



**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ 1929-1994  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

## ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ABUEL

Ερωτηματολόγιο για την Υγεία και την Ευεξία ατόμων ηλικίας 60- 84 ετών

Χώρα : ΕΛΛΑΔΑ

Country-ID		Person-ID		
3	0			

Ημερομηνία Συνέντευξης :

□	□	/	□	□	/	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

(DD/MM/YY)

Ταυτότητα Συνεντευκτή: \_\_\_\_\_

Τρόπος Επιλογής (Επιλέξτε μόνο έναν τρόπο επιλογής δείγματος)	
Διαθέσιμα δημοτικά αρχεία ατόμων / Διευθύνσεων	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Άλλες λίστες ηλικιωμένων κατοίκων (Εκλογικοί κατάλογοι)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Τυχαία διαδρομή	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Άλλος, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ (Παρακαλώ επιλέξτε μια απάντηση))**

Αυτό-σημπληρούμενο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Συμπληρώθηκε από το συνεντευκτή	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

## Πώς να ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ το ερωτηματολόγιο

Οι περισσότερες από τις ερωτήσεις στις ακόλουθες σελίδες μπορούν να απαντηθούν με απλή επιλογή του κουτιού που βρίσκεται από κάτω ή παραπλεύρως της απάντησης στην οποία απευθύνεται η ερώτηση.\*

<b>Παρακαλώ επιλέξτε μία (1) απάντηση:</b>		
Σωστό	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Λάθος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες εναλλακτικές απαντήσεις.

Παρακαλώ απαντήστε στις ερωτήσεις με τη σειρά. Παραλείψτε ερωτήσεις εάν υπάρχει μία σαφής οδηγία να το κάνετε. Παρακαλώ σταματήστε αμέσως τη συνέντευξη σε περίπτωση που ο συνεντευξιαζόμενος αναστατώνεται.

<b>Παράδειγμα:</b>	
<b>Έχετε παιδιά;</b>	
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ναι	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Όχι →
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Περάστε στην ερώτηση...</i>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>Εάν επιλέξατε «Ναι» σ' αυτό το παράδειγμα, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση!</i></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><i>Εάν επιλέξατε «Όχι» σ' αυτό το παράδειγμα, προχωρήστε στην ερώτηση που υποδεικνύει το κουτί οδηγιών!</i></div>

Στις ερωτήσεις στις οποίες ο συνεντευξιαζόμενος δεν είναι πρόθυμος να απαντήσει, παρακαλώ μη γράψετε τίποτα στο ερωτηματολόγιο και αφήστε κενό.

**ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΞΕΚΙΝΗΣΤΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 1 ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΣΕΛΙΔΑ**  
**ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΕΠΙΣΗΜΑΝΕΤΕ: ΟΛΕΣ ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΘΑ ΠΑΡΑΜΕΙΝΟΥΝ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ.**

\*Σχόλια για τον συνεντευκτή είναι γραμμένα με *πλάγια γράμματα*

**ΜΕΡΟΣ 1**  
**ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ**  
**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

1. Έτος γέννησης \_\_\_\_\_ ή ηλικία \_\_\_\_\_

2. Φύλο (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)

Γυναίκα	<input type="checkbox"/>	1
Ανδρας	<input type="checkbox"/>	2

3. Ποιο είναι το ύψος (cm) σας; \_\_\_\_\_

4. Ποιο είναι το βάρος (kg) σας; \_\_\_\_\_

5. Οικογενειακή κατάσταση (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)

Άγαμος/ η	<input type="checkbox"/>	1
Παντρεμένος/η / Συζείτε	<input type="checkbox"/>	2
Διαζευγμένος/η / Χωρισμένος/η	<input type="checkbox"/>	3
Χήρος/α	<input type="checkbox"/>	4

6. Από πού κατάγεστε; (Παρακαλώ συμπληρώστε όλες τις ερωτήσεις)

- a) Παρακαλώ αναφέρατε τον τόπο γέννησης \_\_\_\_\_  
b) Παρακαλώ αναφέρατε τη χώρα γέννησης \_\_\_\_\_  
c) Ποια γλώσσα ομιλείται στο σπίτι σας συχνότερα; \_\_\_\_\_  
d) Ποια είναι η υπηκοότητά σας; \_\_\_\_\_

7. Με ποιον ζείτε (Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις )

Ναι 1 ▼ Όχι 2 ▼

a) Μόνος/η	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
b) Με τον/την Σύζυγο / Σύντροφο/ Συγκάτοικο	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
c) Με την κόρη μου	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
d) Με τον γιο μου	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
e) Με τον αδερφό μου	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
f) Με την αδερφή μου	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
g) Με το / τα εγγόνι/α μου	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
h) Με έμμισθο προσωπικό (φροντιστή)	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
J) Άλλο, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2

8. Συνολικός αριθμός ατόμων που ζουν στο νοικοκυριό σας, συμπεριλαμβανομένου/νης του φροντιστή σας και εσάς; \_\_\_\_\_

9. Ποια είναι η εκπαίδευσή σας; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)

Δεν ξέρω να διαβάζω ή να γράφω	<input type="checkbox"/>	1
Δεν έχω πάρει κανένα πτυχίο	<input type="checkbox"/>	2
Δεν έχω τελειώσει το Δημοτικό Σχολείο	<input type="checkbox"/>	3
Τελείωσα το Δημοτικό	<input type="checkbox"/>	4
Γυμνάσιο / Λύκειο	<input type="checkbox"/>	5
Πανεπιστήμιο / Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	<input type="checkbox"/>	6
Άλλο, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	7

**10. Ποιο είναι / ήταν το κύριο σας επάγγελμα;** (Παρακαλώ ρωτήστε επεξήγηση και επιλέξτε μία απάντηση από την ακόλουθη λίστα)

Διευθυντική θέση ( ανώτερος αξιωματούχος , διοικητικός διευθυντής)	<input type="checkbox"/>	1
Εξειδικευμένοι επαγγελματίες (επιστημονικά και μηχανολογικά επαγγέλματα, επαγγελματίες υγείας, διδακτικό προσωπικό )	<input type="checkbox"/>	2
Τεχνικό και βοηθητικό προσωπικό (επιστημονικό και μηχανολογικό βοηθητικό προσωπικό)	<input type="checkbox"/>	3
Υπάλληλικό και υποστηρικτικό προσωπικό (δημόσιοι υπάλληλοι, ταμειακοί υπάλληλοι, υπάλληλοι υπηρεσιών)	<input type="checkbox"/>	4
Παροχή υπηρεσιών και πωλητής σε κατάστημα ( πωλητές, εργαζόμενοι σε υπηρεσίες φροντίδας)	<input type="checkbox"/>	5
Ειδικευμένος αγρότης και αλιέας ( γεωργοί, κτηνοτρόφοι, ψαράδες )	<input type="checkbox"/>	6
Εργαζόμενοι ως τεχνίτες και στο εμπόριο (οικοδομικές κατασκευές, εμπόριο, βιοτεχνίες, εκτυπώσεις)	<input type="checkbox"/>	7
Χειριστής εξοπλισμών και μηχανημάτων (χειριστές μηχανών, εγκαταστάσεων, συναρμολογήσεις)	<input type="checkbox"/>	8
Στοιχειώδη επαγγέλματα ( καθαριστές, βοηθοί, εργάτες ορυχείων)	<input type="checkbox"/>	9
Οικιακά	<input type="checkbox"/>	10
Σώματα ασφαλείας (στρατιωτικοί, αστυνομικοί κλπ)	<input type="checkbox"/>	11

**11. Εργάζεστε ακόμα (έμμισθη εργασία);** (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)

Ναι

Όχι  → Πηγαίnete στην ερώτηση 15

**12. Πόσες ώρες εργάζεστε την εβδομάδα (έμμισθη εργασία) περίπου;** (Παρακαλώ στρογγυλοποιήστε προς την πλησιέστερη ώρα, σημειώστε «1» για εργασία μικρότερης διάρκειας από μία ώρα.)  
\_\_\_\_\_ Ώρες

**13. Εάν εξακολουθείτε να εργάζεστε πήρατε αναρρωτική άδεια τον τελευταίο χρόνο;** (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)

Ναι

Όχι

**14. Εάν εξακολουθείτε να εργάζεστε, υπήρξατε άνεργος τον τελευταίο χρόνο;** (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)

Ναι

Όχι

**15. Εάν είστε συνταξιούχος, πόσα χρόνια έχετε συνταξιοδοτηθεί** \_\_\_\_\_ έτη

**16. Για πόσο διάστημα συνολικά υπήρξατε άνεργος στη ζωή σας;** (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)

Ποτέ

12 μήνες ή λιγότερο

Περισσότερο από 12 μήνες

**17. Πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε στο σπίτι (άμισθη εργασία, π.χ. καθάρισμα, κηπουρική) περίπου ;** (Παρακαλώ στρογγυλοποιήστε προς την πλησιέστερη ώρα, σημειώστε «1» για εργασία μικρότερης διάρκειας από μία ώρα.)  
\_\_\_\_\_ Ώρες

**18. Από πού προέρχονται οι οικονομικοί πόροι σας αυτή την περίοδο; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση.)**

