



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Απόψεις Νοσηλευτικού Προσωπικού και Μεταναστών για την
Παροχή Υγειονομικής φροντίδας σε δημόσια νοσοκομεία της
Ελλάδας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μαρία Αναγνωσταρά

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Χριστίνα Καραμανίδου, Επιβλέπουσα καθηγήτρια
Κυριάκος Σουλιώτης, Επίκουρος καθηγητής
Εμμανουήλ Σπυριδάκης, Επίκουρος καθηγητής

Κόρινθος, Μάιος 2013

Copyright © Μαρία Αναγνωσταρά, 2013.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ		5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ		6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	Γενικά για τη μετανάστευση	8
1.1	Ορισμός της έννοιας της μετανάστευσης	8
1.2	Κατηγορίες μεταναστών	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	Το μεταναστευτικό ζήτημα στην Ελλάδα	13
2.1	Τα αίτια της μετανάστευσης προς την Ελλάδα	14
2.2	Υποδοχή και εγκατάσταση των μεταναστών «χωρίς έγγραφα» στα Κέντρα Κράτης στην Ελλάδα	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	Νομοθετικό πλαίσιο	19
3.1	Ευρωπαϊκή Ένωση	19
3.2	Ελλάδα	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	Μετανάστες και υγεία	24
4.1	Υγειονομικές ανάγκες	24
4.2	Εμπόδια στη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	Το σύστημα υγείας και το δικαίωμα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες	29
5.1	Το ελληνικό σύστημα υγείας	29
5.2	Μετανάστευση και Ε.Σ.Υ	29
5.3	Η χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από τους μετανάστες	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	Μετανάστευση και επαγγελματίες υγείας	35
6.1	Η ανάπτυξη της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής	36
6.2	Η ανάπτυξη της πολιτισμικής επάρκειας για τους επαγγελματίες υγείας	37
6.3	Τα κυριότερα μοντέλα ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας για τους επαγγελματίες υγείας	38
6.4	Τι σημαίνουν όμως όλα αυτά τα πρακτικά για τους νοσηλευτές;	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	Μεθοδολογία έρευνας	43

7.1	Σχεδιασμός της έρευνας	43
7.2	Σκοπός και προσδοκώμενα αποτελέσματα	44
7.3	Ερευνητικά ερωτήματα	44
7.4	Μεθοδολογία έρευνας	44
7.4.1	Η ποιοτική προσέγγιση έρευνας	44
7.4.2	Πληθυσμός - Δείγμα	46
7.4.3	Ζητήματα δεοντολογίας	47
7.5	Διαδικασία διεξαγωγής της συνέντευξης	48
7.6	Οι ενότητες της συνέντευξης	50
7.7	Αποτελέσματα	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	Συζήτηση	63
8.1	Οι περιορισμοί της έρευνας	70
8.2	Συμπεράσματα/προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη	71
ΠΗΓΕΣ		74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ		82
ABSTRACT		101

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1	Σημαντικοί λόγοι παραμονής στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία αδειών παραμονής 2003-4, κύριες εθνικότητες	16
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 1	Μετανάστες στην Ελλάδα	22
-------------	------------------------	----

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Γράφημα 1	Αλλοδαπό Εργατικό Δυναμικό στην Ελλάδα, απογραφή 2001, κυριότερες εθνικότητες, ανά φύλο και διάρκεια παραμονής	9
Γράφημα 2	Νόμιμοι και παράνομοι αλλοδαποί τρίτων χωρών στην Ελλάδα	12
Γράφημα 3	Κυριότερες εθνικότητες, απογραφή 2001	15

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατάλληλη ολιστική φροντίδα προϋποθέτει αναγνώριση και αποδοχή της κουλτούρας του ασθενούς, της εθνικότητας και της φυλής του. Όταν το στοιχείο της πολιτισμικής προέλευσης παραβλέπεται στο χώρο της υγείας, τίθεται θέμα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. **Σκοπός:** Η διερεύνηση των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού και των μεταναστών για την παροχή υγειονομικής φροντίδας σε δύο δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας. **Υλικό-Μέθοδος:** Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσε τυχαίο δείγμα 10 νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών και 10 μεταναστών. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη διαδικασία συνεντεύξεων κατά το διάστημα Ιανουαρίου-Απριλίου 2013. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε μετά την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων και ήταν απορρέουσα των δεδομένων. **Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν αρκετά εξοικειωμένο με τους ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης και δήλωσε ότι ήταν αρκετά ικανό να παρέχει φροντίδα με σεβασμό στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μειονοτικών πληθυσμών ξεπερνώντας το εμπόδιο της διαφορετικής γλώσσας και κουλτούρας. Το νοσηλευτικό προσωπικό τόνισε την αναγκαιότητα εκπαίδευσης στη διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα. Η πλειοψηφία των ασθενών μεταναστών και των επίτοκων μεταναστριών δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που δέχονται στα δημόσια νοσοκομεία καθώς και με τη θετική αντιμετώπιση τους από το προσωπικό. **Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της έρευνας φανέρωσαν την ύπαρξη γενικών προβλημάτων που παρουσιάζονται στην καθημερινή κλινική πρακτική μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης.

Λέξεις-κλειδιά: Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού, μειονοτικοί πληθυσμοί, διαπολιτισμική Νοσηλευτική

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της μετανάστευσης έχει οδηγήσει σε ολοένα και αυξανόμενες πολυπολιτισμικές κοινωνίες με δημογραφικές αλλαγές στις περισσότερες δυτικές χώρες. Αναμένεται η τάση αυτή σε παγκόσμιο επίπεδο να συνεχιστεί σύμφωνα με την έως τώρα κινητικότητα των μεταναστευτικών ρευμάτων. Από τη δεκαετία του '90, υπήρξε μια σταθερή ροή μεταναστών στην Ελλάδα, και ιδιαίτερα μετά την ένταξη νέων χωρών στην ΕΕ, αλλά και της γειτνιάσής της με τις χώρες της Βαλκανικής και γενικότερα με τη γεωγραφική της θέση (Μαρβάκης κ.α 2001, Καβουνίδη, 2002).

Η ελληνική κοινωνία τις τελευταίες δεκαετίες έχει αλλάξει σημαντικά, ιδιαίτερα μετά την αυξανόμενη ροή μεταναστών στη χώρα. Νέες κοινωνικές ομάδες κάνουν την εμφάνισή τους, σύμφωνα με το Ελληνικό Συμβούλιο για τους πρόσφυγες, ενώ καταγράφονται αλλαγές στα κοινωνικά, πολιτισμικά, εθνικά και θρησκευτικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της Ελλάδας (Μίτιλης και Σκαλή, 2004).

Στον νέο τόπο κάθε μετανάστης γίνεται φορέας μιας πολιτισμικής συνάντησης. Η παρουσία του και μόνο εγείρει το ερώτημα της σχέσης μας με τη διαφορετικότητα, αλλά και της συνειδητοποίησης και της δικής μας ταυτότητας. Ποτέ δεν γνωρίζουμε καλύτερα την κοινωνική μας ταυτότητα από τη στιγμή εκείνη που θα συναντηθεί με την ετερότητα. Κάθε μετανάστης είναι ο καθρέφτης του συλλογικού μας είναι. Μέσα από τις διαφορές του αντιλαμβανόμαστε ποιοί είμαστε, πώς μάθαμε να λειτουργούμε ως κοινωνία, πώς είναι οργανωμένο το πολιτικό μας σύστημα, ποια είναι η αντοχή και η ευελιξία των θεσμών μας και πόσο έχουμε καλλιεργήσει την κουλτούρα της αποδοχής του διαφορετικού. Ο πολιτισμός των μεταναστών δεν είναι σε καμία περίπτωση ο πολιτισμός των «ξένων», αλλά η όψη και η διάσταση του πολιτισμού της χώρας υποδοχής, αφού αντικατοπτρίζει διαδικασίες ένταξης και αποκλεισμού (Γκόβαρης, 2000).

Παρ' όλα αυτά όμως, εξαιτίας την αύξησης του αριθμού των μεταναστών στην χώρα μας, έχει δημιουργηθεί ένα κλίμα πολιτισμικής ποικιλομορφίας που αποτελεί «απειλή» για τη σταθερότητα των δομών. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας καταγράφεται μεταξύ εκείνων που απαιτούν άμεση δράση και αποτελεσματική εφαρμογή μέτρων άμβλυνσης των επιπτώσεων (Γαϊτανίδου, 2000).

Η νέα αυτή πραγματικότητα αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα για τους νοσηλευτές, οι οποίοι αποτελούν την μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας που καλούνται να παρέχουν φροντίδα σε ανθρώπους, που προέρχονται από ποικίλα πολιτισμικά και εθνολογικά πλαίσια, με τις δικές τους διαφορετικές αξίες, πεποιθήσεις, ανησυχίες και γενικότερα με την δική τους κοσμοθεωρία. Τα τελευταία χρόνια οι νοσηλευτές εξοικειώνονται όλο και περισσότερο με έννοιες όπως Παγκοσμιοποίηση, Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, Πολιτισμική Φροντίδα, οι οποίες παλαιότερα ήταν σχεδόν άγνωστες (Σιδερόγλου, 2005).

Πρόσφατες προσπάθειες να προαχθεί παγκόσμια αναγνώριση της πολυπολιτισμικότητας, έχουν ενθαρρύνει τους επαγγελματίες υγείας να είναι πιο ενημερωμένοι για τις πολιτισμικές διαφορές και να χρησιμοποιούν αυτή τη γνώση, στο να παρέχουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις στον χώρο της υγείας. Έτσι, πολλά άτομα τα οποία προσφέρουν παροχές υγείας και οργανισμοί, έχουν κάνει ισχυρή δέσμευση ώστε να παρέχουν πολιτισμική ευαισθησία και να προσφέρουν τη φροντίδα σε κάθε άτομο μεμονωμένα, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα τωρινά δεδομένα μέσα στα οποία παρέχεται η φροντίδα και το υπόβαθρο αυτών που συμμετέχουν στην υγεία.

Ως αποτέλεσμα αυτής της δέσμευσης, οι οργανισμοί και τα εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας έχουν ξεκινήσει να αναγνωρίζουν την ανάγκη της προετοιμασίας των επαγγελματιών υγείας με την γνώση, τα προσόντα και τους ουσιαστικούς πόρους για την παροχή πολιτισμικά ευαίσθητης και ικανής φροντίδας. Τα πολιτισμικά ικανά άτομα εκτιμούν και σέβονται τις μεμονωμένες διαφορές ποικιλομορφίας ανεξάρτητα από τη φυλή, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις ή το εθνοπολιτισμικό υπόβαθρο κάποιου. (Purnell et al, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Γενικά για τη μετανάστευση

1.1 Ορισμός της έννοιας της μετανάστευσης

Σύμφωνα με διεθνείς ορισμούς, η μετανάστευση ορίζεται ως η γεωγραφική (ομαδική ή ατομική) μετακίνηση πληθυσμού από μία χώρα (αποστολής ή καταγωγής) σε μία άλλη χώρα (προορισμού ή υποδοχής) ή από μία περιοχή σε άλλη περιοχή της ίδιας χώρας (τόπος καταγωγής ή αναχώρησης και άφιξης ή εγκατάστασης) που συνεπάγεται την αλλαγή διαμονής του μετακινούμενου. Όπως γίνεται φανερό από τον ορισμό στην έννοια της μετανάστευσης δεν περιλαμβάνονται οι μετακινήσεις τουριστών, επισκεπτών, στρατευμάτων, νομάδων, καθώς και εποχιακές μετακινήσεις εργαζομένων. Η καθαρή μετανάστευση είναι η διαφορά μεταξύ μεταναστών και παλιννοστούντων (επαναπατριζόμενοι) ή μεταξύ εξερχομένων και εισερχομένων μεταναστών σε μία χώρα (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, 2004).

Ένας άλλος ορισμός για τη μετανάστευση δηλώνει ότι μετανάστευση είναι η για διάφορους λόγους εγκατάλειψη του πατρικού εδάφους. Οι λόγοι που γεννούν το φαινόμενο της μετανάστευσης είναι ποικίλοι κι εξαρτώνται από τις συνθήκες που επικρατούν κάθε δεδομένη χρονική περίοδο και στους τόπους διαμονής και στους τόπους αποδημίας. Μπορεί η μετανάστευση να έχει μόνιμο ή προσωρινό χαρακτήρα. Να είναι ηπειρωτική (όταν γίνεται προς τις χώρες της ίδιας ηπείρου) και υπερπόντια (όταν γίνεται από τη μια ήπειρο στην άλλη) (Αθανασοπούλου και συν., 2007).

Επίσης μετανάστευση ορίζεται η οικιοθελής εγκατάλειψη της χώρας της οποίας έχει την ιθαγένεια ή στην οποία έχει τη συνήθη του διαμονή, άρα υπάρχει δυνατότητα επιστροφής (Χατζόπουλος, 2005).

Ανάλογα με τα αίτια που προκαλούν τη μετανάστευση χαρακτηρίζεται εκούσια ή εθελοντική, όταν λαμβάνει χώρα μετά από πρωτοβουλία των ενδιαφερόμενων ατόμων και ακούσια ή αναγκαστική όταν είναι αποτέλεσμα καταστάσεων όπως κοινωνικών ταραχών, πολέμων, φυσικών καταστροφών. (Κατριβέση, 2007).

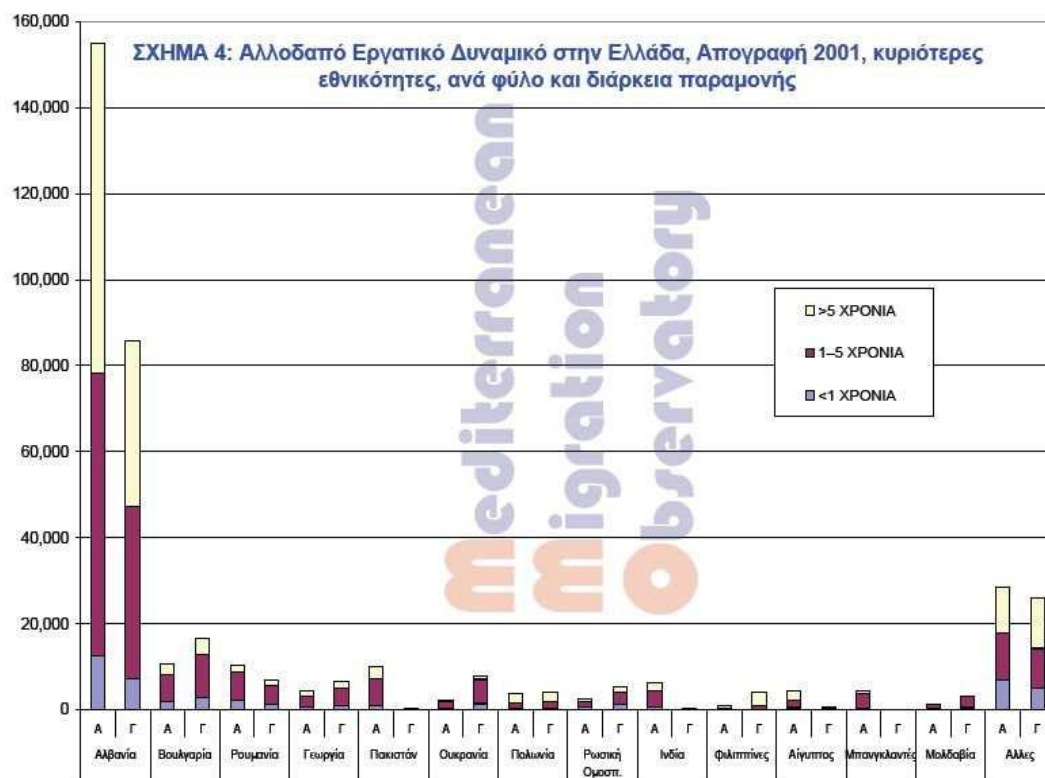
Στοιχεία που επηρεάζουν τα μεταναστευτικά ρεύματα είναι α) βαθμός εκβιομηχάνισης της χώρας υποδοχής, β) υπογεννητικότητα στη χώρα υποδοχής, γ) ανεπάρκεια της προσφοράς εργασίας στη χώρα υποδοχής και ύπαρξη σημαντικής ανεργίας στη χώρα προέλευσης, δ) περιορισμοί που επιβάλλονται από τη χώρα

υποδοχής και τη χώρα προέλευσης ε) ύπαρξη πληροφόρησης για τη χώρα υποδοχής – ρόλος των δικτύων (Μεξικό– ΗΠΑ/ Αλβανία – Ελλάδα) (Χατζόπουλος, 2005).

Τα αίτια της μετανάστευσης συμπεριλαμβάνουν παράγοντες «ώθησης» στις χώρες προέλευσης (οικονομική ή πολιτική ασφυξία) καθώς και παράγοντες «έλξης» από τις χώρες υποδοχής (φθηνή εργασία).

Η αύξηση λοιπόν της ζήτησης για ευέλικτη απασχόληση, αποτελεί κεντρικό στοιχείο στην ερμηνεία της προσέλκυσης μεταναστών εργατών στις ανεπτυγμένες χώρες – ακόμη και όταν αυτές πλήττονται από ανεργία. Η εμφάνιση νέων μορφών εργασίας και, κατά συνέπεια νέων κατηγοριών εργαζομένων στην Ε.Ε. υπήρξε αποτέλεσμα της αύξησης της παγκόσμιας ζήτησης για ελαστική εργασία.(Πίνακας 1).

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Μεσογειακό Παρατηρητήριο Μετανάστευσης, Πάντειο Πανεπιστήμιο



ΠΗΓΗ: ΙΑΠΑΔ, 2004

Από την άλλη, η μετανάστευση πρέπει να ιδωθεί ως αποτέλεσμα της έξαρσης των χρόνιων προβλημάτων των λιγότερο αναπτυγμένων χωρών, εξαιτίας της

οικονομικής αναδιάρθρωσης αλλά και της αποτυχίας των αναπτυξιακών προγραμμάτων σε πολλές χώρες του «Τρίτου Κόσμου» .

Παράλληλα, η κατάρρευση των καθεστώτων του «υπαρκτού σοσιαλισμού» και οι οικονομικές μεταρρυθμίσεις που ακολούθησαν στην πρώην Σοβιετική Ένωση σε συνδυασμό με τις κατά τόπους εθνικές και θρησκευτικές συγκρούσεις, όχι μόνο διόγκωσαν τα μεταναστευτικά κύματα αλλά και αποκάλυψαν μία νέα γεωγραφική αλλά και κοινωνικοοικονομική διάσταση του σύγχρονου μεταναστευτικού φαινομένου στην Ευρώπη, αυτή της μετανάστευσης από την Ανατολή στη Δύση.

Σημαντικό ρόλο επίσης έχουν παίζει οι ιστορικοί δεσμοί ανάμεσα στις χώρες υποδοχής και στις χώρες προέλευσης. Τέτοιοι δεσμοί είναι κατά βάση πολιτισμικοί και μπορεί να σχετίζονται με εθνικά και θρησκευτικά χαρακτηριστικά (Μιχαήλ και συν., 2007).

1.2 Κατηγορίες μεταναστών

Η μετανάστευση διακρίνεται σε εσωτερική και εξωτερική, σε ελεύθερη και αναγκαστική και τέλος σε μόνιμη και προσωρινή.

Η εσωτερική μετανάστευση αναφέρεται στη μετακίνηση που γίνεται μέσα στη χώρα, ενώ η εξωτερική μετανάστευση αναφέρεται στη μετακίνηση ατόμων έξω από τα σύνορα μίας χώρας.

Ελεύθερη μετανάστευση έχουμε όταν η μετακίνηση γίνεται με πρωτοβουλία του μετανάστη, ενώ αναγκαστική όταν ο μετανάστης αναγκάζεται βίαια να αλλάξει τόπο εγκατάστασης και να εγκατασταθεί σε ειδικά στρατόπεδα ή άλλους περιορισμένους χώρους.

Σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας, μόνιμη μετανάστευση έχουμε, όταν ο μετανάστης που μετακινείται από μία χώρα σε μία άλλη, ανεξάρτητα από το λόγω μετανάστευσής του, παραμένει στη δεύτερη για χρονικό διάστημα το λιγότερο ενός έτους. Προσωρινή μετανάστευση έχουμε όταν ο μετανάστης, ο οποίος μεταβαίνει σε μία άλλη χώρα, συνήθως για λόγους επαγγελματικούς, παραμένει σε αυτή για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του μήνα και μικρότερο του έτους (Κιόχος, 1984).

Οι μετανάστες κατηγοριοποιούνται ανάλογα με τον τόπο μετακίνησης τους (εσωτερική ή εξωτερική μετανάστευση), ανάλογα με το χρόνο παραμονής τους σε

περαστικούς, εποχικούς εργάτες ή μετανάστες που ζητούν μόνιμη εγκατάσταση, ανάλογα με την ύπαρξη ή όχι συμβολαίου εργασίας σε μισθωτούς ή ελεύθερους επαγγελματίες και ανάλογα με την εκπλήρωση των νόμιμων υποχρεώσεων σε εγγεγραμμένους ή μη εγγεγραμμένους (νόμιμοι ή παράνομοι) (Χατζόπουλος, 2005).

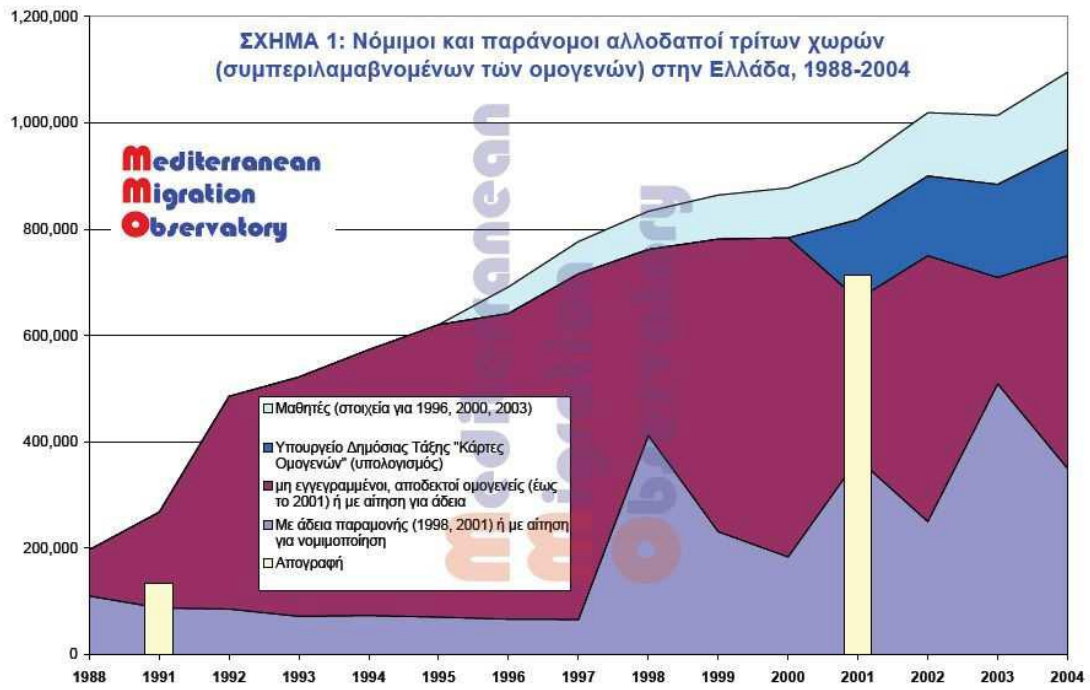
Οι παράνομοι μετανάστες είναι «παράνομοι», είτε επειδή εισήλθαν παράνομα στη χώρα υποδοχής, είτε επειδή εισήλθαν νόμιμα αλλά δεν μπόρεσαν να αποκτήσουν τη νόμιμη άδεια παραμονής τους σε αυτή τη χώρα. (Πίνακας 2) (Μιχαήλ και συν., 2007)

Υπάρχουν πολλές μορφές παράνομης μετανάστευσης. Ορισμένοι μετανάστες εισέρχονται στην επικράτεια κράτους-μέλους παράνομα από την ξηρά, τον αέρα ή τη θάλασσα. Μερικοί χρησιμοποιούν πλαστά ή παραποιημένα έγγραφα, άλλοι επιχειρούν να εισέλθουν είτε μεμονωμένα είτε χρησιμοποιώντας οργανωμένα εγκληματικά δίκτυα, που δραστηριοποιούνται στις δύο απεχθείς μορφές παράνομης μετανάστευσης, κυρίως τα δίκτυα των λαθρεμπόρων που ενεργούν για μη ανθρωπιστικούς λόγους και την εκμετάλλευση αλλοδαπών με τη μορφή εμπορίας ανθρώπων.

Σημαντικό ποσοστό των παράνομα διαμενόντων εισέρχονται με έγκυρη θεώρηση ή υπό καθεστώς εισόδου χωρίς θεώρηση, αλλά παρατείνουν την παραμονή τους ή αλλάζουν το σκοπό της χωρίς την έγκριση των αρχών. Μερικοί, όπως είναι οι αποτυχόντες σε αίτηση για χορήγηση ασύλου, εισέρχονται σε καθεστώς παρανομίας εάν δεν εγκαταλείψουν τη χώρα όταν περατωθούν οι διαδικασίες εξέτασης της αίτησής τους για χορήγηση ασύλου. (Κωνσταντινοπούλου, 2007)

Κάθε χρόνο σε παγκόσμια κλίμακα περισσότερα από 200 εκατομμύρια άτομα μεταναστεύουν -εκ των οποίων τουλάχιστον 30-40 εκατομμύρια είναι παράνομοι μετανάστες. Το σύνολο των μεταναστών θα αντιστοιχούσε στην Πέμπτη πολυπληθέστερη χώρα παγκοσμίως. Στην Ευρώπη υπάρχουν περίπου 7-8 εκατομμύρια παράνομοι μετανάστες απασχολούμενοι στην παραοικονομία της ΕΕ, η οποία μπορεί να παράγει έως και το 16% του ΑΕΠ της Ένωσης. Ειδικότερα, στην πλειοψηφία τους απασχολούνται στους τομείς των κατασκευαστικών, της γεωργίας, της νοσηλείας και του καθαρισμού. (Σαρμάς, 2003)

ΓΡΑΦΗΜΑ 2 Μεσογειακό Παρατηρητήριο Μετανάστευσης, Πάντειο Πανεπιστήμιο



ΠΗΓΗ: ΙΑΠΑΔ, 2004

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Το μεταναστευτικό ζήτημα στην Ελλάδα

Το Μεταναστευτικό ζήτημα στη Ελλάδα αναφέρεται στη συστηματική παράνομη/παράτυπη είσοδο μεγάλου αριθμού μεταναστών στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1990 – 2011.

Η πτώση των Σοσιαλιστικών καθεστώτων στην ανατολική Ευρώπη το 1989, δημιούργησε το πρώτο κύμα οικονομικής μετανάστευσης με προορισμό την Ελλάδα (με μετανάστες κυρίως από την Αλβανία, Βουλγαρία και Ρουμανία) διαμέσου των βόρειων συνόρων και στην συνέχεια προστέθηκαν μετανάστες από χώρες της Αφρικής και της Ασίας (Καλοφωλιάς, 2011).

Η μετανάστευση αυξήθηκε το διάστημα 2000-2011 και το 2010 εκτιμήθηκε ότι εισήλθαν στην Ελλάδα γύρω στους 128.000 μετανάστες (Ραγκούσης, 2011). Το διάστημα 2000-2011 η μετανάστευση γίνεται κυρίως μέσω της Τουρκίας διαμέσου του Έβρου ποταμού (ή και χερσαίως στο μοναδικό κομμάτι των ελληνοτουρκικών συνόρων μεταξύ Νέας Βύσσης και Καστανιών όπου ο Έβρος διασχίζει την Ανδριανούπολη και τα σύνορα δεν οριοθετούνται από αυτόν) και των νησιών του Αιγαίου με σκοπό (συνήθως) την μετάβαση σε κάποια άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης συνήθως μέσω του λιμανιού της Πάτρας ή της Ηγουμενίτσας (Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη).

Η Ελλάδα το διάστημα 2005-2010 χαρακτηρίστηκε ως κύρια-είσοδος μετανάστευσης στην Ευρώπη (συγκεκριμένα χαρακτηρίζεται η Ελλάδα ως "*η πύλη της Ευρώπης για παράνομη μετανάστευση*") παρότι επιχειρείται μείωση της έλευσης από τις διόδους μέσω μεταναστευτικών φρακτών (Ισπανία), στην Ελλάδα παραμένει το μείζον ζήτημα (Alain Morice, Claire Rodier, Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, 2010).

Η Ελληνική κρίση χρέους 2010-2012 δεν έχει μειώσει τον αριθμό των μεταναστών που έρχονται στην Ελλάδα, η οποία αποτελεί το κύριο δρόμο εισόδου στην Ευρώπη (Aljazeera English, 2012). Το 2010 σύμφωνα με την Frontex 9 στους 10 μετανάστες που εισήλθαν παράνομα στην Ευρώπη, εισήλθαν μέσω της Ελλάδος. Πολλοί μετανάστες που εισέρχονται στην Ελλάδα, ξαναφεύγουν μετά από χρονικό διάστημα (euractiv.gr, newsbeast.gr).

Ωστόσο, οι πολιτικές εξελίξεις στην Λιβύη και την Τυνησία το 2011, επανέφεραν την μετανάστευση προς την Ευρώπη μέσω της Ιταλίας (κυρίως μέσω της

νήσου Λαμπεντούζα). Η Ιταλία το 2011, μετά τις πολιτικές εξελίξεις στην βόρεια Αφρική, θεωρείται επίσης μιας από τις κύριες πύλες εισόδου μεταναστών προς την Ευρώπη (Εφημερίδα: Τα Νέα). Το 2011 αυξήθηκε περαιτέρω η μετανάστευση. Συγκεκριμένα σύμφωνα με την Frontex, τους πρώτους 9 μήνες του 2011 πέρασαν τα σύνορα 112.844 μετανάστες έναντι 76.697 την αντίστοιχη περίοδο του 2010.

