



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΕ
ΔΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΠΟΣΤΟΛΑΡΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Αθήνα, 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΕ
ΔΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΠΟΣΤΟΛΑΡΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Αθήνα, 2020

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Αποστολάρα Παρασκευή, Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (επιβλέπων)

Φασόη Γεωργία, Αν.Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Δρακοπούλου Μαριάννα, Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Μαρία Γρηγοροπούλου του Χαλα
με αριθμό μητρώου Κη 18005 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών
Σπουδών Δημόσιας Διοίκησης του Τμήματος Νοσηλευτικής της
Σχολής ΣΕΥΠ του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

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

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

Ο/Η Δηλών/ούσα

Μαρία Γρηγοροπούλου
Χαλα

Copyright © Μαρία Γρηγοροπούλου, 2020

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Κοινωνικής Νοσηλευτικής και Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής.

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

Πρόλογος

Η Ελλάδα παρόλη την οικονομική κρίση που αντιμετωπίζει, δέχεται ολοένα και περισσότερο πληθυσμό προσφύγων και μεταναστών και λειτουργεί ως πύλη εισόδου με προορισμό άλλες χώρες. Ωστόσο μεγάλος αριθμός παραμένει στη χώρα ως μόνιμος πληθυσμός.

Ο πληθυσμός αυτός έρχεται αντιμέτωπος με ποικίλα ζητήματα. Τα οικονομικά προβλήματα, η ανεργία, τα αισθήματα κατωτερότητας, φόβου και αποξένωσης, η ελλιπής επικοινωνία, αλλά και θέματα που αφορούν στην υγεία τους είναι μερικά από αυτά.

Άτομα με σοβαρά προβλήματα και επιβαρυσμένη κατάσταση υγείας, με ειδικές δυνατότητες ή αναπηρίες, ηλικιωμένοι και άτομα με ψυχικές νόσους, αποτελούν τις πιο ευάλωτες ομάδες.

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που λειτουργεί ως σημείο εισόδου και για τα άλλα επίπεδα φροντίδας είναι μείζονος σημασίας. Ο σωστός και ποιοτικός συντονισμός είναι απαραίτητος, ώστε να υπάρχει διαθεσιμότητα ενός ευρέος φάσματος υπηρεσιών υγείας.

Η οικονομική πολιτική και η σωστή κατανομή πόρων και ανθρώπινου κεφαλαίου πρέπει να αφορούν ειδικά στην διαθεσιμότητα σε διερμηνείς, στην κατάλληλη εκπαίδευση των μεταναστών και προσφύγων για τη γνώση των δικαιωμάτων τους και τη μείωση ανισοτήτων καθώς και στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας.

Ιδιαίτερα η ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών υγείας, είναι ένας σημαντικός δείκτης, επειδή βοηθά τους παρόχους φροντίδας υγείας να βελτιώσουν τις υπηρεσίες μέσα από τη γνώμη και τις εμπειρίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, πολιτικές που αφορούν διαδικασίες χορήγησης ασύλου, παροχή κατάλληλης στέγασης, κατάλληλο εκπαιδευτικό σύστημα και επαγγελματική κατάρτιση αλλά και αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι τομείς προς βελτίωση για πιο αποτελεσματική ένταξη και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τα μέλη της 3μελούς επιστημονικής επιτροπής κυρία Φασόη Γεωργία, Αν.Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής καθώς και την κα Δρακοπούλου Μαριάννα, Λέκτορα, του Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής για τις πολύτιμες συμβουλές τους,

Ευχαριστώ ιδιαίτερω, την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Αποστολάρα Παρασκευή, Λέκτορα, Τμήματος Νοσηλευτικής, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε εξ αρχής και την στήριξή της σε όλη την προσπάθεια. Η καθοδήγησή της ήταν καταλυτική στη συγγραφή του εκπονήματος.

Επίσης ευχαριστώ θερμά την κ.Καυγά Άννα, Επ. Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής και όλο το εκπαιδευτικό προσωπικό του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού προγράμματος για τη μεταλαμπάδευση των ουσιαστικών του γνώσεων.

Θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω την κ. Ριάζ Ταϊμπα Ναζ, εξαιρετική νοσηλεύτρια με καταγωγή από το Πακιστάν για τη βοήθειά της ως πολιτισμικός διαμεσολαβητής.

Τέλος το πιο μεγάλο ευχαριστώ από καρδιάς ανήκει στο σύζυγό μου κ.Βαμβακά Ευστράτιο για τη βοήθεια που εκείνος ξέρει πάντα να προσφέρει σε όλους μαχόμενος μόνο στα παρασκήνια....

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	10
1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ	10
1.1. ΟΡΙΣΜΟΙ	11
1.2. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ.....	12
1.3. ΤΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.....	13
2. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	16
2.1. ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	17
2.2. ΟΙΚΟΔΟΜΗΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	18
3. ΠΡΟΣΒΑΣΗ	19
3.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	19
3.2. ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
4. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	22
4.1. ΕΜΠΟΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	23
4.2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο – ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	29
5. ΣΚΟΠΟΣ, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	29
5.1. ΣΚΟΠΟΣ	29
5.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ.....	29
5.3. ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	30
5.4. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ/ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ.....	31
5.5. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	32
5.6. ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	33
5.7. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ	33
5.8. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	35
6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ	35
6.1 ΒΑΣΙΚΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ	35
6.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ/ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ.....	35
6.1.2 ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ/ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ	36
6.1.3 ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	38

6.1.4 ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	41
6.1.5 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	42
6.1.5.1.A.2 Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με την κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους ..	47
Συντελεστής συσχέτισης Pearson r (correlation coefficient).....	56
6.2 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	82
6.3 ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ.....	85
6.4 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ, ΜΕ ΤΙΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 6 ΜΗΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΚΑΛΥΨΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΤΟΥΣ.....	88
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	91
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	98
9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	101
UNIVERSITY OF WEST ATTICA.....	109
ABSTRACT.....	109
10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	110

Εισαγωγή

Η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) λόγω της αύξησης εισροής μεταναστών τα τελευταία χρόνια, γνώρισε νέες προκλήσεις στην παροχή φροντίδας λόγω των πολιτισμικών διαφορών και της διαφορετικής παιδείας σε θέματα που αφορούν στην υγεία (health literacy) (Ward et al., 2019).

Η Ευρώπη το 2015, έλαβε τη μεγαλύτερη εισροή προσφύγων και αιτούντων άσυλο από την εποχή του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, προερχόμενοι από συγκρούσεις στη Συρία, το Αφγανιστάν, το Ιράκ και αλλού. Ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης εκτιμά ότι το 2015 έφτασαν στην Ευρώπη από το έδαφος και τη θάλασσα 1.046.600 μετανάστες, σχεδόν τέσσερις φορές περισσότερο από το 2014 (Kentikelenis & Shriwise, 2016).

Στις 19 Σεπτεμβρίου 2016, για πρώτη φορά, η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών διοργάνωσε τη σύνοδο κορυφής για την αντιμετώπιση μεγάλων μετακινήσεων προσφύγων και μεταναστών με στόχο την ενίσχυση της διακυβέρνησης της διεθνούς μετανάστευσης και τη δημιουργία ενός πιο υπεύθυνου και προβλέψιμου συστήματος για την αντιμετώπιση μεγάλων μετακινήσεων προσφύγων και μεταναστών (Matlin et al., 2018).

Η Ελλάδα αποτελεί και το κύριο σημείο εισόδου στην Ευρώπη. Έτσι το ελληνικό σύστημα υγείας επηρεάζεται βαθιά από τη συνέργεια των οικονομικών και των προσφυγικών κρίσεων (Kotsiou et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1. Εισαγωγικές έννοιες

Καθώς οι πληθυσμοί των χωρών γίνονται ολοένα και πιο ποικίλοι, τα συστήματα υγείας πρέπει να προσαρμοστούν ώστε να παρέχουν έγκαιρες, κατάλληλες και φιλικές προς τους μετανάστες υπηρεσίες υγείας. Ταυτόχρονα, πολλές χώρες επιδιώκουν την καθολική προσφορά υπηρεσιών υγείας, με στόχο να έχουν όλοι πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες χωρίς να αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες από τη χρήση των υπηρεσιών (Tschirhart et al., 2019).

Η Ελλάδα έχει βιώσει μια διπλή πρόκληση. Πρώτον βρίσκεται υπό την οικονομική λιτότητα κατά την τελευταία δεκαετία και δεύτερον καλείται να αντιμετωπίσει μια μεγάλη εισροή προσφύγων και μεταναστών (Theofanidis & Fountouki, 2019). Παράλληλα είναι δημοφιλής προορισμός για τους μετανάστες αφού μπορούν να βρουν εύκολα εργασία στον αγροτικό τομέα, σε κατασκευαστικές εταιρίες ενώ ταυτόχρονα μπορούν να επισκέπτονται τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Teunissen et al., 2016).

Τον Οκτώβριο 2019, κυβερνητική εγκύκλιος αναγνώρισε την κατάσταση των νόμιμα αναγνωρισμένων προσφύγων, αλλά η εφαρμογή των μέτρων εξακολουθούσε να μην υπάρχει, όπως δήλωσε η Διεθνής Αμνηστία. Οι αιτούντες άσυλο και τα παιδιά των μεταναστών χωρίς καθεστώς παραμονής, παρέμειναν αποκλεισμένοι από την κρατική φροντίδα υγείας. Ως αποτέλεσμα, *“χιλιάδες αιτούντες άσυλο, που είχαν φτάσει στην Ελλάδα έως τον Ιούλιο του 2019, αποκλείονταν ουσιαστικά από την πρόσβαση στη φροντίδα της υγείας τους και τα φάρμακα που χρειάζονταν για να αντιμετωπίσουν σοβαρές και συχνά χρόνιες παθήσεις”*, δήλωσε η Διεθνής Αμνηστία σε επιστολή που διαβιβάστηκε στην ελληνική κυβέρνηση στις 17 Ιανουαρίου. Η Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR) εκτιμά ότι υπάρχουν 112.300 πρόσφυγες και μετανάστες στην Ελλάδα, με 36.400 άτομα που μοιράζονται χώρο και υπηρεσίες που προορίζονται μόνο για 5.400 άτομα σε καταυλισμούς σε πέντε ελληνικά νησιά (Devi, 2020).

Σε μια εποχή που οι μετανάστες κρίνονται για την κοινωνία στην καλύτερη περίπτωση «ανεπιθύμητοι» και στη χειρότερη «απειλή» σε πολλά μέρη του κόσμου, παρόλα αυτά, τα περισσότερα κράτη μέλη του ΟΗΕ στις 13 Ιουλίου 2018, κατέληξαν σε συμφωνία για ασφαλή, ομαλή και νόμιμη μετανάστευση (Arbour, 2018), με τα τμήματα αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης να έχουν την πρώτη επαφή με τους

μετανάστες σε θέματα σχετικά με την υγειονομική τους φροντίδα (Harrison & Daker-White, 2019).

1.1. Ορισμοί

Ο Διεθνής Οργανισμός Εργασίας ορίζει έναν μετακινούμενο εργαζόμενο, ή εργαζόμενο εν κινήσει ως άτομο που μεταναστεύει από τη μια χώρα στην άλλη με σκοπό την απασχόλησή του (Loganathan et al., 2019).

Μετανάστης: Δεν υπάρχει κανένας διεθνώς επίσημος νομικός ορισμός του όρου μετανάστης, οι περισσότεροι συμφωνούν ότι ένας διεθνής μετανάστης είναι κάποιος που αλλάζει τη συνήθη χώρα του, ανεξαρτήτως του λόγου της μετανάστευσης ή του νομικού του καθεστώτος (Kumar & Diaz, 2019). Ως μετανάστης μπορεί να οριστεί *«κάθε πρόσωπο που μετακινείται ή έχει μετακινηθεί σε διεθνές επίπεδο στα σύνορα ή εντός κράτους εκτός του συνήθους τόπου κατοικίας του, ανεξαρτήτως (1) του νομικού καθεστώτος του ατόμου, (2) εάν η κίνηση είναι εθελοντική ή ακούσια, (3) των αιτιών της κίνησης ή (4) της διάρκειας της διαμονής»* (Ward et al., 2019). Γενικά, γίνεται διάκριση μεταξύ βραχυπρόθεσμης ή προσωρινής μετανάστευσης, που καλύπτει μετακινήσεις με διάρκεια μεταξύ 3 και 12 μηνών και μακροπρόθεσμης ή μόνιμης μετανάστευσης, που αναφέρεται σε αλλαγή χώρας για διαμονή διάρκεια ενός έτους ή περισσότερο (Kumar & Diaz, 2019). Οι νόμιμοι μετανάστες είναι αυτοί που απασχολούνται σε άλλη χώρα με τα απαιτούμενα νομικά έγγραφα, όπως έγκυρα διαβατήρια και άδειες εργασίας (Loganathan et al., 2019).

Παράτυπος μετανάστης: Πρόσωπο με μη εξουσιοδοτημένη είσοδο, παραβίαση προϋπόθεσης εισόδου, η αδυναμία απόκτησης ασύλου ή λήξη της θεώρησης της άδειας παραμονής ή διαμονής στη χώρα όπου ζει. Τα συνώνυμα που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν όρους όπως παράνομη μετανάστευση ή μετανάστη χωρίς χαρτιά σε μια παράτυπη κατάσταση.

Πρόσφυγας: Πρόσωπο που, λόγω εύλογου φόβου δίωξης για λόγους φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ιδιότητα μέλους συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας ή πολιτικής άποψης μετακινείται σε άλλη χώρα (Kumar & Diaz, 2019).

1.2. Μετανάστευση

Στη μετανάστευση οι άνθρωποι μετακινούνται από μια κοινωνία σε άλλη με διαφορετικό πολιτισμό, με σκοπό τις καλύτερες συνθήκες διαβίωσης. Η Παγκόσμια Έκθεση για τη Μετανάστευση δηλώνει ότι η μετανάστευση μελλοντικά θα αλλάξει κυρίως λόγω κοινωνικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικοπολιτικών και τεχνολογικών αλλαγών (Mohsin, 2017).

Οι μετανάστες αποτελούν μια ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα, γεγονός που υποδηλώνει ότι αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο κοινωνικής απομόνωσης. Η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί μία από τις βασικές παραμέτρους που συμβάλλουν στην κοινωνική τους ένταξη (Vozikis & Siganou, 2015).

Όλοι οι μετανάστες μεταφέρουν την κοινωνικοπολιτισμική κληρονομιά τους, όσον αφορά στις πεποιθήσεις τους και στις πρακτικές τόσο αντιμετώπισης της υγείας όσο και της ασθένειας, παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη (Krupic et al., 2016).

Μετά την άφιξή τους στη νέα χώρα, οι μετανάστες θα περάσουν μια περίοδο αβεβαιότητας. Η ικανότητα της χώρας υποδοχής με την έγκαιρη ένταξη των μεταναστών σε ένα προσαρμοσμένο σύστημα υγείας μπορεί να καθορίσει τη μακροπρόθεσμη κατάσταση υγείας τους. Οι πληθυσμοί των μεταναστών είναι συχνά ευάλωτοι σε σοβαρές ανισότητες στον τομέα της υγείας, ενώ πολλοί αντιμετωπίζουν παράλληλα και χρόνια προβλήματα υγείας, όπως σακχαρώδη διαβήτη και άλλα (Gele et al., 2016). Παράλληλα αντιμετωπίζουν εμπόδια, όπως γλωσσικές δυσκολίες, πολιτισμικές διαφορές, νομικά προβλήματα και κοινωνική απομόνωση (Lin et al., 2015). Επίσης έχουν λιγότερες γνώσεις για το σύστημα υγείας και επομένως περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και πληροφόρησης, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την υγεία τους με την πάροδο του χρόνου (Gele et al., 2016).

Αν και οι μετανάστες συμβάλλουν στην οικονομία των χωρών υποδοχής αφού συνεισφέρουν σε φόρους και κοινωνικές εισφορές, η ξενοφοβία και ο ρατσισμός αποτελεί μια πραγματικότητα που μερικές φορές εξυπηρετεί και τα εσωτερικά πολιτικά συμφέροντα (Ammar, 2018). Έτσι η εικόνα της μετανάστευσης είναι μια ζοφερή πραγματικότητα όπου ορδές μεταναστών ταξιδεύουν στη Μεσόγειο Θάλασσα προοριζόμενοι όμως για μία αβέβαιη παραμονή και ένα αβέβαιο μέλλον (Clark & Horton, 2018).

Σημαντικές για την πορεία τους είναι οι αποφάσεις που σχετίζονται με τη μεταναστευτική διακυβέρνηση, που λαμβάνονται συνήθως από τα υπουργεία

εσωτερικών, εξωτερικής πολιτικής και μετανάστευσης (Wickramage & Annunziata, 2018).

Θέτοντας το μεταναστευτικό ζήτημα καθοριστικό της εποχής μας και αποτελώντας αναπόσπαστο μέρος της οικονομικής ανάπτυξης, του κοινωνικού και πολιτιστικού ιστού των κοινωνιών μας (Orcutt et al., 2020), οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να καλύπτουν τις ειδικές ανάγκες των μεταναστών και να προσφέρουν προσβάσιμες, δίκαιες, οικονομικά προσιτές και πολιτισμικά ικανές υπηρεσίες υψηλής ποιότητας (Kumar & Diaz, 2019)

1.3. Το μεταναστευτικό προφίλ της Ελλάδας

Η μετανάστευση στην Ελλάδα κατά τη δεκαετία του '80, ήταν μειωμένη. Με το πέρασμα των χρόνων και κατά τη δεκαετία του '90, παρατηρήθηκε αύξηση, συγκεκριμένα μετά την κατάρρευση (Vozikis & Sigano, 2015) των σοσιαλιστικών καθεστώτων στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Οι Αλβανοί κατείχαν το μεγαλύτερο ποσοστό μετανάστευσης και ακολούθησαν οι Βούλγαροι, οι Ρουμάνοι και πληθυσμός χωρών της Νότιας Ασίας (Πακιστάν, Μπαγκλαντές και Αφγανιστάν). Το 2015, η Ελλάδα αποτέλεσε σημείο εισόδου στην ΕΕ για πρόσφυγες και μετανάστες από τρίτες χώρες λόγω της γεωγραφικής της θέσης και των συνόρων με την Τουρκία (στον ποταμό Έβρο στο βόρειο τμήμα της χώρας και στην εκτεταμένη νησιωτική ακτή του Ανατολικού Αιγαίου). Το φαινόμενο έφτασε στο αποκορύφωμά του το 2015 καθώς περίπου 857.000 μετανάστες και πρόσφυγες εισήλθαν στην Ελλάδα μέσω των θαλασσίων συνόρων της (Eikemo et al., 2018).

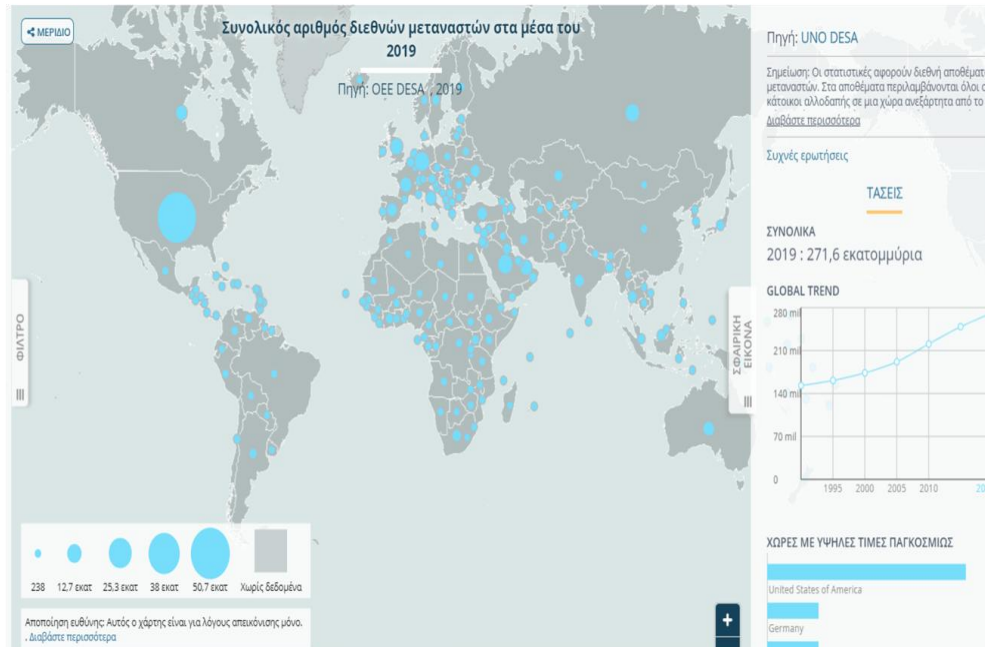
Οι σύγχρονες μεταναστευτικές ροές είναι πιο πολυάριθμες, γρήγορες, ποικίλες και πολύπλοκες από ό, τι στο παρελθόν, επηρεάζοντας όλες τις ηπείρους, τις κοινωνικές τάξεις, τις εθνικές και φυλετικές ομάδες και τις γενιές του κόσμου (Ventura, 2018).

Η Ευρώπη δέχεται τον μεγαλύτερο αριθμό μεταναστών μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Στις μέρες μας υπάρχει ένα τεράστιο κύμα μετανάστευσης, από ανθρώπους που αφήνουν τις πατρίδες τους λόγω του πόλεμου στη χώρα τους ή από διώξεις (Kumar & Diaz, 2019) (εικόνες 1,2, γράφημα 1). Η ατομική επιδίωξη καλύτερων προοπτικών και συνθηκών διαβίωσης ενθαρρύνει επίσης τη μετανάστευση (Ventura, 2018).

Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες έχουν σημαντικές ανάγκες φροντίδας της υγείας τους, αντιμετωπίζοντας ωστόσο ανισότητες. Η παροχή φροντίδας υγείας στη

συγκεκριμένη ομάδα ατόμων αποτελεί μια παράμετρο πρόκλησης για τη δημόσια υγεία (Brandenberger et al., 2019)

Εικόνα 1. Συνολικός αριθμός διεθνών μεταναστών, 2019



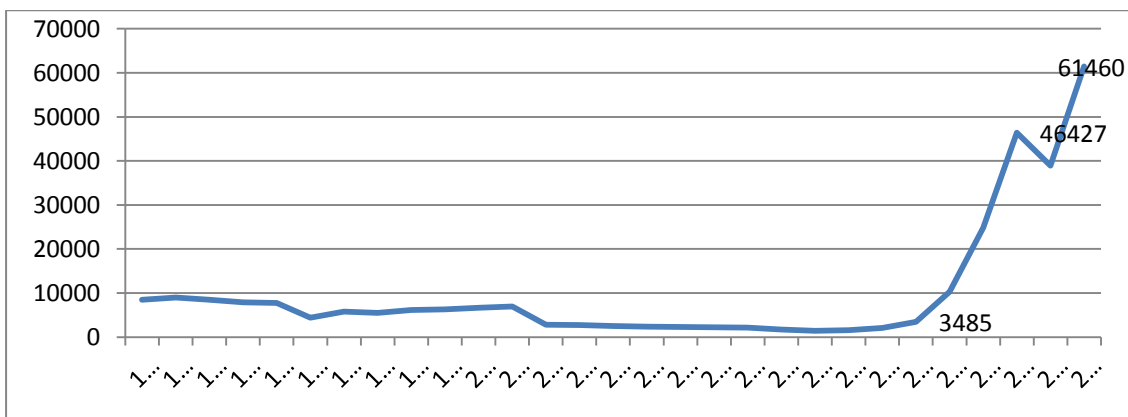
Πηγή: (https://migrationdataportal.org/?i=stock_abs_&t=2019,2020)

Εικόνα 2. Συνολικός αριθμός διεθνών μεταναστών στην Ελλάδα, 2019



Πηγή: (https://migrationdataportal.org/?i=stock_abs_&t=2019,2020)

Γράφημα 1. Πληθυσμός προσφύγων – Ελλάδα, 2018



Πηγή: (https://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.REFG?end=2018&locations=GR&name_desc=false&start=1990,2020)

Επειδή η υγεία των μεταναστών είναι ζωτικής σημασίας για την ένταξή τους στην κοινωνία, είναι απαραίτητη η κατανόηση των εννοιών της υγείας, των ασθενειών και της φροντίδας υγείας τους και ο αναλογισμός των αντίστοιχων ευθυνών των κρατών. Ορισμένες από τις προκλήσεις είναι η βιωσιμότητα των εθνικών συστημάτων υγείας, η πρόσβαση των μεταναστών-προσφύγων στη φροντίδα υγείας, τα μέσα και οι πόροι για την αντιμετώπιση μεταδοτικών και μη μεταδοτικών ασθενειών που έχουν τοπικές και παγκόσμιες επιπτώσεις και η διάθεση και εκταμίευση πόρων για έρευνα (Ventura, 2018).

Ένας από τους πρωταρχικούς στόχους της μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας ήταν ο αποκλεισμός των παράνομων μεταναστών χωρίς κοινωνική ασφάλιση, επηρεάζοντας αρνητικά τα ανθρώπινα δικαιώματα στην υγεία. Ακόμη και σε καταστάσεις χωρίς ρητούς νομικούς περιορισμούς, η πρόσβαση των παράνομων μεταναστών στη φροντίδα υγείας μπορεί να καθοριστεί και από άλλους παράγοντες (πολιτισμό, φύλο, φυλετική/εθνοτική, κοινωνική τάξη), τονίζοντας ότι τα μέτρα για την ενσωμάτωσή τους πρέπει να λαμβάνουν υπόψη ευρύτερα ζητήματα. Τα σοβαρά κενά των νόμων και πολιτικών, εκθέτουν τις παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των μεταναστών και τροφοδοτούν την ανάγκη για κοινωνική αλληλεγγύη, τα δημοκρατικά αιτήματά τους για ιθαγένεια και κοινωνική δικαιοσύνη, χωρίς διάκριση και την απαίτηση μέτρων πολιτικής για την υγεία τους (Ventura, 2018).

Τέλος, αν και οι τύποι και οι μορφές μετανάστευσης ποικίλουν και αλλάζουν σημαντικά, η δυναμική τους παραμένει αναλλοίωτη και είναι αναγκαία η προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας ζωής (Kumar & Diaz, 2019).

2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), είναι το πρώτο σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας στις περισσότερες χώρες, έχοντας τη δυνατότητα να ανταποκρίνεται επαρκώς και με χαμηλό κόστος στις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού και των μεταναστών (Van Loenen et al., 2017). Ως πύλη και συντονιστής της φροντίδας στο ευρύτερο σύστημα υγείας μπορεί να αντιμετωπίσει τις ανισότητες και τις προκλήσεις που εμφανίζονται στην παροχή φροντίδας υγείας στους μετανάστες. Παρέχει προσωπική, συνεχή, συντονισμένη και ολοκληρωμένη περίθαλψη. Επιπλέον υπάρχουν ολοένα και περισσότερες ενδείξεις ότι τα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συνδέονται με βελτιωμένα αποτελέσματα του συστήματος υγείας, όπως τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και τις εισαγωγές σε νοσοκομεία. Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι σε θέση να κατανοήσουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και συχνά γνωρίζουν τις κοινωνικές συνθήκες διαβίωσής τους. Πρόσφατα για παράδειγμα παρατηρήθηκε στην Ελλάδα, ότι οι γενικοί ιατροί εξέφρασαν δημόσια τις ανησυχίες τους για την παροχή φροντίδας στους μετανάστες. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το Royal College of General Practitioners αμφισβήτησε τη διαβούλευση της βρετανικής κυβέρνησης, η οποία πρότεινε την επέκταση των οικονομικών κονδυλίων για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους μετανάστες (O'Donnell et al., 2016).

Στην Ελλάδα, το μεγάλο μεταναστευτικό κύμα δημιουργεί πιέσεις στα συστήματα υγείας και η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται από τις τρέχουσες συνθήκες οικονομικής ύφεσης της χώρας (Milionis, 2019). Δεν υπάρχει σαφής πολιτική όσον αφορά στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας των μεταναστών. Η βάση του δικαιώματος φροντίδας υγείας είναι μια συνιστώσα φορολογικών υποχρεώσεων, κοινωνικών ασφαλίσεων κλπ. και ισχύει για όσους διαμένουν νόμιμα στη χώρα, σύμφωνα με το τωρινό καθεστώς δικαιώματος χρήσης υγειονομικής περίθαλψης ενώ οι υπόλοιποι λαμβάνουν μόνο επείγουσα περίθαλψη και δεν δικαιούνται υγειονομική ασφάλιση (Papadakaki et al., 2017).

Οι περισσότεροι μετανάστες χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για συνταγογράφηση φαρμάκων, ενώ αναζητούν φροντίδα από τα δημόσια νοσοκομεία περισσότερο για μαιευτικά προβλήματα και χρόνιες ασθένειες (Ab Rahman et al., 2016).

Οι μετανάστες, οι οποίοι έχουν νόμιμα δικαιώματα διαμονής στην Ελλάδα (Ν.2910 / 2001), απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με αυτά των Ελλήνων πολιτών όσον αφορά στην εθνική ασφάλιση και στην κοινωνική προστασία. Αντίθετα, όσοι διαμένουν στην Ελλάδα χωρίς νομικά έγγραφα διαμονής, δεν έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Ο νόμος προστατεύει μόνο τα ανήλικα παιδιά και τις επείγουσες περιπτώσεις (άρθρο 84 του Ν. 3386 / 2005). Παρόλα αυτά, οι νόμιμοι μετανάστες που διαμένουν στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν επίσης σημαντικά εμπόδια όταν προσπαθούν να προσέλθουν στο σύστημα υγείας, όπως ο μακρύς χρόνος αναμονής, η ανεπαρκής επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και η πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας (Vozikis & Sigano, 2015).