Εργασία	<input type="checkbox"/>	1
Πρόωρη σύνταξη	<input type="checkbox"/>	2
Αναπηρική σύνταξη	<input type="checkbox"/>	3
Σύνταξη λόγω ηλικίας	<input type="checkbox"/>	4
Επίδομα ανάρρωσης	<input type="checkbox"/>	5
Επίδομα ανεργίας	<input type="checkbox"/>	6
Εναλλακτικά επιδόματα κοινωνικής πρόνοιας	<input type="checkbox"/>	7
Οικονομική ενίσχυση από τα παιδιά	<input type="checkbox"/>	8
Οικονομική ενίσχυση από συγγενείς	<input type="checkbox"/>	9
Οικονομική ενίσχυση από πρώην σύντροφο	<input type="checkbox"/>	10
Σύνταξη λόγω χηρείας	<input type="checkbox"/>	11
Καμμία οικονομική ενίσχυση	<input type="checkbox"/>	12
Άλλο, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	13

**19. Πόσο συχνά σας απασχολεί το ζήτημα των καθημερινών εξόδων (π.χ. αγορά τροφίμων κτλ.); (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)**

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	1
Μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	2
Συχνά	<input type="checkbox"/>	3
Πάντα	<input type="checkbox"/>	4

**20. Που μένετε; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)**

Ιδιόκτητο σπίτι	Ιδιόκτητο διαμέρισμα	Ενοικιαζόμενο σπίτι	Ενοικιαζόμενο διαμέρισμα	Γηροκομείο/ Ξενώνας	Άλλο προσδιορ.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ

21. Καπνίζετε; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)

Ναι <sub>1</sub>

Όχι <sub>2</sub> →

Πηγαίνετε στην ερώτηση 25

22. Πόσο συχνά καπνίζετε; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)

Μια φορά το μήνα ή λιγότερο

2-4 φορές τον μήνα

2-3 φορές την εβδομάδα

4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα

<sub>1</sub>

<sub>2</sub>

<sub>3</sub>

<sub>4</sub>

23. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε μία συνηθισμένη ημέρα; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)

1-2

3-5

6-9

10-20

Περισσότερα από 20

<sub>1</sub>

<sub>2</sub>

<sub>3</sub>

<sub>4</sub>

<sub>5</sub>

24. Πόσο συχνά καπνίζετε 10-20 / ή περισσότερα από 20 τσιγάρα σε μια φορά; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)

Ποτέ

Λιγότερο συχνά από μηνιαία

Μηνιαία

Εβδομαδιαία

Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

<sub>1</sub>

<sub>2</sub>

<sub>3</sub>

<sub>4</sub>

<sub>5</sub>

25. Εάν δεν καπνίζετε τώρα, καπνίζατε ποτέ; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)

Ναι

Όχι

<sub>1</sub>

<sub>2</sub>

### ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Θα μπορούσατε παρακαλώ να μας πείτε εάν πίνετε αλκοόλ; (Εξηγήστε τι εννοούμε με τη λέξη «αλκοόλ» χρησιμοποιώντας παραδείγματα ντόπιων προϊόντων όπως μπύρα, κρασί, ούζο κτλ., όπως π.χ. ένα ποτήρι με μπύρα / κρασί 33 cl). Κωδικοποιήστε τις απαντήσεις με βάση αυτές τις «καθιερωμένες ποσότητες ποτού».

26. Πίνετε αλκοολούχα ποτά;

Ναι <sub>1</sub>

Όχι <sub>2</sub> →

Πηγαίνετε στην ερώτηση 30

27. Πόσο συχνά πίνετε κάποιο αλκοολούχο ποτό; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση.)

Μια φορά το μήνα ή λιγότερο συχνά

2-4 φορές τον μήνα

2-3 φορές την εβδομάδα

4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα

<sub>1</sub>

<sub>2</sub>

<sub>3</sub>

<sub>4</sub>

28. Πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνετε μία συνηθισμένη ημέρα όταν πίνετε; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση.)

1 ή 2

3 ή 4

5 ή 6

7, 8, ή 9

10 ή περισσότερα

<sub>1</sub>

<sub>2</sub>

<sub>3</sub>

<sub>4</sub>

<sub>5</sub>

29. Πόσο συχνά πίνετε έξι ή περισσότερα ποτά σε μία φορά; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση.)

Ποτέ

Λιγότερο συχνά από μηνιαία

Μηνιαία

Εβδομαδιαία

Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

<sub>1</sub>

<sub>2</sub>

<sub>3</sub>

<sub>4</sub>

<sub>5</sub>

30. Εάν δεν πίνετε αλκοολούχα ποτά τώρα, υπήρχε εποχή που καταναλώνατε αλκοόλ; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση.)

Ναι

Όχι

<sub>1</sub>

<sub>2</sub>

## ΔΙΑΤΡΟΦΗ

31. Πόσο συχνά τρώτε... (Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις.)

	Τον μήνα			Την εβδομάδα			Καθημερινά
	Ποτέ ▼ <sub>1</sub>	1 φορά ή λιγότερο ▼ <sub>2</sub>	2 έως 4 φορές ▼ <sub>3</sub>	1 ▼ <sub>4</sub>	2 έως 3 φορές ▼ <sub>5</sub>	4 έως 6 φορές ▼ <sub>6</sub>	
a) ...φρούτα ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...λαχανικά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...κρέας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...ψάρι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ...γαλακτοκομικά προϊόντα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) δημητριακά (πχ ψωμί)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Που παίρνετε τα γεύματά σας και πόσο συχνά; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση.)

	Τον μήνα			Την εβδομάδα			Καθημερινά
	Ποτέ ▼ <sub>1</sub>	1 φορά ή λιγότερο ▼ <sub>2</sub>	2 έως 4 φορές ▼ <sub>3</sub>	1 ▼ <sub>4</sub>	2 έως 3 φορές ▼ <sub>5</sub>	4 έως 6 φορές ▼ <sub>6</sub>	
a) Στο σπίτι μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Σε άλλους χώρους, παρακαλώ προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Ποιος σας βοηθά να ετοιμάσετε / ετοιμάζει τα γεύματά σας και πόσο συχνά; (Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις.)

	Τον μήνα			Την εβδομάδα			Καθημερινά
	Ποτέ ▼ <sub>1</sub>	1 φορά ή λιγότερο ▼ <sub>2</sub>	2 έως 4 φορές ▼ <sub>3</sub>	1 φορά ▼ <sub>4</sub>	2 έως 3 φορές ▼ <sub>5</sub>	4 έως 6 φορές ▼ <sub>6</sub>	
a) Μόνος/η μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Σύζυγος / Σύντροφος/Συγκάτοικος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Κόρη μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Γιος μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Νύφη μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Γαμπρός μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Αδελφός μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Αδελφή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Φροντιστής ηλικιωμένων, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
κ) Άλλο άτομο, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Μου παραδίδονται τα γεύματα (π.χ. παράδοση κατ' οίκον από υπηρεσίες πρόνοιας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ (MSPSS)

### Πολυπαραγοντική κλίμακα αντίληψης της κοινωνικής φροντίδας(MSPSS)

34. Παρακαλώ αξιολογήστε κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις με την κλίμακα 1 έως 7 (από 1=διαφωνώ απολύτως μέχρι 7=συμφωνώ απολύτως. (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση.)

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ κάπως	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ απολύτως
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>7</sub>
a) Υπάρχει ένα πρόσωπο που είναι πάντα δίπλα μου όταν έχω ανάγκη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Υπάρχει ένα πρόσωπο με το οποίο μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και τις λύπες μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Η οικογένειά μου πράγματι προσπαθεί να με βοηθά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Λαμβάνω τη συναισθηματική βοήθεια που χρειάζομαι από την οικογένειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Υπάρχει ένα ιδιαίτερο πρόσωπο που μου συμπαραστέκεται	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Οι φίλοι μου πράγματι προσπαθούν να με βοηθήσουν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Μπορώ να βασίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα πηγαίνουν άσχημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Μπορώ να μιλήσω για τα προβλήματά μου στην οικογένειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιράζομαι χαρές και λύπες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Υπάρχει ένα άτομο στη ζωή μου που ενδιαφέρεται για τα συναισθήματά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να παίρνω αποφάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Μπορώ να μιλήσω για τα προβλήματά μου με τους φίλους μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**35. Παρακάτω υπάρχει μία λίστα ερωτήσεων σχετικά με υπηρεσίες περίθαλψης των οποίων κάνατε χρήση τον τελευταίο χρόνο. Ήρθατε σε επαφή με υπηρεσίες για τη φροντίδα υγείας σας ; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση.)**

Ναι <sub>1</sub>

Όχι <sub>2</sub>

→ Πηγαίνετε στην ερώτηση 37

**36. Ποιες υπηρεσίες έχετε χρησιμοποιήσει τον τελευταίο χρόνο και πόσο συχνά ? (Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις.)**

	Ποτέ	Τον μήνα		Την εβδομάδα			Καθημερινά
		1 φορά ή λιγότερο ▼ <sub>2</sub>	2 έως 4 φορές ▼ <sub>3</sub>	1 φορά ▼ <sub>4</sub>	2 έως 3 φορές ▼ <sub>5</sub>	4 έως 6 φορές ▼ <sub>6</sub>	Καθημερινά ▼ <sub>7</sub>
a) Γιατρό (Γενικό /Παθολόγο)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
b) Γιατρό κάποιας ειδικότητας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
c) Νοσηλεύτη / τρια	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
d) Σύμβουλο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
e) Ψυχολόγο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
f) Κοινωνικό λειτουργό	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
g) Πρωτοβάθμια περίθαλψη (ΙΚΑ)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
h) Κέντρο ημέρας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
j) Οδοντίατρο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
k) Οφθαλμίατρο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
l) Νοσοκομείο σαν νοσηλευόμενος	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
m) Νοσοκομείο σαν εξωτερικός ασθενής	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
n) Άλλο, προσδιορίστε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>

