

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 με θέμα:

**Η πρόσβαση σε δομές υγείας για μετανάστες
στην Κάρπαθο**

Βορύλλα Χρυσούλα- Γιούλια

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ 20088

**Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος
ΚΘΑΓΗΤΗΣ
ΓΙΩΡΓΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ**

ΑΘΗΝΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, 2023

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

Diploma Thesis

Title

**Access to health facilities for immigrants in
Karpathos**

Student name and surname:

Vorylla Chrysoula- Gioulia

Registration Number: 20088

Supervisor name and surname:

Professor George Pierrakos

Athens, February 2023



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Τίτλος Εργασίας: Η πρόσβαση σε δομές υγείας για μετανάστες στην Κάρπαθο

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

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

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Πιερράκος Γεώργιος	Καθηγητής	
2	Γουλιά Ασπασία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
3	Σεπέτης Αναστάσιος	Επίκουρος Καθηγητής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Βορύλλα Χρυσούλα-Γιούλια του Βασιλείου με αριθμό μητρώου 20088 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση Μονάδων 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».

Η Δηλών/ούσα



Βορύλλα Χρυσούλα Γιούλια

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία με θέμα «Η πρόσβαση σε δομές υγείας για μετανάστες στην Ελλάδα» εκπονήθηκε από τη Βορύλλα Χρυσούλα- Γιούλια στη διάρκεια του Ακαδημαϊκού Έτους 2021-2022, υπό την επίβλεψη του καθηγητή του τμήματος κ. Πιερράκου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όσους με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας, καθώς και σε όλη την πορεία εκπόνησης του συγκεκριμένου Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Θερμές ευχαριστίες σε όλο το Διοικητικό και Ακαδημαϊκό Προσωπικό του Μεταπτυχιακού προγράμματος, η βοήθεια των οποίων ήταν πολύτιμη και άμεση, παρά τις δυσκολίες που προέκυψαν και ιδίως τον κ. Νάτση, ο οποίος ήταν δίπλα μας, αφουγκραζόμενος τους προβληματισμούς μας και φροντίζοντας για την ενίσχυση και την βελτίωση της μαθησιακής μας εικόνας. Επιπρόσθετα, τον κ. Πιερράκο για την αμεσότητα και προθυμία του να με βοηθήσει σε όποια εμπόδια υπήρξαν.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, που ήταν δίπλα μου και με στήριξαν, σε όλο αυτό το ταξίδι, καθώς και τον Γιώργο Καψιμάλη που ήταν παρών σε όλες τις δυσκολίες, ακούγοντας τους προβληματισμούς μου και δίνοντας μου στήριξη.

Η εργασία είναι αφιερωμένη στους γονείς μου

Πρόλογος

Η μετανάστευση αποτελεί ένα από τα σημαντικά ζητήματα που κλήθηκε να αντιμετωπίσει η Ελλάδα στη σύγχρονη ιστορία της. Ήδη από τον προηγούμενο αιώνα, έχει δεχτεί μεγάλο κύμα μεταναστών με αποκορύφωμα τη διετία 2014-15, λόγω της γεωπολιτικής της θέσης αλλά και από το γεγονός ότι είναι χώρα- μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έχει υπολογιστεί ότι, σήμερα, φιλοξενούνται στην επικράτεια της 57.000 μετανάστες και πρόσφυγες, με το 60% να βρίσκεται στην ηπειρωτική χώρα, ενώ αν συνυπολογιστούν και οι άτυποι- παράνομοι μετανάστες, ο αριθμός είναι αρκετά μεγαλύτερος.

Η Ελλάδα, όπως όλες οι χώρες υποδοχής, βρίσκεται μπροστά σε μία σημαντική πρόκληση η οποία αφορά την υγειονομική περίθαλψη όλων όσων εισέρχονται στην επικράτειά της. Τα προβλήματα, που ανακύπτουν στην προσπάθεια αυτή, είναι πολλά και τα οποία σχετίζονται τόσο με την δομή του ίδιου του Συστήματος Υγείας, όσο και με προσωπικά γνωρίσματα των χρηστών- Μεταναστών.

Η άρση των όποιων εμποδίων και η εξασφάλιση ισότιμων ευκαιριών πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για όλους, βοηθά στην εξάλειψη των όποιων φαινομένων περιθωριοποίησης και αποκλεισμού των μεταναστών από τομείς της κοινωνικής δραστηριότητας. Γι αυτό το λόγο, είναι αναγκαίο να χαραχθούν πολιτικές, οι οποίες θα λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, θα πρέπει να διευρυνθεί το ερευνητικό πεδίο γύρω από το συγκεκριμένο ζήτημα, καθότι μέχρι τώρα υπάρχει περιορισμένος αριθμός μελετών.

Περίληψη

Σκοπός

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της προσβασιμότητας των Δομών Υγείας από πλευράς των μεταναστών που διαμένουν στην Κάρπαθο, καθώς και να σκιαγραφήσει τις όποιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν, αποτυπώνοντας παράλληλα τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Μεθοδολογία

Η παρούσα έρευνα εκπονήθηκε μέσω ενός δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε αλλοδαπούς γονείς μαθητών που φοιτούν σε Δημόσια Σχολεία της Καρπάθου. Το δείγμα αποτέλεσαν 75 μετανάστες και η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της « δειγματοληψία ευκολίας».

Αποτελέσματα

Το 65,7% διαθέτει βιβλιάριο υγείας, ενώ το 59,2% έχει επισκεφθεί δημόσια δομή υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, με τους μισούς να το έχουν επισκεφθεί 2 με 3 φορές (52,5%). Το 36,7% δήλωσε ότι γνωρίζει πλήρως τις υπηρεσίες υγείας, ενώ το 28% δηλώνει άγνοια ως προς τα δικαιώματά του. Αναφορικά με την πολυπλοκότητα του Ε.Σ.Υ. το 49,3% κρίνει ότι είναι πολύπλοκο σε μεγάλο βαθμό, ενώ η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών θεωρείται καλή από το 61,5%. Σχετικά με τις δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν κατά την πρόσβαση σε δομές υγείας το 77,1% δήλωσε ότι δεν αντιμετώπισε κάποια και το 88,2% ότι δεν υπήρξε περίπτωση όπου δεν μπόρεσε να λάβει κάποια φροντίδα υγείας. Ως προς τα εμπόδια, οι συμμετέχοντες κρίνουν ότι εντοπίζονται, κυρίως, στο τομέα της γλωσσικής επικοινωνίας (83,3%), ενώ χρόνος αναμονής δεν θεωρήθηκε παράγοντας παρεμπόδισης από το 70,6%. Τέλος, το 85,9% θεωρεί ότι έχει ίσες ευκαιρίες πρόσβασης με τον γηγενή πληθυσμό και σε ότι αφορά την συμπεριφορά του προσωπικού των δομών υγείας το 23,9% δηλώνει ότι δεν είναι ευχαριστημένο από αυτήν των επαγγελματιών υγείας, ενώ το 28,4% από των διοικητικών υπαλλήλων.

Συζήτηση

Όπως προκύπτει οι Μετανάστες στην Κάρπαθο έχουν τα ίδια προνόμια ως προς την πρόσβαση σε Δομές Υγείας με τους Έλληνες. Ακόμη, δεν αντιμετωπίζουν

ιδιαίτερες δυσκολίες κατά την αναζήτηση φροντίδας και είναι εξοικειωμένοι με τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Συμπέρασμα

Η Πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει προκειμένου να χαράξει νέες πολιτικές υγείας, οι οποίες θα περιορίζουν τα εμπόδια που συναντούν οι μετανάστες στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας. Ακόμη, θα πρέπει να ερευνηθούν περαιτέρω οι ανεκπλήρωτες ανάγκες κατοίκων ακριτικών περιοχών.

Λέξεις –Κλειδιά Πρόσβαση, Μετανάστες, Υπηρεσίες Υγείας, Κάρπαθος

Abstract

Aim

The aim of the research is to investigate the health care access of immigrants living in Karpathos, as well as to outline any difficulties they face, while exploring the factors that affect access to health services.

Methods

The research was conducted through a structured questionnaire, which included closed-ended questions. The questionnaires were administered to foreign parents of students attending the Public School of Karpathos. The sample was 75 immigrants and the sampling was carried out by the method of "convenience sampling".

Results

65.7% have a health booklet, while 59.2% have visited a health department in the last 12 months, with half having visited it 2 to 3 times (52.5%). 36.7% stated that they are fully aware of the healthcare services, while 28% state that they are ignorant of their rights. Regarding the complexity of the Public Health System, 49.3% find it extremely complex while the quality of the services provided is considered good by 61.5%. Regarding the difficulties they face when accessing health facilities, 77.1% and 88.2% stated that there was no case where they could not receive some health care. Regarding the obstacles, the participants consider that they are traced mainly in the area of language communication (83.3%), while waiting time was not considered an obstacle factor by 70.6%. Finally, 85.9% consider that they have equal access opportunities with the native population and with regard to the behavior of the staff of the health facilities, 23.9% declare that they are not satisfied with that of the health professionals, while 28.4% by the administrative officers.

Discussion

Immigrants in Karpathos have the same privileges in terms of access to Health Facilities as Greeks. Furthermore, they do not face particular difficulties when seeking care and acknowledge healthcare services.

Conclusion

The State should ensure that new health policies are drawn up, which will limit the obstacles that immigrants encounter in their access to health services. Meanwhile, the unmet needs of rural residents should be further investigated.

Keywords Access, Immigrants, Health Services, Karpathos

Περιεχόμενα

Κατάλογος Πινάκων.....	12
Πίνακες Γραφημάτων.....	13
Πίνακας Ακρωνύμιων.....	14
Εισαγωγή.....	15
<u>Θεωρητικό Μέρος</u>	18
Κεφάλαιο 1.....	18
– Το Δικαίωμα στην Υγεία.....	18
– Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα- Δομές Υγείας.....	20
– Πρόσβαση σε δομές Υγείας.....	22
Κεφάλαιο 2-Οι μετανάστες.....	25
– Το φαινόμενο της Μετανάστευσης.....	25
– Ορισμοί.....	26
– Προβλήματα Μεταναστών.....	30
– Υγεία των Μεταναστών.....	32
– Πρόσβαση των Μεταναστών σε Δομές Υγείας.....	33
Κεφάλαιο 3-Έρευνες στην Ελλάδα και σε Διεθνές Επίπεδο.....	36
<u>Εμπειρικό Μέρος</u>	43
Κεφάλαιο 4 –Έρευνα.....	43
– Σκοπός Έρευνας.....	43
– Αναγκαιότητα έρευνας.....	43
– Μεθοδολογία Έρευνας.....	44
– Δειγματοληψία.....	45
– Περιορισμοί Μελέτης.....	45
– Ερευνητικό Εργαλείο.....	46
– Χρονοδιάγραμμα.....	47

Κεφάλαιο 5- Παρουσίαση Αποτελεσμάτων.....	48
– Μέθοδος Ανάλυσης Αποτελεσμάτων.....	48
– Αποτελέσματα.....	49
– Συζήτηση.....	68
Συμπεράσματα.....	73
Βιβλιογραφία.....	74
Παράρτημα	

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικά/ κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά

Πίνακας 2: Συνήθειες Μεταναστών

Πίνακας 3: Οικονομική Κατάσταση Συμμετεχόντων

Πίνακας 4: Παθήσεις και Τρόπος Αντιμετώπισης

Πίνακας 5 : Πρόσβαση σε Κέντρο Υγείας

Πίνακας 6: Μη προσβάσιμες Υπηρεσίες Υγείας και Αίτια

Πίνακας 7: Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;

Πίνακας 8: Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας

Πίνακας 9: Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο στη χρήση τους

Πίνακας 10: Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;

Πίνακας 11: Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας;

Πίνακας 12: Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας;

Πίνακας 13: Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων στις υπηρεσίες υγείας;

Πίνακας 14: Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;

Πίνακας 15: Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το κόστος των επαγγελματιών υγείας;

Πίνακας 16: Σε ποια από τα παρακάτω θα θέλατε περισσότερη ενημέρωση διότι η γνώση που έχετε σήμερα δε καλύπτει τις ανάγκες σας;

Πίνακας 17: Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες;

Πίνακας Γραφημάτων

Γράφημα	Περιγραφή	Σελίδα
1.	Ηλικία Δείγματος	48
2.	Χρόνος Διαμονής στην Ελλάδα	49
3.	Κατάσταση Υγείας Μεταναστών	52
4.	Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;	58
5.	Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας	58
6.	Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο στη χρήση τους	59
7.	Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;	59
8.	Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας;	60
9.	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας	60
10.	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων στις υπηρεσίες υγείας	61
11.	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας	61
12.	Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το κόστος των επαγγελματιών υγείας	61
13.	Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες	63

Πίνακας Ακρωνύμιων

Ακρωνύμιο	Πλήρες Όνομα
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή ένωση
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Η.Π.Α.	Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής
Ν.	Νόμος
Ο.Δ.Δ.Α.	Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Τ.Ε.Π.	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Εισαγωγή

Το μεταναστευτικό ζήτημα αποτελεί ένα μεγάλο κεφάλαιο στην σύγχρονη ιστορία τόσο για την Ελλάδα όσο και για τη Διεθνή Κοινότητα. Ο αριθμός των μετακινούμενων ανθρώπων είναι αρκετά μεγάλος, ενώ την τελευταία δεκαετία οι μεταναστευτικές ροές με προορισμό χώρες της Ευρώπης, αυξήθηκαν σε σημαντικό βαθμό. Το Σύστημα Υγείας καλείται να διαχειριστεί ζητήματα Δημόσιας Υγείας, αλλά και Υγείας των μεταναστών που εμφανίζονται τόσο κατά τη διάρκεια του ταξιδιού των τελευταίων όσο και κατά την παραμονή τους στη χώρα (Καμέκης-Σπιριδάκης, 2020).

Ο μεγάλος αριθμός μετακινούμενων πληθυσμών δημιουργεί αρκετές προκλήσεις, φαινόμενα περιθωριοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού στις χώρες εισδοχής, ενώ οι όποιες πολιτικές και προσπάθειες ενσωμάτωσης, συχνά, βαίνουν άκαρπες (Kritikos,2020·Mouroutsos,2020). Αυτό το φαινόμενο ενισχύεται σε σημαντικό βαθμό από την αδυναμία των Συστημάτων Υγείας να προσφέρουν αποτελεσματική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, στερώντας, κατά αυτό τον τρόπο, βασικά ανθρώπινα δικαιώματα (Dikaiou & Hatzidimitriadou, 2010). Ο Igleby (2009) σημειώνει ότι η ασθένεια αποτελεί παράγοντα περιθωριοποίησης και κατά συνέπεια, μετανάστες με προβλήματα υγείας που αδυνατούν να λάβουν κάποιας μορφής φροντίδα υγείας, παρεμποδίζονται στην κοινωνική τους ενσωμάτωση, το οποίο με τη σειρά του επιδεινώνει την ασθένεια και επακόλουθα το επίπεδο υγείας των τελευταίων.

Μία σημαντική παράμετρος, στην προσπάθεια ένταξης και αποδοχής είναι η εξασφάλιση της πρόσβασης των Μεταναστών στις Υπηρεσίες Υγείας, κάτι το οποίο επεσήμανε και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στην έκθεση που συνέταξε το 2018, σχετικά με την υγεία των προσφύγων και των μεταναστών. Η δυνατότητα αυτή, όπως και άλλα ζητήματα, που αφορούν τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα και καθορίζεται από την μεταναστευτική πολιτική που ακολουθεί το κάθε κράτος. Συνεπώς, συχνά, δημιουργούνται ανισότητες στην Υγεία, οι οποίες έχουν κριθεί διεθνώς ως πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτες (Διακήρυξη Alma-Alta, 1978), αφού συχνά υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα τους και στον γηγενή πληθυσμό. Μάλιστα, ο ΠΟΥ στην

στρατηγική «Υγεία 21», για την περιοχή της Ευρώπης, έθεσε ως προτεραιότητα την μείωση του χάσματος στην υγεία ανάμεσα στους πολίτες τουλάχιστον κατά ένα τέταρτο, δίνοντας έμφαση στην ουσιαστική αναβάθμιση του επιπέδου υγείας των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι μετανάστες (Οικονόμου, 2006).

Έρευνες έχουν αναδείξει σημαντικούς περιορισμούς που δυσχεραίνουν την αναζήτηση φροντίδας υγείας από πλευράς των μεταναστών, οι οποίοι σχετίζονται με ζητήματα γλωσσικής επικοινωνίας, άγνοια σε δικαιώματα, παροχές, ζητήματα ασφάλισης και λειτουργίας του συστήματος υγείας της εκάστοτε χώρας, καθώς και σε προσωπικές στάσεις και πεποιθήσεις που σχετίζονται με το επίπεδο υγείας. (Rizaetal. 2020). Επιπλέον εμπόδια αποτελούν η έλλειψη κατάλληλων εγγράφων και η αδυναμία έκδοσης τους από πλευράς των μεταναστών, η γραφειοκρατία, η μη εκτίμηση του επιπέδου υγείας των μεταναστών κατά την είσοδο τους στη χώρα υποδοχής, καθώς και η ελλιπής μέριμνα προς του ασυνόδευτους ανηλίκους (Κοτσώνη,2009).

Όλα τα παραπάνω καθιστούν αναγκαία την διερεύνηση όλων των ζητημάτων που σχετίζονται με ισότητα στην υγεία, δίνοντας έμφαση στα στοιχεία που δυσχεραίνουν την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας και υποβαθμίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Dikaiou & Hatzidimitriadou, 2010), δεδομένου ότι οι ανισότητες στην υγεία αποτελούν ανασχετικό παράγοντα ένταξης των μεταναστών στην κοινωνία (Igleby, 2006) και συχνά, οι διαθέσιμες παροχές δεν ανταποκρίνονται, πάντα, στις ανάγκες της συγκεκριμένης ομάδας (Rachel et al., 2011), δημιουργώντας ανεκπλήρωτες ανάγκες.

Τα προαναφερθέντα στοιχεία αποτέλεσαν αφορμή για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας, η οποία έχει ως στόχο την βαθύτερη κατανόηση, αλλά και διερεύνηση σημαντικών παραμέτρων της πρόσβασης των μεταναστών σε Δομές Υγείας στο νησί της Καρπάθου και δομείται ως εξής:

Στα πρώτα τρία κεφάλαια, τα οποία αποτελούν το θεωρητικό μέρος, αναλύονται σημαντικές έννοιες που σχετίζονται με τις μεταβλητές της έρευνας, καθώς και πραγματοποιείται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, στην οποία βασίστηκε τόσο η έρευνα όσο και οι προβληματισμοί και από την οποία εξήχθησαν τα ερευνητικά ερωτήματα, στα οποία επιχειρείται να δοθεί απάντηση. Πιο συγκεκριμένα στο

πρώτο αναλύεται η σημασία του αγαθού της Υγείας, η μορφή του ΕΣΥ στην Ελλάδα καθώς και όλα εκείνα τα στοιχεία που είναι αναγκαία για την ελεύθερη πρόσβαση σε δομές υγείας για όλους. Στο δεύτερο, εξετάζεται το φαινόμενο της μετανάστευσης, παρατίθενται ορισμοί οι οποίοι βοηθούν σημαντικά στην κατανόηση του καθεστώτος, με τα οποία αντιμετωπίζονται οι μετανάστες από τα κράτη και τις κοινωνίες, παρατίθενται τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, στοιχεία για το γενικό επίπεδο υγείας τους, καθώς και όλοι εκείνη οι παράγοντες που λειτουργούν ως τροχοπέδη για την απόλαυση φροντίδας υγείας από τις αντίστοιχες δομές. Ακόμη, στο τρίτο παρουσιάζονται μελέτες, τα αποτελέσματα των οποίων αποτέλεσαν τη βάση εξαγωγής των ερευνητικών ερωτημάτων αλλά και της θεματικής της εργασίας.

Το εμπειρικό μέρος αποτελείται από δύο κεφάλαια και περιλαμβάνει το πρακτικό μέρος της μελέτης. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έρευνα. Ειδικότερα, ο σκοπός και η αναγκαιότητά της, αλλά και τα ερευνητικά ερωτήματα. Ακόμη ο τρόπος διεξαγωγής της, η μέθοδος δειγματοληψίας, το δείγμα, το ερευνητικό εργαλείο, οι περιορισμοί της μελέτης, αλλά και το χρονοδιάγραμμα πραγματοποίησης της. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο πραγματοποιείται παρουσίαση των αποτελεσμάτων, αλλά και η μέθοδος επεξεργασίας των πληροφοριών που έχουν συλλεχθεί και ακολουθούν τα συμπεράσματα.

Θεωρητικό μέρος

Κεφάλαιο 1

– Το δικαίωμα στην Υγεία

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (1946) ως υγεία ορίζεται «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Πρόκειται για ένα κοινωνικό αγαθό, το οποίο περικλείει την πνευματική και υλική ευημερία, καθώς και την κοινωνική δικαιοσύνη (Bradboy, 2010) και ενσαρκώνει τα ανθρώπινα δικαιώματα σε ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης και βοήθειας (Σοφοκλέους, 2019). Αποτελεί βασικό δικαίωμα για όλους τους ανθρώπους, ανεξαρτήτως φυλής, θρησκείας, κοινωνικής τάξης, μόρφωσης και όλες οι κυβερνήσεις υποχρεούνται να εξασφαλίζουν στους πολίτες, όσο τον δυνατόν καλύτερες συνθήκες προκειμένου να είναι υγιείς (Brown 2013. Sommers, 2013).

