας: Οδηγός εκπαιδευτών και εισηγητών*. <https://www.praxis.gr/assets/files/Trainers-and-Presenters-Manual-GR.pdf> (2014).
211. Liégeois, J.-P. *Developments in mediation, current challenges and the role of ROMED: training program for Roma mediators*. (Council of Europe, 2013).
212. Open Society Foundations. *Roma health mediators, successes and challenges*. (Open Society Public Health Program, 2011).
213. Πετράκη, Ι. Ρομά διαμεσολαβητές υγείας: μια κριτική αποτίμηση του θεσμού στο ελληνικό πλαίσιο. (Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, 2018).
214. Belak, A., Veselska, Z. D., Geckova, A. M., Dijk, J. P. van & Reijneveld, S. A. How Well Do Health-Mediation Programs Address the Determinants of the Poor Health Status of Roma? A Longitudinal Case Study. *Int J Environ Res Public Health* **14**, 1569 (2017).
215. Petraki, I. Roma Health Mediators: A Neocolonial Tool for the Reinforcement of Epistemic Violence? *Critical Romani Studies* **3**, 72–95 (2020).
216. Kühlbrandt, C. *Containment-An examination of Roma health mediation in Romania*. (London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2017).

217. Clark, C. Romani activism and community development: are mediators the way forward? in *Community organising against racism* (ed. Craig, G.) 185–198 (Bristol University Press, 2018). doi:10.2307/j.ctt22p7kd6.20.
218. Kóczé, A. Illusionary Inclusion of Roma Through Intercultural Mediation. in *The Securitization of the Roma in Europe* (eds. van Baar, H., Ivasiuc, A. & Kreide, R.) 183–206 (Springer International Publishing, 2019). doi:10.1007/978-3-319-77035-2\_9.
219. Robinson, V. Doing research 'with refugees and asylum seekers'. *Swansea Geographer* **37**, 61–67 (2002).
220. Wallengren, S. & Mellgren, C. The Other Way Around: The Roma Minority's View on Doing Research on Sensitive Topics. *International Journal of Social Science Studies; Vol 3, No 4 (2015)* (2015) doi:10.11114/ijsss.v3i4.731.
221. Condon, L. *et al.* Engaging Gypsy, Roma, and Traveller Communities in Research: Maximizing Opportunities and Overcoming Challenges. *Qual Health Res* **29**, 1324–1333 (2019).
222. Πετράκη, Ι. *Νέοι Ρομά Διαμεσολαβητές Υγείας: Πρακτικός οδηγός για την υλοποίηση δράσεων προαγωγής υγείας με τους Ρομά.* <https://www.praksis.gr/assets/files/Practical-guide-GR.pdf>. (2014).
223. Cross, R. I. Commentary: Can Critical Race Theory Enhance the Field of Public Health? A Student's Perspective. *Ethn Dis* **28**, 267–270 (2018).
224. Tsai, J. & Crawford-Roberts, A. A Call for Critical Race Theory in Medical Education. *Academic medicine* **92**, 1072–1073 (2017).

225. Garcia, N. M., López, N. & Vélez, V. N. QuantCrit: rectifying quantitative methods through critical race theory. *Race Ethnicity and Education* **21**, 149–157 (2018).
226. Filakovska Bobakova, D. Challenges for research, policy and practice in the field of Roma health. *International Journal of Public Health* **64**, 645–646 (2019).
227. Kickbusch, I. The political determinants of health—10 years on. *BMJ* **350**, h81 (2015).
228. Knapp, B. *et al.* Ten simple rules for a successful cross-disciplinary collaboration. *PLoS Comput Biol* **11**, e1004214–e1004214 (2015).
229. Bogdan, M. *et al.* Nothing About Us Without Us? *European Roma Rights Centre* **2**, 3–5 (2015).
230. Ford, C. L. & Airhihenbuwa, C. O. Commentary: Just What is Critical Race Theory and What's it Doing in a Progressive Field like Public Health? *Ethn Dis* **28**, 223–230 (2018).
231. Ford, C. L. & Airhihenbuwa, C. O. The public health critical race methodology: Praxis for antiracism research. *Social Science & Medicine* **71**, 1390–1398 (2010).
232. Greenfields, M. & Ryder, A. Research with and for Gypsies, Roma and Travellers: combining policy, practice and community in action research. in *Gypsies and Travellers : empowerment and inclusion in British society* (eds. Richardson, J. & Ryder, A.) 151–168 (Policy Press, 2012).
233. Eklund Karlsson, L., Ringsberg, K. C. & Crondahl, K. Work-integrated learning and health literacy as catalysts for Roma empowerment and social inclusion: A participatory action research. *Action Research* **17**, 549–572 (2017).

234. Renedo, A., Komporozos-Athanasίου, A. & Marston, C. Experience as Evidence: The Dialogic Construction of Health Professional Knowledge through Patient Involvement. *Sociology* **52**, 778–795 (2017).
235. Petraki, I. *Educational Program Young Roma Health Mediators Trainers and Presenters' Manual*. <https://www.praxis.gr/assets/files/Trainers-and-Presenters-Manual.pdf> (2014).
236. Swindale, A. & Bilinsky, P. Development of a Universally Applicable Household Food Insecurity Measurement Tool: Process, Current Status, and Outstanding Issues. *The Journal of Nutrition* **136**, 1449S-1452S (2006).
237. Ballard, T., Coates, J., Swindale, A. & Deitchler, M. *Household Hunger Scale: Indicator Definition and Measurement Guide*. <https://www.fantaproject.org/monitoring-and-evaluation/household-hunger-scale-hhs> (2011).
238. Degenhardt, L. *et al.* Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet Global Health* **5**, e1192–e1207 (2017).
239. Carles March, J., Oviedo-Joekes, E. & Romero, M. Factors associated with reported hepatitis C and HIV among injecting drug users in ten European cities. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* **25**, 91–97 (2007).
240. Omatola, C. A. *et al.* Seroprevalence of HBV, HCV, and HIV and Associated Risk Factors Among Apparently Healthy Pregnant Women in Anyigba, Nigeria. *Viral Immunology* **32**, 186–191 (2019).

241. Negash, M., Ayalew, M., Geremew, D. & Workineh, M. Seroprevalence and associated risk factors for HIV, Hepatitis B and C among blood Donors in South Gondar District blood Bank, Northwest Ethiopia. *BMC Infect Dis* **19**, 430–430 (2019).
242. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Löwe, B. An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ–4. *Psychosomatics* **50**, 613–621 (2009).
243. Collett, D. *Modelling Survival Data in Medical Research*. (Chapman and Hall/CRC, 2015). doi:10.1201/b18041.
244. Bogdanović, D. *et al.* Mortality of Roma Population in Serbia, 2002-2005. *Croat Med J* **48**, 720–726 (2007).
245. Nikolaidis, C., Nena, E., Agorastakis, M. & Constantinidis, T. C. Differences in survival and cause-specific mortality in a culturally diverse Greek population, 1999-2008. *J Public Health (Oxf)* **38**, 71–75 (2016).
246. European Union Agency for Fundamental Rights. European Union Agency for Fundamental Rights Dataset: Survey on discrimination and social exclusion of Roma in EU (2011). <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/survey-discrimination-and-social-exclusion-roma-eu-2011>.
247. European Union Agency for Fundamental Rights. European Union Agency for Fundamental Rights Dataset: Survey on Minorities and Discrimination in EU (2016). <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/survey-data-explorer-second-eu-minorities-discrimination-survey>.

248. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). *Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2011. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του Μόνιμου Πληθυσμού της Χώρας σύμφωνα με την αναθεώρηση των αποτελεσμάτων της Απογραφής Πληθυσμού-Κατοικιών 2011 στις 20/3/2014.*  
[https://www.statistics.gr/el/statistics?p\\_p\\_id=documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN&p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=4&p\\_p\\_col\\_pos=1&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_javax.faces.resource=document&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_ln=downloadResources&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_documentID=310596&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_locale=el](https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_ln=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=310596&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el) (2014).
249. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). *Μόνιμος πληθυσμός κατά φύλο, ομάδες ηλικιών και οικογενειακή κατάσταση. Σύνολο Ελλάδος, γεωγραφικά διαμερίσματα κατά αστικές και αγροτικές περιοχές και νομοί. Απογραφή πληθυσμού της 18ης Μαρτίου 2001.*  
[https://www.statistics.gr/el/statistics?p\\_p\\_id=documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_VBZOni0vs5VJ&p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=4&p\\_p\\_col\\_pos=3&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_VBZOni0vs5VJ\\_javax.faces.resource=document&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_VBZOni0vs5VJ\\_ln=downloadResources&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_VBZOni0vs5VJ\\_documentID=310596&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_VBZOni0vs5VJ\\_locale=el](https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_VBZOni0vs5VJ&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=3&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_VBZOni0vs5VJ_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_VBZOni0vs5VJ_ln=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_VBZOni0vs5VJ_documentID=310596&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_VBZOni0vs5VJ_locale=el) (2001).

tID=221128&\_documents\_WAR\_publicationsportlet\_INSTANCE\_VBZOni0vs  
5VJ\_locale=el (χ.χ.).

250. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). *Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών 2011. Στατιστικά Αποτελέσματα για τη Γονιμότητα.*  
[https://www.statistics.gr/el/statistics?p\\_p\\_id=documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN&p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=4&p\\_p\\_col\\_pos=1&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN\\_javax.faces.resource=document&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN\\_ln=downloadResources&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN\\_documentID=310584&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN\\_locale=el](https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN_ln=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN_documentID=310584&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN_locale=el) (2014).

251. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). *Δελτίο Τύπου, Έρευνα Εργατικού Δυναμικού: Μάρτιος 2015.*  
[https://www.statistics.gr/el/statistics?p\\_p\\_id=documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN&p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=4&p\\_p\\_col\\_pos=1&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN\\_javax.faces.resource=document&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN\\_ln=downloadResources&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN\\_documentID=121989&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN\\_locale=el](https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN_ln=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN_documentID=121989&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN_locale=el) (2015).

252. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Καταπολέμησης της Φτώχειας. *Εθνική Στρατηγική και Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη των Ρομά 2021 - 2030*. <http://www.opengov.gr/minlab/?p=5472> (2021).
253. Gangadi, M. *et al.* Prevalence of tobacco smoking and association with other unhealthy lifestyle risk factors in the general population of Greece: Results from the EMENO study. *Tob. Prev. Cessation* **7**, 1–13 (2021).
254. Eurostat. Tobacco consumption statistics. Daily smokers of cigarettes. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tobacco\\_consumption\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Tobacco_consumption_statistics) (2014).
255. Stephens, W. E., Calder, A. & Newton, J. Source and Health Implications of High Toxic Metal Concentrations in Illicit Tobacco Products. *Environ. Sci. Technol.* **39**, 479–488 (2005).
256. Booth, B. The added danger of counterfeit cigarettes. *Environ. Sci. Technol.* **39**, 34A (2005).
257. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). *Δελτίο Τύπου, Παράγοντες που Επηρεάζουν την Υγεία: Έτος 2014*. [https://www.statistics.gr/el/statistics?p\\_p\\_id=documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN&p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=4&p\\_p\\_col\\_pos=1&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_javax.faces.resource=document&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_in=downloadResources](https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_in=downloadResources)



- &\_documents\_WAR\_publicationsportlet\_INSTANCE\_qDQ8fBKko4lN\_documentID=223073&\_documents\_WAR\_publicationsportlet\_INSTANCE\_qDQ8fBKko4lN\_locale=el (2016).
258. Eurostat. Glossary: Overcrowding rate. (2021).
259. European Union & Agency for Fundamental Rights. *Housing conditions of Roma and Travellers in the European Union. Comparative report October 2009.* <https://fra.europa.eu/en/publication/2011/housing-conditions-roma-and-travellers-european-union-comparative-report> (2009).
260. European Union Agency for Fundamental Rights. *Discrimination against and living conditions of Roma women in 11 EU Member States Roma survey – Data in focus.* <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/discrimination-against-and-living-conditions-roma-women-11-eu-member-states> (2016).
261. LeMasters, K. *et al.* Pregnancy experiences of women in rural Romania: understanding ethnic and socioeconomic disparities. *Cult Health Sex* **21**, 249–262 (2019).
262. Blazevski, N. M., Marnie, S. & Keskin, I. *The Position of Roma Women and Men in the Labour Markets of the Western Balkans: Micronarratives Report.* <https://www.undp.org/eurasia/publications/position-roma-women-and-men-labour-markets-western-balkans> (2018).
263. Katikireddi, S. V., Higgins, M., Smith, K. E. & Williams, G. Health inequalities: the need to move beyond bad behaviours. *J Epidemiol Community Health* **67**, 715–716 (2013).

264. Harper, K., Steger, T. & Filčák, R. Environmental justice and Roma communities in Central and Eastern Europe. *Environmental Policy and Governance* **19**, 251–268 (2009).
265. Touloumi, G. *et al.* Treatment cascade of hepatitis B and C in general, migrant and Roma populations. *Journal of Hepatology* **66**, S71–S72 (2017).
266. Anagnostatou, N., Galanakis, E. & Hatzidaki, E. A Seroprevalence Study for HBV in Pregnant Women in Greece: High Risk Migrant Groups and Opportunities for Intervention. *Austin Journal of Infectious Diseases* **8**, 1046 (2021).
267. Karatapanis, S. *et al.* Higher rates of chronic hepatitis B infection and low vaccination-induced protection rates among parturients escaping HBsAg prenatal testing in Greece: a 2-year prospective study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* **24**, 878–883 (2012).
268. Νικολάου, Α. *et al.* Η Ηπατίτιδα Μείζον Πρόβλημα στους Αθίγγανους της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* **12**, 138–141 (1995).
269. Papaevangelou, V., Hadjichristodoulou, C., Cassimos, D. & Theodoridou, M. Adherence to the screening program for HBV infection in pregnant women delivering in Greece. *BMC Infect Dis* **6**, 84 (2006).
270. Michos, A. *et al.* Seroprevalence and risk factors for hepatitis A, B, and C among roma and non-roma children in a deprived area of Athens, Greece. *Journal of Medical Virology* **80**, 791–797 (2008).
271. Rigopoulou, E. I. *et al.* The changing epidemiology of hepatitis B in Greece. *Ann Gastroenterol* **34**, 431–437 (2021).

272. Veselíny, E. *et al.* High hepatitis B and low hepatitis C prevalence in Roma population in eastern Slovakia. *Cent Eur J Public Health* **22 Suppl**, S51-56 (2014).
273. Drazilova, S. *et al.* Prevalence and Risk Factors for Hepatitis B Virus Infection in Roma and Non-Roma People in Slovakia. *Int J Environ Res Public Health* **15**, E1047 (2018).
274. Janicko, M. *et al.* Association between metabolic syndrome and hepatitis B virus infection in the Roma population in eastern Slovakia: a population-based study. *Cent Eur J Public Health* **22 Suppl**, S37-42 (2014).
275. Macejova, Z. *et al.* The Roma Population Living in Segregated Settlements in Eastern Slovakia Has a Higher Prevalence of Metabolic Syndrome, Kidney Disease, Viral Hepatitis B and E, and Some Parasitic Diseases Compared to the Majority Population. *Int J Environ Res Public Health* **17**, E3112 (2020).
276. Gyarmathy, V. A., Neaigus, A. & Ujhelyi, E. Vulnerability to drug-related infections and co-infections among injecting drug users in Budapest, Hungary. *Eur J Public Health* **19**, 260–265 (2009).
277. Sivic, S., Huremovic, A. & Djerzic, H. Social exclusion as a determining health factor of the Roma population. *Med Arch* **67**, 60–62 (2013).
278. Cruz, M., Dieguez, A., Fos, E., & F. R-Hierro. Epidemiologic Survey on Hepatitis B in Gypsy Women. *European Journal of Epidemiology* **4**, 314–317 (1988).
279. Kristian, P. *et al.* Regional and Ethnic Aspects of Viral Hepatitis B among Pregnant Women. *Central European Journal of Public Health* **21**, 22–25 (2013).

280. Gregory, A., Vedio, A., Stone, B., Green, S. & Bronsdon, C. Targeted testing in primary care demonstrates high prevalence of hepatitis B infection within the Slovak-Roma population in Sheffield, UK. *J Viral Hepat* **21**, e138-139 (2014).
281. Jorgensen, C. M. & Carnes, C. A. Lessons learned from exploratory research about viral hepatitis. *Health Promot Pract* **14**, 364–369 (2013).
282. Sweeney, L. *et al.* Informing the design of a national screening and treatment programme for chronic viral hepatitis in primary care: qualitative study of at-risk immigrant communities and healthcare professionals. *BMC Health Services Research* **15**, 97 (2015).
283. Choe, J. H. *et al.* Hepatitis B and liver cancer beliefs among Korean immigrants in Western Washington. *Cancer* **104**, 2955–2958 (2005).
284. Cotler, S. J. *et al.* Characterizing hepatitis B stigma in Chinese immigrants. *J Viral Hepat* **19**, 147–152 (2012).
285. Παπαμιχαήλ, Δ. Εκτίμηση εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού των τσιγγάνων στην Ελλάδα και διερεύνηση εμποδίων εμβολιασμού. (Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Βιολογικών Επιστημών και Προληπτικής Ιατρικής. Εργαστήριο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Γενικής Ιατρικής και Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας, 2018).
286. Παναγιωτόπουλος, Τ. *et al.* Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού και συχνότητας φυματικής λοίμωξης στα παιδιά, 2006. (2006).

287. Παναγιωτόπουλος, Τ. *et al.* Έκθεση: Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα, 2012. <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyrou/press-releases/1682-stoixeia-emboliasmwn?fdl=5475> (2013).
288. Φλέσσα, Μ. Α. Συστηματική ανασκόπηση μελετών εμβολιαστικής κάλυψης σε Τσιγγάνους στην Ελλάδα κατά τα έτη 2006-2013. (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2015).
289. Papamichail, D. *et al.* Low vaccination coverage of Greek Roma children amid economic crisis: national survey using stratified cluster sampling. *European Journal of Public Health* **27**, 318–324 (2016).
290. Duval, L., Wolff, F.-C., McKee, M. & Roberts, B. The Roma vaccination gap: Evidence from twelve countries in Central and South-East Europe. *Vaccine* **34**, 5524–5530 (2016).
291. Fournet, N. *et al.* Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination; two systematic reviews. *BMC Public Health* **18**, 196 (2018).
292. Kolarčík, P., Geckova, A. M., Orosova, O., Dijk, J. P. van & Reijneveld, S. Predictors of health-endangering behaviour among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia by gender. *Journal of Epidemiology & Community Health* **64**, 1043–1048 (2010).
293. Gerevich, J., Bácskai, E., Czobor, P. & Szabó, J. Substance use in Roma and non-Roma adolescents. *J Nerv Ment Dis* **198**, 432–436 (2010).

294. Djonic, D. *et al.* HIV-Related Risk Behaviors Among Roma Youth in Serbia: Results of Two Community-Based Surveys. *Journal of Adolescent Health* **52**, 234–240 (2013).
295. Věchetová, S., Krekulová, L., Oktábec, Z. & Řehák, V. A high prevalence of viral hepatitis C in a socially excluded Roma community in Brno. *Epidemiol Mikrobiol Imunol* **68**, 115–121 (2019).
296. Papadopoulos, N. *et al.* Frequency and predictors of no treatment in anti-hepatitis C virus-positive patients at tertiary liver centers in Greece. *Eur J Gastroenterol Hepatol* **25**, 587–593 (2013).
297. Papastergiou, V. *et al.* Incidence and predictors of hepatitis C treatment initiation among people who inject drugs: longitudinal data from a Greek tertiary center: 2009-2015. *United European Gastroenterology Journal* **2** (Supplement 1), (2016).
298. Harris, M. Injecting, Infection, Illness: Abjection and Hepatitis C Stigma. *Body & Society* **15**, 33–51 (2009).
299. Cunningham, E. B. *et al.* Interventions to enhance testing, linkage to care, and treatment initiation for hepatitis C virus infection: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol* **7**, 426–445 (2022).
300. Hahné, S. J. M. *et al.* Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening. *BMC Infect Dis* **13**, 181 (2013).

301. Kabakchieva, E. *et al.* HIV Risk Behavior Patterns, Predictors, and Sexually Transmitted Disease Prevalence in the Social Networks of Young Roma (Gypsy) Men in Sofia, Bulgaria. *Sexually Transmitted Diseases* **33**, (2006).
302. Martin, V. *et al.* Seroepidemiology of HIV-1 infection in a Catalanian penitentiary. *AIDS* **4**, 1023–1026 (1990).
303. Cocu, M. *et al.* Mother-to-child transmission of HIV infection in Romania: Results from an education and prevention programme. *AIDS Care* **17**, 76–84 (2005).
304. Kelly, J. A. *et al.* Levels of HIV Testing Among Young Men Who Have Sex with Men in Bulgaria: Very Low Testing by Ethnic Minority Roma (Gypsy) Men. *J Immigr Minor Health* **23**, 240–249 (2021).
305. Kaskafetou, S. *et al.* Hepatitis B, C and Human Immunodeficiency Virus Knowledge Among the General Greek Population: Results from the Hprolipsis Nationwide Survey [Preprint]. Preprint at <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1152992/v1> (2022).
306. Kabakchieva, E., Amirkhanian, Y., Kelly, J., McAuliffe, T. & Vassileva, S. High levels of sexual HIV/STD risk behaviour among Roma (Gypsy) men in Bulgaria: patterns and predictors of risk in a representative community sample. *Int J STD AIDS* **13**, 184–191 (2002).
307. Friberg, J. H. Poverty, networks, resistance: The economic sociology of Roma migration for begging. *Migration Studies* **8**, 228–249 (2020).

308. Shah, H. A. & Abu–Amara, M. Education Provides Significant Benefits to Patients With Hepatitis B Virus or Hepatitis C Virus Infection: A Systematic Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* **11**, 922–933 (2013).
309. Collins, C. B., Jr. & Sapiano, T. N. Lessons Learned From Dissemination of Evidence-Based Interventions for HIV Prevention. *American Journal of Preventive Medicine* **51**, S140–S147 (2016).
310. Crondahl, K. & Eklund Karlsson, L. The Nexus Between Health Literacy and Empowerment: A Scoping Review. *SAGE Open* **6**, 2158244016646410 (2016).
311. Belak, A., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J. P. & Reijneveld, S. A. Why don't segregated Roma do more for their health? An explanatory framework from an ethnographic study in Slovakia. *International Journal of Public Health* **63**, 1123–1131 (2018).
312. Belak, A., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J. P. & Reijneveld, S. A. Health-endangering everyday settings and practices in a rural segregated Roma settlement in Slovakia: A descriptive summary from an exploratory longitudinal case study. *BMC Public Health* **17**, 128 (2017).
313. Marcu, O. Using Participatory, Visual and Biographical Methods with Roma Youth. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research; Vol 17, No 1 (2016)* (2015) doi:10.17169/fqs-17.1.2270.
314. Orton, L. *et al.* Roma populations and health inequalities: a new perspective. *Int J Hum Rights Healthc* **12**, 319–327 (2019).
315. Drazilova, S. *et al.* What is the Role of the Horizontal Transmission of Hepatitis B Virus Infection in Young Adult and Middle-Aged Roma Population Living in



- the Settlements in East Slovakia? *Int J Environ Res Public Health* **17**, E3293 (2020).
316. Tóth, M. D., Ádám, S., Zonda, T., Birkás, E. & Purebl, G. Risk factors for multiple suicide attempts among Roma in Hungary. *Transcult Psychiatry* **55**, 55–72 (2018).
317. Anastasaki, M. *et al.* Beliefs, Perceptions, and Behaviors Regarding Chronic Respiratory Diseases of Roma in Crete, Greece: A Qualitative FRESH AIR Study. *Front Public Health* **10**, 812700 (2022).
318. Jafari, S., Buxton, J. A., Afshar, K., Copes, R. & Baharlou, S. Tattooing and risk of hepatitis B: a systematic review and meta-analysis. *Can J Public Health* **103**, 207–212 (2012).
319. Babinská, I. *et al.* Prevalence of Chlamydia trachomatis Infection and Its Association with Sexual Behaviour and Alcohol Use in the Population Living in Separated and Segregated Roma Settlements in Eastern Slovakia. *Int J Environ Res Public Health* **14**, E1579 (2017).
320. Sipetić, S. *et al.* HIV/AIDS risk behaviours among Roma and non-Roma sex workers in Belgrade (Serbia). *Collegium antropologicum* **36**, 1197–1203 (2012).
321. Sedlecky, K. & Rašević, M. Challenges in sexual and reproductive health of Roma people who live in settlements in Serbia. *Eur J Contracept Reprod Health Care* **20**, 101–109 (2015).
322. Nikolic, Z. & Djikanovic, B. Differences in the use of contraception between Roma and non-Roma women in Serbia. *J Public Health (Oxf)* **37**, 581–589 (2015).

323. Virto Ruiz, M. T. *et al.* [Endemic hepatitis B in 2 marginal ethnic minorities. Comparative study]. *Med Clin (Barc)* **101**, 245–248 (1993).
324. Degani, P. & Tavagnutti, V. Discrimination against Roma women in Romania. An intersectional perspective. *AG About Gender - Rivista internazionale di studi di genere*; V. 7, N. 14 (2018): *La famiglia contesa. Le ridefinizioni della famiglia negli odierni conflitti della sfera pubblica* (2018) doi:10.15167/2279-5057/AG2018.7.14.521.
325. Εύξεινη Πόλη. *Οδηγός Δράσης για την Προσέγγιση των Ρομ από τους Επαγγελματίες Υγείας*.  
[https://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2004/action3/docs/2004\\_3\\_01\\_manuals\\_el.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_el.pdf) (2007).
326. Nursing Council of New Zealand. *Guidelines for cultural safety, the Treaty of Waitangi and Maori health in nursing education and practice*.  
[https://ngamanukura.nz/sites/default/files/basic\\_page\\_pdfs/Guidelines%20for%20cultural%20safety%2C%20the%20Treaty%20of%20Waitangi%2C%20and%20Maori%20health%20in%20nursing%20education%20and%20practice%282%29\\_0.pdf](https://ngamanukura.nz/sites/default/files/basic_page_pdfs/Guidelines%20for%20cultural%20safety%2C%20the%20Treaty%20of%20Waitangi%2C%20and%20Maori%20health%20in%20nursing%20education%20and%20practice%282%29_0.pdf) (2011).
327. Plaza Del Pino, F. J. *et al.* Romani Women and Health: The Need for a Cultural-Safety Based Approach. *Healthcare (Basel)* **10**, 271 (2022).
328. Pascual, A. M., de Vicente, I., Matulic, V. & Amador, J. The Invisible Feminist Action of Roma Families. *Affilia* **35**, 516–532 (2020).
329. de Andrade, M. Measuring Humanity: hip-hop as evidence for health inequalities. *Lancet* **391**, 1340–1341 (2018).

330. Barrie, K. & Miller, E. *Measuring personal outcomes in service settings: Collected briefings from meaningful and measurable*. [https://meaningfulandmeasurable.files.wordpress.com/2015/04/mm\\_projectreport\\_measuringpersonaloutcomesinservicesettings.pdf](https://meaningfulandmeasurable.files.wordpress.com/2015/04/mm_projectreport_measuringpersonaloutcomesinservicesettings.pdf) (2015).
331. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. *The 10 common basic principles on Roma inclusion: vademecum*. (Publications Office of the European Union, 2010).
332. Baum, F. E. Power and glory: applying participatory action research in public health. *Gaceta Sanitaria* **30**, 405–407 (2016).
333. Bonevski, B. *et al.* Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Medical Research Methodology* **14**, 42 (2014).
334. Smyth, L., McClements, L. & Murphy, P. Engaging hard-to-reach populations in research on health in pregnancy: the value of Boal’s simultaneous dramaturgy. *Arts Health* **12**, 71–79 (2020).
335. Andrade, M. de. Tackling health inequalities through asset-based approaches, co-production and empowerment: ticking consultation boxes or meaningful engagement with diverse, disadvantaged communities? *Journal of Poverty and Social Justice* **24**, 127–141 (2016).
336. Kalpazidou, G., Ladopoulos, D. A. & Papakonstantinou, T. Tackling Negative Representation: The Use of Storytelling As a Critical Pedagogical Tool for Positive Representation of Roma. *Critical Romani Studies* **3**, 58–70 (2020).

337. Flory, J. & Emanuel, E. Interventions to improve research participants' understanding in informed consent for research: a systematic review. *JAMA* **292**, 1593–1601 (2004).
338. Wendler, D. *et al.* Are Racial and Ethnic Minorities Less Willing to Participate in Health Research? *PLoS Med* **3**, e19 (2006).
339. Amirkhanian, Y. A. *et al.* A randomized social network HIV prevention trial with young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS* **19**, 1897–1905 (2005).
340. Amirkhanian, Y. A., Kelly, J. A., Kabakchieva, E., McAuliffe, T. L. & Vassileva, S. Evaluation of a social network HIV prevention intervention program for young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS Educ Prev* **15**, 205–220 (2003).
341. Crondahl, K. & Eklund Karlsson, L. Roma Empowerment and Social Inclusion Through Work-Integrated Learning. *SAGE Open* **5**, 2158244015572275 (2015).
342. Porr, C., Drummond, J. & Richter, S. Health literacy as an empowerment tool for low-income mothers. *Fam Community Health* **29**, 328–335 (2006).
343. Schulz, P. J. & Nakamoto, K. Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient Educ Couns* **90**, 4–11 (2013).
344. Miranda, D. E., Garcia-Ramirez, M., Balcazar, F. E. & Suarez-Balcazar, Y. A Community-Based Participatory Action Research for Roma Health Justice in a Deprived District in Spain. *Int J Environ Res Public Health* **16**, 3722 (2019).