2.1 Τα αίτια της μετανάστευσης προς την Ελλάδα

Η Ελλάδα αποτελεί μία από τις κυριότερες χώρες υποδοχής μεταναστών για τις χώρες του τρίτου κόσμου. Τα αίτια εισόδου των μεταναστών πηγάζουν από τις ιδιομορφίες από τις οποίες χαρακτηρίζεται η χώρα, και μπορεί να διακριθούν σε αίτια που συνδέονται με τη θέση αλλά και την κοινωνικό-πολιτική κατάσταση της Ελλάδος, όπως η γεωγραφική της θέση, (σταυροδρόμι τριών Ηπείρων) που συνδεόμενη με την αδυναμία αξιόπιστου ελέγχου των συνόρων της λόγω της μορφολογίας του εδάφους την καθιστούν εύκολα προσπελάσιμη.

Επίσης οι δημογραφικές εξελίξεις στην Ελλάδα έδρασαν σαν πόλος έλξης για τις υποβαθμισμένες χώρες αφού δημιουργήθηκε η ανάγκη για εργατικά χέρια από άτομα παραγωγικής ηλικίας (Πίνακας 2). Αυτό ήταν αποτέλεσμα της μαζικής μετανάστευσης των Ελλήνων προς τις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και Αμερικής όπου προκλήθηκε μεγάλη έλλειψη σε εργατικό δυναμικό στην Ελλάδα και στη συνέχεια επιτάθηκε από την υπογεννητικότητα κυρίως τη δεκαετία του 1980.

Σημαντική επίσης παράμετρος που αποτελεί αιτία μετανάστευσης προς την Ελλάδα είναι η οικονομική της ανάπτυξη. Το γεγονός ότι δημιουργήθηκαν και στην περιφέρεια πολλές εναλλακτικές δραστηριότητες και θέσεις κυρίως για ανειδίκευτο εργατικό δυναμικό, ένα ευρύ φάσμα ατόμων μετακινείται με σκοπό την αναζήτηση μιας καλύτερης ευκαιρίας στη ζωή. Για την κάλυψη αυτών των αναγκών, ενώ οι παλιννοστούντες αποφεύγουν την απασχόληση σε ανειδίκευτου και χαμηλού κοινωνικού κύρους εργασία, προσλαμβάνονται ως φτηνά εργατικά χέρια άτομα από τον μεταναστευτικό πληθυσμό που εργάζονται νόμιμα ή παράνομα και τις περισσότερες φορές χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Από υπολογισμούς που έχουν γίνει φαίνεται ότι το κόστος της παράνομης εργασίας είναι κατά 50% μικρότερο από το αντίστοιχο της

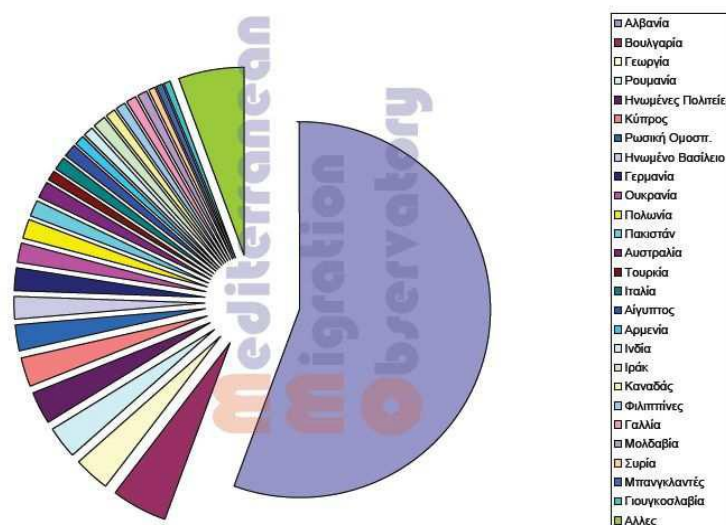
νόμιμης εργασίας, δίνοντας έτσι ευκαιρίες για απασχόληση και σε παράνομους μετανάστες.

Η μετανάστευση διαμορφώνει τις οικονομικές, κοινωνικές, και πολιτισμικές συνθήκες των περιοχών, δεν έχει φύλο, ηλικία και χρώμα. Καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ατόμων που μετακινείται είτε βίαια είτε με σκοπό τη διαμονή και μόνιμη εγκατάσταση σε άλλο τόπο.

Γενικά από έρευνες του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης (Δ.Ο.Μ) που διενεργούνται κατά καιρούς σε διαφορετικές περιοχές του πλανήτη αναφορικά με τους λόγους που ωθούν άτομα ή ομάδες σε μετανάστευση, αναδεικνύουν τα ίδια αποτελέσματα. Μερικοί από τους λόγους μετανάστευσης σύμφωνα με έρευνα του Δ.Ο.Μ. μπορούν να ενταχθούν στην γενικότερη κατηγορία των οικονομικών, πολιτικών και κοινωνικών λόγων όπως η απόφαση της οικογένειας να μεταναστεύσει κάποιο μέλος της, η πίεση ή ο εξαναγκασμός που δέχεται το άτομο από το ευρύτερο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον, η προσωπική επιλογή, λόγοι ανάγκης για οικονομική στήριξη της οικογένειας, η ελπίδα συγκέντρωσης κάποιου χρηματικού ποσού για προσωπική χρήση, η αναζήτηση αμειβόμενης εργασίας και η επιθυμία για μια καλύτερη ζωή.(Πίνακας 3) (Κατριβέση, 2007).

ΓΡΑΦΗΜΑ 3 Μεσογειακό Παρατηρητήριο Μετανάστευσης , Πάντειο Πανεπιστήμιο

ΣΧΗΜΑ 2: Κυριότερες Εθνικότητες, Απογραφή 2001



ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Μεσογειακό Παρατηρητήριο Μετανάστευσης , Πάντειο Πανεπιστήμιο

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Σημαντικοί λόγοι παραμονής στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία αδειών παραμονής 2003-4, κύριες εθνικότητες

Οικογενειακή συ	N	%	Σπουδές	N	%	Ετελέχη Εταιρειών	N	%	Σύζυγοι πολιτών Ε.Ε.	A+Θ	%	Άνδρες	N	Γυναίκες	N
Αλβανία	66,563	82.0	Αλβανία	827	17.8	Φιλιππίνες	394	17.7	Αλβανία	3,143	16.8	Αλβανία	633	Αλβανία	2,510
Βουλγαρία	4,189	5.2	Βουλγαρία	473	10.2	Γιουγκοσλαβία	230	10.3	Βουλγαρία	2,059	11.0	Γεωργία	412	Βουλγαρία	1,942
Ρουμανία	1,690	2.1	Ρουμανία	311	6.7	Λίβανος	196	8.8	Ρωσία	1,796	9.6	Αίγυπτος	365	Ουκρανία	1,597
Ουκρανία	1,399	1.7	Κίνα	266	5.7	Ινδία	189	8.5	Ουκρανία	1,699	9.1	Ρωσία	274	Ρωσία	1,522
Γεωργία	915	1.1	Γιουγκοσλαβία	223	4.8	Η.Π.Α.	131	5.9	Ρουμανία	1,323	7.1	Η.Π.Α.	263	Ρουμανία	1,222
Ρωσία	862	1.1	Συρία	195	4.2	Ρωσία	121	5.4	Γεωργία	1,164	6.2	Αρμενία	193	Γεωργία	752
Μολδαβία	700	0.9	Ιαπωνία	187	4.0	Ουκρανία	106	4.8	Πολωνία	820	4.4	Συρία	156	Πολωνία	726
Ινδία	620	0.8	Ουκρανία	180	3.9	Ιαπωνία	89	4.0	Η.Π.Α.	695	3.7	Τουρκία	149	Μολδαβία	557
Αίγυπτος	608	0.7	Αρμενία	178	3.8	Βουλγαρία	65	2.9	Μολδαβία	564	3.0	Πακιστάν	139	Γιουγκοσλαβία	437
Πολωνία	564	0.7	Ρωσία	160	3.4	Σρι Λάνκα	59	2.7	Αρμενία	560	3.0	Βουλγαρία	117	Η.Π.Α.	432
Γιουγκοσλαβία	537	0.7	Π.Γ.Δ.Μ.	146	3.1	Βοσνία Χερζ.	57	2.6	Γιουγκοσλαβία	538	2.9	Ινδία	108	Αρμενία	367
Αρμενία	408	0.5	Γεωργία	145	3.1	Αίγυπτος	53	2.4	Αίγυπτος	440	2.3	Ουκρανία	102	Καζακιστάν	199
Συρία	407	0.5	Παλαιστίνη	122	2.6	Ιαπωνία	50	2.2	Τουρκία	286	1.5	Ρουμανία	101	Π.Γ.Δ.Μ.	192
Άλλα κράτη	1,754	2.2	Άλλα κράτη	1,233	26.5	Κίνα	48	2.2	Καζακιστάν	284	1.5	Γιουγκοσλαβία	101	Ουζμπεκιστάν	164
Σύνολο	81,216		Σύνολο	4,646		Ιράκ	47	2.1	Π.Γ.Δ.Μ.	237	1.3	Άλλα κράτη	946	Φιλιππίνες	147
						Άλλα κράτη	390	17.5	Συρία	206	1.1	Σύνολο	4,059	Τουρκία	136
						Σύνολο	2,225		Ουζμπεκιστάν	203	1.1			Βραζιλία	132
									Άλλα κράτη	2,734	14.6			Τσεχία	129
									Σύνολο	18,751				Δημοκρατία	111
														Ελβετία	101
														Άλλα κράτη	1,317
														Σύνολο	14,692

ΠΗΓΗ: ΙΑΠΑΔ, 2004

2.2 Υποδοχή και εγκατάσταση των μεταναστών « χωρίς έγγραφο » στα Κέντρα Κράτησης στην Ελλάδα

Όταν οι μετανάστες εισέρχονται στην Ελλάδα συλλαμβάνονται και οδηγούνται στα κέντρα κράτησης μεταναστών. Σύμφωνα με τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα οι συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα κράτησης είναι τραγικές, απάνθρωπες και επικρατεί συνωστισμός. Αναλυτικότερα, στα κέντρα κράτησης Χίου, Σάμου, Λέσβου και Έβρου κατεγράφησαν:

Μη τακτικότητα και επάρκεια ιατρικής φροντίδας. Αν και σε κάποια κέντρα κράτησης υπάρχει καθημερινά ιατρός, ο όγκος του μεταναστευτικού πληθυσμού και η συχνότητα με την οποία η εισροή αυτού αλλάζει κατά τη θερινή περίοδο δημιουργεί εύλογες ανησυχίες ως προς την αποτελεσματικότητα και την επάρκεια της ιατρικής φροντίδας.

Απουσία ενιαίας πολιτικής ως προς την παροχή ιατρικής φροντίδας. Δεν υπάρχει ενιαίος τρόπος υποδοχής και εξέτασης των μεταναστών. Σε κάποιες περιπτώσεις όλοι οι μετανάστες εξετάζονται στο νοσοκομείο, σε κάποιες άλλες απλά πρέπει να υπάρξει

ανάγκη ή συγκεκριμένος λόγος για να γίνει αυτό ή κάποιο αίτημα. Δεν υπάρχει σαφές ιατρικό πρωτόκολλο που να εφαρμόζεται εν γένει για τις βασικές εξετάσεις στον πληθυσμό αυτό. Η όποια ιατρική φροντίδα σταματά ουσιαστικά κατά την έξοδο των ατόμων από τα κέντρα κράτησης (ημέρες ή εβδομάδες αργότερα). Το νομοθετικό πλαίσιο δεν δίνει δυνατότητα πρόσβασης και περαιτέρω παρακολούθησης των ιατρικών τους αναγκών ή διασύνδεσης με κεντρικές υγειονομικές υπηρεσίες στην Αθήνα (εκτός από επείγουσες περιπτώσεις). Οι οξείες ιατρικές περιπτώσεις περιθάλπονται αλλά η θεραπεία για τις χρόνιες ασθένειες εξαρτάται από την καλή θέληση των γιατρών που δεν έχουν ξεκάθαρη εικόνα ως προς το βαθμό που μπορούν να βοηθήσουν τους μετανάστες. Σε περιπτώσεις φυματίωσης και χρόνιων παθήσεων/λοιμώξεων αβέβαιη είναι η συνέχιση της θεραπείας. Μετά από περίοδο κράτησης, οι μετανάστες αφήνονται ελεύθεροι από κάποια κέντρα, μόνο με θεραπεία 2 εβδομάδων ή ενός μηνός και παραπέμπονται στο νοσοκομείο στην Αθήνα ασυνόδευτοι. Φαίνεται ότι κανείς από τους μετανάστες δεν πηγαίνει τελικά εκεί, προφανώς εξαιτίας της έλλειψης πληροφόρησης, επικοινωνίας και του φόβου. Τέλος, υπό τις συνθήκες που επικρατούν είναι πολύ δύσκολο να ελεγχθούν τυχόν μεταδοτικές ασθένειες, δερματικές παθήσεις (ψώρα) ή λοιμώξεις.

Ελλείψεις σε προσωπικό στα Κέντρα Κράτησης. Σε όλα σχεδόν τα κέντρα κράτησης ο αριθμός των εργαζομένων δεν επαρκεί, με εξαίρεση το Κέντρο Κράτησης της Σάμου.

Μη αποδεκτές συνθήκες διαβίωσης. Δίχως ζεστό νερό, δίχως επαρκή αερισμό και διαβιώνοντας σε μέρη που χρησιμοποιούνταν ως αποθήκες, η πραγματικότητα που έχουμε καταγράψει για τους μετανάστες στα κέντρα κράτησης αποτελεί μάλλον εύφορο έδαφος για την εμφάνιση ή επιδείνωση ασθενειών. Τα λουτρά και οι τουαλέτες δεν επαρκούν, ενώ σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι καθαρές ή δε συντηρούνται επαρκώς.

Σύνθετη και μάλλον μη αποτελεσματική διάκριση αρμοδιοτήτων. Στα κέντρα κράτησης δεν υπάρχει πρακτικά μια ξεκάθαρη διάκριση ρόλων μεταξύ Νομαρχίας, Αστυνομίας και Νοσοκομείων.

Ελλιπής μέριμνα για τις Ευπαθείς ομάδες. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των ασυνόδευτων παιδιών για τα οποία δε φαίνεται να υπάρχει μια ενιαία προσέγγιση αλλά αντιμετωπίζονται κατά περίπτωση.

Απουσία μεταφραστή. Η απουσία μεταφραστή στα κέντρα δυσχεραίνει την αποτελεσματική χρήση των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών, εμποδίζει την

πρόσβαση σε εξαιρετικά σημαντικές για τον πληθυσμό πληροφορίες, όπως η διαδικασία ασύλου και το λεπτομερές νομικό καθεστώς. Η παρατήρηση αυτή ισχύει για όλα σχεδόν τα κέντρα κράτησης.

Απουσία επαγγελματία ψυχικής υγείας. Η απουσία επαγγελματία ψυχικής υγείας καθιστά μη εφικτή την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και τη διερεύνηση καταστάσεων που χρήζουν περαιτέρω βοήθειας. Η προσφορά ψυχολογικής αρωγής είναι ιδιαίτερα σημαντική για ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (όπως παιδιά, έγκυοι, μετανάστες, θύματα βίαιης μεταχείρισης)- ειδικά υπό τις αγχώδεις συνθήκες ενός κέντρου κράτησης (Γιατροί Χωρίς Σύνορα – Ελληνικό Τμήμα, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Νομοθετικό πλαίσιο

Το φαινόμενο της μετανάστευσης έχει οδηγήσει την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση στην θέσπιση νόμων. Από το 1991 η Συμφωνία Σένγκεν τέθηκε σε εφαρμογή και η Ευρωπαϊκή Ένωση απέκτησε ενιαία σύνορα. Το 2004 δημιουργήθηκε η FRONTEX (Ευρωπαϊκή δύναμη φύλαξη των συνόρων) με σκοπό τον περιορισμό της μετανάστευσης (Καλοφωλιάς, 2011).

3.1 Ευρωπαϊκή Ένωση

Οι κυριότερες πτυχές του κανονιστικού πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την μετανάστευση είναι :

- **Συνθήκη Αμστερνταμ (1999):** Τέθηκε σε ισχύ το 1999 και εφαρμόστηκαν στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα πολιτικές που αφορούν το έλεγχο των εξωτερικών συνόρων, το άσυλο, τα δικαιώματα υπηκόων τρίτων χωρών και την διαχείριση των μεταναστευτικών ροών.
- **Συμβούλιο Τάμπερε (1999):** Αποφασίστηκε η συνεργασία με τις χώρες προέλευσης των μεταναστών, κοινό ευρωπαϊκό σύστημα ασύλου, δίκαιη μεταχείριση υπηκόων τρίτων χωρών και πλαίσιο νόμιμης μετανάστευσης αλλά και λήψη μέτρων κατά της παράνομης.
- **Συμβούλιο Λάακεν (2001):** Διαπιστώθηκε ότι οι στόχοι του Τάμπερε δεν υλοποιήθηκαν και συμφωνήθηκε να ενισχυθεί η συνεργασία των χωρών για το μεταναστευτικό ζήτημα.
- **Συμβούλιο Σεβίλλης (2002):** Συζητήθηκε τα προγράμματα επαναπατρισμού / επανεισδοχής παράνομων μεταναστών αλλά και η φύλαξη των συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- **Συμβούλιο Θεσσαλονίκης (2003):** Πρότασης δημιουργίας της Ευρωπαϊκής δύναμης FRONTEX (ειδική δύναμη φύλαξης των εξωτερικών συνόρων της Ευρωπαϊκής Ένωσης).
- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2003):** Πρόγραμμα Χάγης 2005-2010 με τις εξής προτεραιότητες: α) διευκόλυνση νόμιμης μετανάστευσης, καταπολέμησης της

"μαύρης εργασίας" και έλεγχο της παράνομης μετανάστευσης, β) η μεταναστευτική πολιτική γίνεται ατζέντα των εξωτερικών υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γ) ενσωμάτωση μεταναστών και δ) κοινό σύστημα απόδοσης ασύλου για την Ευρωπαϊκή Ένωση.

- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2005):** Σφαιρική αντιμετώπιση μετανάστευσης με συνεργασία χωρών προέλευσης, διέλευσης και προορισμού.
- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2007):** Ίδρυση *Ευρωπαϊκού Ταμείου Ένταξης* υπηκόων τρίτων χωρών για την περίοδο 2007-2013.
- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2008):** Έγκριση του *Ευρωπαϊκού Συμφώνου για την Μετανάστευση και το Άσυλο*: α) οργάνωση της νόμιμης μετανάστευσης βάση δυνατοτήτων κάθε κράτους-μέλους (σε επίπεδο αγοράς εργασίας, στέγασης και κοινωνικών υπηρεσιών κ.α.) και την ενθάρρυνση ενσωμάτωσης, β) καταπολέμηση παράνομης μετανάστευσης - επαναπατρισμός, γ) ενίσχυση φύλαξης συνόρων και δ) η Ευρώπη συγκροτείται ως χώρα ασύλου.
- **Συμβούλιο Βρυξελλών (2009):** Ψήφιση του *Πρόγραμμα της Στοκχόλμης (2010-2014)*: α) μηχανισμός αξιολόγησης συμφωνιών επανεισδοχής, β) συμφωνίες επανεισδοχής με χώρες όπως Αφγανιστάν ή Ιράκ, γ) χρηματοδότηση για υποδομές σε τρίτες χώρες για διαχείριση της παράνομης μετανάστευσης και δ) διάλογος με τρίτες χώρες για αποφυγής των ανθρωπιστικών τραγωδιών της παράνομης μετανάστευσης (λόγω επικινδυνότητα μεθόδων μετανάστευσης) (Καλοφωλιάς, 2011).

3.2 Ελλάδα

Η Ελλάδα λόγω της κακής οικονομικής κατάστασης δεν προσέλκυε οικονομικούς μετανάστες αλλά αντίθετα ωθούσε Έλληνες στην μετανάστευση. Η Ελλάδα ως χώρα υποδοχής μεταναστών έγινε την δεκαετία του 1990 και τότε ξεκίνησε η διαμόρφωση της μεταναστευτικής πολιτικής.

- **Νόμος 1975/1991** με τίτλο "Είσοδος, έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης προσφύγων και άλλες διατάξεις". Μέχρι τότε υπήρχε μόνο ο Νόμος 4310/1929 ήταν ανεπαρκής αφού αφορούσε ζητήματα των προσφύγων από την Μικρά Ασία. Ο νέος νόμος 1975/1991

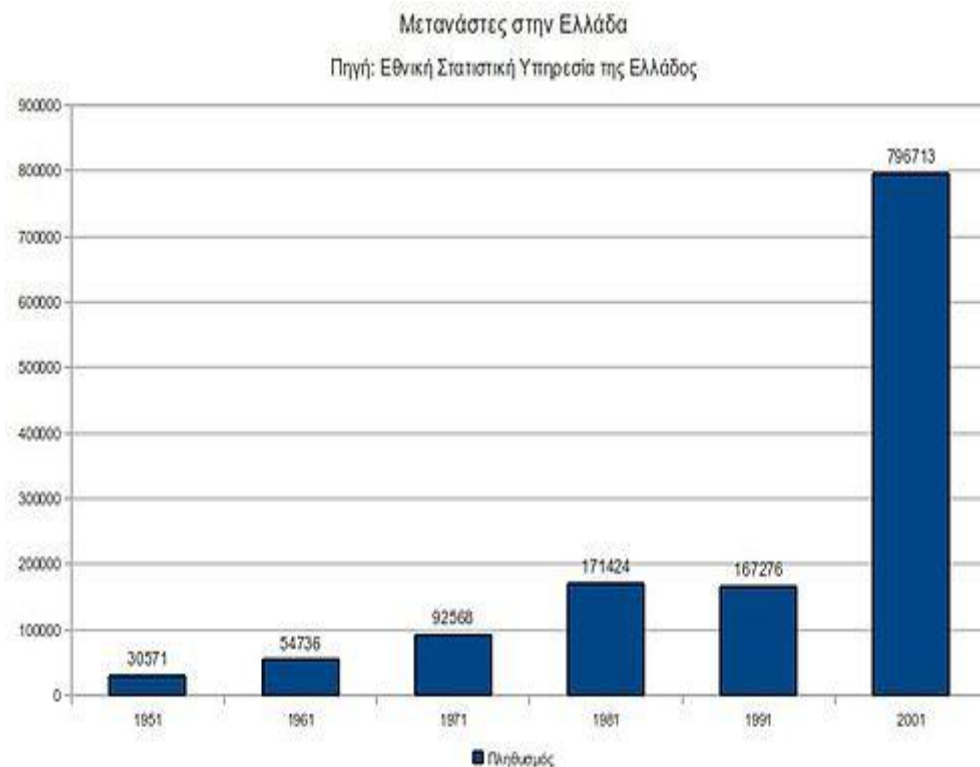
καθορίζει τις προϋποθέσεις εισόδου και παραμονής μεταναστών στην Ελλάδα αλλά και απέλαση όσων ήταν χωρίς νομικές διατυπώσεις. Η ποινή φυλάκισης έως πέντε χρόνια προβλέπεται με τον νόμο αυτό σε όποιον εισέρχεται παράνομα στην Ελλάδα.

- **Νόμος 2910/2001** με τίτλο "Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις". Παρόλο που ο νόμος 1975/1991 ήταν αυστηρός κατά την μετανάστευση οι παράνομες μεταναστευτικές ροές αυξάνονται και δημιουργείται η ανάγκη για αντιμετώπιση του ζητήματος, αναγνωρίζοντας ότι οι μετανάστες συμβάλουν στην οικονομία και κοινωνία. Ο νέος νόμος μεταφέρει την μεταναστευτική πολιτική από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης στο Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Παράλληλα μειώνεται από 15 σε 2 έτη ο απαιτούμενος χρόνος διαμονής του μετανάστη για το δικαίωμα στην οικογενειακή επανένωση. Οι ανήλικοι μετανάστες αποκτούν το δικαίωμα στην υποχρεωτική εκπαίδευση. Επίσης κατοχυρώνεται η πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα δικαιοσύνης και κοινωνικής προστασίας και ρυθμίζεται η πολιτογράφηση.
- **Νόμος 3386/2005** με τίτλο "Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική επικράτεια" ο οποίος θεωρείται βασικό νομοθέτημα της Ελληνικής μεταναστευτικής πολιτικής. Με τον νέο νόμο μειώνεται η γραφειοκρατία ενοποιώντας την άδεια εργασίας και διαμονής μεταναστών σε ένα έγγραφο. Γίνεται καμπάνια νομιμοποίησης παράτυπων μεταναστών και ενσωματώνεται η κοινοτική οδηγία 2003/86 για την οικογενειακή επανένωση των μεταναστών. Επίσης ενσωματώνεται η κοινοτική οδηγία 2003/109 για το καθεστώς του επί μακρόν διαμένοντος αλλοδαπού με συμπλήρωση πενταετούς διαμονής στην Ελλάδα και την γνώση της Ελληνικής γλώσσας, πολιτισμού και ιστορίας. Παράλληλα προβλέπονται ποινικές, οικονομικές και διοικητικές κυρώσεις σε όσους παρέχουν υπηρεσίες σε παράνομους μετανάστες/υπηκόους τρίτων χωρών.
- **Νόμος 3386/2007** με τίτλο "Ειδικές ρυθμίσεις θεμάτων μεταναστευτικής πολιτικής και λοιπών ζητημάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης". Με τον νόμο αυτό διευκολύνονται οι

μετανάστες στην εξαγορά του 20% των ενσήμων που απαιτούνται να συμπληρώσουν για να ανανεώσουν την άδεια παραμονής τους. Επίσης οι γονείς μεταναστών μπορούν να νομιμοποιούνται όταν τα παιδιά τους φοιτούν στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

- **Νόμος 3838/2010** με τις προϋποθέσεις απόκτησης Ελληνικής ιθαγένειας. Τροποποιείται ο κώδικας Ελληνικής ιθαγένειας ο οποίος βασιζόταν στην αρχή του δίκαιου του αίματος. Με τον νέο νόμο τα παιδιά μεταναστών αποκτούν την Ελληνική ιθαγένεια με την γέννησή τους στην Ελλάδα με προϋπόθεση ότι οι δύο γονείς διαμένουν στην Ελλάδα μόνιμα και νόμιμα για 5 συνεχόμενα έτη. Επίσης παιδιά μεταναστών τα οποία έχουν παρακολουθήσει τουλάχιστον 6 έτη ελληνικού σχολείου, κατοικούν μόνιμα και νόμιμα στην χώρα, δικαιούνται την Ελληνική ιθαγένεια. Οι αλλοδαποί οι οποίοι επιθυμούν την πολιτογράφηση ως Έλληνες θα πρέπει να διανέμουν νόμιμα για επτά συνεχόμενα έτη, να έχουν λευκό ποινικό μητρώο, γνώση ελληνικών, ομαλή ένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή αλλά και εξοικείωση με τους θεσμούς του πολιτεύματος (Καλοφωλιάς, 2011).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1 Μετανάστες στην Ελλάδα



Διάγραμμα με αριθμό μεταναστών στην Ελλάδα από την δεκαετία του 1951 μέχρι την δεκαετία του 2001. Πηγή Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας - το διάγραμμα είναι από το βιβλίο "Το Μεταναστευτικό Ζήτημα στη Μεσόγειο (Ισπανία - Ιταλία - Ελλάδα)" σελ. 33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μετανάστες και υγεία

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), η « υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και δεν συνίσταται μόνο στην απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ασφαλώς ο ορισμός είναι αρκετά ευρύς, ώστε να περιλαμβάνει την κοινωνική πρόοδο και την ευημερία ως συστατικά της έννοιας, αναγνωρίζοντας έτσι ότι ο μακροχρόνια άνεργος ή αυτός που βιώνει μια κατάσταση φτώχειας δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα υγιής.

Επίσης ο Π.Ο.Υ. προσδιορίζει την ισότητα στη φροντίδα υγείας μέσα στο πλαίσιο της δίκαιης και ισομερούς κατανομής των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων προς όφελος όλου του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα ορίζει την ισότητα στη φροντίδα υγείας σε τρία επίπεδα: ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα για ίση ανάγκη, ίση χρησιμοποίηση για ίση ανάγκη και ίση ποιότητα για όλους.

Η πρώτη περίπτωση αναφέρεται στα ίσα δικαιώματα στις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες κατανέμονται δίκαια γεωγραφικά με βάση τις ανάγκες εξασφαλίζοντας εύκολη πρόσβαση σε κάθε γεωγραφική περιοχή χωρίς την ύπαρξη άλλων εμποδίων. Ίση χρησιμοποίηση για ίση ανάγκη σημαίνει εξάλειψη της περιορισμένης χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών λόγω κοινωνικών και οικονομικών δυσχερειών. Ίση ποιότητα για όλους, τέλος, σημαίνει ίδιο υψηλό επίπεδο επαγγελματικής φροντίδας εκ μέρους των προμηθευτών προς όλους, οργάνωση των υπηρεσιών με τρόπο ώστε να γίνονται αποδεκτές από όλα τα τμήματα της κοινωνίας, και, βέβαια, παροχή των υπηρεσιών με βάση την ανάγκη και όχι την κοινωνική επιρροή (Whitehead, 1990).

4.1 Υγειονομικές ανάγκες

Τα άτομα που μεταναστεύουν, συνήθως, προέρχονται από χώρες που αντιμετωπίζουν καταστάσεις πού δύσκολες, όπως πόλεμοι, πολιτικές/κοινωνικές αναταραχές ή οικονομική ύφεση, οι οποίες τους εξαναγκάζουν να εγκαταλείψουν την πατρίδα τους. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα χάνουν τους κοινωνικούς, πολιτισμικούς και οικονομικούς δεσμούς που έχουν με τη χώρα καταγωγής τους, ενώ από την άλλη πλευρά έχουν να

αντιμετωπίσουν μια διαφορετική χώρα, διαφορετική γλώσσα, καθώς και τη βαθμιαία προσαρμογή σε μια νέα κουλτούρα (Sundquist, 2001).