Το άρθρο 25 παρ. 1 της ΟΔΔΑ, παρότι δεν αποτελεί δεσμευτικό κείμενο νομικής φύσεως, επισημαίνει την ανάγκη καθολικής παροχής του δικαιώματος της υγείας και σύμφωνα με αυτό: «κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα σε ένα ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο που θα εξασφαλίζει στον ίδιο και την οικογένειά του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα την τροφή, τη στέγαση, το ρουχισμό, την ιατρική περίθαλψη και την κοινωνική ασφάλιση». Η εξασφάλιση των κατάλληλων συνθηκών διατήρησης της υγείας, καθώς και ενός συστήματος πρόληψης και αντιμετώπισης υγειονομικών συμβάντων είναι κρατική υποχρέωση (Γουργουλιάννης, 2016).

Σε εθνικό επίπεδο, το δικαίωμα στην υγεία, κατοχυρώνεται μέσω της συνταγματικής και νομοθετικής αναγνώρισής του. Στην Ελλάδα, υπάρχουν άρθρα του Συντάγματος που θεσμοθετούν την υποχρέωση του κράτους για προστασία του συγκεκριμένου δικαιώματος. Πιο συγκεκριμένα το άρθρο 7 παρ. 2 ορίζει «τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη της υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως ορίζει ο νόμος.». Σύμφωνα με το άρθρο 5, το οποίο προστατεύει το άτομο από παρεμβάσεις τρίτων, «καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά

με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών επεμβάσεων». Τέλος στο άρθρο 25 παρ. 1 επισημαίνεται η υποχρέωση της Πολιτείας να διασφαλίζει την χρήση και απόλαυση του δικαιώματος μέσω της μη επιβολής περιορισμών, διακρίσεων, αλλά και της παροχής ιατροφαρμακευτικής φροντίδας (Μάνεσης,1982).

Το δικαίωμα στην υγεία δεν έχει μόνο ατομικό χαρακτήρα, αλλά και κοινωνικό και για αυτό τον λόγο, θα πρέπει να διερευνάται και η υγεία των κοινωνικών ομάδων, ως αποτέλεσμα αμοιβαίας επίδρασης με το περιβάλλον τους (Σοφοκλέους, 2019). Ως κοινωνικό δικαίωμα, διαφυλάσσεται από τη κρατική εξουσία με την διασφάλιση της ισονομίας και της αρχής της ισότητας σε ζητήματα που αφορούν την πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας, αλλά και την ποιότητα της βοήθειας (Σοφοκλέους, 2019). Στην Ελλάδα το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος, αναγνωρίζει την συγκεκριμένη ευθύνη του κράτους, ενώ ο Ν. 1937/1983 προστατεύει την κοινωνική φύση του δικαιώματος, καθιερώνοντας το ως «εγγύηση θεσμού» (Παπαρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη, 2009).

Προκειμένου να εδραιωθεί ο κοινωνικός χαρακτήρας του δικαιώματος στην υγεία, θα πρέπει να ληφθούν όλο εκείνα τα μέτρα που είναι απαραίτητα για άρση των εμποδίων πρόσβασης σε υπηρεσίες των Συστημάτων Υγείας και φροντίδας, σε κάθε χώρα. Τα εμπόδια αυτά έχουν άμεση σύνδεση με διακρίσεις και διαφορές ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες, το οποίο οδηγεί σε διαφορετικά επίπεδα υγείας, ανάλογα με το κοινωνικό πλεονέκτημα της εκάστοτε ομάδας (Braveman, 2003) και η άρση τους θα οδηγήσει σε βελτίωση της υγείας των πολιτών, το οποίο με τη σειρά θα ωθήσει σε αναβάθμιση των κοινωνιών (Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996).

Η βελτίωση των δεικτών υγείας του πληθυσμού σε ένα κράτος έχει πολλαπλά οφέλη σε διάφορα επίπεδα και για αυτό το λόγο, όλα τα κράτη αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες και μεριμνούν προκειμένου όσο το δυνατόν περισσότεροι πολίτες να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας και περίθαλψης. Ο Π.Ο.Υ. , από τις αρχές του 21 αιώνα έχει θέσει ένα πλαίσιο δράσεων, προκειμένου να μειωθεί το χάσμα ανάμεσα στους λήπτες υπηρεσιών υγείας, ανάλογα με την κοινωνική τους θέση (Health 21,1999). Η Ε.Ε. από το 2009 έχει υιοθέτηση μία κοινή στρατηγική με στόχο την διερεύνηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, την μελέτη του

αντίκτυπου των εθνικών πολιτικών, καθώς και την επένδυση σε έργα που σχετίζονται με την εξάλειψη των διακρίσεων, καθότι αναγνωρίζει τη σημασία της για ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και περιορισμό του φαινομένου των ανικανοποίητων αναγκών στον τομέα της Υγείας.

– *Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα- Δομές Υγείας*

Το Σύστημα Υγείας αποτελεί βασικό πυλώνα των κρατών, καθώς μέσω αυτού υποβοηθάτε σημαντικά η παραγωγή του αγαθού της υγείας (Δικαίος, 1999) και είναι κομμάτι της κοινωνικής πολιτικής, το οποίο έχει σχεδιαστεί μέσω ενός συγκροτημένου στρατηγικού σχεδιασμού. Σύμφωνα με τους Tichenor και Scridhar (2017) είναι «ο συνδυασμός πόρων, οργάνωσης, χρηματοδότησης και διαχείρισης, που καταλήγουν στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στον πληθυσμό».

Ένα αποτελεσματικό Σύστημα Υγείας συμβάλλει με έμμεσο τρόπο στην οικονομία ενός κράτους, καθότι βοηθά τους πολίτες να εξασφαλίσουν και να διατηρήσουν ένα καλό επίπεδο υγείας, το οποίο ωθεί σε υψηλότερη παραγωγικότητα και σε ένα εργατικό δυναμικό, με λιγότερα προβλήματα (HealthataGlance, 2016). Στόχος του είναι η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και φροντίδας, με όσο το δυνατόν υψηλότερη αποδοτικότητα, στο μικρότερο δυνατό κόστος.

Υπάρχουν πολλά μοντέλα συστημάτων υγείας, με σημαντικότερα αυτό του Bismarck, Beveridge, ιδιωτικής ασφάλισης και μικτά (GaetaM. etal, 2017). Στο μοντέλο Bismarck, το οποίο εφαρμόζεται στην Γερμανία και την Αυστρία η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, υπάρχουν ασφαλιστικοί φορείς και κύριο στοιχείο είναι η ιδιωτική διαχείριση (Αλετράς, Ματσαγγάνης και Νιάκας, 2002). Στο μοντέλο Beveridge (Μ. Βρετανία, χώρες της Σκαδιναβίας), η χρηματοδότηση είναι αποκλειστικά κρατική, δεν υπάρχουν ασφαλιστικά ταμεία και η πρόσβαση στην υγεία είναι δωρεάν για όλους. ανεξαρτήτως (Αλετράς, Ματσαγγάνης και Νιάκας, 2002). Το τρίτο μοντέλο της ιδιωτικής ασφάλισης, που εφαρμόζεται στις Η.Π.Α., όλες οι ανάγκες για

ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, καλύπτονται από τους ίδιους τους πολίτες, ενώ δεν υπάρχουν ασφαλιστικά ταμεία, το οποίο οδηγεί σε μεγάλες ανισότητες (Anderson etal., 2012).

Στην Ελλάδα, το Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ- Εθνικό Σύστημα Υγείας) είναι μικτό, καθότι συνδυάζει στοιχεία και από το μοντέλο του Bismarck, αλλά και από του Beveridge (Δίκαιος και Χλέτσας, 1999). Υπάρχουν ασφαλιστικοί φορείς και ένα μέρος των δαπανών χρηματοδοτούνται από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, όπως συμβαίνει στο πρώτο μοντέλο (Δίκαιος και Χλέτσας, 1999). Το υπόλοιπο κομμάτι καλύπτεται από τον Κράτος (Maresso, 2018).

Υπεύθυνο για τον στρατηγικό σχεδιασμό είναι το Υπουργείο Υγείας, το οποίο καθορίζει και τις προτεραιότητες το Συστήματος, την κατανομή των πόρων, τον τρόπο διαχείρισης του προσωπικού και φροντίζει για την εφαρμογή νόμων και μεταρρυθμίσεων (Οικονόμου, 2012). Με την ίδρυση των Υγειονομικών Περιφερειών (Υ.ΠΕ.) το 2001, κάποιες λειτουργίες μεταβιβάστηκαν σε αυτές, ωστόσο κύριες αρμοδιότητες που σχετίζονται με τον διαχείριση του Ε.Σ.Υ., παρέμειναν στον Υπουργείο (Πολύζος, 2014)

Το Ε.Σ.Υ. συμπεριλαμβάνει 3 επίπεδα περίθαλψης και τα οποία είναι:

- Το πρωτοβάθμιο, που περικλείει τις δομές υποδοχής των ασθενών, όπου οι λήπτες έρχονται σε μία πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας.
- Το δευτεροβάθμιο, όπου οι ασθενείς λαμβάνουν φροντίδα από ιατρούς βασικών ειδικοτήτων που ανήκουν στο προσωπικό του γενικού νοσοκομείου της περιοχής.
- Το τριτοβάθμιο, το οποίο συμπεριλαμβάνει υπηρεσίες εξειδικευμένης και σύνθετης φροντίδας, οι οποίες παρέχονται από τους ιατρούς ενός περιφερειακού νοσοκομείου.

Οι Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης (2001) προτείνουν και την ύπαρξη ενός τέταρτου επιπέδου περίθαλψης που θα συμπεριλαμβάνει τη φροντίδα από το ευρύτερο περιβάλλον (οικογενειακό, συγγενικό, κοινωνικό), πέραν των υγειονομικών σχηματισμών.

– Πρόσβαση σε Δομές Υγείας

Το ζήτημα της πρόσβασης σε Δομές Υγείας είναι βασική πτυχή του Δικαιώματος στην Υγεία και τα εκάστοτε κυβερνητικά και θεσμικά όργανα, οφείλουν να την εξασφαλίζουν, αλλά και να την διευκολύνουν. Αποτελεί μία από τις κυρίαρχες παραμέτρους αναβάθμισης του επιπέδου υγείας και γι' αυτό στα περισσότερα κράτη, ακολουθούνται πολιτικές προκειμένου να καλύπτονται οι ανάγκες υγείας, καθολικά, ανεξάρτητα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Συνδέεται από μία σειρά παραγόντων που είτε προέρχονται από τα χαρακτηριστικά και τις παροχές του Συστήματος, είτε από τις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά των ασθενών.

Από πλευράς του συστήματος οι Gulliford και λοιποί (2002) αναφέρουν ότι βασικοί παράμετροι είναι η ασφαλιστική κάλυψη, οι πόροι και η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας, η ποιότητα των παρεχόμενων προμηθευτών, ο τρόπος διαχείρισης των ασθενών, η δομή του συστήματος, ενώ ο Wennberg (1984) προσθέτει και τα γνωρίσματα των προμηθευτών. Σε ό,τι αφορά τους ασθενείς, στοιχεία όπως η ηλικία, το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, η εκπαίδευση σε θέματα υγείας και οι προσωπικές αντιλήψεις, καθώς και οι προηγούμενες εμπειρίες, επιδρούν σημαντικά στις αποφάσεις ως προς την αναζήτηση φροντίδας (Fernandezetal., 2008). Άτομα που ανήκουν στις λεγόμενες «ευάλωτες ομάδες», συχνά, σε αρκετές χώρες δεν απολαμβάνουν τα ίδια προνόμια και παροχές σε σχέση με όσους βρίσκονται σε πλεονεκτικότερη θέση. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν άτομα με κάποιας μορφής αναπηρία, άνεργοι, ψυχικά πάσχοντες, μετανάστες, άτομα με χαμηλό εισόδημα (Κονδυλάκη και Ζαϊμάκη, 2005).

Στις περιπτώσεις που δεν καθίσταται δυνατή η πρόσβαση σε δομές υγείας και η παροχή φροντίδας, δημιουργούνται οι ανεκπλήρωτες ανάγκες, οι οποίες προκύπτουν από τη διαφορά ανάμεσα στις υπηρεσίες που είναι ζωτικής σημασίας για την διαχείριση των προβλημάτων υγείας και των υπηρεσιών που λαμβάνονται από τον χρήστη στην πραγματικότητα (Carr&Wholfe, 1976). Αποτελούν και αυτές ένα δείκτη καταγραφής της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας και μπορούν να αποδώσουν το μέγεθος των ανισοτήτων κατά την αποζήτηση και χρήση βοήθειας από το Ε.Σ.Υ. (Allin, Grignon&LeGrand,2010). Αρκετές έρευνες έχουν επισημάνει ότι μέσω αυτών επιδεινώνεται η κατάσταση υγείας των πολιτών είτε

είναι σωματική, είτε ψυχική, καθώς και το βιοτικό επίπεδό τους, ενώ αυξάνονται και τα ποσοστά θνησιμότητας (Alonsoetal., 1997).

Πολλές χώρες, τα τελευταία χρόνια, έχουν αντιληφθεί τη σημασία του περιορισμού των ανισοτήτων πρόσβασης στην υγεία και έχουν αναλάβει πρωτοβουλίες και δράσεις (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014). Μια τέτοια δράση ήταν «Αλληλεγγύη στον τομέα της υγείας: Μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ε.Ε.» το 2009, μέσω της οποίας γίνεται προσπάθεια για ενίσχυση της συνεργασίας και της στήριξης μεταξύ των κρατών-μελών της Ε.Ε., σε ζητήματα που αφορούν την ισότητα στον τομέα της υγείας στα πλαίσια της κοινωνικής και κοινωνικής ανάπτυξης, έρευνες ως προς τις ανισότητες, καθώς και στη διαχείριση των παραμέτρων που συμβάλλουν στην εδραίωση ανισοτήτων στην υγεία, αλλά και προγράμματα υπέρ «ευάλωτων κοινωνικών ομάδων» (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2014).

Στην Ελλάδα, ύστερα από μία περίοδο λιτότητας και περικοπής δαπανών οι ανισότητες στην υγεία οξύνθηκαν, το οποίο οδήγησε σε αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών των χρηστών, κατατάσσοντας την δεύτερη ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε. (Eurostat, 2021). Όπως σημειώνει ο Παπαναστασίου (2015) η περικοπή των μισθών, που εφαρμόστηκε στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, οδήγησε σε υποβάθμιση του βιοτικού επιπέδου και κατά συνέπεια ένα σημαντικό μέρος το πληθυσμού αποκλείστηκε από την πρόσβαση σε δομές υγείας. Επιπρόσθετα, η ανεργία αύξησε σημαντικά τη νοσηρότητα, η οποία σε συνδυασμό με την μείωση των δαπανών για τον τομέα της υγείας, που περιόρισε σημαντικά την ποσότητα και την ποιότητα των παροχών από τους δημόσιους φορείς υγείας, διεύρυνε τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες (Παπαναστασίου, 2015). Η κατάσταση επιβαρύνθηκε, ακόμη περισσότερο, από την επακόλουθη μεταναστευτική κρίση, καθότι ένας μεγάλος πληθυσμός ατόμων, προστέθηκε στις υπάρχουσες «ευάλωτες ομάδες», τα οποία είχαν και αυτά ανάγκες για παροχή φροντίδας υγείας, δημιουργώντας ασφυκτικές πιέσεις στις διαθέσιμες υπηρεσίες και δομές.

Πέραν των προαναφερθέντων, ένας ακόμη επιβαρυντικός παράγοντας στην Ελλάδα είναι οι άτυπες πληρωμές στις Δημόσιες Δομές, το οποίο δημιουργεί την αίσθηση σε ασθενείς και ασφαλισμένους, ότι μόνο μέσο αυτού θα έχουν καλύτερη πρόσβαση σε φροντίδα, ποιότητα υπηρεσιών και μεταχείριση (Σουλιώτης και λοιποί, 2002). Κατά αυτόν τον τρόπο, μία σειρά αγοραίων κριτηρίων παγιώθηκαν

στο πλαίσιο λειτουργίας των Δημόσιων Δομών (Milleretal., 2000) και όσοι αδυνατούν να ανταποκριθούν σε αυτές, δεν λαμβάνουν τις απαραίτητες υπηρεσίες. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την απώλεια μεγάλου μέρους του εισοδήματος από πλευράς των πολιτών , μείωσε σημαντικά τη χρήση υπηρεσιών υγείας τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά.

Κεφάλαιο 2

– Το φαινόμενο της μετανάστευσης

Η μετανάστευση είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο είναι τόσο παλιό, όσο η ιστορία της ανθρωπότητας. Σε όλη τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας, υπάρχουν μετακινήσεις πληθυσμών από περιοχή σε περιοχή, γεγονός το οποίο όπως επισημαίνει ο Κασιματής (2003), δημιούργησε συγκρούσεις, λόγω αντιπαράθεσης πολιτισμών, οι οποίοι είτε προσπάθησαν να κυριαρχήσουν ο ένας έναντι του άλλου, είτε να επιμειχθούν μεταξύ τους. Πρόκειται για μία δυναμική και πολύπλοκη διαδικασία, η οποία μεταβάλλεται συνεχώς και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση των κοινωνιών.

Τα τελευταία χρόνια όπως σημειώνουν οι Ward και λοιποί (2019) η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) έχει δεχτεί ένα τεράστιο αριθμό μεταναστών, προερχόμενο από τις χώρες της Μέσης Ανατολής, το οποίο οι αξιωματούχοι της ονόμασαν ως «Κρίση» και το οποίο έθεσαν ως πρωτεύων ζήτημα διαχείρισης (SeycellM., 2017). Η Ελλάδα, μάλιστα, αποτελεί μία από τις κύριες πηγές εισόδου, λόγω της γεωπολιτικής της θέσης. Όλη αυτή η κατάσταση προκάλεσε τεράστια ζητήματα σε θέματα παροχής φροντίδας, λόγω των πολιτισμικών διαφορών, αλλά και της διαφορετικής αντιμετώπισης θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία (Wardetal., 2019).

Από τα αποτελέσματα της απογραφής του 2011 προκύπτει ότι «9.903.268 άτομα έχουν ελληνική υπηκοότητα, 199.101 άτομα έχουν υπηκοότητα άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 708.003 άτομα έχουν υπηκοότητα λοιπών χωρών και 4.825 άτομα είναι χωρίς υπηκοότητα ή έχουν αδιευκρίνιστη υπηκοότητα. Το σύνολο των αλλοδαπών που μένουν μόνιμα στην Ελλάδα -κατά την απογραφή- όπως και των ανθρώπων χωρίς ή με αδιευκρίνιστη υπηκοότητα ανήλθε σε 911.929 άτομα. Το 52,7% των αλλοδαπών που μένουν στην Ελλάδα έχουν Αλβανική υπηκοότητα, το 8,3% Βουλγαρική, το 5,1% Ρουμάνικη και ακολουθεί με 3,7% η Πακιστανική και 3,0% η Γεωργιανή. Σύμφωνα και με την Eurostat το 2009 η Αλβανική εθνικότητα μεταναστών ξεπερνούσε το 50% του συνόλου των αλλοδαπών που βρίσκονται στην χώρα με ποσοστό 69.48% επί του γενικού συνόλου των μεταναστών ενώ παρατηρείται και μια αύξηση αλλοδαπών από την Αίγυπτο και την Ινδία με ποσοστά

2,51% και 2,17% αντίστοιχα» (ΕΛΣΤΑΤ, 2011, σελ., 7-8). Ωστόσο, από τότε μέχρι και σήμερα ο πληθυσμός των μεταναστών έχει μεταβληθεί τόσο αριθμητικά, όσο και ως προς τη σύνθεση.

Πιο συγκεκριμένα, από το έτος 2014-15 υπήρξε ένα έντονο μεταναστευτικό κύμα προς τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου, από τις ακτές της Τουρκίας, φτάνοντας έως και τις 872.5129 αφίξεις (Cohen and Pineiro, 2021). Παρότι, η χώρα θεωρήθηκε ως πύλη προς την Ευρώπη και όχι τελικός προορισμός, από το 2014 έως το 2020 φιλοξένησε 57.000 ανθρώπους, οι οποίοι δεν κατάφεραν να μεταφερθούν σε κάποια άλλη χώρα (Καμέκης και Σπυριδάκης, 2020). Υπολογίζεται ότι το 60% έχει μεταφερθεί στην ενδοχώρα, ενώ το 40% στα Κέντρα Υποδοχής της Λέσβου, Χίου, Σάμου, Κω και Λέρου (Καμέκης και Σπυριδάκης, 2020).



Η μετανάστευση σε αριθμούς 2020-2021: Πηγή: Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου

– Ορισμοί

Μετανάστευση

Σύμφωνα με την Eurostat ο όρος «Μετανάστευση» αναφέρεται στην μετακίνηση ενός πληθυσμού ατόμων από έναν τόπο σε έναν άλλο, αλλάζοντας παράλληλα την περιοχή διαμονής τους για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα το οποίο συνήθως

υπερβαίνει το ένα έτος. Με αυτόν τον τρόπο, δημιουργούνται μεταναστευτικές ροές (migrationflow), οι οποίες αποτυπώνονται αριθμητικά με την μεταφορά πληθυσμιακών ομάδων από έναν τόπο προέλευσης σε ένα τόπο προορισμού.

Στις περιπτώσεις όπου τόσο ο τόπος προέλευσης, όσο και ο τόπος προορισμού βρίσκονται στην ίδια χώρα, τότε πρόκειται για εσωτερική μετανάστευση (internal migration) και τα άτομα θεωρούνται *αναχωρήσαντες* (out-migrants) από την πρώτη περιοχή και *εγκατασταθέντες* (in-migrants) στην δεύτερη περιοχή (Παπαδάκης, Τσιμπός,2004). Από την άλλη, όταν δεν έχουν ως κοινό σημείο αναφοράς την ίδια χώρα, τότε χρησιμοποιείται ο όρος εξωτερική ή διεθνής μετανάστευση (external or international migration), όπου υπάρχει εισροή ατόμων από μία άλλη χώρα(Παπαδάκης, Τσιμπός,2004).

