



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**  
**ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2022-2024**

**Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**Από την Αφρική στην Ελλάδα:**  
**Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από**  
**μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες**

**Αθηνά Γούλου**

ΑΜ: 21054

**Επιβλέπων:**

**Θεόδωρος Φούσκας**

Επίκουρος Καθηγητής

**ΑΘΗΝΑ**

**2024**

Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA**  
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH  
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY

**POSTGRADUATE PROGRAM IN PUBLIC HEALTH (MSc)**  
**SPECIALIZATION: PUBLIC HEALTH SCIENCE AND POLICY**  
**ACADEMIC YEAR: 2022-2024**

**Master Thesis**

**From Africa to Greece: Exploring access to and use of health services by  
immigrant, asylum-seeking and refugee women**

**Athena Goulou**

RN: 21054

**Supervisor:**

**Theodoros Fouskas**

Assistant Professor

**ATHENS**

**2024**

Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**  
**ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2022-2024**

**Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες**

**Αθηνά Γούλου**

ΑΜ: 21054

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Επιβλέποντα**

<b>Α/Α</b>	<b>ΟΝΟΜΑ/ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
1	Θεόδωρος Φούσκας	Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής	
2	Γεράσιμος Καραμπελιάς	Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών	
3	Ευστρατία Σίμου	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής	

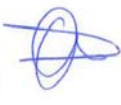
Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αθηνά Γούλου του Διονυσίου, με αριθμό μητρώου 21054 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσιας Υγείας 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 ... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα

**\* Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα**

Αθηνά  
Γούλου 

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

Copyright © Αθηνά Γούλου, 2024

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

## Ευχαριστίες

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Θεόδωρο Φούσκα, Επίκουρο Καθηγητή στο Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής ο οποίος αποτέλεσε τη βάση της έμπνευσης μου για να ασχοληθώ με έναν τομέα διαφορετικό, αλλά εξίσου σημαντικό. Κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής ήταν δίπλα μου παρέχοντας κάθε δυνατή βοήθεια για την εκπλήρωση της. Θα ήθελα να ευχαριστήσω, επίσης, τα μέλη της Επιτροπής, την κ. Ευστρατία Σίμου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια στο Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και τον κ. Γεράσιμο Καραμπελιά, Καθηγητή στο Τμήμα Κοινωνιολογίας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φίλους μου που έδειξαν κατανόηση και μου παρείχαν τις πολύτιμες συμβουλές τους στις συζητήσεις μας κατά τη διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής μου.

Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου και τα αδέρφια μου που βρίσκονται δίπλα μου σε κάθε βήμα μου στη ζωή μου.

Η εργασία είναι αφιερωμένη στη μητέρα μου, Μαρία, οπού είναι και το στήριγμά μου...

## Περίληψη

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ:</b>	Η παρουσία των γυναικών στη μετανάστευση δεν αποτελεί νέο φαινόμενο, ήταν πάντα ένα σημαντικό στοιχείο της θηλυκοποίησης της διεθνούς μετανάστευσης. Από το 2000 και έπειτα έχει παρατηρηθεί πως η Ελλάδα δέχεται μεγάλες εισροές μετακινούμενων πληθυσμών με καταγωγή από την Αφρική. Οι γυναίκες από την Αφρική μετακινούνται από λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές όπως η Γκανά, η Νιγηρία, η Αιθιοπία, το Κονγκό, η Σενεγάλη, η Σομαλία, η Γουινέα κ.ά. προς αναζήτηση καλύτερων ευκαιριών και συνθηκών ζωής.
<b>ΣΚΟΠΟΣ:</b>	Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες από την Αφρική στην Ελλάδα.
<b>ΜΕΘΟΔΟΣ:</b>	Ανασκόπηση βιβλιογραφίας με τη μέθοδο PRISMA.
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:</b>	Σύμφωνα με τις ενδείξεις, αναδεικνύεται ότι η υγεία των γυναικών βρίσκεται σε μια κατάσταση επισφάλειας στη χώρα καταγωγής, κατά το ταξίδι τους και μετά την άφιξη στη χώρα υποδοχής ή προορισμού. Αναφορικά με την Ελλάδα προκύπτει ότι τόσο οι συνθήκες εντός των δομών διαμονής όσο και στην ελληνική κοινωνία εγείρουν ερωτήματα που αφορούν την κατάσταση εγκυμοσύνης ή την προγεννητική περίοδο τους, την προσβασιμότητα στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σχετικά με την υγεία και την νοσηλεία τους, τους τρόπους με τους οποίους η υγεία τους επηρεάζεται οικονομικά, κοινωνικά, την έμφυλη και σεξουαλική βία, τις αντιλήψεις που δημιουργούνται από τις ίδιες σχετικά με την υγεία τους.
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:</b>	Από τη παρούσα έρευνα αναδεικνύονται οι λόγοι που καθιστούν δυσχερή την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από γυναίκες πρόσφυγες, αιτούσες άσυλο, και μετανάστριες από την Αφρική στην Ελλάδα. Αποσαφηνίζεται η αναγκαιότητα της συνεργασίας αρμόδιων φορέων για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον ειδικοί σε θέματα ένταξης θα πρέπει να συμβάλλουν στη προσπάθεια των ατόμων αυτών να ενσωματωθούν και να αποτελέσουν μέρος του συνόλου. Τέλος, συστήνονται προτάσεις πολιτικής ώστε η πρόσβαση να αποτελεί αναπόσπαστο δικαίωμα όλων ανεξαρτήτου εθνικότητας.
<b>ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:</b>	μετανάστριες, γυναίκες πρόσφυγες, αιτούσες άσυλο, υπηρεσίες υγείας, πρόσβαση, Αφρική, Ελλάδα

### Abstract

<b>INTRODUCTION:</b>	The presence of women in migration is not a new phenomenon; it has always been an important element of the feminization of international migration. Since 2000, Greece has experienced significant influxes of populations migrating from Africa. Women from less developed areas such as Ghana, Nigeria, Ethiopia, Congo, Senegal, Somalia, Guinea, etc., move to Greece in search of better opportunities and living conditions.
<b>SCOPE:</b>	Exploring access to and use of health services by immigrant, asylum-seeking, and refugee women from Africa in Greece.
<b>METHODS:</b>	Literature review using PRISMA methodology.
<b>RESULTS:</b>	Based on the indications, it seems that women's health is at risk in their home country, during their journey, and after arriving in the host country. In the case of Greece, both living conditions and societal factors raise concerns about their pregnancy status, access to healthcare during pregnancy, hospitalization, economic impact on their health, social and gender-based violence, and their own perceptions of their health.
<b>CONCLUSIONS:</b>	The current research emphasizes the challenges that women refugees, asylum seekers, and immigrants from Africa face in accessing and utilizing health services in Greece. It highlights the need for collaboration among relevant organizations to ensure access to healthcare. Furthermore, it suggests that integration specialists should assist these individuals in integrating into society. Finally, it recommends policy changes to ensure that access to healthcare is a fundamental right for everyone, regardless of nationality.
<b>KEYWORDS:</b>	migrant women, refugee women, asylum seekers, health services, access, Africa, Greece



## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	6
Περίληψη .....	7
Abstract .....	8
Περιεχόμενα.....	9
Συντομογραφίες .....	12
Πίνακας Πινάκων.....	12
Πίνακας Διαγραμμάτων .....	12
Πίνακας Γραφημάτων .....	13
Εισαγωγή.....	14
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:.....	18
1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ .....	18
1.1. Θηλυκοποίηση της μετανάστευσης.....	18
1.2. Θεωρίες για τη γυναικεία μετανάστευση και απόφαση .....	20
1.2.1. Νεοκλασική Θεωρία .....	20
1.2.2. Τα νέα οικονομικά της μετανάστευσης .....	21
1.2.3. Θεωρία των Παγκόσμιων Συστημάτων .....	21
1.2.4. Θεωρία της διττής αγοράς εργασίας .....	22
1.2.5. Θεωρία Δικτύων.....	23
1.3. Αιτίες της διεθνούς μετανάστευσης γυναικών από την Αφρική.....	23
1.4 Αίτια μετανάστευσης και εκτοπισμού από χώρες της Αφρικής προς την Ευρωπαϊκή Ένωση: Κοινωνικοοικονομική κατάσταση και δημόσια υγεία στις χώρες καταγωγής .....	25
1.3.1. Αίγυπτος: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία .....	27
1.3.2. Αιθιοπία: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία.....	28
1.3.3. Σιέρα Λεόνε: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία.....	29
1.3.4. Αλγερία: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία.....	30
1.3.5. Γκάμπια: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία .....	31
1.3.6. Γκάνα: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία.....	31
1.3.7. Δημοκρατία του Κονγκό: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία .. .....	32

1.3.8.	Ερυθραία: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία .....	34
1.3.9.	Ουγκάντα: : Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία.....	35
1.3.10.	Σενεγάλη: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία .....	35
1.3.11.	Καμερούν: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία.....	37
1.3.12.	Κένυα: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία.....	38
1.3.13.	Μάλι: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία.....	39
1.3.14.	Μαρόκο: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία.....	39
1.3.15.	Γουινέα: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία .....	40
1.3.16.	Σουδάν: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία .....	41
1.3.17.	Σομαλία: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία.....	42
1.3.18.	Νιγηρία: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία .....	43
1.3.19.	Νότιος Αφρική: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία.....	45
1.5.	Η γυναίκεια μετανάστευση από την Αφρική προς την ΕΕ και την Ελλάδα: Χαρακτηριστικά και διαδρομές .....	46
1.6.	Η μετανάστευση από την Αφρική προς την ΕΕ και υγεία και γυναίκες σε κίνηση.....	50
1.6.1.	Φυματίωση.....	53
1.6.2.	HIV.....	53
1.6.3.	Ηπατίτιδα Β και Ηπατίτιδα C .....	55
1.6.4.	Τροπικές παρασιτικές λοιμώξεις και παραμελημένες τροπικές ασθένειες.....	55
1.6.5.	Ψυχική υγεία .....	57
1.6.6.	Μαιευτική και περιγεννητική υγεία.....	58
1.6.7.	Αναπαραγωγική και Σεξουαλική βία.....	59
1.7.	Η πρόσβαση και η χρήση υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες στην Ελλάδα .....	60
<b>B.</b>	<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>61</b>
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:</b> .....	<b>62</b>
<b>2.</b>	<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b> .....	<b>62</b>
2.1.	Σκοπός και στόχοι έρευνας .....	62
2.2.	Η ανασκόπηση βιβλιογραφίας .....	62
2.3.	Περιγραφή στρατηγικής αναζήτησης: Η ανασκόπηση βιβλιογραφίας.....	63
2.3.1.	Κριτήρια εισόδου-αποκλεισμού μελετών .....	65
2.3.2.	Τελική επιλογή μελετών ανασκόπησης.....	65

2.4. Αξιολόγηση μεθοδολογικής ποιότητας ερευνών .....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: .....	68
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΩΝ .....	68
3.1. Περιγραφή των βασικών χαρακτηριστικών των μελετών.....	68
3.1.1. Χώρα που διεξήχθησαν.....	68
3.1.2. Μεθοδολογικός σχεδιασμός μελετών .....	68
3.1.3. Το περιβάλλον που διεξήχθησαν .....	69
3.1.4. Συμμετέχοντες.....	70
3.1.5. Κύρια ευρήματα μελετών .....	72
3.2. Αξιολόγηση μεθοδολογικής ποιότητας ερευνών .....	84
3.2.1. Μικτές μέθοδοι .....	85
3.2.2. Ποσοτικές μέθοδοι.....	86
3.2.3. Ποιοτικές μέθοδοι .....	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:.....	88
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: .....	91
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	91
5.1. Μέτρα και πολιτικές Δημόσιας Υγείας και μετανάστευσης .....	91
Βιβλιογραφία .....	93
Ξενόγλωσση.....	93
Ελληνόγλωσση.....	114

## Συντομογραφίες

ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΠΟΥ / WHO	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας / World Health Organization

## Πίνακας Πινάκων

Πίνακας 1: Θετικές αποφάσεις ανά Εθνικότητα - 10 πρώτες Εθνικότητες - Ταξινόμηση κατά Φθίνουσα σειρά/1ο Εξάμηνο 2024 .....	49
Πίνακας 2: Λέξεις-κλειδιά των αναζητήσεων .....	63
Πίνακας 3: Στρατηγική αναζήτησης PubMed .....	64
Πίνακας 4: Στρατηγική αναζήτησης Scopus .....	64
Πίνακας 5: Στρατηγική αναζήτησης Google Scholar (αγγλικά).....	64
Πίνακας 6: Στρατηγική αναζήτησης Google Scholar (Ελληνικά).....	64
Πίνακας 7: Χαρακτηριστικά μελετών.....	78
Πίνακας 8: Αξιολόγηση μεθοδολογική ποιότητας ερευνών με μικτές μεθόδους.....	85
Πίνακας 9: Αξιολόγηση μεθοδολογική ποιότητας ερευνών με ποσοτικές μεθόδους.....	86
Πίνακας 10: Αξιολόγηση μεθοδολογική ποιότητας ερευνών με ποιοτικές μεθόδους.....	87

## Πίνακας Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Χάρτης της Αφρικής.....	26
Διάγραμμα 2: Διαδρομές μετακινούμενων πληθυσμών προς την ΕΕ.....	48
Διάγραμμα 3: Πολίτες τρίτων χωρών ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού στην ΕΕ27 και τη Νορβηγία και το ποσοστό των γυναικών (2020).....	49
Διάγραμμα 4: Αποτελέσματα αναζήτησης .....	66

## Πίνακας Γραφημάτων

Γράφημα 1: Ποσοστό θνησιμότητας κάτω των πέντε ετών (ανά 1000 γεννήσεις) .....	52
Γράφημα 2: Ποσοστό θνησιμότητας κάτω των πέντε ετών (ανά 1000 γεννήσεις) .....	52
Γράφημα 3: Ποσοστό θνησιμότητας από φυματίωση (ανά 100.000 πληθυσμού) στην αφρικανική περιοχή του ΠΟΥ, 2010–2017 .....	53
Γράφημα 4: Ποσοστό θνησιμότητας που σχετίζεται με το AIDS (ανά 100.000 πληθυσμού) στην περιοχή της Αφρικής του ΠΟΥ, 2018 .....	54
Γράφημα 5: Σύνολο ατόμων που χρειάζονται παρεμβάσεις κατά των παραμελημένες τροπικές ασθένειες (ΠΤΑ/NTDs) στην Αφρικανική Περιοχή του ΠΟΥ, 2010–2017 .....	56
Γράφημα 6: Άτομα που χρειάζονται παρεμβάσεις κατά των παραμελημένων τροπικές ασθένειες (ΠΤΑ/NTDs) στην Αφρικανική Περιοχή του ΠΟΥ, 2015 και 2018 .....	57

## Εισαγωγή

Η μετανάστευση θεωρείται αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης. Λόγοι οικονομικοί, κοινωνικοί και πολιτικοί δύναται να οδηγήσουν τον άνθρωπο στη μετανάστευση από τα πρώτα ακόμα χρόνια της ζωής του (Koser, 2016). Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Μετανάστευσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (EMN) (European Migration Network, 2018:252) ορίζει τον/την «μετανάστη/μετανάστρια» (ευρεία έννοια της μετακίνησης) στο παγκόσμιο πλαίσιο, ως «ένα άτομο που βρίσκεται εκτός του εδάφους του κράτους του οποίου είναι πολίτες και που έχουν διαμείνει σε ξένη χώρα για περισσότερο από ένα χρόνο ανεξάρτητα από τα αίτια, εκούσια ή ακούσια, και τα μέσα, τακτικά ή παράτυπα, που χρησιμοποιούνται για μετανάστευση» και σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) ως «ένα άτομο πρόσωπο που είτε: (i) καθιερώνει τη συνήθη διαμονή τους στην επικράτεια ενός κράτους μέλους της ΕΕ/ΕΖΕΣ για περίοδο που είναι, ή αναμένεται να είναι, τουλάχιστον 12 μηνών, έχοντας προηγουμένως διαμείνει συνήθως σε άλλη ΕΕ/ΕΖΕΣ κράτος μέλος ή τρίτη χώρα· ή (ii) έχοντας προηγουμένως διαμένει συνήθως στην επικράτεια του κράτους μέλους ΕΕ/ΕΖΕΣ, παύει να έχει τη συνήθη διαμονή τους στο κράτος μέλος της ΕΕ/ΕΖΕΣ για μια περίοδο που είναι, ή αναμένεται να είναι, τουλάχιστον 12 μήνες». Ως «αιτών/αιτούσα άσυλο» ορίζεται σε παγκόσμιο πλαίσιο «ένα άτομο που αναζητά προστασία από δίωξη ή σοβαρή βλάβη σε χώρα διαφορετική από τη δική τους και αναμένει απόφαση σχετικά με την αίτηση για το καθεστώς του πρόσφυγα σύμφωνα με σχετικές διεθνείς και εθνικές πράξεις» και σε επίπεδο ΕΕ, ως «πολίτης τρίτης χώρας ή ανιθαγενής που έχει υποβάλει αίτηση για προστασία βάσει της Σύμβασης της Γενεύης για τους Πρόσφυγες και Πρωτόκολλο για το οποίο λαμβάνεται οριστική απόφαση δεν έχει ληφθεί ακόμη» (European Migration Network, 2018:37). Ως «Πρόσφυγας», σε παγκόσμιο πλαίσιο και στο επίπεδο της ΕΕ, ορίζεται ως είτε ένα άτομο (υπήκοος τρίτης χώρας) «ο/η οποίο/α, ο/η οποίος/α, λόγω βάσιμου φόβου δίωξης για λόγους φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, βρίσκεται εκτός της χώρας ιθαγένειας και αδυνατεί είτε, λόγω αυτού του φόβου, δεν είναι διατεθειμένοι να επωφεληθούν από την προστασία αυτής της χώρας, ή ανιθαγενής, ο/η οποίος/α, όντας εκτός της χώρας πρώην συνήθους διαμονής για τους ίδιους λόγους που αναφέρθηκαν

παραπάνω, δεν είναι σε θέση ή, λόγω αυτού του φόβου, δεν επιθυμεί να επιστρέψει σε εκείνον/η, και σε ποιον Άρθ. 12 της Οδηγίας 2011/95/ΕΕ δεν εφαρμόζεται» (European Migration Network, 2018:310).

Από τη δεκαετία του 1980, γυναίκες, έγγαμες ή άγαμες μετακινούνται σε άλλες χώρες με στόχο την εύρεση εργασίας. Το Τμήμα Πληθυσμού των Ηνωμένων Εθνών σε στοιχεία από τις πληθυσμιακές απογραφές κατέγραψε ταχύτερη αύξηση της γυναικείας μετανάστευσης μεταξύ 1965-1990 προς στις κυριότερες αναπτυσσόμενα βιομηχανικές χώρες με το ήμισυ των μεταναστών μέχρι και σήμερα να είναι γυναίκες (UNPD, 2009). Από την απόφαση της μετανάστευσης έως την υλοποίησή της, η εμπειρία των γυναικών διαφοροποιείται από αυτή των ανδρών (UNFPA, 2008). Ένας νέος όρος εμφανίζεται στα μέσα του 1970, ο οποίος εστιάζει στις γυναίκες που μεταναστεύουν χωρίς την οικογένεια τους ως οι κύριες υπεύθυνες για την οικογενειακή εστία. Ο όρος «θηλυκοποίηση της μετανάστευσης» αναφέρεται στις γυναίκες που μετακινούνται σε αστικές περιοχές σε μια προσπάθεια καταπολέμησης της φτώχειας και της εξασφάλισης μιας καλύτερης ζωής τόσο για τις ίδιες όσο και για τις οικογένειες τους ξεπερνώντας τα εμπόδια του φύλου και της θέσης τους στη κοινωνία (ΚΕΘΙ, 2007).

Η Αφρική χαρακτηρίζεται ως ήπειρος μαζικών εκτοπισμών και μετανάστευσης με τις συγκρούσεις και τη φτώχεια να είναι οι κύριοι λόγοι μετακίνησης (Flahaux & De Haas, 2016) ενισχύοντας με αυτό το τρόπο τη παράτυπη μετανάστευση από την Αφρική στην Ελλάδα. Κατά τη διάρκεια του ταξιδιού η κατάσταση της υγείας των μεταναστών διαφοροποιείται δημιουργώντας αρνητικό αντίκτυπο για τους ίδιους αλλά και για τις χώρες υποδοχής (Gkiouleka & Huijts, 2020). Πρόκειται για τις πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού όπου η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι μείζον ζήτημα (Gkiouleka & Huijts, 2020). Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν είναι η φυλή, η θρησκεία, η κουλτούρα, η γλώσσα και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση που επικρατεί στη χώρα υποδοχής και περιλαμβάνει το σύστημα υγείας, το κόστος περίθαλψης, την ασφάλιση, τη παροχή υπηρεσιών και την εκπαίδευση (Suphanchaimat et al., 2015). Ακόμη, οι αντιλήψεις, η συμπεριφορά και οι πρακτικές του υγειονομικού προσωπικού για τους μετανάστες επηρεάζονται από τη διαθεσιμότητα των πόρων, τους φραγμούς επικοινωνίας, τη κουλτούρα και τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας (Suphanchaimat et al., 2015).

Αυτή η εργασία έχει ως στόχο να διερευνήσει τους λόγους που δυσχεραίνεται η πρόσβαση και καθίστανται αδύναμη η χρήση των υπηρεσιών υγείας από γυναίκες μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και πρόσφυγες από την Αφρική στην Ελλάδα παραθέτοντας προτάσεις που να εξασφαλίζουν το ισότιμο δικαίωμα στην υγεία.

Η δομή της παρούσας έρευνας παρατίθεται ως εξής: Στο Πρώτο Κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο θεωρητικό πλαίσιο που αφορά το φαινόμενο της μετανάστευσης. Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύεται η

μετανάστευση ως προς τους λόγους και τις αιτίες. Στη συνέχεια εστιάζει στην μετανάστευση των γυναικών της Αφρικής σε ΕΕ και Ελλάδα περιγράφοντας την επικρατούσα κοινωνική και οικονομική κατάσταση στις χώρες προέλευσης. Στο Δεύτερο Κεφάλαιο, αναλύεται το μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Στο Τρίτο Κεφάλαιο, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που προέκυψε από την ανασκόπηση. Στο Τέταρτο Κεφάλαιο, πραγματοποιείται συζήτηση όπου γίνεται η σύνδεση των ευρημάτων με το θεωρητικό πλαίσιο. Στο Πέμπτο Κεφάλαιο, επιχειρούνται συμπερασματικές παρατηρήσεις, προτάσεις και μέτρα όσο αφορά για τις πολιτικές δημόσιας υγείας και πολιτικές μετανάστευσης για τις γυναίκες πρόσφυγες, αιτούσες άσυλο και μετανάστριες από την Αφρική.



Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες

## **A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:**

### **1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

#### **1.1. Θηλυκοποίηση της μετανάστευσης**

Οι μετακινήσεις πληθυσμών είναι τόσο παλιές όσο και η ίδια η ανθρωπότητα με τους πολίτες να διασχίζουν τα σύνορα προς αναζήτηση μιας καλύτερης ζωής (UN, 2006). Σε παγκόσμιο επίπεδο, παρατηρείται αύξηση της μετακίνησης των ανθρώπων περισσότερο από κάθε άλλη φορά (Zanker, 2019) (International Organization for Migration / IOM, 2022). Οι περισσότεροι από αυτούς αναζητούν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης τόσο για τους ίδιους όσο και για τις οικογένειες τους ενώ κάποιοι άλλοι αναγκάζονται να μετακινηθούν εξαιτίας συγκρούσεων ή καταστροφών (International Organization for Migration / IOM, 2024). Το φύλο αποτελεί θέμα συζήτησης σχετικά με τα αίτια και τις συνέπειες της μετανάστευσης είτε αυτή είναι αναγκαστική είτε εθελοντική είτε κάτι ενδιάμεσο (International Organization for Migration / IOM, 2024). Ακόμη, επηρεάζει τους λόγους που αφορούν τη μετανάστευση, όπως για παράδειγμα το ποιος, το πού και το πώς μεταναστεύουν οι άνθρωποι, τα δίκτυα που χρησιμοποιούν, τις ευκαιρίες, τους πόρους που διατίθενται στις χώρες προορισμού καθώς και τις σχέσεις με τη χώρα προέλευσης (International Organization for Migration / IOM, 2015).

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, το τυπικό προφίλ ενός μετανάστη ήταν εκείνο του άνδρα. Όμως από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των γυναικών (Koffman, 1999). Άγαμες καθώς και έγγαμες γυναίκες με καλύτερο μορφωτικό επίπεδο άρχισαν να μεταναστεύουν μόνες τους για μια θέση εργασίας σε χώρες του εξωτερικού (UNDP, 2009). Σύμφωνα με στοιχεία του Τμήματος Πληθυσμού των Ηνωμένων Εθνών τα οποία ελήφθησαν κυρίως από τις απογραφές πληθυσμού, αναφέρονται σε πιστοποιημένους καθώς και μετανάστες χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα, συμπεραίνουν ότι το απόθεμα των γυναικών μεταναστών αυξήθηκε με ταχύτερους ρυθμούς από αυτό των ανδρών στο μεγαλύτερο μέρος του κόσμου κατά τα έτη 1965-1990 στις πιο σημαντικές χώρες υποδοχής που ήταν βιομηχανικά αναπτυσσόμενες (Chammartín, 2002). Ωστόσο στα περισσότερα κράτη, οι γυναίκες είχαν περιορισμένες ευκαιρίες νόμιμης μετανάστευσης. Χαρακτηριστικό πολιτικής

μετανάστευσης αποτελεί το παράδειγμα της Γερμανίας με προκατειλημμένη την μετανάστευση ανδρών με τα τέσσερα νόμιμα μέσα μετανάστευσης να κυριαρχούνται από άνδρες (Morrissey, 1986). Το πρώτο αφορά την απασχόληση που συνδέεται με έργα στον κατασκευαστικό κλάδο, το δεύτερο με συμβάσεις επισκεπτών, το τρίτο με εποχικούς εργάτες που απασχολούνται στη γεωργία, τη δασοκομία, τους αμπελώνες και τις κατασκευές ενώ το τέταρτο και τελευταίο μέτρο αφορά τους μετακινούμενους που ζουν σε απόσταση έως και 50 χιλιομέτρων από τα σύνορα της Γερμανίας με το 80% αυτών να είναι άνδρες (Chammartin, 2002). Για τις περισσότερες γυναίκες, η μετανάστευση αντιπροσωπεύει πηγή πόρων για την οικογένεια στην χώρα καταγωγής δίνοντας εξέχοντα ρόλο όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων που αφορά το σύνολο την οικογενειακής εστίας (UNDP, 2009). Ωστόσο οι γυναίκες θεωρούνται πιο ευάλωτες σε διακρίσεις, βία και κακοποίηση που οφείλεται στις μειωμένες πιθανότητες νόμιμης μετανάστευσης από αυτές των ανδρών (Kofman, 2003). Τα τελευταία χρόνια, ο όρος «θηλυκοποίηση της μετανάστευσης» επικρίθηκε ότι υποδηλώνει την απόλυτη αύξηση του ποσοστού των γυναικών μεταναστών ενώ στη πραγματικότητα οι γυναίκες από το 1960 αποτελούσαν σχεδόν το 47% στο σύνολο των διεθνών μεταναστών (Zlotnik, 2003). Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε τις επόμενες δεκαετίες κατά 2 μονάδες στο 49% (Zlotnik, 2003).

Η πραγματική αλλαγή που λαμβάνει χώρα τις τελευταίες δεκαετίες αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι γυναίκες μεταναστεύουν ανεξάρτητα για να αναζητήσουν εργασία παρά ως εξαρτώμενα μέλη της οικογένειας που ακολουθούν τους συζύγους στο εξωτερικό ή που μεταναστεύουν μαζί τους (Paiewonsky, 2009). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), το 51,9% των παγκόσμιων μεταναστών το 2020 ήταν άνδρες και το 48,1% γυναίκες. Και πάλι το 2020, ο πληθυσμός της ΕΕ στη Νορβηγία ήταν 452. 687. 496 εκ των οποίων το 51% ήταν γυναίκες, με το μερίδιο τους στα κράτη μέλη να κυμαίνονται από 49% έως 53%. Το 2020 και πάλι, οι πολίτες τρίτων χωρών αντιπροσώπευαν το 5% του πληθυσμού (αύξηση 1% από το 2016) σε αντίθεση με τον συνολικό πληθυσμό με τους περισσότερους υπηκόους τρίτων χωρών να είναι άνδρες (51%) (ΕΡ, 2023). Επιπλέον, η ανισότητα ανάμεσα στα δύο φύλα έχει συμβάλλει δραστικά στην μεταναστευτική απόφαση με ποικίλους τρόπους: οι γυναίκες αποτελούν συχνή επιλογή για να μεταναστεύσουν με κίνητρο τη πεποίθηση ότι θα θυσιαστούν σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι άνδρες για την ευημερία της οικογενειακής εστίας (UN INSTRAW, 2007) και τις ίδιες να είναι ικανές και πρόθυμες να εργαστούν σκληρά για να αποδώσουν στο μέγιστο βαθμό των αποδοχών τους ξοδεύοντας λιγότερα και υπομένοντας τις χειρότερες συνθήκες διαβίωσης. Ακόμη, οι οικονομικοί λόγοι δεν μπορούν να παραλειφθούν καθώς αποτελούν τη βάση της μεταναστευτικής απόφασης και για τα δύο φύλα ενώ στους άλλους παράγοντες συμπεριλαμβάνεται και η επιθυμία των γυναικών να ξεφύγουν από έναν βίαιο σύζυγο ή έναν

δυστυχισμένο γάμο (UN INSTRAW, 2007). Χαρακτηριστική η μελέτη περίπτωσης της INSTRAW που έλαβε μέρος στη Κολομβία και ανακάλυψε ότι σημαντικός αριθμός μεσηλικών γυναικών μετανάστευαν για άλλους λόγους και όχι εξαιτίας οικονομικού αδιέξοδου (UN, 2014). Ακόμη, η θηλυκοποίηση της μετανάστευσης έχει δημιουργήσει ειδικά γυναικείες μορφές μετανάστευσης όπως η εμπορευματοποιημένη μετανάστευση οικιακών βοηθών και παρόχων φροντίδας, ενώ γυναίκες που λαμβάνουν την απόφαση να μετακινηθούν (εντός ή εκτός συνόρων της χώρας τους) ενδέχεται να εκτεθούν σε κινδύνους εκμετάλλευσης ή/και κυκλωμάτων εμπορίας ανθρώπων (UN, 2006).

## **1.2. Θεωρίες για τη γυναικείας μετανάστευση και απόφαση**

Η διεθνής μετανάστευση επιδιώκεται να αποσαφηνιστεί με ένα σύνολο θεωρητικών μοντέλων. Τα νεοκλασικά οικονομικά εστιάζουν στις διαφορές των μισθών και των συνθηκών εργασίας ανάμεσα στις χώρες και στο κόστος της μετανάστευσης. Ουσιαστικά θεωρεί ότι η μετακίνηση είναι απόφαση που λαμβάνεται ατομικά με στόχο την αύξηση του εισοδήματος. Αντιθέτως τα «νέα οικονομικά» δεν εστιάζουν μόνο στις συνθήκες της αγοράς εργασίας αλλά τις αξιολογούν και σε ένα εύρος αγορών. Πιο συγκεκριμένα, το νοικοκυριό επιλέγει τη μετανάστευση για να μειώσει τους κινδύνους αναφορικά με το οικογενειακό εισόδημα. Ωστόσο, η θεωρία των παγκόσμιων συστημάτων και η θεωρία της διπλής αγοράς δεν υιοθετούν τέτοιες διαδικασίες λήψης αποφάσεων σε μικροεπίπεδο. Η πρώτη θεωρεί τη μετανάστευση ως φυσικό αποτέλεσμα της οικονομικής παγκοσμιοποίησης ενώ η δεύτερη συγχωνεύει την μετανάστευση με τις απαιτήσεις της νέας βιομηχανικής οικονομίας (Massey et al., 1993).

### **1.2.1. Νεοκλασική Θεωρία**

Στο σύνολο της η νεοκλασική θεωρία υποστηρίζει ότι η βασική αιτία της μετανάστευσης αποτελούν οι γεωγραφικές διαφορές στη προσφορά και τη ζήτηση εργασίας. Το εργατικό δυναμικό μετακινείται από χώρες με χαμηλότερες απολαβές στις χώρες με υψηλότερες απολαβές προκειμένου να αυξήσει το εισόδημα του. Αντίθετα και ταυτόχρονα με τη ποσότητα των εργατών ενισχύεται και το μέγεθος του κεφαλαίου επένδυσης προς τη φτωχή σε κεφάλαιο χώρα. Οι καταρτισμένοι εργαζόμενοι συμπεριλαμβάνονται σε αυτή τη ροή οι οποίοι στοχεύουν σε μεγαλύτερες απολαβές μετακινούμενοι από πλούσιες σε φτωχές χώρες (Massey et al., 1993). Η φυγή για οικονομικούς λόγους είναι η βάση της νεοκλασικής θεωρίας που στοχεύει στη βελτίωση των συνθηκών ζωής (Κ.Ε.Θ.Ι., 2007, Kofman et al., 2000). Ο άνθρωπος εκτιμά τα πλεονεκτήματα και αποφασίζει να μετακινηθεί σε περιοχές με χαμηλή προσφορά εργατικού δυναμικού που συνεπάγεται με υψηλούς μισθούς (Hugo et al., 1993). Οι

νεοκλασικές θεωρίες εστιάζουν μόνο στον οικονομικό παράγοντα για τη μετανάστευση με αποτέλεσμα κατά το παρελθόν να δεχτούν κριτικές. Ακόμη, στην απόφαση της μετανάστευσης δεν υπολογίζεται η οικογένεια καθώς η απόφαση είναι ατομική υπόθεση. Επιπλέον, ο άνδρας ορίζεται ως μετανάστης και είναι αυτός ο μόνος που αποφασίζει με το θηλυκό στοιχείο να απουσιάζει και να κατέχει θέση εξάρτησης. Η επικρατέστερη κριτική για αυτή τη θεωρία είναι η αδυναμία του να κατέχει κάποιος πληροφορίες για όλες τις λειτουργίες αγοράς εργασίας.

### **1.2.2. Τα νέα οικονομικά της μετανάστευσης**

Πολλά από τα συμπεράσματα της νεοκλασικής θεωρίας αμφισβητούνται τα τελευταία χρόνια από μια «νέα οικονομία της μετανάστευσης». Η ουσία αυτής της προσέγγισης είναι στις αποφάσεις οι οποίες δεν λαμβάνονται πλέον ατομικά αλλά από ένα μεγαλύτερο σύνολο ατόμων όπως η οικογένεια ή το νοικοκυριό στο οποίο τα μέλη σκέφτονται και πράττουν συλλογικά. Ο στόχος δεν περιορίζεται μόνο στην αύξηση του εισοδήματος αλλά στην μείωση των κινδύνων και του ρίσκου (Stark, Bloom, 1985). Η κατάσταση του νοικοκυριού σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο θα αποτελέσει τον παράγοντα της απόφασης για μετανάστευση. Αφού αξιολογηθούν οι οικονομικοί και κοινωνικοί κίνδυνοι κάποια μέλη δύναται να παραμείνουν και να εργαστούν στη τοπική αγορά εργασίας ενώ άλλα μπορούν να εργαστούν σε ξένες αγορές εργασίας. Ωστόσο, στη περίπτωση όπου τα οφέλη από την τοπική οικονομία δεν είναι ικανοποιητικά, η οικογένεια δύναται να βασιστεί στα εμβάσματα του μέλους που εργάζεται στο εξωτερικό (Massey et al., 1993). Αυτή η ανάλυση αφορά τις αναπτυσσόμενες χώρες όπου ο κίνδυνος της απώλειας ενός μέρους του οικογενειακού εισοδήματος ή εξολοκλήρου αντιμετωπίζονται μέσα από ιδιωτικούς ή δημόσιους φορείς ασφάλισης.

### **1.2.3. Θεωρία των Παγκόσμιων Συστημάτων**

Σύμφωνα με τη θεωρία των παγκόσμιων συστημάτων, η μετανάστευση είναι φυσικό αποτέλεσμα εξαρθρώσεων και διαταραχών που προκύπτουν κατά τη διαδικασία της ανάπτυξης του καπιταλισμού. Με την επέκταση αυτού να απλώνεται έξω από το πυρήνα στη Δυτική Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική, την Ωκεανία και την Ιαπωνία, οδήγησε μεγαλύτερα τμήματα του πλανήτη και περισσότερους ανθρώπους στην ενσωμάτωση στη παγκόσμια αγορά (Massey et al., 1993). Η διείσδυση των καπιταλιστικών οικονομικών σχέσεων σε περιφερειακές, μη καπιταλιστικές κοινωνίες ευνοεί τη δημιουργία ενός μετακινούμενου πληθυσμού που είναι επιρρεπής στη μετανάστευση προς το εξωτερικό. Η επιθυμία για υψηλότερα κέρδη οδηγεί τους ιδιοκτήτες καπιταλιστικών επιχειρήσεων σε μη αναπτυσσόμενες χώρες. Η εργασία, οι πρώτες ύλες και η γη βρίσκονται υπό τον έλεγχο και την επιρροή των αγορών που έχουν

ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μεταναστευτικών ροών με τη πλειοψηφία αυτών να μετακινούνται προς το εξωτερικό (Massey, 1989). Η εκμηχάνιση ελαχιστοποιεί την ανάγκη για χειρωνακτική εργασία καθιστώντας πολλούς αγρότες περιττούς στη παράγωγη ενώ η αντικατάσταση βασικών ειδών με καλλιέργειες μετρητών υπονομεύει τις παραδοσιακές / κοινωνικές σχέσεις που βασίζονται στην επιβίωση (Chayanov, 1966). Η απαιτούμενη εργασία περιλαμβάνει τις γυναίκες με την εμφάνιση της θηλυκοποίησης εργατικού δυναμικού να μειώνει τις ευκαιρίες των ανδρών. Ωστόσο η εργοστασιακή απασχόληση θεωρείται απαιτητική και χαμηλόμισθη αναγκάζοντας τις γυναίκες να εργάζονται λιγότερο και να καταφεύγουν στη μετανάστευση προς αναζήτηση νέων ευκαιριών (Massey et al., 1993).

#### **1.2.4. Θεωρία της διττής αγοράς εργασίας**

Ο Piore το 1979 ανέπτυξε μια θεωρία κατά την οποία η απόφαση για μετανάστευση προκύπτει μόνο από την ζήτηση εργασίας στις ανεπτυγμένες χώρες και όχι από τη προσφορά. Η θεωρία της διττής αγοράς εργασίας εστιάζει στις εργασιακές απαιτήσεις των σύγχρονων βιομηχανικών κοινωνιών αγνοώντας τις αποφάσεις που λαμβάνονται από τα άτομα για τη διεθνή μετανάστευση. Αναλυτικότερα, ο Piore θεωρεί πως οι παράγοντες έλξης (Massey et al., 1993) στις χώρες προορισμού με στόχο την οικονομική και την κοινωνική βελτίωση είναι αυτοί που ενισχύουν την απόφαση της μετακίνησης και όχι οι παράγοντες ώθησης στις χώρες αποστολής ή εργασίας που εστιάζει στις εργασιακές απαιτήσεις των σύγχρονων βιομηχανικών κοινωνιών, αγνοώντας τις αποφάσεις που λαμβάνονται από τα άτομα για τη διεθνή μετανάστευση. Οι μισθοί δεν αντικατοπτρίζουν μόνο τις συνθήκες ζήτησης ή προσφοράς αλλά προσφέρουν κι άλλα οφέλη ενισχύοντας τη προσδοκία των ανθρώπων ότι ένα μισθός αντικατοπτρίζει τη κοινωνική θέση. Η προσέλκυση εργαζομένων από τους εργοδότες σε ανειδίκευτες θέσεις στο κάτω επίπεδο της επαγγελματικής ιεραρχίας δεν περιορίζεται μόνο στην αύξηση των μισθών. Οι μισθοί επιβάλλεται να αυξάνονται αναλογικά ώστε να συμβαδίσουν με τις κοινωνικές προσδοκίες. Η πλειοψηφία των ανθρώπων που μεταναστεύουν ξεκινούν ως στοχευμένοι εισοδηματίες στη προσπάθεια ενίσχυσης του εισοδήματος (Massey et al., 1993). Ωστόσο η διαφορά βιοτικού επιπέδου ανάμεσα σε ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες κοινωνίες σημαίνει ότι οι χαμηλοί μισθοί του εξωτερικού φαίνονται ως γενναϊόδωροι σχετικά με τα πρότυπα της τοπικής κοινότητας. Παρά τη διαπίστωση ενός μετανάστη ότι μια ξένη εργασία είναι χαμηλού κύρους στο εξωτερικό δεν θεωρεί τον εαυτό του ως μέρος της κοινωνίας υποδοχής. Αντιθέτως, θεωρεί τον εαυτό του ως μέλος της κοινότητας της πατρίδας του όπου η ξένη εργασία του προσφέρει κύρος και τιμή (Massey et al., 1993).