345. Ramos-Morcillo, Leal-Costa, Hueso-Montoro, del-Pino-Casado, & Ruzafa-Martínez. Concept of Health and Sickness of the Spanish Gypsy Population: A Qualitative Approach. *IJERPH* **16**, 4492 (2019).
346. Belak, A., Filakovska Bobakova, D., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J. P. & Reijneveld, S. A. Why don't health care frontline professionals do more for segregated Roma? Exploring mechanisms supporting unequal care practices. *Soc Sci Med* **246**, 112739 (2020).
347. Belak, A., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J. P. & Reijneveld, S. A. What Roma nonadherence is likely and what drives it? Reply to Broz and Nunes. *Int J Public Health* **64**, 805–807 (2019).
348. Belak, A. & Adamova, M. *More Roma healthcare professionals are needed to improve healthcare for Roma! EPHA Policy brief*. <https://epha.org/wp-content/uploads/2020/09/more-roma-professionals-are-needed-to-improve-healthcare-for-roma.pdf> (2020) doi:10.13140/RG.2.2.33134.43843.
349. Mrzljak, A., Bajkovec, L. & Vilibic-Cavlek, T. Hepatotropic viruses: Is Roma population at risk? *World J Gastroenterol* **27**, 143–151 (2021).
350. Solar, O. & Irwin, A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489> (2010).
351. UCL Institute of Health Equity. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social->

- determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report  
(2014).
352. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en) (2017).
353. Eurostat. Share of persons aged 16 and over with or without long-standing (chronic) health problems, 2014 (%) Health2015 - Statistics Explained. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share\\_of\\_persons\\_aged\\_16\\_and\\_over\\_with\\_or\\_without\\_long-standing\\_\(chronic\)\\_health\\_problems,\\_2014\\_\(%25\)\\_Health2015.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share_of_persons_aged_16_and_over_with_or_without_long-standing_(chronic)_health_problems,_2014_(%25)_Health2015.png).
354. European Union Agency for Fundamental Rights. Survey on Minorities and Discrimination in EU (2016). *European Union Agency for Fundamental Rights* <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/survey-data-explorer-second-eu-minorities-discrimination-survey> (2017).
355. Dotcho, M. *The health situation of Roma communities: Analysis of the data from the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey 2011. Roma Inclusion Working Papers*. <https://www.undp.org/content/dam/rbec/docs/The-health-situation-of-Roma-communities.pdf> (2012).
356. Antonovsky, A. *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. (Jossey-Bass, 1979).

357. Eklund Karlsson, L., Crondahl, K., Sunnemark, F. & Andersson, A. The Meaning of Health, Well-Being, and Quality of Life Perceived by Roma People in West Sweden. *Societies* **3**, 243–260 (2013).
358. Τουλούμη, Γ. Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Προγράμματος Ελέγχου Ιογενών Ηπατιτίδων Β, C και HIV Λοίμωξης στο Γενικό Πληθυσμό και σε Μετακινούμενους Πληθυσμούς: *Hprolipsis Τελική Έκθεση*. (2016).
359. Vorvolakos, T. *et al.* Sociodemographic and clinical characteristics of Roma and non-Roma psychiatric outpatients in Greece. *Ethnicity & Health* **17**, 161–169 (2012).
360. Lee, E. J. *et al.* Mental health disparities between Roma and non-Roma children in Romania and Bulgaria. *BMC Psychiatry* **14**, 297 (2014).
361. Kamberi, E., Martinovic, B. & Verkuyten, M. Life Satisfaction and Happiness Among the Roma in Central and Southeastern Europe. *Soc Indic Res* **124**, 199–220 (2015).
362. Kolarcik, P., Geckova, A. M., Reijneveld, S. A. & van Dijk, J. P. Social support, hopelessness and life satisfaction among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia. *Int J Public Health* **57**, 905–913 (2012).
363. Kotrotsiou, S., Gourgoulianis, K., Gouva, M. & Skenteris, N. Age and Gender as Determinants of Psychological Health for Roma People in Greece. *International Journal of Caring Sciences* **7**, 873–881 (2014).
364. Gouva, M., Mentis, M., Kotrotsiou, S., Paralikas, T. & Kotrotsiou, E. Shame and Anxiety Feelings of a Roma Population in Greece. *J Immigr Minor Health* **17**, 1765–1770 (2015).

365. Janevic, T., Jankovic, J. & Bradley, E. Socioeconomic position, gender, and inequalities in self-rated health between Roma and non-Roma in Serbia. *International Journal of Public Health* **57**, 49–55 (2012).
366. Aisa, R., Larramona, G. & Pueyo, F. Discrimination and self-reported health for the Spanish Roma. *Public health* **134**, 105–108 (2016).
367. Sordo Ruz, T. *Guide on intersectional discrimination. The case of Roma women.* [https://www.gitanos.org/upload/22/65/GUIDE\\_ON\\_INTERSECTIONAL\\_DISCRIMINATION\\_-\\_ROMA\\_WOMEN\\_-\\_FSG\\_33444\\_.pdf](https://www.gitanos.org/upload/22/65/GUIDE_ON_INTERSECTIONAL_DISCRIMINATION_-_ROMA_WOMEN_-_FSG_33444_.pdf) (2019).
368. World Health Organization. *Evidence and resources to act on health inequities, social determinants and meet the SDGs.* [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/397899/20190218-h1740-sdg-resource-pack-2.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/397899/20190218-h1740-sdg-resource-pack-2.pdf?ua=1) (2019).
369. Gecková, A. M. *et al.* Socioeconomic characteristics of the population living in Roma settlements and their association with health and health-related behaviour. *Central European journal of public health* **22 Suppl**, S57-64 (2014).
370. Masseria, C., Mladovsky, P. & Hernández-Quevedo, C. The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *European Journal of Public Health* **20**, 549–554 (2010).
371. Cleemput, P. V., Parry, G., Thomas, K., Peters, J. & Cooper, C. Health-related beliefs and experiences of Gypsies and Travellers: a qualitative study. *Journal of Epidemiology & Community Health* **61**, 205–210 (2007).



372. Eriksson, M. & Lindström, B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health* **60**, 376–381 (2006).
373. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). *Δελτίο Τύπου, Έρευνα Υγείας: Έτος 2014*. [https://www.statistics.gr/el/statistics?p\\_p\\_id=documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN&p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=4&p\\_p\\_col\\_pos=1&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_javax.faces.resource=document&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_ln=downloadResources&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_documentID=223072&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4IN\\_locale=el](https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_ln=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=223072&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el) (2016).
374. La Parra-Casado, D., Mosquera, P. A., Vives-Cases, C. & San Sebastian, M. Socioeconomic Inequalities in the Use of Healthcare Services: Comparison between the Roma and General Populations in Spain. *Int J Environ Res Public Health* **15**, E121 (2018).
375. Devaux, M. & Looper, M. de. *Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009*. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-related-inequalities-in-health-service-utilisation-in-19-oecd-countries-2008-2009\\_5k95xd6stnxt-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-related-inequalities-in-health-service-utilisation-in-19-oecd-countries-2008-2009_5k95xd6stnxt-en) (2012) doi:10.1787/5k95xd6stnxt-en.

376. Filippidis, F. T., Gerovasili, V., Millett, C. & Tountas, Y. Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Sci Rep* **7**, 46423 (2017).
377. Zavras, D. Studying Healthcare Affordability during an Economic Recession: The Case of Greece. *Int J Environ Res Public Health* **17**, 7790 (2020).
378. Υ4α/οικ.165114/ΦΕΚ 2080/31/12/2010 «Καθορισμός αμοιβής εξέταστων των προσερχόμενων στα νοσηλευτικά ιδρύματα και τα κέντρα υγείας».
379. Υ4α/οικ 1329/04/01/2011 «Διευκρινίσεις σχετικά με αμοιβή (εξέταστρο) στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων του ΕΣΥ και κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας».
380. Νόμος 4093/2012 «ΙΒ.2. Ρυθμίσεις θεμάτων φαρμακευτικών δαπανών, συμψηφισμού απαιτήσεων και εκκαθαρισμένων οφειλών νοσοκομείων».
381. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). *Δελτίο Τύπου, Πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας παιδιών έως 12 ετών, εκπαίδευσης και κατάρτισης, δια βίου μάθησης, υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας κατ' οίκον, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών, 2016.*  
[https://www.statistics.gr/el/statistics?p\\_p\\_id=documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN&p\\_p\\_lifecycle=2&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_cacheability=cacheLevelPage&p\\_p\\_col\\_id=column-2&p\\_p\\_col\\_count=4&p\\_p\\_col\\_pos=1&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN\\_javax.faces.resource=document&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN\\_ln=downloadResources&\\_documents\\_WAR\\_publicationsportlet\\_INSTANCE\\_qDQ8fBKKo4lN\\_docum](https://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN_ln=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4lN_docum)

entID=390414&\_documents\_WAR\_publicationsportlet\_INSTANCE\_qDQ8fBK  
Ko4IN\_locale=el (2017).

382. Zavras, D., Naoum, P., Athanasakis, K., Kyriopoulos, J. & Pavi, E. Unmet Healthcare Needs Due To Financial Reasons In Times Of Austerity. *Value in Health* **20**, A510–A511 (2017).
383. Vokó, Z. *et al.* Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary? *Journal of Epidemiology & Community Health* **63**, 455–460 (2009).
384. Kolarcik, P., Geckova, A. M., Orosova, O., van Dijk, J. P. & Reijneveld, S. A. To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia? *Social Science & Medicine* **68**, 1279–1284 (2009).
385. European Union Agency for Fundamental Rights. *Second European Union Minorities and Discrimination Survey - Main results*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2017/second-european-union-minorities-and-discrimination-survey-main-results> (2017).
386. Abdikeeva, A. & Covaci, A. The Impact of Legal Advocacy Strategies to Advance Roma Health. *Health Hum Rights* **19**, 99–110 (2017).
387. Lämsä, R. *et al.* The Role of Perceived Unjust Treatment in Unmet Needs for Primary Care Among Finnish Roma Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **17**, 5825 (2020).

388. Jarcuska, P. *et al.* Are barriers in accessing health services in the Roma population associated with worse health status among Roma? *Int J Public Health* **58**, 427–434 (2013).
389. McFadden, A. *et al.* Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review. *Eur J Public Health* **28**, 74–81 (2018).
390. Stojisavljevic, S., Grabez, M. & Stojanovski, K. Unmet Health Needs of Roma Women in the Two Biggest Roma Communities in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *Front Public Health* **8**, 30 (2020).
391. Alunni, L. Pathogenic camps, therapeutic city? Roma, healthcare, and the negotiation of citizenship rights in Rome. *Social Science & Medicine* **289**, 114421 (2021).
392. Touloumi, G. *et al.* Design and Development of a Viral Hepatitis and HIV Infection Screening Program (Hprolipsis) for the General, Greek Roma, and Migrant Populations of Greece: Protocol for Three Cross-Sectional Health Examination Surveys. *JMIR Research Protocols* **9**, e13578 (2020).
393. Petraki, I. *et al.* Living in Roma Settlements in Greece: Self-Perceived Health Status, Chronic Diseases and Associated Social Determinants of Health. *Int J Environ Res Public Health* **18**, 8403 (2021).
394. Fésüs, G., Östlin, P., McKee, M. & Ádány, R. Policies to improve the health and well-being of Roma people: the European experience. *Health Policy* **105**, 25–32 (2012).
395. Heidegger, P. & Wiese, K. *Pushed to the wastelands: Environmental racism against Roma communities in Central and Eastern Europe.*

<https://eeb.org/library/pushed-to-the-wastelands-environmental-racism-against-roma-communities-in-central-and-eastern-europe/> (2020).

396. EJOLT. Pushed to the wasteland: Environmental racism against Roma communities in Central and South-Eastern Europe | EJAtlas. *Environmental Justice Atlas* <https://ejatlas.org/featured/roma> (n.d.).
397. Generaal, E. *et al.* A Feasibility Study to Increase Chronic Hepatitis C Virus RNA Testing and Linkage to Care among Clients Attending Homeless Services in Amsterdam, The Netherlands. *Diagnostics (Basel)* **11**, 1197 (2021).
398. The Lancet Gastroenterology Hepatology. Access to HCV treatments: hurdles not barriers. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* **2**, 1 (2017).
399. Papatheodoridis, G. V. *et al.* Aiming towards hepatitis C virus elimination in Greece. *Ann Gastroenterol* **32**, 321–329 (2019).
400. Myloneros, T. & Sakellariou, D. The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *BMC health services research* **21**, (2021).
401. Souliotis, K., Agapidaki, E., Tzavara, C. & Economou, M. Psychiatrists role in primary health care in Greece: findings from a quantitative study. *International Journal of Mental Health Systems* **11**, 65 (2017).
402. Escobar-Ballesta, M., García-Ramírez, M. & De Freitas, C. Taking stock of Roma health policies in Spain: Lessons for health governance. *Health Policy* **122**, 444–451 (2018).
403. Rosas, S. R. & Kane, M. Quality and rigor of the concept mapping methodology: a pooled study analysis. *Eval Program Plann* **35**, 236–245 (2012).

404. Svobodova, I., Filakovska Bobakova, D., Bosakova, L. & Dankulincova Veselska, Z. How to improve access to health care for Roma living in social exclusion: a concept mapping study. *International Journal for Equity in Health* **20**, 61 (2021).
405. de Andrade, M. & Angelova, N. Evaluating and evidencing asset-based approaches and co-production in health inequalities: measuring the unmeasurable? *Critical Public Health* **30**, 232–244 (2020).
406. Suarez-Balcazar, Y., Mirza, M. P. & Garcia-Ramirez, M. Health disparities: Understanding and promoting healthy communities. *Journal of Prevention & Intervention in the Community* **46**, 1–6 (2018).
407. Χρήστου, Χ. *ROMED: Έκθεση αποτίμησης του προγράμματος στην Ελλάδα*.  
[https://coe-romed.org/sites/default/files/Country-assessment\\_Greece-HEL.pdf](https://coe-romed.org/sites/default/files/Country-assessment_Greece-HEL.pdf)  
(χ.χ.).
408. Battaglini, M. A mixed-methods evaluation of Roma health mediation. *The Public Sphere Journal Of Public Policy* 15–43 (2017).
409. Economou, C. & Panteli, D. *Monitoring and documenting systemic and health effects of health reforms in Greece*.  
<https://www.euro.who.int/en/countries/greece/publications/monitoring-and-documenting-systemic-and-health-effects-of-health-reforms-in-greece-2019>  
(2019).
410. European Commission. 1st European Roma Summit. (2008).
411. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Οι 10 κοινές βασικές αρχές για την ένταξη των Ρομά*.  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiyfHKzaXwAhWB\\_7sIHXIGBwUQFjAAegQIBBAD&url=http%3A](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiyfHKzaXwAhWB_7sIHXIGBwUQFjAAegQIBBAD&url=http%3A)

%2F%2Fec.europa.eu%2Fsocial%2FblobServlet%3FdocId%3D3977%26langId%3Del&usg=AOvVaw13ODu7dtToDzq73nhBr2FE (2009).

412. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιλοτικό σχέδιο «Πανευρωπαϊκός συντονισμός των μεθόδων για την ένταξη των Ρομ» - Ένταξη των Ρομ. (2009).
413. European Commission. *Report on the II European Roma Summit: Promoting Policies In Favour Of The Roma Population*. [https://ec.europa.eu/info/files/2nd-european-roma-summit-cordoba-spain-8-9-april-2010-report\\_en](https://ec.europa.eu/info/files/2nd-european-roma-summit-cordoba-spain-8-9-april-2010-report_en) (2010).
414. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ανακοίνωση της επιτροπής προς το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το συμβούλιο, την ευρωπαϊκή οικονομική και κοινωνική επιτροπή και την επιτροπή των περιφερειών: Η κοινωνική και οικονομική ένταξη των Ρομ στην Ευρώπη*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1444909812175&uri=CELEX:52010DC0133> (2010).
415. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ανακοίνωση της επιτροπής προς το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το συμβούλιο, την ευρωπαϊκή οικονομική και κοινωνική επιτροπή και την επιτροπή των περιφερειών: Πλαίσιο της ΕΕ για εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά μέχρι το 2020*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX%3A52011DC0173> (2011).
416. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ανακοίνωση της επιτροπής προς το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το συμβούλιο, την ευρωπαϊκή οικονομική και κοινωνική επιτροπή και την επιτροπή των περιφερειών: Βήματα προόδου στην υλοποίηση των εθνικών στρατηγικών για την ένταξη των Ρομά*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex:52013DC0454> (2013).

417. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ανακοίνωση της επιτροπής προς το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το συμβούλιο, την ευρωπαϊκή οικονομική και κοινωνική επιτροπή και την επιτροπή των περιφερειών: Έκθεση σχετικά με την υλοποίηση του Πλαισίου της ΕΕ για εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά.* <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX%3A52014DC0209> (2014).
418. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ανακοίνωση της επιτροπής προς το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το συμβούλιο, την ευρωπαϊκή οικονομική και κοινωνική επιτροπή και την επιτροπή των περιφερειών: Έκθεση του 2015 σχετικά με την εφαρμογή του πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά.* <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52015DC0299&qid=1619782674863> (2015).
419. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ανακοίνωση της επιτροπής προς το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το συμβούλιο, την ευρωπαϊκή οικονομική και κοινωνική επιτροπή και την επιτροπή των περιφερειών: σχετικά με την αξιολόγηση της εφαρμογής του πλαισίου της ΕΕ για εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά και της σύστασης του Συμβουλίου για αποτελεσματικά μέτρα ένταξης των Ρομά στα κράτη μέλη — 2016.* <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52016DC0424&qid=1619782674863> (2016).
420. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο: Ενδιάμεση επανεξέταση του πλαισίου της ΕΕ για τις εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά.* <https://eur-lex.europa.eu/legal->



content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52017DC0458&qid=1619782674863

(2017).

421. Council of Europe. Who we are. <https://www.coe.int/en/web/about-us/who-we-are>.
422. Council of Europe. About the European Commission against Racism and Intolerance. <https://www.coe.int/en/web/european-commission-against-racism-and-intolerance/about>.
423. Council of Europe. Roma and Travellers: About us. <https://www.coe.int/en/web/roma-and-travellers/about-us>.
424. Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (FRA). Σχετικά με τον FRA. <https://fra.europa.eu/el/about-fra>.
425. European Union Agency for Fundamental Rights. Roma. <https://fra.europa.eu/en/themes/roma#TabThemeProducts>.
426. United Nations Development Programme. Roma. <https://www.eurasia.undp.org/content/rbec/en/home/sustainable-development/Social-protection-and-inclusion/Roma.html>.
427. World Bank. Who we are. <https://www.worldbank.org/en/who-we-are>.
428. World Bank. Promoting Roma Inclusion in Eastern Europe. <https://www.worldbank.org/en/results/2014/04/10/promoting-roma-inclusion-in-eastern-europe>.
429. Open Society Foundations. Who we are. <https://www.opensocietyfoundations.org/who-we-are>.

430. Open Society Foundations. The Roma and Open Society.  
<https://www.opensocietyfoundations.org/explainers/roma-and-open-society>.
431. Fundación Secretariado Gitano. Who we are.  
[https://www.gitanos.org/quienes\\_somos/mision\\_estrategia.html.en](https://www.gitanos.org/quienes_somos/mision_estrategia.html.en).
432. Council of Europe. Joint Programme ROMED. <https://www.coe-romed.org/>.
433. Council of Europe. About ROMACT. <https://coe-romact.org/about-romact>.
434. Migration Yorkshire. Roma MATRIX.  
<https://www.migrationyorkshire.org.uk/romamatrix>.
435. Regional Cooperation Council. Decade of Roma Inclusion 2005 – 2015.  
[https://www.rcc.int/romaintegration2020/romadecade\\_p/17/decade-of-roma-inclusion-2005-2015](https://www.rcc.int/romaintegration2020/romadecade_p/17/decade-of-roma-inclusion-2005-2015).
436. Council of Europe. Roma Political Schools. <https://www.coe.int/en/web/roma-and-travellers/roma-political-schools>.

## ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΣΗ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗΣ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ

Ελληνικός όρος	Ξενόγλωσσος όρος
Αναστοχασμός	Reflection
Διαθεματικότητα	Intersectionality
Δομικός ρατσισμός	Structural racism
Εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας	Health literacy
Κριτική θεωρία	Critical theory
Προσανατολισμένα στη δράση	Action-oriented
Συμμετοχικά προγράμματα τα οποία έχουν αξιολογηθεί στο παρελθόν	Evaluated tailored participatory projects
Συμμετοχική Έρευνα-Δράση	Participatory Action-Research (PAR)
Συστηματικό σφάλμα επιλογής	Selection bias

## ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ/ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

Αρκτικόλεξο/ακρωνύμια και ανάπτυξή τους

Ελληνικά	
ΓΓΛΕ	Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης
Δίκτυο Ρομ	Πανελλαδικό Διαδημοτικό Δίκτυο για την Υποστήριξη των Ελλήνων Τσιγγάνων - Δίκτυο Ρομ
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΠΑ	Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΜΕΝΟ	Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΥΣΕΚΤ	Ειδική Υπηρεσία Συντονισμού και Παρακολούθησης Δράσεων Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου
ΙΑΚ	Ιατροκοινωνικά Κέντρα
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
ΝΕΛΕ	Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκής Επιμόρφωσης
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΠΔ	Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Δράσης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΛΕΕ	Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης
ΣΜΝ	Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα
ΥΠΑΚΠ	Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας
ΥΠΕΚΑ	Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΥΠΕΚΑΚΑ	Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
95% ΔΕ	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης
Αγγλικά	
EU-MIDIS II	Δεύτερη Έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις Μειονότητες και τις Διακρίσεις
FRA	European Union Agency for Fundamental Rights

GAD-2	Κλίμακα άγχους 2 στοιχείων
HBV	Ηπατίτιδα Β
HCV	Ηπατίτιδα C
HBsAg	Αντιγόνο επιφανείας της HBV
PHQ-2	Κλίμακα κατάθλιψης 2 στοιχείων
PHQ-4	Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς 4 στοιχείων
95% CI	95% Confidence Interval

---

## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

Πλήρης απόδοση	Συντόμευση
Πανελλαδική απογραφική μελέτη διερεύνησης κοινωνικών, οικιστικών συνθηκών και αναγκών των Ελλήνων Τσιγγάνων πολιτών	Μελέτη Δικτύου Ρομ
Δεύτερη Έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις Μειονότητες και τις Διακρίσεις	Μελέτη FRA EU-MIDIS II
Έρευνα για τις διακρίσεις και τον κοινωνικό αποκλεισμό των Ρομά στην Ε.Ε	Μελέτη FRA πιλοτική
Μελέτη για την υπάρχουσα κοινωνικο-πολιτισμική κατάσταση της τσιγγάνικης κοινότητας στην Ελλάδα	Μελέτη Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Εκπόνηση Μελέτης για την Καταγραφή της Υφιστάμενης Κατάστασης των ΡΟΜΑ στην Ελλάδα, Απολογισμός Δράσεων και Εκπόνηση Σχεδίου Δράσης για την 4η Προγραμματική Περίοδο	Μελέτη ΕΥΣΕΚΤ
Υγεία και κοινότητα των Ρομά. Ανάλυση της κατάστασης στην Ευρώπη	Μελέτη Εύξεινη Πόλη-Gitano
Ευρισκόμενοι σε περίοδο παραθύρου σε οξεία λοίμωξη ή έχοντες φυσική ανοσία με μη ανιχνεύσιμους τίτλους anti-HBs ή ψευδώς θετικό anti-HBc ή χρόνιοι φορείς με μη ανιχνεύσιμα επίπεδα HbsAg	Έχοντες μόνο anti-HBc θετικό

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Χρονολόγιο διαβουλεύσεων με ορόσημα διαπιστώσεων και προτεινόμενων μέτρων από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την ενσωμάτωση των Ρομά στην ΕΕ

---

2008

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή διοργανώνει την πρώτη ευρωπαϊκή διάσκεψη κορυφής για τους Ρομά, η οποία παρέχει την ευκαιρία να συζητηθούν θέματα που τους αφορούν στα υψηλότερα επίπεδα λήψης αποφάσεων της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένων των εθνικών και περιφερειακών αρχών, με τη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών.<sup>410</sup>

---

2009

Ξεκινάει η Ευρωπαϊκή Πλατφόρμα για την Ένταξη των Ρομά. Κατά τη διάρκεια αυτής της συνάντησης, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρουσιάζει τις **10 Κοινές Βασικές Αρχές για την Ένταξη των Ρομά**, οι οποίες αποτελούν εργαλείο τόσο για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής όσο και για τους επαγγελματίες που διαχειρίζονται προγράμματα και έργα<sup>411</sup>. Τον ίδιο χρόνο, ξεκινάει το πιλοτικό πρόγραμμα «Πανευρωπαϊκός συντονισμός των μεθόδων για την ένταξη των Ρομ» — Ένταξη των Ρομ» το οποίο χρηματοδοτήθηκε και ανατέθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο στην Επιτροπή (DG REGIO).<sup>412</sup>

---

2010

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή διοργανώνει την δεύτερη ευρωπαϊκή διάσκεψη κορυφής για τους Ρομά, με στόχο την **αποτίμηση των επιτευγμάτων** που πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο ΕΕ για την ένταξη των Ρομά τα τελευταία δύο χρόνια και την ανανέωση των δεσμεύσεων. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στο ζήτημα της υγείας των Ρομά, στο οποίο αφιερώθηκε πλήρως μια συζήτηση στην ολομέλεια τη δεύτερη ημέρα της συνόδου κορυφής.<sup>413</sup> Το ίδιο έτος, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εκδίδει για πρώτη φορά ανακοίνωση αναφορικά με τους Ρομά,<sup>414</sup> η οποία αναγνωρίζει τη **σημασία της αντιμετώπισης της υγείας, της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και της στέγασης** των Ρομά. Παράλληλα δεσμεύεται να βοηθήσει τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, αναπτύσσοντας ένα σύνολο μοντέλων προσεγγίσεων που θα προσδιορίζουν τους βασικούς παράγοντες και τα νομικά και χρηματοοικονομικά μέσα που απαιτούνται για την εφαρμογή μιας τοπικής, περιφερειακής ή εθνικής ατζέντας ολοκλήρωσης.

---

2011

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή<sup>415</sup> καλεί τα κράτη-μέλη να **προετοιμάσουν ή να αναθεωρήσουν τις εθνικές στρατηγικές ένταξης** των Ρομά και να δημιουργήσουν ένα **δίκτυο εθνικών σημείων επαφής** για τους Ρομά στο πλαίσιο του οποίου θα συνέρχονται τακτικά τα εθνικά σημεία επαφής Ρομά και των 28 κρατών μελών. Όσον αφορά ειδικότερα τα θέματα υγείας, το πλαίσιο καλεί τα κράτη-μέλη, μεταξύ άλλων, να μειώσουν το χάσμα στην υγειονομική περίθαλψη μεταξύ Ρομά και μη Ρομά και να θέσουν **συγκεκριμένους στόχους** στον τομέα της υγείας. Επιπλέον, διευκρινίζει την ανάγκη οι πολιτικές στους τομείς της πρόσβασης στην εκπαίδευση, την απασχόληση, την υγειονομική περίθαλψη και τη στέγαση να βασίζονται σε **«κοινούς, συγκρίσιμους και αξιόπιστους δείκτες»**.

---

2012

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή<sup>175</sup>, η οποία προχωρά στην πρώτη προσπάθεια αξιολόγησης των προσεγγίσεων των κρατών μελών στους τέσσερις βασικούς τομείς, επισημαίνει ότι η καθιέρωση μιας **συστηματικής, ολοκληρωμένης προσέγγισης** της υγείας παραμένει πρόκληση για (και πρωταρχική ευθύνη) των κρατών μελών. Επιπλέον, ότι η **έλλειψη συστημάτων παρακολούθησης των αναγκών** και των αποτελεσμάτων σχετικά με την υγεία των Ρομά αποτελεί κοινή ανεπάρκεια στις στρατηγικές των κρατών μελών.

---

2013

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή<sup>416</sup> αναδεικνύει ως βασικό πρόβλημα για τον πληθυσμό των Ρομά την **έλλειψη καταχώρησής τους στα εθνικά μητρώα πληθυσμού και την έλλειψη προσωπικών**

---

**εγγράφων ταυτοποίησης.** Η ενθάρρυνση της μεγαλύτερης ένταξης στο θέμα αυτό θεωρείται απόλυτη προϋπόθεση για την εξασφάλιση ίσης πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες, συστήματα κοινωνικής προστασίας, ελάχιστες συνθήκες διαβίωσης, στέγασης και υγειονομικής περίθαλψης.