Η αλγεβρική διαφορά που προκύπτει ανάμεσα στις πληθυσμιακές εισροές και εκροές σε μία χώρα στη διάρκεια ενός έτους ονομάζεται καθαρή μετανάστευση ή μεταναστευτικό ισοζύγιο(netmigration) (Παπαδάκης, Τσιμπός,2004). Όταν οι εισροές είναι περισσότερες από τις εκροές τότε το πρόσημο του δείκτη είναι θετικό, ενώ όταν είναι μικρότερες, τότε είναι αρνητικό(Παπαδάκης, Τσιμπός,2004). Κατά αυτόν τον τρόπο γίνεται αποτύπωση της κατάστασης σε κάθε χώρα, σε συνδυασμό με τις εθνικές απογραφές, όπου οι μετανάστες καταγράφονται και διαφοροποιούνται είτε με γνώμονα την υπηκοότητα τους, είτε με τον τόπο γέννησής τους. Ως προς την υπηκοότητα, ο πληθυσμός διαχωρίζεται σε υπηκόους της χώρας και σε πολίτες ξένης υπηκοότητας, την στιγμή της απογραφής, ενώ στην δεύτερη περίπτωση σε γηγενή και μη πληθυσμό. Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται όσοι έχουν τον ίδιο τόπο γέννησης με διαμονής, ενώ στη δεύτερη όσοι δεν έχουν ίδιο, κατά την περίοδο που πραγματοποιήθηκε ή απογραφή.

Με γνώμονα τη νομοθεσία και το καθεστώς που υπάρχει σε κάθε χώρα η μετανάστευση διακρίνεται σε νόμιμη και παράνομη ή παράτυπη. Ως νόμιμη μετανάστευση θεωρείται η είσοδος και η διαμονή σε μία χώρα με όλους εκείνους τους τρόπους που νομιμοποιεί η κείμενη νομοθεσία του έθνους υποδοχής. Για τον όρο «παράτυπη μετανάστευση» όπως σημειώνει η Γκεμή και λοιποί(2015) δεν υπάρχει σαφής ορισμός, αλλά σε γενικές γραμμές αναφέρεται στην είσοδο, διαμονή και εργασία σε μία χώρα, χωρίς προηγουμένως να έχει εξασφαλιστεί ειδική άδεια και τα κατάλληλα νομικά έγγραφα. Στην Ελλάδα, ο όρος χρησιμοποιείται ως «η

παρουσία στην ελληνική επικράτεια πολίτη τρίτης χώρας που δεν πληροί, ή έχει πάψει να πληροί, τις προϋποθέσεις εισόδου, όπως ορίζονται στο άρθρο 5 παράγραφος 1 του Κανονισμού 562/2006 (Κώδικας Συνόρων του Σένγκεν) ή τις λοιπές προϋποθέσεις εισόδου, παραμονής ή διαμονής της κείμενης νομοθεσίας»(Ν.4251/2014).

Μετανάστης

Στο διεθνές δίκαιο δεν υπάρχει συγκεκριμένος ορισμός για το ποιος θεωρείται μετανάστης και κατά συνέπεια, υπάρχουν διάφορες νομικές εκδοχές του όρου ανά χώρα και νομοθεσία. Σύμφωνα με τον Ο.Η.Ε., ως μετανάστης χαρακτηρίζεται κάποιος, ο οποίος διαμένει μακριά από την κύρια κατοικία για χρονικό διάστημα άνω των 6 μηνών. Όταν ο τόπος κατοικίας και ο τόπος μετακίνησης είναι εντός των συνόρων μίας χώρας, θεωρείται εσωτερικός μετανάστης, ενώ όταν είναι εκτός των ίδιων συνόρων θεωρείται εξωτερικός μετανάστης.

Σε γενικές γραμμές υπάρχουν οι εξής κατηγορίες μεταναστών:

- Νόμιμοι μετανάστες, οι οποίοι διαθέτουν όλα τα απαραίτητα νομικά έγγραφα παραμονής, άδειας εργασίας και ελεύθερης μετακίνησης στη χώρα υποδοχής. Ακόμη, οι αρμόδιες αρχές έχουν καταγράψει την είσοδό του.
- Παράνομοι μετανάστες ή «λαθρομετανάστες», οι οποίοι έχουν εισέλθει σε μία χώρα χωρίς να έχουν ενημερώσει επίσημα τις αρμόδιες αρχές, ενώ δεν διαθέτουν τα έγγραφα που απαιτεί το νομικό καθεστώς της χώρας υποδοχής, για την παραμονή τους, την ελεύθερη μετακίνησή τους και την απασχόλησή τους.
- Πρόσφυγες, οι οποίοι έχουν λάβει πολιτικό άσυλο ή επικουρική προστασία και αναγκάστηκαν να μεταναστεύσουν για λόγους που εξέθεταν τη ζωή τους σε κίνδυνο. Όπως σημειώνει ο Καψάλης (2003) θεωρείται «... κάθε πρόσωπο το οποίο επειδή έχει δικαιολογημένο φόβο διωγμού λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε ορισμένη κοινωνική ομάδα, βρίσκεται έξω από τη χώρα της υπηκοότητάς του και δεν μπορεί, ή εξαιτίας αυτού του φόβου, δεν θέλει να προσφύγει στην προστασία της χώρας αυτής». Σε αυτές της περιπτώσεις τους χορηγείται άδειου αορίστου παραμονής και είναι σε θέση να κάνουν χρήση κοινωνικών και εργασιακών δικαιωμάτων (Συνθήκη Γενεύης, 1951).

- Παλιννοστούντες: πρόκειται για άτομα, τα οποία έχουν την ιθαγένεια της χώρας μετεγκατάστασης και την ίδια εθνικότητα (ομογενείς), ωστόσο δεν έχουν ζήσει σε αυτή και κατά συνέπεια δεν διαθέτουν πολλά από τα χαρακτηριστικά των ημεδαπών(Χλέτσος και Ναζάκης, 2003). Στην ελληνική νομοθεσία ο όρος « ιθαγένεια» δηλώνει «... το νομικό δεσμό που συνδέει το άτομο με την πολιτεία στο λαό της οποίας ανήκει. Γι αυτό άλλωστε, όσοι έχουν της ιθαγένειας ενός κράτους ονομάζονται ημεδαποί του κράτους αυτού, ενώ όσοι έχουν διαφορετική ή και καμία ιθαγένεια ονομάζονται αλλοδαποί.»Ακόμη, ο όρος «Εθνικότητα είναι ουσιαστικά ιδιότητα και αποτελεί μη νομικό δεσμό ενός ατόμου με το έθνος. Για το λόγο αυτό όσοι ανήκουν στο ίδιο έθνος ονομάζονται ομογενείς (ή ομοεθνείς), ενώ οι υπόλοιποι αλλογενείς (ή αλλοεθνείς).»(Φ.82215/18303,2013).
- Προσωρινοί Οικονομικοί Μετανάστες : οι οποίοι μεταναστεύουν για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα προκειμένου να εργαστούν (Κανελλόπουλος, 2006).
- Μετανάστες Οικογενειακής Επανένωσης: πρόκειται για τα εξαρτημένα μέλη μιας οικογένειας(συνήθως γυναίκες και παιδιά), τα οποία μεταναστεύουν λόγω του ότι ένα άλλο μέλος της άμεσης οικογένειας έχει ήδη μετεγκατασταθεί σε κάποια χώρα υποδοχής. Τη συγκεκριμένη κατηγορία υπάρχουν κάποιες χώρες που την αναγνωρίζουν και την διευκολύνουν, ενώ κάποιες άλλες λόγω συγκεκριμένων συμβάσεων την αρνούνται (Κανελλόπουλος, 2006).
- Ασυνόδευτοι ανήλικοι: « είναι τα άτομα, κάτω των 18 ετών, τα οποία φθάνουν στην Ελλάδα, χωρίς να συνοδεύονται από πρόσωπο που ασκεί τη γονική μέριμνά τους ή οι ανήλικοι και οι ανήλικες που εγκαταλείπονται ασυνόδευτοι/ασυνόδευτες μετά την είσοδό τους στη χώρα..». (Εθνική Στρατηγική για την Ένταξη,2018).Σύμφωνα με τον Ν. 4251/2014 στην Ελλάδα « *Ανήλικοι πολίτες τρίτων χωρών, που διαμένουν στην ελληνική επικράτεια, υπάγονται στην υποχρεωτική σχολική φοίτηση, όπως και οι ημεδαποί. Οι ανήλικοι πολίτες τρίτων χωρών, που φοιτούν σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης, έχουν, χωρίς περιορισμούς, πρόσβαση στις δραστηριότητες της σχολικής ή εκπαιδευτικής κοινότητας. [...] με ελλιπή δικαιολογητικά μπορεί να εγγράφονται στα δημόσια σχολεία και τέκνα πολιτών τρίτων χωρών, εφόσον: α. Προστατεύονται από το ελληνικό κράτος ως δικαιούχοι διεθνούς προστασίας και όσων τελούν υπό την προστασία της Υπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών.*

Προέρχονται από περιοχές, στις οποίες επικρατεί έκρυθμη κατάσταση. γ. Έχουν υποβάλει αίτηση διεθνούς προστασίας. δ. Είναι πολίτες τρίτων χωρών που διαμένουν στην Ελλάδα, ακόμη και αν δεν έχει ρυθμισθεί η νόμιμη διαμονή τους σε αυτή».

Σε ότι αφορά το νομικό καθεστώς της Ελλάδας υπάρχει σαφής διάκριση των μεταναστών όταν προέρχονται από χώρα εντός της συνθήκης Σέγκεν και σε αυτούς που προέρχονται από τρίτες χώρες. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι στην πρώτη περίπτωση δεν απαιτείται προέγκριση της άδειας παραμονής, ενώ στην δεύτερη κρίνεται απαραίτητη για την ελεύθερη μετακίνηση και παραμονή εντός της χώρας (Χλέτσος και Ναζάκης, 2003). Μάλιστα στην ελληνική νομοθετική γλώσσα υπάρχει ο όρος «Πολίτες Τρίτης Χώρας», ο οποίος «...είναι το φυσικό πρόσωπο που δεν έχει την ελληνική ιθαγένεια ούτε την ιθαγένεια άλλου κράτους – μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης»(Ν.4251, 2014).

– Προβλήματα Μεταναστών

Οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί καλούνται να αντιμετωπίσουν σημαντικές προκλήσεις σε πολλούς τομείς της λειτουργικότητάς τους, στη χώρα υποδοχής και αποτελούν μερίδα της κοινωνίας που αντιμετωπίζει τον κίνδυνο της περιθωριοποίησης. Για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα αναγκάζονται να διαχειριστούν ένα κλίμα αβεβαιότητας, έως ότου προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες (Horton, 2018), αλλά και να ξεπεράσουν όλα τα εμπόδια που θα βρεθούν μπροστά τους, έως ότου ενσωματωθούν πλήρως, ενώ δεν είναι και λίγες οι περιπτώσεις όπου αυτή η προσπάθειά τους αποτυγχάνει..

Ερχόμενος στη «Νέα Πατρίδα» του, ο μετανάστης έρχεται αντιμέτωπος με το λεγόμενο «πολιτισμικό σοκ», αφού από τη μία θα πρέπει να διατηρήσει τα μοναδικά στοιχεία της πολιτισμικής του ταυτότητας (θρησκεία, εθνική καταγωγή, στάσεις και αντιλήψεις κτλ.), ενώ από την άλλη θα πρέπει να συνηθίσει στις νέες απαιτήσεις και να διαχειριστεί τα ζητήματα της νέας καθημερινότητας, σύμφωνα με τους κανόνες και τις συνθήκες της κοινωνίας της χώρας υποδοχής. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι οι μετανάστες έχουν «πολλαπλή ταυτότητα», η οποία κρίνει σε σημαντικό βαθμό είτε την αφομοίωση, είτε την περιθωριοποίηση τους

(Γιαννόπουλος, 2001). Αξιοσημείωτο είναι ότι οι περισσότερες μεταναστευτικές πολιτικές είτε προωθούν μέτρα τα οποία στοχεύουν στην πλήρη αφομοίωση, χωρίς το σεβασμό της διαφορετικότητας, είτε δεν παρεμβαίνουν καθόλου και ενισχύουν την διαχείριση τμημάτων των μεταναστών, ως ξεχωριστό και αποκομμένο κομμάτι από την κοινωνία της χώρας υποδοχής, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί στην εκδήλωση ρατσιστικών φαινομένων, ξενοφοβίας, αλλά και στην δημιουργία των περίφημων «γκέτο».

Ένα ακόμη ζήτημα το οποίο προκύπτει είναι αυτό της γλωσσικής επικοινωνίας, λόγω της γλωσσική διαφοροποίησης, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί σε αποκλεισμό αλλά και στην εργασιακή στασιμότητα. Πληθώρα ερευνών έχει καταδείξει το γεγονός ότι ο ελλιπής γλωσσικός εγγραμματισμός οδηγεί σε απώλεια απασχόλησης, ιδίως σε χώρες όπως η Ελλάδα. Μια λύση στο ζήτημα αποτελεί η παροχή μαθημάτων εκμάθησης της γλώσσας, τα οποία όταν συνδυαστούν και με τον επαγγελματικό προσανατολισμό, βοηθούν στην ενίσχυση της απασχόλησης και της εκπαίδευσης (Delander, Hammarstedt, Mansson&Nyberg, 2005), απομακρύνοντας, έτσι, τον κίνδυνο περιθωριοποίησης.

Η έλλειψη νόμιμων εγγράφων και κατά συνέπεια, νομιμοποίησης επιφέρει σημαντικές προβληματικές καταστάσεις, που επηρεάζουν όλες τις εκφάνσεις της καθημερινότητας καθώς και της λειτουργικότητας του ατόμου είτε πρόκειται για την υγεία, είτε για την απασχόληση, είτε για την ασφάλιση, είτε για την εκπαίδευση κτλ.. Η διαδικασία έκδοσής του είναι μία αρκετά χρονοβόρα διαδικασία το οποία έχει ως αποτέλεσμα, η μερίδα αυτή του πληθυσμού για μεγάλο χρονικό διάστημα να μην είναι σε θέση να ασκήσει κοινωνικά δικαιώματα. Έτσι, πολλοί είτε καταφεύγουν σε «παράνομες πράξεις», προκειμένου να επιβιώσουν, είτε δουλεύουν σε άθλιες συνθήκες εργασίας, από άποψη εργασιακού κλίματος, υγιεινής και ασφάλειας (Πουλοπούλου- Έμκε, 2007).

Ακόμη, καλούνται να διαχειριστούν την ξενοφοβία, ρατσιστικά φαινόμενα, αλλά και διακρίσεις που βασίζονται στη διαφορετικότητα ως προς το χρώμα, τη φυλή, την εθνικότητα, τη θρησκεία κτλ. (Πουλοπούλου- Έμκε, 2007). Μάλιστα, όσο αυξάνονται οι μεταναστευτικές ροές, τόσο πιο έντονα εκδηλώνονται τα προαναφερθέντα (Κασιμάτης, 2004) και τα οποία ενισχύονται από την αντιμετώπιση της μετανάστευσης στην κοινωνία υποδοχής ως ένα πρόβλημα που

πρέπει να επιλυθεί. Άλλωστε, η ίδια η «Πολιτεία» ουκ ολίγες φορές, αποπροσανατολίζει την κοινή γνώμη με την διαιώνιση αστικών μύθων όπως ότι η αύξηση της εγκληματικότητας οφείλεται στους αλλοδαπούς, η ανεργία των γηγενών είναι αποτέλεσμα των μεταναστευτικών ροών, οι μετανάστες αποτελούν «υγειονομική βόμβα» κτλ..

Τα προβλήματα που βιώνουν οι μετανάστες οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν κοινωνικά και δημόσια αγαθά, αλλά και να ασκήσουν κοινωνικά δικαιώματα (Κομποτή, 2013), το οποίο με τη σειρά του καταλήγει στην εξαθλίωση το ατόμου τόσο στον οικονομικό τομέα όσο και στο βιοτικό του επίπεδο. Μέσα από αυτή την διαδικασία, πέραν των ανισοτήτων, διευρύνεται και η κοινωνική πόλωση (Ζαιμάκης, 2005).

– *Υγεία των Μεταναστών*

Το ερευνητικό πεδίο σχετικά με την υγεία των μεταναστών είναι αρκετά περιορισμένο, ωστόσο οι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα, καταδεικνύουν ως αιτία των προβλημάτων υγείας τον κοινωνικό αποκλεισμό και όχι ατομικές συμπεριφορές. Η μετανάστευση, παρόλο που είναι ένας τρόπος βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης ενός ατόμου, καταλήγει να είναι μια αγχωτική διαδικασία που μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του ατόμου και αυτό γιατί τα τελευταία χρόνια ο δρόμος προς την Ε.Ε. είναι επισφαλής για την υγεία των μετακινούμενων (Mighealthnet,2009).

Οι μετανάστες τόσο κατά τη διάρκεια του ταξιδιού του, όσο και κατά την παραμονή στις χώρες φιλοξενίας, έρχονται αντιμέτωποι με πολλούς κινδύνους τόσο για την σωματική όσο και την ψυχική τους ακεραιότητα, που μπορούν να έχουν αντίκτυπο το επίπεδο υγείας τους (Abubakar et al., 2018). Λόγω του ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία, ώστε να αποτυπωθεί το προφίλ υγείας των μεταναστών, είναι αναγκαίο να γίνουν αρκετές έρευνες επιδημιολογικές και με ψυχοκοινωνικές διερευνήσεις (Ζαραφωνίτου και λοιποί, 2014), καθότι, συχνά, οι γενικεύσεις, ως προς το σύνολο των μεταναστών, από έρευνες που περιορίζονται σε συγκεκριμένο πληθυσμό, μπορεί να προκαλέσουν τη «διαιώνιση» του στερεοτύπου για τον «άρρωστού μετανάστη», ο οποίος είναι φορέας ασθενειών αλλά και μεταδότης

στην χώρα εισδοχής (Portugal et al., 2007). Μάλιστα, δεν είναι λίγες φορές όπου αυτή η κατάσταση χρησιμοποιείται ως επιχείρημα υπέρ του ρατσιστικού λόγου, με αποτέλεσμα την όξυνση φαινομένων κοινωνικών διακρίσεων και ξενοφοβίας. Άλλωστε, υπάρχουν μελέτες που έχουν καταλήξει στο γεγονός ότι υπάρχουν περιπτώσεις, όπου οι μετανάστες είχαν καλύτερο επίπεδο υγείας όταν εισήλθαν στην κοινότητα από τους γηγενείς (Muening & Fahs, 2002. Singh, 2001). Όπως σημειώνουν οι Αθανασοπούλου και λοιποί (2013) παρότι στην αρχή της μετεγκατάστασης το επίπεδο υγείας των νέο-αφιχθέντων αποτυπώνει τα επίπεδα υγείας των πολιτών της χώρας προέλευσης, με την πάροδο του χρόνου αντικατοπτρίζει το επίπεδο υγείας της χώρας φιλοξενίας, παρουσιάζοντας στοιχεία ενδημικότητας της τελευταίας.

Στις περιπτώσεις όπου η υγεία των μεταναστών χειροτερεύει, τα αίτια συνδέονται με ψυχοσωματικά συμπτώματα, λόγω του έντονου άγχους προσαρμογής (Carta, Bernal, Hardboy&Haro-Abad, 2005), και όχι με βιολογικούς παράγοντες, στους οποίους, συχνά, αποδίδονται τα προβλήματα (Χατζημπύρος, 2014). Ακόμη, είναι πιθανό να είναι περισσότερο ευάλωτοι σε μεταδοτικά νοσήματα λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών της διαδικασίας μετανάστευσης (κακές συνθήκες διαβίωσης, δυσκολίες στην χρήση υπηρεσιών φροντίδας υγείας) (Αθανασοπούλου και λοιποί, 2013). Επίσης, η έλλειψη μεταναστευτικής πολιτικής με τη σειρά της δημιουργεί κοινωνικά εμπόδια κακές εργασιακές συνθήκες, καθώς και χαμηλό βιοτικό επίπεδο, ωθώντας, έτσι, στην χειροτέρευση τη υγείας αυτής της ομάδας (Χατζημπύρος, 2014. Fenelly, 2007. Gushulak, 2007).

– *Πρόσβαση των Μεταναστών σε Δομές Υγείας*

Η πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες παροχής υγείας είναι μία δυνατότητα που συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην ένταξή τους στο κοινωνικό γίγνεσθαι (Vozikis&Siganou, 2015), το οποίο με τη σειρά του θα βοηθήσει στην εξάλειψη φαινομένων ξενοφοβίας και κοινωνικού ρατσισμού, αλλά και στην ενδυνάμωση της συνοχής του κοινωνικού ιστού. Θεωρείται ότι είναι τόσο σημαντική, όσο η στέγαση και η εκπαίδευση για την ομαλή ένταξη τους στην κοινότητα (Inglebyetal., 2005). Ωστόσο, κατά τη διαδικασία αυτή συναντούν αρκετά εμπόδια, τα οποία

δυσχεραίνουν την πρόσβαση σε Δομές Υγείας. Οι Φούσκας και Οικονόμου (2014) αναφέρουν για τη συγκεκριμένη προβληματική ότι: «*Η προσβασιμότητα των μεταναστών στην φροντίδα υγείας, περιορίζεται από το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο. Συνεπώς οι μετανάστες είναι πολύ λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν τις προληπτικές υπηρεσίες υγείας, τις υπηρεσίες νοσοκομείων, και την οδοντιατρική φροντίδα περισσότερο από τους γηγενείς. Οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα κατά την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, όπου τα εμπόδια δεν είναι μόνο νομικά αλλά απόρροια κοινωνικών πρακτικών και αντιλήψεων*».