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας λαμβάνουν υπηρεσίες νόμιμοι και μη νόμιμοι μετανάστες και αυτό δημιουργεί μεγάλο φόρτο στους παροχείς φροντίδας υγείας, για τις ευάλωτες ομάδες (Papadakaki et al., 2017).

Για αποτελεσματικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προϋπόθεση είναι η επαρκής οικονομική ενίσχυση και το ανθρώπινο δυναμικό, τα οποία δυστυχώς δεν είναι πάντοτε διαθέσιμα σε χώρες όπως η Ελλάδα. Το πολιτικό πλαίσιο στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αυτή τη στιγμή δεν τάσσεται υπέρ της υποδοχής των μεταναστών περιορίζοντας τον προγραμματισμό και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο υπερπληθυσμός στα κεντρικά σημεία διέλευσης και τα κέντρα φιλοξενίας μεταναστών, ο μεγάλος αριθμός ασθενών και η έλλειψη επαρκούς υγειονομικού προσωπικού υπογραμμίζουν την ανάγκη κατευθυντήριων γραμμών και μέσων για τον έλεγχο και την ταχεία αξιολόγηση της υγείας των προσφύγων και μεταναστών (Van Loenen et al., 2017).

2.1. Μεταρρύθμιση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει αυξημένη συζήτηση σχετικά με τις προσπάθειες μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Το 2009 ο Λιονής και οι συνεργάτες του τόνισαν τη σημασία της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας ως ένα από τα βασικά στοιχεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, επισημαίνοντας ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη χώρα ήταν στα αρχικά στάδια και υπογραμμίζοντας σημαντικές διαρθρωτικές αλλαγές στο πλαίσιο του σημερινού εθνικού συστήματος υγείας, μαζί με σημαντικές αλλαγές στην οργανωτική κουλτούρα, που είναι βασικά στοιχεία για τη μετακίνηση προς την πιο ολοκληρωμένη φροντίδα

υγείας (Lionis et al., 2018). Όμως η ελληνική κοινωνία και η οικονομία της, λόγω της μακρόχρονης οικονομική κρίσης επέβαλε μέτρα λιτότητας κατά την τελευταία δεκαετία (Theofanidis & Fountouki, 2019).

Το 2005 ο Τσιαχρίστας και οι συνεργάτες του πρότειναν μια τεκμηριωμένη λύση και σχέδιο εφαρμογής ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Το 2017 θεσπίστηκε η νομοθεσία περί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, με ιδιαίτερη έμφαση στην αποκέντρωση και την δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων που θα ήταν εξουσιοδοτημένοι για παροχή υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο (Lionis et al., 2018)

2.2. Οικοδόμηση πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Η οικοδόμηση της σωστής «αρχιτεκτονικής» για την παγκόσμια δημόσια υγεία αποτελεί προτεραιότητα για όλους και πρέπει να στηρίζεται σε ένα στέρεο θεμέλιο. Είναι σημαντική η κατανόηση ότι η δημόσια υγεία δεν πρέπει απλώς να συνιστά τη διατήρηση της κατάστασης υγείας ή την απουσία νόσου αλλά να δρα προληπτικά, να αγωνίζεται για την κοινωνική δικαιοσύνη και την ισότητα με τα ανθρώπινα δικαιώματα ως κύριο σκοπό στον πυρήνα της υγείας. Συλλογική δράση για τη διατήρηση υγιών πληθυσμών περιλαμβάνει μια ομάδα πολλαπλών παρεμβάσεων για την προαγωγή της υγείας και της ασφάλειας με τομείς, συμπεριλαμβανομένης και της πολιτικής (Kumar & Diaz, 2019).

Παράλληλα με τον ευρύτερο τομέα της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα δημιουργήθηκε ένα εθελοντικό κίνημα για να βοηθήσει την κατάσταση. Αυτό περιλαμβάνει διάφορες μη κυβερνητικές δραστηριότητες και οργανώσεις (ΜΚΟ), άλλες κοινωνικές ομάδες και πολλά άτομα (Theofanidis & Fountouki, 2019).

Σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η πολιτισμική ικανότητα είναι επιτακτική, καθώς η έννοια της υγείας, της ασθένειας και της φροντίδας ερμηνεύεται διαφορετικά σε ανθρώπους διαφορετικών χωρών. Η γνώση των πολιτισμικών πεποιθήσεων διευκολύνει τους παρόχους υγείας να παρέχουν βελτιωμένη φροντίδα και συμβάλλει στην αποφυγή παρεξηγήσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των οικογενειών τους. Είναι μια πολύ χρήσιμη προσέγγιση για τη βελτίωση της φροντίδας υγείας στις φυλετικές /εθνοτικές μειονότητες και τη μείωση των ανισοτήτων (Kumar et al., 2019).

3. Πρόσβαση

Η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός προσαρμογής μεταξύ των ασθενών και του συστήματος υγείας. Οι Penchansky και Thomas προτείνουν ότι η πρόσβαση αποτελείται από συγκεκριμένες, αλλά επικαλυπτόμενες, διαστάσεις όπως προσβασιμότητα, διαθεσιμότητα, αποδοχή, προσιτή τιμή και διαμονή. Ο Saurman επέκτεινε αργότερα αυτήν τη θεωρία για να συμπεριλάβει την ευαισθητοποίηση. Η έλλειψη γνώσης της δομής και της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας καθιστά το σύστημα υγείας πολύπλοκο. Οι γλωσσικοί φραγμοί και η ανεπαρκής γνώση για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δημιουργούν άμεσα και μακροπρόθεσμα εμπόδια στην πρόσβαση στη φροντίδα (Kang et al., 2019).

3.1 Δικαιώματα πρόσβασης στη φροντίδα υγείας

Το θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπινου όντος να απολαμβάνει τα υψηλότερα δυνατά επίπεδα υγείας είναι κατοχυρωμένο στο Σύνταγμα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Loganathan et al., 2019).

Η Amartya Sen ανέφερε ότι *"η υγεία είναι η απαραίτητη βάση για να μπορούν οι άνθρωποι να πραγματοποιήσουν άλλες δυνατότητες"*. Η φροντίδα υγείας, είναι το τελευταίο "δίχτυ ασφαλείας" για την εξασφάλιση της υγείας και η εξίσωσή της αποτελεί σημαντική προσέγγιση για την εξασφάλιση της ισότητας στην υγεία (Wang et al., 2019).

Το 2000, εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ανέφερε ότι οι μη ευρωπαϊοί μετανάστες έχουν τα ίδια δικαιώματα πρόσβασης στη φροντίδα υγείας με τους ευρωπαίους πολίτες εφόσον διαθέτουν άδεια παραμονής / εργασίας που συνεπάγεται και κατοχή κοινωνικής ασφάλισης. Για τα άτομα που έχουν λάβει καθεστώς πρόσφυγα ή άλλη επίσημη μορφή διεθνούς προστασίας, τα ίδια δικαιώματα ισχύουν χωρίς την προϋπόθεση έγκυρης άδειας εργασίας. Ωστόσο, ο κανονισμός αυτός αφήνει πολλές ομάδες μεταναστών χωρίς κάλυψη της φροντίδας υγείας (εκτός επείγουσας περίθαλψης), συμπεριλαμβανομένων αιτούντων άσυλο με εκκρεμότητα αίτησης ασύλου, μετανάστες που δεν μπορούν να ανανεώσουν την άδεια διαμονής τους λόγω μακροχρόνιας ανεργίας και μετανάστες τρίτων χωρών που δεν μπόρεσαν να αποκτήσουν ένα «εξουσιοδοτημένο» καθεστώς. Πέρα από τους νομικούς κανονισμούς, αυτό που συμβαίνει στην καθημερινή πρακτική είναι ακόμη λιγότερο ενθαρρυντικό. Οι συχνές αλλαγές στην κεντρική διοίκηση της χώρας, οι συνεχείς αλλαγές της πολιτικής,

οι συντριπτικές περικοπές στον προϋπολογισμό στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία, η έλλειψη πολιτισμικά ευαίσθητων πρακτικών φροντίδας υγείας και η αυξημένη ξενοφοβία καθιστούν σχεδόν αδύνατη την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την εξοικείωση με το σύστημα υγείας (Eikemo et al., 2018).

3.2. Καθοριστικοί παράγοντες της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας

Η πρόσβαση στην φροντίδα υγείας συχνά συνδέεται με καθοριστικούς παράγοντες όπως η διαθεσιμότητα πόρων, η προσβασιμότητα σε αυτήν, η οικονομική ευμάρεια και η αποδοχή των νοσούντων από τις υπηρεσίες (Nabieva & Souares, 2019).

Οι εμπειρίες από το σύστημα υγείας των προσφύγων-μεταναστών των χωρών τους, μπορεί να επηρεάσουν τις προσδοκίες τους για τις έννοιες της φροντίδας αλλά και την ίδια τη φροντίδα. Οι έννοιες μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση με τις νέες πρακτικές φροντίδας υγείας που αντιμετωπίζουν, κυρίως λόγω της άγνοιας των διαθέσιμων υπηρεσιών και του τρόπου απόκτησής τους (García et al., 2020).

Οι υπηρεσίες που παρέχουν επαγγελματίες διερμηνείς είναι επίσης ιδιαίτερα αποτελεσματικές στους μετανάστες, μιας και συνήθως δεν έχουν κανέναν να τους συνοδεύσουν όταν αναζητούν υπηρεσίες υγείας (Chu et al., 2019).

Στην έρευνα των Mangrio & Forss, 2017 φάνηκε ότι η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των προσφύγων είναι σημαντική, ενώ η ανεπαρκής γλωσσική επικοινωνία λειτουργεί ως φραγμός. Υπάρχει ανάγκη να δοθούν περισσότερες πληροφορίες στους μετανάστες- πρόσφυγες σχετικά με το σύστημα φροντίδας υγείας της χώρας υποδοχής, τόσο σε προφορικό όσο και γραπτό επίπεδο. Η υποστήριξή τους από τους επαγγελματίες υγείας είναι σημαντική σε αυτό το επίπεδο (Mangrio & Forss, 2017).

Έρευνα του Γαλάνη et al., 2013, που αφορούσε στην ικανοποίηση των μεταναστών από τις υπηρεσίες υγείας, αναφέρει ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες στη μελέτη (62,3%), εξέφρασαν αυξημένες ανάγκες από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που σχετίστηκαν με τον αυξημένο μεγάλο χρόνο αναμονής στα νοσοκομεία, τη δυσκολία στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, το υψηλό κόστος της φροντίδας υγείας και της πολυπλοκότητας του συστήματος (Galanis et al., 2013).

Η πρόσφατη χρηματοπιστωτική κρίση στην Ελλάδα, οδήγησε σε έναν δυσλειτουργικό τομέα στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Η ανασκόπηση των

Papadakaki et al., 2017 έδειξε σημαντικούς φραγμούς στο σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους μετανάστες, που σχετίζονται με την περιορισμένη ικανότητά του να τους υποστηρίξει. Απαιτούνται συνδυασμένες προσπάθειες από τις κεντρικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας, τα εκπαιδευτικά ιδρύματα και τους παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ώστε οι μετανάστες, να αντιμετωπίσουν αυτά τα εμπόδια και η Ελλάδα να μπορέσει να στραφεί προς ένα σύστημα φροντίδας υγείας με διαπολιτισμικές διαμεσολαβήσεις για τον διαφοροποιημένο πληθυσμό (Papadakaki et al., 2017)

4. Ικανοποίηση μεταναστών από το σύστημα υγείας

Εκτός από το ζήτημα της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, ένα άλλο κρίσιμο ζήτημα είναι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Vozikis & Siganou, 2015). Οι αξιολογήσεις της υγείας συσχετίζονται με την κατάσταση της υγείας των πληθυσμών και της υποκειμενικής ευημερίας τους (Ljunge, 2016). Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας σημαντικός δείκτης της διαδικασίας της φροντίδας και της ποιότητας της περίθαλψης τους (Altin & Stock, 2016). Η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί μία από τις σημαντικότερες παραμέτρους για την τεκμηρίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και συνεισφέρει πολλά στις μονάδες υγείας και ως επέκταση, στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο (Vozikis & Siganou, 2015).

Η ποιότητα της φροντίδας υγείας ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης του επιθυμητού αποτελέσματος. Ο Donabedian δημιούργησε τρεις παραμέτρους για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας: τη δομή ή τα χαρακτηριστικά των ρυθμίσεων στις οποίες λαμβάνει χώρα η φροντίδα υγείας (η γνώση και τα κλινικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την επίλυση των προβλημάτων υγείας), τη διαπροσωπική ποιότητα (διαπροσωπικές συναλλαγές μεταξύ προσωπικού υγείας και ασθενών) και την έκβαση της φροντίδας υγείας ή τις αλλαγές στην κατάσταση της υγείας ως αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Τα διεθνή αποδεικτικά στοιχεία είχαν επισημάνει ανισότητες στην ποιότητα της φροντίδας υγείας που παρέχεται στους μετανάστες, όπως διαγνωστικά σφάλματα όταν υπήρχε ένα γλωσσικό εμπόδιο και παρεμπόδιση στην παρακολούθηση χρόνιων ασθενών, λιγότερες διαγνωστικές εξετάσεις ή περισσότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο (Porthé et al., 2018).

Η σημασία της ποιότητας στον τομέα της υγείας έχει αναγνωριστεί, αλλά επιταχύνθηκε την τελευταία δεκαετία μέσω της ανάπτυξης προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας, προγραμμάτων βελτίωσής της κ.α. Έχει προταθεί ότι η ποιότητα της φροντίδας υγείας μπορεί να γίνει μετρήσιμη παρακολουθώντας τη δομή της, τις διαδικασίες παροχής της και τα αποτελέσματά της. Ενώ οι στόχοι της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της φροντίδας υγείας είναι σχεδόν καθολικοί, οι κοινωνίες και οι πολιτισμοί ανά τον κόσμο διαφέρουν ως προς το πόσο επικεντρώνονται στον ασθενή, μέσω της αποτελεσματικότητας και της ισότητας (Xesfingi & Vozikis, 2016).

4.1. Εμπόδια για την ικανοποίηση από τη φροντίδα υγείας

Σημαντικό εμπόδιο είναι τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Γλωσσικά εμπόδια δημιουργούν τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα εμπόδια για πρόσβαση στην φροντίδα υγείας (Kang et al., 2019).

Πολλές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι συνδέονται τα γλωσσικά εμπόδια με χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης του ασθενούς και κακή παροχή φροντίδας σε σύγκριση με τη φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς που μιλούν τη γλώσσα του παρόχου φροντίδας υγείας (Mucic et al., 2016).

Η εφαρμογή επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή, η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη κοινών αποφάσεων και η ικανότητα να κατανοεί τις γραπτές πληροφορίες για την κατάσταση υγείας του συνδέεται με την ικανοποίησή του σχετικά με την φροντίδα που λαμβάνει από πρακτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Altin & Stock, 2016).

Σε έρευνα με δείγμα 126 μεταναστών στην Ελλάδα, που ζούσαν στο νομό Αττικής, διαπιστώθηκε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταναστών και ιδιαίτερα το φύλο, η κατανόηση της ελληνικής γλώσσας και το εκπαιδευτικό προφίλ, σε μεγάλο βαθμό συμβάλλουν στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης τους όσον αφορά στο σύστημα υγείας (Vozikis & Siganou, 2015).

Παρόμοια, σε έρευνα νεοαφιχθέντων προσφύγων και μεταναστών όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν εμπόδια στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας λόγω έλλειψης πληροφοριών, χρονικής πίεσης και γλωσσικών φραγμών (Van Loenen et al., 2018).

Επίσης η διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα-κουλτούρα μπορεί να επηρεάσει τις ιατρικές ενέργειες και τα επίπεδα ικανοποίησης. Για παράδειγμα, οι γυναίκες μετανάστριες προτιμούν τις γυναίκες γιατρούς για θέματα γυναικολογικής φύσεως σε σχέση με τους άνδρες. Από την άλλη, οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν διαθέτουν αυτές τις γνώσεις, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας. Οι διαμεσολαβητές είναι άτομα που συμβάλλουν στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι για την καλή επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών ειδικά για την κατανόηση θεμάτων πρόληψης (Mohsin, 2017).

Σε μελέτη για την κατανόηση των φραγμών μεταξύ επαγγελματιών υγείας και μεταναστών, δόθηκε επίσης έμφαση στη σχέση τους. Εάν η σχέση είναι καλή, τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών θα είναι υψηλότερα. Η ικανοποίηση επίσης σχετίστηκε από την επάρκεια ή μη των επαγγελματιών υγείας, του εξοπλισμού, τη

διαθεσιμότητα φαρμάκων, το υψηλό κόστος από έξοδα μετακίνησης και θεραπείας και την ποιότητα φροντίδας (Mohsin, 2017).

Και στην έρευνα των Woodgate et al., (2017) οι μετανάστες/ πρόσφυγες αντιμετώπισαν προκλήσεις στην προσπάθειά τους για πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας. Ορισμένα εμπόδια ήταν η αναμονή, το υψηλό κόστος φαρμακευτικής αγωγής και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (Woodgate et al., 2017).

Επίσης οι μετανάστες δείχνουν μια γενική τάση για χαμηλότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας από ότι οι γηγενείς πληθυσμοί (Sarría-Santamera et al., 2016).

Το υγειονομικό σύστημα υγείας είναι σε κάποιο βαθμό, «άγνωστο» για τους μετανάστες (Vissandjée et al., 2017). Η περιορισμένη γνώση των υπηρεσιών υγείας των μεταναστών συσχετίζεται με έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, έλλειψη ικανότητας αποτελεσματικής αυτοδιαχείρισης της υγείας, κατανόηση διαθέσιμων και σχετικών πληροφοριών και λήψης αποφάσεων (Naus, 2017).

Επίσης η ελλιπής παιδεία είναι ένας σημαντικός φραγμός στην ποιοτική προληπτική φροντίδα υγείας, που συμβάλει στις ανισότητες στην φροντίδα υγείας για τους πολίτες χαμηλού εισοδήματος και επιπτώσεις στους πρόσφυγες-μετανάστες με περιορισμένη γλωσσική επάρκεια και συγκεκριμένες πολιτισμικές, θρησκευτικές και παραδοσιακές πεποιθήσεις (Griswold et al., 2018).

Για να είναι σε θέση ο πληθυσμός αυτός να «υιοθετήσει» κανόνες που σχετίζονται με τη γνώση των δικαιωμάτων του στην υγεία πρέπει να εκπαιδευτεί ως ευάλωτος νέος πληθυσμός της κοινωνίας προς αυτή την κατεύθυνση (Vissandjée et al., 2017) με σκοπό να εκλείψουν έτσι οι ανισότητες (Naus, 2017).

Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους μετανάστες να κατανοήσουν τα δικαιώματά τους με την κατάλληλη εκπαίδευση (Vissandjée et al., 2017). Η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας πολιτισμικά ευαίσθητη στους μετανάστες θα πρέπει να αποτελεί μέρος του συστήματος φροντίδας υγείας (Kusuma & Babu, 2018).

Ωστόσο, και οι πάροχοι φροντίδας υγείας χρειάζονται υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν την πολυπλοκότητα των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες-μετανάστες (Harris, 2018).

4.2. Επαγγελματίες υγείας και πολιτισμική ικανότητα

Η αυξανόμενη μετανάστευση στις ευρωπαϊκές χώρες αύξησε ταυτόχρονα την πολιτισμική πολυμορφία στη φροντίδα υγείας. Η ισότιμη πρόσβαση των μεταναστών

στα συστήματα υγείας και η φιλική προς τους μετανάστες πρόσβαση αποτελούν συναφή θέματα (Wallimann & Balthasar, 2019).

Δεδομένου ότι το παγκόσμιο φαινόμενο της μετανάστευσης έχει αλλάξει δραματικά το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο λειτουργούν οι επαγγελματίες υγείας, τα ευρωπαϊκά κράτη αντιμετωπίζουν μια αυξανόμενη ανάγκη αποτελεσματικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας για να κατανοήσουν και να ανταποκριθούν καταλλήλως στις ποικίλες ανάγκες των μεταναστών και προσφύγων (Chiarenza et al., 2019).

Λόγω της πολύ μεγάλης μετανάστευσης ως αποτέλεσμα των πολέμων και των καταστροφών κατά τις τελευταίες δεκαετίες, τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα. Προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι δυσκολίες παροχής υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται απόκτηση πολιτισμικής ικανότητας ως μέσο της σημαντικής στρατηγικής για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Έχει προταθεί η ή εκπαίδευση σε αυτόν τον τομέα της υγείας, καθώς ο συνδυασμός της καλής σχέσης και της ικανοποιητικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και των ασθενών με μεταναστευτικό υπόβαθρο μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ποιότητα της φροντίδας υγείας, και την ποιότητα ζωής των ασθενών (Fatahi & Krupic, 2016).

Το μορφωτικό επίπεδο και η παιδεία στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει τη γνώση, τα κίνητρα, την κατανόηση εννοιών, την αξιολόγηση, εφαρμογή πληροφοριών και λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα υγείας αλλά και την πρόληψη ασθενειών, την προαγωγή της υγείας καθώς και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου (Ward et al., 2019). Επίσης η πολιτισμική ικανότητα, η οποία είναι η ικανότητα ανταπόκρισης στην πολιτισμική ποικιλομορφία μέσα στα συστήματα υγείας είναι σημαντική (Cai, 2016).

Οι νοσηλευτές, αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα εργαζομένων στον τομέα υγείας και πρέπει να διαθέτουν πολιτισμικές ικανότητες για να εξασφαλίζουν ασφαλείς και ποιοτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες. Οι όροι "πολιτισμός" και "ικανότητα", οι οποίοι προέρχονται από την έννοια της πολιτισμικής ικανότητας, είναι πολύπλοκες ιδέες. "Πολιτισμικό" είναι το επίθετο του πολιτισμού, αναφερόμενο σε πράγματα που σχετίζονται με τον πολιτισμό. Ο πολιτισμός είναι μια συγκεκριμένη ατομική ή ομάδα πεποιθήσεων, αξιών, κανόνων και τρόπος ζωής που μπορούν να μοιραστούν, να μάθουν και να μεταδοθούν. Επηρεάζει τη σκέψη, τις αποφάσεις και τις συμπεριφορές των

ανθρώπων στην καθημερινή τους ζωή. Η κουλτούρα συνδέεται πολύ περισσότερο από την εθνότητα ή τη φυλή. Ο όρος "ικανότητα" είναι η ικανότητα ενός ατόμου να εκτελέσει μια εργασία και στη νοσηλευτική, επίσης μπορεί να οριστεί ως το επίπεδο απόδοσης που ενσωματώνεται στην αποτελεσματική εφαρμογή στάσεων, γνώσεων, δεξιοτήτων και κρίσεων (Cai, 2016).

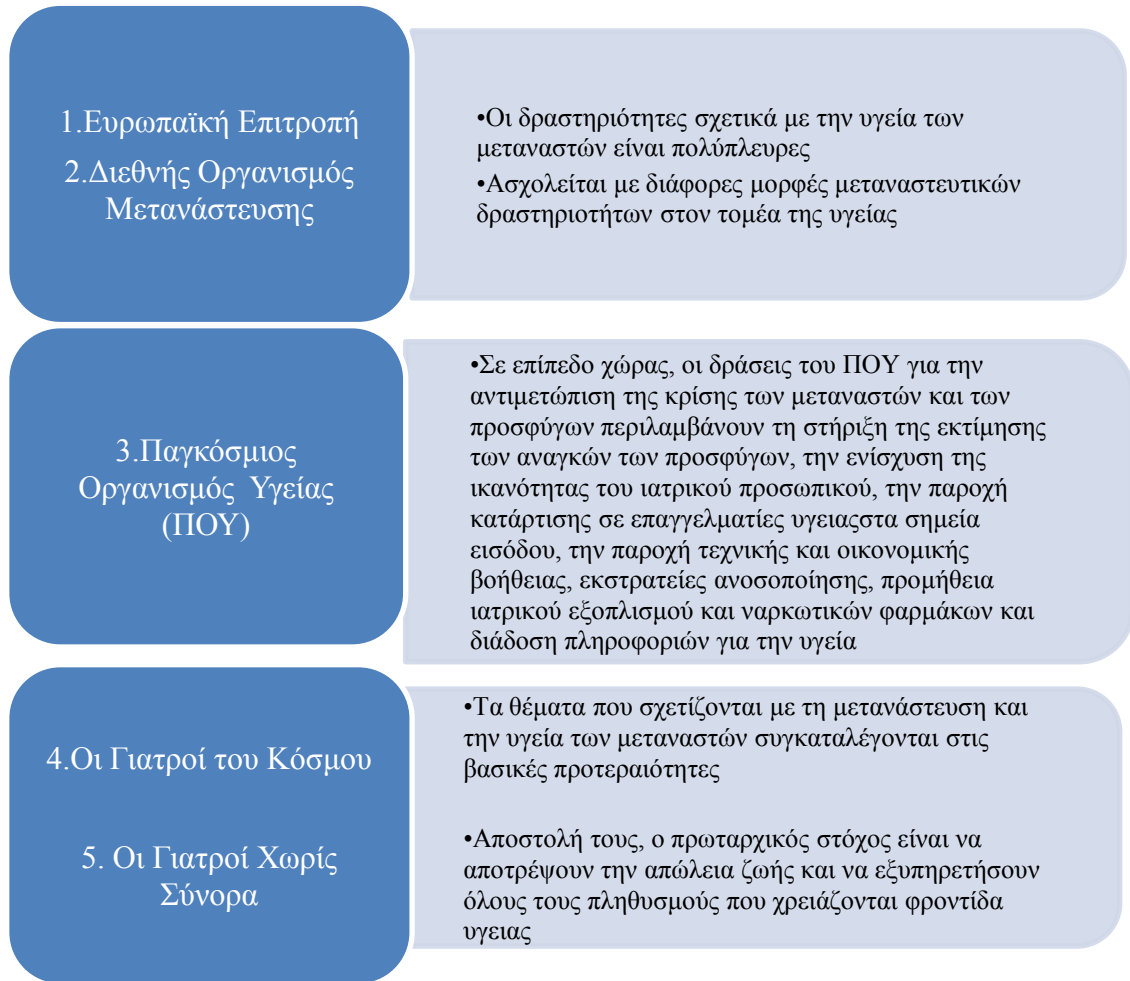
Τα μοντέλα για την ανάπτυξη πολιτισμικών ικανοτήτων επικεντρώνονται στην ανάπτυξη των μη τεχνικών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, όπως η ενσυναίσθηση, το ανοικτό πνεύμα, η καλοσύνη και στην απόκτηση συγκεκριμένων γνώσεων, συμπεριφορών και δεξιοτήτων (Dauvrin & Lorant, 2015).

Εφαρμογές και αναφορές που συνδέονται με την πολιτισμική ικανότητα σημειώνονται σε όλη τη διεθνή έρευνα. Στη νοσηλευτική επιστήμη, η πολιτισμική ικανότητα έχει μελετηθεί από τα τέλη της δεκαετίας του '80 καθώς η πολιτισμική ποικιλομορφία μεταξύ του πληθυσμού αποτέλεσε κρίσιμο ζήτημα (Cai, 2016).

Οι στρατηγικές για την αποτελεσματική βελτίωση της πρόσβασης του αυξανόμενου αριθμού ανθρώπων διαφορετικής πολιτισμικής καταγωγής περιλαμβάνουν παροχή πόρων για προγράμματα και υπηρεσίες κοινωνικής ένταξης, ενημέρωσης και κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας - προώθηση της οργανωτικής ευελιξίας για την παροχή του καλύτερου δυνατού συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών, συστηματική συλλογή δεδομένων σχετικά με τη χρήση αυτών των υπηρεσιών και αξιολόγησή τους (Priebe et al., 2016).

Σε ένα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον, τα κράτη προσφεύγουν ολοένα και περισσότερο σε υπερεθνικές λύσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων πολιτικής με αποτέλεσμα οι διεθνείς οργανισμοί (γράφημα 2) να έχουν αυξηθεί σε αριθμό, μέγεθος και σημασία (Kentikelenis & Shriwise, 2016).

Γράφημα 2: Διεθνείς οργανισμοί και δράσεις



Πηγή : (Kentikelenis & Shriwise, 2016)

Ωστόσο, οι προκλήσεις είναι αρκετές και μπορούν να επιλυθούν μόνο με βοήθεια της διεθνούς κοινότητας. Η διεθνής κοινότητα εκτός από την παροχή οικονομικής βοήθειας, πρέπει επίσης να παρέχει φάρμακα και ειδικευμένο προσωπικό (Al-Fahoum et al., 2015).

Στις στρατηγικές για τη βελτίωση της υγείας των μεταναστών (γράφημα 3) περιλαμβάνεται η εφαρμογή δικαιοσύνης παρέχοντάς τους ίσους πόρους και δικαιώματα (Mohsin, 2017).

