

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Αξιολόγηση του επιπέδου εγγραμματοσύνης της υγείας σε πληθυσμό
αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα»

Βαλεντίνα Λεγκάτα
Αρ. μητρώου: 20003

Επιβλέπων:
Δρ. Αριστομένης Συγγελάκης

Αθήνα, Μάιος, 2022

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

Assessing health literacy level among asylum seekers in Greece

Valentina Legata

Registration Number: 20003

Supervisor name and

surname:

Dr. Syngelakis Aristomenis

Athens, May, 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

«Αξιολόγηση του επιπέδου εγγραμματοσύνης της υγείας σε πληθυσμό αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΑΡΙΣΤΟΜΕΝΗΣ ΣΥΓΓΕΛΑΚΗΣ	ΕΠΙΣΤ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ	
	ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΣΟΥΛΗΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Βαλεντίνα Λεγκάτα του Κόλε, με αριθμό μητρώου 20003 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και διαχείριση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, οικονομικών και κοινωνικών επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα



*** Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

(Υπογραφή)

*** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):**

[https://www.uniwa.gr/wp-](https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91)

[content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91](https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον α' επιβλέποντα της Διπλωματικής μου Εργασίας Δρ. Αριστομένη Συγγελάκη για την συνεργασία και την κατανόηση που έδειξε, προσφέροντας καθοδήγηση και ακούγοντας τις ανησυχίες και τις σκέψεις μου σε κάθε δυσκολία.

Επίσης, ευχαριστώ πολύ τον διερμηνέα και τους συμμετέχοντες της έρευνας για την συνεργασία, καθώς χωρίς εκείνους δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, τους φίλους μου και τους συναδέλφους μου για την στήριξή τους και την κατανόησή τους όλον αυτό τον καιρό.

Περίληψη

Η εγγραμματοσύνη της υγείας (ΕΥ) σχετίζεται με τις ικανότητες των ανθρώπων να ανταποκρίνονται στις σύνθετες απαιτήσεις της υγείας στην σύγχρονη κοινωνία. Σε σχέση με το επίπεδο εγγραμματοσύνης των αιτούντων διεθνούς προστασίας και την εμπειρία τους με τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης των χωρών υποδοχής, η γνώση μας είναι περιορισμένη. Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο την διερεύνηση του επιπέδου της εγγραμματοσύνης της υγείας καθώς και των κοινωνικό - δημογραφικών παραγόντων που συνδέονται με την Ε.Υ. σε Αφγανούς αιτούντες άσυλο που διαμένουν στην Ελλάδα. Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική περιγραφική μελέτη μεταξύ 164 Αφγανών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 29,9% των συμμετεχόντων κατείχε ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας, το 27,4% προβληματική και το 42,7% επαρκή. Επίσης, σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ικανότητα στοιχειώδους αναζήτησης πληροφοριών στο διαδίκτυο ήταν εκείνα που σχετιζόντουσαν και επηρέαζαν το επίπεδο εγγραμματοσύνης της υγείας του ατόμου.

Λέξεις κλειδιά: εγγραμματοσύνη της υγείας, αιτούντες διεθνούς προστασίας, Αφγανοί αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα, ανισότητες υγείας, Σύστημα υγείας

Abstract

Health Literacy (HL) is related to the ability of people to meet the complex demand of health in modern society. Little is known about the level of literacy of asylum seekers and their experience with the host countries' healthcare systems. This study aims to examine the level of health literacy as well as the socio-demographic factors associated with HL to Afghan asylum seekers residing in Greece.: A cross-sectional study was conducted among 164 Afghans. According to survey results, 29.9% of the participants had insufficient health literacy, 27.4% problematic and 42.7% adequate. Also, regarding the demographic characteristics, the results showed that age, educational level and the ability to search for information on the internet were the ones that were relevant and influenced the level of literacy of the individual's health.

Keywords: Health Literacy, Afghan asylum seekers in Greece, health inequalities, Health system

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	10
Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ Ή ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	11
1.1 Ιστορική ανασκόπηση του όρου Εγγραμματοσύνη.....	11
1.2 Επίπεδα Εγγραμματοσύνης της υγείας.....	12
1.3 Εννοιολογική προσέγγιση της « εγγραμματοσύνης της υγείας »	13
1.4 Συνέπειες χαμηλού επιπέδου εγγραμματοσύνης	15
1.5 Ο ρόλος της κουλτούρας στην εγγραμματοσύνη της υγείας	18
1.6 Εγγραμματοσύνη της υγείας και κοινωνική ανισότητα.....	19
1.7 Εργαλεία αξιολόγησης της Εγγραμματοσύνης της υγείας	21
1.8 Διεθνείς εμπειρικές έρευνες για την εγγραμματοσύνη της υγείας	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΑΦΓΑΝΟΙ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΑΣΥΛΟ	29
2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός των όρων «πρόσφυγας» και «αιτών άσυλο»	29
2.2 Χορήγηση διεθνούς προστασίας στην Ελλάδα	31
2.3 Δικαιώματα αιτούντων διεθνούς προστασίας	32
2.4 Μετακίνηση Αφγανικού πληθυσμού.....	34
2.5 Εκπαίδευση και ποσοστά αλφαριθμητισμού Αφγανών	36
2.6 Αιτούντες διεθνούς προστασίας και υγεία.....	377
Β΄ ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	40
3.1 Σκοπός της έρευνας	40
3.2 Ερευνητικές ερωτήσεις.....	40
3.3 Επιλογή μεθόδου έρευνας	40
3.4 Ο «υπό μελέτη» πληθυσμός-μεθοδολογία δειγματοληψίας	41
3.5 Ζητήματα δεοντολογίας (αδειοδότηση της έρευνας)	41
3.6 Συλλογή δεδομένων και ερευνητικά εργαλεία	42
3.7 Στατιστική Ανάλυση.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	44
4.1 Συσχέτιση κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας και δημογραφικών στοιχείων	50
4.2 Πολυπαραγοντική ανάλυση κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	56
5.1 Περιορισμοί της Έρευνας.....	58
5.2 Περαιτέρω παρατηρήσεις	59
5.3 Συμβολή και προστιθέμενη αξία της παρούσας έρευνας	60

5.4 Συμπεράσματα.....	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	62
Α. Ξενόγλωσση	62
Β. Ελληνόγλωσση	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. Ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16 στα Ελληνικά.....	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. Ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16 στα Νταρί.....	85

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	42
Πίνακας 2. Χρόνια νοσήματα συμμετεχόντων	43
Πίνακας 3. Κλίμακα Εγγραμματοσύνη υγείας HLS-EU-Q16	45
Πίνακας 4. Περιγραφικά αποτελέσματα κλίμακας.....	46
Πίνακας 5. Επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας του πληθυσμού.....	47
Πίνακας 6. Κλίμακα συσχέτισης Εγγραμματοσύνης Υγείας και δημογραφικών στοιχείων.....	48
Πίνακας 7. Κλίμακα εγγραμματοσύνη υγείας και η συσχέτιση του με την στοιχειώδη αναζήτηση πληροφοριών στο διαδίκτυο.....	49
Πίνακας 8. Συντελεστές συσχέτισης του Spearman.....	51
Πίνακας 9. Πολυπαραγοντική ανάλυση κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας.....	53

Συντομογραφίες

E Y	Εγγραμματοσύνη υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
HL	Health Literacy
HIV	Ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας
HLS_EU_Q_47	European Health Literacy Questionnaire 47
HLS_EU_Q_16	European Health Literacy Questionnaire 16
NVS	New Vital Sign
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

Εισαγωγή

Η βελτίωση της εγγραμματοσύνης της υγείας (E.Y.) είναι ζωτικής σημασίας καθώς αποτελεί μέσο για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και έχει αναγνωριστεί ως βασικός παράγοντας για την προαγωγή και βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των ατόμων (Watson, 2011). Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί μια πρωτότυπη πρωτογενή μελέτη για τα ελληνικά δεδομένα και στοχεύει στο να συμβάλει στην διερεύνηση της υγείας και των συνεπειών της στο σύστημα υγείας και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Σκοπός της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός του επιπέδου της εγγραμματοσύνης της υγείας καθώς και των κοινωνικό - δημογραφικών παραγόντων που συνδέονται με την E.Y. σε Αφγανούς αιτούντες άσυλου διεθνούς προστασίας που διαμένουν στην Ελλάδα. Οι αιτούντες άσυλου αποτελούν μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα που έχει παρατηρηθεί να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας. Η εγγραμματοσύνη της υγείας θεωρείται ένας καθοριστικός παράγοντας για την ενδυνάμωση των ατόμων, την προώθηση της υγείας και αποτελεί ένα ισχυρό μέσο για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων (Wångdahl, 2014).

Η δομή της εργασίας αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στα δύο πρώτα μέρη πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και στο τρίτο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, αναφέρονται ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας, το μεθοδολογικό εργαλείο που επιλέχθηκε, ο πληθυσμός της έρευνας, τα δεοντολογικά και ηθικά όρια, ο τρόπος που διεξήγαμε την παρούσα έρευνα καθώς και τα αποτελέσματα αυτή. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, το 29,9% των συμμετεχόντων κατείχε ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας, το 27,4% προβληματική και το 42,7% επαρκή. Επίσης, σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ικανότητα στοιχειώδους αναζήτησης πληροφοριών στο διαδίκτυο ήταν εκείνα που σχετιζόντουσαν και επηρέαζαν το επίπεδο εγγραμματοσύνης της υγείας του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Ιστορική ανασκόπηση του όρου Εγγραμματοσύνη

Μέχρι τον 18^ο αιώνα η εγγραμματοσύνη αναφερόταν στην ικανότητα ενός ατόμου να υπογράψει ένα έγγραφο με το όνομα του αντί να γραφεί ένα «Χ.», Στα μέσα του ίδιου αιώνα ο όρος εγγράμματος αναφερόταν στο άτομο που μπορούσε να γράφει και να διαβάζει. Αυτός ο ορισμός εξελίχθηκε μεταξύ του τέλους του 19ου αιώνα και αρχές του 20ου αιώνα, όπου ελάχιστοι άνθρωποι ήταν αγράμματοι, τότε εμφανίζεται και η έννοια της λειτουργικής εγγραμματοσύνης όπου αναφέρεται στις δεξιότητες του ατόμου που είναι απαραίτητες για να μπορεί να ανταπεξέλθει σε καταστάσεις τις καθημερινότητας του και στην ελάχιστη εκπαίδευση που απαιτείται προκειμένου ένα άτομο να μπορεί να εργαστεί (Cupta et al., 2017). Στα τέλη του 1970, οι άνθρωποι χρειάζονταν τουλάχιστον απολυτήριο λυκείου για να θεωρηθούν εγγράμματοι. Τις δεκαετίες που ακολούθησαν οι απαιτήσεις στον εργασιακό τομέα πρόσταζαν όλο και περισσότερη εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες (Berkman, Davis and McCormack, 2010).

Η εγγραμματοσύνη της υγείας είναι ένας όρος που εισήχθη για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1970 και έκτοτε λαμβάνει διαρκώς αυξανόμενη σημασία για τη δημόσια υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Ο όρος σχετίζεται με τις ικανότητες των ανθρώπων να ανταποκρίνονται στις σύνθετες απαιτήσεις της υγείας στην σύγχρονο κοινωνία. Ένα άτομο με επαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης της υγείας έχει την ικανότητα να λάβει την ευθύνη για τη δική του υγεία, την υγείας της οικογένειάς του και για δημόσια υγεία (Soresen et al., 2012). Για αρκετό διάστημα, η εγγραμματοσύνη της υγείας αναφερόταν στην ικανότητα του ανθρώπου να κατανοεί και να διαχειρίζεται κείμενα ιατρικού περιεχομένου. Έπειτα, η έννοια αυτή διευρύνθηκε και πλέον περιλαμβάνει την ταυτόχρονη χρήση ενός πιο περίπλοκου και αλληλένδετου συνόλου ικανοτήτων, όπως την ικανότητα του ατόμου να διαβάζει, να κατανοεί και να συμμετέχει ενεργά πάνω στην ιατρική πληροφορία, ώστε να μπορεί να επικοινωνεί τις

ανάγκες του με το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης (Peerson and Saunders, 2009).

Αρχικά, η εγγραμματοσύνη της υγείας ως πεδίο μελέτης, αποτέλεσε πηγή ενδιαφέροντος για τις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά, ωστόσο τις τελευταίες δεκαετίες έχει τύχει παγκόσμιας προσοχής με αρκετές μελέτες να έχουν διεξαχθεί διεθνώς. Πλέον, η εγγραμματοσύνη της υγείας αποτελεί πεδίο έρευνας υψηλού ενδιαφέροντος και σπουδαιότητας, με πολλούς να υποστηρίζουν ότι αποτελεί ένα εργαλείο για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων και την προώθηση της δημόσιας υγείας (Sorensen et al., 2012).

1.2 Επίπεδα Εγγραμματοσύνης της υγείας

Ο Nutbeam διέκρινε τρία επίπεδα εγγραμματοσύνης της υγείας, σε αντιστοιχία με εκείνους της γενικής εγγραμματοσύνης. Το πρώτο επίπεδο είναι η βασική ή λειτουργική εγγραμματοσύνη της υγείας, όπου αναφέρεται στις ικανότητες του ατόμου για γραφή και ανάγνωση και στην ικανότητα να μπορεί να ανταπεξέρχεται στις όλο και αυξημένες απαιτήσεις της καθημερινότητας. Επίσης το επίπεδο αυτό αναφέρεται στις βασικές δεξιότητες και γνώσεις του ατόμου που του επιτρέπουν να κατανοεί τους παράγοντες κινδύνου σχετικά με την υγεία και τους τρόπου χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Το δεύτερο επίπεδο είναι η επικοινωνιακή ή διαδραστική εγγραμματοσύνη της υγείας η οποία αναφέρεται σε *«ανεπτυγμένες γνωστικές ικανότητες όπου σε σχέση με τις κοινωνικές δεξιότητες, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκμαίευση πληροφοριών την άντληση νοημάτων από διαφορετικές μορφές επικοινωνίας και την εφαρμογή νέων πληροφοριών για την μεταβολή καταστάσεων πάνω στην υγεία»* (Nutbeam, 2000). Τέλος, το τρίτο επίπεδο είναι η κριτική εγγραμματοσύνη της υγείας και σχετίζεται με την ικανότητα του ανθρώπου να κρίνει και να αναλύσει διάφορες πληροφορίες με αποτέλεσμα να είναι σε θέση να αποφασίσει για τον ίδιο αλλά και για να λάβει κοινωνικές αποφάσεις (Nutbeam, 2000). Ο διαχωρισμός της εγγραμματοσύνης της υγείας σε επίπεδα υπονοεί ότι ανεπτυγμένες γνωστικές δεξιότητες οδηγούν σε μεγαλύτερη αυτονομία και προσωπική ενδυνάμωση, όπου και αυτές με την σειρά τους οδηγούν σε αποφάσεις και συμπεριφορές που ενισχύουν την υγεία (Frisch et al., 2011)

Οι Schulz and Nakamoto παρείχαν και εκείνοι μια ιδέα τριών επιπέδων εγγραμματοσύνης της υγείας (Schulz and Nakamoto, 2005). Διέκριναν την εγγραμματοσύνη της υγείας α) στην

δηλωτική γνώση (declarative Knowledge). Το επίπεδο αυτό αναφέρεται σε πραγματικές γνώσεις περί υγεία και βοηθούν το άτομο να διαχειρίζεται καταστάσεις που σχετίζονται με την υγεία. β) Η διαδικαστική γνώση (procedural knowledge), που αφορά την τεχνογνωσία για την εφαρμογή πραγματικών γνώσεων και χρήση πληροφοριών υγείας σε συγκεκριμένο πλαίσιο. γ) στις δεξιότητες κριτικής ικανότητας (judgment skills) δηλαδή στην ικανότητα να κρίνουμε με βάση πραγματικές γνώσεις απαραίτητες για την διαχείριση νέων καταστάσεων.

1.3 Εννοιολογική προσέγγιση της « εγγραμματοσύνης της υγείας »

Τις τελευταία δύο δεκαετίες, η εγγραμματοσύνη της υγείας έχει αποτελέσει ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον θέμα μελέτης καθώς έχει συνδεθεί με τα σημαντικά οφέλη που προσφέρει στην ατομική και δημόσια υγεία και στην βιωσιμότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Γενικά, η έννοια σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις σύνθετες απαιτήσεις που χρειάζονται για την προώθηση και την διατήρηση της υγείας του στην σύγχρονη κοινωνία (Liu et al., 2020). Ωστόσο, παρά την συνειδητοποίηση της σπουδαιότητας της εγγραμματοσύνης της υγείας τόσο στο άτομο όσο και στην κοινωνία, η ακαδημαϊκή κοινότητα δεν έχει καταλήξει σε έναν μόνο ορισμό, με αποτέλεσμα να έχουν υπάρξει πολλοί ορισμοί σχετικά με το τι σημαίνει εγγραμματοσύνη της υγείας (Pleasant and McKinney, 2011).

Ένας ορισμός που συναντάμε συχνά στην διεθνή βιβλιογραφία και έχει υιοθετήσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) περιγράφει την εγγραμματοσύνη της υγείας ως *«τις γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες που καθορίζουν τα κίνητρα και τις ικανότητες των ατόμων να αποκτήσουν πρόσβαση, να κατανοήσουν και να χρησιμοποιήσουν τις πληροφορίες με τρόπους που προωθούν και διατήρηση την υγεία τους»* (Nutbeam, 1998, p. 357). Ο ορισμός αυτός υποστηρίζει ότι η εγγραμματοσύνη της υγείας αντιπροσωπεύει ένα σύνολο γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων όπου είναι διαφορετικό από άτομο σε άτομο. Επιπλέον, επισημαίνει ότι αυτές οι δεξιότητες επιτρέπουν στα άτομα να αποκτήσουν, να χρησιμοποιήσουν, να λάβουν αποφάσεις και να προβούν σε ενέργειες που θα επηρεάσουν την κατάσταση της υγείας τους (Nutbeam, 2015).

Η Αμερικανική Ιατρική Εταιρία (1999) αναφέρει την εγγραμματοσύνη της υγείας ως *«το σύνολο των δεξιοτήτων, συμπεριλαμβανομένων και των ικανοτήτων εκτέλεσης βασικών εργασιών ανάγνωσης και αριθμητικής, οι οποίες απαιτούνται για να λειτουργούμε σε*

περιβάλλοντα υγειονομικής» (American Medical Association, 1999, p.553)

Ακόμη ένας πολυχρησιμοποιημένος ορισμός είναι αυτός των Ratzan and Parker (2000) όπου συμπεριλήφθηκε στην έκθεση του Institute of Medicine (IOM) το 2004. Σύμφωνα, λοιπόν, με τους παραπάνω συγγραφείς η εγγραμματοσύνη της υγείας είναι « ο βαθμός στον οποίο τα άτομα έχουν την ικανότητα να αποκτούν, να επεξεργάζονται και να κατανοούν βασικές πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας που απαιτούνται για τη λήψη κατάλληλων αποφάσεων για την υγεία » (Institute of Medicine, 2004).

Οι Backman και συν. (2010), τροποποίησανε λίγο τον παραπάνω ορισμό αναφέροντας την εγγραμματοσύνη της υγείας ως τον βαθμό « στον οποίο ένα άτομο έχει την ικανότητα να αποκτά, να επεξεργάζεται, να κατανοεί και να επικοινωνεί ιατρικές πληροφορίες που απαιτούνται για την εμπεριστατωμένη λήψη αποφάσεων για την υγεία του» (Backman et al., 2010, p16.). Ο Backman και συν., προσθέσανε την ικανότητα «επικοινωνώ» καθώς οι προφορικές δεξιότητες επικοινωνίας (ακρόαση και ομιλία) αποτελούν κρίσιμο συστατικό της εγγραμματοσύνης της υγείας. Επιπλέον, κατηργήσανε τον όρο «βασικές» καθώς η εγγραμματοσύνη δεν είναι απλώς μια συνάρτηση βασικών δεξιοτήτων εγγραμματισμού και ο όρος «βασικές» φαίνεται να εστιάζει την προσοχή στη διάκριση μεταξύ χαμηλού και υψηλότερου επίπεδο εγγραμματοσύνη της υγείας, το οποίο είναι καλύτερα να αφεθεί στη μέτρηση μέσω της έρευνας. Επίσης, αντικατέστησαν τον όρο «κατάλληλες αποφασίσεις» με τον όρο «εμπεριστατωμένη λήψη αποφάσεων» καθώς το πολιτιστικό υπόβαθρο μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αλληλεπιδρά με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, τους κλινικούς γιατρούς, καθώς και με τους στόχους που σχετίζονται με την υγεία.

Ένας πιο πρόσφατος ορισμός είναι αυτός που δημιουργήθηκε στα πλαίσια του ευρωπαϊκού προγράμματος για την εγγραμματοσύνη υγείας, έπειτα από μελέτη δεκαεπτά ορισμών, συμπεριλαμβανομένων και των παραπάνω. Οι Sorensen et al. (2012) ορίζουν ότι «η εγγραμματοσύνη της υγείας συνδέεται με την γενικότερη εγγραμματοσύνη και περιλαμβάνει την γνώση, το κίνητρο, τις ικανότητες των ατόμων να αποκτήσουν πρόσβαση, να κατανοήσουν, να αξιολογήσουν και να εφαρμόσουν ιατρικές πληροφορίες, να κρίνουν και να αποφασίσουν αναφορικά με θέματα φροντίδας υγείας, πρόληψης ασθενειών και προαγωγής της υγείας, να διατηρούν και να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής καθ'όλη την διάρκεια του βίου τους» (Sorensen et al., 2012 p.3).

Με το διαδίκτυο να χρησιμοποιείται ευρέως, αξίζει να αναφερθούμε και στο ορισμό της ψηφιακής εγγραμματοσύνης της υγείας που αποτελεί προέκταση της εγγραμματοσύνη της υγείας και χρησιμοποιεί τον ίδιο λειτουργικό ορισμό περισσότερο εξειδικευμένο στην τεχνολογία. Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η ψηφιακή εγγραμματοσύνη υγείας αποτελεί την ικανότητα του άτομο να αναζητά, να βρίσκει, να κατανοεί και να διαχειρίζεται ιατρικές πληροφορίες από διάφορες ηλεκτρονικές πηγές και να εφαρμόζει τις γνώσεις αυτές στην επίλυση προβλημάτων υγείας (Αντωνέλλος, Δομάγερ και Σαράφης, 2020).

1.4 Συνέπειες χαμηλού επιπέδου εγγραμματοσύνης

Η εγγραμματοσύνη της υγείας μπορεί να αποτελεί πλεονέκτημα ή παράγοντα κινδύνου για το άτομο. Το άτομο που διαθέτει πολλές δεξιότητες και ικανότητες που σχετίζονται με την υγεία, του δίνεται η δυνατότητα να έχει πρόσβαση, να εφαρμόζει και να ενσωματώνει πληροφορίες και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να έχει περισσότερο έλεγχο για την υγεία του αλλά και για την κοινοτική υγεία. Αντιθέτως, οι περιορισμένες δεξιότητες εγγραμματοσύνης υγείας επηρεάζουν αρνητικά την υγεία του ατόμου (Pizur-Barnekow , Amy Darragh and Mark Johnston, 2011).

Σύμφωνα με έρευνες, τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας έχουν λιγότερες γνώσεις σχετικά με τις ασθένειες και φαίνεται να μην είναι αρκετά ικανοί ώστε να φροντίσουν σωστά τον εαυτό τους (Arnold et al., 2001; Davis et al., 1996; Kalichman et al., 2000). Στα πλαίσια της εγγραμματοσύνης της υγείας, οι γνώσεις για τις ασθένειες και την αυτοφροντίδα περιλαμβάνουν τις γνώσεις για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, τον διαβήτη, την υπέρταση, τα χρόνια καρδιακά νοσήματα, το άσθμα, το HIV/AIDS, ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η διαχείριση του καρκίνου του προστάτη, η μαστογραφία και ο προληπτικός έλεγχος για τον καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Neilsen-Bohlman et al., 2004). Μελέτες δείχνουν πως άτομα με χρόνια νοσήματα που έχουν περισσότερες γνώσεις γύρω από την ασθένειά τους, είναι πιο ευαισθητοποιημένοι και κατανοούν περισσότερο τις ιατρικές οδηγίες. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ιράν σε 238 ασθενείς άνω των 18 ετών που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια, μια από τις πιο συχνές χρόνιες παθήσεις που επηρεάζουν σημαντικά την ζωή του ατόμου, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο και με περισσότερες γνώσεις για την υγεία, είχαν μεγαλύτερη επίγνωση

και κατανόηση για την ασθένειά τους όπως και καλύτερα αποτελέσματα στην έκβαση της υγείας τους (Razazi et al., 2018). Σε άλλη έρευνα, που έγινε σε 228 ασθενείς που πάσχουν από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας/ HIV, το 18% είχαν ανεπαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας. Οι ασθενείς με ανεπαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας ήταν πιο πιθανόν να επισκέπτονται τον γιατρό μόνο μια φορά το μήνα, επίσης ήταν πιθανόν να έχουν λανθασμένες αντιλήψεις για την ασθένειά τους, για τη λήψη της φαρμακευτική αγωγή τους και για τον τρόπο μετάδοσης του HIV. Για παράδειγμα πολλοί ασθενείς όταν λάμβαναν την φαρμακευτική αγωγή θεωρούσαν ότι θα μπορούσαν να μην ακολουθούν επακριβώς τις ασφαλείς πρακτικές κατά την σεξουαλική επαφή (Andrus and Roth, 2002).