Το σημαντικότερο ζήτημα που καλούνται να διαχειριστούν οι μετανάστες είναι αυτό της γλωσσικής επικοινωνίας, ειδικά στις περιπτώσεις όπου η κατανόηση και η χρήση της γλώσσας, της χώρας υποδοχής, είναι σε χαμηλό επίπεδο (Derose, Escare&Lurie,2007). Συχνά, όταν έρχονται σε επαφή με κάποια δομή, δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν τις ερωτήσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, να περιγράψουν το ιατρικό θέμα που τους προβληματίζει, να αποδώσουν το ιατρικό ιστορικό τους, να αντιληφθούν τις οδηγίες που τους δίνονται (Florew, 2006, Mastaki, 2010). Συνεπώς, η συνεννόηση και η επικοινωνία καθίστανται εμπόδιο τόσο για τη διαγνωστική, όσο και τη θεραπευτική διαδικασία, ιδίως στις περιπτώσεις όπου χορηγείται και φαρμακευτική αγωγή, καθότι η απόδοση των οδηγιών, μπορεί να επιφέρει παρερμηνείες (Mladovsky, 2007), το οποίο, ως γεγονός, είναι παράγοντας κινδύνου, αφού εκθέτει τους ασθενείς σε παρενέργειες και κινδύνους, που μπορεί να μην είναι σε θέση να διαχειριστούν (Mladovsky, 2007).

Ένα ακόμη εμπόδιο αποτελεί και η έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τα δικαιώματά τους, τις διαθέσιμες παροχές, αφού το σύστημα δεν διαθέτει μηχανισμούς ενημέρωσης για την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα (Castaneda, Catzimpyros & Nemmeh, 2014).

Ησφαλιστική κάλυψη είναι ακόμη ένα στοιχείο που δυσχεραίνει, αφού ένα μεγάλο τμήμα των μεταναστών δεν διαθέτει είτε λόγω έλλειψης εγγράφων, είτε λόγω άτυπης εργασίας.. Το 2010 οι Παπαγιάννη και Παγανέλη, στην μελέτη τους, εντόπισαν ότι, συχνά, τα προστατευόμενα μέλη (γυναίκες, παιδιά, ηλικιωμένοι) είναι πιο πιθανόν να μην διαθέτουν κάποιο είδος κάλυψης είτε ελλείψει

νομιμοποίησης, εξαιτίας της νομοθεσίας για την οικογενειακή επανένωση, είτε γιατί ο άμεσα ασφαλισμένος, μέσω του οποίου μπορούν να ασφαλιστούν σε κάποιον φορέα υγείας, δεν κατάφερε να ανανεώσει την άδεια παραμονής του στη χώρα.

Τέλος, το κόστος υπηρεσιών υγείας, το οποίο καλούνται να καλύψουν, ιδιωτικά, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την αναζήτηση παροχών με τις όποιες επακόλουθες συνέπειες για την υγεία των ενδιαφερομένων (Mastaki, 2010).

Η Ελλάδα στην προσπάθειά της να ακολουθήσει την προσπάθεια, που γίνεται, έχει διαμορφώσει θεσμικό πλαίσιο, το οποίο προωθεί την προσβασιμότητα των Υπηρεσιών Υγείας. Πιο συγκεκριμένα, όπως αποτυπώνει ο Συνήγορος του Πολίτη (2015), πλέον: *«Πολίτες τρίτης χώρας στερούμενοι άδειας διαμονής γίνονται δεκτοί σε νοσοκομεία, θεραπευτήρια και κλινικές, εφόσον εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία ή τοκετό. Οι ανήλικοι έχουν πρόσβαση στις παραπάνω υπηρεσίες, χωρίς την προϋπόθεση της έκτακτης εισαγωγής. Επιπλέον, οι παράνομα διαμένοντες στη χώρα αλλοδαποί έχουν πρόσβαση στις δομές κοινωνικής μέριμνας που λειτουργούν στο πλαίσιο των ΟΤΑ.»*

Μέχρι, ωστόσο το 2001, οι ξένοι νόμιμα διαμένοντες στην ελλαδικό χώρο δεν είχαν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες. Με το Ν.2910/2001, εξισώνονται τα δικαιώματα τους με γηγενή πληθυσμό, αλλά οι παροχές(ιατροφαρμακευτική κάλυψη, επιδόματα, σύνταξη) είναι ίδιες μόνο για όσους έχουν νόμιμα έγγραφα και εργάζονται επίσημα. Οι άτυπα εργαζόμενοι μετανάστες δεν έχουν πρόσβαση σε όλες αυτές τις παροχές. Το 2013 θεσμοθετείται το δικαίωμα σε δωρεάν ιατρική φροντίδα των μεταναστών σε Κέντρα Υποδοχής, ενώ από το 2016 και μετά με τον Ν.4386/2016 η Ελλάδα παρέχει ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες ΠΦΥ στους πρόσφυγες, ενώ για τους ασθενέστερους από αυτούς εξασφαλίζεται δωρεάν. Σε ότι αφορά τους μετανάστες, που δεν διαθέτουν τα νόμιμα έγγραφα παραμονής και εργασίας στην χώρα, με τον ίδιο νόμο, προβλέπεται η παροχή επείγουσας και δωρεάν φροντίδας μόνο σε περιστατικά που χρήζουν άμεση αντιμετώπιση.

Κεφάλαιο 3- Έρευνες

Στο παρόν κεφάλαιο πραγματοποιείται βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος με το οποίο ασχολείται η συγκεκριμένη μελέτη. Παρουσιάζονται έρευνες τόσο που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το ερευνητικό πεδίο είναι αρκετά περιορισμένο, ενώ ελάχιστες είναι αυτές που ασχολούνται με πληθυσμούς συγκεκριμένων εθνοτήτων.

Έρευνες στην Ελλάδα

Η μελέτη της πρόσβασης των μεταναστών σε δομές υγείας, παραμένει ένα ερευνητικό πεδίο, το οποίο δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Παρότι έχουν πραγματοποιηθεί κάποιες μελέτες, δεν είναι σε θέση να μας παρέχουν πληροφορίες για τη πραγματική εικόνα της επικρατούσας κατάστασης, αλλά ούτε για τις αναπαραστάσεις των μεταναστών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, οι περισσότερες δεν εστιάζουν σε κάποιον συγκεκριμένο πληθυσμό μεταναστών, αλλά αναφέρονται κυρίως στον γενικό. Αυτό που διαφαίνεται, ωστόσο, μέσα από αυτές και οι οποίες πρόκειται να παρατεθούν στο παρόν κεφάλαιο, είναι ότι δεν υπάρχουν σε γενικές γραμμές διακρίσεις και συστηματικές ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας ανάμεσα σε μεταναστευτικού πληθυσμούς και στους πολίτες της χώρας.

Μια έρευνα που ασχολήθηκε με την πρόσβαση και ικανοποίηση των μεταναστών σε σχέση με τις δομές υγείας ήταν αυτή των Boutziona και λοιπών (2020). Η συγκεκριμένη συγχρονική μελέτη είχε ως δείγμα 161 μετανάστες, οι οποίοι επισκέφθηκαν Τ.Ε.Π. στην Βόρεια Ελλάδα. Όπως προέκυψε, το δείγμα ήταν εξοικειωμένο με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και γνώριζε τα δικαιώματά του. Ωστόσο, οι χρόνια πάσχοντες είχαν χειρότερη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ υπήρχε ένα ποσοστό 40,1%, το οποίο ήταν δυσαρεστημένο από την φροντίδα, αποδίδοντας την κατάσταση στο γεγονός ότι διέθεταν ξένη υπηκοότητα.

Το 2020 οι Γαλάνη και λοιποί πραγματοποίησαν έρευνα σε δείγμα 1152 μεταναστών με στόχο να διερευνήσουν την πρόσβαση των μεταναστών και τη

χρήση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Όπως προέκυψε οι περισσότεροι είχαν βιβλιάριο υγείας και το μεγαλύτερο ποσοστό έκρινε ότι δεν είχε χειρότερη πρόσβαση σε φροντίδα υγείας σε σχέση με τους Έλληνες. Εκτίμησαν ότι τα βασικές δυσκολίες σχετίζονταν με το κόστος την ασφαλιστική κάλυψη και τον χρόνο αναμονής.

Το 2013 οι Κιτσάρας και Μπάκας προσπάθησαν να αποτυπώσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μεταναστευτικοί πληθυσμοί, όταν έρχονται σε επαφή με δομές υγείας. Πραγματοποίησαν ποιοτική έρευνα και το δείγμα τους αποτέλεσαν 11 άτομα. Τα ευρήματα κατέδειξαν ιδιαίτερες δυσχέρειες, οι οποίες υποβιβάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και συνοψίζονται στους εξής τομείς: στην επικοινωνία, αφού συχνά υπάρχουν αστοχίες λόγω γλωσσικής διαφοροποίησης, στην ενημέρωση και κατανόηση τους τρόπου λειτουργίας του Ε.Σ.Υ., στην ασφαλιστική κάλυψη, καθώς και στην συμπεριφορά, αφού συχνά υπάρχει ο φόβος για εκδήλωση ρατσιστικών καταστάσεων.

Μια ακόμη έρευνα που ασχολήθηκε με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες των μεταναστών κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα ήταν των Kaitelidou, και λοιπών (2013) με δείγμα 231 άτομα. Τα ευρήματα κατέδειξαν ότι χρησιμοποιούσαν τις δομές υγείας, ωστόσο ένα ποσοστό της τάξεως 62,3% δεν κατάφερε να λάβει κάποια απαραίτητη φροντίδα υγείας λόγω υψηλού κόστους. Ακόμη, προέκυψε ότι πέρα από το κόστος τροχοπέδη στην λήψη περίθαλψης είναι και οι λίστες αναμονής, ενώ όσο μεγαλύτερο ήταν το οικογενειακό εισόδημα, τόσο μικρότερες οι δυσχέρειες.

Οι Γαλάνη και λοιποί (2012) διερεύνησαν το βαθμό γνώσης και χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστες που ζούσαν σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Το δείγμα αποτέλεσαν 81 μετανάστες και κατέληξαν στο γεγονός ότι οι τελευταίοι έχουν πρόσβαση σε φροντίδας υγείας και εμπιστεύονται τους επαγγελματίες υγείας, ενώ παράγοντες όπως ο χρόνος παραμονής και ο βαθμός κατανόησης της ελληνικής γλώσσας συνδέονται άμεσα με τη γνώση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ακόμη, η οικονομική ευρωστία έχει άμεση σύνδεση με τις ευκαιρίες πρόσβασης σε φροντίδα, ενώ οι γλωσσικές διαφορές αποτελούν το βασικό πρόβλημα των μεταναστών όταν αποζητούν βοήθεια υγείας .

Το 2011 οι Lahana και λοιποί, οι οποίοι μελέτησαν τη χρήση υπηρεσιών υγείας

στην Θεσσαλία τόσο σε Έλληνες, όσο και σε Αλβανούς, διαπίστωσαν ότι οι Έλληνες επισκέπτονται συχνότερα δομές υγείας, σε αντίθεση με τους μετανάστες και αυτούς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Επίσης, η αναζήτηση παροχών υγείας επηρεαζόταν σημαντικά από την ηλικία, την αυτό-εικόνα ως προς το επίπεδο υγείας, καθώς και το εισόδημα, καθότι διαφάνηκε ότι όσοι έχουν υψηλότερα εισοδήματα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν δεχτεί κάποια μορφής νοσηλεία μέσα σε ένα έτος και να έχουν επισκεφθεί κάποιο ιδιώτη γιατρό μέσα σε ένα μήνα.

Οι Kitsiou- Tzeli και λοιποί (2010) αξιολογώντας τις γνώσεις και τις στάσεις των γυναικών απέναντι στις προγεννητικές εξετάσεις που υποβάλλονται οι εγκυμονούσες στην Ελλάδα, σε σχέση με δημογραφικά στοιχεία, τον τρόπο διαβίωσης και το ιατρικό ιστορικό τους, πραγματοποίησαν προσωπικές συνεντεύξεις σε δείγμα 354 γυναικών, χρησιμοποιώντας ένα δομημένο ερωτηματολόγιο. Το συμπέρασμα στο οποίο οδηγήθηκαν είναι ότι παρότι υπάρχουν σημαντικοί πόροι για υπηρεσίες προγεννητικής διάγνωσης, οι μετανάστριες έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να δηλώσουν άγνοια ως προς βασικά στοιχεία του προγεννητικού ελέγχου.

Οι Μωραΐτου και Λαμάι (2007) ασχολήθηκαν και με τις υπηρεσίες υγείας εστιάζοντας στη φροντίδα γυναικολογικής φύσεως σε μετανάστριες από την Αλβανία στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και συγκεκριμένα με τον τοκετό. Εντόπισαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό (78,3%) επιλέγει τα δημόσια νοσοκομεία για λόγους κυρίως οικονομικής φύσεως. Από αυτές το 85,1% χρησιμοποίησε την ασφαλιστική ικανότητα για κάλυψη των εξόδων νοσηλείας, ενώ το 14,9% κάλυψε ιδιωτικά. Από τα ζητήματα που αναδείχθηκαν ήταν ότι ένα ποσοστό αδυνατούσε να κατανοήσει τις οδηγίες του υγειονομικού προσωπικού και υπήρχε φόβος για διαφοροποίηση ως προς την αντιμετώπιση. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (86,3%) απάντησε ότι δεν υπήρξαν συμβάντα ρατσιστικής συμπεριφοράς και διάκρισης, ενώ το 13,7% δήλωσε το αντίθετο.

Την ίδια χρονιά, οι Γάτου και λοιποί, στη δική τους μελέτη, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αναζήτηση υπηρεσιών οδοντιατρικής φύσεως από παιδιά ηλικίας 5 έως 12 ετών, έχει άμεση σύνδεση με την εθνικότητα. Μάλιστα, εντοπίστηκε ότι στα παιδιά των μεταναστών, η συχνότητα εμφάνισης αναγκών που δεν έχουν

ικανοποιηθεί είναι αρκετά μεγαλύτερη έναντι των παιδιών του γενικού πληθυσμού, καθώς και η εμφάνιση κακής στοματικής υγιεινής.

Μια ακόμη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε πανελλαδικό επίπεδο με δείγμα 1819 συμμετέχοντες ήταν αυτή των Γείτονα κ.α. (2007) και είχε ως σκοπό την διερεύνηση των παραγόντων, οι οποίοι τη αξιοποίηση της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, κατέδειξε ότι η χώρα γέννησης του ατόμου και των γονέων του, καθώς και η εκπαίδευση δεν επιδρούν στατιστικά σημαντικά στη χρήση υπηρεσιών υγείας από αυτό. Σε αντίθεση το φύλο, το εισόδημα, η ηλικία και η προσωπική εκτίμηση την κατάσταση της υγείας συμβάλλουν στην συχνότητα αναζήτησης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερες πιθανότητες χρήσης των υπηρεσιών, ενώ τα άτομα χαμηλό εισόδημα δεν πραγματοποιούν συχνές επισκέψεις σε γιατρούς. Τέλος, οι εκτιμήσεις για την πορεία της υγείας συμβάλλουν στις διακυμάνσεις της συχνότητας των νοσηλειών.

Οι Μαράτου-Αλιμπραντή και Γκαζόν (2008), στην έρευνά τους, η οποία είχε ως βάση την έρευνα EU-SILC (2003), αποφάνθηκαν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στον γενικό πληθυσμό μια χώρας και τους μετανάστες κατά την χρήση δομών υγείας είτε πρόκειται για κέντρα υγείας είτε για νοσοκομεία. Η αρχική εκτίμηση ήταν ότι οι μετανάστες έχουν χρησιμοποιήσει σε μικρότερο βαθμό τις δομές υγείας, ωστόσο προσθέτοντας την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης σε συνδυασμό με την απόκτηση παιδιών από τους αλλοδαπούς, η διαφορά ανάμεσα στις ομάδες μειώθηκε.

Στο παραπάνω συμπέρασμα είχαν καταλήξει οι ίδιοι ερευνητές και σε μία άλλη μελέτη τους, η οποία δημοσιεύτηκε το 2005. Σε αυτήν εξέταζαν την νοσηλευτική κίνηση σε ένα Γενικό Νοσοκομείο της Αττικής, κατά το έτος 2003. Όπως διαπιστώθηκε το ποσοστό των μεταναστών ήταν 6,2% στο σύνολο του πληθυσμού που νοσηλεύονταν έναντι του ποσοστού 7% των Ελλήνων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες μετανάστριες είχαν αυξημένες ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας, κυρίως γυναικολογικής φύσεως, ενώ σχεδόν οι μισές είχαν πραγματοποιήσει κάποια νοσηλεία λόγω τοκετού. Το 73% είχε ασφαλιστική ικανότητα για τη χρήση των δομών υγείας, έναντι ενός ποσοστού 14% που κάλυπτε ιδιωτικά τα έξοδα και ενός 2% που έκανε χρήση βιβλιαρίου απορίας.

Η Παρασκευοπούλου (2005) μελέτησε τη συχνότητα επίσκεψης των γυναικών

στα γυναικολογικά εξωτερικά ιατρεία του Τζάνειου Νοσοκομείου, κατά τη χρονική περίοδο 2002-2003. Τα δεδομένα που μας παρείχε ήταν ότι η μέση ηλικία των γυναικών που έκανα τεστ ΠΑΠ ήταν τα 41,95 έτη και το 25% εξ αυτών δεν είχε πραγματοποιήσει στο παρελθόν τη συγκεκριμένη εξέταση. Από αυτές το 41,6% ήταν μετανάστριες, ενώ το 58,4% Ελληνίδες.

Το 2001 η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας σε συνεργασία με τον Π.Ο.Υ., διενήργησε μελέτη, προκειμένου να μελετήσει την επιρροή που ασκούν ένα πλήθος κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην χρήση υπηρεσιών υγείας. Όπως προέκυψε μέσω αυτής, βασικοί παράγοντες όπως η ηλικία, η μόρφωση, το εισόδημα και η κατάσταση της υγείας του χρήστη προκαλούν σημαντικές ανισότητες στην πρόσβαση σε φροντίδα υγείας. Όσο αυξάνεται η ηλικία και επιδεινώνεται το επίπεδο υγείας, τόσο αυξάνεται η αναζήτηση για φροντίδα υγείας. Από την άλλη όσο μεγαλύτερο είναι το εισόδημα και όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο, τόσο λιγότερες είναι οι επισκέψεις σε δομές, υγείας. Ακόμη, η ασφαλιστική ικανότητα συνδέεται με τον ρυθμό επισκέψεων στα νοσοκομεία και τα φαρμακεία. Συνεπώς, άτομα που ανήκουν σε «ευάλωτες» κοινωνικά ομάδες αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στην χρήση της κατάλληλης μορφής φροντίδας υγείας.

Ερευνες σε Διεθνές Επίπεδο

Μια μελέτη που ασχολήθηκε με ζητήματα προσβασιμότητας των μεταναστών στην υγεία ήταν των Arfa, Solvang, Berg, και λοιπών (2020). Εστίασαν στις απεικονίσεις των μεταναστών που έχουν παιδιά με ειδικές ανάγκες στην Νορβηγία, όταν αποζητούν φροντίδα υγείας και για τον σκοπό αυτό χρησιμοποίησαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις. Τα ευρήματα κατέδειξαν ότι υπάρχει χάσμα ανάμεσα στο ιδεώδες για ίσες ευκαιρίες υγειονομικής περίθαλψης και στην πραγματικότητα που βίωσε το δείγμα. Οι εμπειρίες των τελευταίων είχαν άμεση σχέση με τις γλωσσικές, διαπολιτισμικές διαφορές, την επικρατούσα οργανωτική κουλτούρα, ενώ πολλοί εξέφρασαν εξουθένωση λόγω της συνεχούς ανάγκης για αποζήτηση βοήθειας και των προκλήσεων που αντιμετώπιζαν.

Οι Omenka και λοιποί (2020) προσπάθησαν να αποτυπώσουν τις εμπειρίες των

Αφρικανών μεταναστών στις Η.Π.Α. σε σχέση με την προσβασιμότητα σε υγειονομική περίθαλψη. Όπως προκύπτει, συναντούν σημαντικούς περιορισμούς κατά την αναζήτηση φροντίδας, λόγω του υψηλού κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών, της πολυπλοκότητας του συστήματος υγείας, καθώς και της ανυπαρξίας συστήματος περίθαλψης που θα συνδέεται με την πολιτισμική ταυτότητα. Επιπρόσθετα, παράγοντες κλειδιά που συνδέονται με τις εμπειρίες των μεταναστών είναι η κουλτούρα, η θρησκεία και το πνευματικό υπόβαθρο.

Οι Armenta και Sarabia (2020) μελέτησαν τις στάσεις, εμπειρίες και αντιλήψεις των παράτυπων μεταναστριών της Φιλαδέλφειας (Πενσυλβάνια- Η.Π.Α.) ως προς την υγειονομική περίθαλψη με τη μέθοδο των συνεντεύξεων. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όσες αποζήτησαν φροντίδα υγείας την έλαβαν και σε σχέση με παλιότερες έρευνες είχαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης. Ακόμη, έκριναν ότι δεν είχαν χειρότερη πρόσβαση σε σχέση με τους υπόλοιπους πολίτες.