**37. Χρειαστήκατε κάποια υπηρεσία φροντίδας της υγείας σας τον τελευταίο χρόνο αλλά δεν τη χρησιμοποιήσατε; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)**

Ναι <sub>1</sub>

Όχι, δεν χρειάστηκα ή όταν χρειάστηκα αναζήτησα φροντίδα

<sub>2</sub> → Πηγαίνετε στην ερώτηση 39

**38. Ποιος ήταν ο λόγος που δεν χρησιμοποιήσατε αυτές τις υπηρεσίες (φροντίδας); (Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
a) Το πρόβλημα εξαφανίστηκε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
b) Η λίστα αναμονής ήταν πολύ μεγάλη	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
c) Υπήρχε δυσκολία επικοινωνίας με τις υπηρεσίες	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
d) Δεν υπήρχαν διαθέσιμες υπηρεσίες φροντίδας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
e) Δεν μου έκλεισαν ραντεβού αρκετά σύντομα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
f) Είχα αρνητική εμπειρία από προηγούμενες υπηρεσίες	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
g) Είχα οικονομικά προβλήματα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
h) Δεν είχα χρόνο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
j) Δεν ήξερα με ποιον να έρθω σε επαφή	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
k) Άλλοι λόγοι, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**39. Πόσο συχνά σας έχει απασχολήσει το ζήτημα των εξόδων για τη φροντίδα της υγείας σας; (π.χ. για συνταγές φαρμάκων, έξοδα γιατρών); (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση)**

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	□ <sub>1</sub>
Αρκετά συχνά	<input type="checkbox"/>	□ <sub>2</sub>
Συχνά	<input type="checkbox"/>	□ <sub>3</sub>
Πάντοτε	<input type="checkbox"/>	□ <sub>4</sub>

**40. Εάν έχετε έρθει σε επαφή ή έχετε κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας σε νοσοκομείο, πρωτοβάθμια περίθαλψη, ή ιδιωτικό ιατρείο ή κάτι παρόμοιο τον τελευταίο χρόνο, πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που σας παρασχέθηκαν; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση.)**

Καθόλου ικανοποιημένος/η	Λίγο ικανοποιημένος/η	Μέτρια ικανοποιημένος/η	Αρκετά ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
□ <sub>1</sub>	□ <sub>2</sub>	□ <sub>3</sub>	□ <sub>4</sub>	□ <sub>5</sub>

## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

**41. Παρακάτω αναφέρονται ορισμένα προβλήματα υγείας. Σημειώστε ποια από αυτά αντιμετωπίζετε....**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>	Παλαιότερα ναι, αλλά όχι τώρα ▼ <sub>3</sub>
a) Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ασθμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Οφθαλμολογικά προβλήματα (πχ καταράκτη)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Καρδιολογικά προβλήματα (πχ υψηλή πίεση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ηπατικά νοσήματα (πχ. Ηπατίτιδα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Προβλήματα στομάχου (πχ έλκος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Πνευμονολογικά προβλήματα (πχ χρόνια αναπνευστικά νοσήματα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Καρκίνο (προσδιορίστε)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Άλλο νόσημα, προσδιορίστε_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42. Για καθένα από τα παρακάτω νοσήματα που αντιμετωπίζετε αυτή τη στιγμή, πείτε μας πόσο σας ταλαιπωρούν ;**

	Καθόλου ▼ <sub>1</sub>	Λίγο ▼ <sub>2</sub>	Κάπως ▼ <sub>3</sub>	Αρκετά ▼ <sub>4</sub>	Πάρα πολύ ▼ <sub>5</sub>
a) Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ασθμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Οφθαλμολογικά προβλήματα (πχ καταράκτη)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Καρδιολογικά προβλήματα (πχ υψηλή πίεση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ηπατικά νοσήματα (πχ. Ηπατίτιδα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Προβλήματα στομάχου (πχ έλκος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Πνευμονολογικά προβλήματα (πχ χρόνια αναπνευστικά νοσήματα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Καρκίνο (προσδιορίστε)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Άλλο νόσημα, προσδιορίστε_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

43. Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος φαρμάκων. Εάν χρησιμοποιείται κάποιο από αυτά αναφέρετε πόσο συχνά το χρησιμοποιείτε;

	Όχι ▼ <sub>1</sub>	Όταν χρειασθεί ▼ <sub>2</sub>	Τακτικά ▼ <sub>3</sub>	Καθημερινά ▼ <sub>4</sub>
a) Φάρμακα για τον πόνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Φάρμακα για τον ύπνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Φάρμακα για την κατάθλιψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Φάρμακα για το άγχος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Φάρμακα για ψυχική πάθηση (ψυχιατρικά)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Φάρμακα για αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Φάρμακα για το άσθμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Φάρμακα για την καρδιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Φάρμακα για το διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Άλλα φάρμακα προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Φυτικά και Ομοιοπαθητικά φάρμακα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Ποιος σας βοηθάει για να παίρνετε τα φάρμακα;

	Όχι ▼ <sub>1</sub>	Όταν χρειασθεί ▼ <sub>2</sub>	Τακτικά ▼ <sub>3</sub>	Καθημερινά ▼ <sub>4</sub>
a) Μόνος/η μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ο/η σύζυγος/σύντροφος/συγκάτοικος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Η κόρη, γιος μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Άλλος συγγενής (αναφέρατε) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ο φροντιστής μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Άλλο άτομο (αναφέρατε) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Έχετε ποτέ διακόψει την αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων ή εξετάσεων;

Ναι

Όχι

→ Πηγαίστε στην ερώτηση 47

46. Ποιος ήταν ο λόγος που δεν αγοράσατε φάρμακα ή δεν φροντίσατε για την περίθαλψή σας;

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
a) Το πρόβλημα εξαφανίστηκε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Φοβήθηκα τις παρενέργειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Είχαν αρνητικές εμπειρίες από προηγούμενα φάρμακα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Είχα οικονομικά προβλήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Δεν είχα χρόνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Άλλοι λόγοι, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ/ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ /ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ/ ΑΓΧΟΣ

### ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (Ερωτηματολόγιο Παθήσεων Giessen/GBB-24)

47. Η παρακάτω λίστα εμπεριέχει έναν αριθμό σωματικών παθήσεων. Παρακαλώ σκεφτείτε ποιες από αυτές τις παθήσεις αντιμετωπίζετε αυτόν τον καιρό και επιλέξτε τον βαθμό τον οποίο η καθεμία από αυτές σας ταλαιπωρεί. Στις παθήσεις που δεν έχετε θα πρέπει να σημειώσετε το κουτί στη στήλη «καθόλου». (Παρακαλώ επιλέξτε μόνο ένα κουτί από το 1 μέχρι το 5 σε κάθε σειρά.)

	Καθόλου ▼ <sub>1</sub>	Λίγο ▼ <sub>2</sub>	Κάπως ▼ <sub>3</sub>	Αρκετά ▼ <sub>4</sub>	Πάρα πολύ ▼ <sub>5</sub>
a) Σωματική αδυναμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Βαρύς, γρήγορος ή ακανόνιστος σφιγμός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Πίεση ή βάρος στο στομάχι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Υπερβολική υπνηλία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Πόνοι στις αρθρώσεις ή τα άκρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ίλιγγος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Οσφυαλγία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Πόνοι στον αυχένα ή στους ώμους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Τάση προς έμετο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Ναυτία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Αίσθηση σφιζιματος, πνιγμού ή κόμπτου στον λαιμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Ερυγή (Ρέψιμο)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Κάυσος στο στομάχι (Καούρα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Πονοκέφαλοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Τάση προς γρήγορη εξάντληση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Κούραση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Μούδιασμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Βάρος ή κούραση στα πόδια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Εξάντληση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Σουβλιές, πόνοι ή άλγος στο στήθος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Στομαχόπονοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) Κρίσεις δύσπνοιας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x) Πίεση στο κεφάλι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y) Ξαφνικές κρίσεις ενοχλήσεων στην καρδιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

### ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ- ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ- ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ (WHOQOL-OLD)

48. Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν το πως θα αποτιμούσατε την ποιότητα ζωής σας. (Παρακαλώ επιλέξτε ένα κουτί σε κάθε σειρά)

	Καθόλου ▼ <sub>1</sub>	Λίγο ▼ <sub>2</sub>	Μέτρια ▼ <sub>3</sub>	Πολύ ▼ <sub>4</sub>	Απολύτως ▼ <sub>5</sub>
a) Σε ποιο βαθμό η εξασθένηση των αισθήσεων σας (π.χ. ακοή, όραση, γεύση, όσφρηση, αφή) επηρεάζει την καθημερινή σας ζωή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Σε ποιο βαθμό η απώλεια για παράδειγμα της ακοής, όρασης, γεύσης, όσφρησης, αφής σας επηρεάζει την ικανότητά σας να συμμετέχετε σε δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Πόση ελευθερία έχετε να παίρνετε μόνοι σας αποφάσεις;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Σε ποιο βαθμό νιώθετε ότι μπορείτε να ελέγξετε το μέλλον σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Πόσο νιώθετε ότι σέβονται την ελευθερία σας οι άνθρωποι που είναι γύρω σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Πόσο σας απασχολεί ο τρόπος με τον οποίο θα πεθάνετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Πόσο φοβάστε το να μην είστε σε θέση να ελέγξετε τον τρόπο που θα πεθάνετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Πόσο φοβάστε τον θάνατο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Πόσο φοβάστε μήπως βρεθείτε να πονάτε πριν τον θάνατό σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Οι παρακάτω ερωτήσεις σχετίζονται με το πόσο πλήρως βιώσατε ή είσατε σε θέση να κάνετε ορισμένα πράγματα τις τελευταίες δύο εβδομάδες, όπως για παράδειγμα να βγείτε όσο επιθυμείτε. Οι ερωτήσεις αφορούν τις τελευταίες δύο εβδομάδες.