### **1.2.5. Θεωρία Δικτύων**

Η θεωρία των δικτύων αναλύει τον τρόπο που η μετανάστευση εξελίσσεται καθώς περιλαμβάνει και τα μεταναστευτικά δίκτυα που δημιουργούνται στις χώρες προορισμού. Η επιλογή της χώρας που θα μεταναστεύσουν, ενισχύεται από την ύπαρξη των δικτύων (κοινή καταγωγή, συγγένεια, φιλία) εξασφαλίζοντας ευκολότερη ένταξη σε ένα νέο τόπο με λιγότερους κινδύνους και όχι με οικονομικά ή κοινωνικά κριτήρια. Επομένως, η ελαχιστοποίηση των κινδύνων κατά τη μετακίνηση και η μείωση του κόστους αυξάνουν τη πιθανότητα της μετακίνησης. Η θεωρία των δικτύων επικεντρώνεται στη μετανάστευση από την πλευρά ενός κοινωνικού φαινομένου (Massey et al., 1993).

### **1.3. Αιτίες της διεθνούς μετανάστευσης γυναικών από την Αφρική**

Ως μετανάστευση θεωρείται η εκούσια ή ακούσια μετακίνηση των ανθρώπων από το ένα μέρος στο άλλο με σκοπό την εγκατάστασή τους σε μια νέα τοποθεσία που οφείλεται σε οικονομικά, περιβαλλοντικά και κοινωνικά ζητήματα (EP, 2020). Δύο είναι οι κατηγορίες των παραγόντων που επηρεάζουν σημαντικά τις αποφάσεις των ανθρώπων για μετανάστευση: α) οι παράγοντες έλξης είναι οι λόγοι όπου ένας προορισμός θεωρείται ελκυστικός για εγκατάσταση και ιδανικός προσφέροντας νέες ευκαιρίες εργασίας ή επανένωσης με συγγενείς και φίλους (Bruzzone, 2020) ενώ β) οι παράγοντες ώθησης αναφέρονται σε ένα τόπο λιγότερο ελκυστικό για συνέχιση της ζωής εξαιτίας πολιτικών αναταραχών, έλλειψης ευκαιριών εργασίας ή υπερπληθυσμού με τους παράγοντες ώθησης να συμπεριλαμβάνονται στους λόγους όπου κάποιος εγκαταλείπει τη χώρα (EP, 2020). Οι άνθρωποι μεταναστεύουν για διάφορους λόγους που σχετίζονται με την ασφάλεια, τη δημογραφία, τα ανθρώπινα δικαιώματα, τη φτώχεια και τη κλιματική αλλαγή (UN, 2024) ενώ κινητήρια δύναμη της μετανάστευσης θεωρούνταν ανέκαθεν το περιβάλλον στη προσπάθεια των ανθρώπων να ξεφύγουν από φυσικές καταστροφές, όπως πλημμύρες, τυφώνες και σεισμούς. Ωστόσο η κλιματική αλλαγή αναμένεται μελλοντικά να οδηγήσει στην επιδείνωση των ακραίων καιρικών φαινομένων με αποτέλεσμα τη μετανάστευση περισσότερων ανθρώπων (WHO, 2023). Ως περιβαλλοντικοί μετανάστες σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης ορίζονται όσοι αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την σταθερή τους εστία είτε μόνιμα είτε προσωρινά εξαιτίας των ξαφνικών ή προοδευτικών αλλαγών στο περιβάλλον που επηρεάζουν άμεσα τις συνθήκες διαβίωσης τους και οι οποίοι μετακινούνται εντός ή εκτός της χώρας τους (IOM, 2007). Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ο αριθμός των περιβαλλοντικών μεταναστών σε παγκόσμιο επίπεδο εξαιτίας της αύξησης του πληθυσμού, της φτώχειας και των συγκρούσεων που

επιδρούν σημαντικά ενώ οι εκτιμήσεις κυμαίνονται από 25 εκατομμύρια έως ένα δις μέχρι το 2050 (EP, 2020).

Από δημογραφικής και οικονομικής πλευράς, η μετανάστευση σχετίζεται με χαμηλά πρότυπα εργασίας, υψηλό ποσοστό ανεργίας και η γενική εικόνα μιας υγιούς οικονομίας της χώρας (EP, 2020). Σύμφωνα με τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας, οι μετανάστες εργαζόμενοι - που ορίζονται ως άτομα που μεταναστεύουν με σκοπό να απασχοληθούν - ανήλθαν σε περίπου 169 εκατομμύρια παγκοσμίως το 2019 ενώ αντιπροσώπευαν περισσότερα από τα δύο τρίτα των διεθνών μεταναστών (EU, 2020). Περισσότερα από τα 2/3 όλων των μεταναστών εργαζομένων ήταν συγκεντρωμένοι σε χώρες υψηλού εισοδήματος (ILO, 2021). Οι άνθρωποι που επιλέγουν να εγκαταλείψουν μία χώρα συγκαταλέγονται στη κατηγορία των παραγόντων ώθησης σε αντίθεση με τους παράγοντες έλξης όπου εκεί οι άνθρωποι μετακινούνται σε συγκεκριμένη χώρα. Ωστόσο τρεις είναι οι παράγοντες ώθησης και έλξης: α) κοινωνικοί / πολιτικοί παράγοντες όπου η δίωξη εξαιτίας της θρησκείας, της φυλής, της εθνικότητας, της πολιτικής και του πολιτισμού δύναται να οδηγήσει τους ανθρώπους στη μετανάστευση, β) δημογραφικά / οικονομικά αίτια που σχετίζονται με υψηλή ανεργία και χαμηλά πρότυπα εργασίας και γ) περιβαλλοντική / κλιματική μετανάστευση ως κινητήρια δύναμη φυγής σε μια προσπάθεια του ανθρώπου για την αποφυγή των φυσικών καταστροφών (EP, 2024). Στην ίδια κατηγορία συναντάμε τους πρόσφυγες οι οποίοι προσπαθούν να ξεφύγουν από παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, διώξεις ή ένοπλες συγκρούσεις (EP, 2024) ενώ ενέχει ο κίνδυνος να επηρεαστεί η επιλογή τους για εγκατάσταση σε συγκεκριμένο τόπο εξαιτίας των φιλελεύθερων προσεγγίσεων που διέπουν ορισμένες χώρες συγκριτικά με άλλες. Επιπλέον οι άνθρωποι αυτοί θα μεταναστεύσουν στην πιο ασφαλέστερη κοντινή χώρα υποδοχής αιτούντων ασύλου (EP, 2024).

Πιο συγκεκριμένα, η ελλιπής διακυβέρνηση, η διαφθορά, η καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η πολιτική αστάθεια, εμφύλιες διαμάχες σε αντίθεση με την αντίληψη της δυνατότητας για μια καλύτερη ζωή με ασφάλεια, ποιότητα εκπαίδευσης, υψηλό εισόδημα, επαρκής υγειονομική περίθαλψη που δύναται να παρέχονται στις χώρες προσέλευσης (EP, 2020). Άλλοι παράγοντες όπως το χαμηλό κόστος μετανάστευσης και η ανάγκη επανασύνδεσης με συγγενείς, δρουν θετικά στην ενίσχυση των παραγόντων ώθησης. Τα τελευταία χρόνια, πλήθος ανθρώπων καταφεύγουν στην Ευρώπη λόγω συγκρούσεων, τρόμου και διώξεων στην πατρίδα τους (EP, 2024) ενώ το 2022, από τους 384.245 αιτούντες άσυλο στους οποίους χορηγήθηκε καθεστώς προστασίας στην ΕΕ, περισσότερο από το ¼ των ανθρώπων προέρχονταν από εμπόλεμες χώρες (EP, 2024). Οι χώρες προτίμησης είναι η Ευρώπη, η Βόρεια Αμερική, και ορισμένες χώρες της Μέσης Ανατολής ενώ οι μετακινήσεις δύναται να είναι εθελοντικά (ως αποτέλεσμα παραγόντων έλξης στις χώρες προορισμού) ή ακούσιες/αναγκαστικές (λόγω



παραγόντων ώθησης στις χώρες προέλευσης) (Ackah and Medvedev 2010, Black et al., 2011c, Garcia et al., 2015, Sanfo et al., 2018). Η μετανάστευση του αφρικανικού πληθυσμού εντείνεται τα τελευταία 20 χρόνια ενώ κατά το τελευταίο έτος προστίθεται ένα εκατομμύριο Αφρικανοί στους ήδη υπάρχοντες 43 εκατομμύρια μετανάστες από την Αφρική (Wendy, 2024). Εξαιτίας του γεγονότος ότι ο αριθμός αυτός παρουσιάζει αυξητική τάση και για το μέλλον, η διαχείριση της μετανάστευσης θεωρείτο ως μια από τις κρισιμότερες προκλήσεις για τα κράτη στα επόμενα χρόνια (World Bank, 2023). Ακόμη μια σύγχρονη πτυχή του φαινομένου είναι ο αυξημένος αριθμός γυναικών που επιλέγουν τη μετανάστευση προς αναζήτηση οικονομικών ευκαιριών και επαγγελματικής απασχόλησης (World Bank, 2023).

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, ο συνολικός αριθμός των πολιτών που προέρχονταν από χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου και διέμεναν εντός της ΕΕ έως την 1 Ιανουαρίου το 2021 ανέρχονταν στα 23,7 εκατομμύρια ενώ η πλειονότητα των αλλοδαπών προέρχονται από χώρες εκτός της ΕΕ (EP, 2023). Η Αφρική θεωρείτο συχνά ως ήπειρος μαζικής μετανάστευσης και εκτοπισμού εξαιτίας της φτώχειας, των βίαιων συγκρούσεων και του περιβαλλοντικού στρες (Flauhaux and de Haas, 2016). Κατά το παρελθόν η αφρικανική μετανάστευση παρέμενε συντριπτικά ενδοηπειρωτική (Okunade, 2021). Ωστόσο από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 έχει σημειωθεί χωρική διαφοροποίηση και επιτάχυνση της μετανάστευσης από την Αφρική προς την Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική, τις χώρες του Κόλπου και την Ασία (Flauhaux de Haas, 2016). Η διαφοροποίηση αυτή δύναται να οφείλεται εν μέρει στην εισαγωγή των βίζα καθώς και άλλων περιορισμών μετανάστευσης που έχουν θεσμοθετηθεί από τα ευρωπαϊκά κράτη (De Haas, et al., 2019). Οι βίαιες συγκρούσεις και η φτώχεια έχουν αποτελέσει τους δύο κύριους λόγους όπου η Αφρική θεωρείται συχνά ως ήπειρος μαζικών εκτοπισμών (Flauhaux et al., 2016) ενώ η παράτυπη μετανάστευση από την Αφρική προς την ΕΕ αποτελεί σημαντικό ζήτημα.

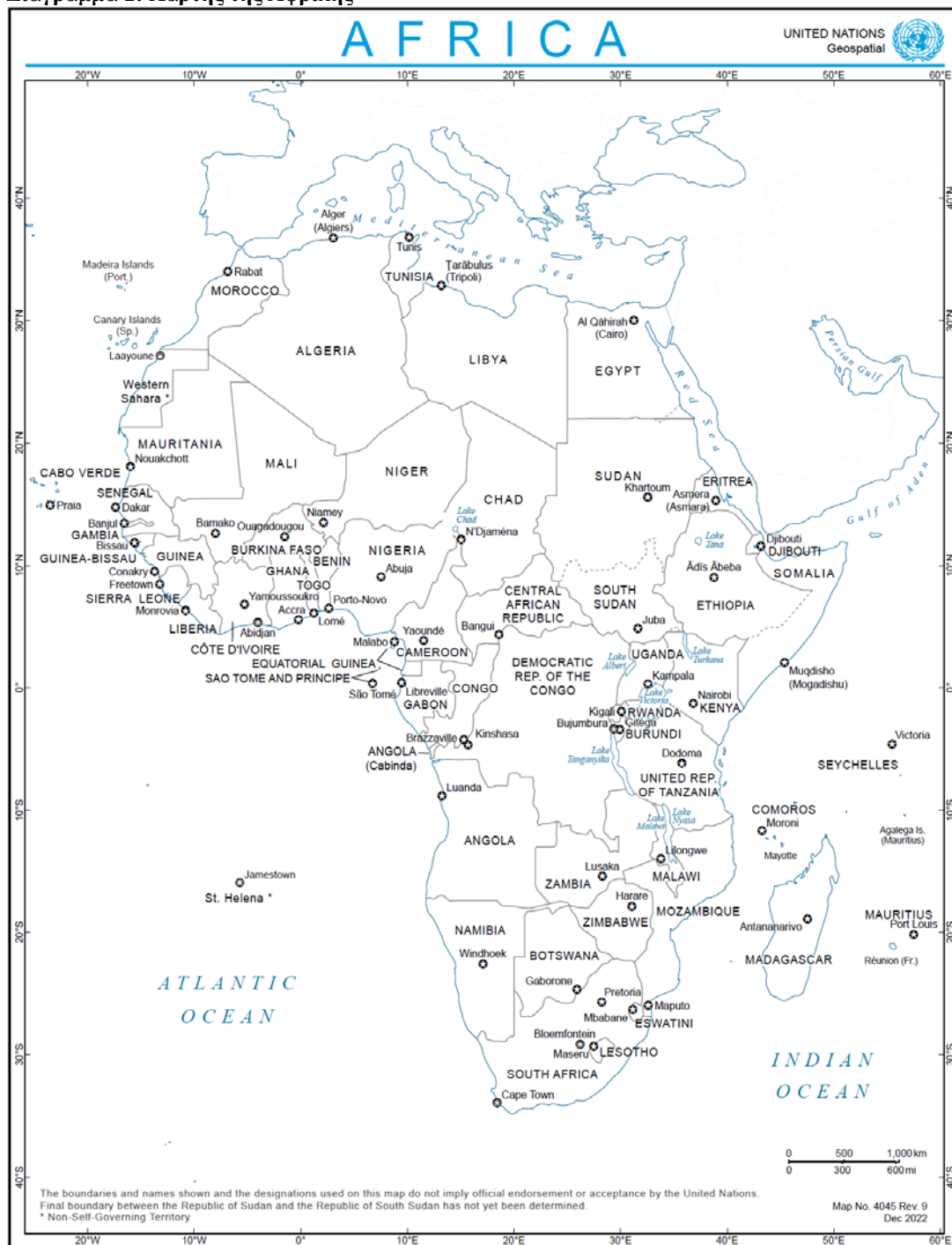
#### **1.4 Αίτια μετανάστευσης και εκτοπισμού από χώρες της Αφρικής προς την Ευρωπαϊκή Ένωση: Κοινωνικοοικονομική κατάσταση και δημόσια υγεία στις χώρες καταγωγής**

Σύμφωνα με τον Braudel, η Μεσόγειος θεωρείται ως ένας χώρος κίνησης όπου πραγματοποιείται μια ανταλλαγή σε συνδυασμό με συγκρούσεις ανάμειξης (Braudel, 1987). Ως κρίσιμο ζήτημα μεταξύ των σχέσεων Βορρά - Νότου θεωρείται η διεθνής μετανάστευση που απασχολεί ιδιαίτερα όλες τις χώρες την ΕΕ (Kassar et al., 2014). Ειδικότερα, η περιοχή της Βόρειας Αφρικής λειτουργεί αντιπροσωπευτικά ως μια εντυπωσιακή τοποθεσία που σχετίζεται με τη μετανάστευση και η οποία παρουσιάζει πολλά μεταναστευτικά πρότυπα με ένα από αυτά να έχει τη μορφή εξαγωγής εργατικού δυναμικού στην Ευρώπη (UN, 2020). Επιπλέον σημειώνεται αύξηση του γυναικείου πληθυσμού περισσότερο από κάθε

Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες

άλλη φορά με τη τοποθεσία της Βόρειας Αφρικής να είναι κομβικό σημείο (Kassar et al., 2014). Παρακάτω επιχειρείται μια αποτύπωση των παραγόντων ώθησης των ΠΤΧ από κύριες χώρες τις Αφρικής (βλ. Διάγραμμα 1) μέσα από την εξέταση της κοινωνικοπολιτικής κατάστασης, της οικονομίας, της εκπαίδευσης και της δημόσιας υγείας.

Διάγραμμα 1: Χάρτης της Αφρικής



Πηγή: UN Geospatial, 2022 <https://tinyurl.com/479k6rm5>

### **1.3.1. Αίγυπτος: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Αίγυπτος είναι χώρα στη Βόρεια Αφρική, συνορεύει με τη Μεσόγειο Θάλασσα, το Ισραήλ, τη Λωρίδα της Γάζας, τη Παλαιστίνη, την Ερυθρά θάλασσα, το Σουδάν, και τη Λιβύη ενώ οι κάτοικοι της υπολογίζονται σε 111.247.248 (CIA, 2024). Η μεγαλύτερη πόλη και πρωτεύουσα είναι το Κάιρο με την Αλεξάνδρεια να ακολουθεί και να χαρακτηρίζεται ως κόμβος για τον τουρισμό και τη βιομηχανία (Smith et al., 2024). Η κυβέρνηση της χώρας θεωρείται ημιπροεδρική δημοκρατία ενώ υπάρχουν προβλήματα αναφορικά με την κατάσταση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (CIA, 2024). Από τα στοιχεία του V-Dem Democracy του 2023, προκύπτει ότι η Αίγυπτος καταχωρείται στην λίστα ως η 8η λιγότερο δημοκρατική χώρα στην Αφρική (Institute V-Dem, 2023) με αυταρχικό καθεστώς (EIU, 2023).

Οικονομικά, πρόκειται για ένα αναπτυσσόμενο κράτος με διαφοροποίηση στην οικονομία η οποία καταχωρείται ως η 3η μεγαλύτερη στην Αφρική (IMF, 2024). Οι κύριες πηγές εισοδήματος είναι ο τουρισμός, τα εμβάσματα των Αιγύπτιων πολιτών που εργάζονται στο εξωτερικό και η Διώρυγα Σουέζ με τα έσοδα της (UNDP, 2013). Ο τουρισμός αποτελεί σημαντικό τομέα για την εξέλιξη της οικονομίας της με το 12% του πληθυσμού να απασχολείται σε αυτόν (Dziadosz, 2009). Το 2022 η οικονομία της χώρας οδηγήθηκε σε μια συνεχιζόμενη οικονομική κρίση όπου η λίρα θεωρήθηκε ως ένα από τα νομίσματα με τη χειρότερη απόδοση (CNBC, 2023). Η χώρα χαρακτηρίζεται μετρίως άνιση όσον αφορά την κατανομή του εισοδήματος καθώς το 35-40 % κατέχει λιγότερο από το ισοδύναμο των 2\$ την ημέρα σε αντίθεση με το 2-3% όπου θεωρείται πλούσιο (Rahmnan, 2013).

Το προσδόκιμο ζωής στην Αίγυπτο για τους άνδρες είναι τα 73,8 έτη και για τις γυναίκες τα 76,2 έτη (CIA, 2024). Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Αίγυπτο αποτελείται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό φορέα με την κυβέρνηση να το επιδοτεί για να εξασφαλίσει υγειονομική περίθαλψη για όσους δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα (Rashad & Sharaf, 2015). Οι δύο κύριοι κρατικοί ασφαλιστές (Rashad & Sharaf, 2015) είναι ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΗΙΟ) που θεωρείται ως ο μεγαλύτερος φορέας δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης καθώς και ο Οργανισμός Θεραπευτικής Φροντίδας (CCO). Ο ΗΙΟ καλύπτει την πλειοψηφία του πληθυσμού σε ποσοστό 60% συμπεριλαμβανομένου των εργαζομένων, των φοιτητών κ.α. μέσω ασφάλισης που παρέχεται από τους μισθούς τόσο των ίδιων όσο και των εργοδοτών τους (Ghericke, C. et al., 2018). Ακόμη, οι εκκλησίες και τα τζαμιά διαθέτουν δικά τους δωρεάν ή επιδοτούμενα ιατρεία με καλύτερη πρόσβαση στις μεγαλύτερες πόλεις (Haley & Beg, 2011). Οι συνηθέστερες ασθένειες στην Αίγυπτο είναι ο τυφοειδής πυρετός, η ηπατίτιδα Α και η βακτηριακή διάρροια (CIA, 2024).

### **1.3.2. Αιθιοπία: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Αιθιοπία συνορεύει με την Ερυθραία, το Τζιμπουτί, τη Σομαλία, την Κένυα ενώ συνδέεται δυτικά με το Σουδάν και το Ν. Σουδάν (Mehretu et al., 2024). Ο πληθυσμός της υπολογίζεται σε 116.462.712 κατοίκους (CIA, 2023). Θεωρείται ως η παλαιότερη ανεξάρτητη χώρα στην αφρικανική ήπειρο και κύρια χώρα προέλευσης καφέ (Goodwin, 2020) με πρωτεύουσα την Αντίς Αμπέμπα (CIA, 2021). Η οικονομία της θεωρείται μεταβατική και μικτή με τον δημόσιο τομέα (Sanchez, 2017) να κυριαρχεί και να βασίζεται κατά κύριο λόγο στη γεωργία. Πιο συγκεκριμένα, το 2023, τα κέρδη ανήλθαν σε 393,85 δισεκατομμύρια δολάρια (IMF, 2022). Άλλα προϊόντα όπως δημητριακά, πατάτες, φασόλια, λαχανικά και ζαχαροκάλαμο θεωρούνται και αυτά οι κυρίες καλλιέργειες. Ένας ακόμη τομέας που επιφέρει κέρδη στη χώρα αφορά το διασυνοριακό εμπόριο το οποίο είναι μη νόμιμο και δεν ελέγχεται από το κράτος (Gulte et al., 2016). Ζώα όπως αγελάδες, καμήλες πρόβατα κ.α. προέρχονται από την Αιθιοπία προς άλλες χώρες όπως η ΗΠΑ με αξία μεγαλύτερη κατά 100 φορές και την εξάπλωση των νόσων να απειλεί σημαντικά τη χώρα (Pavanello, 2010). Το σύνταγμα της Αιθιοπίας ορίζει τη κυβέρνηση ως μια δημοκρατία με ισχυρό πρωθυπουργό ως αρχηγό κυβέρνησης και έναν τιμητικό πρόεδρο ως αρχηγό κράτους (Mehretu et al., 2024). Όσον αφορά το εκπαιδευτικό σύστημα, αυτό διοικείται από το Υπουργείο Παιδείας με διάρκεια φοίτησης στη πρωτοβάθμια τα 8 έτη και στη δευτεροβάθμια τα 4 έτη (Trines, 2018). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, στη πλειοψηφία των περιπτώσεων τα είδη αναπηρίας και οι θάνατοι κατά τη γέννηση οφείλονται στη επιλογή του τοκετού στο σπίτι παρά σε επαρκώς εξοπλισμένα κέντρα υγείας (Dorman, et al., 2009) με τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας να είναι χαμηλότερα στις πόλεις λόγω περιορισμένης πρόσβασης σε δομές υγείας και φάρμακα (Debela et al., 2014). Το προσδόκιμο ζωής είναι υψηλότερο στα αστικά κέντρα ενώ από το 2016 και σύμφωνα με την έκθεση του UNPD, ο μέσος πολίτης ζει μέχρι τα 62,2 έτη (UNPD, 2015). Η μετάδοση ασθενειών ευνοείται στα αστικά κέντρα με τις γυναίκες να προσβάλλονται περισσότερο από τους άνδρες (WHO, 2023). Ειδικότερα, το 2014 οι μεταδοτικές ασθένειες αντιπροσώπευαν το 30% των θανάτων στην Αιθιοπία (UN, 2015). Αυτό αποτέλεσε το κύριο πρόβλημα της χώρας το οποίο ενισχύθηκε από την κακή υγιεινή και τον υποσιτισμό. Η πολιομυελίτιδα παρατηρήθηκε σε υψηλά επίπεδα με την Αιθιοπία να θεωρείται ως μια από τις 22 χώρες υψηλής επιβάρυνσης ενώ η φυματίωση (HBC) θεωρήθηκε ως μια από τις κύριες αιτίες θανάτου (UN, 2015). Το 60% του πληθυσμού ήταν εκτεθειμένο στην ελονοσία εξαιτίας της κλιματικής αλλαγής που επηρεάζει αρνητικά τον κύκλο μετάδοσης των ασθενειών με φορείς (MIS, 2011). Καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνοι και άλλες χρόνιες παθήσεις ευθύνονται για το 80% των θανάτων (WHO, 2023). Παρά τις προκλήσεις και την καταπολέμηση των ασθενειών, η έλλειψη

γιατρών, νοσοκόμων και κατάλληλων υγειονομικών δομών συντελούν την εικόνα ενός υποστελεχωμένου συστήματος υγείας (UNICEF, 2023).

Στο Tigray της Αιθιοπίας, το Νοέμβριο του 2020 ξέσπασε πόλεμος ανάμεσα στην περιφερειακή και την ομοσπονδιακή κυβέρνηση με την Αιθιοπική Εθνική Αμυντική Δύναμη (EDF) και τις Αμυντικές Δυνάμεις της Ερυθραίας (EDF) να καταλαμβάνουν της πρωτεύουσα Mekelle. Το 2021 επικράτησαν καταλαμβάνοντας το μεγαλύτερο μέρος του Tigray ενώ κατά τα τέλη του ίδιου έτους συμμαχησαν με τον Απελευθερωτικό Στρατό του Oromo (Walsh & Simon, 2021). Μετά από 2 χρόνια εμπόλεμων συγκρούσεων υπογράφηκε συνθήκη ειρήνης ανάμεσα στην κυβέρνηση της Αιθιοπίας και το TPLF στις 2 Νοεμβρίου του 2022 στην Πρετόρια. Ωστόσο, άλλη μια εξέγερση λαμβάνει χώρα με την ομοσπονδιακή κυβέρνηση της Αιθιοπίας να μάχεται εναντίον μαχητών εμπλεκομένων σε εχθροπραξίες με ομοσπονδιακές δυνάμεις στην Αμχάρα. Οι αντάρτες τον Αύγουστο απέκτησαν για λίγο τον έλεγχο μεγάλων πόλεων μετά την κλιμάκωση των εντάσεων τον τελευταίο χρόνο ενώ είναι παραμένουν ενεργοί σε αρκετά μέρη της επαρχίας (ICG, 2023).

### **1.3.3. Σιέρα Λεόνε: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Σιέρα Λεόνε βρίσκεται στη νοτιοδυτική ακτή της Δυτικής Αφρικής (UNFPA, 2015). Ο πληθυσμός της για το 2023, υπολογίζεται στα 8,8 εκατομμύρια πολίτες (UNFPA, 2023) με πρωτεύουσα της χώρας τη Freetown (NEC, 2018). Πολιτικά, η Σιέρα Λεόνε είναι μια προεδρική δημοκρατία (CIA, 2025). Ο γεωργικός τομέας αποτελεί τον μεγαλύτερο εργοδότη ενώ το 80% του πληθυσμού απασχολείται σε αυτόν (Dirk, 2008). Βασική καλλιέργεια είναι το ρύζι και σε αυτήν εργάζεται το 85% του εργατικού δυναμικού (Cattling, 1992). Η Σιέρα Λεόνε είναι πλούσια σε φυσικούς πόρους όπως χρυσό, βωξίτη και αλουμίνιο. Η πρωτοβάθμια εκπαίδευση διαρκεί 6 έτη και η δευτεροβάθμια 3 έτη (Wang et al., 2007). Η Τριτοβάθμια εκπαίδευση αποτελείται από το Πανεπιστήμιο της Σιέρα Λεόνε που ιδρύθηκε το 1927 (Parry, 2006) ενώ άλλα συστατικά κολέγια είναι το Milton Margai College of Education and Technology, το College of Medicine, η Εθνική Σχολή Νοσηλευτικής και το Ινστιτούτο Δημόσιας Διοίκησης. Όσον αφορά το τομέα της υγείας, η υγειονομική περίθαλψη στη Σιέρα Λεόνε χαρακτηρίζεται ως πολύ κακή. Σύμφωνα με στοιχεία, προκύπτει ότι η χώρα σε παγκόσμιο επίπεδο κατέχει το υψηλότερο ποσοστό μητρική θνησιμότητας καθώς και ένα από τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας για παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών (Mason, 2016). Πιο αναλυτικά, από τις 1.000 γεννήσεις εν ζωή, πάνω από 111 παιδιά και 13 μητέρες υποκύπτουν (CDC, 2022). Κύριες ασθένειες

είναι η πνευμονία, οι διαρροϊκές ασθένειες, η ελονοσία, η φυματίωση, ο Έμπολα, και το HIV/AIDS. Το 2014-2016 στη Δυτική Αφρική, η επιδημία Έμπολα καταγράφηκε ως η μεγαλύτερη στην ιστορία παγκοσμίως (WHO, 2014) με τη Σιέρα Λεόνε να καταγράφει τον μεγαλύτερο αριθμό θανάτων. Ακόμη, η ελονοσία στιγμάτισε την αφρικανική χώρα εξαιτίας του υψηλού ποσοστού ασθενειών και θανάτων με 6.800 θανάτους και 2,5 εκατομμύρια κρούσματα το 2019 (CDC, 2022). Το προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες είναι τα 60,7 έτη, για τους άνδρες τα 57,5 έτη και συνολικά τα 59,1 έτη όπως αυτό καταγράφηκε για το 2023 (CIA, 2024).

#### **1.3.4. Αλγερία: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Λαϊκή Δημοκρατία της Αλγερίας είναι χώρα της Βόρειας Αφρικής (CIA, 2021) και γειτονεύει με την Τυνησία, τη Λιβύη, το Νίγηρας, το Μάλι, τη Μαυριτανία, τη Δυτική Σαχάρα και το Μαρόκο. Η έκταση της υπολογίζεται σε 2.381.741 τ.χλμ. με το Αλγέρι να είναι η πρωτεύουσα ενώ ο πληθυσμός της ανέρχεται σε 47.022.473 εκατομμύρια κατοίκους (CIA, 2024). Επίσημη γλώσσα είναι τα αραβικά (Ziameche et al., 2024). Πολιτικά η Αλγερία είναι μια ημι-προεδρική δημοκρατία (Chaderli et al., 2024).

Το 1962 με την αρχή της ανεξαρτησίας της Αλγερίας (Mahfood, & Brahamia, 2014) το υγειονομικό σύστημα ήταν περιορισμένο και αποτελούνταν από έναν γιατρό ανά 33.000 κατοίκους. Το 1975 εισήχθη από την κυβέρνηση ένα δωρεάν εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η νοσηλεία, τα φάρμακα και η περίθαλψη στα εξωτερικά ιατρεία παρέχονταν δωρεάν σε όλους τους πολίτες (Country studies U.S 2016) Στην Αλγερία η εκπαίδευση είναι υποχρεωτική για τα παιδιά από την ηλικία των 6 έως τα 15 έτη σε μια προσπάθεια μείωσης του αναλφαβητισμού (Ziameche et al., 2024). Η χώρα διαθέτει 26 πανεπιστήμια και 67 ιδρύματα που αφορούν στη Τριτοβάθμια εκπαίδευση με τα πιο σημαντικά να θεωρούνται το Πανεπιστήμιο Επιστημών και Τεχνολογίας Houari Boumediene, Πανεπιστήμιο Mentouri Constantine και το University of Oran Re – Siena. Η χώρα διαθέτει 16 πανεπιστημιακά νοσοκομεία, 273 τοπικά ιδρύματα υγείας, 297 δημόσια νοσοκομεία, 1708 πολυιατρεία, 6226 Κ.Υ, 575 ιδιωτικά ιδρύματα όπου τα 206 είναι κλινικές, νοσοκομεία και 369 διαγνωστικά κέντρα (Hanji, 2018). Τα 77 έτη για τους άνδρες και τα 78,6 έτη για τις γυναίκες είναι το προσδόκιμο ζωής για το 2023 ενώ στο σύνολο του εκτιμάται τα 77,8 έτη (CIA, 2024). Η άνθιση του ιδιωτικού τομέα εξυπηρετούσε στην κάλυψη των κενών του κρατικού δημόσιου συστήματος (PPHI, 2016). Ωστόσο θεωρείται ιδιαίτερα περιορισμένη εξαιτίας της δυνατότητας των λίγων Αλγερινών να καταβάλουν το ποσό για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Οι κυριότερες ασθένειες είναι η φυματίωση, ο τυφοειδής πυρετός, η χολέρα, η δυσεντερία,

η ιλαρά και η ηπατίτιδα. Η εμφάνιση τους οφείλεται στις κακές συνθήκες υγιεινής και στο μολυσμένο νερό (LOG, 2008).

### **1.3.5. Γκάμπια: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Γκάμπια είναι χώρα της Δυτικής Αφρικής και γεωγραφικά αποτελεί τη μικρότερη χώρα στην αφρικανική ήπειρο περιβαλλόμενη από τη Σενεγάλη με ένα κομμάτι της εκτός από τη Δυτική Ακτή στον Ατλαντικό ωκεανό (Ben, H2002). Πρωτεύουσα της είναι η Μπαντζού ενώ 2η και 3η μεγαλύτερη πόλη είναι η Serekunda και η Brikama (WPR, 2024). Ο πληθυσμός της υπολογίζεται στα 2,468.000 κατά το έτος 2023 (CIA, 2024). Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού εργάζεται στην κτηνοτροφία και τις καλλιέργειες για την εξασφάλιση του βασικού εισοδήματος ενώ η επεξεργασία φιστικιών, ψαριών και δέρματος ζώων αποτελεί δραστηριότητα μικρής κλίμακας (Clark et al., 2024). Πολιτικά, η Γκάμπια είναι μια πολυκομματική δημοκρατία (Clark et al., 2024). Το σύνταγμα της χώρας καθιερώνει την δωρεάν και υποχρεωτική φοίτηση στη πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Το εκπαιδευτικό σύστημα έχει θεσπίσει τις βάσεις του στο σύστημα της Μ. Βρετανίας. Η έλλειψη κατάλληλων υποδομών και πόρων έχει οδηγήσει στην παρεμπόδιση του μέτρου αυτού (U.S Department of Labour, 2013). Ένα επιπλέον ζήτημα δυσκολίας αφορά τα δίδακτρα που καλούνταν οι μαθητές να καταβάλλουν αλλά αδυνατούσαν.

Οι μεταδοτικές αλλά και η μη μεταδοτικές ασθένειες επιβαρύνουν σημαντικά τη Γκάμπια με ποσοστό των θανάτων για τις τελευταίες το 2019 να υπολογίζεται σε 37% (WHO, 2023). Άλλα θέματα υγείας αφορούν την ενδημική κατάσταση της για δύο από τα πέντε Παραμελημένες τροπικές ασθένειες (ΠΤΑ/NTDs) όπου απαιτείται χημειοθεραπεία με χορήγηση φαρμάκων (MDA). Το 2020, το 80% του πληθυσμού υποβλήθηκε σε θεραπεία με MDA (WHO, 2023). Άλλες μεταδοτικές ασθένειες όπως ελονοσία, φυματίωση και HIV/AIDS μαστίζουν στη χώρα (Gailey et al., 2024). Το ποσοστό θνησιμότητας των περιπτώσεων για τη φυματίωση από το 2015 αυξήθηκε από 21 σε 26/100.000 άτομα του πληθυσμού για το 2021 με 149 επιπλέον περιπτώσεις το ίδιο έτος. Ωστόσο, περίπου 8.695 άτομα έλαβαν το 2021 αντιρετροϊκή θεραπεία (WHO, 2023). Το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες είναι τα 66,3 έτη, για τις γυναίκες τα 69,8 έτη ενώ στο σύνολο του καταγράφονται τα 68 έτη (CIA, 2024).

### **1.3.6. Γκανά: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Γκανά είναι χώρα της Δυτικής Αφρικής με 34.589.092 κατοίκους και πρωτεύουσα την Άκρα (CIA, 2024). Πολιτικά πρόκειται για μια ενιαία συνταγματική Δημοκρατία (CIA, 2016). Από το 2019, η Γκανά αποτελεί τον 7ο μεγαλύτερο παραγωγό χρυσού στο κόσμο με 140 τόνους παραγωγή για το ίδιο έτος (CEIC, 2020) το μεγαλύτερο παραγωγό στην Αφρική (Whitehouse, 2019). Ιστορικά, το σύστημα

υγειονομικής περίθαλψης της χώρας έχει περάσει από διάφορα στάδια, την προ και μετά-αποικιακή περίοδο. Παραδοσιακοί ιερείς, κληρικοί και βοτανολόγοι παρείχαν πρώτες βοήθειες αλλά και συμβουλές ενώ μέχρι και σήμερα η χρήση παραδοσιακών θεραπειών επιμένει σε αγροτικές περιοχές της χώρας (NHIS, 2013). Στην μετά – αποικιακή περίοδο η κυβέρνηση παρεμβαίνει σημαντικά εξασφαλίζοντας ότι η υγειονομική περίθαλψη θα παρέχεται κατά κύριο λόγο από την εθνική κυβέρνηση. Ωστόσο, οι πολιτικές αυτές οδηγούν στην εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Ασφάλισης Υγείας (NHIS, 2011). Αυτό το σύστημα, εξυπηρετεί ανθρώπους στον επίσημο ή στο άτυπο τομέα απασχόλησης ενώ στοχεύει στην αύξηση της πρόσβασης στην υγεία για όλους τους πολίτες της χώρας (NHIS, 2013) Από στοιχεία του ΠΟΥ, προκύπτει ότι η χώρα υποφέρει από ενδημικές ασθένειες της αφρικανικής ηπείρου και είναι οι εξής : τύφος, χολέρα, άνθρακας, κοκκύτης, τέτανος, ανεμοβλογιά, κίτρινος πυρετός, ιλαρά, ελονοσία, ηπατίτιδα, σχιστοσωμίαση, φυματίωση και HIV/AIDS (WHO, 2016). Το προσδόκιμο ζωής για το 2023 αναφορικά με τους άνδρες θεωρείται τα 69,8 έτη, για τις γυναίκες τα 71,4 ενώ συνολικά είναι τα 69,7 έτη (CIA, 2024). Η Γκανά συγκαταλέγεται στη λίστα με τις χώρες όπου ο HIV κάνει αισθητή την παρουσία του (Graphic Online, 2020). Η διάρκεια της βασικής εκπαίδευσης στη Γκανά είναι τα 12 χρόνια (4-15 έτη) (GES, 2014). Αυτή παρέχεται δωρεάν, είναι υποχρεωτική και θεωρείται ως η ελάχιστη σχολική περίοδος που απαιτείται προκειμένου τα παιδιά να εξασφαλίσουν τις βασικές σχολικές δεξιότητες (GES, 2014). Όσον αφορά τη τριτοβάθμια βαθμίδα, αυτή έχει σημειώσει αύξηση τα τελευταία είκοσι χρόνια σχετικά με τις εγγραφές και τη προσέλευση (Atuahene et al., 2013). Η Γκανά διαθέτει έξι πανεπιστήμια, 49 ιδιωτικά ιδρύματα, δέκα πολυτεχνεία προσφέροντας ακαδημαϊκή εκπαίδευση από πτυχίο έως διδακτορικό (Kojó, 2019).