Γράφημα 3. Στρατηγικές για τη βελτίωση της υγείας των μεταναστών από τις χώρες υποδοχής

<p>1. Ανάπτυξη πολιτικής που να ανταποκρίνεται στις αρχές της δημόσιας υγείας</p>	<ul style="list-style-type: none">• Η βελτίωση της υγείας των μεταναστών, τα δικαιώματά τους, η εξάλειψη των διακρίσεων, η ενίσχυση της κοινωνικής προστασίας και η ανάπτυξη εταιρικών σχέσεων με διεθνείς οργανισμούς
<p>2. Αξιολόγηση και έρευνα για την υγεία των μεταναστών</p>	<ul style="list-style-type: none">• Τα βασικά κενά στις διατάξεις περί φροντίδας υγείας μπορούν να εντοπιστούν και να βελτιωθούν, μειώνοντας έτσι τις διακρίσεις ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Η πραγματοποίηση τόσο ποιοτικών όσο και ποσοτικών μελετών σχετικά με την υγεία των μεταναστών δίνει σημαντική ανατροφοδότηση σχετικά με τους μετανάστες.
<p>3. Ανάπτυξη ικανοτήτων στην οποία να εμπλέκονται οι φορείς και οι φορείς χάραξης πολιτικής των χωρών υποδοχής για την υγεία των μεταναστών</p> <p>4. Η παροχή διαφόρων υπηρεσιών όπως οι φιλικές προς τις μεταναστευτικές υπηρεσίες υγείας</p>	<ul style="list-style-type: none">• Έτσι, προωθούν τα κοινωνικά, πολιτισμικά και θρησκευτικά θέματα που συνδέονται με την υγεία του μετανάστη. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας για διάφορες ασθένειες υποστηρίζεται επίσης στις χώρες υποδοχής.• Είναι σημαντικές καθώς ενισχύουν και προάγουν την υγεία των μεταναστών και μειώνουν συνολικά τις ασθένειές τους

Πηγή: (Mohsin, 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2⁰ – ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

5. Σκοπός, ερευνητικό ερώτημα και υποθέσεις της μελέτης

5.1. Σκοπός

Η διερεύνηση της ικανοποίησης και η πρόσβαση των μεταναστών και προσφύγων από δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Επιμέρους στόχοι της ερευνητικής μελέτης είναι:

1. Να διερευνηθεί αν οι ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά χαρακτηριστικά, κατάσταση υγείας, τρόπος ζωής και δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας) επιδρούν στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των μεταναστών και των προσφύγων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (εξαρτημένη μεταβλητή) καθώς και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν κατά την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

2. Να διερευνηθεί αν η εργασία των μεταναστών/προσφύγων, σχετίζεται με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τους τελευταίους 6 μήνες για την κάλυψη διάφορων αναγκών τους.

Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα δημιουργηθήκαν οι παρακάτω υποθέσεις:

Υπόθεση Α: Οι μετανάστες/πρόσφυγες με καλό κοινωνικό status (οικονομικό/επαγγελματικό επίπεδο), έχουν καλύτερο βαθμό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας.

Υπόθεση Β: Η εργασία των μεταναστών/προσφύγων, σχετίζεται με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Συγκεκριμένα οι άνεργοι αντιμετωπίζουν πιο συχνά προβλήματα για την κάλυψη διάφορων αναγκών του νοικοκυριού τους.

5.2. Ερευνητικός σχεδιασμός

Μελέτη συσχέτισης με συγχρονικές συγκρίσεις για ανεύρεση παραγόντων που σχετίζονται με την πρόσβαση και την ικανοποίηση των μεταναστών και των προσφύγων σε δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

5.3. Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 113 πρόσφυγες/μετανάστες που ζούσαν στην Ελλάδα. Η διαδικασία προσδιορισμού του δείγματος περιγράφεται αναλυτικά παρακάτω.

5.3.1 Δειγματοληψία

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε Κέντρο Υγείας της Αττικής.

Επιλέχθηκε το συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας διότι:

(α) Η ερευνήτρια εργάζεται σε αυτό, οπότε τα ενδιαφέροντα της προσανατολίζονται περισσότερο προς αυτό τον τομέα. Επιπρόσθετα, η ερευνήτρια θεώρησε, ότι θα μπορούσε να προσεγγίσει καλύτερα τους πρόσφυγες/μετανάστες στο συγκεκριμένο χώρο.

(β) Το Κέντρο Υγείας βρίσκεται στο Δήμο Περιστερίου, τρίτος πολυπληθέστερος Δήμος της Αττικής.

5.3.2 Άτομα που παίρνουν μέρος στη μελέτη

Τα άτομα επιλέχθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας από ένα συγκεκριμένο υποσύνολο μεταναστών και προσφύγων. Οι συμμετέχοντες επιλέγονται διαδοχικά κατά σειρά προσβασιμότητά τους (επίσης γνωστή ως διαδοχική δειγματοληψία). Η διαδικασία δειγματοληψίας τελειώνει όταν επιτευχθεί ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων (κορεσμός δείγματος) ή / και το χρονικό όριο (κορεσμός χρόνου).

Ο λόγος που ακολουθήθηκε ο συγκεκριμένος τρόπος δειγματοληψίας είναι γιατί, όπως προαναφέρθηκε, είναι συχνός στη νοσηλευτική έρευνα, είναι φθηνός, δεν είναι χρονοβόρος, είναι πιο εύκολα υλοποιήσιμος και βοηθάει στο να διερευνηθεί το συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε. Η ερευνήτρια διένειμε τα ερωτηματολόγια ακολουθώντας το ωράριο του ΚΥ 07:00-19:00, ώστε όλοι οι πρόσφυγες/μετανάστες που επισκέπτονται το συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας να έχουν την ίδια πιθανότητα επιλογής στο δείγμα.

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε μέγεθος δείγματος 113 πρόσφυγες/μετανάστες.

Κριτήρια για την επιλογή του δείγματος είναι:

1. Οι συμμετέχοντες να έχουν νόμιμη άδεια διαμονής στην Ελλάδα.
2. Οι συμμετέχοντες να διαμένουν τουλάχιστον ένα χρόνο στην Ελλάδα, ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα έκθεσης/επαφής στην υγειονομική μονάδα.

5.4. Προσέγγιση προσφύγων/μεταναστών

Αρχικά, υπήρξε επικοινωνία με συνάδελφο νοσηλεύτρια από το Πακιστάν που γνωρίζει (ελληνικά, φαρσί αγγλικά) και ενήργησε ως μεσολαβητής μεταξύ ερευνητών και μεταναστών, προκειμένου να ενισχυθούν τα αισθήματα εμπιστοσύνης και άνεσης. Η συλλογή δεδομένων έγινε σύμφωνα με την απόφαση της επιστημονικής επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της 2ης ΥΠΕ. Η επιστολή έγκρισης από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας, επιδεικνυόταν στους συμμετέχοντες που ήθελαν να λάβουν μέρος στην μελέτη εθελοντικά. Διεξήχθησαν προσωπικές συνεντεύξεις από τον ερευνητή και το μεσολαβητή με μέση διάρκεια 30 λεπτών. Λόγω της φύσης της έρευνας (η ερευνήτρια εργάζεται στη συγκεκριμένη δομή του κέντρου υγείας) επιτεύχθηκε υψηλό ποσοστό απόκρισης 113 ερωτηματολόγια από 114 (99%). Πριν τις προσωπικές συνεντεύξεις, η ερευνητική ομάδα παρουσίασε τους στόχους της μελέτης, τόνισε την ανωνυμία των απαντήσεων και απέκτησε γραπτή συγκατάθεση. Κατά μέσο όρο, η συνέντευξη διήρκεσε 30 λεπτά και εάν ήταν απαραίτητο, ο διερμηνέας διευκόλυνε την επικοινωνία και την κατανόηση.

5.5. Εργαλείο μέτρησης

Χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με κοινωνικό-δημογραφικές πληροφορίες που αφορούσαν σε προσωπικά χαρακτηριστικά, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, εθνικότητα, εργασιακή δραστηριότητα και χρονική διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα. Οι ερωτήσεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας περιλάμβαναν πληροφορίες αναφορικά με τη σωματική δραστηριότητα, τις συνήθειες καπνίσματος, την κατανάλωση αλκοόλ, τις χρόνιες και μολυσματικές ασθένειες, την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας και χρήση φαρμάκων για χρόνιες ασθένειες καθώς και πληροφορίες σχετικά με τη γνώση και τη χρήση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας αλλά και την αντίληψη των δυσκολιών στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας κατά το προηγούμενο έτος περιλάμβαναν τον αριθμό και τους λόγους των επισκέψεων στο Κέντρο Υγείας, την ευκολία πρόσβασης σε συγκεκριμένες ειδικότητες, σε υπηρεσίες παροχής οδοντιατρικής φροντίδας, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και τις εισαγωγές σε νοσοκομεία.

Η ικανοποίηση των μεταναστών και προσφυγών σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μετρήθηκε με 9 ερωτήσεις από (πίνακας 1) τη γνώση των υπηρεσιών υγείας (γνώση των σημείων πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, γνώση των δικαιωμάτων και των περιορισμών στη χρήση των υπηρεσιών υγείας) καθώς και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας (βαθμός ικανοποίησης από τους επαγγελματίες υγείας, τους διοικητικούς υπαλλήλους, το κόστος των υπηρεσιών υγείας και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας).

Πίνακας 1. Cronbach's α ..

	Ερωτήσεις	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;	0,691
2	Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;	0,697
3	Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;	0,867
4	Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;	0,874
5	Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας;	0,691
6	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας;	0,679
7	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας;	0,679
8	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;	0,682
9	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;	0,690

Πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη με δείγμα 30 πρόσφυγες και μετανάστες (που δεν συμπεριλήφθησαν στη μελέτη) και στη συνέχεια συνεχίστηκε σε 113 συμμετέχοντες. Στην έρευνα ο συντελεστής συσχέτισης Cronbach's α υπολογίστηκε και βρέθηκε ίσος με Cronbach's $\alpha=0,767$.

Η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας (εμπόδια πρόσβασης, αιτίες αδυναμίας πρόσβασης κ.α), μετρήθηκε όπως και στις έρευνες των (Galanis et al., 2013, Kaitelidou et al., 2020, Panagiotopoulos et al., 2019, Αναστόπουλος, 2014). Οι δυσκολίες στην πρόσβαση όπως και η γνώση/ικανοποίηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας μετρήθηκαν σε κλίμακα τύπου Likert πέντε σημείων (καθόλου, λίγο, μέτρια, αρκετά και λίγο δύσκολη). Για σκοπούς στατιστικής ανάλυσης, στην πρόσβαση οι κατηγορίες καθόλου/λίγο θεωρείται ως μία και η κατηγορία αρκετά/πολύ θεωρείται επίσης μία κατηγορία (Galanis et al., 2013, Kaitelidou et al., 2020, Panagiotopoulos et al., 2019, Αναστόπουλος, 2014). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα για την προσβασιμότητα, έχει αναπτυχθεί και μετρηθεί (Cronbach $\alpha= 0,7$) από τον (Galanis et al., 2013) και ολοκληρώθηκε από την Κα Καϊτελίδου. Μετά από επικοινωνία με την Κα Καϊτελίδου, δόθηκε η έγκριση για τη χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου και παρουσιάζεται στο παράρτημα.

5.6. Ηθικά θέματα

Για την πραγματοποίηση της μελέτης, ζητήθηκε άδεια έγκρισης από τις αρμόδιες υπηρεσίες ηθικής και δεοντολογίας της 2ης ΥΠΕ η οποία και εγκρίθηκε (Παράρτημα). Στη συνέχεια ζητήθηκε η προφορική συναίνεση από τον υπεύθυνο της υπηρεσίας και από κάθε συμμετέχοντα.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα είναι εθελοντική, ότι το ερωτηματολόγιο θα είναι ανώνυμο και ότι όλες οι απαντήσεις που θα δοθούν θα είναι αυστηρά εμπιστευτικές. Οι συμμετέχοντες ήταν ελεύθεροι να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τη χρονική στιγμή που θα επέλεγαν οι ίδιοι (κανένας δεν διέκοψε τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου). Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων διενεργήθηκε αποκλειστικά από την ερευνήτρια.

5.7. Χρονοδιάγραμμα

Σεπτέμβριος-Νοέμβριος 2019: βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Δεκέμβριος 2019- Ιούνιος 2020: συλλογή δεδομένων - συγγραφή εργασίας.

Ιούλιος 2020: κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση δεδομένων - συγγραφή εργασίας.

5.8. Στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης

Η κωδικοποίηση και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε σύμφωνα με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS ver.22. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (χ^2 test) και για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ δύο παραμετρικών ομάδων με δοκιμασία Student's t-test (Mishra et al., 2019). Για 3 ή περισσότερες παραμετρικές ομάδες χρησιμοποιήθηκε η μονόδρομη ανάλυση διασποράς (ANOVA). Για τη μείωση του σφάλματός τύπου I χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Turkey. Για τις μη παραμετρικές μεθόδους όταν τα δεδομένα είναι συνεχή με μη κανονική διανομή ή οποιουδήποτε άλλους τύπους δεδομένων εκτός από τη συνεχή μεταβλητή, χρησιμοποιούνται μη παραμετρικές μέθοδοι όπως το τεστ Kruskal - Wallis H. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Mishra et al., 2019). Η λογιστική παλινδρόμηση εφαρμόστηκε για να βρεθεί ποιες μεταβλητές συσχετίζονται ανεξάρτητα με την ικανοποίηση.

Οι προγνωστικές μεταβλητές αναγνωρίστηκαν ως προς τις αναλογίες πιθανοτήτων με διαστήματα εμπιστοσύνης 95% και το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3⁰ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6. Περιγραφικά στατιστικά

6.1 Βασικά περιγραφικά στατιστικά

6.1.1 Δημογραφικά/κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά προσφύγων και μεταναστών

Το δείγμα αποτελούνταν από 113 πρόσφυγες/ μετανάστες με μέση ηλικία τα 38,76 έτη ($\pm 5,56$). Το μεγαλύτερο ποσοστό (61,9%) των συμμετεχόντων ήταν άνδρες. Επίσης, το 37,2% των συμμετεχόντων έμεναν μόνοι, το 33,6% ζούσε με την οικογένεια του και το 29,2% συγκατοικούσε με την/το σύντροφο/σύζυγο. Το 38,1% των συμμετεχόντων είχαν Πακιστανική υπηκοότητα και ακολουθούν η αλβανικής υπηκοότητας 29,2%. Παρατηρείται ο μεγάλος αριθμός παιδιών που έχει κάθε οικογένεια.

Πίνακας 2. Δημογραφικά/κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά

Ηλικία, μέση τιμή \pm SD		38,76 \pm 5,56	
		N	%
Φύλο	Άντρας	70	61,9
	Γυναίκα	43	38,1
Χώρα καταγωγής	Πακιστάν	43	38,1
	Αλβανία	33	29,2
	Συρία, Ιράκ, Αίγυπτος, Αφγανιστάν, Βουλγαρία, Μπαγκλαντές, Γεωργία	37	32,8
Συγκατοίκηση	Μόνος	42	37,2
	Με την οικογένεια του (με παιδιά)	38	33,6
	Με την σύντροφο/σύζυγο	33	29,2
Αριθμός παιδιών	0	21	18,6
	1	20	17,7
	2	25	22,1
	3	21	18,6
	>4	26	23
Επίπεδο εκπαίδευσης	Τριτοβάθμια	20	17,7
	Μεταδευτεροβάθμια	23	20,4
	Λύκειο	25	22,1
	Γυμνάσιο	24	21,2
	Δημοτικό	21	18,6
Επάγγελμα	Ανεργη/ος	30	26,5
	Ίδιωτικός υπάλληλος	30	26,5
	Άλλο	53	47%
Βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	Ναι	58	51,3
	Όχι	55	48,7

Το επίπεδο εκπαίδευσης είναι κατανομημένο και στις πέντε κλίμακες. Μόνο το 17,7% των συμμετεχόντων είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση. Το 20,4% είχε πτυχίο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Επίσης, το 22,1% των συμμετεχόντων είχαν αποφοιτήσει από το λύκειο, το 21,2% είχε τελειώσει το γυμνάσιο και το 18,6% το δημοτικό.

Από τα αποτελέσματα φαίνονται τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης προσφύγων και μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα και ασκούν διάφορα επαγγέλματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνουν άνεργοι 26,5% και ιδιωτικοί υπάλληλοι 26,5%. Τέλος, από το 71% που εργάζεται μόνο το 51,3 έχει σε ισχύ το βιβλιάριο υγείας του.

6.1.2 Επίπεδο υγείας των προσφύγων/μεταναστών

Στους πίνακες 3,4 παρατηρείται το κατά ποσό καλά αξιολογούν την κατάσταση υγείας τους τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή (αν πάσχουν από κάποια ασθένεια και ποια), καθώς και τον τρόπο ζωής που ακολουθούν (χρήση καπνού, οιοπνευματώδη ποτά, άθληση). Στον τον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας τους να είναι μέτρια (38,1%) και το μεγαλύτερο ποσοστό (63,7%) δηλώνει ότι δεν πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα. Το 41,6% καπνίζει και αθλείται μόνο το 35,7%. Αξίζει να αναφερθεί ότι 38,4% κάνει χρήση αλκοόλ.

Πίνακας 3. Κατάσταση υγείας και τρόπος ζωής

	Μέτρια N(%)	Λίγο N(%)	Αρκετά N(%)	Πολύ N(%)	Καθόλου N(%)
Αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή	43 (38,1)	27 (23,9)	25 (22,1)	15 (13,3)	3 (2,7)
	Ναι N(%)	Όχι N(%)	Πρώην καπνιστή N(%)		
Καπνιστής	47 (41,6)	40 (35,4)	26 (23)		
	Ναι N(%)	Όχι N(%)			
Αθλείστε	40 (35,7)	72 (64,73)			
Χρήση αλκοολούχων ποτών	43 (38,4)	69 (61,6)			

Από τον παρακάτω πίνακα το (36,3%) που πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα δήλωσε ότι πάσχουν από υπέρταση (30%). Ακολουθεί μια ομάδα ασθενών με

υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακή νόσος (27,5%), μια ομάδα με σακχαρώδη διαβήτη (17,5%), με άσθμα (15%) και από νοσήματα πεπτικού, ηπατίτιδες και ψυχιατρικά νοσήματα (2,5%).

Πίνακας 4. Παθήσεις και τρόποι αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας

	Ναι N(%)	Όχι N(%)
Πάσχετε από νοσήματα	41 (36,3)	72 (63,7)
Υπέρταση	12 (30)	
Υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακή νόσος	11 (27,5)	
Διαβήτης	7 (17,5)	
Άσθμα	6 (15)	
Νοσήματα πεπτικού	1 (2,5)	
Ψυχιατρικό νόσημα	1 (2,5)	
Ηπατίτιδα Β	1 (2,5)	
Φυματίωση	1 (2,5)	
Λήψη φαρμάκων για χρόνια νόσημα	43 (38,1)	70 (61,9)
Μη λήψη φαρμάκων, επειδή δεν μπορούσατε να το αγοράσετε	42 (37,2)	71 (62,8)
Νοσήσατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;	43 (38,7)	68 (61,3)
Κρυολόγημα	18 (15,9)	
Πνευμονία	6 (14)	
Πυρετό	6 (14)	
Άσθμα	6 (14)	
Αμυγδαλίτιδα/Αλλεργική δερματίτιδα/ Υπέρταση/ Κολλικός έντερου/ Ηπατίτιδα	72 (16,3)	
ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	Ναι (%)	Όχι (%)
Επισκέφτηκα Έλληνα ιδιώτη ιατρό	9 (20,9)	
Συμβουλευτήκα φαρμακοποιό	8 (18,6)	
Δεν έκανα τίποτα/περίμενα να περάσει μόνο του	6 (14)	
Άλλο	20 (46,5)	
Είχατε κάποιο τραυματισμό Αν ναι, τί κάνατε;	31 (27,4)	82 (72,6)
Επισκέφτηκα το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου	7 (21,9)	
Δεν έκανα τίποτα	7 (21,9)	
Επισκέφτηκα φαρμακοποιό	6 (18,8)	
Επισκέφτηκα ιδιώτη ιατρό από τη χώρα μου	5 (15,6)	
Επισκέφτηκα Έλληνα ιδιώτη ιατρό	4 (12,5)	
Επισκέφτηκα ιδιωτικό νοσοκομείο	2 (6,3)	

Στο πίνακα 4 παρατηρείται ότι από αυτούς που νόσησαν το 15,9% έπασχε από κρυολόγημα και ακολούθησε η πνευμονία 14%. Ο πυρετός και το άσθμα ήταν στο 14%. Ως προς την αντιμετώπιση, προβάλλεται ο ρόλος των φαρμακείων που βρίσκεται στη δεύτερη θέση. Στην πρώτη θέση όπως αναμενόταν ήταν η επίσκεψη σε ιδιώτη Έλληνα ιατρό και στην τρίτη θέση ήταν αυτοί που δεν έκαναν κάτι και περίμεναν να περάσει μόνο του. Το 27,4% είχε τουλάχιστον ένα τραυματισμό και το 21,9% επισκέφτηκαν το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου.

6.1.3 Προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας

Λόγω της φύσης της έρευνας που έγινε στο Κέντρο Υγείας, όλοι οι μετανάστες/πρόσφυγες είχαν επισκεφτεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, το Κέντρο Υγείας. Συγκεκριμένα στον πίνακα 5 παρατηρείται στις απαντήσεις των προσφύγων/μεταναστών ότι σχεδόν οι μισοί 47% έχουν επισκεφτεί μια φορά το κέντρο υγείας και οι άλλοι μισοί αρκετές φορές

Πίνακας 5. Προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας

	Ναι N(%)	Όχι N(%)
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφθήκατε το Κέντρο Υγείας;	113 (100%)	
A. Πόσες φορές;		
1	53 (47)	
>4	26 (23)	
2-3	33 (30)	
B. Για ποιο λόγο;		
Επίσκεψη σε ιατρό	72 (63,7)	
Εξετάσεις αίματος	33 (29,2)	
Επείγον	6 (5,3)	
Εμβόλια	2 (1,8)	
Γ. Αντιμετωπίσατε δυσκολίες,		
Λίγο	33 (29,2)	
Μέτρια	34 (30,1)	
Αρκετά	26 (23)	
Καθόλου	20 (17,7)	
Πολύ	0 (0)	
Δ. Τί αφορούσαν;		
Δυσκολίες στην επικοινωνία	26 (23)	
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	21 (18,6)	
Δεν έβρισκα προγραμματισμένη ιατρική επίσκεψη (ραντεβού)	20 (17,7)	
Δυσκολίες στην επικοινωνία, πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	6 (6,1)	
Δε μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	13 (11,5)	
Δε με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου	6 (5,3)	
Μεγάλο κόστος	2 (1,8)	
E. Ο χρόνος αναμονής ήταν μεγάλος;		
Λίγο	36 (31,9)	
Μέτρια	35 (31)	
Αρκετά	20 (17,7)	
Καθόλου	14 (12,4)	
Πολύ	8 (7,1)	

Το μεγαλύτερο ποσοστό πήγε για επίσκεψη σε ιατρό 63,7%, και ακολούθησε 29,2% για εξετάσεις αίματος, το 5,3% ήταν επείγον και το 1,8% δήλωσε ότι επισκέφτηκε το κέντρο υγείας για εμβολιασμό. Όσον αφορά στην αντιμετώπιση

δυσκολιών, καθόλου δήλωσε το 17,7% και λίγο το 29,2%, το υπόλοιπο δήλωσε μέτρια 30,1% και αρκετά το 23%. Οι περισσότερες δυσκολίες αφορούσαν στην επικοινωνία με 23% και ακολούθησαν με 18,6% οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες. Το 17,7% δεν έβρισκε ραντεβού, το 6,1% ανέφερε δυσκολίες στην επικοινωνία, πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες). Αξιοσημείωτο είναι το μικρό ποσοστό 11,5% που δήλωσε ότι δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το 5,3% δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου και τέλος το μεγάλο κόστος το 1,8%.

Στην ερώτηση αν ο χρόνος αναμονής ήταν μεγάλος οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους πρόσφυγες/ μετανάστες ήταν: καθόλου μόλις το 12,4% και λίγο το 31,9%. Μέτριου βαθμού δήλωσε το 31% και ακολούθησε με 17,7% αρκετά έως πολύ το 7,1%. Το ποσοστό που δεν μπόρεσαν να λάβουν κάποια φροντίδα υγείας ήταν το 46,9%. Σχεδόν οι μισοί και πιο συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό 46,9% δήλωσε ότι δεν μπόρεσε να κάνει εξετάσεις, διαγνωστικές-μικροβιολογικές κ.α. Το 22,2% δε μπόρεσε να κάνει νοσηλεία στο νοσοκομείο, το 11,1% χειρουργική επέμβαση σε νοσοκομείο, το 5,6% (χειρουργική επέμβαση σε νοσοκομείο, νοσηλεία σε νοσοκομείο) και ακολούθησαν με 3,7% οι απαντήσεις που ανέφεραν ιατρός έκτος νοσοκομείου, οδοντίατρος έκτος νοσοκομείου, διαγνωστικές εξετάσεις, μικροβιολογικές εξετάσεις κ.α.

Σημαντικότεροι λόγοι μη χρήσης υπηρεσιών υγείας

Στον πίνακα 6 αναφέρονται οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπόρεσαν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας και ήταν: ο μεγάλος χρόνος αναμονής σε ποσοστό 22,6%, ενώ το 13,2% δήλωσε ότι (δεν ήξερε που να πάει, δεν είχε το βιβλιάριο υγείας σε ισχύ, πρόβλημα επικοινωνίας).

Πίνακας 6. Σημαντικότεροι λόγοι μη χρήσης υπηρεσιών υγείας

	Ναι N(%)	Όχι N(%)
Υπηρεσίες υγείας που δε μπορέσατε να λάβετε;		
Διαγνωστικές εξετάσεις, μικροβιολογικές εξετάσεις κ.ά.	53 (46,9)	60 (53,1)
Νοσηλεία σε νοσοκομείο	12 (22,2)	
Χειρουργική επέμβαση σε νοσοκομείο	17 (31,5)	
Σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δε μπορέσατε να χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες υγείας;		
Ο μεγάλος χρόνος αναμονής	12 (22,6)	
Δεν ήξερα που να πάω, δεν είχα το βιβλιάριο υγείας σε ισχύ, πρόβλημα επικοινωνίας	7 (13,2)	
Δεν μπορούσα να βρω προγραμματισμένη ιατρική επίσκεψη	5 (9,4)	
Δεν ήξερα που να πάω, το υψηλό κόστος, πρόβλημα επικοινωνίας	4 (7,5)	
Δεν ήξερα που να πάω	3 (5,7)	
Δεν είχα το βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	3 (5,7)	
Έλλειψη χρόνου	2 (3,8)	
Το υψηλό κόστος	2 (3,8)	
Φοβήθηκα ότι θα είχα πρόβλημα με τις αστυνομικές αρχές	2 (3,8)	
Δεν ήξερα που να πάω, ο μεγάλος χρόνος αναμονής, έλλειψη χρόνου	2 (3,8)	
Δεν μπορούσα να κλείσω ραντεβού, το υψηλό κόστος, δεν είχα το βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	2 (3,8)	
Δεν ήξερα που να πάω, έλλειψη χρόνου, το υψηλό κόστος	2 (3,8)	
Δεν ήξερα που να πάω, έλλειψη χρόνου, μεγάλος χρόνος αναμονής	1 (1,9)	
Άλλο	1 (1,9)	
Δεν ήξερα που να πάω, έλλειψη χρόνου, δεν είχα το βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	1 (1,9)	
Δεν μου έδωσε άδεια ο εργοδότης μου, το υψηλό κόστος, δεν είχα το βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	1 (1,9)	
Δεν μου έδωσε άδεια ο εργοδότης μου, έλλειψη χρόνου, μεγάλος χρόνος αναμονής	1 (1,9)	
Δεν μου έδωσε άδεια ο εργοδότης μου, δεν ήξερα που να πάω, δεν είχα το βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	1 (1,9)	
Δεν μπορούσα να κλείσω ραντεβού, το υψηλό κόστος, δεν ήξερα που να πάω	1 (1,9)	

Ακολούθησε το 9,4% με απάντηση ότι δεν μπορούσε να κλείσει ραντεβού, το 7,5% [δεν ήξερε που να πάει, το υψηλό κόστος, πρόβλημα επικοινωνίας], το 5,7% δεν ήξερε που να πάει, το 5,7% δεν είχε το βιβλιάριο υγείας σε ισχύ. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα μικρό ποσοστό 3,8% ανέφερε ότι φοβήθηκε ότι θα είχε πρόβλημα με τις αστυνομικές αρχές.