	Καθόλου ▼ <sub>1</sub>	Λίγο ▼ <sub>2</sub>	Μέτρια ▼ <sub>3</sub>	Πολύ ▼ <sub>4</sub>	Απολύτως ▼ <sub>5</sub>
k) Σε ποιο βαθμό τα προβλήματα με τις λειτουργίες των αισθήσεων (π.χ. ακοή, όραση, γεύση, όσφρηση, αφή) επηρεάζουν την ικανότητα συναναστροφής με άλλους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Σε ποιο βαθμό είσατε σε θέση να κάνετε πράγματα που θα επιθυμούσατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Σε ποιο βαθμό είσατε ικανοποιημένος/η με τις ευκαιρίες που έχετε στη ζωή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Σε ποιο βαθμό νιώθετε ότι έχετε λάβει την αναγνώριση που αξίζετε στη ζωή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Σε ποιο βαθμό νιώθετε ότι έχετε αρκετά πράγματα να κάνετε κάθε μέρα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Οι παρακάτω ερωτήσεις σας ζητούν να απαντήσετε πόσο ικανοποιημένοι, χαρούμενοι ή καλά έχετε νιώσει σχετικά με διάφορες πλευρές της ζωής τις τελευταίες δύο εβδομάδες, για παράδειγμα σχετικά με τη συμμετοχή σας στη κοινωνική ζωή ή τα επιτεύγματά σας. Οι ερωτήσεις αφορούν τις τελευταίες δύο εβδομάδες.

	Πολύ δυσανεστημένος ▼ <sub>1</sub>	Δυσανεστημένος ▼ <sub>2</sub>	Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσανεστημένος ▼ <sub>3</sub>	Ικανοποιημένος ▼ <sub>4</sub>	Πολύ ικανοποιημένος ▼ <sub>5</sub>
p) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με ό,τι έχετε πετύχει στη ζωή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον τρόπο που χρησιμοποιείτε τον χρόνο σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το επίπεδο των δραστηριοτήτων σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Πόσο ικανοποιημένος είστε με τις ευκαιρίες που έχετε να συμμετέχετε σε κοινωνικές δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Πολύ δυστυχισμένος ▼ <sub>1</sub>	Δυστυχισμένος ▼ <sub>2</sub>	Ούτε ευτυχισμένος ούτε δυστυχισμένος ▼ <sub>3</sub>	Ευτυχισμένος ▼ <sub>4</sub>	Πολύ ευτυχισμένος ▼ <sub>5</sub>
t) Πόσο χαρούμενος/η είστε αναφορικά με τα πράγματα που προσμένετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Πολύ κακή ▼ <sub>1</sub>	Κακή ▼ <sub>2</sub>	Ούτε καλή ούτε κακή ▼ <sub>3</sub>	Καλή ▼ <sub>4</sub>	Πολύ καλή ▼ <sub>5</sub>
υ) Πως θα αποτιμούσατε την λειτουργία των αισθήσεών σας (π.χ. ακοή, όραση, γεύση, όσφρηση, αφή);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται σε κάθε στενή σχέση που έχετε. Παρακαλώ απαντήστε αυτές τις ερωτήσεις αναφορικά με έναν κοντινό σύντροφο ή κάποιο άλλο κοντινο πρόσωπο με το οποίο μπορείτε να νιώσετε οικειότητα περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο στη ζωή σας.

	Καθόλου ▼ <sub>1</sub>	Λίγο ▼ <sub>2</sub>	Μέτρια ▼ <sub>3</sub>	Πολύ ▼ <sub>4</sub>	Απολύτως ▼ <sub>5</sub>
ν) Σε ποιο βαθμό νιώθετε ότι υπάρχει συντροφικότητας στη ζωή σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ω) Σε ποιο βαθμό βιώνετε αγάπη στη ζωή σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Καθόλου ▼ <sub>1</sub>	Λίγο ▼ <sub>2</sub>	Μέτρια ▼ <sub>3</sub>	Πολύ ▼ <sub>4</sub>	Απολύτως ▼ <sub>5</sub>
χ) Σε ποιο βαθμό έχετε ευκαιρίες να αγαπήσετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Σε ποιο βαθμό έχετε ευκαιρίες να αγαπηθείτε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ & ΑΓΧΟΣ

### Νοσοκομειακή Κλίμακα για το Αγχος και την Κατάθλιψη (HADS)

49. Παρακάτω θα βρείτε μία λίστα από δηλώσεις για το πως νιώθετε. (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση.)

	Τον περισσότερο καιρό ▼ <sub>3</sub>	Πολύ καιρό ▼ <sub>2</sub>	Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά ▼ <sub>1</sub>	Καθόλου ▼ <sub>0</sub>
a) Νιώθω ανήσυχος/η ή τρομαγμένος/η	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό ▼ <sub>0</sub>	Όχι στον ίδιο βαθμό ▼ <sub>1</sub>	Λίγο μόνο ▼ <sub>2</sub>	Καθόλου ▼ <sub>3</sub>
b) Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
	Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό ▼ <sub>3</sub>	Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά ▼ <sub>2</sub>	Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί ▼ <sub>1</sub>	Καθόλου ▼ <sub>0</sub>
c) Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα ▼ <sub>0</sub>	Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν ▼ <sub>1</sub>	Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ ▼ <sub>2</sub>	Καθόλου ▼ <sub>3</sub>
d) Μπορώ να γελώ και να βλέπω την χαρωπή όψη των πραγμάτων	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
	Πάρα πολύ καιρό ▼ <sub>3</sub>	Πολύ καιρό ▼ <sub>2</sub>	Όχι τόσο συχνά ▼ <sub>1</sub>	Πολύ λίγο ▼ <sub>0</sub>
e) Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Ποτέ ▼ <sub>3</sub>	Όχι συχνά ▼ <sub>2</sub>	Μερικές φορές ▼ <sub>1</sub>	Τον περισσότερο καιρό ▼ <sub>0</sub>
f) Νιώθω κεφάτος/η	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Ακριβώς ▼ <sub>0</sub>	Συνήθως ▼ <sub>1</sub>	Όχι συχνά ▼ <sub>2</sub>	Καθόλου ▼ <sub>3</sub>
g) Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος/η	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
	Σχεδόν όλο τον καιρό ▼ <sub>3</sub>	Πολύ συχνά ▼ <sub>2</sub>	Μερικές φορές ▼ <sub>1</sub>	Καθόλου ▼ <sub>0</sub>
h) Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Καθόλου ▼ <sub>0</sub>	Περιστασιακά ▼ <sub>1</sub>	Αρκετά συχνά ▼ <sub>2</sub>	Πολύ συχνά ▼ <sub>3</sub>
j) Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω 'πεταλούδες' στο στομάχι μου	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
	Την φροντίζω όπως πάντοτε ▼ <sub>0</sub>	Ισως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε ▼ <sub>1</sub>	Δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε ▼ <sub>2</sub>	Ακριβώς ▼ <sub>3</sub>
k) Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
	Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό ▼ <sub>3</sub>	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό ▼ <sub>2</sub>	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό ▼ <sub>1</sub>	Καθόλου ▼ <sub>0</sub>
l) Νιώθω νευρικός/η κι ανήσυχος/η, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Τόσο όπως και στο παρελθόν ▼ <sub>0</sub>	Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα ▼ <sub>1</sub>	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα ▼ <sub>2</sub>	Καθόλου ▼ <sub>3</sub>
m) Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

	Πράγματι πολύ συχνά ▼ <sub>3</sub>	Αρκετά συχνά ▼ <sub>2</sub>	Όχι τόσο συχνά ▼ <sub>1</sub>	Καθόλου ▼ <sub>0</sub>
n) Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
	Συχνά ▼ <sub>0</sub>	Μερικές φορές ▼ <sub>1</sub>	Όχι συχνά ▼ <sub>2</sub>	Πολύ σπάνια ▼ <sub>3</sub>
ο) Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/ τηλεοπτικό πρόγραμμα	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

## ΒΙΑ / ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ / ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΙΑ

**50.** Παρακάτω υπάρχει μία λίστα με περιστατικά τα οποία μπορεί να σας έχουν συμβεί. Πόσες φορές σας έχει συμβεί κάποιο από αυτά τα περιστατικά κατά τον προηγούμενο χρόνο; Ποια από αυτά βιώσατε πολύ έντονα; (Εάν στο άτομο δεν έχει συμβεί κανένα τέτοιο περιστατικό κατά το τελευταίο χρόνο, αλλά έχει συμβεί παλαιότερα, επιλέξτε «7». Εάν δεν έχει συμβεί ποτέ τίποτε τέτοιο επιλέξτε «8».)

