ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Πρόσβαση και προτιμήσεις μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας

ΛΥΓΕΡΗ ΖΟΥΡΝΑΤΖΗ

ΑΜ: mlead20008

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2023

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Πρόσβαση και προτιμήσεις μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας

ΛΥΓΕΡΗ ΖΟΥΡΝΑΤΖΗ

ΑΜ: mlead20008

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Ελπίδα Πάβη

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2023

UNIVERSITY OF WEST ATTICA SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY

MSc in LEADERSHIP, INNOVATION AND VALUE HEALTH POLICIES

Diploma Thesis

Immigrants' access and preferences in health services

LYGERI ZOURNATZI

Registration Number: mlead20008

Supervisor name and surname:

Elpida Pavi

Athens, September 2023

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΜΣ ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Τίτλος εργασίας

Πρόσβαση και προτιμήσεις μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας

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

α/α	Όνομα - Επώνυμο	Βαθμίδα/Ιδιότητα	Ψηφιακή υπογραφή
1	Ελπίδα Πάβη	Καθηγήτρια, Επιβλέπουσα	Elpis Pavi Digitally signed by Elpis Pavi Date: 2023.10.24 09:25:21 +03'00'
2	Δημήτριος Ζάβρας	Επίκουρος Καθηγητής, Μέλος	Dimitrios Zavras Digitally signed by Dimitrios Zavras Date: 2023.10.24 11:37:06 +03'00'
3	Θεόδωρος Φούσκας	Επίκουρος Καθηγητής, Μέλος	ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΦΟΥΣΚΑΣ Digitally signed by ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΦΟΥΣΚΑΣ Date: 2023.10.24 12:10:28 +03'00'

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Λυγερή Ζουρνατζή του Ελευθερίου, με αριθμό μητρώου mlead20008 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία, του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 31-12-2024 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα
(Υπογραφή)

Λυγερή Ζουρνατζή

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

Elpis Pavi

Digitally signed by Elpis Pavi
Date: 2023.10.24 09:25:57 +03'00'

Copyright © ΛΥΓΕΡΗ ΖΟΥΡΝΑΤΖΗ

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στη Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία, του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραιτήτως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: Λυγερή Ζουρνατζή

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς την κ. Ελπίδα Πάβη, Καθηγήτρια Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας Σχολή Δημόσιας Υγείας-Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, για το ενδιαφέρον και τη βοήθειά της στην ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας μου.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τη διοίκηση της Γενικής Κλινικής Hospitality για την ευκαιρία που μου έδωσε να συμμετάσχω στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ηγεσία, Καινοτομία & Πολιτικές Αξίας στην Υγεία .

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για την ανεκτίμητη στήριξή τους, τόσο στην παρούσα εργασία, όσο και στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η έρευνα για την ανάλυση των κοινωνικών και οικονομικών διαστάσεων του φαινομένου της μετανάστευσης, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας συγκεντρώνει μεγάλο ακαδημαϊκό ενδιαφέρον, με τις μελέτες γύρω από τις υπηρεσίες υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα . Σκοπός της προτεινόμενης μελέτης ήταν η ανάλυση των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την προσβασιμότητα και τις προτιμήσεις των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, με βάση την υπόθεση ότι η χρήση υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την υποκειμενική αντίληψη των εμποδίων πρόσβασης, και τις προτιμήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα βασισμένη σε συγχρονικό σχεδιασμό. Η συλλογή των δεδομένων βασίστηκε σε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς το οποίο διανεμήθηκε σε δείγμα 61 μεταναστών που εκδήλωσαν ενδιαφέρον συμμετοχής στην έρευνα. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν στο λογισμικό SPSS. Η σχέση μεταξύ του κοινωνικο-οικονομικού προφίλ των μεταναστών και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας αξιολογήθηκε με βάση τον έλεγχο ανεξαρτησίας χ^2.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το 47.5% των μεταναστών είχαν βιώσει ανεκπλήρωτες ανάγκες στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες. Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι μετανάστες βίωσαν αυτές τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν η έλλειψη γνώσης ή/και πληροφόρησης για το πού πρέπει να απευθυνθούν, η έλλειψη χρημάτων για να καλύψουν τις ιατρικές δαπάνες και η έλλειψη ασφάλισης. Αντίστοιχα, καταγράφηκε υψηλός βαθμός προτίμησης των μεταναστών τόσο στις δημόσιες όσο και στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Γενικότερα, οι μετανάστες προτιμούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας λόγω του μηδαμινού οικονομικού κόστους και της ποιότητας των υπηρεσιών. Αντίστοιχα, οι μετανάστες προτιμούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας λόγω της γρήγορης εξυπηρέτησης και της ποιότητας των υπηρεσιών. Τέλος, από τη μελέτη προέκυψε πως το σημαντικότερο εμπόδιο είναι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής και η έλλειψη διαθεσιμότητας των υπηρεσιών όταν τις χρειάζονται

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της διπλωματικής εργασίας δείχνουν πως η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας έχει βελτιωθεί αρκετά τα τελευταία έτη. Απαιτούνται περισσότερες προσπάθειες ώστε όλο και μεγαλύτερο ποσοστό μεταναστών να λαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται.

Λέξεις κλειδιά: Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας, Προτιμήσεις στις Υπηρεσίες Υγείας, Δημόσια Υγεία, Μεταναστευτικές ροές

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες 7

Περίληψη 8

Περιεχόμενα 10

Κατάλογος Πινάκων 13

Κεφάλαιο 1ο : Εισαγωγή 17

Κεφάλαιο 2ο : Θεωρητικό πλαίσιο 22

2.1 Η πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας από πολίτες τρίτων χωρών στην ΕΕ 22

2.2 Η πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας από πολίτες τρίτων χωρών στην Ελλάδα 24

2.3 Θεσμικό πλαίσιο 27

Κεφάλαιο 3ο : Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Εμπόδια πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας από πολίτες τρίτων χωρών 31

Κεφάλαιο 4ο : Σκοπός και στόχοι 35

Κεφάλαιο 5ο : Μεθοδολογία 36

5.1 Είδος μελέτης και ερευνητικός σχεδιασμός 36

5.2 Ερευνητικό εργαλείο 36

5.3 Δειγματοληψία 37

5.4 Στατιστική ανάλυση – διαχείριση δεδομένων 38

Κεφάλαιο 6ο : Αποτελέσματα 40

6.1 Δημογραφικό και κοινωνικο-οικονομικό προφίλ του δείγματος 40

6.2 Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και αιτίες αυτών 43

6.2.1 Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας 43

6.2.2 Σχέση ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών 46

6.3 Χρήση υπηρεσιών υγείας και διευκολυντικός παράγοντας 54

6.3.1 Περιγραφικά αποτελέσματα για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τους διευκολυντικούς παράγοντες 54

6.3.2 Σχέση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και των διευκολυντικών παραγόντων με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών 56

6.4 Υποκειμενική αξιολόγηση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας 59

6.4.1 Περιγραφικά αποτελέσματα για την υποκειμενική αξιολόγηση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας 59

6.4.2 Σχέση υποκειμενικής αξιολόγησης της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών 60

6.5 Χρησιμοποίηση και βαθμός προτίμησης δημόσιων υπηρεσιών υγείας 62

6.5.1 Περιγραφικά αποτελέσματα για τη χρησιμοποίηση και το βαθμό προτίμησης δημόσιων υπηρεσιών υγείας 63

6.5.2 Σχέση χρησιμοποίησης και βαθμού προτίμησης δημόσιων υπηρεσιών υγείας με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών 65

6.6 Χρησιμοποίηση και βαθμός προτίμησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας 75

6.6.1 Περιγραφικά αποτελέσματα για τη χρησιμοποίηση και το βαθμό προτίμησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας 76

6.6.2 Σχέση χρησιμοποίησης και βαθμού προτίμησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών 79

6.7 Εμπόδια στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας 90

6.7.1 Περιγραφικά αποτελέσματα για τα εμπόδια στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας 90

6.7.2 Σχέση εμποδίων στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών 91

6.8 Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας 97

6.8.1 Περιγραφικά αποτελέσματα που αφορούν τις προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας 97

6.8.2 Σχέση προσδοκιών για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας 98

με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών 98

6.9 Συσχέτιση βαθμού προτίμησης δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών με εμπόδια πρόσβασης 103

Κεφάλαιο 7ο : Συζήτηση 106

7.1 Ανεκπλήρωτες ανάγκες μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη και αιτίες που τις προκαλούν 106

7.2 Προσβασιμότητα και εμπόδια μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας 107

7.3 Προτιμήσεις μεταναστών για τις υπηρεσίες υγείας 109

7.4 Εμπόδια στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας 110

7.5 Προσδοκίες μεταναστών για το τι πρέπει να αλλάξει ώστε να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας 111

Κεφάλαιο 8ο : Συμπεράσματα 112

Βιβλιογραφία 114

Ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές 114

Ελληνόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές 123

Abstract 125

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ 126

Παράρτημα Ι – Έντυπο Ενημέρωσης και Ερωτηματολόγιο (Ελληνική Γλώσσα) 126

Παράρτημα ΙΙ – Έντυπο Ενημέρωσης και Ερωτηματολόγιο (Αγγλική Γλώσσα) 134

Παράρτημα ΙΙΙ – Έγκριση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας - ΠΑΔΑ 142

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Περιγραφικά αποτελέσματα για το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ του δείγματος.....41
Πίνακας 2. Αποτελέσματα για τις αιτίες που εμπόδισαν τους μετανάστες κατά τους τελευταίους 12 μήνες να μην πάνε σε κάποια υπηρεσία υγείας/γιατρό παρότι ένιωσαν την ανάγκη να πάνε.....45
Πίνακας 3. Ποσοστό μεταναστών που βίωσαν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 46
Πίνακας 4. Αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με το φύλο των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 47
Πίνακας 5. Αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2.....49
Πίνακας 6. Αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 50
Πίνακας 7. Αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2.....51
Πίνακας 8. Αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 52
Πίνακας 9. Αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2.....53
Πίνακας 10. Συχνότητα επίσκεψης στο γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 57
Πίνακας 11. Ύπαρξη προσωπικού γιατρού εμπιστοσύνης σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 58
Πίνακας 12. Υποκειμενική αξιολόγηση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 61
Πίνακας 13. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας 64

Πίνακας 14. Χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 66
Πίνακας 15. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 67
Πίνακας 16. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 68
Πίνακας 17. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 69
Πίνακας 18. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 71
Πίνακας 19. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 72
Πίνακας 20. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 73
Πίνακας 21. Βαθμός προτίμησης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 75
Πίνακας 22. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας 77
Πίνακας 23. Χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 80
Πίνακας 24. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 81
Πίνακας 25. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 82
Πίνακας 26. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 83
Πίνακας 27. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 84
Πίνακας 28. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 85
Πίνακας 29. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 86
Πίνακας 30. Βαθμός προτίμησης στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 88

Πίνακας 31. Πρόθεση διάθεσης χρημάτων για λήψη υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 89
Πίνακας 32. Εμπόδια στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας 90
Πίνακας 33. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 91
Πίνακας 34. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 92
Πίνακας 35. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 93
Πίνακας 36. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 94
Πίνακας 37. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 95
Πίνακας 38. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 96
Πίνακας 39. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας 97
Πίνακας 40. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 98
Πίνακας 41. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 99
Πίνακας 42. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 100
Πίνακας 43. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 .. 101
Πίνακας 44. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 102
Πίνακας 45. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 103
Πίνακας 46. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το βαθμό προτίμησης δημόσιων υπηρεσιών υγείας: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 104
Πίνακας 47. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το βαθμό προτίμησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 105

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Ηλικιακή κατανομή στο δείγμα των μεταναστών 43
Διάγραμμα 2. Αποτελέσματα για το ποσοστό των μεταναστών που κατά τους τελευταίους 12 μήνες ένιωσαν την ανάγκη να πάνε σε κάποια υπηρεσία υγείας/γιατρό, αλλά τελικά δεν πήγαν 44
Διάγραμμα 3. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά οι μετανάστες επισκέφθηκαν γιατρό κατά τους τελευταίους 12 μήνες 55
Διάγραμμα 4. Αποτελέσματα για το αν οι μετανάστες έχουν κάποιον γιατρό εμπιστοσύνης στον οποίο απευθύνονται όταν έχουν κάποια ιατρική ανάγκη 56
Διάγραμμα 5. Αποτελέσματα υποκειμενικής αξιολόγησης της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας 60
Διάγραμμα 6. Ποσοστό μεταναστών που έχουν κάνει χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας 63
Διάγραμμα 7. Βαθμός προτίμησης δημόσιων υπηρεσιών υγείας 65
Διάγραμμα 8. Ποσοστό μεταναστών που έχουν κάνει χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας 76
Διάγραμμα 9. Βαθμός προτίμησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας 78
Διάγραμμα 10. Πρόθεση διάθεσης χρημάτων για λήψη υπηρεσιών υγείας 79

Κεφάλαιο 1ο : Εισαγωγή

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, παγκοσμίως οι μεταναστευτικές ροές αποτελούν ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας. Παράλληλα, οι μετανάστες είναι πληθυσμιακές ομάδες που αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού, με την κοινωνική τους ένταξη και πρόσβαση στην αγορά εργασίας, στην εκπαίδευση, στην υγεία και σε άλλες υπηρεσίες να μπορεί να γίνει υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Η προσαρμογή των μεταναστών στην χώρα υποδοχής αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση στο πεδίο της παρεχόμενης φροντίδα υγείας τόσο για τους ιδίους όσο και για το σύνολο της κοινωνίας (Langlois et al., 2016).

Ο αυξανόμενος αριθμός των διεθνών μεταναστών έχει αποδοθεί στα τροποποιημένα πρότυπα της παγκοσμιοποίησης και της εκβιομηχάνισης. Ταυτόχρονα, φυσικοί και ανθρωπογενείς παράγοντες όπως οι περιφερειακές συγκρούσεις, οι πόλεμοι, οι διώξεις, οι φυσικές καταστροφές και οι οικογενειακές επανενώσεις, ακόμη και η αναζήτηση καλύτερων κοινωνικοοικονομικών προοπτικών, έχουν επιταχύνει ενεργά τις μεταναστευτικές δραστηριότητες. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτές οι αλλαγές δεν έγιναν χωρίς να αντιμετωπιστούν σημαντικές προκλήσεις τόσο για τον μεταναστευτικό πληθυσμό όσο και για τις χώρες υποδοχής (Schilling et al., 2017).

Οι τρέχουσες διεθνείς συγκρούσεις, ιδιαίτερα αυτές στη Μέση και Εγγύς Ανατολή, είχαν ως αποτέλεσμα τις μεγαλύτερες μετακινήσεις πληθυσμών από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Μόνο η συριακή σύγκρουση έχει εκτοπίσει 6,6 εκατομμύρια ανθρώπους στη Συρία και έχει προκαλέσει περισσότερους από 5,6 εκατομμύρια πρόσφυγες, η πλειονότητα των οποίων φιλοξενείται σε χώρες γειτονικές με τη Συρία (UNHCR, 2018). Η παρατεταμένη φύση των συγκρούσεων σε αυτές τις χώρες και οι ολοένα και πιο σκληρές συνθήκες που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες σε γειτονικές χώρες με κακές εργασιακές προοπτικές και φτώχεια έχει οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των προσφύγων που ακολουθούν επικίνδυνες διαδρομές από την Τουρκία στην Ελλάδα, πληρώνοντας συχνά αρκετά χιλιάδες ευρώ σε διακινητές για να φτάσουν στην Ελλάδα. Η Ελλάδα έχει θεωρηθεί ως πύλη προς την Ευρώπη, με στόχο να φτάσει σε χώρες προορισμού στη Βόρεια Ευρώπη και να ζητήσει άσυλο. Ως εκ τούτου, η Ελλάδα μπορεί να θεωρηθεί ως χώρα διέλευσης και όχι ως χώρα

προορισμού για πολλούς από τους πρόσφυγες. Ως αποτέλεσμα, το 2015 σημειώθηκαν πάνω από ένα εκατομμύριο αφίξεις στην Ευρώπη μέσω θαλάσσης, το 80% από αυτές στην Ελλάδα (UNHCR, 2019).

Διαχρονικά, οι μεταναστευτικές ροές αυξάνονται συνεχώς και όπως αναφέρεται από έκθεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στα μέσα του 2021 στις χώρες της Ε.Ε. εισήλθαν συνολικά 26,6 εκατομμύρια πρόσφυγες από χώρες όπως ο Λίβανος, η Ιορδανία, η Τουρκία, η Ουγκάντα το Σουδάν κι άλλες (European Commission, 2022). Όσον αφορά στην Ελλάδα, από το 2014 ξεκίνησαν οι μεταναστευτικές ροές Σύριων που προέρχονταν από τα παράλια της Τουρκίας και ήταν πρόσφυγες πολέμου (nytimes, 2022). Κατά τη διάρκεια της εικοσαετίας 1990 - 2010, η Ελλάδα αποτέλεσε το κέντρο υποδοχής μεταναστευτικών ροών από χώρες του ανατολικού μπλοκ. Οι αφίξεις μεταναστών στη χώρα, το 2021 έφτασαν τις 8.616, λιγότερες, σε σύγκριση με το 2019 και το 2020 που αντιστοίχως ήταν 66.116 και 14.848. Το 2015, ήταν η χρονιά με τις περισσότερες αφίξεις μεταναστών στην Ελλάδα που έφθασαν τις 856.723(asylo.gov, 2022; Statistics.gr, 2022).

Η ηθική-νομική προοπτική είναι αναπόφευκτη κατά την αντιμετώπιση του ζητήματος της υγείας των μεταναστών. Είναι σαφές ότι η αναγνώριση της προστασίας της υγείας ως οικουμενικού δικαιώματος, που κατέχεται άνευ όρων από κάθε άτομο χωρίς περιορισμούς στην εκπλήρωση συγκεκριμένων απαιτήσεων (όπως η ιθαγένεια ή η άδεια διαμονής), αποτελεί τη βάση των πολιτικών και κάθε πιθανής μορφής προστασίας τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε τοπικό επίπεδο (Veizis, 2020). Η δημόσια υγεία ορίζεται ως «*η τέχνη και η επιστήμη της πρόληψης ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσω των οργανωμένων προσπαθειών της κοινωνίας*» (Nowak, Namer & Hornberg, 2022). Οι δραστηριότητες για την ενίσχυση των ικανοτήτων και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας στοχεύουν στην παροχή συνθηκών υπό τις οποίες οι άνθρωποι μπορούν να διατηρήσουν, να βελτιώσουν την υγεία και την ευημερία τους ή να αποτρέψουν την επιδείνωση της υγείας τους. Η δημόσια υγεία εστιάζει όχι μόνο στην εξάλειψη συγκεκριμένων ασθενειών αλλά και σε ολόκληρο το φάσμα της υγείας και της ευημερίας. Όπως το ψήφισμα της 61^{ης} Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας καλεί να προωθήσουμε την ισότιμη πρόσβαση στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και τη φροντίδα των μεταναστών, με την επιφύλαξη των εθνικών νόμων και πρακτικών, χωρίς διακρίσεις βάσει φύλου, ηλικίας, θρησκείας, εθνικότητας ή φυλή (World Health Organization, 2008).

Με ένα σημαντικό και αυξανόμενο μερίδιο του πληθυσμού να είναι μετανάστες ή αιτούντες άσυλο, η Ευρωπαϊκή Ένωση και η Ελλάδα αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις σχετικά με το πώς να επιτύχει καλύτερη κοινωνική ένταξη και βασικά ανθρώπινα δικαιώματα για τους πρόσφυγες, τους αιτούντες άσυλο και τους παράνομους (χωρίς έγγραφα) μετανάστες, στο ευρύτερο ζήτημα της προώθησης της πρόσβασης στις υπηρεσίες. Σε γενικές γραμμές, η ενισχυμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της κατάστασης των μεταναστών (Gil-Salmerón et al., 2021). Σε μεγάλο βαθμό, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ χωρών και ομάδων μεταναστών, δημιουργώντας την ανάγκη για προσαρμοσμένες πολιτικές απαντήσεις που λαμβάνουν υπόψη τα συγκεκριμένα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε κάθε περίπτωση (Marques, 2012). Ενώ οι χώρες διαφέρουν ως προς τον ρόλο τους ως χώρες υποδοχής, υπάρχουν επίσης διαφορετικοί τύποι μεταναστευτικών ομάδων, που μπορεί να περιλαμβάνουν μετανάστες και άλλες εθνοτικές μειονότητες. αιτούντες άσυλο ή πρόσφυγες και παράνομους ή χωρίς έγγραφα μετανάστες (Lebano et al., 2020).

Η έρευνα για την ανάλυση των κοινωνικών και οικονομικών διαστάσεων του φαινομένου της μετανάστευσης, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας συγκεντρώνει μεγάλο ακαδημαϊκό ενδιαφέρον, με τις μελέτες γύρω από τις υπηρεσίες υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα να βρίσκονται ακόμη σε πρώιμα στάδια ή να εξειδικεύονται ελάχιστα σε συγκεκριμένους μεταναστευτικούς πληθυσμούς και στην ανάλυση των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν τις στάσεις και τις προτιμήσεις τους όσον αφορά στις υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, οι πληροφορίες που διατίθονται αναφορικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας αλλά και το προφίλ υγείας των μεταναστών είναι περιορισμένες.

Έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα ορισμένες ερευνητικές εργασίες που επικεντρώνονται κυρίως στον επιπολασμό των λοιμωδών νοσημάτων σε μετανάστες, στην ψυχική τους υγεία, ωστόσο οι μελέτες που επικεντρώνονται στο γενικότερο πληθυσμό των μεταναστών και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, είναι περιορισμένες. Μέσα από έρευνες που έχουν διεξαχθεί, έχει παρατηρηθεί ότι οι μεταναστευτικές ροές σε μια χώρα έχουν κοινωνικές και πολιτικές προεκτάσεις (Rechel et al., 2013). Η μετανάστευση μπορεί να επηρεάσει την κοινή γνώμη, αλλά και να τροφοδοτήσει τις συζητήσεις αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγεία και

την αντιμετώπιση των ανισοτήτων. Οι δε υπηρεσίες υγείας σχετίζονται άμεσα με τα ζητήματα ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης. Ωστόσο, πολλά νομοθετήματα ακόμη περιορίζουν την πρόσβαση των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας (Villalonga-Olives & Kawachi, 2014). Απαιτείται ο επαναπροσδιορισμός των υπηρεσιών υγείας για τους μετανάστες, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που δεν διαθέτουν άδεια παραμονής ή άσυλο (Sarría-Santamera et al., 2016; Pitkin Derose et al., 2009). Οι Iranmanesh et al. (2018) εντόπισαν διάφορα ζητήματα διαφοράς κουλτούρας και θρησκείας τα οποία οδηγούν την χαμηλή εμπιστοσύνη των μεταναστών οι οποίοι αυτό-αποκλείονται από υπηρεσίες υγείας, ενώ το φύλο, η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης έχουν επίσης επίδραση στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Iranmanesh et al., 2018; Majdah & Khadijah 2017). Οι Rahman et al., (2021) πρότειναν ότι δομές υγείας που εφάρμοζαν φιλικές πολιτικές προς μουσουλμάνους μετανάστες κατάφεραν να οδηγήσουν την υψηλότερη ικανοποίηση των μεταναστών (Rahman et al., 2021). Γενικά, κοινωνικά, οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, αλλά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τόσο την πρόσβαση όσο και τις προτιμήσεις των μεταναστών για υπηρεσίες υγείας (Saleem, Steadman & Fejzic, 2018; Suphanchaimat et al., 2015; Woodward, Howard & Wolffers, 2018).

Τα τελευταία χρόνια, οι συνεχείς πόλεμοι και οι συγκρούσεις σε όλο τον κόσμο έχουν οδηγήσει σε αύξηση του αριθμού των προσφύγων σε όλο τον κόσμο, ειδικά στην Ελλάδα. Κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων, οι πρόσφυγες βιώνουν κοινωνική αποσύνδεση, εκτόπιση, απομόνωση, κοινωνικό αποκλεισμό και πολλές φορές ρατσισμό. Χώρες όπως η Συρία, το Αφγανιστάν, το Κονγκό, η Σομαλία και το Σουδάν παρουσιάζουν συνεχείς συγκρούσεις με ελάχιστες προοπτικές τερματισμού αυτών των συγκρούσεων. Ως αποτέλεσμα, αυτές οι χώρες παράγουν μαζικές εκροές ατόμων που αναζητούν ένα ασφαλές καταφύγιο για τον εαυτό τους και τις οικογένειές τους. Αυτές οι δυσμενείς συνθήκες προδιαθέτουν τους πρόσφυγες σε διάφορα κοινωνικά, σωματικά, συναισθηματικά και ψυχικά προβλήματα υγείας. Παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει κάνει η Ελληνική κυβέρνηση και η Ευρωπαϊκή Ένωση προς την παροχή καθολικής υγειονομικής περίθαλψης, οι ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη εξακολουθούν να παραμένουν μεταξύ όλων των περιθωριοποιημένων πληθυσμών, συμπεριλαμβανομένων των προσφύγων και των μεταναστών. Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα είναι να διερευνήσει τις απόψεις των ίδιων των μεταναστών αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες

υγείας στην Ελλάδα καθώς και τις προτιμήσεις τους. Τα αποτελέσματα αυτά αναμένεται να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για το πώς βιώνουν οι ίδιοι οι μετανάστες την πρόσβαση στις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας, τα εμπόδια που πιθανόν αντιμετωπίζουν και τις απόψεις τους για το τι πρέπει να βελτιωθεί αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από την Ελληνική κυβέρνηση, τους αρμόδιους φορείς καθώς και από μη κυβερνητικές οργανώσεις με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους μετανάστες στην Ελληνική επικράτεια.

Κεφάλαιο 2ο : Θεωρητικό πλαίσιο

2.1 Η πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας από πολίτες τρίτων χωρών στην ΕΕ

Η έννοια της πρόσβασης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος κατά την εξέταση της ισότητας στην υγεία σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. Οι παράγοντες που καθορίζουν τις συμπεριφορές αναζήτησης υγειονομικής περίθαλψης είναι δυναμικοί και πολύπλευροι. Μελέτες έχουν επισημάνει ότι οι προσδοκίες των καταναλωτών για τις υπηρεσίες υγείας βασίζονται στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τις υπηρεσίες και τις απόψεις τους για τους παρόχους των υπηρεσιών. Αυτό με τη σειρά του καθορίζει τη στάση και την αλληλεπίδρασή τους με τις υπηρεσίες, ως εκ τούτου, καθορίζει το πρότυπο χρήσης των υπηρεσιών αυτών (Levesque, Harris & Russell, 2013).

Η πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι μια σύνθετη έννοια στενά συνυφασμένη με την απόδοση των συστημάτων υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) πιέζει τα κράτη μέλη του να εφαρμόσουν τη μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας με στόχο την επίτευξη της καθολικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας για όλο τον πληθυσμό (WHO, 2020). Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στο πλαίσιο της καθολικής κάλυψης έχει δώσει μεγάλη έμφαση στην οικονομική πτυχή της πρόσβασης (WHO, 2020). Ο ΠΟΥ ορίζει την καθολικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας ως «*τη διασφάλιση ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας (συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, της προώθησης, της θεραπείας, της αποκατάστασης και της ανακούφισης) επαρκούς ποιότητας ώστε να είναι αποτελεσματική, διασφαλίζοντας παράλληλα ότι η χρήση αυτών των υπηρεσιών δεν εκθέτει τον χρήστη σε οικονομική δυσπραγία*» (WHO, 2020). Ωστόσο, όταν μιλάμε για πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, εκτός από την οικονομική προσιτότητα, υπάρχουν και άλλες διαστάσεις ή διαδικασίες που αξίζουν προσοχή (Andersen et al., 1983; Cu et al., 2021).

Ο Daniel (2010) υποστηρίζει ότι η κακή έκβαση της υγείας θα μπορούσε να είναι μία από τις επακόλουθες επιπτώσεις της μειωμένης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Ως εκ τούτου, οι συντονισμένες προσπάθειες των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και άλλων αρμόδιων φορέων θα συνέβαλαν σημαντικά στη μείωση των διαφορών βελτιώνοντας την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Η δημιουργικότητα του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης προάγει την υπεράσπιση, η οποία με τη σειρά της ενισχύει την αποτελεσματική εφαρμογή των πολιτικών υγείας.

Ομοίως, οι Czapka, Gerwing και Sagbakken (2018) υποστηρίζουν ότι η επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων για την υγεία θα επιτυγχανόταν μέσω της τροποποίησης των στρατηγικών που αντιμετωπίζουν τις πολιτικές του συστήματος υγείας που διατυπώνουν δίκαιη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Τέτοιες πολιτικές υγείας προωθούν προσεγγίσεις ενδυνάμωσης της κοινότητας μειώνοντας τα γλωσσικά εμπόδια και προασπίζοντας τη συμμετοχή των καταναλωτών. Η συμμετοχή των ασθενών στη φροντίδα τους παρέχει ποικιλομορφία στην οπτική των παρόχων υγείας για την παροχή φροντίδας, προωθώντας έτσι την ισότητα στην παροχή υπηρεσιών (Graetz et al., 2017).

Ωστόσο, οι εντοπισμένες προκλήσεις που εμποδίζουν την πρόοδο αυτών των στρατηγικών περιλαμβάνουν κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές, αντιληπτή έλλειψη ευαισθησίας από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και διαφορές στις πολιτιστικές αξίες. Άλλες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας από τρίτες χώρες (μετανάστες) θα περιλαμβάνουν διαφορές στα πολιτισμικά πρότυπα και πρακτικές και τις αντιληπτές διακρίσεις από τους γηγενείς παρόχους υπηρεσιών (Lebano et al., 2020).

Η ταχεία και ουσιαστική αύξηση των αφίξεων προσφύγων στην Ελλάδα, ιδιαίτερα το 2015, σε συνδυασμό με τις εξελισσόμενες προτεραιότητες υγείας σε διάφορα σημεία του ταξιδιού τους και η φύση της μεταβαλλόμενης κατάστασης έχουν δημιουργήσει προκλήσεις στη διαμόρφωση μιας αποτελεσματικής υγειονομικής απόκρισης που ανταποκρίνεται στις ανάγκες. των ασθενών. Μελέτες έδειξαν έλλειψη ετοιμότητας στο σύστημα υγείας της Ελλάδας (το οποίο είχε ήδη αποδυναμωθεί από την οικονομική κρίση), χαμηλό επίπεδο ανταπόκρισης και χαμηλό επίπεδο ανθεκτικότητας (WHO, 2018). Οι πολυπλοκότητες στον συντονισμό μεταξύ του τμήματος ευθύνης της ελληνικής κυβέρνησης/ΜΚΟ οδήγησαν σε πολύπλοκο

συντονισμό της διαχείρισης οικονομικών, υλικοτεχνικών και πολιτικών πόρων στην Ελλάδα από το 2015 και μετά. Αυτό περιπλέκεται περαιτέρω από την ασυνεπή και γραφειοκρατική λειτουργία της κυβέρνησης, αποτρέποντας την επαρκή κινητοποίηση πόρων επί τόπου και την ανταπόκριση προς όφελος των κοινοτήτων που έχουν ανάγκη (Gunst et al., 2019).

2.2 Η πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας από πολίτες τρίτων χωρών στην Ελλάδα

Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες αποτελούν μια διακριτή οντότητα μέσα στην ΕΕ που, σε σχέση με τους ευρωπαίους πολίτες στερούνται κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών δικαιωμάτων, σε βαθμό που καθορίζεται από το νομικό πλαίσιο των χωρών υποδοχής, δηλαδή από τη μεταναστευτική πολιτική και τη νομοθεσία για την μετανάστευση του κάθε κράτους-μέλους, που είναι παράλληλες με τις ευρωπαϊκές ρυθμίσεις. Ωστόσο, το διεθνές δίκαιο προστατεύει τα θεμελιώδη δικαιώματα των ανθρώπων, ανεξάρτητα από το αν, βάσει του νομικού καθεστώτος που τους χαρακτηρίζει, είναι πρόσφυγες, μετανάστες, αιτούντες άσυλο ή οτιδήποτε άλλο, εφόσον όλοι οι άνθρωποι τα απολαμβάνουν ισότιμα (Φούσκας & Οικονόμου, 2011).

Μετατοπίζοντας το ερευνητικό ενδιαφέρον, ειδικότερα, στον κλάδο της υγείας, στις μέρες μας, η μαζική εισροή και η επιτυχής ένταξη των μεταναστών στην Ελλάδα, αποτελεί μεγάλη πρόκληση, με σοβαρές συνέπειες στη δημόσια υγεία αυτών των χωρών (Γαλάνης και συν., 2020). Πράγματι, το θέμα έχει επηρεάσει την κοινή γνώμη και έχει υποκινήσει τη συζήτηση για το πώς θα διασφαλιστεί η αδιάκριτη παροχή δημόσιων υπηρεσιών, και κατ' επέκταση υπηρεσιών υγείας, από τους κρατικούς φορείς. Για αυτόν τον λόγο, η έρευνα σχετικά με το πώς οι μετανάστες χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια (Kaitelidou et al., 2020).

Στην Ελλάδα ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αποτελούν ένα σύνθετο ζήτημα που αντιπροσωπεύει διακυμάνσεις και ανισότητες στα επιτεύγματα υγείας ατόμων και ομάδων (Kaitelidou et al., 2020). Ειδικά στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, οι ανισότητες αποτελούν ένα πολύπλευρο κοινωνικό πρόβλημα, καθώς συνδέονται με τα θεμελιώδη ανθρώπινα

δικαιώματα. και τις αρχές της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αλληλεγγύης και της κοινωνικής ενσωμάτωσης (Gunst et al., 2019). Παρά το γεγονός ότι τα αποτελέσματα υγείας, όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής και άλλους δείκτες, έχουν βελτιωθεί σημαντικά λόγω της προόδου της τεχνολογίας και της γνώσης για την υγεία, αυξανόμενη πρόοδος στην πρόληψη και θεραπεία ασθενειών, και βελτιώσεις στις κοινωνικές συνθήκες, οι ανισότητες εξακολουθούν να υπάρχουν σε πληθυσμούς προερχόμενους από τρίτες χώρες (Sourtzi et al., 2020).

Μετά τη λεγόμενη «μεταναστευτική κρίση» τα τελευταία χρόνια, η Ευρωπαϊκή Ένωση επέλεξε να βλέπει τη μετανάστευση ως απειλή και έχει επικεντρώσει τις προσπάθειές της στη διασφάλιση των συνόρων της, όλο και περισσότερο ανάλογα με το έργο της Frontex, χωρίς να λαμβάνει υπόψη τον κίνδυνο της εκμετάλλευσης αυτού του πληθυσμού για παραβιάσεις των προσφυγικών και ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος μη επαναπροώθησης, της απαγόρευσης των βασανιστηρίων και της μη πρόσβασης σε διαδικασίες ασύλου και βασικές υπηρεσίες προστασίας, μεταξύ άλλων, υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας (Farmakioti, Pylli & Giannakou, 2013).