6.1.4 Χρήση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας

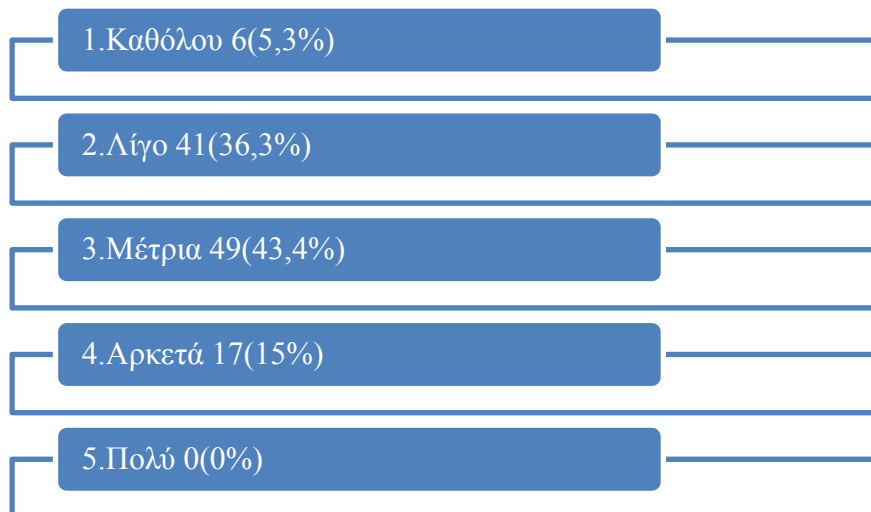
Πίνακας 7. Χρήση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας

	Ναι (%)	Όχι (%)
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφθήκατε ιδιώτη οδοντίατρο		
A. Εάν ναι, πόσες φορές;	51 (45,1)	62 (54,9)
1	19 (37,3)	
3	15 (29,4)	
4	10 (19,6)	
2	7 (13,7)	
B. Εάν ναι, γιατί;		
Καλύτερη ποιότητα στον ιδιώτη οδοντίατρο	20 (38,5)	
Δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας μου	18 (34,6)	
Μεγάλος χρόνος αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας	12 (23,1)	
Δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας μου, καλύτερη ποιότητα στον ιδιώτη οδοντίατρο	2 (3,8)	

Όσον αφορά στην επίσκεψη σε οδοντίατρο, το 45,1% δήλωσε ότι πήγε σε ιδιώτη ιατρό τουλάχιστον μια φορά 37,3%, το 13,7% δυο φορές, το 29,4% τρεις και 19,6% αναγκάστηκε να πάει 4 και πάνω. Ο λόγος που πήγαν στον ιδιώτη οδοντίατρο ήταν η καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών 38,5%, δεν ήταν σε ισχύ το βιβλιάριο υγείας τους 34,6%, το 23,1% δήλωσε ότι πήγε λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και το 3,8% δήλωσε ότι (δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας μου, καλύτερη ποιότητα).

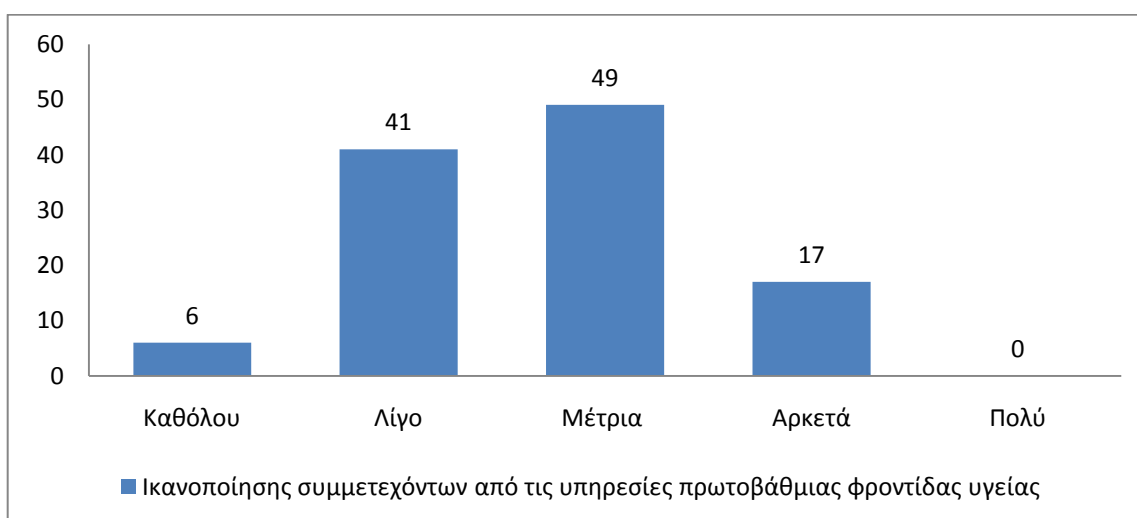
6.1.5 Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Γράφημα 4. Βαθμός ικανοποίησης συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας



Στην παρούσα έρευνα ο μέσος όρος δήλωσε μέτρια ικανοποίηση από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αναλυτικά η ικανοποίηση υπηρεσιών υγείας των μεταναστών/προσφύγων στο Κέντρο Υγείας ήταν: «μέτρια ικανοποιημένο» (43,4%), «λίγο» δήλωσε το (36,3%), «αρκετά ικανοποιημένο» το (15%), το (5,3%) δήλωσε «καθόλου ικανοποιημένο» και «πολύ ικανοποιημένος» κανένας (0%) (γραφήματα 4,5).

Γράφημα 5. Βαθμός ικανοποίησης συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας



6.1.5.1 Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Στον πίνακα 8 παρατηρείται ότι η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επηρεάζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, την ασφαλιστική κάλυψη, τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στη διάρκεια της επίσκεψής τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και από την προκατάληψη που έχουν για την παροχή φροντίδας υγείας σε σχέση με τους Έλληνες. Ακόμα φαίνεται η αρνητική (κόκκινη) και η θετική (μαύρη) συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και των επιμέρους ερωτήσεων της με την ηλικία και την εκπαίδευση. Συγκεκριμένα όσο αυξάνεται η ηλικία των μεταναστών/προσφύγων τόσο μειώνεται και η ικανοποίησή τους. Σε ανάλυση επιμέρους κλιμάκων παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται και η γνώση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, η γνώση των δικαιωμάτων τους, η εμπιστοσύνη από τους επαγγελματίες υγείας, η ικανοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας, η ικανοποίηση από τους διοικητικούς υπαλλήλους, η ικανοποίηση από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση από το κόστος. Αντίθετα όσο αυξάνεται η ηλικία των μεταναστών/προσφύγων τόσο αυξάνεται η άποψη ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας αποτελεί εμπόδιο και το ελληνικό σύστημα είναι πολύπλοκο. Όσον αφορά στην εκπαίδευση, όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των μεταναστών/προσφύγων τόσο αυξάνεται και η ικανοποίησή τους. Στην ίδια ανάλυση παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνεται και η γνώση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, η γνώση των δικαιωμάτων τους, η εμπιστοσύνη από τους επαγγελματίες υγείας, η ικανοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας, η ικανοποίηση από τους διοικητικούς υπαλλήλους, η ικανοποίηση από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση από το κόστος. Αντίθετα συσχετίζεται αρνητικά, δηλαδή όσο μειώνεται το μορφωτικό επίπεδο των μεταναστών/προσφύγων τόσο αυξάνεται η άποψη ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας αποτελεί εμπόδιο και το ελληνικό σύστημα είναι πολύπλοκο.¹

¹ Από τον πίνακα 9 έως και 36 γίνεται αναλυτικότερη επεξήγηση των παραπάνω

Πίνακας 8. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες

	Ικανοποίηση συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	Γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας	Γνώσης δικαιωμάτων χρήση υπηρεσιών υγείας	Κόστος υπηρεσιών υγείας	Πολύπλοκα τητα του συστήματος υγείας	Εμπιστοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας	Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας	Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων	Ικανοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας	Ικανοποίηση από το κόστος των υπηρεσιών υγείας
Επίπεδο εκπαίδευσης										
1. Δημοτικό	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,002 ^{*.d}	0,001 ^{*.a}	0,004 ^{*.a}	0,001 ^{*.d}	0,001 ^{*.d}	0,001 ^{*.d}	0,001 ^{*.d}	0,001 ^{*.d}
2. Γυμνάσιο										
3. Λύκειο										
4. Μεταδευ/βάθμια										
5. Τριτοβάθμια										
Επάγγελμα										
1. Άνεργος	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}
2. Ιδιωτικός υπάλληλος										
3. Άλλο										
Βιβλιάριο υγείας σε ισχύ										
1. Ναι	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}
2. Όχι										
Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες										
1. Ναι	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}	0,001 ^{*.b}
2. Όχι										
Αντιμετώπιση δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ										
1. Καθόλου	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}	0,001 ^{*.a}
2. Λίγο										
3. Μέτρια										
4. Αρκετά										
Δυσκολίες κατά την επίσκεψη στο ΚΥ										
1. Δυσκολίες στην επικοινωνία	0,044 ^{*.a}	0,003 ^{*.a}	0,007 ^{*.a}	0,532 ^{.a}	0,140 ^{.a}	0,252 ^{.a}	0,055 ^{.a}	0,055 ^{.a}	0,128 ^{.a}	0,036 ^{*.a}
2. Πολύπλοκες γραφ/κρατικές διαδικασίες										
3. Δεν έβρισκα ραντεβού										
4. Άλλο										
Ηλικία	(p<0,001, r=-0,518) ^{*.c}	(p<0,001, r=-0,593) ^{*.c}	(p<0,001, r=-0,483) ^{*.c}	(p<0,001, r=-0,332) ^{*.c}	(p<0,002, r=0,290) ^{*.c}	(p<0,001, r=-0,472) ^{*.c}	(p<0,001, r=-0,470) ^{*.c}	(p<0,001, r=-0,503) ^{*.c}	(p<0,001, r=-0,497) ^{*.c}	(p<0,001, r=-0,456)
Εκπαίδευση	(p<0,001, r=0,502) ^{*.c}	(p<0,001, r=0,406) ^{*.c}	(p<0,001, r=0,353) ^{*.c}	(p<0,001, r=-0,346) ^{*.c}	(p<0,001, r=-0,323) ^{*.c}	(p<0,001, r=0,501) ^{*.c}	(p<0,001, r=0,583) ^{*.c}	(p<0,001, r=0,559) ^{*.c}	(p<0,001, r=0,538) ^{*.c}	(p<0,001, r=0,315).

P<0,005, a=anova, b= T-Test, c= Pearson r, d= Kruskal-Wallis Test

6.1.5.1.A.1 Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με δημογραφικούς παράγοντες

Στον πίνακα 9 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην ερώτηση που αφορά στην ικανοποίηση υπηρεσιών υγείας των συμμετεχόντων με δημογραφικούς παράγοντες. Μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει μεγαλύτερη γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας. Καθόλου =1, λίγο =2, μέτρια =3, αρκετά =4, πολύ =5

Πίνακας 9: Συσχέτιση της ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με δημογραφικούς παράγοντες/ τη κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους

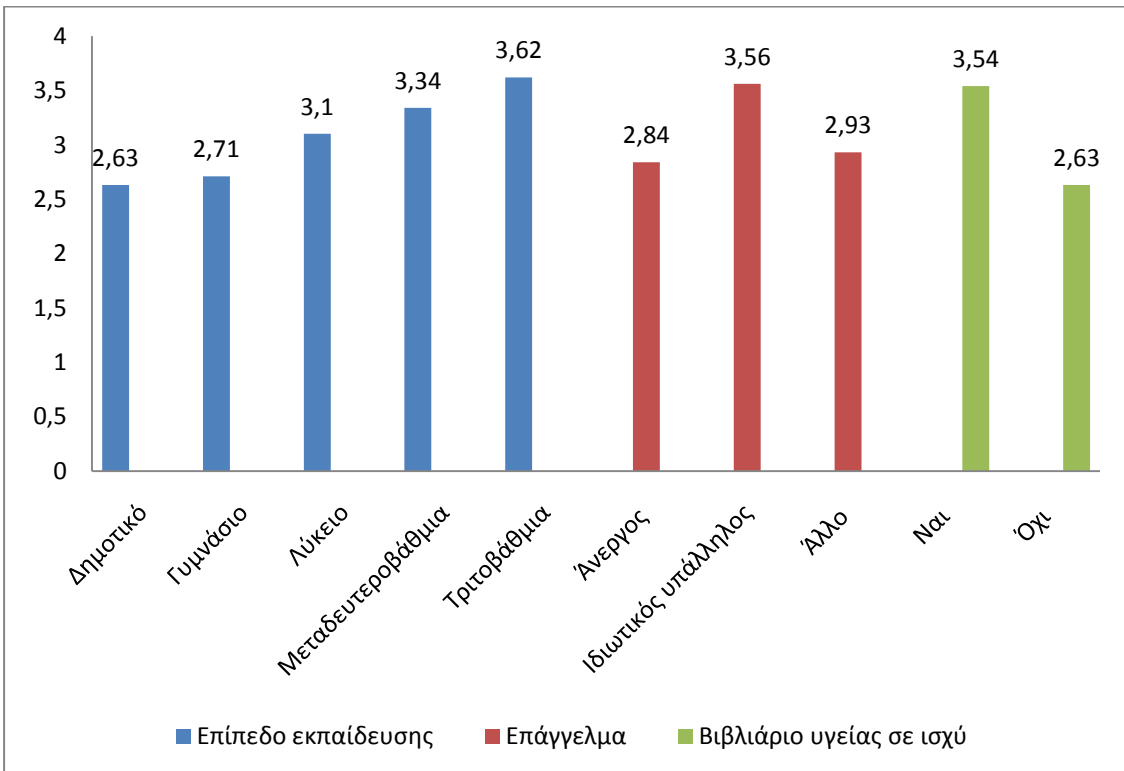
		Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	2,63	0,54		ANOVA
	Γυμνάσιο	2,71	0,49	0,001*	
	Λύκειο	3,10	0,86		
	Μεταδευτεροβάθμια	3,34	0,63		
	Τριτοβάθμια	3,62	0,48		
Επάγγελμα	Ανεργος	2,84	0,59	0,001*	ANOVA
	Ιδιωτικός υπάλληλος	3,56	0,61		
	Άλλο	2,93	0,72		
Βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	Ναι	3,54	0,58	0,001*	T-Test

* $p < 0.05$

Από τον πίνακα 9 και το γράφημα 6 γίνεται κατανοητό ότι η εκπαίδευση επηρεάζει την ικανοποίηση των μεταναστών/προσφύγων από τις υπηρεσίες υγείας. Οι μετανάστες/ πρόσφυγες με επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις άλλες ομάδες που δήλωσαν μέτρια ικανοποίηση. Επίσης μετά τη διόρθωση κατά Tukey HSD, αναδείχθηκε ότι οι μετανάστες/ πρόσφυγες με επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σύγκριση με αυτούς που είχαν απολυτήριο δημοτικού ($p < 0,001$), γυμνασίου ($p < 0,001$) και μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p < 0,001$). Αντίστοιχα και στη μεταβλητή επάγγελμα παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα οι ιδιωτικοί υπάλληλοι έχουν σημαντικά μεγαλύτερη ικανοποίηση αφού δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους ανέργους ($p < 0,001$) και τις άλλες επαγγελματικές ομάδες που δήλωσαν μέτρια ικανοποίηση ($p < 0,001$). Τέλος όσον αφορά την ισχύ του βιβλιαρίου υγείας

(ασφαλισμένοι), παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, οι ασφαλισμένοι δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους ανασφάλιστους που δήλωσαν μέτρια ικανοποίηση ($p < 0,001$).

Γράφημα 6. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Μ.Ο) με το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα και την ασφαλιστική κάλυψη



6.1.5.1.A.2 Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με την κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους

Πίνακας 10. Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με την κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους

		Ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Καπνιστής	Ναι	3,00**	58,45***	0,441	Kruskal-Wallis Test
	Πρώην καπνιστής	3,06**	62,04***		
	Όχι	2,67**	52,03***		
Άθληση	Ναι	3,42	0,65	0,001*	T-Test
	Όχι	2,88	0,68		
Αλκοόλ	Ναι	3,20	0,77	0,114	T-Test
	Όχι	2,98	0,67		
Πάσχετε από νοσήματα	Ναι	3,15	1,30	0,390	T-Test
	Όχι	3,03	1,06		

* p<0.05, ** Median, ***Mean Rank

Από τη συσχέτιση της ικανοποίησης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των συμμετεχόντων με την κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά σε αυτούς που αθλούνται και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με αυτούς που δεν αθλούνται ($p<0,001$).

6.1.5.1.A.3 Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση τις δυσκολίες πρόσβασής τους

Πίνακας 11. Ικανοποίηση υπηρεσιών υγείας των προσφύγων/μεταναστών με σχέση τις δυσκολίες πρόσβασής τους

		Ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες;	Ναι	2,66	0,56	0,001*	T-Test
	Όχι	3,41	0,65		
Επίπεδο βαθμού δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Καθόλου	3,54	0,74	0,001*	ANOVA
	Λίγο	3,47	0,57		
	Μέτρια	2,69	0,63		
	Αρκετά	2,70	0,47		
Τύποι δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Δυσκολίες στην επικοινωνία	2,77	0,65	0,044*	ANOVA
	Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	3,15	0,74		
	Δεν έβρισκα ραντεβού	3,22	0,63		
	Άλλο	2,83	0,60		
Δυσκολίες στην επικοινωνία κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Ναι	2,80	0,63	0,006*	T-Test
	Άλλες δυσκολίες (πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες/ μεγάλο κόστος/ δεν έβρισκα ραντεβού)	3,19	0,67		
Χρόνος αναμονής κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Καθόλου/λίγο	3,27	0,80	0,012*	T-Test
	Μέτρια/αρκετά/πολύ	2,91	0,61		
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορέσατε;	Ναι	2,92	0,56	0,034*	T-Test
	Όχι	3,20	0,81		

* p<0,005

Στην ερώτηση αν η πρόσβαση των μεταναστών/προσφύγων είναι χειρότερη στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με τους Έλληνες, οι απαντήσεις των μεταναστών/προσφύγων κατανέμονται σχεδόν ίσα στο μισό του ποσοστού. Συγκεκριμένα το 46% απάντησε ναι και το υπόλοιπο όχι. Από αυτή τη σχέση, παρατηρείται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των μεταναστών/προσφύγων που δήλωσαν (όχι) ότι δε διαφέρουν στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας από τους Έλληνες,

φαίνεται να είναι πιο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν (ναι) ότι διαφέρουν στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες ($p < 0,001$).

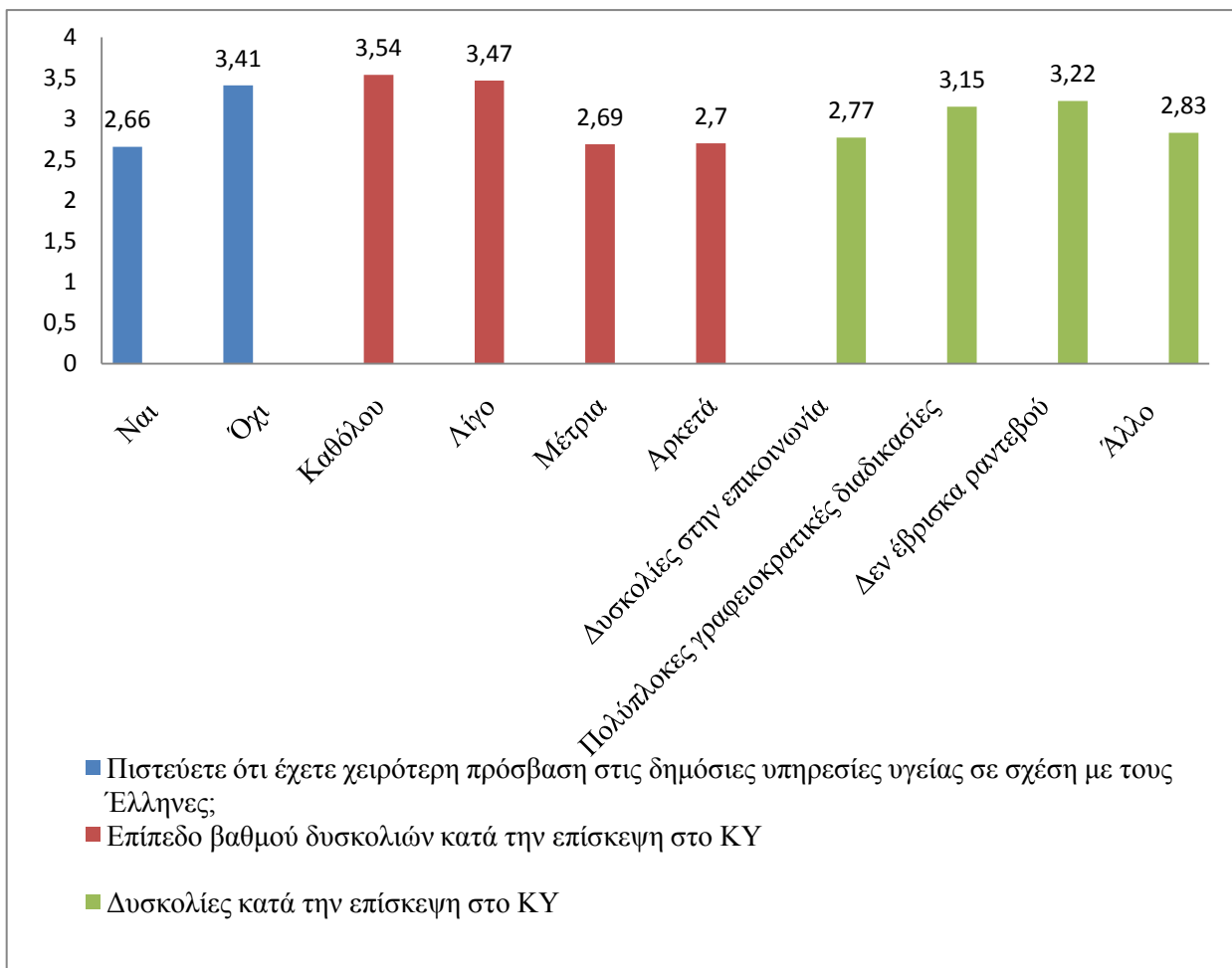
Όσον αφορά στην αντιμετώπιση βαθμού δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας, παρατηρείται ότι αυτοί που δεν αντιμετώπισαν καθόλου δυσκολίες δήλωσαν καλύτερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν μετρίου ($p < 0,001$) και αρκετού βαθμού δυσκολίας ($p < 0,001$).

Κατά την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας, παρατηρείται διαφοροποίηση του βαθμού ικανοποίησης σε σχέση με τον τύπο δυσκολιών. Συγκεκριμένα ο βαθμός ικανοποίησης των μεταναστών/προσφύγων είναι μικρότερος σε αυτούς που δήλωσαν δυσκολίες στην επικοινωνία σε σχέση με όσους αντιμετώπισαν άλλες δυσκολίες (πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες/ μεγάλο κόστος/ δεν έβρισκα ραντεβού) ($p < 0,006$). Όσον αφορά το χρόνο αναμονής παρατηρείται ότι συσχετίζεται με τον βαθμό ικανοποίησης με στατιστικά σημαντική σχέση ($p < 0,012$). Οι πρόσφυγες /μετανάστες που εξυπηρετήθηκαν γρήγορα δήλωσαν καλύτερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν μεγάλο χρόνο αναμονής.

Τέλος στην ερώτηση αν τους τελευταίους 12 μήνες χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας αλλά δεν μπόρεσαν, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, αυτοί που απάντησαν ότι δε μπόρεσαν, δεν ήταν αρκετά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με αυτούς που κατάφεραν να τις χρησιμοποιήσουν όταν τις χρειάστηκαν και δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι ($p < 0,034$). Οι υπηρεσίες που δεν μπόρεσαν να χρησιμοποιήσουν είναι με 46,3% διαγνωστικές εξετάσεις, μικροβιολογικές εξετάσεις.

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών κατά την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας επηρεάζεται από την αντίληψη ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες, από το βαθμό και τον τύπο δυσκολιών που αντιμετώπισαν καθώς και από την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Γράφημα 7. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας(M.0) σε σχέση με το αν η πρόσβασή τους είναι χειρότερη στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με τους Έλληνες, την αντιμετώπιση βαθμού και τύπου δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας



6.1.5.1.A.4 Συντελεστές συσχέτισης Pearson μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στον παράγοντα «ικανοποίηση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας» και της ηλικίας τους, των ετών διαμονής στην Ελλάδα και της εκπαίδευσής τους

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στον παράγοντα «ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας» με την ηλικία τους, των ετών διαμονής στην Ελλάδα και της εκπαίδευσης.

Συντελεστής συσχέτισης Pearson r (correlation coefficient)

Πίνακας 12. Συσχέτισης ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση τις δυσκολίες πρόσβασής τους

Ηλικία	p	0,001
	r	-0,518
Έτη διαμονής στην Ελλάδα	p	0,001
	r	-0,311
Εκπαίδευση	p	0,001
	r	0,502

Ανάμεσα στην ηλικία και στην ικανοποίηση υπηρεσιών υγείας ($p < 0,001$, $r = -0,518$) παρατηρείται αρνητικός συντελεστής συσχέτισης. Δηλαδή όσο η ηλικία αυξάνεται τόσο μειώνεται η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Ανάμεσα στα έτη διαμονής στην Ελλάδα και στην ικανοποίηση υπηρεσιών υγείας ($p < 0,001$, $r = -0,311$) παρατηρείται μέτριος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης.

Ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στην ικανοποίηση υπηρεσιών υγείας ($p < 0,001$, $r = 0,502$) παρατηρείται θετικός συντελεστής συσχέτισης. Δηλαδή όσο το επίπεδο εκπαίδευσης των προσφύγων/μεταναστών αυξάνεται, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας.

6.2.5.1.1. Συσχέτιση της γνώσης των συμμετεχόντων των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες

Στον πίνακα 13 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στη ερώτηση «γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας» ανάλογα με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά. Μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει μεγαλύτερη γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας. Καθόλου =1, λίγο =2, μέτρια =3, αρκετά =4, πολύ =5

Πίνακας 13: Συσχέτιση της «γνώσης διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας» με δημογραφικούς παράγοντες

		Γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας			Στατιστικές μέθοδοι
		Μέση τιμή	SD	p	
Φύλο	Άντρας	3,06	1,19	0,327	T-Test
	Γυναίκα	2,84	1,09		
Χώρα καταγωγής	Πακιστάν	2,95	1,17	0,143	ANOVA
	Αλβανία	3,27	1,13		
	Άλλο	2,73	1,12		
Συγκατοίκηση	Μόνος	3,0**	54,80***	0,667	Kruskal-Wallis Test
	Με σύντροφο/σύζυγο	3,0**	55,47***		
	Με την οικογένεια μου (παιδιά)	3,0**	60,76***		
Αριθμός παιδιών	0	3,43	1,29	0,209	ANOVA
	1	2,85	1,18		
	2	2,64	0,91		
	3	3,10	1,04		
	>4	2,92	1,26		
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	2,43	0,98	0,001*	ANOVA
	Γυμνάσιο	2,33	0,87		
	Λύκειο	3,12	1,24		
	Μεταδευτεροβάθμια	3,52	1,08		
Επάγγελμα	Άνεργος	2,67	0,884	0,001*	ANOVA
	Ιδιωτικός υπάλληλος	3,83	0,986		
	Άλλο	2,66	1,14		
Βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	Ναι	3,67	1,06	0,001*	T-Test
	Όχι	2,31	0,80		

* p<0.05, ** Median, ***Mean Rank

Από τον πίνακα 13 γίνεται κατανοητό ότι η εκπαίδευση επηρεάζει τη γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας. Επίσης, μετά τη διόρθωση κατά Tukey HSD αναδείχθηκε ότι οι μετανάστες/ πρόσφυγες με τριτοβάθμια εκπαίδευση είχαν σημαντικά

περισσότερες γνώσεις σε σύγκριση με τα τους μετανάστες/πρόσφυγες που δηλώσαν ότι είχαν απολυτήριο δημοτικού ($p=0,013$) και γυμνασίου ($p=0,04$). Αντίστοιχα και στο επάγγελμα, παρατηρείται στατιστική σημαντική διάφορα ($p<0,001$). Συγκεκριμένα ο ιδιωτικός υπάλληλος έχει σημαντικά περισσότερες γνώσεις από τους ανέργους ($p<0,001$) και τις άλλες επαγγελματικές ομάδες ($p<0,001$). Τέλος όσον αφορά το αν το βιβλιάριο υγείας τους είναι σε ισχύ (ασφαλισμένοι), παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά της γνώσης διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας αυτών που είναι ασφαλισμένοι σε σχέση με αυτούς που είναι ανασφάλιστοι ($p<0,001$).

6.2.5.1.2 Συσχέτιση της γνώσης των συμμετεχόντων των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας με την κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους

Πίνακας 14. Γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας των συμμετεχόντων με την κατάσταση υγείας και τον τρόπο ζωής τους

		Γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	P	Στατιστικές μέθοδοι
Καπνιστής	Ναι	3,04	0,99	0,027*	ANOVA
	Πρώην καπνιστής	3,38	1,02		
	Όχι	2,63	1,31		
Άθληση	Ναι	3,48	1,18	0,001*	T-Test
	Όχι	2,69	1,06		
Αλκοόλ	Ναι	3,28	1,20	0,017*	T-Test
	Όχι	2,75	1,06		
Πάσχετε από νοσήματα	Ναι	3,10	1,30	0,390	
	Όχι	2,90	1,06		

* $p < 0,005$

Από τη συσχέτιση της «γνώσης των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας» των συμμετεχόντων με την κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους, συμπεραίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά σε αυτούς που προσπαθούν να έχουν καλή φυσική κατάσταση και τρόπο ζωής (διακοπή καπνίσματος, άθληση) με αυτούς που δεν έχουν. Συγκεκριμένα ο πρώην καπνιστής έχει περισσότερη γνώση από αυτούς που δεν καπνίζουν ($p < 0,023$) και όσοι αθλούνται έχουν περισσότερη γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με αυτούς που δεν αθλούνται ($p < 0,001$). Όσο αφορά στη χρήση αλκοόλ, μόνο το ένα τρίτο 38,4% δηλώνει λάτρης του ποτού και περισσότερη γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας ($p < 0,017$).