### **1.3.7. Δημοκρατία του Κονγκό: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Το Κονγκό είναι χώρα της Κεντρικής Αφρικής, γνωστή στους ντόπιους από το 1971 έως το 1997 και ως Ζαΐρ (CIA, 2024). Η χερσαία έκταση της την κατατάσσει ως τη 2η μεγαλύτερη χώρα στην Αφρική ενώ ο πληθυσμός της υπολογίζεται σε 102.000.000 πολίτες (UN, 2022). Πρωτεύουσα της είναι η Κινσάσα η οποία αποτελεί το οικονομικό κέντρο ενώ συνορεύει με την Κεντροαφρικανική Δημοκρατία, το Νότιο Σουδάν, τη Ρουάντα, την Τανζανία, τη Ζάμπια, την Αγκόλα κ.α. (Lemrhand et al., 2024). Ως χώρα είναι ιδιαίτερα πλούσια σε φυσικούς πόρους αλλά η πολιτική αστάθεια της σε έλλειψη υποδομών, η διαφθορά και οι αιώνες εμπορικής και αποικιακής εξόρυξης και εκμετάλλευσης (Nzau-Kongo et al., 2021). Πρόκειται για μια ημιπροεδρική δημοκρατία (CIA, 2024). Αν και το Κονγκό κατατάσσεται στις πλουσιότερες χώρες του κόσμου αναφορικά με τους φυσικούς πόρους, η οικονομία της έχει εμφανίσει σημάδια υποχώρησης από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 (CIA, 2000). Παρά τα ανεκμετάλλευτα



κοιτάσματα ακατέργαστων ορυκτών που εκτιμάται ότι ξεπερνούν τα 24 τρις δολάρια ΗΠΑ και ενώ η Λαϊκή Δημοκρατία κατέχει το 70% του παγκόσμιου κοιλάνου, το 1/3 κοβαλτίου και περισσότερο από 30% αποθέματα διαμαντιών και το 1/10 του χαλκού (Kueper et al., 2010). Οι πολίτες θεωρούνται ως οι φτωχότεροι άνθρωποι στη Γη με το 60% αυτών να επιβιώνει για το 2023 με λιγότερο από 2,15 δολάρια/ημέρα με το πληθωρισμό των τροφίμων να φτάνει στο 173% (Exenberger and Hartmann, 2007).

Αναφορικά με την εκπαίδευση, αυτή παρέχεται δωρεάν, είναι υποχρεωτική για τους μαθητές από 6 έως 16 ετών. Από δύο κύκλους τεσσάρων και τριών ετών αντίστοιχα διαρκεί η φοίτηση στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση όπου περιλαμβάνει μαθήματα επαγγελματικής κατάρτισης, ακαδημαϊκής/τεχνικής κατάρτισης και γενικής εκπαίδευσης (Lemarchand et al., 2024) με το πανεπιστήμιο Marien Ngouabi με έδρα τη Μπραζαβίλ, καθώς και άλλα κολέγια και κέντρα που παρέχουν εξειδικευμένη τεχνική κατάρτιση απαρτίζουν τη τριτοβάθμια εκπαίδευση (Lemarchand et al., 2024). Από τα στοιχεία που προκύπτουν από την Πρωτοβουλία Μέτρησης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, επιβεβαιώνεται ότι η χώρα εκπληρώνει το 73,1% των πράξεων σχετικά με το δικαίωμα στην υγεία συγκριτικά με το εισόδημα της (HRMI, 2022).

Η ελονοσία αποτελεί την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας αφού θεωρείται υπεύθυνη για περισσότερο από 40% των ιατρικών επισκέψεων με το 19% των θανάτων να αφορούν παιδιά κάτω των 5 ετών (PMI, 2018). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις για το 2023, το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες είναι τα 60,4 έτη, για τις γυναίκες τα 64,1 έτη ενώ συνολικά είναι τα 62,2 έτη (CIA, 2024). Επιπλέον, οι επιδημίες έχουν πάρει τρομακτικές διαστάσεις με τη χολέρα να καταγράφει 50.000 κρούσματα και 470 θανάτους για το 2023, κατάσταση σαφώς χειρότερη από το 2017 ενώ η ιλαρά υπερδιπλασιάστηκε με τη μετάδοση το ίδιο έτος να ξεπερνά τα 320.000 κρούσματα και τη καταγραφή πάνω από 6.000 θανάτων (OCHA, 2024). Άλλες μεταδιδόμενες ασθένειες είναι ο δάγκειος πυρετός, η τρυπανοσωμίαση και η αφρικανική ασθένεια του ύπνου (CIA, 2024).

Η Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό υποφέρει εξαιτίας μιας αμείωτης ένοπλης σύγκρουσης με το ανατολικό τμήμα της χώρας να πλήττεται ιδιαίτερα. Η επιδείνωση αυτής της κατάστασης από το 2023 μετέτρεψε τη κρίση προστασίας της χώρας σε μία από τις σοβαρότερες σε παγκόσμιο επίπεδο (OCHA, 2024). Από τα στοιχεία προκύπτει ότι έως τις 31 Δεκεμβρίου του 2023, 9,6 εκατομμύρια άνθρωποι βρίσκοντας σε κίνηση συμπεριλαμβανομένων των 6,5 εκατομμυρίων εκτοπισμένων και 527,000 προσφύγων. Περισσότεροι από 25,4 εκατομμύρια άνθρωποι το 2024 στο ανατολικό τμήμα της χώρας, χρειάζονται βοήθεια εξαιτίας της βίας και της ανασφάλειας (OCHA, 2024).

### **1.3.8. Ερυθραία: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Ερυθραία είναι χώρα της Ανατολικής Αφρικής και η πρωτεύουσα της είναι η πόλη Ασμάρα. Συνορεύει με το Σουδάν, η Αιθιοπία και το Τζιμπουτί ενώ η έκταση της υπολογίζεται στα 117.600 χλμ (Markakis et al., 2024). Πολιτικά, πρόκειται για μια ενιαία μονοκομματική προεδρική δημοκρατία όπου προεδρικές και νομοθετικές εκλογές δεν έχουν πραγματοποιηθεί ποτέ (Saad, 2018).

Η οικονομία της χώρας βασίζεται στη γεωργία και την εξόρυξη ενώ για το 2020, το 12% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος αφορούσε τα εμβάσματα του εξωτερικού (EUDIF, 2020). Το ορυχείο χρυσού και αργύρου Bisha βοήθησε στην ανάκαμψη της ανάπτυξης το 2013 με την έναρξη της πλήρους λειτουργίας του, την παραγωγή τσιμέντου του εργοστασίου Masssawa (ADB, 2013) και την επένδυση σε άλλες εξορυκτικές δραστηριότητες εξόρυξης ψευδαργύρου, χαλκού και ποτάσας της Ερυθραίας από εταιρίες της Κίνας (Manek, 2018) και της Αυστραλίας (Lempriere, 2019). Το εργατικό δυναμικό που απασχολείται στη γεωργία αποτελεί τη πλειοψηφία του πληθυσμού με 70% ποσοστό (Jordan, 2016) αντιπροσωπεύοντας το 1/3 της οικονομίας (The World Bank, 2019).

Το εκπαιδευτικό σύστημα στην Ερυθραία προσδιορίζεται διαφορετικά σε σχέση με τα άλλα κράτη της Αφρικής με τα επίπεδα εκπαίδευσης να είναι 5 στη χώρα και να ταξινομούνται ως εξής: προσχολική, πρωτοβάθμια, μέση, δευτεροβάθμια και μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (UNESCO, 2016) ενώ η παρακολούθηση είναι υποχρεωτική για τα παιδιά ηλικίας 6-13 ετών. Το παλαιότερο πανεπιστήμιο της χώρας τέθηκε σε λειτουργία το 1958 (NBHE, 2013). Συνολικά η χώρα διαθέτει 824 σχολεία (NFIS, 2013), δύο πανεπιστήμια (Πανεπιστήμιο Ασμάρα) και άλλα μικρότερα κολλέγια και τεχνικές σχολές. Το χαμηλό εισόδημα, τα δίδακτρα της γραφικής ύλης και οι τοπικές προκαταλήψεις είναι μερικά από τα εμπόδια της εγγραφής των παιδιών στην εκπαίδευση (Kifle, 2002).

Η χώρα έχει σημειώσει σημαντική βελτίωση στην υγειονομική περίθαλψη ενώ είναι από τους στόχους που θέλει να επιτύχει μακροπρόθεσμα αναφορικά με την υγεία και ιδιαίτερα αυτή των παιδιών (Pose et al., 2010). Σημαντική μείωση έχει σημειωθεί στα ποσοστά παιδικής και μητρικής θνησιμότητας ενώ έχει επιτευχθεί και η υποδομή της υγείας (Pose et al., 2010). Οι συνεχείς προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Ερυθραία αφορά την ελονοσία, τη φυματίωση και τον HIV (WHO, 2023). Επιπλέον η κυβέρνηση έχει προχωρήσει σε απαγόρευση του ακρωτηριασμού των γεννητικών οργάνων για τις γυναίκες θεωρώντας αυτή την πρακτική άκρως επικίνδυνη, επώδυνη και απειλητική (Pose et al., 2010). Το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες είναι τα 64,2 έτη, για τις γυναίκες τα 69,9 έτη και στο σύνολο τους για το 2023 είναι τα 67,2 έτη (CIA, 2024).

### **1.3.9. Ουγκάντα: : Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Συνορεύει με την Κένυα, το Νότιο Σουδάν, τη Ρουάντα, την Τανζανία και τη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό. (CIA, 2024). Η μεγαλύτερη πόλη και πρωτεύουσα είναι η Καμπάλα ενώ ο πληθυσμός της για το 2023 είναι 45.562.000 εκατομμύρια πολίτες (UBOS, 2024). Το πολίτευμα της χώρας είναι η προεδρική δημοκρατία (CIA, 2024). Οικονομικά, η Τράπεζα της Ουγκάντα είναι η κεντρική τράπεζα της χώρας και η αρμόδια για την διαχείριση της νομισματικής πολιτικής και ταυτοχρόνως της εκτύπωσης του σελινιού της Ουγκάντα (The Bank of Uganda, 2017). Η γεωργία συντηρεί τις οικογένειες που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές ενώ το 90% των αγροτών γυναικών απασχολούνται στον αγροτικό τομέα (IFAD, 2011). Το 1997 η κυβέρνηση αποφάσισε ότι η φοίτηση στη πρωτοβάθμια εκπαίδευση θα είναι δωρεά (ODI, 2021). Ο επίσημος ιστότοπος του NCHE απαριθμεί 46 ιδιωτικά πανεπιστήμια (NCHE, 2020) εκ των οποίων είναι το πανεπιστήμιο Makere, το Mbarara University of Science and Technology, το Kyambogo University, το Gulu University, Uganda Christian University και το Kampa International University. Τομείς όπως η κακή συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στις υγειονομικές μονάδες (Rutebemberwa et al., 2009), η χιλιομετρική απόσταση και η δυσαρέσκεια των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας, επιδρούν αρνητικά στη παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού (Pariyo et al., 2009). Το προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες είναι τα 71,6 έτη για τους άνδρες τα 67,1 έτη ενώ συνολικά είναι τα 69,3 έτη για το 2023 (CIA, 2024).

### **1.3.10. Σενεγάλη: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Σενεγάλη βρίσκεται νότια του ποταμού Σενεγάλη στο δυτικό μέρος της Αφρικής, συνορεύει με τη Μαυριτανία, το Μάλι, τη Γουινέα και τη Γουινέα – Μπισσάου, έχει έκταση 196.722 τ.χλμ και ο πληθυσμός της για το 2023 υπολογίζεται σε 18.275.743 (ANSD, 2022). Οικονομικά θεωρείται ως μια χώρα υπερχρεωμένα φτωχή με χαμηλό δείκτη ανάπτυξης ενώ βιομηχανίες εξόρυξης, τουρισμού κ.α. αποτελούν επιπλέον τομείς απασχόλησης (The World Bank, 2018). Οι κύριες εξαγωγικές αγορές για το 2020 ήταν το Μάλι, η Ελβετία και η Ινδία (CEPII, 2022). Πολιτικά, η Σενεγάλη είναι μια χώρα με πολυκομματική δημοκρατία (Clark et al., 2024). Η εκπαίδευση παρέχεται δωρεάν και είναι υποχρεωτική μέχρι τα 16 έτη (Department of Labor, 2006) με το εκπαιδευτικό σύστημα να στηρίζεται στο γαλλικό σύστημα. Η ευθύνη της κυβέρνησης είναι η συγκρότηση ενός κράτους όπου η πρόσβαση στην εκπαίδευση θα είναι ίση για όλους τους πολίτες (UNESCO, 2010). Η τριτοβάθμια εκπαίδευση απαρτίζεται από ινστιτούτα, ιδιωτικά και δημόσια πανεπιστήμια ενώ γλώσσα διδασκαλίας είναι τα γαλλικά (UNESCO, 2012).

Όσον αφορά την υγεία, οι κοινές ασθένειες που επικρατούν είναι η ελονοσία (PMI, 2018), η φυματίωση, οι σεξουαλικές ασθένειες, το HIV/AIDS, η παιδική θνησιμότητα και ο μητρικός θάνατος. Άλλες ασθένειες είναι η σύφιλη που σχετίζεται με το κοινωνικό περιβάλλον, τις κακές συνθήκες στέγασης και υγιεινής (Perschon, 2005). Το 2023 υπολογίστηκε ότι το προσδόκιμο ζωής είναι τα 68,5 έτη για τους άνδρες και τα 72,1 έτη για τις γυναίκες ενώ τα 70,3 έτη είναι συνολικά η εκτίμηση (CIA, 2024). Η φυματίωση εστιάζεται στο Ντακάρ και στο Τιές και προσβάλλει κυρίως άνδρες. Η σχιστοσωμίαση είναι κοινή παρασιτική νόσος με συχνή εμφάνιση στις τροπικές περιοχές. Η τρυπανοσωμίαση η αλλιώως ασθένεια του ύπνου οφείλεται σε παράσιτο και συναντάται στις κοιλάδες της Ανατολικής Σενεγάλης (Bor, 2006). Σημαντική είναι η διαφοροποίηση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης τόσο στις αστικές όσο στις αγροτικές περιοχές η οποία έχει να κάνει με την ποιότητα και την έκταση των υπηρεσιών υγείας. Ασθένειες όπως η ελονοσία επιβαρύνει άτομα που ταξιδεύουν (Perschon et al., 2005) ή ζουν στη χώρα κα οφείλεται στο τροπικό κλίμα. Με αφορμή τη Πρωτοβουλία Μέτρησης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (HRMI, 2023) παρατηρείται ότι η Σενεγάλη ως χώρα εκπληρώνει μόνο το 73,3 % του συνόλου που αφορά την υγεία το οποίο επηρεάζεται σημαντικά από εισοδηματικά κριτήρια (HRMI, 2023). Παρά τις προσπάθειες της κυβέρνησης για περιορισμό της μετάδοσης της νόσου, η ελονοσία θεωρείται ενδημική ενώ παραμένει η κύρια αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας (PMI, 2018).

Για τέσσερις δεκαετίες η Σενεγάλη βιώνει συγκρούσεις μεταξύ αυτονομιστών ανταρτών από το MDFC (Movement of Democratic Forces of Casamance) και της πολιτικής ηγεσίας της Σενεγάλης που έχει ως αποτέλεσμα τον εκτοπισμό 60.000 ανθρώπων και 5.000 θυμάτων συμπεριλαμβανομένων των θανάτων που οφείλονται σε νάρκες ξηράς (Lemmi and Simoncelli, 2023). Οι συγκρούσεις συνεχίζονται παρά τα αναρίθμητες προσπάθειες ειρηνευτικής διαπραγμάτευσης. Ο θάνατος του ηγέτη της χώρας το 2007 είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία φατριών (Lemmi & Simoncelli, 2023). Μέχρι το 2020, οι περισσότερες φατρίες των MDFC τηρούσαν τις εκεχειρίες (McGregor, 2021).

Στις 26 Φεβρουαρίου του 2021, οι φατρίες των MDFC του Sane της Diatta δέχτηκαν επίθεση από τις Ένοπλες Δυνάμεις της Σενεγάλης (McGregor, 2021). Ωστόσο τον Αύγουστο του 2022 υπογράφηκε ειρηνευτική συμφωνία με την κυβέρνηση της Σενεγάλης μετά τη διαμεσολάβηση του προέδρου της Γουινέας – Μπισσάου (VOA, 2022).

### **1.3.11. Καμερούν: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Δημοκρατία του Καμερούν αποτελεί χώρα της Κεντρικής Αφρικής. Ο πληθυσμός υπολογίζεται στα 28.088.628 πολίτες σύμφωνα με τα στοιχεία για το 2023 (UNFPA, 2023). Τα 62,3 έτη είναι το προσδόκιμο ζωής με τα 60,6 να αφορούν τους άνδρες και τα 64 έτη τις γυναίκες (CIA, 2022). Το Καμερούν συνορεύει με τη Νιγηρία, το Τσαντ, την Κεντροαφρικανική Δημοκρατία, τη Γκαμπόν, την Ισημερινή Γουινέα και τη Δημοκρατία του Κονγκό. Πρωτεύουσα είναι το Γιαουντέ ενώ επίσημη γλώσσα είναι τα αγγλικά και τα γαλλικά (UNFPA, 2023). Πολιτικά, πρόκειται για μια χώρα με προεδρική δημοκρατία (CIA, 2024). Ο Πρόεδρος του Καμερούν εκλέγεται, δημιουργεί πολιτική, διοικεί κυβερνητικές υπηρεσίες και ένοπλες δυνάμεις, διαπραγματεύεται και επικυρώνει συνθήκες ενώ κηρύσσει κατάσταση έκτακτης ανάγκης (Mukete & Kato, 2014). Ως μείγμα αστικού, κοινού και εθιμικού δικαίου χαρακτηρίζεται το νομικό σύστημα της χώρας (CIA, 2022). Η καλλιέργεια της μπανάνας, του κακάου, του ελαιοφοίνικα, του καουτσούκ και του τσαγιού ευνοούνται από τα εύπορα εδάφη και το κλίμα, η κτηνοτροφία αποτελεί σημαντικό τομέα εσόδων για τη χώρα ενώ η αλιεία απασχολεί 5.000 άτομα με παροχή πάνω από 100.000 τόνων θαλασσινών ετησίως (Som, 2013). Παρά την κακή οικονομική διαχείριση της χώρας, τα αποθέματα πετρελαίου και η εύνοια που επικρατούσε στις γεωργικές συνθήκες βοήθησε το Καμερούν να συγκατατεθεί στη λίστα με τις ευνοϊκότερες οικονομίες πρωτογενών προϊόντων σε όλη την αφρικανική ήπειρο (Daniel, 2005). Η Ολλανδία, η Γαλλία, η Κίνα, το Βέλγιο, η Ιταλία, η Αλγερία και η Μαλαισία αποτελούν τις κύριες χώρες εξαγωγής (CIA, 2022).

Η χώρα συγκαταλέγεται στη λίστα καταγράφοντας ένα από τα υψηλότερα ποσοστά σχολικής παρακολούθησης στην Αφρική (Mbaku, 2005). Στοιχεία του Υπουργείου Εργασίας των ΗΠΑ αναφέρουν πως το 56% των παιδιών ηλικίας 5-14 έτη αποτελούν τις χειρότερες μορφές παιδικής εργασίας ενώ οι ηλικίες μεταξύ 7-14 ετών με ποσοστό 53 % εργάζονται και φοιτούν παράλληλα (United States, Department of Labour, 2015).

Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης είναι αρκετά χαμηλή (Delancey et al., 2000). Για κάθε 5.000 άτομα, ένας γιατρός διατίθεται να εξυπηρετήσει σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ (World Statistics Pocketbook, 2016) ενώ μειωμένο είναι το προσωπικό εξαιτίας των περικοπών. Επιπλέον οι συνθήκες εργασίας καθίστανται ακατάλληλες καθώς είναι συχνά βρώμικες και μερικώς εξοπλισμένες (West, 2004). Η ελονοσία, η φυματίωση και το HIV/AIDS είναι μερικές από τις ασθένειες που συναντά κανείς στο Καμερούν (CIA, 2024). Το Καμερούν είναι ενδημικό σε 5 από τα Παραμελημένες τροπικές ασθένειες (ΠΤΑ/NTDs) που επιδέχονται χημειοθεραπεία μέσω χορήγησης φαρμάκου MDA (WHO, 2023). Το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες θεωρούνται τα 61,9 έτη, για τις γυναίκες τα 65,6 έτη ενώ συνολικά θεωρούνται τα 63,7 έτη (CIA, 2024).

Ως συνεχιζόμενη ένοπλη σύγκρουση θεωρείται ο πόλεμος της Αμπαζόνια (Abah, 2018) στο Καμερούν ανάμεσα στη πολιτική ηγεσία της χώρας και τις αυτονομιστικές αντάρτικες ομάδες που λαμβάνουν χώρα στις αγγλόφωνες βορειοδυτικές και νοτιοδυτικές περιοχές. Κατά τα τέλη του 2023 και στις αρχές του 2024, οι συγκρούσεις συνεχίστηκαν συμπεριλαμβανομένων των διαφορετικών αυτονομιστικών ομάδων. Σύμφωνα με τον OCHA, η επικράτηση της επισφαλής κατάστασης και της συνεχόμενης βίας οδήγησε στον εκτοπισμό 5.768 τον Φεβρουάριο (GCR2P, 2024)

### **1.3.12. Κένυα: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Κένυα είναι χώρα στην ανατολική Αφρική και μέλος της Αφρικανικής Ένωσης (AU, 2023). Ο πληθυσμός της υπολογίζεται σε 58.247.378 εκατομμύρια σύμφωνα με τα στοιχεία για το 2024 (CIA, 2024) ενώ η μεγαλύτερη πόλη και πρωτεύουσα της είναι το Ναϊρόμπι. Γείτονες χώρες της Κένυας είναι το Ν. Σουδάν, η Σομαλία, η Ουγκάντα, η Τανζανία και ο Ινδικός Ωκεανός (Ominde et al., 2024). Πολιτικά, η Κένυα είναι μια προεδρική αντιπροσωπευτική δημοκρατική δημοκρατία (CIA, 2024). Ο μεγαλύτερος τομέας εσόδων είναι η γεωργία ενώ το τσάι και ο καφές θεωρούνται παραδοσιακές καλλιέργειες σε μετρητά. Η μεγαλύτερη εξαγωγική αγορά της Κένυας θεωρείται η Αφρική και ακολουθεί η Ε.Ε. (Mwangi et al., 2016). Το σύστημα εκπαίδευσης στη Κένυα αποτελείται από τρία επίπεδα όμως λόγω των πολλών οικονομικών προβλημάτων που επικρατούν στη χώρα πολλοί μαθητές αδυνατούν να ολοκληρώσουν τη φοίτηση τους. Μερικά από τα δημόσια πανεπιστήμια είναι το University of Nairobi, Kenyatta University, Moi University, Egerton University κ.α (Ominde et al., 2024).

Το υγειονομικό σύστημα της Κένυας εδώ και χρόνια αντιμετωπίζει τροπικές ασθένειες όπως η ελονοσία, η φυματίωση κ.α. ως μείζονά προβλήματα για τη χώρα. Ακόμη, η εμφάνιση του HIV που είναι υπεύθυνο για το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας αποτελεί και αυτό ζήτημα δημόσιας υγείας (IHME, 2016). Σύμφωνα με στοιχεία, για το 2024, το προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες ήταν τα 72,2 έτη και για τους άνδρες τα 68,6 έτη (CIA, 2024). Πηγές αναφέρουν πως για το 2017, 1.500.000 άνθρωποι νοσούν από HIV με ποσοστό επιπολασμού 4,8%, παγκοσμίως καταγράφονται 36,9 κρούσματα μέχρι το 2017, 21,7 νοσούντες ακολουθούν αντιρετροϊκή θεραπεία με 1,8 εκατομμύρια να έχουν μόλις μολυνθεί (UNAIDS, 2018). Η ελονοσία θεωρείτο μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας με το υψόμετρο, τη θερμοκρασία και τα πρότυπα βροχοπτώσεων να ευνοούν τη μετάδοση αυξάνοντας τον κίνδυνο καθώς η Κένυα φιλοξενεί και τα 4 είδη Plasmodium που είναι υπεύθυνα για τη μόλυνση στον άνθρωπο (PMI, 2023).

### **1.3.13. Μάλι: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Το Μάλι είναι χώρα της Αφρικής, έχει έκταση 1.242.238 τ.χλμ, και συνορεύει με την Αλγερία, το Νίγηρα, τη Μαυριτανία, την Ακτή Ελεφαντοστού, τη Γουινέα και τη Σενεγάλη (Baker et al., 2024). Ο πληθυσμός της υπολογίζεται σε 21,9.000.000 (UN, 2022) και πρωτεύουσα το Μπαμάκο. Ο τομέας της γεωργίας και την εξόρυξης στηρίζει την οικονομία της χώρας ενώ άλλοι επιπλέον εξέχοντες φυσικοί πόροι θεωρούνται ο χρυσός, και το αλάτι (HDI, 2012). Μάλιστα ο χρυσός καθιστά τη χώρα ως το 3ο μεγαλύτερο παραγωγό της αφρικανικής ηπείρου (Reuters, 2012).

Πολιτικά, το Μάλι θεωρούνταν ως συνταγματική δημοκρατία έως το στρατιωτικό πραξικόπημα της 22ης Μαρτίου του 2012 (CIA, 2024). Όσον αφορά την εκπαίδευση, η φοίτηση είναι υποχρεωτική μεταξύ 7 και 16 ετών με το ποσοστό εγγραφής στη πρωτοβάθμια εκπαίδευση να είναι χαμηλού κόστους εξαιτίας της αδυναμίας των οικογενειών να καλύψουν τα έξοδα για ένδυση, βιβλία προμήθειες και λοιπά τέλη φοίτησης (UNESCO, 2016). Η τριτοβάθμια εκπαίδευση περιλαμβάνει το Πανεπιστήμιο Μπαμάκο με την καταγραφή 60.000 φοιτητών ετησίως (NM, 2013).

Οι προκλήσεις στην υγεία είναι πολλές και συνδέονται με τη φτώχεια, την κακή υγιεινή και τον υποσιτισμό ενώ οι ενδεικτικές τιμές που αφορούν την υγεία και την ανάπτυξη κατατάσσονται στη λίστα με τις χειρότερες παγκοσμίως (CIA, 2024). Το προσδόκιμο της ηλικίας για το 2023, θεωρούνται τα 62,8 έτη συνολικά με τα 60, 6 έτη να αφορά τους άνδρες και τα 65,1 έτη τις γυναίκες (CIA, 2024). Ασθένειες όπως η ελονοσία που προκαλείται από τη μετάδοση αθρόποδων, η χολέρα, η φυματίωση σε συνδυασμό με το υψηλό ποσοστό παιδικού υποσιτισμού και το χαμηλό ποσοστό ανοσοποίησης επιβαρύνουν σημαντικά την εικόνα του πληθυσμού της χώρας (WHO, 2018).

Ως χώρα το Μάλι από το 2012 βρίσκεται αντιμέτωπο με μια ασταθή κρίση οφειλόμενη σε πολιτικές ένοπλες ομάδες συμπεριλαμβανομένων κινημάτων με βάση εθνοτικών ή τζιχαντιστικών ομάδων και άλλων διεθνικών εγκληματικών δικτύων που διεκδικούν τον έλεγχο και την ηγεσία των οδών διακίνησης του Βορρά (ICG, 2024). Η ειρηνευτική συμφωνία που υπογράφηκε το 2015 σε συνδυασμό με τις ένοπλες δυνάμεις στο βόρειο κομμάτι ανετράπη το Σεπτέμβριο του 2023 μετά την ανάκληση της ειρηνευτικής αποστολής του ΟΗΕ. Η πολιτική ηγεσία της χώρας ανέλαβε την εξουσία με το πραξικόπημα το 2021 ενώ συνεχόμενα απειλείται από μη κρατικές ένοπλες δυνάμεις (IRC, 2024).

### **1.3.14. Μαρόκο: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Το Μαρόκο είναι μουσουλμανική, αραβική χώρα της Βόρειας Αφρικής με πληθυσμό 37.243.158 κατοίκους σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του 2024, πρωτεύουσα είναι το Ραμπάτ ενώ πολιτικά πρόκειται για μία κοινοβουλευτική συνταγματική μοναρχία (CIA, 2024). Οικονομικά, η χώρα χαρακτηρίζεται ως

φιλελεύθερή ενώ διέπεται από το νόμο της ζήτησης και της προσφοράς (Leonard et al., 2006). Ο τομέας του τουρισμού, είναι η βάση της μαροκινής οικονομίας με την τουριστική βιομηχανία να επικεντρώνεται στις ακτές, τον πολιτισμό και στην ιστορία της χώρας. Αναφορικά με την εκπαίδευση, αυτή παρέχεται δωρεάν, είναι υποχρεωτική μέχρι το δημοτικό ενώ η χώρα διαθέτει πάνω από 40 πανεπιστήμια, Ινστιτούτα Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και Πολυτεχνεία που βρίσκονται σε αστικά κέντρα σε όλη τη χώρα. Ως κορυφαία θεωρούνται το Πανεπιστήμιο Μωάμεθ Ε΄ το οποίο αποτελεί το μεγαλύτερο πανεπιστήμιο της χώρας το οποίο εδρεύει στο Ραμπάτ (Miller et al., 2024).

Τα νοσοκομεία βρίσκονταν υπό το καθεστώς της διαχείρισης του Υπουργείου Άμυνας ενώ οι τοπικές κυβερνήσεις ήταν υπεύθυνες για τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας των αστικών κέντρων (WHO, 2016). Αναλυτικότερα, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποτελείται από το ΑΜΟ (υποχρεωτική ασφάλιση υγείας) το οποίο χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά στο ιδιωτικό (CNSS) και το δεύτερο μέρος στο δημόσιο (La Cnops) (HCP,2024). Ένα ακόμη πρόγραμμα ασφάλισης με την ονομασία RAMED, σχεδιάστηκε προκειμένου να παρέχει υποστήριξη στα στρώματα με χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο προς αποφυγήν αδιεξόδου για ζητήματα με την υγεία (IMF, 2018). Τα 72,3 έτη αφορούν τους άνδρες, τα 75,7 έτη τις γυναίκες και το προσδόκιμο ζωής είναι τα 74 έτη για το 2023 (CIA, 2024). Το Μαρόκο έχει σημειώσει πρόοδο στη μείωση του επιπολασμού με στόχο την ευαισθητοποίηση για τη θεραπεία και τη πρόληψη των μεταδοτικών ασθενειών εξαιτίας προγραμμάτων. Σε αυτή τη προσπάθεια, συνεισφέρουν οι εκστρατείες εμβολιασμοί και η εισαγωγή νέων φαρμάκων στην αγορά. Σε αντίθεση με την ηπατίτιδα όπου ανεξάρτητα από τον έλεγχο, συνεχίζει να επικρατεί σε μια προσπάθεια να περιοριστεί το ποσοστό των προβεβλημένων πολιτών (OBG, 2021).

### **1.3.15. Γουινέα: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Γουινέα θεωρείται χώρα της Δυτικής Αφρικής, έχει έκταση 245.857 τ.χλμ και πληθυσμό 13.986.179 κατοίκους ενώ πρωτεύουσα είναι το Κονακρί (CIA, 2024). Η Γουινέα θεωρείται η μεγαλύτερη χώρα εξαγωγής βωξίτη ενώ διαθέτει την ικανότητα να καταστεί και ως η κύρια πηγή σιδηρομεταλλευμάτων (USGS, 2021). Το πολίτευμα είναι η προεδρική δημοκρατία (CIA, 2024). Το υγειονομικό σύστημα αναδιοργανώνεται το 1987 με τη Πρωτοβουλία του Μπαμάκο που προώθησε επισήμως μεθόδους βασισμένους στη κοινότητα (WHO, 1997). Πιο συγκεκριμένα, αύξησε τη προσβασιμότητα των φαρμάκων και των υπηρεσιών υγείας για τον πληθυσμό εφαρμόζοντας μερικώς τα τέλη χρήσης (UNDP, 2021). Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ενισχύθηκε, εξασφαλίζοντας τη πιο δίκαιη παροχή υπηρεσιών υγείας. Μάλιστα, το 2011 η κυβέρνησή προχώρησε στη θέσπιση της εισφοράς αεροπορικής αλληλεγγύης για τις πτήσεις που απογειώνονται από εθνικό έδαφος δεσμεύοντας



τα κεφάλαια από τη UNITAID προς εξασφάλιση της υποστήριξης της διευρυμένης πρόσβασης για τη θεραπεία του AIDS, της ελονοσίας και της φυματίωσης οι οποίες απειλούν τη δημόσια υγεία. (UNITAID, 2011). Η συνεργασία με εταίρους και δωρητές αποσκοπεί στην ενίσχυση του συστήματος υγείας, ειδικότερα σε όσους έχει να κάνουν με τις υποδομές μέσω της ανακαίνισης και του εξοπλισμού των υγειονομικών εγκαταστάσεων/εργαστηρίων αλλά και των συστημάτων διαχείρισης και εφοδιαστικής αλυσίδας (AHO, 2020). Το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες όπως αυτό καταγράφηκε για το 2023 ήταν τα 62,4 έτη και για τις γυναίκες τα 66,2 έτη (CIA, 2024). Η εκπαίδευση παρέχεται δωρεάν και είναι υποχρεωτική για όλα τα παιδιά από την ηλικία των 7 έως τα 13 έτη (O'Toole, 2024). Οι περιορισμένοι κρατικοί πόροι, η έλλειψη σχολικών εγκαταστάσεων, η ανεπάρκεια σχολικών ειδών και εξοπλισμού καθιστούν αδύνατη την εξυπηρέτηση του ποσοστού των παιδιών να εισαχθούν στην εκπαίδευση.

### **1.3.16. Σουδάν: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Δημοκρατία του Σουδάν είναι χώρα της Βορειοανατολικής Αφρικής, συνορεύει με την Κεντροαφρικανική Δημοκρατία, το Τσαντ, την Αίγυπτο, την Αιθιοπία, την Ερυθραία, τη Λιβύη, το Νότιο Σουδάν και την Ερυθρά Θάλασσα (Sikainga et al., 2024). Σύμφωνα με εκτιμήσεις των Ηνωμένων Εθνών για το 2023, προκύπτει ότι ο πληθυσμός της ανέρχεται σε 48.109.000 ανθρώπους (UN, 2022) ενώ η έκταση της καταλαμβάνει 1.886.068 τ.χλμ. Με αυτό το τρόπο η χώρα καθίστανται ως η τρίτη μεγαλύτερη χώρα της Αφρικής ανά περιοχή (CIA, 2018). Το Χαρτούμ είναι η πρωτεύουσα και η πιο πολυπληθέστερη πόλη του Σουδάν. Πολιτικά, το πολίτευμα της χώρας είναι η προεδρική δημοκρατία (CIA, 2024). Η οικονομία της χώρας αναπτύσσεται σταθερά (CIA, 2024). Το πετρέλαιο αποτελεί την κύρια εξαγωγή της χώρας ενώ πουλάει όπλα τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί σε διάφορες στρατιωτικές επιχειρήσεις (Herbst, 2008).

Η εκπαίδευση είναι υποχρεωτική και παρέχεται δωρεάν για παιδιά ηλικίας 6-13 έτη. Ωστόσο, πάνω από το 40% των παιδιών αδυνατούν να προσέλθουν στο σχολείο εξαιτίας της οικονομικής κατάστασης. Άλλοι παράγοντες, περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο τη πρόσβαση των παιδιών, ειδικότερα των κοριτσιών (Browne & Barrett, 2006).

Σημαντική είναι η παρουσία πολλών μεταδοτικών ασθενειών που οφείλονται στη έλλειψη επαρκούς υγειονομικής περίθαλψης και κακών συνθηκών υγιεινής με την ιλαρά, τη μηνιγγίτιδα, τον τύφο, τη φυματίωση και τις λοιμώξεις αναπνευστικού να αποτελούν τις κύριες αιτίες ασθενειών και θνησιμότητας (Bechtold et al., 2015). Αναλυτικότερα, η ελονοσία θεωρείται ως η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας ενώ αποτελεί απειλή για όλη τη χώρα με τα παιδιά να διατρέχουν το

μεγαλύτερο κίνδυνο. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO, 2007) και την εμφάνιση του HIV/AIDS, το Σουδάν κατατάσσεται ως μια χώρα με ενδιάμεση επικράτηση ενώ ο κύριος τρόπος μετάδοσης σε παγκόσμιο επίπεδο οφείλεται στις ετεροφυλοφιλικές σχέσεις όπως τις συναντάμε και στο Σουδάν (UNAIDS, 2004).

Η δρεπανοκυτταρική αναιμία θεωρείται ένας από τους κύριους τύπους αναιμίας που επικρατεί στο Δυτικό Σουδάν αφού το γονίδιο είναι ιδιαίτερα συχνό (Mohammend et al., 2006). Η αιτία του προβλήματος είναι η μετανάστευση οφειλόμενη στην ξηρασία και την ερημοποίηση. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν αυξηθεί σημαντικά τη τελευταία δεκαετία ενώ αποτελούν μία από τις 10 κορυφαίες αιτίες νοσοκομειακής θνησιμότητας (Suliman, 2011). Ο διαβήτης τύπου 2 εκτιμάται ότι σε ποσοστό 7,7 % του εθνικού επιπολασμού ενώ έως το 2035 αναμένεται να αγγίξει το 10,8 % (IDF, 2019). Σύμφωνα με στοιχεία από την IPC το ¼ του πληθυσμού που αντιστοιχεί σε 11, 7 εκατομμύρια ανθρώπους ήρθαν αντιμέτωποι με οξεία πείνα οφειλόμενη στη βία, τις κοινωνικές συγκρούσεις και τα οικονομικά προβλήματα που έφερε το πραξικόπημα του 2019 (OCHA, 2022). Μάλιστα η UNICEF ανέφερε ότι το 2023 στο Σουδάν καταγράφηκαν τα υψηλότερα ποσοστά υποσιτισμού στα παιδιά (UNICEF, 2023). Το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες είναι τα 65,2 έτη, για τις γυναίκες τα 69,8 ενώ συνολικά είναι τα 67,5 έτη (CIA, 2024).

Από τις 15 Απριλίου 2023 έως σήμερα το Σουδάν αντιμετωπίζει εμφύλιο πόλεμο μεταξύ δύο μεγάλων αντίπαλων φατριών της στρατιωτικής κυβέρνησης του Σουδάν, των Σουδανικών Ενόπλων Δυνάμεων (SAF) και των παραστρατιωτικών Δυνάμεων Ταχείας Υποστήριξης (RSF) (Al Jazeera, 2023). 7.987.783 άτομα εκτοπίστηκαν στο εσωτερικό και περίπου 2.316.538 άτομα πέρασαν τα σύνορα σε γειτονικές χώρες από τις 15 Απριλίου 2023 (IOM, 2024).

### **1.3.17. Σομαλία: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Σομαλία τοποθετείται στο ανατολικότερο κομμάτι της ηπειρωτικής Αφρικής, συνορεύει με το Τζιμπουτί τον Κόλπο Άντεν, τον Ινδικό Ωκεανό και την Κένυα (Lewis et al., 2024). Ο πληθυσμός της υπολογίζεται σε 17,1 εκατομμύρια (UN, 2022). Η πρωτεύουσα και μεγαλύτερη πόλη είναι η Μογκαντίσου. Θεωρείται η πιο πολιτιστικά ομοιογενής χώρα ενώ στη πλειοψηφία των πολιτών είναι Σομαλοί (CIA, 2021). Πολιτικά η Σομαλία είναι μια κοινοβουλευτική αντιπροσωπευτική δημοκρατική δημοκρατία (CIA, 2024). Το εκπαιδευτικό σύστημα βρίσκεται υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Παιδείας. Το 15% του πληθυσμού παρέχεται για την σχολική εκπαίδευση (WES, 2010) ενώ δύο ακόμη αυτόνομες περιφέρειες διαθέτουν τα δικά τους Υπουργεία Παιδείας. Η Σομαλία διατηρεί μια υγιή άτυπη οικονομία που βασίζεται στη κτηνοτροφία, στα εμβάσματα και στις τηλεπικοινωνίες (CIA, 2021). Τα ψάρια, το κάρβουνο, οι μπανάνες, η ζάχαρη, το καλαμπόκι είναι προϊόντα της εγχωρίας αγοράς (CIA,

2021). Σημαντικός προμηθευτής λιβανιού και μύρου θεωρείται η Σομαλία σε παγκόσμιο επίπεδο (USAID, 2013). Από στοιχεία προκύπτει ότι περισσότερες από 6 αεροπορικές εταιρίες εκτελούν πτήσεις διεθνείς η εγχώριες επιφέροντας σημαντικά κέρδη στη χώρα (SCCI, 2014).

Οικονομικά, σύμφωνα με το ΑΕΠ η Σομαλία ανήκει στη λίστα με τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου (UN, 2023). Ειδικότερα, το 2019, κατείχε το χαμηλότερο HDI και το 69% του πληθυσμού της ζούσε κάτω από το όριο της φτώχειας (The World Bank, 2023). Για το 2023, η χώρα κατατάσσεται στην υψηλότερη θέση στους δείκτες των πιο ευάλωτων κρατών (FSI, 2023). Η οικονομία της στηρίζεται στην κτηνοτροφία (CIA, 2021). Το μεγαλύτερο μέρος του εθνικού προϋπολογισμού διατείνονταν για στρατιωτικές δαπάνες ενώ ένα ελάχιστο μέρος χρησιμοποιούνταν για την υγεία (Leeson, 2007).