Τα υγειονομικά προβλήματα των μεταναστών και των προσφύγων έτσι όπως έχουν καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται συνοπτικά παρακάτω:

Σωματικές ανάγκες. Έρευνες στη Βρετανία έχουν δείξει ότι ένας στους έξι πρόσφυγες, έχουν σοβαρά σωματικά προβλήματα υγείας ικανά να επηρεάσουν την υγεία τους. Ηπατίτιδα και μηνιγγίτιδα είναι ασθένειες που συνδέονται με τη χώρα προέλευσης (π.χ. άτομα από Καμπότζη και υπο – σαχάρια Αφρική για ηπατίτιδα Β) (Walker, 1999). Παρασιτικές ασθένειες όπως γαστρεντερικές διαταραχές αναφέρθηκαν από το 25% των αιτούντων άσυλο στην Αυστραλία και τη Βρετανία κυρίως στους νέους άντρες (Sinnerbrink et al, 1996). Το *helicobacter pylori* είναι συνηθισμένο σε πληθυσμούς από φτωχές χώρες, ενώ υψηλά ποσοστά διαβήτη, υπέρτασης και στεφανιαίας νόσου παρατηρήθηκαν σε πληθυσμούς προερχόμενους από την Ανατολική Ευρώπη. Στα παιδιά και στους εφήβους παρατηρήθηκε ανεπαρκής εμβολιασμός. Επίσης, καταγράφονται κακή διατροφή/υποσιτισμός και υγιεινή, καθώς και σημαντικά οδοντιατρικά προβλήματα (Burnett, 2001).

Ψυχικές ανάγκες. Τα δύο τρίτα των προσφύγων παρουσιάζουν άγχος και κατάθλιψη. Επίσης, συμπτώματα πανικού και αγοραφοβίας είναι πολύ συχνά και συνήθως αποτελούν αντιδράσεις των προσφύγων τόσο στο παρελθόν όσο και σε τρέχουσες καταστάσεις (Burnett, 2001). Ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική τους υγεία, καθώς επίσης η εχθρότητα και ο ρατσισμός. Μεγάλο ποσοστό κυρίως προσφύγων είναι άνεργοι και ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές, γεγονός το οποίο συνεπάγεται έναν αυξανόμενο κίνδυνο (φυλετικό και κοινωνικό) κοινωνικής απομόνωσης και γκετοποίησης που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική υγεία.

Οι γυναίκες και τα παιδιά αποτελούν τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και επηρεάζονται περισσότερο. Οι γυναίκες κυρίως πρόσφυγες είναι περισσότερο ευάλωτες στις σωματικές επιθέσεις, τη σεξουαλική κακοποίηση και την οικογενειακή βία. Είναι λιγότερο πιθανό να γνωρίζουν ανάγνωση και γραφή. Αναφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άντρες κακή υγεία και κατάθλιψη. Αναλαμβάνουν (κυρίως στην αρχή) ρόλους και υποχρεώσεις αποκλειστικά με τη φροντίδα των παιδιών και του νοικοκυριού παραμένοντας μόνες και απομονωμένες.

Τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν αναπτυξιακές δυσκολίες λόγω των πολλαπλών ρόλων που καλούνται να αναλάβουν, όπως οικογενειακές υποχρεώσεις, είναι πιο ώριμα για την ηλικία τους, ενώ σε άλλες περιπτώσεις, όπως το σχολείο, παρουσιάζουν ανωριμότητα. Επίσης μπορεί να παρουσιάσουν άγχος, εφιάλτες, αντικοινωνικότητα ή υπερ-ενεργητικότητα, ενώ καταγράφεται ότι ένα μικρό ποσοστό χρειάζεται ψυχιατρική φροντίδα.

4.2 Εμπόδια στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας

Η εθνότητα είναι ένα χαρακτηριστικό που σχετίζεται με την ανισότητα στη χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών (Cooper, 1998). Στη Βρετανία παρατηρήθηκε ότι μειονοτικές ομάδες (νότια Ασία, Καραϊβική, Κίνα) χρησιμοποιούν το ίδιο ή περισσότερο τους γενικούς γιατρούς (πρωτοβάθμια φροντίδα) σε σύγκριση με τους λευκούς, ενώ παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά νοσοκομειακής φροντίδας και κυρίως εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Η ίδια εικόνα παρουσιάζεται και με τα παιδιά και τους νέους των μειονοτικών ομάδων. Η ανισότητα δεν εντοπίζεται στο πρώτο στάδιο της επαφής με το βρετανικό υγειονομικό σύστημα, που είναι ο γενικός γιατρός, αλλά στο στάδιο της παραπομπής στο οποίο τα άτομα που προέρχονται από μειονότητες παραπέμπονται σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας λιγότερο σε σύγκριση με τον λευκό πληθυσμό με παρόμοιες υγειονομικές ανάγκες (Smaje, 1997). Παρόμοια αποτελέσματα κατέδειξε και έρευνα στην Ολλανδία σχετικά με τις διαφορές που παρατηρούνται στα πρότυπα χρήσης υπηρεσιών υγείας μεταξύ εθνοτικών ομάδων (Stronks, 2001). Η μικρότερη συχνότητα με την οποία λαμβάνουν τις παραπομπές για δευτεροβάθμια φροντίδα σχετίζεται και με την ποιότητα των λαμβανόμενων υπηρεσιών.

Άλλες έρευνες έδειξαν ότι οι μετανάστες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να χρησιμοποιήσουν τα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό γεγονός το οποίο αποδίδεται στην ευκολία πρόσβασης αφενός και αφετέρου στην άγνοια από μέρους των μεταναστών για το σύστημα υγείας (Cotts et al, 2007). Επίσης, τα υψηλά ποσοστά χρήσης των επειγόντων περιστατικών στη Δανία από συγκεκριμένες ομάδες μεταναστών (Τουρκία, Σομαλία, πρώην Γιουγκοσλαβία) εξηγούνται από το διαφορετικό επίπεδο υγείας, τα εμπόδια στη χρήση της

πρωτοβάθμιας φροντίδας λόγω δυσκολίας στην επικοινωνία (π.χ. ραντεβού) κ.α. (Morredam, 2004).

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει καταγραφεί μια σειρά πρακτικών εμποδίων που περιορίζουν την πρόσβαση των διαφόρων εθνοτήτων στις υπηρεσίες υγείας, όπως:

Έλλειψη γνώσης για το υγειονομικό σύστημα της χώρας υποδοχής. Η απουσία ή η ανεπαρκής πληροφόρηση για τη δομή και τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, καθώς και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, εμποδίζει τους μετανάστες και τους πρόσφυγες να χρησιμοποιήσουν τη σωστή υπηρεσία στον κατάλληλο χώρο για να ικανοποιήσουν την υγειονομική τους ανάγκη (Παππά, 2008).

Δυσκολία στην επικοινωνία. Προβλήματα που αφορούν τη γλώσσα αναφέρονται ως το κυριότερο εμπόδιο στη ζήτηση υπηρεσιών κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας (Flores et al, 1998). Η μη γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής εμποδίζει την πρόσβαση στην πληροφορία σχετικά με την υγεία και τη φροντίδα υγείας και δυσκολεύει τη χρήση, όπως π.χ. το τηλεφωνικό ραντεβού. Επίσης, τα γλωσσικά εμπόδια σχετίζονται με την ανεπαρκή παροχή και εκπαίδευση μεταφραστών (Morredam, 2005).

Ο φόβος της διάκρισης. Οι διαφορές στη γλώσσα και την κουλτούρα μεταξύ γιατρών και μεταναστών οδηγούν σε στερεότυπες αντιλήψεις από την πλευρά των γιατρών, οι οποίοι γενικεύουν συμπεριφορές όταν συναντούν καινούριους αλλοδαπούς ασθενείς αφενός και αφετέρου αδιαφορούν με το γεγονός ότι οι μετανάστες διαφέρουν ατομικά και ότι η κουλτούρα δεν είναι στατική, αλλά αλλάζει (Morredam et al, 2004). Η στάση αυτών των γιατρών έχει σαν αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να διακατέχονται από τα συναισθήματα της παραμέλησης και της αδιαφορίας.

Χαμηλή ικανοποίηση. Εκτός της ύπαρξης στερεοτύπων στους επαγγελματίες υγείας (όπως αναφέρθηκε και παραπάνω), η εμπειρία των αλλοδαπών ασθενών από τα συστήματα υγείας των χωρών τους, καθώς και οι προσδοκίες τους για το σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής, επηρεάζουν σημαντικά το επίπεδο ικανοποίησής τους (Karmi, 1992). Η εμπειρία των υγειονομικών συστημάτων από τις χώρες προέλευσης διαμορφώνει σε ένα μεγάλο βαθμό την αποδοχή και τις προσδοκίες των αλλοδαπών ασθενών για το σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής. Συνήθως οι μετανάστες και οι πρόσφυγες προέρχονται από χώρες όπου τα υγειονομικά τους συστήματα παρουσιάζουν σοβαρές αδυναμίες και δυσλειτουργίες και ανυπαρξία της πρωτοβάθμιας φροντίδας

υγείας (Burnett, 2001). Η μετανάστευση σε χώρες της Ευρώπης με ανεπτυγμένα συστήματα υγείας και αναβαθμισμένο το ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας προκαλεί απογοήτευση και χαμηλή ικανοποίηση (π.χ. η αντιμετώπιση περιστατικού από την πρωτοβάθμια φροντίδα, - όταν με βάση τη δική τους εμπειρία – θα ανέμεναν την εισαγωγή σε νοσοκομείο).

Πολιτισμικά εμπόδια. Κυρίως σχετίζονται με τη διαφορετική κουλτούρα και τον τρόπο που προσεγγίζουν την ασθένεια οι μετανάστες και οι πρόσφυγες, καθώς επίσης οι διαφορετικές αντιλήψεις για τον ρόλο των επαγγελματιών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Οι πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των εθνοτικών ομάδων υπονοούν ότι τα άτομα αντιλαμβάνονται διαφορετικά τη σωματική και ψυχική τους υγεία γεγονός, το οποίο ίσως δικαιολογεί και τη διαφορετική χρήση υπηρεσιών υγείας που γίνεται από τους μετανάστες (Παππά, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Το σύστημα υγείας και το δικαίωμα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες

5.1 Το ελληνικό σύστημα υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό και βασίζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), στα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης και σε μικρότερο βαθμό στην ιδιωτική ασφάλιση και τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Το ΕΣΥ παρέχει ιατρική κάλυψη συνολικά στον πληθυσμό που διαμένει νόμιμα στη χώρα, ενώ τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης προσφέρουν υπηρεσίες υγείας, πρωτίστως πρωτοβάθμια, στους δικαιούχους τους. Ιδιωτικά ιατρεία, νοσοκομεία και μαιευτήρια καλύπτουν επίσης ένα σημαντικό κομμάτι της ζήτησης. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική και καλύπτει τους εργαζόμενους και συνταξιούχους και τα εξαρτημένα από αυτούς μέλη. Για τους αλλοδαπούς που προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχουν ρυθμίσεις που εξασφαλίζουν την κάλυψή τους σε συνεργασία με τα ασφαλιστικά ταμεία των χωρών τους.

Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας προσφέρονται κατά κανόνα δωρεάν στα αγροτικά ιατρεία, τα δημοτικά πολυϊατρεία, τα πολυϊατρεία που λειτουργούν μη κυβερνητικές οργανώσεις, τα περιφερειακά κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. Όσον αφορά τη δευτεροβάθμια περίθαλψη και τη φαρμακευτική κάλυψη το κόστος καλύπτεται είτε εξολοκλήρου είτε μερικώς από τα ασφαλιστικά ταμεία για όσους είναι ασφαλισμένοι ή από το ταμείο απορίας για τους Έλληνες ανασφάλιστους με χαμηλό εισόδημα.

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από το κράτος (τον κεντρικό προϋπολογισμό) και από τις συνεισφορές των ασφαλισμένων και εργοδοτών στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Παρόλα αυτά οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 50% της συνολικής δαπάνης για την υγεία (Παππά, 2008).

5.2 Μετανάστευση και Ε.Σ.Υ.

Το φαινόμενο των μεταναστών είναι ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο καταγράφεται μεταξύ εκείνων που απαιτούν άμεση δράση και αποτελεσματική εφαρμογή μέτρων άμβλυνσης των αρνητικών επιπτώσεων.

Τα τελευταία χρόνια οι μετακινήσεις μεταναστών προς την Ελλάδα και το μεγάλο ποσοστό παράνομων εισόδων αποτέλεσε μεγάλο πλήγμα για το ΕΣΥ, το οποίο ήταν στη φάση ανασυγκρότησής του. Οι νοσηλείες τους που κατά το 90% τα πρώτα χρόνια επιβάρυναν εξ ολοκλήρου τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων, έθεσαν εκτός ελέγχου πολλά προγράμματα αναμόρφωσης, ανάπτυξης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας(Γαϊτανίδου, 2000).

Το έλλειμμα που αφήνουν οι μετανάστες στα νοσοκομεία είναι απόρροια του γεγονότος ότι μεγάλο ποσοστό αυτών δεν διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη. Είναι ενδεικτικό ότι σε διάστημα τριών μόλις μηνών (τους πρώτους μήνες του 2000) το συνολικό κόστος των νοσηλευθέντων ανασφάλιστων μεταναστών άγγιξε τα 341.153.465 δρχ. Έπειτα από μόλις τρία χρόνια, το 2003, το ετήσιο κόστος νοσηλείας των ανασφάλιστων μεταναστών κυμαίνεται στα 4.000.000 € (Nikolopoulos, 2005). Οι περισσότεροι αυτής της κατηγορίας απαντώνται ιδιαίτερα στην γεωργία και τον τουρισμό(Τριανταφυλλίδου, 2010).

Τα πρόσφατα κύματα των μεταναστών 2002-2010 αποτελούνται κυρίως από αδήλωτους μετανάστες από την Αφρική και την Ασία οι οποίοι απασχολούνται βασικά σε εποχικές αγροτικές εργασίες. Για την έκδοση της πράσινης κάρτας ζητούν από τους εργοδότες τους να αποκτήσουν μόνο έναν αριθμό ενσήμων και στη συνέχεια μένουν ανασφάλιστοι. Έτσι λοιπόν οποιαδήποτε νοσηλεία τους εκκρεμεί και τελικά έχει ως επακόλουθο την επιβάρυνση του νοσοκομειακού προϋπολογισμού (Παπαδόπουλος, 2007).

Βέβαια οι διακρατικές Συμφωνίες στον τομέα της δημόσιας υγείας που κυρώθηκαν από την Ελλάδα και μία σειρά άλλων χωρών, παραχώρησαν το δικαίωμα της δωρεάν περίθαλψης κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις διευκολύνοντας μεγάλο αριθμό μεταναστών στην πρόσβασή τους στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Ωστόσο αφενός λόγω του γεγονότος ότι οι Συμφωνίες αυτές δεν συνάφθηκαν με το σύνολο των χωρών προέλευσης μεταναστών στην χώρα μας και αφετέρου του μεγάλου αριθμού νοσηλευθέντων με το ταυτόχρονα μεγάλο κόστος τους, το πρόβλημα που δημιουργούν οι μετανάστες στα νοσοκομεία του ΕΣΥ δεν επιλύθηκε. Το σημαντικότερο άμεσο

αποτέλεσμα ήταν μέσω εφαρμογής του θεσμικού πλαισίου (εγκύκλιοι και διατάξεις) να τεθούν οι προϋποθέσεις εισόδου και νοσηλείας των μεταναστών.

Βάσει των συνθηκών αυτών και στα πλαίσια ανάπτυξης της συνεργασίας με άλλες χώρες στον τομέα της υγείας, η Ελλάδα υπέγραψε συμφωνίες (διμερείς) με εννέα άλλες: Τσεχία, Σλοβακία, Αλβανία, Βουλγαρία, Ρουμανία, Αρμενία, Κύπρος, Ουγγαρία, Μάλτα. Βέβαια το πρόβλημα των μεταναστών και της νοσηλείας τους δεν είναι το ίδιο από όλες αυτές τις χώρες, αλλά γεωπολιτικοί λόγοι και λόγοι στρατηγικής επέβαλλαν τη σύναψη συμφωνιών και με αυτές.

Η ισχύ των Διακρατικών Συμφωνιών ποικίλει και ο χρονικός ορίζοντας που τίθεται είναι από 2 έως 5 έτη με ταυτόχρονη ανανέωση του χρόνου ισχύς αν συμφωνηθεί και από τα δύο συμβαλλόμενα μέρη.

Τα άρθρα των Συμφωνιών περιλαμβάνουν πολλά θέματα για την ανάπτυξη συνεργασίας στον τομέα της υγείας ώστε οι κοινές προσπάθειες να επιταχύνουν τις λύσεις ιατρικών προβλημάτων κοινού ενδιαφέροντος. Για όλες τις χώρες αναφέρεται η δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη να παρέχεται μόνο σε επείγουσες περιπτώσεις και σε οξείες ασθένειες οι οποίες χρήζουν άμεση φροντίδα εφόσον υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή. Η εν λόγω παροχή προσφέρεται έως τη σταθεροποίηση της υγείας και κατά τη διάρκεια της προσωρινής τους διαμονής στη χώρα. Διαφοροποίηση από αυτές τις προϋποθέσεις παρουσιάζουν κυρίως δύο χώρες: η Αλβανία και η Κύπρος.

Δωρεάν περίθαλψη σε Αλβανούς υπηκόους παρέχεται, εκτός από έκτακτες περιπτώσεις κατά τη διάρκεια της προσωρινής τους διαμονής, σε 300 Αλβανούς έπειτα από Υπουργική Απόφαση. Ανάλογα ισχύει και για τους Κύπριους υπηκόους χωρίς τον περιορισμό του αριθμού τους. Η Υπουργική Απόφαση εκδίδεται έπειτα από συνεννόηση των δύο Υπουργείων Υγείας, Ελλάδας και Κύπρου.

Μπορεί οι Διακρατικές Συμφωνίες να έχουν συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού των δύο μερών, ωστόσο οι νοσηλείες που καταγράφονται στα ελληνικά νοσοκομεία ξεπερνούν κατά πολύ το ποσοστό εκείνο των περιόδων που οι αρμόδιοι συζητούσαν τη σύναψη των Συμφωνιών. Από καταγραφές προέκυψε ότι στα νοσοκομεία του ΕΣΥ οι μετανάστες που νοσηλεύονται συνεχώς αυξάνονται και αυξάνεται και το κόστος νοσηλείας που αφήνουν σε εκκρεμότητα.

Στα πλαίσια αυτών των συνθηκών το αρμόδιο υπουργείο προέβη στην υπογραφή και άμεση εφαρμογή συγκεκριμένων εγκυκλίων. Η νοσηλεία των μεταναστών τώρα πραγματοποιείται με συγκεκριμένες διαδικασίες και σε ειδικά δελτία όλοι οι μετανάστες, αλλοδαποί εκτός χωρών της ΕΕ καταγράφονται λεπτομερώς για ενημέρωση και έλεγχο από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Αν και οι Διακρατικές Συμφωνίες συνεχίζουν να έχουν την ίδια ισχύ, τίθεται επιπλέον η παράμετρος εκείνη όπου προκειμένου να εισέλθει ένας αλλοδαπός στην Ελλάδα για να νοσηλευτεί (από χώρα όπου έχει κυρώσει Συμφωνία με την Ελλάδα στον τομέα τη υγείας) απαιτείται η έκδοση Υπουργικής Απόφασης και κοινοποίησή της στο νοσοκομείο πριν περάσει τα σύνορα της χώρας. Για εκείνους που βρίσκονται προσωρινά στη χώρα και νόμιμα, η νοσηλεία τους σε όλες τις περιπτώσεις (τακτικό ή έκτακτο περιστατικό) πραγματοποιείται κανονικά και τηρείται η διαδικασία είσπραξης νοσηλίων. Στα τακτικά περιστατικά απαιτείται να προκαταβάλλεται το 50% του εκτιμώμενου κόστους περίθαλψης και νοσηλείας, διαφορετικά ο ασθενής δεν γίνεται δεκτός στο νοσοκομείο(Γαϊτανίδου, 2000).

Στην περίπτωση όμως εκείνων που δεν βρίσκονται νόμιμα στη χώρα, δεν έχουν πρόσβαση στο Ε.Σ.Υ. με εξαίρεση τις περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους (εξαιρούνται οι ανήλικοι) (Άρθρο 84/Ν.3386/2005). Η ερμηνεία της διάταξης όμως καθίσταται προβληματική από τη στιγμή που «[η] έκτακτη/επείγουσα ιατρική περίθαλψη [...] την οποία και μόνο επιτρέπει, δε μπορεί να οριστεί εύκολα. Δε μπορεί κάποιος να απαντήσει με ευκολία και σιγουριά ποια περιστατικά θα κάλυπτε η διάταξη» (ΕΕΔΑ, 2007). Σημαντικό έλλειμμα προκύπτει, για παράδειγμα, όσον αφορά τον προγεννητικό έλεγχο ο οποίος αν και απαραίτητος για τη διασφάλιση της υγείας αλλά και της ζωής του εμβρύου και της εγκύου «δεν καλύπτεται από το γράμμα του Νόμου, εκτός αν πρόκειται για ανήλικες κυοφορούσες» (ΕΕΔΑ, 2007).

5.3 Η χρήση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από τους μετανάστες

Η διερεύνηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες συναντά μεγάλες δυσκολίες και τούτο διότι στην Ελλάδα το φαινόμενο της μετανάστευσης είναι σχετικά πρόσφατο με αποτέλεσμα οι έρευνες να είναι λιγοστές και να υπάρχει έλλειψη

στοιχείων. Πώς λοιπόν περιγράφεται η χρήση των υπηρεσιών υγείας μέσα από τις υπάρχουσες έρευνες;

Σύμφωνα με έκθεση του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (2005), η συλλογή στοιχείων σχετικά με τη χρήση παρουσίαζε μεγάλες δυσκολίες και η έρευνα εφαρμόστηκε πιλοτικά σ' ένα νοσοκομείο της Αττικής. Τα δεδομένα που προέκυψαν συνοψίζονται στα εξής:

το ποσοστό των αλλοδαπών που νοσηλεύτηκαν άγγιζε το 6,2%, ποσοστό ανάλογο του συνολικού πληθυσμού (σύμφωνα με την απογραφή του 2001)

οι γυναίκες νοσηλεύτηκαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (76%) σε σχέση με τους άντρες (24%), γεγονός το οποίο σχετίζεται με το ότι βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία σε ποσοστό 62,5%. Η αυξημένη κατανάλωση υπηρεσιών από τις γυναίκες σχετίζεται τόσο με τις εγκυμοσύνες και τους τοκετούς, όσο και με γυναικολογικά προβλήματα.

Το 73% των νοσηλευομένων αλλοδαπών ήταν ασφαλισμένοι του ΙΚΑ, δηλ. παρείχαν εξαρτημένη εργασία ή ήταν έμμεσα ασφαλισμένοι.

Το 14% των μεταναστών κάλυψε από ίδιους πόρους τα έξοδα νοσηλείας, ενώ το 2% νοσηλεύτηκε με βιβλιάριο απορίας.

Από ελέγχους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το 2000 ανακαλύφθηκε η ύπαρξη παράνομων δικτύων για την παροχή φροντίδας από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ σε αλλοδαπούς που δεν είχαν τα νομιμοποιητικά έγγραφα ή δεν καλύπτονταν από διακρατικές συμφωνίες για την παροχή νοσηλείας.

Σε άλλη έρευνα περιγράφεται μια γενική εικόνα των νοσηλευόμενων μεταναστών (Καϊτελίδου, 2003). Τα κυριότερα ευρήματα είναι τα εξής:

Το 53% ήταν ανασφάλιστοι

Το 80% των κλινών σε μαιευτικές κλινικές δημόσιων νοσοκομείων καλύπτονταν από αλλοδαπές

Το 13% των προσφύγων παρουσιάζει σοβαρά ή χρόνια προβλήματα υγείας

Το 25% των μεταναστών, κυρίως Αλβανοί και παράνομοι μετανάστες βρέθηκαν θετικοί στον ιό της Ηπατίτιδας Β

Μόνο το 8% των ψυχιατρικών ασθενών είχε ιστορικό πριν την άφιξή τους στην Ελλάδα. Τα κυριότερα ψυχιατρικά προβλήματα είναι οι σωματόμορφες διαταραχές (45%), οι αγχώδεις διαταραχές (29%) και οι διαταραχές της διάθεσης (14%).

Ψυχολογικά προβλήματα στα παιδιά που σχετίζονται με κοινωνικότητα, επίδοση στο σχολείο, δυσκολία σύναψης φιλικών σχέσεων, αισθήματα κατωτερότητας, απαντώνται σε ποσοστό 24% σε παιδιά μεταναστών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (13,7%).

Έρευνα σχετικά με τη μετανάστευση στην Ελλάδα και τον ιό του AIDS έδειξε ότι για την περίοδο 1989-2003, το 21,6% των θετικών στον ιό HIV ήταν μετανάστες. Οι κυριότεροι τρόποι μετάδοσης αφορούν κατά 41,5% τις ετεροφυλικές σχέσεις και 19% τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις (για τον γηγενή πληθυσμό ισχύει το αντίστροφο). Η μετάδοση μέσω της χρήσης ουσιών ανέρχεται σε ποσοστό διπλάσιο σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό. Η μέση ηλικία είναι τα 34.06 έτη, ενώ καταγράφηκε αύξηση 11% ετησίως στο ποσοστό μεταναστών θετικών στον ιό του AIDS.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Μετανάστευση και επαγγελματίες υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν μια κοινωνική πραγματικότητα που συνεχώς αλλάζει και το φαινόμενο αυτό γίνεται όλο και πιο έντονο καθώς καλούνται να φροντίσουν θύματα πολέμου, ανθρώπους που προέρχονται από καταπιεστικά πολιτικά συστήματα ζητώντας πολιτικό άσυλο και οικονομικούς μετανάστες. Το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσηλευτών, παρατηρώντας αυτή τη νέα πραγματικότητα, συμπεριέλαβε το 2006 την επισήμανση ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι ανεξάρτητη και δεν ορίζεται από ηλικία, χρώμα, πολιτισμό, αναπηρία ή ασθένεια, φύλο, εθνικότητα, πολιτικές πεποιθήσεις, φυλή ή κοινωνική θέση (Lancellotti, 2008). Οι νοσηλευτές και γενικά οι επαγγελματίες υγείας είναι σε θέση να παρέχουν κατάλληλη φροντίδα σε ασθενείς με διαφορετική κουλτούρα, όταν είναι ενήμεροι οι ίδιοι για το πώς οι ιστορικοί, πολιτισμικοί, πολιτικοί, οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες καθορίζουν τη ζωή και τη διαβίωσή τους (Ζυγά, 2010).

Γεγονός αποτελεί πάντως, ότι το κλίμα που υπάρχει, σχετικά με την παροχή πολιτισμικής φροντίδα σε ένα ευρύτερο πολυπολιτισμικό πλαίσιο, είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιων εξελίξεων και προσπαθειών, που έχουν γίνει από κάποιους ανθρώπους, οι οποίοι ασχολήθηκαν με το πεδίο της διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής. Οι προσπάθειες αυτές απέδωσαν καρπούς και έτσι σήμερα παρατηρείται μια τάση προσέγγισης του θέματος αυτού, από ολοένα και περισσότερους ανθρώπους (Σιδερόγλου, 2005).

Σκοπός της διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής είναι να προωθήσει την πολιτισμική ευαισθησία και τη πολιτισμικά ικανή φροντίδα, που σέβεται το δικαίωμα κάθε ανθρώπου, να κατανοηθεί και να αντιμετωπιστεί ως μοναδικό άτομο. Αυτή η προσέγγιση να αποκτηθούν οι αναγκαίες γνώσεις αναφέρεται ώστε να δοθεί το ερέθισμα της ύψιστης προαγωγής υγείας στους ανθρώπους και τις οικογένειες τους, με διαφορετικό κοινωνικό υπόβαθρο. Αυτός ο σεβασμός είναι ζωτικής σημασίας στην ανάπτυξη του δυναμικού των διαπροσωπικών σχέσεων, οι οποίες επιφέρουν θετική επιρροή ώστε να διερμηνευτεί βαθύτατα κάθε άτομο και να ενσωματωθεί η φροντίδα υγείας σε ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον (Purnell et al, 2005).

6.1 Η ανάπτυξη της διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής

Το θεωρητικό πεδίο της διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής δημιουργήθηκε πολύ πριν μας απασχολήσουν ως έννοιες η πολιτισμική ποικιλομορφία και η πολιτισμική ικανότητα. Ξεκίνησε, όπως τα περισσότερα κινήματα, μέσα από την ανάγκη της βαθύτερης κατανόησης της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης ύπαρξης. Όπως είναι γνωστό, η εκπαίδευση των νοσηλευτών κατά τα αρχικά στάδια ανάπτυξης της επιστήμης βασιζόταν στην εμπειρική μάθηση, μέσω της πρακτικής εξάσκησης. Στα τέλη του 1960, τα ειδικά προδιδακτορικά προγράμματα και τα πανεπιστήμια άρχισαν να προωθούν τους νοσηλευτές σε διάφορα ερευνητικά πεδία, όπως: Φυσιολογία, Ανθρωπολογία, Κοινωνιολογία και Ψυχολογία. Ένα από αυτά τα πεδία, η Ανθρωπολογία προσέλκυσε ισχυρές φυσιογνωμίες, ανάμεσα στις οποίες ήταν και η Madleine Leininger (νοσηλεύτρια- ανθρωπολόγος) (Σιδερόγλου, 2005).

Η χρήση της λέξης Διαπολιτισμική Νοσηλευτική (Transcultural Nursing), επιλέχτηκε προς αναγνώριση της ιστορικής προσφοράς της Madleine Leininger, η οποία όρισε τη Διαπολιτισμική Νοσηλευτική ως « μια τυπική περιοχή μελέτης και πρακτικής, επικεντρωμένη σε μια συγκεκριμένη ανάλυση της διαφορετικής κουλτούρας και υποκουλτούρας παγκοσμίως, με σεβασμό στην ποιοτική φροντίδα, στις πεποιθήσεις της υγείας και της νόσου, στις αξίες και στις πρακτικές εφαρμογές, έχοντας ως στόχο την χρήση της γνώσης αυτής, για την παροχή πολιτισμικά εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας» (Leininger, 1978).

Η Leininger αναγνώρισε ότι μια από τις πιο σημαντικές συνεισφορές της ανθρωπολογίας στη νοσηλευτική ήταν η κατανόηση ότι η υγεία και η ασθένεια είναι καταστάσεις που επηρεάζονται ισχυρά από τον πολιτισμό. Στο έργο της «Νοσηλευτική και Ανθρωπολογία: δυο λέξεις που μπορούν να αναμειχθούν», η Leininger σημειώνει ότι «τα πεδία της ανθρωπολογίας και της νοσηλευτικής θα πρέπει να διαπλέκονται έτσι ώστε καθένα να ωφελείται από το άλλο. Είναι εμφανές ότι αν αυτά τα δυο πεδία μοιράζονταν τις ειδικές τους γνώσεις και εμπειρίες θα μπορούσαν αναμφισβήτητα, και τα δυο, να βρουν καινούρια μονοπάτια στη σκέψη και την έρευνα» (Leininger, 1970).