Επί του παρόντος στην Ελλάδα, λόγω της υψηλής κινητικότητας του πληθυσμού, ειδικά από την Αφρική, την Ασία, τη Μέση Ανατολή και την Ανατολική Ευρώπη προς την Ευρωπαϊκή Ένωση, έχει εμφανιστεί μια άλλη πτυχή των κοινωνικών ανισοτήτων και των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Αυτό έχει να κάνει με τα εμπόδια και τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι μετανάστες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης της χώρας της νέας τους διαμονής καθώς και με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα από μετανάστες, είναι καλά τεκμηριωμένες στη βιβλιογραφία (Kaitelidou et al., 2020). Σύμφωνα με μια σειρά μελετών στην Ελλάδα, αν και οι μετανάστες ενδέχεται να έχουν αυξημένες ανάγκες υγείας λόγω της έκθεσής τους σε διάφορους κινδύνους για την υγεία πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το ταξίδι τους, αντιμετωπίζουν σημαντικές ανισότητες που σχετίζονται με την πρόσβαση, τη χρήση και την ποιότητα των κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας (Kousoulis et al., 2016).

Η ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας υπήρξε θεμελιώδης στόχος για πολλά ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας τα

τελευταία χρόνια (Papadakaki et al., 2017). Ως μέρος αυτού του στόχου, η ανάγκη ανάπτυξης «*αποτελεσματικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης για τους μετανάστες*» έχει τεθεί ως βασικό ζήτημα από παγκόσμιους οργανισμούς σε κάθε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας (Gunst et al., 2019). Κάθε πρόσφυγας και αιτών άσυλο στην Ελλάδα έχει δικαίωμα δωρεάν πρόσβασης στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Η Ελλάδα δεν έχει ολοκληρωμένη πολιτική σχετικά με την πρόσβαση των μεταναστών και τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, παρά την υψηλή εισροή προσφύγων και μεταναστών που είναι εμφανής τα τελευταία χρόνια (Galanis et al., 2013; O'Donnell et al., 2016). Η βάση του δικαιώματος υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας συνδυασμός φόρων, κοινωνικής ασφάλισης, παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και πληρωμών από την τσέπη (out of pocket payments) και αυτό ισχύει για τους μετανάστες που διαμένουν νόμιμα στη χώρα. Οι μετανάστες χωρίς έγγραφα μπορούν να λαμβάνουν μόνο επείγουσα περίθαλψη και δεν δικαιούνται ασφάλιση υγείας (Φούσκας & Οικονόμου, 2011).

Γενικά, το επίπεδο της κατάστασης της υγείας των προσφύγων-μεταναστών και η δυνατότητα πρόσβασής τους στις ανάλογες εγκαταστάσεις και υπηρεσίες, παρακινείται από κοινωνικοδημογραφικά αίτια, την κουλτούρα αυτών των ανθρώπων, τον τύπο της ασφαλιστικής κάλυψης και την αποδοχή των νοσούντων από τις υπηρεσίες (Κιτσαράς & Μπάκα, 2013). Ειδικότερα όσον αφορά τις συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες επιπλέον παράγοντες που παρεμποδίζουν την πρόσβαση και μειώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελούν το επίπεδο ελληνομάθειας, ο βαθμός εξοικείωσης και εμπειρίας που διαθέτουν οι πρόσφυγες-μετανάστες με το ΕΣΥ τη λειτουργία του και τις οργανωσιακές του προεκτάσεις, η ύπαρξη ή μη ασφάλισης σε έναν ασφαλιστικό φορέα και το δυσάρεστο συναίσθημα του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης που προκαλούν οι διακρίσεις που υφίστανται αυτά τα άτομα (Οικονόμου & Παντελή, 2018).

Γενικά, οι μετανάστες φαίνεται να έχουν χειρότερα αποτελέσματα υγείας από τον γηγενή πληθυσμό στην Ελλάδα σε διάφορες διαστάσεις, όπως οι εισαγωγές σε επείγοντα νοσοκομεία και η ανάπτυξη χρόνιων παθήσεων όπως ο διαβήτης και οι καρδιακές παθήσεις , παρόλο που, κατά την άφιξή τους, μπορεί να είναι πιο υγιείς από τον γηγενή πληθυσμό, ιδίως όσον αφορά τις χρόνιες ασθένειες (υγιής επίδραση μεταναστών) (Souliotis et al., 2019). Εκτός από τις διαφορές στα αντικειμενικά

αποτελέσματα, κατατάσσονται χαμηλότερα σε υποκειμενικές μετρήσεις αποτελεσμάτων υγείας, με χαμηλότερη αυτο-αντίληψη της κατάστασης υγείας από τον γηγενή πληθυσμό (Stathopoulou et al., 2018).

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί πρόσβαση στην υγεία στην Ελλάδα περιπλέκεται επίσης από την ευρύτερη οικονομική και πολιτική κατάσταση στην Ελλάδα τα προηγούμενα χρόνια (Kotsiou et al., 2018). Μετά τη σημαντική οικονομική ύφεση και την εκτεταμένη ανεργία, η σχέση μεταξύ Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης έγινε τεταμένη και η Ελλάδα χρειάστηκε οικονομικές διασώσεις σε αρκετές περιπτώσεις για να αποτρέψει τη χρεοκοπία. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τα μέτρα λιτότητας επέτειναν τη συνοχή της κοινότητας υποδοχής και μείωσαν την πρόσβαση σε ορισμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης καθώς μειώθηκαν τα ποσοστά ασφάλισης υγείας που σχετίζονται με την απασχόληση. Η άφιξη των προσφύγων αποκάλυψε τα κενά στο ήδη καταπονημένο σύστημα υγείας και οδήγησε σε έκκληση για περιφερειακή βοήθεια για υγειονομική περίθαλψη και ανθρωπιστική παροχή (Gunst et al., 2019)

2.3 Θεσμικό πλαίσιο

Ο Νόμος 4368/2016, ο οποίος παρέχει δωρεάν πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας και φαρμακευτική περίθαλψη για άτομα χωρίς κοινωνική ασφάλιση και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες ισχύει και για τους αιτούντες άσυλο και τα μέλη των οικογενειών τους (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4368/2016, ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016). Ωστόσο, παρά το ευνοϊκό νομικό πλαίσιο, η πραγματική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρεμποδίζεται σταθερά στην πράξη από σημαντικές ελλείψεις πόρων και ικανότητας τόσο για τους αλλοδαπούς όσο και για τον τοπικό πληθυσμό, καθώς ο τομέας της δημόσιας υγείας βρίσκεται υπό ακραία πίεση και στερείται ικανοτήτων για την κάλυψη όλων των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας. Έρευνα του 2019 καταγράφει τον αντίκτυπο της δεκαετούς οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας στο ελληνικό δημόσιο σύστημα Υγείας (Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες (ΕΣΠ), 2022). Επιπλέον, οι προκλήσεις στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη λόγω της έλλειψης διερμηνέων και πολιτισμικών μεσολαβητών στις περισσότερες δημόσιες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης

(νοσοκομεία, κοινωνικές κλινικές κ.λπ.) συνέχισαν επίσης να επιμένουν το 2022 Εκτός από την περιορισμένη ικανότητα του δημόσιου συστήματος υγείας, οι αιτούντες Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη παρεμποδίστηκε περαιτέρω ήδη από το 2016, λόγω της αναφερόμενης «*γενικευμένης άρνησης των αρμόδιων δημοσίων υπαλλήλων να παράσχουν σε αιτούντες άσυλο ΑΜΚΑ*», η οποία μέχρι την είσοδο σε ισχύ του άρθρου 55 ΙΡΑ (όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 59 παρ. 2 του Ν. 4939/2022) λειτούργησε ως de facto προϋπόθεση για την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας (Asylum In Europe, 2023). Αυτό επιδεινώθηκε περαιτέρω μετά από Εγκύκλιο που εκδόθηκε στις 11 Ιουλίου 2019, η οποία στην πράξη ανακαλούσε την πρόσβαση των αιτούντων άσυλο στον ΑΜΚΑ (Kaitelidou et al., 2020). Όπως σημειώθηκε από τη Διεθνή Αμνηστία τον Οκτώβριο του 2019, «*τα διοικητικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν πολλοί αιτούντες άσυλο και ασυνόδευτα παιδιά κατά την έκδοση ΑΜΚΑ έχουν επιδεινωθεί σημαντικά μετά την 11η Ιουλίου 2019, όταν το Υπουργείο Εργασίας ανακάλεσε την εγκύκλιο που ρύθμιζε την έκδοση ΑΜΚΑ σε μη Έλληνες πολίτες. Μετά την ανάκληση της εγκυκλίου, δεν τέθηκε σε εφαρμογή διαδικασία για την έκδοση ΑΜΚΑ σε αιτούντες άσυλο και ασυνόδευτους ανηλίκους*» (Διεθνής Αμνηστία, 2019).

Με το άρθρο 55 του Μηχανισμού Προενταξιακής Βοήθειας (ΜΠΒ), όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 59 παρ. 2 του Ν. 4939/2022, εισήχθη νέος Αριθμός Προσωρινής Ασφάλισης και Ασφάλισης Αλλοδαπού (Προσωρινός Αριθμός Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού, ΠΑΑΥΠΑ), σε αντικατάσταση του προηγούμενου. Αριθμός (ΑΜΚΑ). Το ΠΑΑΥΠΑ εκδίδεται στους αιτούντες άσυλο μαζί με την κάρτα του αιτούντος. Με αυτόν τον αριθμό, οι αιτούντες άσυλο δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση στην απαραίτητη υγειονομική, φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της απαραίτητης ψυχιατρικής περίθαλψης όπου χρειάζεται. Το ΠΑΑΥΠΑ απενεργοποιείται εάν ο αιτών χάσει το δικαίωμα να παραμείνει στην Ελληνική επικράτεια. Οι εν λόγω διατάξεις του ΜΠΒ τέθηκαν σε ισχύ την 1η Νοεμβρίου 2019. Ωστόσο, ο απαραίτητος μηχανισμός για την εφαρμογή τους δεν ενεργοποιήθηκε παρά τις αρχές του 2020 (Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου, 2020).

Επιπλέον, οι προκλήσεις στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη λόγω της έλλειψης διερμηνέων και πολιτισμικών μεσολαβητών στις περισσότερες δημόσιες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (νοσοκομεία, κοινωνικές δομές κ.λπ.)

συνέχισαν επίσης να επιμένουν το 2022 Εκτός από την περιορισμένη ικανότητα του δημόσιου συστήματος υγείας, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη παρεμποδίστηκε περαιτέρω, λόγω της αναφερόμενης «γενικευμένης άρνησης των αρμόδιων δημοσίων υπαλλήλων να παράσχουν σε αιτούντες άσυλο ΑΜΚΑ (δηλαδή αριθμό κοινωνικής ασφάλισης), η οποία μέχρι την έναρξη ισχύος του άρθρου 55 του Μηχανισμού Προενταξιακής Βοήθειας. Αυτό επιδεινώθηκε περαιτέρω μετά από Εγκύκλιο που εκδόθηκε στις 11 Ιουλίου 2019, η οποία στην πράξη ανακαλούσε την πρόσβαση των αιτούντων άσυλο στον ΑΜΚΑ. Όπως σημειώθηκε από τη Διεθνή Αμνηστία τον Οκτώβριο του 2019, «*τα διοικητικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν πολλοί αιτούντες άσυλο και ασυνόδευτα παιδιά κατά την έκδοση ΑΜΚΑ έχουν επιδεινωθεί σημαντικά μετά την 11η Ιουλίου 2019, όταν το Υπουργείο Εργασίας ανακάλεσε την εγκύκλιο που ρύθμιζε την έκδοση ΑΜΚΑ σε μη Έλληνες πολίτες. Μετά την ανάκληση της εγκυκλίου, δεν τέθηκε σε εφαρμογή διαδικασία για την έκδοση ΑΜΚΑ σε αιτούντες άσυλο και ασυνόδευτους ανηλίκους*» (Asylum In Europe, 2023).

Η δημοσίευση της Κοινής Υπουργικής Απόφασης για την έκδοση του ΠΑΑΥΠΑ εκδόθηκε στις 31 Ιανουαρίου 2020, ενεργοποιώντας επίσημα τον μηχανισμό. Η ενεργοποίηση του αριθμού ΠΑΑΥΠΑ ανακοινώθηκε τον Απρίλιο του 2020 (Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου, 2020). Η απόκτηση του ΠΑΑΥΠΑ από τους δικαιούχους του (δηλαδή τους αιτούντες) καταγράφηκε ως αργή μέχρι το τέλος του έτους. Ενδεικτικά, έως τις 7 Δεκεμβρίου 2020, από τους 14.392 αιτούντες άσυλο που διέμενες στο πρόγραμμα φιλοξενίας ΕΣΤΙΑ ΙΙ, μόνο το 35% (περίπου 5.037) είχε αποκτήσει το ΠΑΑΥΠΑ. Πρέπει να επισημανθεί ότι ένα άλλο 39% (περίπου 5.612) των αιτούντων άσυλο που διαμένουν στην ΕΣΤΙΑ ΙΙ καταγράφηκαν ως κάτοχοι ΑΜΚΑ κατά την ίδια περίοδο, πιθανώς λόγω της άφιξης τους στην Ελλάδα πριν από την έκδοση του Ιουλίου 2019. Εγκύκλιος, η οποία, ωστόσο, εξακολουθεί να σημαίνει ότι το 36% των δικαιούχων δεν είχε πρόσβαση στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, εκτός από έκτακτα περιστατικά. Μέχρι το τέλος του έτους (31 Δεκεμβρίου), ο αριθμός των κατόχων ΠΑΑΥΠΑ ή/και ΑΜΚΑ στην ΕΣΤΙΑ ΙΙ (αιτούντες για άσυλο & δικαιούχοι διεθνούς προστασίας) καταγράφηκε σε 45%, αναδεικνύοντας τις συνεχιζόμενες προκλήσεις στον τομέ αυτό (Asylum In Europe, 2023).

Μέχρι τον Φεβρουάριο του 2021, παρόλο που οι προκλήσεις εξακολουθούν να υφίστανται, το θέμα της ΠΑΑΥΠΑ φαινόταν να έχει λυθεί σχεδόν πλήρως με το 80%

των δικαιούχων να κατέχουν ΠΑΑΥΠΑ και να καταβάλλονται προσπάθειες για την κάλυψη του υπόλοιπου πληθυσμού. Ωστόσο, καθώς η πρόσβαση στο ΠΑΑΥΠΑ εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από την πλήρη καταχώριση μιας αξίωσης και λαμβάνοντας υπόψη τις συνεχιζόμενες σχετικές καθυστερήσεις, ιδιαίτερα στην ηπειρωτική χώρα, ο χρόνος που απαιτείται για τους μη εγγεγραμμένους αιτούντες άσυλο ή αιτούντες με αστυνομικές σημειώσεις ή/και μόνο μια αρχική καταχώρισή τους. ο ισχυρισμός ότι απολαμβάνει πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας θα πρέπει να αξιολογηθεί περαιτέρω (Asylum Information Database, 2023).

Κεφάλαιο 3ο : Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Εμπόδια πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας από πολίτες τρίτων χωρών

Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στις χώρες υποδοχής τους είναι να αποκτήσουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Buja et aal., 2014). Αν και το ανθρώπινο δικαίωμα στην υγεία έχει οριστεί στο Σύνταγμα του 1948 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), καθώς και σε πολλά διεθνή νομικά έγγραφα, στην πράξη οι μετανάστες αντιμετωπίζουν συχνά επίσημα και άτυπα εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Αυτό περιλαμβάνει νομικά και διοικητικά εμπόδια, αλλά και αποτυχία ορισμένων συστημάτων υγείας να προσαρμόσουν την ποικιλομορφία και να παράσχουν πληροφορίες στους μετανάστες σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος (Norredam, Nielsen & Krasnik, 2010). Από όλες αυτές τις απόψεις, οι χώρες στην Ευρώπη παρουσιάζουν σημαντική μεταβλητότητα. Οι πεποιθήσεις σχετικά με την ανάγκη για υπηρεσίες υγείας, βασισμένες στην εμπειρία των μεταναστών στη χώρα καταγωγής τους, ενδέχεται επίσης να επηρεάσουν το πρότυπο χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο και στον αυξανόμενο αριθμό μεταναστών στην Ευρώπη, η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες και τα εμπόδια πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν έχει γίνει σημαντικό θέμα ενδιαφέροντος (Appoh, Felix & Pedersen, 2020).

Μέχρι σήμερα, καθώς η οικονομική κρίση έχει βαθύνει περαιτέρω στην Ελλάδα, οι δείκτες υγείας και οι κοινωνικοί δείκτες έχουν επιδεινωθεί περαιτέρω, ιδίως μεταξύ ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων όπως οι μετανάστες (Kentikelenis et al., 2015). Η πρόσβασή τους στα θεμελιώδη δικαιώματα για υγειονομική περίθαλψη είναι περιορισμένη. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής στα νοσοκομεία, η γραφειοκρατία, ο συνωστισμός τόσο στις πρωτοβάθμιες όσο και στις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, η ανεπαρκής υποδομή, οι δυσκολίες στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και το υψηλό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης αναδεικνύονται ως τα σημαντικότερα ζητήματα, αν και η έρευνα είναι πολύ περιορισμένη στο πεδίο (Economou et al., 2016). Ωστόσο, η ανεπαρκής υγειονομική περίθαλψη για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, λόγω εμποδίων πρόσβασης, αποτελεί σοβαρή απειλή για τη δημόσια υγεία για ολόκληρο τον πληθυσμό, καθώς και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος

κοινωνικού αποκλεισμού και «γκέτο» που θέτουν σε κίνδυνο την κοινωνική συνοχή. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να αναπτυχθούν οι συνθήκες για επαρκή υγειονομική περίθαλψη για τους μετανάστες το συντομότερο δυνατό, αλλά για να γίνει αυτό, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα στις πραγματικές του διαστάσεις, να ληφθούν στο φως στοιχεία για τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και δυσκολίες και εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και να καταγραφούν συγκεκριμένες προτάσεις για μέτρα (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018).

Για τους μετανάστες, τα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αποτελούν ένα περίπλοκο ζήτημα. Ειδικοί κίνδυνοι για την υγεία και προβλήματα πρόσβασης επηρεάζουν διαφορετικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των νεοαφιχθέντων μεταναστών, των ατόμων που ζουν σε κέντρα προσωρινής υποδοχής/ κράτησης και γενικά των μεταναστών χωρίς έγγραφα (Pandey et al., 2022). Επιπλέον, υπάρχουν πολλές προκλήσεις για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον, ορισμένες από τις οποίες μπορεί να είναι επίμονες για τους μετανάστες που έχουν μείνει στη χώρα υποδοχής για κάποιο χρονικό διάστημα. Μερικές από αυτές τις προκλήσεις είναι παρόμοιες με εκείνες που αντιμετωπίζουν εδραιωμένες εθνικές μειονότητες και μπορεί να περιλαμβάνουν: έλλειψη γνώσης σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες. γλωσσικές διαφορές, και ποικίλες πολιτιστικές στάσεις για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη (Hacker et al., 2015).

Η ανάλυση των εμποδίων πρόσβασης διαφόρων ομάδων μεταναστών περιπλέκεται περαιτέρω από την ευρεία έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τις ανάγκες υγείας των μεταναστών και την πρόσβαση σε υπηρεσίες. Η δυσκολία αναγνώρισης ενός ατόμου ως μετανάστη στα διοικητικά αρχεία εμποδίζει τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών και τα επιδημιολογικά που αφορούν αυτήν την ομάδα ανθρώπων (Peng & Li, 2023)

Τόσο οι νόμιμοι μετανάστες όσο και οι μετανάστες χωρίς έγγραφα αναγνωρίζονται ως μια ομάδα που αντιμετωπίζει πολυάριθμα εμπόδια στην πρόσβαση σε επαρκείς υπηρεσίες υγείας στις χώρες υποδοχής, λόγω, μεταξύ άλλων, της γλώσσας, της περιθωριοποίησης, της γραφειοκρατίας και του φόβου της απέλασης (Souliotis et al., 2019). Αυτά ισχύουν στην Ελλάδα, όπου μια προηγούμενη μελέτη επιβεβαίωσε πολιτιστικούς και γλωσσικούς φραγμούς στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας από μετανάστες χωρίς έγγραφα (Teunissen et al., 2016).

Παρόμοια, οι Papadakaki et al. (2017) πραγματοποίησαν τη μελέτη RESTORE στην Κρήτη, και έδειξαν ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ανέφεραν ότι αισθάνονται ανίσχυροι για την υποστήριξη της υγειονομικής περίθαλψης των μεταναστών με τόσο χαμηλή ικανότητα στο σύστημα, λόγω κυρίως δημοσιονομικών περιορισμών. Τόνισαν επίσης την έλλειψη κατάρτισης και δεξιοτήτων για εργασία με άτομα από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Τα εμπόδια σε επίπεδο παρόχου επιλέχθηκαν επίσης σε διαρθρωτικό επίπεδο, όπως η έλλειψη υπηρεσιών διερμηνέα, η πρόσβαση σε ραντεβού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η έλλειψη πρόσβασης στην ασφάλιση υγείας (O'Donnell et al., 2016). Το τελευταίο επισημαίνεται επίσης σε μια πολύ πρόσφατη ανασκόπηση. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί σημαντικό μέρος της ανθρωπιστικής απάντησης στη μεταναστευτική κρίση και αποτελεί αναγνωρισμένο ανθρώπινο δικαίωμα (Kotsiou et al., 2018). Επιδημιολογικά ή κλινικά δεδομένα τέτοιων ευάλωτων πληθυσμών θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την καθοδήγηση του προσυμπτωματικού ελέγχου και την ενημέρωση αποτελεσματικού σχεδιασμού υγείας που θα ανταποκρίνεται επαρκώς στις ανάγκες του πληθυσμού. Τέτοια δεδομένα θα μπορούσαν εξίσου να βοηθήσουν στη δημιουργία μιας αντικειμενικής εικόνας για την κατάσταση της υγείας των μεταναστών, τις ανάγκες υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, συμβάλλοντας έτσι στην αντιμετώπιση των σχετικών προκαταλήψεων και του στίγματος (Appoh et al., 2020; Czapka et al., 2018; Papadakaki et al., 2017).

Τέλος, πρέπει να αναφερθούν οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Ο ρατσισμός και η ξενοφοβία ιδιαίτερα κατά των μεταναστών αυξάνονται στην Ελλάδα (Fouskas et al., 2022). Τα αντι-μεταναστευτικά αισθήματα και οι κινητοποιήσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η ξενοφοβία έχουν ενταθεί καθώς οι κυβερνήσεις, οι τοπικές κοινωνίες, οι κοινότητες και τα άτομα αντιδρούν στους φόβους και τις προκλήσεις που σχετίζονται με την αντίληψη ότι οι μετανάστες είναι μια απειλή για τη δημόσια υγεία (Papadakaki et al., 2017). Αυτή η αντι-μεταναστευτική αντίληψη ενός μέρους του πληθυσμού και η ρητορική μίσους στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης στοχεύει τους μετανάστες. Η ξενοφοβία συνεπάγεται συμπεριφορές, προκαταλήψεις και πρακτικές που απορρίπτουν, αποκλείουν και συχνά δυσφημούν άτομα με βάση την πεποίθηση ότι είναι ξένοι (Papatzani, 2020). Αυτές οι αντιλήψεις έχουν

σημαντική επίπτωση στην πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Fouskas et al., 2022).

Επιπρόσθετα, αυτές οι αντιλήψεις αμβλύνθηκαν ακόμη περισσότερο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Οι ευάλωτες και μειονεκτούσες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων εθνοτικών μειονοτήτων, μεταναστών και ατόμων με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, επηρεάστηκαν δυσανάλογα από την εξάπλωση του COVID-19 (Langkulsen et al., 2023). Τα εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας μεταξύ αυτών των ομάδων, τα οποία τροφοδοτούνται από περίπλοκους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και μόνιμες διαρθρωτικές ανισορροπίες, αποκαλύφθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 (Fouskas et al., 2022).

Γενικότερα, κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι μετανάστες αντιμετώπισαν: (i) πρόβλημα πρόσβασης σε δομές υγείας ή θεραπείες, (iii) διαχωρισμό ή καραντίνα σε συνθήκες υπερπληθυσμού και ανθυγιεινών πρακτικών, (iv) καθυστερήσεις στους εμβολιασμούς και αποκλεισμός από τα γενικά προγράμματα περίθαλψης, (v) καθυστερήσεις στην έκδοση αδειών παραμονής καθώς και έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες μετανάστευσης/ασύλου, οδηγώντας τους σε επισφάλεια και ευπάθεια (Apostolopoulou & Liodaki, 2021; Kondilis et al., 2020).

Μέχρι σήμερα, η περιορισμένη βιβλιογραφία που έχει δημοσιευτεί για την υγεία των μεταναστών δεν επιτρέπει τη σωστή κατανόηση της πραγματικής επιβάρυνσης της υγείας που σχετίζεται με τους μετανάστες ή τις ανάγκες τους. Αυτό εμποδίζει περαιτέρω την ανάπτυξη κατάλληλων πολιτικών και δομών φιλοξενίας που θα βοηθούσαν να γίνει πιο ομαλή η μετάβαση για αυτούς τους πληθυσμούς.

Κεφάλαιο 4ο : Σκοπός και στόχοι

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την προσβασιμότητα και τις προτιμήσεις των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, με βάση την υπόθεση ότι η χρήση υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την υποκειμενική αντίληψη των εμποδίων πρόσβασης, και τις προτιμήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα. Στην κατεύθυνση επίτευξης του σκοπού της μελέτης, ορίστηκαν οι επιμέρους στόχοι της οι οποίοι καθορίστηκαν ως εξής:

- Εξέταση της βιβλιογραφίας σε ό,τι αφορά την προσβασιμότητα και τις προτιμήσεις των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας (η βιβλιογραφική ανασκόπηση προηγήθηκε στο Κεφάλαιο 2)
- Διερεύνηση του ποσοστού των μεταναστών που βιώνουν ή βίωσαν ανεκπλήρωτες ανάγκες στην υγειονομική περίθαλψη και καταγραφή των αιτιών που τις προκάλεσαν
- Εξέταση της υφιστάμενης κατάστασης της προσβασιμότητας των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας
- Εξέταση της προτίμησης για χρησιμοποίηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας επ' αμοιβή έναντι υπηρεσιών σε δημόσιες δομές
- Καταγραφή των εμποδίων που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας
- Καταγραφή των προσδοκιών των μεταναστών αναφορικά με το τι πρέπει να αλλάξει ώστε να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας
- Εντοπισμός των παραγόντων, κυρίως των δημογραφικών και κοινωνικο οικονομικών χαρακτηριστικών των μεταναστών, που συσχετίζονται με την προσβασιμότητα τις προτιμήσεις των μεταναστών

Κεφάλαιο 5ο : Μεθοδολογία

5.1 Είδος μελέτης και ερευνητικός σχεδιασμός

Για την εξυπηρέτηση των στόχων της παρούσης σχεδιάστηκε η διεξαγωγή μιας συγχρονικής ποσοτικέ μελέτης με τη χρήση ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς. Η συλλογή των στοιχείων διεξήχθη τον Ιούλιο-Αύγουστο 2023. Η ποσοτική έρευνα είναι ένα είδος έρευνας που επιτρέπει την αποτύπωση των αντιλήψεων μιας ομάδας του πληθυσμού (εδώ μεταναστών) για ένα θέμα (εδώ προσβασιμότητα και προτιμήσεις στις υπηρεσίες υγείας). Επιπλέον, η ποσοτική έρευνα επιτρέπει τη διερεύνηση πιθανών σχέσεων μεταξύ μεταβλητών (στην παρούσα εργασία μεταξύ κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων των μεταναστών και των αντιλήψεων τους για προσβασιμότητα και τους προτιμήσεις στις υπηρεσίες υγείας). Αντίστοιχα, ο συγχρονικός σχεδιασμός είναι κατάλληλος για την αποτύπωση ενός φαινομένου σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και όχι σε διαχρονικό πλαίσιο. Στην παρούσα έρευνα σκοπός ήταν η αποτύπωση των αντιλήψεων των μεταναστών για την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και η καταγραφή των προτιμήσεων τους την παρούσα χρονική περίοδο. Για το λόγο αυτό ο συγχρονικός σχεδιασμός κρίθηκε ο καταλληλότερός στα πλαίσια της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας (Setia, 2016).

5.2 Ερευνητικό εργαλείο

Στο πρώτο στάδιο της μελέτης διαμορφώθηκε το ερευνητικό εργαλείο (ερωτηματολόγιο), στο οποίο συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις για τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος των μεταναστών, οι αντιλήψεις τους για την υφιστάμενη προσβασιμότητα των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας, αλλά και οι προτιμήσεις τους για τις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, καταγράφηκαν οι απόψεις τους για τους τρόπους βελτίωσης της υφιστάμενης κατάστασης και οι αντιλήψεις τους για πιθανά εμπόδια και παράγοντες που δυσχεραίνουν την προσβασιμότητα στις

υπηρεσίες υγείας. Το αρχικό (ελληνική έκδοση) ερωτηματολόγιο της έρευνας δίνεται στο Παράρτημα Ι.

Για τη διαμόρφωση της αγγλικής μορφής του ερωτηματολογίου ακολουθήθηκε η προτυποποιημένη μεθοδολογία της πολιτισμικής προσαρμογής (forward translation, backward translation). Έγινε μετάφραση από την Ελληνική γλώσσα στην Αγγλική. Η μετάφραση ελέγχθηκε από έμπειρη ερευνήτρια στην πολιτισμική προσαρμογή (επιβλέπουσα καθηγήτρια) και έγιναν κάποιες ελάσσονες προσαρμογές, κυρίως στη μορφή. Ακολούθως έγινε μετάφραση του αγγλικού ερωτηματολογίου στην Ελληνική. Ακολούθησε σύγκριση αυτού ελληνικού ερωτηματολογίου με το αρχικό ερωτηματολόγιο, και έγιναν οι τελικές μορφοποιήσεις από την επιβλέπουσα καθηγήτρια. Το τελικό αγγλικό ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα ΙΙ. Συνολικά το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 24 ερωτήσεις

Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε για το Έντυπο Ενημέρωσης, όπως αυτό εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, στο πλαίσιο της έγκρισης της παρούσας μελέτης (Απόφαση 70924/24-7-2023, Παράρτημα ΙΙΙ). Το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα απάντησε το ερωτηματολόγιο της έρευνας, επιλέγοντας ο κάθε συμμετέχων/ουσα τη γλώσσα στην οποία ο ίδιος/α θεωρούσε ότι έχει μεγαλύτερο αλφαβητισμό.

5.3 Δειγματοληψία

Η ομάδα-στόχος της παρούσας μελέτης ήταν νόμιμοι μετανάστες στην Ελλάδα, ενήλικες (ηλικίας 18+ ετών), που κατοικούν στην περιοχή του Δήμου Αθηναίων, με επαρκή αλφαβητισμό σε ελληνικά ή αγγλικά, ώστε να μπορούν να απαντήσουν μόνοι τους το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο σε μια από αυτές τις δύο διατιθέμενες γλώσσες. Όσον αφορά στο μέγεθος του δείγματος για αυτήν την δύσκολα προσβάσιμη ομάδα-στόχο, είχε θεωρηθεί ως εφικτός στόχος τα περίπου 150 άτομα. Τελικά, το δείγμα της μελέτης διαμορφώθηκε σε 61 άτομα.

Εφαρμόστηκε η δειγματοληψία ευκολίας, καθώς επιτρέπει τον περιορισμό του κόστους αλλά και του χρόνου που χρειάζεται για τη συγκέντρωση των απαντήσεων από ομάδα πολιτών που είναι δύσκολο να προσεγγιστούν. Η δειγματοληψία ευκολίας

είναι μία μέθοδος επιλογής δείγματος και συλλογής δεδομένων κατά την οποία γίνεται η επιλογή όσο το δυνατό μεγαλύτερου δείγματος, κατά τη διάρκειά της συγκεντρώνουμε όλες τις παρατηρήσεις στις οποίες έχουμε εύκολη πρόσβαση. Βασικά κριτήρια κατά την επιλογή δείγματος ευκολίας είναι η εύκολη προσβασιμότητα καθώς και η ελαχιστοποίηση του χρόνου και του κόστους υλοποίησης της δειγματοληψίας (Bryman, 2017).

Η ερευνήτρια (μεταπτυχιακή φοιτήτρια), λόγω της εργασίας της σε ιδιωτική κλινική η οποία απευθύνεται σε νόμιμους μετανάστες, βάσει του ερευνητικού πρωτοκόλλου, προσέλκυσε μέλη για συμμετοχή στην έρευνα από μέλη της ομάδας-στόχου που προσερχόντουσαν στην κλινική. Τους ενημέρωνε για τον σκοπό της έρευνας, τους έδινε το Έντυπο Ενημέρωσης και τους ενημέρωνε σχετικά. Τους έδινε το Ερωτηματολόγιο με απαντητικό φάκελο, μέσα στο οποίο έβαζαν οι συμμετέχοντες το ερωτηματολόγιο αφού το συμπλήρωναν μόνοι τους και τον σφράγιζαν και τον άφηναν στην Υποδοχή της Κλινικής.

Η απάντηση της σχετικής πρώτης ερώτησης στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου και αυτή καθαυτή η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελούσαν το τεκμήριο της συναίνεσης για συμμετοχή στην έρευνα. Στο Έντυπο Ενημέρωσης υπήρχαν τα στοιχεία της ερευνήτριας, και κάθε συμμετέχων/ουσα στην έρευνα ενθαρρυνόταν να επικοινωνήσει μαζί της και να την φέρει σε επαφή με άλλα μέλη της ομάδας-στόχου, με τα οποία, μετά από ραντεβού, η ερευνήτρια ερχόταν σε επαφή ώστε να τους προσκαλεί για συμμετοχή στην έρευνα. Τα ερωτηματολόγια και η βάση δεδομένων θα διατηρηθούν σε ασφαλή χώρο για 2 έτη, ώστε να είναι δυνατή η δημοσίευση σε επιστημονικό περιοδικό. Ακολούθως θα καταστραφούν με σκοπό την ελαχιστοποίηση πιθανής παραβίασης ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και τήρησης της εμπιστευτικότητας. Πρόσβαση στα ερωτηματολόγια/πρωτογενή δεδομένα είχε μόνον η ερευνήτρια /μεταπτυχιακή φοιτήτρια.