**Κάποιος (σας) έχει...**

**ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ;**

1 = Μία φορά κατά τον προηγούμενο χρόνο

2 = Δύο φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο

3 = 3-5 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο

4 = 6-10 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο

5 = Περισσότερες από 11-20 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο

6 = Περισσότερες από 20 φορές

7= όχι κατά τον προηγούμενο χρόνο

αλλά έχει συμβεί παλαιότερα

8 = Δεν συνέβη ποτέ

	Μία φορά κατά τον προηγούμενο χρόνο	Δύο φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	3-5 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	6-10 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	11- 20 φορές τον προηγούμενο χρόνο	Περισσότερο από 20 φορές τον προηγούμενο χρόνο	Δεν συνέβη τον προηγούμενο χρόνο αλλά παλαιότερα	Δεν συνέβη ποτέ
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>7</sub>	▼ <sub>8</sub>
a) ... προσβάλει ή εξυβρίσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... απειλήσει (π.χ. να σας αναγκάσει να εγκατασταθείτε σε κλινική, σπάζοντας αντικείμενα τα οποία αγαπάτε)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... υπονομεύσει ή υποτιμήσει αυτό που κάνετε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... αποκλείσει ή επανηλειμμένα αγνοήσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... απειλήσει ότι θα βλάψει άλλους τους οποίους εσείς αγαπάτε (π.χ. κατοικίδια, συγγενείς)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... εμποδίζει να βλέπετε άλλους για τους οποίους νοιάζεστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ... φωνάζει ή Να κραυγάζει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ... κάνει κάτι για να σας πειράξει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ... αποκαλέσει χοντρό/η, άσχημο/η ή με άλλα κοροϊδευτικά ονόματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ... καταστρέψει κάτι που ανήκε σε εσάς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ... απηλθίσει να σας χτυπήσει ή να σας πετάξει κάποιο αντικείμενο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Εάν όλες οι απαντήσεις στην ερώτηση 50 είναι « Δεν συνέβη ποτέ», πηγαίστε στην ερώτηση 55**

**51. Ποιος έκανε αυτές τις πράξεις; Παρακαλώ επιλέξτε επίσης εάν αυτό το πρόσωπο ζει μαζί σας και τη ηλικία είναι. (Παρακαλώ επιλέξτε ένα ή περισσότερα άτομα και πόσο συχνά έκαναν αυτές τις πράξεις.)**

	Μία φορά κατά τον προηγούμενο χρόνο	Δύο φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	3-5 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	6-10 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	Περισσότερες από 11 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	11-20 φορές τον προηγούμενο χρόνο	Όχι τον προηγούμενο χρόνο αλλά παλαιότερα	Αυτό το πρόσωπο ζει μαζί σας			Εάν σας κακοποίησε, προσδιορίστε την ηλικία του ατόμου
								Δεν συνέβη ποτέ	Ναι	Όχι	
	Στήλη 1							Στήλη 2		Στήλη 3	
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>7</sub>	▼ <sub>8</sub>	▼ <sub>81</sub>	▼ <sub>82</sub>	
a Σύζυγός / σύντροφος/ συγκατάοικος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b Κόρη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c Γιος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
d Νύφη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
e Γαμπρός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
f Αδελφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
g Αδελφός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
h Εγγονή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
j Εγγονός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
k Άλλη συγγενής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
l Άλλος συγγενής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
m Φίλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
n Φίλος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
o Γνωστή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
p Γνωστός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
q Γειτόνισσα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
r Γείτονας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
s Άλλες, προσδιορίστε.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
τ Άλλοι, προσδιορίστε.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**52. Που συνέβησαν αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα από μέρη όπου έχουν λάβει χώρα τα περιστατικά που σας έχουν συμβεί. (Παρακαλώ επιλέξτε ένα ή περισσότερα μέρη όπου έχουν συμβεί αυτά τα περιστατικά.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
a) Στο σπίτι μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Κάποιο άλλο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Σε οίκο ευγηρείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Στον δρόμο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Σε μέσα μαζικής μεταφοράς (π.χ. λεωφορεία)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Σ' ένα εστιατόριο, μπαρ, καφέ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Σ' ένα κατάστημα (π.χ. εκεί όπου κάνω τα ψώνια μου)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Άλλα μέρη, προσδιορίστε.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**53. Πως αντιδράσατε σ' αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα με αντιδράσεις που πιθανόν να είχατε συνεπεία των περιστατικών που σαν συνέβησαν. (Παρακαλώ επιλέξτε καμία, μία ή περισσότερες αντιδράσεις.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
a) Φραστικά, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
b) Σωματικά, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
c) Συναισθηματικά (π.χ. θυμός, ταραχή)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
d) Αναφέρατε τα περιστατικά, προσδιορίστε σε ποιον _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
e) Απομακρυνθήκατε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
f) Άλλο, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
g) Δεν αντιδράσατε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**54. Τι αντίκτυπο είχαν αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα από εμπειρίες / συναισθήματα που μπορεί να είχατε μετά τα περιστατικά. (Παρακαλώ επιλέξτε πως επηρεαστήκατε.)**

	Καθόλου ▼ <sub>1</sub>	Κάπως ▼ <sub>2</sub>	Μέτρια ▼ <sub>3</sub>	Πολύ ▼ <sub>4</sub>
a) Ένωσα αποκομμένος από οικογένεια και φίλους	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) Θύμωσα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
c) Τρόμαξα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
d) Αναστατώθηκα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
e) Ένωσα ντροπή	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
f) Άλλα συναισθήματα, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

## ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΙΑ

**55. Πόσες φορές σας έχουν συμβεί τα παρακάτω γεγονότα κατά τον προηγούμενο χρόνο;** (Παρακαλώ επιλέξτε πόσες φορές έχει συμβεί στο άτομο το καθένα από αυτά τα περιστατικά κατά τον προηγούμενο χρόνο.) **Κάποιος (σας) έχει...**

	Μία φορά κατά τον προηγούμενο χρόνο	Δύο φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	3-5 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	6-10 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	11- 20 φορές τον προηγούμενο χρόνο	Περισσότερα από 20 φορές τον προηγούμενο χρόνο	Δεν συνέβη τον προηγούμενο χρόνο αλλά παλαιότερα	Δεν συνέβη ποτέ
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>7</sub>	▼ <sub>8</sub>
a) ... χαστουκίσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... τραβήξει απότομα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... κλοστήσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... σπρώξει ή σκουντήσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... προκαλέσει έγκλημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... πιάσει από τον λαιμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ... πετάξει κάτι που σας πόνεσε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ... στρίψει το χέρι ή τραβήξει τα μαλλιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ι) ... χρησιμοποιήσει μαχαίρι ή όπλο εναντίον σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
κ) ... γρονθοκοπήσει ή χτυπήσει με κάτι που θα μπορούσε να σας τραυματίσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
λ) ... ρίξει σε τοίχο, πόρτα ή κάποιο έπιπλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
μ) ... δείρει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ν) ... δέσει για να σας ακινητοποιήσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ο) ... περιορίσει με οποιονδήποτε τρόπο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ρ) ... κλειδώσει στο δωμάτιο σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
σ) ... δώσει ναρκωτικά ή υπερβολική δόση φαρμάκων για να σας ελέγχει / να σας κάνει τον υπακούετε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
τ) ... απειλήσει με μαχαίρι ή όπλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Εάν όλες οι απαντήσεις στην ερώτηση 55 είναι « Δεν συνέβη ποτέ», πηγαίετε στην ερώτηση 60**

**56. Ποιος έκανε αυτές τις πράξεις; (Παρακαλώ επιλέξτε ένα ή περισσότερα άτομα και πόσο συχνά έκαναν αυτές τις πράξεις.)**

	Μία φορά κατά τον προηγούμενο χρόνο	Δύο φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	3-5 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	6-10 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	Περισσότερες από 11 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	11-20 φορές τον προηγούμενο χρόνο	Όχι τον προηγούμενο χρόνο αλλά παλαιότερα	Αυτό το πρόσωπο ζει μαζί σας		Εάν σας κακοποίησε, προσδιορίστε την ηλικία του ατόμου	
	Δεν συνέβη ποτέ	Ναι	Όχι	Στήλη 1		Στήλη 2		Στήλη 3			
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>7</sub>	▼ <sub>8</sub>	▼ <sub>81</sub>	▼ <sub>82</sub>	
a Σύζυγος / σύντροφος/συγκάτοικος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b Κόρη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c Γιος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
d Νύφη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
e Γαμπρός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
f Αδελφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
g Αδελφός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
h Εγγονή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
j Εγγονός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
k Άλλη συγγενής _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
l Άλλος συγγενής _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
m Φίλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
n Φίλος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
o Γνωστή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
p Γνωστός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
q Γειτόνισσα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
r Γείτονας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
s Άλλες, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
τ Άλλοι, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**57. Που συνέβησαν αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα από μέρη όπου έχουν λάβει χώρα τα περιστατικά που σας έχουν συμβεί. (Παρακαλώ επιλέξτε ένα ή περισσότερα μέρη όπου έχουν συμβεί αυτά τα περιστατικά.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
a) Στο σπίτι μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Κάποιο άλλο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Σε οίκο ευγηρείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Στον δρόμο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Σε μέσα μαζικής μεταφοράς (π.χ. λεωφορεία)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Σ' ένα εστιατόριο, μπαρ, καφέ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Σ' ένα κατάστημα (π.χ. εκεί όπου κάνω τα ψώνια μου)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Άλλα μέρη, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**58. Πως αντιδράσατε σ' αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα με αντιδράσεις που πιθανόν να είχατε συνεπεία των περιστατικών που σαν συνέβησαν. (Παρακαλώ επιλέξτε καμία, μία ή περισσότερες αντιδράσεις.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
a) Φραστικά, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
b) Σωματικά, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
c) Συναισθηματικά (π.χ. θυμός, ταραχή)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
d) Αναφέρατε τα περιστατικά, προσδιορίστε σε ποιον _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
e) Απομακρυνθήκατε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
f) Άλλο, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
g) Δεν αντιδράσατε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**59. Τι αντίκτυπο είχαν αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα από εμπειρίες / συναισθήματα που μπορεί να είχατε μετά τα περιστατικά. (Παρακαλώ επιλέξτε πως επηρεαστήκατε.)**