Στα 1950 η Leininger επισήμανε πολιτισμικές διαφορές ανάμεσα σε νοσηλευτές και σε παιδιά με συναισθηματικές διαταραχές, που νοσηλεύονταν σε ειδικό κέντρο. Διαπίστωσε ότι η έλλειψη γνώσεων για το πολιτισμικό περιβάλλον προέλευσης των

ασθενών, αποτελούσε αιτιολογικό παράγοντα της αδυναμίας των νοσηλευτών, να κατανοήσουν τις ιδιαιτερότητες των ασθενών. Οι ιδιαιτερότητες αυτές καθόριζαν τον τρόπο, με τον οποίο έπρεπε να παρέχεται η φροντίδα, ώστε να προάγεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Αυτή η κλινική εμπειρία την οδήγησε να μελετήσει τις πολιτισμικές διαφορές σε σχέση με την φροντίδα. Αναγνώρισε από πολύ νωρίς τη σημασία της έννοιας της φροντίδας, καταλήγοντας στο ότι αποτελεί βασική έννοια της νοσηλευτικής (Leininger, 1995).

Η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική έχει ως σκοπό να αναπτύξει ένα επιστημονικό και ανθρωπιστικό σύνολο γνώσεων έτσι ώστε να μπορεί να παρέχει *πολιτισμικώς-ειδική και πολιτισμικώς-ανεξάρτητη νοσηλευτική φροντίδα υγείας*. Ο όρος πολιτισμικώς-ειδική, αναφέρεται σε συγκεκριμένες αξίες, πιστεύω και τρόπους συμπεριφοράς που τείνουν να είναι ειδικοί ή μοναδικοί για μια πολιτισμική ομάδα και δε φαίνεται να τα μοιράζονται με τα μέλη άλλων πολιτισμών. Ο όρος πολιτισμικώς - ανεξάρτητη αναφέρεται σε κοινώς αποδεκτές αξίες, συμπεριφορικές ορμές και τρόπους ζωής που όμοια διατηρούνται μεταξύ των πολιτισμών (Leininger, 1978).

Όπως φαίνεται και από το όνομα, η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική διασχίζει τα πολιτισμικά σύνορα ψάχνοντας να βρει την ουσία της νοσηλευτικής. Αποτελεί τη ανάμειξη της νοσηλευτικής και της ανθρωπολογίας τόσο στη θεωρία όσο και στην πράξη. Αναγνωρίζοντας ότι η νοσηλευτική είναι τόσο επιστήμη όσο και τέχνη, η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική δίνει την δυνατότητα να δούμε το επάγγελμα της νοσηλευτικής από μια πολιτισμική σκοπιά (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2005).

6.2 Η ανάπτυξη της πολιτισμικής επάρκειας για τους επαγγελματίες υγείας

Αναγνωρίζοντας ότι η πλειονότητα των ανθρώπων ζει σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες και ότι η πολιτισμική ταυτότητα παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των πεποιθήσεων και πρακτικών για την Υγεία, οι Επαγγελματίες Υγείας είναι πλέον απαραίτητο να έχουν τέτοια εκπαίδευση ώστε να καθίστανται ικανοί να παρέχουν φροντίδα με τρόπο αποδοτικό και πολιτισμικά κατάλληλο. Σε συμφωνία με την πολυπολιτισμικότητα των κοινωνιών, σε πολλές χώρες, αναπτύσσεται ένα διαπολιτισμικό πλαίσιο, τόσο κατά τις βασικές σπουδές των επαγγελματιών υγείας, όσο και κατά τη δια βίου συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι η

απόκτηση των πολιτισμικών ικανοτήτων και του ανάλογου γνωστικού υπόβαθρου μπορεί να οδηγήσει στην παροχή φροντίδας με πολιτισμική επάρκεια (Paradopoulos κ.ά., 2011). Γνώσεις που αφορούν στη δομή της οικογένειας, στον τρόπο ζωής, στην λαϊκή και παραδοσιακή θεραπευτική, στην αξιολόγηση του πόνου μέσω της γλώσσας του σώματος και στις αξίες σχετικά με τον πόνο, στις διατροφικές συνήθειες των ασθενών, στις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις για τον θάνατο, συμβάλλουν στην αξιολόγηση και την καλύτερη φροντίδα των ασθενών.

Οι επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν πολιτισμική επάρκεια μπορούν να προσφέρουν κατάλληλη φροντίδα σε πληθυσμούς με διαφορετική κουλτούρα. Διασφαλίζουν τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειών και αυτό επιτυγχάνεται μόνο γνωρίζοντας το πολιτισμικό τους υπόβαθρο (Ζυγά, 2010).

Η πολιτισμική επάρκεια στη νοσηλευτική πρακτική είναι μια διαρκής διαδικασία που αποσκοπεί στο να παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας και οι νοσηλευτές φροντίδα στα άτομα που προέρχονται από ποικίλους πολιτισμούς, λαμβάνοντας υπόψη τη διαφορετικότητά τους, έχοντας καλή γνώση αλλά και προσόντα στη διαπολιτισμική νοσηλευτική και δείχνοντας σεβασμό στους ανθρώπους που προέρχονται από άλλους πολιτισμούς (Leininger, 2002). Η διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται από την Leininger για να περιγράψει τη φροντίδα που αναγνωρίζει την πολιτισμική ποικιλομορφία και επικεντρώνεται στις πολιτισμικές ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του. Η θεωρία της έχει ως στόχο να βοηθήσει τους νοσηλευτές αλλά και τους άλλους επαγγελματίες υγείας να διακρίνουν και να εξηγήσουν τους πολιτισμικούς παράγοντες που αφορούν στις ομοιότητες και στις διαφορές που μπορεί να έχουν επίδραση στους ανθρώπους. Με βάση αυτή τη θεωρία έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί μοντέλα στην Β. Αμερική και στην Ευρώπη.

6.3 Τα κυριότερα μοντέλα ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας για τους επαγγελματίες υγείας

Με δεδομένο ότι ο μεταναστευτικός πληθυσμός αυξάνεται διαρκώς, τα μοντέλα ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας στους επαγγελματίες υγείας σε όλες τις δομές υπηρεσιών υγείας, είναι πιο επίκαιρα από ποτέ. Τα διάφορα μοντέλα που έχουν

αναπτυχθεί περιγράφουν διαστάσεις και διαδικασίες που αφορούν τη διαπολιτισμική νοσηλευτική, παρέχουν εργαλεία και δεξιότητες που βοηθούν στην επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Βοηθούν επίσης τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν συμπεριφορές και στάσεις απέναντι στην υγεία και την ασθένεια.

Το μοντέλο για τις πολιτισμικές δεξιότητες του Purnell είναι ένα μοντέλο που παρέχει ένα πλαίσιο αναφοράς για τη διαπολιτισμική αξιολόγηση. Στο μοντέλο του Purnell διακρίνονται 12 τομείς που είναι κοινοί για όλους τους πολιτισμούς: 1) συνολική θεώρηση, τόπος προέλευσης και τοπογραφία, 2) επικοινωνία, 3) οι ρόλοι και η δομή της οικογένειας, 4) θέματα εργατικού δυναμικού, 5) βιοπολιτισμική οικολογία, 6) συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, 7) διατροφή, 8) εγκυμοσύνη και τεχνικές τεκνοποίησης, 9) τελετουργίες θανάτου, 10) πνευματικότητα, 11) πρακτικές υγειονομικής φροντίδας, και 12) επαγγελματίες υγείας.

Το μοντέλο μπορεί να καθοδηγήσει την εκτίμηση του πολιτισμού, τους τομείς που παρέχουν ένα αρχικό πλαίσιο για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με την οικογένεια (Purnell & Paulanka, 1998). Σε περισσότερο πρακτικό επίπεδο, οι Purnell και Paulanka (1998) αναφέρουν ότι οι δεξιότητες επικοινωνίας περιλαμβάνουν γλωσσικά στοιχεία (κυρίαρχη γλώσσα, διαλέκτους), μη γλωσσικές παραλλαγές (τόνος και αποχρώσεις της φωνής), μη λεκτική επικοινωνία (οπτική επαφή, εκφράσεις προσώπου, χρήση αγγίγματος, γλώσσα σώματος, ειδικές πρακτικές, αποδεκτοί τρόποι χαιρετισμού), δυναμικότητα (αντίληψη του κόσμου κατά το παρελθόν, το παρόν και προοπτικές για το μέλλον), και την χρήση του πρωτοκόλλου εθιμοτυπίας κατά τη χρήση των ονομάτων. Όλα αυτά τα στοιχεία είναι πιθανό να διαφέρουν από κουλτούρα σε κουλτούρα και η άγνοιά τους μπορεί να επιφέρει εμπόδια στην επικοινωνία.

Σύμφωνα με το μοντέλο των Papadopoulos, Tilki & Taylor (1998) η ανάπτυξη πολιτισμικής ικανότητας προϋποθέτει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας υγείας λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και ανάγκες των ανθρώπων. Αποτελεί τη σύνθεση πολλών γνώσεων και δεξιοτήτων, οι οποίες αποκτώνται κατά τη διάρκεια της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής που συνεχώς προστίθενται νέες. Για να δοθεί σε αυτήν τη γνώση και τις δεξιότητες μια δομή και για να διευκολυνθεί η εκμάθησή τους προτείνουν τα στάδια της πολιτισμικής επάρκειας, πολιτισμικής γνώσης, πολιτισμικής ευαισθησίας και πολιτισμικής ικανότητας.

Εκτός από το μοντέλο των Papadopoulos, Tilki & Taylor (1998), στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν διάφορα άλλα μοντέλα πολιτισμικής επάρκειας που αναφέρουν χρήσιμες λύσεις και προτάσεις σχετικά με τη διάρθρωση της νοσηλευτικής πρακτικής με διαπολιτισμική κατεύθυνση (Campinha Bacote, 1998). Η Campinha - Bacote (1998) παρέχει μια περιεκτική λίστα από μοντέλα και εργαλεία, που αναπτύχθηκαν προκειμένου να συλλεχθούν δεδομένα που αφορούν στα πολιτισμικά στοιχεία, που είναι απαραίτητα για τη σωστή εκτίμηση των αναγκών του αρρώστου. Η Campinha - Bacote (1998) καταδεικνύει ότι το να πραγματοποιεί κανείς μια πολιτισμική αξιολόγηση είναι κάτι περισσότερο από την επιλογή ενός εργαλείου και ικανοποίηση των συστατικών στοιχείων του. Η διαδικασία αυτή πρέπει να πραγματοποιείται με έναν πολιτισμικά ευαίσθητο τρόπο, λαμβάνοντας υπόψιν το «επίγον» της κατάστασης της υγείας του ασθενή και την υπάρχουσα γνώση για τον πολιτισμό του, έτσι ώστε, για παράδειγμα, να αποφευχθούν ατυχή περιστατικά και να συμπεριληφθεί η οικογένεια στη διαδικασία. Η ίδια συγγραφέας συστήνει ότι μία αποτελεσματική προσέγγιση της πολιτισμικής αξιολόγησης θα έπρεπε να περιλαμβάνει την ενσωμάτωση των στοιχείων πολιτισμικού περιεχομένου στα ήδη υπάρχοντα νοσηλευτικά έντυπα. Με τον τρόπο αυτό η κουλτούρα δεν αντιμετωπίζεται ως ένα επιπλέον στοιχείο αλλά ως ένα σημαντικό μέρος, αναπόσπαστο από τις νοσηλευτικές διαδικασίες (Papadopoulos κ.ά., 2011).

Πολλές φορές η απλή και στείρα γνώση δεν ταυτίζεται με την πολιτισμική ευαισθησία και επάρκεια. Στην πραγματικότητα οι περισσότεροι νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας, έχουν την πρόθεση να παράσχουν πολιτισμικά ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα που να έχει ανταπόκριση στις διάφορες πολιτισμικές ομάδες. Αυτό που διαπιστώνεται στην πράξη, είναι ότι οι νοσηλευτές και οι επαγγελματίες υγείας που έχουν οι ίδιοι ως άτομα ανεπτυγμένη κουλτούρα και πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς τότε αυτό το πλαίσιο συνδέεται άμεσα και έχει αντίκτυπο στην εργασία τους (Papadopoulos, 2004). Συχνά δε, δεν έχουν επίγνωση ότι οι ατομικές πολιτισμικές αξίες επηρεάζουν τη σκέψη τους και τη συμπεριφορά τους. Εκείνοι που έχουν πολιτισμική ευαισθησία απέναντι στην διαφορετικότητα και την ξένη κουλτούρα έχουν συμπεριφορά ανάλογη και απαλλαγμένη από στερεότυπα. Όμως αυτό που είναι αποδεκτό από την σύγχρονη νοσηλευτική είναι ότι κάθε νοσηλευτής είναι σχεδόν απαραίτητο να συμπεριλάβει στα καθήκοντά του την προσέγγιση κάθε ασθενή, ως

μοναδικού, με σεβασμό στις πολιτισμικές του διαφορές ώστε να του παρασχεθεί κάθε δυνατή βοήθεια και νοσηλευτική φροντίδα σε όλο το φάσμα της ασθένειας και της υγείας.

6.4 Τι σημαίνουν όμως όλα αυτά τα πρακτικά για τους νοσηλευτές;

Πρώτα από όλα οι Νοσηλευτές ως κομμάτι του συστήματος υγείας, που έχει τις δικές του αξίες και πιστεύω, πρέπει να προσέξουν να μην πέσουν στη παγίδα που πέφτουν οι επαγγελματίες υγείας δηλαδή της πολιτισμικής επιβολής και του εθνοκεντρισμού.

Να γίνει κατανοητό, ότι κάθε κουλτούρα είναι σεβαστή, κάθε άτομο έχει τις δικές του αξίες και προκαταλήψεις, που χρήζουν να είναι σεβαστές. Οι νοσηλευτές πρέπει να αναπτύξουν πολιτισμική επίγνωση και ευαισθησία, προκειμένου να προσφέρουν την κατάλληλη «πολιτισμικά» φροντίδα.

Η πολιτισμική επίγνωση περιλαμβάνει τη γνώση του ιστορικού και οικογενειακού ιστορικού του ατόμου, καθώς και τον σεβασμό στις εορτές και στις καλλιτεχνικές του εκφράσεις. Περιλαμβάνει επίσης την επίγνωση της προσωπικότητας του, των αξιών του, των πεποιθήσεων και προκαταλήψεων του.

Η πολιτισμική ευαισθησία είναι ο σεβασμός σε αποδεκτές μορφές επικοινωνίας, η αποφυγή προσβλητικής γλώσσας, καθώς και η αποφυγή των απόψεων που προσβάλλουν τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου. Η διαμόρφωση ενός «ανοιχτού» πνεύματος και η κατανόηση του κόσμου μέσα από έναν διαφορετικό πολιτισμικά άνθρωπο είναι μια άλλη πτυχή της πολιτισμικής επίγνωσης (Leininger, 2002).

Ο εθνοκεντρισμός υποδηλώνει μια αδυναμία πρόσληψης του πολιτισμού μιας διαφορετικής φυλετικής ή εθνικής ομάδας με διαφορετική θρησκεία και ήθη, γλώσσα, πολιτικό ή οικονομικό σύστημα. Τούτο, γιατί η αντίληψη ενός εθνοκεντρικού συστήματος σκέψης στηρίζεται στην υπόθεση ότι ο κόσμος και η πραγματικότητα είναι τμήμα του δικού του πολιτισμικού συστήματος αξιών. Ο εθνοκεντρισμός συνδέεται με το πρόβλημα των κοινωνικών προκαταλήψεων εξαιτίας των οποίων τα άτομα που ανήκουν σε μια κοινωνία μπορεί να αισθανθούν εχθρότητα απέναντι σε κοινότητες με διαφορετική κοινωνική συγκρότηση ή πολιτιστική προέλευση. Υποδηλώνει, επίσης, την

αδυναμία αντίληψης μιας κοινής βάσης στην ανθρωπότητα, πίσω από τις επιφανειακές παραλλαγές των κοινωνικών και πολιτισμικών παραδόσεων (Βικιπαίδεια, 2012). Το στερεότυπο είναι μια προκαθορισμένη πεποίθηση ή γνώμη για μια ομάδα ή άτομο. Μπορεί να είναι θετικό ή αρνητικό, αλλά παραβλέπει την μοναδικότητα του ατόμου γι' αυτό ο ασθενής δεν πρέπει να εγκλωβίζεται σε στερεότυπα (Wikipedia, 2012).

Οι πιο συνήθεις πληθυσμιακές ομάδες με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο που συναντάμε στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια είναι: Μετανάστες- αλλοδαποί, πρόσφυγες, παλιννοστούντες, μετακινούμενοι πληθυσμοί όπως οι τσιγγάνοι, Έλληνες μουσουλμάνοι και οπαδοί διαφόρων θρησκευτικών πεποιθήσεων. (Χρυσόχοου, 2005)

Οι νοσηλευτές που ερχόμαστε σε επαφή με ανθρώπους που ανήκουν σε διαφορετικές κουλτούρες έχουμε πολλά να διηγηθούμε σχετικά με τα διλήμματα που προκύπτουν από τη φροντίδα και οφείλονται στη διαφορετικότητα των προσωπικών και πολιτισμικών αξιών.

Από έρευνες που έγιναν, οδηγούν στο συμπέρασμα, πως παρά την αυξημένη προσοχή που δίνουν οι επιστήμες υγείας στα διαπολιτισμικά ζητήματα, η εξάλειψη των ρατσιστικών αντιλήψεων και η φροντίδα με γνώμονα το σεβασμό στις πολιτισμικές ανάγκες και αξίες εξακολουθεί να παραμένει κύριο ζητούμενο στην κλινική πράξη.

Έτσι όλοι όσοι ασχολούνται με τον άνθρωπο πρέπει να βοηθηθούν για να αποδεχτούν τις αξίες, τις συμπεριφορές και τα πιστεύω των άλλων. Δεν θα πρέπει να δρούμε ισοπεδωτικά, αλλά να εξατομικεύουμε την φροντίδα πάνω στο συγκεκριμένο άρρωστο με τις συγκεκριμένες ανάγκες και αξίες. Ο άνθρωπος δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως βιολογική οντότητα, αλλά και ως ψυχική, πνευματική και κοινωνική. . (Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Μεθοδολογία έρευνας

7.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Η λογική για τη συγκεκριμένη έρευνα προέκυψε από ένα άρθρο που αφορούσε μια γυναίκα από την Γκάνα, την Ama Sumani, η οποία έπασχε από μυέλωμα και έκανε αιμοκάθαρση σε νοσοκομείο του Cardiff. Έπειτα από λήξη της βίζα της υποχρεώθηκε να επιστρέψει στην Γκάνα όπου μη έχοντας πρόσβαση σε ένα φάρμακο το οποίο θα παρέτεινε τη ζωή της, πέθανε. Το γεγονός αυτό προκάλεσε έντονες αντιδράσεις από ιατρούς και επαγγελματίες υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, οι οποίοι σε άρθρο τους στο Βρετανικό ιατρικό περιοδικό Lancet το χαρακτήρισαν ως « φρικτή βαρβαρότητα » (BBC News, 2008).

Επιπλέον,

- Βιβλιογραφική έρευνα ανέδειξε διάφορες μελέτες (Πουρνάρας 2004, Bakaert 2000, Niles 2001) σε χώρες του εξωτερικού, όπως η Αγγλία και οι ΗΠΑ, όπου το φαινόμενο της μετανάστευσης εμφανίστηκε πριν από αρκετές δεκαετίες, υπάρχει σημαντικός προβληματισμός, σχετικά με τον τρόπο προσέγγισης πολιτισμικά ιδιόμορφων πληθυσμών, προκειμένου να υπάρξει συμβατότητα με τα νέα οικουμενικά πρότυπα,
- Στην ελληνική βιβλιογραφία, οι σχετικές μελέτες για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες περιορίζονταν μόνο στην περιγραφή του προβλήματος και στη δημογραφική αλλαγή που επιφέρουν, χωρίς να εστιάζουν στα προβλήματα που δημιουργούνται στο σύστημα υγείας,
- Οι διαφορετικές αντιλήψεις των μειονοτικών πληθυσμών για τις έννοιες της υγείας και της νόσου καθώς και τα προβλήματα στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας είναι μερικές μόνο από τις αιτίες ενός μεγάλου προβλήματος, που απασχολεί έντονα διεθνείς οργανισμούς, κυβερνήσεις και επαγγελματίες υγείας, και τέλος,
- Η καταγραφή των απόψεων και των πεποιθήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού για τους πληθυσμούς διαφορετικής πολιτισμικής κουλτούρας είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για τη χάραξη στρατηγικών και για την εφαρμογή αποτελεσματικών πολιτικών στην παροχή φροντίδας.

7.2 Σκοπός και προσδοκώμενα αποτελέσματα

Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη των στάσεων και των αντιλήψεων των νοσηλευτών των Γενικών Νοσοκομείων Κορίνθου και Άργους για τους ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση, καθώς επίσης και την καταγραφή των απόψεων των μεταναστών χρηστών υπηρεσιών υγείας σχετικά με την αντιμετώπισή τους στα συγκεκριμένα δημόσια νοσοκομεία.

7.3 Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποιες οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τις υπηρεσίες που προσφέρουν σε ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση;
- Ποιος ο βαθμός ενημερότητας και εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα διαπολιτισμικής προσέγγισης και φροντίδας;
- Ποιες οι παρεμβάσεις για παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών προσαρμοσμένων στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών;
- Ποια η συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες;
- Ποιος ο βαθμός ενημερότητάς τους για τη λειτουργία του ΕΣΥ και ποια τα εμπόδια στην πρόσβαση;
- Ποια η γνώμη των μεταναστών για την επικοινωνία τους και για την αντιμετώπισή τους από το νοσηλευτικό προσωπικό;

7.4 Μεθοδολογία έρευνας

7.4.1 Η ποιοτική προσέγγιση έρευνας

Η ποιοτική έρευνα έχει χαρακτηριστεί από τη Benoliel (1984) ως συστηματική διερεύνηση, που ενδιαφέρεται για την κατανόηση των ανθρώπινων υπάρξεων και τη φύση των συναλλαγών μεταξύ τους και με το περιβάλλον τους. Η ποιοτική έρευνα περιγράφεται συχνά ως ολιστική (δηλαδή, ενδιαφέρεται για τους ανθρώπους και τα περιβάλλοντά τους σε όλες τις πολυπλοκότητες τους) και φυσική (δηλαδή, χωρίς περιορισμούς και ελέγχους που επιβάλλονται από τον ερευνητή).

Ο σχεδιασμός της έρευνας βασίστηκε σε ποιοτική μελέτη για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Η ποιοτική μελέτη στηρίζεται στην υπόθεση ότι η γνώση για τους ανθρώπους είναι αδύνατη χωρίς την περιγραφή της ανθρώπινης εμπειρίας, όπως αυτή βιώνεται και όπως περιγράφεται από τους ίδιους εκτελεστές. Οι ερευνητές συλλέγουν και αναλύουν χαλαρά δομημένα, διηγηματικά υλικά, που τους δίνουν ελεύθερη από περιορισμούς πρόσβαση στο πλούσιο δυναμικό των αντιλήψεων και της υποκειμενικότητας των ανθρώπων. Οι ποιοτικές μελέτες, εξαιτίας της έμφασης τους στις πραγματικότητες των υποκειμένων, απαιτούν ελάχιστη δόμηση και μέγιστη εμπλοκή του ερευνητή, αφού αυτός προσπαθεί να κατανοήσει τους ανθρώπους των οποίων οι εμπειρίες είναι υπό μελέτη (Σαχίνη-Καρδάση, 2007).

Η Benoliel (1984) αναγνώρισε τέσσερις χώρους στους οποίους οι ποιοτικές προσεγγίσεις υπόσχονται πολλά:

- Περιβαλλοντικές επιδράσεις στα συστήματα παροχής φροντίδας.
- Διεργασίες λήψης αποφάσεων.
- Προσαρμογή των ανθρώπων σε κρίσιμες εμπειρίες της ζωής, όπως χρόνιες νόσοι ή αναπτυξιακές αλλαγές.
- Η φύση των κοινωνικών συναλλαγών νοσηλευτή-αρρώστου σε σχέση με σταθερότητα και αλλαγή.

Οι ημιδομημένες μέθοδοι αυτοαναφοράς προσφέρουν στον ερευνητή ευκαμπτότητα στη συλλογή δεδομένων από τους πληροφορητές. Στη μέθοδο αυτή, ο ερευνητής αρχίζει με μερικές γενικές ερωτήσεις ή θέματα και επιτρέπει στους αποκριτές ή πληροφορητές να πουν τις δικές τους ιστορίες με διηγηματικό τρόπο. Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις, με άλλα λόγια, είναι συζητήσεις στη φύση τους. (Σαχίνη-Καρδάση, 2007).

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε η παραπάνω τεχνική για την κάθε ομάδα του δείγματος. Σύμφωνα με τον Sprardley (1979), ένας από τους σκοπούς της συνέντευξης είναι να εξαγάγει «συμπεράσματα που αφορούν στην κουλτούρα», γενικές περιγραφές του δεδομένου κοινωνικού χώρου που αναλύεται, σε σχέση με τα πολιτιστικά του πρότυπα και ζητήματα. (Νάτσης και συν., 2006). Η μέθοδος αυτή επιλέχθηκε διότι τόσο ο ερευνητής όσο και ο πληροφορητής είναι ελεύθεροι να παρεκκλίνουν από την προετοιμασμένη σειρά των θεμάτων, καθώς προχωρεί η συζήτηση, εισάγοντας σκέψεις ή παρατηρήσεις που έχουν σχέση με προσωπικές

απόψεις. Προσφέρουν στον ερευνητή μεγαλύτερο εύρος για να κινηθεί από μια περιοχή σε άλλη, να ακολουθήσει νύξεις που υπονοούνται από τον πληροφορητή και να αφιερώσει διαφορετικό χρόνο για να πάρει συνεντεύξεις από το κάθε πληροφορητή. (Σαχίνη - Καρδάση, 2007). Ωστόσο, οι συνεντεύξεις αυτές απαιτούν κάλυψη όλων των προκαθορισμένων θεμάτων και ερωτήσεων ως το τέλος της συνέντευξης με κάθε πληροφορητή, με κάποια σειρά και κάποιο σχήμα (οδηγός συνέντευξης).

Επιλέχθηκε η συνέντευξη ως μέθοδος συλλογής δεδομένων επειδή, αντίθετα από ένα ερωτηματολόγιο, η συνέντευξη είναι εφικτή για τους πιο πολλούς ανθρώπους ακόμα και για μετανάστες. Επίσης, οι ερωτήσεις των συνεντεύξεων παρεξηγούνται λιγότερο από τους πληροφορητές επειδή ο ερευνητής είναι παρών και μπορούν να δοθούν οι απαραίτητες διευκρινίσεις, ιδιαίτερα σε αυτή την περίπτωση που οι πληροφορητές δεν κατανοούν και δεν μιλούν καλά την ελληνική γλώσσα.

Η διατύπωση κάθε ερώτησης ελέγχθηκε προσεκτικά για σαφήνεια, ευαισθησία στην ψυχολογική κατάσταση των πληροφορητών και ελευθερία από προκαταλήψεις.

7.4.2 Πληθυσμός – Δείγμα

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν συνολικά είκοσι (20) άτομα – 5 νοσηλεύτριες και 5 επίτοκες μετανάστριες στην μαιευτική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Άργους και 5 νοσηλευτές και 5 μετανάστες στην παθολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείτο από πέντε (5) νοσηλεύτριες της μαιευτικής κλινικής με χρόνο προϋπηρεσίας τα 10 – 25 έτη και δύο (2) νοσηλεύτριες και τρεις (3) νοσηλευτές της παθολογικής κλινικής με χρόνο προϋπηρεσίας τα 3 – 28 έτη. Σχετικά με την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, τρεις νοσηλεύτριες ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, τέσσερις νοσηλεύτριες τεχνολογικής εκπαίδευσης και τρεις νοσηλευτές διετούς φοιτήσεως.

Οι μετανάστριες της μαιευτικής κλινικής ήταν πέντε (5) και είχαν τα εξής χαρακτηριστικά: ηλικιακά κυμαίνονταν από 22 μέχρι 40 ετών, ήταν όλες έγγαμες και κατοικούσαν στην πόλη του Άργους. Οι τρεις από αυτές κατάγονταν από την Αλβανία και οι υπόλοιπες δύο ήταν αντίστοιχα από την Αρμενία και το F.Y.R.O.M.

Από τις συμμετέχουσες μετανάστριες οι δύο (2) ήταν πρωτότοκες, οι δύο (2) δευτερότοκες και η μία μόνο ήταν τριτότοκος. Χριστιανές ορθόδοξες δήλωσαν οι τέσσερις (4) και η μία δήλωσε μουσουλμάνα.

Οι περισσότερες από τις μετανάστριες είχαν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση και μία από αυτές είχε αποφοιτήσει από πανεπιστήμιο της χώρας της. Οι μισές από τις ερωτηθείσες δήλωσαν άνεργες και οι υπόλοιπες δεν εργάζονταν αυτό το διάστημα λόγω εγκυμοσύνης. Και οι πέντε ήταν ασφαλισμένες στο ΙΚΑ. Οι σύζυγοι των επιτόκων εργάζονταν όλοι στον ιδιωτικό τομέα.

Οι ασθενείς στην παθολογική κλινική ήταν τρεις (3) Αλβανοί, ένας (1) Αμερικανός και μία (1) μετανάστρια από την Εσθονία. Και οι τρεις μετανάστες από την Αλβανία έκαναν αγροτικές δουλειές και ήταν ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ. Οι λόγοι εισαγωγής τους στην κλινική ήταν πνευμονία, αναπνευστική δυσχέρεια και αλλεργική αντίδραση. Ο μετανάστης από την Αμερική ασχολείτο με το χονδρικό εμπόριο και ήταν ασφαλισμένος στο ΤΕΒΕ. Ο λόγος εισαγωγής του στην κλινική ήταν η δύσπνοια. Τέλος, η μετανάστρια από την Εσθονία εργαζόταν ως βοηθός φαρμακοποιού (είχε τελειώσει αντίστοιχη σχολή στην Εσθονία), είχε ιδιωτική ασφάλιση AXA και ο λόγος εισαγωγής στην κλινική ήταν θωρακικός πόνος και δύσπνοια.