Ακόμη, φαίνεται πως είναι πιθανόν όταν οι ασθενείς, ιδιαίτερα εκείνοι που πάσχουν από καρκίνο, δεν κατανοούν τις πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια τους, να διακατέχονται από υψηλότερα επίπεδα άγχους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να αισθάνονται δυσαρεστημένοι με την φροντίδα που τους παρέχεται και να επιδρά αρνητικά στην συνολική ευημερία τους (Jefford and Tattersall, 2002). Μελέτη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου έδειξε ότι οι ασθενείς που ένιωθαν ότι είχαν ενημερωθεί ανεπαρκώς είχαν διπλάσιες πιθανότητες να είναι καταθλιπτικοί ή ανήσυχοι από εκείνους που ένιωθαν ότι ήταν επαρκώς ενημερωμένοι (Fallowfield et al., 1990). Επιπλέον, σε έρευνα σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη διαπιστώθηκε ότι εκείνοι με χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας έτειναν να συσχετίζουν την ασθένειά τους με τον θάνατο, τον φόβο και τον πόνο χωρίς να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στο στάδιο στο οποίο βρίσκονται ή στην φύση της ασθένειας. Ως εκ τούτου, οι καλά ενημερωμένοι ασθενείς φαίνεται να είναι πιο πιθανόν να αντιμετωπίζουν καλύτερα την ασθένειά τους (Dale, 1998).

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ελλιπής θεραπευτική συμμόρφωση από τους ασθενείς με χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας. Δηλαδή οι ασθενείς αυτοί, φαίνεται να μην κάνουν σωστή χρήση της φαρμακευτικής τους αγωγής και να μην ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες (Berkman, 2011). Οι Lorenc and Branthwaite (1993) διερεύνησαν τους παράγοντες που οδηγούν στην φαρμακευτική συμμόρφωση. Πέντε από τους επτά παράγοντες σχετίζονταν δυνητικά με το επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας υγεία των ασθενών: ακριβής γνώση της φαρμακευτικής αγωγής, συνέπεια στην λήψη αγωγής όπως ακριβώς συνταγογραφείται, λιγότερος φόβος για την ασθένεια, ικανότητα ανάγνωσης της ετικέτας του φαρμάκου και κατανόηση στις οδηγίες του γιατρού.

Ακόμη, μελέτες που εξετάζουν την χρήση της επείγουσας ιατρικής περίθαλψης και νοσηλείας, δείχνουν αυξημένη χρήση και των δύο υπηρεσιών μεταξύ των ατόμων με χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων, των ατόμων που πάσχουν από άσθμα, από καρδιακή ανεπάρκεια, άτομα με HIV και παιδιά που το επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας των γονέων είναι χαμηλό (Berkman, 2011). Οι Baker et al. (1998) διεξήγαγαν μια μελέτη σε 958 ασθενείς χαμηλού εισοδήματος χρησιμοποιώντας το ερευνητικό εργαλείο TOFHLA σε περίοδο δύο ετών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Ασθενείς με ανεπαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας είχαν διπλάσιες πιθανότητες να νοσηλευτούν σε σύγκριση με εκείνους με οριακό ή επαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας (31,5%, 16,4% και 14,9%) αντίστοιχα. Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ανεπαρκής εγγραμματοσύνη υγείας μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εισαγωγής στο νοσοκομείο.

Συνέπεια της ανεπαρκούς εγγραμματοσύνης της υγείας αποτελεί και η περιορισμένη ικανότητα των ατόμων να κατανοήσουν πληροφορίες σχετικά με την σπουδαιότητα και με τους μεθόδους προληπτικής και θεραπευτικής φροντίδας, να αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες και να κατανοήσουν ένα ιατρικό παραπεμπτικό. Τα άτομα με περιορισμένο επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας συνήθως πραγματοποιούν πολύ λιγότερες επισκέψεις στις υπηρεσίες υγείας και δεν προβαίνουν συχνά σε προληπτικό έλεγχο και προληπτικές εξετάσεις (Cho et al., 2008).

Οι πληροφορίες για την υγεία είναι συνήθως πολύπλοκες και διφορούμενες, ειδικά για ασθενείς που παρουσιάζουν περιορισμένο επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας. Η αβεβαιότητα που σχετίζεται με πληροφορίες για την υγεία αμφισβητεί την ατομική ικανότητα να κάνει συνειδητές επιλογές και να συμμετέχει αποτελεσματικά στη διαδικασία της υγειονομικής περίθαλψής του. Με τη σειρά του, η ικανότητα των ασθενών να κατανοούν πληροφορίες για την υγεία και τη σωστή πρόσβαση στην στις υπηρεσίες υγείας, βασίζεται στη συμμετοχή τους (Palumbo, 2015) Όπως αναφέρεται και παραπάνω, το ανεπαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου. Πράγματι, τα άτομα με μειωμένη ικανότητα εγγραμματοσύνης παρουσιάζουν ασθενέστερη υγεία, αυξημένη νοσηλεία και θνησιμότητα (DeWalt et al. 2004; Sudore et al. 2006).

1.5 Ο ρόλος της κουλτούρας στην εγγραμματοσύνη της υγείας

Η κουλτούρα μιας ομάδας βασίζεται σε μια συσσώρευση μαθημένης συμπεριφοράς που μεταφέρεται επίσημα και ανεπίσημα με την πάροδο του χρόνου και καθορίζει τις αντιλήψεις των μελών, συμπεριλαμβανομένου και των αντιλήψεων σχετιζόμενες με την υγεία (Goody & Drago 2009).

Οι πολιτιστικές πεποιθήσεις για την υγεία είναι εκείνες που επηρεάζουν τα άτομα για το πώς θα δράσουν, θα σκεφτούν και θα αισθανθούν όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας οι ίδιοι ή τα κοντινά τους άτομα και το πόσο θα είναι συνεπείς με τις ιατρικές οδηγίες και τις συστάσεις για αλλαγή τρόπου ζωής όταν χρειαστεί (Neilsen-Bohlman et al., 2004). Τις τελευταίες δεκαετίες, στις Η.Π.Α. υπάρχει σημαντική αύξηση διαφορετικών πολιτισμικών και εθνοτικών πληθυσμών (U.S. Census Bureau 2001). Παρόμοιες αυξήσεις σε εθνοτικές μειονότητες έχουν εμφανιστεί σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Για παράδειγμα, κεντρικές πόλεις σε όλη τη Βρετανία έχουν γνωρίσει έναν αυξανόμενο πληθυσμό πολυεθνικών και διαφορετικών ομάδες με διαφορετικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (Patel et al. 2007). Επίσης, οι μεταναστευτικές και προσφυγικές ροές αύξησαν και εκείνες με την σειρά τους την πολιτισμική ποικιλομορφία στην Ευρώπη. Πληθυσμοί με πολιτισμικό υπόβαθρο που διαφέρει από το κουλτούρα της πλειοψηφίας της ομάδας τείνουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη, ζητήματα όπως η μειωμένη πρόσβαση στη φροντίδα και η χαμηλή ποιότητα φροντίδα, που οδηγούν σε κακή υγεία του ατόμου (AHRQ, 2007). Στις Η.Π.Α, κάποιες εθνοτικές μειονότητες έχουν οριακά επίπεδα αλφαριθμητισμού, ενώ άλλες έχουν χαμηλά επίπεδα αλφαριθμητισμού. Τα άτομα που θεωρούνται με οριακό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας φαίνεται να τα καταφέρνουν λίγο περισσότερο σε διαδικασίες που σχετίζονται με την υγείας από εκείνους με ανεπαρκές επίπεδο (Ingram, 2012).

Ο τρόπος ζωής, η διατροφή και το άγχος είναι τομείς της ανθρώπινης συμπεριφοράς που συνδέονται σαφώς με την κουλτούρα. Όλα παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση προβλημάτων υγείας και χρόνιων ασθενειών, όπως για παράδειγμα ο διαβήτης και η υψηλή αρτηριακή πίεση. Επιπροσθέτως, η κουλτούρα επηρεάζει την αντίληψη που έχουν τα άτομα για τα συμπτώματα και το πώς πιστευτούν ότι το βιώνουν συναισθηματικά (Shaw et al., 2009). Για παράδειγμα, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας των Uppaluri et al.(2001) Ασιάτες μετανάστες που είχαν πρόσφατα μεταναστεύσει στην Αμερική ήταν πιθανόν να αναφέρουν λιγότερα επίπεδα άγχους από τους Αμερικανούς ή τους Ασιάτες που διέμεναν στην Αμερική

πάνω από δεκαπέντε χρόνια και οι οποίοι ανέφεραν υψηλά επίπεδα άγχους. Αυτό υποδηλώνει ότι οι πολιτιστικές επιρροές στην συγκεκριμένη περίπτωση για το άγχος άλλαξαν στους μετανάστες που είχαν ενσωματωθεί στον αμερικανικό τρόπο ζωής.

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας αποτελεί προϋπόθεση για την σωστή διαχείριση της ασθένειας. Ωστόσο, οι πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, προκαλούν δυσκολίες με αποτέλεσμα να αναστέλλεται η αποτελεσματική και ικανοποιητική φροντίδα προς τους δεύτερους (Jecker , Carrese and Pearlman, 1995). Οι Schillinger et al. (2004) διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν μη καλή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας ως προς την σαφήνεια στην επεξήγηση του προβλήματος και στις διαδικασίες σχετικά με την φροντίδα. Η ανεπαρκής εγγραμματοσύνη υγείας μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην επικοινωνία μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας. Οι μετανάστες διατηρούν πάντα πεποιθήσεις, πρακτικές και παραδόσεις από τις πατρίδες τους. Οι μετανάστες στις ΗΠΑ εκτός από τις θεραπείες από τους ειδικούς, συχνά χρησιμοποιούν παράλληλα παραδοσιακές θεραπείες από την πατρίδα τους. Αυτές όμως οι θεραπείες και τα μέσα που οι ίδιοι χρησιμοποιούν ενδείκνυται να έρχονται σε σύγκρουση με την προτεινόμενη θεραπεία από τους ειδικούς και αυτό να επιδρά αρνητικά στην υγεία του (Shaw et al., 2009).

Οι πολιτισμοί διαφέρουν ως προς τον τρόπο επικοινωνίας τους, τη σημασία των λέξεων και των χειρονομιών αλλά και ως προς τις ιδέες και τις πεποιθήσεις τους γύρω από την υγεία και την ασθένεια. Η εγγραμματοσύνη της υγείας απαιτεί επικοινωνία και αμοιβαία κατανόηση μεταξύ των ασθενών, των οικογενειών τους και ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Ο πολιτισμός και η εγγραμματοσύνη της υγείας επηρεάζουν τόσο το περιεχόμενο όσο και το αποτέλεσμα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Nielsen-Bohlman et al., 2004).

1.6 Εγγραμματοσύνη της υγείας και κοινωνική ανισότητα

Η μειωμένη εγγραμματοσύνη υγείας επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Τα διαφορετικά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας φαίνεται να προκαλούν ή να συνδέονται με σοβαρές κοινωνικές ανισότητες. Η κοινωνική ανισότητα στην υγεία αναφέρεται ως μια κατάσταση στην οποία μεμονωμένα άτομα, ομάδες ή και χώρες με

διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο αντιμετωπίζονται και λαμβάνουν διαφορετικές παροχές και υπηρεσίες στην υγεία. Το περιορισμένο επίπεδο εγγραματοσύνη υγείας αποτελεί αιτία επιδείνωσης της υγείας και σοβαρών ασθενειών οι οποίες θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί μέσω της πρωτογενούς και της δευτερογενούς πρόληψης (Αντωνέλλος, Δομάγερ και Σαράφης, 2020). Οι ανισότητες στην υγεία συνδέονται με την έκθεση σε ανθυγιεινές, αγχωτικές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, ανεπαρκής πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας και άλλες δημόσιες υπηρεσίες, μειωμένη κοινωνική κινητικότητα ως αποτέλεσμα ασθένειας ή αναπηρίας· και υιοθέτηση συμπεριφορών επιβλαβείς για την υγεία λόγω έλλειψη επιλογής του ατόμου στον τρόπο ζωής του (Harris et al., 2015). Κάποιες διαφορές στην υγεία είναι αναπόφευκτες ενώ άλλες αποφεύξιμες. Οι αποφεύξιμες διαφορές στην υγεία είναι αυτές που επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες με αποτέλεσμα κάποια άτομα και ομάδες του πληθυσμού να είναι περισσότερο ευάλωτες στα προβλήματα υγείας. Οι ανισότητες αυτές φαίνεται να είναι πιο έντονες μεταξύ των κοινωνικών θέσεων που κατέχουν τα άτομα ή οι ομάδες στην κοινωνία (Σαρρής, Χρυσάκης και Σούλης, 2002). Ακόμη, ανισότητα στην υγεία μπορεί να προκαλέσουν και τα στοιχεία όπως είναι αναπηρία, η εθνικότητα, η θρησκεία, το φύλο ή/και ο σεξουαλικό προσανατολισμό. Η στάση της κοινωνίας απέναντι σε οποιοδήποτε από αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να φέρει τους ανθρώπους σε μειονεκτική θέση και να τους προκαλέσει άδικη μεταχείριση, με μια σειρά από συνέπειες. Το ψυχοκοινωνικό στρες μπορεί, για παράδειγμα, να οδηγήσει τους ανθρώπους σε επικίνδυνες συμπεριφορές για την υγεία, όπως είναι το κάπνισμα, το ποτό, η υπερκατανάλωση τροφής και κοινωνική απομόνωση όπου μπορεί να αποτρέψει τους ανθρώπους από το να αναζητήσουν τη βοήθεια που μπορεί να χρειάζονται (Harris et al., 2015).

Ενώ οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες είναι από τις πιο θεμελιώδεις αιτίες των ανισοτήτων στην υγεία, η κοινωνικοοικονομική θέση δεν επηρεάζει άμεσα την υγεία. Οι Stormacq et al. (2019) θεωρούν ότι η εγγραματοσύνη της υγείας πιθανόν έχει έναν διαμεσολαβητικό ρόλο μεταξύ της κοινωνικοοικονομική θέσης και της υγείας. Συγκεκριμένα, οι συγγραφείς υποδεικνύουν ότι η εγγραματοσύνη της υγείας αποτελεί μια μεταβλητή που επηρεάζει και μεσολαβεί μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και των αποτελεσμάτων υγείας, των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία και με την πρόσβαση και την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ακολουθώντας αυτή την υπόθεση, προτείνουν ότι η βελτίωση της εγγραματοσύνης της υγείας μπορεί δυνητικά να μετριάσει την επίδραση

ορισμένων κοινωνικοοικονομικών καθοριστικών παραγόντων που συμβάλλουν στις ανισότητες στην υγεία. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η ενίσχυση της εγγραμματοσύνης της υγείας του πληθυσμού και οι ευκολότερα προσβάσιμες υπηρεσίες υγείας σε άτομα με περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας μπορεί να είναι μια πρακτική στρατηγική για τη μείωση των ανισοτήτων και την προώθηση μεγαλύτερης ισότητας στην υγεία (Stormacq et al., 2019).

1.7 Εργαλεία αξιολόγησης της Εγγραμματοσύνης της υγείας

Υπάρχουν ποικίλα εργαλεία που έχουν δημιουργηθεί σε μια προσπάθεια να επιτευχτεί η μέτρηση της εγγραμματοσύνης της υγείας τα οποία διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ως προς τη δομή, τη μέτρηση, το εύρος και τις ψυχομετρικές ιδιότητες. Μερικά από αυτά τα εργαλεία αναπτύχθηκαν ως τεστ προσυμπτωματικού ελέγχου και άλλα αναπτύχθηκαν ως πιο ολοκληρωμένες αξιολογήσεις (Sorensen et al. 2013). Οι Haun et al. (2014) πραγματοποίησαν μελέτη συστηματικής ανασκόπησης για τον εντοπισμό και την καταγραφή των εργαλείων μέτρησης της εγγραμματοσύνης της υγείας από το 1999 έως το 2013, η έρευνα κατέληξε σε 51 εργαλεία. Από τα 51 εργαλεία που εντοπίστηκαν, τα 26 ήταν εργαλεία που μετρούσαν την γενική εγγραμματοσύνη για την υγεία, τα 15 αφορούσαν ασθένειες ή ειδικού περιεχόμενο και 10 εργαλεία στόχευαν σε συγκεκριμένους πληθυσμούς. Τα περισσότερα εργαλεία βασίζονται στην απόδοση, απαιτούν προσωπική διαχείριση, είναι διαθέσιμα σε έντυπη μορφή και συμπληρώνονται με μολύβι. Οι αναφερόμενοι χρόνοι συμπλήρωσης του εργαλείου ποικίλουν και κυμαίνονται από λιγότερο από 1 έως 60 λεπτά (Haun et al., 2014).

Από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την μέτρηση της εγγραμματοσύνης της υγείας αποτελούν το REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) και το TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) (Berkman, et al., 2011). Περισσότερα από τα δύο τρίτα των μελετών που διερεύνησαν και μέτρησαν την εγγραμματοσύνη της υγείας χρησιμοποίησαν ένα ή και τα δύο εργαλεία (Paasche-Orlow et al., 2005).

Το 1993, οι Murphy et. al., κατασκεύασαν το εργαλείο REALM, το οποίο κέρδισε δημοτικότητα στον τομέα της έρευνας για την μέτρηση της εγγραμματοσύνης της υγείας λόγω του σύντομου χρόνου που απαιτείται για την ολοκλήρωση της διαδικασίας και την βαθμολόγηση (λιγότερο από 5 λεπτά)(Dumenci et al., 2013). Το REALM αποτελεί ένα εργαλείο που σχεδιάστηκε για τον εντοπισμό ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο να έχουν

περιορισμένο επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας. Πρόκειται για ένα εργαλείο ανάγνωσης και αναγνώρισης λέξεων από μια λίστα που αποτελείται από 66 λέξεις σχετικά με την υγεία, ξεκινώντας από την πιο εύκολη και καταλήγοντας στην πιο δύσκολη λέξη. Η βαθμολογία του REALM υπολογίζεται με την απονομή ενός βαθμού για κάθε λέξη που προφέρεται σωστά και μηδενική για κάθε λέξη που προφέρεται λάθος ή παραλείπεται. Η βαθμολογία κάτω από το 59 θεωρείται ανεπαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας, ενώ μια βαθμολογία άνω των 60 σημαίνει πως το άτομα έχει επαρκείς γνώσεις σχετικά με την υγεία (Devis et al., 1993).

Το TOFLA εξετάζει την ικανότητα του ασθενή να διαβάζει και να κατανοεί αποσπάσματα σχετικά με την υγεία και φράσεις που περιλαμβάνουν αριθμούς. Περιλαμβάνει δύο μέρη, 50 στοιχεία για κατανόηση ανάγνωσης και 17 στοιχεία αριθμητικής ικανότητας. Στο πρώτο μέρος, για την αξιολόγηση της αναγνωστικής κατανόησης, υπάρχουν τρία αποσπάσματα σχετιζόμενα με ιατρικά θέματα. Στο κάθε απόσπασμα λείπει η πέμπτη και η έβδομη λέξη, για κάθε κενό ο συμμετέχων πρέπει να επιλέξει από μια λίστα με τέσσερις λέξεις, εκείνη που ταιριάζει στην πρόταση. Το δεύτερο μέρος αξιολογεί την αριθμητική ικανότητα του ατόμου μέσα από 17 ερωτήσεις. Το αριθμητικό τεστ εξετάζει την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί οδηγίες για την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, να παρακολουθεί και να μετράει το σάκχαρο, να τηρεί τα ιατρικά ραντεβού κτλ. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του TOFLA είναι τα 22 λεπτά. Η βαθμολογία φτάνει μέχρι τα 100, όπου εκείνοι που λαμβάνουν βαθμολογία μικρότερη από το 59 έχουν ανεπαρκές επίπεδο, οι συμμετέχοντες με βαθμολογία 60-74 έχουν οριακό επίπεδο και εκείνοι που λαμβάνουν πάνω από 75 έχουν επαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας (Parker et al. 1995).

Το NVS (Newest Vital Sign) αποτελεί ένα ακόμα έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης του επιπέδου της εγγραμματοσύνης της υγείας, που έχει λάβει ευρεία αποδοχή λόγω της εύκολης εφαρμογής του. Το ανέπτυξαν το 2005 οι Weiss et al., περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις και χρειάζονται μόλις τρία λεπτά για την συμπλήρωσή του. Είναι ένα εύκολο και γρήγορο εργαλείο το οποίο αξιολογεί τα μαθηματικά, την ανάγνωση, την ικανότητα κατανόησης αλλά και τον αφηρημένο συλλογισμό του συμμετέχοντα (Shah et al, 2010). Η βαθμολογία του NVS υπολογίζεται με την απονομή ενός βαθμού για κάθε σωστή ερώτηση και με μηδέν για κάθε λανθασμένη. Οι συμμετέχοντες που λαμβάνουν βαθμολογία μικρότερη από 4, έχουν χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας, ενώ εκείνοι που η βαθμολογία τους είναι πάνω από 4 έχουν επαρκές επίπεδο. Το NVS επιτρέπει στους κλινικούς να εντοπίσουν γρήγορα το επίπεδο

εγγραμματοσύνης της υγείας του ασθενή και τους δίνει την δυνατότητα να προσαρμόσουν την φροντίδα τους και να ανταποκριθούν στις ανάγκες του (Weiss et al. 2005).

Τα εργαλεία REALM, TOFLA και NVS είναι γρήγορα και εύκολα στην χρήση τους και επικεντρώνονται κυρίως στο να αξιολογήσουν την ικανότητα κατανόηση που έχει το άτομο και την προφορά όρων που σχετίζονται με την υγεία και την αριθμητική. Όμως, η εγγραμματοσύνη της υγείας αποτελεί έναν μία πιο σύνθετη και ευρεία έννοια των δεξιοτήτων, ικανοτήτων και γνώσεων ενός ατόμου (Shum et al., 2016). Όπως έχουμε αναφέρει, υπάρχουν πληθώρα εργαλείων και έτσι λοιπόν, κάποια άλλα εργαλεία στοχεύουν στη μέτρηση μιας ευρύτερης έννοιας της εγγραμματοσύνης της υγείας, με σκοπό να παρέχουν μια εις βάθος αξιολόγηση των διαστάσεων της ή να διερευνήσουν τις σχέσεις της με κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες, με συμπεριφορές υγείας, με την γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου ή την χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Κάποια από αυτά τα εργαλεία είναι τα εξής:

- National Assessment of Adult Literacy survey (NAAL)
- Critical Health Competence Test (CHC)
- Swiss Health Literacy Survey
- Health Literacy Management Scale (HeLMS)
- Health Literacy Questionnaire (HLQ) (Osborne et al., 2013)

Ένα από τα πιο ολοκληρωμένα ερευνητικά εργαλεία για την αξιολόγηση της εγγραμματοσύνης της υγείας, το οποίο χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο από την ερευνητική κοινότητα, είναι το HLS-EU-Q. Στα πλαίσια του ευρωπαϊκού προγράμματος HLS-EU για την μέτρηση της εγγραμματοσύνης της υγείας, το 2011 διεξήχθη η πρώτη συγκριτική έρευνα μεταξύ οχτώ χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για την διεξαγωγή της έρευνας, δημιουργήθηκε το HLS-EU-Q47, ένα ερευνητικό εργαλείο που σχεδιάστηκε ώστε να έχει εφαρμογή στον γενικό πληθυσμό και όχι μόνο σε μια ομάδα ασθενών και δεν εστιάζει μόνο σε κλινικά ζητήματα αλλά ακολουθεί μια ευρεία προσέγγιση της δημόσιας υγείας. Βασιζόμενο στην δημόσια υγεία, το HLS-EU-Q47 μετρά την εγγραμματοσύνη της υγείας σχετικά με τρεις τομείς. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει 47 ερωτήσεις που εστιάζουν στο πώς οι άνθρωποι βρίσκουν, κατανοούν, αξιολογούν και εφαρμόζουν πληροφορίες στους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, της πρόληψης ασθενειών και της προαγωγής της υγείας. Ο συμμετέχων καλείται να βαθμολογήσει τις ερωτήσεις σε κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμών,

από το πολύ εύκολο έως το πολύ δύσκολο. Το HLS-EU-Q47 περιέχει τέσσερα επίπεδα εγγραμματοσύνης της υγείας: ανεπαρκής, προβληματική, επαρκής και άριστη. Φαίνεται να αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για τον εντοπισμό των δυνατοτήτων αλλά και των αδυναμιών που παρουσιάζουν τα άτομα ως προς το επίπεδο της εγγραμματοσύνης της υγείας και εντός των χωρών και σε σύγκριση με άλλες χώρες. Το τελευταίο διάστημα, πολλοί ερευνητές προτιμούν και χρησιμοποιούν δυο συντομεύσεις αυτού του εργαλείου το HLS-EU-Q6 και HLS-EU-Q16 (Sorensen et al. 2013).