	Καθόλου ▼ <sub>1</sub>	Κάπως ▼ <sub>2</sub>	Μέτρια ▼ <sub>3</sub>	Πολύ ▼ <sub>4</sub>
a) Ένιωσα αποκομμένος από οικογένεια και φίλους	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) Θύμωσα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
c) Τρόμαξα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
d) Αναστατώθηκα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
e) Ένιωσα ντροπή	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
f) Άλλα συναισθήματα, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

## ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

**60. Πόσες φορές σας έχουν συμβεί τα παρακάτω γεγονότα κατά τον προηγούμενο χρόνο; (Παρακαλώ επιλέξτε πόσες φορές έχει συμβεί στο άτομο το καθένα από αυτά τα περιστατικά κατά τον προηγούμενο χρόνο.)**

	Μία φορά κατά τον προηγούμενο χρόνο	Δύο φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	3-5 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	6-10 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	11 - 20 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	Περισσότερες από 20 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	Δεν συνέβη κατά τον προηγούμενο χρόνο αλλά παλαιότερα	Δεν συνέβη ποτέ
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>7</sub>	▼ <sub>8</sub>
a) Είχατε κάποιο στραμπουλήγμα, μώλωπες ή κάποιο μικρό τραύμα αφού έχετε υποστεί σωματική βία κτλ.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
b) Λιποθυμήσατε μετά από χτύπημα στο κεφάλι	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
c) Πήγατε στον γιατρό αφού έχετε υποστεί σωματική βία κτλ.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
d) Χρειάστηκε να πάτε στον γιατρό αφού έχετε υποστεί σωματική βία κτλ., αλλά δεν πήγατε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
e) Σπάσατε κάποιο κόκαλο αφού έχετε υποστεί σωματική βία κτλ.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
f) Νιώσατε κάποιον πόνο τον οποίο νιώθατε και την επόμενη μέρα αφού έχετε υποστεί σωματική βία κτλ.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
g) Άλλος τραυματισμός, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

**Έάν όλες οι απαντήσεις στην ερώτηση 60 είναι « Δεν συνέβη ποτέ», πηγαίνετε στην ερώτηση 65**

**61. Ποιος έκανε αυτές τις πράξεις; (Παρακαλώ επιλέξτε ένα ή περισσότερα άτομα και πόσο συχνά έκαναν αυτές τις πράξεις.)**

	Μία φορά κατά τον προηγούμενο χρόνο	Δύο φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	3-5 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	6-10 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	Περισσότερες από 11 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	11-20 φορές τον προηγούμενο χρόνο	Όχι τον προηγούμενο χρόνο αλλά παλαιότερα	Αυτό το πρόσωπο ζει μαζί σας		Εάν σας κακοποιήσει, προσδιορίστε την ηλικία του ατόμου		
								Δεν συνέβη ποτέ	Ναι		Όχι	
												Στήλη 1
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>7</sub>	▼ <sub>8</sub>	▼ <sub>81</sub>	▼ <sub>82</sub>		
a Σύζυγός / σύντροφος/συγκάτοικος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b Κόρη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c Γιος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
d Νύφη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
e Γαμπρός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
f Αδελφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
g Αδελφός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
h Εγγονή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
j Εγγονός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
k Άλλη συγγενής _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
l Άλλος συγγενής _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
m Φίλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
n Φίλος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
o Γνωστή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
p Γνωστός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
q Γειτόνισσα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
r Γείτονας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
s Άλλες, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
♦ Άλλοι, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**62. Που συνέβησαν αυτά τα περιστατικά; (Παρακαλώ επιλέξτε ένα ή περισσότερα μέρη όπου έχουν συμβεί αυτά τα περιστατικά.)**

	Ναι	Όχι
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>
a) Στο σπίτι μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Κάποιο άλλο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Σε οίκο ευγηρείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Στον δρόμο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Σε μέσα μαζικής μεταφοράς (π.χ. λεωφορεία)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Σ' ένα εστιατόριο, μπαρ, καφέ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Σ' ένα κατάστημα (π.χ. εκεί όπου κάνω τα ψώνια μου)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Άλλα μέρη, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**63. Πως αντιδράσατε σ' αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα με αντιδράσεις που πιθανόν να είχατε συννεπεία των περιστατικών που σαν συνέβησαν. (Παρακαλώ επιλέξτε καμία, μία ή περισσότερες αντιδράσεις.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
a) Φραστικά, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Σωματικά, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Συναισθηματικά (π.χ. θυμός, ταραχή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Αναφέρατε τα περιστατικά, προσδιορίστε σε ποιον _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Απομακρυνθήκατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Άλλο, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Δεν αντιδράσατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**64. Τι αντίκτυπο είχαν αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα από εμπειρίες / συναισθήματα που μπορεί να είχατε μετά τα περιστατικά. (Παρακαλώ επιλέξτε πως επηρεαστήκατε.)**

	Καθόλου ▼ <sub>1</sub>	Κάπως ▼ <sub>2</sub>	Μέτρια ▼ <sub>3</sub>	Πολύ ▼ <sub>4</sub>
a) Ένιωσα αποκομμένος από οικογένεια και φίλους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Θύμωσα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Τρόμαξα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Αναστατώθηκα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ένιωσα ντροπή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Άλλα συναισθήματα, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**65. Πόσες φορές σας έχουν συμβεί τα παρακάτω γεγονότα τον τελευταίο χρόνο; (Παρακαλώ επιλέξτε πόσες φορές έχει συμβεί στο άτομο το καθένα από αυτά τα περιστατικά κατά τον προηγούμενο χρόνο.) Κάποιος (σας) έχει / κάποιοι (σας) έχουν...**

	Μία φορά κατά τον προηγούμενο χρόνο ▼ <sub>1</sub>	Δύο φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο ▼ <sub>2</sub>	3-5 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο ▼ <sub>3</sub>	6-10 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο ▼ <sub>4</sub>	11- 20 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο ▼ <sub>5</sub>	Περισσότερες από 20 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο ▼ <sub>6</sub>	Όχι κατά τον προηγούμενο χρόνο, αλλά έχει συμβεί παλαιότερα ▼ <sub>7</sub>	Δεν συνέβη ποτέ ▼ <sub>8</sub>
a) ... αναγκάσει να του / τους δώσετε τα χρήματά σας, αγαθά ή περουσικά στοιχεία παρά τη θέλησή σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... επιχειρήσει να σας αναγκάσει να του / τους δώσετε τα χρήματά σας, αγαθά ή περουσικά στοιχεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... επιχειρήσει να πάρει τα χρήματά σας, αγαθά ή περουσικά στοιχεία μέσω απάτης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... επιχειρήσει να πάρει ή να διατηρήσει την εξουσία του πληρεξουσίου παρά τη θέλησή σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... αποπειραθεί να κλέψει χρήματά, αγαθά ή περουσικά από εσάς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... κλέψει χρήματά, αγαθά ή περουσικά από εσάς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ... χρησιμοποιήσει απάτη για να πάρει χρήματά, αγαθά ή περουσικά από εσάς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ... πάρει ή διατηρήσει την εξουσία του πληρεξουσίου παρά τη θέλησή σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ... έκανε κάποια άλλη πράξη για να πάρει χρήματά, αγαθά ή περουσικά από εσάς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Εάν όλες οι απαντήσεις στην ερώτηση 65 είναι « Δεν συνέβη ποτέ », πηγαίνετε στην ερώτηση 70**

**66. Ποιος έκανε αυτές τις πράξεις; (Παρακαλώ επιλέξτε ένα ή περισσότερα άτομα και πόσο συχνά έκαναν αυτές τις πράξεις.)**

	Μία φορά κατά τον προηγούμενο χρόνο	Δύο φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	3-5 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	6-10 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	Περισσότερες από 11 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	11-20 φορές τον προηγούμενο χρόνο	Όχι τον προηγούμενο χρόνο αλλά παλαιότερα	Αυτό το πρόσωπο ζει μαζί σας			Εάν σας κακοποίησε, προσδιορίστε την ηλικία του ατόμου	
								Δεν συνέβη ποτέ	Ναι	Όχι		
												▼ <sub>1</sub>
	Στήλη 1							Στήλη 2		Στήλη 3		
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>7</sub>	▼ <sub>8</sub>	▼ <sub>81</sub>	▼ <sub>82</sub>		
a	Σύζυγός / σύντροφος/συγκάτοικος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b	Κόρη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c	Γιος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
d	Νύφη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
e	Γαμπρός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
f	Αδελφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
g	Αδελφός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
h	Εγγονή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
j	Εγγονός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
k	Άλλη συγγενής _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
l	Άλλος συγγενής _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
m	Φίλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
n	Φίλος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
o	Γνωστή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
p	Γνωστός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
q	Γειτόνισσα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
r	Γείτονας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
s	Άλλες, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
♦	Άλλοι, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**67. Που συνέβησαν αυτά τα περιστατικά; (Παρακαλώ επιλέξτε ένα ή περισσότερα μέρη όπου έχουν συμβεί αυτά τα περιστατικά.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
a) Στο σπίτι μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Κάποιο άλλο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Σε οίκο ευγηρείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Στον δρόμο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Σε μέσα μαζικής μεταφοράς (π.χ. λεωφορεία)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Σ' ένα εστιατόριο, μπαρ, καφέ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Σ' ένα κατάστημα (π.χ. εκεί όπου κάνω τα ψώνια μου)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Άλλα μέρη, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**68. Πως αντιδράσατε σ' αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα με αντιδράσεις που πιθανόν να είχατε συνεπεία των περιστατικών που σαν συνέβησαν. (Παρακαλώ επιλέξτε καμία, μία ή περισσότερες αντιδράσεις.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
a) Φραστικά, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
b) Σωματικά, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
c) Συναισθηματικά (π.χ. θυμός, ταραχή)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
d) Αναφέρατε τα περιστατικά, προσδιορίστε σε ποιον _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
e) Απομακρυνθήκατε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
f) Άλλο, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
g) Δεν αντιδράσατε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**69. Τι αντίκτυπο είχαν αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα από εμπειρίες / συναισθήματα που μπορεί να είχατε μετά τα περιστατικά. (Παρακαλώ επιλέξτε πως επηρεαστήκατε.)**