5.4 Στατιστική ανάλυση – διαχείριση δεδομένων

Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν μέσω των ανώνυμων ερωτηματολογίων, κωδικοποιήθηκαν και περάστηκαν σε βάση δεδομένων στο Excel. Στη συνέχεια τα κωδικοποιημένα δεδομένων καταχωρήθηκαν στο λογισμικό στατιστικής ανάλυσης

δεδομένων SPSS, όπου και πραγματοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση τους. Για την ανάλυση των δεδομένων έγινε χρήση δεικτών περιγραφικής στατιστικής και εφαρμογή του στατιστικού κριτηρίου χ^2 (chi-square test for independency). Αρχικά, για τα δεδομένα της έρευνας υπολογίστηκαν οι δείκτες περιγραφικής στατιστικής που αφορούν τη συχνότητα (ν) και την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των μεταναστών. Οι δείκτες περιγραφικής στατιστικής είναι κατάλληλοι για την αποτύπωση του ποσοστού των μεταναστών που έχουν βιώσει ή βιώνουν ανεκπλήρωτες ανάγκες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, την αποτύπωση των αντιλήψεων τους για την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας αλλά και την αποτύπωση των προτιμήσεων τους. Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 με σκοπό να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των μεταναστών με τις αντιλήψεις τους για την προσβασιμότητα και τις προτιμήσεις στις υπηρεσίες υγείας. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 επιλέχθηκε καθώς όλες οι μεταβλητές της έρευνας (κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες και αντιλήψεις μεταναστών) αντιστοιχούν σε ποιοτικές κατηγορικές μεταβλητές. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 ελέγχει τη μηδενική υπόθεση:

H_0: Δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση μεταξύ της μεταβλητής X και της μεταβλητής Y

έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης:

H_A: Υπάρχει σημαντική εξάρτηση μεταξύ της μεταβλητής X και της μεταβλητής Y

Στην παρούσα ανάλυση όπου Χ ορίστηκαν κάθε φορά τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των μεταναστών και όπου Υ ορίστηκαν οι αντιλήψεις των μεταναστών για την προσβασιμότητα και τις προτιμήσεις στις υπηρεσίες υγείας. Η απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης είναι ένδειξη ότι το αντίστοιχο κοινωνικο-δημογραφικό χαρακτηριστικό σχετίζεται με την αντίστοιχη αντίληψη ή προτίμηση των μεταναστών. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 εφαρμόστηκε στα δεδομένα σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Κεφάλαιο 6ο : Αποτελέσματα

6.1 Δημογραφικό και κοινωνικο-οικονομικό προφίλ του δείγματος

Στην πρώτη ενότητα του κεφαλαίου των αποτελεσμάτων δίνονται τα στοιχεία που αφορούν το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ του δείγματος των 61 μεταναστών που συμμετείχα στην έρευνα. Συνολικά από τους 61 συμμετέχοντες το 50.8% (ν = 31) ήταν γυναίκες και το 41% (ν = 25) ήταν άντρες. Επιπλέον ένα ποσοστό της τάξης του 8.2% (ν = 5) δεν θέλησε να δώσει στοιχεία για το φύλο του. Αναφορικά με τη χώρα προέλευσης των μεταναστών. τα αποτελέσματα έδειξαν συμμετοχή από διάφορες χώρες. Ενδεικτικά το 21.7% (ν = 13) είχαν καταγωγή από τη Νιγηρία, το 16.7% (ν = 10) είχαν καταγωγή από το Πακιστάν και το 11.7% (ν = 7) είχαν καταγωγή από την Ουκρανία. Επιπλέον, ένα ποσοστό 27.9% (ν = 17) ανέφερε άλλη χώρα καταγωγής από τις αναγραφόμενες. Από την ανάλυση της άλλης χώρας καταγωγής που δήλωσαν προκύπτει ότι 5 είχαν καταγωγή από την Αλβανία, 3 από τη Μολδαβία, 2 από το Καμερούν, και από 1 από Αίγυπτο, Αιθιοπία, Ινδονησία, Καζακστάν, Πολωνία, Ρουμανία και Σουδάν. Αντίστοιχα, τα στοιχεία έδειξαν πως το 63.3% (ν = 38) των συμμετεχόντων ήταν Χριστιανού ενώ το 25% (ν = 15) ήταν Μουσουλμάνοι.

Από τον Πίνακα 1 προκύπτει πως η πλειοψηφία των μεταναστών βρίσκονταν στην Ελλάδα για περισσότερα από δύο χρόνια (ν = 47, 79.7%). Αναφορικά με το εισόδημα τους, τα στοιχεία δείχνουν πως το 51.7% (ν = 31) των συμμετεχόντων ανέφεραν πως τα βγάζουν πολύ δύσκολα ή δύσκολα πέρα ενώ το 33.3% (ν = 20) ανέφεραν πως έχουν μια μέτρια οικονομική κατάσταση. Αντίστοιχα, το 11.7% (ν= 7) των συμμετεχόντων ανέφεραν πως τα βγάζουν πολύ εύκολα ή εύκολα πέρα. Τα αποτελέσματα που αφορούν το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών του δείγματος της έρευνας δείχνουν πως το 15% (ν = 9) του δείγματος δεν είχε καμία εκπαίδευση ενώ το 10% (ν = 6) ανέφερε πως είτε έχει πάει αλλά δεν έχει τελειώσει το Δημοτικό είτε έχει τελειώσει το Δημοτικό. Αντίστοιχα, το 30% (ν = 18) του δείγματος ανέφερε πως έχει τελειώσει το Γυμνάσιο ή το Λύκειο και το 11.7% (ν =7) ανέφερε πως έχει μεταλυκειακές σπουδές ή είναι απόφοιτοι ΙΕΚ. Τέλος, το 30% (ν = 18) των μεταναστών ανέφεραν πως έχουν τελειώσει το πανεπιστήμιο.

Από τον Πίνακα 1 προκύπτει πως το 67.2% (ν = 41) των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν έγγαμοι και το 21.3% (ν = 13) ήταν άγαμοι. Αντίστοιχα, στο 31.1% (ν = 19) των μεταναστών ανέφεραν πως δεν έχουν παιδιά ενώ το 24.6% (ν = 15) ανέφεραν πως έχουν ένα παιδί, το 34.4% (ν = 21) ανέφεραν πως έχουν δύο παιδιά και το 9.8% (ν = 6) ανέφεραν πως έχουν τρία ή περισσότερα παιδιά.

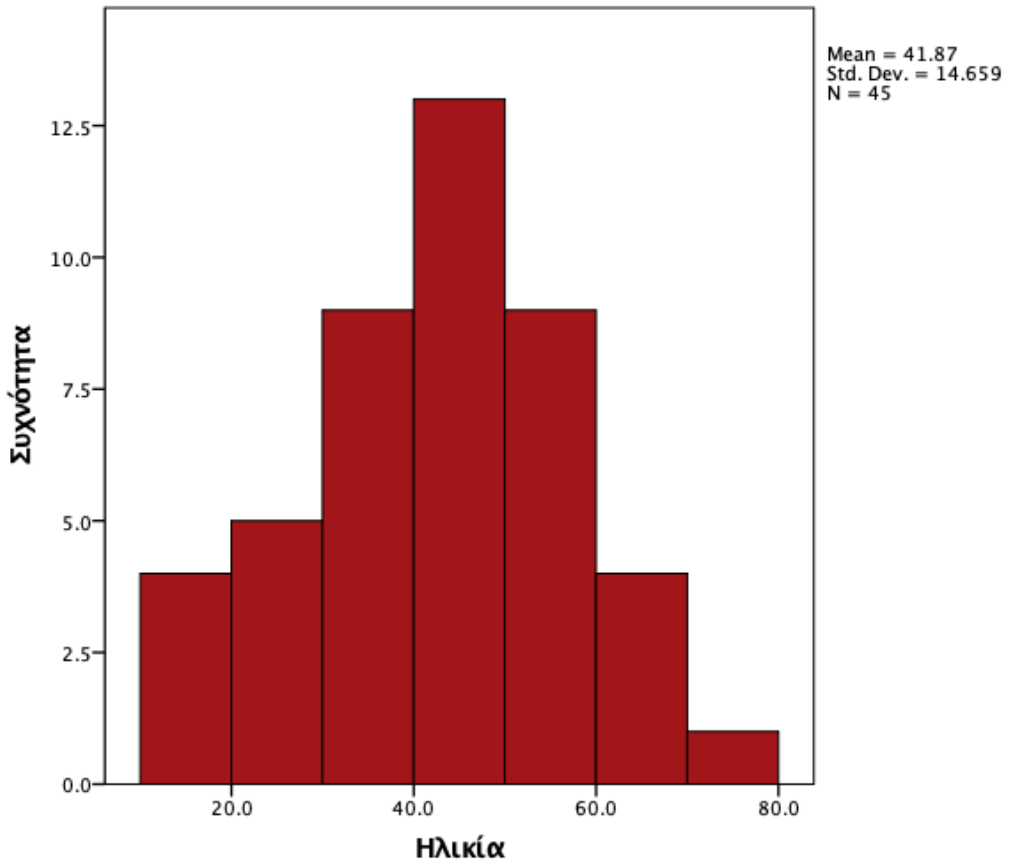
Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 27.9% (ν=17) των μεταναστών συμμετέχουν τακτικά σε δραστηριότητες κάποιου θρησκευτικού χώρου ενώ το 4.9% (ν = 3) ανέφεραν πως συμμετέχουν σε Κέντρο Κοινότητας Μεταναστών και το 4.9% (ν = 3) ανέφεραν πως συμμετέχουν σε κάποια οργάνωση. Ένα ποσοστό της τάξης τους 23% ν=14) ανέφερε πως συμμετέχει σε άλλη ομάδα ή κοινότητα ενώ το 39.3% (ν = 24) του δείγματος δε θέλησε να απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Πίνακας 1. Περιγραφικά αποτελέσματα για το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ του δείγματος

		ν	%
Φύλο	Γυναίκα	31	50.8%
	Άνδρας	25	41.0%
	Άλλο/δεν επιθυμώ να απαντήσω	5	8.2%
Χώρα προέλευσης	Πακιστάν	10	16.7%
	Νιγηρία	13	21.7%
	Μπαγκλαντές	2	3.3%
	Συρία	1	1.7%
	Ρωσία	2	3.3%
	Ουκρανία	7	11.7%
	Βουλγαρία	2	3.3%
	Άλλη	18	30.0%
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	5	8.3%
Θρήσκευμα	Μουσουλμάνος	15	25.0%
	Χριστιανός	38	63.3%
	Άλλο	2	3.3%
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	5	8.3%
Πόσο καιρό βρίσκεστε στην Ελλάδα	Λιγότερο από έξι μήνες	3	5.1%
	Έξι μήνες έως ένα χρόνο	4	6.8%
	Ένα με δύο χρόνια	3	5.1%
	Περισσότερο από δύο χρόνια	47	79.7%
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	2	3.4%
Με το τωρινό σας εισόδημα, πόσο εύκολα ή δύσκολα, θα λέγατε ότι τα βγάζετε πέρα;	Πολύ δύσκολα	16	26.7%
	Δύσκολα	15	25.0%
	Ούτε δύσκολα ούτε εύκολα (Μέτρια)	20	33.3%
	Εύκολα	6	10.0%

	Πολύ εύκολα	1	1.7%
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	2	3.3%
Έχετε πάει στο σχολείο, και αν ναι, ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσή σας;	Δεν έχω λάβει καθόλου εκπαίδευση	9	15.0%
	Έχω πάει αλλά δεν έχω τελειώσει το Δημοτικό	3	5.0%
	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	3	5.0%
	Γυμνάσιο	6	10.0%
	Λύκειο	12	20.0%
	Μεταλυκειακό/ΙΕΚ	7	11.7%
	Πανεπιστήμιο	18	30.0%
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	2	3.3%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η	41	67.2%
	Άγαμος-η	13	21.3%
	Διαζευγμένος-η	1	1.6%
	Χήρος-α	2	3.3%
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	4	6.6%
Πόσα παιδιά έχετε;	Κανένα	19	31.1%
	1 παιδί	15	24.6%
	2-3 παιδιά	21	34.4%
	Περισσότερα από 3 παιδιά	6	9.8%
Συμμετέχετε τακτικά σε κάποια ομάδα ή κοινότητα;	Κέντρο Κοινότητας Μεταναστών	3	4.9%
	Θρησκευτικό χώρο	17	27.9%
	Οργάνωση	3	4.9%
	Άλλο	14	23.0%
	Δεν ξέρω/δεν απαντώ	24	39.3%

Στο Διάγραμμα 1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η ηλικιακή κατανομή του δείγματος των μεταναστών. Από το σύνολο των 61 συμμετεχόντων οι 45 ανέφεραν την ηλικία τους ενώ 16 συμμετέχοντες δε θέλησαν να δηλώσουν την ηλικία τους. Η μέση ηλικία των 45 μεταναστών ήταν τα 41.9 έτη με το εύρος των ηλικιών να κυμαίνεται μεταξύ των 18 και των 73 ετών.



**16 συμμετέχοντες δεν θέλησαν να αναφέρουν την ηλικία τους*
Διάγραμμα 1. Ηλικιακή κατανομή στο δείγμα των μεταναστών

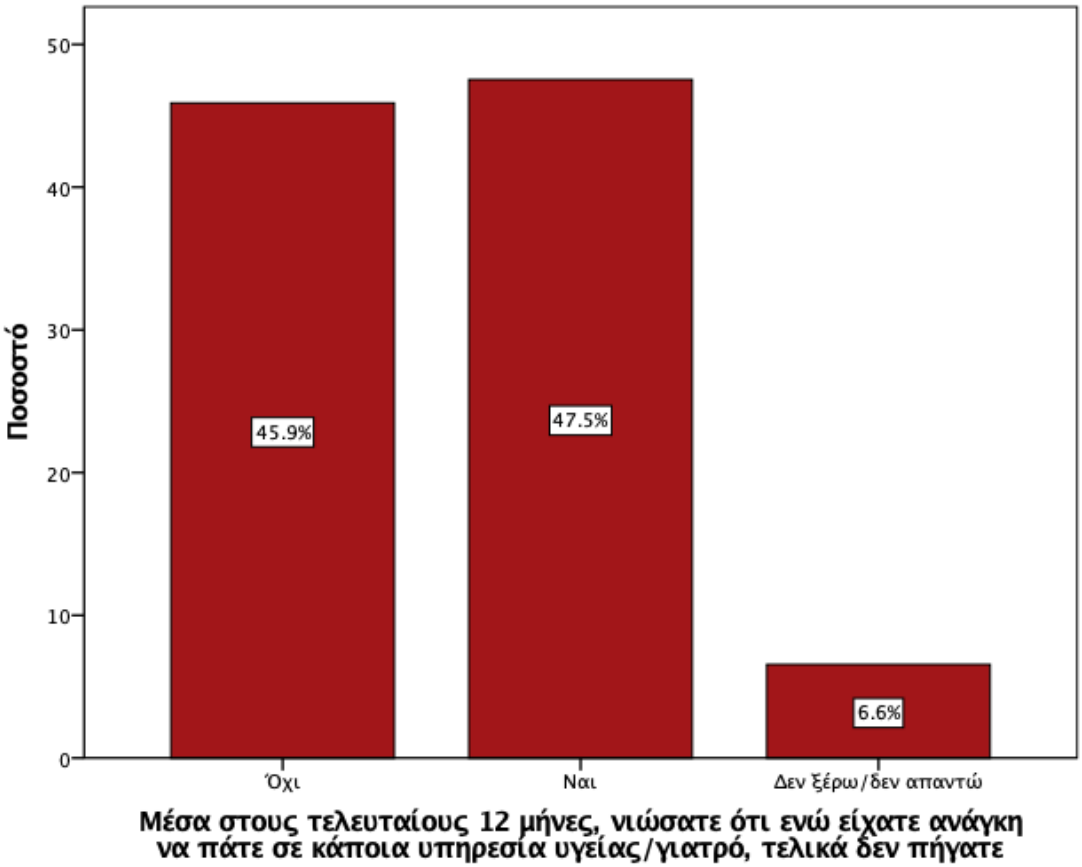
6.2 Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και αιτίες αυτών

Στη συνέχεια δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες που πιθανόν βιώνουν οι μετανάστες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Αρχικά παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα και εν συνεχεία δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης με βάση το κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ των μεταναστών.

6.2.1 Περιγραφικά αποτελέσματα για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας

Στο Διάγραμμα 2 δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης σχετικά με το ποσοστό των μεταναστών που κατά τους τελευταίους 12 μήνες ένιωσαν την ανάγκη να πάνε σε κάποια υπηρεσία υγείας/γιατρό, αλλά τελικά δεν πήγαν. Από τα ευρήματα προκύπτει

πως το 47.5% (ν = 29) των μεταναστών στο δείγμα της έρευνας τους τελευταίους 12 μήνες είχαν βιώσει κάποια στιγμή μια ανεκπλήρωτη ανάγκη καθώς ενώ έπρεπε να πάνε σε κάποια υπηρεσία υγείας/γιατρό, τελικά δεν πήγαν. Αντίθετα, το 45.9% (ν = 28) των μεταναστών ανέφεραν πως δεν είχαν βιώσει κάτι τέτοιο τους τελευταίους 12 μήνες ενώ το 6.6% (ν = 4) δεν θέλησαν να απαντήσουν στη συγκεκριμένη ερώτηση.



Διάγραμμα 2. Αποτελέσματα για το ποσοστό των μεταναστών που κατά τους τελευταίους 12 μήνες ένιωσαν την ανάγκη να πάνε σε κάποια υπηρεσία υγείας/γιατρό, αλλά τελικά δεν πήγαν

Στον Πίνακα 2 δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης σχετικά με αιτίες που εμπόδισαν τους μετανάστες κατά τους τελευταίους 12 μήνες να μην πάνε σε κάποια υπηρεσία υγείας/γιατρό παρότι ένιωσαν την ανάγκη να πάνε. Από τα ευρήματα προκύπτει πως από το σύνολο του δείγματος των μεταναστών, το 16.4% (ν = 10) ανέφεραν πως δεν ήξεραν που να βρούνε υπηρεσία υγείας ή/και γιατρό, το 14.8% (ν = 9) ανέφεραν πως δεν είχαν τα χρήματα για να πληρώσουν γιατρό και το 14.8% (ν = 9) ανέφεραν πως δεν είχαν ασφάλιση υγείας. Αντίστοιχα, το 13.1% (ν = 8) των μεταναστών ανέφεραν πως δεν μπορούσαν να λείψουν από τη δουλειά τους και το 11.5% (ν = 7) ανέφεραν ως αιτία την απόσταση από την υπηρεσία υγείας. Αρκετά μικρότερο ποσοστό του δείγματος ανέφερε πως η αιτία των ανεκπλήρωτων αναγκών

τους ήταν η δυσκολία συνεννόησης λόγω της γλώσσας. Τέλος, ένα ποσοστό της τάξης του 16.4% (ν = 10) των μεταναστών ανέφεραν άλλη αιτία και το 4.9% (ν=3) δεν θέλησαν να απαντήσουν στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Πίνακας 2. Αποτελέσματα για τις αιτίες που εμπόδισαν τους μετανάστες κατά τους τελευταίους 12 μήνες να μην πάνε σε κάποια υπηρεσία υγείας/γιατρό παρότι ένιωσαν την ανάγκη να πάνε

	Όχι		Ναι	
	ν	%	ν	%
Δεν ήξερα που να βρω υπηρεσία υγείας/γιατρό	51	83.6%	10	16.4%
Η υπηρεσία υγείας είναι μακριά	54	88.5%	7	11.5%
Δεν είχα τα χρήματα για να πληρώσω γιατρό	52	85.2%	9	14.8%
Δεν είχα ασφάλιση	52	85.2%	9	14.8%
Έχω δυσκολία συνεννόησης γιατί δεν μιλάω ελληνικά	58	95.1%	3	4.9%
Δεν μπορούσα να λείψω από τη δουλειά μου	53	86.9%	8	13.1%
Άλλο	51	83.6%	10	16.4%
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	58	95.1%	3	4.9%

Από τους 29 που δήλωσαν ότι ενώ ένιωσαν ιατρική ανάγκη τελικά δεν χρησιμοποίησαν κάποια υπηρεσία υγείας, οι αιτίες είναι οι παρακάτω:

Έχω δυσκολία συνεννόησης γιατί δεν μιλάω ελληνικά 93.1% (v=27)

Η υπηρεσία υγείας είναι μακριά 89.7% (n=26)

Δεν μπορούσα να λείψω από τη δουλειά μου 89.7% (n=26)

Δεν είχα ασφάλιση 82.8% (n=24)

Δεν είχα τα χρήματα για να πληρώσω γιατρό 72.4% (n=21)

Δεν ήξερα που να βρω υπηρεσία υγείας/γιατρό 69.0% (n=20)

6.2.2 Σχέση ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών

Στη συνέχεια με εφαρμογή του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 πραγματοποιήθηκε ανάλυση με σκοπό να εξεταστεί το κατά πόσο οι ανεκπλήρωτες ανάγκες των μεταναστών σχετίζονται με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους. Από τον Πίνακα 3 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μόνο μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των μεταναστών και του κατά πόσο βίωσαν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (χ^2 = 4.351, p = 0.037). Τα ευρήματα δείχνουν πως το ποσοστό των μεταναστών με άλλη οικογενειακή κατάσταση (διαζευγμένοι ή χήροι) που βίωσαν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας ήταν 66.7% ενώ το ποσοστό των μεταναστών που ήταν άγαμοι και βίωσαν ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν 53.8% και το ποσοστό των μεταναστών που ήταν έγγαμοι και βίωσαν ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν 46.3%.

Ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 έδειξε πως τα υπόλοιπα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταναστών δε συνδέονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το αν βιώνουν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (p>0.05 σε όλες τις αναλύσεις).

Πίνακας 3. Ποσοστό μεταναστών που βίωσαν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Μέσα στους τελευταίους 12 μήνες, νιώσατε ότι ενώ είχατε ανάγκη να πάτε σε κάποια υπηρεσία υγείας/γιατρό, τελικά δεν πήγατε			χ^2	p
		Όχι	Ναι	Δεν ξέρω/δεν απαντώ		
Φύλο	Γυναίκα	45.2%	54.8%	0.0%	3.246	0.197
	Άνδρας	52.0%	40.0%	8.0%		
Ηλικία	Έως 25	50.0%	50.0%	0.0%	6.581	0.582
	26-35	25.0%	50.0%	25.0%		
	36-45	50.0%	50.0%	0.0%		

	46-55	50.0%	43.8%	6.3%		
	56+	40.0%	60.0%	0.0%		
Εισόδημα	Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	38.7%	54.8%	6.5%	4.025	0.403
	Μέτρια	55.0%	45.0%	0.0%		
	Εύκολα/ Πολύ εύκολα	57.1%	28.6%	14.3%		
Εκπαίδευση	Έως και Δημοτικό	46.7%	46.7%	6.7%	3.705	0.717
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	44.4%	50.0%	5.6%		
	Μεταλυκειακό/ΙΕΚ	14.3%	71.4%	14.3%		
	Πανεπιστήμιο	55.6%	38.9%	5.6%		
Οικογενειακή	Έγγαμος-η	51.2%	46.3%	2.4%	4.351	0.037
κατάσταση	Άγαμος-η	38.5%	53.8%	7.7%		
	Άλλο	0.0%	66.7%	33.3%		
Χρόνος διαμονής	Έως 1 έτος	57.1%	42.9%	0.0%	0.613	0.736
	Πάνω από 1 έτος	44.0%	52.0%	4.0%		

Στον Πίνακα 4 δίνονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 για τη διερεύνηση του κατά πόσο οι αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σχετίζονται με το φύλο των μεταναστών. Τα ευρήματα ανέδειξαν στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του φύλου με το κατά πόσο δεν μπορούσαν να βρουν υπηρεσία υγείας/ γιατρό ($\chi^2 = 5.912$, $p = 0.015$) και με τις άλλες αιτίες ($\chi^2 = 4.764$, $p = 0.029$). Τα στοιχεία δείχνουν πως οι γυναίκες (29%) είναι πιο πιθανό να μην μπορούν να βρουν υπηρεσία υγείας/ γιατρό από τους άντρες (4%). Αντίθετα, τα ευρήματα δείχνουν πως οι άντρες (28%) είναι πιο πιθανό να επηρεαστούν από άλλες αιτίες σε σύγκριση με τις γυναίκες (6.5%).

Πίνακας 4. Αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με το φύλο των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Φύλο		χ^2	p
		Γυναίκα	Άνδρας		
Δεν ήξερα που να βρω υπηρεσία	Όχι	71.0%	96.0%	5.912	0.015
υγείας/γιατρό	Ναι	29.0%	4.0%		
Η υπηρεσία υγείας είναι μακριά	Όχι	93.5%	80.0%	2.322	0.128

	Ναι	6.5%	20.0%		
Δεν είχα τα χρήματα για να	Όχι	87.1%	80.0%	0.517	0.472
πληρώσω γιατρό	Ναι	12.9%	20.0%		
Δεν είχα ασφάλιση	Όχι	93.5%	88.0%	0.524	0.469
	Ναι	6.5%	12.0%		
Έχω δυσκολία συνεννόησης γιατί	Όχι	93.5%	96.0%	0.164	0.685
δεν μιλάω ελληνικά	Ναι	6.5%	4.0%		
Δεν μπορούσα να λείψω από τη	Όχι	83.9%	88.0%	0.193	0.661
δουλειά μου	Ναι	16.1%	12.0%		
Άλλο	Όχι	93.5%	72.0%	4.764	0.029
	Ναι	6.5%	28.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	96.8%	92.0%	0.622	0.430
	Ναι	3.2%	8.0%		

Αντίστοιχη ανάλυση συμπεριλαμβάνοντας μόνον τους 29, οι οποίοι δήλωσαν ότι ενώ ένιωσαν ιατρική ανάγκη τελικά δεν έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας, έδειξε παρόμοιο εύρημα, ότι δηλ. στατιστικώς σημαντικά ($p<0.05$) μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (47.1%) δήλωσαν ότι δεν ήξεραν που να βρουν υπηρεσία υγείας/γιατρό συγκριτικά με τους άνδρες (10.0%).

Στον Πίνακα 5 δίνονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 για τη διερεύνηση του κατά πόσο οι αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σχετίζονται με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών. Τα ευρήματα ανέδειξαν στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ηλικιακής ομάδας με το κατά πόσο η αιτία που προκάλεσε της ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν η απόσταση από την υπηρεσία υγείας ($\chi^2 = 8.575$, $p = 0.020$). Τα στοιχεία δείχνουν πως οι μετανάστες ηλικίας 46-55 ετών (12.5%) επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την απόσταση από την υπηρεσία υγείας σε σύγκριση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες (0%).

Πίνακας 5. Αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Ηλικία					χ^2	p
		Έως 25	26-35	36-45	46-55	56+		
Δεν ήξερα που να βρω	Όχι	75.0%	100.0%	87.5%	81.3%	80.0%	2.273	0.686
υπηρεσία υγείας/γιατρό	Ναι	25.0%	0.0%	12.5%	18.8%	20.0%		
Η υπηρεσία υγείας είναι μακριά	Όχι	100.0%	100.0%	100.0%	87.5%	60.0%	8.575	0.020
	Ναι	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	40.0%		
Δεν είχα τα χρήματα για να	Όχι	62.5%	100.0%	100.0%	87.5%	80.0%	6.707	0.152
πληρώσω γιατρό	Ναι	37.5%	0.0%	0.0%	12.5%	20.0%		
Δεν είχα ασφάλιση	Όχι	100.0%	87.5%	87.5%	93.8%	80.0%	1.938	0.747
	Ναι	0.0%	12.5%	12.5%	6.3%	20.0%		
Έχω δυσκολία συνεννόησης	Όχι	87.5%	100.0%	100.0%	93.8%	100.0%	2.322	0.677
γιατί δεν μιλάω ελληνικά	Ναι	12.5%	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%		
Δεν μπορούσα να λείψω από τη	Όχι	87.5%	87.5%	75.0%	87.5%	80.0%	0.846	0.932
δουλειά μου	Ναι	12.5%	12.5%	25.0%	12.5%	20.0%		
Άλλο	Όχι	75.0%	87.5%	75.0%	81.3%	100.0%	1.815	0.770
	Ναι	25.0%	12.5%	25.0%	18.8%	0.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	87.5%	87.5%	87.5%	100.0%	100.0%	2.813	0.590
	Ναι	12.5%	12.5%	12.5%	0.0%	0.0%		

Αντίστοιχη ανάλυση συμπεριλαμβάνοντας μόνον τους 29, οι οποίοι δήλωσαν ότι ενώ ένιωσαν ιατρική ανάγκη τελικά δεν έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας, έδειξε παρόμοιο εύρημα, ότι δηλ. στατιστικώς σημαντικά ($p<0.01$) μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ηλικίας 56+ ετών (66.7%) να δηλώνουν ότι η υπηρεσία υγείας είναι μακρυά.

Στον Πίνακα 6 δίνονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 για τη διερεύνηση του κατά πόσο οι αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σχετίζονται με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών. Τα ευρήματα ανέδειξαν στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης με το ότι δεν είχαν χρήματα για να πληρώσουν γιατρό ($\chi^2 = 8.452$, $p = 0.015$) και με το ότι δεν είχαν ασφάλιση υγείας ($\chi^2 = 10.598$, $p = 0.005$). Τα στοιχεία δείχνουν πως οι άγαμοι (38.5%) μετανάστες είναι πιο πιθανό να μην έχουν χρήματα για να πληρώσουν γιατρό σε σύγκριση με τους έγγαμους (7.3%) ή τους διαζευγμένους/ χήρους (0%). Αντίθετα, οι διαζευγμένοι/ χήροι μετανάστες

(66.7%) είναι πιο πιθανό να μην έχουν ασφάλιση υγείας σε σύγκριση με τους έγγαμους (7.3%) ή τους άγαμους (7.7%)

Πίνακας 6. Αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Οικογενειακή κατάσταση			χ^2	p
		Έγγαμος-η	Άγαμος-η	Άλλο		
Δεν ήξερα που να βρω υπηρεσία υγείας/γιατρό	Όχι	82.9%	76.9%	100.0%	0.920	0.631
	Ναι	17.1%	23.1%	0.0%		
Η υπηρεσία υγείας είναι μακριά	Όχι	90.2%	84.6%	66.7%	1.593	0.451
	Ναι	9.8%	15.4%	33.3%		
Δεν είχα τα χρήματα για να πληρώσω γιατρό	Όχι	92.7%	61.5%	100.0%	8.452	0.015
	Ναι	7.3%	38.5%	0.0%		
Δεν είχα ασφάλιση	Όχι	92.7%	92.3%	33.3%	10.598	0.005
	Ναι	7.3%	7.7%	66.7%		
Έχω δυσκολία συνεννόησης γιατί δεν μιλάω ελληνικά	Όχι	97.6%	84.6%	100.0%	3.493	0.174
	Ναι	2.4%	15.4%	0.0%		
Δεν μπορούσα να λείψω από τη δουλειά μου	Όχι	85.4%	84.6%	100.0%	0.522	0.770
	Ναι	14.6%	15.4%	0.0%		
Άλλο	Όχι	82.9%	76.9%	100.0%	0.920	0.631
	Ναι	17.1%	23.1%	0.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	95.1%	92.3%	100.0%	0.333	0.847
	Ναι	4.9%	7.7%	0.0%		

Αντίστοιχη ανάλυση συμπεριλαμβάνοντας μόνον τους 29, οι οποίοι δήλωσαν ότι ενώ ένιωσαν ιατρική ανάγκη τελικά δεν έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας, έδειξε παρόμοιο εύρημα, ότι δηλ. στατιστικώς σημαντικά ($p<0.05$) μεγαλύτερο ποσοστό των άγαμων ατόμων (71.4%) να δηλώνουν ότι δεν είχαν τα χρήματα για να πληρώσω γιατρό. Αντίθετα, η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης δεν βρέθηκε να έχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση. Σε στατιστικώς σημαντικά ($p<0.05$) μεγαλύτερο ποσοστό (28.6%) βρέθηκε ότι οι άγαμοι δηλώνουν ότι έχουν δυσκολία συνεννόησης γιατί δεν μιλούν ελληνικά.

Στον Πίνακα 7 δίνονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 για τη διερεύνηση του κατά πόσο οι αιτίες που προκαλούν τις

ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σχετίζονται με την εκπαίδευση των μεταναστών. Τα ευρήματα ανέδειξαν στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης με το κατά πόσο δεν μπορούσαν να βρουν υπηρεσία υγείας/ γιατρό (χ^2 = 7.545, p = 0.026). Τα στοιχεία δείχνουν πως οι απόφοιτοι πανεπιστημίου (0%) μετανάστες είναι λιγότερο πιθανό να μην μπορούν να βρουν υπηρεσία υγείας/ γιατρό σε σύγκριση με όσους είχαν λάβει εκπαίδευση έως και το Δημοτικό (20%), σε σύγκριση με όσους ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου/ Λυκείου (16.7%) και σε σύγκριση με όσους ήταν απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης/ ΙΕΚ (42.9%).

Πίνακας 7. Αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Εκπαίδευση				χ^2	p
		Έως και Δημοτικό	Γυμνάσιο / Λύκειο	Μεταλυκειακό/ ΙΕΚ	Πανεπιστήμιο		
Δεν ήξερα που να βρω υπηρεσία υγείας/γιατρό	Όχι	80.0%	83.3%	57.1%	100.0%	7.545	0.026
	Ναι	20.0%	16.7%	42.9%	0.0%		
Η υπηρεσία υγείας είναι μακριά	Όχι	86.7%	94.4%	100.0%	77.8%	3.451	0.327
	Ναι	13.3%	5.6%	0.0%	22.2%		
Δεν είχα τα χρήματα για να πληρώσω γιατρό	Όχι	86.7%	77.8%	71.4%	94.4%	2.944	0.400
	Ναι	13.3%	22.2%	28.6%	5.6%		
Δεν είχα ασφάλιση	Όχι	93.3%	77.8%	85.7%	83.3%	1.540	0.673
	Ναι	6.7%	22.2%	14.3%	16.7%		
Έχω δυσκολία συνεννόησης γιατί δεν μιλάω ελληνικά	Όχι	100.0%	94.4%	85.7%	94.4%	2.014	0.569
	Ναι	0.0%	5.6%	14.3%	5.6%		
Δεν μπορούσα να λείψω από τη δουλειά μου	Όχι	93.3%	88.9%	85.7%	77.8%	1.827	0.609
	Ναι	6.7%	11.1%	14.3%	22.2%		
Άλλο	Όχι	93.3%	88.9%	85.7%	72.2%	3.235	0.357
	Ναι	6.7%	11.1%	14.3%	27.8%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	93.3%	100.0%	100.0%	94.4%	1.600	0.659
	Ναι	6.7%	0.0%	0.0%	5.6%		

Αντίστοιχη ανάλυση συμπεριλαμβάνοντας μόνον τους 29, οι οποίοι δήλωσαν ότι ενώ ένιωσαν ιατρική ανάγκη τελικά δεν έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας, δεν έδειξε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της εκπαίδευσης με καμιά από τις αιτίες.

Στον Πίνακα 8 δίνονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 για τη διερεύνηση του κατά πόσο οι αιτίες που προκαλούν τις

ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σχετίζονται με την οικονομική κατάσταση (εισόδημα) των μεταναστών. Τα ευρήματα έδειξαν πως δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης των μεταναστών και των αιτιών που προκαλούν τις ανεκπλήρωτές ανάγκες ($p>0.05$ σε όλες τις αναλύσεις).

Πίνακας 8. Αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Εισόδημα			χ^2	p
		Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	Μέτρια	Εύκολα/ Πολύ εύκολα		
Δεν ήξερα που να βρω υπηρεσία υγείας/γιατρό	Όχι	83.9%	80.0%	100.0%	1.601	0.449
	Ναι	16.1%	20.0%	0.0%		
Η υπηρεσία υγείας είναι μακριά	Όχι	87.1%	85.0%	100.0%	1.143	0.565
	Ναι	12.9%	15.0%	0.0%		
Δεν είχα τα χρήματα για να πληρώσω γιατρό	Όχι	77.4%	95.0%	85.7%	2.875	0.237
	Ναι	22.6%	5.0%	14.3%		
Δεν είχα ασφάλιση	Όχι	83.9%	90.0%	85.7%	0.386	0.825
	Ναι	16.1%	10.0%	14.3%		
Έχω δυσκολία συνεννόησης γιατί δεν μιλάω ελληνικά	Όχι	93.5%	95.0%	100.0%	0.486	0.784
	Ναι	6.5%	5.0%	0.0%		
Δεν μπορούσα να λείψω από τη δουλειά μου	Όχι	87.1%	80.0%	100.0%	1.789	0.409
	Ναι	12.9%	20.0%	0.0%		
Άλλο	Όχι	83.9%	90.0%	71.4%	1.383	0.502
	Ναι	16.1%	10.0%	28.6%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	100.0%	90.0%	85.7%	3.826	0.148
	Ναι	0.0%	10.0%	14.3%		

Αντίστοιχη ανάλυση συμπεριλαμβάνοντας μόνον τους 29, οι οποίοι δήλωσαν ότι ενώ ένιωσαν ιατρική ανάγκη τελικά δεν έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας, έδειξε παρόμοιο εύρημα, δηλ. καμιά στατιστικώς σημαντική ($p>0.05$) συσχέτιση με τις αιτίες.