Η μέτρηση του επιπέδου της εγγραμματοσύνης της υγείας είναι εξαιρετικά σημαντική. Μέσω της μέτρησης της εγγραμματοσύνης της υγείας σε διαφορετικούς πληθυσμούς μπορεί να παραχθεί μια ουσιαστική γνώση που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της επικοινωνίας σχετικά με θέματα υγείας και να βελτιώσει την ικανότητα των ατόμων να ελέγχουν την υγεία τους. Επιπροσθέτως, η βελτιστοποίηση της επικοινωνίας για την υγεία μεταξύ ασθενή και υγειονομικού προσωπικού μπορεί να αποτρέψει παρεξηγήσεις με αποτέλεσμα να βελτιωθεί η ποιότητα της περίθαλψης και η ασφάλεια των ασθενών Dickens et al., 2013).

1.8 Διεθνείς εμπειρικές έρευνες για την εγγραμματοσύνη της υγείας

Η επαρκής εγγραμματοσύνη υγείας είναι σημαντική καθώς επιτρέπει την αποτελεσματική προώθηση της υγείας, προσφέρει καλύτερη αυτο-φροντίδα με λιγότερους κινδύνους για την υγεία, καλύτερη και πιο δίκαιη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και χαμηλότερο κόστος στις δαπάνες στον τομέα της υγείας (Duong et al. 2015, Yari et al. 2021). Παρά την αυξανόμενη προσοχή για την ιδέα, μεταξύ των υπεύθυνων χάραξης πολιτικής υγείας, ερευνητών και επαγγελματιών, οι πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του επιπέδου της υγείας παραμένουν σπάνιες (Sorensen et al. 2015). Η εγγραμματοσύνη της υγείας έχει τραβήξει το ενδιαφέρον των ερευνητών από την δεκαετία του 1990. Οι χώρες που ασχολήθηκαν περισσότερο ερευνητικά με αυτή την ιδέα είναι οι ΗΠΑ, η Αυστραλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Στα πλαίσια του ευρωπαϊκού προγράμματος «Health Literacy Survey in Europe (HLS-EU)» για την μέτρηση της εγγραμματοσύνης της υγείας, το 2011 διεξήχθη η πρώτη συγκριτική έρευνα μεταξύ οχτώ χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Αυστρία, Βουλγαρία,

Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ολλανδία, Πολωνία και Ισπανία). Οι Pelikan et al. (2015) εξέτασαν συστηματικά τα δεδομένα για να διερευνήσουν εάν η εγγραμματοσύνη στον τομέα της υγείας είναι ένα ανεξάρτητος προσδιοριστής της υγείας, μια μεσολαβητική μεταβλητή μεταξύ άλλων καθοριστικών παραγόντων και της υγείας ή μια μεταβλητή που μετριάζει τις επιπτώσεις άλλων καθοριστικών παραγόντων στην υγεία. Για την επιλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της στρωματοποιημένης απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 8.000 άτομα (1.000 άτομα από κάθε χώρα), ηλικίας 15 ετών και άνω. Για την διεξαγωγή της έρευνας, δημιούργησαν το HLS-EU-Q47, ένα ερευνητικό εργαλείο που περιλαμβάνει 47 ερωτήσεις που αναφέρονται στην υγειονομική περίθαλψη, στην πρόληψη ασθενειών και στην προαγωγή της υγείας και αξιολογεί την ικανότητα των ατόμων να αποκτήσουν, να κατανοήσουν και να εφαρμόσουν πληροφορίες που λαμβάνουν σχετικά με την υγεία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τουλάχιστον 1 στους 10 ερωτηθέντες έδειξαν ανεπαρκείς γνώσεις σχετικά με την υγείας και σχεδόν 1 στους 2 είχε περιορισμένο (ανεπαρκές ή προβληματικό) επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας. Επιπλέον, η μελέτη ανέδειξε πως υπήρχαν μεγάλες διαφορές επιπέδου εγγραμματοσύνης υγείας μεταξύ των χωρών, ενώ υποομάδες εντός του πληθυσμού, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, οι φτωχοί, άτομα με χαμηλή κοινωνική θέση και άτομα με χαμηλή εκπαίδευση, είχαν υψηλότερα ποσοστά αναλφαβητισμού της υγείας. (Sorensen et al. 2013, 2015). Παρόμοια αποτελέσματα βρεθήκαν και σε πιο πρόσφατες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι Svendsen et al. (2020) διερεύνησαν μέσω μιας πανεθνικής έρευνας στην Δανία σε τυχαία επιλεγμένο δείγμα 15.728 ατόμων, χρησιμοποιώντας μια συντόμευση του HLS-EU-Q47, την εγγραμματοσύνη της υγείας. Στην ίδια έρευνα διερευνήθηκε και η συσχέτιση της Ε.Υ. με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές που αποτελούν παράγοντες κίνδυνου. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν πως το 30,94% του πληθυσμού έχει προβληματικό επίπεδο ΕΥ. Επιπλέον, οι άνδρες, τα άτομα μικρότερης ηλικίας, οι μετανάστες, τα άτομα που λαμβάνουν κοινωνικές παροχές, άτομα με βασική εκπαίδευση και χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν ανεπαρκές επίπεδο γνώσεων γύρω από την υγεία. Μεταξύ των παραγόντων συμπεριφοράς που σχετίζονται με την υγεία (κάπνισμα, υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και αδράνεια), μόνο η καθιστική ζωή συσχετίστηκε με την ανεπαρκή γνώση υγείας. Ομοίως στην μελέτη των Gustafsdottir et al. (2020) που έγινε στην Ισλανδία σε πληθυσμό 251 ατόμων, χρησιμοποιώντας και εκεί τη

(μεταφρασμένη) συντόμευση του HLS-EU-Q47, τα αποτελέσματα έδειξε πως το 27,5% του δείγματος είχε ανεπαρκείς γνώσεις υγείας.

Η εγγραμματοσύνη της υγείας έχει μελετηθεί και σε Ασιατικές χώρες και καθώς η παρούσα έρευνα στοχεύει στο να αξιολογήσει το επίπεδο εγγραμματοσύνης της υγείας σε Αφγανούς αιτούντες άσυλο, αναζητήθηκαν έρευνες που να έχουν διεξαχθεί στο Αφγανιστάν. Σύμφωνα με την διαθέσιμη βιβλιογραφία υπάρχουν μόνο δύο έρευνες που έχουν εξετάσει την εγγραμματοσύνη της υγείας στο Αφγανιστάν. Η πρώτη, διεξήχθη στην περιοχή Γκάζνι του Αφγανιστάν σε γυναικείο πληθυσμό χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο HLS-EU-16. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως συγκριτικά με άλλες ασιατικές χώρες, οι Αφγανές παρουσίαζαν πολύ χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας και ότι αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί στα υψηλά ποσοστά αναλφαβητισμού που επικρατούν συνέπεια της εξαιρετικά δυσμενούς πολιτικής κατάστασης στο Αφγανιστάν. Συγκεκριμένα, οι μισές γυναίκες (51,6%) είχαν ανεπαρκές επίπεδο Ε.Υ., μία στις τέσσερις γυναίκες (25,8%) είχε προβληματικό επίπεδο και μόνο μία στις πέντε γυναίκες (22,7%) είχαν επαρκές επίπεδο Ε.Υ. (Harsch et al., 2021a). Η δεύτερη έρευνα έγινε από τους ίδιους ερευνητές και στην ίδια περιοχή με την προηγούμενη, όμως αξιολόγησαν το επίπεδο εγγραμματοσύνης της υγείας σε άντρες και γυναίκες και διερεύνησαν την σχέση της Ε.Υ. με την ποιότητα ζωής και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. Το επίπεδο Ε.Υ παρατηρήθηκε να είναι χαμηλό και στα δύο δείγματα και χαμηλότερο σε σύγκριση με άλλες ασιατικές ή άλλες χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Harsch et al., 2021b).

Στο γειτονικό Ιράν, το 2015 οι ερευνητές Haghdoost και συν., κατασκεύασαν ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για τη μέτρηση της εγγραμματοσύνης της υγείας στο Ιράν. Οι ερευνητές δημιούργησαν το Ιρανικό Ερωτηματολόγιο Εγγραμματοσύνης της Υγείας (IHLQ), το οποίο με την χρήση της δειγματοληψίας κατά ομάδες συμπληρώθηκε από 1080 άτομα ηλικίας μεταξύ 18 ετών και 60 ετών. Οι ερευνητές, έπειτα από πολλές δοκιμές συμπέραναν πως το IHLQ αποτελεί ένα πρακτικό και αξιόπιστο εργαλείο για την μέτρηση της εγγραμματοσύνης της υγείας σε πληθυσμό όπου μιλούν την περσική γλώσσα. Επίσης, τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν πως μόνο το 18% των συμμετεχόντων είχαν επαρκή γνώση για την υγεία, το 45,7% είχαν ανεπαρκείς γνώσεις και το 36,3% είχαν μέτριες γνώσεις. Επιπλέον η μελέτη αυτή, ανέδειξε πως μεταβλητές όπως είναι η εκπαίδευση, η ηλικία, το γυναικείο φύλο και η διαμονή σε αγροτικές περιοχές συνδέονται σημαντικά με υψηλότερο

επίπεδα εγγραμματοσύνης της υγείας. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο ιρανικός πληθυσμός έχει ανεπαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης στον τομέα της υγείας και ότι αυτό απαιτεί έναν ολοκληρωμένο σχεδιασμό εκπαίδευσης για τη βελτίωση των γνώσεων σχετικά με την υγεία, ιδιαίτερα σε ορισμένους υποπληθυσμούς (π.χ. αναλφάβητους πληθυσμούς) και σε συγκεκριμένους τομείς (π.χ. ατομική ενδυνάμωση) (Haghdoost et al, 2015;2019). Οι ερευνητές Ravati και Farid (2018) διεξήγαν έρευνα με σκοπό να αξιολογήσουν την εγγραμματοσύνη της υγείας στην επαρχία Alborz του Ιράν. Στην έρευνα συμμετείχαν 465 άτομα ηλικίας μεταξύ 18 ετών και 60 ετών. Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την επιλογή του πληθυσμού είναι στρωματοποιημένη δειγματοληψία και η δειγματοληψία κατά ομάδες. Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποίησαν το Ιρανικό ερωτηματολόγιο εγγραμματοσύνης της υγείας (IHLQ). Τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν πως το 22,4% των ατόμων είχε επαρκή, το 44,3% είχε μέτρια, και το 33,3% είχε χαμηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με την υγεία. Συγκριμένα, οι δεξιότητες ανάγνωσης, κατανόησης, κρίσης, λήψης αποφάσεων και επικοινωνιακές δεξιότητες ήταν μέτριες ενώ η ατομική και κοινωνική ενδυνάμωση πολύ χαμηλές. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το 77,6% έχει ανεπαρκείς γνώσεις ενώ μόνο το 22,4% των ατόμων έχει επαρκή. Οι ερευνητές Yari et al. (2021) διερεύνησαν το επίπεδο των γνώσεων στην υγεία σε κουρδικό πληθυσμό στην επαρχία Κουρδιστάν, Ιράν με βάση τις εννέα διαστάσεις του IHLQ. Επίσης μελέτησαν και την επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στις γνώσεις σχετικά με την υγεία. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 980, 490 από αγροτικές περιοχές και 490 από αστικές περιοχές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας περίπου το 50,4% του κουρδικού πληθυσμού είχε πολύ χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης της υγείας, το 34,0% είχε μέτριο , ενώ το 15,6% είχε καλή γνώση σε θέματα υγείας. Επιπλέον, το 60.2% των ατόμων είχε χαμηλή βαθμολογία στις ερωτήσεις που αναφέρονται στην πρόσβαση στις πληροφορίες περί υγείας και το 74,1% απέκτησε χαμηλές βαθμολογίες στις δεξιότητες ατομικής ενδυνάμωσης, ενώ τα άτομα που συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία σχετικά με την εγγραμματοσύνη στην υγεία, ήταν οι συμμετέχοντες με ανώτερη μόρφωση και ανήκαν στο ανδρικό φύλο (Yari et al. 2021).

Τα δεδομένα σχετικά με την εγγραμματοσύνη της υγείας παραμένουν σπάνια (Svensden et al. 2020). Όμως, ακόμα πιο σπάνιες αποτελούν οι έρευνες που αξιολογούν το επίπεδο εγγραμματοσύνης σε μειονοτικές ομάδες όπως είναι οι μετανάστες και πρόσφυγες (Fernández-Gutiérrez et al. 2018). Έχει παρατηρηθεί ότι οι προσφυγές και μετανάστες αποτελούν μια

ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα που αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας από ότι οι ντόπιο πληθυσμοί. Αυτό οφείλεται σε μια σύνθετη και δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ διαφόρων παραγόντων όπως είναι το κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό υπόβαθρο των ατόμων, οι συνθήκες διαβίωσης στην πατρίδα τους, το ταξίδι για την εγκατάσταση σε μια άλλη χώρα, οι απόψεις και οι εμπειρίες των ατόμων για την υγεία, τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν κατά την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και σχετίζονται με την γλώσσα και την έλλειψη γνώσεων σχετικά με την υγεία (Wångdahl et al, 2015). Στην μελέτη των Sarmiento et al. (2020), όπου συμμετείχαν 205 μετανάστες, οι ερευνητές δημιούργησαν μια έκδοση του ευρωπαϊκού εργαλείου HLS-EU-Q47, το οποίο θα ήταν κατάλληλο για την μέτρηση της εγγραμματοσύνης της υγείας σε ευάλωτους πληθυσμούς και συγκεκριμένα για αραβόφωνους/γαλλόφωνους μετανάστες που κατοικούν στη νοτιοανατολική Ισπανία. Τα αποτελέσματα σχετικά με την νέα έκδοση του HLS-EU-Q16 έδειξαν ότι αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τη σύγκριση του επιπέδου της εγγραμματοσύνης της υγείας μεταξύ χωρών που έχουν σημαντικές πολιτισμικές διαφοροποιήσεις. Ο ερευνητής Wångdahl et al., πραγματοποίησε έρευνα στην Σουηδία μεταξύ 455 ενηλίκων προσφύγων που μιλούσαν αραβικά, νταρί, σομαλικά ή αγγλικά. Οι συμμετέχοντες από 16 στρατηγικά επιλεγμένα σχολεία ξένων γλωσσών για μετανάστες απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο. Το επίπεδο E.Y. μετρήθηκε χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16. Η πλειοψηφία των προσφύγων που συμμετείχαν είχαν ανεπαρκή ή περιορισμένο λειτουργικό εγγραμματοσύνη υγείας και ολοκληρωμένη εγγραμματοσύνη υγείας. Περίπου το 60% από αυτούς είχαν ανεπαρκή λειτουργική E.Y. και το 27% είχαν ανεπαρκή ολοκληρωμένο E.Y. Η χαμηλή εκπαίδευση και το να προέρχεται κάποιος από την Σομαλία ήταν παράγοντες που σχετίζονταν με τον αυξημένο κίνδυνο να έχουν ανεπαρκή λειτουργική E.Y. Επίσης, το ανεπαρκές λειτουργικό επίπεδο E.Y. συνδέθηκε με αυξημένο κίνδυνο να υπάρχει ανεπαρκής ολοκληρωμένη E.Y. ερευνητής (Wångdahl et al, 2014).

Ανασκοπώντας την διεθνή βιβλιογραφία, παρατηρείται ότι μεγάλο μέρος του γενικού πληθυσμού έχουν ανεπαρκή επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας. Ο χαμηλός ή ανεπαρκής αλφαριθμητισμός υγείας έχει γίνει παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Περίπου 80 εκατομμύρια ενήλικες στις ΗΠΑ θεωρείται ότι έχουν περιορισμένη E.Y. (Kutner et al. 2006). Στην Ευρώπη όπως αναφέρεται και παραπάνω, η έρευνα που διεξήχθη σε οκτώ χώρες της

Ευρώπης, ανέδειξε ότι συνολικά το 47% των 8.000 ατόμων που ερωτήθηκαν είχαν ανεπαρκή Ε.Υ. (Watson, 2011). Ακόμη, έρευνα που πραγματοποίησε ο Duong et al. (2017) στην Ασία συμφωνεί με τα παραπάνω αποτελέσματα. Συγκεκριμένα ο Duong et al. (2017) διεξήγαγε έρευνα σε 10.024 άτομα από την Ινδονησία, το Καζακστάν, τη Μαλαισία, το Μιανμάρ, την Ταϊβάν και το Βιετνάμ, όπου και εκεί η Ε.Υ ήταν χαμηλή και συνδέθηκε σημαντικά με το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και το κοινωνικό στάτους. Επίσης, από τις μελέτες παρατηρείται ότι τα ποσοστά ανεπαρκούς επιπέδου Ε.Υ. είναι υψηλότερα μεταξύ των ηλικιωμένων, των μειονοτικών ομάδων, των φτωχών και όσων έχουν χαμηλό επίπεδο μόρφωσης (Kutner et al. 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΑΦΓΑΝΟΙ ΑΙΤΟΥΝΤΕΣ ΑΣΥΛΟ

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός των όρων «πρόσφυγας» και «αιτών άσυλο»

Πολλοί και διαφορετικοί όροι χρησιμοποιούνται για την περιγραφή των προσφύγων και των μεταναστών, ορισμένοι με σεβασμό στην ανθρώπινη αξία και τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα και άλλοι με τρόπο προσβλητικό, αντιδημοκρατικό ή και ρατσιστικό. Συνεπώς, η σωστή χρήση των όρων έχει ιδιαίτερη σημασία. Επιπλέον, κάθε όρος συνδέεται με διαφορετικές διεθνείς υποχρεώσεις της χώρας υποδοχής και έχει συνέπειες στην ασκούμενη πολιτική (Canadian Council for Refugees, 2010).

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί αρκετοί ορισμοί που προσδιορίζουν την έννοια του όρου «πρόσφυγας». Ωστόσο, εκείνος ο όρος που είναι διεθνής αναγνωρισμένος και επικρατέστερος πηγάζει σε οικουμενικό επίπεδο από τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για το Καθεστώς των Προσφύγων της 28ης Ιουλίου 1951 και το Πρωτόκολλο για το Καθεστώς των Προσφύγων της 31ης Ιανουαρίου 1967. Συνολικά 140 χώρες εκ των οποίων και η Ελλάδα, έχουν υπογράψει το ένα ή και τα δύο κείμενα του Οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών. Η Σύμβαση της Γενεύης για τους πρόσφυγες (1951), περιλαμβάνει τον ορισμό της έννοιας του «πρόσφυγα», καθορίζει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ατόμων στους οποίους χορηγείται το άσυλο, καθώς και τις αρμοδιότητες των εθνών που χορηγούν άσυλο και αναφέρεται ρητά η αρχή της μη επαναπροώθησης τους στην χώρα προέλευσης. Παρακάτω, παρατίθεται σύμφωνα με το άρθρο

1 Α (2) της Σύμβασης ο ορισμός του «πρόσφυγα» :

«Πρόσφυγας είναι κάθε πρόσωπο που συνεπεία γεγονότων επελθόντων πρό της 1ης Ιανουαρίου 1951 και δεδικαιολογημένου φόβου διώξεως λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξεως ή πολιτικών πεποιθήσεων ευρίσκεται εκτός της χώρας της οποίας έχει την υπηκοότητα και δεν δύναται ή, λόγω του φόβου τούτου, δεν επιθυμεί να απολαύη της προστασίας της χώρας ταύτης, ή εάν μη έχουν υπηκοότητα τινά και ευρισκόμενον συνεπεία τοιούτων γεγονότων εκτός της χώρας της προηγούμενης συνήθους αυτού διαμονής, δεν δύναται ή, λόγω του φόβου τούτου, δεν επιθυμεί να επιστρέψη εις ταύτην» (Υπάτη Αρμοστεία του Ο.Η.Ε, 2009).

Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, πρόσφυγας είναι κάθε άνθρωπος που αναγκάζεται να εγκαταλείψει την χώρα του επειδή υφίσταται δίωξη και κινδυνεύει η ζωή του. Αρκετές φορές συγχέεται η έννοια του πρόσφυγα με αυτή του μετανάστη. Για να αποσαφηνίσουμε τις έννοιες ο όρο μετανάστης αναφέρεται στο άτομο που εγκαταλείπει την χώρα καταγωγής του για να εγκατασταθεί σε ένα άλλο κράτος, προκειμένου να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του. Συνήθως υποχρεούται να μεταναστεύσει λόγω περιβαλλοντικών συνθηκών και απόλυτης φτώχειας. Όπως αναφέρει και η Συνθήκη της Γενεύης του 1951, η διαφορά με τους πρόσφυγες είναι πως οι μετανάστες εγκαταλείπουν οικειοθελώς τη χώρα τους για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους ενώ οι πρόσφυγες μετακινούνται στην προσπάθειά τους να προστατέψουν την ζωή τους ή να διαφυλάξουν την ελευθερία τους (Υπατη Αρμοστεία του Ο.Η.Ε, 2009). Ο «αιτών άσυλο» είναι κάποιος που υπέβαλε αίτηση προστασίας βάσει της Σύμβασης για τους Πρόσφυγες και ζητάει να του επιτραπεί η είσοδός του σε μια χώρα, ως πρόσφυγας, και βρίσκεται σε αναμονή καθώς η απόφαση της αίτησής δεν έχει ολοκληρωθεί για να αποκτήσει το καθεστώς του πρόσφυγα, υπό τις σχετικές διεθνείς και εθνικές οδηγίες. Εάν ο αιτών άσυλο λάβει αρνητική απόφαση, χρειάζεται να αποχωρήσει από τη χώρα, καθώς στην περίπτωση αυτή θα βρίσκεται υπό παράνομο καθεστώς, εκτός και αν η άδεια παραμονής τους έχει δοθεί για ανθρωπιστικούς ή άλλους σχετικούς λόγους (Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης, 2009). Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως κατά την διάρκεια μαζικών μετακινήσεων, δεν υπάρχει η δυνατότητα ούτε είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις με όλους όσους έχουν διασχίσει τα σύνορα καθώς ο λόγος διαφυγής από την χώρα τους είναι προφανής. Για το λόγο αυτό, οι άνθρωποι αυτοί θεωρούνται εκ πρώτης όψεως πρόσφυγες (Υπατη Αρμοστεία του Ο.Η.Ε, 2009).

Σημαντική καθίσταται η διευκρίνιση και ο ορισμός της έννοιας «επικουρική προστασία».

Η επικουρική προστασία είναι μια διεθνής προστασία για άτομα που ζητούν άσυλο, αλλά δεν χαρακτηρίζονται ως πρόσφυγες. Η προστασία αυτή λειτουργεί συμπληρωματικά προς τη Σύμβαση της Γενεύης και το Πρωτόκολλο για το Καθεστώς των Προσφύγων. Πηγάζει από το Ευρωπαϊκό δίκαιο και παρέχεται μόνο από τις χώρες που ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η επικουρική προστασία παρέχεται όταν στο πρόσωπο του ατόμου που ζητάει άσυλο διεθνούς προστασίας ελλείπει το στοιχείο της δίωξης (λόγω φυλής, εθνικής καταγωγής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, ιδιαίτερης κοινωνικής ομάδας), όπως ορίζεται από τη σύμβαση, αλλά στην χώρα καταγωγής του ασκείται αδιάκριτη βία ή μαίνεται εμπόλεμη σύρραξη. Επιπλέον παρέχεται προστασία όταν το άτομο κινδυνεύει να υποστεί θανατική ποινή ή εκτέλεση, βασανιστήρια ή απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση ή τιμωρία εάν επιστρέψει στην πατρίδα του. Ωστόσο, όπως και στην περίπτωση του προσφυγικού καθεστώτος, σε περίπτωση που ένα άτομο έχει διαπράξει κάποιο σοβαρό αδίκημα, αποκλείεται από την επικουρική προστασία, (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2004).

2.2 Χορήγηση διεθνούς προστασίας στην Ελλάδα

Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης προβλέπει δικαίωμα ασύλου και απαγόρευση της επαναπροώθησης. Το κεκτημένο της ΕΕ όσον αφορά το άσυλο εφαρμόζεται από τη στιγμή κατά την οποία το άτομο φτάνει σε σύνορα της ΕΕ. Ο κανονισμός του Δουβλίνου III, που αποτελεί τροποποίηση του Δουβλίνου II σχετικά με το καθεστώς ασύλου, είναι μια νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης που καθορίζει το κράτος μέλος της ΕΕ που είναι υπεύθυνο για την εξέταση της αίτησης διεθνούς προστασίας που συνήθως είναι η πρώτη χώρα υποδοχής του αιτούντα άσυλο. Σκοπός του κανονισμού είναι η άμεση πρόσβαση στις διαδικασίες ασύλου και η εξέταση της αίτησης διεθνούς προστασίας από ένα μόνο κράτος. Επίσης, στον κανονισμό καθορίζονται λεπτομερώς οι κοινές διαδικασίες χορήγησης και ανάκλησης της διεθνούς προστασίας. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνονται ο τρόπος υποβολής αίτησης, ο τρόπος εξέτασης της αίτησης, η βοήθεια που θα παρασχεθεί στον αιτούντα άσυλο, ο τρόπος έφεσης και η αντιμετώπιση επαναλαμβανόμενων αιτήσεων (Κανονισμός αριθ. 604/2013).