6.2.5.1.3 Συσχέτιση της γνώσης των προσφύγων/μεταναστών των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις δυσκολίες πρόσβασής τους

Πίνακας 15. Γνώση των προσφύγων/μεταναστών των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις δυσκολίες πρόσβασής τους

		Γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες;	Ναι	2,31	0,92	0,001*	T-Test
	Όχι	3,51	1,02		
Αντιμετώπιση δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Καθόλου	3,75	1,02	0,001*	ANOVA
	Λίγο	3,67	0,99		
	Μέτρια	2,41	0,96		
	Αρκετά	2,23	0,77		
Δυσκολίες κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Δυσκολίες στην επικοινωνία	2,27	1,15	0,003*	ANOVA
	Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	3,10	0,10		
	Δεν έβρισκα ραντεβού	3,40	0,94		
	Άλλο	2,81	0,98		

*p<0,005

Στον πίνακα 15 που αφορά στη γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας των προσφύγων/μεταναστών σε σχέση τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p<0,05$). Συγκεκριμένα καλύτερη άποψη έχουν αυτοί που πιστεύουν ότι δεν έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες σε σχέση με αυτούς που πιστεύουν ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες ($p<0,001$). Στην αντιμετώπιση δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ παρατηρείται ότι αυτοί που δήλωσαν ότι δεν αντιμετώπισαν καθόλου δυσκολίες είχαν περισσότερη γνώση και διέφεραν στατιστικά σημαντικά με αυτούς που δήλωσαν αρκετά ($p<0,001$) και μέτρια ($p<0,001$). Όσον αφορά στη γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας και την αντιμετώπιση δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ αυτοί που δήλωσαν ότι είχαν δυσκολίες στην επικοινωνία είχαν χειρότερη γνώση με στατιστικά σημαντική διάφορα με αυτούς που δήλωσαν πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες ($p<0,037$) και δεν έβρισκαν ραντεβού ($p<0,001$).

6.1.5.1.4. Συσχέτιση του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στον παράγοντα «Γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας» και της ηλικίας τους, των ετών διαμονής στην Ελλάδα και της εκπαίδευσής τους

Στον παρακάτω πίνακα 16 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στον παράγοντα «γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας» και της ηλικίας τους, των ετών διαμονής στην Ελλάδα και της εκπαίδευσης.

Συντελεστής συσχέτισης Pearson r (correlation coefficient)

Πίνακας 16. Συσχέτισης της γνώσης των συμμετεχόντων των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας σε σχέση την ηλικία, τα έτη διαμονής και την εκπαίδευση

Ηλικία	P	0,001
	r	-0,593
Έτη διαμονής στην Ελλάδα	P	0,002
	r	-0,293
Εκπαίδευση	P	0,001
	r	0,406

Ανάμεσα στην ηλικία και στη γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας ($p < 0,001$, $r = -0,593$) παρατηρείται μέτριος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης. Δηλαδή όσο η ηλικία αυξάνεται τόσο μειώνεται και η γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας.

Ανάμεσα στα έτη διαμονής στην Ελλάδα και στη γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας ($p < 0,001$, $r = -0,293$) παρατηρείται αδύναμος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης.

Ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στη γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας ($p < 0,001$, $r = 0,406$) παρατηρείται μέτριος θετικός συντελεστής συσχέτισης. Δηλαδή όσο το επίπεδο εκπαίδευσης αυξάνεται τόσο αυξάνεται και η γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας.

6.1.5.2.1. Συσχέτιση της γνώσης των δικαιωμάτων των προσφύγων και μεταναστών για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες

Στον παρακάτω πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην ερώτηση «γνώση των δικαιωμάτων των προσφύγων και μεταναστών για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας» ανάλογα με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά. Μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει μεγαλύτερη γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας. Καθόλου =1, λίγο =2, μέτρια =3, αρκετά =4, πολύ =5

Πίνακας 17. Συσχέτιση του παράγοντα «γνώσης των δικαιωμάτων προσφύγων/μεταναστών για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας» ,με δημογραφικούς παράγοντες

		Γνώσης δικαιωμάτων για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Φύλο	Άντρας	2,90	1,26	0,579	T-Test
	Γυναίκα	2,77	1,17		
Χώρα καταγωγής	Πακιστάν	2,72	1,28	0,057	ANOVA
	Αλβανία	3,27	1,13		
	Άλλο	2,62	1,12		
Συγκατοίκηση	Μόνος	3,00**	52,56***	0,317	Kruskal-Wallis Test
	Με σύντροφο/σύζυγο	3,00**	55,56***		
	Με την οικογένεια μου (παιδιά)	3,00**	63,16***		
Αριθμός παιδιών	0	4,00**	64,50***	0,354	Kruskal-Wallis Test
	1	3,00**	55,95***		
	2	2,00**	48,32***		
	3	3,00**	59,83***		
	>4	3,00**	57,81***		
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	2,00**	42,79	0,002*	Kruskal-Wallis Test
	Γυμνάσιο	2,00**	43,46***		
	Λύκειο	3,00**	61,00***		
	Μεταδευτεροβάθμια	3,00**	64,02***		
	Τριτοβάθμια	4,00**	75,10***		
Επάγγελμα	Άνεργος	2,60	0,894	0,001*	ANOVA
	Ιδιωτικός υπάλληλος	3,73	1,11		
	Άλλο	2,49	1,21		
Βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	Ναι	3,51	1,26	0,001*	T-Test
	Όχι	2,22	0,80		

* p<0,05, ** Median, ***Mean Rank

Από τον παραπάνω πίνακα γίνεται κατανοητό ότι η εκπαίδευση επηρεάζει τη γνώση των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας των μεταναστών/προσφύγων. Κατά τη διόρθωση κατά Tukey HSD αναδείχθηκε ότι οι μετανάστες/ πρόσφυγες με τριτοβάθμια εκπαίδευση είχαν σημαντικά περισσότερες γνώσεις σε σύγκριση με τους μετανάστες/πρόσφυγες που δηλώσαν ότι είχαν απολυτήριο δημοτικού ($p=0,017$) και γυμνασίου ($p=0,012$). Όσον αφορά στο επάγγελμα, παρατηρείται στατιστική σημαντική διάφορα ($p<0,001$). Αναλυτικότερα ο ιδιωτικός υπάλληλος έχει σημαντικά περισσότερες γνώσεις από τους ανέργους ($p<0,001$) και τις άλλες επαγγελματικές ομάδες ($p<0,001$). Τέλος όσον αφορά το βιβλιάριο υγείας αν είναι σε ισχύ (ασφαλισμένοι), παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά της γνώσης των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας των μεταναστών/προσφύγων μεταξύ ασφαλισμένων και ανασφάλιστων ($p<0,001$).

6.1.5.2.2. Συσχέτιση της γνώσης των δικαιωμάτων των προσφύγων και μεταναστών για χρήση των υπηρεσιών υγείας με την κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους

Πίνακας 18. Γνώση των προσφύγων και μεταναστών των δικαιωμάτων χρήσης των υπηρεσιών υγείας με την κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους

		Γνώση των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Καπνιστής	Ναι	2,87	1,10	0,103	ANOVA
	Πρώην καπνιστής	3,23	1,14		
	Όχι	2,58	1,38		
Άθληση	Ναι	3,30	1,29	0,004*	T-Test
	Όχι	2,61	1,13		
Αλκοόλ	Ναι	3,12	1,26	0,049*	T-Test
	Όχι	2,65	1,16		
Πάσχετε από νοσήματα	Ναι	2,93	1,42	0,639	T-Test
	Όχι	2,81	1,10		

* $p < 0,05$

Από τη συσχέτιση της γνώσης των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας των μεταναστών/προσφύγων με την κατάσταση υγείας και τρόπου ζωής τους, παρατηρείται ότι υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά σε αυτούς που προσπαθούν να έχουν έναν φυσιολογικό τρόπο ζωής (διακοπή καπνίσματος, άθληση) με αυτούς που δεν έχουν. Συγκεκριμένα όσοι αθλούνται έχουν περισσότερη γνώση των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με αυτούς που δεν αθλούνται ($p < 0,004$). Παρατηρείται οριακή στατιστική διαφορά ($p < 0,049$) σε αυτούς που κάνουν χρήση αλκοόλ με αυτούς που δεν κάνουν χρήση.

6.1.5.2.3. Συσχέτιση της γνώσης των προσφύγων/μεταναστών των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

Πίνακας 19. Γνώση των προσφύγων/μεταναστών των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

		Γνώση των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες	Ναι	2,27	0,88	0,001*	T-Test
	Όχι	3,31	1,26		
Αντιμετώπιση δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Καθόλου	3,65	1,19	0,001*	ANOVA
	Λίγο	3,48	1,20		
	Μέτρια	2,26	0,99		
	Αρκετά	2,19	0,75		
Δυσκολίες κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Δυσκολίες στην επικοινωνία	2,15	1,20	0,007*	ANOVA
	Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	2,90	1,22		
	Δεν έβρισκα ραντεβού	3,30	1,08		
	Άλλο	2,67	0,86		

* $p < 0,05$

Παρατηρείται ανάμεσα στη γνώση των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας των προσφύγων/μεταναστών σε σχέση με τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, η στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα καλύτερη γνώση έχουν όσοι πιστεύουν ότι δεν έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με τους Έλληνες συγκριτικά με αυτούς που πιστεύουν ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες ($p < 0,001$). Στην αντιμετώπιση δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας παρατηρείται ότι αυτοί που δήλωσαν καθόλου, έχουν καλύτερη γνώση και διέφεραν στατιστικά σημαντικά με αυτούς που δήλωσαν αρκετά ($p < 0,001$) και μέτρια ($p < 0,001$). Όσον αφορά στη γνώση των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας και την αντιμετώπιση δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας, όσοι δήλωσαν ότι

είχαν δυσκολίες στην επικοινωνία, είχαν χειρότερη γνώση με στατιστικά σημαντική διάφορα με αυτούς που δήλωσαν ότι δεν έβρισκαν ραντεβού ($p < 0,001$).

6.1.5.2.4. Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στον παράγοντα «Γνώση» και της ηλικίας τους και των ετών διαμονής στην Ελλάδα

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στον παράγοντα «γνώση των δικαιωμάτων» και της ηλικίας τους καθώς και των ετών διαμονής στην Ελλάδα.

Πίνακας 20. Συσχέτισης της γνώσης των δικαιωμάτων των υπηρεσιών υγείας των συμμετεχόντων σε σχέση την ηλικία, τα έτη διαμονής και την εκπαίδευση

Ηλικία	P	0,001*
	r	-0,483
Έτη διαμονής στην Ελλάδα	P	0,011*
	r	-0,273
Εκπαίδευση	P	0,001*
	r	0,353

* $p < 0,05$

Ανάμεσα στην ηλικία και στη γνώση των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας των μεταναστών/προσφύγων ($p < 0,001$, $r = -0,483$) παρατηρείται μέτριος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης. Δηλαδή όσο η ηλικία αυξάνεται τόσο μειώνεται και η γνώση των δικαιωμάτων για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας των μεταναστών/προσφύγων.

Ανάμεσα στα έτη διαμονής στην Ελλάδα και στη γνώση των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας των μεταναστών/προσφύγων ($p < 0,001$, $r = -0,273$) παρατηρείται αδύναμος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης.

Ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στη γνώση των δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας των μεταναστών/προσφύγων ($p < 0,001$, $r = 0,353$) παρατηρείται μέτριος θετικός συντελεστής συσχέτισης. Δηλαδή όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο, τόσο αυξάνεται και η γνώση δικαιωμάτων για χρήση των υπηρεσιών υγείας των μεταναστών/προσφύγων.

6.1.5.6.1 Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες

Στον πίνακα 21 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στη ερώτηση «ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας» ανάλογα με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά. Μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας. Καθόλου =1, λίγο =2, μέτρια =3, αρκετά =4, πολύ =5

Πίνακας 21: Συσχέτιση της ικανοποίησης των προσφύγων/μεταναστών από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας με δημογραφικούς παράγοντες

		Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Φύλο	Άντρας	3,34	1,27	0,354	T-Test
	Γυναίκα	3,14	1,04		
Χώρα καταγωγής	Πακιστάν	3,28	1,26	0,537	ANOVA
	Αλβανία	3,42	1,15		
	Άλλο	3,11	1,26		
Συγκατοίκηση	Μόνος	3,26	1,23	0,260	ANOVA
	Με σύντροφο/σύζυγο	3,52	1,25		
	Με την οικογένεια μου (παιδιά)	3,05	1,04		
Αριθμός παιδιών	0	3,90	0,944	0,088	ANOVA
	1	3,20	1,36		
	2	3,0	1,08		
	3	3,10	1,09		
	>4	3,19	1,27		
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	2,00**	33,17***	0,001*	Kruskal-Wallis Test
	Γυμνάσιο	3,00**	35,81***		
	Λύκειο	4,00**	60,30***		
	Μεταδευτεροβάθμια	4,00**	74,46***		
	Τριτοβάθμια	4,00**	83,25***		
Επάγγελμα	Άνεργος	2,77	1,07	0,001*	ANOVA
	Ιδιωτικός υπάλληλος	4,13	0,86		
	Άλλο	3,06	1,15		
Βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	Ναι	4,09	0,867	0,001*	T-Test
	Όχι	2,48	0,863		

*p<0,05, ** Median, ***Mean Rank

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρείται στατιστική σημαντική διαφορά ικανοποίησης των μεταναστών/προσφύγων από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσής τους ($p<0,001$). Αναλυτικότερα, μετά τη διόρθωση κατά Tukey HSD, οι μετανάστες/πρόσφυγες με επίπεδο σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης όπως και μεταδευτεροβάθμιας διαφέρουν στατιστικά σημαντικά με τους αποφοίτους δημοτικού ($p<0,001$) και γυμνασίου ($p<0,001$). Επίσης, όσον αφορά στο επάγγελμα, ο ιδιωτικός υπάλληλος δηλώνει αρκετά ικανοποιημένος από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τους ανέργους ($p<0,001$) και τις άλλες επαγγελματικές ομάδες ($p<0,001$). Ομοίως και στους ασφαλισμένους που δήλωσαν αρκετά, σε σχέση με τους ανασφάλιστους που δήλωσαν λίγο ($p<0,001$).

6.1.5.6.2 Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων, από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας με την κατάσταση υγείας και τον τρόπο ζωής τους

Πίνακας 22. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων, από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας με την κατάσταση υγείας και τον τρόπο ζωής τους

		Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Καπνιστής	Ναι	3,340	0,99	0,278	ANOVA
	Πρώην καπνιστής	3,38	1,17		
	Όχι	3,03	1,37		
Άθληση	Ναι	3,80	1,11	0,001*	T-Test
	Όχι	2,99	1,12		
Αλκοόλ	Ναι	3,53	1,22	0,042*	T-Test
	Όχι	3,07	1,12		
Πάσχετε από νοσήματα	Ναι	3,34	1,18	0,608	T-Test
	Όχι	3,22	1,19		

* $p < 0,05$

Από τη συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας των συμμετεχόντων με την κατάσταση υγείας και τον τρόπο ζωής τους, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά σε αυτούς αθλούνται σε σχέση με αυτούς που δεν αθλούνται ($p < 0,001$) και σε όσους κάνουν χρήση αλκοόλ με αυτούς που δεν κάνουν ($p < 0,042$).

6.1.5.6.3 Ικανοποίηση των συμμετεχόντων, από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας σε σχέση τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

Πίνακας 23. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων, από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας σε σχέση τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

		Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες	Ναι	2,46	0,96	0,001*	T-Test
	Όχι	3,93	0,90		
Αντιμέτωπιση δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Καθόλου	4,10	0,97	0,001*	ANOVA
	Λίγο	4,0	0,83		
	Μέτρια	2,65	1,07		
	Αρκετά	2,50	0,86		
Τύποι δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Δυσκολίες στην επικοινωνία	2,81	1,13	0,055	ANOVA
	Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	3,48	1,08		
	Δεν έβρισκα ραντεβού	3,50	0,95		
	Άλλο	2,86	1,20		

* $p < 0,05$

Από τη συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, με τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά ($p < 0,05$) στη προκατάληψη της πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες και στο επίπεδο δυσκολιών. Συγκεκριμένα οι πρόσφυγες/ μετανάστες που έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, δήλωσαν ότι δεν έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες, συγκριτικά με αυτούς που πιστεύουν ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες ($p < 0,001$). Περισσότερη ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας κατά την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας είχαν αυτοί που δήλωσαν ότι δεν αντιμετώπισαν καθόλου δυσκολίες και διέφεραν στατιστικά σημαντικά με αυτούς που δήλωσαν αρκετά ($p < 0,001$) και μέτρια ($p < 0,001$).

6.1.5.6.4 Συντελεστής συσχέτισης Pearson r. Ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας σε σχέση την ηλικία, τα έτη διαμονής και την εκπαίδευση

Στον πίνακα 24 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στον παράγοντα «ικανοποίησης από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας» και της ηλικίας τους, των ετών διαμονής στην Ελλάδα και της εκπαίδευσης.

Πίνακας 24. Συσχέτισης της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας σε σχέση την ηλικία, τα έτη διαμονής και την εκπαίδευση

Ηλικία	P	0,001*
	r	-0,470
Έτη διαμονής στην Ελλάδα	P	0,001*
	r	-0,295
Εκπαίδευση	P	0,001*
	r	0,583

* $p < 0,05$

Από τις συσχετίσεις παρατηρείται ότι η σχέση της ηλικίας των συμμετεχόντων με την ικανοποίησή τους από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας ($p < 0,001$, $r = -0,470$) είναι μέτριος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης. Δηλαδή όσο η ηλικία αυξάνεται, τόσο μειώνεται η ικανοποίηση. Στα έτη διαμονής στην Ελλάδα καταγράφεται αδύναμος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης ($p < 0,001$, $r = -0,295$). Αντίθετα στην εκπαίδευση θεωρείται ότι είναι μέτριος θετικός συντελεστής συσχέτισης ($p < 0,001$, $r = 0,583$). Δηλαδή όσο αυξάνεται το μορφωτικό τους επίπεδο τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας

6.1.5.7.1 Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας, με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες

Στον πίνακα 25 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην ερώτηση «πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας» ανάλογα με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά. Μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας. Καθόλου =1, λίγο =2, μέτρια =3, αρκετά =4, πολύ =5

Πίνακας 25: Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας, με δημογραφικούς παράγοντες

		Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Φύλο	Άντρας	3,30	1,22	0,430	T-Test
	Γυναίκα	3,12	1,16		
Χώρα καταγωγής	Πακιστάν	3,28	1,20	0,530	ANOVA
	Αλβανία	3,36	1,19		
	Άλλο	3,05	1,20		
Συγκατοίκηση	Μόνος	3,14	1,14	0,187	ANOVA
	Με σύντροφο/σύζυγο	3,55	1,25		
	Με την οικογένεια μου (παιδιά)	3,05	1,18		
Αριθμός παιδιών	0	3,90	1,04	0,075	ANOVA
	1	3,05	1,23		
	2	3,0	0,96		
	3	3,14	1,15		
	>4	3,12	1,40		
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	2,00**	32,48***	0,001*	Kruskal-Wallis Test
	Γυμνάσιο	3,00**	40,17***		
	Λύκειο	4,00**	60,12***		
	Μεταδευτεροβάθμια	4,00**	70,74***		
	Τριτοβάθμια	4,00**	83,25***		
Επάγγελμα	Άνεργος	2,73	1,02	0,001*	ANOVA
	Ιδιωτικός υπάλληλος	4,07	0,91		
	Άλλο	3,04	1,21		
Βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	Ναι	4,07	0,86	0,001*	T-Test
	Όχι	2,43	0,88		

*p<0,05

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρείται στατιστική σημαντική διάφορα ικανοποίησης των μεταναστών/προσφύγων από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσής τους (p<0,001). Αναλυτικότερα μετά τη διόρθωση κατά Tukey HSD, οι μετανάστες/πρόσφυγες με

επίπεδο σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης διαφέρουν στατιστικά σημαντικά με τους αποφοίτους δημοτικού ($p<0,001$) και γυμνασίου ($p=0,001$). Επίσης, όσον αφορά το επάγγελμα, ο ιδιωτικός υπάλληλος δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένος από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων σε σχέση με από τους ανέργους ($p<0,001$) και τις άλλες επαγγελματικές ομάδες ($p<0,001$). Επίσης, στους ασφαλισμένους η ικανοποίηση είναι σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους ανασφάλιστους με στατιστικά σημαντικά διαφορά ($p<0,001$).

6.1.5.7.2 Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας, με την κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους

Πίνακας 26. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας, με την κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους

		Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Καπνιστής	Ναι	3,00**	58,55***	0,666	Kruskal-Wallis Test
	Πρώην καπνιστής	3,00**	59,73***		
	Όχι	3,00**	53,40***		
Αθληση	Ναι	3,73	1,06	0,001*	T-Test
	Όχι	2,97	1,19		
Αλκοόλ	Ναι	3,42	1,18	0,152	T-Test
	Όχι	3,09	1,19		
Πάσχετε από νοσήματα	Ναι	3,34	1,21	0,456	T-Test
	Όχι	3,17	1,19		

*p<0,05, ** Median, ***Mean Rank

Από τη συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγεία, με την κατάσταση υγείας και τον τρόπο ζωής τους, υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά σε αυτούς αθλούνται σε σχέση με αυτούς που δεν αθλούνται με στατιστικά σημαντική διάφορα. Συγκεκριμένα περισσότερη ικανοποίηση δήλωσαν όσοι αθλούνται από αυτούς που δεν αθλούνται (p<0,001).

6.1.5.7.3 Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

Πίνακας 27. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

		Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες	Ναι	2,48	1	0,001*	T-Test
	Όχι	3,85	0,96		
Αντιμετώπιση δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Καθόλου	4,10	1,07	0,001*	ANOVA
	Λίγο	3,94	0,93		
	Μέτρια	2,56	1,02		
	Αρκετά	2,54	0,81		
Τύποι δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Δυσκολίες στην επικοινωνία	2,81	1,13	0,055	ANOVA
	Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	3,48	1,08		
	Δεν έβρισκα ραντεβού	3,50	0,95		
	Άλλο	2,86	1,20		

*p<0,05

Από τη συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας των προσφύγων/μεταναστών με τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά. Συγκεκριμένα οι πρόσφυγες/ μετανάστες που έχουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας, δήλωσαν ότι δεν έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες, συγκριτικά με αυτούς που πιστεύουν ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες (p<0,001). Μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας κατά την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας είχαν αυτοί που δήλωσαν ότι δεν αντιμετώπισαν καθόλου δυσκολίες και διέφεραν στατιστικά σημαντικά με αυτούς που δήλωσαν αρκετά (p<0,001) και μέτρια (p<0,001).

6.1.5.7.4 Συντελεστής συσχέτισης Pearson r. Ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων σε σχέση την ηλικία, τα έτη διαμονής και την εκπαίδευση

Στον παρακάτω πίνακα 28 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στον παράγοντα «ικανοποίησης από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας» και της ηλικίας τους, των ετών διαμονής στην Ελλάδα και της εκπαίδευσης.

Πίνακας 28. Συσχέτισης της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων σε σχέση την ηλικία, τα έτη διαμονής και την εκπαίδευση

Ηλικία	P	0,001*
	r	-0,503
Έτη διαμονής στην Ελλάδα	P	0,001*
	r	-0,350
Εκπαίδευση	P	0,001*
	r	0,559

* $p < 0,05$

Από τις συσχετίσεις παρατηρείται ότι η σχέση της ηλικίας με την ικανοποίησης από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας ($p < 0,001$, $r = -0,503$) είναι μέτριος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης. Δηλαδή όσο η ηλικία αυξάνεται, τόσο μειώνεται η ικανοποίηση. Τα έτη διαμονής στην Ελλάδα θεωρούνται μέτριος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης ($p < 0,001$, $r = -0,350$). Αντίθετα η εκπαίδευση είναι μέτριος θετικός συντελεστής συσχέτισης ($p < 0,001$, $r = 0,559$). Δηλαδή όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίησή τους από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων.

6.1.5.8.1 Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες

Στον πίνακα 29 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην ερώτηση «ικανοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας» ανάλογα με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά. Μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας. Καθόλου =1, λίγο =2, μέτρια =3, αρκετά =4, πολύ =5

Πίνακας 29: Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες

		Ικανοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Φύλο	Αντρας	3,19	1,24	0,483	T-Test
	Γυναίκα	3,02	1,10		
Χώρα καταγωγής	Πακιστάν	3,07	1,22	0,193	ANOVA
	Αλβανία	3,42	1,06		
	Άλλο	2,92	1,23		
Συγκατοίκηση	Μόνος	3,12	1,19	0,296	ANOVA
	Με σύντροφο/ σύζυγο	3,36	1,17		
	Με την οικογένεια μου (παιδιά)	2,92	1,19		
Αριθμός παιδιών	0	3,62	1,16	0,088	ANOVA
	1	3,10	1,11		
	2	2,64	1,19		
	3	3,10	1,09		
	>4	3,23	1,24		
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	2,00**	33,38***	0,001*	Kruskal-Wallis Test
	Γυμνάσιο	3,00**	39,25***		
	Λύκειο	3,00**	62,36***		
	Μεταδευτεροβάθμια	4,00**	68,76***		
	Τριτοβάθμια	4,00**	82,88***		
Επάγγελμα	Ανεργος	2,77	1,07	0,001*	ANOVA
	Ιδιωτικός υπάλληλος	3,93	0,94		
	Άλλο	2,87	1,18		
Βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	Ναι	3,93	0,90	0,001*	T-Test
	Όχι	2,36	0,89		

*p<0,05, ** Median, ***Mean Rank

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρείται στατιστική σημαντική διαφορά της ικανοποίησης των μεταναστών/προσφύγων από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσής τους (p<0,001). Αναλυτικότερα, μετά τη διόρθωση

κατά Tukey HSD, οι μετανάστες /πρόσφυγες με επίπεδο σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης διαφέρουν στατιστικά σημαντικά με τους αποφοίτους δημοτικού ($p<0,001$) και γυμνασίου ($p<0,001$). Επίσης, όσον αφορά στο επάγγελμα, ο ιδιωτικός υπάλληλος δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένος από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους ανέργους ($p<0,001$) και τις άλλες επαγγελματικές ομάδες ($p<0,001$). Επίσης, οι ασφαλισμένοι δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με τους ανασφάλιστους ($p<0,001$).

6.1.5.8.2 Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, με την κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους

Πίνακας 30. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, με την κατάσταση υγείας και του τρόπου ζωής τους

		Ικανοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Καπνιστής	Ναι	3,13	1,08	0,253	ANOVA
	Πρώην καπνιστής	3,42	1,10		
	Όχι	2,93	1,35		
Άθληση	Ναι	3,68	1,16	0,001*	T-Test
	Όχι	2,83	1,10		
Αλκοόλ	Ναι	3,40	1,26	0,041*	T-Test
	Όχι	2,93	1,10		
Πάσχετε από νοσήματα	Ναι	3,34	1,15	0,143	T-Test
	Όχι	3,0	1,19		

*p<0,05

Από τη συσχέτιση της ικανοποίησης των προσφύγων/μεταναστών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, με την κατάσταση υγείας και τον τρόπο ζωή τους, συμπεραίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά σε αυτούς αθλούνται σε σχέση με αυτούς που δεν αθλούνται. Συγκεκριμένα περισσότερη ικανοποίηση δήλωσαν όσοι αθλούνται από αυτούς που δεν αθλούνται ($p<0,001$). Όσο αφορά τη χρήση αλκοόλ, περισσότερη ικανοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας δήλωσαν αυτοί που κάνουν χρήση αλκοόλ.

6.1.5.8.3 Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, σε σχέση τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

Πίνακας 31. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, σε σχέση τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

		Ικανοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες	Ναι	2,35	0,88	0,001*	T-Test
	Όχι	3,76	1,01		
Αντιμετώπιση δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Καθόλου	4,10	1,07	0,001*	ANOVA
	Λίγο	3,85	0,91		
	Μέτρια	2,47	1,02		
	Αρκετά	2,38	0,75		
Τύποι δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Δυσκολίες στην επικοινωνία	2,54	1,07	0,128	ANOVA
	Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	3,19	1,29		
	Δεν έβρισκα ραντεβού	3,25	1,11		
	Άλλο	2,90	1,04		

* $p < 0,05$

Από τη συσχέτιση της ικανοποίησης των προσφύγων/μεταναστών από τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, με τις δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά ($p < 0,05$) στην άποψη της πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες και στην αντιμετώπιση δυσκολιών. Συγκεκριμένα οι πρόσφυγες/ μετανάστες που έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, δήλωσαν ότι δεν έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες, συγκριτικά με αυτούς που πιστεύουν ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες ($p < 0,001$). Το επίπεδο ικανοποίησής τους από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας κατά την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας ήταν αυξημένο σε όσους δήλωσαν καθόλου δυσκολίες και διέφεραν στατιστικά σημαντικά με αυτούς που δήλωσαν αρκετά ($p < 0,001$) και μέτρια ($p < 0,001$).

6.1.5.8.4 Συντελεστής συσχέτισης Pearson r. Ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε σχέση την ηλικία, τα έτη διαμονής και την εκπαίδευση

Στον παρακάτω πίνακα 32 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στον παράγοντα «ικανοποίησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας» της ηλικίας τους, των ετών διαμονής στην Ελλάδα και της εκπαίδευσης.