Στον Πίνακα 9 δίνονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 για τη διερεύνηση του κατά πόσο οι αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σχετίζονται με τα έτη διαμονής τους στην Ελλάδα των μεταναστών. Τα ευρήματα έδειξαν πως δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική

εξάρτηση μεταξύ των ετών των διαμονής στην Ελλάδα και των αιτιών που προκαλούν τις ανεκπλήρωτές ανάγκες (p>0.05 σε όλες τις αναλύσεις).

Πίνακας 9. Αιτίες που προκαλούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Χρόνος διαμονής		χ^2	p
		Έως 1 έτος	Πάνω από 1 έτος		
Δεν ήξερα που να βρω υπηρεσία υγείας/γιατρό	Όχι	71.4%	84.0%	0.671	0.413
	Ναι	28.6%	16.0%		
Η υπηρεσία υγείας είναι μακριά	Όχι	71.4%	90.0%	1.966	0.161
	Ναι	28.6%	10.0%		
Δεν είχα τα χρήματα για να πληρώσω γιατρό	Όχι	85.7%	84.0%	0.014	0.907
	Ναι	14.3%	16.0%		
Δεν είχα ασφάλιση	Όχι	71.4%	90.0%	1.966	0.161
	Ναι	28.6%	10.0%		
Έχω δυσκολία συνεννόησης γιατί δεν μιλάω ελληνικά	Όχι	100.0%	94.0%	0.443	0.506
	Ναι	0.0%	6.0%		
Δεν μπορούσα να λείψω από τη δουλειά μου	Όχι	100.0%	84.0%	1.303	0.254
	Ναι	0.0%	16.0%		
Άλλο	Όχι	100.0%	82.0%	1.496	0.221
	Ναι	0.0%	18.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	100.0%	94.0%	0.443	0.506

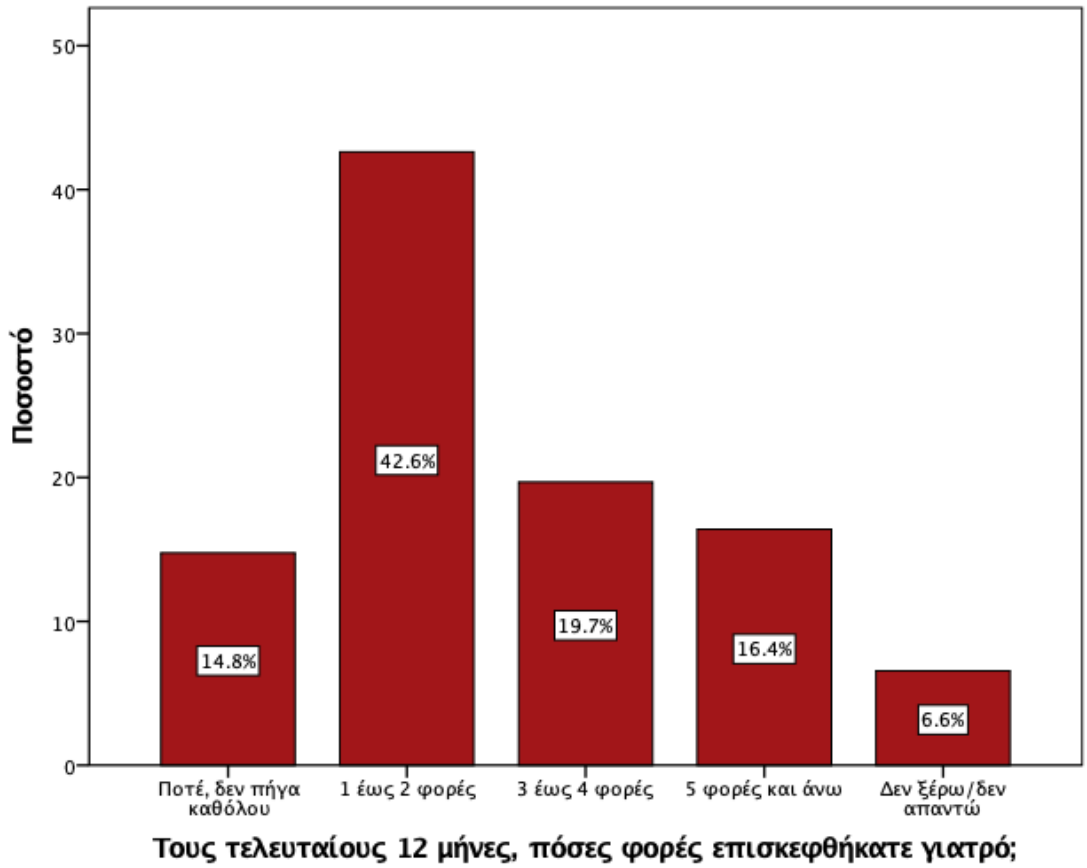
Αντίστοιχη ανάλυση συμπεριλαμβάνοντας μόνον τους 29, οι οποίοι δήλωσαν ότι ενώ ένιωσαν ιατρική ανάγκη τελικά δεν έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας, έδειξε παρόμοιο εύρημα, δηλ. καμιά στατιστικώς σημαντική (p>0.05) συσχέτιση με τις αιτίες.

6.3 Χρήση υπηρεσιών υγείας και διευκολυντικός παράγοντας

Στη συνέχεια δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα. Αρχικά παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα και εν συνεχεία δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης με βάση το κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ των μεταναστών.

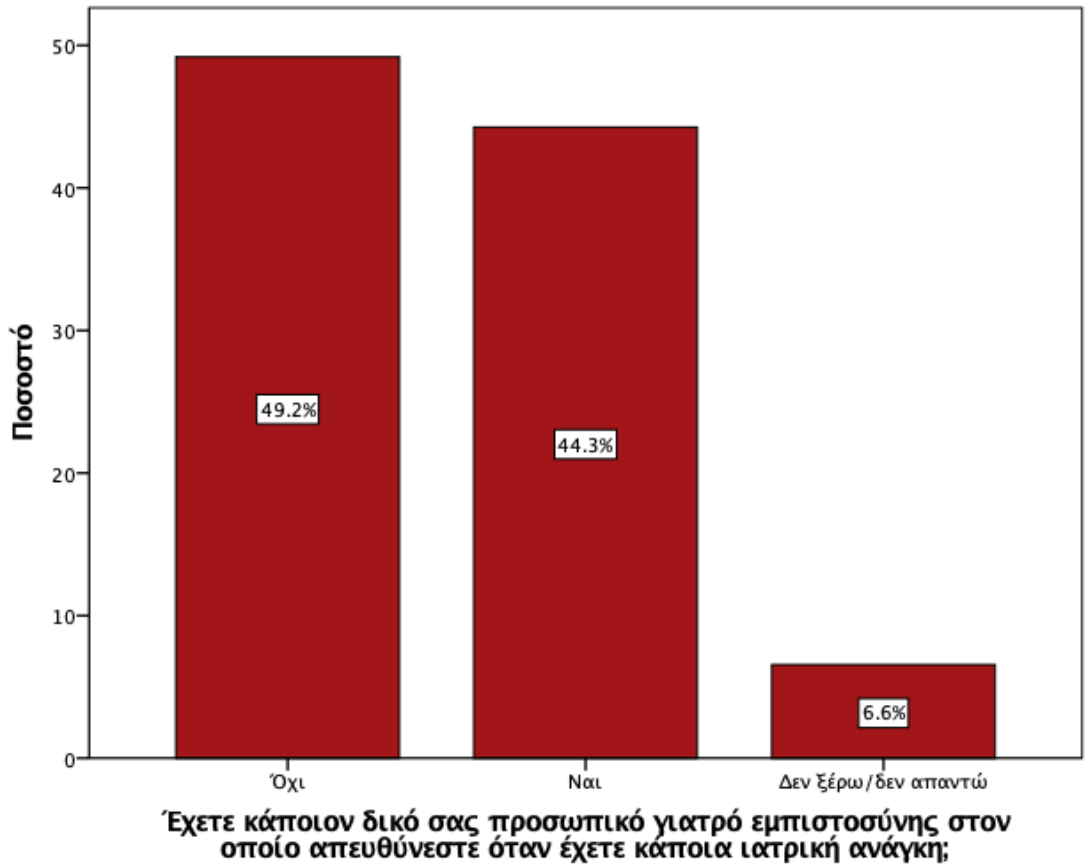
6.3.1 Περιγραφικά αποτελέσματα για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τους διευκολυντικούς παράγοντες

Στο Διάγραμμα 3 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το πόσο συχνά οι μετανάστες επισκέφθηκαν γιατρό κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Τα ευρήματα δείχνουν πως το 42.6% (ν = 26) των μεταναστών επισκέφθηκαν 1 με 2 φορές γιατρό κατά τους τελευταίους 12 μήνες ενώ το 19.7% (ν = 12) ανέφεραν πως επισκέφθηκαν γιατρό 3 με 4 φορές και το 16.4% (ν = 10) ανέφεραν πως επισκέφθηκαν γιατρό περισσότερες από 5 φορές τους τελευταίους 12 μήνες. Αντίθετα, ένα ποσοστό της τάξης του 14.8% (ν = 9) των συμμετεχόντων ανέφεραν πως δεν επισκέφθηκαν ποτέ γιατρό κατά το τελευταίο έτος.



Διάγραμμα 3. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά οι μετανάστες επισκέφθηκαν γιατρό κατά τους τελευταίους 12 μήνες

Από το Διάγραμμα 4 προκύπτει πως από το 44.3% (ν = 27) του δείγματος των μεταναστών ανέφεραν πως έχουν κάποιον γιατρό εμπιστοσύνης στον οποίο απευθύνονται όταν έχουν κάποια ιατρική ανάγκη. Αντίθετα, το 49.2% (ν = 30) ανέφεραν πως δεν έχουν κάποιον γιατρό εμπιστοσύνης στον οποίο απευθύνονται όταν έχουν κάποια ιατρική ανάγκη ενώ το 6.6% (ν = 4) δεν απάντησαν στην ερώτηση.



Διάγραμμα 4. Αποτελέσματα για το αν οι μετανάστες έχουν κάποιον γιατρό εμπιστοσύνης στον οποίο απευθύνονται όταν έχουν κάποια ιατρική ανάγκη

6.3.2 Σχέση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και των διευκολυντικών παραγόντων με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών

Στη συνέχεια με εφαρμογή του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 πραγματοποιήθηκε ανάλυση με σκοπό να εξεταστεί το κατά πόσο η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες σχετίζεται με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους. Στον Πίνακα 10 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα αναφορικά με τη συχνότητα επίσκεψης στο γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών. Τα ευρήματα έδειξαν πως το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών δε σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το πόσο συχνά επισκέφθηκαν γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες καθώς σε όλες τις αναλύσεις καταγράφηκε p άνω του 0.05.

Πίνακας 10. Συχνότητα επίσκεψης στο γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές επισκεφθήκατε γιατρό;					χ^2	p
		Ποτέ, δεν πήγα καθόλου	1 έως 2 φορές	3 έως 4 φορές	5 φορές και άνω	Δεν ξέρω/δεν απαντώ		
Φύλο	Γυναίκα	12.9%	45.2%	19.4%	12.9%	9.7%	3.981	0.409
	Άνδρας	20.0%	40.0%	16.0%	24.0%	0.0%		
Ηλικία	Έως 25	0.0%	62.5%	25.0%	12.5%	0.0%	23.133	0.110
	26-35	12.5%	0.0%	12.5%	50.0%	25.0%		
	36-45	12.5%	62.5%	12.5%	0.0%	12.5%		
	46-55	18.8%	25.0%	31.3%	18.8%	6.3%		
	56+	20.0%	80.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
Εισόδημα	Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	16.1%	48.4%	16.1%	19.4%	0.0%	5.929	0.655
	Μέτρια	10.0%	35.0%	30.0%	15.0%	10.0%		
	Εύκολα/ Πολύ εύκολα	14.3%	42.9%	14.3%	14.3%	14.3%		
Εκπαίδευση	Έως και Δημοτικό	20.0%	20.0%	13.3%	46.7%	0.0%	17.991	0.116
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	5.6%	55.6%	22.2%	5.6%	11.1%		
	Μεταλυκειακό/ ΙΕΚ	14.3%	57.1%	28.6%	0.0%	0.0%		
	Πανεπιστήμιο	16.7%	44.4%	16.7%	11.1%	11.1%		
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η	19.5%	36.6%	19.5%	17.1%	7.3%	7.886	0.445
	Άγαμος-η	7.7%	61.5%	15.4%	15.4%	0.0%		
	Άλλο	0.0%	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%		
Χρόνος διαμονής	Έως 1 έτος	28.6%	28.6%	42.9%	0.0%	0.0%	5.109	0.276
	Πάνω από 1 έτος	12.0%	46.0%	18.0%	18.0%	6.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε ότι:

1. υπάρχει στατιστικώς σημαντική ($p<0.05$) συσχέτιση της συχνότητας επίσκεψης με το επίπεδο εκπαίδευσης. Η τάση ήταν ότι το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (έως

και Δημοτικό) ή δεν είχε επισκεφθεί γιατρό (28.6%) ή είχε επισκεφθεί 5 φορές και πάνω (57.1%). Οι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου σε ποσοστό 77.8%, οι απόφοιτοι μεταλυκειακού/ΙΕΚ σε ποσοστό 60.0% και οι απόφοιτοι πανεπιστημίου σε ποσοστό 57.1% είχαν επισκεφθεί γιατρό 1 έως 2 φορές.

2. υπάρχει στατιστικώς σημαντική ($p<0.05$) συσχέτιση της συχνότητας επίσκεψης με το χρόνο διαμονής στην Ελλάδα. Η τάση ήταν όσοι διέμεναν στην Ελλάδα έως 1 χρόνο σε ποσοστό 66.7% να μην έχουν επισκεφθεί ποτέ γιατρό, ενώ όσοι διέμεναν πάνω από ένα χρόνο σε ποσοστό 57.7% να έχουν επισκεφθεί γιατρό 1 έως 2 φορές.

Στον Πίνακα 11 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα αναφορικά με την ύπαρξη προσωπικού γιατρού εμπιστοσύνης σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών. Τα ευρήματα έδειξαν πως το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών δε σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το αν έχουν προσωπικό γιατρό εμπιστοσύνης, καθώς σε όλες τις αναλύσεις καταγράφηκε p μεγαλύτερο από 0.05.

Πίνακας 11. Ύπαρξη προσωπικού γιατρού εμπιστοσύνης σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Έχετε κάποιον δικό σας προσωπικό γιατρό εμπιστοσύνης στον οποίο απευθύνεστε όταν έχετε κάποια ιατρική ανάγκη;			χ^2	p
		Όχι	Ναι	Δεν ξέρω/δεν απαντώ		
Φύλο	Γυναίκα	45.2%	54.8%	0.0%	4.912	0.086
	Άνδρας	52.0%	36.0%	12.0%		
Ηλικία	Έως 25	75.0%	25.0%	0.0%	8.545	0.382
	26-35	50.0%	50.0%	0.0%		
	36-45	37.5%	62.5%	0.0%		
	46-55	50.0%	37.5%	12.5%		
	56+	20.0%	80.0%	0.0%		
Εισόδημα	Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	35.5%	54.8%	9.7%	3.747	0.441
	Μέτρια	60.0%	35.0%	5.0%		

	Εύκολα/ Πολύ εύκολα	57.1%	42.9%	0.0%		
Εκπαίδευση	Έως και Δημοτικό	33.3%	53.3%	13.3%	6.305	0.390
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	44.4%	50.0%	5.6%		
	Μεταλυκειακό/ΙΕΚ	85.7%	14.3%	0.0%		
	Πανεπιστήμιο	55.6%	38.9%	5.6%		
Οικογενειακή	Έγγαμος-η	41.5%	53.7%	4.9%	4.251	0.373
κατάσταση	Άγαμος-η	69.2%	23.1%	7.7%		
	Άλλο	33.3%	66.7%	0.0%		
Χρόνος διαμονής	Έως 1 έτος	57.1%	28.6%	14.3%	1.990	0.370
	Πάνω από 1 έτος	46.0%	50.0%	4.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική ($p<0.05$) συσχέτιση της ύπαρξης προσωπικού γιατρού εμπιστοσύνης με το εισόδημα. Η τάση ήταν ότι το χαμηλότερο εισοδηματικό επίπεδο (τα βγάζουν πέρα δύσκολα και πολύ δύσκολα) σε ποσοστό 64.7% να δηλώνουν ότι έχουν κάποιο προσωπικό γιατρό εμπιστοσύνης.

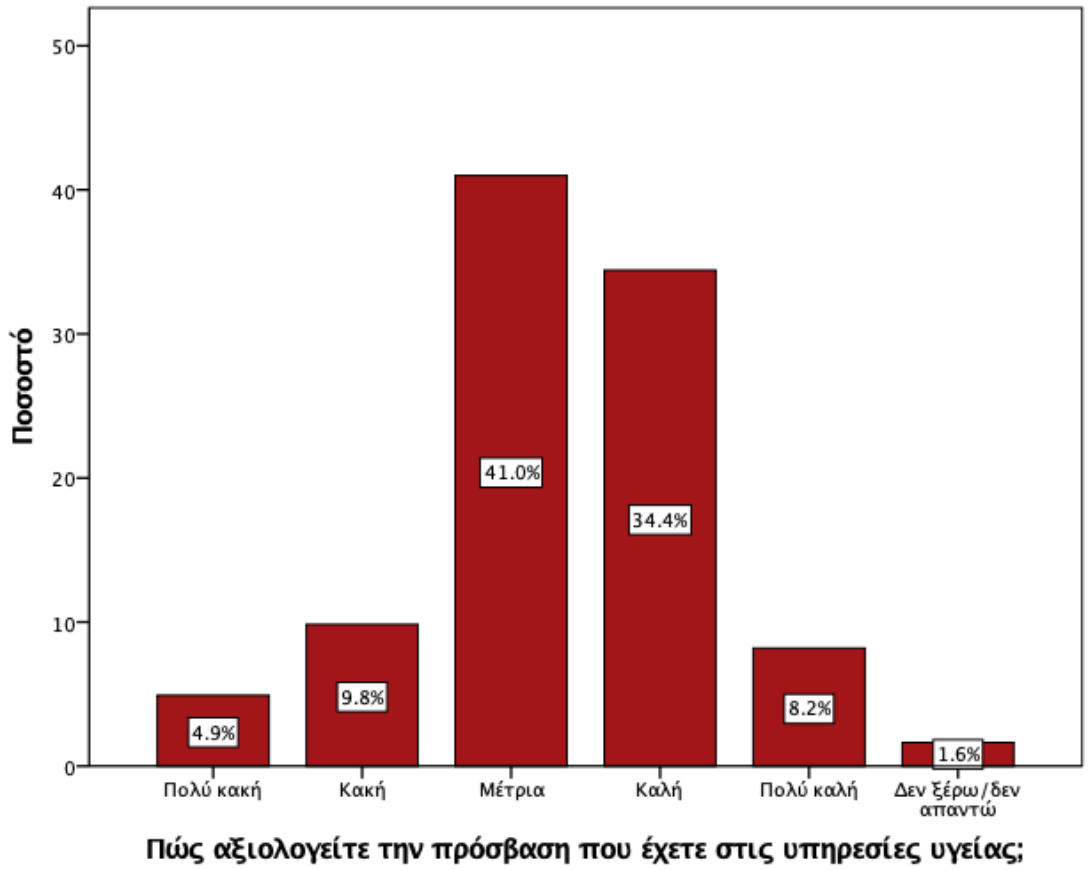
6.4 Υποκειμενική αξιολόγηση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας

Η επόμενη ανάλυση πραγματοποιήθηκε με σκοπό να καταγραφεί η υποκειμενική αξιολόγηση των μεταναστών αναφορικά με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αρχικά, παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα για την υποκειμενική αξιολόγηση και στη συνεχεία δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης για την υποκειμενική αξιολόγηση με βάση το κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ των μεταναστών.

6.4.1 Περιγραφικά αποτελέσματα για την υποκειμενική αξιολόγηση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας

Στο Διάγραμμα 5 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα της υποκειμενικής αξιολόγησης των μεταναστών για την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας. Από την ανάλυση προέκυψε πως το 14.8% (ν = 9) των μεταναστών κρίνουν την

προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας ως κακή ή πολύ κακή. Αντίστοιχα, το 41% (ν = 25) των μεταναστών ανέφεραν πως συνολικά η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί μέτρια ενώ το 42.6% (ν = 26) των μεταναστών ανέφεραν πως η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα είναι καλή ή πολύ καλή, σύμφωνα με την εμπειρία τους. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι το 1.6% (ν = 1) των συμμετεχόντων δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.



Διάγραμμα 5. Αποτελέσματα υποκειμενικής αξιολόγησης της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας

6.4.2 Σχέση υποκειμενικής αξιολόγησης της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών

Στον Πίνακα 12 που ακολουθεί δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 αναφορικά με το κατά πόσο η υποκειμενική αξιολόγηση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες εξαρτάται από το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν πώς η υποκειμενική

αξιολόγηση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με το εισόδημα των μεταναστών (χ^2 = 13.728, p = 0.033) και με το χρόνο διαμονής τους στην Ελλάδα (χ^2 = 19.420, p = 0.000).

Αναλυτικότερα, τα ευρήματα δείχνουν πως το 57.1% των μεταναστών που τα βγάζουν πέρα εύκολα ή πολύ εύκολα αξιολογούν την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας ως καλή ή πολύ καλή ενώ το 28.6% την αξιολογούν ως μέτρια. Αντίστοιχα, το 40% των μεταναστών που έχουν μέτρια οικονομική κατάσταση αξιολογούν την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας ως καλή ή πολύ καλή ενώ το 55% την αξιολογούν ως μέτρια. Αντίθετα, από τους μετανάστες που τα βγάζουν πέρα δύσκολα ή πολύ δύσκολα, το 25.8% ανέφερε πως η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας είναι κακή ή πολύ κακή, το 38.7% ανέφερε πως η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας είναι μέτρια και το 35.5% ανέφερε πως η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας είναι καλή ή πολύ καλή.

Επιπρόσθετα, τα ευρήματα δείχνουν πως από τους μετανάστες που διαμένουν στην Ελλάδα λιγότερο από ένα έτος, το 71.4% αξιολογούν πως η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας είναι κακή ή πολύ κακή ενώ το 28.6% ανέφεραν πως η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας είναι καλή ή πολύ καλή. Αντίθετα, από τους μετανάστες που διαμένουν στην Ελλάδα περισσότερο από ένα έτος, το 8% αξιολογούν πως η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας είναι κακή ή πολύ κακή, το 48% αξιολογούν την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας ως μέτρια και το 42% ανέφεραν πως η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας είναι καλή ή πολύ καλή.

Πίνακας 12. Υποκειμενική αξιολόγηση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Αξιολόγηση πρόσβασης				χ^2	p
		Πολύ κακή/ Κακή	Μέτρια	Καλή/ Πολύ καλή	Δεν ξέρω/δεν απαντώ		
Φύλο	Γυναίκα	9.7%	41.9%	48.4%	0.0%	3.850	0.278
	Άνδρας	20.0%	48.0%	28.0%	4.0%		
Ηλικία	Έως 25	12.5%	50.0%	25.0%	12.5%	12.978	0.371
	26-35	0.0%	25.0%	75.0%	0.0%		
	36-45	0.0%	62.5%	37.5%	0.0%		
	46-55	6.3%	37.5%	56.3%	0.0%		
	56+	0.0%	80.0%	20.0%	0.0%		

Εισόδημα	Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	25.8%	38.7%	35.5%	0.0%	13.728	0.033
	Μέτρια	5.0%	55.0%	40.0%	0.0%		
	Εύκολα/ Πολύ εύκολα	0.0%	28.6%	57.1%	14.3%		
Εκπαίδευση	Έως και Δημοτικό	33.3%	26.7%	40.0%	0.0%	9.132	0.425
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	11.1%	44.4%	38.9%	5.6%		
	Μεταλυκειακό/ΙΕΚ	14.3%	28.6%	57.1%	0.0%		
	Πανεπιστήμιο	5.6%	55.6%	38.9%	0.0%		
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η	12.2%	43.9%	43.9%	0.0%	5.565	0.474
	Άγαμος-η	23.1%	38.5%	30.8%	7.7%		
	Άλλο	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%		
Χρόνος διαμονής	Έως 1 έτος	71.4%	0.0%	28.6%	0.0%	19.420	0.000
	Πάνω από 1 έτος	8.0%	48.0%	42.0%	2.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε ότι δεν συσχετίζεται η υποκειμενική αξιολόγηση της προσβασιμότητας με καμιά μεταβλητή δημογραφικού και κοινωνικο-οικονομικού προφίλ.

6.5 Χρησιμοποίηση και βαθμός προτίμησης δημόσιων υπηρεσιών υγείας

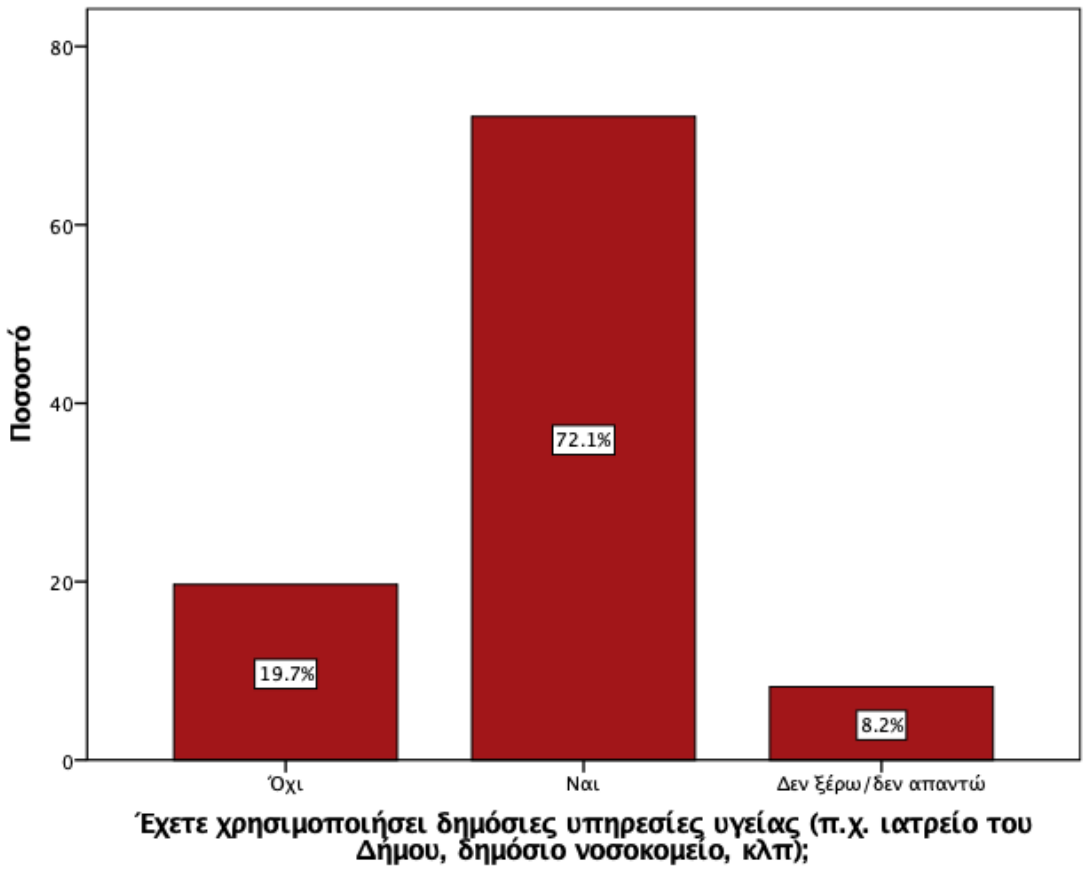
Από το συνολικό δείγμα των 61 συμμετεχόντων στην έρευνα, 91.8% (ν=56) έδωσαν έγκυρες απαντήσεις (ναι ή όχι) και στις δύο ερωτήσεις αν έχουν χρησιμοποιήσει δημόσιες και αν έχουν χρησιμοποιήσει ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Στατιστική ανάλυση αυτών (δηλ. με εξαίρεση όσων απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ» ή δεν απάντησαν καθόλου στις δύο αυτές ερωτήσεις) έδειξε ότι 62.5% (ν=35) είχαν χρησιμοποιήσει και δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, 14.3% (ν=8) είχαν χρησιμοποιήσει μόνον ιδιωτικές υπηρεσίες, 16.1% (ν=9) είχαν χρησιμοποιήσει μόνον δημόσιες υπηρεσίες υγείας, και 7.1% (ν=4) δεν είχαν χρησιμοποιήσει ούτε δημόσιες ούτε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

Η επόμενη ανάλυση πραγματοποιήθηκε με σκοπό να καταγραφεί το κατά πόσο οι μετανάστες στην Ελλάδα κάνουν χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας και να καταγραφούν οι προτιμήσεις των μεταναστών αναφορικά με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας Αρχικά, παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα και στη συνεχεία

δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης για τις προτιμήσεις των μεταναστών με βάση το κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ τους.

6.5.1 Περιγραφικά αποτελέσματα για τη χρησιμοποίηση και το βαθμό προτίμησης δημόσιων υπηρεσιών υγείας

Στο Διάγραμμα 6 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το ποσοστό των μεταναστών που έχουν κάνει χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Τα ευρήματα της ανάλυσης έδειξαν πως η μεγάλη πλειοψηφία των μεταναστών χρησιμοποιεί δημόσιες υπηρεσίες υγείας (ν = 44, 72.1%). Αντίθετα, το 19.7% (ν = 12) των μεταναστών ανέφεραν πως δεν έχουν χρησιμοποιήσει δημόσιες υπηρεσίες υγείας και το 8.2% (ν = 5) δεν θέλησαν να απαντήσουν στην ερώτηση.



Διάγραμμα 6. Ποσοστό μεταναστών που έχουν κάνει χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας

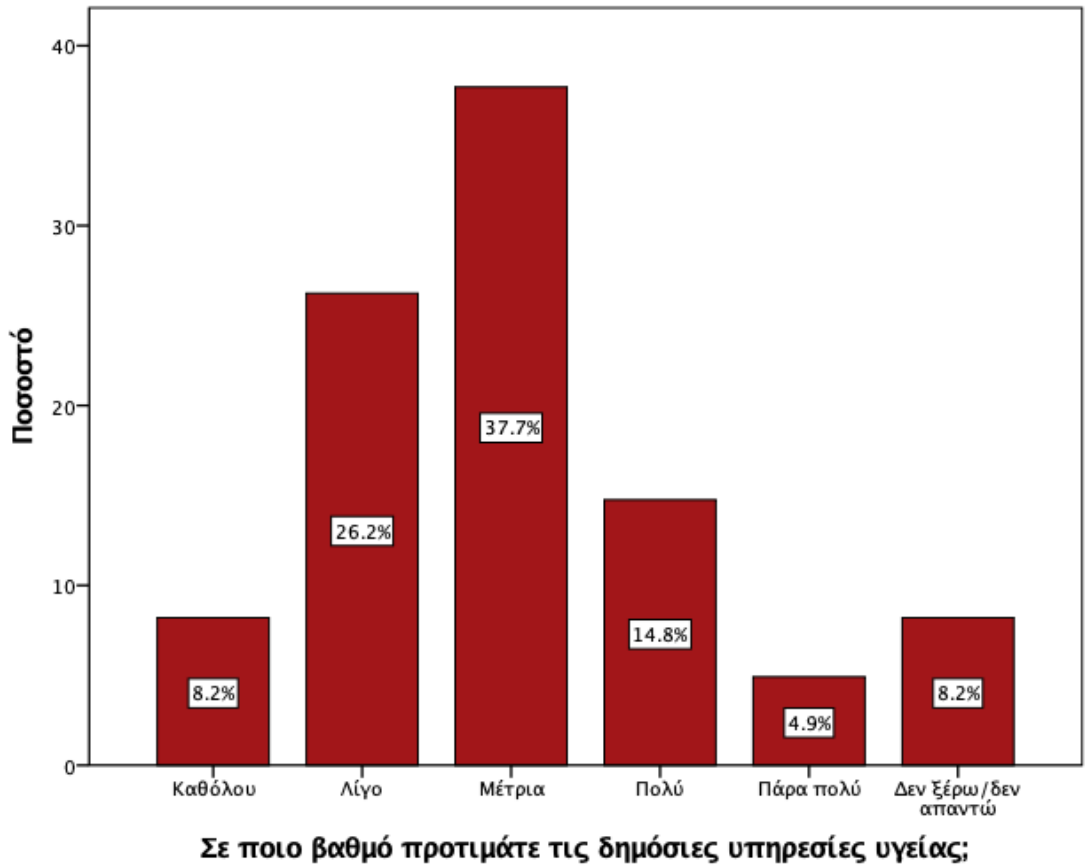
Στον Πίνακα 13 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα σχετικά με τους λόγους που οι μετανάστες στην Ελλάδα προτιμούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Τα

αποτελέσματα έδειξαν πως ο κύριος λόγος που οι μετανάστες στην Ελλάδα προτιμούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας είναι ότι αυτές δεν έχουν οικονομικό κόστος (ν = 29, 47.5%). Επιπλέον, το 24.6% (ν = 15) των μεταναστών ανέφεραν πως κάνουν χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας επειδή έχουν καλύτερη ποιότητα και το 14.8% (ν = 9) ανέφεραν πως κάνουν χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας επειδή παρέχουν γρήγορη εξυπηρέτηση. Μικρότερο ποσοστό του δείγματος ανέφερε πως κάνει χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας επειδή δείχνουν μεγαλύτερο σεβασμό στις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις (ν = 2, 3.3%) ή στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά τους (ν = 2, 3.3%).

Πίνακας 13. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας

	Όχι		Ναι	
	ν	%	ν	%
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	52	85.2%	9	14.8%
Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας	46	75.4%	15	24.6%
Μεγαλύτερος σεβασμός στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	59	96.7%	2	3.3%
Μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	59	96.7%	2	3.3%
Δεν έχω οικονομικό κόστος	32	52.5%	29	47.5%
Άλλο	57	93.4%	4	6.6%

Στο Διάγραμμα 7 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το βαθμό προτίμησης των μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Τα ευρήματα της ανάλυσης έδειξαν πως το 8.2% (ν = 5) των μεταναστών δεν προτιμούν καθόλου τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ενώ το 26.2% (ν = 16) ανέφεραν πως τις προτιμούν αλλά σε μικρό βαθμό. Αντίστοιχα, το 37.7% (ν = 23) των μεταναστών ανέφεραν πως προτιμούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε μέτριο βαθμό ενώ το 23.7% (ν = 12) των μεταναστών ανέφεραν πως προτιμούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε πολύ ή πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.