Στην Ελλάδα έως και το 2013 αρμόδια για την εξέταση αιτημάτων ασύλου και χορήγησης ασύλου ήταν η ελληνική αστυνομία. Η διαδικασία όσο διεκπεραιωνόταν από την ελληνική

αστυνομία ήταν εξαιρετικά χρονοβόρα λόγω της περιορισμένης πρόσβασης στο άσυλο, της έλλειψης διαδικαστικών εγγυήσεων, της έλλειψης διερμηνείας και δεκτές γίνονταν λίγες αιτήσεις για την χορήγηση διεθνούς προστασίας (Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής, 2017). Με την προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της οδηγίας 2008/115/EK ιδρύθηκε το 2011 η ελληνική Υπηρεσία Ασύλου (ν. 3907/2011), η οποία ξεκίνησε την λειτουργία της τον Ιούνιο του 2013. Η Υπηρεσία Ασύλου αποτέλεσε την πρώτη αυτόνομη δομή που αρμοδιότητα είχε την εξέταση των αιτημάτων διεθνούς προστασίας. Με τον ίδιο νόμο ιδρύθηκε επίσης η Υπηρεσία Πρώτης Υποδοχής με σκοπό την καταγραφή των στοιχείων και των αναγκών όσων έρχονται στην Ελλάδα χωρίς τις νόμιμες διατυπώσεις, συμπεριλαμβανομένων και ατόμων που επιθυμούν να ζητήσουν άσυλο, και η Αρχή Προσφυγών η οποία εξετάζει τις αρνητικές αποφάσεις που εκδίδει η Υπηρεσίας Ασύλου. Σήμερα η λειτουργία και των τριών δομών ρυθμίζεται κυρίως από το νόμο 4375/2016 και το νόμο 4636/2019, όπως ισχύουν (Υπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ, 2017).

2.3 Δικαιώματα αιτούντων διεθνούς προστασίας

Η Οδηγία 2013/33/ΕΕ σχετικά με τα δικαιώματα των αιτούντων άσυλο και των αναγνωρισμένων προσφύγων ενσωματώνεται στην ελληνική νομοθεσία με τον Ν. 4636/2019, όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 4686/2020. Τα δικαιώματα λοιπόν, αφορούν την ενημέρωση των αιτούντων άσυλο από τις αρμόδιες αρχές εντός 15 ημερών από την υποβολή του αιτήματός τους, το δικαίωμα να τους χορηγήσουν δελτίο αιτούντος διεθνούς προστασίας, το δικαίωμα λήψης ταξιδιωτικών εγγράφων για ανθρωπιστικούς λόγους, το δικαίωμα να κυκλοφορούν ελεύθερα στην Ελληνική Επικράτεια ή στην περιοχή που τους ορίζεται, το δικαίωμα υποβολής σε ιατρικές εξετάσεις κατά την ταυτοποίησή τους, το δικαίωμα σε στέγαση, τροφή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, εκπαίδευση, εργασία και εισόδου στην αγορά εργασίας.

Βάσει του ενωσιακού και εθνικού δικαίου η Ελλάδα υποχρεούται να παρέχει συγκεκριμένες υλικές συνθήκες υποδοχής. Στους αιτούντες διεθνούς προστασίας παρέχεται προσωρινή στέγαση σε διαφορεές δομές ανοιχτής και κλειστής φιλοξενίας (Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης, camp, διαμερίσματα, ξενοδοχεία). Επίσης, να παρέχεται τροφή και ρουχισμός, σε είδος ή υπό μορφή οικονομικού βοηθήματος για να υποστηριχθούν οικονομικά και κοινωνικά (Ν.4636/2019). Μέσω του προγράμματος ΕΣΤΙΑ, το οποίο διαχειρίζεται η

Ύπατη Αρμοστεία για τους Πρόσφυγες και το Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής και υλοποιείται από τις τοπικές αρχές σε συνεργασία με Εθνικές και Διεθνείς ΜΚΟ, παρέχεται στέγαση στους αιτούντες διεθνούς προστασίας σε διαμέρισμα. Η διαμονή σε διαμερίσματα, συνοδεύεται και από άλλες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για την ομαλότερη ένταξη στους στην ελληνική κοινωνία για όσους επιθυμούν να παραμείνουν στην χώρα.

Οι αιτούντες ασύλου, μέσω του Προσωρινού Αριθμού Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Π.Α.Α.Υ.Π.Α.) που τους αποδίδεται έχουν το δικαίωμα να καλύψουν τις ανάγκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ο Π.Α.Α.Υ.Π.Α. προσκομίζεται στο αιτούντα άσυλο όταν χορηγείται και το δελτίο αιτήσαντος ασύλου, που εκδίδεται από την Υπηρεσία Ασύλου και αντιστοιχείται με αυτόν και παραμένει ενεργός καθ' όλη τη διάρκεια εξέτασης της αίτησής του (Άρθρο 55 του Ν. 4636/2019).

Οι ανήλικοι αιτούντες άσυλο εντός τριών μηνών από την ημερομηνία ολοκλήρωσης της ταυτοποίησης τους, είναι υποχρεωτικό να εντάσσονται στις δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης του δημόσιου εκπαιδευτικού συστήματος. Οι αρμόδιες αρχές υποχρεούνται να υποστηρίξουν την σχετική διαδικασία. Για να πραγματοποιηθεί μια πιο ομαλή ένταξη στο εκπαιδευτικό σύστημα των ανήλικων αιτούντων άσυλο, στα κέντρα φιλοξενίας ή και σε οργανώσεις που παρέχουν υπηρεσίες σε αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες, οργανώνονται διάφορες εκπαιδευτικές δράσεις. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι οι δράσεις αυτές αντικαθιστούν την τυπική εκπαίδευση. Είναι σημαντικό να συμπληρώσουμε ότι πέρα από τους ανηλίκους, δικαίωμα στην πρόσβαση στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχουν και οι ενήλικες αιτούντες για όσο χρονικό διάστημα δεν εκτελείται μέτρο απομάκρυνσης που εκκρεμεί κατά των ιδίων (Αρ. 51, Ν. 4368/2016).

Η εργασία είναι θεμελιώδους σημασίας για τα άτομα να μπορούν να συμμετέχουν στην οικονομική και κοινωνική ζωή της χώρας υποδοχής. Οι αιτούντες άσυλο έχουν δικαίωμα στην πρόσβαση στην αγορά εργασίας μετά την πάροδο έξι μηνών από την ολοκλήρωση της διαδικασίας κατάθεσης της αίτησης διεθνούς προστασίας και εφόσον κατέχουν «δελτίο αιτούντος διεθνή προστασία» σε ισχύ. Επιπλέον έχουν δικαίωμα εγγραφής και παρακολούθησης προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης, με τους ίδιους όρους όπως οι Έλληνες πολίτες, ασχέτως του αν έχουν πρόσβαση στην αγορά εργασίας (Αρ. 54, Ν. 4368/2016).

Η εξέταση του αιτήματος ασύλου αποτελεί μια διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει έως και χρόνια. Η πρόσβαση στην εκπαίδευση και στην εργασία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αξιοπρεπή διαβίωση των αιτούντων άσυλο και την ομαλή συμβίωσή τους με τους κατοίκους των κοινωνιών υποδοχής και παρέχει την δυνατότητα για ομαλότερη μετάβαση από το καθεστώς του «αιτούντος άσυλο» υπό τη φροντίδα του κράτους στο καθεστώς του «αναγνωρισμένου δικαιούχου διεθνούς προστασίας» ο οποίος χρειάζεται μόνος τους να καλύπτει τις ανάγκες του (Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2020).

2.4 Μετακίνηση Αφγανικού πληθυσμού

Η μετακίνηση του αφγανικού πληθυσμού υπήρξε ουσιαστική πτυχή της ιστορίας του Αφγανιστάν, συμπεριλαμβανομένης της μετανάστευσης για αναζήτηση εποχιακής ή μόνιμης εργασίας, καθώς και η μετακίνηση για αναζήτηση ασύλου λόγω των πολέμων και των εγχώριων διαμαχών. Οι Αφγανοί εδώ και αιώνες, μετανάστευαν κυρίως σε γειτονικές χώρες όπως το Πακιστάν και στην Ισλαμική Δημοκρατία του Ιράν. Ωστόσο, πλέον ταξιδεύουν πιο μακριά όπως στην Βόρεια Αμερική, στην Αυστραλία και στην Ευρώπη (International Organization for Immigration, 2014). Σύμφωνα με έκθεση του 2021 της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες (UNHCR), περίπου 6 εκατομμύρια από τα 70,8 εκατομμύρια βίβια εκτοπισμένα άτομα σε όλο τον κόσμο είναι Αφγανοί που αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τα σπίτια τους. Το Αφγανιστάν αποτελεί την χώρα με τον τρίτο μεγαλύτερο πληθυσμό εκτοπισμένων στον κόσμο μετά τη Συρία και τη Βενεζουέλα, και τη χώρα καταγωγής της δεύτερης μεγαλύτερης ομάδας προσφύγων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των προσφύγων αποτελούν γυναίκες και παιδιά (Albrecht, Rude and Stitteneder, 2021).

Οι Αφγανοί έχουν υποστεί περισσότερα από 40 χρόνια συνεχών ένοπλων συγκρούσεων. Το πρώτο μεγάλο κύμα προσφύγων από το Αφγανιστάν προκλήθηκε με την μεσοβιετική εισβολή το 1979, ένας πόλεμος που διήρκησε έως το 1989. Την περίοδο εκείνη το Πακιστάν και η Ισλαμική Δημοκρατία του Ιράν ήταν οι κύριες χώρες προορισμού των Αφγανών προσφύγων λόγω της γεωγραφικής τους θέσης και της ομοιότητας των χωρών στη γλώσσα, τον πολιτισμό και τη θρησκεία (International Organization for Immigration, 2014). Έπειτα, το δεύτερο κύμα προσφύγων προκαλείται με τη νίκη των Μουτζαχεντίν το 1992 και την άνοδο του καταπιεστικού καθεστώτος των Ταλιμπάν το 1994. Οι Ταλιμπάν απέκλεισαν τις γυναίκες και τα κορίτσια από την δημόσια ζωή και την εκπαίδευση και παραβίασαν βάνανυσα τα

ανθρώπινα δικαιώματά τους (Albrecht, Rude and Stitteneder, 2021). Την εποχή εκείνη ιδιαίτερα η αστική και μορφωμένη μεσαία τάξη αποχώρησε από το Αφγανιστάν προς την Ισλαμική Δημοκρατία του Ιράν και το Πακιστάν (Stigter, 2006). Το τρίτο και πιο πρόσφατο κύμα προσφύγων προκλήθηκε, μετά τις τρομοκρατικές επιθέσεις της 11ης Σεπτεμβρίου του 2001 στην Νέα Υόρκη, με την εισβολή των ΗΠΑ στο Αφγανιστάν την ίδια χρονολογία. Ο πόλεμος διεξήχθη ανάμεσα στις Η.Π.Α. και τους Συμμάχους της ενάντια των Ταλιμπάν και συνεχίστηκε για πολλά χρόνια. Η σύγκρουση συνεχίστηκε μεταξύ των Ταλιμπάν ενάντια σε αφγανικές και αμερικανικές δυνάμεις και πολίτες, ενώ έκανε την εμφάνιση και ένα αφγανικό παράρτημα του ISIS (Bloch, 2021). Οι Αφγανοί για δεκαετίες ζουν υπό καθεστώς ακραίας βίας, ανασφάλειας και ωμών παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η αποστολή βοήθειας των Ηνωμένων Εθνών στο Αφγανιστάν (UNAMA), αναφέρει ότι το 2015 ήταν η πιο θανατηφόρα χρονιά για τους αμάχους σε όλο το Αφγανιστάν από το 2009, με πάνω από 11.000 πολίτες θύματα (UNAMA, 2016). Η μακροχρόνια σύρραξη στο Αφγανιστάν ανάγκασε τους Αφγανούς να εγκαταλείψουν μαζικά την χώρα τους και να αναζητήσουν άσυλο. Σύμφωνα με την UNHCR, μέχρι το τέλος του 2015 εκτιμάται πως ο πληθυσμός των Αφγανών αιτούντων ασύλων ανερχόταν στα 2,7 εκατομμύρια σε σύγκριση με την προηγούμενη χρονιά που ήταν 2,6 εκατομμύρια. Μετά την Συρία, το Αφγανιστάν αποτελεί την χώρα με τον μεγαλύτερο αριθμό προσφύγων. Η Ελλάδα λόγω της γεωγραφικής της θέσης αποτελεί ένα σημαντικό σημείο εισόδου για τους ανθρώπους που επιζητούν ασφάλεια στην Ευρώπη και ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 2000 εκατοντάδες χιλιάδες αιτούντες άσυλο έχουν περάσει στην Ελλάδα μέσω από τα υδάτινα και χερσαία εδάφη της. Σε ευρωπαϊκό πλαίσιο, η Ελλάδα και η Ιταλία βίωσαν αυτό που οι κυβερνητικοί αξιωματούχοι ονόμασαν «μεταναστευτική» ή «προσφυγική» κρίση (UNHCR, 2016). Το 2015, λόγω του πολέμου και των βίαιων συγκρούσεων, περισσότεροι από 800.000 άνθρωποι έφτασαν στην Ελλάδα, η πλειονότητα των οποίων προερχόταν από την Συρία, το Αφγανιστάν, το Ιράκ και ορισμένες Αφρικανικές χώρες (Clayton, 2016).

Το Αφγανιστάν αποτελεί μια από τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, και η χώρα είναι αντιμέτωπη τώρα με πολλαπλές οικονομικές, χρηματοοικονομικές και ανθρωπιστικές προκλήσεις, οι οποίες μπορεί να επιδεινωθούν λόγω της μείωσης της εξωτερικής βοήθειας, του διεθνούς εμπορίου και της φύσης της διακυβέρνησης των Ταλιμπάν (UK Parliament, 2021), που είναι πλήρως κυρίαρχοι της χώρας μετά από την αποχώρηση των

ΗΠΑ και των Συμμάχων τους τον Αύγουστο του 2021. Αν και οι Αφγανοί συνεχίζουν να εγκαταλείπουν την χώρα τους, παγκοσμίως τα κράτη φαίνεται να μην είναι τόσο πρόθυμα πλέον να δεχτούν πρόσφυγες (Albrecht, Rude and Stitteneder, 2021).

2.5 Εκπαίδευση και ποσοστά αλφαβητισμού Αφγανών

Η εκπαίδευση αποτελεί βασικό παράγοντα εθνικής ανάπτυξης και ασφάλειας και συμβάλει στην βελτίωση της υγείας, της βιώσιμης διαβίωσης και στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Το Αφγανιστάν αποτελεί μια από τις φτωχότερες χώρες του κόσμου με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού. Οι χρόνιες ένοπλες συρράξεις, κατέστρεψαν ολοσχερώς τις υποδομές της χώρας και επιδείνωσαν τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες καθιστώντας την εθνική ανάπτυξη πολύ δύσκολη. Η φτώχεια στο Αφγανιστάν αποτέλεσε ένα πολυδιάστατο πρόβλημα που συνδέθηκε με τις κοινωνικές ανισότητες, την ανισότητα ή τον αποκλεισμό στην πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες, στις υπηρεσίες υγείας και στις δομές εκπαίδευσης (Islamic Republic of Afghanistan Ministry of Education, 2008). Παρά τις πολυάριθμες πρωτοβουλίες, το Αφγανιστάν εξακολουθεί να βρίσκεται αντιμέτωπο με μια κακή κατάσταση ασφάλειας και οικονομικής κατάστασης (Bittlingmayer et al., 2019). Η καταστροφή των υποδομών στο Αφγανιστάν, η απώλεια ανθρώπινου δυναμικού, η απομόνωση από τη διεθνή κοινότητα για αρκετά χρόνια και το τεράστιο κενό σε γνώση και τεχνολογία φέρνει αντιμέτωπη την χώρα με μια τεράστια πρόκληση ως προς την ανοικοδόμηση του εθνικού εκπαιδευτικού τους συστήματος. Επιπλέον, οι κοινότητες φαίνεται να μην έχουν εύκολη πρόσβαση στα σχολεία και τα μισά από τα παιδιά σχολικής ηλικίας εκτιμάται ότι ήταν εκτός σχολείου πλαισίου (Islamic Republic of Afghanistan Ministry of Education, 2008).

Το 2016, το γραφείο της UNESCO στην Καμπούλ αναφέρει πώς το Αφγανιστάν έχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά αλφαβητισμού στον κόσμο που υπολογίζεται περίπου στο 31% του ενήλικου πληθυσμού (άνω των 15 ετών). Τα επίπεδα αλφαβητισμού των γυναικών είναι κατά μέσο όρο 17%, με υψηλή διακύμανση, που υποδηλώνει έντονο γεωγραφικό χάσμα και έμφυλο χάσμα στην εκπαίδευση. Για παράδειγμα, το υψηλότερο ποσοστό αλφαβητισμού στις γυναίκες είναι 34,7%, που βρίσκεται στην πρωτεύουσα, Καμπούλ, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά αλφαβητισμού είναι 1,6 % και βρίσκονται σε δύο νότιες επαρχίες της χώρας. Τα ποσοστά αλφαβητισμού των ανδρών είναι κατά μέσο όρο περίπου 45%, πάλι με μεγάλη διακύμανση. Τα υψηλότερα ποσοστά αλφαβητισμού ανδρών είναι στην Καμπούλ στο 68 %,

ενώ το χαμηλότερο ποσοστό βρίσκεται στη Χελμάντ, στο 41 % (UNESCO, 2016). Σε έκθεση της Παγκόσμιας Τράπεζας (World Bank) αναφέρεται πώς οι Αφγανοί με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο είναι λιγότεροι μορφωμένοι και έχουν 20% περισσότερες πιθανότητες να είναι αναλφάβητοι και 15% λιγότερες πιθανότητες να έχουν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση μετά την ηλικία των 15 ετών (World Bank, 2016).

Σε πιο πρόσφατα δεδομένα της UNESCO αναφέρεται ότι το 2018, περισσότερο από το μισό (57%) του ενήλικου πληθυσμού (15 ετών και άνω) δεν ήξερε να διαβάσει και να γράφει. Επιπλέον, το χάσμα μεταξύ των φύλων εξακολουθεί να είναι μεγάλο το 80% των γυναικών είναι αναλφάβητοι, ενώ οι άνδρες αναλφάβητοι αποτελούν το 51%. Επίσης στην έρευνα αναφέρεται ότι οι ανισότητες εξαρτώνται πέρα από το φύλο και από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας ή αν τα άτομα ζουν σε αστικές ή αγροτικές περιοχές. Παρά τη δραματική αυτή κατάσταση, το Αφγανιστάν έχει καταφέρει σημαντική πρόοδο ως προς τον αλφαριθμητισμό την τελευταία δεκαετία. Η εγγραμματοσύνη των ενηλίκων αυξήθηκε από το 32% που ήταν το 2011 στο 43% το 2018, που αντιπροσωπεύει αύξηση 11,6 ποσοστιαίων μονάδων. Την ίδια στιγμή, η αύξηση του ποσοστού αλφαριθμητισμού των γυναικών αυξήθηκε κατά 12,8 τοις εκατό μονάδες από 17% σε 30% (UNESCO, 2021).

Κάποιοι από τους λόγους που οι Αφγανοί παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα αλφαριθμητισμού είναι οι πόλεμοι, η καθυστέρηση στην σύγχρονη εκπαίδευση και κατάρτιση στο Αφγανιστάν, οι προσπάθειες των Ταλιμπάν να εμποδίσουν την πρόσβαση των κοριτσιών στο σχολείο με την δολοφονία δασκάλων, το κάψιμο των σχολείων, τη δηλητηρίαση μαθητών κ.λπ., η έλλειψη σχολικών υποδομών και τα οικονομικά προβλήματα της χώρας. Σήμερα, η εκπαίδευση είναι καλύτερη σε σύγκριση με τις προηγούμενες περιόδους όμως εξακολουθούν να υπάρχουν πάρα πολλά προβλήματα σε αυτόν τον τομέα (Khwajamir, 2016)

2.6 Αιτούντες διεθνούς προστασίας και υγεία

Μέσα από μελέτες έχει διαπιστωθεί πως η γενική υγεία των μετακινούμενων πληθυσμών είναι κακή και αρκετά συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας όπως είναι ο υποσιτισμός, οι διαταραχές ψυχικής υγείας, η φυματίωση και ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV). Συγκεκριμένα, οι αιτούντες άσυλο έχουν ιδιαίτερη ευαισθησία σε ζητήματα υγείας λόγω της βίας, των ταξιδιών που μπορεί να έχουν επηρεάσει αρνητικά την υγεία του ατόμου λόγω της κακής υγιεινής και των συνθηκών, ο επιπολασμός ορισμένων

μεταδοτικών μολυσματικών ασθενειών στις χώρες από τις οποίες προέρχονται καθώς και η ετερογένεια των εμβολιασμών ανάλογα με την ηλικία και τη χώρα προέλευσης, καθιστά αυτόν τον πληθυσμό ευάλωτο σε επιδημίες (Cortier et al., 2022). Σε πολλές χώρες από τις οποίες προέρχονται πρόσφυγες τα συστήματα δημόσιας υγείας κατέρρευσαν και τα προγράμματα εμβολιασμού έχουν διακοπεί λόγω πολέμου και πολιτικής ή οικονομικής αστάθειας, με αποτέλεσμα την ασυνεπή εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ των προσφυγικών πληθυσμών. Υπάρχουν κρούσματα και μεμονωμένες περιπτώσεις αρκετών ασθενειών που θα μπορούσαν να προληφθούν με τον εμβολιασμό όπως για παράδειγμα η ιλαρά, η ηπατίτιδα Α, η ανεμοβλογιά και η διφθερίτιδα. Για τον λόγο αυτό, Ο Π.Ο.Υ. συνιστά τον εμβολιασμό σε πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο και μετανάστες σύμφωνα με το πρόγραμμα εμβολιασμού της κάθε χώρας υποδοχής εάν τα άτομα σκοπεύουν να μείνουν σε μια χώρα για περισσότερο από μία εβδομάδα (Freidl et al., 2018). Για την διερεύνηση των πιο συχνών λόγων εισαγωγής στο νοσοκομείο των μεταναστών, των αιτούντων άσυλο και των μεταναστών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα, συλλέχθηκαν δεδομένα από το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ελσίνκι για την δεκαετία 2010-2020. Η μελέτη έδειξε ότι ο πιο συχνός λόγος εισαγωγής στο νοσοκομείο των ενηλίκων αποτελούσε η εγκυμοσύνη ενώ για τους ανηλίκους οι γενετικές ανωμαλίες, παραμορφώσεις και χρωμοσωμικές ανωμαλίες ήταν εκείνες που ευθύνονταν για τις περισσότερες νοσηλείες ακολουθούμενες από τις μολυσματικές ασθένειες. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην παραπάνω μελέτη προερχόταν από το Ιράκ, την Συρία και το Αφγανιστάν (Aro and Kantele 2021). Ακόμη μία έρευνα σε αιτούντες άσυλο από το Αφγανιστάν, Ιράν και την Σομαλία έδειξε πως παραπάνω από τους μισούς παρουσίαζαν κακή κατάσταση υγείας και έπασχαν από κάποια χρόνια ασθένεια (Gerritsen et al. 2006).