	Καθόλου ▼ <sub>1</sub>	Κάπως ▼ <sub>2</sub>	Μέτρια ▼ <sub>3</sub>	Πολύ ▼ <sub>4</sub>
a) Ένιωσα αποκομμένος από οικογένεια και φίλους	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) Θύμωσα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
c) Τρόμαξα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
d) Αναστατώθηκα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
e) Ένιωσα ντροπή	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
f) Άλλα συναισθήματα, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

## ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

**70. Πόσες φορές σας έχουν συμβεί τα παρακάτω γεγονότα τον τελευταίο χρόνο;** (Παρακαλώ επιλέξτε πόσες φορές έχει συμβεί στο άτομο το καθένα από αυτά τα περιστατικά κατά τον προηγούμενο χρόνο.) **Κάποιος (σας) έχει...**

	Μία φορά κατά τον προηγούμενο χρόνο	Δύο φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	3-5 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	6-10 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	11- 20 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	Περισσότερες από 20 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	Όχι κατά τον προηγούμενο χρόνο, αλλά παλαιότερα	Δεν συνέβη ποτέ
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>7</sub>	▼ <sub>8</sub>
a) ... μιλήσει με ερωτικό τόνο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
b) ... αγγίξει με ερωτικό τρόπο παρά τη θέλησή σας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
c) ... προσπαθήσει να σας αγγίξει με ερωτικό τρόπο παρά τη θέλησή σας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
d) ... αναγκάσει να παρακολουθήσετε πορνογραφικού περιεχομένου φιλμ παρά τη θέλησή σας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
e) ... προσπαθήσει να σας αναγκάσει να παρακολουθήσετε πορνογραφικού περιεχομένου φιλμ παρά τη θέλησή σας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
f) ... σεξουαλική επαφή μαζί σας παρά τη θέλησή σας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
g) ... προσπαθήσει να έχει σεξουαλική επαφή μαζί σας παρά τη θέλησή σας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
h) Άλλες ενοχλητικές συμπεριφορές σεξουαλικού περιεχομένου	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

Εάν όλες οι απαντήσεις στην ερώτηση 70 είναι « Δεν συνέβη ποτέ», πηγαίνετε στην ερώτηση 75

**71. Ποιος έκανε αυτές τις πράξεις; (Παρακαλώ επιλέξτε ένα ή περισσότερα άτομα και πόσο συχνά έκαναν αυτές τις πράξεις.)**

	Μία φορά κατά τον προηγούμενο χρόνο	Δύο φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	3-5 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	6-10 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	Περισσότερες από 11 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	11-20 φορές τον προηγούμενο χρόνο	Όχι τον προηγούμενο χρόνο αλλά παλαιότερα	Αυτό το πρόσωπο ζει μαζί σας	Αυτό το πρόσωπο ζει μαζί σας	Εάν σας κακοποίησε προσδιορίστε την ηλικία του ατόμου		
	Δεν συνέβη ποτέ	Ναι	Όχι									
	Στήλη 1							Στήλη 2		Στήλη 3		
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>7</sub>	▼ <sub>8</sub>	▼ <sub>81</sub>	▼ <sub>82</sub>		
a	Σύζυγός / σύντροφος/ συγκάτοικος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b	Κόρη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c	Γιος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
d	Νύφη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
e	Γαμπρός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
f	Αδελφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
g	Αδελφός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
h	Εγγονή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
j	Εγγονός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
k	Άλλη συγγενής _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
l	Άλλος συγγενής _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
m	Φίλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
n	Φίλος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
o	Γνωστή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
p	Γνωστός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
q	Γειτόνισσα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
r	Γείτονας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
s	Άλλες, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
τ	Άλλοι, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**72. Που συνέβησαν αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα με αντιδράσεις που πιθανόν να είχατε συνεπεία των περιστατικών που σαν συνέβησαν. (Παρακαλώ επιλέξτε καμία, μία ή περισσότερες αντιδράσεις.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
a) Στο σπίτι μου	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
b) Κάποιο άλλο σπίτι	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
c) Σε οίκο ευγηρείας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
d) Στον δρόμο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
e) Σε μέσα μαζικής μεταφοράς (π.χ. λεωφορεία)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
f) Σ' ένα εστιατόριο, μπαρ, καφέ	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
g) Σ' ένα κατάστημα (π.χ. εκεί όπου κάνω τα ψώνια μου)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
h) Άλλα μέρη, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**73. Πως αντιδράσατε σ' αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα με αντιδράσεις που πιθανόν να είχατε συνεπεία των περιστατικών που σαν συνέβησαν. (Παρακαλώ επιλέξτε καμία, μία ή περισσότερες αντιδράσεις.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
a) Φραστικά, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
b) Σωματικά, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
c) Συναισθηματικά (π.χ. θυμός, ταραχή)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
d) Αναφέρατε τα περιστατικά, προσδιορίστε σε ποιον _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
e) Απομακρυνθήκατε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
f) Άλλο, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
g) Δεν αντιδράσατε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**74. Τι αντίκτυπο είχαν αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα από εμπειρίες / συναισθήματα που μπορεί να είχατε μετά τα περιστατικά. (Παρακαλώ επιλέξτε πως επηρεαστήκατε.)**

	Καθόλου ▼ <sub>1</sub>	Κάπως ▼ <sub>2</sub>	Μέτρια ▼ <sub>3</sub>	Πολύ ▼ <sub>4</sub>
a) Ένιωσα αποκομμένος από οικογένεια και φίλους	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) Θύμωσα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
c) Τρόμαξα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
d) Αναστατώθηκα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
e) Ένιωσα ντροπή	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
f) Άλλα συναισθήματα, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

## ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ

**75. Παρακάτω υπάρχει μία λίστα δραστηριοτήτων στις οποίες πιθανόν χρειαστήκατε βοήθεια. Εάν χρειαστήκατε λάβατε βοήθεια σε κάποια από αυτές;**

	Ναι, χρειάστηκα και έλαβα βοήθεια ▼ <sub>1</sub>	Ναι, χρειάστηκα αλλά δεν έλαβα βοήθεια ▼ <sub>2</sub>	Όχι, δεν χρειάστηκα βοήθεια ▼ <sub>3</sub>
a) Να ψωνίσω τρόφιμα, ρούχα ή άλλα πράγματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Να ετοιμάσω γεύματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Να κάνω καθημερινές δουλειές στο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ταξίδι, μετακινήσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Να σηκωθώ και να ξαπλώσω στο κρεβάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Να πλυθώ και να κάνω μπάνιο (περιλαμβάνεται και το να μπω και να βγω από το μπάνιο)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Να ντυθώ και να ξεντυθώ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Να φάω, περιλαμβάνεται και το να κόψω την τροφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Να πάω και να χρησιμοποιήσω την τουαλέτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Βοήθεια στον υπολογισμό της σωστής δόσης και χρόνου λήψης φαρμάκων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Οποιαδήποτε άλλη καθημερινή δραστηριότητα, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Άλλες δραστηριότητες του νοικοκυριού (π.χ. κηπουρική)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Γενική κινητικότητα στο σπίτι / οίκο ευγηρείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Εάν όλες οι παραπάνω απαντήσεις στην ερώτηση 75 είναι «ναι, χρειάστηκα και έλαβα βοήθεια» πηγαίνετε στην ερώτηση 77. Εάν καμία από τις παραπάνω ερωτήσεις δεν απαντήθηκε « ναι, χρειάστηκα αλλά δεν έλαβα βοήθεια» μην απαντήσετε τις ερωτήσεις 77-81. Εάν όλες οι παραπάνω ερωτήσεις απαντήθηκαν « δεν χρειάστηκα βοήθεια» πηγαίνετε στην ερώτηση 82.**

**76. Ποιος σας βοήθησε; Σκεφτόμενοι δραστηριότητες όπου χρειαστήκατε / λάβατε βοήθεια, ποιος σας βοήθησε; (Παρακαλώ επιλέξτε ένα ή περισσότερα άτομα που σας βοήθησαν κατά τον προηγούμενο χρόνο με ναι ή όχι ή Δ.Α., αν δεν σας απαντήσει.)**