Διάγραμμα 7. Βαθμός προτίμησης δημόσιων υπηρεσιών υγείας

6.5.2 Σχέση χρησιμοποίησης και βαθμού προτίμησης δημόσιων υπηρεσιών υγείας με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών

Στη συνέχεια με εφαρμογή του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 πραγματοποιήθηκε ανάλυση με σκοπό να εξεταστεί το κατά πόσο η χρήση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες σχετίζεται με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους. Στον Πίνακα 14 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα αναφορικά με τη χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών. Τα ευρήματα έδειξαν πως υπάρχει σημαντική εξάρτηση της χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας με το επίπεδο εκπαίδευσης (χ^2 = 12.884, p = 0.045), την οικογενειακή κατάσταση (χ^2 = 24.360, p = 0.000) και το χρόνο διαμονής στην Ελλάδα (χ^2 = 11.008, p = 0.004).

Τα αποτελέσματα ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών δείχνουν πως το 60% των μεταναστών που έχουν λάβει εκπαίδευση έως και το Δημοτικό χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας, το 61.1% των μεταναστών που είναι

απόφοιτοι Γυμνασίου/ Λυκείου χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας, το 71.4% των μεταναστών που είναι απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης/ ΙΕΚ χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας και το 94.4% των μεταναστών που είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Τα αποτελέσματα ως προς την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών δείχνουν πως το 80.5% των έγγαμων χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας, το 76.9% των άγαμων χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας και το 33.3% των διαζευγμένων/ χήρων χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Τέλος, τα αποτελέσματα ως προς τα έτη διαμονής των μεταναστών δείχνουν πως το 28.6% των μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα λιγότερο από ένα έτος χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας ενώ το 84% των μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα περισσότερο από ένα έτος χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 14. Χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Έχετε χρησιμοποιήσει δημόσιες υπηρεσίες υγείας (π.χ. ιατρείο του Δήμου, δημόσιο νοσοκομείο, κλπ);			χ^2	p
		Όχι	Ναι	Δεν ξέρω/δεν απαντώ		
Φύλο	Γυναίκα	16.1%	83.9%	0.0%	3.370	0.185
	Άνδρας	24.0%	68.0%	8.0%		
Ηλικία	Έως 25	0.0%	100.0%	0.0%	9.347	0.314
	26-35	12.5%	75.0%	12.5%		
	36-45	37.5%	62.5%	0.0%		
	46-55	12.5%	87.5%	0.0%		
	56+	20.0%	80.0%	0.0%		
Εισόδημα	Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	22.6%	67.7%	9.7%	6.434	0.169
	Μέτρια	5.0%	90.0%	5.0%		
	Εύκολα/ Πολύ εύκολα	42.9%	57.1%	0.0%		
Εκπαίδευση	Έως και Δημοτικό	33.3%	60.0%	6.7%	12.884	0.045
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	22.2%	61.1%	16.7%		
	Μεταλυκειακό/ΙΕΚ	28.6%	71.4%	0.0%		

	Πανεπιστήμιο	0.0%	94.4%	5.6%		
Οικογενειακή	Έγγαμος-η	17.1%	80.5%	2.4%	24.360	0.000
κατάσταση	Άγαμος-η	23.1%	76.9%	0.0%		
	Άλλο	0.0%	33.3%	66.7%		
Χρόνος διαμονής	Έως 1 έτος	57.1%	28.6%	14.3%	11.008	0.004
	Πάνω από 1 έτος	14.0%	84.0%	2.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας μόνον με τον χρόνο διαμονής ($p<0.01$). Όσοι διέμεναν λιγότερο από ένα έτος σε ποσοστό 33.3% είχαν χρησιμοποιήσει δημόσιες υπηρεσίες σε αντίθεση με το 85.7% όσων διέμεναν πάνω από ένα ετος που είχαν κάνει χρήση δημόσιων υπηρεσιών.

Η οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε να συσχετίζεται σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό με την εμπειρία χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Στον Πίνακα 15 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα σχετικά με τους λόγους χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των μεταναστών. Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντική εξάρτηση μόνο με την κατηγορία άλλο (χ^2 = 3.931, p = 0.047) ενώ στις υπόλοιπες κατηγορίες δεν καταγράφηκε σημαντική εξάρτηση με το φύλο των μεταναστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 12% των αντρών κάνει χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας για άλλους λόγους ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις γυναίκες είναι 0%.

Πίνακας 15. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Φύλο		χ^2	p
		Γυναίκα	Άνδρας		
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	Όχι	83.9%	84.0%	0.001	0.990
	Ναι	16.1%	16.0%		
Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών	Όχι	80.6%	68.0%	1.180	0.277

υγείας	Ναι	19.4%	32.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στις	Όχι	96.8%	100.0%	0.821	0.365
θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Ναι	3.2%	0.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στα	Όχι	96.8%	100.0%	0.821	0.365
πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	Ναι	3.2%	0.0%		
Δεν έχω οικονομικό κόστος	Όχι	45.2%	56.0%	0.650	0.420
	Ναι	54.8%	44.0%		
Άλλο	Όχι	100.0%	88.0%	3.931	0.047
	Ναι	0.0%	12.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	93.5%	96.0%	0.164	0.685
	Ναι	6.5%	4.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε παρόμοια ευρήματα με αυτά του ανωτέρω Πίνακα 15.

Στον Πίνακα 16 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα σχετικά με τους λόγους χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών. Η ανάλυση έδειξε πως οι λόγοι χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας δεν σχετίζονται με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών ($p>0.05$ σε όλες τις συγκρίσεις).

Πίνακας 16. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Ηλικία					χ^2	p
		Έως 25	26-35	36-45	46-55	56+		
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	Όχι	100.0%	87.5%	100.0%	81.3%	80.0%	3.361	0.499
	Ναι	0.0%	12.5%	0.0%	18.8%	20.0%		
Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών	Όχι	75.0%	100.0%	62.5%	75.0%	100.0%	5.156	0.272
υγείας	Ναι	25.0%	0.0%	37.5%	25.0%	0.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στις	Όχι	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	80.0%	8.182	0.085

θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Ναι	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στα	Όχι	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	80.0%	8.182	0.085
πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	Ναι	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%		
Δεν έχω οικονομικό κόστος	Όχι	37.5%	50.0%	62.5%	43.8%	40.0%	1.256	0.869
	Ναι	62.5%	50.0%	37.5%	56.3%	60.0%		
Άλλο	Όχι	87.5%	75.0%	100.0%	93.8%	100.0%	4.099	0.393
	Ναι	12.5%	25.0%	0.0%	6.3%	0.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	87.5%	87.5%	87.5%	100.0%	100.0%	2.813	0.590
	Ναι	12.5%	12.5%	12.5%	0.0%	0.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε παρόμοια ευρήματα με αυτά του ανωτέρω Πίνακα 16.

Στον Πίνακα 17 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα σχετικά με τους λόγους χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών. Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντική εξάρτηση μόνο με την κατηγορία άλλο (χ^2 = 5.896, p = 0.017) ενώ στις υπόλοιπες κατηγορίες δεν καταγράφηκε σημαντική εξάρτηση με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 2.4% των έγγαμων, το 15.4% των άγαμων και το 33.5% των διαζευγμένων/ χήρων κάνει χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας για άλλους λόγους.

Πίνακας 17. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Οικογενειακή κατάσταση			χ^2	p
		Έγγαμος-η	Άγαμος-η	Άλλο		
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	Όχι	82.9%	92.3%	66.7%	1.386	0.500
	Ναι	17.1%	7.7%	33.3%		
Καλύτερη ποιότητα	Όχι	73.2%	84.6%	100.0%	1.670	0.434
υπηρεσιών υγείας	Ναι	26.8%	15.4%	0.0%		

Μεγαλύτερος σεβασμός στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Όχι	97.6%	100.0%	100.0%	0.397	0.820
	Ναι	2.4%	0.0%	0.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	Όχι	97.6%	100.0%	100.0%	0.397	0.820
	Ναι	2.4%	0.0%	0.0%		
Δεν έχω οικονομικό κόστος	Όχι	51.2%	38.5%	66.7%	1.033	0.598
	Ναι	48.8%	61.5%	33.3%		
Άλλο	Όχι	97.6%	84.6%	66.7%	5.896	0.017
	Ναι	2.4%	15.4%	33.3%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	95.1%	92.3%	100.0%	0.333	0.847
	Ναι	4.9%	7.7%	0.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε παρόμοια ευρήματα με αυτά του ανωτέρω Πίνακα 17.

Στον Πίνακα 18 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα σχετικά με τους λόγους χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών. Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντική εξάρτηση του επιπέδου εκπαίδευσης με το αν κάνουν χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας επειδή αυτές παρέχουν πιο γρήγορη εξυπηρέτηση (χ^2 = 15.113, p = 0.002) και επειδή αυτές δεν έχουν οικονομικό κόστος (χ^2 = 9.981, p = 0.019). Τα ευρήματα δείχνουν πως μεγαλύτερο ποσοστό μεταναστών που έχουν λάβει εκπαίδευση έως και Δημοτικό (46.7%) επιλέγουν δημόσιες υπηρεσίες υγείας επειδή παρέχουν πιο γρήγορη εξυπηρέτηση. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους απόφοιτους Γυμνασίου/ Λυκείου είναι 5.6%, για τους απόφοιτους μεταλυκειακής εκπαίδευσης/ ΙΕΚ είναι 0% και για τους απόφοιτους πανεπιστημίου είναι 5.6%. Αντίστοιχα, τα ευρήματα δείχνουν πως μικρότερο ποσοστό μεταναστών που έχουν λάβει εκπαίδευση έως και Δημοτικό (13.3%) επιλέγουν δημόσιες υπηρεσίες υγείας επειδή αυτές δεν έχουν οικονομικό κόστος. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους απόφοιτους Γυμνασίου/ Λυκείου είναι 50%, για τους απόφοιτους μεταλυκειακής εκπαίδευσης/ ΙΕΚ είναι 57.1% και για τους απόφοιτους πανεπιστημίου είναι 66.7%.

Πίνακας 18. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Εκπαίδευση				χ^2	p
		Έως και Δημοτικό	Γυμνάσιο / Λύκειο	Μεταλυκειακό/ ΙΕΚ	Πανεπιστήμιο		
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	Όχι	53.3%	94.4%	100.0%	94.4%	15.113	0.002
	Ναι	46.7%	5.6%	0.0%	5.6%		
Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας	Όχι	66.7%	66.7%	85.7%	83.3%	2.244	0.523
	Ναι	33.3%	33.3%	14.3%	16.7%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Όχι	100.0%	94.4%	85.7%	100.0%	3.888	0.274
	Ναι	0.0%	5.6%	14.3%	0.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	Όχι	100.0%	94.4%	85.7%	100.0%	3.888	0.274
	Ναι	0.0%	5.6%	14.3%	0.0%		
Δεν έχω οικονομικό κόστος	Όχι	86.7%	50.0%	42.9%	33.3%	9.981	0.019
	Ναι	13.3%	50.0%	57.1%	66.7%		
Άλλο	Όχι	100.0%	94.4%	85.7%	88.9%	2.255	0.521
	Ναι	0.0%	5.6%	14.3%	11.1%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	93.3%	94.4%	100.0%	94.4%	0.461	0.927
	Ναι	6.7%	5.6%	0.0%	5.6%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε ακριβώς ίδια ευρήματα όπως στον ανωτέρω Πίνακα 18.

Στον Πίνακα 19 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα σχετικά με τους λόγους χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών. Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντική εξάρτηση μόνο με την κατηγορία άλλο (χ^2 = 9.506, p = 0.009) ενώ στις υπόλοιπες κατηγορίες δεν καταγράφηκε σημαντική εξάρτηση με το εισόδημα των μεταναστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 0% όσων τα βγάζουν πέρα δύσκολα/ πολύ δύσκολα, το 5% όσων τα βγάζουν πέρα μέτρια και το 28.6% όσων τα βγάζουν πέρα εύκολα/ πολύ εύκολα κάνει χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας για άλλους λόγους.

Πίνακας 19. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Εισόδημα			χ^2	p
		Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	Μέτρια	Εύκολα/ Πολύ εύκολα		
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	Όχι	77.4%	95.0%	85.7%	2.875	0.237
	Ναι	22.6%	5.0%	14.3%		
Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας	Όχι	71.0%	80.0%	71.4%	0.548	0.760
	Ναι	29.0%	20.0%	28.6%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Όχι	96.8%	95.0%	100.0%	0.399	0.819
	Ναι	3.2%	5.0%	0.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	Όχι	96.8%	95.0%	100.0%	0.399	0.819
	Ναι	3.2%	5.0%	0.0%		
Δεν έχω οικονομικό κόστος	Όχι	48.4%	50.0%	71.4%	1.250	0.535
	Ναι	51.6%	50.0%	28.6%		
Άλλο	Όχι	100.0%	95.0%	71.4%	9.506	0.009
	Ναι	0.0%	5.0%	28.6%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	100.0%	85.0%	100.0%	6.011	0.050
	Ναι	0.0%	15.0%	0.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε ακριβώς ίδια ευρήματα όπως στον ανωτέρω Πίνακα 19.

Στον Πίνακα 20 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα σχετικά με τους λόγους χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα. Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντική εξάρτηση των ετών διαμονής με το αν κάνουν χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας επειδή αυτές παρέχουν καλύτερη ποιότητα ($\chi^2 = 4.572$, $p = 0.033$) και επειδή αυτές δεν έχουν οικονομικό κόστος ($\chi^2 = 8.265$, $p = 0.004$). Τα ευρήματα δείχνουν πως από το σύνολο των μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα λιγότερο από ένα έτος το 57.1% ανέφερε πως ο λόγος χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας είναι η καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών.

Αντίστοιχα, από το σύνολο μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα περισσότερο από ένα έτος το 20% ανέφερε πως ο λόγος χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας είναι η καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών. Τέλος, το 58% των μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα περισσότερο από ένα έτος ανέφεραν πως ο λόγος χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας είναι ότι δεν έχουν οικονομικό κόστος. Αντίθετα, το 0% των μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα λιγότερο από ένα έτος ανέφεραν πως ο λόγος χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας είναι ότι δεν έχουν οικονομικό κόστος.

Πίνακας 20. Λόγοι χρήσης δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Χρόνος διαμονής		χ^2	p
		Έως 1 έτος	Πάνω από 1 έτος		
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	Όχι	71.4%	86.0%	0.981	0.322
	Ναι	28.6%	14.0%		
Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας	Όχι	42.9%	80.0%	4.572	0.033
	Ναι	57.1%	20.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Όχι	85.7%	98.0%	2.737	0.098
	Ναι	14.3%	2.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	Όχι	100.0%	98.0%	0.143	0.706
	Ναι	0.0%	2.0%		
Δεν έχω οικονομικό κόστος	Όχι	100.0%	42.0%	8.265	0.004
	Ναι	0.0%	58.0%		
Άλλο	Όχι	100.0%	94.0%	0.443	0.506
	Ναι	0.0%	6.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	100.0%	94.0%	0.443	0.506
	Ναι	0.0%	6.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν

απάντησαν την ερώτηση) έδειξε ακριβώς ίδια ευρήματα όπως στον ανωτέρω Πίνακα 20.

Στον Πίνακα 21 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα αναφορικά με το βαθμό προτίμησης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών. Τα ευρήματα έδειξαν πως υπάρχει σημαντική εξάρτηση του βαθμού προτίμησης με την ηλικιακή ομάδα (χ^2 = 18.949, p = 0.037), το εισόδημα (χ^2 = 11.780, p = 0.006) και το χρόνο διαμονής στην Ελλάδα (χ^2 = 8.707, p = 0.033).

Τα αποτελέσματα ως προς την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών δείχνουν πως το 37.5% των μεταναστών ηλικίας έως 25 ετών, το 25% των μεταναστών ηλικίας 26-35 ετών, το 25% των μεταναστών ηλικίας 36-45 ετών, το 12.5% των μεταναστών ηλικίας 46-55 ετών και το 20% των μεταναστών ηλικίας 56+ ετών εκδηλώνουν πολύ μεγάλο ή πάρα πολύ μεγάλο βαθμό προτίμησης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι λιγότερο δημοφιλείς είναι οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας στους μετανάστες ηλικίας 36- 45 ετών (50%).

Τα αποτελέσματα ως προς το εισόδημα των μεταναστών δείχνουν πως το 19.4% των μεταναστών που τα βγάζουν πέρα δύσκολα ή πολύ δύσκολα, το 15% των μεταναστών με μέτριο εισόδημα και το 28.6% των μεταναστών που τα βγάζουν πέρα εύκολα ή πολύ εύκολα εκδηλώνουν πολύ μεγάλο ή πάρα πολύ μεγάλο βαθμό προτίμησης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι λιγότερο δημοφιλείς είναι οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας στους μετανάστες που τα βγάζουν πέρα δύσκολα ή πολύ δύσκολα (48.4%).

Τέλος, αποτελέσματα ως προς τα έτη διαμονής των μεταναστών δείχνουν πως το 85.7% των μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα έως 1 έτος δεν προτιμούν καθόλου ή προτιμούν σε μικρό βαθμό τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Αντίστοιχα, το 30% των μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα περισσότερο 1 έτος δεν προτιμούν καθόλου ή προτιμούν σε μικρό βαθμό τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ενώ το 42% προτιμούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε μετριο βαθμό και το 22% τις προτιμούν σε μεγάλο ή πολύ μεγάλο βαθμό.

Πίνακας 21. Βαθμός προτίμησης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Βαθμός προτίμησης δημόσιων υπηρεσιών υγείας				χ^2	p
		Καθόλου/ Λίγο	Μέτρια	Πολύ/ Πάρα πολύ	Δεν ξέρω/δεν απαντώ		
Φύλο	Γυναίκα	35.5%	48.4%	12.9%	3.2%	4.611	0.203
	Άνδρας	32.0%	28.0%	28.0%	12.0%		
Ηλικία	Έως 25	25.0%	25.0%	37.5%	12.5%	18.949	0.037
	26-35	12.5%	25.0%	25.0%	37.5%		
	36-45	50.0%	25.0%	25.0%	0.0%		
	46-55	18.8%	68.8%	12.5%	0.0%		
	56+	20.0%	60.0%	20.0%	0.0%		
Εισόδημα	Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	48.4%	32.3%	19.4%	0.0%	11.780	0.006
	Μέτρια	25.0%	50.0%	15.0%	10.0%		
	Εύκολα/ Πολύ εύκολα	14.3%	28.6%	28.6%	28.6%		
Εκπαίδευση	Έως και Δημοτικό	66.7%	6.7%	26.7%	0.0%	15.702	0.073
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	27.8%	33.3%	22.2%	16.7%		
	Μεταλυκειακό/ΙΕΚ	14.3%	42.9%	28.6%	14.3%		
	Πανεπιστήμιο	27.8%	55.6%	11.1%	5.6%		
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η	34.1%	43.9%	17.1%	4.9%	8.072	0.233
	Άγαμος-η	23.1%	30.8%	30.8%	15.4%		
	Άλλο	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%		
Χρόνος διαμονής	Έως 1 έτος	85.7%	0.0%	14.3%	0.0%	8.707	0.033
	Πάνω από 1 έτος	30.0%	42.0%	22.0%	6.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε στατιστικώς σημαντική ($p<0.05$) συσχέτιση του βαθμού προτίμησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας μόνον με τον χρόνο διαμονής, με την ίδα τάση όπως στον ανωτέρω Πίνακα 21.

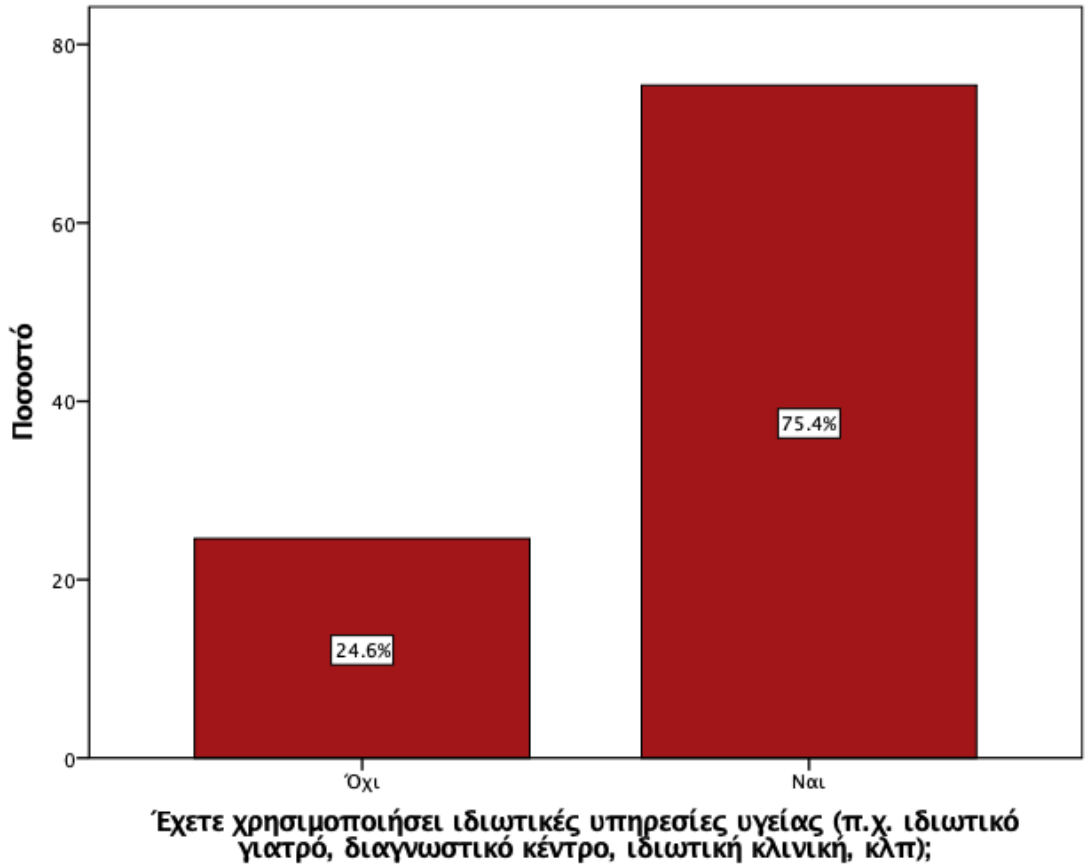
6.6 Χρησιμοποίηση και βαθμός προτίμησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Η επόμενη ενότητα έχει σκοπό να παρουσιάσει τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το κατά πόσο οι μετανάστες στην Ελλάδα κάνουν χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

και να καταγραφούν οι προτιμήσεις των μεταναστών αναφορικά με τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας Αρχικά, παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα και στη συνεχεία δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης για τις προτιμήσεις των μεταναστών με βάση το κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ τους.

6.6.1 Περιγραφικά αποτελέσματα για τη χρησιμοποίηση και το βαθμό προτίμησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Στο Διάγραμμα 8 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το ποσοστό των μεταναστών που έχουν κάνει χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Τα ευρήματα της ανάλυσης έδειξαν πως η μεγάλη πλειοψηφία των μεταναστών χρησιμοποιεί ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (ν = 46, 75.4%). Αντίθετα, το 24.6% (ν = 15) των μεταναστών ανέφεραν πως δεν έχουν χρησιμοποιήσει ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.



Διάγραμμα 8. Ποσοστό μεταναστών που έχουν κάνει χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

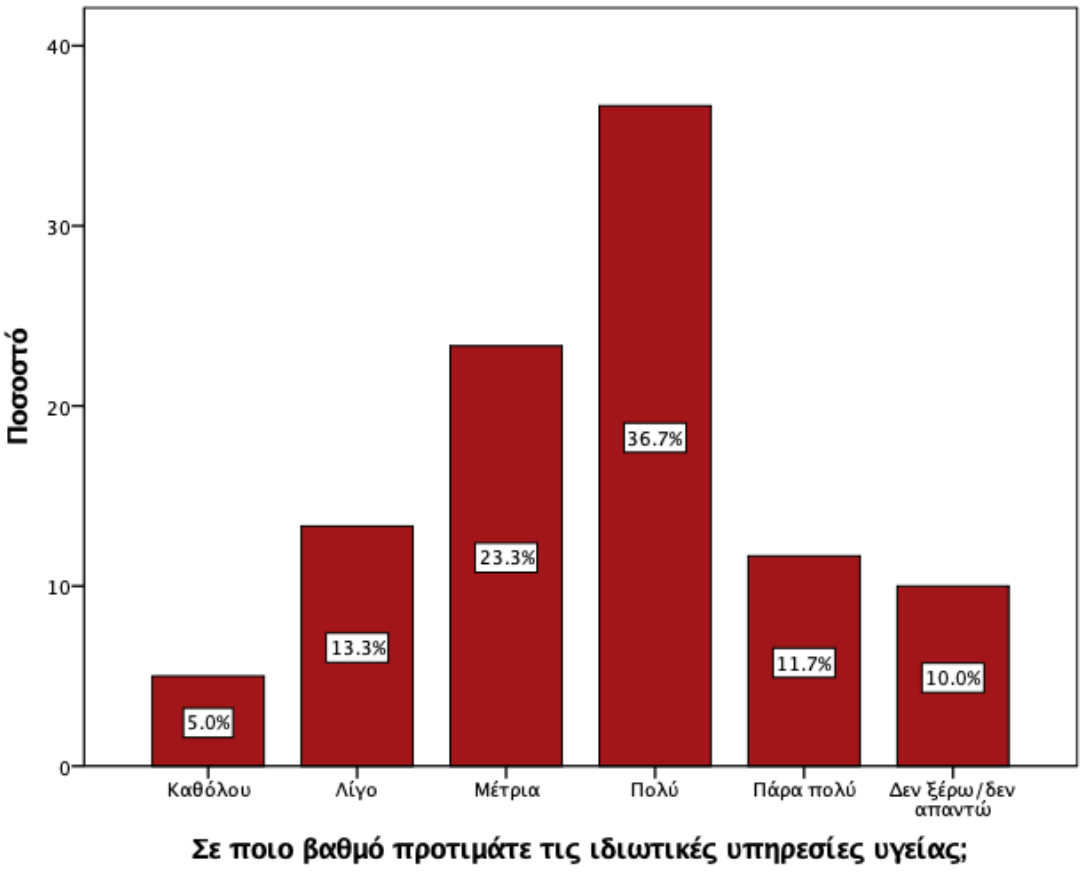
Στον Πίνακα 22 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα σχετικά με τους λόγους που οι μετανάστες στην Ελλάδα προτιμούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ο κύριος λόγος που οι μετανάστες στην Ελλάδα προτιμούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας είναι ότι σε αυτές υπάρχει πιο γρήγορη εξυπηρέτηση (ν = 31, 50.8%). Επιπλέον, το 31.1% (ν = 19) των μεταναστών ανέφεραν πως κάνουν χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας επειδή έχουν καλύτερη ποιότητα και το 8.2% (ν = 5) ανέφεραν πως κάνουν χρήση των δημόσιων ιδιωτικών υγείας επειδή δεν έχουν οικονομικό κόστος λόγω ασφάλισης καθώς και γιατί στις ιδιωτικές δομές υπάρχει μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά τους. Μικρότερο ποσοστό του δείγματος ανέφερε πως κάνει χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας επειδή δείχνουν μεγαλύτερο σεβασμό στις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις (ν = 2, 3.3%) ή επειδή μπορούν να καλύψουν το κόστος αφού είναι για την υγεία τους (ν = 2, 3.3%).

Πίνακας 22. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

	Όχι		Ναι	
	ν	%	ν	%
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	30	49.2%	31	50.8%
Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας	42	68.9%	19	31.1%
Μεγαλύτερος σεβασμός στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	59	96.7%	2	3.3%
Μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	56	91.8%	5	8.2%
Δεν έχω οικονομικό κόστος γιατί είμαι ασφαλισμένος	56	91.8%	5	8.2%
Μπορώ να καλύψω το κόστος αφού είναι για την υγεία μου	59	96.7%	2	3.3%
Άλλο	59	96.7%	2	3.3%

Στο Διάγραμμα 9 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το βαθμό προτίμησης των μεταναστών στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Τα ευρήματα της

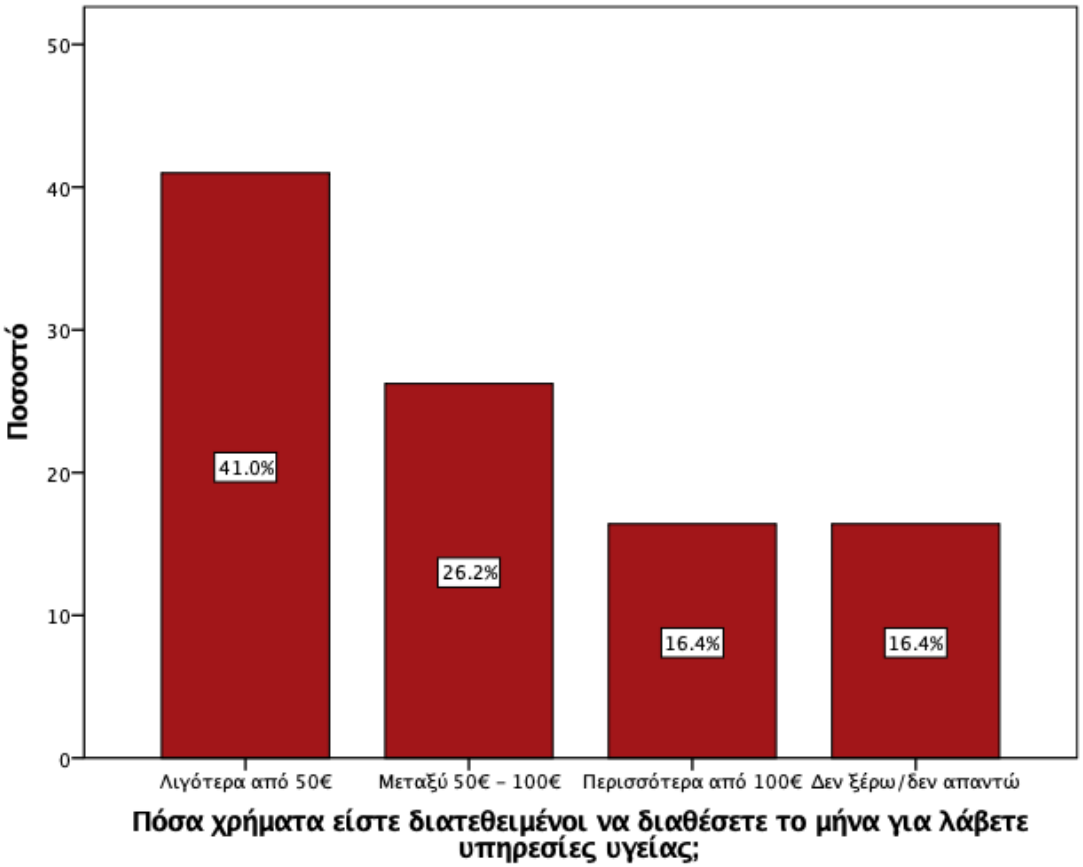
ανάλυσης έδειξαν πως το 5% (ν = 3) των μεταναστών δεν προτιμούν καθόλου τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ενώ το 13.3% (ν = 8) ανέφεραν πως τις προτιμούν αλλά σε μικρό βαθμό. Αντίστοιχα, το 23.3% (ν = 14) των μεταναστών ανέφεραν πως προτιμούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε μέτριο βαθμό ενώ το 47.6% (ν = 29) των μεταναστών ανέφεραν πως προτιμούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε πολύ ή πάρα πολύ μεγάλο βαθμό.



Διάγραμμα 9. Βαθμός προτίμησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Στο Διάγραμμα 10 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το πόσα χρήματα είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν οι μετανάστες ανά μήνα για να λάβουν υπηρεσίες υγείας. Τα ευρήματα της ανάλυσης έδειξαν πως το 41% (ν = 25) των μεταναστών θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν λιγότερα από 50 ευρώ ανά μήνα ενώ το 26.2% (ν = 16) ανέφεραν πως θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν μεταξύ 50 και 100 ευρώ ανά μήνα για να λάβουν υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, το 16.4% (ν = 10) ανέφεραν πως θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν πάνω από 100 ευρώ ανά

μήνα για να λάβουν υπηρεσίες υγείας. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι το 16.4% (ν =10) των μεταναστών δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.



Διάγραμμα 10. Πρόθεση διάθεσης χρημάτων για λήψη υπηρεσιών υγείας

6.6.2 Σχέση χρησιμοποίησης και βαθμού προτίμησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών

Στη συνέχεια με εφαρμογή του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 πραγματοποιήθηκε ανάλυση με σκοπό να εξεταστεί το κατά πόσο η χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες σχετίζεται με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους. Στον Πίνακα 23 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα αναφορικά με τη χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών. Τα ευρήματα έδειξαν πως δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση της χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών, καθώς καταγράφηκε p-value άνω του 0.5 σε όλους τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν.

Πίνακας 23. Χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Έχετε χρησιμοποιήσει ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (π.χ. ιδιωτικό γιατρό, διαγνωστικό κέντρο, ιδιωτική κλινική, κλπ);			χ^2	p
		Όχι	Ναι	Δεν ξέρω/δεν απαντώ		
Φύλο	Γυναίκα	22.6%	77.4%	0.0%	0.055	0.815
	Άνδρας	20.0%	80.0%	0.0%		
Ηλικία	Έως 25	37.5%	62.5%	0.0%	5.475	0.242
	26-35	50.0%	50.0%	0.0%		
	36-45	12.5%	87.5%	0.0%		
	46-55	12.5%	87.5%	0.0%		
	56+	20.0%	80.0%	0.0%		
Εισόδημα	Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	22.6%	77.4%	0.0%	2.315	0.314
	Μέτρια	15.0%	85.0%	0.0%		
	Εύκολα/ Πολύ εύκολα	42.9%	57.1%	0.0%		
Εκπαίδευση	Έως και Δημοτικό	33.3%	66.7%	0.0%	6.176	0.103
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	22.2%	77.8%	0.0%		
	Μεταλυκειακό/ΙΕΚ	57.1%	42.9%	0.0%		
	Πανεπιστήμιο	11.1%	88.9%	0.0%		
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η	19.5%	80.5%	0.0%	0.910	0.635
	Άγαμος-η	30.8%	69.2%	0.0%		
	Άλλο	33.3%	66.7%	0.0%		
Χρόνος διαμονής	Έως 1 έτος	28.6%	71.4%	0.0%	0.151	0.698
	Πάνω από 1 έτος	22.0%	78.0%	0.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε πανομοιότυπα αποτελέσματα όπως στον ανωτέρω Πίνακα 23.

Στον Πίνακα 24 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα σχετικά με τους λόγους χρήσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των μεταναστών. Η

ανάλυση έδειξε πως δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική εξάρτηση του φύλου με τους λόγους χρήσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ($p>0.05$ για όλες τις περιπτώσεις).

Πίνακας 24. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Φύλο		χ^2	p
		Γυναίκα	Άνδρας		
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	Όχι	48.4%	44.0%	0.107	0.743
	Ναι	51.6%	56.0%		
Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών	Όχι	77.4%	56.0%	2.911	0.088
υγείας	Ναι	22.6%	44.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στις	Όχι	100.0%	100.0%	-	-
θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Ναι	0.0%	0.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στα	Όχι	96.8%	96.0%	0.024	0.877
πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	Ναι	3.2%	4.0%		
Δεν έχω οικονομικό κόστος	Όχι	90.3%	96.0%	0.673	0.412
γιατί είμαι ασφαλισμένος	Ναι	9.7%	4.0%		
Μπορώ να καλύψω το κόστος	Όχι	96.8%	96.0%	0.024	0.877
αφού είναι για την υγεία μου	Ναι	3.2%	4.0%		
Άλλο	Όχι	100.0%	92.0%	2.572	0.109
	Ναι	0.0%	8.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε πανομοιότυπα αποτελέσματα όπως στον ανωτέρω Πίνακα 24 (δεν εξέτασε το «Άλλο»).