Όσον αφορά την ψυχική υγεία, ο πόλεμος και η συνεχής καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχουν συχνά μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των προσφύγων που είναι δυνατόν να συμβάλλουν στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (Mann & Fazil, 2006). Ωστόσο, πέρα από τις τρομακτικές εμπειρίες που βίωσαν και τους κατέστησαν πρόσφυγες, στις χώρες υποδοχής βιώνουν επιπλέον βαθιά ψυχοκοινωνική δυσφορία λόγω της αβεβαιότητας που υπάρχει όσον αφορά το μέλλον τους, που επιδεινώνεται από τα εμπόδια της γραφειοκρατίας, λόγω της απώλειας των κοινωνικών δικτύων και λόγω των συνθηκών υπό τις οποίες ζουν οι πρόσφυγες, οι μετανάστες και οι αιτούντες άσυλο (Bjertrupa et al., 2018). Πιο διαδεδομένα είδη ψυχικών διαταραχών αποτελούν η κατάθλιψη, οι ψυχώσεις

(σχιζοφρένια και διπολική διαταραχή), οι αγχώδεις διαταραχές, ψυχοσεξουαλικές διαταραχές, η επιληψία και η διαταραχή του μετατραυματικού στρες (Mann & Fazil, 2006; Kamaou et al., 2004). Η βία σε όλες τις μορφές επιφέρει μακροχρόνιες επίδρασεις στην ψυχική υγεία των ατόμων. Στους πρόσφυγες η διαταραχή του μετατραυματικού στρες αποτελεί ένα από τα πιο συχνά διαγνωσμένα σύνδρομα στην ψυχική υγείας των προσφύγων. Σύμφωνα με αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη σε ένα δείγμα 64.000 προσφύγων από σαράντα χώρες, το 30,4% διαγνώστηκαν με PTSD (Young & Chan, 2015). Σύμφωνα με έρευνες, οι Αφγανοί παρουσιάζουν συχνά συννοσηρότητα μεταξύ κατάθλιψης και μετατραυματικών συμπτωμάτων. Τα ψυχικά τραύματα φαίνεται να έχουν τις ρίζες τους και να δημιουργήθηκαν όταν αναγκάστηκαν να φύγουν από την πατρίδα τους αλλά και όταν βίωσαν ή ήταν παρόντες σε διάφορες φρικαλεότητες στην χώρα τους αλλά και στο ταξίδι τους. Επιπλέον, η απώλεια μελών της οικογένειας και οι μακρές και αγχώδης εμπειρίες απόδρασης αποτελούν κάποιους από τους λόγους που οι Αφγανοί παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας (Alemi et al., 2014).

Με τον αριθμό προσφύγων και μεταναστών να έχει φτάσει στο έπακρο, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες υποδοχής έχουν να αντιμετωπίσουν πολλές και διάφορες προκλήσεις παγκοσμίως. Από τις πιο συνήθεις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν, αποτελούν τα γλωσσικά εμπόδια, οι πολιτιστικές διαφορές καθώς και η αντιμετώπιση ασθενειών που είναι λιγότερο οικίες από το υγειονομικό προσωπικό στην χώρα υποδοχής (Aro and Kantele 2021). Επιπροσθέτως, πολλές προκλήσεις έχουν να αντιμετωπίσουν και οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση επιβεβαιώνει ότι παρά τη φιλοδοξία να διασφαλιστεί ισότητα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη μεταξύ προσφύγων και αιτούντων άσυλο, τα στοιχεία δείχνουν ότι η ύπαρξη νομικών, κοινωνικοπολιτισμικών, περιβαλλοντικών, γλωσσικών και επικοινωνιακών φραγμών συμβάλουν στην περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Hahn et al. 2020 ; Lebano et al., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του επιπέδου της εγγραμματοσύνης της υγείας καθώς και των κοινωνικό - δημογραφικών παραγόντων που συνδέονται με την Ε.Υ. σε Αφγανούς αιτούντες άσυλο που διαμένουν στην Ελλάδα.

3.2 Ερευνητικές ερωτήσεις

Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να απαντήσει στα ακόλουθα ερωτήματα:

- Ποιο είναι το επίπεδο εγγραμματοσύνης της υγείας Αφγανών αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα;
- Εάν και με ποια κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά συσχετίζεται η εγγραμματοσύνη της υγείας;

3.3 Επιλογή μεθόδου έρευνας

Η μέθοδος που επιλέχθηκε είναι ποσοτική εμπειρική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η ποσοτική έρευνα συνίσταται στην συστηματική συλλογή δεδομένων τα οποία αναλύονται μέσω στατιστικών μεθόδων. Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος καθώς μέσω αυτής της μεθόδου εξοικονομείται περισσότερος χρόνος και τα ευρήματα από την μελέτη μπορούν να γενικευτούν στον ευρύτερο πληθυσμό (Daniel, 2016). Το είδος της μελέτης είναι συγχρονική περιγραφική μελέτη (cross-sectional) με μερικές συσχετίσεις. Μια συγχρονική μελέτη περιέχει παρατηρήσεις ενός δείγματος από έναν πληθυσμό ή φαινόμενο κατά το οποίο παρατηρούνται οι παρατηρήσεις, μια ορισμένη χρονική στιγμή (Babbie, 2011).

3.4 Ο «υπό μελέτη» πληθυσμός-μεθοδολογία δειγματοληψίας

Στην συγκεκριμένη μελέτη, πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν ενήλικοι Αφγανοί αιτούντες ασύλου που ομιλούν Νταρί ¹ (Φαρσί) και διαμένουν σε δομές φιλοξενίας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε και συμπληρώθηκε από δείγμα 164 ατόμων χρησιμοποιώντας την τεχνική της δειγματοληψίας ευκολίας ή ευχέρειας. Στην δειγματοληψία ευκολίας σχηματίζουμε δείγματα με γνώμονα την ευκολία και την διαθεσιμότητα των μελών που την αποτελούν. Το συγκεκριμένο δείγμα είναι προσβάσιμο από τους ερευνητές καθώς επιλέγεται με βάση τις σχέσεις ή τα δίκτυα στα οποία έχουν εύκολη πρόσβαση (Ζεφυρόπουλος, 2005).

3.5 Ζητήματα δεοντολογίας (αδειοδότηση της έρευνας)

Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια διέπεται σε όλα τα στάδιά της από τις αρχές και τους κανόνες της ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και είναι σύμφωνη με την κείμενη εθνική και ευρωπαϊκή νομοθεσία. Πιο συγκεκριμένα, για τη διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε άδεια από την Εταιρεία Κοινωνικής και Πολιτιστικής Στήριξης Παλινοστούντων Ομογενών "ΝΟΣΤΟΣ" και από την «Ανοιχτή Δομή Φιλοξενίας αιτούντων άσυλο, ευάλωτων ομάδων πολιτών τρίτων χωρών» του Ελαιώνα Αττικής, όπου φιλοξενούνται αιτούντες άσυλο ωστόσο τους χορηγηθεί το προσφυγικό καθεστώς. Επίσης, έχει ληφθεί άδεια χρήσης του ερευνητικού εργαλείου HLS-EU-Q16 από τον Dr Wangdahl, ο οποίος μετέφρασε και στάθμισε το ερωτηματολόγιο στην γλώσσα Νταρί.

Σημειώνεται ότι πριν ξεκινήσει η λήψη των απαντήσεων δόθηκε στους συμμετέχοντες ένα πληροφοριακό σημείωμα στο οποίο αναγράφονταν οι πληροφορίες διεξαγωγής της έρευνας και ζητήθηκε η υπογραφή εντύπου συγκατάθεσης όπου αναφερόταν ο σκοπός της μελέτης, η τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και η διαχείριση των δεδομένων βάσει της κείμενης εθνικής και κοινοτικής νομοθεσίας, ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής των ερωτηθέντων, το δικαίωμα υπαναχώρησης

¹ Επίσημες γλώσσες του Αφγανιστάν είναι η περσική γλώσσα (η οποία το 1964 μετονομάστηκε σε Νταρί, αλλά συνήθως εξακολουθεί να ονομάζεται και φαρσί) και η Παστού (Spooner, 2012)

χωρίς να έχει συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο, κ.α..

3.6 Συλλογή δεδομένων και ερευνητικά εργαλεία

Για την πραγματοποίηση της έρευνας, αρχικά χρειάστηκε να συλλέξουμε τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα. Για αυτό τον λόγο, χρησιμοποιήσαμε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο, το οποίο μας βοήθησε να μάθουμε το κοινωνικό- δημογραφικό προφίλ του υπό μελέτη πληθυσμού. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου που αναφέρονται: στο φύλο, στην ηλικία, στην οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο των σπουδών (μορφωτικό επίπεδο), το χρόνο διαμονής τους στην Ελλάδα και στην δομή που φιλοξενούνται και ένα έχουν γνώση κάποιας άλλης γλώσσας. Ακόμη, το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις για την κατάσταση υγείας του υπό μελέτη πληθυσμού και ερωτήσεις που σχετίζονται με τον SARS-CoV-2 για να αξιολογήσουμε τις ικανότητές τους για αναζήτηση και εφαρμογή ιατρικών πληροφοριών εν μέσω της πανδημίας COVID-19, η οποία μαστίζει όλο τον πλανήτη και την χώρα μας. Για να μάθουμε εάν οι συμμετέχοντες πάσχουν από μακροχρόνια ασθένεια, στο ερωτηματολόγιο υπάρχει η ερώτηση «πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα» η οποία απαντάτε με «ναι» ή «όχι». Επιπλέον, οι ερωτήσεις σχετικά με τον με τον SARS-CoV-2 αφορούν 1. εάν έχουν διαγνωσθεί θετικοί σε τεστ για τον SARS-CoV-2, 2. εάν ανησυχούν μήπως νοσήσουν από τον ιό, 3. εάν έχουν κάνει το εμβόλιο για τον νέο κορωνοϊό, 4. εάν σκοπεύουν να κάνουν το εμβόλιο και τέλος 5. εάν έχουν την ικανότητα πλοήγησης - αναζήτησης πληροφοριών στο Ιντερνέτ. Οι παραπάνω ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν με «ναι» ή «όχι». Έπειτα, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο για την μέτρηση της Εγγραμματοσύνης της Υγείας HLS-EU-Q16. Το συγκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελεί συντόμευση του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q47 που δημιουργήθηκε το 2013 από τον Sorensen et al. στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού προγράμματος για την Ε.Υ. Οι Wangdahl et al. (2015) τροποποίησαν ελαφρώς και μετέφρασαν στη γλώσσα Νταρί το ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16 για την σουηδική μελέτη που πραγματοποίησαν για την μέτρηση της Ε.Υ σε πρόσφυγες που μιλούσαν αραβικά, νταρί, σομαλικά ή αγγλικά. Ζητήθηκε άδεια ώστε να χρησιμοποιήσουμε το ερωτηματολόγιο από τον παραπάνω ερευνητή, και μας απέστειλε το ερωτηματολόγιο στα νταρί. Το HLS-EU-Q16 εστιάζει στο πώς οι άνθρωποι βρίσκουν, κατανοούν, αξιολογούν και εφαρμόζουν πληροφορίες σε τρεις τομείς: την υγειονομική περίθαλψη, την πρόληψη ασθενειών και την

προαγωγή της υγείας (Sorensen et al., 2013). Αποτελείται από 16 ερωτήσεις, οι οποίες περιγράφουν διαδραστικές εργασίες που σχετίζονται με την υγεία, τη δυσκολία των οποίων ο ερωτώμενος καλείται να βαθμολογήσει σε κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμών. Για την βαθμολόγηση των απαντήσεων ακολουθήθηκε η μέθοδος της διχοτόμησης. Συγκεκριμένα, οι δύο κατηγορίες «πολύ εύκολο» και «αρκετά εύκολο» τους δίνεται η τιμή 1, ενώ οι κατηγορίες «αρκετά δύσκολο» και «πολύ δύσκολο» βαθμολογούνται με 0 και η απάντηση «δεν γνωρίζω/δεν απαντώ», όπως και στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Wangdahl et al., παραλήφθηκε. Το μέγιστο άθροισμα των βαθμολογιών είναι το 16 και το ελάχιστο είναι το 0. Η συγκέντρωση 0-8 βαθμών δηλώνει ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας, 9-12 προβληματική και 13-16 δηλώνει επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας.

Το ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16 διανεμήθηκε ιδιοχείρως σε αιτούντες άσυλο από το Αφγανιστάν που ομιλούν τη γλώσσα Νταρί και διαμένουν σε διαμερίσματα της ΜΚΟ ΕΚΠΟΣΠΟ "ΝΟΣΤΟΣ" καθώς και στην «Ανοιχτή Δομή Φιλοξενίας αιτούντων άσυλο, ευάλωτων ομάδων πολιτών τρίτων χωρών» του Ελαιώνα Αττικής. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν με τη βοήθεια διερμηνέα, ο οποίος κατάγεται από το Αφγανιστάν και εργάζεται στην Ελλάδα ως επαγγελματίας διερμηνέας, για το είδος και τον σκοπό της μελέτης όπως και για την σπουδαιότητα της συμμετοχής στην έρευνα. Επίσης, κατά την ενημέρωσή τους αναφέρθηκε ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική και ότι οι απαντήσεις τους θα είναι απόρρητες. Στις περιπτώσεις όπου τα άτομα δεν γνώριζαν ανάγνωση, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με τη βοήθεια διερμηνέα.

3.7 Στατιστική Ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών ενώ η διάμεσος και το ενδοτεταρτημορικό εύρος χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή αλλά και σε περιπτώσεις διευκρινέστερης περιγραφής των μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των μετρήσεων των παραγόντων που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's α . Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος

Mann – Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός Kruskal – Wallis έλεγχος. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (ρ). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (ρ) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τη βαθμολογία της κλίμακας της μελέτης από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικού μετασχηματισμού της εξαρτημένης μεταβλητής λόγω μη ύπαρξης κανονικότητας. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS22.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δείγμα μας αποτελούνταν από 164 άτομα εκ των οποίων το 45,1% ήταν άνδρες. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

		N	%
Φύλο	Άνδρας	74	45,1
	Γυναίκα	90	54,9
Ηλικία, Μέση τιμή (SD)		35,3 (10)	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	31	18,9
	Έγγαμος/η	118	72,0
	Διαζευγμένος/η	10	6,1
	Χήρος/α	5	3,0
Επίπεδο	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό	38	23,2

εκπαίδευσης	Έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό	34	20,7
	Έχω ολοκληρώσει το Γυμνάσιο	29	17,7
	Έχω ολοκληρώσει το Λύκειο ή σχολή Δ/θμιας Εκπαίδευσης	18	11,0
	Έχω ολοκληρώσει ανώτερη σχολή (IEK, ΚΕΚ, ιδιωτ. σχολή, κολλέγιο)	17	10,4
	Έχω ολοκληρώσει ανώτατη σχολή (ΑΕΙ, ΤΕΙ, μεταπτυχιακό)	28	17,1
Πόσο καιρό διαμένετε στην Ελλάδα	Λιγότερο από 6 μήνες	8	4,9
	6 μήνες - 1 χρόνο	9	5,5
	1-2 χρόνια	18	11,0
	2-3 χρόνια	73	44,5
	3-5 χρόνια	50	30,5
	Πάνω από 5 χρόνια	6	3,7
Πόσο καιρό διαμένετε στη συγκεκριμένη δομή (σε μήνες), Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)		16,4 (11,1)	15 (7 – 24)
Γνωρίζετε, στοιχειωδώς έστω, κάποια άλλη γλώσσα, πέραν της μητρικής σας		81	49,4
<i>Ελληνικά</i>		20	12,2
<i>Αγγλικά</i>		62	37,8
<i>Άλλη γλώσσα</i>		12	7,3
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα		33	20,1
Έχετε διαγνωσθεί θετικός/ή σε τεστ για τον SARS-CoV-2		26	15,9
Ανησυχείτε μήπως νοσήσετε από τον ιό του SARS-CoV-2		85	51,8
Έχετε κάνει το εμβόλιο για τον νέο κορωνοϊό		149	90,9
Αν δεν έχετε κάνει το εμβόλιο για τον νέο κορωνοϊό, σκοπεύετε να το κάνετε		14	93,3
Έχετε την ικανότητα στοιχειώδους αναζήτησης πληροφοριών στο Ιντερνέτ		110	67,1

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 35,3 έτη (SD=10 έτη) και το 72% ήταν έγγαμοι. Το 23,2% δεν είχε ολοκληρώσει το Δημοτικό ενώ το 44,5% διέμενε στην Ελλάδα 2 έως 3 χρόνια. Οι συμμετέχοντες διέμεναν στη συγκεκριμένη δομή κατά μέσο όρο 16,4 μήνες (SD=11,1 μήνες). Το 37,8%, πέραν της μητρικής του γλώσσας, γνώριζε έστω και στοιχειωδώς αγγλικά και το 20,1% έπασχε από κάποιο χρόνιο νόσημα. Θετικό σε τεστ για τον SARS –CoV-2 είχε διαγνωστεί το 15,9% του δείγματος ενώ το 51,8% ανησυχούσε μήπως νοσήσει από τον ιό του SARS-CoV-2. Το 91% περίπου είχε κάνει το εμβόλιο για τον νέο κορωνοϊό με το 93,3% όσον δεν το έκαναν να σκοπεύουν να το κάνουν. Το 67,1% είχε την ικανότητα στοιχειώδους αναζήτησης πληροφοριών στο διαδίκτυο.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα χρόνια νοσήματα των συμμετεχόντων.

Πίνακας 2. Χρόνια νοσήματα συμμετεχόντων

Χρόνιο νόσημα	N	%
---------------	---	---

Αγχώδη διαταραχή	1	3,0
Αναιμία	1	3,0
Αρθρίτιδα	1	3,0
Άσθμα	1	3,0
Δεν έχει προσδιορίσει	4	12,1
Διαβήτης	4	12,1
Επιληψία	2	6,1
Ηπατίτιδα	4	12,1
Θυρεοειδή	1	3,0
Καρδιακό νόσημα και νεφρά	1	3,0
Καρδιολογικό	4	12,1
Καρκίνο στον οισοφάγο	1	3,0
Νευρολογικό	2	6,1
Νεφρά	1	3,0
Πίεση	1	3,0
Χοληστερίνη	1	3,0
Χρόνια κεφαλαλγία	1	3,0
Ψυχωτικό σύνδρομο	1	3,0
Ψωρίαση	1	3,0

Κλίμακα Εγγραμματοσύνης Υγείας HLS-EU-Q16

Η κλίμακα αποτελείται από 16 ερωτήσεις περιγράφοντας διαδραστικές εργασίες που σχετίζονται με την υγεία, τη δυσκολία των οποίων ο ερωτώμενος καλείται να βαθμολογήσει σε κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμών. Τα αποτελέσματα των παραπάνω ερωτήσεων παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 3. Κλίμακα Εγγραμματοσύνης Υγείας HLS-EU-Q16

	Πολύ εύκολο	Αρκετά εύκολο	Αρκετά δύσκολο	Πολύ δύσκολο	Αρκετά / Πολύ δύσκολο
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να:					
βρείτε πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα ασθενειών που σας απασχολούν?	21(12,8)	73(44,5)	52(31,7)	18(11)	70(42,7)
βρείτε που μπορείτε να λάβετε βοήθεια από επαγγελματίες υγείας όταν είσαστε άρρωστος/η;	13(7,9)	77(47)	60(36,6)	14(8,5)	74(45,1)
κατανοήσετε αυτό που σας λέει ο γιατρός σας;	19(11,6)	76(46,3)	47(28,7)	22(13,4)	69(42,1)

κατανοήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας σχετικά με το πως πρέπει να πάρετε ένα φάρμακο που σας έχει γράψει στη συνταγή;	19(11,6)	99(60,4)	33(20,1)	13(7,9)	46(28)
κρίνετε πότε χρειάζεται να πάρετε μία δεύτερη γνώμη από κάποιον άλλον γιατρό;	15(9,1)	80(48,8)	50(30,5)	19(11,6)	69(42,1)
χρησιμοποιήσετε τις πληροφορίες (θεραπευτική αγωγή, επιλογές θεραπειάς) που σας δίνει ο γιατρός σας ώστε να πάρετε αποφάσεις για να αντιμετωπίσετε την ασθένειά σας;	16(9,8)	88(53,7)	45(27,4)	15(9,1)	60(36,5)
ακολουθήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας;	22(13,4)	105(64)	26(15,9)	11(6,7)	37(22,6)
βρείτε πληροφορίες για το πως να διαχειριστείτε προβλήματα όπως το στρες ή η κατάθλιψη;	13(7,9)	65(39,6)	68(41,5)	18(11)	86(52,5)
κατανοήσετε τους κινδύνους για την υγεία από συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η απουσία σωματικής άσκησης, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ;	33(20,1)	85(51,8)	26(15,9)	20(12,2)	46(28,1)
κατανοήσετε γιατί είναι αναγκαίο να κάνετε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις; (μαστογραφία, εξέταση διαβήτη, έλεγχος αρτηριακής πίεσης)	27(16,5)	84(51,2)	40(24,4)	13(7,9)	53(32,3)
να κρίνετε εάν οι πληροφορίες για τους κινδύνους για την υγεία (λ.χ κακή διατροφή, έλλειψη σωματικής και νοητικής άσκησης, παχυσαρκία, κάπνισμα, μόλυνση περιβάλλοντος κλπ) όπως προβάλλονται στα μέσα ενημέρωσης είναι αξιόπιστες; (τηλεόραση, διαδίκτυο ή άλλα μέσα ενημέρωσης)	16(9,8)	90(54,9)	43(26,2)	15(9,1)	58(35,3)
αποφασίσετε πως μπορείτε να προστατέψετε τον εαυτό σας από κάποια ασθένεια βάσει των πληροφοριών από τα μέσα ενημέρωσης;	33(20,1)	85(51,8)	35(21,3)	11(6,7)	46(28)
βρείτε δραστηριότητες οι οποίες είναι καλές για την ψυχική σας διάθεση; (άσκηση, περπάτημα, έξοδος με φίλους, κλπ)	37(22,6)	91(55,5)	28(17,1)	8(4,9)	36(22)
κατανοήσετε συμβουλές για την υγεία από την οικογένεια και φίλους;	41(25)	94(57,3)	20(12,2)	9(5,5)	29(17,7)
κατανοήσετε πληροφορίες από τα μέσα ενημέρωσης για το πως θα βελτιώσετε την υγεία σας;	29(17,7)	86(52,4)	39(23,8)	10(6,1)	49(29,9)
κρίνετε ποιες καθημερινές σας συνήθειες σχετίζονται με την υγεία σας; (διατροφικές συνήθειες, άσκηση κτλ.)	35(21,3)	87(53)	31(18,9)	11(6,7)	42(25,6)

Το 42,7% θεωρούσε αρκετά έως πολύ δύσκολο να βρει πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα ασθενειών που το απασχολεί και το 45,1% είχε την ίδια γνώμη ως προς το να βρει που μπορεί να λάβει βοήθεια από επαγγελματίες υγείας όταν είναι άρρωστο. Το 72% πίστευε ότι είναι αρκετά έως πολύ εύκολο να κατανοήσει τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού του σχετικά με το πως πρέπει να πάρει ένα φάρμακο που του έχει γράψει στη συνταγή ενώ το 42,1% θεωρούσε αρκετά έως πολύ δύσκολο να κρίνει πότε χρειάζεται να πάρει μία δεύτερη γνώμη από κάποιον άλλον γιατρό. Αρκετά έως πολύ δύσκολο θεωρούσε

το 36,5% το να χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες (θεραπευτική αγωγή, επιλογές θεραπείας) που του δίνει ο γιατρός του ώστε να πάρει αποφάσεις για να αντιμετωπίσει την ασθένειά του ενώ την ίδια άποψη είχε και το 22,6% ως προς το να ακολουθήσει τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού του. Το να βρει πληροφορίες για το πώς να διαχειριστεί προβλήματα όπως το στρες ή την κατάθλιψη, το θεωρούσε αρκετά έως πολύ δύσκολο το 52,5% των συμμετεχόντων ενώ το 71,9% πίστευε πως ήταν αρκετά έως πολύ εύκολο να κατανοήσει τους κινδύνους για την υγεία από συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η απουσία σωματικής άσκησης, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Το 32,3% και το 35,3% θεωρούσε αρκετά έως πολύ δύσκολο το μν να κατανοήσει γιατί είναι αναγκαίο να κάνει προληπτικές ιατρικές εξετάσεις (μαστογραφία, εξέταση διαβήτη, έλεγχος αρτηριακής πίεσης) και το δε να κρίνει εάν οι πληροφορίες για τους κινδύνους για την υγεία (λ.χ κακή διατροφή, έλλειψη σωματικής και νοητικής άσκησης, παχυσαρκία, κάπνισμα, μόλυνση περιβάλλοντος κλπ) όπως προβάλλονται στα μέσα ενημέρωσης είναι αξιόπιστες. Το 28% πίστευε πως ήταν αρκετά έως πολύ δύσκολο να αποφασίσει πως μπορεί να προστατέψει τον εαυτό του από κάποια ασθένεια βάσει των πληροφοριών από τα μέσα ενημέρωσης και το 22% είχε την ίδια άποψη σχετικά για το πώς να βρει δραστηριότητες οι οποίες είναι καλές για την ψυχική του διάθεση; (άσκηση, περπάτημα, έξοδος με φίλους, κλπ). Το 17,7% θεωρούσε αρκετά έως πολύ δύσκολο να κατανοήσει συμβουλές για την υγεία από την οικογένεια και φίλους. Τέλος το 30% περίπου πίστευε πως ήταν αρκετά έως πολύ δύσκολο να κατανοήσει πληροφορίες από τα μέσα ενημέρωσης για το πως θα βελτιώσει την υγεία του ενώ το 74,6% θεωρούσε αρκετά έως πολύ εύκολο να κρίνει ποιες καθημερινές του συνήθειες σχετίζονται με την υγεία του (διατροφικές συνήθειες, άσκηση κτλ.)