Στη χώρα καταγράφονται τα χαμηλότερα ποσοστά μόλυνσης από HIV. Αυτό οφείλεται στη μουσουλμανική φύση των Σομαλών και στη πίστη τους στα ισλαμικά ήθη (Velayati et al., 2007). Ο ιδιωτικός τομέας συγκεντρώνει στη πλειοψηφία την υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο το δημόσιο σύστημα βρίσκεται σε διαδικασία ανασυγκρότησης και εποπτείας από το Υπουργείο Υγείας (WHO, 2009). Για το 2023, το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες είναι τα 53,8 έτη για τις γυναίκες τα 58,6 έτη και συνολικά είναι τα 56,1 έτη (CIA, 2024). Άλλες ασθένειες είναι η ελονοσία, ο δάγκειος πυρετός και η ηπατίτιδα Β (CIA, 2024).

### **1.3.18. Νιγηρία: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Νιγηρία είναι χώρα της Δυτικής Αφρικής με πληθυσμό που ανέρχεται στα 220 εκατομμύρια και πρωτεύουσα την Αμπούτζα (WFP, 2024). Το 1999 η Νιγηρία έγινε δημοκρατία όπου οι πολίτες επέλεξαν τους ηγέτες τους (UN, 2022) και το Μάιο του 2023 ορκίστηκε νέος Πρόεδρος (Alabi, 2023). Παρόλα αυτά η Νιγηρία αντιμετωπίζει σταθερά ποικίλες κοινωνικές και οικονομικές προκλήσεις δημιουργώντας την αίσθηση της ανασφάλειας όπως ληστείες, απαγωγές στη ΒΔ πλευρά της χώρας, εξεγέρσεις τρομοκρατικών ομάδων και αναταραχές στα ΝΑ (Ugorji, 2012). Το πολίτευμα της χώρας είναι η ομοσπονδιακή προεδρική δημοκρατία (CIA, 2024).

Από οικονομικής πλευράς, τα έτη 2000 και 2014 η ανάπτυξη της Νιγηρίας ήταν ευρεία και με διάρκεια (World Bank, 2024). Όμως το 2015-2022 οι ρυθμοί ανάπτυξης μειώθηκαν γεγονός που οφειλόταν στις στρεβλώσεις της νομισματικής και συναλλαγματικής ελλειμματικής πολιτικής, την αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος λόγω της χαμηλής παραγωγής πετρελαίου, τον αυξημένο εμπορικό προστατευτισμό και την επίδραση εξωτερικών παραγόντων όπως η πανδημία της νόσου COVID-19 (World Bank, 2024). Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την χαμηλή ανάπτυξη οδήγησε

εκατομμύρια νιγηριανούς σε συνθήκες φτώχειας. Αν και η χώρα αυτή διαθέτει το μεγαλύτερο πληθυσμό και οικονομία στην Αφρική, οι ευκαιρίες που δύναται να προσφέρει στους πολίτες της είναι περιορισμένες (World Bank, 2024). Οι επιχειρηματικές προοπτικές και το χαμηλό ποσοστό θέσεων εργασίας οδηγούν τους εργαζόμενους στην μετανάστευση προς αναζήτηση καλύτερων ευκαιριών (Isbel et al., 2018). Το ποσοστό φτώχειας αναμένεται να φτάσει το 37% το 2023 με 84 εκατομμύρια νιγηριανούς να ζουν σε συνθήκες φτώχειας (World Bank, 2023). Ακόμη, η χαμηλή κρατική ικανότητα, η περιορισμένη παροχή υπηρεσιών, η ανασφάλεια, η βία είναι διάχυτες ενώ η συχνότητα και η σοβαρότητα των ακραίων καιρικών φαινομένων συμβάλλουν στην δυσχέρεια της κατάστασης της χώρας (World Bank, 2023).

Οι υποδομές της υγειονομικής περίθαλψης στη Νιγηρία είναι συχνά ανεπαρκείς ενώ αρκετά εμφανής θεωρείται η έλλειψη εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, καταρτισμένου προσωπικού και στοιχειώδη ιατρικού εξοπλισμού (Ngnhc, 2009) με την πρόσβαση του πληθυσμού να καθίστανται αδύνατη για οικογένειες που ζουν σε αγροτικές περιοχές. Το κόστος της υγείας δύναται να αποτελέσει σημαντικό περιορισμό στη πλειοψηφία των περιπτώσεων (Awosusi et al., 2015). Παρά τις δημόσιες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης η διαθεσιμότητα είναι μηδαμινή εξαιτίας της πληθώρας περιστατικών ενώ η ποιότητα της φροντίδας ενδεχομένως να μην παρέχεται στο βαθμό που απαιτείται οδηγώντας τους πολίτες σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (ΙΤΑ, 2023). Η ανεπαρκής ασφάλιση οδηγεί τον πληθυσμό σε οικονομικό αδιέξοδο όταν προκύπτουν ιατρικά περιστατικά ενώ το ποσοστό που διαθέτει κάλυψη είναι ελάχιστο (Abubakar et al., 2022). Αναφορικά με την ποιότητα φροντίδας, ο αριθμός του υγειονομικού προσωπικού είναι ικανοποιητικός ωστόσο η ποιότητα της περίθαλψης ενδεχομένως να μην είναι η πέπουσα. Πιο συγκεκριμένα, η ελλιπής εκπαίδευση δύναται να οδηγήσει σε χαμηλότερης ποιότητας φροντίδα, έλλειψη λογοδοσίας και κακών εξοπλισμένων εγκαταστάσεων (IHMS, 2023).

Η εξέγερση της Μπόκο Χαράμ ξεκίνησε τον Ιούλιο του 2009 κατά της κυβέρνησης της Νιγηρίας με στόχο την ίδρυση ενός ισλαμικού κράτους ενώ βορειοανατολικό τμήμα της Νιγηρίας πλήττεται ιδιαίτερα με αποτέλεσμα την επισιτιστική ασφάλεια, τα θύματα βίας και τους εκτεταμένους εκτοπισμούς (WHO, 2024). Το 2023 οι συγκρούσεις συνεχίζονται στα βορειοανατολικά και βορειοδυτικά της Νιγηρίας ενισχύοντας την ένταση αυτών, τους τελευταίους μήνες με αποτέλεσμα τους αναγκαστικούς εκτοπισμούς (WFP 29/11/2023, ECHO 07/11/2023).

### **1.3.19. Νότιος Αφρική: Κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικονομία και δημόσια υγεία**

Η Νότια Αφρική είναι η νοτιότερη χώρα της Αφρικής (SAMSA, 2008) με 62 εκατομμύρια κατοίκους και έκταση 1.221.037 τ. χλμ. (CIA, 2024). Το Κέιπ Τάουν είναι η νομοθετική πρωτεύουσα, η Πραιτόρια η διοικητική ενώ η μεγαλύτερη πόλη είναι το Γιοχάνεσμπουργκ (Marais, & Twala, 2019). Το 80% του πληθυσμού είναι μαύροι Νοτιοαφρικάνοι (Mitchley, 2023) ενώ ο υπόλοιπος πληθυσμός αποτελείται από μεγαλύτερες κοινότητες με ευρωπαϊκά στοιχεία και διαφορετική καταγωγή. Πρόκειται για μια χώρα αναπτυσσόμενη και βιομηχανοποιημένη με προηγμένη οικονομικά στην ήπειρο της Αφρικής (Waugh, 2000). Παρ' όλα αυτά η φτώχεια, η ανισότητα και η εγκληματικότητα καλπάζουν, η ανεργία πλησιάζει το 40% ενώ το 60% ζει κάτω από συνθήκες φτώχειας (World Bank, 2022). Κατά τα έτη 1995-2003 ο αριθμός των θέσεων εργασίας αυξήθηκαν και η ανεργία επιδεινώθηκε (Arora et al., 2006). Ως χώρα η Ν. Αφρική ήταν πάντα μια δύναμη εξόρυξης ενώ μέχρι το 2006 θεωρούνταν ο μεγαλύτερος παραγωγός χρυσού παγκοσμίως για σχεδόν έναν αιώνα κάτι που άλλαξε το 2009 όταν μειώθηκε αυτή η αύξηση (Ruffini, 2010). Πολιτικά η Νότιος Αφρική είναι μια κοινοβουλευτική δημοκρατία (CIA, 2024). Οικονομικά, το κατά κεφαλήν ακαθάριστο εγχώριο προϊόν της είναι αρκετά υψηλό συγκριτικά με άλλες χώρες αλλά το υψηλό ποσοστό φτώχειας και ανεργίας την κατατάσσει στις 10 πρώτες χώρες εισοδηματικής ανισότητας (UNDP, 2010) (CIA, 2013). Αναλυτικότερα, το 55,5% του πληθυσμού ζει σε συνθήκες φτώχειας ενώ το 25% βιώνει επισιτιστική φτώχεια (Ngila, 2022). Ωστόσο η χώρα συνεχίζει να βρίσκεται στη 5η θέση αναφορικά με τη παραγωγή χρυσού, εξακολουθεί να διαθέτει 6.000 τόνους αποθεμάτων χρυσού ενώ παραμένει μια κερκίδα ορυκτού πλούτου (USGS, 2023). Το εκπαιδευτικό σύστημα της χωρίζεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση (WENR, 2017). Η Ν. Αφρική θεωρείται υποανάπτυκτο έθνος και για αυτό η πρόσβαση σε μη υγιεινές συνθήκες είναι συχνό φαινόμενο. Οι ασθένειες που επικρατούν είναι η ηπατίτιδα Α, η βακτηριακή διάρροια, ο τυφοειδής πυρετός (CIA, 2007). Το δημόσιο υγειονομικό σύστημα εξυπηρετεί το 84% του πληθυσμού το οποίο θεωρείται ελλιπές τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό όσο σε ιατρικό υλικό (ICAP, 2013). Το 20% καταφεύγει στην ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη (Makholwa, 2013). Το 16% του πληθυσμού καλύπτεται από προγράμματα ιατρικής βοήθειας ενώ ο υπόλοιπος πληθυσμός πληρώνει από το εισόδημα του (Makholwa, 2013). Ακόμη, το AIDS αποτελεί σημαντική ανησυχία για τη δημόσια υγεία με 5,3 εκατομμύρια ανθρώπους να νοσούν (UNAIDS, 2007). Η Ν. Αφρική το 2018 κατέγραψε σε ποσοστό 20,4% των ενηλίκων ενώ 71.000 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους από την ασθένεια το ίδιο έτος (UNAIDS, 2019). Η χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων οδήγησε στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής (Mullick, 2015). Το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες είναι τα 70,3 έτη για τις γυναίκες τα 73,5 έτη ενώ συνολικά είναι τα 71,9 έτη (CIA, 2024).

### **1.5. Η γυναίκεια μετανάστευση από την Αφρική προς την ΕΕ και την Ελλάδα: Χαρακτηριστικά και διαδρομές**

Η μετακίνηση των ανθρώπων με στόχο την αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, την αποφυγή μιας φυσικής καταστροφής ή την εύρεση ενός ασφαλές καταφύγιου συναντάται από τη αρχή της ανθρωπότητας. Οι άνθρωποι μεταναστεύουν εντός αλλά και εκτός συνόρων. Ειδικότερα οι γυναίκες από το 1980 και έπειτα μετακινούνται μόνες τους για να εργαστούν σε άλλες χώρες. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τα στοιχεία από την απογραφή του Τμήματος πληθυσμού των Ηνωμένων Εθνών, το ποσοστό της γυναικείας μετανάστευσης αυξήθηκε συγκριτικά με αυτό των ανδρών μεταξύ 1965 και 1990 στις βιομηχανικά αναπτυσσόμενες χώρες (Chammartin, 2002). Στη πραγματικότητα, στο σύνολο της διεθνούς μετανάστευσης, επί του παρόντος οι μισοί αφορούν γυναίκες (UNPD, 2009). Οι μετανάστες από τη Ν. Αφρική επιλέγουν ως χώρα προσέλευσης την Αμερική και την Ωκεανία σε αντίθεση με τους μετανάστες της Β. Αφρικής που επιλέγουν την Ευρώπη και την Ασία (Flahaux and Haas, 2016). Η Αφρική είναι μια χώρα όπου η ιστορία της στην οικονομία περιλαμβάνει ένα παρελθόν πλούσιο σε ιστορικές πληθυσμιακές μετακινήσεις που προέρχονται από δουλεμπόριο και αποικιοκρατία, εσωτερικές συγκρούσεις, φτώχεια, περιβαλλοντική υποβάθμιση κ.α. (Adepoju 2003, Bilger, et al., 2005, Baker, et al., 1995, De Bruijn, et al., 2001).

Όσον αφορά το φύλο, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στη μεταναστευτική συμπεριφορά τους συναντώντας διαφορετικές ευκαιρίες, προκλήσεις και κινδύνους με την ευπάθεια στη παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων, την εκμετάλλευση, τις διακρίσεις και τους κινδύνους για την υγεία (UNFPA, 2006, Fouskas, 2014). Παράγοντες ώθησης για μετανάστευση αποτελούν η οικονομική στέρηση, η κακή διακυβέρνηση, οι συγκρούσεις στη χώρα προέλευσης η διαρθρωτική βία, και οι πολιτικές διώξεις σε αντίθεση με την καλή οικονομική, κοινωνική και η πολιτική κατάσταση που επικρατεί στις χώρες υποδοχής, συντελώντας τους παράγοντες έλξης. Τα ανωτέρω, δικαιολογούν τα όσα υποστηρίζει ο de Haas (2011) ότι στο μακροεπίπεδο ένα πλήθος οικονομικών και μη παραγόντων θεωρείται υπεύθυνο για τη διαδικασία της μετανάστευσης ενώ στο μικροεπίπεδο οι μετανάστες παρακινούνται από ένα συνδυασμό διαφόρων, αλληλένδετων αλλά φανερά κοινωνικών, πολιτιστικών, οικονομικών και πολιτικών παραγόντων.

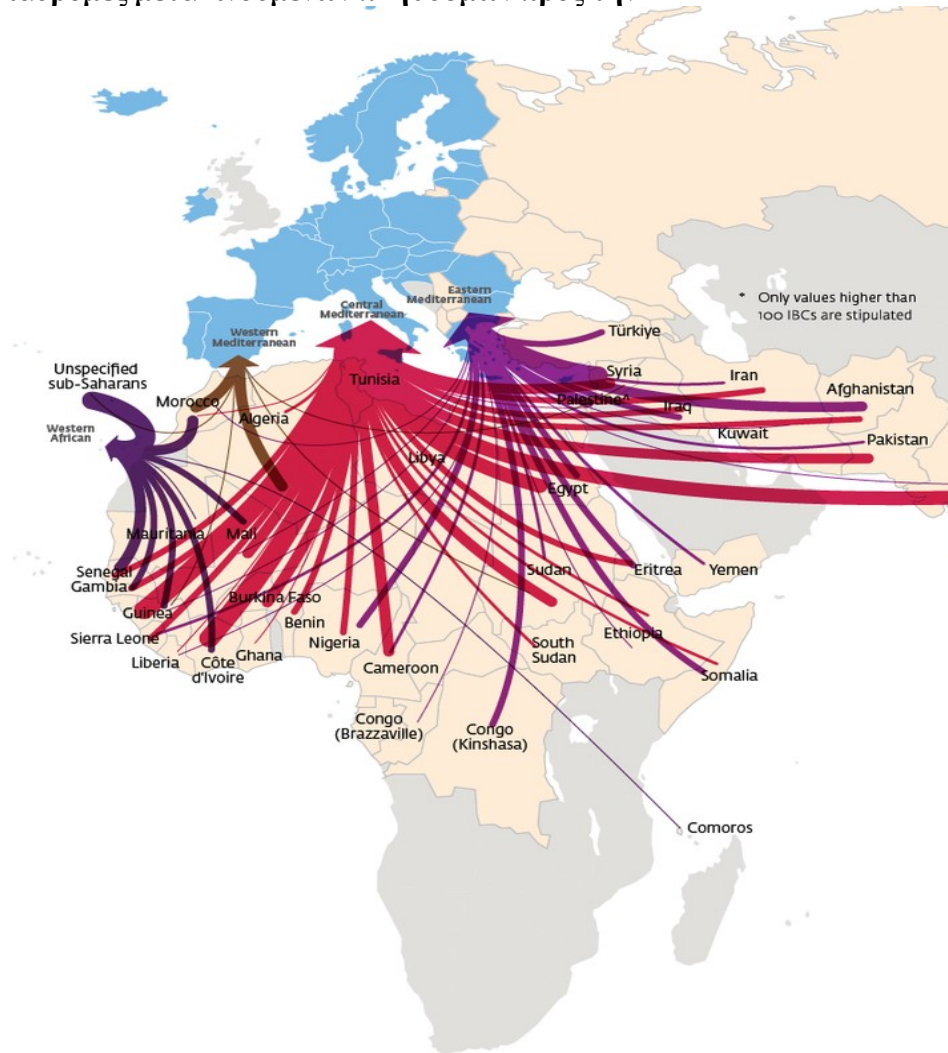
Ποικίλες είναι οι τάσεις με την πάροδο του χρόνου και μέσα από τις διαδρομές αφού τα τελευταία χρόνια η πλειοψηφία των γυναικών και των κοριτσιών που είναι εγγεγραμμένοι κατά την άφιξη τους, έφτασαν στην ΕΕ και την Ελλάδα μέσω της διαδρομής της Ανατολικής Μεσογείου με ποσοστό 70% ενώ το υπόλοιπο 30% διασκορπίστηκε σε χώρες όπως Ισπανία μέσω του WMR WAAR (21%) και στην

Ιταλία και τη Μάλτα μέσω του CMR (9%) (IOM, 2021). Για τα έτη 2018, 2019 και 2020 οι κύριες εθνικότητες των γυναικών που έφτασαν στην Ιταλία και τη Μάλτα ήταν η Ακτή Ελεφαντοστού, η Νιγηρία, η Ερυθραία, η Σομαλία, η Γουινέα. Σε αντίθεση με τη Γερμανία όπου οι κύριες εθνικότητες ήταν το Μάλι, η Γουινέα, η Ακτή Ελεφαντοστού, το Μαρόκο και το Καμερούν (IOM, 2021). Το φύλο παίζει καθοριστικό ρόλο αναφορικά με τους λόγους μετανάστευσης, την χώρα προορισμού, τον τρόπο μετανάστευσης, τα δίκτυα που χρησιμοποιούν, τις ευκαιρίες και τους πόρους που διατίθενται καθώς και τις σχέσεις με τη χώρα προέλευσης (IOM, 2024). Ακόμη, διαμορφώνει τους κινδύνους, τις ανάγκες, τα τρωτά σημεία και τους κινδύνους που ενδεχομένως να υποστεί η κάθε ομάδα (IOM, 2024). Η γυναικεία μετανάστευση δύναται να προωθήσει την ισότητα των φύλων και με αυτό το τρόπο να ενισχύσει το ρόλο της μετανάστριας αλλά εξαιτίας αυτού, δύναται να ενισχυθούν οι ευπάθειες, θέτοντας το σύνολο των μεταναστριών σε κίνδυνο διάκρισης και βίας (IOM, 2021).

Τοπογραφικά η αφρικανική ήπειρος και η Μέση Ανατολή αποτελούν τις γείτονες χώρες της ΕΕ και οι διέξοδοι της παράτυπης μετανάστευσης προς την Ευρώπη. Οι κύριες διαδρομές είναι έξι με τη διαδρομή της Κεντρικής Μεσογείου να θεωρείται ως η πιο επικίνδυνη αλλά και η πιο συχνή με την Μάλτα και την Ιταλία να καθιερώνονται ως πρώτες χώρες εισόδου (Wittenberg, 2017) ενώ τα ιταλικά νησιά Linosa, Kampione και Pelagie Lampedusa θεωρούνται τόπος άφιξης για Αφρικανούς μετανάστες. Σε μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης των μεταναστών, ο Wiittenberg (2017) δημιούργησε τρεις ομάδες με την πρώτη να αφορά τους μετανάστες με αξιώσεις διεθνούς προστασίας συμπεριλαμβανομένου των Σύριων και των Ερυθραίων. Η δεύτερη ομάδα αφορά τους εκτοπισμένους από τη βία και την αστάθεια με καταδιωκτικές τάσεις που όμως ενέχει ο κίνδυνος να μην πληρούν τα κριτήρια του πρόσφυγα όπως των Σομαλών. Τελευταία είναι η ομάδα των οικονομικών μεταναστών όπου επιλέγουν διαφορετικούς προορισμούς για την εκπλήρωση προσωπικών στόχων. Η τελευταία ομάδα περιλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος των μεταναστών Νιγηρία (14, 5%), Σομαλία (8%), Σουδάν (5,8%), Ερυθραία (15,5%), Γκάμπια (5,5%) όπως προκύπτει από τα στοιχεία (Pace, 2016). Τα τέλη της δεκαετίας του 1990 η διαδρομή σημείωσε αύξηση με τους Αφρικανούς να μεταναστεύουν προς την Ευρώπη (Frontex, 2014). Σήμερα, η διαδρομή της Δυτικής Μεσογείου χρησιμοποιείται τόσο από Μαροκινούς όσο και από Αλγερινούς μέσω της Ισπανίας (Alexandridis & Dalkiram, 2017). Υπήκοοι από το Μαρόκο, τη Γουινέα, το Μάλι και την Αλγερία εντοπίζονται μέσα από τη διαδρομή της Κεντρικής Μεσογείου συγκριτικά με άλλες χώρες της Αφρικής (Frontex, 2019) (βλ. Διάγραμμα 2).

Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες

## Διάγραμμα 2: Διαδρομές μετακινούμενων πληθυσμών προς την ΕΕ

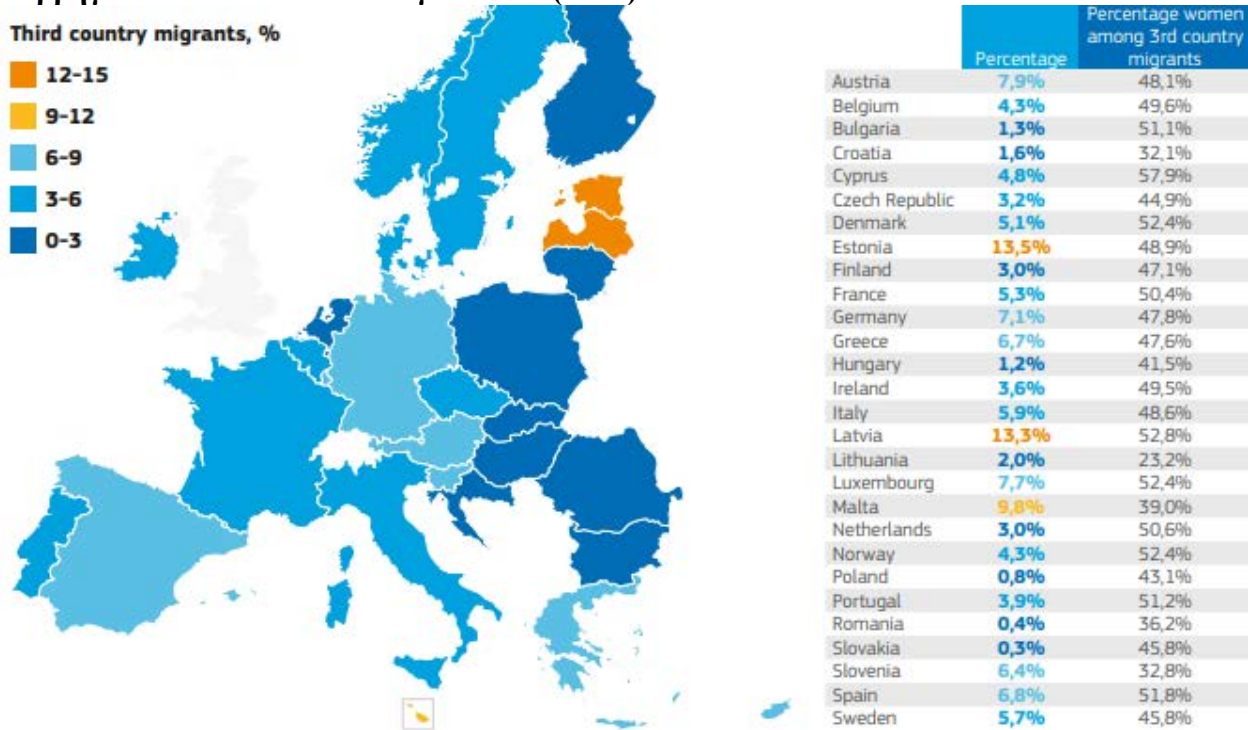


Πηγή: Frontex, the European Border and Coast Guard Agency, 2024 <https://tinyurl.com/ycxajk2e>

Το 2020, οι ΠΤΧ αντιπροσώπευαν περίπου το 5% του πληθυσμού της ΕΕ27 (European Migration Network, 2021) με το 49% περίπου ήταν γυναικών μεταξύ των ΠΤΧ στο σύνολο του πληθυσμού ΠΤΧ (European Migration Network, 2021).



**Διάγραμμα 3: Πολίτες τρίτων χωρών ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού στην ΕΕ27 και τη Νορβηγία και το ποσοστό των γυναικών (2020)**



Πηγή: European Migration Network (2021).

Στην Ελλάδα το 2024 (Ιούνιος) οι Αιγύπτιοι ήταν 8<sup>η</sup> χώρα της Αφρικής με 10.384 (2.456 γυναίκες) στο σύνολο των 481.184 Πολιτών Τρίτων Χωρών (225.702, γυναίκες) με ισχύουσες άδειες διαμονής (ΥΜΑ, 2024). Στην Ελλάδα το 1<sup>ο</sup> Εξάμηνο του 2024, αιτούντες/ούσες άσυλο από τέσσερις χώρες της Αφρικής βρίσκονται στις 10 πρώτες εθνικότητες στις θετικές αποφάσεις άσυλου.

**Πίνακας 1: Θετικές αποφάσεις ανά Εθνικότητα - 10 πρώτες Εθνικότητες - Ταξινόμηση κατά Φθίνουσα σειρά/1ο Εξάμηνο 2024**

A/A	ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΘΕΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ
1	ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ	8.747	1	8.748	42,7%
2	ΣΥΡΙΑ	5.235	5	5.240	25,6%
3	ΠΑΛΑΙΣΤΙΝΗ	2.003	0	2.003	9,8%
4	ΕΡΥΘΡΑΙΑ	880	6	6 886	4,3%
5	ΥΕΜΕΝΗ	733	1	734	3,6%
6	ΙΡΑΚ	569	5	574	2,8%
7	ΣΟΜΑΛΙΑ	465	32 4%	497	2,4%
8	ΑΠΑΤΡΙΔΕΣ	352	4	356	1,7%
9	ΣΟΥΔΑΝ	293	15	308	1,5%
10	ΛΑΪΚΗ ΔΗΜ. ΚΟΝΓΚΟ	146	12	158	0,8%
	ΛΟΙΠΕΣ	829	137	966	4,7%
	ΣΥΝΟΛΟ	20.252	218	20.470	100,0%

Πηγή ΥΜΑ (2024) Παράρτημα Α και Παράρτημα Β <https://tinyurl.com/mr3s7ykb> και <https://tinyurl.com/2v7yfp9u>

## 1.6. Η μετανάστευση από την Αφρική προς την ΕΕ και υγεία και γυναίκες σε κίνηση

Υπολογίζεται ότι 1 στους 8 ανθρώπους επιλέγει τον δρόμο της μετανάστευσης προς την Ευρωπαϊκή Ένωση σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO, 2023). Αν και η κατάσταση της υγείας των μεταναστών και των προσφύγων είναι καλή, οι κακές συνθήκες υγιεινής, η αδυναμία πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες, ο διαφορετικός τρόπος ζωής τόσο κατά τη διάρκεια του ταξιδιού όσο και στη χώρα προορισμού μπορούν να συμβάλουν αρνητικά στη καλή υγεία των ατόμων (WHO, 2023). Τα ανωτέρω σε συνδυασμό με τις περιοριστικές πολιτικές μετανάστευσης, τα οικονομικά προβλήματα και τις διακρίσεις φέρνουν τους πρόσφυγες και τους μετανάστες αντιμέτωπους με εμπόδια που αφορούν την αδύνατη ή περιορισμένη πρόσβαση στην υγεία οφειλόμενη είτε σε νομικούς παράγοντες είτε λόγω έλλειψης διερμηνέων, πόρων κ.α. (WHO, 2023). Από τα στοιχεία προκύπτει ότι μερικά από τα προβλήματα υγείας που δύναται να αντιμετωπίσουν οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο είναι ότι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο περιγεννητικής θνησιμότητας και επιπολασμού διαταραχής μετατραυματικού άγχους (PTSD) (Bradby et al., 2015, Priebe et al., 2016) ενώ σημαντικά πλήττεται η ψυχική υγεία των παράτυπων μεταναστών σε αντίθεση με τους νόμιμους μετανάστες και τους πληθυσμούς υποδοχής (Spallek et al., 2014).

Σύμφωνα με τη σύμβαση του 1951 της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών και τα όσα επιβάλλει, ο πρόσφυγας διαθέτει τα ίδια δικαιώματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας της εκάστοτε χώρας που είναι ίδιες με τις παροχές που προσφέρονται και για τους πολίτες της (IOM, 2016). Παρά το γεγονός ότι ο ΠΟΥ για την Ευρώπη συναινεί και δεσμεύεται να διασφαλίσει τη διαθεσιμότητα, τη προσβασιμότητα, την οικονομική προσιτότητα της ποιότητας των βασικών υπηρεσιών υγείας για όλους τόσο σε περιβάλλον διέλευσης όσο και υποδοχής (WHO, 2023). Μόνο οι γυναίκες στην Ευρώπη αντιπροσωπεύουν το 52,4 % του μεταναστευτικού πληθυσμού (EUROSTAT, 2016). Η επιλογή της μετανάστευσης δεν θεωρείτο επιβαρυντικός παράγοντας για την υγεία καθώς οι περισσότεροι μετανάστες ενδέχεται να είναι υγιείς (WHO, 2023a, 2023b). Όμως η διαδικασία της μετανάστευσης δύναται να προκαλέσει προβλήματα στη σωματική, τη ψυχική και την κοινωνική υγεία του ατόμου που προέρχονται από τις ειδικές συνθήκες που επικρατούν (WHO, 2023a, 2023b). Από τα πιο σημαντικά εμπόδια αναφορικά με την υγεία των μεταναστών είναι η κατανόηση των ειδικών αναγκών υγείας και η ελλιπής επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας σε συνδυασμό με την ανεπαρκή ανταπόκριση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης όπως αυτή προκύπτει από τα νομικά ζητήματα των μεταναστών (WHO, 2016). Η μετανάστευση καθόλη τη διάρκεια της ενέχει κινδύνους για την υγεία των ατόμων ενώ

η περίοδος διαβίωσης στη χώρα υποδοχής δύναται να επηρεάσει τα μεταδοτικά και μη νοσήματα των μεταναστών (De Vito et al., 2015).

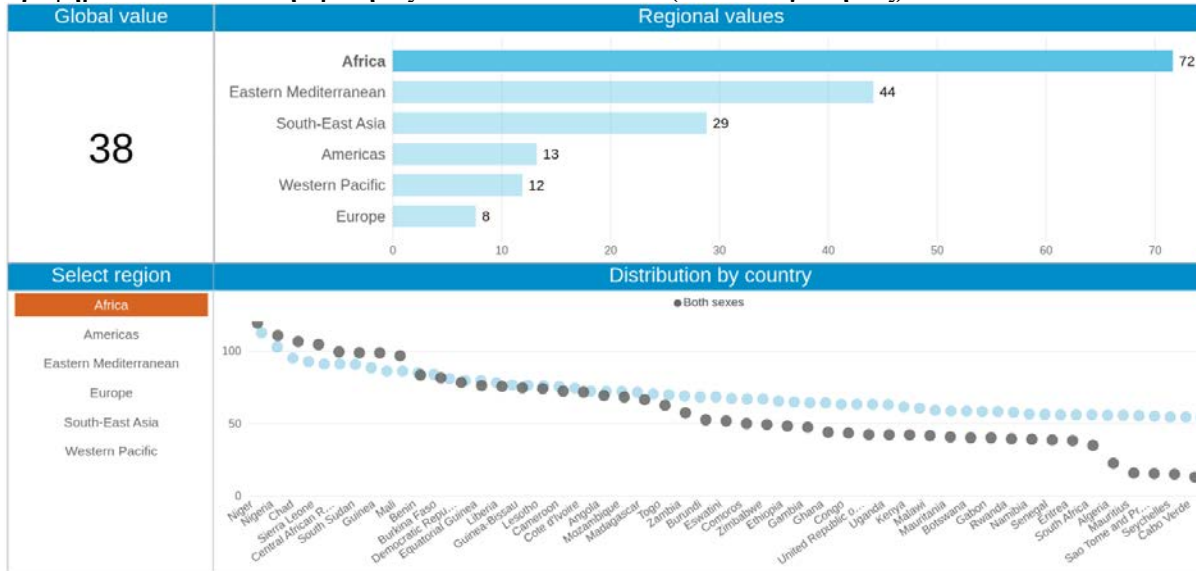
Οι πολεμικές συρράξεις, η φτώχεια, οι μετακινήσεις πληθυσμών, ο υποσιτισμός, η συνθήκες υπερπληθυσμού και κακής υγιεινής ευνοούν σημαντικά την μετάδοση ασθενειών με τις ευπαθείς ομάδες να διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο (Vorou et al., 2007). Τα περιστατικά φυματίωσης δύναται να αυξηθούν εξαιτίας των κατεστραμμένων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, της διακοπής προηγούμενης αντιφυματικής θεραπείας, της ταυτόχρονης μόλυνσης από HIV, του στρες ενισχύοντας τη συχνότητα της (Kimbrough et al., 2012). Το ποσοστό του επιπολασμού στις κύριες χώρες είναι χαμηλό με τη δυνατότητα μετάδοσης στις χώρες υποδοχής να είναι εξίσου χαμηλό. Παρ' όλα αυτά τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι οι μετανάστες αποκτούν HIV μετά την άφιξη τους (WHO, 2016). Ο ιός της Ηπατίτιδας Β (HBV) είναι ιδιαίτερα συχνός σε μετανάστες της Υποσαχάριας Αφρικής (Rossi et al., 2012). Άλλες ασθένειες που έχουν εξαλειφθεί με εμβολιασμό αλλά παρατηρούνται είναι η ιλαρά, η ανεμοβλογιά και η ερυθρά (Greenaway et al., 2015).

Τα πιο κοινά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν κατά την άφιξη αλλά και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού είναι τυχαίοι τραυματισμοί, υποθερμία, γαστρεντερικά και αναπνευστικά προβλήματα, καρδιαγγειακά και δερματολογικά συμβάντα, γυναικολογικές -μαιευτικές επιπλοκές και ψυχικές ασθένειες (Firenze et al., 2014). Η εγκυμοσύνη για τις γυναίκες είναι μια ευαίσθητη περίοδος ειδικά για τις μετανάστριες (Bunevicius et al., 2009) (Schetter, 2011). Για αυτό το λόγο έχει δημιουργηθεί μια τάση όπου παρατηρούνται ελάχιστα αποτελέσματα εγκυμοσύνης των μεταναστριών (WHO, 2018) που οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο μητρικής-νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Almeida et al., 2018) (Zwartt et al., 2008). Ωστόσο, οι γυναίκες, οι ασυνόδευτοι ανήλικοι και τα παιδιά ενδεχομένως να έρθουν αντιμέτωπα και με άλλα προβλήματα όπως η σχέση υγείας της μητέρας, του παιδιού και του νεογνού, η βία και τα προβλήματα γυναικολογικής φύσεως (WHO, 2016). Ακόμη, οι γυναίκες είναι ευάλωτες στη βία τόσο σε σχέση με το φύλο όσο και με τη σεξουαλική βία (Keygnaert et al, 2012). Άλλα προβλήματα που σχετίζονται με το φύλο είναι η πρόσβαση σε υπηρεσίες αναπαραγωγής, προγεννητικού και μαιευτικού ελέγχου καθώς και προληπτική υγειονομική περίθαλψη είναι υψίστης σημασίας (Keynegart et al., 2012).

Στη Αφρική εντοπίζονται εκτεταμένα προβλήματα με μεταδιδόμενα και μη-μεταδιδόμενα νοσήματα, ταυτόχρονα με υποσιτισμό και συστήματα δημόσιας υγείας με ελλείψεις, όπου συνολικά επιφέρουν σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία και τη δημόσια υγεία, το προσδόκιμο ζωής, την θνησιμότητα ενηλίκων και παιδιών (Βλ. Γράφημα 1 και 2) και την ποιότητα ζωής (WHO, 2023a, 2023b, WHO, 2022, WHO Regional Office for Africa, 2023, WHO Regional Office for Africa, 2022, 2023).

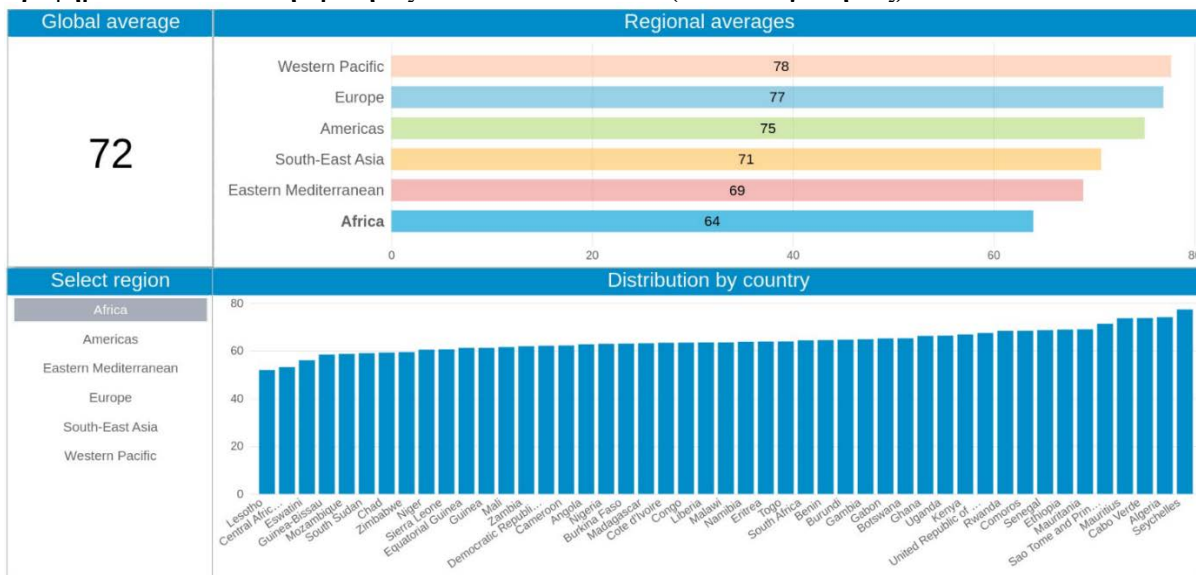
Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες

**Γράφημα 1: Ποσοστό θνησιμότητας κάτω των πέντε ετών (ανά 1000 γεννήσεις)**



Πηγή: WHO (2024). Under-five mortality rate (per 1000 live births) (SDG 3.2) [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/under-five-mortality-rate-\(probability-of-dying-by-age-5-per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/under-five-mortality-rate-(probability-of-dying-by-age-5-per-1000-live-births))

**Γράφημα 2: Ποσοστό θνησιμότητας κάτω των πέντε ετών (ανά 1000 γεννήσεις)**

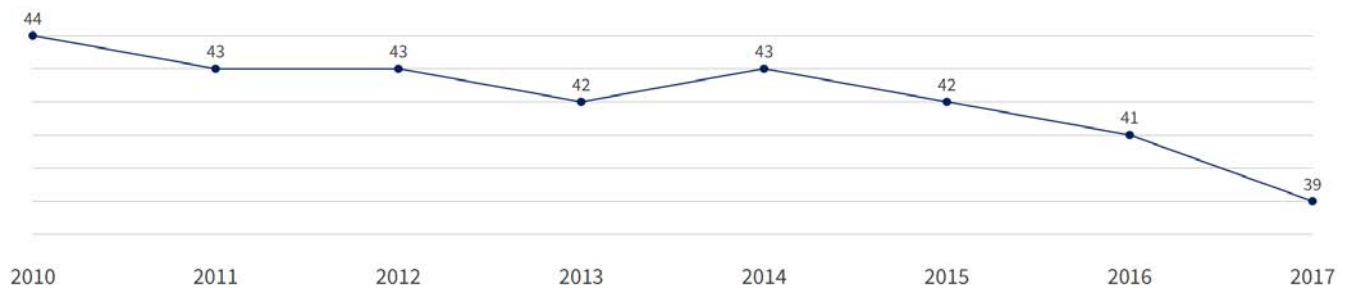


Πηγή: WHO (2024). Life expectancy at birth (years) [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years))

### 1.6.1. Φυματίωση

Οι χώρες με υψηλό επιπολασμό της φυματίωσης θεωρούνται ιδιαίτερα επικίνδυνες για μόλυνση τόσο για τους πρόσφυγες όσο και για τους μετανάστες (Βλ. Γράφημα 3) που προέρχονται από αυτές (Aldrindge et al., 2016). Χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και της Κεντρικής Ασίας διαθέτουν υψηλό φορτίο πολυανθεκτικής φυματίωσης με αποτέλεσμα οι πληθυσμοί αυτοί να αντιμετωπίζουν άνισο φορτίο πολυανθεκτικής φυματίωσης σε αντίθεση με τους πληθυσμούς υποδοχής (WHO, 2017). Ένας από τους κύριους παράγοντες φυματίωσης μεταξύ μεταναστών και προσφύγων μετά τη άφιξη στη χώρα υποδοχής θεωρείται η ενεργοποίηση λανθάνουσας λοίμωξης (Kunst et al., 2017). Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιδημιολογία της φυματίωσης είναι ο επιπολασμός στη χώρα καταγωγής και διέλευσης, οι συνθήκες τόσο κατά τη διέλευση και την υποδοχή όσο κατά τη διαβίωση και την εργασία, ο υποσιτισμός και τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Hargreaves et al., 2018).