---

**2014**

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή<sup>417</sup> ανακοινώνει ότι **συμμετέχει σε συνασπισμό διεθνών οργανισμών**, όπως το Συμβούλιο της Ευρώπης, η Τράπεζα Ανάπτυξης του Συμβουλίου της Ευρώπης, η Παγκόσμια Τράπεζα, ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, η UNICEF, ο Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (FRA) και το ίδρυμα Open Society Foundations, με σκοπό να ενισχυθεί η ικανότητα των τοπικών αρχών όσον αφορά τον σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και την υλοποίηση των τοπικών στρατηγικών ένταξης των Ρομά, αρχίζοντας με τη βελτίωση της τοπικής διακυβέρνησης και της συμμετοχής των τοπικών κοινοτήτων μέσω διαμεσολάβησης.

---

**2015**

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή<sup>418</sup> επισημαίνει την επιτακτική ανάγκη **ενίσχυσης της ενδεδειγμένης εκπροσώπησης των Ρομά** και της ευρείας και διαφανούς **συμμετοχής της κοινωνίας των πολιτών** σε τοπικό επίπεδο. Επίσης, την ανάγκη προτεραιοποίησης **συλλογής στοιχείων** (μη εθνοτικά διαχωρισμένων στοιχείων ή κοινωνικο-οικονομικών δεδομένων υποκατάστασης).

---

**2016**

Σύμφωνα με αξιολόγηση, οι όποιες θετικές τάσεις καταγράφηκαν, όπως η αυξανόμενη έμφαση στην προσχολική εκπαίδευση, ο ρόλος των εθνικών σημείων επαφής για τους Ρομά, κ.α. δεν στάθηκε δυνατό να εμποδίσουν την περαιτέρω **επιδείνωση** των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι Ρομά, λαμβάνοντας υπόψη την οικονομική και την προσφυγική κρίση αυτής της περιόδου. Έτσι, η Επιτροπή καλεί τα κράτη-μέλη να εξασφαλίσουν την εκ νέου πολιτική δέσμευση για την ένταξη των Ρομά, αντιμετωπίζοντας επείγοντες επείγουσες προτεραιότητες, όπως η **εφαρμογή της νομοθεσίας** κατά των διακρίσεων και κατά του ρατσισμού και της ξενοφοβίας, η **αποτροπή των εξώσεων** λόγω εθνοτικής καταγωγής και η εφαρμογή διασφαλίσεων και στοχευμένων μέτρων για να εξασφαλιστεί ότι οι **γενικές παρεμβάσεις θα ωφελήσουν πράγματι** τους Ρομά, ιδίως στους τομείς της απασχόλησης και της υγείας.<sup>419</sup>

---

**2017**

Σύμφωνα με απολογισμό,<sup>420</sup> οι οριζόντιοι τομείς που αναδεικνύονται ως προτεραιότητες αφορούν την ενίσχυση της **καταπολέμησης των διακρίσεων** και του αντιαθιγγανισμού και της **συμμετοχής των Ρομά** και της αυτεξουσιότητας των **παιδιών, των νέων και των γυναικών** Ρομά. Αντίστοιχα, οι δομικοί τομείς αφορούν την **ενίσχυση της εταιρικής σχέσης** και στήριξη δομών συντονισμού, την παγίωση **διαφανούς συστήματος υποβολής εκθέσεων** και παρακολούθησης για την τροφοδότηση της μάθησης σε επίπεδο πολιτικής, και γ) την στήριξη της ανεξάρτητης **κοινωνίας πολιτών**.

---

**2018**

Σύμφωνα με αξιολόγηση, οι εθνικές αρχές θα πρέπει να εφαρμόσουν διττή στρατηγική με σκοπό την **άρση των αποκλεισμών όσον αφορά την πρόσβαση** σε γενικές υπηρεσίες και την παροχή **στοχευμένων προγραμμάτων** για τα πλέον ευάλωτα άτομα. Στις εθνικές στρατηγικές ένταξης των Ρομά θα πρέπει να εκτίθενται **λεπτομερώς** οι τρόποι με τους οποίους μπορούν να συμπεριληφθούν περαιτέρω οι Ρομά στις πολιτικές για την εκπαίδευση, την απασχόληση, την υγεία και τη στέγαση, καθώς και τα συγκεκριμένα μέτρα που θα αναπτυχθούν για την αντιμετώπιση ειδικών μειονεκτημάτων και τη διασφάλιση αποτελεσματικής ισότιμης πρόσβασης στους διάφορους τομείς.<sup>49</sup>

---

**2019**

Σύμφωνα με τα διδάγματα που προκύπτουν από σχετική έκθεση,<sup>51</sup> τα μέτρα και οι αξιολογήσεις σπανίζουν στον τομέα της υγείας. Οι **ελπιδοφόρες πρακτικές** που εφαρμόζονται επικεντρώνονται στην πρόληψη μέσω **εκστρατειών εμβολιασμού** και με την **κατάρτιση και απασχόληση Ρομά διαμεσολαβητών υγείας**. Ωστόσο, στοχευμένες υπηρεσίες στήριξης θα πρέπει να αποσκοπούν στη βελτίωση της **ευαισθητοποίησης σε θέματα υγείας**, την **αλλαγή συμπεριφορών** και τη **διαμόρφωση μακροπρόθεσμης αυτοεκτίμησης** και ικανότητας των Ρομά να εμπιστεύονται τους θεσμούς αντί να εξαρτώνται μονίμως από ενδιάμεσους και παράλληλες δομές. Ακόμα, προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί σε μέτρα κατά των διακρίσεων που θα απευθύνονται στους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης.

---

**2020**

Η Επιτροπή θέτει τους **επτά ακόλουθους στόχους σε επίπεδο ΕΕ για την περίοδο έως το 2030**: α) καταπολέμηση και πρόληψη του αντιαθιγγανισμού και των διακρίσεων, β) μείωση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, ώστε να γεφυρωθεί το κοινωνικο-οικονομικό χάσμα μεταξύ των Ρομά

---



---

και του γενικού πληθυσμού, γ), προώθηση της συμμετοχής μέσω ενδυνάμωσης, συνεργασίας και εμπιστοσύνης, δ), αύξηση της πραγματικής ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτική συμπεριληπτική γενική εκπαίδευση, ε) αύξηση της πραγματικής ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτική και βιώσιμη απασχόληση, στ) βελτίωση της υγείας των Ρομά και αύξηση της πραγματικής ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη και σε κοινωνικές υπηρεσίες, ζ) αύξηση της πραγματικής ισότιμης πρόσβασης σε επαρκή μη διαχωρισμένη στέγαση και σε βασικές υποδομές. Επίσης, προτείνει **ποσοτικούς ενωσιακούς κύριους στόχους** για την παρακολούθηση της επίτευξης αυτών.<sup>50</sup>

---

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Διεθνείς οργανώσεις που υλοποιούν προγράμματα για τους Ρομά

---

### Συμβούλιο της Ευρώπης (CoE)

---

Είναι διεθνής οργανισμός στον οποίο συμμετέχουν 47 κράτη της Ευρώπης και της ανατολικής περιφέρειάς της. Ιδρύθηκε το 1949 και σκοπός του είναι η ευρωπαϊκή ενοποίηση, με ιδιαίτερη έμφαση στα νομικά πρότυπα και την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τη δημοκρατική ανάπτυξη και τη ρύθμιση των νομοθεσιών, καθώς και την πολιτισμική συνεργασία στην Ευρώπη.<sup>421</sup> Αναφορικά με τους Ρομά, ίδρυσε την **Ευρωπαϊκή Επιτροπή κατά του ρατσισμού και της μισαλλοδοξίας (ECRI)**<sup>422</sup> το 1993. Η ECRI είναι ένας ανεξάρτητος φορέας παρακολούθησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που καλύπτει θέματα που σχετίζονται με τον ρατσισμό και τις φυλετικές διακρίσεις. Δρα κυρίως μέσω της τεκμηρίωσης της κατάστασης των Ρομά σε κάθε χώρα. Εξίσου σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η **ομάδα για τους Ρομά και τους Ταξιδιώτες**<sup>423</sup> στην προώθηση και προστασία των δικαιωμάτων τους στα κράτη-μέλη του ΣτΕ και στην προώθηση των ίσων ευκαιριών, της ποικιλομορφίας και της κοινωνικής ένταξης με την καταπολέμηση των διακρίσεων και του αντιτσιγγανισμού. Ενδεικτικά προγράμματα: ROMED, ROMACT, ROMACTED, The Dosta!, Roma History Factsheets.

---

### Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (FRA)

---

Είναι το ανεξάρτητο κέντρο αναφοράς και αριστείας για την προαγωγή και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην ΕΕ. Ιδρύθηκε το 2007 και στόχος του είναι η παροχή ανεξάρτητων, τεκμηριωμένων συμβουλών σε φορείς λήψης αποφάσεων της ΕΕ και των κρατών μελών.<sup>424</sup> Σε συνεργασία με άλλους φορείς, έχει υλοποιήσει δύο από τις σημαντικότερες έρευνες σχετικά με την καταγραφή της κατάστασης των Ρομά σε πάνω από 22 χώρες τις ΕΕ, την “Roma Pilot Survey”<sup>102</sup> το 2011 και την “Second European Union Minorities and Discrimination Survey” (EU-MIDIS II)<sup>103</sup> το 2016, ενώ έχει παραγάγει πλήθος σχετικών εκθέσεων<sup>425</sup>.

---

### United Nations Development Programme (UNDP)

---

Είναι το παγκόσμιο δίκτυο ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών, το οποίο ιδρύθηκε το 1965. Αναφορικά με τους Ρομά στοχεύει στη δημιουργία περιεκτικών, συγκρίσιμων περιφερειακών δεδομένων σχετικά με το καθεστώς του αποκλεισμού τους και σχεδιάζει, υλοποιεί ή και υποστηρίζει επιχειρησιακά εθνικά, τοπικά και τομεακά ιδρύματα που εστιάζουν στην ένταξη των Ρομά.<sup>426</sup> Σημαντικά προγράμματα: Regional Roma Survey 2011 & 2017 και Roma Decade.

---

### Παγκόσμια Τράπεζα (WB)

---

Είναι διεθνές χρηματοπιστωτικό ίδρυμα το οποίο ιδρύθηκε το 1944 και παρέχει οικονομική και τεχνική βοήθεια σε αναπτυσσόμενες χώρες για αναπτυξιακά έργα με δεδηλωμένο στόχο τη μείωση της φτώχειας.<sup>427</sup> Αναφορικά με τους Ρομά, υποστηρίζει την ένταξη τους στην Ανατολική Ευρώπη από το 2003 μέσω της προώθησης της γνώσης και της παραγωγής δεδομένων, την παροχή συμβουλών για την ανάπτυξη ικανοτήτων και την πολιτική και την ενσωμάτωση της ένταξης των Ρομά στα επιχειρησιακά προγράμματα των χωρών.<sup>428</sup> Σημαντικά προγράμματα: Regional Roma Survey 2011 & 2017 και Roma Decade.

---

### Open Society Foundations (OSF)

---

Είναι ο μεγαλύτερος παγκόσμιος ιδιωτικός φορέας ανεξάρτητων ομάδων που εργάζονται για δικαιοσύνη, δημοκρατική διακυβέρνηση και ανθρώπινα δικαιώματα. Ιδρύθηκε το 1993 και είναι πάροχος χιλιάδων σημαντικών επιχειρησιακών προγραμμάτων ετησίως.<sup>429</sup> Αναφορικά με τους Ρομά, συνεργάζεται με ακτιβιστές και κοινότητες σε όλη την Ευρώπη για την επίτευξη μακροπρόθεσμων αλλαγών.<sup>430</sup> Σημαντικά προγράμματα: European Roma Rights Centre Organization και Roma Decade.

---

---

### **Fundación Secretariado Gitano (FSG)**

---

Είναι ισπανική μη κερδοσκοπική οργάνωση της κοινωνίας των πολιτών, η οποία ιδρύθηκε το 1982 και παρέχει υπηρεσίες για την ανάπτυξη της κοινότητας των Ρομά στην Ισπανία και στην Ευρώπη. Στόχος της είναι η ολοκληρωμένη προώθηση της κοινότητας των Ρομά με βάση τον σεβασμό και την υποστήριξη της πολιτιστικής τους ταυτότητας. Το FSG υλοποιεί περισσότερα από 500 προγράμματα ετησίως, προσεγγίζοντας περισσότερα από 100.000 άτομα.<sup>431</sup> Σημαντικά προγράμματα: Roma Education Fund, ευρωπαϊκό πρόγραμμα “Health and the Roma Community, Analysis of the Situation in Europe”.

---

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: Διεθνή προγράμματα για τους Ρομά

### ROMED

Χρηματοδοτήθηκε μέσω του προγράμματος διά βίου μάθησης και τέθηκε σε εφαρμογή το 2011 σε 22 χώρες (μεταξύ των οποίων και στην Ελλάδα), εκπαιδεύοντας περίπου 1.300 μεσολαβητές στον τομέα της σχολικής φοίτησης, του πολιτισμού και της υγείας. Για την περίοδο 2013-2014, η διαμεσολάβηση εστίασε στην καθιέρωση επαφών με τις τοπικές αρχές (δήμους, σχολεία κλπ.).<sup>432</sup>

### ROMACT

Τέθηκε σε εφαρμογή τον Οκτώβριο του 2013 σε 40 περίπου δήμους σε 5 κράτη-μέλη (η Ελλάδα δεν έλαβε μέρος), και αποσκοπούσε στην ανάπτυξη πολιτικής βούλησης και σταθερής πολιτικής δέσμευσης σε τοπικό επίπεδο, στην ενίσχυση της δημοκρατικής συμμετοχής και την ενίσχυση των τοπικών κοινοτήτων Ρομά, προκειμένου να βοηθήσει στον σχεδιασμό και την υλοποίηση έργων με τη στήριξη της ΕΕ και εθνικών πόρων.<sup>433</sup>

### Roma Matrix

Ήταν ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα που στόχευε στην καταπολέμηση του ρατσισμού, της μισαλλοδοξίας και της ξενοφοβίας απέναντι στους Ρομά και στην αύξηση της ένταξης, μέσω ενός προγράμματος δράσης σε όλη την Ευρώπη. Το Roma MATRIX ήταν μια συνεργασία 20 οργανισμών σε 10 κράτη-μέλη της ΕΕ (μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα) και διήρκεσε από τον Απρίλιο του 2013 έως τον Μάρτιο του 2015. Συγχρηματοδοτήθηκε από το Πρόγραμμα Θεμελιωδών Δικαιωμάτων και Ιθαγένειας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.<sup>434</sup>

### Δεκαετία ένταξης των Ρομά 2005-2015

Ήταν μια διεθνής πρωτοβουλία που έφερε σε επαφή κυβερνήσεις, διεθνείς οργανισμούς-εταίρους και την κοινωνία των πολιτών, για την επιτάχυνση της προόδου προς την ένταξη των Ρομά και την επανεξέταση της προόδου με διαφανή και μετρήσιμο τρόπο. Το Ταμείο Εκπαίδευσης των Ρομά (Roma Education Fund), αποτελούσε έναν από τους βασικότερους πυλώνες της πρωτοβουλίας. Οι δώδεκα χώρες που συμμετείχαν στη Δεκαετία ήταν η Βουλγαρία, η Τσεχική Δημοκρατία, η Ουγγαρία, η Ρουμανία, η Σλοβακία, η Ισπανία καθώς και η Αλβανία, η Βοσνία - Ερζεγοβίνη, η Κροατία, η πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, το Μαυροβούνιο και η Σερβία. Η Σλοβενία είχε καθεστώς παρατηρητή. Οι διεθνείς οργανισμοί – εταίροι της Δεκαετίας ήταν η Παγκόσμια Τράπεζα, το OSI, το Πρόγραμμα Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών (UNDP), το Συμβούλιο της Ευρώπης, η Αναπτυξιακή Τράπεζα του Συμβουλίου της Ευρώπης, ο ΟΑΣΕ, η ERIO (European Roma Information Office), το Ευρωπαϊκό Φόρουμ Ρομά και Travellers (ERTF), το ERRC (European Roma Rights Center), ο ΟΗΕ-HABITAT, η Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR), και η UNICEF.<sup>435</sup>

### Σχολεία Πολιτικής για τους Ρομά 2020

Ο σκοπός των σχολείων είναι να προωθήσουν την πολιτική συμμετοχή των Ρομά. Τα πολιτικά σχολεία των Ρομά εκπαιδεύουν τους Ρομά πολίτες με στόχο να τους φέρουν πιο κοντά σε τοπικά, εθνικά και ευρωπαϊκά όργανα λήψης αποφάσεων, προωθώντας παράλληλα την ενεργό συμμετοχή τους και την αλληλεπίδραση με τη δημόσια διοίκηση καθώς και την παρουσία τους στη δημόσια σφαίρα. Απώτερος σκοπός είναι να συμμετάσχουν στις τοπικές εκλογές και στο μέλλον στις εθνικές και στις ευρωεκλογές και να εκπροσωπούν την κοινότητά τους. Οι συμμετέχουσες χώρες είναι: Ελλάδα, Ιταλία, Πορτογαλία, Τουρκία και Ουκρανία.<sup>436</sup>

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: Σύνθεση δεδομένων μελετών καταγραφής οικισμών και  
πληθυσμού Ρομά στην Ελλάδα**



Σύνθεση  
δεδομένων μελετών



Έκθεση  
αποτελεσμάτων συλ

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: Δελτίο καταγραφής οικισμών**

**Hprolipsis**

**ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ HIV, HBV,  
HCV  
2012-14**

**ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ  
ΟΙΚΙΣΜΟΥΣ / ΚΑΤΑΥΛΙΣΜΟΥΣ  
ΤΣΙΓΓΑΝΩΝ/ΡΟΜΑ**

Οικισμός/Καταυλισμός.....

Συνεντευκτής/τρια.....

Ημερομηνία συνέντευξης Έτος |2|0|1|\_| Μήνας|\_| Ημέρα |\_|\_|

Χώρος συνέντευξης.....

Οι συνεντευξιαζόμενοι είναι: (π.χ. ο διαμεσολαβητής του οικισμού/ καταυλισμού, πρόεδρος της κοινότητας, κάτι άλλο, κτλ.)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

### Τυπολογία και έκταση περιοχής

**1. Παρακαλούμε επιλέξτε την τυπολογία που περιγράφει καλύτερα την περιοχή**

- Οικισμός (κυρίως σπίτια, με μόνιμη χρήση, συχνά σε υποβαθμισμένες περιοχές του αστικού ιστού)
- Μικτός οικισμός - ανάμιξη σπιτιών με πρόχειρες κατασκευές (καλύβια, τσαντρία) με μόνιμη, συνήθως, χρήση
- Αμιγής καταυλισμός σε μόνιμη θέση ή σε θέση που μετακινείται στα όρια μιας ευρύτερης περιοχής (παραπήγματα, καλύβια, τσαντρία, με μόνιμη ή εποχική χρήση)

**2. Ποια είναι περίπου η έκταση του χώρου διαμονής;**

..... στρέμματα

**3. Η επιλογή του χώρου διαμονής έγινε:**

- Από τους ίδιους τους Ρομά
- Από το Δήμο
- Από άλλο φορέα.....
- Δεν γνωρίζω

### Πληθυσμός περιοχής

**4. Πόσα περίπου σπίτια υπάρχουν στην περιοχή αυτή; .....**

**5. Πόσες περίπου οικογένειες μένουν σε κάθε σπίτι; .....**

**6. Πόσα περίπου άτομα μένουν σε κάθε σπίτι; .....**

**7. Υπάρχουν οικογένειες που χρησιμοποιούν την περιοχή αυτή για μικρό χρονικό διάστημα (<5 μήνες)**

- Ναι, και το % αυτών είναι.....
- Όχι

**8. Α) Υπάρχουν προβλήματα που κάνουν τη θέση ακατάλληλη για οικιστική χρήση;**

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

**Β) Αν ναι, ποια από τα παρακάτω; (μπορούν να δοθούν πολλαπλές απαντήσεις)**

- Ρέματα
- Βιομηχανική περιοχή

- |                                                            |                                                                          |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Πλημμύρες                         | <input type="checkbox"/> Βιολογικός καθαρισμός                           |
| <input type="checkbox"/> Χωματερή                          | <input type="checkbox"/> Μεγάλη απόσταση από άλλες κατοικημένες περιοχές |
| <input type="checkbox"/> Κατολισθήσεις                     | <input type="checkbox"/> Άλλο.....                                       |
| <input type="checkbox"/> Ακατάλληλες υγειονομικές συνθήκες |                                                                          |

### Ιδιοκτησιακό καθεστώς

#### 9. Η έκταση του χώρου διαμονής ανήκει:

	Πληρώνουν μίσθωμα για την έκταση;		
	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
<input type="checkbox"/> Σε Ρομά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Στον ΟΤΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Σε ιδιώτη/ες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Στην εκκλησία.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Σε δημόσιο φορέα:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Άλλο:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Αποχέτευση

#### 10. Αποχέτευση (κατ' εκτίμηση ποσοστό επί του συνόλου των κελυφών του χώρου διαμονής):

- .....% των κελυφών έχει δίκτυο
- .....% των κελυφών έχει βόθρο
- .....% των κελυφών δεν έχει καθόλου αποχέτευση
- .....% των κελυφών έχει άλλου είδους αποχέτευση:.....

#### 11. Τουαλέτες (κατ' εκτίμηση ποσοστό επί του συνόλου των κελυφών του χώρου διαμονής):

- .....% των κελυφών έχει τουαλέτα μέσα στο σπίτι
- .....% των κελυφών έχει τουαλέτα έξω από το σπίτι
- .....% των κελυφών χρησιμοποιεί κοινόχρηστες τουαλέτες
- .....% των κελυφών χρησιμοποιεί χημικές τουαλέτες
- .....% των κελυφών δεν χρησιμοποιεί καθόλου τουαλέτες  
και εξυπηρετείται από:.....

### Διαχείριση απορριμμάτων

#### 12. Υπάρχουν κάδοι για τα σκουπίδια στο χώρο διαμονής;

- |                              |                                                               |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ναι | Γίνεται αποκομιδή από αυτή τη θέση;                           |
|                              | <input type="checkbox"/> Ναι                                  |
|                              | <input type="checkbox"/> Όχι - Τι γίνονται τα σκουπίδια;..... |
| <input type="checkbox"/> Όχι | Τι γίνονται τα σκουπίδια;.....                                |

### Υδροδότηση

#### 13. Υδροδότηση (κατ' εκτίμηση ποσοστό επί του συνόλου των κελυφών του χώρου διαμονής):

- .....% των κελυφών έχει δίκτυο νερού μέσα στο σπίτι (νόμιμα)



.....% των κελυφών έχει άλλου είδους συνδέσεις (παράνομες)

.....% των κελυφών χρησιμοποιεί κοινόχρηστες βρύσες

### Ηλεκτροδότηση – Τηλεπικοινωνίες

#### 14. Ηλεκτροδότηση (κατ' εκτίμηση ποσοστό επί του συνόλου των κελυφών του χώρου διαμονής):

.....% των κελυφών έχει δίκτυο ηλεκτροδότησης (νόμιμα)

.....% των κελυφών χρησιμοποιεί γεννήτριες

.....% των κελυφών έχει άλλου είδους συνδέσεις (παράνομες)

.....% των κελυφών δεν έχει καθόλου ηλεκτροδότηση

.....% των κελυφών χρησιμοποιεί άλλα μέσα:.....

#### 15. Υπάρχει δημόσιος φωτισμός στο χώρο;

Ναι

Όχι

Κάποιες φορές

#### 16. Τηλεφωνική εξυπηρέτηση

A. ....% των κελυφών έχει τηλεφωνικό δίκτυο

B. Υπάρχει θάλαμος ΟΤΕ σε λειτουργία στο χώρο διαμονής;  Ναι  Όχι

Γ. Υπάρχει θάλαμος ΟΤΕ σε λειτουργία έξω από χώρο διαμονής;  Ναι  Όχι

Δ. Αν ναι, σε τι απόσταση; ..... χλμ

### Αποστάσεις από άλλες δομές

#### 17. Πόσο μακριά απέχετε από το κοντινότερο:

Ιατροκοινωνικό Κέντρο .....χλμ

Κέντρο Υγείας .....χλμ

Νοσοκομείο .....χλμ

Δημοτικό σχολείο .....χλμ

Δήμο .....χλμ

ΚΕΠ .....χλμ

ΟΑΕΔ .....χλμ

#### 18. Έχετε να προσθέσετε παρατηρήσεις σχετικές με ζητήματα υγείας που απασχολούν την περιοχή σας;

.....

.....

.....

.....

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: Εγχειρίδιο Ερευνητών Πεδίου για τον πληθυσμό των Ρομά

Εγχειρίδιο Ερευνητών Πεδίου



Οδηγίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της έρευνας Hprolipsis «Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Προγράμματος Ελέγχου Ιογενών Ηπατιτίδων B, C και HIV Λοίμωξης στον Γενικό Πληθυσμό και σε Μετακινούμενους Πληθυσμούς» Πληθυσμός Ρομά

## Εισαγωγή

Το παρόν εγχειρίδιο απευθύνεται σε κοινωνικούς επιστήμονες και επιστήμονες υγείας που εργάζονται για την υλοποίηση της μελέτης Hprolipsis, οι οποίοι θα αναλάβουν το ρόλο του/της ερευνητή/τριας πεδίου για τη συλλογή των σχετικών δεδομένων. Η Hprolipsis στον πληθυσμό των Τσιγγάνων/Ρομά συντονίζεται από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, και διεξάγεται με τη συνεργασία των Ιατρικών Σχολών της Θεσσαλονίκης και της Πάτρας και των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων «Γιατροί του Κόσμου» και «PRAKSIS».

Η Hprolipsis στοχεύει:

- στη συλλογή έγκυρων δεδομένων για τη συχνότητα, τους παράγοντες κινδύνου, τις στάσεις και τις γνώσεις για τις HBV και HCV και την HIV λοίμωξη στους ενήλικες του γενικού πληθυσμού και ευάλωτων πληθυσμών (Τσιγγάνοι/Ρομά και Μετανάστες),
- στην υλοποίηση δράσεων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πληθυσμών στόχων,
- στον εμβολιασμό των επίοσων ατόμων των ευάλωτων πληθυσμών και
- στην ατομική συμβουλευτική οροθετικών ατόμων και στη διασύνδεσή τους με το δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η Hprolipsis υλοποιείται στο πλαίσιο της Πράξης «Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Προγράμματος Ελέγχου Ιογενών Ηπατιτίδων Β, C και HIV Λοίμωξης στο Γενικό Πληθυσμό και σε Μετακινούμενους Πληθυσμούς» με συγχρηματοδότηση από κοινοτικούς (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και εθνικούς πόρους.

Στο παρόν εγχειρίδιο περιέχονται πληροφορίες για τη δομή του ερωτηματολογίου και οδηγίες για τη συμπλήρωσή του.

## Οργάνωση έρευνας πεδίου

Στις επισκέψεις που θα πραγματοποιηθούν σε οικισμούς/καταυλισμούς Τσιγγάνων/Ρομά θα πρέπει να είναι διαθέσιμα τα ακόλουθα:

- Φορητός υπολογιστής και/ή έντυπα ερωτηματολόγια σε περίπτωση που δεν χρησιμοποιηθεί ο υπολογιστής στο πεδίο
- Φόρμες συναίνεσης, παραπεμπτικά εξετάσεων, συμπληρωματικά έντυπα γιατρού και barcodes
- Καρτέλες εμβολιασμού, οι οποίες θα χρειαστούν αφού βγουν τα αποτελέσματα των αιμοληψιών
- Εξοπλισμός για αιμοληψία και φορητά ψυγεία αποθήκευσης αίματος (υπ' ευθύνη γιατρών)

Τα διαθέσιμα barcodes θα πρέπει να κολληθούν:

- Στα έντυπα συναίνεσης (x2)
- Στο παραπεμπτικό εξετάσεων (x1)
- Στα μπουκαλάκια αιμοληψίας (x2)
- Στο έντυπο ερωτηματολόγιο σε περίπτωση που δεν χρησιμοποιηθεί φορητός υπολογιστής (x1)
- Στο συμπληρωματικό έντυπο γιατρού (x1)
- Στην καρτέλα εμβολιασμού, σε περίπτωση που με βάση τα αποτελέσματα της αιμοληψίας αποφασισθεί ότι ο συμμετέχων πρέπει να εμβολιαστεί

Υπενθυμίζεται ότι στον χώρο που θα πραγματοποιηθεί η διαδικασία της μελέτης, σε περίπτωση που θα χρησιμοποιηθεί ο φορητός υπολογιστής, θα πρέπει να έχει εξασφαλιστεί η παροχή ρεύματος.