Στον Πίνακα 25 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα σχετικά με τους λόγους χρήσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών. Η ανάλυση έδειξε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της ηλικιακής ομάδας με κανέναν από τους λόγους χρήσης υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 25. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Ηλικία					χ^2	p
		Έως 25	26-35	36-45	46-55	56+		
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	Όχι	50.0%	50.0%	25.0%	50.0%	40.0%	1.665	0.797
	Ναι	50.0%	50.0%	75.0%	50.0%	60.0%		
Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας	Όχι	75.0%	100.0%	75.0%	56.3%	40.0%	7.031	0.134
	Ναι	25.0%	0.0%	25.0%	43.8%	60.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Όχι	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	-	-
	Ναι	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	Όχι	100.0%	87.5%	100.0%	100.0%	100.0%	4.730	0.316
	Ναι	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%		
Δεν έχω οικονομικό κόστος γιατί είμαι ασφαλισμένος	Όχι	87.5%	87.5%	100.0%	93.8%	100.0%	1.808	0.771
	Ναι	12.5%	12.5%	0.0%	6.3%	0.0%		
Μπορώ να καλύψω το κόστος αφού είναι για την υγεία μου	Όχι	100.0%	100.0%	87.5%	100.0%	80.0%	5.560	0.235
	Ναι	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	20.0%		
Άλλο	Όχι	87.5%	87.5%	100.0%	100.0%	100.0%	3.794	0.435
	Ναι	12.5%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε πανομοιότυπα αποτελέσματα όπως στον ανωτέρω Πίνακα 25 (δεν εξέτασε το «Άλλο»).

Στον Πίνακα 26 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα σχετικά με τους λόγους χρήσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

των μεταναστών. Η ανάλυση έδειξε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της οικογενειακής κατάστασης με το αν κάνουν χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για λόγους που συνδέονται με άλλους λόγους (χ^2 = 7.015, p = 0.030). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δείχνουν πως οι μετανάστες που είναι άγαμοι (15.4%) ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους μετανάστες που είναι έγγαμοι (0%) ή διαζευγμένοι/χήροι (0%) ότι κάνουν χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για άλλους λόγους.

Πίνακας 26. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Οικογενειακή κατάσταση			χ^2	p
		Έγγαμος-η	Άγαμος-η	Άλλο		
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	Όχι	41.5%	61.5%	33.3%	1.796	0.407
	Ναι	58.5%	38.5%	66.7%		
Καλύτερη ποιότητα	Όχι	63.4%	76.9%	100.0%	2.295	0.317
υπηρεσιών υγείας	Ναι	36.6%	23.1%	0.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στις	Όχι	97.6%	100.0%	100.0%	0.397	0.820
θρησκευτικές μου	Ναι	2.4%	0.0%	0.0%		
πεποιθήσεις						
Μεγαλύτερος σεβασμός στα	Όχι	95.1%	92.3%	100.0%	0.333	0.847
πολιτισμικά χαρακτηριστικά	Ναι	4.9%	7.7%	0.0%		
μου						
Δεν έχω οικονομικό κόστος	Όχι	95.1%	84.6%	66.7%	3.749	0.153
γιατί είμαι ασφαλισμένος	Ναι	4.9%	15.4%	33.3%		
Μπορώ να καλύψω το	Όχι	95.1%	100.0%	100.0%	0.809	0.667
κόστος αφού είναι για την	Ναι	4.9%	0.0%	0.0%		
υγεία μου						
Άλλο	Όχι	100.0%	84.6%	100.0%	7.015	0.030
	Ναι	0.0%	15.4%	0.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε πανομοιότυπα αποτελέσματα όπως στον ανωτέρω Πίνακα 26 (δεν εξέτασε το «Άλλο»).

Στον Πίνακα 27 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα σχετικά με τους λόγους χρήσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών. Η ανάλυση έδειξε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση του

επιπέδου εκπαίδευσης με το αν κάνουν χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για λόγους που συνδέονται με την πιο γρήγορη εξυπηρέτηση (χ^2 = 8.023, p = 0.043). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δείχνουν πως οι μετανάστες που είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου (72.2%) ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους μετανάστες που έχουν λάβει εκπαίδευση έως και δημοτικό (46.7%), τους απόφοιτους Γυμνασίου/ Λυκείου (38.9%) και τους απόφοιτους μεταλυκειακής εκπαίδευσης/ ΙΕΚ (14.3%) ότι κάνουν χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για λόγους που συνδέονται με την πιο γρήγορη εξυπηρέτηση.

Πίνακας 27. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Εκπαίδευση				χ^2	p
		Έως και Δημοτικό	Γυμνάσιο / Λύκειο	Μεταλυκειακό/ ΙΕΚ	Πανεπιστήμιο		
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	Όχι	53.3%	61.1%	85.7%	27.8%	8.023	0.043
	Ναι	46.7%	38.9%	14.3%	72.2%		
Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας	Όχι	66.7%	55.6%	100.0%	66.7%	4.531	0.210
	Ναι	33.3%	44.4%	0.0%	33.3%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Όχι	100.0%	94.4%	85.7%	100.0%	3.888	0.274
	Ναι	0.0%	5.6%	14.3%	0.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	Όχι	93.3%	77.8%	100.0%	100.0%	6.658	0.084
	Ναι	6.7%	22.2%	0.0%	0.0%		
Δεν έχω οικονομικό κόστος γιατί είμαι ασφαλισμένος	Όχι	93.3%	88.9%	85.7%	94.4%	0.714	0.870
	Ναι	6.7%	11.1%	14.3%	5.6%		
Μπορώ να καλύψω το κόστος αφού είναι για την υγεία μου	Όχι	100.0%	100.0%	100.0%	88.9%	4.603	0.203
	Ναι	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%		
Άλλο	Όχι	100.0%	94.4%	85.7%	100.0%	3.888	0.274
	Ναι	0.0%	5.6%	14.3%	0.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε πανομοιότυπα αποτελέσματα όπως στον ανωτέρω Πίνακα 27 (δεν εξέτασε το «Άλλο»).

Στον Πίνακα 28 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα σχετικά με τους λόγους χρήσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών. Η ανάλυση έδειξε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση του εισοδήματος με το αν κάνουν χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για λόγους που συνδέονται με άλλους λόγους (χ^2 = 15.092, p = 0.001). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δείχνουν πως οι μετανάστες που τα βγάζουν πέρα εύκολα ή πολύ εύκολα (28.6%) ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους μετανάστες που τα βγάζουν πέρα δύσκολα ή πολύ δύσκολα (0%) ή τους μετανάστες με μέτρια οικονομική κατάσταση (0%) ότι κάνουν χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για άλλους λόγους.

Πίνακας 28. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Εισόδημα			χ^2	p
		Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	Μέτρια	Εύκολα/ Πολύ εύκολα		
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	Όχι	54.8%	35.0%	57.1%	2.167	0.338
	Ναι	45.2%	65.0%	42.9%		
Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας	Όχι	71.0%	65.0%	57.1%	0.565	0.754
	Ναι	29.0%	35.0%	42.9%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Όχι	93.5%	100.0%	100.0%	1.804	0.406
	Ναι	6.5%	0.0%	0.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	Όχι	87.1%	95.0%	100.0%	1.715	0.424
	Ναι	12.9%	5.0%	0.0%		
Δεν έχω οικονομικό κόστος γιατί είμαι ασφαλισμένος	Όχι	87.1%	100.0%	100.0%	3.742	0.154
	Ναι	12.9%	0.0%	0.0%		
Μπορώ να καλύψω το κόστος αφού είναι για την υγεία μου	Όχι	100.0%	90.0%	100.0%	3.936	0.140
	Ναι	0.0%	10.0%	0.0%		
Άλλο	Όχι	100.0%	100.0%	71.4%	15.092	0.001
	Ναι	0.0%	0.0%	28.6%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν

απάντησαν την ερώτηση) έδειξε πανομοιότυπα αποτελέσματα όπως στον ανωτέρω Πίνακα 28 (δεν εξέτασε το «Άλλο»).

Στον Πίνακα 29 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα σχετικά με τους λόγους χρήσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα. Η ανάλυση έδειξε πως δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική εξάρτηση των ετών διαμονής στην Ελλάδα με τους λόγους χρήσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ($p>0.05$ για όλες τις περιπτώσεις).

Πίνακας 29. Λόγοι χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Χρόνος διαμονής		χ^2	p
		Έως 1 έτος	Πάνω από 1 έτος		
Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση	Όχι	71.4%	44.0%	1.853	0.173
	Ναι	28.6%	56.0%		
Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας	Όχι	57.1%	70.0%	0.470	0.493
	Ναι	42.9%	30.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Όχι	85.7%	98.0%	2.737	0.098
	Ναι	14.3%	2.0%		
Μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου	Όχι	85.7%	94.0%	0.646	0.422
	Ναι	14.3%	6.0%		
Δεν έχω οικονομικό κόστος γιατί είμαι ασφαλισμένος	Όχι	100.0%	92.0%	0.602	0.438
	Ναι	0.0%	8.0%		
Μπορώ να καλύψω το κόστος αφού είναι για την υγεία μου	Όχι	100.0%	96.0%	0.290	0.590
	Ναι	0.0%	4.0%		
Άλλο	Όχι	100.0%	96.0%	0.290	0.590
	Ναι	0.0%	4.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν

απάντησαν την ερώτηση) έδειξε πανομοιότυπα αποτελέσματα όπως στον ανωτέρω Πίνακα 29 (δεν εξέτασε το «Άλλο»).

Στον Πίνακα 30 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα αναφορικά με το βαθμό προτίμησης στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών. Τα ευρήματα έδειξαν πως υπάρχει σημαντική εξάρτηση του βαθμού προτίμησης με το επίπεδο εκπαίδευσης ($\chi^2 = 16.772$, $p = 0.017$), το εισόδημα ($\chi^2 = 8.854$, $p = 0.043$) και το χρόνο διαμονής στην Ελλάδα ($\chi^2 = 22.249$, $p = 0.000$).

Τα αποτελέσματα ως προς την εκπαίδευση των μεταναστών δείχνουν πως το 40% όσων έχουν λάβει εκπαίδευσης έως και το δημοτικό, το 47.1% των αποφοίτων Λυκείου/ Γυμνασίου, το 14.3% των αποφοίτων μεταλυκειακής εκπαίδευσης/ ΙΕΚ και το 66.7% των αποφοίτων πανεπιστήμιο ετών εκδηλώνουν πολύ μεγάλο ή πάρα πολύ μεγάλο βαθμό προτίμησης στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

Τα αποτελέσματα ως προς το εισόδημα των μεταναστών δείχνουν πως το 46.7% των μεταναστών που τα βγάζουν πέρα δύσκολα ή πολύ δύσκολα, το 60% των μεταναστών με μέτριο εισόδημα και το 28.6% των μεταναστών που τα βγάζουν πέρα εύκολα ή πολύ εύκολα εκδηλώνουν πολύ μεγάλο ή πάρα πολύ μεγάλο βαθμό προτίμησης στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι λιγότερο δημοφιλείς είναι οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας στους μετανάστες που τα βγάζουν πέρα εύκολα ή πολύ εύκολα (48.4%).

Τέλος, αποτελέσματα ως προς τα έτη διαμονής των μεταναστών δείχνουν πως το 85.7% των μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα έως 1 έτος δεν προτιμούν καθόλου ή προτιμούν σε μικρό βαθμό τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Αντίστοιχα, το 10.2% των μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα περισσότερο 1 έτος δεν προτιμούν καθόλου ή προτιμούν σε μικρό βαθμό τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ενώ το 26.5% προτιμούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε μέτριο βαθμό και το 55.1% τις προτιμούν σε μεγάλο ή πολύ μεγάλο βαθμό.

Πίνακας 30. Βαθμός προτίμησης στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Βαθμός προτίμησης ιδιωτικές υπηρεσιών υγείας				χ^2	p
		Καθόλου/ Λίγο	Μέτρια	Πολύ/ Πάρα πολύ	Δεν ξέρω/δεν απαντώ		
Φύλο	Γυναίκα	19.4%	29.0%	45.2%	6.5%	2.269	0.519
	Άνδρας	12.5%	16.7%	58.3%	12.5%		
Ηλικία	Έως 25	12.5%	25.0%	37.5%	25.0%	12.820	0.382
	26-35	0.0%	37.5%	50.0%	12.5%		
	36-45	37.5%	12.5%	50.0%	0.0%		
	46-55	6.3%	31.3%	56.3%	6.3%		
	56+	0.0%	20.0%	80.0%	0.0%		
Εισόδημα	Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	26.7%	23.3%	46.7%	3.3%	8.854	0.043
	Μέτρια	5.0%	25.0%	60.0%	10.0%		
	Εύκολα/ Πολύ εύκολα	28.6%	14.3%	28.6%	28.6%		
Εκπαίδευση	Έως και Δημοτικό	33.3%	26.7%	40.0%	0.0%	16.772	0.017
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	11.8%	23.5%	47.1%	17.6%		
	Μεταλυκειακό/ΙΕΚ	42.9%	14.3%	14.3%	28.6%		
	Πανεπιστήμιο	0.0%	27.8%	66.7%	5.6%		
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η	17.1%	29.3%	48.8%	4.9%	6.897	0.330
	Άγαμος-η	16.7%	8.3%	50.0%	25.0%		
	Άλλο	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%		
Χρόνος διαμονής	Έως 1 έτος	85.7%	0.0%	14.3%	0.0%	22.249	0.000
	Πάνω από 1 έτος	10.2%	26.5%	55.1%	8.2%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε στατιστικώς σημαντική ($p<0.001$) συσχέτιση του βαθμού προτίμησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας μόνον με τον χρόνο διαμονής. Η τάση ήταν η παραμονή στην Ελλάδα πάνω από ένα χρόνο να συσχετίζεται με υψηλότερο βαθμό προτίμησης για ιδιωτικές υπηρεσίες.

Τέλος, στον Πίνακα 31 δίνονται τα αναλυτικά ευρήματα αναφορικά με το πόσα χρήματα έχουν πρόθεση να δαπανήσουν ανά μήνα οι μετανάστες στην υγειονομική τους περίθαλψης σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ τους. Τα

ευρήματα έδειξαν πως δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση της πρόθεσης δαπάνης με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών, καθώς καταγράφηκε p-value άνω του 0.5 σε όλους τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν.

Πίνακας 31. Πρόθεση διάθεσης χρημάτων για λήψη υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Πόσα χρήματα είστε διατεθειμένοι να διαθέσετε το μήνα για λάβετε υπηρεσίες υγείας;				χ^2	p
		Λιγότερα από 50€	Μεταξύ 50€ - 100€	Περισσότερα από 100€	Δεν ξέρω/δεν απαντώ		
Φύλο	Γυναίκα	51.6%	19.4%	16.1%	12.9%	2.336	0.506
	Άνδρας	32.0%	32.0%	20.0%	16.0%		
Ηλικία	Έως 25	62.5%	0.0%	25.0%	12.5%	11.679	0.472
	26-35	25.0%	12.5%	50.0%	12.5%		
	36-45	37.5%	37.5%	12.5%	12.5%		
	46-55	43.8%	31.3%	6.3%	18.8%		
	56+	40.0%	20.0%	40.0%	0.0%		
Εισόδημα	Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	45.2%	25.8%	16.1%	12.9%	2.224	0.898
	Μέτρια	45.0%	25.0%	15.0%	15.0%		
	Εύκολα/ Πολύ εύκολα	28.6%	14.3%	28.6%	28.6%		
Εκπαίδευση	Έως και Δημοτικό	26.7%	33.3%	40.0%	0.0%	17.358	0.053
	Γυμνάσιο/ Λύκειο	61.1%	11.1%	5.6%	22.2%		
	Μεταλυκειακό/ΙΕΚ	28.6%	14.3%	14.3%	42.9%		
	Πανεπιστήμιο	38.9%	33.3%	11.1%	16.7%		
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η	43.9%	22.0%	19.5%	14.6%	10.222	0.116
	Άγαμος-η	53.8%	15.4%	15.4%	15.4%		
	Άλλο	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%		
Χρόνος διαμονής	Έως 1 έτος	28.6%	57.1%	0.0%	14.3%	5.275	0.153
	Πάνω από 1 έτος	46.0%	20.0%	20.0%	14.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε παρόμοια αποτελέσματα, δηλ. ότι η πρόθεση διάθεσης χρημάτων δεν συσχετίζεται με καμιά δημογραφική και κοινωνικο-οικονομική μεταβλητή.

6.7 Εμπόδια στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας

Η επόμενη ενότητα του κεφαλαίου παρουσιάζει τα ευρήματα της ανάλυσης αναφορικά με τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και το κατά πόσο αυτά τα εμπόδια συνδέονται με το κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ τους.

6.7.1 Περιγραφικά αποτελέσματα για τα εμπόδια στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας

Από τον Πίνακα 32 προκύπτει πως το 59% (ν = 36) των μεταναστών αναφέρουν πως το σημαντικότερο εμπόδιο στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας τους μεγάλους χρόνους αναμονής. Αντίστοιχα, το 24.6% (ν = 15) των αναφέρουν ως εμπόδιο στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας την έλλειψη διαθεσιμότητας των υπηρεσιών όταν τις χρειάζονται. Μικρότερο ποσοστό του δείγματος ανέφερε ως εμπόδια τη δυσκολία επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό (ν = 7, 11.5%), τη δυσκολία μετακίνησης (ν = 6, 9.8%) και την έλλειψη σεβασμού στις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις (ν = 2, 3.3%).

Πίνακας 32. Εμπόδια στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας

	Όχι		Ναι	
	ν	%	ν	%
Δεν είναι διαθέσιμες όταν τις χρειάζομαι	46	75.4%	15	24.6%
Μεγάλοι χρόνοι αναμονής	25	41.0%	36	59.0%
Δυσκολία μετακίνησης	55	90.2%	6	9.8%
Δυσκολία επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό	54	88.5%	7	11.5%
Δεν γίνονται σεβαστές οι θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	59	96.7%	2	3.3%

Άλλο	58	95.1%	3	4.9%
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	58	95.1%	3	4.9%

6.7.2 Σχέση εμποδίων στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών

Στη συνέχεια ελέγχθηκε το κατά πόσο υπάρχει σημαντικη εξάρτηση μεταξύ του κοινωνικού-οικονομικού προφίλ των μεταναστών με τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας. Από τον Πίνακα 33 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του φύλο των μεταναστών με το κατά πόσο αντιμετωπίζουν εμπόδια που συνδέονται με τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών όταν τις χρειάζονται (χ^2 = 4.071, p = 0.044). Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες (35.5%) είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν εμπόδια που συνδέονται με τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών όταν τις χρειάζονται σε σύγκριση με τους άντρες (12%). Δεν καταγράφηκαν άλλες σημαντικές εξαρτήσεις μεταξύ των εμποδίων στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και του φύλου των μεταναστών.

Πίνακας 33. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Φύλο		χ^2	p
		Γυναίκα	Άνδρας		
Δεν είναι διαθέσιμες όταν τις χρειάζομαι	Όχι	64.5%	88.0%	4.071	0.044
	Ναι	35.5%	12.0%		
Μεγάλοι χρόνοι αναμονής	Όχι	45.2%	28.0%	1.739	0.187
	Ναι	54.8%	72.0%		
Δυσκολία μετακίνησης	Όχι	90.3%	92.0%	0.857	0.651
	Ναι	9.8%	8.0%		
Δυσκολία επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό	Όχι	87.1%	92.0%	0.348	0.555
	Ναι	12.9%	8.0%		
Δεν γίνονται σεβαστές οι θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Όχι	100.0%	96.0%	1.263	0.261
	Ναι	0.0%	4.0%		

Άλλο	Όχι	100.0%	96.0%	1.263	0.261
	Ναι	0.0%	4.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	96.8%	92.0%	0.622	0.430
	Ναι	3.2%	8.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε πανομοιότυπα αποτελέσματα με τον ανωτέρω Πίνακα 33.

Από τον Πίνακα 34 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ηλικιακής ομάδας των μεταναστών με το κατά πόσο αντιμετωπίζουν εμπόδια που συνδέονται με τις δυσκολίες μετακίνησης (χ^2 = 10.976, p = 0.035). Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι μετανάστες ηλικίας έως 25 ετών (25%) είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν εμπόδια που συνδέονται τις δυσκολίες μετακίνησης σε σύγκριση με τους μετανάστες ηλικίας 26-35 ετών (0%), 36-45 ετών (0%), 46-55 ετών (6.3%) και άνω των 56 ετών (0%). Δεν καταγράφηκαν άλλες σημαντικές εξαρτήσεις μεταξύ των εμποδίων στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και της ηλικιακής ομάδας των μεταναστών.

Πίνακας 34. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Ηλικία					χ^2	p
		Έως 25	26-35	36-45	46-55	56+		
Δεν είναι διαθέσιμες όταν τις	Όχι	87.5%	75.0%	50.0%	75.0%	100.0%	5.069	0.280
χρειάζομαι	Ναι	12.5%	25.0%	50.0%	25.0%	0.0%		
Μεγάλοι χρόνοι αναμονής	Όχι	37.5%	75.0%	37.5%	37.5%	20.0%	4.828	0.305
	Ναι	62.5%	25.0%	62.5%	62.5%	80.0%		
Δυσκολία μετακίνησης	Όχι	75.0%	100.0%	100.0%	93.8%	100.0%	10.976	0.203
	Ναι	25.0%	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%		
Δυσκολία επικοινωνίας με το	Όχι	100.0%	87.5%	75.0%	93.8%	80.0%	3.361	0.499
ιατρικό προσωπικό	Ναι	0.0%	12.5%	25.0%	6.3%	20.0%		
Δεν γίνονται σεβαστές οι	Όχι	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	-	-

θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Ναι	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
Άλλο	Όχι	87.5%	87.5%	100.0%	100.0%	100.0%	3.794	0.435
	Ναι	12.5%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	100.0%	87.5%	100.0%	93.8%	100.0%	2.322	0.677
	Ναι	0.0%	12.5%	0.0%	6.3%	0.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε ότι σε στατιστικώς σημαντικά ($p<0.05$) μεγαλύτερο ποσοστό τα άτομα έως 25 ετών δήλωσαν τη δυσκολία μετακίνησης ως εμπόδιο σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες.

Από τον Πίνακα 35 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των μεταναστών με το κατά πόσο αντιμετωπίζουν εμπόδια που συνδέονται με άλλους λόγους ($\chi^2 = 10.045$, $p = 0.007$). Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι μετανάστες που είναι διαζευγμένοι/ χήροι (33.3%) είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν εμπόδια που συνδέονται με άλλους λόγους σε σύγκριση με τους μετανάστες που είναι έγγαμοι (0%) ή άγαμοι (7.7%). Δεν καταγράφηκαν άλλες σημαντικές εξαρτήσεις μεταξύ των εμποδίων στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και της οικογενειακής κατάστασης των μεταναστών.

Πίνακας 35. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Οικογενειακή κατάσταση			χ^2	p
		Έγγαμος-η	Άγαμος-η	Άλλο		
Δεν είναι διαθέσιμες όταν	Όχι	68.3%	84.6%	100.0%	2.487	0.288
τις χρειάζομαι	Ναι	31.7%	15.4%	0.0%		
Μεγάλοι χρόνοι αναμονής	Όχι	39.0%	30.8%	66.7%	1.337	0.513
	Ναι	61.0%	69.2%	33.3%		
Δυσκολία μετακίνησης	Όχι	92.7%	84.6%	100.0%	2.262	0.688
	Ναι	7.3%	15.4%	0.0%		
Δυσκολία επικοινωνίας με	Όχι	87.8%	92.3%	66.7%	1.489	0.475

το ιατρικό προσωπικό	Ναι	12.2%	7.7%	33.3%		
Δεν γίνονται σεβαστές οι	Όχι	100.0%	92.3%	100.0%	3.445	0.179
θρησκευτικές μου	Ναι	0.0%	7.7%	0.0%		
πεποιθήσεις						
Άλλο	Όχι	100.0%	92.3%	66.7%	10.045	0.007
	Ναι	0.0%	7.7%	33.3%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	92.7%	100.0%	100.0%	1.236	0.539
	Ναι	7.3%	0.0%	0.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε πανομοιότυπα αποτελέσματα με τον ανωτέρω Πίνακα 35.

Στον Πίνακα 36 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης για τα εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 έδειξε πως τα εμπόδια δεν σχετίζονται σημαντικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών ($p>0.05$ σε όλες τις επιμέρους συγκρίσεις).

Πίνακας 36. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Εκπαίδευση				χ^2	p
		Έως και Δημοτικό	Γυμνάσιο / Λύκειο	Μεταλυκειακό/ ΙΕΚ	Πανεπιστήμιο		
Δεν είναι διαθέσιμες όταν τις	Όχι	80.0%	72.2%	100.0%	66.7%	3.329	0.344
χρειάζομαι	Ναι	20.0%	27.8%	0.0%	33.3%		
Μεγάλοι χρόνοι αναμονής	Όχι	53.3%	44.4%	42.9%	27.8%	2.333	0.506
	Ναι	46.7%	55.6%	57.1%	72.2%		
Δυσκολία μετακίνησης	Όχι	86.7%	88.9%	85.7%	94.4%	3.594	0.732
	Ναι	13.4%	11.1%	14.3%	5.6%		
Δυσκολία επικοινωνίας με το	Όχι	93.3%	72.2%	100.0%	94.4%	6.278	0.099
ιατρικό προσωπικό	Ναι	6.7%	27.8%	0.0%	5.6%		
Δεν γίνονται σεβαστές οι	Όχι	100.0%	94.4%	85.7%	100.0%	3.888	0.274
θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Ναι	0.0%	5.6%	14.3%	0.0%		
Άλλο	Όχι	100.0%	88.9%	100.0%	94.4%	2.500	0.475
	Ναι	0.0%	11.1%	0.0%	5.6%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	86.7%	94.4%	100.0%	100.0%	3.406	0.333
	Ναι	13.3%	5.6%	0.0%	0.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν απάντησαν την ερώτηση) έδειξε πανομοιότυπα αποτελέσματα με τον ανωτέρω Πίνακα 36.

Στον Πίνακα 37 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης για τα εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 έδειξε πως τα εμπόδια δεν σχετίζονται σημαντικά με το εισόδημα των μεταναστών ($p>0.05$ σε όλες τις επιμέρους συγκρίσεις).

Πίνακας 37. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Εισόδημα			χ^2	p
		Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	Μέτρια	Εύκολα/ Πολύ εύκολα		
Δεν είναι διαθέσιμες όταν τις χρειάζομαι	Όχι	74.2%	70.0%	85.7%	0.668	0.716
	Ναι	25.8%	30.0%	14.3%		
Μεγάλοι χρόνοι αναμονής	Όχι	41.9%	30.0%	57.1%	1.741	0.419
	Ναι	58.1%	70.0%	42.9%		
Δυσκολία μετακίνησης	Όχι	87.1%	95.0%	100.0%	1.953	0.744
	Ναι	12.9%	5.0%	0.0%		
Δυσκολία επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό	Όχι	87.1%	90.0%	85.7%	0.133	0.935
	Ναι	12.9%	10.0%	14.3%		
Δεν γίνονται σεβαστές οι θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Όχι	93.5%	100.0%	100.0%	1.804	0.406
	Ναι	6.5%	0.0%	0.0%		
Άλλο	Όχι	96.8%	100.0%	85.7%	3.188	0.203
	Ναι	3.2%	0.0%	14.3%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	96.8%	95.0%	85.7%	1.426	0.490
	Ναι	3.2%	5.0%	14.3%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν

απάντησαν την ερώτηση) έδειξε πανομοιότυπα αποτελέσματα με τον ανωτέρω Πίνακα 37.

Τέλος, στον Πίνακα 38 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης για τα εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 έδειξε πως τα εμπόδια δεν σχετίζονται σημαντικά με τα έτη διαμονής των μεταναστών στην Ελλάδα ($p>0.05$ σε όλες τις επιμέρους συγκρίσεις).

Πίνακας 38. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Χρόνος διαμονής		χ^2	p
		Έως 1 έτος	Πάνω από 1 έτος		
Δεν είναι διαθέσιμες όταν τις χρειάζομαι	Όχι	71.4%	74.0%	0.021	0.885
	Ναι	28.6%	26.0%		
Μεγάλοι χρόνοι αναμονής	Όχι	57.1%	36.0%	1.158	0.282
	Ναι	42.9%	64.0%		
Δυσκολία μετακίνησης	Όχι	85.7%	90.0%	0.429	0.807
	Ναι	14.3%	10.0%		
Δυσκολία επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό	Όχι	100.0%	86.0%	1.117	0.291
	Ναι	0.0%	14.0%		
Δεν γίνονται σεβαστές οι θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Όχι	85.7%	98.0%	2.737	0.098
	Ναι	14.3%	2.0%		
Άλλο	Όχι	100.0%	98.0%	0.143	0.706
	Ναι	0.0%	2.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	100.0%	96.0%	0.290	0.590
	Ναι	0.0%	4.0%		

Στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας μόνον τις έγκυρες απαντήσεις (δηλ. χωρίς τα άτομα που απάντησαν «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ», «Άλλο» ή τα άτομα που δεν

απάντησαν την ερώτηση) έδειξε πανομοιότυπα αποτελέσματα με τον ανωτέρω Πίνακα 38.

6.8 Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Η τελευταία ενότητα του κεφαλαίου παρουσιάζει τα ευρήματα της ανάλυσης αναφορικά με τις προσδοκίες των μεταναστών για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και το κατά πόσο αυτές οι προσδοκίες συνδέονται με το κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ τους.

6.8.1 Περιγραφικά αποτελέσματα που αφορούν τις προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Από τον Πίνακα 39 προκύπτει πως το 31.1% (ν = 19) των μεταναστών ανέφεραν πως για να βελτιωθεί η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να δημιουργηθούν περισσότερες μονάδες υγείας. Αντίστοιχα, το 29.5% (ν = 18) των μεταναστών ανέφεραν πως για να βελτιωθεί η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να είναι πιο οικονομικά προσιτές οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και το 24.6% (ν=15) ανέφεραν τον σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Μικρότερο ποσοστό του δείγματος ανέφερε ως πιθανούς τρόπους βελτίωσης της υφιστάμενης κατάστασης το να υπάρχουν περισσότερες γυναίκες γιατροί (ν = 6, 9.8%), να υπάρχουν περισσότεροι διερμηνείς (ν = 8, 13.1%) και να παρέχονται ευκολίες μετακίνησης από και προς τις δομές υγείας (ν = 5, 8.2%).

Πίνακας 39. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

	Όχι		Ναι	
	ν	%	ν	%
Περισσότερες μονάδες υγείας	42	68.9%	19	31.1%
Σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός	46	75.4%	15	24.6%
Περισσότερες γυναίκες γιατροί (γιατρίνες)	55	90.2%	6	9.8%

Περισσότεροι διερμηνείς	53	86.9%	8	13.1%
Οικονομικά προσιτές ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	43	70.5%	18	29.5%
Ευκολία μετακίνησης από και προς τις δομές υγείας	56	91.8%	5	8.2%
Άλλο	56	91.8%	5	8.2%

6.8.2 Σχέση προσδοκιών για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών

Στη συνέχεια ελέγχθηκε το κατά πόσο υπάρχει σημαντικη εξάρτηση μεταξύ του κοινωνικού-οικονομικού προφίλ των μεταναστών με τις προσδοκίες για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Από τον Πίνακα 40 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του φύλου των μεταναστών με το κατά πόσο θα ήθελαν να είναι πιο οικονομικές οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (χ^2 = 4.403, p = 0.036). Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες (41.9%) σε μεγαλύτερο ποσοστό αναγνωρίζουν πως πρέπει να είναι πιο οικονομικές οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας για να βελτιωθεί η προσβασιμότητα σε σύγκριση με τους άντρες (16%). Δεν καταγράφηκαν άλλες σημαντικές εξαρτήσεις μεταξύ των προσδοκιών και του φύλου των μεταναστών.

Πίνακας 40. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το φύλο των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Φύλο		χ^2	p
		Γυναίκα	Άνδρας		
Περισσότερες μονάδες υγείας	Όχι	64.5%	72.0%	0.355	0.551
	Ναι	35.5%	28.0%		
Σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός	Όχι	77.4%	72.0%	0.217	0.436
	Ναι	22.6%	28.0%		
Περισσότερες γυναίκες γιατροί (γιατρίνες)	Όχι	87.1%	92.0%	0.348	0.555
	Ναι	12.9%	8.0%		

Περισσότεροι διερμηνείς	Όχι	83.9%	88.0%	0.193	0.661
	Ναι	16.1%	12.0%		
Οικονομικά προσιτές ιδιωτικές	Όχι	58.1%	84.0%	4.403	0.036
υπηρεσίες υγείας	Ναι	41.9%	16.0%		
Ευκολία μετακίνησης από και	Όχι	93.5%	88.0%	0.524	0.469
προς τις δομές υγείας	Ναι	6.5%	12.0%		
Άλλο	Όχι	100.0%	92.0%	2.572	0.109
	Ναι	0.0%	8.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	100.0%	100.0%	-	-
	Ναι	0.0%	0.0%		

Από τον Πίνακα 41 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ηλικιακής ομάδας των μεταναστών με το κατά πόσο θα ήθελαν να βελτιωθεί η διαδικασία μετακίνησης από και προς τις δομές υγείας (χ^2 = 7.664, p = 0.025). Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι μετανάστες ηλικίας έως 25 ετών (37.5%) σε μεγαλύτερο ποσοστό αναγνωρίζουν πως πρέπει να βελτιωθεί η διαδικασία μετακίνησης από και προς τις δομές υγείας σε σύγκριση με τους μετανάστες ηλικίας 26-35 ετών (12.5%), 36-45 ετών (0%), 46-55 ετών (6.3%) και άνω των 56 ετών (0%). Δεν καταγράφηκαν άλλες σημαντικές εξαρτήσεις μεταξύ των προσδοκιών και της ηλικιακής ομάδας των μεταναστών.