**Γράφημα 3: Ποσοστό θνησιμότητας από φυματίωση (ανά 100.000 πληθυσμού) στην αφρικανική περιοχή του ΠΟΥ, 2010–2017**



Πηγή: WHO (2022a). Atlas of African Health Statistics 2022: Health situation analysis of the WHO African Region, 219. <https://tinyurl.com/5cxetw4f>

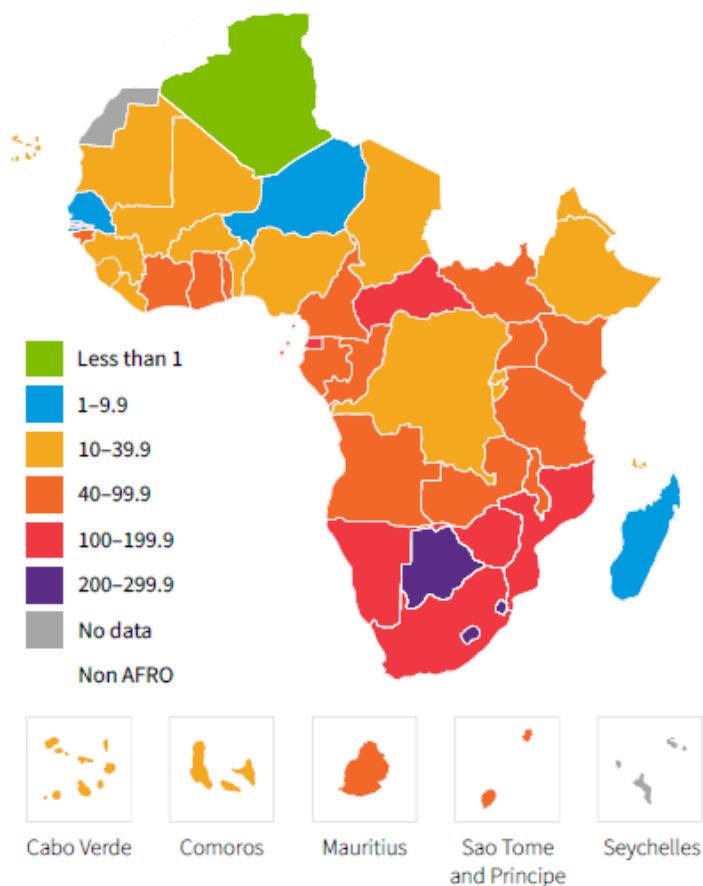
### 1.6.2. HIV

Αν και υπολογίζεται ότι σχεδόν το 40% των νέων κρουσμάτων HIV στην Ευρώπη οφείλεται σε άτομα που προέρχονται εκτός της χώρας αναφοράς (Βλ. Γράφημα 4), τα στοιχεία που συλλέγονται δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό προσφύγων και μεταναστών που νοσούν από HIV, προερχόμενοι και από χώρες υψηλού επιπολασμού, μετά την άφιξη τους στη Περιφέρεια αποκτούν τη λοίμωξη (ECDC, 2017, Fakoya et al., 2015, Rice et al., 2012). Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ για τα 47 κράτη της ευρωπαϊκής περιφέρειας, το 2016 το 21% των νέων διαγνώσεων αφορούσε άτομα προερχόμενα από χώρες εκτός αναφοράς, το 6% προέρχονταν από άλλες χώρες, το 15% εκτός της περιφέρειας (ECDC, 2016). Όταν η τοποθεσία της μόλυνσης είναι γνωστή, 10 χώρες στο ανατολικό τμήμα της περιοχής έκαναν αναφορά ότι μόνο για το 10% των ανθρώπων που νοσούν από τον ιό μολύνθηκαν πριν τη

Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες

μετανάστευση ενώ εξαιτίας αυτού του 10%, η πλειονότητα προσβλήθηκε από τη μόλυνση σε γειτονικές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (ECDC, 2017). Μια άλλη έρευνα περιπτώσεων που πραγματοποιήθηκε τα έτη 2007-2012 συμπέρανε πως περισσότερο από το 50% των μεταναστών που μολύνθηκαν προέρχονταν από χώρες της υποσαχάριας Αφρικής (Hernando et al., 2015). Αναφορικά με το γενικό πληθυσμό, συγκεκριμένες ομάδες δύναται να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης (UNAIDS, 2017). Χαρακτηριστικό παράδειγμα, η περίπτωση των μεταναστών της Λατινικής Αμερικής όπου το 59% των νοσούντων στην ευρωπαϊκή περιφέρεια του ΠΟΥ, επικεντρώθηκε σε άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άτομα του ίδιου φύλου (Williams & Noori, 2014).

**Γράφημα 4: Ποσοστό θνησιμότητας που σχετίζεται με το AIDS (ανά 100.000 πληθυσμού) στην περιοχή της Αφρικής του ΠΟΥ, 2018**



Πηγή: WHO (2022a). Atlas of African Health Statistics 2022: Health situation analysis of the WHO African Region, 220. <https://tinyurl.com/5cxetw4f>

### 1.6.3. Ηπατίτιδα Β και Ηπατίτιδα C

Οι επιπτώσεις με HCV και HBV διαφέρουν αναφορικά με τη χώρα ή την περιοχή καταγωγής τόσο των προσφύγων όσο και των μεταναστών (Corrola et al., 2015, Rossi et al., 2012) ενώ ο επιπολασμός διαφέρει σε σύγκριση με αυτό των κρατών μελών της ευρωπαϊκής περιφέρειας του ΠΟΥ (CDC, 2016). Αυξημένος επιπολασμός λοίμωξης από τον ιό διαπιστώθηκε σε πρόσφυγες και μετανάστες από την υποσαχάρια και βόρεια Αφρική σε σύγκριση με τον πληθυσμό υποδοχής ορισμένων χωρών της ΕΕ (Khyatti et al., 2014). Το ποσοστό χρόνιας λοίμωξης από HBV παρατηρείται σε περισσότερο από 10% σε άτομα της ανατολικής Ασίας, του Ειρηνικού και της Υποσαχάριας Αφρικής, σε 4-6% σε άτομα της κεντρικής και νότιας Ασίας και λιγότερο από 2% σε χώρες της Βόρειας Αφρικής, Λατινικής Αμερικής κ.α. Στοιχεία από 31 κράτη μέλη της ευρωπαϊκής περιφέρειας του ΠΟΥ ανέδειξαν ότι σε ποσοστό 53% του πληθυσμού προσφύγων και μεταναστών γεννήθηκαν σε χώρες υψηλής ή ενδιάμεσης ενδημικότητας της HBV ενώ το 79% προέρχεται από χώρες υψηλής ενδημικότητας HVC (ECDC, 2016). Πιο αναλυτικά, για το 2015 οι μετανάστες και οι πρόσφυγες που προέρχονταν από περιοχές υψηλού επιπολασμού HCV και που ζούσαν χρόνια με τη λοίμωξη από HCV υπολογίζονται σε 300.000-900.000 (ECDC, 2016).

### 1.6.4. Τροπικές παρασιτικές λοιμώξεις και παραμελημένες τροπικές ασθένειες

Οι παρασιτικές και τροπικές λοιμώξεις συνήθως συσχετίζονται με περιόδους λανθάνουσας κατάστασης ή χρόνιας με σοβαρό κίνδυνο για την ατομική υγεία εάν παραμεληθούν (Mailo et al., 2015). Η μη έγκαιρη αναγνώριση και διάγνωση και η καθυστερημένη χορήγηση θεραπείας μιας λανθάνουσας ή χρόνιας λοίμωξης, δύναται να τροποποιηθεί σε διάχυτη λοίμωξη (Guttenberg et al., 2008). Για παράδειγμα, η σιγκέλωση είναι συχνά ενδημική σε τέτοιες περιπτώσεις αλλά θεωρείτο χαμηλή απειλή για το σύνολο του πληθυσμού με την κακή υγιεινή στα κέντρα υποδοχής να συμβάλλουν στην αύξηση του κινδύνου για το προσφυγικό πληθυσμό καθώς και για το προσωπικό εργασίας των εγκαταστάσεων (ECDC, 2015). Αυξημένη θεωρείται και η πιθανότητα επανεμφάνισης της ελονοσίας που αποδίδεται σε άτομα που διέρχονται από την υποσαχάρια Αφρική στην Ευρώπη (Khyatti et al., 2014) εξαιτίας του κουνουπιού *P.vivax* και των μεταναστών από χώρες υψηλής ενδημικότητας. Παράδειγμα αναφοράς θεωρείτο η επιδημία ελονοσίας του Τατζικιστάν το 1990-2009, συμπεριλαμβανομένης με την αποκατάσταση του *Plasmodium falciparum*, η οποία συνδέθηκε με τον ερχομό των προσφύγων και των μεταναστών από το Αφγανιστάν, με αποκατάσταση της εγχώριας μετάδοσης ελονοσίας *P.vivax*, που

Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες

έλαβε χώρα στην Ελλάδα το 2009-2011 και οφειλόταν σε μεταναστευτικές ροές από το Πακιστάν (WHO, 2018, Keeprno, 2017).

Πάνω από 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι παγκοσμίως προσβάλλονται από 17 βακτηριακές, παρασιτικές και ιογενείς ασθένειες γνωστές ως παραμελημένες τροπικές ασθένειες (NTDs), οι οποίες είναι διαδεδομένες σε τροπικές και υποτροπικές περιοχές (WHO, 2024). Η αφρικανική περιοχή του ΠΟΥ, η οποία αποτελείται από 47 κράτη μέλη, φιλοξενεί περίπου το 40% των πληγέντων και για μη προνομιούχους πληθυσμούς που κατοικούν σε τροπικά κλίματα και δύσκολες τοποθεσίες, οι ΠΤΑ αποτελούν σημαντικό ζήτημα για τη δημόσια υγεία (WHO, 2024) (Βλ. Γράφημα 5 και 6). Τα NTDs επηρεάζουν περισσότερο τις κοινότητες που ζουν σε ζώνες συγκρούσεων, αστικές φτωχογειτονίες και αγροτικές περιοχές (WHO, 2024).

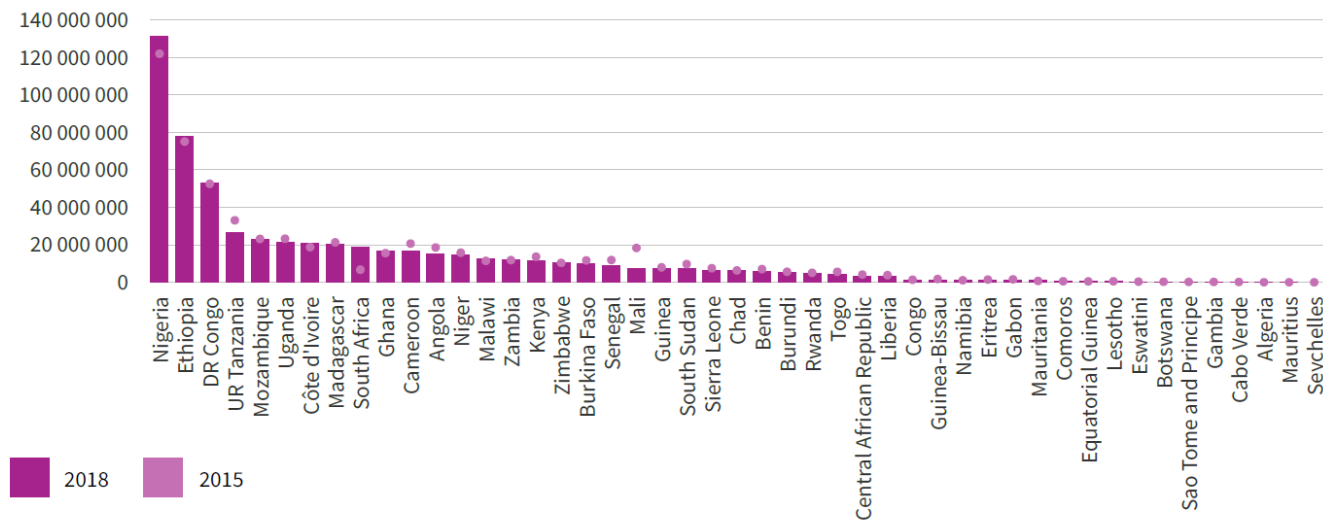
**Γράφημα 5: Σύνολο ατόμων που χρειάζονται παρεμβάσεις κατά των παραμελημένες τροπικές ασθένειες (ΠΤΑ/NTDs) στην Αφρικανική Περιοχή του ΠΟΥ, 2010–2017**



Πηγή: WHO (2022a). Atlas of African Health Statistics 2022: Health situation analysis of the WHO African Region, 79. <https://tinyurl.com/5cxetw4f>



**Γράφημα 6: Άτομα που χρειάζονται παρεμβάσεις κατά των παραμελημένων τροπικές ασθένειες (ΠΤΑ/NTDs) στην Αφρικανική Περιοχή του ΠΟΥ, 2015 και 2018**



Πηγή: WHO (2022a). Atlas of African Health Statistics 2022: Health situation analysis of the WHO African Region, 79. <https://tinyurl.com/5cxetw4f>

### 1.6.5. Ψυχική υγεία

Το ακριβές ποσοστό του επιπολασμού αναφορικά με τις ψυχωσικές διαταραχές είναι αδύνατο να εκτιμηθεί καθώς αυτές έχουν αξιολογηθεί σε κλινικές μελέτες και όχι σε πληθυσμιακές (Pribe et al., 2016). Από τα όσα στοιχεία υπάρχουν έχει διαπιστωθεί ότι οι πρόσφυγες διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ψυχωσικών διαταραχών συγκριτικά με τους μετανάστες και το πληθυσμό υποδοχής ενώ ιδιαίτερα ευάλωτοι θεωρούνται οι άνδρες πρόσφυγες (Hollander, et al., 2016, Darunt, et al., 2017). Ωστόσο άλλες μελέτες αναδεικνύουν τη διαδικασία της μετανάστευσης και της εθνοτικής μειονότητας ως καταστάσεις με μικρότερη επίδραση σε αντίθεση με τους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες και τις εμπειρίες τραύματος κατά την παιδική ηλικία (Darunt et al., 2017, Nerhus, et al., 2016). Μια μελέτη κοόρτης στη Σουηδία ανέδειξε ότι οι ψυχωσικές διαταραχές είναι πολύ περισσότερες όταν η μετανάστευση λαμβάνει χώρα κατά τη βρεφική ηλικία ενώ ο κίνδυνος διακυμαίνεται ανά περιοχή προέλευσης με τους μετανάστες της Αφρικής να διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση σχιζοφρένειας (Dykhroom, et al., 2017, Simon, et al., 2015). Οι μετανάστες εργατικού δυναμικού με υψηλή ή χαμηλή ειδίκευση απασχολούνται ποικίλως με μόνιμο, προσωρινό ή και κανένα δικαίωμα παραμονής (ILO, 2015). Ακολουθούν οι παράτυποι μετανάστες χωρίς κοινωνική ασφάλιση ή πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Simon et al., 2015, Wrench et al., 2016). Οι μετανάστες στο χώρο εργασίας υφίστανται διακρίσεις, εκμετάλλευση, ακατάλληλες συνθήκες εργασίας και ψυχοκοινωνικά προβλήματα με τα συνηθέστερα από αυτά να είναι

μυοσκελετικά, προβλήματα ψυχικής υγείας και αναπνευστικά (Simon et al., 2015). Από τα στοιχεία προκύπτει ότι το φύλο συμβάλλει σημαντικά με τους άνδρες να τραυματίζονται περισσότερο σε αντίθεση με τις γυναίκες μετανάστριες (Salvatore et al., 2013). Οι μετανάστριες εργάζονται ως εργάτριες εποχιακά ή σε οικιακές υπηρεσίες με προφορική σύμβαση και περιορισμένες ευκαιρίες καταγγελίας, αναρρωτικής άδειας και επαγγελματικής ασφάλειας (Dykxhroom et al., 2017, Ahonen et al., 2010). Σε αντίθεση με τους άνδρες που απασχολούνται σε παρακινδυνευμένους τομείς όπως ορυχεία και κατασκευές (Simon et al., 2015, Giraud et al., 2017).

#### **1.6.6. Μαιευτική και περιγεννητική υγεία**

Ο ΠΟΥ σε πρόσφατη ανασκόπηση αποφάνθηκε ότι οι γυναίκες μετανάστριες και πρόσφυγες καταγράφουν τα λιγότερα αποτελέσματα εγκυμοσύνης συγκριτικά με τις μη μετανάστριες, συμπεριλαμβανομένης των επεισοδίων που αφορούσαν αμβλώσεις, καισαρικές τομές και επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού (Keygnaert et al., 2016). Η μητρική θνησιμότητα στην ευρωπαϊκή περιφέρεια του ΠΟΥ, είναι σαφώς υψηλότερη στις μετανάστριες (Acunzo et al., 2018, Barona- Vilar et al., 2014). Ωστόσο, στην Γαλλία είναι 2,5 φορές μεγαλύτερη για τις γυναίκες πρόσφυγες και μετανάστριες από αυτό των ντόπιων γυναικών ενώ το ίδιο ποσοστό αυξάνεται κατά 3,5 φορές για τις γυναίκες της Αφρικής (Deneux-tharaux et al., 2017, Pedersen et al., 2013). Η μητρική θνησιμότητα με επαρκή φροντίδα, σωστή ιατρική υποστήριξη και διατήρηση των παραγόντων που προστατεύουν τις γυναίκες από επιπτώσεις σχετικές με την μαιευτική και περιγεννητική υγεία όπως το ιστορικό της μητέρας, τη χώρα καταγωγής τον δείκτη ανάπτυξης και το εκάστοτε υγειονομικό σύστημα (Acunzo et al., 2018). Το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, η καλή γνώση της τοπικής γλώσσας, το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης αλλά και η διάρκεια παραμονής στη χώρα υποδοχής και στη χώρα που την εφαρμόζει συντελούν ισχυρή πολιτική ένταξης (Barona- Vilar et al., 2014, Cantarutti et al., 2017, Racape et al., 2015). Μια μελέτη στη Σουηδία παρατήρησε αυξημένο ποσοστό περιγεννητικών θανάτων που θα μπορούσε να αποφευχθεί (Essen et al., 2002) με παράγοντες όπως έλλειψη υγειονομικής περίθαλψης, άρνηση ιατρικών παρεμβάσεων, ανεπαρκής φαρμακευτική αγωγή και παρακολούθηση ενδομήτριου, κακή διαπροσωπική επικοινωνία και λανθασμένη διάγνωση καρδιογραφίας (Essen et al., 2002, Esscher et al., 2013). Οι κακές συνθήκες διαβίωσης, η φτώχεια και η ανεργία οδηγούν στην έκθεση της γυναίκας σε περαιτέρω κινδύνους όπως μόλυνση από HIV, φυματίωση, άλλων σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων, εμπορία, σεξουαλική εργασία (Haukka et al., 2017, Keygnaert et al., 2014, Weine et al., 2013). Τα περαιτέρω σε συνδυασμό με την μειωμένη πρόσβαση σε οικογενειακό προγραμματισμό και αντισύλληψη, στη χαμηλή γυναικολογική υγειονομική περίθαλψη συμβάλλουν στα μειωμένα

αποτελέσματα εγκυμοσύνης (Hargreaves et al., 2018). Τα προβλήματα ψυχικής υγείας δεν παραλείπονται για τις γυναίκες μετανάστριες πριν, κατά και μετά την εγκυμοσύνη (Corbani, et al., 2017). Ωστόσο παράγοντες καθορισμού για τα προβλήματα ψυχικής υγείας ή της κατάθλιψης της μητέρας μετά τον τοκετό στην Ευρώπη περιλαμβάνουν κοινωνική απομόνωση, γλωσσικά εμπόδια, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις με την οικογένεια, έλλειψη κοινωνικής/συναισθηματικής υποστήριξης, πολιτιστικές συγκρούσεις, ανύπαντρη μητέρα, προηγούμενη κατάθλιψη η μηδενική επαφή με το σύντροφο (Nilaweera et al., 2014, Wittkowski et al., 2017).

### **1.6.7. Αναπαραγωγική και Σεξουαλική βία**

Ο κίνδυνος εκούσιας εγκυμοσύνης είναι υψηλός για τους παράτυπους μετανάστες (Cassillas et al., 2015). Μια μελέτη στη Σουηδία ανέδειξε ότι τόσο οι γνώσεις μεθόδων αντισύλληψης όσο και η χρήση αντισυλληπτικών ήταν χαμηλότερη και αφορούσε τις μετανάστριες (Larsson et al., 2018). Όσον αφορά τον ακρωτηριασμό των γεννητικών οργάνων, πρόκειται για μια πρακτική που για τις περισσότερες χώρες της ΕΕ θεωρείτο παράνομη (EC, 2013). Παρ' όλα αυτά παρατηρείται σε ομάδες ενώ πολλές μετανάστριες δύναται να τον έχουν υποστεί στη χώρα καταγωγής (Ford et al., 2018). Ο συγκεκριμένος ακρωτηριασμός μπορεί να προκαλέσει μόνο μια σειρά από επιπλοκές όπως πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή ή στη διαδικασία γέννησης, επιπλοκές στο τοκετό και ψυχολογικά προβλήματα (Hamid, et al., 2018). Άλλοι παράγοντες όπως η ιδιότητα του πρόσφυγα ή του μετανάστη, η έλλειψη εκπαίδευσης καθώς και η συμμετοχή σε θρησκευτικές οργανώσεις δύναται αν συνδεθούν με τον ακρωτηριασμό γυναικείων γεννητικών οργάνων (Koukkula et al., 2016). Όμως από στοιχεία προκύπτει ότι η μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στη χώρα υποδοχής συμβάλλει στην απόρριψη αυτής της πρακτικής (Wahlberg et al., 2017). Η σεξουαλική βία αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας με σοβαρές συνέπειες στην ψυχική, σωματική και σεξουαλική υγεία με τους περισσότερους πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο και μετανάστες να υφίστανται αυτή σε χώρους προορισμού αλλά και σε χώρους διέλευσης (Chynoweth et al., 2017) (Keygnaert et al., 2012) (Oliverira et al., 2018). Αναφορικά με την Ευρώπη, τόσο πρόσφυγες όσο και μετανάστες έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής βίας μετά την άφιξη τους (Keygnaert et al., 2008). Αν και οι γυναίκες και τα παιδιά κινδυνεύουν περισσότερο ως θύματα σεξουαλικής βίας, θα πρέπει να συμπεριλάβουμε τους άνδρες αλλά και άλλες ομάδες όπως ομοφυλόφιλοι και διεμφιλικά άτομα (Chynoweth et al., 2017) με αυξημένο τον κίνδυνο των ΣΜΝ (Pannetier et al., 2018). Οι εγκαταστάσεις υποδοχής σε 7 ευρωπαϊκές χώρες αναδεικνύουν ότι παρά τη γνώση των επαγγελματιών υγείας οι κάτοικοι αγνοούσαν την ύπαρξη αυτών όπου σε διαφορετική

Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες

περίπτωση η σεξουαλική βία με περισσότερα προληπτικά μέτρα θα μπορούσε να αποφεύγει (Oliveira, et al., 2018).

### **1.7. Η πρόσβαση και της χρήση υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες στην Ελλάδα**

Οι αιτούντες/αιτούσες άσυλο μπορούν επίσης να επωφεληθούν από τις ρυθμίσεις που επιφέρει ο Ν. 4368/2016 (ΦΕΚ, 2016), το οποίο προσφέρει δωρεάν πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας και συνταγογραφούμενα φάρμακα για όσους δεν έχουν κοινωνική ασφάλιση και μέλη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Ο Προσωρινός Αριθμός Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (ΠΑΑΥΠΑ) Παρ. 2 Άρθ. 55 Ν. 4636/2019 (ΦΕΚ, 2019) αποδίδεται σε αιτούντες άσυλο πρέπει να λαμβάνουν ΠΑΑΥΠΑ εκτός από την κάρτα του αιτούντος άσυλο χορηγείται ταυτόχρονα με τον αριθμό αιτήσαντος ασύλου. Εξ αυτού δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση σε όλες τις ιατρικές, φαρμακευτικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες. Οι κάτοχοι άδειας διαμονής ή/και νόμιμα εργαζόμενοι έχουν πλήρη πρόσβαση στο ΕΣΥ. Εντούτοις, όπως επισημαίνει η έκθεση AIDA για το 2023 (AIDA, 2014) εξακολουθούσαν να υφίσταντο δυσκολίες πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, καθώς οι δημόσιες δομές υγειονομικής περίθαλψης δεν είχαν διερμηνείς και πολιτιστικούς διαμεσολαβητές υγείας. Στην έκθεση σημειώνεται ότι τα πιο σημαντικά εμπόδια στη λήψη υγειονομικής περίθαλψης ήταν α) τα γλωσσικά εμπόδια, και β) δυσκολίες στην απόκτηση των απαιτούμενων εγγράφων (π.χ. ΠΑΑΥΠΑ). Επιπλέον, αναφορικά με τη συνέχεια του προγράμματος Ολοκληρωμένη Επείγουσα παρέμβαση Υγείας για την προσφυγική Κρίση – Πρόγραμμα Philos που υλοποιείται από τον ΕΟΔΥ αναμένεται να συνεχιστεί με χρηματοδότηση από το TAME 2021–2027 (ΕΟΔΥ, 2023, TAMEY, 2024).

Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες

## **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:**

### **2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **2.1.Σκοπός και στόχοι έρευνας**

Οι ολοκληρωμένες ανασκοπήσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν ποικίλες πηγές δεδομένων, όπως ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, γραπτές εργασίες, αναφορές από μελέτες και δημοσίευτες έρευνες. Μια αξιόπιστη συστηματική ανασκόπηση χαρακτηρίζεται συχνά από τη συμπερίληψη δεδομένων από διαφορετικές βάσεις δεδομένων, όπως υπογραμμίζει ο Γαλάνης (2017). Στην παρούσα μελέτη, η αναζήτηση περιελάμβανε τις βάσεις δεδομένων Google Scholar (αγγλικά, ελληνικά), Scopus και PubMed. Κεντρικό ερώτημα της εργασίας είναι: εάν και κατά πόσο οι γυναίκες μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και πρόσφυγες από την Αφρική έχουν πρόσβαση και χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

#### **2.2.Η ανασκόπηση βιβλιογραφίας**

Η συστηματική ανασκόπηση βιβλιογραφίας είναι ένας τύπος βιβλιογραφικής ανασκόπησης που αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη επιστημονική υπόθεση και ο οποίος στοχεύει στην αναγνώριση, την εκτίμηση και τη προτίμηση των κατάλληλων μεθοδολογικά σχεδιασμένων μελετών εξασφαλίζοντας με αυτό το τρόπο τη πλέον αξιόπιστη πληροφορία (Γαλάνης, 2009, 2017). Η εργασία έθεσε κριτήρια ένταξης / αποκλεισμού των ερευνών κατά την αναζήτηση και την επιλογή τους, με διαγραμματική απεικόνιση ροής της της στρατηγικής αναζήτησης και πίνακα σχολιασμού των μελετών βάσει της μεθοδολογίας PRISMA (Moher et al., 2009). Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες που προέρχονται από λιγότερο αναπτυσσόμενες χώρες της Αφρικής επιχειρεί να αποδώσει μια ολοκληρωμένη εικόνα της τρέχουσας κατάστασης της γνώσης, να εντοπιστούν τα κύρια θέματα και στοιχεία και να αναλυθούν τα ευρήματα των προηγούμενων μελετών. Εφαρμόζοντας τη

μεθοδολογία PICO, χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά στα αγγλικά και στα ελληνικά, με σκοπό τη δημιουργία διαγράμματος ροής και πίνακα με τις έρευνες:

P (Πληθυσμός): Γυναίκες από την Αφρική/αφρικανικής εθνικότητας στην Ελλάδα (μετανάστριες, αιτούσες άσυλο, πρόσφυγες/δικαιούχοι προστασίας), ενήλικες

I (Εκθεση ή Παρέμβαση): Εμπόδια, ανισότητα κατά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας

C (Σύγκριση): Παροχή υπηρεσιών υγείας

O (Έκβαση): Πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας ή αποκλεισμός από αυτές

### 2.3.Περιγραφή στρατηγικής αναζήτησης: Η ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Η παρούσα ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που παρουσιάστηκαν στην αρχή της εργασίας. Η αναζήτηση σχετικών μελετών περιελάμβανε τη χρήση κατάλληλων "όρων αναζήτησης" τόσο στην ελληνική όσο και στην αγγλική γλώσσα, σε συνδυασμό με λογικούς τελεστές σε κάθε γλώσσα (Γαλάνης 2017), σύμφωνα με τον ακόλουθο πίνακα (2-3):

**Πίνακας 2: Λέξεις-κλειδιά των αναζητήσεων**

<b>2015-2023 PubMed</b>
(((((women) OR (female)) AND (from africa)) AND (health care)) AND (services)) AND (access)) OR (use)) OR (inequality)) OR (inequalities)) OR (exclusion)) AND (in Greece)
<b>2015-2023 Scopus</b>
( TITLE-ABS-KEY ( women ) OR TITLE-ABS-KEY ( female ) AND TITLE-ABS-KEY ( from AND africa ) AND TITLE-ABS-KEY ( health AND care ) AND TITLE-ABS-KEY ( services ) AND TITLE-ABS-KEY ( access ) OR TITLE-ABS-KEY ( use ) OR TITLE-ABS-KEY ( inequality ) OR TITLE-ABS-KEY ( inequalities ) AND TITLE-ABS-KEY ( in AND greece ) )
<b>2015-2023 Google Scholar (EN)</b>
"women" OR "female*" AND "from africa" AND "health care" AND "services" AND "access" OR "use" OR "inequality" OR "inequalities" OR "exclusion" AND "in Greece"
<b>2015-2023 Google Scholar (EL)</b>
"γυναίκες" OR "γυναικών*" AND "από την Αφρική" OR "αφρικανές" OR "αφρικανών" AND "υγεία" AND "υπηρεσίες" OR "υπηρεσιών" AND "πρόσβαση" OR "χρήση" OR "ανισότητα" OR "ανισότητες" OR "αποκλεισμός" AND "στην Ελλάδα"

Αφού εισήχθησαν οι «όροι αναζήτησης»/« λέξεις κλειδιά» στις δύο προαναφερόμενες βάσεις δεδομένων, επιλέχθηκε η χρονική περίοδος που προκαθορίστηκε και η εμφάνιση των αποτελεσμάτων με βάση τη σχετικότητα. Εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε αρχικά έλεγχος των τίτλων και συνακολούθως έλεγχος της περίληψης των εμφανιζόμενων αποτελεσμάτων. Στο τελικό στάδιο πραγματοποιήθηκε έλεγχος του συνόλου του κειμένου των εναπομεινάντων μελετών.

**Πίνακας 3: Στρατηγική αναζήτησης PubMed**

	Λέξεις-κλειδιά	Αναζήτηση	Μελέτες
Πληθυσμός/ Πρόβλημα	"women" OR "female*" AND "from Africa" AND "in Greece"	#1	740
Παρέμβαση	"health care" AND "services"	#2	789,169
Έκθεση	"inequality" OR "inequalities"	#3	75,622
Έκβαση	"access" OR "use" OR "exclusion"	#4	7,117,124
	#1 AND #2 AND #3 AND #4	#5	42,976
	#6 Filters: Publication date from 2015/01/01 to 2023/12/31; Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, English, Female.	#7	546

**Πίνακας 4: Στρατηγική αναζήτησης Scopus**

	Λέξεις-κλειδιά	Αναζήτηση	Μελέτες
Πληθυσμός/ Πρόβλημα	"women" OR "female*" AND "from Africa" AND "in Greece"	#1	245
Παρέμβαση	"health care" AND "services"	#2	808,251
Έκθεση	"inequality" OR "inequalities"	#3	346,330
Έκβαση	"access" OR "use" OR "exclusion"	#4	1,725,806
	#1 AND #2 AND #3 AND #4	#5	6
	#6 Filters: Publication date from 2015/01/01 to 2023/12/31; English	#7	5

**Πίνακας 5: Στρατηγική αναζήτησης Google Scholar (αγγλικά)**

	Λέξεις-κλειδιά	Αναζήτηση	Μελέτες
Πληθυσμός/ Πρόβλημα	"women" OR "female*" AND "from Africa" AND "in Greece"	#1	14,300
Παρέμβαση	"health care" AND "services"	#2	4,790,000
Έκθεση	"inequality" OR "inequalities"	#3	4,900,000
Έκβαση	"access" OR "use" OR "exclusion"	#4	8,200,000
	#1 AND #2 AND #3 AND #4	#5	2,500
	#6 Filters: Publication date from 2015/01/01 to 2023/12/31; English	#7	1,380

**Πίνακας 6: Στρατηγική αναζήτησης Google Scholar (Ελληνικά)**

	Λέξεις-κλειδιά	Αναζήτηση	Μελέτες
Πληθυσμός/ Πρόβλημα	"γυναίκες" OR "γυναικών*" AND "από την Αφρική" OR "αφρικανές" OR "αφρικανών" AND "στην Ελλάδα"	#1	986
Παρέμβαση	"υγεία" AND "υπηρεσίες" OR "υπηρεσιών"	#2	48,800
Έκθεση	"ανισότητα" OR "ανισότητες"	#3	24,200
Έκβαση	"πρόσβαση" OR "χρήση" OR "αποκλεισμός"	#4	830,000
	#1 AND #2 AND #3 AND #4	#5	491
	#6 Filters: Publication date from 2015/01/01 to 2023/12/31	#7	337



### **2.3.1. Κριτήρια εισόδου-αποκλεισμού μελετών**

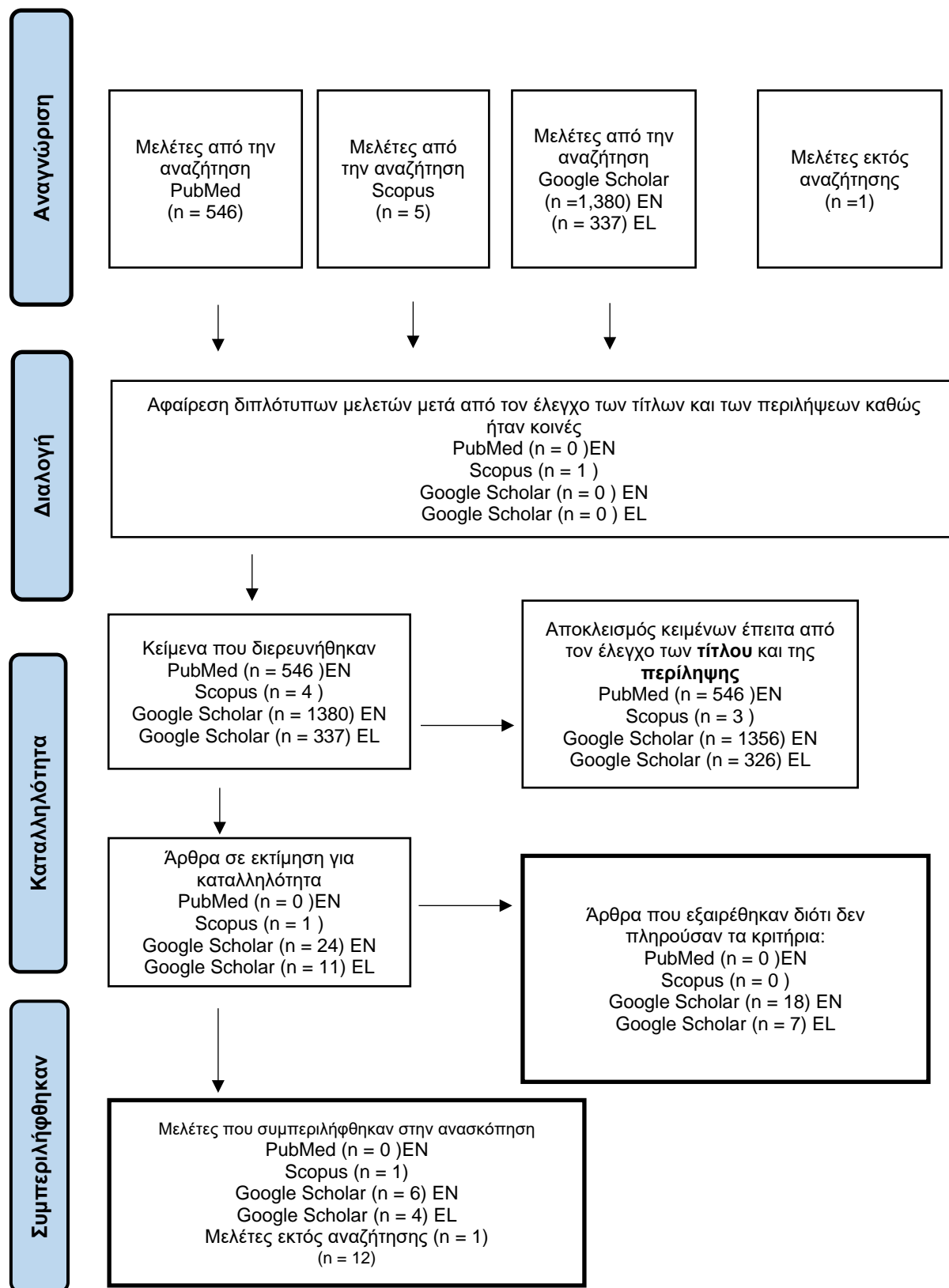
Κριτήρια επιλογής: Στην παρούσα ανασκόπηση συμπεριελήφθησαν όσες έρευνες σχετίζονταν με το θέμα της εργασίας το οποίο ήταν η διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες από την Αφρική στην Ελλάδα και οι οποίες διεξήχθησαν μεταξύ των ετών 2015/01/01 έως 2023/12/31 τόσο στην αγγλική (και στην ελληνική γλώσσα) καθώς και όσες το κείμενο των οποίων ήταν πλήρως διαθέσιμο.

Κριτήρια αποκλεισμού: Αποκλείστηκαν όσες μελέτες που δεν ήταν έρευνες οποιαδήποτε μεθοδολογίας, πλην ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων, κειμένων πολιτικής και γνώμης, δεν ήταν συναφείς με το υπό εξέταση ζήτημα, καθώς και αυτές που διεξήχθησαν εκτός του προκαθορισμένου χρονικού διαστήματος (2015/01/01-2023/12/31).

### **2.3.2. Τελική επιλογή μελετών ανασκόπησης**

Τελικώς, η ανωτέρω αναζήτηση επέφερε, αρχικά, 2.268 μελέτες συνολικά, εκ των οποίων οι 1.380 από τη Google Scholar (αγγλικά), οι 337 από τη Google Scholar (ελληνικά), οι 546 από τη PubMed και 5 από τη Scopus. Έπειτα, αφαιρέθηκαν διπλότυπες μελέτες, αφήνοντας 2.267 μελέτες. Εν συνέχεια, ελέγχθηκε ο τίτλος και η περίληψη για κάθε μία από τις μελέτες και για όσες μελέτες δεν πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης, αυτές αποκλείονταν. Κατόπιν της προαναφερθείσας διαδικασίας, παρέμειναν 11 έρευνες, ενώ λήφθηκε υπόψη και 1 μελέτη εκτός αναζήτησης. Κάτωθι, παρατίθεται διάγραμμα ροής (4) των αποτελεσμάτων της αναζήτησης.