Πίνακας 32: Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σε σχέση την ηλικία, τα έτη διαμονής και την εκπαίδευση

Ηλικία	P	0,001*
	r	-0,497
Έτη διαμονής στην Ελλάδα	P	0,001*
	r	-0,342
Εκπαίδευση	P	0,001*
	r	0,538

* $p < 0,05$

Από τις συσχετίσεις παρατηρείται ότι η σχέση της ηλικίας με την ικανοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ($p < 0,001$, $r = -0,497$) είναι μέτριος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης. Δηλαδή όσο η ηλικία αυξάνεται, τόσο μειώνεται η ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Τα έτη διαμονής στην Ελλάδα θεωρούνται ότι είναι μέτριος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης ($p < 0,001$, $r = -0,342$). Αντίθετα η εκπαίδευση των συμμετεχόντων είναι μέτριος θετικός συντελεστής συσχέτισης. Δηλαδή όσο αυξάνεται το μορφωτικό τους επίπεδο, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ($p < 0,001$, $r = 0,538$).

6.1.5.9.1 Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από το κόστος των υπηρεσιών υγείας, με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες

Στον πίνακα 33 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στην ερώτηση «ικανοποίηση από το κόστος των υπηρεσιών υγείας» ανάλογα με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά. Μεγαλύτερη βαθμολογία υποδηλώνει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας. Καθόλου =1, λίγο =2, μέτρια =3, αρκετά =4, πολύ =5

Πίνακας 33 Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από το κόστος των υπηρεσιών υγείας, με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες

		Ικανοποίηση από το κόστος των υπηρεσιών υγείας			Στατιστικές μέθοδοι
		Μέση τιμή	SD	p	
Φύλο	Αντρας	3,17	1,24	0,351	T-Test
	Γυναίκα	2,95	1,33		
Χώρα καταγωγής	Πακιστάν	3,05	1,21	0,51	ANOVA
	Αλβανία	3,36	1,08		
	Άλλο	2,89	1,27		
Συγκατοίκηση	Μόνος	3,00**	54,33***	0,693	Kruskal-Wallis Test
	Με σύντροφο/σύζυγο	3,00**	60,67***		
	Με την οικογένεια μου (παιδιά)	3,00**	56,76***		
Αριθμός παιδιών	0	3,52	1,21	0,411	ANOVA
	1	3,10	1,12		
	2	2,84	0,987		
	3	3,0	1,19		
	>4	3,04	1,43		
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	2,00**	35,55***	0,001*	Kruskal-Wallis Test
	Γυμνάσιο	3,00**	41,85***		
	Λύκειο	3,00**	60,06***		
	Μεταδευτεροβάθμια	4,00**	68,26***		
	Τριτοβάθμια	4,00**	80,93***		
Επάγγελμα	Άνεργος	2,77	1,07	0,001*	ANOVA
	Ιδιωτικός υπάλληλος	3,90	1,03		
	Άλλο	2,81	1,16		
Βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	Ναι	3,84	1,03	0,001*	T-Test
	Όχι	2,38	0,88		

*p<0,05, ** Median, ***Mean Rank

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρείται στατιστική σημαντική διαφορά της ικανοποίησης από το κόστος των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το επίπεδο

εκπαίδευσης ($p < 0,001$). Αναλυτικότερα μετά τη διόρθωση κατά Tukey HSD, οι μετανάστες πρόσφυγες με επίπεδο σπουδών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης διαφέρουν στατιστικά σημαντικά με τους αποφοίτους δημοτικού ($p < 0,001$) και γυμνασίου ($p < 0,001$). Επίσης, όσον αφορά στο επάγγελμα, ο ιδιωτικός υπάλληλος δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένος από το κόστος των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με από τους ανέργους ($p < 0,001$) και τις άλλες επαγγελματικές ομάδες ($p < 0,001$). Επίσης, στους ασφαλισμένους η ικανοποίηση από το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους ανασφάλιστους με στατιστικά σημαντικά ισχύ ($p < 0,001$).

6.1.5.9.2 Συσχέτιση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από το κόστος των υπηρεσιών υγείας, με την κατάσταση υγείας και τρόπο ζωής τους

Πίνακας 34. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το κόστος των υπηρεσιών υγείας, με την κατάσταση υγείας και τρόπο ζωής τους

		Ικανοποίηση από το κόστος των υπηρεσιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Καπνιστής	Ναι	3,09	1,08	0,278	ANOVA
	Πρώην καπνιστής	3,38	1,16		
	Όχι	2,90	1,39		
Άθληση	Ναι	3,60	1,17	0,001*	T-Test
	Όχι	2,81	1,13		
Αλκοόλ	Ναι	3,30	1,28	0,118	T-Test
	Όχι	2,93	1,12		
Πάσχετε από νοσήματα	Ναι	3,20	1,31	0,478	T-Test
	Όχι	3,03	1,13		

*p<0,05

Από τη συσχέτιση της ικανοποίησης από το κόστος των υπηρεσιών υγείας των συμμετεχόντων με την κατάσταση υγείας και τον τρόπο ζωής τους, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που αθλούνται σε σχέση με αυτούς που δεν αθλούνται. Συγκεκριμένα περισσότερη ικανοποίηση δήλωσαν όσοι αθλούνται από αυτούς που δεν αθλούνται (p<0,001).

6.1.5.9.3 Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το κόστος των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

Πίνακας 35. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το κόστος των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

		Ικανοποίηση από το κόστος των υπηρεσιών υγείας			
		Μέση τιμή	SD	p	Στατιστικές μέθοδοι
Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες	Ναι	2,31	0,919	0,001*	T-Test
	Όχι	3,73	0,10		
Αντιμετώπιση δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Καθόλου	3,95	1,15	0,001*	ANOVA
	Λίγο	3,73	1,04		
	Μέτρια	2,38	1,07		
	Αρκετά	2,54	0,65		
Τύποι δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ	Δυσκολίες στην επικοινωνία	2,62	1,10	0,036*	ANOVA
	Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	3,24	1,18		
	Δεν έβρισκα ραντεβού	3,35	0,99		
	Άλλο	2,57	1,11		

* $p < 0,05$

Από τη συσχέτιση της ικανοποίησης των προσφύγων/μεταναστών από το κόστος των υπηρεσιών υγείας σε σχέση τις δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, υπάρχει σημαντική στατιστικά διαφορά ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα οι πρόσφυγες/μετανάστες που έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι όσοι πιστεύουν ότι δεν έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες, συγκριτικά με αυτούς που πιστεύουν ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες ($p < 0,001$). Το επίπεδο ικανοποίησής τους από το κόστος των υπηρεσιών υγείας κατά την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας ήταν μειωμένο σε αυτούς που δήλωσαν αρκετό επίπεδο δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ και διέφεραν στατιστικά σημαντικά με αυτούς που δήλωσαν καθόλου ($p < 0,001$) και λίγο ($p < 0,001$). Όσον αφορά τις δυσκολίες κατά την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας, παρατηρείται στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ($p < 0,001$).

6.1.5.9.4 Συντελεστής συσχέτισης Pearson r. Ικανοποίησης των συμμετεχόντων από το κόστος των υπηρεσιών υγείας σε σχέση την ηλικία, τα έτη διαμονής και την εκπαίδευση

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στον παράγοντα «ικανοποίησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας» της ηλικίας τους, των ετών διαμονής στην Ελλάδα και της εκπαίδευσης.

Πίνακας 36. Συσχέτισης της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από το κόστος των υπηρεσιών υγείας σε σχέση την ηλικία, τα έτη διαμονής και την εκπαίδευση

Ηλικία	P	0,001*
	r	-0,456
Έτη διαμονής στην Ελλάδα	P	0,001*
	r	-0,315
Εκπαίδευση	P	0,001*
	r	0,495

* $p < 0,05$,

Από τις συσχετίσεις παρατηρείται ότι η σχέση της ηλικίας των προσφύγων/μεταναστών, με την ικανοποίησή τους από το κόστος των υπηρεσιών υγείας ($p < 0,001$, $r = -0,456$) είναι μέτριος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης. Δηλαδή όσο η ηλικία αυξάνεται, τόσο μειώνεται η ικανοποίηση από το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Τα έτη διαμονής στην Ελλάδα, θεωρούνται ότι είναι μέτριος αρνητικός συντελεστής συσχέτισης ($p < 0,001$, $r = -0,315$). Αντίθετα η εκπαίδευση, είναι μέτριος θετικός συντελεστής συσχέτισης ($p < 0,001$, $r = 0,495$). Δηλαδή όσο αυξάνεται το μορφωτικό τους επίπεδο των προσφύγων/μεταναστών, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίησή τους από το κόστος των υπηρεσιών υγείας.

6.2 Δυσκολίες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Παρόλο που οι μετανάστες και οι πρόσφυγες ενδέχεται να έχουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας υγείας, αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Έτσι, παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες δηλώσαν από μέτρια/αρκετή/πολύ δυσκολία (53,1%)

Πίνακας 37. Γνώση/ ικανοποίηση υπηρεσιών υγείας και εμπόδια συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

		Καθόλου/ Λίγο n(%)	Μέτρια n(%)	Αρκετά/Πολύ n(%)
1	Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;	41 (36,3)	33(29,2)	39(34,5)
2	Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;	46(40,7)	32(38,3)	35(31)
3	Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;	45(39,8)	31(27,4)	37(32,7)
4	Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;	42(37,2)	31(27,4)	40(35,4)
5	Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας;	30(26,5)	32(28,3)	51(45,1)
6	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας;	31(27,4)	33(29,2)	49(43,4)
7	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας;	34(30,1)	31(27,4)	48(42,5)
8	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;	36(31,9)	34(30,1)	43(38,1)
9	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;	38(33,6)	32(28,3)	43(38,1)
10	Εμπόδια πρόσβασης	53 (46,9%)	34 (30,1)	26 (23,0%)

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι το 36,3% των συμμετεχόντων δε γνωρίζει καλά τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας στις οποίες μπορεί να απευθυνθεί, ενώ το 34,5% δήλωσε πως τις γνωρίζει. Αναφορικά με το πόσο καλά γνωρίζουν τα δικαιώματά τους για χρήση των υπηρεσιών υγείας, οι συμμετέχοντες δήλωσαν καθόλου/λίγο (40,7%) και αρκετά/πολύ καλά (31%). Περίπου τέσσερις στους δέκα (39,8%) συμμετέχοντες θεωρούν το κόστος των υπηρεσιών υγείας δυσχεραίνει την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες αυτές. Ακόμη το 35,4% θεωρούν ότι η πολυπλοκότητα (γραφειοκρατία) του ελληνικού συστήματος υγείας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα. Αναφορικά με την εμπιστοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι τους εμπιστεύονται αρκετά/πολύ καλά (45,1%), το 28,3% τους εμπιστεύεται μέτρια, ενώ μόλις το 26,5% δήλωσε πως δεν τους εμπιστεύεται. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλώνει αρκετά/πολύ ικανοποιημένοι από τη

συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και των διοικητικών υπαλλήλων (43,4% και 42,5% αντίστοιχα). Τέλος το 38,1% του δείγματος είναι αρκετά/πολύ καλά ικανοποιημένο από την ποιότητα και το κόστος των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 38. Στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ δυσκολιών πρόσβασης στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας σε σχέση με την γνώση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας, την ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, την ασφαλιστική κάλυψη, το χρόνο αναμονής, την επικοινωνία, την εκπαίδευση και τις πεποιθήσεις πρόσβασης

	Χαρακτηριστικό γνώρισμα	Δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας			Τιμή P
		καθόλου/λίγο	μέτρια	αρκετά/πολύ	
Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας	Καθόλου/λίγο	4 (12,9%)	15 (48,4%)	12 (38,7%)	0,001*
	Μέτρια	7 (21,2%)	13 (39,4%)	13 (39,4%)	
	Αρκετά/πολύ	42 (85,7%)	6 (12,2%)	1 (2,0%)	
Ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας	Καθόλου/λίγο	6 (16,7%)	18 (50,0%)	12 (33,3%)	0,001
	Μέτρια	9 (26,5%)	11 (32,4%)	14 (41,2%)	
	Αρκετά/πολύ	38 (88,4%)	5 (11,6%)	0 (0,0%)	
Ασφαλιστική κάλυψη σε ισχύ	Ναι	44 (80,0%)	10 (18,2%)	1 (1,8%)	0,001*
	Όχι	9 (15,5%)	24 (41,4%)	25 (43,1%)	
Χρόνος αναμονής	Καθόλου/Λίγο	35 (70,0%)	11 (22,0%)	4 (8,0%)	0,001*
	Μέτρια/Αρκετά/Πολύ	18 (28,6%)	23 (36,5%)	22 (34,9%)	
Δυσκολίες στην επικοινωνία	Ναι	11 (24,4%)	20 (44,4%)	14 (31,1%)	0,026*
	Άλλες δυσκολίες	22 (51,2%)	10 (23,3%)	11 (25,6%)	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	5 (23,8%)	8 (38,1%)	8 (38,1%)	0,001*
	Γυμνάσιο	5 (20,8%)	7 (29,2%)	12 (50,0%)	
	Λύκειο	14 (56,0%)	9 (36,0%)	2 (8,0%)	
	Μεταδευτεροβάθμια	13 (56,5%)	8 (34,8%)	2 (8,7%)	
	Τριτοβάθμια	16 (80,0%)	2 (10,0%)	2 (10,0%)	
Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ίδια με τους Έλληνες:	Ναι	10 (19,2%)	20 (38,5%)	22 (42,3%)	0,001*
	Όχι	41 (69,5%)	14 (23,7%)	4 (6,8%)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) Έλεγχος χ^2 . * $p < 0.005$ Pearson Chi-Square

Στον παραπάνω πίνακα 38 αποτυπώνονται ευκρινώς τα εμπόδια πρόσβασης των μεταναστών κατά την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα σημαντικότερα προβλήματα ήταν η μη γνώση/ικανοποίηση των υπηρεσιών υγείας, η μη ασφαλιστική κάλυψη, ο μεγάλος χρόνος αναμονής, η ελλιπής επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, το μορφωτικό τους επίπεδο και η πεποίθηση για χειρότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας από τους Έλληνες ($p < 0,005$).

Αντίθετα η ικανοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποφέρει θετικά αποτελέσματα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ανεκπλήρωτες ανάγκες για αγορά φαρμάκων

Όσο αφορά στις ανεκπλήρωτες ανάγκες για αγορά φαρμάκων με λοιπούς προσδιοριστικούς παράγοντες, το 51,3% των μεταναστών /προσφύγων δήλωσαν ανικανοποίητη ανάγκη αγοράς φαρμάκου.

Πίνακας 39. Συσχέτιση της ανεκπλήρωτης ανάγκης αγοράς φαρμάκων με τη γνώση/ κόστος διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας και τη μόνιμη εργασία

	Χαρακτηριστικό γνώρισμα	Ανεκπλήρωτη ανάγκη αγοράς φαρμάκου		
		Ναι δεν τα έλαβα	Όχι τα έλαβα	Τιμή P
Γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας	Καθόλου/Λίγο	31 (75,6%)	10 (24,4%)	0,001*
	Μέτρια	21 (63,6%)	12 (36,4%)	
	Αρκετά/Πολύ	6 (15,4%)	33 (84,6%)	
Το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;	Καθόλου/Λίγο	8 (17,8%)	37 (82,2%)	0,001*
	Μέτρια	22 (71,0%)	9 (29,0%)	
	Αρκετά/Πολύ	28 (75,7%)	9 (24,3%)	
Μόνιμη εργασία	Ναι	4 (11,8%)	30 (88,2%)	0,001*
	Όχι	54 (68,4%)	25 (31,6%)	

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) Έλεγχος χ^2 . * $p < 0,005$ Pearson Chi-Square

Στον πίνακα 39 φαίνεται ότι από τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι χρειάστηκαν φάρμακα και δεν τα έλαβαν τους τελευταίους 12 μήνες είναι περισσότεροι όσοι δήλωσαν καθόλου/λίγο (75,6%) γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν αρκετά/πολύ (15,4%) γνώση διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας ($p < 0,001$).

Από τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι χρειάστηκαν φάρμακα και δεν τα έλαβαν τους τελευταίους 12 μήνες είναι περισσότεροι όσοι δήλωσαν ότι κόστος των υπηρεσιών υγείας αποτελεί εμπόδιο (αρκετά/πολύ 75,7%) σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας δεν αποτελεί εμπόδιο (καθόλου/λίγο 7,8%) ($p<0,001$). Αντίστοιχα και με την εργασία, είναι περισσότεροι όσοι δήλωσαν ότι δεν έχουν μόνιμη εργασία 75,7% σε σχέση με αυτούς που έχουν μόνιμη εργασία (11,8%) ($p<0,001$).

6.3 Λογιστική παλινδρόμηση

Λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση υπηρεσιών υγείας των συμμετεχόντων (μέτρια, αρκετά, πολύ= είναι ικανοποιημένοι / καθόλου, λίγο= δεν είναι ικανοποιημένοι)

1. Δηλαδή η πιθανότητα ικανοποίησης των συμμετεχόντων είναι 15 φορές μεγαλύτερη σε αυτούς που έχουν ασφαλιστική κάλυψη από αυτούς που δεν έχουν. Το 95% ΔΕ (5,78 έως 40,14) δεν περιέχει την μονάδα, οπότε η σχέση είναι και στατιστικά σημαντική ($p<0,001$). Ο λόγος σχετικών πιθανοτήτων (odds ratio) (OR), (OR=15,24 95% CI, 5,78-40,14: $p<0,001$)

2. Δηλαδή η πιθανότητα ικανοποίησης των συμμετεχόντων είναι 3,5 φορές μεγαλύτερη σε αυτούς που αντιμετωπίζουν δυσκολίες από πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες/ μεγάλο κόστος/ δεν έβρισκα ραντεβού από αυτούς που είχαν προβλήματα στην επικοινωνία. Το 95% ΔΕ (1,43 έως 8,37) δεν περιέχει την μονάδα, οπότε η σχέση είναι και στατιστικά σημαντική ($p=0,006$). Ο λόγος σχετικών πιθανοτήτων (OR=3,46, 95% CI, 1,43– 8,37: $p<0,006$)

3. Δηλαδή η πιθανότητα ικανοποίησης των συμμετεχόντων είναι σχεδόν 10 φορές μεγαλύτερη σε αυτούς που πιστεύουν ότι δεν έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες από αυτούς που έχουν την αντίθετη άποψη. Το 95% ΔΕ (4,07 έως 23,70) δεν περιέχει την μονάδα, οπότε η σχέση είναι και στατιστικά σημαντική ($p=0,001$). Ο λόγος σχετικών πιθανοτήτων (OR= 9,82, 95% CI, 4,07 – 23, 70: $p<0,001$).

4. Δηλαδή η πιθανότητα ικανοποίησης των συμμετεχόντων είναι 2 φορές μεγαλύτερη στους άρρενες σε σχέση με τις γυναίκες. Το 95% ΔΕ (1,01 έως 4,80) δεν περιέχει την μονάδα, οπότε η σχέση είναι και στατιστικά σημαντική ($p=0,046$). Ο λόγος σχετικών πιθανοτήτων (OR=2,20, 95% CI, 1,01 – 4,80: $p<0,046$)

Πίνακας 40. Λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ικανοποιημένοι/μη ικανοποιημένοι)			
Χαρακτηριστικό	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
1α. Ασφαλιστική κάλυψη σε σχέση με τη μη ασφαλιστική κάλυψη	15,24	5,78 – 40,14	0,001*
Ασφαλιστική κάλυψη (ναι)	4,89	2,43 -9,83	
Ασφαλιστική κάλυψη (όχι)	0,320	0,23 -0,48	
1β. Μη ασφαλιστική κάλυψη σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη	0,066	0,25 – 0,17	0,001*
2α. Δυσκολίες στο ΚΥ από πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες / μεγάλο κόστος/ δεν έβρισκα ραντεβού σε σχέση με δυσκολίες στην επικοινωνία	3,46	1,43 – 8,37	0,006*
Δυσκολίες στο ΚΥ (από πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες / μεγάλο κόστος/ δεν έβρισκα ραντεβού)	1,80	1,18 -2,80	
Δυσκολίες στο ΚΥ (επικοινωνία)	0,520	0,32-0,86	
2β. Δυσκολίες στο ΚΥ στην επικοινωνία σε σχέση με τις πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες / μεγάλο κόστος/ δεν έβρισκα ραντεβού	0,29	0,12- 0,70	0,006*
3. Πιστεύετε ότι δεν έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες σε σχέση με την αντίθετη άποψη	9,82	4,07 – 23, 70	0,001*
4. Φύλο. Άρρεν σε σχέση με γυναίκα	2,20	1,01 – 4,80	0,046*
5α. Εργασία πλήρους απασχόλησης σε σχέση με την περιστασιακή	8,42	2,71 – 26,19	0,001*
Εργασία πλήρους απασχόλησης (ναι)	5,163	1,9-13,70	
Εργασία πλήρους απασχόλησης (όχι)	0,61	0,49-0,77	
5β. Περιστασιακή απασχόλησης σε σχέση με την εργασία πλήρους απασχόλησης	0,12	0,038-0,37	0,001*
6. Νοσείτε από χρόνιο νόσημα σε σχέση με αυτούς που δεν νοσούν	1,18	0,54 – 2,58	0,676
7α. Θέλατε φάρμακα και τα λάβατε σε σχέση με αυτούς που δεν τα έλαβαν	5,45	2,38 – 12,49	0,001*
Θέλατε φάρμακα και τα λάβατε (ναι)	2,14	1,477 -3,09	
Θέλατε φάρμακα και τα λάβατε (όχι)	0,39	0,23 -0,66	
7β. Θέλατε φάρμακα και δεν τα λάβατε σε σχέση με αυτούς που τα έλαβαν	0,183	0,80 – 0,420	0,001*
8. Αρνητική απάντηση στη μη λήψη φαρμάκων λόγω έλλειψης χρημάτων σε σχέση με θετική απάντηση	5,47	2,39 -12,54	0,001*

* p<0,005

5. Δηλαδή η πιθανότητα ικανοποίησης των συμμετεχόντων είναι 8,5 φορές μεγαλύτερη σε αυτούς που εργάζονται σε καθεστώς πλήρους απασχόλησης σε σχέση με την περιστασιακή. Το 95% ΔΕ (2,71 έως 26,19) δεν περιέχει την μονάδα, οπότε η

σχέση είναι και στατιστικά σημαντική ($p < 0,046$). Ο λόγος σχετικών πιθανοτήτων ($OR = 8,42$, 95% CI, 2,71 – 26,19: $p < 0,001$)

6. Δηλαδή η πιθανότητα ικανοποίησης των συμμετεχόντων είναι μια φορά μεγαλύτερη σε αυτούς που νοσούν από χρόνια νόσημα σε σχέση με τους υγιείς. Το 95% ΔΕ (0,54 έως 2,58) περιέχει την μονάδα, οπότε η σχέση δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,676$).

7. Δηλαδή η πιθανότητα ικανοποίησης των συμμετεχόντων είναι 5,5 φορές μεγαλύτερη σε αυτούς που έλαβαν φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με αυτούς που δεν έλαβαν. Το 95% ΔΕ (2,38 έως 12,49) δεν περιέχει την μονάδα, οπότε η σχέση είναι και στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$). Ο λόγος σχετικών πιθανοτήτων ($OR = 5,45$, 95% CI, 2,38 – 12,49: $p < 0,001$)

8. Δηλαδή η πιθανότητα ικανοποίησης των συμμετεχόντων είναι 5,5 φορές μεγαλύτερη σε αυτούς που δεν έλαβαν φαρμακευτική αγωγή ανεξαρτήτως του κόστους των φαρμάκων σε σχέση με αυτούς που δεν τα έλαβαν λόγω έλλειψης χρημάτων. Το 95% ΔΕ (2,39 έως 12,54) δεν περιέχει την μονάδα, οπότε η σχέση είναι και στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$). Ο λόγος σχετικών πιθανοτήτων ($OR = 5,47$, 95% CI, 2,39 – 12,54: $p < 0,001$)

Η λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που εμφανίζεται στον παραπάνω πίνακα δείχνει ότι οι συμμετέχοντες με ασφαλιστική κάλυψη υγείας ($OR = 15,24$, 95% CI, 5,78-40,14: $p < 0,001$), αυτοί που αντιμετωπίζουν δυσκολίες από πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες/ μεγάλο κόστος/ δεν έβρισκαν ραντεβού ($OR = 3,46$, 95% CI, 1,43–8,37: $p < 0,006$), που πιστεύουν ότι δεν έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες ($OR = 9,82$, 95% CI, 4,07–23,70: $p < 0,001$), οι άρρενες ($OR = 2,20$, 95% CI, 1,01–4,80: $p < 0,046$), αυτοί που εργάζονται σε καθεστώς πλήρους απασχόλησης ($OR = 8,42$, 95% CI, 2,71–26,19: $p < 0,001$), αυτοί που δηλώσαν ότι έλαβαν τα φάρμακα που χρειάστηκαν ($OR = 5,45$, 95% CI, 2,38–12,49: $p < 0,001$) και ανεξάρτητα του κόστους των φαρμάκων ($OR = 5,47$, 95% CI, 2,39–12,54: $p < 0,001$), είχαν περισσότερες πιθανότητες να δηλώσουν ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για φαρμακευτικά σκευάσματα ($OR = 0,183$, 95% CI, 0,08–0,42: $p < 0,001$) και άλλες υπηρεσίες υγείας, το περιστασιακό καθεστώς απασχόλησης ($OR = 0,12$, 95% CI, 0,038 – 0,37: $p < 0,001$), οι ανασφάλιστοι μετανάστες/πρόσφυγες ($OR = 0,066$, 95% CI, 0,025–

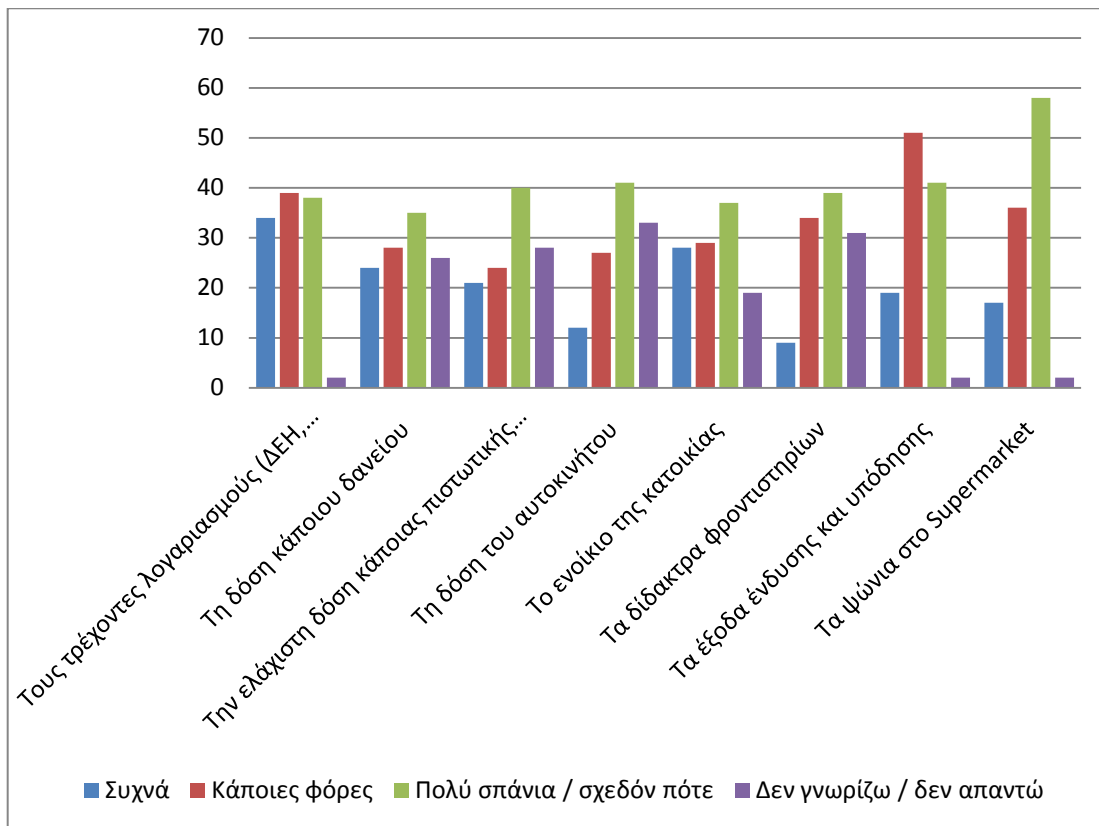
0,17: $p < 0,001$) και αυτοί που είχαν προβλήματα στην επικοινωνία κατά την επίσκεψη τους στο ΚΥ (OR=0,29, 95% CI, 0,12–0,70: $p < 0,006$) είχαν λιγότερες πιθανότητες να δηλώσουν ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.