7.4.3 Ζητήματα δεοντολογίας

Οι συνεντεύξεις οφείλουν να υπακούουν στην επιστημονική δεοντολογία όπως αυτή εκφράζεται από ένα σύνολο κανόνων. Οι κανόνες αυτοί καθορίζουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο διεξάγονται οι συνεντεύξεις, διατυπώνονται οι ερωτήσεις και τελείται γενικότερα η επικοινωνία ερευνητή-πληροφορητή.

Στη συγκεκριμένη έρευνα έγινε προσπάθεια η σχέση μεταξύ του ερευνητή και του πληροφορητή να είναι αναλογική κι ισότιμη και κατά τη διάρκεια της συνέντευξης να διαπλέκονται συναισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Οι πληροφορητές αντιμετωπίστηκαν με σεβασμό και δικαιοσύνη και στις περιπτώσεις που η συζήτηση έτεινε να αγγίξει ευαίσθητα προσωπικά ζητήματα του πληροφορητή οι ερωτήσεις γίνονταν με τέτοιο τρόπο που να μην θίγεται ο ψυχισμός του.

7.5 Διαδικασία διεξαγωγής της συνέντευξης

Για την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων αρχικά ενημερώθηκαν οι Διοικητικές Υπηρεσίες των νοσοκομείων Κορίνθου και Άργους για τον σκοπό και στόχο της μελέτης με την κατάθεση των απαραίτητων εγγράφων (παράρτημα 1).

Ενημέρωση και συγκατάθεση

Διενεργήθηκε μια προκαταρκτική φάση όπου έλαβε χώρα η φυσική επικοινωνία με το προσωπικό και τους μετανάστες με σκοπούς : **α)** τη γνωστοποίηση του σκοπού της έρευνας, **β)** τη διερεύνηση για την επιλογή του τελικού δείγματος βάσει των κριτηρίων και την συγκατάθεση των ατόμων να συμμετέχουν. Όλοι οι νοσηλευτές που ερωτήθηκαν τελικά συμμετείχαν, αφού έδωσαν την προφορική τους συγκατάθεση. Όσον αφορά τους μετανάστες, πολλοί ήταν αυτοί που ερωτήθηκαν αλλά λίγοι αυτοί που τελικά δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στην πρώτη προσπάθεια ενημέρωσης των ασθενών μεταναστών στην παθολογική κλινική του Νοσοκομείου Κορίνθου, έξι από αυτούς δεν θέλησαν να συμμετέχουν είτε λόγω της επιβαρυνμένης κατάστασης της υγείας τους είτε λόγω φόβου και επιφυλακτικότητας προς τις ερωτήσεις της συνέντευξης. Στο Νοσοκομείο του Άργους, πέντε επίτοκες μετανάστριες δεν δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Οι τρεις από αυτές ήταν κατηγορηματικές από την αρχή, ενώ οι άλλες δύο αρνήθηκαν όταν αντιλήφθηκαν ότι η συνέντευξη θα μαγνητοφωνούταν. Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι ύστερα από έλεγχο των δελτίων εισαγωγής τους, με την βοήθεια των προϊσταμένων νοσηλευτριών και των δύο κλινικών, η πλειοψηφία των πληροφορητών που ερωτήθηκαν και αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα δεν είχε προσκομίσει τα απαραίτητα έγγραφα για την εισαγωγή. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι τρεις από τις επίτοκες μετανάστριες ήταν ανασφάλιστες, δεν είχαν προγραμματισμένο ραντεβού και η εισαγωγή τους έγινε ως επείγον περιστατικό από τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.

Τελικά, από τη διαδικασία αυτή προέκυψαν τα άτομα που συμμετείχαν. Μετά την τελική επιλογή, σε ένα βάθος χρόνου τριών μηνών πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις. Ζητήθηκε και λήφθηκε η άδεια από τους συμμετέχοντες να δημοσιευτούν ανώνυμα αποσπάσματα των συνεντεύξεων τους.

Διαδικασία των συνεντεύξεων

Η κυρίως φάση περιλάμβανε μια συνάντηση με κάθε συμμετέχοντα, που έδωσε συνέντευξη ημιδομημένης μορφής αποτελούμενη από τέσσερις (4) ενότητες για τους νοσηλευτές και από τρεις (3) ενότητες για τους μετανάστες (παράρτημα 2). Η δομή της συνέντευξης για τους νοσηλευτές στηρίχτηκε σε έγκυρο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σε ερευνητική εργασία με θέμα «Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση» (Μανομενίδης, 2009). Κάθε συνέντευξη διαρκούσε κατά μέσο όρο στο προσωπικό 20 λεπτά και στους μετανάστες 10 λεπτά.

Προκειμένου να εντοπιστούν περισσότερες λεπτομέρειες αναφορικά με τα αντικείμενα των ερωτήσεων υπήρξαν και διευκρινιστικές (follow-up) ερωτήσεις οι οποίες είχαν χαρακτήρα ανάπτυξης των περιγραφών που ζητούνταν μέσω των κύριων ερωτημάτων και ταυτόχρονα επιβεβαίωναν την αλήθεια των αρχικών απαντήσεων.

Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε μετά την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων και ήταν απορρέουσα (inductive) από τα δεδομένα (Rossman et al., 1998).

Μετά από κάθε συνέντευξη γίνεται απομαγνητοφώνηση. Στην συγκεκριμένη έρευνα έγιναν τέσσερις απομαγνητοφωνήσεις, μία από κάθε ομάδα του δείγματος (σε νοσηλεύτη και μετανάστη στην παθολογική κλινική και σε νοσηλεύτρια και μετανάστρια στην μαιευτική κλινική) (Παράρτημα 3). Στη συνέχεια γινόταν ανάγνωση του κειμένου της απομαγνητοφωνημένης συνέντευξης και σε συνδυασμό με τις σημειώσεις που κρατούσε ο παρατηρητής, γινόταν συμπλήρωση στοιχείων που αφορούσαν τη μη λεκτική επικοινωνία. Στις απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου για να διασφαλιστεί η εγκυρότητα της ερμηνείας των ποιοτικών δεδομένων. Ακόμη για την ανάλυση εφαρμόστηκε η μέθοδος της κωδικοποίησης και της θεματικής κατηγοριοποίησης. Για την κωδικοποίηση των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων, μελετήθηκαν τα δεδομένα προκειμένου να εντοπιστούν σημαντικές απόψεις του προσωπικού, των μεταναστών ασθενών της παθολογικής κλινικής και των επίτοκων μεταναστριών σχετικά με την παροχή

φροντίδας στα δημόσια νοσοκομεία ώστε να τις κωδικοποιήσουν. Στη συνέχεια συγκρίθηκαν οι διάφοροι κώδικες και βασιζόμενοι στις διαφορές και τις ομοιότητες διαμορφώθηκαν οι θεματικές κατηγορίες που αναδύθηκαν από την ανάλυση των δεδομένων. (Graneheim et al., 2004)

Για την τελική παρουσίαση των δεδομένων επιλέχθηκαν αποσπάσματα από το υλικό των συνεντεύξεων τα οποία προσέφεραν μια βαθιά ενδοσκόπηση στις αναφορές των συμμετεχόντων, σε συνδυασμό με θεωρητικά σχόλια και αναφορές από την ερευνητική βιβλιογραφία. Χρησιμοποιήθηκε δηλαδή η «συστηματική θεματική ανάλυση» που έχει χαρακτηριστεί ως η εναλλακτική παρουσίαση θεμάτων που πηγάζουν τόσο από τις αναφορές των συμμετεχόντων όσο και από την θεωρία (Χατζηφωτίου, 1998). Από την ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψαν έξι θεματικές κατηγορίες οι οποίες αναλύονται παρακάτω

7.6 Οι ενότητες της συνέντευξης

I) Οι ενότητες του οδηγού της συνέντευξης για το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν τέσσερις και αφορούσαν τα εξής:

Η πρώτη ενότητα αφορούσε την ταυτότητα των πληροφορητών. Οι ερωτήσεις αφορούσαν προσωπικά στοιχεία, το μορφωτικό βάθος, τις σπουδές και την εργασιακή πορεία τους στο νοσοκομείο. Ο άξονας αυτός συντέλεσε στη δημιουργία θετικού κλίματος κατά τη διενέργεια των συνεντεύξεων.

Η δεύτερη ενότητα περιείχε ερωτήσεις προσδιορισμού του βαθμού εξοικείωσης του νοσηλευτικού προσωπικού με ομάδες ασθενών διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης. Στον άξονα αυτό δεν συμπεριλαμβάνονταν μόνο οι προσωπικές εμπειρίες των πληροφορητών αλλά και η παρατήρηση από μέρους τους αντίστοιχων εμπειριών ή συμβάντων σε άλλους συναδέλφους τους.

Η τρίτη ενότητα αφορούσε το κατά πόσο οι ίδιοι ή άλλοι συνάδελφοί τους μπορούν να σχεδιάσουν πλάνο φροντίδας για ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση και τη δυνατότητα προσέγγισης τους με πολιτισμικά ευαίσθητο τρόπο.

Η τέταρτη ενότητα αφορούσε τις γνώσεις τους και την εκπαίδευσή τους στα θέματα διαπολιτισμικής νοσηλευτικής καθώς και προτάσεις διαχείρισης του ζητήματος από την πλευρά τους αλλά και από τη νοσηλευτική διεύθυνση.

II) Οι ενότητες του οδηγού της συνέντευξης για τους μετανάστες και τις επίτοκες μετανάστριες ήταν τρεις και αφορούσαν τα εξής:

Η πρώτη ενότητα αφορούσε προσωπικά στοιχεία των πληροφορητών όπως την εθνικότητα, το θρήσκευμα και τον χρόνο παραμονής τους στην Ελλάδα. Και εδώ ο πρώτος άξονας λειτούργησε καταλυτικά στη μείωση του άγχους και της επιφυλακτικότητας των πληροφορητών και στη δημιουργία πιο ευχάριστου κλίματος.

Η δεύτερη ενότητα αφορούσε την διαδικασία εισαγωγής τους στην κλινική καθώς και κάποια προβλήματα που πιθανόν να αντιμετώπισαν λόγω γλώσσας ή λόγω προβληματικών συμπεριφορών.

Η τρίτη ενότητα περιείχε ερωτήσεις που στόχευαν στην καταγραφή απόψεων των μεταναστών για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό καθώς και τη λειτουργία κάθε κλινικής και παρότρυνση για προτάσεις καλύτερευσης της υπάρχουσας κατάστασης στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

7.7 Αποτελέσματα

I) Χρήση υπηρεσιών υγείας

Εξετάζοντας τα ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυση του αφηγηματικού υλικού των συνεντεύξεων βλέπουμε ότι κατά κύριο λόγο το προσωπικό δηλώνει, μέσω της εμπειρίας του, ότι το μεγαλύτερο μέρος των επίτοκων μεταναστριών που εισέρχεται στα δημόσια μαιευτήρια δεν έχει κάνει τον απαραίτητο προγεννητικό έλεγχο. Επίσης, αρκετοί νοσηλευτές της παθολογικής κλινικής τόνισαν πως οι μετανάστες καθυστερούν να προσέλθουν στο νοσοκομείο και, όταν πλέον καθυστερημένα το πράττουν, η ασθένεια τους είναι σε προχωρημένο στάδιο.

Χαρακτηριστικά ανέφεραν:

« Έρχονται αφού έχουν εμφανίσει τα συμπτώματα για πάνω από μια εβδομάδα.. για παράδειγμα ένας αλλοδαπός είχε αιμόπτυση πάνω από δέκα μέρες και βήχα και δεν ερχόταν στο νοσοκομείο επειδή είχε δουλειά και επειδή πίστευε ότι θα του περάσει..» (Ε.Κ.)

« Έρχονται χωρίς ραντεβού, χωρίς εξετάσεις, έρχονται κοντά όταν πρόκειται να γεννήσουν... με αποτέλεσμα να δημιουργούν πρόβλημα σε εμάς και να μην εξυπηρετούνται και αυτοί όπως θα έπρεπε.» (Κ.Μ.)

«... δεν έχουν σωστή παρακολούθηση και στη διάρκεια του τοκετού... εεε... άρα έρχονται μέσα στο μαιευτήριο και δεν έχουν ούτε εξετάσεις κάνει σωστά, ούτε τους υπερήχους που θα έπρεπε να έχουν, δεν ξέρουν πολλές γυναίκες πότε είναι να γεννήσουν...» (Κ.Α.)

Επίσης, το προσωπικό αναφέρθηκε και στο γεγονός ότι ο μεταναστευτικός πληθυσμός ξέρει να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας.

Χαρακτηριστικά ανέφεραν:

« Ξέρουν πολύ καλύτερα από ότι ξέρουμε εμείς! Χρησιμοποιούν το δημόσιο... χρησιμοποιούν το δημόσιο πολύ καλύτερα από ότι το χρησιμοποιώ εγώ!» (Ε.Κ.)

« Τα έχουν ψαγμένα γιατί όταν μπαίνουν μέσα εδώ υπάρχουν ειδικές ομάδες που τους κατευθύνουν. Κατευθύνονται... Είναι κατευθυνόμενοι και ξέρουν πάρα πολύ... Μη νομίζεις ότι δεν ξέρουν... Το ότι ας πούμε... τα... εξωτερικά ιατρεία είναι πρωί και οι πιο πολλές δεν πηγαίνουν χωρίς τον άντρα τους, και δουλεύει ο άντρας τους, γι' αυτό και όταν έχουμε αργίες και εφημερίες, αργίες, Σάββατα, Κυριακές, Πάσχα, Χριστούγεννα, έρχονται πάρα πολλά γιατί δεν δουλεύει ο άντρας τους και έρχονται να κάνουν τις εξετάσεις τους.» (Ε.Τ.)

Αντίθετα, οι επίτοκες μετανάστριες στην έρευνά μας ισχυρίστηκαν ότι έχουν κάνει όλο τον απαραίτητο προγεννητικό έλεγχο και οι μετανάστες στην παθολογική κλινική ανέφεραν ότι πήγαν στο νοσοκομείο μερικές ώρες αφότου εμφάνισαν το πρώτο σύμπτωμα.

Χαρακτηριστικά ανέφεραν:

« ... αυτή μου είπε τι έπρεπε να κάνω ότι υπέροχο και εξετάσεις όλα...» (Α.Π.)

« Μου τα είπε όλα ο γιατρός... και εξετάσεις όλες τις έκανα.. » (Ν.Ν.)

*« Δεν ήμουν καλά... δεν μπορούσα να ανασάνω και ήρθα μετά από δύο τρεις ώρες. »
(Η.Μ.)*

*« Εεε.. με πονούσε το στομάχι μου και.. σήμερα με πονούσε περισσότερο και ήρθα. »
(Μ.Α.)*

Επίσης, οι μετανάστριες περιέγραψαν τους τρόπους με τους οποίους πληροφορούνταν για τη διαδικασία που έπρεπε να ακολουθήσουν όσων αφορά τον προγεννητικό τους έλεγχο.

« Μόνη μου έψαξα, δηλαδή, έμαθα και με το πρώτο παιδί και το ίδιο έκανα και με το δεύτερο.» (Α.Π.)

« ... μου είπε ο γιατρός τι θα κάνω και όλα αυτά.» (Ν.Ν.)

« Ε, ήξερα κάτι από το πρώτο παιδί που είχα κάνει και ...» (Η.Μ.)

«Εγώ πως έμαθα για τα νοσοκομεία ...από την άλλη κοπέλα και αυτή από κάποια άλλη! Έτσι πάνε τα πράγματα, κατάλαβες;» (Μ.Γ.)

II) Διαπολιτισμική νοσηλευτική προσέγγιση

Ενημέρωση στη διαπολιτισμική προσέγγιση

Αρκετοί από τους νοσηλευτές ήταν ενημερωμένοι σε θέματα εθνικής/πολιτισμικής ταυτότητας τόσο από τη βασική τους εκπαίδευση όσο και από την επαγγελματική τους

πορεία. αλλά ωστόσο δήλωσε ότι η ανάγκη για εκπαίδευση στην διαπολιτισμική προσέγγιση ήταν πάρα πολύ μεγάλη.

« Και βέβαια γνωρίζουμε τη θρησκεία και τα πιστεύω αρκετών μεταναστευτικών πληθυσμών και προσπαθούμε, όσο το δυνατόν αυτό είναι εφικτό να προσαρμόζουμε τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις » (Κ.Α.)

«Γνωρίζουμε καλά πιστεύω τα χαρακτηριστικά αυτών των πληθυσμών και είμαστε αρκετά εξοικειωμένοι...» (Ε.Τ.)

« Κάναμε ένα μάθημα στη σχολή αλλά δεν φτάνει αυτό.. πρέπει να υπάρχει κάποιο είδος ενημέρωση» (Μ.Κ.)

«περισσότερο από την πολύχρονη εμπειρία μου εδώ στο νοσοκομείο, δεν στα μαθαίνει κάποιος αυτά... προσπαθώ να κάνω ό, τι καλύτερο μπορώ σεβόμενη τον πολιτισμό τους και τη θρησκεία τους » (Κ.Μ.)

Ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση

« Εννοείται πως θα έπρεπε να γίνονται σεμινάρια με αυτό το θέμα ενδονοσοκομειακά, αλλά..... αυτό είναι θέμα διοίκησης... όλοι το έχουμε ανάγκη» (Σ.Π.)

« Θα βοηθούσε πολύ μια ομάδα μεταφραστών στο νοσοκομείο.. για παράδειγμα.. έχει τύχει η πορεία της υγείας του ασθενούς να μην είναι πολύ καλή δεν μπορούσαμε να ενημερώσουμε τους συγγενείς λόγω γλώσσας..» (Κ.Κ.)

Δυσκολίες διαπολιτισμικής προσέγγισης

Αναφέρθηκαν δυσκολίες στη διαπολιτισμική προσέγγιση κυρίως στις επίτοκες μετανάστριες λόγω διαφορετικής θρησκείας και πολιτισμού.

Χαρακτηριστικά τρεις νοσηλεύτριες ανέφεραν:

«Αρνούνται να ανοίξουν τα πόδια να τις εξετάσουμε, σημαντικό γιατί αν... πώς θα δούμε τη γυναίκα αν γεννάει;» (Χ.Μ.)

« Θυμάμαι μια γυναίκα, μουσουλμάνα, δεν δεχόταν με τίποτα να την εξετάσει άντρας γιατρός και στην κλινική δεν υπήρχε γυναίκα γυναικολόγος... κανονικά θα έπρεπε να είχε προβλεφθεί κάτι τέτοιο.» (Ε.Τ.)

« Γιατί δεν με άφηνε να της κάνω κάποια πράγματα. δεν με άφηνε να της βάλω ορό, δεν με άφηνε να της πάρω αίμα, φώναζε, ούρλιαζε... και ήταν ένα επείγον... είχε αίμα, είχε αποκόλληση πλακούντα και έπρεπε να πάει κατευθείαν επάνω... δεν με άφηνε να της βγάλω τα ρούχα της... και όταν βλέπεις ότι κάτι είναι επείγον και αν εγώ αργώ μπορεί να συμβεί κάτι μοιραίο...» (Κ.Α.)

III) Παροχή υπηρεσιών υγείας

Ισότητα

Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει αντιληφθεί να γίνονται διακρίσεις σε βάρος ασθενών διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης, ωστόσο υπάρχει κάποιας μορφής διάκριση σε βάρος του τσιγγάνικου πληθυσμού.

« Δεν με νοιάζει από πού είσαι (...) εγώ πληρώνομαι για να κάνω τη δουλειά μου σαν νοσηλεύτρια και αυτό κάνω!» (Ε.Κ.)

« Όχι ότι ξεχωρίζω τον μετανάστη για να του παρέχω νοσηλεία με διαφορετικό τρόπο...» (Γ.Κ.)

« Δεν διαφέρουν οι παροχές... σαν πράξεις, αυτές που προσφέρουμε στους Έλληνες με τους μετανάστες.» (Α.Τ.)

«Δυστυχώς, έχω παρατηρήσει να γίνονται διακρίσεις όχι τόσο από το νοσηλευτικό προσωπικό όσο από άλλους επαγγελματίες υγείας.. περισσότερο όμως σε βάρος του

τσιγγάνικου πληθυσμού... γιατί έρχονται πολλοί μαζί και φωνάζουν ότι δεν κάνουμε καλά τη δουλειά μας και κάποιες φορές τα πράγματα ξεφεύγουν από κάθε έλεγχο.» (Ε.Κ.)

Ικανοποίηση

Η πλειοψηφία των ασθενών μεταναστών και των επίτοκων μεταναστριών δήλωσαν ικανοποιημένοι με τη φροντίδα που δέχονται στα δημόσια νοσοκομεία καθώς και με τη θετική αντιμετώπιση που δέχονται από το προσωπικό.

« Με αφήνουν πολύ ευχαριστημένη όταν φύγω από εκεί, είμαι πλήρως καλυμμένη!» (Α.Π.)

«... έχετε πολύ υπομονή απέναντί μας! Είμαι ικανοποιημένη απ' όλες τις πλευρές!» (Ν.Ν.)

« Δε με κοιτάζουν σαν ξένη, με... με... είμαι πολύ ευχαριστημένη!» (Μ.Γ.)

« Εγώ είμαι ευχαριστημένος, δεν ξέρω τι να πω... το νοσοκομείο είναι έτσι και αλλιώς μια χαρά...» (Μ.Α.)

Ωστόσο, δύο επίτοκες μετανάστριες αναφέρθηκαν σε περιστατικά αντιεπαγγελματικής συμπεριφοράς (mal practices) που παραβαίνουν την επαγγελματική δεοντολογία.

Χαρακτηριστικά ανέφεραν:

« Ήτανε πολλά τα λεφτά... εεε... και δεν μπορούσαμε να απαντήσουμε σε αυτά που ήθελε ο γιατρός, δηλαδή, ήταν να μας ζητήσει, ας πούμε, περισσότερα χρήματα για τις εξετάσεις που έπρεπε να κάνουμε...» (Η.Μ.)

« Ας πούμε, εγώ έχω γιατρό τώρα που δουλεύει εδώ... και το παίρνω τηλέφωνο και μου λέει Εγώ δεν μπορώ να σε βοηθήσω με τίποτα, πήγαινε από εφημερία, δεν μπορώ να σου κάνω τίποτα...» (Κ.Μ.)

Γλώσσα

Από τις συνεντεύξεις, επίσης προκύπτει ότι η μεγαλύτερη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι λειτουργοί υγείας καθώς και οι μετανάστες κατά την παροχή φροντίδας είναι η γλώσσα.

Χαρακτηριστικά αναφέρθηκε:

« Δεν μπορούμε να συνεργαστούμε, δεν καταλαβαίνουν τι τους λέμε, δεν καταλαβαίνουμε εμείς τι μας λένε οπότε καταλαβαίνετε ότι είναι δύσκολο!» (Κ.Μ.)

«... εφόσον δεν έχεις τη γλώσσα, δεν μπορείς να έχεις και την προσέγγιση!» (Α.Τ.)

« Δεν ήξερα τη γλώσσα! Και δεν μπορούσαν και εκείνοι, ας πούμε, να συνεννοηθούνε μαζί μου κλπ.» (Η.Μ.)

« Γιατί πριν το πρώτο παιδάκι δεν... δεν καταλάβαινα τίποτα γιατί μόλις ήρθα εδώ στην Ελλάδα και...» (Μ.Γ.)

Παρ' όλα αυτά από την μελέτη φαίνεται, ότι το προσωπικό και οι μετανάστριες προσπαθούν να λύσουν αυτό το εμπόδιο που δυσκολεύει την επικοινωνία τους με όποιο τρόπο είναι δυνατό.

Το προσωπικό ανέφερε:

«... μία έκφραση των ματιών, και μία υπομονή στην εξέταση... διότι και η παιδεία τους είναι δύσκολη ως προς την γυναικολογική περιοχή – τη θεωρούν αυστηρά ερμητική – και νομίζουν ότι εσύ παραβιάζεις την ανθρώπινη οντότητα εξετάζοντας.» (Κ.Μ.)

« Χρησιμοποιούμε την βοήθεια κάποιων γυναικών που τις συνοδεύουν ή έστω του άντρα, στο γραφείο της προϊσταμένης, να μάθουμε βασικά στοιχεία για τη γυναίκα...» (Κ.Α.)

«... η γυναίκα δεν μπορεί να έρθει σε επαφή καθόλου λόγω γλώσσας και δεν μπορούμε να καταλάβουμε ούτε τι θέλει...» (Ε.Τ.)

« Ότι μπορώ να το πάρω από παντομίμα, έτσι, ή ότι μπορώ να πάρω από κάποιον που περνάει και ξέρει την αλβανική ή ξέρει οτιδήποτε άλλο, αραβική... να χρησιμοποιήσω αυτόν και να μου...» (Χ.Μ.)

Αντίστοιχα μία μετανάστρια ανέφερε:

« Τώρα εγώ θέλω να μάθω να διαβάζω ελληνικά και να μιλάω και να γράφω καλά Ελληνικά..» (Α.Π.)

Έλλειψη υποδομών

Επίσης αναφέρθηκε, τόσο από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού όσο και από την πλευρά των μεταναστών, ότι η έλλειψη προσωπικού και υποδομών επηρεάζει την παροχή φροντίδας.

Χαρακτηριστικά ειπώθηκε:

« Δεν υπάρχει υποδομή για να βοηθηθούν όλοι αυτοί οι άνθρωποι με το δεδομένο Εθνικό Σύστημα Υγείας!» (Σ.Τ.)

« Να υπάρχει προσωπικό... Για να έχεις χρόνο να ασχολείσαι... Γιατί όταν δεν έχεις προσωπικό, δεν μπορείς να ασχοληθείς όσο και αν το θέλεις... δεν μπορείς να ασχοληθείς και να βοηθήσεις...» (Κ.Α.)

« Βασικά είναι η μεγάλη έλλειψη προσωπικού και υποδομών.» (Σ.Π.)

« Χρειάζεται μεγάλη δύναμη προσωπικού, γιατί όταν είναι μία κοπέλα από εμάς με σαράντα γυναίκες εφημερίας, σίγουρα, όσο καλή εκ προθέσεως και αν είναι, η κούραση θα της φέρει εκνευρισμό.» (Ε.Κ.)

Επίσης από την πλευρά των μεταναστών αναφέρθηκε:

« Όταν ήρθα είχε απεργία και. .. ήταν πέντε όλοι... Να βάλουν περισσότερους να δουλέψουνε.» (Μ.Α.)

« Θα ήθελα να έχει περισσότερο προσωπικό το βράδυ..» (Α.Ν.)

«...πιστεύω ότι θα πρέπει να έχει και περισσότερο προσωπικό ...εεε... όπως... όχι μόνο σε αυτό το νοσοκομείο και σε άλλα νοσοκομεία που είναι δημόσια...» (Μ.Γ.)

Επαγγελματική εξουθένωση

Αρνητικό και αναπόφευκτο αποτέλεσμα της έλλειψης προσωπικού και υποδομών είναι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out).

Το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε:

«Υπάρχουν φορές που μπορεί να συζητήσεις δύο λεπτά με τον καθένα αλλά υπάρχουν και φορές που να μην τους μιλήσεις καθόλου, το ίδιο και με τους συναδέλφους..» (Κ.Μ.)

«... η κούραση, η ρουτίνα, η αδυναμία επικοινωνίας στη γλώσσα θα της φέρει εκνευρισμό. Το αντίκτυπο του εκνευρισμού ή θα είναι οι ασθενείς, που μερικές φορές συμβαίνει, ή θα είναι... η ίδια η κοπέλα, η ψυχολογία της και κατ' επέκταση η οικογένειά της.» (Ε.Κ.)

«... μέσα στα πλαίσια της πίεσης που ίσως δέχεται το νοσηλευτικό προσωπικό μέσα στο χώρο του νοσοκομείου - την πίεση από πλευρά εργασίας σας λέω...» (Α.Τ.)

«...δεν ξέρω τι είναι αλλά έρχονται και εμείς φθάνουμε στα όριά μας πολλές φορές...» (Γ.Κ.)

IV) Προσαρμογή στα κοινωνικά πρότυπα της χώρας υποδοχής

Η προσπάθεια ένταξης στη χώρα υποδοχής είναι ένας στρεσογόνος παράγοντας δεδομένου ότι απαιτεί αλλαγή συμπεριφοράς του ατόμου έτσι ώστε να προσαρμοστεί

στην κοινωνία και τον πολιτισμό που το περιβάλλει και μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε άσχημη συμπεριφορά.

Από το νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρθηκε:

«... νομίζουν ότι εμείς είμαστε ρατσιστές, δηλαδή ότι τους βλέπουμε αρνητικά ότι είναι από την Αλβανία... και κάνουν επίθεση απέναντί μας.» (Γ.Κ.)

« Έχουν απαιτητικό χαρακτήρα όλοι και ειδικά οι σύζυγοι και όλη η οικογένεια. Απαιτούν...» (Ε.Κ.)

« Πέρα δηλαδή από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που κάνουμε σ' αυτούς... θέλουν πολύ περισσότερα από εμάς, απαιτούν πολύ περισσότερη προσοχή απ' αυτή που μπορούμε να τους δώσουμε!» (Α.Τ.)

«... στην αρχή όμως το παίρνουν ως παραβίαση στα ήθη και έθιμά τους και ως δυσκολία σε σχέση με το σύντροφό τους, ο οποίος δεν μπορεί να αποδεχτεί να τις δει να πηγαίνουν στην αίθουσα χωρίς το μαντήλι.» (Κ.Μ.)

«... με διαφορετικό τρόπο σκέφτεται μία γυναίκα που είναι ελληνίδα το πώς θα ήθελε τον τοκετό της και με έναν διαφορετικό τρόπο μια γυναίκα η οποία είναι από κάποια άλλη χώρα, που έχει κάποια άλλη κουλτούρα όσον αφορά τον τοκετό ή μετά τον τοκετό την περίοδο της λοχείας.» (Χ.Μ.)