Πίνακας 41. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Ηλικία					χ^2	p
		Έως 25	26-35	36-45	46-55	56+		
Περισσότερες μονάδες υγείας	Όχι	75.0%	87.5%	75.0%	68.8%	60.0%	1.470	0.832
	Ναι	25.0%	12.5%	25.0%	31.3%	40.0%		
Σύγχρονος ιατροτεχνολογικός	Όχι	87.5 %	87.5 %	75.0 %	68.8 %	80.0 %	1.679	0.794
εξοπλισμός	Ναι	12.5 %	12.5 %	25.0 %	31.3 %	20.0%		
Περισσότερες γυναίκες γιατροί	Όχι	75.0%	100.0%	100.0%	100.0%	80.0%	8.036	0.090
(γιατρίνες)	Ναι	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%		
Περισσότεροι διερμηνείς	Όχι	87.5%	100.0%	62.5%	87.5%	100.0%	6.058	0.195

	Ναι	12.5%	0.0%	37.5%	12.5%	0.0%		
Οικονομικά προσιτές ιδιωτικές	Όχι	75.0%	75.0%	62.5%	68.8%	80.0%	0.642	0.958
υπηρεσίες υγείας	Ναι	25.0%	25.0%	37.5%	31.3%	20.0%		
Ευκολία μετακίνησης από και	Όχι	62.5%	87.5%	100.0%	93.8%	100.0%	7.664	0.025
προς τις δομές υγείας	Ναι	37.5%	12.5%	0.0%	6.3%	0.0%		
Άλλο	Όχι	100.0%	87.5%	100.0%	87.5%	100.0%	2.813	0.590
	Ναι	0.0%	12.5%	0.0%	12.5%	0.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	-	-
	Ναι	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		

Από τον Πίνακα 41 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των μεταναστών με το κατά πόσο θα ήθελαν να υπάρχουν περισσότερες γυναίκες γιατροι (χ^2 = 7.641, p = 0.022). Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι μετανάστες που είναι διαζευγμένοι ή χήροι (33.3%) σε μεγαλύτερο ποσοστό αναγνωρίζουν πως πρέπει να αυξηθεί ο αριθμός των γυναικών γιατρών σε σύγκριση με τους μετανάστες που είναι έγγαμοι (2.4%) ή άγαμοι (23.1%). Δεν καταγράφηκαν άλλες σημαντικές εξαρτήσεις μεταξύ των προσδοκιών και της οικογενειακής κατάστασης των μεταναστών.

Πίνακας 42. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Οικογενειακή κατάσταση			χ^2	p
		Έγγαμος-η	Άγαμος-η	Άλλο		
Περισσότερες μονάδες	Όχι	63.4%	69.2%	100.0%	1.734	0.420
υγείας	Ναι	36.6%	30.8%	0.0%		
Σύγχρονος	Όχι	70.7%	92.3%	66.7%	2.611	0.271
ιατροτεχνολογικός	Ναι	29.3%	7.7 %	33.3%		
εξοπλισμός						
Περισσότερες γυναίκες	Όχι	97.6%	76.9%	66.7%	7.641	0.022
γιατροί (γιατρίνες)	Ναι	2.4%	23.1%	33.3%		
Περισσότεροι διερμηνείς	Όχι	85.4%	84.6%	100.0%	0.522	0.770
	Ναι	14.6%	15.4%	0.0%		
Οικονομικά προσιτές	Όχι	65.9%	69.2%	100.0%	1.514	0.469
ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	Ναι	34.1%	30.8%	0.0%		
Ευκολία μετακίνησης από	Όχι	95.1%	76.9%	100.0%	4.390	0.111

και προς τις δομές υγείας	Ναι	4.9%	23.1%	0.0%		
Άλλο	Όχι	95.1%	100.0%	66.7%	5.475	0.065
	Ναι	4.9%	0.0%	33.3%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	100.0%	100.0%	100.0%	-	-
	Ναι	0.0%	0.0%	0.0%		

Από τον Πίνακα 43 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των μεταναστών με το κατά πόσο θα ήθελαν να είναι πιο οικονομικές οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (χ^2 = 7.262, p = 0.040). Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι απόφοιτοι πανεπιστημίου (44.4%) και οι απόφοιτοι Γυμνασίου/ Λυκείου (38.9%) σε μεγαλύτερο ποσοστό αναγνωρίζουν πως πρέπει να είναι πιο οικονομικές οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας για να βελτιωθεί η προσβασιμότητα σε σύγκριση με τους απόφοιτους μεταλυκειακής εκπαίδευσης/ ΙΕΚ (14.3%) ή όσους είχαν λάβει εκπαίδευσης έως και το Δημοτικό (6.7%). Δεν καταγράφηκαν άλλες σημαντικές εξαρτήσεις μεταξύ των προσδοκιών και του επιπέδου εκπαίδευσης των μεταναστών.

Πίνακας 43. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Εκπαίδευση				χ^2	p
		Έως και Δημοτικό	Γυμνάσιο / Λύκειο	Μεταλυκειακό/ ΙΕΚ	Πανεπιστήμιο		
Περισσότερες μονάδες υγείας	Όχι	73.3%	61.1%	85.7%	61.1%	1.951	0.583
	Ναι	26.7%	38.9%	14.3%	38.9%		
Σύγχρονος ιατροτεχνολογικός	Όχι	66,7%	88.9%	85.7%	66.7 %	3.563	0.313
εξοπλισμός	Ναι	33.3%	11.1%	14.3%	33.3 %		
Περισσότερες γυναίκες	Όχι	93.3%	88.9%	71.4%	94.4%	3.183	0.364
γιατροί (γιατρίνες)	Ναι	6.7%	11.1%	28.6%	5.6%		
Περισσότεροι διερμηνείς	Όχι	93.3%	77.8%	85.7%	94.4%	2.913	0.405
	Ναι	6.7%	22.2%	14.3%	5.6%		
Οικονομικά προσιτές	Όχι	93.3%	61.1%	85.7%	55.6%	7.262	0.040
ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	Ναι	6.7%	38.9%	14.3%	44.4%		
Ευκολία μετακίνησης από και	Όχι	93.3%	88.9%	100.0%	88.9%	1.017	0.797
προς τις δομές υγείας	Ναι	6.7%	11.1%	0.0%	11.1%		
Άλλο	Όχι	100.0%	94.4%	85.7%	83.3%	3.394	0.335
	Ναι	0.0%	5.6%	14.3%	16.7%		

Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	-	-
	Ναι	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		

Από τον Πίνακα 44 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του εισοδήματος των μεταναστών με το κατά πόσο θα ήθελαν να είναι πιο εύκολές οι μετακινήσεις από και προς τις δομές υγείας (χ^2 = 7.495, p = 0.024). Τα ευρήματα δείχνουν ότι όσοι τα βγάζουν πέρα εύκολα ή πολύ εύκολα (28.6%) σε μεγαλύτερο ποσοστό αναγνωρίζουν πως πρέπει να είναι πιο εύκολές οι μετακινήσεις από και προς τις δομές υγείας σε σύγκριση με όσους τα βγάζουν πέρα δύσκολα ή πολύ δύσκολα (0%) ή όσους έχουν μέτρια οικονομική κατάσταση (15%).

Πίνακας 44. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το εισόδημα των μεταναστών: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Εισόδημα			χ^2	p
		Πολύ δύσκολα/ Δύσκολα	Μέτρια	Εύκολα/ Πολύ εύκολα		
Περισσότερες μονάδες υγείας	Όχι	61.3%	70.0%	85.7%	1.652	0.438
	Ναι	38.7%	30.0%	14.3%		
Σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός	Όχι	80.6%	60.0%	85.7%	3.259	0.196
	Ναι	19.4%	40.0%	14.3%		
Περισσότερες γυναίκες γιατροί (γιατρίνες)	Όχι	83.9%	100.0%	100.0%	4.766	0.092
	Ναι	16.1%	0.0%	0.0%		
Περισσότεροι διερμηνείς	Όχι	87.1%	90.0%	71.4%	1.548	0.461
	Ναι	12.9%	10.0%	28.6%		
Οικονομικά προσιτές ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	Όχι	71.0%	60.0%	100.0%	4.007	0.135
	Ναι	29.0%	40.0%	0.0%		
Ευκολία μετακίνησης από και προς τις δομές υγείας	Όχι	100.0%	85.0%	71.4%	7.495	0.024
	Ναι	0.0%	15.0%	28.6%		
Άλλο	Όχι	90.3%	95.0%	100.0%	1.004	0.605
	Ναι	9.7%	5.0%	0.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	100.0%	100.0%	100.0%	-	-
	Ναι	0.0%	0.0%	0.0%		

Τέλος, από τον Πίνακα 45 προκύπτει πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του χρόνου διαμονής των μεταναστών στην Ελλάδα με τις προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ($p>0.05$ σε όλες τις συγκρίσεις).

Πίνακας 45. Προσδοκίες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα έτη διαμονής στην Ελλάδα: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Χρόνος διαμονής		χ^2	p
		Έως 1 έτος	Πάνω από 1 έτος		
Περισσότερες μονάδες υγείας	Όχι	71.4%	68.0%	0.033	0.855
	Ναι	28.6%	32.0%		
Σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός	Όχι	57.1%	76.0%	1.126	0.289
	Ναι	42.9%	24.0%		
Περισσότερες γυναίκες γιατροί (γιατρίνες)	Όχι	85.7%	90.0%	0.120	0.729
	Ναι	14.3%	10.0%		
Περισσότεροι διερμηνείς	Όχι	100.0%	84.0%	1.303	0.254
	Ναι	0.0%	16.0%		
Οικονομικά προσιτές ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	Όχι	100.0%	66.0%	3.392	0.066
	Ναι	0.0%	34.0%		
Ευκολία μετακίνησης από και προς τις δομές υγείας	Όχι	100.0%	90.0%	0.767	0.381
	Ναι	0.0%	10.0%		
Άλλο	Όχι	85.7%	96.0%	1.303	0.254
	Ναι	14.3%	4.0%		
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	Όχι	100.0%	100.0%	-	-
	Ναι	0.0%	0.0%		

6.9 Συσχέτιση βαθμού προτίμησης δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών με εμπόδια πρόσβασης

Ο βαθμός προτίμησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας δεν βρέθηκε ένα συσχετίζεται με το πόσα χρήματα το μήνα είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν για να λάβουν υπηρεσίες υγείας (Spearman's $\rho=0.132$, $p>0.05$, $\nu=48$). Παρομοίως, ο βαθμός προτίμησης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας δεν βρέθηκε ένα συσχετίζεται με το πόσα χρήματα το μήνα είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν για να λάβουν υπηρεσίες υγείας (Spearman's $\rho=0.023$, $p>0.05$, $\nu=48$).

Στη συνέχεια ελέγχθηκε το κατά πόσο υπάρχει σημαντικη εξάρτηση μεταξύ του βαθμού προτίμησης για χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας και τις δυσκολίες/εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες όταν χρειάζονται υπηρεσίες υγείας. Από τον Πίνακα 46 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του βαθμού προτίμησης για χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας με την υποκειμενική τους αντίληψη της δυσκολίας/εμποδίου «Δεν είναι διαθέσιμες όταν τις χρειάζομαι» (χ^2 = 6.059, p = 0.048). Τα ευρήματα δείχνουν ότι όσοι δηλώνουν καθόλου/λίγο βαθμό προτίμησης για χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας (42.9%) σε μεγαλύτερο ποσοστό εκτιμούν ως δυσκολία/εμπόδιο ότι οι υπηρεσίες υγείας δεν είναι διαθέσιμες όταν τις χρειάζονται σε σύγκριση με αυτούς που προτιμούν πολύ/πάραπολύ τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας που δηλώνουν την ίδια δυσκολία/εμπόδιο χρήσης (8.3%). Δεν καταγράφηκαν άλλες σημαντικές εξαρτήσεις μεταξύ του βαθμού προτίμησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και των άλλων δυσκολιών/εμποδίων χρήσης υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 46. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το βαθμό προτίμησης δημόσιων υπηρεσιών υγείας: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Βαθμός προτίμησης σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας			χ^2	p
		Καθόλου/Λίγο	Μέτρια	Πολύ/Πάρα Πολύ		
Δεν είναι διαθέσιμες όταν	Όχι	57.1%	82.6%	91.7%	6.059	0.048
τις χρειάζομαι	Ναι	42.9%	17.4%	8.3%		
Μεγάλοι χρόνοι αναμονής	Όχι	42.9%	26.1%	50.0%	2.335	0.311
	Ναι	57.1%	73.9%	50.0%		
Δυσκολία μετακίνησης	Όχι	85.7%	95.7%	83.3%	1.699	0.428
	Ναι	14.3%	4.3%	16.7%		
Δυσκολία επικοινωνίας με	Όχι	71.4%	95.7%	100.0%	8.071	0.018
το ιατρικό προσωπικό	Ναι	28.6%	4.3%	0.0%		
Δεν γίνονται σεβαστές οι	Όχι	90.5%	100.0%	100.0%	3.457	0.178

θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Ναι	9.5%	0.0%	0.0%		

Στη συνέχεια ελέγχθηκε το κατά πόσο υπάρχει σημαντικη εξάρτηση μεταξύ του βαθμού προτίμησης για χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και τις δυσκολίες/εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες όταν χρειάζονται υπηρεσίες υγείας. Από τον Πίνακα 47 προκύπτει πως δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές εξαρτήσεις.

Πίνακας 47. Εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το βαθμό προτίμησης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας: ευρήματα ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2

		Βαθμός προτίμησης σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας			χ^2	p
		Καθόλου/Λίγο	Μέτρια	Πολύ/Πάρα Πολύ		
Δεν είναι διαθέσιμες όταν τις χρειάζομαι	Όχι	81.8%	78.6%	65.5%	1.436	0.488
	Ναι	18.2%	21.4%	34.5%		
Μεγάλοι χρόνοι αναμονής	Όχι	54.5%	50.0%	27.6%	3.421	0.181
	Ναι	45.5%	50.0%	72.4%		
Δυσκολία μετακίνησης	Όχι	90.9%	78.6%	96.6%	3.634	0.163
	Ναι	9.1%	21.4%	3.4%		
Δυσκολία επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό	Όχι	90.9%	100.0%	79.3%	3.766	0.152
	Ναι	9.1%	0.0%	20.7%		
Δεν γίνονται σεβαστές οι θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	Όχι	90.9%	100.0%	96.6%	1.439	0.487
	Ναι	9.1%	0.0%	3.4%		

Κεφάλαιο 7ο : Συζήτηση

7.1 Ανεκπλήρωτες ανάγκες μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη και αιτίες που τις προκαλούν

Τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε έδειξαν πως από το σύνολο των μεταναστών που συμμετείχαν στην έρευνα περίπου οι μισοί (47.5%) ένιωσαν την ανάγκη να πάνε σε κάποια υπηρεσία υγείας/γιατρό, αλλά τελικά δεν πήγαν κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι μετανάστες βίωσαν αυτές τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν η δυσκολία συνεννόησης γιατί δε μιλούν την ελληνική γλώσς, η απόσταση από την υπηρεσία υγείας και οι εργασιακές τους υποχρεώσεις. Σημαντικοί λόγοι επίσης αναδείχθηκαν η έλληψη ασφάλισης, η έλλειψη χρημάτων για να καλύψουν τις ιατρικές δαπάνες και η έλλειψη γνώσης ή/και πληροφόρησης για το που πρέπει να απευθυνθούν. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν ευρήματα συναφών ερευνών από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία που αναφέρουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό μεταναστών στις χώρες υποδοχής βιώνουν ανεκπλήρωτες ανάγκες στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας (Appoh et al., 2020; Derose et al., 2009; Pandey et al., 2022; Veizis, 2020; Woodward et al., 2013). Επιπλέον, έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελληνική επικράτεια αναφέρουν πως οι μετανάστες συνήθως δεν απευθύνονται έγκαιρα στον κατάλληλο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης λόγω έλλειψης κατάλληλης ενημέρωσης (Norredam, Nielsen & Krasnik, 2010) καθώς και λόγω οικονομικών προβλημάτων (Kentikelenis et al., 2015) ή ελλείψεως ασφάλισης (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018).

Επιπλέον, τα ευρήματα της διπλωματικής εργασίας έδειξαν πως κάποια κοινωνικό-δημογραφικα στοιχεία των μεταναστών, όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η ηλικία σχετίζονται με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες των μεταναστών και τις αιτίες της. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι έγγαμοι βιώνουν σε μικρότερο ποσοστό ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας σε σύγκριση με τους άγαμους, τους διαζευγμένους ή τους χήρους. Επιπρόσθετα, τα ευρήματα έδειξαν πως οι γυναίκες

βιώνουν πιο συχνά ανεκπλήρωτες ανάγκες επειδή δε μπορούν να βρουν την υπηρεσία υγείας/ γιατρό. Παρόμοια, οι μετανάστες ηλικίας 46-55 ετών επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την απόσταση από την υπηρεσία υγείας σε σύγκριση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες. Τέλος, παρόλο που οι μετανάστες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης (απόφοιτοι πανεπιστημίου) βρέθηκαν ότι είναι λιγότερο πιθανό να βιώσουν ανεκπλήρωτες ανάγκες επειδή δε μπορούν να βρουν υπηρεσία υγείας/ γιατρό, το εύρημα ήταν οριακό μη στατιστικώς σημαντικό. Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα έχει αναφερθεί ότι τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των μεταναστών συνδέονται με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες των μεταναστών και τις αιτίες της. Τα ευρήματα των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα αναφέρουν ότι το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα επηρεάζουν αρνητικά την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας (Kousoulis et al., 2016; Sourtzi et al., 2020; Stathopoulou et al., 2018; Veizis, 2020).

7.2 Προσβασιμότητα και εμπόδια μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως από το σύνολο των μεταναστών του δείγματος ένα ποσοστό της τάξης του 14.8% δεν επισκέφθηκαν ποτέ γιατρό κατά το τελευταίο έτος. Συνολικά, το 78.6% των συμμετεχόντων ανέφερε πως είχαν πρόσβαση σε γιατρό τον τελευταίο χρόνο ενώ περίπου οι μισοί (44.3%) ανέφεραν πως έχουν κάποιον γιατρό εμπιστοσύνης στον οποίο απευθύνονται όταν έχουν κάποια ιατρική ανάγκη. Γενικότερα, τα ευρήματα δείχνουν πως αρκετοί μετανάστες στην Ελλάδα πλέον έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε αντίθεση με το παρελθόν που βίωναν σημαντικές δυσκολίες αναφορά με την πρόσβαση (Gunst et al., 2019; Kaitelidou et al., 2020). Επιπλέον, τα ευρήματα της διπλωματικής εργασίας έδειξαν πως πάνω από το 80% των μεταναστών κρίνει την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας από μέτρια (41%) έως καλή ή πολύ καλή (42.6%). Τα αποτελέσματα αυτά σε συνδυασμό με τα ευρήματα που αφορούν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες δείχνουν πως ενώ οι μετανάστες έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας κάποιες φορές μπορεί λόγω έλλειψης γνώσης της ελληνικής γλώσσας, πληροφόρησης ή χρημάτων να μην απευθυνθούν σε πάροχο υγειονομικής περίθαλψης όταν τον χρειάζονται.

Είναι ενδιαφέρον ότι η υποκειμενική αξιολόγηση της προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας δεν βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με καμία μεταβλητή δημογραφικού και κοινωνικο-οικονομικού προφίλ, παρόλο που υπήρεχε η τάση οι μετανάστες με χαμηλό εισόδημα αξιολογούν την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας πιο αρνητικά σε σύγκριση με όσους έχουν ένα μέτριο ή καλό εισόδημα. Επίσης υπήρχε η τάση οι μετανάστες που έχουν έρθει στην Ελλάδα πρόσφατα (το τελευταίο ένα έτος) αξιολογούν την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας πιο αρνητικά σε σύγκριση με όσους διαμένουν στην Ελλάδα περισσότερο καιρό. Τα ευρήματα συνάδουν με αποτελέσματα άλλων ερευνών που αναφέρουν πως στην Ελλάδα το χαμηλότερο εισόδημα συνδέεται με περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Fouskas et al., 2022; Sourtzi et al., 2020; Veizis, 2020).

Επιπρόσθετα, παράγοντες που πιθανόν να συνδέονται με ανεκπλήρωτες ανάγκες είναι η έλλειψη ασφάλισης υγείας, η έλλειψη δυνατότητας να απουσιάσουν από την εργασία τους και η προβληματική επικοινωνία λόγω δυσκολίας συνεννόησης. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται από συναφείς έρευνες που αναφέρουν πως η ελλιπής πληροφόρηση, η έλλειψη χρημάτων, η έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης και η γλώσσα (πρόβλημα επικοινωνίας) μπορούν να επηρεάσουν την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας (Appoh et al., 2020; Fouskas et al., 2022; Pandey et al., 2022; Papadakaki et al., 2017).

Τέλος, τα ευρήματα της διπλωματικής εργασίας αναφορικά με τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας έδειξαν πως το σημαντικότερο εμπόδιο είναι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής και η έλλειψη διαθεσιμότητας των υπηρεσιών όταν τις χρειάζονται. Αντίθετα, τα ευρήματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας δεν επιβεβαίωσαν ευρήματα συναφών ερευνών που έχουν αναφέρει ως σημαντικά εμπόδια τη γλώσσα (μη αποτελεσματική επικοινωνία) και της πολιτισμικές και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών (Appoh et al., 2020; Czapka et al., 2021; Pandey et al., 2022). Από τις συγκρίσεις ως προς το κοινωνικό-οικονομικό προφίλ των μεταναστών έδειξαν πως οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν εμπόδια που συνδέονται με τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών όταν τις χρειάζονται. Επιπρόσθετα, οι μετανάστες ηλικίας έως 25 ετών

είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν εμπόδια που συνδέονται τις δυσκολίες μετακίνησης.

7.3 Προτιμήσεις μεταναστών για τις υπηρεσίες υγείας

Ο επόμενος στόχος της διπλωματικής εργασίας ήταν να διερευνήσει τις προτιμήσεις των μεταναστών για χρησιμοποίηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και δημόσιων υπηρεσιών υγείας καθώς και να διερευνήσει την πρόθεση των μεταναστών να πληρώσουν ένα αντίτιμο για να λάβουν τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η πλειοψηφία των μεταναστών (72.1%) έχει χρησιμοποιήσει δημόσιες υπηρεσίες υγείας ενώ λίγο μεγαλύτερο ποσοστό έχει χρησιμοποιήσει τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (75.4%). Τα ευρήματα έδειξαν πως πάνω από το 50% των μεταναστών προτιμούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (37.7% σε μέτριο βαθμό και 23.7% σε πολύ ή πάρα πολύ μεγάλο βαθμό). Αντίστοιχα, ευρήματα έδειξαν πως πάνω από το 60% των μεταναστών προτιμούν ιδιωτικές δημόσιες υπηρεσίες υγείας (23.3% σε μέτριο βαθμό και 47.6% σε πολύ ή πάρα πολύ μεγάλο βαθμό). Γενικότερα, οι μετανάστες προτιμούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας λόγω του μηδαμινού οικονομικού κόστους και της ποιότητας των υπηρεσιών. Αντίστοιχα, οι μετανάστες προτιμούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας λόγω της γρήγορης εξυπηρέτησης και της ποιότητας των υπηρεσιών. Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό μεταναστών θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν έως και 50 ευρώ ανά μήνα για να λάβουν τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας.

Επιπλέον, τα ευρήματα έδειξαν πως το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των μεταναστών σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις προτιμήσεις των μεταναστών αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας. Τα ευρήματα έδειξαν πως οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας είναι πιο δημοφιλείς στους μετανάστες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ενώ μικρότερο ποσοστό μεταναστών με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης κάνουν χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, τα ευρήματα έδειξαν πως μικρότερο ποσοστό μεταναστών που είναι διαζευγμένοι/ χήροι κάνουν χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας ενώ η μεγαλύτερη διαμονή στην Ελλάδα σχετίζεται και με μεγαλύτερη πιθανότητα χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Παρόμοια τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι μετανάστες με χαμηλό επίπεδο

εκπαίδευσης είναι πιο πιθανό να επιλέξουν δημόσιες υπηρεσίες υγείας επειδή αυτές παρέχουν πιο γρήγορη εξυπηρέτηση ενώ είναι λιγότερο πιθανό να τις επιλέξουν επειδή δεν έχουν οικονομικό κόστος. Επιπρόσθετα, οι μετανάστες με καλύτερο οικονομικό επίπεδο επικαλούνται πιο συχνά άλλους λόγους για να κάνουν χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας τυγχάνουν μεγαλύτερης προτίμησης από τους μετανάστες που διαμένουν στην Ελλάδα περισσότερο 1 έτος. Αναφορικά με τις προτιμήσεις στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας τα ευρήματα έδειξαν πως αυτές είναι περισσότερο δημοφιλείς είναι οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας στους μετανάστες που είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου ενώ είναι λιγότερο δημοφιλείς στους μετανάστες που τα βγάζουν πέρα εύκολα ή πολύ εύκολα. Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας τυγχάνουν μεγαλύτερης προτίμησης από τους μετανάστες που διαμένουν στην Ελλάδα περισσότερο 1 έτος.

7.4 Εμπόδια στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας

Τα ευρήματα της διπλωματικής εργασίας αναφορικά με τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας έδειξαν πως το σημαντικότερο εμπόδιο είναι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής και η έλλειψη διαθεσιμότητας των υπηρεσιών όταν τις χρειάζονται. Αντίθετα, τα ευρήματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας δεν επιβεβαίωσαν ευρήματα συναφών ερευνών που έχουν αναφέρει ως σημαντικά εμπόδια τη γλώσσα (μη αποτελεσματική επικοινωνία) και της πολιτισμικές και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών (Appoh et al., 2020; Czapka et al., 2021; Pandey et al., 2022). Από τις συγκρίσεις ως προς το κοινωνικό-οικονομικό προφίλ των μεταναστών έδειξαν πως οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν εμπόδια που συνδέονται με τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών όταν τις χρειάζονται. Επιπρόσθετα, οι μετανάστες ηλικίας έως 25 ετών είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν εμπόδια που συνδέονται τις δυσκολίες μετακίνησης.

Ο χαμηλός βαθμός προτίμησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας βρέθηκε να συσχετίζεται με την υποκειμενική αντίληψη ως εμποδίου το ότι οι υπηρεσίες υγείας δεν είναι διαθέσιμες όταν τις χρειάζονται.

7.5 Προσδοκίες μεταναστών για το τι πρέπει να αλλάξει ώστε να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

Τα αποτελέσματα της διπλωματικής εργασίας αναφορικά με τις προσδοκίες των μεταναστών για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα έδειξαν πως οι δύο πιο σημαντικές βελτιώσεις που μπορούν να γίνουν είναι να δημιουργηθούν περισσότερες μονάδες υγείας και να γίνουν πιο οικονομικά προσιτές οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, μικρότερο ποσοστό μεταναστών ανέφερε ως σημαντικές βελτιώσεις την ύπαρξη περισσότερων διερμηνέων, την ευκολία μετακίνησης από και προς τις δομές υγείας και το σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.

Κεφάλαιο 8ο : Συμπεράσματα

Η μετανάστευση αυξάνεται παγκοσμίως καθώς οι άνθρωποι μετακινούνται από τις χώρες τους οικειοθελώς για να εργαστούν ή να ενταχθούν σε μέλη της οικογένειάς τους σε ξένες χώρες λόγω πολέμων και πολιτικών αναταραχών που έχουν αυξηθεί σε πολλά μέρη του κόσμου τα τελευταία χρόνια, οδηγώντας σε βίαια εκρίζωση ανθρώπων. από τις χώρες καταγωγής τους για να αναζητήσουν καταφύγιο σε ξένες χώρες (Economou et al., 2018; Papadakaki et al., 2017). Η Ελλάδα και, όπως και οι υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, έχουν βιώσει μια συνεχή εισροή μεταναστών τις τελευταίες πέντε δεκαετίες, αν και σε διαφορετικό βαθμό. Υπάρχουν διαφορετικές κατηγορίες μεταναστών, με τις δύο κύριες κατηγορίες να είναι οι νόμιμοι και οι παράνομοι μετανάστες. Νόμιμος μετανάστης είναι ένα άτομο που έχει γεννηθεί σε άλλη χώρα που έχει δικαίωμα να εισέλθει, να εγκατασταθεί και να εργαστεί σε μια χώρα χωρίς περιορισμούς, έχοντας τα ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις με τον αυτόχθονα πληθυσμό. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης από νόμιμους μετανάστες έχει αναγνωριστεί ως πρόκληση στην Ελλάδα, καθώς μελέτες έχουν δείξει ότι οι μετανάστες δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη με τον ίδιο τρόπο όπως οι γηγενείς (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018; Galanis et al., 2013; Kousoulis et al., 2016). Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει την προσβασιμότητα και τις προτιμήσεις των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Η έρευνα βασίστηκε σε πέντε άξονες: (1) στο κατά πόσο οι νόμιμοι μετανάστες στην Ελλάδα βιώνουν ανεκπλήρωτες ανάγκες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, (2) στην προσβασιμότητα των μεταναστών σε υπηρεσίες υγείας, (3) στις προτιμήσεις των μεταναστών για τις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, (4) στα εμπόδια χρήσης των υπηρεσιών και (5) στις προσδοκίες μεταναστών για το τι πρέπει να αλλάξει ώστε να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Τα ευρήματα της διπλωματικής εργασίας αναλύονται στις επόμενες ενότητες. Τα ευρήματα της διπλωματικής εργασίας συνοψίζονται στα εξής:

1. Το 47.5% των μεταναστών βίωσαν ανεκπλήρωτες ανάγκες (ένιωσαν την ανάγκη να πάνε σε κάποια υπηρεσία υγείας/γιατρό, αλλά τελικά δεν πήγαν) τους τελευταίους 12 μήνες.

2. Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι μετανάστες βίωσαν αυτές τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν η έλλειψη γνώσης ή/και πληροφόρησης για το που πρέπει να απευθυνθούν, η έλλειψη χρημάτων για να καλύψουν τις ιατρικές δαπάνες και η έλλειψη ασφάλισης.
3. Περίπου 8 στους 10 μετανάστες έχουν πρόσβαση σε γιατρό τον τελευταίο χρόνο ενώ περίπου 1 στους 2 έχουν κάποιον γιατρό εμπιστοσύνης στον οποίο απευθύνονται όταν έχουν κάποια ιατρική ανάγκη.
4. Οι μετανάστες έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας αλλά μερικές φορές μπορεί λόγω έλλειψης πληροφόρησης ή χρημάτων να μην απευθυνθούν σε πάροχο υγειονομικής περίθαλψης όταν τον χρειάζονται.
5. Περίπου 7 στους 10 μετανάστες κάνουν χρήση δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσίες υγείας.
6. Οι μετανάστες προτιμούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας λόγω του μηδαμινού οικονομικού κόστους και της ποιότητας των υπηρεσιών.
7. Οι μετανάστες προτιμούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας λόγω της γρήγορης εξυπηρέτησης και της ποιότητας των υπηρεσιών.
8. Το σημαντικότερο εμπόδιο είναι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής και η έλλειψη διαθεσιμότητας των υπηρεσιών όταν τις χρειάζονται.
9. Οι δύο πιο σημαντικές βελτιώσεις που μπορούν να γίνουν είναι να δημιουργηθούν περισσότερες μονάδες υγείας και να γίνουν πιο οικονομικά προσιτές οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές

Andersen, R. M., McCutcheon, A., Aday, L. A., Chiu, G. Y., & Bell, R. (1983). Exploring dimensions of access to medical care. *Health services research*, *18*(1), 49–74.

Apostolopoulou, E., & Liodaki, D. (2021). The right to public space during the COVID-19 pandemic. *City*, *25*(5–6), 764–784. https://doi.org/10.1080/13604813.2021.1989157

Appoh, L., Felix, F., & Pedersen, P. U. (2020). Barriers to access of healthcare services by the immigrant population in Scandinavia: a scoping review protocol. *BMJ Open*, *10*(1), e032596. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032596

Asylum In Europe (2023). HEALTH CARE: Greece. Διαθέσιμο στο: https://asylumineurope.org/reports/country/greece/reception-conditions/health-care/

Asylum Information Database (2023). Greek Council for Refugees. Διαθέσιμο στο: https://asylumineurope.org/reports/country/greece/

Barrett, A., & Mosca, I. (2013). Social Isolation, Loneliness and Return Migration: Evidence from Older Irish Adults. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, *39*(10), 1659–1677. https://doi.org/10.1080/1369183x.2013.833694

Bryman, A., (2017). *Μέθοδοι κοινωνικής έρευνας*. Αθήνα: Gutenberg

Buja, A., Fusco, M., Furlan, P., Bertoncello, C., Baldovin, T., Casale, P., Marcolongo, A., & Baldo, V. (2014). Characteristics, processes, management and outcome of accesses to accident and emergency departments by

citizenship. *International journal of public health*, *59*(1), 167–174. https://doi.org/10.1007/s00038-013-0483-0

Chantzaras, A. E., & Yfantopoulos, J. N. (2018). Income-related health inequalities among the migrant and native-born populations in Greece during the economic crisis: a decomposition analysis. *European journal of public health*, *28*(suppl_5), 24–31. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky203

Clark, T. C., & Simeon, J. C. (2016). War, armed conflict, and refugees: the United Nations' endless battle for peace. *Refugee Survey Quarterly*, *35*(3), 35–70. https://doi.org/10.1093/rsq/hdw010

Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework- a scoping review. *International journal for equity in health*, *20*(1), 116. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3

Czapka, E., Gerwing, J., & Sagbakken, M. (2018). Invisible rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish migrants in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, *47*(7), 755–764. https://doi.org/10.1177/1403494818807551

Daniel, M. (2010). Strategies for targeting health care disparities among hispanics. *Family & Community Health*, 33(4), 329-42. doi:10.1097/FCH.0b013e3181f3b292

Derose, K. P., Bahney, B., Lurie, N., & Escarce, J. J. (2009). Review: Immigrants and Health care Access, Quality, and Cost. *Medical Care Research and Review*, *66*(4), 355–408. https://doi.org/10.1177/1077558708330425

Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., & Maria, Z. (2016). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population1. *Social Cohesion and Development*, *9*(2). https://doi.org/10.12681/scad.8880

EuropeanCommission. (2022). *Στατιστικές για τη μετανάστευση στην Ευρώπη*. [online] Available at: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-

2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_el#RefugeesinEurope [Accessed 12 May 2022].