Διάγραμμα 4: Αποτελέσματα αναζήτησης



#### **2.4. Αξιολόγηση μεθοδολογικής ποιότητας ερευνών**

Η αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των ερευνών που κρίθηκαν - περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση πραγματοποιήθηκαν α) η κλίμακα MMAT (Hong et al., 2018) που αποτελεί ένα εργαλείο κριτικής αξιολόγησης για το στάδιο αξιολόγησης της μεθοδολογικής ποιότητας πέντε κατηγοριών σε μελέτες: ποιοτικής έρευνας, μη τυχαιοποιημένες έρευνες, τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, ποσοτικές περιγραφικές έρευνες και μελέτες μικτών μεθόδων και η κλίμακα CASP Qualitative Studies που παρέχει ένα δομημένο πλαίσιο για την κριτική αξιολόγηση των μελετών βάσει μεθοδολογικής αυστηρότητας, την εγκυρότητας και τη συνάφειας της μελέτης (Critical Appraisal Skills Programme, 2018).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:

### 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΩΝ

#### 3.1. Περιγραφή των βασικών χαρακτηριστικών των μελετών

Στην ενότητα αυτή της εργασίας γίνεται προσπάθεια περιγραφής των βασικών χαρακτηριστικών των ερευνητικών μελετών που ανασκοπήθηκαν και καταγράφονται τα κύρια ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυσή τους. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 7.

##### 3.1.1. Χώρα που διεξήχθησαν

Από τις 12 μελέτες που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση, σχετικά με τη χώρα διεξαγωγής τους η πλειοψηφία των μελετών διεξήχθη στην Ελλάδα ( $n = 12$ ).

##### 3.1.2. Μεθοδολογικός σχεδιασμός μελετών

Η έρευνα της Franzeskou (2021) βασίστηκε στη ποιοτική μέθοδο μέσω της διαδικασίας ποιοτικών συνεντεύξεων ενώ η ανεύρεση του δείγματος έγινε με τη στρατηγική της σκόπιμης δειγματοληψίας (Franzeskou 2021).

Στη μεθοδολογία της έρευνας της η Τσαφκά-Τσότσκου (2023) πραγματοποίησε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε συνδυασμό με ποιοτική έρευνα και ημιδομημένες συνεντεύξεις.

Στην έρευνα τους οι Γαλάνης, Καιτελίδου, Σουρτζή, Σίσκου, Κωνσταντακοπούλου και Οικονόμου (2020) εφάρμοσαν συγχρονική μελέτη με σκοπό τη λήψη πληροφοριών σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Η επιλογή του μελετώμενου πληθυσμού προέκυψε μέσα από τη δειγματοληψία με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας. Ακολούθησε η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου που περιελάμβανε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Ο Κοντογιαννάκης (2017) πραγματοποίησε έρευνα πεδίου με ερωτηματολόγια κλειστού τύπου μέσω προσωπικών συνεντεύξεων (Κοντογιαννάκης 2017).

Στη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην έρευνα του Galanis et al. (2022) ήταν η συγχρονική μέθοδος με χρήση ερωτηματολογίου.

Στην έρευνα της Al-Omari (2023) εφαρμόστηκε η μέθοδος της ποιοτικής έρευνας.

Στην έρευνα τους οι Belanteri et al. (2020) χρησιμοποιήθηκε περιγραφική μελέτη με δεδομένα προγράμματος ρουτίνας.

Στην έρευνα της η Μπαλτζώη (2016) χρησιμοποίησε ως μεθοδολογικό εργαλείο τα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου σε συνδυασμό με ποιοτικές συνεντεύξεις.

Οι Fouskas, et al. (2022a) στην έρευνα τους πραγματοποίησαν ποιοτική μέθοδο με ημιδομημένες συνεντεύξεις.

Οι Fouskas, et al. (2022b) πραγματοποίησαν ποιοτική μέθοδο με ημιδομημένες συνεντεύξεις.

Οι Sourtzi et al. (2020) υλοποίησαν μια συγχρονική μελέτη μέσω ερωτηματολογίου.

Οι Vozikis and Siganou (2015) πραγματοποίησαν μελέτη μέσω ερωτηματολογίου.

### **3.1.3. Το περιβάλλον που διεξήχθησαν**

Από τις 12 μελέτες που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση, αναφορικά με το περιβάλλον διεξαγωγής,

Η Franzeskou (2021) εφάρμοσε τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας ενώ δόθηκαν ερωτήσεις προς απάντηση στις επιλεγμένες γυναίκες (Franzeskou 2021).

Η Τσαφκά (2023) πραγματοποίησε ημιδομημένες εις βάθος συνεντεύξεις με γυναίκες τρίτων χωρών νόμιμα διαμένουσες στην Ελλάδα και εργαζόμενες σε επισφαλή/χαμηλού κύρους αμειβόμενα επαγγέλματα (Τσαφκά-Τσότσκου, 2023).

Οι Γαλάνης, Κατελίδου, Σουρτζή, Σίσκου, Κωνσταντακοπούλου και Οικονόμου (2020) στην έρευνα τους χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της δειγματοληψίας με τη μορφή χιονοστιβάδας, σε συνδυασμό με ερωτηματολόγιο σε μετανάστες που προέρχονταν από την Αλβανία, Πακιστάν, Μπαγκλαντές, Φιλιππίνες, Αφγανιστάν, Ουκρανία, Γεωργία, Νιγηρία, Αιθιοπία, Αίγυπτο και Μολδαβία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη (Γαλάνης κ.α. 2020).

Στη διπλωματική του εργασία ο Κοντογιαννάκης (2017) πραγματοποίησε 120 ερωτηματολόγια κλειστού τύπου μέσω προσωπικών συνεντεύξεων ανάμεσα σε μετανάστες άνδρες/ γυναίκες νόμιμα διαμένοντες στην Ελλάδα, κάτοικοι Αθηνών (Κοντογιαννάκης 2017).

Οι Galanis et al. (2022) παρέλαβε δεδομένα μέσω ερωτηματολογίων. Ειδικότερα, ερωτηματολόγια διαμοιράστηκαν σε μετανάστες από την Αλβανία, 10 χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, της Ασίας και της Αφρικής διαμένοντες στην Ελλάδα (Galanis et al., 2022).

Στην έρευνα του η Al-Omari (2023) βασίστηκε σε συνεντεύξεις που ελήφθησαν από Αφγανές και Αφρικανές γυναίκες μετανάστριες που διέμεναν ή διαμένουν στο Δίκτυο Μέλισσα στην Αθήνα (Deemah al – Omar 2023).

Οι Belanteri et al. (2020) στην έρευνα τους εφάρμοσαν δείγματα ρουτίνας σε μετανάστες και αιτούντες άσυλο σε κλινική της Λέσβου (Belanteri et al., 2020).

Η Μπαλτζώη (2016) στην έρευνα της χρησιμοποίησε τα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου ως μεθοδολογικό εργαλείο σε συνδυασμό με ποιοτικές συνεντεύξεις με εστίαση σε γαλλόφωνους Αφρικανούς υπηκόους, Νόμιμα διαμένοντες στην Ελλάδα (Μπαλτζώη, 2016).

Στην έρευνα τους οι Fouskas et al. (2022a) εφάρμοσε ημιδομημένες συνεντεύξεις σε Ελλάδα και Ισπανία για μετανάστες, πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο (Fouskas et al., 2022).

Στην έρευνα τους οι Fouskas et al. (2022b) πραγματοποίησαν ημιδομημένες συνεντεύξεις στην Ελλάδα σε χώρους εκτός της εργασίας των μεταναστριών.

Οι Sourtzi et al. (2020) συνέλλεξαν τα ερωτηματολόγια από μετανάστες σε θρησκευτικούς χώρους, στις αγορές και στους χώρους εργασίας.

Οι Vozikis and Siganou (2015) διένειμαν τα ερωτηματολόγια μέσω σημείων επαφών.

#### **3.1.4. Συμμετέχοντες**

Από τις 12 μελέτες που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση, σχετικά με τους συμμετέχοντες:

Στη μελέτη της η Franzeskou (2021) εστίασε σε 7 γυναίκες πρόσφυγες από τη Συρία, Σομαλία, Παλαιστίνη και Κονγκό που είχαν γεννήσει στο Νοσοκομείο της Λέρου, πραγματοποιώντας συνεντεύξεις με τη βοήθεια 15 ερωτήσεων.

Στη μελέτη της η Τσαφκά-Τσότσκου (2023) εφάρμοσε ποιοτική έρευνα με την πραγματοποίηση 5 ημι-δομημένων εις βάθος συνεντεύξεων από ενήλικες γυναίκες τρίτων χωρών οι οποίες τα τελευταία χρόνια διαμένουν στην Ελλάδα και εργάζονται σε επαγγέλματα χαμηλού κύρους/αμειβόμενα.

Οι Γαλάνης, Κατελίδου, Σουρτζή, Σίσκου, Κωνσταντακοπούλου και Οικονόμου (2020) πραγματοποίησαν συγχρονική μελέτη σε 1152 μετανάστες που διαμένουν στην Ελλάδα από χώρες της Αλβανίας, Μολδαβίας, Φιλιππίνες, Πακιστάν, Μπαγκλαντές, Αφγανιστάν, Ουκρανία, Αιθιοπία, Νιγηρία, Αίγυπτο και Γεωργία σε συνδυασμό με ερωτηματολόγιο αναφορικά με τη πρόσβαση και τη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Ο Κοντογιαννάκης (2017) στην μελέτη του πραγματοποίησε 120 ερωτηματολόγια κλειστού τύπου μέσω προσωπικών συνεντεύξεων σε γυναίκες και άνδρες νόμιμα διαμένοντες στην Ελλάδα προερχόμενοι από 15 χώρες. Ειδικότερα, σε 35 ερωτηματολόγια αφορούσαν υπηκόους αραβικών χωρών

Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες

11 από Συρία (8 άνδρες – 3 γυναίκες), 9 από Ιράκ (8 άνδρες – 3 γυναίκες), 8 από Παλαιστίνη (6 άνδρες – 2 γυναίκες), 4 από Λίβανο (2 άνδρες – 2 γυναίκες), 3 από Σουδάν (1 άνδρας – 2γυναίκες). Σε 30 ερωτηματολόγια συμμετείχαν από το Αφγανιστάν ( 13 άνδρες – 17 γυναίκες), 20 συμμετέχοντες τρίτων χωρών, από την Ακτή Ελεφαντοστού (4 γυναίκες- 6 άνδρες), 4 από την Κένυα (2 άνδρες- 2 γυναίκες), 3 από την Αιθιοπία (1 άνδρας- 2 γυναίκες), 2 από την Γκανά (1-1) και 1 γυναίκα από το Κονγκό. Από το Πακιστάν ήταν 9 συμμετέχοντες (7 άνδρες – 2 γυναίκες), από το Μπαγκλαντές 6 (4 γυναίκες- 2 άνδρες). Ακόμη 10 υπήκοοι Βουλγαρίας (5-5) και 10 υπήκοοι Ρουμανίας (2 άνδρες – 8 γυναίκες). Στο σύνολο 58 γυναίκες και 62 άνδρες.

Οι Galanis et al. (2022) εφάρμοσε συγχρονική μελέτη με τη χρήση έγκυρου ερωτηματολογίου που δόθηκε σε 770 μετανάστες από 10 χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, της Αλβανίας, της Ασίας και της Αφρικής.

Ο Deemah Al-Ommari (2023) εφάρμοσε ποιοτική μελέτη με την πραγματοποίηση 4 συνεντεύξεων από 2 Αφγανές και 2 Αφρικανές ενώ αυτές έλαβαν χώρα στο Δίκτυο Μέλισσα μια οργάνωση για γυναίκες πρόσφυγες / μετανάστριες που βρίσκεται στο κέντρο της Αθήνας.

Στην έρευνα τους οι Belanteri et al. (2020) εστίασε 215 σε γυναίκες και άνδρες μετανάστες/ αιτούντες άσυλο κυρίως από την Αφρική που έφτασαν στη Λέσβο ως θύματα σεξουαλικής βίας.

Η Μπαλτζώη (2016) στην έρευνα της χρησιμοποίησε ερωτηματολόγια κλειστού τύπου μέσω ποιοτικών συνεντεύξεων από 8 χώρες της γαλλόφωνης Αφρικής (Μάλι, Γουινέα, Μαυριτανία, Σενεγάλη, Μπουρκίνα Φάσο, Καμερούν, Λ.Δ Κονγκό, Ακτή Ελεφαντοστού) γυναίκες και άνδρες κάτοικοι Αθήνας, νόμιμα διαμένοντες και λήπτες υπηρεσιών της ΜΚΟ PRAKSIS.

Οι Fouskas et al. (2022a) πραγματοποίησε 47 ημι-δομημένες συνεντεύξεις σε Ελλάδα και Ισπανία με άνδρες και γυναίκες πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο και μετανάστες από χώρες όπως Ουγκάντα, Σομαλία, Κονγκό, Ιράκ, Κουβέιτ, Αφγανιστάν, Μαρόκο, Κολομβία, Βενεζουέλα, Ελ Σαλβαδόρ, Ρουμανία και Ανδαλουσία.

Οι Fouskas et al. (2022b) στην έρευνα τους εφάρμοσαν ποιοτική μελέτη με την πραγματοποίηση 10 συνεντεύξεων εις βάθος με γυναίκες μετανάστριες που εργάζονται ως οικιακοί βοηθοί στην Ελλάδα.

Ο πληθυσμός της έρευνας των Sourtzi et al. (2020) αποτελούνταν από 1152 μετανάστες. Σε αυτή τη μελέτη η πλειοψηφία (51,4%) κατάγεται από την Αλβανία, 18.3% άλλες χώρες της Αν. Ευρώπης (Ουκρανία, Μολδαβία, Γεωργία), 26% από την Ασία (Πακιστάν, Αφγανιστάν, Μπαγκλαντές και Φιλιππίνες), 4.3% από την Αφρική (Νιγηρία, Αιθιοπία και Αίγυπτος). Τα 3/4 των μεταναστών ζούσαν στην Αθήνα (46%) και τη Θεσσαλονίκη (27,3%) και οι υπόλοιποι σε μεγάλες πόλεις της χώρας (Ιωάννινα (9,4%), Ηράκλειο (6,9%), Βόλο (6,3%), Λαμία (4,3. %)).

Το δείγμα της μελέτης των Vozikis and Siganou (2015) αποτελούνταν από 126 μετανάστες (πολίτες τρίτων χωρών) που διέμεναν στην περιοχή της Αθήνας (μεταξύ άλλων από την Γκάνα, την Αίγυπτο, την Ερυθραία, την Αιθιοπία, την Κένυα, το Μαρόκο, τη Νιγηρία, τη Σιέρα Λεόνε).

### **3.1.5. Κύρια ευρήματα μελετών**

Σε αυτό το υποκεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα ευρήματα των 12 υπό εξέταση ερευνών. Η έρευνα της Franzeskou (2021) αφορούσε επτά γυναίκες που έφτασαν στην Ελλάδα από διαφορετικές χώρες όπως η Συρία, η Σομαλία, Η Παλαιστίνη, και το Κονγκό. Η μελέτη αυτή εξέτασε το βαθμό ικανοποίησης του προγράμματος ORAMMA από τις γυναίκες κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης, τοκετού, επισκέψεων και παραμονής στο νοσοκομείο της Λέρου. Ως επαρκείς και κατάλληλες χαρακτηρίστηκαν οι υπηρεσίες που παρασχέθηκαν. Το γεγονός ότι κανείς δεν δήλωσε ως ‘πολύ’ ικανοποιημένος ή η μη χρήση άλλης λέξης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι θα μπορούσαν να είναι καλύτερες οι υπηρεσίες του προγράμματος. Αντίστοιχα, η μη δήλωση δυσαρέσκειας αναδεικνύει την ικανότητα του προγράμματος να παρέχει ισότιμες και αξιοπρεπείς υπηρεσίες σε όλες τις γυναίκες. Επιπλέον η φροντίδα που παρέχονταν από το υγειονομικό προσωπικό, τους επαγγελματίες υγείας και τους γιατρούς του νοσοκομείου κατά τις δηλώσεις των γυναικών ήταν ικανοποιητικές. Οι συγκεκριμένες γυναίκες επέλεξαν να εγκαταλείψουν τη χώρα ώστε να αναζητήσουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης σε άλλη χώρα όπως η Ελλάδα. Τα εφόδια κατά τη διάρκεια του ταξιδιού ήταν αρκετά όπως και τα θύματα εκμετάλλευσης και κακοποίησης. Ειδικότερα για τις γυναίκες, η κουλτούρα στη χώρα καταγωγής επιτρέπει στους άνδρες να αποφασίζουν για τις ίδιες ακόμη και σε περιπτώσεις που αφορούν την θηλυκή τους υπόσταση όπως μια εγκυμοσύνη. Όμως όλες οι προκαταλήψεις ξεπεράστηκαν καθώς η υγεία των γυναικών και των μωρών τους αποτελούσε προτεραιότητα όλων.

Η έρευνα της Τσαφκά-Τσότσκου (2023) αποκάλυψε ότι η γλώσσα και οι φραγμοί στην αναζήτηση εργασίας αποτελούν τα βασικότερα εμπόδια της πρόσβασης των μεταναστριών στην αγορά εργασίας. Ο τομέας της εργασίας επιβαρύνει σημαντικά τις εργαζόμενες μετανάστριες ελαχιστοποιώντας τις πιθανότητες αναζήτησης των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας του μειωμένου χρόνου και των διαθέσιμων πόρων. Αναφορικά με την πρόσβαση στη υγεία, τα εμπόδια της γλωσσικής επικοινωνίας και η άγνοια του συστήματος λειτουργίας του ΕΣΥ θεωρούνται ως οι κυριότεροι φραγμοί. Ακόμη, αναδεικνύει τη σημαντικότητα των κοινωνικών δικτύων που αποσκοπούν στην εύρεση και διατήρηση εργασίας αλλά και στην πρόσβαση και εξυπηρέτηση στις υγειονομικές δομές. Διαπιστώθηκε ότι η πρόσβαση των μεταναστριών στους τομείς της υγείας και της εργασίας μειώθηκε σημαντικά κατά την περίοδο της πανδημίας COVID- 19 με αποτέλεσμα οι δυσκολίες της καθημερινότητας, το αίσθημα



του φόβου και η καθυστέρηση των διαδικασιών γραφειοκρατίας να ενισχύουν τον αποκλεισμό (Τσαφκά-Τσότσκου, 2023).

Στη μελέτη τους οι Γαλάνης κ.α. (2020) εστίασε στη χρήση αλλά και τη προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας από μετανάστες στην Ελλάδα. Ειδικότερα, η έρευνα επικεντρώθηκε σε 1152 μετανάστες από την Αλβανία, το Πακιστάν, το Μπαγκλαντές, τις Φιλιππίνες, το Αφγανιστάν, την Ουκρανία, τη Γεωργία, τη Νιγηρία, την Αιθιοπία, την Αίγυπτο και τη Μολδαβία. Στις χώρες της Ασίας και της Αφρικής, η πλειοψηφία ήταν άνδρες, από την Αν. Ευρώπη ήταν γυναίκες και στη περίπτωση της Αλβανίας ο αριθμός των δύο φύλων ήταν ίσος. Σε ποσοστό 73,3% προέρχονταν από Αθήνα ή Θεσσαλονίκη. Η μέση ηλικία ήταν τα 37,6 έτη ενώ η μέση διάρκεια παραμονής στον ελλαδικό χώρο ήταν τα 10,9 έτη. Οι μετανάστες που διέθεταν νομιμοποιητικά έγγραφα και βιβλιάριο υγείας ήταν οι Αφρικανοί και οι Αλβανοί. Το 36,5% θεωρούσε τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χειρότερη συγκριτικά με τους Έλληνες ενώ το ποσοστό αυτό ενισχύονταν για τους Αφρικανούς και τους Ασιάτες. Όσον αφορά τις προληπτικές εξετάσεις αίματος, χοληστερόλης, αρτηριακής πίεσης συχνότερα τις απολάμβαναν οι Αλβανοί, ακολούθως οι Ανατολικοευρωπαίοι, οι Αφρικανοί και οι Ασιάτες. Ανικανοποίητες παρέμεναν οι αναγκαιότητες για υπηρεσίες υγείας που αφορούσαν την πραγματοποίηση εξετάσεων και επισκέψεις σε γιατρό και οδοντίατρο εκτός νοσοκομείου σε ποσοστό 21%. Οι αιτίες μη κάλυψης των αναγκών ήταν το υψηλό κόστος, η αδυναμία δέσμευσης ραντεβού, ο χρόνος αναμονής και η έλλειψη βιβλιαρίου. Ακόμη, το 21% των μεταναστών αδυνατούσε να προβεί στη λήψη φαρμάκου εξαιτίας της έλλειψης χρημάτων. Άλλα εμπόδια ήταν η αδιαφορία του υγειονομικού προσωπικού, οι φραγμοί επικοινωνίας και η πολυπλοκότητα των γραφειοκρατικών σχεδιασμών στα επείγοντα και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Η μελέτη του Κοντογιαννάκη (2017) εστίασε στις υγειονομικές συνθήκες επιβίωσης των μεταναστών στην Ελλάδα. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το 75% των ερωτηθέντων δεν εργάζονται στην Ελλάδα. Ακόμα και εάν τα καταφέρουν (25%) να κερδίσουν ένα αρκετά μικρό εισόδημα όπου στο 75% των περιπτώσεων φτάνει έως τα 100 ευρώ. Επιπλέον όσοι εργάζονται τίθενται υπό το καθεστώς της «μαύρης εργασίας» χωρίς καμία ασφαλιστική κάλυψη. Από συζητήσεις με συνεντευξιαζόμενους προκύπτει ότι οι συμπατριώτες βοηθούν στη δικτύωση για εύρεση εργασίας. Ο τομέας της επικοινωνίας και της κατανόησης θεωρείται εξίσου σημαντικός. Άτομα που βρίσκονται λίγο διάστημα στην Ελλάδα δυσκολεύονται να αναζητήσουν εργασία καθώς δεν μιλούν ελληνικά. Η αναζήτηση καλύτερης οικονομικής κατάστασης (50%) αποτελεί παράγοντα καθώς οι ερωτώμενοι αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τις εμπόλεμες χώρες μεταναστεύοντας για πολιτικούς λόγους (40,8%). Η στέγαση αναδεικνύει την επισφάλεια, την απειλή έξωσης όπου διακυβεύεται, το καλό επίπεδο υγείας.

Το 8,3% των ερωτηθέντων βρίσκονται στο δρόμο. Ως αιτία αυτού είναι η έλλειψη απαραίτητων εγγράφων και οι παράγοντες αποκλεισμού από δομές φιλοξενίας όπως το αλκοόλ, η ψυχική υγεία, ναρκωτικά και οροθετικότητα. Ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό 72,3% δηλώνει ικανοποιημένο από το ΕΣΥ. Οι Μ.Κ.Ο. καλύπτουν τη φαρμακευτική αγωγή για όσους έχουν αλλά και για αυτούς που δεν έχουν. Ακόμη το 98,3% επισκέπτεται κάποια δομή υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσει κάποιο νόσημα εξαιτίας της ελλιπούς ενημέρωσης για πρόληψη. Επίσης το χαμηλό εισόδημα αποτελεί αιτία για τη μη κάλυψη βασικών αναγκών της καθημερινότητας. Οι ερωτώμενοι (21,2%) διέθεταν ένα ποσό για τη κάλυψη ενοικίου και τη χρήση τηλεφώνου (78,8%). Στις περισσότερες περιπτώσεις το ενοίκιο αφορούσε τη στέγη με παραπάνω από ένα άτομα. Επομένως η στέγαση (42,5%), το εισόδημα (30,8%) και η υγεία (17,5%) αποτελεί τη βάση για μια ποιοτική ζωή. Η ύπαρξη των Μ.Κ.Ο φαίνεται ικανοποιητική καλύπτοντας την ελεύθερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και φαρμακευτικής αγωγής. Οι ευάλωτες ομάδες διαθέτουν πλέον ταχύτερη και ευκολότερη πρόσβαση για ανθρώπους χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα με τις Μ.Κ.Ο να αποτελεί βασικός πάροχος υπηρεσιών.

Η μελέτη των Galanis, et al. (2022) αφορούσε 770 γυναίκες και άνδρες μετανάστες αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Η μέση ηλικία των μεταναστών ήταν τα 40,6 έτη με μέση διάρκεια παραμονής στον ελλαδικό χώρο τα 8,3 χρόνια. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (59%), διέθετε ασφάλιση υγείας (83,6%) ενώ η οικονομική τους κατάσταση ήταν κακή/πολύ κακή (40,1%). Το 34,7 % του δείγματος των μεταναστών δήλωσε ότι δεν προχώρησε στη χορήγηση φαρμάκων λόγω κόστους με το 33,8 % να δηλώνει την αδυναμία χρήσης των υπηρεσιών υγείας παρά την άμεση αναγκαιότητα. Η γνώση των δικαιωμάτων αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίστηκε ως μέτρια. Αντιστοίχως μέτρια χαρακτηρίστηκε η αυτοαξιολόγηση του κόστους ως εμπόδιο στη χρήση υπηρεσιών υγείας αλλά και της πολύπλοκης σύνθεσης του συστήματος υγείας. Οι μετανάστες της Αφρικής και της Ασίας αδυνατούσαν να προβούν στη χρήση των υπηρεσιών υγείας ( $p < 0,001$ ) ενώ θεώρησαν το κόστος ως εμπόδιο με μεγαλύτερο τρόπο ( $p = 0,008$ ). Η ελλιπής γνώσεις αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας, η αδυναμία δέσμευσης ραντεβού (56,9%), το υψηλό κόστος (56,2 %), οι φραγμοί επικοινωνίας και κατανόησης (56,3 %), ο χρόνος αναμονής (48,5%) και η έλλειψη ασφάλισης 34,2) αποτέλεσαν τα σοβαρότερα εμπόδια χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες.

Ο Deemah Al-Ommari (2023) στην έρευνα του εστίασε στις εμπειρίες και τις αντιλήψεις τεσσάρων γυναικών προσφύγων από την Αφρική και το Αφγανιστάν οι οποίες βρίσκονται στην Ελλάδα και εμφανίζουν ψυχογενή συμπτώματα. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι ένα περιβάλλον κράτησης διαμορφώνει τις εμπειρίες των γυναικών που μεταναστεύουν. Η ψυχογενής ασθένεια αλλάζει και

επηρεάζει τον τρόπο αντίληψης για τις ίδιες, τα συμπτώματα και τον προσανατολισμό τους σε πολιτισμούς και χώρους. Πρόκειται για χώρους όπου η απώλεια τόπου και η απώλεια σπιτιού είναι κοινές για όλους ενισχύοντας τους δεσμούς μεταξύ τους. Επομένως, οι πρόσφυγες αποκτούν ευκαιρίες για απόκτηση νέων δεσμών και προσαρμογής σε νέα μέρη.

Η έρευνα των Belanteri et al. (2020) εστίασε σε μετανάστες και αιτούντες άσυλο που υποβλήθηκαν σε θεραπεία παθήσεων σχετικά με σεξουαλική βία στη κλινική των Γιατρών Χωρίς Σύνορα στη Λέσβο. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι 215 επιζώντες σεξουαλικής βίας εμφανίστηκαν για βοήθεια με 60 (28%) από αυτούς να είναι άνδρες. Στη πλειοψηφία των περιπτώσεων (94%) αφορούσε περιστατικά βιασμού. Σε ποσοστό 81% (174 άτομα) προέρχονταν από την Αφρική και 185 άτομα (86%) ένα μήνα πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Τα μισά περιστατικά (118 άτομα) υπέστησαν βιασμό κατά τη διαμετακόμιση κυρίως στη Τουρκία ενώ το 35% (76 άτομα) συνέβη στη χώρα προέλευσης. Στο νησί της Λέσβου σημειώθηκαν 10 κρούσματα (5%) ενώ ο θύτης ήταν γνωστός στο θύμα στο 23% των περιπτώσεων. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν η ανάγκη της φροντίδας της ψυχικής υγείας να ξεπεράσει τη δυναμική των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Η Μπαλτζώη (2016) στη μεταπτυχιακή της έρευνα εστιάζει στη μετανάστευση των γαλλόφωνων Αφρικανών υπηκόων στην Ελλάδα τη τελευταία δεκαετία. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι σχετικά με τα νομιμοποιητικά έγγραφα αναδεικνύεται η ανάγκη μεγιστοποίησης του χρόνου που απαιτείται για τη λήψη αποφάσεων και ανανέωσης αυτών. Οι φραγμοί επικοινωνίας προωθούν τη σημαντικότητα της εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας. Ακόμη διαπιστώνονται δυσκολίες έκδοσης και ανανέωσης των νόμιμων εγγράφων σε συνδυασμό με τη γλώσσα και την επικοινωνία. Από τις στατιστικές που παρουσιάστηκαν προέκυψε η ανεπάρκεια κρατικών φορέων σχετικά με την επάρκεια διαθέσιμων πόρων και αριθμού δικαιούχων. Επιπλέον η απροθυμία των συμμετεχόντων για αίτημα στέγασης οφείλεται στη πολύμηνη αναμονή καθώς και στις συνθήκες που επικρατούν στους χώρους φιλοξενίας οι οποίες δεν είναι ικανοποιητικές, καθιστώντας το πρόβλημα της στέγασης ως επιτακτικό. Σχετικά με την εκπαίδευση, δηλώνουν ενημερωμένοι, χρησιμοποιούν τις παροχές για τα παιδιά τους και είναι ικανοποιημένοι για αυτά. Αυτό δεν ισχύει για τους ίδιους, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση αφού η κατάρτιση και η εργασία είναι απαραίτητα προσόντα. Ωστόσο είναι δικαιολογημένη εξαιτίας της ελληνική γλώσσας και των παροχών που υλοποιούνται στα ελληνικά και σπάνια στα αγγλικά. Τέλος όσον αφορά την οικονομική ενίσχυση και τις παροχές δεν παρουσιάζονται απαιτητικοί καθώς κατανοούν την οικονομική κατάσταση της χώρας.

Οι Fouskas et al. (2022a) στη μελέτη τους ανέδειξαν τις επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης και ένταξης στην Ελλάδα. Αναφορικά με την υγεία, το γλωσσικό ζήτημα προκύπτει ως εμπόδιο με την

απουσία των διερμηνέων να δυσχεραίνει τη συνεννόηση με το υγειονομικό προσωπικό. Ακόμη, αναδείχθηκε η υποβάθμιση των προβλημάτων υγείας τους, η υψηλή αναμονή, η αδυναμία δέσμευσης ραντεβού και η έλλειψη ασφάλισης. Όσον αφορά τον Covid-19 παρατηρήθηκε διαφοροποίηση σχετικά με την ενημέρωση κατά του COVID-19 στις δομές αλλά και της παροχής μέτρων ατομικής προστασίας. Η εμφάνιση της πανδημίας και της εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων δημιούργησαν αισθήματα φόβου, ανασφάλειας και απομόνωσης. Η αποτροπή της εξάπλωσης του COVID - 19 είχε ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της ψυχικής υγείας των μεταναστών, καθυστερήσεις στις αιτήσεις ασύλου, περιορισμός καθημερινών δραστηριοτήτων με την εφαρμογή του μέτρου της υποχρεωτικής χρήσης μάσκας για τα είδη πρώτης ανάγκης. Οι επιπτώσεις της πανδημίας όπως προκύπτει από την έρευνα επηρέασε τη ζωή των μεταναστών σε πολλαπλά επίπεδα στην Ελλάδα όπως διαβίωση σε δομές φιλοξενίας με ακατάλληλες συνθήκες, καθυστερήσεις στις διαδικασίες για αίτηση διεθνούς προστασίας ή προσφυγές, έλλειψη πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες και περιορισμένα ή ανύπαρκτα εναλλακτικά δίκτυα υποστήριξης.

Οι Fouskas et al. (2022b) στην μελέτη τους διερευνούν την αλλαγή της μεταναστευτικής πορείας προς την κατεύθυνση της ανοδικής κοινωνικής κινητικότητας και της κοινωνικοοικονομικής ένταξης. Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προκύπτει το υψηλό κόστος περίθαλψης, η ελλιπής ενημέρωση σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, οι γλωσσικοί φραγμοί, οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα απέναντι στους λήπτες, η ανασφάλεια των ληπτών σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και η έλλειψη υγειονομικής ασφάλισης και σύμβασης εργασίας. Η αδυναμία πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη δημιουργεί επισφάλεια τόσο για τη θέση εργασίας όσο και για την κατάσταση της υγείας τους.

Οι Sourtzi et al. (2020) επισημαίνουν ότι το 66% των μεταναστών ανέφερε ότι ήταν καλά ή πολύ καλά στην υγεία τους. Λόγω οικονομικών περιορισμών, οι μετανάστες χωρίς ασφάλιση υγείας, χαμηλότερο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και τη χειρότερη αυτοαναφερόμενη υγεία δεν τηρούσαν τα συνταγογραφούμενες οδηγίες και θεραπείες που λάμβαναν. Οι μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης, του σακχάρου στο αίμα, της χοληστερόλης και των μετρήσεων αίματος γίνονταν συχνότερα σε μετανάστες που είχαν νόμιμα έγγραφα και ασφάλιση υγείας. Η υψηλότερη πιθανότητα μέτρησης των μετρήσεων αίματος συνδέεται με το υψηλότερο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Η αυξημένη ηλικία και χαμηλή-κακή αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας συνδέθηκαν με υψηλότερη πιθανότητα χρήσης συνταγογραφούμενων φαρμάκων για μακροχρόνιες παθήσεις. Οι μετανάστες στην Ελλάδα αναφέρουν καλή έως πολύ καλή υγεία ενώ άλλα αρνητικά αποτελέσματα υγείας συνδέονται με χαμηλότερο εισόδημα, απουσία ασφάλισης υγείας και εγγράφων άδειας διαμονής.

Οι Vozikis and Siganou (2015) διαπίστωσαν ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταναστών και ιδιαίτερα η μεταβλητή φύλου (OR=51%), η κατανόηση της ελληνικής γλώσσας (OR = 19%) και η μεταβλητή εκπαίδευσης συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των μεταναστών σχετικά με το σύστημα υγείας ενώ σημειώνουν ότι από τα ευρήματα της μελέτης τους προκύπτει ότι οι μετανάστες που λαμβάνουν ασφάλιση υγείας έχουν 80% περισσότερες πιθανότητες να είναι ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας. Η συγκεκριμένη διαπίστωση, σε αρμονία με το ελληνικό νομικό πλαίσιο, υποδηλώνει ότι η ασφάλιση υγείας των μεταναστών συνεπάγεται την πρόσβασή τους σε δομές υγείας και, ως εκ τούτου, αποτελεί σημαντικό παράγοντα ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας. Η πιο σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των μεταναστών από το σύστημα υγείας ασκείται από τον βαθμό εμπιστοσύνης που νιώθουν οι ίδιοι οι μετανάστες προς τους επαγγελματίες υγείας των δημόσιων νοσοκομείων και τον ασφαλιστικό φορέα τους. Όπως προκύπτει από τη μελέτη, όσο περισσότερο οι μετανάστες εμπιστεύονται τους επαγγελματίες υγείας, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να ικανοποιηθούν από το σύστημα υγείας κατά ποσοστό 314%.

**Πίνακας 7: Χαρακτηριστικά μελετών**

A/A		Σκοπός	Χώρα διεξαγωγής	Περιβάλλον διεξαγωγής	Δείγμα, αριθμός συμμετεχόντων	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα
1.	Franzeskou (2021)	Ανάλυση των περιγεννητικών εμπειριών που αφορούν γυναίκες πρόσφυγες, αιτούσες άσυλο και μετανάστριες στα πλαίσια της πραγματοποίησης του προγράμματος ORAMMA στο Νοσοκομείο της Λέρου	Ελλάδα	Νοσοκομείο της Λέρου	7 συνολικά Σομαλία-Κονγκό	Ποιοτική έρευνα, σκόπιμη δειγματοληψία, δομημένες συνεντεύξεις, βιβλιογραφική ανασκόπηση	Ικανοποιητική η παροχή φροντίδας με δυνατότητα βελτίωσης. Ικανοποίηση από το ενδιαφέρον του υγειονομικού προσωπικού. Γλωσσικό ζήτημα εξαιτίας έλλειψης διερμηνέα. Καθυστέρηση εύρεσης ραντεβού- πρόκληση αβεβαιότητας Δυσaréσκεια για την καισαρική διαδικασία Παρακολούθηση από άνδρα γιατρό (επιθυμία για γυναίκα γιατρό-κουλτούρα).
2.	Τσάφκα-Τσότσου (2023)	Διερεύνηση της πρόσβασης στη αγορά εργασίας σε συνδυασμό με την πρόσβαση στη υγεία και την κοινωνική ένταξη εστιάζοντας στα έμφυλα ζητήματα	Ελλάδα	Περιβάλλον συμμετεχόντων (έρευνα πεδίου)	4 Αιγύπτιες γυναίκες	Ποιοτική έρευνα, ημιδομημένες συνεντεύξεις ανοικτών ερωτήσεων, ανασκόπηση βιβλιογραφίας	Πρόσβαση σε δομές υγείας μέσω του Ερυθρού Σταυρού (διερμηνέας- εύκολη δέσμευση ραντεβού) Δυσχέρειες στη παροχή υπηρεσιών και την επικοινωνία Έλλιπής γνώση λειτουργίας του ΕΣΥ Αδυναμία πρόσβασης στην πληροφορίες για το τι πρέπει κάποιος/α να κάνει, πως λειτουργούν όλα, αδυναμία γνώσης της ελληνικής γλώσσας ώστε να μπορεί να εξηγήσει επαρκώς την όποια μεταβολή υγείας, δικής της ή μέλους της οικογένειάς Αδυναμία δέσμευσης ραντεβού
3.	Γαλάνης, Κατελίδου, Σουρτζή, Σίσκου, Κωνσταντακοπούλου, Οικονόμου (2020)	Εκτίμηση της πρόσβασης και διερεύνηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από	Ελλάδα		1152 συνολικά 15 Αφρικανές γυναίκες	Συγχρονική μελέτη, Ερωτηματολόγια μέθοδος χιονοστιβάδας,	Επικοινωνία και πολυπλοκότητα γραφειοκρατικών διαδικασιών Συχνή επίσκεψη των ΤΕΠ από Αφρικανούς (αδιαφορία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού/ φραγμοί επικοινωνίας)

		τους μετανάστες στην Ελλάδα					Αναγκαιότητα πραγματοποίησης εξετάσεων και επίσκεψης σε οδοντίατρο (υψηλό κόστος, έλλειψη βιβλιαρίου, χρόνος αναμονής, αδυναμία δέσμευσης ραντεβού).
4.	Κοντογιαννάκης (2017)	Καταγραφή των υγειονομικών συνθηκών διαβίωσης των μεταναστών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα	Ελλάδα	Πληθυσμός Νομού Αττικής	120 συνολικά 64 άνδρες 56 γυναίκες Ακτή Ελεφαντοστού (4) Κένυα (2) Αιθιοπία (2) Γκανά (1) Κονγκό (1)	Συνεντεύξεις, Ερωτηματολόγια κλειστού τύπου	Πρόσβαση στο Υγειονομικό σύστημα (83,3%). Μη πρόσβαση (16,7%) έλλειψη νομιμοποιητικών εγγράφων Ικανοποιημένοι από το ΕΣΥ (72,3 %) Αρκετά (21,%) Πάρα πολύ (5%) Καθόλου (1%) Παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (84,2%) Μη κάλυψη από το ΕΣΥ (83,3%) όπου δύναται πρόσβαση Κόστος επίσκεψης σε δομή υγείας από 0- 150 ευρώ (98,3%) ενώ με κόστος άνω των 151 ευρώ (1,7%). Πρόσβαση σε φάρμακα κυρίως από ΜΚΟ (76,7%) Κοινωνικά φαρμακεία (20%) ΕΣΥ (2,5 %) Εκκλησία (0,8%) Η ύπαρξη ΜΚΟ σημαντική για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ελλιπής πρόληψη καθώς το 98,4% προσέρχεται στο ΕΣΥ μόνο για αντιμετώπιση κάποιου νοσήματος.
5.	Galanis, et al. (2022)	Να εκτιμήσει/μελετήσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από τους μετανάστες	Ελλάδα	Εξωτερικά ιατρεία τριών νοσοκομείων Αττικής	770 μετανάστες Αφρική (10 γυναίκες- 10 άνδρες) Ασία (48 γυναίκες- 41 άνδρες) Αλβανία (320 γυναίκες- 230 άνδρες)	Συγχρονική ποσοτική μελέτη, ερωτηματολόγια	Έλλειψη χορήγησης φαρμάκων λόγω κόστους (42,9%) Μη χρήση υπηρεσιών υγείας (52,4 %) Γνώση των υπηρεσιών υγείας (1,1%) Γνώση των δικαιωμάτων χρήσης για τις υπηρεσίες υγείας (0,9%)

					Πρώην Σοβιετική Ένωση (76 γυναίκες- 34 άνδρες)		Αυτοαξιολόγηση του κόστους ως εμπόδιο στη χρήση υπηρεσιών υγείας ( 1%) Αυτοαξιολόγηση της πολυπλοκότητας του συστήματος υγείας (0,8%) Άλλοι λόγοι ο χρόνος αναμονής, ελλείψεις γνώσεις, αδυναμία δέσμευσης ραντεβού, υψηλό κόστος, έλλειψη χρόνου, προβλήματα με το νόμο, φραγμοί επικοινωνίας χρόνος αναμονής, στάση εργασίας των υπηρεσιών.
6.	Al-Omari (2023)	Κατανόηση ψυχογενούς νόσου που προκύπτει από ιδιοματικές και ερμηνευτικές προσεγγίσεις	Ελλάδα	Δίκτυο Melissa	4 συνολικά 1 από τη Γκαμπόν 1 από την Κένυα	Ποιοτική μελέτη, Ημιδομημένες συνεντεύξεις ανοικτών ερωτήσεων	Ένα περιβάλλον κράτησης διαμορφώνει τις εμπειρίες των γυναικών που μεταναστεύουν. Η ψυχογενής ασθένεια αλλάζει και επηρεάζει τον τρόπο αντίληψης για τις ίδιες, τα συμπτώματα και τον προσανατολισμό τους σε πολιτισμούς και χώρους. Πρόκειται για χώρους όπου η απώλεια τόπου και η απώλεια σπιτιού είναι κοινές για όλους ενισχύοντας τους δεσμούς μεταξύ τους. Επομένως, οι πρόσφυγες αποκτούν ευκαιρίες για απόκτηση νέων δεσμών και προσαρμογής σε νέα μέρη.
7.	Belanteri, et al. (2020)	Περιγραφή των προτύπων σεξουαλικής βίας από καταγγέλλοντες μετανάστες, αιτούσες άσυλο και παροχή ιατρικής περίθαλψης από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα στη Λέσβο	Ελλάδα	Γιατροί Χωρίς Σύνορα, Λέσβος	215 συνολικά 155 γυναίκες 60 άνδρες 95 ( Ανατολική Αφρική ) (Δ. Αφρική ) Λιγότερες από 5 (B. Αφρική)	Περιγραφική έρευνα, Δεδομένα ρουτίνας προγράμματος ;	Επιζώντες σεξουαλικής βίας (215) άτομα για φροντίδα με τα 60 (28%) να είναι άνδρες. Στη πλειοψηφία των περιπτώσεων ήταν περιστατικά βιασμού με 185 (86 %) επιζώντες να προέρχονται από την Αφρική. Τα μισά από αυτά συνέβησαν κατά τη διαμετακόμιση (Τουρκία ), και τα 76 (35%) στη χώρα προέλευσης. Τα 10 έλαβαν χώρα στο νησί της Λέσβου με τον υπαίτιο να είναι γνωστός στον επιζώντα στο 23% των περιπτώσεων.