## Διαδικασία συνέντευξης

### Έντυπο συναίνεσης

Πριν από την έναρξη της συνέντευξης οι συμμετέχοντες θα πρέπει να ενημερωθούν αναλυτικά για τη μελέτη και να τους δοθεί χρόνος να κατανοήσουν το έντυπο συναίνεσης, προτού τους ζητηθεί να το υπογράψουν. Εάν αποφασίσουν να συμμετάσχουν σε μέρος της μελέτης, θα μπορούν να συμπληρώνουν τις αντίστοιχες επιλογές στις φόρμες συναίνεσης. Σε περίπτωση που οι ίδιοι δεν γνωρίζουν ανάγνωση, ο συνεντευκτής θα πρέπει να εξηγήσει με απλά λόγια το περιεχόμενο του εντύπου συναίνεσης και να βεβαιωθεί ότι ο συνεντευξιζόμενος έχει κατανοήσει πλήρως το έντυπο που πρόκειται να υπογράψει. Σε περίπτωση που δεν γνωρίζει ελληνικά, ζητείται βοήθεια από τον Ρομά διαμεσολαβητή. Ο κάθε

συνεντευξιαζόμενος θα πρέπει να υπογράψει 2 έντυπα συναίνεσης. Το πρώτο θα το κρατάει ο συνεντευκτής και το δεύτερο θα δίνεται στον συνεντευξιαζόμενο.

Αρχικά, οι συνεντευκτές θα τοποθετούν τις ετικέτες με τον κωδικό του ερωτώμενου πάνω στα έντυπα συναίνεσης, στη συνέχεια θα τα συμπληρώνουν ανάλογα με τις απαντήσεις του συνεντευξιαζόμενου και τέλος ο συνεντευξιαζόμενος θα τα υπογράψει. Σε περίπτωση που ο ερωτώμενος δεν επιθυμεί να δηλώσει το ονοματεπώνυμό του, θα αναγράφεται μόνο ο κωδικός του στο έντυπο συναίνεσης και θα υπογράψουν αντ' αυτού δύο (2) μάρτυρες, βεβαιώνοντας ότι το άτομο με τον τάδε κωδικό ενημερώθηκε και συμφωνεί να συμμετάσχει στη μελέτη.

### Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου – τεχνική της συνέντευξης

Το ερωτηματολόγιο περιέχει τις ερωτήσεις καθώς και προ-κωδικοποιημένες απαντήσεις για τη συλλογή των δεδομένων. Για κάθε ερώτηση έχουν καταγραφεί οι πιο συχνές και άρα αναμενόμενες απαντήσεις με τη μορφή πολλαπλών εναλλακτικών επιλογών. Η συλλογή των δεδομένων γίνεται βάσει δομημένης ατομικής συνέντευξης και πραγματοποιείται από τον συνεντευκτή, τον γιατρό ή/και εθελοντές, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί σχετικά.

Η επιτυχία της έρευνας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα του ερευνητή να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης και συνεργασίας με τον ερωτώμενο, έτσι ώστε να συγκεντρώσει τις πληροφορίες που απαιτούνται με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια. Ο ερευνητής πρέπει να καταβάλει προσπάθεια, ώστε ο ερωτώμενος να κατανοήσει πλήρως τη σημασία που έχει αυτή η έρευνα για τη χώρα μας και για τους ίδιους τους ερευνώμενους. Επομένως, πριν αρχίσει την έρευνα στο πεδίο, θα πρέπει να έχει μελετήσει προσεκτικά τις οδηγίες και τα ερωτηματολόγια της έρευνας και να γνωρίζει, επακριβώς, τι ζητά από τους συμμετέχοντες και σε τι αποβλέπει η έρευνα.

Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα ότι τα στοιχεία της έρευνας είναι **ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΑ**, ότι κανείς άλλος δεν θα λάβει γνώση αυτών, ότι τιμωρείται αυστηρά ο ερευνητής που τυχόν θα αποκαλύψει πληροφορίες που αφορούν τον ερωτώμενο και ότι με τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα καταρτιστούν συγκεντρωτικοί στατιστικοί πίνακες.

Διευκρινίζεται ότι, σύμφωνα με το Ν.2472/97 για την «Προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα», η επεξεργασία των ευαίσθητων δεδομένων που συλλέγονται με την έρευνα πραγματοποιείται για ερευνητικούς και επιστημονικούς αποκλειστικά σκοπούς, τηρείται η ανωνυμία (τα δεδομένα συγκεντρώνονται σε ανώνυμα αρχεία) και λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία των δικαιωμάτων των προσώπων στα οποία αναφέρονται.

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει ακόμα να τονιστεί ότι κατά τη διάρκεια της συνέντευξης δεν θα πρέπει να υπάρχει κάποιο τρίτο άτομο στον χώρο, ακόμα και αν ο ίδιος ο συνεντευξιαζόμενος δηλώσει ότι δεν έχει κάποιο πρόβλημα με αυτό.

### Περίοδοι Αναφοράς

Τα χρονικά διαστήματα, στα οποία αναφέρονται τα διάφορα στοιχεία που ζητούνται κατά την έρευνα, αποκαλούνται περίοδοι αναφοράς. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιούνται οι παρακάτω περίοδοι αναφοράς:

- ο τελευταίος χρόνος πριν από την ημέρα διενέργειας της έρευνας. Για παράδειγμα, εάν η έρευνα πραγματοποιείται στις 20 Νοεμβρίου 2014, τότε η περίοδος αναφοράς αφορά στο χρονικό διάστημα από 20 Νοεμβρίου 2013 έως 19 Νοεμβρίου 2014.
- ο τελευταίος μήνας πριν από την ημέρα διενέργειας της έρευνας (π.χ. δαπάνες υγείας)
- οι τελευταίες 2 εβδομάδες πριν από την ημέρα διενέργειας της έρευνας (π.χ. ψυχολογική διάθεση)
- η τελευταία εβδομάδα πριν από την ημέρα διενέργειας της έρευνας (π.χ. κατανάλωση φαρμάκων).

Ο υπολογισμός της τελευταίας εβδομάδας αρχίζει από την προηγούμενη ημέρα της συνέντευξης.

### Τρόπος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου

Απαντήσεις που θα δοθούν στα ερωτήματα:

- α) Σημειώνονται στο ανάλογο τετραγωνίδιο.  
β) Γράφονται αριθμητικά στα κενά.  
γ) Τα βέλη (→) υποδεικνύουν στον ερευνητή τον αριθμό της επόμενης ερώτησης, με την οποία θα συνεχίσει τη συνέντευξη (*Δεν εμφανίζονται στο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο*).

Τέλος, αναφέρεται ότι σε όλα, σχεδόν, τα ερωτήματα υπάρχουν ως δυνατές απαντήσεις οι «Δεν ξέρω» και «Δεν απαντώ». Το «Δεν ξέρω» σημαίνει δε γνωρίζω/δε θυμάμαι/ δεν είμαι σίγουρος/η. Ωστόσο, αυτές τις επιλογές δεν θα πρέπει να τις διαβάσει κάθε φορά ο/η ερευνητής/τρια. Ο ερευνητής θα πρέπει να αναφέρει στην αρχή ότι μπορούν να απαντήσουν «Δεν ξέρω» ή «Δεν απαντώ». Επίσης, στις ερωτήσεις που υπάρχει η δυνατότητα επιλογής πολλαπλών απαντήσεων, αυτό δηλώνεται σαφώς εξ αρχής.

### Ενότητες του Ερωτηματολογίου

Η συνέντευξη αποτελείται από έξι θεματικές ενότητες και καθεμία από αυτές χωρίζεται σε υποενότητες. Οι απαντήσεις για όλες τις ερωτήσεις των έξι ενοτήτων δίνονται με την μορφή κλειστών ερωτήσεων πολλαπλών ή εναλλακτικών επιλογών, ενώ υπάρχουν και ερωτήσεις-φίλτρα (συνήθως τύπου Ναι-Όχι) που αποκλείουν ή παραπέμπουν σε επόμενη ερώτηση. Οι έξι ενότητες έχουν ως ακολούθως:

- A. Βασικά στοιχεία ατόμου**
- B. Γενική Κατάσταση Υγείας**
- Γ. Σύστημα Υγείας**
- Δ. Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας**
- Ε. Συνθήκες Ζωής**
- ΣΤ. Μεταδιδόμενα νοσήματα (HIV - HBV - HCV)**

### Στοιχεία ερωτώμενου

Κατ' αρχάς συμπληρώνεται ο κωδικός του ερωτώμενου, όπως αυτός σημειώνεται στα barcodes που έχει στη διάθεσή του ο ερευνητής. Στη συνέχεια, καταγράφονται τα ατομικά στοιχεία του ερωτώμενου (ονοματεπώνυμο, οικισμός/καταυλισμός, τηλέφωνο), εφόσον επιθυμούν να τα δηλώσουν. Σε περίπτωση που ο ερωτώμενος δεν επιθυμεί να δηλώσει τα προσωπικά του στοιχεία, απλώς του ζητείται να δώσει ένα στοιχείο επικοινωνίας, προκειμένου να υπάρχει η δυνατότητα ενημέρωσης για τα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεων. Στο τέλος της συνέντευξης θα ζητείται, εάν θέλουν, δώσουν και το τηλέφωνο ενός συγγενικού τους ή άλλου ατόμου για να επικοινωνήσουμε μαζί του σε περίπτωση που δεν είναι δυνατό να επικοινωνήσουμε με τον/την ερευνώμενο/η.

### Επεξηγήσεις ερωτήσεων

#### A. «Βασικά στοιχεία ατόμου»

**Ερώτηση 2: Φύλο** (ο/η συνεντευκτής/τρια το συμπληρώνει όπου μπορεί, χωρίς να ρωτήσει)  
Εννοείται το βιολογικό φύλο των συμμετεχόντων.

#### Ερώτηση 3: Πότε γεννηθήκατε;

Η ημερομηνία γεννήσεως όπως αναγράφεται στην αστυνομική ταυτότητα.

Σε περίπτωση που η ακριβής ημερομηνία γεννήσεως δεν είναι δυνατόν να συλλεχθεί, θα πρέπει να προσπαθήσουμε να καταγράψουμε τις παρακάτω πληροφορίες:

- Έτος και μήνα γέννησης. Σε αυτή την περίπτωση η ημέρα συμπληρώνεται ως 15.
- Εάν και η ημέρα και ο μήνας είναι άγνωστοι τότε συμπληρώνουμε 01/07 (1<sup>η</sup> Ιουλίου)
- Εάν τίποτα από τα ανωτέρω δεν είναι δυνατόν να συλλεχθεί, τότε η ηλικία στα πιο πρόσφατα γενέθλια θα πρέπει να ερωτηθεί. Συμπληρωμένα ηλικιακά χρόνια (αριθμός γενεθλίων που έχουν περάσει έως την ημέρα της συνέντευξης).

**Ιδιαίτερη προσοχή** θα πρέπει να δοθεί στη **σωστή σειρά συμπλήρωσης της ημερομηνίας γέννησης**, καθώς στην ηλεκτρονική πλατφόρμα ζητείται πρώτα ο μήνας, μετά η ημέρα και τέλος το έτος γέννησης.

Σε περίπτωση που δεν θυμάται/γνωρίζει καθόλου την ημερομηνία γέννησής του, απλά ζητάμε την ηλικία του.

**Ερώτηση 8: Είσαστε: (νομική κατάσταση, π.χ. εάν δύο παντρεμένοι ζουν χωριστά αλλά δεν έχουν πάρει διαζύγιο, τότε είναι έγγαμοι)**

Προσδιορίζεται η οικογενειακή κατάσταση του κάθε ατόμου, όπως αυτή ορίζεται από τους νόμους της χώρας. Για παράδειγμα:

- εάν δυο παντρεμένοι ζουν χωριστά, αλλά δεν έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία του διαζυγίου, τότε θεωρούνται ακόμα έγγαμοι
- για άτομα των οποίων ο πιο πρόσφατος γάμος τους έχει κριθεί άκυρος ή ακυρώσιμος (λόγω πλάνης ή παραβίασης του οικογενειακού δικαίου) θα καταγράφεται η οικογενειακή κατάσταση προ του άκυρου γάμου.

Προσοχή θα πρέπει να δοθεί στο γεγονός ότι πολλές φορές τα ζευγάρια των Τσιγγάνων/Ρομά μπορεί να θεωρούνται «παντρεμένοι» χωρίς όμως να έχουν προβεί σε κάποια σχετική νομική διαδικασία. Έτσι λοιπόν, θα πρέπει να διευκρινίζεται κάθε φορά αν έχουν πραγματοποιήσει θρησκευτικό ή πολιτικό γάμο ή αν απλά συγκατοικούν με τον σύντροφό τους ή και αν έχουν «κλεφτεί».

**Ερώτηση 11: Έχετε πάει σχολείο;**

Κάποιος θεωρείται ότι έχει πάει σχολείο αν έχει ολοκληρώσει επιτυχώς έστω και μια τάξη.

**Ερώτηση 13: Είσαστε (κύρια εργασιακή απασχόληση):**

Μόνο μια επιλογή επιτρέπεται. Η κύρια εργασιακή απασχόληση ενός ατόμου εννοείται όπως ο/η ίδιος/α το αντιλαμβάνεται. Η αναφερόμενη εργασιακή απασχόληση θα πρέπει να δηλώνεται με βάση την πλειονότητα του χρόνου που δαπανάται σε κάθε απασχόληση.

**Ερώτηση 14: Ποιο είναι το επάγγελμά σας;**

Ζητάμε από τον συνεντευξιζόμενο να μας πει τι δουλειές κάνει. Μπορούν να δοθούν πολλαπλές απαντήσεις.

**Ερώτηση 15: Έχετε κάποια ασφάλιση αυτή την περίοδο;**

Σε περίπτωση που ο συνεντευξιζόμενος δηλώσει ότι έχει ασφάλιση πρόνοιας (απορίας), βεβαιωνόμαστε ότι δεν έχει λήξει.

## **B. «Γενική κατάσταση υγείας»**

**Ερώτηση 18: Πώς είναι η υγεία σας;**

Αυτή η απάντηση περιορίζεται στην αυτοαξιολόγηση του συμμετέχοντος και δεν γίνεται εκτίμηση από οποιονδήποτε άλλον, όπως συνεντευκτή/τρια, γιατρό ή συγγενή. Αναφερόμαστε στην υγεία γενικά και όχι στη τωρινή κατάσταση υγείας, καθώς η ερώτηση αυτή δεν έχει στόχο να καταγράψει προσωρινά προβλήματα υγείας. Στοχεύει να περιλάβει τις διαφορετικές διαστάσεις της υγείας, όπως φυσική, κοινωνική, συναισθηματική και βιολογικών συμπτωμάτων. Δεν αναφέρεται στην ηλικία, για αυτό και δεν ζητείται από τους συμμετέχοντες να συγκρίνουν την υγεία τους με συνομηλίκους τους ή με μελλοντική κατάσταση υγείας.

**Ερώτηση 19: Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας που σας ταλαιπωρεί για πολύ καιρό, όπως για παράδειγμα χοληστερίνη, σάκχαρο, υπέρταση, βρογχίτιδα ή άσθμα;**

Αυτοαναφορά σε προβλήματα που διαρκούν ή εκτιμάται ότι θα διαρκέσουν πάνω από 6 μήνες. Εάν χρειάζεται, ο/η ερευνητής/τρια θα πρέπει να ξεκαθαρίσει ότι η ερώτηση δεν αναφέρεται μόνο σε ασθένειες, αλλά και σε προβλήματα υγείας (π.χ. πόνος) που δεν έχουν διαγνωσθεί από γιατρό. Η ερώτηση αναφέρεται και σε εκ γενετής ασθένειες / αναπηρίες και αναπηρίες που προκλήθηκαν από ατυχήματα. Εάν ο/η συμμετέχων/ουσα έχει διαγνωσθεί με χρόνια ασθένεια, αλλά δεν πάσχει, γιατί είναι σε θεραπεία (π.χ. ελέγχει την υψηλή πίεση με φάρμακα) η απάντηση είναι πάλι «ΝΑΙ».

Επίσης προβλήματα τα οποία είναι εποχιακά (π.χ. αλλεργικό άσθμα) και των οποίων η έξαρση διαρκεί λιγότερο από έξι μήνες θα πρέπει να περιλαμβάνονται.

Σημειώνεται ότι η ερώτηση αναφέρεται σε οποιαδήποτε ασθένεια, οτιδήποτε ταλαιπωρεί μακροχρόνια τον/την ερωτώμενο/η, ασχέτως αν θα δηλωθεί και μετέπειτα, σε κάποια από τις επόμενες ερωτήσεις. Στην ερώτηση 20 απαντάμε συγκεκριμένα για καθεμία ασθένεια από αυτές που αναφέρονται.

**Ερώτηση 20: Έχετε διαγνωσθεί με κάποια από τις ακόλουθες παθήσεις; Εάν ΝΑΙ – Η διάγνωση αυτή έγινε τους τελευταίους 12 μήνες;**

Ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει αν πάσχει από κάποια από τις παθήσεις που αναφέρονται. Σε περίπτωση που η διάγνωση έγινε στη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, συμπληρώνεται μόνο αυτό το πεδίο και εννοείται ότι ο ερωτώμενος πάσχει από την x ασθένεια και η διάγνωση έγινε στο διάστημα των τελευταίων 12 μηνών. Αν ο συνεντευκτής συμπληρώσει «Ναι» σε κάποιο πεδίο, σημαίνει ότι ο ερωτώμενος δήλωσε ότι πάσχει από την συγκεκριμένη ασθένεια, αλλά η διάγνωση είχε γίνει παλαιότερα. Ως δυνατές απαντήσεις δίνονται και οι «Όχι», «Δεν ξέρω», «Δεν απαντώ». Ο συνεντευκτής οφείλει να διαβάσει όλες τις παθήσεις στον ερωτώμενο και να συμπληρώσει όλα τα πεδία.

**Ερώτηση 22: Είστε έγκυος;**

Η ερώτηση προσδιορίζεται με βάση το φύλο που είχε δηλωθεί στην αρχή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, επομένως αφορά μόνο τις γυναίκες που συμμετέχουν στην έρευνα. Στο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο η ερώτηση εμφανίζεται μόνο στα ερωτηματολόγια στα οποία το φύλο του ερωτώμενου προσδιορίστηκε ως «Γυναίκα». Ο / Η συνεντευκτής / τρια δέχεται ως απάντηση ό, τι δηλώσει η ερωτώμενη (σε περίπτωση που η ερωτώμενη δεν γνωρίζει αν είναι έγκυος ή δεν είναι βεβαία, ο/η συνεντευκτής/τρια δέχεται το «Όχι» ως απάντηση). Εφόσον η απάντηση που δοθεί είναι «Όχι», ο/η συνεντευκτής /τρια μεταβαίνει στην ερώτηση 32.

***Γ. «Σύστημα Υγείας»***

**Ερώτηση 27: Ποια ήταν η τελευταία φορά που πήγατε στο γιατρό για οποιοδήποτε λόγο;**

Ζητείται να προσδιοριστεί σε μήνες το διάστημα από την τελευταία επίσκεψη του/της ερωτώμενου/ης σε ιατρό. Σε περίπτωση που ο ερωτώμενος επισκέφτηκε κάποιον γιατρό πιο πρόσφατα (πχ. πριν από δύο εβδομάδες) συνιστάται ο/η συνεντευκτής/τρια να σημειώνει 0,5 μήνα

**Ερώτηση 32,33: Τον τελευταίο χρόνο, πώς ήταν η εμπειρία σας με τις υπηρεσίες υγείας; Τον τελευταίο χρόνο, η εμπειρία σας με τις υπηρεσίες υγείας ήταν:**

Η ερώτηση αυτή απαντάται ακόμα και από τα άτομα που δεν έχουν επισκεφτεί κάποια υπηρεσία υγείας τον τελευταίο χρόνο, καθώς μπορούν να εκφράσουν την άποψή τους ακόμα και μέσω μιας εμπειρίας που τους έχουν μεταφέρει τρίτα άτομα. **Προσοχή** πρέπει να δοθεί στο γεγονός ότι η ερώτηση μπορεί αν εκληφθεί από τους συνεντευξιζόμενους ως «πόσο επώδυνη» ήταν η εμπειρία τους σαν ασθενείς και όχι σαν χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οπότε και πρέπει να εξηγήσουμε με πιο απλά λόγια τι εννοούμε.

**Ερώτηση 36: Πόσα χρήματα ξοδέψατε τον τελευταίο μήνα για θέματα υγείας για τον εαυτό σας.**

Σε αυτή την ερώτηση διευκρινίζουμε ότι τα χρήματα αυτά αφορούν οποιοδήποτε έξοδο έχει να κάνει με την υγεία τους (εισιτήριο νοσοκομείου, εξετάσεις, φάρμακα, κτλ.)

**Ερώτηση 37,38: Την τελευταία εβδομάδα έχετε πάρει φάρμακα; Αν ναι, ποια;**

Σκοπός της ερώτησης είναι να καταγράψει την πραγματική χρήση όλων των φαρμάκων και συμπληρωμάτων διατροφής (φυτικά/βιταμίνες), που χρησιμοποιούνται μετά από συνταγογράφηση ή προτροπή γιατρού. Για γυναίκες να συμπεριληφθούν τα αντισυλληπτικά χάπια και τυχόν άλλες ορμόνες. Θα καταχωρούνται και τα φάρμακα, τα οποία κατά το παρελθόν έχουν συνταγογραφηθεί ή συστηθεί και που σήμερα ο ερευνώμενος δεν έχει προλάβει για κάποιο λόγο να επισκεφθεί τον γιατρό/οδοντίατρο, προκειμένου να τα συνταγογραφήσει εκ νέου, π.χ. συνεχιζόμενη θεραπεία. **Φάρμακα που χρησιμοποιούνται μετά από συμβουλή φαρμακοποιού ή άλλων ατόμων που δεν είναι γιατροί ή οδοντίατροι θα πρέπει επίσης να καταγράφονται.**

Ο υπολογισμός τη τελευταίας εβδομάδας αρχίζει από την προηγούμενη ημέρα της συνέντευξης.

Σε περίπτωση που ο/η ερωτώμενος/η γνωρίζει το όνομα του φαρμακευτικού σκευάσματος αλλά όχι τα mg, καλύτερα να συμπληρώνεται η μικρότερη δόση. Αν το φάρμακο δεν προέρχεται από την Ελλάδα, αλλά γνωρίζουμε την δραστική ουσία, συμπληρώνεται μόνο η ονομασία της δραστικής ουσίας. Αν δηλωθεί μόνο μια εμπορική (μη ελληνική) ονομασία, ο/η συνεντευκτής/τρια τη σημειώνει ως έχει και είτε ψάχνει να βρει ύστερα στο διαδίκτυο ποιο φάρμακο είναι αυτό (και το συμπληρώνει) είτε το αφήνει έτσι, αν δεν βρεθεί αντιστοιχία με ελληνικό φάρμακο.

Συμβουλή: Επειδή ενδέχεται οι περισσότεροι ερωτώμενοι να μην θυμούνται τα φάρμακά τους, προτείνεται να έχουν ειδοποιηθεί πριν την έναρξη της συνέντευξης να τα φέρουν από το σπίτι τους.

#### ***Δ. «Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας»***

Η ποιότητα των συλλεγόμενων στοιχείων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα του συνεντευκτή:

- να μη θέτει ερωτήματα με τόνο επικριτικό ή και «λύπησης»
- να τηρεί ουδέτερη στάση ως προς τις απαντήσεις που λαμβάνει.

#### **Ερώτηση 38: Διατροφική ανασφάλεια**

Στην ερώτηση αυτή, υπάρχει αυξανόμενη διαβάθμιση σε κλίμακα σοβαρότητας στις υποερωτήσεις (δηλ. η πρώτη υποερώτηση δείχνει τη λιγότερο σοβαρή και η τρίτη υποερώτηση τη σοβαρότερη περίπτωση διατροφικής ανασφάλειας).

#### **1<sup>η</sup> υποερώτηση: Τον τελευταίο μήνα, υπήρξε κάποια στιγμή που δεν υπήρχε καθόλου φαγητό στο σπίτι λόγω οικονομικών προβλημάτων;**

Εννοεί αν ένοιωσε ποτέ την ανάγκη να «τσιμπήσει» κάτι (ή και να φάει κανονικό γεύμα), αλλά δεν υπήρχε απόθεμα στο νοικοκυριό, διότι δεν υπήρχε η δυνατότητα να εξασφαλιστεί (π.χ. λόγω έλλειψης χρημάτων, κουπονιών κτλ.) και όχι λόγω αμέλειας ή παράλειψης (π.χ. «δεν πρόλαβα ή ξέχασα να πάω στο supermarket»).

#### **2<sup>η</sup> υποερώτηση: Τον τελευταίο μήνα, μήπως εσύ ή κάποιος άλλος από το σπίτι που μένεις έπεσε για ύπνο πεινασμένος, επειδή δεν υπήρχε αρκετό φαγητό;**

Η ερώτηση υπονοεί ότι το άτομο έχει φάει το μεσημέρι ή κάποια άλλη στιγμή της ημέρας, αλλά το βράδυ έπεσε για ύπνο πεινασμένος/η, επειδή δεν υπήρχε αρκετό φαγητό (πάλι όχι λόγω αμέλειας, π.χ. «δεν πρόλαβα ή ξέχασα να πάω στο supermarket»), αλλά από αδυναμία εξασφάλισης του (π.χ. λόγω έλλειψης χρημάτων κτλ.).

#### **3<sup>η</sup> υποερώτηση: Τον τελευταίο μήνα, μήπως εσύ ή κάποιος άλλος από το σπίτι που μένεις δεν έφαγε για μια ολόκληρη μέρα και έπεσε για ύπνο νηστικός;**

Η ερώτηση εννοεί ότι το άτομο δεν έχει φάει όλη τη μέρα και έπεσε για ύπνο νηστικός/ή, διότι δεν υπήρχε φαγητό στο νοικοκυριό. Πάλι δεν αφορά αμέλεια, αλλά αδυναμία εξασφάλισης του φαγητού (π.χ. λόγω έλλειψης χρημάτων κτλ.).

#### **Ερώτηση 40: Πίνετε συνήθως κάτι από τα παρακάτω κατά τη διάρκεια της ημέρας;**

Η ερώτηση αυτή πραγματοποιείται με σκοπό να γίνει μια πιο ήπια εισαγωγή στο θέμα της κατανάλωσης αλκοόλ. Συνεπώς δεν μας ενδιαφέρει και τόσο αν θα δηλώσουν ότι πίνουν κάποια από τα υπόλοιπα αναφερθέντα υγρά. Μόνο αν δηλώσουν «ναι» στο αλκοόλ, θα προχωρήσουμε στις επόμενες ερωτήσεις που είναι και πιο συγκεκριμένες όσον αφορά την ποσότητα και την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ.

#### **Ερώτηση 41, 42: Την τελευταία εβδομάδα πόσα ποτήρια αλκοόλ οποιουδήποτε είδους (μπύρα, κρασί, ούισκι, λικέρ ή άλλα) ήπιατε συνολικά; Την τελευταία εβδομάδα, πόσες ημέρες ήπιατε κάποιο αλκοολούχο ποτό;**

Για να υπολογίσετε τα ποτήρια, λάβετε υπόψη το εξής: μια μερίδα -δηλαδή 1 ποτήρι- αλκοόλ ισούται με 1 κουτάκι μπύρα 330 ml ή με 45 ml ποτού με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ (ουίσκυ, βότκα, ούζο, ρούμι, τεκίλα κ.α.) ή 1 ποτήρι κρασί περίπου 120ml.

Και για τις δύο αυτές ερωτήσεις θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι πιθανότατα θα χρειαστεί να εκμαιευτούν οι σχετικές απαντήσεις κάνοντας σχετικές διευκρινίσεις ή και ρωτώντας αναλυτικότερα για κάποιες ημέρες της εβδομάδας βοηθώντας έτσι τον ερωτώμενο να θυμηθεί καλύτερα.

#### ***Ε. «Συνθήκες Ζωής»***

#### **Ερώτηση 48: Το σπίτι που μένετε:**

Σε περίπτωση που το σπίτι ανήκει σε κάποιον συγγενή (εξαιρούνται οι γονείς), θα πρέπει να επιλέγεται η απάντηση «ανήκει σε κάποιον άλλο».

#### **Ερώτηση 49: Πόσα άτομα μένετε στο σπίτι συνολικά;**

Με αυτή την ερώτηση εννοούμε τα άτομα που συνήθως κοιμούνται στο σπίτι.

#### **Ερώτηση 50: Πόσοι διαφορετικοί χώροι ύπνου υπάρχουν;**

Με τη φράση «χώροι ύπνου», δεν αναφερόμαστε μόνο στα υπνοδωμάτια, αλλά σε όλα τα δωμάτια του σπιτιού που μπορεί να κοιμάται κάποιος.



Ερώτηση 56, 57: Το νερό που πίνετε είναι από..., Το νερό για τις υπόλοιπες δουλειές είναι από...

Με την απάντηση «κεντρική ύδρευση» εννοούμε αυτή για την οποία πληρώνουν, ενώ με την απάντηση δημόσια ύδρευση εννοούμε αυτή για την οποία δεν χρειάζεται να πληρώσουν.

Ερώτηση 58: Το ρεύμα που έχετε σπίτι σας είναι μέσω...