« Δεν δέχονται άντρες να τις εξετάσουν, θέλουν μόνο γυναίκες...» (Ε.Κ.)

« Δεν σέβονται καμιά φορά, δεν τη σέβονται τη δουλειά μας... και φασαρία κάνουνε και παράπονα κάνουνε ... εεε ... και στους διευθυντές πάνε, βέβαια υπάρχουν και καλοί...» (Κ.Μ.)

V) Κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο

Από τις συνεντεύξεις του προσωπικού υποστηρίζεται ότι το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο (η θρησκεία, το μορφωτικό και το οικονομικό επίπεδο) επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την υγειονομική περίθαλψη.

«Το μόνο που θέλουν είναι να γίνουν καλά μέσα σε μια μέρα.. δεν μπορούν να καταλάβουν ότι εξαιτίας της καθυστερημένης προσέλευσης τους στο νοσοκομείο η κατάσταση της υγείας τους έχει χειροτερεύσει...» (Σ.Π.)

«Δεν προσέχει μια γρίπη, δεν κάθεται σπίτι και συνεχίζει να πηγαίνει για δουλειά και τελικώς μας έρχεται εδώ με πνευμονία... και μετά μας μιλάει και άσχημα η οικογένειά του, ότι δεν ξέρουμε και γιατί δεν γίνεται καλά...» (Α.Τ.)

« Βασικά τους ενδιαφέρει ο τρόπος επιβίωσης, να δουλέψουν, να έχουν μεροκάματο, να έχουν χρήματα και το τελευταίο που τους ενδιαφέρει είναι η εγκυμοσύνη...» (Ε.Κ.)

« Υπάρχουν κοπέλες που έρχονται, που είναι μουσουλμάνες οι οποίες είναι μορφωμένες και έχουν πολύ καλή συμπεριφορά απέναντι...» (Κ.Α.)

« Εγώ πιστεύω ότι συνήθως μένουν έγκυες για να έρθουν να πάρουν την υπηκοότητα αυτά τα παιδιά, να μείνουν και αυτές εδώ για καλύτερες συνθήκες, προφανώς διαβίωσης εεε... και να γίνουν Ελληνίδες.» (Ε.Τ.)

Επίσης, οι διαφορές στην κουλτούρα μεταξύ επαγγελματιών υγείας και μεταναστών οδηγούν μερικές φορές σε στερεότυπες αντιλήψεις και συμπεριφορές που γενικεύονται σε όλους τους μετανάστες. Συνεπώς, αν ένας μετανάστης έχει μία και μόνο αρνητική εμπειρία από έναν επαγγελματία υγείας θα είναι επιφυλακτικός προς όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε αισθήματα φόβου και επιφυλακτικότητας από την πλευρά των επίτοκων μεταναστριών.

« Την βλέπω πρώτα ως άνθρωπο και μετά ως μετανάστρια, όμως έχω δει την επιφύλαξη και τον τρόμο, σε σημείο που η γυναίκα να ξαπλώνει και να τρέμει πάνω στο κρεβάτι από το φόβο της.»

«... οι μουσουλμάνες πάρα πολύ, μας φοβούνται, μας φοβούνται πάρα πολύ...» (Κ.Μ.)

«... γιατί αυτές φοβούνται να απευθυνθούν σε κάποιους τέτοιους φορείς (...) γι' αυτό και δεν πάνε στους γιατρούς, γι' αυτό και δεν έρχονται από την αρχή της εγκυμοσύνης στα νοσοκομεία... δηλαδή... κατάλαβες, φοβούνται μήπως τις πιάσει η αστυνομία ή εμείς και τις πάμε μέσα και τις στείλουμε πάλι πίσω.» (Κ.Α.)

« Σαφώς έρχονται φοβισμένες γιατί δεν ξέρουν τη γλώσσα...» (Χ.Μ.)

« Είναι μεγάλο ποσοστό ανθρώπων που είναι παράνομοι. Αυτοί οι παράνομοι έχουν και το φόβο να μην ανακαλύψουμε ότι είναι παράνομοι ή να φωνάξουμε την αστυνομία.» (Ε.Τ.)

Από τις μετανάστριες ειπώθηκε:

« Εεε... να μου εξηγήσει κάποιος, να μου μιλήσει καλά και... (αμηχανία)» (Μ.Γ.)

« Να, μερικές φορές νιώθεις κάτι, όμως είναι πολύ λίγο, εντάξει... και... δεν ξέρω... μερικές φορές εντάξει, νιώθεις κάτι που είσαι ξένη και...» (Ν.Ν.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Συζήτηση

Η θεραπεία μιας ασθένειας, ιδιαίτερα όταν το αίτιο είναι παθολογικό, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την πρόληψη αλλά και από την έγκαιρη διάγνωση. Επίσης, η έκβαση της κήσεως εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από τον προγεννητικό έλεγχο. Η συστηματική χρήση υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκειά της, κρίνεται απαραίτητη για την ασφαλέστερη πορεία της και την έγκαιρη ανίχνευση πιθανών επιπλοκών της (Ιατράκης,2004).

Εξετάζοντας τα ευρήματα που προέκυψαν από την ανάλυση του αφηγηματικού υλικού των συνεντεύξεων φαίνεται ότι κατά κύριο λόγο το προσωπικό δηλώνει, μέσω της εμπειρίας του, ότι το μεγαλύτερο μέρος των επίτοκων μεταναστριών που εισέρχεται στα δημόσια μαιευτήρια δεν έχει κάνει τον απαραίτητο προγεννητικό έλεγχο παρόλο που ξέρει να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, αρκετοί νοσηλευτές της παθολογικής κλινικής τόνισαν πως οι μετανάστες καθυστερούν να προσέλθουν στο νοσοκομείο και, όταν πλέον καθυστερημένα το πράττουν, η ασθένεια τους είναι σε προχωρημένο στάδιο.

Αντίθετα, οι επίτοκες μετανάστριες στην έρευνά μας ισχυρίστηκαν ότι έχουν πραγματοποιήσει όλες τις απαραίτητες διαδικασίες που έπρεπε να ακολουθήσουν, όσων αφορά τον προγεννητικό τους έλεγχο χρησιμοποιώντας ως κύριες πηγές πληροφόρησης τον γιατρό, το κοινωνικό τους δίκτυο και προηγούμενη εμπειρία- εγκυμοσύνη. Από πλευρά τους οι μετανάστες στην παθολογική κλινική ανέφεραν ότι πήγαν στο νοσοκομείο μερικές ώρες αφότου εμφάνισαν το πρώτο σύμπτωμα.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί, όπως αναφέρεται βιβλιογραφικά (Χατζόπουλος,2005), ότι ο μεταναστευτικός πληθυσμός χωρίζεται στους νόμιμους και στους μη καταγεγραμμένους (παράνομοι). Οι νόμιμοι, ως κάτοχοι βιβλιαρίου υγείας, γνωρίζουν και χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, σε αντίθεση με τους μη καταγεγραμμένους, όπως έχει καταγραφεί και σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες όπως η Ελβετία όπου παρατηρείται το φαινόμενο ανάμεσα στους μη καταγεγραμμένους μετανάστες.(Wolff et al., 2005) Για το λόγο αυτό μπορεί να προκύπτει και η διάσταση απόψεων μεταξύ του προσωπικού όσων αφορά τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες.

Το κυριότερο πρόβλημα στην καθημερινή επικοινωνία μεταξύ λειτουργών υγείας και ασθενών είναι η γλώσσα και κατ' επέκταση η επικοινωνία. Ανάλογα αποτελέσματα έδειξαν παρόμοιες έρευνες όπου ενδεικτικά αναφέρουν ότι «τα προβλήματα επικοινωνίας μπορούν μέχρι και να μειώσουν την ποιότητα των παροχών υγείας και να αποθαρρύνουν το μετανάστη να επισκέπτεται τα νοσοκομεία» (Leighton et al., 2003). Το εμπόδιο αυτό πολύ συχνά έχει κοστίζει ζωές ή έχει οδηγήσει σε σοβαρά ιατρικά λάθη (UEHR, 2006).

Γνωρίζουμε ότι η επικοινωνία περιλαμβάνει τη διατύπωση ενός μηνύματος αλλά και μία σειρά από μη διατυπωμένα γεγονότα και καταστάσεις (λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία). Όταν λέμε μη λεκτική επικοινωνία εννοούμε όλα εκείνα τα γεγονότα και τις καταστάσεις που συνοδεύουν και επηρεάζουν την επικοινωνία και αυτά είναι: η έκφραση του προσώπου, η στάση του σώματος, ο τόνος και η ένταση της φωνής, οι μορφασμοί και η επαφή των ματιών (Σαββοπούλου, 2004). Έπειτα στην αντιμετώπιση και την έκφραση της αρρώστιας τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές του ατόμου, διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. Ο κάθε πολιτισμός έχει τη δική του «γλώσσα δυσφορίας» μέσω της οποίας εκφράζει τα συμπτώματα και τα σημάδια που θεωρεί μη φυσιολογικά και μπορεί να κρύβουν μία μορφή αρρώστιας (Helman, 1994) (Τούντας, 2000).

Η μεγάλη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στη χρήση μη λεκτικών εκφράσεων και χειρονομιών, φάνηκε ότι αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για αυτούς στην αποτελεσματική επικοινωνία με ομάδες διαφορετικής κουλτούρας. Προφανώς, η ελλιπής διαπολιτισμική εκπαίδευση δημιουργεί επιπλέον φόβο και άγχος αναφορικά με το αν η συμπεριφορά τους είναι πολιτισμικά ευπρεπής και αν οι ενέργειές τους θεωρούνται πολιτισμικά αποδεκτές (Travaline et al, 2005).

Ωστόσο, ιδιαίτερα εντυπωσιακό ήταν το γεγονός ότι τα άτομα του δείγματος φάνηκαν αρκετά ικανά και άνετα, να φροντίσουν αποτελεσματικά ασθενείς που δε μιλούσαν πολύ καλά την ελληνική γλώσσα. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλες μελέτες, οι οποίες βέβαια ήταν ιατροκεντρικές και δεν περιελάμβαναν στο δείγμα τους νοσηλευτές (Nies, 2001) (Schulze et al, 2003). Αυτό ενδεχομένως συμβαίνει, επειδή η Νοσηλευτική δεν απαιτεί ιδιαίτερες γνώσεις από τους ασθενείς για την κατανόηση των νοσηλευτικών όρων ενώ η φιλοσοφία και η πρακτική της είναι περισσότερο προσιτή, (Κοτρώτσιου και συν, 2008) σε σχέση με αυτή της Ιατρικής. Επίσης, πρέπει να

λάβουμε υπόψη μας, ότι τα δεδομένα στους νομούς Αργολίδας και Κορινθίας, όπως πιθανόν και σε άλλες επαρχιακές περιφέρειες της χώρας, διαφέρουν από εκείνα των μεγάλων πόλεων. Αυτό ισχύει, επειδή δεν υπάρχει τόσο μεγάλη πολιτισμική και εθνολογική ποικιλομορφία στον πληθυσμό ενώ οι κοινωνίες είναι μικρότερες σε μέγεθος.

Επιπλέον, οι μετανάστες στην πλειοψηφία τους ήταν αρκετά ικανοποιημένοι με τη φροντίδα που δέχονταν και δήλωσαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους βοηθά αρκετά να κατανοήσουν την πορεία της ασθένειας τους παρόλο που μπορεί να μην μιλούν την ίδια γλώσσα. Πολλές επίτοκες μετανάστριες όμως δεν είχαν την ίδια άποψη και για το ιατρικό προσωπικό. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι γίνονται ισάξιες προσπάθειες από το προσωπικό και από τις μετανάστες να ξεπεράσουν τα εμπόδια αυτά χρησιμοποιώντας κάθε δυνατό τρόπο και μέσο.

Επιπλέον, το κλίμα πολιτισμικής ποικιλομορφίας που έχει δημιουργηθεί, αποτελεί μια νέα πραγματικότητα. Από τις συνεντεύξεις του προσωπικού υποστηρίζεται ότι το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο (η θρησκεία, το μορφωτικό και το οικονομικό επίπεδο) επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την υγειονομική περίθαλψη. Ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία και την ασθένεια σχετίζεται σημαντικά ή ακόμα και διαμορφώνεται από τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της ομάδας. Το τι θεωρείται υγεία ή αρρώστια, πώς αντιμετωπίζεται και από πού πηγάζει είναι ερωτήματα άμεσα συνδεδεμένα με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μίας ομάδας (Eckersley, 2007).

Σε έρευνα που έλαβε χώρα στο νοσοκομείο Bispebjerg της Κοπεγχάγης το προσωπικό επισήμανε την ανάγκη ειδικών προγραμμάτων για να καλυφθούν οι ιδιαίτερες αυτές ανάγκες των μεταναστών (Nielsen et al., 2001). Παρά τις δυσκολίες που ενδεχομένως προκύπτουν όμως, το προσωπικό στην συγκεκριμένη έρευνα δηλώνει ότι οι πρακτικές παροχής φροντίδας υγείας δεν διαφέρουν μεταξύ Ελληνίδων και μεταναστριών.

Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος των μεταναστών δηλώνει ικανοποιημένο από την φροντίδα που δέχεται καθώς και από την αντιμετώπιση του προσωπικού απέναντι του, σε αντίθεση με έρευνα που έγινε στην Ελβετία ανάμεσα σε μετανάστες, οι οποίοι δήλωσαν ότι δεν ήταν ικανοποιημένοι με την συμπεριφορά του προσωπικού απέναντί τους (Bollini et al., 2006). Ελάχιστες γυναίκες αναφέρθηκαν

σε αντιεπαγγελματική συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, που όμως είχε σχέση με οικονομικούς παράγοντες.

Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι οι μετανάστες που προέρχονται από χώρες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, έχουν συνήθως υψηλότερα ποσοστά ασθενειών, χαμηλό επίπεδο προληπτικής υγειονομικής φροντίδας, αδυναμία διατήρησης καλού επιπέδου υγείας καθώς και περιορισμένη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ο κοινωνικός αποκλεισμός τους αποθαρρύνει να αναζητήσουν έγκαιρα και άμεσα ιατρονοσηλευτική φροντίδα για οποιαδήποτε σοβαρή ασθένεια ή τραυματισμό (Καψάλης, 2003). Υποφέρουν τόσο από χρόνιες ασθένειες όσο και από οξεία συμπτώματα, σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι ο υπόλοιπος γηγενής πληθυσμός εξαιτίας των ανθυγιεινών συνθηκών διαβίωσης, της φτώχειας, της ανεπαρκούς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και της συχνά δυσμενούς κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης.

Οι απόψεις και οι πεποιθήσεις που έχουν ορισμένες οικογένειες μεταναστών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο σχετικά με τις εναλλακτικές και παραδοσιακές μορφές θεραπείας ενδέχεται να τους αποθαρρύνει για την αναζήτηση συμβατικής ιατρικής βοήθειας. Το πιο πιθανό είναι η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας να γίνει μόνο σε ασθένειες με οξεία συμπτώματα και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις.

Όλα τα παραπάνω επιβεβαιώνονται στη συγκεκριμένη έρευνα, δεδομένου ότι οι επίτοκες μετανάστριες που δεν είχαν κάνει τον απαραίτητο προγεννητικό έλεγχο και έκαναν εισαγωγή στην μαιευτική κλινική ως επείγον περιστατικό ήταν ανασφάλιστες και αγνοούσαν οποιοδήποτε πρόβλημα μπορεί να είχε δημιουργηθεί τόσο στις ίδιες όσο και στο παιδί. Επίσης, οι περισσότεροι από τους μετανάστες και τις μετανάστριες στην παθολογική κλινική, σύμφωνα με δηλώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού, όχι μόνο έρχονταν στο νοσοκομείο όταν η ασθένειά τους ήταν σε προχωρημένο στάδιο αλλά επίσης αγνοούσαν και χρόνια προβλήματα υγείας που είχαν. Η κατάσταση αυτή δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο το έργο του νοσηλευτή ο οποίος πρέπει να ξεπεράσει το εμπόδιο της διαφορετικής γλώσσας και να του εξηγήσει το πρόβλημα της υγείας του.

Η κοινωνικό-πολιτιστική προσαρμογή περιλαμβάνει διάφορους τύπους συμπεριφοράς με την οποία οι άνθρωποι προσαρμόζονται στην κοινωνία και τον πολιτισμό που τους περιβάλλουν. Η οικογένεια, το επάγγελμα, οι διάφορες κοινωνικές ομάδες είναι τομείς που απαιτούν τη συμμετοχή και ως εκ' τούτου προσαρμογή της

συμπεριφοράς στις αντιλήψεις, τα ιδεώδη, τις παραδόσεις και τους θεσμούς που ορίζουν έναν πολιτισμό (Σαββοπούλου, 2004). Η προσπάθεια ένταξης στη χώρα υποδοχής είναι ένας στρεσογόνος παράγοντας και μπορεί να οδηγήσει το άτομο να αντιδράσει με άσχημο τρόπο.

Το νοσηλευτικό προσωπικό καθημερινά έρχεται αντιμέτωπο με τις ανησυχίες, τις απαιτήσεις και τις έντονες αντιδράσεις των μεταναστών και των επίτοκων μεταναστριών κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Η συμπεριφορά αυτή ενδεχομένως πηγάζει από τη δυσκολία προσαρμογής στα κοινωνικά πρότυπα της χώρας υποδοχής η οποία είναι μια στρεσογόνος και χρονοβόρα κατάσταση (Eckersley, 2007).

Θεωρείται σκόπιμο να αναφερθεί ότι η δυσκολία προσαρμογής και επικοινωνίας στην καθημερινότητα των μεταναστών, αποτελούν βιβλιογραφικά (Thomas, 2003) τις κυριότερες αιτίες που πιθανώς οδηγούν σ' ένα επιπλέον πρόβλημα, την κοινωνική φοβία γεγονός που συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών με ανάλογο θέμα (Ganavan et al., 1994) .

Κοινωνική φοβία είναι η αγχώδης διαταραχή κατά την οποία κάποιος φοβάται ότι άλλοι άνθρωποι που βρίσκονται γύρω του θα σκεφτούν αρνητικά γι' αυτόν, ενώ παράλληλα θεωρεί ότι ο ίδιος δεν είναι τόσο καλός όσο οι άλλοι. Το γεγονός αυτό καθιστά την συμμετοχή του στις κοινωνικές καταστάσεις πολύ δύσκολη ή και αδύνατη. Μία από τις κυριότερες αιτίες είναι οι στρεσογόνες εμπειρίες ζωής που έχουν οδηγήσει αυτά τα άτομα να αισθάνονται έτσι (Thomas, 2003).

Από τα άτομα του δείγματος βγαίνει το συμπέρασμα ότι υπάρχει κοινωνική φοβία κυρίως από την πλευρά των επίτοκων μεταναστριών. Το νοσηλευτικό προσωπικό της μαιευτικής κλινικής δήλωσε ότι αρκετές φορές οι μετανάστριες ήταν επιφυλακτικές, ντροπαλές αλλά και φοβισμένες προς το προσωπικό. Χαρακτηριστικά αναφέρθηκε ότι έτρεμαν πριν τις εξετάσει ο ιατρός.

Το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων Κορίνθου και Άργους, στα οποία διεξήχθη η μελέτη, φάνηκε αρκετά εξοικειωμένο με τους πληθυσμούς διαφορετικής πολιτισμικής και εθνικής προέλευσης, δεδομένου ότι η πλειοψηφία τους δήλωσε ότι γνωρίζει αρκετά καλά τα κοινωνικοπολιτισμικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Η εξοικείωση αυτή πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι η μετανάστευση δεν αποτελεί νέο φαινόμενο και επίσης, τα μητρώα των εξωτερικών ιατρείων των συγκεκριμένων

νοσοκομείων αποδεικνύουν τον μεγάλο αριθμό Αλβανών ασθενών που δέχονται καθημερινά, ο οποίος ανέρχεται περίπου στο μισό του όγκου των ασθενών.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι τα άτομα του δείγματος ανέφεραν ότι δεν έχουν αντιληφθεί να υπάρχουν διακρίσεις σε βάρος των ασθενών εξαιτίας της διαφορετικής εθνικότητάς τους, ενώ έχουν αντιληφθεί ρατσιστική συμπεριφορά και διαχωρισμό των ασθενών εξαιτίας της ενδοπολιτισμικής τους διαφορετικότητας. Διαφαίνεται ότι υπάρχει κάποιας μορφής διάκριση, σε βάρος κυρίως του τσιγγάνικου πληθυσμού, με τον οποίο το προσωπικό δεν είναι τόσο εξοικειωμένο. Αντίστοιχα αποτελέσματα υποδεικνύουν και άλλες σχετικές μελέτες στον ελλαδικό χώρο. (Καψάλης, 2003) (Τσάφου, 2007)

Προφανώς, όμως, αυτή η ρατσιστική συμπεριφορά που έχει παρατηρηθεί και αναφερθεί δεν προέρχεται από το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά χαρακτηρίζει άλλους επαγγελματίες υγείας, δεδομένου ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του δείγματος (8 από τους 10 νοσηλευτές) δήλωσε ιδιαίτερα ικανό να προσεγγίζει και να παρέχει φροντίδα με σεβασμό και ευαισθησία στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μειονοτικών πληθυσμών, μεταξύ άλλων και των τσιγγάνων. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από δηλώσεις ασθενών, οι οποίοι δεν είχαν αντιληφθεί διακρίσεις εις βάρος του από το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά επισήμαναν αντιεπαγγελματικές συμπεριφορές από το ιατρικό προσωπικό. Η αντιεπαγγελματική συμπεριφορά (*mal practice*) είναι η παράβαση της επαγγελματικής δεοντολογίας. Είναι επαγγελματική αμέλεια από την πράξη ή την παράλειψη από έναν παροχέα υπηρεσιών υγείας ο οποίος παρεκκλίνει από τα αποδεκτά πρότυπα της πρακτικής στην ιατρική κοινότητα και προκαλεί τον τραυματισμό ή και τον θάνατο του ασθενούς (Bloom et al, 2006).

Αξίζει να σημειωθεί ότι μεγαλύτερη εξοικείωση βρέθηκε ότι είχαν οι νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ, προφανώς λόγω της καλύτερης κατάρτισης στη διαπολιτισμική φροντίδα που έλαβαν στη βασική τους νοσηλευτική εκπαίδευση και λιγότερο οι βοηθοί νοσηλευτών ΔΕ, πιθανόν λόγω έλλειψης του αντίστοιχου μαθήματος στο δικό τους πρόγραμμα εκπαίδευσης (Jette et al, 2004). Οι βοηθοί νοσηλευτών δήλωσαν ότι τις γνώσεις τους πάνω σε θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας την έχουν αποκομίσει από την πολύχρονη εργασία τους στο νοσοκομείο. Πάντως, όλοι οι συμμετέχοντες, ανεξαρτήτως επιπέδου εκπαίδευσης, τόνισαν τη σημασία και την αναγκαιότητα επιπλέον εκπαίδευσης στη διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα. Επίσης, δήλωσαν ότι

σεμινάρια διαπολιτισμικής νοσηλευτικής και παροχής διαπολιτισμικής φροντίδας είναι απαραίτητο να διεξάγονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα στο χώρο των νοσοκομείων. Αυτή η ανάγκη πιθανόν πηγάζει από την ατελή γνώση στο συγκεκριμένο αντικείμενο τόσο στη βασική εκπαίδευση, (Πουρνάρας και συν, 2004) όσο και κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σταδιοδρομίας στο χώρο του νοσοκομείου.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης φάνηκε καθαρά ότι ενώ γίνονται αναφορές για διακρίσεις στο χώρο της υγείας, εντούτοις δε φαίνεται να γίνονται προσπάθειες από μέρους της πολιτείας προς την κατεύθυνση αντιμετώπισής τους, (Τούντας, 2000) (Στουρνάρας-Σουλιώτης, 2009) δεδομένου ότι η όποια ενημέρωση και εκπαίδευση των νοσηλευτών έγκειται στη δική τους προσπάθεια για μάθηση. Το επίπεδο γνώσης πάνω σε θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας φάνηκε ικανοποιητικό. Ωστόσο, υπάρχουν εμφανή αδύνατα σημεία και μεγάλα περιθώρια βελτίωσης.

Οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) και ότι αυτό συνεπάγεται, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τις απόψεις του προσωπικού.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρεται στο αίσθημα εξάντλησης και της απώλειας του ενδιαφέροντος που εκδηλώνεται από τους επαγγελματίες υγείας κατά την άσκηση της εργασίας τους. Οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της μη ικανοποίησης από την εργασία τους. Το σύνδρομο αποτελεί σοβαρό φαινόμενο με ποικίλες προεκτάσεις, καθότι μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές σε ψυχοσωματικά προβλήματα, συμπεριφορά κοινωνικής απομόνωσης που οφείλεται στην εργασία και σε νοσηλευτική φροντίδα χαμηλής ποιότητας. (Κουτελέκος, 2007).

Από τους βασικότερους παράγοντες που ευθύνονται για το burn out καθώς και πλήθος προβλημάτων, είναι η έλλειψη προσωπικού και υποδομών στα δημόσια νοσοκομεία, γεγονός αναμφισβήτητο που επιβεβαιώνεται από τα λεγόμενα και των δύο πλευρών του δείγματος.

Το μειωμένο εργατικό δυναμικό και η έλλειψη κατάλληλων υποδομών έχουν ως αποτέλεσμα τη μειωμένη απόδοση στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Είναι γεγονός λοιπόν ότι η παροχή φροντίδας δεν είναι ελλιπής μόνο για τους μετανάστες και τις επίτοκες μετανάστριες που εκ των πραγμάτων χρειάζονται ειδική μεταχείριση, αλλά και

για τους Έλληνες πολίτες. Βάσει των παραπάνω, το Εθνικό Σύστημα Υγείας καλείται να ανταπεξέλθει στα νέα δεδομένα που ορίζει ο 21ος αιώνας.

8.1 Οι περιορισμοί της έρευνας

Κατά τη διάρκεια της έρευνας παρουσιάστηκαν κάποιες δυσκολίες οι οποίες είναι οι εξής:

Περιορισμένος χρόνος

Δεδομένου ότι οι συνεντεύξεις του προσωπικού πάρθηκαν εν ώρα υπηρεσίας, υπήρξαν συχνές διακοπές λόγω φόρτου εργασίας.

Όσον αφορά τους ασθενείς μετανάστες και τις επίτοκες μετανάστριες ο χρόνος ήταν περιορισμένος και βασικός παράγοντας αυτού ήταν οι ενοχλήσεις που ένιωθαν εξαιτίας της κατάστασης τους.

Ασφαλιστικός φορέας

Δεν ήταν εφικτό να ερωτηθούν οι μετανάστες για τον ασφαλιστικό τους φορέα ή για την κατοχή βιβλιαρίου υγείας λόγω της λεπτότητας του θέματος. Οι πληροφορίες, όσον αφορά το συγκεκριμένο ερώτημα, αποκομίστηκαν αργότερα από την γραμματεία των επειγόντων περιστατικών μετά την ολοκλήρωση της συνεντεύξεως όπου και διαπιστώθηκε η νομιμότητα και η ύπαρξη ασφαλιστικού φορέα είτε δικού τους, είτε του συζύγου.

Διαδικασία μαγνητοφώνησης

Σε κάθε συμμετέχοντα πριν την μαγνητοφώνηση της συνεντεύξεως, έγινε συζήτηση όπου δόθηκαν οι απαραίτητες πληροφορίες για το θέμα και τον σκοπό της μελέτης,

ζητήθηκε η συγκατάθεση και η άδεια τους να χρησιμοποιηθούν οι απόψεις τους ανώνυμα στην έρευνα.

Οι μετανάστες στη θέα του μαγνητοφώνου απαντούσαν μονολεκτικά και φαίνονταν στην πλειοψηφία τους διστακτικοί και επιφυλακτικοί για τον τρόπο που θα χρησιμοποιηθούν οι απαντήσεις τους, παρόλο που είχε προηγηθεί η συζήτηση και κατά τη διάρκεια της εξέφραζαν ελεύθερα τις απόψεις τους..

Αντίθετα, δεν υπήρξε κανένα πρόβλημα στην μαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων του προσωπικού.

Πρόβλημα επικοινωνίας

Παρά το γεγονός ότι οι μετανάστες μιλούσαν την ελληνική γλώσσα, οι περισσότεροι δεν κατανοούσαν πλήρως τα ερωτήματα και δεν μπορούσαν να εκφράσουν ολοκληρωμένα τις απόψεις τους. Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκαν πιο απλές λέξεις και εκφράσεις σε συνάρτηση με περαιτέρω ανάλυση των ερωτήσεων για την διευκόλυνση τους.

8.2 Συμπεράσματα – Προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη

Στην ελληνική βιβλιογραφία οι μελέτες για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες περιορίζονται μόνο στην περιγραφή του προβλήματος και στη δημογραφική αλλαγή που επιφέρουν, χωρίς να εστιάζουν στα προβλήματα που δημιουργούνται στον χώρο του νοσοκομείου κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας από τους επαγγελματίες υγείας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας στρέφουν την προσοχή προς την κατεύθυνση γενικών προβλημάτων που παρατηρούνται στην καθημερινή κλινική πρακτική μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και πληθυσμών διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης. Η εξάλειψη των ανισοτήτων στο χώρο της υγείας σε βάρος των πληθυσμών με διαφορετική πολιτισμική προέλευση απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση.

Βασικό ρόλο έχει το νοσηλευτικό προσωπικό που βρίσκεται στις πρώτες γραμμές παροχής φροντίδας υγείας. Πολύτιμο εργαλείο του στην παροχή

ολοκληρωμένης διαπολιτισμικής φροντίδας αποτελεί η διαδικασία της πολιτισμικής καταλληλότητας, η αποτελεσματικότητα της οποίας προσδιορίζεται από την ικανότητα των νοσηλευτών, να την προσαρμόζουν σωστά στις εκάστοτε συνθήκες (Giger et al, 2007).

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές κατά την παροχή φροντίδας σε διαφορετικές εθνικότητες ασθενών αναφορικά με τη γλωσσική επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις μπορεί να αποτελέσει φραγμό στην παροχή ολιστικής φροντίδας και στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης. Η επιθυμία του ασθενούς ή των συγγενών του να γίνουν σεβαστές οι εθνικές, οι θρησκευτικές και οι προσωπικές τους ιδιαιτερότητες, μπορεί να προβληματίσει το νοσηλευτή που είναι προσανατολισμένος στα δυτικά πρότυπα διαχείρισης τέτοιων καταστάσεων. Όμως, η κάθε επιθυμία είναι αφ' εαυτού μια αμιγώς οικειοθελής επιλογή.