							Η ενίσχυση της ψυχικής υγείας ξεπέρασε την δυναμική των διαθέσιμων υπηρεσιών ψυχικής φροντίδας.
8.	Μπαλτζώη (2016)	Διερεύνηση της μετανάστευσης των γαλλόφωνων υπηκόων Αφρικής στην Ελλάδα κατά τη τελευταία δεκαετία.	Ελλάδα	ΜΚΟ PRAKSIS	7 ερωτηματολόγια Ακτή Ελεφαντοστού 4-3, Καμερούν 3-4, Μάλι 3-4	Έρευνα πεδίου 50 Ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, 5 ποιοτικές συνεντεύξεις,	Γνώση παροχών για υπηρεσίες υγείας (40 άτομα) άγνοια ( 6 άτομα). Ενημέρωση από δημόσιους φορείς (20 άτομα) ΜΚΟ (24 άτομα) Υγειονομική παροχή (39 άτομα) αρνητική απάντηση (11 άτομα) Ικανοποίηση από δημόσιο φορέα 32 άτομα (συνολικά 39) Όχι - 11 άτομα Απευθύνονται σε ΜΚΟ και κοινωνικά ιατρεία παράλληλα εξαιτίας του χρόνου αναμονής στο δημόσιο. Φραγμοί επικοινωνίας Έλλειψη φαρμάκων Υγειονομικές συνθήκες/ εξυπηρέτηση καλύτερα στην Αθήνα από την επαρχία Άγνοια υπαλλήλων των σχετικών εγγράφων των αλλοδαπών
9.	Fouskas, et al. (2022a)	Διερεύνηση των εμπειριών των μεταναστών, προσφύγων και των αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα, τα αυξημένα εμπόδια ένταξης λόγω εθνοτικών και φυλετικών ανισοτήτων, την επισφάλεια και την ανισότητα στο τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της περιόδου που επιδρούν αρνητικά ως μέσα	Ελλάδα, Ισπανία	Ανοικτές Δομές Φιλοξενίας Προσφύγων και Μεταναστών	47 συνολικά 5 γυναίκες (Κονγκό) 3 γυναίκες (Σομαλία)	Περιγραφική μελέτη, Συνεντεύξεις/ Ημιδομημένες	Υψηλό κόστος φαρμάκων Έλλειψη διερμηνέων Υποβάθμιση των προβλημάτων υγείας από το υγειονομικό προσωπικό Διαφοροποίηση παροχής πληροφοριών για τον COVID εντός των δομών και μέσω ατομικής προστασίας Έλλειψη επαρκούς / αποτελεσματικής ενημέρωσης των εμβολίων κατά του COVID-19 Άνισος εμβολιασμός των μεταναστών με το εμβόλιο κορονοϊού Επιπτώσεις πανδημίας (εγκλεισμός) δυσχεραίνει τη

		διαιώνισης του αποκλεισμού σε 5 τομείς : υγειονομική περίθαλψη, στέγαση και κοινωνική φροντίδα/προστασία, συνύπαρξη διαπολιτισμικά, τυπική εκπαίδευση και γλωσσική κατάρτιση και ενίσχυση της εχθρικής ρητορικής και αντιμεταναστευτικών συμπεριφορών υπό το καθεστώς του λαϊκισμού της πανδημίας COVID-19.					κάλυψη βασικών καθημερινών αναγκών ενισχύοντας προβλήματα ψυχικής υγείας
10.	Fouskas et al. (2022b)	Διερεύνηση της αλλαγής της μεταναστευτικής πορείας προς τη κατεύθυνση της ανοδικής κοινωνικής κινητικότητας και της κοινωνικοοικονομικής ένταξης.	Ελλάδα	Μη καθορισμένο	10 γυναίκες Κονγκό (1) Κένυα (1) Νιγηρία (1)	Ποιοτική έρευνα, Συνεντεύξεις, σε βάθος	Κόστος περίθαλψης ελλιπής ενημέρωση σχετικά με υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, γλωσσικοί φραγμοί, προκαταλήψεις και στερεότυπα απέναντι στους λήπτες, ανασφάλεια των ληπτών σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, έλλειψη εθνικής ασφάλισης υγείας και σύμβασης εργασίας, Η αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας δημιουργεί επισφάλεια για τη θέση εργασίας και την κατάσταση της υγείας τους.
11.	Soutzi, et al. (2020)	Εξέταση της κατάστασης της υγείας των μεταναστών/τριών που ζουν στην Ελλάδα και τη διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν.	Ελλάδα	Σε θρησκευτικούς χώρους, στις αγορές και στους χώρους εργασίας.	1152 μετανάστες/τριες 51,4% / 592 κατάγεται από την Αλβανία, 18.3% / 211 άλλες χώρες της Αν. Ευρώπης	Συγχρονική μελέτη, ερωτηματολόγιο	οι μετανάστες χωρίς ασφάλιση υγείας, χαμηλότερο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και τη χειρότερη αυτοαναφερόμενη υγεία δεν τηρούσαν τα συνταγογραφούμενες οδηγίες και θεραπείες που λάμβαναν. Οι μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης, του σακχάρου στο αίμα, της

					(Ουκρανία, Μολδαβία, Γεωργία), 26% / 299 από την Ασία (Πακιστάν, Αφγανιστάν, Μπαγκλαντές και Φιλιπίνες), 4.3% / 50 από την Αφρική (Νιγηρία, Αιθιοπία και Αίγυπτος, 15/50 γυναίκες)		χοληστερόλης και των μετρήσεων αίματος γίνονταν συχνότερα σε μετανάστες που είχαν νόμιμα έγγραφα και ασφάλιση υγείας. Η υψηλότερη πιθανότητα μέτρησης των μετρήσεων αίματος συνδέεται με το υψηλότερο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα.
12.	Vozikis and Siganou (2015)	Η αξιολόγηση του επιπέδου ικανοποίησης εξετάζεται σε συνδυασμό με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη, καθώς και με τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την προσωπική τους εμπειρία με το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.	Ελλάδα		126 μετανάστες «πρώτης γενιάς» (και από την Αφρική) με νόμιμη άδεια διαμονής στην Ελλάδα, που διέμεναν στο νομό Αττικής	Ερωτηματολόγιο	Διαπιστώθηκε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταναστών, και ιδιαίτερα το φύλο μεταβλητή (OR=51%), η κατανόηση της ελληνικής γλώσσας (OR = 19%) και η μεταβλητή εκπαίδευση σε μεγάλο βαθμό συμβάλλουν στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των μεταναστών σχετικά με το σύστημα υγείας.

### **3.2. Αξιολόγηση μεθοδολογικής ποιότητας ερευνών**

Με τη χρήση των κλιμάκων Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) και CASP Qualitative Checklist αξιολογήθηκαν οι έρευνες ως προς τη μεθοδολογική ποιότητα τους. Στους παρακάτω Πίνακες 8-10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης για τις έρευνες.

### 3.2.1. Μικτές μέθοδοι

**Πίνακας 8: Αξιολόγηση μεθοδολογική ποιότητας ερευνών με μικτές μεθόδους**

	Μελέτη	Μέθοδοι	Υπάρχει επαρκής λογική για τη χρήση σχεδιασμού μικτών μεθόδων για την αντιμετώπιση του ερευνητικού ερωτήματος;			Τα διάφορα στοιχεία της μελέτης ενσωματώνονται αποτελεσματικά για να απαντήσουν στο ερευνητικό ερώτημα;			Ερμηνεύονται επαρκώς τα αποτελέσματα της ενοποίησης ποιοτικών και ποσοτικών συνιστωσών;			Αντιμετωπίζονται επαρκώς οι αποκλίσεις και οι ασυνέπειες μεταξύ ποσοτικών και ποιοτικών αποτελεσμάτων;			Συμμορφώνονται τα διάφορα στοιχεία της μελέτης με τα ποιοτικά κριτήρια κάθε παράδοσης των εμπλεκόμενων μεθόδων;		
			Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι			
1.	Μπαλτζώη, 2016	Ποιοτικές & ποσοτικές	X			X			X			X			X		
2.	Κοντογιαννάκης, 2017	Ποιοτικές & Ποσοτικές	X			X			X			X			X		

Πηγή: Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., ... & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for information*, 34(4), 285-291. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc3st78b>

### 3.2.2. Ποσοτικές μέθοδοι

**Πίνακας 9: Αξιολόγηση μεθοδολογική ποιότητας ερευνών με ποσοτικές μεθόδους**

	Μελέτη	Μέθοδοι	Είναι η στρατηγική δειγματοληψίας σχετική για την αντιμετώπιση του ερευνητικού ερωτήματος;			Είναι το δείγμα αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού στόχου;			Είναι οι μετρήσεις κατάλληλες;			Είναι χαμηλός ο κίνδυνος μεροληψίας μη ανταπόκρισης;			Είναι η στατιστική ανάλυση κατάλληλη για την απάντηση στο ερευνητικό ερώτημα;			
			Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	Ναι	Δ/Γ	Όχι	
1.	Belanteri, et al., 2020	Ποσοτικές	X			X			X			X				X		
2.	Galanis, et al., 2022	Ποσοτικές	X			X			X					X	X			
3.	Γαλάνης κ.ά. 2020	Ποσοτικές	X			X			X					X	X			
4.	Sourtzi, et al. 2020	Ποσοτικές	X			X			X					X	X			
5.	Vozikis & Siganou, 2015	Ποσοτικές	X			X			X					X	X			

Πηγή: Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., ... & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for information*, 34(4), 285-291. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc3st78b>

### 5.2.3. Ποιοτικές μέθοδοι

**Πίνακας 10: Αξιολόγηση μεθοδολογική ποιότητας ερευνών με ποιοτικές μεθόδους**

	Μελέτη	Μέθοδοι	Υπήρχε σαφής δήλωση των στόχων της έρευνας;			Είναι κατάλληλη η ποιοτική μεθοδολογία;			Ήταν ο σχεδιασμός της έρευνας κατάλληλος για την αντιμετώπιση των στόχων της έρευνας;			Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τρόπο που αντιμετώπισε το ερευνητικό ζήτημα;			Έχει ληφθεί επαρκώς υπόψη η σχέση μεταξύ ερευνητή και συμμετεχόντων ;			Έχουν ληφθεί υπόψη ηθικά ζητήματα;			Ήταν η ανάλυση των δεδομένων αρκετά αυστηρή;			Υπάρχει σαφής δήλωση των ευρημάτων;			Πόσο πολύτιμη είναι η έρευνα;
			Να ι	Δ/ Γ	Όχ ι	Να ι	Δ/ Γ	Όχ ι	Να ι	Δ/ Γ	Όχ ι	Να ι	Δ/ Γ	Όχ ι	Να ι	Δ/ Γ	Όχ ι	Να ι	Δ/ Γ	Όχ ι	Να ι	Δ/ Γ	Όχ ι				
1.	Fouskas, et al., 20022a	Ποιοτικές	X			X			X			X			X			X			X			X			Πολύ σημαντική
2.	Franzeskou , 2021	Ποιοτικές	X			X			X			X			X			X			X			X			Πολύ σημαντική
3.	Al- Omari, 2023	Ποιοτικές	X			X			X			X			X			X			X			X			Πολύ σημαντική
4.	Fouskas, et al., 2022b	Ποιοτικές	X			X			X			X			X			X			X			X			Πολύ σημαντική
5.	Τσαφκά – Τσότσου, 2023	Ποιοτικές	X			X			X			X			X			X			X			X			Πολύ σημαντική

Πηγή: Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP Qualitative Checklist. Retrieved from: Accessed: <https://tinyurl.com/e5k4hr8f>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:

### 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη παρούσα έρευνα αναζητήθηκε η ανάλυση του φαινομένου της γυναικείας μετανάστευσης, των θεωρητικών προσεγγίσεων του, αιτιολόγηση των μετακινούμενων γυναικών από την Αφρική προς την Ελλάδα και τα εμπόδια της πρόσβασης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας για τις μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες που καλούνται να αντιμετωπίσουν κατά τη διαμονή τους στη χώρα. Αναφορικά με το φαινόμενο της γυναικείας μετανάστευσης προκύπτει ότι η Αφρική θεωρείται συχνά ως ήπειρος μαζικών εκτοπισμών και μετανάστευσης με τη φτώχεια και τις βίαιες συγκρούσεις να αποτελούν τους δύο κύριους λόγους αυτής. Ειδικότερα, η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει δεχτεί μεγάλες εισροές προσφύγων μέσω της διαδρομής της Ανατολικής Μεσογείου όπου ως επί το πλείστον είναι γυναίκες και κορίτσια που προέρχονται από χώρες της Αφρικής. Οι καλύτερες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες στη χώρα προορισμού, η επανένωση με την οικογένεια και το δίκτυο των συμπατριωτών ενισχύει την επιλογή της μετανάστευσης με το φύλο να παίζει καθοριστικό ρόλο σε αυτή.

Από τα στοιχεία προκύπτει ότι η υγεία των μεταναστών δεν επιβαρύνεται από την επιλογή της μετακίνησης αλλά κατά τη διαδικασία αυτής (IOM, 2004). Κατά τη διαδικασία της μετανάστευσης δύναται να επηρεαστεί σε σημαντικό βαθμό η ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία από τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν (IOM, 2004). Η επιλογή της μετανάστευσης δεν θεωρείτο επιβαρυντικός παράγοντας για την υγεία καθώς οι περισσότεροι μετανάστες είναι υγιείς (IOM, 2004). Όμως η διαδικασία της μετανάστευσης δύναται να προκαλέσει προβλήματα στη σωματική, τη ψυχική και την κοινωνική υγεία του ατόμου που προέρχονται από τις ειδικές συνθήκες που επικρατούν (IOM, 2004). Η ελλιπής επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, η δυσκολία κατανόησης των ειδικών αναγκών σε συνδυασμό με την ανεπαρκή ανταπόκριση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης όπως αυτή προκύπτει από τα νομικά ζητήματα των μεταναστών είναι μερικά από τα κυριότερα εμπόδια που συναντούν στην χώρα υποδοχής (WHO, 2016).

Όσον αφορά τα νομιμοποιητικά έγγραφα στις μελέτες της Μπαλτζώη (2016) και Κοντογιαννάκης (2017) αναδεικνύεται ότι η έλλειψη αυτών λόγω της καθυστέρησης της γραφειοκρατικής διαδικασίας οδηγεί στην επισφάλεια της υγείας τους. Αναφορικά με την



επικοινωνία, η μελέτη της Τσαφκά-Τσότσκου (2023), του Galanis et al (2022) και της Μπαλτζώη (2016) ανέδειξαν τους γλωσσικούς φραγμούς ως ένα από τα βασικά εμπόδια για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι φραγμοί της επικοινωνίας λειτούργησαν συνδυαστικά αρνητικά στην άγνοια του τρόπου λειτουργίας του εθνικού συστήματος υγείας. Σύμφωνα με τις μετανάστριες που ρωτήθηκαν στη μελέτη των Fouskas et al. (2022b), υπάρχουν προβλήματα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, αναπτύσσουν αντιλήψεις που τις αποκόπτουν από την επίσημη πολιτική και περίθαλψη υγείας, ενώ αναπτύσσουν αντιλήψεις για τον εαυτό τους, την υγεία και την επιβίωσή τους στην αγορά επισφαλούς, χαμηλής κατάστασης/χαμηλού μισθού θέσεις εργασίας μακριά από αυτές. Η δυνατότητα απασχόλησης στην επίσημη αγορά εργασίας φαίνεται να είναι παράγων βελτίωσης.

Γεγονός που εντάθηκε κατά τη περίοδο COVID-19 δυσχεραίνοντας την καθημερινότητα και επιβαρύνοντας τη καλή κατάσταση της υγείας των μεταναστών. Αναφορικά με την οικονομία των μεταναστών, οι δύο μελέτες των Γαλάνη κ.ά. (2020) και των Galanis et al. (2022) εστιάζουν στην κακή οικονομική κατάσταση με αποτέλεσμα τη μη χορήγηση φαρμάκων/ιατρικών επισκέψεων σε εξωτερικό γιατρό λόγω κόστους ενώ αναδεικνύουν την αδυναμία χρήσης των υπηρεσιών υγείας που οφείλεται στην άγνοια του τρόπου λειτουργίας του εθνικού συστήματος υγείας. Άλλοι παράγοντες που τονίζονται από τις μελέτες των Γαλάνη κ.ά. (2020) και των Galanis et al. (2022) αφορούν την ελλιπή γνώση των δικαιωμάτων την έλλειψη ασφάλισης, τον χρόνο αναμονής. Οι Fouskas et al. (2022a) τονίζουν ότι οι κοινωνικοί καθοριστές υγείας, η διαδικασία και διακυβέρνηση της μετανάστευσης καθώς και εθνο-φυλετικές διακρίσεις ενδέχεται να επηρεάσουν σημαντικά την κατάσταση υγείας και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας των μεταναστριών, αιτουσών άσυλο και γυναικών πρόσφυγες. Επίσης, η παροχή πληροφοριών για τον COVID-19 δεν ήταν σε όλες τις δομές: για παράδειγμα, όπως ανέφερε μια συμμετέχουσα (συνεντευξιαζόμενη 26, γυναίκα από το Κονγκό), ενώ στις δομές φιλοξενίας στα νησιά του Αιγαίου, τα στελέχη των δομών ενημέρωσαν τον πληθυσμό σχετικά με τα προστατευτικά μέτρα από τον COVID-19, κάτι δεν συνέβη στη δομή που διέμενε στη ενδοχώρα (Fouskas, et al, 2022).

Η Al-Omari (2023) σημειώνει τη βαρύτητα του παράγοντα πολιτισμός. Δεδομένου ότι πολλές γυναίκες προέρχονται από μη δυτικούς πολιτισμούς, η κουλτούρα διαδραματίζει μεγάλο ρόλο καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα ερμηνεύουν τα συμπτώματά τους. Όταν γυναίκες βρίσκονται σε δυτικό/ανεπτυγμένο κράτος, οι παραδοσιακές και πολιτισμικές οπτικές τους για την ψυχογενή ασθένεια φαίνεται να έχουν επηρεαστεί από τις δυτικές ιδέες. Από τη μια πλευρά, συνεντευξιαζόμενες από την Αφρική επικρίνουν τον τρόπο με τον οποίο η κουλτούρα τους ερμηνεύει την ψυχογενή ασθένεια από παραφυσικές δυνάμεις, από την άλλη πλευρά, άλλες, δεν εκφράζουν σκεπτικισμό απέναντι στις έννοιες της μαγείας και της παραφυσικής προέλευσης της ασθένειας αλλά αναγνωρίζουν ότι, αφού δεν βρίσκονται πλέον στην Αφρική, δεν διαβιούν πλέον σε ένα «υπερφυσικό

περιβάλλον» (Al-Omari, 2023:50-51). Οι Sourtzi et al. (2020) υπογραμμίζουν ότι η ηλικία των μεταναστών έχει σημαντικό αντίκτυπο και στην αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς τα άτομα μεγαλώνουν ηλικιακά, τα προβλήματα υγείας γίνονται πιο επαχθή εάν η πρόσβαση στην περίθαλψη είναι ανεπαρκής, ενώ, η χρήση της προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης φαίνεται να επηρεάζεται και από την εθνική καταγωγή. Ο σχεδιασμός υπηρεσιών για διάφορους πληθυσμούς μεταναστών, συμπεριλαμβανομένης της παροχής πληροφοριών στη μητρική γλώσσα των μεταναστών κρίνεται αναγκαίος. Οι Vozikis & Siganiou (2015) συνδέουν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα με το νόμιμο καθεστώς και τη απασχόληση στον επίσημο τομέα της οικονομίας.

Επιπλέον, οι προληπτικές εξετάσεις δεν πραγματοποιούνται από ένα σημαντικό αριθμό μεταναστών/τριών, με βάση το εθνικό τους υπόβαθρο (Sourtzi et al., 2020). Σε σύγκριση με άλλες ομάδες μετανάστευσης, οι μετανάστες/τριες από την Αλβανία ανέφεραν ότι υποβάλλονταν σε προληπτικές εξετάσεις πιο συχνά, γεγονός που επεξηγείται λόγω μεγέθους της κοινότητά τους και ισχυρού δικτύου υποστήριξης και πληροφοριών (Sourtzi et al., 2020). Όσον αφορά το τομέα της εργασίας, στη μελέτη της Τσαφκά-Τσότσκου (2023) τονίζονται τα εμπόδια στην αναζήτηση εργασίας που επιβαρύνουν σημαντικά τις μετανάστριες επιβαρύνοντας τη πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας λόγω χρόνου και διαθέσιμων πόρων. Αντίστοιχα στη μελέτη του Κοντογιαννάκη (2017) διαπιστώνεται ότι οι μετανάστες σε έναν μεγάλο βαθμό δεν εργάζονται. Ωστόσο όσοι καταφέρουν να βρουν δουλειά εργάζονται υπό το καθεστώς της μαύρης εργασίας. Φυσικά η δικτύωση με συμπατριώτες δύναται να βοηθήσει στην εύρεση εργασίας. Στο τομέα της εκπαίδευσης η μελέτη της Μπαλτζώη (2016) αποδεικνύει ότι οι μετανάστες παρουσιάζονται ικανοποιημένοι με την εκπαίδευση που λαμβάνουν τα παιδιά τους αλλά όχι για τους ίδιους αφού η εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας αποτελεί εμπόδιο. Ωστόσο, στην έρευνα της Belanteri et al (2020) αναδείχθηκε η σημαντικότητα κάποιων δομών όπως της κλινικής των Γιατρών Χωρίς Σύνορα στη Λέσβο όπου ξεπεράστηκαν όλα τα εμπόδια και ελήφθησαν όλες οι απαραίτητες υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες ασθενείς που έπασαν θύματα βιασμού κατά τη διαδικασία της μετανάστευσης. Ακόμη ο Κοντογιαννάκης (2017) στη μελέτη του ανέδειξε τη σημαντικότητα των Μ.Κ.Ο. ως βασικό πάροχο υπηρεσιών με ταχύτερη και ευκολότερη πρόσβαση. Αντιστοίχως, στην έρευνα της Franzeskou (2021) το πρόγραμμα ORAMMA στη Λέρο παρείχε επαρκείς και κατάλληλες υπηρεσίες στις γυναίκες μετανάστριες κατά τη διάρκεια της κήσης καθώς η υγεία τους αποτέλεσε προτεραιότητα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ:**

### **5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Από τη παρούσα έρευνα αναδεικνύονται οι λόγοι που καθιστούν δυσχερή την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από γυναίκες πρόσφυγες, αιτούσες άσυλο, και μετανάστριες από την Αφρική στην Ελλάδα. Οι υπάρχουσες δημοσιευμένες έρευνες που να επικεντρώνονται στις γυναίκες από την Αφρική και στην πρόσβαση τους στο τομέα της υγείας είναι εξαιρετικά περιορισμένες. Η έρευνα αναδεικνύει τα εμπόδια στην πρόσβαση και στην χρήση υπηρεσιών υγείας με το κύριο από αυτά να είναι ο περιορισμός της γλώσσας. Η διαδικασία της ένταξης των μεταναστευτικών ομάδων στην Ελλάδα επηρεάζεται σημαντικά από τους φραγμούς επικοινωνίας σε σχέση με την αναζήτηση εργασίας, την πρόσβαση στην υγεία και στην γνώση των νόμιμων δικαιωμάτων τους. Επομένως, ειδικοί σε θέματα ένταξης θα πρέπει να συμβάλλουν στη προσπάθεια των ατόμων αυτών να ενσωματωθούν και να αποτελέσουν μέρος του συνόλου.

Ακόμη, αναδεικνύεται η αδυναμία χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τις μετανάστριες λόγω ασφάλισης, υψηλού κόστους, μεγάλης αναμονής. Αντιθέτως, η δράση προγραμμάτων και άλλων μη κυβερνητικών οργανώσεων όπως διαφαίνεται εξασφαλίζει την ταχύτερη και ευκολότερη πρόσβαση στην υγεία για όλους, κάνοντας αισθητή την ανάγκη υποστήριξης του κρατικού μηχανισμού στην παροχή των βασικών υπηρεσιών. Αποσαφηνίζεται η αναγκαιότητα της συνεργασίας αρμόδιων φορέων για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Τέλος, συστήνονται προτάσεις πολιτικής ώστε η πρόσβαση να αποτελεί αναπόσπαστο δικαίωμα όλων ανεξαρτήτου εθνικότητας.

#### **5.1. Μέτρα και πολιτικές Δημόσιας Υγείας και μετανάστευσης**

Η επιλογή της μετανάστευσης δεν είναι ποτέ μια απλή απόφαση καθώς πρόκειται για μια εμπειρία που θα αλλάξει απόλυτα τη ζωή ενός ανθρώπου. Οι λόγοι που δύναται να τον οδηγήσουν είναι οι περιβαλλοντικές μεταβολές (κλιματική αλλαγή), φτώχεια, ανεργία, αναζήτηση εύρεσης καλύτερης εργασίας, διώξεις (λόγω εθνικότητας/ θρησκείας), πολιτικών πεποιθήσεων, πολιτικών συγκρούσεων, η επανένωση με την οικογένεια ή η ακολούθηση ενός οικείου προσώπου. Όπως προκύπτει, το κυριότερο πρόβλημα πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας είναι η ελλιπής

ενημέρωση των δικαιωμάτων τους σχετικά με τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά και της λειτουργίας του εθνικού συστήματος υγείας. Η διαδικασία της μετανάστευσης ενέχει κινδύνους που αφορούν τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία αναφορικά με τις συνθήκες που επικρατούν πριν (στη χώρα καταγωγής), κατά την είσοδο τους στη χώρα προορισμού.

Η πρόσβαση στην υγεία αποτελεί αγαθό και κοινωνικό δικαίωμα όπου σε αυτό δεν έχουν χώρο εθνο-φυλετικά και κοινωνικοοικονομικά εμπόδια. Αυτό προϋποθέτει ότι η υγειονομική περίθαλψη σε αυτές τις ευάλωτες ομάδες των μεταναστών, αιτούντων άσυλο και των προσφύγων θα πρέπει να εστιάζει στον άνθρωπο, να είναι ποιοτική, να παρέχεται ολοκληρωμένα, ισότιμα και ανεξάρτητα από την ηλικία, καλύπτοντας το εύρος όλων των παθήσεων. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα ενημέρωσης των μεταναστών για της ενίσχυση της γνώσης των δικαιωμάτων τους αναφορικά με τη πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας.

Η καθυστέρηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών σχετικά με νομιμοποιητικά έγγραφα, χορήγηση φαρμάκων, ιατρικά ραντεβού κ.α. αναδεικνύουν την αναγκαιότητα χάραξης πολιτικών όπου η πρόσβαση στην υγεία θα είναι ισότιμη και ποιοτική για όλους. Τα εμπόδια επικοινωνίας και κατανόησης συντελούν ένα ακόμη καίριο πρόβλημα που δυσχεραίνει τόσο την παροχή υγειονομικής φροντίδας όσο και την διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας ενός ατόμου. Απαραίτητη κρίνεται η υποστήριξη του υγειονομικού φορέα με τη δημιουργία κατάλληλων γλωσσικά αλλά και ευαισθητοποιημένων κοινωνικά υγειονομικών υπηρεσιών θα πρέπει να αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους των πολιτικών δημόσιας υγείας έτσι ώστε τα υγειονομικά συστήματα να μπορέσουν να υλοποιήσουν τις ανάγκες των μεταναστευτικών ομάδων. Τα ανωτέρω δύναται να περιλαμβάνουν την συνεχή και μόνιμη (24/7) παρουσία διερμηνέων για την αποφυγή των φραγμών επικοινωνίας εντός των νοσοκομείων και των δομών, την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού για τη διαχείριση της πολιτισμικής διαφορετικότητας με στόχο την επίτευξη καλύτερης συνεργασίας για την απαλοιφή των προβλημάτων υγείας τους. Επιπλέον, η υλοποίηση δράσεων με θέμα την ψυχική υγείας των μεταναστών και των προσφύγων όπου κατά τη διάρκεια της εξέτασης το υγειονομικό προσωπικό να είναι σε θέση να αντιληφθούν και να διαγιγνώσκουν τις ψυχικές διαταραχές. Άλλα θέματα γυναικολογικής φύσεως θα πρέπει να συμπεριληφθούν στη μελλοντική ατζέντα με την εξασφάλιση της συμμετοχής των μεταναστευτικών ομάδων σε προγράμματα και οργανισμούς πρόληψης μέσω δράσεων σε όλες τις γλώσσες.

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση

- Abah, I. (2018). *Ambazonia War drowns SDF 28<sup>th</sup> Anniversary*. *Journal du Cameroon*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5n7b53j4>
- Abubakar, I. et al. (2022). *The Lancet Nigeria Commission: investing in health and the future of the nation*. Lancet.
- Ackah, C., and Medvedev., D. (2010). Internal migration in Ghana: determinants and welfare impacts. Policy research working papers. Washington, D.C.: World Bank, Retrieved from: <https://tinyurl.com/46ws2d2k>
- Acunzo, M., Autuori, MC., Cortinovis, I., Marconi, AM. (2018). Pregnancy and birth: the role of migration. *Reproductive Sciences*, 25, 1 Retrieved from: <https://tinyurl.com/3tv693r7>
- Adepoju, A. (2003). Continuity and Changing Configurations of Migration to and from the Republic of South Africa. *International Migration*, 41, 3-28. Retrieved from: <https://tinyurl.com/azk8nazz>
- African Development Bank Group (2013). *Eritrea Economic Outlook*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/uf6exbhf>
- African Health Organization (2020). *Guinea*. Retrieved from: <https://aho.org/countries/guinea/>
- Ahonen, E.Q., et al. (2010). Invisible work, unseen hazards: The health of women immigrant household service workers in Spain. *American Journal of Industrial Medicine*, 53 (4), 405-16.
- AIDA (2024). *Health Care: Greece*. The European Council on Refugees and Exiles (ECRE) Retrieved from: <https://tinyurl.com/4khex736>
- Al Jazeera (2023). 100 days of conflict in Sudan: A timeline <https://www.aljazeera.com/news/2023/7/24/100-days-of-conflict-in-sudan-a-timeline>
- Aldridge, R.W., Zenner D., White PJ, Williamson, EJ., Muzyamba, MC., Dhavan. P., et al. (2016) Tuberculosis in migrants moving from high-incidence to low-incidence countries: a population - based cohort study of 519 955 migrants screened before entry to England, Wales, and Northern Ireland. *Lancet*. 2016388(10059):2510–18.

- Alexandridis, A., & Dalkiran, M. (2017). Routes change, migration persists: The effects of EU policy on migratory routes. *Alsharq Forum Paper Series*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5hcr9c5f>
- Al-Omari, D. (2023). *Psychogenic Illness in Refugee Women: Exploring Their Experiences and Perceptions*. Master Thesis. Greece: The American College of Greece.
- Amnesty International USA (2008). The "Big 4" – How oil revenues are connected to Khartoum. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3badk938>
- Arora, V. & Ricci, A. (2006). *Unemployment and the Labor Market*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yxepwcju>
- Awosusi, A., et al. (2015). Nigeria's new government and public financing for universal health coverage. *The Lancet Global Health*, 3(9).
- Baker, J. and Aida, A. (1995). *The Migration Experience in Africa*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mrx66yst>
- Bank of Uganda (2020). *The Bank of Uganda Act*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4ythrkxk>
- Barona-Vilar, C., López-Maside, A., Bosch-Sánchez, S., Pérez Panadés, J., Melchor-Alós, I., Mas-Pons, R. et al. (2014). Inequalities in perinatal mortality rates among immigrant and native population in Spain, 2005–2008. *Journal of immigrant and minority health*, 16 (1),1–6.
- Bechtold, P.K. (2015). *Diseases. Sudan: a country study (5<sup>th</sup> sed.)*. Washington. Federal Research Division. Library of Congress. Retrieved from: <https://tinyurl.com/38a8bftu>
- Belanteri, R. A., Hinderaker, S. G., Wilkinson, E., Episkopou, M., Timire, C., De Plecker, E., ... & Van den Bergh, R. (2020). Sexual violence against migrants and asylum seekers. The experience of the MSF clinic on Lesbos Island, Greece. *PLoS one*, 15(9), e0239187.
- Ben, H. (2002). *The Kingfisher A- Z Encyclopedia*. Kingfisher Publications, p.11. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3w7es56c>
- Bilger, V. and Kraler, A. (2005). Introduction: African migrations. Historical perspectives and contemporary dynamics. *Stichproben. Wiener Zeitschrift für kritische Afrikastudien* Nr. 8/2005, 5. Jg. Retrieved from: <https://tinyurl.com/t65sknsc>
- Black, R., Kniveton, D., Schmidt-Verkerk, K. (2011). Migration and climate change: towards an integrated assessment of sensitivity. *Environment and Planning A: Economy and Space* 43(2) 431-450.
- Boateng, E.A. et al. (2024). *Ghana: References & Edit History*. Britannica. Retrieved from: <https://tinyurl.com/54hw9naz>
- Bop, C. (2005). Islam and Women's Sexual Health and Rights in Senegal. *Muslim World Journal of Human Rights*, 2(1).