Σε μελέτη τους το 2020 οι Cabieses και Oyarte προσπάθησαν να αποτυπώσουν τις αναπαραστάσεις των μεταναστών στην Χιλή σε θέματα που αφορούν την προσβασιμότητα στην υγεία. Συμπέραναν ότι δεν απολαμβάνουν ίσες ευκαιρίες με τους Χιλιανούς και έχουν περισσότερες ανεκπλήρωτες ανάγκες, ενώ οι περισσότεροι δεν διέθεταν ασφαλιστική κάλυψη.

Το 2020 οι Ridde και λοιποί διερεύνησαν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες των μεταναστών στον Καναδά σε δείγμα 806 συμμετεχόντων και τα ευρήματά τους επισήμαναν ότι υγειονομική περίθαλψη και ασφαλιστική κάλυψη είναι αλληλένδετα. Επιπρόσθετα, το κόστος είναι ένας ακόμη παράγοντας μη λήψης κάποιας υπηρεσίας.

Οι έρευνα των Καντάρη και Θεοδώρου (2020) που είχε ως σκοπό να αποτυπώσει τις συνθήκες πρόσβασης, αλλά και τα εμπόδια που συναντούν οι οικιακοί βοηθοί προερχόμενοι από τρίτες χώρες στην Κύπρο, κατέδειξε ότι η ελλιπής ενημέρωση, οι γλωσσικές και επικοινωνιακές δυσχέρειες, το υψηλό κόστος των υπηρεσιών σε συνδυασμό με την εμπλοκή των εργοδοτών σε θέματα υγείας, δημιουργούν ανεκπλήρωτες ανάγκες για τον υπό διερεύνηση πληθυσμό.

Οι Wang,, Guruge, και Montana (2019) πραγματοποιώντας βιβλιογραφική επισκόπηση ερευνών, που πραγματοποιήθηκαν στον Καναδά, σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ηλικιωμένων μεταναστών ως προς την χρήση υπηρεσιών

υγείας, συμπέραναν ότι οι τελευταίοι έρχονται αντιμέτωποι με αλληλένδετα εμπόδια που έχουν άμεση εξάρτηση με την γλώσσα, τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και πεποιθήσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις σε θέματα υγείας, καθώς και τις δομικές συνθήκες.

Οι Tosselli και λοιποί (2014) ασχολήθηκαν με την ψυχολογική κατάσταση των μεταναστών διαφόρων εθνικοτήτων στην Κεντρική και Νότια Ευρώπη και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή, ενώ συχνά δεν έχουν την φροντίδα που απαιτείται, αφού έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε κάποιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το οποίο με τη σειρά του επιβαρύνει ακόμη περισσότερο την κατάσταση.

Η εργασία των Berlinger και Gusmano (2013) εστίασε στην πρόσβαση παράνομων μεταναστών στις Η.Π.Α. και τα ευρήματά της κατέδειξαν ότι συχνά οι τελευταίοι έχουν περιορισμένες ευκαιρίες υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο αποτελεί βασικό παράγοντα επιδείνωσης της υγείας τους.

Ο Meeuwesen (2012) μελετώντας τα γλωσσικά εμπόδια των μεταναστών κατά τη διαδικασία αναζήτησης υπηρεσιών υγείας, επισήμανε ότι συχνά οι ασθενείς επιστρατεύουν φίλους ή μέλη της οικογένειας να λειτουργήσουν ως μεταφραστές, έτσι ώστε να είναι σε θέση να επικοινωνήσουν με το προσωπικό.

Το 2011 στην μελέτη τους οι Grossman, Levethal, Auer-Böer, Bischoff και Wanner σε μελέτη τους στην Σουηδία με στόχο να διερευνήσουν αν υπάρχει διαφορά στον επιπολασμό καρδιαγγειακών νοσημάτων ανάμεσα στους Σουηδούς και τους μετανάστες, εντόπισαν ότι οι τελευταίοι παρουσιάζουν μικρότερο επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό, κατά την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Εμπειρικό Μέρος

Κεφάλαιο 4 – Έρευνα

– Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της προσβασιμότητας των Δομών Υγείας από πλευράς των μεταναστών που διαμένουν στην Κάρπαθο, να σκιαγραφήσει τις όποιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν και να αποτυπώσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

– Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν ύστερα από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι τα εξής:

1. Μπορούν οι μετανάστες που διαμένουν στην Κάρπαθο να χρησιμοποιήσουν Υπηρεσίες Υγείας ;
2. Ποια προβλήματα αντιμετωπίζουν οι Μετανάστες που διαμένουν στην Κάρπαθο κατά την αναζήτηση φροντίδας υγείας σε κάποια Δομή Υγείας;
3. Οι Μετανάστες που διαμένουν στην Κάρπαθο, σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό, έχουν χειρότερη πρόσβαση σε Δομές Υγείας;

– Αναγκαιότητα έρευνας

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι που αποτελούν το έναυσμα για την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας. Πρώτα από όλα η υγεία, είναι ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα ενώ η καθολική πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αποτελεί υποχρέωση όλων των κρατών. Τα Εθνικά Συστήματα Υγείας οφείλουν να αμβλύνουν τις όποιες ανισότητες της υγείας και να εξασφαλίζουν ίσες ευκαιρίες πρόσβασης σε υπηρεσίες για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Προκειμένου, όμως, να είναι σε θέση να

λειτουργήσουν προς αυτήν την κατεύθυνση θα πρέπει να διερευνήσουν όλες τις παραμέτρους που σχετίζονται με την προσβασιμότητα.

Το γεγονός ότι η Ελλάδα ήδη από τη δεκαετία του 90 έχει δεχτεί ένα σημαντικό αριθμό μεταναστευτικό ροών, το οποίο με τη σειρά του επιβαρύνει σημαντικά τον τομέα της Υγείας, καθώς ένας σημαντικός αριθμός μεταναστών αποζητά φροντίδα από το Ε.Σ.Υ., αποτελεί αφορμή για έρευνα. Το Ε.Σ.Υ. για να είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες, θα πρέπει να γίνουν μελέτες, ώστε να σκιαγραφηθούν οι ιδιαιτερότητες ως προς την υγεία της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας.

Ένα ακόμη επιχείρημα είναι ότι το ερευνητικό πεδίο σχετικά με ζητήματα που αφορούν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για μετανάστες είναι περιορισμένο, κυρίως στον ελλαδικό χώρο, ενώ σε ότι αφορά τα ακριτικά νησιά όπως η Κάρπαθος, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν εμφάνισε κάποια μελέτη, ακόμη και για Έλληνες χρήστες. Σε όλα αυτά τα νησιά, κατοικεί ένα σημαντικός αριθμός ατόμων, οι οποίοι κάποια στιγμή θα αποζητήσουν φροντίδα υγείας. Δυστυχώς, όμως το επιστημονικό πεδίο ως προς τις δυσκολίες, τις απαιτήσεις, τις ανάγκες που έχουν, καθώς και τον βαθμό ικανοποίησής του είναι ανύπαρκτο και περιορίζεται σε μεμονωμένες μαρτυρίες. Άλλωστε, όπως σημειώνουν οι Κωτσαγιώργη και Γκρέκα(2010) « *Οι ασθενείς είναι δυνατό να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών.*».

– **Μεθοδολογία Έρευνας**

– **Δειγματοληψία**

Το δείγμα αποτέλεσαν 75 μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στην Κάρπαθο και των οποίων τα παιδιά φοιτούν σε Δημόσια Σχολεία της Καρπάθου (1 ΔΣ- «Ποτίδαιον» Καρπάθου, 2- ΔΣ Καρπάθου, Γυμνάσιο Καρπάθου, Ε.Π.Α.Λ Καρπάθου). Επιλέχθηκε ο συγκεκριμένος πληθυσμός για τους εξής λόγους:

1. Η ερευνήτρια εργάστηκε ως εκπαιδευτικός στο συγκεκριμένο νησί για το σχολικό έτος 2021-22
2. Η προσέγγιση του δείγματος ήταν αρκετά πιο εύκολη μέσω των Σχολείων
3. Δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση και την πρόσβαση των Μεταναστών σε Δομές Υγείας, που ζουν σε νησιά και δη δυσπρόσιτα.

Άξιο αναφοράς είναι ότι στο νησί οι Μετανάστες είναι κυρίως οικονομικοί μετανάστες, ενώ δεν υπάρχουν καθόλου πρόσφυγες. Στο δείγμα συμπεριλαμβάνονταν τόσο νόμιμοι, όσο και παράνομοι μετανάστες, καθότι δεν υπήρχε δυνατότητα εξακρίβωσης, αφού παρέχεται από την Πολιτεία, και στις δύο περιπτώσεις, η δυνατότητα εγγραφής των τέκνων τους σε Δημόσιο Ελληνικό Σχολείο(Νόμος 4251/2014).

Η δειγματοληψία ήταν τυχαία και η διαδικασία που ακολουθήθηκε είχε ως εξής:

1. Ζητήθηκε άδεια από τους Διευθυντές προκειμένου να μπορέσει να πραγματοποιηθεί η έρευνα και η οποία χορηγήθηκε, αφού τους δόθηκαν εκ των προτέρων τόσο οι αναγκαίες βεβαιώσεις, καθώς και ενημέρωση για το σκοπό, το είδος της έρευνας και τη διασφάλιση της ερευνητικής δεοντολογίας
2. Χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια στους γονείς- Μετανάστες, αφότου ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας, το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, καθώς και ότι οι απαντήσεις για χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς

– Περιορισμοί Μελέτης

Η συγκεκριμένη έρευνα αντιμετώπισε αρκετές δυσκολίες κατά τη διεξαγωγή της, το οποίο είχε ως αποτέλεσμα να παραταθεί ο χρόνος διεκπεραίωσης της (συλλογή, επεξεργασία δεδομένων, εξαγωγή συμπερασμάτων). Αρχικά, παρότι χορηγήθηκαν 120 ερωτηματολόγια, επεστράφησαν τα 75(ποσοστό συμμετοχής 62,5%). Οι λόγοι οφείλονταν σε αδυναμία κατανόησης των ερωτήσεων λόγω γλωσσικών δυσκολιών, καθώς και σε φόβο, καθότι ένα μεγάλο μέρος των μεταναστών δεν διαθέτουν τα κατάλληλα νομικά έγγραφα παραμονής. Παρότι, υπήρξε ενημέρωση για τους

σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, αρκετοί επέλεξαν να μην συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, θεωρώντας ότι αυτά θα παρείχαν ευαίσθητες πληροφορίες για την ιδιωτική τους ζωή, οι οποίες θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από την ερευνήτρια και για άλλους σκοπούς, δεδομένου ότι στη συγκεκριμένη φάση της έρευνας, ήταν δημόσιος λειτουργός (εκπαιδευτικός).

Ένα δεύτερο ζήτημα που προέκυψε είναι της μη εξοικείωσης με τις νέες τεχνολογίες και το διαδίκτυο. Αυτό οδήγησε στη χορήγηση των ερωτηματολογίων σε έντυπη μορφή, το οποίο παρέτεινε το χρόνο επεξεργασίας των δεδομένων. Ακόμη, υπήρξαν παρανοήσεις σχετικά με τη μεταβλητή « μετανάστης» του θέματος για όσους κατέχουν νόμιμα έγγραφα ή έχουν λάβει ελληνική υπηκοότητα ή ιθαγένεια. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπήρξαν οι κατάλληλες διευκρινήσεις.

Επιπρόσθετα, λόγω του ότι η Κάρπαθος είναι ένα ακριτικό νησί με συγκεκριμένο αριθμό κατοίκων και συγκεκριμένο επίπεδο υπηρεσιών υγείας (ένα Κέντρο Υγείας), δεν υπήρχε δυνατότητα διεύρυνσης του δείγματος, με αποτέλεσμα ο αριθμός των ερωτηματολογίων που μπορούσαν να συγκεντρωθούν να είναι περιορισμένος.

Τέλος, ένα μικρό μέρος του δείγματος, δυσανασχέτησε με κάποιες ερωτήσεις, που αφορούσαν την οικονομική τους κατάσταση, θεωρώντας ότι πρόκειται για ερωτήσεις που έθιγαν την υπόληψή τους, δεδομένου ότι πρόκειται για μία μικρή και κλειστή κοινωνία. Θεώρησαν, συνεπώς, ότι υπήρχε κίνδυνος να διαρρεύσουν προσωπικά δεδομένα και να στιγματιστούν. Ξαναδόθηκαν διευκρινήσεις, επισημάνθηκε και τονίστηκε η ανωνυμία του ερωτηματολογίου, καθώς ο σκοπός της έρευνας.

– **Ερευνητικό Εργαλείο**

Το ερευνητικό εργαλείο αποτέλεσε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο είναι σταθμισμένο και χρησιμοποιήθηκε ήδη σε άλλη έρευνα, για τη χρήση του οποίου ζητήθηκε άδεια και η οποία χορηγήθηκε. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις κλειστού τύπου.

Οι ερωτήσεις χωρίζονται θεματικά στις εξής ομάδες:

- Οι πρώτες 15 αφορούν στοιχεία που σχετίζονται με διάφορα δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμό ατόμων με τα οποία διαβιών κάτω από κοινή εστία, μορφωτικό επίπεδο, απασχόληση, και χρονική διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα, εισοδηματική κατάσταση
- Οι επόμενες 8 αφορούν στοιχεία για την κατάσταση υγείας του δείγματος, τη χρόνια νοσηρότητα, τον τρόπο διαχείρισης ασθενειών και προβλημάτων υγείας
- Οι επόμενες 12 αναφέρονται στην προσβασιμότητα Υπηρεσιών Υγείας και πιο συγκεκριμένα στον ρυθμό επισκεψιμότητας, τα ζητήματα που χρειάστηκε να διαχειριστούν (δυσκολίες, χρόνος αναμονής) και δυνατότητες λήψης ιατροφαρμακευτικής αγωγής
- Οι τελευταίες 3 αφορούν την αξιολόγηση της προσβασιμότητας του συστήματος από πλευράς των μεταναστών. Πιο συγκεκριμένα στην πρώτη από τις 3 γίνεται χρήση της ψυχομετρικής κλίμακας Likert, όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να βαθμολογήσουν τα εξής: α) τις γνώσεις ως προς το σύστημα υγείας και τα δικαιώματά τους, β) το κόστος υπηρεσιών, γ) την πολυπλοκότητα του συστήματος, δ) εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας, ε) συμπεριφορά εργαζομένων, στ) συσχέτιση κόστους- χρήσης υπηρεσιών, ζ) ικανοποίηση ποιότητας και κόστους παροχών υγείας. Πρόκειται για μία κλειστή κλίμακα αναγκαστικής επιλογής, με πέντε πιθανές επιλογές που ξεκινά από το ένα άκρο και τελειώνει στο άλλο άκρο με ενδιάμεσες λιγότερες ακραίες επιλογές. Στην δεύτερη ζητείται από το δείγμα να επισημάνουν έως δύο στοιχεία στα οποία κρίνουν ότι χρειάζονται περισσότερη ενημέρωση, αφού θεωρούν ότι οι γνώσεις τους είναι ελλιπείς, ενώ στην τρίτη ζητείται να αξιολογήσουν την ικανοποίησή τους από την προσβασιμότητα Δομών Υγείας σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό.

– *Χρονοδιάγραμμα*

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στη διάρκεια του τρίτου εξαμήνου σπουδών και συγκεκριμένα από τον Σεπτέμβριο του 2021 έως το Ιανουάριο του 2022. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε η βιβλιογραφική ανασκόπηση και η θεωρητική προσέγγιση του ζητήματος (Σεπτέμβριος- Οκτώβριος, 2021). Από τα μέσα του Οκτωβρίου έως τα τέλη Νοεμβρίου 2021, έγινε η συλλογή των δεδομένων και

ξεκίνησε η συγγραφή του κυρίως κειμένου της εργασίας. Τον Δεκέμβριο και τον Ιανουάριο αναλύθηκαν και κωδικοποιήθηκαν τα δεδομένα, ενώ παράλληλα συνεχίστηκε η συγγραφή του τελικού κειμένου.

Κεφάλαιο 5- Παρουσίαση Αποτελεσμάτων

– Μέθοδος Ανάλυσης Αποτελεσμάτων

Η Στατιστική ανάλυση των έντυπων απαντηθέντων ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSSv.25 (StatisticalPackagefortheSocialSciencesInc. Chigago IL, USA), που είναι το πιο διαδεδομένο πρόγραμμα για τη στατιστική ανάλυση δεδομένων, για τη δημιουργία γραφημάτων και αναλύσεων συσχέτισης και αναλύσεων παλινδρόμησης. Διενεργήθηκε Τεστ κανονικότητας Shapiro-Wilk για τις περιγραφικές παραμέτρους καθώς διενεργήθηκαν και τα μη παραμετρικά τεστ χ^2 και το Kruskal-Wallis για πολλαπλές μεταβλητές με βαθμό σημαντικότητας το 0.05. Ωστόσο, τα μη παραμετρικά τεστ απορρίφθηκαν λόγω της κατάστασης του δείγματος (τόσες οι διαφορετικές απαντήσεις όσα τα άτομα). Από τα παραπάνω λοιπόν, αυτό που χρησιμοποιούμε είναι τα γραφήματα, η ανάλυση συσχέτισης και παλινδρόμησης. Επίσης, έγινε έλεγχος συσχέτισης χρησιμοποιώντας το δείκτη pearson, όπου όταν ισχύει $p \leq 0.05$ ή 0.01 τότε υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. (συντελεστής συσχέτισης Pearson (r), ένας αδιάστατος δείκτης με τιμή από -1,0 έως 1,0, των τιμών αυτών συμπεριλαμβανομένων, ο οποίος αντιπροσωπεύει την έκταση της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ δύο συνόλων δεδομένων). Τέλος, σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες likert (Likert scales) για τη μέτρηση της ευχαρίστησης ή όχι των ερωτηθέντων. Η κλίμακα Likert βοηθά τον ερευνητή να συλλέξει δεδομένα που παρέχουν απόχρωση και γνώση των απόψεων των συμμετεχόντων και είναι ποσοτικά, οπότε είναι αρκετά εύκολο να αναλυθούν στατιστικά. Για να αποφύγουμε απαντήσεις που πιθανό να δόθηκαν προκειμένου να κάνει τη γνώμη του ατόμου να φαίνεται πιο κατάλληλη και κοινωνικά αποδεκτή ή προκατειλημμένη, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ανώνυμα.

– **Αποτελέσματα**

– **Βασικά Περιγραφικά Στοιχεία**

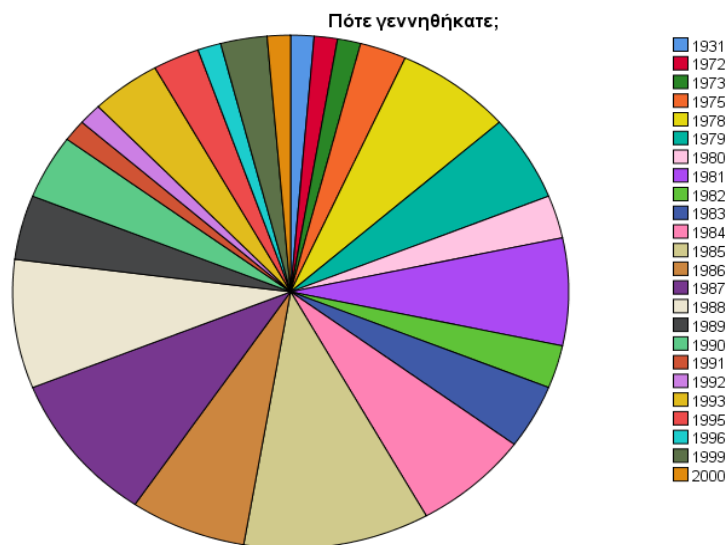
Το δείγμα αποτέλεσαν 75 μετανάστες διαφόρων ηλικιακών ομάδων με τον μεγαλύτερο σε ηλικία να έχει γεννηθεί το 1931 και τον μικρότερο το 2000. Το ποσοστό ανδρών και γυναικών ήταν παρεμφερές αφού οι άνδρες το 46.1%, ενώ οι γυναίκες το 53,3%. Όλοι τους είχαν οικογένεια και μοιράζονταν την ίδια στέγη. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν αλβανικής καταγωγής (81,9%), ενώ ο μέσος αριθμό παιδιών σε κάθε οικογένεια είναι 2-3. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν λάβει κάποιο είδος εκπαίδευσης, ωστόσο ο αριθμός όσων συνέχισαν στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση να είναι μικρός (5,2%). Ο χρόνιος διαμονής και εργασίας στην Ελλάδα ήταν από 1 έως 30 έτη και το 58,1% εργάζεται σε ιδιωτικές επιχειρήσεις του νησιού, ενώ το 41,9% δήλωσε ανεργία. Θα πρέπει εδώ να επισημανθεί ότι πολύ πιθανόν να επηρέασε ο χρόνος διεξαγωγής την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων, καθότι είχε ολοκληρωθεί η τουριστική περίοδος. Από όσους εργάζονταν την δεδομένη χρονική στιγμή το 51,4% είχε μόνιμη εργασία, ενώ το 41,1% πλήρους απασχόλησης.