Επίσης, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που προκύπτουν, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, είναι η δυσκολία προσαρμογής των μεταναστών στα πρότυπα της χώρας μας. Η ύπαρξη διερμηνέα ή μιας ειδικής υπηρεσίας στα δημόσια νοσοκομεία αλλά και εκτός νοσοκομείου θα συνέβαλε σημαντικά. Επιπλέον η βελτίωση των υποδομών στα δημόσια νοσοκομεία, με μεθόδους που ήδη χρησιμοποιούνται στο εξωτερικό (ερωτηματολόγια στη γλώσσα τους, προγράμματα αυτόματης μετάφρασης κ.τ.λ.) θα βοηθήσουν κατάλληλα τους μετανάστες να ενταχθούν στο σύστημα υγείας της Ελλάδας με αποτέλεσμα να είναι οργανωμένοι και να αποφεύγεται η συμφόρηση.

Οι Έλληνες νοσηλευτές έχουν χρέος να γνωρίζουν θεωρητικά και πρακτικά τον τρόπο με τον οποίο θα προσφέρουν τη νοσηλευτική φροντίδα που θα υποδεικνύει σεβασμό στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του ασθενούς και της οικογένειάς του. Δίνοντας τον απαραίτητο χρόνο για μια αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς, αυτό θα οδηγήσει στη σωστή αξιολόγηση των προβλημάτων και θα διαμορφώσει την εξατομίκευση του σχεδίου της νοσηλευτικής παρέμβασης. Επίσης οφείλουν να αποκτήσουν γνώσεις, δεξιότητες και πρακτικές για να προσφέρουν φροντίδα με σεβασμό στην κουλτούρα του άλλου, με οικουμενική αντίληψη και φιλοσοφία, αλλά ταυτόχρονα διατηρώντας τη δική τους πολιτισμική και επαγγελματική ταυτότητα.

Ωστόσο για να γίνει αυτό και να καλυφθούν οι ανάγκες φροντίδας και περίθαλψης των πολιτισμικά διαφοροποιημένων ατόμων, θα πρέπει να υπάρχει

ενημέρωση του προσωπικού για τα διαφορετικά κοινωνικο-πολιτιστικά δεδομένα εθνοκοινοτήτων που εισέρχονται στην Ελλάδα. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με την ύπαρξη σεμιναρίων στα πλαίσια του νοσοκομείου προς ενημέρωση του προσωπικού και με την ένταξη του μαθήματος Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής στις σχολές υγείας και πρόνοιας.

Οι μεμονωμένες παρεμβάσεις δεν είναι ικανές από μόνες τους να μειώσουν ή να εξαφανίσουν τις διακρίσεις που γίνονται στο χώρο της υγείας. Πολιτικές υγείας που σκοπό έχουν να απαλύνουν τις διαφορές ανάμεσα στους μειονοτικούς πληθυσμούς πρέπει να εφαρμόζονται σε όλα τα επίπεδα. Η εκμάθηση των βασικών αρχών διαπολιτισμικής φροντίδας τόσο προπτυχιακά όσο και μεταπτυχιακά και με τη διά βίου εκπαίδευση μέσω σεμιναρίων και επιμορφώσεων είναι απαραίτητη.

Τα τελευταία χρόνια, η Ευρωπαϊκή Πρωτοβουλία «φιλικά προς τους μετανάστες νοσοκομεία », η οποία έχει αρχίσει να εφαρμόζεται και στη χώρα μας, αποτελεί ενθαρρυντικό βήμα. Τέτοιες πρωτοβουλίες πιθανόν να βοηθήσουν να δούμε τη διαφορετικότητα της πολιτισμικής προέλευσης όχι ως απειλή, αλλά ως μια πρόσκληση-πρόκληση για μια κριτική ματιά απέναντι στο σύστημα υγείας της χώρας μας και τις προσφερόμενες υγειονομικές υπηρεσίες.

Μπορεί να διακριθεί η πολυπλοκότητα και η σοβαρότητα του θέματος και θεωρείται επιτακτική η ανάγκη να επεκταθεί η έρευνα σχετικά με την αλληλεπίδραση των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων όσον αφορά τη διάταξη του υγειονομικού χάρτη και την προαγωγή της υγείας. Η υγεία δεν επιδέχεται όρια και φραγμούς και το ανθρωπιστικό χρέος των λειτουργών της είναι να περιθάλπουν κάθε ανθρώπινη ύπαρξη από οποιοδήποτε σημείο της γης και αν προέρχεται, ανεξαρτήτως της τήρησης ή μη των συμβατικών κοινωνικο-πολιτισμικών κανόνων (Macionis, Benokraitis, 2007).

Η προσέγγιση των πληθυσμών με διαφορετική κουλτούρα θεωρείται απαραίτητη, προκειμένου να ανοίξει ο δρόμος σε μια υγειονομική εμπειρία η οποία να είναι συμβατή με τα νέα οικουμενικά πρότυπα, αλλά που ταυτόχρονα να σέβεται την κουλτούρα του κάθε πολίτη και την κουλτούρα των ολιγάριθμων ή πολυάριθμων πληθυσμιακών ομάδων (Καλοκαιρινού και συν, 2003).

ΠΗΓΕΣ

Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις

Ραγκούσης Γ : Η Ελλάδα πρέπει να μοιραστεί το βάρος φιλοξενίας των μεταναστών, <http://www.inews.gr/29/ragkousis-i-enropi-prepei-na-moirastei-to-varos-filoxenias-ton-metanaston.htm>, (πρόσβαση στις 17/02/2012)

Τσάφου Μ. Οι δυσκολίες πρόσβασης των Ρομά στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.(2007) 6η Εθνική Στρογγυλή Τράπεζα, Προβλήματα διακρίσεων στους τομείς της αγοράς εργασίας και της πρόσβασης στην υγεία και την κοινωνική πρόνοια, 35–39, <http://www.antigone.gr/> (πρόσβαση: 11 Φεβρουαρίου 2013)

Refugees flock to Greece despite crisis, http://www.youtube.com/watch?v=QhSFnDV_raY (πρόσβαση στις 14/02/2012)

BBC NEWS: http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/wales/7305963.stmPublished: 2008/03/20 00:52:09 GMT © BBC MMV

Η μετανάστευση στην Ελλάδα., [http://euractiv.gr/anatoliki-eyropi-kai-mesogeios/problimatizei-i-metanasteysi-kai-emporία-anthropon-stin-ellada](http://euractiv.gr/anatoliki-eyropi-kai-mesogeios/problimatizei-i-metanasteysi-kai-emporია-anthropon-stin-ellada)(πρόσβαση στις 13/02/2012)

Εθνοκεντρισμός, <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%BF%CE%BA%CE%B5%CE%BD%CF%84%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82>, (πρόσβαση στις 02/08/2012)

Merriam, S. B., (2002), *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. San Francisco: Jossey-Bass.

http://media.wiley.com/product_data/excerpt/56/07879589/0787958956.pdf, (πρόσβαση στις 14/09/2012)

UEHR, National Kapodistrian University of Athens Medical School, IOM, *Equality in health. Greek National Report*, 2006 [online] European commission. <http://www.uehr.panteion.gr> (πρόσβαση στις 22/4/2012)

Το στερεότυπο <http://wikipedia.qwika.com/en2el/Nationalism> (πρόσβαση στις 02/08/2012)

Φεύγουν οι μετανάστες από την Ελλάδα, Newsbeast.gr. (πρόσβαση στις 05/03/2012).

Εφημερίδες

Alain Morice, Claire Rodier, «*Η Ευρωπαϊκή αντίληψη για τον έλεγχο της μετανάστευσης. Οι μεταναστευτικοί φράκτες της Ευρώπης δίνονται εργολαβικά σε τρίτες χώρε* ». Εφημερίδα Ελευθεροτυπία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανασοπούλου Μ., Λεβεντάκου Γ., Τσίντζου Ε., Τσιρούδα Μ, (2007) *Επίδραση της μετανάστευσης στην έναρξη μητρικού θηλασμού από Αλβανίδες μητέρες σε Αθήνα, Ρώμη και Τίρανα*, Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Γαϊτανίδου Ε., (2000) *Η περίθαλψη του μετανάστη ασθενή στην Ελλάδα: Η περίπτωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ*, Αθήνα
- Γιατροί Χωρίς Σύνορα (2008) Αποστολή διερεύνησης της κατάστασης των μεταναστών «χωρίς έγγραφα» που εισέρχονται στην Ελλάδα.
- Γκοβάρης, Χ., (2000) *Διαπολιτισμική Εκπαίδευση και το δίλλημα των πολιτισμικών διαφορών*, Παιδαγωγικός Λόγος, 3: 23-30.
- Δημητρόπουλος Γ., (2001) *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας. Ένα συστηματικό Δυναμικό Μοντέλο Γ' Έκδοση ανανεωμένη & συμπληρωμένη*, Αθήνα: Έλλην
- Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2007), *Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμο Έγγραφο Παραμονής*. Απόφαση ΕΕΔΑ, Αθήνα.
- Ζυγά Σ., (2010) *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη*, Εκδ. Βήτα, Αθήνα.
- Καβουνίδη Τζ. (2002) *Χαρακτηριστικά μεταναστών: το Ελληνικό Πρόγραμμα νομιμοποίησης του 1998*, Σάκκουλας, Αθήνα
- Ιατράκης Γ., (2004) *Φυσιολογία και Παθολογία μητέρας και εμβρύου* Εκδόσεις Δεσμός, σελ. 107-110, 603-618, Αθήνα
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., (2004) *Πανεπιστημιακές Παραδόσεις Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής*, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Καλοκαιρινού Α., Κορδέλλα Κ., Τολικά Φ. (2003) “Θεωρητικές προσεγγίσεις της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής”, *Νοσηλευτική*, 42:451-456.

- Καϊτελίδου Δ., (2003) “Η χρήση των υπηρεσιών υγείας από πρόσφυγες και μετανάστες στην Ελλάδα” *14^η Ημερίδα Ελληνικής Νεφρολογικής Ένωσης Νοσηλευτών*, Πολεμικό Μουσείο, Αθήνα,
- Καλοφωλιάς Κ. (2011) *Το μεταναστευτικό ζήτημα στη Μεσόγειο (Ισπανία-Ιταλία-Ελλάδα)*, Μιχάλη Σιδέρη σελ.13, 14, 15-17, 33, 34, 35-39, Αθήνα
- Κατριβέση Ε., (2007) *Η χρησιμοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα*, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Καψάλης Α., (2003) Εθνική Έκθεση για την Ελλάδα, Ευρωπαϊκό Δίκτυο για Συνεργασία και Ανταλλαγές σε θέματα Κοινωνικού Αποκλεισμού και Υγείας Μεταναστών.
- Κιόχος Π. (1984) “Η εξωτερική μετανάστευση της χώρας μας και οι συνέπειες αυτής.”, Πανεπιστήμιο Πειραιά, *Σπουδαί*, τεύχος 3-4, σελ. 734-754, Αθήνα.
- Κοτρώτσιου Σ, Παραλίκας Θ, Παπαθανασίου Ι, Λαχανά Ε, Κυπαρίση Γ, Ριζούλης Α., (2008) “Η έννοια της φροντίδας” *Το Βήμα του Ασκληπιού* 7:57–71
- Κουτελέκος Ι., (2007) “Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών”, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 6^{ος}, Τεύχος 1^ο
- Κυριαζή, Ν., (2005), *Η κοινωνική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών* Αθήνα, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- Κωνσταντινοπούλου Μ., (2007) *Η χρησιμοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από αλλοδαπούς σε αγροτικό πληθυσμό*. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών ,Αθήνα .
- Μαρβάκης, Αθ., Παρασάνογλου, Δ., Παύλου, Μ., (2001) *Μετανάστες στην Ελλάδα*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μίτιλης Α. και Σκαλή Θ., (2004) *Το δικαίωμα στην εκπαίδευση*. Στο Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες, Σχέδιο Δράσης «Καινούρια Αρχή», Συγγραφική Ομάδα Μίτιλης Α. Σκαλή Θ., Οδηγός Διαπολιτισμικής Εκπαίδευσης, επιμέλεια έκδοσης Σκλάβου Κ. Αθήνα.
- Μιχαήλ Α., Χυτήρη Κ., Κούτρα Κ., (2007), *Κατανάλωση αλκοόλ και Επιπολιτισμός. Έρευνα στους μετανάστες που προσέρχονται στο γραφείο Αλλοδαπών του Δήμου Ηρακλείου*. Ηράκλειο.
- Νάτσης Π., Γκόλια Α., Κοκαρίδας Δ., Καραπάνου Ε., (2006), “ Τα παραδοσιακά παιχνίδια και οι προεκτάσεις τους : Μια ποιοτική προσέγγιση” ΤΕΦΑΑ, Πανεπιστήμιο

Θεσσαλίας, *Αναζητήσεις στη Φυσική αγωγή και τον αθλητισμό*, τόμος 4ος, τεύχος 3ο, σελ. 420-429.

Παπαδόπουλος (2007) *Μετανάστευση και Ανθρώπινη Ασφάλεια στα Βαλκάνια, Γράμματα Μεταναστών*, μια διεθνής έρευνα μεταναστευτικής μελέτης.

Παππά Ε. *Η Πρόσβαση των Μεταναστών και των Προσφύγων στις Υπηρεσίες Υγείας. Διεθνής εμπειρία – Ελληνική πραγματικότητα*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008.

Παρασκευοπούλου-Κόλλια Ε. (2008) “Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις” , *The Journal for Open and Distance Education and Educational Technology*, τόμος 4^{ος} , νούμερο 1.

Πουρνάρας Ν, Τσομπάνου Μ, Σούρτη Π., (2004) “Εκπαιδευτικές ανάγκες φοιτητών Νοσηλευτικής στα πλαίσια της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας”. *Νοσηλευτική* 43:185–194.

Paradopoulos I., Καλοκαιρινού Α., Κούτα Χ. (2011) *Διαπολιτισμική Νοσηλευτική και Πολιτισμική Επάρκεια για Επαγγελματίες Υγείας*, Εκδ. Πσχαλίδη, Αθήνα.

Σαββοπούλου Γ., (2004) *Βασική Νοσηλευτική : Μια βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση*», Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΔΑ, Αθήνα

Σαρμάς Ι., (2003), *Κράτος και Δικαιοσύνη: Η νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου*.

Σαχίνη- Καρδάση Α., *Μεθοδολογία Έρευνας: Εφαρμογές στο χώρο της υγείας*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2007.

Σιδερόγλου Θ., Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, (2005) “*Αξιολόγηση Γνώσεων και Στάσεων Εκπαιδευτών Νοσηλευτών σχετικά με την Διαπολιτισμική Νοσηλευτική*” Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. Ειδίκευση: Κοινωνική Νοσηλευτική, Αθήνα.

Στουρνάρας Ι, Σουλιώτης Κ., (2009) *Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας: Από το στόχο της ισότητας στην πραγματικότητα του αποκλεισμού*. Πρακτικά 35ο Ετήσιου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, Αθήνα

Τούντας, Γ., (2000) *Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία* Αρχ Ελλ Ιατρ , 17:351–354

Τριανταφυλλίδου Α., (2010), “*Για την καλύτερη κατανόηση της κυκλικής μετανάστευσης*”, Ευρωπαϊκό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο, Πρόγραμμα ΜΕΤΟΙΚΟΣ, σελ. 12.

Χατζηφωτίου Σ., (1998) «Συζυγική κακοποίηση στην Ελλάδα και κοινωνική υποστήριξη: Μια πιλοτική έρευνα», *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 49^ο.

Χατζόπουλος Β., (2005) Επίκουρος Καθηγητής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, «*Το φαινόμενο της μετανάστευσης*», Αθήνα.

Χρυσόχου Ξ., (2005) *Πολυπολιτισμική πραγματικότητα*. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Bakaert S. (2000), "Minority integration in rural healthcare provision: An example of good practice". *Nurs Stand* 14:43–45

Bloom J., Gair, Conason, Steigman & Mackouf, (2006), "Medical malpractice study, disproving frivolous myth", *The national law journal*.

Bollini P., Stotzer U., Wanner P., (2006) "Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: Results from a focus group study" *Int J. Public Health*, 52,78-86.

Burnett A., Peel M., (2001) "Health needs of asylum seekers and refugees" *BMJ*, 322: 544-547.

Campinha-Bacote J., (2008), *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. A culturally competent model of care* 3rd Ed. Transcultural C.A.R.E. Associates, Cincinnati.

Cooper H., Smaje C., Arber S., (1998), "Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: secondary analysis of a national survey" *BMJ*, 317:1047-1051.

Cotts F., Castells X., (2007), *Impact of immigration on the cost of emergency in Barcelona (Spain)*» *BMC Health Service Research*,7:9

Creswell, J.W., (1998) *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five traditions*, London and Thousand Oaks, CA; Sage Publications.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S., (1994), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Eckersley RM., (2007), *Culture in Galea s. (eds) Macrosocial determinants of population health*, USA: Springer.

Ganavan T., Brodyaga L., (1994), *Medical care for immigrants and refugees*, In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed, American Psychiatric Association, Washington, DC.

Giger J, Davidhizar R, Purnell L, Harden J, Phillips J, Stickland O., (2007) American academy of nursing expert panel report: “Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations”. *J Transcult Nurs*, 18:95–102

Goetz J., Le Compte M., (1984), *Ethnography and qualitative design in educational research*, Academic Press, New York.

Graneheim UH, Lundman B., (2004), “Qualitative content analysis in nursing: research concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness”. *Nurse Education Today*, 24:105-112.

Hammersley M., (1992), *What’s wrong with ethnography?* , Routledge, London.

Helman C., (1994), *Culture, health and illness: An introduction for health professionals*, Oxford, Butterworth_Heinman.

Jette M, Krasnic A, Nielsen A, Norredam M, Torres M., (2004) “Health professionals’ knowledge, attitudes and experiences in relation to immigrant patients: A questionnaire study at a Danish hospital”, *Scand J Public Health* 32:287–295

Karmi G.,(1992), “Refugee Health”, *BMJ*, 305:205-206.

Lancelloti K., (2008) “Culture Care Theory: A Framework for Expanding Awareness of Diversity and Racism in Nursing Education”, *Journal of Professional Nursing*, 31:179-183.

Leighton K., Waidmann T., (2003) *How race/ethnicity, immigration status and language affect health insurance coverage, access to care and quality of care among the low-income population*, Kaiser commission on Medicaid and the uninsured.

Leininger M., (1970), *Nursing and Anthropology: Two Words to Blend*. New York: John Wiley & Sons.

Leininger M., (1978), *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. New York: John Wiley & Sons.

Leininger M., (1995), *Trancultural Nursing: Consepts, Theories, Research and Practices*, Blacklick OH: McGraw- Hill College Custom Series, New York.

Leininger M., (2002), "Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Nursing", *Journal of Transcultural Nursing*, 13:189-192.

Macionis J. John and Benokraitis V. Nijole, (2007), *Seeing ourselves: Classic, Contemporary and Cross-Cultural Readings in Sociology*, 7th edition 07 Prentice Hall, Inc USA.

Morredam M, Krasnik A et al., (2004) "Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents", *Scand J Public Health*, 32:53-59.

Morredam M, Mygind A, Krasnik A., (2005), "Access to health care for asylum seekers in the European Union-a comparative study of country policies" *Eur J Pub Health*, 16:285-289.

Nielsen A.S., Krasnik A., Michaelsen J.J., Norredam M.L., Torres M.A., (2001), *Hospital staff's different attitudes and experiences with regard to immigrant patients* University of Copenhagen, *Ugeskr Laeger*, 11, 170 (7)

Nies MA, McEwen M., (2001) *Promoting the health of populations. Community health nursing*. 3rd ed. Health Care Industry, USA.

Nikolopoulos G, Arvanitis M et al., (2005), "Migration and HIV epidemic in Greece", *Eur J Pub Health*, 15:296-299.

Nies MA, McEwen M. (2001) *Promoting the health of populations .Community health nursing*. 3rd ed. Health Care Industry, USA.

Papadopoulos I, Lay M, Lees S., (2004), «*The A.S.E.R.T. Project. Enhancing the evidence base on health promotion issues among ethnic minorities, refugees and Gypsy Travellers in Wales*», Welsh Assembly Government, Cardiff.

Purnell L D, Betty J. Paulanka, (2005), both health and nursing sciences. University of Delaware - Newark. *Guide to Culturally Competent Health Care* F.A. Davis Company.

Purnell L D, Paulanka P J., (1998), *Transcultural Health Care. A Culturally Competent Approach*, F A Davies, Philadelphia.

Rossmann G.B., Rallis S.F, (1998), *Learning in the field. An introduction to qualitative Research* Thousand Oaks, CA:Sage.

Schulze B, Trummer U, Krajic K, Pelikan JM., (2003) *Needs assessment – European cross analysis. Summary of problem areas*. Ludwig Boltzmann Institute for the

Sociology of Health and Medicine, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Migrant-friendly Hospitals, Vienna, Austria, 1–10

Sinnerbrink I, Silove D et al., (1996), “Asylum Seekers: General health status and problems with access to health care”, *Med J Aust*, 165:634-637.

Smaje C., Le Grand J., (1997), “Ethnicity, Equity and the use of health services in the British NHS’ *Soc Sci Med*, 45:485-496.

Stronks K, Ravelli A, Reinjeveld S., (2001), “Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs?” *J Epidemiol Community Health*, 55:701-707.

Sundquist J., (2001), “Migration, equality and access to health services”, *J Epidemiol Community Health*, 55:691-692.

Thomas A. Richards, Ph.D., Director, Social Anxiety Institute, (2003) *Why We Prefer the Term Social Anxiety to Social Phobia*.

Travaline JM, Ruchinskas R, D’Alonzo GE Jr., (2005) “Patient-physician communication: Why and how”, *J Am Osteopath Assoc*, 105:13 –18

Whitehead M., (1990) «*The concepts and principles of equity and health*» World Health Organization, Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.

Wolff H., Stadler H., Epiney M., Walder A., Irion O., Morabia A., (2005), “Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva” *Social science & medicine*, vol. 60, n. 9.

.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ

**ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ**

Αναγνωσταρά Μαρία

Νοσηλεύτρια ΤΕ

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου,
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής
Πολιτικής**

Ρενιέρη 549, Λέχαιο Κορινθίας

Λέχαιο, ΤΚ 20011

Τηλ. 6930846549

**ΘΕΜΑ : «Άδεια συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διπλωματικής
εργασίας»**

Αξιότιμα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου,

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Τμήματος της Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, εκπονώ διπλωματική εργασία με θέμα «Απόψεις Νοσηλευτικού Προσωπικού και Μεταναστών για την Παροχή Υγειονομικής φροντίδας σε δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας ».

Επιβλέπουσα καθηγήτρια είναι η κα Καραμανίδου Χριστίνα, Καθηγήτρια Ψυχολογίας Υγείας (ΠΔ 407) Για τη συλλογή δεδομένων της διπλωματικής εργασίας μου θα γίνουν συνεντεύξεις στο νοσηλευτικό προσωπικό και σε ασθενείς μετανάστες της παθολογικής κλινικής του Νοσοκομείου σας. Παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη συλλογή δεδομένων για την ως άνω διπλωματική εργασία στο χώρο του Νοσοκομείου σας. Επισημαίνω ότι για την εν λόγω μελέτη δεν θα υπάρξει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο και τους συμμετέχοντες.

Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν στην ακαδημαϊκή κοινότητα για επιστημονικούς λόγους. Θα τηρηθεί εμπιστευτικότητα των δεδομένων και δεν θα γίνει αναφορά στους συμμετέχοντες σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης ή παρουσίασής της.

Για τυχόν περαιτέρω πληροφορίες, παρακαλώ επικοινωνήστε με την αιτούσα, κα Αναγνωσταρά Μαρία (6930846549).

Μετά τιμής

Αναγνωσταρά Μαρία

ΠΡΟΣ
ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΡΓΟΥΣ

ΑΙΤΗΣΗ

Αναγνωσταρά Μαρία

Νοσηλεύτρια ΤΕ

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου,
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής
Πολιτικής

Ρενιέρη 549, Λέχαιο Κορινθίας

Λέχαιο, ΤΚ 20011

Τηλ. 6930846549

ΘΕΜΑ : «Άδεια συλλογής δεδομένων για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας»

Αξιότιμα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου,

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Τμήματος της Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, εκπονώ διπλωματική εργασία με θέμα «Απόψεις Νοσηλευτικού Προσωπικού και Μεταναστών για την Παροχή Υγειονομικής φροντίδας σε δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας».

Επιβλέπουσα καθηγήτρια είναι η κα Καραμανίδου Χριστίνα, Καθηγήτρια Ψυχολογίας Υγείας (ΠΔ 407) Για τη συλλογή δεδομένων της διπλωματικής εργασίας μου θα γίνουν συνεντεύξεις στο νοσηλευτικό προσωπικό και σε επίτοκες μετανάστριες στην μαιευτική κλινική του Νοσοκομείου σας. Παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη συλλογή δεδομένων για την ως άνω διπλωματική εργασία στο χώρο του

Νοσοκομείου σας. Επισημαίνω ότι για την εν λόγω μελέτη δεν θα υπάρξει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο και τους συμμετέχοντες.

Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν στην ακαδημαϊκή κοινότητα για επιστημονικούς λόγους. Θα τηρηθεί εμπιστευτικότητα των δεδομένων και δεν θα γίνει αναφορά στους συμμετέχοντες σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης ή παρουσίασής της.

Για τυχόν περαιτέρω πληροφορίες, παρακαλώ επικοινωνήστε με την αιτούσα, κα Αναγνωσταρά Μαρία (6930846549).

Μετά τιμής

Αναγνωσταρά Μαρία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Ενότητα 1^η : Χαρακτηριστικά Δείγματος

- ❖ Ηλικία
- ❖ Έτη εργασίας ως νοσηλεύτης;
- ❖ Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα;
- ❖ Εκπαιδευτική βαθμίδα; Μεταπτυχιακές σπουδές;
- ❖ Γνώση ξένης γλώσσας

Ενότητα 2^η : Βαθμός εξοικείωσης με ομάδες ασθενών διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης

- ❖ Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ποσοστό της μετανάστευσης προς την Ελλάδα. Πιστεύετε πως έχει αυξηθεί αντίστοιχα και η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες;
- ❖ Υπάρχει κάποιος μειονοτικός πληθυσμός με τον οποίο αισθάνεστε πιο εξοικειωμένοι;
- ❖ Αντιμετωπίζετε δυσκολίες όταν οι ασθενείς που καλείστε να φροντίσετε ανήκουν σε μειονοτικό πληθυσμό;
 - Για ποιο λόγο πιστεύετε ότι συμβαίνει; Μπορείτε να το προσδιορίσετε; Είναι λόγω διαφορετικής γλώσσας, κουλτούρας ή θρησκείας;
 - Υπάρχουν περιπτώσεις όπου δυσκολεύεστε να πάρετε πλήρες ιστορικό για τον ασθενή;
 - Τι ρόλο έχουν το οικογενειακό του περιβάλλον ή οι συνοδοί σε αυτή την κατάσταση;
- ❖ Έχετε αντιληφθεί να γίνονται διακρίσεις από το προσωπικό εις βάρος κάποιου μειονοτικού πληθυσμού;

Ενότητα 3^η: Σχεδιασμός φροντίδας για ασθενείς με διαφορετική πολιτισμική προέλευση

- ❖ Έχει συμβεί ασθενής να μην συμμορφώνεται ή να μην αποδέχεται τη διάγνωση ή τη θεραπεία;
 - Τι κάνατε σε αυτή την περίπτωση; Ο θεράπων ιατρός;
 - Έχει εφαρμοστεί ποτέ κάποιου είδους εναλλακτική θεραπεία;
- ❖ Οι ασθενείς με διαφορετική κουλτούρα μπορεί να έχουν διαφορετικές διατροφικές συνήθειες.
 - Πώς ενημερώνεστε σχετικά; Τι προσαρμογές έχουν γίνει για να συμπεριλάβουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών;
 - Π.χ. Η μετεγχειρητική διαιτητική φροντίδα είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες του;
- ❖ Πιστεύετε ότι έχετε τη δυνατότητα να πλησιάσετε ασθενείς με πολιτισμικά ευαίσθητο τρόπο;
- ❖ Εάν όχι γιατί;
 - Σε αυτές τις περιπτώσεις έχετε παραδεχτεί τη λανθασμένη συμπεριφορά σας και έχετε ζητήσει συγγνώμη;

Ενότητα 4^η : Ενημέρωση και εκπαίδευση

- ❖ Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ενημερωμένοι σε θέματα διαπολιτισμικής προσέγγισης;
 - Εσείς προσωπικά;
 - (Αν ναι), από πού έχετε ενημερωθεί;
- ❖ Πιστεύετε ότι θα ήταν βοηθητικό να υπήρχε μάθημα διαπολιτισμικής νοσηλευτικής στις σχολές επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας;
- ❖ Τι άλλο πιστεύετε ότι θα βοηθούσε;
 - Θα βοηθούσαν κάποια σεμινάρια εντός των νοσοκομείων;
 - Θα βοηθούσαν κάποια ενημερωτικά φυλλάδια σε διάφορες γλώσσες;
 - Θα βοηθούσε η ύπαρξη σε κάθε νοσοκομείο μίας ομάδας μεταφραστών (ή διαπολιτισμικών μεσολαβητών);

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ/ΙΕΣ (στην παθολογική κλινική)

Ενότητα 1^η: Χαρακτηριστικά Δείγματος

- ❖ Ηλικία
- ❖ Εθνικότητα
- ❖ Έτη στην Ελλάδα
- ❖ Τόπος διαμονής
- ❖ Θρήσκευμα
- ❖ Οικογενειακή κατάσταση
- ❖ Εργασία

Ενότητα 2^η: Διαδικασία εισαγωγής στην κλινική του νοσοκομείου

- ❖ Ημερομηνία εισαγωγής στην κλινική (θα τα βρω από το ιστορικό)
- ❖ Λόγος εισαγωγής (συμπτώματα) (θα τα βρω από το ιστορικό)
- ❖ Μόλις εμφανίσατε τα συμπτώματα ήρθατε αμέσως στο νοσοκομείο ή πέρασαν κάποιες μέρες;
- ❖ Είναι η πρώτη φορά που νοσηλεύεστε σε δημόσιο νοσοκομείο;
- ❖ Στο Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών, πριν την εισαγωγή σας στην κλινική, υπήρξε κάποιο πρόβλημα επικοινωνίας:
 - με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διαδικασία λήψης ιστορικού;
 - με τη γραμματεία για τα απαραίτητα έγγραφα για την εισαγωγή;

Ενότητα 3^η: Καταγραφή απόψεων για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό της κλινικής

- ❖ Από την πρώτη μέρα νοσηλείας σας στην κλινική αντιμετωπίσατε κάποιο πρόβλημα με το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, λόγω διαφορετικής γλώσσας ίσως;
- ❖ Οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα;
- ❖ Θα θέλατε να άλλαξε κάτι στον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου ή στην αντιμετώπιση του προσωπικού προς εσάς;

ΜΕΤΑΝΑΣΤΡΙΕΣ (στην μαιευτική κλινική)

Ενότητα 1^η: Χαρακτηριστικά Δείγματος

- ❖ Ηλικία
- ❖ Εθνικότητα
- ❖ Έτη στην Ελλάδα
- ❖ Τόπος διαμονής
- ❖ Θρήσκευμα
- ❖ Οικογενειακή κατάσταση
- ❖ Εργασία

Ενότητα 2^η: Διαδικασία εισαγωγής στην κλινική του νοσοκομείου

- ❖ Πότε ήρθατε στην κλινική;
- ❖ Είναι το πρώτο σας παιδί; (αν όχι σε ποιο νοσοκομείο γεννήθηκαν)
- ❖ Από την αρχή της κύησης σας παρακολουθούσε κάποιος ιατρός; Του νοσοκομείου ή ιδιωτικός;
- ❖ Πως ήταν η σχέση σας; Σας τα εξηγούσε απλά και σας κατεύθυνε εύκολα;
- ❖ Έχετε κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις και τον προγεννητικό έλεγχο;

Ενότητα 3^η: Καταγραφή απόψεων για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό της κλινικής

- ❖ Από την πρώτη μέρα σας στην κλινική αντιμετωπίσατε κάποιο πρόβλημα με το ιατρικό, νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό; Ίσως πρόβλημα επικοινωνίας λόγω διαφορετικής γλώσσας;
- ❖ Οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα;
- ❖ Θα θέλατε να αλλάξε κάτι στον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου ή στην αντιμετώπιση του προσωπικού προς εσάς;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΑΠΟΜΑΓΝΗΤΟΦΩΝΗΣΕΙΣ

Ι) Νοσηλεύτρια μαιευτικής κλινικής

ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑ: Καλησπέρα σας!