- Bradby, H. et al. (2015). Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region. *Health Evidence Network Synthesis Report, No. 44*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mu96j3b5>
- Braudel, F. (1987). The Mediterranean: land, sea, history. *The UNESCO Courier, 12*(4-12). Retrieved from: <https://tinyurl.com/5n7dsm3y>
- Browne, A. and Barrett, H. (2006). Female Education in Sub-Saharan Africa: the key to development? *Comparative Education, 27*(3), 275-285.
- Brujin, M.E. et al. (2001). *Mobile Africa: changing patterns of movement in Africa and beyond. African dynamics*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc5a8sdz>
- Bruzzone, M. (2020). *Understanding Migration: Why “Push Factors” and “Pull Factors” Do Not Explain Very Much*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yzwmhd4p>
- Cantarutti, A., Franchi, M., Monzio Compagnoni, M., Merlino, L., Corrao, G. (2017). Mother’s education and the risk of several neonatal outcomes: An evidence from an Italian population based study. *BMC Pregnancy Childbirth*.
- Casillas, A., Bodenmann, P., Epiney, M., Gétaz, L., Irion, O., Gaspoz, JM., et al (2015). The border of reproductive control: undocumented immigration as a risk factor for unintended pregnancy in Switzerland. *Journal of immigrant and minority health, 17*(2),527–34.
- Catling, D. (1992). *Rice in deep water*. London: Palgrave Macmillan. Retrieved from: <https://tinyurl.com/44abdhaj>
- CDC (2022). *Siera Leone/Malaria*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yyxvu5hd>
- CDC (2024). *Global Health*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yp5x92c4>
- CEIC (2020). *Ghana Gold Production*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yazxnm9a>
- Central Intelligence Agency (2007). *South Africa: Defense Strategy in an increasingly Hostile World*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5y9pjpx8>
- Central Intelligence Agency (2018). *Infant Mortality Rate*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mr36pxp3>
- Central Intelligence Agency (2018). *Sudan*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mr27zm3v>
- Central Intelligence Agency (2021). *Algeria*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2tf76d23>
- Central Intelligence Agency (2021). *Somalia*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2aar8a35>
- Central Intelligence Agency (2022). *Cameroon*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2ymvab6x>
- Central Intelligence Agency (2023). *Ethiopia*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/ys4wsm5k>
- Central Intelligence Agency (2024). *Egypt*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4493cm45>
- Central Intelligence Agency (2024). *Algeria*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2pva78fr>
- Central Intelligence Agency (2024). *Cameroon*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2ydxw8uj>

- Central Intelligence Agency (2024). *Democratic Republic of The Kongo*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2tcxjxfw>
- Central Intelligence Agency (2024). *Gambia*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5n797aw4>
- Central Intelligence Agency (2024). *Ghana*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2a32ecfv>
- Central Intelligence Agency (2024). *Guinea*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mwyc8kcb>
- Central Intelligence Agency (2024). *Kenya*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/44tn6r2d>
- Central Intelligence Agency (2024). *Mali*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3565sy6t>
- Central Intelligence Agency (2024). *Morocco*. Retrieved from: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/morocco/>
- Central Intelligence Agency (2024). *Senegal*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bde6hcvs>
- Central Intelligence Agency (2024). *Sierra Leone*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2thndk4d>
- Central Intelligence Agency (2024). *South Africa*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2sbfrvxt>
- Central Intelligence Agency (2024). *Sudan*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/48j4p8zz>
- Central Intelligence Agency (2024). *Uganda*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5cxw7nju>
- CEPII (2022). BACI. <https://tinyurl.com/yc2tzuxd>
- Chaderli, A. et al. (2024). *Algeria*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3p6vuauw>
- Chammartin G. (2002). The feminization of international migration. *International Migration Programme*, 129, 39-47. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yb7r743b>
- Chayanov, A.V. (1966). *The Theory of Peasant Economy*. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin. Retrieved from: <https://tinyurl.com/y8sew9wu>
- Chynoweth, SK., Freccero, J., Touquet, H. (2017). Sexual violence against men and boys in conflict and forced displacement: implications for the health sector. *Reproductive Health Matters*, 25(51), 90–94.
- Clark, A. et al. (2024). *Senegal*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bdc8fwce>
- Coppola, N., Alessio, L., Pisaturo, M., Macera, M., Sagnelli, C., Zampino, R. et al (2015). Hepatitis B virus infection in immigrant populations. *World J Hepatol*.7(30),2955–61.
- Corbani, IE., Rucci, P., Iapichino, E., Bollani, Q.M, Cauli, G., Ceruti, MR. et al. (2017). Comparing the prevalence and the risk profile for antenatal depressive symptoms across cultures. *Int J Soc Psychiatry*.63(7):622–31.
- Country Disease Outlook (2023). *Eritrea*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/32tx98jf>
- Country Studies U.S (2016). *Algeria. Health And Welfare*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3h8vhmy7>
- Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP Qualitative Checklist*. Retrieved from: Accessed: <https://tinyurl.com/e5k4hr8f>



- Dapunt, J., Kluge, U., Heinz, A. (2017). Risk of psychosis in refugees: a literature review. *Transl Psychiatry*, 7, pagee1149.
- De Haas, H. et al. (2019). International Migration: Trends, Determinants, and Policy Effects. *Population and Development Review*, 45, 885-922.
- De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. (2015). *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2b433ubb>
- Debela, B.L., Shively, G., Holde, S.T. (2014). *Does Ethiopia's Productive Safety Net Program Improve Child Nutrition?* Centre for Land Tenure Studies Working Paper, No.01/14, Norwegian University of Life Sciences (NMBU), Centre for Land Tenure Studies (CLTS), Ås.
- DeLancey, M. and DeLancey, M.D. (2000). *Historical Dictionary of the Republic of Cameroon (3<sup>rd</sup> ed)*. The Scarecrow Press. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mrxm752y>
- Deneux-tharaux, C., Saucedo, M. (2017). Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2010–2012. *Gynecol Obstet Fert Senol*, 45(12), 8–21.
- Department of Labor (2006). *The Department of Labor's 2005 Findings on the Worst Forms of Child Labor*. Report Required by the Trade and Development Act of 2000. Retrieved from: <https://tinyurl.com/fmjpvdn4>
- Development Reports (2015). *National Human Development Report 2015 Ethiopia*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2zt6sper>
- Dirk, K. (2008). *Linking Agriculture to Tourism in Sierra Leone - a Preliminary Research*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/ye28czst>
- Dornan, K., Satterthwaite, L., Howard, A., Woodrow. S., Derbew. M., Reznick, R., Dubrowski, A. (2009). Addressing the sever shortage of health care providers in Ethiopia: bench model teaching of technical skills. *Med Educ*, 43(7).
- Dykhhoorn, J., Lewis, G., Hollander, A-C., Dalman, C., Kirkbride, J. (2017). Does psychosis risk vary by age-at-migration and region of origin? A national cohort study of 1.8 million people. *Schizophr Bull*, 1, 18-19.
- Dziadosz, A. (2009). Egypt tourism numbers to fall less than feared. *Reuters*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3u7jveew>
- Dziadosz, A. (2013). Egypt tourism numbers to fall less than feared. *Reuters Africa*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3u7jveew>

- ECHO (2023). *Nigeria – Violence against civilians in the North-East*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2s4kzhz>
- Esscher, A., Haglund, B., Högberg, U., Essén, B. (2013). Excess mortality in women of reproductive age from low-income countries: a Swedish national register study. *Eur J Public Health*, 23(2),274–9.
- Essén, B., Bödker, B., Sjöberg, N-O., Langhoff-Roos, J., Greisen, G., Gudmundsson, S., et al. (2002). Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG*. 109 (6), 677-82. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2ee2jppc>
- EUDIF (2020). *Diaspora engagement mapping Eritrea*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2s45y85y>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2016). *Epidemiological assessment of hepatitis B and C among migrants in the EU/EEA*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bdf7d5n6>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2016). *World Health Organization. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017: 2016 data*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2eucs3rm>
- European Commission (2013). *Communication from the Commission to the European Parliament and the Council: towards the elimination of female genital mutilation*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/56vxv699>
- European Migration Network (EMN). (2018). *Asylum and Migration Glossary 6.0 - European Migration Network (EMN)*. Brussels: European Commission. Retrieved from: <https://tinyurl.com/y75wj2cn>
- European Parliament (2020). *Exploring migration causes: why people migrate*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/y93fdjrr>
- European Parliament (2024). *Exploring migration causes. Why people migrate*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4kjh4drj>
- European Parliament, (2023). *Migrant women and the EU labour market*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/466utbjj>
- Eurostat (2016). *Key figures on Europe 2016 edition*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5u39vuc6>
- Exenberger, A. and Hartmann, S. (2007). *The Dark Side of Globalization. The Vicious Cycle of Exploitation from World Market Integration: Lesson from the Congo. Working Papers in Economics and Statistics*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/vwe4czrt>
- Fakoya, I., Álvarez-del Arco, D., Woode-Owusu, M., Monge, S., Rivero-Montesdeoca, Y., Delpech, V., et al. (2015). A systematic review of post- migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalized HIV epidemics living in Europe: mplications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. *BMC Public Health*.

- Flahaux, M.L. & Haas, D. (2016). African migration: trends, patterns, drivers. *Comparative Migration Studies*, 4 (1).
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (2022). *Sudan: new data reveals a sharp deterioration in food crisis, with nearly 12 million hungry people*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/256kwert>
- Ford, CM., Darlow, K., Massie, A., Gorman, DR. (2013). Using electronic maternity records to estimate female genital mutilation in Lothian from 2010 to 2013. *Eur J Public Health*, 28(4),657–61.
- Fouskas, T. (2014). *Nigerian Immigrants in Greece: Low-Status Work, Community, and Decollectivization*. New York: Nova.
- Fouskas, T., Koulierakis, G., Lyberopoulou, L., & De Maio, A. (2022). From invisibility to gender empowerment and migrant integration? Repercussions of live-in domestic work and caregiving on female migrants in Greece. *Cuestiones Pedagógicas. Revista De Ciencias De La Educación*, 1(31), 77-100.
- Fouskas, T., Koulierakis, G., Mine, F. M., Theofilopoulos, A., Konstantopoulou, S., Ortega-de-Mora, F., ... & 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.
- Franzeskou, I. C. (2021). *Perinatal experiences of refugee, migrant, and asylum seeker women in the context of the implementation of the ORAMMA project at Leros' Hospital*. Master Thesis. Athens: University of West Attica.
- Frontex (2014). *Frontex risk analysis network (FRAN) quarter 2 April–June 2014*. Warsaw: Frontex. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4jduxxttd>
- Frontex (2016). *Risk analysis for 2016*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2dtjuujz>
- Frontex (2019). *Risk analysis for 2019*. Retrieved from <https://tinyurl.com/mryh7xm6>.
- Gailey, H., et al. (2024). *Gambia*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5bdvb2wn>
- Galanis, P., Koureas, S., Bellali, T., Konstantakopoulou, O., Xafini, K., Angelopoulos, G., Kaitelidou, D. (2022). Use of Health Services by Migrants in Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 15(3), 1799. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2rnhe3cx>
- Garcia, A. J., Pindolia K.D. Lopiano, K.K., and Tatem, A.J. (2015). Modeling internal migration flows in sub-Saharan Africa using census microdata. *Migration Studies* 3(1) 89-110.
- Gericke, C.A., Britain, K., Elmahdawy, M., Elsis, G. (2018). *Health System in Egypt*. In: van Ginneken, E., Busse, R. (eds) *Health Care Systems and Policies*. Health Services Research. Springer, New York, NY.

- Ghana Embassy Whashington, DC, U.S.A. (2017). *Language and Religion*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2p8hd5ed>
- Ghana Statistical Service (2012). *Population & Housing Census*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/cfc993u3>
- Giraud, M., Bena, A., Costa, G. (2017). Migrant workers in Italy: an analysis of injury risk taking into account occupational characteristics and job tenure. *BMC Public Health*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/37e4v2u8>
- Gkiouleka, A. & Huijts, T. (2020). Intersectional migration – related health inequalities in Europe: Exploring the role of migrant generation, occupational status and gender. *Social Science & Medicine* (267). Retrieved from: <https://tinyurl.com/ednwauph>
- Global Centre For The Responsibility To Protect (2024). *Cameroon*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mpe2xfx2>
- World Bank (2023). *Global Migration in the 21st Century: Navigating the Impact of Climate Change, Conflict, and Demographic Shifts*. (2023, December 11) Retrieved from: <https://tinyurl.com/4yetx5s3>
- Goodwin, L. (2020). Ethiopian Coffee Culture. The Spruce Eats. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc3ypmeh>
- Greenaway, C., Thu Ma. A., Kloda. LA, Klein, M., Cnossen, S., Schwarzer, G., et al. (2015). The seroprevalence of hepatitis C antibodies in immigrants and refugees from intermediate and high endemic countries: a systematic review and meta-analysis. *PLOS One*, 10(11).
- Guttenberg, G., Grana, D., Ambrosio, G., Milei J. (2008). Chagas cardiomyopathy: Europe is not spared! *Eur Heart J*, 29(21), 2587–91.
- Haley, D.R., and Bég, S.A. (2011). The road to recovery: Egypt's healthcare reform. *The International Journal of Health Planning and Management*, 27(1).
- Hamid, A., Grace, KT., Warren, N. (2018). A meta-synthesis of the birth experiences of African immigrant women affected by female genital cutting. *J Midwif Women Health*. 63(2),185–95.
- Hargreaves. S, Rustage, K., Nellums, LB., Powis J, Milburn J, Severoni, S., et al. (2018). What constitutes an effective and efficient package of services for the prevention, diagnosis, treatment and care of tuberculosis among refugees and migrants in the WHO European Region?. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mt2cyx4d>
- Haukka, J., Suvisaari, J., Sarvimäki, M., Martikainen, P. (2017). The impact of forced migration on mortality: a cohort study of 242,075 Finns from 1939–2010. *Epidemiology* 4, 587-593.

- Hellenic Centre for Disease Control and Prevention (2017). *Epidemiological surveillance report malaria in Greece*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2932eckj>
- Herbst, M. (2008). *Oil for China, Guns for Darfur*. *Business Week*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3fkj64y3>
- Hernando, V. Álvarez-del Arco, D., Alejos, B., Monge, S., Amato-Gauci, A.J., Noori, T. et al. (2015). HIV infection in migrant populations in the European Union and European Economic Area in 2007–2012, An Epidemic on the move. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 70(2), 204-211. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3s9hpej3>
- Hoare, Ben. (2002) *The Kingfisher A–Z Encyclopedia*, Kingfisher Publications. p. 11. Retrieved from: <https://tinyurl.com/wpekhey9>
- Hollander, A-C., Dal. H, Lewis G., Magnusson, C., Kirkbride. J.B., Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ Clin Res*.
- Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., ... & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for information*, 34(4), 285-291. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc3st78b>
- UNDP (2012). *Human Development Indices*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5n7zwprx>
- Human Development Report (2009). *Overcoming Barriers: Human mobility and development*, p. 25.
- Human Rights Tracker (2023). *Senegal*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/48ce9xe7>
- Human Rights Watch (2006). *Eritrea*. Human Right Overview. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5n8ycfkc>
- ICAP (2013). *South Africa*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4s6yu5cw>
- IMF (2018). *2017 Article Iv Consultation - Press Release; Staff Report And Statement By The Executive Director For Morocco*. *IMF Country Report No. 18 / 75*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4z2pktd8>
- Institute For Health Metrics and Evaluation (2016). *Kenya*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bddkms2a>
- International Rescue Committee (2024). *Crisis in Mali: What you need to know and how to help*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mu9t5k66>
- International Crisis Group (2023). *Ethiopia's Ominous New War in Amhara*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mup7v7b>
- International Crisis Group (2024). *Mali*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/37msszdy>

- International Diabetes Federation (2023). *Members. Sudan*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/paj7232u>
- International Fund For Agricultural Development (2011). *IFAD's Gender Strengthening Programme in Eastern and Southern Africa*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yeaez45w>
- International Labour Organization (2015). *ILO global estimates on migrant workers*. Geneva: ILO. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5xpz5k6a>
- International Labour Organization (2021). *ILO Global Estimates on International Migrant Workers Results and Methodology, Third Edition*. Geneva: ILO. Retrieved from: <https://tinyurl.com/58fth5vy>
- International Migration And Human Rights (2008). *Challenges and Opportunities on the Threshold of the 60th Anniversary of the Universal Declaration of Human Rights*, p.45. Retrieved from: <https://tinyurl.com/24s2yj83>
- International Monetary Fund (2022). *World Economy outlook DataBase: October 2022*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5bs2962r>
- International Monetary Fund (2024). *Arab Republic*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/ywxat4w8>
- International Organization for Migration (2023). *Displacement Tracking Matrix Aug 01-18 2024* <https://tinyurl.com/5h2fwyhh>
- International Organization for Migration (2007). *Migration and the Environment*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4mkuxcm7>
- International Organization for Migration (2015). *World Migration Report 2015*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/y47w3ajn>
- International Organization for Migration (2021). *Mixed Migration Flows – Women & Migration*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/45j8ucms>
- International Organization for Migration (2024). *Gender and Migration*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bdxbvj9a>
- International Organization for Migration (2022). *World Migration Report*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bdxbvj9a>
- International Organization of Migration (2021). *Mixed Migration Flows – Women & Migration. Women And Girls On The Move To Europe 2018–2020*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/45j8ucms>
- International Organization of Migration (2024). *World Migration Report 2024*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mtwcej6b>
- International Organization of Migration (2016). *Migration Health*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3rtk9hxs>

- International Trade Administration (2023). *Nigeria- Country Commercial Guide*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4x7mv5mf>
- Isbell, T. and Ojewale, O. (2018). *One in three Nigerians have considered emigration, most to find economic opportunity*. *Afro Barometer*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yuuv25a3>
- Jordan, R. (2016). *Eritrea- Farming in a fragile land*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/vts428yf>
- Kassar, H. et al. (2014). Emigration flows from North Africa to Europe. *European Journal of Public Health*, 24, 2-5.
- Keygnaert, I., et al. (2008). *Hidden violence is a silent rape: prevention of sexual & gender-based violence against refugees & asylum seekers in Europe: a participatory approach report*. Ghent University. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3h65k5yt>
- Keygnaert, I., Guieu, A., Ooms, G., Vettenburg, N., Temmerman, M., Roelens, K. (2014). *Sexual and reproductive health of migrants: does the EU care?* *Health Policy*, 114(2-3):215-225.
- Keygnaert, I., Vettenburg, N., Temmerman, M. (2012). Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Cult Health Sex*, 14(5),505–20.
- Khyatti, M., Trimbilas, R-D., Zouheir, Y., Benani, A., El Messaoudi, M-D., Hemminki, K. (2014). Infectious diseases in north Africa and north African immigrants to Europe. *Eur J Public Health*, 24(1),47–56.
- Kifle, T. (2002). Educational gender gap in Eritrea. Retrieved from: <https://tinyurl.com/43kywbdr>
- Kimbrough, W., et al. (2012). The burden of tuberculosis in crisis – affected populations: a systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, 12 (12).
- Koffman, E. (1999). Female ‘Birds of Passage’ a Decade Later: Gender and Immigration in the European Union. *The International Migration Review*, 33, 2, 269-299.
- Koffman, E. (2002). The invisibility of skilled female migrants and gender relations in studies of skilled migration in Europe. *International Journal of Population Geography*, 6, 45-59.
- Kojo, E. (2019). *Top 10 Best Universities in Ghana*. *Pulse Gh*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2r9f5p3r>
- Koukkula, M., Keskimäki, I., Koponen, P., Mölsä, M., Klemetti, R. (2016). Female genital mutilation/cutting among women of Somali and Kurdish origin in Finland, *Birth*, 43(3),240–6.
- Kueper, J. (2010). Mining Companies Could See Big Profits in Congo. *The OTCinvestor*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/462k33x2>

- Kunst, H., Burman, M., Arnesen, TM., Fiebig, L., Hergens, M-P., Kalkouni, O. (2017). Tuberculosis and latent tuberculous infection screening of migrants in Europe: comparative analysis of policies, surveillance systems and results. *Int J Tuberc Lung Dis*. 21(8):840–51.
- L' Hanji Mohamed (2018). *Director General of Health Services and Hospital Reform, Algeria*. Pharma Boardroom. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3r9j6nt5>
- Lantum, D. and Monono, M.E. (2005). “ Republic of Cameroon”, Who Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2sxynm9w>
- Larsson, E., Emtell-Iwarsson, K., Gemzell-Danielsson, K., Essén, B., Klingberg-Allvin, M. (2018). 7,3- 03 Contraceptive use among immigrant and non-immigrant women seeking abortion care in Stockholm County, Sweden. *European Journal of Public Health*, 28, cky047.249.
- Lavieeco (2014). *Baisse du taux d' analphabetisme au Maroc a 28%*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/27erxpdf>
- Lemarchad, R., et al. (2024). *Congo*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2drutm8k>
- Lemmi, D. and Simoncelli, M. (2023). Rebel conflict in Senegal's Casamance region far from over. *Deutsche Welle*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yv79c3xz>
- Lempriere, M. (2019). *Mining in Eritrea: could a new potash project spur sustainable growth?* Retrieved from: <https://tinyurl.com/y7heack5>
- Leonard, T.M (2006). *Encyclopedia of the Developing World*. Taylor & Francis. p. 1085. Retrieved from: <https://tinyurl.com/438r7kpz>
- Lesson, P. T. (2007). Better off stateless: Somalia before and after government collapse. *Journal of Comparative Economics*, 35(4) 689- 710.
- Lewis, I.M et al. (2024). *Somalia*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/y7f854h4>
- Library of Congress Country Studies (2008). *Country Profile: Algeria*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bdnnx98p>
- Library of Congress (2005). *Country Profile: Mali*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2bcbx9wa>
- Mahfood, N. and Brahamia, B. (2014). The Problems Of Funding The Health System In Algeria. *International Journal of Medicine and Pharmaceutical Sciences*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/6d9ahuaw>
- Maillo, M.B., et al. (2015). Screening of imported infectious diseases among asymptomatic sub – Saharan African and Latin American immigrants: a public health challenge. *Am J Trop Med Hyg*, 92 (4), 848-56.
- Makholwa, A. (2013). *Motsoaledi to reform private health care*. *Financial Mail*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bsekmmxt>



- Marais, L. & Twala, C. (2020). Bloemfontein: the rise and fall of South Africa's judicial capital. *African Geographical Review*, 40 (1), 49-62.
- Markakis, J. et al. (2024). *Eritrea*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/56m3rprd>
- Massey, D. (1988). Economic Development and International Migration in Comparative Perspective. *Population and Development Review*, 14(3), 383- 413.
- Massey, D. S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., & Taylor, J. E. (1993). Theories of International Migration: A Review and Appraisal. *Population and Development Review*, 19(3), 431–466.
- Mbaku, J.M. (2005). *Culture and Customs of Cameroon*. Greenwood Press. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2p9n26vy>
- McGregor, A. (2021). *Is the Curtain Dropping on Africa's Oldest Conflict? Senegal's Offensive in the Casamance*. AIS Special Report. Retrieved from: <https://tinyurl.com/277k4j25>
- Mehretu, A. et al. (2024). *Ethiopia*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4zye78ty>
- Miller, S.G. (2024). *Marroco*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3kucxwhw>
- MIS (2011). *Ethiopia National Malaria Indicator Survey*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bdfm2ksr>
- Mitchley, A. (2023). *SA's population swells to 62 million – 2022 census at a glance*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5n7evjfn>
- Mohammed, A.O., Abdelrahim O., et al. (2006). Relationship of the sickle cell gene to the ethnic and geographic groups populating the Sudan. *Public Health Genomics*, 9(2) 113-20.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097.
- Morrissey, T.J. (1986). The Irish in Ontario. A Study in Rural History *Donald Harman Akenson*. *Messenger Publications*, 75 (298) 216-219. Retrieved from: <https://tinyurl.com/564m6222>
- Mukete, B. & Kato, M.S. (2014). Accessing the Impact of Consumer Behaviour on Food Security in South West Cameroon. *Journal of Food Security*. 2(3), 89-91. Retrieved from: <https://tinyurl.com/6arecd5z>
- Mullick, S. (2015). South Africa has excelled in treating HIV – prevention remains a disaster. *The Conversation*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/vbyypdet>
- Mwangi, S. et al. (2016). The African Lions: Kenya country case study. *The Brookings Institution*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yv9yxrbm>
- National Agency for Statistics and Demography of Senegal (2022). *A center of excellence in a strong National Statistical System*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mry7zhhz>

- National Council for Higher Education (2020). *National Council for Higher Education*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mrxef9v6>
- National Electoral Commission (2017). *Press Release*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/kwfr6x3z>
- National Food Information System of Eritrea (2005). *Baseline Study on Livelihood Systems in Eritrea*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4cmzw38b>
- National Health Insurance Authority (2013). *Annual Report*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3fwfwyx5>
- National Health Insurance Scene (2011). *Annual Report 2011*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3yxrzm7x>
- National Social Security Fund (2016). *Mandatory health insurance*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/ysdktdyw>
- Nerhus, M., Berg, A.O., M, Melle, I. (2016). Psychotic symptom profiles in immigrants and ethnic minorities. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(11), 1747–1757.
- Ngile, F. (2022). Three countries possess over 50% of Africa’s total wealth. *Quartz*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/ynhev976>
- Nilaweera, I., Doran, F., Fisher, J. (2014). Prevalence, nature and determinants of postpartum mental health problems among women who have migrated from south Asian to high-income countries: a systematic review of the evidence. *J Affect Disord*. 213-26.
- Northwestern University Feinberg School of Medicine (2013). *Universite De Bamako- Bamako Mali*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4aazsb8e>
- O’ Toole, T. (2024). *Guinea*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/ykpbcm5m>
- Okunande, S. (2021). *Africa Moves Towards Intracontinental Free Movement for Its Booming Population*. Migration Information Source. Retrieved from: <https://tinyurl.com/y3yz7bcz>
- Oliveira, C., Keygnaert, I., Oliveira Martins, MDR., Dias, S. (2018). Assessing reported cases of sexual and gender-based violence, causes and preventive strategies, in European asylum reception facilities. *Glob Health*, 14(1), 48. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yy5np9bs>
- Ominde, S.H. et al. (2024). *Kenya*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/ypefsh3n>
- Oxford Business Group (2021). *Access to health care broadens in Morocco*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bdfuw5w>
- Pace, R. (2016). *Migration in the Mediterranean: Origins and characteristics. Dossier: Mobility and Refugee Crisis in the Mediterranean*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc6dzfnj>
- Pacific Prime International (2016). *Algeria Health Insurance*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mu8aumc8>

- Paienwosky, D. (2009). The feminization of international labour migration. *Gender, migration and Development Series*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3hvnp53j>
- Pannetier, J., Ravalihasy, A., Lydié, N., Lert, F., Desgrées du Loû, A. (2018). Prevalence and circumstances of forced sex and postmigration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *Lancet Public Health*, 3(1), 16–23.
- Pariyo, G.W. et al. (2009). Changes in utilization of health services among poor and rural residents in Uganda: are reforms benefitting the poor? *Int J Equity Health*, 8 (39).
- Parry, J. (2006). *Commonwealth Education Partnerships 2007*. Rupert, ed. (2006). *Commonwealth Education Partnerships 2007*. Nexus Strategic Partnerships. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4d4ex59t>
- Pavanello, S. (2010). *Working across borders - Harnessing the potential of cross-border activities to improve livelihood security in the Horn of Africa drylands*. HPG Policy Briefs 41. Retrieved from: <https://tinyurl.com/23j3us2k>
- Pedersen, GS., Grøntved, A., Mortensen, LH., Andersen, AMN., Rich-Edwards, J. (2013). Maternal mortality among migrants in western Europe: a meta-analysis. *Matern Child Health J*, 18(7), 1628–38.
- Perschon, H. J. (2005). *Report on current situation in the health sector of Senegal and possible roles for non-motorised transport interventions*. Institute for Transportation and Development Policy. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2yf86sfd>
- PMI (2023). *Kenya Malaria Profile*. U.S President's Malaria Initiative. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mryvdr58>
- Pose R.R. and Samuels, F. (2010). *Progress in health in Eritrea: Cost-effective inter-sectoral interventions and a long-term perspective*. Overseas Development Institute, Case study - Development Progress Stories. Retrieved from: <https://tinyurl.com/7c43vej3>
- President's Malaria Initiative (2018). *Kenya*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2543xwfi>
- Priebe, S. et al. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. Health Evidence Network Synthesis Report, No. 4. Retrieved from: <https://tinyurl.com/583mur6y>
- Racape, J., Alexander, S., & De Speigelaere, M. (2015). High perinatal mortality rate among immigrants in Belgium. A populationbased cohort study from 1998 to 2010. *Eur J Epidemiol*, 30(8),1000.

- Rahman, S. (2013). *Global remittance flow grows 10.77% to \$514 billion in 2012*. World Bank. Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/yc3ep44n>
- Rashad, A.S., & Sharaf, M.F. (2015). Who benefits from public healthcare subsidies in Egypt?, *Journal of Social Sciences*, 4(4) 1162-1176.
- Rice, BD., Elford, J., Yin, Z., & Delpech, VC. (2012). A new method to assign country of HIV infection among heterosexuals born abroad and diagnosed with HIV. *AIDS* 26(15):1961–6.
- Rosenthal, G., Bahl, E., & Worm, A. (201). Illegalized migration courses from the perspective of biographical research and figurational sociology: The land border between Spain and Morocco. In G. Rosenthal & A. Bogner (Eds.), *Biographies in the global south. Vollume 17, No. 3*. (pp. 185–208). Frankfurt/Main: Campus.
- Rossi, C., Shrier, I., Marshall, L., Cnossen. S., Schwartzman, K., Klein, MB, et al. (2012). Seroprevalence of chronic hepatitis B virus infection and prior immunity in immigrants and refugees: a systematic review and meta-analysis. *PLOS One*, 7(9).
- Ruffini, A. (2010). The Decline of South African Gold Mining. *E & Mj Engineering and Mining Journal*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2uxyxx85>
- Rutebemberwa, E. et al. (2009). Lack of effective communication between communities and hospitals in Uganda: a qualitative exploration missing links. *BMC Health Serv Res*, 9 (146).
- Saad, A. (2018). *Eritrea's Silent Totalitarianism*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/7ck2zy7y>
- Salvatore, MA., Baglio, G., Cacciani, L., Spagnolo, A., Rosano, A. (2013). Work-related injuries among immigrant workers in Italy. *J Immigr Minor Health* (1), 182-7.
- Sanchez, D. (2017). *Ethiopia Moves Toward Privatization. It's Not about Money. It's About Tech. AFK INSIDER*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3xre8vkm>
- Sanfo, S., Fonta, M.M., Diasso, U.J., Nikiéma, M.P., Lamers, J.P.A., and Tondoh, J.E. (2017). Climate- and environment-induced intervillage migration in southwestern Burkina Faso, West Africa. *Weather, Climate and Society*, 9(4) 823-837. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5n6hsfmx>
- Shan, L.Y. (2023). *Egypt's pound is among the worst performing currencies in 2023. And it's expected to plummet further*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/k8v8jw48>
- Sikainga, A.A. et al. (2024). Sudan. <https://tinyurl.com/dxnb5axr>
- Simon, J., Kiss, N., Łaszewska, A., Mayer, S. (2015). *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region*. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4x7zuwea>
- Som, J. (2013). *Women's role in Cameroon fishing communities: the case of Limbe and Kribi*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4r9pej3h>

- 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*, 7(2), 287.
- Splinder, W. (2015). *2015: The year of Europe's refugee crisis*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/ye8ruvzi>
- Stark, O. & Bloom, D. E. (1985). The New Economics of Labor Migration. *The American Economic Review*, 75(2), 173–178.
- Suliman, A. (2011). The state of heart disease in Sudan. *Cardiovasc J Afr*, 22(4), 191-196.
- 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, 390.
- The National Treasury & Economic Planning (2021). *The Kenyan Economy*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/hwcebzz2>
- The World Bank in Nigeria (2023). *The World Bank in Nigeria*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/y7e8nw2n>
- The World Bank in Nigeria (2024). *The World Bank in Nigeria*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/y7e8nw2n>
- The World Bank in Somalia (2023). *The World Bank in Somalia*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3fjnxph6>
- The World Bank (2022). *Poverty headcount ratio at \$2.15 a day (2017 PPP) (% of population)*. <https://tinyurl.com/4ksbz9m3>
- Tiemoko, D., and Diara, A. (2012). Islamists declare full control of Mali's north. *Reuters*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/24udfcv6>
- Trines, S. (2018). *Education in Ethiopia*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4m9tsjma>
- U.S. Department of Labor (2006). *The Department of Labor's 2005 Findings on the Worst Forms of Child Labor. Report Required by the Trade and Development Act of 2000*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/fmjpvdn4>
- Ugorji, B. (2012). *From Cultural Justice to Inter- Ethnic Mediation: A Reflection on the Possibility of Ethno- Religious Mediation in Africa*. Denver: Outskirts press. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4ftcyvvnw>
- UN Geospatial (2022). *Africa*. <https://tinyurl.com/479k6rm5>
- UNAIDS (2007). *Uniting the world AIDS, South Africa*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mr25nm5w>
- UNAIDS (2017). *United Nations Programme on HIV/AIDS*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/73u2zwca>

- UNAIDS (2018). *UNAIDS DATA 2018*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2pjfr2ji>
- UNAIDS (2019). *South Africa*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4uns87y5>
- UNAIDS (2004). *Report of the global AIDS epidemic*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4794jibr>
- UND FOR PEACE (2023). *Fragile States Index Annual Report 2023*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/579khp9k>
- UNDP (2013). *Inequality in income or expenditure / Gini index, Human Development Report 2007/08*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4rey68x6>
- UNESCO (2010). *World Data on Education, Senegal*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3a6sk7y8>
- UNESCO (2013). *Institute for Statistics (2013). National adult literacy rates (15+), youth literacy rates (15- 24) and elderly literacy rates (65+)*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bdjkrr2y>
- Unesco (2016). *Eritrea*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc5yutvu>
- UNFPA (2006). *Female Migrants: Bridging The Gaps Throughout The Life Cycle*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yte5kv8b>
- UNFPA (2015). *Sierra Leone 2015 Population and Housing Census*. National Analytical Report. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc3xye7w>
- UNFPA (2023). *World Population Dashboard Sierra Leone*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/ykc9pxzu>
- UNICEF (2024). *Under-five mortality rate (per 1000 live births) (SDG 3.2.)*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mtsjynrf>
- UNICEF (2023). *Ethiopia Humanitarian Situation Report No. 1, January 2023*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3dxhwesy>
- UNICEF (2023). *Sudan*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mwkh2u95>
- UNITAID (2011). *Republic of Guinea Introduces Air Solidarity Levy to Fight AIDS, TB and Malaria*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2jekxume>
- United Nations Commission on Human Right (UNHCR). (2018b). *Global Appeal 2018–2019*. The UN Refugee Agency. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bpavstwh>
- United Nations Development Programme (2013). *Egypt*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4p996hus>
- United Nations Development programme (2015). *Ethiopia MDG Report (2014)*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/6n2ynhnw>
- United Nations Development Programme (2021). *Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping our Future in a Transforming World. Human Development Report 2021-2022*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2bvzjkr>

- United Nations Development Programme (2009). *Overcoming barriers: Human mobility and development. Human Development report*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2rhj7uhm>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2016). *Mali*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yusz9evu>
- United Nations INSTRAW (2007). *Annual Report 2007*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/y36vp8k6>
- United Nations International Children’s Emergency Fund (2023). *Survival Health. Expanding access and improving health care quality and standards in Ethiopia*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yckbeztt>
- United Nations Population Fund (2015). *Sierra Leone 2015 Population and Housing Census national analytical report*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc3xye7w>
- United Nations (2022). *Department of Economic and Social Affairs, Population Division*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/e2mnwx3v>
- United Nations (2022). *Population Division. Department of Economic and Social Affairs*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/54yx9wap>
- United Nations (2022). *World Population Prospects 2022*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/54yx9wap>
- United Nations (2023). *Somalia. Economical Analysis. Department of Economic and Social Affairs*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3nhc4d4n>
- United Nations (2024). *International migration*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/ykd44wed>
- United Nations (2006). *Feminization of Migration, Remittances, Migrants’ Rights, Brain Drain Among Issues, as Population Commission Concludes Debate. Meetings Coverage and Press Release*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2kb5zjrr>
- United Nations (2014). *International Migration. Peace, dignity and equality on a healthy planet*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/ykd44wed>
- United States Department of Labor (2013). *Gambia*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/43mxntsp>
- United States Department of Labor (2015). *List of Goods Produced by Child Labor or Forced Labor. Current Countries and Products*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5f6xh82d>
- USGS (2023). *Gold Statistics and Information*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2p9r4ydf>
- Velayati, A. et al. (2007). Religious and cultural traits in HIV/ AIDS epidemics in sub-Saharan Africa. *Arch Iran Med*, 10(4) 186-97. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mwaxd36t>
- Voice of America (2022). *Senegale Peace Deal “Important Step” – Mediator*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5n6z526z>

- Vozikis, A., & Sigano, M. (2015). Immigrants' satisfaction from the national health system in Greece: In the quest of the contributing factors. *Health*, 7(11), 1430-1440.
- Wahlberg, A., Johnsdotter, S., Selling, KE., Källestål, C., Essén, B. (2017). Baseline data from a planned RCT on attitudes to female genital cutting after migration: when are interventions justified? *BMJ Open*, 7(8).
- Wallerstein, I. (2004). *World Systems Analysis – An Introduction*. Durham: Duke University Press.
- Walsh, D. and Marks, S. (2021). Ethiopian Forces Retreat in Tigray, and Rebels Enter the Capital. *The New York Times*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/9etv8b88>
- Wang, L. et al. (2007). Education in Sierra Leone: present challenges, future opportunities. *World Bank Group*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yc42nxw3>
- Waugh, David (2000). "Manufacturing industries (chapter 19), World development (chapter 22)". *Geography: An Integrated Approach*. Nelson Thornes. pp. 563, 576–579, 633, 640.
- Weine, S., Golobof, A., Bahromov, M., Kashuba, A., Kalandarov, T., Jonbekov, J. et al. (2013). Female migrant sex workers in Moscow: gender and power factors and HIV risk. *Women Health*. 53(1):56–73.
- Wendy, W. (2024). *African Migration Trends to Watch in 2024*. Africa Center for Strategic Studies. Retrieved from: <https://tinyurl.com/3fsda5rc>
- West, B. (2004). *Cameroon. The Bradt Travel Guide*. The Globe Pequot Press. Bradt. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5ps43xm7>
- Whitehouse, D. (2019). *Ghana now Africa's largest gold producer, but reforms await. The Africa Report*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mrx8anbt>
- WHO (2022a). *Atlas of African Health Statistics 2022: Health situation analysis of the WHO African Region*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5cxetw4f>
- WHO (2023a). *Country Disease Outlook. African Region* <https://tinyurl.com/ynw5689c>
- WHO (2023b). *Fact Sheet: April 2023: Health and well-being for all in the WHO African Region: a summary* <https://tinyurl.com/yuc6ewjb>
- WHO (2024). *Neglected Tropical Diseases (NTD): The Burden of Neglected Tropical Diseases in the AFRO Region*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2s3eyz6y>
- WHO Regional Office for Africa (2022b). *Atlas of African Health Statistics 2022: Health situation analysis of the WHO African Region — Country profiles*. <https://tinyurl.com/52rnfj27>
- WHO Regional Office for Africa (2023). *Communicable and Non-Communicable Diseases in Africa in 2021/2022*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5awp6f3u>
- Williams, G., Noori, T. (2014). *Infectious disease burden in immigrant populations in the EU and EEA*. ECED Technical Report. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bdcsmw22>



- Wittenberg, L. (2017). *Managing mixed migration: The Central Mediterranean Route to Europe*. New York: International Peace Institute. Retrieved from: <https://tinyurl.com/netrnmyh>
- Wittkowski, A., Patel, S., Fox, JR. (2017). The experience of postnatal depression in immigrant mothers living in western countries: A meta-synthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 411–27.
- World Bank (2019). *Eritrea Overview*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5n7r8z42>
- World Food Programme (2023). *Nigeria*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/4khhauz9>
- World Food Programme (2024). *Nigeria*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2evh9udr>
- World Health Organization Ghana (2016). *Annual Report 2016*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/54eawvpj>
- World Health Organization (2010). *Prevalence of FGM*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/46xbawx2>
- World Health Organization (2014). *Ebola Response Roadmap Situation Report*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/yv867r5u>
- World Health Organization (2017). *Global tuberculosis report 2017*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mt5b864v>
- World Health Organization (2018). *Kenya, Country Operation Strategy at a glance*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/2a4nmaep>
- World Health Organization (2018). *World malaria report*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/5y6h45hp>
- World Health Organization (2023). *Ethiopia*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/ye29a876>
- World Health Organization (2023). *Cameroon. Country Disease Outlook*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/54pkzzvy>
- World Health Organization (2023). *Climate change*. Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/yes8z794>
- World Health Organization (2023). *The health of refugees and migrants in the WHO European Region*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/bdhdpxtn>
- World Health Organization. (2023). *Gambia. Country Disease Outlook*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/24bbkv3v>
- World Statistics Pocketbook (2016). *Cameroon*. Retrieved from: <https://tinyurl.com/mssvtppd>
- Wrench, J., Rea, A., Ouali, N. (2016). *Migrants, ethnic minorities and the labour market: integration and exclusion in Europe*. New York: Springer.
- Zanker, F. (2019). Managing or restricting movement? Diverging approaches of African and European migration governance. *Comparative Migration Studies*, 7, 17.

Από την Αφρική στην Ελλάδα: Διερεύνηση της πρόσβασης και της χρήσης υπηρεσιών υγείας από μετανάστριες, αιτούσες άσυλο και γυναίκες πρόσφυγες

Zlotnik, H. (2003), *The Global Dimensions of Female Migration*. Migration Information Source.  
Retrieved from: <https://tinyurl.com/3yfb43c>

## Ελληνόγλωσση

Γαλάνης, Π. (2009). Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(6):826-841

Γαλάνης, Π. (2017). *Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας*, Αθήνα: Κριτική.

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

ΕΟΔΥ (2024). Ολοκληρωμένη Επείγουσα παρέμβαση Υγείας για την προσφυγική Κρίση – Πρόγραμμα *Philos*. Αθήνα: ΕΟΔΥ. <https://tinyurl.com/ynarx84y>

Κέντρο Ερευνών για θέματα Ισότητας (2007). *Η Γυναικεία Μετανάστευση στην Ελλάδα. Τα ευρήματα της πανελλήνιας έρευνας του Κ.Ε.Θ.Ι.* Αθήνα: Κ.Ε.Θ.Ι. Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/4pj8wy92>

Κοντογιαννάκης, Ι. (2017). *Οι Υγειονομικές Συνθήκες Διαβίωσης των Μεταναστών στην Ελλάδα. το Ερευνητικό Παράδειγμα της ΜΚΟ Praxis. Μεταπτυχιακή Εργασία. Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης.* Αθήνα: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Μπαλτζώη, Η. (2016). *Η μετανάστευση των γαλλόφωνων Αφρικανών υπηκόων στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία. Μεταπτυχιακή Εργασία. Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής.* Αθήνα: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Νάσκου-Περράκη, Π. (2011). Η μετανάστευση, η διαπολιτισμικότητα και οι διεθνείς οργανισμοί, στο Δ. Σύρρη (επιμ.), *Συμβιώνοντας με τη Μετανάστευση*. Θεσσαλονίκη: Ιανός.

TAMEY (2024). Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση – Πρόγραμμα *Philos*. Αθήνα: ΥΜΑ. Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/j6xyedkk>

Τσαφκά-Τσότσκου, Φ. (2023). *Γυναίκες και Μετανάστευση: Αλληλοσυσχέτιση μεταξύ πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, κοινωνικής ένταξης και εργασιακής επισφάλειας στην Ελλάδα. Μεταπτυχιακή Εργασία. Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.* Αθήνα: Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

ΦΕΚ (2016). Ν 4368/2016. *Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις.* Ανακτήθηκε από: Αθήνα: ΕΤ. <https://tinyurl.com/43dy6cix>

ΦΕΚ (2019). Ν 4636/2019. *Περί Διεθνούς Προστασίας και άλλες διατάξεις.* Αθήνα: ΕΤ. Ανακτήθηκε από: <https://tinyurl.com/yuyb77zr>