	Ναι▼ <sub>1</sub>	Όχι▼ <sub>2</sub>
a)Σύζυγος / σύντροφος/συγκάτοικος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Κόρη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Γιος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Νύφη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)Γαμπρός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)Αδελφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)Αδελφός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)Εγγονή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)Εγγονός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k)Άλλη συγγενής _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l)Άλλος συγγενής _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m)Φίλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n)Φίλος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o)Γνωστή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p)Γνωστός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q)Γειτόνισσα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r)Γείτονας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s)Άλλες, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t)Άλλοι, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**77. Ποιος δεν σας βοήθησε; Σκεφτόμενοι δραστηριότητες όπου χρειαστήκατε βοήθεια, ποιος απέφυγε να σας βοηθήσει και πόσο συχνά; (Παρακαλώ επιλέξτε ένα ή περισσότερα πρόσωπα που δεν σας βοήθησαν κατά τον προηγούμενο χρόνο και πόσες φορές)**

	Μία φορά κατά τον προηγούμενο χρόνο	Δύο φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	3-5 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	6-10 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	Περισσότερες από 11 φορές κατά τον προηγούμενο χρόνο	11-20 φορές τον προηγούμενο χρόνο	Όχι τον προηγούμενο χρόνο αλλά παλαιότερα	Αυτό το πρόσωπο ζει μαζί σας  Δεν συνέβη ποτέ	Εάν σας κακοποίησε προσδιορίστε την ηλικία του ατόμου			
									Ναι	Όχι		
									Στήλη 1	Στήλη 2	Στήλη 3	
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>7</sub>	▼ <sub>8</sub>	▼ <sub>81</sub>	▼ <sub>82</sub>		
a Σύζυγός / σύντροφος / συγγάμοικος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b Κόρη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c Γιος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
d Νύφη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
e Γαμπρός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
f Αδελφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
g Αδελφός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
h Εγγονή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
j Εγγονός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
k Άλλη συγγενής.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
l Άλλος συγγενής.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
m Φίλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
n Φίλος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
o Γνωστή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
p Γνωστός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
q Γειτόνισσα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
r Γείτονας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
s Άλλες, προσδιορίστε.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
τ Άλλοι, προσδιορίστε.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**78. Που συνέβησαν αυτά τα περιστατικά; (Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
a) Στο σπίτι μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Κάποιο άλλο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Σε οίκο ευγηρείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Άλλα μέρη, προσδιορίστε.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**79. Γιατί δεν λάβατε βοήθεια; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα από λόγους γιατί δεν λάβατε βοήθεια. (Παρακαλώ επιλέξτε έναν ή περισσότερους λόγους.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
Το άτομο που σας φροντίζει (π.χ. συγγενής) ήταν στη δουλειά	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Το άτομο που σας φροντίζει (π.χ. συγγενής) ήταν άρρωστο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Το άτομο που σας φροντίζει (π.χ. συγγενής) ήταν σε διακοπές	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Το άτομο που σας φροντίζει (π.χ. συγγενής) το ξέχασε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Το άτομο που σας φροντίζει (π.χ. συγγενής) ήταν απασχολημένο / μη διαθέσιμο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Δεν ζήτησα βοήθεια	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Δεν ξέρω τον λόγο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Άλλο, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**80. Πως αντιδράσατε; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα με αντιδράσεις που θα μπορούσατε να έχετε λόγω του ότι χρειαστήκατε βοήθεια αλλά δεν λάβατε. (Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες αντιδράσεις.)**

	Ναι ▼ <sub>1</sub>	Όχι ▼ <sub>2</sub>
Σωματικά, παρακαλώ προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Συναισθηματικά (π.χ. θυμός, ταραχή)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Άλλο, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Δεν αντέδρασα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

**81. Τι αντίκτυπο είχαν αυτά τα περιστατικά; Παρακάτω υπάρχει μία λίστα από εμπειρίες / συναισθήματα που μπορεί να είχατε λόγω του ότι χρειαστήκατε βοήθεια αλλά δεν λάβατε. (Παρακαλώ επιλέξτε πως επηρεαστήκατε.)**

	Καθόλου ▼ <sub>1</sub>	Κάπως ▼ <sub>2</sub>	Μέτρια ▼ <sub>3</sub>	Πολύ ▼ <sub>4</sub>
a) Ένιωσα αποκομμένος από οικογένεια και φίλους	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) Θύμωσα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
c) Τρόμαξα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
d) Αναστατώθηκα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
e) Ένιωσα ντροπή	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
f) Ένιωσα άβολα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
g) Ένιωσα ότι πεινάω	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
h) Άλλα συναισθήματα, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

## ΑΣΧΟΛΙΕΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

**82. Τέλος, ποιες ασχολίες σας αρέσουν και πόσο συχνά τις ασκείτε; (Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις)**

	Ποτέ	Μηνιαία		Εβδομαδιαία			Καθημερινά
		1 φορά ή λιγότερο	2 έως 4 φορές	1 φορά εβδομαδιαία	2 έως 3 φορές	4 έως 6 φορές	
	▼ <sub>1</sub>	▼ <sub>2</sub>	▼ <sub>3</sub>	▼ <sub>4</sub>	▼ <sub>5</sub>	▼ <sub>6</sub>	▼ <sub>7</sub>
a) Ραπτική, πλέξιμο, κηπουρική, συλλογές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Διάβασμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Τηλεόραση, μουσική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Συναντήσεις με την οικογένεια / μέλη της οικογένειας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Φύλαξη των εγγονιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Κοινωνικές δραστηριότητες (π.χ. παρέα με φίλους)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Θρησκευτικές δραστηριότητες (π.χ. εκκλησία)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ασχολίες έξω από το σπίτι (π.χ. σινεμά ή θέατρο)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Σωματική άσκηση (π.χ. βόδιμα, κολύμβηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Καλλιτεχνικές ασχολίες (π.χ. ζωγραφική, κάποιο μουσικό όργανο)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ταξίδια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Άλλο χόμπυ, προσδιορίστε _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ΘΡΗΣΚΕΙΑ

**83. Θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας θρησκευόμενο ; (Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση.)**

Καθόλου	Κάπως	Αρκετά	Πολύ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Εάν δεν θεωρείται τον εαυτό σας θρησκευόμενο πηγαίνετε στην ερώτηση 85**

**84. Εάν θεωρείτε τον εαυτό σας θρησκευόμενο, σε ποια θρησκεία ανήκετε ή νιώθετε ότι είστε συνδεδεμένος; Παρακαλώ προσδιορίστε \_\_\_\_\_**

*(Παρακαλώ ζητήστε επεξήγηση και επιλέξτε μία απάντηση από την παρακάτω λίστα.)*

Προτεσταντική	<input type="checkbox"/>
Ρωμαιοκαθολική	<input type="checkbox"/>
Ορθόδοξη	<input type="checkbox"/>
Εβραϊκή	<input type="checkbox"/>
Ισλαμική	<input type="checkbox"/>
Άλλη (Παρακαλώ προσδιορίστε): _____	<input type="checkbox"/>

**85. Εχετε να προσθέσετε κάποια σχόλια σχετικά με τις ερωτήσεις ή θα θέλατε να μας πείτε κάτι;**

---



---



---



---

## ΜΕΡΟΣ 2

### ΠΡΟΕΡΑΙΤΙΚΟ

**86. Σε τι ποσό υπολογίζετε ότι ανέρχεται το σύνολο των εσόδων σας από απολαβές, μισθούς, εισόδημα από αυτο-απασχόληση, σύνταξη λόγω ηλικίας, κατόπιν εκκαθάρισης από φόρους και ασφαλιστικές εισφορές; (Παρακαλώ ρωτήστε για το συνολικό ποσό εισοδημάτων τον μήνα σε € και επιλέξτε ένα κουτί)**

a) < 1000	<input type="checkbox"/>	1
b) 1001 - 1500	<input type="checkbox"/>	2
c) 1501 - 2000	<input type="checkbox"/>	3
d) 2001 - 2500	<input type="checkbox"/>	4
e) 2501 - 3000	<input type="checkbox"/>	5
f) > 3000	<input type="checkbox"/>	6
g) Δεν γνωρίζω		
h) Δεν θέλω να το αναφέρω		

**87. Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν την κατοικία σας. (Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις.) Εκεί που μένετε υπάρχει...**

	Ναι	Όχι		
...εσωτερικό μπάνιο ή ντουζιέρα μόνο για προσωπική χρήση του νοικοκυριού σας	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
...εσωτερική τουαλέτα μόνο για προσωπική χρήση του νοικοκυριού σας	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
...θέρμανση	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
...μπαλκόνι, ταράτσα ή κήπο	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2

**88. Επιπλέον, αναφορικά με την κατοικία σας, θα λέγατε ότι... (Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις.)**

	Ναι	Όχι		
...δεν είναι ευρύχωρη	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
...κοστίζει πάρα πολύ σε σχέση με τα χρήματα που πρέπει να ξοδεύω για την καθημερινή διαβίωση	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
...δεν είναι αρκετά φωτεινή	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
...οι εγκαταστάσεις που διαθέτει για θέρμανση και δροσιά είναι ανεπαρκείς	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2

**89. Και για την περιοχή στην οποία βρίσκεται η κατοικία σας, θα λέγατε ότι... (Παρακαλώ επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις.)**

	Ναι	Όχι		
...έχει αρκετά καταστήματα και υπηρεσίες όπως φαρμακεία, ιατρεία, αγορές και τα παρόμοια σε λογικές αποστάσεις	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
...υπάρχει επαρκής πρόσβαση σε μέσα δημόσιας συγκοινωνίας	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
...έχει μόλυνση, θόρυβο και άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
...υπάρχει υψηλή εγκληματικότητα	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2

Σας ευχαριστώ πάρα πολύ, ήταν **μεγάλη** ευχαρίστηση να σας πάρω συνέντευξη!

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ!**