Πίνακας 1: Δημογραφικά/ κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά

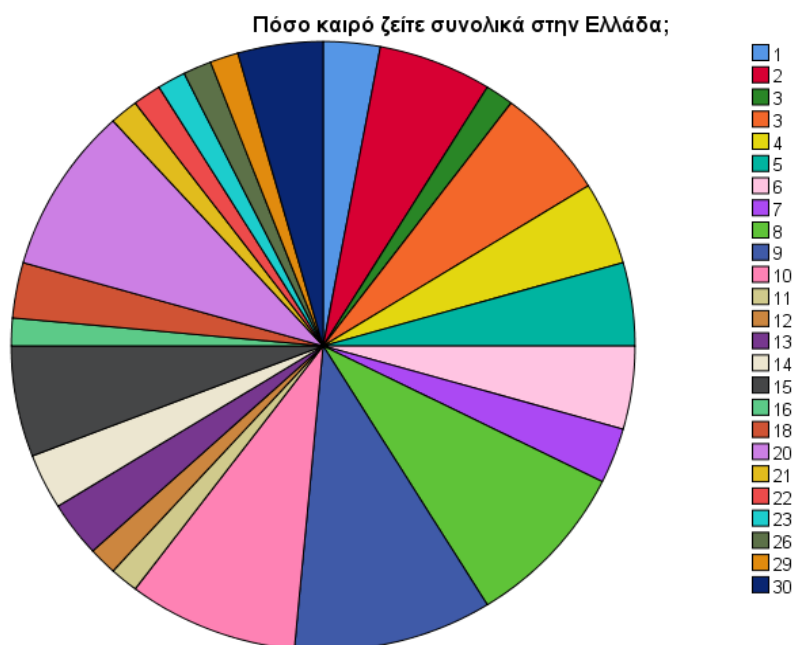
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά			
		N	Συχνότητα%
Φύλο	Άνδρας	35	46,7
	Γυναίκα	40	53,3
Εθνικότητα	Αλβανία	59	81,9
	Βουλγαρία	2	2,8
	Πολωνία	4	5,6
	Λευκορωσία	1	1,4
	Τυνησία	2	2,8
	Ουκρανία	2	2,8
	Βέλγιο	1	1,4

	Αίγυπτος	1	1,4
Αριθμός Παιδιών	0	0	0
	1	9	11,8
	2	33	43,4
	3	20	26,3
	4	4	5,3
	5	4	5,3
	6	1	1,3
	7	1	1,3
Μορφωτικό Επίπεδο	Δημοτικό	17	22,4
	Γυμνάσιο	28	36,8
	Λύκειο	22	28,9
	Μεταδευτεροβάθμια Εκπαίδευση/ΙΕΚ	2	2,6
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	2	2,6
	Άλλο	2	2,6
Επάγγελμα	Ιδιωτικός Υπάλληλος	43	58,1
	Άνεργος-η	31	41,9

Γράφημα 1: Ηλικία Δείγματος



Γράφημα 2 : Χρόνος Διαμονής στην Ελλάδα



– **Τρόπος Ζωής Μεταναστών και Οικονομική Κατάσταση**

Στους πίνακες 2 και 3 αναλύονται τόσο οι συνήθειες του δείγματος ως προς το κάπνισμα, την άθληση και την κατανάλωση αλκοόλ, όσο και η οικονομική ευρωστία του. Όπως προκύπτει τα επίπεδα των καπνιστών (νυν και πρώην) είναι παρεμφερή με αυτά των μη. Το μεγαλύτερο ποσοστό (43,3%) αθλείται 1-5 ώρες

εβδομαδιαίως ενώ μόλις το 30, 3% δεν καταναλώνει καθόλου αλκοόλ. Ως προς την οικονομική κατάσταση δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες διαχείρισης και αποπεράτωσης των οικονομικών τους υποχρεώσεων.

Πίνακας 2: Συνήθειες Μεταναστών

Συνήθειες Μεταναστών			
		N	Συχνότητα%
Καπνιστής	Ναι	26	34,2
	Πρώην Καπνιστής	5	6,6
	Όχι	41	53,9
Ώρες Άθλησης	0	22	28,9
	1-5	33	43,3
	6 και άνω	3	3,9
	Δεν απάντησαν	18	23,7
Κατανάλωση Αλκοόλ	Καθόλου	23	30,3
	1-2 ποτήρια	17	22,4
	3-5 ποτήρια	11	12,4
	6 και άνω	9	11,7
	Δεν απάντησαν	16	21,1

Πίνακας 3 Οικονομική Κατάσταση Συμμετεχόντων

Οικονομική Κατάσταση			
		N	Συχνότητα%
Αποπληρωμή Λογαριασμών Κοινής Οφελίας	Συχνά	4	6
	Κάποιες φορές	17	25,4
	Σπάνια	34	50,7

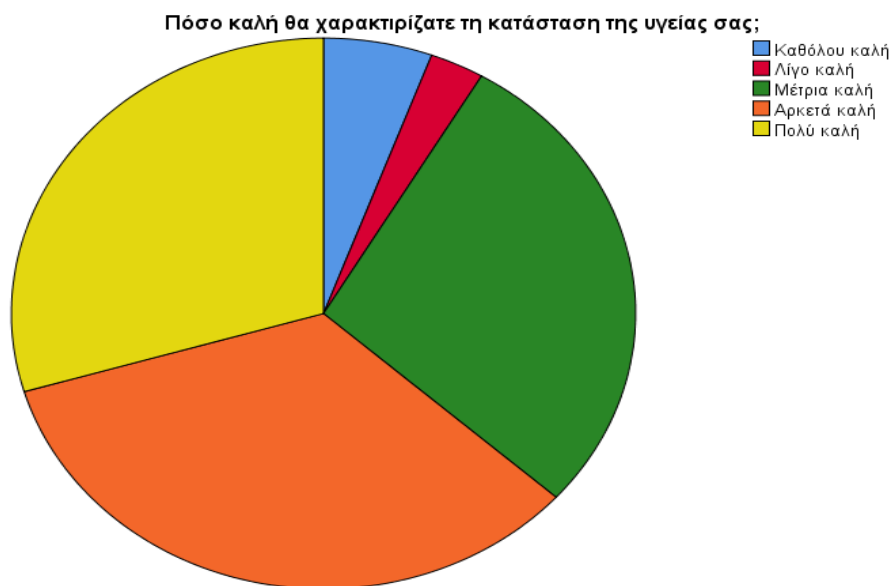
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	20	17,9
Αποπληρωμή Δόσης Δανείου	Συχνά	0	0
	Κάποιες φορές	4	6,8
	Σπάνια	30	50,8
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	25	42,4
Αποπληρωμή Πιστωτικής Κάρτας	Συχνά	0	0
	Κάποιες φορές	3	5
	Σπάνια	31	51,7
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	26	43,3
Αποπληρωμή δόσης Αυτοκινήτου	Συχνά	0	0
	Κάποιες φορές	3	5
	Σπάνια	33	55
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	24	40
Αποπληρωμή Ενοικίου	Συχνά	3	3,9
	Κάποιες φορές	13	20,6
	Σπάνια	34	54
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	13	20,6
Αποπληρωμή Διδάκτρων Φροντιστηρίων	Συχνά	2	3,2
	Κάποιες φορές	6	9,5
	Σπάνια	37	58,7
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	18	28,6

	δεν απαντώ		
Αποπληρωμή εξόδων Υπόδησης και Ένδυσης	Συχνά	5	7,7
	Κάποιες φορές	9	21,5
	Σπάνια	34	52,3
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	17	26,2
Αποπληρωμή ψώνιων από το Supermarket	Συχνά	4	6,2
	Κάποιες φορές	10	15,4
	Σπάνια	39	60
	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	12	18,5

– Κατάσταση Υγείας Μεταναστών – Παθήσεις και Τρόπος Αντιμετώπισης

Στο γράφημα 3 παρουσιάζεται το επίπεδο υγείας του δείγματος όπου το μεγαλύτερο ποσοστό κρίνει την υγεία του από μέτρια καλή έως πολύ καλή, ενώ στον πίνακα 5 η νοσηρότητα και ο τρόπος διαχείρισης. Το 65,8% διαθέτει βιβλιάριο υγείας, ενώ το 22,9% πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα, κυρίως διαβήτη και καρδιαγγειακές νόσους. Μόλις το 19,2% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ενώ το 6,8% αδυνατεί να το προμηθευτεί. Τους τελευταίους 12 μήνες το 11,8% νόσησε από κάποια ασθένεια με τους περισσότερους εξ αυτών 68,8% από Covid-19. Προκειμένου να διαχειριστούν την ασθένειά τους το 40% επισκέφθηκε το Κέντρο Υγείας του νησιού. Ακόμη το ποσοστό όσων τραυματίστηκαν είναι αρκετά μικρό (12,1%), με τους περισσότερους (57,1%) να καταφεύγουν στο Κ.Υ..

Γράφημα 3: Κατάσταση Υγείας Μεταναστών



Πίνακας 4: Παθήσεις και Τρόπος Αντιμετώπισης

	ΝΑΙ N(%)	ΟΧΙ N(%)
Βιβλιάριο Υγείας	50(65,8)	24(31,6)
Ύπαρξη χρόνιου νοσήματος	16(22,9)	54(77,1)
Υπέρταση	1 (1,3)	
Ασθμα	1 (1,3)	
Διαβήτης	5 (6,6)	
Καρδιαγγειακή Νόσος	3 (3,9)	
Νοσήματα Πεπτικού Συστήματος	2 (2,6)	
Ψυχιατρικό Νόσημα	1 (1,3)	
Ηπατίτιδα Β	1 (1,3)	
Άλλο	7 (9,2)	
Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής	14(19,2)	59(80,8)
Μη λήψη φαρμάκου λόγω αδυναμίας αγοράς	5(6,8)	68(93,2)
Νόσηση τελευταίους 12 μήνες	11(15,3)	60(78,9)
Πυρετός	1(6,3)	

Covid-19	11(68,8)	
Γρίπη	3(18,8)	
Διαβήτης	1(6,3)	
Τρόποι Αντιμετώπισης	ΝΑΙ Ν(%)	ΟΧΙ Ν(%)
Επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό από τη χώρα μου	1(12,5)	
Επίσκεψη σε ΤΕΠ δημόσιου νοσοκομείου	2 (25)	
Επίσκεψη σε δημοτικό ιατρό	3(37,5)	
Τηλεφωνική συμβουλή από ιατρό της χώρας μου	1(12,5)	
Δεν έκανα τίποτα	1(12,5)	
Είχατε κάποιον τραυματισμό κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;	7(12,1)	51(87,9)
Τρόποι Αντιμετώπισης	ΝΑΙ Ν(%)	ΟΧΙ Ν(%)
Επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό από τη χώρα μου	1(14,3)	
Συμβουλευτήκα φαρμακοποιό	1(14,3)	
Επίσκεψη σε ΤΕΠ δημόσιου νοσοκομείου	4(57,1)	
Δεν έκανα τίποτα	1(14,3)	

– **Προσβασιμότητα σε Υπηρεσίες Υγείας**

Στον πίνακα 6 παρουσιάζεται η συχνότητα των επισκέψεων στο Κ.Υ. του νησιού καθώς και οι δυσκολίες που κλήθηκε το δείγμα να διαχειριστεί, ενώ στον πίνακα 7 οι μη προσβάσιμες υπηρεσίες υγείας. Όπως προκύπτει το 59,2% προσέφυγε στο Κ.Υ. για φροντίδα υγείας τους τελευταίους μήνες, με το μεγαλύτερο

ποσοστό(52,5%) να το επισκέφθηκε 2-3 φορές. Το 33,3% αντιμετώπισε δυσκολίες με τις περισσότερες να σχετίζονται με το κομμάτι της επικοινωνίας(83,3%), ενώ το 70,6% έκρινε ότι δεν υπήρχε μεγάλος χρόνος αναμονής για την παροχή υπηρεσιών. Τέλος, το 17,6% έχει επισκεφθεί ιδιώτη οδοντίατρο καθότι έκρινε ότι του παρείχε καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών.

Ως προς τις υπηρεσίες που δεν ήταν σε θέση να χρησιμοποιήσουν τους τελευταίους 12 μήνες οι περισσότεροι δήλωσαν ότι δεν αντιμετώπισα κάποια τέτοια δυσκολία (88,2%), ενώ από αυτούς που δήλωσαν το αντίθετο η φροντίδα υγείας αφορούσε υπηρεσίες εκτός νοσοκομείου-Κ.Υ.(57,9%).

Πίνακας 5: Πρόσβαση σε Κέντρο Υγείας

	NAI N (%)	OXI N(%)
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών επισκεφθήκατε κάποιο κέντρο υγείας;	42(59,2)	29(40,8)
A. Πόσες φορές		
1	9(22,5)	
2-3	21(52,5)	
Πάνω από 4	10(25)	
B. Λόγος Επίσκεψης		
Πυρετός	2(6,9)	
Εμβόλιο	8(27,6)	
Διαγνωστικές Εξετάσεις	6(20,7)	
Τοκετός	2(6,9)	
COVID-19	1(3,4)	
ΓΡΙΠΗ	5(17,2)	
Μυοσκελετικά Προβλήματα	1(3,4)	
Ατύχημα	3(10,3)	
Άσθμα	1(3,4)	

Γ. Αντιμετωπίσατε δυσκολίες		
Καθόλου	32(66,7)	
Λίγο	5(10,4)	
Μέτρια	9(18,8)	
Αρκετά	1(2,1)	
Πολύ	1(2,1)	
Δ. Ποιες δυσκολίες αντιμετώπισατε:		
Δυσκολίες στην επικοινωνία	10(83,3)	
Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	1(8,3)	
Δεν ενημερώθηκα για το πρόβλημα της υγείας μου	1(8,3)	
Ε. Μεγάλος Χρόνος Αναμονής		
Καθόλου	24(70,6)	
Λίγο	4(11,8)	
Μέτρια	5(14,7)	
Αρκετά	1(2,9)	
Πολύ	0	
Κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών επισκεφθήκατε ιδιώτη οδοντίατρο;	9(17,6)	42(82,4)
A. Πόσες φορές;		
1	2(50)	
3	1(25)	

4	1(25)	
B. Λόγος Επίσκεψης		
Καλύτερη Ποιότητα Υπηρεσιών	7(100)	

Πίνακας 6: Μη προσβάσιμες Υπηρεσίες Υγείας και Αίτια

	ΝΑΙ N(%)	ΟΧΙ N(%)
Τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορέσατε;	6(11,8)	45(88,2)
A.Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες δε μπορέσατε να χρησιμοποιήσετε;		
Ιατρός εκτός νοσοκομείου	7(36,8)	
Οδοντίατρος εκτός νοσοκομείου	49(21,1)	
Διαγνωστικές εξετάσεις	2(10,5)	
Νοσηλεία σε νοσοκομείο	3(15,8)	
Χειρουργική επέμβαση σε νοσοκομείο	3(15,8)	

– Ικανοποίηση χρηστών από της Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Στους παρακάτω πίνακες και γραφήματα αποτυπώνονται βασικά στοιχεία ως προς την γνώση και την ικανοποίηση του δείγματος από τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Όπως προκύπτει, το 32,3% δεν έχει γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας(πίνακας 7, γράφημα 4), ενώ το 28% έχει καθόλου ή μικρή γνώση των δικαιωμάτων του ως προς την υγειονομική περίθαλψη(πίνακας 8, γράφημα 5). Το 62,5% κρίνει, από μέτρια έως πολύ, ότι το κόστος υπηρεσιών αποτελεί εμπόδιο χρήσης τους (πίνακας 9, γράφημα 6), ενώ το 70,2% δήλωσε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο (Πίνακας 10, γράφημα 7).

Σχετικά με την εμπιστοσύνη που δείχνουν στους επαγγελματίες υγείας το 62,7% δήλωσε ότι τους εμπιστεύεται αρκετά έως πολύ, το 17,9% μέτρια ενώ το 19,4% καθόλου έως λίγο (πίνακας 11, γράφημα 8). Ως προς την ικανοποίησή τους από την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας το 23,9% δήλωσε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο, έναντι του 76,1% που δήλωσε μέτρια έως πολύ (πίνακας 12, γράφημα 9), ενώ ως προς την συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων, το ποσοστό του δείγματος που δήλωσε ευχαρίστηση (μέτρια έως πολύ) μειώθηκε κατά 4,5% (71,6%) (πίνακας 13, γράφημα 10).

Σε ότι αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, το 61,5% δήλωσε αρκετή έως πολύ ικανοποίηση, το 21,5% μέτρια ενώ το 17% λίγη έως καθόλου (πίνακας 14, γράφημα 11). Από το κόστος ικανοποιημένο είναι μόλις το 47,8%, του δείγματος, έναντι του 22,4% που δήλωσε μη ικανοποίηση και του 29,9% που δήλωσε μέτρια ικανοποίηση (πίνακας 15, γράφημα 12).

Στην ερώτηση ως προς τους τομείς ενημέρωσης, το 36,8% δήλωσε ότι χρειάζεται πληροφόρηση σχετικά με την ασφάλιση ΕΟΠΥΥ, το 12,3% με τα δικαιώματα του απέναντι στην χρήση υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ., το 14,1% ως προς την πρόσβαση σε δομές υγείας, το 7% σε σχέση με πρόσβαση σε γιατρό ή παθολόγο, ενώ το 10,5% για το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (πίνακας 16).

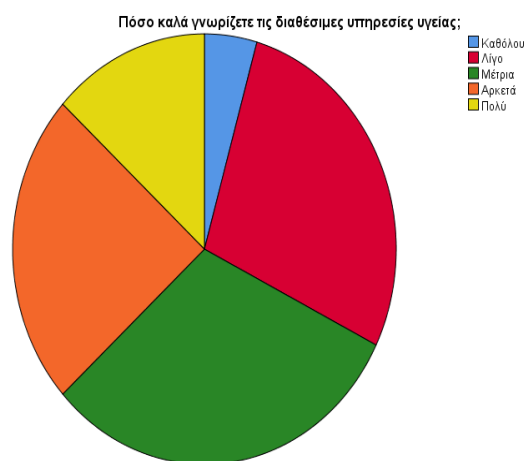
Τέλος, στην ερώτηση αν θεωρούν ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας σε σχέση με τους Έλληνες, το 85,9% θεωρεί ότι έχει ίδια αντιμετώπιση με τους Έλληνες, σε αντίθεση με το 14,1% που θεωρεί ότι δεν έχει ίση μεταχείριση (πίνακας 17, γράφημα 13).

Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;

Πίνακας 7

	N	%
Καθόλου	3	4,4
Λίγο	19	27,9
Μέτρια	21	30,9
Αρκετά	16	23,5
Πολύ	9	13,2

Γράφημα 4

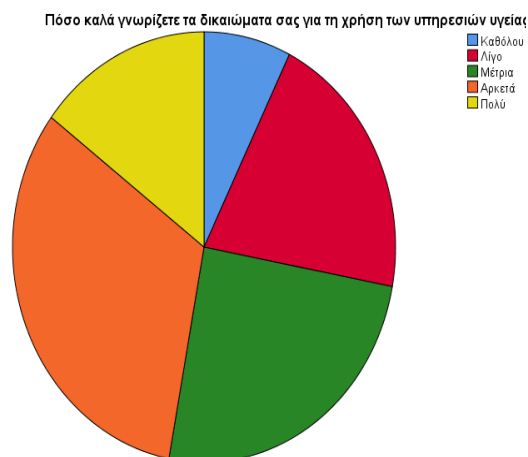


Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;

Πίνακας 8

	N(Frequency)	%(Percentage)
Καθόλου	5	7,4
Λίγο	14	20,6
Μέτρια	17	25
Αρκετά	22	32,4
Πολύ	10	14,7

Γράφημα 5

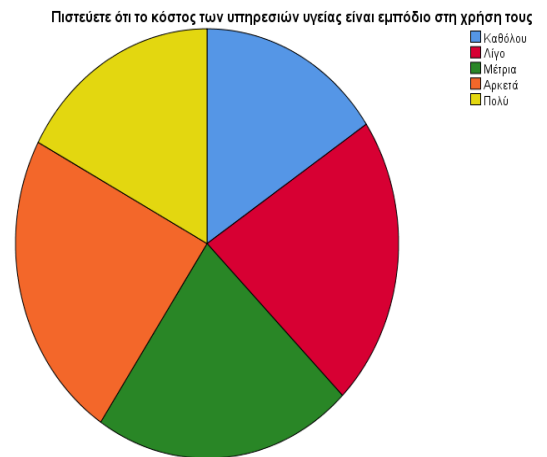


Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο στη χρήση τους

Πίνακας 9

Γράφημα 6

	N(Frequency)	%(Percent)
Καθόλου	10	15,6
Λίγο	14	21,9
Μέτρια	14	21,9
Αρκετά	15	23,4
Πολύ	11	17,2

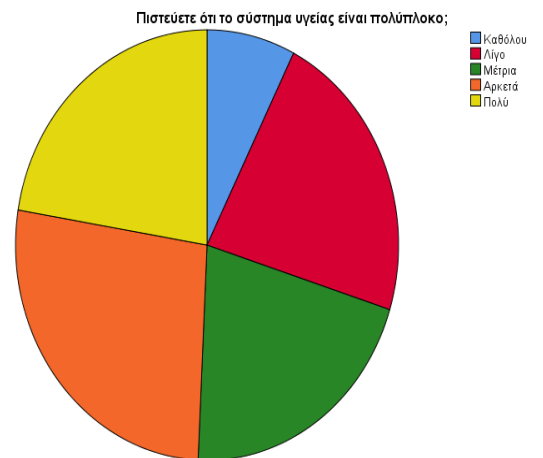


Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;

Πίνακας 10

	N(Frequency)	%(Percent)
Καθόλου	5	7,5
Λίγο	15	22,4
Μέτρια	14	20,9
Αρκετά	18	26,9
Πολύ	15	22,4

Γράφημα7

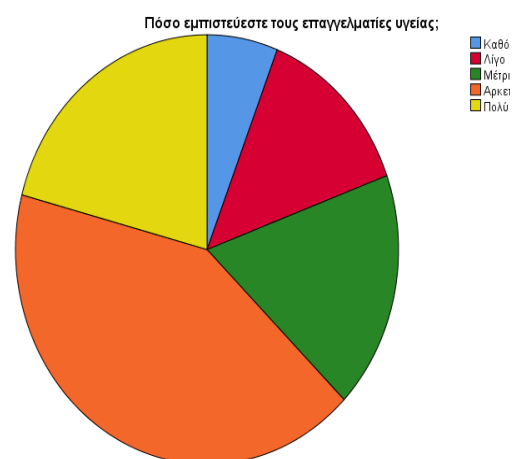


Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας;