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ: Γεια σας!

ΕΡ: Είμαι φοιτήτρια στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα Θεσμοί & Πολιτικές Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και κάνω μια έρευνα για τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για τις επίτοκες μετανάστριες. Θα θέλατε να απαντήσετε σε κάποιες ερωτήσεις;

ΝΟΣ: Ευχαρίστως, ευχαρίστως να σου απαντήσω!

ΕΡ: Ωραία! Αρχικά πόσα χρόνια δουλεύετε;

ΝΟΣ: Δουλεύω σύνολο 20 χρόνια... εεε... στην παραλαβή ασθενών και επειγόντων περιστατικών είμαι κοντά στα 4,5 χρόνια αλλά έχω ξαναδουλέψει περιστασιακά στην αρχή της καριέρας μου... εεε... δούλεψα σε όλα τα τμήματα τα βασικά στο νοσοκομείο και ως εκπαιδευτρια και... Θέλετε να σας πω αναλυτικά τα τμήματα...;

ΕΡ: Και τι ειδικότητα έχετε;

ΝΟΣ: Είμαι προϊσταμένη στην μαιευτική...

ΕΡ: Από την πολύχρονη εμπειρία σας... εεε... συγκριτικά με τώρα, πιο παλιά ήταν η ίδια κατάσταση με τους μετανάστες;

ΝΟΣ: Όχι βέβαια! Δεν είχαμε μετανάστες, ήταν πολύ λίγοι, δηλαδή, να ήταν το μήνα τρεις ή τέσσερις στους εκατό. Τώρα είναι το 80% μετανάστες! Αντιμετωπίζουμε μεγάλες δυσκολίες διότι δεν ξέρουν τη γλώσσα, δεν μπορούμε να συνεννοηθούμε, υπάρχουν γιατροί που τους φέρνουν εδώ και... να τις ξεγεννήσουν χωρίς να τις έχουν ελέγξει γιατί έρχονται κατευθείαν από τη χώρα τους και κυρίως από την Αλβανία ανεξέλεγκτες... εεε... και αυτό δεν είναι όπως καταλαβαίνετε σωστό γιατί η γυναίκα πρέπει να έχει προγεννητικό έλεγχο, πρέπει να εξετάζεται κάθε μήνα... εεε... να γίνουν κάποιες εξετάσεις, να γίνει το a-test, να γίνει αυχενική διαφάνεια, όλα αυτά δεν γίνονται...

ΕΡ: Που είναι απαραίτητα...

ΝΟΣ: Που είναι απαραίτητα, βέβαια!

EP: Όλα αυτά επηρεάζουν τη δουλειά σας υποθέτω...

ΝΟΣ: Εεε... όχι εμένα τόσο πολύ... εεε... κανονικά θα πρέπει όμως να υπάρχει... εεε... μια επαφή με αυτές τις γυναίκες. Θα πρέπει να ενημερώνονται πριν φτάσουν να γεννήσουν... που έρχονται εκείνη τη μέρα για να γεννήσουν εδώ...

EP: Οπότε κατά τη γνώμη σας ποιο είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζετε;

ΝΟΣ: Είναι η γλώσσα, είναι ότι είναι ανεξέλεγκτες, δεν ξέρουν τι έχουν, δεν μπορούμε να συνεννοηθούμε ακόμα και τα ονόματα τους, δηλαδή μια γυναίκα, να σας πω ένα παράδειγμα, όταν θα έρθει εδώ και είναι εξωθούσα εγώ δεν μπορώ να πάρω ούτε το όνομα της, γιατί δεν ξέρω αλβανικά, γιατί δεν ξέρω πακιστανικά ας πούμε, δεν ξέρω αυτή τη γλώσσα και αν δεν μιλάει αγγλικά δεν μπορούμε να συνεννοηθούμε! Και τώρα τελευταία, εκτός από την Αλβανία, έχουμε και πολλές γυναίκες από το Πακιστάν... εεε... από το Αφγανιστάν, από την Αίγυπτο, από ανατολικές χώρες... από την Ινδία... Πώς να συνεννοηθώ με αυτές τις γυναίκες όταν δεν ξέρουν... εεε...

EP: Δηλαδή σε σχέση με παλιά, εκτός του ότι έχουν αυξηθεί οι μετανάστες, έχουν αυξηθεί και οι χώρες προέλευσης;

ΝΟΣ: Ε, βέβαια! Ε, βέβαια!

EP: Εκεί δυσκολεύουν...

ΝΟΣ: Ειδικά οι... ας τους πω... λαθρομετανάστες που είναι εδώ, είναι πάρα πολλοί! Είναι και που δεν έχουν χαρτιά, σου δίνουν άλλα αντί άλλων χαρτιά...

EP: Τι προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν από αυτό;

ΝΟΣ: Αυτό είναι θέμα διοίκησης, δεν είναι δικό μας.

EP: Δεν αφορά εσάς...

ΝΟΣ: Εμένα με αφορά το όνομα που θα μου δώσει, από εκεί και πέρα δεν με αφορά το θέμα ονόματος, αλλά... έχουν γενικώς στην επικοινωνία προβλήματα!

EP: Όταν μια γυναίκα είναι από κάποια ξένη χώρα...

ΝΟΣ: Εεε... κατάλαβα... Είναι τα θρησκευτικά τους πιστεύω που διαφέρουν από τα δικά μας διότι όταν είναι μουσουλμάνες, και άλλες τέτοιες θρησκείες, δεν βγάζουν τις μαντίλες, δεν θέλουν να αλλάξουν, δεν ανοίγουν τα πόδια να τους δούμε... να κάνουμε την κολπική εξέταση σωστά και να πάρουν τη θέση που πρέπει διότι έχουν συνηθίσει έτσι, να μην εξετάζονται... που δεν είναι πλυμένες, που η υγιεινή τους κατάσταση είναι τελείως... πρωτόγονη σε ορισμένες... γιατί δεν το επιτρέπει η θρησκεία τους να πλένονται προφανώς και αυτά δεν είναι ό,τι καλύτερο!

ΝΟΣ: Και... να σας ρωτήσω... πλέον αυτές οι γυναίκες που έρχονται από άλλες χώρες, όπως είπατε, με τα προβλήματα που υπάρχουν... έχετε πιάσει ποτέ τον εαυτό σας, όταν θα κάνετε κάποια νοσηλευτική πράξη, να είσαστε πιο επιφυλακτική; Όσον αφορά το ότι, όπως είπατε πριν, δεν ελέγχονται, δεν γνωρίζετε από πού είναι και τι κάνουν...

ΝΟΣ: Εγώ θα πάρω τα κατάλληλα μέτρα που έχω μάθει... προφύλαξης, από εκεί και πέρα δεν μπορώ να κάνω κάτι παραπάνω.

ΕΡ: Οι ίδιες σας αντιμετωπίζουν με επιφυλακτικότητα;

ΝΟΣ: Οι ίδιες, βέβαια, αφού δεν συνεργάζονται! Και επιφυλακτικότητα θα έχεις... δεν μπορούμε να συνεργαστούμε, δεν καταλαβαίνουν τι τους λέμε, δεν καταλαβαίνουμε εμείς τι μας λένε οπότε καταλαβαίνετε ότι είναι δύσκολο! Πρέπει να αφιερώσεις, ας πούμε, στην Ελληνίδα ένα τέταρτο για την όλη υπόθεση και να αφιερώσεις τρία τέταρτα για την αλλοδαπή για να...

ΕΡ: Νομίζετε ότι υπάρχει κάποιος τρόπος να λυθεί αυτό το θέμα;

ΝΟΣ: Κοιτάξτε, εγώ πιστεύω ότι και οι ίδιες πρέπει να μάθουν τη γλώσσα γιατί είναι σε μια ξένη χώρα και δεν είμαστε μόνο εμείς υποχρεωμένες να μάθουμε τη γλώσσα τους, αλλά πέρα από αυτό θα πρέπει και εμείς να έχουμε μια διαρκή επιμόρφωση, να μαθαίνουμε και τις γλώσσες, έστω τα βασικά, αφού έχουμε μπει στην Ευρωπαϊκή ένωση και έχουμε εδώ προσέλευση μεγάλη και ανεξέλεγκτη αλλοδαπών!

ΕΡ: Εσείς όλες τις ιδιαιτερότητες αυτές τις μάθατε κατά τη διάρκεια της καριέρας σας;

ΝΟΣ: Όταν άρχισα εγώ ποτέ δεν φανταζόμασταν ότι θα φτάναμε σε αυτό το σημείο να έχουμε αυτή την προέλευση...

ΕΡ: Πάντως, θεωρείτε ότι κάποια ενδονοσοκομειακά σεμινάρια που να απευθύνονται στο προσωπικό και να αναφέρουν αυτές τις ιδιαιτερότητες, θα βοηθούσε;

ΝΟΣ: Βεβαίως θα βοηθούσε! Αυτό είναι θέμα διοίκησης, είναι θέμα νοσηλευτικής υπηρεσίας...

ΕΡ: Θα το παρακολουθούσατε;

ΝΟΣ: Εεε... αν έχουνε γίνει μου είπατε;

ΕΡ: Όχι αν έχουνε γίνει, αν γίνονταν.

ΝΟΣ: Αν γίνονταν βεβαίως! Νομίζω ότι όλες θα πηγαίναμε! Αλλά αυτό νομίζω είναι από το Υπουργείο δεν... δεν είναι μόνο από εμάς!

ΕΡ: Ωραία!

ΝΟΣ: Θα πρέπει να δοθεί μια οδηγία..

ΕΡ: Ευχαριστώ πολύ! Θέλετε να συμπληρώσετε κάτι άλλο;

ΝΟΣ: Εσείς αν θέλετε κάτι...

ΕΡ: Όχι ευχαριστώ πολύ! Ήσασταν διαφωτιστική!

II) Επίτοκη μετανάστρια

ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑ: Καλησπέρα!

ΜΕΤΑΝΑΣΤΡΙΑ: Καλησπέρα!

ΕΡ: Από πού είστε;

Μ: Από την Αλβανία.

ΕΡ: Είστε χρόνια εδώ στην Ελλάδα;

Μ: Ναι, αρκετά! Γύρω στα 13 χρόνια!

ΕΡ: Α, είστε πάρα πολλά χρόνια! Εεε... χριστιανή ορθόδοξη;

Μ: Ναι.

ΕΡ: Παντρεμένη;

Μ: Ναι.

ΕΡ: Πρώτο σας παιδί;

Μ: Πρώτο παιδί, ναι, ναι.

ΕΡ: Ωραία! Εεε... Δουλεύετε κάπου; ... πριν την εγκυμοσύνη;

Μ: Ναι... Πριν πάρω την άδεια κηήσεως, δούλευα ιδιωτική υπάλληλος σε ένα video club!

ΕΡ: Και ο άντρας σας, έτσι, δουλεύει.

Μ: Ναι, ναι, φυσικά.

ΕΡ: Και αυτός..

Μ: Ιδιωτικός υπάλληλος.

ΕΡ: Και αυτός, ωραία! Εεε... Ήθελα να σας ρωτήσω... σε γενικές γραμμές χρησιμοποιείτε τα δημόσια νοσοκομεία;

Μ: Ναι, τα χρησιμοποιώ.

ΕΡ: Το ίδιο και για την εγκυμοσύνη σας;

M: Βεβαίως! Μόνο στους πρώτους 3 μήνες της κύησης δεν τα χρησιμοποίησα λόγω ότι πήγα σε ιδιωτικό γιατρό και τις πρώτες μου εξετάσεις τις έκανα σε ιδιωτική κλινική όπου μου το σύστησε και ο γιατρός μου.

EP: Μάλιστα, αλλά...

M: Μετά από εκεί και πέρα, από τον τρίτο μήνα και έπειτα έκανα όλες μου τις εξετάσεις σε αυτό το νοσοκομείο.

EP: Εεε... Για ποιο λόγο σταματήσατε να είστε με τον γιατρό, υπήρχε κάποιος συγκεκριμένος λόγος;

M: Συγκεκριμένα, ήτανε πολλά τα λεφτά... εεε... και δεν μπορούσαμε να απαντήσουμε σε αυτά που ήθελε ο γιατρός, δηλαδή, ήταν να μας ζητήσει, ας πούμε, περισσότερα χρήματα για τις εξετάσεις που έπρεπε να κάνουμε αργότερα κ.τ.λ., και πέρα από αυτό, όταν τον έπαιρνα τηλέφωνο για να τον ρωτήσω, ας πούμε, γιατί δεν κλωτσάει το παιδί ή οτιδήποτε, δεν μου έδειξε και την καλύτερη εμπιστοσύνη, από πλευράς μου ας πούμε, για να τον εμπιστευτώ και από εκεί και πέρα μετά απευθύνθηκα στο νοσοκομείο, στο δημόσιο, για να μπορώ να... μου εξηγήσουνε τι συμβαίνει!

EP: Είχατε... εντάξει, σας βοήθησαν, δηλαδή και το προσωπικό; Παρακολουθείστε από κάποιον συγκεκριμένο γιατρό εδώ;

M: Ναι, ναι, παρακολουθούμαι, παρακολουθούμαι από γιατρό.

EP: Ο οποίος σας έχει βοηθήσει πάρα πολύ, δεν έχετε κάποιο πρόβλημα; Όπως με τον προηγούμενο..

M: Φυσικά! Όταν κάνουμε πλέον τους υπέρηχους για να δούμε το μωρό μου λέει συνέχεια που βρίσκεται το χέρι, πόσα εκατοστά... εεε... εκατοστά... πόσα μακρύ είναι, η καρδιά του πως χτυπάει, μου δείχνει το κεφάλι, την κοιλιά, μετράει συνέχεια και μου τα δείχνει όλα αυτά, την κάθε κίνηση που κάνει!

EP: Μάλιστα! Με το νοσηλευτικό προσωπικό εδώ είναι καλή η συνεργασία σας; Σας βοηθούν, σας ενημερώνουν;

M: Είναι πολύ καλή... πολύ καλή η συνεργασία απλά, πιστεύω, κατά τη δική μου άποψη, πιστεύω ότι θα πρέπει να έχει και περισσότερο προσωπικό... εεε θα έπρεπε να έχει περισσότερο προσωπικό.

EP: Αλλά γενικώς η εξυπηρέτηση και οι οδηγίες που σας δίνει το προσωπικό δεν σας δυσκολεύει κάπως...

M: Όχι, μου τα λένε κάπως πολύ απλά λόγω και ίσως, μπορεί να μου τα εξηγούν με ιατρικούς όρους, απλά εγώ μπορεί να μη τα καταλαβαίνω και μου τα εξηγούν με πιο απλά λόγια οτιδήποτε και να τους ρωτήσω είτε είναι από... εεε... μια απλή νοσοκόμα, μαία ή και το γιατρό μου και από εκεί και μετά δεν... εεε... με αφήνουν πολύ ευχαριστημένη όταν φύγω από εκεί, είμαι πλήρως καλυμμένη!

EP: Πολύ όμορφα! Μου είπατε πριν λίγο ότι θα θέλατε σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία να υπάρχει περισσότερο προσωπικό. Πιστεύετε ότι θα είναι... είναι κάτι από αυτό που θέλετε να αλλάξει για τα νοσοκομεία;

M: Αυτό αν δεν γίνει τώρα πιστεύω και θα ήθελα να γίνει το συντομότερο δυνατόν λόγω ότι υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που έχουν την ανάγκη αυτών των ανθρώπων και χρειάζεται βοήθεια ο κάθε ασθενής, η κάθε εγκυμονούσα, χρειάζονται τη βοήθεια, έστω και ενός νοσηλεύτη.

EP: Εεε... γενικώς, βλέπω... εντάξει, είστε πολλά χρόνια εδώ στην Ελλάδα και μιλάτε πολύ καλά τη γλώσσα. Ήθελα να σας ρωτήσω τώρα... όταν... στην αρχή όταν είχατε έρθει, είχατε χρησιμοποιήσει σαφώς κάποιο νοσοκομείο, έτσι;

M: Ναι

EP: Εεε... Ποια ήταν η αντιμετώπιση σας τότε; Είχατε κάποια προβλήματα με το προσωπικό, με γιατρούς...;

M: Στην αρχή επειδή δεν γνώριζα... ο κάθε ένας ας πούμε, και εσείς να πηγαίνατε σε κάποια άλλη χώρα δεν θα ξέρατε την γλώσσα, όταν ήρθα στην αρχή δεν ήξερα ούτε το ναι, ούτε το όχι! Μετά από κάποιο διάστημα έτυχε να πάω σε ένα νοσοκομείο και να κάνω κάποιες εξετάσεις. Δεν είχα κλείσει κάποιο ραντεβού λόγω ότι δεν μου είχε πει κανένας ότι έπρεπε να κλείσω ραντεβού, δεν το ήξερα! Εεε... από εκεί και πέρα μου λένε... ήθελα να ρωτήσω που μπορώ να κάνω αυτές τις εξετάσεις, με αφήνανε συνεχώς πίσω και δεν μου λέγανε συγκεκριμένα που και πως πρέπει να τις κάνω και μέχρι που κάποια στιγμή κατάφερα να τις κάνω όλες και να με εξυπηρετήσει κάποιος άνθρωπος!

EP: Αυτό πιστεύετε ότι είχε σχέση με το γεγονός ότι δεν... δηλαδή... θεωρείτε ότι...

M: Δεν ήξερα τη γλώσσα.

EP: Δεν ξέρατε τη γλώσσα.

M: Ναι, ναι, ναι! Και δεν μπορούσαν και εκείνοι, ας πούμε, να συνεννοηθούνε μαζί μου Φυσικά υπάρχουνε και άνθρωποι ακόμα και τώρα που έρχονται συνέχεια από άλλες χώρες... εεε... και οπότε... τυχαίνει να πηγαίνουνε σε νοσοκομεία, να κάνουνε

εξετάσεις και να προσπαθούν να συνεννοηθούν με τους νοσηλευτές, τους γιατρούς το μόνο που θα ήθελα, ας πούμε, να γίνει και καλύτερα να υπάρχει μια κατανόηση, μια καλύτερη κατανόηση από τους νοσηλευτές και τους γιατρούς και να... βοηθήσουν περισσότερο τους ανθρώπους που μπορεί να θέλουν να κάνουν... εεε... κάποιες... περισσότερο... να έχουν εξηγήσεις...

ΕΡ: Οδηγίες, ε;

Μ: Οδηγίες, ναι... να έχουν τις οδηγίες που πρέπει με την κάθε ασθένεια που έχει ο καθένας!

ΕΡ: Μάλιστα, ωραία! Κάτι άλλο που θέλετε να πείτε, να προτείνετε, να...

Μ: ..το μόνο παράπονο μου είναι να υπάρχει περισσότερο προσωπικό!

ΕΡ: Ωραία! Σας ευχαριστώ πάρα πολύ!

Μ: Να είστε καλά! Και εγώ ευχαριστώ!

III) Νοσηλεύτρια παθολογικής κλινικής

ΕΡ: Καλημέρα σας!

ΝΟΣ: Καλημέρα!

ΕΡ: Πόσο χρονών είστε;

ΝΟΣ: 28

ΕΡ: Πόσα χρόνια εργάζεστε ως νοσηλεύτρια;

ΝΟΣ: 4

ΕΡ: Και στο συγκεκριμένο τμήμα;

ΝΟΣ: Στην παθολογική κλινική βρίσκομαι 2 χρόνια.

ΕΡ: Ποια σχολή έχετε τελειώσει; Τ.Ε.Ι., Πανεπιστήμιο;

ΝΟΣ: Τ.Ε.Ι.

ΕΡ: Έχετε κάνει κάποιο μεταπτυχιακό;

ΝΟΣ: Όχι

ΕΡ: Γνωρίζετε κάποια ξένη γλώσσα;

ΝΟΣ: Αγγλικά

ΕΡ: Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ποσοστό της μετανάστευσης προς την Ελλάδα. Πιστεύετε πως έχει αυξηθεί αντίστοιχα και η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες;

ΝΟΣ: Όντως έχει αυξηθεί και εδώ στο νοσοκομείο και ειδικά στα επείγοντα νομίζω ότι ο ρυθμός έχει αυξηθεί σημαντικά

ΕΡ: Υπάρχει κάποιος μειονοτικός πληθυσμός με τον οποίο αισθάνεστε πιο εξοικειωμένη;

ΝΟΣ: Πιστεύω πολύ καλοί άνθρωποι είναι οι Ινδοί και οι Αιγύπτιοι.

ΕΡ: Γιατί το λέτε αυτό;

ΝΟΣ: Επειδή συμμορφώνονται αμέσως στις οδηγίες που τους δίνουμε.

ΕΡ: Δηλαδή αντιμετωπίζετε δυσκολίες με κάποιους άλλους πληθυσμούς;

ΝΟΣ: Εεε... Συγκεκριμένα έχουμε πρόβλημα με τους αθίγγανους γιατί αν συμβεί κάτι σε κάποιον από αυτούς... έρχονται πολλοί μαζί..

ΕΡ: Και έτσι υπάρχει περίπτωση να δυσκολευτείτε να πάρετε ιστορικό από τον ασθενή;

ΝΟΣ: Εεε... ειδικά όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να μιλήσει και πρέπει να συνεννοηθούμε με τους υπόλοιπους συγγενείς.

ΕΡ: Άρα το οικογενειακό περιβάλλον στη συγκεκριμένη περίπτωση πιστεύετε ότι δυσχεραίνει την κατάσταση;

ΝΟΣ: Στην συγκεκριμένη περίπτωση ναι.. αλλά δεν μπορώ να πω το ίδιο και για άλλης εθνικότητας ασθενείς.

ΕΡ: Έχετε αντιληφθεί να γίνονται διακρίσεις από το προσωπικό σε βάρος κάποιου μειονοτικού πληθυσμού;

ΝΟΣ: Όχι δεν έχω παρατηρήσει.. και πιστεύω ότι οφείλεται στο ότι έχουμε συνηθίσει τους μετανάστες στον χώρο εργασίας μας

ΕΡ: Έχει συμβεί ασθενής να μην συμμορφώνεται και να μην αποδέχεται τη διάγνωση ή τη θεραπεία;

ΝΟΣ: Εεεε... εντάξει καμιά φορά ναι

ΕΡ: Θυμάστε κάποιο περιστατικό;

ΝΟΣ: Ναι θυμάμαι.. συγκεκριμένα είχε γίνει εισαγωγή σε μια γυναίκα από το Ιράν ή Ιράκ δεν θυμάμαι καλά, η οποία δεν ήθελε γιατρό άντρα να την εξετάσει..

ΕΡ: Και τι κάνατε σε αυτή την περίπτωση;

ΝΟΣ: Δεν υπήρχε γυναίκα γιατρός στο τμήμα και έτσι αναγκαστικά την εξέτασε ο γιατρός

ΕΡ: Οι ασθενείς με διαφορετική κουλτούρα μπορεί να έχουν διαφορετικές διατροφικές συνήθειες, έχετε ενημερωθεί σχετικά με αυτό;

ΝΟΣ: Ναι.. το γνωρίζω Για παράδειγμα οι Ινδοί δεν τρώνε μοσχαρίσιο κρέας

ΕΡ: Και τι κάνετε σε αυτή την περίπτωση;

ΝΟΣ: Εφόσον το αντιληφθούμε γίνεται ενημέρωση των τραπεζοκόμων

ΕΡ: Πιστεύετε ότι έχετε τη δυνατότητα να πλησιάσετε ασθενείς με πολιτισμικά ευαίσθητο τρόπο;

ΝΟΣ: Συγκεκριμένα αντιμετωπίζουμε όλους τους ασθενείς με τον ίδιο τρόπο και στην περίπτωση των μεταναστών σεβόμαστε όσο μπορούμε την κουλτούρα τους και τα πιστεύω τους

ΕΡ: Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι ενημερωμένοι για θέματα διαπολιτισμικής προσέγγισης;

ΝΟΣ: Όχι πιστεύω ότι δεν είναι αρκετά ενημερωμένοι..

ΕΡ: Που πιστεύετε ότι οφείλεται αυτό;

ΝΟΣ: Επειδή δεν το έχουμε διδαχθεί κάπου.. μόνο αν κάποιος από εμάς έχουν ενημερωθεί σε κάποιο σεμινάριο..

ΕΡ: Άρα πιστεύετε θα βοηθούσαν κάποια σεμινάρια διαπολιτισμικής νοσηλευτικής ή διαπολιτισμικής προσέγγισης εντός των νοσοκομείων;

ΝΟΣ: Σίγουρα θα βοηθούσαν πολύ, ειδικά στη συγκεκριμένη εποχή..

ΕΡ: Τι άλλο πιστεύετε θα βοηθούσε; Θα βοηθούσαν κάποια ενημερωτικά φυλλάδια σε διάφορες ξένες γλώσσες για παράδειγμα που να λένε... τι εξετάσεις πρέπει να κάνει ο ασθενής, που να απευθυνθεί....

ΝΟΣ: Θα ήταν πολύ χρήσιμο... αλλά δυστυχώς δύσκολα παίρνονται τέτοιες πρωτοβουλίες από τα νοσοκομεία..

ΕΡ: Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας!

ΝΟΣ: Σας ευχαριστώ και εγώ! Καλή επιτυχία!

IV) Μετανάστης στην παθολογική κλινική

EP: Καλημέρα!
M: Καλημέρα!
EP: Πόσο χρονών είσαι;
M: 30
EP: Από πού είσαι;
M: Από την Αλβανία
EP: Είσαι χρόνια εδώ στην Ελλάδα;
M: 17
EP: Που μένεις;
M: Κόρινθο
EP: Σε τι πιστεύεις;
M: Μουσουλμάνος είμαι
EP: Είσαι παντρεμένος;
M: Ναι
EP: Τώρα εργάζεσαι κάπου;
M: Στα χτήματα..
EP: Εδώ στην κλινική πότε ήρθες;
M: Εχθές
EP: Γιατί ήρθες;
M: Με τσίμπησε μια μέλισσα και έχω αλλεργία
EP: Έχεις ξαναέρθει σε αυτό το νοσοκομείο;
M: Έχω έρθει πριν ένα χρόνο
EP: Για ποιο λόγο;
M: Είχα πρόβλημα στις αμυγδαλές
EP: Γενικά στο νοσοκομείο είχες κάποιο πρόβλημα με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές;
M: Εντάξει... είχα.... Γιατί είχαν απεργία και ήταν πέντε.. όλοι.. και περίμενα δύο ώρες..
EP: Θα θέλατε να αλλάξει κάτι στο νοσοκομείο ώστε να γίνουν καλύτερα τα πράγματα;
M: Να αλλάξει... να βάλουνε παραπάνω να δουλέψουνε..
EP: Εντάξει.. Σας ευχαριστώ!
M: Να είσαι καλά

ABSTRACT

Appropriate holistic nursing encompasses the recognition and acknowledgement of each patient's culture, ethnicity and race. When cultural differences are ignored, barriers to effective health services may emerge. **Aim:** To investigate the views of nurses and immigrants for health care in two public hospitals in Greece. **Method:** The study population was a random sample of 10 nurses and assistant nurses and 10 immigrants. The data collection was achieved through interview taking place during January-May 2013. The data analysis was performed after the completion of the interviews and the approach used was inductive. **Results:** The nurses who responded appeared to be quite familiar with populations from different cultural backgrounds and countries of origin. Not only did they claim to be very skilled in approaching patients in a culturally sensitive way but were also willing to overcome impediments caused by different languages and cultures. The respondents emphasized the need for, and importance of, special training in Transcultural nursing. The majority of immigrants appeared to be very satisfied with the health care they receive in public hospitals. **Conclusions:** The results of this study highlighted the problems occurring in everyday practice between the nursing staff and culturally diverse patient groups as well as the sensitivity required on the part of the nurses within such a setting.

Keywords: Nurses perceptions, minority groups, Transcultural nursing