Η απάντηση «ΔΕΗ» δίνεται για όσους έχουν παροχή ρεύματος μέσω της ΔΕΗ, ασχέτως αν γίνεται νόμιμα ή παράνομα.

### **Στ. «Μεταδιδόμενα Νοσήματα (HIV – HBV – HCV)»**

Στο 6<sup>ο</sup> μέρος του ερωτηματολογίου εξετάζονται οι παράγοντες κινδύνου, οι γνώσεις και οι στάσεις για τα μεταδιδόμενα νοσήματα (HIV – HBV – HCV).

Ερώτηση 61:

Παρατίθενται μια σειρά προτάσεων για τις HBV και HCV που ως στόχο έχουν να αποτυπώσουν τις γνώσεις των ερωτώμενων αναφορικά με τα συγκεκριμένα νοσήματα. Οι ερωτώμενοι καλούνται να χαρακτηρίσουν τις προτάσεις «σωστές» ή «λανθασμένες» ή να δηλώσουν πως δεν ξέρουν την απάντηση ή δεν επιθυμούν να απαντήσουν («Δεν ξέρω» / «Δεν απαντώ»). Το «Δεν ξέρω» σημαίνει δε γνωρίζω/δε θυμάμαι/ δεν είμαι σίγουρος/η. Ωστόσο, αυτές τις επιλογές δεν θα πρέπει να τις διαβάζει κάθε φορά ο/η ερευνητής/τρια. Ο ερευνητής θα πρέπει να αναφέρει στην αρχή ότι μπορούν να απαντήσουν «Δεν ξέρω» ή «Δεν απαντώ».

Είναι εξαιρετικά σημαντικό να τονιστεί στους ερωτώμενους ότι δεν πρέπει να προσπαθούν να μαντέψουν τη σωστή απάντηση – αν δεν τη γνωρίζουν, πρέπει να απαντούν «Δεν ξέρω».

Επίσης, δεν πρέπει ο συνεντευκτής να ρωτάει μαζί για την HBV και HCV, αλλά να είναι διακριτό ποιες προτάσεις αφορούν την HBV και ποιες την HCV, προς αποφυγή σύγχυσης. Για παράδειγμα, αν η ερώτηση τεθεί ως «Υπάρχει θεραπεία για την ηπατίτιδα Β και/ή C» και αναμένεται ο/η ερωτώμενος/η να χαρακτηρίσει την παραπάνω πρόταση ως σωστή ή λανθασμένη (ή να δηλώσει ότι δεν γνωρίζει την απάντηση ή ότι δεν επιθυμεί να απαντήσει), είναι εξαιρετικά πιθανό να προκληθεί σύγχυση ως προς το σε ποιο νόσημα αναφέρεται ο/η ερωτώμενος/η ή αν απαντά αναφερόμενος και στα δύο μαζί, θεωρώντας μάλιστα ότι πρόκειται για το ίδιο ουσιαστικά λοιμώδες νόσημα (να μην προβαίνει καν σε διάκρισή τους). Ο/Η συνεντευκτής/τρια, λοιπόν, οφείλει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός/ή, ώστε η κάθε πρόταση να διαβάζεται ξεχωριστά και μόνο αφού λάβει την απάντηση, να προχωράει στην επόμενη πρόταση. Για παράδειγμα: «Υπάρχει θεραπεία για την ηπατίτιδα Β;» (αναμένεται η απάντηση) και έπειτα «Υπάρχει θεραπεία για την HCV;». Πρόκειται για διαφορετικές μεταξύ τους προτάσεις, για αυτό και στο ερωτηματολόγιο (τόσο το έντυπο όσο και το ηλεκτρονικό) διατυπώνονται και σε ξεχωριστά «κελιά» στον δοθέντα πίνακα.

Ερώτηση 62:

Στην ερώτηση αυτή επίσης παρατίθεται μια σειρά προτάσεων τις οποίες οι ερωτώμενοι καλούνται να χαρακτηρίσουν ως «σωστές» ή «λανθασμένες» ή να δηλώσουν πως δεν ξέρουν την απάντηση ή δεν επιθυμούν να απαντήσουν. («Δεν ξέρω» / «Δεν απαντώ»). Αυτές οι προτάσεις όμως αφορούν το HIV/AIDS. Ισχύουν τα όσα αναφέρθηκαν για την ερώτηση 61.

Ερώτηση 63: Με ποιους τρόπους μεταδίδονται η ηπατίτιδα Β, η ηπατίτιδα C και η HIV;

Εξετάζονται οι γνώσεις και οι στάσεις αναφορικά με τους τρόπους μετάδοσης των νοσημάτων. Εδώ ο/η ερωτώμενος/η καλείται να επιβεβαιώσει ή να αναρτήσει την πρόταση που διατυπώνεται κάθε φορά (για κάθε πρόταση υπάρχει η δυνατότητα να απαντήσει «Ναι» ή «Όχι»). Υπάρχει και πάλι η δυνατότητα να απαντήσει πως δεν γνωρίζει ή πως δεν επιθυμεί να απαντήσει («Δεν ξέρω» / «Δεν απαντώ»).

Μεγάλη προσοχή απαιτείται και εδώ, ώστε να εκφράζονται διακριτά οι τρόποι μετάδοσης που αφορούν στην HBV, στην HCV και στην HIV.

Ερώτηση 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70:

Πρόκειται για μια σειρά ερωτήσεων που ελέγχουν αν ο/η ερωτώμενος/η έχει υποβληθεί ποτέ σε εξέταση για την HBV, αν έχει εμβολιαστεί και, εφόσον νοσεί, αν έχει υποβληθεί σε κάποια θεραπεία. Επίσης, υπάρχουν 2 ερωτήσεις που αφορούν την ηπατίτιδα Α.

Ερώτηση 71, 72, 73, 74:

Πρόκειται για μια σειρά ερωτήσεων που ελέγχουν αν ο/η ερωτώμενος/η έχει υποβληθεί ποτέ σε εξέταση για την HCV και, εφόσον νοσεί, αν έχει υποβληθεί σε κάποια θεραπεία.

Ερώτηση 75, 76, 77, 78:

Πρόκειται για μια σειρά ερωτήσεων που ελέγχουν αν ο/η ερωτώμενος/η έχει υποβληθεί ποτέ σε εξέταση για HIV/AIDS και, εφόσον νοσεί, αν έχει υποβληθεί σε κάποια θεραπεία.

Ερώτηση 80: Έχετε κάνει ποτέ...

Ο/Η ερωτώμενος/η καλείται να αναφέρει αν έχει υποβληθεί ποτέ σε κάποια από τις ιατρικές εξετάσεις ή χειρουργικές επεμβάσεις που αναφέρονται. Μπορούν να δοθούν και πολλαπλές απαντήσεις.

Ο/Η συνεντευκτής/τρια καλείται να εξηγήσει με περισσότερα λόγια τι είναι το καθένα από αυτά που αναφέρονται, σε περίπτωση που ο/η ερωτώμενος/η αδυνατεί να καταλάβει.

Ερώτηση 82: Είχατε ποτέ κάτι από τα παρακάτω: κονδυλώματα, γλαμύδια, έρπη γεννητικών οργάνων, βλεννόρροια, σύφιλη;

Ο/Η συνεντευκτής/τρια καλείται να συνδέσει στο μυαλό του ερωτώμενου ότι τα παραπάνω νοσήματα προκύπτουν μέσω της σεξουαλικής πράξης χωρίς τη χρήση προφυλακτικού.

Ερώτηση 84: Έχετε παντρευτεί/κλεφτεί περισσότερες από μια φορές;

Μέσα από αυτή την ερώτηση θέλουμε να μάθουμε ουσιαστικά με πόσους ερωτικούς συντρόφους έχουν πάει. Δεδομένου ότι θα μπορούσε να θεωρηθεί προσβλητική μια τέτοια ερώτηση, επιλέξαμε να την θέσουμε με αυτόν τον πλάγιο τρόπο. Ωστόσο, αν κρίνουμε ότι η σχέση που έχουμε αναπτύξει με τον συνεντευξιαζόμενο είναι καλή, μπορούμε να ρωτήσουμε ευθέως, ειδικά τους άνδρες που δεν θα έχουν τόσο πρόβλημα.

Ερώτηση 85, 86: Όταν κοιμόσαστε με την/τον γυναίκα/άνδρα σας, χρησιμοποιείτε προφυλακτικό; Την τελευταία φορά που κοιμηθήκατε με την/ον γυναίκα/άνδρα σας χρησιμοποιήσατε προφυλακτικό;

Η ερώτηση αυτή γίνεται σε όλους όσους έχουν ξεκινήσει τη σεξουαλική τους ζωή, άσχετα με το αν είναι παντρεμένοι ή όχι. Σε περίπτωση που κάποιος/α χρησιμοποιεί μερικές φορές προφυλακτικό, η απάντηση δίνεται ανάλογα με το τι κάνει πιο συχνά.

Ερώτηση: Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια...

Μπορούν να δοθούν πολλαπλές απαντήσεις (μία συνέντευξη είναι δυνατόν να πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια και του γιατρού και του διαμεσολαβητή ή και κάποιου εκπαιδευμένου εθελοντή).

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII: Ερωτηματολόγιο για τον πληθυσμό των Ρομά**

**HPROLIPSIS**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΙΟΓΕΝΩΝ  
ΗΠΑΤΙΤΙΔΩΝ ΚΑΙ HIV**

**2012-2014**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΡΟΜΑ**

## Περιεχόμενα

<b><u>A. Βασικά στοιχεία ατόμου</u></b> .....	<b>329</b>
<u>A.1. Οικογενειακή κατάσταση</u> .....	329
<u>A.2. Εκπαίδευση</u> .....	330
<u>A.3. Εργασία</u> .....	330
<u>A.4. Ασφάλιση</u> .....	330
<b><u>B. Γενική Κατάσταση Υγείας</u></b> .....	<b>331</b>
<u>B.1. Χρόνια προβλήματα υγείας</u> .....	331
<u>B.2. Εγκυμοσύνη</u> .....	332
<b><u>Γ. Σύστημα Υγείας</u></b> .....	<b>333</b>
<u>Γ.1. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας</u> .....	333
<u>Γ.2. Ικανοποίηση από Υπηρεσίες Υγείας</u> .....	334
<u>Γ.3. Πραγματοποιηθείσες δαπάνες υγείας</u> .....	334
<u>Γ.4. Χρήση Φαρμάκων</u> .....	334
<b><u>Δ. Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας</u></b> .....	<b>335</b>
<u>Δ.1 Διατροφικά ζητήματα / Διατροφική ανασφάλεια</u> .....	335
<u>Δ.2. Κατανάλωση Αλκοόλ</u> .....	335
<u>Δ.3. Κάπνισμα</u> .....	335
<b><u>Ε. Συνθήκες Ζωής</u></b> .....	<b>336</b>
<u>E.1. Οικονομική κατάσταση</u> .....	336
<u>E.2. Χαρακτηριστικά διαμονής</u> .....	336
<b><u>ΣΤ. Μεταδιδόμενα νοσήματα (HIV - HBV - HCV)</u></b> .....	<b>338</b>
<u>ΣΤ.1. Ηπατίτιδα Β και C και HIV</u> .....	338
<u>ΣΤ.2. Εξετάσεις, Εμβόλια και Θεραπεία</u> .....	339
<u>ΣΤ.3. Παράγοντες κινδύνου</u> .....	341
<u>ΣΤ.3.1. Εργασία</u> .....	341
<u>ΣΤ.3.2. Ιατρικό ιστορικό</u> .....	341
<u>ΣΤ.3.3. Σεξουαλική Συμπεριφορά</u> .....	342

Ημερομηνία συνέντευξης Έτος |2|0|1|\_| Μήνας|\_|\_| Ημέρα |\_|\_|

Ωρα έναρξης συνέντευξης (Παρακαλώ σημειώστε την ακριβή ώρα έναρξης της συνέντευξης π.χ. 10:55)

|\_|\_|·|\_|\_|

**Χώρος συνέντευξης:**

- Κατοικία
- Κινητή μονάδα
- Κοινότητα
- Σχολείο
- Ιατροκοινωνικό Κέντρο
- Άλλο.....

*(Τα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας αυτής της σελίδας θα σώζονται σε ξεχωριστό αρχείο, στο οποίο θα έχει πρόσβαση μόνο η συντονίστρια της μελέτης, κα. Τουλούμη. Λεπτομέρειες αναφέρονται στο «Πληροφοριακό Σύστημα και Σχέδιο Ασφαλείας» το οποίο έχει κατατεθεί στις επιτροπές Βιο-ηθικής)*

Όνομα .....

Επίθετο .....

Οικισμός/καταυλισμός .....

Τηλέφωνο σταθερό ή κινητό.....

## A. Βασικά στοιχεία ατόμου

1. **Κωδικός Συμμετέχοντος/ουσας:** .....
2. **Φύλο:** (Ο/Η συνεντευκτής/τρια το συμπληρώνει όταν μπορεί να το αποφασίσει)  
 Γυναίκα  
 Άνδρας
3. **Πότε γεννηθήκατε;**  
□□ □□ |1|9|□□ (HH MM XX)  
(Εάν δεν απαντάται η παραπάνω ερώτηση, τότε:)  
**Ηλικία** □□□  
 Δεν ξέρω  
 Δεν απαντώ
4. **Σε ποια χώρα γεννηθήκατε;**  
.....  
 Δεν απαντώ
5. **Ποια είναι η Εθνικότητά σας;**  
.....  
 Δεν απαντώ
6. **Ποια είναι η υπηκοότητά σας;**  
.....  
 Δεν απαντώ
7. **Είσαστε:**  
 Χριστιανή/ός Ορθόδοξη/ος  
 Μουσουλμάνη/ος  
 Άλλο  
 Δεν απαντώ

### A.1. Οικογενειακή κατάσταση

8. **Είσαστε:** (νομική κατάσταση, π.χ. εάν δύο παντρεμένοι ζουν χωριστά αλλά δεν έχουν πάρει διαζύγιο, τότε είναι έγγαμοι)  
 Ανύπαντρη/ος  
 Παντρεμένη/ος  
 Χήρα/ος  
 Κλεμμένη/ος ή συζείτε με τον/τη σύντροφό σας χωρίς να έχετε παντρευτεί επίσημα  
 Χωρισμένη/νος και όχι ξαναπαντρεμένη/ος (διαζευγμένοι με νομικές διαδικασίες)  
 Δεν απαντώ
9. **Έχετε παιδιά;**  
 Όχι →ερ. 11  
 Ναι  
 Δεν απαντώ→ερ. 11
10. **Πόσα παιδιά έχετε;**  
□□ Αριθμός παιδιών

## A.2. Εκπαίδευση

### 11. Έχετε πάει σχολείο;

- Όχι →ερ. 13
- Ναι
- Δεν απαντώ →ερ. 13

### 12. Μέχρι ποια τάξη έχετε πάει σχολείο;

- Δεν πήγα σχολείο
- Α΄-Γ΄ τάξη Δημοτικού
- Δ΄-ΣΤ΄ τάξη Δημοτικού
- Απόφοιτος Δημοτικού
- Μερικές τάξεις Γυμνασίου
- Απόφοιτος Γυμνασίου
- Μερικές τάξεις Λυκείου
- Απόφοιτος Λυκείου
- Απόφοιτος ΙΕΚ
- Απόφοιτος ΤΕΙ
- Απόφοιτος ΑΕΙ
- Άλλο.....

## A.3. Εργασία

### 13. Είσαστε:

- Αυτοαπασχολούμενος
- Βοηθός στην οικογενειακή σας επιχείρηση (χωρίς αμοιβή)
- Μόνιμα εργαζόμενος
- Περιστασιακά εργαζόμενος
- Συνταξιούχος
- Μαθητευόμενος/Εκπαιδευόμενος (χωρίς αμοιβή)
- Φαντάρος
- Άνεργος
- Απασχολούμενος/η με τα οικιακά
- Άλλο.....

### 14. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

- Έμποροι / γυρολόγοι
- Έμποροι σε υπαίθριες αγορές (παζάρια λαϊκές, πανηγύρια)
- Πωλητές / υπάλληλοι
- Ευκαιριακά μεροκάματα
- Εργάτες υποδομών (π.χ. οικοδομή, έργα δρόμων κλπ.)
- Παλιατζήδες
- Μουσικοί
- Ανακύκλωση
- Εργάτες γης
- Δεν έχω εργαστεί ποτέ με αμοιβή
- Άλλο .....

## A.4. Ασφάλιση

### 15. Έχετε κάποια ασφάλιση αυτή την περίοδο;

- Όχι
- Ναι, άμεση →ερ. 17
- Ναι, έμμεση (μέσω του άνδρα/πατέρα μου κλπ.) →ερ. 17
- Δεν ξέρω →ερ. 17
- Δεν απαντώ →ερ. 17

**16. Αν όχι, για ποιο λόγο δεν έχετε;** (Μπορούν να δοθούν πολλαπλές απαντήσεις.)

- Δεν δικαιούμαι κάποια ασφάλιση (έμμεση ή απορίας)
- Ο εργοδότης μου δεν με ασφαλίζει
- Δεν έχω την δυνατότητα να πληρώνω τις εισφορές
- Έχω δυσκολίες στο να συγκεντρώσω τα απαραίτητα δικαιολογητικά από τις αντίστοιχες υπηρεσίες
- Δεν είναι δυνατόν να συγκεντρώσω τα απαραίτητα δικαιολογητικά από τις αντίστοιχες υπηρεσίες (λόγω αστικοδημοτικής κατάστασης)
- Δεν γνωρίζω τις γραφειοκρατικές διαδικασίες που πρέπει να ακολουθήσω
- Το έχω αμελήσει
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**17. Σε ποιον οργανισμό είστε ασφαλισμένος/η;**

- ΕΟΠΥΥ (π.χ. ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ)
- Λοιπά ταμεία
- Πρόνοια
- Ιδιωτική ασφάλεια
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

## B. Γενική Κατάσταση Υγείας

**18. Πώς είναι η υγεία σας;**

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

### B.1. Χρόνια προβλήματα υγείας

**19. Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας που σας ταλαιπωρεί για πολύ καιρό, όπως για παράδειγμα χοληστερίνη, σάκχαρο, υπέρταση, βρογχίτιδα ή άσθμα;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**20. Έχετε διαγνωσθεί με κάποια από τις ακόλουθες παθήσεις; Εάν ΝΑΙ – Η διάγνωση αυτή έγινε τους τελευταίους 12 μήνες;**

	Όχι	Ναι	Δεν ξέρω	Δεν απαντώ	Τους τελευταίους 12 μήνες			
					Όχι	Ναι	Δεν ξέρω	Δεν απαντώ
Αυξημένη χοληστερίνη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαβήτης (σάκχαρο)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Υψηλή πίεση (μικρή πίεση > 9 & μεγάλη πίεση > 14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Καρδιαγγειακές παθήσεις (έμφραγμα, στεφανιαία νόσος, εγκεφαλικό, θρόμβωση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις του αναπνευστικού (Άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καρκίνος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αναμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατάθλιψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλη πάθηση.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες:**

	Καθόλου	Μερικές φορές	Περισσότερες από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1. Νιώσατε νευρικός/η, αγχωμένος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Νιώσατε ότι δεν μπορούσατε να ελέγξετε το άγχος σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Νιώσατε ότι δεν είχατε πολλή όρεξη να κάνετε αυτά που κάνετε συνήθως	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Νιώσατε πεσμένος/η, θλιμμένος/η, ή απελπισμένος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B.2. Εγκυμοσύνη**

(Συμπλήρωση μόνο για τις γυναίκες που μας έχουν απαντήσει ότι «συζούν» με κάποιον)

**22. Είσατε έγκυος;**

- Όχι → ερ. 27
- Ναι
- Δεν ξέρω → ερ. 27
- Δεν απαντώ → ερ. 27

**23. Σε ποιο μήνα;.....**

**24. Επισκεπτόσατε το γιατρό για την εγκυμοσύνη σας;**

- Όχι → ερ. 26
- Ναι
- Δεν απαντώ

**25. Σε ποια εβδομάδα εγκυμοσύνης πήγατε για πρώτη φορά;.....**

**26. Για ποιο λόγο δεν πηγαίνετε στο γιατρό; (Μπορούν να δοθούν πολλαπλές απαντήσεις)**

- Δεν έχει χρειαστεί μέχρι στιγμής
- Δεν έχω ασφάλεια
- Αν και έχω ασφάλεια, δυσκολεύομαι να πληρώσω το έξτρα κόστος
- Δυσκολεύομαι να κλείσω ραντεβού λόγω τηλ. διαδικασίας ΠΕΔΥ
- Είναι μακριά η λίστα αναμονής και έπρεπε να περιμένω πολύ
- Ήταν πολύ μακριά για να ταξιδέψω/δεν είχα μεταφορικό μέσο

- Δεν μπορούσα να αφήσω τη δουλειά μου ή τα παιδιά μου ή άλλους ανθρώπους που με έχουν ανάγκη
- Φοβάμαι τους γιατρούς, τα νοσοκομεία, τις εξετάσεις, κτλ.
- Ντρεπόμουν να με εξετάσει ο γιατρός
- Θέλω να με εξετάσει γυναίκα
- Το αμέλησα
- Δε μιλώ τη γλώσσα και δε μπορώ να συνεννοηθώ
- Δεν απαντώ
- Άλλο: .....

## Γ. Σύστημα Υγείας

### Γ.1. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

#### 27. Ποια ήταν η τελευταία φορά που πήγατε στο γιατρό για οποιοδήποτε λόγο;

- Μήνες (Αν > 12 μήνες → ερ. 31, ενώ αν < 12 μήνες → ερ. 28)
- Δεν έχω πάει ποτέ → ερ. 31
- Δε θυμάμαι → ερ. 31
- Δεν απαντώ → ερ. 31

#### 28. Πού πήγατε;

- Δημόσιο Νοσοκομείο
- Ιατρεία του ασφαλιστικού μου φορέα (ΕΟΠΥΥ, ΙΚΑ κλπ.)
- Κέντρο Υγείας ή περιφερειακό ιατρείο
- Ιδιωτικό Ιατρείο συμβεβλημένο με το ΠΕΔΥ
- Ιδιωτικό Ιατρείο ΜΗ συμβεβλημένο με το ΠΕΔΥ
- Ιδιωτική Κλινική, Ιατρικό Κέντρο ή Διαγνωστικό Κέντρο συμβεβλημένο με το ΠΕΔΥ
- Ιδιωτική Κλινική, Ιατρικό Κέντρο ή Διαγνωστικό Κέντρο ΜΗ συμβεβλημένο με το ΠΕΔΥ
- Κινητή Μονάδα
- Κοινωνικά Ιατρεία Αλληλεγγύης
- Άλλο .....

#### 29. Ποιος πλήρωσε;

- Το ασφαλιστικό μου ταμείο
- Ιδιωτική ασφάλεια
- Εγώ ή κάποιος δικός μου
- Ήταν δωρεάν
- Έμεινε χρέος
- Δεν απαντώ

#### 30. Τον τελευταίο χρόνο, χρειάστηκε να μπειτε στο νοσοκομείο; (διευκρινίζουμε, αν χρειαστεί, ότι μιλάμε για νοσηλεία)

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

#### 31. Πότε ήταν η τελευταία φορά που πήγατε σε οδοντίατρο;

- Λιγότερο από χρόνο
- 1-3 χρόνια
- 3-10 χρόνια
- Πάνω από 10 χρόνια
- Δεν έχω πάει ποτέ
- Δε θυμάμαι
- Δεν απαντώ

## Γ.2. Ικανοποίηση από Υπηρεσίες Υγείας

**32. Τον τελευταίο χρόνο, πώς ήταν η εμπειρία σας με τις υπηρεσίες υγείας;**

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή
- Δεν είχα καμία επαφή τον τελευταίο χρόνο
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**33. Τον τελευταίο χρόνο, η εμπειρία σας με τις υπηρεσίες υγείας ήταν:**

- Καλύτερη από ό,τι παλαιότερα
- Το ίδιο με ό,τι ήταν παλαιότερα
- Χειρότερη από ό,τι παλαιότερα
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**34. Τον τελευταίο χρόνο θεωρείτε ότι υπήρξε κάποια στιγμή που χρειαστήκατε γιατρό ή κάποια θεραπεία και δεν την είχατε;**

- Όχι → ερ. 36
- Ναι
- Δε χρειάστηκε → ερ. 36
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**35. Αν ναι, ποιος ήταν ο λόγος που δεν μπορούσατε να πάτε; (Μπορούν να δοθούν πολλαπλές απαντήσεις)**

- Δυσκολεύομαι να πληρώσω το κόστος
- Ήταν μακριά η λίστα αναμονής και έπρεπε να περιμένω πολύ
- Δεν μπορούσα να αφήσω τη δουλειά μου ή τα παιδιά μου ή άλλους ανθρώπους που με έχουν ανάγκη
- Ήταν πολύ μακριά για να ταξιδέψω/δεν είχα μεταφορικό μέσο
- Φοβάμαι τους γιατρούς, τα νοσοκομεία, τις εξετάσεις, τη θεραπεία
- Ήθελα να δω εάν το πρόβλημα θα βελτιωνόταν από μόνο του
- Δεν ήξερα κανένα καλό γιατρό ή ειδικό
- Το αμέλησα
- Δυσκολεύομαι να κλείσω ραντεβού λόγω τηλ. διαδικασίας ΠΕΔΥ
- Ντρεπόμαι να με εξετάσει ο γιατρός
- Δε μου φέρονται καλά και δε θέλω να πηγαίνω
- Άλλο: .....

## Γ.3. Πραγματοποιηθείσες δαπάνες υγείας

**36. Πόσα χρήματα ξοδέψατε τον τελευταίο μήνα για θέματα υγείας για τον εαυτό σας;**

Ευρώ.....

## Γ.4. Χρήση Φαρμάκων

**37. Τη τελευταία εβδομάδα έχετε πάρει φάρμακα;**

- Όχι → ερ. 39
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**38. Αν ναι, ποια; (τα καταγράφουμε όπως αναφέρονται στη λίστα του ΕΟΦ)**

A/a	Όνομασία φαρμάκου
-----	-------------------


## Δ. Παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας

### Δ.1 Διατροφικά ζητήματα / Διατροφική ανασφάλεια

#### 39. Διατροφική ανασφάλεια

	Ποτέ	Σπάνια ή μερικές φορές (1-3 φορές)	Συχνά (≥4 φορές)	Προτιμώ να μην απαντήσω
1. Τον τελευταίο μήνα, υπήρξε κάποια στιγμή που δεν υπήρχε καθόλου φαγητό στο σπίτι λόγω οικονομικών προβλημάτων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Τον τελευταίο μήνα, μήπως εσύ ή κάποιος άλλος από το σπίτι που μένεις έπεσε για ύπνο πεινασμένος, επειδή δεν υπήρχε αρκετό φαγητό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Τον τελευταίο μήνα, μήπως εσύ ή κάποιος άλλος από το σπίτι που μένεις δεν έφαγε για μια ολόκληρη μέρα και έπεσε για ύπνο νηστικός;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Δ.2. Κατανάλωση Αλκοόλ

#### 40. Πίνετε συνήθως κάτι από τα παρακάτω κατά τη διάρκεια της ημέρας; (μπορούν να δοθούν πολλαπλές απαντήσεις)

- Χυμούς
- Αναψυκτικά
- Καφέδες
- Αλκοόλ

#### 41. Την τελευταία εβδομάδα πόσα ποτήρια αλκοόλ οποιουδήποτε είδους (μπύρα, κρασί, ουίσκι, λικέρ ή άλλα) ήπιατε συνολικά; (Για να υπολογίσετε τα ποτήρια, λάβετε υπόψη το εξής: μια μερίδα -δηλαδή 1 ποτήρι- αλκοόλ ισούται με 1 κουτάκι μπύρα 330 ml ή με 45 ml ποτού με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ (ουίσκυ, βότκα, ούζο, ρούμι, τεκίλα κ.α.) ή 1 ποτήρι κρασί περίπου 120ml.)

- Ποτήρια αλκοόλ
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

#### 42. Την τελευταία εβδομάδα, πόσες ημέρες ήπιατε κάποιο αλκοολούχο ποτό;

- Ημέρες
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

### Δ.3. Κάπνισμα

#### 43. Είσαστε:

- Καπνιστής
- Πρώην καπνιστής
- Ποτέ καπνιστής → ερ. 46

Δεν απαντώ

44. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε/ζατε την ημέρα; .....

45. Πόσα χρόνια καπνίζετε/ζατε; .....

## E. Συνθήκες Ζωής

### E.1. Οικονομική κατάσταση

46. Ο κατώτατος μηνιαίος μισθός στην Ελλάδα είναι €586 μηνιαίως (μικτά). Σε σχέση με αυτό, το δικό σας εισόδημα ( εννοούμε άθροισμα οικογενειακού εισοδήματος) είναι:

- Πολύ παραπάνω από αυτό
- Παραπάνω από αυτό
- Περίπου το ίδιο
- Λιγότερο από αυτό
- Δεν έχω δικό μου εισόδημα
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

47. Το εισόδημά σας είναι αρκετό για να καλύψει τις βασικές σας ανάγκες, όπως εσείς τις ορίζετε;

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

### E.2. Χαρακτηριστικά διαμονής

48. Το σπίτι που μένετε:

- Είναι δικό σας
- Το νοικιάζετε
- Ανήκει σε κάποιον άλλο

49. Πόσα άτομα μένετε στο σπίτι συνολικά;

50. Πόσοι διαφορετικοί χώροι ύπνου υπάρχουν;

51. Η κατοικία σας είναι;

- Διαμέρισμα
- Μονοκατοικία
- Διπλοκατοικία
- Υπόγειο
- Προκατασκευασμένο
- Παράπηγμα -παράγκα
- Άλλο .....