Πίνακας 11

Γράφημα8

	N(Frequency)	%(Percent)
Καθόλου	4	6,0
Λίγο	9	13,4
Μέτρια	12	17,9
Αρκετά	28	41,8
Πολύ	14	20,9



Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας

Πίνακας 12

	N(Frequency)	%(Percent)
Καθόλου	6	9,0
Λίγο	10	14,9
Μέτρια	13	19,4
Αρκετά	25	37,3
Πολύ	13	19,4

Γράφημα 9



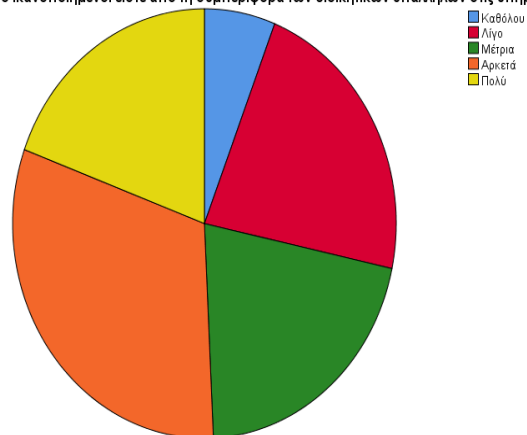
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων στις υπηρεσίες υγείας

Πίνακας 13

Γράφημα 10

	N(Frequency)	%(Percent)
Καθόλου	4	6,0
Λίγο	15	22,4
Μέτρια	14	20,9
Αρκετά	21	31,3
Πολύ	13	19,4

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων στις υπηρεσίες υ



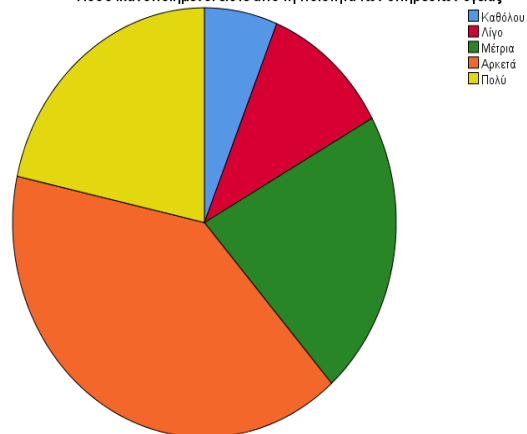
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Πίνακας 14

	N(Frequency)	%(Percent)
Καθόλου	4	6,2
Λίγο	7	10,8
Μέτρια	14	21,5
Αρκετά	26	40
Πολύ	14	21,5

Γράφημα 11

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

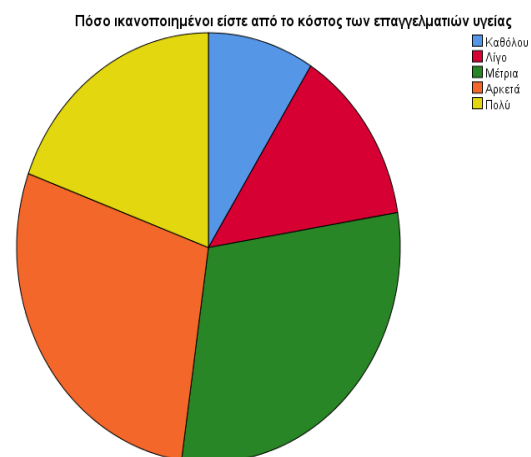


Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας

Πίνακας 15

Γράφημα 12

	N(Frequency)	%(Percent)
Καθόλου	6	9
Λίγο	9	13,4
Μέτρια	20	29,9
Αρκετά	19	28,4
Πολύ	13	19,4



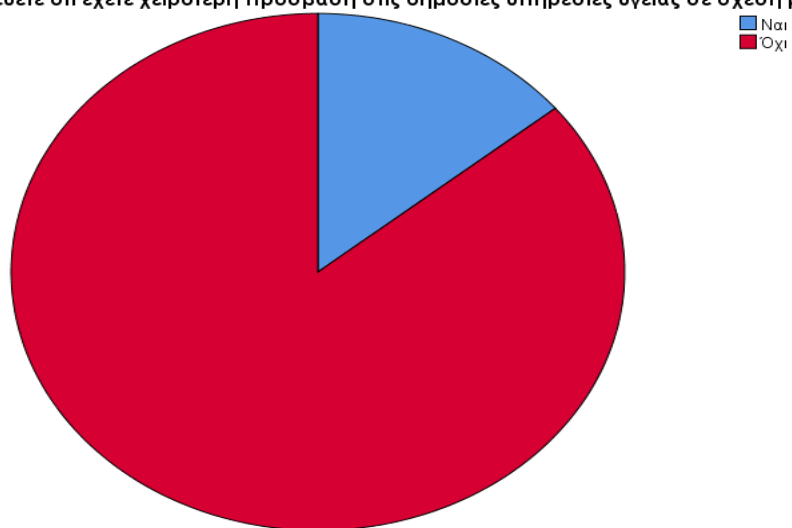
Πίνακας 16		
Σε ποια από τα παρακάτω θα θέλατε περισσότερη ενημέρωση διότι η γνώση που έχετε σήμερα δε καλύπτει τις ανάγκες σας;	N(Frequency)	%(Percent)
Ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας του ΕΟΠΥΥ	21	36,8
Ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας	7	12,3
Ενημέρωση για την πρόσβαση σε νοσοκομείο	3	5,3
Ενημέρωση για τη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	5	8,8
Ενημέρωση για τη πρόσβαση σε γενικό ιατρό ή παθολόγο	4	7,0

Ενημέρωση για το κόστος επίσκεψης σε ιατρό ή υπηρεσία υγείας	6	10,5
Άλλο	11	19,3

Πίνακας 17		
Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες;	N(Frequency)	%(Percent)
Ναι	10	14,1
ΟΧΙ	61	85,9

Γράφημα 13

Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες;



- Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη παρείχε αρκετά ευρήματα, τα οποία πρόκειται να αναλυθούν περαιτέρω, και κατάφερε να απαντήσει στα ερευνητικά ερωτήματα, που τέθηκαν για την πραγματοποίησή της, ύστερα από μελέτη της βιβλιογραφίας. Παράλληλα εξήχθησαν επιπλέον πληροφορίες, που είναι σημαντικές και παρουσιάζουν ερευνητικό ενδιαφέρον.

Ερευνητικό Ερώτημα 1: Μπορούν οι μετανάστες που διαμένουν στην Κάρπαθο να χρησιμοποιήσουν Υπηρεσίες Υγείας :

Όπως προκύπτει, οι μετανάστες στο νησί της Καρπάθου είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας με το μεγαλύτερο ποσοστό να έχει επισκεφθεί δομές υγείας πάνω από μία φορά τον τελευταίο χρόνο. Τα ευρήματα αυτά συμπίπτουν με τα ευρήματα από τις μελέτες των Boutziona και λοιπών (2020) και Kaitelidou και λοιπών (2013), όπου είχε επισημανθεί η εξοικείωση των μεταναστών με τις δομές υγείας και την χρήση υπηρεσιών υγείας.

Το συγκεκριμένο ερώτημα θα μπορούσε να διερευνηθεί περισσότερο μέσω μελέτης των στοιχείων κίνησης (εισαγωγές- εξιτήρια) του Κ.Υ. Καρπάθου, που θα μας παρείχε περισσότερο αξιόπιστα αποτελέσματα, καθότι δεν θα βασιζόταν μόνο σε στοιχεία που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες και θα μπορούσαμε να μετρήσουμε τις τάσεις που επικρατούν στο νησί. Επιπρόσθετα, θα μπορούσαμε να αξιολογήσουμε και τα αίτια αναζήτησης φροντίδας υγείας.

Ακόμη, ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η εκπόνηση μια μελέτης περίπτωσης όπου θα αποτυπώνονταν οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Κάρπαθο, αφού στα ακριτικά νησιά, σε αντίθεση με τα αστικά κέντρα, δεν είναι διαθέσιμες όλες οι υπηρεσίες υγείας. Μια τέτοια έρευνα θα βοηθούσε σημαντικά στην μελέτη της ικανοποίησης τόσο των μεταναστών όσο και του γηγενή πληθυσμού κατά την πρόσβαση τους σε παροχές υγείας, αφού το σχετικό ερευνητικό πεδίο είναι ελλιπές.

Ερευνητικό Ερώτημα 2: Ποια προβλήματα αντιμετωπίζουν οι Μετανάστες που διαμένουν στην Κάρπαθο κατά την αναζήτηση φροντίδας υγείας σε κάποια Δομή Υγείας;

Σχετικά με τις δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν κατά την πρόσβαση σε δομές υγείας ένας μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων δεν θεωρεί ότι αντιμετώπισε κάποια

ιδιαίτερη δυσκολία, το οποίο αποφάνθηκαν το 2020 οι Γαλάνη και λοιποί στην έρευνά τους. Ακόμη, δήλωσε ότι δεν υπήρξε περίπτωση όπου δεν μπόρεσε να λάβει κάποια φροντίδα υγείας.

Αναφορικά με τα εμπόδια, οι συμμετέχοντες κρίνουν ότι εντοπίζονται. Κυρίως, στο τομέα της γλωσσικής επικοινωνίας. Η γλωσσική διαφοροποίηση, προκαλεί συχνά αδυναμίες στην κατανόηση οδηγιών του υγειονομικού προσωπικού (Μωραΐτου & Λαμάι, 2007), στην αποτύπωση της προβληματικής κατάστασης και αποθαρρύνει τους μετανάστες στο να προσφύγουν σε υπηρεσίες υγειονομική περίθαλψης (Arfa, Solvang, Berg et al., 2020. Wang, Guruge, & Montana, 2019. Κιτσάρας & Μπάκας, 2013, επιβαρύνοντας μακροπρόθεσμα το επίπεδο υγείας τους. Ακόμη, ο χρόνος αναμονής δεν θεωρήθηκε παράγοντας παρεμπόδισης, σε αντίθεση με τις έρευνες των Kaitelidou και λοιπών (2013) και Γαλάνη και λοιπών (2020).

Ως προς την πολυπλοκότητα του Ε.Σ.Υ. στατιστικά σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων κρίνει ότι είναι πολύπλοκο σε μεγάλο βαθμό, ένα στοιχείο που πολύ πιθανόν να δημιουργεί εμπόδια πρόσβασης. Την σύνδεση της δομής υγείας του συστήματος και των ανεκπλήρωτων αναγκών έχουν εντοπίσει στις εργασίες τους οι Κιτσάρας & Μπάκας (2013) και Arfa, Solvang, Berg, και λοιποί (2020).

Αναλύοντας το επίπεδο γνώσης των δικαιωμάτων και των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους συμμετέχοντες προκύπτει ότι οι περισσότεροι γνωρίζουν πλήρως τις παροχές, ενώ μέρος του δείγματος δηλώνει άγνοια ως προς τα δικαιώματά του. Η έλλειψη ενημέρωσης αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την λήψη φροντίδας και έχει επισημανθεί από ένα πλήθος ερευνών (Castaneda, Catzimpyros & Nemmeh, 2014). Προέκυψε ότι υπάρχει ανάγκη για επιπλέον ενημέρωση σχετικά με τη ασφάλιση υγείας ΕΟΠΥΥ.

Όσο αφορά την συμπεριφορά του προσωπικού των Δομών υγείας στατιστικά σημαντικός αριθμός δήλωσε ότι δεν είναι ευχαριστημένο από αυτήν των επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών υπαλλήλων. Η κακή αντιμετώπιση των μεταναστών αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα αναζήτησης φροντίδας, αφού συχνά καλλιεργεί αίσθημα φόβου για εκδήλωση ρατσιστικών φαινομένων (Κιτσάρας & Μπάκας, 2013).

Μελετώντας το κόστος ως εμπόδιο, αφού ασκεί σημαντική επίδραση στην σχέση των μεταναστών με τις υπηρεσίες υγείας και ουκ ολίγες φορές έχει αποτελέσει, αίτιο αδυναμίας χρήσης της κατάλληλης φροντίδας (Γαλάνη και λοιποί, 2020.Καντάρη&Θεοδώρου,2020.Omenkaetal.,2020.Ridde,2020.Kaitelidouetal.,2013.), ένα μικρό μέρος του δείγματος δεν κατάφερε να λάβει κάποιο φάρμακο λόγω αδυναμίας αγοράς και θα ήθελε μεγαλύτερη ενημέρωση για την χρηματική αξία κάποιων παροχών.

Διερευνώντας την συσχέτιση της ασφαλιστικής κάλυψης και των ανεκπλήρωτων αναγκών, αφού η ανυπαρξία της οποίας από αρκετές έρευνες έχει επισημανθεί ως βασικό τροχοπέδη της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας (Παπαγιάννη & Παγανέλη,2010.Κιτσάρας& Μπάκας, 2013.Γαλάνη και λοιποί, 2020. Cabieses&Oyarte, 2020), προκύπτει ότι το μεγαλύτερο μέρος των μεταναστών στην Κάρπαθο διαθέτει βιβλιάριο υγείας και κατά συνέπεια ασφάλιση. Έτσι, είναι σε θέση να απολαμβάνουν τα ίδια προνόμια με τους Έλληνες πολίτες, λόγω της κείμενης νομοθεσίας, όπου αναφέρεται η υποχρέωση του κράτους να προσφέρει τις ίδιες παροχές σε όλους τους ασφαλισμένους.

Η μελέτη των εμποδίων θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί με άλλου είδους ερευνητικά εργαλεία, τα οποία θα μπορούσαν να εμβαθύνουν στις γνώσεις των μεταναστών ως προς την υγειονομική περίθαλψη, τις εμπειρίες τους κατά την επαφή τους με το υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό των δομών υγείας, τη συσχέτιση διαφόρων παραμέτρων με την αδυναμία πρόσβασης σε φροντίδα. Θα ήταν δόκιμο να είναι μεταφρασμένα στη μητρική γλώσσα του δείγματος, το οποίο θα βοηθούσε περισσότερο στην αποτύπωση της κατάστασης από πλευράς των συμμετεχόντων.

Ερευνητικό Ερώτημα 3: Οι Μετανάστες που διαμένουν στην Κάρπαθο, σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό, έχουν χειρότερη πρόσβαση σε Δομές Υγείας;

Ως προς την ισότητα ευκαιριών πρόσβασης, στατιστικά σημαντικό ποσοστό του δείγματος θεωρεί ότι έχει ίσες ευκαιρίες πρόσβασης με τον γηγενή πληθυσμό, το οποίο εξήγαγαν από τις έρευνές τους και οι Γαλάνη και λοιποί (2020), Armenta & Sarabia, (2020) και Μαράτου- Αλιμπραντή & Γκαζόν (2008), που αποφάνθηκαν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στον γενικό πληθυσμό μια χώρας και τους μετανάστες κατά την χρήση δομών υγείας. Αντίθετα,

τα αποτελέσματά των Boutziona και λοιπών (2020) αναφέρουν ότι υπάρχει χειρότερη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σε μετανάστες λόγω ξένης υπηκοότητας, το οποίο έχει επισημανθεί και από τους Cabieses & Oyarte (2020) και Grossman, Levethal, Auer-Böer, Bischoff & Wanner (2011). Στην συγκεκριμένη έρευνα, δεν αποτυπώθηκε κάποια τάση διαφοροποίησης λόγω υπηκοότητας.

Προτείνεται περαιτέρω διερεύνηση της συγκεκριμένης προβληματικής, με ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της ισότητας, καθότι στην βιβλιογραφία οι έρευνες δίστανται και το ερευνητικό εργαλείο της παρούσας έρευνας, δεν παρείχε τη δυνατότητα ανάλυσης βασικών στοιχείων που αφορούν ίσα δικαιώματα πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη. Θα ήταν δόκιμο, να αξιολογηθεί η έννοια της ισότητας ευκαιριών και των τομέων πρόσβασης, μέσω ποιοτικής έρευνας με ημι-δομημένες συνεντεύξεις, όπου παρέχεται η δυνατότητα εμβάθυνσης σε συγκεκριμένες πτυχές.

Επιπλέον Συμπεράσματα

Η έρευνα παρείχε σημαντικά δεδομένα που σχετίζονται με την υγεία των μεταναστών. Προέκυψε ότι το επίπεδο υγείας των μεταναστών είναι σε αρκετά καλό επίπεδο, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό έκριναν την υγεία τους από μέτρια έως πολύ καλή, το οποίο έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Pavli και Maltezos (2017), οι οποίοι στην έρευνα τους κατέδειξαν μια σημαντική επιβάρυνση της υγείας των νέο-αφιχθέντων μεταναστών με μεταδοτικές και μη ασθένειες. Ακόμη, στατιστικά σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων δεν πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα, ενώ οι χρόνιες ασθένειες από τις οποίες νοσούν είναι τέτοιες που συναντώνται στον γηγενή πληθυσμό, στοιχείο που έχουν αναφέρει και οι Αθανασοπούλου και λοιποί (2013) οι οποίοι εντόπισαν ότι με την πάροδο των ετών το επίπεδο υγείας των μεταναστών προσεγγίζει αυτό της χώρας μετεγκατάστασης.

Διερευνώντας τον βαθμό ικανοποίησης του δείγματος κατά την αναζήτηση φροντίδας, σε συγκεκριμένους τομείς προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες εμπιστεύονται σε μεγάλο βαθμό τους επαγγελματίες υγείας, αφού πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες διαχειρίστηκαν τραυματισμό και νόσηση μέσω της επίσκεψης σε Τ.Ε.Π. Δημόσιου Νοσοκομείου, Λόγω της φύσεως του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε, δεν κατέστη δυνατό να μετρηθούν παράμετροι που σχετίζονται με τους τομείς εμπιστοσύνης των μεταναστών απέναντι στους επαγγελματίες. Θα

μπορούσε να πραγματοποιηθεί έρευνα με τη χρήση άλλων μεθοδολογικών εργαλείων, τα οποία θα περιλάμβαναν κλίμακες Likert, όπου θα αξιολογούνταν από τους συμμετέχοντες, σε διαβαθμίσεις, διάφορες πτυχές της εργασιακής ηθικής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, συμπεριφοράς και διαχείρισης σχέσεων «ιατρού-ασθενή».

Τέλος, προέκυψε ότι παρότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας κρίνεται μέτρια έως ικανοποιητική από την συντριπτική πλειοψηφία, σε ότι αφορά την οδοντιατρική φροντίδα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αποζήτησε φροντίδα εκτός δομών, αφού έκριναν ότι εκεί θα λάμβαναν καλύτερου είδους ποιότητα υπηρεσιών. Το στοιχείο αυτό, αποτελεί και το «παράδοξο» της συγκεκριμένης έρευνας, το οποίο χρήζει διερεύνησης με άλλα ερευνητικά εργαλεία, τα οποία θα δώσουν τη δυνατότητα ανάλυσης παραγόντων που πιθανόν επηρεάζουν την παράμετρο της οδοντιατρικής φροντίδας.

Συμπεράσματα

Η μελέτη παρείχε αρκετά ενδιαφέροντα δεδομένα, τα οποία δεν μπορούν να γενικευθούν, λόγω του μεγέθους του δείγματος, ωστόσο μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως αφορμή για περαιτέρω έρευνα μεγαλύτερης κλίμακας ως προς την πρόσβαση μεταναστών σε δομές υγείας σε ακριτικές περιοχές.

Η Ελλάδα, λόγω της μορφολογίας της, κατοικείται και σε περιοχές όπου υπάρχουν περιορισμένες υπηρεσίες υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι κάτοικοι αυτών των περιοχών συμπεριλαμβανομένων και μεταναστών, να μην λαμβάνουν την φροντίδα που χρειάζεται εγκαίρως και κατά συνέπεια μακροπρόθεσμα να επιβαρύνεται η υγεία τους, αλλά και να αυξάνεται το κόστος περίθαλψης.

Θα ήταν δόκιμο, συνεπώς, να διευρυνθεί η ερευνητική βάση σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες κατοίκων ακριτικών περιοχών, καθότι μέσω αυτής θα μπορέσει η Πολιτεία να χαράξει πολιτικές που θα βοηθήσουν στην παροχή ίσων ευκαιριών πρόσβασης σε ιατρική περίθαλψη σε όλους στην επικράτειά της, βελτιώνοντας κατά αυτό τον τρόπο το επίπεδο της υγείας τους και παράλληλα μειώνοντας το κόστος περίθαλψης.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

1. Athanasopoulou, M., Mechili-Enkeleint, A., Athanasopoulou, A., Diomidous, M. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπός τους στη Δημόσια Υγεία. *Interscientific Health Care*. 5(4), 162-167.
2. Απόσπασμα άρθρου Δ. ΕΣΔΡΑ στο περιοδικό « Αστυνομική Ανασκόπηση».
3. Άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων. Ανακτήθηκε 20/1/23 από: <https://www.amnesty.gr/universal-declaration-of-human-rights>.
4. Γαλάνης Π., Καϊτελίδου Δ., Π. Σουρτζή, Σίσκου Ο., Κωνσταντακοπούλου Ο., Οικονόμου Χ. (2020). Προσβασιμότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας από μετανάστες στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 37:σσ. 42-53.
5. Γαλάνης, Π., Καϊτελίδου, Δ., Σουρτζή, Π., Μπελλάλη, Θ., Σίσου, Ο., Τσαβαλιά, Κ., Καραμήτρη Ι. & Βελονάκης, Ε. (2012). Γνώση και χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από μετανάστες. *Νοσηλευτική*: 51 (4), σσ. 421-429 95.
6. Γκεμή και λοιποί, (2015) « Το αλφαβητάρι της Μετανάστευσης». ΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Νο 64/2015. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ & ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ, Αθήνα.
7. Γουργουλιάννη (2016) «Τα ανθρώπινα δικαιώματα των χρονίως πασχόντων ασθενών και η πρακτική εφαρμογή του νόμου. *ΑρχΕλλΙατρ*, 34(4): 553-558.
8. Δικαίος, Κ. Χλέτσος, Μ. (1999). Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, τόμος Β: Πολιτική Υγείας/Κοινωνική Πολιτική.
9. Εθνική Στρατηγική για την Ένταξη (2018) Ανακτήθηκε 5/3/2021 από <http://www.opengov.gr/immigration/wp-content/uploads/downloads/2019/01/ethniki-stratigiki.pdf>.
10. Ευρωπαϊκή ένωση (2014) «Αντιμετώπιση ανισοτήτων στον τομέα της υγείας», Ανακτήθηκε 5/3/2021 από http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hpinfosheets/health_inequalities_informationsheet_el.pdf.