Για την βαθμολόγηση των απαντήσεων ακολουθήθηκε η μέθοδος της διχοτόμησης. Συγκεκριμένα, στις δύο κατηγορίες «πολύ εύκολο» και «αρκετά εύκολο» δόθηκε η τιμή 1, ενώ στις κατηγορίες «αρκετά δύσκολο» και «πολύ δύσκολο» η τιμή 0. Έτσι δημιουργήθηκε η κλίμακα εγγραματοσύνης στην υγεία που παίρνει τιμές από 0 έως 16. Υψηλότερες τιμές στην κλίμακα δείχνουν μεγαλύτερη εγγραματοσύνη σε θέματα υγείας.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα της κλίμακας.

Πίνακας 4. Περιγραφικά αποτελέσματα κλίμακας

	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση Τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	Cronbach's Alpha
Κλίμακα Εγγραμματοσύνη Υγείας	0	16	10,7 (4,4)	12 (7 – 14)	0,88

Η βαθμολογία της κλίμακας εγγραμματοσύνης της υγείας παίρνει τιμές από 0 έως 16 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 10,7 μονάδες (SD=4,4 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 12 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 7 - 14 μονάδες). Η τιμή του δείκτη Cronbach' Alpha ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7).

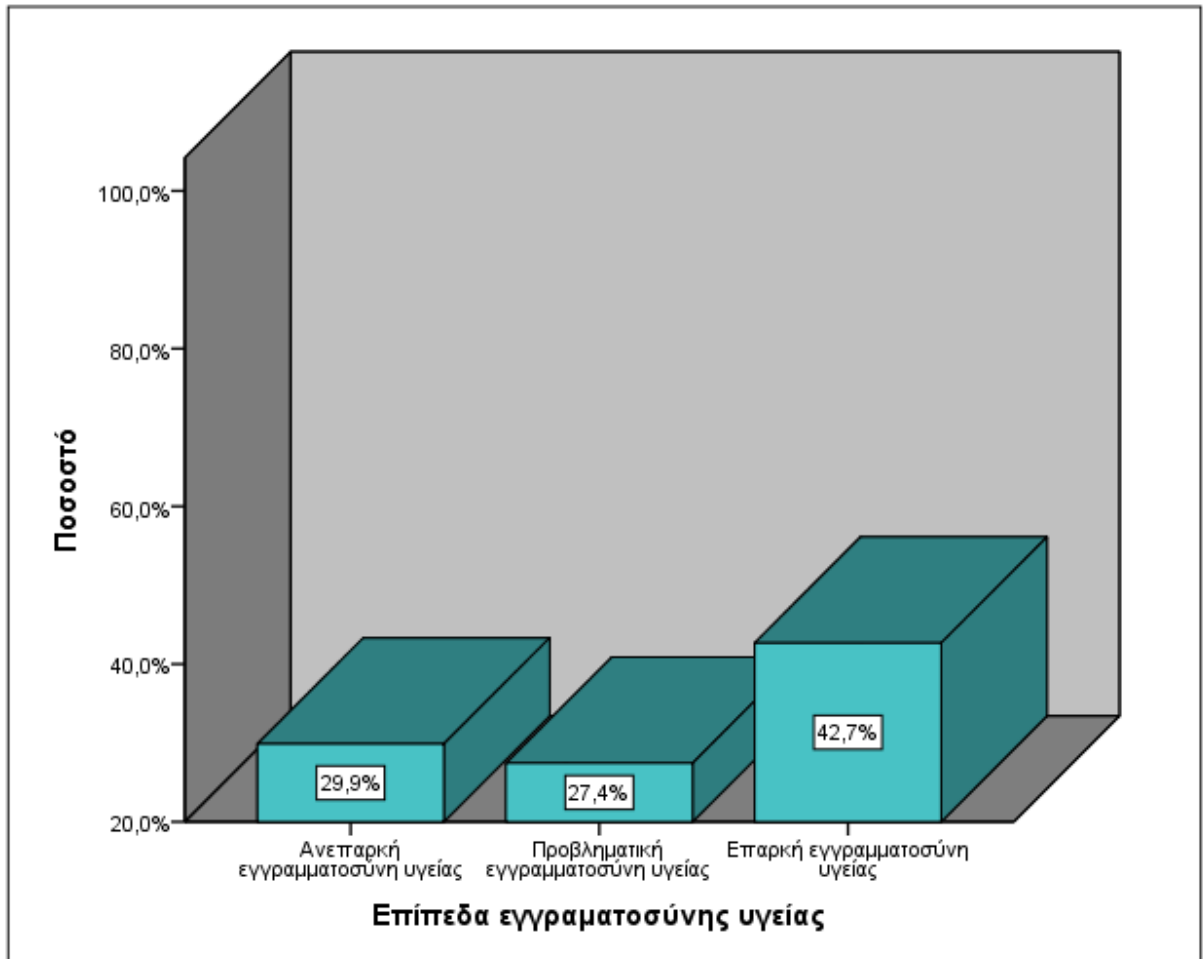
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων ανάλογα με το μέγεθος της εγγραμματοσύνης που κατείχαν σε θέματα υγείας.

Πίνακας 5. Επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας του πληθυσμού

Επίπεδα Εγγραμματοσύνη Υγείας	N	%
Ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας	49	29,9
Προβληματική εγγραμματοσύνη υγείας	45	27,4
Επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας	70	42,7

Βάσει των αποτελεσμάτων του παραπάνω πίνακα το 29,9% των συμμετεχόντων κατείχε ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας, το 27,4% προβληματική και το 42,7% επαρκή.

Στο παρακάτω γράφημα δίνονται τα επίπεδα εγγραμματοσύνης της υγείας για τους συμμετέχοντες του δείγματος.



4.1 Συσχέτιση κλίμακας Εγγραματοσύνης Υγείας και δημογραφικών στοιχείων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η σχέση ανάμεσα στη βαθμολογία της κλίμακας εγγραματοσύνης των συμμετεχόντων σε θέματα που αφορούν την υγεία ανάλογα με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

Πίνακας 6. Κλίμακα συσχέτισης Εγγραματοσύνης Υγείας και δημογραφικών στοιχείων.

	Κλίμακα Εγγραματοσύνης Υγείας		
	Μέση Τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	P

Φύλο	Άνδρας	10,7(4,1)	12 (8 - 14)	0,751‡
	Γυναίκα	10,7(4,7)	12 (7 - 15)	
Είστε έγγαμος;	Όχι	11,6(4,3)	13 (10 - 15)	0,064‡
	Ναι	10,3(4,4)	11 (7 - 14)	
Πόσο καιρό διαμένετε στην Ελλάδα	Λιγότερο από 2 χρόνια	11,5(4,3)	12 (9 - 16)	0,312+
	2-3 χρόνια	10,3(4,3)	11 (7 - 14)	
	Πάνω από 3 χρόνια	10,7(4,7)	12 (7,5 - 14)	
Γνωρίζετε, στοιχειωδώς έστω, κάποια άλλη γλώσσα, πέραν της μητρικής σας	Όχι	9,3(4,8)	10 (5 - 13)	<0,001‡
	Ναι	12,1(3,5)	13 (10 - 15)	
Γνωρίζετε, στοιχειωδώς έστω, ελληνικά, πέραν της μητρικής σας	Όχι	10,4(4,5)	11 (7 - 14)	0,022‡
	Ναι	12,8(3,4)	13,5 (12 - 15)	
Γνωρίζετε, στοιχειωδώς έστω, αγγλικά, πέραν της μητρικής σας	Όχι	9,6(4,7)	10 (6 - 14)	<0,001‡
	Ναι	12,5(3,1)	13 (11 - 15)	
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα	Όχι	11(4,5)	12 (8 - 15)	0,071‡
	Ναι	9,7(4,1)	10 (7 - 13)	
Έχετε διαγνωσθεί θετικός/ή σε τεστ για τον SARS-CoV-2	Όχι	11(4,3)	12 (8 - 14)	0,080‡
	Ναι	9,2(4,8)	10 (6 - 13)	
Ανησυχείτε μήπως νοσήσετε από τον ιό του SARS-CoV-2	Όχι	10,8(4,3)	12 (7 - 14)	0,770‡
	Ναι	10,6(4,6)	11 (8 - 14)	
Έχετε κάνει το εμβόλιο για τον νέο κορωνοϊό	Όχι	12,7(3,9)	14 (10 - 16)	0,041‡
	Ναι	10,5(4,4)	11 (7 - 14)	
Έχετε την ικανότητα στοιχειώδους αναζήτησης πληροφοριών στο Ιντερνέτ	Όχι	7,6(4,3)	8 (5 - 11)	<0,001‡
	Ναι	12,2(3,6)	13 (10 - 15)	

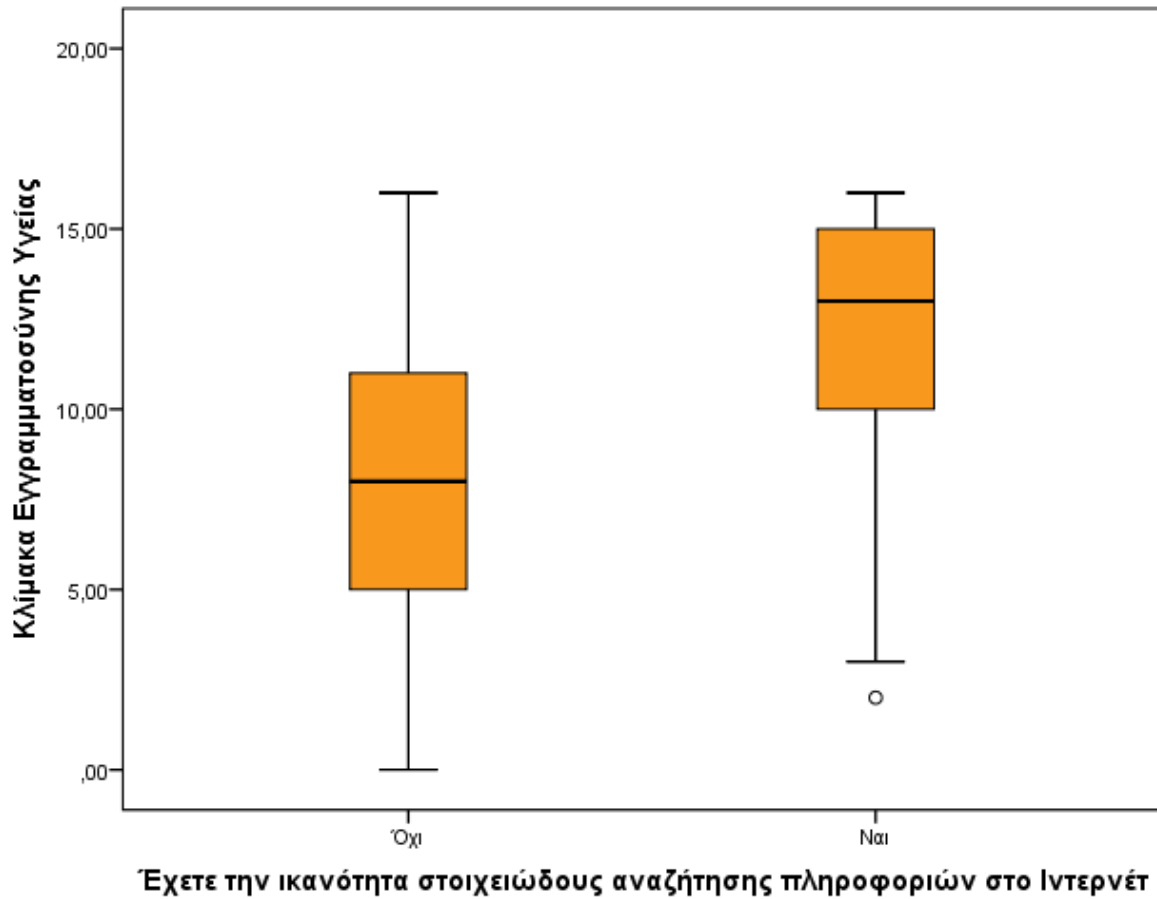
‡Mann – Whitney test+ KruskalWallisTest

Το αν γνώριζαν οι συμμετέχοντες κάποια άλλη γλώσσα, είτε ελληνικά είτε και αγγλικά, πέραν της μητρικής τους, το αν είχαν κάνει το εμβόλιο για τον νέο κορωνοϊό και το αν είχαν τη στοιχειώδη ικανότητα αναζήτησης πληροφοριών μέσω του διαδικτύου βρέθηκαν να σχετίζονται με τη βαθμολογία της κλίμακας εγγραματοσύνης της υγείας. Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχοντες που γνώριζαν και κάποια άλλη γλώσσα, είτε ελληνικά είτε αγγλικά, εκτός από τη μητρική τους είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα εγγραματοσύνης της υγείας, δηλαδή ισχυρότερες γνώσεις αναφορικά με θέματα της υγείας, σε σύγκριση με εκείνους που δεν γνώριζαν κάποια άλλη γλώσσα εκτός από τη μητρική. Επιπλέον, όσοι από τους συμμετέχοντες έκαναν το εμβόλιο για τον νέο κορωνοϊό είχαν λιγότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερες γνώσεις σχετικά με θέματα που αφορούν την υγεία τους, συγκριτικά με τους

συμμετέχοντες που δεν το έκαναν. Ακόμα, οι συμμετέχοντες που είχαν μια στοιχειώδη ικανότητα αναζήτησης πληροφοριών στο διαδίκτυο είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα, δηλαδή περισσότερες γνώσεις ως προς τα θέματα που αφορούν την υγεία, σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν την αντίστοιχη ικανότητα.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχέση ανάμεσα στην κλίμακα εγγραματοσύνης της υγείας και στην ικανότητα των συμμετεχόντων να εκτελέσουν έστω και μια στοιχειώδη αναζήτηση πληροφοριών στο διαδίκτυο.

Πίνακας 7. Κλίμακα εγγραμματοσύνη υγείας και η συσχέτιση του με την στοιχειώδη αναζήτηση πληροφοριών στο διαδίκτυο.



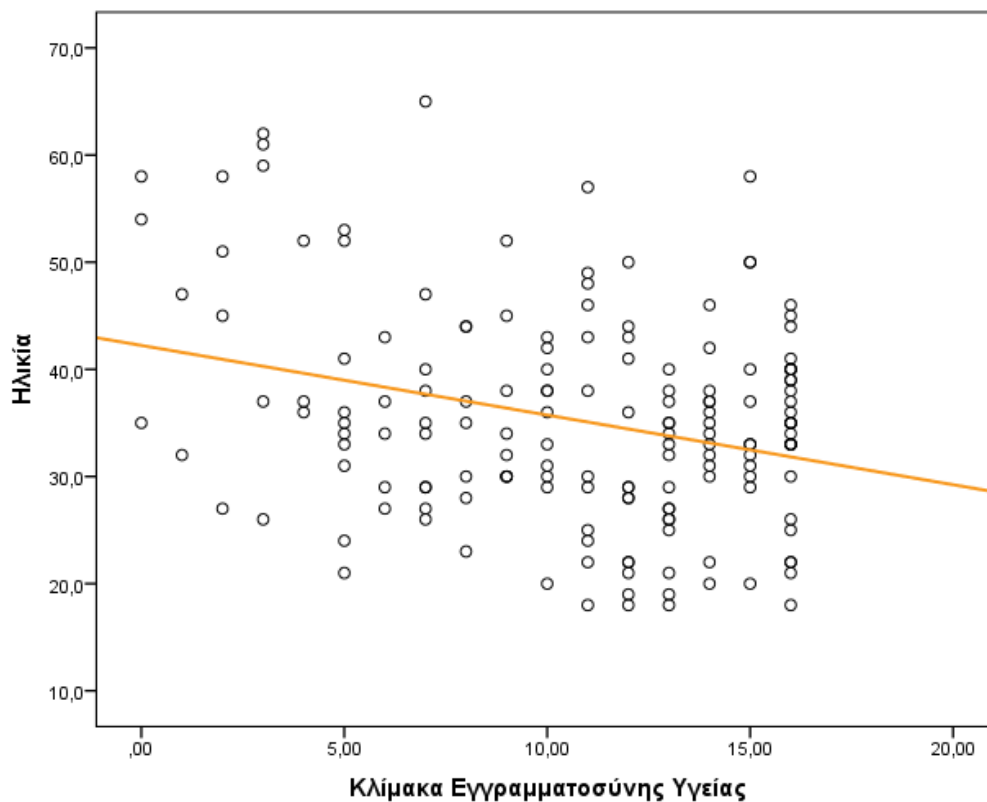
Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman (ρ) μεταξύ της βαθμολογίας της κλίμακα «Εγγραμματοσύνη Υγείας» και της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης αλλά και του χρονικού διαστήματος που διαμένουν στη δομή (σε μήνες).

Πίνακας 8. Συντελεστές συσχέτισης του Spearman

		Κλίμακα Εγγραμματοσύνης Υγείας
Ηλικία	ρ	-0,17
	p	0,030
Επίπεδο εκπαίδευσης	ρ	0,42
	p	<0,001
Πόσο καιρό διαμένετε στην συγκεκριμένη δομή (σε μήνες)	ρ	-0,18
	p	0,025

Η βαθμολογία της κλίμακας «Εγγραμματοσύνη Υγείας» βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά τόσο με την ηλικία όσο και με τους μήνες διαμονής των συμμετεχόντων στις συγκεκριμένες δομές που διαμένουν και θετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης. Πιο αναλυτικά όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία κάποιου συμμετέχοντα ή όσους περισσότερους μήνες διέμενε στη συγκεκριμένη δομή τόσο μειωνόταν η βαθμολογία της κλίμακας «Εγγραμματοσύνη Υγείας», δηλαδή είχε χαμηλότερες γνώσεις για θέματα που αφορούν την υγεία του. Αντίθετα όσο υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχε κάποιος από τους συμμετέχοντες τόσο ισχυρότερες ήταν και οι γνώσεις του σχετικά με θέματα που αφορούσαν την υγεία του.

Το γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζει τη σχέση της ηλικίας με την βαθμολογία της κλίμακας «Εγγραμματοσύνης Υγείας»



4.2 Πολυπαραγοντική ανάλυση κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της κλίμακας «Εγγραμματοσύνη Υγείας» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και στοιχεία που αφορούν την υγεία τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον παρακάτω πίνακα.

Πινάκας 9. Πολυπαραγοντική ανάλυση κλίμακας εγγραμματοσύνης Υγείας

	β+	SE++	P
Ηλικία	-0,01	0,004	0,001
Επίπεδο εκπαίδευσης	0,06	0,03	0,016
Έχετε την ικανότητα στοιχειώδους αναζήτησης πληροφοριών στο Ιντερνέτ			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	0,39	0,10	<0,001

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και το αν έχουν οι συμμετέχοντες την δυνατότητα να εκτελέσουν έστω και μια στοιχειώδη αναζήτηση πληροφοριών στο διαδίκτυο βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της κλίμακας «Εγγραμματοσύνη Υγείας». Πιο συγκεκριμένα:

- Υψηλότερη ηλικία σχετιζόταν με σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα «Εγγραμματοσύνη Υγείας», δηλαδή μικρότερη ικανότητα των συμμετεχόντων να ανταποκριθούν στις πολύπλοκες απαιτήσεις της υγείας στη σύγχρονη κοινωνία.
- Όσο αυξανόταν το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων τόσο σημαντικά υψηλότερη ήταν η βαθμολογία τους στην κλίμακα «Εγγραμματοσύνη Υγείας», δηλαδή τόσο περισσότερο ικανοί ήταν να ανταπεξέλθουν στις πολύπλοκες απαιτήσεις της υγείας στη σύγχρονη κοινωνία.
- Όσοι από τους συμμετέχοντες είχαν την ικανότητα έστω και για μια στοιχειώδη αναζήτηση πληροφοριών στο διαδίκτυο είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν την αντίστοιχη ικανότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η βελτίωση της εγγραμματοσύνης της υγείας (Ε.Υ.) είναι ζωτικής σημασίας καθώς αποτελεί μέσο για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και έχει αναγνωριστεί ως βασικός παράγοντας για την προαγωγή και βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των ατόμων (Watson, 2011). Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί μια πρωτογενή μελέτη, πρωτότυπη για τα ελληνικά δεδομένα, που στοχεύει στην αξιολόγηση της εγγραμματοσύνης υγείας καθώς και των κοινωνικό - δημογραφικών παραγόντων που συνδέονται με την Ε.Υ. σε μία ευπαθή ομάδα, τους Αφγανούς αιτούντες άσυλο που διαμένουν στην Ελλάδα.

Για την διερεύνηση της συγκριμένης μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο, το οποίο μας βοήθησε να μάθουμε το κοινωνικό προφίλ του υπό μελέτη πληθυσμού και το ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16 (Sorensen et al., 2013). Οι βαθμολογίες της Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας βρέθηκαν σε χαμηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα, τα ευρήματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι για το 29,9% των συμμετεχόντων το επίπεδο της εγγραμματοσύνης υγείας ήταν ανεπαρκές, για το 27,4% προβληματικό και για το 42,7% επαρκές. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων παρουσιάζει ανεπαρκές ή προβληματικό επίπεδο. Τα αποτελέσματα της έρευνας συγκλίνουν με ευρήματα από άλλες μελέτες που έχουν διεξέλθει σε Αφγανικό πληθυσμό και σε μειονοτικές ομάδες. Σε μία από τις ελάχιστες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε Αφγανούς, και συγκεκριμένα σε γυναίκες από το Αφγανιστάν, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο HLS-EU-16, το 51,6% είχαν ανεπαρκές επίπεδο Ε.Υ., το 25,8%, και μόνο το 22,7% είχαν επαρκές επίπεδο Ε.Υ. (Harsch et al., 2021a). Επίσης, άλλη έρευνα στη Σουηδία σε πρόσφυγες σε διάφορες χώρες συμπεριλαμβανομένων και Αφγανών προσφύγων έδειξε πως οι συμμετέχοντες από το Αφγανιστάν όπου στην πλειοψηφία τους ήταν άντρες, το 29,9% είχε ανεπαρκή Ε.Υ., το 40,7% προβληματική και το 29,6% επαρκής Ε.Υ., σύμφωνα με τα ευρήματα μέσω του ερωτηματολόγιο HLS-EU-16 (Wångdahl et al, 2015). Χαμηλά επίπεδα Ε.Υ. σε μετανάστες, προσφυγές και άλλες μειονοτικές ομάδες υποδεικνύουν και αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών (Center for Health Care Strategies, 2013; Jeon and Lee, 2020; Elkerdany et al., 2020; Villadsen et al., 2020; Bouclaous et al., 2021).

Κάποια από τα πιο σημαντικά ευρήματα, όσον αφορά την διερεύνηση συσχετίσεων των επιπέδων εγγραμματοσύνης υγείας με δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

αποτελούν το ότι οι συμμετέχοντες οι οποίοι γνώριζαν κάποια άλλη γλώσσα, είτε ελληνικά είτε και αγγλικά, πέραν της μητρικής τους, είχαν κάνει το εμβόλιο για τον νέο κορωνοϊό και το αν είχαν τη στοιχειώδη ικανότητα αναζήτησης πληροφοριών μέσω του διαδικτύου βρέθηκαν να σχετίζονται με τη βαθμολογία της κλίμακας εγγραματοσύνης της υγείας. Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχοντες που γνώριζαν κάποια άλλη γλώσσα, είτε ελληνικά είτε αγγλικά, εκτός από τη μητρική τους είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα εγγραματοσύνης της υγείας, δηλαδή ισχυρότερες γνώσεις αναφορικά με θέματα της υγείας, σε σύγκριση με εκείνους που δεν γνώριζαν κάποια άλλη γλώσσα εκτός από τη μητρική.

Επιπλέον, όσοι από τους συμμετέχοντες έκαναν το εμβόλιο για τον νέο κορωνοϊό είχαν χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερες γνώσεις σχετικά με θέματα που αφορούν την υγεία τους, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που δεν το έκαναν. Ακόμα, οι συμμετέχοντες που είχαν μια στοιχειώδη ικανότητα αναζήτησης πληροφοριών στο διαδίκτυο είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα, δηλαδή περισσότερες γνώσεις ως προς τα θέματα που αφορούν την υγεία, σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν την αντίστοιχη ικανότητα. Η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευση και το αν έχουν οι συμμετέχοντες την δυνατότητα να εκτελέσουν έστω και μια στοιχειώδη αναζήτηση πληροφοριών στο διαδίκτυο βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της κλίμακας «Εγγραμματοσύνη Υγείας». Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είχαν μικρότερη ικανότητα να ανταποκριθούν στις πολύπλοκες απαιτήσεις της υγείας στη σύγχρονη κοινωνία. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και αποδεικνύουν πως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας όπου έχουν και προβλήματα υγείας, έχουν χαμηλότερο επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας (Koya et al., 2012; Berens et al., 2016; Baker et al, 2020). Ενώ θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι εφόσον έχουν ζήσει περισσότερο, είχαν περισσότερες αλληλεπίδρασης με το σύστημα υγείας όποτε θα έχουν και υψηλότερο επίπεδο εγγραμματοσύνης, φαίνεται πως οι έρευνες αποδεικνύουν το αντίθετο. Ένας τρόπος να εξηγηθεί αυτό είναι ότι ένα άτομο μεγαλύτερης ηλικίας όπου ίσως να έχει συννοσηρότητες και λαμβάνει πολλές φαρμακευτικές αγωγές είναι πιο δύσκολο να συμπληρώσει κάποιο ιατρικό έντυπο από ότι ένα νέο άτομο χωρίς προβλήματα υγείας. Ακόμη, ενδέχεται να υπάρχουν διαφορές μεταξύ των γενεών στις εκπαιδευτικές προσπάθειες παιδείας σχετικά με τις γνώσεις που σχετίζονται με την υγεία (Nehemiah and Reinke, 2020).