Farmakioti, E., Pylli, M., & Giannakou, K. (2023). Access to Healthcare Services and Essential Medicines in GREEK Migrant Camps: an Online Cross-Sectional Study. *Journal of immigrant and minority health*, *25*(3), 580–588. https://doi.org/10.1007/s10903-022-01425-6

Fouskas, T., Koulierakis, G., Mine, F., Theofilopoulos, A., Konstantopoulou, S., Ortega-De-Mora, F., Georgiadis, D., & Pantazi, G. (2022). Racial and ethnic inequalities, health disparities and racism in times of COVID-19 pandemic Populism in the EU: unveiling Anti-Migrant attitudes, precarious living conditions and barriers to integration in Greece. *Societies*, *12*(6), 189. https://doi.org/10.3390/soc12060189

Galanis, P., Sourtzi, P., Bellali, T., Theodorou, M., Karamitri, I., Siskou, O., Charalambous, G., & Kaitelidou, D. (2013). Public health services knowledge and utilization among immigrants in Greece: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, *13*(1). https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-350

Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P., & Linos, A. (2021). Access to Healthcare for Migrant Patients in Europe: Healthcare Discrimination and Translation Services. *International journal of environmental research and public health*, *18*(15), 7901. https://doi.org/10.3390/ijerph18157901

Graetz, V., Rechel, B., Groot, W., Norredam, M., & Pavlova, M. (2017). Utilization of health care services by migrants in Europe—a systematic literature review. *British Medical Bulletin*, *121*(1), 5–18. https://doi.org/10.1093/bmb/ldw057

Gunst, M., Jarman, K., Yarwood, V., Rokadiya, S., Capsaskis, L., Orcutt, M., & Abbara, A. (2019). Healthcare access for refugees in Greece: Challenges and opportunities. *Health Policy*, *123*(9), 818–824. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.06.003

Hacker, K., Anies, M., Folb, B. L., & Zallman, L. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk management and healthcare policy*, *8*, 175–183. https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173

Iranmanesh, M., Moghavvemi, S., Zailani, S., & Hyun, S. S. (2018). The role of trust and religious commitment in Islamic medical tourism. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, *23*(3), 245–259. https://doi.org/10.1080/10941665.2017.1421240

Kaitelidou, D., Galanis, P., Economou, C., Mladovsky, P., Siskou, O., & Sourtzi, P. (2020). Inequalities between migrants and Non-Migrants in accessing and using health services in Greece during an era of economic hardship. *International Journal of Health Services*, *50*(4), 444–457. https://doi.org/10.1177/0020731420902604

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Williams, G., Mladovsky, P., King, L., Pharris, A., Suk, J. E., Hatzakis, A., McKee, M., Noori, T., & Stuckler, D. (2015). How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review. *European journal of public health*, *25*(6), 937–944. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv151

Kondilis, E., Papamichail, D., McCann, S., Carruthers, E., Veizis, A., Orcutt, M., & Hargreaves, S. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on refugees and asylum seekers in Greece: A retrospective analysis of national surveillance data from 2020. *EClinicalMedicine*, *37*, 100958. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100958

Kotsiou, O. S., Kotsios, P., Srivastava, D., Kotsios, V., Gourgoulianis, K., & Exadaktylos, A. K. (2018). Impact of the refugee crisis on the Greek healthcare system: A long road to Ithaca. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(8), 1790. https://doi.org/10.3390/ijerph15081790

Kousoulis, A. A., Ioakeim-Ioannidou, M., & Economopoulos, K. P. (2016). Access to health for refugees in Greece: lessons in inequalities. *International journal for equity in health*, *15*(1), 122. https://doi.org/10.1186/s12939-016-0409-6

Langkulsen, U., Mareke, P., & Lambonmung, A. (2023). Migrants and Healthcare during COVID-19, the Case of Kanchanaburi Province in Thailand. *Healthcare, 11*(20), 2724. https://doi.org/10.3390/healthcare11202724

Langlois, E. V., Haines, A., Tomson, G., & Ghaffar, A. (2016). Refugees: towards better access to health-care services. *Lancet (London, England)*, *387*(10016), 319–321. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00101-X

Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC public health*, *20*(1), 1039. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8

Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8

Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, *12*, 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

Majdah Z., & Khadijah O. (2017) An overview of Shari'ah compliant healthcare services in Malaysia. *Malaysian Journal of Consumer and Family Economics*, 20 (S1). pp. 91-100.

Marques T. V. (2012). Refugees and migrants struggle to obtain health care in Europe. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de*

l'Association medicale canadienne, *184*(10), E531–E532. https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4214

Norredam, M., Nielsen, S. S., & Krasnik, A. (2010). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe--a systematic review. *European journal of public health*, *20*(5), 555–563. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp195

Nowak, A. C., Namer, Y., & Hornberg, C. (2022). Health Care for Refugees in Europe: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, *19*(3), 1278. https://doi.org/10.3390/ijerph19031278

nytimes (2022). On Island of Lesbos, a Microcosm of Greece's Other Crisis: Migrants (Published 2015). *The New York Times*. [online] Available at: https://www.nytimes.com/2015/08/05/world/europe/lesbos-greece-migrant-refugee-crisis.html [Accessed 12 May 2022].

O'Donnell, C., Burns, N., Mair, F. S., Dowrick, C., Clissmann, C., Van Den Muijsenbergh, M., Van Weel-Baumgarten, E., Lionis, C., Papadakaki, M., Saridaki, A., De Brún, T., & MacFarlane, A. (2016). Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy*, *120*(5), 495–508. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.012

Pandey, M., Kamrul, R., Michaels, C. R., & McCarron, M. (2022). Identifying Barriers to Healthcare Access for New Immigrants: A Qualitative Study in Regina, Saskatchewan, Canada. *Journal of immigrant and minority health*, *24*(1), 188–198. https://doi.org/10.1007/s10903-021-01262-z

Papadakaki, M., Lionis, C., Saridaki, A., Dowrick, C., De Brún, T., Brún, M. O., O'Donnell, C., Burns, N., Van Weel-Baumgarten, E., Van Den Muijsenbergh, M., Spiegel, W., & MacFarlane, A. (2017). Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity: Perspectives of service providers. *European Journal of General Practice*, *23*(1), 129–135. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1307336

Papatzani, E. (2020). Encountering everyday racist practices: Sociospatial negotiations of immigrant settlement in Athens, Greece. *International Journal of Urban and Regional Research*, *45*(1), 61–79. https://doi.org/10.1111/1468-2427.12984

Peng, B., & Li, L. (2023). Health service behaviors of migrants: A conceptual framework. *Frontiers in Public Health*, *11*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1043135

Rahman, M. K., Bhuiyan, M. A., & Zailani, S. (2021). Healthcare Services: Patient Satisfaction and Loyalty Lessons from Islamic Friendly Hospitals. *Patient Preference and Adherence*, *Volume 15*, 2633–2646. https://doi.org/10.2147/ppa.s333595

Razin, A. (2021). Globalization, migration, and welfare state. In *Springer eBooks*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-64392-8

Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*, *381*(9873), 1235–1245. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)62086-8

Saleem, A., Steadman, K. J., & Fejzic, J. (2018). Utilisation of healthcare services and medicines by Pakistani migrants residing in high income countries: a systematic review and thematic synthesis. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *21*(5), 1157–1180. https://doi.org/10.1007/s10903-018-0840-4

Sarría-Santamera, A., Hijas-Gómez, A. I., Carmona, R., & Gimeno-Feliu, L. A. (2016). A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, *37*(1). https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3

Schilling, T., Rauscher, S., Menzel, C., Reichenauer, S., Müller-Schilling, M., Schmid, S., & Selgrad, M. (2017). Migrants and Refugees in Europe: Challenges, Experiences and Contributions. *Visceral medicine*, *33*(4), 295–300. https://doi.org/10.1159/000478763

Setia M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian journal of dermatology*, *61*(3), 261–264. https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410

Souliotis, K., Saridi, M., Banou, K., Golna, C., Paraskevis, D., Hatzakis, A., & Smith, A. (2019). Health and health needs of migrants in detention in Greece: shedding light to an unknown reality. *Globalization and health*, *15*(1), 4. https://doi.org/10.1186/s12992-018-0448-4

Sourtzi, P., Galanis, P., Konstantakopoulou, O., Siskou, O., & Kaitelidou, D. (2020). Factors that influence the health status of immigrants living in Greece. *AIMS Public Health*. https://doi.org/10.3934/publichealth.2020024

Stathopoulou, T., Stornes, P., Mouriki, A., Kostaki, A., Cavounidis, J., Avrami, L., McNamara, C. L., Rapp, C., & Eikemo, T. A. (2018). Health inequalities among migrant and native-born populations in Greece in times of crisis: the MIGHEAL study. *European journal of public health*, *28*(suppl_5), 5–19. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky225

Statistics.gr. (2022). *Μετανάστευση - ELSTAT*. [online] Available at: https://www.statistics.gr/el/immigration-data?inheritRedirect=true [Accessed 12 May 2022].

Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*, *15*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z

Teunissen, E., Tsaparas, A., Saridaki, A., Trigoni, M., Van Weel-Baumgarten, E., Van Weel, C., Van Den Muijsenbergh, M., & Lionis, C. (2016). Reporting mental health problems of undocumented migrants in Greece: A qualitative exploration. *European Journal of General Practice*, *22*(2), 119–125. https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1136283

UNHCR (2014). Number of refugees and migrants arriving in Greece soars 750 per cent over 2014. Διαθέσιμο στο: https://www.unhcr.org/news/stories/number-refugees-and-migrants-arriving-greece-soars-750-cent-over-2014

UNHCR (2018). Total persons of concern from Syria by country of asylum; 2018. Διαθέσιμο στο: https://data2.unhcr.org/en/situations/syria.

UNHCR (2019). Refugees in Greece; 2018. Διαθέσιμο στο: http://www.unhcr.org/uk/greece.html

UNHCR (2023). Sea and land arrivals monthly. Διαθέσιμο στο: https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179

Veizis, A. (2020). Commentary: "Leave no one behind" and Access to protection in the Greek Islands in the COVID-19 era. *International Migration*, *58*(3), 264–266. https://doi.org/10.1111/imig.12721

Villalonga-Olives, E., & Kawachi, I. (2014). The changing health status of economic migrants to the European Union in the aftermath of the economic crisis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *68*(9), 801–803. https://doi.org/10.1136/jech-2014-203869

WHO (2018) Re-profiling emergency medical services in Greece; 2017 Διαθέσιμο στο: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/ health-services-delivery/publications/2017/re-profiling-emergency-medical- services-in-greece-2017.

WHO (2020). Universal Health Coverage [Internet]. WHO. World Health Organization; Διαθέσιμο στο: http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/

Woodward, A., Howard, N., & Wolffers, I. (2013). Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy and Planning*, *29*(7), 818–830. https://doi.org/10.1093/heapol/czt061

World Health Organization (2008). *SIXTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY*. Διαθέσιμο στο: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf

Ελληνόγλωσσες βιβλιογραφικές αναφορές

asylo.gov (2022). *Στατιστικά στοιχεία | Υπηρεσία Ασύλου*. [online] Archive.org. Available at: https://web.archive.org/web/20191229041943/http://asylo.gov.gr/?page_id=143 [Accessed 12 May 2022].

Γαλάνης, Π., Καϊτελίδου, Δ., Σουρτζή, Π., Σίσκου, Ό., Κωνσταντακοπούλου, Ο., & Οικονόμου, Χ. (2020). Προσβασιμότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας από μετανάστες στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, *37*(1), 42-53.

Διεθνής Αμνηστία (2019). *Η Ελλάδα πρέπει να διασφαλίσει αμέσως την ελεύθερη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας για τους αιτούντες/ουσες άσυλο, τα ασυνόδευτα παιδιά και τα παιδιά παράτυπων μεταναστών/ριών*. Διαθέσιμο στο: https://www.amnesty.gr/news/press/article/22544/i-ellada-prepei-na-diasfalisei-amesos-tin-eleytheri-prosvasi-sto-dimosio

Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες (2022). *Δικαίωμα στην υγεία — Δικαίωμα στη ζωή.* Διαθέσιμο στο: https://www.gcr.gr/el/do-the-human-right-thing/item/1995-dikaioma-stin-ygeia-dikaioma-sti-zoi

Κιτσαράς, Γ., & Μπάκα, Α. (2013). Ο λόγος των μεταναστών για τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. *Επιστημονική Επετηρίδα Τμήματος Ψυχολογίας ΑΠΘ*, *10*, 474-498.

Ν 4368/2016. Διαθέσιμο στο: https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4368-2016.html

Οικονόμου, Χ., & Παντελή, Δ., (2018). Παρακολούθηση και τεκμηρίωση των συστημικών και υγειονομικών επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. https://bit.ly/3A7wvE8

Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου (2020). Επίλυση θεμάτων προσωρινής υγειονομικής περίθαλψης αιτούντων ασύλου. Διαθέσιμο στο: https://migration.gov.gr/epilysi-thematon-prosorinis-ygeionomikis-perithalpsis-aitoynton-asyloy/

Φούσκας, Θ. & Οικονόμου, Χ. (2011). Η Πρόσβαση των Μεταναστών στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: Η Ανάδυση μιας Διακριτικής Πρακτική, στο: Δ. Μαγριπλής (επιμ.) *Πολιτισμός και Διαφορετικότητα: Εμείς και οι Άλλοι.* Θεσσαλονίκη: Σταμούλης, σ.σ. 415-436.

Abstract

Introduction: The research on the analysis of the social and economic dimensions of the phenomenon of immigration, especially during the last decade, gathers great academic interest, with the studies on the health services of immigrants in Greece. The purpose of the proposed study was to analyze the factors that influence the accessibility and preferences of immigrants to health services in Greece, based on the assumption that the use of health services depends on the subjective perception of access barriers, and the preferences of the research participants .

Methodology: A quantitative survey based on a cross-sectional design was carried out. Data collection was based on a self-report questionnaire that was distributed to a sample of 61 immigrants who expressed interest in participating in the research. The collected data were coded and analyzed in SPSS software. The relationship between the socio-economic profile of immigrants and access to health services was evaluated based on the chi-square independence test.

Results: The results of the survey showed that 47.5% of immigrants had experienced unmet needs in the field of health services in the last 12 months. The main reasons why immigrants experienced these unmet needs were lack of knowledge and/or information about where to turn, lack of money to cover medical expenses, and lack of insurance. Accordingly, a high degree of preference of immigrants for both public and private health services was recorded. More generally, immigrants prefer public health services because of the low economic costs and the quality of services. Accordingly, immigrants prefer private health services because of fast service and quality of services. Finally, the study showed that the most important obstacle is the long waiting times and the lack of availability of services when they are needed

Conclusions: The findings of the thesis show that immigrants' access to health services has improved considerably in recent years. More efforts are needed to ensure that more and more immigrants receive the health services they need.

Key words: Access to Health Services, Preferences in Health Services, Public Health, Migration Flows

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι – Έντυπο Ενημέρωσης και Ερωτηματολόγιο (Ελληνική Γλώσσα)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Τομέας Συστημάτων Υγείας και Πολιτικής
Εργαστήριο Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας - LabHTA

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Έρευνα για την Πρόσβαση και προτιμήσεις μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας

Σας προσκαλούμε να συμπληρώσετε ένα ερωτηματολόγιο με το οποίο θέλουμε να διερευνήσουμε το πόσο εύκολη πρόσβαση έχετε στις υπηρεσίες υγείας της Ελλάδας και ποιες είναι οι προτιμήσεις σας σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας.

Ποιος είναι ο κύριος στόχος της έρευνας;
Ο κύριος στόχος της έρευνας είναι να καταλάβουμε τις ανάγκες υγείας που έχετε και αν υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που εμποδίζουν την κάλυψη αυτών των αναγκών σας.

Ποιο το όφελος συμμετοχής σας στην έρευνα;
Με τη συμμετοχή σας συνεισφέρετε σημαντικά στη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων για να γίνουν κατανοητά τα εμπόδια που αντιμετωπίζετε στη χρήση των υπηρεσιών υγείας της Ελλάδας και να διατυπωθούν προτάσεις για το πως αυτά τα εμπόδια μπορούν να ξεπεραστούν.

Σημαντικές πληροφορίες

• Η έρευνα διενεργείται από τη μια Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια με επίβλεψη από μια Καθηγήτρια του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, που ανήκει στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έρευνα έχει εγκριθεί από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου.

• **Ο συνολικός χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 15 λεπτά**.

• Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι **εθελοντική**. Κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή να σταματήσετε και να αποσυρθείτε από την έρευνα.

• Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι **ανώνυμη**. Δεν θα μπορεί κανείς να σας ταυτοποιήσει (να ξέρει ποιος/ποια είναι το άτομο που απαντά).
Κάποια ανώνυμα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που συλλέγονται τα διαχειριζόμαστε σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει στην Ελλάδα και συμμορφώνεται απόλυτα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR).

Πώς θα χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα σας; • Όλα τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν για στατιστική επεξεργασία μαζί με τα αποτελέσματα των άλλων συμμετεχόντων στη μελέτη, **χωρίς να φαίνονται τα προσωπικά σας στοιχεία**. • Η ανωνυμία σας θα **διασφαλιστεί** καθ' όλη τη διεξαγωγή της έρευνας και κατά την τυχόν παρουσίαση των αποτελεσμάτων σε συνέδρια, επιστημονικά περιοδικά, κτλ. • Η πλήρης βάση δεδομένων και ο κώδικας σύνδεσης των δεδομένων θα φυλάγεται σε ασφαλές μέρος με πρόσβαση σε αυτά μόνο από την φοιτήτρια/ερευνήτρια. • Τα δεδομένα που θα αποκτηθούν από την μελέτη θα **αποθηκευτούν σε ασφαλή χώρο** από το Εργαστήριο Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας για 2 χρόνια και μετά θα καταστραφούν.

Η συμμετοχή σας στη μελέτη καθώς και άλλων μελών του κοινωνικού σας κύκλου είναι πολύ σημαντική, γιατί θα βοηθήσει όλους μας να μάθουμε περισσότερα για τις ανάγκες υγείας που έχετε και πως μπορούν αυτές να καλυφθούν καλύτερα, να βελτιωθεί η καθημερινότητά σας και η ποιότητα ζωής και της υγείας σας. **Σας παρακαλούμε ενημερώστε την ερευνήτρια κα Λυγερή Ζουρνατζή για άλλα μέλη του κύκλου σας που επιθυμούν να λάβουν μέρος στην έρευνα.** Αν υπάρχουν ερωτήσεις για την έρευνα μπορείτε να στείλετε email: mlead20008@uniwa.gr ή να τηλεφωνήσετε στο 6970135053

Υπεύθυνη για την έρευνα είναι η Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια κα. Λυγερή Ζουρνατζή, με την επίβλεψη της Καθηγήτριας κας. Ελπίδας Πάβη. Αν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις για την έρευνα, μπορείτε να στείλετε email στο: mlead20008@uniwa.gr ή να τηλεφωνήσετε στο: 2132010232

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ethics@uniwa.gr)

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθυνθείτε και στον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, κ. Αγιοπετρίτη Ιωάννη (agiop@uniwa.gr). Σε περίπτωση μη επίλυσης του προβλήματός σας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, συμπληρώνοντας το σχετικό έντυπο που βρίσκεται στην ιστοσελίδα αυτής (complaints@dpa.gr).

Συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο δίνετε αυτομάτως συγκατάθεση για τη συμμετοχή σας στην έρευνα.

Ευχαριστώ για τον χρόνο σας!

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Τομέας Συστημάτων Υγείας και Πολιτικής
Εργαστήριο Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας - LabHTA

Έρευνα για την

Πρόσβαση και προτιμήσεις μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας

Έχετε ήδη διαβάσει το Έντυπο Ενημέρωσης σχετικά με την παρούσα έρευνα.
Εάν συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί, θεωρείται ότι έχετε δώσει την συγκατάθεσή σας για την συμμετοχή σας.
Ευχαριστώ για τον χρόνο σας!

Σημειώστε Χ στο παρακάτω τετραγωνάκι:

❑ Είμαι 18 ετών και άνω, και συμφωνώ να συμμετάσχω στην έρευνα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλώ να βάλετε σε ένα κυκλάκι τον αριθμό της απάντησης που σας εκφράζει

Ε1. Μέσα στους τελευταίους 12 μήνες, νιώσατε ότι ενώ είχατε ανάγκη να πάτε σε κάποια υπηρεσία υγείας/γιατρό, τελικά δεν πήγατε;

1. Ναι
0. Όχι
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε2. Αν νιώσατε την ανάγκη αλλά δεν πήγατε, τι από τα παρακάτω σας εμπόδισε;

3.1 Δεν ήξερα που να βρω υπηρεσία υγείας/γιατρό
3.2 Η υπηρεσία υγείας είναι μακρυά
3.3 Δεν είχα τα χρήματα για να πληρώσω γιατρό
3.4 Δεν είχα ασφάλιση
3.5 Έχω δυσκολία συνεννόησης γιατί δεν μιλάω ελληνικά
3.6 Δεν μπορούσα να λείψω από τη δουλειά μου
3.7 Άλλο
3.7.1 Παρακαλώ σημειώστε:
……
2.88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε3. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές επισκεφθήκατε γιατρό;

1. Ποτέ, δεν πήγα καθόλου
2. 1 έως 2 φορές
3. 3 έως 4 φορές
4. 5 φορές και άνω
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε4. Έχετε κάποιον δικό σας προσωπικό γιατρό εμπιστοσύνης στον οποίο απευθύνεστε όταν έχετε κάποια ιατρική ανάγκη;

1. Ναι
0. Όχι
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε5. Πώς αξιολογείτε την πρόσβαση που έχετε στις υπηρεσίες υγείας;

1. Πολύ κακή
2. Κακή
3. Μέτρια
4. Καλή
5. Πολύ καλή
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε6. Έχετε χρησιμοποιήσει δημόσιες υπηρεσίες υγείας (π.χ. ιατρείο του Δήμου, δημόσιο νοσοκομείο, κλπ);

1. Ναι
0. Όχι
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε7. Αν έχετε χρησιμοποιήσει δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ποιοι είναι οι λόγοι που τις προτιμάτε;

8.1. Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση
8.2. Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας
8.3. Μεγαλύτερος σεβασμός στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις
8.4. Μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου
8.5. Δεν έχω οικονομικό κόστος
8.6. Άλλο:
8.6.1 Παρακαλώ σημειώστε:
…….
8.88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε8. Έχετε χρησιμοποιήσει ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (π.χ. ιδιωτικό γιατρό, διαγνωστικό κέντρο, ιδιωτική κλινική, κλπ);

1. Ναι
0. Όχι
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε9. Αν έχετε χρησιμοποιήσει ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, ποιοι είναι οι λόγοι που τις προτιμάτε;

10.1 Πιο γρήγορη εξυπηρέτηση
10.2 Καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας
10.3 Μεγαλύτερος σεβασμός στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις
10.4 Μεγαλύτερος σεβασμός στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μου
10.5 Δεν έχω οικονομικό κόστος γιατί είμαι ασφαλισμένος
10.6 Μπορώ να καλύψω το κόστος αφού είναι για την υγεία μου
10.7 Άλλο:
10.7.1 Παρακαλώ σημειώστε:
……
10.88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε10. Σε ποιο βαθμό προτιμάτε τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας;

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Μέτρια
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε11. Σε ποιο βαθμό προτιμάτε τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας;

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Μέτρια
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε12. Πόσα χρήματα είστε διατεθειμένοι να διαθέσετε το μήνα για λάβετε υπηρεσίες υγείας;

1. Λιγότερα από 50€
2. Μεταξύ 50€ - 100€
3. Περισσότερα από 100€

88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε13. Ποιες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζετε όταν χρειάζεστε υπηρεσίες υγείας;

13.1 Δεν είναι διαθέσιμες όταν τις χρειάζομαι
13.2 Μεγάλοι χρόνοι αναμονής
13.3 Δυσκολία μετακίνησης
13.4 Δυσκολία επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό
13.5 Δεν γίνονται σεβαστές οι θρησκευτικές μου πεποιθήσεις
13.6 Άλλο:
13.6.1 Παρακαλώ σημειώστε:
……..
13.88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε14. Τι θα θέλατε να αλλάξει ώστε να βελτιωθούν οι υπηρεσίες υγείας που σας παρέχονται;

14.1 Περισσότερες μονάδες υγείας
14.3 Σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός
14.4 Περισσότερες γυναίκες γιατροί (γιατρίνες)
14.5 Περισσότεροι διερμηνείς
14.6 Οικονομικά προσιτές ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας
14.7 Ευκολία μετακίνησης από και προς τις δομές υγείας
14.8 Άλλο:
14.8.1 Παρακαλώ σημειώστε:
…….
14.88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε15. Ποια είναι η ηλικία σας (σε έτη);

…… ετών
888. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε16. Ποιο είναι το φύλο σας;

1. Γυναίκα
2. Άνδρας
3. Άλλο/δεν επιθυμώ να απαντήσω

Ε17. Ποια είναι η χώρα προέλευσής σας;

1. Πακιστάν
2. Νιγηρία
3. Αφγανιστάν
4. Μπαγκλαντές
5. Συρία
6. Ρωσία
7. Ουκρανία
8. Βουλγαρία
9. Άλλη, παρακαλώ σημειώστε: ……
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε18. Ποιο είναι το θρήσκευμά σας;

1. Μουσουλμάνος
2. Χριστιανός
3. Άλλο, παρακαλώ σημειώστε: ……
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε19. Πόσο καιρό βρίσκεστε στην Ελλάδα

1. Λιγότερο από έξι μήνες
2. Έξι μήνες έως ένα χρόνο
3. Ένα με δύο χρόνια
4. Περισσότερο από δύο χρόνια
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε20. Με το τωρινό σας εισόδημα, πόσο εύκολα ή δύσκολα, θα λέγατε ότι τα βγάζετε πέρα;

1. Πολύ δύσκολα
2. Δύσκολα
3. Ούτε δύσκολα ούτε εύκολα (Μέτρια)
4. Εύκολα
5. Πολύ εύκολα
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε21. Έχετε πάει στο σχολείο, και αν ναι, ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσή σας;

1. Δεν έχω λάβει καθόλου εκπαίδευση
2. Έχω πάει αλλά δεν έχω τελειώσει το Δημοτικό
3. Έχω τελειώσει το Δημοτικό/Πρωτοβάθμια εκπαίδευση
4. Γυμνάσιο
5. Λύκειο
6. Μεταλυκειακό/ΙΕΚ
7. Πανεπιστήμιο
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε22. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

1. Έγγαμος-η
2. Άγαμος-η
3. Διαζευγμένος-η

4. Χήρος-α
88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Ε23. Πόσα παιδιά έχετε;

1. Κανένα
2. 1 παιδί
3. 2-3 παιδιά
4. Περισσότερα από 3 παιδιά

Ε24. Συμμετέχετε τακτικά σε κάποια ομάδα ή κοινότητα;

1. Κέντρο Κοινότητας Μεταναστών
2. Θρησκευτικό χώρο
3. Οργάνωση
4.Άλλο,παρακαλώσημειώστε:

……

88. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

Σας ευχαριστούμε που απαντήσατε το ερωτηματολόγιο.

Βάλτε το ερωτηματολόγιο στον απαντητικό φάκελο και σφραγίστε τον.

Παράρτημα ΙΙ – Έντυπο Ενημέρωσης και Ερωτηματολόγιο (Αγγλική Γλώσσα)

UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY
Division of Health Systems and Policy
Laboratory for Health Technology Assessment- LabHTA

INFORMATION DOCUMENT

Survey on Immigrants' access to, and preferences concerning healthcare services

We invite you to fill in a questionnaire to find out how easy is the access you have to health services in Greece and what your preferences are regarding health services.

What is the main objective of the survey?

The main aim of the survey is to understand what health needs you have and whether there are any factors that are preventing you from meeting those needs.

What is the benefit of your participation in the survey?

By participating you will make an important contribution to collecting the necessary data to understand the barriers you face in using health services in Greece and to make suggestions on how these barriers can be overcome.

Important information

• The survey is conducted by one Postgraduate Student under the supervision of a Professor of the Department of Public Health Policy, of the School of Public Health, University of West Attica. The research has been approved by the Research Ethics Committee of the University.

• **The total time to complete the questionnaire is about 15 minutes.**

• Answering the questionnaire is **voluntary**. You can stop and withdraw from the survey at any time while you are completing the questionnaire.

• The questionnaire is **anonymous**. No one will be able to identify you (cannot know who the person answering is).

Some anonymous personal data collected is handled in accordance with the legal framework in force in Greece and fully complies with the General Data Protection Regulation (GDPR).

How will your data be used? • All the collected data will be used for statistical processing together with the results of other study participants, **without showing your personal details**. Your identity will be **protected** throughout the survey and during any presentation of the results at conferences, scientific journals, etc.. • The database in complete form and the data linking code will be kept in a secure place with access to it only by the student/researcher. • The data generated from the study **will be stored in a secure location** by the Health Technology Assessment Laboratory of the Department of Public Health Policies for 2 years and then they will be destroyed.

The participation in the survey of you, as well as of other members of your community is very important, because it will help us all to learn more about your health needs and how these can be better covered, to improve your everyday life and your quality of life and health. **Please let the researcher Mrs. Lygeri Zournatzi know of other members of your group who wish to take part in the survey.** If there are any questions about the survey, you can email: mlead20008@uniwa.gr or call: 6970135053

In this research the Graduate Student Mrs. Lygeri Zournatzi is supervised by Professor Mrs. Elpida Pavi. If you have any questions about the research, you can send an email to: mlead20008@uniwa.gr or call: 2132010232

For any complaint regarding the conduct of the research, please contact the Research Ethics Committee of the University of West Attica (ethics@uniwa.gr)

For any complaint regarding the processing of your personal data, you can contact the Data Protection Officer of the University of West Attica, Mr. Ioannis Agiopetritis (agiop@uniwa.gr). If your problem is not clarified, you can contact the Personal Data Protection Authority by filling in the relevant form on its website (complaints@dpa.gr).

By responding to the questionnaire, you automatically give your consent to participate in the survey.

I would like to thank you for your time!

UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY
Division of Health Systems and Policy
Laboratory for Health Technology Assessment- LabHTA

Survey on

Immigrants' access to, and preferences concerning healthcare services

You have already read the Information Sheet about this survey.
By filling in the following questionnaire you are deemed to have consented to participate in the survey.
Thank you for your time!

Please, indicate your consent by putting an X at the box below:

❑ I am 18 years of age or older and consent to taking part in the survey.

QUESTIONNAIRE

Please circle the number that best describes your response

E1. In the last 12 months, did you feel that although you needed to visit a health service/doctor, you ended up not going?

1. Yes
0. No
88. I do not know / I do not answer.

E2. If you felt the need to visit a doctor but failed to do so, which of the following prevented you from going? (please indicate those answers which apply to you)

2.1 I did not know how to find a healthcare service or a doctor.
2.2 The healthcare facility is far away.
2.3 I did not have enough money to pay for a doctor.
2.4 I did not have health insurance cover.
2.5 I cannot communicate well enough because I do not speak Greek.
2.6 I could not miss work.
2.7 Other.
2.7.1 Please, explain:
……...……
2.88. I do not know / I do not answer.

E3. During the last 12 months, how many times have you visited a doctor?

1. None, I have not visited a doctor.
2. 1 to 2 times.
3. 3 to 4 times.
4. 5 times or more.
88. I do not know / I do not answer.

E4. Do you have a personal doctor you trust ,whom you contact when you have some medical need?

1. Yes
0. No
88. I do not know / I do not answer.

E5. How do you rate your access to healthcare services?

1. Very bad
2. Bad
3. Average
4. Good
5. Very good
88. I do not know / I do not answer.

E6. Have you ever used public healthcare services (e.g. a municipal surgery, a public hospital, etc.)?

1. Yes
0. No
88. I do not know / I do not answer.

E7. If you have used public healthcare services, for which reasons you prefer them?
(please indicate those answers which apply to you)

7.1. Quicker service provision
7.2. Higher quality of healthcare services
7.3. A greater respect for my religious customs
7.4. A greater respect for my cultural characteristics
7.5. I do not pay (they are free of charge).
7.6. Other:
7.6.1 Please, explain:
……
7.88. I do not know / I do not answer.

E8. Have you ever used private healthcare services (e.g. a private doctor, a diagnostic centre, a private clinic, etc.)?

1. Yes
0. No
88. I do not know / I do not answer.

E9. If you have used private healthcare services, for which reasons you prefer them?
(please indicate those answers which apply to you)

9.1 Quicker service provision
9.2 Higher quality of healthcare services
9.3 A greater respect for my religious customs
9.4 A greater respect for my cultural characteristics
9.5 I do not pay (they are free of charge) because I have healthcare insurance.
9.6 I can cover the cost given that it is about my health.
9.7 Other:
9.7.1 Please, explain:
……
9.88. I do not know / I do not answer.

E10. To what extent do you prefer public healthcare services?

1. Not at all
2. A little
3. Average
4. Much
5. Very much
88. I do not know / I do not answer.

E11. To what extent do you prefer private healthcare services?

1. Not at all
2. A little
3. Average
4. Much
5. Very much

88. I do not know / I do not answer.

E12. How much money are you willing to spend per month in order to receive healthcare services?

1. Less than 50€
2. 50€ to 100€
3. More than 100€

88. I do not know / I do not answer.

E13. What difficulties are you facing when you need healthcare services?

(please indicate those answers which apply to you)

13.1 They are not available when I need them.
13.2 Too long waiting times
13.3 Difficult transport
13.4 Difficulty in communicating with medical staff
13.5 My religious customs are not being respected.
13.6 Other:
13.6.1 Please, explain:
……..
13.88. I do not know / I do not answer.

E14. What would you like to change, so that the healthcare services provided to you are improved?

(please indicate those answers which apply to you)

14.1 More healthcare units
14.3 Modern medical equipment
14.4 More female doctors
14.5 More interpreters/translators
14.6 Private healthcare services at affordable cost
14.7 Easier transport to and from the healthcare units
14.8 Other:
14.8.1 Please, explain:
…….
14.88. I do not know / I do not answer.

E15. What is your age (in years)?

……

888. I do not know/I do not answer.

E16. What is your gender?

1. Female
2. Male
3. Other/I do not wish to answer.

E17. What is your country of origin?

1. Pakistan
2. Nigeria
3. Afghanistan
4. Bangladesh
5. Syria
6. Russia
7. Ukraine
8. Bulgaria
9. Other, please state: ……
88. I do not know/ I do not answer.

E18. What is your religion?

1. Muslim
2. Christian
3. Other, please state: ……
88. I do not know/I do not answer.

E19. How long have you been in Greece for?

1. Less than 6 months
2. 6 months to 1 year
3. 1 to 2 years
4. More than 2 years
88. I do not know/I do not answer.

E20. With your current income, how easy or difficult, would you say that you cover your general needs?

1. Very difficult
2. Difficult
3. Average
4. Easy
5. Very easy
88. I do not know/I do not answer.

E21. Have you attended school – if yes, what is your level of education?

1. I have had no education.
2. I have attended school but have not finished primary school.
3. I have completed primary education
4. Secondary education (9 years)
5. Secondary education (12 years)
6. Post-secondary/vocational education
7. University
88. I do not know/I do not answer.

E22. What is your marital status?

1. Married

2. Not married
3. Divorced
4. Widow(er)
88. I do not know/I do not answer.

E23. How many children do you have?

1. None
2. 1 child
3. 2-3 children
4. More than 3 children

E24. Do you regularly attend or participate in some group or community activities?

1. Immigrant community centre
2. Religious establishment
3. Organisation
4. Other, please state: ……
88. I do not know/I do not answer.

Thank you for taking the time to participate in the survey!

Please, put the questionnaire in the reply envelope and seal it.

Παράρτημα ΙΙΙ – Έγκριση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας - ΠΑΔΑ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΣΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ
Ταχ. Δ/νση: Αγ. Σπυρίδωνος, Αιγάλεω ΤΚ 12243
Τηλέφωνο: 2105387294
e-mail: ethics@uniwa.gr
Πληροφορίες: Ευαγγελία Καπουτσή

Αιγάλεω: 24/07/2023

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτησή σας

ΠΡΟΣ :κ. Πάβη Ελπίδα

ΚΟΙΝ: κ. Ζουρνατζή Λυγερή

Έγκριση της πρότασης

Σας γνωρίζουμε ότι η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), στην 22η/21-07-2023 συνεδρίασή της, μέσω τηλεδιάσκεψης, εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «**Πρόσβαση και προτιμήσεις μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας**», με αριθμό πρωτοκόλλου 64562/06-07-2023 και Επιστημονικά Υπεύθυνη την κ. Πάβη Ελπίδα.

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Το έντυπο υποβολής της αίτησης
2. Το ερευνητικό πρωτόκολλο
3. Το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει με γενικά παραδεδεγμένους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής του ερευνητικού έργου.
Επισημαίνεται ότι σε περίπτωση που προκύψει οποιαδήποτε τροποποίηση στο πρωτόκολλο της μελέτης θα πρέπει να επανυποβληθεί στην ΕΗΔΕ για επικαιροποίηση της έγκρισης.

Η Πρόεδρος

Stamatia Gkarani
Digitally signed by Stamatia Gkarani
Date: 2023.07.24 14:22:41 +03'00'

Τ. Γκαράνη-Παπαδάτου