52. Πόσο καιρό μένετε σε αυτή τη περιοχή;

χρόνια                       μήνες

53. Αλλάζετε συχνά τόπο διαμονής;

- Όχι → ερ. 56
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**54. Αν ναι, για ποιο λόγο;**

- Δουλειά
- Διωγμός
- Τρόπος ζωής
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**55. Αν ναι, κάθε πότε;**

- Κάθε 1-3 μήνες
- Κάθε 3-6 μήνες
- Κάθε 6-12 μήνες
- Πάνω από χρόνο
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**56. Το νερό που πίνετε είναι από:**

- Κεντρική ύδρευση (παροχή)
- Δημόσια ύδρευση
- Βυτίο
- Πηγάδι
- Πλατείες, πάρκα κλπ.
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ
- Άλλο.....

**57. Το νερό για τις υπόλοιπες δουλειές είναι από:**

- Κεντρική ύδρευση (παροχή)
- Δημόσια ύδρευση
- Βυτίο
- Πηγάδι
- Πλατείες, πάρκα κλπ.
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ
- Άλλο.....

**58. Το ρεύμα που έχετε σπίτι σας είναι μέσω:**

- ΔΕΗ
- Γεννήτριας
- Άλλης πηγής
- Δεν έχουμε ρεύμα
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**59. Τι είδους θέρμανση έχετε; (Μπορούν να δοθούν πολλαπλές απαντήσεις)**

- Καμία
- Καλοριφέρ
- Τζάκι
- Ξυλόσομπα
- Σόμπα πετρελαίου ή υγραερίου
- Ηλεκτρική θερμάστρα ή αερόθερμο

**60. Υπάρχει τουαλέτα μέσα στο σπίτι;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν απαντώ

## ΣΤ. Μεταδιδόμενα νοσήματα (HIV - HBV - HCV)

### ΣΤ.1. Ηπατίτιδα Β και C και HIV

**61. Θα ήθελα να μου πείτε ποια από τις παρακάτω προτάσεις για την HBV είναι σωστές ή λανθασμένες. Μην προσπαθήσετε να μαντέψετε τη σωστή απάντηση - αν δεν τη γνωρίζετε. Μπορείτε να απαντήσετε «Δεν ξέρω».**

	<u>Λάθος</u>	<u>Σωστό</u>	<u>Δεν ξέρω</u>	<u>Δεν απαντώ</u>
1α. Ένα άτομο με HBV μπορεί να τη μεταδώσει σε κάποιο άλλο άτομο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1β. Με HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2α. Ένα άτομο μπορεί να έχει τον ιό της HBV για όλη του τη ζωή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2β. Τον ιό της HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3α. Αν κάποιος/α έχει HBV, αλλά φαίνεται και νιώθει υγιής, τότε δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλο άτομο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3β. Αν έχει HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4α. Η HBV μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4β. Η HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5α. Ο μόνος τρόπος για να μάθει κάποιος/α έχει HBV είναι να κάνει το αντίστοιχο τεστ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5β. Αν έχει HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6α. Υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη της HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6β. Για την πρόληψη της HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7α. Υπάρχει θεραπεία για την HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7β. Για την HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**62. Θα ήθελα να μου πείτε ποια από τις παρακάτω προτάσεις για την HIV/AIDS είναι σωστή ή λανθασμένη. Μην προσπαθήσετε να μαντέψετε τη σωστή απάντηση - αν δεν γνωρίζετε, μπορείτε να απαντήσετε «Δεν ξέρω»**

	<u>Λάθος</u>	<u>Σωστό</u>	<u>Δεν ξέρω</u>	<u>Δεν απαντώ</u>
1. Το HIV και το AIDS είναι το ίδιο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Όταν κάποιος έχει HIV έχει απαραίτητα συμπτώματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αν κάποιος έχει HIV/AIDS αλλά φαίνεται και νιώθει υγιής, τότε δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλο άτομο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Η HIV λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει πτώση της άμυνας του οργανισμού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Υπάρχει εμβόλιο για την HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ο μόνος τρόπος για να μάθει κάποιος/α εάν είναι θετικός/η είναι να κάνει το αντίστοιχο τεστ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Υπάρχει θεραπεία για την HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. (Αν στην προηγούμενη απάντησε «Σωστό») Η θεραπεία μπορεί να θεραπεύσει το άτομο οριστικά από την HIV λοίμωξη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**63. Με ποιους από τους παρακάτω τρόπους μεταδίδονται η HBV, η HCV και η HIV;**

	<u>Όχι</u>	<u>Ναι</u>	<u>Δεν ξέρω</u>	<u>Δεν απαντώ</u>
1. Με μετάγγιση από μολυσμένο αίμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Με σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό				
HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Από μητέρα στο έμβρυο				
HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Με την καθημερινή κοινωνική επαφή (χειραψία, συνομιλία)				
HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Με το να πίνεις ή να τρως από τα ίδια σκεύη με κάποιον που έχει την ασθένεια				
HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Με το να χρησιμοποιείς την ίδια τουαλέτα, πισίνα, σάουνα με κάποιον που έχει την ασθένεια				
HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Με το φιλί				
HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Με τσίμπημα κουνουπιού				
HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Με τατουάζ ή τρυπήματα του σώματος (Body piercing)				
HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών				
HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΣΤ.2. Εξετάσεις, Εμβόλια και Θεραπεία

**64. Έχετε κάνει ποτέ εξέταση αίματος για HBV και εάν ναι ποιο ήταν το αποτέλεσμα:**

- Δεν εξετάστηκα ποτέ →ερ. 68
- Εξετάστηκα και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό →ερ. 68
- Εξετάστηκα και το αποτέλεσμα ήταν θετικό
- Εξετάστηκα αλλά δεν ξέρω το αποτέλεσμα →ερ. 68
- Δεν ξέρω αν εξετάστηκα →ερ. 68
- Δεν απαντώ →ερ. 68

➔ **ΡΩΤΑ ΟΣΟΥΣ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ «θετικό» για την HBV**

**65. Πριν από πόσο καιρό μάθατε για πρώτη φορά ότι είχατε HBV; Απαντήστε σε μήνες.**



Μήνες.....

- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**66. Σας παρακολουθεί τώρα κάποιος ιατρός για την HBV;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**67. Έχετε πάρει ποτέ κάποια θεραπεία όπως χάπια ή ενέσεις που συνταγογραφούνται για την HBV;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**68. Έχετε κάνει το εμβόλιο για την ηπατίτιδα Α («γρυσή»);**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**69. Αν ναι, πόσες δόσεις του εμβολίου;**

Δόσεις.....

- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**70. Έχετε κάνει ποτέ εμβόλιο για HBV;**

- Όχι, ποτέ
- Ναι, και το ολοκλήρωσα
- Ναι, αλλά δεν το ολοκλήρωσα
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**71. Έχετε κάνει ποτέ εξέταση αίματος για HCV και εάν ναι ποιο ήταν το αποτέλεσμα:**

- Δεν εξετάστηκα ποτέ →ερ. 75
- Εξετάστηκα και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό →ερ. 75
- Εξετάστηκα και το αποτέλεσμα ήταν θετικό
- Εξετάστηκα αλλά δεν ξέρω το αποτέλεσμα →ερ. 75
- Δεν ξέρω αν εξετάστηκα →ερ. 75
- Δεν απαντώ →ερ. 75

➔ **ΡΩΤΑ ΟΣΟΥΣ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ «θετικό» για την HCV**

**72. Πριν από πόσο καιρό μάθατε για πρώτη φορά ότι είχατε HCV; Απαντήστε σε μήνες.**

Μήνες.....

- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**73. Σας παρακολουθεί τώρα κάποιος ιατρός για την HCV;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**74. Έχετε πάρει ποτέ κάποια θεραπεία όπως χάπια ή ενέσεις που συνταγογραφούνται για την HCV;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**75. Έχετε κάνει ποτέ εξέταση αίματος για HIV/AIDS και εάν ναι ποιο ήταν το αποτέλεσμα:**

- Δεν εξετάστηκα ποτέ →ερ. 79
- Εξετάστηκα και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό →ερ. 79
- Εξετάστηκα και το αποτέλεσμα ήταν θετικό
- Εξετάστηκα αλλά δεν ξέρω το αποτέλεσμα →ερ. 79
- Δεν ξέρω αν εξετάστηκα →ερ. 79
- Δεν απαντώ →ερ. 79

➔ **ΡΩΤΑ ΟΣΟΥΣ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ «θετικό» για την HIV/AIDS**

**76. Πριν από πόσο καιρό μάθατε για πρώτη φορά ότι είχατε HIV/ AIDS; Απαντήστε σε χρόνια ή μήνες.**

Μήνες.....

- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**77. Σας παρακολουθεί τώρα κάποιος ιατρός για την HIV/ AIDS;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**78. Έχετε πάρει ποτέ κάποια θεραπεία όπως χάπια ή ενέσεις που συνταγογραφούνται για την HIV/ AIDS;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**ΣΤ.3. Παράγοντες κινδύνου**

**ΣΤ.3.1. Εργασία**

**79. Στη δουλειά σας ερχόσαστε σε επαφή με αίμα, προϊόντα αίματος, σύριγγες ή βελόνες;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**ΣΤ.3.2. Ιατρικό ιστορικό**

**80. Έχετε κάνει ποτέ: (εξηγούμε με περισσότερα λόγια τι σημαίνει το καθένα από τα παρακάτω)**

- Χειρουργική επέμβαση που πήρατε νάρκωση
- Ενδοσκόπηση (γαστροσκόπηση, ορθοσκόπηση κλπ)
- Μετάγγιση αίματος (πριν από το 1992)
- Αιμοκάθαρση (τεχνητό νεφρό)
- Μεταμόσχευση κάποιου οργάνου
- Τατουάζ ή τρυπήματα του σώματος

**81. Υπάρχει κάποιο μέλος σας οικογένειας σας που έχει HBV ή HCV;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**82. Είχατε ποτέ κάτι από τα παρακάτω: κονδυλώματα, γλαμύδια, έρπη γεννητικών οργάνων, βλεννόρροια, σύφιλη; (αποφεύγουμε να χρησιμοποιήσουμε τον όρο «σεξουαλικά νοσήματα»)**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**83. Αν ναι, πήρατε κάποια θεραπεία;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

### ΣΤ.3.3. Σεξουαλική Συμπεριφορά

(Τις παρακάτω ερωτήσεις τις ρωτάμε μόνο σε «παντρεμένους» ή «κλεισμένους»!)

**84. Έχετε παντρευτεί/κλεφτεί περισσότερες από μια φορές; (Μέσα από αυτή την ερώτηση θέλουμε να μάθουμε ουσιαστικά με πόσους ερωτικούς συντρόφους έχουν πάει. Δεδομένου ότι θα μπορούσε να θεωρηθεί προσβλητική μια τέτοια ερώτηση, επιλέξαμε να την θέσουμε με αυτόν τον πλάγιο τρόπο. Ωστόσο, αν κρίνουμε ότι η σχέση που έχουμε αναπτύξει με τον συνεντευξιζόμενο είναι καλή, μπορούμε να ρωτήσουμε ευθέως, ειδικά στους άνδρες που δεν θα έχουν τόσο πρόβλημα.)**

**Εάν ναι, πόσες;.....**

**85. Όταν κοιμόσαστε με την/τον γυναίκα/άνδρα σας, χρησιμοποιείτε προφυλακτικό;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**86. Την τελευταία φορά που κοιμηθήκατε με την/ον γυναίκα/άνδρα σας χρησιμοποιήσατε προφυλακτικό;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**«Θα μπορούσατε παρακαλώ να μου δώσετε και το τηλέφωνο ενός συγγενή ή άλλου φιλικού σας ατόμου για να επικοινωνήσουμε μαζί του σε περίπτωση που δεν είναι δυνατό να σας βρούμε;»**

Τηλ. ....

**Για τον συνεντευκτή/τρια:**

**Η συνέντευξη αυτή πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια:**

- Γιατρού
- Διαμεσολαβητή

Άλλου

**Παρακαλώ σημειώστε την ακριβή ώρα λήξης της συνέντευξης**

Λήξη της συνέντευξης (π.χ. 13.25) .

**Αποτέλεσμα συνέντευξης**

Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε

Η συνέντευξη αναβλήθηκε

Η συνέντευξη ακυρώθηκε

Η συνέντευξη διεκόπη

**Λόγοι αναβολής, ακύρωσης ή διακοπής της συνέντευξης**

Επείγον περιστατικό (π.χ. υγείας, φυσικό φαινόμενο )

Ο/Η ερωτώμενος/η αρνήθηκε να ολοκληρώσει το ερωτηματολόγιο

Ο/Η ερωτώμενος/η ήταν υπό την επίρεια αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών

Οι ερευνητές δέχτηκαν λεκτική ή σωματική επιθετικότητα

Άλλος λόγος .....

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII: Έντυπη συναίνεση συμμετοχής

Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Προγράμματος Ελέγχου Ιογενών Ηπατιτίδων Β, C και HIV Λοίμωξης στο Γενικό Πληθυσμό και σε Μετακινούμενους Πληθυσμούς

### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ



Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΠΝΟ) Ελληνική Δημοκρατία

Συμμετέχων/ουσα:

Όνομα

Επώνυμο

Ετικέτα barcode

Σας ευχαριστούμε που ενδιαφέρεστε να συμμετέχετε στην μελέτη μας. Η μελέτη αυτή γίνεται από την Ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Θέλουμε να δούμε τι συμβαίνει με το HIV/AIDS και τις ηπατίτιδες A, B και C στην Ελλάδα και να βοηθήσουμε, όσο μπορούμε, με τα προβλήματα υγείας που πιθανόν υπάρχουν στην περιοχή σας.

Θα χρειαστεί μόνο να μας απαντήσετε σε μερικές ερωτήσεις και μετά να σας πάρουμε αίμα για εξετάσεις. Οι ερωτήσεις που κάνουμε είναι ίδιες για όλους. Κάποιες από αυτές αφορούν την υγεία σας και κάποιες άλλες τις συνήθειες σας και τις συνθήκες που ζείτε.

Ο, τι και να μας πείτε δεν πρόκειται να το μάθει κανένας άλλος. Μπορείτε να σταματήσετε την διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή θέλετε. Δεν υπάρχει τίποτα που πρέπει να φοβόσαστε για τη διαδικασία που θα ακολουθήσουμε. Αν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση, σας παρακαλούμε να μας το πείτε.

Ρώτησα και συζήτησα όλα όσα ήθελα σχετικά με τη μελέτη και όλες μου οι ερωτήσεις έχουν απαντηθεί ικανοποιητικά.	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Δέχομαι να γίνει έλεγχος για ηπατίτιδα A, B και C	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Δέχομαι να γίνει έλεγχος για τον ιό HIV/AIDS	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
Δέχομαι επικοινωνία στο μέλλον για ενημέρωση	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

Υπογράφοντας αυτό το χαρτί, συμφωνείτε με όλα τα στάδια της διαδικασίας που θα ακολουθήσει.

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΟΣ/ΟΥΣΑΣ:**

.....

Ημερομηνία

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΚΤΗ/ΤΡΙΑΣ:**

.....

Ημερομηνία

**ΙΔΙΟΤΗΤΑ**

.....

**1 Διαβεβαίωση Εμπιστευτικότητας** – Η συλλογή και επεξεργασία κάθε πληροφορίας που σας αφορά θα είναι ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΗ και προστατευμένη από τους κανόνες του ιατρικού απορρήτου της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών καθώς και από το Νόμο Ν.2472/1997 για την προστασία προσωπικών δεδομένων. Θα τηρείται η ΑΝΩΝΥΜΙΑ και θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για την

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΧ: Συμπληρωματικό έντυπο γιατρού

### Hprolipsis

#### Συμπληρωματικό έντυπο γιατρού

1. Κωδικός συμμετέχοντος/ουσας

2. Έχει συναινέσει σε αιμοληψία:

όχι

ναι

3. Κριτήρια αποκλεισμού από αιμοληψία:

εγκυμοσύνη ή γαλουχία

αναιμία (Hb, 10.0 g/dl)

ιστορικό λιποθυμίας ή σπασμών κατά την αιμοληψία

λεμφοίδημα άνω άκρου

υπό χημειοθεραπεία

μεσογειακή αναιμία

αιμορροφιλία

αμφοτερόπλευρο ακρωτηριασμό άνω άκρων

άρνηση υποβολής σε εξέταση

4. Αδυναμία συνεργασίας κατά την αιμοληψία:

όχι

ναι

5. Αποφασίστηκε εμβολιασμός;

όχι

ναι

6. Κριτήρια αποκλεισμού από τον εμβολιασμό:

υπερευαισθησία σε συστατικό του εμβολίου

σοβαρή αντίδραση υπερευαισθησίας σε προηγούμενη δόση του εμβολίου

εγκυμοσύνη

θηλασμός

οξύ εμπύρετο νόσημα

νόσος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

αιμορραγική διάθεση (αιμοφιλία, θρομβοπενία)

7. Δέχεται τον εμβολιασμό;

όχι

ναι

8. Σχέδιο εμβολιασμού

(Συμπληρώστε την ημερομηνία σε μορφή: HH MM XX)

Δόση	Σχεδιασμός	Πραγματοποιήθηκε
1η		
2η		
3η		

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Χ: Παραπεμπτικό εξετάσεων

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ  
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΡΕΤΡΟΙΩΝ - ΜΟΝΑΔΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

ISO 9001:2008

Κωδ: Ε32/ Δ.07

Ημ/νία Έκδοσης: 12/11/2014

Έκδοση 1.0

Σελίδα 1 από 1

### ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ Hprolipsis

**Παρακαλώ προσδιορίστε τις εξετάσεις για τις οποίες υπάρχει συναίνεση**

ΘΕΣΗ BARCODE

1. Αντισώματα HIV1/2
2. Anti-HCV
3. HBsAg /αντιγόνο επιφανείας
4. HBsAb /αντίσωμα επιφανείας
5. Anti-HBc IgM /αντίσωμα IgM πυρήνος
6. Anti-HAV IgG (επιλέγεται μόνο για τους ROMA)

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ

Αρχικά (επίθετο-όνομα) ΕΠ: ..... ΟΝ:..... Φύλο: Α .... Γ ..... Άλλο.....

Ημερομηνία Γέννησης: Ημέρα \_\_\_\_\_ /Μήνας \_\_\_\_\_ /Έτος \_\_\_\_\_

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ

Ημερ/νία αιμοληψίας: Ημέρα \_\_\_\_\_ /Μήνας \_\_\_\_\_ /Έτος \_\_\_\_\_ Ώρα Λήψης: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία παραλαβής: \_\_\_\_\_ Ώρα: \_\_\_\_\_

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ στο ΕΚΑΡ - ΜΕΔ

Ημερ/νία παραλαβής δείγμα: Ημέρα \_\_\_\_\_ / Μήνας \_\_\_\_\_ / Έτος \_\_\_\_\_ Ώρα παρ. \_\_\_\_\_

Επιλέξτε κωδικό  
Κωδικός Ατόμου: EMENOR \_\_\_\_\_  
EMENOI \_\_\_\_\_

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (Συμπληρώνονται από το εργαστήριο)

ΕΙΔΟΣ ΙΣΤΟΥ – ΕΙΔΟΣ ΣΩΛΗΝΑΡΙΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΩΛΗΝΑΡΙΩΝ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΡΥΟΣΩΛΗΝΑΡΙΩΝ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ
Ορός (gel - 9ml)				
Πλάσμα (EDTA - 9ml)				

ΟΡΟΣ : ΑΙΜΟΛΥΜΕΝΟΣ  ΛΙΠΑΙΜΙΚΟΣ  ΙΚΤΕΡΙΚΟΣ

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ

Όνοματεπώνυμο επιστημονικού υπεύθυνου:

Όνοματεπώνυμο υπευθύνου ιατρού:

Νοσοκομείο/Μονάδα Υγείας:

Τηλέφωνο επικοινωνίας ιατρού:

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XI: Οδηγίες συλλογής αίματος - φύλαξης και αποστολής δειγμάτων

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ  
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΡΕΤΡΟΙΩΝ - ΜΟΝΑΔΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

ISO 9001:2008

Κωδ: 0.Ε.34/ Δ.07

Ημ/νία Έκδοσης: 12/ 11/ 2014

Έκδοση 1.0

Σελίδα 1 από 1

### ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ – ΦΥΛΑΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ Hprolipsis

#### ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

Είδος σωληναρίου συλλογής αίματος <sup>1</sup>	Ποσότητα δείγματος	Συνθήκες φύλαξης και μεταφοράς από την αιμοληψία μέχρι την παραλαβή από το εργαστήριο
Σωληνάρια με gel (ορός)	1 σωληνάριο X 9 ml	Θερμοκρασία < 25°C
Σωληνάρια με αντιπηκτικό EDTA (πλάσμα)	1 σωληνάριο x 9 ml	

- Σε κάθε σωληνάριο πρέπει να επικολλάται ο κωδικός του ασθενούς
- Τα δείγματα πρέπει να συνοδεύονται με συμπληρωμένο το παραπεμπτικό που παρέχεται από το Εργαστήριο.

**Παραλαβή δειγμάτων:** Καθημερινά 09:00 π.μ – 16:00 μ.μ.

#### ΟΔΗΓΙΕΣ ΦΥΛΑΞΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Οδηγίες φυγοκέντρησης	Χαρακτηριστικά Κρυσσωληναρίων	Απαιτούμενος αριθμός κρυσσωληναρίων & ποσότητα ανά κρυσσωληνάρια	Συνθήκες φύλαξης και μεταφοράς	Συσκευασίες μεταφοράς
Σωληνάρια ορού/gel (9ml) 1300-2000Xg για 10 min	-Χωρητικότητα 2 ml -Βιδωτό πώμα	1 X1.8ml ορός 2 X1.0ml ορός	Φυγοκεντρημένος ορός/ Διατήρηση στους 2-8°C για 7 ημέρες/ >7 ημέρες στους -20°C	Τα κρυσσωληνάρια να τοποθετούνται σε ειδικά κουτιά (cryoboxes) και να μεταφέρονται στους -20°C
Σωληνάρια EDTA (9ml) 1300-2000Xg για 10min		3 X1.5ml πλάσμα	Διατήρηση στους -20°C	

#### **Διεύθυνση Εργαστηρίου και στοιχεία επικοινωνίας**

Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Ρετροϊών / Μονάδα Εργαστηριακής Διάγνωσης  
Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών  
Μ.Ασίας 75 Αθήνα (Γουδμή), κτίριο 12, ΤΚ 115 27

Τηλ: 210-7462199 Fax: 210-7462190 e-mail: [nrrc@med.uoa.gr](mailto:nrrc@med.uoa.gr) / [ldu@med.uoa.gr](mailto:ldu@med.uoa.gr) web: [www.nrrc.gr](http://www.nrrc.gr) / [www.ldu.gr](http://www.ldu.gr)

<sup>1</sup> Τα σωληνάρια δεν πρέπει να ανοίγονται μέχρι την παραλαβή και φυγοκέντρησή τους



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΧΙΙ: Ενημερωτική επιστολή προς τους συμμετέχοντες που είχαν θετικό αποτέλεσμα και απουσίαζαν κατά τη διάρκεια των επισκέψεων του γιατρού στον οικισμό**

Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ουσα στην έρευνα υγείας Hprolipsis

Σας ευχαριστούμε πολύ που συμμετείχατε στην έρευνα υγείας, που διοργάνωσε η Ιατρική Σχολή Αθηνών. Όπως θα θυμάστε, η έρευνα αυτή περιλάμβανε εκτός από τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου και τη λήψη μιας μικρής ποσότητας αίματος, προκειμένου να γίνει έλεγχος μεταξύ άλλων και για τη μόλυνση από τους ιούς της HBV και C και τον ιό HIV/AIDS.

Σας στέλνουμε αυτή την επιστολή στη διεύθυνση, που εσείς ο/η ίδιος/α μας έχετε υποδείξει, για να σας πληροφορήσουμε ότι τα αποτελέσματα των εξετάσεων σας είναι πλέον έτοιμα. Παρόλες τις προσπάθειες μας δεν έγινε δυνατόν να επικοινωνήσουμε μαζί σας τηλεφωνικά, στα νούμερα που μας είχατε ο/η ίδιος/α υποδείξει.

Επειδή θεωρούμε ότι το πιο σωστό είναι να σας ενημερώσουμε από κοντά και όχι να σας στείλουμε απλά μια επιστολή με τα αποτελέσματα, προσπαθούμε να εξαντλήσουμε όλες τις δυνατότητες επικοινωνίας μαζί σας. Σας παρακαλούμε, αν λάβετε αυτή την επιστολή να τηλεφωνήσετε στα τηλέφωνα xxx ή xxx για να μιλήσετε με άτομο της ερευνητικής μας ομάδας.

Αν δεν επικοινωνήσετε μαζί μας μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, θα αναγκαστούμε να σας αποστείλουμε τα αποτελέσματα ταχυδρομικώς με συστημένη επιστολή, στην ίδια διεύθυνση που στέλνουμε και αυτή. Σας υπενθυμίζουμε ότι συνεχίζει να ισχύει η δέσμευση μας ότι για οποιοδήποτε πρόβλημα διαπιστωθεί στο πλαίσιο της έρευνας, θα σας παραπέμψουμε στον κατάλληλο ιατρό με αυστηρή τήρηση του απορρήτου και της ανωνυμίας.

Σας ευχαριστούμε και πάλι για τη συμμετοχή σας στην έρευνα και ελπίζουμε σε άμεση επικοινωνία.



**Όλγα Αναγνώστου**  
Ειδική Παθολόγος

Επιστημονικός Συνεργάτης Εργαστηρίου Υγιεινής,  
Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής  
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

**Γιώτα Τουλούμη**

Επιστημονική υπεύθυνη του προγράμματος  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Βιοστατιστικής και Επιδημιολογίας  
Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής  
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΧΙΙΙ: Ενημερωτικό φυλλάδιο Β΄ φάσης

**Βάζω την πρόληψη στη ζωή μου**

Για περισσότερες πληροφορίες:  
[www.hprolipsis.gr](http://www.hprolipsis.gr)  
 E-mail: [info@hprolipsis.gr](mailto:info@hprolipsis.gr)  
 SOS γραμμή 24ώρες: από σταθερό: 800111600  
 και από κινητό: 210 8250600 (PRAKSIS)

**Μαθαίνουμε για την Ηπατίτιδα Β και C και το HIV/AIDS**

**ΔΕΝ ΤΟ ΑΚΟΥΣ ΚΙ ΟΜΩΣ ΥΠΑΡΧΕΙ**



**Εξετάζομαι Ενημερώνομαι**

[www.hprolipsis.gr](http://www.hprolipsis.gr)




Η Εθνική Ηπατίτιδα διαγιγνώσκεται από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με όλες τις Ιατρικές Σχολές της Ελλάδας και τα μη κερδοσκοπικά οργανισμούς «Γεράκι» και «PRAKSIS».



Ευχαριστούμε την MBO Salud Entre Culturas για την ευγενική προσφορά των εικόνων.

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β και C, HIV/AIDS

ΜΕΤΑΔΟΣΗ

Οι ηπατίτιδες Β και C και ο ιός του HIV, δηλαδή ο ιός που προκαλεί το AIDS, ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ:

- μέσω της επαφής με μολυσμένο αίμα (κοινή χρήση σύριγγας ή άλλου ανακυκλώσιμου που μπορεί να έχει μολυσμένο αίμα πάνω του όπως το ξυράφι, το ψαλίδι για τα νύχια και η οδοντόβουρτσα).
- μέσω της σεξουαλικής επαφής χωρίς τη χρήση προφυλακτικού.

ΔΕΝ ΜΕΤΑΔΙΔΟΝΤΑΙ

- μέσω της απλής κοινωνικής επαφής, όπως είναι η χειραγώγηση και η αγκαλιά.
- μέσω της κοινής χρήσης τουαλέτας, μακροχρόνιων, πισίνας ή άλλων μαγειρικών σκευών ή με ταχυτομή κουνουπιού, ή άλλου εντόμου.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

- Χρησιμοποιούμε πάντα προφυλακτικό σε όλη τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.
- Δεν μοιράζομαστε με άλλα άτομα αντικείμενα, τα οποία μπορεί να έχουν έρθει σε επαφή με μολυσμένο αίμα όπως είναι η σύριγγα, η οδοντόβουρτσα και το ξυράφι.

ΕΞΙΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Για να μείνει κάποιος αν έχει κολληθεί ηπατίτιδα Β ή C ή τον ιό HIV κάνει εξετάσεις αίματος.
- Απευθύνετε σε γιατρό, για να σας ενημερώσει ή καλύτερα δωρεάν την τηλεφωνική γραμμή SOS της PRAKSIS από σταθερό: 800111600 και από κινητό: 210 8250600.
- Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για τις ηπατίτιδες Β και C και τον HIV/AIDS.

















## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XIV: Εκπαιδευτικά βιοματικά παιχνίδια

### Βιοματικά παιχνίδια προετοιμασίας και ανίχνευσης των στερεοτύπων και αντιλήψεων των ομάδων στις κοινότητες\*

Οι βιοματικές μέθοδοι έχουν ως στόχο να «παρακάμψουν» τη γνωστική οδό σκέψης, στην οποία είναι ήδη ενσωματωμένα στερεότυπα και αντιλήψεις, και να οδηγήσουν το άτομο στην αυθόρμητη και δημιουργική δράση, στην ουσιαστική αλλαγή. Συχνά χρησιμοποιούν την έκπληξη ως εργαλείο, καθώς όπως υποστήριζε ο Moreno, η έκπληξη είναι η μόνη κατάσταση για την οποία δεν είναι προετοιμασμένος ο ανθρώπινος εγκέφαλος.

Το παιχνίδι ζεστάματος (Κύκλος Α) θα φέρει στο προσκήνιο το στερεότυπο της «κολλητικής χειραφιάς», το οποίο αποτελεί και τη βάση για τον αποκλεισμό από το άγγιγμα, που βιώνουν οι οροθετικοί και οι πάσχοντες από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Ένα τέτοιο παιχνίδι ζεστάματος θα προκαλέσει την ανάδυση των υποσυνείδητων μύθων, αρνητικών στερεοτύπων και αντιλήψεων, το οποίο θα αποτελέσει την κατάλληλη βάση για το επόμενο παιχνίδι (Κύκλος Β), όπου σε κατάσταση as if (ψυχοδραματικές μέθοδοι) οι συμμετέχοντες θα πρέπει να δράσουν αυθόρμητα (χωρίς σενάριο και σε εναλλαγή ρόλων) ώστε να έρθουν σε γνήσια επαφή με τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις στάσεις που τους προκαλεί η κατάσταση. Κατά τη φάση του μοιράσματος, στόχος είναι να «χτυπηθούν» στην άλογη βάση τους, τα αρνητικά στερεότυπα αλλά και να αναδειχθούν νέοι τρόποι αντίδρασης, να μπουν βάσεις για νέα συμπεριφορικά ρεπερτόρια, να αναδυθούν νέοι λειτουργικοί τρόποι σύνδεσης με το αντικείμενο (ασθένεια, αντιμετώπιση, πρόληψη, θεραπεία κλπ) αλλά και με τους ανθρώπους.

Η στάση του ηγέτη και η ενθάρρυνση να αναγνωριστούν -δίχως προκαταλήψεις - οι ήδη παγιωμένοι τρόποι αντίδρασης κατά τη διάρκεια κάθε σκηνής (ψυχοδραματική βινιέτα) γεννά πλήθος υλικού που αποτελεί τη βάση του μοιράσματος και των αντανάκλασεων γύρω και σχετικά με αυτή. Στη βάση της ενίσχυσης των νέων τρόπων ψυχοσυναισθηματικής αντίδρασης και συμπεριφοράς, μπορεί να γίνει άλλη μια σκηνή (διορθωτική εμπειρία), όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να βρουν έναν νέο ενδεδειγμένο τρόπο αντίδρασης-συμπεριφοράς, ώστε να αντιμετωπίσουν την κατάσταση σε ένα περιβάλλον ψυχοσυναισθηματικής ασφάλειας, σε συνθήκη as if με την υποστήριξη της ομάδας, μέσα σε ένα εκπαιδευτικό περιβάλλον.

Αυτές οι μεθοδολογίες και εργαλεία (experiential methods of personal growth and therapy) που βασίζονται στη δυναμική του βιώματος και μιας ολιστικής αντιμετώπισης του ατόμου και του περιβάλλοντος στο οποίο κινείται, λειτουργούν εξαιρετικά με πληθυσμούς χαμηλού κοινωνικο-μορφωτικού επιπέδου, καθώς ξεπερνούν δυσκολίες ακαδημαϊκής μόρφωσης, και φέρνουν πολλαπλασιαστικά αποτελέσματα στην κοινότητα.

#### ΚΥΚΛΟΣ Α:

##### Παιχνίδι Ζεστάματος

##### Παιχνίδι με κάρτες «χαίρω πολύ» (διάρκεια: 15-20 λεπτά)

Ο εκπαιδευτής δίνει στον κάθε συμμετέχοντα μια κάρτα και ζητάει να μην τη δείξουν στους υπόλοιπους. Μεταξύ αυτών των καρτών υπάρχει μια κάρτα με το γράμμα Α, μια κάρτα με το γράμμα Β, μια κάρτα με το γράμμα C και δύο κάρτες, οι οποίες γράφουν, «Απόφυγε ευγενικά να δώσεις το χέρι σου!». Οι υπόλοιπες κάρτες δεν γράφουν τίποτα. Στη συνέχεια, ζητάει από όλους να σηκωθούν, να απλωθούν στο χώρο, να επιλέξουν 3 άτομα που βρίσκονται μακριά τους, να τους συστηθούν δίνοντας το χέρι τους και να επιστρέψουν στις θέσεις τους. Έπειτα, ζητάει να σηκωθούν ένα-ένα με τη σειρά τα άτομα τα οποία είχαν τις κάρτες με τα τρία γράμματα. Στη συνέχεια ζητάει να σηκωθούν τα άτομα που έχουν δώσει τα χέρια τους στα ήδη σηκωμένα άτομα και, αφού σηκωθούν, επαναλαμβάνεται το ίδιο μέχρι να σηκωθούν όλοι όσοι έχουν «μολυνθεί». Ο εκπαιδευτής σε αυτό το σημείο εξηγεί ότι, καθώς το κάθε γράμμα

συμβολίζει μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια (A-AIDS, B- HBV, C-HCV), και η κάθε χειραγία σεξουαλική πράξη χωρίς προφύλαξη, θεωρητικά οι περισσότεροι είναι ήδη μολυσμένοι από κάποια από τις προαναφερθείσες ασθένειες. Το παιχνίδι κλείνει με την προβολή του σύντομου βίντεο που έχει παραχθεί για τις ανάγκες της μελέτης

## **ΚΥΚΛΟΣ Β:**

**Βιοματικό παιχνίδι σε κατάσταση *as if*.** (διάρκεια: **60-90 λεπτά**)

Συνθήκη *as if*: «**Εξωτερικά Ιατρεία σε Νοσοκομείο Αφροδισίων και Λοιμωδών Νοσημάτων**»

Ρόλοι: Γιατροί/οι, νοσηλευτές, γραμματειακό προσωπικό, πρόσφατα διαγνωσμένοι οροθετικοί και συγγενείς τους κλπ.

### Σημειώσεις:

A. ο αριθμός των συμμετεχόντων σε κάθε κύκλο της δραστηριότητας εξαρτάται από το συνολικό πλήθος των ατόμων

B. το αρχικό «χάος» που παρατηρείται στην αρχή κάθε σκηνής είναι θετικό, καθώς θέλουμε να εμπλακούν στο ρόλο και να τον νιώσουν αυθόρμητα αντιδρώντας *as if* να είναι πραγματικά στη θέση του ρόλου.

Γ. μπορούν να πραγματοποιηθούν όσες σκηνές επιθυμούμε, ώστε να συμμετάσχουν όλοι ή οι περισσότεροι. Αν η ομάδα είναι μικρή, τότε κάνουμε εναλλαγή ρόλων χωρίς να σηκωθούν άλλοι συμμετέχοντες, ώστε να περάσουν από 2 τουλάχιστον ρόλους ο καθένας.

### Διαδικασία:

1. Ξανά σε κύκλο
2. Οδηγίες και κανόνες της δραστηριότητας
3. Μοίρασμα ρόλων και επεξηγήσεις σε κάθε συμμετέχοντα ξεχωριστά
4. 1<sup>η</sup> σκηνή νοσοκομείου(10')
5. 2<sup>η</sup> σκηνή νοσοκομείου (εναλλαγή ρόλων ή αλλαγή θιάσου-10')
6. 3<sup>η</sup> σκηνή νοσοκομείου(10')
7. Κύκλος και μοίρασμα μέσα από το βίωμα (20-30')

## **ΚΥΚΛΟΣ Γ:**

**«Ανοιχτή βιβλιοθήκη» με έναν οροθετικό** (διάρκεια: **40-60 λεπτά**)

1. Αφήγηση (10 -15 λεπτά) εμπειριών οροθετικού ατόμου (καλεσμένος από την ΜΚΟ «Θετική Φωνή»)
2. Ερωτήσεις από το κοινό (10-15 λεπτά)
3. Κύκλος- μοίρασμα (15-20 λεπτά)

\*Το υλικό ετοίμασε η ψυχολόγος Ουρανία Ράπτη, επιστημονικός συνεργάτης της μελέτης Hprolipsis

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XV: Καρτέλα εμβολιασμού



**ΕΜΒΟΛΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β**



<i>barcode</i>	Αρχικά:	Φύλο:
	Ημερ. Γενν:	

	<i>προγραμματισμός</i>	<i>πραγματοποίηση</i>
1 <sup>η</sup> δόση	ημερομηνία	ημερομηνία- υπογραφή
2 <sup>η</sup> δόση	ημερομηνία	ημερομηνία- υπογραφή
3 <sup>η</sup> δόση	ημερομηνία	ημερομηνία- υπογραφή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XVI: Παραπεμπτικό σε ηπατολόγο



	Αρχικά:	Φύλο:
	Ημερ. Γενν:	

**Ραντεβού**  
στο Ηπατολογικό Ιατρείο  
της Γαστρεντερολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Λαϊκού  
Νοσοκομείου Αθηνών  
**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**  
**Σεβαστουπόλεως 16, Αμπελόκηποι, 11526 Αθήνα**  
**5<sup>ος</sup> Όροφος**  
**Ιατρός κα Ιωαννίδου**  
**[Διευθύντης: Καθ. κ. Γεώργιος Παπαθεοδωρίδης]**

**Τρίτη \_\_ / \_\_ / 2015 και ώρα \_\_ : \_\_.**

*Αν δεν μπορέσετε να έρθετε παρακαλούμε, επικοινωνήστε μαζί μας στο τηλέφωνο .....*

Συνεργαζόμενοι φορείς:



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XVII: Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης για τον πληθυσμό των  
Ρομά**

**Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της μελέτης Hrgolipsis για τον πληθυσμό των  
Τσιγγάνων/Ρομά**

*Προς συνεντευκτές: πριν από την έναρξη της συνέντευξης, εξηγούμε στους συμμετέχοντες ότι με την ολοκλήρωση της μελέτης θα θέλαμε να διαπιστώσουμε κατά πόσο αυτά που υλοποιήθηκαν είχαν τελικά κάποιο αντίκτυπο και αν κατά τη γνώμη τους ήταν χρήσιμα.*

**1. Φύλο:** (Ο/Η συνεντευκτής/τρια το συμπληρώνει όταν μπορεί να το αποφασίσει)

Γυναίκα

Άνδρας

**2. Πότε γεννηθήκατε;**

□□ □□ |1|9□□ (HH MM XX)

(Εάν δεν απαντάται η παραπάνω ερώτηση, τότε:)

**Ηλικία** □□□

Δεν ξέρω

Δεν απαντώ

**3. Από τη διαδικασία της συνέντευξης μείνατε:**

Πολύ ικανοποιημένοι

Ικανοποιημένοι

Ούτε ικανοποιημένοι ούτε απογοητευμένοι

Απογοητευμένοι

Πολύ απογοητευμένοι

Δεν απαντώ

**4. Κάνατε αιμοληψία;**

Ναι

Όχι → 8

Δεν γνωρίζω → 8

Δεν απαντώ → 8

Άλλο \_\_\_\_\_

**5. Από τη διαδικασία της αιμοληψίας μείνατε:**

Πολύ ικανοποιημένοι

Ικανοποιημένοι

Ούτε ικανοποιημένοι ούτε απογοητευμένοι

Απογοητευμένοι

Πολύ απογοητευμένοι

Δεν απαντώ

**6. Αν ναι, έχετε παραλάβει τα αποτελέσματα των εξετάσεών σας;**

Ναι

Όχι → 8

Δεν τα έχω παραλάβει όλα

Δεν γνωρίζω → 8

- Δεν απαντώ →8  
 Άλλο \_\_\_\_\_

**7. Από τη διαδικασία παραλαβής/ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων μείνατε:**

- Πολύ ικανοποιημένοι  
 Ικανοποιημένοι  
 Ούτε ικανοποιημένοι ούτε απογοητευμένοι  
 Απογοητευμένοι  
 Πολύ απογοητευμένοι  
 Δεν απαντώ

**8. Έχετε λάβει το ενημερωτικό φυλλάδιο σχετικά με το πώς μεταδίδονται η HBV, η HCV και η HIV/AIDS;**

- Ναι  
 Όχι → 10  
 Δε γνωρίζω → 10  
 Δεν απαντώ → 10

**9. Αν ναι, το έχετε διαβάσει ή σας το έχει εξηγήσει κάποιος;**

- Ναι  
 Όχι  
 Δε θυμάμαι  
 Δεν απαντώ

**10. Το ενημερωτικό φυλλάδιο σας φάνηκε:**

- Πολύ χρήσιμο  
 Χρήσιμο  
 Ούτε χρήσιμο, ούτε άχρηστο  
 Όχι και τόσο χρήσιμο  
 Καθόλου χρήσιμο  
 Δεν απαντώ

**11. Συμμετείχατε στην ενημερωτική εκδήλωση που πραγματοποιήσαμε σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα;**

- Ναι  
 Όχι → 13  
 Δε γνωρίζω  
 Δεν απαντώ

**12. Αν ναι, η ενημέρωση αυτή σας φάνηκε:**

- Πολύ χρήσιμο  
 Χρήσιμο  
 Ούτε χρήσιμο, ούτε άχρηστο  
 Όχι και τόσο χρήσιμο  
 Καθόλου χρήσιμο  
 Δεν απαντώ

**13. Αν όχι, για ποιο λόγο;**

- Δεν ενημερώθηκα  
 Ενημερώθηκα, αλλά δεν μπόρεσα να παρευρεθώ  
 Ενημερώθηκα, αλλά δεν με ενδιέφερε  
 Δεν πραγματοποιήθηκε στην κοινότητα τέτοια ενημέρωση  
 Δεν απαντώ



#### Μεταδιδόμενα νοσήματα - Ηπατίτιδες και HIV/AIDS

14. Θα ήθελα να μου πείτε ποια από τις παρακάτω προτάσεις για την HBV είναι σωστές ή λανθασμένες. Μην προσπαθήσετε να μαντέψετε τη σωστή απάντηση - αν δεν τη γνωρίζετε. Μπορείτε να απαντήσετε «Δεν ξέρω».

	Λάθος	Σωστό	Δεν ξέρω	Δεν απαντώ
1. Ένα άτομο με HBV μπορεί να τη μεταδώσει σε κάποιο άλλο άτομο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Με HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ένα άτομο μπορεί να έχει τον ιό της HBV για όλη του τη ζωή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τον ιό της HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αν κάποιος/α έχει HBV, αλλά φαίνεται και νιώθει υγιής, τότε δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλο άτομο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν έχει HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Η HBV μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ο μόνος τρόπος για να μάθει κάποιος/α αν έχει HBV είναι να κάνει το αντίστοιχο τεστ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αν έχει HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη της HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Για την πρόληψη της HCV;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Υπάρχει θεραπεία για την HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Για την HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Θα ήθελα να μου πείτε ποια από τις παρακάτω προτάσεις για την HIV/AIDS είναι σωστή ή λανθασμένη. Μην προσπαθήσετε να μαντέψετε τη σωστή απάντηση - αν δεν γνωρίζετε, μπορείτε να απαντήσετε «Δεν ξέρω»

	Λάθος	Σωστό	Δεν ξέρω	Δεν απαντώ
1. Το HIV και το AIDS είναι το ίδιο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Όταν κάποιος έχει HIV έχει απαραίτητα συμπτώματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αν κάποιος έχει HIV/AIDS αλλά φαίνεται και νιώθει υγιής, τότε δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλο άτομο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Η HIV λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει πτώση της άμυνας του οργανισμού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Υπάρχει εμβόλιο για την HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ο μόνος τρόπος για να μάθει κάποιος/α εάν είναι θετικός/η είναι να κάνει το αντίστοιχο τεστ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Υπάρχει θεραπεία για την HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. (Αν στην προηγούμενη απάντησε «Σωστό») Η θεραπεία μπορεί να θεραπεύσει το άτομο οριστικά από την HIV λοίμωξη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Με ποιους από τους παρακάτω τρόπους μεταδίδονται η HBV, η HCV και η HIV;**

		<b>ΟΧΙ</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>Δεν ξέρω</b>	<b>Δεν απαντώ</b>
<b>1. Με μετάγγιση από μολυσμένο αίμα</b>	<b>HBV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HCV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Με σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό</b>	<b>HBV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HCV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Από μητέρα στο έμβρυο</b>	<b>HBV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HCV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Με την καθημερινή κοινωνική επαφή (χειραψία, συνομιλία)</b>	<b>HBV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HCV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Με το να πίνεις ή να τρως από τα ίδια σκεύη με κάποιον που έχει την ασθένεια</b>	<b>HBV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HCV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Με το να χρησιμοποιείς την ίδια τουαλέτα, πισίνα, σάουνα με κάποιον που έχει την ασθένεια</b>	<b>HBV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HCV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Με το φιλί</b>	<b>HBV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HCV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Με τσίμπημα κουνουπιού</b>	<b>HBV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HCV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Με τατουάζ ή τρυπήματα του σώματος (Body piercing)</b>	<b>HBV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HCV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών</b>	<b>HBV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HCV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Σεξουαλική συμπεριφορά (18-69 ετών)**

**17. Όταν κοιμόσαστε με την/τον γυναίκα/άνδρα σας, χρησιμοποιείτε προφυλακτικό;**

- Όχι  
 Ναι

- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**18. Την τελευταία φορά που κοιμηθήκατε με την/ον γυναίκα/άνδρα σας χρησιμοποιήσατε προφυλακτικό;**

- Όχι
- Ναι
- Δεν ξέρω
- Δεν απαντώ

**19. Τώρα που ολοκληρώθηκε η μελέτη, σας φάνηκε:**

- Πολύ χρήσιμη
- Χρήσιμη
- Ούτε χρήσιμη, ούτε άχρηστη
- Όχι και τόσο χρήσιμη
- Καθόλου χρήσιμη
- Δεν απαντώ

**20. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα πιο θετικά της σημεία;**

.....

.....

**21. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα πιο αρνητικά της σημεία;**

.....

.....

**22. Μπορείτε να μας πείτε τι θα μπορούσε να βελτιωθεί;**

.....

.....

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XVIII: Ερωτήσεις γνώσεων για την HBV, την HCV και την HIV  
λοιμώξη και σωστές απαντήσεις**

	<b>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</b>	<b>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ</b>
<b>HBV</b>		
Γενικές γνώσεις	A1. Ένα άτομο με HBV μπορεί να τη μεταδώσει σε κάποιο άλλο άτομο	<b>Σωστό</b>
	A2. Ένα άτομο μπορεί να έχει τον ιό της HBV για όλη του τη ζωή	<b>Σωστό</b>
	A3. Αν κάποιος/α έχει HBV, αλλά φαίνεται και νιώθει υγιής, τότε δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλο άτομο	Λάθος
	A4. Η HBV μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος	<b>Σωστό</b>
	A5. Ο μόνος τρόπος για να μάθει κάποιος/α έχει HBV είναι να κάνει το αντίστοιχο τεστ	<b>Σωστό</b>
	A6. Υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη της HBV	<b>Σωστό</b>
	A7. Υπάρχει θεραπεία για την HBV	<b>Σωστό</b>
	<b>Η HBV μεταδίδεται με:</b>	
Τρόποι μετάδοσης	A8. Μετάγγιση από μολυσμένο αίμα	<b>Σωστό</b>
	A9. Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό	<b>Σωστό</b>
	A10. Από τη μητέρα στο έμβρυο	<b>Σωστό</b>
	A11. Τατουάζ ή Τρυπήματα του σώματος (Body piercing)	<b>Σωστό</b>
	A12. Ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών	<b>Σωστό</b>
Παρανοήσεις τρόπων μετάδοσης	A13. Καθημερινή κοινωνική επαφή (χειραψία, συνομιλία)	Λάθος
	A14. Πίνοντας ή τρώγοντας από τα ίδια σκεύη με κάποιον που έχει την ασθένεια	Λάθος
	A15. Χρησιμοποιώντας την ίδια τουαλέτα, πισίνα, σάουνα με κάποιον που έχει την ασθένεια	Λάθος

	A16. Φιλί	Λάθος
	A17. Τσίμπημα κουνουπιού	Λάθος
<b>HCV</b>		
Γενικές γνώσεις	B1. Ένα άτομο με HCV μπορεί να τη μεταδώσει σε κάποιο άλλο άτομο	<b>Σωστό</b>
	B2. Ένα άτομο μπορεί να έχει τον ιό της HCV για όλη του τη ζωή	<b>Σωστό</b>
	B3. Αν κάποιος/α έχει HCV, αλλά φαίνεται και νιώθει υγιής, τότε δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλο άτομο	Λάθος
	B4. Η HCV μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος	<b>Σωστό</b>
	B5. Ο μόνος τρόπος για να μάθει κάποιος/α αν έχει HCV είναι να κάνει το αντίστοιχο τεστ	<b>Σωστό</b>
	B6. Υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη της HCV	Λάθος
	B7. Υπάρχει θεραπεία για την HCV	<b>Σωστό</b>
	<b>Η HCV μεταδίδεται με:</b>	
Τρόποι μετάδοσης	B8. Μετάγγιση από μολυσμένο αίμα	<b>Σωστό</b>
	B9. Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό	<b>Σωστό</b>
	B10. Από τη μητέρα στο έμβρυο	<b>Σωστό</b>
	B11. Τατουάζ ή Τρυπήματα του σώματος (Body piercing)	<b>Σωστό</b>
	B12. Ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών	<b>Σωστό</b>
Παρανοήσεις τρόπων μετάδοσης	B13. Καθημερινή κοινωνική επαφή (χειραψία, συνομιλία)	Λάθος
	B14. Πίνοντας ή τρώγοντας από τα ίδια σκεύη με κάποιον που έχει την ασθένεια	Λάθος
	B15. Χρησιμοποιώντας την ίδια τουαλέτα, πισίνα, σάουνα με	Λάθος

	κάποιον που έχει την ασθένεια	
	B16. Φιλί	Λάθος
	B17. Τσίμπημα κουνουπιού	Λάθος
<b>HIV/AIDS</b>		
Γενικές γνώσεις	Γ1. Όταν κάποιος έχει HIV, έχει απαραίτητα συμπτώματα	Λάθος
	Γ2. Αν κάποιος έχει HIV/AIDS αλλά φαίνεται και νοιώθει υγιής, τότε δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλο άτομο	Λάθος
	Γ3. Η HIV λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει πτώση της άμυνας του οργανισμού	<b>Σωστό</b>
	Γ4. Ο μόνος τρόπος για να μάθει κάποιος/α εάν είναι θετικός/η είναι να κάνει το αντίστοιχο τεστ	<b>Σωστό</b>
	Γ5. Υπάρχει εμβόλιο για την HIV/AIDS	Λάθος
	Γ6. Υπάρχει θεραπεία για την HIV/AIDS	<b>Σωστό</b>
	Γ7. (Αν στην προηγούμενη απάντησε «Σωστό») Η θεραπεία μπορεί να θεραπεύσει το άτομο οριστικά από την HIV λοίμωξη	Λάθος
	<b>Ο ιός της HIV μεταδίδεται με:</b>	
Τρόποι μετάδοσης	Γ8. Μετάγγιση από μολυσμένο αίμα	<b>Σωστό</b>
	Γ9. Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό	<b>Σωστό</b>
	Γ10. Από τη μητέρα στο έμβρυο	<b>Σωστό</b>
	Γ11. Τατουάζ ή Τρυπήματα του σώματος (Body piercing)	<b>Σωστό</b>
	Γ12. Ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών	<b>Σωστό</b>
Παρανοήσεις τρόπων μετάδοσης	Γ13. Καθημερινή κοινωνική επαφή (χειραψία, συνομιλία)	Λάθος
	Γ14. Πίνοντας ή τρώγοντας από τα ίδια σκεύη με κάποιον που έχει την ασθένεια	Λάθος

	Γ15. Χρησιμοποιώντας την ίδια τουαλέτα, πισίνα, σάουνα με κάποιον που έχει την ασθένεια	Λάθος
	Γ16. Φιλί	Λάθος
	Γ17. Τσίμπημα κουνουπιού	Λάθος

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XIX: Συμπληρωματικοί πίνακες

**Πίνακας 0.1** Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο διατροφικής ανασφάλειας νοικοκυριού τριών στοιχείων

<b>N (%) Διατροφική ανασφάλεια</b>	<b>Κατηγορία 1 (Σπίτια)</b>	<b>Κατηγορία 2 (Μικτός)</b>	<b>Κατηγορία 3 (Παράγκες)</b>	<b>Συνολικά</b>	<b>p-value</b>
<b>1. Τον τελευταίο μήνα, υπήρξε κάποια στιγμή που δεν υπήρχε καθόλου φαγητό στο σπίτι λόγω οικονομικών προβλημάτων;</b>					0.132
Ποτέ	63 (38,2)	93 (40,1)	37 (27,0)	193 (36,1)	
Σπάνια/Μερικές φορές (1-3 φορές)	53 (32,1)	74 (31,9)	50 (36,5)	177 (33,1)	
Συχνά (≥4 φορές)	49 (29,7)	65 (28,0)	50 (36,5)	164 (30,7)	
<b>2. Τον τελευταίο μήνα, μήπως εσύ ή κάποιος άλλος από το σπίτι που μένεις έπεσε για ύπνο πεινασμένος, επειδή δεν υπήρχε αρκετό φαγητό;</b>					0.008
Ποτέ	81 (49,7)	108 (47,0)	42 (30,7)	231 (43,6)	
Σπάνια/Μερικές φορές (1-3 φορές)	44 (27,0)	67 (29,1)	57 (41,6)	168 (31,7)	
Συχνά (≥4 φορές)	38 (23,3)	55 (23,9)	38 (28,7)	131 (24,7)	
<b>3. Τον τελευταίο μήνα, μήπως εσύ ή κάποιος άλλος από το σπίτι που μένεις δεν έφαγε για μια ολόκληρη μέρα και</b>					0.003



**έπεσε για ύπνο****νηστικός;**

Ποτέ	95 (58,3)	133 (57,3)	55 (40,1)	283 (53,2)
Σπάνια/Μερικές φορές (1-3 φορές)	37 (22,7)	60 (25,9)	56 (40,9)	153 (28,8)
Συχνά (≥4 φορές)	31 (19,0)	39 (16,8)	26 (19,0)	96 (18,0)

---

**Πίνακας 0.2 Απαντήσεις που δόθηκαν στις ερωτήσεις γνώσεων για την HBV, την HCV και την HIV (τα ποσοστά με έντονη γραφή υποδεικνύουν τις σωστές απαντήσεις)**

	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΟΘΗΚΑΝ (N(%))			
		Σωστό	Λάθος	Δεν ξέρω	Άγνωστο
<b>HBV</b>					
Γενικές γνώσεις	A1. Ένα άτομο με HBV μπορεί να τη μεταδώσει σε κάποιο άλλο άτομο	<b>253 (47,5)</b>	53 (9,9)	227 (42,6)	-
	A2. Ένα άτομο μπορεί να έχει τον ιό της HBV για όλη του τη ζωή	<b>184 (34,5)</b>	73 (13,7)	274 (51,4)	2 (,4)
	A3. Αν κάποιος/α έχει HBV, αλλά φαίνεται και νιώθει υγιής, τότε δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλο άτομο	165 (31,0)	<b>99 (18,6)</b>	267 (50,1)	2 (,4)
	A4. Η HBV μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος	<b>202 (37,9)</b>	35 (6,6)	291 (54,6)	5 (,9)
	A5. Ο μόνος τρόπος για να μάθει κάποιος/α έχει HBV είναι να κάνει το αντίστοιχο τεστ	<b>280 (52,5)</b>	42 (7,9)	206 (38,6)	5 (,9)
	A6. Υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη της HBV	<b>236 (44,3)</b>	31 (5,8)	266 (49,9)	-
	A7. Υπάρχει θεραπεία για την HBV	<b>231 (43,3)</b>	35 (6,6)	266 (49,9)	1 (,2)
	<b>Η HBV μεταδίδεται με:</b>				
	A8. Μετάγγιση από μολυσμένο αίμα	<b>321 (60,2)</b>	8 (1,5)	204 (38,3)	-