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο, όπως ήταν αναμενόμενο, τα ευρήματα της παρούσας

έρευνας επιβεβαιώνουν την αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της εγγραμματοσύνης της υγείας. Οι συμμετέχοντες που είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ήταν περισσότερο ικανοί να ανταπεξέλθουν στις πολύπλοκες απαιτήσεις της υγείας στη σύγχρονη κοινωνία. Οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν στην μεγάλη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της εγγραμματοσύνης της υγείας (Kutner, Greenburg and Jin, 2006; Paulsen Heide et al., 2012; Bayati et al., 2018; Stormacq et al., 2019). Ωστόσο, αν και η εγγραμματοσύνη σχετίζεται αρκετά με την γενικότερη εγγραμματοσύνη, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι είναι διαφορετικές έννοιες μεταξύ τους. Η πολυπλοκότητα του σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, η συγκεκριμένη ορολογία καθώς και το γεγονός ότι η εγγραμματοσύνη της υγείας χρησιμοποιείται συχνά σε περιόδους άγχους, σημαίνει ότι οι δεξιότητες σχετιζόμενες με την υγεία των ανθρώπων δεν αντιστοιχούν πλήρως στο γενικό τους αλφαριθμητισμό (Martin et al., 2009).

Όσοι από τους συμμετέχοντες είχαν την ικανότητα έστω και για μια στοιχειώδη αναζήτηση πληροφοριών στο διαδίκτυο φάνηκε να ανταπεξέρχονται καλύτερα σε ζητήματα που αφορούν την υγεία. Ίσως το γεγονός ότι διαθέτουν αυτή την δεξιότητα να συνδέεται και με τα δυο παραπάνω, δηλαδή την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο καθώς τα άτομα μικρότερης ηλικίας με κάποια στοιχειώδη μόρφωση υποθέτουμε ότι θα τους είναι πιο εύκολο να μάθουν πώς να αναζητούν πληροφορίες στο διαδίκτυο. Ωστόσο σε έρευνα των Cutierrez et al. (2014), δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της χρήσης του διαδικτύου και την εγγραμματοσύνη της υγείας.

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης το επίπεδο των Αφγανών αιτούντων άσυλο που διαμένουν στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα χαμηλό και διαπιστώθηκε ότι από τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η δεξιότητα τους αναζήτησης πληροφοριών στο διαδίκτυο ήταν εκείνα που παρατηρήθηκε ότι σχετίζεται περισσότερο με το επίπεδο εγγραμματοσύνη της υγείας.

5.1 Περιορισμοί της Έρευνας

Τα αποτελέσματα των ερευνών υπόκειται σε μεθοδολογικούς περιορισμούς. Στην συγκεκριμένη μελέτη, το γεγονός ότι υπάρχουν ελάχιστες έρευνες που να διερευνούν το επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας και την σύνδεση αυτής με τα κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά σε πληθυσμό Αφγανών αιτούντων διεθνούς προστασίας, έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία στην σύγκριση των αποτελεσμάτων. Επιπροσθέτως, ο σχετικά χαμηλός αριθμός συμμετεχόντων, κυρίως λόγω της πανδημίας COVID-19, δεν επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ακόμη ένας περιορισμός έγκειται στην μέθοδο δειγματοληψίας ευκολίας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, καθώς δεν καθίσταται σαφές εάν τα δεδομένα είναι αντιπροσωπευτικά για τον Αφγανικό πληθυσμό που διαμένουν στην Ελλάδα.

5.2 Περαιτέρω παρατηρήσεις

Μια παρατήρηση που αξίζει να γίνει αφορά στο βαθμό δυσκολίας στη συμμετοχή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από το πληθυσμό του δείγματος. Αρχικά, είναι σημαντικό να αναφέρω ότι στις περισσότερες περιπτώσεις, οι συμμετέχοντες δυσκολευόντουσαν να κατανοήσουν τις ερωτήσεις για το λόγω αυτό χρειάστηκε αρκετές φορές να γίνεται επεξήγηση σε πολλές από τις ερωτήσεις με την βοήθεια του διερμηνέα. Επίσης, αρκετοί συμμετέχοντες μας ενημέρωναν πως ήθελαν να συμμετέχουν αλλά δεν γνώριζαν καθόλου ανάγνωση και έτσι λοιπόν ο διερμηνέας χρειαζόταν να διαβάσει όλες τις ερωτήσεις. Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε αντιληπτό ότι οι περισσότεροι Αφγανοί διαθέτουν χαμηλό επίπεδο αλφαριθμητισμού. Το γεγονός ότι χρειαζόταν πολλές φορές να γίνεται επεξήγηση για πολλές από τις ερωτήσεις ή να διαβάζουμε όλο το ερωτηματολόγιο ώστε να συμπληρωθεί από τον συμμετέχοντα, ήταν κουραστικό και χρειαζόταν περισσότερο χρόνο για την συμπλήρωση από όσο κανονικά απαιτούταν. Ακόμη μια παρατήρηση αφορά στο ότι μερικοί συμμετέχοντες μας αντιμετώπισαν με καχυποψία. Συγκεκριμένα, κάποιοι από τους συμμετέχοντες ήταν αρχικά δύσπιστοι και έπειτα από συζήτηση ώστε να γίνει κατανοητό γιατί επρόκειτο συμμετείχαν, ενώ ελάχιστοι αρνήθηκαν να συμμετέχουν, ειδικά όταν αναφέραμε ότι για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρειάζεται να υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης. Θεωρώ αυτό ίσως να οφείλεται στο φόβο που νιώθουν μήπως εμπλακούν σε κάτι λόγω των βιωμάτων που έχουν.

5.3 Συμβολή και προστιθέμενη αξία της παρούσας έρευνας

Τα δεδομένα σχετικά με την Ε.Υ. σε γενικούς πληθυσμούς και ο τρόπος με τον οποίο η Ε.Υ. επηρεάζει τη συμπεριφορά και τη γενική υγεία παραμένουν σπάνια (Svendsen et al. 2020). Ακόμα πιο σπάνιες είναι οι έρευνες που αξιολογούν το επίπεδο της Ε.Υ. σε μετανάστες και πρόσφυγες (Fernández-Gutiérrez et al. 2018). Η παρούσα μελέτη διερεύνησε το επίπεδο εγγραμματοσύνης στον τομέα της σε υγείας πληθυσμό αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα, γεγονός που έχει προστιθέμενη ερευνητική αξία, καθώς ανάλογη μελέτη δεν είχε έως τώρα πραγματοποιηθεί στη χώρα μας, ενώ ελάχιστες έχουν πραγματοποιηθεί διεθνώς. Επιπλέον, είναι μία από τις ελάχιστες μελέτες για το συγκεκριμένο ζήτημα, που πραγματοποιήθηκαν διεθνώς στην περίοδο της πανδημίας COVID-19, γεγονός που αυξάνει τη σημασία της ερευνητικής μας προσπάθειας. Οι πρόσφυγες αποτελούν μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα που έχει παρατηρηθεί να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας, όπως είναι οι μολυσματικές ασθένειες, οι μυοσκελετικές διαταραχές και προβλήματα ψυχική υγείας, ενώ υποφέρουν από μεγαλύτερες ανισότητες πρόσβασης στο Σύστημα Υγείας σε σύγκριση με τους πολίτες (ή γενικότερα τον ντόπιο πληθυσμό) των χωρών υποδοχής. Η εγγραμματοσύνη της υγείας θεωρείται ένας καθοριστικός παράγοντας για την ενδυνάμωση των ατόμων την προώθηση της υγείας και αποτελεί ένα ισχυρό μέσο για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων (Wångdahl, 2014). Όπως αναφέρεται και παραπάνω, δεν έχουμε στοιχεία για το επίπεδο Ε.Υ των αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας υποδεικνύουν ανισότητες υγείας για τους αιτούντες άσυλο και μπορούν να αξιοποιηθούν από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής υγείας και επαγγελματίες τόσο για το ατομικό (ενδυνάμωση των ατόμων, εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης) όσο και για το κοινωνικό όφελος (προώθηση της υγείας, χαμηλότερο κόστος).

5.4 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη δείχνει πως το επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας στους Αφγανούς αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα είναι πολύ χαμηλό κυρίως στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και

μεταξύ των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Η γενική υγεία των μετακινούμενων πληθυσμών είναι κακή και αρκετά συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Συγκεκριμένα, οι αιτούντες άσυλο έχουν ιδιαίτερη ευαισθησία σε ζητήματα υγείας λόγω της βίας, των ταξιδιών που μπορεί να έχουν επηρεάσει αρνητικά την υγεία τους, της κακής υγιεινής και των μη κατάλληλων συνθηκών διαβίωσης. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση καθώς και η παρούσα έρευνα συμφωνούν ότι οι Αφγανοί αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα φαίνεται να μην έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις σε ζητήματα που αφορούν στην υγεία τους και έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι το Αφγανιστάν βρίσκεται για δεκαετίες εν μέσω πολέμων κι εμφύλιων συρράξεων με καταστροφικά αποτελέσματα για τη χώρα και τον πληθυσμό της.

Η χαμηλή ή ανεπαρκής εγγραμματοσύνη υγείας συνιστά παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας και συμβάλλει στην αύξηση των ανισοτήτων υγείας. Τα κράτη χρειάζεται να ενισχύουν και να προβαίνουν σε ενέργειες που θα βελτιώσουν το επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας των πολιτών με σκοπό την προαγωγή και βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των ατόμων. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί ισότητα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη μεταξύ προσφύγων και αιτούντων άσυλο και οι χώρες υποδοχής να διευκολύνουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προσπαθώντας να ξεπεράσουν τα κοινωνικοπολιτισμικά περιβαλλοντικά, γλωσσικά, επικοινωνιακά και νομικά εμπόδια που ορθώνονται μπροστά τους.

Η συγκεκριμένη μελέτη αξιολογεί το επίπεδο εγγραμματοσύνης της υγείας μιας ιδιαίτερης πληθυσμιακής ομάδας, αυτής των αιτούντων διεθνούς προστασίας που προέρχονται από το Αφγανιστάν. Η επιπρόσθετη μελέτη για τη διερεύνηση και αξιολόγηση του επιπέδου εγγραμματοσύνης αιτούντων διεθνούς προστασίας, που προέρχονται από άλλες χώρες και διαμένουν στην Ελλάδα, έχει αυξημένο ενδιαφέρον καθώς θα μας δώσει τη δυνατότητα να συγκρίνουμε τα αποτελέσματα μεταξύ των διαφορετικών ομάδων, να εντοπίσουμε τα κοινά σημεία και τις διαφορές τους, να κατανοήσουμε τον χαρακτήρα του προβλήματος και να παρέμβουμε αποτελεσματικά για την αντιμετώπισή του. Καταληκτικά, η βελτίωση του επιπέδου εγγραμματοσύνης υγείας διεθνώς και ιδίως σε ευάλωτους πληθυσμούς αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τη μείωση των ανισοτήτων υγείας και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των ανθρώπων. Σε κάθε, πάντως, περίπτωση οφείλουμε να λάβουμε υπόψη μας ότι η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία απαιτεί ευρύτερη παρέμβαση στους παράγοντες που

τις διαμορφώνουν και, κυρίως, στους κοινωνικούς προσδιοριστές (WHO 2008).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. Ξενογλώσση

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs AMA: Health literacy: report of the council on scientific affairs. *Journal American Medical Association*, 1999. 281(6):552-557.

Albrecht, C., Rude, B. and Stitteneder, T. 2021. 'Afghanistan's Free Fall – Return of the Taliban and Flight as a Last Resort', 22, pp. 47-56. Available at: <https://www.cesifo.org/en/publikationen/2021/article-journal/afghanistans-free-fall-return-taliban-and-flight-last-resort> [Accessed 21 February 2022].

Agency for Healthcare and Quality Research (AHRQ) (2007). New AHRQ Tools Help Pharmacies Better Serve Patients with Limited Health Literacy. <http://www.ahrq.gov/news/press/pr2007/pharmtoolpr.htm> [Accessed 21 February 2022].

Alemi, Q., James, S., Cruz, R., Zepeda, V. and Racadio, M., 2014. Psychological Distress in Afghan Refugees: A Mixed-Method Systematic Review. *Immigrant Minority Health*, 16, pp. 1247–1261. doi: 10.1007/s10903-013-9861-1.

Andrus, M. and Roth, M., 2002. Health Literacy: A Review. *Pharmacotherapy*, [e-journal] 22(3), pp. 282–302. <https://doi.org/10.1592/phco.22.5.282.33191>

Arnold, C. L., Davis, T. C., Berkel, H. J., Jackson, R. H., Nandy, I., and London, S., 2001. Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women. *Preventive Medicine*, [e-journal] 32, pp. 313-320. doi: 10.1006/pmed.2000.0815

Aro, T. and Kantele, A., 2021. Hospital admissions of refugees, asylum seekers and undocumented migrants: Ten-year retrospective study. *Travel Medicine and Infectious Disease*, [e-journal] 44, 102186. doi: 10.1016/j.tmaid.2021.102186.

Baker, S. et al., 2020. Patient-reported health literacy scores are associated with readmissions following surgery. *The American Journal of Surgery*, 220, pp. 1138-1144. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.06.071>

Baker, D.W, Parker RM, Williams MV, Clark S., 1998. Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General internal Medicine*, [e-journal] 13, pp.791–798. doi: [10.1046/j.1525-1497.1998.00242.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00242.x)

Bayati, T., Dehghan, A., Bonyadi, F., & Bazrafkan, L. 2018. Investigating the effect of education on health literacy and its relation to health-promoting behaviors in health center. *Journal of education and health promotion*, 7,127. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_65_18

Berens, E.-M., Vogt, D., Messer, M., et al., 2016. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Publ Health*, 16(1) pp. 1151. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3810-6>

Berkman, N., Davis, T. and McCormack, L., 2010. Health Literacy: What Is It?. *Journal of Health Communication*, [e-journal] 15(s2), pp.9-19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>

Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., Halpern, D. and Crotty, K., 2011. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of internal Medicine*, [e-journal] 155(2), pp 97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.

Bittlingmayer, U.H, Grundmeier,A., Köbler, R., Sahrai, D. and Sahrai, F., 2019. Education and Development in Afghanistan Challenges and Prospects. (E-Book). Available at: https://www.transcript-verlag.de/media/pdf/8d/57/e8/ts3637_1.pdf [Downloaded: 15 March 2022]

Bloch, H. (2021). A Look At Afghanistan's 40 Years Of Crisis — From The Soviet War To Taliban Recapture. Available at: <https://www.npr.org/2021/08/19/1028472005/afghanistan-conflict-timeline?t=1647683053732> [Accessed 24 February 2022]

Bjertrup, P.J., Bouheniaa, M., Mayaudb, F., Perrinc, C., Farhata, G.P and Blanchetd, K., 2018.

A life in waiting: Refugees' mental health and narratives of social suffering after European Union border closures in March 2016. *Social Science & Medicine*, [e-journal] 215, pp. 53-60. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.08.040

Bouclaous, C., Haddad, I., Alrazim, A., Kolanjian, H. and El Safadi, A., 2018. Health literacy levels and correlates among refugees in Mount Lebanon. *Public Health*, [e-journal] 199, pp.25-31. doi: 10.1016/j.puhe.2021.08.006

Canadian Council for Refugees (2010). Talking about refugees and immigrants: a glossary of terms. Available at: <http://ccrweb.ca/sites/ccrweb.ca/files/static-files/glossary.PDF> [Accessed 20 February 2022]

Center for Health Care Strategies Inc. (2013). Health literacy fact sheets. Retrieved from <https://www.chcs.org/resource/health-literacy-fact-sheets/> Center for Health Care Strategies Inc. (2013). Health literacy fact sheets. Available at: <https://www.chcs.org/resource/health-literacy-fact-sheets/> [Accessed 25 February 2022]

Chiumento, A. et al. (2020) 'Exploring the mental health and psychosocial problems of Congolese refugees living in refugee settings in Rwanda and Uganda: a rapid qualitative study' *Conflict and Health*, 14(7), pp.1-21. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00323-8> [Accessed 20 February 2022]

Cho, Y., Lee, S., Arozullah, A. M., Crittenden S. M., 2008. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, [e-journal] pp. 1809-1816. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.003

Clayton J. (2016). More than one million refugees travel to Greece since 2015. United Nations High Commissioner for Refugees. Available at <https://www.unhcr.org/uk/news/latest/2016/3/56e9821b6/million-refugees-travel-greecesince-2015.html> [Accessed 20 February 2022]

Cortier, M. Porte, C., Papot, E., Goudjo, A., Guenneau, L. et al., 2022. Health status and

healthcare trajectory of vulnerable asylum seekers hosted in a French Reception Center. *Travel Medicine and Infectious Disease*, [e-journal] 46, pp.1-8
<https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.102180>

Dale, W., 1998. Evaluating focus group data: barriers to screening for prostate cancer patients. *Cancer Treat Res*, [e-journal] 97, pp. 115–28. https://doi.org/10.1007/978-0-585-30498-4_9

Daniel, E. (2016) ‘The Usefulness of Qualitative and Quantitative Approaches and Methods in Researching Problem-Solving Ability in Science Education Curriculum’, *Journal of Education and Practice*, 7(15) pp.91-100. Available at: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1103224.pdf> [Accessed 4 October 2021].

Davis, T. C., Arnold, C., Berkel, H. J., Nandy, I., Jackson, R. H., & Glass, J., 1996. Knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women. *Cancer*, [e-journal] 78(9), pp. 1912-1920. DOI: 10.1002/(sici)1097-0142(19961101)78:9<1912::aid-cncr11>3.0.co;2-0

Davis, T.C., Long, S.W, Jackson, R.H. et al. 1993. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*, 25 (6), pp. 391–95.

DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N. and Pignone, M. P., 2004. Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, [e-journal] 19(12), pp. 1228–1239. DOI: [10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x)

Dickens, C., Lambert, B.L., Cromwell, T., Piano, M.R., 2013. Nurse overestimation of patients' health literacy. *Journal of Health Communication*, [e-journal] 18(1), pp. 62–9. doi: 10.1080/10810730.2013.825670

Dumenci, L., Matsuyama, R.K., Kuhn, L., Perera, R.A. and Siminoff, L.A., 2013. On the Validity of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy. *Commun Methods Meas*, [e-journal] 7(2), pp. 134–143. doi: [10.1080/19312458.2013.789839](https://doi.org/10.1080/19312458.2013.789839)

Duong T. V., Aringazina A., Baisunova G., et al., 2017. Measuring health literacy in Asia: validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*. [e-journal] 27(2):80–86. doi: [10.1016/j.je.2016.09.005](https://doi.org/10.1016/j.je.2016.09.005).

Elkerdany, A., Gurenlian, J., Freudenthal, J., 2020. Measuring Oral Health Literacy of Refugees: Associations with Dental Care Utilization and Oral Health Self-Efficacy. *J Dent Hyg*. 94(2), pp. 9-17.

Fallowfield, L.J., Hall, A., Maguire, G.P., Baum, M., 1990. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ*, [e-journal] 301 (6752), pp. 575–580 doi: [10.1136/bmj.301.6752.575](https://doi.org/10.1136/bmj.301.6752.575)

Fernández-Gutiérrez, M., Bas-Sarmiento, P., Albar-Marín, M.J., Paloma-Castro, O. and Romero-Sanchez., 2018. Health literacy interventions for immigrant populations: A systematic review. *International Nursing Review*, [e-journal] 65, 54–6. doi:[10.1111/inr.12373](https://doi.org/10.1111/inr.12373)

Freidl, G., Tostmann A., Curvers, M., Ruijs, W., Smits, G. et al., 2018. Immunity against measles, mumps, rubella, varicella, diphtheria, tetanus, polio, hepatitis A and hepatitis B among adult asylum seekers in the Netherlands, 2016. *Vaccine*, [e-journal] 36(12), pp. 1664-1672. doi: [10.1016/j.vaccine.2018.01.079](https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.01.079)

Gerritsen, A.A.M., Bramsen, I., Devillé, W. et al., 2006. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiat Epidemiol*, [e-journal] 41, 18–26. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0003-5>

Gustafsdottir, S.S., Sigurdardottir, A.K., Arnadottir, S.K., et al. 2020. Translation and cross-cultural adaptation of the European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q16: The

Icelandic version. *BMC Public Health*, [e-journal] 20 (61). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8162-6>

Gutierrez, N., Kindratt, T.B., Pagels, P. et al. 2014. Health Literacy, Health Information Seeking Behaviors and Internet Use Among Patients Attending a Private and Public Clinic in the Same Geographic Area. *J Community Health*, 39, pp. 83–89. <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9742-5>

Harsch, S., Jawid, A., Jawid, E., Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., Sahrai, D. and Bittlingmayer, U.H., 2021. Health Literacy and Health Behavior among Women in Ghazni, Afghanistan. *Front Public Health*, [e-journal] 4(9). doi: 10.3389/fpubh.2021.629334.

Harsch, S., Jawid, A., Jawid, M.E, Saboga Nunes, L., Sahrai, D. and Bittlingmayer U.H., 2021. The relationship of health literacy, wellbeing and religious beliefs in neglected and unequal contexts-Results of a survey study in central Afghanistan. *Health Promot J Austr*, [e-journal] 32 1, pp.80-87. doi: 10.1002/hpja.419.

Haghdooost, AA, Rakhshani, F, Aarabi, M, et al., 2015. Iranian health literacy questionnaire (IHLQ): an instrument for measuring health literacy in Iran. *Iran Red Crescent Med J*, , [e-journal] 17(5). [https://doi.org/10.5812/ircmj.17\(5\)2015.25831](https://doi.org/10.5812/ircmj.17(5)2015.25831)

Haghdooost AA, Karamouzian M, Jamshidi E, et al. 2019. Health literacy among Iranian adults: findings from a nationwide population-based survey in 2015. *East Mediterr Health J*, 25(11), , [e-journal] pp. 828–36. doi.org/10.26719/emhj.19.017

Harris, J., Springett, J., Croot, L., Booth, A., Campbell, f.,Thompson, J., Goyder, E., Cleemput, P., Wilkins, E. and Yang, Y., 2015. Can community-based peer support promote health literacy and reduce inequalities? A realist review. *National Institute for health research*, [e-journal] 3 (3).DOI 10.3310/phr03030

Haun, J., Valerio, M. A., McCormack, L.A., Sorensen, K. and Paasche Orlow, M.K., 2014.

Health Literacy Measurement: An Inventory and Descriptive Summary of 51 Instruments. *Journal of Health Communication*, [e-journal] 19, pp. 302–333. DOI: 10.1080/10810730.2014.936571

Ingram, R.R., 2012. Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *J Adv Nurs*. 68(3), pp. 695-704. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05822.x.

Institute of Medicine., 2004. Health literacy: A prescription to end confusion. DOI: [10.17226/10883](https://doi.org/10.17226/10883)

International Organization for Immigration (2014). Afghanistan migration profile. Available at: <https://publications.iom.int/> [Accessed 20 February 2022]

Islamic Republic of Afghanistan Ministry of Education, 2008. National Report on the Situation of Adult Learning and Education. Available at: https://uil.unesco.org/fileadmin/multimedia/uil/confintea/pdf/National_Reports/Asia%20-%20Pacific/Afghanistan.pdf. [Accessed 10 March 2022]

Jefford, M., and Tattersall, M.H., 2002. Informing and involving cancer patients in their own care. *Lancet Oncol* [e-journal] 3 (10), pp. 629–37. DOI: 10.1016/s1470-2045(02)00877-x

Kalichman, S. C., Benotsch, E., Suarez, E. T., Catz, S., Miller, J., and Rompa, D., 2000. Health literacy and health-related knowledge among persons living with HIV/AIDS. *American Journal of Preventive Medicine*, [e-journal] 18(4), pp. 325-331. doi: 10.1016/s0749-3797(00)00121-5.

Kamaou, M., Silove, D., Steel, Z., Catanzaro, R., Bateman, C. and Ekblad, S. (2004). 'Psychiatric disorders in an Africanrefugee camp'. *Intervention*, 2(2), pp. 84 – 89. Available at: https://www.interventionjournal.com/sites/default/files/084_089%2520Kamau.pdf [Accessed 24 February 2022]

Koay, K., Schofield, P. and Jefford, M. 2012. Importance of health literacy in oncology. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 8, pp. 14–23 doi:10.1111/j.1743-7563.2012.01522.x

Jecker, N., Carrese, J. and Pearlman, R. (1995) ‘Caring for patients in crosscultural settings’. *Hastings Cent Rep.* 25 (1), pp. 6–14. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7730057> [Accessed 24 February 2022]

Jeon, J.H., and Lee, I.S., 2020. Health Literacy, Drug Knowledge, and Drug Misuse Behaviors Among North Korean Refugees. *J Forensic Nurs.* 16(1), pp. 3-11. doi: 10.1097/JFN.0000000000000280.