11. Ζαραφωνίτου, Χ., Παπαμιχαήλ, Σ. & Χαϊνάς, Ε.Ι., (2014). Η κοινωνική ένταξη των μεταναστριών στην ελληνική κοινωνία. Η συμβολή της βιβλιογραφικής επισκόπησης. Στο Ι. Τσίγκανου & Λ. Μαράτου –Αλιπράντη, (επιμ.), Γυναικεία μετανάστευση στην Ελλάδα: Οδικός χάρτης πολιτικών κοινωνικής ένταξης (σσ. 251-255). Αθήνα: ΕΚΚΕ.
12. Κασιμάτη, Κ. (2003) : «Πολιτικές Μετανάστευσης και Στρατηγικές Ένταξης .Η περίπτωση των Αλβανών και Πολωνών μεταναστών.» ,εκδόσεις GUTENBERG . Αθήνα , σελ.307.
13. Καψάλης Απ., Μετανάστες-Υγεία και κοινωνικός αποκλεισμός.
14. Κιτσαράς, Γ. και Μπάκα Α. (2013) «Ο Λόγος των Μεταναστών για τους Παράγοντες που Δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα», Επιστημονική Επετηρίδα Τμήματος Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 10, 474-498.
15. Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ.(2010) Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9(4):398-408.
16. Κοτσιώνη, Ι., (2009), Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα. Αθήνα: Εργαστήριο Υγιεινής Επιδημιολογίας και Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
17. Μάνεσης Α. (1982) Συνταγματικά Δικαιώματα, τομ.1:Ατομικές Ελευθερίες, Εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη.
18. Νόμος 2910/2001 - ΦΕΚ 91/Α/2-5-2001 Είσοδος και παραμονή Αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια, κτήση της Ελληνικής Ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις.Ανακτήθηκε 10/1/2022 από: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-allodapoi/n-2910-2001.html>.
19. Νόμος 4251/2014 (ΦΕΚ 80Α'/01.04.2014) Επιτελικό Κράτος: οργάνωση, λειτουργία και διαφάνεια της Κυβέρνησης, των κυβερνητικών οργάνων, και της κεντρικής δημόσιας διοίκησης - Κώδικας Μετανάστευσης και Κοινωνικής Ένταξης και λοιπές διατάξεις. Ανακτήθηκε 10/1/2023 από: <https://migration.gov.gr/nomothesia-1-2/nomothesia-ypiresia-nomimis-metanasteysis/>.

20. Νόμος 4386/2016 Ρυθμίσεις για την έρευνα και άλλες διατάξεις. Ανακτήθηκε 10/1/2022 από:<https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/197924/nomos-4386-2016>.
21. Παπαδάκης Μ, Τσίμπος Κ. (2004) Δημογραφική Ανάλυση, Αρχές-Μέθοδοι-Υποδείγματα, Εκδόσεις Σταμούλης,. Αθήνα.
22. Παπαγιάννη, Κ. και Παγανέλη, Α., 2010. Ζητήματα υγείας – πρόνοιας των μεταναστών, Κομμουνιστική Επιθεώρηση, τεύχος 3.
23. Παπαρρηγοπούλου - Πεχλιβανίδη, Π. (2009). Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη, σσ. 37-46.
24. Σοφοκλέους Α. (2019). Η Συνταγματική κατοχύρωση του δικαιώματος στην υγεία. Συγκριτική μελέτη Κύπρου & Ελλάδας. Εκδόσεις: Ένθα. Τόμ. 1, Αρ. 12.
25. Σύμβαση της Γενεύης του 1951: Ανακτήθηκε στις 20/12/2022 από: <https://www.unric.org/html/greek/pdf/refugeeconvention-GRE.pdf>.
26. «Φ.82215/18303 -Θέμα: Παροχή διευκρινίσεων σχετικά με τον εννοιολογικό προσδιορισμό των όρων «ιθαγένεια», «απηκοότητα «εθνικότητα»» (PDF). υπουργείο Εσωτερικών. 9 Ιουλίου 2013. Ανακτήθηκε στις 20/12/2022.
27. ΧΡΥΣΟΓΟΝΟΣ ΧΚ.(2002) «Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα». Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.

Ξενογλώσση

28. ALLIN S, GRIGNON M, LE GRAND J.(1997) Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? Soc Sci Med 2010, 70:465–472
29. ALONSO J, ORFILA F, RUIGÓMEZ A, FERRER M, ANTÓ JM. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. Am J Public Health 87:365–370.
30. Arfa, S., Solvang, P.K., Berg, B. et al. (2020). Disabled and immigrant, a double minority challenge: a qualitative study about the experiences of immigrant parents of children with disabilities navigating health and rehabilitation services in Norway. BMC Health Serv Res 20, 134. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5004-2>.

31. Armenta, A., & Sarabia, H. (2020). Receptionists, doctors, and social workers: Examining undocumented immigrant women's perceptions of health services. *Social Science and Medicine*, 246, 2–7.
32. Berlinger, N., & Gusmano, M. K. (2013). *Undocumented Patients: Undocumented Immigrants and Access to Health Care*. The Hastings Centre, Executive Summary. Available: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2321295.
33. Boutziona I, Papanikolaou D, Sokolakis I, Mytilekas KV, Apostolidis A. (2020). Healthcare Access, Quality, and Satisfaction Among Albanian Immigrants Using the Emergency Department in Northern Greece. *J Immigr Minor Health*(3):512-525. doi: 10.1007/s10903-020-00983-x. PMID: 32076945.
34. Bradby H., (2010). Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, Αθήνα: Πεδίο
35. Braveman, P. (2003). «Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework», *Journal of Health Population Nutrition*, 21, pp. 181-192.
36. Bollini, P., & Siem, H. (1995). No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science & Medicine*, 41(6), 819-828.
37. Cabieses B, Oyarte M (2020). Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. *Rev Saude Publica*. doi: 10.11606/S1518-8787.2020054001501. PMID: 32074219; PMCID: PMC7017981.
38. CARR W, WOLFE S. (1976). Unmet needs as sociomedical indicators. *Int J Health*, 6:417–430 8.
39. Delander, L., Hammarstedt, M., MÅnsson, J. and Nyberg, E. (2005). Integration of Immigrants: The role of language proficiency and experience. *Evaluation Review*, 29(1), pp.24-41.
40. Fennelly, K. (2007). The healthy migrant effect. *Minnesota Medicine*, 90(3), 51-53.
41. Grossmann, F. F., Leventhal, M. E., Auer-Böer, B., Wanner, P., & Bischoff, A. (2011). Self Reported Cardiovascular Risk Factors in Immigrants and Swiss Nationals. *Public Health Nursing*, 28(2), 129-139.
42. Gushulak, B. (2007). Healthier on arrival? Further insight into the healthy immigrant effect. *Canadian Medical Association Journal*, 176(10), 1439-1440.
43. Health 21 : The health for all policy framework for the WHO European Region

- World Health Organization (1999). Ανακτήθηκε στις 20/9/2022 από: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>.
44. Kaitelidou, D., Galanis, P., Zikos, D., Lemonidou, C., Chrysopoulou, E., Bellali, T., Vafeiadis, j., Siskou, O. & Velonakis, E. (2013). Unmet health needs of immigrants living in Greece during the economic crisis: The long-term impact for the health care system. *Value in Health*, 16(7), 462-A462.
 45. Mastaki, J. K. (2010). Migrant patients' satisfaction with health care services: a comprehensive review. *Italian Journal of Public Health*, 7(1), 69-81.
 46. Meeuwesen, L. (2012). Language barriers in migrant health care: a blind spot. *Patient Education and Counselling*, 86(2), 135-136.
 47. Mladovsky P. (2007) *Migrant health in the EU*. *Eurohealth*, 13 (1). pp. 9-11. ISSN 1356-1030
 48. Muennig, P., & Fahs, M. C. (2002). Health status and hospital utilization of recent immigrants to New York City. *Preventive Medicine*, 35(3), 225-231.
 49. OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.
 50. Omenka, O.I., Watson, D.P. & Hendrie, H.C. (2020) Understanding the healthcare experiences and needs of African immigrants in the United States: a scoping review. *BMC Public Health* 20. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8127-9>.
 51. Pavli A. & Maltezou H. (2017) Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J. Travel Med.*, 24(4).
 52. Ridde V., Aho J., Malick Ndao M., Benoit M., Hanley J., Lagrange S., Raynault F. & Cloos P. (2020) Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada, *Global Public Health*, 15:11, 1603-1616, DOI: 10.1080/17441692.2020.1771396.
 53. Singh, GK, Siahpush, M. (2001). All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(3), 392-9.
 54. The Ljubljana Charter on reforming health care. *BMJ*. 1996 Jun 29;312(7047):1664-5. PMID: 8664727; PMCID: PMC2351397.

55. Tichenor, M, Sridhar, D (2017) Universal health care, health systems strengthening, and the World Bank. *BMJ* 358;j3347: 1–5.
56. Toselli S, Gualdi-Russo, Marzouk D., Sundquist J., Sundquist K. (2014) Psychosocial health among immigrants in central and southern Europe, *European Journal of Public Health*, Volume 24, Issue suppl_1, Pages 26–30, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku100>.
57. Wang, L., Guruge, S., & Montana, G. (2019). Older Immigrants' Access to Primary Health Care in Canada: A Scoping Review. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 38(2), 193-209. doi:10.1017/S0714980818000648.
58. World Health Organization (2001) «Poverty and Health-Evidence and Action in WHO's European Region», Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
59. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF).(1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR,WHO, Geneva, 1978.

Παράρτημα

- A. Ερευνητικά εργαλεία σας;**
Ανδρας Γυναίκα
- 2. Πότε γεννηθήκατε;.....**
- 3. Ποια είναι η χώρα γεννήσεως σας;.....**
- 4. Πόσο καιρό ζείτε συνολικά στην Ελλάδα;**
_____ έτη
- 5. Έχετε βιβλιάριο υγείας;**
Ναι Όχι
- 6. Στην Ελλάδα, τη στιγμή αυτή ζείτε:**
Μόνος/η.....
Με σύζυγο/σύντροφο.....
- 7. Πόσα παιδιά έχετε;.....**
- 8. Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο;**
Απόφοιτος δημοτικού.....
Απόφοιτος γυμνασίου.....
Απόφοιτος λυκείου.....
Απόφοιτος μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης/ΙΕΚ.....
Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.....
Άλλο (προσδιορίστε).....
- 9. Πόσα άτομα ζούνε στο ίδιο σπίτι με εσάς;.....**
- 10. Τα άτομα που ζουν στο ίδιο σπίτι με εσάς, είναι: (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)**
Σύζυγος/σύντροφος.....
Τα παιδιά μου.....
Συγγενείς.....
Φίλοι.....
Ο εργοδότης μου και η οικογένειά του.....
Άτομα που εργαζόμαστε μαζί.....
Άλλο (προσδιορίστε).....

11. Τη στιγμή αυτή, εργάζεστε;

Ναι Όχι

12. Έχετε μόνιμη εργασία;

Ναι Όχι

13. Έχετε εργασία πλήρους απασχόλησης;

Ναι Όχι

14. Ποια είναι η εργασία σας στην Ελλάδα;.....

15. Τους τελευταίους 6 μήνες, πόσο συχνά θα λέγατε ότι αντιμετωπίζετε δυσκολία να καλύψετε κάθε μια από τις παρακάτω ανάγκες στο νοικοκυριό σας;

	Συχνά	Κάποιες φορές	Πολύ σπάνια- σχεδόν ποτέ	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ
Τους τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα κ.ά.)				
Τη δόση κάποιου δανείου				
Την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας				
Τη δόση του αυτοκινήτου				
Το ενοίκιο της κατοικίας				
Τα διδάκτρα φροντιστηρίων				
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης				
Τα ψώνια στο Supermarket				

16. Πόσο καλή θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας, σήμερα;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

17. Είστε καπνιστής;

Ναι
Πρώην καπνιστής
Όχι

18. Πόσες ώρες αθλείστε σε μια εβδομάδα;.....

19. Πόσα ποτήρια αλκοολούχων ποτών (π.χ. μύρα, κρασί, ούισκι κ.ά.) καταναλώνετε σε μια εβδομάδα;.....

20. Πάσχετε από τα παρακάτω νοσήματα; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

Ναι Όχι

- Υπέρταση.....
- Άσθμα.....
- Διαβήτης.....
- Καρδιαγγειακή νόσος.....
- Νοσήματα του πεπτικού συστήματος.....
- Ψυχιατρικό νόσημα.....
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.....
- Ελονοσία.....
- Ηπατίτιδα Β.....
- Φυματίωση.....
- Άλλο (προσδιορίστε).....

21. Λαμβάνετε φάρμακο (α) για χρόνια νόσημα;

Ναι Όχι

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

Ναι Όχι

23. Νοσήσατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;

Ναι Όχι

Εάν ναι, τι ασθένεια είχατε;.....

Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε την ασθένεια αυτή;

- Επισκέφθηκα Έλληνα ιδιώτη ιατρό.....
- Επισκέφθηκα ιδιώτη ιατρό από τη χώρα μου.....
- Επισκέφθηκα συμβεβλημένο Έλληνα ιδιώτη ιατρό.....
- Επισκέφθηκα ιατρό στη χώρα μου.....
- Επισκέφθηκα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου.....
- Επισκέφθηκα δημοτικό ιατρείο.....
- Επισκέφθηκα τον ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ) της περιοχής μου.....

- Επισκέφθηκα ιατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης.....
- Συμβουλευθήκα φαρμακοποιό.....
- Συμβουλευθήκα το φιλικό μου περιβάλλον.....
- Συμβουλευθήκα το οικογενειακό μου περιβάλλον.....
- Συμβουλευθήκα τον εργοδότη μου.....
- Συμβουλευθήκα σύλλογο μεταναστών.....
- Τηλεφώνησα σε ιατρό στη χώρα μου.....
- Δεν έκανα τίποτα/περίμενα να περάσει μόνο του.....
- Άλλο (προσδιορίστε)

24. Είχατε κάποιο τραυματισμό (π.χ. κάταγμα, έγκαυμα, κάκωση, κόψιμο του δέρματος) κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;

Ναι Όχι

Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε τον τραυματισμό αυτό;

- Επισκέφθηκα Έλληνα ιδιώτη ιατρό.....
- Επισκέφθηκα ιδιώτη ιατρό από τη χώρα μου.....
- Επισκέφθηκα φαρμακοποιό.....
- Επισκέφθηκα το ιατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης.....
- Επισκέφθηκα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου.....
- Επισκέφθηκα ιδιωτικό νοσοκομείο.....
- Δεν έκανα τίποτα.....
- Άλλο (προσδιορίστε)

25. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφθήκατε κάποιο κέντρο υγείας;

Ναι

Εάν ναι, πόσες φορές;.....

Για ποιο λόγο;.....

26. Στην επίσκεψή σας αυτή, αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

Εάν αντιμετωπίσατε δυσκολίες, σε τι αφορούσαν; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

- Δυσκολίες στην επικοινωνία.....
- Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες.....
- Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.....
- Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου.....
- Μεγάλο κόστος.....
- Άλλο (προσδιορίστε).....

27. Στην επίσκεψή σας αυτή, ο χρόνος αναμονής ήταν μεγάλος;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

28. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφθήκατε ιδιώτη οδοντίατρο;

Ναι Όχι

Εάν ναι, πόσες φορές;.....

Εάν ναι, γιατί;

- Δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας μου.....
- Μεγάλος χρόνος αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.....
- Καλύτερη ποιότητα στον ιδιώτη οδοντίατρο.....
- Άλλο (προσδιορίστε).....

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

Ναι Όχι

30. Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες δεν μπορέσατε να χρησιμοποιήσετε; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια)

- Ιατρός εκτός νοσοκομείου.....
- Οδοντίατρος εκτός νοσοκομείου.....
- Διαγνωστικές εξετάσεις, μικροβιολογικές εξετάσεις κ.ά.....
- Νοσηλεία σε νοσοκομείο.....
- Χειρουργική επέμβαση σε νοσοκομείο.....

31. Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες υγείας; (μπορείτε να επιλέξετε μέχρι τρεις απαντήσεις)

- Δεν ήξερα που να πάω.....
- Δεν μου έδωσε άδεια ο εργοδότης μου.....
- Έλλειψη χρόνου.....
- Δεν μπορούσα να κλείσω ραντεβού.....
- Το υψηλό κόστος.....
- Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.....
- Ο μεγάλος χρόνος αναμονής.....
- Δεν είχα βιβλιάριο υγείας σε ισχύ.....
- Φοβήθηκα ότι θα είχα προβλήματα με τις αστυνομικές αρχές.....
- Είχα πρόβλημα επικοινωνίας και συνεννόησης.....
- Άλλο (προσδιορίστε).....

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

Ναι Όχι

33. Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να λάβατε τα φάρμακα που χρειαζόσασταν; (μπορείτε να επιλέξετε μέχρι τρεις απαντήσεις)

- Θεώρησα πως τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα.....
- Έλλειψη χρόνου.....
- Δεν γνώριζα που να βρω τα φάρμακα.....
- Δεν είχα τα χρήματα.....
- Άλλο (προσδιορίστε).....

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

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;					
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;					
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;					
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;					
Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας;					
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας;					
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας;					
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;					
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;					

35. Σε ποια από τα παρακάτω θα θέλατε περισσότερη ενημέρωση, διότι η γνώση που έχετε σήμερα δεν καλύπτει τις ανάγκες σας; (μπορείτε να επιλέξετε μέχρι τρία)

Ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας μου/τον ΕΟΠΥΥ.....

Ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.....

Ενημέρωση για την πρόσβαση σε νοσοκομεία (π.χ. τοποθεσία, τρόπος πρόσβασης).....

Ενημέρωση για την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.....

Ενημέρωση για την πρόσβαση σε γενικό ιατρό ή παθολόγο.....

Ενημέρωση για το κόστος επίσκεψης σε ιατρό ή υπηρεσία υγείας.....

Άλλο (προσδιορίστε).....

36. Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες;

Ναι

Όχι

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας

Β. Άδεια χρήσης του ερευνητικού εργαλείου



Dafni Kaitelidou 21/9/2021

προς εγώ, Petros, Olga ▾



Αγαπητή κ. Βορύλλα,

Έχετε την **άδεια** μας για τη χρήση του ερωτηματολογίου.
Ευχόμαστε καλή
συνέχεια στην εργασία σας και παρακαλούμε για την
ενημέρωσή μας και την
κοινοποίηση των αποτελεσμάτων της μελέτης σας σε
εμάς όταν αυτή
ολοκληρωθεί.

Με εκτίμηση
Δάφνη Καϊτελίδου

[Προβολή αναφερόμενου κειμένου](#)

--

Daphne Kaitelidou PhD
Chair of the Agency for Quality Assurance in Health S.A.
Associate Professor
Department of Nursing
National and Kapodistrian University of Athens Director of
Center for
Health Services Management and Evaluation
123 Papadiamantopoulou Str., 11527 Athens
Greece
Tel. +302107461470, 1
Fax. +302107461473
[E-mail:dkaitelid@nurs.uoa.gr](mailto:dkaitelid@nurs.uoa.gr)

Γ. Συνοδευτικές Βεβαιώσεις Πραγματοποίησης της Έρευνας

 <p>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ UNIVERSITY OF WEST ATTICA</p>	<p>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ</p> <p>ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ</p> <p>ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ</p>		<p>ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ</p> <p>ΠΜΣ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
---	--	--	--

ΕΚΤΟΣ ΚΥΚΛΟΣ-80658 ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟ ΕΤΟΣ 2021-2022

Βεβαιώνεται ότι η Βορύλλα Χρυσούλα-Γιούλια παρακολουθεί το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» και στα πλαίσια του οποίου πραγματοποιεί τη διπλωματικής της εργασία με θέμα «Πρόσβαση σε Δομές Υγείας για Μετανάστες». Για τον σκοπό αυτό, πρόκειται να πραγματοποιήσει έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και όποιες πληροφορίες συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Όλα τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα τηρηθούν όλοι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται.

Ο ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ





ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ,
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ



ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΜΣ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ε ΕΚΤΟΣ ΚΥΚΛΟΣ-80658 ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟ ΕΤΟΣ 2021-2022

Η παρούσα μελέτη αφορά στη διερεύνηση της πρόσβασης σε δομές υγείας για μετανάστες στην Ελλάδα και πρόκειται να διεξαχθεί για ερευνητικούς σκοπούς. Η συμβολή σας είναι απαραίτητη για την διεκπεραίωση της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα τηρηθούν όλοι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται.

Με εκτίμηση
Βορύλλα Χρυσούλα-Γιούλια

Ο ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ

Ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας και τη συμμετοχή σας