Τρόποι μετάδοσης	A9. Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό	<b>304 (57,0)</b>	34 (6,4)	194 (36,4)	1 (,2)
	A10. Από τη μητέρα στο έμβρυο	<b>227 (42,6)</b>	39 (7,3)	267 (50,1)	-
	A11. Τατουάζ ή Τρυπήματα του σώματος (Body piercing)	<b>265 (49,7)</b>	47 (8,8)	219 (41,1)	2 (,4)
	A12. Ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών	<b>302 (56,7)</b>	28 (5,3)	202 (37,9)	1 (,2)
Παρανοήσεις τρόπων μετάδοσης	A13. Καθημερινή κοινωνική επαφή (χειραψία, συνομιλία)	107 (20,1)	<b>187 (35,1)</b>	237 (44,5)	2 (,4)
	A14. Πίνοντας ή τρώγοντας από τα ίδια σκεύη με κάποιον που έχει την ασθένεια	223 (41,8)	<b>96 (18,0)</b>	211 (39,6)	3 (,6)
	A15. Χρησιμοποιώντας την ίδια τουαλέτα, πισίνα, σάουνα με κάποιον που έχει την ασθένεια	252 (47,3)	<b>65 (12,2)</b>	212 (39,8)	4 (,8)
	A16. Φιλί	231 (43,3)	<b>79 (14,8)</b>	223 (41,8)	
	A17. Τσίμπημα κουνουπιού	225 (42,2)	<b>59 (11,1)</b>	248 (46,5)	1 (,2)
<b>HCV</b>					
Γενικές γνώσεις	B1. Ένα άτομο με HCV μπορεί να τη μεταδώσει σε κάποιο άλλο άτομο	<b>171(32,1)</b>	42(7,9)	317 (59,5)	3 (,6)
	B2. Ένα άτομο μπορεί να έχει τον ιό της HCV για όλη του τη ζωή	128 (24)	61 (11,4)	342 (64,2)	2 (,4)
	B3. Αν κάποιος/α έχει HCV, αλλά φαίνεται και νιώθει υγιής, τότε δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλο άτομο	135 (25,3)	<b>82 (15,4)</b>	316 (59,3)	-

	B4. Η HCV μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος	<b>155 (29,1)</b>	32 (6,0)	344 (64,5)	2 (,4)
	B5. Ο μόνος τρόπος για να μάθει κάποιος/α αν έχει HCV είναι να κάνει το αντίστοιχο τεστ	<b>261 (49,0)</b>	42 (7,9)	230 (43,2)	-
	B6. Υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη της HCV	179 (33,6)	<b>30 (5,6)</b>	321(60,2)	3 (,6)
	B7. Υπάρχει θεραπεία για την HCV	<b>170 (31,9)</b>	37(6,9)	322 (60,4)	4 (,8)
	<b>Η HCV μεταδίδεται με:</b>				
Τρόποι μετάδοσης	B8. Μετάγγιση από μολυσμένο αίμα	<b>275 (51,6)</b>	13 (2,4)	244 (45,8)	1 (,2)
	B9. Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό	<b>278 (52,2)</b>	25 (4,7)	230 (43,1)	-
	B10. Από τη μητέρα στο έμβρυο	<b>208 (39,0)</b>	38 (7,1)	286 (53,7)	1 (,2)
	B11. Τατουάζ ή Τρυπήματα του σώματος (Body piercing)	<b>245 (46,0)</b>	51 (9,6)	237 (44,5)	-
	B12. Ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών	<b>275 (51,6)</b>	32 (6,0)	225 (42,2)	1 (,2)
Παρανοήσεις τρόπων μετάδοσης	B13. Καθημερινή κοινωνική επαφή (χειραψία, συνομιλία)	106 (19,9)	<b>153 (28,7)</b>	274 (51,4)	-
	B14. Πίνοντας ή τρώγοντας από τα ίδια σκεύη με κάποιον που έχει την ασθένεια	211 (39,6)	<b>78 (14,6)</b>	242 (45,4)	2 (,4)
	B15. Χρησιμοποιώντας την ίδια τουαλέτα, πισίνα, σάουνα με κάποιον που έχει την ασθένεια	219 (41,1)	<b>72 (13,5)</b>	238 (44,7)	4 (,8)
	B16. Φιλί	204 (38,3)	<b>72 (13,5)</b>	256 (48)	1 (,2)
	B17. Τσίμπημα κουνουπιού	196 (36,8)	<b>60 (11,3)</b>	272 (51)	5 (,9)

<b>HIV/AIDS</b>					
Γενικές γνώσεις	Γ1. Όταν κάποιος έχει HIV, έχει απαραίτητα συμπτώματα	91 (17,1)	<b>151 (28,3)</b>	289 (54,2)	2 (,4)
	Γ2. Αν κάποιος έχει HIV/AIDS αλλά φαίνεται και νοιώθει υγιής, τότε δεν μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλο άτομο	153 (28,7)	<b>137 (25,7)</b>	242 (45,4)	1 (,2)
	Γ3. Η HIV λοίμωξη μπορεί να προκαλέσει πτώση της άμυνας του οργανισμού	<b>241 (45,2)</b>	21 (3,9)	271 (50,8)	-
	Γ4. Υπάρχει εμβόλιο για την HIV/AIDS	138 (25,9)	<b>88 (16,5)</b>	307 (57,6)	-
	Γ5. Ο μόνος τρόπος για να μάθει κάποιος/α εάν είναι θετικός/η είναι να κάνει το αντίστοιχο τεστ	<b>283 (53,1)</b>	29 (5,4)	219 (41,1)	2 (,4)
	Γ6. Υπάρχει θεραπεία για την HIV/AIDS	<b>138 (25,9)</b>	108 (20,3)	286 (53,7)	1 (,2)
	Γ7. (Αν στην προηγούμενη απάντησε «Σωστό») Η θεραπεία μπορεί να θεραπεύσει το άτομο οριστικά από την HIV λοίμωξη	62 (44,9)	<b>31 (22,5)</b>	38 (27,5)	7 (5,1)
	<b>Ο ιός της HIV μεταδίδεται με:</b>				
Τρόποι μετάδοσης	Γ8. Μετάγγιση από μολυσμένο αίμα	<b>10 (1,9)</b>	316 (59,3)	1 (,2)	206 (38,6)
	Γ9. Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό	<b>337 (63,2)</b>	20 (3,8)	175 (32,8)	1 (,2)
	Γ10. Από τη μητέρα στο έμβryo	<b>233 (43,7)</b>	33 (6,2)	266 (49,9)	1 (,2)

	Γ11. Τατουάζ ή Τρυπήματα του σώματος (Body piercing)	<b>268 (50,3)</b>	44 (8,3)	219 (41,1)	2 (,4)
	Γ12. Ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών	<b>298 (55,9)</b>	29 (5,4)	204 (38,3)	2 (,4)
Παρανοήσεις τρόπων μετάδοσης	Γ13. Καθημερινή κοινωνική επαφή (χειραψία, συνομιλία)	120 (22,5)	<b>166 (31,1)</b>	247 (46,3)	-
	Γ14. Πίνοντας ή τρώγοντας από τα ίδια σκεύη με κάποιον που έχει την ασθένεια	221 (41,5)	<b>82 (15,4)</b>	228 (42,8)	2 (,4)
	Γ15. Χρησιμοποιώντας την ίδια τουαλέτα, πισίνα, σάουνα με κάποιον που έχει την ασθένεια	235 (44,1)	<b>77 (14,4)</b>	221 (41,5)	-
	Γ16. Φιλί	242 (45,4)	<b>63 (11,8)</b>	228 (42,8)	-
	Γ17. Τσίμπημα κουνουπιού	204 (38,3)	<b>74 (13,9)</b>	255 (47,8)	-

**Πίνακας 0.3 Διάμεση τιμή (25ο, 75ο) γενικής βαθμολογίας γνώσεων και για τα τρία νοσήματα (HBV, HCV και HIV συνολικά) σε εκατοστιαία βάση μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης με βάση τις αποκρίσεις του υποσυνόλου (N=94) που έλαβε μέρος στην αξιολόγηση και σε σχέση με βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά**

<b>Γενική βαθμολογία γνώσεων για HBV, HCV και HIV μετά τις δράσεις ευαισθητοποίησης</b>		
	<b>Διάμεση τιμή (25ο, 75ο)</b>	<b>p-value (Wilcoxon signed-rank test)</b>
<b>Γενικά</b>		<0.001
Πριν	39,2 (11,8-54,9)	
Μετά	62,7 (47,1-76,5)	
<b>Φύλο</b>		
Γυναίκες		<0.001
Πριν	32,4 (0,0-43,1)	
Μετά	61,8 (45,1-78,4)	
Άντρες		0.011
Πριν	48,2 (29,4-62,4)	
Μετά	62,7 (50,0-72,5)	
<b>Ηλικιακή ομάδα, έτη</b>		
18-34		<0.001
Πριν	39,2 (17,6-54,9)	
Μετά	60,8 (51,0-76,5)	
35-49		0.018
Πριν	52,9 (0,0-58,8)	
Μετά	56,9 (41,2-76,5)	
>50 ετών		0.015
Πριν	38,0 (11,8-40,2)	
Μετά	68,6 (23,5-72,5)	
<b>Περιφέρεια</b>		
Αττική		0.023
Πριν	43,1 (37,3-56,9)	
Μετά	56,9 (52,9-66,7)	
Κεντ. Μακεδονία		0.011

Πριν	49,0 (31,4-64,7)	
Μετά	76,5 (55,9-83,3)	
Δυτική Ελλάδα		<0.001
Πριν	40,2 (37,3-48,2)	
Μετά	72,5 (64,7-76,5)	
Θεσσαλία		0.018
Πριν	0,0 (0,0-3,9)	
Μετά	34,3 (0,0-60,8)	
<b>Τυπολογία οικισμού</b>		
Τύπος 1 (σπίτια)		0.143
Πριν	35,3 (0,0-56,9)	
Μετά	52,9 (31,4-66,7)	
Τύπος 2 (μικτός)		<0.001
Πριν	40,2 (27,5-55,9)	
Μετά	68,6 (56,9-76,5)	
Τύπος 3 (παράγκες)		<0.001
Πριν	38,2 (17,6-52,9)	
Μετά	62,7 (49,0-81,4)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>		
Καθόλου σχολείο		<0.001
Πριν	37,6 (0,0-52,9)	
Μετά	58,8 (45,1-76,5)	
Α΄-Στ΄ τάξη δημοτικού		<0.001
Πριν	43,1 (14,7-53,9)	
Μετά	62,7 (52,9-76,5)	
Α΄ τάξη γυμνασίου και μετά		0.607
Πριν	58,8 (21,6-72,5)	
Μετά	62,7 (47,1-78,4)	
<b>Συμμετογή στην εκδήλωση</b>		



Όχι		<0.001
Πριν	38,6 (17,6-50,0)	
Μετά	57,8 (41,2-72,5)	
Ναι		<0.001
Πριν	39,2 (7,8-58,8)	
Μετά	62,7 (54,9-78,4)	

---

**Πίνακας 0.4 Αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας, παρουσία χρόνιου νοσήματος και παρουσία συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης των συμμετεχόντων ανά κατηγορία οικισμού**

N (%)	Κατηγορία 1 (σπίτια)	Κατηγορία 2 (μικτός)	Κατηγορία 3 (παράγκες)	Συνολικά	P-value <sup>36</sup>
<b>Αυτοαξιολόγηση κατάστασης υγείας</b>					0.177
Πολύ καλή ή καλή	93 (56,4)	146 (62,9)	91 (66,4)	330 (61,9)	
Μέτρια	53 (32,1)	58 (25,0)	27 (19,7)	138 (25,9)	
Πολύ κακή ή κακή	19 (11,5)	27 (11,6)	19 (13,9)	65 (12,2)	
<b>Παρουσία νοσήματος</b>					
Τουλάχιστον 1 χρόνιου	93 (56,4)	100 (43,1)	61 (44,5)	254 (47,6)	0.034
>1 χρόνια	28 (17,0)	39 (16,8)	24 (17,5)	91 (17,0)	0.984
Υψηλή χοληστερόλη	21 (12,7)	26 (11,4)	9 (6,6)	56 (10,6)	0.329
Διαβήτης	17 (10,3)	15 (6,5)	9 (6,6)	41 (7,7)	0.414
Υψηλή αρτηριακή πίεση	33 (20,2)	31 (13,6)	13 (9,5)	77 (14,6)	0.063
Καρδιοαγγειακή	17 (10,7)	16 (7,4)	10 (8,1)	43 (8,7)	0.528
Αναπνευστικού συστήματος	10 (6,3)	24 (11,0)	12 (9,8)	46 (9,2)	0.290
Φυματίωση	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (1,2)	0.439 <sup>37</sup>
Καρκίνος	0 (0,0)	4 (1,7)	0 (0,0)	4 (0,7)	0.075
Αναιμία	15 (9,1)	9 (3,9)	8 (5,8)	32 (6,0)	0.121
Κατάθλιψη	14 (8,5)	19 (8,3)	16 (11,7)	49 (9,2)	0.411
<b>Άλλα</b>					
Ψυχιατρικά και κατάχρηση ουσιών	1 (0,6)	5 (2,1)	9 (6,6)	15 (2,8)	
Ενδοκρινικού συστήματος	8 (4,8)	7 (3,0)	3 (2,2)	18 (3,4)	
Νευρολογικού συστήματος	7 (4,2)	4 (1,7)	5 (3,6)	16 (3,0)	

<sup>36</sup> Για την εκτίμηση του p-value σε αυτόν τον πίνακα, το τεστ Pearson Chi-Square χρησιμοποιήθηκε, εκτός αν δηλώνεται κάτι άλλο.

<sup>37</sup> Για την εκτίμηση του p-value αυτής της μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε το τεστ Fishers's Exact.

Μυοσκελετικού συστήματος	5 (3,0)	6 (2,6)	0 (0,0)	11 (2,1)	
Πεπτικού συστήματος	2 (1,2)	4 (1,7)	3 (2,2)	9 (1,7)	
Μεταδιδόμενο	1 (0,6)	3 (1,3)	0 (0,0)	4 (0,7)	
<b>Παρουσία συμπτωμάτων άγχους</b>	<b>77 (46,7)</b>	<b>76 (32,8)</b>	<b>67 (48,9)</b>	<b>220 (41,2)</b>	<b>0.002</b>
<b>Παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης</b>	<b>66 (40,0)</b>	<b>71 (30,6)</b>	<b>59 (43,1)</b>	<b>196 (36,7)</b>	<b>0.033</b>

**Πίνακας 0.5 Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας των συμμετεχόντων σε σχέση με τον τύπο οικισμού, την περιφέρεια και το φύλο (N=534)**

N (%)	Ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας			p-value
	Ναι	Όχι	Δεν ξέρω	
<b>Κατηγορία οικισμού</b>				<0.001
Τύπος 1 (σπίτια)	99 (60.0)	63 (38.2)	3 (1.8)	
Τύπος 2 (μικτός)	94 (40.5)	137 (59.1)	1 (0.4)	
Τύπος 3 (παράγκες)	64 (46.7)	73 (53.3)	0 (0.0)	
<b>Περιφέρεια</b>				0.008
Αττική	53 (39.6)	78 (58.2)	3 (2.2)	
Κεντρική Μακεδονία	48 (40.3)	70 (58.8)	1 (0.8)	
Δυτική Ελλάδα	78 (54.5)	65 (45.5)	0 (0.0)	
Θεσσαλία	78 (56.5)	60 (43.5)	0 (0.0)	
<b>Φύλο</b>				<0.001
Γυναίκα	167 (58.2)	120 (41.8)	0 (0.0)	
Άνδρας	90 (36.4)	153 (61.9)	4 (1.6)	
<b>Συνολικά</b>	257 (48.1)	273 (51.1)	4 (0.7)	

**Πίνακας 0.6 Οργανισμός ασφάλισης των συμμετεχόντων σε σχέση με τον τύπο οικισμού, την περιφέρεια και το φύλο (N=257)**

N (%)	Οργανισμός ασφάλισης		p-value
	ΕΟΠΥΥ	Πρόνοια	
<b>Κατηγορία οικισμού</b>			<0.001
Τύπος 1 (σπίτια)	66 (66.7)	33 (33.3)	
Τύπος 2 (μικτός)	46 (48.9)	48 (51.1)	
Τύπος 3 (παράγκες)	25 (39.1)	39 (60.9)	
<b>Περιφέρεια</b>			0.696
Αττική	25 (47.2)	28 (52.8)	
Κεντρική Μακεδονία	25 (52.1)	23 (47.9)	
Δυτική Ελλάδα	45 (57.7)	33 (42.3)	
Θεσσαλία	42 (53.8)	36 (46.2)	
<b>Φύλο</b>			0.238
Γυναίκα	94 (56.3)	73 (43.7)	
Ανδρας	43 (47.8)	47 (52.2)	
<b>Συνολικά</b>	137 (53.3)	120 (46.7)	

**Πίνακας 0.7 Υπηρεσίες υγείας: χρήση, αξιολόγηση και δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές κατά το τελευταίο έτος σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη σε θέματα υγείας**

N (%)	Ανασφάλιστοι	Ασφαλισμένοι	Συνολικά	p-value
<b>Επίσκεψη σε γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες</b>				0.003
Όχι	98 (35.9)	58 (22.6)	156 (29.4)	
Ναι	159 (58.2)	184 (71.6)	343 (64.7)	
Δε θυμάμαι/Δεν απαντώ	16 (5.9)	15 (5.8)	31 (5.8)	
<b>Υπηρεσία υγείας*</b>				0.043
Δημόσιος φορέας (Νοσοκομείο ή Κέντρο υγείας)	132 (83.0)	159 (86.4)	291 (84.8)	
Ιδιωτικός φορέας συμβεβλημένος με δημόσιο	5 (3.1)	13 (7.1)	18 (5.2)	
Ιδιωτικός φορέας μη συμβεβλημένος με δημόσιο	18 (11.3)	8 (4.3)	26 (7.6)	
Άλλο	4 (2.5)	4 (2.2)	8 (2.3)	
<b>Νοσηλεία*</b>				0.582
Όχι	135 (84.9)	152 (82.6)	287 (83.7)	
Ναι	24 (15.1)	31 (16.8)	55 (16.0)	
Δε θυμάμαι/Δεν απαντώ	0 (0.0)	1 (0.5)	1 (0.3)	
<b>Τελευταία επίσκεψη σε οδοντίατρο</b>				0.156
<1 χρόνο	64 (23.4)	73 (28.4)	137 (25.8)	
1-3 χρόνια	68 (24.9)	51 (19.8)	119 (22.5)	
3-10 χρόνια	54 (19.8)	38 (14.8)	92 (17.4)	
>10 χρόνια	25 (9.2)	34 (13.2)	59 (11.1)	
Δεν έχω πάει ποτέ	45 (16.5)	41 (16.0)	86 (16.2)	
Δε θυμάμαι/Δεν απαντώ	17 (6.2)	20 (7.8)	37 (7.0)	
<b>Γενική αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας</b>				0.008
Πολύ καλή/Καλή	140 (51.3)	165 (64.2)	305 (57.5)	
Μέτρια	58 (21.2)	43 (16.7)	101 (19.1)	
Κακή/Πολύ κακή	25 (9.2)	18 (7.0)	43 (8.1)	
Δεν είχα επαφή	40 (14.7)	30 (11.7)	70 (13.2)	
Δε θυμάμαι/Δεν απαντώ	10 (3.7)	1 (0.4)	11 (2.1)	

<b>Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με παλαιότερα</b>				0.327
Καλύτερη από ό,τι παλαιότερα	59 (21.6)	61 (23.7)	120 (22.6)	
Το ίδιο με παλαιότερα	114 (41.8)	121 (47.1)	235 (44.3)	
Χειρότερη από ό,τι παλαιότερα	52 (19.0)	41 (16.0)	93 (17.5)	
Δεν ξέρω/Δε θυμάμαι/Δεν απαντώ	48 (17.6)	34 (13.2)	82 (15.5)	
<b>Δυνατότητα πρόσβασης σε ιατρική εξέταση ή θεραπεία το τελευταίο έτος</b>				0.022
Χρειάστηκε και είχα πρόσβαση	141 (51.6)	161 (62.6)	302 (57.0)	
Χρειάστηκε και δεν είχα πρόσβαση	112 (41.0)	87 (33.9)	199 (37.5)	
Δε χρειάστηκε	19 (7.0)	9 (3.5)	28 (5.3)	
Δε θυμάμαι/Δεν απαντώ	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.2)	
<b>Ειδικοί λόγοι αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας**</b>				
Δυσκολευόμουν να πληρώσω το κόστος	91 (81.3)	57 (65.5)	148 (74.4)	0.014
Μακριά λίστα αναμονής	4 (3.6)	8 (9.2)	12 (6.0)	0.134
Δεν μπορούσα να πάρω άδεια από την εργασία μου/ την φροντίδα παιδιών ή άλλων	8 (7.1)	12 (13.8)	20 (10.1)	0.155
Ήταν πολύ μακριά για να ταξιδέψω / δεν είχα μεταφορικό μέσο	15 (13.4)	22 (25.3)	37 (18.6)	0.043
Φοβάμαι τους γιατρούς, νοσοκομεία, εξετάσεις, θεραπεία	10 (8.9)	4 (4.6)	14 (7.0)	0.276
Ήθελα να δω εάν το πρόβλημα θα βελτιωνόταν χωρίς να πάω στο γιατρό	4 (3.6)	3 (3.4)	7 (3.5)	1.000
Δεν ήξερα κανένα καλό γιατρό ή ειδικό	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Το αμέλησα	12 (10.7)	14 (16.1)	26 (13.1)	0.294
				378

Δυσκολευόμουν να κλείσω ραντεβού	4 (3.6)	4 (4.6)	8 (4.0)	0.731
Ντρεπόμουν να με εξετάσει γιατρός	2 (1.8)	0 (0.0)	2 (1.0)	0.505
Δε μου φέρονται καλά και δε θέλω να πηγαίνω	2 (1.8)	0 (0.0)	2 (1.0)	0.505
Άλλος λόγος	3 (2.7)	6 (6.9)	9 (4.5)	0.183
<b>Γενικοί λόγοι αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας**</b>				
Οικονομικοί	91 (81.3)	57 (65.5)	148 (74.4)	0.014
Κοινωνικο-πολιτικοί	27 (24.1)	36 (41.4)	63 (31.7)	0.014
Προσωπικοί	26 (23.2)	26 (29.9)	52 (26.1)	0.330

\*Σε αυτή την ερώτηση απάντησαν μόνο οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι είχαν επισκεφτεί γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες (N=343)

\*\*Μπορούσαν να δοθούν πολλαπλές απαντήσεις



**Πίνακας 0.8 Υπηρεσίες υγείας: χρήση, αξιολόγηση και δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές κατά το τελευταίο έτος σε σχέση με τον τύπο οικισμού**

N (%)	Τύπος 1 (σπίτια)	Τύπος 2 (μικτός)	Τύπος 3 (παράγκες)	Συνολικά	p- value
<b>Επίσκεψη σε γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες</b>					0.108
Όχι	38 (23,0)	76 (32,8)	44 (32,1)	158 (29,6)	
Ναι	113 (68,5)	147 (63,4)	85 (62,0)	345 (64,6)	
Δε θυμάμαι/Δεν απαντώ	14 (8,5)	9 (3,9)	8 (5,8)	31 (5,8)	
<b>Υπηρεσία υγείας*</b>					0.456
Δημόσιος φορέας (Νοσοκομείο ή Κέντρο υγείας)	93 (82,3)	122 (83,0)	77 (90,6)	292 (84,6)	
Ιδιωτικός φορέας συμβεβλημένος με δημόσιο	8 (7,1)	7 (4,8)	4 (4,7)	19 (5,5)	
Ιδιωτικός φορέας μη συμβεβλημένος με δημόσιο	8 (7,1)	15 (10,2)	3 (3,5)	26 (7,5)	
Άλλο	4 (3,5)	3 (2,0)	1 (1,2)	8 (2,3)	
<b>Νοσηλεία*</b>					0.317
Όχι	95 (84,1)	120 (81,6)	74 (87,1)	289 (83,8)	
Ναι	18 (15,9)	27 (18,4)	10 (11,8)	55 (15,9)	
Δε θυμάμαι/Δεν απαντώ	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	1 (0,3)	
<b>Τελευταία επίσκεψη σε οδοντίατρο</b>					<0.0 01
<1 χρόνο	52 (31,5)	46 (19,8)	41 (29,9)	139 (26,0)	
1-3 χρόνια	45 (27,3)	50 (21,6)	25 (18,2)	120 (22,5)	
3-10 χρόνια	28 (17,0)	49 (21,1)	15 (10,9)	92 (17,2)	
>10 χρόνια	21 (12,7)	24 (10,3)	14 (10,2)	59 (11,0)	
Δεν έχω πάει ποτέ	15 (9,1)	37 (15,9)	35 (25,5)	87 (16,3)	
Δε θυμάμαι/Δεν απαντώ	4 (2,4)	26 (11,2)	7 (5,1)	37 (6,9)	
<b>Γενική αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας</b>					0.015
Πολύ καλή/Καλή	98 (59,4)	136 (58,6)	74 (54,0)	308 (57,7)	
Μέτρια	36 (21,8)	42 (18,1)	23 (16,8)	101 (18,9)	
Κακή/Πολύ κακή	15 (9,1)	15 (6,5)	13 (9,5)	43 (8,1)	
				380	

Δεν είχα επαφή	16 (9.7)	36 (15.5)	19 (13.9)	71 (13.3)	
Δε θυμάμαι/Δεν απαντώ	0 (0.0)	3 (1.3)	8 (5.8)	11 (2.1)	
<b>Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με παλαιότερα</b>					0.127
Καλύτερη από ό,τι παλαιότερα	41 (24.8)	52 (22.4)	27 (19.7)	120 (22.5)	
Το ίδιο με παλαιότερα	72 (43.6)	98 (42.2)	67 (48.9)	237 (44.4)	
Χειρότερη από ό,τι παλαιότερα	36 (21.8)	41 (17.7)	18 (13.1)	95 (17.8)	
Δεν ξέρω/Δε θυμάμαι/Δεν απαντώ	16 (9.7)	41 (17.7)	25 (18.2)	82 (15.4)	
<b>Δυνατότητα πρόσβασης σε ιατρική εξέταση ή θεραπεία το τελευταίο έτος</b>					0.023
Χρειάστηκε και είχα πρόσβαση	100 (60.6)	128 (55.2)	78 (56.9)	306 (57.3)	
Χρειάστηκε και δεν είχα πρόσβαση	59 (35.8)	96 (41.4)	44 (32.1)	199 (37.3)	
Δε χρειάστηκε	6 (3.6)	8 (3.4)	14 (10.2)	28 (5.2)	
Δε θυμάμαι/Δεν απαντώ	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.2)	
<b>Ειδικοί λόγοι αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας**</b>					
Δυσκολευόμουν να πληρώσω το κόστος	41 (69.5)	81 (84.4)	26 (59.1)	148 (74.4)	0.004
Μακριά λίστα αναμονής	4 (6.8)	4 (4.2)	4 (9.1)	12 (6.0)	0.434
Δεν μπορούσα να πάρω άδεια από την εργασία μου/ την φροντίδα παιδιών ή άλλων	6 (10.2)	9 (9.4)	5 (11.4)	20 (10.1)	0.952
Ήταν πολύ μακριά για να ταξιδέψω / δεν είχα μεταφορικό μέσο	7 (11.9)	22 (22.9)	8 (18.2)	37 (18.6)	0.228
Φοβάμαι τους γιατρούς, νοσοκομεία, εξετάσεις, θεραπεία	5 (8.5)	5 (5.2)	4 (9.1)	14 (7.0)	0.623
Ήθελα να δω εάν το πρόβλημα θα βελτιωνόταν χωρίς να πάω στο γιατρό	3 (5.1)	3 (3.1)	1 (2.3)	7 (3.5)	0.782

Δεν ήξερα κανένα καλό γιατρό ή ειδικό	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Το αμέλησα	8 (13.6)	14 (14.6)	4 (9.1)	26 (13.1)	0.707
Δυσκολευόμουν να κλείσω ραντεβού	3 (5.1)	2 (2.1)	3 (6.8)	8 (4.0)	0.327
Ντρεπόμουν να με εξετάσει γιατρός	2 (3.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.0)	0.135
Δε μου φέρονται καλά και δε θέλω να πηγαίνω	1 (1.7)	1 (1.0)	0 (0.0)	2 (1.0)	1.000
Άλλος λόγος	2 (3.4)	3 (3.1)	4 (9.1)	9 (4.5)	0.356
<b>Γενικοί λόγοι αδυναμίας πρόσβασης στο σύστημα υγείας**</b>					
Οικονομικοί	41 (69.5)	81 (84.4)	26 (59.1)	148 (74.4)	0.004
Κοινωνικο-πολιτικοί	18 (30.5)	33 (34.4)	12 (27.3)	63 (31.7)	0.706
Προσωπικοί	17 (28.8)	22 (22.9)	13 (29.5)	52 (26.1)	0.576

\*Σε αυτή την ερώτηση απάντησαν μόνο οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι είχαν επισκεφτεί γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες (N=345)

\*\*Μπορούσαν να δοθούν πολλαπλές απαντήσεις