Khawajamir, M., 2016. History and Problems of Education in Afghanistan. *Eprajournals [e-journal]* 26, pp.1-4. DOI: 10.1051/ 201 SHS Web of Conferences 26 shsconf/20162601124

Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006) ‘The Health Literacy of America’s Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy’, U.S. Department of Education. Washington, Available at: <https://nces.ed.gov/> [Accessed 30 September 2021]

Lebano, A., Hamed, S., Brabdy, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E. et al., 2020. Migrants’ and refugees’ health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health [e-journal]* 20, 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>

Lorenc, L., and Branthwaite, A., 1993. Are older adults less compliant with prescribed medication than younger adults? *British Journal of Clinical Psychology*, [e-journal] 32(4), pp. 485-492. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1993.tb01084.x

Mann, C. and Fazil, Q. (2006) ‘Mental illness in asylum seekers and refugees’. *Primary Care Mental Health*, 4, pp. 57–66. Available at: <https://www.mhfmjournal.com/open-access/mental-illness-in-asylum-seekers-and-refugees.pdf> [Accessed 24 February 2022]

Martin, L. T., Ruder, T., Escarce, J. J., Ghosh-Dastidar, B., Sherman, D., Elliott, M., Lurie, N.

2009. Developing predictive models of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 24(11), pp. 1211–1216. doi:10.1007/s11606-009-1105-7

Murphy, P. W, Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H. and Decker, B.C., 1993. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): A quick reading test for patients. *Journal of Reading*, 3(7). pp. 124–130.

Nehemiah, A., Reinke, C.E. 2020. Simply speaking: The importance of health literacy for patient outcomes. *Am J Surg*, 220 (5), pp.1136-1137. doi: 10.1016/j.amjsurg.2020.08.005.

Neilsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., and Kindig, D. A. (Eds.), 2004. Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press
DOI: [10.17226/10883](https://doi.org/10.17226/10883)

Nutbeam, D., 1998. Health Promotion Glossary. *Health Promoting International*, [e-journal] 13(4), pp. 349-364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>

Nutbeam, D., 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, [e-journal] 15 (3), pp.259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Nutbeam, D., 2015. Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, [e-journal] 42 (4), pp.450-456. <https://doi.org/10.7143/jhep.42.450>

Osborne, R.H., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., Hawkins, M., Buchbinder, R. 2013. ‘The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)’. *BMC Public Health.*, 13. Available at: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-658>

Paasche-Orlow, M. K., Parker, R., Gazmararian, J., Nielsen-Bohlman, L. and Rudd, R., 2005. The Prevalence of Limited Health Literacy. *General international Medicine*, [e-journal], 20 (2), pp. 175-184. doi: [10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x)

Parker, R. M., Baker, W.D, Williams, M.V, and Nurss, J.R., 1995. The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *Journal of general Medicine*, [e-journal], 10, pp. 537-541. DOI: [10.1007/BF02640361](https://doi.org/10.1007/BF02640361)

Palumbo, R., 2015. Discussing the Effects of Poor Health Literacy on Patients Facing HIV: A Narrative Literature Review. *International Journal of Health Policy and Management*, [e-journal] 4(7), pp. 417–430. doi 10.15171/ijhpm.2015.95

Peerson, A., 2009. Saunders M: Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promoting Int*, [e-journal] 24 (3), pp. 285-296. DOI: [10.1093/heapro/dap014](https://doi.org/10.1093/heapro/dap014)

Patel, J.V., Gunarathne, A., Lane, D. et al., 2007. Widening access to cardiovascular healthcare: community screening among ethnic minorities in inner-city Britain – the Healthy Hearts Project. *BMC Health Serv Res*, 7, 192 <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-192>

Pizur-Barnekow, P., Darragh, A., and Johnston, M., 2011. “I Cried Because I Didn't Know if I Could Take Care of Him”: Toward a Taxonomy of Interactive and Critical Health Literacy as Portrayed by Caregivers of Children with Special Health Care Needs. *Journal of Health Communication*, [e-journal] 16(3), pp.205-221, DOI: 10.1080/10810730.2011.604386

Pleasant A, McKinney J., 2011. Coming to consensus on health literacy measurement: an online discussion and consensus-gauging process. *Nursing Outlook*, [e-journal] 59 (2), pp. 95–106. DOI: 10.1016/j.outlook.2010.12.006

Ravati, S. and Farid, M. (2018) ‘The Health Literacy of Adults in Alborz Province in Iran ’, *Journal of Community Health Research*, 7(4), pp. 222-230. Available at: <http://jhr.ssu.ac.ir/> [Accessed 29 November 2021]

Razazi , R., Aliha, J.M., Amin, A., Taghavi, S. , Ghadrdoost, B., and Naderi, N., 2018. The Relationship between Health Literacy and Knowledge about Heart Failure with Recurrent

Admission of Heart Failure Patients. *Research in Cardiovascular Medicine*. [e-journal] 7 (3), pp 123-129. DOI:[10.4103/rcm.rcm_12_18](https://doi.org/10.4103/rcm.rcm_12_18)

Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A, and Piette J., 2004. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Educ Couns.*, 52(3), pp. 315-23. doi: 10.1016/S0738-3991(03)00107-1.

Schulz, P. J. and Nakamoto, K., 2005. Emerging themes in health literacy. *Studies in Communication Sciences*, [e-journal] 5, pp.1–10. <http://doi.org/10.5169/seals-790923>

Shaw, S.J., Huebner, C., Armin, J., Orzech, K., Vivian, J., 2009. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *J Immigr Minor Health.*, 11(6), pp. 460-7. doi: 10.1007/s10903-008-9135-5

Shah, C.L., West, P., Bremmeyr, K., Savoy-Moore, R.T., 2010. ‘Health Literacy Instrument in Family Medicine: The “Newest Vital Sign” Ease of Use and Correlates’ *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), pp. 196-203. Available at: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.959.8204&rep=rep1&type=pdf>

Shum, J., Poureslami, I., Doyle-Waters, M.M., and Mark FitzGerald, J. 2016. ‘The application of health literacy measurement tools (collective or individual domains) in assessing chronic disease management: a systematic review protocol’. *Systematic reviews*, 97. Available at: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0267-8> [Accessed 20 February 2021]

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al., 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [e-journal] 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471->

Sorensen, K, Van den Broucke, S. Pelikan, J. et al. (2013) ‘Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of HLS-EU-Q’ *BMC Public Health*, 13, 948. Available at: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/> [Accessed 29

December 2021]

Sorensen, K. 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*, [e-journal] (6):1053-8. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.

Spooner, B. (2012) 'Persian, Farsi, Dari, Tajiki: Language Names and Language Policies' In H. Schiffman (Ed.), *Language Policy and Language Conflict in Afghanistan and Its Neighbors: The Changing Politics of Language Choice* (pp. 89-117). Leiden, Boston: Brill. Available at: <https://repository.upenn.edu/> [Accessed 29 December 2021]

Stormacq, C., Van den Broucke, S. and Wosinski, J., 2019. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promoting International*, [e-journal] 34, pp. 1-17. doi: 10.1093/heapro/day062

Svendsen, M.T., Bak, C.K., Sorensen, K. et al., 2020. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: A large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, , [e-journal] 20, 565. doi: 10.1186/s12889-020-08498-8.

Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S. et al. 2006. Limited literacy and mortality in the elderly: The health, aging, and body composition study. *Journal of General Internal Medicine*, [e-journal] 21 (8), pp. 806–812. DOI: [10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x)

Stigter, E. (2004). *The Kandahar Bus Stand in Kabul: An Assessment of Travel and Labour Migration to Iran and Pakistan*. AREU Case Study Series, Afghanistan Research and Evaluation Unit, Kabul.

Villadsen, S.F, Hadi, H., Ismail, I., Osborne, R.H., Ekstrøm, C.T, Kayser, L., 2020. ehealth literacy and health literacy among immigrants and their descendants compared with women of Danish origin: a cross-sectional study using a multidimensional approach among pregnant women. *BMJ*, 10(5) doi: 10.1136/bmjopen-2020-037076.

United Nations Assistance Mission in Afghanistan (2016). Reports on the protection of civilians in armed conflict. Available at: <https://unama.unmissions.org/protection-of-civilians-reports> [Accessed 9 January 2022].

UK Parliament, 2021. Afghanistan: Refugees and displaced people in 2021. Available at <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9296/> [Accessed 1 March 2022]

UNESCO Office in Kabul (2016). Enhancement of Literacy in Afghanistan (ELA) program. Available at: <http://www.unesco.org/new/en/kabul/education/enhancement-of-literacy-in-afghanistan-ela-program/> [Accessed 15 March 2022]

UNESCO (2021). The right to education: What's at stake in Afghanistan? Available at: https://en.unesco.org/sites/default/files/afghanistan_v11.pdf [Accessed 15 March 2022]

UNHCR (2016). Global Trends: Forced Displacement in 2015. Geneva: UNHCR.

UNHCR (2020). UNHCR - Refugee Statistics. UNHCR. Available at: <https://www.unhcr.org/> [Accessed 20 February 2022]

Uppaluri, C.R., Schumm, L.P., Lauderdale, D.S. (2001) 'Self-reports of stress in Asian immigrants: effects of ethnicity and acculturation'. *Ethn Dis.* 11(1), pp. 107–14. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11289230/> [Accessed 20 February 2022]

U.S. Census Bureau (2001). United States Census 2000. Retrieved from <http://www.census.gov/main/www/cen2000.html> [Accessed 20 February 2022]

Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L. and Westerling, R., 2014. Health literacy among refugees in Sweden, a cross-sectional study. *BMC Public Health*, [e-journal] 14 (1030). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1030>

Washington, D.C., 2004. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. *The National Academy Press*, [e-Book] DOI: [10.17226/10883](https://doi.org/10.17226/10883)

Watson, R. 2011. Europeans with poor “health literacy” are heavy users of health services. *BMJ*. [e-journal] <https://doi.org/10.1136/bmj.d7741>

Weiss, B.D., Mays, M.Z., Martz, W., Castro, K.M., Dewalt, D.A., Pignon, M.P., Mockbee, J. and Halle, F.A., 2005. Quick assessment of literacy in primary care: the Newest Vital Sign'. *The Annals of Family Medicine*, [e-journal] ,3 (6), pp. 514-522. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.405>

World Bank (2016). Afghanistan. Systematic Country Diagnostics. Available at: http://documents.worldbank.org/curated/en/302911468190767498/pdf/103421SCD-P152891-SecM2016-0055-IDA-SecM2016-0041-IFC-SecM2016-0029MIGA_SecM2016-0028-OUO-9.pdf [Accessed 15 March 2022]

WHO (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health, Geneva. Available at <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> [Accessed 30 August 2022]

Yari, A. et al. 2021. Measuring the constructs of health literacy in the Iranian adult Kurdish population. *BMC Public Health*, [e-journal] 21, (589), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10589-z>

Young, M.Y. and Chan K. J. (2015) 'Chapter 2: The Psychological Experience of Refugees: A Gender and Cultural Analysis'. *Psychology of Gender Through the Lens of Culture*, pp. 17-26. Available at: http://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/9783319140049-c1.pdf?SGWID=0-0-45-1503971-p177132302 [Accessed 24 February 2022]

B. Ελληνόγλωσση

Αντωνέλλος, Α., Δομάγερ, Φ.Ρ. και Σαράφης, Π., 2020. Εγγραμματοσύνη υγείας και ψηφιακή εγγραμματοσύνη. Στο Π. Σαραφής και Π. Μπαμίδης, επιμ. *Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα και πολιτικές*. Εκδόσεις ΠΙΧ Πασχαλίδης και Broken Hill Publishers, Λευκωσία, Κύπρος. σ. 767-

780.

Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (2009). Γλωσσάριο για την μετανάστευση. Ανακτήθηκε 19 Δεκεμβρίου 2021 από: http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_20.pdf

Ζεφυρόπουλος, Κ. (2005). *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία*. Αθήνα: Κριτική.

Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2020). Έκθεση αναφοράς για το προσφυγικό και το μεταναστευτικό ζήτημα. Ανακτήθηκε 19 Δεκεμβρίου 2021 από: https://www.nchr.gr/images/pdf/apofaseis/prosfuges_metanastes/Ekthesi_Anaforas_Prosfugiko_el_compressed.pdf

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2004). ΟΔΗΓΙΑ 2004/83/EK ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ. Ανακτήθηκε 19 Δεκεμβρίου 2021 από: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/el/TXT/?uri=CELEX:32004L0083>

Ευρωπαϊκό Δίκτυο Μετανάστευσης (Μάρτιος 2012) «Ετήσια Έκθεση Πολιτικής 2011 Τελική Έκθεση» (Ελληνική Έκδοση). Ανακτήθηκε 22 Φεβρουαρίου από: http://emn.ypes.gr/images/docs/EMN_APR/EMN_APR2011/gr_20120426_apr_2011_gr_version_final_el.pdf

Babbie, E. (2011). Κ. Ζεφυρόπουλος, επιμ. *Εισαγωγή στην κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική. Κανονισμός (ΕΕ) αριθ. 604/2013 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 26ης Ιουνίου 2013.

Σαρρής, Μ., Χρυσάκης, Μ. και Σούλης, Μ. ‘Ανισότητες στην Υγεία μια κριτική προσέγγιση’ *Οικονομία της Υγείας*, 19(6), σελ. 672-687. Ανακτήθηκε 20 Δεκεμβρίου 2021 από <http://www.mednet.gr/>

Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Προσφυγές (2009). Εγχειρίδιο για τις διαδικασίες και τα κριτήρια καθορισμού του καθεστώτος των προσφύγων. Αθήνα. Ανακτήθηκε 19 Δεκεμβρίου

2021 από: http://www.unhcr.org.cy/fileadmin/user_upload/temp/HANDBOOK.pdf

Υπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ (2017). Προστασία των προσφύγων στην Ελλάδα. Ανακτήθηκε 19 Δεκεμβρίου 2021 από: <https://www.unhcr.org/gr/>

Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής (2017). Δικαιούχοι διεθνούς προστασίας στην Ελλάδα σήμερα. Ανακτήθηκε 20 Φεβρουαρίου 2022 από: <https://government.gov.gr/>

N. 4636/2019

N. 4686/2020.

N. 3907/2011

Παράρτημα 1. Ερωτηματολόγιο

ΜΕΡΟΣ Α

Κοινωνικοδημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο

Άνδρας

Γυναίκα

2. Ηλικία

3. Οικογενειακή Κατάσταση:

Άγαμος/η:

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

4. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσής σας;

Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό

Έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό

Έχω ολοκληρώσει το Γυμνάσιο

Έχω ολοκληρώσει το Λύκειο ή σχολή Δ/θμιας Εκπαίδευσης

Έχω ολοκληρώσει ανώτερη σχολή (ΙΕΚ, ΚΕΚ, ιδιωτ. σχολή, κολλέγιο)

Έχω ολοκληρώσει ανώτατη σχολή (ΑΕΙ, ΤΕΙ, μεταπτυχιακό)

5. Πόσα καιρό διαμένετε στην Ελλάδα;

Λιγότερο από 6 μήνες

6 μήνες - 1 χρόνο

1-2 χρόνια

2-3 χρόνια

3-5 χρόνια

Πάνω από 5 χρόνια

6. Πόσο καιρό διαμένετε στην συγκεκριμένη δομή;

.....

7. Γνωρίζετε, στοιχειωδώς έστω, κάποια άλλη γλώσσα, πέραν της μητρικής σας;

Ελληνικά

Αγγλικά

Άλλη γλώσσα:

Όχι, δεν γνωρίζω

8. Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα;

Ναι

Παρακαλώ προσδιορίστε το χρόνιο νόσημα (ή τα χρόνια νοσήματα)
.....

Όχι

9. Έχετε διαγνωσθεί θετικός/ή σε τεστ για τον SARS-CoV-2;

Ναι

Όχι

10. Ανησυχείτε μήπως νοσήσετε από τον ιό του SARS-CoV-2;

Ναι

Όχι

11. Έχετε κάνει το εμβόλιο για τον νέο κορωνοϊό;

Ναι

Όχι

12. Αν δεν έχετε κάνει το εμβόλιο για τον νέο κορωνοϊό, σκοπεύετε να το κάνετε;

Ναι

Όχι

13. Έχετε την ικανότητα στοιχειώδους αναζήτησης πληροφοριών στο Ιντερνέτ;

Ναι

Όχι

HLS-EU-Q16 (Για αυτοσυμπλήρωση)		Πολύ εύκολο	Αρκετά εύκολο	Αρκετά δύσκολο	Πολύ δύσκολο
Στην κλίμακα από «πολύ εύκολο» σε «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να:					
1	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να βρείτε πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα ασθενειών που σας απασχολούν?	1	2	3	4
2	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να βρείτε που μπορείτε να λάβετε βοήθεια από επαγγελματίες υγείας όταν είσαστε άρρωστος/η;	1	2	3	4
3	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κατανοήσετε αυτό που σας λέει ο γιατρός σας;	1	2	3	4
4	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κατανοήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας σχετικά με το πως πρέπει να πάρετε ένα φάρμακο που σας έχει γράψει στη συνταγή;	1	2	3	4
5	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κρίνετε πότε χρειάζεται να πάρετε μία δεύτερη γνώμη από κάποιον άλλον γιατρό;	1	2	3	4
6	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να χρησιμοποιήσετε τις πληροφορίες (Οδηγίες: θεραπευτική αγωγή, επιλογές θεραπείας) που σας δίνει ο γιατρός σας ώστε να πάρετε αποφάσεις για να αντιμετωπίσετε την ασθένειά σας;	1	2	3	4
7	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να ακολουθήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας;	1	2	3	4
8	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να βρείτε πληροφορίες για το πως να διαχειριστείτε προβλήματα όπως το στρες ή η κατάθλιψη;	1	2	3	4
9	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κατανοήσετε τους κινδύνους για την υγεία από συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η απουσία σωματικής άσκησης, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ;	1	2	3	4
10	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κατανοήσετε γιατί είναι αναγκαίο να κάνετε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις; (Οδηγίες: μαστογραφία, εξέταση διαβήτη, έλεγχος αρτηριακής πίεσης)	1	2	3	4
11	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κρίνετε εάν οι πληροφορίες για τους κινδύνους για την υγεία (λ.χ κακή διατροφή, έλλειψη σωματικής και νοητικής άσκησης, παχυσαρκία, κάπνισμα, μόλυνση περιβάλλοντος κλπ) όπως προβάλλονται στα μέσα ενημέρωσης είναι αξιόπιστες; (Οδηγίες: τηλεόραση, διαδίκτυο ή άλλα μέσα ενημέρωσης)	1	2	3	4

12	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να αποφασίσετε πως μπορείτε να προστατέψετε τον εαυτό σας από κάποια ασθένεια βάσει των πληροφοριών από τα μέσα ενημέρωσης;	1	2	3	4
13	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να βρείτε δραστηριότητες οι οποίες είναι καλές για την ψυχική σας διάθεση; (Οδηγίες: άσκηση, περπάτημα, έξοδος με φίλους, κλπ)	1	2	3	4
14	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κατανοήσετε συμβουλές για την υγεία από την οικογένεια και φίλους;	1	2	3	4
15	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κατανοήσετε πληροφορίες από τα μέσα ενημέρωσης για το πως θα βελτιώσετε την υγεία σας;	1	2	3	4
16	Πόσο εύκολο ή δύσκολο θα λέγατε είναι να κρίνετε ποιες καθημερινές σας συνήθειες σχετίζονται με την υγεία σας; (Οδηγίες: διατροφικές συνήθειες, άσκηση κτλ.)	1	2	3	4

(*Μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο από Ευθυμίου, Α. 2017, HLS-EU-Q16, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΤΑ ΝΤΑΡΙ

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΟ

قسمت A

جمعیت شناسی اجتماعی

1. جنسیت

مرد

زن

2. سن و سال.....

3. حالت مدنی

مجرد

متاهل

جدا شده

بیوه

4. سطح تحصیلات شما در چه سطحی است

من ابتدایه (دبستان) را تمام نکرده ام

ابتدایه (دبستان) را تمام کرده ام

من متوسطه (دبیرستان) را تمام کرده ام

من لیسه یا مدرسه آموزش متوسطه را به پایان رسانده ام

من دبیرستان را به پایان رسانده ام (مدرسه خصوصی، کالج)

من تحصیلات عالی را گذرانده ام (دانشگاه فوق لیسانس)

5. چه مدت میشود در یونان زندگی می کنید؟

کمتر از 6 ماه

6 ماه – 1 سال

سال 1-2

سال 2-3

سال 3-5

بالای 5 سال

6. چه مدت میشود در این سازمان زندگی می کنید؟.....

7. آیا حداقل اساساً زبان دیگری به جز زبان مادری خود بلدید؟

یونانی

انگلیسی

زبان دیگری

نه بلدی ندارم

8. آیا از یک بیماری مزمن رنج می برید؟

بلی

لطفاً بیماری مزمن (یا بیماری های مزمن) را مشخص کنید

.....

نخیر

9. آیا آزمایش (SARS-CoV-2) شما مثبت بوده است؟

بلی

نخیر

10. آیا نگران ابتلا به ویروس SARS-CoV-2 هستید؟

بلی

نخیر

11. شما در برابر کروناویروس جدید واکسینه شده اید؟

بلی

نخیر

12. اگر علیه ویروس کرونای جدید واکسینه نشده اید، قصد دارید واکسن بزنید؟

بلی

نخیر

13. شما این امکان را دارید که اطلاعات اولیه را در اینترنت جستجو کنید؟

بلی

نخیر

Modified version of the HLS-EU-Q16 – Dari version

Developed by J.Wångdahl and L. Mårtensson based on the original version, HLS-EU Consortium

اطلاعات و دانش در باره صحت

پرسش و پاسخ در مورد چگونگی کسب ، درک و استفاده از اطلاعات برای شما راجع به صحت، بیماری و خدمات درمانی. لطفا در همه خط ها چلیپا بزنیید در گزینه ای که فکر میکنید بهتر با پاسخ شما مطابقت می‌کند. اگر شما در یکی از این وضعیت ها نبوده اید در گزینه ای که شما فکر میکنید بهتر با پاسخ شما مطابقت می‌کند چلیپا بزنیید.

بسیار آسان	آسان	سخت	بسیار سخت	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. پیدا کردن اطلاعات در مورد معالجات بیماری خود چقدر آسان یا سخت است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. دانستن محلی که موقع بیماری کمک تخصصی (مانند داکتر، داروساز یا روانشناس) بگیرید، چقدر آسان یا سخت است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. فهمیدن آنچه داکترتان به شما می گوید، چقدر آسان یا سخت است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. درک دستورالعمل های داکتر یا داروساز در مورد مصرف داروهای تجویز شده، چقدر آسان یا سخت است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. قضاوت اینکه آیا شما نیاز به یک نظر ثانوی از دکتر دیگری دارید، چقدر آسان یا سخت است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. استفاده از اطلاعات داده شده توسط دکتر برای تصمیم گیری در مورد چگونگی بیماری تان، چقدر آسان یا سخت است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. رعایت دستورالعمل های دکتر یا داروساز، برای شما چقدر آسان یا سخت است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. یافتن اطلاعات در مورد اداره و رسیدگی به مشکلات بیماری های روحی روانی مانند استرس یا افسردگی، چقدر آسان یا سخت است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. درک و فهمیدن هشدارهای درمانی درباره سبک زندگی ناسالم (مانند کشیدن سگرت، فعالیت کم جسمانی و نوشیدن زیاد مشروب) چقدر آسان یا سخت است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. درک علت نیاز برای شرکت در معاینات سلامتی (مانند معاینه سینه، آزمایش قند خون یا فشار خون)، چقدر آسان یا سخت است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. قضاوت در مورد اینکه آیا اطلاعات در مورد ریسک های مهم سلامتی از طریق وسایل ارتباط جمعی (مانند تلویزیون و اینترنت) قابل اعتماد است، چقدر آسان یا سخت است؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>l. تصمیم‌گیری در مورد چگونگی حفاظت خود از بیماری‌ها از طریق اطلاعات رسانه‌ها (مانند روزنامه‌ها، جزوه‌ها و اینترنت)، چقدر آسان یا سخت است؟</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>m. یافتن اطلاعات در مورد فعالیت‌هایی (مانند مدیتیشن، تمرینات بدنی و پیاده‌روی) که برای سلامت روانی خوب هستند، چقدر آسان یا سخت است؟</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>n. درک توصیه‌های تندرستی اعضای خانواده یا دوستان، چقدر آسان یا سخت است؟</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>o. درک اطلاعات رسانه‌ها (مانند اینترنت یا روزنامه‌ها و مجلات) در مورد اینکه صحت‌تان را بهتر کنید، چقدر آسان یا سخت است؟</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>p. قضاوت در مورد عادات روزمره که با سلامتی شما ارتباط دارد (مانند عادات خوردن، تمرینات بدنی و نوشیدن مشروب) چقدر آسان یا سخت است؟</p>