6.4 Συσχέτιση της εργασίας των μεταναστών και των προσφύγων, με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τους τελευταίους 6 μήνες για τη κάλυψη διάφορων αναγκών του νοικοκυριού τους

Πίνακας 41. Απαντήσεις στην ερώτηση αν αντιμετωπίζουν δυσκολίες τους τελευταίους 6 μήνες για τη κάλυψη κάθε μιας από τις παρακάτω ανάγκες στο νοικοκυριό

	Συχνά	Κάποιες φορές	Πολύ σπάνια / σχεδόν ποτέ	Δεν γνωρίζω / δεν απαντώ
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Οι τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα κ.ά.)	34 (30,1)	39 (34,5)	38 (33,6)	2 (1,8)
Η δόση κάποιου δανείου	24 (21,2)	28 (24,8)	35 (31)	26 (23)
Η ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας	21 (18,6)	24 (21,2)	40 (35,4)	28 (24,8)
Η δόση του αυτοκινήτου	12 (10,6)	27 (23,9)	41 (36,3)	33 (29,2)
Το ενοίκιο κατοικίας	28 (24,8)	29 (25,7)	37 (32,7)	19 (16,8)
Τα δίδακτρα φροντιστηρίων	9 (8)	34 (30,1)	39 (34,5)	31 (27,4)
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης	19 (16,8)	51 (45,1)	41 (36,3)	2 (1,8)
Τα ψώνια στο Super Market	17 (15)	36 (31,9)	58 (51,3)	2 (1,8)

Γράφημα: 8. Απαντήσεις στην ερώτηση αν αντιμετωπίζουν δυσκολίες τους τελευταίους 6 μήνες για τη κάλυψη κάθε μιας από τις παρακάτω ανάγκες στο νοικοκυριό



Ομαδοποιήθηκαν οι απαντήσεις που αφορούν δυσκολίες (συχνά/κάποιες φορές και πολύ σπάνια / σχεδόν ποτέ) και χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση ποιοτικών δεδομένων με τη διαδικασία χ^2 που είναι από τις πιο διαδεδομένες τεχνικές.

Πίνακας 42. Αποτελέσματα της διαδικασίας χ^2 στην ερώτηση αν για τη κάλυψη κάθε μιας από τις παρακάτω ανάγκες στο νοικοκυριό

Αντιμετώπιση δυσκολιών τους τελευταίους 6 μήνες	Εργασία
Χαρακτηριστικά	Ναι/ Όχι
Οι τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα)	$p < 0,05$
Η δόση κάποιου δανείου	$p < 0,05$
Η ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας	$p < 0,05$
Η δόση του αυτοκινήτου	$p < 0,05$
Το ενοίκιο της κατοικίας	$p < 0,05$
Τα δίδακτρα φροντιστηρίων	$p < 0,05$
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης	$p < 0,05$
Τα ψώνια στο Super market	$p < 0,05$

Διαδικασία χ^2

Πίνακας 43. Εργασία

Εργάζεστε αυτήν τη στιγμή	N (%)
Ναι	55 (48,7%)
Όχι	58(51,3%)

Πίνακας 44 Δοκιμασία χ^2 (Chi-square test). Εργασία με την αντιμετώπιση δυσκολιών τρεχόντων λογαριασμών στο νοικοκυριό τους

Τους τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα κ.ά.)			
	Συχνά /κάποιες φορές	Πολύ σπάνια/ σχεδόν ποτέ	Chi-Square
Ναι	20 (37)	34 (63)	0,001*
Όχι	53 (93%)	4 (7%)	
Δόση δανείου			
Ναι	10 (23,8%)	32 (76,2%)	0,001*
Όχι	42 (93,3%)	3 (6,7%)	
Ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας			
Ναι	6 (14,0%)	37 (86%)	0,001*
Όχι	39 (92%)	3(7,1%)	
Τη δόση του αυτοκινήτου			
Ναι	11 (22,9%)	37 (77,1%)	0,001*
Όχι	28 (87,5%)	4 (12,5%)	
Ενοίκιο της κατοικίας			
Ναι	20 (37,7%)	33 (62,3%)	0,001*
Όχι	37 (90,2%)	4(9,8%)	
Τα δίδακτρα φροντιστηρίων			
Ναι	13(27,7%)	34(72,3%)	0,001*
Όχι	30(85,7%)	5(14,3%)	
Έξοδα ένδυσης και υπόδησης			
Ναι	19(34,5%)	36(65,5%)	0,001*
Όχι	51(91,1%)	5(8,9%)	
Τα ψώνια στο Supermarket			
Ναι	16 (29,6%)	38(70,4%)	0,001*
Όχι	37 (64,9%)	20 (35,1%)	

* $p < 0,001$

Όπως αποδεικνύεται, η εργασία σχετίζεται με την αντιμετώπιση δυσκολιών τρεχόντων λογαριασμών (δεν είναι ανεξάρτητη). Δηλαδή το ποσοστό αντιμετώπισης δυσκολιών διαφέρει μεταξύ αυτών που εργάζονται και σε αυτούς που δεν εργάζονται τη στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου $p < 0,001$ και υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ εργασίας και αντιμετώπισης δυσκολιών τους τελευταίους 6 μήνες για τη κάλυψη κάθε μιας από τις παραπάνω ανάγκες στο νοικοκυριό.

7. Συζήτηση

Τα ευρήματα της έρευνας παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για την ικανοποίηση των μεταναστών/προσφύγων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν κατά την πρόσβασή τους σε αυτές.

Όσον αφορά στην ικανοποίηση των μεταναστών-προσφύγων από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας η παρούσα έρευνα κατέδειξε παρόμοια αποτελέσματα με μια σειρά μελετών, που δείχνουν τη γενική τάση προς χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης. Στην παρούσα μελέτη ο μέσος όρος δήλωσε μέτρια ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρθηκαν. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξαν και οι διεθνείς έρευνες των (Lien et al., 2008, Mkanta et al., 2017), όπως και Ελληνικές έρευνες (Κοτσιώνη, 2011, Μπούζι, 2019).

Γενικά δεν υπάρχουν πολλές μελέτες με υψηλό βαθμό ικανοποίησης των μεταναστών από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχονται στη χώρα υποδοχής. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Vozikis & Siganou, (2015) των μεταναστών στην Ελλάδα, ήταν υψηλός. Φάνηκε ότι επτά στους δέκα ήταν ικανοποιημένοι ((Vozikis & Siganou, 2015). Η μελέτη των Dias et al., (2008) στην Πορτογαλία έδειξε ότι σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων ανέφερε ικανοποίηση από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Σημαντικό ρόλο έπαιξε ότι εννέα στους δέκα μετανάστες ήταν από ηπείρους με χαμηλό βιοτικό επίπεδο όπως Αφρική, Ασία και Νότιο Αμερική (Dias et al., 2008). Όπως και στην έρευνα των Kohlenberger et al., (2019) που αναφέρουν υψηλή ικανοποίηση από το αυστριακό σύστημα φροντίδας υγείας (Kohlenberger et al., 2019). Είναι εύλογο να θεωρηθεί ότι οι μετανάστες που προέρχονται από χώρες που δεν διαθέτουν υγειονομικές δομές μπορεί να θεωρήσουν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας των ανεπτυγμένων χωρών αποτελεσματικότερες, γεγονός που εξηγεί και τη σχέση του βαθμού ικανοποίησης που παρατηρείται μεταξύ μεταναστών από διαφορετικές χώρες προέλευσης (Dias et al., 2008). Στη μελέτη των Worabo et al., (2016) τα ευρήματα έδειξαν ότι οι αντιλήψεις των προσφύγων για το σύστημα φροντίδας υγείας στις ΗΠΑ επηρεάστηκαν σημαντικά από προηγούμενες εμπειρίες υπηρεσιών φροντίδας υγείας των χωρών τους (Worabo et al., 2016).

Ο βασικός λόγος μειωμένης ικανοποίησης στην παρούσα έρευνα ήταν η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, καθώς συχνά συνδέεται η ικανοποίηση με την ασφαλιστική κάλυψη. Έτσι μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης αποφέρει λιγότερο ικανοποιημένους πρόσφυγες και μετανάστες,. Είναι ενδιαφέρον να συγκριθεί το εύρημα αυτό με την έρευνα των Vozikis όπου έδειξε ότι οι

μετανάστες που διαμένουν στην Ελλάδα, έρχονται αντιμέτωποι με διάφορα εμπόδια όσον αφορούν στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας, όπως η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης απόρροια της οικονομικής τους δυσχέρειας με αποτέλεσμα μειωμένη ικανοποίηση (Vozikis & Siganou, 2015).

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα από την παρούσα μελέτη είναι ο ρόλος της εκπαίδευσης, η οποία συσχετίζεται στατιστικά θετικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των μεταναστών/προσφύγων τόσο αυξάνεται και η ικανοποίησή τους. Σε ανάλυση επιμέρους κλιμάκων παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνεται και η γνώση των δημοσίων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, η γνώση των δικαιωμάτων τους σε θέματα που αφορούν την υγεία τους, η εμπιστοσύνη από τους επαγγελματίες υγείας, η ικανοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας, η ικανοποίηση από τους διοικητικούς υπαλλήλους, η ικανοποίηση από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση από το κόστος. Αντίθετα συσχετίζεται αρνητικά, δηλαδή όσο μειώνεται το μορφωτικό επίπεδο των μεταναστών/προσφύγων τόσο αυξάνεται η άποψη ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας αποτελεί εμπόδιο και το ελληνικό σύστημα είναι πολύπλοκο.

Αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η εκπαίδευση σχετίζεται θετικά με την κτήση παιδείας στον τομέα της υγείας, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει τη χρήση υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η έρευνα των Vozikis & Siganou, (2015) που μελέτησε το βαθμό ικανοποίησης των μεταναστών στην Ελλάδα κατέδειξε ότι όταν το εκπαιδευτικό επίπεδό τους αυξάνεται, τότε αυξάνεται και η πιθανότητα ικανοποίησής τους από την πρόσβαση στο σύστημα φροντίδας υγείας (Vozikis & Siganou, 2015). Οι Gele et al., (2016) μελέτησαν την παιδεία στον τομέα της υγείας των μεταναστών και ανέδειξαν ότι τα άτομα με επίπεδο δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν καλύτερα γενικά επίπεδα εκπαίδευσης στον τομέα της υγείας από τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα ακαδημαϊκής εκπαίδευσης (Gele et al., 2016), ενώ η έλλειψη παιδείας στον τομέα της υγείας, συσχετίζεται με μειωμένη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και με επιπτώσεις στην υγεία. Οι μετανάστες-πρόσφυγες που γνωρίζουν περισσότερα και έχουν επαρκή πρόσβαση φαίνεται να υπερβαίνουν ευκολότερα τα εμπόδια του συστήματος φροντίδας υγείας (Ghahari et al., 2020).

Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι πρέπει να αφιερωθούν περισσότεροι πόροι για την προώθηση της παιδείας στον τομέα της υγείας μεταξύ των ομάδων με χαμηλό

μορφωτικό επίπεδο για τη μείωση των ανισοτήτων και τη βελτίωση της παροχής φροντίδας υγείας με επίκεντρο τον ασθενή (Bianco et al., 2016).

Η αντίληψη των προσφύγων και μεταναστών που θεωρούν ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες επηρέασε και τις απαντήσεις στην παρούσα έρευνα ως προς την ικανοποίηση από την φροντίδα υγείας. Στην έρευνα των Mangrio & Forss, (2017) οι συμμετέχοντες βίωσαν στίγμα και διακρίσεις όταν παρατήρησαν ότι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας κατά την παροχή φροντίδας υγείας είχαν διαφορετική συμπεριφορά απέναντί τους όπως φορώντας ένα επιπλέον ζευγάρι γάντια και έλλειψη ενσυναίσθησης κατά την παροχή πληροφοριών (Mangrio & Forss, 2017)

Ένας ακόμα λόγος που φαίνεται από την παρούσα έρευνα να επηρεάζει την ικανοποίηση των προσφύγων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, είναι η ηλικία. Αναλυτικά, όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται η ικανοποίηση από τις δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Καθώς η ηλικία αυξάνεται, η ποιότητα ζωής μειώνεται, αποτέλεσμα της μειωμένης μετακίνησης του ατόμου και της έλλειψης δραστηριοτήτων (Prapas & Mavreas, 2019). Η χρήση των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από την ηλικία των μεταναστών-προσφύγων και το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας όσον αφορά είτε στην πρόληψη είτε στη διαχείριση των χρόνιων προβλημάτων υγείας τους. Αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί καθώς αυξάνονται τα προβλήματα υγείας, καθίσταται μεγαλύτερο ζήτημα εάν η πρόσβαση δεν είναι επαρκής (Panayota et al., 2020).

Επιπλέον, όσον αφορά στη χώρα καταγωγής, στην παρούσα έρευνα περισσότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας δηλώνουν οι μετανάστες Αλβανοί και ακολουθούν οι Πακιστανοί. Στην έρευνα των Polychronidou et al., (2012) το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποιημένων μεταναστών από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας στην Ελλάδα προέρχονταν από την Αλβανία. Αυτό το αποτέλεσμα φαίνεται να είναι απόρροια των περισσότερων χρόνων που κατοικούν στην Ελλάδα από ότι άλλες εθνικότητες και νοιώθουν την Ελλάδα σαν δεύτερο σπίτι τους, αφού ζουν και με τις οικογένειές τους (Polychronidou et al., 2012). Η μελέτη των Boutziona et al., (2020) όπου διερευνούταν η σχέση των Αλβανών μεταναστών με το σύστημα δημόσιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, έδειξε ότι μόνο τέσσερις στους δέκα ήταν δυσαρεστημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας (Boutziona et al., 2020).

Όσον αφορά στα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες κατά την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας, η παρούσα έρευνα έδειξε μεγάλο

ποσοστό εμποδίων και συγκεκριμένα 8 στους 10 δήλωσε ότι αντιμετώπισε κάποιο βαθμό δυσκολιών.

Η πρόσβαση εξαρτάται από την εμπειρία πρόσβασης σε συστήματα φροντίδας υγείας των χώρων προέλευσης σε σχέση με τη χώρα διαμονής. Εξαρτάται επίσης σε μεγάλο βαθμό από το πώς μια κοινωνία είναι σε θέση να δημιουργήσει ένα φιλικό προς τους μετανάστες περιβάλλον και να ξεπεράσει τα κοινωνικοοικονομικά και τα πολιτισμικά ή ψυχολογικά εμπόδια που μπορεί να περιορίσουν την ικανότητά τους για λήψη φροντίδας υγείας (Dias et al., 2008). Τα ευρήματα της έρευνας των Mbanya et al., (2019) έδειξαν τις δυσκολίες από τις υπηρεσίες υγείας και τις κατηγοριοποίησαν σε : α) δυσκολίες πριν από την πρόσβαση στο σύστημα υγείας (πρόσβαση σε πληροφορίες, προτίμηση για γιατρούς με μεταναστευτικό υπόβαθρο, οικονομικά εμπόδια, μακροχρόνια αναμονή και ευθύνη για την οικογένεια και την εργασία) και β) δυσκολίες του συστήματος (κατανόηση / γλώσσα, δυσαρέσκεια με τους παρόχους φροντίδας υγείας) (Mbanya et al., 2019).

Η περιορισμένη γνώση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για τη χρήση τους, όπως επιβεβαιώνεται από την παρούσα έρευνα όπου διαπιστώθηκε η έλλειψη της γνώσης των διαθέσιμων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ενώ μόλις το ένα τρίτο δήλωσε αρκετή/πολύ καλή γνώση. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών όπως με τις έρευνες των (Galanis et al., 2012, Panagiotopoulos et al., 2019)), που διαπιστώθηκε ότι μόλις το ένα τρίτο των συμμετεχόντων απάντησε ότι είχε καλή γνώση του συστήματος φροντίδας υγείας. (Panagiotopoulos et al., 2019). Η έρευνα των Kohlenberger et al., (2019) κατέδειξε ότι η ανεπαρκής γνώση καθώς και τα γλωσσικά εμπόδια κατατάσσονται στις πέντε πρώτες επιλογές των εμποδίων πρόσβασης στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Kohlenberger et al., 2019).

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, η πρόσβαση των προσφύγων στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας είναι περιορισμένη λόγω σημαντικών εμποδίων όπως αυτών της ανεπαρκούς επικοινωνίας και διαθεσιμότητας διερμηνέων και αρκετοί υποστηρίζουν ότι η έλλειψη διερμηνέα επηρεάζει πράγματι σημαντικά τη χρήση υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Kohlenberger et al., 2019). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην παρούσα έρευνα η οποία έδειξε ότι η πρώτη δυσκολία που αντιμετώπισε ο πληθυσμός προσφύγων και μεταναστών στο Κέντρο Υγείας ήταν η επικοινωνία. Ομοίως η έρευνα του Γαλάνη et al., 2013, αναφέρει ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες στη μελέτη εξέφρασαν αυξημένες ανάγκες όσον αφορά στις

υπηρεσίες υγείας και σχετίστηκαν με τη δυσκολία στην επικοινωνία (Galani et al., 2013). Η έρευνα του Luque et al., (2018) έδειξε επίσης ότι βασικό φραγμό στη επικοινωνία, αποτελούσαν τα γλωσσικά εμπόδια (Luque et al., 2018). Αντίστοιχα αποτελέσματα φάνηκαν και από την έρευνα του Pocock et al., (2020) που κατέδειξε εμπόδια όπως η γλωσσική ικανότητα, οι πολιτισμικές διαφορές και οι δεξιότητες επικοινωνίας. Αρκετοί συμμετέχοντες σημείωσαν ότι τα γλωσσικά εμπόδια επηρέασαν την αναζήτηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας με ενδεχόμενο αποτέλεσμα να έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία τους (Pocock et al., 2020). Αξίζει να αναφερθούν τα ευρήματα από την ανάλυση των Papadakaki et al., (2017) που έδειξαν τα εμπόδια για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε μετανάστες δύο νομών της Κρήτης. Συγκεκριμένα το εξασθενημένο ελληνικό σύστημα υγείας, το οποίο λειτουργεί με περιορισμένους πόρους και δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις και η έλλειψη κατάρτισης και δεξιοτήτων, είναι σημαντικά εμπόδια ειδικά στη διαχείριση των γλωσσικών διαφορών με τους μετανάστες (Papadakaki et al., 2017). Επίσης τα αποτελέσματα της μελέτης των Racasag-Niemi & Yli-Panula, (2020) σε μετανάστες έδειξαν ότι η επικοινωνία είναι ένα ουσιαστικό εργαλείο για την πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας, ενώ η κακή επικοινωνία είναι ένα σημαντικό εμπόδιο (Racasag-Niemi & Yli-Panula, 2020). Στην έρευνα του Salami et al., (2019) υπήρχαν γλωσσικοί φραγμοί κατά την πρόσβαση των προσφύγων-μεταναστών σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Salami et al., 2019), όπως και στην έρευνα των Van Loenen et al., (2018) σε νεοαφιχθέντες πρόσφυγες και μετανάστες, όπου όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν φραγμούς στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας λόγω έλλειψης πληροφοριών, χρονικής πίεσης και γλωσσικών φραγμών (Van Loenen et al., 2018). Σύμφωνα με την έρευνα των Krupic et al., (2016) τα γλωσσικά εμπόδια και οι ανεπάρκειες διερμηνέων επηρεάζουν τελικά την ποιότητα φροντίδας της υγείας (Krupic et al., 2016).

Ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να δυσαρεστήσει τους χρήστες υπηρεσιών φροντίδας υγείας στην παρούσα έρευνα φάνηκε να είναι ο χρόνος αναμονής στο Κέντρο Υγείας. Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες δήλωσαν μέτριο/αρκετό χρόνο αναμονής. Παρόμοια αποτελέσματα είχαν και οι μελέτες των (Boutziona et al., 2020, Galani et al., 2013, Mohsin, 2017, Woodgate et al., 2017). Επίσης η έρευνα των Krupic et al., (2016) περιέγραψε ότι οι μετανάστες είχαν προσδοκίες από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, αλλά ήταν απογοητευμένοι από τους χρόνους αναμονής (Krupic et al., 2016). Όπως και στην έρευνα των Torun et al., (2018) όπου οι συμμετέχοντες είχαν

δυσκολία στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας λόγω του χρόνου αναμονής και τελικά μειωμένη ικανοποίηση από αυτές τις υπηρεσίες (Torun et al., 2018)

Δεδομένου ότι η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες των συμμετεχόντων καταδεικνύουν το πρόβλημα για αγορά φαρμάκων και διεξαγωγή εργαστηριακών εξετάσεων. Στην παρούσα εργασία η μη αγορά φαρμάκων συσχετίζεται με όσους δεν έχουν καθόλου/καλή γνώση των υπηρεσιών υγείας, με το κόστος των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας καθώς και με τη μη μόνιμη εργασία. Αντίστοιχα αποτελέσματα είχε και η μελέτη του (Αναστόπουλος, 2014). Στη μελέτη των Panayota et al., (2020), παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τη συμπεριφορά για προληπτικές εξετάσεις ήταν και η ασφάλιση υγείας (Panayota et al., 2020) γεγονός που καταδεικνύεται και στην έρευνα των Kaitelidou et al., (2020) όπου ερευνήθηκαν οι ανισότητες στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στους μετανάστες και το γηγενή πληθυσμό στην Ελλάδα. Η ανάλυση έδειξε ότι οι συμμετέχοντες χωρίς ικανοποιημένες ανάγκες φροντίδας υγείας ήταν όσοι δε διέθεταν ασφαλιστική κάλυψη υγείας και οι άνεργοι ή χωρίς μόνιμη επαγγελματική κατάσταση (Kaitelidou et al., 2020).

Όσον αφορά την ικανοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας στην παρούσα έρευνα οι μετανάστες δηλώσαν αρκετά/πολύ ικανοποιημένοι. Τα αποτελέσματα συνάδουν με την έρευνα των Aragão et al., (2019) όπου υπήρχε θετική αξιολόγηση των επαγγελματιών υγείας από μεγάλο ποσοστό μεταναστών (Aragão et al., 2019). Ομοίως στην έρευνα του Αναστόπουλος (2014) περισσότεροι από τους μίσους συμμετέχοντες δήλωσαν πως εμπιστεύονται αρκετά/πολύ τους επιστήμονες υγείας (Αναστόπουλος, 2014). Στη μελέτη των Van Loenen et al., (2018) όλοι οι συμμετέχοντες εξέφρασαν την επιθυμία για εργαζόμενους στον τομέα της υγείας με κατανόηση, στους οποίους μπορούν να βρουν εμπιστοσύνη, περιλαμβανομένων και των διερμηνέων και παροχή άρτιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με απαραίτητους οικονομικούς πόρους και ανθρώπινο δυναμικό, τα οποία δυστυχώς δεν είναι πάντα διαθέσιμα στην Ελλάδα που δέχεται τους περισσότερους μετανάστες ενώ παράλληλα εξακολουθεί να φέρει το βάρος της οικονομικής κρίσης (Van Loenen et al., 2018). Στρατηγική υπέρβασης των εμποδίων είναι οι πολιτισμικοί διαμεσολαβητές που συμβάλλουν στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από το σύστημα υγείας. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι για την καλή επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών (Mohsin, 2017). Τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά εμπόδια των μεταναστών αντιμετωπίζονται άμεσα και αποτελεσματικά καθώς μέσω της Διαπολιτισμικής Μεσολάβησης καθίσταται

κατανοητή η διαφορετικότητά τους και διευκολύνεται η επικοινωνία τους με τους επαγγελματίες υγείας (Τζαβάρα & Παπαγεωργίου, 2019)

Τέλος, όσον αφορά στην ποιότητα υπηρεσιών φροντίδας υγείας στην παρούσα έρευνα φαίνεται να είναι αρκετά/πολύ καλή. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που προέκυψαν από επίσημες έρευνες σχετικά με την ποιότητα των Πρωτοβάθμιων Κλινικών Υγείας, όπως στην έρευνα των Halldorsdottir et al., (2016) που διεξήχθη στην πρωτεύουσα του Ρέικιαβικ. Οι μετανάστες ήταν αρκετά ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών του κέντρου παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας και την αξιολόγησαν καλύτερη από υπηρεσίες φροντίδας υγείας των χωρών τους (Halldorsdottir et al., 2016). Όπως και στην έρευνα των Kohlenberger et al., (2019), αριθμός 515 προσφύγων στην Αυστρία απάντησε ότι είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητας της παροχής φροντίδας υγείας (μέση τιμή 8,5 σε κλίμακα 1-10) (Kohlenberger et al., 2019). Παρόμοια και στην μελέτη του Boutziona et al., (2020) δείγμα 167 Αλβανών μεταναστών δήλωσε ικανοποιημένο με την ποιότητα της φροντίδας υγείας που τους παρέχεται (Boutziona et al., 2020).

8. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Η παρούσα μελέτη είναι διερευνά τους παράγοντες της ικανοποίησης των μεταναστών και προσφύγων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αξιολογήθηκαν επίσης πολλοί κοινωνικοοικονομικοί και δημογραφικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την πρόσβαση, συμβάλλοντας στην κατανόηση του τρόπου λειτουργίας του συστήματος παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας και στην πιο αποτελεσματική διαχείρισή του.

Ο μέσος όρος των συμμετεχόντων δήλωσε μέτρια ικανοποίηση από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αναλυτικά δήλωσαν: μέτρια ικανοποιημένο το (43,4%), λίγο δήλωσε το (36,3%), αρκετά ικανοποιημένο το (15%), το (5,3%) δήλωσε καθόλου ικανοποιημένο και πολύ ικανοποιημένος κανένας. Διαπιστώθηκε στη συσχέτιση της ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας των προσφύγων/μεταναστών με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες ότι το επάγγελμα ($p<0,001$), η ασφαλιστική κάλυψη ($p<0,001$), το μορφωτικό επίπεδο ($p<0,001$), η προκατάληψή ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες ($p<0,001$), το επίπεδο βαθμού δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ ($p<0,001$) και το είδος των δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο ΚΥ ($p=0,044$) συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο συντελεστής συσχέτισης Pearson φάνηκε αρνητικός στην ηλικία σε σχέση με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας) και θετικός ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Όσον αφορά στα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες κατά την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι 8 στους 10 των συμμετεχόντων αντιμετώπισε κάποιο βαθμό δυσκολιών. Στους παράγοντες που φαίνεται να παίζουν αρνητικό ρόλο ήταν: η έλλειψη γνώσης των συστημάτων υγείας, η δυσκολία στην επικοινωνία, ο μεγάλος χρόνος αναμονής και οι ανεκπλήρωτες ανάγκες ενώ θετικό ρόλο έπαιξε η ικανοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Δεδομένου ότι το πρώτο σημείο επαφής των προσφύγων για αντιμετώπιση κάποιου θέματος της υγείας τους είναι οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το σύστημα φροντίδας υγείας στην Ελλάδα πρέπει να βελτιωθεί και να στραφεί προς αυτή την κατεύθυνση.

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα μπορούν να μετριαστούν μέσω πολιτικών παρεμβάσεων, που να εστιάζουν κυρίως στις πιο κοινωνικοοικονομικά υποδεέστερες ομάδες, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των εθνοτικών ομάδων (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018) και η εφαρμογή πολιτικών για την προώθηση της ένταξης των προσφύγων στον τομέα φροντίδας υγείας και η αντιμετώπιση τόσο των γλωσσικών όσο και των κοινωνικοπολιτισμικών φραγμών κρίνεται απαραίτητη (Kohlenberger et al., 2019).

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες, παρέχουν στους νεοαφιχθέντες μετανάστες και πρόσφυγες ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, με βάση την ολιστική προσέγγιση μιας διεπιστημονικής ομάδας, όχι μόνο προς όφελος των μεταναστών/ προσφύγων, αλλά και προστασία της δημόσιας υγείας τους. Αυτή είναι μια άλλη πρόκληση για το τρέχον σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα (Lionis et al., 2019).

Οι μετανάστες πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τα δικαιώματά τους και τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Για να επιτευχθεί αυτό, ο τομέας υγείας πρέπει να διαθέτει πόρους και οι φροντιστές υγείας να λάβουν εκπαίδευση σχετικά με την παροχή φροντίδας λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές διαφορές (Racasag-Niemi & Yli-Panula, 2020).

Οι στρατηγικές για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας αφορούν επίσης την ανάπτυξη υπηρεσιών προαγωγής της υγείας στην κοινότητα, την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ διαφόρων κρατικών φορέων και την προώθηση του ρόλου των διεργασιών και των πολιτισμικών διαμεσολαβητών (Salami et al., 2019).

Οι παρεμβάσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούν να βελτιώσουν την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας, την ποιότητα παροχής υπηρεσιών και την ισότητα στην υγεία. Υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές και εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες που έχουν σχεδιαστεί για να υποστηρίζουν την επικοινωνία σε διαπολιτισμικές διαβουλεύσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Teunissen et al., 2017).

Προκειμένου να παρέχεται ποιοτική φροντίδα υγείας σε ασθενείς με διαφορετικό εθνικό υπόβαθρο, είναι σημαντική η γνώση της ευάλωτης κατάστασής τους και της περιορισμένης ικανότητά τους να εκφράζουν τις ανάγκες τους (Krupic et al., 2016).

Η μελέτη δείχνει ότι υπάρχει κενό ως προς την αντιμετώπιση αναγκών των μεταναστών-προσφύγων από τα Κέντρα Υγείας και ο ολοκληρωμένος προγραμματισμός της παροχής υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητος. Η συγκεκριμένη μελέτη θα μπορούσε να αποτελέσει αφετηρία για την ανάπτυξη στρατηγικών για τη

μείωση ανισοτήτων του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, που αφορούν τους πληθυσμούς των προσφύγων και μεταναστών.

Περιορισμοί και αδύνατα σημεία της μελέτης

Βασικός περιορισμός ήταν η δυσκολία στην επικοινωνία σε μετανάστες με περιορισμένη γνώση ελληνικής, αγγλικής και πακιστανικής γλώσσας. Επιπλέον, δεδομένου ότι η έρευνα ίσως άγγιζε ευαίσθητο θέμα, υπήρχε η πιθανότητα προκατάληψης, καθώς οι συμμετέχοντες ενδεχομένως να ήταν απρόθυμοι ή διστακτικοί στην παροχή συγκεκριμένων πληροφοριών. Σημαντικό επίσης περιορισμό αποτέλεσε η πανδημία covid-19 που η εμφάνισή της συνέπεσε με το χρονικό διάστημα συλλογής των δεδομένων. Αποτέλεσμα ήταν ο περιορισμένος αριθμός προσέλευσης στη συγκεκριμένη δομή πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας λόγω του γενικευμένου lockdown που η χώρα περιήλθε. Έτσι, η τυχαία δειγματοληψία δε μπορούσε να πραγματοποιηθεί και συνεπώς εφαρμόστηκε μεθοδολογία ευκολίας, γεγονός που καθιστούσε δύσκολη τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

9. Βιβλιογραφία

- Ab Rahman, N., Sivasampu, S., Noh, K. M. & Khoo, E. M. (2016) Health profiles of foreigners attending primary care clinics in malaysia. *BMC health services research*, 16(1), 197.
- Al-Fahoum, A. S., Diomidous, M., Mechili, A., Archangelidi, O., Theodoromanolakis, P. & Mantas, J. (2015) The provision of health services in jordan to syrian refugees. *Health Science Journal*, 9(2), 1.
- Altin, S. V. & Stock, S. (2016) The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in german primary care practices. *BMC health services research*, 16(1), 450.
- Ammar, W. (2018) Migration and health: Human rights in the era of populism. *Lancet*, 392(10164), 2526-2528.
- Aragão, H. T., Menezes, A. N., Pereira, J. R., De Lima Oliveira, M. L. & De Melo, C. M. (2019) Use of health services by immigrants living in aracaju and metropolitan region, sergipe. *Congresso Internacional de Enfermagem*.
- Arbour, L. (2018) Historic global agreement on migration. *Lancet*, 392(10164), 2525-2526.
- Bianco, A., Larosa, E., Pileggi, C., Nobile, C. G. & Pavia, M. (2016) Utilization of health-care services among immigrants recruited through non-profit organizations in southern italy. *International journal of public health*, 61(6), 673-682.
- Boutziona, I., Papanikolaou, D., Sokolakis, I., Mytilekas, K. V. & Apostolidis, A. (2020) Healthcare access, quality, and satisfaction among albanian immigrants using the emergency department in northern greece. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-14.
- Brandenberger, J., Tylleskär, T., Sontag, K., Peterhans, B. & Ritz, N. (2019) A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries-the 3c model. *BMC public health*, 19(1), 755.
- Cai, D.-Y. (2016) A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), 268-273.
- Chantzaras, A. E. & Yfantopoulos, J. N. (2018) Income-related health inequalities among the migrant and native-born populations in greece during the economic crisis: A decomposition analysis. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_5), 24-31.
- Chiarenza, A., Horvat, L., Lanting, K., Ciannameo, A. & Suurmond, J. (2019) Addressing healthcare for migrants and ethnic minorities in europe: A review of training programmes. *Health Education Journal*, 78(1), 9-23.
- Chu, F.-Y., Chang, H.-T., Shih, C.-L., Jeng, C.-J., Chen, T.-J. & Lee, W.-C. (2019) Factors associated with access of marital migrants and migrant workers to healthcare in taiwan: A questionnaire survey with quantitative analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(16), 2830.
- Clark, J. & Horton, R. (2018) Opening up to migration and health. *Lancet*, 392(10164), 2523-2525.
- Dauvrin, M. & Lorant, V. (2015) Leadership and cultural competence of healthcare professionals: A social network analysis. *Nursing research*, 64(3), 200.
- Devi, S. (2020) Greece “deliberately depriving” care to child refugees. *The Lancet*, 395(10221), 323.

- Dias, S. F., Severo, M. & Barros, H. (2008) Determinants of health care utilization by immigrants in portugal. *BMC health services research*, 8(1), 207.
- Eikemo, T. A., Avrami, L., Cavounidis, J., Mouriki, A., Gkiouleka, A., Mcnamara, C. L., et al. (2018) Health in crises. Migration, austerity and inequalities in greece and europe: Introduction to the supplement. *European journal of public health*, 28(suppl_5), 1-4.
- Fatahi, N. & Krupic, F. (2016) Factors beyond the language barrier in providing health care to immigrant patients. *medical archives*, 70(1), 61.
- Galanis, P., Kaitelidou, D., Sourtzi, P., Bellali, T., Siskou, O., Tsavalias, K., et al. (2012) The knowledge and use of health services in greece by immigrants. *Nosileftiki*, 51(4).
- Galanis, P., Sourtzi, P., Bellali, T., Theodorou, M., Karamitri, I., Siskou, O., et al. (2013) Public health services knowledge and utilization among immigrants in greece: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 350.
- Garcia, A. I. G., Theofanidis, D. & Fountouki, A. (2020) Impact of migration in europe: A new challenges for health care in spain and greece. *Perioperative nursing*, 9(1).
- Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E. & Kumar, B. (2016) Health literacy: The missing link in improving the health of somali immigrant women in oslo. *BMC Public Health*, 16(1), 1134.
- Ghahari, S., Burnett, S. & Alexander, L. (2020) Development and pilot testing of a health education program to improve immigrants' access to canadian health services. *BMC health services research*, 20(1-12).
- Griswold, K. S., Pottie, K., Kim, I., Kim, W. & Lin, L. (2018) Strengthening effective preventive services for refugee populations: Toward communities of solution. *Public Health Reviews*, 39(1), 3.
- Halldorsdottir, T., Jonsson, H. & Gudmundsson, K. G. (2016) A few observations on health service for immigrants at a primary health care centre. *International journal of family medicine*, 2016(
- Harris, M. F. (2018) Integration of refugees into routine primary care in nsw, australia. *Public Health Res Pract*, 28(1), 2811802.
- Harrison, H.-L. & Daker-White, G. (2019) Beliefs and challenges held by medical staff about providing emergency care to migrants: An international systematic review and translation of findings to the uk context. *BMJ open*, 9(7), e028748.
- https://Data.Worldbank.Org/Indicator/Sm.Pop.Ref?End=2018&Locations=Gr&Name_Desc=False&Start=1990 (2020) Κατάλογος δεδομένων δεδομένων μικροδεδομένων databank.
- https://Migrationdataportal.Org/?I=Stock_Abs_&T=2019 (2020) Migration data portal. UNO DESA.
- Kaitelidou, D., Galanis, P., Economou, C., Mladovsky, P., Siskou, O. & Sourtzi, P. (2020) Inequalities between migrants and non-migrants in accessing and using health services in greece during an era of economic hardship. *International Journal of Health Services*, 0020731420902604.
- Kang, C., Tomkow, L. & Farrington, R. (2019) Access to primary health care for asylum seekers and refugees: A qualitative study of service user experiences in the uk. *British Journal of General Practice*, 69(685), e537-e545.
- Kentikelenis, A. E. & Shriwise, A. (2016) International organizations and migrant health in europe. *Public health reviews*, 37(1), 19.

- Kohlenberger, J., Buber-Ennser, I., Rengs, B., Leitner, S. & Landesmann, M. (2019) Barriers to health care access and service utilization of refugees in austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*, 123(9), 833-839.
- Kotsiou, O., Kotsios, P., Srivastava, D., Kotsios, V., Gourgoulisanis, K. & Exadaktylos, A. (2018) Impact of the refugee crisis on the greek healthcare system: A long road to ithaca. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1790.
- Krupic, F., Sadic, S. & Fatahi, N. (2016) Contact with health-care service expectation and reality of situation experienced by immigrants seeking swedish health-care. *Materia socio-medica*, 28(2), 141.
- Kumar, B. N. & Diaz, E. (2019) *Migrant health: A primary care perspective*, CRC Press. pp.
- Kumar, R., Bhattacharya, S., Sharma, N. & Thiyagarajan, A. (2019) Cultural competence in family practice and primary care setting. *Journal of family medicine and primary care*, 8(1), 1.
- Kusuma, Y. S. & Babu, B. V. (2018) Migration and health: A systematic review on health and health care of internal migrants in india. *The International journal of health planning and management*, 33(4), 775-793.
- Lien, E., Nafstad, P. & Rosvold, E. O. (2008) Non-western immigrants' satisfaction with the general practitioners' services in oslo, norway. *International Journal for Equity in Health*, 7(1), 7.
- Lin, L., Brown, K. B., Yu, F., Yang, J., Wang, J., Schrock, J. M., et al. (2015) Health care experiences and perceived barriers to health care access: A qualitative study among african migrants in guangzhou, guangdong province, china. *Journal of immigrant and minority health*, 17(5), 1509-1517.
- Lionis, C., Petelos, E., Papadakis, S., Tsiligianni, I., Anastasaki, M., Angelaki, A., et al. (2018) Towards evidence-informed integration of public health and primary health care: Experiences from crete. *Public health panorama*, 4(04), 699-714.
- Lionis, C., Symvoulakis, E. K., Markaki, A., Petelos, E., Papadakis, S., Sifaki-Pistolla, D., et al. (2019) Integrated people-centred primary health care in greece: Unravelling ariadne's thread. *Primary Health Care Research & Development*, 20(
- Ljunge, M. (2016) Migrants, health, and happiness: Evidence that health assessments travel with migrants and predict well-being. *Economics & Human Biology*, 22(35-46).
- Loganathan, T., Rui, D., Ng, C.-W. & Pocock, N. S. (2019) Breaking down the barriers: Understanding migrant workers' access to healthcare in malaysia. *PloS one*, 14(7), e0218669-e0218669.
- Luque, J. S., Soulen, G., Davila, C. B. & Cartmell, K. (2018) Access to health care for uninsured latina immigrants in south carolina. *BMC health services research*, 18(1), 310.
- Mangrio, E. & Forss, K. S. (2017) Refugees' experiences of healthcare in the host country: A scoping review. *BMC health services research*, 17(1), 814.
- Matlin, S. A., Depoux, A., Schütte, S., Flahault, A. & Saso, L. (2018) Migrants' and refugees' health: Towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews*, 39(27).
- Mbanya, V. N., Terragni, L., Gele, A. A., Diaz, E. & Kumar, B. N. (2019) Access to norwegian healthcare system—challenges for sub-saharan african immigrants. *International journal for equity in health*, 18(1), 125.

- Milionis, C. (2019) *Health care for immigrants in the context of economic crisis: The perceptions and experiences of health professionals in greece*. Lancaster University.
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Keshri, A. & Sabaretnam, M. (2019) Selection of appropriate statistical methods for data analysis. *Annals of cardiac anaesthesia*, 22(3), 297-301.
- Mkanta, W. N., Ibekwe, O., Mejia De Grubb, M. C. & Korupolu, C. (2017) Patient satisfaction and its potential impact on refugee integration into the healthcare system. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 26(4), 217-223.
- Mohsin, F. (2017) *A study to observe the health care satisfaction among pakistani immigrants in norway*. Oslo and Akershus University College of Applied Sciences.
- Mucic, D., Hilty, D. M. & Yellowlees, P. M. (2016) E-mental health toward cross-cultural populations worldwide *E-mental health*. Springer), 77-91.
- Nabieva, J. & Soares, A. (2019) Factors influencing decision to seek health care: A qualitative study among labour-migrants' wives in northern tajikistan. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 7.
- Naus, T. (2017) Health literacy among migrants in the eu: A collection of best available interventions and indirect measures. *Science Journal of Public Health*, 6(1), 1-5.
- O'donnell, C. A., Burns, N., Mair, F. S., Dowrick, C., Clissmann, C., Van Den Muijsenbergh, M., et al. (2016) Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in europe. *Health Policy*, 120(5), 495-508.
- Orcutt, M., Spiegel, P., Kumar, B., Abubakar, I., Clark, J. & Horton, R. (2020) Lancet migration: Global collaboration to advance migration health. *Lancet*, 395(10221), 317-319.
- Panagiotopoulos, C., Apostolou, M. & Zachariades, A. (2019) Assessing migrants' satisfaction from health care services in cyprus: A nationwide study. *International Journal of Migration, Health and Social Care*.
- Panayota, S., Petros, G., Olympia, K., Olga, S. & Daphne, K. (2020) Factors that influence the health status of immigrants living in greece. *AIMS Public Health*, 7(2), 287.
- Papadakaki, M., Lionis, C., Saridaki, A., Dowrick, C., De Brún, T., O'reilly-De Brún, M., et al. (2017) Exploring barriers to primary care for migrants in greece in times of austerity: Perspectives of service providers. *European Journal of General Practice*, 23(1), 129-135.
- Pocock, N. S., Chan, Z., Loganathan, T., Suphanchaimat, R., Kosiyaporn, H., Allotey, P., et al. (2020) Moving towards culturally competent health systems for migrants? Applying systems thinking in a qualitative study in malaysia and thailand. *PloS one*, 15(4), e0231154.
- Polychronidou, P., Chatzifotiou, S., Petasakis, I., Milonadaki, L. & Karasavvoglou, A. (2012) Immigrants' perception regarding health services in greece: An empirical investigation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 62(135-143).
- Porthé, V., Vargas, I., Ronda, E., Malmusi, D., Bosch, L. & Vázquez, M. L. (2018) Has the quality of health care for the immigrant population changed during the economic crisis in catalonia (spain)? Opinions of health professionals and immigrant users. *Gaceta sanitaria*, 32(5), 425-432.
- Prapas, C. & Mavreas, V. (2019) The relationship between quality of life, psychological wellbeing, satisfaction with life and acculturation of immigrants in greece. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 43(1), 77-92.

- Priebe, S., Giacco, D. & El-Nagib, R. (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*, World Health Organization. Regional Office for Europe. pp.
- Racasag-Niemi, J. & Yli-Panula, E. (2020) Health literacy among adult immigrants in ostrobothnia.
- Salami, B., Salma, J. & Hegadoren, K. (2019) Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service providers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 152-161.
- Sarría-Santamera, A., Hijas-Gómez, A. I., Carmona, R. & Gimeno-Feliú, L. A. (2016) A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37(1), 28.
- Teunissen, E., Gravenhorst, K., Dowrick, C., Van Weel-Baumgarten, E., Van Den Driessen Mareeuw, F., De Brún, T., et al. (2017) Implementing guidelines and training initiatives to improve cross-cultural communication in primary care consultations: A qualitative participatory european study. *International journal for equity in health*, 16(1), 32.
- Teunissen, E., Tsaparas, A., Saridaki, A., Trigoni, M., Van Weel-Baumgarten, E., Van Weel, C., et al. (2016) Reporting mental health problems of undocumented migrants in greece: A qualitative exploration. *European Journal of General Practice*, 22(2), 119-125.
- Theofanidis, D. & Fountouki, A. (2019) Refugees and migrants in greece: An ethnographic reflective case study. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(1), 26-31.
- Torun, P., Karaaslan, M. M., Sandıklı, B., Acar, C., Shurtleff, E., Dhrolia, S., et al. (2018) Health and health care access for syrian refugees living in istanbul. *International Journal of Public Health*, 63(5), 601-608.
- Tschirhart, N., Diaz, E. & Ottersen, T. (2019) Accessing public healthcare in oslo, norway: The experiences of thai immigrant masseuses. *BMC health services research*, 19(1), 1-10.
- Van Loenen, T., Van Den Muijsenbergh, M., Hofmeester, M., Dowrick, C., Van Ginneken, N., Mechili, E. A., et al. (2017) Primary care for refugees and newly arrived migrants in europe: A qualitative study on health needs, barriers and wishes. *The European Journal of Public Health*, 28(1), 82-87.
- Van Loenen, T., Van Den Muijsenbergh, M., Hofmeester, M., Dowrick, C., Van Ginneken, N., Mechili, E. A., et al. (2018) Primary care for refugees and newly arrived migrants in europe: A qualitative study on health needs, barriers and wishes. *The European Journal of Public Health*, 28(1), 82-87.
- Ventura, M. (2018) Immigration, global health, and human rights. *Cad Saude Publica*, 34(4), e00054118.
- Vissandjée, B., Short, W. E. & Bates, K. (2017) Health and legal literacy for migrants: Twinned strands woven in the cloth of social justice and the human right to health care. *BMC international health and human rights*, 17(1), 10.
- Vozikis, A. & Siganou, M. (2015) Immigrants' satisfaction from the national health system in greece: In the quest of the contributing factors. *Health*, 7(11), 1430.
- Wallimann, C. & Balthasar, A. (2019) Primary care networks and eritrean immigrants' experiences with health care professionals in switzerland: A qualitative approach. *International journal of environmental research and public health*, 16(14), 2614.

- Wang, Z., Chen, Y., Pan, T., Liu, X. & Hu, H. (2019) The comparison of healthcare utilization inequity between urrbmi and ncms in rural china. *International journal for equity in health*, 18(1), 90.
- Ward, M., Kristiansen, M. & Sørensen, K. (2019) Migrant health literacy in the european union: A systematic literature review. *Health Education Journal*, 78(1), 81-95.
- Wickramage, K. & Annunziata, G. (2018) Advancing health in migration governance, and migration in health governance. *Lancet*, 392(10164), 2528-2530.
- Woodgate, R. L., Busolo, D. S., Crockett, M., Dean, R. A., Amaladas, M. R. & Plourde, P. J. (2017) A qualitative study on african immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in manitoba, canada: It's not easy! *International journal for equity in health*, 16(1), 5.
- Worabo, H. J., Hsueh, K.-H., Yakimo, R., Worabo, E., Burgess, P. A. & Farberman, S. M. (2016) Understanding refugees' perceptions of health care in the united states. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(7), 487-494.
- Xesfingi, S. & Vozikis, A. (2016) Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC health services research*, 16(94-94).
- Zheng, L., Hu, R., Dong, Z. & Hao, Y. (2018) Comparing the needs and utilization of health services between urban residents and rural-to-urban migrants in china from 2012 to 2016. *BMC health services research*, 18(1), 717.
- Αναστόπουλος, Γ. (2014) *Πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα: Οικονομικά δεδομένα χρήσης δευτεροβάθμιας υπηρεσίας υγείας*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας.
- Κοτσιώνη, Ι. (2011) *Πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας.
- Μπούζι, Π. (2019) *Πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα και στη Γερμανία*. Πανεπιστήμιο Πατρών, Πτυχιακή Εργασία
- Τζαβάρα, Γ. & Παπαγεωργίου, Δ. (2019) Διαπολιτισμική διαμεσολάβηση στον χώρο της υγείας. Μία νέα έννοια. *Nosileftiki*, 58(3).



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ
ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο του συστήματος υγείας στον ολόενα και περισσότερο αυξανόμενο πληθυσμό μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα. Η ικανοποίηση και η πρόσβαση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας είναι ένας δείκτης μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας τους.

Σκοπός: Να διερευνήσει την ικανοποίηση και την πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Υλικό-μέθοδος: Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 113 μετανάστες/πρόσφυγες που ζούσαν στην Ελλάδα. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν μέσω δειγματοληψία ευκολίας. Η έρευνα διεξήχθη από το Δεκέμβριο 2019 έως το Φεβρουάριο 2020. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, που δημιουργήθηκε, αξιολογήθηκε και σταθμίστηκε στην Ελλάδα. Για την πραγματοποίηση της μελέτης, τηρήθηκαν οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν την έρευνα. Στη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές και μη παραμετρικές μέθοδοι.

Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν μέτρια ικανοποιημένοι κατά την τελευταία τους επίσκεψη από τις υπηρεσίες υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (43,4%). Επιπλέον, η ικανοποίησή τους βρέθηκε να έχει σημαντική σχέση με την ασφαλιστική τους κάλυψη ($p<0,001$), το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ($p<0,001$) και η εργασία ($p<0,001$). Όσον αφορά στην ικανοποίηση υπηρεσιών υγείας των προσφύγων/μεταναστών με σχέση τις δυσκολίες πρόσβασής τους, βρέθηκε ότι επηρεάζεται από την προκατάληψή τους ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες ($p<0,001$) και την επικοινωνία ($p<0,006$). Τέλος ο συντελεστής συσχέτισης Pearson ήταν αρνητικός στον παράγοντα ηλικία σε

σχέση με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας ($p<0,001$, $r=-0,518$) και θετικός ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης σε σχέση με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας ($p<0,001$, $r=0,502$).

Συμπεράσματα: Είναι αναγκαία η διασφάλιση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, και η παροχή κατάλληλης φροντίδας στους μετανάστες-πρόσφυγες. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συμβάλει στην αύξηση της πρόσβασης στη φροντίδα υγείας, την βελτίωση στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών και την ισότητα στην υγεία.

Λέξεις-Κλειδιά: Πρόσφυγες-μετανάστες, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ικανοποίηση, πρόσβαση.



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

FACULTY OF HEALTH AND CARING SCIENCES
NURSING

MASTER OF SCIENCE POSTGRADUATE PROGRAM
“COMMUNITY AND PUBLIC HEALTH NURSING”

"INVESTIGATION OF ACCESS AND SATISFACTION OF IMMIGRANTS AND REFUGEES
IN PRIMARY HEALTH CARE "

GRIGOROPOULOU MARIA

Abstract

Introduction: Primary health care forms the foundation of health systems of the growing number of immigrants and refugees in Greece. User satisfaction and access to health services is an indicator of measuring the quality of health care

Goal: To investigate immigrants and refugees satisfaction and access from primary health care services.

Material-method: The study population consists of 113 immigrants / refugees living in Greece. The participants were selected through convenience sampling. The research was conducted from December 2019 to February 2020. A questionnaire, used was developed and weighted in Greece. Principles and ethics were observed, in order to carry out the study. Parametric and non-parametric methods were used in the statistical analysis.

Results: Most participants were moderately satisfied during their last visit to the primary health care services (43.4%). In addition, their satisfaction was found to have a significant relationship with their insurance coverage ($p < 0.001$), the education level ($p < 0.001$) and occupation ($p < 0.001$). Regarding the satisfaction of the health services of the refugees / immigrants in relation to their access difficulties, it was found that it is influenced by their prejudice that they have worse access to public health services in relation to Greeks ($p < 0.001$), and difficulty communication ($p = 0.006$). Finally, the Pearson correlation coefficients were negative in the age factor in relation to health service satisfaction ($p = 0.001$, $r = -0.518$) and positive between the level of education in relation to health service satisfaction ($p = 0.001$, $r = 0.502$)

Conclusion: It is necessary to ensure access to health services, and to provide adequate care to refugee/ immigrants. Primary health care contributes to increasing access to health care, improving service quality and equity in health.

Keywords: Immigrants and refugees, primary health care, satisfaction, access.

10. Παράρτημα



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Άγιος Ιωάννης Ρέντης, 22.11.2019
Αρ. Πρωτ.: ΔΑΔΔ 66053

ΠΡΟΣ: Κυρία Γρηγοροπούλου Μαρία

ΘΕΜΑ: Χορήγηση αδειας για διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.

Σχετ.: Η με αριθμ. πρωτ. 65032/19.11.2019 αίτησή σας.

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού και σύμφωνα με το υπ' αριθμ. Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/9-11-2010 έγγραφο του Διοικητή Ε.Κ.ΕΠ.Υ., σας εγκρίνουμε να διεξάγετε μελέτη προκειμένου να πραγματοποιήσετε έρευνα μέσω διανομής ερωτηματολογίου, στο 2^ο Κέντρο Υγείας Περιστερίου, με θέμα «Διερεύνηση της πρόσβασης και της ικανοποίησης των μεταναστών και προσφύγων σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».

Η προαναφερόμενη άδεια τελεί υπό τις προϋποθέσεις:

- Της διαφύλαξης των προσωπικών δεδομένων.
- Της τήρησης του κώδικα επιστημονικής δεοντολογίας.
- Να μην υπάρξει οικονομική ή άλλου είδους επιβάρυνση του Κέντρου Υγείας
- Να μην παρακωλύεται η λειτουργία της Υπηρεσίας

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΡΟΪΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Κοινοποίηση:

-2^ο Κέντρο Υγείας Περιστερίου

Εσωτερική διανομή:

-Γρ Διοικητή

-Γρ Υποδιοικητών

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Θηβών 196-198, 182 33 Άγιος Ιωάννης Ρέντης,
Πληροφορίες: Κ. Νικήτα
Ηλ. Δ/ση: nikita@2dype.gr

Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

The screenshot shows a Yahoo! Mail interface. The search bar at the top contains the text "Εύρεση μηνυμάτων, εγγράφων, φωτογραφιών ή επαφών". The left sidebar lists various folders: Δημιουργία, Εισερχόμενα (189), Μη αναγνωσμένα, Με αστέρι, Πρόχειρα (26), Απεσταλμένα, Αρχαιοθήκη, Ενοχλ. αλληλ, Κάδος απορ/των, Λιγότερα, Προβολές, Απόκρυψη, Φωτογραφίες, Εγγραφα, Συνδρομές, Προσφορές, Φάκελοι, Απόκρυψη, and + Νέος φάκελος. The main email view shows a message from "maria_grigoropoulou@yahoo.com" with the subject "Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου". The email content is as follows:

Αγαπητή κα Γρηγοροπούλου

έχετε την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου που αφορά στην Αξιολόγηση Εμπειριών των Χρηστών υπηρεσιών της ΠΦΥ

Εύχομαι καλή επιτυχία στη μελέτη σας.

Με εκτίμηση

Δάφνη Καϊτελίδου

- > Εμφάνιση αρχικού μηνύματος
- >
- >

--

Daphne Kaitelidou PhD
Associate Professor,
Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens
Director of Center for Health Services Management and Evaluation
123 Papadiamantopoulou Str., 11527 Athens
Greece
Tel. +302107461470, 1
Fax. +302107461473
E-mail dkaitelid@nurs.uoa.gr

Ερωτηματολόγιο



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η παρούσα μελέτη αφορά στη διερεύνηση της ικανοποίησης και της πρόσβασης των μεταναστών και προσφύγων από υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα και πρόκειται να διεξαχθεί μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Η συμβολή σας είναι πολύτιμη για τη διεκπεραίωση της παρούσας έρευνας. Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται.

Για οποιαδήποτε διευκρίνηση και περαιτέρω πληροφόρηση
email: maria_grigoropoulou@yahoo.com

Με εκτίμηση
Μαρία Γρηγοροπούλου

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή και το χρόνο σας

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

Ανδρας Γυναίκα

2. Πότε γεννηθήκατε;.....

3. Ποια είναι η χώρα γεννήσεως σας;.....

4. Πόσο καιρό ζείτε συνολικά στην Ελλάδα;

_____ έτη

5. Έχετε βιβλιάριο υγείας;

Ναι Όχι

6. Στην Ελλάδα, τη στιγμή αυτή ζείτε:

Μόνος/η.....

Με σύζυγο/σύντροφο.....

7. Πόσα παιδιά έχετε;.....

8. Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

Απόφοιτος δημοτικού.....

Απόφοιτος γυμνασίου.....

Απόφοιτος λυκείου.....

Απόφοιτος μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης/ΙΕΚ.....

Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.....

Άλλο (προσδιορίστε).....

9. Πόσα άτομα ζούνε στο ίδιο σπίτι με εσάς;.....

10. Τα άτομα που ζουν στο ίδιο σπίτι με εσάς, είναι: (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

Σύζυγος/σύντροφος.....

Τα παιδιά μου.....

Συγγενείς.....

Φίλοι.....

Ο εργοδότης μου και η οικογένειά του.....

Άτομα που εργαζόμαστε μαζί.....

Άλλο (προσδιορίστε).....

11. Τη στιγμή αυτή, εργάζεστε;

Ναι Όχι

12. Έχετε μόνιμη εργασία;

Ναι Όχι

13. Έχετε εργασία πλήρους απασχόλησης;

Ναι Όχι

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

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

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

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

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

17. Είστε καπνιστής;

Ναι

Πρώην καπνιστής

Όχι

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

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

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

Ναι Όχι

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

21. Λαμβάνετε φάρμακο (α) για χρόνια νόσημα;

Ναι Όχι

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

Ναι Όχι

23. Νοσήσατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;

Ναι Όχι

Εάν ναι, τι ασθένεια είχατε;.....

Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε την ασθένεια αυτή;

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

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

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

Ναι Όχι

Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε τον τραυματισμό αυτό;

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

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

Ναι

Εάν ναι, πόσες φορές;.....

Για ποιο λόγο;.....

26. Στην επίσκεψή σας αυτή, αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

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

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

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

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

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

Ναι Όχι

Εάν ναι, πόσες φορές;.....

Εάν ναι, γιατί;

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

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

Ναι Όχι

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

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

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

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

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

Ναι Όχι

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Άλλο (προσδιορίστε).....

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

Ναι

Όχι

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας



ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γρηγοροπούλου Μ.¹, Φασόη Γ.², Δρακοπούλου Μ.³, Αποστολάρα Π.⁴

¹Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια, ΠΜΣ «Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας»

²Αν. Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

³Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

⁴Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Ευρωπαϊκή Ένωση λόγω της αυξημένης εισροής μεταναστών και προσφύγων τα τελευταία χρόνια, αντιμετωπίζει νέες προκλήσεις κατά την παροχή φροντίδας υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι το πρώτο σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας στις περισσότερες χώρες. Σκοπός της ανασκόπησης ήταν η ανάδειξη των παραγόντων που συμβάλλουν στην πρόσβαση και την ικανοποίηση των μεταναστών και προσφύγων από τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Ελλάδα. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση παρουσιάζοντας άρθρα της τελευταίας πενταετίας από τις βάσεις δεδομένων pubmed, google scholar και Scopus στην Αγγλική και ελληνική γλώσσα. Η ανασκόπηση παρέχει αναλύει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και οι πρόσφυγες από την πρόσβαση και την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα. Οι διεπιστημονικές συνεργατικές προσεγγίσεις συμβάλλουν στην ποιοτικότερη παροχή φροντίδας ενισχύοντας τις συνεργασίες μεταξύ πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινοτικής συμμετοχής.

Λέξεις κλειδιά: Πρόσβαση, Ικανοποίηση, Μετανάστες, Πρόσφυγες, ΠΦΥ